

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
**ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΚΟΥΛΙΟΥΜΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ: ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2017

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή της παρούσα πτυχιακής εργασίας με θέμα το έλλειμμα αυτονομίας σε ψυχιατρικούς ασθενείς και τα νοσηλευτικά διλήμματα εκπονήθηκε στα πλαίσια των υποχρεώσεων μου για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μου στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.

Η επιθυμία μου να ασχοληθώ με ένα τόσο ιδιαίτερο και ταυτόχρονα ενδιαφέρον θέμα πηγάζει από το γεγονός ότι ο ψυχιατρικά ασθενής, στην Ελλάδα, παλαιότερα, θεωρούταν επικίνδυνος και στιγματιζόταν, αφού τον προσφώνούσαν με επίθετα όπως "φρενοβλαβή", "παράφρων" και με διάφορους ακόμη εξευτελιστικούς χαρακτηρισμούς. Ωστόσο με την πάροδο των χρόνων, καθώς η επιστήμη εξελίσσεται και η κοινωνία ωριμάζει, ο ψυχικά ασθενής αντιμετωπίζεται ολοένα και πιο ανθρώπινα. Έτσι, ήθελα να εξετάσω και να ανασκοπήσω βιβλιογραφικά αυτή την πορεία της κοινωνίας.

Φυσικά, για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας με υποστήριξε ένας αριθμός ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, που τόσα χρόνια στέκονται πλάι μου ως θερμοί υποστηρικτές μου, στηρίζοντας με σε οποιοδήποτε βήμα θελήσω να κάνω. Τελειώνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου και υπεύθυνο για την πτυχιακή μου εργασία κύριο Ηγουμενίδη Μιχάλη, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ιδιαίτερο θέμα, τη συνεχή υποστήριξη, γενικότερη συμπαράσταση, καθοδήγηση, επίβλεψη, επιμονή και υπομονή καθώς και την άψογη συνεργασία μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο άνθρωπος με τη γέννησή του αυτόματα γίνεται μέρος της κοινωνίας. Η αυτονομία, δηλαδή το δικαίωμά του στην ελεύθερη νόηση και δράση είναι το προνόμιο αυτό που τον κάνει να ξεχωρίζει από τα περιβάλλοντα έμβρυα όντα. Ωστόσο, το δικαίωμα της αυτονομίας σε ψυχιατρικά ασθενείς συχνά καταπατάται. Το γεγονός ότι μερικοί άνθρωποι διαγιγνώσκονται με ψυχιατρικές νόσους δεν αφαιρεί το δικαίωμα από τους ίδιους να δρουν εκούσια και ελεύθερα. Παρόλα αυτά, οι απόψεις περί του θέματος δίστανται αφού οι ψυχιατρικοί νόσοι ποικίλουν και τα νοσηλευτικά διλήμματα αυξάνονται.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην εξέταση αυτών των διλημμάτων, παράλληλα με μία γενική ανασκόπηση των ψυχιατρικών νόσων, των διαγνωστικών τους κριτηρίων και των ιδιαιρετοτήτων που τις χαρακτηρίζουν.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και Scopus, με χρήση λέξεων-κλειδιά «αυτονομία» (autonomy), «ψυχιατρικοί ασθενείς»(mental – psychiatric patients), «περιοριστικά μέτρα» (restraints) και «αντιπροσώπευση» (surrogacy). Τα φίλτρα που τέθηκαν αφορούσαν σε άρθρα από το 2000 και μετά, στην αγγλική και την ελληνική γλώσσα.

Συμπεράσματα: Καθώς η αυτονομία του ψυχιατρικού ασθενή τίθεται σε άμεσο κίνδυνο, οι νοσηλευτές πρέπει να προσέξουν ιδιαίτερα την ανάληψη ευθύνης και καθηκόντων του νοσηλευτή, καθώς και τη συνηγορία προκειμένου να διαφυλαχθεί η εναπομείνουσα αυτονομία του ψυχιατρικού ασθενή. Πολύ σημαντική είναι και η επικοινωνία του νοσηλευτή με τα συγγενικά πρόσωπα του ασθενή για την περαιτέρω προαγωγή της αυτονομίας του. Τέλος, είναι απαραίτητη η καλή γνώση των νομικών ζητημάτων που σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία.

ABSTRACT

Introduction: The concept of autonomy refers to the ability of persons to choose freely what they think is best about their health, and their overall life in general. In the case of psychiatric patients, this ability is compromised. However, the fact that some people are diagnosed with mental illness should not be an absolute obstacle to the person's free will. Nursing has a vital role to play in safeguarding the autonomy of these patients.

Aim: The present essay aims at examining the concept of autonomy with particular emphasis on psychiatric illnesses, as well as legal and ethical issues surrounding this issue. References will be made to the diagnostic criteria of several mental disorders.

Methodology: A bibliographic review was conducted within the databases of PubMed, Google Scholar and Scopus. The keywords used were "autonomy", "mental-psychiatric patients", "restraints", and "surrogacy". Research criteria were articles published from 2000 and onwards, and either English or Greek Language.

Conclusions: As psychiatric patients' autonomy is put in immediate danger, the nurses' responsibility becomes very important with regards to safeguarding and promoting this autonomy. It is also very important to have a good communication with the patient's relatives, in order to be able to understand and respect his or her autonomous choices. A good knowledge of relevant legal issues is also required.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ	12
1.1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ	12
1.2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ	15
1.2.1. Σχιζοφρένεια	16
1.2.2. Μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις:	18
1.2.2.1. Μανία	19
1.2.2.2. Υποστροφικές ψυχώσεις (ψυχώσεις ενέλιξης).....	21
1.2.3. Παράνοια:.....	25

1.2.3.1. Παραφρένεια.....	27
1.2.3.2. Ψυχωσικές αντιδράσεις	28
1.2.3.3. Εξωτικές ψυχώσεις.....	29
1.2.3.4. Σπάνια σύνδρομα	32
1.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	39
1.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	43
1.5. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	55
2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	55
2.2. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	67
2.3. ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	70
2.4. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	79
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ	80
3.1. ΑΝΑΛΗΨΗ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΣΥΝΗΓΟΡΙΑ.....	80

3.2. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	85
3.3. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ	87
3.4. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ	89
3.5. ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ	93
3.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	94
3.6.1. Νοσηλευτική Διεργασία - περιστατικό 1	94
3.6.2. Νοσηλευτικής Διεργασίας - περιστατικό 2	95
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	98

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Causes of death — mental and behavioural disorders, residents, 2013. Source: Eurostat (hlth_cd_aro) and (hlth_cd_asdr2) 43

Πίνακας 2: Standardised death rates — selected mental and behavioural disorders and Alzheimer's disease, residents, 2013 (per 100 000 male / female inhabitants) Source: Eurostat (hlth_cd_asdr2) 44

Πίνακας 3: Standardised death rates — intentional self-harm, residents, 2013 (per 100 000 inhabitants) Source: Eurostat (hlth_cd_asdr2)..... 45

Πίνακας 4: In-patient average length of stay for mental and behavioural disorders and Alzheimer's disease, 2009 and 2014 (days) Source: Eurostat (hlth_co_inpst), (hlth_co_disch1) and (hlth_co_hosday)..... 48

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Share of the population reporting that they had chronic depression, by sex, 2014 (%) Source: Eurostat (hlth_ehis_cd1e)	46
Γράφημα 2: Hospital discharge rates for in-patients with mental and behavioural disorders, 2014 (per 100 000 inhabitants) Source: Eurostat (hlth_co_disch2).....	47
Γράφημα 3: Hospital beds — psychiatric care beds, 2009 and 2014 (per 100 000 inhabitants) Source: Eurostat (hlth_rs_bds)	49
Γράφημα 4: Number of psychiatrists, 2009 and 2014 (per 100 000 inhabitants) Source: Eurostat (hlth_rs_spec).....	50
Γράφημα 5: Share of the population aged 15 and over reporting that they had consulted a psychologist, by sex, 2008 or nearest year (%) Source: Eurostat (hlth_ehis_hc6)	51

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ορισμός της ψυχικής υγείας υπήρξε αντικείμενο διαφωνίας σε διάφορους πολιτισμούς ανά τους αιώνες. Ακόμη και στην εποχή μας είναι δύσκολο να υπάρξει συμφωνία. Ο ορισμός ότι ψυχική υγεία είναι η έλλειψη ψυχικών διαταραχών μάλλον δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Η ψυχική υγεία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), αποτελεί «μια κατάσταση ευεξίας, όπου το άτομο αντιλαμβάνεται τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τις συνήθεις δυσκολίες της ζωής, είναι σε θέση να εργάζεται παραγωγικά και είναι ικανό να προσφέρει στην κοινότητα» (1,2).

Η ψυχική κατάσταση του ανθρώπου καθορίζεται από πολλαπλούς παράγοντες, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται οι βιολογικοί (π.χ. γενετική, φύλο), οι ατομικοί (π.χ. προσωπική εμπειρία, οι οικογενειακοί και οι κοινωνικοί, π.χ. κοινωνική υποστήριξη) καθώς και οι οικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. κοινωνική θέση και συνθήκες διαβίωσης). Η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται προβλήματα και ένταση, μειωμένη λειτουργία που συνδέεται με αγωνία, συμπτώματα και διαγνώσιμες διανοητικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη (3).

Η Ψυχιατρική, όπως προκύπτει από τον επιστημονικό της ρόλο, αξιολογεί την ανθρώπινη συμπεριφορά και καλείται να αντιμετωπίσει την παρεκκλίνουσα από το στερεότυπο συμπεριφορά του μέσου ανθρώπου. Καθίσταται αναγκαία η διασύνδεση της ψυχιατρικής επιστήμης με τη νομική επιστήμη, τόσο στο χώρο του Δημοσίου Δικαίου όσο και στο χώρο του Ιδιωτικού Δικαίου. Ειδικότερα, η διασύνδεση αυτή, στο Ποινικό Δίκαιο αφορά στο θέμα του καταλογισμού στην τέλεση αξιόποινης πράξης, στο Αστικό Δίκαιο στον τομέα της δικαιοπρακτικής ικανότητας και ειδικότερα στο θεσμό της δικαστικής συμπαράστασης, στην ακούσια νοσηλεία κ.λπ. Τονίζεται ότι αν και η σχέση της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης με τη δικαστική απόφαση είναι άμεση, ο δικαστής είναι αυτός που απονέμει δικαιοσύνη και ο ρόλος του ψυχιάτρου αποκτά συμβουλευτικό χαρακτήρα.

Το ερώτημα πότε ο ασθενής είναι ανίκανος για να δηλώσει τη βούλησή του σε τέτοιο βαθμό έτσι ώστε να στερηθεί το δικαίωμα να αποφασίζει για τον εαυτό του είναι θέμα της δικαιοσύνης και όχι της Ιατρικής (4). Ο ψυχίατρος συμμετέχει στη διαδικασία λήψης της απόφασης σχετικά με το θεσμό της δικαστικής συμπαράστασης ως ο κατ' εξοχήν ειδικός (πραγματογνώμονας) στα θέματα διανοητικής ικανότητας και βούλησης. Έτσι, ο κοινός χώρος της Ψυχιατρικής και της Νομικής συνίσταται στη διαλεκτική που αναπτύσσεται μεταξύ της ανάγκης για θεραπεία του πάσχοντος προσώπου και της ανάγκης για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, χωρίς η μία να ικανοποιείται σε βάρος της άλλης. Πρόκειται για ανάγκες, οι οποίες ως δικαιώματα υγείας και προσωπικότητας κατοχυρώνονται συνταγματικά στο δικαιοσύνημα της χώρας (5).

Σκοπός της εργασίας είναι η κατανόηση της αναγκαιότητας του ατόμου στη διαφορετικότητα και κυρίως το δικαίωμα της αυτονομίας. Ο όρος αυτονομία όμως δεν εμπεριέχει μόνο την έννοια της ελευθερίας αλλά και την ικανότητα δράσης του ατόμου ανεξαρτήτως εξωτερικών παραγόντων, σύμφωνα με την ικανότητα αυτοσυντήρησης του ατόμου. Έχει δηλαδή να κάνει και μηδενική διάσταση καθώς και με το δικαίωμα ως αυτοδιάθεσης. Το άτομο δηλαδή να δρά εκούσια και όχι εξαναγκαστικά (6).

Στη χώρα μας εκτιμάται ότι περίπου οι μισές νοσηλείες που πραγματοποιούνται σε δημόσια νοσοκομεία, χαρακτηρίζονται ως ακούσιες, ποσοστό τετραπλάσιο σε σχέση με το μέσο όρο της Ευρώπης. Το γεγονός αυτό αποτελεί αντικείμενο διερώτησης για το εάν ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να διαθέτει το δικαίωμα της επιλογής.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

1.1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ

Ο άνθρωπος με τη γέννησή του αυτόματα γίνεται μέρος της κοινωνίας. Η αυτονομία, δηλαδή το δικαίωμά του στην ελεύθερη νόηση και δράση είναι το προνόμιο αυτό που τον κάνει να ξεχωρίζει από τα περιβάλλοντα έμβρυα όντα. Ωστόσο, το δικαίωμα της αυτονομίας σε ψυχιατρικά ασθενείς συχνά καταπατάται. Το γεγονός ότι μερικοί άνθρωποι διαγιγνώσκονται με ψυχιατρικές νόσους δεν αφαιρεί το δικαίωμα από τους ίδιους να δρουν εκούσια και ελεύθερα. Παρόλα αυτά, οι απόψεις περί του θέματος δίστανται αφού οι ψυχιατρικοί νόσοι ποικίλουν και τα νοσηλευτικά διλήμματα αυξάνονται. Ο νοσηλευτής διχάζεται και διερωτάται συχνά στην επαγγελματική του πορεία, εάν θα ακολουθήσει πιστά οδηγίες και μηχανισμούς αντιμετώπισης ψυχιατρικών ασθενειών που έχει διδαχθεί ή αν ακολουθήσει την προσωπική του ηθική περί αυτονομίας και ελευθερίας του ατόμου.

Η ψυχική και σωματική υγεία είναι στενά συνδεδεμένες και όπως δικαιολογημένα θεωρείται, δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων του γενικού πληθυσμού μπορεί να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές και καταστάσεις που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή και αποτελούν σημαντική αιτία ανικανότητας. Σήμερα εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις ενήλικες Ευρωπαίους αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια μορφή ψυχικής νόσου κάθε χρόνο (7). Στην πρώτη θέση βρίσκεται η μονοπολική κατάθλιψη και ακολουθούν οι διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ, η σχιζοφρένεια, η διπολική συναισθηματική διαταραχή και η άνοια. Στον κατάλογο αναφέρονται, επίσης, η απώλεια ακοής στους ενήλικες και το AIDS, που συνοδεύονται από ψυχολογικά προβλήματα. Αν προστεθούν δε και κάποια από τα τροχαία ατυχήματα που πιθανότατα αποτελούν απόπειρες αυτοκτονίας, τότε

πραγματικά είναι μεγάλο το φάσμα των καταστάσεων που οφείλονται σε ψυχιατρικά αίτια και οδηγούν το άτομο στην ανικανότητα (8).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το κόστος για την ψυχική υγεία υπολογίζεται στο 3 - 4% του ακαθάριστου προϊόντος, κυρίως λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας των πασχόντων, ενώ οι ψυχικές διαταραχές θεωρείται ότι αποτελούν πρωταρχική αιτία πρώιμης συνταξιοδότησης. Κατά το έτος 2020, η κατάθλιψη, από την τέταρτη θέση που βρίσκεται σήμερα παγκοσμίως για όλα τα νοσήματα, αναμένεται ότι θα αποτελεί την πρώτη αιτία νόσησης του αναπτυσσόμενου κόσμου. Οι ψυχίατροι είναι συχνά οι κατ' εξοχήν γιατροί που αντιμετωπίζουν τα άτομα με μείζονες ψυχικές διαταραχές (σχιζοφρένεια και διπολική συναισθηματική διαταραχή) (7–9).

Την περασμένη δεκαετία, η ψυχιατρική είχε εστιάσει το ενδιαφέρον της για τη σχιζοφρένεια στα λεγόμενα «θετικά» συμπτώματα της νόσου. Σήμερα, πέρα από τα θετικά συμπτώματα, στην κλινική εκτίμηση λαμβάνονται υπ' όψιν η ευρύτερη συμπτωματολογία με συμπτώματα όπως τα αρνητικά, τα γνωσιακά ελλείμματα και τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη διάθεση. Η ιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών ήταν παλαιότερα μια συνηθισμένη εξέλιξη. Σήμερα, όμως, οι δυνατότητες που παρέχει η φαρμακευτική θεραπεία και η μεγάλη πρόοδος που έχει συντελεσθεί στην κοινωνική ψυχιατρική με τα προγράμματα αποκατάστασης, τη λειτουργία των Νοσοκομείων Ημέρας και των ενδιάμεσων θεραπευτικών δομών έχουν αλλάξει σημαντικά επί τα βελτίω την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου.

Τα ψυχοφάρμακα, 50 και πλέον χρόνια μετά την ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης, εξακολουθούν να αποτελούν την πρώτη και άμεση θεραπευτική επιλογή, ενώ σημαντική είναι η πρόοδος και η συμβολή των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και της ψυχοεκπαίδευσης των ασθενών και των συγγενών τους στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Με τα αντιψυχωσικά φάρμακα «πρώτης γενιάς», τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα αποτελούσαν το κύριο πρόβλημα, ενώ τα «δεύτερης γενιάς», που χορηγούνται κυρίως σήμερα, έχουν διαφορετικές

ανεπιθύμητες ενέργειες, που εστιάζονται συνήθως στις μεταβολικές διαταραχές. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους είναι πλέον σαφώς περισσότερο ενημερωμένοι αναφορικά με τη συμπτωματολογία, την πρόληψη και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών (7–9).

Στην καθημερινή κλινική πρακτική, η αναβάθμιση της σχέσης γιατρού-αρρώστου συμβάλει στην καλύτερη «συμμόρφωση» στη θεραπεία, ενώ παράλληλα η ποιότητα ζωής των ασθενών πρέπει να αποτελεί βασικό στόχο της θεραπείας. Η εγκατάσταση των Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία συνέβαλε στην απομυθοποίηση (αποστιγματοποίηση της ψυχικής νόσου), έδωσε τη δυνατότητα συνεργασίας των ιατρών των διαφόρων ειδικοτήτων και συνετέλεσε σημαντικά στην αναγνώριση της σημασίας της συμβουλευτικής-διασυνδεδετικής ψυχιατρικής. Παρά το γεγονός όμως ότι το στίγμα της ψυχικής νόσου έχει αμβλυνθεί σημαντικά, δεν παύει να υφίσταται δυστυχώς ακόμη και σήμερα στην κοινωνία (10).

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η προσπάθεια που καταβάλλεται από την ακαδημαϊκή ψυχιατρική για την απαρτίωση των νεώτερων δεδομένων στην πληρέστερη εκπαίδευση των ειδικευομένων στην ψυχιατρική, στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών.

1.2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Ο αριθμός των ψυχικών διαταραχών είναι τεράστιος και καθώς ο κλάδος της ψυχιατρικής, με το πέρασμα των χρόνων εξελίσσεται, αλλά και η δομή της κοινωνίας αλλάζει, κάνουν συνεχώς την εμφάνισή τους, νέες ψυχιατρικές νόσοι.

Οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται από πλήρη σχεδόν (παροδική ή μόνιμη) αποδιοργάνωση του Εγώ, η οποία μπορεί να καταλήξει σε ολοκληρωτική αποσύνθεσή του. Ο ψυχωσικός «ζει με την νόσο του» αισθάνεται και ξένος με τον εαυτό του και το περιβάλλον του, έχει χάσει την ικανότητα εκτίμησης της πραγματικότητας, δεν έχει συναίσθηση της κατάστασης του, δεν πηγαίνει στο γιατρό, αλλά τον οδηγούν σε αυτόν οι συγγενείς του.

Σε αντίθεση με τον ψυχωσικό, ο νευρωσικός έχει μερική διαταραχή του Εγώ, έχει εναισθησία, υποφέρει από τη νόσο του, αναγνωρίζει ότι είναι ασθενής, πηγαίνει μόνος του στο γιατρό (11).

Στις ψυχώσεις υπάγονται (11,12):

- Σχιζοφρένεια
- Μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις:
 - ❖ Μανία και Μελαγχολία
 - ❖ Υποστροφικές ψυχώσεις (ψυχώσεις ενέλιξης)
- Παράνοια:
 - ❖ Παραφρένεια
 - ❖ Ψυχωσικές αντιδράσεις
 - ❖ Εξωτικές ψυχώσεις
 - ❖ Σπάνια σύνδρομα

1.2.1. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις κυριότερες ψυχώσεις και συναντάται συχνότερα στις ηλικίες 16 έως 30 ετών. Είναι μια σοβαρή διαταραχή που συνήθως ξεκινά στα τέλη της εφηβείας ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Χαρακτηρίζεται από τις θεμελιώδεις στρεβλώσεις στον τρόπο σκέψης και αντίληψης καθώς και από απρόσφορο συναίσθημα. Το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια, αρχικά, ως πρώτο στάδιο, είναι πιθανό να παρουσιάσει διαταραχές ύπνου, όπως αϋπνία, αλλά και προβλήματα συγκέντρωσης. Η διαταραχή αυτή επηρεάζει τις πλέον βασικές λειτουργίες, που δίνουν σε έναν άνθρωπο την αίσθηση της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του αυτό - προσδιορισμού. Η συμπεριφορά μπορεί να είναι σοβαρά διαταραγμένη κατά τη διάρκεια ορισμένων φάσεων της διαταραχής, γεγονός που οδηγεί σε δυσμενείς κοινωνικές συνέπειες. Πιο συγκεκριμένα εμφανίζει προβλήματα κοινωνικότητας, αφού το άτομο έχει την τάση να αποκόπτεται από τον κοινωνικό του περίγυρο και να παραμελεί τις κοινωνικές του υποχρεώσεις, αλλά και πολλές φορές και την πηγή εισοδήματός του, δηλαδή την εργασία τους. Ισχυρή πίστη σε ιδέες που είναι ψευδείς και χωρίς καμία βάση στην πραγματικότητα (ψευδαισθήσεις) είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής. Ένα ακόμη σύμπτωμα, είναι η μεταβολή στον τρόπο ομιλίας, καθώς και η ξαφνική υιοθέτηση ασυνήθιστων αντιλήψεων περί ζωής γενικότερα. Η σχιζοφρένεια έχει δύο φάσεις, στη φάση της ύφεσης, το άτομο δρα ανεπηρέαστο και δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα στην καθημερινή του ζωή και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ωστόσο, στη φάση της υποτροπής τα πράγματα αλλάζουν, αφού το άτομο, αποσύρεται από την κοινωνική του ζωή, νιώθει πως έχει έλλειψη κινήτρων, παύει να δραστηριοποιείται και παρουσιάζει διαταραχές σκέψης (11,13,14).

Η πορεία της σχιζοφρένειας ποικίλει από άτομο σε άτομο, και μπορεί να υπάρχει πλήρης ανάρρωση στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Η σχιζοφρένεια μπορεί, ωστόσο, να ακολουθήσει μια χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία με υπολειμματικά συμπτώματα και ελλιπή κοινωνική αποκατάσταση. Τα άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια αποτελούσαν ένα μεγάλο ποσοστό του συνόλου των

τροφίμων στα ψυχιατρεία στο παρελθόν, και συνεχίζουν να είναι και σήμερα, όπου τα ιδρύματα αυτά εξακολουθούν να υφίστανται. Με τις σύγχρονες εξελίξεις στη φαρμακευτική αγωγή και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, σχεδόν τα μισά από τα άτομα που αρχικά ανέπτυξαν σχιζοφρένεια μπορούν να επιτύχουν μια πλήρη και διαρκή ανάκαμψη. Λιγότεροι από το ένα πέμπτο των ατόμων που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή (8).

Η συχνότητα της σχιζοφρένειας απαντάται περίπου εξίσου σε άνδρες και γυναίκες, αν και η εμφάνιση τείνει να είναι αργότερα στις γυναίκες, που τείνουν επίσης να έχουν μια καλύτερη πορεία και έκβαση αυτής της διαταραχής.

Η GBD 2000 αναφέρει ότι ο επιπολασμός έτους για την σχιζοφρένεια είναι της τάξης του 0,4%. Η σχιζοφρένεια προκαλεί υψηλό βαθμό ανικανότητας. Σε μια πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη μεταξύ 14 χωρών για την ανικανότητα που σχετίζεται με σωματικές και ψυχικές καταστάσεις, φάνηκε ότι οι ψυχωτικές καταστάσεις κατέχουν την Τρίτη πιο δυσμενή θέση στο γενικό πληθυσμό, πιο δυσμενή ακόμη και από την παραπληγία ή την τύφλωση (15).

Στην μελέτη της GBD, η σχιζοφρένεια ευθυνόταν για το 1,1% του συνολικού των DALYs και για το 2,8% των YLDs – ετών-ζωής με ανικανότητα. Το οικονομικό κόστος της σχιζοφρένειας στην κοινωνία είναι επίσης υψηλό. Έχει υπολογιστεί ότι το 1991, το άμεσο κόστος της σχιζοφρένειας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ήταν 19 δισεκατομμύρια δολάρια και 46 δισεκατομμύρια δολάρια λόγω απολεσθείσας παραγωγικότητας.

Ακόμη και όταν τα πλέον εμφανή συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν εξαφανιστεί, κάποια υπολειμματικά συμπτώματα μπορεί να παραμείνουν. Σε αυτά που παραμένουν περιλαμβάνονται η έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλίας στις καθημερινές δραστηριότητες και την εργασία, η κοινωνική ανικανότητα και η αδυναμία να λάβουν μέρος σε ευχάριστες δραστηριότητες. Αυτά μπορεί να προκαλέσουν συνεχιζόμενη ανικανότητα και κακή ποιότητα

ζωής. Αυτά τα συμπτώματα μπορούν επίσης να δημιουργήσουν σημαντική επιβάρυνση για τις οικογένειες των ασθενών (16). Έχει επανειλημμένα αποδειχθεί ότι η σχιζοφρένεια ακολουθεί μια λιγότερο σοβαρή πορεία στις αναπτυσσόμενες χώρες (17,18). Για παράδειγμα, σε μία από τις διεθνείς μελέτες με στοιχεία από διάφορες περιοχές, η αναλογία των ασθενών που παρουσιάζουν πλήρη ύφεση στα 2 έτη ήταν 63% στις αναπτυσσόμενες χώρες σε σύγκριση με το μόλις 37% στις ανεπτυγμένες χώρες (19). Αν και έχουν γίνει προσπάθειες για να εξηγηθεί η καλύτερη πρόγνωση με βάση την ισχυρότερη στήριξη της οικογένειας και με λιγότερες απαιτήσεις από τους ασθενείς, οι ακριβείς λόγοι για τις διαφορές αυτές δεν είναι σαφείς.

Ένας σημαντικός αριθμός των ατόμων με σχιζοφρένεια κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το 30% των ασθενών που διαγιγνώσκονται με αυτή τη διαταραχή είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν τουλάχιστον μία φορά στη διάρκεια της ζωής τους (20). Περίπου το 10% των ατόμων με σχιζοφρένεια πεθαίνουν από αυτοκτονία (21). Σε παγκόσμιο επίπεδο, η σχιζοφρένεια μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης ενός προσβεβλημένου ατόμου κατά μέσο όρο 10 έτη. Περίπου το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού προσβάλλεται από σχιζοφρένεια (7).

1.2.2. Μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις:

Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση διακρίνεται για τα εξής χαρακτηριστικά της (14):

- ✚ Διαταραχές του συναισθήματος που εναλλάσσονται με φάσεις, είτε παθολογικής έξαρσης (μανιακή φάση ή μανία) είτε υποτονίας (μελαγχολική φάση ή μελαγχολία).
- ✚ Διαταραχές στην αντικειμενική σχέση με την πραγματικότητα που εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα της συναισθηματικής αλλαγής.

Για την μανιοκαταθλιπτική ψύχωση ισχύουν τέσσερα κριτήρια που την διαφοροποιούν από τις άλλες συναισθηματικές ψυχώσεις και τα οποία προσδιόρισε αρχικά ο Kraepelin (1896). Αυτά είναι (14):

- ✚ Η ύπαρξη μεσοδιαστημάτων, μεταξύ των φάσεων, ελεύθερων συμπτωμάτων.
- ✚ Μετά την υποχώρηση των φάσεων, η προσωπικότητα παραμένει όπως πριν, χωρίς στοιχεία έκπτωσης της.
- ✚ Έχει επεισοδιακό χαρακτήρα και συχνά εμφανίζεται με κάποια εκλυτική αφορμή.
- ✚ Χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή συναισθηματικών φάσεων, η αλλαγή αυτή του συναισθήματος δημιουργεί και καθορίζει την κλινική εικόνα.

Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση εμφανίζεται σε συχνότητες που κυμαίνονται μεταξύ 0,4% και 2% του γενικού πληθυσμού, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να χαρακτηριστεί η κλινική εικόνα ψυχιατρικά αξιολογήσιμη. Οι γυναίκες, ίσως λόγω του πιο ευαίσθητου χαρακτήρα τους αποτελούν το 70% των ασθενών περίπου.

1.2.2.1. Μανία

Η μανία είναι μια εξαιρετικά σοβαρή διαταραχή διάθεσης, η οποία χαρακτηρίζεται από ανυψωμένη ή οξύθυμη διάθεση, ανυψωμένη ενέργεια και διαταραγμένες σκέψεις. Τα επεισόδια της μανίας συνδέονται γενικά με τη διπολική διαταραχή και την κλινική κατάθλιψη.

Τα χαρακτηριστικά της μανίας είναι:

- ✚ Εξαιρετικά ευφορική διάθεση χωρίς κάποια αντικειμενική αιτιολόγηση
- ✚ Απουσία κάθε στοιχείου άγχους
- ✚ Αισιόδοξος τρόπος σκέψης χωρίς κανένα κριτικό στοιχείο

- ✚ Ψυχοκινητική υπερδιέγερση
- ✚ Απουσία αντικειμενικής σχέσης με την πραγματικότητα στην προχωρημένη έκφρασής της

Στο αρχικό στάδιο της φάσης παρατηρείται μια αύξηση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας μια πολύ – απασχόληση με διάφορα ζητήματα που όμως δεν τα φέρνει ο ασθενείς σε ολοκλήρωση αλλά τα παρατάει στην μέση. Ένα αίσθημα υπερβολικής ευεξίας και απόλυτης υγείας πλημμυρίζει το άτομο, που σε συνδυασμό με την απουσία κάθε αγχωτικού ή άλλου δυσφορικού συναισθήματος το οδηγεί σε ιδέες παντοδυναμίας μέχρι και παραλήρημα μεγαλείου.

Η υπερτίμηση των δυνάμεων του, μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε παράλογες πράξεις επαγγελματικής ή άλλης μορφής και ακόμα να τον φέρουν και σε αντίθεση με τους κοινωνικούς κανόνες αφού αυτός μπορεί και να τα ξεπερνάει όλα. Η απουσία κριτικής σκέψης οδηγεί συχνά στη αλόγιστη κατασπατάληση χρήματος ή ακόμα και σε αναστολή των ηθικών απαγορεύσεων με ανάλογα αποτελέσματα στην συμπεριφορά του. Η ελευθερία του έχει όρια, επιτρέπει τα πάντα στον εαυτό του, οι επιθυμίες του και μόνο συνθέτουν τον μοναδικό άξονα της συμπεριφοράς του.

Στις άλλες ψυχικές λειτουργίες παρατηρούμε διαταραχές της σκέψης, ιδεοφυγή, μέχρι ασυναρτησία και παραλήρημα μεγαλείου, από την προσοχή, μη εκλεκτική πολυπροσεξία, διεγερμένο συνειδησιακό επίπεδο μέχρι εξαφάνισης της ανάγκης για ύπνο, υπερδραστηριότητα της αναπλαστικής μνήμης με μείωση της ικανότητας μνημονοποίησης (δεν επενδύει τίποτα συναισθηματικά, για να παραμείνει έτσι στην μνήμη του) κ.τ.λ..

Ο μανιακός ασθενής “που αισθάνεται τόσο υγιής όσο ποτέ” δεν θα αναζητήσει ποτέ ψυχιατρική ή άλλη βοήθεια. Τα επακόλουθα όμως των πράξεων του μπορεί να είναι τόσο καταστρεπτικά για αυτόν (π.χ. Απώλεια περιουσίας) που σε πολλές περιπτώσεις επιβάλλεται η κηδεμονία του.

Μοναδική δυνατότητα συνιστά η καταστολή της μανιακής διέγερσης με νευροληπτικά φάρμακα. Γενικά στις φασικές συναισθηματικές διαταραχές χρησιμοποιούνται διάφορα σκευάσματα με στόχο την μείωση τόσο της έντασης των φάσεων όσο και την συχνότητα εμφάνισης τους. Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση είναι αδύνατη στη διάρκεια της οξείας φάσης, συνιστάται όμως με την μορφή, τουλάχιστον, καθοδηγητικής υποστήριξης στα ελεύθερα κρίσεων μεσοδιαστήματος της νόσου.

Η μανία όπως και γενικότερα οι διαταραχές του συναισθήματος, έχει οπωσδήποτε καλύτερη πρόγνωση από τις σχιζοφρενικές ψυχώσεις (11,14).

1.2.2.2. Υποστροφικές ψυχώσεις (ψυχώσεις ενέλιξης)

Οι υποστροφικές ψυχώσεις ή ψυχώσεις ενέλιξης (Involutional, καθότι παρατηρούνται κατά την προγεροντική ηλικία της υποστροφής ή ενέλιξης¹), είναι ψυχοπαθολογικά σύνδρομα που δεν κατατάσσονται αυστηρά στις ψυχώσεις, από τις οποίες πρέπει να γίνονται διαφορετικές διαγνώσεις.

Κλινικά διακρίνονται σε :

- ✚ Μελαγχολία της ενέλιξης
- ✚ Παρανοϊκή υποστροφική αντίδραση
- ✚ Ενελικτικές μεικτές αντιδράσεις

Πάντως, τα χαρακτηριστικά όλων αυτών των μορφών είναι ότι αρχίζουν κατά και μετά την κλιμακτήριο : 45 χρονών στη γυναίκα και 55 στον άνδρα.

Αρχικά θεωρήθηκαν υπεύθυνες γενικά οι βιοχημικές (ορμονικές) μεταβολές του κλιμακτηρίου. Τα μέτρια όμως αποτελέσματα της ορμονοθεραπείας και

¹ Η λέξη ενέλιξη (δηλαδή βιολογική παρακμή) είναι η αντίθετη της εξέλιξης

από την άλλη μεριά τα ικανοποιητικότερα αποτελέσματα του ηλεκτροσόκ κατέρριψαν αυτή την άποψη.

Σήμερα πιστεύεται περισσότερο ότι οι σημαντικές αλλαγές της ζωής κατά αυτή την περίοδο, όπως για παράδειγμα οι γάμοι παιδιών – και συνεπώς η απώλεια τους, ή τυχών συνταξιοδότηση (που υπενθυμίζει τα γηρατειά και κάνει «άχρηστο» τον άνθρωπο) όπως και η παράλληλη κάμψη των σωματικών και πνευματικών δυνάμεων, δημιουργούν το κατάλληλο ψυχικό υπόστρωμα της εσωτερικής ανασφάλειας και του άγχους, πάνω στο οποίο θα εκδηλωθεί η υποστροφική ψύχωση.

Συνήθως τα άτομα που πάσχουν είχαν μια ψυχαναγκαστική δομή προσωπικότητας (προνοσηρά προσωπικότητα) και ήταν τελειοθηρικά, εργάζονταν ακατάπαυστα, είχαν αυστηρότατο υπερεγώ, συχνές τύψεις και αρκετή ενοχή.

Όλα όμως τα χαρακτηριστικά αυτά είναι αποτέλεσμα της δράσης των μηχανισμών άμυνας του Εγώ κατά του άγχους, οι οποίοι όμως καταρρέουν από τα γηρατειά και την απώλεια της "συναισθηματικής βακτηρίας" αυτών των ατόμων (θάνατος αγαπημένων προσώπων, σταματούν την δουλειά τους κ.τ.λ.), με αποτέλεσμα την ψυχωσική αντίδραση.

Επομένως τα αίτια είναι κοινωνικά (καταστροφικά αποτελέσματα της συνταξιοδότησης, παρότι πιστεύεται στους κύκλους των εργαζόμενων) και ψυχολογικά (11,14).

ΥΠΟΣΤΡΟΦΙΚΗ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ

Εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άντρες (3 - 5 φορές). Συχνά παρουσιάζεται σαν μία αντίδραση σε πρόσφατο λυπηρό γεγονός (θάνατος συζύγου, γάμος παιδιών με το αίσθημα μόνωσης που δημιουργεί, ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, αλλαγή κατοικίας κ.τ.λ.).

Συνήθως πρόκειται για γυναίκες με συναισθηματική ανωριμότητα (ψυχοπαιδισμό), προσκόλληση στο οικογενειακό περιβάλλον, δυσκολίες να παντρευτούν, σεξουαλική ψυχρότητα, αυστηρότητα και δυσκαμψία χαρακτήρα.

Κύριο σύμπτωμα είναι η κατάθλιψη με έντονο άγχος. Άλλα χαρακτηριστικά είναι: έλλειψη βραδυψυχισμού, μονοϊδεασμός, μηδενισμός, υποχονδριακές ιδέες, υπερκινητικότητα. Η άρρωστη, δηλαδή βηματίζει συνέχεια, στρέφει τα χέρια της, χτυπάει το πρόσωπό της, τραβάει τα μαλλιά της. Αισθάνεται φοβισμένη και αναλογίζεται το τρομερό παρελθόν της (τα ποιο ασήμαντα λάθη γίνονται με «θανάσιμα» αμαρτήματα. Πιστεύει ότι δεν υπάρχει καμία ελπίδα πια, πιστεύει ότι θα φυλακιστεί, ότι θα δικαστεί και ότι θα καταδικαστεί σε θάνατο. Κάτω από την επίδραση αυτού του τεράστιου άγχους μαζί με κατάθλιψη κάνει απόπειρα να αυτοκτονήσει και συχνά το πετυχαίνει. Μπορεί επίσης να κυριαρχούν υποχονδριακές ιδέες: το σώμα μου είναι σάπιο, τα έντερα μου δεν λειτουργούν κ.τ.λ. (Συνδρομή Cotard). Ο προσανατολισμός και οι διανοητικές λειτουργίες δεν θίγονται.

Η υποστροφική μελαγχολία διαφορίζεται με την βοήθεια ενός λεπτομερούς ιστορικού από την μελαγχολική φάση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης κατά το ότι η τελευταία:

- ✚ Συναντάται σε νεότερη ηλικία
- ✚ Παρουσιάζει τάση προς υποτροπές
- ✚ Καμιά φορά εναλλάσσεται σε μανία
- ✚ Επιβραδύνει τις διανοητικές λειτουργίες και χαρακτηρίζεται από υποκινητικότητα
- ✚ Ενώ δεν παρουσιάζεται τέτοιου βαθμού άγχους, όπως στην υποστροφική

Η διαφορική διάγνωση από την νευρωσική κατάθλιψη (έχει εναισθησία, κ.τ.λ.) είναι εύκολη.

Αυτοί που πάσχουν από υποτροφική μελαγχολία θεωρείται ότι ιφίσταται το πιο έντονο ψυχικό πόνο από οποιαδήποτε άλλη ψυχική ασθένεια. Κατά συνέπεια, η αυτοκτονία αποτελεί πραγματικό κίνδυνο σε ποσοστό 25 – 50 %. Επομένως, κρίνεται απαραίτητο να εισάγεται αμέσως ο ασθενής για θεραπεία και να βρίσκεται σε συνεχή επιτήρηση.

Η θεραπεία της ασθένειας αυτής είναι το ηλεκτροσόκ (θεραπεία εκλογής). Ψυχοφάρμακα (Surmontil) (11,14).

ΠΑΡΑΝΟΪΚΗ ΥΠΟΣΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ (Υποστροφική παράνοια)

Δεν αναγνωρίζεται σαν αυθύπαρκτη κλινική οντότητα, αλλά σαν «είδος παράνοιας». Ριζοβολεί στην ανάλογη ψυχωτική προσωπικότητα, ευθιξία, δυσπιστία, αυταρχικότητα, που τα χαρακτηριστικά της επιτείνονται κατά την κλιμακτήριο. Είναι άτομα γεμάτα αρνητικά συναισθήματα προς το περιβάλλον, και χρησιμοποιούν το μηχανισμό της για την έκφραση τους. Συχνά υπάρχουν και υποχονδριακές ιδέες με ιδέες επιβουλής (Τα σπλάχνα δεν λειτουργούν καλά, η γεύση του φαγητού είναι ύποπτη, ο σύζυγος διατηρεί εξωσυζυγικές σχέσης και τη περιφρονεί κ.τ.λ.) (11,14).

ΕΝΕΛΙΚΤΙΚΕΣ ΜΙΚΤΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Είναι σύνδρομο που αποτελούνται από μελαγχολικά ή μανιακά στοιχεία, καθώς και σχιζοφρενικά συμπτώματα, εμφανίζονται καμιά φορά κατά την περίοδο της ενέλιξης. Η πορεία τους είναι μεγάλη (από μήνες μέχρι χρόνια), η πρόγνωσή τους πριν μερικά χρόνια ήταν κακή, αλλά σήμερα το ηλεκτροσόκ και τα ψυχοφάρμακα (κυρίως το θυμοληπτικό Tofranil όπως και το Surmontil) την μετέτρεψαν πάρα πολύ. Μπορεί να γίνει αυτόματα καλά (11,14).

1.2.3. Παράνοια:

Πρόκειται για μια κατάσταση που άλλη την χαρακτηρίζουν σαν ψύχωση και άλλη σαν αντίδραση της προσωπικότητας σε stress του περιβάλλοντος. Αυτός που πάσχει από παράνοια διατηρεί ακέραια την προσωπικότητα του αν εξαιρεθεί ο τομέας που αναφέρεται στο παραλήρημα, στο περιεχόμενο του οποίου προσαρμόζεται πια η συμπεριφορά του αρρώστου. Δεν διαπιστώνονται άλλα πρωτογενή ψυχοπαθολογικά στοιχεία (για παράδειγμα οι ψευδαισθήσεις) εκτός από το παραλήρημα. Η διαπίστωση ψευδαισθήσεων σε έναν άρρωστο κατά τα άλλα παρανοϊκό αποκλείει τη διάγνωση της παράνοιας. Η αρρώστια εκδηλώνεται σε μεγάλη ηλικία κατά την 3^η – 5^η δεκαετία της ζωής κι σε άτομα ειδικά προδιατεθειμένα. Πρόκειται για άτομα που έχουν μια χαρακτηριστική προνοσηρά προσωπικότητα, είναι ιδιότυπα, επιφυλακτικά, εγωκεντρικά, διεκδικητικά, που δεν έχουν εύκολη επαφή με το περιβάλλον. Η ιδιότυπη αυτή προνοσηρή προσωπικότητα από άλλους θεωρείτε σαν μια ιδιαίτερη εκ γενετής ψυχοδομή, ενώ από άλλους πιστεύεται ότι διαμορφώνεται από την επίδραση στην προσωπικότητα χρόνων καταστάσεων stress (11,14).

Το παραλήρημα κυριαρχεί σαν εικόνα, η παραληρητική στάση και η αντίστοιχη της συμπεριφορά. Οι τύποι του παραληρήματος είναι (11,14):

- ✚ **Καταδιωκτικό:** πιστεύει αμετανόητα ο άρρωστος ότι οι άλλοι θέλουν να του κάνουν κακό. Τα στοιχεία του παραληρήματος λαμβάνονται από το περιβάλλον κατά τρόπο νοσηρό, εκλεκτικό, ώστε να δικαιολογείται ο άνθρωπος για τις ιδέες του. Το παραλήρημα είναι πολύ καλά οργανωμένο και προσαρμόζεται ο άρρωστος συναισθηματικά με τις ιδέες του. Δεν έχει μόνο το αίσθημα ότι διώκεται, αλλά αυτό το αίσθημα τον κάνει να αμύνεται και να γίνεται ο κλασσικός τύπος του διωκόμενου διώκτη δηλαδή περισσότερο επιθετικός και λιγότερο αμυντικός. Είναι εριστικός και βρίσκεται διαρκώς μπλεγμένος σε ιστορίες και αποδίδει την ευθύνη στους άλλους (στην δουλειά του, στην προαγωγή του κ.τ.λ.).

✚ **Παραλήρημα διεκδικητικό**: Ο άρρωστος πιστεύει διαρκώς ότι αδικείται και διαρκώς διεκδικεί. Εδώ υπάγονται άτομα με ιδιαίτερες ενασχολήσεις με τα θεωρητικά θέματα, τα οποία όμως θέλουν να τα εφαρμόσουν κατά τρόπο προσωπικό άμεσα στην πράξη. Μιλάνε συνέχεια κηρύσσουν διαρκώς για τον εαυτό τους, αδιαφορούν για τα πρακτικά εκείνα μέτρα που θα οδηγήσουν ίσως στην εφαρμογή τους. Οι διάφοροι ημιμαθείς αποδεικνύεται τελικά ότι πάσχουν από παράνοια.

✚ **Ζηλοτυπικό παραλήρημα**: Η ζηλοτυπία είναι αρκετά συνεχή κατάσταση και σε μικρό ή μεγάλο βαθμό καθένας ζηλοτυπεί για πρόσωπα στα οποία έχει κάνει μεγάλες συναισθηματικές επενδύσεις. Κάτω από μία ζηλοτυπική συναισθηματική κατάσταση το άτομο προβαίνει σε αντιδράσεις, που ενισχύονται πολλές φορές από το περιβάλλον. Θα είναι μεγάλο σφάλμα να χαρακτηρίσει κανείς όλες αυτές τις αντιδράσεις με κάποια ζηλοτυπική αιχμή σαν παρανοϊκές. Όταν όμως, η κατάσταση είναι οργανωμένοι (συστηματοποιημένοι) υπεραπασχολεί το άτομο και κυριαρχεί στην συμπεριφορά του τότε αναμφισβήτητα πρόκειται για ζηλοτυπικό παραλήρημα και δίκαια εντάσσεται στην παράνοια. Μπορεί να εργάζεται και να αποδίδει αλλά δεν παύει να είναι παρανοϊκό άτομο. Για την παθογένεια του ζηλοτυπικού παραληρήματος υπάρχουν διάφορες απόψεις. Κατά την ψυχοδυναμική φροϋδική άποψη στη βάση της προσωπικότητας υπάρχουν φιλομόφυλες τάσεις και με τον μηχανισμό της προβολής γίνεται μια αναστροφή αντικειμένου – υποκειμένου και έτσι αυτό που αισθάνεται το άρρωστος, επειδή δεν γίνεται ανεκτό από το Εγώ του, για να το αποβάλλει το τοποθετεί στον άλλον (Δεν τον αγαπάω εγώ, αλλά εκείνη, σκέφτεται ο σύζυγος που παραληρεί). Με τον ίδιο μηχανισμό ερμηνεύεται και το διωκτικό παραλήρημα. Ο Freud κατέληξε να διαπιστώσει την παραπάνω θεωρεία του μετά την ανάλυση της περίφημης περίπτωσης Shreber. Παρότι αναφέραμε τα παραπάνω για λόγους καθαρά ιστορικούς, παρόλα αυτά ο μηχανισμός προβολής

φαίνεται να ισχύει για την διαμόρφωση του περιεχομένου του παραληρήματος.

✚ **Ερωτομανιακό παραλήρημα** (Παραλήρημα – Ευαίσθητων / άλλοι το εντάσσουν και άλλοι όχι στα πλαίσια της παράνοιας) : Πρόκειται για ευαίσθητα άτομα με Εγώ όχι πολύ ισχυρό, τα οποία δεν έχουν πολλές προοπτικές ικανοποίησης στη ζωή τους. Δεν έχουν την κοινωνική αποκατάσταση που θα ήθελαν. Κλασικό παράδειγμα αποτελούν οι γεροντοκόρες (και το ότι παρέμειναν γεροντοκόρες φυσικά, φταίει οι προσωπικότητά τους). Τα άτομα αυτά προσκολλώνται ρομαντικά σε ένα πρόσωπο (γραμματείς σε προϊστάμενο, υπηρέτρια στον κύριο) και δημιουργούν στην κατάσταση που είναι γνωστοί και αρκετά συχνή στην καθημερινή ζωή. Δεν αλλάζουν αυτή την προτίμησή τους. Παρόλο ότι παίρνουν πολύ μικρό μισθό μένουν κοντά σε ένα άτομο που όχι μόνο το αγαπούν αλλά πιστεύουν ότι τα αγαπά και αυτό. Κάθε του ενέργεια μεταφράζεται σε εκδήλωση αφοσίωσης και τον δικαιολογούν που δεν προβαίνει σε συγκεκριμένες λύσεις της κατάστασης (δεν γίνεται να με παντρευτεί, αφού είναι παντρεμένος σκέπτεται η δακτυλογράφος κ.τ.λ.)

1.2.3.1. Παραφρένεια

Είναι ασθένεια της ώριμης ηλικίας με κύρια χαρακτηριστικά της τις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες στοιχεία που οδηγούν τελικά σε έκπτωση της προσωπικότητας, πράγμα που διαχωρίζει την παραφρένεια από την σχιζοφρένεια (όπου δεν έχουμε έκπτωση της προσωπικότητας). Η ύπαρξη δε ψευδαισθήσεως την διαχωρίζει από την παράνοια (όπου δεν έχουμε ψευδαισθήσεις) (11).

1.2.3.2. Ψυχωσικές αντιδράσεις

Ο όρος ψυχωσική αντίδραση ή ψύχωση από αντίδραση ή σχιζοφρένεια από αντίδραση χρησιμοποιείται ευρέως κατά την σύνταξη πιστοποιητικών ή άλλων εγγράφων για λόγους κοινωνικούς με σκοπό να μη στιγματιστεί ένα άτομο ότι πάσχει από σχιζοφρένεια. Υπάρχει όμως στην πραγματικότητα τέτοια κατάσταση; Είναι δυνατό και μόνο η εξωτερικές συνθήκες να δημιουργήσουν στο άτομο ψυχωτική κατάσταση; Τέτοιες καταστάσεις παρατηρούνται σε άτομα που ζουν κάτω από ορισμένες συνθήκες (φυλάκιση, στρατόπεδα συγκέντρωσης) σε ποσοστό που υπερβαίνει την επίπτωση που θα είχε η ψύχωση στον γενικό πληθυσμό. Άρα αποδεικνύεται ότι μπορεί να προκληθεί από εξωτερικούς παράγοντες μια τέτοια κατάσταση. Είναι γνωστό εξάλλου ότι ορισμένα άτομα με την επίδραση έντονων συγκινησιακών καταστάσεων (λύπη ή και χαρά) αντιδρούν με ψυχωσικό επεισόδιο. Εκείνο που δικαιώνει τον διαχωρισμό αυτών των καταστάσεων από τις γνήσιες ψυχώσεις είναι ότι έχουν επεισοδιακό χαρακτήρα, δηλαδή περνούν μετά ένα διάστημα και δεν δημιουργούν αλλοίωση στην προσωπικότητα. Είναι επομένως δικαιολογημένος ο διαχωρισμός των εξωγενών ή αντιδραστικών αυτών ψυχώσεων από τις γνήσιες ψυχώσεις, παρότι δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι το stress είναι σε θέση να προκαλέσει μια ψύχωση που υποβόσκει, η οποία θα έχει μετά την γνωστή κακοήθη εξέλιξη (11,14).

ΕΠΑΚΤΗ ΨΥΧΩΣΗ

Η επακτή ψύχωση λέγεται και μολυσματική ψύχωση και προσβάλλει δύο ή και περισσότερα άτομα που ζουν μαζί (έχει περιγραφεί προβολή μέχρι και 12 ατόμων). Πάντοτε σε αυτή την κατάσταση υπάρχει το κύριο μέλος που πάσχει από ψύχωση, που "μολύνει" κατά κάποιο τρόπο τα υπόλοιπα άτομα του περιβάλλοντός του, τα οποία και δημιουργούν πια αυτόνομη ψύχωση. Αναπτύσσεται επομένως συμβιωτική ψυχωτική κατάσταση. Την συναντάμε στα μέλη μια οικογένειας και μπαίνει το πρόβλημα αν πρόκειται πράγματι για μολυσματική ψύχωση ή απλά ψυχώσεις σε πολλά άτομα μιας οικογένειας με βάση κληρονομική. Μπορεί να μιλήσουμε για επακτή ψύχωση με περισσότερη

βεβαιότητα όταν τα άτομα δεν είναι συγγενείς εξ' αίματος που περιστασιακά ζουν μαζί. Το ένα άτομο που πάσχει από καιρό μολύνει το άλλο το ποίο αποκαθίσταται φυσιολογικά όταν χωρίσουν και πάλι. Το άτομο που μόλυνε έχει ισχυρή προσωπικότητα ενώ το μολυσμένο είναι συνήθως αδύνατου χαρακτήρα και παρασύρεται στην ψύχωση με την συμβίωση (11,14).

1.2.3.3. Εξωτικές ψυχώσεις

Δεν έχουν πρακτικό ενδιαφέρον για την χώρα μας φυσικά. Η μελέτη τους έδωσε πολλά στοιχεία για την καλύτερη ψυχοδυναμική κατανόηση των κλασικών ψυχώσεων. Έτσι δημιουργήθηκε η συγκριτική ή διαπολιτισμική ψυχιατρική (Wittkower) η οποία είναι η τελευταία τάση της ψυχιατρικής. Σε αυτήν ερευνούνται και εκτιμούνται πολλοί τα ήθη και έθιμα, οι προλήψεις και οι προκαταλήψεις κ.τ.λ. διαφόρων πολιτισμών. Επίσης, ο κλάδος αυτός μελετά και την διάφορη ψυχοδυναμική αυτών των (βασικών) ασθενειών στους διάφορους πολιτισμούς. Στο πεδίο αυτού του κλάδου υπάγεται και η μελέτη των ακόλουθων «εξωτικών ψυχώσεων» (11):

ΑΜΟΚ

Η «δρομομανία» είναι η πιο γνωστή μορφή για το δυτικό κοινό. Ο ασθενείς αφού καταλαμβάνεται από παραφορά φονεύει κάποιον ή κάποια άτομα τρέχοντας μαινόμενος τους δρόμους. Αφού οι φόννοι αποτελούν μάλλον ένα είδος «βεντέτας».

ΛΑΤΑΧ

Παρατηρήθηκε σε Μαλαίσιους. Συνίσταται σε ακατάσχετη στερεοτυπική τάση του ατόμου να επαναλαμβάνει πράξεις, και δημιουργείται από ασήμαντη αφορμή (όπως για παράδειγμα μια γριά, βλέποντας ένα ποδήλατο, άρχισε να μιμείται τις κινήσεις ποδηλασίας για ώρες, σε κατάσταση που απουσίαζε κάθε

ευαισθησία). Πρέπει μάλλον να αποδοθεί σε μεγάλη υποβολιμότητα (π.χ. λόγω πυρετού κ.τ.λ.) που έχουν αυτοί οι πρωτόγονοι.

KORO

Το κόρο παρατηρείται σε ινδιάνους, μεξικανούς, κατοίκους της Ινδονησίας κ.τ.λ.. ο ασθενής καταλαμβάνεται από οξύ άγχος, «αισθάνεται» το πέος του να μαζεύει τους μαστούς (σε γυναίκες) να απορροφούνται κ.τ.λ. οπότε για να αντιδράσει συλλαμβάνει αυτά τα γεννητικά όργανα με τα χέρια του (ζητώντας επίσης την βοήθεια των περαστικών) για να μην του φύγουν. Ισοδυναμεί μάλλον με τις προσβολές οξέως σεξουαλικού άγχους που τις συνιστώμαι στους δυτικούς (το συνήθως συγκαλυμμένο άγχος ευνουχισμού).

PIMPLICTO

Ονομάστηκε και «αρκτική υστερία», γιατί παρατηρήθηκε σε γυναίκες της Σιβηρίας ή της Αρκτικής. Οι γυναίκες που προσβάλλονται, πέφτουν στο ύπαιθρο εν αιθρία σε παράδοξη ψυχοκινητική διέγερση, μιμούνται τις φωνές των αρκούδων και πέφτουν αναίσθητες για να συνέλθουν τελείως μετά το 24ωρο.

ΘΑΝΑΤΟΜΑΝΙΑ (Voodoo death)

Παρατηρήθηκε στους Παπούα και στους Ιθαγενείς τις βόρειας Αμερικής. Οι άρρωστοι αυτοκαταδικάζονται σε θάνατο (τόσο συνειδητά όσο και ασυνείδητα), μόλις καταπατήσουν κάποια κοινωνικό Taboo, ή αν πέσουν θύματα «μαγείας». Έτσι, εκείνος που παρέβει κάποιο σημαντικό ταμπού ή που συναισθάνεται ότι «του έχουν κάνει μάγια», σχηματίζει μέσα του (έντονα αυθυποβαλλόμενος) την πεποίθηση, με την δύναμη των παραδόσεων που έχουν επίσημα αναγνωριστεί της φυλής που ανήκει, ότι είναι καταδικασμένος. Συγγενείς κι φίλοι συμμερίζονται αυτή την πεποίθηση. Από την στιγμή εκείνη η κοινότητα αποσύρεται, τον αποφεύγει, απομακρύνονται από τον

αναθεματισμένο, συμπεριφέρονται απέναντί του σαν να ήταν όχι μόνο πεθαμένος αλλά και πηγή κινδύνου για τους γύρω τους. Με κάθε αφορμή και με όλα της τα φερσίματα η κοινωνία σταλάζει την ιδέα του θανάτου στην ψυχή του δυστυχημένου θύματος, το οποίο το θεωρεί σαν την αναπόφευκτη μοίρα του και αφήνεται ανυπεράσπιστο. Και να που αρχίζουν να εκτελούν τις ιεροτελεστίες, που θα τον οδηγήσουν στο βασίλειο των νεκρών (11):

- ✚ Πρώτα από όλα διακόπτονται οι οικογενειακοί και οι κοινωνικοί δεσμοί και ο εξορκισμένος αποκλείεται από όλες τις δραστηριότητες και πράξεις (χάρη στις οποίες δημιουργείται το αυτό συναίσθημα). Συνεπώς όχι μόνο υφίσταται αποσύνδεση από το κοινωνικό σύνολο και στερείται την συναποδοχή του, αλλά ανακηρύσσεται από αυτό πεθαμένος, εμπνέει φόβο, γίνεται αντικείμενο αποτρεπτικών λειτουργικών πράξεων και απαγορεύσεων, ενώ συγχρόνως είναι τελείως πανικοβλημένος.
- ✚ Η σωματική του αντοχή και ακεραιότητα σιγά σιγά παύει να αντιστέκεται στη διάσπαση της κοινωνικής προσωπικότητας.
- ✚ Τότε η δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος υφίσταται αποδιοργάνωση, οπότε μέσα σε λίγες ώρες απέρχεται ελάττωση του όγκου του αίματος, πτώση της αρτηριακής πίεσης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανεπανόρθωτων διαταραχών στα όργανα της κυκλοφορίας του αίματος.
- ✚ Η αποστροφή τροφής και ποτού, που είναι συχνή σε ασθενείς που κατέχονται από άγχος, επιταχύνει και επιδεινώνει την κατάσταση, αν λάβουμε υπόψη, ότι η αφυδάτωση του νευρικού συστήματος και η συνεπόμενη ελάττωση του όγκου του αίματος επιτείνεται εξαιτίας της ολοένα αυξανόμενης διαβατότητας των τριχοειδών αγγείων.

1.2.3.4. Σπάνια σύνδρομα

Υπάρχουν στις ψυχώσεις κάποια σπάνια σύνδρομα που όμως είναι ιδιαίτερης σημασίας. Αυτά είναι:

Σύνδρομο Cargras ή παραίσθηση του «Σωσία»

Το σύνδρομο Cargras είναι ένα από τα σπανιότερα και πιο έντονα σύνδρομα στη νευρολογία (22,23). Το πιο εντυπωσιακό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι ότι ο ασθενής (ο οποίος είναι συχνά ψυχικά αρκετά διαυγής σε άλλα σημεία) θεωρεί κοντινούς γνωστούς του, συνήθως είτε τους γονείς, τα παιδιά, το/τη σύζυγο είτε τα αδέρφια του, ως «απατελώνες», δηλαδή μπορεί να ισχυριστεί ότι το εν λόγω πρόσωπο “φαίνεται” ή ακόμα ότι είναι “πανομοιότυπο” με τον πατέρα του, αλλά στην πραγματικότητα δεν είναι. Αν και συχνά εμφανίζονται σε ψυχωτικές καταστάσεις, πάνω από το ένα τρίτο των τεκμηριωμένων περιπτώσεων του συνδρόμου Cargras έχουν συμβεί σε συνδυασμό με τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου, υποδηλώνοντας ότι το σύνδρομο έχει μια οργανική βάση (24).

Το σύνδρομο Cargras πρέπει να διακρίνεται μέσα από μία σειρά διαταραχών που ονομάζονται προσωπαγνωσία², χαρακτηριζόμενη από την αδυναμία του ασθενή να αναγνωρίσει τα πρόσωπα των ανθρώπων (23). Η προσωπαγνωσία προκαλείται συνήθως από διμερείς βλάβες στους κατώτερους κροταφικούς λοβούς (IT), περιοχές του εγκεφάλου που πιστεύεται ότι είναι τουλάχιστον μερικώς εξειδικευμένες για την αναγνώριση προσώπων (25). Όταν δίνεται ένα μείγμα από φωτογραφίες των άγνωστων (μυθιστόρημα) και γνωστών προσώπων και ζητείται να τους ταξινομήσουν σε δύο κατηγορίες, οι ασθενείς με προσωπαγνωσία δεν είναι σε θέση να το πράξουν, ακόμα πιο εντυπωσιακό είναι ότι εκφράζουν μια ισχυρότερη παβλοβική αντίδραση δέρματος σε γνωστά πρόσωπα (όπως κάνουν οι φυσιολογικοί),

² Prosopagnosia

πράγμα που σημαίνει ότι ο μηχανισμός επεξεργασίας προσώπου εξακολουθεί να είναι συνδεδεμένο με το μεταιχμιακό σύστημα (26–29). Από ότι φαίνεται, υπάρχουν δύο στοιχεία για την οπτική αναγνώριση ενός οικείου προσώπου, ένα από τα οποία είναι υπεύθυνο για την συνειδητή αναγνώριση του προσώπου και την ανάκληση της σχετιζόμενης σημασιολογικής πληροφορίας, ενώ το άλλο είναι υπεύθυνο για την μεταιχμιακή μεσολάβηση της συναισθηματικής διέγερσης, το συναισθηματικό σθένος, συμπεριλαμβανομένου και του αισθήματος της οικειότητας, που συνοδεύεται με την συνειδητή αναγνώριση ενός οικείου προσώπου. Ένας διαχωρισμός μεταξύ αυτών των δύο, όχι μόνο θα μπορούσε να εξηγήσει καταστάσεις όπως είναι το Déjà vu (οικειότητα χωρίς αναγνώριση) και το jamais vu (αναγνώριση χωρίς οικειότητα), που μερικές φορές σχετίζονται με τις χρονικές επιληπτικές κρίσεις λοβού, αλλά θα μπορούσε να εξηγήσει επίσης γιατί είναι δυνατόν να πάρουμε μια παβλοβική αντίδραση δέρματος ακόμα και σε περίπτωση απουσίας συνειδητής αναγνώρισης ενός προσώπου (23,30).

Προσαρμόζοντας μια εξήγηση από τον Bauer (1984, 1986), οι Ellis & Young (1990) έχουν προτείνει ότι το σύνδρομο Cargras αντιπροσωπεύει ένα “καθρέφτη” της προσωπαγνώσια στην οποία η κοιλιακή διαδρομή από τα οπτικά κέντρα στους κροταφικούς λοβούς μπορεί να διατηρηθεί (έτσι ώστε να επιτρέψει εμφανή, συνειδητή “αναγνώριση” προσώπου), αλλά η νωτιαία οπτική διαδρομή που είναι υπεύθυνη για να δίνει τις εκφράσεις συναισθήματος στο πρόσωπο είναι κατεστραμμένη. Ίσως, ο μόνος τρόπος ο ασθενής να μπορεί να κάνει αισθητή την απουσία αυτής της συναισθηματικής διέγερσης είναι να σχηματίσει την πεποίθηση ότι το άτομο που κοιτάζει είναι ένας απατεώνας (23).

Αυτή η εξήγηση, όμως, αφήνει δύο ερωτήματα αναπάντητα. Πρώτον, γιατί είναι το συγκεκριμένο φαινόμενο σε στενούς συγγενείς; Μια πιθανότητα είναι ότι μόνο με τους γονείς ή τον/την σύζυγο κάποιου μπορεί κανείς να αναμένει μια λάμψη της διέγερσης, και ως εκ τούτου η απουσία του να οδηγήσει σε μια

confabulatory³ αυταπάτη ότι ο γονέας κάποιου είναι ένας απατεώνας. Με ένα συναισθηματικά ουδέτερο πρόσωπο από την άλλη πλευρά, όπως ο ταχυδρόμος κάποιου, κάποιος δεν αναμένει τέτοια διέγερση, και ως εκ τούτου δεν υπάρχει κανένα κίνητρο για τη δημιουργία μιας αυταπάτης (23).

Ένα δεύτερο σχετικό ερώτημα είναι, για ποιο λόγο η απλή απουσία της συναισθηματικής διέγερσης οδηγεί σε μια τέτοια εξαιρετικά τραβηγμένη αυταπάτη; Γιατί απλά δεν σκέπτεται ο ασθενής, «Ξέρω ότι είναι ο πατέρας μου, αλλά δεν αισθάνομαι πια τη ζεστασιά»; Μια απάντηση είναι ότι κάποια πρόσθετη βλάβη, ίσως στο δεξιό μετωπιαίο φλοιό, πιθανόν να είναι απαραίτητη ώστε να δημιουργηθούν τέτοιες ακραίες αυταπάτες. Προσπαθώντας να εξηγήσουν ένα εντελώς διαφορετικό σύνδρομο (Ανοσογνωσία) έχουν υποστηρίξει αλλού ότι το αριστερό ημισφαίριο προσπαθεί να διατηρήσει τη συνοχή με κάθε κόστος, εξηγώντας τυχόν αποκλίσεις, ενώ μπορεί να υπάρχει ένας παγκόσμιος μηχανισμός «ελέγχου συνεπειών» στο δεξί ημισφαίριο, που χρησιμεύει συνήθως για να αντισταθμίσει αυτή την τάση. Η βλάβη σε έναν τέτοιο μηχανισμό μπορεί να εξηγήσει τις ακραίες μυθοπλασίες που βλέπει κανείς συχνά σε άτομα με ανοσογνωσία. Μπορεί να είναι, ως εκ τούτου, ότι για να αναπτυχθεί μια αυταπάτη από πραγματικό σύνδρομο Cargras χρειάζεται ένας συνδυασμός από δύο βλάβες: το ένα που επηρεάζει την ικανότητα του εγκεφάλου να επισυνάψει συναισθηματική έννοια για ένα γνωστό πρόσωπο, το οποίο και επηρεάζει τον παγκόσμιο μηχανισμό συνέπειας ελέγχου στο δεξιό ημισφαίριο (23,31).

Σύνδρομο Cotard ή παραλήρημα άρνησης των οργάνων

Το σύνδρομο Cotard χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση της μηδενιστικής αυταπάτης σχετικά με το ίδιο το σώμα κάποιου. Είτε το σύνδρομο αποτελεί μια ξεχωριστή διαταραχή ή είναι ένα σύμπτωμα από άλλες διαταραχές έχει αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης για δεκαετίες. Υπάρχει μία αυξανόμενη

³ To fill in gaps in one's memory with fabrications that one believes to be facts. = Για να συμπληρώσει τα κενά στη μνήμη ενός ατόμου με κατασκευές που πιστεύει ότι είναι γεγονότα.

επικρατούσα άποψη για να εξετάσει το σύνδρομο Cotard και την τυπικά μηδενιστική αυταπάτη της ως σύμπτωμα μιας υποκείμενης διαταραχής. Το σύνδρομο αυτό καθαυτό δεν αναφέρεται στο DSM-IV-TR. Οι μηδενιστικές αυταπάτες αναφέρθηκαν ως παράδειγμα αυταπάτες παραλληλισμού ενός καταθλιπτικού επεισοδίου με ψυχωικά χαρακτηριστικά. Αν και δεν είναι μια διαγνωστική οντότητα στην τρέχουσα ψυχιατρική πρακτική μας, οι γνώσεις σχετικά με το σύνδρομο Cotard και η συγκεκριμένη προσέγγιση για την θεραπεία ασθενών είναι πολύτιμες (32,33).

Στην πρώτη περιγραφή του, το σύνδρομο Cotard περιέγραψε υποχόνδριες ιδέες οι οποίες κυμαίνονταν από την αυθόρμητη καταστροφή των διαφορετικών οργάνων, ολόκληρου του σώματος ή της ψυχής μέχρι την πλήρη άρνηση της ίδιας της ύπαρξης κάποιου ως τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία του συνδρόμου. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ασθενείς έπεισαν τον εαυτό τους ότι δεν έχουν ανάγκη να φάνε πια ή ακόμη είχαν την ψευδαίσθηση ότι είναι νεκροί. Τα πιο σημαντικά συμπτώματα του συνδρόμου Cotard είναι η καταθλιπτική διάθεση (89%), οι μηδενιστικές αυταπάτες σχετικά με το σώμα κάποιου (86%), οι μηδενιστικές αυταπάτες σχετικά με την ύπαρξη του ατόμου (69%), το άγχος (65%), οι ψευδαισθήσεις ενοχής (63%), οι αυταπάτες της αθανασίας (55%) και οι παραισθήσεις κατά φαντασίαν ασθενή (58%) (34). Ο Αυτο-ακρωτηριασμός της μύτης αναφέρθηκε σε συνδυασμό με το σύνδρομο Cotard σε μία πρόσφατη έκθεση περίπτωση (35). Μερικές πρόσφατες αυταπάτες ως ειδικές μορφές του συνδρόμου Cotard είναι για παράδειγμα η παραληρητική άρνηση μιας εγκυμοσύνης κάποιου παρά τα σαφή μορφολογικά σημάδια και η παραληρητική παράλυση σε ασθενή με ψυχοκινητική διέγερση (36,37).

Στην αρχή της πορεία της νόσου, το σύνδρομο Cotard χαρακτηρίζεται από μια αόριστη αίσθηση του άγχους που διαρκεί από εβδομάδες έως και χρόνια. Αυτή η αγχώδεις κατάσταση αυξάνεται σταδιακά και μπορεί να οδηγήσει στην προέλευση των μηδενιστικών αυταπατών στις οποίες υπάρχει άρνηση μερών του σώματος ή της ζωής και είναι το κυρίαρχο χαρακτηριστικό. Ο ασθενής τότε αρχίζει να χάνει την επαφή με την πραγματικότητα. Με την αυταπάτη ότι

είναι νεκροί, οι ασθενείς εμφανίζουν αυξημένη τάση προς τον αυτο-ακρωτηριασμό ή την αυτοκτονική συμπεριφορά. Τα συμπτώματα που συνοδεύονται μπορεί να περιλαμβάνουν την αναλγησία και την αφωνία. Το περιεχόμενο πάντα αντικατοπτρίζει μια ενασχόληση με την ενοχή, την απελπισία, και το θάνατο. Οι αυταπάτες, επίσης, μερικές φορές πάνε μαζί με ένα *délire d'énormité*⁴. Αυτό μερικές φορές ονομάζεται μανιακό σύνδρομο Cotard. Καθώς το σύνδρομο εμφανίζεται συχνά σε συνδυασμό με άλλες ψυχωτικές καταστάσεις, τα συμπτώματα αυτών των άλλων διαταραχών είναι επίσης πιθανό να είναι παρόντα. Για παράδειγμα, οι μηδενιστικές αυταπάτες παρουσιάζονται σε μία καταθλιπτική ασθένεια και συχνά συνδέονται με άλλα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης, και το σύνδρομο που σχετίζεται με την οργανική ασθένεια συνδέεται συχνά με άλλα συμπτώματα (για παράδειγμα, ο αποπροσανατολισμός ή τα νευρολογικά σημεία) (32,33). Η διάρκεια του συνδρόμου Cotard μπορεί να ποικίλει από ημέρες έως χρόνια, ανάλογα με την υποκείμενη διαταραχή (38). Μια πρόταση για την οργάνωση του συνδρόμου Cotard ήταν από τους Yamada et al. το 1999. Δουλεύοντας με έναν ασθενή, τρία στάδια ορίστηκαν: το στάδιο της αναπαραγωγής, το στάδιο της άνθισης και το χρόνιο στάδιο. Το στάδιο της αναπαραγωγής χαρακτηρίζεται από σημαντική υποχονδρία, *cenesthopathy*⁵, και καταθλιπτική διάθεση. Το σύνδρομο Cotard δεν μπορεί να διαγνωστεί κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου. Στο στάδιο της άνθισης, τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου Cotard (μηδενιστικές αυταπάτες, αυταπάτες της αθανασίας μαζί με το άγχος και τον αρνητισμό) είναι εμφανή. Στο χρόνιο στάδιο, η διαφοροποίηση γίνεται σε δύο μορφές: ένα με επίμονες συναισθηματικές διαταραχές (καταθλιπτικού τύπου) και ένα δεύτερο στο οποίο τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι περισσότερο στο παρασκήνιο (παρανοϊκού τύπου) (39).

Σχετικά με την θεραπεία του συνδρόμου υπάρχουν αρκετές αναφορές της επιτυχούς φαρμακολογικής θεραπείας. Η μονοθεραπεία με παράγοντες όπως η αμιτριπτυλίνη (40), η ντουλοξετίνη (41), η φλουοξετίνη (42), η παροξετίνη (40), η ολανζαπίνη (43), σουλπιρίδη (44), ή το λίθιο (40) έχει αναφερθεί ότι

⁴ μια ψευδαίσθηση μιας μαζικής αύξησης των μέτρων του σώματος

⁵ Είναι ένας σπάνιος ιατρικός όρος που χρησιμοποιείται για να δηλώσει την αίσθηση του να είσαι άρρωστος και αυτό το συναίσθημα δεν είναι εντοπισμένο σε ποια περιοχή του σώματος

είναι αποτελεσματική. Ωστόσο, οι στρατηγικές με συνδυασμός συχνά χρησιμοποιούνται (κλομιπραμίνη / αμιτριπυλίνη (32), πιμοζίδη / αμιτριπυλίνη (40), η αλοπεριδόλη / κλομιπραμίνη (40), cyamemazine / παροξετίνη (40), η ρισπεριδόνη / φλουοξετίνη (33), η αλοπεριδόλη / μιρταζαπίνης (33), η ρισπεριδόνη / σερτραλίνη (45), ρισπεριδόνη / σιταλοπράμη (36), η κλοζαπίνη / φλουβοξαμίμη / ιμιπραμίνη (46)). Προσθέτοντας βρωμοκρυπτίνη στην κλομιπραμίνη και το λίθιο είχε μια ωφέλιμη επίδραση σε έναν ασθενή με διπολική διαταραχή τύπου I (47).

Το ECT είναι επίσης μια σημαντική θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με σύνδρομο Cotard. Με βάση την ταξινόμηση του Berrios και Luque, Madani και Sabbe προτάθηκε ότι η ECT είναι μια σημαντική επιλογή για τους ασθενείς με σύνδρομο Cotard με ψυχωσική κατάθλιψη, ενώ τα αντιψυχωσικά θα πρέπει να παράγουν καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς με σύνδρομο Cotard τύπου I (34,48).

Σε νέους ασθενείς, θα πρέπει να εξετάζεται η χρήση των σταθεροποιητών της διάθεσης, επειδή το σύνδρομο Cotard σε αυτόν τον πληθυσμό είναι συχνά μέρος μιας διπολικής διαταραχής (40,49). Η συνολική πρόγνωση φαίνεται να καθορίζεται κυρίως από τις επιλογές θεραπείας και την πρόγνωση για την υποκείμενη διαταραχή (50).

Σύνδρομο Ganser

Το σύνδρομο Ganser περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1897 από τον Sigbert Ganser σε 4 κρατούμενους. Αρχικά, πιστεύεται ότι ήταν σπάνιο, και εμφανιζόταν κυρίως στους ιατροδικαστικούς χώρους. Ως εκ τούτου, αναφέρεται ως ψύχωση της φυλακής. Αργότερα, τέτοιες περιπτώσεις αναφερόντουσαν πιο συχνά σε μη ιατροδικαστικούς χώρους (51). Το σύνδρομο έχει βρει μια θέση τόσο στο ICD-10 όσο και στο DSM-IV, παρά τη διαμάχη σχετικά με την ύπαρξη και τον διακριτικό χαρακτήρα του. Η διαταραχή αυτή είχε προηγουμένως ταξινομηθεί ως μια πλασματική

διαταραχή. Επί του παρόντος, κατατάσσεται υπό τον τίτλο «διασπαστική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς» (52).

Τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου αυτού είναι οι απαντήσεις κατά προσέγγιση, η θόλωση της συνείδησης, τα σωματικά συμπτώματα μετατροπής και οι παραισθήσεις. Ωστόσο, δεν χρειάζονται όλα τα βασικά συμπτώματα για να γίνει η διάγνωση. Ο ασθενής με σύνδρομο Ganser είχε σημειωθεί ότι είχε απομείωση της αντίληψη, της προσοχής, της συγκέντρωσης, του άγχος και της αμηχανίας ως επιπλέον κλινικά χαρακτηριστικά (52). Υπάρχει μια έκθεση αυτού του συνδρόμου με το σύμπτωμα της προσωπαγνωσίας ως υστερικό χαρακτηριστικό. Με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά έχει ονομαστεί ποικιλοτρόπως σε σύνδρομο ανοησίας, σύνδρομο απάντησης κατά προσέγγιση, ψευδοάνοια και σύνδρομο χαζομάρας (53).

Το σύνδρομο Ganser είχε θεωρηθεί ως μια μορφή παροδικής υστερικής κατάστασης του λυκόφωτος με αμνησία για το επεισόδιο σχετικά με την ανάκτηση. Ψυχοπαθολογικά, πιστεύεται ότι παρέχει μια απόδραση από μια αναπόφευκτη, ανυπόφορη και περιορισμένη κατάσταση (52). Ωστόσο, τα συμπτώματα του συνδρόμου Ganser έχουν περιγραφεί στη σχιζοφρένεια (52,54), την συναισθηματική διαταραχή (52,55,56) και τα οργανικά στάδια (57). Το σύνδρομο Ganser στα βιολογικά στάδια έχει κυρίως αναφερθεί σε ασθενείς με τραύμα στο κεφάλι και με εγκεφαλικό επεισόδιο, κυρίως για εκείνους που περιλαμβάνονται με μετωπικά λοβία (57–60). Έχει επίσης αναφερθεί στον αλκοολισμό με Korsakoff ψύχωση (51), στην νευροσύφιλη (54), στην άνοια(61) και το AIDS (62).

1.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η 5η έκδοση του διαγνωστικού συστήματος DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, που κυκλοφόρησε τον Μάιο του 2013, φιλοδοξεί να αποτελέσει τομή στην ιστορία της ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών (63). Η πρώτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-I) έγινε το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως μια προσπάθεια υιοθέτησης μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των κλινικών. Τόσο το DSM-I όσο και η αναθεώρησή του, το DSM-II (1968), αναγνώριζαν μόνο τρεις ευρείες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, τις ψυχώσεις, τις νευρώσεις και τις χαρακτηρολογικές διαταραχές. Η ορολογία και οι περιγραφές των διαταραχών σε αυτές τις εκδόσεις αντανάκλασαν σε μεγάλο βαθμό την ψυχαναλυτική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, και η ταυτοποίηση των διαταραχών στηριζόταν περισσότερο στη γενική συναίνεση των ειδικών παρά σε ερευνητικά δεδομένα. Το DSM-III (1980) επέφερε τις σημαντικότερες αλλαγές στην ψυχιατρική ταξινόμηση μέχρι σήμερα (64). Όρισε ειδικά περιγραφικά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών απαλείφοντας κάθε αναφορά σε συγκεκριμένες θεωρίες ως προς την αιτιολογία τους, στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε δεδομένα κλινικών και επιδημιολογικών μελετών για τον προσδιορισμό των διαταραχών, και εισήγαγε την πολυαξονική διάγνωση (εκτός από τις κλινικές-διαγνωστικές κατηγορίες επιπλέον παράλληλοι άξονες για την προσωπικότητα και τη νοημοσύνη, τις σωματικές νόσους, τις ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες και τη γενική λειτουργικότητα). Τα γνωρίσματα αυτά της ψυχιατρικής ταξινόμησης διατηρήθηκαν και στην επόμενη έκδοση του εγχειριδίου, DSM-IV (1994) (65). Η γενική προσέγγιση του DSM-III για την ταξινόμηση – με αυστηρά περιγραφικά διαγνωστικά κριτήρια, αθεωρητική ως προς την αιτιολογία και βασισμένη σε εμπειρικά δεδομένα – διατηρήθηκε στο DSM-5, ενώ παράλληλα επιχειρούνται ορισμένες σημαντικές αλλαγές τόσο στη μεθοδολογία της ταξινόμησης όσο και σε διαγνωστικές κατηγορίες και κριτήρια (66).

Η στροφή από την κατηγορική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας (διάγνωση με βάση κριτήρια που πληρούνται ή όχι) στη διαστασιακή προσέγγιση (προσδιορισμός των διαταραχών μέσω ψυχοπαθολογικών διαστάσεων διαβαθμισμένης βαρύτητας ή έντασης) υπήρξε κεντρική επιδίωξη στη διαμόρφωση του DSM-5, η οποία ωστόσο περιορίστηκε στην εισαγωγή ορισμένων μόνο «διαστασιακών» στοιχείων στην παρούσα έκδοση (67). Συγκεκριμένα, ενώ διατηρούνται τα κατηγορικά διαγνωστικά κριτήρια, εισάγονται εξειδικευτές της διάγνωσης βάσει της βαρύτητας της διαταραχής ή άλλων κλινικών χαρακτηριστικών της, και δυνατότητα διαβαθμισμένης αποτίμησης συμπτωμάτων. Ορισμένες διαταραχές ομαδοποιούνται σε ευρύτερες κατηγορίες που καλούνται «φάσματα», π.χ. «φάσμα σχιζοφρένειας», αλλά μόνο στην περίπτωση του αυτισμού διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV συνενώνονται σε ένα ψυχοπαθολογικό συνεχές, εν προκειμένω τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Επίσης ένα πολυδιαστασιακό μοντέλο περιγραφής των διαταραχών προσωπικότητας προτείνεται ως εναλλακτικό, αλλά επισήμως υιοθετούνται οι κατηγορίες και τα κριτήρια του DSM-IV για τις εν λόγω διαταραχές (66).

Στο DSM-5 καταργείται το πολυαξονικό σύστημα διάγνωσης, παρόλο που δεν αμφισβητείται η κλινική σημασία που είχαν οι άξονες των προηγούμενων εκδόσεων, δηλαδή η βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της εκτίμησης και αντιμετώπισης των ασθενών. Επειδή η πολυαξονική διάγνωση δεν έτυχε ευρείας εφαρμογής στην καθημερινή πρακτική, το νέο σύστημα συνδυάζει τη διάγνωση κάθε ψυχικής διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών προσωπικότητας) και κάθε σωματικής νόσου σε έναν μόνο άξονα. Παράλληλα το DSM-5 περιλαμβάνει, αν και προαιρετικά, την ταυτοποίηση συγκεκριμένων αντίξων ψυχοκοινωνικών παραγόντων και την αποτίμηση της γενικής λειτουργικότητας μέσω της αυτοσυμπληρούμενης κλίμακας WHODAS 2.0 (68). Συμπληρωματικά προς τη διάγνωση προτείνεται η χρήση συγκεκριμένων κλινικών εργαλείων για την ανίχνευση και την αποτίμηση μη-ειδικών συμπτωμάτων που «διατρέχουν» το σύνολο των ψυχικών διαταραχών (cross-cutting symptoms) (όπως κατάθλιψη, θυμός, μανία, άγχος κ.ά.), καθώς και ορισμένων ειδικών κλιμάκων για την εκτίμηση της βαρύτητας

συμπτωμάτων συγκεκριμένων διαταραχών (π.χ. διαστάσεων της ψυχωτικής συμπτωματολογίας) (69). Ένα κλινικά χρήσιμο εργαλείο, ιδίως σε διαπολιτισμικά πλαίσια άσκησης της κλινικής πράξης, αποτελεί επίσης η ειδική ημι-δομημένη συνέντευξη για την εκτίμηση πολιτισμικών παραγόντων με σημαντική επίδραση στη στάση του ασθενούς σχετικά με την αναγνώριση και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής (Cultural Formulation Interview) (70).

Ο αριθμός των διαγνώσεων που περιγράφονται στο DSM-5, είναι κατά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν του DSM-IV (541 έναντι 383). Η αύξηση προκύπτει σε μεγάλο βαθμό από διαχωρισμούς και εξειδικεύσεις προϋπαρχόντων διαταραχών, εισάγεται όμως κι ένας σημαντικός αριθμός νέων διαταραχών, όπως η διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης με ευερεθιστότητα, η προεμμηνόρρυσιακή δυσφορική διαταραχή, η διαταραχή κρίσεων υπερφαγίας, η διαταραχή παρασυσσώρευσης κ.ά. Σημαντικές μεταβολές από το DSM-IV γίνονται και στα διαγνωστικά κριτήρια και τους υποτύπους ορισμένων διαταραχών (71). Για παράδειγμα, στη σχιζοφρένεια καταργείται η ιδιαίτερη διαγνωστική βαρύτητα των αλλόκοτων παραληρητικών ιδεών και των ακουστικών ψευδαισθήσεων (πρώτης τάξεως συμπτώματα κατά Schneider). Επιπλέον, καταργούνται οι κλινικοί υπότυποι, λόγω περιορισμένης εγκυρότητας, αξιοπιστίας και σταθερότητάς τους στον χρόνο, και αντ' αυτών συστήνεται η εκτίμηση της ετερογένειας και της βαρύτητας της διαταραχής μέσω διαστάσεων της συμπτωματολογίας της (θετικής, αρνητικής, αποδιοργανωτικής, ψυχοκινητικής, συναισθηματικής, νοητικής) (66).

Η κατατονία περιγράφεται πλέον ως ξεχωριστό κλινικό σύνδρομο και μπορεί να αποτελεί εξειδικευτή της διάγνωσης στις ψυχωτικές, διπολικές και καταθλιπτικές διαταραχές. Ορισμένες από τις νέες διαταραχές που συζητήθηκαν, προτείνονται για περαιτέρω διερεύνηση. Η πιο σημαντική αλλά και πλέον αμφιλεγόμενη από αυτές είναι το «σύνδρομο εξασθενημένης ψύχωσης» (Attenuated Psychosis Syndrome), το οποίο περιγράφει μια κατάσταση που θεωρείται πρόδρομη της ψύχωσης, αν και πολλά από τα άτομα που την παρουσιάζουν δεν θα εμφανίσουν τελικά ψυχωσικού τύπου

διαταραχή (72). Προτείνονται επίσης ως πιθανά ξεχωριστά σύνδρομα προς περαιτέρω μελέτη η αυτοκτονική συμπεριφορά και οι μη-αυτοκτονικοί αυτοτραυματισμοί, επειδή οι συμπεριφορές αυτές πιθανώς συνδέονται με ειδικούς ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες ανεξάρτητα από άλλες συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές. Άλλες προτεινόμενες καταστάσεις (σύνδρομα) για περαιτέρω μελέτη είναι οι παρακάτω: καταθλιπτικά επεισόδια με σύντομης διάρκειας υπομανία, επιμένουσα σύνθετη διαταραχή πένθους, διαταραχή χρήσης καφεΐνης, διαταραχή παιχνιδιών μέσω internet, νευροσυμπεριφορική διαταραχή σχετιζόμενη με προγεννητική έκθεση σε οιοπνευματώδη.

Οι αντιπαραθέσεις που συνόδευσαν την ανάπτυξη και την κυκλοφορία του DSM-5 ανέδειξαν σημαντικά ζητήματα, όχι μόνο για τη συγκεκριμένη έκδοση αλλά γενικότερα για τα διαγνωστικά συστήματα και την επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχιατρικής διάγνωσης. Ο κίνδυνος για διαγνωστικό υπερπληθωρισμό μέσω της «ιατρικοποίησης» της ψυχοπαθολογίας, η υπολειπόμενη ακόμα σε τεκμηρίωση εγκυρότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης, η «φαινομενολογική πτωχία» που επέρχεται από την αποκλειστική χρήση του DSM κατά την κλινική πράξη και την εκπαίδευση των νέων ψυχιάτρων, είναι θέματα ανοιχτά για συζήτηση και κρίσιμα για το μέλλον της Ψυχιατρικής (73). Από την άλλη πλευρά, οι επαναστατικές αλλαγές που εξαγγέλθηκαν –αλλά δεν ήταν δυνατό να πραγματοποιηθούν στη βάση των σημερινών δεδομένων–, όπως η ενσωμάτωση νευρο-επιστημονικών ευρημάτων στο διαγνωστικό σύστημα και η διαστασιακή και φασματική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, στοχεύουν επίσης στην ενίσχυση της επιστημονικής τεκμηρίωσης της ψυχιατρικής διάγνωσης (74). Ίσως το πιο ενδιαφέρον και προχωρημένο στοιχείο του νέου διαγνωστικού συστήματος είναι ότι συνδέεται με την προοπτική ταχύτερων και συνεχιζόμενων αναθεωρήσεων (σε DSM-5.1, -5.2 κ.ο.κ). Η σύγχρονη Ψυχιατρική πρέπει να βρει τον συντομότερο δρόμο προς την κατεύθυνση που συνδυάζει την πιο έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση με την εξατομικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες.

1.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στην συνέχεια θα παρουσιαστούν ορισμένοι πίνακες για τα στατιστικά δεδομένα των ψυχικών νόσων.

	Number of deaths (number)	Share of all deaths			Standardised death rate (per 100 000 inhabitants)				
		Total	Males	Females	Total	Males	Females	Persons aged < 65 years	Persons aged 65 and over
EU-28	177 194	3.6	2.6	4.5	36.4	36.4	35.1	3.5	172.2
Belgium	4 905	4.5	3.5	5.5	46.9	48.5	44.8	5.0	220.3
Bulgaria	84	0.1	0.1	0.1	1.4	1.6	1.2	0.5	5.3
Czech Republic	1 187	1.1	0.9	1.3	16.1	16.8	15.0	1.4	76.5
Denmark	3 200	6.1	5.2	7.1	67.5	69.4	62.4	11.6	298.2
Germany	36 135	4.0	3.3	4.7	45.0	47.5	40.9	6.8	202.5
Estonia	108	0.7	1.0	0.5	8.7	14.0	4.7	5.9	20.4
Ireland	1 206	4.1	2.6	5.6	47.2	41.1	49.8	0.5	240.1
Greece	138	0.1	0.1	0.2	1.2	0.8	1.4	0.2	5.0
Spain	16 973	4.4	2.9	5.9	36.6	35.4	36.1	1.0	183.5
France	22 514	4.0	3.2	4.7	33.6	38.3	29.2	5.7	148.7
Croatia	1 154	2.3	2.0	2.5	32.6	37.5	28.5	5.7	143.9
Italy	17 351	2.9	2.0	3.8	25.2	23.8	25.2	1.2	124.0
Cyprus	94	1.8	1.7	2.0	18.8	22.3	16.2	1.0	92.4
Latvia	341	1.2	1.3	1.1	19.4	25.5	14.6	7.2	69.9
Lithuania	106	0.3	0.2	0.3	4.1	4.1	3.8	0.9	17.6
Luxembourg	189	5.0	3.7	6.2	48.9	41.0	48.8	6.0	226.2
Hungary	3 099	2.4	1.9	3.0	39.4	42.2	36.8	4.8	181.9
Malta	121	3.7	2.3	5.2	41.9	30.5	45.9	1.1	210.4
Netherlands	10 438	7.4	5.1	9.6	79.9	74.2	80.9	3.3	396.1
Austria	1 621	2.1	2.2	1.9	20.5	25.0	15.8	6.1	79.9
Poland	1 560	0.4	0.6	0.2	4.3	7.3	1.7	3.6	7.4
Portugal	2 220	2.1	1.6	2.6	21.9	23.4	20.4	1.6	105.8
Romania	214	0.1	0.1	0.0	1.2	1.9	0.6	0.8	2.8
Slovenia	206	1.1	1.7	0.4	10.0	17.0	4.0	6.4	24.9
Slovakia	728	1.4	1.1	1.7	23.5	26.2	21.7	1.9	113.1
Finland	2 290	4.5	3.4	5.5	48.7	55.8	43.8	3.9	233.2
Sweden	5 954	6.6	4.7	8.4	62.0	57.2	63.2	1.9	310.2
United Kingdom	43 058	7.5	5.1	9.7	74.7	68.1	77.1	2.0	375.2
Liechtenstein	3	1.2	1.6	0.8	8.4	12.0	5.3	6.3	17.2
Norway	2 239	5.6	3.9	7.1	52.3	48.9	52.3	2.9	256.2
Switzerland	5 056	7.8	5.4	10.1	68.9	64.3	69.8	4.0	337.0
Serbia	1 221	1.2	1.2	1.3	24.1	25.3	22.1	3.5	109.3
Turkey	554	0.2	0.1	0.2	1.4	1.6	1.2	0.2	6.0

Note: all deaths of residents in or outside their home country.

Πίνακας 1: Causes of death — mental and behavioural disorders, residents, 2013. Source: Eurostat (hlth_cd_aro) and (hlth_cd_asdr2)

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τους θανάτους που έχουν προκληθεί από ψυχικές διαταραχές. Στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός είναι σχετικά μικρός συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες.

	Dementia and Alzheimer's disease		Mental and behavioural disorders due to use of alcohol		Drug dependence, toxicomania		Other mental and behavioural disorders	
	Males	Females	Males	Females	Males	Females	Males	Females
EU-28	44.6	51.0	4.9	1.1	0.5	0.1	1.9	1.7
Belgium	61.0	64.3	6.3	2.0	0.4	0.1	2.8	3.1
Bulgaria (*)	3.1	3.4	0.4	0.1	0.0	0.1	0.5	0.4
Czech Republic	30.1	30.5	2.2	0.5	0.1	0.0	0.7	0.4
Denmark	64.5	74.8	19.5	6.0	0.7	0.2	4.1	3.1
Germany	41.1	44.0	10.0	2.7	1.5	0.4	1.8	1.4
Estonia	8.8	6.6	9.3	1.4	:	:	0.3	0.5
Ireland (*)	57.8	72.5	0.3	0.1	0.1	:	0.9	0.9
Greece	2.3	4.3	0.2	0.0	0.1	:	0.0	0.1
Spain	55.2	64.3	1.1	0.1	0.1	0.0	1.0	0.7
France	49.1	54.3	7.6	1.5	0.4	0.1	5.2	4.5
Croatia	20.1	19.8	9.6	1.3	0.2	0.1	15.3	13.2
Italy	34.3	38.2	0.5	0.1	0.3	0.1	2.1	1.7
Cyprus (*)	38.5	29.4	1.8	0.3	:	:	1.8	0.8
Latvia	12.7	13.7	12.6	2.6	0.2	:	1.5	0.5
Lithuania	9.9	9.2	1.3	0.3	0.1	:	0.4	0.5
Luxembourg	43.3	65.2	10.2	1.7	1.5	0.3	1.3	2.2
Hungary (*)	38.1	37.4	6.5	0.8	0.0	0.0	2.8	2.6
Malta	30.2	47.2	1.2	:	:	:	:	:
Netherlands	92.0	107.7	4.4	1.2	0.3	0.1	2.6	3.0
Austria	26.1	28.5	9.9	1.9	3.4	1.1	0.1	0.3
Poland	7.7	9.0	6.6	1.1	0.0	0.0	0.0	0.1
Portugal (*)	36.5	35.5	1.4	0.2	0.2	0.0	1.1	0.8
Romania (*)	9.2	11.8	1.1	0.1	0.1	:	0.7	0.4
Slovenia (*)	4.4	8.2	16.6	3.7	0.4	0.1	0.1	0.2
Slovakia (*)	35.2	33.7	2.6	0.4	0.1	0.0	0.2	0.1
Finland	159.0	152.7	6.3	1.5	0.7	0.2	2.9	2.6
Sweden	72.2	84.5	3.2	0.9	0.3	0.1	1.7	2.2
United Kingdom	82.0	97.1	1.7	0.6	0.4	0.1	0.6	0.7
Liechtenstein (*)	41.4	37.3	7.1	:	:	:	4.9	5.3
Norway	56.3	67.4	5.3	1.7	0.9	0.1	2.1	2.3
Switzerland	72.4	84.2	4.3	1.6	0.9	0.3	5.2	5.8
Serbia	21.6	27.3	6.9	0.5	0.2	0.0	6.1	5.9
Turkey (*)	25.3	24.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.6	0.4

(*) 'Mental and behavioural disorders due to use of alcohol' (females): 2012.

(*) 'Drug dependence, toxicomania' (males): 2012.

(*) 'Drug dependence, toxicomania' (females): 2012.

(*) 'Dementia and Alzheimer's disease' (males): only includes 'Alzheimer's disease'.

(*) 'Dementia and Alzheimer's disease': only includes 'Alzheimer's disease'.

Πίνακας 2: Standardised death rates — selected mental and behavioural disorders and Alzheimer's disease, residents, 2013 (per 100 000 male / female inhabitants) Source: Eurostat (hlth_cd_asdr2)

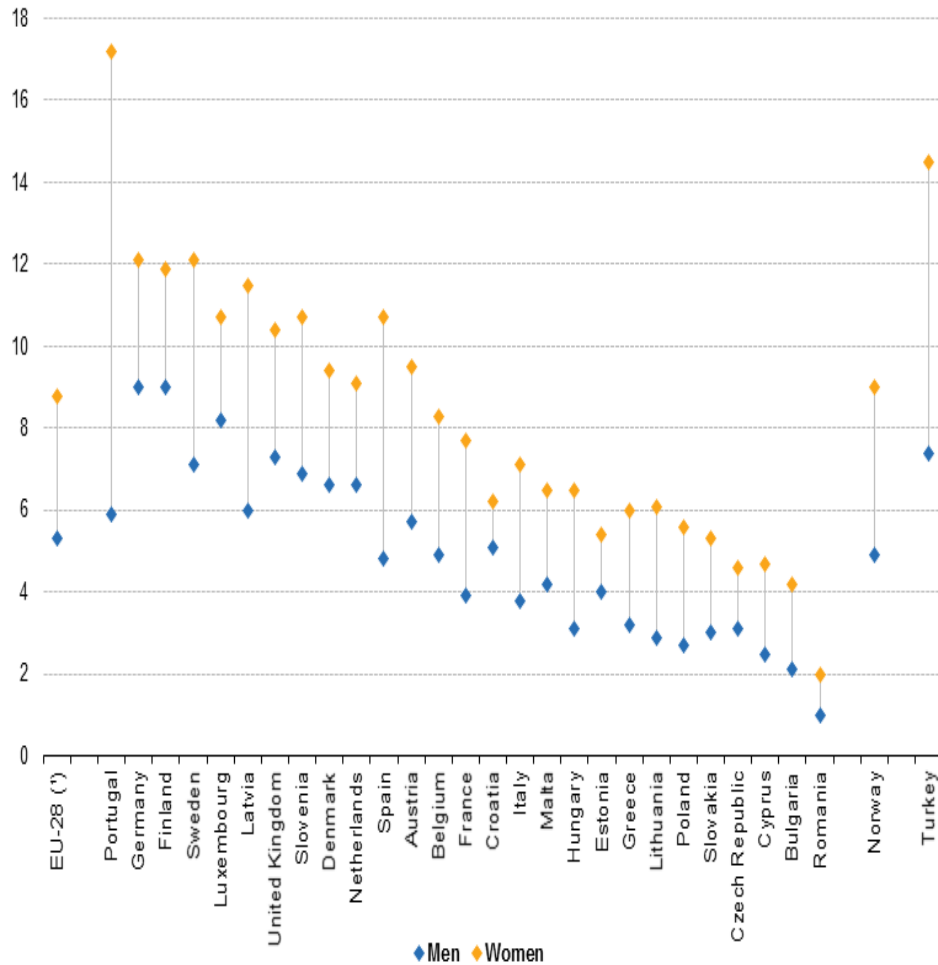
Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τα ποσοστά θανάτων από ορισμένες ψυχικές διαταραχές και συμπεριφορές καθώς και από το Αλτσχάιμερ. Βλέπουμε λοιπόν ότι η Ελλάδα έχει τα μικρότερα ποσοστά τόσο για τους θανάτους από Αλτσχάιμερ όσο και για τις ψυχικές διαταραχές εξαιτίας του αλκοόλ και των ναρκωτικών.

	Total	Males	Females	Persons aged < 65			Persons aged 65 and over		
				Total	Males	Females	Total	Males	Females
EU-28	11.7	19.2	5.0	10.3	16.3	4.3	17.4	31.3	8.1
Belgium	17.3	26.0	9.5	15.9	23.0	8.8	22.8	38.7	12.2
Bulgaria	9.8	17.1	3.8	7.3	12.2	2.5	20.0	37.3	9.0
Czech Republic	15.2	26.8	5.3	13.9	22.9	4.7	20.4	42.9	7.6
Denmark	11.3	17.6	5.7	9.5	14.1	4.9	18.5	32.1	9.1
Germany	11.8	18.9	5.8	9.4	14.1	4.6	21.8	38.9	11.0
Estonia	17.0	32.3	6.1	13.4	23.3	4.0	31.9	69.5	14.7
Ireland	11.1	18.1	4.3	11.6	18.9	4.5	9.2	15.0	3.6
Greece	4.8	7.9	1.9	4.5	7.3	1.8	5.8	10.5	2.1
Spain	8.1	12.9	3.9	6.7	10.0	3.3	14.1	25.0	6.5
France	15.5	25.3	7.2	13.3	20.8	6.2	24.3	44.1	11.7
Croatia	16.2	28.3	6.3	13.4	21.9	5.0	27.6	54.4	11.9
Italy	6.6	11.0	2.9	5.6	8.8	2.4	10.9	20.1	4.7
Cyprus	5.2	9.6	1.1	4.6	8.0	1.4	7.5	16.0	0.0
Latvia	19.1	37.0	5.5	18.3	33.4	4.4	22.1	51.8	9.9
Lithuania	36.1	66.3	11.7	35.8	63.4	10.6	37.5	78.5	16.3
Luxembourg	9.3	12.2	6.5	6.0	7.3	4.5	23.1	32.3	14.8
Hungary	21.2	36.7	9.3	17.9	28.8	7.5	35.2	69.5	16.5
Malta	5.1	9.7	0.4	5.9	11.2	0.5	1.5	3.4	0.0
Netherlands	11.3	16.5	6.5	10.9	15.8	6.1	12.9	19.5	8.4
Austria	15.4	25.6	7.2	11.1	16.7	5.5	33.1	62.6	14.1
Poland	16.4	30.1	4.3	16.2	28.7	4.0	16.8	36.0	5.2
Portugal	9.8	16.9	4.1	7.0	11.3	2.9	21.4	40.1	9.2
Romania	12.2	21.8	3.6	11.5	20.0	3.0	15.2	28.9	6.0
Slovenia	21.7	37.1	8.3	17.9	29.7	5.5	37.5	67.9	19.8
Slovakia	12.1	22.9	3.1	11.2	19.5	3.1	15.5	37.3	3.1
Finland	16.4	25.4	8.1	16.1	23.9	8.2	17.3	31.8	7.6
Sweden	13.0	18.6	7.7	11.8	16.4	7.1	17.9	27.8	10.0
United Kingdom	7.4	12.0	3.0	7.5	12.3	2.9	6.6	10.7	3.4
Liechtenstein (*)	7.5	14.9	0.0	9.3	18.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Norway	11.3	15.5	7.2	11.3	14.7	7.7	11.1	18.6	4.9
Switzerland	13.3	21.0	6.9	11.1	16.3	5.9	22.4	40.4	11.0
Serbia	16.8	28.2	7.6	12.4	19.2	5.8	35.0	65.6	14.8
Turkey	2.7	4.3	1.3	2.5	3.8	1.3	3.5	6.1	1.5

(*) Females: 2012.

Πίνακας 3: Standardised death rates — intentional self-harm, residents, 2013 (per 100 000 inhabitants) Source: Eurostat (hlth_cd_asdr2)

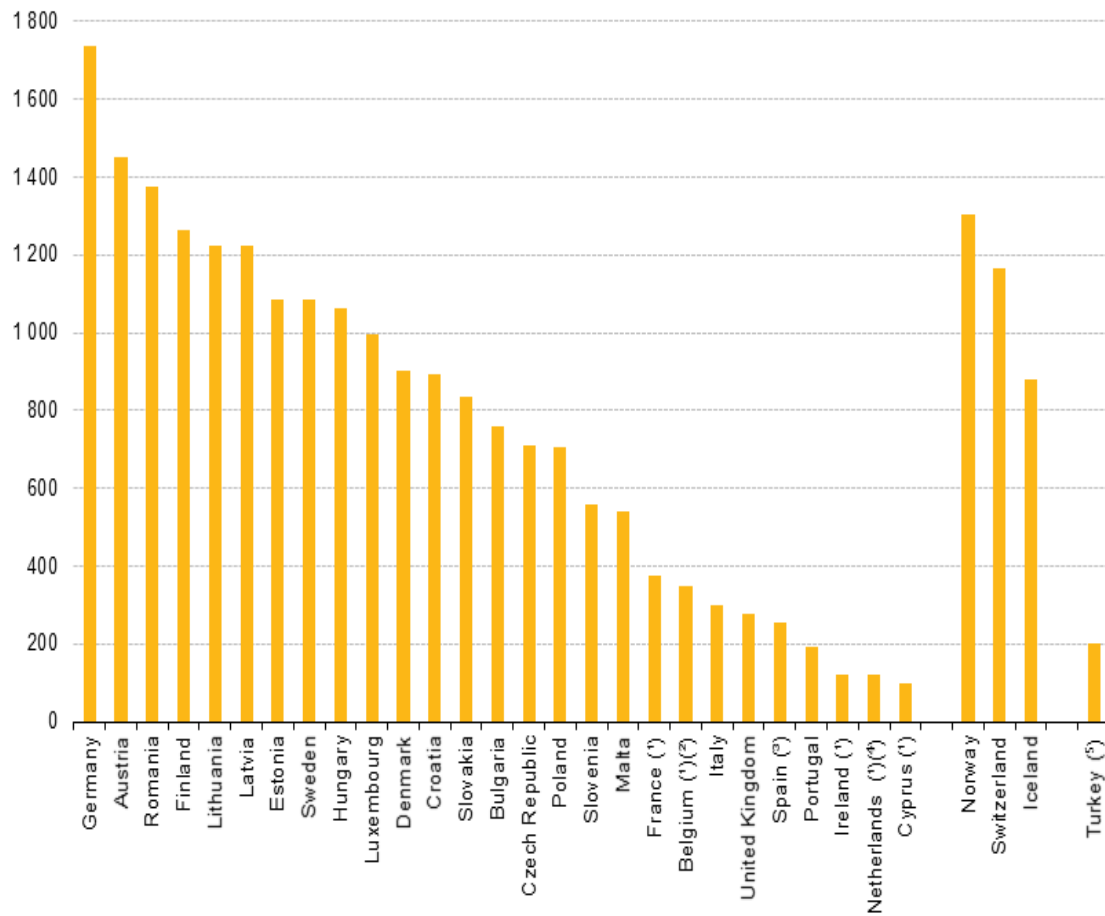
Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τα ποσοστά των θανάτων από εκείνους που έκαναν κακό στον εαυτό τους. Βλέπουμε λοιπόν ότι η Ελλάδα και εδώ έχει χαμηλά ποσοστά συγκρινόμενα με τις άλλες χώρες.



Note: Ranked on the share of the total population reporting that they had chronic depression.
 (*) Estimates.

Γράφημα 1: Share of the population reporting that they had chronic depression, by sex, 2014 (%)
 Source: Eurostat (hlth_ehis_cd1e)

Στο παραπάνω γράφημα μπορούμε να παρατηρήσουμε τον πληθυσμό που πάσχει από χρόνια κατάθλιψη. Συνεπώς, η Ελλάδα έχει χαμηλά ποσοστά, καθώς η Πορτογαλία και η Τουρκία βρίσκονται στις πρώτες θέσεις.



Note: Greece: not available.

(*) Excluding psychiatric hospitals or mental health care institutions.

(*) 2013.

(*) Psychiatric hospitals are not included except if they are forming a hospital complex.

(*) 2012.

(*) 2011.

Γράφημα 2: Hospital discharge rates for in-patients with mental and behavioural disorders, 2014 (per 100 000 inhabitants) Source: Eurostat (hlth_co_disch2)

Στο παραπάνω γράφημα βλέπουμε τα ποσοστά εξόδου από το νοσοκομείο για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς. Παρατηρούμε λοιπόν ότι η Γερμανία και η Αυστρία έχουν πολύ υψηλά ποσοστά.

	Mental and behavioural disorders		Dementia and Alzheimer's disease		Mental and behavioural disorders due to use of alcohol		Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use		Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders		Mood (affective) disorders		Other mental and behavioural disorders	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Belgium (*)	10.4	10.1	43.1	41.8	7.8	7.5	8.5	8.6	12.6	11.9	12.8	13.2	8.7	8.4
Bulgaria	29.3	24.4	37.7	24.7	27.7	23.5	13.9	16.5	38.7	31.4	22.6	19.8	20.9	18.3
Czech Republic	51.3	40.0	172.8	126.0	35.5	31.2	29.0	30.1	113.9	70.2	39.5	37.8	38.5	33.4
Denmark	20.5	17.9	27.9	19.5	3.7	3	11.5	10.8	34.7	28.7	26.8	25.3	17.9	15.1
Germany	24.3	24.4	33.1	30.1	13.5	12.8	14.4	15.5	34.4	32.8	35.1	34.9	23.9	23.5
Estonia	16.2	17.5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ireland (*)	10.7	9.9	91.9	69.0	4.5	4.7	10.6	9.9	35.3	21.2	14.2	10.3	12.3	9.1
Greece	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Spain (*)	26	25.7	119.5	93	12.4	12.3	11.2	11.7	33.1	30.5	18.7	18	24.8	29.1
France (*)	5.7	5.7	24.6	22.8	3.1	3.2	4.1	4.4	3.9	4.4	5.8	5.8	6.7	7.0
Croatia	32.5	35.9	67.4	68.3	21.4	24.3	21.5	35.1	54.5	52.8	26.3	29.2	26.4	30.7
Italy	14.0	13.9	29.6	29.1	10.4	11.0	8.7	9.8	16.3	15.9	15.6	15.3	11.7	11.7
Cyprus (*)	25.4	12.9	8.1	9.9	13.7	5.2	3.0	8.1	39.7	17.1	12.5	16.1	8.5	10.3
Latvia	21.4	22.7	61.0	71.5	4.7	7.3	17.8	10.3	40.5	32.9	29.6	25.7	23.3	22.1
Lithuania	23.7	20.8	49.4	52.6	8.2	7.9	7.9	5.8	35.8	36.0	27.0	23.1	18.9	16.6
Luxembourg	25.8	26.6	41.5	45.0	22.7	24.0	33.3	34.6	42.7	46.2	18.6	21.2	26.0	22.8
Hungary	26.3	29.0	78.3	88.4	30.7	32.1	42.0	35.9	38.0	39.1	21.4	23.9	15.6	17.5
Malta (*)	27.0	44.5	38.9	95.8	22.6	9.4	28.8	24.5	34.7	52.5	26.7	45.8	23.8	55.0
Netherlands (*)	19.3	17.6	35.6	29.7	6.2	5.1	7.4	7.5	28.6	27.8	30.9	28.1	18.1	16.0
Austria	19.5	22.9	33.7	64.2	17.3	16.7	21.9	23.9	31.2	35.2	18.0	20.6	17.6	20.3
Poland	35.7	29.3	58.4	42.7	21.0	19.8	25.6	20.7	61.4	43.2	42.3	39.1	33.7	28.7
Portugal	16.7	16.7	32.8	36.7	12.2	13.2	11.5	13.8	21.2	20.9	18.5	17.5	12.5	13.1
Romania	17.5	18.2	36.2	41.8	11.8	9.7	11.5	8.9	30.3	28.1	14.6	12.6	15.1	18.4
Slovenia	36.5	36.0	67.9	47.7	29.1	30.2	28.7	30.9	52.4	54.9	45.3	44.2	25.5	24.5
Slovakia	28.8	27.1	40.5	36.0	28.0	26.5	26.7	28.7	36.4	34.6	29.5	26.7	25.2	23.6
Finland	43.6	35.9	222.3	165.0	8.2	6.9	15.2	12.2	57.8	57.8	26.0	22.3	21.9	21.3
Sweden	18.8	14.0	32.3	24.2	4.1	3.9	8.2	5.4	50.5	33.9	19.7	17.6	20.7	14.9
United Kingdom	46.8	38.9	115.9	95.5	7.7	6.4	18.4	14.5	111.0	98.2	46.0	42.8	44.7	32.3
Iceland	12.6	11.8	44.4	46.5	7.4	6.6	6.9	6.7	16.9	16.2	13.4	13.0	12.1	9.2
Norway (*)	3.4	19.3	13.8	28.8	1.8	14.2	1.3	22.4	2.7	25.1	3.4	21.6	5.1	15.3
Switzerland	35.3	28.6	98.4	66.2	22.9	19.5	22.1	23.0	60.4	38.7	38.4	33.4	28.8	24.9
FYR of Macedonia (*)	69.4	..	72.7	..	54.7	..	175.8	..	115.1	..	36.6	..	29.7	..
Serbia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Turkey (*)	16.6	15.0	16.0	13.2	13.4	15.6	7.8	8.3	27.3	27.0	14.7	13.0	9.5	8.1

(*) 2013.

(*) Excluding psychiatric hospitals or mental health care institutions.

(*) Psychiatric hospitals are not included except if they are forming a hospital complex.

(*) 'Alzheimer's disease': 2010 instead of 2009.

(*) 2012.

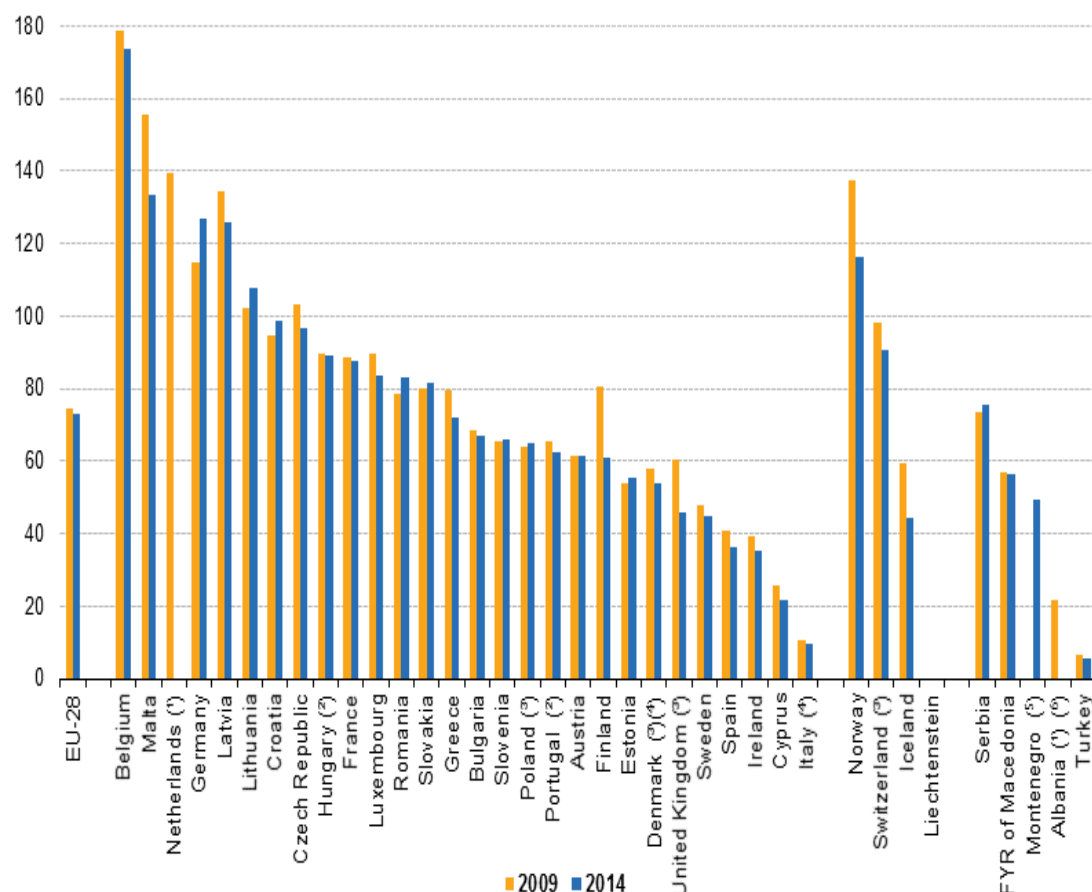
(*) Break in series.

(*) 2007 data instead of 2009.

(*) 2011 instead of 2014.

Πίνακας 4: In-patient average length of stay for mental and behavioural disorders and Alzheimer's disease, 2009 and 2014 (days) Source: Eurostat (hlth_co_inpst), (hlth_co_disch1) and (hlth_co_hosday)

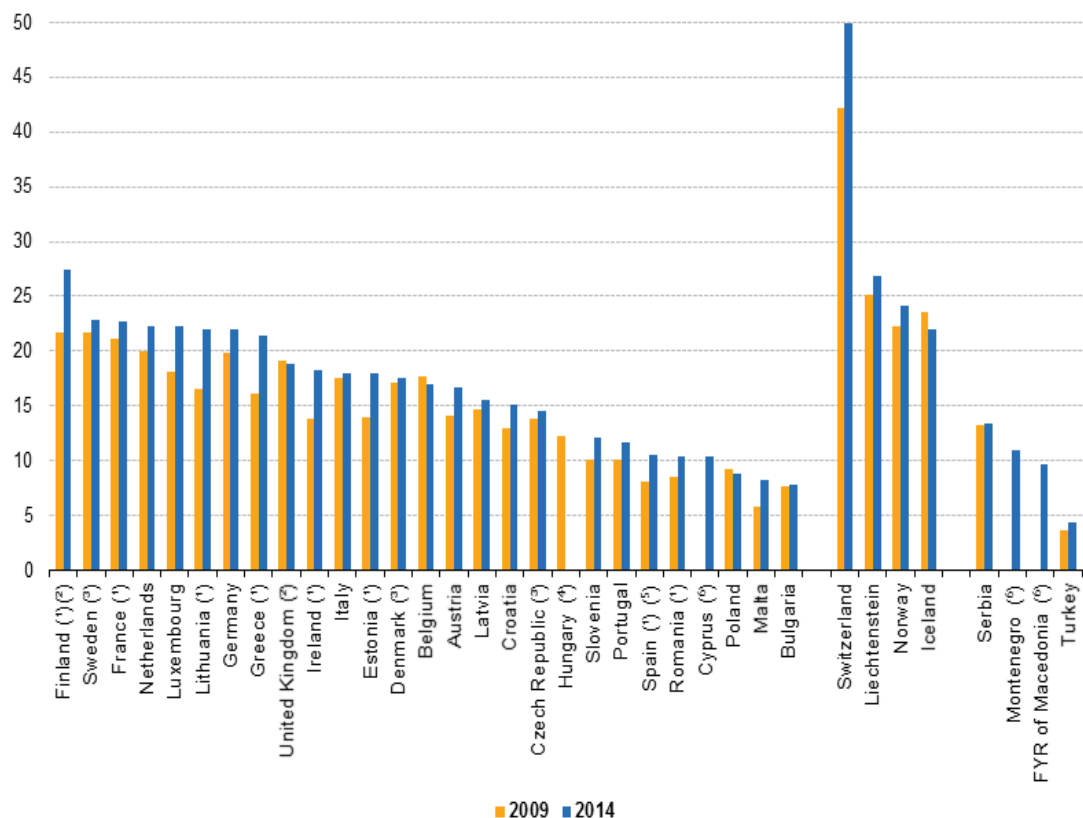
Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε την μέση διάρκεια παραμονής των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές και της νόσου του Αλτσχάιμερ, το 2009 και το 2014 (ημέρες). Βλέπουμε συνεπώς ότι για την Ελλάδα τα στοιχεία είναι ελλιπή.



(*) 2014: not available.
 (*) 2014: estimate.
 (*) Break in series.
 (*) 2013.
 (*) 2009: not available.
 (*) 2008 instead of 2009.

Γράφημα 3: Hospital beds — psychiatric care beds, 2009 and 2014 (per 100 000 inhabitants)
 Source: Eurostat (hlth_rs_bds)

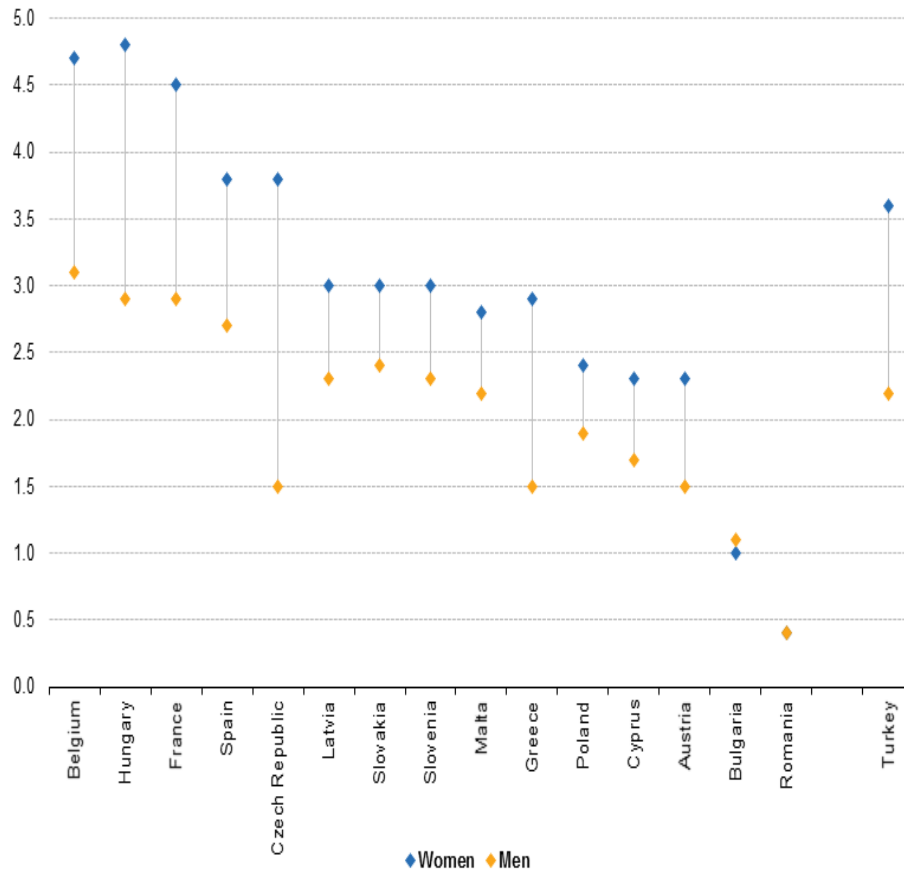
Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε τους ψυχιατρικούς ασθενείς που χρησιμοποιούν ψυχιατρικά κρεβάτια. Βλέπουμε λοιπόν ότι τα ποσοστά της Ελλάδας βρίσκονται στα μεσαία επίπεδα.



Note: Slovakia: not available.
 (*) Break in series.
 (*) 2014: estimate.
 (*) 2013.
 (*) 2014: not available.
 (*) Definition differs.
 (*) 2009: not available.

Γράφημα 4: Number of psychiatrists, 2009 and 2014 (per 100 000 inhabitants) Source: Eurostat (hlth_rs_spec)

Στο παραπάνω γράφημα μπορούμε να ενημερωθούμε για τον αριθμό των ψυχιάτρων σε κάθε χώρα. Βλέπουμε λοιπόν ότι στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός είναι στα ίδια επίπεδα με τις άλλες χώρες. Η Ελβετία κατέχει την πρώτη θέση με σημαντικά μεγάλο ποσοστό.



Note: Denmark, Germany, Estonia, Ireland, Croatia, Italy, Lithuania, Luxembourg, the Netherlands, Portugal, Finland, Sweden and the United Kingdom: not available. The figure is ranked on the share of the total population reporting that they had consulted a psychologist.

Γράφημα 5: Share of the population aged 15 and over reporting that they had consulted a psychologist, by sex, 2008 or nearest year (%) Source: Eurostat (hlth_ehis_hc6)

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε το πλήθος του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που αναφέρουν ότι έχουν συμβουλευθεί έναν ψυχολόγο, κατά φύλο. Βλέπουμε ότι στην Ελλάδα έχουμε ένα σημαντικό ποσοστό για τα κορίτσια αυτής της ηλικίας.

1.5. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ένα άτομο που θέλει να αυτοκτονήσει είναι ελεύθερο να το κάνει, όσο και αν η κοινωνία είναι αντίθετη σε αυτό. Ένα άτομο με ψυχιατρικά προβλήματα και έλλειψη αυτονομίας θέλει περισσότερη προστασία για να μην κάνει κακό στον εαυτό του.

Οι ψυχικές διαταραχές συνήθως προϋπάρχουν κατά το χρόνο της αυτοκτονίας, με τα ποσοστά να ξεκινούν από το 27% και να υπερβαίνουν το 90%. Από αυτούς που έχουν εισαχθεί σε ψυχιατρική μονάδα, ο δια βίου κίνδυνος για τέλεση αυτοκτονίας είναι περίπου 8,6%. Το ήμισυ όλων των ατόμων που αυτοκτονούν μπορεί να πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η παρουσία της οποίας ή κάποιας άλλης διαταραχής διάθεσης όπως της διπολικής διαταραχής, αυξάνει 20 φορές τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Άλλες καταστάσεις που ενοχοποιούνται είναι η σχιζοφρένεια(14%), η διαταραχή προσωπικότητας (14%), η διπολική διαταραχή, και η διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ποσοστό περίπου 5% των ατόμων με σχιζοφρένεια καταλήγουν στο θάνατο διαπράττοντας αυτοκτονία. Οι διατροφικές διαταραχές συνιστούν μια ακόμη κατάσταση υψηλού κινδύνου.

Το ιστορικό των προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας είναι ο καλύτερος μηχανισμός πρόβλεψης μιας ενδεχόμενης αυτοκτονίας. Στο 20% περίπου των αυτοκτονιών έχει προηγηθεί μια προηγούμενη απόπειρα, ενώ μεταξύ αυτών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν το 1% τέλεσε αυτοκτονία εντός ενός έτους και ποσοστό μεγαλύτερο του 5% τέλεσε αυτοκτονία μετά από 10 χρόνια. Ενώ οι πράξεις αυτοτραυματισμού δεν θεωρούνται απόπειρες αυτοκτονίας, η παρουσία αυτοτραυματικής συμπεριφοράς συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

Σε ποσοστό περίπου 80% των τετελεσμένων αυτοκτονιών το άτομο έχει επισκεφτεί κάποιο γιατρό εντός του έτους που προηγήθηκε του θανάτου του, και σ' αυτό το ποσοστό περιλαμβάνεται ποσοστό 45% που επισκέφτηκε κάποιο γιατρό τον τελευταίο μήνα πριν από το θάνατό του. Περίπου το 25–

40% των ατόμων που έχουν τελέσει αυτοκτονία είχαν επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη διάρκεια του προηγούμενου έτους.

Σε εκείνους που πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγιεινής υπάρχουν θεραπείες που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αυτοί που έχουν ενεργή τάση αυτοκτονίας μπορούν να εισαχθούν για ψυχιατρική φροντίδα είτε εκούσια είτε ακούσια. Τα προσωπικά είδη με τα οποία μπορεί κάποιος να βλάψει τον εαυτό του συνήθως απομακρύνονται. Μερικοί κλινικοί ιατροί απαιτούν από τους ασθενείς να υπογράψουν ένα συμβόλαιο αποφυγής αυτοκτονίας όπου συμφωνούν ότι δεν θα βλάψουν τον εαυτό τους αν αφεθούν ελεύθεροι. Ωστόσο τα στοιχεία δεν υποστηρίζουν μία σημαντική επίδραση από αυτήν την πρακτική. Αν ένα άτομο βρίσκεται σε χαμηλό κίνδυνο, μία εξωτερική θεραπεία ψυχικής υγείας του ασθενούς μπορεί να προγραμματιστεί. Η βραχυχρόνια νοσηλεία δεν βρέθηκε να είναι περισσότερο αποτελεσματική από την κατ' οίκον φροντίδα για βελτιωμένα αποτελέσματα σε εκείνους με οριακή (μεταιχμιακή) διαταραχή προσωπικότητας που πάσχουν από χρόνια τάση αυτοκτονίας.

Υπάρχει μία τάση ένδειξης ότι η ψυχοθεραπεία, ειδικότερα η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, μειώνει την τάση αυτοκτονίας στους εφήβους καθώς επίσης σε όσους πάσχουν από οριακή (μεταιχμιακή) διαταραχή προσωπικότητας. Ωστόσο δεν έχουν βρεθεί ενδείξεις για τη μείωση των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών.

Υπάρχει διαφωνία σχετικά με την ωφέλεια ενάντια στη βλάβη από τα αντικαταθλιπτικά. Στα νεαρά άτομα τα νέα αντικαταθλιπτικά όπως SSRIs εμφανίζονται να αυξάνουν τον κίνδυνο της τάσης αυτοκτονίας από 25 ανά 1000 σε 40 ανά 1000. Ωστόσο σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πιθανώς να αυξήσουν τον κίνδυνο. Το Λίθιο εμφανίζεται να είναι αποτελεσματικό στη μείωση του κινδύνου σε πάσχουν από διπολική και μονοπολική κατάθλιψη σχεδόν στα ίδια επίπεδα με το γενικό πληθυσμό.

Επικρατεί, εντούτοις, η άποψη ότι αν κάποιος πάσχει από ψυχική ασθένεια ή δεν αντέχει στην ιδέα του ψυχικού πόνου, φέρει μικρότερη ευθύνη εάν προβεί σε αυτοκτονία. Ορισμένοι αντιτάσσουν ότι η έκτη εντολή που αναφέρει "ου φονεύσεις" δεν αναφέρεται απαραίτητα στον ίδιο μας τον εαυτό, ότι ο Θεός έδωσε στον άνθρωπο την ελεύθερη βούληση, ότι όσο παραβιάζουμε το νόμο του Θεού όταν καταπολεμούμε μια ασθένεια άλλο τόσο αποτελεί παραβίασή του και ο τερματισμός της ζωής μας και ότι ορισμένες αυτοκτονίες πιστών είναι καταγεγραμμένες στη Βίβλο χωρίς να επικρίνονται ιδιαίτερα.

Ο Ιουδαϊσμός δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα του σεβασμού της ζωής κι επομένως η αυτοκτονία ισοδυναμεί με άρνηση της αγαθότητας του Θεού. Παρόλα αυτά και οι Εβραίοι έχουν προβεί σε αυτοκτονίες είτε μεμονωμένες είτε μαζικές όταν είχαν βρεθεί σε ακραίες περιστάσεις, όπου η μόνη επιλογή ήταν είτε η αυτοκτονία είτε η προδοσία της θρησκείας τους. Υπενθύμιση του θλιβερού γεγονότος γίνεται επίσης σε μια εβραϊκή προσευχή με τα λόγια "όταν το μαχαίρι βρίσκεται στο λαιμό" και για εκείνους που έχασαν τη ζωή τους "για να αγιαστεί το όνομα του Θεού". Οι αντιδράσεις της εβραϊκής κληρικής ηγεσίας απέναντι σε αυτές τις ενέργειες υπήρξαν μικτές. Ορισμένοι τις θεώρησαν παραδείγματα ηρωικού μαρτυρικού θανάτου ενώ για άλλους ήταν λάθος να τερματίσουν τη ζωή τους προκειμένου να θεωρηθούν μάρτυρες.

Το ισλάμ απαγορεύει την αυτοκτονία. Στον ινδουισμό δεν είναι αποδεκτή και στη σύγχρονη ινδουιστική κοινωνία θεωρείται εξίσου αμαρτωλή πράξη όσο και ο φόνος. Οι ινδουιστικές Γραφές αναφέρουν ότι αυτός που θέτει τέλος στη ζωή του επέρχεται στον κόσμο των πνευμάτων και περιφέρεται στη Γη μέχρι τη στιγμή που θα αποβίωνε αν δεν είχε αυτοκτονήσει. Ο ινδουισμός, όμως, αποδέχεται το δικαίωμα του ανθρώπου να θέτει τέλος στη ζωή του μέσω της νηστείας, μιας μη βίαιης πράξης που καλείται Prayogavesa. Η πρακτική αυτή περιορίζεται αυστηρά σε άτομα που δεν έχουν πια επιθυμίες, φιλοδοξίες ή ευθύνες στην επίγεια ζωή. Παρόμοια πρακτική εφαρμόζεται στο Τζαϊνισμό που είναι γνωστή με το όνομα Santhara. Το έθιμο ονόματι Sati, ο αυτοπυρπολισμός χήρων γυναικών, ήταν κατά το μεσαίωνα διαδεδομένο στην ινδουιστική κοινωνία (75,76).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ξεκινώντας μια ιστορική αναδρομή για την εύρεση του ψυχιατρικού ασθενή, θα παρατηρούσαμε ότι η ψυχική νόσος καθώς και οποιαδήποτε εκδήλωση νοσηρότητας στον ανθρώπινο οργανισμό, εμφανίζεται προ αμνημονεύτων χρόνων και οι πρώτες μαρτυρίες ανάγονται κιόλας από τα προϊστορικά χρόνια. Η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας εν γένει και του νοσούντα από αυτή υπήρξε ανάλογη των συνθηκών ζωής και του πολιτιστικού υπόβαθρου της κάθε κοινωνίας, όπως και των γενικότερων πεποιθήσεων που πήγαζαν από τους ηθικούς κώδικες και τον ανθρωπιστικό προσανατολισμό.

Πηγαίνοντας πίσω στην περίοδο των προϊστορικών χρόνων, βλέπουμε ότι δεν γινόταν διάκριση μεταξύ των ψυχικών και σωματικών ασθενειών, ενώ ως βασική αιτία πρόκλησης της νόσου, είτε είχε να κάνει με ψυχική βλάβη είτε σωματική, θεωρούνταν πως ήταν η επίδραση από δαιμονικά πνεύματα, μάγια ή ακόμη και η επιρροή ενός πνεύματος για λόγους εκδίκησης και τιμωρίας. Τους ανθρώπους που η συμπεριφορά τους διέφερε από εκείνη των υπολοίπων, τους οδηγούσαν σε ειδικούς θεραπευτές που έργο τους ήταν να εκβάλουν από τον άρρωστο τα κακά πνεύματα. Επειδή, η ψυχιατρική δεν είχε εξελιχθεί στη μορφή που σήμερα γνωρίζουμε οι ψυχιατρικοί ασθενείς αντιμετωπιζόνταν με ακόμη πιο σκληρό τρόπο, λόγω της άγνοιας και των προκαταλήψεων που επικρατούσαν. Ο ψυχικά ασθενής για τους πρωτόγονους λαούς αντιμετωπιζόταν ως θύμα των αρνητικών δυνάμεων που εισχωρούσαν μέσα του και τον καθιστούσαν υποχείριο όργανό τους. Η θεωρία πως μια δαιμονική δύναμη μπορεί να επηρεάσει και να συσκοτίσει το μυαλό του ανθρώπου, ονομάστηκε δαιμονολογία και κυριάρχησε έντονα στις κοινωνίες της εποχής εκείνης (77).

Παρατηρούμε λοιπόν, ότι ο ψυχικά ασθενής βίωνε, μία σκληρή πραγματικότητα, που τον καθιστούσε αντικείμενο φόβου και τον τοποθετούσε στη σφαίρα του απαγορευμένου, γεγονός που τον έκανε αυτομάτως

απόβλητο από το κοινωνικό του περιβάλλον. Η ψυχική νόσος στα χρόνια της αρχαιότητας εντοπίζεται και καταγράφεται στο φάσμα εκείνο στο οποίο απεικονίζονταν οι γενικότερες αντιλήψεις της εποχής εκείνης, όπου είναι εμφανείς οι παγανιστικές και οι μαγικοθρησκευτικές απόψεις στην πρώιμη αρχαιότητα, όπως και η μεταστροφή τα αμέσως επόμενα χρόνια προς μια πιο ορθολογική θεώρηση των πραγμάτων.

Η αρρώστια της ψυχής στην ελληνική αρχαιότητα είχε υπερφυσική προέλευση και η εμφάνισή της βρισκόταν στην απόλυτη δικαιοδοσία των θεών που τιμωρούσαν τους ανθρώπους με δυσβάσταχτα πάθη που μόνο με θεϊκή παρέμβαση ήταν δυνατόν να εξαλειφθούν. Η δυσλειτουργία όμως της ψυχικής ισορροπίας πιστοποιούσε σε ορισμένες περιπτώσεις και την εύνοια του θείου προς το πρόσωπο του πάσχοντα, ενίοτε ορίζονταν ως θεόσταλτο δώρο προς τους εκλεκτούς. Το γεγονός αυτό το διαπιστώνουμε και από την αρχαία ελληνική τραγωδία με τον τρόπο αναπαράστασης της αρρώστιας της ψυχής. Η ασθένεια, όπως και το πάθος οφείλονται κυρίως στις έξωθεν δυνάμεις που εισβάλλουν στον άνθρωπο και τον κυριεύουν, και όλα ανάγονται στη σφαίρα της θεϊκής αιτιότητας σε ότι αφορά στην ψυχική αρρώστια και τα πάθη (78). Επίσης, οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν πως υπεύθυνη για τις νόσους της ψυχής ήταν η θεά Εκάτη, η οποία μπορούσε όμως και να τις θεραπεύσει. Ο βασικός τόπος λατρείας της θεάς Εκάτης βρισκονταν στην πόλη της Λάρισας. Στην Ιπποκρατική πραγματεία Περί ιερής νόσου γίνεται αναφορά σχετικά με τη θεϊκή παρέμβαση. «Αν τη νύχτα οι άρρωστοι βλέπουν μπροστά τους εικόνες φρίκης και τρόμου, αν σαλεύει το μυαλό τους και, πηδώντας από το κρεβάτι τους, ορμούν να βγουν από το σπίτι, τότε λένε πως η Εκάτη έπεσε πάνω τους» (79). Άρα, η ψυχική ασθένεια αναγόταν στη σφαίρα του μεταφυσικού, ως θεόσταλτη τιμωρία ή ως ένα πολύτιμο δώρο των θεών προς τον άνθρωπο, δείχνοντάς του τη θεϊκή εύνοια και χαρίζοντάς του δυνάμεις υπερφυσικές που χαρακτηρίζονταν από την εμφάνιση του προφητικού χαρίσματος και την μανία παραληρήματος.

Προχωρώντας στην ιστορία, βλέπουμε ότι αρχίζει μια νέα εποχή κατά την οποία η επιστημονική γνώση αυξάνεται και συσχετίζει καταρχάς την

εκδήλωση ψυχικής νόσου με τις οργανικές διαταραχές, παρόλα αυτά όμως δεν απουσιάζει το μυθικό στοιχείο, γεγονός που καθιστά ως αμφιλεγόμενες προσωπικότητες εκείνους που εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών, οι οποίοι σκεπάζονται από ένα πέπλο μυστηρίου. Ο άνθρωπος ακόμα και την εποχή της ανόδου του ορθολογισμού, δεσμεύεται από το θεϊκό στοιχείο και συλλαμβάνει την έννοια της ψυχικής νόσου σε συνάρτηση με την θρησκευτικότητά του, μεταμφιεσμένη πάντα με την «φορεσιά» των σύγχρονών του θεωριών περί ιατρικής επιστήμης. Επίσης, δεν θα πρέπει να λησμονηθεί πως η έννοια της ψυχής με τη γενική σημασία του όρου, υπήρξε άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια της ψυχικής νόσου και αυτό φαίνεται από τα κείμενα των αρχαίων Ελλήνων που πολλάκις έκαναν λόγο για την ψυχή και τις αρνητικές εκδηλώσεις της που επηρέαζαν παθολογικά τον άνθρωπο.

Οι αρχαίοι Έλληνες έβλεπαν πολύπλευρα την ψυχική ασθένεια. Ο Ηράκλειτος για παράδειγμα πιστεύει πως «η νοσηρότητα της ψυχής μπορεί να προκληθεί από το θυμό και τις ηδονές», έπειτα όσον αφορά τα άτομα που πάσχουν από τα «πάθη της ψυχής» ο Ηράκλειτος αναφέρει πως «οι μαρτυρίες ανθρώπων με βάρβαρη ψυχή δεν μπορεί να είναι βάσιμες» (80). Είναι δηλαδή εμφανής μια αρνητική αντιμετώπιση των νοσούντων από ψυχικά αίτια, μιας και υφίστανται υποβάθμιση της προσωπικότητάς τους, με άμεση συνέπεια την πλήρη απαξίωση των λόγων και των πεποιθήσεών τους που κρίνονται ως μη λογικές. Βέβαια υπάρχει και μια άλλη πτυχή του θέματος ,καθώς, μεταγενέστερα, στην Αθήνα την εποχή του Πλάτωνα, οι πάσχοντες απολάμβαναν το δικαίωμα παραμονής στην οικία τους, ενώ σε περίπτωση που το οικογενειακό τους περιβάλλον επεδείκνυε αδιαφορία για τη φροντίδα τους και δεν εκτελούσε πρόθυμα το χρέος του απέναντι στους αρρώστους τότε υπήρχε η πιθανότητα να υποστεί νομικές κυρώσεις από την πολιτεία. Βέβαια, είναι γνωστό πως στους Νόμους του Πλάτωνα είναι εμφανές πως οι ασθενείς που έπασχαν από ψυχικά νοσήματα, κινδύνευαν με πενταετή φυλάκιση και τους απαγόρευαν τις κοινωνικές επαφές (81).

Κατά τον Εμπεδοκλή «η μανία προκαλείται από τα απόβλητα της ψυχής», ενώ ο Αναξαγόρας πιστεύει πως οι βιολογικές ανωμαλίες είναι οι κύριες αιτίες

των ψυχικών συμπτωμάτων, όπως και η αδυναμία ισορροπίας σε βιολογικό επίπεδο (80,82).

Ως συμπέρασμα θα μπορούσαμε να πούμε πως ο ψυχικά ασθενής θεωρείται, βέβαια, ιδιαίτερη προσωπικότητα και προκαλεί αισθήματα ανασφάλειας και φόβου στους συνανθρώπους του, έχει όμως τη δυνατότητα να ενσωματωθεί στην κοινότητα αναγνωριζόμενος, ωστόσο, ως μέλος της που στερείται λογικής.

Προχωρώντας πιο μετά στην εποχή της καινής διαθήκης, βλέπει κανείς πως στα ιερά κείμενα της Αγίας Γραφής βρίθουν οι αναφορές σχετικά με την ίαση ανθρώπων που έπασχαν από ψυχικές αρρώστιες. Μιλώντας για τις ψυχικές παθήσεις, παρατηρεί κανείς πως γίνεται λόγος για κατοχή από δαιμονικά πνεύματα, ενώ δεν γίνεται αναφορά για ψυχική νόσο, γεγονός που συγχέει ως ένα βαθμό την όλη αντιμετώπιση της ύπαρξης της ψυχικής αρρώστιας. Όπως και να έχει όμως, φαίνεται πως οι περισσότερες τουλάχιστον των περιπτώσεων ήταν εκδηλώσεις ψυχικών ασθενειών που εκφύλιζαν την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου που ταλαιπωρούνταν από αυτές. Ορισμένα χαρακτηριστικά επομένως, παραδείγματα άρρωστων ψυχικά ανθρώπων που θεραπεύτηκαν από τον Χριστό, βρίσκει κανείς στο Κατά Λουκάν Ευαγγέλιο 4:33-35, στο Κατά Ματθαίον Ευαγγέλιο 8:28-34, καθώς και στο 10:1 και 10:8, όπου ο Κύριος δίνει την εξουσία στους μαθητές του να θεραπεύουν οι ίδιοι κάθε ασθένεια (83). Όσον αφορά τώρα στην εκκλησία της οποίας έργο είναι να θεραπεύσει τον χώρο της ψυχής, οι Πατέρες εντόπιζαν τη γενεσιουργό αιτία της ψυχικής ασθένειας στην σύγχυση του νου που δεσμεύεται από τα πάθη. Κατά τον Μάξιμο τον Ομολογητή «τα πάθη αλυσοδένουν το νου με τα υλικά πράγματα και σαν βαρύτερες πέτρες στέκονται από πάνω του και τον κρατούν καθηλωμένο στη γη, ενώ αυτός είναι από τη φύση του ελαφρύτερος και οξύτερος από τη φωτιά» (84). Η ψυχική υγεία αποκαθίσταται με τον φωτισμό του νου και τη γαλήνη της ψυχής, όπως πρεσβεύουν οι Πατέρες, ενώ καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η διείσδυση στα βάθη της ψυχής και η ανακάλυψή της, μια ενδοσκόπηση στο ασυνείδητο του ανθρώπου. Σύμφωνα με τον όσιο Μακάριο τον Αιγύπτιο «η καρδιά του

ανθρώπου είναι ένας τάφος μέσα στον οποίο είναι καταχωμένοι οι λογισμοί και ο νους, παγιδευμένοι σε πυκνό και αδιαπέραστο σκοτάδι» (85).

Στην συνέχεια, στον 3ο αιώνα μ.χ ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Αρεταίος αναπτύσσουν ανθρωπιστικές απόψεις σχετικά με τη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι εκείνη την περίοδο κατοικούσαν σε ειδικά δωμάτια χωρίς να διατηρούν καμία απολύτως επαφή με τον έξω κόσμο. Συγκεκριμένα ο Σωρανός κάνει λόγο για την κατάργηση των αλυσίδων στους ψυχικά ασθενείς και την απαγόρευση του εγκλεισμού (86).

Στο σημείο αυτό θα περάσουμε στον Μεσαίωνα κατά τη διάρκεια του οποίου εγκαθιδρύεται μια αμείλικτη πάλη μεταξύ «τρέλας» και «λογικής», όπου κανείς δεν αναδεικνύεται νικητής. Η εμμονή στην εκδοχή της δαιμονολογίας και της κατοχής από ακάθαρτα πνεύματα, καθιστούν την έναρξη μιας νέας «σκοτεινής» εποχής που φέρνει τον άνθρωπο αντιμέτωπο με τις ανεξήγητες και μυθικές δυνάμεις του κόσμου. Παρατηρείται μια παλινδρόμηση όσον αφορά στην κατάκτηση της επιστημονικής γνώσης, ενώ η οποιαδήποτε ανεξήγητη συμπεριφορά προϋποθέτει την παρουσία κακών πνευμάτων. Αρχικά υπήρξε μια ήπια αντιμετώπιση του φαινομένου της ψυχικής αρρώστιας με απώτερο πάντα σκοπό την ίαση του ασθενή από την νόσο που τον ταλαιπωρεί. Αργότερα ,όμως, η σύγκρουση «τρέλας» και «λογικής» μετατρέπεται σε μια σφοδρή και βίαιη πάλη μεταξύ θρησκευτικής πίστης και δαιμονολογίας. Η νόσος της ψυχής ταυτίζεται ,πλέον, απόλυτα με τις έξωθεν διαβρωτικές δυνάμεις και κυριαρχεί η πεποίθηση πως η μόνη αποτελεσματική «θεραπεία» για τους ανθρώπους εκείνους που φέρουν μέσα τους την ψυχική αρρώστια, μπορεί να είναι η αδυσώπητη σωματική και ψυχολογική τιμωρία τους που καταλήγει στον τραγικό θάνατό τους στην πυρά. Τον 13ο ,λοιπόν, αιώνα η επίσημη εκκλησία της δύσης εισάγει με πρόσχημα τη σωτηρία των δαιμονισμένων και τη διασφάλιση της κοινότητας, τον θεσμό της Ιεράς Εξέτασης και βασικό της έργο τον «δια πυράς» θάνατο των φερόμενων ως μάγων και δαιμονόπληκτων.

Τα «πιστεύω» που οδήγησαν στη δίωξη των λεγομένων μαγισσών προϋπήρχαν του 13ου αιώνα. Αλλά μόνο τον 13ο αιώνα άρχισε να χρησιμοποιείται από την ευρωπαϊκή κοινωνία ως βάση ενός οργανωμένου κινήματος που είχε ως διακηρυγμένο σκοπό την προστασία της κοινωνίας από τον κίνδυνο και αποκρυσταλλώθηκε στην Ιερά Εξέταση» (87).

Η «εποχή της πυράς» θεωρείται ως ένα από τα μελανότερα σημεία του δυτικού κόσμου και της δυτικής εκκλησίας ειδικότερα. Η Ιερά Εξέταση εκφράζει το πνεύμα των χρόνων εκείνων, όπου κυριαρχούσε ο φόβος, η προκατάληψη και η δεισιδαιμονία στους κόλπους της κοινωνίας. Τα άτομα που εκδήλωναν μια ιδιόμορφη συμπεριφορά και διέφεραν από τους υπόλοιπους, έμπαιναν στο περιθώριο και αντί να τους παρασχεθούν κατάλληλες θεραπείες για να ξεπεράσουν τα ψυχικά τους προβλήματα, μετατρέπονταν σε «αποδιοπομπαίους τράγους» και για «το καλό» τους και τη σωτηρία της ψυχής τους οδηγούνταν σε φριχτά βασανιστήρια.

Τα μετέπειτα χρόνια παρατηρείται μια στροφή προς την απομόνωση του ασθενούς και σταδιακά προς τον εγκλεισμό του. Το Bedlam ή Bethlem Royal Hospital, ήταν το πιο διάσημο φρενοκομείο - κολαστήριο στην ιστορία. Το 1247 όταν για πρώτη φορά άνοιξε φιλοξενούσε μοναχές και μοναχούς, ενώ το 1375 λειτουργούσε ως Βασιλικό ξενοδοχείο, έπειτα το 1403 άρχισε να εξειδικεύεται για πρώτη φορά στη φροντίδα ψυχικά διαταραγμένων ατόμων. Το έτος 1409 ιδρύεται ένα ιδιαίτερο ψυχιατρικό άσυλο που βρίσκεται στον ίδιο χώρο που λειτουργεί η Ιερά Εξέταση, στην Βαλένθια της Ισπανίας. Έπειτα, πάλι στην Ισπανία ακολουθεί η ίδρυση ομοιογενών ιδρυμάτων, τα έτη μεταξύ του 1412 και 1489. Λίγο πριν χτιστούν τα πρώτα ειδικά άσυλα στην Ευρώπη για ψυχικά νοσούντες, ορισμένα νοσοκομεία κάνουν δεχτή την εισαγωγή τους κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις που έχουν να κάνουν με τη γενικότερη ψυχοσωματική τους κατάσταση, αλλά και την αδυναμία της κοινότητας να τους αναλάβει επιτυχώς.

Τον 15ο αιώνα, παρατηρείται και ένα άλλο παράδοξο φαινόμενο: η εκδίωξη των ψυχικά ασθενών από τον τόπο καταγωγής τους και η περιπλάνησή τους

δίχως προορισμό. Η πολιτεία εξόριζε τους αρρώστους και τους άφηνε αβοήθητους να περιπλανηθούν σ' απόμακρες περιοχές, ενώ σε άλλες περιπτώσεις τους παρέδιδε σε καράβια προσκυνητών (88).

Βλέπουμε, επομένως, μια έντονη τάση από την πλευρά της κοινωνίας διαχωρισμού των μελών της σε δυο κατηγορίες: αυτή των λογικών ανθρώπων και η δεύτερη των «παραφρόνων» που θα πρέπει να διώχνονται από την πόλη έτσι ώστε να μην κινδυνεύει να αλλοιωθεί η πλασματική εικόνα της υγιούς κοινωνίας.

«Γύρω στα τέλη του Μεσαίωνα, αυτή η χειρονομία αποδιοπομπής θα συμβολίσει μία ολόκληρη ανησυχία που ξάφνου υψώθηκε στον ορίζοντα του ευρωπαϊκού πολιτισμού. Η τρέλα κι ο τρελός αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, μέσα στο διαφορούμενο χαρακτήρα τους: γίνονται απειλή και εξευτελισμός, ιλιγγιώδης παραλογισμός του κόσμου και καταφρονητική γελοιοποίηση των ανθρώπων» (88).

Στις απαρχές της περιόδου της Αναγέννησης, εγκαταλείπεται σταδιακά η δαιμονολογία και με την ανάπτυξη των επιστημών και της φιλοσοφίας, η ψυχική νόσος αποκτά άλλο νόημα αποκομμένο από τις θεωρίες περί μυστικών και ολέθριων δυνάμεων που κατακλύζουν τον άνθρωπο και τον καθιστούν έρμαιό τους. Είναι εμφανής πια η χειραφέτηση του ανθρώπου από τις προκαταλήψεις και τις δεισιδαιμονίες του Μεσαίωνα. Πλέον, η ψυχική ασθένεια, δεν συνδέεται άμεσα με τις διαβρωτικές δυνάμεις αλλά με τον άνθρωπο, τις αδυναμίες του, όπως και με τον ονειρικό και πλασματικό κόσμο που ο ίδιος δημιουργεί μέσα στο μυαλό του (88).

Υπερτονίζονται οι ελλείψεις του ανθρώπου και η ανικανότητά του να υποτάξει το φανταστικό και το παράλογο και να δεισδύσει στο λογικό. Ο φόβος προς το μη λογικό, το παράξενο, εντοπίζεται στους κόλπους των κοινωνιών, η επιστήμη κριτικάρει αμείλικτα την τρέλα και τις ποικίλες της εκφάνσεις και την αντικρίζει ως εχθρό που πρέπει να απομακρυνθεί από την κοινωνία.

Με τον καθορισμό της έννοιας της ψυχικής νόσου έχουμε την έναρξη μιας νέας πολεμικής που καθιστά τον εγκλεισμό του αρρώστου σε άσυλο απαραίτητο και αναγκαία την παρέμβαση της πολιτείας για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Στα μέσα ,επομένως, του 16ου αιώνα ιδρύονται τα πρώτα άσυλα με κομβικό σημείο την περίφημη ίδρυση και λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου στο Παρίσι. Ο Λουδοβίκος 13^{ος} υπογράφει το διάταγμα για την ίδρυσή του, και λίγα χρόνια αργότερα υπογράφεται νέο διάταγμα που προβλέπει την ίδρυση ενός Γενικού Νοσοκομείου σε κάθε πόλη της Γαλλίας. Το Γενικό Νοσοκομείο ,λοιπόν, υπήρξε η απαρχή για παρόμοια ιδρύματα σε όλη την Ευρώπη που στόχευαν στο να προχωρήσουν σε μια «επιχείρηση σκούπα» και να απαλλάξουν την κοινωνία από τους περιθωριακούς, τους άρρωστους, τους άνεργους και τους ζητιάνους. Άρα, «οι στόχοι και η λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου δεν έχουν απολύτως καμιά σχέση με την ιατρική. Το ίδρυμα αυτό είναι καθαρό δημιούργημα της τάξης που προσπαθούν να επιβάλουν στη Γαλλία η μοναρχία και οι αστοί, που την εποχή αυτή οργανώνονται σαν κατεστημένο» (88).

Την ίδια σχεδόν περίοδο, σε πολλές χώρες της Ευρώπης όπως στην Ιταλία, την Αγγλία, τη Γαλλία, τη Γερμανία και την Ολλανδία, λειτουργούσαν διάφορων ειδών ιδρύματα που κρατούσαν εγκλειστούς τους ψυχικά νοσούντες, τους παραβάτες του νόμου και τους πένητες. Η εγκάθειρξη, λοιπόν, δεν προσανατολιζόταν σε ιατρικούς σκοπούς για τη φροντίδα δηλαδή του αρρώστου, ήταν περίπου ένα μέσο διασφάλισης αποκλεισμού των πασχόντων που ρίχνονταν σε ένα άσυλο εγκλειστοί μαζί με άλλες κατηγορίες ανθρώπων που αντιμετώπιζαν πάσης φύσεως προβλήματα. Το αίτημα αποκλεισμού των αδύναμων κοινωνικών ομάδων σε άσυλα, παρουσιαζόταν με το προσωπείο της φιλανθρωπίας και της συμπόνιας, όμως δεν ήταν τίποτα άλλο από μια βίαιη υφαρπαγή ανθρώπων που φέρονταν ως μέρος του κοινωνικού προβλήματος. «Η εγκάθειρξη, τούτο το μαγικό γεγονός που σημάδια του υπάρχουνε σ' ολόκληρη την Ευρώπη του 17ου αιώνα, είναι μια υπόθεση «αστυνομίας»» (88).

Η κοινωνία ,πλέον, καταδικάζει τη διαφορετικότητα, αποδιώχνει με νόμιμο τρόπο τα ασθενή μέλη της, και παρά την προοδευτικότερη αντιμετώπιση, σε σχέση πάντα με εκείνην του Μεσαίωνα, στιγματίζει εξ ολοκλήρου τους αρρώστους που αναλαμβάνουν πια ακούσια το ρόλο των τροφίμων στα νεοϊδρυθέντα άσυλα. Άλλωστε, συνειρμικά γινόταν ταύτιση μεταξύ ψυχικής νόσου και αεργίας, όπως και ελλιπούς ηθικής συμπεριφοράς. Η κοινωνία, άρα, αισθανόταν ασφαλής μέσα από τη θέσπιση του συστήματος του εγκλεισμού (88).

Το 17ο και 18ο αιώνα άρχισε μία οργανωμένη προσπάθεια δημιουργίας ασύλων που θα φιλοξενούσαν ψυχικά ασθενείς, έτσι καθώς το 18ο άρχισε να εξελίσσεται ο τομέας της ψυχιατρικής και οικοδομούνταν εξειδικευμένα ιδρύματα και θεραπευτικά άσυλα. Το διάστημα αυτό λοιπόν ξεκινά και μια δριμύτατη κριτική για τις συνθήκες κράτησης στο διάσημο Bedlam. Υπάρχουν μαρτυρίες για τις άθλιες συνθήκες κράτησης των ασθενών που καταδεικνύουν πως το Bedlam κάθε άλλο παρά φροντίδα παρείχε στους ψυχικά πάσχοντες. Πρόσφατα στη Liverpool street εκατοντάδες σκελετοί που χρονολογούνται από το 16ο αιώνα, βρέθηκαν σε πλακόστρωτη περιοχή. Συγκεκριμένα, οι κρατούμενοι υποβάλλονταν σε κρύα ντους, κλειδώνονταν από τους φύλακες σε σιδερένια κλουβιά και υποσιτίζονταν. Ακόμη, οι ψυχικά ασθενείς ακόμη και αυτοί που εξακριβωμένα δεν έπασχαν από ψυχική ασθένεια εφόσον έφευγαν από το νοσοκομείο ήταν υποχρεωμένοι να φορούν στο χέρι τους ένα ειδικό μεταλλικό βραχιολάκι που θα περιέγραφε το ψυχικό νόσημα που τους είχαν διαγνώσει, στιγματίζοντας τους έτσι και απομονώνοντας τους από την κοινωνία. Τον 17ο αιώνα εκμεταλλευόμενοι το γεγονός ότι ήταν εκείνη την εποχή το μόνο νοσοκομείο που στέγαζε ψυχικά πάσχοντες οι αρμόδιοι έβαλαν είσοδο και διασκέδαζαν το πλήθος στη θέα των εξαθλιωμένων εγκλειστων. Υπολογίζεται ότι περίπου εκατό χιλιάδες επισκέφθηκαν το Bedlam που πλέον είχε μετατραπεί σε μία προσοδοφόρα επιχείρηση. Το 1851 το φρενοκομείο ύστερα από κρατικούς ελέγχους άρχισε να αντιμετωπίζει πιο ανθρώπινα τους ψυχικά ασθενείς αντικαθιστώντας τους σκληρούς φύλακες με εξειδικευμένο προσωπικό και νοσηλευτές.

Από τον 18ο αιώνα και έπειτα, φαίνεται να μεταβάλλεται η στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια και προς το πρόσωπο που πάσχει. Ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα που συνέβησαν την εποχή εκείνη στην Αγγλία είναι το ενδιαφέρον της αίρεσης των Κουακέρων και συγκεκριμένα του Samuel Tuke για τους ψυχικά πάσχοντες που οδήγησε στην ίδρυση ενός ασύλου με την ονομασία «retreat» που θα στέγαζε όσα μέλη της αίρεσης έπασχαν από ψυχικά νοσήματα και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να καταφύγουν σε πολυδάπανα ιδρύματα. Το ίδρυμα εκείνο είχε να παρουσιάσει αρκετά θετικά στοιχεία, εν συγκρίσει βέβαια με τα υπόλοιπα άσυλα της χώρας και της Ευρώπης γενικότερα. Υπήρχε μια σχετική ελευθερία, δεν υπήρχαν κάγκελα ούτε σίδερα στα παράθυρα, οι τρόφιμοι συμμετείχαν σε αγροτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες και κυριαρχούσε πνεύμα αλληλεγγύης, με έντονο το θρησκευτικό στοιχείο (89).

Από τα μέσα του 19ου αιώνα, ο John Conolly άμεσα επηρεασμένος από τις προσπάθειες εξανθρωπισμού των ασύλων αλλά και από την ίδρυση του ασύλου της αίρεσης των Κουάκερων, καταγγέλλει δριμύτατα τις άθλιες συνθήκες ζωής των αρρώστων και ως διευθυντής του ασύλου Hanwell, ξεκινά μια αξιόλογη προσπάθεια έχοντας θέσει ως στόχο την επίτευξη καινοτόμων πρακτικών και επιστημονικών μελετών (89).

Έπειτα, η παρέμβαση στο άσυλο με την επανεξέταση των ιατρικών πρακτικών, των συνθηκών διαβίωσης αλλά και της συνολικής αντιμετώπισης του αρρώστου, που οδηγούσε με άμεσο τρόπο στην ιδρυματοποίησή του, γίνεται η αφορμή για την αναζήτηση δρόμων εξόδου από το άσυλο, έχοντας ως θετική συνέπεια την αύξηση του αριθμού των εξιτηρίων κατά τα 2/3 αναλογικά με τις νέες εισαγωγές, και όλα αυτά συνέβησαν την περίοδο της πενταετούς εργασίας του John Conolly (89). Ο Conolly και όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, ο Άγγλος κουάκερος έμπορος τσαγιού Samuel Tuke, ήταν εκείνοι που αρχικά έδωσαν την ώθηση προς μια εμφανώς ελαστικότερη μεταχείριση των νοσούντων. Ο σεβασμός προς το πρόσωπο του αρρώστου έγινε μόνιμη «επωδός» τόσο για τον Conolly όσο και για τον Tuke που διέδωσαν τις καινοτόμες ιδέες τους στην τότε κοινωνία, λειτουργώντας

καταλυτικά για την αλλαγή της τότε συντηρητικής νοοτροπίας των ανθρώπων της εποχής εκείνης. Από το σημείο αυτό και μετά μπαίνουν οι βάσεις για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, ήδη από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα οι παρεμβάσεις στους ψυχικά ασθενείς είναι ηπιότερης μορφής αλλά η ασυλική περίθαλψη όχι μόνο δεν τερματίζεται αλλά μπαίνει και σε ένα πλαίσιο πιο συγκεκριμένο και αρκετά εξειδικευμένο. Ιδρύονται όλο και περισσότερα άσυλα που προσφέρονται αποκλειστικά για τη φροντίδα των αρρώστων από ψυχικά νοσήματα. Μέσα στον 19ο αιώνα οι ψυχικά ασθενείς θα μεταφερθούν σε χώρους όπου πριν από εκατόν πενήντα χρόνια παρέμεναν εκεί φυλακισμένοι, οι εξαθλιωμένοι, οι απόκληροι, και οι άνεργοι (88).

Στα τέλη του 19ου αιώνα ο χώρος της ψυχιατρικής βρίσκεται σε αναταραχή, κανείς πλέον δεν δύναται να αποδεχθεί τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών σε χώρους όπως εκείνους της φυλακής, και όσο προχωράει ο αιώνας οι φωνές που καταδικάζουν το παραπάνω φαινόμενο όλο και πληθαίνουν. Συγχρόνως όμως άρχισε να γεννάται και το ερώτημα: που ανήκαν οι ψυχικά πάσχοντες; Στο νοσοκομείο, στη φυλακή ή στην οικία τους; Η λύση ήταν ο εγκλεισμός σε άσυλο, με τη διαφορά όμως πως ήταν ειδικό για ψυχικά νοσούντες, με εμφανώς βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης. τον 20ο αιώνα πλην ορισμένων χαρακτηριστικών εξαιρέσεων, όπως η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών από το χιτλερικό καθεστώς στη Γερμανία, η σύσταση του προγράμματος «παθητικής ευθανασίας» στην φασιστική Ιταλία, αλλά και η καταδίκη των ψυχικά πασχόντων σε θάνατο από πείνα στη Γαλλία από την κυβέρνηση του Βισύ, μια κυβέρνηση φιλογερμανική που σχηματίστηκε από τον Γάλλο στρατάρχη και ήρωα του Α' παγκοσμίου πολέμου, Φιλίπ Πεταίν, παρατηρείται μια καινούρια πνοή που θα οδηγήσει στην περίφημη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (88).

Βέβαια, δεν έγινε εφικτό το στίγμα της ψυχικής νόσου να εξαλειφθεί. Η έλλειψη ενημέρωσης εξακολουθούσε να υφίσταται και κατά τη διάρκεια του 19ου και του 20ου αιώνα, το δυσάρεστο όμως είναι πως εξακολουθούν και σήμερα, στο κλείσιμο της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα. Φυσικά οι συνθήκες διαβίωσης των αρρώστων είναι εμφανώς πολύ πιο βελτιωμένες, το

κοινό είναι πιο δεκτικό όσον αφορά στην εκπαίδευσή του γύρω από την ψυχική υγεία και τους νοσούντες, και έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για μια ουσιαστική προσέγγιση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα από την πλευρά της κοινωνίας, όπου και επιδιώκεται πλέον η επανένταξή τους. Όλα αυτά όμως με τα προβλήματα που προκύπτουν θα τα εξετάσουμε στις σελίδες που ακολουθούν.

2.2. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης υπάρχει κατά την τελευταία δεκαετία μια αύξηση των ακούσιων ψυχιατρικών νοσηλειών. Αυτές κυμαίνονται από 20/100.000 κατοίκους ανά έτος στη βόρεια Ιταλία μέχρι 250/100.000 κατοίκους ανά έτος στη Γερμανία. Στην Ελλάδα το ανάλογο ποσοστό είναι μάλλον χαμηλό 50/100.000 κατοίκους ανά έτος, όμως οι ακούσιες νοσηλείες είναι το 50% του συνόλου των νοσηλειών σε δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα. Υφίσταται η υποψία ότι στη χώρα μας, καθώς δεν υπάρχει σχολαστικότητα στην τήρηση στοιχείων ή στη συμμόρφωση προς τις προβλεπόμενες διαδικασίες, ο αριθμός των ακούσιων νοσηλειών μπορεί να είναι αρκετά υψηλότερος του ανωτέρω (90).

Η κατοχύρωση της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας ως επιστημονικά αποδεκτής, χρήσιμης παρέμβασης προϋποθέτει τη διασφάλιση ότι αυτή διεκπεραιώνεται με τρόπο που περιορίζει όσο το δυνατόν την καταχρηστική άσκηση της εις βάρος των νοσηλευόμενων ασθενών. Από αυτήν την άποψη ο ισχύων στην Ελλάδα νόμος 2071/92 (άρθρα 94–100) αποτέλεσε μια σημαντική πρόοδο σε σχέση με τα προηγουμένως ισχύοντα δεδομένου ότι εμπλέκει στη διαδικασία λήψης της σχετικής απόφασης εκτός από τους ψυχιάτρους και τις εισαγγελικές αρχές, την ανεξάρτητη δικαστική εξουσία (91).

Δυστυχώς, το πνεύμα του νόμου παραβιάζεται στην πράξη με διάφορους τρόπους. Συχνά, η λήψη της δικαστικής απόφασης καθυστερεί πολλές ημέρες ή και εβδομάδες μετά την έναρξη της ακούσιας νοσηλείας και η διαδικασία είναι τυπική και διαρκεί ελάχιστα. Διαβάζεται και εγκρίνεται η γνωμάτευση των ιατρών που προτείνουν την ακούσια νοσηλεία. Ο ενδιαφερόμενος ασθενής κατά κανόνα είναι απών και δεν αντιπροσωπεύεται είτε διότι η έδρα του δικαστηρίου είναι μακριά από το νοσοκομείο στο οποίο αυτός νοσηλεύεται, είτε διότι οι θεράποντες ψυχίατροι γνωματεύουν (όχι πάντα δικαιολογημένα) ότι δεν είναι σε θέση να παραστεί στη δίκη (92).

Οι όροι υπό τους οποίους διεκπεραιώνεται η ακούσια νοσηλεία έχει πρωτεύουσα θεραπευτική σημασία. Είναι ενδιαφέρον ότι σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία τα τρία μεγάλα ψυχιατρεία σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη δέχονται περίπου το 60% των ακούσιων νοσηλειών και μαζί με αυτό της Τρίπολης, της Κέρκυρας και της Πέτρας Ολύμπου περισσότερο από το 80% των ακούσιων νοσηλειών. Υπό αυτές τις συνθήκες δεν μπορεί να γίνει λόγος για οποιαδήποτε συνέχεια της ιατρικής φροντίδας και περιορίζονται πολύ οι δυνατότητες για δημιουργία σταθερών ψυχοθεραπευτικών σχέσεων. Συχνά, ασθενείς από διάφορες περιοχές της Ελλάδας μεταφέρονται εκατοντάδες χιλιόμετρα μακριά από το σπίτι τους για να νοσηλευτούν ακούσια σε κάποιο άγνωστο περιβάλλον από άγνωστους θεραπευτές (93).

Αρκετές ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία δεν παρέχουν ακούσια νοσηλεία, ενώ αρκετές από αυτές που παρέχουν δεν έχουν τμήματα οξέων. Οι ακούσια νοσηλευόμενοι ασθενείς συννοσηλεύονται μαζί με εκούσια νοσηλευόμενους κάτι που είναι βλαπτικό και για τις δύο κατηγορίες ασθενών. Υπό αυτές τις συνθήκες συχνά οι νοσηλείες και των μεν και των δε μένουν ημιτελείς π.χ. οι ακούσια νοσηλευόμενοι δραπετεύουν, οι εκούσια διακόπτουν τη θεραπεία τους γιατί δεν ανέχονται τις συνθήκες συμβίωσης με διεγερτικούς ή βίαιους ασθενείς. Άλλοτε πάλι, η έλλειψη κατάλληλου τμήματος και προσωπικού εξειδικευμένου στην αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών οδηγεί στην υπερβολική χρήση κατασταλτικών μέσων είτε υπό τη μορφή λίαν έντονης φαρμακευτικής καταστολής, είτε υπό τη μορφή υπέρμετρου και μακρόχρονου φυσικού περιορισμού. Σχετικά με το ζήτημα αυτό υπάρχουν οδηγίες οι οποίες είναι αμφίβολο αν τηρούνται έστω και κατά προσέγγιση. Ούτως ή άλλως, ο νομοθετικά προβλεπόμενος έλεγχος της εξέλιξης των ακούσιων νοσηλειών συνήθως περιορίζεται σε κατά περιόδους λίαν ολιγόλογες εκθέσεις των θεραπόντων προς τις εισαγγελικές αρχές για τη λήξη ή την αναγκαιότητα συνέχισης της νοσηλείας. Επίσης, δεν υπάρχει νομοθετική πρόνοια για εξωνοσοκομειακές μορφές ακούσιας νοσηλείας η οποία θα μπορούσε να είναι ένας ηπιότερος τρόπος αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης για πολλούς ασθενείς (93,94).

Με βάση όσα αναφέρθηκαν στις προηγούμενες παραγράφους θεωρείται ότι έχουν προτεραιότητα οι ακόλουθες ρυθμίσεις: Η ακούσια νοσηλεία πρέπει να αποκτήσει τομεοποιημένη βάση. Συνεπώς, είναι αναγκαίο κάθε κλινική (χωρίς εξαιρέσεις) να αποκτήσει τη στοιχειώδη υλικοτεχνική υποδομή (τμήμα οξέων – εκπαιδευμένο προσωπικό) για να αντιμετωπίζει τα περιστατικά που προέρχονται από έναν ή περισσότερους συγκεκριμένους τομείς. Αυτό μπορεί να γίνει στις περισσότερες περιπτώσεις χωρίς μεγάλες δαπάνες με μικρές επεκτάσεις ή μετατροπές του χώρου των νοσοκομείων στα οποία λειτουργούν ψυχιατρικές κλινικές, λίγες νέες προσλήψεις, κατάλληλη εκπαίδευση και αναδιάταξη κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού (95).

Στο επίπεδο της νομοθετικής ρύθμισης, θα ήταν σκόπιμο για να παρακαμφθούν οι αδυναμίες που προέκυψαν από την εφαρμογή του 2071/92 η έγκριση και η παρακολούθηση της εξέλιξης κάθε ακούσιας νοσηλείας να γίνεται εντός του χώρου της κλινικής στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής από επιτροπή στην οποία θα μπορούσε να συμμετάσχουν εκτός από εκπρόσωπο της δικαστικής αρχής, μέλη της τοπικής κοινότητας και εκπρόσωποι της ΤΕΨΥ κάθε τομέα. Ειδικότερα, οι ΤΕΨΥ αν έχουν την κατάλληλη στελέχωση και συγκεκριμένες αρμοδιότητες μπορεί να συμβάλουν (συμβουλευτικά και ελεγκτικά) στη στήριξη της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης (96).

Υποστηρίζεται εύλογα ότι η οργάνωση του ψυχιατρικού συστήματος της χώρας σύμφωνα με τα πρότυπα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής (τομεοποίηση υπηρεσιών, πληρότητα υπηρεσιών σε κάθε τομέα, έμφαση στην εξωνοσοκομειακή παρέμβαση, συνεργασία με την κοινότητα) είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος περιορισμού του αριθμού των αναγκαίων ακούσιων νοσηλειών. Άσχετα από το ποια εξέλιξη θα λάβει η αντιπαράθεση ιδεών και πολιτικών στο κρίσιμο ζήτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, προκύπτει η ανάγκη μιας νέας αυστηρότερης και ουσιαστικότερης ρύθμισης των όρων και των τρόπων διεκπεραίωσης της ακούσιας νοσηλείας (96).

2.3. ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Εκτός από τις συνταγματικές διατάξεις που παρέχουν το γενικό πλαίσιο προστασίας των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, νόμοι, προεδρικά διατάγματα και κανονισμοί έχουν θεσπισθεί, προκειμένου να εξειδικεύσουν τη απόλαυση των θεμελιωδών δικαιωμάτων, να οργανώσουν και ρυθμίσουν την παροχή της ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας και να προάγουν τη συμμετοχή των ατόμων με ψυχική ασθένεια σε διάφορους τομείς, όπως εκπαίδευση, απασχόληση κα.

Στην Ελλάδα, δύο ήταν οι νόμοι που ρύθμισαν την εισαγωγή και παραμονή ασθενών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, από το 1862 έως το 1992: ο επί Όθωνος νόμος ΨΜΒ του 1862 και το ΝΔ 104/1973. Ο νόμος ΨΜΒ του 1862 «Περί συστάσεως Φρενοκομείων» αποτελεί το πρώτο νομοθέτημα του ελληνικού κράτους σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Ο νόμος αυτός εγκαθίδρυσε και εξάπλωσε την ασυλιακή δομή στην Ελλάδα, καθώς το άσυλο θεσμοθετήθηκε ως χώρος εγκλεισμού και νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων, όπως είχε ήδη συμβεί και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, δύο ήταν οι τρόποι εισαγωγής ενός φρενοβλαβούς στο φρενοκομείο: α) η εισαγωγή του μετά από αίτηση ιδιωτών (συγγενείς ή οικείοι) προς τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ή β) η τοποθέτησή του στο φρενοκομείο μετά από διαταγή δημόσιας αρχής (νομάρχης, έπαρχος, διοικητής της αστυνομίας). Ναι στις δύο περιπτώσεις η εισαγωγή βασιζόταν σε ιατρικό πιστοποιητικό, που περιλάμβανε πλήρη περιγραφή της νόσου και κατέληγε στη διαπίστωση της ανάγκης θεραπείας και εγκλεισμού του φρενοβλαβούς στο ίδρυμα. Ο νόμος ΨΜΒ προέβλεπε επίσης, το δικαίωμα άμεσης προσφυγής στο δικαστήριο για τους νοσηλευόμενους, με σκοπό να ζητήσουν την έξοδο τους. Η δικαστική αρχή μπορούσε να διατάξει, με απλή αίτηση του νοσηλευόμενου και χωρίς άλλη διαδικασία, την έξοδο του από το ίδρυμα και να ελέγξει όσα συνέβαιναν σε αυτό.

Το 1973 θεσπίσθηκε το ΝΔ 104. Σύμφωνα με το ΝΔ 104/1973 «Περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων» και των υπουργικών

αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας που εκδόθηκαν προς εκτέλεση του (Γ2β/3036/1973 και Α2β/5345/1978), τρεις ήταν οι τρόποι εισαγωγής του ψυχικά πάσχοντος στο άσυλο: α) με εκούσια νοσηλεία, β) με ακούσια εισαγωγή και γ) με την υποχρεωτική εισαγωγή των «επικίνδυνων ψυχοπαθών», τα λεγόμενα «εισαγγελικά» του άρθρου 5. Γενική αρχή και κυρίαρχη φιλοσοφία του νόμου ήταν η πλήρης εξάρτηση του ψυχικά ασθενή από τους ψυχιάτρους, αφού ο τρόπος και η διάρκεια της νοσηλείας του εξαρτιόταν από τις γνωματεύσεις και τις αποφάσεις τους. Η εισαγωγή των ασθενών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο συχνά ισοδυναμούσε με χρονικά απροσδιόριστη παραμονή τους σε αυτό, με αποτέλεσμα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία να μετατρέπονται σε μονάδες φύλαξης και κοινωνικής περιθάλψης. Ο κίνδυνος της αυθαιρεσίας ήταν μεγάλος καθώς οι έγκλειστοι ψυχικά ασθενείς εγκαταλείπονταν στην κρίση και τις αποφάσεις των ειδικών της ψυχιατρικής και αντιμετώπιζονταν αποκλειστικά ως ασθενείς εκτός δικαίου και όχι ως υποκείμενα δικαίου (97).

Τα ανωτέρω κατέστησαν αναγκαίο τον εκσυγχρονισμό του σχετικού θεσμικού πλαισίου, γενικότερα για την αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας και ειδικότερα των ρυθμίσεων για τον ακούσιο εγκλεισμό.

Με τον Ν.1397/1983 «Εθνικό σύστημα υγείας» (ΦΕΝ 143/Α΄/1983) θεμελιώνεται για πρώτη φορά στην ελληνική έννομη τάξη το δικαίωμα στην υγεία. Σύμφωνα με τις δύο κύριες αρχές του, το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες και η παροχή αυτή γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Η φροντίδα και τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων ρυθμίζονται κυρίως από τους νόμους: 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας» (ΦΕΝ123/Α΄/1992), 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (ΦΕΝ 165/Α΄/1997) και 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΝ 96/Α΄/1999) και συμπληρώνονται από διατάξεις του Αστικού και Ποινικού Κώδικα (97).

Ο Ν. 2071/1992 θεσμοθετεί τις μονάδες ψυχικής υγείας και αναδιαμορφώνει το καθεστώς που διέπει τις ακούσιες νοσηλείες. Βασική αρχή που διέπει τις διατάξεις του (άρθρα 91-101) είναι ότι το κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Για το σκοπό αυτό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς, της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής των κοινωνικών ομάδων σε θέματα ψυχικής υγείας. Προβλέφθηκε η σύσταση τομέα ψυχικής υγείας σε κάθε νοσοκομείο και η δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας, ενώ έγινε ιδιαίτερη μνεία στον εκούσιο και ακούσιο εγκλεισμό, που πλέον αναφέρεται ως εκούσια και ακούσια νοσηλεία. Η οργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης προέβλεπε τη σύσταση τομέα ψυχικής υγείας σε κάθε νομό, ο οποίος περιλάμβανε τις μονάδες ψυχικής υγείας που θα παρείχαν τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Στην έδρα κάθε τομέα συγκροτούνταν Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) με γνωμοδοτικές και εποπτικές αρμοδιότητες για τις μονάδες ψυχικής υγείας. Στις μονάδες αυτές διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής ασθένειας, η θεραπεία και η συνέχιση της, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών (98).

Ο νόμος ρυθμίζει λεπτομερώς το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας. Η εκούσια νοσηλεία αφορά την εισαγωγή του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα αφού αυτός έχει δώσει τη συγκατάθεσή του. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι:

- ✚ Ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του
- ✚ Να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής για την ανάγκη παροχής θεραπείας

Ο εκούσια νοσηλευόμενος έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία εκτός ψυχικής ασθένειας. Η εκούσια νοσηλεία

αφορά τη χωρίς συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και θεραπεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής βρίσκεται σε πλήρη αδυναμία αφού άλλοι αποφασίζουν για αυτόν, καθώς ο ίδιος δεν συναινεί στον εγκλεισμό του είτε γιατί δεν θέλει, είτε επειδή δεν μπορεί και ο νόμος αυστηρά ορίζει τις προϋποθέσεις και ρυθμίζει τη διαδικασία αυτής της νοσηλείας, προκειμένου να προστατευθεί ο ασθενής. Πρέπει λοιπόν:

- ✚ Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και η μη νοσηλεία να έχει ως συνέπεια τον αποκλεισμό της θεραπείας του ή την επιδείνωση της υγείας του ή
- ✚ Η νοσηλεία του να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του εαυτού του ή τρίτου προσώπου.

Την ακούσια νοσηλεία προσώπου που φέρεται ως ασθενής μπορούν να ζητήσουν οι στενοί συγγενείς με αίτηση στον αρμόδιο Εισαγγελέα Πρωτοδικών, ή σε περίπτωση απουσίας συγγενών την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει ο ίδιος ο Εισαγγελέας. Η αίτηση πρέπει να είναι αιτιολογημένη και να συνοδεύεται από γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων και εφόσον ο Εισαγγελέας κρίνει ότι συντρέχουν οι νόμιμες προϋποθέσεις διατάσει τη μεταφορά του ασθενούς σε μονάδα ψυχικής υγείας. Εκεί ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί από το διευθυντή της μονάδας για τα δικαιώματά του και να συνταχθεί σχετικό πρακτικό για την ενημέρωση, με υπογραφή του διευθυντή και του συνοδού του ασθενή. Αν η εξέταση του ασθενή δεν είναι εφικτή, ο Εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων σε δημόσια ψυχιατρική κλινική, ενώ η εκεί παραμονή για τις εξετάσεις δεν μπορεί να υπερβεί τις 48 ώρες. Μέσα σε τρεις μέρες από τη μεταφορά του ασθενή, ο ίδιος Εισαγγελέας ζητά να επιληφθεί της υπόθεσης το Πολυμελές Πρωτοδικείο, το οποίο αποφαινεται σχετικά σε διάστημα δέκα ημερών. Στη συνεδρίαση δικαιούται να παραστεί και ο ασθενής με δικηγόρο και ψυχίατρο, ως τεχνικό σύμβουλο. Οι συνθήκες της ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείσουν τα απαραίτητα

θεραπευτικά μέσα, όπως άδειες, έξοδοι κα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή, ενώ οι περιορισμοί στην ατομική του ελευθερία προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας (97).

Η έκδοση του Ν. 2716/99 αποτέλεσε προσπάθεια βελτίωσης των προβλημάτων του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Θέτει μια σειρά θεμάτων, η πραγματοποίηση των οποίων θα έχει ως αποτέλεσμα την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην πράξη. Τα κύρια ζητήματα που τίθενται και αφορούν τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχική ή διανοητική ασθένεια, είναι: η διασφάλιση ίσων ευκαιριών πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρωμένες και οργανωμένες στη βάση της τομεοποίησης, η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας, η ενίσχυση της ισότητας και ισονομίας κατά την παροχή των υπηρεσιών μεταξύ ενηλίκων, ηλικιωμένων και παιδιών, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, η κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη στην αγορά εργασίας και η σύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την κοινωνία των πολιτών, μέσω της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Από το γενικό πνεύμα του νόμου αλλά και από επιμέρους άρθρα (άρθρα 5,6,7,8) είναι φανερό η προσπάθεια της παράλληλης ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την αποασυλοποίηση, όπως επίσης και η εναρμόνιση της λειτουργίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων. Υπ' αυτήν την έννοια, η εσωτερική νομοθεσία εναρμονίζεται, φαινομενικά, με τις διεθνείς δεσμεύσεις της χώρας και τις διεθνώς επικρατούσες τάσεις. Στην πράξη όμως, η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας ασκείται από τους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και από τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων, τα οποία δεν αποτελούν μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, η περιορισμένη κάλυψη των αναγκών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στρέφει τους ασθενείς στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές (97).

Ο Ν. 2071/1992 (άρθρο 47) καθιέρωσε για πρώτη φορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή, ενώ αργότερα ο Ν. 2519/1997 πρόβλεψε για την υλοποίηση των δικαιωμάτων αυτών όργανα προστασίας τους, την Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών και την Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ασθενών. Έργο της Αυτοτελούς Υπηρεσίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς και η εισήγηση προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, σχετικά με τα θέματα. Έργο της Επιτροπής Ελέγχου είναι η εξέταση, κατόπιν καταγγελίας ή αυτεπάγγελτα, της παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, η σύνταξη σχετικών πορισμάτων και η υποβολή τους στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου, ο οποίος αποφασίζει για τις κατά νόμο περαιτέρω ενέργειες. Ο ανωτέρω νόμος προέβλεψε επίσης, τη σύσταση Γραφείου Επικοινωνίας με τον Πολίτη, υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του Προέδρου του ΔΣ, καθώς και τη σύσταση Τριμελούς Επιτροπής Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη σε κάθε νοσοκομείο, με αρμοδιότητα αλλά και υποχρέωση να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη, που προσφεύγει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο για περίθαλψη και ιατρική φροντίδα (98).

Ο Ν. 2716/1999 προβλέπει ειδικότερα τα όργανα προστασίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με το άρθρο 2, στο Υπουργείο Υγείας, στην Αυτοτελή Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών, συνιστάται α) Γραφείο προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και β) Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ασθενών. Η προαναφερόμενη Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την υλοποίηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπή διαβίωση στις μονάδες ψυχικής υγείας, το δικαίωμα για ειδική ατομική θεραπεία, το δικαίωμα για αμφισβήτηση στο δικαστήριο της ακούσιας νοσηλείας, το δικαίωμα της κατ' ιδίαν συνομιλίας με το δικηγόρο, της πρόσβασης στα αρχεία, της προστασίας της περιουσίας και το δικαίωμα

της κοινωνικής επανένταξης. Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε επιτροπή ή αρχή, πραγματοποιεί τακτικές και έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις αλλά και έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει σχετική παραβίαση (98).

Το άρθρο 1666 του Αστικού Κώδικα ορίζει πως «σε δικαστική συμπάρσταση υποβάλλεται ο ενήλικος: όταν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας αδυνατεί εν όλω ή εν μέρει να φροντίζει μόνος για τις προσωπικές και περιουσιακές υποθέσεις του». Όσον αφορά ειδικότερα τους ενήλικες ψυχικά πάσχοντες, με το Ν.2447/1996 βελτιώθηκε σημαντικά η σχετική νομοθεσία με την προσαρμογή της στα σύγχρονα δεδομένα της ψυχιατρικής επιστήμης. Το όλο πνεύμα του θεσμού της δικαστικής συμπάρστασης είναι τέτοιο, που αντιμετωπίζει τον πάσχοντα ως άτομο που έχει ανάγκη προστασίας, δεν υστερεί από άποψη ανθρώπινης αξίας έναντι των υγιών, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν παθητικό αντικείμενο της όλης διαδικασίας, ούτε να τίθεται στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής. Ο νόμος διαπνέεται, από τις ανθρωπιστικές ιδέες του σεβασμού της προσωπικότητας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Ο Ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΦΕΝ 287/Α'/2005), αναθεώρησε ριζικά μια παρωχημένη νομοθεσία που ίσχυε από το 1955. Ο νόμος, οργανώνοντας τη σχέση ασθενούς /γιατρού σε όλους τους τομείς, επηρεάζει άμεσα την προστασία του νέου ατομικού δικαιώματος στην υγεία. ωστόσο, η εφαρμογή του θα εξαρτηθεί από τη θεσμική εμπέδωση της δεοντολογίας κατά την άσκηση της ιατρικής στη χώρα μας. (Βιδάλης, 2010). Το άρθρο 28 του νόμου θέτει πολύ αναλυτικά το πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας που ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον ασθενή του (σεβασμός της των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας, πλήρης ενημέρωση, περιορισμός ελευθερίας κλπ).

«Με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας το ελληνικό δίκαιο απέκτησε ένα σύγχρονο πλαίσιο νομικής ρύθμισης των σχέσεων ασθενούς / ιατρού. Κύριο χαρακτηριστικό του νόμου αυτού είναι η ρητή εισαγωγή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», σε συνδυασμό πάντως με τη διατήρηση διατάξεων που αντανακλούν την παλαιότερη πατερναλιστική αντίληψη» (99). Βασικός στόχος κάθε σύγχρονου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας είναι η προστασία της αυτονομίας του ασθενούς. Η αυτονομία του ασθενούς εκφράζεται με την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση», η οποία πρέπει να επισφραγίζει την σχέση εμπιστοσύνης προς τον ιατρό, καθιστώντας τον ασθενή από απλό αποδέκτη, ενεργό συμμετοχο της θεραπευτικής αγωγής καθ' όλη τη διάρκειά της. «Οι δεοντολογικοί κανόνες που διέπουν την άσκηση της ψυχιατρικής έχουν ως θεμέλιο αρχές που είναι κοινές για όλη την Ιατρική. Οι αρχές αυτές είναι η αρχής της ωφέλειας, η αρχή της αυτονομίας, η αρχή της ισοτιμίας και η αρχή της δικαιοσύνης» (100).

Απόρροια των ανωτέρω αρχών αλλά και γενικότερα των αρχών που είναι αποδεκτές στο σύγχρονο κόσμο είναι μια σειρά ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αφορούν και την ψυχιατρική δεοντολογία και συγκεκριμένα, η υποβολή σε θεραπεία όταν απαιτείται, η ενημέρωση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και τις υπάρχουσες θεραπείες, η ίση με τους άλλους ανθρώπους, δυνατότητα διατήρησης ή αποκατάστασης της υγείας, η διατήρηση από τον ασθενή των ατομικών, πολιτικών και άλλων δικαιωμάτων του, η προστασία του απορρήτου της ιδιωτικής ζωής και της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και η προστασία του ως ασθενή από τυχόν εξαπάτηση, εκβιασμό, εκμετάλλευση και χειραγώγηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Ανάμεσα στους λόγους που οδήγησαν τους ψυχιάτρους από τη δεκαετία του 1960, να ενδιαφερθούν για τις ηθικές αρχές του επαγγέλματος τους, μπορούμε να διακρίνουμε και τους εξής: «τη μεταβολή των αντιλήψεων της κοινωνίας για τις κοινωνικές και ηθικές αξίες και την υιοθέτηση των αρχών των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που είχαν σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς και οι οικογένειες τους να διεκδικούν μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης και συμμετοχής στην θεραπεία, να αποδέχονται λιγότερο την ψυχιατρική γνώμη και να

κατηγορούν τους ψυχιάτρους για στέρηση των δικαιωμάτων τους, τις μεγάλες προόδους στις φαρμακευτικές και άλλες βιολογικές θεραπείες που προκάλεσαν αυξημένο ενδιαφέρον και ανάγκη επαγρύπνησης για περιορισμό στους τυχόν κινδύνους από τις θεραπείες, την κατάχρηση της Ψυχιατρικής για πολιτικές σκοπιμότητες και τη γέννηση της αντιψυχιατρικής μέσα στους κόλπους της ψυχιατρικής, σαν αντίδραση στην αυταρχική διαχείριση του ασθενή, η οποία συνέβαλε στην υιοθέτηση ασφαλέστερων κριτηρίων επέμβασης στον ασθενή» (101).

2.4. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Η αυτονομία είναι μια παγκόσμια έννοια η οποία ποικίλλει ευρέως στην σημασία και στην εφαρμογή της, ανάλογα με τις συνθήκες και το περιβάλλον. Για παράδειγμα, η αυτονομία μπορεί να παρατηρηθεί σε άτομα, σε οικογένειες, σε ιδρύματα και στις κοινότητες. Σε μια γενική σημασία, η έννοια της αυτονομίας μπορεί να οριστεί ως μια κατάσταση ύπαρξης ανεξαρτησίας ή αυτοδιοίκησης.

Η έννοια της αυτονομίας, που σχετίζεται με την ανάπτυξη των εφήβων, περιγράφεται στη βιβλιογραφία με διάφορους τρόπους, ιδίως στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής σφαίρας. Έχουν δημοσιευτεί αρκετές νοσηλευτικές και άλλες συναφής μελέτες σχετικά με την αυτονομία των εφήβων και την αντιμετώπιση της αναπηρίας, της ψυχιατρικής θεραπείας ή της γενικής ανάπτυξης. Παρόλα αυτά, ένας σαφής ορισμός της έννοιας, δεν είναι ξεκάθαρος. Υπάρχει μεγάλη σύγχυση σχετικά με την έννοια της αυτονομίας στην εφηβεία (102).

Η αυτονομία συχνά αναφέρεται και ορίζεται σύμφωνα με τρεις τομείς: τον τομέα της συμπεριφορά, τον συναισθηματικό τομέα και τον νοητικό τομέα. Για παράδειγμα, η νοητική αυτονομία ορίζεται από τον Sessa και Steinberg (1991), ως, "μια αίσθηση της αυτοδυναμίας, την πεποίθηση κάποιου ότι έχει τον έλεγχο της ζωής του, και υποκειμενικά αισθήματα ότι είναι σε θέση να λαμβάνει αποφάσεις χωρίς υπερβολική κοινωνική επικύρωση" (103).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

3.1. ΑΝΑΛΗΨΗ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΣΥΝΗΓΟΡΙΑ

Ο νοσηλευτής στην ψυχική υγεία προσφέρει τις υπηρεσίες του σε:

- ✚ Αρρώστους με οξύ ή χρόνια ψυχικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα
- ✚ Υγιείς ανθρώπους σε κρίση ή που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην καθημερινή τους ζωή
- ✚ Ανθρώπους που επέζησαν από μια κρίσιμη κατάσταση ή που αντιμετωπίζουν μια απειλητική για την ζωή τους αρρώστια

Στην συνέχεια φροντίζει για την:

- ✚ Ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα
- ✚ Αποκατάσταση
- ✚ Καλλιέργεια και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων
- ✚ Εφαρμογή και δημιουργία νέων θεραπευτικών προϋποθέσεων
- ✚ Πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που συντελούν στην δημιουργία της

Θεωρείται τα τελευταία χρόνια ως η πιο ενδιαφέρουσα εξέλιξη στη νοσηλεία.

Ωστόσο, η Νοσηλευτική Διεργασία αποσκοπεί στην :

- ✚ Εξατομικευμένη φροντίδα
- ✚ Αναγνώριση των αναγκών και αντιμετώπιση των προβλημάτων
- ✚ Συστηματική προσέγγιση της προγραμματισμένης φροντίδας

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι :

A. Εκτίμηση του ασθενούς

Συγκέντρωση και καταγραφή πληροφοριών σχετικά με τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενή

Σκοπός : ο καθορισμός των προβλημάτων του ασθενούς που μπορούν τροποποιηθούν με ειδικές ενέργειες

B. Προγραμματισμός της φροντίδας

- Συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας
- Οι σκοποί να είναι πραγματοποιήσιμοι και κατανοητοί
- Βραχυπρόθεσμοι στόχοι που επεκτείνονται σε μακροπρόθεσμοι

Γ. Παροχή της φροντίδας

- Πράξεις που απαιτούνται για να πραγματοποιηθούν οι σκοποί
- Επιλογή του κατάλληλου νοσηλευτή ανάλογα με τον ασθενή για την εφαρμογή της εξατομικευμένης ειδικής φροντίδας

Δ. Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

- ✚ Αναγνώριση αντικειμενικών σκοπών που επιτεύχθηκαν
- ✚ Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν
- ✚ Υπολογισμό των αναγκών των ασθενών καθώς προοδεύει η θεραπεία
- ✚ Τροποποίηση του προγράμματος

Οι Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ✚ σχεδιασμός νοσηλευτικού θεραπευτικού πλάνου
- ✚ δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή
- ✚ προσφορά φροντίδας στις καθημερινές ανάγκες του αρρώστου
- ✚ ευθύνη για την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την αναγνώριση των παρενεργειών και της άμεσης παρέμβασης
- ✚ εφαρμογή έκτατων μέτρων π.χ. απομόνωση ή περιορισμός αρρώστου σε περίπτωση κρίσης
- ✚ εκτίμηση άλλων γενικότερων σωματικών αναγκών του αρρώστου π.χ. χρόνια νοσήματα
- ✚ ευθύνη για την κλήση προσωπικού άλλων ειδικοτήτων εφόσον κριθεί αναγκαίο
- ✚ προσφορά υποστήριξης και διδασκαλίας στην οικογένεια του αρρώστου
- ✚ προετοιμασία για την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις-σκοπός-:

- ✚ να νοσηλεύσουν τον ψυχικά άρρωστο στη βιολογική και ψυχολογική του διάσταση
- ✚ να τον προστατεύσουν από εκμετάλλευση, παραμέληση και προσβολή της αξιοπρέπειάς του μέσα στη δομή
- ✚ να προωθήσουν την ψυχική του υγεία, ενισχύοντας την ταυτότητά του και την αυτοπεποίθησή του
- ✚ να ενισχύσουν τις υπάρχουσες δυνατότητες και δεξιότητες του ψυχικά αρρώστου και να αναπτύξουν όσες έχουν απολεσθεί λόγω ψυχικής ασθένειας
- ✚ να συμβάλλουν στην κοινωνική αποκατάσταση

Θεραπευτική Ρόλοι:

- ✚ Ο νοσηλευτής ως δημιουργός θεραπευτικού περιβάλλοντος

- ✚ Ο νοσηλευτής ως σύμβουλος
- ✚ Ο νοσηλευτής ως δάσκαλος
- ✚ Ο νοσηλευτής ως υποκατάστατο μητέρας

Νοσηλευτική Εκτίμηση:

Προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι ανάγκες στον τομέα της ψυχικής υγείας μια κοινωνικής ομάδας, οι νοσηλευτές πρέπει να λάβουν υπόψη τους διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των κοινωνικών ομάδων, όπως η κληρονομικότητα (γενετική προδιάθεση), η βιωματική εμπειρία και η ιδιοσυγκρασία (ψυχοσύνθεση).

Καθοριστική επίσης είναι η αξιολόγηση του κοινωνικού περιγύρου που περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινότητα, τις ομάδες αναφοράς των ομολόγων και το φυσικό και πολιτισμικό περιβάλλον.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:

- ✚ αποτελεί ενεργό μέλος της Θεραπευτικής ομάδας
- ✚ εκτιμά τις ανάγκες και τις δυνατότητες του αρρώστου
- ✚ παρεμβαίνει σε ψυχικό, κοινωνικό και βιολογικό επίπεδο
- ✚ συμμετέχει στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Πρόληψη των ψυχικών προβλημάτων
- ✚ εργάζεται σε Νοσοκομείο Ημέρας ή σε Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- ✚ αν ο ασθενής δεν προσέλθει μόνος του στην υπηρεσία ο νοσηλευτής τον προσεγγίζει με την βοήθεια της οικογενείας του ή οποιουδήποτε διαθέσιμου ατόμου
- ✚ καθορίζει σε συμφωνία με τον ασθενή το νοσηλευτικό θεραπευτικό πλάνο
- ✚ δημιουργεί μακροχρόνια και σταθερή θεραπευτική σχέση με τον άρρωστο
- ✚ θέτει στον άρρωστο την προϋπόθεση της φαρμακευτικής συναίνεσης

- ✚ διδάσκει στον άρρωστο τις βασικές αρχές της ψυχοφαρμακολογίας
- ✚ καθορίζει σε συνεργασία με τον άρρωστο την επίλυση καθημερινών θεμάτων όπως η καθαριότητα, η σίτιση
- ✚ παρακολουθεί την πορεία του αρρώστου και παρεμβαίνει σε περίπτωση κρίσης
- ✚ βοηθάει τον άρρωστο να αξιοποιήσει τις διαθέσιμες κοινοτικές υπηρεσίες
- ✚ ποικιλία θεραπευτικών ρόλων (εκπαιδευτής, συντονιστής, σύμβουλος)
- ✚ παρουσία καθοριστικής σημασίας στην πρόληψη, στην θεραπεία και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

3.2. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (Ψ.Κ.Α.) έχει σαν στόχο την απόκτηση δεξιοτήτων και δυνατοτήτων για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα. Οι στόχοι της όμως, δεν περιορίζονται στο παραπάνω.

Η Ψ.Κ.Α. στοχεύει επίσης:1) Στην σφαιρικότητα της ύπαρξης του ψυχικά πάσχοντος, σε συνάρτηση με το πλαίσιο στο οποίο ζει και λειτουργεί.2)Στην ανάπτυξη όλων των στιγμών και των δυνατοτήτων του υποκειμένου στην κατεύθυνση της προαγωγής της ψυχικής υγείας και όχι στην απλή καταπολέμηση των συμπτωμάτων της αρρώστιας.3)Στην ενεργό συμμετοχή του ψυχικά πάσχοντος ως ενεργού υποκειμένου (και όχι ως παθητικού αντικειμένου) στην διαδικασία της αλλαγής του, της θεραπείας του και στο σχεδιασμό της ζωής του.

Η Ψ.Κ.Α. συνδέεται:

- ✚ Με την αναγνώριση και κατανόηση των αναγκών και επιθυμιών του ψυχικά πάσχοντος και την οργάνωση της κατάλληλης θεραπευτικής απάντησης σε αυτές.
- ✚ Με την αναγνώριση και υλική κατοχύρωση των ατομικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του.
- ✚ Με την ποιοτική αναβάθμιση της θεραπείας και της φροντίδας, που επιτυγχάνεται μέσω της κατάρτισης και της υλοποίησης εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων, όπου αναγνωρίζεται η ιδιαιτερότητα των αναγκών και της προσωπικότητας του κάθε ασθενή.
- ✚ Με την προώθηση της περαιτέρω ανεξάρτητης διαβίωσης, με την αναζήτηση ευκαιριών και θέσεων (και με τη στήριξη) στην επαγγελματική κατάρτιση και στην εργασία.
- ✚ Με την δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και την παρέμβαση στις σχέσεις με την οικογένεια.

- ✚ Με τη διαρκή παρέμβαση για την τροποποίηση του κοινωνικού και του θεσμικού πλαισίου (σχέσεων, κουλτούρας, πόρων), για την αντιμετώπιση των διακρίσεων κατά των ψυχικά πασχόντων (που η κύρια μορφή τους είναι η έλλειψη ευκαιριών για εργασία, απασχόληση και αξιοπρεπείς κοινωνικούς ρόλους), έτσι ώστε να εγκαθιδρύεται ο σεβασμός και η αξιοπρεπής αντιμετώπιση τους και η αποδοχή της ένταξης και ενσωμάτωσής τους.

3.3. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Ο επαγγελματίας νοσηλευτής για να είναι αποτελεσματικός, πρέπει πρώτα να μάθει να επικοινωνεί. Μέσω της επικοινωνίας ο ασθενής περιγράφει τη γενικότερη και την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του, την εμπειρία και τα συμπτώματά του, διαδραματίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο καίριο ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία. Επίσης μέσω αυτής, ο νοσηλευτής μεταφέρει πληροφορίες και οδηγίες που αφορούν τη θεραπευτική διαδικασία και τις αλλαγές που το άτομο θα πρέπει να επιφέρει στη ζωή του.

Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών είναι μοναδική ως προς το ότι αφορά θέματα ζωτικής σημασίας και, επομένως, διακινεί συχνά πολύ έντονα συναισθήματα (104,105).

Σύμφωνα με τους Ong, de Haes, Hoos και Lammes (1995) υπάρχουν τρεις διαφορετικοί σκοποί στην επικοινωνία μεταξύ προσωπικού υγείας και ασθενών:

- ✚ Η δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης
- ✚ Η ανταλλαγή πληροφοριών
- ✚ Η λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας έχουν ως κύριο στόχο τη βοήθεια των άλλων ατόμων, μέσω μιας θεραπευτικής σχέσης. Η θεραπευτική σχέση αναπτύσσεται μεταξύ των ατόμων που παρέχουν και δέχονται βοήθεια και δημιουργεί το διαπροσωπικό κλίμα με σκοπό την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών. Συνεπώς η κάλυψη των αναγκών είναι το αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης θεραπευτικής σχέσης.

Ο στόχος της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς είναι η βοήθεια του ασθενούς να επιτύχει τους στόχους που οδηγούν στην ικανοποίηση των

αναγκών του. Ο νοσηλευτής είναι ο θεραπευτής και ο ασθενής είναι το άτομο που δέχεται τη θεραπευτική βοήθεια. Στην περίπτωση των ψυχιατρικών ασθενών η σχέση αυτή πρέπει να επιτευχθεί ανάμεσα στους κηδεμόνες του ασθενή και στον νοσηλευτή/τρια.

Η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα σε δύο άτομα είναι το πιο σημαντικό στοιχείο στον καθορισμό της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης βοήθειας. Πιθανόν το πλέον σύνηθες το οποίο μπορεί να προκύψει κατά τη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, είναι η αποτυχία της δημιουργίας μιας αρμονικής σχέσης εμπιστοσύνης με το άλλο άτομο.

Η κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μίας ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας ονομάζεται σύγκρουση (104–106).

3.4. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Κάθε μονάδα ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι οργανωμένη και να λειτουργεί με γνώμονα τον σεβασμό των δικαιωμάτων του ασθενούς.

Κατά τη νοσηλεία των βίαιων ή δυνητικά βίαιων ψυχικά αρρώστων το προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να εφαρμόζει τεχνικές αποκλιμάκωσης. Αυτές αφορούν στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στον νοσηλευόμενο, σε κατάλληλα διαμορφωμένο περιβάλλον και έχουν περιγραφεί (107). Οι υπεύθυνοι της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας σε κάθε τμήμα νοσηλείας οφείλουν να εκπαιδεύσουν το νεότερο προσωπικό στη χρήση των τεχνικών αυτών και να εποπτεύουν την εφαρμογή τους. Οι κανόνες αποκλιμάκωσης δεν παύουν να ισχύουν, ακόμη και αν χρειαστεί να ληφθούν περιοριστικά μέτρα. Σε πλαίσιο αποκλιμάκωσης έχει αναφερθεί ότι ο αριθμός των καθηλώσεων μέσα σε ένα τμήμα ψυχιατρικής νοσηλείας μπορεί να περιοριστεί εξαιρετικά (108).

Για την αντιμετώπιση των βίαιων ασθενών χρησιμοποιούνται δύο μέθοδοι φυσικού περιορισμού. Ο εγκλεισμός σε δωμάτιο μόνωσης και η καθήλωση. Οι δύο αυτές μέθοδοι έχουν μακρόχρονη εφαρμογή στην ψυχιατρική. Οι ενδείξεις, αντενδείξεις, κίνδυνοι, οφέλη και η μεθοδολογία της εφαρμογής τους βασίζονται σε συγκεκριμένες αρχές οι οποίες περιγράφηκαν επίσημα πριν από 200 χρόνια από τον Phillippe Pinel (109).

Τα περισσότερα μέτρα χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις εκείνες που θέλουμε να ακινητοποιήσουμε το άτομο όταν αυτό βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης ή επιθετικότητας και υπάρχει φόβος να προξενήσει βλάβη στον εαυτό του ή στο περιβάλλον του. Επιπλέον, εφαρμόζονται όταν πρόκειται να διευκολύνουν το διαγνωστικό έργο, να ελεγχθούν ανάρμοστες συμπεριφορές, να δοθεί σωστή θέση στο άτομο στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, να στερεωθούν τα υποστηρικτικά συστήματα ζωής ή να μειωθεί το άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού όταν αδυνατεί να φροντίσει τα άτομα αυτά λόγω ανεπαρκούς στελέχωσης (110).

Σκοπός των περιοριστικών μέτρων είναι ο έλεγχος της συμπεριφοράς των ασθενών. Η απομόνωση είναι χώρος κατάλληλα κατασκευασμένος που παρέχει ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή του οποίου η συμπεριφορά θα μπορούσε να αποβεί επικίνδυνη για τον ίδιο και τους άλλους. Καθήλωση είναι η ακινητοποίηση των άκρων τον ασθενή με δερμάτινους ιμάντες συνδεδεμένους με ακλόνητα σημεία του κρεβατιού του, με σκοπό να περιοριστούν οι κινήσεις του ασθενή στον αναγκαίο βαθμό για να επιτευχθεί η νοσηλεία, η εξέταση και η προστασία του ασθενή.

Οι κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται για τον έλεγχο της συμπεριφοράς των ψυχικά πασχόντων ασθενών είναι ο σωματικός περιορισμός όπως ακινητοποίηση των άκρων με δερμάτινες ζώνες, μανδύες, η απομόνωση και η χημική καταστολή. Ο περιορισμός των ασθενών με την χρήση φαρμακευτικών ουσιών πραγματοποιείται όταν νευροληπτικά, αγχολυτικά, ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται συστηματικά. Ο φαρμακευτικός περιορισμός σχετίζεται με απειλητική, επιθετική συμπεριφορά του ασθενή, στην περίπτωση του οποίου η ακινησία έχει προστατευτική επίδραση (111,112).

Ο πιο χαρακτηριστικός χώρος σε μια νοσοκομειακή ψυχιατρική μονάδα είναι αυτός της απομόνωσης. Απομόνωση είναι ο εγκλεισμός ενός ασθενή μόνου σε κάποιο δωμάτιο ή άλλο κλειστό χώρο από τον οποίο ο ασθενής δεν έχει καμία δυνατότητα εξόδου. Ο σκοπός της χρησιμοποίησης της απομόνωσης, που είναι κατάλληλα διαρρυθμισμένος χώρος, είναι να παρέχει ασφάλεια στο νοσηλευόμενο και στους γύρω του, αποτρέποντας την επιτυχή εκδήλωση αυτό- ή έτερο- καταστροφικής συμπεριφοράς. Σε καμιά περίπτωση δε θα πρέπει να λειτουργήσουν σαν χώροι τιμωρητικοί για τον ασθενή.

Ο συχνότερος λόγος εγκλεισμού σε δωμάτιο απομόνωσης ή καθήλωσης με δερμάτινους ιμάντες είναι η εκδήλωση διαπροσωπικής βίας. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι σε ασθενείς που περιορίστηκαν οι πιο συχνές διαγνώσεις είναι η σχιζοφρένεια και η μανία, οι ασθενείς είχαν μικρότερη ηλικία, η χρήση του περιορισμού είναι πιο συχνή σε ασθενείς με προηγούμενες νοσηλείες και οι

ασθενείς αυτοί είχαν περισσότερο χρόνο νοσηλείας και μεγαλύτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση τους (113,114).

Ο σωματικός περιορισμός ή καθήλωση δικαιολογείται μόνον όταν τα μέτρα αποκλιμάκωσης δεν έχουν αποτελέσματα. Μοναδικός λόγος για την καθήλωση είναι η αποφυγή σοβαρής σωματικής βλάβης του ασθενούς, του προσωπικού ή τρίτων. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αποτελεί σπανιότερα ένδειξη καθήλωσης και απαιτεί κυρίως τη συνεχή επίβλεψη του νοσηλευομένου.

Την απόφαση για καθήλωση λαμβάνει μόνον ο υπεύθυνος ψυχίατρος και όχι το νοσηλευτικό ή άλλο προσωπικό. Ο ψυχίατρος παρίσταται στην πράξη της καθήλωσης. Στην κάθε κλινική συνάντηση (επίσκεψη) του τμήματος προτάσσεται η συζήτηση του καθηλωμένου ή υποψηφίου για καθήλωση περιστατικού.

Η καθήλωση διαρκεί όσο το δυνατόν λιγότερες ώρες και εποπτεύεται: Νοσηλεύτης ανά 15΄ επισκέπτεται τον καθηλωμένο ασθενή και ελέγχει τα ζωτικά σημεία, λήψη υγρών, διούρηση, κ.α. Ο ψυχίατρος επισκέπτεται ανά ώρα τον ασθενή και επανεκτιμά τη σκοπιμότητα της παράτασης ή μη της καθήλωσης. Η παράλληλη χορήγηση ηρεμιστικών ταχείας δράσης έχει συνήθως ως αποτέλεσμα άρση του περιορισμού.

Το προσωπικό οφείλει να είναι ενήμερο και σε εγρήγορση για τους κινδύνους της καθήλωσης:

- ✚ Πνευμονική εμβολή (πρέπει να αναγνωρίζεται τάχιστα, προκειμένου να χορηγηθεί αντιπηκτική αγωγή)
- ✚ Παρεμπόδιση αεραγωγού
- ✚ Κακή κυκλοφορία του αίματος, λόγω κακής περίδεσης των άκρων
- ✚ Τραυματισμοί, στην προσπάθεια του ασθενούς να λυθεί.

Υψηλότερου κινδύνου είναι άτομα με καρδιακές ή αναπνευστικές παθήσεις, παχυσαρκία, φαρμακευτική (παρκινσονική) υπερτονία-δυσκαμψία.

Εκτός από την ενημέρωση του φακέλου του καθλούμενου ασθενούς τηρείται στο κάθε τμήμα τετράδιο περιορισμού το οποίο ενημερώνεται σε κάθε περίπτωση καθήλωσης:

- ✚ Ανά ημίωρο από τον νοσηλευτή
- ✚ Ανά ώρα από τον ψυχίατρο

Στο τετράδιο καθήλωσης καταγράφεται το σκεπτικό της καθώς και η ώρα έναρξης και τερματισμού της.

Η καθήλωση δεν επιτρέπεται να διενεργείται οπουδήποτε. Το κάθε τμήμα οξέων περιστατικών θα πρέπει να διαθέτει μονόκλινο ή δίκλινο θάλαμο όσο το δυνατόν εγγύτερα στο γραφείο νοσηλευτών. Ο θάλαμος θα έχει επαρκή φωτισμό, κλιματισμό, πυρανίχνευση-πυρασφάλεια, ασφαλή παράθυρα. Οι τυχόν επισκέπτες και τα οιαδήποτε εισερχόμενα αντικείμενα θα ελέγχονται από το προσωπικό. Η διαρκής επιτήρηση είναι εφικτή από το γραφείο νοσηλευτών με κάμερα τοποθετημένη στον θάλαμο (σε αυτόν και μόνον).

Η απομόνωση ως πρακτική έχει κατά κόρο χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του «ανήσυχου» ή «ενοχλητικού ασθενούς». Η πιθανή θεραπευτική της ένδειξη θα πρέπει να εκτιμηθεί από τον διευθυντή ψυχίατρο του τμήματος νοσηλείας. Αυτός, και μόνον, θα αποφασίζει την εφαρμογή της. Στην τελευταία περίπτωση θα πρέπει να είναι σαφές ότι η απομόνωση διαρκεί λιγότερο από μία ώρα ή έως και ώρες και όχι ημέρες. Για παιδιά και εφήβους και για όσο διάστημα αυτή ισχύσει, νοσηλευτής ή άλλο μέλος του θεραπευτικού προσωπικού θα βρίσκεται πλάϊ στον απομονωμένο ασθενή, επικοινωνώντας με αυτόν, στον ίδιο χώρο (115).

3.5. ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

Ο πρωταρχικός σκοπός του σχεδιασμού της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η κατάρτιση ενός σχεδίου φροντίδας για και μαζί με τον ασθενή, το οποίο αφού εφαρμοστεί καταλήγει στην πρόληψη, μείωση ή επίλυση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς. Ένα πλήρες σχέδιο φροντίδας καθορίζει λεπτομερώς κάθε νοσηλευτική βοήθεια που χρειάζεται ο ασθενής για να ικανοποιήσει τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες και περιγράφει τις νοσηλευτικές ευθύνες για την εκπλήρωση του ιατρικού σχεδίου φροντίδας. Οι νοσηλευτές οργανώνουν σχέδια φροντίδας που με συνεννόηση και συνεργασία τους με τους άλλους επαγγελματίες υγείας τίθεται σε εφαρμογή. Επειδή η νοσηλευτική ενδιαφέρεται για την ανταπόκριση του ασθενούς στην υγεία και την ασθένεια, το σχέδιο φροντίδας, υποστηρίζει τους ευρύτερους νοσηλευτικούς σκοπούς, την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη της ασθένειας, την προαγωγή της ανάρρωσης και τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης της διαταραγμένης λειτουργικότητας.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το νοσηλευτικό σχεδιασμό στις ψυχιατρικές διαταραχές αυτός επικεντρώνεται στην αναγνώριση των προβλημάτων και των αναγκών του ασθενούς, που προκύπτουν από την υπάρχουσα κατάσταση της νόσου, στον προγραμματισμό ενός κατάλληλου σχεδίου φροντίδας με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς και την αποκατάσταση της φυσιολογικής του δραστηριότητας και τέλος στην όσο το δυνατόν ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή όλων των απαραίτητων παρεμβάσεων που θα οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα (116).

3.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

3.6.1. Νοσηλευτική Διεργασία - περιστατικό 1

Ασθενής 30 ετών νοσηλεύεται στην ψυχιατρική πτέρυγα μεγάλου νοσοκομείου, έπειτα από απόπειρα αυτοκτονίας που έκανε λαμβάνοντας μεγάλες ποσότητες φαρμάκων. Ο ασθενής είναι εκτός κινδύνου μετά από χορήγηση ενεργού άνθρακα και πλύση στομάχου, αλλά εμφανίζει σημεία κατάθλιψης και δεν δείχνει διάθεση επικοινωνίας. Επίσης, δεν έχει δώσει στοιχεία επικοινωνίας για κάποιον πλησιέστερο συγγενή, ούτε έχει δεχθεί κάποια επίσκεψη.

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Απόπειρα αυτοκτονίας	Απελπισία	Προσεκτική παρακολούθηση και επανεκτίμηση	Ο νοσηλευτής επιτηρεί τον ασθενή ανά προγραμματισμένα διαστήματα. Η πόρτα του δωματίου παραμένει πάντα ανοιχτή.	Αναμένεται πρόοδος
	Διαταραχή αυτοεκτίμησης	Ψυχολογική υποστήριξη	Κανονίστηκε συστηματική αξιολόγηση από ψυχολόγο	Αναμένεται πρόοδος
Δεν εμπλέκεται σε συνομιλίες με το προσωπικό	Διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία	Αποκατάσταση της επικοινωνίας	Υπομονετική προσέγγιση από το προσωπικό	Η προσπάθεια θα ενισχυθεί αν υπάρξει συγγενής ή φίλος
Η απόπειρα έγινε πολύ πρόσφατα. Η ψυχική κατάσταση είναι διαταραγμένη	Κίνδυνος για αυτοκατευθυνόμενης βία	Διευθέτηση ώστε να είναι πάντα υπό επιτήρηση. Λήψη περιοριστικών μέτρων αν υπάρξει ανάγκη	Ο ασθενής μεταφέρθηκε στον θάλαμο που είναι ακριβώς απέναντι από το γραφείο των νοσηλευτών. Κατά τη διάρκεια της νύχτας εφαρμόζονται χαλαροί ιμάντες επί κλίνης.	Η επιτήρηση είναι αποτελεσματική ή. Τα περιοριστικά μέτρα είναι τα ελάχιστα δυνατά
Δεν έχει επισκέπτες ή στοιχεία πλησιέστερου συγγενή	Κοινωνική απομόνωση	Αναζήτηση οικογενειακού περιβάλλοντος	Τηλεφωνική επικοινωνία με τις αρμόδιες αρχές	Εντοπίστηκε συγγενής και ειδοποιήθηκε να προσέλθει

3.6.2. Νοσηλευτικής Διεργασίας - περιστατικό 2

Παρανοϊκός διεγερτικός ασθενής νοσηλεύεται χωρίς τη θέλησή του σε ψυχιατρικό άσυλο, καθώς έχει κριθεί επικίνδυνος προς τρίτους από ανεξάρτητους ψυχιάτρους και τις δικαστικές αρχές. Ο θεράπων ιατρός έχει συνταγογραφήσει συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή που αποσκοπεί στον περιορισμό της υπερδιέγερσης, αλλά ο ασθενής αρνείται να συμμορφωθεί και να λάβει τη φαρμακευτική αγωγή, και ισχυρίζεται ότι τον έχουν φυλακίσει άδικα.

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Παραλήρημα	Διαταραχή ταυτότητας	Παραπομπή σε ειδικό	Ειδοποιήθηκε ο θεράπων ιατρός	Αναμονή για ιατρικές οδηγίες
Υπερδιέγερση	Κίνδυνος για βία προς τον εαυτό του και προς τρίτους	Συζήτηση με τον ασθενή Εφαρμογή περιοριστικών μέτρων	Πραγματοποιήθηκε συνεδρία με τον ασθενή	Ο ασθενής παραμένει υπερδιεγερτικός, εφαρμόστηκαν φυσικά μέσα καθήλωσης
Άρνηση λήψης φαρμακευτικής αγωγής	Αναποτελεσματική διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής	Απόπειρα συμμόρφωσης Ενημέρωση θεράποντος ιατρού	Πραγματοποιήθηκε ενημέρωση για την ασφάλεια των φαρμάκων	Ο ασθενής δεν συμμορφώνεται, ο ιατρός δίνει εντολή για χορήγηση φαρμάκων χωρίς τη συναίνεση του ασθενή

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχική ασθένεια είναι παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς στην κοινότητα. Ο συνδυασμός ψυχικής ασθένειας και κατάχρησης αλκοόλ ή φαρμακευτικών ουσιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάμειξης του ασθενή σε βίαιες πράξεις. Η ενεργή συμπτωματολογία είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκτίμηση του ασθενή και προσπάθεια πρόληψης του βίαιου επεισοδίου.

Η πιο συχνή αιτία που οδηγεί στον περιορισμό του ασθενή είναι η σύγκρουση ανάμεσα στο προσωπικό και τον ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολύ ευάλωτο εξαιτίας της συχνής επαφής που έχει με τους ασθενείς και το ρόλο που παίζει στον καθορισμό ορίων στην καθημερινή ζωή του ασθενή.

Η δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας με τον ασθενή είναι σημαντικός στόχος και το πιο κατάλληλο μέσο αντιμετώπισης των επιθετικών ασθενών. Η εκπαίδευση του ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά του, να αναγνωρίζει έγκαιρα αισθήματα θυμού και να επιστρατεύει τεχνικές που έχει μάθει για να τα αντιμετωπίζει βοηθούν πολύ την κατάσταση. Παρ' όλα αυτά, το μέτρο που εφαρμόζεται για να ελεγχθεί η επιθετική συμπεριφορά είναι ο εγκλεισμός στην απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός (χρήση μηχανικών μέσων για να περιοριστεί ο ασθενής στο κρεβάτι του).

Η προσπάθεια να συνδέσουμε δημογραφικά στοιχεία με την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων δείχνει ότι η ηλικία (οι νεαρότερες ηλικίες των ασθενών), η ακούσια εισαγωγή τους για νοσηλεία, η εθνικότητα (οι μαύροι φαίνεται να μπαίνουν συχνά στην απομόνωση, δεν υπάρχουν όμως επαρκείς αποδείξεις στη βιβλιογραφία που να συνδέουν την εθνικότητα με τα περιοριστικά μέτρα), το φύλο (οι άντρες περιορίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες) και η διάγνωση (οι ασθενείς με σχιζοφρένεια) φαίνεται να επιδρούν στην εφαρμογή περιοριστικών μέτρων.

Η ακούσια νοσηλεία και ο περιορισμός χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που δεν έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους. Η ελευθερία κινήσεων των ασθενών περιορίζεται όταν το προσωπικό πιστεύει ότι ο ασθενής δεν είναι ικανός να πάρει αποφάσεις για τον εαυτό του.

Οι επαγγελματίες υγείας ενεργούν πατερναλιστικά για να βεβαιωθούν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τη θεραπεία ή είναι ασφαλείς παρά τις αντιδράσεις των ίδιων των ασθενών. Η πραγματικότητα δείχνει ότι είναι δύσκολο να δημιουργηθεί ισορροπία ανάμεσα στα δικαιώματα και τις ανάγκες του ασθενή και την προστασία του κοινού.

Καθώς οι νοσηλευτές είναι σε ζωτική θέση σχετικά με την απόφαση που λαμβάνεται για περιορισμό του ασθενή, είναι πολύ σημαντικό να έχουν τις γνώσεις, την εμπειρία και την ηθική κρίση ώστε να κρίνουν ποιες παρεμβάσεις θα έχουν ωφέλειες για τους ασθενείς και να μπορέσουν να τις εφαρμόσουν. Η εκπαίδευση και η γνώση είναι το κλειδί που θα βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό στην πρόληψη και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Ο σκοπός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει πάντα να είναι η ολιστική προσέγγιση του ασθενή, η ποιότητα της φροντίδας, η παροχή εξατομικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας σε συνδυασμό με την προστασία της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Μ. Προαγωγή ψυχικής υγείας και εκπαίδευση «Επίκτητος». Στρατηγικές αξιολογικής γνωσιακής εκπαίδευσης. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές εκδόσεις; 2008.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: Strengthening our response. Fact sheet no 220. 2010.
3. ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ. Πράσινο βιβλίο: Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση [Internet]. Βρυξέλλες: COM(2005) 484 τελικό; Available from: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/%0Alife_style/mental%0A/green_paper/mental_gp_el.pdf (πρόσβαση-%0Aση 8.8.20)
4. ΠΟΛΙΤΗΣ Α, ΓΟΡΝΕΛΗΣ Ρ. Ανοϊκή συνδρομή. In: Δουζένης Α, Λύκουρας Λ, editors. Ψυχιατροδικαστική. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης; 2008. p. 150–159.
5. ΔΟΥΖΕΝΗΣ Α, ΛΥΚΟΥΡΑΣ Λ. Ψυχιατροδικαστική. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης; 2008.
6. ΜΠΙΛΑΝΑΚΗΣ Ν. Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών. Ιατρικά & νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του ν. 2071/92. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα; 2011.
7. Μαλλιώρα Μ, Οικονόμου-Λαλιώτη Μ, Πλουμπίδης Δ, Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. Ψυχική δημόσια υγεία. In: Κουρέα-Κρεμαστινού Τ, editor. «ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές». Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόγραμμα; 2007. p. 535–56.

8. World Health Organization. WHO | The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Report fro. WHO Regional Office for Europe, editor. WHO. Geneva: World Health Organization; 2005.
9. Παπαδημητρίου Γ. Ψυχική υγεία, φροντίδα και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. 2008;19(3):203.
10. Παπαδημητρίου Γ, Παπακώστας Ι. Η σχέση γιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας. Ιατρική. 2002;82:44–56.
11. ΓΕΩΡΓΑΡΑΣ Α. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης; 2014.
12. ICD-10. Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της συμπεριφοράς. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα; 1997.
13. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. έκδοση Δ΄. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος; 2004.
14. Παπαγεωργίου Ε. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος; 2004.
15. Ustün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, et al. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. Lancet (London, England). 1999 Jul 10;354(9173):111–5.
16. Pai S, Kapur RL. Impact of treatment intervention on the relationship between dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on the family of psychiatric patients. Psychol Med. 1982 Aug;12(3):651–8.

17. Kulhara P, Wig NN. The chronicity of schizophrenia in North West India. Results of a follow-up study. *Br J Psychiatry*. 1978 Feb;132:186–90.
18. Thara R, Eaton WW. Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996 Aug;30(4):516–22.
19. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl*. 1992;20:1–97.
20. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal Behavior in Patients With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Am J Psychiatry*. 1999 Oct;156(10):1590–5.
21. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull*. 1990;16(4):571–89.
22. Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry*. 1990;157(2).
23. Hirstein W, Ramachandran VS. Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neural representation of the identity and familiarity of persons. *Proceedings Biol Sci*. 1997 Mar 22;264(1380):437–44.
24. Signer SF. Localization and lateralization in the delusion of substitution. Capgras symptom and its variants. *Psychopathology*. 1994;27(3–5):168–76.
25. Damasio AR, Damasio H, Van Hoesen GW. Prosopagnosia: anatomic basis and behavioral mechanisms. *Neurology*. 1982 Apr;32(4):331–41.

26. Bauer RM. Autonomic recognition of names and faces in prosopagnosia: a neuropsychological application of the Guilty Knowledge Test. *Neuropsychologia*. 1984;22(4):457–69.
27. Tranel D, Damasio AR. Knowledge without awareness: an autonomic index of facial recognition by prosopagnosics. *Science*. 1985 Jun 21;228(4706):1453–4.
28. Tranel D, Damasio AR. Non-conscious face recognition in patients with face agnosia. *Behav Brain Res*. 1988 Oct;30(3):235–49.
29. Bruyer R. Covert face recognition in prosopagnosia: a review. *Brain Cogn*. 1991 Mar;15(2):223–35.
30. Bancaud J, Brunet-Bourgin F, Chauvel P, Halgren E. Anatomical origin of déjà vu and vivid “memories” in human temporal lobe epilepsy. *Brain*. 1994 Feb;71–90.
31. Ramachandran VS. Anosognosia in Parietal Lobe Syndrome. *Conscious Cogn*. 1995 Mar;4(1):22–51.
32. Ramirez-Bermudez J, Aguilar-Venegas LC, Crail-Melendez D, Espinola-Nadurille M, Nente F, Mendez MF. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010 Oct;22(4):409–16.
33. Debruyne H, Portzky M, Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard’s syndrome: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Jun;11(3):197–202.
34. Berrios GE, Luque R. Cotard’s syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand*. 1995 Mar;91(3):185–8.

35. Ghaffari-Nejad A, Kerdegari M, Reihani-Kermani H. Self-mutilation of the nose in a schizophrenic patient with Cotard syndrome. *Arch Iran Med*. 2007 Oct;10(4):540–2.
36. Walloch JE, Klauwer C, Lanczik M, Brockington IF, Kornhuber J. Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome: case report and review of the literature. *Psychopathology*. 2007 Nov 1;40(1):61–4.
37. Reif A, Murach WM, Pfuhlmann B. Delusional paralysis: an unusual variant of Cotard's syndrome. *Psychopathology*. 36(4):218–20.
38. Steno Hansen E, Bolwig TG. Cotard syndrome: An important manifestation of melancholia. *Nord J Psychiatry*. 1998 Jan 12;52(6):459–64.
39. Yamada K, Katsuragi S, Fujii I. A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Nov;100(5):396-8-9.
40. Souldanian C, Perisse D, Révah-Levy A, Luque R, Mazet P, Cohen D. Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer? *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):706–11.
41. Kozian R. [Brief case report. Duloxetine in Cotard syndrome]. *Psychiatr Prax*. 2005 Nov;32(8):412–3.
42. Chiu HF. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995 Jan;17(1):54–5.
43. Butler P V. Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. *Aust N Z J*

- Psychiatry. 2000 Aug;34(4):684–7.
44. Shiraishi H, Ito M, Hayashi H, Otani K. Sulpiride treatment of Cotard's syndrome in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004 May;28(3):607–9.
 45. Van den Eynde F, Debruyne H, Portzky M, De Saedeleer S, Audenaert K. [The syndrome of Cotard: an overview]. *Tijdschr Psychiatr*. 2008;50(2):89–98.
 46. De Risio S, De Rossi G, Sarchiapone M, Camardese G, Carli V, Cuomo C, et al. A case of Cotard syndrome: (123)I-IBZM SPECT imaging of striatal D(2) receptor binding. *Psychiatry Res*. 2004 Jan 15;130(1):109–12.
 47. Kondo S, Hayashi H, Eguchi T, Oyama T, Wada T, Otani K. Bromocriptine augmentation therapy in a patient with Cotard's syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2003 Jun;27(4):719–21.
 48. Madani Y, Sabbe BGC. [Cotard's syndrome. Different treatment strategies according to subclassification]. *Tijdschr Psychiatr*. 2007;49(1):49–53.
 49. Consoli A, Soultanian C, Tanguy M-L, Laurent C, Perisse D, Luque R, et al. Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2007 Sep;9(6):665–8.
 50. Campbell S, Volow MR, Cavenar JO. Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever. *Am J Psychiatry*. 1981 Oct;138(10):1377–8.

51. Whitlock FA. The Ganser syndrome. *Br J Psychiatry*. 1967 Jan;113(494):19–29.
52. Anupama M, Rao KN, Dhananjaya S. Ganser syndrome and lesion in the temporoparietal region. *Indian J Psychiatry*. Medknow Publications; 2006 Apr;48(2):123–5.
53. Mahadevappa H. Ganser syndrome: a case report. *J Clin Psychiatry*. 1990 Apr;51(4):167.
54. Tsoi WF. The Ganser syndrome in Singapore: a report on ten cases. *Br J Psychiatry*. 1973 Nov;123(576):567–72.
55. Haddad PM. Ganser syndrome followed by major depressive episode. *Br J Psychiatry*. 1993 Feb;162:251–3.
56. Duggal HS, Gupta SC, Basu S, Sinha VK, Khess CR. Ganser's syndrome : a report of two unusual presentations. *Indian J Psychiatry*. 2001 Jul;43(3):273–5.
57. Sigal M, Altmark D, Alfici S, Gelkopf M. Ganser syndrome: a review of 15 cases. *Compr Psychiatry*. 33(2):134–8.
58. MILLER P, BRAMBLE D, BUXTON N. Case Study: Ganser Syndrome in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Jan;36(1):112–5.
59. Lee HB, Koenig T. A case of Ganser syndrome: organic or hysterical? *Gen Hosp Psychiatry*. 23(4):230–1.
60. Ouyang D, Duggal HS, Jacob NJ. Neurobiological basis of ganser syndrome. *Indian J Psychiatry*. 2003 Oct;45(4):255–6.

61. Hampel H, Berger C, Müller N. A case of Ganser's state presenting as a dementia syndrome. *Psychopathology*. 1996;29(4):236–41.
62. Deibler MW, Hacker C, Rough J, Darby J, Lamdan RM. Ganser's Syndrome in a Man With AIDS. *Psychosomatics*. 2003 Jul;44(4):342–5.
63. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
64. Decker H. *The Making of the DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 2013.
65. Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR. The Cycle of Classification: DSM-I Through DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014 Mar 28;10(1):25–51.
66. Κονταξάκης Β, Κωνσταντακόπουλος Γ. Από το DSM-I στο DSM-5. *Ψυχιατρική*. 2015;26:13–16.
67. Narrow WE, Kuhl EA. Dimensional approaches to psychiatric diagnosis in DSM-5. *J Ment Health Policy Econ*. 2011 Dec;14(4):197–200.
68. Konecky B, Meyer EC, Marx BP, Kimbrel NA, Morissette SB. Using the WHODAS 2.0 to assess functional disability associated with DSM-5 mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2014 Aug;171(8):818–20.
69. Clarke DE, Kuhl EA. DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? *World Psychiatry*. 2014 Oct;13(3):314–6.
70. Alarcón RD. Cultural inroads in DSM-5. *World Psychiatry*. 2014

- Oct;13(3):310–3.
71. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013 Jun;12(2):92–8.
 72. Kontaxakis V, Havaki-Kontaxaki B, Kollias K, Ferentinos P, Papadimitriou G. Attenuated psychosis syndrome“ or “subthreshold prodromal state”? *Psychiatry Investig*. 2013 Jun;10(2):203.
 73. Karavatos T. The reception of DSM-5: “The problem with DSM-5 is the DSM not the 5.” *Synopsis*. 2014;10:4–7.
 74. Adam D. Research suggests that mental illnesses lie along a spectrum - but the field’s latest diagnostic manual still splits them apart. *Nature*. 2013;496:416–418.
 75. Μπέγζος Μ. Αυτοκτονία και θρησκεία. *Αρχαιολογία και τέχνες*. 99:23–9.
 76. Παπαρίζος Α. Η ελευθερία ενώπιον του θανάτου. εκδ. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα; 2000.
 77. Davison GC, Neale JM. *Abnormal Psychology*. Seventh Ed. INC: John Wiley & Sons; 1998. 8 p.
 78. Pader R. *In and Out of the Mind: Greek Images of the Tragic Self*. Princet Univ Press. 1998;51–9.
 79. Λυπουρλής Δ. Ιπποκράτης, Ιατρική θεωρία και πράξη., Περὶ ἀρχαίης ἰητρικῆς, Περὶ ἀέρων, ὑδάτων καὶ τόπων, προγνωστικόν, Περὶ διαίτης οἰξέων, Περὶ ἱερῆς νοῦσου. Τόμ.1. Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτρος; 2000. 4 p.
 80. Προσωκρατικοί. Ἄπαντα, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, «Οἱ Ἕλληνες»

- τόμος 8, Ηράκλειτος, Αποσπάσματα Περί Φύσεως. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος; 1995. 85-107 p.
81. Μαδιανός Μ. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, από τη θεωρεία στην πράξη. In: Στυλιανίδης Σ, Θεοχαράκης Ν, Χόνδρος ΠΧ, editors. «Το Μετέωρο Βήμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα». τεύχος 105. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 1994. p. 48–9.
82. Προσωκρατικοί. Άπαντα, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, «Οι Έλληνες» τόμος 11, Εμπεδοκλής, Μαρτυρίες. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος; 2000. 98 p.
83. Η Καινή Διαθήκη, Κατά Λουκάν Ευαγγέλιο, 4:33-35, Κατά Ματθαίον Ευαγγέλιο, 8:28-34, 10:1, 10:8. Αθήνα: Ελληνική Βιβλική Εταιρεία; 2003.
84. Ομολογητής Μ. Περί αγάπης, ΕΠΕ. 1033 C. Paris: J.P. Migne; 90 p.
85. Όσιος Μακάριος Αιγύπτιος. Περί ελευθερίας του νοός Λόγος, (ΒΕΠΕΣ). том 42. 237 p.
86. Στυλιανίδης Σ, Θεοχαράκης Ν, Χόνδρος ΠΧ. «Το Μετέωρο Βήμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα.». τεύχος 105. Αθήνα: Αρχαιολογία & Τέχνες; 2000. 49 p.
87. Thomas S. Szasz. Η Βιομηχανία της Τρέλας, μετάφραση – επιμέλεια Κλεάνθης Γρίβας. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης; 2006. 34 p.
88. Μισέλ Φουκώ. Η ιστορία της τρέλας, μετάφραση: Φρ. Αμπατζοπούλου. Εκδόσεις: ΗΡΙΔΑΝΟΣ; 1976. 13-58 p.

89. Κώστας Μπαϊρακτάρης. Ψυχική Υγεία και Κοινωνική παρέμβαση. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις Αντιπαραθέσεις 15; 1994. 33-34 p.
90. Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, Martínez-Leal R, et al. Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv.* 2008 May;59(5):570–3.
91. Πλουμπίδης Δ. Αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της Ελλάδας. *Σύναψη.* 2009;15:22–7.
92. Λειβαδίτης Μ. Ψυχιατρική και Δίκαιο. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση; 1994.
93. Λειβαδίτης Μ. Η ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία στη σύγχρονη Ελλάδα. *Ψυχιατρική.* 2010;1:13–4.
94. Σακελλαρόπουλος Π. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και δημόσια περίθαλψη. *Ψυχολογικά Θέματα.* 1989;2:48–58.
95. O'Brien AJ, McKenna BG, Kydd RR. Compulsory community mental health treatment: Literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009 Sep;46(9):1245–55.
96. Βαρουχάκης Χ, Θεοδωροπούλου Σ, Καράβατος Θ, Πλουμπίδης Δ, Τομαράς Β, Τσίπας Β, editors. Έκθεση της επιτροπής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας 2006-2008. In Δικτυακός τόπος της ΕΨΕ; Available from: www.psych.gr
97. ΦΥΤΡΑΚΗ Ε. Εισαγγελική αρμοδιότητα και δικαστική εγγύηση στον ψυχιατρικό εγκλεισμό (Με αφορμή τη ΓνωμΕισΑΠ 12/2006). *Ποινικά Χρονικά ΝΖ.* 2007;952–8.

98. Μπιλανάκης Ν. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ - Ιατρικά & νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του Ν. 2071/92. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα; 2011.
99. Βιδάλης Τ. Συναίνεση στη σχέση ιατρού – ασθενούς. Έκθεση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής; 2010.
100. Μπιλανάκης Ν. Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα. Αθήνα: Οδυσσέας; 2004.
101. Αλεβίζος Β. «Δεοντολογικά και νομικά προβλήματα στην άσκηση της ψυχιατρικής». Ψυχιατρική. 1990;τόμος 1(τεύχος 2):39–43.
102. Spear HJ, Kulbok P. Autonomy and Adolescence: A Concept Analysis. Public Health Nurs. 2004 Mar;21(2):144–52.
103. Sessa FM, Steinberg L. Family Structure and the Development of Autonomy During Adolescence. J Early Adolesc. 1991 Feb 1;11(1):38–55.
104. Harrison TM, Pistolessi T V, Stephen TD. Assessing nurses' communication: a cross-sectional study. West J Nurs Res. 1989 Feb;11(1):75–91.
105. Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication skills: some problems in nursing education and practice. J Clin Nurs. 2002 Jan;11(1):12–21.
106. Stewart SM. Professional survival tips: communicating effectively with peers. Perioper Nurs Q. 1987 Sep;3(3):63–5.
107. Β. Βαγγελή κ. συν. Οδηγός βραχείας αντιμετώπισης ασθενών με βίαιη ή

- και επικίνδυνη συμπεριφορά σε ψυχιατρικές δομές. Τετράδια Ψυχιατρικής. 2007;97α:1–28.
108. Κοκκινάκος Γ. «Πρωτόκολλο καθηλώσεων» και θεραπεία στην Ψυχιατρική. Τετράδια Ψυχιατρικής. 2007;98α:5–8.
109. Μαδιανός Μ. Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα; 1994.
110. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 1994 Nov;151(11):1584–91.
111. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatr Serv*. 2005 Sep;56(9):1123–33.
112. Kraus JE, Sheitman BB. Clozapine reduces violent behavior in heterogeneous diagnostic groups. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005 Feb;17(1):36–44.
113. Thomas SDM, Daffern M, Martin T, Ogloff JRP, Thomson LDG, Ferguson M. Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2-year period. *Int J Ment Health Nurs*. 2009 Feb;18(1):2–9.
114. Delaney KR. Evidence base for practice: reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews evidence-based Nurs*. 2006 Mar;3(1):19–30.
115. WHO. WHO resource Book on mental health, human rights and legislation. Geneva; 2005.

116. Λεμονίδου, Χ. Π– ΚΕ. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Τόμος 1. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη; 2002.