

Πέτερ Λέμαν

Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ψυχιατρική Καταρχάς το δικαίωμα στη ζωή



Για τον συγγραφέα

Ο Πέτερ Λέμαν είναι πτυχιούχος παιδαγωγός και κοινωνικός επιστήμονας, εκδότης, συγγραφέας, ιατρικός δημοσιογράφος και ανεξάρτητος ακτιβιστής στην ανθρωπιστική αντιψυχιατρική στο Βερολίνο, στη Γερμανία. Το 2010 κηρύχθηκε Επίτιμος Διδάκτωρ του Τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης σε αναγνώριση «της εξαιρετικής επιστημονικής και ανθρωπιστικής συνεισφοράς του στα δικαιώματα των ανθρώπων με ψυχιατρική εμπειρία». Το 2011 του απονεμήθηκε από τον Πρόεδρο της Γερμανίας το Μετάλλιο Τιμής της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γερμανίας σε αναγνώριση της προσφοράς του στην κοινότητα. Στις δημοσιεύσεις του συγκαταλέγονται: Βγαίνοντας από τα ψυχοφάρμακα: Εμπειρίες επιτυχημένης διακοπής νευροληπτικών, αντικαταθλιπτικών, σταθεροποιητών διάθεσης, Ριταλίν και ηρεμιστικών, επιμέλεια από κοινού με την Άννα Εμμανουηλίδου, Θεσσαλονίκη, Νησίδες, 2013 και Αντί της ψυχιατρικής: Η φροντίδα του ψυχικού πόνου έξω από την ψυχιατρι-

κή, επιμέλεια από κοινού με τον Πέτερ Στάστιν και την Άννα Εμμανουηλίδου, Θεσσαλονίκη, Νησίδες, 2012. Για περισσότερες πληροφορίες βλ. www.peter-lehmann.de/greek

© Πέτερ Λέμαν 2019. All rights reserved

Πολλά ανθρώπινα δικαιώματα καταστρατηγούνται στη συνήθη ψυχιατρική πρακτική, όπως, για παράδειγμα, το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, την ισότητα, την αδελφότητα και τη ζωή. Αυτά τα δικαιώματα θα έπρεπε να είναι εγγυημένα για όλους τους ανθρώπους, σύμφωνα με την Παγκόσμια Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ). Αυτή η διακήρυξη ισχύει για όλους τους πολίτες όλων των κρατών σε ολόκληρο τον κόσμο. Τουλάχιστον, θα έπρεπε να ισχύει. Όμως η νομοθεσία σχετικά με την ψυχιατρική επιμέλεια, την αναγκαστική νοσηλεία ή τη νοσηλεία σε ψυχιατροδικαστικές μονάδες αποτελεί τη βάση της καταστρατήγησης των ανθρωπίνων δικαιώ-

Διάλεξη στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 8 Οκτωβρίου 2018

Μετάφραση/Επιμέλεια,
Ευγενία Γεωργάκα

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

ωμάτων. Σύμφωνα με τον Edmund Schöenberger (1993), και με αναφορά στην *Ευρωπαϊκή Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα* από το 1950, η οποία έγινε δεκτή από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στο πεδίο της ψυχιατρικής, η καταστρατήγηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι συστηματική. Ο Edmund Schöenberger είναι δικηγόρος και ιδρυτής του PSYCHEX, μιας οργάνωσης στην Ελβετία, που στελεχώνεται από δικηγόρους, κριτικούς ψυχιάτρους και επιζήσαντες της ψυχιατρικής, η οποία υποστηρίζει ανθρώπους που είναι έγκλειστοι σε ψυχιατρικά ιδρύματα στο να ανακτήσουν την ελευθερία τους και να λάβουν αποζημίωση για τις βλάβες που υπέστησαν από την ψυχιατρική αντιμετώπιση. Ο Schöenberger προσδιόρισε τους τομείς καταστρατήγησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο πεδίο της ψυχιατρικής ως εξής: Απαγόρευση της απάνθρωπης και υποτιμητικής μεταχείρισης (άρθρο 3), δικαίωμα στην ελευθερία και την ασφάλεια (άρθρο 5), σε δίκαιη δίκη (άρθρο 6), στον σεβασμό της ιδιωτικής και της οικογενειακής ζωής, της κατοικίας και της αλληλογραφίας (άρθρο 8), στην ελευθερία της σκέψης (άρθρο 9), στην ελευθερία της έκφρασης, της γνώμης και της ανταλλαγής πληροφοριών και ιδεών (άρθρο 10), αποτελεσματική υπεράσπιση ενώπιον εθνικών αρχών ενάντια σε καταστρατηγήσεις των δικαιωμάτων της Διακήρυξης (άρθρο 13), και απαγόρευση των διακρίσεων που βασίζονται στο φύλο, τη φυλή, το χρώμα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, πολιτικές ή άλλες πεποιθήσεις, εθνική ή κοινωνική καταγωγή, σχέση με εθνική μειονότητα, ιδιοκτησία, γέννηση ή άλλη υπόσταση (άρθρο 14).

Εδώ θα επικεντρωθώ στο δικαίωμα στη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα. Όταν κανείς πεθαίνει, τα ανθρώπινα δικαιώματά του/της χάνουν κάθε νόημα. Αυτό σημαίνει ότι οι τοξικές και επικίνδυνες επιπτώσεις των ψυχιατρικών φαρμάκων θα είναι στο στόχαστρο πολλών από τις επισημάνσεις μου. Δεν πρέπει να αφήσουμε τη συζήτηση αυτού του ζητήματος στους ψυχιάτρους. Η επικέντρωση των κριτικών εναντίον της ψυχιατρικής στη χρήση άμεσης βίας και περιορισμών ενέχει τον κίνδυνο αποπροσανατολισμού από το βαθύτερο πρόβλημα της άρνησης των ψυχιάτρων να παρέχουν επαρκή και

αποτελεσματική βοήθεια στους ανθρώπους που βιώνουν συναισθηματικές δυσκολίες, οι οποίες είναι σε μεγάλο βαθμό κοινωνικές.

Ψυχιατρικά (ψυχοτρόπα) φάρμακα συνταγογραφούνται από ψυχιάτρους και γενικούς γιατρούς σε παιδιά, εφήβους, ηλικιωμένους, άνδρες και γυναίκες με ποικίλες διαγνώσεις. Οι επιπτώσεις τους συνδέονται με μειωμένη ποιότητα ζωής και μειωμένο προσδόκιμο ζωής. Θεωρώ ότι η εκπαίδευση αναφορικά με τους κινδύνους των ψυχιατρικών φαρμάκων και των προβλημάτων που σχετίζονται με τη μείωση και τη διακοπή τους, όπως επίσης και η παρακολούθηση της υγείας, μπορούν να μειώσουν τη θνησιμότητα των ψυχιατρικών ασθενών. Είναι σημαντική η υποστήριξη πρωτοβουλιών αυτοβοήθειας των ανθρώπων που βιώνουν έντονο ψυχικό πόνο, όπως επίσης και η συνεργασία με μέλη της οικογένειας, πολίτες και επαγγελματίες για την ανάπτυξη ανθρωπιστικά προσανατολισμένων υποστηρικτικών συστημάτων. Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ανθρώπων με ψυχιατρικές διαγνώσεις θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για όλες τις χώρες. Η ανάπτυξη στρατηγικών διασφάλισης αυτών των δικαιωμάτων μπορεί να βοηθήσει τις χώρες να επιτύχουν την ισότητα έναντι του νόμου, όπως αυτή διατυπώνεται στη *Διακήρυξη για τα Δικαιώματα των Προσώπων με Αναπηρίες* του ΟΗΕ από το 2006. Μπορεί επίσης να βοηθήσει στη συμμόρφωση με τον *Στόχο Αειφόρας Ανάπτυξης Αρ. 3* της Διάταξης για την Αειφόρα Ανάπτυξη για το 2030 (SDG3) του ΟΗΕ. Αυτή η Διάταξη τέθηκε επισήμως σε ισχύ στις αρχές του 2016, αφού υιοθετήθηκε από τους παγκόσμιους ηγέτες τον Σεπτέμβριο του 2015.

Μειωμένη ποιότητα ζωής και μειωμένο προσδόκιμο ζωής σε ψυχιατρικούς ασθενείς

Η *Διάταξη για την Αειφόρα Ανάπτυξη για το 2030* έχει 17 στόχους. Ός το 2030, οι χώρες σε όλο τον κόσμο πρέπει να κινητοποιηθούν, ώστε να διασφαλίσουν υγιείς ζωές και να προωθήσουν την ευημερία όλων των ανθρώπων, όλων των ηλικιών:

«Σημαντικά βήματα έχουν γίνει για την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και τη μείωση κάποιων

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

από τις κοινές αιτίες θανάτου που σχετίζονται με την παιδική και τη μητρική θνησιμότητα. Απαιτούνται, ωστόσο, πολύ περισσότερες προσπάθειες, ώστε να απαλειφθεί πλήρως ένα μεγάλο φάσμα ασθενειών και να αντιμετωπιστούν πολλά διαφορετικά επίμονα και αναδυόμενα ζητήματα υγείας» (United Nations 2016).

Η παιδική και η μητρική υγεία αναφέρονται ως κεντρικά ζητήματα, όπως επίσης και ο HIV/AIDS, η φυματίωση, η ελονοσία και κάποιες άλλες ασθένειες. Η υπερβολική θνησιμότητα των ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαγνώσεις πρέπει να προστεθεί ως κεντρικό ζήτημα. Η Διάταξη απαιτεί «να διασφαλιστούν υγιείς ζωές και να προωθηθεί η ευημερία όλων σε όλες τις ηλικίες». Αυτό είναι σημαντικό για τους ασθενείς με ψυχιατρικές διαγνώσεις σε όλες τις χώρες και από όλα τα εισοδηματικά στρώματα.

Μειωμένο προσδόκιμο ζωής

Τα άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές διαγνώσεις (π.χ. «σχιζοφρένεια», «διπολική διαταραχή», «σοβαρή κατάθλιψη», «διαταραχή προσωπικότητας») πεθαίνουν κατά μέσον όρο 10–30 χρόνια νωρίτερα από τον γενικό πληθυσμό. Ειδικά οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται (και αντιμετωπίζονται) ως «σχιζοφρένεις» πεθαίνουν στην Ευρώπη κατά μέσον όρο 22 χρόνια νωρίτερα και στις ΗΠΑ κατά μέσον όρο 30 χρόνια νωρίτερα.

Μελέτες δείχνουν ότι τα τελευταία χρόνια, από τη δεκαετία του 1980, τα ποσοστά θνησιμότητας συνεχίζουν να αυξάνονται (Saha et al 2007). Μερικοί ψυχίατροι και μεγάλες φαρμακευτικές εταιρείες δεν θεωρούν τις επιπτώσεις των φαρμάκων τους ως κεντρικό παράγοντα που συμβάλλει στο μειωμένο προσδόκιμο ζωής. Αντ' αυτού επισημαίνουν τη συχνά επισφαλή οικονομική κατάσταση των ασθενών και τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία της κακής διατροφής, της έλλειψης σωματικής άσκησης, της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, της κατανάλωσης οινοπνεύματος και του καπνίσματος. Από την άλλη, κάποιοι γιατροί, μεταξύ των οποίων και μέλη του ψυχιατρικού επαγγέλματος, κατανοούν ότι τα εν δυνάμει τοξικά ψυχιατρικά φάρμακα αποτελούν

έναν από τους κεντρικούς παράγοντες του μειωμένου προσδόκιμου ζωής των ασθενών ή θεωρούν ότι οι ανεπιθύμητες επιδράσεις των ψυχιατρικών φαρμάκων επιδεινώνουν την ήδη πτωχή κατάσταση της υγείας τους.

Δεν υπάρχει αμφιβολία για το γεγονός της υπερβολικής θνησιμότητας των ψυχιατρικών ασθενών. Το 2012, η Janssen Pharmaceuticals Inc., εταιρεία που παράγει πολλά ψυχιατρικά φάρμακα, ανέφερε αυτά τα καταστροφικά δεδομένα στο ενημερωτικό δελτίο της, Επιλογές στην Ανάρρωση, αλλά, όπως ήταν αναμενόμενο, παρέλειψε να αναφέρει οποιαδήποτε σύνδεση με τα φάρμακα που παράγει και πουλάει:

«Η έρευνα έχει δείξει ότι το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων που ζουν με μία σοβαρή ψυχική πάθηση είναι κατά μέσον όρο 25 χρόνια χαμηλότερο από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και οι μεταδοτικές ασθένειες (όπως ο HIV/AIDS) είναι οι πιο συχνές αιτίες θανάτου στον πληθυσμό αυτόν» (Janssen Pharmaceuticals 2012).

Πιθανώς, αναλόγως με την οικονομική τους ανεξαρτησία ή εξάρτηση από τη φαρμακευτική βιομηχανία, οι ιατρικοί ερευνητές έχουν φτάσει σε διαφορετικά συμπεράσματα αναφορικά με την υψηλή θνησιμότητα των ψυχιατρικών ασθενών. Κάποιες μελέτες προσδιορίζουν την ευαλωτότητα των ασθενών ως παράγοντα, ενώ άλλες επικεντρώνονται στις αρνητικές επιπτώσεις των νευροληπτικών, των αντικαταθλιπτικών και των σταθεροποιητών της διάθεσης σε προϋπάρχουσες καρδιαγγειακές ή άλλες παθήσεις, σε συνδυασμό με ανεπαρκή ιατρική προσοχή και πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα (Aderhold 2010, Chang et al 2011, Colton & Manderscheid 2006, Laursen et al 2012, Manderscheid 2006, 2009, Newman & Bland 1991, Ösby et al 2000, Ringen Engh et al 2014, Tenback et al 2012, Walker et al 2015, Weinmann et al 2009). Το 2006, ο Joe Parks, Πρόεδρος του Συμβουλίου Ιατρικών Διευθυντών του Αμερικανικού Εθνικού Συνδέσμου Διευθυντών Κρατικών Προγραμμάτων Ψυχικής Υγείας, και οι

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

συνάδελφοί του προσδιόρισαν τις τοξικές επιπτώσεις των σύγχρονων νευροληπτικών:

«Ωστόσο, μέσα από τον χρόνο και την εμπειρία έχει φανεί ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεύτερης γενιάς έχουν πολύ υψηλή συσχέτιση με αύξηση βάρους, διαβήτη, δυσλιπιδαιμία (διαταραχή μεταβολισμού του λίπους), αντίσταση στην ινσουλίνη και το μεταβολικό σύνδρομο» (Parks et al 2006, σ. 6).

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι συνδυασμός υπερβολικού βάρους, διαταραχής μεταβολισμού του λίπους, υψηλής αρτηριακής πίεσης και αντίστασης στην ινσουλίνη. Οι γιατροί το ονομάζουν «θανάσιμο κουαρτέτο». Συχνά γίνεται εμφανές μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή ξαφνικό θάνατο. Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί την πιο σημαντική αιτία της υψηλής θνησιμότητας των ψυχιατρικών ασθενών.

Ανεπιθύμητες επιπτώσεις και στεροητικά συμπτώματα των ψυχιατρικών φαρμάκων

Υπάρχει μία μεγάλη λίστα κινδύνων για τη σωματική υγεία που συνοδεύουν τη χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η ηπατική ανεπάρκεια, η ασφυξία, η όψιμη δυσκινησία, οι ορμονικές αλλαγές που συνδυάζονται με σεξουαλικές διαταραχές και τα νεοπλάσματα στους μαστικούς αδένες (που μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο). Πολλές από αυτές τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις απαιτούν άμεση διακοπή της χορήγησης των φαρμάκων, είτε αμέσως μετά την προφανή εκδήλωση των επιπτώσεων είτε, κατά προτίμηση, μόλις ανιχνευθούν τα πρώτα προειδοποιητικά σημεία. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο θανάτου, αν δεν είναι ενήμεροι για την ψυχοφαρμακολογική φύση αυτών των επιπτώσεων, αν οι ψυχίατροι και άλλοι γιατροί δεν παρακολουθούν τους ασθενείς, αν οι γιατροί παραμελούν ή παρερμηνεύουν τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις ή αν οι ασθενείς δεν μπορούν να διακόψουν άμεσα τα φάρμακα (π.χ. σε περίπτωση χορήγησης αγωγής μακράς διάρκειας).

Υπάρχουν πολλές ανεπιθύμητες ψυχικές επιπτώσεις των ψυχιατρικών φαρμάκων. Συχνά προκαλούν υπνηλία, νάρκωση, απάθεια, ευερεθιστότητα, παραλήρημα, φόβο, πόνο, ανησυχία, ύπνο και διατα-

ραχές των ονείρων. Επιπλέον, οι ψυχωτικές εμπειρίες μπορεί να ενταθούν και να συνοδεύονται από μείωση της φαιάς ουσίας και από μεταβολές στον όγκο της λευκής ουσίας στον μετωπιαίο εγκεφαλικό λοβό (Aderhold et al 2015, Bonelli et al, 2005). Αυτό συμβάλλει στην εξασθένηση των γνωστικών δεξιοτήτων και της νοημοσύνης. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να μας διαφεύγουν οι παράδοξες αυτοκτονικές επιπτώσεις των αντικαταθλιπτικών και οι μη αναγνωρισμένες ως σήμερα εγγενείς αυτοκτονικές επιπτώσεις των νευροληπτικών (Λέμαν 2012a). Εξακολουθεί να υπάρχει άμεση ανάγκη για έρευνα που να καθοδηγείται και να ελέγχεται από χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Wallcraft 2012). Γιατί να μην προυκαλέσουμε χρήστες και επιζήσαντες της ψυχιατρικής στα Τμήματα Ψυχολογίας των πανεπιστημίων για να συνεισφέρουν στον σχεδιασμό μελετών σχετικά με τα αποτελέσματα της χορήγησης ψυχιατρικών φαρμάκων ή με τους τρόπους αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου χωρίς αυτά;

Υπάρχουν, βεβαίως, ψυχίατροι που ισχυρίζονται ότι τα ψυχιατρικά φάρμακα, ειδικά τα νευροληπτικά, επιφέρουν επιμήκυνση της ζωής. Ένα παράδειγμα είναι οι Jari Tiihonen et al από την Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Ελσίνκι, που υποστηρίζουν ότι:

«Σε ασθενείς με μία ή περισσότερες συνταγογραφήσεις αντιψυχωτικών φαρμάκων σημειώνεται μία αντίστροφη σχέση μεταξύ της θνησιμότητας και της διάρκειας της συνδυαστικής χρήσης ...» (Tiihonen et al 2009, σ. 1).

Αν εξετάσουμε τις οικονομικές σχέσεις τέτοιων λεγόμενων ειδικών, θα κατανοήσουμε καλύτερα αυτούς τους ισχυρισμούς. Ο προαναφερόμενος Tiihonen έχει διασυνδέσεις με μεγάλες φαρμακευτικές εταιρείες και είναι πρόθυμος να εκφέρει «ειδικές απόψεις» επί πληρωμή, όπως αυτές που διατυπώθηκαν για τις εταιρείες Lundbeck, Organon, Janssen-Cilag, Eli Lilly, AstraZeneca, Hoffmann-La Roche και Bristol-Myers Squibb (Tiihonen et al 2011).

Στο σημείο αυτό δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι διάφορα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να δημιουργήσουν ανοχή, αντίσταση στη θεραπεία και σωματική εξάρτηση ή τουλάχιστον έντονα στεροητι-

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

κά συμπτώματα (Λέμαν 2017), τα οποία μπορεί να είναι ανυπόφορα και να καταλήξουν ακόμη και σε θανατηφόρες κράμπες και σπασμούς (Sommer & Quandt 1970). Γενικά, οι ασθενείς που λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα δεν ενημερώνονται για χαμηλής επικινδυνότητας τρόπους να τα διακόψουν. Συχνά οι άνθρωποι που δεν τα μειώνουν με αρκετά αργό ρυθμό, ώστε να ελαχιστοποιούν τους κινδύνους, ενδέχεται να βιώσουν επώδυνα συμπτώματα. Όταν εμφανίζονται σοβαρά στερητικά προβλήματα, μπορεί να θεωρήσουν ότι επιβάλλεται να παίρνουν τα φάρμακα εσαεί, και αυτή είναι κατά κανόνα η συμβουλή που τους δίνεται. Τα στερητικά προβλήματα μπορεί να προκαλέσουν υποτροπή σε σοβαρή ψυχική δυσφορία ή μπορεί να καταλήξει το άτομο στο γραφείο ενός γιατρού ή σε μία ψυχιατρική κλινική. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει έναν φαύλο κύκλο, στον οποίο τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά τη διακοπή των ψυχιατρικών φαρμάκων κάνουν τους ανθρώπους να συνεχίζουν να τα παίρνουν επ' αόριστον (Λέμαν & Εμμανουηλίδου 2013) ή τους καθιστούν αντικείμενα χορήγησης επιπλέον ηλεκτροσόκ (Λέμαν 2017). Με την εξαίρεση των βενζοδιαζεπινών και των παράνομων ουσιών, δεν υπάρχουν ιδρύματα που να βοηθούν τους ανθρώπους στη μείωση και διακοπή των ψυχοφαρμάκων. Αυτό καθιστά εξαιρετικά σημαντική την ύπαρξη πληροφοριών σχετικά με τα στερητικά προβλήματα και τους τρόπους να ελαχιστοποιηθούν τα στερητικά προβλήματα και ο κίνδυνος υποτροπής.

Όπως είναι αναμενόμενο, σε χώρες μεσαίου εισοδήματος, όπως η Ινδία, η Νιγηρία και η Κολομβία, τα ποσοστά ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική δυσφορία είναι υψηλότερα. Εκεί, η χρήση ακριβών σύγχρονων ψυχιατρικών φαρμάκων είναι μικρότερη σε σύγκριση με τις χώρες υψηλού εισοδήματος (Jablensky et al 1992, Leff et al 1992).

Αντιμετωπίζοντας τη μειωμένη ποιότητα ζωής και το χαμηλό προσδόκιμο ζωής

Θεραπεία χωρίς ενήμερη συγκατάθεση

Στους ψυχιατρικούς ασθενείς σπάνια γίνονται οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις πριν ή αφού ξεκινήσουν θεραπεία με ψυχιατρικά φάρμακα. Για τον

λόγο αυτόν είναι σημαντικό να γνωρίζουμε το έργο μιας ομάδας γύρω από τον Stephen Marder στην Κλινική Ψύχωσης του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας στο Λος Άντζελες. Οι συγκεκριμένοι επισκόπησαν τη βιβλιογραφία αναφορικά με τα προβλήματα υγείας των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας, με στόχο να συμφωνηθεί ένα χρήσιμο σύστημα παρακολούθησης της σωματικής τους υγείας. Γράφουν:

«Οι συστάσεις που συμφωνήθηκαν περιλάμβαναν συχνή παρακολούθηση του δείκτη μάζας σώματος, του επιπέδου γλυκόζης στο πλάσμα του αίματος, του προφίλ των λιπιδίων και ενδείξεων αύξησης της προλακτίνης ή σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από την παρακολούθηση πρέπει να καθοδηγούν την επιλογή των αντιψυχωτικών δραστικών ουσιών. Συγκεκριμένες συστάσεις έγιναν για την καρδιακή παρακολούθηση των ασθενών που λαμβάνουν φάρμακα που σχετίζονται με επιμήκυνση του διαστήματος QTc, συμπεριλαμβανομένης και της θιοριδαζίνης, της μεσοριδαζίνης και της ζιπρασιδόνης, και για την παρακολούθηση για ενδείξεις μυοκαρδίτιδας σε ασθενείς που λαμβάνουν κλοζαπίνη.¹ Οι ασθενείς που λαμβάνουν μαζί αντιψυχωτικά φάρμακα πρώτης και δεύτερης γενιάς πρέπει να εξετάζονται για εξωπυραμιδικά συμπτώματα και για όψιμη δυσκινησία. Η όραση των ασθενών με σχιζοφρένεια πρέπει να εξετάζεται συχνά» (Marder et al 2004, σ. 1334).

Το διάστημα QTc είναι ο χρόνος που μεσολαβεί από την αρχή έως το τέλος των ηλεκτρικών ώσεων της καρδιάς. Μακρύτερο QTc αποτελεί ένδειξη σοβαρού κινδύνου για ξαφνικό θάνατο.

Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τη σημασία των συμπτωμάτων, για τα οποία είναι υπό παρακολούθηση, και πρέπει επίσης να γνωρίζουν τη σημασία των πρώιμων ενδείξεων των χρόνιων και θανατηφόρων παθήσεων που οφείλονται στη χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων (Λέμαν 2013, 2017, Young et al 2015).

1. Σημείωση του συγγραφέα: Η θιοριδαζίνη και η μεσοριδαζίνη δεν κυκλοφορούσαν στην ελληνική αγορά το 2018. Η ζιπρασιδόνη κυκλοφορεί ως Geodon και η κλοζαπίνη ως Leronex.

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Χαμηλή δόση, κανένα πρόβλημα;

Κάποιοι ανθρωπιστικά προσανατολισμένοι ψυχίατροι, όπως ο Volkmar Aderhold (2017) στη Γερμανία, προτείνουν να χορηγείται η «ελάχιστη αποτελεσματική δόση» και να μειώνεται η πολυφαρμακία. Αυτό προτείνεται προκειμένου να μειωθεί η θνησιμότητα, να αποφευχθεί η συρρίκνωση του εγκεφάλου (η μείωση της φαιάς και της λευκής ουσίας στον μετωπιαίο λοβό) και να μειωθούν οι πολλές μεταβολικές και οργανικές διαταραχές. Παρότι η ελάχιστη αποτελεσματική δόση θα έπρεπε να είναι η συνήθης πρακτική στην ιατρική, πολλές ψυχιατρικές οδηγίες προτείνουν σχετικά υψηλή αρχική δόση.

Από την άλλη, ανεπιθύμητες συνέπειες εμφανίζονται κατά κανόνα ανεξάρτητα από τη δόση του φαρμάκου, αφού εμφανίζονται επίσης σε «θεραπευτικές» δόσεις, σε μικρές δόσεις, μετά από βραχυχρόνια χορήγηση και κάποιες φορές μετά από μία δόση (βλ. Λέμαν 2018ab). Τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης, για παράδειγμα, σχετίζονται με σεξουαλικές δυσλειτουργίες και νεοπλασμάτα στους μαστικούς αδένες (Λέμαν 2015a). Υπάρχουν υποψίες ότι το ένα τρίτο των κρουσμάτων του καρκίνου του μαστού στον άνθρωπο προκαλείται από αυξημένα επίπεδα προλακτίνης. Η αύξηση των επιπέδων προλακτίνης σχετίζεται με πολύ χαμηλές δόσεις νευροληπτικών. Οι Gregor Laakmann & Otto Benkert από την Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Μονάχου έγραψαν στα τέλη της δεκαετίας του 1970:

«Επειτα από μία μοναδική δόση, τα νευροληπτικά οδηγούσαν συνήθως σε σημαντική διέγερση της προλακτίνης» (Laakmann & Benkert 1978, σ. 1277).

Δεν μας προκαλεί έκπληξη ότι ο Uriel Halbreich και οι συνάδελφοί του από το Γυναικολογικό Τμήμα του Πολιτειακού Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης στο Buffalo βρήκαν ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες ψυχιατρικά ασθενείς. Στο άρθρο στο επιστημονικό περιοδικό *American Journal of Psychiatry*, όπου δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της έρευνάς τους, έγραψαν:

«Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού που έχει διαπιστωθεί μέσω παθολογοανατομικών εξετάσεων στις ψυχιατρικές ασθενείς ήταν

πάνω από 3,5 φορές υψηλότερη σε σύγκριση με αυτή των ασθενών του γενικού νοσοκομείου και 9,5 φορές υψηλότερη από την αναφερόμενη επίπτωση στον γενικό πληθυσμό» (Halbreich et al 1996, σ. 559).

Η μόνη εξήγηση που έδωσαν οι Halbreich et al αφορούσε στις καρκινογενείς συνέπειες των αυξημένων επιπέδων της ορμόνης προλακτίνης, που συνδέονται με νευροληπτικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ηλεκτροσόκ. Κατέληξαν στο συμπέρασμα:

«Εάν επιβεβαιωθεί η πιθανολογούμενη απόδοση της υψηλότερης επίπτωσης του καρκίνου του μαστού μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή, τότε η ανάγκη προληπτικής εξέτασης μέσω μαστογραφίας των ασθενών αυτών καθίσταται επιτακτική» (ibid).

Το 2003, ο Halbreich έγραφε, μαζί με τη συνάδελφό του Linda Kahn:

«Η συσχέτιση ανάμεσα στα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης και τα συμβατικά αντιψυχωτικά φάρμακα έχει πια τεκμηριωθεί. Έχει επίσης βρεθεί ότι το νέο αντιψυχωτικό φάρμακο, η ρισπεριδόνη,² αυξάνει επίσης τα επίπεδα της προλακτίνης. Οι ασθενείς που λαμβάνουν αυτά τα φάρμακα διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης υπερπρολακτιναϊμίας, η οποία συνδέεται με μείωση της πυκνότητας των οστών σε μέταλλα, οστεοπόρωση, διαταραχές της εμμήνου ρύσης, στειρότητα, γαλακτορροια, καρκίνο του μαστού, καρδιαγγειακές παθήσεις και σεξουαλική ανικανότητα» (Halbreich & Kahn 2003, σ. 344).

Δεν έχουμε λόγο να θεωρήσουμε ότι η κατάσταση είναι διαφορετική στην Ελλάδα. Τα νέα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν έχουν λιγότερες παρενέργειες. Αναφορικά με τα σύγχρονα «ατυπικά» νευροληπτικά, ο Gerhard Ebner, Πρόεδρος της Ελβετικής Εταιρείας των Ψυχιατρικών Ιατρικών Διευθυντών, παραδέχθηκε:

«Δεν πρόκειται για λιγότερες παρενέργειες, αλλά για διαφορετικές παρενέργειες, οι οποίες προκαλούν ανάλογη αναπηρία, ακόμη και αν ο

2. Σημείωση του συγγραφέα: Στην αγορά κυκλοφορεί ως Risperal, Rispalm, Rispefar, Risperdal, Wisperdon και Zafitral.

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

ασθενής δεν τις αναγνωρίζει αμέσως. Επομένως, οι ασθενείς μπορούν να πειστούν πιο εύκολα να πάρουν αυτά τα φάρμακα, επειδή δεν υποφέρουν πια αμέσως και τόσο πολύ από βασιανιστικές δυσκινησίες και εξωπυραμιδικές παρενέργειες» (Ebner 2003, σ. 30).

Εναλλακτικές πέραν της ψυχιατρικής

Ο προαναφερόμενος ψυχίατρος Aderhold και οι συνεργάτες του πιστεύουν ότι η υπερβολική θνησιμότητα μπορεί να μειωθεί μόνο μέσω της χορήγησης της «χαμηλότερης αποτελεσματικής δόσης» και της αποφυγής της πολυφαρμακίας, αλλά επίσης μέσω της εφαρμογής αποτελεσματικών ψυχοκοινωνικών θεραπειών, που μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της ψυχικής δυσφορίας και τα ποσοστά των υποτροπών και έτσι να βελτιώσουν την ανάρρωση (Weinmann et al 2009). Αποτελεσματικές ανθρωπιστικές εναλλακτικές προτάσεις, όπως το Πρόγραμμα Σωτηρία (Aderhold et al 2012), η Καλύβα των Κρίσεων (Dumont & Jones, 2012) ή ο Ανοιχτός Διάλογος/η Προσαρμοσμένη στις Ανάγκες Θεραπεία (Σείκουλα & Αλακάρε 2012), είναι και θα έπρεπε να είναι γνωστές παντού. Αυτές οι εναλλακτικές προτάσεις περιλαμβάνουν λιγότερες παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (συμπεριλαμβανομένης της αναγκαστικής θεραπείας), λιγότερα ψυχιατρικά φάρμακα, λιγότερες υποτροπές, λιγότερη απώλεια εργασιακής απασχόλησης, μικρότερη διατάραξη των κοινωνικών επαφών και χαμηλότερο κόστος.

Σύμφωνα με τη γνώμη των ψυχιάτρων που ανέπτυξαν τις ανθρωπιστικές εναλλακτικές, οι ψυχοκοινωνικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως συμπτώματα μεταβολικών διαταραχών. Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μηχανισμοί διαχείρισης και, στην περίπτωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, ως αντιδράσεις σε διάφορα ψυχοτραυματικά γεγονότα που προκάλεσαν την απόσυρση από την κοινή πραγματικότητα. Επομένως, τα ψυχιατρικά φάρμακα δεν θα έπρεπε να χορηγούνται αυτόματα, ειδικά δεδομένων των αναρίθμητων κινδύνων για την υγεία και των αρνητικών επιπτώσεων που είναι πιθανό να επιφέρουν στην ανάρρωση και την αποκατάσταση. Οι δημι-

ουργοί των ανθρωπιστικών εναλλακτικών, όπως ο Loren Mosher από το Πρόγραμμα Σωτηρία, σύστηναν να χορηγούνται αυτά τα φάρμακα μόνο σε ακραίες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις για μικρό χρονικό διάστημα, όταν καμία άλλη λύση δεν φαίνεται εφικτή. Επιπλέον, η καλή πρακτική απαιτεί η λήψη των φαρμάκων να παραμένει υπό τον έλεγχο του ασθενούς (βλ. Aderhold et al 2012).

Θα παρουσιάσω παρακάτω εν συντομία δύο παραδείγματα, που αγνοήθηκαν από την κυρίαρχη ψυχιατρική και για τον λόγο αυτόν δεν είναι πολύ γνωστά: την Καλύβα των Κρίσεων στην κομητοχή Ithaca της Πολιτείας της Νέας Υόρκης και το πρόγραμμα Διάβασις (Diabasis) στο Σαν Φρανσίσκο της Καλιφόρνιας.

Η Καλύβα των Κρίσεων ήταν ένα εναλλακτικό της ψυχιατρικής νοσηλείας εγχείρημα, που δημιουργήθηκε από καταναλωτές/επιζήσαντες στην επαρχία Tompkins της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, και λειτούργησε στα μέσα της δεκαετίας του 1990 για δύο χρόνια. Ο πρωταρχικός του στόχος ήταν να υπάρχει ένας τόπος, στον οποίο να μπορούν οι άνθρωποι να καταφύγουν, όταν θεωρούν ότι το έχουν ανάγκη ή ότι βρίσκονται σε κίνδυνο να οδηγηθούν σε ψυχιατρική νοσηλεία. Τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούσαν την Καλύβα των Κρίσεων από τις συμβατικές υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση ήταν η εμπλοκή των καταναλωτών/επιζήσαντων, η υιοθέτηση ενός εθελοντικού μη ιατρικού μοντέλου, ο αυτο-προσδιορισμός της ανάγκης και η θεμελίωσή του στη συντροφική υποστήριξη. Οι χρήστες και επιζήσαντες της ψυχιατρικής είχαν ουσιαστική εμπλοκή στη διαδικασία σχεδιασμού του, που διήρκεσε αρκετά χρόνια. Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε από την Εταιρεία Ψυχικής Υγείας της Επαρχίας Tompkins ξεκινώντας από το 1994. Η Jeanne Dumont, ερευνήτρια και επιζήσασα της ψυχιατρικής από τις ΗΠΑ, ανέφερε, μαζί με την Kristine Jones, οικονομολόγο, που εργαζόταν ως ερευνήτρια στο Τμήμα Στατιστικής και Έρευνας των Υπηρεσιών στο Ινστιτούτο Nathan Kline στο Orangeburg της Νέας Υόρκης:

«Το πρόγραμμα αποτελείτο από δύο στοιχεία: (α) πρόληψη και αντιμετώπιση της οξείας ψυχω-

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

σικής κρίσης, με την υποστήριξη ενός συμβουλευτικού σταθμού, (β) δυνατότητα παραμονής για ανθρώπους που οι ίδιοι εκτιμούσαν ότι χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια ή φοβούνταν ότι θα μεταφερθούν παρά τη θέλησή τους στο ψυχιατρείο» (Dumont & Jones 2012, σ. 152).

«Η έρευνά μας έδειξε ότι τόσο οι δυνατότητες πρόσβασης όσο και διαβίωσης των προσώπων που προσήλθαν στην Καλύβα των Κρίσεων μπόρεσαν να συμβάλουν ουσιαστικά στην ίαση, την αυτονόμηση και την ικανοποίησή τους. Εκτός αυτού τα μέλη της Καλύβας πέρασαν λιγότερο χρόνο σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αυτό το γεγονός, μαζί με το ότι το πρόγραμμα κόστισε συνολικά πολύ λιγότερο από ό,τι κοστίζει ένα ψυχιατρικό τμήμα, οδήγησε σε σημαντική οικονομία κεφαλαίων. Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η Καλύβα των Κρίσεων ήταν μία αποτελεσματική καινοτομία» (ibid, σ. 151–152).

Η Διάβασις, μία στεγαστική δομή για νέους ενήλικους με οξεία ψύχωση στο Σαν Φρανσίσκο, που ιδρύθηκε από τους ψυχιάτρους Howard Levene & John Perry στη δεκαετία του 1970, είναι το δεύτερο παράδειγμα. Ο όρος «διάβαση» προέρχεται από την ελληνική γλώσσα, στην οποία σημαίνει «πέραςμα», «μετάβαση». Ο όρος αναφέρεται στη δυνατότητα ανάπτυξης της προσωπικότητας που είναι εγγενής στην τρέλα και άλλες κρίσεις. Η Διάβασις άνοιξε το 1973 και έκλεισε το 1976, μετά ξαναλειτούργησε από το 1978 ως το 1980. Τότε έκλεισε και πάλι εξαιτίας πολιτικών συγκρούσεων που καλύπτονταν πίσω από ζητήματα κόστους, όπως συμβαίνει συχνά με εναλλακτικές πρωτοβουλίες που αναπτύσσονται σε δημόσια χρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας. Ο σκοπός του προγράμματος ήταν η διαχείριση της οξείας ψύχωσης στις καλύτερες δυνατές συνθήκες για θεραπεία. Το πρόγραμμα εντάχθηκε στο τοπικό κοινοτικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο Perry περιέγραψε την προσέγγισή τους, που επίσης αγνοήθηκε πλήρως από την κυρίαρχη ψυχιατρική:

«Δεν δίνουμε καθόλου φάρμακα. Οι προσδοκίες μας ήταν υψηλές αλλά μείναμε άναυδοι από τα αποτελέσματα. Η ταχύτητα με την οποία οι άνθρωποι επανέρχονταν από την ψυχωτική

τους κατάσταση ήταν αξιοσημείωτη. Οι περισσότεροι επέστρεφαν σε μία συνεκτική, λογική νοητική κατάσταση σε διάστημα μίας έως πέντε ημερών, και το μεγαλύτερο διάστημα που χρειάστηκε κάποιος ήταν μόλις εννέα ημέρες. Η ανάρρωση εκεί δεν αφορούσε μόνο στο να εξαφανιστούν τα συμπτώματα, αλλά το να βγει κανείς με προοπτική μιας δημιουργικής ζωής και ανάπτυξης (...) Τη μεγαλύτερη σημασία έχει η στάση του προσωπικού απέναντι στην ψυχωτική κατάσταση. Το πρόγραμμα στελέχωναν παρα-επαγγελματίες σύμβουλοι, που δεν είχαν εκπαιδευθεί στην ψυχοπαθολογία, και η κοινή τους πεποίθηση ήταν ότι το να χρησιμοποιεί κανείς ψυχιατρικές 'ταμπέλες' έχει καταστροφικές συνέπειες στους πελάτες, αφού ακυρώνει την εμπειρία τους, ακόμη και τη φύση τους. Υπήρχε, επομένως, μεταξύ τους μία αυστηρή πολιτική να μη χρησιμοποιούνται «ταμπέλες». Τα μέλη του προσωπικού χαρακτηρίζονταν από φροντίδα, ενθάρρυνση, υποστήριξη και στοργή. Η ατμόσφαιρα του σπιτιού ήταν κατά συνέπεια ζεστή, ευχάριστη, ανοιχτή στην προσωπική αυτο-έκφραση» (Perry 1980, σ. 194–195).

Πολιτικά προγράμματα

Τα πολιτικά προγράμματα, οι διακηρύξεις και οι συμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν την κατάσταση των ψυχιατρικών ασθενών και να συνδράμουν ενάντια στην υπερβολική θνησιμότητα. Ένα παράδειγμα: Τα βασικά συμφέροντα των χρηστών και επιζησάντων της ψυχιατρικής συμπεριλήφθηκαν ως βασικές αρχές για τη βελτίωση του πεδίου της ψυχιατρικής σε ένα Συναινετικό Κείμενο, που υιοθετήθηκε στην κοινή συνάντηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στις Βρυξέλλες το 1999:

«Η ανάπτυξη πρωτοπόρων και ολοκληρωμένων, ρητών πολιτικών για την ψυχική υγεία σε διαβούλευση με όλους τους εταίρους, συμπεριλαμβανομένων και των χρηστών της ψυχιατρικής.

Ανάπτυξη πρωτοβάθμιων και εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας με έμφαση στην

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

ποιότητα της φροντίδας και την ανάπτυξη νέων μη στιγματιστικών προσεγγίσεων και προσεγγίσεων αυτοβοήθειας (...).

Ανάπτυξη νομοθεσίας για την ψυχική υγεία βασισμένης στα ανθρώπινα δικαιώματα, με έμφαση στην ελευθερία της επιλογής και τη σημασία της κατάλληλης εμπιστευτικότητας» (WHO & EC 1999, σ. 9).

Φυσικά, αυτές οι διακηρύξεις δεν θα πρέπει να μένουν στα χαρτιά, αλλά θα πρέπει να τεθούν σε ισχύ.

Το 2005, δημοσιεύτηκαν οι συστάσεις του προγράμματος *Παρενόχληση και Διακρίσεις που Αντιμετωπίζουν οι Άνθρωποι με Ψυχοκοινωνικές Αναπηρίες στις Υπηρεσίες Υγείας – Μία Ευρωπαϊκή Έρευνα*. Το πρόγραμμα αποτελούσε πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για να εξετάσει τις διακρίσεις εναντίον των ανθρώπων με ψυχιατρικές διαγνώσεις στο ιατρικό πεδίο. Μία από τις συστάσεις ήταν η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση των επαγγελματιών κοινωνικής μέριμνας και υγείας:

«Η εμπειρία και η οπτική των χρηστών και επιζησάντων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να εκπροσωπούνται σε όλα τα στάδια της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ήδη από την αρχή της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας. Αυτό θα βοηθήσει τους επαγγελματίες να εξοικειωθούν με την οπτική των χρηστών και επιζησάντων, η οποία είναι εξ ορισμού διαφορετική από τη δική τους. Οι επαγγελματίες πρέπει να μάθουν και να μπορούν να δημοσιοποιούν και να καταγγέλλουν τις διακρίσεις και την παρενόχληση που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι που βιώνουν ψυχικό πόνο» (Action Project 2005).

Επίσης, η *Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ανθρώπων με Αναπηρίες* του ΟΗΕ θα μπορούσε να κατοχυρώσει την ισότητα έναντι του νόμου για άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές διαγνώσεις και με αυτόν τον τρόπο να διασφαλίσει το ανθρώπινο δικαίωμά τους στη σωματική ακεραιότητα (Trömel 2012). Η Σύμβαση υιοθετήθηκε το 2006 από τον ΟΗΕ και αργότερα επικυρώθηκε από την ελληνική κυβέρνηση. Εάν ληφθεί σοβαρά, θα μπορούσε να υποστη-

ρίξει τις προσπάθειες για μια καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις.

Το πρόγραμμα *Ρίχνοντας Φως* (Shedding Light) είναι ένα πρόγραμμα της οργάνωσης Mental Health Europe (MHE), του ευρωπαϊκού τμήματος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ψυχική Υγεία. Ο κύριος στόχος του προγράμματος είναι να αυξήσει την επίγνωση για τη σημασία της διαφάνειας στο πεδίο της ψυχιατρικής και να ενθαρρύνει την υιοθέτηση ξεκάθαρων και διαφανών νόμων σε ολόκληρη την Ευρώπη. Ο στόχος είναι, με άλλα λόγια, να ωθηθούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η φαρμακευτική βιομηχανία να δημοσιοποιούν τις κρυφές (και προσανατολισμένες στο κέρδος) σχέσεις μεταξύ τους (Rodzinka et al 2019).

Ατομική και οργανωμένη αυτοβοήθεια

Τα ατομικά βήματα για την αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου χωρίς τη χρήση φαρμακολογικών προσεγγίσεων είναι εξαιρετικά διαφοροποιημένα. Σύμφωνα με αναφορές των ίδιων των ανθρώπων, αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους καταφεύγοντας σε ήσυχα και ασφαλή περιβάλλοντα. Άλλα μέτρα είναι τα χαλαρωτικά σκευάσματα, η θεραπεία μέσω μασάζ, η επαφή με τα ζώα, η επικοινωνία με υποστηρικτικούς ανθρώπους, ο εκφραστικός καλλιτεχνικός ακτιβισμός σε σχέση με την ψυχιατρική και η αυτοκριτική παρατήρηση (Λέμαν 2012b). Μπορείτε να βρείτε προσωπικές αναφορές επίσης στο βιβλίο *Βγαίνοντας από τα ψυχοφάρμακα* (Λέμαν & Εμμανουηλίδου 2013).

Οι παραδοσιακές ολιστικές παρεμβάσεις, όπως ασκούνται στους λεγόμενους προ-νεωτερικούς πολιτισμούς, όπως η Ινδία, το Πακιστάν ή η Σρι Λάνκα, αντιμετωπίζουν τον σοβαρό ψυχικό πόνο όχι ως μεταβολικό πρόβλημα αλλά ως έκφραση της ενότητας σώματος και ψυχής. Καταφέρνουν να χτίσουν μία αίσθηση επικέντρωσης στο σώμα, να ενισχύσουν τη σωματική ενημερότητα και να δομήσουν την απαιτούμενη κινητοποίηση για μία συνολική σωματική πειθαρχία με στόχο την επίτευξη μίας ικανοποιητικής ανθρώπινης εμπειρίας. Αυτές οι παρεμβάσεις στοχεύουν στη διευθέτηση των διατροφικών ελλειμμάτων, την ενδυνάμωση του καρδιαγγειακού

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

συστήματος, τη ρύθμιση της αναπνοής, του ύπνου, της όρεξης, της επιθυμίας και άλλων σωματικών αντιδράσεων που αποτελούν εκφάνσεις του σοβαρού ψυχικού πόνου (Davar 2007, βλ. Λέμαν 2019).

Η εκπαίδευση για τους κινδύνους και εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης. Οι ενεργοί πρώην ασθενείς, οι «ειδικοί λόγω εμπειρίας», μπορούν να βοηθήσουν στη διαμόρφωση ενημερωτικών εντύπων σχετικά με τους κινδύνους των ψυχιατρικών φαρμάκων και εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης, όπως δείχνει το πρωτοποριακό παράδειγμα του ομοσπονδιακού κρατιδίου του Rhineland-Palatinate στη Γερμανία. Μαζί με κάποιους πρωτοποριακούς ψυχιάτρους, που λαμβάνουν τις ιατρικές συστάσεις στα σοβαρά, έναν κριτικό ψυχίατρο και έναν ακτιβιστή της ανθρωπιστικής ψυχιατρικής, κάποια μέλη της τοπικής ένωσης χρηστών και επιζησάντων της ψυχιατρικής συναντήθηκαν κάποιες φορές στο διάστημα ενός έτους και ετοίμασαν ένα νέο ενημερωτικό φυλλάδιο για τα νευροληπτικά φάρμακα. Στο παρελθόν, τα ενημερωτικά φυλλάδια που χρησιμοποιούνταν δημοσιεύονταν από τη φαρμακευτική βιομηχανία και ήταν εντελώς μεροληπτικά. Τα νέα έντυπα περιέχουν πληροφορίες για τους κινδύνους και τις βλάβες, τις εναλλακτικές λύσεις που είναι επί του παρόντος διαθέσιμες, ακόμη και στις ψυχιατρικές κλινικές, τα στερεοτικά προβλήματα και κριτικές πηγές πληροφόρησης. Επίσης, οι συμμετέχουσες ψυχιατρικές κλινικές παρέχουν στους νοσηλεύόμενους υποστήριξη στη διακοπή των φαρμάκων, για όσους το επιθυμούν. Τα ενημερωτικά έντυπα είναι διαθέσιμα σε πολλές γλώσσες, στα Γερμανικά, τα Αραβικά, τα Αγγλικά, τα Γαλλικά, τα Πολωνικά, τα Ρουμανικά, τα Ρωσικά, τα Σερβοκροατικά, τα Ισπανικά και τα Τουρκικά, για ασθενείς που μιλούν μόνο αυτές τις γλώσσες. Ακολούθησε παρόμοιο ενημερωτικό φυλλάδιο στα Γερμανικά για τα αντικαταθλιπτικά. Αυτά τα έντυπα διανεμήθηκαν αρχικά στο κρατίδιο του Rhineland-Palatinate και είναι σήμερα διαθέσιμα σε όλη τη Γερμανία μέσω διαδικτύου. Έπειτα από δεκαετίες περιθωριοποίησης των ανθρώπων με ψυχιατρικές διαγνώσεις και λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος των καίριων ηθικών και νομικών ζητημάτων που διακυβεύονται στις απο-

φάσεις για τη θεραπεία, η διαθεσιμότητα σωστών ενημερωτικών εντύπων είναι ένα βήμα προς την κατεύθυνση της διασφάλισης της ισότητας έναντι του νόμου. Τα ενημερωτικά έντυπα είναι ελεύθερα διαθέσιμα στο διαδίκτυο (Λέμαν 2018c).

Υποστήριξη στη διακοπή. Όταν τα ψυχιατρικά φάρμακα προκαλούν προβλήματα υγείας, η διακοπή τους αρχίζει να έχει νόημα για τους ανθρώπους. Αλλά όσοι, για οποιονδήποτε λόγο, αποφασίσουν από μόνοι τους να διακόψουν τα φάρμακα, καταλήγουν συνήθως να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα προβλήματά τους μόνοι και δεν βρίσκουν υποστήριξη, κατανόηση και επιτυχημένα πρότυπα ρόλων, εκτός ίσως από μερικά βιβλία στο διαδίκτυο (βλ. Le hmann 2018d) ή σε οργανώσεις, όπως το Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα στον Χώρο της Ψυχικής Υγείας στη Θεσσαλονίκη (<https://mentalhealthhellenicobservatory.wordpress.com>). Η Pirko Lahti, Διοικητική Διευθύντρια της Φινλανδικής Ένωσης για την Ψυχική Υγεία και Πρόεδρος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ψυχική Υγεία (2001–2003), διαμαρτυρήθηκε γι' αυτό, λέγοντας ότι συχνά οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εγκαταλείπουν το άτομο που δεν παίρνει τα συνταγογραφούμενα φάρμακά του (Lahti 2013). Ο Asmus Finzen, Γερμανός ψυχίατρος, εξήγησε ως εξής τον ρόλο τού επαγγέλματός του:

«Ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι να συνταγογραφεί φάρμακα. Οι γιατροί μαθαίνουν πολύ καλά αυτόν τον ρόλο. Δεν μαθαίνουν πώς να βοηθήσουν έναν ασθενή να διακόψει επιτυχώς τα φάρμακα» (Finzen 2015).

Αυτό το ζήτημα πρέπει να ενταχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα ψυχολογίας όλων των πανεπιστημίων.

Νομικά μέτρα για τη μείωση της θνησιμότητας και την ενίσχυση της ευζωίας

Πολλές προκλήσεις ενέχονται στην προσπάθεια να μειωθεί η θνησιμότητα, να αυξηθεί η ποιότητα ζωής και να ενισχυθεί η ευζωία. Πρέπει να γίνουν μία σειρά από βήματα, κοινωνικά, οικονομικά, ιατρικά και, κυρίως, νομικά.

Εκ των προτέρων οδηγίες. Οι άνθρωποι που θέλουν να αποφασίσουν εκ των προτέρων για πιθανά

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

νούς μελλοντικούς τρόπους αντιμετώπισης μπορούν να το κάνουν νόμιμα στη Γερμανία από το 2009. Εκείνη τη χρονιά αναμορφώθηκε στη Γερμανία ο νόμος περί κηδεμονίας. Οι άνθρωποι μπορούν πια να προστατεύουν τον εαυτό τους από ανεπιθύμητες ιατρικές παρεμβάσεις, στις οποίες περιλαμβάνονται και ψυχιατρικές παρεμβάσεις. Προστέθηκε ο όρος ότι ένας ενήλικος που θεωρείται ικανός να παρέχει ενήμερη συγκατάθεση έχει το δικαίωμα να δηλώνει τη βούλησή του, γραπτώς, ανεξάρτητα από τον τύπο και το στάδιο της ασθένειας (ή αυτού που θεωρείται ασθενής). Μάλιστα το δικαίωμα αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το κατά πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί με τις θεραπείες, τις διαγνωστικές διαδικασίες ή τις ιατρικές παρεμβάσεις που ενδέχεται να προταθούν σε κατοπινό χρόνο (Λέμαν 2015b).

Σύμφωνα με το ελληνικό ποινικό δίκαιο, οι εκ των προτέρων οδηγίες θα έπρεπε να μπορούν να ισχύουν και στην Ελλάδα, χωρίς επιπλέον νομοθετικές ρυθμίσεις. Οι ιατρικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης ψυχιατρικών φαρμάκων, αναγνωρίζονται ως πράξεις που μπορούν να προκαλέσουν σωματικές βλάβες και να επισύρουν τιμωρία. Οι πράξεις αυτές δεν επιφέρουν τιμωρία μέσω της ενήμερης συγκατάθεσης. Σε επείγουσες περιπτώσεις, οι παρεμβάσεις για τη διάσωση της ζωής μπορούν και επιβάλλεται να γίνουν χωρίς συγκατάθεση. Οι γιατροί θεωρούν ότι ένας ασθενής θα συμφωνούσε να γίνει η παρέμβαση στη βάση της λεγόμενης 'ικανότητας ευθυκρισίας'. Αλλά δεν επιτρέπεται να θεωρήσουν ότι υπάρχει συγκατάθεση σε μία λεγόμενη «παρέμβαση σε ψυχιατρική επείγουσα κατάσταση», ή σε άλλες παρεμβάσεις, όταν υπάρχει μία εκ των προτέρων γραπτή οδηγία, που απαγορεύει συγκεκριμένες παρεμβάσεις.

Συνθετικά και κέρδος ή οικολογία και ανθρωπιστικός προσανατολισμός

Από μια συνολική θεώρηση του ψυχοκοινωνικού συστήματος, φαίνεται να προκύπτουν δύο εναλλακτικές:

1. Να επεκταθεί η χρήση συνθετικών φαρμάκων, με όλους τους κινδύνους τους, σε συνδυασμό με τη θέσπιση επιθετικών νόμων που νομιμοποιούν την

ακούσια ενδοноσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, την ακούσια χρήση ηλεκτροσόκ, τα διογκωμένα διαγνωστικά συστήματα, αποφάσεις που βασιίζονται σε λογαριθμικά συστήματα, την εφεύρεση νέων τρόπων χορήγησης των φαρμάκων ώστε να λειτουργούν ως εγκεφαλικοί βηματοδότες, με αποτέλεσμα τη διατήρηση των υπερβολικών ποσοστών θνησιμότητας. Επί της ουσίας να προσαρμόσουμε τους ανθρώπους με ενοχλητική συμπεριφορά και συναισθήματα σε μία τυποποιημένη ζωή ή απλώς να τους ηρεμήσουμε ή να τους απομακρύνουμε από την κοινωνία, όταν είναι για οποιονδήποτε λόγο αποθαρρημένοι και δεν μπορούν πια να πουλήσουν την εργασία τους στην αγορά εργασίας.

2. Να αλλάξουμε το σύστημα ψυχοκοινωνικής περιθάλψης, ώστε να απαντά στις ανάγκες των ανθρώπων που βιώνουν έντονο ψυχικό πόνο, να προσφέρει ασφαλή περιβάλλοντα, όπου οι άνθρωποι να μπορούν να ανακτήσουν την αξιοπρέπειά τους, που να περιλαμβάνουν μη επιθετικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, παρεμβάσεις αυτοβοήθειας, ανθρωπιστική ψυχοθεραπεία και μία απαρτιωτική προσέγγιση του σώματος, του νου και της ψυχής. Τουλάχιστον να διασφαλίσουμε την ελεύθερη επιλογή, τόσο για όσους θέλουν να ακολουθήσουν το πνεύμα της εποχής και εμπιστεύονται τα συνθετικά ψυχιατρικά φάρμακα για την καταστολή των δυσάρεστων συναισθημάτων τους, με όλους τους κινδύνους και τις εν δυνάμει τοξικές επιδράσεις τους, όσο και για εκείνους που θα αποφασίσουν να εμπιστευτούν την αυτοβοήθεια και την κοινοτική υποστήριξη, χωρίς λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων ή με ελάχιστη δόση ή περιστασιακή λήψη, με τους κινδύνους των κοινωνικών προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν από ενοχλητικές συμπεριφορές και συναισθήματα.

Στο κεφάλαιο *Αποτοξίνωση – με κεφαλαία και με μικρά* ο Karl Bach Jensen από τη Δανία, πρώην Πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Δικτύου Ανθρώπων με Ψυχιατρική Εμπειρία, διατυπώνει μία απάντηση προς τους ανθρώπους που βιώνουν σοβαρό ψυχικό πόνο, τρέλα, ψύχωση, κατάθλιψη κ.λπ. Επιτυχημένη αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου σημαίνει την ανα-

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

κάλυψη του νοήματος ακόμη και των πιο παράξενων και αλλόκοτων στάσεων, γράφει ο Bach Jensen. Αναφερόμενος στις τοξικές επιδράσεις των ψυχιατρικών φαρμάκων, κάνει έκκληση για περιορισμένη χρήση συνθετικών υλικών και την ανάπτυξη μεθόδων, συστημάτων, υπηρεσιών και ιδρυμάτων για την παροχή επείγουσας, βραχυχρόνιας και μακροχρόνιας βοήθειας και υποστήριξης που δεν θα εξαρτάται καθόλου από τη χρήση συνθετικών ψυχιατρικών φαρμάκων:

«Σ' αυτό το πεδίο οι άνθρωποι με προσωπική ψυχιατρική εμπειρία μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο ως σύμβουλοι και συνεργάτες, γιατί κατέχουν ήδη τη γνώση για το τι τους έχει ήδη βοηθήσει να ξανασταθούν στα πόδια τους. Μπορούν να τεθούν στη διάθεση της κοινότητας υπηρεσίες που χαρακτηρίζονται από μία θετική υποκουλτούρα όσον αφορά στην ταυτότητά τους και αξιοπρέπεια, να δοθεί ένας χώρος συνάντησης και η δυνατότητα να διαμορφώσει ο καθένας τη δική του ζωή (...). Θα έπρεπε να δημιουργηθούν εναλλακτικά συστήματα και αποκεντρωμένες υπηρεσίες, που να φροντίζουν τις ανάγκες ανθρώπων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα με τέτοιον τρόπο, ώστε να ελαχιστοποιείται η χρήση συνθετικών και δηλητηριωδών ψυχοφαρμάκων, με στόχο να καταστεί μακροπρόθεσμα περιττή» (Bach Jensen 2013, σ. 352).

Ανακεφαλαιώνει τις προτάσεις του ως εξής:

- Καθιέρωση της ισότητας έναντι του νόμου για ανθρώπους που βιώνουν σοβαρό ψυχικό πόνο και ειδικά διασφάλιση του ανθρωπίνου δικαιώματος στη σωματική ακεραιότητα
- Διασφάλιση της ισότητας έναντι του νόμου για παραβάσεις από ψυχιάτρους και άλλους γιατρούς
- Υποστήριξη των εγχειρημάτων αυτοβοήθειας για ανθρώπους που βιώνουν σοβαρό ψυχικό πόνο
- Εκπαίδευση των άμεσα ενδιαφερόμενων ατόμων σχετικά με τους κινδύνους των ψυχιατρικών φαρμάκων και τα μέτρα για τη ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη διακοπή
- Ανάπτυξη ανθρωπιστικά προσανατολισμένων υποστηρικτικών συστημάτων σε συνεργασία με έμπιστους συγγενείς, πολίτες και επαγγελματίες.

Αυτά τα μέτρα μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευζωίας των ανθρώπων με ψυχιατρικές διαγνώσεις και να μειώσουν τη θνησιμότητά τους.

Στην πραγματικότητα, το σύγχρονο σύστημα ψυχοκοινωνικής περίθαλψης σε ολόκληρο τον κόσμο, το οποίο κυριαρχείται από το βιοϊατρικό μοντέλο, δεν αφήνει περιθώρια για ανθρωπιστικές προσεγγίσεις. Αυτό το παγκόσμιο φαινόμενο στηλίτευσε ο Ειδικός Εντεταλμένος για θέματα υγείας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, ο Dainius Pūras, στην αναφορά που συνέταξε το 2017: Το βιολογικό μοντέλο, στην προσπάθειά του να αναγάγει τα ψυχολογικά προβλήματα σε μεταβολικές διαταραχές, ώστε να ενταχθούν στη σφαίρα επιρροής της ιατρικής, κατέληξε στην προσθήκη πολλαπλών διαγνωστικών κατηγοριών, που θέτουν σε κίνδυνο την ποικιλότητα της ανθρώπινης ζωής, καταλήγει ο Pūras. Η πληροφορηση για τους κινδύνους των θεραπειών καθυστερεί, έχοντας ως αποτέλεσμα καθυστερήσεις σε αλλαγές πολιτικής, και με αυτόν τον τρόπο παραμελείται η ανάπτυξη προσεγγίσεων προσανατολισμένων στην ανάρρωση, όπως επίσης και εναλλακτικών προσεγγίσεων, που θα μπορούσαν να καταστήσουν τη χρήση ακούσιων μέτρων αντιμετώπισης περιττή. Σύμφωνα με τον Pūras, είναι απαραίτητη μία παγκόσμια αλλαγή συνείδησης, επειδή:

«...το πεδίο της ψυχικής υγείας συνεχίζει να είναι υπερ-ιατρικοποιημένο και το βιοϊατρικό μοντέλο, με την υποστήριξη της ψυχιατρικής και της φαρμακευτικής βιομηχανίας, κυριαρχεί στην κλινική πρακτική, την υιοθέτηση πολιτικών, την έρευνα, την ιατρική εκπαίδευση και την επένδυση στην ψυχική υγεία ανά τον κόσμο. Στην πλειονότητά τους, οι επενδύσεις για την ψυχική υγεία σε χώρες χαμηλού, μέσου και υψηλού εισοδήματος χρηματοδοτούν δυσανάλογα υπηρεσίες που βασίζονται στο βιοϊατρικό μοντέλο της ψυχιατρικής. Παρατηρείται επίσης μια μεροληψία προς τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων ως προτεινόμενη αντιμετώπιση πρώτης γραμμής, παρά τις αυξανόμενες ενδείξεις ότι δεν είναι τόσο αποτελεσματικά όσο πιστευόταν παλαιότερα, ότι προκαλούν βλαβερές παρενέργειες και, στην περίπτωση των αντικαταθλιπτικών, ειδικά για την ελαφριά και μέ-

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

τρια κατάθλιψη, ότι η βελτίωση που παρατηρείται μπορεί να αποδοθεί στην επίδραση των προσδοκιών, παρά στην ίδια τη φαρμακευτική ουσία. Παρά τους κινδύνους αυτούς, τα ψυχοτρόπα φάρμακα χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στις χώρες χαμηλού, μέσου και υψηλού εισοδήματος παγκοσμίως. Μας έχουν πουλήσει έναν μύθο, ότι ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπίσουμε τις προκλήσεις της ψυχικής υγείας είναι τα φάρμακα και άλλες βιοϊατρικές παρεμβάσεις» (United Nations, 2017, σ. 5–6).

Βιβλιογραφία

- Action Project against “Harassment and Discrimination Faced by People with Men (tal Health Problems in the Field of Health Services)” (2005). Recommendations. Ανακτήθηκε από www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/recommendations.htm
- Aderhold V (2010). *Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden: Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update*. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2018 από www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Texte_Anmelddecoupons/Aderhold_Antipsychotika_Update.pdf
- Aderhold V (2017). Minimaldosierung und Monitoring bei Neuroleptika. In: P. Lehmann, V. Aderhold, M. Rufer, J. Zehentbauer (eds) *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks* (pp. 198–222). Berlin/Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing (ebook 2018)
- Aderhold V, Στάστι Π, Λέμαν Π (2012). Πρόγραμμα Σωτηρία: Μία εναλλακτική μεταρρυθμιστική κίνηση. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάστι & Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ. Έκδ.), *Αντί της ψυχιατρικής: Εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (σελ. 115–135). Θεσσαλονίκη: Νησίδες
- Aderhold V, Weinmann S, Hägele C, Heinz A (2015). Frontale Hirnvolumenminderung durch Antipsychotika? *Der Nervenarzt*, 86, 302–323
- Bach Jensen K (2013). Αποτοξίνωση – με κεφαλαία και με μικρά: Σχόλιο για μια κουλτούρα σεβασμού. Στο: Π. Λέμαν & Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ. Έκδ.), *Βγαίνοντας από τα ψυχοφάρμακα: Εμπειρίες επιτυχημένης διακοπής νευροληπτικών, αντικαταθλιπτικών, σταθεροποιητών διάθεσης, Ριταλίν και ηρεμιστικών*. Νησίδες, Θεσσαλονίκη, 2013:345–353
- Bonelli, R. M, Hofmann, P, Aschoff, A, Niederwieser, G, Heuberger, C, Jirikowski, G et al (2005). *The influence of psychotropic drugs on cerebral cell death: Female neurovulnerability to antipsychotics*. *International Clinical Psychopharmacology*, 20, 145–149
- Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MTM, Fernandes AC, Lee WE et al (2011). *Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London*. *PLoS One*, 6, e19590. Online publication. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2018 από <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0019590>
- Colton CWU, Manderscheid RW (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), 1–14
- Davar B (2007). Depression and the use of natural healing methods. In: P. Stastny, P. Lehmann (eds) *Alternatives beyond psychiatry* (pp. 83–90). Berlin / Eugene, OR/Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing (ebook 2018)
- Dumont J, Jones K (2012). Η καλύβια των κρίσεων: Αποτελέσματα μιας εναλλακτικής προσπάθειας άμεσα ενδιαφερομένων στην κλασική ψυχιατρική. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάστι, & Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ. Έκδ.) *Αντί της ψυχιατρικής. Εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (σελ. 151–160). Θεσσαλονίκη: Νησίδες
- Ebner G (2003). Aktuelles aus der psychopharmakologie. Das wichtigste vom ECNP-Kongress in Barcelona 05.-09.10.2002. *Psychiatrie*, (1), 29–32
- Finzen A (2015). Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht. In: A. Finzen, P. Lehmann, M. Osterfeld, H. Schödle-Deiningner, A. Emmanouelidou, T. Itten (eds) *Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie* (pp. 16). *Soziale Psychiatrie* 39(2), 16–19
- Halbreich U, Shen J, Panaro V (1996). Are chronic psychiatric patients at increased risk for developing breast cancer? *American Journal of Psychiatry* 153, 559–560
- Halbreich U, Kahn L (2003). Hyperprolactinemia and schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice* 9, 344–353
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg, G, Anker, M, Korten, A, Cooper, J. E, et al (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures – A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine*, Monograph supplement, 20, 1–97
- Janssen Pharmaceuticals, Inc (2012). The importance of total wellness. *Choices in Recovery – Support and information for schizophrenia, schizoaffective, and bipolar disorder*, 9(2), 12
- Laakmann G, Benkert O (1978). Neuroendokrinologie und Psychopharmaka. *Arzneimittel-Forschung/Drug Research*, 28(II, 8), 1277–1280
- Lahti P (2013). Πρόλογος. Στο Π. Λέμαν & Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ. Έκδ.). *Βγαίνοντας από τα ψυχοφάρμακα: Εμπειρίες επιτυχημένης διακοπής νευροληπτικών, αντικαταθλιπτικών, σταθεροποιητών διάθεσης*. Ριταλίν και ηρεμιστικών (σελ. 22–24). Θεσσαλονίκη: Νησίδες
- Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 25, 83-88

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

- Leff J, Sartorius, N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-year follow-up findings. *Psychological Medicine* 22, 131–145
- Lehmann, P (2012a). About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutic recklessness. *International Journal of Psychotherapy*, 16, 30–49
- Λέμαν Π (2012b). Τι με βοηθάει όταν τρελαίνομαι; Στο Π. Λέμαν, Π. Στάσνι, Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ. Έκδ.) *Αντί της ψυχιατρικής: Εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (σελ. 26–58). Θεσσαλονίκη: Νησίδες
- Lehmann P (2013). Early warning signs of chronic or lethal diseases due to the administration of neuroleptics. *Journal of Critical Psychology. Counselling and Psychotherapy*, 13, 23–29
- Lehmann P (2015a). Neuroleptika und Sexualität – Verträgt sich das? In: Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz (eds) *Dokumentation der 19. Fachtagung des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz* (pp. 15–34). Trier: LVPE RLP
- Lehmann P (2015b). Securing human rights in the psychiatric field by advance directives. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 15, 1–10
- Lehmann P (2017). Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und atypischer Neuroleptika. In: P. Lehmann, V. Aderhold, M. Rufer, J. Zehentbauer (eds) *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks* (pp. 19–174). Berlin/Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing (ebook 2018)
- Lehmann P (2018a). *Schöne neue Psychiatrie, Vol. 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken*. Newly adapted ebook edition. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag
- Lehmann P (2018b). *Schöne neue Psychiatrie, Vol. 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern*. Newly adapted ebook edition. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag
- Lehmann P (2018c). *Industrieunabhängige Aufklärungsbögen Neuroleptika (Antipsychotika) und Antidepressiva*. Ανακτήθηκε από www.antipsychiatrieverlag.de/aufklaerung
- Lehmann P (2018d). *Psychiatrische Psychopharmaka absetzen/Coming off psychiatric drugs/Dejando los medicamentos psiquiátricos/Arrêter la prise des psychotropes/Αντί της ψυχιατρικής*. Ανακτήθηκε από www.antipsychiatrieverlag.de/info/absetzen.htm
- Lehmann P (2019). Paradigm shift: Treatment alternatives to psychiatric drugs, with particular reference to LMICs. In: L. Davidson (ed) *The Routledge handbook of international development, mental health and wellbeing*. Abingdon/New York: Routledge
- Λέμαν Π, Εμμανουηλίδου Α (Επιμ. Έκδ.) (2013). *Βγαίνοντας από τα ψυχοφάρμακα: Εμπειρίες επιτυχημένης διακοπής νευροληπτικών, αντικαταθλιπτικών, σταθεροποιητών διάθεσης, Ριταλίν και ηρεμιστικών* (2η έκδοση). Θεσσαλονίκη: Νησίδες
- Manderscheid RW (2006). *The quiet tragedy of premature death among mental health consumers*. National Council News, (September), 1 & 10
- Manderscheid RW (2009). Premature death among state mental health agency consumers: Assessing progress in addressing a quiet tragedy. *International Journal of Public Health* 54(Suppl. 1), 7–8
- Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM et al (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 161, 1334–1349
- Newman SC, Bland RC (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: A record linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry* 36, 239–245
- Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P (2000). Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophrenia Research* 45, 21–28
- Parks J, Svendsen D, Singer P Foti ME (eds) (2006). *Morbidity and mortality in people with serious mental illness*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), Medical Directors Council. Ανακτήθηκε στις 15 Αυγούστου 2016 από www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf
- Perry JW (1980). Psychosis as visionary state. In: IF Baker (ed) *Methods of treatment in analytical psychology* (pp. 193–198). Fellbach: Bonz Verlag
- Ringin PA, Engh JA, Birkenaes AB, Dieset I, Andreassen O. A (2014). *Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease: A non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions*. *Frontiers in Psychiatry*, 5, article 137. Online publication. Ανακτήθηκε στις 7 Οκτωβρίου 2018 από www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175996/
- Rodzinka M, Fallon-Kund M, Marinetti C (2019). *The way forward for sunshine and transparency laws across Europe*. Brussels: Mental Health Europe. Online publication. Ανακτήθηκε στις 27 Ιανουαρίου 2019 από <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/MHE-SHEDDING-LIGHT-REPORT-Final.pdf>
- Saha S, Chant D, McGrath J (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry* 64, 1123–1131
- Schöpfenberger E (1993). Zwangpsychiatrie in der Schweiz – was tun? In: K. Kempker, P. Lehmann (eds) *Statt Psychiatrie* (pp. 183–194). Berlin: Antipsychiatrieverlag
- Σείκουλα Τ, Αλακάρε Μ (2012). Ανοιχτοί διάλογοι. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάσνι, Α. Εμμανουηλίδου (Επιμ. Έκδ.) *Αντί της ψυχιατρικής: Εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (σελ. 195–216). Θεσσαλονίκη: Νησίδες

ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

- Sommer H, Quandt J (1970). Langzeitbehandlung mit Chlorpromazin im Tierexperiment. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* 38, 466–491
- Tenback D, Pijl B, Smeets H, van Os J, Harten P (2012). All-cause mortality and medication risk factors in schizophrenia: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 32, 31–35
- Tiihonen J, Lonnoqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A et al (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 374, 620–627
- Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P (2011). A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization. *American Journal of Psychiatry* 168, 603–609
- Trömel S (2012). Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τους Ανθρώπους με Αναπηρίες και η σημασία της για τους ανθρώπους με ψυχιατρική εμπειρία στην Ελλάδα. Στο Π. Λέμαν, Π. Στάσνι, Ά. Εμμανουηλίδου (Επιμ. Έκδ.) *Αντί της ψυχιατρικής: Εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (σελ. 290–303). Θεσσαλονίκη: Νησίδες
- United Nations (2016). Sustainable Development Goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Online publication. Ανακτήθηκε στις 15 Αυγούστου 2016 από www.un.org/sustainabledevelopment/health/
- United Nations (2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, report A/HRC/35/21 to the Human Rights Council, 35th session 6-23 June 2017, agenda item.* Ανακτήθηκε στις 7 Ιουλίου 2017 από <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/pdf/G1707604.pdf?OpenElement>
- Walker ER, McGee RE, Druss BG (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 72, 334–341
- Wallcraft J (2012). Έρευνα από την πλευρά των άμεσα ενδιαφερομένων για την τεκμηρίωση εναλλακτικών θεωριών. Στο: Π. Λέμαν, Π. Στάσνι, Ά. Εμμανουηλίδου (Επιμ. Έκδ.) *Αντί της ψυχιατρικής: Εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο* (σελ. 259–271). Θεσσαλονίκη: Νησίδες
- Weinmann S, Read J, Aderhold V (2009). Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. *Schizophrenia Research* 113, 1–11
- World Health Organization & European Commission (1999). Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization/European Commission meeting. Brochure MNH/NAM/99.2, Brussels: World Health Organization 1999. Ανακτήθηκε στις 15 Αυγούστου 2016 από www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm
- Young SL, Taylor M, Lawrie SW (2015). “First do no harm”: A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. *Journal of Psychopharmacology*, 29, 353–362

Τα Τετράδια ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2016 - 4

