

Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας
Σ.Ε.Υ.Π
Νοσηλευτική

Πτυχιακή εργασία

ΘΕΜΑ:

Κατάθλιψη: Η σοβαρότερη ασθένεια του σύγχρονου κόσμου
Depression: The most important illness of the modern society

Σπουδάστρια:

Κωνσταντίνα Λάζαρη

Υπεύθυνος καθηγητής:

Σπυράτος Φώτιος

Πατρα-2014



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

• Πρόλογος	4
------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η ψυχοθεραπεία στο Βυζάντιο	5
1.2 Νομικές ρυθμίσεις για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών στο Βυζάντιο.	7
1.3 Νομικές ρυθμίσεις	7
1.4 Ειδικές νόσοι και παθήσεις	7
1.5 Ειδικά θέματα	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	10
2.1 Ψυχική διαταραχή	11
2.2 Μύθοι και αλήθειες για την κατάθλιψη	14
2.3 Μύθοι και αλήθειες για την σχιζοφρένεια	15
2.4 Δέκα μύθοι για τις ψυχικές διαταραχές	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	21
3.1 Συμπτώματα	21
3.2 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	27
3.3 Επιπλοκές	32
3.4 Θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Υπνηλία και αίσθημα κόπωσης στην κατάθλιψη θεραπευτική αντιμετώπιση με μοδαφινίλη	44
4.1 Εισαγωγή	44
4.2 Διαταραχές του ύπνου στην κατάθλιψη	45
4.2.1 Γενικά	45

4.2.2 Αϋπνία	45
4.2.3 Υπνηλία και υπερυπνία	46
4.3 Θεραπεία	47
4.3.1 Γενικά	47
4.3.2 Ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής	47
4.3.3 Μελέτες χορήγησης διεγερτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος ως ενισχυτικής θεραπείας στην κατάθλιψη	48
4.3.4 Συμπεράσματα	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Δικαιώματα ψυχικώς πασχόντων	51
5.1 Η προστασία των δικαιωμάτων μέσα και θεσμοί	51
5.2 Τα ειδικότερα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών	53
5.3 Συμπεράσματα.....	61
• Επίλογος	72
• Βιβλιογραφία	73

ΠΡΟΛΟΓΟΣ -ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκατομύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη. Σύμφωνα με ιστορικές πηγές και ιατρικά κείμενα όπως για παράδειγμα κείμενα του Ιπποκράτη, έπη του Ομήρου ,τη Βίβλο και άλλα αρχαία κείμενα διαπιστώνουμε ότι η κατάθλιψη παρακολούθησε την ανθρωπότητα από τα αρχικά στάδια της ύπαρξής της μέχρι σήμερα. Η σημασία της κατάθλιψης δεν έχει να κάνει μόνο με τον αριθμό των ανθρώπων που υποφέρουν,αφορά και τον κίνδυνο της αυτοκαταστροφής,τις δυσκολίες για την δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων και τις επιπτώσεις στην οικογένεια. Ωστόσο όσο σοβαρές και αν είναι οι οικονομικές και οι κοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο,δεν συγκρίνονται με αυτά που βιώνει ,διότι ο ψυχικός πόνος που προκαλεί η κατάθλιψη συχνά ξεπερνά τα ανθρώπινα μέτρα και τα όρια της αντοχής για αυτό τον λόγο η πάθηση αυτη οδηγεί συχνότερα απο οποιαδήποτε άλλη πάθηση στην αυτοκτονία . Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τα αίτια που οδηγούν το άτομο στην κατάθλιψη να φωτίσει ορισμένες πλευρές της καθώς και να ενημερώσει όσο το δυνατόν περισσότερο για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Η κατάθλιψη ως μια νοσολογική κατάσταση αφορά σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού,προκαλεί τεράστια οδύνη στους πάσχοντες και στις οικογένειές τους και οδηγεί συχνά στην άρνηση της ζωής. Η μελέτη που ακολουθεί αφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση του ψυχικού προβλήματος της κατάθλιψης στον σύγχρονο κόσμο των αιτιών της και των πιθανών τρόπων αντιμετώπισής της. Κλείνοντας θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους ανθρώπους που συνέβαλαν και βοήθησαν σημαντικά για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας. Επίσης ενα θερμό ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής για τις πολύτιμες γνώσεις τους που όλα αυτά τα χρόνια έδωσαν στους συμφοιτητές μου και εμένα ,αλλα κυρίως για την συνεχή προσπάθειά τους να ματαδώσουν την αγάπη τους για το επάγγελμα του νοσηλευτή και για τον σεβασμό στον άνθρωπο. Ιδιαίτερα θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή της πτυχιακής εργασίας μου τον κύριο Σπυράτο Φωτη ,για τις υποδείξεις ,συμβουλές και χρήσιμες παρατηρήσεις του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις τη Βυζαντινή περίοδο έχουν επηρεαστεί από το Χριστιανισμό. Οι γιατροί ήταν αυτοί που ασχολήθηκαν περισσότερο με τη Βιολογική θεραπεία των ψυχολογικών διαταραχών, ενώ με την ψυχοθεραπεία ασχολήθηκαν οι Πατέρες της Εκκλησίας, οι οποίοι, αρχικά, έπρεπε να είναι γιατροί. Τονίζεται η προς τα πίσω ανάλυση, δηλαδή η προς τα πίσω αναδρομή του ασθενούς προς την παιδική ηλικία, για να διαπιστωθεί η αιτία των ψυχικών τραυμάτων, αλλά και για την εξωτερίκευση αυτών. Η θεραπεία έχει σκοπό όχι μόνο την ελευθέρωση του νου από παλαιά τραύματα και από απωθημένες επιθυμίες, αλλά και την πνευματική άνοδο του ανθρώπου. Παράλληλα, όπως αναφέρεται από το Συμεών το Νέο Θεολόγο (11ος αιώνας), ιεροί άνδρες αναζητούσαν μέσω αυτοψιών τα αίτια των ψυχικών διαταραχών. 1 Η επίδραση του Κλήμη Αλεξανδρείας (3ος αιώνας) παραμένει και τους Βυζαντινούς χρόνους και στις θέσεις του στηρίζονται οι περισσότεροι συγγραφείς. Για τον Κλήμη, ο λόγος αποτελεί το καλύτερο φάρμακο στις ψυχικές ασθένειες. 2 Τονίζει ότι σκοπός της θεραπείας είναι, διαμέσου του λόγου, η χαλιναγώγηση των άλογων επιθυμιών, η δέσμευση των ορμών, 3 η γνώση του εαυτού και των πράξεων του ατόμου. 4 Η θεραπεία, για τον ίδιο, ξεκινά με σκοπό την εκτροπή των εικόνων που έχει ο ασθενής και στη συνέχεια θα προχωρήσει στη θεραπεία των παθών. 5 Ο Κλήμης υποστηρίζει ότι η θεραπεία μέσω του λόγου είναι ιδανική για τις ψυχικές ασθένειες, λόγω της ύπαρξης του φόβου ελέγχου που υπάρχει στο λογικό μέρος της ψυχής και που με σύγχρονους όρους λειτουργεί όπως το φροϋδικό υπερεγώ. 6

Τη Βυζαντινή περίοδο, ο Αββάς Δωρόθεος (6ος αιώνας) θεωρεί ως ασθένεια την αταξία της ψυχής. 7 Ο Ι. Χρυσόστομος, τον 4ο αιώνα 8 και ο Θεόδωρος Μετοχίτης το 13ο αιώνα, 9 τονίζουν τη χρησιμότητα-σπουδαιότητα της ψυχοθεραπείας, λόγω της Βαρύτητας των ψυχικών τραυμάτων. Ο Ψελλός (11ος αιώνας) προτείνει τη συνειδητοποίηση των μύχιων ερωτικών διαθέσεων και την ανακάλυψη του απόρρητου της ψυχής του εξεταζόμενου. 10 Ήδη από το 2ο αιώνα, για τον Ιουστίνο, η ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στα μύχια της ψυχής και στα πάθη, αρχίζοντας από τις επιθυμίες, από τις οποίες φύονται όλα τα πάθη. 11

Για το Γρηγόριο Νύσσης (4ος αιώνας), η θεραπεία της ψυχής είναι επιστήμη, η οποία μελετάται και απαιτεί εξάσκηση. Η θεραπεία, για τον ίδιο, επικεντρώνεται στα σημεία-συμπτώματα, τα οποία επαναλαμβάνονται από ένα σημείο και μετά και διά της συνήθειας.¹² Ο Δίδυμος Αλεξανδρείας (4ος αιώνας) θεωρεί ότι η ψυχοθεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις πρέπει να είναι ισόβιας διάρκειας, επειδή εύκολα μπορεί να φανεί η ίαση, αλλά στην ουσία το αίτιο να παραμένει.¹³ Για το Συμεών το Νέο Θεολόγο (11ος αιώνας), η ασθένεια προέρχεται από την επικράτηση του παθητικού μέρους της ψυχής (ασυνείδητο) έναντι του λογικού (συνειδητό). «Η κατανόηση της ασθένειας γεννά τη μνήμη, το φόβο του θανάτου», άποψη που συνδέεται με τις σύγχρονες ψυχαναλυτικές απόψεις, ειδικά σε νευρωσικό επίπεδο.¹³

Ως ψυχοθεραπεία, τη Βυζαντινή περίοδο, νοείται η ελευθέρωση του νου. Η ασθένεια του νου συνεπάγεται τρία πράγματα: (α) την αποτυχία της νοερής δύναμης να λειτουργεί σωστά, (β) την πλήρη σύγχυση των λειτουργιών του εγκεφάλου και του σώματος και (γ) την πλήρη υποταγή σε αγχώδεις καταστάσεις και στο περιβάλλον. Με την ασθένεια του νου δημιουργείται σύγχυση σε όλο τον πνευματικό οργανισμό, δημιουργείται μια ταραχή. Για το Μάξιμο τον Ομολογητή (7ος αιώνας), η ασθένεια του νου διαιρείται σε 4 στάδια: (α) η ψευδής γνώση, (β) η άγνοια, (γ) οι εμπαθείς λογισμοί, (δ) η συγκατάθεση στην αμαρτία-αμαρτία είναι η επαναλαμβανόμενη παράχρηση των ψυχικών δυνάμεων.¹⁵

Για τους Βυζαντινούς, λοιπόν, η θεραπευτική προσέγγιση συνδέεται απαραίτητα με την κάθαρση του νου. Και όταν συναντάται στα κείμενα η έκφραση «κάθαρση της ψυχής», εννοείται η απαλλαγή από τα πάθη και, συγκεκριμένα, τη μεταμόρφωση των παθών

Απαραίτητο στοιχείο για την έναρξη της θεραπείας είναι η αίσθηση της ασθένειας.¹⁶ Πρακτικά, η συνειδητοποίηση επιτυγχάνεται, σύμφωνα με τον Πέτρο Δαμασκηνό, όταν ο άνθρωπος, ειδικά το βράδυ, μελετά, ανασκοπεί τα της ημέρας. Η ανασκόπηση έχει αποτέλεσμα μόνον όταν ο άνθρωπος φθάνει στο στάδιο του πένθους. Το πένθος, ψυχοθεραπευτικά, επέρχεται μόνο με τη γνώση του εαυτού.¹⁷ Ο Ι. Χρυσόστομος θεωρεί το πένθος απαραίτητη διαδικασία για την πορεία της θεραπείας.¹⁸

Με πολλές ομοιότητες με τη θεωρία του Jung, οι ψυχολογικές διαταραχές για τους Βυζαντινούς αποτελούν τη νέκρωση του πνευματικού. Η μη ανάπτυξη του πνευματικού μέρους της ψυχής οδηγεί σε διαταραχές ανάπτυξης της εσωτερικής ζωής. Η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, για τους Βυζαντινούς, προϋποθέτει την παρουσία θεραπευτή, που όμως θα πρέπει να έχει τελειώσει πρώτα τη δική του αυτοανάλυση.¹⁹ Από τους περισσότερους συγγραφείς τονίζεται ότι, ενώ προτείνονται διάφορες μέθοδοι θεραπείας, κάθε ασθενής είναι διαφορετικός και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται.²⁰

Γενικά, η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στη θεραπευτική προσέγγιση των διαφόρων μερών του ψυχικού. Ο Αββάς Δωρόθεος τονίζει τη σειρά που ακολουθεί κάποιος στη θεραπεία: «Πρώτα ανατέλλουν οι εμπαθείς λογισμοί, έπειτα ανακύπτουν τα πάθη και μ' αυτή τη σειρά εξολοθρεύονται».²¹

1.2 ΝΟΜΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

Βασική καινοτομία της βυζαντινής περιόδου αποτελεί η διασφάλιση και η αποκατάσταση του ψυχιατρικού αρρώστου. Θεσπίζεται ο προγαμιαίος ιατρικός έλεγχος, για την προστασία των μελλονύμφων από ασθένειες όπως η μανία, η επιληψία, ο αλκοολισμός, η χρόνια νόσος και η ανικανότητα. Χορηγείται διαζύγιο σε περιπτώσεις νόσου και διασφαλίζεται νομοθετικά η ασθενής σύζυγος. ο ασθενής, για τους βυζαντινούς, πρέπει να γνωρίζει επακριβώς την κατάσταση της νόσου του. Θεσπίζεται ο θεσμός του κουράτορος (επιτρόπου). Η κοινωνική περίθαλψη διασφαλίζεται από καλά οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, αλλά και από την ύπαρξη της κατάλληλης νομοθεσίας. Θεσπίζεται ο θεσμός των περιοδευόντων γιατρών και εφαρμόζεται η τομεοποίηση. Κράτος και εκκλησία συνεργάζονται για την περίθαλψη των πασχόντων

1.3 ΝΟΜΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

1.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Μανία: Με τον όρο μανία, οι Βυζαντινοί νομικοί περιλαμβάνουν συνήθως όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις της εποχής, όπως μανία, φρενίτιδα, παράνοια, επιληψία, ανοϊκές καταστάσεις. Ο ασθενής, σύμφωνα με τα «Βασιλικά» (Γαίωνα), θεωρείται άβουλος. Το ίδιο ισχύει και στην Επιτομή Νόμων (920 μ.Χ.)¹ και τον Πρόχειρο Νόμο (867-879 μ.Χ.)² Η ψυχική πάθηση δεν στερεί από τον πάσχοντα αξιώματα και θέσεις ούτε εξουσίες επί των παιδιών του.³ Αντίθετα, σύμφωνα με τα Ινστιτούτα του Θεόφιλου⁴ και την Εξάβιβλο (1360 μ.Χ.),⁵ ο ψυχικά ασθενής δεν μπορεί να συγκαταθέσει για το γάμο του παιδιού του. Επίσης, δεν μπορεί να μετέχει στα πολιτικά δρώμενα ή να έχει δημόσιο αξίωμα, λειτουργίες ή δαπάνες⁶ και δεν έχει δικαίωμα ψήφου.⁷ Οι κατέχοντες δημόσιο αξίωμα δεν παύονται άμεσα από τα καθήκοντα τους, αλλά μόνο αν η νόσος χαρακτηριστεί χρόνια.⁸

Ο ψυχικά πάσχων δεν ορίζεται κηδεμόνας,⁹ δεν μπορεί να λαμβάνει δάνεια ή να συνάπτει διαθήκες ή δωρεές ή πωλήσεις.¹⁰ Σύμφωνα όμως με την Πείρα του Ευσταθίου του Ρωμαίου (920 μ.Χ.), τα Βασιλικά και τον Ιουστινιάνειο Κώδικα (6ος αιώνας), στα διαστήματα ύφεσης της νόσου ισχύουν οι αγοραπωλησίες και οι συναλλαγές του ψυχιατρικού ασθενούς.¹¹

Επιτροπεία μαινομένου: Σε ψυχιατρικούς ασθενείς ορίζεται «κουράτωρ» (επίτροπος) μετά από ιατρικές εξετάσεις, ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα υπόκρισης.¹² Επίτροπος ορίζεται ο πατέρας ή ο οριζόμενος πατέρας με διαθήκη, ο υιός στην περίπτωση ασθενούς γονέα ή κάποιος άλλος ξένος έξω από τον οικογενειακό κύκλο. Σε περίπτωση μανίας της συζύγου, ορίζεται επίτροπος πέραν του συζύγου.¹³ Αναγνωρίζονται περίοδοι ύφεσης και έξαρσης. Νομικά, στις περιόδους ύφεσης, θεωρείται ότι ο ασθενής πράττει και συμπεριφέρεται λογικά. Ο Λέων ο ΣΤ' ο Σοφός καθορίζει την παύση των καθηκόντων του επιτρόπου σ' αυτές τις περιόδους.¹⁴ Στον Ιουστινιάνειο Κώδικα αναφέρεται «περί της παύσεως της επιτροπείας, αλλά κατά τα μεσοδιαστήματα, τα οποία είναι τελειότατα, ουδέν ο κουράτωρ να πράττη, αλλά αυτός ο μαινόμενος να δύναται, εφ' όσον είναι σάφρων, και κληρονομίαν να

αναλαμβάνη και όλα τα άλλα να κάνη, τα οποία αρμόζουν εις σώφρονος ανθρώπους».15

Ο ψυχιατρικός ασθενής διατηρεί τα περιουσιακά του στοιχεία, σύμφωνα με τα Βασιλικά, την Επιτομή και τα Digesta (6ος αιώνας).16 Δεν αναιρείται κληρονομιά ή διαθήκη υπέρ του ασθενούς.17 Την κληρονομιά του πάσχοντος κληρονομεί ο υιός.

Εγκληματικές πράξεις ψυχιατρικού ασθενούς: Ο ψυχιατρικός ασθενής θεωρείται ανεύθυνος σε ό,τι αφορά εγκλήματα ή άλλες πράξεις.19 Εξετάζεται όμως η τέλεση του εγκλήματος κατά τις περιόδους ύφεσης της νόσου, οπότε τιμωρείται ο πάσχων.20 Εξετάζεται επίσης η περίπτωση υπόκρισης της νόσου, οπότε και επιβάλλεται ποινή.21

Παρόλα αυτά, υφίστανται διατάξεις που αφορούν σε κυρώσεις προς τους ασθενείς και διατάξεις που δίνουν το δικαίωμα στον τοπικό άρχοντα να φυλακίζει τους μαινόμενους.22 Αν ο ασθενής διαφύγει και διαπράξει εγκλήματα, υπεύθυνοι πλέον καθίστανται οι φύλακες.23 Παρακάτω αναφέρονται και άλλες περιπτώσεις που είναι σε συνάφεια με την ψυχική ασθένεια.

Τύφλωση: Ο τυφλός απαλλάσσεται από την ανάληψη πολιτικών λειτουργιών.24 Ομοίως, δεν μπορεί να οριστεί ως επίτροπος.25 Διατηρεί το προ της τύφλωσης του αξίωμα. Αν έχει συνείδηση των πράξεων του, μπορεί να διαχειρίζεται την κτήση αγαθών.26 Οι τυφλοί μπορούν να υιοθετήσουν και να υιοθετηθούν.27

Κώφωση και αλαλία: Κωφοί και άλαλοι δεν μπορούν να είναι επίτροποι28 ούτε να έχουν «πολιτικές λειτουργίες». Μπορούν όμως να διαχειρίζονται τις περιουσίες τους, κατά τα Digesta, ενώ όχι σύμφωνα με τα Βασιλικά.29 Με διάταξη καταδικάζεται η υποκρισία της αναπηρίας.30

Αυτοκτονία: Επιβάλλονται κυρώσεις, με σκοπό την προληπτική αντιμετώπιση των αυτοκτονιών αλλά και της απόπειρας, οι οποίες περιλαμβάνουν δήμευση περιουσιακών στοιχείων, ακύρωση διαθηκών κληρονομιάς.31 Οι ποινές μετριάζονται αν αποδειχθεί ότι αίτιο αποτελεί μια νόσος.32 Με διαγνωσμένη ψυχιατρική πάθηση, επιτρέπεται ο αυτοκτονήσας να κηδευτεί με νεκρώσιμη ακολουθία.33

Οικογενειακά θέματα: Η βυζαντινή νομοθεσία προβλέπει την υποχρέωση των γονιών να παρέχουν περίθαλψη στα παιδιά, σε περίπτωση νόσου, αλλά και το αντίστροφο.34 Ορίζονται κυρώσεις για την αμέλεια των γονιών προς τα παιδιά και το αντίστροφο.35

Λήψη διαζυγίου προβλέπεται όταν υπάρχουν χρόνιες και βαριές νόσοι, όπως λέπρα, ψυχιατρικές νόσοι, ανικανότητα εκπλήρωσης των γενετήσιων σχέσεων και η έκτρωση. Εδώ, θα εξεταστούν μόνο οι ψυχιατρικές παθήσεις. Σύμφωνα με τα Βασιλικά, τους Πανδέκτες (ή Digesta),36 την Εκλογή Νόμων (776-780 μ.Χ.), την Επιτομή Νόμων (920 μ.Χ.) και την Delectus Legum compendarius (910 μ.Χ.),37 η μανία δεν αποτελεί αιτία διαζυγίου. Σύμφωνα με τη Νεαρά 111 και 112 του Λέοντος του Σοφού, χορηγείται διαζύγιο λόγω μανίας με χρονικό όριο 3 ετών για τον άνδρα και 5 για τη γυναίκα από την εμφάνιση της νόσου.38 Στην Εξάβιβλο του Αρμενόπουλου τονίζεται ότι η μανία εμποδίζει τη μνηστεία, «αλλά δεν λύει την ήδη συστάσα».39 Διαζύγιο χορηγείται και όταν η σύζυγος, παρά την ιατρική παρακολούθηση και τη θεραπεία, δεν παρουσιάζει βελτίωση.40

Οι Νεαράι των Νικηφόρου Βοτανειάτου και Ιουστίνου ακυρώνουν το γάμο σε χρόνια ψυχιατρική νόσο. Οι Τιμόθεος Αλεξανδρείας (4ος αιώνας), ο Θεόφιλος Βάλσαμων

και ο Φώτιος (9ος αιώνας) συνιστούν επιφυλακτικότητα έναντι της ψυχιατρικής νόσου, ως αιτίας διαζυγίου.⁴¹

1.5 Ειδικά θέματα

Πρόκληση μανίας μετά φόνου. Εξετάζεται νομοθετικά η ύπαρξη ψυχιατρικών παθήσεων σε έναν από τους δύο συζύγους και εξετάζεται η υπαιτιότητα του συζύγου.⁴² Προγαμιαίος ιατρικός έλεγχος. Οι νόσοι που εξετάζονται είναι η λέπρα, η μανία, η επιληψία, η ανικανότητα, ο ευνουχισμός και οι βαριές χρόνιες νόσοι. Οι ψυχιατρικές παθήσεις αποτελούν αίτιο ματαίωσης μνηστείας ή γάμου.⁴³ Κατά το Σύνταγμα του Βλαστάρως (1335 μ.Χ.), αν η εμφάνιση της ασθένειας παρουσιαστεί μετά τη μνηστεία, δεν αποτελεί αίτιο διάλυσης της.⁴⁴ Αντίθετα, οι Νεαράι 93, 111, 112 του Λέοντος συστήνουν τη ματαίωση της μνηστείας επί εμφάνισης ψυχιατρικής νόσου.⁴⁵

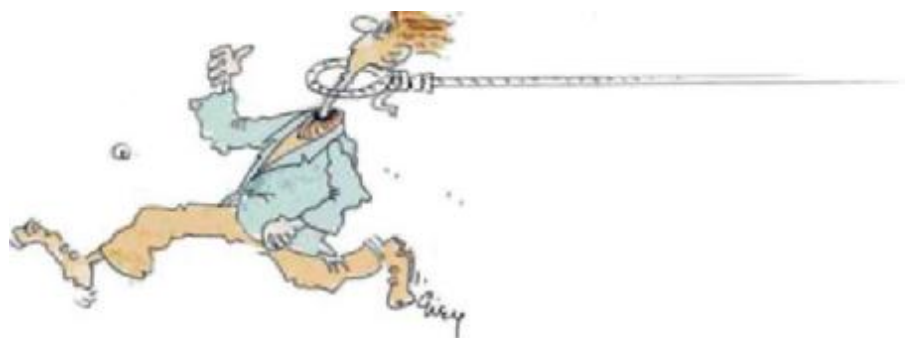
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ψυχική Υγεία θεωρείται η κατάσταση εκείνη της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.

Η ψυχική υγεία είναι μέρος της γενικής υγείας του ατόμου και αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων που αφορούν τη φυσική, την ψυχική, καθώς και την κοινωνική του κατάσταση.

Η επιβάρυνση από τις συνολικές ψυχικές διαταραχών τόσο για το άτομο όσο και για την οικογένειά του, αλλά και για την κοινωνία είναι σημαντική. Η επιβάρυνση όμως της μη παροχής θεραπείας για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών υπερβαίνει τη συνολική επιβάρυνση της θεραπείας.



2.1 ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ψυχική διαταραχή είναι όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια.



Ένας από τους μύθους που επικρατούν για την ψυχική διαταραχή είναι ότι πρόκειται για αδυναμία χαρακτήρα και ότι αυτοί που υποφέρουν μπορούν να συνέλθουν μόνοι τους αν προσπαθήσουν. Στην πραγματικότητα, οι ψυχικές ασθένειες είναι πραγματικές ασθένειες όπως οι καρδιοπάθειες και ο καρκίνος και βελτιώνονται με την κατάλληλη θεραπεία.

Μια ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως είναι η ψυχική ένταση, η συναισθηματική αστάθεια, η διαταραγμένη συμπεριφορά, η έκπτωση της μνήμης, η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις ή οι παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ξαφνικά ή γίνονται έντονα μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής. Πολλές φορές υπάρχουν κάποια συμπτώματα στο παρελθόν που αν τους είχε δώσει κανείς σημασία, θα μπορούσε να προλάβει την εξέλιξή τους.

Ποιες ψυχικές διαταραχές υπάρχουν;

Υπάρχουν πολλών ειδών ψυχικές διαταραχές με διαφορετική βαρύτητα. Τέτοιες είναι:

- οι αγχώδεις διαταραχές, όπως η διαταραχή πανικού, η φοβία, η ψυχαναγκαστική διαταραχή.
- οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, η δυσθυμία, η διπολική διαταραχή γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη
- η σχιζοφρένεια
- οι οργανικές διαταραχές, όπως η άνοια
- οι διαταραχές από την κατάχρηση του αλκοόλ και των τοξικών ουσιών
- οι διαταραχές προσωπικότητας
- οι αναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός
- οι μαθησιακές διαταραχές
- οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως η ανορεξία και η βουλιμία
- οι ψυχοσωματικές διαταραχές
- οι διαταραχές του ύπνου
- οι σεξουαλικές διαταραχές

Πόσο συχνές είναι;

Οι ψυχικές διαταραχές είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε κάθε ηλικία (παιδιά, εφήβους, ενήλικες, ηλικιωμένους).



Περίπου 400 εκατομμύρια άτομα εκτιμάται ότι πάσχουν σήμερα από ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές ή από ψυχοκοινωνικά προβλήματα που σχετίζονται με κατάχρηση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι:

- Το άγχος - 1 στα 10 άτομα
- Η κατάθλιψη - 1 στα 5 άτομα
- Η σχιζοφρένεια - 1 άτομο στα 100
- Η άνοια - 1 άτομο στα 20 ηλικίας πάνω από 65 ετών και 1 στα 5 πάνω από 80 ετών

Εν τούτοις, σε λίγους τίθεται η σωστή διάγνωση και ακόμη λιγότεροι λαμβάνουν θεραπεία

Τί τις προκαλεί;

Ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών παραγόντων παίζουν ρόλο στην εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής - τα γενετικά χαρακτηριστικά, η βιοχημεία του εγκεφάλου, οι συνθήκες και τα γεγονότα της ζωής, οι σχέσεις με την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον. Όποια και αν είναι η αιτία, τα άτομα με ψυχική διαταραχή υποφέρουν, αισθάνονται αβοήθητα και δυσκολεύονται να ζήσουν τη ζωή τους με τον τρόπο που επιθυμούν.

Μπορεί κανείς να τις αντιμετωπίσει;

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει άλματα στην ψυχιατρική επιστήμη σε ό,τι αφορά την ακριβή διάγνωση και θεραπεία πολλών ψυχικών διαταραχών. Παλαιότερα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές παρέμεναν έγκλειστα σε ψυχιατρικά ιδρύματα επειδή δεν υπήρχαν οι σύγχρονοι τρόποι θεραπείας. Σήμερα οι ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται, επιτρέποντας στους πάσχοντες να λειτουργούν με επάρκεια στην κοινωνία. Υπάρχουν πλέον, αποτελεσματικοί τρόποι θεραπείας για πολλές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας και των διαταραχών που σχετίζονται με το αλκοόλ και την χρήση ουσιών. Οι θεραπείες αυτές είναι σύνθετες, ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου. Συνήθως περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, θεραπείες μέσω συζήτησης (ψυχοθεραπείες) και υποστήριξη στην καθημερινή ζωή και εργασία. Η ενεργητική συμμετοχή της οικογένειας και του κοινωνικού δικτύου παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Ένα από τα κύρια εμπόδια τόσο στην αναζήτηση και παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς όσο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους είναι το κοινωνικό στίγμα. Γιατί σε όλα τα μέρη του κόσμου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται και αντιμετωπίζουν διακρίσεις.



Πού μπορεί να απευθυνθεί κανείς;

Στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών μπορούν να βοηθήσουν επαγγελματίες διάφορων ειδικοτήτων: ψυχίατροι, ψυχοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κ.α.

Μπορείτε να απευθυνθείτε στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής σας. Τέτοιες είναι:

- Ø Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Ø Τα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων
- Ø Οι Εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας Επίσης βοήθεια και ενημέρωση μπορεί να πάρει κανείς μέσω συλλόγων ασθενών και οικογενειών.

2.2 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Όλοι μας κατά καιρούς νιώθουμε θλίψη. Συνήθως όμως αυτό το αίσθημα δεν κρατά πολύ και η διάθεσή μας βελτιώνεται όταν αλλάζουν οι συνθήκες της ζωής μας. Ξαναγινόμαστε ο «παλιός μας εαυτός».

Μερικές φορές όμως, η καταθλιπτική διάθεση είναι πιο έντονη, διαρκεί περισσότερο και συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, αλλαγές στη συμπεριφορά ή στο ρυθμό της καθημερινής μας ζωής. Τότε το άτομο έχει «κατάθλιψη». Αν μείνει αθεράπευτη η κατάσταση αυτή για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να επηρεάσει τον ύπνο, την όρεξη, τα επίπεδα ενέργειας, και τη σωματική ευεξία. Είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς ορισμένα πράγματα για την κατάθλιψη και την αντιμετώπιση της:

Μύθος: Η κατάθλιψη είναι πάντα μία αντίδραση σε μία άσχημη κατάσταση της ζωής όπως το διαζύγιο, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου ή η απώλεια εργασίας.

Αλήθεια: Κάποιες φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται και όταν όλα πηγαίνουν καλά. Η κατάθλιψη μπορεί να πυροδοτηθεί από δυσάρεστα γεγονότα ή συνθήκες ζωής, αλλά δεν είναι πάντα έτσι. Η κατάθλιψη σχετίζεται και με κάποιες χημικές ουσίες του εγκεφάλου.

Μύθος: Αν δεν μπορεί κάποιος να συνέλθει από κατάθλιψη αυτό σημαίνει ότι είναι αδύναμος χαρακτήρας.

Αλήθεια: Η κατάθλιψη δεν υποδηλώνει ότι κάποιος είναι αδύναμος χαρακτήρας. Πρόκειται για μία κατάσταση που χρειάζεται ιατρική βοήθεια, όπως ο διαβήτης ή η αρθρίτιδα.

Μύθος: Αν κάποιος που έχει κατάθλιψη απλά κάνει υπομονή και περιμένει, η κατάθλιψη θα περάσει.

Αλήθεια: Η κατάθλιψη μπορεί να μην υποχωρήσει από μόνη της. Σε κάποιους ασθενείς η κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει χρόνια αν δεν αντιμετωπιστεί.

Μύθος: Μόνο οι ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία.

Αλήθεια: Τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι μόνο για τους ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους ανθρώπους που θέλουν να γίνουν καλά και να ζήσουν τη ζωή τους με τον τρόπο που επιθυμούν.

Μύθος: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν εθισμό και αλλάζουν την προσωπικότητα.

Αλήθεια: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εθισμό και δεν αλλάζουν την προσωπικότητα. Όταν το άτομο δεν τα χρειάζεται πια μπορεί να τα διακόψει χωρίς πρόβλημα

Πως μπορώ να βοηθήσω έναν φίλο με κατάθλιψη;

Το καλύτερο πράγμα που μπορείτε να κάνετε για κάποιον φίλο σας με κατάθλιψη είναι να τον βοηθήσετε να ζητήσει θεραπεία. Αυτό μπορεί να σημαίνει να τον ενθαρρύνετε να αναζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό και να παραμείνει στη θεραπεία όταν την ξεκινήσει. Αυτό επίσης που μπορείτε να κάνετε είναι να του προσφέρετε συναισθηματική υποστήριξη, που σημαίνει κατανόηση, υπομονή, στοργή και ενθάρρυνση. Εμπλέξτε το άτομο σε συζητήσεις και δραστηριότητες και σε περίπτωση που αρνηθεί, επιμείνετε χωρίς όμως να ασκείτε πίεση. Θυμίστε στο άτομο ότι με τον καιρό και την κατάλληλη θεραπεία, θα αισθανθεί καλύτερα.

2.3 Μύθοι και αληθειες για τη σχιζοφρένεια

Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

Η πραγματικότητα για τη σχέση βίας και σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι:

- Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια δεν χρησιμοποιεί βία και γενικότερα τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας. Η βία όμως που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας και στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής.
- Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που κάνουν κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.
- Οι παραληρητικές ιδέες που το περιεχόμενό τους είναι απειλητικό για τη ζωή του ασθενή αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Συνεπώς η κατάλληλη θεραπεία των παραληρητικών ιδεών μειώνει αισθητά τον παραπάνω κίνδυνο.
- Η βίαιη συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια τις πιο πολλές φορές περιλαμβάνει βίαιες εκδηλώσεις που σχετίζονται με την επιβίωσή τους. Στην πραγματικότητα, τα άτομα με σχιζοφρένεια συνήθως δεν είναι θύτες, αλλά θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης.
- Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους «υγιείς». Συνήθως, στα πρώτα θύματά

τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως πολιτικοί, γιατροί ή δικαστές.

- Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και, γενικότερα, της θεραπείας καθώς και η παράλληλη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, που απογοητεύουν και αποθαρρύνουν όσους αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματά τους.

Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διπλή προσωπικότητα ή διχασμένη προσωπικότητα.

Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν ούτε ‘διπλή’ ούτε ‘διχασμένη’ προσωπικότητα. Αυτό συνήθως λέγεται γιατί τα άτομα με σχιζοφρένεια συχνά συμπεριφέρονται και λειτουργούν αντιφατικά. Υπάρχουν φορές που άλλα λένε, άλλα εννοούν και άλλα κάνουν, κι ενώ αυτό μπορεί κάποιες στιγμές να συμβεί στον καθένα, στα άτομα με σχιζοφρένεια συμβαίνει συχνότερα. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι ένα άτομο που εκδηλώνει σχιζοφρένεια μας φαίνεται διαφορετικό επειδή επηρεάζεται η σκέψη και το συναίσθημά του και όχι συνολικά η προσωπικότητά του.

Μύθος: Για τη σχιζοφρένεια ευθύνονται οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον.

Αλήθεια: Η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας.

Δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή ανατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια. Ενώ αντίθετα υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που πιστοποιούν επαρκώς τα βιολογικά αίτια της νόσου. Χιλιάδες γονείς υποφέρουν από συναισθήματα ντροπής και ενοχής γιατί θεωρούν ότι πιθανόν αυτοί με τη συμπεριφορά τους προκάλεσαν αυτή την κατάσταση. Σήμερα, έχει αποδειχθεί ότι οι οικογενειακές σχέσεις μπορεί να μην ευθύνονται για τη γένεση της σχιζοφρένειας αλλά μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξή της. Επειδή το συναισθηματικό βάρος από τη σχιζοφρένεια είναι τεράστιο για τα μέλη των οικογενειών, αυτό που χρειάζονται είναι κατανόηση, συμπαράσταση και υποστήριξη και σε καμία περίπτωση απόρριψη και ενοχοποίηση.

Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική στέρηση.

Αλήθεια: Σχιζοφρένεια και νοητική στέρηση είναι δύο διαφορετικές διαγνώσεις.

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα ανεξάρτητα από το νοητικό τους επίπεδο. Ένα άτομο με νοητική στέρηση δε σημαίνει ότι έχει απαραίτητα κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Ούτε ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια, όταν εμφανίζει προβλήματα από τη σκέψη του, σημαίνει ότι έχει μειωμένη νοημοσύνη. Η σχιζοφρένεια και η νοητική στέρηση είναι δυο τελείως διαφορετικές καταστάσεις.

Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο.

Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο το χρειάζονται πραγματικά. Αυτό γίνεται, κυρίως, όταν κυριαρχούν τα οξέα συμπτώματα της νόσου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση. Η σχιζοφρένεια σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα. Εξάλλου, ο εγκλεισμός στο ίδρυμα στερεί τον ασθενή από τα κοινωνικά ερεθίσματα, τον οδηγεί στο περιθώριο και την κοινωνική απομόνωση και συμβάλλει έτσι στη διαίωνιση του στίγματος .

Μύθος: Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους.

Αλήθεια: Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν, αλλά και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους. Βέβαια η ικανότητά τους να λάβουν ανάλογες αποφάσεις δεν είναι πάντα η ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Υπάρχουν φάσεις όπως η έναρξη της νόσου ή οι υποτροπές όπου η ικανότητα αυτή περιορίζεται και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του. Οι έρευνες δείχνουν πως η συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του στη λήψη αποφάσεων, βοηθάει στην καλή συνεργασία με το γιατρό και τους θεραπευτές, βελτιώνει το τελικό αποτέλεσμα και ενισχύει τη «συμμόρφωση» στη θεραπεία.

Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν.

Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμη κι αν παρουσιάζουν συμπτώματα. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται και γενικά φαίνεται ότι η εργασία συμβάλλει στη θεραπεία. Η εργασία επιτρέπει στα άτομα με σχιζοφρένεια να έρχονται σε επαφή με ομάδες υγιών και αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης σχέσεων με τους άλλους.

Μύθος: Κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια.

Αλήθεια: Κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη.

Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και έκβαση και διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Η γενίκευση ότι κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια που υπονοεί ότι η σχιζοφρένεια είναι σε όλες τις περιπτώσεις ανίατη νόσος, οδηγεί σε απελπισία και απόγνωση και τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.

Μύθος: Η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

Αλήθεια: Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται ούτε από κακά πνεύματα ούτε από μάγια. Παρόλα αυτά, σε πολλά μέρη του κόσμου αρκετοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από τις ενέργειες κακών πνευμάτων ή την επίδραση μαγείας

Οι μύθοι για τη σχιζοφρένεια δεν σταματούν όμως εδώ. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να γνωρίζουμε ότι:

- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κατάρρες και από ‘κακό μάτι.’
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας.
- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από έλλειψη θρησκευτικής πίστης.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι το αποτέλεσμα ερωτικής απογοήτευσης.
- Η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται στην υπερβολική μελέτη.
- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από τον αυνανισμό.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική

2.4 ΔΕΚΑ ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές και η έλλειψη ενημέρωσης έχουν σοβαρές επιπτώσεις σε εκατομμύρια ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Διαμορφώνουν ένα κοινωνικό στίγμα για τις ψυχικές διαταραχές που συχνά εμποδίζει τους ασθενείς από το να ζητήσουν βοήθεια. Η κατάρριψη των μύθων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές είναι ένα σημαντικό βήμα για την εξάλειψη των προκαταλήψεων και των διακρίσεων.

Μύθος: Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι στην πραγματικότητα ασθένειες, όπως είναι ο διαβήτης ή τα καρδιακά νοσήματα.

Αλήθεια: Οι ψυχικές διαταραχές είναι ασθένειες που χρειάζονται ιατρική αντιμετώπιση, όπως είναι ο διαβήτης ή τα καρδιακά νοσήματα. Η έρευνα έχει δείξει ότι για την εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών ενέχονται γενετικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι, συνήθως, μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Μύθος Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, μπορεί να είναι επικίνδυνα και βίαια.

Αλήθεια: Οι στατιστικές δείχνουν ότι οι περιπτώσεις εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς από άτομα που έχουν κάποια ψυχική διαταραχή δεν είναι περισσότερες από αυτές που συναντά κανείς στο γενικό πληθυσμό. Ιδιαίτερα, τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας. Η βία όμως που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας και στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής.

Μύθος: Οι ψυχικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα κακής διαπαιδαγώγησης.

Αλήθεια: Δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή ανατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια. Ενώ αντίθετα υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που πιστοποιούν επαρκώς τα βιολογικά αίτια της νόσου.

Μύθος: Η κατάθλιψη οφείλεται σε αδυναμία του χαρακτήρα. Τα άτομα που έχουν κατάθλιψη θα μπορούσαν να απαλλαγούν από τα συμπτώματά τους αν το ήθελαν πραγματικά.

Αλήθεια: Η κατάθλιψη δεν σχετίζεται με την τεμπελιά ή την αδυναμία του χαρακτήρα, αλλά σχετίζεται με αλλαγές στη δραστηριότητα του εγκεφάλου. Η

φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να αναρρώσει.

Μύθος: Σχιζοφρένεια σημαίνει διχασμένη προσωπικότητα και δεν υπάρχει τρόπος να αντιμετωπιστεί.

Αλήθεια: Η σχιζοφρένεια συγγέεται συχνά με τη «διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας». Στην πραγματικότητα η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου που εμφανίζεται με διαταραχές στη σκέψη και στο συναίσθημα. Τα άτομα που έχουν σχιζοφρένεια έχουν διάφορα συμπτώματα, μεταξύ των οποίων είναι η κοινωνική απόσυρση, οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες. Η φαρμακοθεραπεία και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν βοηθήσει σημαντικά τα άτομα αυτά σε σημείο που να μπορούν να ζήσουν μια ικανοποιητική και παραγωγική ζωή.

Μύθος: Η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική κατάσταση στους ηλικιωμένους.

Αλήθεια: Η κατάθλιψη δεν αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση για τους ηλικιωμένους. Τα συμπτώματα κατάθλιψης στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν την έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες, διαταραχές ύπνου, όρεξης και μνήμης. Πολλές φορές στους ηλικιωμένους δε δίνεται η διάγνωση της κατάθλιψης. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό οι συγγενείς να αναγνωρίζουν το πρόβλημα και να ζητούν βοήθεια.

Μύθος: Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές δεν επηρεάζουν τα παιδιά και τους εφήβους.

Αλήθεια: Τα παιδιά και οι έφηβοι μπορούν να εκδηλώσουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στην αυτοκτονία όταν δεν αντιμετωπίζονται έγκαιρα. Οποιαδήποτε κουβέντα γύρω από την αυτοκτονία πρέπει πάντα να λαμβάνεται σοβαρά.

Μύθος: Εάν κάποιος έχει μια ψυχική διαταραχή μπορεί να την αντιμετωπίσει μόνος του. Η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας με σκοπό την αναζήτηση βοήθειας είναι δείγμα προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας.

Αλήθεια: Η σοβαρή ψυχική διαταραχή δεν είναι κάτι που μπορεί κανείς να αντιμετωπίσει μόνος του. Το να αγνοεί κανείς το πρόβλημα επίσης δεν βοηθάει. Χρειάζεται θάρρος για να ζητήσει κανείς βοήθεια.

Μύθος: Η χρήση τοξικών ουσιών είναι μια προσωπική επιλογή και δείχνει έλλειψη αυτοκυριαρχίας. Συνήθως τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών έχουν αδύναμο χαρακτήρα.

Αλήθεια: Η χρήση τοξικών ουσιών είναι μια κατάσταση που συνδέεται με βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, ενώ δεν έχει σχέση με το αν κάποιος είναι «καλός» ή «κακός».

Μύθος: Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, γνωστή σαν ηλεκτροσόκ, είναι επίπονη και βάρβαρη.

Αλήθεια: Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει βοηθήσει κάποιους ανθρώπους με σοβαρή κλινική κατάθλιψη που δεν υποχωρεί. Χρησιμοποιείται όταν άλλες θεραπείες, όπως η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία, δεν έχουν καταφέρει να φέρουν αποτέλεσμα

ή όταν δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Τα άτομα που λαμβάνουν αυτού του είδους τη θεραπεία στη σύγχρονη ιατρική πρακτική, λαμβάνουν επίσης αναισθησία και έτσι δεν αισθάνονται πόνο κατά τη διάρκειά της.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ύστερα από την έντονη ενασχόληση με το άγχος κατά το πρώτο μισό αυτού του αιώνα, στο δεύτερο μισό του η έντονη ενασχόληση είναι με την κατάθλιψη (ίσως από την απογοήτευση που συσσώρευσε ο πρώτος μισός;). Ιδιαίτερα στην ιατρική, η κατάθλιψη με την ποικιλία των συμπτωμάτων της φαίνεται να είναι πανταχού παρούσα, γι' αυτό και οι γιατροί αλλά και οι συγγενείς προς αυτούς επιστήμονες πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της. Σημειώνουμε από την αρχή, ότι σε ένα καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανής ή ακόμα και παρούσα (μολονότι φυσικά είναι η πιο συχνή εμπειρία) και άλλα συμπτώματα, π.χ. από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη κτλ. να μας οδηγήσουν στην διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία. Ποια είναι λοιπόν τα συμπτώματα της κατάθλιψης;

3.1 Συμπτώματα

Ο Πίνακας 9-4 είναι μια προσπάθεια ομαδοποίησης των πολυάριθμων πράγματι συμπτωμάτων και σημείων της κατάθλιψης, που αναλύονται σύντομα παρακάτω.

Πίνακας 9-4. Συμπτώματα της κατάθλιψης

Συναίσθημα	Κινητοποίηση
Καταθλιπτική διάθεση	Απώλεια του ενδιαφέροντος
Ανηδονία	Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας
Άγχος	Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα	Σκέψη-Αντίληψη
Διαταραχή του ύπνου	Αισθήματα-σκέψεις
Διαταραχή της όρεξης	ενοχής ή και αναξιότητας
Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)	Χαμηλή αυτοεκτίμηση
Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)	Δυσκολία στη συγκέντρωση
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Ψύχωση (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.)
Ψυχοκινητική διέγερση	Σωματικά ενοχλήματα

Συναίσθημα

Καταθλιπτική διάθεση

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεση του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεση του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπο τους. Όπως, ήδη τονίσαμε, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αόρατη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.

Ανηδονία

Απώλεια της ευχαρίστησης (= ανηδονία) σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν εν χαριστές αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Η οικογένεια του μπορεί όμως να το έχει προσέξει. Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπυ, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες (βλ. παρακάτω στην Κινητοποίηση).

Άγχος

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα

Συχνή είναι η παρουσία συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα. Η αναγνώριση τους είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και για τη θεραπεία της κατάθλιψης.

Διαταραχή του ύπνου

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί

Διαταραχή της όρεξης

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους - ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή.

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα.

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άντρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει την κατατονία.

Ψυχοκινητική διέγερση

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς - ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα - παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.

Απώλεια τον ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κτλ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες.

Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάσταση του.

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.

Σκέψη-Αντίληψη

Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ό,τι του αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοση τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθεια τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

Ψύχωση

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντομο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες **σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση**). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να εμφανισθούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας. Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες **ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση**).

Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να εμφανισθούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας.

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση).

Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει τον λόγο κτλ.

Σωματικά ενοχλήματα

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.ά. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.ά. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλά, ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης -εκτός των πόνων κτλ. - οδηγείται στη διάγνωση της.

Ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών

Η ανασκόπηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης, που παραθέσαμε παραπάνω, κάνει σαφή την τεράστια ποικιλία συμπτωμάτων που τη χαρακτηρίζει. Αν αναλογισθούμε επιπλέον την ποικιλία των τύπων της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη και τη μορφή των εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό και την κλινική πορεία, το φάσμα γίνεται πραγματικά απεριόριστο. Έτσι, μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη μετά από σαφή τραυματικά γεγονότα, ενώ άλλοι φαίνονται να βυθίζονται σε κατάθλιψη χωρίς φανερή αιτία. Μερικοί ασθενείς έχουν οικογενειακό δέντρο φορτωμένο με καταθλιπτικούς συγγενείς, ενώ άλλοι έχουν οικογενειακό ιστορικό εντελώς ελεύθερο από ψυχική ασθένεια. "Άλλοι ασθενείς βιώνουν σαφώς περιγεγραμμένα επεισόδια κατάθλιψης, ενώ άλλοι παραπονούνται ότι ήταν καταθλιπτικοί σ' όλη τους τη ζωή.

Εξαιτίας αυτής της ποικιλομορφίας έχουν προταθεί μέχρι σήμερα πολλές ταξινομήσεις της κατάθλιψης, οι περισσότερες βασισμένες σε θεωρίες της αιτιολογίας της κατάθλιψης, που όμως δεν αποδείχθηκαν. Έτσι, υπάρχουν τα παλιότερα συστήματα, που αν και ουσιαστικά όχι ακριβή, εντούτοις χρησιμοποιούνται ακόμα από πολλούς κλινικούς και το νεότερο σύστημα που περιέχεται στο DSM-III DSM-III-R και στο DSM-IV, που είναι ακριβέστερο καθώς βασίζεται στα συμπτώματα και στην κλινική πορεία.

Παλιότερα συστήματα ταξινόμησης

Ενδογενής κατάθλιψη έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης

Ως ενδογενής κατάθλιψη ορίζεται το σύνδρομο που θεωρείται ότι προέρχεται από μέσα από τον άρρωστο, δηλαδή ότι είναι αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων και ότι έχει πορεία και εξέλιξη ανεξάρτητη από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Τα κύρια χαρακτηριστικά της εν-δογενούς κατάθλιψης είναι έντονες διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη, ενέργεια), απουσία περιβαλλοντικών

εκλυτικών παραγόντων (θάνατοι, προσωπικές απώλειες) και σταθερή προνοσηρή προσωπικότητα χωρίς υποχονδρίαση, αυτο λύπηση κτλ.

Η αντιδραστική κατάθλιψη, αντίθετα, αναφέρεται στο σύνδρομο εκείνο που εκλύεται από παράγοντες στο περιβάλλον του ασθενή (παρά από βιολογικούς παράγοντες). Χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αυτής είναι η αναγνώριση εμφανών εκλυτικών γεγονότων και στρες της ζωής, η απουσία σημαντικών φυτικών διαταραχών, η διακύμανση των συμπτωμάτων ανάλογα με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και η ασταθής, «νευρωτική» προνοσηρή προσωπικότητα.

Η αξία της διάκρισης της κατάθλιψης σε ενδογενή ή αντιδραστική βρίσκεται στο ότι τονίζει τη σημασία των φυτικών σημείων, δηλαδή της διαταραχής ύπνου, της απώλειας βάρους, της εξάντλησης και της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης ή διέγερσης και στην έμφαση της ευνοϊκής απάντησης των συμπτωμάτων αυτών στα αντικαταθλιπτικά και την ηλεκτρο-σπασμοθεραπεία. Το πρόβλημα, όμως, είναι ότι πολύ λίγοι ασθενείς μπορούν να ενταχθούν στη μία ή στην άλλη κατηγορία, γιατί οι περισσότεροι αν πιεσθούν μπορούν να αναφέρουν κάποια γεγονότα που μπορεί να θεωρηθούν εκλυτικά και πολλοί έχουν και εμφανή στρεσογόνα συμβάντα και φυτικά σημεία. Επιπλέον, τα φάρμακα ή το ηλεκτροσόκ μπορεί να βοηθήσουν και τις περιπτώσεις με αναγνωρίσιμα στρεσογόνα συμβάντα, τα οποία τελικά δεν αποτελούν αντένδειξη. Έτσι, ουσιαστικά, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς βρίσκονται σε κάποιο σημείο ενός συνεχούς του οποίου τα άκρα αποτελούν η ενδογενής και η αντιδραστική κατάθλιψη.

Ψυχωτική κατάθλιψη έναντι νευρωτικής κατάθλιψης

Ο όρος ψυχωτική κατάθλιψη χρησιμοποιείται αρκετά εξειδικευμένα για τη μορφή της κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε και παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση. Αδρά 20% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν ψυχωτικά συμπτώματα. Στην καθημερινή πράξη, όμως, ο όρος χρησιμοποιείται πολύ πιο πλατιά για κάθε κατάθλιψη που παρουσιάζει έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης των βασικών καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο - δηλαδή «βαριά» κατάθλιψη. Οι ψυχωτικές καταθλίψεις θεωρούνται ότι έχουν βιολογική βάση.

Στη νευρωτική κατάθλιψη, ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος και σε πιο ευρεία χρήση του όρου η καθημερινή λειτουργικότητα δεν παραβλάπτεται σε σημαντικό βαθμό. Ο όρος υποδηλώνει κοινωνικο-ψυχολογική προέλευση της κατάθλιψης παρά βιολογική αιτιολογία.

Και αυτή η ταξινόμηση-διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα. Η εφαρμογή του όρου «ψυχωτικός» στην κατάθλιψη είναι τελικά ασαφής, γιατί μπορεί ν' αναφέρεται είτε σε συγκεκριμένα ψυχωτικά συμπτώματα είτε στη βαρύτητα του συνδρόμου. Επίσης, αν λάβει κανείς υπόψη την ευρύτητα του φάσματος της βαρύτητας των καταθλιπτικών διαταραχών, είναι μάλλον αυθαίρετο το να αποφασίσει κανείς ότι ένα άτομο έχει κατάθλιψη ψυχωτικού επιπέδου και ένα άλλο άτομο νευρωτικού.

Παρόλα αυτά, η παρουσία ή απουσία συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι σημαντικό στοιχείο για την κλινική εκτίμηση κάθε καταθλιπτικού ασθενή (γι' αυτό και προσδιορίζονται στην ταξινόμηση κατά DSM-IV, βλ. παρακάτω). Εκτός από τη σημασία τους για τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή, η παρουσία ψυχωτικών

συμπτωμάτων θάπρεπε να προειδοποιήσει τον κλινικό για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και για σοβαρή αντιμετώπιση της απόφασης για νοσηλεία του ασθενή.

Διεγερμένη κατάθλιψη έναντι επιβραδυμένης κατάθλιψης

Η διεγερμένη κατάθλιψη είναι η μορφή της κατάθλιψης, της οποίας η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ψυχοκινητική διέγερση -υπερβολική, μη παραγωγική και με σκοπό την ανακούφιση της έντασης δραστηριότητα, όπως στριφογύρισμα των χεριών, τράβηγμα των μαλλιών, δάγκωμα των νυχιών, βηματισμό πάνω κάτω, αναστεναγμούς, βογκητά.

Διεγερμένες καταθλίψεις είναι πολύ πιο συχνές στα ηλικιωμένα άτομα (50-70 ετών) και συχνά περιλαμβάνουν ψυχωτικά συμπτώματα. Το ηλεκτροσόκ και τα αντιψυχωτικά σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στη θεραπεία τους.

Η επιβραδυμένη κατάθλιψη αναφέρεται στην κλινική εικόνα που περιλαμβάνει ψυχοκινητική επιβράδυνση - αργή, χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Η παρουσία ψυχοκινητικής επιβράδυνσης θεωρείται καλό προγνωστικό σημείο για την απάντηση σε τρι-κυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Και αυτή η διάκριση έχει περιορισμένη χρησιμότητα γιατί πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν μίγμα σημείων διέγερσης και επιβράδυνσης. Επίσης, πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν φυσιολογικό επίπεδο ψυχοκινητικότητας. οπότε δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμιά από τις δύο κατηγορίες.

Πρωτοπαθής κατάθλιψη έναντι δευτεροπαθούς κατάθλιψης

Ο όρος πρωτοπαθής κατάθλιψη αναφέρεται στην κατάθλιψη της οποίας δεν προηγείται και η οποία δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρική διαταραχή - ψύχωση, νεύρωση, αλκοολι-σμό κτλ. Δευτεροπαθής κατάθλιψη θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής.

Ταξινόμηση των Καταθλιπτικών Διαταραχών κατά DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονταν στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που τις περιγράφουμε αμέσως παρακάτω.

3.2 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Διάγνωση

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο) ή περισσότερα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα) Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου. Αν επισυμβεί κάποιο Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Διαταραχή (εκτός, βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της

Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Ουσίες, Με Μανιακά ή Με Μεικτά Στοιχεία ή της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Με Μανιακά ή Μεικτά Στοιχεία). Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα) παρουσιάζονται στον Πίνακα 9-5.

Πίνακας 9-5. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο

- A. Παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
- B. Το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.
- C. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. **Σημείωση:** Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομα-νιακό επεισόδια έχουν προκληθεί από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Προσδιορίστε (για το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο):

Προσδιοριστές Βαρύτητας/Ψύχωσης/Υφησης

Χρόνιο

Με Κατατονικά Στοιχεία

Με Μελαγχολικά Στοιχεία

Με Άτυπα Στοιχεία

Με Επιλόχεια Έναρξη

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα

- A. Παρουσία δύο ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων. **Σημείωση:** Για να θεωρηθούν ξεχωριστά τα επεισόδια θα πρέπει να υπάρχει ένα μεσοδιάστημα 2 τουλάχιστον συνεχών μηνών κατά τους οποίους δεν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
- B. Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.
- C. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο. Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. **Σημείωση:** Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομα-νιακό επεισόδια προκαλούνται από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Προσδιορίστε (για το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο):

Προσδιοριστές Βαρύτητας/Τύχωσης/Υφησης

Χρόνιο

Με Κατατονικά Στοιχεία

Με Μελαγχολικά Στοιχεία

Με Άτυπα Στοιχεία

Με Επιλόχεια Έναρξη

Προσδιορίστε:

Προσδιοριστές Μακρόχρονης Πορείας (Με και Χωρίς Ανάρρωση Ανάμεσα στα Επεισόδια) Με Εποχιακό Σχήμα

Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές

Άτομα που βρίσκονταν σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν, εκτός των συμπτωμάτων που αναφέρονταν στα διαγνωστικά του κριτήρια, και άλλα συμπτώματα (όπως ήδη αναφέραμε στα Συμπτώματα της κατάθλιψης), όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό νιάξιμο και στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (που μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού).

Διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες, Διαταραχή Πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Ψυχογενής Ανορεξία ή Βουλιμία, Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας και κυρίως Δυσθυμική Αναταραχή. Υπολογίζεται ότι οι: I (%) -25% των περιπτώσεων Μείζονος Καταθλιπτικής Αναταραχής προηγείται Δυσθυμική Διαταραχή και ότι κάθε χρόνο περίπου 10% των ατόμων με Δυσθυμική Διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Επίσης η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές κινητικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20%-25% των ατόμων με γενικές Ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. διαβήτη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αναπτύξουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή Κατά την πορεία της σωματικής τους αρρώστιας.

Εργαστηριακά, ουσιαστικά, δεν υπάρχουν ευρήματα που να είναι παθογνωμονικά για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (άσχετα αν έχουν Μείζονα Καταθλιπτική ή Διπολική I ή II Διαταραχή) έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνταν παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια ευρήματα είναι οι ανωμαλίες στο ΗΕΓ ύπνου που αναφέραμε προηγουμένως (βλέπε στην Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης, στις Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας), τα ευρήματα από τις μετρήσεις των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολιτών τους στο αίμα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή ούρα και από τη λειτουργία των υποδοχέων τους, τα ευρήματα από τη DST, από τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, από τα προκλητά δυναμικά κ.α.

Ορισμένα χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία

Αν και τα βασικά χαρακτηριστικά ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου είναι τα ίδια στα νήπια, στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικους, εντούτοις υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία.

Έτσι, σωματικά ενοχλήματα, ευερεθιστότητα και κοινωνική απόσυρση είναι πιο συχνά στα παιδιά, ενώ ψυχοκινητική επιβράδυνση, υπερυπνία και παραληρητικές ιδέες είναι λιγότερο συχνά στην προεφηβεία απ' ό,τι στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς και Αγχώδεις Διαταραχές. Σε εφήβους, τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς, με Αγχώδεις Διαταραχές, με Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και με Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής.

Έτσι, στα προεφηβικά χρόνια μπορεί να αναπτυχθεί άγχος αποχωρισμού και να κάνει το παιδί να προσκολληθεί, να αρνείται να πάει στο σχολείο και να φοβάται ότι οι γονείς του θα πεθάνουν. Σε εφήβους, μπορεί να εμφανισθεί αρνητική ή καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά. Τάσεις φυγής από το σπίτι, αισθήματα έλλειψης κατανόησης και επιδοκιμασίας, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα είναι συχνά, όπως και η απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, η απομόνωση και προβλήματα με το σχολείο. Η προσωπική εμφάνιση μπορεί να παραμεληθεί. Μπορεί να εμφανισθεί ιδιαίτερη ευαισθησία στην απόρριψη στις ετεροφυλικές σχέσεις. Μπορεί να αναπτυχθεί εξάρτηση σε ψυχοδραστικές ουσίες. Σε ηλικιωμένα άτομα, όπως ήδη αναφέρθηκε, η έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης και η «έκπτωση της μνήμης» η εικόνα δηλαδή της ψευδοάνοιας είναι συχνή και χρειάζεται διαφοροδιάγνωση από την Άνοια. Επιδημιολογία

Κίνδυνος νοσηρότητας, Επιπολασμός και Φύλο. Ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός (σημείου) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%/ο-3% για τους άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία

Ηλικία έναρξης. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί ν' αρχίσει σ' οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα 65.

Οικογενειακό ιστορικό. Όπως ήδη αναφέραμε, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 1,5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για Εξάρτηση από Αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας στα παιδιά, των ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή.

Κλινική πορεία

Τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί, όμως, ν' αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα, ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού.

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (τα δύο τρίτα περίπου των περιπτώσεων) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Οποσδήποτε, όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση. Πριν την εμφάνιση των σωματικών θεραπειών τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούσαν έξι ως οκτώ μήνες. Με τη βοήθεια των θεραπειών αυτών τα επεισόδια διαρκούν τώρα μόνον εβδομάδες.

Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια υποχωρούν μερικά (προσδιορισμός: Με Μερική Ύφεση) ή καθόλου. Τα άτομα που έχουν μερική μόνον ύφεση κινδυνεύουν περισσότερο να έχουν και άλλα επεισόδια και επίσης να συνεχίσουν το σχήμα της μερικής ανάρρωσης μεταξύ των επεισοδίων. Έτσι, ο προσδιορισμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Μεταξύ των Επεισοδίων έχει προγνωστική σημασία.

Μελέτες έχουν δείξει ότι 1 χρόνο μετά τη διάγνωση ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου 40% των ατόμων εξακολουθούν να πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (αν τα άτομα αυτά συνεχίσουν να τα πληρούν για 2 χρόνια (το 5% ως 10%), τότε η διαταραχή προσδιορίζεται ως Χρονιά), περίπου 20% βρίσκονται σε Μερική Ύφεση και 40% δεν έχουν πια καθόλου συμπτώματα. Όσο πιο βαρύ το αρχικό Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο τόσο είναι πιο επίμονο. Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις επίσης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για περισσότερα επίμονα επεισόδια. Άτομα με προϋπάρχουσα Δυσθυμική Διαταραχή πριν από το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο είναι πιο πιθανό να έχουν κι άλλα επεισόδια, να έχουν φτωχότερη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια και μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετη θεραπεία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου και πιο μακρόχρονη θεραπεία για να πετύχουν και να διατηρήσουν φυσιολογική διάθεση.

Όπως αναφέραμε παραπάνω, Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια μπορεί να συμβούν μετά από ψυχοκοινωνικά στρες, όπως θάνατοι, χωρισμοί, διαζύγια. Ο τοκετός επίσης, μπορεί να προκαλέσει Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (προσδιορισμός: Με Επιλόχεια Έναρξη). Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις και Εξάρτηση από Ουσίες, ιδιαίτερα από Αλκοόλ ή Κοκαΐνη, μπορεί να συμβάλουν στην πρόκληση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Σ' ένα σημαντικό αριθμό γυναικών τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου χειροτερεύουν μερικές μέρες πριν την εμμηνορροσία.

Η πορεία τώρα της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, Υποτροπιάζουσας ποικίλλει. Ορισμένα άτομα έχουν μεμονωμένα επεισόδια κι ανάμεσα τους πολλά χρόνια χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα, άλλοι έχουν αλλεπάλληλα επεισόδια και άλλοι συνεχώς και περισσότερα επεισόδια καθώς προχωρά η ηλικία τους. Ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων προλέγει την πιθανότητα για επόμενο επεισόδιο. Περίπου το 50% ως 60% των ατόμων καταθλιπτικά επεισόδια υποτροπιάζουν). Η πιθανότητα για ανάπτυξη Διπολικής Διαταραχής σε ένα νέο άτομο με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή φαίνεται ν' αυξάνει όσο πιο οξεία είναι η έναρξη της κατάθλιψης, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και έλλειψη προεφηβικής ψυχοπαθολογίας, καθώς επίσης και εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό Διπολικής Διαταραχής. με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναμένεται να έχουν ένα δεύτερο επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό γίνεται 70% (να έχουν τρίτο) αν έχουν δεύτερο και 90% (να έχουν τέταρτο) αν έχουν τρίτο. Περίπου 5% ως 10% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναπτύσσουν αργότερα Μανιακό Επεισόδιο, δηλ. Διπολική Ι Διαταραχή (και το ποσοστό ανεβαίνει στο 10%-15%, αν τα καταθλιπτικά επεισόδια υποτροπιάζουν). Η πιθανότητα για ανάπτυξη Διπολικής Διαταραχής σε ένα νέο άτομο με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή φαίνεται ν' αυξάνει όσο πιο οξεία είναι η έναρξη της κατάθλιψης, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και έλλειψη προεφηβικής ψυχοπαθολογίας, καθώς επίσης και εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό Διπολικής Διαταραχής.

3.3 Επιπλοκές

Άτομα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, ιδιαίτερα Υποτροπιάζουσα, μπορεί να παρουσιάζουν ελαττωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα, φτωχή συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, φτωχή απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές συναναστροφές. Η απάθεια και οι σεξουαλικές δυσκολίες (π.χ. ανοργασμία στις γυναίκες, διαταραχή της στύσης στους άντρες) οδηγούν σε ένταση στη συζυγική ζωή. Σαν αποτέλεσμα των παραπάνω μπορεί να υπάρξουν συζυγικά προβλήματα (π.χ. διαζύγιο), εργασιακά προβλήματα (π.χ. απώλεια της δουλειάς), σχολικά προβλήματα (π.χ. σκασιαρχείο, αποτυχίες στα μαθήματα), κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών ή αυξημένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να υπάρξει μια αύξηση της συχνότητας πρόωρου θανάτου από γενικές ιατρικές καταστάσεις.

Η πιο σοβαρή, όμως, επιπλοκή είναι η αυτοκτονία. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, με οικογενειακό ιστορικό πετυχημένων αυτοκτονιών, με ταυτόχρονη χρήση ουσιών, που ζουν μόνο τους ή είναι διαζευγμένα ή χωρισμένα και που έχουν προετοιμάσει ένα (λεπτομερειακό) σχέδιο αυτοκτονίας.

Η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή έχει υψηλή θνησιμότητα. Μέχρι και 15% των ατόμων με σοβαρή Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεγαλώνει με την ηλικία και φθάνει στο τετραπλάσιο σε άτομα πάνω από 55 ετών. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με διαταραχές της διάθεσης γενικά είναι 30 φορές μεγαλύτερος απ' ότι στον γενικό πληθυσμό.

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής θα γίνει κυρίως από τις παρακάτω διαταραχές και καταστάσεις:

Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση. Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής θα δ.δ από αυτήν τη διαταραχή με βάση το ότι σ' αυτήν η διαταραχή της διάθεσης κρίνεται ότι είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας συγκεκριμένης γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. πολλαπλή σκλήρυνση, εγκεφαλικό επεισόδιο, υποθυρεοειδισμός). Για την απόφαση αυτή απαραίτητο είναι το προσεκτικό ιστορικό, οι εργαστηριακές εξετάσεις και η φυσική εξέταση (βλ. για λεπτομέρειες παρακάτω στη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση). Καλό, λοιπόν, είναι η κλινική διερεύνηση του καταθλιπτικού ασθενή να περιλαμβάνει ορισμένες εξετάσεις ρουτίνας, που παρουσιάζονται στον Πίνακα 9-6, καθώς και επιπρόσθετες εξετάσεις αν το ιστορικό ή η κλινική εικόνα του ασθενή προτείνουν κάποια συγκεκριμένη γενική ιατρική κατάσταση.

Πίνακας 9-6. Η ιατρική εξέταση του καταθλιπτικού ασθενή

Έλεγχος ρουτίνας

Ιατρικό ιστορικό -συμπεριλαμβανόμενης της χρήσης φαρμάκων -ουσιών

Φυσική εξέταση

Γενική αίματος

Διοχημικές εξετάσεις αίματος

Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς

Ανάλυση ούρων

Επιπρόσθετος έλεγχος

Νευρολογική εξέταση

Ακτινογραφία θώρακος

Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Αξονική τομογραφία (ή/και μαγνητική τομογραφία, 5PE(ΓΤ κ.ά.)

Νευροψυχολογικές δοκιμασίες

Αν, τώρα, κρίνεται ότι υπάρχει και Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και κάποια γενική ιατρική κατάσταση, αλλά ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης, τότε η πρωτοπαθής διαταραχή της διάθεσης δηλ. η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή αναγράφεται στον Άξονα I και η γενική ιατρική κατάσταση (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου) στον Άξονα III. Μπαίνουν δηλαδή και οι δύο διαγνώσεις. Η περίπτωση αυτή παρουσιάζεται όταν π.χ. το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο θεωρείται ότι είναι η ψυχολογική συνέπεια της γενικής ιατρικής κατάστασης ή όταν δεν υπάρχει αιτιο-λογική σχέση ανάμεσα στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο και τη γενική ιατρική κατάσταση

Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Η διαταραχή αυτή διακρίνεται από Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής από το γεγονός ότι κάποια ουσία (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο, τοξίνη) θεωρείται ότι σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή της διάθεσης. Η απόφαση αυτή θα βασισθεί στο ιστορικό, στη φυσική εξέταση και στα εργαστηριακά ευρήματα Έτσι, π.χ. καταθλιπτική διάθεση που συμβαίνει μόνο κατά το στερητικό σύνδρομο από κοκαΐνη θα διαγνωσθεί ως Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Κοκαΐνη, Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου

Άνοια. Σε ηλικιωμένα άτομα, πολλές φορές, είναι δύσκολη η δ.δ του κατά πόσο τα γνωστικά συμπτώματα - δυσκολία στη συγκέντρωση, παράπονα για απώλεια της μνήμης, απάθεια, αποπροσανατολισμός κτλ. οφείλονται σε Άνοια ή σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (αν πρόκειται δηλ. για ψευδοάνοια). Η γενική ιατρική εκτίμηση, ο προσδιορισμός του χρόνου έναρξης της διαταραχής, η χρονική ακολουθία των καταθλιπτικών και των γνωστικών συμπτωμάτων (κατά πόσο δηλαδή προηγήθηκε η γνωστική έκπτωση της κατάθλιψης ή το αντίστροφο" στην πρώτη περίπτωση, υπάρχει προοδευτική έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας και μετά κατάθλιψη, στη δεύτερη, φυσιολογική γνωστική λειτουργία και μετά απότομη γνωστική έκπτωση σε συνδυασμό με την κατάθλιψη), η πορεία της νόσου και ιδιαίτερα η απάντηση ή όχι σε αντικαταθλιπτική αγωγή (που είναι καλό να δοθεί, ακόμη κι αν δεν είμαστε σίγουροι αν είναι πιο πιθανή ως

διάγνωση η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή), νευροαπεικονιστικές εξετάσεις (π.χ. SPECT) και νευροψυχολογικές δοκιμασίες, μπορεί να βοηθήσουν στη διάκριση αυτή. Σημειώνουμε, βέβαια, ότι υπάρχει και Άνοια Τύπου Alzheimer ή Αγγειακή Άνοια, Με Καταθλιπτική Διάθεση (όπου καταθλιπτικά συμπτώματα, ακόμα και πλήρες Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικάθονται σε Άνοια) και είναι δυνατό να έχουμε και συνύπαρξη διάγνωσης Άνοιας και Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, αν οι αιτιολογίες τους είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη.

Μανιακά Επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση ή Μεικτά Επεισόδια. Αυτά θα δ.δ από Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια με προεξάρχουσα ευερέθιστη διάθεση με την προσεκτική εκτίμηση της παρουσίας μανιακών συμπτωμάτων. Αν, βέβαια, τα κριτήρια πληρούνται και για Μανιακό Επεισόδιο και για Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο (εκτός από τη διάρκεια των 2 εβδομάδων) σχεδόν κάθε μέρα, για περίοδο τουλάχιστον 1 εβδομάδας, τότε αυτό το επεισόδιο είναι ένα Μεικτό Επεισόδιο. Έτσι, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή θα δ.δ από τη Διπολική I Διαταραχή με βάση την ύπαρξη ή όχι στο ιστορικό Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου. Από τη Διπολική II Διαταραχή, πάλι, από την ύπαρξη ή όχι στο ιστορικό Υπομανιακού Επεισοδίου

Δυσθυμική Διαταραχή. Η δ.δ αυτή θα γίνει με βάση τη βαρύτητα, τη χρονιότητα και την επιμονή της διαταραχής και είναι οπωσδήποτε δύσκολη καθώς τα συμπτώματα στις δύο διαταραχές είναι παρόμοια και δεν μπορούν ν' αξιολογηθούν με ακρίβεια αναδρομικά. Πέρα, λοιπόν, από το ότι η καταθλιπτική διάθεση στο Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής πρέπει να είναι παρούσα για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 εβδομάδων, ενώ στη Δυσθυμική Διαταραχή για τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια, συνήθως στο ιστορικό η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα διακριτά Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που ξεχωρίζουν από τη «συνηθισμένη» λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ η Δυσθυμική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από χρόνια, λιγότερο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι παρόντα για πολλά χρόνια.

Αν, τώρα, βέβαια, η αρχική έναρξη των χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι αρκετά σοβαρή ώστε να πληροί τα κριτήρια για Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο, η διάγνωση θα είναι Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Χρονιά (αν πληρούνται ακόμα τα κριτήρια για 2 τουλάχιστον χρόνια) ή Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σε Μερική Ύφεση (αν δεν πληρούνται πια τα κριτήρια). Η διάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να μπει μετά τη διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής μόνον αν: α) η Δυσθυμική Διαταραχή είχε εγκατασταθεί πριν από το πρώτο Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο (δηλ. δεν υπήρξαν Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων των δυσθυμικών συμπτωμάτων) ή β) υπήρξε πλήρης ύφεση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (δηλ. που να διαρκεί 2 τουλάχιστον μήνες) πριν την έναρξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Η περίπτωση α) είναι αυτή που λέγεται και «διπλή κατάθλιψη». Αν, τώρα, υπήρξε πλήρης ύφεση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου που επικάθισε στη Δυσθυμική Διαταραχή (της περίπτωσης α) η διάγνωση είναι (όπως και στην

περίπτωση β) μόνον Δυσθυμική Διαταραχή (και μπορεί να σημειωθεί στο ιστορικό και Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Προηγούμενο Ιστορικό).

Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Αυτή θα δ.δ από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Ψυχωτικά Στοιχεία από το ότι στη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 2 εβδομάδες παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων με απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης.

Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή, Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Τις περισσότερες φορές τα καταθλιπτικά συμπτώματα που παρατηρούνται στις διαταραχές αυτές θεωρούνται ότι είναι συνοδά τους συμπτώματα και δεν χρειάζονται ξεχωριστή διάγνωση. Αν, όμως, τα καταθλιπτικά συμπτώματα πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (ή έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία) τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (βλέπε και τη διαφοροδιάγνωση των παραπάνω ψυχωτικών διαταραχών για επιπρόσθετες λεπτομέρειες στο κεφάλαιο 8). Όσον αφορά τη δ.δ της Σχιζοφρένειας, Κατατονικού Τύπου από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Κατατονικά Στοιχεία, που είναι οπωσδήποτε δύσκολη, μπορεί να βοηθήσουν το προηγούμενο ιστορικό και το οικογενειακό ιστορικό.

Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας. Καθώς η διαταραχή της προσοχής και η χαμηλή ανοχή στη στέρηση συμβαίνουν και σ' αυτήν τη διαταραχή και στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να μπου και οι δύο διαγνώσεις, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές. Χρειάζεται πάντως προσοχή να μη διαγνωσθεί εύκολα και Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή σε παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, στα οποία η διαταραχή της διάθεσης χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα μάλλον παρά από θλίψη ή απώλεια του ενδιαφέροντος

Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση. Η διαταραχή αυτή θα δ.δ από ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ψυχοκοινωνικό στρες από το ότι δεν συμπληρώνονται σ' αυτήν τα πλήρη κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Πένθος. Ακόμη κι αν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, δεν θα μπει η διάγνωση του, εφόσον τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου, εκτός αν επιμένουν περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη απώλεια της λειτουργικότητας, νοσηρή ενασχόληση με αναξιοότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση. Περίοδοι θλίψης. Είναι γνωστό ότι καταθλιπτικά συναισθήματα νιώθουν όλοι οι άνθρωποι. Μόνον, όταν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, όσον αφορά τη βαρύτητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, καθώς και την κλινικά σημαντική ενόχληση ή λειτουργική έκπτωση που προκαλούν, θα μπει η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.

Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Η διάγνωση αυτή θα μπει όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση μαζί με κλινικά σημαντική έκπτωση, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια της διάρκειας ή της βαρύτητας του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής παρουσιάζονται στον Πίνακα 9-7.

Πίνακας 9-7. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής

- A. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με παρατήρηση άλλων, τουλάχιστον για 2 χρόνια. Σημείωση: Σε παιδιά και εφήβους η διάθεση μπορεί να είναι κυκλώδης και η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον για 1 χρόνο.
- B. Παρουσία, όταν το άτομο είναι σε κατάθλιψη, δύο (ή περισσότερων) από τα παρακάτω:
- (1) ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία
 - (2) αϋπνία ή υπνηλία
 - (3) ελαττωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση
 - (4) χαμηλή αυτοεκτίμηση
 - (5) ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων
 - (6) αισθήματα έλλειψης ελπίδας
- C. Κατά τη διάρκεια της περιόδου των 2 χρόνων (1 χρόνου για παιδιά ή εφήβους) της διαταραχής, ποτέ το άτομο δεν ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων των κριτηρίων A και B για διάστημα περισσότερο από 2 μήνες κάθε φορά.
- D. Κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της διαταραχής (1 χρόνου για παιδιά και εφήβους) δεν ήταν παρόν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο·δηλαδή η διαταραχή δεν ελήφθη καλύτερα ως χρόνια Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή ή Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, σε Μερική Ύφεση.
- Σημείωση:** Μπορεί να υπήρξε ένα προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αρκεί να ήταν σε πλήρη ύφεση (όχι σημαντικά σημεία ή συμπτώματα για 2 μήνες) πριν την έναρξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Επιπρόσθετα, μετά τα αρχικά 2 χρόνια (1 χρόνο για παιδιά ή εφήβους) της Δυσθυμικής Διαταραχής, μπορεί να επικαθίσουν επιπρόσθετα Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, περιπτώσεις στην οποία μπορούν να μπουν και οι δύο διαγνώσεις, όταν πληρούνται τα κριτήρια για ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
- E. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο και δεν έχουν ποτέ (συμ)πληρωθεί τα κριτήρια για Κυκλοθυμική Διαταραχή.
- F. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας μιας χρόνιας Ψυχωτικής Διαταραχής όπως η Σχιζοφρένεια ή η Παραληρητική Διαταραχή.
- G. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα όμοια φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π. χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π. χ. υποθυρεοειδισμός).
- H. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σ' άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
- Προσδιορίζεται αν:**
- Πρώτης Έναρξης:** αν η έναρξη είναι πριν από την ηλικία των 21
- Όψιμης Έναρξης:** αν η έναρξη είναι στην ηλικία των 21 χρόνων και μετά

Όπως φαίνεται και στη σημείωση του κριτηρίου Δ, διαγνωστικά, ύστερα από τα αρχικά 2 χρόνια της Δυσθυμικής Διαταραχής μπορεί να επικαθίσουν Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Στην περίπτωση αυτή δίνεται διπλή διάγνωση («διπλή

κατάθλιψη») δηλ. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή. Αν το άτομο ξαναγυρίσει στη δυσθυμική του κατάσταση (δηλ. δεν υπάρχουν πια κριτήρια για Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αλλά επιμένουν τα δυσθυμικά συμπτώματα), τότε μπαίνει η διάγνωση μόνο της Δυσθυμικής Διαταραχής [βλ. σχετικά και Προσδιοριστές Πορείας, καθώς και Διαφορική διάγνωση (από Δυσθυμική Διαταραχή) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής].

Σημειώνουμε, επίσης, ότι όπως φαίνεται στο κριτήριο Z, η διάγνωση Δυσθυμική Διαταραχή δεν μπαίνει, αν τα δυσθυμικά συμπτώματα οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας ουσίας, όπως π.χ. αλκοόλ ή αντιυπερτασικά φάρμακα ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως π.χ. υποθυρεοειδισμός, νόσος του Alzheimer, πολλαπλή σκλήρυνση κ.ά.

Όσον αφορά, τώρα, τον Προσδιοριστή Με Άτυπα Στοιχεία, βλέπε στον Πίνακα 9-2 για τα κριτήρια του, καθώς και στον αντίστοιχο προσδιοριστή της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής για επιπλέον λεπτομέρειες.

Άτομα με έναρξη της διαταραχής πριν τα 21 είναι πιο πιθανό ν' αναπτύξουν αργότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές

Τα συμπτώματα της Δυσθυμικής Διαταραχής τα συνοδεύουν αισθήματα ανεπάρκειας, γενικευμένη απώλεια των ενδιαφερόντων ή της ευχαρίστησης, κοινωνική απόσυρση, αισθήματα ενοχής ή νοσηρή ενασχόληση με το παρελθόν, ευερεθιστότητα ή θυμός και ελαττωμένη δραστηριότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Φυτικά συμπτώματα μπορεί να υπάρχουν, αλλά είναι λιγότερο συχνά από ότι σε άτομα με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

Στους ενήλικους, η Δυσθυμική Διαταραχή μπορεί να συνδυάζεται με Μετايχμιακή. Δραματική, Ναρκισσιστική, Αποφευκτική ή Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας και με Εξάρτηση από Ουσίες, ενώ στα παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, Διαταραχή της Διαγωγής, Αγχώδεις Διαταραχές και Διανοητική Καθυστέρηση.

Εργαστηριακά, σε μερικά άτομα και ιδιαίτερα σ' αυτά με θετικό οικογενειακό ιστορικό για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μπορεί να βρεθούν στο ΗΕΓ ύπνου ορισμένα από τα στοιχεία που ανευρίσκονται στα άτομα με Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (τα άτομα αυτά, επίσης, απαντούν καλύτερα στην αντικαταθλιπτική αγωγή). Για τα ευρήματα αυτά, βλέπε σχετικά στην Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης, στις Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας.

Επιδημιολογικά στοιχεία και Χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία

Ο επιπολασμός ζωής της Δυσθυμικής Διαταραχής (με ή όχι επικαθήμενη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή) είναι περίπου 6%. Ο επιπολασμός (σημείου) είναι περίπου 3%. Στα παιδιά, η Δυσθυμική Διαταραχή απαντάται εξίσου και στα δύο φύλα και είναι

υπεύθυνη για έκπτωση στη σχολική απόδοση και στις κοινωνικές συναναστροφές. Παιδιά και έφηβοι με Δυσθυμική Διαταραχή είναι συνήθως ευερέθιστοι και ταυτόχρονα καταθλιπτικοί, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία και έκπτωση στις κοινωνικές δεξιότητες. Στους ενήλικους, οι γυναίκες είναι δύο με τρεις φορές πιθανότερο ν' αναπτύξουν Δυσθυμική Διαταραχή απ' ότι οι άντρες.

Η Δυσθυμική Διαταραχή είναι πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό

Κλινική πορεία

Η Δυσθυμική Διαταραχή συχνά αρχίζει νωρίς και ύπουλα, δηλ. στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η πορεία της είναι χρόνια και συχνά σ' αυτήν επικάθεται Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, που είναι και η αιτία που συνήθως ο ασθενής θα ζητήσει θεραπεία. Εάν η Δυσθυμική Διαταραχή προηγείται της έναρξης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα να συμβεί πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια και μεγαλύτερη πιθανότητα για πιο συχνά επεισόδια.

Διαφορική διάγνωση

Η βασική διαφοροδιάγνωση της Δυσθυμικής Διαταραχής θα γίνει από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή με το σκεπτικό που ήδη παραθέσαμε στη δ.δ της διαταραχής αυτής (βλέπε σχετικά). Όσον αφορά τις Χρόνιες Ψυχωτικές Διαταραχές (π.χ. Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή), που μπορεί να συνοδεύονται από καταθλιπτικά συμπτώματα, δεν δίνεται ξεχωριστή διάγνωση Δυσθυμικής Διαταραχής, εφόσον τα συμπτώματα της κατάθλιψης υπάρχουν μόνον κατά την πορεία της ψυχωτικής διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων και των υπολειμματικών φάσεων). Για τη συμπλήρωση της δ.δ βλέπε και διαφοροδιάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής από τις διαταραχές αυτές. Η Δυσθυμική Διαταραχή θα δ.δ από τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και από τη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες από την ανεύρεση κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή κάποιας ουσίας που με φυσιολογικό μηχανισμό προκαλούν την κατάθλιψη. Αν, βέβαια, υπάρχει μόνο ψυχολογική σχέση ή καθόλου σχέση της Δυσθυμικής Διαταραχής με κάποια χρόνια γενική ιατρική κατάσταση, τότε μπαίνει η διάγνωση Δυσθυμική Διαταραχή στον Άξονα I και η διάγνωση της γενικής ιατρικής κατάστασης στον Άξονα III. Συχνά, συνυπάρχει, όπως ήδη αναφέραμε, και κάποια Διαταραχή της Προσωπικότητας τότε μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση (βλέπε σχετικά) ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μεικτή Με Άγχος και Καταθλιπτική Διάθεση (βλέπε σχετικά). Μερικές φορές καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται σαν μέρος της Αγχώδους Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς (βλέπε σχετικά).

Παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς είναι τα παρακάτω:

Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή: κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου, στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, συστηματικά υπήρξαν συμπτώματα (π.χ. έντονη καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος, έντονη

συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ελαττωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ωχρινικής φάσης (και υποχώρησαν μέσα σε λίγες μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας). Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να παρεμποδίζουν έντονα την εργασία, το σχολείο ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες και να είναι παντελώς απόντα για 1 τουλάχιστον εβδομάδα μετά την εμμηνορρυσία.

Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή: επεισόδια τουλάχιστον 2 εβδομάδων με καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά με λιγότερα από πέντε από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (δηλ. Μείζονος Κα-ταθλιπτικού Επεισοδίου).

Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από 2 μέρες μέχρι 2 εβδομάδες, που συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά τον μήνα για 12 μήνες (που δεν συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο).

Μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας: ένα Μείζον Κατάθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας.

Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας.

Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει καταλήξει στο ότι κάποια καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες.

3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κατ' αρχήν, θα πρέπει να πούμε ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή.

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και σωματικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι και πάλι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών και/ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Παρακάτω θ' αναφερθούμε στις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην κατάθλιψη. (Για λεπτομέρειες τόσο των σωματικών θεραπειών, όσο και των ψυχολογικών βλ. κεφ. 25 και 26).

Θεραπεία επειγουσών καταστάσεων

Το πρώτο μέλημα του κλινικού είναι οι επείγουσες καταστάσεις. Η αυτοκτονία αποτελεί οπωσδήποτε τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε άτομο που παρουσιάζει κατάθλιψη. Άλλωστε, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αποτελούν την κατ' εξοχήν ομάδα πληθυσμού που αυτοκτονεί. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες και έμμεσες π.χ. κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, επικίνδυνο οδήγημα κτλ. Στην κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος ανθρωποκτονίας που δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής. Ο κίνδυνος αυτός συνδέεται κυρίως με ψυχωτική κατάθλιψη - με παραληρητικές ιδέες όπως π.χ. «τα παιδιά θα είναι καλύτερα αν πεθάνουν».

Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη όπως και άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία με τη συνεπακόλουθη απίσχναση και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία. Γενικότερα οι ενδείξεις νοσηλείας ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας

Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας

Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης

Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση)

Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία

Σωματικές θεραπείες

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών - κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.

- **Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα** χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ). Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Μελέτες με τα τρικυκλικά φάρμακα έχουν δείξει ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη βελτιώνονται ύστερα από θεραπεία με αυτά. Ορισμένα

χαρακτηριστικά θεωρούνται ότι προλέγουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (και ταυτόχρονα αποτελούν και ενδείξεις για τη χορήγηση τους). Τέτοια είναι: η παρουσία φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, απώλεια βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ύπαρξη μελαγχολικών στοιχείων (προσδιοριστής Με Μελαγχολικά Στοιχεία), ιστορικό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων (ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα), σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας από την κατάθλιψη, σχετικά οξεία έναρξη των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης κ.ά.

- Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα **οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ)** έχουν δειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη.
- Όσον αφορά τους **αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)**, είναι κατά κάποιο τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ (που δεν ισχύει όμως για τους νεότερους αναστρέψιμους αναστολείς της ΜΑΟ - βλ. σχετικά στο κεφ. 25). Είναι χρήσιμα φάρμακα, όμως, για τις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη έχει άτυπα συμπτώματα (προσδιοριστής Με Άτυπα Στοιχεία - βλέπε σχετικά), δεν απαντά στα τρικυκλικά ή στους ΕΑΕΣ ή υπάρχουν αντενδείξεις στη χρησιμοποίηση των τρικυκλικών.
- **Το ηλεκτροσόκ** κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη).
- Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες (για λεπτομέρειες βλ. κεφ. 25). Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.
- Αν και οι λεπτομέρειες για τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή ηλεκτροσόκ περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο 25, σημειώνουμε ότι γενικά αρχίζουμε τη θεραπεία με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή κάποιον ΕΑΕΣ και αν δεν υπάρξει απάντηση μέσα σε 6-8 εβδομάδες χρησιμοποιούμε κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ (με διαφορετικό χημικό προφίλ όσον αφορά την επίδραση του στη νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη αλλά και στην ακετυλχολίνη), έναν αναστολέα της ΜΑΟ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). Όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού πρώτης γραμμής (ποιου από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ) παρά τα όσα έχουν προταθεί, η αλήθεια παραμένει ότι ακόμη η επιλογή αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό εμπειρική.
- **Το λίθιο** χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής Διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία

συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

- **Μείζονα ηρεμιστικά** (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) θα χρησιμοποιηθούν στην κατάθλιψη όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση ή υπερβολικό άγχος (ψυχωτική ή διεγερμένη κατάθλιψη) σε συνδυασμό φυσικά με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ, που φαίνεται μόνα τους συνήθως να μη φθάνουν στις περιπτώσεις αυτές.
- Όσον αφορά τα **καταπραϋντικά ή υπνωτικά και τα ελάχιστα ηρεμιστικά** (βεν-ζοδιαζεπίνες κτλ.) μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για ν' ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία - συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Πρέπει, όμως, να σημειώσουμε ότι αφενός τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα οποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη). Επομένως, αν λάβουμε υπόψη και τον κίνδυνο εθισμού, ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατό, τα υπνωτικά και τα ελάχιστα ηρεμιστικά.
- **Ψυχοθεραπείες**
- Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις **ψυχοδυναμικές αρχές - ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία** - είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθείται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής εναισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή-ασθενή.
- Τα παραπάνω, όμως, αφορούν τη μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η οποία και ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του (και εφόσον βέβαια ο ασθενής είναι κινητοποιημένος).
- Πολλές φορές, στην κατάθλιψη, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (6 ως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική (και ν' ακολουθηθεί ή όχι αργότερα από μακράς διάρκειας). Η βραχείας διάρκειας αυτή θεραπεία μπορεί να είναι **υποστηρικτική** με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές να είναι δηλαδή **βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία**.
- Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η **διαπροσωπική θεραπεία**, που είναι επί-σης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (12-16 συνεδρίες). Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως

πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη.

- Η **ομαδική ψυχοθεραπεία** είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση.
- Η **γνωστική θεραπεία** είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ήδη, αναφερθήκαμε στο θεωρητικό της υπόβαθρο. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη.

Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων

Καμία θεραπεία - σωματική ή ψυχοθεραπεία - δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα για την κατάθλιψη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, αυτό που χρειάζεται είναι συνδυασμός θεραπειών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, αφού άλλωστε οι εργασίες μας δείχνουν ότι ο συνδυασμός θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε θεραπεία μόνη. Άλλωστε οι στόχοι των θεραπειών είναι διαφορετικοί. Οι σωματικές θεραπείες στοχεύουν περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ύπνος, όρεξη, libido κτλ., ενώ οι ψυχοθεραπείες στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας-ατόμου.

Σήμερα, έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, όπως και ενδείξεις για τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας και για τους συνδυασμούς όλων των παραπάνω. Η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, είναι συνθετική-επιλεκτική, δηλ. ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας (βλ. και Ν. Μάνου - Σύνθεση και Επιλογή στην Ψυχιατρική θεραπευτική - Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, University Studio Press, 1993, για τη θεραπεία των διαφόρων ψυχικών διαταραχών).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Υπνηλία και αίσθημα κόπωσης στην κατάθλιψη θεραπευτική αντιμετώπιση με μοδαφινίλη

Η κατάθλιψη είναι συχνή διαταραχή, οι συνηθέστερες μορφές της οποίας είναι το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και η δυσθυμία. Και στις δύο αυτές κλινικές οντότητες παρατηρείται σημαντική επιβάρυνση του ασθενούς, της οικογένειας του και του κοινωνικού συνόλου. Η κατάθλιψη συνήθως συνοδεύεται από αϋπνία, όταν όμως εκδηλώνεται ως «άτυπη κατάθλιψη», συνοδεύεται από ημερήσια υπνηλία, υπερυπνία και αίσθημα εύκολης κόπωσης. Τα συμπτώματα αυτά, εκτός από το ότι συνοδεύουν την άτυπη κατάθλιψη, μπορεί επίσης να παρουσιάζονται και σε ασθενείς με τυπική κατάθλιψη, είτε ως ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής είτε ως υπολειμματικά συμπτώματα τα οποία παραμένουν μετά από τη θεραπεία, ιδίως μεταξύ των ασθενών που είναι ανθεκτικοί στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Έτσι, συνολικά, η υπερυπνία, η υπνηλία και το αίσθημα κόπωσης αποτελούν αρκετά συχνά προβλήματα των καταθλιπτικών ασθενών και η κατάλληλη αντιμετώπιση τους αποσκοπεί στη βελτίωση της αποκατάστασης της λειτουργικότητας των πασχόντων, στη δυνατότητα συμμόρφωσης τους προς τη συσχετιζόμενη αντικαταθλιπτική αγωγή, καθώς και στη μείωση της ευπάθειας τους σε μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια. Η θεραπεία των συμπτωμάτων αυτών και η γενικότερη αντιμετώπιση της ανθεκτικής κατάθλιψης περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές ενίσχυσης της αντικαταθλιπτικής αγωγής με συνδυασμό αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ή με προσθήκη στην αγωγή άλλων ουσιών, όπως το λίθιο, η θυροξίνη και η βουσπιρόνη. Πρόσφατα, έχει προταθεί να δοκιμάζονται και ουσίες με ντοπαμινεργική/νοραδρενεργική δραστηριότητα, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνεται η μοδαφινίλη, διεγερτική ουσία του κεντρικού νευρικού συστήματος, που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της ναρκοληψίας και άλλων διαταραχών με υπερυπνία και αίσθημα καταβολής και που η χρήση της δεν συνδέεται με σημαντική ανάπτυξη ανοχής και εξάρτησης, όπως η χρήση των αμφεταμινών. Τα αποτελέσματα ανοικτών μελετών και αναφορών περιστατικών, καθώς και μιας διπλής τυφλής μελέτης που περιέλαβε 136 ασθενείς με ανθεκτική κατάθλιψη, δείχνουν ότι η προσθήκη μοδαφινίλης ως ενισχυτικού της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της υπνηλίας και του αισθήματος κόπωσης των πασχόντων.

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι πολύ συχνή διαταραχή, αφού υπολογίζεται ότι περίπου μία στις 5 γυναίκες και ένας στους 10 άνδρες θα νοσήσουν από αυτή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η σοβαρότερη και συχνότερη μορφή της κατάθλιψης είναι το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, κατά το οποίο παρουσιάζεται καταθλιπτική διάθεση συνεχής και Βαριά, που δεν υποχωρεί με ευχάριστα γεγονότα και είναι συνήθως ανεξάρτητη από αυτά που συμβαίνουν στο περιβάλλον του ασθενούς. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί είτε να αποτελεί μεμονωμένη εκδήλωση της νόσου είτε να εντάσσεται σε πλαίσιο διπολικής διαταραχής (οπότε εναλλάσσεται με περιόδους ύφεσης και επεισόδια μανίας) ή υποτροπιάζουσας κατάθλιψης (οπότε και εναλλάσσεται μόνο με περιόδους ύφεσης).

Για να τεθεί η διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου απαιτείται η ύπαρξη της καταθλιπτικής διάθεσης για τουλάχιστον 15 ημέρες (κατά τα διεθνή δια-γνωστικά κριτήρια), μολονότι η συνήθης συνολική διάρκεια του επεισοδίου είναι μερικοί μήνες. Κατά το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ο ασθενής παρουσιάζει, εκτός από την καταθλιπτική διάθεση, και άλλα συμπτώματα, όπως ανηδονία (αδυναμία Βίωσης ευχαρίστησης), κοινωνική απόσυρση, έλλειψη κινήτρου και διάθεσης για οποιαδήποτε δράση, απώλεια της libido, κεφαλαλγία και άλλα σωματικά ενοχλήματα, διαταραχή της προσοχής και δυσχέρεια συγκέντρωσης, πιθανόν και ψυχωσική συμπτωματολογία (παραλήρημα αναξιότητας και ενοχής, ιδέες πτώχειας, υποχονδριακό ιδεασμό με Βεβαιότητα ύπαρξης βαριάς σωματικής νόσου, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις) και αυτοκτονικό ιδεασμό, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει έως απόπειρα αυτοκαταστροφής.¹ Οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης συνοδεύουν πολύ συχνά την κατάθλιψη, περιλαμβάνονται μάλιστα και στα διεθνή κριτήρια DSM-IV-TR2 και ICD-103 για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Άλλη μορφή που μπορεί να πάρει η κατάθλιψη είναι η δυσθυμική διαταραχή ή «δυσθυμία», η οποία παλαιότερα αναφερόταν και ως «καταθλιπτική νεύρωση». Η δυσθυμία χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, που είναι ηπιότερη της αντίστοιχης του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με τα γεγονότα της ζωής, έχει όμως διάρκεια που ξεπερνάει τα δύο χρόνια. Και η δυσθυμία μπορεί να συνοδεύεται από διαταραχή συγκέντρωσης, δυσκολία λήψης αποφάσεων, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα κόπωσης και προβλήματα με τον ύπνο και την όρεξη.¹

4.2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1.Γενικά

Όπως προαναφέρθηκε, οι διαταραχές του ύπνου είναι πολύ συχνές στην κατάθλιψη, είτε αυτή εκδηλώνεται ως μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, είτε ως δυσθυμική διαταραχή. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν την αϋπνία, την υπνηλία/υπερυπνία και τη διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ύπνου, με κύριο εύρημα την καθυστέρηση επέλευσης του ύπνου ταχείων οφθαλμικών κινήσεων (REM), όπως αυτή αποτυπώνεται στην πολυυπνογραφική καταγραφή (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, μυογράφημα και οφθαλμογράφημα κατά τη διάρκεια του ύπνου).⁴

4.2.2.Αϋπνία

Η αϋπνία είναι η συχνότερη διαταραχή του ύπνου, η οποία παρατηρείται σε ποσοστό >60% των καταθλιπτικών ασθενών, ποσοστό ιδιαίτερα αυξημένο σε σχέση με εκείνο του γενικού πληθυσμού.⁴⁻⁶ Η αϋπνία στην κατάθλιψη έχει το χαρακτηριστικό ότι συνήθως οι πάσχοντες δεν αιτιώνται τόσο για δυσκολία επέλευσης του ύπνου -η οποία αποτελεί το σύννηθες παράπονο των ασθενών με πρωτοπαθή αϋπνία- αλλά για πολλαπλές διακοπές του ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας και πρόωμη πρωινή αφύπνιση. Συνήθως, η αϋπνία στην κατάθλιψη συνοδεύεται από ελάττωση της όρεξης και άλλα συμπτώματα (χειρότερη διάθεση τις πρωινές παρά τις βραδινές ώρες, υπέρμετρο συναίσθημα ενοχής, έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση). Η αϋπνία και τα συμπτώματα αυτά θεωρούνται ως «μελαγχολικά» συμπτώματα της νόσου και η παρουσία τους υποδηλώνει τη συμμετοχή περισσότερο βιολογικών παρά ψυχολογικών συντελεστών στην έκλυση της κατάθλιψης και την καλύτερη ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και στις λοιπές βιολογικές παρεμβάσεις.¹

4.2.3. Υπνηλία και υπερυπνία

Σε αρκετούς ασθενείς, κατά τη διάρκεια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου παρατηρούνται συμπτώματα διαταραχών του ύπνου και της όρεξης που είναι αντίθετα από τα παραπάνω. Έτσι, σε ποσοστό περίπου 15% των καταθλιπτικών ασθενών παρατηρείται υπερυπνία/ ημερήσια υπνηλία και αύξηση όρεξης/βάρους σώματος. Τα συμπτώματα αυτά θεωρείται ότι σηματοδοτούν την ύπαρξη «άτυπης» κατάθλιψης, η οποία, με βάση τα κλινικά της χαρακτηριστικά και τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με το stress, μπορεί να θεωρηθεί το αντίθετο της «μελαγχολικής» μορφής της νόσου.^{2,7,8}

Μεγαλύτερα ποσοστά άτυπης κατάθλιψης (έως και 40%) παρατηρούνται μεταξύ ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη (ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, υποτροπιάζοντα επεισόδια μόνο καταθλιπτικά), δυσθυμία ή διπολική διαταραχή τύπου II (μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που εναλλάσσονται με υφέσεις και «υπομανιακά» επεισόδια, δηλαδή περιόδους υπερθυμικού συναισθήματος, το οποίο δεν φθάνει σε ένταση αυτή του πλήρους μανιακού επεισοδίου).^{9,10}

Η άτυπη κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες, στις οποίες μπορεί να σχετίζεται και με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, και σε ασθενείς με σύνοδες άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως του αγχώδους φάσματος και του τύπου της κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών). Εκτός από την υπερυπνία και την υπερφαγία, συνοδεύεται επίσης και από μεγαλύτερη επιδιάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων, αίσθημα αδυναμίας-κόπωσης και κάποιο βαθμό μεταβλητότητας του συναισθήματος ως απάντηση σε γεγονότα της ζωής.⁹⁻¹²

- Πάντως, η υπερυπνία και η υπερφαγία είναι τα σημαντικότερα συμπτώματα και συνήθως αρκούν για την κατηγοριοποίηση της κατάθλιψης ως «άτυπης», καθώς κατά κανόνα απαντώνται πριν από την έναρξη της θεραπείας μόνο μεταξύ των ασθενών με τη μορφή αυτή της νόσου,^{9-11,13} ενώ το αίσθημα κόπωσης και τα συναφή συμπτώματα από τις ανώτερες νοητικές λειτουργίες και την κινητικότητα υπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό μεταξύ όλων των καταθλιπτικών ασθενών (πίν. 1).^{5,14-16} Η διαταραχή του ύπνου συνηθέστατα του τύπου της υπερυπνίας- και η εύκολη κόπωση είναι επίσης, εκτός από συμπτώματα της άτυπης κατάθλιψης, και τα συχνότερα υπολειμματικά συμπτώματα μετά από τη θεραπεία του καταθλιπτικού επεισοδίου, φθάνοντας σε συχνότητα έως και 45% και 40%, αντίστοιχα. Ανάμεσα στα σπανιότερα συμπτώματα, που παραμένουν σε ποσοστό ασθενών <30%, περιλαμβάνονται η διαταραχή της συγκέντρωσης, το αίσθημα ενοχής, η κακή κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, το άγχος, η έλλειψη ενδιαφερόντων και πρωτοβουλίας κ.ά.^{17,18}
- Τέλος, υπνηλία, υπερυπνία και αίσθημα κόπωσης αποτελούν συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Όλα τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να έχουν ως ανεπιθύμητες ενέργειες υπνηλία και αίσθημα κόπωσης, παρότι με τα νεότερα οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες είναι σχετικά σπανιότερες και ηπιότερες από ό,τι με τα κλασικά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.¹⁹ Η υπνηλία ως ανεπιθύμητη ενέργεια της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά κυμαίνεται μεταξύ 5-35%, ενώ το αίσθημα κόπωσης μεταξύ 2-10% περίπου. Οι τιμές αυτές αποτελούν τη διαφορά επίπτωσης του συμπτώματος ανάμεσα στο ενεργό και το εικονικό φάρμακο, όπως αποτυπώνεται σε ελεγχόμενες μελέτες όλων σχεδόν των νεότερων

αντικαταθλιπτικών (βενλαφαξίνη, μιρταζαπίνη, νεφαδοζόνη, παροξετίνη, σερτραλίνη, σιταλοπράμη και φλουοξετίνη).²⁰

- Οποιαδήποτε όμως και αν είναι η αιτία της ημερήσιας υπνηλίας και υπερυπνίας, η παρουσία τους επιβαρύνει σημαντικά τον ασθενή, λόγω των σημαντικών αρνητικών συνεπειών που συνεπάγονται
- Συμπερασματικά, η ημερήσια υπνηλία/υπερυπνία και το αίσθημα κόπωσης είναι συχνά συμπτώματα μεταξύ των καταθλιπτικών ασθενών και μπορεί να αποτελούν συμπτώματα «άτυπης» κατάθλιψης, να είναι υπολειμματικά συμπτώματα της κατάθλιψης μετά από μερική ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή ή να αντιπροσωπεύουν ανεπιθύμητες ενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

4.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.3.1. Γενικά

Η χορήγηση επαρκούς αντικαταθλιπτικής αγωγής και η αναμονή, τον απαραίτητο χρόνο, μέχρι να υπάρξει ανταπόκριση, αποτελεί, φυσικά, το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η ύφεση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας θα οδηγήσει στους περισσότερους ασθενείς και στην υποχώρηση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν την κατάθλιψη. Για τους ασθενείς όμως εκείνους, στους οποίους μετά από τη χορήγηση επαρκούς δόσης αντικαταθλιπτικών για επαρκές χρονικό διάστημα παραμένει καταθλιπτική διάθεση ή υπολειμματική συμπτωματολογία, η ενίσχυση της αγωγής είναι απαραίτητη.

4.3.2. Ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής

Η ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής γίνεται συνήθως με την προσθήκη θυροξίνης, λιθίου, βουσπιρόνης και με χορήγηση συνδυασμών αντικαταθλιπτικών.¹ Άλλες ουσίες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι αυτές με ντοπαμινεργική και νοραδρενεργική δράση, όπως το βουπρόπιον, η μοδαφινίλη, τα άτυπα αντιψυχωσικά, οι αμφεταμίνες και η μεθυλφαινιδάτη.¹⁸ Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, όλα τα φάρμακα αυτά, εκτός από την ενισχυτική τους δράση στα αντικαταθλιπτικά, βελτιώνουν τις διαταραχές συγκέντρωσης και λειτουργικότητας (για τη μοδαφινίλη αυτό έχει αποδειχθεί σε υγιείς εθελοντές, σε άτομα που υποβλήθηκαν σε στέρηση ύπνου, σε ηλικιωμένους χωρίς συνοδό προβλήματα και σε παιδιά και ενήλικες με διαταραχή ελαττωματικής προσοχής και υπερκινητικότητα, ενώ για τα άτυπα αντιψυχωσικά έχει αποδειχθεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια). Το βουπρόπιον, η μοδαφινίλη, οι αμφεταμίνες και η μεθυλφαινιδάτη βελτιώνουν και το αίσθημα εύκολης κόπωσης. Τα αντιψυχωσικά και το βουπρόπιον δεν φαίνεται να βελτιώνουν την υπνηλία και την υπερυπνία, καθώς έχουν μάλλον ηρεμιστική και υπναγωγική δράση. Έτσι, τα «διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ)» μοδαφινίλη, αμφεταμίνες και μεθυλφαινιδάτη είναι τα πλέον ενδεδειγμένα να χρησιμοποιηθούν ως ενισχυτικά στην αντικαταθλιπτική αγωγή όταν υπάρχουν συμπτώματα υπνηλίας, υπερυπνίας και εύκολης κόπωσης.

Το πλεονέκτημα της μοδαφινίλης έναντι των άλλων διεγερτικών του ΚΝΣ είναι ότι, επειδή η ντοπαμινεργική/νοραδρενεργική της δράση ασκείται στο φλοιό και όχι και

στον κατακεκλιμένο πυρήνα, ο οποίος θεωρείται «κέντρο ανταμοιβής» και όπου δρουν οι αμφεταμίνες και η μεθυλφαινιδάτη καθώς και πολλά ναρκωτικά, η πιθανότητα εξάρτησης από τη μοδαφινίλη είναι πολύ μικρή.^{18,21-23} Εκτός από την προτεινόμενη χρήση της στη θεραπεία της κατάθλιψης, η κλινική χρήση της μοδαφινίλης περιλαμβάνει τη ναρκοληψία και την ιδιοπαθή υπερυπνία (όπου αποτελεί τη θεραπεία εκλογής), την υπνική άπνοια (για την υπολειμματική υπνηλία παρά για την αντιμετώπιση της νυχτερινής υποξυγοναιμίας), τη διαταραχή ελαττωματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, καθώς και την αντιμετώπιση της υπνηλίας και του αισθήματος κόπωσης σε ποικίλα νευρολογικά σύνδρομα, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Parkinson και άλλα.²⁴⁻³¹

4.3.3. Μελέτες χορήγησης διεγερτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος ως ενισχυτικής θεραπείας στην κατάθλιψη

Η χρήση αμφεταμινών ως ενισχυτικών της αντικαταθλιπτικής αγωγής φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματική σε τρεις μελέτες, στις οποίες η προσθήκη δεξτροαμφεταμίνης ή πεμολίνης ήταν αποτελεσματική για το 75% περίπου από 54 ασθενείς ανθεκτικούς στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (φλουοξετίνη ή αναστολείς της ΜΑΟ).³²⁻³⁴ Αποτελεσματική ήταν και η προσθήκη μεθυλφαινιδάτης στη θεραπεία 5 ασθενών με κατάθλιψη μη επαρκώς ανταποκρινόμενη σε χορήγηση φλουοξετίνης ή παροξετίνης.³⁵

Η συγχορήγηση μοδαφινίλης (100-400 mg ημερη-σίως) με αντικαταθλιπτικά –στην πλειονότητα των μελετών αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης– έχει δοκιμαστεί σε >150 ανθιστάμενους στη θεραπεία νοσηλευόμενους και εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με μονοπολική και διπολική κατάθλιψη σε ανοικτές μελέτες.³⁶⁻⁴³ Η ανταπόκριση στην προσθήκη μοδαφινίλης στην αντικαταθλιπτική αγωγή ήταν γενικά υψηλή, με ποσοστά κυμαινόμενα περίπου μεταξύ 70-100% των ασθενών στις διάφορες μελέτες, ενώ σε μία μελέτη,⁴² όπου χορηγήθηκαν δοκιμασίες ελέγχου της συγκέντρωσης και άλλων ανώτερων νοητικών λειτουργιών, η βαθμολογία στις δοκιμασίες αυτές αυξήθηκε μετά από την προσθήκη μοδαφινίλης. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι 27 ασθενείς που περιλαμβάνονταν στη μελέτη των Markovitz και Wagner⁴⁰ ήταν μέχρι τότε ανθεκτικοί, κατά μέσον όρο σε 6,5+5,2 διαφορετικά σχήματα αντικαταθλιπτικής αγωγής, επαρκή σε δοσολογία και χρονικό διάστημα, που περιελάμβαναν μονοθεραπείες και συνδυασμούς. Η ανταπόκριση στην προσθήκη μοδαφινίλης, 200 mg για τους 21 ασθενείς και 400 mg ημερησίως για τους 6, ελέγχθηκε με την κλίμακα συνολικής λειτουργικότητας

Πίνακας 3. Φάρμακα τα οποία προτείνονται (εκτός των κλασικών) για την ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής.18

ΚΠ=Κατακεκλιμένος πυρήνας, ΔΣΛ=Διαταραχές συγκέντρωσης και λειτουργικότητας

- Α: Το Βουπρόπιον και μερικά αντιψυχωσικά Βελτιώνουν την επάρκεια του ύπνου
- Β: Σε υγιείς εθελοντές, σε στέρηση ύπνου, σε ηλικιωμένους, σε παιδιά/ενήλικες με διαταραχή ελαττωματικής προσοχής και υπερκινητικότητα
- Γ: Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια

	Περιοχή δράσης		Θεραπευτική δράση		Πιθανότητα
	Εγκεφαλικός φλοιός ΚΠ	Υπνηλία, υπερυπνία	Εύκολη κόπωση	ΔΣΛ	εξάρτησης
Βουπρόπιον	+	- Α	+	+	
Μοδαφινίλη	+	+	+	+ Β	
Άτυπα αντιψυχωσικά	+	- Α		+ Γ	
Αμφεταμίνες, μεθυλφαινιδάτη	+ +	+	+	+	+

4.3.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ημερήσια υπνηλία, η υπερυπνία και το αίσθημα κόπωσης πριν, κατά ή και μετά από την αποδρομή επεισοδίων διαταραχής του συναισθήματος αποδίδονται είτε σε παρουσία κατάθλιψης με «άτυπα» χαρακτηριστικά, είτε σε ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής, είτε σε υπολειμματικά συμπτώματα τα οποία παραμένουν μετά από τη θεραπεία της κατάθλιψης, ιδίως μεταξύ των ασθενών που είναι ανθεκτικοί στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η κατάλληλη αντιμετώπιση της υπερυπνίας, της υπνηλίας και του αισθήματος κόπωσης αποσκοπεί στη βελτίωση της λειτουργικότητας των πασχόντων, στην δυνατότητα συμμόρφωσής τους προς την αντικαταθλιπτική αγωγή, καθώς και στη μείωση της ευπάθειάς τους σε μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια. Ανάμεσα στους θεραπευτικούς χειρισμούς, οι οποίοι προτείνονται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών αλλά και την γενικότερη αντιμετώπιση τις ανθεκτόκης κατάθλιψης, περιλαμβάνονται οι διαφορές

τεχνικές ενίσχυσης της αντικαταθλιπτικής αγωγής είτε με συνδυασμό αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είτε με πρόσθηκη άλλων ουσιών όπως το λίθιο , η θυροξίνη και η βουπρόνη.Με τις τελευταίες πρόσφατα έχει προταθεί να δοκιμάζονται και ουσίες με ντοπαμνεργική/νοραδρενεργική δραστηριότητα , όπως τα άτυπα αντιψυχωσικά, το βουπρόπιον και τα διεγερτικά του ΚΝΣ αμφεταμίνες, μεθυλφαινιδάτη και μοδαφινίλη.Τα διεγερτικά του ΚΝΣ συνιστώνται ιδαιτέρως όταν υπάρχει υπνηλία, υπερυπνία και αίσθημα κόπωσης, αλλά η χρήση των αμφεταμινών και τις μεθυλφαινιδάτης είναι προβληματική λόγω του κινδύνου ανάπτυξης ανοχής και εξάρτησης. Η ημερήσια υπνηλία, η υπερυπνία και το αίσθημα κόπωσης πριν, κατά ή και μετά από την αποδρομή επεισοδίων διαταραχής του συναισθήματος αποδίδονται είτε σε παρουσία κατάθλιψης με «άτυπα» χαρακτηριστικά, είτε σε ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής, είτε σε υπολειμματικά συμπτώματα τα οποία παραμένουν μετά από τη θεραπεία της κατάθλιψης, ιδίως μεταξύ των ασθενών που είναι ανθεκτικοί στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η κατάλληλη αντιμετώπιση της υπερυπνίας, της υπνηλίας και του αισθήματος κόπωσης αποσκοπεί στη βελτίωση της λειτουργικότητας των πασχόντων, στην δυνατότητα συμμόρφωσής τους προς την αντικαταθλιπτική αγωγή , καθώς και στη μείωση της ευπάθειάς τους σε μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια.Ανάμεσα στους θεραπευτικούς χειρισμούς , οι οποίοι προτείνονται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών αλλά και την γενικότερη αντιμετώπιση τις ανθεκτόκης κατάθλιψης , περιλαμβάνονται οι διάφορες τεχνικές ενίσχυσης της αντικαταθλιπτικής αγωγής είτε με συνδυασμό αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είτε με πρόσθηκη άλλων ουσιών όπως το λίθιο , η θυροξίνη και η βουπρόνη.Με τις τελευταίες πρόσφατα έχει προταθεί να δοκιμάζονται και ουσίες με ντοπαμνεργική/νοραδρενεργική δραστηριότητα , όπως τα άτυπα αντιψυχωσικά, το βουπρόπιον και τα διεγερτικά του ΚΝΣ αμφεταμίνες, μεθυλφαινιδάτη και μοδαφινίλη.Τα διεγερτικά του ΚΝΣ συνιστώνται ιδαιτέρως όταν υπάρχει υπνηλία, υπερυπνία και αίσθημα κόπωσης, αλλά η χρήση των αμφεταμινών και τις μεθυλφαινιδάτης είναι προβληματική λόγω του κινδύνου ανάπτυξης ανοχής και εξάρτησης .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων

5.1 Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ - ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ.

Μόλις πρόσφατα, στο πλαίσιο της συντελούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, κατοχυρώθηκαν κατά τρόπο σαφή και συγκεκριμένο δικαιώματα σε ψυχικά πάσχοντες και δημιουργήθηκαν ειδικοί μηχανισμοί προστασίας τους.

Για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (παραγρ. 1 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999) και Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές η οποία λειτουργεί στα πλαίσια της συστημένης με το Ν. 2519/1997 Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (παραγρ. 2 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999).

Αντικείμενο της Ειδικής Επιτροπής είναι η εποπτεία και έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως ενδεικτικά το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο Δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του και το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης σε όλες τις διαστάσεις της (οικονομική, επαγγελματική, μορφωτική κλπ).

Για την άσκηση της αρμοδιότητάς της η Ειδική Επιτροπή, η οποία είναι εννεαμελής, αποτελούμενη από έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο, δύο κοινωνικούς λειτουργούς, έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δύο νομικούς και δύο εκπροσώπους συλλόγων ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή συλλόγων των οικογενειών τους:

- α. Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε επιτροπή ή αρχή.
- β. Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- γ. Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- δ. Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως η έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρήσεις στον τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.
- ε. Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και των τριμελών επιτροπών προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών του Ν. 2519/1997.

στ. Επιβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών και κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές υποβάλλει έκθεση στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών για να προβεί αυτή στις παραπάνω νόμιμες ενέργειες.

ζ. Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

η. Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε όλη την Ελλάδα την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους της χώρας.

Επιπλέον, και για ειδικότερα ζητήματα, θεσμικό ρόλο στην προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων έχουν - και επιτελούν ικανοποιητικά - Ανεξάρτητες Αρχές, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη και η Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με βάση τους Ν. 2477/1997 και Ν. 2472/1997 αντίστοιχα. Ενισχυτικά στα παραπάνω λειτουργεί η πρόβλεψη του Ν. 3293/2004 με την οποία επεκτείνονται οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου του Πολίτη και σε θέματα υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης και ενισχύεται το επιστημονικό του προσωπικό προκειμένου να ανταποκριθεί στις παραπάνω αρμοδιότητες.

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αλλά και αυτά καθαυτά τα δικαιώματά τους ρυθμίζονται από όλο το πλέγμα της εθνικής νομοθεσίας, όπως το Σύνταγμα και τους Ν. 2071/1992, 2519/1997 και 2716/1999 και σε συνδυασμό με διάσπαρτες επιμέρους διατάξεις του Αστικού και Ποινικού Κώδικα.



5.2 ΤΑ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, αλλά και οι ταυτόχρονες υποχρεώσεις του Κράτους, των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αναφέρονται σε τίτλους και σε ενότητες, με την έννοια ότι κάθε τίτλος από τους παρακάτω ενσωματώνει σειρά επιμέρους δικαιωμάτων/ υποχρεώσεων, ως ακολούθως :

1. Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).
2. Το δικαίωμα στην ισότητα.
3. Το δικαίωμα στην ενημέρωση.
4. Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
5. Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.
6. Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα.
7. Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων.

Ειδικότερα, αναλύοντας κάθε μία από τις παραπάνω ενότητες δικαιωμάτων παρατηρούμε :

1. Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).

Το δικαίωμα αυτό συνίσταται στη δυνατότητα κάθε προσώπου για το οποίο γίνεται διάγνωση ψυχικής νόσου, να προσεγγίσει τους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ανθρώπινες συνθήκες και να λάβει υπηρεσίες που με βάση τα επιστημονικά και ιατρικά δεδομένα και παραδοχές είναι οι πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

Η περίθαλψη ως δικαίωμα ενός ασθενούς στην υγεία σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μονάδες ψυχικής υγείας συγκεντρωτικές, γραφειοκρατικές, απρόσωπες και αποστασιοποιημένες από τον ασθενή, αλλά από αποκεντρωμένες μονάδες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες κατάλληλα που αντιμετωπίζουν τον ασθενή εξατομικευμένα ως μοναδική προσωπικότητα και φορέα αξιοπρέπειας και όχι ως απρόσωπη μονάδα μεταξύ πολλών ομοίων. Κατά συνέπεια, αποτελεί καθήκον των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να είναι προσιτές στους πολίτες που τις έχουν ανάγκη. Η προσιτότητα αφορά στο χώρο (εγγύτητα στον τόπο διαμονής - τομεοποίηση), το χρόνο (ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών που εξυπηρετεί τους δυνητικούς αποδέκτες), την κουλτούρα («πολιτισμική» προσβασιμότητα, υπό την έννοια της καταπολέμησης των προκαταλήψεων και του στίγματος που χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας).

- Η περίθαλψη διακρίνεται σε εκούσια (όταν η αναγκαιότητα προσφυγής σε φορείς ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας κρίνεται καταρχήν από τον ίδιο τον πάσχοντα συνειδητά ή με γνώση του προβλήματος και παρότρυνση) και σε ακούσια (όταν για την περίθαλψη δεν προηγείται αναγκαία η συναίνεση του πάσχοντα). Ειδική κατηγορία ακούσιας περίθαλψης αποτελεί και ο εγκλεισμός σε θεραπευτικό κατάστημα ποινικών παραβατών σύμφωνα με τα

- άρθρα 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα, η οποία νομικά λειτουργεί κατά τρόπο συγκαλυμμένο ως κύρωση στερητική της ελευθερίας του ποινικού παραβάτη.
- Στην περίπτωση τόσο της εκούσιας όσο και της ακούσιας νοσηλείας ο πάσχων δικαιούται ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε συνθήκες κατάλληλης διαμονής και αποτελεσματικής διοικητικής και τεχνικής εξυπηρέτησης. Περαιτέρω, ο πάσχων δικαιούται αναγνωρισμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων, φαρμακευτικών αγωγών και άλλων.
 - Βέβαια, η εξέλιξη της επιστήμης μέσα από την επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει ότι μία θεραπευτική μέθοδος αναγνωρισμένη σε μία χρονική στιγμή μπορεί στην πορεία των ερευνών πάνω στη μέθοδο αυτή να αποδειχθεί ως αναποτελεσματική ή εσφαλμένη. Ως χαρακτηριστικές τέτοιες μέθοδοι που αρχικώς επιδοκιμάστηκαν για να αποδοκιμαστούν και να εγκαταλειφθούν στη συνέχεια θα μπορούσαν να αναφερθούν ορισμένες “βιολογικές” θεραπείες που εφαρμόστηκαν στο παρελθόν (η πυρετοθεραπεία, η ναρκοθεραπεία, η σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η λευκοτομή ή λοβοτομή για την οποία τελευταία μάλιστα ο εμπνευστής της Egas Moniz έλαβε το βραβείο Νόμπελ Ιατρικής το 1950, το τελευταίο δε αυτό αναφέρεται μόνο και μόνο για να καταδείξει τη σχετικότητα της αποτελεσματικότητας μίας θεραπείας στο χρόνο).
 - Ανεξάρτητα όμως από τη γενική αντιμετώπιση του θέματος, ότι δηλαδή μία αποτελεσματική σήμερα θεραπεία μπορεί να κριθεί στο μέλλον ως αναποτελεσματική ή και επικίνδυνη, είναι σαφές ότι κάθε ασθενής έχει δικαίωμα στη λήψη υπηρεσιών υγείας, οι οποίες εμπεριέχουν τον πλέον ελάχιστο κίνδυνο για τη γενική κατάσταση της υγείας του.
 - Το δικαίωμα στην κατάλληλη και πλέον σύγχρονη φροντίδα θέτει τους επαγγελματίες απέναντι στο καθήκον της δικής τους συνεχούς ενημέρωσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης, ώστε να είναι σε θέση να κατέχουν και να παρέχουν σύγχρονες και επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες.
 - Από την άποψη αυτή, η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με τη μετατόπιση του κέντρου βάρους από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, καθιστά βέβαιο ότι η σταδιακή έξοδος του ψυχικά πάσχοντα στην κοινότητα σε καθεστώς υποστήριξης και προστασίας ελαχιστοποιεί τους κινδύνους από τυχόν αναποτελεσματικές θεραπείες.
 - Κατά συνέπεια, είναι δικαίωμα βασικής προτεραιότητας για τους ψυχικά πάσχοντες και, λόγω της σπουδαιότητάς του, δικαίωμα όλης της κοινωνίας η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων που ανάγονται στο πεδίο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δικαίωμα το οποίο δεν θα πρέπει να περιορίζεται από δημοσιονομικές πολιτικές.
 - Αν απαιτείται ειδική ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και νοσηλεία, αποτελεί βασικό δικαίωμα η αναγνώριση στον ψυχικά πάσχοντα του δικαιώματος στην επιλογή της θεραπείας και την έκφραση της συναίνεσής του σε αυτή. Άλλο επιμέρους δικαίωμα του ψυχικά πάσχοντα, και περιττό να αναφέρουμε ταυτόχρονη υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αποτελεί ο σεβασμός της προσωπικότητας του ψυχικά πάσχοντα. Ανεξάρτητα από την ένταση της νόσου, είναι επιβεβλημένη η αποφυγή θεραπευτικών μεθόδων που απομακρύνουν τον ασθενή από το κοινωνικό περιβάλλον και τον τόπο διαμονής του και η εφαρμογή μεθόδων βίαιων μηχανικών περιορισμών που διαρκούν επί μακρόν και επιφέρουν κακώσεις και βλάβες της σωματικής του

υγείας, η νοσηλεία σε συνθήκες κακής σωματικής ή χωρικής υγιεινής, διατροφής, ένδυσης και υπόδησης. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ), οι οικογένειες των ασθενών και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, οφείλουν να εντάξουν στις όποιες δικές τους διεκδικήσεις και τη διεκδίκηση και προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, των δικών τους ανθρώπων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας. Οι παραπάνω αναφορές ισχύουν καταρχήν και για την ακούσια νοσηλεία. Όμως, χρειάζεται να επισημανθεί ότι η ακούσια ψυχιατρική εξέταση και νοσηλεία αποτελούν εξαιρετικές διαδικασίες που επιφέρουν ρωγμή τόσο στην αρχή ότι ουδείς στερείται την ελευθερία του παρά μόνο εφόσον έχει τελέσει κάποιο έγκλημα, όσο και στην αρχή ότι ουδείς υποβάλλεται σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεσή του και εκ του λόγου αυτού διακυβεύονται τα σημαντικά αγαθά της προσωπικής ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Ακριβώς για το λόγο αυτό έχουν καθιερωθεί συγκεκριμένοι κανόνες, ρυθμίσεις και νομικές διαδικασίες, οι οποίες προβλέπονται στα άρθρα 95 - 100 του Ν. 2071/1992 ως ελάχιστη δικαστική προστασία, η τήρηση των οποίων είναι υποχρεωτική τόσο για τη δικαιοσύνη και τους λειτουργούς της όσο και για την Πολιτεία και τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία αυτή δημόσιους φορείς, ενόψει μάλιστα ότι οι εισαγόμενοι σε ακούσια νοσηλεία στερούνται της δυνατότητας άμεσης διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους.

2. Το δικαίωμα στην ισότητα.

- Η εφαρμογή της αρχής της ισότητας με την εκδήλωσή της ως απουσία διακρίσεων με βάση ειδικότερα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, χρώμα, θρησκεία, ιδεολογία κλπ) αποτελεί κατάκτηση του σύγχρονου πολιτισμού. Η αρχή της ισότητας επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που τελούν υπό ουσιωδώς όμοιες συνθήκες, όπως επίσης, επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που για λόγους υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις πολλαπλών αποκλεισμών από τις κοινωνικές δομές.
- Απόρροια της αρχής της ισότητας είναι η ρητή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να συμπεριφέρονται σε όλους τους ασθενείς που προστρέχουν εκούσια ή ακούσια στην υποστήριξή τους με ισότιμο τρόπο και κατ' εφαρμογή των αναγνωρισμένων μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα χαρακτηριστικά τους, όπως η οικονομική κατάσταση, η φυλετική καταγωγή, η θρησκευτική πίστη, το μορφωτικό επίπεδο και η εν γένει η κοινωνική τους θέση.
- Είναι γνωστό ότι στο κοινωνικό μας σύστημα κάποιοι θεωρούνται «περισσότερο ίσοι» από κάποιους άλλους. Η αντίληψη αυτή επιβάλλεται όχι μόνο ηθικά αλλά και νομικά να κρατηθεί έξω από το χώρο του συστήματος της δημόσιας υγείας και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας. Έτσι, μολονότι ανάγεται στη σφαίρα του αυτονόητου, είναι επιβεβλημένο να επισημανθεί ότι ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας όχι μόνο έχει υποχρέωση να τηρεί τις αρχές της ίσης μεταχείρισης αλλά θα πρέπει να καταβάλλει ιδιαίτερη προσπάθεια (πολλές φορές και με προσωπικό κόστος) για τη γενικευμένη εφαρμογή της.
- Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και γεννά υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού από την νομολογία των Δικαστηρίων μας θεωρείται ως αδικοπραξία.

3. Το δικαίωμα στην ενημέρωση.

- Σε κάθε περίπτωση εξέτασης ή νοσηλείας (εκούσιας ή ακούσιας) ο ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στην αναλυτική ενημέρωσή του για την κατάσταση της υγείας του, η οποία πρέπει να γίνεται κατά τρόπο ανταποκρινόμενο στο μορφωτικό του επίπεδο και την εν γένει αντίληψή του κατά τρόπο σαφή και μη επιδεχόμενο μεταγενέστερων αμφισβητήσεων. Η χορήγηση γραπτών αναλυτικών γνωματεύσεων και οδηγιών αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτού. Στις περιπτώσεις που κρίνεται ως αναγκαίο και για το συμφέρον του ασθενή η μη ενημέρωσή του, αυτή θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικά και με τον ίδιο αναλυτικό τρόπο στο άμεσα συγγενικό του περιβάλλον και σε αυτούς που επιφορτίζονται την καθημερινή αποκαταστασιακή του μέριμνα και φροντίδα.
- Ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας, η ενημέρωση και μάλιστα γραπτά του ψυχικά πάσχοντα και των συγγενών του αναφορικά με τα δικαιώματά του αποτελούν αναγκαίο πρωτογενή όρο για την επιτυχή έκβαση του θεσμού (βλ. στο παράρτημα παραδείγματα εγγράφων που χρησιμοποιούνται σε αυτή την περίπτωση).
- Σε περιπτώσεις στις οποίες προτείνεται η λήψη φαρμάκων αυτή θα πρέπει να γνωστοποιείται, όχι με τη μορφή απειλής, αλλά κατά τρόπο που να προάγεται η ενεργή συνεργασία του ασθενούς στη θεραπεία του.
- Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι αναγκαία για την εξασφάλιση της συγκατάθεσής τους στην θεραπεία. Από την άποψη αυτή είναι υποχρέωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας να απαντά σε συγκεκριμένα ερωτήματα που γεννώνται από την ενημέρωσή του προς τον ασθενή και την οικογένειά του και φυσικά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να τους αποθαρρύνει από την διατύπωση ερωτημάτων με υπεκφυγές και ασάφειες

4. Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων.

- Το εξεταζόμενο στην ενότητα αυτή δικαίωμα στον χώρο της υγείας δεν είναι κάτι το νέο, αφού ήδη αναφέρεται στον Ιπποκράτειο Κώδικα. Η εξέλιξη της τεχνολογίας στη σύγχρονη εποχή και οι δυνατότητες επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων («τράπεζες» επεξεργασίας και εμπορίας προσωπικών δεδομένων, μηχανογραφική τήρηση ιατρικών φακέλων κλπ), έχουν καταστήσει πλέον τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων που αφορούν την υγεία κάθε προσώπου, τα οποία υπάγονται στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, ως ιδιαίτερη νομική υποχρέωση τόσο του ιατρικού κόσμου όσο και, ιδιαίτερα για το χώρο της ψυχικής υγείας, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως αυτοί ειδικότερα κατηγοριοποιούνται (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ). Το ιατρικό απόρρητο καταρχήν καθιερώθηκε ρητά με τον Α.Ν. 1565/1939 «Κώδικας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος» και επαναοριοθετήθηκε με το Β.Δ. 25/1955 «Κανονισμός ιατρικής δεοντολογίας». Ρητή αναφορά του δικαιώματος αυτού γίνεται στον Ν. 2071/1992 ο οποίος στο άρθρο 47 παρ. 6, ορίζει ότι ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχόμενου των εγγράφων που αφορούν τον ασθενή, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

- Η διάταξη αυτή που έχει θετικό προσανατολισμό συμπληρώνεται από την απαγορευτική διάταξη του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα σύμφωνα με την οποία τιμωρείται όποιος ανακοινώνει σε τρίτους ιδιωτικά απόρρητα που του έχουν εμπιστευθεί λόγω του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς του. Ειδικά για τα θέματα της προστασίας των πολιτών από τη διακίνηση των προσωπικών τους δεδομένων έχει ήδη συσταθεί και λειτουργεί υπό το καθεστώς του Ν. 2472/1997 η Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, η οποία έχει επιληφθεί για θέματα που ανάγονται στο χώρο της υγείας (Αποφάσεις 18-734/2000, 61/2003, 47/2004, 49/2004 και 54/2004).
- Επιστημονική δημόσια χρήση ψυχιατρικών περιστατικών είναι επιτρεπτή υπό την αναγκαία προϋπόθεση της μη αποκάλυψης της ταυτότητας του ασθενούς και για ερευνητικούς αποκλειστικά και μόνο σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να υπάρχει η συγκατάθεση του προς ανακοίνωση των προσωπικών του δεδομένων προσώπου με την έννοια της ελεύθερης, ρητής και ειδικής δήλωσης βούλησης, η οποία εκφράζεται με τρόπο σαφή και σε πλήρη επίγνωση, μετά από προηγούμενη ενημέρωσή του, ο οποίος βεβαίως διατηρεί πάντοτε το δικαίωμα της ανάκλησης οποτεδήποτε της συγκατάθεσής του.
- Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες επιτρέπεται κατ' εξαίρεση η άρση του ιατρικού απορρήτου. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή τη ζωή άλλων, γεγονός που κρίνει μόνο ο επαγγελματίας ιατρός. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές ο επαγγελματίας οφείλει να έχει ενημερώσει πρωτίστως τον ασθενή για τις ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσει.
- Από τα παραπάνω, προκύπτει ένα πλέγμα υποχρεώσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συνδέεται αφενός μεν με την ουσιαστική και εγγυημένη εκ μέρους τους τήρηση του απορρήτου, αφετέρου δε με την υποχρέωσή τους να γνωστοποιούν στους ψυχικά πάσχοντες την ηθική και νομική τους αυτή υποχρέωση, γεγονός που διευκολύνει και τους ίδιους στην καθημερινή τους επαφή με τους ασθενείς στο πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών τους προς αυτούς

5. Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.

- Είναι γνωστό ότι σε περιόδους ύφεσης και υψηλής ανεργίας, τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα, έχουν πρόσθετες και πολλαπλούς χαρακτήρα δυσκολίες στην κοινωνικοοικονομική τους ένταξη έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται από τα ισχύοντα στην εποχή μας οικονομικά και κοινωνικά πρότυπα. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το στίγμα που απευθύνεται στα άτομα αυτά δημιουργούν ένα κοινωνικό αίτημα και αξίωση των ψυχικά πασχόντων για τη λήψη ουσιαστικών και αποτελεσματικών μέτρων που θα υποβοηθούν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Όπως επισημαίνεται στην Συναινετική Διακήρυξη για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (ΨΚΑ) είναι μια διαδικασία η οποία ενισχύει τις ευκαιρίες στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή αλλαγών στο ευρύτερο περιβάλλον, ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες για μια ποιοτική ζωή για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχική διαταραχή. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να συνεισφέρει στην ανάπτυξη του καλύτερου

δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας των ατόμων, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, και στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που προέρχονται είτε από την ψυχική νόσο είτε από τον κοινωνικό περίγυρο, συμβάλλοντας με θετικό τρόπο στην επιλογή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ενταχθούν επιτυχώς στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής, πολύπλοκη και φιλόδοξη διαδικασία, επειδή συμπεριλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τομείς και διαφορετικά επίπεδα, από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέχρι τους χώρους διαβίωσης και εργασίας. Επιπλέον, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συμπεριλαμβάνει το σύνολο των κοινωνικών συντελεστών. Με δεδομένη την πολυπλοκότητα αυτή, οι δυνατότητες και τα μέσα για την παροχή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλουν, ανάλογα με τα γεωγραφικά, πολιτισμικά, οικονομικά, πολιτικά, κοινωνικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά των χώρων όπου αυτή αναπτύσσεται

- Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει ως στόχο τη μείωση του στίγματος και την προαγωγή της ισότητας και των ευκαιριών. Για το λόγο αυτό, οι λειτουργοί της συμμετέχουν σε προσπάθειες οργανωτικού, νομοθετικού, επαγγελματικού χαρακτήρα, σε προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας και της ποιότητας της ζωής, σε συλλογικούς φορείς των χρηστών των υπηρεσιών και συλλογικά μορφώματα στήριξης, αυτοβοήθειας και συμμετοχής, σε εκπαιδευτικές προσπάθειες και σε προσπάθειες προαγωγής και ενίσχυσης των υπηρεσιών, ανάπτυξης της έρευνας και βελτίωσης των συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Ως τέτοια, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα να απολαμβάνουν πλήρως το σύνολο των δικαιωμάτων τους, όπως αυτά εκφράζονται στα κείμενα των διεθνών οργανισμών και της εθνικής νομοθεσίας.
- Στη χώρα μας, μία έμπρακτη εφαρμογή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και βασικό μηχανισμό επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, ρητά προβλεπόμενο και ρυθμιζόμενο από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (άρθρο 12 του Ν. 2716/1999 για την ψυχική υγεία), αποτελούν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), οι οποίοι λειτουργούν υπό διττό χαρακτήρα (ως Μονάδα Ψυχικής Υγείας και ως κοινωνική επιχείρηση ταυτόχρονα).
- Στους Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να απασχολούνται με καθεστώς εξαρτημένης εργασίας ή με συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ψυχικά πάσχοντα άτομα, τα οποία, υποστηριζόμενα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συμμετέχοντας στις εσωτερικές διαδικασίες του Συνεταιρισμού (Γενική Συνέλευση, Διοικητικό Συμβούλιο, εργασιακές επιτροπές) αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες και εργασιακή εμπειρία μέσα από την παραγωγική απασχόληση και την συμμετοχή στις συλλογικές δραστηριότητες του Συνεταιρισμού και αυτονομούνται στην καθημερινή τους ζωή.
- Η συμμετοχή και απασχόληση στους Κοι.Σ.Π.Ε. αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική πτυχή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως προκύπτει και από σχετικές μελέτες, έρευνες και τη διεθνή εμπειρία.
- Είναι σαφές ότι η πρωτοβουλία σύστασης Κοι.Σ.Π.Ε. και η άσκηση του δικαιώματος του ψυχικά ασθενούς για συμμετοχή σε αυτόν προϋποθέτει ειδική ενθάρρυνση και πρωτοβουλία από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που τον υποστηρίζουν. Η υποστήριξη όμως αυτή δεν θα πρέπει να είναι μηχανιστική, υπό την έννοια ότι αφού προετοιμαστούν τα πάντα (καταστατικό, επιχειρησιακό σχέδιο κλπ) απλώς καλούμε τον ασθενή να

υπογράψει ή να συμμετέχει σε κάποια συνέλευση. Για την αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος αυτού απαιτείται από πλευράς του ψυχικά ασθενούς η συμμετοχή του σε ομάδες πρωτοβουλίας για τη σύσταση του Κοι.Σ.Π.Ε., η ενημέρωσή του και για τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και ωφέλειες που θα προκύψουν όσο και για τα προβλήματα του εγχειρήματος. Απαιτείται, επιπρόσθετα, η ενημέρωσή του ως προς την εργασιακή θέση που θα κληθεί να καλύψει, τις απαιτήσεις της, όπως επίσης και τις αναμενόμενες οικονομικές απολαβές του.

- Το δικαίωμα αυτό δεν θα πρέπει να τελεί σε κατάσταση διαρκούς υποστήριξης και «εξωτερικής προστασίας». Στο μέτρο που ο ψυχικά ασθενής μέσα από την άσκηση του δικαιώματός του στην επαγγελματική αποκατάσταση αυτονομείται, είναι αναγκαίο να ενισχύεται και η άσκηση των δικαιωμάτων που σχετίζονται με τις εργασιακές διεκδικήσεις, τη συμμετοχή σε συνδικαλιστικές οργανώσεις έτσι ώστε η εργασιακή του αποκατάσταση σε συνδυασμό με το αμέσως πιο κάτω εξεταζόμενο δικαίωμα να καθίσταται κατά το δυνατόν πλήρης.

6. Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα.

- Το δικαίωμα αυτό εντάσσεται και αποτελεί εξειδικευμένη μορφή του γενικότερου κοινωνικού δικαιώματος για την εφαρμογή πολιτικών αποασυλοποίησης – αποϊδρυματισμού και καταπολέμησης του στίγματος. Με βάση τους κατευθυντήριους άξονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματισμός ορίζεται η κατάργηση των παραδοσιακών ιδρυμάτων για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών και η προοδευτική εκκένωση των χώρων αυτών από τα άτομα που ήδη νοσηλεύονται εκεί, η ταυτόχρονη ανάπτυξη δομών στην κοινότητα με στόχο τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών και την αποφυγή της μακροχρόνιας νοσηλείας ατόμων σε χώρους/δομές που μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση φαινομένων ιδρυματισμού.
- Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα σημαίνει ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να μένει σε ένα σπίτι όπως όλοι οι άνθρωποι. Στην περίπτωση έλλειψης αυτής της δυνατότητας, ο ψυχικά ασθενής μπορεί να κάνει χρήση στεγαστικών δομών και παράλληλης υποστήριξης στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο με την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών καθημερινής ζωής. Στεγαστικές δομές στην κοινότητα είναι οι ξενώνες (βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής), τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα.
- Η άσκηση του παραπάνω δικαιώματος, το οποίο σαφώς αναγνωρίζεται επιστημονικά και νομοθετικά, συνδέεται με την ταυτόχρονη διεκδίκηση της λήψης συγκεκριμένων μέτρων εκ μέρους του Κράτους που έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Με αυτό εννοούμε ότι το Κράτος, που έχει τη γενική ευθύνη για την ενθάρρυνση και υποστήριξη της εφαρμογής προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στα οποία περιλαμβάνεται και η λειτουργία στεγαστικών δομών στο ευρύτερο οικιστικό περιβάλλον της κοινότητας, όπου οι ένοικοι διαμορφώνουν τον κύκλο των καθημερινών δραστηριοτήτων τους με επίκεντρο το οίκημα που στεγάζει τη δομή και την ευρύτερη περιοχή στην οποία εντάσσεται, έχει ρητή υποχρέωση υποστήριξης των δομών αυτών και της ανάσχεσης των αντιστάσεων που προβάλλονται στις δομές αυτές από κατοίκους, φορείς ή και την Τοπική

Αυτοδιοίκηση μερικές φορές, αντιστάσεων που έχουν τις ρίζες τους στο στίγμα και τις προκαταλήψεις.

- Είναι αλήθεια ότι οι προκαταλήψεις και ο στιγματισμός απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στηρίζονται σε αντιεπιστημονικές θεωρήσεις περί «ανιάτου» των ψυχικά ασθενών και επικινδυνότητας, βίαιης συμπεριφοράς και επιθετικότητας των προσώπων που έχουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τις περισσότερες φορές υποκρύπτουν τα ιδιοτελή συμφέροντα της μικροϊδιοκτησίας και της με κάθε τρόπο αξιοποίησής της. Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων πρέπει να αποτελεί διαρκή μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών.
- Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές αντιμετωπίζονται ιδιαίτερες δυσκολίες για την εξεύρεση κατάλληλων οικημάτων, ιδιαίτερα διαμερισμάτων σε πολυκατοικίες, εξ αιτίας αντιδράσεων από πλευράς συνιδιοκτητών, γειτόνων κλπ, οι οποίοι κινούμενοι σε μια λογική αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών από το δικαίωμά τους της ζωής στην κοινότητα επικαλούνται και προστρέχουν σε παρωχημένους ως προς τον χρόνο κατάρτισής τους κανονισμούς πολυκατοικιών. Πρόσφατα ο Συνήγορος του Πολίτη (6 Δεκεμβρίου 2004) τοποθετήθηκε επί του θέματος και με έγγραφό του προσπαθεί να συμβάλλει στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών εκθέτοντας τις νομικές και κοινωνικές διαστάσεις του θέματος

7. Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων.

- Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001 και απορρέουν από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος όπου ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας.
- Η προστασία των δικαιωμάτων αυτών σχετίζεται με την εκ μέρους του Κράτους και των λοιπών φορέων άσκησης δημόσιας εξουσίας εκπλήρωση των υποχρεώσεών τους να παρέχουν με συγκεκριμένα μέτρα, μέσα και πολιτικές κάθε αναγκαία εγγύηση ανεμπόδιστης άσκησής τους και σε κάθε περίπτωση σύγκρουσης ή διαφωνίας, αυτή να επιλύεται υπέρ του δικαιώματος. Ενόψει μάλιστα του ότι οι συνταγματικές διατάξεις για τα δικαιώματα αποτελούν κατευθυντήρια διάταξη με την οποία απευθύνεται συνταγματική εντολή προς τον κοινό νομοθέτη για τη λήψη μέτρων, είναι επιβεβλημένο οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους) όπως και αυτοί που τους επικουρούν στη μεγάλη προσπάθεια της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης να ασκούν το δικαίωμα της διεκδίκησης στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων και πολιτικών που παγιώνουν καταστάσεις αποτελεσματικής εφαρμογής των επιμέρους δικαιωμάτων τους.
- Είναι σαφές ότι στο σημείο αυτό δεν αναφερόμαστε σε μία «συνδικαλιστικού χαρακτήρα» διεκδίκηση, αλλά σε μία διεκδίκηση που θα φέρει έντονα κοινωνικό χαρακτήρα, με την έννοια ότι η διατύπωση αιτημάτων θα προσλαμβάνει συνεχώς ευρύτερα κοινωνικό χαρακτήρα με την ενσωμάτωση στο ρεύμα της μεγάλων κοινωνικών ομάδων.

5.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων και η άσκησή τους κατά τρόπο ουσιαστικό και αποτελεσματικό είναι μια δυναμική διαδικασία που περικλείει αντίστοιχα δικαιώματα και υποχρεώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Το θεσμικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα σήμερα αξιολογείται ως επαρκές στο βαθμό που εγγυάται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τα οποία στο ευρύτερο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν βρίσκονται πλέον στο περιθώριο του δικαίου και της δικαιοσύνης.

Η άσκηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών προϋποθέτει την ενθάρρυνσή τους από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι κατεξοχήν επιβάλλεται να απέχουν από πρακτικές περιορισμού των δικαιωμάτων, αντιθέτως δε να δρουν με τέτοιο τρόπο που να ενισχύει και υποστηρίζει την άσκηση των δικαιωμάτων τους, στη λογική του «μαζί» και όχι στη λογική της υποκατάστασης.

ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Εφαρμογή

Οι αρχές αυτές εφαρμόζονται χωρίς κανενός είδους διάκριση με βάση την αναπηρία, την εθνικότητα, το φύλο, το χρώμα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, πολιτικές ή άλλες απόψεις, εθνική, νομική ή κοινωνική υπόσταση, ηλικία ή περιουσία.

Ορισμοί: Σε αυτές τις Αρχές:

«Συνήγορος» είναι ένας νομικός ή άλλος ειδικευμένος εκπρόσωπος.

«Ανεξάρτητη αρχή» είναι μια ικανή και ανεξάρτητη αρχή που περιγράφεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Η «Φροντίδα για την ψυχική υγεία» περιλαμβάνει ανάλυση και διάγνωση της κατάστασης ενός ατόμου και τη θεραπεία, φροντίδα και αποκατάσταση για μια ψυχική ασθένεια ή πιθανή ψυχική ασθένεια.

«Υπηρεσία ψυχικής υγείας» είναι οποιαδήποτε υπηρεσία ή τμήμα υπηρεσίας, που σαν πρωταρχική του λειτουργία έχει να παρέχει φροντίδα για την ψυχική υγεία.

«Επαγγελματίας ψυχικής υγείας» μπορεί να είναι ένας γιατρός, κλινικός ψυχολόγος, νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός ή άλλο κατάλληλα εκπαιδευμένο και ειδικευμένο άτομο εφοδιασμένο με τα απαραίτητα προσόντα για την παροχή φροντίδας για την ψυχική υγεία.

«Ασθενής» είναι ένα άτομο που λαμβάνει φροντίδα για την ψυχική υγεία και περιλαμβάνει όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

«Νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας» σημαίνει ένα άτομο που του έχει ανατεθεί από το νόμο, το καθήκον της εκπροσώπησης των συμφερόντων ενός ασθενή με οποιαδήποτε καθορισμένη άποψη ή την άσκηση καθορισμένων δικαιωμάτων εκ μέρους των ασθενών, και περιλαμβάνει το γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα ανηλίκου, εκτός από τις περιπτώσεις που καθορίζει διαφορετικά η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

«Σώμα ελέγχου» είναι το σώμα που θεμελιώθηκε βάση της Αρχής 17 για τον έλεγχο της αναγκαστικής νοσηλείας ή κράτησης ενός ασθενή σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 1η

Θεμελιώδεις ελευθερίες και βασικά δικαιώματα

1. Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή φροντίδα, που παρέχεται ως τμήμα του συστήματος υγείας και κοινωνική φροντίδας.
2. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, θα τους παρέχεται φροντίδα με την ανθρωπιά και το σεβασμό που αρμόζει στην έμφυτη αξιοπρέπεια του ανθρώπου.
3. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, έχουν το δικαίωμα της προστασίας από οικονομική, σεξουαλική και άλλους τύπους εκμετάλλευσης, από φυσική ή άλλη κακοποίηση και από υποτιμητική/ εξευτελιστική συμπεριφορά.
4. Δεν θα γίνεται καμία διάκριση λόγω της ψυχικής νόσου. Ο όρος «διάκριση» σημαίνει οποιαδήποτε άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση ή εξαφάνιση της ισότιμης απόλαυσης των δικαιωμάτων. Ειδικά μέτρα που λαμβάνονται αποκλειστικά για την προστασία ή τη διασφάλιση της προαγωγής των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικά νοσήματα δεν θα θεωρούνται μεροληπτικά. Η διάκριση δεν περιλαμβάνει καμία άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που γίνεται σύμφωνα με τις παροχές αυτών των Αρχών και είναι αναγκαίες για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικό νόσημα ή άλλων ατόμων.
5. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να ασκεί όλα τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα που του έχουν αναγνωριστεί από την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Πολιτικά και Πολιτειακά Δικαιώματα και από άλλα αρμόδια όργανα, όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων και το Σώμα των Αρχών για την Προστασία Όλων των Ατόμων από Οποιαδήποτε Μορφή Κράτησης ή Φυλάκισης.
6. Οποιαδήποτε απόφαση ανάθεσης κηδεμονίας ή νομικής εκπροσώπησης σε τρίτο πρόσωπο, λόγω ψυχικής νόσου εξαιτίας της οποίας το άτομο στερείται νομικής ικανότητας, θα γίνεται μόνο έπειτα από δίκαιη ακροαματική διαδικασία από ένα ανεξάρτητο και αμερόληπτο δικαστήριο σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται δικαιούται να εκπροσωπείται από συνήγορο, ενώ σε περίπτωση που το ίδιο δεν μπορεί να εξασφαλίσει μια τέτοια εκπροσώπηση, θα διατίθεται άνευ πληρωμής από τη στιγμή που δεν διαθέτει επαρκή μέσα να πληρώσει για αυτήν. Δεν είναι δυνατόν να εκπροσωπούνται από τον ίδιο συνήγορο και στην ίδια ακροαματική διαδικασία η υπηρεσία ψυχικής υγείας ή το προσωπικό της ή ακόμα και άλλα μέλη της οικογένειας του ατόμου του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται παρά μόνον αν το δικαστήριο αποφασίσει ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφέροντος. Τέτοιου τύπου αποφάσεις θα πρέπει να αναθεωρούνται σε τακτικά και λογικά χρονικά διαστήματα που

καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται, το άτομο που αναλαμβάνει τη νομική εκπροσώπηση και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, θα έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση σε ανώτατο δικαστήριο ενάντια οποιασδήποτε τέτοιας απόφασης.

7. Σε περίπτωση που το δικαστήριο ή άλλο αρμόδιο δικαστήριο κρίνει ότι το άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν είναι σε θέση να χειριστεί τις υποθέσεις του/ της, θα αναλαμβάνονται τα αναγκαία και κατάλληλα για την περίπτωση μέτρα για τη διασφάλιση των συμφερόντων του/ της.

Αρχή 2η

Προστασία ανηλίκων

Ειδική φροντίδα θα δίδεται σύμφωνα με τη σκοπιμότητα αυτών των Αρχών και στα πλαίσια της εσωτερικής νομοθεσίας που αφορά την προστασία ανηλίκων σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων τους, που περιλαμβάνει όταν αυτό κριθεί αναγκαίο την ανάθεση της νομικής εκπροσώπησης σε άτομο εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Αρχή 3η

Ζωή στην κοινότητα

Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα.

Αρχή 4η

Καθορισμός/ προσδιορισμός/ διάγνωση της ψυχικής νόσου

1. Ο διαγνωστικός καθορισμός ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο θα γίνεται σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένες προδιαγραφές.
2. Ο καθορισμός/ Η διάγνωση της ψυχικής νόσου δεν θα πρέπει να γίνεται ποτέ με βάση κριτήρια πολιτικά, οικονομικά ή κοινωνικής υπόστασης, ή λόγω συμμετοχής σε φυλετικές, πολιτιστικές ή θρησκευτικές ομάδες ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο που δεν σχετίζεται άμεσα με την κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου.
3. Οικογενειακές ή επαγγελματικές συγκρούσεις, ή η μη συμμόρφωση με ηθικές, κοινωνικές, πολιτιστικές ή πολιτικές αξίες ή με την κυρίαρχη θρησκευτική πίστη της κοινότητας στην οποία υπάγεται το άτομο, δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διάγνωση της ψυχικής νόσου.
4. Τυχόν ιστορικό προηγούμενης θεραπείας ή νοσηλείας δεν θα πρέπει από μόνο του να δικαιολογεί παρούσα ή μελλοντική διάγνωση ψυχικής νόσου.
5. Κανένα άτομο ή φορέας εξουσίας δεν θα πρέπει να ταξινομεί ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο να αναφέρει ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο για λόγους που σχετίζονται άμεσα με την ψυχική νόσο ή με τις συνέπειές της.

Αρχή 5η

Ιατρική εξέταση

Κανένα άτομο δεν θα πρέπει να υποχρεώνεται να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με την προοπτική καθορισμού αν έχει ή δεν έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο σύμφωνα με την διαδικασία που προβλέπει και ορίζει η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 6η

Εμπιστευτικότητα/ Απόρρητο

Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας της πληροφόρησης, που αφορά όλα τα άτομα για τα οποία ισχύουν οι Αρχές αυτές, θα πρέπει να γίνεται σεβαστό. / Θα πρέπει να είναι σεβαστό το δικαίωμα του απόρρητου των προσωπικών δεδομένων όλων των ατόμων στα οποία απευθύνονται αυτές οι Αρχές.

Αρχή 7η

Ο ρόλος της κοινότητας και του πολιτισμού

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται και να του παρέχεται φροντίδα, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα όπου αυτός ή αυτή διαμένει.
2. Όταν η θεραπεία λαμβάνει χώρα σε έναν οργανισμό ψυχικής υγείας, ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα, όταν αυτό είναι δυνατό, να νοσηλεύεται κοντά στο σπίτι του/ της ή κοντά στον συγγενών ή φίλων του/ της και θα έχει το δικαίωμα να επιστρέψει στην κοινότητα όσο το δυνατόν γρηγορότερα.
3. Κάθε ασθενής θα έχει δικαίωμα σε θεραπεία κατάλληλη για το δικό του/ της πολιτιστικό υπόβαθρο.

Αρχή 8η

Επίπεδα φροντίδας

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τόση φροντίδα υγείας και κοινωνική φροντίδα, όση χρειάζεται για τις ανάγκες υγείας του/ της και δικαιούται φροντίδα και θεραπεία με τις ίδιες προδιαγραφές που τη δικαιούνται και άτομα που νοσούν από άλλες παθήσεις.
2. Κάθε ασθενής θα προστατεύεται από βλάβη, συμπεριλαμβανομένης της αδικαιολόγητης λήψης φαρμάκων, της κακοποίησης από άλλους ασθενείς, προσωπικό ή άλλα άτομα και πράξεις που του προκαλούν ψυχικό άγχος ή σωματική δυσφορία.

Αρχή 9η

Θεραπεία

1. Κάθε ασθενής θα έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία που είναι κατάλληλη για τις ανάγκες υγείας του ασθενή και την ανάγκη προστασίας της φυσικής ασφάλειας των άλλων.

2. Η θεραπεία και φροντίδα κάθε ασθενή θα βασίζεται σε ένα εξατομικευμένο σχέδιο, έπειτα από συζήτηση με τον ασθενή, που θα αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, θα αναθεωρείται σύμφωνα με τις ανάγκες και θα παρέχεται από ειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό.

3. Η φροντίδα ψυχικής υγείας θα παρέχεται πάντοτε σύμφωνα με τις κατάλληλες προδιαγραφές ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων διεθνώς αποδεκτών προδιαγραφών, όπως οι Αρχές Ιατρικής Ηθικής που υιοθετήθηκαν από τον ΟΗΕ. Η γνώση για την ψυχική υγεία και οι δεξιότητες δεν θα γίνονται ποτέ αντικείμενο εκμετάλλευσης.

4. Η θεραπεία κάθε ασθενή θα κατευθύνεται προς τη διατήρηση και ενδυνάμωση της προσωπικής του αυτονομίας.

Αρχή 10 η

Φαρμακευτική αγωγή

1. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή, να χορηγείται στον ασθενή μόνο για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους και ποτέ να μην χρησιμοποιείται σαν τιμωρία ή για τη διευκόλυνση τρίτων. Σύμφωνα με την παράγραφο 15 της Αρχής 11, οι γιατροί θα χορηγούν μόνο φάρμακα με γνωστή ή αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα.

2. Όλα τα φάρμακα θα συνταγογραφούνται από γιατρό ή επαγγελματία ψυχικής υγείας που διαθέτει άδεια για αυτό και θα καταγράφονται στο φάκελο του ασθενή.

Αρχή 11 η

Συναίνεση για θεραπεία

1. Καμία θεραπεία δεν θα γίνεται σε ασθενή αν δεν υπάρχει συναίνεση μετά από ενημέρωση παρά μόνο στις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω.

2. Η μετά από ενημέρωση συναίνεση είναι συναίνεση που παραχωρείται ελεύθερα, χωρίς απειλές ή ακατάλληλα κίνητρα, και μετά από την αντίστοιχη αποκάλυψη στον ασθενή επαρκούς και κατανοητής πληροφόρησης, με μορφή και γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή στα εξής θέματα:

i. Τη διαγνωστική αξιολόγηση.

ii. Το λόγο, τη μέθοδο, την πιθανή διάρκεια και τα αναμενόμενα οφέλη από την προτεινόμενη θεραπεία.

iii. Εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι λιγότερο παρεμβατικές.

iv. Πιθανό πόνο ή δυσφορία, κινδύνους και παρενέργειες από την προτεινόμενη θεραπεία.

3. Ο ασθενής μπορεί να ζητήσει την παρουσία ατόμου ή ατόμων της επιλογής του κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παραχώρησης συναίνεσης.

4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να σταματήσει τη θεραπεία, εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω. Οι συνέπειες της άρνησης ή διακοπής της θεραπείας θα πρέπει να εξηγούνται στον ασθενή.

5. Ο ασθενής δεν θα πρέπει ποτέ να καλείται ή να παρακινείται του δικαιώματος της μετά από ενημέρωση συναίνεσης. Αν ο ασθενής επιθυμεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να εξηγείται στον ασθενή ότι η θεραπεία δεν μπορεί να δίνεται χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση.

6. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 7, 8, 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, θα μπορεί να εφαρμόζεται ένα προτεινόμενο πλάνο θεραπείας χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, αν ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις:

i. Ο ασθενής, τη δεδομένη στιγμή κρατείται παρά τη θέλησή του.

ii. Μια ανεξάρτητη αρχή, που θα έχει στην κατοχή της όλη τη σχετική πληροφόρηση, συμπεριλαμβανομένης της πληροφόρησης που καθορίζει η παράγραφος 2 παραπάνω, θα ικανοποιείται ότι τη δεδομένη στιγμή, ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να δώσει ή να αρνηθεί την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της στο προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ή αν προβλέπεται από τη νομοθεσία, στις περιπτώσεις που απειλείται η ασφάλεια του ίδιου του ασθενή ή τρίτων, ότι ο ασθενής χωρίς λόγο αρνείται να δώσει αυτή τη συναίνεση, και

iii. Η ανεξάρτητη αρχή θα πρέπει να ικανοποιείται ότι το προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ανταποκρίνεται με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή.

7. Η παράγραφος 6 παραπάνω δεν ισχύει στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα για να δώσει συναίνεση στη θεραπεία του ασθενή, αλλά εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί να δοθεί σε έναν τέτοιο ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, έχοντας λάβει όλη την πληροφόρηση που αναφέρεται στην παράγραφο 2 παραπάνω, συναινέσει εκ μέρους του ασθενή.

8. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί, επίσης, να παρέχεται σε έναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας που έχει άδεια από το κράτος, κρίνει ότι είναι επείγουσα ανάγκη, προκειμένου να εμποδιστεί άμεση ή επικείμενη βλάβη στον ίδιο τον ασθενή ή σε άλλα άτομα. Τέτοιου είδους θεραπεία δεν θα επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο.

9. Στις περιπτώσεις που δίνεται εντολή για οποιαδήποτε θεραπεία χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, θα πρέπει παρ' όλα αυτά να γίνεται κάθε προσπάθεια ενημέρωσης του ασθενή για τη φύση της θεραπείας και για οποιαδήποτε εναλλακτική θεραπεία και να εμπλέκεται ο ασθενής, όσο αυτό είναι εφικτό, στη δημιουργία του πλάνου θεραπείας του.

10. Οποιαδήποτε θεραπεία θα καταγράφεται αμέσως στον ιατρικό φάκελο του ασθενή, καθώς και ένδειξη του αν δόθηκε εθελοντικά ή αναγκαστικά.

Αρχή 12 η

Γνωστοποίηση δικαιωμάτων

1. Ένας ασθενής που βρίσκεται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενημερώνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την εισαγωγή, με τρόπο και γλώσσα κατανοητή για τον ασθενή, για όλα του/ της τα δικαιώματα σύμφωνα με αυτές τις βασικές αρχές και τη νομοθεσία του κράτους και επιπλέον να παρέχεται εξήγηση αυτών των δικαιωμάτων και του τρόπου που μπορεί να τα εξασκήσει.
2. Εάν και για όσο διάστημα ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τέτοιες πληροφορίες, τα δικαιώματά του θα διαβιβάζονται μέσω του νομίμου εκπροσώπου ή κηδεμόνα του, αν υπάρχει και αν σχετίζεται, και μέσω του ατόμου ή ατόμων που είναι με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σε θέση να εκπροσωπήσουν τα συμφέροντα του ασθενή και είναι πρόθυμοι να το κάνουν.
3. Ένας ασθενής που έχει την απαιτούμενη ικανότητα έχει το δικαίωμα να διορίσει το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να ενημερώνεται για λογαριασμό του, καθώς επίσης και το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να εκπροσωπεί τα συμφέροντά του/ της στις αρχές της υπηρεσίας

Αρχή 13 η

Δικαιώματα και συνθήκες στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Κάθε ασθενής σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, έχει δικαίωμα σε πλήρη σεβασμό, στα εξής:
 - (α) αναγνώριση ενώπιον του νόμου της ιδιότητας ως ατόμου
 - (β) της προσωπικής του/ της ζωής
 - (γ) ελευθερία στην επικοινωνία του με άλλα άτομα εντός και εκτός της υπηρεσίας, ελευθερία να στέλνει και να λαμβάνει μη λογοκριμένα προσωπικά έγγραφα, ελευθερία να λαμβάνει ιδιωτικές επισκέψεις από συνήγορο ή νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα και σε λογικές ώρες και από άλλους επισκέπτες και ελευθερία πρόσβασης σε ταχυδρομικές και τηλεφωνικές υπηρεσίες και σε εφημερίδες, ραδιόφωνο και τηλεόραση.
 - (δ) ελευθερία θρησκειώματος ή πίστης
2. Το περιβάλλον και οι συνθήκες διαβίωσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει, όσο το δυνατόν, να προσομοιάζουν στη φυσιολογική ζωή ατόμων παρόμοιας ηλικίας και ειδικότερα θα πρέπει να περιλαμβάνουν:
 - (α) εγκαταστάσεις για ψυχαγωγικές δραστηριότητες και ασχολίες ελεύθερου χρόνου
 - (β) εγκαταστάσεις για εκπαίδευση
 - (γ) εγκαταστάσεις για την αγορά και παραλαβή αντικειμένων καθημερινής χρήσης, ψυχαγωγίας και επικοινωνίας

(δ) εγκαταστάσεις και ενθάρρυνση για τη χρήση τέτοιων εγκαταστάσεων, για την εμπλοκή του ασθενή σε δραστηριότητες ανάλογες με το κοινωνικό και πολιτιστικό του/ της υπόβαθρο και παρελθόν και για κατάλληλα μέτρα επαγγελματικής αποκατάστασης για την προαγωγή της επανένταξης στη κοινότητα. Αυτά τα μέτρα θα πρέπει να περιλαμβάνουν επαγγελματική καθοδήγηση, επαγγελματική εκπαίδευση και υπηρεσίες τοποθέτησης σε εργασίες προκειμένου να μπορέσουν οι ασθενείς να διασφαλίσουν ή να διατηρήσουν απασχόληση στην κοινότητα.

3. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει ένας ασθενής να εξαναγκάζεται να εργαστεί. Μέσα στα όρια των αναγκών του ασθενή και με τις προδιαγραφές της διοίκησης της υπηρεσίας, ένας ασθενής θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το είδος της εργασίας που αυτός/ ή επιθυμεί να εκτελεί.

4. Η εργασία ενός ασθενή μέσα σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας δεν θα πρέπει να γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης. Κάθε τέτοιος ασθενής θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την ίδια αμοιβή για κάθε εργασία που αυτός ή αυτή ασκεί, όπως θα αμειβόταν, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, για την ίδια εργασία οποιοσδήποτε μη ασθενής. Κάθε τέτοιος ασθενής και σε κάθε περίπτωση, θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει δίκαιο μερίδιο από οποιαδήποτε αμοιβή που πληρώνεται η υπηρεσία ψυχικής υγείας για τη δουλειά του/ της.

Αρχή 14 η

Πόροι για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στα ίδια επίπεδα πόρων με οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας και ειδικότερα:

i.Ειδικευμένο ιατρικό και λοιπό επαγγελματικό προσωπικό σε επαρκή αριθμό και με αρκετό χώρο ώστε να εξασφαλίσουν σε κάθε ασθενή τον ανάλογο προσωπικό του χώρο και ένα πρόγραμμα κατάλληλης και ενεργούς θεραπείας

ii.Διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό για τον ασθενή

iii.Κατάλληλη επαγγελματική φροντίδα, και

iv.Κατάλληλη, τακτική και περιεκτική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της προμήθειας φαρμάκων.

2. Κάθε υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να επιθεωρείται από τις αρμόδιες αρχές με τακτική συχνότητα, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι συνθήκες, η θεραπεία και η φροντίδα των ασθενών συμμορφώνεται με αυτές τις Αρχές.

Αρχή 15 η

Αρχές εισαγωγής

1. Στις περιπτώσεις που ένα άτομο χρειάζεται θεραπεία σε υπηρεσία ψυχικής υγείας, θα γίνεται κάθε προσπάθεια προκειμένου να αποφευχθεί η αναγκαστική νοσηλεία.

2. Η πρόσβαση σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως η πρόσβαση σε οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας.

3. Οποιοσδήποτε ασθενής δεν έχει εισαχθεί με αναγκαστική νοσηλεία θα έχει το δικαίωμα να φύγει από τις εγκαταστάσεις της υπηρεσίας ψυχικής υγείας, οποιαδήποτε στιγμή, εκτός και ισχύουν τα κριτήρια κράτησής του/ της ως ασθενής σε αναγκαστική νοσηλεία, όπως έχουν καθοριστεί στην Αρχή 16 παραπάνω, και αυτός/ ή θα ενημερώνονται γι' αυτό το δικαίωμά τους.

Αρχή 16 η

Αναγκαστική εισαγωγή/ νοσηλεία

1. Ένα άτομο μπορεί (i) να εισαχθεί αναγκαστικά σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας ως ασθενής ή (ii) ενώ έχει ήδη εισαχθεί με τη θέλησή του ως ασθενής, να κρατείται στη συνέχεια αναγκαστικά, εάν, και μόνο εάν, ένας ειδικευμένος ψυχίατρος εξουσιοδοτημένος από το νόμο επ' αυτού αποφασίζει, σύμφωνα με την Αρχή 4, ότι το άτομο έχει ψυχικό νόσημα και εξετάζει τα εξής:

i. Ότι, λόγω της ψυχικής νόσου, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο ή για άλλα άτομα

ii. Στην περίπτωση ατόμου που η ψυχική νόσος του είναι πολύ βαριά και η κρίση του έχει εξασθενήσει, η αποτυχία να εισαχθεί ή να κρατηθεί μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή επιδείνωση της κατάστασής του/ της ή μπορεί να παρεμποδίσει τη λήψη κατάλληλης θεραπείας που θα μπορούσε να παρασχεθεί μόνο με την εισαγωγή ή νοσηλεία σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, σύμφωνα με την αρχή της λιγότερο περιοριστικής εναλλακτικής λύσης.

Στην περίπτωση ατόμου που αναφέρεται στην υποπαράγραφο (ii), θα πρέπει να ζητείται η γνώμη ενός δεύτερου ψυχιάτρου, ανεξάρτητου από τον πρώτο, όπου αυτό είναι δυνατό. Αν μια τέτοια δεύτερη γνώμη ή συμβουλή δοθεί, τότε η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση δεν θα γίνει παρά μόνο αν και ο δεύτερος ψυχίατρος συμφωνήσει.

2. Η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση θα γίνεται αρχικά για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους, για παρακολούθηση και μια προκαταρκτική θεραπεία εν αναμονή της αναθεώρησης της εισαγωγής ή της κράτησης από το σώμα ελέγχου. Οι συνθήκες της εισαγωγής θα πρέπει να μεταβιβαστούν στον ασθενή χωρίς καθυστέρηση και το γεγονός και το «σκεπτικό» της εισαγωγής θα μεταβιβάζονται επίσης άμεσα και λεπτομερώς στο σώμα ελέγχου, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του ασθενή, αν υπάρχει, και στην οικογένεια του ασθενή, εφόσον αυτός/ ή δεν έχει αντίρρηση.

3. Μια υπηρεσία ψυχικής υγείας μπορεί να δέχεται ασθενείς που εισάγονται με αναγκαστική νοσηλεία, μόνο αν η υπηρεσία έχει οριστεί για αυτό το λόγο από μια αρμόδια αρχή, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους

Αρχή 17 η

Σώμα ελέγχου

1. Το σώμα ελέγχου θα πρέπει να είναι δικαστικό ή άλλο ανεξάρτητο και αμερόληπτο σώμα θεμελιωμένο από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους και το οποίο θα λειτουργεί σύμφωνα με τις διαδικασίες που ορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Στη διαμόρφωση των αποφάσεών του θα συμβάλλουν ένας ή περισσότεροι ειδικευμένοι και ανεξάρτητοι ψυχιάτρους, των οποίων η γνώμη θα λαμβάνεται υπόψη.
2. Ο αρχικός έλεγχος του σώματος ελέγχου της απόφασης για την αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση ενός ατόμου, όπως απαιτείται από την παράγραφο 2 της Αρχής 16, θα γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την απόφαση και θα διεξάγεται σύμφωνα με απλές και σκόπιμες διαδικασίες, οι οποίες καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
3. Το σώμα ελέγχου θα επαναξιολογεί περιοδικά τις περιπτώσεις αναγκαστικής νοσηλείας ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
4. Ένας ασθενής που νοσηλεύεται με αναγκαστική νοσηλεία θα μπορεί να αιτείται στο σώμα ελέγχου για την εξαγωγή του ή για να βρίσκεται σε κατάσταση εκούσιας νοσηλείας, σε λογικά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
5. Σε κάθε έλεγχο, το σώμα ελέγχου θα εξετάζει αν τα κριτήρια αναγκαστικής εισαγωγής που καθορίζονται από την παράγραφο 1 της Αρχής 16, εξακολουθούν να πληρούνται, και αν δεν πληρούνται, τότε ο ασθενής θα εξέρχεται ως αναγκαστικής νοσηλείας ασθενής.
6. Αν σε οποιαδήποτε στιγμή ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που είναι υπεύθυνος για την περίπτωση πιστεύει ότι οι λόγοι κράτησης ενός ατόμου με αναγκαστική νοσηλεία, δεν πληρούνται πλέον, αυτός ή αυτή θα πρέπει να διατάσσει την έξοδό του ως τέτοιου ασθενή.
7. Ένας ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του ή κηδεμόνας θα έχει το δικαίωμα να προσβάλλει σε ανώτερο δικαστήριο την απόφαση της εισαγωγής ή κράτησής του σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 18 η

Καταγγελίες

1. Κάθε ασθενής και πρώην ασθενής έχει το δικαίωμα να κάνει μία καταγγελία μέσα από διαδικασίες που καθορίζονται από τη νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 19η

Έλεγχος και βελτιώσεις/ διορθώσεις/ αποκατάσταση

Τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι λειτουργούν οι κατάλληλοι μηχανισμοί που προωθούν τη συμμόρφωση σε αυτές τις Αρχές, για τον έλεγχο των εγκαταστάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για τον ισχυρισμό, τη διερεύνηση και την κατάληξη της διεξαγωγής μιας έρευνας για καταγγελίες και για την εγκαθίδρυση κατάλληλων

πειθαρχικών και δικαστικών διαδικασιών για τα παραπτώματα ή την παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών από τους επαγγελματίες

Αρχή 20 η

Εφαρμογή

1. Τα κράτη θα πρέπει να εφαρμόζουν αυτές τις Αρχές μέσα από κατάλληλους νομοθετικούς, δικαστικούς, διοικητικούς, εκπαιδευτικούς, και άλλους μηχανισμούς και μέτρα, τα οποία θα επανεξετάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
2. Τα κράτη θα πρέπει να καταστήσουν τις Αρχές αυτές, ευρέως γνωστές με κατάλληλα και ενεργητικά μέσα.

Αρχή 21 η

Πεδίο εφαρμογής των αρχών που αφορούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Αυτές οι Αρχές εφαρμόζονται σε όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 22 η

Διασφάλιση υπαρχόντων δικαιωμάτων

Δε θα υπάρξει κανένας περιορισμός ή υποτίμηση σε βάρος οποιουδήποτε υπάρχοντος δικαιώματος των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται από διεθνή ή κρατική νομοθεσία που εφαρμόζεται, με την πρόφαση ότι αυτές οι Αρχές δεν αναγνωρίζουν εκείνα τα δικαιώματα ή ότι τα αναγνωρίζουν σε μικρότερη έκταση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η καταθλιψη που μπορεί να εχει σαν αποτελεσμα την αυτοκτονια ειναι μια ασθeneia θεραπευσιμη .Η θεραπεια μπορεί να βοηθησει τον καταθλιπτηκο να κατανοησε ιγια πιο λογο αισθανεται καταθλιψη ενω παραλληλα μπορεί να μαθει πως να αντιμετωπιζει στρεσσογονες καταστασεις της ζωης.Αναλογα με την περιπτωση η θεραπεια μπορεί να περιλαμβανει ατομικη,ομαδικη η οικογενειακη συμβουλευτικη παρεμβαση ακομα ειναι σημαντικό να αναφερουμε πως οταν ο καταθλιπτικος αναγνωριζει την αναγκη να αναζητησει βοηθεια , αυτο ειναι ενα σπουδαιο βημα για αναρρωση .Ομως ας μην ξεχναμε οτι μερικοι πασχοντες αναζητουν μονοι τους βοηθεια.ισως να χρειαζονται ενθαρυνση απο τους φιλους τους και υποστηριξη απο τα ατομα που ανησυχουν για αυτους στο να αναζητησουν βοηθεια και να ακολουθησουν τις συστασεις των ειδικων επιστημονων για την θεραπεια τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΖΕΠΠΟΣ Ι. *Βασιλικά Λέοντος Βασιλέως, τόμοι 5, Αθήνα 1910, IV, 2-3-6, σ.95. Ευτυχιάδης Α. Η Άσκησης της Βυζαντινής Ιατρικής Επιστήμης και Κοινωνικά Εφαρμογαί αυτής κατά τας Σχετικές Διατάταξεις. Αθήνα 1983, σ. 57*
2. ZACHARIAE CE, LINGETHAL Á. *Jus Graecoromanum, vol. I, II, III, IV. Vol. II, γ/, τιτλ. 13, σ.151*
3. ό.π. vol. IV, β, τιτλ. 4, σ. 305
4. ό.π. vol. IIIa, Inst. A, τιτλ. 10, σ. 24
5. ΠΙΤΣΑΚΗ ΚΓ (Επιμ.), ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ. *Πρόχειρον Νόμων ή Εξάβιβλος. Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα, 1971, βιβλίο δ', τίτλος α', 4, 222*
6. ΖΕΠΠΟΣ Ι. *Βασιλικά Λέοντος Βασιλέως ... ό.π., 7-5-12, σ.379*
7. ό.π. 9-3-9, σ. 575
8. ό.π. 46-1-16, σ. 511
9. ALBERTO AD, MAURITIO D. *Corpus Juris Civilis, Αυτοκράτορος Ιουστινιανού Αυγούστου, Editio Stereotypa, Lipsiae 1866, VII, γ', cv, tit LXVII σ.353, Ζέππος και Ευτυχιάδης Α, ό.π. σ. 38*
10. ΖΕΠΠΟΣ Ι. *Βασιλικά Λέοντος Βασιλέως ... ό.π., 52-1-1, σ.135. Πιτσάκη ΚΓ (Επιμ.), Αρμενόπουλου Κ. Εξάβιβλος... ό.π. βιβλίο γ', τίτλος β', 93, βιβλίο ε', τίτλος α', 30*
11. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α. *Ό.π. σ. 54*
12. ΖΕΠΠΟΣ Ι. *Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 38-10-6, σ. 1212*
13. ό.π. I. *Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. σ. 58*
14. ΖΕΠΠΟΣ Ι. *Βασιλικά Λέοντος.. ό.π. 38-10-22 σ. 1216*
15. ALBERTO AD, MAURITIO D. *Corpus Juris Civilis, ό.π., γ', cv tit. lxx 354*
16. ZACHARIAE CE, LINGETHAL Á. *Jus Graecoromanum, ό.π. vol. IV, β, τιτλ. 4, σ. 305. Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 50-3-27, σ.71. Alberto AD, Mauritio D. Corpus Juris Civilis, α, xxxvii, tit, Iii, σ. 631*
17. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, σ. 59
18. ΖΕΠΠΟΣ Ι. *Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 38-10-23, σ. 1216*

19. ΡΑΛΛΗ ΓΑ, ΠΟΤΛΗ Μ. Σύνταγμα των θείων και ιερών κανόνων των τε αγίων και πανευγήμων Αποστόλων και των Ιερών Οικουμενικών Συνόδων και των κατά μέρος Αγίων Πατέρων, τόμοι εζι, Αθήνα 1852-1859, τόμος στ', στοιχείον Φ, σ. 494. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά Λέοντος... ό.π. σ. 60. Zachariae CE, Lingethal Á. Jus Graecoromanum, ό.π. vol. Iv, β, tit 4, σ. 306
20. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α. ό.π. σ. 601
21. LEONIS, CONSTANTINI. Romanorum Imp Delectus Legum Compendiarius, Σύντομος Εκλογή Νόμων, τόμος 113, Migne Patrologia Graeca, Parisiis, 1864, tit. 6, σ. 6473. Ευτυχιάδης Α, ό.π. σ. 61. Ζέππος Ι, Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 60-40-8, σ. 701
22. LEONIS, CONSTANTINI. ό.π., tit. 6, σ. 473. Ευτυχιάδης Α, ό.π. σ. 60
23. LEONIS, CONSTANTINI. ό.π. tit. 5, σ. 473. Ζέππος Ι. Βασιλικά Λέοντος ..., ό.π. 6-1-46, σ. 254 και 60-40-86, σ. 701, ό.π. vol. Iv, β, tit. Zachariae CE, Lingethal Á. Jus Graecoromanum 4, σ. 306.
24. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 54-7-39, σ. 172
25. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, ό.π. σ. 61
26. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. σ. 631
27. ό.π. 33-1-7, σ. 698
28. ΠΙΤΣΑΚΗ ΚΓ (επιμ.), Αρμενόπουλος κ. Εξάβιβλος, ό.π. βιβλίο ε', τίτλος α' 5-11
29. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, σ. 62
30. ΡΑΛΛΗ ΓΑ, ΠΟΤΛΗ Μ. Σύνταγμα των Ιερών Κανόνων ... ό.π. τόμος β', 9 ΝΖ, σ. 75. Ευτυχιάδης Α, ό.π. σ. 62
31. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, ό.π. σ. 55
32. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, ό.π. σ. 55. Ζέππος Ι, Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 60-53-3, σ. 779
33. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, ό.π. σ. 56, Ράλλη ΓΑ, Πότλη Μ, Σύνταγμα των Ιερών Κανόνων ... ό.π. τόμος Δ, γ', ΙΔ, σ. 340 και τόμος ΣΤ', στ. Δ, σ. 203
34. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, ό.π. σ. 46. Ζέππος Ι, Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 31-6-5 σ. 873
36. Constantini Porphirogeniti Imperatoris, Novellae Constitutiones, Νεαράι διατάξεις, Migne Patrologia Graeca, τόμος 113, Paris 1864, δ, Ν 115, σ. 498. Ράλλη ΓΑ, Πότλη Μ, Σύνταγμα των Θείων και Ιερών Κανόνων ... ό.π., τόμος Γ, β, ΣΤ, σ. 112. Zachariae CE, Lingethal Á. Jus Graecoromanum, ό.π. vol ii, γ, tit. 33, σ. 189, vol. ii, δ, tit. 34, σ. 430, vol. ii, α, tit. 6, σ. 34-35

36. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά Λέοντος ...ό.π.31-1-8, σ. 862, 2-5-16, σ.441
37. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α,ό.π. σ. 48
38. LEONIS Y et CONSTANTINI. ό.π. vol. I, a, σ. 181, vol. I, b, σ. 183. Alberto AD, Mauritio D. *Corpus Juris Civilis*, ό.π. ε, Νεαρά Λέοντος 111, σ. 386
39. ΠΙΤΣΑΚΗ ΚΓ (Επιμ.), ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Εξάβιβλος, ό.π. βιβλίο δ', τίτλος α', 15
40. ZACHARIAE CE, LINGETHAL Á. *Jus Graecoromanum*, ο.π. vol. Iν, γ, σ. 267. Ζέππος Ι. Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 28-1-6. Alberto AD, Mauritio D. *Corpus Juris Civilis*, Νεαρά Λέοντος 111 ό.π.
41. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, ό.π. σ. 48
42. ZACHARIAE CE, LINGETHAL Á. *Jus Graecoromanum*, ό.π. vol. I, ά, σ. 181, vol. II, γ', τίτ. 226, 126, σ. 147, 148. Alberto AD, Mauritio D, *Corpus Juris Civilis*, ό.π. Νεαρά Λέοντος ρια', σ. 386 ,Ομοίως δ', N 115 σ. 498
43. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, σ. 28
44. ό.π.
45. ALBERTO AD, MAURITIO D. *Corpus Juris Civilis*, ό.π. Νεαρά Λέοντος 93, σ. 282, Ζέππος Ι. Βασιλικά Λέοντος ...ό.π. 28-2-3, σ. 342, 28-1-6, σ. 321
46. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 28-5-16, σ. 141
47. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α. ό.π. σ.σ. 26-27
48. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά Λέοντος ... ό.π. 28-6-16,σ.454, 28-4-1, σ. 354, 2-3-30, σ.92
49. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α,ό.π. σ. 29
50. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά Λέοντος ...ό.π. 35-1-21, σ. 951
51. ό.π. 35-1-21, σ.947
52. ό.π. 35-1-7, σ. 969 και 35-2-16, σ. 963 και Zachariae CE, Lingethal Á. *Jus Graecoromanum*, ό.π., vol. II, δ', τίτλ. 30, σ. 327
53. ΠΙΤΣΑΚΗ ΚΓ (επιμ.), ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Εξάβιβλος, ό.π. Περί αιμομικτών, βιβλίο στ', τίτλος α', 1,3,4
54. FRESHFIELD E. *A Manual of Roman Law: the Ecloga*, Cambridge, 1926 p. 108–112. Geanakopulos Deno, Byzantium, Chicago, 1984, σ. 78
55. ΡΑΛΛΗ ΓΑ, ΠΟΤΛΗ Μ. *Σύνταγμα των θείων και ιερών κανόνων...* ό.π. τόμος β', ΟΗ, σ. 100
56. ό.π. τόμος β', ΟΘ, σ, 102
57. ό.π. ΚΑ', σ. 29-30
58. ό.π. τόμος δ', δ', σ. 421
59. ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α, ό.π. σ. 53. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά λέοντος ...ό.π. 38-10-24, σ. 1149
60. MOMMSEN T (ed). *Theodosiani Libri XVI cum Constitutionibus Sirmondianis*, Berolini 1905, ii, 17, 4 σ. 160
61. ΖΕΠΠΟΣ Ι. Βασιλικά Λέοντος ...ό.π. 38-10-23, σ. 1216-1217
62. ό.π. 22-1-19, σ. 1051
63. ΠΙΤΣΑΚΗ ΚΓ (Επιμ.), ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Εξάβιβλος, ό.π. Περί αιμομικτών, βιβλίο στ', τίτλος α', 1, 3, 4
64. ALBERTO AD, MAURITIO D. *Corpus Juris Civilis* ό.π. a, vxviii, tit x,

1. SADOCK BJ, SADOCK VA. *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001. Μετάφραση στα Ελληνικά: *Kaplan & Sadock's Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 2004: 162-190
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text revision (DSMIV-TR), American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization, Geneva, 1992
4. ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Θ. Διαταραχή ύπνου στην κατάθλιψη. Στο: Σολδάτος Κ (Επιμ. έκδ.) *Ιδιαιτερότητες στη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα, 2000: 53-64
5. REYNOLDS CF 3rd, KUPFER DJ. *Sleep research in affective illness: State of the art circa 1987*. *Sleep* 1987, 10: 199–215
6. SOLDATOS CR. *Insomnia in relation to depression and anxiety: Epidemiologic considerations*. *J Psychosom Res* 1994, 38(Suppl 1): 3–8
7. PAYKEL ES, PARKER RR, ROWAN PR, RAO BM, TAYLOR CN. *Nosology of atypical depression*. *Psychol Med* 1983, 13: 131–139
8. GOLD PW, CHROUSOS GP. *Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: High vs low CRH/NE states*. *Mol Psychiatry* 2002, 7: 254–275
9. BENAZZI F. *Psychomotor changes in melancholic and atypical depression: Unipolar and bipolar-II subtypes*. *Psychiatry Res* 2002, 15: 211–220
10. MATZA LS, REVICKI DA, DAVIDSON JR, STEWART JW. *Depression with atypical features in the national co-morbidity survey: Classification, description, and consequences*. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60: 817–826
11. SOTSKY SM, SIMMENS SJ. *Pharmacotherapy response and diagnostic validity in atypical depression*. *J Affect Disord* 1999, 54: 237–247
12. POSTERNAK MA. *Biological markers of atypical depression*. *Harv Rev Psychiatry* 2003, 11: 1–7
13. BENAZZI F. *Bipolar II and unipolar atypical depression*. *Can J Psychiatry* 1999, 44: 1050–1051
14. BAKER M, DORZAB J, WINOKUR G, CADORET RJ. *Depressive disease: Classification and clinical characteristics*. *Compr Psychiatry* 1971, 12: 354–365
15. HORWATH E, JOHNSON J, WEISSMAN MM, HORNIG CD. *The validity of major depression with atypical features based on a community study*. *J Affect Disord* 1992, 26: 117–125
16. TYLEE A, GASTPAR M, LEPINE JP, MENDLEWICZ J, *DEPRESSION RESEARCH IN EUROPEAN SOCIETY II (DEPRES II)*. *A patient survey of the*

- symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. Int Clin Psychopharmacol 1999, 14:139–151*
17. NIERENBERG AA, KEEFE BR, LESLIE VC, ALPERT JE, PAVA JA, WORTHINGTON JJ 3rd ET AL. *Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. J Clin Psychiatry 1999, 60:221–225*
 18. STAHL SM, ZHANG L, DAMATARCA C, GRADY M. *Brain circuits determine destiny in depression: A novel approach to the psychopharmacology of wakefulness, fatigue, and executive dysfunction in major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2003, 64(Suppl 14):6–17*
 19. SOLDATOS CR, BERGIANNAKI JD. *Sleep in depression and the effects of antidepressants in sleep. In: Halbreich U, Montgomery SA (eds) Pharmacotherapy for mood, anxiety and cognitive disorders. American Psychiatry Press, 2000:255–271*
 20. *Physician's Desk Reference. 55th ed. Medical Economics Co Inc, Montvale, NY, 2001*
 21. JASINSKI DR. *An evaluation of the abuse potential of modafinil using methylphenidate as a reference. J Psychopharmacol 2000, 14:53–60*
 22. JASINSKI DR, KOVACEVIC-RISTANOVIC R. *Evaluation of the abuse liability of modafinil and other drugs for excessive daytime sleepiness associated with narcolepsy. Clin Neuropharmacol 2000, 23:149–156*
 23. MYRICK H, MALCOLM R, TAYLOR B, LAROWE S. *Modafinil: Preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: A review of abuse liability issues. Ann Clin Psychiatry 2004, 16:101–109*
 24. FRY JM. *Treatment modalities for narcolepsy. Neurology 1998,50(Suppl1):43–48*
 25. BILLIARD M, MERLE C, CARLANDER B, ONDZE B, ALVAREZ D, BESSET A. *Idiopathic hypersomnia. Psychiatry Clin Neurosci 1998,52:125–129*
 26. ΣΟΛΔΑΤΟΣ ΚΡ (Επιμ.έκδ.). *Υπερπνίεις:Κλινικές εικόνες και αντιμετώπιση.Ελληνική Εταιρεία Έρευνας του Ύπνου Εκδόσεις Δικτόνα,Αθήνα,1999*
 27. GUILLEMINAULT C, PELAYO R. *Narcolepsy in children: Á practical guide to its diagnosis, treatment and follow-up. Paediatr Drugs 2000, 2:1–9*
 28. SILBER MH. *Sleep disorders. Neurol Clin 2001, 19:173–186*
 29. PARY R, LEWIS S, MATUSCHKA PR, RUDZINSKIY P, SAFI M, LIPPMANN S. *Attention deficit disorder in adults. Ann Clin Psychiatry 2002, 14:105–111*
 30. SCHWEITZER JB, HOLCOMB HH. *Drugs under investigation for attention-deficit hyperactivity disorder. Curr Opin Investig Drugs 2002, 3:1207–1211*
 31. HAPPE S. *Excessive daytime sleepiness and sleep disturbances in patients with neurological diseases: Epidemiology and management. Drugs 2003, 63:2725–2737*
 32. LINET LS. *Treatment of a refractory depression with a combination of fluoxetine and d-amphetamine. Am J Psychiatry 1989, 146:803–804*
 33. FAWCETT J, KRAVITZ HM, ZAJECKA JM, SCHAFF MR. *CNS stimulant potentiation of monoamine oxidase inhibitors in treatment-refractory depression. J Clin Psychopharmacol 1991,11:127–132*

34. METZ A, SHADER RI. *Combination of fluoxetine with pemoline in the treatment of major depressive disorder. Int Clin Psychopharmacol* 1991, 6:93–96
35. STOLL AL, PILLAY SS, DIAMOND L, WORKUM SB, COLE JO. *Methylphenidate augmentation of serotonin selective reuptake inhibitors: A case series. J Clin Psychiatry* 1996, 57:72–76
36. MENZA MA, KAUFMAN KR, CASTELLANOS A. *Modafinil augmentation of antidepressant treatment in depression. J Clin Psychiatry* 2000, 61:378–381
37. BERIGAN TR. *Augmentation with modafinil to achieve remission in depression: A case report. Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2001, 3:32
38. SCHILLERSTROM JE, SEAMAN JS. *Modafinil augmentation of mirtazapine in a failure-to-thrive geriatric inpatient. Int J Psychiatry Med* 2002, 32:405–410
39. SCHWARTZ TL, LESO L, BEALE M, AHMED R, NAPRAWA S. *Modafinil in the treatment of depression with severe comorbid medical illness. Psychosomatics* 2002, 43:336–337
40. MARKOVITZ PJ, WAGNER S. *An open-label trial of modafinil augmentation in patients with partial response to antidepressant therapy. J Clin Psychopharmacol* 2003, 23:207–209
41. ASHTON AK. *Modafinil augmentation of phenelzine for residual fatigue in dysthymia. Am J Psychiatry* 2004, 161:1716–1717
42. DEBATTISTA C, LEMBKE A, SOLVASON HB, GHEBREMICHAEL R, POIRIER J. *A prospective trial of modafinil as an adjunctive treatment of major depression. J Clin Psychopharmacol* 2004, 24:87–90
43. NASR S. *Modafinil as adjunctive therapy in depressed outpatients. Ann Clin Psychiatry* 2004, 16:133–138
44. HOLDER G, BRAND S, HATZINGER M, HOLSBOER-TRACHSLER E. *Reduction of daytime sleepiness in a depressive patient during adjunct treatment with modafinil. J Psychiatr Res* 2002, 36:49–52
45. FERNANDES PP, PETTY F. *Modafinil for remitted bipolar depression with hypersomnia. Ann Pharmacother* 2003, 37:1807–1809
46. SCHWARTZ TL, AZHAR N, COLE K, HOPKINS G, NIHALANI N, SIMIONESCU M ET AL. *An open-label study of adjunctive modafinil in patients with sedation related to serotonergic antidepressant therapy. J Clin Psychiatry* 2004, 65:1223–1227
47. NINAN PT, HASSMAN HA, GLASS SJ, McMANUS FC. *Adjunctive modafinil at initiation of treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor enhances the degree and onset of therapeutic effects in patients with major depressive disorder and fatigue. J Clin Psychiatry* 2004, 65:414–420
48. EVEN C, FRIEDMAN S, DARDENNES R, GUELFY JD. *Modafinil as an alternative to light therapy for winter depression. Eur Psychiatry* 2004, 19:66
49. LUNDT L. *Modafinil treatment in patients with seasonal affective disorder/winter depression: An open-label pilot study. J Affect Disord* 2004, 81:173–178
50. KAUFMAN KR, MENZA MA, FITZSIMMONS A. *Modafinil monotherapy in depression. Eur Psychiatry* 2002, 17:167–169

51. SUGDEN SG, BOURGEOIS JA. *Modafinil monotherapy in poststroke depression. Psychosomatics* 2004, 45:80–81
52. DEBATTISTA C, DOGHRAMJI K, MENZA MA, ROSENTHAL MH, FIEVE
53. RR. *Modafinil in depression study group. Adjunct modafinil for the short-term treatment of fatigue and sleepiness in patients with major depressive disorder: A preliminary double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychiatry* 2003,64:1057–1064

1. DARROUZES J. *Symeon le nouveau theologien: Traités theologiques et éthiques, vol. I, II. 2:138–40. Miller T.H* *Γέννησις του Νοσοκομείου στην βυζαντινή Αυτοκρατορία. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1998:247*
2. *Κλήμης Αλεξανδρείας, Παιδαγωγός I, II, III. Les Editions du Cerf, Paris 1970, II, 102, 2*
3. *ό.π. I, 75. 1, 2*
4. *ό.π. I 75.1, 2 και 29, 6*
5. *ό.π. 3, 1*
6. *ό.π. 82, 1 83, 1, 2*
7. *Φιλοκαλία, Αββάς Δωρόθεος, Περί του σπουδάσειν ταχέως-εκκόπτειν τα πάθη προ του ενέξει καν γενέσθαι την ψυχήν. Ζ'*
8. *Έλληνες Πατέρες της Εκκλησίας, Πατερικά Εκδόσεις Γρηγόριος ο Παλαμάς. I. Χρυσόστομος, Ομιλία Έκτη, ό,τι χρήσιμος ο των αρχόντων φόβος, έργα 32. Sources Chretiennes, Les Editions du Cerf, Paris 1966: Jean Chrysostome, A' Theodore, 16, 1–2*
9. *Μετοχίτης Θεόδωρος, Ηθικός ή περί παιδείας, Εκδόσεις Κανάκη, Αθήνα, 1995, σ.109*
10. *ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α. Αρχές Φιλοσοφίας και Ιστορίας της Ιατρικής. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2001:199*
11. *Βιβλιοθήκη Ελλήνων Πατέρων και Εκκλησιαστικών Συγγραφέων, εκδ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα 1955 κ. Εξ. Ιουστίνος, Επιστολή προς Ζήναν και Σειρήνον, 12, 12 και Λόγος προς Έλληνας ς', 29-35, τόμος 4, μέρος β'*
12. *Gregoire de Nysse, Traite de la Virginite, Les Editions du Cerf, Paris 1966, 335C*
13. *Βιβλιοθήκη Ελλήνων Πατέρων και Εκκλησιαστικών Συγγραφέων, εκδ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα 1955 κ. Εξ. Διδυμος Αλεξανδρείας, κεφάλαιον ΙΓ', 708,33-55, Τόμος 44. Εις Ζαχαρίαν, 8, 16-17 σ. 26-28, τόμος 48. Migne JP, Patrologia Graeca, Cursus Completus, Parisiis 1857-1866, Αποσπάσματα I, 96, 141 CD, 320B-321A Προς Φιλόσοφον: 96, 141 CD*
14. *Φιλοκαλία, Συμεών ο νέος Θεολόγος, Κεφάλαια Πρακτικά και Θεολογικά, 13, 19-20*
15. *Φιλοκαλία τόμος Β', σ. 34, νγ', σ.22, ξδ', σ.32, ξδ'*

16. Φιλοκαλία, Συμεών ο νέος Θεολόγος, Γνωστικά και Θεολογικά, κε'. σ. Φιλοκαλία β', Μακάριος ο αιγύπτιος, Ομιλίες Δ', κς', 23. Βιβλιοθήκη Ελλήνων Πατέρων και Εκκλησιαστικών Συγγραφέων, εκδ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα 1955 κ. Εξ. Ιουστίνος, Ερωτήσεις Χριστιανικάί προς τους Έλληνας, ερώτησις Α', 22, Τόμος 4.ό.π., Ι. Χρυσόστομος, Ομιλία Ογδόη, Προτοπή προς την Αρετήν, 3, 7-15, 3-19, τόμος 32. Φιλοκαλία, Αββά Ησαίου Λόγοι, Περί αρετών, 5
17. Φιλοκαλία Γ', σ.154
18. Βιβλιοθήκη Ελλήνων Πατέρων και Εκκλησιαστικών Συγγραφέων, εκδ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα 1955 κ. Εξ. Ι. Χρυσόστομος, Ομιλία 18.2, 14, τόμος 32
19. ΣΙΝΑΙΤΗΣ Ι. Κλίμαξ, Λόγος προς Ποιμένα, δ' σ. 381. Φιλοκαλία, όσιος Θαλάσσιος, σ.225, μδ'
20. ΣΙΝΑΙΤΗΣ Ι. Κλίμαξ, Λόγος κστ', Βιβλιοθήκη Ελλήνων πατέρων και Εκκλησιαστικών Συγγραφέων, εκδ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα 1955 κ. Εξ. Γρηγόριος ο θεολόγος, Επιστολαί Ευσεβίου Επισκόπου Σαμοσατών, 25, τόμος 59
21. Φιλοκαλία, Αββάς Δωρόθεος, Περί του αταράχως και ευχαρίστως Υποφέρειν, 12
22. MIGNE JP. Patrologia Graeca, Cursus Completus, Parisiis 1857– 1866 127:1405C, 90:1404A
23. ό.π., 90:1444-1445
24. ό.π., 90:1443
25. ό.π., 90:1425
26. ό.π., 90:1424
27. ό.π., 90:1432
28. ό.π., 90:1425 και Τατάκης ΒΝ. Η Βυζαντινή φιλοσογία, Εταιρεία Νεοελληνικού Πολιτισμού και Γενικής Παιδείας, Αθήνα, 1977:72
29. MIGNE JP. Patrologia Graeca, Cursus Completus, Parisiis 1857–1866, 90:1425⁴
30. Ιωάννου Λυδού, Περί των μην μηνών, De mensibus, Corpus Scriptorum Historiae Byzantinae, Bonnae, Impensis ed Weberi, 1838. De mensibus speciatim σ. 103, 52
31. Βιβλιοθήκη Ελλήνων Πατέρων και Εκκλησιαστικών Συγγραφέων, εκδ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα 1955 κ. εξ. Ευσέβιος Καισαρείας, εις το τέλος, Ψαλμός τω Δαβίδ, ΙΗ', σ.ιε 33-37 και σ.ιχ', ε-ιβ 32-34, τόμος 21
32. Ό.π. σ. Β', 7-12
33. ΤΣΑΜΗ Δ. Ιωσήφ Καλόθετου Συγγράμματα. Κέντρο βυζαντινών ερευνών, Θεσσαλονίκη, 1980, επιστολή 7, 6-8
34. Μ. Βασίλειος, Επιστολές κι άλλα κείμενα, Εκδόσεις Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Επιστολή σε Ιταλούς και Γάλλους
35. Έλληνες Πατέρες της Εκκλησίας, Πατερικά Εκδόσεις Γρηγόριος ο παλαμάς, Ι. Χρυσόστομος, Εις την Α' κορινθίους λόγος Δ', 1, 1-17, εργα 12

36. Φιλοκαλία, Νικόλαος Καβάσιλας, *Περί της εν Χριστώ ζωής, Λόγος Α. 20*
37. Έλληνες Πατέρες της Εκκλησίας, *Πατερικά Εκδόσεις Γρηγόριος ο Παλαμάς, Ι.Χρυσόστομος, Ομιλία Ογδόη, Προτρεπτική προς Αρετή, έργα 32*
38. Ορειβάσιος, *Collectionum medicarum reliqviae, Edidit Ioannes Raeder, Verlag Adolf M. Hakkert, Amsterdam 1964, vol. Vi, 2, 1-5 'δ, περί ύπνου και εγρηγόρσεως*
39. *Βιβλιοθήκη Ελλήνων Πατέρων και Εκκλησιαστικών Συγγραφέων, εκδ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα 1955 κ.εξ. αγ. Παχωμίου, Ελληνικοί βίοι, βίος πρώτος, 130.39, 132 τόμος 40*
40. ό.π., *Αστέριος ο σοφιστής, ψαλμός στ' εις στον ζ' ψαλμό, 2, 12-13, τόμος 37*
41. ΠΑΧΥΜΕΡΗΣ Γ. *Corpus Scriptorum Historiae Byzantinae, Georgus Pachumeres, I, II, Bonnae, 1838. De Andronico Palaeologo, II 8D-G, 11-12, 23P, 168 5-6*
42. ΤΣΑΜΗ Δ. *Ιωσήφ Καλόθετου Συγγράματα, ό.π. Επιστολή 7, 6-8*
43. ΡΑΚΚ ΡΑ. *Αρτεμιδώρου του Δαλδιανού, Ονειροκριτικά, Teubner, Lipsiae 1963*
44. ΘΕΟΧΑΡΑΚΗΣ Ν. *Ψυχολογία του βάρθους και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών στο βυζάντιο. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 2001:104-116*

ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β' ΦΑΣΗ»

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ)
 Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων – Ιατρική Σχολή – Ψυχιατρική Κλινική
 Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ)
 Όμιλος Μελετών & Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ ΑΕ)