

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# Αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών

Στο δεύτερο ήμισυ του 20ού αιώνα το μοντέλο περιθαλψής στην ψυχική υγεία μετατοπίστηκε, από το μεγάλο ψυχιατρικό ίδρυμα (‘‘άσυλο’’) στην φροντίδα στο επίπεδο της κοινότητας, με την υποστήριξη κλινών σε γενικά νοσοκομεία για τα οξεία περιστατικά. Αυτή η αλλαγή βασίστηκε τόσο στην ανάγκη σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των πασχόντων όσο και στη δυνατότητα εφαρμογής σύγχρονων παρεμβάσεων και τεχνικών. Μια σωστή, αντικειμενική διάγνωση είναι ουσιώδης, ώστε να σχεδιαστεί η φροντίδα κατά περίπτωση και να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπεία. Όσο νωρίτερα αρχίσει η σωστή θεραπεία, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Ως κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για τις ψυχικές διαταραχές και τις διαταραχές της συμπεριφοράς, εννοούμε την ορθολογική χρήση φαρμακολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με γνώμονα πάντοτε την κλινική αποτελεσματικότητα στην πράξη. Η αντιμετώπιση συγκεκριμένων ψυχιατρικών προβλημάτων περιλαμβάνει παρεμβάσεις που αφορούν τους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης.



## 3

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

## ΑΛΛΑΓΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Η περίθαλψη των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές πάντοτε αντικατόπτριζε τον τρόπο με τον οποίο οι κυρίαρχουσες κοινωνικές αξίες θεωρούσαν τις ψυχικές νόσους. Διαμέσου των αιώνων, οι άνθρωποι με αυτές τις διαταραχές αντιμετώπιζονταν με διάφορους τρόπους (δες πλαίσιο 3.1). Τους έδιναν ξεχωριστή θέση σε κοινωνίες όπου πίστευαν ότι μιλούσαν στους θεούς και στους νεκρούς. Το Μεσαίωνα, στην Ευρώπη και αλλού, τους βασάνιζαν και τους έκαιγαν στην πυρά. Τους κλείδωναν σε μεγάλα ιδρύματα. Γίνονταν αντικείμενα έρευνας για την επιστήμη. Και τέλος, περιθάλπονταν και ενσωματώνονταν στις κοινότητες που ανήκαν.

Στην Ευρώπη, υπήρξαν διάφορες τάσεις κατά το 19ο αιώνα. Αφενός, οι ψυχικές ασθένειες έγιναν αντικείμενο επιστημονικής έρευνας – η ψυχιατρική αναπτύχθηκε ως ιατρικός κλάδος και οι ψυχικά ασθενείς εθεωρούντο ασθενείς με ιατρικό πρόβλημα. Αφετέρου, οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, όπως και άλλοι με πολλές άλλες ασθένειες και ανεπιθύμητη κοινωνική συμπεριφορά, απομονώνονταν και περιορίζονταν σε μεγάλα ιδρύματα, τα κρατικά ψυχιατρεία ή άσυλα παλαιότερα. Αυτές οι τάσεις διαδόθηκαν και στις άλλες ηπείρους.

Στο δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα, μια αλλαγή προσέγγισης άρχισε, κυρίως λόγω τριών ανεξαρτήτων παραγόντων.

Η ψυχοφαρμακολογία έκανε σημαντικές προόδους, με την ανακάλυψη καινούργιων φαρμάκων, ιδίως με τα νευροληπτικά και τα αντικαταθλιπτικά, όπως και με την ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Η κίνηση υπέρ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έγινε ένα πραγματικά παγκόσμιο φαινόμενο υπό την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών, και η δημοκρατία ενδυναμώθηκε παγκοσμίως, αν και όχι ομοιόμορφα παντού (Merkel 1993).

Κοινωνικά και ψυχικά στοιχεία ενσωματώθηκαν σταθερά στον ορισμό της υγείας (δες κεφάλαιο 1) του νεοϊδρυμένου ΠΟΥ το 1948.

Αυτά τα επιστημονικά και κοινωνικοπολιτικά συμβάντα, συνέβαλαν ώστε να μετατεθεί το κέντρο βάρους της φροντίδας από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα, τα οποία συν το χρόνο έγιναν καταπιεστικά και οπισθοδρομικά, σε μία πιο ανοικτή και ευέλικτη φροντίδα μέσα στην κοινότητα.

Η αποτυχία των ασύλων αποδεικνύεται από επανειλημμένες περιπτώσεις κακομεταχείρισης ασθενών, από τη γεωγραφική απομόνωση των ιδρυμάτων αλλά και του προσωπικού, από την κακή παρακολούθηση των ασθενών, τους ανεπαρκείς ελέγχους ποιότητας, την κακή διαχείριση και διοίκηση, την κατασπατάληση πόρων.

Επίσης, οι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία σε όλο τον κόσμο είναι κακές, και οδηγούν σε καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και χρονιότητα. Με απόλυτους όρους, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί, ότι οι συνθήκες στα νοσοκομεία των ανεπτυγμένων χωρών είναι καλύτερες από τις συνθήκες ζωής σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Όμως, αν συγκρίνουμε τις συνθήκες ζωής σε μία κοινότητα με εκείνες ενός ψυχιατρείου στην ίδια κοινότητα, δικαιούμαστε να πούμε ότι οι συνθήκες στο ψυχιατρείο είναι κακές (πλάσιο 3.2).

Αντιθέτως, η φροντίδα στην κοινότητα ενδυναμώνει τα άτομα με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Στην πράξη, η κοινοτική φροντίδα απαιτεί την ανάπτυξη ποικίλων υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Αυτή η διεργασία, που δεν έχει αρχίσει ακόμα σε πολλές περιοχές και χώρες, έχει στόχο, αφενός να σιγουρέψει ότι μερικές από τις προστατευτικές λειτουργίες του ασύλου υπάρχουν ολοκληρωμένες στην κοινότητα, και αφετέρου να ξεριζώσει τις αρνητικές

### Πλαίσιο 3.1 Ψυχιατρική περίθαλψη: τότε ή τώρα;

Οι τρεις δηλώσεις που ακολουθούν, δείχνουν καθαρά πώς οι πολιτικές και η αντιμετώπιση της θεραπείας ψυχικά πασχόντων έχουν αλλάξει, ή αμφισβητηθεί, κατά τα τελευταία 150 χρόνια.

"Έχουν περάσει 16 χρόνια από τότε που κάθε μηχανικός περιορισμός [των ψυχικά πασχόντων] - ζουρλομανδύας, δέσιμο χεριών ή ποδιών ή στην καρέκλα-καταργήθηκε. Όπου η προσπάθεια έγινε αποφασιστικά, πέτυχε. [...] δεν υπάρχει μεγαλύτερη πλάνη από το να θεωρεί κανείς ότι μια μετρημένη χρήση του περιορισμού είναι συμβατή με μια ολοκληρωμένη, εξανθρωπισμένη θεραπεία. Η κατάργηση των περιορισμών πρέπει να είναι απόλυτη, αλλιώς δεν θα είναι αποτελεσματική."

1856 John Conolly (1794-1866) Άγγλος ιατρός, διευθυντής του ασύλου στο Hanwell. Στο: *The treatment of the insane without mechanical restraints*. London, Smith, Elder & Co.

"Όταν οργανώθηκε η εθνική επιτροπή, το κύριο ενδιαφέρον της ήταν να εξανθρωπίσει την περίθαλψη των φρενοβλαβών: να εξαφανίσει την κακομεταχείριση, τη σκληρότητα και την παραμέληση που παραδοσιακά υφίστανται οι ψυχικά ασθενείς και να πείσει την κοινή γνώμη για την ανάγκη μεταρρύθμισης. α μετατρέψει τα άσυλα σε νοσοκομεία, να διευρύνει τις υπηρεσίες που προσφέρουν θεραπεία, και να ανεβάσει το επίπεδο. Εν ολίγοις, να εξασφαλίσει στους ψυχικά ασθενείς, ότι απολαμβάνουν οι σωματικά ασθενείς."

1908 Clifford Beers (1976-1943). Ο ιδρυτής της παγκόσμιας κίνησης υπέρ της ψυχικής υγιεινής, εισήχθη ο ίδιος αρκετές φορές σε ψυχιατρεία. Στο: *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.

"Εναντιωνόμαστε στο δικαίωμα ορισμένων ανθρώπων, στενόμυαλων ή όχι, να καταλήγουν να καταδικάζουν σε ισόβια κάθειρξη κάποιον, μόνο με το πρόσχημα της ψυχικής διαταραχής. Και τι καταδίκη! Ξέρουμε -στην πραγματικότητα, δεν ξέρουμε - ότι τα άσυλα, που πολύ απέχουν από το να είναι άσυλα, είναι φοβερές φυλακές, όπου οι τρόφιμοι είναι φτηνό και βολικό εργατικό δυναμικό, όπου η κακομεταχείριση είναι ο κανόνας, και όλα αυτά κάτω από την δική σας ανοχή. Το ψυχιατρείο, κάτω από το μανδύα της επιστήμης και της δικαιοσύνης, μοιάζει με στρατόνα, αναμορφωτήριο, εξορία καταδίκων."

1935 Antonin Artaud (1896-1948) Γάλλος ποιητής, ηθοποιός και θεατρικός συγγραφέας, ο οποίος έζησε πολλά χρόνια σε ψυχιατρεία. Στο *Open letter to medical directors of madhouses*. Paris, *La Revolution Surrealiste*, No3.

πλευρές αυτών των ιδρυμάτων. Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα, ως προσέγγιση, σημαίνει:

- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε γενικό νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις, και δυνατότητα μονιμότερης στέγασης στην κοινότητα
- Παρέμβαση τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά ανικανότητα
- Ευρεία ποικιλία υπηρεσιών που υπηρετούν τις ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- Συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου
- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και μονάδων για κατ'οίκον θεραπεία
- Συνεργασία με τους νοσηλευτές και τους φροντιστές των ασθενών, και εξυπηρέτηση των αναγκών τους
- Νομοθεσία υποστηρικτική των παραπάνω.

Τα συσσωρευμένα στοιχεία της ανεπάρκειας των ψυχιατρείων, μαζί με την ιδρυματοποίηση – την μονιμοποίηση της ανικανότητας, εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης και της ιδρυματικής φροντίδας – οδήγησε στο κίνημα της αποϊδρυματοποίησης.

Ενώ η αποϊδρυματοποίηση είναι ένα σημαντικό μέρος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δεν συνεπάγεται και την κατάργηση των νοσοκομείων. Η αποϊδρυματοποίηση είναι μία σύνθετη διεργασία, που οδηγεί στη δημιουργία ενός στέρεου δικτύου εναλλακτικών λύσεων στο κοινοτικό επίπεδο. Το κλείσιμο των νοσοκομείων χωρίς εναλλακτικές διεξόδους προς τις κοινοτικές δομές είναι το ίδιο επικίνδυνο, όσο και το να δημιουργηθούν οι κοινοτικές δομές χωρίς να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Και τα δύο πρέπει να γίνουν ταυτόχρονα και συντονισμένα. Μία σωστή αποϊδρυματοποίηση έχει τρεις βασικές διαστάσεις:

- Αποφυγή καταχρηστικών εισαγωγών στα ψυχιατρεία, λόγω της ύπαρξης κοινοτικών υπηρεσιών
- Έξοδος χρόνιων ιδρυματοποιημένων ασθενών, αφού έχουν προετοιμαστεί επαρκώς, και ανάληψη της ευθύνης φροντίδας τους από κοινοτικές υπηρεσίες.

- Ίδρυση και συντήρηση υποστηρικτικών κοινοτικών συστημάτων για τους μη ιδρυματοποιημένους ασθενείς

Η αποϊδρυματοποίηση δεν είναι πάντα επιτυχής, και η κοινοτική περίθαλψη αντιμετωπίζει ακόμα λειτουργικά προβλήματα. Μεταξύ άλλων, ένας λόγος που δεν υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα, είναι και το ότι οι κυβερνήσεις δεν έχουν επαναπροωθήσει τους πόρους, που εξοικονόμησαν μετά το κλείσιμο των νοσοκομείων, στην κοινοτική περίθαλψη. Το προσωπικό δεν προετοιμάστηκε αρκετά, ώστε να δεχτεί τον νέο του ρόλο. Και το στίγμα που ακολουθεί τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ισχυρό, με επακόλουθο τις αρνητικές αντιδράσεις του κοινού έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Σε μερικές χώρες, πολλοί άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές ασθένειες καταλήγουν στη φυλακή ή άστεγοι.

Παρακολουθώντας την τάση για μετακίνηση του κέντρου βάρους της φροντίδας από το νοσοκομείο προς την κοινότητα, βαθιές πολιτικές αλλαγές έχουν γίνει σε μερικές χώρες. Για παράδειγμα, ο Νόμος 180, που θεσπίστηκε στην Ιταλία το 1978 και έκλεισε όλα τα ψυχιατρεία, μορφοποίησε και επιτάχυνε μία προϋπάρχουσα τάση για τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων. Ο νόμος ανέφερε, ότι δεν θα εισάγονται νέοι ασθενείς στα μεγάλα κρατικά ψυχιατρεία, ούτε θα υπάρξουν επανεισαγωγές. Δεν θα ανεγερθούν καινούργια ψυχιατρεία. Τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων δεν θα υπερβαίνουν τις 15 κλίνες και θα πρέπει να συνδέονται με κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας. Οι κοινοτικές υπηρεσίες, με προσωπικό που προήλθε από το προϋπάρχον στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχουν υποχρέωση να εξυπηρετούν μία ορισμένη περιοχή, που αποτελεί τον τομέα ευθύνης τους. Ο Νόμος 180 είχε επιπτώσεις πολύ πέραν των ιταλικών συνόρων.

### Πλαίσιο 3.2 Καταπάτηση των ανδρώπων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία

Επιτροπές για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα βρήκαν "φρικτές και απαράδεκτες καταστάσεις", όταν επισκέφθηκαν ψυχιατρεία στην Κεντρική Αμερική<sup>1</sup> και την Ινδία<sup>2</sup> τα τελευταία πέντε χρόνια. Παρόμοιες καταστάσεις υπάρχουν σε πολλά ψυχιατρεία σε άλλες περιφέρειες, τόσο σε αναπτυσσόμενες όσο και σε αναπτυγμένες χώρες. Υπάρχει βρωμιά, στέγες που τρέχουν, τουαλέτες που ξεχειλίζουν, διαβρωμένα πατώματα και σπασμένες πόρτες και παράθυρα. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυμνοί ή με

πιζάμες. Μερικοί ήταν κλεισμένοι σε μικρούς χώρους στις πτέρυγες διαβίωσης, παρατημένοι να κάθονται, να βηματίζουν ή να ξαπλώνουν στοτσιμεντένιο πάτωμα όλη μέρα. Υπήρχαν παιδιά αφημένα πάνω σε στρώματα στο πάτωμα, και μερικά ήταν γεμάτα ούρα και περιτώματα. Γινόταν συχνή και κακή χρήση μηχανικών περιορισμών: πολλοί ασθενείς ήταν δεμένοι στα κρεβάτια.

Τουλάχιστον το ένα τρίτο των ατόμων, ήταν άνθρωποι με επιληψία ή νοπική καθυστέρηση. Ο εγκλεισμός όλων

αυτών είναι μη αναγκαίος και άχρηστος. Θα μπορούσαν να επιστρέψουν και να ζήσουν στην κοινότητα με τα κατάλληλα φάρμακα και την υποστήριξη όλων των απαραίτητων κοινοτικών υπηρεσιών.

Πολλά νοσοκομεία διατηρούσαν τη δομή της φυλακής που είχαν από την αποικιακή εποχή. Οι ασθενείς ήταν "τρόφιμοι" και υπήρχαν "φύλακες" και "αρχιφύλακες" κλπ. Υπήρχαν δωμάτια απομόνωσης στην πλειοψηφία αυτών των νοσοκομείων.

Στο 80% και πλέον των νοσοκομείων που επισκέ-

φθηκαν οι επιτροπές, δεν μπορούσαν να γίνουν εξετάσεις ρουτίνας ούρων και αίματος. Τουλάχιστον το ένα τρίτο των ατόμων, δεν είχε καμία ψυχιατρική διάγνωση που να δικαιολογεί τον εγκλεισμό. Στα περισσότερα νοσοκομεία οι φάκελοι των ασθενών ήταν πολύ άσχημα ενημερωμένοι. Εκπαιδευμένοι ψυχιατρικοί νοσοκόμοι υπήρχαν σε λιγότερο από το 25% των νοσοκομείων, και λιγότερα από τα μισά είχαν κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς.

<sup>1</sup> Levav I, Gonzalez VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 83-86.

<sup>2</sup> National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India.

Το κυρίαρχο μοντέλο οργάνωσης μιας ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, είναι η δημιουργία γεωγραφικά καθορισμένων περιοχών, οι ονομαζόμενοι τομείς. Αυτή η ιδέα αναπτύχθηκε στα μέσα του 20ου αιώνα στη Γαλλία, και από τη δεκαετία του εξήντα και μετά, εφαρμόστηκε ως οργανωτική αρχή σε όλες σχεδόν τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, με μέγεθος πληθυσμού 25.000 έως 30.000 ανά τομέα. Αυτή

η αντιμετώπιση, έχει πολλά κοινά με την ιδέα της υγειονομικής περιφέρειας στη στρατηγική της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, τα προγράμματα περίθαλψης ατόμων με ψυχικά και συμπεριφορικά προβλήματα έχουν χαμηλή προτεραιότητα. Υπάρχει ένας μικρός αριθμός ιδρυμάτων – όπου συνήθως επικρατεί το αδιαχώρητο, με ανεπαρκές προσωπικό και μεθόδους – και το είδος των υπηρεσιών δείχνει πόσο λίγο γίνονται αντιληπτές οι ανάγκες των ασθενών ή οι διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας και φροντίδας.

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, δεν υπάρχει ψυχιατρική φροντίδα για την πλειονότητα του πληθυσμού. Οι μόνες διαθέσιμες υπηρεσίες είναι τα ψυχιατρεία. Είναι συνήθως συγκεντρωτικά και δύσκολα προσβάσιμα, οπότε οι άνθρωποι φτάνουν εκεί μόνο όταν δεν μπορούν να κάνουν αλλιώς. Τα νοσοκομεία είναι μεγάλου μεγέθους, φτιαγμένα με τη λογική του χαμηλού κόστους λειτουργίας και όχι της θεραπείας. Κατά ένα τρόπο, το άσυλο γίνεται το ίδιο μία κοινότητα, με πολύ μικρή επαφή με την ευρύτερη κοινωνία. Τα νοσοκομεία λειτουργούν με νομοθεσία που είναι περισσότερο ποινική, παρά θεραπευτική. Σε πολλές χώρες, νόμοι που πάνε πάνω από 40 χρόνια πίσω, βάζουν εμπόδια στην εισαγωγή και την έξοδο. Επιπλέον, οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν επαρκή εκπαιδευτικά προγράμματα σε εθνικό επίπεδο για ψυχιάτρους, ψυχιατρικούς νοσηλευτές, κλινικούς ψυχολόγους, ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές. Αφού υπάρχουν τόσο λίγοι εξειδικευμένοι επαγγελματίες, η κοινότητα στρέφεται στους υπάρχοντες παραδοσιακούς θεραπευτές (Saeed et al. 2000).

Αποτέλεσμα αυτών των παραγόντων είναι, ότι οι ψυχικά πάσχοντες αποκτούν μια αρνητική ιδρυματική εικόνα, πράγμα που επιβαρύνει το στίγμα που έχουν ως πάσχοντες από μια ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Ακόμη και σήμερα, αυτά τα ιδρύματα καταπατούν πολλές φορές τα ανθρώπινα δικαιώματα των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές.

Μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, ιδιαίτερα στην Περιφέρεια της Ανατολικής Μεσογείου, έχουν επιχειρήσει να σχεδιάσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο, να αναπτύξουν τους ανθρώπινους πόρους και να ενσωματώσουν την ψυχική υγεία στην γενική υγειονομική περίθαλψη, σύμφωνα με τις συστάσεις μίας επιτροπής ειδικών του ΠΟΥ το 1974 (WHO 1975, Mohit 1999).

Το 1991, η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών υιοθέτησε τις αρχές προστασίας ατόμων με ψυχικές ασθένειες και της βελτίωσης της φροντίδας για την ψυχική υγεία (United Nations 1991). Αναγνωρίζεται τώρα, ότι παραβιάζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα όταν παραμελείται ο ασθενής λόγω διακρίσεων, αδιαφορίας και αδυναμίας πρόσβασής του σε υπηρεσίες, και λόγω αυθαιρέτων, περιοριστικών και καταπιεστικών συμβάσεων.

Το 1990 ο WHO/ΠΑHO άρχισε μια πρωτοβουλία για την αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Περιφέρεια της Αμερικής, η οποία κατέληξε στη Διακήρυξη του Καράκας (Πλαίσιο 3.3). Η διακήρυξη πρότεινε την ανάπτυξη ψυχιατρικής περίθαλψης σε στενή συνάφεια με την πρωτοβάθμια περίθαλψη και το τοπικό σύστημα υγείας. Αυτές οι εξελίξεις έδωσαν μία ώθηση στην οργάνωση της ψυχικής υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Όπου έχουν ιδρυθεί τα τελευταία χρόνια υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε αναπτυσσόμενες χώρες, είναι ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Από μία άποψη, αυτό μπορεί να θεωρηθεί αναγκαίο, δεδομένης της έλλειψης ειδικών και πόρων για ειδικευμένες υπηρεσίες. Από την άλλη, εκμεταλλεύεται κανείς την ευκαιρία να οργανώσει υπηρεσίες ψυχικής υγείας με τρόπο που να αποφεύγει το στίγμα, την απομόνωση και τις διακρίσεις. Αυτή η προσέγγιση, όπου γίνεται εκμετάλλευση όλων των διαθέσιμων πόρων της κοινότητας, έχει το πλεονέκτημα ότι δίνει τη δυνατότητα στα άτομα, τις οικογένειες και στις κοινότητες να θέσουν στην ημερήσια διάταξη την ψυχική υγεία και αυτή να μην απασχολεί μόνο τους άμεσα εμπλεκόμενους. Τελευταία, όμως, στις αναπτυσσόμενες χώρες, η ψυχική υγεία δεν είναι στο προσκήνιο. Ακόμα και σε χώρες όπου πιλοτικά προγράμματα απέδειξαν την αξία της σύνδεσης της ψυχικής και πρωτοβάθμιας υγείας (π.χ. στην Βραζιλία, Κίνα, Κολομβία, Ιράν, Πακιστάν, Φιλιππίνες, Σενεγάλη, Νότια Αφρική, και Σουδάν), αυτή η προσέγγιση δεν επεκτάθηκε σε όλη τη χώρα.

**Πλαίσιο 3.3 Η διακήρυξη του Καράκας<sup>1</sup>**

Οι νομοθέτες, οργανώσεις, υγειονομικές αρχές, επαγγελματίες στο χώρο της ψυχικής υγείας και οι νομικοί, που συναντήθηκαν στο περιφερειακό Συνέδριο για την Αναδιοργάνωση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Λατινική Αμερική κατά το πρότυπο των Τοπικών Συστημάτων της Υγείας,...

**ΔΗΛΩΝΟΥΝ**

1 Ότι η αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στη βάση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σύμφωνα με τη δομή του προτύπου των Τοπικών Συστημάτων Υγείας, θα επιτρέψει την προαγωγή εναλλακτικών μοντέλων υπηρεσιών, βασισμένων στην κοινότητα και ενσωματωμένων στα δίκτυα κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών.

2 Ότι η αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην περιφέρεια, προϋποθέτει την κριτική επανεξέταση του κυρίαρχου και κεντρικού ρόλου που έχει το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην εξυπηρέτηση της ψυχικής υγείας.

3 Ότι οι πόροι, η φροντίδα και η θεραπεία που προσφέρεται πρέπει:

α) να εξασφαλίζουν την προσωπική αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα

β) να βασίζονται σε κριτήρια που είναι λογικά και τεχνικώς πρόσφορα, και

γ) να φροντίζουν ώστε οι ασθενείς να παραμένουν στην κοινότητά τους

4 Η εθνική νομοθεσία πρέπει να αναμορφωθεί, αν είναι αναγκαίο, ώστε:

α) να εξασφαλίζονται τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα

β) η οργάνωση των υπη-

ρεσιών να εξασφαλίζει την εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων

5 Ότι η εκπαίδευση στην ψυχική υγεία και ψυχιατρική θα χρησιμοποιεί ένα μοντέλο βασισμένο στο κοινοτικό κέντρο υγείας και θα ενθαρρύνει την εισαγωγή της ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία, σε συμφωνία με τις αρχές του μεταρρυθμιστικού κινήματος.

6 Ότι οι οργανώσεις, ενώσεις και οι άλλοι συμμετέχοντες σε αυτό το συνέδριο θα αναλάβουν να στηρίξουν και αναπτύξουν προγράμματα στα κράτη τους, που θα προάγουν την επιζητούμενη ανα-

διοργάνωση, και ταυτόχρονα θα παρακολουθούν και θα υπερασπίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες και της διεθνείς συμφωνίες.

Για την επιτυχία αυτού του σκοπού καλούν τα Υπουργεία Υγείας και Δικαιοσύνης, τα κοινοβούλια, την κοινωνική ασφάλιση και άλλα συναφή ιδρύματα, επαγγελματικές οργανώσεις, ενώσεις καταναλωτών, πανεπιστήμια, άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα, και τα ΜΜΕ να υποστηρίξουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση για το καλό του πληθυσμού της περιφέρειας.

<sup>1</sup> Απόσπασμα από το κείμενο που υιοθετήθηκε στις 14 Νοεμβρίου 1990 από το περιφερειακό συνέδριο για την αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στη Λατινική Αμερική, που συνήλθε στο Καράκας της Βενεζουέλας, από την Παναμερικανική Οργάνωση Υγείας / ΠΟΥ Περιφερειακό γραφείο της Βορείου και Νοτίου Αμερικής. *International Digest of Health Legislation*, 1991, 42(2): 336-338.

**Πίνακας 3.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας για ψυχικά προβλήματα, Αυστραλία, 1997.**

| Επισκέψεις για ψυχικά προβλήματα         | Καμία διαταραχή<br>% | Μία διαταραχή<br>% | >3 διαταραχές<br>% |
|--|----------------------|--------------------|--------------------|
| Γενικός ιατρός μόνο <sup>α</sup>         | 2,2                  | 13,2               | 18,1               |
| Ειδικός ψυχικής υγείας μόνο <sup>β</sup> | 0,5                  | 2,4                | 3,9                |
| Άλλος ειδικός μόνο <sup>γ</sup>          | 1,0                  | 4,0                | 5,7                |
| Συνδυασμός ειδικών                       | 1,0                  | 15,1               | 36,4               |
| Οποιοσδήποτε ειδικός <sup>δ</sup>        | 4,6                  | 34,6               | 64                 |

<sup>α</sup> Αναφέρεται σε άτομα που έκαναν τουλάχιστον μία επίσκεψη σε γενικό ιατρό το προηγούμενο 12μνο αλλά δεν επισκέφθηκαν άλλον ειδικό.

<sup>β</sup> Αναφέρεται σε άτομα που έκαναν τουλάχιστον μία επίσκεψη σε ειδικό (ψυχίατρο, ψυχολόγο, ομάδα ψυχικής υγείας) το προηγούμενο 12μνο αλλά δεν επισκέφθηκαν άλλον ειδικό.

<sup>γ</sup> Αναφέρεται σε άτομα που έκαναν τουλάχιστον μία επίσκεψη σε άλλον ειδικό (νοσηλεύτρια, ιατρό άλλης ειδικότητας, φαρμακοποιό, κοινωνικό λειτουργό) το προηγούμενο 12μνο αλλά δεν επισκέφθηκαν άλλον ειδικό.

<sup>δ</sup> Αναφέρεται σε άτομα που έκαναν τουλάχιστον μία επίσκεψη σε κάποιον ειδικό το προηγούμενο 12μνο.

Πηγή: Andrews G et al (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145-153.

Παρά τις μεγάλες διαφορές μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών στην ψυχική υγεία, όλες έχουν ένα κοινό πρόβλημα: την κακή χρήση των διαθέσιμων ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ακόμα και σε χώρες με καλά οργανωμένες υπηρεσίες, λιγότεροι από τους μισούς εξ όσων χρειάζονται φροντίδα κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών. Αυτό σχετίζεται τόσο με το στίγμα που συνδέεται με όσους έχουν ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές όσο και με την ανεπάρκεια των υπηρεσιών που προσφέρονται (δες πίνακα 3.1).

Το θέμα του στιγματισμού τονίστηκε στην έκθεση για την ψυχική υγεία της υγειονομικής επιτροπής των ΗΠΑ (DHHS 1999), όπου αναφέρθηκε: "Παρά τη δυνατότητα επιλογής θεραπείας και τους πολλούς τρόπους να φτάσει κανείς σε αυτήν, σχεδόν το ήμισυ των Αμερικανών που έχουν σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν ζητά θεραπεία. Πολύ συχνά, η απροθυμία αυτή οφείλεται σε πραγματικά μεγάλα εμπόδια. Μεταξύ αυτών, το σπουδαιότερο είναι το στίγμα, που πολλοί συνδέουν με την ψυχική ασθένεια και με τους ανθρώπους που πάσχουν από ψυχική ασθένεια."

Περιληπτικά, την περασμένη πεντηκονταετία, η φροντίδα εξελίχθηκε στο πλαίσιο της κοινότητας. Αυτή η εξέλιξη στηρίχτηκε σε δύο πυλώνες: πρώτον, στον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και δεύτερον, στη χρήση σύγχρονων παρεμβάσεων και τεχνικών. Στις καλύτερες περιπτώσεις, αυτό μεταφράστηκε σε μια υπεύθυνη πορεία αποϊδρυματοποίησης, που στηρίχθηκε στους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, στους καταναλωτές (στους αρρώστους δηλαδή), στα μέλη της οικογένειας και σε άλλες προοδευτικές ομάδες μέσα στις κοινότητες.

## ΑΡΧΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ιδέα της φροντίδας της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο, είναι μάλλον μία καθολική προσέγγιση, παρά μια οργανωτική λύση. Η φροντίδα σε κοινοτική βάση σημαίνει, ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που την χρειάζεται, θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να περιβάλλεται σε αυτό το επίπεδο. Η περιθαλψη δεν πρέπει απλώς να είναι τοπική και προσβάσιμη, αλλά και να απαντά στις πολλαπλές ανάγκες των ατόμων. Σε τελευταία ανάλυση, θα πρέπει να στοχεύει στη χρήση αποτελεσματικών θεραπευτικών τεχνικών, ώστε να ενδυναμώνονται οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, ούτως ώστε να αυτοβοηθούνται, αντλώντας από το καθημερινό περιβάλλον τους, όπως και από συγκροτημένους υποστηρικτικούς μηχανισμούς. Η φροντίδα σε κοινοτικό επίπεδο μπορεί να βρίσκει δυνάμεις υποστήριξης και να δημιουργεί συμμαχίες που αλλιώς θα παρέμεναν καλυμμένες και ανενεργές, δηλαδή, πράγματα που δεν μπορεί να γίνουν στο νοσοκομείο-ακό περιβάλλον.

Με τη χρήση αυτών των καλυμμένων δυνάμεων μπορούμε να προλάβουμε καταστάσεις όπου οι εξερχόμενοι από τα νοσοκομεία ασθενείς παραδίδονται από τις υπηρεσίες στις ανέτοιμες οικογένειες, με γνωστά αρνητικά ψυχοκοινωνικά επακόλουθα, και επιβάρυνση και των δύο πλευρών. Η στήριξη αυτή επιτρέπει αποτελεσματικότερη διαχείριση του κοινωνικού και οικογενειακού βάρους, το οποίο παραδοσιακά ανελάμβανε η ιδρυματική περίθαλψη. Αυτού του είδους οι υπηρεσίες εξαπλώνονται σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες, σε μερικές πολιτείες των ΗΠΑ, στην Αυστραλία, στον Καναδά και στην Κίνα. Αρχή έχει γίνει και σε μερικές χώρες της Λατινικής Αμερικής, Αφρικής, Ανατολικής Μεσογείου, ΝΑ Ασίας, και στον Δυτικό Ειρηνικό (WHO 1997b).

Η σωστή φροντίδα, όπως και όπου κι αν εφαρμόζεται, πηγάζει από βασικές καθοδηγητικές αρχές, μερικές από τις οποίες έχουν ιδιαίτερη σχέση με την φροντίδα της ψυχικής υγείας. Αυτές είναι η διάγνωση, η έγκαιρη παρέμβαση, η λογική χρήση θεραπευτικών τεχνικών, η αρχή του συνεχούς της φροντίδας, η ποικιλία των υπηρεσιών, η εμπλοκή των καταναλωτών, η συνεργασία με τις οικογένειες, η εμπλοκή της τοπικής κοινότητας και η ενσωμάτωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μια σωστή, αντικειμενική διάγνωση είναι ουσιώδης ώστε να σχεδιαστεί η περίθαλψη του ατόμου και να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπεία. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές μπορούν να διαγνωστούν με υψηλά ποσοστά αξιοπιστίας.

Αφού διαφορετικές θεραπείες ενδείκνυνται για διαφορετικές ασθένειες, η διάγνωση είναι σημαντικό σημείο εκκίνησης για οποιαδήποτε παρέμβαση.

Μια διάγνωση μπορεί να γίνει είτε με νοσολογικά κριτήρια (δηλαδή, σύμφωνα με μια διεθνή ταξινόμηση και ονοματολογία νοσημάτων και διαταραχών), είτε ανάλογα με τον τύπο και το επίπεδο της ανικανότητας που βιώνει το άτομο, είτε, κατά προτίμηση, και με τους δύο τρόπους.

Η πρώιμη παρέμβαση είναι βασική αν θέλουμε να προλάβουμε την πλήρη εκδήλωση της νόσου, να ελεγχθούν τα συμπτώματα, και να βελτιωθεί η έκβαση. Όσο ταχύτερα δοθεί η σωστή θεραπευτική αγωγή, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Η σοβαρότητα της έγκαιρης παρέμβασης δείχνεται στα ακόλουθα παραδείγματα.

- Στη σχιζοφρένεια η διάρκεια της παραμελημένης ψύχωσης αποδεικνύεται σημαντικός παράγοντας. Καθυστέρηση στη θεραπεία οδηγεί σε χειρότερη έκβαση (McGorry 2000; Thara et al. 1994).
- Έλεγχος και σύντομες παρεμβάσεις σε όσους διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ, είναι αποτελεσματικές, και μειώνουν την κατανάλωση αλκοόλ και τις σχετικές βλάβες (Wilk et al. 1997).

Για να έχουμε την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, πρέπει να υπάρχει ορθολογική χρήση φαρμακολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, κατά τρόπο λογικό και συνεκτικό από κλινική άποψη. Δεδομένης της τεράστιας σημασίας που έχει το περιεχόμενο της περίθαλψης, αυτό εξετάζεται εκτενώς αργότερα σε αυτό το κεφάλαιο.

## ΣΥΝΕΧΗΣ ΚΑΙ ΑΔΙΑΛΕΙΠΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Μερικές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές ακολουθούν χρόνια πορεία, αν και μπορεί να έχουν περιόδους ύφεσης και υποτροπές που να μιμούνται οξείες διαταραχές. Εν τούτοις, όσον αφορά την αντιμετώπισή τους, προσομοιάζουν στις χρόνιες σωματικές παθήσεις, και όχι στις οξείες μεταδοτικές νόσους. Αυτό έχει ιδιαίτερα επακόλουθα σχετικά με την προσβασιμότητα των υπηρεσιών, την διαθεσιμότητα του προσωπικού και το κόστος που επιβαρύνει ασθενείς και οικογένειες.

Οι ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους είναι σύνθετες και ευμετάβλητες, οπότε είναι σημαντικό να υπάρχει συνέχεια στην περίθαλψη. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται να αλλάξει ο τρόπος που είναι οργανωμένη η περίθαλψη σήμερα. Μερικά από τα μέτρα που διασφαλίζουν το συνεχές της φροντίδας περιλαμβάνουν:

- Ειδικές κλινικές για ομάδες ασθενών με την ίδια διάγνωση ή προβλήματα
- Εκπαίδευση όσων φροντίζουν τους ασθενείς
- Η ίδια θεραπευτική ομάδα να φροντίζει τον ασθενή και την οικογένεια του
- Ομαδική εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών
- Ενσωμάτωση της ψυχιατρικής φροντίδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΕΥΡΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Οι ανάγκες των ανθρώπων με ψυχικές παθήσεις και των οικογενειών τους είναι πολλές και διαφορετικές κατά τα διάφορα στάδια της ασθένειας. Απαιτείται μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών για να δοθεί ολοκληρωμένη φροντίδα σε μερικούς πάσχοντες από ψυχικές νόσους. Αυτοί που βρίσκονται στην ανάρρωση, χρειάζονται βοήθεια, ώστε να επανα-

κτίσουν τις δεξιότητες τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Αυτοί που η υγεία τους αποκαθίσταται μερικώς, χρειάζονται βοήθεια για να είναι ανταγωνιστικοί σε μία ανοικτή κοινωνία. Μερικοί ασθενείς, ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες, που δεν έχουν την βέλτιστη περιβαλψη, μπορούν εν τούτοις να βοηθηθούν από προγράμματα αποκατάστασης. Αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να δίνουν φάρμακα, ή να έχουν προγράμματα αποκατάστασης, στέγασης, νομικής υποστήριξης ή άλλα είδη ψυχοκοινωνικής στήριξης. Το ειδικευμένο προσωπικό, όπως οι νοσηλευτές, κλινικοί ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές και εθελοντές, έχουν αποδείξει την αξία τους ως αναπόσπαστα μέλη εύελικτων ομάδων παροχής υπηρεσιών. Ομάδες με προσωπικό πολλών ειδικοτήτων έχουν ιδιαίτερη προσφορά στην διαχείριση των ψυχικών διαταραχών, λόγω των σύνθετων αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους σε διάφορα χρονικά σημεία της εξέλιξης της νόσου.

### ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

Η ανάδυση των κινημάτων καταναλωτών σε έναν αριθμό χωρών, έχει αλλάξει τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι απόψεις των άμεσα ενδιαφερομένων. Οι ομάδες καταναλωτών γενικά αποτελούνται από ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειες τους. Σε πολλές χώρες, τα κινήματα καταναλωτών εξελίχθηκαν παράλληλα με την πιο παραδοσιακή στήριξη της ψυχικής υγείας, όπως τα κινήματα οικογενειών. Το κίνημα των καταναλωτών βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα ατομικής επιλογής, αναφορικά με την θεραπεία του και άλλες αποφάσεις (δες πλαίσιο 3.4)

Πιθανόν το καλύτερο παράδειγμα κινήματος καταναλωτών είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.), που έχει υποστήριξη σε όλο τον κόσμο και έχει επιτύχει ποσοστά ανάρρωσης, συγκρίσιμα με εκείνα της συμβατικής ιατρικής περιβαλψης. Η διαθεσιμότητα θεραπείας μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών και η υποστήριξη από πρώην ασθενείς έχει ανοίξει καινούργιους δρόμους. Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές μπορούν να αλληλοβοηθηθούν με επιτυχία, και η συναδελφική υποστήριξη είναι σημαντική σε έναν αριθμό καταστάσεων, για την επιτυχία της ανάρρωσης και της κοινωνικής επανένταξης.

Το κίνημα καταναλωτών έχει επηρεάσει σημαντικά την πολιτική ψυχικής υγείας σε έναν αριθμό χωρών. Ιδιαίτερα, έχει αυξήσει την απασχόληση ανθρώπων με διαταραχές στο παραδοσιακό σύστημα ψυχικής υγείας, όπως και στις άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Για παράδειγμα, στο Υπουργείο Υγείας της επαρχίας της Βρετανικής Κολομβίας του Καναδά, η θέση του Διευθυντή Εναλλακτικής Περιβαλψης ανατέθηκε πρόσφατα σε άτομο με ψυχική διαταραχή, που έτσι βρίσκεται σε θέση απ' όπου μπορεί να επηρεάσει πολύ την πολιτική στην ψυχική υγεία και τις υπηρεσίες.

Οι ομάδες καταναλωτών έχουν ιδιαίτερα ασχοληθεί με την ακούσια θεραπεία, την αυτοδιαχείριση της περιβαλψης, τον ρόλο των καταναλωτών στην έρευνα, τους τρόπους διάθεσης των υπηρεσιών, όπως και τις υπηρεσίες διαχείρισης κρίσεων.

Ο θετικός ρόλος των οικογενειών στα προγράμματα περιβαλψης των ψυχικά πασχόντων έχει αναγνωριστεί σχετικά πρόσφατα. Η παλαιότερη άποψη ότι η οικογένεια είναι νοσογόνος παράγοντας, δεν ευσταθεί.

Ο ρόλος της οικογένειας επεκτείνεται τώρα πέραν της καθημερινής φροντίδας ή της οργανωμένης υπεράσπισης των ψυχικά πασχόντων. Αυτή η στήριξη ήταν βασική για την αλλαγή της νομοθεσίας της ψυχικής υγείας σε μερικές χώρες, και για την βελτίωση των υπηρεσιών και την ανάπτυξη δικτύων υποστήριξης σε άλλες.

Υπάρχουν αρκετά στοιχεία που δείχνουν τα πλεονεκτήματα της εμπλοκής των οικογενειών στη θεραπεία και αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, της νοητικής καθυστέρησης, της κατάθλιψης, της εξάρτησης από το οινόπνευμα και των παιδοψυχιατρικών διαταραχών. Ο ρόλος της οικογένειας στην θεραπεία άλλων καταστάσεων χρειάζεται και άλλη διερεύνηση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αποτελέσματα είναι καλύτερα

### Πλαίσιο 3.4 Ο ρόλος των καταναλωτών στην φροντίδα ψυχικής υγείας

Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θεωρούνται παραδοσιακά από τις υπηρεσίες ως παθητικοί αποδέκτες, ανίκανοι να εκφράσουν τις ανάγκες τους ή επιθυμίες τους, και οι οποίοι υφίστανται περιθάλψη και θεραπεία σχεδιασμένη και αποφασισμένη από άλλους. Τα τελευταία τριάντα χρόνια όμως, ως καταναλωτές, έχουν αρχίσει να εκφράζουν το όραμα που έχουν για τις υπηρεσίες.

Μεταξύ των θεμάτων που έχουν ιδιαίτερα προβληθεί είναι: το δικαίωμα αυτο-καθορισμού, η ανάγκη πληροφόρησης σχετικά με τη φαρμακευτική θεραπεία και τα άλλα θεραπευτικά

μέσα, η ανάγκη υπηρεσιών που θα διευκολύνουν την ενεργό κοινοτική συμμετοχή, η καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων, οι βελτιωμένοι νόμοι και η καλύτερη αντιμετώπιση από το κοινό, η απρόσκοπτη ενσωμάτωση στην κοινότητα, οι εναλλακτικές, αυτοδιαχειριζόμενες (από τους ασθενείς) υπηρεσίες, τα νομικά δικαιώματα και η νομική προστασία των υπαρχόντων δικαιωμάτων και η άρση της παραμονής των ατόμων σε μεγάλα ιδρύματα, συχνά διαβίου.

Οι γνώμες ποικίλλουν μεταξύ των καταναλωτών και των οργανισμών που αντιπροσωπεύουν, ως προς το πώς θα επιτευχθούν αυτοί οι

στόχοι καλύτερα. Μερικές ομάδες θέλουν στενή συνεργασία με τους επαγγελματίες του κλάδου, ενώ άλλοι θέλουν πλήρη διαχωρισμό. Υπάρχουν επίσης σοβαρές διαφορές ως προς το πόσο στενά πρέπει να συνεργαστούν, και εάν πρέπει, με οργανισμούς που αντιπροσωπεύουν τους συγγενείς των ασθενών.

Είναι σαφές ότι οι οργανισμοί καταναλωτών σε όλο τον κόσμο θέλουν να ακουστούν και να συμβάλλουν στη λήψη αποφάσεων για θέματα που επηρεάζουν τη ζωή όλων. Οι ψυχικά πάσχοντες δικαιούνται να συμμετέχουν σε συζητήσεις για την πολιτική της ψυχικής υγείας μαζί με

τους επαγγελματίες, τις οικογένειες, τους νομοθέτες και τους διαμορφωτές της κοινής γνώμης. Πίσω από τις διαγνώσεις και τις ετικέτες υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ιδέες, σκέψεις, γνώμες και φιλοδοξίες, ότι και αν λένε οι άλλοι. Δεν διαφέρουν, διότι και αυτοί θέλουν τα ίδια βασικά πράγματα στη ζωή, όπως όλοι: επαρκές εισόδημα, αξιοπρεπή κατοικία, επαγγελματική εκπαίδευση που θα τους δώσει δουλειές που προσφέρουν ικανοποίηση, συμμετοχή στην κοινότητα, φίλους και κοινωνικές σχέσεις, αγάπη στις προσωπικές σχέσεις τους.

Συνεισφορά της Judi Chamberlin (MadPride@aol.com), National Empowerment Center, Lawrence, MA, USA (<http://www.power2u.org>).

όταν ο ασθενής ζει με την οικογένεια του, παρά όταν βρίσκεται σε ίδρυμα. Όμως, πολλές διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του υψηλού "εκπεφρασμένου συναισθήματος" των συγγενών και υψηλών ποσοστών υποτροπής των ασθενών που ζουν με αυτούς. Αλλάζοντας την συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, το ποσοστό υποτροπών μπορεί να μειωθεί. (Leff & Gamble 1995, Dixon et al. 2000)

Η συνεργασία με την οικογένεια, ώστε να μειωθούν οι υποτροπές, πάντοτε αποτελούσε συμπλήρωμα στην συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία και όχι υποκατάστατο αυτής. Όταν, πράγματι, η οικογενειακή θεραπεία προστεθεί στα αντιψυχωτικά φάρμακα, έχουμε καλύτερα αποτελέσματα απ' ό,τι με τα φάρμακα μόνο, όσον αφορά τις υποτροπές στη σχιζοφρένεια. Μία μετα-ανάλυση από την Cochrane Collaboration (Pharaoh et al 2000), έδειξε ποσοστό υποτροπής μειωμένο κατά το ήμισυ στο ένα και στα δύο χρόνια. Το ερώτημα, βέβαια, είναι εάν οι συνήθεις κλινικές ομάδες μπορούν να αναπαράγουν τα καταπληκτικά αποτελέσματα πρωτοπόρων ερευνητικών ομάδων, που διεξήγαγαν την εργασία τους κυρίως σε αναπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία ψυχιατρικών ασθενών μαζί με τον παραδοσιακό θεραπευτή ή τις βιοϊατρικές υπηρεσίες.

Η δικτύωση της οικογένειας, τοπικά ή εθνικά, έχει συντελέσει στην καλύτερη συνεργασία και εμπλοκή των καθημερινών φροντιστών των ασθενών με τους επαγγελματίες (δες πλαίσιο 3.5). Εκτός από την αλληλοϋποστήριξη, πολλά δίκτυα έχουν γίνει πιο εξωστρεφή, εκπαιδεύοντας το κοινό, πιέζοντας τους διαμορφωτές της πολιτικής και πολεμώντας το στίγμα και τις διακρίσεις.

### Πλαίσιο 3.5 Συνεργασία με τις οικογένειες

Οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία, οι οικογένειες των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, και οι οργανισμοί υποστήριξης των οικογενειών, έχουν πολλά να μάθουν ο ένας από τον άλλο. Μέσω τακτικών επαφών, το προσωπικό της υγείας μπορεί να μάθει από τις οικογένειες τι είδους γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων χρειάζονται, ώστε να δουλεύουν μαζί αποτελεσματικά. Μαθαίνουν επίσης, για προβλήματα όπως οι περιορισμένοι πόροι, οι τεράστιοι αριθμοί των αρρώστων, και η ανεπαρκής εκπαίδευση, που δεν επιτρέπει στους κλινικούς και τις υπηρεσίες τους να γίνουν πιο αποτελεσματικοί. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η πίεση μιας οικογενειακής οργάνωσης φαίνεται να έχει μεγαλύτερη αξία από τα "επενδεδυμένα συμφέροντα" των εργαζομένων στο σύστημα.

Όταν υπάρχει ψυχική ασθένεια, οι εργαζόμενοι ωφελούνται εάν αναπτύξουν νωρίς μια συνεργασία με την οικογένεια. Έτσι, παίρνουν

πληροφορίες για διάφορα ζητήματα που αφορούν την αρρώστια, τις συζητούν, και βολιδοσκοπούνται οι αντιδράσεις της οικογένειας, ώστε να καταστρωθεί ένα σχέδιο θεραπείας. Και οι οικογένειες, με τη σειρά τους, μαθαίνουν πώς να επιλύουν προβλήματα, ώστε να αντιμετωπίσουν την ασθένεια πιο αποτελεσματικά.

Δύο σύνδεσμοι υποστήριξης, οι οποίοι είχαν μεγάλη επιτυχία στην εξυπηρέτηση των αναγκών των περιοχών ευθύνης τους και στην σύνδεση με τους επαγγελματίες, περιγράφονται εν συντομία παρακάτω.

Ο Alzheimer's Disease International (ADI) είναι ένας διεθνής οργανισμός, η σκέπη 57 εθνικών συνδέσμων. Ο σκοπός του, είναι να στηρίζει την ανάπτυξη και αποτελεσματικότητα των υπάρχοντων συνδέσμων, με δραστηριότητες όπως η Παγκόσμια Ημέρα Alzheimer's, ένα επίσης συνέδριο, και το Πανεπιστήμιο Alzheimer's (μια σειρά μαθημάτων επί βασικών οργανωτι-

κών ζητημάτων). Δίνει επίσης πληροφορίες από την διεύθυνση <http://www.alz.co.uk>, και με μπροσούρες και ενημερωτικά φυλλάδια.

Οι εθνικοί σύνδεσμοι Alzheimer's είναι αφοσιωμένοι στο να παρέχουν υποστήριξη σε ανθρώπους με άνοια και στις οικογένειες τους. Δίνουν πληροφορίες, καθώς και πρακτική και συναισθηματική βοήθεια, όπως τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, υποστηρικτικές ομάδες και αντικατάσταση, για λίγο, του μόνιμου φροντιστή. Επίσης, εκπαιδεύουν επαγγελματίες και συμβουλεύουν τις κυβερνήσεις.

Η World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WSF) δίνει έμφαση στο ότι η αμοιβαία ανταλλαγή γνώσεων - της επαγγελματικής γνώσης των εργαζομένων στον κλάδο και της πρακτικής γνώσης των οικογενειών και των καταναλωτών - είναι ζωτικής σημασίας, ώστε να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη. Χωρίς αυτή, συχνά δεν είναι δυνατή η

αποτελεσματική εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας με αποτέλεσμα οι κλινικοί, οι οικογένειες, και οι καταναλωτές να συγκρούονται.

Αυτή η συνεχής συνεργασία, σκοπεύει στο να αναπτυχθεί η αυτοπεποίθηση όσων φροντίζουν ασθενείς μέσα στην οικογένεια, ώστε να μπορούν να λύσουν τα πολλά και περίπλοκα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, αντί να πρέπει να στηρίζονται πάντα στην επαγγελματική υποστήριξη. Αυτό ονομάζεται "μετακίνηση από την παθητική φροντίδα στην ενεργητική περίθαλψη". Ενδυναμώνεται με παραπομπές σε οικογενειακές οργανώσεις υποστήριξης, τις οποίες οι επαγγελματίες θα πρέπει να συστήνουν με έμφαση στα μέλη της οικογένειας, διότι αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του μακροχρόνιου σχεδίου θεραπείας και περίθαλψης. Περισσότερες πληροφορίες γι' αυτόν τον οργανισμό από το [info@world-schizophrenia.org](mailto:info@world-schizophrenia.org).

### ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Οι κοινωνικές πεποιθήσεις, στάσεις και αντιδράσεις, προσδιορίζουν πολλές πλευρές της φροντίδας για την ψυχική υγεία. Οι άνθρωποι με ψυχικές παθήσεις είναι μέλη της κοινωνίας, και το κοινωνικό περιβάλλον είναι σημαντικός παράγοντας που προσδιορίζει το αποτέλεσμα. Εάν ένα κοινωνικό περιβάλλον είναι ευνοϊκό, συμβάλλει στην ανάρρωση και επανένταξη. Εάν όχι, μπορεί να ενδυναμώνει το στίγμα και τις διακρίσεις. Οι προσπάθειες για τη μεγαλύτερη συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων, περιλαμβάνουν τη σωστή ενημέρωση σε ό,τι αφορά τις ψυχικές διαταραχές και τη χρήση κοινοτικών πόρων για την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών, όπως εθελοντική εργασία για την πρόληψη των αυτοκτονιών και συνεργασία με παραδοσιακούς θεραπευτές. Η μετατόπιση του κέντρου βάρους της περίθαλψης από τα ιδρύματα στην ίδια την κοινότητα, συμβάλλει στην αλλαγή της στάσης και των αντιδράσεων της κοινότητας και βοηθά τους πάσχοντες να ζήσουν καλύτερα.

Μελέτες σε πολλές Αφρικανικές και Ασιατικές χώρες δείχνουν ότι περίπου το 40% της πελατείας των παραδοσιακών θεραπειών πάσχει από ψυχικές ασθένειες (Saeed et al.

2000). Αυτή η εικόνα δεν διαφέρει πολύ από αυτήν που δείχνουν μελέτες που έγιναν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η συνεργασία με τους παραδοσιακούς θεραπευτές είναι επομένως, μία σημαντική πρωτοβουλία. Οι ειδικοί δίνουν στους θεραπευτές ακριβή πληροφόρηση για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, τους ενθαρρύνουν να παραπέμπουν σε αυτούς τα περιστατικά, και αποθαρρύνουν πρακτικές όπως τη νηστεία και την τιμωρία. Αλλά και από τη μεριά τους, οι ειδικοί ανακαλύπτουν τις μεθόδους που εφαρμόζουν οι θεραπευτές κατά την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών διαταραχών.

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις είχαν διαχρονικά σημαντική θέση μεταξύ των κινήματων για την ψυχική υγεία. Ένας καταναλωτής, ο Clifford Beers, δημιούργησε το 1906 την πρώτη επιτυχημένη μη κυβερνητική οργάνωση για την ψυχική υγεία, που ήταν πρόδρομος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ψυχική Υγεία. Οι συνεισφορές των οργάνωσεων αυτών δεν αμφισβητούνται.

Μπορούν να επιτευχθούν αλλαγές στην κοινότητα ακολουθώντας διάφορους δρόμους. Ο σημαντικότερος είναι η χρήση των ΜΜΕ για εκπαιδευτικές εκστρατείες που απευθύνονται στο κοινό. Παραδείγματα είναι τα: "Νίκησε την κατάθλιψη", "Αλλαγή νοοτροπίας – κάθε οικογένεια στη χώρα", και το σύνθημα της Παγκόσμιας Ημέρας Υγείας 2001 "Όχι στον αποκλεισμό – Ναι στην Φροντίδα". Μεγάλα προγράμματα κοινωνικής συνειδητοποίησης σε χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Ινδία, το Ιράν, η Μαλαισία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ, έχουν αλλάξει τον τρόπο που ο πληθυσμός βλέπει τις ψυχικές διαταραχές. Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία έχει αρχίσει ένα πρόγραμμα σε έναν αριθμό χωρών ενάντια στο στίγμα και στις διακρίσεις που υφίστανται οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια (δες Πλαίσιο 4.9). Για την επίτευξη του στόχου, το πρόγραμμα χρησιμοποιεί τα ΜΜΕ, τα σχολεία και μέλη οικογενειών των πασχόντων.

Αν και σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες η κοινότητα δεν κάνει διακρίσεις, κατ' ανάγκη, ενάντια στους πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές, η πίστη στη μαγεία, τις υπερφυσικές δυνάμεις, τη μοίρα, τη θεϊκή κατάρα και ούτω καθ' εξής, μπορεί να εμποδίσει τα άτομα από το να ζητήσουν βοήθεια και να επιμείνουν στη θεραπευτική αγωγή. Ένα από τα καλύτερα παραδείγματα του πώς μπορούν οι κοινότητες να φροντίζουν τους ψυχικά ασθενείς βρίσκεται στην πόλη Geel του Βελγίου, όπου, αναμφίβολα, βρίσκεται το παλαιότερο πρόγραμμα ψυχικής υγείας στον δυτικό κόσμο. Από τον 13ο αιώνα, με αρχή της πρακτικής αυτής που ίσως φτάνει στον 8ο αιώνα, άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές παθήσεις περιθάλπονται στην εκκλησία της πόλης (St Dymphna), ή φιλοξενούνται σε ανάδοχες οικογένειες με τις οποίες ζουν, συχνά επί δεκαετίες. Σήμερα, οι οικογένειες στο Geel φροντίζουν 550 ασθενείς, εκ των οποίων οι μισοί δουλεύουν σε προστατευόμενα εργαστήρια.

## ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Μια άλλη σημαντική αρχή, η οποία παίζει μεγάλο ρόλο στην οργάνωση της φροντίδας για την ψυχική υγεία, είναι η ενσωμάτωσή της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ο θεμελιώδης ρόλος που έχει η πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ολόκληρο το σύστημα υγείας δηλώθηκε καθαρά στη Διακήρυξη της Άλμα-Ατα. Αυτό το βασικό επίπεδο περίθαλψης, δρα ως φίλτρο ανάμεσα στον γενικό πληθυσμό και την δευτεροβάθμια / τριτοβάθμια φροντίδα.

Οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινές και οι περισσότεροι ασθενείς εξετάζονται μόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αλλά και οι διαταραχές τους, συχνά δεν αναγνωρίζονται (Ustun & Sartorius 1995). Επίσης, η ψυχολογική νοσηρότητα είναι κοινό χαρακτηριστικό των σωματικών ασθενειών, και οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συχνά βλέπουν συναισθηματικές διαταραχές, χωρίς να τις αναγνωρίζουν πάντα. Η εκπαίδευση του προσωπικού όλων των βαθμίδων της περίθαλψης, ώστε να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν κοινές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, είναι σημαντικό μέτρο για την δημόσια υγεία. Η εκπαίδευση μπορεί να διευκολυνθεί, εάν υπάρξει σύνδεση με το

τοπικό προσωπικό ψυχικής υγείας, το οποίο σχεδόν πάντα ενδιαφέρεται να βοηθήσει προς αυτή την κατεύθυνση.

Η ποιότητα και ποσότητα των ειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εξαρτάται από αυτές που υπάρχουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Με άλλα λόγια, οι υπηρεσίες πρέπει να διατίθενται ισόρροπα σε κοινοτικό και νοσοκομειακό επίπεδο.

Οι ασθενείς που εξέρχονται από ψυχιατρικά τμήματα (γενικών ή ειδικών νοσοκομείων) μπορούν να παρακολουθούνται αποτελεσματικά από ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Είναι σαφές, ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη παίζει μεγάλο ρόλο σε χώρες όπου δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, καλά εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη προσφέρουν επαρκή θεραπεία στους ψυχικά πάσχοντες. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί, ότι μια φτωχή χώρα δεν σημαίνει ότι οπωσδήποτε θα παρέχει ανεπαρκή φροντίδα. Η εμπειρία μερικών Αφρικανικών, Ασιατικών και Λατινοαμερικανικών χωρών δείχνει, ότι η επαρκής εκπαίδευση του προσωπικού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να αναγνωρίζουν νωρίς τις ψυχικές διαταραχές και να τις αντιμετωπίζουν, μπορεί να μειώσει την ιδρυματοποίηση και να βελτιώσει την ψυχική υγεία όσων προσφεύγουν εκεί.

## ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών – ίσως περισσότερο από άλλες κλινικές καταστάσεις– χρειάζεται έναν ισορροπημένο συνδυασμό τριών βασικών πραγμάτων: φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Η σωστή αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών απαιτεί τον προσεκτικό συνδυασμό αυτών των τριών στοιχείων. Πόσο χρειάζεται από το καθένα εξαρτάται από την κύρια διάγνωση, αλλά και από τη συννοσηρότητα με άλλες σωματικές και ψυχικές παθήσεις, την ηλικία του ασθενούς και το στάδιο της νόσου. Με άλλα λόγια, η θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενή. Αλλά και αυτές αλλάζουν καθώς εξελίσσεται η ασθένεια, και αλλάζουν οι συνθήκες διαβίωσης του ασθενούς (δες Σχήμα 3.1).

Για την επίτευξη μιας ισορροπημένης παρέμβασης είναι αναγκαίο να ακολουθηθούν οι εξής κατευθυντήριες αρχές:

- Κάθε παρέμβαση έχει συγκεκριμένη ένδειξη, βάσει της διάγνωσης, δηλαδή θα πρέπει να χρησιμοποιείται υπό συγκεκριμένες κλινικές προϋποθέσεις.
- Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να χρησιμοποιείται μέχρι ενός συγκεκριμένου σημείου, δηλαδή το εύρος της παρέμβασης να είναι ανάλογο της σοβαρότητας της κατάστασης.
- Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να έχει καθορισμένη διάρκεια, δηλαδή θα πρέπει να διαρκεί όσο απαιτεί η σοβαρότητα και η φύση της κατάστασης, και θα πρέπει να σταματάει όταν δεν είναι πια αναγκαία.
- Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να ελέγχεται περιοδικά όσον αφορά τα αποτελέσματα της και την ορθή εφαρμογή της, όπως και για το εάν έχει δυσάρεστα επακόλουθα, και ο αποδέκτης της παρέμβασης θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά στον έλεγχο αυτό.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών απαιτεί, επίσης, προσοχή ως προς τη διάρκεια της θεραπείας. Οι ψυχικές διαταραχές είναι, ενίοτε, χρόνιες καταστάσεις και έτσι μερικές φορές απαιτούν δια βίου θεραπείες. Η συμμόρφωση με μακροχρόνιες θεραπείες είναι δυσκολότερη από ότι με βραχύτερες. Μία ακόμη επιπλοκή, είναι ότι η ύπαρξη ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών σχετίζεται με κακή συμμόρφωση με τις οδηγίες για τη λήψη της αγωγής.

Έχει γίνει αξιόλογη έρευνα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Αυτοί περιλαμβάνουν:

Σχήμα 3.1 Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές



- την εμπιστοσύνη στη σχέση ιατρού - ασθενούς
- τον χρόνο και την ενέργεια που δαπανάται για την εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τους σκοπούς της θεραπείας και τα επακόλουθα της καλής συμμόρφωσης ή μη.
- την ύπαρξη συμφωνημένου σχεδίου θεραπείας
- την εμπλοκή της οικογένειας και των φίλων, ώστε να στηρίζουν το θεραπευτικό σχέδιο και την εφαρμογή του
- την απλοποίηση της θεραπευτικής αγωγής
- τη μείωση των δυσμενών παρενεργειών της θεραπευτικής αγωγής

Με την πάροδο των ετών, έχει υπάρξει σχετική ομοφωνία μεταξύ των ψυχιάτρων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα μερικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Αυτές οι παρεμβάσεις περιγράφονται πιο κάτω. Δυστυχώς, τα δεδομένα που έχουμε για την σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας είναι πολύ περιορισμένα.

Οι κύριοι λόγοι γι' αυτό είναι οι ακόλουθοι: Πρώτον, η χρόνια φύση μερικών ψυχικών διαταραχών, η οποία απαιτεί πολύ μακρόχρονη παρακολούθηση για να είναι αξιοποιήσιμη η πληροφορία. Δεύτερον, τα διαφορετικά κλινικά και μεθοδολογικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στις λίγες μελέτες που έγιναν. Και, τρίτον, το γεγονός ότι οι περισσότερες διαθέσιμες μελέτες συνέκριναν τρόπους αντιμετώπισης μιας δεδομένης διαταραχής σε ιδανικές πειραματικές συνθήκες, που είναι πολύ δύσκολο να αναπαραχθούν υπό συνθήκες στην κλινική πράξη και μάλιστα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι παρεμβάσεις που περιγράφονται πιο κάτω επιλέχθηκαν, επομένως, επί τη βάση της αποτελεσματικότητάς τους – παρόλο που πολλοί δεν έχουν πρόσβαση σε αυτές– και όχι με βάση το κριτήριο κόστους – αποτελεσματικότητας. Στοιχεία για το τελευταίο παρέχονται όπου είναι διαθέσιμα.

## ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανακάλυψη και βελτίωση φαρμάκων χρήσιμων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα, θεωρείται ως μια από τις επαναστάσεις στην ιστορία της ψυχιατρικής.

Υπάρχουν βασικά τρεις κατηγορίες ψυχοτρόπων φαρμάκων, που στοχεύουν σε ειδικά συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών: τα αντιψυχωτικά, για τα ψυχωτικά συμπτώματα, τα αντικαταθλιπτικά για την κατάθλιψη, τα αντιεπιληπτικά για την επιληψία και τα αγχολυτικά ή ηρεμιστικά για το άγχος. Διάφορα είδη φαρμάκων χρησιμοποιούνται για προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι αυτά τα φάρμακα καταπολεμούν τα συμπτώματα των νόσων, και όχι τις ίδιες τις νόσους ή τις αιτίες τους. Τα φάρμακα αυτά επομένως δεν στοχεύουν στην εξάλειψη της νόσου, αλλά μάλλον στον περιορισμό ή την μείωση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη των υποτροπών.

Δεδομένης της αποτελεσματικότητας των περισσότερων φαρμάκων αυτού του είδους, πράγμα που ήταν προφανές και πριν την ευρεία καθιέρωση των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών, οι περισσότερες πρόσφατες οικονομικές μελέτες έχουν εστιάσει, όχι στη σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας του φαρμάκου σε σύγκριση με αδρανές ή εικονικό φάρμακο, αλλά στην σύγκριση των νεώτερων κατηγοριών φαρμάκων με τα παλιότερα. Αυτό συνέβη ιδιαίτερα με τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωτικά σε σύγκριση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα κλασικά αντιψυχωτικά αντίστοιχα.

Μία σύνθεση των διαθέσιμων στοιχείων της βιβλιογραφίας δείχνει ότι, ενώ τα νεώτερα ψυχοτρόπα φάρμακα έχουν λιγότερες παρενέργειες, δεν είναι σε σημαντικό βαθμό πιο αποτελεσματικά, και είναι συνήθως ακριβότερα. Το μειονέκτημα του αυξημένου κόστους, όμως, αντισταθμίζεται από το ότι μειώνουν την ανάγκη επιπλέον φροντίδας και θεραπείας. Τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, για παράδειγμα, αποτελούν καλή επιλογή για χώρες με χαμηλό εισόδημα, αφού λήγουν οι πατέντες τους, ή εκεί όπου ήδη διατίθενται σε κόστος παρόμοιο με τα παλαιότερα φάρμακα.

Ο κατάλογος βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ περιλαμβάνει τώρα εκείνα τα φάρμακα, που σε ένα στοιχειώδες επίπεδο, αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τις ανάγκες θεραπείας ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών που έχουν σημασία για τη δημόσια υγεία. Εν τούτοις, οι ασθενείς στις φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες δεν θα πρέπει να αποκλείονται από τις προόδους στην ψυχοφαρμακολογία, για οικονομικούς και μόνο λόγους. Είναι ανάγκη να εργαστούμε, ώστε να είναι διαθέσιμα σε όλους τα καλύτερα φάρμακα για κάθε περίπτωση. Αυτό απαιτεί ελαστική προσέγγιση για τη δημιουργία καταλόγου βασικών φαρμάκων.

## ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία συνίσταται σε σχεδιασμένες και δομημένες παρεμβάσεις με στόχο να επηρεαστεί η συμπεριφορά, η διάθεση και οι τρόποι ή τα πρότυπα συναισθηματικής αντίδρασης σε διάφορα ερεθίσματα, με την χρήση λεκτικών ή μη λεκτικών ψυχολογικών μέσων. Η ψυχοθεραπεία δεν περιλαμβάνει βιοχημικά ή βιολογικά μέσα.

Αρκετές τεχνικές και προσεγγίσεις – βασισμένες σε διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα – έχουν δείξει την αποτελεσματικότητά τους για την αντιμετώπιση διάφορων ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Μεταξύ αυτών είναι η συμπεριφορική θεραπεία, η γνωσιακή θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία, οι τεχνικές χαλάρωσης και οι τεχνικές υποστηρικτικής ή συμβουλευτικής θεραπείας (WHO 1993b).

Η συμπεριφορική θεραπεία συνίσταται στην εφαρμογή ψυχολογικών αρχών, οι οποίες έχουν επιστημονική βάση, για τη λύση κλινικών προβλημάτων (Cottreau 1993). Βασίζεται στις αρχές της θεωρίας της μάθησης.

Οι γνωσιακές - συμπεριφορικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην αλλαγή των προτύπων σκέψης και συμπεριφοράς μέσω της εφαρμογής νέων τρόπων σκέψης και δράσης, ενώ η διαπροσωπική θεραπεία πηγάζει από ένα εννοιολογικό μοντέλο που εστιάζει σε τέσσερις περιοχές κοινών προβλημάτων: σύγκρουση ρόλων, μετάβαση ρόλων, άλυτο πένθος και κοινωνικά ελλείμματα.

Η χαλάρωση έχει στόχο τη μείωση της κατάστασης διέγερσης – και επομένως του άγχους – σε ανεκτά επίπεδα, με μία ποικιλία τεχνικών μυσικής χαλάρωσης, που προέρχονται από μεθό-

δους όπως η γιόγκα, ο διαλογισμός, η αυτογενής εκπαίδευση και η βιοεπιβίωση. Η χαλάρωση μπορεί να είναι σημαντικό βοήθημα σε άλλες μορφές θεραπείας, γίνεται εύκολα αποδεκτή από τους ασθενείς, και μπορεί να την μάθει κανείς μόνος του (WHO 1998).

Η υποστηρικτική θεραπεία, πιθανόν η απλούστερη μορφή ψυχοθεραπείας, βασίζεται στη σχέση θεραπευτή - θεραπευομένου. Άλλα σημαντικά στοιχεία αυτής της τεχνικής είναι η επιβεβαίωση, η αποσαφήνιση, η αναβίωση, η συμβουλή, η υποβολή και η διδασκαλία. Μερικοί θεωρούν αυτό τον θεραπευτικό τρόπο κυριολεκτικά το θεμέλιο της καλής κλινικής φροντίδας και προτείνουν να συμπεριληφθεί ως αναπόσπαστο στοιχείο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων όλων όσων έχουν κλινικές υποχρεώσεις.

Διάφορα είδη ψυχοθεραπειών – ιδιαίτερα οι γνωσιακές - συμπεριφορικές παρεμβάσεις και η διαπροσωπική θεραπεία – είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία των φοβιών, την εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες και το οινόπνευμα, και τον έλεγχο ψυχικών συμπτωμάτων όπως οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Βοηθούν, επίσης, τους καταθλιπτικούς ασθενείς να μάθουν να βελτιώνουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων τους και να ελέγχουν την δυσφορία που προκαλείται από τα συμπτώματά τους.

Υπάρχουν ενθαρρυντικά στοιχεία ως προς την σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση της ψύχωσης, του άγχους και των διαταραχών της διάθεσης, με ή χωρίς τον συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή. Ένα εύρημα της σχετικής έρευνας, είναι ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις οδηγούν σε αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και σε καλύτερη συμμόρφωση με την θεραπεία, πράγμα που συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του ποσοστού υποτροπών, εισαγωγών στο νοσοκομείο, και της ανεργίας. Το επιπρόσθετο κόστος των ψυχοθεραπειών ισοσκελίζεται από την μειωμένη ανάγκη υποστήριξης από άλλες υγειονομικές υπηρεσίες ή επισκέψεων σε αυτές. (Schulberg et al. 1998, Rosenbaum & Hylan 1999)

## ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων, που δίνει την ευκαιρία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και σημαντικού βαθμού ανικανότητα να φθάσουν στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας στην κοινότητα. Για να επιτευχθεί αυτό, γίνεται βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων, αλλά και αλλαγές στο περιβάλλον των πασχόντων (WHO 1995). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα ολοκληρωμένο σύνολο ενεργειών και όχι απλώς μια τεχνική.

Οι στρατηγικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλλουν ανάλογα με τις ανάγκες των καταναλωτών, το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η αποκατάσταση (νοσοκομείο ή κοινότητα) και τις πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της χώρας. Η στέγαση, η επαγγελματική αποκατάσταση, η απασχόληση και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης είναι πλευρές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι κύριοι στόχοι είναι η ενδυνάμωση των καταναλωτών, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, η βελτίωση της ατομικής κοινωνικής επάρκειας, και η δημιουργία ενός μόνιμου συστήματος κοινωνικής στήριξης. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα από τα στοιχεία της ολοκληρωμένης φροντίδας για την ψυχική υγεία που εδράζεται στην κοινότητα.

Στην Σαγκάη, για παράδειγμα, έχουν αναπτυχθεί μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στηριγμένα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, την οικογενειακή στήριξη, την ψυχιατρική υποστήριξη, κοινοτικούς ελεγκτές και παρεμβάσεις σε βιομηχανικούς χώρους εργασίας.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δίνει τη δυνατότητα σε πολλούς να αποκτήσουν, ή να ανακτήσουν, τις πρακτικές δεξιότητες που απαιτούνται, ώστε να ζουν και να κινούνται μέσα στην κοινότητα, και τους διδάσκει πώς να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους. Περιλαμβάνει βοήθεια, ώστε να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο τους, πράγματα που τους δίνουν αυτοπεποίθηση και μια αίσθηση συμμετοχής. Διδάσκει επίσης δεξιότητες όπως την προσωπική υγιεινή, την δίαιτα, τη μαγειρική, τις αγορές, την οικοκυρική και τη χρήση διαφόρων μεταφορικών μέσων.

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Εργατικοί συνεταιρισμοί έχουν οργανωθεί από ψυχιατρικούς ασθενείς, υγειονομικούς και κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς και, σε ορισμένες περιπτώσεις, σωματικά ανάπηρους ασθενείς σε χώρες όπως η Αργεντινή, η Βραζιλία, η Ακτή του Ελεφαντοστού, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία, και η Ισπανία. Αυτές οι επαγγελματικές ευκαιρίες δεν επιζητούν να δημιουργήσουν ένα τεχνητά προστατευόμενο περιβάλλον, αλλά δίνουν επαγγελματική εκπαίδευση στους ψυχιατρικούς αρρώστους, ώστε να ασχοληθούν στη συνέχεια με οικονομικά αποδοτικές δραστηριότητες. Μερικά παραδείγματα περιγράφονται στο Πλαίσιο 3.6.

Η ενεργοποίηση των αχρησιμοποίητων πόρων της κοινότητας δημιουργεί ένα νέο μοντέλο με σοβαρότητα επακόλουθα για τη δημόσια υγεία. Αυτό το μοντέλο, γνωστό ως "κοινωνική επιχειρηματικότητα", έχει εξελιχθεί σημαντικά σε μερικές Μεσογειακές χώρες (de Leonardis et al.1994). Η συνεργασία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην κοινωνική επιχειρηματικότητα, υπόσχεται πολλά από την άποψη της δημόσιας υγείας. Αναπληρώνει, επίσης, την έλλειψη πόρων και δημιουργεί μια εναλλακτική λύση στη συνήθη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Οι άνθρωποι με διαταραχές μπορούν να συμμετέχουν πιο ενεργά σε μία υγιή συνεταιριστική συνεργασία και, επομένως, στην παραγωγή.

#### Πλαίσιο 3.6 Ευκαιρίες εργασίας στην κοινότητα

Υπάρχουν σε όλο τον κόσμο πολλές χιλιάδες καλά παραδείγματα ασθενών με ψυχικές διαταραχές, που όχι μόνο είναι ενσωματωμένοι στην κοινότητα, αλλά και έχουν παραγωγική και οικονομικά σημαντική συμμετοχή. Μόνο στην Ευρώπη, κάπου 10.000 άτομα δουλεύουν σε επιχειρήσεις, που ιδρύθηκαν για να τους προσφέρουν απασχόληση. Δίδονται εδώ αρκετά παραδείγματα ευκαιριών μέσα στην κοινότητα.<sup>1</sup>

Ξεκινώντας με ένα μικρό αριθμό πασχόντων από ψυχικές διαταραχές, μερικοί από τους οποίους ήταν αλυσοδεμένοι για χρόνια, ιδρύθηκε ένα ορνιθοτροφείο στο Μπουακέ, στην Ακτή του Ελεφαντοστού. Αν και αρχικά αντιμετώπιστηκε αρνητικά από την τοπική κοινότητα, εξελίχθηκε σε μία σημαντική επιχείρηση από την οποία εξαρτάται τώρα η

κοινότητα. Η αρχική αντίδραση μεταμορφώθηκε σε ολόθερμη υποστήριξη, ιδιαίτερα όταν υπήρξε έλλειψη εργατικών χεριών και η επιχείρηση άρχισε να προσλαμβάνει ανθρώπους από την τοπική κοινότητα, πράγμα που την έκανε τον μεγαλύτερο εργοδότη στην περιοχή.

Στην Ισπανία, μια μεγάλη μη κυβερνητική οργάνωση έχει δημιουργήσει 12 κέντρα υπηρεσιών και απασχολεί πάνω από 800 άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ένα από αυτά, στην Κάμπρα της Ανδalousίας, είναι ένα εργοστάσιο επίπλων που λειτουργεί με εμπορικά κριτήρια, και απασχολεί 212 άτομα, η τεράστια πλειοψηφία των οποίων είχε μακρές νοσηλείες στα ψυχιατρεία. Το εργοστάσιο είναι πολύ μοντέρνο και έχει αρκετές γραμμές παραγωγής, όπου οι ανάγκες και οι ικανότητες κάθε εργα-

ζόμενου λαμβάνονται υπόψη. Μόλις πριν από λίγα χρόνια, αυτοί οι εργαζόμενοι ήταν κλειδωμένοι σε νοσοκομεία, όπως συνεχίζουν να είναι πολλοί άλλοι με ψυχικές διαταραχές. Τα προϊόντα τους πωλούνται σήμερα σε όλη την Ευρώπη και τις ΗΠΑ.

Ένας συνεταιρισμός για την απασχόληση ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, που ιδρύθηκε στην Ιταλία το 1981 από εννέα μόνο ανθρώπους, έχει τώρα 500 μέλη, τα οποία τώρα επέστρεψαν σε μια παραγωγική ζωή και έχουν ενταχθεί στην κοινωνική ζωή. Ο συνεταιρισμός, ο οποίος είναι ένας μεταξύ εκατοντάδων παρόμοιων στην Ιταλία, προσφέρει υπηρεσίες καθαρισμού, κοινωνικές υπηρεσίες σε ηλικιωμένους και σε ενήλικους ή παιδιά με ειδικές ανάγκες, προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης, συντήρη-

ση πάρκων, κήπων κλπ.

Στο Πεκίνο, ένα από τα μεγαλύτερα εργοστάσια βάμβακος της χώρας έχει αρκετές εκατοντάδες διαμερίσματα για τους εργαζόμενους, καθώς και νοσοκομείο με 140 κλίνες και δύο σχολεία. Πρόσφατα, μια νεαρή εργαζόμενη διαγνώσθηκε ότι έπασχε από σχιζοφρένεια και νοσηλεύτηκε για ένα χρόνο. Μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο επέστρεψε στο διαμέρισμά της και την προηγούμενη δουλειά της, με πλήρεις αποδοχές. Όμως, μετά ένα μήνα, διαπίστωσε ότι δεν μπορούσε να δουλέψει με τους ρυθμούς των συναδέλφων της και μετατέθηκε σε γραφείο. Αυτή η λύση ήταν αποτέλεσμα της υποχρέωσης του εργοδότη να επαναπροσλάβει την γυναίκα μετά την ασθένειά της.

<sup>1</sup> Harnois G, Gabriel P(2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health organization and International labour Office (WHO/MSD/MPS/OO.2)

## ΣΤΕΓΑΣΗ

Η στέγαση, εκτός τού ότι είναι ένα βασικό δικαίωμα, είναι σε πολλά μέρη ένας βασικός περιοριστικός παράγοντας της αποϊδρυματοποίησης και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όλοι χρειάζονται αξιοπρεπή στέγη. Η ανάγκη ψυχιατρικών κλινών για τους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές δεν αμφισβητείται από κανέναν.

Ορισμένες ψυχικές διαταραχές καθιστούν την νοσηλεία αναπόφευκτη σε δύο περιπτώσεις: πρώτον, στην οξεία φάση, και δεύτερον, κατά την ανάρρωση ή το χρόνιο, μη αναστρέψιμο στάδιο μερικών διαταραχών. Η εμπειρία πολλών χωρών στην Ασία, Ευρώπη και Αμερική έχει δείξει ότι, στην πρώτη περίπτωση, ένα κρεβάτι σε γενικό νοσοκομείο είναι η καλύτερη λύση. Στην δεύτερη περίπτωση, δομές στην κοινότητα που παρέχουν στέγη αντικαθιστούν με επιτυχία τα παλιά άσυλα. Πάντα θα υπάρχει η ανάγκη, σε μερικές περιπτώσεις, για βραχείες νοσηλείες σε γενικά νοσοκομεία. Μια μικρότερη ομάδα ασθενών θα χρειάζεται άλλες στεγαστικές λύσεις. Όλα αυτά είναι μη αντιφατικά στοιχεία της ολοκληρωμένης περιβαλψης, και εμπίπτουν πλήρως στην στρατηγική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Εκτός από τα παραπάνω παραδείγματα, ενδιαφέροντα πειράματα στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης λαμβάνουν χώρα στην Μποτσουάνα, στη Βραζιλία, στην Ελλάδα, στην Ινδία, στο Ιράν, στη Μαλαισία, στο Μαλί, στο Μεξικό, στο Πακιστάν, στη Σενεγάλη, στη Νότια Αφρική, στην Ισπανία, στη Σριλάνκα και στην Τυνησία (Mohit 1999; Mubbashar 1999; WHO 1997b). Σε αυτές τις χώρες, η προσέγγιση προσανατολίζεται κυρίως προς τις επαγγελματικές δραστηριότητες και την κοινοτική κοινωνική στήριξη. Είναι γεγονός ότι πολύ συχνά, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν ασχολείται με τη στέγαση, επειδή απλώς δεν υπάρχει διαθέσιμη στέγη. Έτσι, οι ασθενείς με σοβαρές διαταραχές που χρειάζονται ένα καταφύγιο, δεν έχουν άλλη επιλογή παρά την ιδρυματοποίηση. Οι υπάρχουσες στρατηγικές στέγασης είναι υπερβολικά δαπανηρές για πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, επομένως πρέπει να βρεθούν καινοτόμες λύσεις.

## ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών μπορούν να διακριθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες: πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση. Αυτές αντιστοιχούν κατά προσέγγιση στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη (Leavel & Clark 1965).

- Η *πρόληψη* (πρωτογενής πρόληψη) περιλαμβάνει μέτρα που αφορούν μια ορισμένη νόσο ή ομάδα νόσων, ώστε να ανακοπούν τα αίτια πριν αγγίξουν το άτομο. Με άλλα λόγια, περιλαμβάνει μέτρα που αποσκοπούν στο να μην νοσήσει το άτομο.
- Η *θεραπεία* (δευτερογενής πρόληψη) αναφέρεται σε μέτρα ώστε να ανακοπέι η νόσος που ήδη υπάρχει, να προληφθούν άλλες επιπλοκές και επακόλουθα, να περιοριστεί η ανικανότητα και να προληφθεί ο θάνατος.
- Η *αποκατάσταση* (τριτογενής πρόληψη) λαμβάνει μέτρα που σκοπό έχουν τα άτομα με ανικανότητα να αποκατασταθούν στην πρότερη κατάσταση, ή να μεγιστοποιήσουν τις υπολειμματικές δυνατότητές τους. Γίνονται παρεμβάσεις στο ατομικό επίπεδο, αλλά και στο περιβάλλον τους.

Τα ακόλουθα παραδείγματα παρουσιάζουν ένα φάσμα αποτελεσματικών παρεμβάσεων, σημαντικών για τη δημόσια υγεία. Για μερικές από αυτές τις διαταραχές, η πιο αποτελεσματική παρέμβαση είναι η προληπτική δράση, ενώ για άλλες η θεραπεία ή η αποκατάσταση αποτελούν την πιο αποδοτική προσέγγιση.

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σήμερα δεν υπάρχουν στοιχεία ότι οι παρεμβάσεις που προτείνονται για πρωτοβάθμια πρόληψη της κατάθλιψης είναι αποτελεσματικές, παρά μόνο σε λίγες μεμονωμένες

μελέτες. Υπάρχουν, ωστόσο, στοιχεία υπέρ της αποτελεσματικότητας ορισμένων παρεμβάσεων, όπως η οργάνωση υποστηρικτικών δικτύων για μερικές ευπαθείς ομάδες, οι παρεμβάσεις που εστιάζουν σε συγκεκριμένα συμβάντα, και οι παρεμβάσεις με στόχο ευπαθείς οικογένειες και άτομα, όπως και επαρκείς εγκαταστάσεις για εξετάσεις και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών ως μέρους της πρωτογενούς περίθαλψης για σωματική αναπηρία (Paykel 1994). Κάποιες από τις παρεμβάσεις που αφορούν την κατάθλιψη σε μητέρες, όπως προγράμματα αναγνώρισης, εκπαίδευσης και θεραπείας, έχουν δείξει ότι βελτιώνουν την κατάθλιψη και προλαμβάνουν ανεπιθύμητες εκβάσεις στα παιδιά τους. Αυτά τα προγράμματα είναι δυνατόν να γίνονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από ιατρικούς επισκέπτες, για παράδειγμα, ή κοινοτικούς υγειονομικούς υπαλλήλους. Εντούτοις, δεν έχουν διαδοθεί ευρέως, μη εξαιρουμένων των αναπτυγμένων χωρών (Cooper & Murray 1998).

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων, η πρόληψη των υποτροπών, και τελικά, η πλήρης ύφεση. Σήμερα η πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της κατάθλιψης στις περισσότερες περιπτώσεις περιλαμβάνει την χορήγηση αντικαταθλιπτικών, ψυχοθεραπεία, ή συνδυασμό αυτών των δύο.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλο το εύρος των καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα ήπια καταθλιπτικά επεισόδια αντιδρούν σε ποσοστό 70%. Τα σοβαρά αντιδρούν σε μικρότερο ποσοστό, αλλά περισσότερο σε σύγκριση με αδρανές φάρμακο. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά), είναι το ίδιο αποτελεσματικά, αν και φθηνότερα, με τα νεώτερα: το κόστος των τρικυκλικών είναι περίπου 2 έως 3 δολάρια το μήνα σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά στα σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια, έχουν λιγότερες παρενέργειες και γίνονται ανεκτά από τους ασθενείς, αλλά δεν βρίσκονται εύκολα σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτά τα φάρμακα έχουν πλεονεκτήματα στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η οξεία φάση απαιτεί φαρμακευτική αγωγή 6 έως 8 εβδομάδων, κατά τη διάρκεια των οποίων οι ασθενείς εξετάζονται κάθε μία ή δύο εβδομάδες – και συχνότερα στα αρχικά στάδια – για έλεγχο συμπτωμάτων και παρενεργειών, προσαρμογή των δόσεων και υποστήριξη.

Η θεραπεία της οξείας φάσης, που έγινε είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία, πρέπει σχεδόν πάντα να συνεχίζεται για 6 μήνες τουλάχιστον. Οι ασθενείς παρακολουθούνται μια ή δύο φορές τον μήνα. Ο κύριος σκοπός αυτής της παρακολούθησης είναι η αποφυγή υποτροπής. Έτσι, μπορούν να μειωθούν τα ποσοστά υποτροπής από 40-60% στο 10-20%. Ο τελικός στόχος είναι η πλήρης ύφεση και η ανάρρωση. Υπάρχουν στοιχεία, αν και όχι ισχυρά, ότι η υποτροπή είναι λιγότερο συχνή μετά από επιτυχή γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία σε σύγκριση με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μόνο (δες Πίνακα 3.2).

Η φάση που ονομάζεται φαρμακοθεραπεία συντήρησης ή προφύλαξης, έχει σκοπό να προλάβει μελλοντική επανεμφάνιση διαταραχών της διάθεσης, και συνήθως συνιστάται σε άτομα με ιστορία τριών ή περισσότερων καταθλιπτικών επεισοδίων, χρόνια κατάθλιψη, ή επίμονα συμπτώματα. Αυτή η φάση μπορεί να κρατήσει χρόνια και συνήθως απαιτεί επισκέψεις κάθε μήνα ή τρίμηνο.

Μερικοί προτιμούν την ψυχοθεραπεία ή την συμβουλευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Είκοσι χρόνια έρευνας δείχνουν ότι αρκετά είδη ψυχοθεραπείας, περιορισμένης χρονικά, είναι το ίδιο αποτελεσματικά όσο και τα φάρμακα στην ήπια έως μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη. Αυτές οι ειδικές θεραπείες της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνουν την γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία και την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, και δίνουν έμφαση στην ενεργητική συνεργασία και εκπαίδευση του ασθενούς. Ένας αριθμός μελετών από το Αφγανιστάν, την Ινδία, το Πακιστάν, την Ολλανδία, τη Σριλάνκα, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ, δείχνουν τη δυνατότητα της εκπαίδευσης γενικών ιατρών, ώστε να παρέχουν αυτού του τύπου την φροντίδα, καθώς και το ότι αυτή

είναι οικονομικά συμφέρουσα (Sriram et al. 1990; Mubbashar 1999; Mohit et al 1999; Tansella & Thornicroft 1999; Ward et al 2000; Bower et al.2000).

Ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες, μόνο μια μειοψηφία των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη ζητούν ή λαμβάνουν θεραπεία. Αυτό εξηγείται εν μέρει λόγω των ιδίων των συμπτωμάτων. Αισθήματα αναξιότητας, ενοχής, και έλλειψη κινητοποίησης αποτρέπουν τα άτομα από το να ζητήσουν βοήθεια. Επιπλέον, οι πάσχοντες δεν είναι συνήθως σε θέση να εκτιμήσουν τα ευεργετήματα της θεραπείας. Οι οικονομικές δυσκολίες και ο φόβος του στιγματισμού είναι, επίσης, αποτρεπτικοί παράγοντες. Εκτός από τους ίδιους τους ασθενείς, και το υγειονομικό προσωπικό μπορεί να μην αναγνωρίσει τα συμπτώματα ή να μη δώσει τη σωστή θεραπεία, διότι είτε δεν έχει χρόνο, είτε δεν έχει τα μέσα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Η πρόληψη της εξάρτησης από το οινόπνευμα, πρέπει να προσεγγιστεί σε πληθυσμιακό επίπεδο λαμβάνοντας υπόψη τον ευρύτερο στόχο της πρόληψης και μείωσης προβλημάτων, που σχετίζονται με αυτή την εξάρτηση, (ατυχήματα λόγω κατανάλωσης αλκοόλ, τραυματισμοί, αυτοκτονίες, βία κλπ). Αυτή η προσέγγιση εξετάζεται στο κεφάλαιο 4. Οι πολιτισμικές αξίες και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετίζονται με χαμηλό επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω του αλκοόλ, και η μείωση άλλων κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρόνια και υπερβολική κατανάλωση.

Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος, η έγκαιρη παρέμβαση, η ψυχολογική στήριξη, η θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ (συμπεριλαμβανομένου του στερητικού συνδρόμου κλπ), η εκπαίδευση ώστε οι αντιστάσεις στην υποτροπή να αυξάνονται, η εκπαίδευση της οικογένειας και η αποκατάσταση είναι οι κύριες στρατηγικές, που αποδεδειγμένα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα του αλκοολισμού και την εξάρτηση.

Η επιδημιολογική έρευνα δείχνει ότι τα περισσότερα προβλήματα προκύπτουν μεταξύ αυτών που δεν είναι εξαρτημένοι σε μεγάλο βαθμό, όπως μεταξύ ατόμων που μεθούν και οδηγούν ή φέρονται ρισκίνδυνα, ή πίνουν πολύ, αλλά συνεχίζουν να εργάζονται ή να πηγαίνουν σχολείο και να διατηρούν τις σχέσεις τους και σχετικώς σταθερό τρόπο ζωής. Από το σύνολο των ασθενών που πίνουν σε βαθμό επικίνδυνο και προσέρχονται σε κλινικές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μόνο το 25% είναι εξαρτημένοι.

Οι βραχείες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μια ποικιλία δραστηριοτήτων, που απευθύνονται σε ανθρώπους οι οποίοι κάνουν επιβλαβή χρήση αλκοόλ αλλά δεν είναι εξαρτημένοι. Είναι παρεμβάσεις χαμηλής έντασης και σύντομης διάρκειας, που συνήθως διαρκούν 5-60 λεπτά. Έχουν εκπαιδευτικό και κινητοποιητικό χαρακτήρα, είναι σχεδιασμένες για να αντιμετωπίσουν την ειδική συμπεριφορά του πότη και εστιάζουν περισσότερο στην επανατροφοδότηση από την διαγνωστική αξιολόγηση, την εκπαίδευση, στην απόκτηση δεξιοτήτων, στην ενθάρρυνση και πρακτικές συμβουλές, παρά σε εντατική ψυχολογική ανάλυση, ή πιο περίπλοκες θεραπευτικές τεχνικές (Gomel et al.1995).

Η αποτελεσματικότητα των σύντομων αυτών παρεμβάσεων από τους ειδικούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την αντιμετώπιση των πρώτων προβλημάτων λόγω κατανάλωσης αλκοόλ, έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες (WHO 1996; Wilk et al.1997). Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν μειώσει την κατανάλωση αλκοόλ έως και 30%, για περιόδους 6-12 μηνών,

**Πίνακας 3.2: Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης**

| Παρέμβαση                              | % ύφεση μετά από 3-8 μήνες |
|--|----------------------------|
| Αδρανές φάρμακο                        | 27                         |
| Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά            | 48-52                      |
| Ψυχοθεραπεία (γνωσιακή ή διαπροσωπική) | 48-60                      |

Πηγές:

Mynors-Wallis L et al. (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26: 249-262.

Schulberg HC et al (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 58:112-118

ή και περισσότερο. Οι μελέτες δείχνουν επίσης, ότι αυτές οι παρεμβάσεις είναι οικονομικά αποδοτικές (Gomel et al. 1995).

Όσον αφορά τους ασθενείς με σοβαρότερη εξάρτηση, υπάρχουν αποτελεσματικές επιλογές και για εξωτερικούς και για εσωτερικούς ασθενείς, αν και σημαντικά φθηνότερες για τους πρώτους. Έχει αποδειχθεί ότι πολλές ψυχολογικές θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές σε σύγκριση με την θεραπεία από ειδικούς όπως: η γνωσιακή -συμπεριφορική θεραπεία, οι κινητοποιητικές συνεντεύξεις, και οι προσεγγίσεις του τύπου "Δώδεκα βήματα" (Twelve steps). Όταν συνυπάρχει κοινοτική ενίσχυση, όπως των Ανωνύμων Αλκοολικών (ΑΑ), κατά τη διάρκεια και μετά την ειδική θεραπεία, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα απ' ό τι με τη θεραπεία μόνο. Η θεραπεία των συζύγων και μελών της οικογένειας, ή απλώς η εμπλοκή τους, βοηθάει ώστε να αρχίσει η θεραπεία, αλλά και να μη διακοπεί.

Η αποτοξίνωση (η θεραπεία του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου) εντός της κοινότητας είναι προτιμώμενη, εκτός των περιπτώσεων που υπάρχει σοβαρή εξάρτηση, ιστορικό με τρομώδεις παραλήρημα ή επιληπτικές κρίσεις, μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ή προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες αποτοξίνωσης (Edwards et al. 1997). Η νοσηλεία σε νοσοκομείο συνίσταται για τους ασθενείς με συννοσηρότητα, ή για εκείνους που πάσχουν σοβαρά από ψυχιατρική άποψη. Ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές παρεμβάσεις βοηθούν επίσης την ανάρρωση, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι κατασταλτικές θεραπείες έχουν αποτέλεσμα. Είναι απίθανο ότι μια τέτοια θεραπεία θα είχε ευεργετικά αποτελέσματα, είτε γίνεται μετά τον εγκλεισμό (με ή χωρίς δικαστική απόφαση), είτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο (Heather 1995).

Η φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ψυχολογική θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά μερικά φάρμακα αποδεικνύονται αποτελεσματικά ως συμπλήρωμα της θεραπείας, ώστε να μειωθεί το ποσοστό υποτροπών (NIDA 2000).

### ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η πρόληψη της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες, πρέπει να αντιμετωπιστεί, από την άποψη του ευρύτερου στόχου της πρόληψης και μείωσης των προβλημάτων που οφείλονται σε αυτή την εξάρτηση, σε πληθυσμιακό επίπεδο. Συζήτηση επί αυτού υπάρχει στο κεφάλαιο 4.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι να μειώσουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα που προκαλείται ή σχετίζεται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, έως ότου οι ασθενείς επιτύχουν την απεξάρτηση. Οι σχετικές στρατηγικές περιλαμβάνουν την έγκαιρη διάγνωση, τον προσδιορισμό και χειρισμό του κινδύνου μεταδοτικών νοσημάτων, όπως και άλλα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα, την σταθεροποίηση και συντήρηση με φαρμακοθεραπεία (για εξάρτηση από οπιοειδή), συμβουλευτική θεραπεία, πρόσβαση στις υπηρεσίες, και ευκαιρίες για κοινωνική ενσωμάτωση.

Τα άτομα με εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες συχνά έχουν σύνθετες ανάγκες. Κινδυνεύουν από το HIV και άλλες μεταδοτικές με το αίμα νόσους, συννοσηρότητα σωματικών και ψυχικών διαταραχών, προβλήματα με πολλαπλές ψυχοδραστικές ουσίες, εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες και προβλήματα με τις προσωπικές τους σχέσεις, το επάγγελμα και τη στέγη. Οι ανάγκες τους απαιτούν σύνδεση των επαγγελματιών της υγείας, των κοινωνικών υπηρεσιών, του εθελοντικού τομέα και του δικαστικού συστήματος.

Η από κοινού φροντίδα και ενοποίηση των υπηρεσιών, είναι καλό παράδειγμα σωστής τακτικής για την φροντίδα των εξαρτημένων αυτού του είδους. Οι γενικοί ιατροί μπορούν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν οξεία επεισόδια τοξίκωσης και στερητικού συνδρόμου και να παρέχουν σύντομη συμβουλευτική θεραπεία, εμβολιασμούς, έλεγχο για HIV, γυναικολογικό έλεγχο, συμβουλές για τον οικογενειακό προγραμματισμό ή και να παραπέμψουν αλλού.

Η συμβουλευτική και άλλες συμπεριφορικές θεραπείες, είναι σημαντικά τμήματα της απο-

τελεσματικής θεραπείας της εξάρτησης, αφού ασχολούνται με την κινητοποίηση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων προσαρμογής και δεξιοτήτων επίλυσης των γενικότερων προβλημάτων, ή προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ειδικότερα για τους εξαρτημένους από οπιοειδή, οι φαρμακοθεραπείες υποκατάστασης είναι αποτελεσματική προσθήκη στην συμβουλευτική θεραπεία. Καθώς η πλειοψηφία των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες καπνίζουν, πρέπει να γίνεται συμβουλευτική θεραπεία με στόχο την διακοπή του καπνίσματος και θεραπείες υποκατάστασης με νικοτίνη. Οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορούν επίσης να συμπληρώσουν και να διευρύνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που παρέχουν οι ειδικοί.

Η αποτοξίνωση είναι το πρώτο μόνο στάδιο θεραπείας της εξάρτησης, και χωρίς άλλη παρέμβαση δεν σταματάει την χρήση ουσιών μακροπρόθεσμα. Πρέπει να υπάρχει μακροχρόνια φροντίδα και οι συνοδές ψυχιατρικές διαταραχές πρέπει επίσης να θεραπεύονται, ώστε να μειώνονται τα ποσοστά υποτροπών. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται τρεις μήνες θεραπείας κατ' ελάχιστο για να έχουν σημαντική βελτίωση.

Οι ενέσιμες παράνομες φαρμακευτικές ουσίες απειλούν τη δημόσια υγεία κατά έναν ιδιαίτερο τρόπο. Η από κοινού χρήση των συρίγγων σχετίζεται με την μετάδοση μολυσματικών νόσων (ιδιαίτερα του HIV και της ηπατίτιδας Β και C) και ευθύνεται για την εξάπλωση του HIV σε πολλές χώρες, όπου είναι διαδεδομένη αυτή η χρήση.

Όσοι παίρνουν ναρκωτικά με ενέσεις και δεν αρχίζουν θεραπεία, έχουν έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να μολυνθούν από τον HIV από όσους αρχίζουν θεραπεία. Επομένως, οι υπηρεσίες θα πρέπει να ελέγχουν αν υπάρχει HIV/AIDS, ηπατίτιδα Β και C, φυματίωση, ή άλλη μολυσματική νόσος, και όπου είναι δυνατόν, να παρέχουν θεραπεία και να κάνουν συμβουλευτικές παρεμβάσεις, ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να σταματήσουν αυτές τις ανασφαλείς πρακτικές.

Η θεραπεία της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες είναι αποδοτική οικονομικά, αφού μειώνει τη χρήση (40-60%) και τα υγειονομικά και κοινωνικά επακόλουθα, όπως την μόλυνση με HIV και την εγκληματικότητα. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής είναι συγκρίσιμη με τα ποσοστά επιτυχίας θεραπειών άλλων χρόνιων νόσων, όπως του διαβήτη, της υπέρτασης και του άσθματος (NIDA 2000). Έχει αποδειχθεί, ότι η θεραπεία είναι λιγότερο δαπανηρός τρόπος αντιμετώπιση από άλλους εναλλακτικούς τρόπους, όπως η μη θεραπεία των εξαρτημένων, ή η φυλάκισή τους. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, ένα έτος συντηρητικής θεραπείας ενός ασθενή με μεθαδόνη κοστίζει 4.700 δολάρια, ενώ αντίστοιχα η φυλάκιση 18.400 δολάρια.

## ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Πρωτογενής πρόληψη της σχιζοφρένειας δεν είναι δυνατή σήμερα. Εντούτοις, πρόσφατες ερευνητικές προσπάθειες επιχειρούν να αναπτύξουν μεθόδους, ώστε να διακρίνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια σε πολύ πρώιμο στάδιο, ή τα άτομα με υψηλό κίνδυνο νόσησης. Η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο θα αύξανε τις δυνατότητες έγκαιρων παρεμβάσεων, μειώνοντας πιθανώς τον κίνδυνο χρονιότητας και σοβαρών μονιμότερων βλαβών. Η αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων πρέπει να κριθεί μετά από μακροχρόνια παρακολούθηση (McGorry 2000).

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει τρία κύρια στοιχεία. Πρώτον, υπάρχουν φάρμακα για τα συμπτώματα και την πρόληψη υποτροπών. Δεύτερον, η εκπαίδευση και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις βοηθούν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και τις επιπλοκές και βοηθούν επίσης στην πρόληψη υποτροπών. Τρίτον, η αποκατάσταση βοηθά τους ασθενείς να επανενταχθούν στην κοινότητα και να επαναλειτουργήσουν εκπαιδευτικά και επαγγελματικά. Η πρόκληση στην οργάνωση της φροντίδας των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, συνίσταται στο να οδηγείται ο ασθενής απρόσκοπτα από την έγκαιρη διάγνωση στην θεραπεία και αποκατάσταση.

Οι στόχοι της φροντίδας είναι να διαγιγνώσκεται η ασθένεια όσο το δυνατόν νωρίτε-

**Πίνακας 3.3: Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας**

| Παρεμβάσεις                                  | % των υποτροπών μετά ένα έτος |
|--|-------------------------------|
| Αδρανές φάρμακο                              | 55                            |
| Χλωροπρομαζίνη                               | 20-25                         |
| Χλωροπρομαζίνη και παρέμβαση στην οικογένεια | 2-23                          |

Πηγές:

Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21(4): 631-643.

Dixon LB et al (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (4): 567-577.

λήρημα και οι ψευδαισθήσεις. Μειώνουν επίσης τα συνοδά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως την διέγερση, την επιθετικότητα και την παρορμητικότητα. Αυτό επιτυγχάνεται εντός λίγων ημερών ή εβδομάδων στο 70% των ασθενών.

Εάν λαμβάνονται όπως πρέπει, αυτά τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές στο ήμισυ. Τα φάρμακα που διαθέτουμε σήμερα είναι λιγότερο αποτελεσματικά ως προς συμπτώματα όπως η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση και η πενία των ιδεών. Τα φάρμακα πρώτης γενιάς είναι φτηνά και δεν κοστίζουν περισσότερο από 5 δολάρια ανά μήνα θεραπείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μερικά είναι και ενέσιμα παρατεταμένης δράσεως 1-4 εβδομάδων.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν, ώστε να ωφεληθούν οι πάσχοντες από τις ψυχοκοινωνικές μορφές θεραπείας. Τα νεώτερα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν λιγότερες παρενέργειες και ευρύτερη δράση. Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να δείχνουν, ότι τα νεώτερα αντιψυχωτικά διαφέρουν αισθητά από τα παλαιότερα ως προς την αποτελεσματικότητά τους, αν και υπάρχουν διαφορές ως προς τις συννηθέστερες παρενέργειές τους.

Η μέση διάρκεια θεραπείας είναι 3-6 μήνες. Η θεραπεία συντήρησης διαρκεί τουλάχιστον ένα έτος μετά το πρώτο επεισόδιο, 2-5 έτη μετά το δεύτερο επεισόδιο και δια βίου για ασθενείς με πολλαπλά επεισόδια. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι θετικότερη, οι δόσεις μικρότερες, και η θεραπεία συντομότερη. Στην όλη φροντίδα των ασθενών, η υποστήριξη της οικογένειας είναι σημαντικός παράγοντας. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι ένας συνδυασμός φαρμακοθεραπείας, οικογενειακής εκπαίδευσης και υποστήριξης μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές από 50% σε λιγότερο από 10% (δες Πίνακα 3.3) (Leff & Gamble 1995; Dixon et al 2000; Pharaoh et al 2000).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με σχιζοφρένεια περιλαμβάνει ποικιλία μέτρων, που αρχίζουν από την βελτίωση της κοινωνικής επάρκειας και δικτυωμένη κοινωνική υποστήριξη, ως την οικογενειακή υποστήριξη. Κεντρική θέση σε όλα αυτά κατέχει η στήριξη των δικαιωμάτων του ασθενούς, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων μέσω της ενημέρωσης της κοινής γνώμης και η ύπαρξη κατάλληλης νομοθεσίας. Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι η καθοδηγητική αρχή αυτής της στρατηγικής.

Σήμερα, λίγοι ασθενείς με σχιζοφρένεια χρειάζονται μακρόχρονη ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία. Η συνήθης διάρκεια είναι μόνο 2-4 εβδομάδες, όταν υπάρχει ανάγκη, ενώ διαρκούσε για χρόνια πριν τις σύγχρονες θεραπείες. Η αποκατάσταση σε κέντρα ημέρας, προστατευόμενα εργαστήρια, και χώρους "ενδιάμεσης διαμονής" (halfway homes) βελτιώνει την ανάρρωση ασθενών με μακρόχρονη ασθένεια ή με υπολειμματικές αναπηρίες, όπως η έλλειψη κινητοποίησης, η κοινωνική απόσυρση και ο βραδυψυχισμός.

ρα, να γίνεται συμπτωματική αντιμετώπιση, να εκπαιδεύεται ο ασθενής και η οικογένεια, να διαφυλάσσεται η καλή πορεία του ασθενούς, να προλαμβάνονται οι υποτροπές και να ενσωματώνεται ο ασθενής στην κοινότητα ώστε να έχει μια ομαλή ζωή. Υπάρχουν αδιαμφισβήτητα στοιχεία που δείχνουν ότι η θεραπεία μειώνει την διάρκεια και την χρονιότητα της ασθένειας, καθώς και τις υποτροπές.

Δύο κατηγορίες φαρμάκων χρησιμοποιούνται σήμερα στην θεραπεία της σχιζοφρένειας: τα κλασικά αντιψυχωτικά (που παλαιότερα λέγονταν και νευροληπτικά) και τα νεώτερα αντιψυχωτικά (που αναφέρονται ως αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς). Τα κλασικά αντιψυχωτικά φάρμακα πρωτοχρησιμοποιήθηκαν πριν 50 χρόνια, και είναι αποτελεσματικά στην μείωση ή και εξαφάνιση συμπτωμάτων, όπως οι διαταραχές της σκέψης, το παρα-

## ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Αποτελεσματικά μέσα για την πρόληψη της επιληψίας είναι η επαρκής προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, ο ασφαλής τοκετός, ο έλεγχος του πυρετού στα παιδιά, ο έλεγχος παρασιτικών και μολυσματικών νόσων και η πρόληψη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (π.χ. έλεγχος της πίεσης του αίματος και χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους).

Ο στόχος της θεραπείας είναι ο έλεγχος των κρίσεων με την πρόληψη τους για δύο τουλάχιστον έτη και η ενσωμάτωση των ατόμων με επιληψία στην εκπαίδευση και στην κοινότητα. Η έγκαιρη διάγνωση και η σταθερή χορήγηση συντηρητικής φαρμακοθεραπείας είναι βασικά στοιχεία μιας θετικής εξέλιξης.

Στην επιληψία σχεδόν πάντα χορηγούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα. Πρόσφατες μελέτες και σε ανεπτυγμένες και σε αναπτυσσόμενες χώρες έχουν δείξει, ότι έως και 70% των νεοδιαγνωσμένων παιδιών και ενηλίκων με επιληψία αντιμετωπίζονται επιτυχώς με αντιεπιληπτικά, ώστε να μην έχουν πλέον κρίσεις, υπό την προϋπόθεση να παίρνουν τα φάρμακά τους τακτικά (δες Πίνακα 3.4). Μετά από 2-5 έτη επιτυχούς αγωγής (παύση των κρίσεων), η αγωγή μπορεί να διακοπεί στο 60-70% των περιπτώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η αγωγή πρέπει να συνεχιστεί δια βίου, και, υπό την προϋπόθεση ότι θα είναι τακτική, σε πολλές περιπτώσεις πιθανόν να μην υπάρχουν κρίσεις, ενώ σε άλλες η συχνότητα και σοβαρότητα θα είναι μειωμένες. Για μερικούς ασθενείς με ανθεκτική στην θεραπεία επιληψία, η νευροχειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να είναι επιτυχής. Η ψυχολογική και κοινωνική στήριξη είναι επίσης πολύτιμη (ILAE/IBE/WHO 2000).

Η φαινοβαρβιτάλη έχει γίνει το πλέον εν χρήσει αντιεπιληπτικό φάρμακο στις αναπτυσσόμενες χώρες, ίσως διότι τα άλλα φάρμακα στοιχίζουν 5-20 φορές περισσότερο. Μια μελέτη στην αγροτική Ινδία βρήκε ότι το 65% όσων ελάμβαναν φαινοβαρβιτάλη αντιδρούσαν καλά στη θεραπεία, και το ίδιο ποσοστό ίσχυε για την φαινοτοϊνίνη. Οι παρενέργειες ήταν παρόμοιες και για τα δύο φάρμακα (Mani et al 2001).

Μια μελέτη στην Ινδονησία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, παρόλα τα μειονεκτήματά, η φαινοβαρβιτάλη θα πρέπει να χρησιμοποιείται κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μελέτες στον Ισημερινό και την Κένυα συνέκριναν την φαινοβαρβιτάλη και την καρβαμαζεπίνη και βρήκαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια (Scot et al 2001). Στις περισσότερες χώρες, το κόστος της αγωγής με φαινοβαρβιτάλη φτάνει τα 5 δολάρια μόνο κατ' έτος.

## Η ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Η πρωτογενής πρόληψη της νόσου Alzheimer δεν είναι δυνατή προς το παρόν. Οι στόχοι της φροντίδας είναι να παραμείνει το άτομο σε λειτουργία, να μειωθεί η αναπηρία λόγω της απώλειας νοητικών λειτουργιών, να αναδιοργανωθεί η καθημερινότητα ώστε να ευνοείται η χρήση των λειτουργιών που έχουν παραμείνει ανέπαφες, να ελαχιστοποιηθούν τα ενοχλητικά συμπτώματα, όπως τα ψυχωτικά (π.χ. η καχυποψία), η διέγερση και η κατάθλιψη, και να υπάρχει στήριξη της οικογένειας.

Ένας κεντρικός στόχος της έρευνας για την θεραπεία της νόσου Alzheimer είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που καθυστερούν την έναρξη, επιβραδύνουν την εξέλιξη ή αμβλύνουν την συμπτωματολογία της νόσου. Φάρμακα που δρουν ως αγωνιστές των χολινεργικών υποδοχέων (AChEs) γενικά βελτιώνουν τις γνωστικές λειτουργίες και είναι πολύ αποτελεσματικά στην βελτίωση της προσοχής. Βελτίωση της μάθησης και της μνή-

**Πίνακας 3.4: Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της επιληψίας**

| Παρεμβάσεις     | % χωρίς κρίσεις μετά ένα έτος   |
|-----------------|---------------------------------|
| Αδρανές φάρμακο | δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία |
| Καρβαμαζεπίνη   | 52                              |
| Φαινοβαρβιτάλη  | 54-73                           |
| Φαινοτοϊνίνη    | 56                              |

Πηγές:

Feksi AT et al. (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *The Lancet*, 337 (8738): 406-409.

Pal DK et al. (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *The Lancet*, 351 (9095): 19-23.

μης, που κυρίως βλάπτονται από τη νόσο Alzheimer, βρέθηκε σπανιότερα. Η αγωγή με AchEs φαίνεται να ωφελεί επίσης ορισμένα συμπτώματα της νόσου Alzheimer, όπως οι παραληρητικές ιδέες και τα συμπεριφορικά συμπτώματα.

Η θεραπεία της κατάθλιψης των ασθενών με Alzheimer είναι επιβλητικός παράγων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας.

### Πλαίσιο 3.7 Φροντίδα για τους αυριανούς παππούδες και γιαγιάδες.

Η σημαντική αύξηση των ηλικιωμένων παγκοσμίως είναι το αποτέλεσμα όχι μόνο κοινωνικοδημογραφικών αλλαγών, αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσης το οποίο αυξήθηκε στον 20ο αιώνα, κυρίως λόγω βελτίωσης της υγιεινής και της δημόσιας υγείας. Αυτό το κατόρθωμα είναι ταυτόχρονα και μεγάλη πρόκληση στην οποία πρέπει να απαντήσουν οι επόμενες δεκαετίες: πώς θα διασφαλιστεί η ευζωία των ηλικιωμένων, οι οποίοι θα αποτελούν πάνω από το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού το 2025.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι πιθανό να συνοδευτεί από μεγάλες αλλαγές στον επιπολασμό και την

κατανομή σωματικών και ψυχικών διαταραχών και των συσχετισμών μεταξύ τους.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας της τρίτης ηλικίας είναι συχνά, και μπορεί να είναι σοβαρά και ποικίλα. Εκτός από την νόσο Alzheimer, που συναντάται σχεδόν αποκλειστικά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, πολλά άλλα προβλήματα επιπολαζούν, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, και οι ψυχωτικές διαταραχές. Οι αυτοκτονίες φθάνουν τα υψηλότερα ποσοστά, ιδίως μεταξύ των ανδρών. Η κατάχρηση ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων και του αλκοόλ, είναι επίσης συχνότατη, όμως δεν της δίδεται σημασία.

Αυτά τα προβλήματα φέρνουν δυστυχία όχι μόνο στους ηλικιωμένους, αλλά και στους συγγενείς. Σε πολλές περιπτώσεις μέλη της οικογένειας αναγκάζονται να θυσιάσουν μεγάλο μέρος της προσωπικής τους ζωής για να αφιερωθούν σε άρρωστο συγγενή. Η επιβάρυνση που προκαλείται στις οικογένειες και τις κοινότητες είναι μεγάλη, και συνήθως, η έλλειψη επαρκών πόρων στη δημόσια περίθαλψη αφήνει τις οικογένειες και τους ασθενείς χωρίς την αναγκαία υποστήριξη.

Πολλά από αυτά τα προβλήματα είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, αλλά οι περισσότερες

χώρες δεν έχουν σχετικές πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες. Το ιδιότυπο “διπλό” στίγμα που επικρατεί - το ένα λόγω της ψυχικής διαταραχής και το δεύτερο λόγω του θανάτου που πλησιάζει - δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την πρόσκτηση της απαραίτητης βοήθειας.

Το δικαίωμα στη ζωή και στην ποιότητα ζωής απαιτεί βαθιές αλλαγές στο πώς οι κοινωνίες βλέπουν τους ηλικιωμένους, και επομένως το σπάσιμο πολλών ταμπού. Ο τρόπος που οι κοινωνίες αυτο-οργανώνονται για να φροντίσουν τους ηλικιωμένους είναι καλός δείκτης του πόσο σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Από τα συμπεριφορικά συμπτώματα που συναντώνται στη νόσο Alzheimer, η κατάθλιψη και το άγχος εμφανίζονται συχνότερα στα πρώτα στάδια, ενώ τα ψυχωτικά συμπτώματα και η επιθετική συμπεριφορά αργότερα. Δεδομένης της αύξησης της επιβίωσης παγκοσμίως, η φροντίδα για την ευζωία των ασθενών με Alzheimer αποτελεί μεγάλη πρόκληση για το μέλλον (δες Πλαίσιο 3.7).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι άκρως σημαντικές στη νόσο Alzheimer τόσο για τον άρρωστο, όσο και για όσους τον φροντίζουν από την οικογένεια, οι οποίοι επίσης κινδυνεύουν από κατάθλιψη, άγχος και σωματικά προβλήματα. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση, υποστήριξη, γνωσιακές - συμπεριφορικές τεχνικές, αυτοβοήθεια, και προσωρινή φροντίδα προς ανακούφιση της οικογένειας. Μια μελέτη έδειξε ότι μια ψυχοκοινωνική παρέμβαση - ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική θεραπεία, συν συμμετοχή σε υποστηρικτική ομάδα, η οποία απευθυνόταν σε άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς συντρόφους τους, καθυστέρησε την ιδρυματοποίηση των ασθενών με άνοια κατά ένα χρόνο (Mittleman et al 1996).

### ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Λόγω της σοβαρότητας της νοητικής καθυστέρησης και της μεγάλης επιβάρυνσης που προκαλεί στους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και στις υπηρεσίες υγείας, η πρόληψη

ψη είναι εξαιρετικά σημαντική. Λόγω της ποικίλης αιτιολογίας της νοπτικής καθυστέρησης η προληπτική δράση πρέπει να στοχεύει σε συγκεκριμένους παράγοντες. Παραδείγματα είναι η ιωδίωση του νερού ή του αλατιού για την πρόληψη της νοπτικής καθυστέρησης λόγω έλλειψης ιωδίου (κρετινισμός) (Mubbashar 1999), η αποχή των εγκύων από το αλκοόλ προς αποφυγή του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου, ο διαιτητικός έλεγχος για την πρόληψη νοπτικής καθυστέρησης σε ανθρώπους με φαινυλοκετονουρία, η γενετική συμβουλευτική για την πρόληψη ορισμένων μορφών νοπτικής καθυστέρησης (όπως το σύνδρομο Down), η επαρκής προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα και περιβαλλοντικός έλεγχος για την πρόληψη νοπτικής καθυστέρησης λόγω δηλητηρίασης από βαρέα μέταλλα, όπως ο μόλυβδος.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η έγκαιρη αναγνώριση της κατάστασης και η βέλτιστη εκμετάλλευση των διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου με την εκπαίδευση, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, την εκπαίδευση της οικογένειας και την υποστήριξη, την επαγγελματική εκπαίδευση και τις ευκαιρίες εργασίας σε προστατευόμενα περιβάλλοντα.

Η έγκαιρη παρέμβαση συνίσταται σε σχεδιασμένες προσπάθειες να βοηθηθεί η ανάπτυξη, μέσω τροποποίησης διαφόρων παραγόντων του περιβάλλοντος και των μεθόδων εκπαίδευσης, και αρχίζει μέσα στα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής. Οι στόχοι είναι να επιταχυνθεί ο ρυθμός πρόσκτησης και ανάπτυξης νέων συμπεριφορών και δεξιοτήτων, να διευρυνθεί η αυτόνομη λειτουργικότητα και να ελαχιστοποιηθούν τα επακόλουθα της βλάβης. Η συνήθης αντιμετώπιση είναι να δίνεται στο παιδί μια αισθητηριακή κινητική εκπαίδευση σε πρόγραμμα αισθητηριακής ανάπτυξης νηπίων μαζί με ψυχοκοινωνικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις.

Η εκπαίδευση των γονέων, ώστε να εκπαιδεύουν τα παιδιά για να αποκτήσουν τις καθημερινές δεξιότητες, αποτελεί βασικό παράγοντα της φροντίδας των ατόμων με νοπτική καθυστέρηση, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν τις αρχές της μάθησης και να εκπαιδεύουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και σε τεχνικές επαγγελματικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, οι γονείς μπορούν να αλληλοϋποστηρίζονται σε ομάδες αυτοβοήθειας.

Η πλειοψηφία των παιδιών με νοπτική καθυστέρηση αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην παρακολούθηση ενός κανονικού σχολείου. Χρειάζονται πρόσθετη βοήθεια, και μερικά πρέπει να παρακολουθούν ειδικά σχολεία, όπου η έμφαση δίδεται σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως η τροφή, το ντύσιμο, οι κοινωνικές δεξιότητες και οι αριθμοί και τα γράμματα. Οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη πολλών εξ αυτών των δεξιοτήτων, όπως και στην αύξηση αποδεκτών συμπεριφορών και τη μείωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Η επαγγελματική εκπαίδευση σε προστατευόμενα περιβάλλοντα και η χρήση συμπεριφορικών δεξιοτήτων έχει οδηγήσει μεγάλο αριθμό ανθρώπων με νοπτική καθυστέρηση σε μια ιδιαίτερα ενεργό συμμετοχή στη ζωή.

## ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ακριβής αιτιολογία των υπερκινητικών διαταραχών – υπερδραστηριότητα στα παιδιά, συχνά με ακούσιες μυϊκές συσπάσεις– είναι άγνωστη, και έτσι η πρωτογενής πρόληψη δεν είναι δυνατή σήμερα.

Είναι δυνατόν, εντούτοις, να προληφθούν συμπτώματα που διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως υπερκινητικές διαταραχές, μέσω προληπτικών παρεμβάσεων στις οικογένειες και τα σχολεία.

Η θεραπεία των υπερκινητικών διαταραχών πρέπει να αρχίσει μόνο αφού υπάρξει σίγουρη διάγνωση. Πολύ συχνά, η διάγνωση γίνεται χωρίς να υπάρχουν τα αντικειμενικά διαγνωστικά κριτήρια. Η λανθασμένη διάγνωση οδηγεί και στη μη ανταπόκριση του ασθενούς στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Υπερκινητικά συμπτώματα συναντώνται σε ένα φάσμα ασθενειών και υπάρχουν για αυτά ειδικές θεραπείες πιο κατάλληλες από τη θεραπεία για τις υπερκινητικές διαταραχές. Για παράδειγμα, μερικά παιδιά και έφηβοι με συμπτώμα-

τα υπερκινητικής διαταραχής πάσχουν από ψύχωση, ή εκδηλώνουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Άλλα μπορεί να έχουν μαθησιακές διαταραχές, και άλλα μπορεί να βρίσκονται μέσα στα όρια του φυσιολογικού, αλλά το περιβάλλον έχει μειωμένη ανοχή ως προς τις συμπεριφορές που αναφέρει ως συμπτωματικές. Μερικά παιδιά εκδηλώνουν υπερκινητικά συμπτώματα ως απάντηση στο έντονο στρες στο σπίτι ή στο σχολείο. Μια ενδελεχής διάγνωση είναι επομένως ουσιώδης, και γι' αυτό χρειάζεται η βοήθεια του ειδικού.

Αν και η αγωγή με διεγερτικά του νευρικού συστήματος είναι σήμερα αρκετά κοινή, υπάρχουν υποστηρικτικές ενδείξεις στο να χρησιμοποιηθούν συμπεριφορικές θεραπείες και χειρισμοί του περιβάλλοντος, ώστε να μειωθούν τα υπερκινητικά συμπτώματα. Οι θεραπείες πρέπει να εκτιμώνται ως προς το αν είναι οι κατάλληλες, ειδικά όπου η διάγνωση αμφισβητείται. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν γενικά παραδεκτές αρχές ως προς τη χρήση ψυχοδιεγερτικών στα παιδιά και εφήβους, είναι σημαντικό να αρχίζει η αγωγή με μικρές δόσεις και να αυξάνονται σταδιακά έως το ενδεδειγμένο σημείο, κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Φάρμακα παρατεταμένης δράσης είναι σήμερα διαθέσιμα, αλλά ισχύουν τα ίδια ως προς τη δοσολογία. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, καθώς και άλλα φάρμακα αναφέρονται ως χρήσιμα, αλλά δεν θεωρούνται ως φάρμακα πρώτης επιλογής.

Η διάγνωση της υπερκινητικής διαταραχής συχνά δεν γίνεται παρά αφού τα παιδιά φθάσουν σε σχολική ηλικία, οπότε και μπορούν να ωφεληθούν από το πιο συγκροτημένο σχολικό περιβάλλον, ή από πιο εξατομικευμένη εκπαίδευση.

### Πλαίσιο 3.8 Δύο εθνικές προσεγγίσεις στην πρόληψη των αυτοκτονιών

**Φιλανδία.** Μεταξύ του 1950 και 1980 το ποσοστό αυτοκτονιών στη Φινλανδία αυξήθηκε σχεδόν κατά 50% στους άνδρες, σε 41,6 ανά 100.000, και διπλασιάστηκε στις γυναίκες, σε 10,8 ανά 100.000. Η Φινλανδική κυβέρνηση αντέδρασε αρχίζοντας μια πρωτότυπη και ολοκληρωμένη εκστρατεία πρόληψης το 1986. Το 1996, επετεύχθη μια συνολική μείωση του ποσοστού κατά 17,5% σε σχέση με τη χειρότερη χρονιά, που ήταν το 1990. Οι μετρήσεις έδειξαν ότι η εκτέλεση του προγράμματος από την αρχή ως κοινής επιχείρησης διαφόρων τομέων ήταν αποφασιστικής σημασίας για την καλή του εξέλιξη<sup>1</sup>. Σύμφωνα με μια εκτίμηση, γύρω στις 100.000

άτομα διαφόρων ειδικοτήτων είχαν λάβει μέρος στην πρόληψη. Ενεπλάκυσαν κάπου 2000 μονάδες εργασίας, ή το 43% του συνόλου των υπηρεσιακών μονάδων ανθρώπινου δυναμικού.

Αν και δεν υπάρχει τελική ανάλυση που να εξηγεί την μείωση, πιστεύεται ότι το σύνολο των παρεμβάσεων του εθνικού προγράμματος που οργανώθηκαν έπαιξε τον κύριο ρόλο. Ειδικοί παράγοντες που πιθανό να σχετίζονται με τη μείωση, είναι και η μείωση της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

**Ινδία.** Πάνω από 95.000 Ινδοί αυτοκτόνησαν το 1997, ένας θάνατος, δηλαδή, κάθε έξι λεπτά. Ένας στους τρεις ήταν 15-29 ετών. Μεταξύ του 1987 και του 1997, οι αυτο-

κτονίες αυξήθηκαν από 7,5 στις 10,03 ανά 100.000 άτομα. Από τις τέσσερις μεγαλύτερες πόλεις, η Chennai έχει τη μεγαλύτερη αναλογία με 17,23. Η Ινδία δεν έχει εθνική πολιτική ή πρόγραμμα πρόληψης των αυτοκτονιών και για πληθυσμό ενός δισεκατομμυρίου υπάρχουν 3.500 ψυχίατροι. Το μέγεθος του προβλήματος συνδυαζόμενο με την αδυναμία των υπηρεσιών οδήγησε στην οργάνωση της Sneha, που είναι μια εθελοντική φιλανθρωπική οργάνωση για την πρόληψη των αυτοκτονιών που έχει δεσμούς με την Befrienders International, μια οργάνωση που προσφέρει ανθρώπινη επαφή και συναισθηματική υποστήριξη στοχεύοντας κυ-

ρίως στο να "ακούει" τους ανθρώπους που καταφεύγουν σ' αυτήν<sup>2</sup>.

Η Sneha λειτουργεί από το πρωί μέχρι το βράδυ, όλες τις μέρες του έτους, και έχει προσωπικό που αποτελείται από προσεκτικά επιλεγμένους και εκπαιδευμένους εθελοντές, οι οποίοι γνωρίζουν να ακούνε με κατανόηση και να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά. Μέχρι τώρα, η Sneha έχει λάβει πάνω από 100.000 κλήσεις για βοήθεια. Υπολογίζεται ότι το 40% των καλούντων είναι μέσπς έως υψηλής επικινδυνότητας.

Η Sneha έχει βοηθήσει στην ίδρυση 10 παρόμοιων κέντρων σε διάφορα μέρη της Ινδίας και τους παρέχει εκπαίδευση και υποστήριξη.

<sup>1</sup> Upanne M et al. (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijavi, Stakes.

<sup>2</sup> Vijayakumar L. (2001). Personal communication.

Στο σπίτι, η υποστήριξη των γονέων και ο μετριασμός ανέφικτων προσδοκιών ή συγκρούσεων, μπορούν να διευκολύνουν στην μείωση των υπερκινητικών συμπτωμάτων. Κάποτε θεωρείτο ως διαταραχή που ξεπερνούσαν όταν τα παιδιά ενηλικιώνονταν, αλλά σήμερα γνωρίζουμε ότι η διαταραχή επιμένει σε μερικές περιπτώσεις. Η αναγνώριση αυτού του γεγονότος από τον πάσχοντα (σπανίως την πάσχουσα) τον βοηθάει να βρει μία θέση στη ζωή λαμβάνοντας υπόψη την δύσκολα θεραπεύσιμη κατάστασή του.

## ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ

Υπάρχουν αδιαμφισβήτητα στοιχεία που δείχνουν ότι η επαρκής πρόληψη και θεραπεία ορισμένων συμπεριφορικών και ψυχικών διαταραχών μειώνουν το ποσοστό αυτοκτονιών, είτε πρόκειται για παρεμβάσεις σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, είτε σε σχολεία ή άλλους τομείς της κοινότητας εν γένει (Πλαίσιο 3.8). Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης, της εξάρτησης από το αλκοόλ και της σχιζοφρένειας αποτελούν σημαντικές στρατηγικές στην πρωτογενή πρόληψη πολλών αυτοκτονιών. Τα προγράμματα που εκπαιδεύουν τους γενικούς ιατρούς και το προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να κάνουν την διάγνωση της κατάθλιψης και να δίνουν θεραπεία, είναι πολύ σημαντικά. Μία μελέτη ενός τέτοιου προγράμματος στη νήσο Γκότλαντ, της Σουηδίας (Rutz et al 1995) έδειξε ότι το ποσοστό αυτοκτονιών, ιδίως μεταξύ των γυναικών, έπεσε σημαντικά την επόμενη χρονιά της εφαρμογής του προγράμματος, αλλά αυξήθηκε μετά την διακοπή του προγράμματος.

Η λήψη τοξικών ουσιών, όπως παρασιτοκτόνα και φάρμακα, είναι η μέθοδος που προτιμούν σε πολλά μέρη, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές των αναπτυσσόμενων χωρών. Για παράδειγμα, στη Δυτική Σαμόα το 1982, η λήψη ενός συγκεκριμένου παρασιτοκτόνου που κυκλοφορούσε στο εμπόριο είχε γίνει η κύρια μέθοδος αυτοκτονίας. Η μείωση της διαθεσιμότητας του παρασιτοκτόνου στον πληθυσμό είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση στο συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών, χωρίς ανάλογη αύξηση άλλων μεθόδων (Bowles 1995). Υπάρχουν και άλλα παραδείγματα που δείχνουν την αποτελεσματικότητα του ελέγχου των τοξικών ουσιών και τα πλεονεκτήματα του μη τοξικού αερίου για οικιακή χρήση και των ακίνδυνων αερίων από την εξάτμιση των αυτοκινητών. Σε πολλά μέρη, η έλλειψη εύκολης πρόσβασης σε τμήμα επειγόντων κάνει την κατάποση τοξικών ουσιών αυτοκτονία, ενώ στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες θα είχαμε αντίστοιχα μια απόπειρα.

Στη Ρωσική Ομοσπονδία, όπως και σε άλλες γειτονικές χώρες, η κατανάλωση αλκοόλ έχει αυξηθεί κάθετα τα τελευταία χρόνια, και αυτό έχει συσχετιστεί με την αύξηση των ποσοστών των αυτοκτονιών και των αλκοολικών δηλητηριάσεων (Vroublevsky & Harwin 1998) και τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης των ανδρών (Notzon et al 1998; Leon & Shkolnikov 1998).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των ποσοστών αυτοκτονιών και της κατοχής πυροβόλου όπλου στο σπίτι (Kellerman et al. 1992; Lester & Murrell 1980). Η νομοθεσία που περιορίζει την πρόσβαση σε όπλα μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Αυτό δείχνουν μελέτες στις ΗΠΑ, όπου ο περιορισμός στην πώληση και αγορά όπλων οδήγησε σε χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών με πυροβόλα όπλα. Οι πολιτείες με αυστηρότερους νόμους ελέγχου των όπλων είχαν και τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών με όπλα ενώ δεν παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά στις άλλες μεθόδους αυτοκτονιών (Lester 1995).

Εκτός από παρεμβάσεις που αφορούν τον περιορισμό πρόσβασης σε κοινές μεθόδους αυτοκτονιών, οι παρεμβάσεις σε σχολικό επίπεδο που μπορεί να αφορούν παρέμβαση σε κρίσεις, την αύξηση της αυτοεκτίμησης, την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης καταστάσεων και υγιούς λήψης αποφάσεων, μειώνουν τον κίνδυνο αυτοκτονιών μεταξύ των νέων, όπως δείχνουν μελέτες (Mishara & Ystgaard 2000).

Τα ΜΜΕ μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη περιορίζοντας την προβολή αυτοκτονιών και λεπτομερειών που καλλιεργούν τη φήμη. Σε έναν αριθμό χωρών, η μείωση στο ποσοστό αυτοκτονιών συμπίπτει με την συμφωνία των μέσων να ελαχιστοποιήσουν τις αναφορές αυτοκτονιών και να ακολουθήσουν τις προτεινόμενες οδηγίες. Η προβολή της αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει σε μίμηση.

