



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Μελέτη των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών  
των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών του  
Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας**

**ΜΗΤΡΙΤΣΙΑ ΜΑΡΙΑ**

**Νοσηλεύτρια ΤΕ**

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Δρ Μπονώτης Κων/νος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου  
Θεσσαλίας**

**Δρ Γουργουλιάνης Κων/νος, Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**

**Δρ Στεφανίδης Ιωάννης, Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας Πανεπιστημίου  
Θεσσαλίας**

**Λάρισα 2016**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**Study of the clinical and demographic characteristics of  
involuntary hospitalized patients in University General  
Hospital of Larisa**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	ΣΕΛ. 5
------------------	--------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ΣΕΛ. 6
---------------	--------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ.....	ΣΕΛ. 7
---------------------------	--------

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	ΣΕΛ. 8
---------------	--------

ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 8
-----------------------	--------

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ.....	ΣΕΛ. 12
-----------------------------------	---------

ΒΙΑ ΚΑΙ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 13
-------------------------------	---------

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΛΩΣΗ.....	ΣΕΛ. 16
---------------------------------	---------

ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ.....	ΣΕΛ. 18
----------------------------	---------

### **ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΚΟΥΣΙΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ**

Α. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 20
----------------------	---------

Β. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	ΣΕΛ. 21
----------------------------	---------

Γ. ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	ΣΕΛ. 22
---------------------------------------	---------

Δ. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ.....	ΣΕΛ. 23
--------------------------	---------

Ε. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	ΣΕΛ. 25
-----------------------------------	---------

ΣΤ. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	ΣΕΛ. 26
--------------------	---------

Ζ. ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ.....	ΣΕΛ. 26
-------------------------------	---------

Η. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	ΣΕΛ. 27
-----------------------	---------

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	ΣΕΛ. 28
---------------------------	---------

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	ΣΕΛ. 28
---	---------

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	ΣΕΛ. 29
---	---------

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ.....	ΣΕΛ. 30
------------------------	---------

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 31
-------------------------	---------

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ.....	ΣΕΛ. 32
--	---------

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....	ΣΕΛ. 32
---------------------	---------

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	ΣΕΛ. 33
------------------------	---------

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ.....	ΣΕΛ. 35
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	ΣΕΛ. 37
ΕΡΓΑΣΙΑ.....	ΣΕΛ. 39
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 40
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΟΣΟΥ.....	ΣΕΛ. 40
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ.....	ΣΕΛ. 41
ΚΑΘΗΛΩΣΗ.....	ΣΕΛ. 42
<b>ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΩΝ-ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ</b>	
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ.....	ΣΕΛ. 44
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ.....	ΣΕΛ. 45
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ.....	ΣΕΛ. 46
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ.....	ΣΕΛ. 46
ΣΧΕΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 47
ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 47
ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ.....	ΣΕΛ. 49
ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ.....	ΣΕΛ. 49
ΣΧΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 50
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>ΣΕΛ. 50</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....</b>	<b>ΣΕΛ. 52</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>ΣΕΛ. 53</b>

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διατριβής οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέποντα επίκουρο καθηγητή Ψυχιατρικής κύριο Μπονώτη Κωνσταντίνο για την πολύτιμη υποστήριξή του σε κάθε μου βήμα με στόχο την άρτια εκτέλεσή της. Ακόμη, ευχαριστώ το σύζυγο μου Χατζηγεωργίου Σταύρο MD, MSc, ειδικό νευρολόγο, για τη διαρκή αρωγή, τις συμβουλές και τη βοήθειά του στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ακούσια νοσηλεία του ψυχιατρικού ασθενούς, αν και επιβεβλημένη σε πολλές περιπτώσεις, αποτελεί πολυδιάστατο θέμα που εγείρει πληθώρα ηθικών, κοινωνικών και ιατρικών ζητημάτων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ψυχιατρικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας μετά από εισαγγελική παραπομπή κατά το χρονικό διάστημα 2013-2014.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη είναι αναδρομική και αφορά τους ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας μετά από εισαγγελική παραπομπή και κρίθηκαν ότι έχρηζαν ακούσιας νοσηλείας κατά το χρονικό διάστημα 2013-2014. Τα δεδομένα αναλύθηκαν στατιστικά με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS και όριο στατιστικής σημαντικότητας  $p=0,05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πραγματοποιήθηκαν 223 εισαγωγές με μέση διάρκεια νοσηλείας 23,32 ημέρες και μέσο όρο ηλικίας τα 43,83 έτη. Από τους ασθενείς, ένα ποσοστό 67,7% ήταν άντρες, 52% κάτοικοι αστικών περιοχών, 21,4% απόφοιτοι πανεπιστημίου, 18,8% έγγαμοι, 33% εργαζόμενοι, ενώ 25,1% καθηλώθηκαν κατά την νοσηλεία τους. Εντοπίστηκε συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό νοσηλειών, την εργασία και τον αριθμό των νοσηλειών και ανάμεσα στην ιατρική παρακολούθηση και το σωματικό περιορισμό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Τα κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών το χρονικό διάστημα 2013-2014 ήταν ανάλογα με αυτά παρόμοιων μελετών της βιβλιογραφίας.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** ακούσια νοσηλεία, επιδημιολογία, καθήλωση

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The psychiatric patient's involuntary hospitalization, although it is forced in many cases, is a multidimensional issue that raises a plethora of moral, social and medical affairs.

**PURPOSE:** The investigation of clinical and demographic characteristics of psychiatric patients who were hospitalized in the psychiatric clinic of the University General Hospital of Larisa by the intervention of attorney general during the period 2013-2014.

**MATERIAL AND METHOD:** The study is retrospective and concerns the psychiatric patients who were hospitalized in the psychiatric clinic of the University General Hospital of Larisa by the intervention of attorney general and required involuntary medical care during the period 2013-2014. The data were analyzed statistically with the assistance of SPSS software and a statistical significance limit  $p=0.05$ .

**RESULTS:** They were carried out 223 admissions with an average period of hospitalization time of 23.32 days and an average age of 43.83 years. Among the patients an amount of 67.7% were male, 52% were residents of urban areas, 21.4% were university graduates, 18.8% were married, 33% were employees and 25.1% were restricted during the hospitalization. It was detected a correlation between the marital status and the number of hospitalizations, the employment and the number of hospitalizations and between the medical monitoring and physical restraint.

**CONCLUSION:** The clinical and the epidemiological characteristics of the involuntary hospitalized patients during the period 2013-2014 were analogous to those of similar studies in bibliography.

**KEY WORDS:** involuntary hospitalization, epidemiology, restriction

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική νόσος εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται από το κοινωνικό σύνολο μέσα από ένα διαφορετικό πρίσμα σε σχέση με το σύνολο των άλλων παθήσεων. Παρά το γεγονός ότι πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν πρωτοστατήσει στην ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και στην ίδρυση κέντρων ψυχικής υγείας εξακολουθεί να υπάρχει μια προκατάληψη για τη ψυχική νόσο, γεγονός που αντανακλά λανθασμένες αντιλήψεις ως προς τις θεραπευτικές στρατηγικές που εφαρμόζονται [1]. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα και η καθήλωση αντιμετωπίζονται γενικά αρνητικά από το κοινό σε σχέση με τη ψυχοθεραπεία και τη συμβουλευτική [1]. Η ακούσια νοσηλεία του ψυχιατρικού ασθενούς, αν και σε πολλές περιπτώσεις καθίσταται επιβεβλημένη, αποτελεί πολυδιάστατο θέμα που εγείρει πληθώρα ηθικών, κοινωνικών και ιατρικών ζητημάτων. Κατά συνέπεια η συγκεκριμένη πρακτική έχει γίνει αντικείμενο έντονων αντιπαράθεσεων και έχει συζητηθεί εκτενώς από ασθενείς, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συλλόγους συγγενών, οργανισμούς ανθρωπίνων δικαιωμάτων και νομικού [2].

### ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ως ακούσια νοσηλεία ορίζεται η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς εισαγωγή και η παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας. Διακρίνεται από την εκούσια νοσηλεία που προϋποθέτει τη συγκατάθεση του ίδιου του ασθενούς και τη σύμφωνη γνώμη του επιστημονικού διευθυντή της κλινικής. Μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20<sup>ου</sup> αιώνα όλες οι νοσηλείες στα δημόσια ψυχιατρεία και οι περισσότερες σε ιδιωτικά θεραπευτήρια γίνονταν χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς [3]. Στην Ελλάδα ήδη με το νόμο ΨΜΒ' του 1862 περί «Συστάσεως φρενοκομείων» προβλέπονταν δύο τρόποι ακούσιου εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα [4]. Στην πρώτη περίπτωση ήταν αρκετή για τον εγκλεισμό του ασθενούς η αίτηση οποιουδήποτε ιδιώτη προς τον διευθυντή του ιδρύματος, συνοδευόμενη από ιατρική βεβαίωση, ενώ η έξοδος του τελούσε σε άμεση εξάρτηση από την κρίση του ιατρού του ψυχιατρικού καταστήματος [4]. Στη δεύτερη περίπτωση, όταν από την ασθένεια υπήρχε κίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια, οι αποφάσεις διοικητικών αρχών (διευθυντή αστυνομίας, νομάρχη ή έπαρχου) ήταν αποφασιστικές για τη στέρηση της ελευθερίας του ατόμου, στηριζόμενες βέβαια πάντα σε μία αιτιολογημένη ιατρική βεβαίωση [4]. Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκε και η επόμενη νομοθετική ρύθμιση του ζητήματος που ειδικότερα αφορούσε το νομοθετικό διάταγμα 104/73 περί «Ψυχικής υγιεινής και περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων», το οποίο επίσης προέβλεπε δύο τρόπους ακούσιας εισαγωγής σε



ψυχιατρικό ίδρυμα [4]. Η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση οδήγησε σε τροποποίηση του νομοθετικού πλαισίου. Ειδικότερα, το νομικό καθεστώς που ισχύει σήμερα στη χώρα μας καθορίζεται από το έκτο κεφάλαιο με τίτλο «Ψυχική Υγεία» του ν.2071/92 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας» (άρθρα 91-101) [4]. Οι κυριότερες αρχές που διέπουν τον παραπάνω νόμο είναι οι ακόλουθες: α) προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενούς, β) προτεραιότητα θεραπείας έναντι της φύλαξης, γ) σαφείς προϋποθέσεις για την υπαγωγή ενός προσώπου στην ακούσια νοσηλεία, δ) δικαστικός έλεγχος της όλης διαδικασίας νοσηλείας μέσα σε σύντομες προθεσμίες, ε) παροχή δικαιωμάτων στον ασθενή με παράλληλη υποχρέωση ενημέρωσης του για τα δικαιώματά αυτά από τη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στ) ανώτατο χρονικό όριο νοσηλείας και ζ) καθιέρωση της ακούσιας νοσηλείας ως μιας «κατ' εξαίρεση» διαδικασίας [4]. Με το νόμο 2447/96 τροποποιήθηκε ο Αστικός Κώδικας ως προς τον θεσμό της δικαστικής συμπαράστασης και θεσπίστηκε διάταξη για την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων (άρθρο 1687ΑΚ), η οποία προβλέπει ότι «όταν η κατάσταση ενός προσώπου επιβάλλει την ακούσια νοσηλεία του σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, αυτή γίνεται μετά από προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου και κατά τις διατάξεις ειδικών νόμων» [5]. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Νόμος 3418/05), ο νεότερος σχετικά με το θέμα της ακούσιας νοσηλείας νόμος, στο άρθρο 28 «Φροντίδα ψυχικής υγείας» ορίζει στην παράγραφο 8 εδάφιο β' ότι «αν καθίσταται επιτακτική η αναγκαστική νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία». Από το συνδυασμό όμως των διατάξεων του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας -κυρίως των παραγράφων 1, 3 εδάφιο α', 8 εδάφιο α' και 10- με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 98 ν.2071/92, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι ο περιορισμός στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζεται μόνο από την κατάσταση της ψυχικής του υγείας και την ανάγκη νοσηλείας του, με σκοπό τη θεραπεία του [6].

Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας κινείται με αίτηση των συγγενών του ασθενούς στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενούς ή σε επείγουσες περιπτώσεις αυτεπάγγελα από τον εισαγγελέα. Ως συγγενικό περιβάλλον ορίζεται από τον νόμο ο/η σύζυγος ή κάποιος συγγενής πρώτου βαθμού, ανιών ή κατιών εξ αίματος (παππούς, πατέρας, υιός κτλ.) ή κάποιος συγγενής οριζοντίως μέχρι τρίτου βαθμού (αδελφός, εξάδελφος κτλ.) ή ο από το δικαστήριο ορισμένος επιμελητής [7]. Προϋποθέσεις για να εφαρμοστεί η παραπάνω θεραπευτική στρατηγική είναι οι ακόλουθες:

1. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή
2. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.
3. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει σαν συνέπεια είτε να αποκλειστεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του.

4. Η νοσηλεία να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή κατά τρίτων [3].

Η αίτηση συνοδεύεται από δύο αιτιολογημένες ψυχιατρικές γνωματεύσεις, που αναφέρονται ειδικά στις παραπάνω προϋποθέσεις. Ειδικότερα, απαιτείται η αίτηση να αναφέρεται στην ψυχική πάθηση, την εκδηλωθείσα συμπεριφορά, τις προσπάθειες για εκούσια νοσηλεία, την άρνηση του ασθενή να εξεταστεί ή το ανέφικτο της εξετάσεως. Όλα τα παραπάνω πρέπει να συνοδεύονται από αποδεικτικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα προηγούμενες γνωματεύσεις και βιβλιάρια υγείας [4]. Επίσης, ο Εισαγγελέας έχει τη δυνατότητα να ζητήσει, σε επείγουσες περιπτώσεις, έστω και προφορικά, από το αρμόδιο αστυνομικό τμήμα να διενεργήσει έρευνα για την υπόθεση και να τον ενημερώσει σχετικά, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν ο φερόμενος ως ψυχικά ασθενής απασχόλησε στο παρελθόν την αστυνομία και εάν υπάρχουν καταγγελίες εναντίον του για επιθετική και βίαιη συμπεριφορά [4]. Εφόσον οι γνωματεύσεις αυτές συμφωνούν, ο εισαγγελέας διατάσσει τη μεταφορά του ασθενούς σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας και εισάγει την παραπάνω αίτηση για συζήτηση μέσα σε προθεσμία τριών ημερών στο Μονομελές Πρωτοδικείο. Η μόνη περίπτωση νομιμοποίησης της ακούσιας νοσηλείας πριν την έκδοση απόφασης είναι (άρθρο 96 παράγραφος 5) όταν η διαδικασία κινείται αυτεπάγγελα από τον εισαγγελέα ή στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν αδύνατη η εξέταση του ασθενούς. Τότε ο εισαγγελέας διατάσσει τη μεταφορά του σε δημόσια ψυχιατρική κλινική με σκοπό αυτός να εξεταστεί και να καταστεί δυνατή η σύνταξη των απαιτούμενων γνωματεύσεων [4]. Το Μονομελές Πρωτοδικείο θα πρέπει να συνεδριάσει, «κεκλεισμένων των θυρών», μέσα σε προθεσμία δέκα ημερών, προκειμένου να αποφανθεί για τη νομιμότητα της νοσηλείας. Ο νόμος προβλέπει ανώτατο χρονικό όριο της ακούσιας νοσηλείας τους έξι μήνες και παράτασή της μετά από το όριο αυτό μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, που κρίνονται από επιτροπή τριών ψυχιάτρων. Η τριμελής επιτροπή αποτελείται από το θεράποντα ψυχίατρο και δύο ακόμα ειδικούς ψυχιάτρους, που ορίζονται από τον εισαγγελέα [7]. Άδειες και εξιτήριο δίδονται ακριβώς με τον ίδιο τρόπο και τις ίδιες διαδικασίες που ακολουθούνται στην εκούσια νοσηλεία [7]. Μετά το πέρας της νοσηλείας ο διευθυντής της ψυχιατρικής δομής οφείλει να ενημερώσει τον εισαγγελέα για την εξέλιξη και την έκβαση της θεραπευτικής προσέγγισης [7]. Επίσης, ο εισαγγελέας μπορεί να ζητήσει από το Μονομελές Πρωτοδικείο τη συνέχιση ή διακοπή της νοσηλείας μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, σύμφωνα με έκθεση που συντάσσεται από τον επιστημονικό διευθυντή της κλινικής κι έναν ακόμη ψυχίατρο για την παρούσα κατάσταση του ασθενούς [4, 5]. Η πιο συχνή προσφυγή σε δίκη για ακούσια νοσηλεία έχει ως αιτίαση την αδικαιολόγητη νοσηλεία, η οποία συνεπάγεται μη επιτρεπτή στέρηση της προσωπικής ελευθερίας και παράνομη κατακράτηση [3]. Άλλα θέματα που μπορούν να γίνουν αντικείμενο δικαστικής διένεξης είναι τα ακόλουθα: παράνομη βία, σωματική κακοποίηση, κακοπιστία, κατάχρηση εξουσίας,

μη επαρκή ενημέρωση για την όλη διαδικασία και τις δυνατότητες που προσφέρουν τα ένδικα μέσα, ψυχική οδύνη, παράταση νοσηλείας πέρα από το χρονικό διάστημα που θεωρείται απαραίτητο κ.α. [3]. Η ακούσια νοσηλεία βασίζεται στην αρχή της «ευθύνης του κράτους» (police power), η οποία δίνει τη δυνατότητα στην έννομη Πολιτεία να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να προστατέψει τα μέλη της από κάθε πιθανό κίνδυνο και κάθε επιθετική συμπεριφορά, και στην αρχή της «ανάγκης θεραπείας» (parents patriae), η οποία επιτρέπει στην Πολιτεία να φροντίσει τα άρρωστα μέλη της και να λάβει μέριμνα όπως ακριβώς οι γονείς οφείλουν να προστατέψουν τα παιδιά τους που λόγω ασθένειας αδυνατούν να πράξουν αυτό που απαιτείται για τη θεραπεία και τη βελτίωση της υγείας τους [3].

Η ακούσια νοσηλεία συνδέεται με έντονη προσωπική και οικογενειακή φόρτιση, στο βαθμό που πολλές φορές έχουν αναφερθεί περιπτώσεις που έχει συνοδευτεί από διαταραχές μετατραυματικού stress [8]. Τα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας ποικίλουν σημαντικά στις διάφορες χώρες της Ευρώπης. Ειδικότερα, κυμαίνονται από πολύ χαμηλά όπως 2,4/100.000 κατοίκους στην Ιταλία ως πολύ υψηλά όπως 232,5/100.000 στην Φιλανδία [9]. Πρόσφατη μελέτη που αφορούσε 3498 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε Ινστιτούτο Ψυχιατρικής και Νευρολογίας της Πολωνίας καταμέτρησε το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών σε ποσοστό 15,8% επί του συνόλου των νοσηλειών για το έτος 2012 [10]. Η ακούσια νοσηλεία απαιτεί συχνά τη χρήση μηχανικής καθήλωσης του ψυχιατρικού αρρώστου. Οι νομικές, ηθικές, κλινικές και πρακτικές προεκτάσεις της συγκεκριμένης στρατηγικής είναι πολυδιάστατες και για αυτόν ακριβώς το λόγο πρέπει να αποτελεί την ύστατη λύση στην αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντος [11]. Η εφαρμοζόμενη στρατηγική θα πρέπει να σέβεται το τρίπτυχο αυτονομία-ελευθερία, όφελος(θεραπεία) και δικαιοσύνη (κοινωνική και ατομική) [12]. Η χρήση της καθήλωσης θα πρέπει να εντάσσεται στο γενικότερο σχεδιασμό που έχει ως στόχο τη θεραπεία του αρρώστου, να αποτελεί τμήμα μιας σύντομης σε χρονική διάρκεια παρέμβασης και να ελαττώνει τον κίνδυνο που διατρέχει λόγω της συμπεριφοράς του, τόσο ο ίδιος όσο και οι γύρω του [11]. Όταν η καθήλωση κρίνεται επιβεβλημένη θα πρέπει να γίνεται υπό την παρουσία αποφασισμένου προσωπικού, που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο, έχει πλήρη γνώση των ενεργειών που απαιτούνται, είναι σε θέση να διατηρήσει τη ψυχραιμία του και είναι συνεχώς παρών στην παρακολούθηση του αρρώστου. Τα ερωτήματα που εγείρει η ακούσια νοσηλεία είναι πολυδιάστατα και υπάρχουν χώρες που το νομικό πλαίσιο διαφοροποιείται από περιοχή σε περιοχή [13]. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η ακούσια νοσηλεία εκλαμβάνεται από τους ασθενείς ως μια κατάφορη παραβίαση των προσωπικών τους δικαιωμάτων και φαίνεται πως τους απομακρύνει μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο από την εξειδικευμένη βοήθεια που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τη ψυχική νόσο [14]. Η απομάκρυνση αυτή οδηγεί στην διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, στην υποτροπή και κατά λογική ακολουθία σε αυξημένο κίνδυνο επανεισγωγής στο

νοσοκομείο με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας [14]. Οι ασθενείς θα πρέπει να κάνουν επιλογές, πάντα μέσα στα πλαίσια που τους επιτρέπει η ψυχική νόσος, ενισχύοντας τη συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό [14].

Είναι φυσικό ότι η ακούσια νοσηλεία είναι άμεσα συνυφασμένη με τις ιδιαιτερότητες της δομής του κάθε κράτους και με το νομικό καθεστώς που επικρατεί σε κάθε χώρα. Για παράδειγμα, στην Κίνα το 2013 έλαβε χώρα αλλαγή του νομικού πλαισίου που διέπει το συγκεκριμένο θέμα, αλλά οι επιδράσεις που έχει η συγκεκριμένη διαφοροποίηση δεν έχουν ακόμα διερευνηθεί με επάρκεια [15]. Είναι αξιοσημείωτο πως στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, η αναγκαστική νοσηλεία συνιστά τη μοναδική περίπτωση στο ποινικό δίκαιο, όπου η κράτηση και ο ακούσιος περιορισμός του ατόμου έχουν αποκλειστικά προληπτικό χαρακτήρα, δηλαδή εφαρμόζονται βάσει της πιθανότητας και όχι του ίδιου του γεγονότος της παραβατικής πράξης και της εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς από ένα άτομο με ψυχική νόσο [5]. Ωστόσο, καθώς το όλο θέμα αντιμετωπίζεται από τον καθένα υπό διαφορετικό πρίσμα, υπάρχουν διαφορές στους νομικούς περιορισμούς και στις κανονιστικές διατάξεις που ρυθμίζουν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας όχι μόνο μεταξύ διαφορετικών χωρών, αλλά και σε ομοσπονδιακό επίπεδο εντός της ίδιας χώρας, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στη Γερμανία [16].

#### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ

Η ακούσια νοσηλεία σχετίζεται κυρίως με τη διάγνωση σχιζοφρένειας ή κάποιας άλλης μείζονος ψυχικής διαταραχής [17]. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς αντιπροσωπεύουν το 30-50% των ακουσίως νοσηλευομένων ατόμων [18]. Μάλιστα, αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι και αυτοί που απαιτείται να παραμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο πριν πάρουν εξιτήριο [17]. Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με την ακούσια νοσηλεία είναι η επικινδυνότητα και το άρρεν φύλο [18]. Η μεγαλύτερη αντιπροσώπευση των αντρών φαίνεται ότι σχετίζεται με το γεγονός ότι είναι πιο πιθανό από τις γυναίκες να εκδηλώσουν βίαιη και επιθετική συμπεριφορά [18]. Τα άτομα που έχουν ανάγκη νοσηλείας παρά τη θέλησή τους έχουν συνήθως νοσηλευτεί ακουσίως και στο παρελθόν είναι άνεργοι, δεν είναι συνήθως παντρεμένοι και ανήκουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα [19]. Παρουσιάζει ενδιαφέρον ότι οι ανύπαντροι άντρες είναι σημαντικά περισσότεροι από τις ανύπαντρες γυναίκες [20]. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη στη Νορβηγία οι μισοί περίπου από τους ασθενείς που εισάγονται ακουσίως στις ψυχιατρικές κλινικές μένουν μόνοι [21]. Αν ένας ασθενής εισαχθεί ακουσίως έχει πολύ μεγάλη πιθανότητα να επανεισαχθεί με τον ίδιο τρόπο στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα [21]. Ιδιαίτερα βαρύνουσας σημασίας κρίνεται η εισαγωγή ενός ατόμου με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας για πρώτη φορά. Το συγγενικό περιβάλλον θα πρέπει να

γνωρίζει ότι η έγκαιρη ιατρική παρέμβαση είναι σε θέση να σταθεροποιήσει τον ασθενή και να τον βοηθήσει να επανακτήσει τον έλεγχο της πραγματικότητας και της λειτουργικότητας, ενώ παράταση του χρόνου έναρξης θεραπείας συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση [7]. Τα χαρακτηριστικά των Ελλήνων ασθενών που νοσηλεύονται με ακούσια νοσηλεία δεν είναι με επάρκεια γνωστά και παρατηρείται έλλειμμα στο συγκεκριμένο θέμα στη βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, οι υπάρχουσες μελέτες δεν περιλαμβάνουν μεγάλο όγκο ασθενών και στερούνται συνακόλουθα στατιστικής ισχύος (statistical power). Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί πως σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2012 και αφορούσε δημογραφικά δεδομένα από την Ελλάδα φάνηκε ότι οι ασθενείς που είναι άρρενες νοσηλεύονται ακούσια σε μικρότερη ηλικία από ότι οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχικό νόσημα [22].

## ΒΙΑ ΚΑΙ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η παρουσία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Γενικού Νοσοκομείου ενός βίαιου ή επιθετικού ασθενούς είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη γένεση αισθήματος φόβου στους επαγγελματίες υγείας, που καλούνται να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο και να διαχειριστούν την όλη κατάσταση [3]. Δυστυχώς, οι ιατροί τόσο κατά τη διάρκεια της προπτυχιακής τους εκπαίδευσης όσο και κατά τη διάρκεια της λήψης ιατρικής ειδικότητας δεν διδάσκονται τρόπους αντιμετώπισης και αποκλιμάκωσης της βίας, ενώ ανάλογα ελλείμματα εκπαίδευσης παρατηρούνται και στο νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό [3]. Στη βιβλιογραφία παρατηρείται μεγάλη διακύμανση στο ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν βίαιη συμπεριφορά κατά την προσαγωγή τους σε ένα Γενικό Νοσοκομείο, γεγονός που αντικατοπτρίζει την ετερογένεια των μελετώμενων πληθυσμών, διαφοροποιήσεις σε δημογραφικούς παράγοντες και ποικιλομορφία των δομικών χαρακτηριστικών των συστημάτων υγείας της κάθε χώρας [3].

Η ψυχική νόσος μπορεί να αυξήσει τη πιθανότητα εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς σε μερικά άτομα, καθιστώντας επιβεβλημένη την ακούσια νοσηλεία, αλλά συνολικά μόνο ένα μικρό μέρος της βίας που εμφανίζεται στην κοινωνία διαπράττεται από ψυχιατρικούς ασθενείς [23]. Μελέτες κοόρτης, που συνέκριναν τα ποσοστά εμφάνισης βίας μεταξύ ψυχικών ασθενών αμέσως μετά το εξιτήριο τους από ψυχιατρικές κλινικές και σ' ένα σταθμισμένο δείγμα της κοινότητας της ίδιας περιοχής κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης βίας μόνο κατά τη χρονική διάρκεια των πρώτων δέκα εβδομάδων από την έξοδο τους από το νοσοκομείο [24]. Γενικά, φαίνεται ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης βίας και επιθετικής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της εισαγωγής τους για ακούσια νοσηλεία και για το χρονικό διάστημα αμέσως μετά την έξοδο τους από την ψυχιατρική κλινική οπότε και παρουσιάζουν ενεργή ψυχοπαθολογία [24]. Οι ασθενείς που εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά δεν αποτελούν

μια ομοιογενή ομάδα, ενώ οι πράξεις τους μπορούν να αποδοθούν σ' ένα συνδυασμό διαφόρων βιολογικών, ψυχοδυναμικών και κοινωνικών παραγόντων [25]. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η δυνατότητα εκτίμησης των ατόμων που εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν βίαιοι και επιθετικοί. Μια πρόσφατη μελέτη προσδιόρισε εννέα παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν μια τέτοιου είδους συμπεριφορά σε ένα ποσοστό 80% [26]. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- Διάγνωση ψύχωσης ή διπολική διαταραχή
- Ηλικία μικρότερη των 35 ετών
- Άρρεν φύλο
- Χαμηλός δείκτης ευφυΐας IQ
- Ψυχιατρικό ιστορικό
- Έλλειψη στέγης
- Βίαιη συμπεριφορά στο παρελθόν
- Μακροχρόνια ανεργία [26].

Ενδεικτικό της επικινδυνότητας των ψυχιατρικών ασθενών είναι η συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην ψυχιατρική νόσο και την καταδίκη για βίαιο έγκλημα. Αξίζει να σημειωθεί πως η σχέση αυτή είναι πολύπλοκη και υπάρχουν μια σειρά παραγόντων που επιφέρουν σύγχυση και καθιστούν δύσχερή την ανεύρεση μια αληθούς συσχέτισης (confounding factors) [27]. Τα δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι καταστάσεις που σχετίζονται με μελλοντική βίαιη συμπεριφορά και συνακόλουθη καταδίκη είναι, πέρα από τη νοητική καθυστέρηση, με σειρά βαρύτητας οι εξής: κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας και κατάθλιψη [27]. Ως συμπεριφορές που είναι σε θέση να προαναγγείλουν την εκδήλωση βίας είναι οι ακόλουθες:

- σφίξιμο των γροθιών και του σαγονιού
- άσκοπος ή ρυθμικός βηματισμός
- νευρικήτητα
- θορυβώδεις κλείσιμο πόρτας
- χτύπημα της γροθιάς ενός χεριού στην παλάμη του άλλου
- άβολη στάση σώματος όταν κάθεται (συνήθως στην άκρη της καρέκλας) [3].

Παράγοντες που έχουν να κάνουν με την παιδική ηλικία του ατόμου και έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς κατά την ενηλικίωση θεωρούνται οι ακόλουθοι:

- κακοποίηση από το γονικό περιβάλλον
- χαμηλή σχολική επίδοση
- νεανική παραβατικότητα
- σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας
- ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας πριν από την ηλικία των 18 ετών
- ιστορικό κακοποίηση ζώων
- ιστορικό ανάμματος φωτιών
- ιστορικό ύπαρξης βίαιης συμπεριφοράς έναντι άλλων παιδιών [3].

Η επιθετικότητα μπορεί να έχει σε πολλές περιπτώσεις ως κύριο ή και μοναδικό αποδέκτη τον ίδιο τον ασθενή. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι σε θέση να οδηγήσει σε σοβαρό τραυματισμό ή ακόμη και σε αυτοκτονία, γεγονός που αποδεικνύει τη σπουδαιότητα όλων των προσπαθειών ανάσχεσης της [3]. Η μείζονα κατάθλιψη συνδέεται άρρηκτα με τις απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς επίσης και οι διαταραχές προσωπικότητας (κυρίως μεταιχμιακού και ναρκισσιστικού τύπου), οι ψυχωτικές διαταραχές που συνοδεύονται από επικριτικό/καταδιωκτικό παραλήρημα, η κατάχρηση ουσιών και ο αλκοολισμός [3].

Αξίζει να επισημανθεί ότι πέρα από τις αμιγώς ψυχιατρικές παθήσεις μια πλειάδα άλλων παθολογικών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει σε επιθετική συμπεριφορά όπως είναι η χρόνια χρήση αναλγητικών, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η μηνιγγίτιδα/εγκεφαλίτιδα, νεοπλάσματα του εγκεφάλου, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, διάφορες άνοιες, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS), Νόσος του Parkinson, Χορεία του Huntington, Νόσος του Wilson, πολλαπλή σκλήρυνση, Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, υπογλυκαιμία, υπέρ- και υποθυρεοειδισμός, πορφυρία, αβιταμινώσεις, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και πολλές άλλες [3]. Το γεγονός αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται πάντοτε υπόψη από τους ιατρούς (παθολόγους, χειρουργούς, γενικού ιατρούς) που έρχονται πρώτοι σε επαφή με τα επείγοντα περιστατικά που προσέρχονται ή διακομίζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Γενικού Νοσοκομείου.

Η βία απαιτεί την άμεση και κατάλληλη αντίδραση του προσωπικού με απώτερο στόχο την αποκλιμάκωση, την αντιμετώπιση της προβληματικής αυτής συμπεριφοράς και την αποφυγή των δυσάρεστων συνεπειών που θα μπορούσε να επιφέρει η επιθετικότητα [3]. Η διατήρηση

της ψυχραιμίας αποτελεί το πλέον χρήσιμο όπλο με το οποίο πρέπει να είναι οπλισμένος ένας επαγγελματίας υγείας όταν προχωρά σε ενέργειες που προσβλέπουν στη διαχείριση και τον τερματισμό μιας επιθετικής συμπεριφοράς. Ειδικά οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε ψυχιατρικές δομές οφείλουν να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι πάνω στη διαχείριση της βίας, καθώς αυτή είναι συχνή στους ψυχιατρικούς ασθενείς, είτε αυτοί νοσηλεύονται εκούσια είτε νοσηλεύονται ακούσια. Πολύ περισσότερο, η προσαγωγή με αστυνομική συνοδεία του αρρώστου για ψυχιατρική εκτίμηση και ακούσια νοσηλεία αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης βίας και επιθετικότητας. Στο πλαίσιο των απαιτούμενων δράσεων αποκλιμάκωσης της βίας ιδιαίτερης σπουδαιότητας κρίνεται ένας αλγόριθμος που έχει αναπτυχθεί από τους Kaplan και Sadock, έχει εμπλουτιστεί από τους Hillard και Zitek και αποβλέπει σε αυτό ακριβώς το σκοπό. Τα βήματα που συνιστούν τη συγκεκριμένη στρατηγική διαχείρισης της κρίσης είναι τα ακόλουθα:

- Τήρηση ελάχιστης απόστασης ασφαλείας (2-3 μέτρα, δίπλα και όχι απέναντι του ασθενούς)
- Ομιλία με ήρεμο τόνο φωνής και με επίδειξη ενδιαφέροντος για τον άρρωστο και τα αισθήματα που εκείνος βιώνει
- Προσπάθεια δημιουργίας ενός κλίματος εμπιστοσύνης με τη χρήση απλών ερωτήσεων και την αποφυγή προκλήσεων
- Ο φόβος δεν είναι καταδικαστέος, η αναζήτηση βοήθειας επιβεβλημένη όταν κριθεί σκόπιμη για να αποφευχθεί τραυματισμός του ίδιου του ασθενούς ή του προσωπικού
- Χρήση λίγων λέξεων, επανάληψη προτάσεων μόνο όταν χρειάζεται
- Διαρκής παρατηρητικότητα, εγρήγορση, αξιολόγηση όλων των παραμέτρων και ταχύτατη αντίληψη προειδοποιητικών σημείων
- Προσφορά επιλογών στη θεραπεία και ελπίδας για το μέλλον του ασθενούς
- Επίδειξη σεβασμού, τήρηση ουδέτερης έκφρασης, αποφυγή επίμονης βλεμματικής επαφής με τον ψυχιατρικό ασθενή [3].

#### ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΛΩΣΗ

Η καθήλωση αποτελεί μια διαδικασία που κρίνεται επιβεβλημένη σε πολλές περιπτώσεις, αλλά δυστυχώς εγκυμονεί κάποιους κινδύνους για τη ζωή και την υγεία του ασθενούς. Διακρίνεται σε φυσική καθήλωση ( physical/manual restraints) και μηχανική καθήλωση (mechanical restraints) [3]. Στην πρώτη περίπτωση, πραγματοποιείται φυσική επαφή ανάμεσα στο άτομο που καθηλώνεται και σε εκείνους που εκτελούν την πράξη της καθήλωσης με



σκοπό την άμεση ακινητοποίηση του ασθενούς, ενώ στη δεύτερη περίπτωση γίνεται χρήση μηχανικών μέσων και ιμάντων [3]. Είναι προφανές πως η πρώτη ενέργεια αφορά μια στιγμιαία ή μικρής διάρκειας παρέμβαση στη θεραπευτική στρατηγική, ενώ η δεύτερη διακρίνεται από χρονική διάρκεια τουλάχιστον κάποιων ωρών. Σύμφωνα με τη σύγχρονη αντίληψη στη ψυχιατρική θα πρέπει πάντα να εφαρμόζεται η αρχή της ελάχιστης κατά το δυνατόν χρήσης περιοριστικών μέσων. Ειδικότερα, θεωρείται πως η προσφυγή σε μια τέτοια παρέμβαση είναι ηθικά αποδεκτή όταν η βία που χρησιμοποιείται για να λάβει χώρα η καθήλωση είναι λιγότερο τραυματική ή επικίνδυνη για όλους τους εμπλεκόμενους από τη συμπεριφορά που καλείται να αναστείλει, αν υποθέσουμε ότι αυτή αφήνεται ανεξέλεγκτη.

Είναι φανερό πως η ακινησία που συνοδεύει την παρατεταμένη μηχανική καθήλωση εγκυμονεί κάποιους κινδύνους και μπορεί να οδηγήσει σε μυϊκή ατροφία ή και να επιδεινώσει προϋπάρχουσα μυϊκή αδυναμία [28]. Η όλη διαδικασία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη βαδιστική ικανότητα του ασθενούς, ενώ είναι σε θέση να οδηγήσει σε όλες εκείνες τις γνωστές συνέπειες που συνδέονται με την ακινητοποίηση, δηλαδή έλκη κατάκλισης, πνευμονία και φλεβική θρόμβωση κάτω άκρων [28]. Η μη σωστή χρήση των ιμάντων καθήλωσης μπορεί να οδηγήσει σε κακώσεις μαλακών μορίων, μώλωπες, βλάβη νεύρων και κατάγματα, ακόμη και σε ασφυξία σε σπάνιες περιπτώσεις [28]. Κατά λογική ακολουθία, η φυσική και η μηχανική καθήλωση αποτελούν ουσιαστικά μια μορφή βίας και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν δεν υπάρχει άλλη επιλογή ως ύστατη λύση και μόνο όταν τα οφέλη υπερτερούν των κινδύνων [28]. Σε κάθε περίπτωση επιβάλλεται η πιστή τήρηση κατάλληλου πρωτοκόλλου από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και ο συχνός έλεγχος του καθηλωμένου και των ζωτικών του σημείων [28]. Η συγκεκριμένη τακτική επιβάλλεται να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη προσοχή και απαιτεί τη διαρκή επαγρύπνηση ιατρών και νοσηλευτών. Η φυσική και η μηχανική καθήλωση θα πρέπει να πραγματοποιούνται με βάση κάποιες αρχές που θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα σημεία:

- αποφυγή άσκησης πίεσης σε σημεία του σώματος ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση ελεύθερων αεροφόρων οδών, όπως ο λαιμός και ο θώρακας

- θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε οι καθηλωμένοι να μπορούν να αναπνέουν και να εκτελούν μικρού εύρους κινήσεις χωρίς δυσκολία

- η καθήλωση θα πρέπει να πραγματοποιείται υπό την επίβλεψη ατόμου που καθίσταται υπεύθυνο τήρησης των διαδικασιών, λήψης των απαραίτητων μέτρων που εξασφαλίζουν την ασφάλεια και επιτήρησης των ζωτικών σημείων του ασθενούς

- ο περιορισμός θα πρέπει πάντοτε να διαρκεί τον ελάχιστο δυνατό χρόνο

-το προσωπικό πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε συσκευές υποστήριξης (ambu, παροχή οξυγόνου, ατροπίνη κτλ.) και διαθέσιμη συνδρομή των κατάλληλων ιατρικών ειδικοτήτων (π.χ. αναισθησιολόγος)

-επιτήρηση ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά και διαρκής ιατρική παρακολούθηση

-σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς και των δικαιωμάτων του [29].

Εθνικοί και διεθνείς οργανισμοί, επιστημονικοί φορείς, ομάδες που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένες σε θέματα δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων και οργανώσεις πασχόντων έχουν ασχοληθεί εκτενώς με το ευαίσθητο θέμα της μηχανικής καθήλωσης του βίαιου και επιθετικού ασθενούς και των αρχών που πρέπει να τη διέπουν. Για παράδειγμα, το συμβούλιο της Ευρώπης έχει εκδώσει μια σειρά οδηγιών και κατευθύνσεων, που καθορίζουν με επάρκεια τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται και τα βήματα που πρέπει να ακολουθούνται, ώστε να εξασφαλίζεται ο σεβασμός των δικαιωμάτων και το μέγιστο θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή [3].

## ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί πολυδιάστατο και πολυσύνθετο ζήτημα. Κατά συνέπεια, εγείρει μια πληθώρα ερωτημάτων και προβληματισμών και αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας και αντιπαραθέσεων. Το όλο θέμα εγείρει ποικίλα διλήμματα, καθώς πολλές φορές προκύπτουν συγκρούσεις ανάμεσα σε ηθικές αρχές και αξίες. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η ικανότητα κρίσης των ψυχικά ασθενών είναι σίγουρα επηρεασμένη, χωρίς όμως πάντοτε να πληρούν όλα τα κριτήρια που απαιτούνται για την ακούσια νοσηλεία και τα οποία αναλύθηκαν εκτενώς παραπάνω [30]. Ένα σημείο που συγκεντρώνει αρκετή κριτική αποτελεί το στοιχείο της επικινδυνότητας καθώς μπορεί να οδηγήσει στον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση των ψυχικά ασθενών, επιδεινώνοντας σε πολλές περιπτώσεις την ήδη ευάλωτη ψυχική τους υγεία [4]. Η διάχυτη κοινωνικά πεποίθηση της επικινδυνότητας, διάφορες προκαταλήψεις που δυστυχώς δεν έχουν ακόμη εκλείψει, ο φόβος, η άγνοια, η ελλιπής ενημέρωση και η επιθυμία κοινωνικής απόστασης του πληθυσμού από τα άτομα που νοσούν ευνοούν την περιστολή των δικαιωμάτων και την εφαρμογή μέτρων καταναγκασμού. Από την άλλη πλευρά, το ίδιο το γεγονός της ακούσιας νοσηλείας, ενδυναμώνει το στερεότυπο της επικινδυνότητας δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο αναπαραγωγής του στίγματος. Σε κάθε περίπτωση τα αίτια του κοινωνικού στιγματισμού είναι πολύπλοκα, πολυσύνθετα και άρρηκτα συνδεδεμένα με πολιτιστικές στάσεις έναντι της ψυχικής διαταραχής, λανθασμένες πεποιθήσεις και φόβους ότι οποιαδήποτε προσπάθεια αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου είναι ουσιαστικά μάταιη ή αναποτελεσματική [7]. Η σχιζοφρένεια ειδικότερα αποτελεί την πάθηση που διαμορφώνει στο μέγιστο βαθμό την

εικόνα του κοινού για τη ψυχική νόσο στο σύνολο της, ακόμα και σε χώρες που χαρακτηρίζονται από υψηλό μορφωτικό επίπεδο και εκτεταμένα προγράμματα ενημέρωσης για θέματα υγείας [7]. Ζήτημα που συναντά μια σειρά αντιδράσεων είναι και αυτό της μεταφοράς των ασθενών με συνοδεία της αστυνομίας. Οι αντιδράσεις προέρχονται τόσο από τον χώρο των ασθενών και των συγγενών τους όσο και από τις αστυνομικές αρχές. Δυστυχώς, στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι αστυνομικοί δεν είναι ενημερωμένοι επαρκώς για τις ιδιαιτερότητες των ψυχιατρικών ασθενών και θεωρούν τη προσαγωγή των ψυχικά πασχόντων ως πάρεργο ή ως ενέργεια που δεν συνάδει με το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους [4]. Κάποιοι νομικοί ισχυρίζονταν μέχρι πολύ πρόσφατα ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται διαφορετικά από το νόμο από τους άλλους πολίτες, ενώ το όλο θέμα της ακούσιας νοσηλείας εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο έντονων συνομιλιών σε νομικούς και ακαδημαϊκούς κύκλους [31].

Παρά το γεγονός ότι η ακούσια νοσηλεία κρίνεται ως επιβεβλημένη νομικά και ιατρικά στρατηγική, η προσωπική μου εμπειρία ως νοσηλεύτρια ψυχιατρικής κλινικής γενικού νοσοκομείου επιβεβαιώνει την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου θέματος. Παρά την εκπαίδευση και την πολυετή εμπειρία αρκετών συναδέλφων, κάθε περίπτωση είναι μοναδική. Καμία τακτική δεν είναι σε θέση να αποκλείσει την πιθανότητα τραυματισμού τόσο του ασθενούς όσο και κάποιου ατόμου από το προσωπικό. Η εικόνα ενός ανθρώπου που καθιλώνεται και περιορίζεται παρά τη θέληση του προξενεί πάντα αρνητικά συναισθήματα. Το συγκεκριμένο ζήτημα έχει διερευνηθεί στο πλαίσιο μελέτης που συγκέντρωσε με τη χρήση ερωτηματολογίων πληροφορίες από νοσηλευτές που εργάζονταν σε ψυχιατρικές δομές και είχαν εμπειρία συμμετοχής σε καθήλωση ασθενών [32]. Η συγκεκριμένη μελέτη αφορούσε 111 νοσηλευτές στο Ισραήλ και έδειξε πως η συντριπτική πλειοψηφία ανέφερε ότι κατά τη καθήλωση ένιωθε οίκτο (ποσοστό 74%), δυσφορία (46,6%), ανικανότητα (41,9%), κατευνασμό (26,9%), ενοχή (19%) και φόβο (10,7%) [32]. Ικανοποίηση ανέφερε πως ένιωθε ένα ποσοστό μόλις 5,8% των νοσηλευτών [32]. Επιπρόσθετα, στην παραπάνω έρευνα ζητήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό να περιγράψει τα συναισθήματα που κατά τη γνώμη του βίωναν οι ίδιοι οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της καθήλωσης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρουν πως σύμφωνα με την άποψη τους οι ασθενείς νιώθουν θυμό (92,5%), φόβο (87,9%), μειονεκτικότητα (85,8%), και λύπη (83,3%), ενώ μόλις το 26,4% θεωρούσε ότι οι ασθενείς νιώθουν χαρά [32]. Κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί πόσο ψυχοφθόρα είναι η όλη διαδικασία της φυσικής καθήλωσης για το ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό. Φυσικά κανείς δεν μπορεί να μπει στην οπτική του ακουσίως νοσηλευομένου, του οποίου η σκέψη είναι διαταραγμένη από τη νόσο από την οποία πάσχει, πόσο μάλλον να περιγράψει με επάρκεια όλα αυτά που ο ίδιος βιώνει. Παρά τη νόσο ο ψυχικά ασθενής παραμένει μια

ανεξάρτητη και ελεύθερη οντότητα που πρέπει να απολαμβάνει των δικαιωμάτων που έχουν όλοι οι άλλοι πολίτες σε μια ευνομούμενη κοινωνία.

## ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΚΟΥΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ

### A. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί έναν από τους κυριότερους λόγους χρόνιας αναπηρίας σε παγκόσμια κλίμακα για το 2013 [33]. Παρά το γεγονός ότι η συχνότητα της κυμαίνεται από 2,6-6,7/1000, ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετάται, οι υγειονομικές, οι κοινωνικές και οι οικονομικές συνέπειες είναι τεράστιες [33]. Ενδεικτικό των πολυδιάστατων δυσμενών επιρροών της νόσου (κόστος νοσηλείας, απώλεια εργατοωρών, κόστος φροντιστών, επίδραση στην οικογένεια κτλ.) είναι το γεγονός πως στις Η.Π.Α. ο οικονομικός αντίκτυπος της πάθησης υπολογίζεται στα περίπου 60 δισεκατομμύρια δολάρια ανά έτος [33]. Αξίζει να σημειωθεί ότι το έμμεσο κόστος της νόσου (που οφείλεται στην απώλεια εργασίας, τη μόνιμη αναπηρία, τη μείωση του προσδόκιμου ζωής, την απόσυρση από την εργασία μελών της οικογένειας προκειμένου να συνεισφέρουν στη στήριξη και τη διαρκή φροντίδα του σχιζοφρενούς) είναι το πιο σημαντικό και μπορεί να είναι υπεύθυνο για το 50-85% της υπολογιζόμενης συνολικής οικονομικής επιβάρυνσης που προκύπτει από τη συγκεκριμένη πάθηση [33]. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR και το ICD10 για να διαγνωστεί κάποιος με σχιζοφρένεια πρέπει να πληροί δύο τουλάχιστον διαγνωστικά κριτήρια για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός, με σημαντική επιβάρυνση στην εργασία και την κοινωνική λειτουργικότητα για τουλάχιστον 6 μήνες [3]. Η νόσος χαρακτηρίζεται από τα λεγόμενα θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Θετικά συμπτώματα είναι οι παραληρητικές ιδέες, η αποδιοργανωμένη σκέψη και οι ψευδαισθήσεις [3]. Αρνητικά συμπτώματα είναι το επίπεδο συναίσθημα, η ένδεια λόγου, η ανικανότητα να βιώσει απόλαυση, η έλλειψη επιθυμίας και η έλλειψη κινήτρων [3]. Οι πέντε υποκατηγορίες της νόσου που περιλαμβάνονται στο DSM-IV-TR είναι οι εξής:

- παρανοειδής τύπος
- αποδιοργανωμένος τύπος
- κατατονικός τύπος
- αδιαφοροποίητος τύπος
- υπολειμματικός τύπος [3].

Η νόσος μπορεί να συνοδεύεται από ποικίλες παραληρητικές ιδέες που μπορούν να οδηγήσουν σε επιθετική συμπεριφορά και συνακόλουθα στην ανάγκη για ακούσια νοσηλεία.

Πρόσφατη μελέτη όμως καταδεικνύει, μέσα από εμπειριστατωμένη ανάλυση της βιβλιογραφίας, πως η αλληλεπίδραση ανάμεσα στην παράνοια και την επιθετική συμπεριφορά δεν είναι ακόμα αρκετά σαφής και θα πρέπει να μελετηθεί πιο διεξοδικά [34]. Σύμφωνα με τη σύγχρονη προσέγγιση, η νόσος είναι πολυπαραγοντική και αποτελεί την κλινική εκδήλωση της αλληλεπίδρασης μια πληθώρας παραγόντων, όπως είναι γενετικοί παράγοντες (πολλά γονίδια συμβάλλουν στην εκδήλωση, ενώ μονοζυγωτικός δίδυμος διατρέχει περίπου 50% κίνδυνο να εμφανίσει τη νόσο αν ο αδερφός του νοσεί), περιβαλλοντικοί παράγοντες (απώλεια γονέα, παιδικά τραύματα, διαμονή σε αστικό περιβάλλον κ.α), χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, παράγοντες που σχετίζονται με την εμβρυική ανάπτυξη (λοιμώξεις του πρώτου τριμήνου, υποξία, υποθρεψία της μητέρας, επιπλοκές κατά την κύηση κτλ.) και πολλοί άλλοι [3]. Η νόσος έχει συσχετιστεί με αλλαγές στην αρχιτεκτονική δομή διαφόρων νευρικών κυκλωμάτων στον εγκέφαλο, καθώς και με διαφοροποιήσεις σε επίπεδο νευροδιαβιβαστών, υποδοχέων και νευροχημείας στο κεντρικό νευρικό σύστημα [35]. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη διπολική διαταραχή, τη μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, την τοξίκωση, τη ψύχωση οφειλόμενη σε λήψη φαρμάκων, αλλά και μια πληθώρα παθολογικών αιτιών, που πρέπει σε κάθε περίπτωση να αποκλείονται από τις ανάλογες ιατρικές ειδικότητες, πριν ο ψυχίατρος προβεί σε συνέντευξη ή εκτίμηση, όπως είναι οι μεταβολικές διαταραχές, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η συστηματική λοίμωξη, η νευροσύφιλη, η άνοια, οι επιληπτικές κρίσεις, η λιμβική εγκεφαλίτιδα, η μηνιγγίτιδα, η πολλαπλή σκλήρυνση, ο υποθυρεοειδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός κ.ά. [3].

## B. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια σοβαρή ψυχιατρική νόσο, της οποίας η συχνότητα για όλη τη ζωή είναι, σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας, 0,6% για τη διπολική διαταραχή τύπου I, 0,4% για τη διπολική διαταραχή τύπου II και 2,4% για το φάσμα των διπολικών διαταραχών [36]. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR και το ICD10 οι τρεις παραπάνω κλινικές οντότητες ορίζονται ως εξής:

- διπολική διαταραχή τύπου I: Αρκεί ένα μανιακό επεισόδιο για να βάλει τη διάγνωση, ενώ τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι συχνά, αλλά όχι απαραίτητα για να γίνει η διάγνωση.
- διπολική διαταραχή τύπου II: Σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχουν μανιακά επεισόδια, αλλά ένα ή περισσότερα υπομανιακά επεισόδια και ένα ή περισσότερα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης.
- φάσμα των διπολικών διαταραχών: Εκείνες οι περιπτώσεις που δεν πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια για να ενταχθούν σε μια από τις προηγούμενες κλινικές οντότητες [3].

Τόσο η σχιζοφρένεια όσο και η διπολική διαταραχή επιφέρουν δραματικές και συχνά επικίνδυνες διαφοροποιήσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς από το φυσιολογικό και το κοινωνικά αποδεκτό. Μάλιστα, αξίζει να σημειωθεί πως πρόσφατη μετανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μια προνοσηρή διανοητική δυσλειτουργία εμφανίζεται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και τουλάχιστον σε μια ομάδα των ατόμων που θα εμφανίσουν διπολική διαταραχή και, η οποία μπορεί να οφείλεται σε ένα κοινό γενετικά καθορισμένο υπόβαθρο που επηρεάζει τη νευρολογική ανάπτυξη [35]. Η νόσος διαγιγνώσκεται σε όλες τις ηλικίες, αλλά συνηθέστερα στη εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή [3]. Συχνά είναι αρκετά δυσχερής η διάκριση του πρώτου επεισοδίου από ένα μονήρες επεισόδιο κατάθλιψης, ενώ σε πάρα πολλές περιπτώσεις η διάγνωση καθυστερεί μέχρι 5-10 χρόνια από την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων [3]. Απαιτείται μεγάλη προσοχή για να γίνει σωστή διάκριση από άλλες παθήσεις που μπορεί να συνοδεύονται από παρόμοια κλινική εικόνα ή συμπτωματολογία και οι οποίες περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση (σχιζοφρένεια, μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, διαταραχές προσωπικότητας με κυριότερη τη μεταιχμιακή και άλλες παθολογικές οντότητες) [3].

#### Γ. ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή εμφανίζουν τόσο διαταραχή σκέψης όσο και διαταραχή συναισθήματος, ωστόσο δεν πληρούν να κριτήρια ούτε για τη σχιζοφρένεια ούτε για τη διπολική διαταραχή [3]. Οι ασθενείς κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: διπολικός τύπος και καταθλιπτικός τύπος, ενώ τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR είναι τα ακόλουθα:

1. μια μη διακοπτόμενη περίοδος ασθένειας στη διάρκεια της οποίας υπάρχει είτε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είτε ένα μανιακό επεισόδιο, είτε ένα μεικτό επεισόδιο
2. κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου να υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για 2 εβδομάδες
3. συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για ένα επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης είναι παρόντα για ένα σημαντικό τμήμα των ενεργών και υπολειμματικών περιόδων της ασθένειας
4. τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε χρήση ουσιών ή σε κάποια άλλη ιατρική κατάσταση [3].

Η νόσος προσβάλλει 0,5-0,8 άτομα στα 100 στο γενικό πληθυσμό και φαίνεται να είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες [3]. Η πρόγνωση σε αυτή την περίπτωση είναι καλύτερη από αυτήν της σχιζοφρένειας, αλλά χειρότερη από αυτή της διπολικής διαταραχής. Η κλινική εικόνα μπορεί να επιφέρει σύγχυση ακόμα και σε έμπειρους ψυχιάτρους, ενώ

διαρκής παρακολούθηση της φυσικής πορείας της νόσου απαιτείται προκειμένου να επιβεβαιωθεί η διάγνωση [3]. Η νόσος θεωρείται πολυπαραγοντική (εμπλέκονται γενετικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και άλλοι παράγοντες), ωστόσο αξίζει να επισημανθεί πως η παθοφυσιολογία της είναι ουσιαστικά άγνωστη, ενώ οι βιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στη γένεση και την εξέλιξη της πάθησης αποτελούν αντικείμενο διχογνωμίας, διαφωνίας και έντονης ερευνητικής διερεύνησης [37]. Υπάρχει επίσης αλληλοεπικάλυψη (overlap) με άλλες παθήσεις, όπως είναι η αγχώδης διαταραχή και η κατάχρηση ουσιών [7]. Πρόσφατη μελέτη, που συγκέντρωσε δεδομένα από 22 άρθρα που περιελάμβαναν νευροψυχολογικά τεστ και 19 άρθρα που αφορούσαν νευροαπεικονιστικά στοιχεία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η απώλεια μάζας φαιάς ουσίας στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι συγκρίσιμη της απώλειας που καταγράφεται στη σχιζοφρένεια και διαφοροποιείται από τα απεικονιστικά ευρήματα στη διπολική διαταραχή [37]. Κατά λογική ακολουθία, θα μπορούσε κανείς να αποφανθεί ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή αποτελεί έναν υποτύπο της σχιζοφρένειας ή ότι εντάσσεται σε ένα συνεχές φάσμα παθήσεων που περιλαμβάνει όλες τις ψυχώσεις και το οποίο τοποθετείται εγγύτερα της σχιζοφρένειας σε σύγκριση με τη διπολική διαταραχή [37].

#### Δ. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Κατά το DSM-IV-TR, εξάρτηση από ουσίες είναι ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται από τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω, τα οποία συμβαίνουν κάποια στιγμή στην ίδια 12μηνιαία περίοδο:

- Ανοχή
- Στέρηση
- Λήψη μεγαλύτερης ποσότητας ή πιο συχνά από το επιθυμητό
- Εμμονη επιθυμία λήψης της ουσίας ή ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής της
- Σπατάλη μεγάλου χρόνου στην αναζήτηση της ουσίας ή στην ανάνηψη από τη δράση της
- Εγκατάλειψη ή μείωση κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων
- Συνέχιση χρήσης της ουσίας παρά την επίγνωση των καταστροφικών της συνεπειών [3].

Στην Ελλάδα ο επιπολασμός για ενήλικες 15-24 ετών είναι 8,9% για την ινδική κάνναβη, 0,7% για την κοκαΐνη, 0,3% για τα ψευδαισθησιογόνα και 0,1% για τις αμφεταμίνες [3]. Φυσικά είναι ευρέως γνωστό πως το αλκοόλ αποτελεί την πιο διαδεδομένη ουσία, της οποίας

γίνεται χρήση και κατάχρηση σε παγκόσμια κλίμακα, ενώ η οικονομική επιβάρυνση για το σύστημα υγείας κάθε χώρας είναι τεράστια [38]. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) περίπου 76 εκατομμύρια άνθρωποι σε παγκόσμια κλίμακα πάσχουν από διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ, ενώ συγκριτικά 27 εκατομμύρια πλήττονται από κατάχρηση άλλων ουσιών [39]. Η πάθηση συνοδεύεται από μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα, καθώς σε ετήσια βάση το αλκοόλ ευθύνεται για το θάνατο 35 ανθρώπων ανά 100.000 πληθυσμό [39]. Ενδεικτικό των διαστάσεων του προβλήματος είναι το γεγονός ότι περίπου 18% των Αμερικανών πληρούν σε κάποια φάση της ζωής τους τα κριτήρια κατάχρησης αλκοόλ, ενώ το οικονομικό κόστος που προκύπτει από τη συγκεκριμένη εξάρτηση για τις Η.Π.Α. υπολογίζεται πως ξεπερνά τα 200 δισεκατομμύρια δολάρια ανά έτος [38]. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει ομοφωνία σε ομοσπονδιακό επίπεδο στην παραπάνω χώρα, καθώς σε πολλές πολιτείες δεν αναγνωρίζεται η κατάχρηση ουσιών ως επαρκής συνθήκη για να επιτραπεί η ακούσια νοσηλεία [40]. Η κατάχρηση αλκοόλ, αλλά και άλλων ουσιών είναι αποδεδειγμένο ότι οδηγεί σε πρωιμότερη έναρξη της ψύχωσης με φτωχότερη πρόγνωση και λιγότερη ανταπόκριση στην αντιψυχωτική θεραπεία [41]. Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει μεγάλη συννοσηρότητα της εξάρτησης από αλκοόλ με διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες θεωρούνται ένας παράγοντας που διαδραματίζει σπουδαιότατο ρόλο στην παθογένεση, την κλινική πορεία και τη θεραπεία των ασθενών που εμφανίζουν κατάχρηση αλκοόλ [42]. Φαίνεται ότι όχι μόνο η αντικοινωνική (antisocial) και η μεταιχμιακή (borderline) διαταραχή προσωπικότητας, αλλά και σχεδόν όλο το φάσμα των διαταραχών αυτών μπορούν να βρεθούν σε χρήστες αλκοόλ [42]. Οι γυναίκες αποτελούν μια ιδιαίτερος ευπαθή ομάδα που χρήζει ειδικής αντιμετώπισης, καθώς έχει αποδειχθεί ότι εκείνες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ είναι πιο πιθανό να πάσχουν από δύσκολα αντιμετωπίσιμη κατάθλιψη ή άγχος και παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν βία, να μείνουν άστεγες, να φυλακιστούν, να προσβληθούν από μολυσματικές ασθένειες ή να έχουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη [43].

Στον ελληνικό πληθυσμό η χρήση αλκοόλ σχετίζεται με τους οικογενειακούς δεσμούς και ενισχύεται από την ίδια την παράδοση που θεωρεί την κατανάλωσή του απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική αποδοχή του ατόμου. Πρόσφατη μελέτη έδειξε πως 3 στους 4 Έλληνες ηλικίας 12-64 ετών κατέφυγαν στη χρήση ουσιών κατά το τελευταίο έτος και 10% από αυτούς ανέφεραν τουλάχιστον ένα επεισόδιο κατάχρησης αλκοόλ κατά τον τελευταίο μήνα [44]. Τα δεδομένα δείχνουν μια αλλαγή στα πρότυπα κατάχρησης αλκοόλ, αλλά και άλλων ουσιών στην Ελλάδα τα τελευταία 15 χρόνια που θα μπορούσε να συνοψιστεί στα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

-σταδιακή αύξηση της κατάχρησης αλκοόλ από το γυναικείο πληθυσμό



- σταδιακή αύξηση νέων ατόμων που κάνουν κατάχρηση πολλών διαφορετικών ουσιών και πάσχουν παράλληλα από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή
- σταδιακή αύξηση της χρήσης και κατάχρησης ουσιών σε νεαρές ηλικίες
- μείωση της κατάχρησης αλκοόλ σε μεσήλικες
- αύξηση ατόμων μεγάλης ηλικίας που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και παράλληλα πάσχουν από κάποια νευρολογική διαταραχή [44].

## E. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η διαταραχή της προσωπικότητας αποτελεί μια κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών που χαρακτηρίζεται από εμμένοντα δυσπροσαρμοστικά πρότυπα συμπεριφοράς, νόησης και εσωτερικών-συναισθηματικών εμπειριών, που διαφοροποιούνται αρκετά από αυτά που θεωρούνται αποδεκτά από τον κοινωνικό και πολιτισμικό περίγυρο, στον οποίο ανήκει το άτομο [3]. Αυτά τα πρότυπα αναπτύσσονται πρώιμα στην ανάπτυξη του ατόμου, παραμένουν αμετάβλητα κατά τη διάρκεια της ζωής του και συνδέονται με σημαντικού βαθμού δυσφορία, stress και αναπηρία. Αξίζει να σημειωθεί πως οι διαταραχές προσωπικότητας ως ψυχιατρικές/ιατρικές διαγνώσεις συνδέονται με μια σειρά ηθικών προκλήσεων και αποτελούν αντικείμενο έντονων διαφωνιών και αντιρρήσεων [45]. Εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη διχογνωμία ως προς τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για να μπει η διάγνωση και ως προς τα πλαίσια που καθορίζουν το παθολογικό [45]. Οι διαταραχές προσωπικότητας χωρίζονται σε 4 υποκατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής:

- Παράξενες ή εκκεντρικές διαταραχές που περιλαμβάνουν την παρανοειδή, τη σχιζοειδή και τη σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας
- Δραματικές, συναισθηματικές ή ασταθείς προσωπικότητες που περιλαμβάνουν την αντικοινωνική, μεταιχμιακή (borderline), οιστριονική και ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας
- Αγχώδεις και φοβικές προσωπικότητες που περιλαμβάνουν την αναβλητική, την εξαρτητική και την καταπιεστική διαταραχή προσωπικότητας
- Άλλες διαταραχές προσωπικότητας που περιλαμβάνουν την αλλαγή στην προσωπικότητα που οφείλεται σε άλλες ιατρικές καταστάσεις, διάφορες άλλες διαταραχές και τις διαταραχές που δεν ταξινομούνται αλλιώς [3].

Η συχνότητα για κάθε μία από τις διαταραχές προσωπικότητας κυμαίνεται στο 2-3% για τις πιο συχνές και στο 0,5-1% για πιο σπάνιες υποκατηγορίες, όπως είναι για παράδειγμα η

αναβλητική διαταραχή προσωπικότητας [3]. Ως σύνολο οι διαταραχές της προσωπικότητας θεωρείται ότι προσβάλλουν περίπου το 10% του πληθυσμού, με ποικίλη διακύμανση ως προς τον αντίκτυπο που έχει η πάθηση στη ζωή του κάθε ατόμου [3]. Η αντιμετώπιση και η διαχείριση των συγκεκριμένων ασθενών αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν έντονα τη συμπεριφορά των ασθενών. Διχογνωμία υπάρχει ως προς τις στρατηγικές που πρέπει να υιοθετηθούν, ενώ οι δυσκολίες πολλαπλασιάζονται από την άρνηση των ίδιων των ασθενών να αποδεχθούν την πάθησή τους και την ανάγκη να βρίσκονται υπό ιατρική παρακολούθηση και θεραπεία [7].

## ΣΤ. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελεί το σταθερό εύρημα σε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και συνακόλουθα μπορεί να καταστήσει επιβεβλημένη την ακούσια νοσηλεία του ασθενούς [46]. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR και το ICD10 ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από την παρουσία σοβαρής καταθλιπτικής διάθεσης για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων [3]. Ένα επεισόδιο με ψυχωτικά στοιχεία αξιολογείται ως σοβαρό, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι το DSM-IV-TR αναγνωρίζει πέντε υποτύπους μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής: μελαγχολική κατάθλιψη, άτυπη κατάθλιψη, κατατονική κατάθλιψη, επιλόχεια κατάθλιψη και εποχιακή συναισθηματική διαταραχή [3]. Η παγκόσμια βιβλιογραφία καταδεικνύει με επάρκεια τη μικρή υπεροχή του γυναικείου φύλου στην εκδήλωση της νόσου και την ισχυρή συσχέτιση του επιπολασμού της κατάθλιψης με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν [47]. Η οικονομική κρίση, που αναντίρρητα πλήττει όλο και πιο έντονα τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, έχει οδηγήσει σε αύξηση της επίπτωσης της συγκεκριμένης νόσου [47]. Απαιτείται, ωστόσο, περαιτέρω διερεύνηση και νέες επιδημιολογικές μελέτες που θα περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό ασθενών για να αποσαφηνιστεί με επάρκεια ο βαθμός που το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει ή όχι σε αύξηση των περιστατικών ακούσιας νοσηλείας καταθλιπτικών ασθενών. Η κατάθλιψη μαστιίζει τις σύγχρονες κοινωνίες και αποτελεί θέμα που προσελκύει όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον της κοινής γνώμης.

## Ζ. ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται στις ψυχιατρικές κλινικές της χώρας αφορά ηλικιωμένους με οργανικό ψυχοσύνδρομο, δηλαδή άτομα που εμφανίζουν αλλαγή στη συμπεριφορά τους και η οποία οφείλεται σε κάποια νευροεκφυλιστική νόσο. Η άνοια, που πλήττει τα άτομα της τρίτης ηλικίας συνήθως, συνοδεύεται όχι μόνο από έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών αλλά και από αλλαγή της προσωπικότητας, αλλαγή της συμπεριφοράς, παραισθήσεις και βίαιες εκρήξεις [48]. Ορισμένες μορφές άνοιας συνδέονται άρρηκτα με ψυχιατρικές εκδηλώσεις με προεξάρχουσα την άνοια με σωμάτια Lewy, η οποία

συννοδεύεται από πολλές μεταπτώσεις της συμπεριφοράς και της διάθεσης και από ψευδαισθήσεις-παραισθήσεις, που συχνά επιδεινώνονται με τη λήψη νευροληπτικών [48]. Ωστόσο, η βία και η μη διαχειρίσιμη αλλαγή της συμπεριφοράς μπορεί να συνοδεύει όλες τις μορφές άνοιας, όπως τη νόσο Alzheimer, τη μετωποκροταφική άνοια, την αγγειακή άνοια, τη νόσο πολλαπλών συστημάτων, τη φλοιοβασική εκφύλιση κ.ά., ιδιαίτερα στα τελικά στάδια της κάθε νόσου [48]. Στις περιπτώσεις αυτές, η ακούσια νοσηλεία και η φυσική καθήλωση χρησιμοποιούνται προκειμένου να ελεγχθεί η βίαιη συμπεριφορά και να αποφευχθούν οι πτώσεις και άλλες μορφές τραυματισμού των ίδιων των ασθενών και του περιβάλλοντος τους [49]. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο, τέλος, μπορεί να αποτελεί απότοκο μιας πλειάδας παθολογικών καταστάσεων, όπως συστηματικός ερυθματώδης λύκος, νευροσαρκοείδωση, νόσος Lyme, αυτοάνοσες εγκεφαλίτιδες, παρανεοπλασματικά σύνδρομα, αγγειίτιδες, πολλαπλή σκλήρυνση, οπτική νευρομυελίτιδα κ.ά., που συχνά πλήττουν ασθενείς νεαρής ηλικίας και μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση στο ιατρικό προσωπικό και να καθυστερήσουν τη σωστή διάγνωση, [48]. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ψύχωση μπορεί να αποτελεί το αποτέλεσμα μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης [50]. Αναφέρονται τόσο ψευδαισθήσεις, που εμφανίζονται συνήθως τον πρώτο χρόνο μετά την κάκωση, όσο και σχιζοφρενικόμορφες ψυχώσεις, που εμφανίζονται συνήθως 3-4 έτη μετά τον τραυματισμό [50]. Η συχνότητα εμφάνισης αυτών των φαινομένων μετά από μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση κυμαίνεται από 0,9% μέχρι 8,5% στις διάφορες μελέτες[50]. Επίσης, τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον και μια έκρηξη της σχετικής βιβλιογραφίας σχετικά με την οξεία και τη χρόνια τραυματική εγκεφαλοπάθεια, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από ανοϊκή συνδρομή και ψύχωση [51]. Καθώς οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (οξείες και χρόνιες) αφορούν το 1% του πληθυσμού, το όλο ζήτημα αποκτά μεγάλη βαρύτητα και έχει προσελκύσει την προσοχή και του γενικότερου κοινωνικού συνόλου [51].

## Η. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Είναι προφανές ότι οι παραπάνω παθήσεις συχνά συνυπάρχουν στους ασθενείς που εισάγονται ακουσίως σε μια ψυχιατρική κλινική. Παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το γεγονός ότι, σύμφωνα με τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης, ασθενείς που πάσχουν ταυτόχρονα από σοβαρή ψυχιατρική νόσο (σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και διπολική διαταραχή) και κάποια διαταραχή προσωπικότητας είχαν περισσότερα και πιο έντονα συμπτώματα και λειτουργικά προβλήματα και παρουσίαζαν μεγαλύτερη πιθανότητα ακούσιας νοσηλείας σε σύγκριση με σταθμισμένο πληθυσμό ατόμων που δεν εμφάνιζαν συννοσηρότητα με διαταραχή προσωπικότητας [52]. Επίσης, οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική νόσο συχνά κάνουν χρήση ουσιών, για παράδειγμα, άτομα με διπολική διαταραχή εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα αλκοολισμού σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό [53]. Πολλές φορές η συνύπαρξη δύο κλινικών οντοτήτων στο ίδιο άτομο

δυσχεραίνει τη σωστή διάγνωση ή μία από τις παθήσεις διαφεύγει της προσοχής, γεγονός που καθιστά προβληματική τη θεραπευτική προσέγγιση ή επιδεινώνει τη γενικότερη πρόγνωση του ασθενούς.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη είναι τα ακόλουθα:

A) Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ψυχιατρικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας μετά από εισαγγελική παραπομπή κατά το χρονικό διάστημα 2013-2014;

B) Ποια ήταν η διάγνωση, ποια η πορεία της νόσου και πώς αντιμετωπίστηκαν ιατρικά οι παραπάνω ασθενείς;

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

#### ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η μελέτη είναι αναδρομική και αφορά τους ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας μετά από εισαγγελική παραπομπή και κρίθηκαν ότι έχριζαν ακούσιας νοσηλείας κατά το χρονικό διάστημα 2013-2014. Τα δεδομένα αναζητήθηκαν στο αρχείο της κλινικής. Ειδικότερα, από το μητρώο ασθενών εντοπίστηκαν από το σύνολο των εισαγωγών εκείνες που πραγματοποιήθηκαν με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας μετά από εισαγγελική εντολή. Στη συνέχεια, ανασύρθηκαν οι κατάλληλες πληροφορίες για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης από τους φακέλους των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών. Στους φακέλους αναζητήθηκαν έντυπα καθήλωσης, έτσι ώστε να εντοπιστούν οι ασθενείς που κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους χρειάστηκε να καθλωθούν μηχανικά. Στους φακέλους των ασθενών υπήρχε ειδικό έντυπο που κατέγραφε την πορεία της νόσου μετά την έξοδο (στις περιπτώσεις που υπήρχε παρακολούθηση σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων της κλινικής). Σε κάποιους φακέλους υπήρχαν αντίγραφα γνωματεύσεων που δόθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία και υπήρξαν σημαντική πηγή άντλησης επιπλέον πληροφοριών για την εξέλιξη της νόσου μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν, διασταυρώθηκαν και ψηφιοποιήθηκαν, έτσι ώστε να είναι πιο εύκολη η επεξεργασία τους. Πιο αναλυτικά, τα χαρακτηριστικά των ασθενών που καταγράφηκαν ήταν τα ακόλουθα:

#### 1. Ηλικία

2. Φύλο
3. Εργασία- ανεργία
4. Μορφωτικό επίπεδο (αγράμματος, δημοτικό, βασική εκπαίδευση, λύκειο, ΑΕΙ)
5. Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος, άγαμος, διαζευγμένος/χήρος)
6. Ύπαρξη προηγούμενης νοσηλείας
7. Τόπος διαμονής (αστικός, ημιαστικός, αγροτικός)
8. Ύπαρξη ιστορικού ψυχιατρικής νόσου-έναρξη νόσου

Τα χαρακτηριστικά που αφορούσαν τη νοσηλεία και τα οποία αναζητήθηκαν ήταν τα ακόλουθα:

1. Διάρκεια νοσηλείας
2. Διάγνωση εξόδου
3. Ανάγκη μηχανικής καθήλωσης
4. Πορεία νόσου-ύπαρξη ιατρικής παρακολούθηση πριν αλλά και μετά την έξοδο

#### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα δεδομένα που προέκυψαν μεταφέρθηκαν στη συνέχεια και αναλύθηκαν στατιστικά με τη χρήση του προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), το οποίο χρησιμοποιείται κατά κόρον σε ανάλογες μελέτες στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Ειδικότερα, έγινε χρήση της έκδοσης 21 του συγκεκριμένου προγράμματος (IBM Statistics SPSS v21). Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τις αντίστοιχες παραμετρικές και μη παραμετρικές διαδικασίες ανά περίπτωση. Με τη βοήθεια του προγράμματος αναλύθηκαν τα χαρακτηριστικά των νοσηλευομένων και παρουσιάστηκαν με τη χρήση ιστογραμμάτων και απεικονίσεων που αναδεικνύουν ευχερέστερα τις διαφορές και τις κατανομές. Αναζητήθηκαν διαφοροποιήσεις ανά φύλο, εργασία, οικογενειακή κατάσταση και άλλα χαρακτηριστικά σε ότι αφορά τον αριθμό των ακούσιων νοσηλείων, τη διάρκεια της νοσηλείας και την ανάγκη καθήλωσης. Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p=0,05$ , όπως είναι κοινά αποδεκτό και όπως συνηθίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία για ιατρικές και βιολογικές μελέτες. Σε κάποιες περιπτώσεις δεν κατέστη δυνατό να βρεθούν στο αρχείο πληροφορίες που αφορούσαν κυρίως την έναρξη της νόσου, το οποίο άλλωστε είναι ένα δεδομένο που συχνά είναι αρκετά δυσχερές να αποσαφηνιστεί ακόμα και μετά από τη λήψη εκτενούς ιστορικού. Επιπρόσθετα, σε ελάχιστες

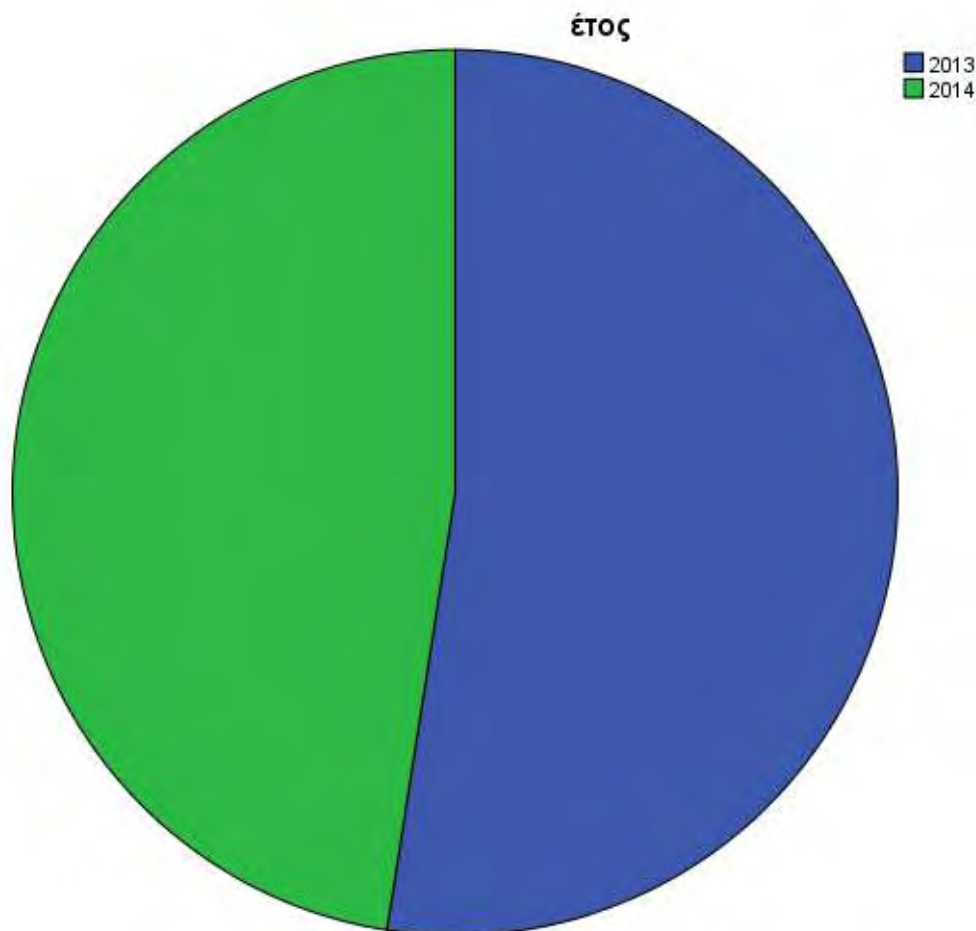
περιπτώσεις απουσίαζαν από το φάκελο του ασθενούς άλλα προσωπικά στοιχεία, όπως το μορφωτικό επίπεδο ή η εργασία. Ο απόλυτος αριθμός των ασθενών, στους οποίους δεν είναι γνωστό το χαρακτηριστικό ή το δεδομένο που αναλύεται, θα αναφέρεται ανά περίπτωση κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Οι ποσοστιαίες αναλογίες που παρουσιάζονται παρακάτω αφορούν τους ασθενείς, στους οποίους είναι γνωστό το μελετώμενο χαρακτηριστικό ή η κλινική πληροφορία.

Το πρωτόκολλο και η μεθοδολογία της μελέτης έλαβαν την απαραίτητη έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας μετά από αντίστοιχη αίτηση, καθώς απαιτούν την αναζήτηση και επεξεργασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών. Κατά λογική ακολουθία η συγκεκριμένη μελέτη είναι σύμφωνη με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που θα πρέπει να πληρούνται σε τέτοιες περιπτώσεις. Όλα τα προσωπικά δεδομένα αναλύθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας και μόνο. Κατά συνέπεια, κανένα απολύτως δεδομένο από αυτά που καταγράφηκαν δεν παρουσιάστηκε πουθενά αλλού, δεν διέρρευσε και δεν χρησιμοποιήθηκε σε άλλη μελέτη ή για άλλους σκοπούς. Η παρούσα έρευνα δεν έλαβε καμία απολύτως χρηματοδότηση για να πραγματοποιηθεί. Επιπρόσθετα, πρέπει να επισημανθεί πως δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ

Σύμφωνα με τα στοιχεία που ανασύρθηκαν από το αρχείο της κλινικής το χρονικό υπό μελέτη διάστημα (1/1/2013-31/12/2014), πραγματοποιήθηκαν με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας συνολικά 223 εισαγωγές. Ειδικότερα, 117 εισαγωγές πραγματοποιήθηκαν το έτος 2013 (ποσοστό 52,5% επί του συνόλου) και 106 το έτος 2014 (ποσοστό 47,5% επί του συνόλου). Η αναλογία αυτή απεικονίζεται στο σχήμα 1.



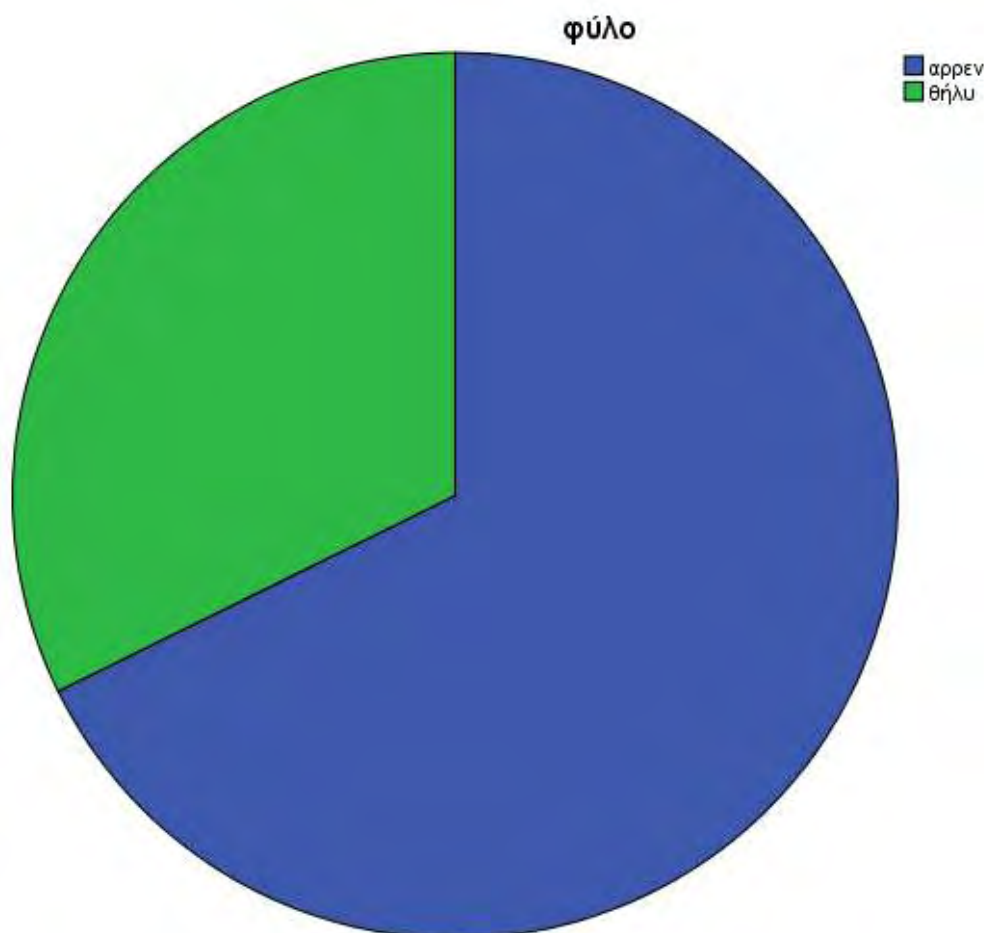
Σχήμα 1: Ποσοστιαία αναλογία εισαγωγών τα δύο έτη υπό μελέτη (2013 και 2014).

#### ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο μέσος όρος της διάρκειας νοσηλείας προσδιορίστηκε στις 23,32 ημέρες (διάστημα εμπιστοσύνης 95%: 20,6491-25,9877), με ακραίες τιμές τις 169 ημέρες (μέγιστο) και την 1 ημέρα (ελάχιστο). Στο σημείο αυτό, πρέπει να αποσαφηνιστεί ότι η 1 ημέρα νοσηλείας αφορούσε αποκλειστικά ασθενείς που απέδρασαν πριν ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους το πρώτο 24ωρο μετά την εισαγωγή τους, αφού είναι προφανές ότι το χρονικό αυτό διάστημα δεν είναι επαρκές για καμία απολύτως θεραπευτική παρέμβαση. Επίσης, οι 169 ημέρες νοσηλείας αφορούν μια ακραία τιμή που υπάρχει λόγω της απουσίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς και της δυσκολίας διακίνησης του περιστατικού.

## ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Από τους εισηγμένους ασθενείς 151 ήταν άντρες (ποσοστό 67,7%) και 72 ήταν γυναίκες (ποσοστό 32,3%). Τα ευρήματα αυτά απεικονίζονται παραστατικά στο σχήμα 2. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 43,83 έτη (διάστημα εμπιστοσύνης 95%: 42,4490-45,2102 έτη).

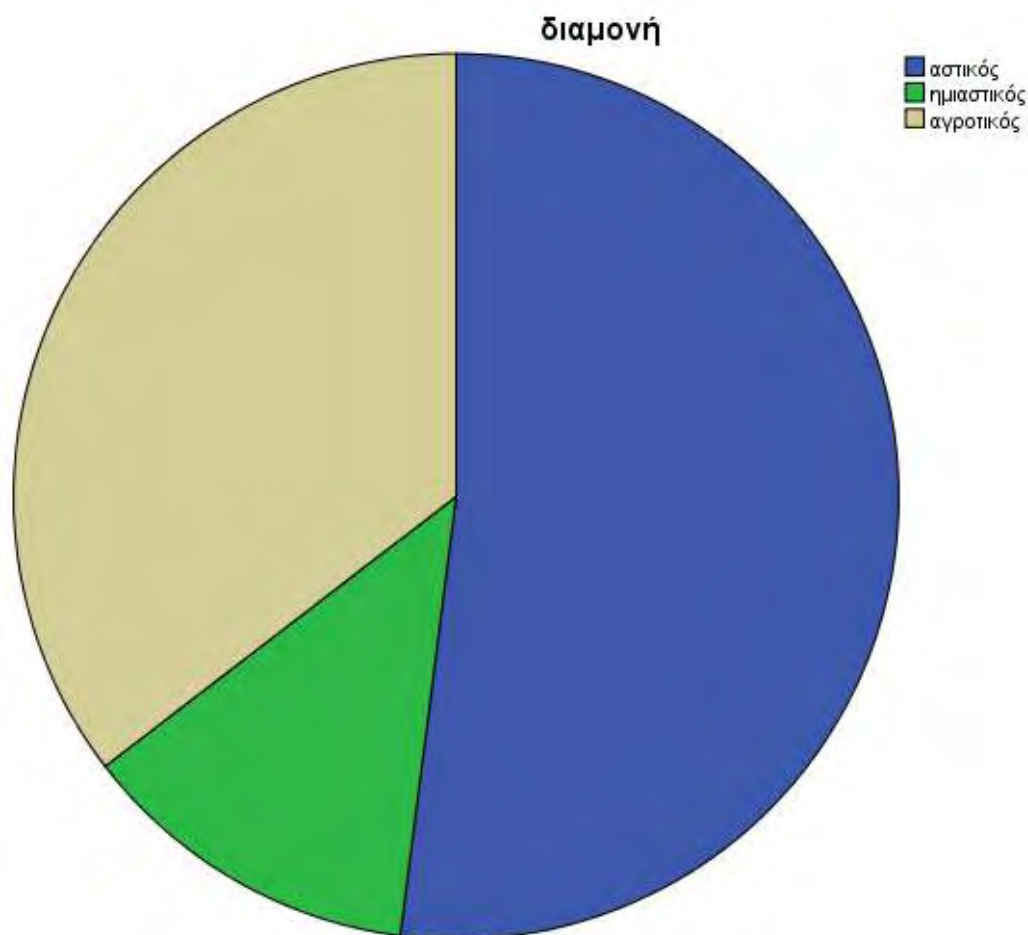


Σχήμα 2: Κατανομή των ασθενών με βάση το φύλο.

## ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες με βάση τον τόπο κατοικίας τους. Ειδικότερα, από τους νοσηλευόμενους το χρονικό διάστημα 2013-2014, οι 116 ήταν κάτοικοι αστικών περιοχών (ποσοστό 52%), οι 28 ήταν κάτοικοι ημιαστικών περιοχών (ποσοστό 12,6%) και οι 79 ήταν κάτοικοι αγροτικών περιοχών (ποσοστό 35,4%). Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στο σχήμα 3.





Σχήμα 3: Κατανομή των ασθενών με βάση τον τόπο διαμονής τους.

### ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

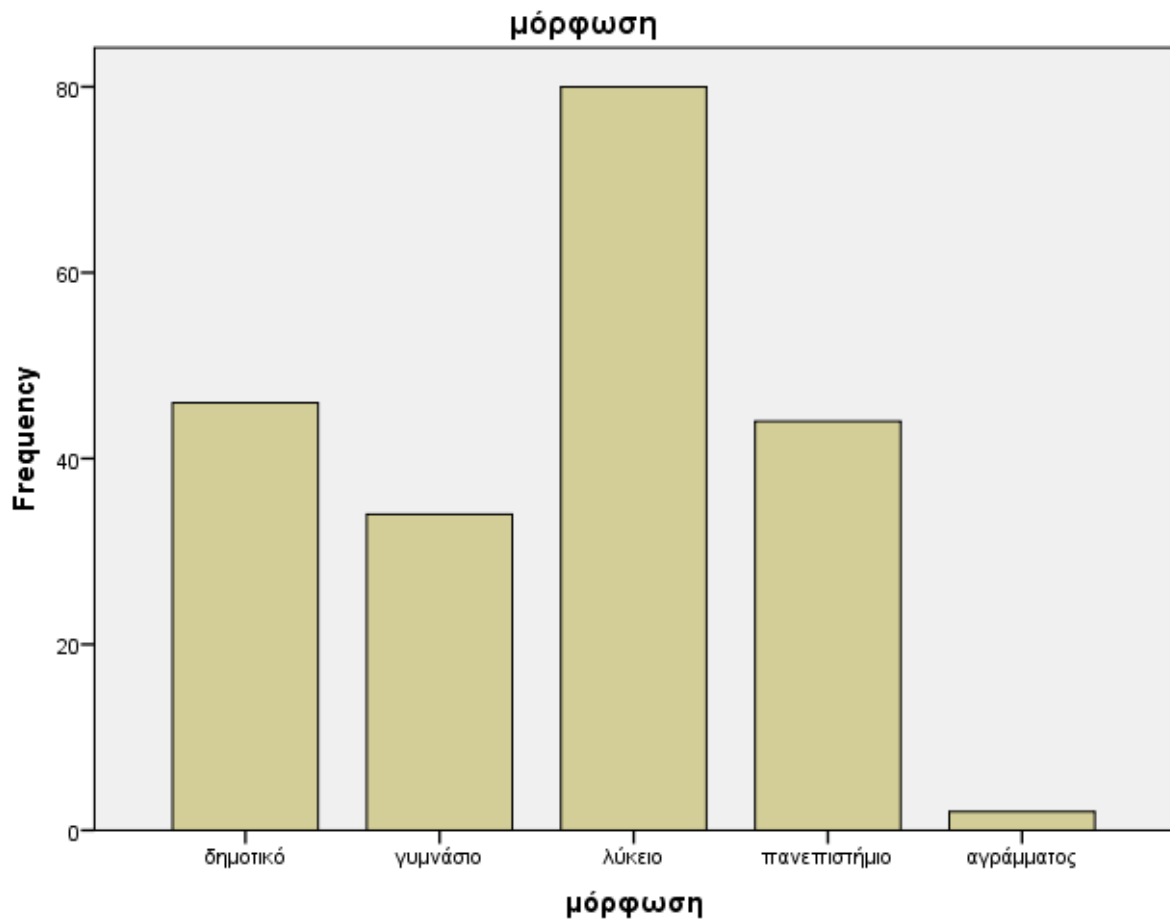
Οι ασθενείς με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο χωρίστηκαν στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. απόφοιτοι δημοτικού
2. απόφοιτοι γυμνασίου (ολοκλήρωση βασικής εκπαίδευσης)
3. απόφοιτοι λυκείου
4. απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Α.Ε.Ι και Τ.Ε.Ι)
5. αγράμματοι

Από το αρχείο της κλινικής δεν κατέστη δυνατό να ανασυρθεί η παραπάνω πληροφορία σε 17 περιπτώσεις, καθώς η αντίστοιχη καταγραφή απουσίαζε από το φάκελο των ασθενών. Τα αποτελέσματα της συλλογής δεδομένων για τις υπόλοιπες 206 περιπτώσεις και η ποσοστιαία κατανομή παρουσιάζονται στον πίνακα 1, ενώ η παρουσίασή τους σε μορφή ραβδογραμμάτων στο σχήμα 4.

Επίπεδο μόρφωσης	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό %
Δημοτικό	46	22,3
Γυμνάσιο	34	16,5
Λύκειο	80	38,8
Πανεπιστήμιο	44	21,4
Αγράμματοι	2	1,0

Πίνακας 1: Μορφωτικό επίπεδο νοσηλευομένων (απόλυτες τιμές και ποσοστό %)



Σχήμα 4: Σχηματική απεικόνιση επίπεδου μόρφωσης των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ

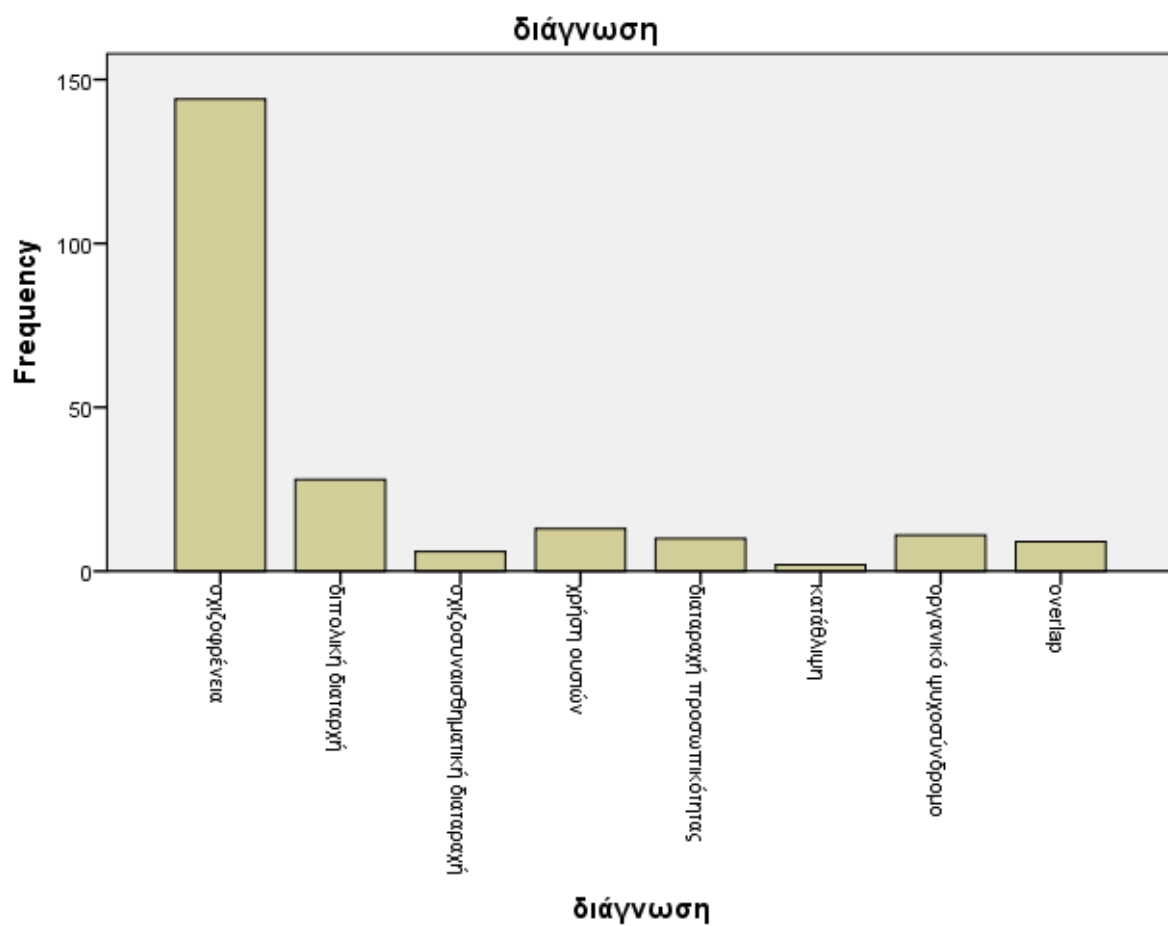
Οι ψυχιατρικές παθήσεις από τις οποίες έπασχαν οι νοσηλευόμενοι (όπως αυτές ανασύρθηκαν από το αρχείο σύμφωνα με το ICD-10) είναι οι ακόλουθες:

1. σχιζοφρένεια
2. διπολική διαταραχή
3. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
4. χρήση ουσιών (αλκοόλ, οπιοειδή κ.α.)
5. διαταραχές προσωπικότητας
6. κατάθλιψη
7. οργανικό ψυχοσύνδρομο
8. αλληλεπικάλυψη (overlap), δηλαδή ταυτόχρονη παρουσία τουλάχιστον δύο από τις παραπάνω κλινικές οντότητες.

Οι απόλυτες αριθμητικές τιμές και η ποσοστιαία κατανομή των διαγνώσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 2 και η παρουσίασή τους σε μορφή ραβδογραμμάτων στο σχήμα 5.

Διάγνωση	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό %
Σχιζοφρένεια	144	64,6
Διπολική Διαταραχή	28	12,6
Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	6	2,7
Χρήση Ουσιών	13	5,8
Διαταραχή Προσωπικότητας	10	4,5
Κατάθλιψη	2	0,9
Οργανικό Ψυχοσύνδρομο	11	4,9
Overlap	9	4,0

Πίνακας 2: Αριθμός ασθενών ανά διάγνωση και ποσοστιαία αναλογία.



Σχήμα 5: Σχηματική απεικόνιση κατανομής διαγνώσεων.

## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

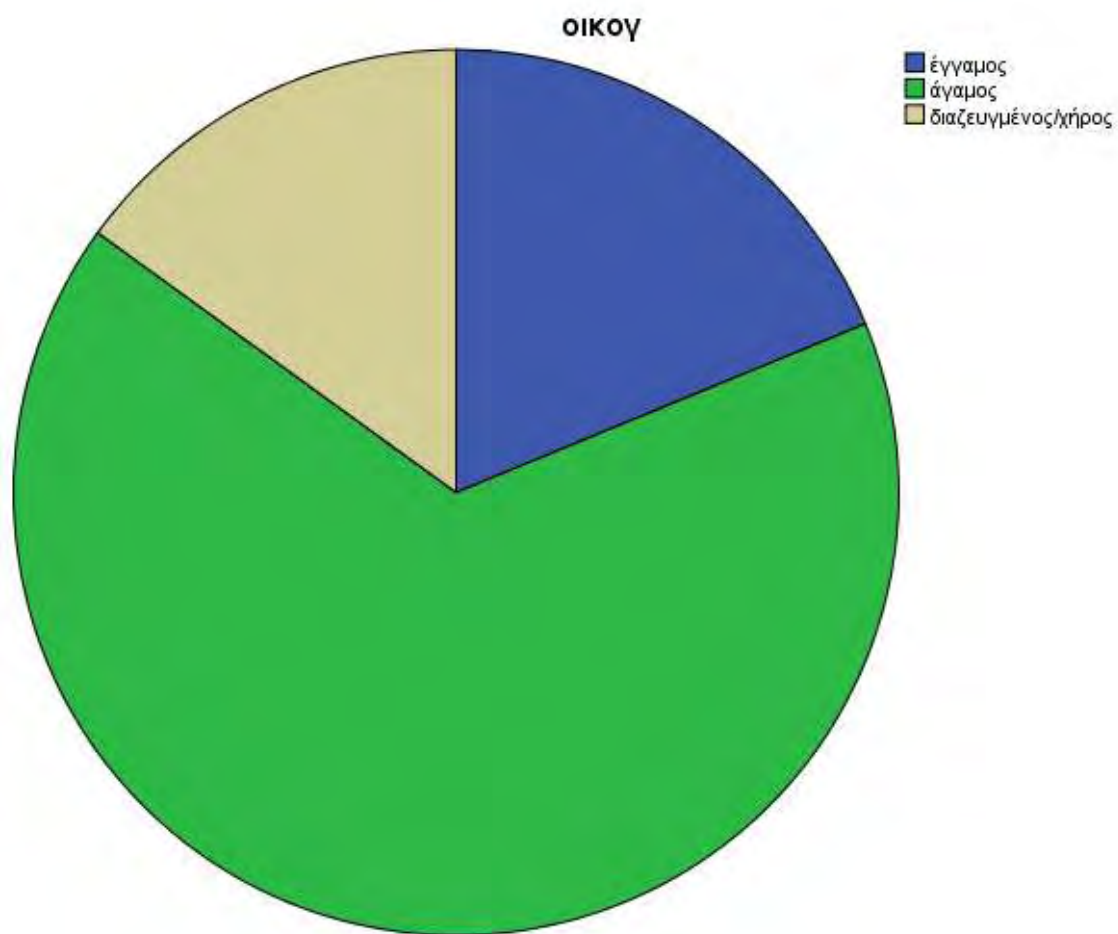
Οι νοσηλευόμενοι χωρίστηκαν με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση στις ακόλουθες τρεις κατηγορίες:

1. έγγαμοι
2. άγαμοι
3. διαζευγμένοι/χήροι

Σε 10 περιπτώσεις δεν κατέστη δυνατό να βρεθεί στο αρχείο η οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευομένων. Οι απόλυτες αριθμητικές τιμές ανά κατηγορία και η ποσοστιαία κατανομή για τις υπόλοιπες 213 εισαγωγές παρουσιάζονται στον πίνακα 3, ενώ η παρουσίαση τους σε μορφή ραβδογραμμάτων παρουσιάζεται στο σχήμα 6.

Οικογενειακή Κατάσταση	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό %
Έγγαμος	40	18,8
Άγαμος	141	66,2
Διαζευγμένος/Χήρος	32	15,0

Πίνακας 3: Αριθμός ασθενών με βάση την οικογενειακή κατάσταση και ποσοστιαία αναλογία.



Σχήμα 6: Σχηματική απεικόνιση κατανομής με βάση την οικογενειακή κατάσταση.

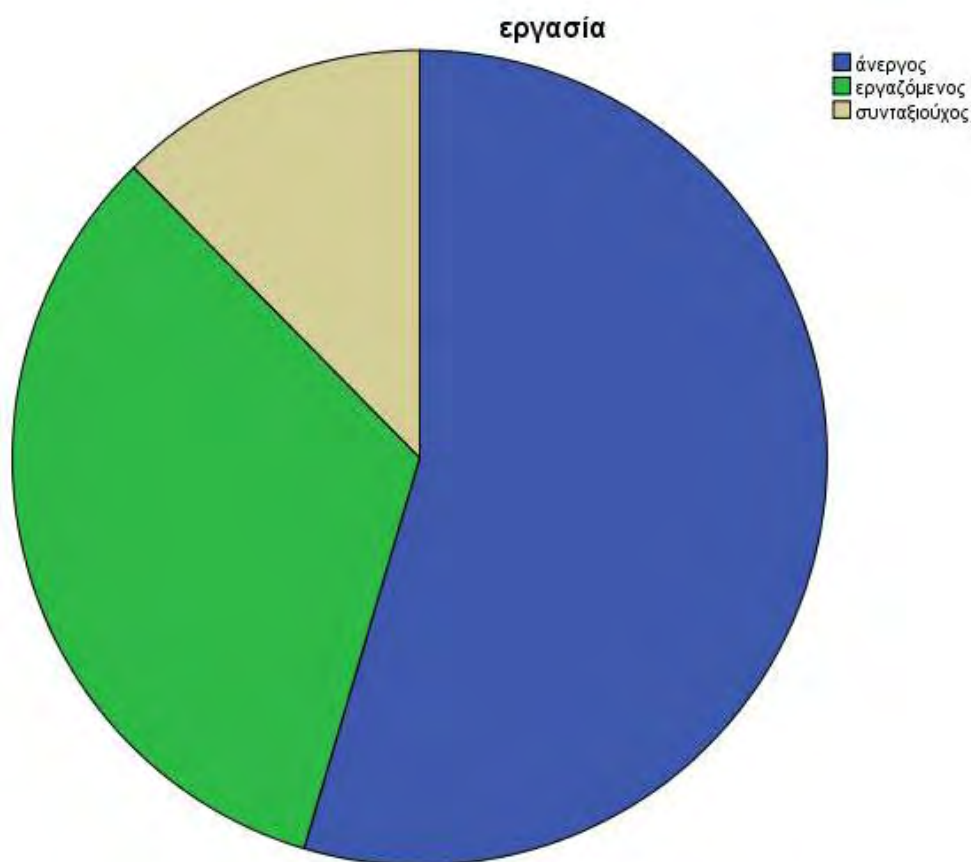
## ΕΡΓΑΣΙΑ

Οι νοσηλευόμενοι χωρίστηκαν με βάση το αν εργάζονται ή όχι στις ακόλουθες τρεις κατηγορίες: άνεργοι, εργαζόμενοι και συνταξιούχοι (αναπηρική σύνταξη ή σύνταξη μετά από ολοκλήρωση των απαιτούμενων ετών εργασίας).

Σε 5 περιπτώσεις δεν εντοπίστηκε αν εργάζονται ή όχι οι νοσηλευόμενοι. Οι απόλυτες αριθμητικές τιμές για τις υπόλοιπες 218 περιπτώσεις ανά κατηγορία και η ποσοστιαία κατανομή παρουσιάζονται στον πίνακα 4, ενώ η παρουσίασή τους σε μορφή ραβδογραμμάτων παρουσιάζεται στο σχήμα 7.

Εργασία	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό %
Άνεργος	119	54,6
Εργαζόμενος	72	33,0
Συνταξιούχος	27	12,4

Πίνακας 4: Αριθμός ασθενών με βάση την εργασία και ποσοστιαία αναλογία.



Σχήμα 7: Κατανομή ασθενών με βάση την εργασία.

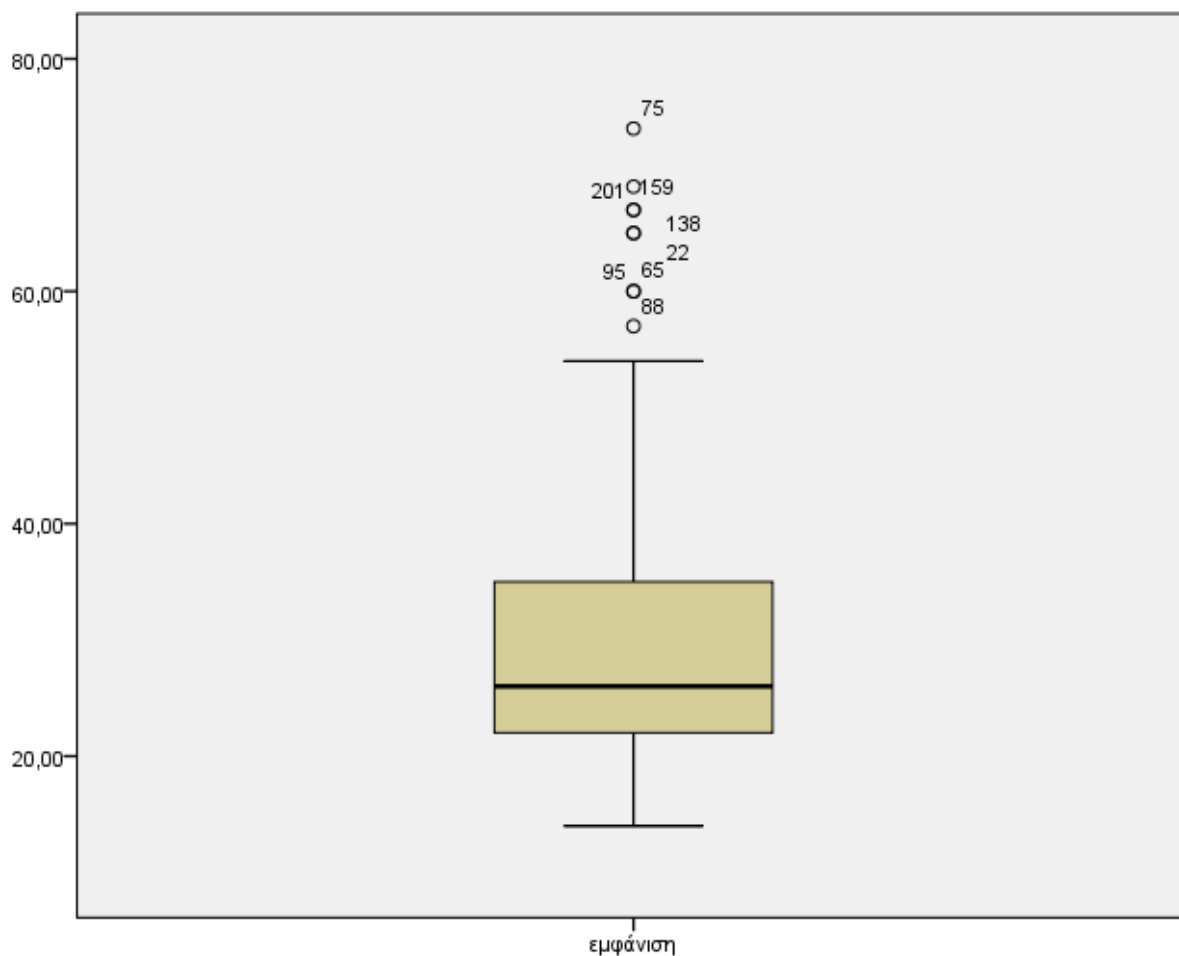
## ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Σε 7 περιπτώσεις δεν μπόρεσε να καθοριστεί αν ο ασθενής είχε νοσηλευθεί και στο παρελθόν με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας και πόσες φορές. Από την επεξεργασία των υπόλοιπων 216 περιπτώσεων προέκυψε ότι από τους νοσηλευόμενους οι 73 εισήχθησαν για πρώτη φορά με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, οι 50 είχαν νοσηλευθεί τουλάχιστον μία ή δύο φορές στο παρελθόν με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας και για τους υπόλοιπους 93 η παρούσα νοσηλεία ήταν η 4<sup>η</sup> και πάνω. Για τις ανάγκες της κατανομής των ασθενών στις παραπάνω τρεις κατηγορίες καταμετρήθηκαν όλες οι ακούσιες νοσηλείες κατά το παρελθόν, είτε αυτές έγιναν στη Ψυχιατρική Κλινική του ΠΓΝΑ είτε αυτές πραγματοποιήθηκαν σε οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Μάλιστα αξίζει να σημειωθεί ότι 15 ασθενείς νοσηλεύθηκαν εκ νέου στην Ψυχιατρική Κλινική του ΠΓΝΑ στο μελετώμενο χρονικό διάστημα (2013-2014) και για δεύτερη φορά. Επιπρόσθετα, 7 ασθενείς νοσηλεύθηκαν συνολικά τρεις φορές με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας στο διάστημα που μελετήθηκε στα πλαίσια της παρούσας μελέτης.

## ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΟΣΟΥ

Από το αρχείο της κλινικής προσδιορίστηκε η έναρξη νόσου με βάση το ιστορικό του κάθε ασθενούς. Ως έναρξη νόσου ορίστηκε η εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων, όπως αυτά περιγράφηκαν από το συγγενικό περιβάλλον, ή η πρώτη επίσκεψη σε Ψυχίατρο, όταν απουσίαζε το παραπάνω στοιχείο. Δεν χρησιμοποιήθηκε δηλαδή ως έναρξη νόσου η πρώτη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική (εκούσια ή ακούσια). Σε 42 περιπτώσεις δεν υπήρχαν δεδομένα που να επέτρεπαν τον προσδιορισμό της έναρξης νόσου με βάση τα παραπάνω κριτήρια. Αξίζει να σημειωθεί πως ο ακριβής προσδιορισμός της έναρξης της νόσου είναι πολλές φορές δυσχερής, καθώς το οικογενειακό περιβάλλον αποκρύπτει ή δεν είναι σε θέση να αξιολογήσει επαρκώς όλες τις παραμέτρους που έχουν να κάνουν με τη εμφάνιση και την εκδήλωση της νόσου. Για τους υπόλοιπους 181 ασθενείς ο μέσος όρος της έναρξης ήταν 29,7017 έτη (με διάστημα εμπιστοσύνης (95%: 27,9767-31,4266 έτη). Η κατανομή φαίνεται παραστατικά στο σχήμα 8.





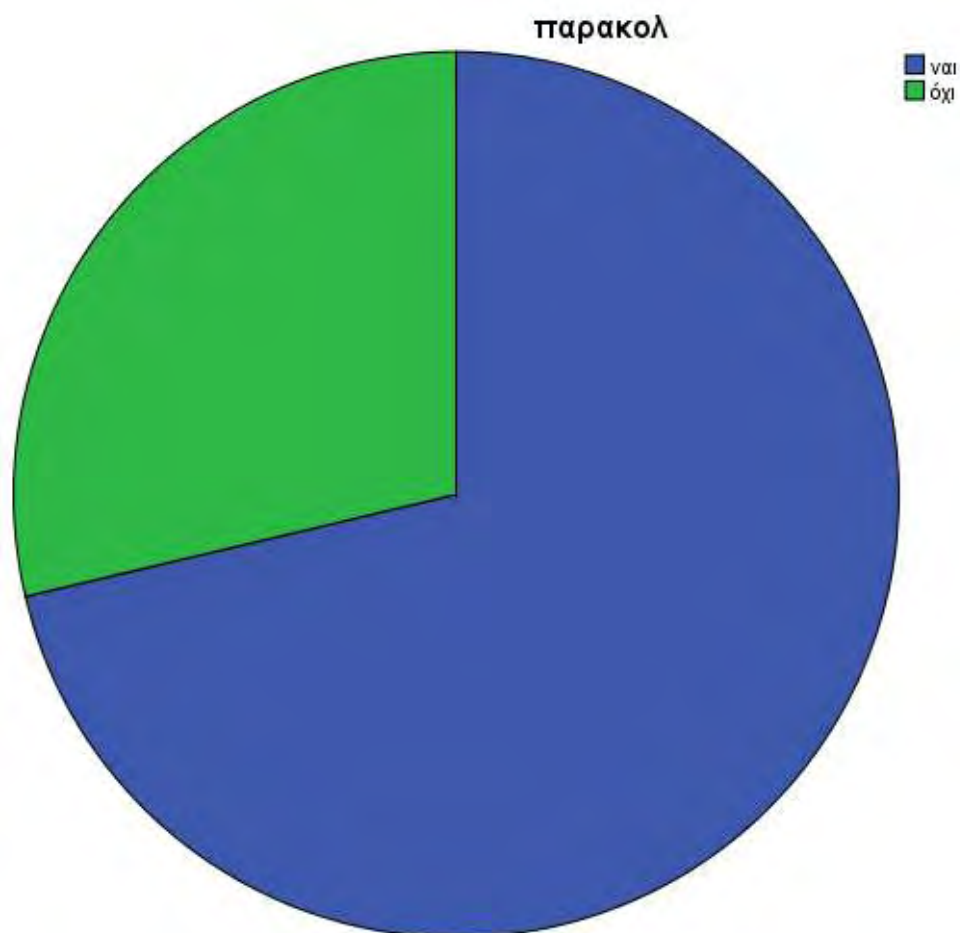
Σχήμα 8: Απεικόνιση της κατανομής της ηλικίας έναρξης νόσου των νοσηλευομένων σε μορφή θηκογράμματος.

#### ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Από το αρχείο αναζητήθηκε το κατά πόσον οι ακουσίως νοσηλευόμενοι ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση (συχνή επίσκεψη στον ψυχίατρο, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, συμμόρφωση). Στους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά και η έναρξη της νόσου ήταν ταυτόχρονη με την πρώτη ακούσια νοσηλεία αναζητήθηκε από το αρχείο των εξωτερικών ιατρείων η συμμόρφωσή τους μετά το εξιτήριο. Ειδικότερα, ελέγχθηκε το αν ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση μέχρι τη χρονική στιγμή που έγινε η ανάσυρση των δεδομένων από το αρχείο στα πλαίσια της παρούσας μελέτης (Οκτώβριος-Νοέμβριος 2015). Τα ευρήματα απεικονίζονται αναλυτικά στον πίνακα 5 και σχηματικά στο σχήμα 9.

Παρακολούθηση	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό %
ΝΑΙ	159	71,3
ΟΧΙ	64	28,7

Πίνακας 5: Διάκριση ασθενών με βάση το αν παρακολουθούνται ιατρικά και ποσοστιαία αναλογία.



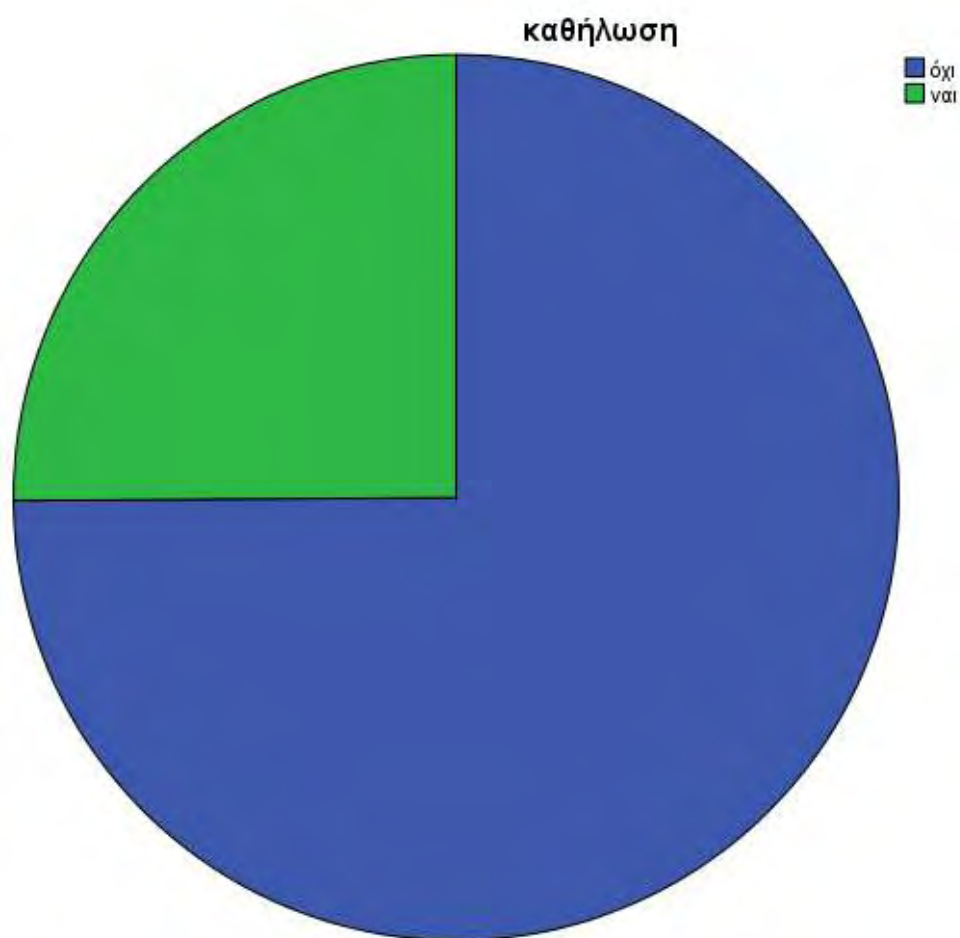
Σχήμα 9: Σχηματική απεικόνιση παρακολούθησης ή όχι των ασθενών.

#### ΚΑΘΗΛΩΣΗ

Από τους φακέλους των ασθενών αναζητήθηκε το κατά πόσο οι νοσηλευόμενοι καθήλωθηκαν κατά τη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας. Η μηχανική καθήλωση πιστοποιείται από την ύπαρξη αντίστοιχου εντύπου καθήλωσης στο φάκελο νοσηλείας του κάθε ακουσίως νοσηλευόμενου ασθενούς. Τα δεδομένα καταγράφονται αναλυτικά (απόλυτοι αριθμοί και ποσοστιαία αναλογία) στον πίνακα 6 και στο σχήμα 10.

Καθήλωση	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό %
OXI	167	74,9
NAI	56	25,1

Πίνακας 6: Διάκριση ασθενών με βάση την καθήλωσή τους ή όχι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και ποσοστιαία αναλογία.

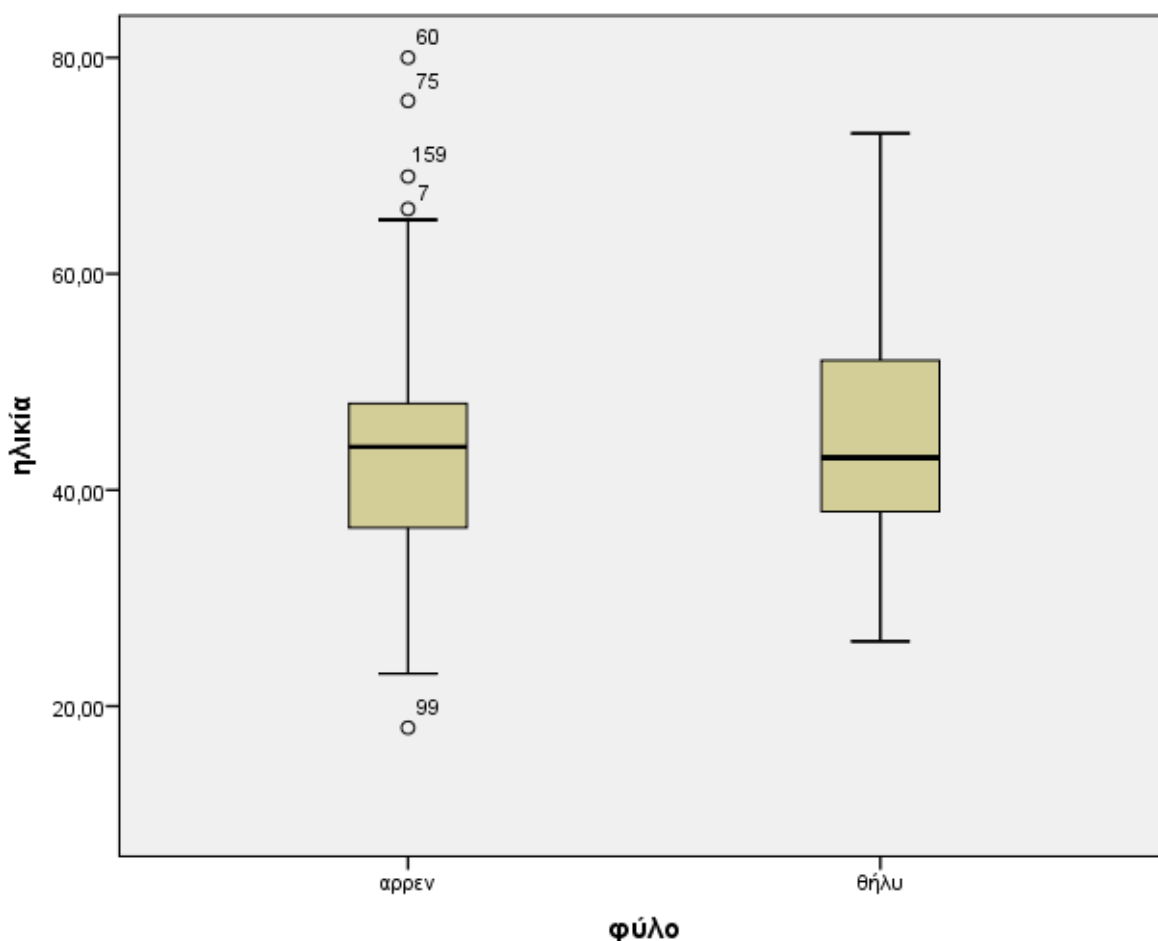


Σχήμα 10: Σχηματική απεικόνιση καθήλωσης ή όχι των ασθενών.

## ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΩΝ-ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

### ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

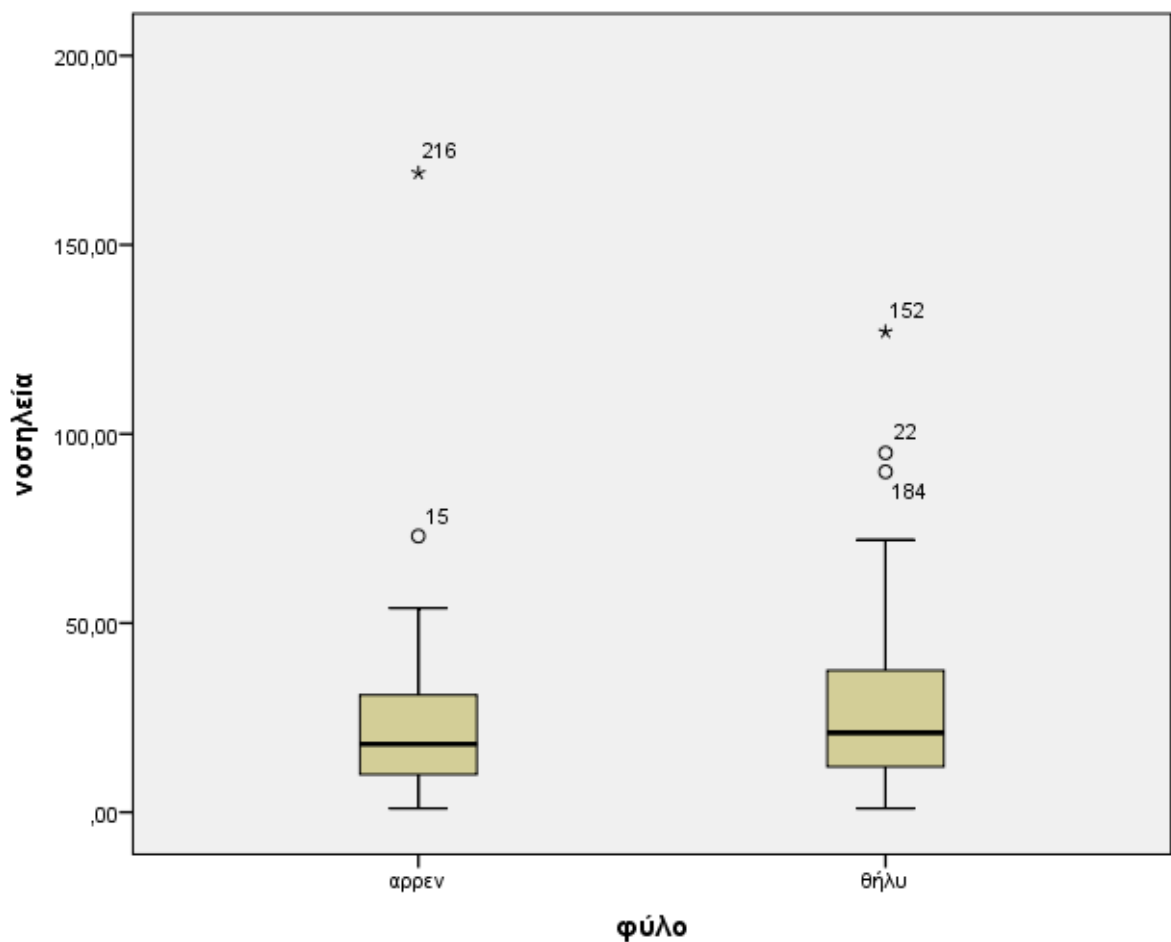
Από τα δεδομένα της μελέτης αναζητήθηκε το αν υπάρχει διαφορά στην ηλικία κατά την εισαγωγή ανάμεσα στα δύο φύλα. Ειδικότερα, έγινε έλεγχος της κανονικότητας χρησιμοποιώντας το στατιστικό τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov, που χρησιμοποιείται για δείγματα που περιλαμβάνουν  $>50$  άτομα. Επειδή προσδιορίστηκε πως  $p < 0,05$ , η ηλικία δεν ακολουθεί κανονική κατανομή. Κατά συνέπεια, χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια η μη παραμετρική ανάλυση Mann-Whitney U test σύμφωνα με την οποία προέκυψε ότι  $p = 0,091$ . Δηλαδή δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην ηλικία ανάμεσα στα δύο φύλα κατά την εισαγωγή. Η κατανομή της ηλικίας στα δύο φύλα απεικονίζεται με μορφή θηκογράμματος στο σχήμα 11.



Σχήμα 11: Κατανομή ηλικίας στα δύο φύλα.

## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

Από τα δεδομένα της μελέτης αναζητήθηκε το αν υπάρχει διαφορά στη χρονική διάρκεια νοσηλείας ανάμεσα στα δύο φύλα. Ειδικότερα, έγινε έλεγχος της κανονικότητας χρησιμοποιώντας το τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov. Επειδή  $p < 0,05$ , η διάρκεια νοσηλείας δεν ακολουθεί κανονική κατανομή. Κατά συνέπεια, χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια η μη παραμετρική ανάλυση Mann-Whitney U test, σύμφωνα με την οποία προέκυψε ότι  $p = 0,074$ . Δηλαδή δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας ανάμεσα στα δύο φύλα κατά την εισαγωγή. Η κατανομή της διάρκειας νοσηλείας στα δύο φύλα απεικονίζεται με μορφή θηκογράμματος στο σχήμα 12.



Σχήμα 12: Κατανομή της χρονικής διάρκειας νοσηλείας στα δύο φύλα.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης αναζητήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό των εισαγωγών. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  (Chi-square test). Βρέθηκε πως  $p=0,009$ , δηλαδή υπάρχει συσχέτιση καθώς οι άγαμοι είναι σημαντικά περισσότεροι τόσο στην κατηγορία της 1<sup>ης</sup> νοσηλείας όσο και στην κατηγορία από 4<sup>η</sup> και πάνω. Τα ευρήματα απεικονίζονται και στον πίνακα 7.

	Οικογενειακή κατάσταση			Σύνολο
	έγγαμος	άγαμος	διαζευγμένος/χήρος	
Αριθμός				
1η	18	39	14	71
2η-3η	10	27	9	46
4η και πάνω	9	73	9	91
Σύνολο	37	139	32	208

Πίνακας 7: Σχέση οικογενειακής κατάστασης και αριθμού εισαγωγών

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης αναζητήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην εργασία και τον αριθμό των εισαγωγών. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  (Chi-square test). Βρέθηκε πως  $p=0,023$ , δηλαδή υπάρχει συσχέτιση καθώς οι άνεργοι είναι σημαντικά περισσότεροι τόσο στην κατηγορία της 1<sup>ης</sup> νοσηλείας όσο και στην κατηγορία από 4<sup>η</sup> και πάνω. Τα ευρήματα απεικονίζονται και στον πίνακα 8.

	εργασία			Σύνολο
	άνεργος	εργαζόμενος	συνταξιούχος	
Αριθμός				
1η	37	29	4	70
2η-3η	22	19	9	50
Εισαγ.				
4η και πάνω	58	21	14	93
Σύνολο	117	69	27	213

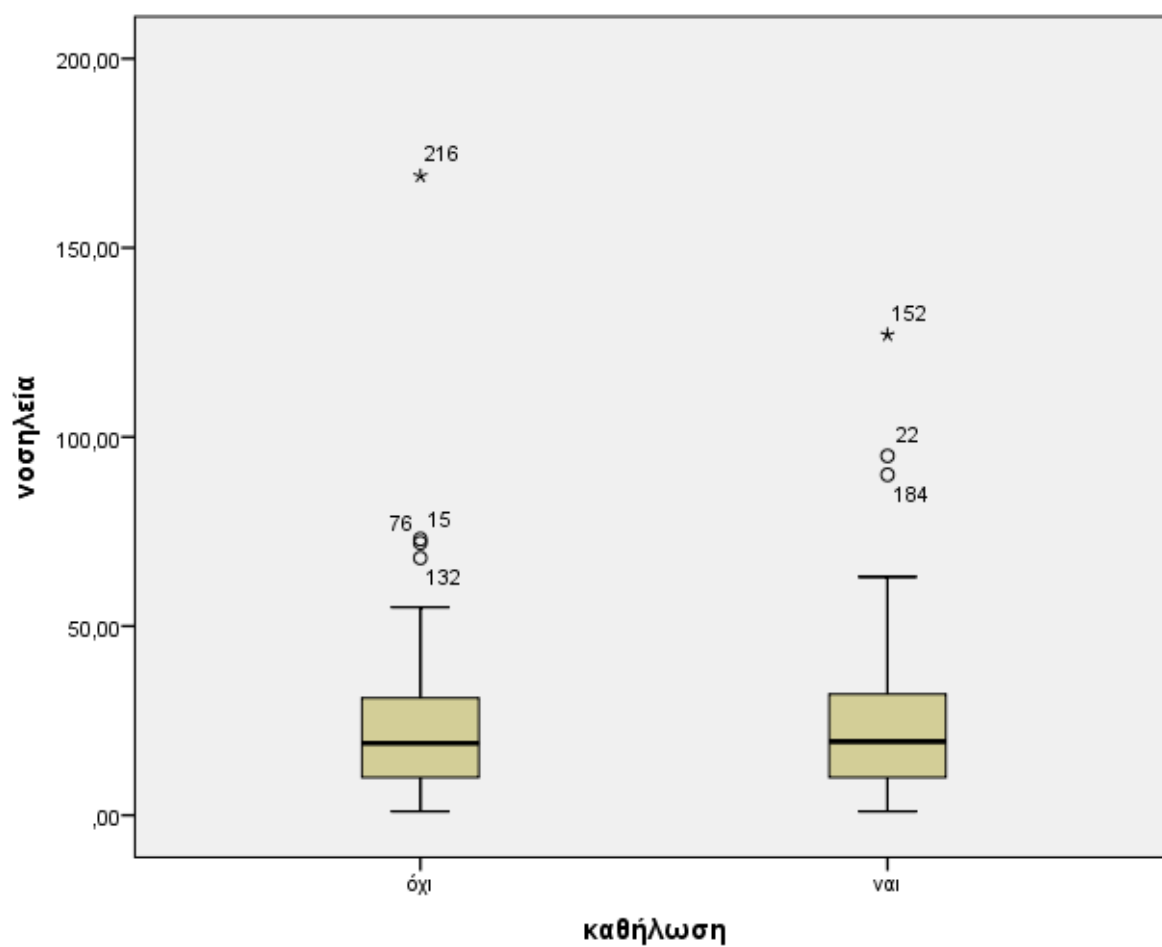
Πίνακας 8: Σχέση εργασίας και αριθμού εισαγωγών

#### ΣΧΕΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Αναζητήθηκε, επίσης, η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της νόσου και τη διάρκεια της νοσηλείας (σύγκριση δύο ποσοτικών μεταβλητών). Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson Correlation Coefficient). Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ένας συντελεστής ίσος με 0,029 (θεωρείται ανεπαρκής) και επιπλέον μη στατιστικά σημαντικός ( $p=0,697$ ). Κατά συνέπεια, δεν υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της νόσου και τη χρονική διάρκεια νοσηλείας.

#### ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Από τα δεδομένα της μελέτης αναζητήθηκε το αν υπάρχει διαφορά στη χρονική διάρκεια νοσηλείας ανάμεσα σε αυτούς που καθηλώθηκαν και σε αυτούς που δεν καθηλώθηκαν κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους. Ειδικότερα, έγινε έλεγχος της κανονικότητας χρησιμοποιώντας το τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov. Επειδή  $p<0,05$ , η διάρκεια νοσηλείας δεν ακολουθεί κανονική κατανομή. Κατά συνέπεια, χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια η μη παραμετρική ανάλυση Mann-Whitney U test σύμφωνα με την οποία προέκυψε ότι  $p=0,404$ . Δηλαδή, δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας ανάμεσα σε εκείνους τους ασθενείς που καθηλώθηκαν και σε εκείνους που δεν καθηλώθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Η κατανομή της διάρκειας νοσηλείας στις δύο κατηγορίες (καθήλωση ή όχι) απεικονίζεται με μορφή θηκογράμματος στο σχήμα 13.



Σχήμα 13: Κατανομή της χρονικής διάρκειας νοσηλείας στους ασθενείς που καθιλώθηκαν και σε αυτούς που δεν καθιλώθηκαν κατά τη νοσηλεία τους.



## ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης αναζητήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στο φύλο και την ανάγκη ή όχι καθήλωσης. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  (Chi-square test). Βρέθηκε πως  $p=0,309$ , δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση καθήλωσης-φύλου στους ασθενείς που μελετήθηκαν. Τα ευρήματα απεικονίζονται και στον πίνακα 9.

		φύλο		Σύνολο
		αρρεν	θήλυ	
καθήλωση	όχι	110	57	167
	ναι	41	15	56
Σύνολο		151	72	223

Πίνακας 9: Καθήλωση στα δύο φύλα κατά τη νοσηλεία τους.

## ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης αναζητήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον αν ο ασθενής ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση και την ανάγκη ή όχι καθήλωσης. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  (Chi-square test). Βρέθηκε πως  $p=0,002$ , δηλαδή υπάρχει συσχέτιση στους ασθενείς που μελετήθηκαν. Ειδικότερα, οι ασθενείς υπό παρακολούθηση παρουσίαζαν μικρότερη πιθανότητα να καθηλωθούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Τα ευρήματα απεικονίζονται και στον πίνακα 10.

		Παρακολούθηση		Σύνολο
		ναι	όχι	
καθήλωση	όχι	128	39	167
	ναι	31	25	56
Σύνολο		159	64	223

Πίνακας 10: Καθήλωση ή όχι ανάλογα με την παρακολούθηση.

## ΣΧΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Αναζητήθηκε, επίσης, η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην ηλικία του ασθενούς κατά την εισαγωγή και τη διάρκεια της νοσηλείας (σύγκριση δύο ποσοτικών μεταβλητών). Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson Correlation Coefficient). Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ένας συντελεστής ίσος με 0,097 (θεωρείται ανεπαρκής) και επιπλέον μη στατιστικά σημαντικός ( $p=0,151$ ). Κατά συνέπεια, δεν υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και τη χρονική διάρκεια νοσηλείας.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι σύμφωνα με τα δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας. Η μέση διάρκεια της νοσηλείας (23,32 ημέρες) είναι στα πλαίσια που παρουσιάζονται σε αντίστοιχες εργασίες από άλλες χώρες. Για παράδειγμα, μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Ζηλανδία και δημοσιεύθηκε το 2006 προσδιόρισε τη μέση χρονική διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών στις 16,6 ημέρες σε ένα σύνολο 379 εισαγωγών ψυχιατρικών ασθενών [54].

Όπως επισημάνθηκε και παραπάνω, το άρρεν φύλο αποτελούσε τη συντριπτική πλειοψηφία των εισαγωγών, με ένα ποσοστό 67,7%. Το γεγονός αυτό έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τα ευρήματα μελετών που αφορούσαν πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών από πολλά νοσοκομεία και από διαφορετικές χώρες. Ειδικότερα, πρόσφατη μελέτη κατέδειξε ότι το άρρεν φύλο αποτελούσε ένα στατιστικώς σημαντικό ( $p=0,001$ ) ανεξάρτητο παράγοντα που καθόριζε την ακούσια νοσηλεία στην πλειοψηφία των χωρών που μελετήθηκαν [55]. Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι σύμφωνα με την παραπάνω εργασία σε τρεις χώρες (Βραζιλία, Κίνα και Ελβετία) το θήλυ φύλο σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας [55], γεγονός που αντανακλά για ακόμη μια φορά το πόσο πολυδιάστατοι είναι οι παράγοντες που εμπλέκονται και καθορίζουν τη νοσηλεία των ψυχιατρικών ασθενών ενάντια στη θέλησή τους.

Όπως και σε άλλες ανάλογες μελέτες [56] έτσι και στην παρούσα μελέτη, η σχιζοφρένεια αποτελούσε τη συχνότερη διάγνωση των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών, καθώς αφορούσε ένα ποσοστό ίσο με το 64,6% του συνόλου των ασθενών. Επιπρόσθετα, οι νοσηλεύόμενοι του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας το χρονικό διάστημα 2013-2014, σε απόλυτη συμφωνία με ανάλογες μελέτες της βιβλιογραφίας [56], ήταν στη συντριπτική τους πλειοψηφία άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι, όπως επίσης και μη εργαζόμενοι

κατά τη χρονική στιγμή που εισήχθησαν ακουσίως στη Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

Το γεγονός ότι, παρά το ότι η συγκεκριμένη μελέτη αφορούσε ένα σχετικά μικρό χρονικό διάστημα 2 ετών, εντοπίστηκαν 15 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν εκ νέου για 2<sup>η</sup> φορά και από αυτούς 7 για 3<sup>η</sup> φορά, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας [14]. Όπως επισημάνθηκε και στο γενικό μέρος, οι ψυχιατρικοί ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μη συμμορφωθούν με τις ιατρικές οδηγίες, να σταματήσουν την επίσκεψη στο θεράποντα και να διακόψουν την αγωγή τους. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση της πιθανότητας να εισαχθούν και πάλι στο άμεσο χρονικό διάστημα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Ωστόσο, σε έναν αριθμό 223 ακούσιων νοσηλειών, οι επανεισαγωγές (2<sup>η</sup> και 3<sup>η</sup> εισαγωγή) αποτελούσαν μόλις το 13% (29 συνολικά εισαγωγές).

Από την ανάλυση των δεδομένων εντοπίστηκε η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό των εισαγωγών και ανάμεσα στην ανεργία και τον αριθμό των εισαγωγών. Το γεγονός αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τα στοιχεία που μπορεί να αντλήσει κανείς από την αντίστοιχη βιβλιογραφία [57] [19]. Επιπρόσθετα, από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε πως οι ασθενείς που ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση ήταν λιγότερο πιθανό να καθηλωθούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Το γεγονός αυτό πιστοποιεί ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι λιγότερο επιθετικοί και λιγότερο επικίνδυνοι για τους ίδιους και το περιβάλλον τους, πιστοποιώντας την ανάγκη για συχνή κλινική εκτίμηση και ιατρική καθοδήγηση των ψυχικά πασχόντων. Ανάλογα ευρήματα καταγράφονται και σε αντίστοιχες μελέτες που αφορούσαν τη διερεύνηση και αξιολόγηση όλων εκείνων των παραμέτρων που σχετίζονται με τη μηχανική καθήλωση των ψυχιατρικών ασθενών [26].

Τα στοιχεία αυτά πιστοποιούν με επάρκεια την ανάγκη για μια διαρκή και εμπεριστατωμένη διερεύνηση όλων εκείνων των στοιχείων που αφορούν την ακούσια νοσηλεία μέσα από μελέτες που αφορούν περισσότερους ασθενείς και από περισσότερες ψυχιατρικές κλινικές. Οποιαδήποτε μελέτη των χαρακτηριστικών τόσο των ασθενών που νοσηλεύονται σε μια ψυχιατρική κλινική μετά από εισαγγελική παραπομπή όσο και της ίδιας της νοσηλείας μπορεί να συνδράμει αποφασιστικά στην πληρέστερη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης στρατηγικής αντιμετώπισης του ψυχικά πάσχοντος ασθενούς. Κάτι τέτοιο μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωσή της και να ενδυναμώσει τη θεραπευτική της δυναμική. Η αξία και οι δυνατότητες της ακούσιας νοσηλείας αποτελούν αντικείμενο διενέξεων, οπότε είναι προφανές πως κάθε νέα γνώση στον τομέα συνδράμει αποφασιστικά στην πληρέστερη κατανόησή της. Ο αριθμός των ακούσιων νοσηλειών βρίσκεται υπό τη διαρκή επιρροή μιας πλειάδας παραγόντων που αφορούν τόσο την ίδια τη δομή και λειτουργία του κάθε γενικού ή

ψυχιατρικού νοσοκομείου αλλά και ζητήματα όπως είναι η οργάνωση των ψυχιατρικών δομών ανά περιοχή, η στάση της κοινής γνώμης πάνω στο ευαίσθητο αυτό θέμα, ο επιτολασμός των ψυχιατρικών νοσημάτων ανά περιοχή, νομικοί και ηθικοί περιορισμοί κ.α. [56]. Το ποσοστό των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών σε μελέτη από την οποία αντλήθηκαν τα παραπάνω δεδομένα και έγιναν οι συγκρίσεις που προαναφέρθηκαν προσδιορίστηκε στο 2% επί του συνόλου των εισαγωγών [56]. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η χρήση της ακούσιας νοσηλείας και η ποσοστιαία της αναλογία επί του συνόλου των εισαγωγών σε ψυχιατρικές δομές στα πλαίσια της άσχημης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην οποία βρίσκεται η χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Απαιτούνται περαιτέρω αναλύσεις για να προσεγγιστεί αν έχει υπάρξει αύξηση της χρήσης της (τόσο σε απόλυτες τιμές όσο και ως ποσοστό επί του συνόλου των εισαγωγών), καθώς οι ψυχικά πάσχοντες αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα ατόμων που πλήττεται ευκολότερα από τις δυσοίωνες εξωτερικές συνθήκες.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών το χρονικό διάστημα 2013-2014 στη Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας ήταν ανάλογα με αυτά παρόμοιων μελετών της βιβλιογραφίας. Οι νοσηλευόμενοι ήταν στη συντριπτική τους πλειοψηφία άντρες, άνεργοι, άγαμοι/διαζευγμένοι, κάτοικοι αστικών περιοχών και απόφοιτοι λυκείου. Οι περισσότεροι έπασχαν από σχιζοφρένεια, είχαν πολλαπλές ακούσιες νοσηλείες κατά το παρελθόν, ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση και δεν καθηλώθηκαν. Επιπρόσθετα, με την στατιστική ανάλυση και τη χρήση των ανάλογων στατιστικών δοκιμασιών, εντοπίστηκε συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και το πλήθος των εισαγωγών, ανάμεσα στην ανεργία και τον αριθμό των εισαγωγών και ανάμεσα στην ύπαρξη ιατρικής παρακολούθησης και στην αποφυγή της καθήλωσης. Όπως επισημάνθηκε παραπάνω, οι συσχετίσεις αυτές ήταν σύμφωνες με τα πορίσματα που μπορεί να αντλήσει κανείς από παρόμοιες έρευνες της παγκόσμιας βιβλιογραφίας που έχουν προσεγγίσει ανάλογα ερωτήματα. Περαιτέρω μελέτες που θα περιλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα καταγραφής περιστατικών και δεδομένα από διαφορετικές ψυχιατρικές δομές θα έχουν μεγαλύτερη στατιστική ισχύ και δυνατότητα επιβεβαίωσης ή όχι των ευρημάτων που παρουσιάστηκαν αναλυτικά παραπάνω. Το έλλειμμα στην ελληνική βιβλιογραφία είναι μεγάλο, ενώ το ενδιαφέρον για το όλο θέμα και ιδιαίτερα τις επιδράσεις της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης που μαστιάζει τη χώρα στην ανάγκη προσφυγής στην ακούσια νοσηλεία είναι ιδιαίτερα έντονο. Οποιαδήποτε προσθήκη δεδομένων και ευρημάτων πάνω στο

πολυδιάστατο θέμα της ακούσιας νοσηλείας μπορεί να συνδράμει στην πληρέστερη κατανόηση της, στην αποσαφήνιση των περιορισμών της και συνακόλουθα στην αρτιότερη χρήση της από την επιστημονική κοινότητα. Η αύξηση της γνώσης και η διοχέτευση της στον ευρύτερο πληθυσμό ίσως συνδράμει στον περιορισμό των προκαταλήψεων που εξακολουθούν να υπάρχουν πάνω στο θέμα της ψυχικής νόσου και στην άρση της απομόνωσης του ψυχικά πάσχοντος από το κοινωνικό σύνολο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bhugra, D., et al., *EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist*. European Psychiatry, 2015. **30**(3): p. 423-430.
2. Hustoft, K., et al., *Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry*. International Journal of Law and Psychiatry, 2013. **36**(2): p. 136-143.
3. Καπρίνης, *Κλινική Ψυχιατρική*. 2009: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού
4. Κ.Κοσμάτου, *Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας. Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του ν.2071/92*. 2002, Αθήνα-Κομοτηνή: εκδ. Σάκκουλα.
5. Γ.Τριανταφύλλου, Π.Χ., *Η εισαγγελική εντολή ακούσιας εισαγωγής των ατόμων με ειδικές ψυχικές διαταραχές σε μονάδα ψυχικής υγείας μετά την τροποποίηση του Α.Κ. (Ν.2447/96)*. 2005: Αρμενόπουλος.
6. Λασκαρίδη, Ε.Ι., *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας*. 2012, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
7. Κονταξάκης Β.Π., Χ.-Κ.Μ.Ι., Χριστοδούλου Γ.Ν., *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. 2005, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
8. Bonsack, C. and F. Borgeat, *Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission*. International Journal of Law and Psychiatry, 2005. **28**(4): p. 342-347.
9. Fiorillo, A., et al., *How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study*. European Psychiatry, 2011. **26**(4): p. 201-207.
10. Markiewicz I., H.J., Gardyńska-Ziemba E., *Involuntary psychiatric holds - the structure of admissions on the example of Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw*. Psychiatr Pol. 2016;50(1):7-18, 2016. **50**(1): p. 7-18.
11. Carr, P.G., *The use of mechanical restraint in mental health: a catalyst for change?* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2012. **19**(7): p. 657-664.
12. Petrini, C., *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*. Ann Ist Super Sanità, 2013. **Vol. 49, No. 3: 281-285**.
13. Morandi, S. and T. Burns, *Involuntary outpatient treatment for mental health problems in Switzerland: A literature review*. International Journal of Social Psychiatry, 2014. **60**(7): p. 695-702.
14. Danzer, G. and A. Wilkus-Stone, *The give and take of freedom: The role of involuntary hospitalization and treatment in recovery from mental illness*. Bulletin of the Menninger Clinic, 2015. **79**(3): p. 255-280.
15. Zhou, J.-S., et al., *Voluntary and Involuntary Psychiatric Admissions in China*. Psychiatric Services, 2015. **66**(12): p. 1341-1346.
16. Jendreyshak, J., et al., *Voluntary versus involuntary hospital admission in child and adolescent psychiatry: a German sample*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2014. **23**(3): p. 151-161.

17. Keown, P., G. Mercer, and J. Scott, *Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006*. BMJ : British Medical Journal, 2008. **337**: p. a1837.
18. Salize, H.J. and H. Dressing, *Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union*. The British Journal of Psychiatry, 2004. **184**(2): p. 163-168.
19. Louk van der Post, C.L.M., Clemens M. L. Bernardt, Robert A. Schoevers, Aartjan T. F. Beekman, J. Dekker, *Involuntary Admission of Emergency Psychiatric Patients: Report From the Amsterdam Study of Acute Psychiatry*. . Psychiatric services, 2009(Vol. 60, No. 11).
20. P. Zeppegno, P.A., E. Manzetti, M. Panella, M. Renna, *Involuntary psychiatric admissions: A retrospective study of 460 cases* E.TorreEur. J. Psychiat., 2005. **19**(3): p. 133-143.
21. Røtvold, K. and R. Wynn, *Involuntary psychiatric admission: how the patients are detected and the general practitioners' expectations for hospitalization. An interview-based study*. International Journal of Mental Health Systems, 2016. **10**: p. 20.
22. Douzenis, A., et al., *Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment*. International Journal of Social Psychiatry, 2012. **58**(2): p. 172-177.
23. E., M., *Assessing the evidence of a link between mental illness and violence*. Hosp Community Psychiatry, 1994(45 ): p. 663-668.
24. Steadman, H.J., et al., *Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods*. Archives of General Psychiatry, 1998. **55**(5): p. 393-401.
25. Marie E. Rueve, R.S.W., *Violence and mental illness*. Psychiatry 2008.
26. Newton, V.M., et al., *Clinical Decision-making About Inpatient Violence Risk at Admission to a Public-Sector Acute Psychiatric Hospital*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 2012. **40**(2): p. 206-214.
27. Moberg, T., et al., *Psychiatric and neurological disorders in late adolescence and risk of convictions for violent crime in men*. BMC Psychiatry, 2015. **15**: p. 299.
28. Berzlanovich, A.M., J. Schöpfer, and W. Keil, *Deaths Due to Physical Restraint*. Deutsches Ärzteblatt International, 2012. **109**(3): p. 27-32.
29. Χριστοδούλου Χρ., Μ.Ι., Λύκουρας Ελ., *Η διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς στο Γενικό Νοσοκομείο*. Hellenic Psychiatry General Hospital, 2008. **5**(1).
30. Wolfman S, S.T., *Ethical dilemmas of Statutory Committees for involuntary hospitalization of mentally ill patients*. Med Law. 2010 2010(2): p. 193-204.
31. Morse, S.J., *A Preference for Liberty: The Case against Involuntary Commitment of the Mentally Disordered*. 1982. **70**(1).
32. Gelkopf, M., et al., *Attitudes, Opinions, Behaviors, and Emotions of the Nursing Staff Toward Patient Restraint*. Issues in Mental Health Nursing, 2009. **30**(12): p. 758-763.
33. Chong, H.Y., et al., *Global economic burden of schizophrenia: a systematic review*. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016. **12**: p. 357-373.
34. Darrell-Berry, H., K. Berry, and S. Bucci, *The relationship between paranoia and aggression in psychosis: A systematic review*. Schizophrenia Research.
35. Bortolato, B., et al., *Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses*. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2015. **11**: p. 3111-3125.
36. Karanti, A., et al., *Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients*. Journal of Affective Disorders. **174**: p. 303-309.

37. Madre, M., et al., *Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2016: p. n/a-n/a.
38. Mehta, A.J., *Alcoholism and critical illness: A review*. World Journal of Critical Care Medicine, 2016. **5**(1): p. 27-35.
39. van Amsterdam, J. and W. van den Brink, *The high harm score of alcohol. Time for drug policy to be revisited?* Journal of Psychopharmacology, 2013. **27**(3): p. 248-255.
40. Williams, A.R., S. Cohen, and E.B. Ford, *Statutory Definitions of Mental Illness for Involuntary Hospitalization as Related to Substance Use Disorders*. Psychiatric Services, 2014. **65**(5): p. 634-640.
41. Beary, M., R. Hodgson, and H.J. Wildgust, *A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: clinical and research implications*. Journal of Psychopharmacology, 2012. **26**(5 suppl): p. 52-61.
42. MELLOS, E., I. LIAPPAS, and T. PAPARRIGOPOULOS, *Comorbidity of Personality Disorders with Alcohol Abuse*. In Vivo, 2010. **24**(5): p. 761-769.
43. Goodman, D.J. and K.B. Wolff, *Screening for Substance Abuse in Women's Health: A Public Health Imperative*. Journal of Midwifery & Women's Health, 2013. **58**(3): p. 278-287.
44. Pomini V, M.L., Paparrigopoulos T, Liappas j, *Alcohol misuse in Greece: a 15-year experience from a specialized outpatient service*. Psychiatriki, 2014. **25**(3): p. 208-216.
45. Bendelow, G., *Ethical aspects of personality disorders*. Current Opinion in Psychiatry, 2010. **23**(6): p. 546-549.
46. Antypa, N., A.J.W. Van der Does, and B.W.J.H. Penninx, *Cognitive reactivity: Investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression*. Journal of Affective Disorders. **122**(1): p. 46-52.
47. Mylona, K., et al., *Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis*. Public Health. **128**(8): p. 752-754.
48. Darroff R., F.D., Jancovic J., Mazziotta J, *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. Vol. II. 2014: Elsevier Saunders.
49. Gerace, A., et al., *Restraint use in acute and extended mental health services for older persons*. International Journal of Mental Health Nursing, 2013. **22**(6): p. 545-557.
50. Fujii, D.E. and I. Ahmed, *Psychotic Disorder Caused by Traumatic Brain Injury*. Psychiatric Clinics of North America, 2014. **37**(1): p. 113-124.
51. DeKosky, S.T., et al., *Acute and chronic traumatic encephalopathies: pathogenesis and biomarkers*. Nature reviews. Neurology, 2013. **9**(4): p. 192-200.
52. Fok, M.L.-Y., et al., *The impact of co-morbid personality disorder on use of psychiatric services and involuntary hospitalization in people with severe mental illness*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2014. **49**(10): p. 1631-1640.
53. Xiao, H., N. Wignall, and E.S. Brown, *An open-label pilot study of icariin for co-morbid bipolar and alcohol use disorder*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2016. **42**(2): p. 162-167.
54. Abas, M.A., et al., *Socio-economic deprivation and duration of hospital stay in severe mental disorder*. The British Journal of Psychiatry, 2006. **188**(6): p. 581-582.
55. Curley, A., et al., *Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables*. International Journal of Law and Psychiatry.
56. Potkonjak J., K.D., *Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients--retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health*. Acta Clin Croat, 2008. **47**(3): p. 141-7.

57. Kessell, E.R., et al., *Rates of Unemployment and Incidence of Police-Initiated Examinations for Involuntary Hospitalization in Florida*. Psychiatric Services, 2006. **57**(10): p. 1435-1439.