

Υπηρεσίες ψυχικής υγείας I

Αναφορά περίπτωσης 1

Ο Γιάννης είναι 23 ετών, άνεργος, χωρίς σύντροφο και ζει με τους γονείς του. Πάσχει από χρόνια σχιζοφρένεια. Στα οξεία επεισόδια της ασθένειάς του αναστατώνεται, διότι ακούει φωνές να τον απειλούν και γίνεται φοβισμένος και καχύποπτος απέναντι στους γονείς του. Στο παρελθόν έχει απειλήσει τη μητέρα του, με αποτέλεσμα αυτή να τον φοβάται, παρόλο που δεν την έχει κακοποιήσει ποτέ σωματικά. Η φαρμακευτική του αγώγη ελέγχει αποτελεσματικά αυτά τα επεισόδια, αλλά δεν του αρέσει να τη λαμβάνει και συχνά την «εχνάει». Μεταξύ των επεισοδίων είναι απόμακρος και περνάει τον πιο πολύ χρόνο του στο κρεβάτι, χωρίς ιδιαίτερη επαφή με την οικογένειά του και χωρίς φιλικές σχέσεις. Ο πατέρας του Γιάννη θυμώνει που ο γιος του «τεμπελάζει» και θα ήθελε να μη μένει πια μαζί τους- ωστόσο ο Γιάννης δε φαίνεται πρόθυμος να φύγει.

α) Ποια μέλη της ψυχιατρικής διεπιστημονικής ομάδας πρέπει να ασχοληθούν με την περιθαλψή του Γιάννη, και σε τι ρόλους;

β) Ποιο μέλος της παραπάνω ομάδας θα είναι καλύτερο να τη συντονίζει και για ποιον λόγο;

Οι περισσότερες ψυχικές νόσοι οφείλονται σε έναν συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Κάποιοι ασθενείς έχουν σύνθετες ανάγκες οι οποίες δεν μπορούν να καλυφθούν από έναν μόνο επαγγελματία ψυχικής υγείας. Οταν υποτροπάζουν οι ασθενείς συχνά δεν μπορούν να εκπληρώσουν τον συνηθισμένο τους ρόλο στο σπίτι, στη δουλειά τους και αλλού, ενώ μπορεί επίσης να παραμελούν ή ακόμα και να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Η συμπεριφορά τους μπορεί να είναι παράδοξη, παρορμητική, βίαιη ή δίχως αναστολές, με αποτέλεσμα να βλάπτουν τις προσωπικές τους σχέσεις ή ακόμη και να προκαλούν κακό σε άλλους ανθρώπους. Κοινωνικοί παράγοντες, όπως η έλλειψη στέγης και η ανεργία, ενδέχεται να εποπειδύσουν την επέλευση ή την εγκατάσταση της νόσου, άρα σαφώς και δεν πρέπει να παραβλέπονται στον σχεδιασμό της θεραπείας. Συνεπώς, είναι σημαντικό οι φορείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας να συμπεριλαμβάνουν την ψυχιατρική υπηρεσία, την κοινωνική υπηρεσία, υπηρεσίες στέγασης, εθελοντικούς φορείς κ.ά., σε στενή συνεργασία μεταξύ τους. Αυτός ο τρόπος διεπιστημονικής συνεργασίας είναι χαρακτηριστικό της ψυχιατρικής και τη διαφοροποιεί από πολλούς άλλους ιατρικούς κλάδους. Οι ψυχίατροι συνήθως εργάζονται σε διεπιστημονικές ομάδες, σε ποικιλά περιβάλλοντα, τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα.

Η ψυχιατρική αλλάζει πρόσωπο

Τα παλιά ψυχιατρικά νοσοκομεία στην πλειονότητά τους δημιουργήθηκαν ως αποτέλεσμα ειδι-

κών νόμων για τους ψυχικά ασθενείς (ήδη από τον 19ο αιώνα στη Μ. Βρετανία). Συνήθως ήταν μεγάλα, επιβλητικά, κτήρια σε απομονωμένες τοποθεσίες στην ήπαυθρο και αποκομμένα από τον έξω κόσμο. Τα νοσοκομεία γρήγορα γέμισαν και ο αριθμός των κλινών τους αυξάνοταν με ανησυχητικό ρυθμό για τα επόμενα εκατό χρόνια. Δίχως επαρκές σύστημα εκτίμησης και διάγνωσης, πολλοί ασθενείς εισάγονταν και παρέμεναν στο νοσοκομείο χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο. Η απουσία αποτελεσματικών θεραπειών σήμαινε ότι η νοσηλεία των ασθενών είχε κυρίως χαρακτήρα επιστασίας ή φύλαξης. Γενικώς, οι ασθενείς νοσηλεύονταν παρά τη θέλησή τους, για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Οι κλινικές ήταν κλειστού τύπου και οι ασθενείς μπορούσαν να βγαίνουν σε εξωτερικό χώρο μόνο υπό την επίβλεψη του προσωπικού.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1930, αναπτύχθηκε η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) και με αργό στην αρχή ρυθμό άρχισε να διευρύνεται η πρακτική των ανοιχτών θυρών, η εκούσια νοσηλεία και η περιθαλψή σε εξωνοσοκομειακή βάση. Ο αριθμός των κλινών σε ψυχιατρικές κλινικές άρχισε να ελαττώνεται και η όλη διαδικασία επιταχύνθηκε από την ανακάλυψη και καθιέρωση, το 1952, της χλωροπρομαζίνης, που ήταν η πρώτη φαρμακευτική αγωγή για τη σχιζοφρένεια. Ασθενείς με βαριά διαταραχγένεν ψυχική υγεία που ήταν πολύ δύσκολοι στη διαχείρισή τους άρχισαν να βελτιώνονται με το παραπάνω φάρμακο, επιτέρωντας έτσι το άνοιγμα περισσότερων κλινικών και την έξοδο κι άλλον ασθενών

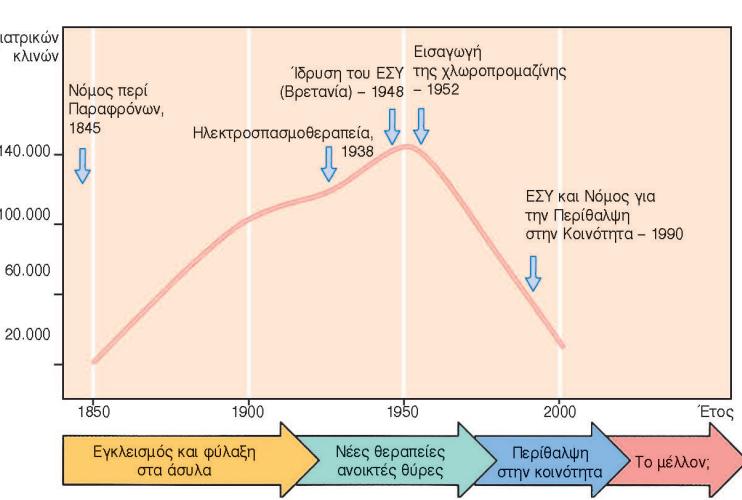
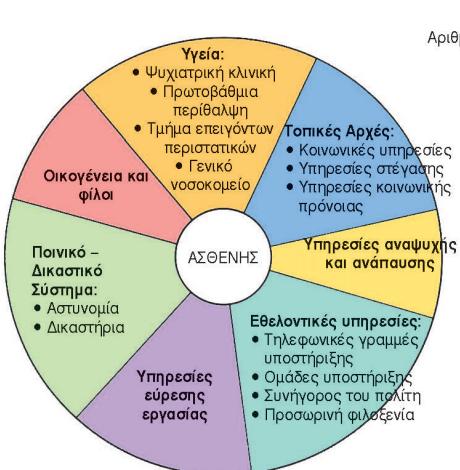
από τα νοσοκομεία. Η έξοδος αυτή διευκολύνθηκε περαιτέρω από παρεμβάσεις αποκατάστασης στην κοινότητα για την αντιμετώπιση των αποτελεσμάτων της μακρόχρονης ιδρυματικής διαβίωσης, καθώς έγινε αντιληπτό ότι η ίδια η διαβίωση καταστούσε πολλούς ασθενείς ανάπτυρους και ανίκανους να ζήσουν αυτόνομα.

Έκτοτε, υπάρχει αυξανόμενη τάση για την παροχή ψυχιατρικής περιθαλψης στην κοινότητα. Ο αριθμός των ψυχιατρικών κρεβατιών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία έχει δραματικά περιοριστεί και οι μακροχρόνιοι τρόφιμοι των παλιών ιδρυμάτων έχουν μετεγκατασταθεί σε κοινωνικές υπηρεσίες: ορισμένοι ζουν ανεξάρτητα, ενώ άλλοι μετακινήθηκαν σε κοινωνικά διαμερίσματα, οικοτροφεία ή ξενώνες προστατευμένης διαβίωσης. Όπου αυτό είναι δυνατόν, οι ασθενείς πλέον περιθάλπονται στα σπίτια τους, σε εξωτερικά ιατρεία ή σε μονάδες ημερήσιας νοσηλείας. Η νοσηλεία στο νοσοκομείο θα είναι πάντα απαραίτητη για ορισμένους ασθενείς και ιδιαίτερα θα πρέπει να παρέχεται σε ειδικές μονάδες, κοντά στον τόπο διαμονής του ασθενούς, επιτρέποντας την τακτική επαφή του με το οικογενειακό και το φιλικό του περιβάλλον και την ομαλή μετάβαση από το νοσοκομείο πίσω στο σπίτι, όταν αναφρώσει.

Πλαίσιο ψυχιατρικής περιθαλψης

Νοσηλεία στο νοσοκομείο

Σε γενικές γραμμές, ενδελεχής εκτίμηση και θεραπεία είναι εφικτό να πραγματοποιηθούν στην κοινότητα και λίγοι ασθενείς χρειάζεται να νοσηλεύονται. Όπου είναι απαραίτητο, οι ψυχιατρικές κλινικές μπορούν να παράσχουν ένα ασφαλές, υποστηρικτικό περιβάλλον για τους πιο βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η επείγουσα εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητη, όταν υπάρχει κίνδυνος ο ασθενής να παραμελήσει ή να βλάψει τον εαυτό του, να κάνει απόπειρα αυτοκαταστροφής ή να γίνει βίαιος. Ορισμένες θεραπείες, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ή η κλοιζόπινη κατά την έναρξη της θεραπείας, συχνά απαιτούν νοσηλεία, αν και οι υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας γίνονται όλοι και πιο ευέλικτες, ώστε να μπορούν να παράσχουν ακόμη και τις πλέον σύνθετες θεραπείες σε εξωνοσοκομειακή βάση.



Εξωτερικά ιατρεία

Τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία συνήθως οργανώνονται στο περιβάλλον της κοινότητας, π.χ. σε κοινοτικά ιατρεία ή σε κέντρα ψυχικής υγείας. Οι περισσότεροι ασθενείς που παραπέμπονται σε ψυχίατρο εκτιμώνται και περιθάλπονται σε αυτό το πλαίσιο. Ορισμένες σχετικές δομές παρέχουν και εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως θεραπεία με λίθιο ή με κλοζαπίνη και ιατρεία ενέσιμων αντιψυχωτικών βραδείας αποδέσμευσης (depot). Συχνά τις δομές αυτές διαχειρίζονται άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με τους ψυχίατρους να παρεμβαίνουν επιλεκτικά.

Μονάδες ημερήσιας νοσηλείας

Οι μονάδες ημερήσιας νοσηλείας στελεχώνονται από διεπιστημονικές ομάδες και μπορούν να παράσχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Είναι δυνατόν να αξιοποιηθούν ως εναλλακτική της εισαγωγής στο νοσοκομείο για ασθενείς που χρειάζονται ένα υψηλό επίπεδο υποστήριξης και παρακολούθησης, αλλά θεωρούνται αρκετά υγείες για να μένουν στο σπίτι τους τα βράδια και το Σαββατοκύριακο. Αυτό συχνά καθίσταται εφικτό μέσω της βοήθειας από συγγενείς και φροντιστές. Η χρήση τους έχει ελαττωθεί στην περιθαλψη των ενηλίκων, αλλά εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται συχνά στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ηλικιωμένους.

Κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας

Οι ΚΟΨΥ αποτελούνται από ψυχίατρους, κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές και επισκέπτες υγείας που εργάζονται μαζί με σκοπό την παροχή περιθαλψης στην κοινότητα. Οι ΚΟΨΥ εδρεύουν σε κέντρα μακριά από τα νοσοκομεία, βολικά στην πρόσβαση για την κοινότητα που εξυπηρετούν. Παρακολουθούν ασθενείς στα σπίτια των τελευταίων και σε εξωτερικές δομές. Το πρότυπο αυτό έχει τροποποιηθεί για να συμπεριλαμβάνει εξειδικευμένες ομάδες, που περιγράφονται παρακάτω.

Η διεπιστημονική ομάδα Ψυχικής υγείας
Οι ψυχίατροι κατά κανόνα εργάζονται στο πλαίσιο μιας ΔΟΨΥ, ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν στους ασθενείς μία ολοκληρωμένη περιθαλψη, που ανταποκρίνεται στις ιατρικές, κοινωνικές και ψυχολογικές τους ανάγκες. Ιδιαίτερα, τα μέλη μιας ΔΟΨΥ βρίσκονται σε στενή συνεργασία, με τακτικές συναντήσεις στις οποίες συζητούνται τα προβλήματα των ασθενών και η φροντίδα τους. Εξετάζονται οι αιτίες παραπομπής στην ομάδα και οι ασθενείς κατανέμονται στο καταλληλότερο μέλος της ομάδας, για εκτίμηση. Ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται επαφή μόνο με ένα μέλος της ΔΟΨΥ, ενώ άλλοι έχουν πιο σύνθετες ανάγκες και μπορεί να βρίσκονται σε συνεχή επαφή με περισσότερα μέλη.

Οι ΔΟΨΥ αποδίδουν στο μέγιστο της αποτελεσματικότητάς τους, αν τα μέλη μοιράζονται έναν κοινό στόχο, επικοινωνούν καλά μεταξύ τους και είναι ξεκάθαρο ποιος είναι ο θεραπευτής που έχει την κύρια ευθύνη. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τον ρόλο αυτό αναλαμβάνει ο επιβλέπων ψυχίατρος. Καθώς, ωστόσο, η σχέση μεταξύ των υπόλοιπων μελών της ομάδας δεν είναι ιεραρχική, ενδέχεται να υπάρχουν συγκρούσεις ως προς το ποιος είναι ο κύριος θεραπευτής. Είναι ζωτικής σημασίας όλα τα μέλη της ομάδας να αισθάνονται ικανοποιημένα με αυτόν που αναλαμβάνει τον καθοδηγητικό ρόλο. Η ελεύθερη συζήτηση μεταξύ των μελών για κάθε θέμα είναι επίσης πολύ σημαντική.

Ο ρόλος του κάθε μέλους και των δεξιοτήτων που μπορούν να συνεισφέρουν στην ομάδα πρέπει να είναι ξεκάθαρα αντιληπτός από όλους. Είναι πιθανό να υπάρξει αλληλοεπικάλυψη αρμοδιοτήτων και είναι σημαντικό οι αρμοδιότητες του καθενός στην περιθαλψη του εκάστοτε ασθενούς να είναι σαφώς καθορισμένες.

Ποιοι συμμετέχουν στη ΔΟΨΥ;

Οι ψυχίατροι είναι ιατροί που έχουν ειδικευτεί στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών και έχουν πιστοποιηθεί από τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας της κάθε χώρας. Είναι υπεύθυνοι για την ιατρική περιθαλψη των ψυχικά ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, της διάγνωσης και της αντιμετώπισης, ενώ είναι και τα μόνα μέλη των ΔΟΨΥ που έχουν τη δυνατότητα να συνταγογραφούν φάρμακα. Έχουν συγκεκριμένες ευθύνες στο πλαίσιο του Νόμου περί Ψυχικής Υγείας (βλ. σ. 18).

Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές είναι απόφοιτοι νοσηλευτικής που έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακό κύκλο εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία. Ο ρόλος τους ποικίλλει και μπορεί να εργάζονται σε πολλά διαφορετικά περιβάλλοντα, όπως νοσοκομεία, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, εξωτερικά ιατρεία και άλλες δομές εξωνοσοκομειακής περιθαλψης στην κοινότητα. Στο νοσοκομείο είναι υπεύθυνοι για τη διατήρηση θεραπευτικού και ασφαλούς περιβάλλοντος και για την επιβλεψη και παρακολούθηση των ασθενών.

Οι κοινοτικοί ψυχιατρικοί νοσηλευτές είναι πτυχιούχοι νοσηλευτικής που έχουν εκπαιδευτεί στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στην κοινότητα. Συνήθως εργάζονται σε Κοινοτικές Ομάδες Ψυχικής Υγείας. Ο ρόλος τους περιλαμβάνει την παροχή ψυχολογικών θεραπειών, τη μακροχρόνια υποστήριξη των χρονίων ψυχικά ασθενών, τη συμβούλευτική και τη χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων βραδείας αποδέσμευσης (depot).

Οι κλινικοί ψυχολόγοι είναι κάτοχοι πτυχίου ψυχολογίας με μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην κλινική ψυχολογία. Ο ρόλος τους έγκειται στην εκτίμηση των ασθενών και στην παροχή και την επιβλεψη της παροχής ψυχολογικών θεραπειών. Ανάλογα με την εξειδικευση, μπορούν επίσης να παρέχουν υπηρεσίες αξιολόγησης της νοημοσύνης, της προσωπικότητας και της νευροψυχολογικής λειτουργίας ασθενών με υποψία οργανικής εγκεφαλικής βλάβης ή άνοιας.

Οι εργοθεραπευτές είναι απόφοιτοι των σχετικών τμημάτων. Συνήθως εργάζονται στο νοσοκομείο, αλλά και άλλο συχνότερα πλέον απασχολούνται και στην κοινότητα, βοηθώντας τους ψυχικά ασθενείς να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και δεξιότητες στο κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον, χρησιμοποιώντας ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων.

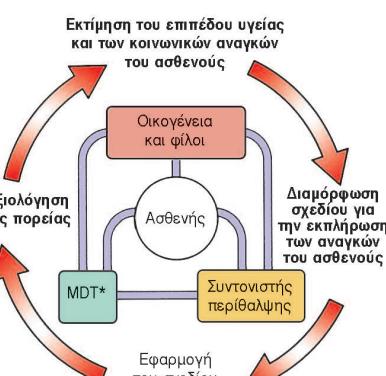
Οι κοινωνικοί λειτουργοί κατέχουν τίτλους σχετικών σπουδών και ενδεχομένως μετεκπαίδευση στην ψυχική υγεία. Στη Μ. Βρετανία οι κοινωνικοί

λειτουργοί στις ΔΟΨΥ συχνά λειτουργούν ως εγκεκριμένοι παροχείς ψυχικής υγείας, ασκώντας τις αρμοδιότητές τους με βάση τον Νόμο περί Ψυχικής Υγείας. Έχουν ευρύ ρόλο, παρέχοντας μια κοινωνική προοπτική στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Άλλοι υποστηρικτικοί λειτουργοί, όπως π.χ. οι επισκέπτες υγείας, έχουν ως ρόλο τους να παράσχουν υποστήριξη και να αφιερώνουν χρόνο στον ασθενή καθώς αυτός οδεύει προς την ανάρρωση και την αποθεραπεία του. Εργάζονται κάτω από την επιβλεψη του κύριου συντονιστή Φροντίδας.

Η αρχή της «συνέχειας της φροντίδας»

Η θεραπευτική προσέγγιση που βασίζεται στην αρχή της «συνέχειας της φροντίδας» είναι σημαντικό τημήμα της πολιτικής για την ψυχική υγεία στη Μ. Βρετανία. Εφαρμόστηκε αρχικά το 1991, μετά από τη διατύπωση προβληματισμών για ορισμένους ασθενείς που δεν καλύπτονται από τις συνήθησης του τότε δικτύου υπηρεσιών και συνεπώς δε λάμβαναν περιθαλψη. Το πρόγραμμα αυτό σχεδιάστηκε για να διασφαλίσει ότι οι διάφορες υπηρεσίες και οι επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στον χώρο των ενάλωσην ψυχικά ασθενών εργάζονται μαζί με τον ασθενή και την οικογένειά του, ώστε να αινιαπύνονται συντονισμένα σχέδια διαχείρισης της ασθένειας, χωρίς αυσηνέχεια από τη μία δομή στην άλλη. Ένας «Συντονιστής Φροντίδας» επιλέγεται μεταξύ των μελών της ΔΟΨΥ για να εξασφαλίσεται η εφαρμογή του σχεδίου διαχείρισης. Το 2008 το πρόγραμμα αυτό τροποποιήθηκε, ώστε μόνο οι ασθενείς με σύνθετες ανάγκες περιθαλψης να εμπίπτουν σε αυτό. Η φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών σχεδιάζεται και επιβλέπεται από έναν «Επικεφαλής Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας». Στην Ελλάδα δεν εφαρμόζονται σχετικά προγράμματα, με αποτέλεσμα συχνά να παρατηρούνται φαινόμενα ασυνέχειας της φροντίδας ή το φαινόμενο της «κυλιόμενης πόρτας» όπου οι ίδιοι ασθενείς επανεισάγονται στο νοσοκομείο, λίγο διάστημα μετά την έξοδό τους από αυτό.



Εικόνα 3 Η αρχή της συνέχειας της φροντίδας.

*Διεπιστημονική ομάδα

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας I

- Οι ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του ψυχικά ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν.
- Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες εργάζονται με άλλους φορείς για να καλύψουν τις ανάγκες του ασθενούς, π.χ. κοινωνικές υπηρεσίες, υπηρεσίες εύρεσης στέγης και εθελοντικούς φορείς.
- Οι ψυχίατροι εργάζονται σε διεπιστημονικές ομάδες που περιλαμβάνουν νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και εργοθεραπευτές.

Υπηρεσίες Ψυχικής υγείας II

Αναφορά περίπτωσης 2

Η Τζένη έχει ισαχθεί για ακούσια νοσηλεία κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας. Εισήχθη με οξύ μανιακό επεισόδιο. Είχε σταματήσει να πάίρνει το λίθιο για λίγες εβδομάδες πριν από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο και δεν είχε τηρήσει κανένα από τα ραντεβού της με τον συντονιστή της φροντίδας της και τον ψυχίατρο της κοινοτικής ομάδας ψυχικής υγείας. Έχει ανταποκριθεί καλά στη θεραπεία κατά τη νοσηλεία και τα πήγε καλά στην πρώτη της άδεια στο σπίτι. Ουτόσο, εξακολουθεί να έχει πτωχή ενασθησία και να είναι αμφιθυμική για τη λήψη του λιθίου εκτός νοσοκομείου. Η κλινική έχει ζητήσει συνάντηση με την ομάδα που θα είναι υπεύθυνη για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα της, ώστε να σχεδιάσουν το πλάνο εξόδου της.

- α. Ποιοι θα πρέπει να παραστούν στη συνάντηση για τον προγραμματισμό της εξόδου της;
 β. Τι θα μπορούσε να περιλαμβάνεται στο σχέδιο;

Τα τελευταία χρόνια, ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει αλλάξει δραματικά, με την ανάπτυξη καινούριων υπηρεσιών που δινούν όλο και περισσότερο έμφαση στη φροντίδα στο σπίτι. Οι υπηρεσίες αυτές ειδικεύονται σε συγκεκριμένους τομείς υποστήριξης και οι ασθενείς συχνά θα αλλάξουν ομάδες όσο εξελίσσεται η ασθένεια τους ή μεταβάλλονται οι συνθήκες. Επίσης είναι πιθανόν να δέχονται βοήθεια από πολλές ομάδες ταυτόχρονα. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο φροντιστής-συντονιστής παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, διότι παρέχει ένα σταθερό σημείο επαφής για τον ασθενή, ενώ όλες οι ομάδες πρέπει να εργαστούν εντατικά για την αποτελεσματική επικοινωνία με τις υπόλοιπες. Σε αυτή την ενότητα περιγράφονται τρεις εξειδικευμένες ομάδες – Υπηρεσία Επίλυσης Κρίσης και Θεραπείας στο σπίτι (YEK), Υπηρεσία Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (YEP) και Υπηρεσία Παροχής Ενεργητικής Υποστήριξης (YPEY). Υπάρχουν πολλοί άλλοι τύποι εξειδικευμένων ομάδων, όπως περιγεννητικής υποστήριξης, διασυνδετικής/συμβουλευτικής υπηρεσίας, ψυχογηριατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες για την αντιμετώπιση ατόμων εξαρτημένων από αλκοόλ και άλλες ουσίες, που θα περιγραφούν στα αντίστοιχα κεφάλαια αργότερα στο βιβλίο.

Στο σχήμα 1 απεικονίζεται η διαδρομή που ακολουθεί ένας 19χρονος ασθενής, ο Σταύρος, στο σύστημα ψυχικής υγείας. Ο Σταύρος επισκέπτεται πρώτα τον οικογενειακό του ιατρό

νότερα από πίεση της μητέρας του. Αυτή είναι προβληματισμένη, καθώς ο γιος της περνάει την περισσότερη ώρα στο δωμάτιό του, δίχως να βλέπει τους φίλους του, έχοντας την τάση να κοιμάται όλη την μέρα και να παραμένει ξαγρυπνος το βράδυ. Ο ιατρός ανησυχεί μήπως ο Σταύρος έχει κατάθλιψη και τον παραπέμπει στην κοινοτική ομάδα ψυχικής υγείας (ΚΟΨΥ). Αρχικά, αξιολογείται από έναν κοινωνικό λειτουργό της ομάδας, ο οποίος τον επισκέπτεται στο σπίτι. Ο Σταύρος αναφέρει στον κοινωνικό λειτουργό ότι περνάει την περισσότερη ώρα στον υπολογιστή, επειδή πιστεύει ότι υπάρχει μια συνωμοσία στην οποία εμπλέκονται οι αστυνομικές δυνάμεις διάφορων χωρών, που συνεργάζονται ώστε να υποστηρίζουν τρομοκρατικές ενέργειες. Επειδή γνωρίζει γι' αυτό, ανησυχεί μήπως γίνει τρομοκρατικός στόχος ο ίδιος και νιώθει πως πρέπει να κρατήσει χαμηλό προφίλ. Φοβάται πολύ και αγχώνεται, έχοντας αυτές τις ιδέες, αλλά δεν το έχει συζητήσει με κανέναν άλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός σκέπτεται πως ίσως τα συμπτώματα αυτά είναι ενδεικτικά ψύχωσης και τον παραπέμπει στην ΚΟΨΥ, ώστε ένας ψυχίατρος να κάνει επείγουσα ψυχιατρική εκτίμηση.

Ο ψυχίατρος συμφωνεί πως ο Σταύρος πάσχει από ψυχωτική διαταραχή και συστήνει έναρξη αντιψυχωτικών φαρμάκων. Καθώς είναι νέος σε ηλικία και παρουσιάζει για πρώτη φορά ψυχωτικά συμπτώματα, συμφωνούν να τον παραπέμψουν στην υπηρεσία έγκαιρης

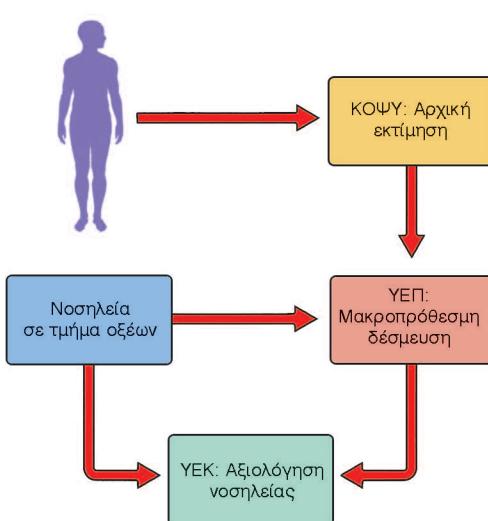
παρέμβασης στην ψύχωση (YEP). Την επόμενη ημέρα, μία νοσηλεύτρια από την ομάδα επισκέπτεται τον Σταύρο και την μητέρα του στο σπίτι τους. Συμφωνούν να γίνει η συντονιστρια του και να τον βλέπει τακτικά, ώστε να ολοκληρώσει την αξιολόγηση, να παρακολουθήσει την πρόοδο του και να προσφέρει υποστήριξη στη μητέρά του. Ουτόσο, η ψυχική κατάσταση του Σταύρου επιδεινώνεται. Είναι πολύ καχύποπτος απέναντι στα φάρμακα, φοβάται ότι μπορεί να τον δηλητηριάζουν, ενώ δείχνει καχυποψία προς το προσωπικό και μετανιώνει που μίλησε για τους φόβους του, αφού πιστεύει ότι αντό θα τον θέσει σε κίνδυνο. Καθώς η κατάσταση χειροτερεύει, η ομάδα αποφασίζει ότι μπορεί να χρειαστεί εισαγωγή στο νοσοκομείο. Επομένως στην υπηρεσία επίλυσης της κρίσης και θεραπείας κατ' οίκον (YEK). Ο ρόλος της YEK είναι να αξιολογήσει κατά πόσον είναι ασφαλές να παραμείνει ο ασθενής στο σπίτι για να υποστηρίχει από την ομάδα τους.

Ο σύμβουλος της ομάδας και η νοσηλεύτρια επισκέπτονται τον Σταύρο στο σπίτι και αποφασίζουν ότι δεν θα είναι δυνατόν να τον αντιμετωπίσουν εκεί, εξαιτίας του βαθμού δυσφορίας που βιώνει, καθώς και της άρνησής του να πάρει φάρμακα. Ως εκ τούτου, εισάγεται ακούσιως στην ψυχιατρική κλινική της περιοχής του. Ο Σταύρος αξιολογείται και αντιμετωπίζεται από τον ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής και ανταποκρίνεται καλά στην αντιψυχωτική αγωγή την οποία συμφωνεί να πάρει κατά τη νοσηλεία του, αλλά και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Κατά την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο, η συντονιστρια της YEP τον επισκέπτεται συχνά και εφόσον η ψυχική του κατάσταση βελτιώνεται επισκέπτονται μαζί και το σπίτι του. Πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο, πραγματοποιείται μια συνάντηση της ομάδας που είναι υπεύθυνη για τη συνέχεια της φροντίδας του, με συμμετέχοντες τους θεραπευτές της κλινικής, την ομάδα της YEP και την ομάδα της YEK και συμφωνούν ότι καθώς έχει αναπτύξει μια καλή σχέση με την συντονιστρια του, μπορεί να πάρει εξήτηριο χωρίς την υποστήριξη της ομάδας επίλυσης κρίσης.

Υπηρεσία επίλυσης κρίσης και θεραπείας στο σπίτι (YEK)

Αυτές οι ομάδες είναι συχνά γνωστές και ως ομάδες Παρέμβασης στην Κρίση, Ανταπόκρισης στην Κρίση ή Ταχείας Ανταπόκρισης. Είναι κοινοτικές δομές, αλλά ο ρόλος τους συνδέεται στενά με τον ρόλο της ενδονοσοκομειακής μονάδας νοσηλείας. Αναλαμβάνουν ασθενείς οι οποίοι στο παρελθόν θα νοσηλεύονταν σε κλινική. Η βάση τους συχνά βρίσκεται μέσα στις ενδονοσοκομειακές μονάδες και λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Ο ρόλος τους περιλαμβάνει:

■ Την αξιολόγηση της αναγκαιότητας νοσηλείας – αυτό σημαίνει πως έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για το αν ένας ασθενής πρέπει να εισαχθεί για νοσηλεία σε ένα τμήμα οξείας νοσηλείας. Αν ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπιστεί εκτός του νοσο-



Εικόνα 1 Η διαδρομή του Σταύρου στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

κομείου, εκείνοι παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα ώστε αυτό να επιτευχθεί.

- Την αντιμετώπιση στο σπίτι – οι ομάδες φροντίζουν στο σπίτι τους ασθενείς που χωρίς αυτή την παρέμβαση θα έπρεπε να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Μπορούν να αποτρέψουν την εισαγωγή, παρέχοντας εντατική και ευέλικτη υποστήριξη σε περίπτωση οξείας υποτροπής, επισκεπτόμενοι πολλές φορές την ημέρα, αν χρειαστεί, επιβλέποντας τη φαρμακευτική αγωγή και στηρίζοντας την οικογένεια. Επιπλέον, συνεργάζονται με την κλινική, ώστε να εξασφαλίσουν ότι οι νοσηλευόμενοι μπορούν να εξελθουν από το νοσοκομείο το γρηγορότερο δυνατόν και να συνεχίσουν τη θεραπεία στο σπίτι. Αυτή η μετάβαση από την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση στη φροντίδα στο σπίτι θα πρέπει να γίνεται ομαλά.
 - Την επίλυση κρίσης – οι ομάδες είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις ψυχιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στην κοινότητα οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας ή της νύχτας, 7 ημέρες την εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια του τυπικού ωραρίου, οι κοινωνικές ομάδες ψυχικής υγείας συνήθως επιτελούν αυτό το έργο, αλλά εκτός αυτών των ωρών αναλαμβάνουν οι ομάδες ΥΕΚ. Οι οικογενειακοί ιατροί και τα γενικά νοσοκομεία μπορούν να παραπέμψουν απευθείας σε αυτές για γνωστούς ασθενείς. Έχουν επίσης το δικαίωμα να εκτιμήσουν ασθενείς κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας προκειμένου να αποφευχθεί η εισαγωγή και να προτιμηθούν εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης.

Οι ομάδες αυτές συνήθως δεν παίρνουν τον ρόλο του συντονιστή της φροντίδας, αλλά αντίθετα δουλεύουν δίπλα σε έναν συντονιστή φροντίδας από μια άλλη κοινοτική ομάδα. Η παρέμβασή τους είναι εντατική αλλά βραχυπρόθεσμη. Οι ομάδες είναι διεπιστημονικές και περιλαμβάνουν ψυχίατρους. Το προσωπικό της ομάδας συνεργάζεται στενά ώστε να διασφαλιστεί η παροχή συνεπόνυ και σταθερής φροντίδας, παρά την εμπλοκή πολλών και διαφορετικών μελών του προσωπικού.

Υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση (ΥΕΠ)

Αυτές οι ομάδες βασίζονται στην αρχή ότι όσο νιωθεί περιπτώσεις και πιο αποτελεσματικά αντιμετωπίστούν οι σοβαρές ψυχωτικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, τόσο καλύτερο θα είναι το μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα για τον ασθενή. Η εμπλοκή της ομάδας σε πρώιμο στάδιο, μπορεί να αποτρέψει μια κατοπινή τραυματική επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (π.χ. σε περίπτωση επειγούσας νοσηλείας), ενώ ανέδεινε την πιθανότητα να συνεχίσει ο ασθενής να λαμβάνει θεραπεία και να συνεργασθεί με τις υπηρεσίες μακροπρόθεσμα. Οι ΥΕΠ σε γενικές γραμμές εστιάζουν σε νέα άτομα 14-35 ετών που βιώνουν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και μπορεί οι υπηρεσίες τους να αλληλεπικαλύπτονται με τις τυπικές υπηρεσίες που προσφέρονται για παιδιά, εφήβους και ενηλίκους. Ως προς το ιατρικό προσωπικό, οι

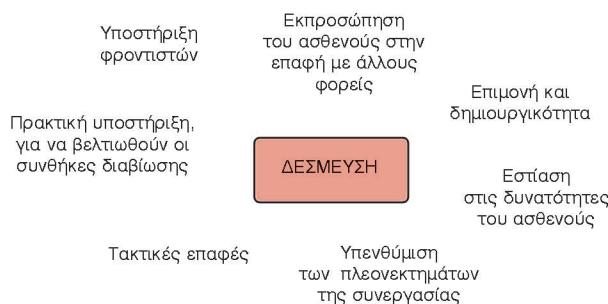
ομάδες περιλαμβάνουν ψυχίατρους και παιδοψυχίατρους. Τα μέλη της ομάδας ενεργούν ως συντονιστές φροντίδας για τους ασθενείς τους και συνήθως έχουν μικρότερο φόρτο εργασίας από τους εργάζομένους στις ΚΟΨΥ, με αποτέλεσμα να μπορούν να παρέχουν πιο εντατική φροντίδα. Συνήθως φροντίζουν τους ασθενείς για 3 περίπου έτη και στην συνέχεια αναθέτουν της ευθύνη της θεραπείας στις ΚΟΨΥ ή στις ΥΠΕΥ.

Υπηρεσίες παροχής ενεργητικής υποστήριξης (ΥΠΕΥ)

Οι ομάδες αυτές φροντίζουν ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ψυχική νόσο, συνήθως σχιζοφρένεια, μπορεί να βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο έτερο- ή αυτο-καταστροφικότητας και δεν επιθυμούν να επιτλακούν με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συνήθως, οι ασθενείς πάσχουν από σχιζοφρένεια και συννοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών, έχουν ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς (όταν είναι σε υποτροπή)

και έχουν επανειλημμένες ακούσιες νοησηλείς μετά από εισαγγελική παραγγελία. Συνχνά δεν έχουν εναισθησία όσον αφορά την ασθένειά τους, δεν πιστεύουν ότι έχουν ψυχική ασθένεια και συνεπώς δεν θέλουν να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή ή να συνεργαστούν με το προσωπικό ψυχικής υγείας. Οι ομάδες ΥΠΕΥ ξεπερνούν αυτές τις δυσκολίες, δουλεύοντας εντατικά με λίγους ασθενείς. Επικεντρώνονται στη δέσμευση με τον ασθενή, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν αποτελεσματική θεραπεία (Εικόνα 2). Αυτό συνχνά επιτυγχάνεται στρέφοντας την προσοχή μακριά από συζητήσεις για τα ψυχικά προβλήματα και εστιάζοντας αντίθετα στην παροχή πρακτικής βοήθειας σε θέματα οικονομικά ή στέγασης ή βοηθώντας σε καθημερινές ανάγκες και υποστηρίζοντας κοινωνικά τον ασθενή.

Οι ΥΠΕΥ ένεργούν ως συντονιστές φροντίδας για τους ασθενείς τους και συνχά θα συνεργαστούν μαζί τους για πολλά χρόνια, μέχρι αυτοί να επιστρέψουν στις κοινωνικές ομάδες ψυχικής υγείας



Εικόνα 2 Τεχνικές ΥΠΕΥ για «δέσμευση»

Υπηρεσίες ψυχικής υγείας II

- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οργανώνονται με τέτοιον τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του ασθενούς στο σπίτι, εφόσον αυτό είναι ασφαλές;
 - Οι υπηρεσίες επιλυσης κρίσης (ΥΕΚ) φροντίζουν ασθενείς που αλλιώς θα νοσηλεύονταν και υποστηρίζουν τους ασθενείς που τελικά νοσηλεύονται, ώστε να εξέλθουν όσο το δυνατόν νωρίτερα.
 - Οι ομάδες έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση (ΥΕΠ) φροντίζουν νέους ασθενείς που βιώνουν το πρώτο τους ψυχωτικό επεισόδιο, με στόχο να βελτιώσουν την μακροχρόνια πρόγνωσή τους.
 - Οι ΥΠΕΥ φροντίζουν ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ψυχική νόσο και είναι σε υψηλό κίνδυνο έτερο- ή αυτο-καταστροφικότητας και οι οποίοι δεν επιθυμούν συνεργασία με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η ταξινόμηση στην ψυχιατρική

Αναφορά περίπτωσης 3

Η ευανθία, ήδη από την ηλικία των 18 ετών, ήταν αρκετά χειριστική με τους άλλους και όταν εκείνοι δεν έκαναν αυτά που ήθελε θύμωνε και ξεσπούσε σε δάκρυα. Από την ηλικία των 30 ετών εμφάνισε κρίσεις πανικού όταν βρισκόταν έξω σε κόσμο ή στα μαγαζιά. Στα 45 της εμφάνισε για πρώτη φορά κατάθλιψη με αρκετά ιδεοληπτικά συμπτώματα τα οποία παρουσίαζαν συχνές υφέσεις και εξάρσεις. Στα 54 είχε άλλο ένα επεισόδιο κατάθλιψης όταν έλαβε κορτικοστεροειδή για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

α. Ποιες ψυχιατρικές διαταραχές θεωρείτε ότι βίωσε η Ευανθία;

Πριν από το 1970, επικρατούσε η άποψη ότι η σχιζοφρένεια ήταν πιο συχνή στις Η.Π.Α. από ότι στη Μεγάλη Βρετανία. Οστόσο, όταν το θέμα αυτό εξετάσθηκε με ορθή επιστημονική μεθοδολογία αποκαλύφθηκε ότι δεν υπήρχε αληθινή διαφορά στον επιπολασμό της σχιζοφρένειας μεταξύ των δύο χωρών. Ο λόγος για την προηγούμενη διαφορά ήταν μεθοδολογικός και οφειλόταν στον τρόπο με τον οποίον οι ψυχιατροί στις δύο αυτές χώρες αντιλαμβάνονταν τη φύση της ασθένειας: στην Αμερική οι ψυχιατροί έφταναν πιο εύκολα στη διάγνωση της σχιζοφρένειας, ενώ στη Μεγάλη Βρετανία, έφταναν πιο εύκολα στη διάγνωση της μανικατάθλιψης.

Η ανάπτυξη προτυποποιημένων μεθόδων για την ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών οδήγησε στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των κλινικών και διευκόλινε τη μελέτη της αιτιολογίας, της αντιμετώπισης και της πρόγνωσης των ψυχιατρικών διαταραχών, προσφέροντας μία εμπειρική βάση για την κλινική πρακτική. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η ψυχιατρική διάγνωση δεν αποτελεί πλέον μια ταμπέλα με αρνητικό πρόσημο αλλά μια χρήσιμη διαδικασία με πρακτικό χαρακτήρα (Εικόνα 1).

Συστήματα ταξινόμησης

Δύο είναι τα σημαντικά συστήματα ταξινόμησης στην ψυχιατρική. Το πρώτο είναι η 10η αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (International Classification of Disease – ICD10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ -



Εικόνα 1 Όταν η διάγνωση χρησιμοποιείται για να εξυπηρετήσει την κλινική πρακτική, τότε παύει να είναι μια αρνητική ταμπέλα.

WHO) που εκδόθηκε το 1993. Το δεύτερο σύστημα, που αναπτύχθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association – APA), ονομάζεται Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual – DSM) και είναι επί του παρόντος στην 5η έκδοση (DSM5). Καθώς τα δύο αυτά συστήματα είναι σε γενικές γραμμές παρόμοια, στο παρόν βιβλίο χρησιμοποιούμε περισσότερο το σύστημα του ICD10. Στον Πίνακα 1 αναφέρεται το γενικό περιγράμμα της ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών σύμφωνα με το σύστημα αυτό.

Το DSM5 εκδόθηκε σχετικά πρόσφατα (2013), ενώ ο Π.Ο.Υ. ετοιμάζει σύντομα την 11η αναθεώρηση της ταξινόμησής του. Σε σχέση με τις παλαιότερες ταξινομήσεις, οι νέες αναμένονται να εισάγουν και τη δυνατότητα αξιολόγησης κάποιων συνεχών διαστάσεων (π.χ. κλίμακες εκτίμησης συμπτωμάτων) σε αντίθεση με τις απολύτως κατηγορικές διαγνώσεις (ναι – όχι) των προηγούμενων ταξινομήσεων. Παρόμοιο πρότυπο στην ιατρική προσφέρει η εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία είναι συνεχής μεταβλητή και η διάγνωση της υπέρτασης (που είναι

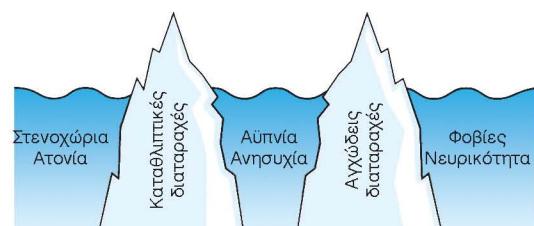
κατηγορική μεταβλητή). Επίσης ανάλογο είναι και το παράδειγμα του μεταβολικού συνδρόμου, μια κατηγορική διάγνωση η οποία όμως βασίζεται στην αξιολόγηση συνεχών μεταβλητών, όπως η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης, της αρτηριακής πίεσης, του σακχάρου του αίματος και των λιπιδίων του ορού. Στην ψυχιατρική υπάρχουν αρκετές κλίμακες εκτίμησης συμπτωμάτων που μπορούν να αξιολογήσουν την παρουσία ψυχωτικών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, άγχους ή χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Οι συνεχείς αυτές διαστάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά ή να συμπληρώσουν με πρακτικό τρόπο τις αντίστοιχες κατηγορικές ψυχιατρικές διαγνώσεις.

Ψυχιατρική διάγνωση

Είναι σημαντικό στην ψυχιατρική να διακρίνονται τα συμπτώματα από τις διαγνώσεις. Η σύγχρονη είναι εύκολο να δημιουργηθεί στις περιπτώσεις συμπτωμάτων, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος, που δίνουν επίσης το όνομά τους και σε διαγνώσεις όπως η καταθλιπτική διαταραχή ή οι διαταραχές άγχους. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι για να γίνουν αυτές οι διαγνώσεις απαιτείται η παρουσία και άλλων συμπτωμάτων. Επίσης, τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι πάροντα για κάποιον ελάχιστο χρόνο που ορίζεται. Με άλλα λόγια, οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν σύνδρομα, δηλαδή αστερισμούς συμπτωμάτων που είναι παρόντα για κάποιον χρόνο. Η διάκριση αυτή μεταξύ συμπτωμάτων και διαγνώσεων απεικονίζεται στην Εικόνα 2.

Διαγνωστικές κατηγορίες

Στην Εικόνα 3 παρουσιάζονται οι κυριότερες διαγνωστικές κατηγορίες στην ψυχιατρική. Όταν ο



Εικόνα 2 Συμπτώματα έναντι διαγνώσεων. Ο «ωκεανός» των συμπτωμάτων αντιπροσωπεύει τον υψηλό επιπολασμό των συμπτωμάτων στον γενικό πληθυσμό. Από την άλλη, οι διαταραχές αναδύονται όταν συγκεκριμένα συμπτώματα εκδηλώνονται την ίδια χρονική στιγμή.

Πίνακας 1 Η ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών κατά ICD10

Οργανικές	Οργανικές διαταραχές: περιλαμβάνουν την άνοια, το ντελίριο (παραλήρημα), άλλες οργανικές διαταραχές Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς, οφειλόμενες σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών
Λειτουργικές	Σχιζοφρένεια, σχιζότυπες και παραληρητικές διαταραχές Διαταραχές της διάθεσης: περιλαμβάνουν τη διπολική διαταραχή, την καταθλιπτική διαταραχή, την κυκλοθυμία, τη δυσθυμία Νευρωτικές, σχετιζόμενες με τα στρες και σωματόμορφες διαταραχές: περιλαμβάνουν τις αγχώνες διαταραχές, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τις αντιδράσεις στο στρες, τις αποσυνδετικές και τις οσματόμορφες διαταραχές Συμπεριφορικά σύνδρομα, σχετιζόμενα με τις φυσιολογικές λειτουργίες και με τους σωματικούς παράγοντες: περιλαμβάνουν τις διαταραχές πρόσθληψης τροφής, τις διαταραχές του ύπνου, τις σεξουαλικές δυσλεπτουργίες Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στους ενηλίκους: περιλαμβάνουν τις διαταραχές προσωπικότητας και τις πλασματικές διαταραχές Νοητική Υστέρηση Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης Διαταραχές της συμπεριφοράς και συναισθηματικές διαταραχές, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και εφηβική ηλικία Ψυχικές διαταραχές, μη αλλιώς προσδιοριζόμενες