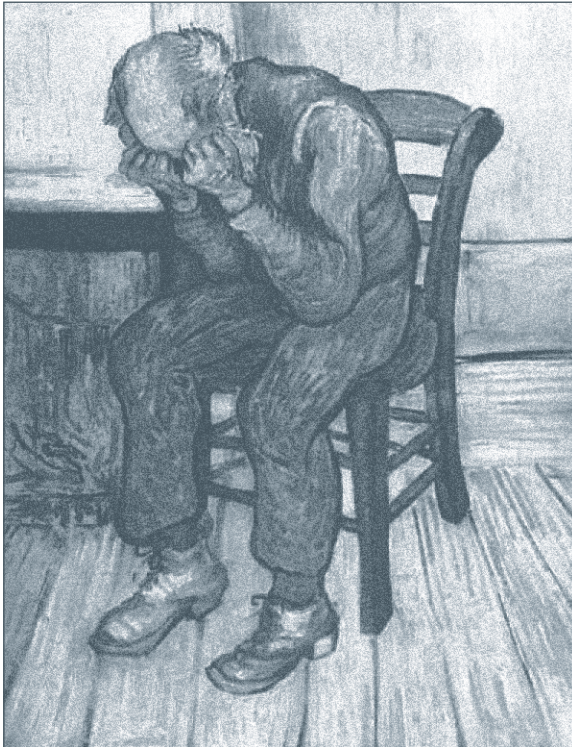


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ψυχιατρική κλινική

Πρακτικά του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου
Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

μέτσοβο, 7-9 οκτωβρίου 2011



**«Διαχείριση
της φροντίδας
ψυχικά
ασθενών
στην
κοινότητα:
σύγχρονα
μοντέλα»**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ψυχιατρική κλινική

«Διαχείριση της φροντίδας ψυχικά ασθενών στην κοινότητα: σύγχρονα μοντέλα»

Πρακτικά του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου
Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

μέτσοβο, 7-9 οκτωβρίου 2011

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012

Εικόνα εξωφύλλου: Vincent van Gogh

Old man in sorrow (On the Threshold of Eternity), 1887

Γέρος σε θλίψη (Στο κατώφλι της αιωνιότητας), 1887

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1^ο ΜΕΡΟΣ

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΚΜΨΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

MAYPEAS B., <i>Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε ένα σύγχρονο Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας</i>	7
MIMIKOS Σ., ZIANNH A., PAYTOPOYLOU E., ΘΕΟΛΟΓΟΣ Γ., <i>Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Κεφαλονιάς & Ιθάκης: Μοντέλο Διαχείρισης Περιστατικών στην Κοινότητα</i>	12
BARTZIOYTHS A., KALLATHAS X., PERITOYIANNHHS B., <i>Ανάγκες γιατρών της ΠΦΥ για συνεργασία με μονάδες ψυχικής υγείας: το παράδειγμα της κατάθλιψης</i>	20
ΨΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., <i>Ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι. Η κατεξοχήν ψυχιατρική παρέμβαση που δεν διδάσκεται πουθενά</i>	30
PERITOYIANNHHS B., <i>Δέσμευση των ψυχωτικών ασθενών στη θεραπεία</i>	36
PANTELIΔΟΥ Σ., BAKALOPOYLOU A., STYLIANIDHS Σ., <i>Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ</i>	45
TΣΑΛΑΠΑΤΑΝΗ Μ., ΛΑΖΟΓΙΩΡΓΟΥ Η., ΙΑΚΩΒΑΚΗ Π., <i>Παρουσίαση νέου εκπαιδευτικού προγράμματος της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Νομού Φωκίδας</i>	50
KOTTH Σ., MΠOΛIAC K., <i>Πρόγραμμα αποκατάστασης μέσω υπολογιστή – τηλεδιάσκεψης</i>	55
ΓΑΡΩΝΗ Ν., ΤΟΥΜΠΙΑ Π., ΚΑΤΣΑΔΩΡΟΣ Κ., <i>Αξιοποίηση τεχνολογικών πόρων στο πλαίσιο της λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας</i>	62

2^ο ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

ΠΕΤΡΙΚΗΣ Π., MARTINIΔΗΣ Γ., <i>Η υποχονδρίαση μέσα από την ιστορία και τις ψυχοπαθολογικές της προσεγγίσεις</i>	75
ΠΕΤΡΙΚΗΣ Π., <i>Σωματική νοσηρότητα και θνησιμότητα στη σχιζοφρένεια</i>	84
ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ Γ., <i>“Ήθελα να εξαφανιστώ από το πρόσωπο της γης”:</i> <i>Μια άσκηση φαινομενολογικής – εμπειρικής ερμηνείας της ντροπής</i>	96
ΛΙΑΚΟΣ Α., <i>Ψύχωση και Τέχνη</i>	107

1^ο ΜΕΡΟΣ

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΚΜΨΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε ένα σύγχρονο Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Βενετσάνος Μαυρέας

Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Εισαγωγή

Η λειτουργία Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) στην Ελλάδα, από τις πρώτες μονάδες που ιδρύθηκαν στα τέλη της 10ετίας του 70 και τις αρχές εκείνης του 80, έχουν ήδη μια μακρά ιστορία στη χώρα μας. Ιδιαίτερα με το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' Φάση», ιδρύθηκε μεγάλος αριθμός ΚΜΨΥ, προκειμένου να καλυφθούν ανάγκες πληθυσμών στους οποίους η πρόσβαση στις «στατικές» υπηρεσίες ήταν περιορισμένη, κυρίως για γεωγραφικούς λόγους¹.

Η προσπάθεια αυτή, κάλυψε ένα σημαντικό κενό και ήδη σήμερα το σύνολο σχεδόν του ελληνικού πληθυσμού καλύπτεται από μονάδες ψυχικής υγείας διαφόρων τύπων². Για παράδειγμα, η ΚΜΨΥ Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας η οποία ιδρύθηκε προ 5ετίας, και δραστηριοποιείται στις αγροτικές περιοχές των δύο νομών σε συνεργασία με τα Κέντρα Υγείας και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», πέτυχε μείωση των εισαγωγών για νοσηλεία ψυχωτικών ασθενών της περιοχής ευθύνης της κατά 30% μέσα σε μια διετία³, ενώ ταυτόχρονα, ο όγκος χρήσης της μονάδας από τον πληθυσμό βαίνει προοδευτικά αυξανόμενος⁴. Στόχος του παρόντος άρθρου είναι να ορίσει το περίγραμμα στο οποίο κινούνται σήμερα οι ΚΜΨΥ στην Ελλάδα και να θέσει ερωτήματα αναφορικά με την επιστημονική τεκμηρίωση της προσπάθειας αλλά και το μέλλον της στο σύστημα ψυχικής υγείας της χώρας.

Το πλαίσιο λειτουργίας των ΚΜΨΥ

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 691/5-6-2001 περί του καθορισμού του τρόπου λειτουργίας των ΚΜΨΥ, οι μονάδες αυτές παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ) με δυσκολίες στην πρόσβαση στις άλλες υπηρεσίες (αρθρ. 2). Ως προϋποθέσεις για τη λειτουργία τους τίθενται η δημιουργία της πολυκλαδικής ομάδας παρέμβασης, η λειτουργία ολοκληρωμένου πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών, όπως και η λειτουργική διασύνδεση με

τις υπόλοιπες μονάδες ψυχικής υγείας του ΤοΨΥ (αρθρ. 3). Ως έργο τους (αρθρ. 5) ορίζονται τα παρακάτω:

1. Η έγκαιρη διάγνωση, όπως και η παρέμβαση για την πρόληψη έναρξης της ψυχικής διαταραχής ή της υποτροπής
2. Η κατ' οίκον παρέμβαση για αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης
3. Η κατ' οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση της εξέλιξης της κατάστασης των ασθενών
4. Η βοήθεια και στήριξη των ασθενών (πρακτικές ανάγκες, εκμάθηση δεξιοτήτων, προετοιμασία αυτόνομης διαβίωσης)
5. Η συμβουλευτική στην οικογένεια των ασθενών
6. Η εκπαίδευση τοπικών εθελοντικών πυρήνων
7. Η καταπολέμηση του στίγματος.

Η οργάνωση και λειτουργία της ΚΜΨΥ έχει ως ακολούθως (αρθρ. 6):

1. Παρέχει τις υπηρεσίες της σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, διαταραχές συμπεριφοράς και αυτιστικές διαταραχές.
2. Παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, νοσηλείας – περίθαλψης κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης, αγωγής κοινότητας, παρέμβασης σε κρίση, φαρμακευτικής αγωγής και μεταπαρακολούθησης (follow-up), εξυπηρέτησης για θέματα υγείας και πρόνοιας, στήριξης στις πρακτικές ανάγκες, επανένταξης, οικογενειακής υποστήριξης, υποστήριξης προστατευμένων διαμερισμάτων.
3. Το ωράριο λειτουργίας τους ορίζεται από 7πμ – 8μμ.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω που ορίζει η σχετική Υπ. Απόφαση, ο κατάλογος των παρεμβάσεων που η ΚΜΨΥ καλείται να παρέχει είναι τόσο μεγάλος, ώστε να αναρωτιέται κανείς για το αν το προσωπικό αλλά και η οργάνωση των ΚΜΨΥ στο ελληνικό περιβάλλον είναι δυνατό να τα παρέχει. Οι λειτουργίες όπως ορίζονται παραπάνω, αντιγράφουν επί της ουσίας εκείνες των μονάδων Ενεργητικής Κοινοτικής Θεραπείας (Assertive Community Treatment – ACT) ή εκείνες του Case Management⁵. Τα στοιχεία που υπάρχουν, όπως έχουν παρουσιαστεί στις ετήσιες συναντήσεις του δικτύου των ΚΜΨΥ, δείχνουν πως οι μονάδες καλύπτουν μεν σε σημαντικό βαθμό τις ανάγκες ψυχικής υγείας των περιοχών που έχουν αναλάβει, αλλά δεν είναι δυνατό να καλύψουν όλα όσα ορίζει η σχετική Υπ. Απόφαση.

4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας • Μέτσοβο, 7-9 Οκτωβρίου 2011

Βασικά ερωτήματα για το παρόν και το μέλλον

1. Επιτυγχάνεται η λειτουργική διασύνδεση των ΚΜΨΥ με τις υπόλοιπες ΜοΨΥ;

Οι ΚΜΨΥ οφείλουν να λειτουργούν στο πλαίσιο ενός συστήματος υπηρεσιών, καλύπτοντας τις ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών, οι οποίοι για διάφορους λόγους έχουν μικρή πρόσβαση στις υπηρεσίες (αγροτικές και ορεινές περιοχές). Παρά ταύτα, έχει διαπιστωθεί πως παρά τα οριζόμενα στον Ν. 2716/99, η λειτουργία δικτύων υπολείπεται σημαντικά στη χώρα μας, ως αποτέλεσμα τόσο απουσίας προβλέψεων στο νόμο και τις σχετικές Υπ. Αποφάσεις, όσο και της απουσίας της σχετικής ιδεολογίας και πρακτικής της κοινοτικής ψυχιατρικής από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό πιστοποιείται από το συμβουλευτικό και όχι αποφασιστικό/ διοικητικό ρόλο των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ), οι οποίες δεν είναι δυνατό να επιβάλουν την υλοποίηση των αποφάσεών τους. Τέλος, λόγω της παρατηρούμενης ακόμη ανισότητας στην ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διάφορες περιοχές της χώρας, σε ορισμένες περιοχές οι ΚΜΨΥ αποτελούν το μόνο φορέα παροχής υπηρεσιών. Σε αυτές τις περιπτώσεις η δικτύωση, κυρίως με μονάδες εσωτερικής νοσηλείας οι οποίες βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση, είναι πρακτικά αδύνατη.

2. Είναι δυνατή η κάλυψη όλων των αντικειμένων που ζητούνται από την Υπ. Απόφαση από τις ΚΜΨΥ;

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η κάλυψη των όλων των πολλαπλών και αποκλινόντων αντικειμένων, από τις ΚΜΨΥ, όπως ορίζονται από την Υπ. Απόφαση είναι αδύνατη, λαμβανομένων υπόψη των περιορισμών του διαθέσιμου προσωπικού και του ωράριου λειτουργίας που ορίζεται. Εν πολλοίς, από αυτές ζητείται η πλήρης φροντίδα (comprehensive care) των ψυχιατρικών ασθενών από τη μονάδα, πράγμα για το οποίο συνήθως απαιτούνται πολλές διαφορετικές υπηρεσίες που συνεργάζονται σε δίκτυο⁶.

3. Λειτουργούν οι ΚΜΨΥ με τεκμηριωμένα μοντέλα λειτουργίας, και πως αξιολογείται η λειτουργία τους;

Παρά το γεγονός πως τα στοιχεία που περιγράφονται στην Υπ. Απόφαση παραπέμπουν σε μοντέλα όπως η Ενεργητική Κοινοτική Θεραπεία (Assertive Community Treatment – ACT), ή ο Χειρισμός Περίπτωσης (Case Management), μέχρι σήμερα δεν έχουν καθιερωθεί στη κριτήρια ελέγχου ποιότητας των ΚΜΨΥ, ενώ δεν υφίσταται ενιαίος μηχανισμός αξιολόγησης του έργου τους.

4. Ποιος θα είναι ο ρόλος των ΚΜΨΥ στο μέλλον;

Οι ΚΜΨΥ, έχουν σε μικρό χρονικό διάστημα αποδείξει τη σημαντική προσφορά τους στο έργο της ψυχιατρικής κάλυψης των αγροτικών περιοχών της χώρας. Παρά ταύτα, σε επίπεδο ΤοΨΥ απαιτείται περαιτέρω εξειδίκευση στην παροχή υπηρεσιών, που μόνες τους οι ΚΜΨΥ δεν είναι δυνατό να καλύψουν. Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντική είναι η λειτουργία στο πλαίσιο δικτύων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προκειμένου να μπορούν να παίξουν το ρόλο του συνδέσμου μεταξύ του πληθυσμού και άλλων εξειδικευμένων υπηρεσιών. Εδώ πρέπει να τεθεί και το ζήτημα της κάλυψης με παρόμοιες υπηρεσίες και των αστικών περιοχών, όπου υφίστανται επίσης ανάλογες ανάγκες, κυρίως όχι λόγω γεωγραφικών αποστάσεων, αλλά λόγω ανεπαρκούς δέσμευσης, κυρίως των χρονίων ασθενών με τις υπηρεσίες. Η παρούσα οικονομική κρίση με τα προβλήματα χρηματοδότησης που υφίστανται θέτει ένα επιπλέον ερώτημα για τη βιωσιμότητα των ΚΜΨΥ. Τόσο η ύπαρξη των μονάδων καθ'αυτών, αλλά και των υπηρεσιών με τις οποίες συνεργάζονται (π.χ. το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι») τίθενται εν αμφιβόλω, λόγω των περικοπών στην υγεία και πρόνοια.

Συμπέρασμα

Οι ΚΜΨΥ σήμερα αποτελούν σημαντικό τμήμα του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην χώρα μας, παρέχοντας πολύτιμες και ανεκτίμητες υπηρεσίες.

Προκύπτουν όμως βασικά ερωτήματα ως προς:

1. Την συχνά ανύπαρκτη διασύνδεσή τους με το υπόλοιπο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
2. Την πλήρη υλοποίηση του έργου τους όπως προσδιορίζεται από την Υπ. Απόφαση για τη λειτουργία τους.
3. Το μοντέλο παροχής φροντίδας που ακολουθούν και την επιστημονική τεκμηρίωση και αξιολόγησή τους.
4. Τον τρόπο της μελλοντικής τους λειτουργίας και τη βιωσιμότητά τους στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης.

Βιβλιογραφία

1. Madianos M, Tsiantis J, Zacharakis C. Changing patterns of mental health care in Greece (1984-1996). *European Psychiatry*, 1999; 14:462-467.
2. Έκθεση της Ομάδας Εργασίας για την Αναθεώρηση του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Τελικό Κείμενο. Αθήνα, 2011.
3. Peritogiannis V, Mantas C, Alexiou D, Fotopoulou V, Mouka V, Hyphantis T. The contribution of a mobile mental health unit to the promotion of primary mental health in rural areas in Greece: a 2-year follow-up. *European Psychiatry*, 2011, 26:425-427.
4. Περιτογιάννης Β, Μαυρέας Β. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας: μια 5-ετής διαδρομή. (ανέκδοτο κείμενο).
5. Killaspy H & Rosen. Case management and assertive community treatment. Στο: G Thornicroft, G. Szumukler, KT Mueser, RE Drake, *Oxford Textbook of Community Mental Health*, σσ 142-150. New York, Oxford University Press. 2011.
6. Burns T. *Community Mental Health Teams*. Oxford University Press, 2004.

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Κεφαλονιάς & Ιθάκης: Μοντέλο Διαχείρισης Περιστατικών στην Κοινότητα

Σ. Μιμίκος, Α. Ζιάννη, Ε. Ραυτοπούλου, Γ. Θεολόγος

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Κεφαλονιάς & Ιθάκης

Εισαγωγή

Η Μονάδα μας άρχισε να λειτουργεί πριν πέντε περίπου χρόνια. Σήμερα αρχίζει να διαφοροποιείται και τείνει να πραγματοποιεί τον στόχο της, αφού απευθύνεται πρωτίστως στους σοβαρά και μακροχρόνια ψυχιατρικούς ασθενείς. Για αυτούς, που προηγουμένως αντιμετωπίζονταν στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, έχουν αναπτυχθεί διεθνώς διάφορα μοντέλα-προσεγγίσεις. Στη δική μας ομάδα βρίσκεται υπό εξέλιξη η εφαρμογή ενός πλαισίου διαχείρισης κι αποκατάστασής των σοβαρά ψυχιατρικών ασθενών, το οποίο είναι εμπνευσμένο από την προσέγγιση Care Programme Approach και το μοντέλο Assertive Community Treatment, στην πιο ρεαλιστική για τη χώρα μας εκδοχή τους. Βασικός ρόλος και των δύο είναι η φροντίδα των ασθενών με σοβαρή και μακρόχρονη ψυχιατρική νόσο, για τους οποίους έχει αναπτυχθεί μία ευέλικτη και συγκροτημένη προσέγγιση κατά την οποία διασφαλίζεται το συνεχές στη φροντίδα τους, καθώς και το ότι αυτοί λαμβάνουν κάθε διαθέσιμο μέσο για την ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη κάλυψη των αναγκών τους.

Προσέγγιση με έμφαση στο σχέδιο φροντίδας -και ανάγκες- των ασθενών (Care Programme Approach)

Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί να προτεραιοποιεί άτομα βάσει των αναγκών τους και να διασφαλίζει ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες απευθύνονται πρωτίστως στα άτομα με τις μεγαλύτερες ανάγκες¹.

Τα χαρακτηριστικά αυτής της προσέγγισης είναι τα εξής¹⁻²:

- Η τοποθέτηση ενός κεντρικού προσώπου αναφοράς που βρίσκεται σε στενή επαφή με τον χρήστη των υπηρεσιών και παρακολουθεί, συντονίζει την παρεχόμενη σε αυτόν φροντίδα

- Οι τακτικές συναντήσεις για την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών και η προσφορά συχνών επανεκτιμήσεων σε όσους από αυτούς έχουν ανάγκη συνεχιζόμενης φροντίδας με παράλληλη εκτίμηση της ευαλωτότητας-επικινδυνότητάς τους
- Η κατάστρωση ενός σχεδίου που προσδιορίζει την παρεχόμενη από τις διαφόρες υπηρεσίες φροντίδα και η διασύνδεση μεταξύ όλων αυτών των υπηρεσιών που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς (συμπεριλαμβανόμενης και της διασύνδεσης με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας)
- Η καταγραφή της προόδου των παρεμβάσεων που εφαρμόστηκαν για την πλήρωση των αναγκών που ανιχνεύθηκαν και οι συχνές επανεκτιμήσεις της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας και αναθεωρήσεις του, αν κρίνονται αυτές απαραίτητες
- Η επίτευξη συμφωνίας μεταξύ φροντιστών και χρηστών στο σχέδιο φροντίδας των τελευταίων, καθώς και στις τυχόν αλλαγές στα ήδη συμφωνηθέντα.

Μοντέλο ενεργητικής υποστηρικτικής αντιμετώπιση περιστατικών στην κοινότητα (Assertive Community Treatment)

Κύριος σκοπός του μοντέλου αυτού είναι η διατήρηση συχνής επαφής, προκειμένου να διασφαλίζεται η παρακολούθηση της κλινικής κατάστασης και η παροχή αποτελεσματικής θεραπείας και αποκατάστασης. Απαιτεί από το προσωπικό να αφήσει τα γραφεία του, να επισκεφθεί και να βοηθήσει τους ασθενείς στα σπίτια τους ή στις γειτονιές τους.

Βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι ότι³⁻⁴:

- η παροχή φροντίδας είναι συνεχής
- η πολυεπιστημονική ομάδα είναι υπεύθυνη για να βοηθήσει τον ασθενή να εκπληρώσει τις ανάγκες του και να παράσχει σε αυτόν φροντίδα, η οποία προσφέρεται απευθείας, χωρίς τη διαμεσολάβηση άλλων για την παροχή της.
- η βελτιωμένη λειτουργικότητα του (στην εργασία, κοινωνικές σχέσεις και καθημερινές δραστηριότητες) είναι ο πρωταρχικός στόχος
- ο ασθενής βοηθείται άμεσα στη διαχείριση των συμπτωμάτων του
- κάθε ασθενής ανατίθεται σε ένα πρόσωπο αναφοράς υπεύθυνο για την διασφάλιση της ολοκληρωμένης εκτίμησής του και φροντίδας και επανεκτίμησης των αναγκών του

- Η συχνότητα των συναντήσεων καθορίζεται από τις ανάγκες του ατόμου χωρίς προκαθορισμένο χρονικό ορίζοντα. Ωστόσο το προσωπικό είναι διαθέσιμο 24 ώρες το 24ωρο με τη χρήση τηλεφωνικών εφημεριών.
- Οι ασθενείς συμμετέχουν και παρακολουθούνται με ενεργητικό-υποστηρικτικό τρόπο
- Η θεραπεία παρέχεται in vivo.

Όλα τα παραπάνω κάνουν την ομάδα να γνωρίζει καλά τον ασθενή και να αναπτύσσει μία ειλικρινή σχέση μαζί του. Ο ενεργητικός-υποστηρικτικός τρόπος υπογραμμίζει την ειλικρίνεια ως πλέον σημαντικό στοιχείο στη σχέση με τον ασθενή.

Παρουσίαση Περιστατικού 1

Παράδειγμα προσέγγισης με έμφαση στο σχέδιο φροντίδας -και αναγκών- των ασθενών (Care Programme Approach):

- Γυναίκα (Γ.Χ.) 58 ετών.
- Παρουσιάζει ενεργή ψυχοπαθολογία (Αποδιοργανωμένος Τύπος Σχιζοφρένειας). Ζει σε ακραίες συνθήκες διαβίωσης μαζί με τους δύο αδελφούς της.
- Διαμένουν σε ένα σπίτι της «Αρωγής», το οποίο τους παραχωρήθηκε έπειτα από το σεισμό του 1953. Για πολλά χρόνια δεν έχει γίνει καμία προσπάθεια συντήρησής του. Το σπίτι είναι κυριολεκτικά ετοιμόρροπο, δεν καλύπτονται βασικές ανάγκες των ατόμων, καθώς δεν υπάρχει νερό, ρεύμα και ασφαλείς πόρτες και παράθυρα. Στο εσωτερικό του σπιτιού επικρατεί κυριολεκτικά χαοτική κατάσταση, με έναν σωρό άχρηστων αντικειμένων και σκουπιδιών να παρεμποδίζουν την μετάβαση στα δωμάτια, όπως και τη λειτουργική διαβίωση. Επικρατεί έντονη δυσοσμία και απόπνοια ούρων. Η οικογένεια βιώνει έντονη κοινωνική απομόνωση και στιγματισμό. Επιπλέον, ο ένας από τους δυο αδελφούς προβάλλει σταθερή αντίσταση στο να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσής τους, παρεμποδίζοντας κάθε προσπάθεια συνεργασίας μαζί μας, λόγω κακής προηγούμενης εμπειρίας από την παρέμβαση ανάλογων υπηρεσιών. Η Χ.Γ. παρουσιάζει αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά, χάλαση συνειρμών, ρηχό και παιδικόμορφο συναίσθημα, λόγω των οποίων η επικοινωνία μας μαζί της είναι ιδιαίτερα δύσκολη.
- Ως προς την επίσημη έναρξη της ψυχιατρικής νόσου, είναι άγνωστη, τα συμπτώματα έγιναν όμως πιο έκδηλα το 2003, την περίοδο που πέθανε ο αδελφός τους. Από το

προνοσηρό ατομικό ιστορικό της προκύπτουν τάσεις εσωστρέφειας και ευαλωτότητα. Παρόλα αυτά διατηρούσε κάποιο ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας με σταδιακή όμως διαχρονική έκπτωση.

- Την περίοδο που την συναντήσαμε διαπιστώσαμε πλήρη αποδιοργάνωση της Γ.Χ και στέρξη βασικών αναγκών και δεξιοτήτων, στις οποίες επιχειρήσαμε να την εκπαιδεύσουμε από την αρχή, το επόμενο διάστημα, έχοντας εκτιμήσει εκ των προτέρων τα πεδία των αναγκών της μέσα από τακτικές συναντήσεις και επανεκτιμήσεις από το Πρόσωπο Αναφοράς. Με βάση τα παραπάνω καταστρώθηκε ένα εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, το οποίο περιλάμβανε συστηματική εκτίμηση - επανεκτίμηση των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών της αναγκών βάσει κλίμακας⁵ (βλ. παράρτημα). Γινόταν σταθερή προσπάθεια ο επιδιωκόμενος κάθε φορά στόχος να συνδυάζεται με την παράλληλη παρέμβαση στα λοιπά μέλη της οικογένειας με προοπτική την επίτευξη συμφωνίας μεταξύ όλων. Παράλληλα, στην προσπάθεια αυτή, υπήρξε σταθερή διασύνδεση με όλους τους φορείς της περιοχής (Δήμος, Βοήθεια στο Σπίτι, Νοσοκομείο, Πρόνοια κ.α.) και καταβλήθηκε σταθερή προσπάθεια επαφής με την τοπική κοινωνία με στόχο την ευαισθητοποίησή της και την ενεργό συμμετοχή της στον από-στιγματισμό και την κοινωνική ένταξη της Γ.Χ.

Παρουσίαση Περιστατικού 2

Παράδειγμα μοντέλου ενεργητικά υποστηρικτικής αντιμετώπισης περιστατικών στην κοινότητα (Assertive Community Treatment):

- Άνδρας (Χ.Γ.) 40 ετών, κατάγεται από την Κεφαλονιά, όπου και διαμένει με τον πατέρα, την μητέρα, την αδελφή και τον αδελφό του, οι τρεις τελευταίοι εκ των οποίων έχουν επίσης διαγνωσθεί με ψυχιατρική διαταραχή και έχουν συνεργασία με την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας.
- Έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου και στο ιστορικό του αναφέρονται τρεις ακούσιες ψυχιατρικές νοσηλείες, το 2003, το 2007 και το 2008, πριν από την πραγματοποίηση των οποίων είχαν προηγηθεί βίαιες εκ μέρους του εκδηλώσεις. Εμφανίζει χαμηλό κίνητρο συνεργασίας. Μετά το τέλος της τρίτης νοσηλείας του λαμβάνει αγωγή σε ενέσιμη μορφή για ένα χρόνο, την οποία διακόπτει ίδια βουλήσει και παραμένει χωρίς φαρμακευτική υποστήριξη για έναν ακόμη χρόνο, επιδεικνύοντας απροθυμία για συνεργασία.

- Βάσει πληροφοριών από το οικογενειακό του περιβάλλον για επιδείνωση της ψυχικής του κατάστασης αποφασίζεται η συστηματική επαναπροσέγγισή του από το Πρόσωπο Αναφοράς και τον Ψυχίατρο της Μονάδας με στόχο την παρέμβαση στην κρίση και την αποφυγή πιθανής νέας νοσηλείας. Ο Γ.Χ. παρουσιάζει παραλήρημα διωκτικού τύπου, ιδέες αναφοράς, ακουστικές ψευδαισθήσεις και αποδιοργάνωση, χαρακτηριστικά που δυσχεραίνουν την επαφή μαζί του. Το τελευταίο διάστημα μάλιστα καταναλώνει συστηματικά αλκοόλ.
- Πραγματοποιείται σειρά κατ' οίκον επισκέψεων αυξημένης συχνότητας. Ενώ σε αρχική φάση ο Γ. εμφανίζεται δεκτικός σε συνεργασία, στη συνέχεια παρουσιάζει ασυνέπεια και δεν εμφανίζεται. Οι κατ' οίκον επισκέψεις συνεχίζονται και σε μία από αυτές δέχεται να του χορηγηθεί αγωγή σε ενέσιμη μορφή στο δελτοειδή μυ, καθώς αρνείται να γίνει έγχυση στη γλουτιαία χώρα. Γίνεται προσπάθεια για βελτίωση της εμπιστοσύνης του προς τα μέλη της Μονάδας μέσω της επιμονής, της ενεργά υποστηρικτικής στάσης και της επίδειξης σταθερού ενδιαφέροντος. Αρχικός στόχος είναι η εξασφάλιση συνέχισης λήψης της αγωγής του, κάτι που, παρά τις αντιρρήσεις, τις παρανοϊκές συνδέσεις και την πλήρη απουσία εναισθησίας, τελικά κατορθώνεται.
- Συμφωνείται η τακτική παρακολούθηση της ψυχικής του κατάστασης και παρατηρείται σταδιακή υποχώρηση των παραληρητικών ιδεών, βαθμιαία ανάπτυξη μεγαλύτερης εμπιστοσύνης, αύξηση συμμόρφωσης στη λήψη της αγωγής, χωρίς ωστόσο ενδείξεις εναισθησίας. Οι επισκέψεις κατ' οίκον συνεχίζονται σε τακτική εβδομαδιαία βάση, τόσο για την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, όσο και για τη χορήγηση της ενέσιμης αγωγής, που πραγματοποιείται κάθε 15 ημέρες. Έξι μήνες μετά την επιχείρηση συστηματικής επαναπροσέγγισης του Γ.Χ., και την αποφυγή της διαφανιζόμενης νοσηλείας, συμφωνείται η πραγματοποίηση συναντήσεων μαζί του σε εκτός σπιτιού χώρους και κατορθώνεται η συστηματική συνεργασία με επισκέψεις πλέον του ιδίου στην έδρα της Μονάδας, στις οποίες επιδεικνύει υψηλή συνέπεια. Γίνεται προσπάθεια για ψυχοεκπαίδευση, για βελτίωση των ενδοοικογενειακών σχέσεων, για εκπαίδευση στη διαχείριση των χρημάτων του, για υποστήριξη σε εργασιακά θέματα, κινητοποιητικές παρεμβάσεις, ενώ συνεχίζεται η χορήγηση της αγωγής σε ενέσιμη μορφή.
- Πέντε μήνες αργότερα, έπειτα από έντονη επιθυμία του ίδιου του Γ. για διακοπή χορήγησης της αγωγής του σε ενέσιμη μορφή, και, λαμβάνοντας υπόψη την επίδειξη εμπιστοσύνης και διάθεσης για συνεργασία με την ΚΜΨΥ, συμφωνείται η λήψη από

στόματος αγωγής. Χορηγείται αντιψυχωτική αγωγή με ευέλικτο σχήμα (λήψη μία φορά την ημέρα), πραγματοποιείται διακομιδή της εβδομαδιαίας δοσολογίας φαρμάκων στο σπίτι, καθώς και εποπτεία από το Πρόσωπο Αναφοράς τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας. Ωστόσο, τρεις μήνες μετά, ο Γ. παρουσιάζει απότομη αλλαγή στη διάθεση και τη συμπεριφορά του. Εμφανίζει ευερεθιστότητα, ψυχοκινητική διέγερση, ακουστικές ψευδαισθήσεις, εκνευρισμό και καχυποψία. Ξενυχτάει και καταναλώνει συστηματικά αλκοόλ, ενώ αρνείται ότι έχει κάνει χρήση οποιασδήποτε ναρκωτικής ουσίας – παρά τις σαφείς ενδείξεις ότι κάτι τέτοιο είχε συμβεί – ή ότι έχει διακόψει την αγωγή του. Παρά την επίμονη προσπάθεια για νέα ρύθμιση της αγωγής ή για ενέσιμη χορήγηση άλλης ουσίας, με σκοπό τον έλεγχο της συμπτωματολογίας του, ο Γ. παρουσιάζει εναντιωματικότητα, ενώ η φύση των παραληρηματικών ιδεών του καθιστά πολύ δύσκολη τη συνεργασία μαζί του. Παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες η ψυχική του κατάσταση επιδεινώνεται σταδιακά, παρουσιάζει οργανωμένο παραλήρημα διωκτικού τύπου, ενώ δεν δείχνει συμμόρφωση προς τις οδηγίες για περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ και των νυχτερινών του εξόδων. Οι συναντήσεις μαζί του συνεχίζονται, γίνεται σαφές ότι δεν δύναται να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, με εμφανή κίνδυνο επιδείνωσης και κακής πρόγνωσης της νόσου του, και τελικά λαμβάνεται η δύσκολη απόφαση για πραγματοποίηση νοσηλείας. Ο ίδιος ενημερώνεται γι' αυτό, ακολουθώντας ειλικρινή και ξεκάθαρη στάση απέναντι του, με τρόπο σαφή, ενθαρρυντικό και υποστηρικτικό. Στη συνέχεια καλείται ο πατέρας του να κάνει αίτηση για ακούσια νοσηλεία, η οποία εν τέλει πραγματοποιείται.

Συμπεράσματα

Τα τελευταία πενήντα χρόνια ζούμε διεθνώς μία επανάσταση στην αντιμετώπιση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, η οποία εστιάζεται στην μετατόπιση του μεγαλύτερου μέρους της φροντίδας τους από ενδο- σε εξω-νοσοκομειακές δομές. Προκειμένου για τους σοβαρά ψυχικά πασχόντες έχει αναπτυχθεί μία ευέλικτη προσέγγιση στην οποία τόσο η ιατρική, όσο και η ψυχοκοινωνική φροντίδα μπορούν να συντονιστούν από εκπαιδευμένα άτομα που δουλεύουν σε ομάδες και να παρασχεθούν στον τόπο διαμονής τους στην κοινότητα.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε ότι αφορά στην επιλογή ενός συγκεκριμένου μοντέλου δίνει ετερογενή αποτελέσματα και φαίνεται ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα. Ωστόσο, όλα τα μοντέλα φαίνεται να βελτιώνουν τη λειτουργικότητα των ασθενών, τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και τη χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών, ενώ μειώνουν τις εισαγωγές στα νοσοκομεία.⁶⁻⁷⁻⁸

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, η αποϊδρυματοποίηση από τη μία και η μείωση του χρόνου νοσηλείας στις ψυχιατρικές κλινικές από την άλλη, έχουν δημιουργήσει μεγάλες ανάγκες για τη διαχείριση περιστατικών στην κοινότητα. Η επαγγελματική σύνθεση των ομάδων που διαχειρίζονται τους ασθενείς στην κοινότητα και οι επιταγές από τις εκάστοτε οικονομικές συνθήκες, έχουν συνδεθεί κυρίως με την επιλογή ενός συγκεκριμένου μοντέλου, που σε κάθε περίπτωση χρειάζεται τροποποίηση για να ταιριάζει στις ανάγκες του κάθε τόπου.

Μέσα από τις διαφορετικές φιλοσοφίες των δύο συστημάτων υγείας (του Βρετανικού και του Αμερικάνικου) έχουν αναδυθεί οι δύο κύριες προσεγγίσεις παροχής φροντίδας ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα. Παρά τις διαφορές τους έχουν περισσότερα κοινά και ευρείες δυνατότητες εφαρμογής. Ο συνδυασμός των βασικών τους στοιχείων μεγιστοποιεί την αποτελεσματικότητά τους.³

Βιβλιογραφία

1. Thornicroft G. Measuring Mental Health Needs. Gaskell, 2001.
2. The Care Programme Approach Association. The CPA Handbook. April 2004.
3. Burns T, Fim M. Assertive Outreach in Mental Health. a manual for practitioners. Oxford University Press, 2002.
4. Kent A, Burns T. Assertive community treatment in UK practice. Advances in Psychiatric Treatment. 2005. Vol. 11, 388-397.
5. Slade, Thornicroft, Loftus, Phelan & Wykes. The Camberwell Assessment of Need (CAN). Gaskel, 2008.
6. Ziguras St, Stuart G. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management over 20 years. Psychiatric Services. November 2000, Vol. 51, No.11.
7. Mueser K, Bond G, Drake R, Resnick S. Models of Community Care for severe mental illness: A Review of Research on Case Management. Schizophrenia Bulletin. 1998. 24(1):37-74.
8. Killaspy H, Kingett S, Beddington P, Bizard R, Johnson S, Nolan F, et al. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. Br J Psychiatry. 2009. 195: 81-2.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Κλίμακα Εκτίμησης Αναγκών**Κλίμακα Εκτίμησης Αναγκών***

Ονοματεπώνυμο Ασθενή: Γ. Χ.	Βαθμολόγηση Ανάγκης 0= καμία 2= δεν πληρείται 1= πληρείται 9= άγνωστο
------------------------------------	--

Αριθμός Αξιολόγησης :	1	2	3	4
Ημερομηνία Αξιολόγησης :	3/1/2011	3/6/2011	3/1/2012	3/6/2012
Αξιολογητής :	A. A.	A. Z.		

1. Στέγαση	2	2		
2. Διατροφή	1	1		
3. Φροντίδα Σπιτιού	2	2		
4. Προσωπική Υγιεινή	2	2		
5. Καθημερινές Ασχολίες	2	1		
6. Σωματική Υγεία	2	1		
7. Ψυχωτικά Συμπτώματα	2	1		
8. Πληροφόρηση για το πρόβλημά του	2	1		
9. Ψυχολογική Δυσφορία	0	0		
10. Ασφάλεια εαυτού	1	1		
11. Ασφάλεια Άλλων	0	0		
12. Αλκοόλ	0	0		
13. Ουσίες	0	0		
14. Συντροφιά	1	1		
15. Σχέσεις	0	0		
16. Σεξουαλική Ζωή	9	9		
17. Φροντίδα Παιδιών	0	0		
18. Βασική Εκπαίδευση	0	0		
19. Τηλέφωνο	2	2		
20. Μεταφορά	2	2		
21. Χρήματα	2	2		
22. Επδόματα	2	2		

Α. Ανάγκες που πληρούνται (1) :	3	7		
Β. Ανάγκες που δεν πληρούνται (2) :	11	7		
Γ. Συνολικός αριθμός αναγκών (A+B):				

*Μετάφραση του Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule
 (Section of Community Psychiatry, Institute of Psychiatry, London, UK)

Ανάγκες γιατρών της ΠΦΥ για συνεργασία με μονάδες ψυχικής υγείας: το παράδειγμα της κατάθλιψης

Ανδρέας Βαρτζιώτης¹, Χριστόδουλος Καλαθάς¹, Βάιος Κ. Περιτογιάννης²

1. Κέντρο Υγείας Μετσόβου, ΓΝ Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

2. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου

Εισαγωγή

Οι γιατροί που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) καλούνται συχνά να εξετάσουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, ή ασθενείς των οποίων η σωματική νοσηρότητα επιπλέκεται με ψυχιατρικά συμπτώματα. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις στις οποίες ορισμένα συμπτώματα που δείχνουν να είναι οργανικής φύσης, αντιστοιχούν στην πραγματικότητα σε σωματικές εκδηλώσεις παθολογικών συναισθηματικών καταστάσεων, για παράδειγμα αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών.

Τα καταθλιπτικά σύνδρομα είναι συχνά, προκαλούν μεγάλη νοσηρότητα και σημαντικά ποσοστά αναπηρίας. Στην πιο πρόσφατη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)¹ που διεξήχθη σε 18 χώρες και συμπεριέλαβε 89000 περίπου ανθρώπους, η επικράτηση ζωής για τη μείζονα κατάθλιψη (σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM IV) ήταν 14,6% στις χώρες με υψηλό εισόδημα και 11,1% στις χώρες με χαμηλό εισόδημα. Η αναλογία γυναικών προς άντρες ασθενείς ήταν 2:1, ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχε η διαπίστωση πως η ηλικία εμφάνισης του πρώτου καταθλιπτικού επεισοδίου ήταν κάτω των 26 ετών. Τέλος υπήρξε σαφής συσχέτιση της κατάθλιψης με γεγονότα ζωής, ειδικά με τη διακοπή στενών διαπροσωπικών σχέσεων (χωρισμός, διαζύγιο, χηρεία).

Σύμφωνα με παλαιότερη αναφορά του ΠΟΥ² η κατάθλιψη αποτελεί την τέταρτη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως και αναμένεται να βρεθεί στη δεύτερη θέση ως το 2020. Συνεπώς γίνεται αντιληπτό πως τα καταθλιπτικά σύνδρομα συνιστούν μεγάλο πρόβλημα για το σύστημα υγείας κάθε χώρας.

Σε χώρες όπου το σύστημα υγείας βασίζεται στην ΠΦΥ οι καταθλιπτικές διαταραχές ήπιας και μέτριας βαρύτητας αρχικά αντιμετωπίζονται σε αυτό το επίπεδο, ενώ απαιτείται παραπομπή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας επί συγκεκριμένων ενδείξεων (πίνακας 1). Το ποσοστό παραπομπών δεν ξεπερνάει το 20%³.

Πίνακας 1. Ενδείξεις παραπομπής καταθλιπτικών ασθενών για εξειδικευμένη φροντίδα³

Ανθεκτικότητα των συμπτωμάτων στη θεραπεία
Πολλές υποτροπές σε μικρό διάστημα
Ύπαρξη άτυπων χαρακτηριστικών (αυξημένη όρεξη, υπερυπνία, «μολυβδόδης παράλυση»)
Ψυχωτικά συμπτώματα
Έντονη παραμέληση εαυτού
Αυτοκτονικός ιδεασμός

Στη χώρα μας, ιδιαίτερα στις περιοχές της επαρχίας όπου το σύστημα της ΠΦΥ είναι ανεπτυγμένο, οι ασθενείς απευθύνονται αρχικά στους γιατρούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερικών Ιατρείων για τα συμπτώματά τους. Παρακάτω θα δούμε πως κατάθλιψη και σωματικά νοσήματα ή συμπτώματα συνυπάρχουν, τις διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις της αλληλοεπικάλυψης, καθώς και τους τρόπους καλύτερης διαχείρισης των περιστατικών.

Σωματική νοσηρότητα και κατάθλιψη

Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως σακχαρώδης διαβήτης, στεφανιαία νόσος, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας και καρκίνος εμφανίζουν υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών διαταραχών. Η κλινική σημασία της συννοσηρότητας κατάθλιψης και σωματικών νοσημάτων περιγράφεται στον πίνακα 2. Επίσης προκαλεί συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας με αυξημένο κόστος από τις επανειλημμένες παρακλινικές εξετάσεις⁴.

Πίνακας 2. Επιπτώσεις της συννοσηρότητας κατάθλιψης και σωματικών νοσημάτων⁴

Αυξημένη θνησιμότητα
Αυξημένη νοσηρότητα-περισσότερα συμπτώματα
Προβλήματα συμμόρφωσης με τη θεραπεία
Λειτουργική έκπτωση
Επιδείνωση της ποιότητας ζωής

Στην περίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, που άλλωστε είναι αρκετά συχνά, οι μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία της συνυπάρχουσας κατάθλιψης με εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) είναι αποτελεσματική και

4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας • Μέτσοβο, 7-9 Οκτωβρίου 2011

ασφαλής και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών⁵. Δεν είναι ακόμη απόλυτα ξεκάθαρο αν η θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, ή αν αυτό εξηγείται καλύτερα από την περιφεριακή αντιαιμοπεταλιακή δράση των SSRIs⁴.

Η αναγνώριση μιας καταθλιπτικής διαταραχής σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα μπορεί να είναι δύσκολη, αλλά είναι σημαντικό να τίθεται η σωστή διάγνωση, ώστε να αποφεύγονται οι περιττές κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις και να ανακουφίζονται οι ασθενείς από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της χρόνιας νόσου⁴.

Συγκαλυμμένη κατάθλιψη

Η διάγνωση της κατάθλιψης τίθεται με βάση την παρουσία συναισθηματικών συμπτωμάτων. Θεωρείται ωστόσο ότι σχεδόν οι μισοί καταθλιπτικοί ασθενείς παραμένουν αδιάγνωστοι από τους γιατρούς της ΠΦΥ, διότι στην κλινική εικόνα επικρατούν σωματικά συμπτώματα και όχι τα τυπικά συναισθηματικά⁶ (πίνακας 3). Όπως έχουν δείξει πρόσφατες μελέτες με μεγάλο αριθμό ασθενών, περίπου οι μισοί αναφέρουν επώδυνα σωματικά συμπτώματα και η παρουσία τέτοιων συμπτωμάτων σχετίζεται με επιδείνωση της κλινικής κατάστασης και μειωμένη υποκειμενική ποιότητα ζωής⁷.

Πίνακας 3. Κλινική εικόνα των σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης⁶

Πόνοι στις αρθρώσεις και μυϊκοί πόνοι
Κοιλιακό άλγος
Πόνος στη μέση
Κεφαλαλγία
Ασαφείς, διάχυτοι πόνοι

Σε μια μελέτη σε έξι ευρωπαϊκές χώρες, σε πληθυσμό 21425 ανθρώπων, η επικράτηση έτους της κατάθλιψης ήταν 4% και από τους καταθλιπτικούς ασθενείς οι μισοί περίπου είχαν επώδυνα σωματικά συμπτώματα. Η παρουσία των σωματικών συμπτωμάτων σχετίζονταν με χαμηλότερα ποσοστά αναζήτησης βοήθειας για τη συναισθηματική διαταραχή και ως εκ τούτου με αυξημένη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου⁸. Η παρουσία πόνου όχι μόνο περιπλέκει τη διάγνωση της κατάθλιψης, αλλά εμποδίζει την πλήρη ανάρρωση των ασθενών και τους θέτει σε κίνδυνο υποτροπής⁹.

Τα επώδυνα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να ενταχθούν στην ευρύτερη κατηγορία των καλούμενων «ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων» (medically unexplained symptoms), που είναι ποικίλης αιτιολογίας με την κατάθλιψη να βρίσκεται ανάμεσα στα αίτια¹⁰. Η κλινική σημασία αυτών παρουσιάζεται συνοπτικά στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Κλινική σημασία των σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης¹⁰

Τα σωματικά συμπτώματα σχετίζονται με χειρότερη έκβαση
Προκαλούν συχνές επισκέψεις σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων
Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν σημαντικού βαθμού αναπηρία
Επιβάρυνση για το σύστημα υγείας
Αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης ιατρογενούς βλάβης

Σύμφωνα με παλαιότερες πολυκεντρικές μελέτες η παρουσία επώδυνων σωματικών συμπτωμάτων σε καταθλιπτικούς ασθενείς στην ΠΦΥ σχετίζονταν με μειωμένη απόκριση στη θεραπεία με SSRIs¹¹. Πιο πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι τα σωματικά συμπτώματα συνδέονται με ανθεκτικότητα της κατάθλιψης στις θεραπευτικές παρεμβάσεις¹² και αύξηση του κόστους για το σύστημα υγείας, λόγω της αυξημένης χρήσης των υπηρεσιών υγείας και της μεγαλύτερης φαρμακευτικής δαπάνης¹³. Τέλος, παρόμοια συμπεράσματα αναφέρονται και στη γνωστή, μεγάλη μελέτη παρατήρησης STAR*D, όπου επισημαίνεται πως η μειωμένη θεραπευτική απόκριση στα αντικαταθλιπτικά δεν εξηγείται αποκλειστικά από την ύπαρξη των επώδυνων σωματικών συμπτωμάτων και είναι πολυπαραγοντική¹⁴.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι για τη θεραπεία των καταθλιπτικών ασθενών με συνοδά επώδυνα συμπτώματα, τα αντικαταθλιπτικά με διπλό μηχανισμό δράσης, οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRIs) είναι πιο αποτελεσματικά από τους SSRIs⁹.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ειδική πληθυσμιακή ομάδα και εξ'ορισμού αναμένεται να έχουν σωματική νοσηρότητα και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες σε υψηλότερο ποσοστό από τους νεότερους. Συχνά η διάκριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι πραγματική πρόκληση σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας, με πολλαπλά ιατρικά προβλήματα και λειτουργική έκπτωση¹⁵. Στην τελευταία μάλιστα αναθεώρηση της ταξινόμησης των

ψυχικών διαταραχών κατά DSM¹⁶ αναγνωρίζεται ότι στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους υπερисχύουν τα σωματικά συμπτώματα και η γνωστική έκπτωση σε σχέση με τους μικρότερους σε ηλικία ασθενείς. Οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να παραπονιούνται για διαταραχές μνήμης και αυτό να εγείρει υποψίες από την πλευρά της οικογένειας και των κλινικών για έναρξη άνοιας. Η κατάθλιψη μπορεί αντικειμενικά να επηρεάζει την απόδοση στις δοκιμασίες μνήμης λόγω της αβουλίας, της απάθειας, της μειωμένης συγκέντρωσης, της διαταραχής στην οργάνωση των πληροφοριών και της μειωμένης προσπάθειας¹⁵. Ο παλαιότερος μάλιστα όρος «καταθλιπτική ψευδοάνοια» αναφέρονταν στις διαταραχές μνήμης στο πλαίσιο της κατάθλιψης, που θεωρούνταν αναστρέψιμες με την αποδρομή του καταθλιπτικού συνδρόμου¹⁷. Η διάκριση μεταξύ άνοιας και κατάθλιψης είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της ενδεδειγμένης θεραπείας, ενώ σε περίπτωση λανθασμένης διάγνωσης οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές, όπως για παράδειγμα η εισαγωγή του καταθλιπτικού ασθενούς σε ίδρυμα και η λειτουργική έκπτωση. Οι προτάσεις του Wells¹⁸ για την κλινική διάκριση των δύο καταστάσεων αν και έχουν διατυπωθεί πριν από πολλά χρόνια, παραμένουν χρήσιμες (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Οδηγίες για τη διάκριση της ψευδοάνοιας από την άνοια¹⁸

Ψευδοάνοια	Άνοια
Η οικογένεια είναι πάντα ενήμερη της διαταραχής	Η οικογένεια συχνά δεν είναι ενήμερη της διαταραχής
Η έναρξη συνήθως μπορεί να προσδιοριστεί χρονικά	Η έναρξη δεν μπορεί να προσδιοριστεί
Οι ασθενείς ζητούν ιατρική βοήθεια σε σύντομο διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων	Οι ασθενείς ζητούν ιατρική βοήθεια σε προχωρημένη φάση
Ταχεία επιδείνωση των συμπτωμάτων	Αργή, προοδευτική επιδείνωση των συμπτωμάτων
Μπορεί να υπάρχει προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικών συμπτωμάτων	Συχνά δεν υπάρχει ιστορικό ψυχιατρικών συμπτωμάτων
Οι ασθενείς παραπονιούνται για τις διαταραχές μνήμης, εκδηλώνουν έντονη δυσφορία	Οι ασθενείς δεν παραπονιούνται για τη μνήμη τους, σχεδόν αδιαφορούν
Οι ασθενείς τονίζουν τις δυσκολίες τους	Οι ασθενείς συχνά αποκρύπτουν τις δυσκολίες τους
Οι ασθενείς καταβάλουν μικρή προσπάθεια στις δοκιμασίες	Οι ασθενείς καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια στις δοκιμασίες
Οι κοινωνικές δεξιότητες χάνονται νωρίς και σε μεγάλο βαθμό	Οι κοινωνικές δεξιότητες συχνά διατηρούνται

Η συμπεριφορά δεν αντιστοιχεί στη γνωστική έκπτωσηση	Η συμπεριφορά είναι ανάλογη της γνωστικής έκπτωσης
Δεν παρατηρείται νυχτερινή επιδείνωση	Υπάρχει νυχτερινή επιδείνωση
Συχνά οι ασθενείς απαντούν «Δεν ξέρω» στις δοκιμασίες	Οι ασθενείς μπορεί να δίνουν άσχετες απαντήσεις
Σοβαρή διαταραχή μνήμης για πρόσφατα και απομακρυσμένα γεγονότα	Η μνήμη για τα απομακρυσμένα γεγονότα διατηρείται
Ποικίλη απόδοση σε διαφορετικές δοκιμασίες ίδιας δυσκολίας	Σταθερά κακή απόδοση σε διαφορετικές δοκιμασίες

Μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα υποουδικά ή υποκατώφλια καταθλιπτικά σύνδρομα των ηλικιωμένων, δηλαδή εκείνες οι μορφές που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονας κατάθλιψης. Τέτοια σύνδρομα είναι συχνά στους ασθενείς της τρίτης ηλικίας και προκαλούν σημαντική νοσηρότητα¹⁹. Ακόμη, η επικράτηση επώδυνων συμπτωμάτων στην κλινική εικόνα αποτρέπει τους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους από την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για τη συναισθηματική διαταραχή, σχετίζεται δε με αυξημένη χρήση βενζοδιαζεπινών²⁰.

Ως προς την αιτιολογία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ιδιαίτερα ελκυστική είναι η αγγειακή υπόθεση, σύμφωνα με την οποία η αγγειακή εγκεφαλική νόσος μπορεί να αποτελέσει προδιαθεσικό παράγοντα κατάθλιψης, ενώ συμβάλλει στη διατήρηση και ενίσχυση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους ασθενείς²¹.

Αναγνώριση και θεραπεία καταθλιπτικών συνδρόμων στην ΠΦΥ

Υποστηρίζεται από ορισμένους ειδικούς ότι τα περισσότερα καταθλιπτικά σύνδρομα μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα, είτε αποκλειστικά από τους γιατρούς της ΠΦΥ, είτε σε συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας²². Ταυτόχρονα όμως αναγνωρίζεται μια σειρά παραγόντων που καθιστούν μη ικανοποιητική τη φροντίδα, όπως ανεπαρκής αναγνώριση των καταθλιπτικών διαταραχών από τους κλινικούς, χαμηλή προτεραιότητα στην ψυχική υγεία από τους λήπτες των αποφάσεων όλων των επιπέδων και τέλος, ανεπαρκής αριθμός υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μη αποδοτική χρησιμοποίηση αυτών που ήδη υπάρχουν²².

Στη βιβλιογραφία επικρατεί η άποψη ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές υποδιαγιγνώσκονται από τους γιατρούς της ΠΦΥ και ακόμη κι όταν γίνονται αντιληπτές υποθεραπεύονται²³. Τα αίτια είναι ποικίλα, αναφέρονται κυρίως η απροθυμία των γιατρών

να συζητήσουν τα συναισθηματικά προβλήματα των ασθενών τους, ο περιορισμένος διαθέσιμος χρόνος, η αυξημένη συχνότητα των συγκαλυμμένων μορφών κατάθλιψης και η σωματική συννοσηρότητα²⁴. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναγνωρίστηκαν ως φραγμοί στην αποτελεσματική φροντίδα της κατάθλιψης στην ΠΦΥ η αμφιτιμική στάση των κλινικών στο να ασχοληθούν με καταθλιπτικούς ασθενείς, η έλλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητα τους να χειριστούν τέτοιες καταστάσεις, η χρήση περιορισμένων θεραπευτικών επιλογών και η πεποίθηση ότι ορισμένοι ασθενείς νιώθουν στιγματισμένοι από τη διάγνωση²⁵.

Υπάρχουν όμως και αντίθετες ενδείξεις, όπως για παράδειγμα τα αποτελέσματα μιας αγγλικής μελέτης, όπου φάνηκε ότι οι γενικοί γιατροί υπήρξαν αποτελεσματικοί στην αναγνώριση σοβαρών και μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικών διαταραχών²⁶. Ακόμη σε μια παλαιότερη, πολυκεντρική μελέτη του ΠΟΥ οι ασθενείς που παρέμειναν αδιάγνωστοι είχαν ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στην έναρξη της νόσου και δε φάνηκε να μειονεκτούσαν ως προς την έκβαση²⁷.

Το μοντέλο της συνεργατικής φροντίδας (collaborative care)

Το μοντέλο της συνεργατικής φροντίδας αναφέρεται στη συνεργασία διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων μεταξύ τους και με άλλους επαγγελματίες υγείας, για την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό ο ρόλος των μη ιατρικών ειδικοτήτων, όπως το νοσηλευτικό προσωπικό, που διαμεσολαβούν μεταξύ γιατρών της ΠΦΥ και γιατρών άλλων ειδικοτήτων είναι σημαντικός για τη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα²⁸. Το μοντέλο έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση συνυπαρχουσών ψυχικών και λοιπών ιατρικών παθήσεων²⁹. Ειδικά για τις καταθλιπτικές διαταραχές η προσεγμένη μετα-ανάλυση των Gilbody και συνεργατών²⁸ έδειξε ότι η συνεργατική φροντίδα υπήρξε αποτελεσματικότερη από τις συνήθεις παρεμβάσεις στη βελτίωση της βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης έκβασης της κατάθλιψης σε ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Μεταγενέστερες μελέτες επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου και προτείνουν ότι η συνεργατική φροντίδα αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο θεραπείας των καταθλιπτικών ασθενών στην ΠΦΥ και η εφαρμογή της θα έπρεπε να αποτελεί προτεραιότητα για το σύστημα υγείας^{30, 31}.

Στη χώρα μας, ειδικά στις περιοχές της επαρχίας, το ρόλο του διαχειριστή των

περιστατικών με κατάθλιψη και του συντονισμού της φροντίδας μπορεί να έχει η υπηρεσία της Βοήθειας στο Σπίτι. Η υπηρεσία αυτή μπορεί να εντοπίζει περιπτώσεις καταθλιπτικών ασθενών και να τους φέρνει σε επαφή με τους γιατρούς της ΠΦΥ και με ειδικούς ψυχικής υγείας. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας που εργάζονται στην επαρχία μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική θεραπεία στους ασθενείς, ή να επιβλέπουν τη θεραπεία που παρέχεται από τους γιατρούς της ΠΦΥ.

Συνεργασία γιατρών της ΠΦΥ με υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της ως το 2003 βιβλιογραφίας οι Gilbody και συνεργάτες³² συμπέραναν ότι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην ΠΦΥ δεν ήταν ικανοποιητική και ότι οι χρησιμοποιούμενες κατευθυντήριες οδηγίες και η απλή εκπαίδευση των γενικών γιατρών ήταν αναποτελεσματικές πρακτικές. Διατύπωσαν την άποψη πως για τη βελτίωση της θεραπείας απαιτούνται σημαντικές αλλαγές στην οργάνωση και παροχή της φροντίδας, με έμφαση στη συνεργατική φροντίδα. Η πολύ πρόσφατη μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων μελετών σχετικά με την επίδραση της εκπαίδευσης των γενικών γιατρών στην αναγνώριση και θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών από τους Sikorski και συνεργάτες³³, ουσιαστικά επιβεβαιώνει ότι η ανάγκη δομικών αλλαγών στο σύστημα της ΠΦΥ παραμένει επίκαιρη και ότι η εφαρμογή της συνεργατικής φροντίδας είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Από όσα έχουν αναφερθεί προηγουμένως προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι γιατροί της ΠΦΥ έχουν ανάγκη τη συνεργασία με υπηρεσίες ψυχικής υγείας της κοινότητας για την ορθή διάγνωση και την εφαρμογή της ενδεδειγμένης θεραπείας σε πολλές περιπτώσεις ασθενών με καταθλιπτικές διαταραχές. Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ είναι συνήθως οι πρώτοι που θα απευθυνθούν οι ασθενείς με κατάθλιψη, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χρόνια σωματική νόσος ή όταν στην κλινική εικόνα κυριαρχούν σωματικά συμπτώματα. Η παρουσία υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα κέντρα υγείας επιτρέπει την άμεση παραπομπή των καταθλιπτικών ασθενών για διάγνωση και θεραπεία. Ακόμη, αποτελεί μια καλή ευκαιρία για εκπαίδευση των γενικών γιατρών σε θέματα ψυχικής υγείας. Τέλος παρέχει τη δυνατότητα εποπτείας της θεραπείας σε περιπτώσεις που έχει αναληφθεί από τους κλινικούς της ΠΦΥ ώστε να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, ειδικά σε επιπλεγμένες περιπτώσεις.

Βιβλιογραφία

1. Bromet E, Andrade LH, Hwang I et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011, 9: 90
2. Murray CJL, Lopez AD, (Eds.): *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996
3. Kendrick T, Tylee A. Depression. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R (eds). *Primary Care Mental Health*, RCPsych Publications, 2009, London, pp 107-124
4. Sachdeva S, Cohen D, Singh A et al. Depression and chronic medical illness. In: Schwartz T, Petersen T (eds). *Depression*, 2nd ed, Informa Healthcare, 2009, London, pp 209-219
5. Lesperance F, Frasure-Smith N, Koszycki D et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA* 2007, 297: 367-379
6. Garcia-Cebrian A, Gandhi P, Demyttenaere K, Peveler R. The association of depression and painful physical symptoms—a review of the European literature. *Eur Psychiatry* 2006, 21: 379-388
7. Lee P, Zhang M, Hong PJ et al. Frequency of painful physical symptoms with major depressive disorder in Asia: relationship with disease severity and quality of life. *J Clin Psychiatry* 2009 70 :83-91
8. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, et al. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord*. 2006, 92(2–3): 185–193
9. Greden JF. Physical symptoms of depression: unmet needs. *J Clin Psychiatry* 2003, 64 (suppl 7): 5–11
10. Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2008, 336: 1124-1128
11. Bair M, Robinson R, Eckert G et al. Impact of Pain on Depression Treatment Response in Primary Care. *Psychosom Med* 2004, 66:17–22
12. Kroenke K, Shen J, Oxman TE, et al. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: results from the RESPECT trial. *Pain*. 2008, 134(1–2): 209–215
13. Gameroff MJ, Olfson M. Major depressive disorder, somatic pain, and health care costs in an urban primary care practice. *J Clin Psychiatry* 2006, 67: 1232–1239
14. Leuchter AF, Husain MM, Cook IA, et al. Painful physical symptoms and treatment outcome in major depressive disorder: a STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) report. *Psychol Med* 2010, 40: 239–251
15. Davidoff D, Ujkaj M. The interface between depression and dementia. In: Ellison J, Kyomen H, Verma S (eds). *Mood disorders in later life*, 2nd ed, Informa Healthcare, 2009, New York, pp 151-160
16. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Text Revision, 2000. American Psychiatric Press, Washington

17. Emery VO, Oxman T. Update on the dementia spectrum of depression. *Am J Psychiatry* 1992, 149: 305-317
18. Wells C. Pseudodementia. *Am J Psychiatry* 1979, 136: 895-900
19. Heok KE, Ho R. The many faces of geriatric depression. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21: 540-545
20. Bonnewyn A, Katona C, Bruffaerts R et al. Pain and depression in older people: Comorbidity and patterns of help seeking. *J Affect Disord* 2009, 117: 193-196
21. Alexopoulos G. The Vascular Depression Hypothesis: 10 Years Later. *Biol Psychiatry* 2006, 60: 1304-1305
22. Gilbody S, Gask L. Depressive disorders in primary care: a review. In: Herrman H, Maj M, Sartorius N (eds). *Depressive disorders*, 3rd ed, Willey-Blackwell, 2009, pp 271-318
23. Tylee A, Walters G. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry* 2007, 68: 27-30
24. Alexopoulos G. Depression in the elderly. *Lancet* 2005, 365: 1961-1970
25. Barley E, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A metasynthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Family Practice* 2011, 12:47
26. Thompson C, Ostler K, Peveler R et al. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. *Br J Psychiatry* 2001, 179: 317-323
27. Goldberg D, Privett M, Ustun B et al. The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Practice* 1998, 48: 1840-1844
28. Gilbody S, Bower P, Fletcher J et al. Collaborative Care for Depression. A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. *Arch Intern Med* 2006, 166: 2314-2321
29. Meyer F, Peteet J, Joseph R. Models of care for co-occurring mental and medical disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2009, 17: 353-360
30. Simon G. Collaborative care for mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 22: 37-41
31. Engel, A, Malta L, Davies C, Momot Baker M. Clinical Effectiveness of Using an Integrated Model to Treat Depressive Symptoms in Veterans Affairs Primary Care Clinics and Its Impact on Health Care Utilization. *Prim Care Companion CNS Disord* 2011, 13(4): doi:10.4088/PCC.10m01096
32. Gilbody S, Whitty P, Grimsha J, Thomas R. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care. A Systematic Review. *JAMA* 2003, 289 :3145-3151
33. Sikorski C, Luppá M, König HH et al. Does GP training in depression care affect patient outcome?-A systematic review and metaanalysis. *BMC Health Services Research* 2012, 12:10

Ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι. Η κατεξοχήν ψυχιατρική παρέμβαση που δεν διδάσκεται πουθενά

Έλενα Ψαροπούλου, (επισκέπτρια υγείας)

Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Επαρχιακού Τύπου 2 (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης)

Η Κοινωνική Ψυχιατρική προσεγγίζει τον άνθρωπο θεωρώντας τον ως ένα βιοψυχοκοινωνικό σύστημα¹. Ειδικότερα, αναγνωρίζει ότι ο άνθρωπος είναι ένα «κοινωνικό ον», ότι ολόκληρος ο ψυχισμός του δεν μπορεί να μελετηθεί και να κατανοηθεί έξω από το ανθρώπινο περιβάλλον και κάθε είδους ψυχιατρική παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τα κοινωνικά δεδομένα σε όλες τους τις εκφάνσεις: πολιτιστική, οικονομική, οικογενειακή, επαγγελματική κ.ά.²

Με αφετηρία αυτή τη φιλοσοφία, η Κοινωνική Ψυχιατρική βρίσκει έκφραση μέσα από διάφορες παρεμβάσεις, μια από τις οποίες είναι και η ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι. Ως ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι, θα αποκαλούσαμε την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε άτομα και οικογένειες στο τόπο διαμονής τους με σκοπό την πρόληψη, προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας³.

Η παρέμβαση αυτή προσλαμβάνει τα χαρακτηριστικά της επίσκεψης, ως κοινωνικά θεσμοθετημένης και καθορισμένης δραστηριότητας, η οποία έχει κοινωνικούς κανόνες και περιορισμούς, τους οποίους είμαστε υποχρεωμένοι να σεβαστούμε, προκειμένου να την αξιοποιήσουμε στα πλαίσια της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Με την ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι πετυχαίνουμε την άμεση παρατήρηση της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης των ασθενών στο δικό τους περιβάλλον⁴. Η αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς στο σπίτι διαφοροποιείται σε σχέση με το νοσοκομείο. Ο θεραπευτής που ασκεί ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι έχει την ευκαιρία να ανακαλύψει τις πραγματικές ανάγκες του ασθενή γιατί:

- τον παρατηρεί μέσα στο δικό του φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζει,
- παρακολουθεί τον τρόπο που επικοινωνεί με την οικογένειά του (καθώς και τα δυναμικά αυτής) και τον τρόπο που αναπτύσσει σχέσεις με την κοινότητα.

Η βασική ειδοποιός διαφορά της ψυχιατρικής επίσκεψης στο σπίτι από άλλες μορφές θεραπευτικής παρέμβασης (ψυχοθεραπεία, εισαγωγή σε νοσοκομείο, επίσκεψη στο ιατρείο

κ.ά.) είναι ότι μέσω αυτής παρεμβαίνουμε ενεργητικά και ισότιμα σε τρία (τουλάχιστον) επίπεδα:

- στην παθολογία του αρρώστου
- στην οικογένεια
- στην κοινότητα.

Αυτή ακριβώς η σύνδεση του αρρώστου με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο αυτός εντάσσεται και η αντιμετώπισή τους ως ενότητα, καθιστούν τη θεραπευτική αυτή παρέμβαση ως κύρια έκφραση της σύγχρονης αντίληψης στην κοινωνική ψυχιατρική.

Σε γενικές γραμμές τα πλεονεκτήματα που συγκεντρώνει η παρέμβαση αυτού του είδους είναι ότι:

1. Η αντιμετώπιση του ασθενή στο σπίτι τονίζει το σεβασμό για την αυτονομία του και την ανεξαρτησία του.
2. Εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας.
3. Επιτυγχάνεται καλύτερη συνεργασία για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής⁵.
4. Δεν απομακρύνεται ο ασθενής από το οικογενειακό του περιβάλλον
5. Καταπολεμείται το στίγμα της ψυχικής νόσου (μεταστροφή προς θετική στάση της κοινότητας απέναντι στον ψυχικά ασθενή).
6. Παρέχεται καλύτερη ψυχοκοινωνική στήριξη στην οικογένεια (έχουμε τη δυνατότητα να συναντήσουμε μέλη της τα οποία δεν θα βλέπαμε πιθανόν καθόλου)
7. Αποτελεί οικονομικότερη λύση τόσο για αδύναμες οικονομικά ομάδες, όσο και για το δημόσιο σύστημα υγείας, γιατί επιτυγχάνεται η έγκαιρη πρόληψη της υποτροπής και μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο.
8. Εξυπηρετούνται ομάδες απομακρυσμένες από τις δομές υγείας (νησιά, χωριά που δεν έχουν επαρκή συγκοινωνιακή κάλυψη)
9. Παρέχεται πληρέστερη εικόνα για τον ασθενή (συνεκτιμούνται πέρα από τη κλινική εικόνα και άλλοι παράγοντες όπως οικογενειακοί δεσμοί, κοινωνική αποδοχή του ή μη κ.ά.).

Η ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι διαφοροποιείται από τις άλλες ψυχιατρικές παρεμβάσεις καθώς παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία διαμορφώνουν το ρόλο του θεραπευτή που την ασκεί. Τέτοιες διαφοροποιήσεις εντοπίζονται:

- στο πλαίσιο της παρέμβασης
- στην υποδοχή
- στη σχέση που αναπτύσσεται.

Αναλυτικότερα:

Ως προς το πλαίσιο

Το πλαίσιο της παρέμβασής περιλαμβάνει:

α) τον κοινωνικό θεσμό της επίσκεψης στο σπίτι. Ο θεσμός της επίσκεψης υποχρεώνει το θεραπευτή και την οικογένειά του να ακολουθήσουν κάποιους κοινωνικούς κανόνες (π.χ. η ευγένεια που απαιτείται όταν υποδεχόμαστε κάποιον στο σπίτι μας), μέσα στο πλαίσιο των οποίων πρέπει να γίνει η θεραπευτική παρέμβαση και το οποίο υποχρεώνει τα μέλη της οικογένειας να συμπεριφερθούν ως οικοδεσπότες και το θεραπευτή ως φιλοξενούμενο.

Το πιο βασικό, επομένως, που πρέπει να λαμβάνει υπόψη του συνεχώς ο θεραπευτής είναι ότι είναι φιλοξενούμενος, οφείλει να συμπεριφέρεται αναλόγως και να έχει υπόψη του τα έθιμα του τόπου που αφορούν την φιλοξενία.

Η στερεότυπη εικόνα που γενικά έχει ο ασθενής για το θεραπευτή ανατρέπεται στην ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι. Ο θεραπευτής είναι εκεί στο σπίτι του ασθενή, κάθεται ανάμεσα στα μέλη της οικογένειάς του και συνδιαλέγεται μαζί του / τους ισότιμα, όχι μόνο σε ζητήματα που αφορούν τη θεραπεία αλλά και σε ζητήματα που έχουν να κάνουν με τη καθημερινή του / τους ζωή. Με τη στάση του αυτή ο θεραπευτής αφενός προσπαίζει το θεραπευτικό χαρακτήρα της ψυχιατρικής επίσκεψης στο σπίτι και αφετέρου αναδεικνύει τη κοινωνική διάστασή της⁶.

Σε αυτό το περιβάλλον φιλοξενίας, ο θεραπευτής πρέπει να είναι προσιτός, οικείος, συγκαταβατικός, προσηνής και να κατέχει δεξιότητες επικοινωνίας. Συγχρόνως, όμως, ο θεραπευτής παρά τα πολλά ερεθίσματα που δέχεται, πρέπει να είναι επικεντρωμένος στο σκοπό της επίσκεψης στο σπίτι γιατί πολύ εύκολα μπορεί να αποσπαστεί η προσοχή του και να απομακρυνθεί από αυτόν.

β) το φυσικό περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα η επίσκεψη και αποτελεί το χώρο διαμονής της οικογένειας.

Με την επίσκεψη στο σπίτι ο θεραπευτής έχει τη μοναδική ευκαιρία να παρακολουθήσει τη λειτουργία της οικογένειας μέσα στο φυσικό της περιβάλλον, να συλλέξει πληροφορίες, να παρατηρήσει άμεσα τις αλληλοεπιδράσεις των μελών της οικογένειας και να παρέμβει άμα χρειασθεί. Η άμεση παρατήρηση του φυσικού περιβάλλοντος, μας δίνει πληροφορίες για την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, τις συνήθειές της, συνθήκες διαβίωσης, υγιεινής κ.ά.

Έτσι, διαμορφώνουμε μια ολοκληρωμένη ψυχοκοινωνική εικόνα για τον ασθενή και την οικογένειά του, που μας εξασφαλίζει σωστότερες βιοψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Ως προς την υποδοχή

Έχουμε παρατηρήσει ότι το υπόβαθρο για την επιτυχία της ψυχιατρικής επίσκεψης στο σπίτι είναι η αποδοχή του θεραπευτή από τον ασθενή και την οικογένειά του. Η επίσκεψη στο σπίτι δεν επιβάλλεται αλλά η οικογένεια «δέχεται» το θεραπευτή με δύο έννοιες: ως επισκέπτη στο σπίτι («υποδέχομαι έναν επισκέπτη») και ως αναγνώριση της παρέμβασής του («αποδέχομαι τη θεραπεία»).

Ο θεραπευτής ασκώντας διάφορες τεχνικές και όντας γνήσιος και αυθεντικός πρέπει να προσεγγίσει, να αφουγκραστεί τον άρρωστο και την οικογένειά του για να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους και την αποδοχή τους ώστε στο θεμέλιο αυτό να οικοδομηθεί η -ενίοτε μακροχρόνια- θεραπευτική σχέση με τον ασθενή και την οικογένειά του. Το θέμα της αποδοχής από την οικογένεια είναι αρκετά πολύπλοκο.

Η υποδοχή που αντιμετωπίζει ο θεραπευτής από τον οικοδεσπότη-άρρωστο καθορίζεται επίσης και από την ψυχοπαθολογία του ασθενή κατά το χρόνο της επίσκεψης⁷. Ειδικότερα, ο θεραπευτής βρίσκεται αφενός σε ανασφάλεια τη στιγμή που είναι στην εξώπορτα του ασθενή γιατί δεν γνωρίζει ποια είναι η ψυχική του κατάσταση και πώς θα τον / την υποδεχθεί (π.χ. μπορεί να είναι σε κρίση) και αφετέρου εκτεθειμένος σε βίαιες αντιδράσεις του ασθενή αν τυχόν επιβεβαιωθεί η εχθρική του διάθεση. Για την αντιμετώπιση των αισθημάτων της ανασφάλειας και της ενδεχόμενης εχθρικής διάθεσης από τον ασθενή, στηριζόμαστε στην εδραιωμένη και σταθερή θεραπευτική σχέση.

Ως προς τη σχέση

Η σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ασθενή στην ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι, στηρίζεται στην εμπιστοσύνη, το σεβασμό, το ενδιαφέρον, την ειλικρίνεια, σε μία ισότιμη βάση (στοιχεία φιλίας)⁸.

Τα στοιχεία αυτά ο ασθενής και η οικογένειά του τα ερμηνεύουν -δικαιολογημένα σε κάποιο βαθμό- ως εκδήλωση φιλίας και η ικανότητα του θεραπευτή έγκειται στο να τη μετατρέψει σε «θεραπευτική φιλία» (κατά το Διευθυντή της ΟΨΣΕΤ-2, ψυχίατρο κ. Λαζαρίδη) για να μπορέσει να ασκήσει το θεραπευτικό του έργο, δηλαδή να αναλάβει ο ασθενής την ευθύνη της φαρμακευτικής του αγωγής, να αποκτήσει εμπιστοσύνη και ενδιαφέροντα, να αναπτύξει διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις μέσα από την ενθάρρυνση και την καθοδήγησή του⁹.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η σχέση δεν περιορίζεται στην κοινωνική της διάσταση αλλά περιλαμβάνει και στοιχεία αυθεντίας του ειδικού που κάνει την επίσκεψη και στοιχεία συναισθηματικής συνδιαλλαγής. Είναι δηλαδή μια σχέση που περιέχει κυρίως μια κοινωνική διάσταση αλλά συγχρόνως και ένα ψυχολογικό κομμάτι συναισθηματικής φόρτισης όπως και σε μικρότερο βαθμό ένα βιολογικό κομμάτι.

Οι προσωπικές αντιλήψεις και τα πιστεύω του επαγγελματία ψυχικής υγείας, οι ατομικές αξίες του (σεβασμός της προσωπικότητας του άλλου, κοινωνική δικαιοσύνη, ισονομία, δικαίωμα στη ζωή και στην ελευθερία), τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του (ψυχική αντοχή, αυθεντικότητα, καταδεκτικότητα, αμεροληψία) και οι προσωπικές του δεξιότητες (προσεκτικός ακροατής, επικοινωνιακός, παρατηρητικός, συνεργατικός, διεισδυτικός), είναι σίγουρο ότι επηρεάζουν την ισορροπία και την ποιότητα της επαγγελματικής του σχέσης με τον ασθενή¹⁰.

Επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων μπορούν να πραγματοποιήσουν ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι .

Το ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσον αυτοί οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, πέρα από την επαγγελματική τους κατάρτιση, είναι κατάλληλα εκπαιδευμένη για την πραγμάτωση αυτού του πολυδύναμου έργου. Η έλλειψη εξειδικευμένης βιβλιογραφίας στην ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι (πέρα από σποραδικές αναφορές όπως και κάποιες γενικές κατευθυντήριες γραμμές που αποτελούν κοινό τόπο στις περισσότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις), δυσκολεύει την εκπαίδευση των θεραπειών που ασκούν αυτού του είδους παρέμβαση.

Η ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι στερείται μιας εδραιωμένης και ευρέως αποδεκτής μεθοδολογίας, στηριζόμενης σε ένα δομημένο θεωρητικό πλαίσιο. Αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη διαφόρων προγραμμάτων επίσκεψης στο σπίτι από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα, με τη φιλοσοφία, την εκπαίδευση, την εμπειρία, τη διάθεση πειραματισμού, την επιμονή, το μεράκι των θεραπειών της αρμόδιας υπηρεσίας ή φορέα. Παρά την ύπαρξη πολλών προγραμμάτων ψυχιατρικής επίσκεψης στο σπίτι, λίγα είναι γνωστά για το τι συνιστά πρότυπο ψυχιατρικής φροντίδας στο σπίτι.¹¹ Οι θεραπευτές προβαίνουν σε εκείνους τους στόχους και χειρισμούς, τους οποίους θεωρούν οικείους ανάλογα με τη θεραπευτική ομάδα στην οποία ανήκουν.

Τα περισσότερα προγράμματα επικεντρώνονται κυρίως στη συμμόρφωση του αρρώστου στη φαρμακευτική αγωγή δηλ. να πεισθεί ο άρρωστος για την αναγκαιότητα λήψης της φαρμακευτικής του αγωγής, στην αναγνώριση των παρενεργειών της, καθώς

και στην έγκαιρη παρέμβαση για την πρόληψη της ψυχιατρικής νόσου ή της υποτροπής της, με στόχο την αποφυγή της εισαγωγής του στο ψυχιατρείο.

Η κοινωνική του αποκατάσταση δεν πραγματοποιείται με τον ίδιο ζήλο, ίσως επειδή οι τρόποι για την πραγματοποίησή της δεν είναι τόσο ξεκάθαροι, είναι πολυεπίπεδοι, πολυπαραγοντικοί και το προσωπικό δεν έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία.

Συμπερασματικά αναδεικνύεται ότι η ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι στερείται βιβλιογραφίας και μεθοδολογίας και εξαρτάται από τα προσόντα και το μεράκι αυτών που την ασκούν.

Βιβλιογραφία

1. Μαδιανός Γ.Μ. *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα. 2000: 23
2. Bourguignon A. Για μια Κοινωνική Ψυχιατρική, στο *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής* (Α΄ τόμος). Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 1984: 34
3. Ελευθεριάδου Μ, Σακελλαρόπουλος Π. Λειτουργία κινητής μονάδας. Ιδιαιτερότητες αγωγής κοινότητας, στο: Φίτσιου Π.(επιμ. εκδ.), *Θεμέλιο της ψυχιατρικής ο συναισθηματικός δεσμός θεραπευτή – θεραπευόμενου*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 2010: 642 -643
4. Kerr M. Special Areas of Work. In: Owen G. M. (ed.). *Heath visiting*, 2nd ed. Bailliere Tindall, London 1983: 256
5. Thobaben M. Noncopliance: A Challenge for Home Health Nurses. *Home Health Care Management & Practice* 2007, 19 (5): 404 - 406
6. Αναστασίου Ε. Κλινική πρακτική ενός ψυχιατρικού τομέα των Παρισινών προαστίων, στο: *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής* (Β΄τόμος). Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 1990: 140 -141
7. Kozlak B.J. Psychotic Symptoms in Home Health Clients. *Home Health Care Management & Practice* 2011, 23(40): 295 - 298
8. Altschul A, Simpson R. *Ψυχιατρική νοσηλευτική*, μετάφραση – επιμέλεια Καραστεργίου Α. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης 1988: 259 – 267
9. Παπαβασιλείου Ι, Σακελλαρόπουλος Π. Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανένταξης και Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ψυχικά Πασχόντων. Η πρώτη πραγμάτωση της αποασυλοποίησης, στο: Φίτσιου Π.(επιμ. εκδ.) *Θεμέλιο της ψυχιατρικής ο συναισθηματικός δεσμός θεραπευτή – θεραπευόμενου*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 2010: 123
10. Καλλινικάκη Θ. *Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας* (Δ΄ έκδοση). Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1998: 86 -87
11. Farran C.J, Horton – Deutsch S.L, Fiedler R, Scott C. Psychiatric Home Care for the Elderly. *Home Health Care Services Quarterly* 1997, 16 (1-2): 77-92

Δέσμευση των ψυχωτικών ασθενών στη θεραπεία

Βάιος Κ. Περιτογιάννης

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου

Εισαγωγή

Οι ψυχωτικές διαταραχές (σχιζοφρένεια και συναφείς ψυχώσεις) είναι χρόνιες και προκαλούν μεγάλη νοσηρότητα. Η πρόγνωση είναι γενικά μέτρια και τα ποσοστά της προκληθείσας αναπηρίας σημαντικά, με αποτέλεσμα το κόστος των διαταραχών αυτών για το σύστημα υγείας και την κοινωνία να είναι υψηλό¹. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη φαρμακευτική θεραπεία με αντιψυχωτικά για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με σκοπό τη λειτουργική και κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών.

Η θεραπεία των ψυχώσεων δυσχεραίνεται από την ελλιπή δέσμευση των ασθενών στο θεραπευτικό σχέδιο, που διακρίνεται στη μειωμένη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και στην απομάκρυνση από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η ελλιπής δέσμευση στη θεραπεία έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην πορεία και έκβαση των ψυχωτικών διαταραχών (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Συνέπειες της απομάκρυνσης των ψυχωτικών ασθενών από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας²

• Υποτροπές
• Επανειλημμένες νοσηλείες
• Προβλήματα στέγασης
• Αυτοκτονία
• Βία

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές μελέτες σχετικές με τη δέσμευση των ψυχωτικών ασθενών στη θεραπεία. Στόχος των ερευνητών είναι η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου που κάνουν τους ασθενείς να μη λαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή όπως προτείνεται και να απομακρύνονται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η γνώση αυτών των παραγόντων επιτρέπει την επινόηση και εφαρμογή μεθόδων βελτίωσης της δέσμευσης, που ήδη έχουν αρχίσει να μελετώνται διεθνώς. Για παράδειγμα, το πρόβλημα

της ελλιπούς δέσμευσης των ψυχωτικών ασθενών στη θεραπεία μελετήθηκε εκτεταμένα από μια επιτροπή ειδικών το 2009. Οι ειδικοί συμπέραναν ότι η έκταση του προβλήματος είναι μεγάλη, οι συνέπειες σοβαρές και οι μέθοδοι εκτίμησης της συμμόρφωσης όχι ικανοποιητικές. Ως αιτίες που σχετίζονται με την κακή συμμόρφωση αναγνωρίστηκαν η μειωμένη εναισθησία των ασθενών, ορισμένα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της ψύχωσης, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων και η πεποίθηση των ασθενών ότι δε χρειάζονται θεραπεία από ένα σημείο και μετά. Για την πιο αξιόπιστη εκτίμηση της συμμόρφωσης προτάθηκε να συνδυάζονται οι διάφορες μέθοδοι και να χρησιμοποιούνται έγκυρες κλίμακες που συμπληρώνονται από τους ασθενείς. Τέλος, οι ειδικοί πρότειναν την αναζήτηση των αιτιών κακής συμμόρφωσης στον κάθε ασθενή και την παρέμβαση στο καθένα ξεχωριστά³. Οι σύγχρονες απόψεις για το πρόβλημα και οι προτάσεις για την αντιμετώπιση του παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω.

Συμμόρφωση με την αντιψυχωτική θεραπεία

Η μη τακτική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής από τους ασθενείς αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για όλες τις ιατρικές καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών. Όπως έδειξε η μελέτη CATIE⁴ τα ποσοστά διακοπής της αντιψυχωτικής αγωγής είναι υψηλά. Σε διάστημα 18 μηνών το 74% των ασθενών είχαν διακόψει την αντιψυχωτική θεραπεία για διάφορους λόγους. Στη μεταγενέστερη ευρωπαϊκή μελέτη SOHO τα ποσοστά μη συμμόρφωσης με την αγωγή ήταν πολύ χαμηλότερα, 28,8% σε διάστημα τριετούς παρακολούθησης⁵. Σε μια πρόσφατη μεγάλη ευρωπαϊκή μελέτη με ασθενείς πρώτου επεισοδίου σχιζοφρένειας το ποσοστό διακοπής της αντιψυχωτικής αγωγής σε διάστημα 12 μηνών ήταν 70% για την αλοπεριδόλη και 40% για τα δευτέρης γενιάς (άτυπα) αντιψυχωτικά⁶.

Σε μια παλαιότερη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το συνολικό ποσοστό κακής συμμόρφωσης με την αντιψυχωτική θεραπεία εκτιμήθηκε στο 50% περίπου⁷. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα μιας πρόσφατης μετα-ανάλυσης σχετικά με την απομάκρυνση των ψυχωτικών ασθενών από τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες, που δείχνουν ότι τα ποσοστά διακοπής ήταν πολύ χαμηλότερα σε σχέση με τη φαρμακευτική θεραπεία, μόλις 13%⁸. Ωστόσο η μέση διάρκεια των θεραπευτικών παρεμβάσεων ήταν πολύ μικρή, 24,58 εβδομάδες, σε σχέση με τη χρονιότητα των ψυχωτικών διαταραχών.

Η αναζήτηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ψυχωτικών ασθενών έχει γίνει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας (πίνακας 2). Ορισμένοι από τους παράγοντες αυτούς μπορούν να τροποποιηθούν και αυτό έχει κλινική και προγνωστική σημασία⁵.

Πίνακας 2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική θεραπεία^{9, 10}

Από την πλευρά των ασθενών	Από την πλευρά των κλινικών	Σχετιζόμενοι με το φάρμακο	Περιβαλλοντικοί παράγοντες
Εναισθησία, αντιλήψεις	Θεραπευτική συμμαχία	Αποτελεσματικότητα	Αντιλήψεις και υποστήριξη της οικογένειας
Παραληρητικές ιδέες και άλλα συμπτώματα (π.χ. γνωστική έκπτωση)	Υποστήριξη	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Πρόσβαση στις θεραπείες
Κατάθλιψη	Συχνότητα επισκέψεων	Συχνότητα χορήγησης	Κοινωνικές πεποιθήσεις-στίγμα
Κατάχρηση ουσιών	Προτιμήσεις-αντιλήψεις	Τρόπος χορήγησης	Ρόλος του διαδικτύου και της διαφήμισης
Προσδοκώμενα οφέλη-επιπτώσεις	Ικανότητα να πείθουν τους ασθενείς	Πολυφαρμακία	
Προτιμήσεις-κίνητρα	Απλότητα στην ενημέρωση	Κόστος	
Προσωπικότητα	Θεραπευτικό πλαίσιο		

Έχουν περιγραφεί και μελετηθεί διάφορες μέθοδοι εκτίμησης της συμμόρφωσης των ασθενών με τη φαρμακευτική θεραπεία. Η πιο ακριβής είναι φυσικά η άμεση παρατήρηση των ασθενών, αλλά αυτό συνήθως είναι εφικτό μόνο σε συνθήκες νοσηλείας και σίγουρα όχι πρακτικό για μακροχρόνιες θεραπείες, όπως στις ψυχώσεις¹⁰. Η μέτρηση των επιπέδων του φαρμάκου στο πλάσμα θεωρείται αρκετά ακριβής αλλά έχει πολλούς περιορισμούς τόσο στην αξιοπιστία όσο και στην αποδοχή από τους ασθενείς και αυτό περιορίζει την εφαρμογή της στην κλινική πράξη^{10, 11}. Συνήθως οι θεραπευτές βασίζονται στις αναφορές και στην κλινική εικόνα του ασθενούς, ακόμα και στην αναφορά ανεπιθύμητων ενεργειών για να βγάλουν συμπεράσματα σχετικά με την τακτική ή μη λήψη της αγωγής. Φαίνεται όμως ότι οι κλινικοί τείνουν να υπερεκτιμούν τα ποσοστά συμμόρφωσης των ασθενών με τη θεραπεία¹². Ένας άλλος, έμμεσος, συνήθης τρόπος εκτίμησης της συμμόρφωσης είναι ο έλεγχος της ανανέωσης των ιατρικών συνταγών. Πρόσφατα έγινε ανασκόπηση των διάφορων μεθόδων εκτίμησης της δέσμευσης στη θεραπεία από μια επιτροπή ειδικών¹³.

Το συμπέρασμα που διατυπώθηκε ήταν πως οι υπάρχουσες μέθοδοι δεν είναι απόλυτα ικανοποιητικές, αλλά είναι ενδεικτικές της συμμόρφωσης και της στάσης των ασθενών απέναντι στη θεραπεία. Οι ειδικοί πρότειναν η εκτίμηση της συμμόρφωσης να γίνεται με συνδυασμό διαφορετικών μεθόδων, καθώς έτσι αυξάνεται η αξιοπιστία.

Η αδυναμία αξιόπιστης καταγραφής συνιστά σημαντικό περιορισμό στην έρευνα σχετικά με τη συμμόρφωση. Άλλος περιορισμός είναι ο ίδιος ο ορισμός. Η συμμόρφωση με τη θεραπεία δεν είναι «όλον ή ουδέν» φαινόμενο. Μπορεί να μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια μιας μακροχρόνιας θεραπείας, ενώ υπάρχουν ενδιάμεσες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται ως «μερική συμμόρφωση»¹¹. Ακόμη κι αυτή η μορφή όμως σχετίζεται με υποτροπές και δυσμενή έκβαση των ψυχωτικών διαταραχών. Ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια της ψύχωσης τα ποσοστά ελλειπών συμμόρφωσης είναι υψηλά και οι επιπτώσεις των υποτροπών σοβαρές¹⁴.

Παρακολούθηση (follow-up) από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Σε σχέση με την εκτεταμένη βιβλιογραφία για τη συμμόρφωση με τα αντιψυχωτικά, οι μελέτες για τη συστηματική παρακολούθηση των ψυχωτικών ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι λιγότερες. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι η αντιψυχωτική αγωγή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία των ψυχώσεων. Ωστόσο η συνέχεια στη φροντίδα που εξασφαλίζεται με την παραμονή των ασθενών σε επαφή με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες είναι επίσης πολύ σημαντική. Τα ευρήματα της έρευνας ως προς τους παράγοντες που σχετίζονται με την απομάκρυνση των ψυχωτικών ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (πίνακας 3) και τις επιπτώσεις που αυτή συνεπάγεται, συνοψίζονται σε δύο πρόσφατες ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας^{2, 15}.

Πίνακας 3. Παράγοντες κινδύνου για απομάκρυνση από τις υπηρεσίες υγείας^{2, 15}

• Δημογραφικοί παράγοντες (νεαρή ηλικία, άντρες, μειονότητες)
• Έλλειψη εναισθησίας
• Μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα
• Κατάχρηση ουσιών
• Κακή οικονομική κατάσταση-ανεργία
• Δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

Τα ποσοστά διακοπής της συστηματικής παρακολούθησης ποικίλουν στις διάφορες μελέτες, ανάλογα με τον πληθυσμό των ασθενών και το είδος της υπηρεσίας. Για ψυχωτικούς ασθενείς που παρακολουθούνται από κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας το ποσοστό απομάκρυνσης είναι γύρω στο 30% σε διάστημα 1-9 ετών¹⁵. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα μιας παλαιότερης ανασκόπησης 5 μελετών, διάρκειας από 3 μήνες ως 2 έτη που αφορούσαν σε πληθυσμούς ασθενών με σοβαρά ψυχικά νοσήματα που παρακολουθούνταν στην κοινότητα¹⁶.

Αξίζει να σημειωθεί πως παρατηρείται μεγάλη αλληλοεπικάλυψη μεταξύ της ελλιπούς συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή και της απομάκρυνσης από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι μισοί περίπου από τους ασθενείς που αρνούνται πλήρως τη φαρμακευτική θεραπεία στη συνέχεια διακόπτουν την τακτική παρακολούθηση¹⁷. Συνεπώς τα δύο αυτά ζητήματα στη θεραπεία των ψυχώσεων πρέπει να εξετάζονται μαζί.

Παρεμβάσεις

Η μελέτη της ελλιπούς δέσμευσης των ψυχωτικών ασθενών στη θεραπεία έχει οδηγήσει στη διατύπωση ορισμένων κανόνων για την αντιμετώπιση του προβλήματος (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Θεραπευτικές αρχές για τη βελτίωση της συμμόρφωσης και την ελάττωση της απομάκρυνσης από τις υπηρεσίες υγείας^{2,17}

• Εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου
• Τακτικός επανέλεγχος των παραγόντων κινδύνου και προσαρμογή της θεραπείας
• Προσαρμογή της οργάνωσης της φροντίδας (π.χ. φροντίδα στην κοινότητα)
• Τακτική παρακολούθηση της συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή
• Εξατομικευμένες προσαρμοσμένες παρεμβάσεις συμμόρφωσης
• Θεραπεία επικεντρωμένη στον ασθενή-από κοινού λήψη αποφάσεων

Ειδικά σε ότι αφορά στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, οι ερευνητές δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας των ψυχωτικών ασθενών, που παρεμβαίνει στην ικανότητα τους να κατανοούν τις παρεχόμενες πληροφορίες, να ακολουθούν τις θεραπευτικές οδηγίες και να συμμετέχουν στο θεραπευτικό σχέδιο¹⁸. Σε μία πρόσφατη μελέτη για την ενίσχυση της συμμόρφωσης οι ειδικοί προτείνουν τη χρησιμοποίηση των παρατεταμένης δράσης, ενέσιμων αντιψυχωτικών σκευασμάτων σε περιπτώσεις μειωμένης εναισθησίας, χρήσης ουσιών, επίμονων συμπτωμάτων και

έλλειψης υποστηρικτικών συστημάτων για τον ασθενή¹⁹. Συνοπτικά οι τρόποι που προτείνονται για τη βελτίωση της συμμόρφωσης παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Στρατηγικές βελτίωσης της συμμόρφωσης με την αντιψυχωτική θεραπεία¹⁸

• Απλοποίηση του θεραπευτικού σχήματος
• Ενημέρωση των ασθενών
• Τροποποίηση των αντιλήψεων των ασθενών
• Επικοινωνία με ασθενή και οικογένεια
• Παρακολούθηση και αξιολόγηση της συμμόρφωσης

Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας της τελευταίας δεκαετίας σχετικά με τις παρεμβάσεις για την ενίσχυση της συμμόρφωσης με την αντιψυχωτική θεραπεία οι συγγραφείς εντόπισαν 15 μελέτες, ετερογενείς ως προς το σχεδιασμό, την εκτίμηση της δέσμευσης στη θεραπεία και τις μεταβλητές της έκβασης της νόσου¹¹. Διαπίστωσαν ότι οι επικεντρωμένες στη συμμόρφωση παρεμβάσεις που είχαν μεγαλύτερη διάρκεια ήταν περισσότερο αποτελεσματικές, καθώς και εκείνες που εστίαζαν στις διαταραχές μνήμης και προσοχής. Τέλος αναγνώρισαν την ανάγκη για εξατομικευμένες προσεγγίσεις προς ενίσχυση της συμμόρφωσης.

Ο ρόλος των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας

Όπως εύστοχα παρατηρούν οι Campbell και συνεργάτες (αναφέρεται από Burns²⁰): «η ψυχική νόσος θέτει τέτοιες απαιτήσεις στο σύστημα υγείας, που καμιά ειδικότητα ή υπηρεσία δεν μπορεί από μόνη της να αντιμετωπίσει». Είναι επομένως εύλογη η δημιουργία ομάδων ψυχικής υγείας με συμμετοχή επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, νοσηλευτικού προσωπικού, επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών κλπ). Οι πολυκλαδικές αυτές ομάδες παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στον τόπο διαμονής των ασθενών με βάση τις αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής, έχοντας μάλιστα τη δυνατότητα να πραγματοποιούν επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών²⁰. Προτεραιότητα δίνεται στη φροντίδα ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως οι ψυχώσεις, δίχως να παραβλέπονται ηπιότερες διαταραχές που επιπλέκονται με κοινωνικά προβλήματα, δυσπροσαρμοστικές προσωπικότητες και κατάχρηση ουσιών²¹. Η ενσωμάτωση των ομάδων ψυχικής υγείας στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Υγείας (ΠΦΥ) έχει βρεθεί να είναι ένας πολύ αποδοτικός τρόπος φροντίδας των ψυχικά πασχόντων²².

Η φροντίδα από τις πολυκλαδικές κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας φαίνεται να είναι αποδεκτή από τους ασθενείς και προάγει τη συστηματική παρακολούθηση, μειώνοντας τις νοσηλείες χωρίς απαραίτητα να μειώνει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων¹⁶. Ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις η θεραπεία είναι προτιμότερο να ξεκινήσει σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον έπειτα από την κατάλληλη παραπομπή και να συνεχιστεί αργότερα στην κοινότητα. Είναι άλλωστε τεκμηριωμένο ότι ο συνδυασμός κοινοτικής και νοσοκομειακής φροντίδας επιφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα²³.

Εξίσου σημαντική με τη φροντίδα των ασθενών είναι η ενημέρωση των φροντιστών για τη φύση των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών και η υποστηρικτική παρέμβαση στα μέλη των οικογενειών των ασθενών²⁴. Ακόμη, η αγωγή κοινότητας, δηλαδή η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σε θέματα ψυχικής υγείας αποτελεί προτεραιότητα των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας²⁰. Για τους παραπάνω λόγους λοιπόν, οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας θεωρούνται η βάση του σύγχρονου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με έδρα την κοινότητα²¹. Από τους ειδικούς μάλιστα προτείνεται ότι οι χώρες με χαμηλό εισόδημα (όπως δηλαδή η Ελλάδα) μπορούν να στηρίζονται στη φροντίδα ψυχικής υγείας που βασίζεται στην κοινότητα και στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας²⁵.

Στη χώρα μας είναι γνωστό ότι οι αγροτικές, σχετικά φτωχές και απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα περιοχές δε λαμβάνουν την απαιτούμενη φροντίδα στον τομέα της ψυχικής υγείας²⁶. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας (ΚΜΨΥ Ι-Θ) λειτουργεί από το Μάρτη του 2007 και δραστηριοποιείται σε τέτοιες περιοχές, χρησιμοποιώντας υποδομές της ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας και Περιφερικά Ιατρεία), ενώ έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιεί επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών. Η συνεισφορά της ΚΜΨΥ Ι-Θ στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών είναι σημαντική. Κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων λειτουργίας της οι εισαγωγές των ψυχωτικών ασθενών (που είναι προτεραιότητα για όλες τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας διεθνώς) που παρακολουθούσε μειώθηκαν κατά 30.4% σε σχέση με την αμέσως προηγούμενη διετία²⁷. Σε ότι αφορά στη συστηματική παρακολούθηση των ψυχωτικών ασθενών από την ΚΜΨΥ Ι-Θ, κατά τα 3,5 πρώτα χρόνια λειτουργίας της το ποσοστό απομάκρυνσης ήταν 29,8%²⁸, συγκρίσιμο με τα ποσοστά που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία¹⁵.

Η οικονομική κρίση που διανύει η χώρα μας έχει άμεσες επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών, που απομακρύνονται από τις υπηρεσίες υγείας, συχνά για λόγους αποστάσεων και δυσκολίας στην πρόσβαση²⁹. Συνεπώς δείχνει αυτονόητη η προσπάθεια διατήρησης και ενίσχυσης αποδεδειγμένα αποτελεσματικών, χαμηλού κόστους υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που από τη φύση τους αίρουν τους γεωγραφικούς περιορισμούς πρόσβασης, όπως είναι οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφία

1. Covell N, Essock S, Frisman L. Economics of the treatment of schizophrenia. In: Weinberger D, Harrison P (eds). Schizophrenia, 3rd ed, Wiley-Blackwell, 2011, pp 687-699
2. Kreyenbuhl J, Nossel I, Dixon L. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. Schizophr Bull 2009, 35: 696-703
3. Velligan D, Weiden P, Sajatovic M et al. Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry 2009, 70 (suppl 4): 1-46
4. Lieberman J, Stroup TS, Swartz M et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. New Engl J Med 2005, 353: 1209-1223
5. Novick D, Haro JM, Suarez D et al. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res 2010, 176: 109-113
6. Kahn R, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized clinical trial. Lancet 2008, 371: 1085-1097
7. Lacro J, Dunn L, Dolder C et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry 2002, 63: 892-909
8. Villeneuve K, Potvin S, Lesage A, Nicole L. Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. Schizophr Res 2010, 121: 266-270
9. Hayward P, Wykes T. Understanding and enhancing adherence to treatment in people with schizophrenia. In: Castle D, Copolov D, Wykes T, Mueser K (eds). Pharmacological and psychosocial treatments in schizophrenia, 2nd ed, Informa Healthcare, 2008, London, pp 143-150
10. Buckley P, Foster A, Patel N, Wermert A. Adherence to mental health treatment. Oxford University Press, 2009, New York
11. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile L et al. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-A review of the past decade. Eur Psychiatry 2011, Epub ahead of print

12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New Engl J Med* 2005, 353: 487-497
13. Sajatovic M, Velligan D, Weiden P et al. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res* 2010, 69: 591-599
14. Masand P, Roca M, Turner M, Kane J. Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009, 11: 147-154
15. O'Brien A, Fahmy R, Singh S. Disengagement from mental health services: a literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009, 44: 558-568
16. Simmonds S, Coid J, Joseph P et al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2001, 178: 497-502
17. Lambert M, Naber D. Νεότερες εξελίξεις στη σχιζοφρένεια. Επιμ μετάφρασης Γαβρανοπούλου Μ, εκδ Βαγιονάκης, 2009, Αθήνα.
18. Hardeman S, Harding R, Narasimhan M. Simplifying adherence in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2010, 61: 405-408
19. Velligan D, Weiden P, Sajatovic M et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental health illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2010, 16: 306-324
20. Burns T. Community mental health teams. Oxford University Press, 2004
21. Burns T. Planning and providing mental health services for a community. In: Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor JJ, Geddes J (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2nd ed, Oxford University Press, 2009, New York, pp 1452-1462
22. Snyder K, Dobscha S, Ganzini L et al. Clinical outcomes of integrated psychiatric and general medical care. *Community Ment Health J* 2008, 44: 147-154
23. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004, 185: 283-290
24. Macleod S, Elliott L, Brown R. What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *Int J Nurs Studies* 2011, 48: 100-120
25. Thornicroft G, Tansella M. Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας. Επιμ μετάφρασης Στυλιανίδης Σ, εκδ Τόπος, 2010
26. Madianos M, Zacharakis C, Tsitsa C, et al. The mental health care delivery system in Greece: regional variation and socioeconomic correlates. *J Ment Health Policy Econ* 1999, 2: 169-176
27. Peritogiannis V, Mantas C, Alexiou D et al. The contribution of a mobile mental health unit to the promotion of primary mental health in rural areas of Greece: a 2-year follow-up. *Eur Psychiatry* 2011, 26: 425-427
28. Μεντή Ν, Φωτοπούλου Β, Μανθοπούλου Θ, και συν. Τακτική παρακολούθηση ψυχωτικών ασθενών από κινητή μονάδα ψυχικής υγείας. Αναρτημένη ανακοίνωση που παρουσιάστηκε στο 21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα, 5-8 Μαΐου 2011
29. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011, 378 (9801): 1457-1458

Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ

Στέλλα Παντελίδου, Αθηνά Βακαλοπούλου, Στέλιος Στυλιανίδης

Εταιρεία Περιφερειακή Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ)

Επιδημιολογικά δεδομένα

Σύμφωνα με στοιχεία του Συμβουλίου της Ευρώπης, 1 στις 4 γυναίκες βιώνει κάποιο περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας κατά τη διάρκεια της ζωής της, ενώ 6-10% των γυναικών αναφέρονται ως θύματα βίας κατά τη διάρκεια ενός έτους. Ωστόσο και οι άντρες βιώνουν ανάλογα, περιστατικά αλλά σε αρκετά μικρότερη συχνότητα (1 άντρας στις 10 γυναίκες)¹. Οι περισσότεροι ερευνητές συνηγορούν στο συμπέρασμα ότι τα υπάρχοντα στοιχεία αποτελούν ένα μόνο μέρος της πραγματικής συχνότητας του φαινομένου, λόγω του στιγματισμού που ενέχει η παραδοχή του εκ μέρους του θύματος, συνοδευόμενου και από το φόβο της αντεκδίκησης. Η ελλιπής καταγραφή περιστατικών κακοποίησης αποτελεί βασική δυσκολία για την ακριβή περιγραφή του βαθμού, της φύσης, της σοβαρότητας και των επιπτώσεων της ενδοοικογενειακής βίας².

Στην Ελλάδα, η πλειοψηφία των στοιχείων που αφορούν τη συχνότητα των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας προέρχεται από τη Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων. Σύμφωνα με στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από γυναίκες θύματα στις συμβουλευτικές υπηρεσίες κατά το διάστημα 2002 – 2005³, το πρώτο περιστατικό βίας παρατηρείται συνήθως μετά το γάμο (56,06%) και οι γυναίκες, παρά τη βίαιη συμπεριφορά του συζύγου τους (80%), εξακολουθούν να μένουν μαζί τους (65,22%). Η συνηθέστερη μορφή βίας είναι η ψυχολογική και η σωματική, ενώ λιγότερο συχνά αναφέρεται μόνο η ψυχολογική βία. Οι περισσότερες γυναίκες δεν είχαν παρόμοια εμπειρία στο παρελθόν (75%), ενώ σε ποσοστό 25% των γυναικών με προηγούμενο ιστορικό, ο συνηθέστερος δράστης ήταν ο πατέρας τους (18%). Επιπλέον πριν από τη βίαιη πράξη οι περισσότεροι δράστες βρίσκονται υπό την επήρεια αλκοόλ (30%) ή άλλων ουσιών (25%).

Η πρώτη Πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία διεξήχθη από τον Οκτώβριο 2002 έως τον Απρίλιο 2003 από τους Αρτινοπούλου και

4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας • Μέτσοβο, 7-9 Οκτωβρίου 2011

Φαρσεδάκη⁴. Αντικείμενο της έρευνας ήταν η διερεύνηση περιστατικών βίας ενάντια στις γυναίκες ως θύματα από τους συντρόφους τους. Συγκεκριμένα στόχευε στην καταγραφή των διαφόρων μορφών βίας, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας, με τη μέθοδο των δομημένων συνεντεύξεων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1200 γυναίκες ηλικίας 18-60 ετών, κάτοικοι αστικών, ημι-αστικών και αγροτικών περιοχών στην Ελλάδα, οι οποίες επιλέχθηκαν τυχαία. Βάσει των αποτελεσμάτων, το 56% των ερωτηθέντων γυναικών βίωσε λεκτική και/ή ψυχολογική βία, συνηθέστερη μορφή της οποίας ήταν οι προσβολές (19%), οι βρισιές (16,40%), οι περιορισμοί (10,90%), η απομόνωση από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον (5,50%) και οι απειλές (4,30%).

Άλλη μελέτη σε πληθυσμό 1122 ενηλίκων, ηλικίας 18 – 65 ετών και κατοίκων αστικών περιοχών της Ελλάδας⁵, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συναισθηματική βία ήταν η πιο συχνή μορφή βίας μέσα στην οικογένεια (27%) ενώ η σωματική βία σημειώθηκε σε ποσοστό 18,7%.

Ο ρόλος της αυτό-εκτίμησης φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τη σωματική βία και τη θυματοποίηση⁶, ενώ τα βιώματα βίας κατά την παιδική ηλικία λειτουργούν ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας σωματικής, σεξουαλικής και συναισθηματικής βίας. Η εξέλιξη της βίας και εγκληματικότητας στην Ελλάδα είναι αυξητική τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης η οποία μοιραία συμβάλλει στην αλλαγή του τρόπου ζωής και σκέψης αναπαράγοντας διαρκώς το φόβο της θυματοποίησης⁷.

Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων στο πλαίσιο δράσης της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ παρέχει υπηρεσίες διαγνωστικής εκτίμησης και θεραπευτικής παρακολούθησης σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες στα νησιά Πάρο, Αντίπαρο, Τήνο, Σύρο, Άνδρο και Μύκονο τα τελευταία 8 χρόνια. Παράλληλα αναπτύσσει ειδικές δράσεις προαγωγής ψυχικής υγείας στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, βάσει και των ιδιαίτερων αναγκών και αιτημάτων κάθε κοινότητας⁸⁻⁹.

Τα τελευταία 2 χρόνια παρατηρήθηκε σε ορισμένα από τα νησιά του τομέα ευθύνης της Μονάδας, μια αύξηση των αιτημάτων για παρέμβαση σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας με θύματα κυρίως γυναίκες και παιδιά. Η έλλειψη κοινωνικών υπηρεσιών στα νησιά αυτά, καθώς και η ντροπή και το στίγμα που συνήθως συνοδεύει την

αποκάλυψη τέτοιων περιστατικών στις τοπικές κοινότητες, συχνά δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο τη διαχείριση των περιστατικών αυτών. Επιπρόσθετα τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί και τα αιτήματα από σχολεία για ενημερωτικές ομιλίες και συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση περιστατικών βίας στο σχολείο (bullying).

Στο πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκε και υλοποιήθηκε ειδικό πρόγραμμα Ενδυνάμωσης Γυναικών και Επαγγελματιών σε θέματα αντιμετώπισης της Ενδοοικογενειακής Βίας, στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού προγράμματος EMPOWER_W (Daphne Project). Στο πρόγραμμα αυτό συμμετείχαν επίσης εξειδικευμένοι φορείς σε θέματα αντιμετώπισης περιστατικών κακοποίησης και ακαδημαϊκοί φορείς από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία, την Πολωνία και τη Σλοβενία.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- A) Ανάπτυξη, πιλοτική εφαρμογή και αξιολόγηση ειδικού θεραπευτικού-ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για γυναίκες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία και αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας.
- B) Ανάπτυξη, υλοποίηση και αξιολόγηση ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος για επαγγελματίες ψυχικής υγείας με στόχο την αναγνώριση και διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας.
- Γ) Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος για γυναίκες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία στο παρελθόν με στόχο να γίνουν οι ίδιες συντονίστριες ομάδων αυτοβοήθειας.

Οι δυο πρώτοι στόχοι έχουν υλοποιηθεί στο επίπεδο της ανάπτυξης και εφαρμογής των προγραμμάτων, ενώ η διαδικασία αξιολόγησης τους είναι σε εξέλιξη. Πιο συγκεκριμένα, στα νησιά του τομέα ευθύνης της Κινητής Μονάδας πραγματοποιήθηκαν ομάδες γυναικών που αντιμετώπιζαν προβλήματα ενδοοικογενειακής βίας, κατά τη διάρκεια των οποίων συζητήθηκαν θέματα που αφορούσαν την ανάπτυξη εξατομικευμένου προγράμματος ενδυνάμωσης, την έκφραση και επεξεργασία συναισθημάτων που σχετίζονται με την κακοποίηση (θυμός, ενοχή, φόβος), την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, τη διαχείριση του άγχους, την ανάπτυξη διεκδικητικής συμπεριφοράς (assertive training), την ανάπτυξη ατομικού πλάνου εκτίμησης του κινδύνου και προστασίας των ίδιων των γυναικών και των ανήλικων παιδιών στην οικογένεια (αν υπάρχουν). Το θεραπευτικό-ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα περιελάμβανε συνολικά 8 τρίωρες συνεδρίες.

Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκε ειδικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα 8 συναντήσεων με συμμετοχή 18 ειδικών ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες) με στόχο την ενδυνάμωση τους, όσον αφορά την αναγνώριση και αντιμετώπιση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας με θύματα κυρίως γυναίκες και παιδιά. Μέσα από θεωρητικές παρουσιάσεις και βιωματικές ασκήσεις (μεταξύ άλλων και συζήτηση κλινικού υλικού) αναπτύχθηκαν θέματα που αφορούσαν μορφές ενδοοικογενειακής βίας, επιδημιολογικά δεδομένα και συνέπειες, αίτια, παράγοντες κινδύνου και πρόληψη ενδοοικογενειακής βίας, αξιολόγηση και αναγνώριση περιστατικών βίας στη καθημερινή πρακτική, δεξιότητες συμβουλευτικής, βασικές αρχές ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας για γυναίκες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία και αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, θεραπεία ζεύγους και οικογένειας με θέματα ενδοοικογενειακής βίας, εφαρμογή ειδικού προγράμματος εκτίμησης κινδύνου (risk assessment) και ανάπτυξης πλάνου ασφάλειας (safety planning), νομικά ζητήματα που αφορούν την προστασία των θυμάτων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Παράλληλα δημιουργήθηκαν ομάδες εργασίας για συζήτηση κλινικού υλικού και μετάφραση στα ελληνικά εργαλείων ανίχνευσης συντροφικής βίας.

Εκτός από το εξειδικευμένο αυτό πρόγραμμα, υλοποιήθηκαν επίσης και άλλες δράσεις πρόληψης και αντιμετώπισης περιστατικών βίας. Εφαρμόστηκαν σε συνεργασία με το τμήμα Ψυχιατροδικαστικής της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ-ΠΓΝ «Αττικόν» σύντομα εκπαιδευτικά προγράμματα για τους αστυνομικούς που εργάζονται στον τομέα ευθύνης, με τη συμμετοχή επίσης εργαζομένων στις Εισαγγελικές Αρχές και το Λιμενικό Σώμα, ενώ ειδικό θέμα διαχείρισης περιστατικών κακοποίησης συμπεριλήφθηκε και στα εκπαιδευτικά σεμινάρια που γίνονται στους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα νησιά. Τέλος, έγιναν ενημερωτικές ημερίδες στα σχολεία και ειδικές δράσεις πρόληψης της βίας στο σχολείο με θεωρητικά σεμινάρια και βιωματικές ασκήσεις για τους εκπαιδευτικούς, με τη συμμετοχή σε ορισμένες περιπτώσεις και μαθητών.

Με δεδομένο ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των τελευταίων ετών στη χώρα μας πιθανά σχετίζονται με την αύξηση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, ενώ παράλληλα υπάρχει μεγάλη δυσκολία κατάλληλης διαχείρισης των περιστατικών αυτών (δυσκολία ακόμα μεγαλύτερη σε νησιωτικές απομακρυσμένες περιοχές), η ανάπτυξη σχετικών δράσεων πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών και ενδυνάμωσης θυμάτων

βίας με παράλληλη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας τους καθίσταται απολύτως αναγκαία.

Βιβλιογραφία

1. Gracia E, Herrero J. Acceptability of Domestic Violence against women in the European Union: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and community health* 2006, 60:123-129
2. Vitanza S, Vogel LC, Marshall LL. Distress and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Abused Women. *Violence and Victims* 1995, 10:23-34
3. Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων. Ποσοτικά στοιχεία θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας από τις συμβουλευτικές υπηρεσίες της Αθήνας και του Πειραιά 2005, (Ανάκτηση 27 Σεπτεμβρίου 2011) Διαθέσιμο στο <http://www.isotita.gr/index.php/docs/c60/>
4. Αρτινοπούλου Β, Φαρσεδάκης Γ. Ενδοοικογενειακή βία εναντίων των γυναικών: η πρώτη επιδημιολογική μελέτη στην Ελλάδα 2003, (Ανάκτηση 21 Μαρτίου 2007) Διαθέσιμο στο <http://www.kethi.gr/greek/meletes/index.htm>
5. Tzamalouka GS, Parlalis SK, Soultatou P, Papadakaki M, Chliaoutakis JE. Applying the concept of lifestyle in association with aggression and violence in Greek cohabitating couples. *Journal of Aggressive Behavior* 2007, 33:73-85
6. Papadaki M, Tzamalouka GS, Chatzifotiou S, Chliaoutakis, J. Seeking for risk factors of intimate partner violence (IPV) in a Greek national sample: The role of self-esteem. *Journal of Interpersonal Violence* 2009, 24:732-750
7. Αρτινοπούλου Β. Ο φόβος του εγκλήματος. *Εγκέφαλος* 2011, 48:69-75
8. Stylianidis S, Pantelidou S, Chondros P. Des unités mobiles de santé mentale dans les Cyclades : le cas de Paros. *L' Information psychiatrique* 2007, 83:682-688
9. Στυλιανίδης Σ, Παντελίδου Σ. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας Κυκλάδων (ΕΠΑΨΥ) σαν πολλαπλασιαστής δράσεων για τη δημόσια ψυχική υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2006, 96:18-24

Παρουσίαση νέου εκπαιδευτικού προγράμματος της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Νομού Φωκίδας

Μαρία Τσαλαπατάνη, Ηλιάνα Λαζογιώργου, Παναγιώτα Ιακωβάκη

Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ν. Φωκίδας

Εισαγωγή

Η εκπαίδευση του προσωπικού και η ανάδειξη ικανών στελεχών για την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ.) Ν. Φωκίδας αποτελεί βασικό στόχο.

Ο τρόπος διεξαγωγής του εκπαιδευτικού μέχρι πρότινος ήταν συνυφασμένος με τις ανάγκες των αρρώστων και της κοινωνικής ομάδας που απευθυνόταν η Κινητή Μονάδα με απώτερο σκοπό πάντα την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία μαζί της¹.

Η προσέγγιση δύσκολων ασθενών, η αντιμετώπιση της οξείας ψυχωτικής κατάστασης με σκοπό την αποφυγή του εγκλεισμού του ασθενούς στο ψυχιατρείο με τη συνεργασία της κοινότητας και των προσώπων κύρους αποτελεί μέρος μιας πλούσιας εμπειρίας και εκπαίδευσης. Οι θεραπευτές έχουν τη δυνατότητα να δουν τον ψυχωτικό ασθενή σε κρίση και να έρθουν αντιμέτωποι με την ψυχοπαθολογία της οικογένειας και ανάλογα να παρέμβουν αποτελεσματικά. Όλη αυτή η αποκτημένη εμπειρία μπορούσε πια να μεταβιβαστεί στα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού και αποτελέσει αντικείμενο και της δικής τους εκπαίδευσης¹.

Ο τρόπος διεξαγωγή της αγωγής κοινότητας και η επαφή με τον πληθυσμό έπαιρνε εκπαιδευτική μορφή καθώς δεν περιοριζόταν μόνο στην μονόδρομη ενημέρωση από την πλευρά των ειδικών αλλά έπαιρνε αμφίδρομη δυναμική μορφή. Η διαπλοκή θεραπειών-κοινότητας γινόταν είτε με οργανωμένη μορφή είτε με άτυπες συναντήσεις στα καφεενεία και την πλατεία μεταδίδοντας έτσι τη γνώση και την εμπειρία της στην κοινωνική ομάδα έχοντας ως αναφορά τη σχέση εμπιστοσύνης¹. Ως εκ τούτου η τεχνογνωσία της Κινητής Μονάδας αποτελεί προϊόν των ζυμώσεων της σχέσης και της πραγματικότητας έξω από αυτή.

Στην απόκτηση εμπειρίας και γνώσης έχουν συμβάλει οι εποπτείες και οι συνεδρίες με τους ασθενείς. Όταν η παρακολούθηση των συνεδριών δεν είναι εφικτή, ο συνεργάτης έχει τη δυνατότητα να διαβάσει το φάκελο του ασθενούς και να συζητήσει στο πλαίσιο των ομαδικών συναντήσεων και ατομικά με τους υπευθύνους τις διευκρινίσεις σχετικά με τον

ασθενή. Όσο μεγαλύτερη είναι η εξοικείωση με θεωρητικές έννοιες τόσο καλύτερα βιώνει ο θεραπευτής το ρόλο του και επενδύει συναισθηματικά στη δουλειά του².

Η επαφή με τα μεγάλα ψυχιατρεία αποτελεί και αυτή μέρος της εκπαιδευτικής εμπειρίας των θεραπειών. Ακόμα και στην εσχάτη λύση εγκλεισμού του ασθενούς στο ψυχιατρείο, η παρουσία του θεραπευτή από την πρώτη στιγμή της νοσηλείας είναι αναγκαία προκειμένου να αναπτυχθεί η θεραπευτική συμμαχία².

Ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα, μέσα από όλη αυτή τη διαδικασία να αξιολογήσει την αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς, και να ελέγξει και το δικό του συναίσθημα, κυρίως το συναίσθημα του φόβου και της αποτυχίας.

Η προσωπικότητα του θεραπευτή σε συνδυασμό με την συνεχή εκπαίδευση του, ενισχύουν την επένδυση του στο ρόλο του ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας και καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα στις οποιεσδήποτε παρεμβάσεις του. Σημαντικά στοιχεία είναι ο θεραπευτής να αποτελεί μία καλά δομημένη προσωπικότητα, να μην έχει στοιχεία ψυχοπαθολογίας. Δουλεύοντας με έναν ψυχωτικό άρρωστο θα πρέπει να μπορεί να βλέπει ισότιμα τον άρρωστο και να μην μπαίνει σε θέση εξουσίας μαζί του, να έχει υπομονή, να είναι διαθέσιμος για να μπορεί να δίνει τον απαραίτητο χρόνο και ψυχικό χώρο. Θα πρέπει να μπορεί να βασίζεται στην εξωλεκτική κυρίως επικοινωνία με τον ασθενή, για να πιάνει τους συναισθηματικούς τόνους της συνάντησης. Τέλος σημαντικό είναι ότι η μεταβίβαση απευθύνεται και στους θεραπευτές σαν πρόσωπα αλλά και στην Κινητή Μονάδα σαν φορέα².

Νέα Μορφή Εκπαιδευτικού Προγράμματος Κ.Μ.Ψ.Υ.

Στα χρόνια αυτά λειτουργίας της Κ.Μ.Ψ.Υ. αντικείμενο εκπαίδευσης αποτέλεσαν, όπως αναφέρθηκε, η ενίσχυση του ρόλου του θεραπευτή, η καλή συνεργασία με την κοινότητα και πρωτίστως η κάλυψη των αναγκών των ασθενών. **Οι στόχοι αυτοί δεν αλλάζουν** ωστόσο η εκπαίδευση των στελεχών γίνεται πλέον με πιο οργανωμένο και δομημένο τρόπο, συνδυάζοντας τη θεωρία με την πράξη και έχοντας ενιαία μορφή σε όλες τις Δομές της Εταιρίας.

Συγκεκριμένα το εκπαιδευτικό της Δομής θα είναι κοινό για όλες τις Δομές και θα καλύψει 3 μεγάλες Θεματικές ενότητες: **1. Σχέση με τον ασθενή, 2. Συνάντηση Ψυχικού - Σωματικού, 3. Μετά την αποασυλοποίηση τι;** Αυτές οι ενότητες δίνουν α) την δυνατότητα να παρουσιάσουμε σε θεωρητική βάση τη σχέση με τον ασθενή αλλά και την

πρόοδο στη αποκατάσταση β) να επανατοποθετήσουμε το ψυχαναλυτικό πρίσμα, και γ) να προωθήσουμε τη διασύνδεση μεταξύ διαφορετικών Μονάδων και Δομών. Οι εισηγήσεις θα γίνουν, στο μέτρο του δυνατού, από τον ίδιο ομιλητή σε κάθε Δομή, και θα είναι κοινές σε όλες τις δομές της εταιρίας.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των Μονάδων διαφοροποιείται από αυτό της προηγούμενης χρονιάς ως προς τη δομή αλλά και τον τρόπο που προέκυψε. Η οργάνωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, που μέχρι πρότινος πραγματοποιούνταν αποκλειστικά από τον Υπεύθυνο της Μονάδας, καταρτίζεται πλέον σε συνεργασία με το προσωπικό της Μονάδας, έτσι ώστε να μην βασίζεται στις πεποιθήσεις των Υπευθύνων για τις ανάγκες εκπαίδευσης του προσωπικού και των συνεργατών και να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. **Σκοπός της σύζευξης του θεωρητικού και του πρακτικού μέρους του Εκπαιδευτικού Προγράμματος της Μονάδας είναι να εμποδισθούν όχι μόνο θεωρητικά αλλά και πρακτικά γνώσεις και δεξιότητες - στοιχεία σημαντικά της φιλοσοφίας και βασικοί άξονες της δουλειάς μας- που ενώ φαίνονται απλές χρειάζονται και πρακτικό υπόβαθρο.** Παράλληλα στόχος του νέου τρόπου οργάνωσης του εκπαιδευτικού είναι αφενός να ενισχυθεί το ενδιαφέρον παρακολούθησης από την πλευρά των εργαζομένων και αφετέρου να καλύπτονται οι πραγματικές ανάγκες για εκπαίδευση του προσωπικού.

Το εκπαιδευτικό μονάδας χωρίζεται σε 2 μέρη: στο **θεωρητικό μέρος** και στο **πρακτικό μέρος**.

Το θεωρητικό πρόγραμμα, θα διεξάγεται κάθε δεκαπενθήμερο από τον Οκτώβριο έως τον Ιούνιο και θα περιλαμβάνει εισηγήσεις μίας ώρας που θα πραγματοποιούνται από τα μέλη της ομάδας του προσωπικού αξιοποιώντας έτσι τις γνώσεις και την εμπειρία του κάθε συνεργάτη.

Το πρόγραμμα πρακτικής άσκησης θα οργανωθεί ως εξής:

- Με βάση τις ανάγκες και τις ελλείψεις των συνεργατών θα οργανωθούν ομάδες εργασίας.
- Κάθε ομάδα εργασίας θα έχει δύο έμπειρους συνεργάτες της Μονάδας ως επικεφαλείς που θα έχουν την ευθύνη εκπαίδευσης μιας μικρότερης ομάδας συνεργατών τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο.
- Μετά την παρακολούθηση των δραστηριοτήτων θα πραγματοποιείται συνάντηση στην οποία εκπαιδευτές και εκπαιδευόμενοι θα συζητούν τυχόν απορίες, δυσκολίες και παρατηρήσεις.

- **Στις υποχρεώσεις των εκπαιδευόμενων** θα είναι η συγγραφή εκθέσεων με βάση την εμπειρία που θα προκύπτει από την παρακολούθηση των δραστηριοτήτων.
- **Στις υποχρεώσεις των εκπαιδευτών** είναι και η παροχή θεωρητικού υλικού στους εκπαιδευόμενους.
- Στις περιπτώσεις που λόγω αστάθμητων παραγόντων δεν είναι δυνατή η in vivo παρακολούθηση των δραστηριοτήτων η εκπαίδευση των συνεργατών θα γίνεται μέσω role playing, βιωματικών ασκήσεων κ.α.
- Τέλος κάθε εκπαιδευόμενος θα έχει το δικαίωμα να συμμετέχει σε δύο ομάδες εργασίας, διάρκειας δύο εξαμήνων έκαστη.

Συμπεράσματα

Φιλοδοξία του φετινού εκπαιδευτικού προγράμματος είναι η αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών του προσωπικού, όχι μόνο σε θεωρητικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο.

Σε καιρούς κρίσης η συνοχή της θεραπευτικής ομάδας αποτελεί ζώσα σημασία για την αντιμετώπιση της κρίσης στην κοινότητα. Οι τεχνικές αντιμετώπισης της οποιασδήποτε κρίσης είτε αυτή προέρχεται από το μικρό ή μεγάλο περιβάλλον της θεραπευτικής ομάδας θα αποτελέσουν ένα είδος καθρεφτίσματος στην κοινωνική ομάδα. Η πολυετής εμπειρία της Κ.Μ.Ψ.Υ. έρχεται να αναδείξει ως καλές πρακτικές για τη διατήρηση της συνοχής και την μη διάσπαση των ενωτικών δεσμών της θεραπευτικής ομάδας και κατ'επέκταση της κοινωνικής ομάδας τα εξής:

- την εντατική και την επιμελή συνέχεια της εκπαίδευσης των θεραπειών
- την αμετάκλητη και αμετάβλητη σταθερότητα στην εργασία
- την τήρηση των διαδικασιών συνεργασίας του προσωπικού
- την ενίσχυση και ενδυνάμωση της θεραπευτικής ομάδας
- την καλλιέργεια του πνεύματος της ομαδικότητας
- την επί τόπου διαχείριση καταστάσεων που ενισχύουν το splitting στην ομάδα
- την διαρκή επιστροφή στους ιδεολογικούς σκοπούς και βασικές αρχές της λειτουργίας της κινητής μονάδας.

Η επένδυση στην καλύτερη εκπαίδευση θα αποτελέσει την μεγάλη ομπρέλα που με την σειρά της θα προστατέψει τις καλές αυτές πρακτικές και εν γένει το δύσκολο έργο μας σε καιρούς βροχερούς.

Βιβλιογραφία

1. Φραγκούλη - Σακελλαροπούλου Αθ. (2008), *Κινητή ψυχιατρική μονάδα Νομού Φωκίδας Πρόληψη, έγκαιρη παρέμβαση και περίθαλψη στην κοινότητα* Παπαζήση, Αθήνα
2. Σακελλαρόπουλος Π. (2010), *Θεμέλιο της Ψυχιατρικής ο Συναισθηματικός Δεσμός Θεραπευτή Θεραπευόμενου Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος: Μια πορεία σαράντα και πλέον χρόνων παράλληλη με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Παπαζήση, Αθήνα

Πρόγραμμα αποκατάστασης μέσω υπολογιστή-τηλεδιάσκεψης

Σ. Κώττη, Κ. Μπόλιας

Κέντρο παιδιού και Εφήβου, Χίος

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αρχίσει να διαφαίνεται ότι οι τεχνολογικές εξελίξεις και εφαρμογές δύνανται να σταθούν αρωγοί όχι μόνο στους τομείς της συγκέντρωσης πληροφοριών και στατιστικών στοιχείων, αλλά και σε πρακτικό επίπεδο το οποίο αφορά τη διάγνωση και την αποκατάσταση δυσκολιών και διαταραχών. Στο πνεύμα αυτό κινήθηκε η καινοτόμος πρόταση για την εκπόνηση και υλοποίηση του προγράμματος «αποκατάστασης μαθησιακών δυσκολιών μέσω υπολογιστή-τηλεδιάσκεψης», η οποία σχεδιάστηκε, κατατέθηκε στο Υπουργείο Εργασίας και εν συνεχεία άρχισε να υλοποιείται από την Εταιρεία **Κέντρο Παιδιού και Εφήβου** το 2008.

Το Κέντρο Παιδιού και Εφήβου (Κ.Π.Ε) είναι αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία με πολλαπλή μορφή δραστηριοποίησης. Οι υπηρεσίες που προσφέρει απευθύνονται σε παιδιά, εφήβους, ενήλικες και οικογένειες. Καλύπτει τους τομείς της διάγνωσης, της συμβουλευτικής, της αποκατάστασης και της υποστήριξης για άτομα με αναπτυξιακές, συναισθηματικές και ψυχιατρικές διαταραχές. Επιπλέον και οι τρεις δομές που αποτελούν τμήματά του Κ.Π.Ε. (Ιατροπαιδαγωγικό, Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Χίου, Κέντρο Ημέρας Εφήβων με αυτισμό) πραγματοποιούν δράσεις Αγωγής Κοινότητας με στόχο την ενημέρωση και την πρόληψη για τις κάθε είδους διαταραχές και την εξάλειψη του στίγματος. Τέλος στους στόχους της εταιρείας εντάσσεται η δημιουργία, εύρεση και εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών και μεθόδων αποκατάστασης και υποστήριξης.

Σχεδιασμός

Το πρόγραμμα έτσι όπως σχεδιάστηκε αποτελείται από δύο μέρη:

- α) Το λογισμικό
- β) Το θεραπευτικό υλικό αποκατάστασης

Για την εφαρμογή του είναι απαραίτητη η παρουσία θεραπευτή.

Πιο αναλυτικά:

α) Ο προγραμματιστής που ανέλαβε το σχεδιασμό του λογισμικού προχώρησε με τρία δεδομένα:

- τη χρήση ενός tablet pc προκειμένου να υπάρχει δυνατότητα να γράφει ο θεραπευόμενος ψηφιακά. Στόχος είναι η άμεση παρατήρηση της διαδικασίας από το θεραπευτή.
- την εγκατάσταση ενός προγράμματος απομακρυσμένης διαχείρισης ούτως ώστε οι διορθώσεις και οι παρεμβάσεις να πραγματοποιούνται άμεσα
- τη χρήση ενός προγράμματος επικοινωνίας (π.χ. Skype), ώστε να είναι εφικτή η οπτική επαφή του θεραπευτή και του θεραπευόμενου

β) Αρχικά το υλικό που δημιουργήθηκε για το πρόγραμμα «αποκατάστασης μέσω υπολογιστή-τηλεδιάσκεψης», αφορούσε:

- την πρώτη γραφή και ανάγνωση για τις δυσκολίες στη μάθηση
- τη φωνολογία και τη άρθρωση για τις δυσκολίες στο λόγο.

Πιλοτική φάση εφαρμογής

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε πιλοτικά για 1,5 χρόνο και αυτή τη στιγμή μέσω τηλεδιάσκεψης παρακολουθούν πρόγραμμα αποκατάστασης μαθησιακών δυσκολιών 4 παιδιά και λογοθεραπείας 1.

Το αρχικό υλικό αποκατάστασης εμπλουτίστηκε και απευθύνεται και σε παιδιά γυμνασίου και λυκείου.

Από τα παιδιά που κάνουν μαθησιακό πρόγραμμα, 1 έχει tablet pc και για τα υπόλοιπα η αποκατάσταση γίνεται με τη χρήση του προγράμματος skype και του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Απαραίτητες προϋποθέσεις διεξαγωγής της συνεδρίας μέσω τηλεδιάσκεψης

Για την πραγματοποίηση της συνεδρίας από απόσταση αρχικά ενημερώνονται οι γονείς για τις προδιαγραφές του Η/Υ, τις τεχνικές ρυθμίσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν στον Η/Υ (προγράμματα, τρόπος σύνδεσης, web κάμερα. κ.λπ.), καθώς και για τις προϋποθέσεις που πρέπει να υπάρχουν στο χώρο (απομονωμένος χώρος χωρίς διασπαστικούς παράγοντες, κ.λπ.) και το δικό τους ρόλο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Εφόσον οι γονείς συμφωνήσουν, ο τεχνικός που συνεργάζεται με το Κ.Π.Ε. παραλαμβάνει τον υπολογιστή και πραγματοποιεί τις απαραίτητες ρυθμίσεις. Παράλληλα ενημερώνεται το παιδί (το οποίο μέχρι τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο παρακολουθούσε το πρόγραμμα αποκατάστασης στο χώρο του Κ.Π.Ε.) από τον θεραπευτή σχετικά με τον τρόπο διεξαγωγής της συνεδρίας μέσω τηλεδιάσκεψης. Εξοικειώνεται με το συγκεκριμένο τύπο υπολογιστή και τις εφαρμογές του και απαντώνται οι όποιες απορίες του.

Εν συνεχεία ακολουθούν 2-3 δοκιμαστικές συνεδρίες με το παιδί –εφόσον είναι απαραίτητο λόγω ηλικίας ή Νοητικού δυναμικού, παρουσία του γονέα. Σ' αυτές συντονίζονται ο θεραπευτής και το παιδί προκειμένου να επιτευχθεί ο απρόσκοπτος χειρισμός των προγραμμάτων του υπολογιστή και να εξασφαλιστεί η ομαλή διεξαγωγή της συνεδρίας.

Αποκατάσταση μαθησιακών δυσκολιών μέσω υπολογιστή

Αρχική διαδικασία

Η διάγνωση, η επαναξιολόγηση και η συμβουλευτική γίνονται σε πρόσωπο με πρόσωπο συνάντηση από τους ειδικούς θεραπευτές στο χώρο του Κ.Π.Ε. ανάλογα με το αίτημα. Εν συνεχεία το πρόγραμμα πραγματοποιείται μέσω τηλεδιάσκεψης, ενώ και η συμβουλευτική είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί μέσω τηλεδιάσκεψης εφόσον αυτό κριθεί αναγκαίο. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί κατά τη διάρκεια των αξιολογήσεων ή του προγράμματος αποκατάστασης ότι το παιδί/έφηβος χρειάζεται και κάποιου άλλου είδους θεραπεία, προτείνονται και πραγματοποιούνται οι απαραίτητες αξιολογήσεις στο χώρο του Κ.Π.Ε.

Στο παρόν άρθρο παρουσιάζεται το ένα από τα δύο κομμάτια εφαρμογής του προγράμματος: η αποκατάσταση μαθησιακών δυσκολιών.

Με την έναρξη της συνεδρίας αποκατάστασης μαθησιακών δυσκολιών κατά την προκαθορισμένη ώρα, οι δύο υπολογιστές συνδέονται μέσω διαδικτύου με τα αντίστοιχα προγράμματα skype και απομακρυσμένης διαχείρισης. Ο θεραπευτής βρίσκεται στο γραφείο του στο χώρο του Κ.Π.Ε. και ο θεραπευόμενος σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο στο σπίτι του. Το tablet pc έχει μία οθόνη στην οποία ο θεραπευόμενος και ο θεραπευτής μπορούν με μία ψηφιακή γραφίδα να γράψουν και να διορθώσουν στα πλαίσια του κειμενογράφου (Word).

Το υλικό αποκατάστασης βρίσκεται ήδη αποθηκευμένο στον Η/Υ του θεραπευόμενου ή μπορεί να μεταφερθεί την ίδια στιγμή από τον Η/Υ του θεραπευτή. Το πρόγραμμα απομακρυσμένης διαχείρισης παρέχει τη δυνατότητα άμεσης μεταφοράς αρχείων από και προς τους δύο υπολογιστές. Προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία γραφής, η οθόνη έχει τη δυνατότητα να έρχεται σε οριζόντια θέση με τρόπο που ο υπολογιστής να παίρνει τη μορφή τετραδίου.

Την ώρα που ο ένας από τους δύο γράφει, ο άλλος έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί στο έγγραφό του τις αλλαγές και να παρεμβαίνει. Έτσι, ο θεραπευτής μπορεί να κατευθύνει και να διορθώνει το θεραπευόμενο όπως θα γινόταν αν τον είχε μπροστά του και αντίστοιχα ο θεραπευόμενος μπορεί σε πραγματικό χρόνο να διορθώνει, να εκφράζει τις απορίες του και να παίρνει άμεση ανατροφοδότηση για τις προσπάθειές του.

Οι δύο συμμετέχοντες μπορούν να έχουν και οπτική και ακουστική επαφή σε πραγματικό χρόνο.

Υλικό αποκατάστασης

Το αρχικό υλικό αποκατάστασης είχε σχεδιαστεί για την αποκατάσταση σε Πρώτη Γραφή και Ανάγνωση. Εν συνεχεία όμως, καθώς έγινε εμφανές ότι μπορούν από το πρόγραμμα να ωφεληθούν και παιδιά μεγαλύτερων ηλικιών και εφήβους, χρησιμοποιήθηκαν και άλλα αποκαταστασιακά υλικά. Επειδή όμως το πρόγραμμα αποκατάστασης, όπως πραγματοποιείται από το Κ.Π.Ε έχει βασική αρχή την εξατομίκευση, το υλικό δημιουργείται και προσαρμόζεται από το θεραπευτή κάθε φορά, ανάλογα με τις ανάγκες και την εξέλιξη του θεραπευόμενου, πρόκειται δηλαδή για ένα «ζωντανό», δυναμικό υλικό.

Παρουσίαση περιστατικού

Ο «Γρηγόρης» έχει διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, Διαταραχή στην άρθρωση και Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων.

Παρακολουθούσε ήδη πρόγραμμα αποκατάστασης των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών στο Κέντρο Παιδιού και Εφήβου. Παρά τη σοβαρότητα των δυσκολιών του, το σαφές αίτημα της οικογένειας και τη διάθεση για συνεργασία, η προσέλευσή τους στα ραντεβού δεν ήταν τακτική και σταθερή. Το 2010, όταν δηλαδή ο Γρηγόρης ήταν στην Α΄

Γυμνασίου, προτάθηκε στους γονείς και στο Γρηγόρη να συνεχίσει μέσω τηλεδιάσκεψης μια που για την οικογένεια το πρόγραμμα των μετακινήσεων ήταν ιδιαίτερα επιβαρυνόμενο. Παρόλο που ο Γρηγόρης έχει έντονη διάσπαση, επένδυσε πάρα πολύ στο πρόγραμμα, γιατί είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένος με την τεχνολογία και του αρέσει η ενασχόληση με τις εφαρμογές της. Οι γονείς του Γρηγόρης αγόρασαν το tablet pc και ο τεχνικός του προγράμματος εγκατέστησε το λογισμικό απομακρυσμένης διαχείρισης.

Παρόντες στόχοι του προγράμματος είναι:

- η βελτίωση της προφορικής απόδοσης νοήματος κειμένων με τη συμβολή του γραπτού λόγου. Για το στόχο αυτό χρησιμοποιούμε το σχολικό κείμενο προσαρμοσμένο στις δυνατότητες του Γρηγόρη.
- η οργάνωση της παραγωγής γραπτού λόγου. Εδώ χρησιμοποιούμε ως βάση σχεδιαγράμματα με ερωτήσεις.

Ο Γρηγόρης μέχρι σήμερα ανταποκρίνεται πολύ καλά στο πρόγραμμα και παράλληλα η μαθησιακή του απόδοση στο σχολείο είναι πάρα πολύ καλή (φέτος πηγαίνει Β' Γυμνασίου).

Δυσκολίες που έχουν παρατηρηθεί ως σήμερα κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος

Οι δυσκολίες που έχουν παρατηρηθεί οφείλονται στους περιορισμούς της τεχνολογίας, όπως προβλήματα στη συνδεσιμότητα λόγω περιοδικής χαμηλής ταχύτητας στο δίκτυο, συγκεκριμένη δυνατότητα ρύθμισης της κάμερας, κ.λπ. Τεχνικές δυσκολίες υπάρχουν όταν η σύνδεση του δικτύου δεν είναι καλή (λόγω των δυνατοτήτων του παροχέα) ή όταν υπάρχει ανάγκη για διαδικασίες συντήρησης και αναβάθμισης προγραμμάτων του υπολογιστή. Η επικοινωνία μπορεί να είναι και οπτική και ακουστική ή και να πραγματοποιείται με γραπτό μήνυμα.

Ως προς τη συμπεριφορά των θεραπευόμενων, φαίνεται ότι τα παιδιά/έφηβοι εξοικειώνονται πολύ εύκολα με την τεχνολογία. Η όποια «δυσλειτουργία» στην υπόλοιπη διαδικασία βρίσκεται μέσα στα πλαίσια ελέγχου και εξέλιξης της θεραπευτικής σχέσης.

Για την καλύτερη παρακολούθηση της πορείας του προγράμματος, σε κάποιες περιπτώσεις, η μία συνεδρία γίνεται στο χώρο του παιδιού και η άλλη στο χώρο του Κ.Π.Ε., εφόσον κρίνεται ότι η θεραπευτική επαφή πρόσωπο με πρόσωπο είναι απαραίτητη για την ομαλή εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος.

Περιορισμοί που αποτρέπουν την παρακολούθηση του συγκεκριμένου προγράμματος

Το πρόγραμμα απευθύνεται όπως σημειώθηκε και πιο πάνω σε παιδιά όλων των σχολικών βαθμίδων. Ο μόνος περιορισμός είναι να υπάρχει κάποια παθολογία, η οποία καθιστά τη χρήση του υπολογιστή επικίνδυνη για την υγεία του παιδιού. Παιδιά με θέματα οριοθέτησης ή έλλειψης εξοικείωσης με τους υπολογιστές χρειάζονται μια περίοδο προετοιμασίας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομαλή συνεργασία.

Έλεγχος αποτελεσματικότητας προγράμματος αποκατάστασης μέσω τηλεδιάσκεψης

Τα μέχρι τώρα στοιχεία δείχνουν ότι ο υπολογιστής παρέχει την ευκαιρία

- **για καλύτερη οργάνωση** καθώς όλες οι απαραίτητες για τη συνεδρία πληροφορίες είναι συγκεντρωμένες μέσα στον Η/Υ και όχι σε διάφορα βιβλία, φωτοτυπίες και τετράδια
- **για γρηγορότερη πρόσβαση σε δεδομένα** καθώς ακόμη κι αν κριθεί απαραίτητη η χρήση ενός χάρτη ή εικόνας είναι εφικτή η εύρεση τους μέσω περιήγησης στο διαδίκτυο
- **για καλύτερη αυτοαξιολόγηση** του θεραπευόμενου. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει ως προς τη γραφή, λόγω του γεγονότος ότι τα χρώματα και το πάχος των συμβόλων μπορούν να ρυθμιστούν σύμφωνα με τις ανάγκες του. Έτσι η προσοχή του παραμένει εστιασμένη για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και είναι ευκολότερο για το θεραπευόμενο να εντοπίσει τυχόν λάθη, παραλείψεις και δυσγραφία.

Πλεονεκτήματα

Τα βασικότερα πλεονεκτήματα της αποκατάστασης μέσω τηλεδιάσκεψης είναι δύο.

- Πρώτα πρώτα επιτρέπει σε παιδιά και οικογένειες που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές να έχουν πρόσβαση σε μεθόδους αποκατάστασης εξειδικευμένες και ελεγχόμενες από διεπιστημονικές ομάδες.
- Η αποκατάσταση μέσω τηλεδιάσκεψης εξυπηρετεί επίσης σε περιπτώσεις παιδιών/εφήβων τα οποία διαμένουν κοντά στο Κέντρο Παιδιού και Εφήβου, αλλά λόγω του φόρτου στο πρόγραμμά τους είναι πολύ δύσκολο να διαθέσουν χρόνο για να

μεταβούν σ' αυτό. Έτσι το παιδί/έφηβος παραμένει στο χώρο του και εξοικονομεί χρόνο για μελέτη και ξεκούραση.

Εν κατακλείδι αξίζει να σημειωθεί ότι είναι ένα πρόγραμμα με πολλές προοπτικές εξέλιξης. Για το λόγο αυτό η αρχική ομάδα σχεδιασμού του προγράμματος αποτελούμενη από παιδοψυχίατρο, ειδική εκπαιδευτικό και λογοθεραπεύτρια, συνεχίζουν να εργάζονται με στόχο την περαιτέρω βελτίωση του, με την υποστήριξη της Διεπιστημονικής Ομάδας και του Διοικητικού Συμβουλίου της Εταιρείας.

Βιβλιογραφία

1. Φλωράτου, Μ. –Μ. (1992): *Μαθησιακές Δυσκολίες και όχι τεμπελιά*. Εκδόσεις Οδυσσέας.
2. Πόρποδας, Κ. (2002): *Η ανάγνωση*.
3. Μιχελογιάννης, Ι., Τζενάκη, Μ.(1998): *Μαθησιακές Δυσκολίες*. Εκδόσεις Γρηγόρη.
4. Μάρκου, Σ. (1993): *Δυσλεξία*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
5. Σπαντιδάκης, Ι., (2004): Προβλήματα Παραγωγής Γραπτού Λόγου Παιδιών Σχολικής Ηλικίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
6. Τάφα,Ε. (2001): *Ανάγνωση και Γραφή στην Προσχολική Εκπαίδευση*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
7. *Διαταραχές Επικοινωνίας και Λόγου –Πρόληψη , Έρευνα , Παρέμβαση και Νέες Τέχνολογίες στην Υγεία* (2003): Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
8. Τσίπρα, Ι.: *Εργοθεραπεία και Γραφή*. Περιοδικό Εργοθεραπεία, τεύχος 10, χειμώνας 1999.
9. Αγαλιώτης Ι. (2000): Μαθησιακές δυσκολίες στα μαθηματικά. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Αξιοποίηση τεχνολογικών πόρων στο πλαίσιο της λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας

Ν. Γαρόνη , Π. Τούμπα, Κ. Κατσαδώρος

ΚΛΙΜΑΚΑ Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου & Κοινωνικού Κεφαλαίου, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία Κλάδος Τηλεψυχιατρικής

Εισαγωγή

Κεντρικό σημείο του ορισμού της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αποτελεί η χρήση και η αξιοποίηση κάθε διαθέσιμου πόρου για την επίτευξη της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης, της θεραπείας και της κοινωνικής ένταξης των ψυχικά ασθενών¹. Αν αναλογιστούμε τη γεωγραφική διασπορά της ακτίνας δράσης που καλούνται να καλύψουν οι Κινητές Μονάδες, την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές, την απροθυμία ή/και αδυναμία των επαγγελματιών για συχνές μετακινήσεις καθώς και την αναγκαιότητα καθημερινής παρακολούθησης στο πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο ή στην υποτροπή, η απαίτηση για αξιοποίηση κάθε ανθρώπινου και τεχνικού πόρου καθίσταται ακόμα πιο επιτακτική. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΝΑ Κυκλάδων (Κ.Μ.Ψ.Υ.ΝΑ.Κ.) από το ξεκίνημα της λειτουργίας της αξιοποιεί τις νέες τεχνολογίες και πιο συγκεκριμένα την τηλεψυχιατρική, εμπλουτίζοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες και εν τέλει ενσωματώνοντας πλήρως τη δυνατότητα αυτή στην καθημερινή πρακτική.

Παγκοσμίως η πρώτη τεκμηριωμένη χρήση της τηλεψυχιατρικής εμφανίζεται το 1950 αλλά η ευρεία εξάπλωση δεν θα γίνει πριν το 1990 όταν θα έχουν ήδη δημιουργηθεί τα πρώτα δίκτυα ψηφιακής τηλεφωνίας². Έκτοτε χρησιμοποιείται σε μια ποικιλία πλαισίων, σε περιπτώσεις όπου η φυσική παρουσία δεν είναι εφικτή και όπου υπάρχουν αυξημένες ανάγκες και περιορισμένοι πόροι. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελεσματικής εφαρμογής της τηλεψυχιατρικής ως μέσου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν οι περιπτώσεις απομακρυσμένων περιοχών, οι φυλακές, τα τμήματα επειγόντων σε γενικά νοσοκομεία κ.α. Στο παρόν άρθρο εξετάζεται η συμβολή της τηλεψυχιατρικής και του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου στην επίτευξη των στόχων της κοινοτικής ψυχιατρικής όπως αυτή προκύπτει από την υπάρχουσα βιβλιογραφία και την δετή εμπειρία της διεπιστημονικής ομάδας της Κ.Μ.Ψ.Υ.ΝΑ.Κ..

Ορισμός και τα μέσα της τηλεψυχιατρικής

Η τηλεψυχιατρική αποτελεί ένα ευρύ ορισμό για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από απόσταση³. Ο παραπάνω ορισμός περιλαμβάνει τη σύγχρονη και την ασύγχρονη μεταφορά δεδομένων ωστόσο, για τις ανάγκες του παρόντος άρθρου η αναφορά θα γίνεται μόνο για περιπτώσεις σύγχρονης μεταφοράς δεδομένων (ζωντανή και αμφίδρομη επικοινωνία μέσω εικόνας και ήχου). Τα μέσα με τα οποία υλοποιείται η τηλεψυχιατρική περιλαμβάνουν τουλάχιστον μια γραμμή ISDN, ένα Codec βίντεο, μια οθόνη το μέγεθος της οποίας εξαρτάται από τις διαστάσεις του χώρου, μικρόφωνο και έναν ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο⁴.

Ένας ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος θα πρέπει να παρέχει τουλάχιστον τις παρακάτω λειτουργίες: πληροφορίες και δεδομένα υγείας (διαγνώσεις, δημογραφικά στοιχεία, σημειώσεις, εργαστηριακές εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή κλπ.), διαχείριση αποτελεσμάτων, εισαγωγή και διαχείριση ηλεκτρονικών συνταγών, συνδυασμός δεδομένων για υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων, ηλεκτρονική επικοινωνία και διασύνδεση⁵ (διευκόλυνση της διαδικτυακής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και άλλων παρόχων όπως φαρμακεία και εργαστήρια, διευκόλυνση της επικοινωνίας με τους ασθενείς μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, web messaging, διαλειτουργικότητα σε διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια κλπ.). Επιπρόσθετα, οι ηλεκτρονικοί ιατρικοί φάκελοι μπορούν να συνεισφέρουν και σε διοικητικές δραστηριότητες όπως ο προγραμματισμός των ραντεβού, ο εντοπισμός ασθενών που είναι επιλέξιμοι για κλινικές δοκιμές κλπ. Ο ιατρικός ηλεκτρονικός φάκελος που χρησιμοποιεί η ΚΛΙΜΑΚΑ αριθμεί σήμερα περισσότερους από 10.000 ασθενείς, έχοντας την πλειοψηφία των χαρακτηριστικών που απαριθμούνται παραπάνω, στερούμενος όμως τη διαλειτουργικότητα απουσία ηλεκτρονικών φακέλων σε άλλα πλαίσια.

Σε ένα ευρύτερο επίπεδο η εισαγωγή τυποποιημένης ορολογίας στα πεδία των ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων μπορεί να εξυπηρετήσει τη συλλογή κλινικών δεδομένων και τη σύνταξη αναφορών σε ενδουπηρεσιακό ή ακόμα και σε εθνικό επίπεδο⁶.

Η χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου όπως περιγράφεται παραπάνω – εξαιρουμένης της διασύνδεσης του φακέλου με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση καθώς αυτή η δυνατότητα δεν παρέχεται ακόμα στην Ελλάδα – επιφέρει σημαντικά οφέλη όσον αφορά στη διευκόλυνση της πρόσβασης στα αρχεία των ασθενών, τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και τη μείωση της λήψης λάθους αποφάσεων (π.χ. στην επιλογή

φαρμακευτικής αγωγής), στη εξοικονόμηση πόρων εξασφαλίζοντας συνέχεια στη φροντίδα και στην προώθηση της έρευνας γενικότερα⁷. Στο σημείο αυτό και αν λάβουμε υπόψη τις τελευταίες τεχνολογικές εξελίξεις καθώς και τους στόχους που έχει θέσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για πρόσβαση των ασθενών στους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους μέχρι το 2015, γίνεται αντιληπτό ότι ένα από τα εν δυνάμει σημαντικότερα οφέλη της χρήσης των φακέλων είναι η ενδυνάμωση των ληπτών υπηρεσιών υγείας και η πιο ενεργός εμπλοκή τους στη διαμόρφωση και υλοποίηση του θεραπευτικού πλάνου.

Ακόμα περισσότερο, στην περίπτωση της τηλεψυχιατρικής, όπου τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας συνεργάζονται από διαφορετικές τοποθεσίες και όπου όλες οι ιατρικές πράξεις διενεργούνται εξ αποστάσεως η χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου μπορεί να εξασφαλίσει την άμεση και ταυτόχρονη πρόσβαση σε κρίσιμα δεδομένα που αφορούν τον ασθενή.

Υπηρεσίες που παρέχονται μέσω τηλεψυχιατρικής και οι ομάδες στόχου

Η τηλεψυχιατρική αποτελεί σημαντικό αρωγό κατά την υλοποίηση της πλειοψηφίας των έργων που λαμβάνουν χώρα κατά τη λειτουργία και την καθημερινή πρακτική της Κ.Μ.Ψ.Υ.ΝΑ.Κ.. Μέσω αυτής υλοποιούνται όλες οι ιατρικές πράξεις – εκτίμηση ασθενών, διαγνώσεις, θεραπευτικές παρεμβάσεις, συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, γνωματεύσεις, πραγματογνωμοσύνες, παρέμβαση στην κρίση -, ψυχοεκπαίδευση ασθενών και των οικογενειών τους, ψυχολογική υποστήριξη, τηλεδιασκέψεις με τον διαιτολόγο και την κοινωνική υπηρεσία, εποπτεία, συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας, υποστήριξη και εκπαίδευση διαφόρων επαγγελματικών ομάδων (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αστυνομία, καθηγητές, ιερείς κλπ.) κ.α.

Η οργάνωση AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) στην αναφορά της για τις κλινικές οδηγίες και τις τεχνικές προδιαγραφές της τηλεδιάσκεψης αναφέρει ότι πιθανότατα η τηλεψυχιατρική αντενδείκνυται για την θεραπεία ψυχώσεων² παρόλο που υπάρχουν έρευνες που δεν υποστηρίζουν την συγκεκριμένη υπόθεση^{8,9} ακόμα και για περιπτώσεις παρανοϊκών ασθενών¹⁰.

Η εμπειρία μας έχει δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από ψυχώσεις μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά μέσω τηλεψυχιατρικής εφόσον συντρέχουν παράγοντες που είναι προστατευτικοί όπως αυτοί ισχύουν και στα παραδοσιακά πλαίσια. Ακόμα

περισσότερο, η δυνατότητα παρέμβασης στην κρίση και η τακτική παρακολούθηση, που καθίστανται εφικτές μέσω της τηλεψυχιατρικής, μπορούν να αποτρέψουν τη νοσηλεία για ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών και να διευκολύνουν την ένταξη στην κοινότητα¹¹. Ενδεικτικά, κατά τα έτη 2003-2010, από τα 4.544 άτομα που εξυπηρετήθηκαν μέσω τηλεψυχιατρικής στην Κ.Μ.Ψ.Υ.ΝΑ.Κ., το 13% ενέπιπτε στο φάσμα των ψυχώσεων, το 17% στις συναισθηματικές διαταραχές, το 10% στις αγχώδεις διαταραχές κ.ο.κ. Μία κατηγορία ασθενών όπου η τηλεψυχιατρική φαίνεται να δυσχεραίνει την επικοινωνία ασθενούς-ιατρού είναι τα ψυχογηνιατρικά περιστατικά ιδιαίτερα όταν υπάρχει έκπτωση της ακοής^{3,12,13}. Παρόλα αυτά η διάγνωση και η θεραπεία στους εν λόγω πληθυσμούς καθίσταται εφικτή αν υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός¹⁴ (μεγάλη οθόνη, καλά ηχεία, γρήγορη σύνδεση κλπ.)

Αξιοπιστία διαγνώσεων και αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων μέσω τηλεψυχιατρικής

Ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας έχει υπάρξει μια πληθώρα ερευνών που επιχείρησαν να εξετάσουν την αξιοπιστία των διαγνώσεων μέσω τηλεψυχιατρικής¹⁵⁻³¹. Έχει βρεθεί ότι η αξιοπιστία σχετίζεται σημαντικά με το μέγεθος του εύρους ζώνης της σύνδεσης²⁴. Ωστόσο, θεωρούμε ότι πλέον τα τεχνολογικά μέσα που διαθέτουμε μπορούν να υποστηρίξουν γρήγορες συνδέσεις χωρίς να προκαλούνται προβλήματα και αδυναμίες τεχνικής φύσης. Η πλειοψηφία των ερευνών υποστηρίζει ότι οι διαγνώσεις μέσω τηλεψυχιατρικής δεν στερούνται αξιοπιστίας όταν αυτές συγκριθούν με αξιολογήσεις που γίνονται πρόσωπο με πρόσωπο. Παρακάμπτοντας τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα σε κάποιες από τις εν λόγω έρευνες και βασιζόμενοι στην εμπειρία μας μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η τηλεψυχιατρική έχει αναγνωριστεί πλέον ως ένα αξιόπιστο μέσο κλινικής αξιολόγησης, ακόμα και στις πιο «ακραίες» περιπτώσεις όπου ζητείται γνωμάτευση για ακούσια νοσηλεία^{11,29}.

Οι ψυχώσεις αποτελούν μια κατηγορία διαταραχών που έχει απασχολήσει αρκετά τους επαγγελματίες σχετικά με την αξιοπιστία της διάγνωσης από απόσταση^{3,23,26,31}.

Κατά την διαδικασία αξιολόγησης χρόνιων σχιζοφρενών που επρόκειτο να μεταφερθούν από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης σε κοινοτικές δομές εξετάστηκε η αξιοπιστία των συνεντεύξεων που διεξήγαγε ο απομακρυσμένος ψυχίατρος από τα

κεντρικά γραφεία της ΚΛΙΜΑΚΑ στην Αθήνα μέσω τηλεψυχιατρικής και ο ψυχίατρος του νοσοκομείου πρόσωπο με πρόσωπο. Σε 26 ασθενείς χορηγήθηκαν οι Mini Mental State Examination test και Brief Psychiatric Rating Scale. Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών που έδωσαν οι 2 αξιολογητές³¹. Σε αντίθεση με την αξιοπιστία των κλινικών διαγνώσεων, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων μέσω τηλεψυχιατρικής δεν έχει τύχει εκτενούς διερεύνησης^{32,33} πιθανόν λόγω των μεθοδολογικών δυσκολιών και απαιτήσεων που παρουσιάζει ένα τέτοιο εγχείρημα. Το πρόγραμμα τηλεψυχιατρικής του Queensland χορήγησε σε δείγμα 124 ασθενών τις κλίμακες Honos και το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο Mental Health Inventory. Οι 32 ασθενείς είχαν λάβει υπηρεσίες μέσω τηλεψυχιατρικής. Σε follow up που έγινε ένα χρόνο αργότερα βρέθηκε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις περισσότερες από τις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων και ότι όλοι οι ασθενείς είχαν βελτιωθεί σημαντικά ανεξάρτητα από το αν λάμβαναν υπηρεσίες πρόσωπο με πρόσωπο ή μέσω τηλεψυχιατρικής³⁴. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για παρεμβάσεις που αφορούσαν τη θεραπεία ασθενών με κατάθλιψη³⁵ και τη θεραπεία ασθενών με ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών^{27,32,36-39}.

Επείγουσα τηλεψυχιατρική

Βασικοί στόχοι της λειτουργίας των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας είναι η παρέμβαση στην κρίση, η πρόληψη των υποτροπών και η μείωση των νοσηλείων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Τα ψυχιατρικά επείγοντα μπορεί να αφορούν υποτροπές ψυχωσικών ασθενών, ψυχωσικά επεισόδια οφειλόμενα σε ουσίες ή σε οργανικό ψυχοσύνδρομο, απόπειρες αυτοκτονίες κλπ. και απαιτούν την άμεση παρέμβαση ψυχιάτρου καθώς και την κινητοποίηση πολλαπλών πόρων της Κοινότητας. Είναι σημαντικό οι αρμοδιότητες των εμπλεκομένων καθώς και οι διαδικασίες αντιμετώπισης του επείγοντος να έχουν καθοριστεί σαφώς και να έχουν λάβει τη μορφή πρωτοκόλλου^{23,40}, ιδιαίτερα όταν η παρέμβαση του ψυχιάτρου γίνεται μέσω τηλεψυχιατρικής.

Σε περιπτώσεις όπου ένα επείγον περιστατικό παραπέμπεται στην Κ.Μ.Ψ.Υ.ΝΑ.Κ. από τα Κέντρα Υγείας, την Εισαγγελία, το Αστυνομικό Τμήμα ή τα κατά τόπους Λιμεναρχεία ο ασθενής προσέρχεται προς εξέταση συνοδεία Ασθενοφόρου ή περιπολικού.

Όταν η παραπομπή έχει γίνει από Κέντρο Υγείας ο ασθενής εξετάζεται από τον απομακρυσμένο ψυχίατρο, παρουσία του επαγγελματία που εδρεύει στο νησί ή/και παρουσία του εφημερεύοντα γιατρού του Κέντρου Υγείας. Ευνόητο είναι ότι όταν η μονάδα ψυχικής υγείας και το σύστημα της τηλεψυχιατρικής βρίσκονται μέσα στο Κέντρο Υγείας η διαδικασία παραπομπής και αντιμετώπισης του επείγοντος είναι πιο άμεση (πχ. Στην Ίο το γραφείο της μονάδας ψυχικής υγείας βρίσκεται μέσα στο Κέντρο Υγείας κι έτσι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει 24ωρη άμεση πρόσβαση στο σύστημα της τηλεψυχιατρικής). Όταν ο ασθενής προσέρχεται συνοδεύει αστυνομικών συνιστάται οι τελευταίοι να αποχωρούν από την αίθουσα εξέτασης –εκτός και αν συντρέχουν ιδιαίτεροι λόγοι- και να εισέρχονται προκειμένου να λάβουν ενημέρωση και κατευθύνσεις από τον εξετάσαντα ψυχίατρο και τον επαγγελματία που εδρεύει στο νησί. Ανάλογα με την περίπτωση, ο ψυχίατρος μπορεί να συστήσει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, την βραχεία νοσηλεία του ασθενούς στο γενικό Νοσοκομείο (όταν πρόκειται για την Νάξο), την κατ' οίκον νοσηλεία, την ακούσια νοσηλεία του σε ψυχιατρικό κατάστημα της Αθήνας κ. ο. κ. Κατά τα έτη 2005-2010 η Κ.Μ.Ψ.Υ.ΝΑ.Κ. δέχθηκε 123 εντολές από την εισαγγελία Νάξου προκειμένου να γνωματεύσει αν τα άτομα έχριζαν ακούσιας νοσηλείας. Σε 54 περιπτώσεις οι γνωματεύσεις ήταν αρνητικές και οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν στην κοινότητα ⁴¹. Η δυνατότητα 24ωρης ψυχιατρικής και ψυχολογικής παρέμβασης στην κρίση με χρήση της τηλεψυχιατρικής καθώς και η ορθή συνεργασία και δικτύωση όλων των εμπλεκόμενων πλευρών (εισαγγελία, αστυνομία, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν., επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ασθενείς και υποστηρικτικό πλαίσιο) μπορεί να επιφέρει πολλαπλά οφέλη κατά την εφαρμογή των αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής. Καθίσταται δυνατή, αφενός μεν η αποφυγή της διακομιδής στην Αθήνα προκειμένου να λάβουν γνωμάτευση για το σύνολο των περιστατικών και αφετέρου η αποφυγή της ακούσιας νοσηλείας για σημαντικό ποσοστό ασθενών.

Κόστος της τηλεψυχιατρικής

Τα κόστη της τηλεψυχιατρικής μπορούν να ταξινομηθούν σε άμεσα που συμπεριλαμβάνουν τον εξοπλισμό, την εγκατάσταση της γραμμής ISDN, τα πάγια λειτουργικά έξοδα και τη συντήρηση, σε έμμεσα κόστη όπως διοικητικές δαπάνες και δαπάνες μεταφοράς των ασθενών στο ιατρείο τηλεψυχιατρικής και σε κρυμμένα κόστη (hidden costs) που αφορούν την εκπαίδευση στη χρήση της τηλεψυχιατρικής, την

ενοικίαση χώρου εγκατάστασης, την δημιουργία ιατρικών αρχείων κλπ. Βάσει των ανωτέρω παραμέτρων με ένα μέσο όρο 368 συνεδριών ανά έτος η απόσβεση υπολογίζεται στα 2.7 έτη⁴². Ωστόσο, ο χρόνος απόσβεσης είναι ίσως ακόμα πιο σύντομος αν συμπεριλάβουμε παράγοντες όπως η βελτίωση στην ποιότητα της φροντίδας, τα θεραπευτικά αποτελέσματα, τη χρήση της τηλεψυχιατρικής για άλλους σκοπούς, τις ανάγκες και την πρόσβαση του εκάστοτε πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας^{43,44}. Οι Hailey και συν. σε μια πρόωπη μελέτη τους για το κόστος της τηλεψυχιατρικής κατάφεραν να προσεγγίσουν πιο ολιστικά το εν λόγω ζήτημα, μιλώντας για τρεις διαστάσεις υπολογισμού του κόστους-οφέλους, σε επίπεδο ασθενών, κράτους και κοινωνίας⁴⁵. Στην περίπτωση της Κινητής Μονάδας αρκετά από τα ανωτέρω κόστη απαλείφονται καθώς θα υφίστανται ακόμα αν δεν υπήρχε εγκατεστημένος εξοπλισμός τηλεψυχιατρικής όπως η ενοικίαση ή αξιοποίηση χώρου, η δημιουργία ιατρικών αρχείων, τα διοικητικά κόστη κ.α. Ακόμα περισσότερο και υπό το πρίσμα των στόχων που θέτει η Κοινωνική Ψυχιατρική το αν η τηλεψυχιατρική συμφέρει ή όχι αποτελεί ουσιαστικά ένα ψευδοδύλημα. Η πρόληψη των υποτροπών, η παρέμβαση στην κρίση και η συνέχεια στη φροντίδα, σε απομακρυσμένους πληθυσμούς με αυξημένες ανάγκες και απουσία υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτούν άμεσες και συνεκτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που καθίστανται εφικτές μόνο μέσω της αξιοποίησης κάθε διαθέσιμου ανθρώπινου και υλικοτεχνικού πόρου.

Επίλογος

Παρά την πολύχρονη παρουσία της τηλεδιάσκεψης ως μέσου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και παρά την ερευνητική τεκμηρίωση της αξιοπιστίας των διαγνώσεων και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, η τηλεψυχιατρική σε εθνικό επίπεδο δεν έχει αναπτυχθεί όσο θα περίμενε κανείς. Οι αντιστάσεις σχετίζονται με θέματα εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας των δεδομένων, με φόβους για την αλλοίωση της επαγγελματικής ταυτότητας των ιατρών, φόβους για την απρόσωπη φύση της τηλεδιάσκεψης, με το κατά πόσο ευέλικτη είναι κουλτούρα των οργανισμών κ.α. Χωρίς να υποκαθιστά τη φυσική παρουσία, η τηλεψυχιατρική μπορεί να υποστηρίξει και να εμπλουτίσει όλο το φάσμα των υπηρεσιών που παρέχονται κατά την άσκηση του έργου μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας. Ακόμα και στις περιπτώσεις όπου η τηλεψυχιατρική φαντάζει μονόδρομος όπως η παρέμβαση στην κρίση, αυτό που ουσιαστικά καθιστά βιώσιμο ένα πρόγραμμα

τηλεψυχιατρικής είναι η συνεργασία με την τοπική κοινότητα, η εκτενής διερεύνηση των αναγκών, η διασύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την αστυνομία, την εισαγγελία κλπ., η παρουσία των επαγγελματιών που εδρεύουν στα νησιά και αποτελούν τα πρόσωπα αναφοράς για την κοινότητα.

Βιβλιογραφία

1. Μαδιανός Μ. *Κλινική Ψυχιατρική*. Καστανιώτης, Αθήνα, 2003
2. Pineau G , Moqadem K , St-Hilaire C , Perreault R, Levac R, Hamel B, Obedia A, Caron L. *Telehealth: Clinical Guidelines and Technical Standards for Telepsychiatry*. Montreal, AETMIS 2006 (Cited 20 December 2011) Available from www.aetmis.gouv.qc.ca
3. Grady B, Myers KM, Nelson EL, Belz N, Bennett L, Carnahan L, Decker VB, Holden D, Perry G, Rosenthal L, Rowe N, Spaulding R, Turvey CL, White R, Voyles D. *Evidence-based practice for telemental health*. Telemed J E Health 2011, 17:131-148
4. Λιανός Ι. *Εγχειρίδιο προδιαγραφών και διαδικασιών τηλεψυχιατρικής*. ΚΛΙΜΑΚΑ 2010 (προσπελάστηκε 19 Δεκεμβρίου 2011) Διαθέσιμο από www.klimaka.org.gr
5. National Research Council. *Key Capabilities of an Electronic Health Record System: Letter Report*. Washington, The National Academies Press, 2003.
6. Hoffman S, Podgurski A. *Finding a cure: the case for regulation and oversight of electronic health record systems*. Harvard Journal of Law & Technology 2008, 22: 104-164
7. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, Morton S, Shekelle P. *Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care*. Annals of Internal Medicine 2006, 144: 742-748
8. McLaren P, Blunden J, Lipsedge ML. *Telepsychiatry in an inner-city community psychiatric service*. J Telemed Telecare 1996, 2:57-59
9. Grady BJ, Melcer T. *A Retrospective Evaluation of TeleMental Healthcare Services for Remote Military Populations*. Telemed J E Health 2005, 11:51-58
10. Dongier M, Tempier R, Lalinec-Michaud M. *Telepsychiatry: psychiatric consultation through two-way television: a controlled study*. Canadian Journal of Psychiatry 1986, 31:32-34.
11. Garoni D, Sarantidis D, Bekiari H, Katsadoros K. *The role of telepsychiatry in the rural settings of SE Cyclades: Providing cost-effective services with a de-stigmatizing approach*. Global Telemedicine and eHealth updates 2011, 4:111-114
12. Jones BN , Ruskin PE. *Telemedicine and geriatric psychiatry: directions for future research and policy*. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology 2001, 14:59-62
13. Ball C, Puffett A. *The assessment of cognitive function in the elderly using videoconferencing*. J Telemed Telecare 1998, (Suppl 1):S36-S83

14. Loh PK, Donaldson M, Flicker L, Maher S, Goldswain P. *Development of a telemedicine protocol for the diagnosis of Alzheimer's disease*. J Telemed Telecare 2007, 13:90-94
15. Yoshino A, Shigemura J, Kobayashi Y. *Telepsychiatry: assessment of televideo psychiatric interview reliability with present- and next-generation internet infrastructures*. Acta Psychiatr Scand. 2001, 104:223-226
16. Stevens A, Doidge N, Goldbloom D, Voore P, Farewell J. *Pilot study of televideo psychiatric assessments in an underserved community*. Am J Psychiatry 1999, 156:783-785
17. Baigent MF, Lloyd CJ, Kavanagh SJ. *Telepsychiatry: "tele" yes, but what about the "psychiatry"?* J Telemed Telecare 1997, (Suppl 1):S3-S5.
18. Ball CJ, Scott N, McLaren PM, Watson JP. *Preliminary evaluation of a low-cost videoconferencing (LCVC) system for remote cognitive testing of adult psychiatric patients*. Br J Clin Psychol. 1993, 32:303-307
19. Grob P, Weintraub D, Sayles D, Raskin A, Ruskin P. *Psychiatric assessment of a nursing home population using audiovisual telecommunication*. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2001, 14:63-65
20. Ruskin PE, Reed S, Kumar R. *Reliability and acceptability of psychiatric diagnosis via telecommunication and audiovisual technology*. Psychiatr Serv. 1998, 49:1086-1088
21. Baer L, Cukor P, Jenike MA, Leahy L, O'Laughlen J, Coyle JT. *Pilot studies of telemedicine for patients with obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry 1995, 152:1383-1385.
22. Dongier M, Tempier R, Lalinec-Michaud M, Meunier D. *Telepsychiatry: psychiatric consultation through two-way television: a controlled study*. Can J Psychiatry 1986, 31:32-34
23. Sorvaniemi M, Ojanen E, Santamäki O. *Telepsychiatry in emergency consultations: a follow-up study of sixty patients*. Telemed J E Health 2005, 11:439-441
24. Kirkwood KT, Peck DF, Bennie L. *The consistency of neuropsychological assessments performed via telecommunication and face to face*. Journal of Telemedicine and Telecare 2001, 6:147-151
25. Shore JH, Savin D, Orton H, Beals J, Manson SM. *Diagnostic reliability of telepsychiatry in American Indian veterans*. Am J Psychiatry 2007, 164:115-118
26. Zarate C, Weinstock L, Cukkor P. *Applicability of telemedicine for assessing patients with schizophrenia: acceptance and reliability*. J Clin Psychiatry 1997, 58:22-25
27. O'Reilly R, Bishop J, Maddox K. *Is telepsychiatry equivalent to face-to face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial*. Psychiatr Serv 2007, 58:836-843
28. Menon AS, Kondapavalru P, Krishna P. *Evaluation of a portable low cost videophone system in the assessment of depressive symptoms and cognitive function in elderly medically ill veterans*. Journal of Nervous and Mental Disease 2001, 189:399-401
29. Singh S, Arya D, Peters T. *Accuracy of telepsychiatric assessment of new routine outpatient referrals*. BMC Psychiatry 2007, 7:55-68

30. Jones B, Johnston D, Reboussin B. *Reliability of telepsychiatric assessments: subjective versus observational ratings*. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001, 14:66–71.
31. Kostandakopoulos K, Zacharopoulou C, Papastergiou M, Tsirika N, Valma V, Lymperaki G. *Reliability of telepsychiatric assessments in patients with chronic schizophrenia*. ΚΛΙΜΑΚΑ 2003 2011 (προσπελάστηκε 13 Δεκεμβρίου 2011) διαθέσιμο από www.klimaka.org.gr
32. Frueh C, Monnier J, Elhai J, Grubaugh A, Knapp R. *Telepsychiatry Treatment Outcome Research Methodology: Efficacy versus Effectiveness*. Telemed J E Health 2004, 10: 455-458
33. Richardson LK, Frueh BC, Grubaugh AL, Egede L, Elhai JD. *Current Directions in Videoconferencing Tele-Mental Health Research*. Clin Psychol 2009, 16:323-338
34. Kennedy C , Yellowlees P. *The effectiveness of telepsychiatry measured using the Health of the Nation Outcome Scale and the Mental Health Inventory*. J Telemed Telecare 2003, 9: 12-16
35. Ruskin P, Silver-Aylaiian M, Kling M. *Treatment outcomes in depression: comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment*. Am J Psychiatry 2004, 161:1471–1476
36. Zaylor C, Nelson EL, Cook DJ. *Clinical outcomes in a prison telepsychiatry clinic*. J Telemed Telecare 2001, 7 (Suppl 1):S47-S49
37. De Las Cuevas C, Arredondo MT, Cabrera MF, Sulzenbacher H, Meise U. *Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment*. Telemed J E Health 2006, 12:341-350
38. O'Reilly R, Bishop J, Maddox KI. *Is telepsychiatry equivalent to face-to face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial*. Psychiatr Serv 2007, 58:836–843
39. Steel K, Cox D, Garry H. *Therapeutic videoconferencing interventions for the treatment of long-term conditions*. J Telemed Telecare 2011, 17: 109-117
40. Shore J, Hilty D ,Yellowlees P. *Emergency Management Guidelines for Telepsychiatry*. Gen Hosp Psychiatry 2007, 29: 199–206
41. Κατσαδώρας Κ, Γαρόνη Ν, Σκαρβέλης Κ. *Διερεύνηση της επαναληπτικότητας των ακούσιων νοσηλειών από την περιοχή των ΝΑ Κυκλάδων*. ΚΛΙΜΑΚΑ 2011 (προσπελάστηκε 13 Δεκεμβρίου 2011) Διαθέσιμο από <http://kinitimonada.wordpress.com>
42. Hyler SE, Gangure DP. *A review of the costs of telepsychiatry*. Psychiatr Serv. 2003, 54:976-980
43. Kennedy C, Yellowlees P. *A community based approach to evaluation of health outcomes and costs for telepsychiatry in a rural population: preliminary results*. Journal of Telemedicine and Telecare 2000, 6(suppl 1):S155– S157
44. Bynum AB, Irwin C, Cranford C, Denny G. *The impact of telemedicine on patients' costs savings: Some preliminary findings*. Telemed J E Health 2003, 9:361-367
45. Hailey D, Jacobs P, Simpson J. *An assessment framework for telemedicine applications*. Journal of Telemedicine and Telecare 1999, 5:162–170

2^ο ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Η υποχονδρίαση μέσα από την ιστορία και τις ψυχοπαθολογικές της προσεγγίσεις

Πέτρος Πετρίκης, *Λέκτορας Ψυχιατρικής -*

Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Γιώργος Μαρτινίδης, *Ψυχολόγος*

Ο όρος υποχονδρίαση έλκει την καταγωγή του από την ελληνο-ρωμαϊκή αρχαιότητα. Ο Γαληνός της Περγάμου (130-200μ.χ.) του οποίου τα έργα αποτελούσαν τα ιερά κείμενα της δυτικής ιατρικής για πάνω από 1200 χρόνια χρησιμοποιούσε τον όρο "υποχονδριακή μελαγχολία". Υπέθετε, στην κατεύθυνση της υποκρατικής θεωρίας περί χυμών ότι όταν το συκώτι, ο σπλήνας και το στομάχι δυσλειτουργούν, εμφανίζεται στο αίμα μαύρη χολή της οποίας οι ατμοί φτάνουν στον εγκέφαλο προκαλώντας τα συμπτώματα της υποχονδριακής μελαγχολίας¹.

Ο όρος υποχονδρίαση εισέρχεται τον 16^ο αιώνα στο ιατρικό λεξιλόγιο αναφερόμενος σε ασθενείς δύστροπους και ανήσυχους για την κατάσταση της υγείας τους. Την ίδια εποχή η λέξη hypochondrie χάνει το "h" και γίνεται hyochondrie. Φαίνεται η αλλαγή αυτή να σηματοδοτεί την απομάκρυνση την νόσου από το υποχόνδριο με τη σημασία που αυτό είχε για την αιτιολόγηση της νόσου κατά την αρχαιότητα. (hypochondrie)².

Ο Μολιέρος στον "κατά φαντασίαν ασθενή" (1673) θα δώσει μια εξαιρετική περιγραφή του υποχονδριακού στο πρόσωπο του Argan: "Από την αρχή τούτου του μήνα πήρα ένα, δύο, τρία... εφτά, οχτώ γιατρικά και ένα, δύο... δώδεκα κλύσματα. Ενώ τον περασμένο μήνα πήρα δώδεκα γιατρικά και είκοσι κλύσματα. Δεν μου φαίνεται λοιπόν διόλου παράξενο που δεν είμαι τόσο καλά αυτό το μήνα όσο ήμουν τον προηγούμενο. Θα το πω στον κύριο Πουργκόν για να βάλει τα πράγματα σε τάξη. Εμπρός, πάρτε τα όλα τούτα από 'δω. Δεν είναι κανείς εδώ μέσα; Στα χαμένα μιλάω. Μ' αφήνουν πάντα μονάχο. Δεν υπάρχει τρόπος να τους κρατήσω κοντά μου"³.

Πολλά χρόνια αργότερα (1930) ο ήρωας του Μολιέρου θα εμπνεύσει τον γάλλο ψυχίατρο Abadie που θα επινοήσει τον όρο "Arganisme" για να αναφερθεί στην υποχονδριακή νευρώση ,αποτυγχάνοντας όμως να τον κάνει ευρύτερα αποδεκτό⁴.

Ο Sydenham υποστήριζε(1799) ότι η υποχονδρίαση στους άντρες είναι το αντίστοιχο της υστερίας στις γυναίκες. Τονίζει ότι πρόκειται για νόσους πρωτεϊκές που μιμούνται

σχεδόν όλες τις αρρώστιες προκαλώντας τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του οργάνου το οποίο προσβάλλουν

Από τον Sydenham και μετά, η υποχονδρίαση απέκτησε την διάσταση του δημιουργού της εξαπάτησης και της αυταπάτης. Ξεγελά τόσο το γιατρό όσο και τον ασθενή. Αυτός άλλωστε είναι ο λόγος που για τον Kant εκπληρώνει την "πραγματική λειτουργία" της "νόσου της φαντασίας".

(Pigeaud, 2001)⁵.

Λίγες δεκαετίες νωρίτερα ο William Cullen (1777) είχε κατατάξει την υποχονδρίαση μαζί με την υστερία στις "νευρώσεις" δηλαδή της χρόνιες, γενικευμένες χωρίς πυρετό παθήσεις του νευρικού συστήματος. Κατά τον σκωτσέζο γιατρό οι δύο παθήσεις προκαλούνται από νευρικές μεταβολές που διαταράσσουν την κινητικότητα του εντέρου και της μήτρας αντίστοιχα (Sauri, 1996)⁶.

Είναι γνωστές οι περίφημες περιπτώσεις υποχονδριακών του Esquirol: Κάποιος ασθενής πιστεύει ότι έχει ζώα στην κοιλιά του και διαπιστώνεται ότι πάσχει από περιτονίτιδα, κάποιος άλλος πίστευε ότι έχει κάποιο ξένο σώμα στο φάρυγγα και βρέθηκε ότι έπασχε από οισοφαγικό έλκος. Ο Bonnet περιέγραψε την περίπτωση ασθενούς που πίστευε ότι είχε έναν βάτραχο στο στομάχι και τελικά έπασχε από καρκίνο. Έκτοτε η ανακοίνωση παρόμοιων περιπτώσεων δεν έπαψε, περιπτώσεων που οι διάφοροι συγγραφείς ονομάζουν ως "δικαιολογημένη υποχονδρίαση", υποχονδρίαση cum materia, παθονεύρωση (Ferenczi), υποχονδρίαση σχετιζόμενη με οργανικές διαταραχές. (Ey, 1950)⁷.

Ο Jan Pierre Falret το 1822 (αναφέρεται στον Bercherie, 2004) στο βιβλίο του "Περί της υποχονδρίασης και της αυτοκτονίας" θα τονίσει την "εγκεφαλική" προέλευση της νόσου. Έτσι, στην εποχή της ανατομοκλινικής μεθόδου, η υποχονδρίαση εξαφανίζεται από το πεδίο ενδιαφέροντος της ιατρικής για να εισέλθει σ' αυτό της ψυχιατρικής. Το 1857 ο Baillarger περιέγραψε το "υποχονδριακό παραλήρημα" των προϊόντων παραλυτικών ως "τυπικό σύμπτωμα της νόσου". Οι παραληρητικές ιδέες ήταν ασυναφείς, παράλογες, αντιφατικές, αποσπασματικές, ευμετάβλητες. Ο Morel (1852-53) προτείνει για την υστερία και την υποχονδρίαση τον όρο της "τροποποιηθείσας νεύρωσης" σύμφωνα με τον οποίο τα κλασσικά συμπτώματα των δύο νευρώσεων είναι δυνατό να περάσουν σε δεύτερο πλάνο για να δώσουν την θέση τους σε καινούργιους παθολογικούς σχηματισμούς που αντανακλούν όμως "το βασικό χαρακτήρα της νεύρωσης της οποίας αποτελούν τροποποίηση". Έτσι η υποχονδριακή τρέλα είναι η τροποποίηση της απλής υποχονδρίασης

σε διωκτικό παραλήρημα του οποίου η τελική –κακής προγνώσεως- κατάληξη είναι το παραλήρημα μεγαλείου.

Το 1897 ο Gilbert Ballet διακρίνει τέσσερις μορφές στην "πρωτοπαθή υποχονδρίαση":

- α) Την μικρή υποχονδρίαση των νευρασθενικών που εκκινεί από "διαταραχές" σπλαχνικές και της κοινής αισθητικότητας οι οποίες προκαλούν περισσότερο τον φόβο παρά την πεποίθηση για την ύπαρξη κάποιας ασθένειας.
- β) Υποχονδριακές φοβίες των ψυχαναγκαστικών που διαφέρουν από την προηγούμενη κατηγορία κατά το ότι η ενασχόληση είναι συνεχής.
- γ) Την μεγάλη υποχονδρίαση όπου ο ασθενής δεν φοβάται ότι πάσχει από κάποια ασθένεια αλλά "δεν αφήνει κανένα περιθώριο αμφιβολίας" και κανένα επιχείρημα δεν μπορεί να μετακινήσει την ακλόνητη πεποίθησή του.
- δ) Τέλος την "παραληρητική υποχονδρίαση" που διαφέρει από την προηγούμενη μορφή κατά το ότι σ' αυτήν την τελευταία οι παραληρητικές ιδέες δεν είναι λογικοφανείς αλλά τελείως παράλογες (π.χ. μηδενιστικό παραλήρημα)⁸.

Ο Freud θα ασχοληθεί με την υποχονδρίαση στο έργο του "εισαγωγή στο ναρκισσισμό" (1914) όπου την κατατάσσει στις ενεστώσες νευρώσεις μαζί με την αγχώδη νεύρωση και την νευρασθένεια. Την αντιμετωπίζει ως το υποδειγματικό ψυχοπαθολογικό φαινόμενο για την προσέγγιση του ναρκισσισμού και θεωρεί ως αιτία της την απόσυρση της λίμπιντο από τα εξωτερικά αντικείμενα και την "λίμνασή" της στο όργανο από όπου προέρχονται τα ενοχλήματα⁹.

Ο Sador Ferenczi θα προτείνει μια εν τω βάθει θεώρηση της υποχονδρίασης χωρίς να αμφισβητήσει την ταξινόμηση του Freud. Η συμβολή του Ferenczi στη θεώρηση της υποχονδρίασης δεν προκάλεσε στην εποχή της ιδιαίτερο ενδιαφέρον γιατί μεταξύ άλλων ποτέ δεν συνέθεσε ολοκληρωμένα τις απόψεις του σχετικά με το θέμα ούτε και δημοσίευσε κάποιο σχετικό άρθρο με εξαίρεση την "ψυχανάλυση μιας περίπτωσης υποχονδριακής υστερίας". Ο Ferenczi αποκαλεί την υποχονδρίαση "ενεστώσα ναρκισσιστική νεύρωση" και την αποδίδει σε λίμναση της λίμπιντο στα όργανα του σώματος. Συναντά δυσκολίες στη νοσογραφική της "απομόνωση" με την ψυχαναγκαστική νεύρωση όχι μόνο σε επίπεδο συμπτωμάτων αλλά και σε αιτιολογικό ψυχογενετικό επίπεδο (θεωρούσε ότι και οι δύο νόσου προέκυπταν λόγω καθήλωσης στο πρωκτικό στάδιο). Η πρωτοτυπία του Ferenczi σε σχέση με την υποχονδρίαση θα αναδειχθεί ακόμη περισσότερο με την εισαγωγή (1917) της έννοιας της "παθονεύρωσης". Ο όρος αυτός περιγράφει τις νευρωτικές συνέπειες μιας οργανικής ασθένειας ή ενός σωματικού

τραυματισμού. Έχουμε όπως και στην υποχονδρίαση μια επένδυση λιβιδινικής ενέργειας στο σώμα, μια ερωτικοποίηση οργάνων του σώματος ως συνέπεια μιας οργανικής παθολογίας.

Οι παθονευρώσεις προκύπτουν από την λιβιδινική επένδυση του τραυματισμένου ή πάσχοντος οργάνου.

Η αύξηση αυτή της λίμπιντο προκαλεί τα υποχονδριακά συμπτώματα που αποτελούν μια αντι-επένδυση "προστατεύοντας" τα άλλα όργανα από τις παθογόνες συνέπειες της ασθένειας αλλά "προστατεύουν" και από την ίαση.

Φαίνεται ότι η θεωρητικοποίηση της υποχονδρίασης το 1914 από το Freud συνέβαλε στην επεξεργασία της έννοιας της παθονεύρωσης. Υποχονδρίαση και παθονεύρωση διαφέρουν μόνο κατά το ότι στη δεύτερη ανευρίσκεται οργανική παθολογία.

Η έννοια της παθονεύρωσης προσφέρει ένα ενδιαφέρον άνοιγμα στη μελέτη των σχέσεων σώματος / ψυχής που δεν περιορίζονται πια στην "μετατροπή" και δείχνει πως το σωματικό "υποχρεώνει" τρόπον τινά την ψυχή να "εργαστεί"¹⁰.

Υποχονδρίαση και Σώμα

Το σώμα δεν είναι μονάχα ο χώρος των σωματικών ασθενειών που διαγιγνώσκουν και θεραπεύουν οι γιατροί, είναι επίσης ένας χώρος βιωμένων εμπειριών γεμάτος σημασίες για το άτομο.

Μια από τις πιο κοινές εμπειρίες του σώματος είναι η προβολή του άγχους της ίδιας της σωματικής ύπαρξης δηλ. του άγχους της αρρώστιας και του θανάτου που συνεχώς απειλούν το σώμα.

Αν και η απειλή αυτή είναι υπαρκτή είναι ωστόσο ένδειξη υγείας να μην ασχολείται κανείς ιδιαίτερα μαζί της, να μην αισθάνεται την φυσιολογική λειτουργία του σώματός του πέρα από τα "σήματα" που αυτό εκπέμπει για την ικανοποίηση των ζωτικών του αναγκών. Το σώμα λοιπόν σε φυσιολογικές συνθήκες παραμένει "σιωπηλό", δεν βιώνεται υπό την αγωνία κάποιας επικείμενης αρρώστιας ή του θανάτου. Παραταύτα κάποιες περιόδους της ζωής –η ενέλιξη και το γήρας κατεξοχήν- φέρνουν το άτομο αντιμέτωπο με το πρόσκαιρο της ύπαρξης και πυροδοτούν τη σημαντική ανησυχία που λανθάνει σε κατάσταση υγείας. Όπως προαναφέραμε το άγχος αυτό είναι μία προβολή, μία μετάθεση στο σώμα του φόβου για την ίδια την ύπαρξη. Μικρή σημασία έχει η "εντόπιση" της ενόχλησης στο σώμα αφού άλλωστε μπορεί κατά περιόδους να μετατοπίζεται από όργανο σε άλλο όργανο ή και να

είναι διάχυτη. Υπάρχει όμως μια ουσιώδης διαφορά μεταξύ της υποχονδριακής αιτίασης και αυτής του παθολογικός ασθενούς: Ο υποχονδριακός άρρωστος "ταυτίζεται" με την αρρώστια του, δεν βλέπει την χωρική πραγματικότητα του σώματος του αλλά μια οθόνη όπου προβάλλονται οι ασυνείδητες συγκρούσεις και τα άγχη του. Ενώ ο σωματικός άρρωστος "αντικειμενοποιεί" τα συμπτώματά του, τα αντιμετωπίζει ως κάτι "εξωγενές" σε σχέση με την προσωπικότητά του¹¹.

Ο Henri Ey υποστηρίζει στην ψυχοπαθολογική του θεώρηση ότι το σώμα μας μετέχει σε μία διπλή βιωμένη εμπειρία: Ως αντικείμενο (έχω ένα σώμα) αλλά και ως υποκείμενο (είμαι ένα σώμα). Για τον υποχονδριακό είναι το σώμα-υποκείμενο που βιώνεται τροποποιημένο. Η υποχονδριακή εμπειρία διαπερνά το σώμα και επενδύει όλες τις αντιλήψεις δια των οποίων ο ασθενής αισθάνεται το σώμα του. Έτσι το σώμα από υποστήριγμα της ύπαρξης μετατρέπεται σε φορτίο. Το σωματικό βίωμα που υφίσταται την απειλή του θανάτου "σώζεται" δια της θυσίας ενός τμήματός του που "είναι άρρωστο". Ο υποχονδριακός διαφεύγει το θάνατο μέσω πολλαπλών διαγνώσεων, φαρμάκων, φροντίδων. Θέλει φροντίδα αλλά όχι ίαση. Δε ζητά τη θεραπεία μιας αρρώστιας αλλά την επιβεβαίωση ότι ο θάνατος δεν είναι αναπόφευκτος. Η ίαση στην υποχονδρίαση, τονίζει και πάλι ο H. Ey είναι εξίσου επιθυμητή και απευκαία γιατί η νόσος αποτελεί ένα καταφύγιο, μια ανταμοιβή, έναν τρόπο για να υπάρξει κανείς ως υποκείμενο. Η υποχονδρίαση είναι μια πραγματική ασθένεια που εκφράζεται δια του φαντασιακού⁷.

Κατά τον Maurel (1984) η υποχονδρίαση συνιστά:

"Ψυχική οδύνη που εκφράζεται με όρους σωματικής παθολογίας και οδηγεί τον ασθενή σε μια αμφίθυμη σχέση με το γιατρό τον οποίο ταυτόχρονα αναζητά και απορρίπτει ως το μόνο κάτοχο του μυστικού της αρρώστιας του και της γνώσης για την ίασή του. Ο πάσχων εμφανίζεται ως κατά φαντασίαν ασθενής, απευθύνει στους οικείους του ένα λόγο χωρίς δυνατότητα απάντησης που τον οδηγεί αναγκαστικά σε μια σαδομαζοχιστική σχέση".

Ο υποχονδριακός, κατά φαντασίαν γιατρός, παραποιεί τον ιατρικό λόγο και πράξη απαιτώντας από το alter ego του μια εξέταση "διπλής κατεύθυνσης", που θα αποτελέσει και το πεδίο της αντιπαράθεσής τους. Αυτή η σχεδόν "παραληρητική συνεργασία" (Cotard, 1889 αναφέρεται στον Maurel, 1984), αυτή η αμφίθυμη συνεννοχή όπου ο ανταγωνισμός δεν είναι ποτέ απών οδηγεί τον ασθενή στην διαρκή αυτοπαρατήρηση, συχνά γραπτή, των ρυθμών και των ήχων των σπλάχνων του. Κατασκευάζει έτσι μια θεωρία για την ασθένειά του που εδράζεται στην ασυνείδητη άρνηση του σώματος στην

ολότητά του και στην ανάδειξη ενός μέρους που λόγω της δυσλειτουργίας του αποκτά πρόσβαση στο λόγο και γίνεται τελικά ο μόνος συνομιλητής του υποχονδριακού. Στην υποχονδρίαση οφείλει ο κλινικός να αποφύγει έναν διπλό κίνδυνο: μια αντικειμενικότητα που θα παραγνώριζε την υποκειμενικότητα του ασθενούς ή αντιθέτως μια μεγάλη έμφαση στο υποκειμενικό βίωμα που δε θα λάμβανε υπόψιν την επιτυχημένη "αντικειμενικότητα" του λόγου και των πράξεών του υποχονδριακού (Maurel, 1984)⁴.

Μακράν του να αποτελεί λόγο του σώματος όπως στις ψυχοσωματικές ασθένειες, ο λόγος του υποχονδριακού είναι επαναληπτικός, φτωχός και μονότονος. Είναι ένας λόγος "σχετικά με το σώμα" σύμφωνα με τον Peruchon , για την ακρίβεια σε σχέση με το φανταστικό σώμα δια του οποίου εκφράζεται μια ψυχική οδύνη που δεν μπορεί να ειπωθεί ως τέτοια¹¹.

Ο Λόγος της Ιατρικής και ο Λόγος του Υποχονδριακού

Η ιατρική εκκινεί από μία γνώση του σώματος –ανατομοκλινική- για να συγκροτήσει ένα Σώμα γνώσης, υποστηρίζουν οι B.Casters και J Van der Stegen(1981) ενώ ο υποχονδριακός εκκινεί από ένα σώμα παραγνώρισης, με μια γνώση προσωπική –δίχως σφάλμα- για να οδηγηθεί σε μία παραγνώριση του σώματος -ριζική στην παραληρητική της εκδοχή. Έτσι ο υποχονδριακός λόγος δομείται ως λόγος αντίθετος με τον ιατρικό αλλά ταυτοσημικός στην κίνηση, στην εκτύλιξη του διότι βασίζεται σε μια λογική, αιτιακή αλληλουχία με αναπόδεικτες όμως τις προκείμενές του. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές (1981) ο υποχονδριακός λόγος είναι "καθ' υπερβολήν λόγος" και ως τέτοιος αντιμετωπίζει κάθε άλλο λόγο ως ανυπόφορο ή ανεπαρκή. Είναι λόγος ιδιωτικός διότι είναι "η εξαίρεση που αντιστέκεται στον κανόνα" καθώς αδυνατεί να συγκροτηθεί σε λόγο παγκόσμιο όπως η ιατρική την οποία αμφισβητεί εκφράζοντας αποκλειστικά την υποκειμενικότητα του βιώματος και τέλος λόγος παράδοξος διότι εκφράζει συναισθήματα και ενορμήσεις μέσα από εκλογικεύσεις, απορίες, αποδείξεις. Η ιατρική κατακτά ένα σώμα γνώσης για να προσεγγίσει το σώμα του Άλλου –και ενδεχομένως να το γιατρέψει- ενώ στην υποχονδρίαση συμβαίνει το αντίθετο: Είναι ο Άλλος του σώματος που μιλά, ο Άλλος που παραμένει "σιωπηλός" στην ιατρική χωρίς να παύει να την "κατοικεί". Η υποχονδριακή οδύνη είναι ακριβώς η έκφραση της αδυναμίας να συμβολιστεί η απουσία του Άλλου με συνέπεια ο ψυχισμός να προβάλλεται απευθείας στο σώμα αδιαμεσολάβητα..

Έτσι η υποχονδρίαση δεν είναι μόνο μια ασθένεια του φαντασιακού αλλά κυρίως το φαντασιακό της ασθένειας. Γι' αυτό η ιατρική την αποδιώχνει, αντιμετωπίζοντάς την ως αυταπάτη ή αναζητά σ' αυτήν μια αντικειμενική οδύνη¹².

Οι Μεταβολές της Υποχονδρίασης

Κατά το δεύτερο ήμισυ του 20^ο αιώνα αναπτύχθηκε μια πιθανολογική αντίληψη της ιατρικής. Η υγεία δεν ορίζεται πλέον ως "η σιωπή των οργάνων". Στο εξής κάθε άτομο με φαινομενικά καλή υγεία είναι ένας εν δυνάμει ασθενής που το αγνοεί και επ' ευκαιρία ενός συστηματικού παρακλινικού ελέγχου μπορεί να αποδειχθεί ότι πάσχει από αρτηριακή υπέρταση, υπερχολιστεριναιμία, καρκίνο.

Κάθε υποκειμενικό ενόχλημα δικαιολογεί πλέον συμπληρωματικές εξετάσεις των οποίων τα αποτελέσματα ερμηνεύονται με βάση τα κλινικά σημεία. Σε περίπτωση αμφιβολίας ο γιατρός θεωρεί φρόνιμο να τις επαναλάβει ή να προχωρήσει σε περαιτέρω έλεγχο. Η θριαμβεύουσα ιατρική που διεκήρυξε τη νίκη της επί των λοιμώξεων δίνει τη θέση της σε μια «διαχειριστική» των χρόνιων παθήσεων ιατρική.

Γνωρίζουμε πλέον ότι μπορεί να είμαστε φορείς κάποιου θανατηφόρου ιού του οποίου τα συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν δεκαετίες αργότερα. Η εκ βάθους τροποποίηση των αναπαραστάσεων της υγείας και της αρρώστιας μεταφράζεται τόσο στην ιατρική στάση απέναντι στην υποχονδρίαση όσο και στην έκφραση των συμπτωμάτων της νόσου. Παρατηρείται τα τελευταία χρόνια μια «ανανέωση» στη θεματική της νόσου (η σύφιλη, προσφιλές υποχονδριακό θέμα μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα έχει παραχωρήσει τη θέση της σε άλλες ασθένειες, επίσης φαντασιακά φορτισμένες) και μια εξαιρετική "ικανότητα" των ασθενών να χειρίζονται όλα τα δεδομένα της ιατρικής και της ιατρικής τεχνολογίας για να καταδείξουν το αβάσιμο των ισχυρισμών της ότι κατέχει απολύτως το μυστήριο του σώματος¹³.

Πρόσφατες δημοσιεύσεις θεωρούν τις πολλαπλές ιατρικές επισκέψεις, το "medical shopping", ως ένα από τα βασικά κριτήρια της διαταραχής.

Ο υποχονδριακός όχι μόνο περιφέρεται από γιατρό σε γιατρό αλλά εναλλάσσει ενδεχομένως "κλασσικούς" και "εναλλακτικούς" θεραπευτές. Μεταθέτει από τον έναν συνομιλητή στον άλλον την καχυποψία του απέναντι στην ιατρική γνώση την οποία θαυμάζει αλλά και της οποίας διαισθάνεται την αδυναμία να τον γιατρέψει. Αναζητά

περισσότερο την συσσώρευση ιατρικών πληροφοριών παρά την δημιουργία μιας σταθερής θεραπευτικής σχέσης που θα προϋπέθετε την εμπιστοσύνη του προς έναν γιατρό.

Κατά τον Lejoyeux (2005) η υποχονδρίαση τείνει να παίρνει καινούργιες μορφές απομακρυνόμενη ολοένα και περισσότερο από την κλασσική υποχονδρίαση· μορφές πιο σοβαρές και "αναπηρικές" που απορρυθμίζουν ολόκληρη την ύπαρξη του ασθενούς.

Οι "κυβερνοχονδριακοί" χρησιμοποιούν το Internet ως αποκλειστικό σχεδόν μέσο πρόσβασης στις ιατρικές πληροφορίες. Αναζητούν σε site γεμάτα υποσχέσεις την "εξήγηση" των συμπτωμάτων τους. Επιλέγουν ειδικές διατροφές και είναι πρόθυμοι να δοκιμάσουν φάρμακα που βρίσκονται σε ερευνητικό στάδιο. Η διατροφή τους γίνεται "ιατρικό γεγονός" και η ουτοπία τους της "ιδανικής διατροφής" ενισχύεται από τα media και τις διαφημίσεις.

Μια άλλη κατά τον Lejoyeux μορφή σύγχρονης υποχονδρίασης είναι η "ψυχική υποχονδρίαση" που οδηγεί τον ασθενή σε αναζήτηση διαρκούς ευφορίας μέσω της υπερκατανάλωσης συμπληρωμάτων διατροφής που υποτίθεται ότι βελτιώνουν τη διάθεση^{2,13}.

Η υποχονδρίαση αποτελεί μια πολύμορφη παθολογία με διανοσογραφικό χαρακτήρα. Έτσι μπορεί να εκφράζεται μέσα από ποικιλία κλινικών εικόνων εκκινώντας από την αγχώδη μεγιστοποίηση κάποιου υπαρκτού σωματικού προβλήματος και καταλήγοντας στα υποχονδριακά παραληρήματα¹¹.

Αν και η έννοια της ασθένειας πηγάζει από μια κυρίως αντικειμενική γνώση δεν συμβαίνει το ίδιο με την έννοια της υγείας. Η υγεία, ουσιαστικά υποκειμενική, αναφέρεται στη συνείδηση μιας σωματικής κατάστασης χωρίς οδύνη ή διαγνωσμένη παθολογία. Παρά τις προόδους της ιατρικής έρευνας και διερεύνησης, το σώμα διατηρεί πάντα μια "αδιάφανη" πλευρά και παραμένει διαρκώς υπό την απειλή του αγνώστου π.χ. μιας – κρυμμένης- ακόμη ασθένειας που αναπτύσσεται στα βάθη του.

Η ιατρική όντας αδύναμη να ακυρώσει αυτήν την αμφιβολία δεν μπορεί να εγγυηθεί την "απόλυτη υγεία" η οποία άλλωστε αναγνωρίζεται από το άτομο μόνο εκ των υστέρων ως ένας χρόνος λήθης της σωματικής ευαλωτότητας.

Ο υποχονδριακός διαφεύγει από την αβεβαιότητα αυτή όχι με τη λήθη αλλά με την πεποίθηση ότι η ασθένεια είναι ήδη παρούσα. Περισσότερο και από τα σωματικά συμπτώματα, είναι η βεβαιότητα αυτή που η νόσος εκθέτει στο βλέμμα της ιατρικής. Έτσι η υποχονδρίαση μπορεί να οριστεί όχι ως παραγνώριση της υγείας –μια που δεν υπάρχει

απολύτως αντικειμενική γνώση για την υγεία- αλλά ως μια ιδιαίτερη στάση στο ζήτημα της σωματικής υγείας που ενίσταται στην άρνηση της αβεβαιότητας¹⁴.

Βιβλιογραφία

1. Koran, M.L. Obsessive compulsive and related disorders in adults Cambridge university Press, 1999
2. Lejoyeux, M. Hypochondrie. EMC – Psychiatrie 2005 –
3. Μολιέρου. Ο κατά φαντασίαν ασθενής, Αθήνα, Δωδώνη, 1993 σελ.17
4. Maurel, H.. Hypochondrie. in Porot, A. Manuel alphabetique de psychiatrie.Paris, PUF, 1984
5. Pigeaud, J. L'aporie des medecins revelee par un psilosophe. A propos de "malades de la tete" de Kant. in Aux portes de la psychiatrie. Pivel, l' ancien et le moderne. Paris, Aubier, 2001, pp115-138
6. Sauri, J.J. La construction du concept de nervose. II Nosologie de nervose. L'information Psychiatrique, 1996, 72:895-902.
7. Ey. H. Etudes psychiatriques. Etude no 18, Paris, Desclee de Brouner, 1950. p. 453-517
8. Bercherie, P. Histoire et structure du savoir psychiatrique. Les fondements de la clinique. Paris, L'Harmattan, 2004.
9. Assoun, P.L. Corps et symptome. Lesons de psychanalyse. Paris, Anthropos, 2004.
10. Chemouni, J. De l' hypocondrie aux pathonevroses. L' apport de Ferenczi. Evol. Psychiatr. 2001; 66: 25-92
11. Peruchon, M. Hypocondrie et psychopathologie. Aspects comparatifs. Psy. Fr. 2003; 1: 111-123
12. Castets, B. & Van der Stegen, J. Le destin tragique de l' hypocondriaque. Evol. Psychiatr. 1981; 46: 929-956.
13. Lejoyeux M. Le nouveau malade imaginaire.L'utopiedu bonheur parfait. Paris, Hachette-Littératures, 2004.
14. Hourtane, M. & Hardy, P. Hypochondrie: Meconnaissance de la santé? Nervure 1996, (x): 37-42.

Σωματική νοσηρότητα και θνησιμότητα στη σχιζοφρένεια

Πέτρος Πετρίκης, Λέκτορας Ψυχιατρικής

Ψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Η παραδοχή ότι η ύπαρξη μιας ψυχικής νόσου αποτρέπει την εμφάνιση μιας σωματικής νόσου διατρέχει την ιατρική από την αρχαιότητα μέχρι τα νεότερα χρόνια. Ο Ιπποκράτης ανέφερε ότι η μανία υποχωρούσε όταν σε έναν μανιακό ασθενή υποτροπιάζαν οι κिरσοί ή οι αιμορροΐδες, ο Pinel διαπίστωσε αποκατάσταση της λογικής μετά από παροχέτευση αποστήματος της παρωτίδας σε έναν παράφρονα ενώ ο μαθητής του Esquirol είχε παρατηρήσει ότι ο πυρετός προκαλούσε βελτίωση των συμπτωμάτων της “ψυχικής αλλοτρίωσης”. Οι αντιλήψεις αυτές συνέβαλαν εν μέρει στην επινόηση των πρώτων βιολογικών θεραπειών στην Ψυχιατρική¹.

Ο Wagner Jauregg, καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης, θα ανακοινώσει το 1917 ότι ενοφθαλμίζοντας το πλασμάδιο της ελονοσίας σε προϊόντες παραλυτικούς, προκαλώντας δηλαδή μια σωματική νόσο σε ψυχικά ασθενείς, πέτυχε σημαντική βελτίωση της κλινικής τους εικόνας την οποία συναπάρτιζαν μανιακά και ανοϊκά συμπτώματα. Για τη θεραπευτική αυτή επιτυχία σε μια νόσο ανίατη ως τότε θα του απονεμηθεί το 1927 το Βραβείο Nobel Ιατρικής. Η θεραπεία της σχιζοφρένειας με τη χρήση ινσουλινικών κομάτων που εισηγήθηκε το 1933 ο Manfred Sackel ή με την πρόκληση επιληπτικών κρίσεων με cardiasol που πρότεινε ο Von Meduna) δυο χρόνια αργότερα (1935) όπως και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία που επινοήθηκε από τους Ιταλούς Ugo Cerletti και Lucio Bini την ίδια περίπου εποχή με σκοπό την τελειοποίηση της προηγούμενης μεθόδου, βασίζονταν στην παραδοχή ότι σε πολλούς σχιζοφρενείς οι επιληπτικές κρίσεις οδηγούσαν σε θεαματική βελτίωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων^{2,3}.

Ο Freud στο “Πέραν της αρχής της ευχαρίστησης” (1920) θεωρεί δεδομένη την ασυμβατότητα ψυχικής και σωματικής νόσου και αναφέρει: “Είναι καλά γνωστό ότι η δυσλειτουργία που παρατηρούμε στην κατανομή της λιβιδούς στη μελαγχολία βελτιώνεται προσωρινά με την εμφάνιση μιας σωματικής αρρώστιας. Η σωματική νόσος μπορεί να προκαλέσει ύφεση ακόμη και της πρωΐμου άνοιας”⁴.

Η εμπειρική προσέγγιση των σχέσεων ψυχικής-σωματικής νόσου όπως επισημαίνει ο Jacques Azoulay φαίνεται να συμπυκνώνεται εκείνη την περίοδο στις εξής παραδοχές:

- 1) Οι σχιζοφρενείς εμφανίζουν ένα είδος ανοσίας σε σωματικές νόσους όπως ο καρκίνος.
- 2) Η σωματική πάθηση είτε ο επίμονος πόνος βελτιώνουν τα συμπτώματα της ψύχωσης.
- 3) Παρατηρείται μια θεαματική βελτίωση της κλινικής εικόνας των σχιζοφρενών λίγες μέρες πριν το θάνατό τους¹.

Ο σημαίων Γάλλος ψυχαναλυτής και από τους πρωτεργάτες της εισαγωγής της ψυχανάλυσης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία Paul-Claude Racamier θα τονίσει το 1957 ότι η ξαφνική και θεαματική βελτίωση της ψύχωσης μετά από πολύχρονη νόσηση εγκυμονεί τον κίνδυνο αυτοκτονίας ή σοβαρής σωματικής αρρώστειας⁵.

Ο George Engel μαθητής του Karl Menninger υποστηρίζει το 1968 σε μελέτη του ότι το 70-80% των παθολογιών εκλύονται σε περιόδους που ένα άτομο βιώνει αίσθημα εγκατάλειψης, απαξίωσης, ή ασυνέχειας ανάμεσα σε παρελθόν-παρόν-μέλλον, ενεργοποίησης “ξεχασμένων” αναμνήσεων ή απώλειας ικανοποιήσεων που προέκυπταν από κάποιον κοινωνικό ρόλο⁶.

Στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία αναφέρονται περιπτώσεις εναλλαγής ψυχωτικών επεισοδίων και ψυχοσωματικών εκδηλώσεων όπως παραληρητική δραστηριότητα που υποχωρεί κατά την εμφάνιση κρίσεων άσθματος, ώσεις μανίας ή κατάθλιψης που υφίστανται όταν υποτροπιάζει η ελκώδης κολίτιδα του ασθενούς, ψυχωτικά συμπτώματα που βελτιώνονται με την επιδείνωση μιας ψωρίασης. Ο Azoulay θα κάνει λόγο για “λιβιδινική επανεπένδυση του ενοποιημένου σώματος” προκειμένου να εξηγήσει την “εναλλαγή” αυτή¹.

Ο Gerard Szewec, ψυχαναλυτής και επιφανές μέλος της Ψυχοσωματικής Σχολής του Παρισιού, σε άρθρο του με τον προκλητικό τίτλο “Καλύτερα τρελός παρά σωματικά άρρωστος” θα επισημάνει ότι πέρα από τις περιπτώσεις που η ψυχική αρρώστια “προστατεύει” από την εμφάνιση μιας ψυχοσωματικής κυρίως παθολογίας λόγω της, έστω παθολογικής κινητοποίησης του ψυχισμού που επιβάλλει, της “ψυχοποίησης” (το φαινόμενο της πλάστιγγας σύμφωνα με τον Szewec), υπάρχουν και πολλές περιπτώσεις όπου το παραλήρημα τροφοδοτείται, ενισχύεται από την εμφάνιση μιας σωματικής νόσου,

αναφέροντας ως παράδειγμα την κλασσική περίπτωση του Προέδρου Schreber ο οποίος ερμήνευε με παραληρητικό τρόπο τα σωματικά του ενοχλήματα⁷.

Οι Kapsambelis και Kecksemeti τονίζουν την εξαιρετική αντοχή που επιδεικνύουν οι ασθενείς αυτοί στις κακουχίες στις οποίες εκτίθενται, γεγονός που δεν τους καθιστά “υπερανθρώπους”, αφού το προσδόκιμο επιβίωσής τους είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Διατηρούν όμως για δύο ή τρεις δεκαετίες μια νεανίζουσα εμφάνιση για να μεταπέσουν απότομα, σε διάστημα λίγων ετών σε μια κατάσταση πρόωρης γήρανσης που προαναγγέλλει την φάση της αυξημένης θνησιμότητας. Σπάνια εμφανίζεται στο λεξιλόγιό τους η λέξη κούραση. Οι συγγραφείς ερμηνεύουν αυτήν την έλλειψη κόπωσης με όρους της φροϋδικής μεταψυχολογίας μέσω της διαλεκτικής ναρκισσισμός-αντικειμενοτρόπες σχέσεις. Ο ψυχωτικός κινείται επανειλημμένα και απελπισμένα προς την κατάκτηση του αντικειμένου αν και τα αντικείμενα που προσφέρει η πραγματικότητα απειλούν με κατάρρευση τις ναρκισσιστικές του επενδύσεις. Το παραλήρημα ως “θεραπευτική απόπειρα” παρέχει “αντικείμενα” που δε διαθέτουν δικές τους εννομήσεις αλλά αυτές του πάσχοντος, επιλύοντας την αδύνατη εξίσωση ανάμεσα στην αναγκαία εξωτερικότητα του αντικειμένου (οι ψευδαισθήσεις και οι συσχετίσεις παίζουν αυτόν τον ρόλο) και την εξίσου αναγκαία “εγωτικότητα”. Οι συγγραφείς διατυπώνουν την υπόθεση ότι στο βαθμό που η πραγματικότητα των αντικειμένων είναι η επιθυμία του άλλου προκαλεί κόπωση στους ψυχωτικούς οι οποίοι μάχονται αποτελεσματικά απέναντι στην κόπωση που η πραγματικότητα τους προκαλεί εφευρίσκοντας μια νέο-πραγματικότητα όπου τα αντικείμενα δονούνται από τις δικές τους επιθυμίες αποκλειστικά, εξού και η αίσθηση του ακάματου που έχουν οι σχιζοφρενείς σε ότι σχετίζεται με τις παραληρητικές τους δραστηριότητες⁸.

Το 1909 η ετήσια αναφορά των Επιτρόπων των Ψυχιατρείων του Ηνωμένου Βασιλείου έκανε λόγο για “μία κάποια ανοσία των σχιζοφρενών προς τον καρκίνο” αλλά και μία μελέτη με ανάλογο θέμα που διεξήχθη κατά τα έτη 1955-1961 στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της πολιτείας της Νέας Υόρκης έβρισκε θνησιμότητα από καρκίνο ίδια ή και μικρότερη από το γενικό πληθυσμό για τους χρονίως νοσηλευόμενους ασθενείς εν αντιθέσει προς τους νοσηλευόμενους για βραχεία διαστήματα όπου η θνησιμότητα από καρκίνο ήταν σημαντικά αυξημένη. Ο Baldwin που διεξήγαγε τη μελέτη θα υποστηρίξει στα συμπεράσματά του ότι “η μειωμένη συχνότητα κάποιων σωματικών νόσων στους

σχιζοφρενείς δεν αποτελεί εμπειρικό δεδομένο αλλά μια εντύπωση που καθορίστηκε σε μεγάλο βαθμό από συμπτώσεις”⁸.

Το 1972 ξεκινά η έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας που σκοπό έχει να ελέγξει την ενδιαφέρουσα υπόθεση του μειωμένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου σε σχιζοφρενείς. Τα συμπεράσματα της έρευνας που θα συμπεριλάβει 5 διεθνή κέντρα και θα διαρκέσει 20 χρόνια θα συνοψίσουν οι Gulbinat και Sartorius στο British Journal of Psychiatry: “Δεν υπάρχει απόδειξη μιας γενικής, σταθερής και ομοιόμορφης μείωσης ή αύξησης του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου στους σχιζοφρενείς. Δεν φαίνεται πειστικό ότι η ίδια η νόσος προστατεύει ή αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ενός κακοήθους όγκου”. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν την άποψη ότι οι συνθήκες της ζωής και η επίδραση παραγόντων του περιβάλλοντος καθορίζουν την ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασιών στους ασθενείς αυτούς. Δεδομένου όμως του ότι στη δανέζικη ομάδα έρευνας η συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα βρέθηκε χαμηλότερη από την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί ήταν στη μεγάλη τους πλειοψηφία βαρείς καπνιστές, το ερώτημα περί ενδεχόμενης αντικαρκινικής δράσης των νευροληπτικών συνέχισε να πλανάται⁹.

Στη Γαλλία χρειάστηκε να καμφθούν οι ισχυρές αντιστάσεις της ψυχιατρικής κοινότητας για να διεξαχθεί τελικά μόλις το 1993 μια μεγάλη προοπτική μελέτη που συγκέντρωσε 3466 ασθενείς ηλικίας από 18 ως 65 που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 για τη σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς είχαν νοσηλευθεί για διαστήματα κάτω του ενός έτους είτε παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση ή από το νοσοκομείο ημέρας. Η έρευνα τελούσε υπό την αιγίδα του Εθνικού Κέντρου Υγείας και Ιατρικής έρευνας (INSERM) της Γαλλίας. Το συμπέρασμά της ήταν ότι οι σχιζοφρενείς έχουν μεν καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τον λοιπό πληθυσμό εμφανίζουν όμως μια κατά 2,5 φορές αυξημένη θνησιμότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (2,2 για τους άντρες και 3,5 για τις γυναίκες που αποδεικνύονται σαφώς πιο ευάλωτες) για τα φυσικά μόνο αίτια θανάτου, μια που πρώτη αιτία θανάτου στους σχιζοφρενείς και μάλιστα με συχνότητα 20πλάσια του γενικού πληθυσμού ήταν η αυτοκτονία και ιδιαίτερα σε νέους άνδρες ασθενείς. Για ηλικίες άνω των 45 ετών ο Σταθμισμένος Δείκτης Θνησιμότητας (Standardized Mortality Index) ανέρχεται στο 4,5. Η αυξημένη θνησιμότητα οφείλεται σε πνιγμονή (6πλάσια από το γενικό πληθυσμό), παθήσεις του αναπνευστικού (4πλάσια), διαβήτη (4πλάσια), καρδιαγγειακές (7πλάσια), επιληψία (4πλάσια), AIDS (6πλάσια), καρκίνος (16προς11)¹⁰.

Σύμφωνα με έρευνα των Quid et al., εκτός από τους σχιζοφρενείς και οι ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική, διπολική διαταραχή και υποτροπιάζουσα κατάθλιψη έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σωματικής νόσου. Μολονότι οι ασθενείς αυτοί επισκέπτονται “μάλλον συχνά” τους γενικούς γιατρούς, η διάγνωση και θεραπεία των παθολογικών τους προβλημάτων καθυστερεί σημαντικά. Οι ίδιοι ερευνητές διακρίνουν τους λόγους αυτής της αυξημένης νοσηρότητας σε “ενδογενείς” όπου περιλαμβάνονται το στρες της χρόνιας ψυχικής νόσου, τα αρνητικά και γνωσιακά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, έλλειψη άσκησης και σε “εξωγενείς” που είναι ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής (κάπνισμα, παχυσαρκία, κακή διατροφή, κατάχρηση αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών ουσιών) καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων¹¹.

Στην μελέτη των Brown et al (2000) στην οποία συμμετείχαν 370 ασθενείς που παρακολουθούνταν επί 13 έτη ο Σταθμισμένος Δείκτης Θνησιμότητας ήταν 1,51. Εκ των θανάτων οι 19 οφείλονταν σε μη παθολογικά αίτια (14 αυτοκτονίες, 3 ατυχήματα, 2 αδιευκρίνιστης αιτιολογίας). Από τα παθολογικά αίτια θανάτου τα καρδιαγγειακά κατείχαν την πρώτη θέση με τους σχιζοφρενείς κάτω των 50 ετών να διατρέχουν τριπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με τους υγιείς ψυχικά συνομηλίκους τους. Συγκεκριμένα το 34% των θανάτων ανδρών και το 31% των θανάτων γυναικών που πάσχουν από σχιζοφρένεια πριν το 50^ο έτος της ηλικίας τους οφείλεται σε καρδιαγγειακά αίτια¹².

Η έρευνα του Jones et al. καταδεικνύει επιπολασμό της χρόνιας σωματικής νόσου μεταξύ των πασχόντων από σοβαρή ψυχική διαταραχή 74%. Με τις νόσους του αναπνευστικού να επικρατούν (31%) ενώ οι πλέον δαπανηρές για το σύστημα υγείας ήταν οι μεταδοτικές νόσοι που έπλητταν ιδιαίτερος αστέγους και χρήστες ουσιών ψυχικά πάσχοντες¹³.

Σημαντικό, συχνό και με δυσμενείς επιπτώσεις μακροχρόνια πρόβλημα σωματικής υγείας αποτελεί ο διαβήτης ,στην εμφάνιση του οποίου ενοχοποιούνται και πολλά από τα χορηγούμενα αντιψυχωτικά. Η επίπτωση του διαβήτη όπως προκύπτει από τα στοιχεία του General Practice Research Database της Μεγάλης Βρετανίας είναι 7,7/1000 /έτος για τους σχιζοφρενείς που λαμβάνουν κλασσικά αντιψυχωτικά, ανέρχεται σε 9,8/1000/έτος για όσους λαμβάνουν άτυπα αντιψυχωτικά ενώ είναι 3,3/1000/έτος στο γενικό πληθυσμό¹⁴.

Σε πολλές περιπτώσεις η εμφάνιση του διαβήτη έπεται κατά 6 μόλις μήνες της ενάρξεως της αντιψυχωτικής αγωγής και οι κάτω των 45 ετών ασθενείς είναι οι ευπαθέστεροι. Η διαβητική κετοξέωση, σπανιότατη σε διαβητικούς τύπου II, παρατηρείται σε αυξημένη

συχνότητα σε όσους λαμβάνουν κλοζαπίνη ή ολανζαπίνη. 20% των ασθενών που λαμβάνουν τα δύο αυτά φάρμακα εμφανίζουν αύξηση βάρους τουλάχιστον κατά 10 χιλιόγραμμα σε διάστημα 10 εβδομάδων έως 12 μηνών από την έναρξη της λήψης τους. Τα δύο αυτά αντιψυχωτικά έχουν ενοχοποιηθεί για πρόκληση αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης και άρα για πρόκληση διαβήτη ακόμη και χωρίς να έχουν προκαλέσει αύξηση βάρους¹⁵.

Επιπροσθέτως, η υπόθεση για μια άμεση παθοφυσιολογική σχέση μεταξύ διαταραχών στη ρύθμιση γλυκόζης και σχιζοφρένειας δε φαίνεται να αποκλείεται. Σε μελέτη που αφορούσε σε ασθενείς στους είχε διαγνωστεί ένα πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και δεν είχαν λάβει ακόμη αντιψυχωτική αγωγή (drug-naïve patients) μετρήθηκαν η μέση τιμή γλυκόζης ορού επίπεδα ινσουλίνης και κορτιζόλης ορού και διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των τιμών τους σε σχέσεις με υγιείς μάρτυρες, ελεγμένους ως προς το φύλο, την ηλικία, τη δίαιτα και την άσκηση¹⁶.

Σε άλλη μελέτη 10,5% των ασθενών που βίωναν ένα πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και δεν είχαν λάβει ακόμη αντιψυχωτική αγωγή είχαν παθολογική καμπύλη σακχάρου έναντι 0% της ομάδας μαρτύρων. Η σημαντικά αυξημένη ενδογενής παραγωγή γλυκόζης που ανευρίσκεται στους σχιζοφρενείς της μελέτης δείχνει σύμφωνα με τους ερευνητές την αδυναμία της ινσουλίνης να καταστείλει την ηπατική νεογλυκογένεση (την κύρια πηγή της ενδογενούς παραγωγής γλυκόζης) και άρα μια πρωτογενή αντίσταση στην ινσουλίνη¹⁷.

Σύμφωνα με τη μελέτη CATIE το 41% των σχιζοφρενών πληρούν τα κριτήρια της διάγνωσης του μεταβολικού συνδρόμου, με τις γυναίκες να διατρέχουν 2,5 φορές μεγαλύτερο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ενώ οι άντρες 1,5 φορά. Η σημασία των όσων αναφέρθηκαν καθίσταται ακόμη περισσότερο εμφανής αν αναλογιστεί κανείς ότι αύξηση των λιπιδίων του πλάσματος κατά 10% αυξάνει την πιθανότητα καρδιαγγειακού επεισοδίου κατά 20% με 30%¹⁵.

Βέβαιο είναι ότι οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν έναν σοβαρό κίνδυνο υπο-διάγνωσης και έλλειψης θεραπείας των σωματικών τους προβλημάτων διότι λόγω της χρήσης αντιψυχωσικών έχουν αυξημένο ουδό στον πόνο και λόγω της νόσου δεν συζητούν αυθόρμητα για τα ενοχλήματά τους ούτε τα ερμηνεύουν σωστά πολλές φορές με αποτέλεσμα η διάγνωσή τους να διαφύγει της προσοχής του θεράποντος γιατρού ή να γίνει σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Επιπλέον, η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και

των ιατρικών οδηγιών είναι, όπως και η αντίστοιχη για το ψυχιατρικό τους πρόβλημα επισφαλής και πλημμελής. Ένα ποσοστό που στις διάφορες μελέτες κυμαίνεται μεταξύ 30% και 80% σχιζοφρενών που πάσχουν και από διαβήτη, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία δε λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τις παθήσεις αυτές¹⁵.

Επιστέγασμα των προαναφερθέντων είναι τα πορίσματα της γνωστής μελέτης CATIE (Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness) σύμφωνα με τα οποία 30% των σχιζοφρενών με διαβήτη, 62% με υπέρταση και 88% με δυσλιπιδαιμία δεν λαμβάνουν θεραπεία. Συχνότερα δε λαμβάνουν θεραπεία μη λευκές γυναίκες και άτομα που ανήκουν στα ασθενέστερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα¹⁸.

Ανεξήγητοι αιφνίδιοι θάνατοι σχιζοφρενών και αντιψυχωτική αγωγή

Ο Mortensen επισήμανε ήδη το 1990 ότι υπάρχει “μια μικρή αλλά σημαίνουσα θνησιμότητα σχετιζόμενη με τη θεραπευτική χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων”¹⁹. Η πρώτη αναφορά σε αιφνίδιους θανάτους ψυχωτικών που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή έγινε το 1963 και αφορούσε δύο ασθενείς που λάμβαναν 3600 και 1500 mg θειοριδαζίνης. Στην έρευνα περιλαμβάνονταν και άλλοι 26 ασθενείς που εμφάνισαν παθολογικά ΗΚΓ ευρήματα (μεταβολές του επάρματος T) με δόσεις θειοριδαζίνης ως και 200mg. Στις δύο περιπτώσεις των αιφνίδιων θανάτων, το ΗΚΓ έδειξε κολποκοιλιακό αποκλεισμό εναλλασσόμενο με επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας²⁰.

Η θειοριδαζίνη από το 1959 που εισήχθη στη θεραπεία των ψυχώσεων υπήρξε εξαιρετικά δημοφιλής στους κύκλους των ψυχιάτρων λόγω του μικρού κινδύνου πρόκλησης εξωπυραμιδικών ανεπιθυμητών ενεργειών. Η χρήση υψηλών δόσεων θειοριδαζίνης περιορίστηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1960 όταν αποδείχθηκε ότι προκαλούσαν αμφιβληστροειδοπάθεια. Η δραστική μείωση των δόσεων εφεξής περιόρισε και τους αιφνίδιους θανάτους με αποτέλεσμα να συσκοτιστεί η εμπλοκή του φαρμάκου στην πρόκλησή τους. Ένα άλλο γεγονός που επέτεινε τη σύγχυση ήταν η διαπίστωση ότι και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά που κυκλοφόρησαν την ίδια περίπου εποχή προκαλούσαν καρδιογενούς αιτιολογίας θάνατο σε περίπτωση υπερδοσολογίας χωρίς ο ακριβής μηχανισμός πρόκλησης του θανάτου να είναι γνωστός. Το εάν τα αντικαταθλιπτικά μπορούσαν να προκαλέσουν θάνατο όταν χορηγούνται σε θεραπευτικές δόσεις αποτελούσε αντικείμενο διχογνωμίας για μία τουλάχιστον δεκαετία. Στα τέλη του 70 διαπιστώθηκε ότι ο θάνατος από υπερδοσολογία οφειλόταν στην πρόκληση

κολποκοιλιακού αποκλεισμού και άρα άτομα με προϋπάρχουσες διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο ακόμη και σε συνήθεις δοσολογίες ενώ στα τέλη του 80 διαπιστώθηκε η επικινδυνότητά τους σε πάσχοντες από ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου. Μέχρι τις αρχές του 80 περίπου 1000 άτομα πέθαιναν κάθε χρόνο από υπερδοσολογία τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.

Η συστροφή των αιχμών (*torsades des pointes*) είναι μία κακοήθης κοιλιακή ταχυκαρδία μη ανταποκρινόμενη στα αντιαρρυθμικά ,σχετίζεται με την παράταση του διαστήματος QT και περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1966.Η παράταση του QT μπορούσε να είναι συγγενής ή επίκτητη, με κλασσική περίπτωση την πρόκλησή του από το αντιαρρυθμικό κινιδίνη. Ένα δεύτερης γενιάς αντιισταμινικό φάρμακο, η τερφαιναζίνη, η οποία εισήχθη στη θεραπευτική το 1986 και διέθετε το πλεονέκτημα έναντι των αντιστοίχων φαρμάκων πρώτης γενιάς ότι δεν προκαλούσε υπνηλία αποδείχθηκε λίγα χρόνια αργότερα, το 1990, ότι προκαλούσε συστροφή των αιχμών, ιδιαίτερα κατά τη συγχορήγησή της με άλλα φάρμακα που επίσης προκαλούσαν παράταση του διαστήματος QT. Το 1997 η τερφαιναζίνη και η συγγενής χημικά αστεμιζόλη θα αποσυρθούν από την αγορά. Το ενδιαφέρον όμως των ερευνητών επικεντρώνεται μέσω των αντιισταμινικών αυτών για πρώτη φορά στο ενδεχόμενο η θανατηφόρος συστροφή των αιχμών να προκαλείται και από μη καρδιολογικά φάρμακα και να διατρέχουν κίνδυνο και καρδιολογικώς υγιή άτομα. Το 2000 είναι πια γνωστό ότι παράταση του QT και συνακόλουθα συστροφή των αιχμών μπορούν να προκαλέσουν πέρα από κάποια αντιαρρυθμικά και αντιισταμινικά φάρμακα, τα αντιμυκητιασικά, τα ανθελονοσιακά, οι μακρολίδες αλλά και αντιψυχωτικά με κυρίως ενεχόμενη τη θειριδαζίνη Έτσι αρχίζει η διαλεύκανση κάποιων από τους μέχρι τότε ανεξήγητους αιφνίδιους θανάτους ψυχωτικών ασθενών ενώ ήδη το 1996 δεν επετράπη η κυκλοφορία της σερτινδόλης στις Ηνωμένες Πολιτείες γιατί προκαλούσε παράταση του διαστήματος QTκαι βρέθηκε να ενέχεται σε 12 αιφνίδιους θανάτους ψυχωτικών που την έλαβαν στη διάρκεια προκλινικών μελετών. Το φάρμακο θα αποσυρθεί από την βρετανική αγορά έναν χρόνο αργότερα, όταν η Επιτροπή για την ασφάλεια των φαρμάκων θα διαπιστώσει την εμπλοκή του σε 36 αιφνίδιους θανάτους και13 σοβαρές μη θανατηφόρες αρρυθμίες Το 2000 οι ψυχίατροι ειδοποιήθηκαν ότι η θειοριδαζίνη προκαλούσε αιφνίδιους θανάτους λόγω συστροφής των αιχμών και λίγο αργότερα αποσύρθηκε από την αγορά. Η αλοπεριδόλη είναι επίσης γνωστό ότι σε σπάνιες περιπτώσεις προκαλεί συστροφή των αιχμών, μάλιστα αναφέρονται 24 αποδεδειγμένες περιπτώσεις στη βιβλιογραφία, αριθμός

βέβαια πολύ μικρός αν συσχετιστεί με την ευρεία χρήση του φαρμάκου στην ψυχιατρική για πολλές δεκαετίες και πολλές φορές σε ιδιαίτερα υψηλές δοσολογίες²¹.

Στη μελέτη του Mehtonen et al. που ήλεγξε τα πορίσματα 24158 νεκροτομών στη Φιλανδία, υπήρχαν 49 περιπτώσεις αιφνιδίων θανάτων που αφορούσαν ψυχωτικούς υπό φαρμακευτική αγωγή. Εξ αυτών οι 15 λάμβαναν μονοθεραπεία με θειοριδαζίνη ενώ στην αγωγή των 46 περιλαμβανόταν και κάποια φαινοθειαζίνη. Αλοπεριδόλη λάμβαναν μόνο 6 από τους θανόντες και κανείς τους σε μονοθεραπεία²².

Το 1990 η Επιτροπή για την Ασφάλεια των φαρμάκων στη Μεγάλη Βρετανία ανακοίνωσε 13 ανεξήγητους καρδιακής αιτιολογίας θανάτους σε ασθενείς που λάμβαναν πιμοξίδη και προέβη στην απαγόρευση της χορήγησης του φαρμάκου σε δόσεις υψηλότερες των 20mg και στη σύσταση να χορηγείται σε δόσεις άνω των 16mg υπό τακτική ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση των ασθενών ενώ για την κλοζαπίνη πέρα από την εμπλοκή της στην πρόκληση συστροφής των αιχμών, αναφέρονται από το 1980 τουλάχιστον 213 περιπτώσεις που το φάρμακο προκάλεσε μυοκαρδιοπάθεια, οι 50 από τις οποίες υπήρξαν μοιραίες. Είναι γνωστό ότι και άλλα άτυπα αντιψυχωτικά όπως η ζιπρασιδόνη, η ρισπεριδόνη, η κουετιαπίνη και η ολανζαπίνη είναι δυνατό να προκαλέσουν παράταση του διαστήματος QT στο ΗΚΓ και πλην της ολανζαπίνης έχουν σε μεμονωμένες περιπτώσεις ενοχοποιηθεί για πρόκληση συστροφής των αιχμών²³.

Μια από τις πλέον εμπεριστατωμένες μελέτες σχετικά με τους αιφνίδιους θανάτους ψυχωτικών ασθενών είναι του Ray et al. όπου συμπεριελήφθησαν 500000 συμμετέχοντες του Tennessee Medicare οι οποίοι παρακολουθούνταν για 2,5 έτη κατά μέσο όρο μεταξύ Ιανουαρίου του 1988 και Δεκεμβρίου του 1993. Προέκυψαν 7 αιφνίδιοι θάνατοι ανά 10000 άτομα και ανά έτος παρακολούθησης. Ο αντίστοιχος αριθμός μεταξύ των ατόμων που λάμβαναν αντιψυχωτική αγωγή ήταν 11/1000/ έτος. Η δυσμενής επίδραση των αντιψυχωτικών φαρμάκων μπορεί να ερμηνεύσει τους 1-2 επιπλέον θανάτους αλλά όχι και τους 4. Το υπερβολικό κάπνισμα, σύνηθες στους ασθενείς αυτούς θα μπορούσε να εξηγήσει τους επιπλέον θανάτους, ίσως σε συνδυασμό με άλλους, αδιευκρίνιστους για την ώρα παράγοντες²⁴.

Από μια μελέτη που συνέκρινε τη συχνότητα αιφνιδίων θανάτων μεταξύ ομάδας ελέγχου, ασθενών που λάμβαναν κλασσικά αντιψυχωτικά και ασθενών που λάμβαναν άτυπα προκύπτει ότι οι χρήστες των αντιψυχωτικών έχουν διπλάσιο κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου

από τους μη χρήστες ή τους πρώην χρήστες (incidence rate ratio 1,99 και 2,26 αντίστοιχα) και μάλιστα ο κίνδυνος αυτός ήταν δόσοεξαρτώμενος (για τους χρήστες τυπικών ο κίνδυνος αύξαινε από 1,31 στο 2,42 και για τα άτυπα από 1,59 στο 2,8 ανάλογα με τη δοσολογία του φαρμάκου). Είναι προφανές ότι ο κίνδυνος αυξάνει και στις περιπτώσεις πολυφαρμακίας, όταν τα συγχωρηγούμενα φάρμακα προκαλούν επίσης παράταση του QTc αλλά και στην περίπτωση αλληλεπίδρασης και αύξησης των επιπέδων του αντιψυχωτικού στο πλάσμα.²⁵

Οι ψυχωτικοί δεν είναι απρόσβλητοι από σωματικές νόσους όπως μέχρι σχετικά πρόσφατα πρόσβευε η ιατρική κοινότητα. Απεναντίας είναι εξαιρετικά ευάλωτοι για λόγους που όπως εξηγήσαμε σχετίζονται τόσο με την ίδια τη νόσο και τις ιδιαιτερότητες που απορρέουν από αυτήν αλλά και με την φαρμακευτική της θεραπεία. Ο R. Lepoutre τιτλοφόρησε την εισήγησή του σε σχετικό αφιέρωμα του περιοδικού Pluriels: “Ψυχική υγεία: Προφυλάξτε το σώμα” με σκοπό την ευαισθητοποίηση της επιστημονικής κοινότητας ώστε “μέσα από την διερεύνηση του προβλήματος και των αιτίων του να βρούμε απαντήσεις σε μια κατάσταση επώδυνη και επικίνδυνη”²⁶.

Βιβλιογραφία

1. Azoulay J., Souffrir V. États psychotiques et maladies somatiques. Considérations historiques et de psychiatrie clinique. Rev. franc. Psychosom., 2005, no 27, 17-40
2. Postel J., Quétel Cl. (sous la direction de) Nouvelle histoire de la psychiatrie, Paris, Dunod, 1994, pp406-417
3. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Paris, PUF, 2004, pp85-87
4. Freud S. Au delà du principe de plaisir in Essais de psychanalyse, (1920) Paris, Payot, 1987. Αναφέρεται στο: Azoulay J., Souffrir V. États psychotiques et maladies somatiques. Considérations historiques et de psychiatrie clinique. Rev. franc. Psychosom., 2004, 27
5. Racamier P. C. Introduction à une sociopathologie des schizophrènes. L' évolution psychiatrique, fascicule 1, 1957, pp47-94
6. Engel G.L. A life setting conducive to illness: the giving-up-given-up complex, Annals of Intern Medicine, 1968, 2:243-300
7. Gérard Szwec. Plutôt fou que malade? Revue française de psychosomatique, 2005/1,27 p7-16
8. Kapsambelis V., Kecseti S. Infatigables, fatigants, fatigués. La fatigue dans l'économie des pathologies schizophréniques. Rev. franç. Psychosom., 2003, 24:79-96
9. Baldwin J.A. Schizophrenia and physical illness, Psychological Medicine, 1979, 9:611-618.
10. Gulbinat W., Dupont A., Jablensky A., Jensen O., Marsella A., Nakane Y., Sartorius N. Cancer incidence of schizophrenic patients. Results of record linkage studies for three countries, Br. J. of Psychiatry, 1992, 161, suppl. 18, 75-85
11. Casadebaig F., Philippe A. Mortalité chez des patients schizophrènes. Trois ans de suivi d' une cohorte, L' Encéphale, 1999, 25:329-337.
12. Qud JT M., Meyboom-de jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care BMC Family Practice, 2009, 10:32-41
13. Brown S., Inskip H., Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia, Br. J. of Psychiatry, 2000, 177:212-217.
14. Jones DR., Macias C., Barreira PJ., Fisher WH., Hargreaves WA., Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. Psychiatr Serv, 2004, 2:1250-1257)
15. Carlson C., Hornbuckle K., Delisle F., Kryzhanovskaya L., Breier A., Cavazzoni P. Diabetes mellitus and antipsychotic treatment in the United Kingdom Eur Neuropsychopharmacol , 2006, 16:366-375.
16. Balf G., Stewart D. Th., Whitehead R., Baker A R. Metabolic Adverse Events in Patients with mental illness treated with antipsychotics: A primary care perspective. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2008, 10:15-24.
17. Ryan MC., Collins P., Thakore JH. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode drug-naïve patients with schizophrenia. Am J Psychiatry, 2003, 160:284-289

18. Van Nimwegen LJM., Storosum JG., Blumer RME. Hepatic insulin resistance in antipsychotic naïve patients with schizophrenia: a detailed study of glucose metabolism with stable isotopes. *J Clin Endocrinol Metab*, 2008, 93:572-577
19. Nasrallah HA., Meyer JM., Goff DC., McEvoy JP., Davis SM., Stroup TS., Liebermann JA. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res* 2006, 86:15-22
20. Mortensen P B & Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1990, 81:372-377.
21. Kelly H., Fay JE., Lavery SG. Thioridazine hydrochloride (Melleril): its effects on the electrocardiogram and a report of two fatalities with electrocardiographic abnormalities. *Can Med Assoc J*, 1963, 89:546-554
22. Glassman AH & Bigger Jr J.T. Antipsychotic drugs: prolonged QTc interval, torsades de pointes, and sudden death. *Am J of Psychiatry*, 2001, 158:1774-1782
23. Mehtonen OP., Aranko K., Malkonen L., Vapaatalo H. A survey of sudden death associated with the use of antipsychotic or antidepressant drugs: 49 cases in Finland. *Acta Psychiatr Scand*, 1991, 84:58-64
24. Abdelmawla N. & Mitchell JA. Sudden cardiac death and antipsychotics Part 1: risk factors and mechanisms. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2006, 12:35-44
25. Ray WA., Meredith S., Thapa PB., Meador KG., Hall K., Murray KT. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. *Arch Gen Psychiatry*, 2001, 58:1161-1167
26. Lepoutre R. *Pluriels*, 2004, No44-45, p1.

“Ηθελα να εξαφανιστώ από το πρόσωπο της γης”: Μια άσκηση φαινομενολογικής-εμπειρικής ερμηνείας της ντροπής

Γιώργος Βασιλάκος, ψυχίατρος

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομών Κοζάνης-Γρεβενών

“Not everything that counts can be counted, and not everything that can be counted counts” A. Einstein

“Ποτέ δεν ήμουν ιδιαίτερα ικανή να περπατώ με ψηλοτάκουνα παπούτσια. Εκείνο το βράδυ όμως η κατάσταση απαιτούσε ένα όμορφο ντύσιμο και φυσικά ψηλά παπούτσια. Η περίπτωση ήταν ένα ρομαντικό γεύμα σ’ ένα εκλεπτυσμένο μαγαζί της Θεσ/νίκης.

Όταν έφτασα όλα ήταν υπέροχα ... μέχρι τη στιγμή που χρειάστηκε να πάω στην τουαλέτα που βρισκόταν στο πατάρι.

Σηκώθηκα με αργά βήματα και ανέβηκα, σκεπτόμενη πως αφού ανέβηκα έτσι άνετα το ίδιο εύκολο θα ήταν και να κατεβώ. Πραγματικά με μικρά, προσεκτικά βήματα κατέβηκα και αισθάνθηκα πολύ υπερήφανα για το περπάτημά μου.

Το κακό είναι πως αυτή η υπερηφάνεια μου κράτησε δυστυχώς πολύ λίγο γιατί καθώς περνούσα από δύο άλλα τραπέζια στραβοπάτησα και μέσα στην αγωνία μου να μην πέσω πιάστηκα από το τραπεζομάντηλο του ενός τραπέζιού. Το αποτέλεσμα ήταν όχι μόνο να πέσω αλλά να πέσουν πάνω μου όλα τα πιάτα, όλα τα φαγητά και όλα τα ποτήρια που βρίσκονταν πάνω στο τραπέζι. Αμέσως σπεύσανε οι σερβιτόροι να με σηκώσουν, ρωτώντας με αν είμαι καλά, ενώ ήταν ευδιάκριτο στο βλέμμα τους το πόσο θα θέλανε να γελάνε, συμπαραστεκόμενοι στον υπόλοιπο κόσμο που είχε δακρύσει από τα γέλια. Είχαν φουντώσει τα μάγουλά μου, είχε σφιχτεί το στομάχι μου και η ντροπή μου ήταν τόσο μεγάλη που έκτοτε δεν έχω περάσει ούτε έξω από την πόρτα του μαγαζιού.

Και η φυγή μου ήταν τόσο γρήγορη που ξέχασα τη ζακέτα μου, αλλά δεν γύρισα ποτέ να την πάρω”.

Η προηγούμενη αφήγηση είναι η μαρτυρία της εμπειρίας και των πράξεων μιας κοπέλας που έζησε ό,τι, γενικά και αόριστα αλλά, παράλληλα, ίσως πολύ επακριβώς, ονομάζουμε “ντροπή”. Και φυσικά, από την αφήγηση διαφαίνεται ότι αυτό που ονομάζουμε ντροπή

δεν αφορά αποκλειστικά ένα μεμονωμένο πρόσωπο και το εσωτερικό του, τον ψυχισμό του όπως λέγεται από τη σύγχρονη, λίγο-πολύ, μηχανιστική ψυχολογία και ψυχιατρική, αλλά αφορά και ένα, κατά κάποιο τρόπο, κοινό, ότι η ντροπή αποτελεί ένα διαπροσωπικό-κοινωνικό φαινόμενο, ένα σύμπλοκο εμπειριών και πράξεων που βιώνονται και εκτελούνται τόσο από το πρόσωπο όσο και από το σύνολο των παρόντων – κατά την ντροπή όλοι βιώνουν κάτι και όλοι συμπεριφέρονται κάπως. Αν και η φαινομενολογία αποφεύγει τις εξειδικευμένες ορολογίες και τις επιστημονικοφανείς λέξεις-κλειδιά, ας μου επιτραπεί ένας όρος της: η ντροπή αποτελεί ένα παράδειγμα του συμπλέγματος που η φαινομενολογία αποκαλεί *experiaction*, από τις λέξεις *experience*=εμπειρία και *action*=πράξη.

Ήδη στο υπότιτλο του κειμένου μας εμφανίζεται η λέξη φαινομενολογία, η οποία μάλλον θα πρέπει να επεξηγηθεί στο πλαίσιο αυτής της ανάπτυξης. Δυστυχώς, στη σύγχρονη ψυχιατρική, η φαινομενολογία ταυτίζεται με τη συμπτωματολογία, λέμε π.χ. ότι “η φαινομενολογία της μελαγχολίας είναι η ψυχοκινητική αναστολή, η πρωινή αφύπνιση του προσώπου, οι ιδέες αναξιότητάς του κ.ο.κ.”. Όμως, η φαινομενολογία έχει μικρή σχέση με τέτοιες απλά περιγραφικές ονοματολογίες και έχει να κάνει πολύ περισσότερο με μια ερμηνευτική στάση, η οποία πληροφορείται από τις φιλοσοφικές προτάσεις των Husserl, Heidegger και Merleau-Ponty, μεταξύ των άλλων. Θα προσπαθήσω, σε σχέση με το θέμα μας, να επεξηγήσω πώς εννοείται η φαινομενολογία πολύ πρακτικά, αλλά αυτή η εννόηση που θα προτείνω έχει να κάνει με τη δική μου κατανόηση της φαινομενολογίας, με τη δική μου ιδιοσυγκρασία και προσωπική ιστορία, με τις δικές μου ανάγκες – άλλωστε η φαινομενολογία δεν αποτελεί ένα πάγιο σύστημα προτάσεων και μεθόδων αλλά μια στάση απέναντι, και μέσα, στα φαινόμενα, έναν τρόπο πρόσβασης και επαφής μαζί τους. Κάποιος άλλος με άλλη κατανόηση, με άλλη ιστορία, προσφεύγοντας σε άλλες φιλοσοφικές πηγές, ή κάνοντας διαφορετική χρήση των ίδιων πηγών, ίσως να έφτανε σε άλλα συμπεράσματα, συμπληρωματικά ή αντιφατικά με τα δικά μας. Πριν επεξηγήσουμε την ιδέα της φαινομενολογίας που αποτελεί τη βάση της ερμηνευτικής μας προσέγγισης, οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι ο γράφων δεν είναι ερευνητής αλλά μόνο κλινικός γιατρός, και ότι αυτό που επιχειρεί είναι ένα είδος άσκησης με πραγματικά στιγμιότυπα ζωής και όχι καμιά έρευνα, η οποία έχει αυστηρές “επιστημονικές” φιλοδοξίες. Αυτό που επιχειρεί, αποτελεί απλά μια ένδειξη ότι θα μπορούσε να υπάρξει μία εναλλακτική προσέγγιση στην κυρίαρχη στατιστικολογία, όπου το κάθε φαινόμενο που συναντάται διασπάται σε επιμέρους συστατικά, τα οποία μετρώνται, συσχετίζονται και κατόπιν τα

συμπεράσματα παρουσιάζονται με αριθμητικούς πίνακες και στήλες, εν είδει πολιτικών δημοσκοπήσεων.

Επεξηγώντας την ιδέα της φαινομενολογίας, η οποία πληροφορεί την προσέγγισή μας, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τρία χαρακτηριστικά της: α) η προσέγγισή μας αναζητά τη λεγόμενη “ουσιαστική δομή” του φαινομένου, δηλαδή κάποια κοινά χαρακτηριστικά που, ανεξάρτητα από τις ιδιαιτερότητες των συγκεκριμένων παραδειγμάτων, απαντούν σε όλα. β) για να εντοπίσει και να περιγράψει αυτήν την «ουσιαστική δομή», εξασκεί τη λεγόμενη “ελεύθερη διακύμανση”. Για να αναφερθούμε σε ένα γνωστό παράδειγμα: ποια είναι η “ουσιαστική δομή” του μήλου; Υπάρχουν πράσινα και κίτρινα μήλα, μήλα Ζαγοράς, σάπια και μεταλλαγμένα μήλα, μήλα φρίκια, μήλα μικρά και μήλα τέρατα που προβάλλονται στην τηλεόραση σαν αξιοθέατα – αυτό που είναι κοινό, που υπάρχει από πριν σε όλα τους και μας κάνει να τα αναγνωρίζουμε ως “μήλα” αποτελεί την “ουσιαστική δομή” τους και η οποία αποκαλύπτεται με τη σύγκριση πραγματικών και φαντασιακών μήλων. γ), και, κατά τη γνώμη μας, βασικότερο για να χαρακτηριστεί μια προσέγγιση φαινομενολογική είναι ότι η επεξήγηση, και τα συμπεράσματα, που παρέχει δεν προσθέτουν στις γνώσεις μας κάτι ολότελα άγνωστο – κάτι που είναι στόχος των φυσικών επιστημών. Η φαινομενολογία, όπως την εννοούμε, κυρίως αποκαλύπτει και υπενθυμίζει αυτό που είναι ήδη γνωστό αλλά που παραμένει καλυμμένο και λησμονημένο, είναι κάτι που ταυτόχρονα γνωρίζουμε και αγνοούμε. Αυτό που αποκαλύπτει έχει περισσότερο το νόημα που έχει η αγγλική λέξη re-cover, που σημαίνει από-κάλυψη και υπενθύμιση αλλά ταυτόχρονα το γε, που έχει τη σημασία του ξανά, παραπέμπει στην επανα-κάλυψη της αλήθειας, και συνεπώς στη λήθη της. Εδώ προκύπτει ένα κρίσιμο ζήτημα σχετικά με τη γνώση που παράγεται από μια έρευνα, και γενικά με το είδος της γνώσης που θέλουμε να αναδειξουμε. Η φυσική επιστήμη, τουλάχιστον ιδεατά, αποσκοπεί στην παραγωγή μιας εντελώς νέας γνώσης – αν και συνήθως αρκείται στην επιβεβαίωση του γνωστού, πάσχοντας από έναν σοβαρό καταναγκασμό συσσώρευσης παρατηρήσεων, γεγονότων και, πολλές φορές, ασήμαντων γνώσεων. Έχουμε την αίσθηση ότι αυτή η αναζήτηση του πρωτότυπου, του καινοφανούς στο επιστημονικό πεδίο συνάδει με τη σύγχρονη, γενική νεωτερική και μετανεωτερική κατάσταση, όπου το νέο, ακόμα και το νέο στην ηλικία, αξιολογείται ως σημαντικό μόνο και μόνο επειδή είναι νέο. Το ίδιο παρατηρείται στο πεδίο της τέχνης: αξιολογούνται πρωτότυπες μοντέρνες παραγωγές, με την έννοια ότι κάτι είναι σημαντικό επειδή είναι νέο, ασυνήθιστο, πρωτότυπο, άσχετα αν η αισθητική του αξία και η νοηματική του συνεισφορά είναι μηδαμινές, όπου το τέχνασμα και το εξυπνακίστικο εφεύρημα έχει

αντικαταστήσει τη δημιουργικότητα και τη σοφία. Αυτή η γενική, κοινωνική, πολιτισμική και επιστημονική, κατάσταση δεν ευνοεί στάσεις και προσεγγίσεις φιλοσοφικά προσανατολισμένες, βασικό γνώρισμα των οποίων δεν είναι η οπωσδήποτε παραγωγή του νέου, αλλά η συνεχής διαπραγμάτευση, η εμβάθυνση και η διεύρυνση των ιδίων κομβικών ζητημάτων που ανέκαθεν απασχολούσαν τον άνθρωπο, η επανεξέταση και η επανερμηνεία του ίδιου. Από αυτήν την προ-οπτική, η α-λήθεια δεν βρίσκεται σε ένα μελλοντικό νέο που θα μας ανακοινωθεί αλλά στη μη λήθη του παλιού που έχουμε ήδη ακούσει. Λέγεται, υπερβολικά ίσως, ότι οι επιστήμες του ανθρώπου, ας πούμε η φιλοσοφία και η ψυχανάλυση, δεν αποτελούν τίποτε άλλο από έναν διαρκή επανασχολιασμό από τους επίγονους των βασικών ενοράσεων των θεμελιωτών αυτών των πεδίων.

Λόγω των περιορισμών του χώρου, δεν μας επιτρέπεται μια λεπτομερής παράθεση της τεχνικής που ακολουθήσαμε (ενδεικτικά, βλ. Παράρτημα-Τεχνική Ανάλυση). Έτσι, αναφερόμαστε απ' ευθείας στα συμπεράσματα που ανέκυψαν από την ανάλυση πέντε στιγμιότυπων ντροπής. Σημειώνεται ότι εδώ συζητάμε στιγμιότυπα ντροπής που δεν αφορούν από τα πριν “ντροπαλά” πρόσωπα, πρόσωπα που η ντροπαλότητα αποτελεί “μόνιμο” γνώρισμα του χαρακτήρα τους, αλλά πρόσωπα που καταλήφθηκαν αιφνιδιαστικά από ντροπή. Επίσης, δεν συζητάμε σήμερα την πιθανή διαφορά της ντροπής από γειτονικές συγκινήσεις, όπως από την αμηχανία και την ενοχή, με τις οποίες δεν πρέπει να συγχέεται.

Πολύ συνοπτικά, αναγνωρίσαμε δύο συστασιακές διαστάσεις της “ουσιαστικής δομής” της ντροπής. Πρώτον, η ντροπή χαρακτηρίζεται πάντα από σημαντικές σωματικές εκδηλώσεις. Όμως, πέρα από τις επιμέρους σωματικές εκδηλώσεις (που μπορούν να αφορούν το στομάχι ή την καρδιά), το σώμα στη διάρκεια της ντροπής βιώνεται συνολικά να συστέλλεται (εδώ θα μπορούσε να υπάρξει μια συζήτηση που να αφορά τα λεγόμενα “γενικώς ντροπαλά πρόσωπα” και τη συστολή που τα χαρακτηρίζει – τα ντροπαλά πρόσωπα λέμε πως είναι “συνεσταλμένα πρόσωπα”). Ασφαλώς, το σώμα συστέλλεται και στον φόβο, όμως στο φόβο ίσως να συστέλλεται, όπως το ελατήριο, για να αντεπιτεθεί ή να δραπετευθεί. Έχουμε την εντύπωση ότι στην ντροπή συστέλλεται για να κρυφτεί, και υποστηρίζουμε ότι η πρώτη διάσταση της ντροπής περιστρέφεται γύρω από τα ζητήματα της αποκάλυψης και της απόκρυψης. Όσον αφορά την αποκάλυψη, η ντροπή υπονοεί ότι αποκαλύφθηκε, ή επίκειται η άμεση αποκάλυψη, ενός, ή πολλών, στοιχείων του

χαρακτήρα, της διαγωγής, της ηθικής, της προσδοκώμενης επίδοσης ή εκτέλεσης, ή ακόμα και της εξωτερικής εμφάνισης που το ντρεπόμενο πρόσωπο αγνοούσε, ή που συνήθως γνώριζε και θα ήθελε να παραμείνει κρυφό – στο παράδειγμά μας αποκαλύφθηκε ότι η κοπέλα ήταν, τουλάχιστον, αδέξια και ότι η σοβαροφάνεια και η επιτήδευσή της ήταν εξαιρετικά εύθραυστες κατακτήσεις που η κατάρρευσή τους θα πυροδοτούσε το χάχανο.

Η δεύτερη διάσταση που αναγνωρίσαμε είναι το γεγονός της παραβίασης, με την ευθύνη του προσώπου, μιας πραγματικής ή υποτιθέμενης τάξης πραγμάτων. Έτσι, η ντροπή αποδεικνύεται να είναι μια άκρως κομφορμιστική συγκίνηση, και για να εμφανιστεί προϋποτίθεται ότι το ντρεπόμενο πρόσωπο παραβιάζει, ενώπιον του κοινού οπωσδήποτε, μια κοινότητα πεποιθήσεων, μια κοινή ηθική, κάποιες κοινές προσδοκίες και ακόμα την αισθητική του κοινού.

Νομίζουμε ότι τα δύο αυτά στοιχεία, η αποκάλυψη εκείνου που θα έπρεπε να παραμείνει κρυφό και η παραβίαση μιας κατεστημένης τάξης πραγμάτων, συνιστούν την ντροπή, αποτελούν, τρόπον τινά, την ουσία τους. Προφανώς, αυτές οι διαπιστώσεις χρειάζονται περαιτέρω ανάπτυξη, στην οποία δεν μπορούμε να προχωρήσουμε εδώ, ανάπτυξη που ίσως να αποκαλύπτει κάποια ιδιαίτερη δυναμική των παρόντων πρωταγωνιστών. Για παράδειγμα, μπορεί οι άλλοι να μην θεωρούν ότι αυτό που όντως αποκαλύφθηκε είναι καθοριστικό για τη συνολική και οριστική κρίση τους για το πρόσωπο, ούτε η προσβολή, η οποία έγινε στην τάξη πραγμάτων, ήταν τόσο σοβαρή – και ίσως να θεωρούν ότι καμιά παγιωμένη τάξη πραγμάτων δεν υφίσταται σε μια συγκεκριμένη περίπτωση. Ακόμα κι αν υπάρχουν ενδείξεις μιας προσβολής και κάποιες επακόλουθες κρίσεις αποδοκιμασίας, μπορεί, άρρητα ή και ρητά, να συνυπολογίζουν και να επιδοκιμάζουν κάποιες άλλες πλευρές του πρωταγωνιστή. Έτσι, η ακατάλληλη ενδυμασία και η έλλειψη τρόπων σε μια δεξίωση με επιφανείς καλεσμένους, ίσως να μην αποτελεί για τους άλλους ικανή και αναγκαία συνθήκη αποδοκιμασίας, εφόσον, κατά τα άλλα, το πρόσωπο μπορεί να φαίνεται ειλικρινές, χαριτωμένο και καλοσυνάτο στους συνδαιτυμένες του. Οι σερβιτόροι πράγματι μπορεί να ρώτησαν με ενδιαφέρον την κοπέλα που έπεσε και, τουλάχιστον, ο συνοδός ειλικρινά ανησύχησε. Όμως το πρόσωπο θεωρεί (ή μάλλον ζει) την κρίση που έγινε, υπό την μορφή βλεμμάτων, χειρονομιών και γέλιων, για την ενδυματολογική του τσαπατσουλιά, την έλλειψη τρόπων, την αγένεια, την αδεξιότητα κ.α. ως οριστική καταδίκη και απόρριψη, και ερμηνεύει το ο,τιδήποτε σαν ανακοίνωση της καταδίκης. Περιμένει τα χειρότερα, για τούτο συστέλλεται για να κρυφτεί, ή φεύγει, σαν ανταπάντηση στις επικείμενες πρωτοβουλίες των άλλων – στις άμεσες παρατηρήσεις, τα

βλέμματα, τα γέλια και τα μελλοντικά κουτσομπολιά τους. Φεύγει, από τον τόπο του επεισοδίου, πολλές φορές χωρίς επιστροφή, κάτι που μπορεί να αποτελεί μια ακόμη διάκριση της ντροπής και της ενοχής – λέγεται ότι ο εγκληματίας, ο ένοχος, επιστρέφει στον τόπο του εγκλήματος. Αν ο ένοχος επιστρέφει για να διορθώσει ή να απαλύνει το έγκλημα, φαίνεται ότι για το ντρεπόμενο πρόσωπο αυτό δεν μπορεί να συμβεί. Η ίδια η φυγή αποτελεί μια ποινή, μια εξορία, που το ίδιο το πρόσωπο επιβάλλει στον εαυτό του, δεν μπορεί να υπάρξει πλέον στην χωροταξία του θλιβερού επεισοδίου. Συνοψίζοντας, και σχολιάζοντας μια φράση-κλειδί από την αφήγηση της ντροπής ενός άλλου προσώπου, από την υποκειμενική, βιωματική προοπτική, η ισχυρή συνειδητή επιθυμία να εξαφανιστεί κανείς από το πρόσωπο της γης μπορεί να σηματοδοτεί την άρρητη και ένσαρκη κίνηση απόκρυψης εκείνου που αποκαλύφθηκε απροκάλυπτα, την ποινή της εξορίας που επιβάλλει στον εαυτό του το βέβηλο μέλος της κοινωνίας που παραβίασε την τάξη πραγμάτων της και την ταυτόχρονη απόπειρα προστασίας του από την επιθετικότητα των άλλων.

Όπως προείπαμε, δεν είμαστε ερευνητές και η όλη προσπάθειά μας αποτελεί περισσότερο μια άσκηση με κάποιες αφηγήσεις ντροπής, παρά μια πειθαρχημένη, μεθοδική έρευνα. Τα συμπεράσματά μας είναι εμβρυακά, και θα μπορούσαν να αναπτυχθούν περαιτέρω, ή να ατροφήσουν και να ακυρωθούν, από μian άλλη προσπάθεια με μεγαλύτερες φιλοδοξίες. Παρόλα αυτά, ακόμα και αυτά τα εμβρυακά και στοιχειώδη συμπεράσματά μας, θα μπορούσαν να συγκριθούν με κάποια δεδομένα από άλλα πεδία, να συγκριθούν με δεδομένα της κλινικής πράξης, της ψυχανάλυσης, της ιστορίας, της λογοτεχνίας κ.λπ., κάτι που συμβαίνει στις επιστήμες του ανθρώπου, με την ελπίδα της αμοιβαίας εμβάθυνσης. Εντελώς συνοπτικά, αναφέρουμε ότι θα άξιζε να συζητηθεί η λεγόμενη “αντιστροφή της πρωτοβουλίας”, η οποία συναντάται στην παράνοια, σε σχέση με αυτά που παρατηρήσαμε να συμβαίνουν στην ντροπή. Ο παρανοϊκός θεωρεί (ή μάλλον ζει) ότι κατακρίνεται, ότι οι άλλοι τον σχολιάζουν, ότι γελάνε σε βάρος του, ότι μπορεί να τον βλάψουν και παίρνει πρωτοβουλίες. Η πρωτοβουλία του είναι μια ανταπάντηση στην υποτιθέμενες πρωτοβουλίες των άλλων. Επίσης, σε κάποια προηγούμενη ανακοίνωσή μας, ο κ. Π. Χαρτοκόλλης υποστήριξε ότι ο Οιδίπους βίωσε μάλλον ντροπή και όχι ενοχή, και ότι ο Φρόνιτ πιθανότατα έκανε λάθος σχετικά με το συναίσθημα που αναδύθηκε. Αν και είμαστε αναρμόδιοι να κρίνουμε, η αυτοεξορία του Οιδίποδα και η αυτοτύφλωσή του θα μπορούσαν να είναι συμβατές με τα συμπεράσματά μας. Αν και η ψυχανάλυση θα ήθελε

την αυτοτύφλωση ισοδύναμο ενός αυτοευνουχισμού, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι ο Οιδίπους αυτοτυφλώθηκε για να μην βλέπει ότι τον βλέπουν, ότι αποτελεί μια πρακτική στρουθοκαμηλισμού - το πουλί που θάβει το κεφάλι του στην άμμο ελπίζοντας ότι δεν το βλέπουν επειδή εκείνο δεν βλέπει, μια πρακτική απελπισίας, όταν το πρόσωπο δεν μπορεί να απομακρυνθεί από τον τόπο του επεισοδίου. Το πουλί θάβει το κεφάλι του στη γη – εκτός από τη φράση “ήθελα να εξαφανιστώ από το πρόσωπο της γης”, μια άλλη συνηθισμένη έκφραση των προσώπων που ντρέπονται είναι: “ήθελα να ανοίξει η γη να με καταπιεί”.

Βιβλιογραφία

1. Βασιλάκος Γ. (επιμ.), Η Ερμηνεία στην Ψυχιατρική και την Ψυχοθεραπεία, Ύψιλον, Αθήνα, 2005.
2. Berger P. & Luckman T., The Social Construction of Reality, Anchor Books, New York, 1967.
3. Hycner R., Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. (Αδημοσίευτη εργασία κατατεθειμένη στο Saybrook Institute, San Francisco, 1982)
4. Parker M. J. & Addison R.B., Entering the Circle, State University of New York, Albany, 1989.
5. Polkinghorne D., Methodology for the Human Sciences, State University of New York, Albany, 1983.
6. Sass L.A., Madness and Modernism, Basic Books, New York, 1992.
von Eckartsberg R., Life-World Experience, University Press of America, Lanham, 1986.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

(Είναι σαφές ότι δεν έχουμε τη δυνατότητα εδώ να περιγράψουμε με λεπτομέρειες τη λογική και τα στάδια ανάλυσης των “περιστατικών”. Όπως γίνεται αντιληπτό, παραμένουμε πάντα στα λεγόμενα των συνομιλητών μας και προσπαθούμε, το δυνατόν, να μην χρησιμοποιούμε όρους και έννοιες της ψυχιατρικής ή της ψυχολογίας (ή, έστω, να χρησιμοποιούμε όρους και έννοιες που ήδη καταλαβαίνει ο συνομιλητής μας, που ήδη είναι μέρος του λεξιλογίου του). Οι “ενότητες γενικού νοήματος” είναι απλές προτάσεις που έχουν ένα οποιοδήποτε αυτοτελές νόημα, δηλαδή που καταλαβαίνει κανείς κάτι χωρίς να χρειάζεται να υποθέσει το ο,τιδήποτε ή να ανατρέξει σε προηγούμενα ή επόμενα – π.χ. η πρόταση “Ποτέ δεν ήμουν ιδιαίτερα ικανή να περπατώ με ψηλοτάκουνα παπούτσια” είναι μια “ένότητα γενικού νοήματος” επειδή μας επιτρέπει να καταλάβουμε κάτι. Στη συνέχεια διακρίνουμε ότι κάποιες προτάσεις μπορούν να ομαδοποιηθούν με κάποιες άλλες γιατί αναφέρονται στο ίδιο θέμα λ.χ. στον εαυτό – έτσι δημιουργούμε “ομάδες ενότητων με σχετικό νόημα”. Υπάρχει η δυνατότητα να εντάξουμε μία πρόταση σε δύο “ομάδες σχετικού νοήματος”, γιατί μπορεί να αναφέρεται ταυτόχρονα π.χ. στον εαυτό και τη γνωσιακότητα. Κατόπιν παρατηρούμε μεταβολές στην πορεία των νοημάτων και προσπαθούμε να καταλάβουμε τι προκάλεσε αυτήν τη μεταβολή, ποια είναι πλέον η νέα θέση του προσώπου στον κόσμο, ποια είναι η νέα θέση των άλλων κ.ο.κ. Πάντα ακολουθεί μια δεύτερη συνέντευξη για να διευκρινιστούν κάποια ζητήματα. Τα συμπεράσματα ανακοινώνονται οπωσδήποτε στα πρόσωπα και ζητείται η γνώμη τους – οι διαφωνίες και οι επιφυλάξεις τους πρέπει να περιλαμβάνονται σ’ ένα “Συμπλήρωμα” και όχι να επιχειρείται να πεισθούν για την ορθότητα των συμπερασμάτων του “ερευνητή”).

ΠΡΩΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

Ποτέ δεν ήμουν ιδιαίτερα ικανή να περπατώ με ψηλοτάκουνα παπούτσια¹. Όμως εκείνο το βράδυ η περίσταση απαιτούσε ένα όμορφο ντύσιμο και φυσικά ψηλά παπούτσια². Η περίσταση ήταν ένα ρομαντικό γεύμα σ’ ένα εκλεπτυσμένο μαγαζί της Θεσ/νίκης³

Όταν έφτασα όλα ήταν υπέροχα...⁴ μέχρι τη στιγμή που χρειάστηκε να πάω στην τουαλέτα που βρισκόταν στο πατάρι⁵.

Σηκώθηκα με αργά βήματα και ανέβηκα⁶, σκεπτόμενη πως αφού ανέβηκα έτσι άνετα το ίδιο εύκολο θα ήταν και να κατεβώ⁷.

Πραγματικά με μικρά, προσεκτικά βήματα κατέβηκα⁸ και αισθάνθηκα πολύ υπερήφανη για το περπάτημά μου⁹.

Το κακό είναι πως αυτή η υπερηφάνειά μου κράτησε δυστυχώς πολύ λίγο¹⁰ γιατί καθώς περνούσα από δύο άλλα τραπέζια στραβοπάτησα¹¹ και μέσα στην αγωνία μου να μην πέσω πιάστηκα από το τραπεζομάντηλο του ενός τραπέζιου¹². Το αποτέλεσμα ήταν όχι μόνο να πέσω¹³ αλλά να πέσουν επάνω μου όλα τα πιάτα, όλα τα φαγητά και όλα τα ποτήρια που βρίσκονταν πάνω στο τραπέζι¹⁴. Αμέσως σπεύσανε οι σερβιτόροι να με σηκώσουν¹⁵, ρωτώντας με αν ήμουν καλά¹⁶ ενώ ήταν ευδιάκριτο στο βλέμμα τους το πόσο θα θέλανε να γελάνε¹⁷ συμπαραστεκόμενοι στον υπόλοιπο κόσμο που είχε δακρύσει από τα γέλια¹⁸. Είχαν φουντώσει τα μάγουλά μου¹⁹, είχε σφιχτεί το στομάχι μου²⁰ και η ντροπή μου ήταν τόσο μεγάλη που έκτοτε δεν έχω περάσει ούτε έξω από την πόρτα του μαγαζιού²¹.

Και η φυγή μου ήταν τόσο γρήγορη²² που ξέχασα τη ζακέτα μου²³, αλλά δεν γύρισα ποτέ να την πάρω²⁴.

A. ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΗΜΑΤΟΣ

1. Ποτέ δεν ήμουν ιδιαίτερα ικανή να περπατώ με ψηλοτάκουνα παπούτσια.
2. Όμως εκείνο το βράδυ η κατάσταση απαιτούσε ένα όμορφο ντύσιμο και φυσικά ψηλά παπούτσια.
3. Η περίπτωση ήταν ένα ρομαντικό γεύμα σ' ένα εκλεπτυσμένο μαγαζί της Θεσ/νίκης κ.ο.κ. (διακρίναμε 24 «ενότητες γενικού νοήματος»)

B. ΟΜΑΔΕΣ ΕΝΟΤΗΤΩΝ ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΟ ΝΟΗΜΑ

Εαυτός

1. Ποτέ δεν ήμουν ιδιαίτερα ικανή να περπατώ με ψηλοτάκουνα παπούτσια.
9. αισθάνθηκα πολύ υπερήφανη για το περπάτημά μου
10. Το κακό είναι πως αυτή η υπερηφάνειά μου κράτησε δυστυχώς πολύ λίγο.

Γνωσιακότητα

1. Ποτέ δεν ήμουν ιδιαίτερα ικανή να περπατώ με ψηλοτάκουνα παπούτσια.
7. σκεπτόμενη πως αφού ανέβηκα έτσι άνετα το ίδιο εύκολο θα ήταν και να κατεβώ.
9. αισθάνθηκα πολύ υπερήφανη για το περπάτημά μου
17. ήταν ευδιάκριτο στο βλέμμα τους το πόσο θα ήθελαν να γελάνε

Περίσταση-σκηνή του επεισοδίου

2. Όμως εκείνο το βράδυ η περίσταση απαιτούσε ένα όμορφο ντύσιμο και φυσικά ψηλά παπούτσια.
3. Η περίσταση ήταν ένα ρομαντικό γεύμα σ' ένα εκλεπτυσμένο μαγαζί της Θεσ/νίκης
4. (Όταν έφτασα) όλα ήταν υπέροχα.

Χρόνος και/ή Τόπος

2. Εκείνο το βράδυ (που η περίσταση απαιτούσε ένα όμορφο ντύσιμο...)
3. Η περίσταση ήταν ένα ρομαντικό γεύμα σ' ένα εκλεπτυσμένο μαγαζί της Θεσ/νίκης
4. Όταν έφτασα όλα ήταν υπέροχα μέχρι τη στιγμή που χρειάστηκε να πάω στην τουαλέτα που βρισκόταν στο πατάρι
10. το κακό είναι πως αυτή η υπερηφάνειά μου κράτησε πολύ λίγο

Συνειδητές-ελεγχόμενες πρωτοβουλίες του εαυτού

6. Σηκώθηκα με αργά βήματα και ανέβηκα
8. με μικρά, προσεκτικά βήματα κατέβηκα
21. έκτοτε δεν έχω περάσει ούτε έξω από την πόρτα του μαγαζιού
22. Η φυγή μου ήταν τόσο γρήγορη
24. δεν γύρισα ποτέ (να πάρω τη ζακέτα)

Μη ελεγχόμενες κινήσεις-συμβάντα

11. καθώς περνούσα από δύο τραπέζια στραβοπάτησα
12. στην αγωνία μου να μην πέσω πιάστηκα από το τραπεζομάντηλο του ενός τραπεζιού
13. το αποτέλεσμα ήταν όχι μόνο να πέσω
14. αλλά να πέσουν επάνω μου όλα τα πιάτα, όλα τα φαγητά και όλα τα ποτήρια...
23. (η φυγή μου ήταν τόσο γρήγορη που) ξέχασα τη ζακέτα μου

Πρωτοβουλίες-στάσεις των άλλων

15. Σπεύσανε οι σερβιτόροι να με σηκώσουν
16. ρωτώντας με αν ήμουν καλά
18. ... είχαν δακρύσει από τα γέλια (οι υπόλοιποι άνθρωποι)

Σωματικές εκδηλώσεις

19. Είχαν φουντώσει τα μάγουλά μου
20. είχε σφιχτεί το στομάχι μου

Γ. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

1. Από το (1) – “Ποτέ δεν ήμουν ιδιαίτερα ικανή να περπατώ με ψηλοτάκουνα παπούτσια” - στο (13) – “το αποτέλεσμα ήταν να πέσω” κ.λπ. Κάτι που γνώριζε μόνον η ίδια παρουσιάζεται, κωμικοτραγικά, μπροστά στους άλλους.

2. Από το (9) - ‘πολύ υπερήφανη για το περπάτημά μου’ - στα (18,19) - “Είχαν φουντώσει τα μάγουλά μου, είχε σφιχτεί το στομάχι μου”, ο εαυτός και το σώμα αποδεικνύονται και παρουσιάζονται προβληματικά
3. Από το (2) -“όμορφο ντύσιμο” - και (9) -“περπάτημα” - στο (14) - “έπεσα με όλα τα πιάτα...” κ.ο.κ., δηλαδή οι άλλοι από πιθανοί θαυμαστές παρουσιάζονται κριτικοί, το μαγαζί από υπέροχο γίνεται τόπος μαρτυρίου κ.α.

Στη δεύτερη, διευκρινιστική συνάντηση έγιναν οι ακόλουθες ερωτήσεις:

1. Ποιες ήταν οι προθέσεις σας στο πρώτο μέρος της περιγραφής σας;
2. Η “υπερηφάνεια”, στην οποία αναφερθήκατε, ήταν απόρροια αποκλειστικά της προσωπικής σας εκτίμησης για το “εξαιρετικό” βάδισμά σας;
3. Ποια ήταν η τύχη των αρχικών σας προθέσεων;
4. Τι άλλο θα μπορούσαν να κάνουν οι άλλοι αντί να γελάσουν;
5. Το ενδιαφέρον των σερβιτόρων για το εάν ήταν καλά η υγεία σας ήταν ολοκληρωτικά υποκριτικό;
6. Τι ήταν αυτό που είδαν οι άλλοι και ξέσπασαν στα γέλια;

Οι απαντήσεις ήταν (κυριολεκτικά) οι εξής:

1. “Να εντυπωσιάσω τον συνοδό μου και γενικά να κάνω καλή εντύπωση σε όλον τον κόσμο” (πέρα, βέβαια, των γενικών προθέσεων του είδους “να περάσω καλά” κ.λπ.)
2. “Όχι. Βασιζόταν και στο ότι καταλάβαινα ότι οι άλλοι αναγνώριζαν το ωραίο μου περπάτημα”
3. “Καταστράφηκαν τελείως”
4. “Μόνο να γελάσουν μπορούσαν, αλλά από τον συγκεκριμένο, ‘καλό’ κόσμο του μαγαζιού θα περίμενα να γίνει πιο διακριτικά”
5. “Νομίζω, ιδίως τώρα που το σκέφτομαι, ότι πράγματι ανησύχησαν”
(συμπλήρωσε ότι αυτός που σίγουρα ανησύχησε ήταν ο συνοδός της)
6. “Είδαν την αδεξιότητά μου, την επιτήδευσή μου, το ‘δήθεν’ μου, την εικόνα μου να καταρρέει”

Μία λεπτομερέστερη εκδοχή αυτού του κειμένου δημοσιεύεται στο βιβλίο: Η Ερμηνεία στην Ψυχιατρική και την Ψυχοθεραπεία, επιμ. Γ. Βασιλάκος, εκδ. Ύψιλον, Αθήνα, 2005.

Ψύχωση και Τέχνη

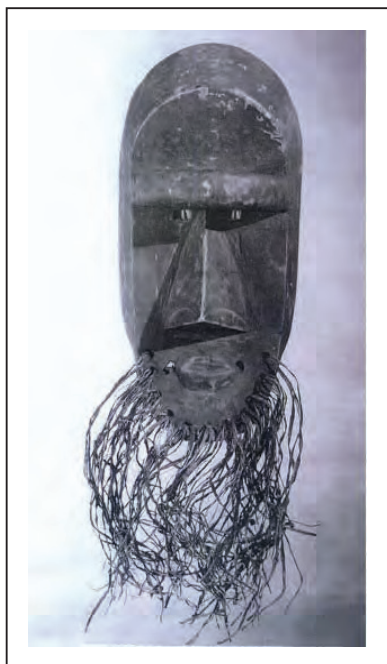
*... άτομα που έζησαν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής
τους στα ψυχιατρεία ή ακόμη όταν έχουν γεννηθεί
μέσα σ' αυτά είναι ικανά να παράγουν συγκλονιστικά
έργα τέχνης ...*

Του Άρη Λιάκου
Ομότιμου Καθηγητή
Ψυχιατρικής
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Η σημασία της Τέχνης που δημιουργείται από άτομα που πάσχουν από ψύχωση, έγινε αντικείμενο προσοχής στις αρχές του 20ου αιώνα. Αναφέρομαι κυρίως στην καλλιτεχνική αξία των ζωγραφικών έργων των ασθενών και όχι τόσο στη μελέτη των έργων αυτών, που γίνεται από ψυχιάτρους και στόχο έχουν τη μελέτη της ψυχοπαθολογίας και της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών. Τέτοιες μελέτες υπάρχουν πολλές στην Ψυχιατρική Βιβλιογραφία και οι στόχοι μου δεν είναι η ανασκόπηση των μελετών αυτών. Η τέχνη των ψυχωσικών έχει επίσης χρησιμοποιηθεί διαγνωστικά και θεραπευτικά από την ψυχιατρική επιστήμη.

Ο Klee ήταν ένας από τους πρωτοποριακούς καλλιτέχνες της αρχής του 20ου αιώνα που επισήμανε την καλλιτεχνική αξία των έργων αυτών. Την ίδια εποχή εξελίσσεται και η επανάσταση των καλλιτεχνών στην εικονική τέχνη που διδάσκονταν στις Ακαδημίες Τέχνης του Παρισιού και ακολουθήσε την Τέχνη της Αναγέννησης. Τα διάφορα πρωτοποριακά κινήματα με αρχή τον Ιμπρεσιονισμό και όσα τον ακολούθησαν, όπως Κυβισμός, Φωβισμός, Εξπρεσιονισμός κτλ. άρχισαν να εξελίσσονται στην Ευρώπη σαν ξεκίνημα της Μοντέρνας Τέχνης. Δεν είναι τυχαίο κατά τη γνώμη μου ότι το ενδιαφέρον πολλών πρωτοπόρων καλλιτεχνών στράφηκε ταυτόχρονα στην πρωτόγονη τέχνη της Αφρικής και Νότιας Αμερικής όπως και στην παλαιότερη τέχνη της Κίνας και Ιαπωνίας. Η σημασία της πρωτόγονης τέχνης στην εξέλιξη της μοντέρνας τέχνης διακρίνεται όταν παρατηρήσουμε μια τελετουργική μάσκα (εικ.1) και το περίφημο έργο του Picasso, πρωτοπόρου της κυβιστικής Τέχνης «Δεσποινίδες της Αβινιόν» (εικ.2). Η ομοιότητα των προσώπων του έργου με την «πρωτόγονη» μάσκα είναι καταφανής. Η ίδια ομοιότητα γίνεται φανερή στο σημαντικό εξπρεσιονιστικό έργο «Προφήτης» (εικ.3). Η απαρχή δηλ. της μοντέρνας Τέχνης συμπίπτει με το ενδιαφέρον των καλλιτεχνών για την πρωτόγονη τέχνη και την τέχνη των ψυχωσικών ασθενών. Την ίδια εποχή επίσης ο Dubufet, ψυχιατρός-καλλιτέχνης επρότεινε τον όρο Art-Brut για να περιγράψει την κατηγορία των έργων των ασθενών, σαν μια ιδιαίτερη μορφή τέχνης, ξεχωριστή μορφολογικά και αισθητικά, που μπορεί να σταθεί αυτοδίκαια μεταξύ των άλλων μορφών σύγχρονης τέχνης.

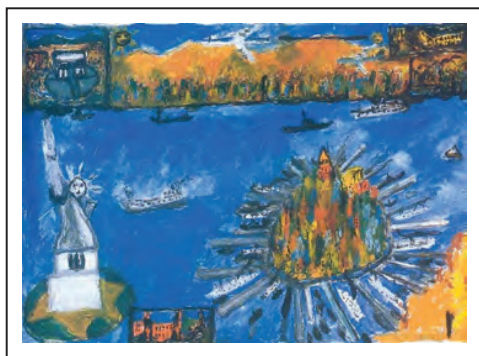
Είναι εκπληκτικό το γεγονός ότι άτομα που έζησαν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους στα ψυχιατρεία ή ακόμη όταν έχουν γεννηθεί μέσα σ' αυτά είναι ικανά να παράγουν συγκλονιστικά έργα τέχνης που είναι ζηλευτά και από μεγάλους καλλιτέχνες. Πολλοί από αυτούς τους Αυτοδιδάκτους Ζωγράφους έχουν δημιουργήσει καλλιτεχνική καριέρα χωρίς ποτέ να βγουν από το ψυχιατρείο. Παραδείγματα μπορώ να αναφέρω πολλά, όπως τον Ιταλό Carlo Zinelli και ακόμη ενός δικού μας ασθενή που έζησε στο ψυχιατρείο της Πέτρας Ολύμπου, του Ονούφριου, ένα χαρακτηριστικό έργο του οποίου βλέπουμε στην εικ.4. Σήμερα υπάρχουν επίσης αρκετές Πινακοθήκες στη Γαλλία, Ελβετία, Γερμανία, Ρωσία και σε άλλες χώρες



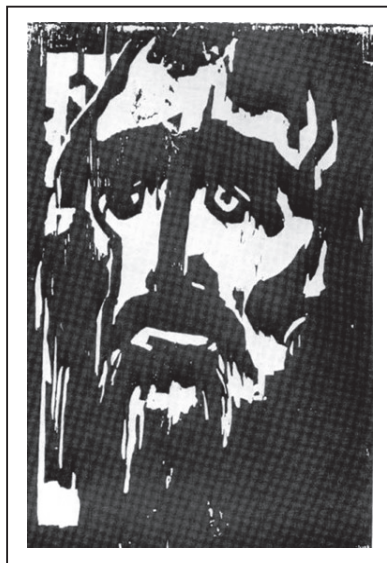
Εικ. 1: Ivory Coast Mask, in Náprstek Museum, Prague³



Εικ. 2: Pablo Picasso «Les Femmes d'Alger» (1907), The Museum of Modern Art N.Y.



Εικ.4: Ονούφριος, Χωρίς τίτλο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρα Ολύμπου.⁴



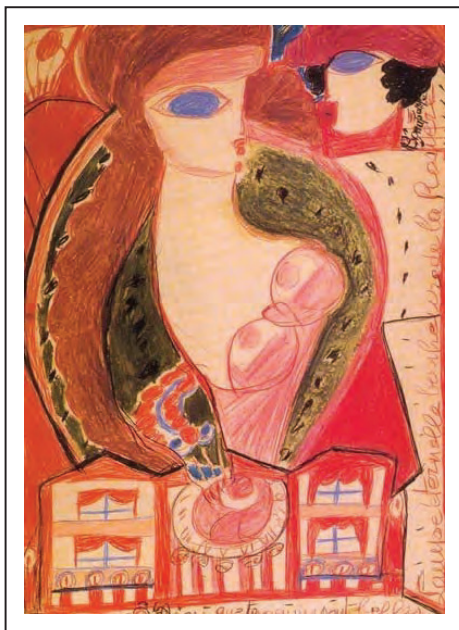
Εικ.3: Emil Nolde «Prophet» (1912), Kunstmuseum der Stadt Dusseldorf

που φιλοξενούν αποκλειστικά έργα ψυχωσικών, τα οποία θεωρούνται καλλιτεχνικά αριστουργήματα. Χαρακτηριστικά τέτοια έργα εικονίζονται στις εικόνες 5,6,7 και 8.

Ποια είναι επομένως η ερμηνεία του φαινομένου αυτού; Εκ πρώτης όψεως θα έλεγε κανείς ότι η ψύχωση που βαθμιαία καταργεί την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου θα έπρεπε να είναι και εμπόδιο στην καλλιτεχνική δημιουργία.

Η καθημερινή εμπειρία όμως μας δείχνει το αντίθετο. Σημαντική από αισθητικής πλευράς τέχνη δημιουργείται από ασθενείς σε πλήρη κοινωνική απόσυρση, και συχνά γίνεται και θεραπευτικό εργαλείο για την επάνοδο των κοινωνικών δεξιοτήτων και της επικοινωνίας τους με το περιβάλλον.

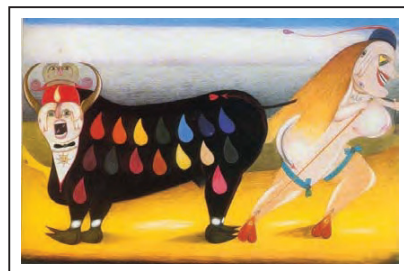
Στην προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου, έχω αναζητήσει ερμηνείες για τη σημασία και τις



Εικ.5: Aloise, Χωρίς τίτλο, Collection Philippe Etermad-Jean David Mermod, Lausanne⁴



Εικ.7: Gerard Sendran, Χωρίς τίτλο.(Αετοπόρεια), The Stadshot Collection Dr Guislain Museum, Guent, Belgium.⁵



Εικ.6: Friedrich Schröder-Sonnenstern «Ανδρόγονο Διπλωμάτων» (1955). Musee National d'Art Moderne Centre Pompidou, Paris⁶

πηγές της τέχνης όπως και της εξέλιξης της συμπεριφοράς αυτής του ανθρώπου, που είναι προϊόν του νου, όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα.

Οι μελέτες των Ανθρωπολόγων αποκάλυψαν ότι ο Άνθρωπος από την αρχή της υπάρξεώς του είχε μια έμφυτη ικανότητα να ανταλλάσσει διάφορα αντικείμενα, όπως εργαλεία, όπλα κτλ., τα οποία του χρησίμευσαν στην πάλη για την καθημερινή επιβίωση. Η ικανότητα αυτή μαζί με την ικανότητα καταγραφής των συναλλαγών αυτών μπορούμε να πούμε ότι αποτελούν μια κατεξοχήν ανθρώπινη ιδιότητα που αποτελεί τη ρίζα του σημερινού εμπορίου και ξεχωρίζει τον Άνθρωπο από τα υπόλοιπα ζώα. Η διαδικασία της ανταλλαγής και καταγραφής των αποτελεσμάτων είναι δυνατόν να μελετηθεί και μελετάται και σήμερα σε πληθυσμούς των οποίων η ανάπτυξη βρίσκεται πολλές χιλιάδες χρόνια πίσω. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι οι Aboriginies της Αυστραλίας που θεωρείται ότι βρίσκονται 20.000 χρόνια πίσω πολιτισμικά και αναπτυξιακά.

Τα προς ανταλλαγή αντικείμενα ήσαν κυρίως χρηστικά. Σε κάποιο σημείο όμως της εξέλιξης του Ανθρώπου οι ανταλλαγές αυτές άρχισαν να περιλαμβάνουν μη χρηστικά αντικείμενα και συγκεκριμένα χρώματα και χάντρες. Τα ίχνη τέτοιων αντικειμένων, έχουν καταγραφεί σε ευρήματα στην σημερινή Τουρκία και είναι ηλικίας 40.000 ετών, στην εποχή που τοποθετείται και η αρχή του πολιτισμού. Παρόμοια ευρήματα υπήρξαν πρόσφατα στην Αφρική και είναι ηλικίας 70.000 ετών περίπου. Τα υλικά αυτά, δηλαδή τα χρώματα και οι χάντρες δεν είναι άμεσα αναγκαία για την επιβίωση. Χρησίμευσαν και χρησιμεύουν

ακόμα και σήμερα σε πολιτισμικά και εξελικτικά καθυστερημένους πληθυσμούς για το στολισμό του προσώπου και του σώματος, συνήθεια που έχει επιβιώσει μέχρι σήμερα. Ένα τέτοιο σύγχρονο παράδειγμα φαίνεται στην εικ.9.

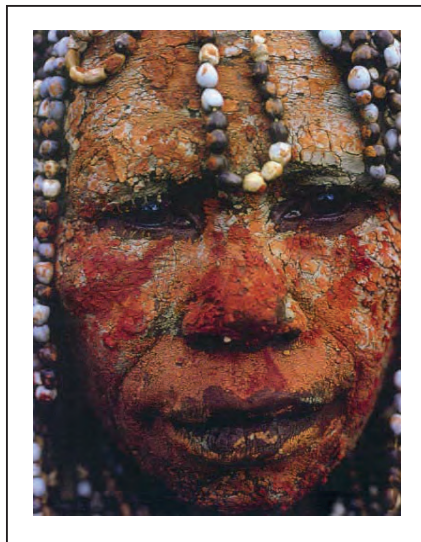
Πώς εξυπηρετούσε την επιβίωση ο στολισμός αυτός; Κατ'αρχήν βοηθούσε στην προσέγγιση του άλλου φύλλου, ικανοποιούσε δηλαδή το ένα από τα δυο βασικά ένστικτα με τα οποία μας έχει εφοδιάσει η φύση, το ένστικτο της αναπαραγωγής. Επίσης με το κύρος και τη συμβολική σημασία των στολισμάτων αυτών όπως π.χ. δόντια άγριων θηρίων, προσέδιδαν δύναμη και συμβόλιζαν μια θέση ψηλά στην κοινωνική ιεραρχία. Το κύρος και η δύναμη ικανοποιούσε το ένστικτο της επιθετικότητας, κυριαρχίας, επιβολής, το δεύτερο δηλαδή σημαντικό ένστικτο επιβίωσης με το οποίο μας έχει επίσης προικίσει η φύση.

Μπορεί να θεωρηθεί ότι η ικανότητα αυτή του στολισμού του σώματος είναι και η απαρχή της τέχνης. Ιδιαίτερα με την επέκταση της σε ικανότητα δημιουργίας βραχογραφιών και ειδωλίων (εικ.10). Μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι σύμφωνα με τους κανόνες της εξέλιξης κάποια στιγμή οι ικανότητες αυτές εμπεδώθηκαν στο γενετικό υλικό, διότι η ύπαρξή τους προσέδιδε επιπρόσθετες δυνατότητες επιβίωσης. Είναι γνωστό ότι οι καλλιτεχνικές δεξιότητες είναι εμφανείς από τη μικρή ηλικία και στη σημερινή εποχή χαρακτηρίζονται ως «ταλέντο». Το ταλέντο δε, όταν αναπτυχθεί, προσδίδει μέχρι σήμερα ευχερέστερη πρόσβαση στο άλλο φύλλο όπως και κοινωνική ισχύ και κύρος. Δεν έπαψε δηλ. να ικανοποιεί το δυο βασικά ένστικτα που θεωρείται ότι αποτελούν τη κινητήρια δύναμη της ανθρωπίνης συμπεριφοράς.

Οι προσπάθειες ορισμών της τέχνης έχουν μέχρι σήμερα αποτύχει. Οι διάφοροι ορισμοί που κατά καιρούς δόθηκαν ποικίλουν από το «Δεν υπάρχει τέχνη παρά μόνο καλλιτέχνες»¹ μέχρι το «Τέχνη είναι ότι ονομάζουν οι καλλιτέχνες»². Παρόμοια κατάσταση υφίσταται και στην προσπάθεια ορισμού της ψύκωσης. Όλοι γνωρίζουμε ότι η αιτιολογία της ψύκωσης μας διαφεύγει μέχρι σήμερα. Έτσι η ψυχιατρική προσέγγιση είναι κατ'ανάγκην φαινομενολογική και ακούγονται απόψεις διάφορες από ψυχιάτρους, μέχρι τη θέση ότι δεν πρόκειται για νόσο με την ιατρική έννοια. Ως γνωστόν τη θέση αυτή υποστήριξαν αντιψυχίατροι (Lang κ.α.). Επιπλέον η λειτουργία του ψυχικού οργάνου δηλ. του αποτελέσματος της λειτουργίας του Νευρικού Συστήματος, δεν έχει ακόμη εξικνιστεί. Η συμπεριφορά του ανθρώπου, στην οποία συγκαταλέγεται ο πολιτισμός και η



Εικ.8: *Willen van Genke Kenlen. The Stadsbot Collection The Stadsbot Collection Dr Guislain Museum, Guent, Belgium.*⁴



Εικ.9: *Face decoration of woman from Asar /wataburg*⁵



Εικ.10: *Chinese Horse (13,000 B.C.), Axial Gallery, Lascaux Dordogne France*⁶

τέχνη, παραμένει ακόμη κατά μέγα μέρος ανεξήγητη. Η θεωρία του Freud και η θεωρία της Εξέλιξης των Ειδών είναι από τις πιο αποδεκτές στη διάρκεια του χρόνου που υπάρχει η Επιστήμη.



Εικ.11: KAREL APPEL «Angry Landscape» (1967), Collection Jimmy J Younger Houston'



Εικ.12: Vincent Van Gogh «The starry night» (1886), The Museum of Modern Art NY'

Κινητήριες δυνάμεις θεωρούνται τα «ένστικτα» ή ενορμήσεις με τα οποία είμαστε προικισμένοι μέσω των γονιδίων.

Θα πρέπει να επισημάνουμε επίσης ότι ένα μεγάλο μέρος της ψυχικής μας δραστηριότητας και των κανόνων που την διέπουν βρίσκονται στο ασυνείδητο. Η εξελικτική θεωρία μας διδάσκει ότι ο εγκέφαλος διατηρεί πρώιμες συμπεριφορές, όπως επίσης διατηρεί αναλλοίωτο το αποτύπωμα του εξελικτικού παρελθόντος μας. Ασυνείδητες λειτουργίες του εγκεφάλου περιλαμβάνουν τη λειτουργία των ενστίκτων, του τρόπου που αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο, τη λειτουργία δηλαδή των αισθήσεων όπως και τη λειτουργία των συναισθημάτων. Όλες αυτές οι λειτουργίες προηγούνται εξελικτικά της λογικής και είναι αναμφισβήτητα σημαντικές για τη δημιουργία «Τέχνης».

Από τη περιγραφή των εκδηλώσεων της ψύκωσης, γνωρίζουμε επίσης ότι τα ένστικτα και συναισθήματα είναι απελευθερωμένα από τις κοινωνικές συμβάσεις, η φαντασία είναι ενισχυμένη, η αντίληψη συχνά

παραμορφωμένη και πλούσια σε αισθήσεις εκτός του υπαρκτού αισθητικά κόσμου, όπως και μια προσωπική (παραληρητική) αντίληψη της πραγματικότητας. Μήπως οι παραπάνω εκδηλώσεις της ψύκωσης διευκολύνουν τη παραγωγή τέχνης; Εάν κανείς παρατηρήσει μερικές μορφές σύγχρονης τέχνης («οργισμένο τοπίο» εικ.11), θα έλεγε ότι αυτό είναι ίσως το ζητούμενο στην μοντέρνα τέχνη. Η εμπειρία επίσης, μας δείχνει ότι το έργο καλλιτεχνών που ασθένησαν από ψύκωση, συχνά βελτιώνεται μετά την ασθένεια. Η εικ. 12, μας δείχνει ένα από τα σημαντικότερα έργα του VanGogh που έγινε μετά την έναρξη της ψύκωσης. Είναι επίσης γνωστό ότι ο Έλληνας γλύπτης Χαλεπάς, παρήγαγε τα αριστουργήματά του μετά την έναρξη της ψύκωσής του.

Είναι λοιπόν δυνατό να συμπεράνουμε ότι η ψύκωση, απελευθερώνει τις ψυχικές δυνάμεις σημαντικές για τη παραγωγή τέχνης, απελευθερωμένης από τις συμβάσεις που επιβάλλει η κοινωνικοποίηση μας και η λογική. Αυτό βέβαια δεν συμβαίνει σε όλα τα άτομα που πάσχουν από ψύκωση αλλά σε εκείνα που έχουν γεννηθεί με το «ταλέντο» της καλλιτεχνικής δημιουργίας, που λόγω της εξελικτικής του «παλαιότητας» λειτουργεί όπως το ένστικτο και συχνά ωθεί το άτομο σε δημιουργία σημαντικής, από καλλιτεχνικής πλευράς, τέχνης. Η δέωθηση αυτή έχει την ικανότητα να επιβιώνει και να εκφράζεται παρά τις καταστροφικές επιδράσεις της ψύκωσης σε ορισμένα μέρη του ψυχισμού του ατόμου. Η τέχνη που παράγεται ξεχωρίζει σαν μια ιδιαίτερη τέχνη μορφολογικά με σημαντική καλλιτεχνική αξία, η οποία σήμερα αναγνωρίζεται διεθνώς.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. E.H. Gombrich, «Το χρονικό της Τέχνης», Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τράπεζας, 1991
2. A.C. Danto «Η Μεταμόρφωση του κοινούτοπου, METAIXMIO 2004
- 3 «The World of MASKS», Erich Herold HAMLIN (1992), Aventinum, PRAGUE
- 4 «ΣΤΗΝ ΑΜΗ ΟΧΘΗ», Υπουργείο Πολιτισμού, 2004
5. «MAN AS ART», Clonicle Books, San Francisc, Copyright 1981 by Malcolm Kirk
6. GARDNER'S ART THROUGH THE AGES (9th Edition 1991), Horst de la Croix, Rishart G. Tansed, Diane Kirkpatrick, Harcourt Brace Jovanovich N.Y. edition
7. MODERN ART H.N. Arnanson (1986). History of Modern Art, Painting, Sculpture, Architecture, Photography. Third Edition Revised and updated by David Wheeler, Prentice Hall Inc, Harry N. Abrams Inc.

Τυπώθηκε στο Πανεπιστημιακό Τυπογραφείο

