

Ψυχιατρική μεταρρύθμιση Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες

Χωρίς αμφιβολία, μια από τις πιο ριζοσπαστικές κινήσεις σε πολιτικο-κοινωνικό επίπεδο τον περασμένο αιώνα (τον 20ό) ήταν η αποασυλοποίηση και το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρειών, τουλάχιστον στις χώρες της Δύσης. Στη Μ. Βρετανία, από το 1950 πάνω από 45 μεγάλα ψυχιατρεία έκλεισαν οριστικά.¹ Στην Αμερική, ο πληθυσμός των χρόνιων ασθενών στα κρατικά ψυχιατρικά νοσοκομεία μειώθηκε περισσότερο από 90% τις τελευταίες 4 δεκαετίες.² Στην Ιταλία, ο περίφημος νόμος 180, που ψηφίστηκε το 1978, απαγόρευσε στην ουσία τις νέες εισαγωγές και προέβλεψε τη δημιουργία καινούριων «δομών» στην κοινότητα.¹ Παρόμοιες πρωτοβουλίες έλαβαν όλα τα κράτη της Δύσης. Στη χώρα μας, ύστερα από τη δραματική δημοσιότητα που έλαβε η κατάσταση που επικρατούσε στην «αποικία ψυχοπαθών της Λέρου», δημιουργήθηκε τα τελευταία 15 έτη μια σημαντική υποδομή, που εγγυάται τόσο τη συνέχεια και ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης, όσο και τη δημιουργία εναλλακτικών μορφών φροντίδας, που αφενός θα είναι αποτελεσματικές και αφετέρου θα σέβονται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών.³

Αυτή η μεταβολή του κέντρου βάρους της αντιμετώπισης, από το νοσοκομείο στην κοινότητα, συχνά αναφέρεται και στη χώρα μας ως «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση». Ο όρος υποδηλώνει κάτι θετικό, ότι δηλαδή με την αλλαγή αυτή θα ικανοποιηθούν καλύτερα οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Είναι αλήθεια όμως αυτό; Η απάντηση στο ερώτημα προϋποθέτει δύο τουλάχιστον πράγματα: Πρώτο, να ορίσουμε τι σημαίνει «ψυχική διαταραχή» και, δεύτερο, να ξεδιαλύνουμε το επιδημιολογικό πρότυπο των ψυχικών διαταραχών, ώστε να κατανοήσουμε την «ανάγκη» για φροντίδα.

Με μια διάθεση υπεραπλούστευσης, θα μπορούσαμε να ορίσουμε ως «ψυχική διαταραχή» κάθε διαταραχή που επηρεάζει τις ανώτερες λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (προσοχή, συγκέντρωση, σκέψη, αντίληψη, συναίσθημα, κρίση, ικανότητα σχεδιασμού και εκτέλεσης κ.λπ.) και γίνεται εμφανής στη συμπεριφορά του ατόμου ή επιδρά στο επίπεδο λειτουργικότητάς του.

Η αληθινή διάσταση του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών φάνηκε από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, που έγιναν στην κοινότητα⁴⁻⁶ και δευτερευόντως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) σε

διάφορες χώρες του κόσμου.⁷ Το πρώτο σημαντικό επίτευγμα των μελετών αυτών ήταν η αναγνώριση ότι υπάρχουν πολλών ειδών ψυχικές διαταραχές. Αν και στις μέρες μας θεωρείται αυτονόητο να μιλάμε για «ψυχικές διαταραχές» (στον πληθυντικό), πριν από λίγες δεκαετίες (αλλά και πιθανότατα ακόμα και σήμερα στη λαϊκή αντίληψη της «ψυχασθένειας») η ιδέα αυτή δεν ήταν απόλυτα εδραιωμένη και ένα είδος συνεχούς, που μπορούσε να οδηγήσει από τη νευρώση στην ψύχωση, ήταν ευδιάκριτο στην επιστημονική γραφή της εποχής. Ήταν επιτυχία της ψυχιατρικής επιδημιολογίας η κατάδειξη του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου ποικίλων ψυχικών διαταραχών, όσον αφορά τόσο τον επιπολασμό τους στην κοινότητα όσο και τους διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου και τη φυσική τους ιστορία/πρόγνωση.

Το δεύτερο σημαντικό επίτευγμα της ψυχιατρικής επιδημιολογίας ήταν η σωστή αποτύπωση της εικόνας που παρουσιάζουν οι ψυχικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό αλλά και στην ΠΦΥ. Σχεδόν όλες οι μελέτες στον κόσμο έδειξαν ότι οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές είναι εκείνες που προκαλούν τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στη Δημόσια Υγεία. Σοβαρές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια ή η μανιοκατάθλιψη, αν και προκαλούν σημαντικό βαθμό ανικανότητα σε ατομικό επίπεδο, λόγω της σπανιότητάς τους δεν επιβαρύνουν συνολικά τη Δημόσια Υγεία στον ίδιο βαθμό συγκριτικά με τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές.

Η επισήμανση αυτή είχε σημαντικές συνέπειες. Οι ψυχίατροι, παραδοσιακά ασχολούμενοι με την ψύχωση και γενικότερα με τον ασθενή που παρουσιάζει σοβαρή ψυχική διαταραχή, δεν ήταν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τα «ήπια» και πιθανότατα αυτοπεριοριζόμενα προβλήματα που απασχολούν τους πολλούς. Από την άλλη, η έλλειψη ερευνητικών δεδομένων, ιδιαίτερα στον τομέα της διάγνωσης και της θεραπείας, ήταν εμφανής. Αυτό το κενό έχει σήμερα περιοριστεί σημαντικά. Ένα μεγάλο ερευνητικό σώμα έχει ήδη συσσωρευτεί γι' αυτό που συνήθως αποκαλείται «Κοινές Ψυχικές Διαταραχές» (Common Mental Disorders).⁸ Οι διαταραχές αυτές αφορούν περίπου το 15-20% του γενικού πληθυσμού⁴⁻⁶ και το 25% των ασθενών της ΠΦΥ.⁷ Οι κύριες διαφορές τους από τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές φαίνονται στον πίνακα 1. Τονίζεται ιδιαίτερα η σημαντική συμβολή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αιτιολογία τους, η συχνή αυτοϊαση, η σημαντικού βαθμού επικάλυψη με άλλες κοινές διαταραχές και η συχνή αντιμετώπιση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο χωρίς καταφυγή σε ειδικό ψυχίατρο. Οι πιο σημαντικές διαγνώσεις που απαρτίζουν τις κοινές ψυχιατρικές διαταραχές είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού/αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, οι ειδικές φοβίες, η

Πίνακας 1. Διαφορές κοινών και σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

	Κοινές ψυχικές διαταραχές	Σοβαρές ψυχικές διαταραχές
Επιπολασμός	15–20%	1%
Αιτιολογία	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: σημαντική συμμετοχή	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: ασθενής συμμετοχή
Διάγνωση	Απουσία ψυχωσικών συμπτωμάτων	Ψυχωσικά συμπτώματα
Πρόγνωση/φυσική ιστορία	Καλή πρόγνωση – Συχνή αυτοίαση	Δυσμενέστερη πρόγνωση – Σπάνια αυτοίαση
Θεραπεία	Συχνά καλή ανταπόκριση στην ψυχοθεραπεία- συμβουλευτική	Φάρμακα απαραίτητα
Ανάγκη νοσηλείας	Σπάνια	Συχνή
Επίπεδο αντιμετώπισης	Στην πρωτοβάθμια φροντίδα από οικογενειακούς ιατρούς σε συνεργασία με ψυχιάτρους	Στη δευτεροβάθμια- τριτοβάθμια φροντίδα από ψυχιάτρους
Αλληλοεπικάλυψη	Συχνή με άλλες διαταραχές της ίδιας κατηγορίας	Η μία αποκλείει αμοιβαία την άλλη

χρονία κόπωση («νευρασθένεια») και οι μη ψυχωσικές καταθλιπτικές διαταραχές.

Με ποιο τρόπο μπορούμε να ικανοποιήσουμε καλύτερα τις ανάγκες υγείας αυτών των ασθενών; Το πόσο επιτακτική είναι αυτή η ανάγκη το έδειξε η μεγάλη μελέτη “Global Burden of Disease”, που ανέδειξε τις κοινές ψυχικές διαταραχές ως τις δυνητικά πιο σημαντικές για τη Δημόσια Υγεία κλινικές καταστάσεις, σχεδόν όσο οι καρδιοπάθειες και σημαντικότερες από νοσήματα όπως ο διαβήτης ή οι παθήσεις του αναπνευστικού σε επίπεδο συνολικής ανικανότητας στον πληθυσμό.⁹ Πιστεύουμε ότι δύο πρέπει να είναι οι βασικές προτεραιότητες για τη χώρα μας: (α) η περιεκτική καταγραφή του προβλήματος, όπως αυτή μπορεί να γίνει μέσω μιας μεγάλης επιδημιολογικής μελέτης σε πανελλήνια κλίμακα, για τη διερεύνηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού και (β) αναμόρφωση του υπάρχοντος συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να εξυπηρετούνται καλύτερα οι ανάγκες των ασθενών αυτών. Η προσπάθεια αντιμετώπισης των κοινών ψυχικών διαταραχών από υπηρεσίες που στοχεύουν κυρίως στην περίθαλψη ασθενών με σοβαρές ψυχωσικές διαταραχές φοβόμαστε ότι αποτελεί λανθασμένη επιλογή και θα οδηγήσει σε αποτυχία. Για να δώσουμε ένα ανάλογο παράδειγμα, κανένας δεν θα σκεφτόταν να δημιουργήσει ένα θάλαμο σε νοσοκομείο εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση των «λοιμωδών νοσημάτων», νοσηλεύοντας μαζί ασθενείς με μηνιγγίτιδα και οξεία αμυγδαλίτιδα ή κοινό κρυολόγημα!

Κανείς δεν αμφισβητεί τη σημασία των σοβαρών ψυχικών διαταραχών και θα είμαστε οι τελευταίοι που θα υποστηρίζαμε ότι το κράτος δεν πρέπει να θέσει ως προτεραιότητά του και να χρηματοδοτήσει το κλείσιμο των ψυχιατρείων και την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών φροντίδας. Αν όμως δεν αναπτυχθεί παράλληλα ένα σύστημα για την ορθή αντιμετώπιση, σε πρωτο-

βάθμιο επίπεδο, των κοινών ψυχικών διαταραχών, είναι βέβαιο ότι η επίδραση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας θα είναι μικρή.

Π. Σκαπινάκης

Αρχία Ελληνικής Ιατρικής

Β. Μαυρέας

Ψυχιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

1. LEFF J. The future of community care. In: Leff J (ed) *Care in the community: illusion or reality?* Chichester, John Wiley & Sons, 1997
2. BACHRACH L. Deinstitutionalization: what do the numbers mean? *Hosp Commun Psychiatry* 1986, 37:118–119
3. STRUTTI C, RAUBER S. Leros and the Greek mental health system. *Int J Soc Psychiatry* 1994, 40:306–312
4. REGIER DA, MYERS JK, KRAMER M, ROBINS LN, BLAZER DG, HOUGH RL ET AL. The NIMH epidemiologic catchment area program. *Arch Gen Psychiatry* 1984, 41:934–941
5. KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S ET AL. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:518–519
6. JENKINS R, BEBBINGTON P, BRUGHA T, FARRELL M, GILL B, LEWIS G ET AL. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: strategy and methods. *Psychol Med* 1997, 27:765–774
7. SARTORIUS N, USTUN TB, COSTA E SJA, GOLDBERG D, LECRUBIER Y, ORMEL J ET AL. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on “Psychological Problems in General Health Care”. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50:819–824
8. GOLDBERG DP, HUXLEY P. *Common Mental Disorders: a Biopsychosocial Approach*. London, Routledge, 1992
9. MURRAY CJ, LOPEZ AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997, 349:1436–1442