

## ΑΙΤΗΣΗ ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Κατσιγιαννόπουλος Κ, Συγγελάκης Μ, Λαυρεντιάδης Γ, Τριανταφύλλου Γ, Καραστεργίου Α

Δ' Οξεία, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Παρουσιάζεται καρκινοπαθής τελικού σταδίου που αρνήθηκε τη λήψη τροφής και υγρών επιζητώντας επίσηυση του θανάτου του και η διαδικασία ακούσιας νοσηλείας του σε ψυχιατρική κλινική που επακολούθησε. Σχολιάζονται ιατρικά, ηθικά-δεοντολογικά και νομικά διλήμματα που ανακύπτουν.**

**Λέξεις ευρετηρίου:** καρκίνος, διαδικασία θανάτου, ακούσια νοσηλεία.

Καρκινοπαθείς τελικού σταδίου ορισμένες φορές επιζητούν την επίσηυση του θανάτου, για λόγους που σχετίζονται με τη συμφιλίωση με την ιδέα του θανάτου (ready to die), τη ματαιότητα της συνεχιζόμενης προσπάθειας, το φόβο απώλειας του ελέγχου, την κακή ποιότητα ζωής, έντονο πόνο, αυτοτιμωρία ή κατάθλιψη.<sup>1-3</sup> Η προσπάθεια επίσηυσης του θανάτου μέσω άρνησης λήψης τροφής και υγρών δεν είναι ασυνήθης, αν και η σχετική βιβλιογραφία είναι σπάνια<sup>1</sup>. Οι Ganzini et al.<sup>1</sup> αναφέρονται σε 102 ασθενείς, η πλειοψηφία των οποίων είχε 'καλό θάνατο' εντός δυο εβδομάδων από τη διακοπή λήψης τροφής και υγρών.

Στην παρουσίαση περιγράφεται ο τρόπος χειρισμού καρκινοπαθούς που αρνιόταν τη λήψη τροφής και υγρών. Επιπλέον παρουσιάζονται τα διλήμματα που ανέκυψαν από αίτηση ακούσιας νοσηλείας του, στην προσπάθειά μας αφενός να διασφαλίσουμε το δικαίωμα του ασθενούς στη θεραπεία, αφετέρου να σεβαστούμε την αυτονομία και ανεξαρτησία του.

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ο κ. Α.Β., 81 ετών, πάσχων από καρκίνο σε τελικό στάδιο, προσκομίστηκε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) με Εισαγγελική Παραγγελία προς Εκτίμηση, προκειμένου να εξετασθεί αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας. Η νομική διαδικασία ακολούθησε την σχετική αίτηση της συζύγου, όταν ο ασθενής σταμάτησε να λαμβάνει τροφή, νερό και φαρμακευτική αγωγή (ΦΑ), δηλώνοντας την επιθυμία να πεθάνει.

Ο ασθενής ήταν μόνιμος κάτοικος εξωτερικού, είχε διπλή υπηκοότητα και βρισκόταν προσωρινά τον τελευταίο μήνα στην χώρα μας. Δεν είχε επισκεφτεί την Ελλάδα για δεκαετίες, διότι "δεν μπορούσε να ξεχάσει" τις διώξεις κατά την μεταπολεμική περίοδο. Ήταν ιδιοκτήτης βιοτεχνίας, παντρεμένος για δεύτερη φορά με την κατά 25 χρόνια νεότερη αλλοδαπή σύζυγό του και είχε παιδιά από τον πρώτο γάμο.

Τρία χρόνια πριν -την εισαγωγή στο ΨΝΘ- υποβλήθηκε σε εκτομή τμήματος του παχέος εντέρου, λόγω καρκίνου του κόλον (Duke B). Κατά τη νοσηλεία υπέστη αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, με αναφερόμενη πάρεση δεξιού ημιμορίου. Παρέμεινε χωρίς σοβαρά προβλήματα για δύομισι χρόνια, έως ότου, διερευνώντας ένα έντονο άλγος, διαπιστώθηκε λυτική μεταστατική εξεργασία στο δεξιό ισχίο και ασυμπτωματικές πνευμονικές μεταστάσεις. Οι ιατροί συνέστησαν ακτινοθεραπεία στο ισχίο και ενημέρωσαν τη σύζυγο -και πιθανώς τον ασθενή- ότι το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν έξι μήνες.

Πέντε μήνες αργότερα, μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας

η οποία εξάλειψε τον πόνο, ο ασθενής ήρθε στην Ελλάδα προκειμένου να τακτοποιήσει περιουσιακές εκκρεμότητες. Η επίσκεψη συνοδεύτηκε με έντονες φιλονικίες αναφορικά με κληρονομικά ζητήματα. Τελικώς, αφού παραιτήθηκε από την προσπάθεια ρύθμισης των εκκρεμών υποθέσεων, διέκοψε τη λήψη τροφής και νερού, αναφέροντας πως "θέλει πλέον να πεθάνει". Σε ερώτηση της συζύγου αρνήθηκε επιθυμία θανάτου στην χώρα που γεννήθηκε, απλώς θεωρούσε πως όλα ήταν πλέον άσκοπα. Η σύζυγος απευθύνθηκε σε ιδιώτη ιατρό, ο οποίος συνέστησε ακούσια νοσηλεία, ενημερώνοντας για τη νομική διαδικασία.

Ο κ. Α.Β. μεταφέρθηκε στο Ψ.Ν.Θ. τις πρώτες μεταμεσονύκτιες ώρες της Κυριακής, για την κατά το νόμο εκτίμηση της ψυχικής του κατάστασης. Εξετάσθηκε από τον εφημερεύοντα, ο οποίος -αξιολογώντας το νομικό περιθώριο των 48 ωρών για την απάντηση στην Εισαγγελική Παραγγελία- εισήγαγε τον ασθενή στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου, χορηγώντας i.m. lorazepam 2mg. Ο κ. Α.Β. αρνήθηκε κάθε ιατρική παρέμβαση, ακόμα και τη λήψη ζωτικών σημείων, αλλά το απόγευμα της πρώτης ημέρας δέχθηκε λίγο νερό.

Την επόμενη ημέρα ο ασθενής, κατά την πρώτη επαφή με τον υπεύθυνο ιατρό, δήλωσε πως δεν επιθυμεί να συνομιλήσει. Ακολούθησε, όμως, έναν σύντομο διάλογο, αρχικώς αποφεύγοντας την βλεμματική επαφή. Μιλούσε αργά, εμφάνιζε ήπια δυσαρθρία και τραυλισμό. Έδειχνε πως είχε επίγνωση της κατάστασης, ανέφερε ότι συνειδητά αρνιόταν κάθε βοήθεια, διότι το μόνο που θα προσφέραμε θα ήταν "παράταση του μαρτυρίου του αφού θεραπεία δεν υπάρχει". Το συναίσθημα ήταν καταθλιπτικό, σύντομο προς το σκεπτικό περιεχόμενο. Ανέφερε (/ή βίωσε;) παλαιότερες τραυματικές εμπειρίες (π.χ. συσχέτισε τη νοσηλεία με βασανιστήριο, κάποια στιγμή μάλιστα 'είδε' στο τζάμι τους βασανιστές). Δεν απάντησε σε ερωτήσεις ελέγχου των γνωστικών λειτουργιών, μάλλον διότι τις θεώρησε ως υποτιμητικές. Η κριτική ικανότητα φαινόταν φυσιολογική. Τελικώς δέχθηκε τη λήψη νερού.

Δεν υπήρχε ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Σύμφωνα με τις πληροφορίες της συζύγου, μετά τη διάγνωση των μεταστάσεων ο ασθενής "άλλαξε", κατά περιόδους εμφανίζονταν υποθυμικός... Η σύζυγος επιζητούσε από τη νοσηλεία στο ΨΝΘ, τη στοιχειώδη βελτίωση, ώστε να είναι δυνατή η επιστροφή στον τόπο διαμονής τους.

Από την παθολογική εξέταση: Θρέψη καλή. Δεν ανέφερε εντοπισμένο άλγος. Βήχας ξηρός. Ακρόαση καρδιάς και πνευμόνων χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Κοιλία μαλακή, ανώδυνη, εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί. Ακτινογραφία θώρακα: Έντονη

εκπύκνωση διάμεσου δικτύου με μόλις υποσημαινόμενες κατά τόπους σκιάσεις. ΗΚΓ: Φλεβοκομβική ταχυκαρδία. ΑΠ: 120/80 mmHg Εργαστηριακός Έλεγχος: Ht 36.1%, Hb 12.2g/dL, WBC 11300 / $\mu$ L, PLT 198000 / $\mu$ L, ESR 113 mm/ώρα, GLU 137 mg/dL, UREA 103 mg/dL, CHOL 159 mg/dL, HDL 41 mg/dL, TRIG 120 mg/dL, PT 11''/12'', PROT 5.28 g/dL [ALB/ GLOB: 3.36/ 1.9], AST 49 U/L, ALT 47 U/L,  $\gamma$ -GT 52 U/L, ALP 253 U/L, CPK 306 U/L, LDH 797 U/L, T.BIL 2.13 mg/dL [D/ IN: 0.79/ 1.3], K 5.43 mEq/L, Na 131 mEq/L, Fe 34  $\mu$ g/dL, Ferritin >2000 ng/mL.

Ακολουθούσε ΦΑ με tb methyl-prednisolone 16 (S:1\*1), tb furocemeide 40 (1\*1), tb roxithromycin 300 (1\*1), tb XELODA 500 (1\*2), tb ranitidine 150 (1\*1), tb acetylsalicylic acid 100 (1\*1) και tb dipyrindamol.

Η προσωρινή διάγνωση (DSM-IV)1 ήταν: Άξων I: Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτικά στοιχεία [Διαφορική διάγνωση: Καταθλιπτική διαταραχή]. Άξων III: Χειρουργηθείσα νεοπλασία του κόλον, Μεταστατικές εστίες σε ισχίο, πνεύμονες, Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Άξων IV: Αναμονή θανάτου (διαδικασία dying), Ενδοοικογενειακές προστριβές. Θεραπευτικά προτάθηκε risperidone (sir 5mg/ml, S:1ml\*1). Η απάντηση στην Εισαγγελική Παραγγελία, αναφορικά προς την αναγκαιότητα ακούσιας νοσηλείας, ήταν αρνητική. Ταυτόχρονα, όμως, σε συνεννόηση με την Παθολογική Κλινική αποδεχτήκαμε την παράκληση της συζύγου για ολιγοήμερη νοσηλεία, η οποία πραγματοποιήθηκε με την ανοχή του ασθενούς.

Ο θεραπευτικός σχεδιασμός συμπεριέλαβε την ψυχοθεραπευτική υποστηρικτική παρέμβαση με δύο συναντήσεις ημερησίως, στο κρεβάτι του ασθενούς, την υποστήριξη της συζύγου (συμπεριλαμβανομένης της βοήθειας προς διευθέτηση πρακτικών προβλημάτων, όπως η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης ή ζητήματα συνδεδεμένα με το αεροπορικό ταξίδι...) και παρέμβαση προς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς ο ασθενής παρουσίαζε ιδιαίτερες δυσκολίες (special patient). Την ευθύνη του ασθενούς και των αναγκαίων χειρισμών είχε ειδικευμένος ιατρός [Κ.Κ.], ενώ οι δυσκολίες και τα πρακτικά προβλήματα μας οδήγησαν σε καθημερινή σύντομη επίβλεψη.

Τις επόμενες τέσσερις ημέρες ο κ. Α.Β. ανέμενε και επιζητούσε την επίσκεψη του ιατρού του και τη συζήτησή τους. Το συναίσθημα ήταν καταθλιπτικό, η προσοχή, ο προσανατολισμός και η κρίση δεν παρουσίασαν πρόβλημα. Ο ύπνος ήταν σχετικά καλός και η αρχικώς παρατηρηθείσα αναστροφή γρήγορα υποχώρησε. Ανεχόταν ορισμένες επισκέψεις από το ευρύτερο οικογενειακό-κοινωνικό περίγυρο, αλλά ζήτησε να τις περιορίσουμε... Αν και άρχισε να συζητά για το ταξίδι της επιστροφής, μονίμως διακατεχόταν από την αίσθηση του αμέσως επικείμενου θανάτου. Συνήθως δεχόταν τη λήψη τροφής, νερού και ΦΑ. Την έκτη ημέρα νοσηλείας -ημέρα αργίας κατά την οποία, όπως είχε ενημερωθεί, ο ιατρός 'του' δεν πέρασε- ο ασθενής 'απροσδόκτα' κατέληξε.

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση, θεωρούμε σκόπιμο να αντιγράψουμε από το φάκελο του ασθενούς το 'επικήδειο σχόλιο' του ιατρού του: "... Αρχικά, ήταν η αίσθηση απόρριψης και αδυναμίας ουσιαστικής βοήθειας, αισθήματα που επαρκώς μετριάστηκαν από την ανάπτυξη μιας 'προνομιακής' σχέσης και τη δυνατότητα επικοινωνίας ... και το γεγονός ότι επιζητούσε πλέον τις καθημερινές συναντήσεις μας ... Με την εκκωφαντική σιωπή του, την πεισματική άρνηση του, την

'παράληρηματική' στιγμές-στιγμές αφήγηση του, ο ταλαιπωρημένος αυτός άνθρωπος ήταν σα να κραύγανε τα λόγια του Αλεξανδρινού: Ειν' οι προσπάθειες μας, των συφορισμένων. / ειν' οι προσπάθειες μας σαν των Τρώων. / Κομμάτι κατορθώνουμε: κομμάτι / παίρνουμε' επάνω μας / ... / Όμως η πώσις μας είναι βεβαία. Επάνω / στα τείχη, άρχισαν ήδη ο θρήνος... (Κ.Π. Καβάφης, Τρώες)".

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Διαγνωστικά, ο κ. Α.Β. όταν πληροφορήθηκε την ανεύρεση μεταστάσεων (και το σύντομο προσδόκιμο επιβίωσης), πιθανώς, εμφάνισε διαταραχή της προσαρμογής με καταθλιπτικά στοιχεία. Αν και μάλλον δεν πληρούσε κριτήρια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, θεωρούμε ως αναγκαία τη διαφορική διάγνωση από καταθλιπτική διαταραχή (οφειλόμενη στη συστηματική πάθηση ή στη ΦΑ που ακολουθούσε;). Τα συμπτώματα πιθανώς εντάθηκαν από την απογοήτευση εξαιτίας των ενδοοικογενειακών καυγάδων και τη συνειδητοποίηση ότι δεν μπορούσε να ρυθμίσει τις υποθέσεις του. Κατά τη νοσηλεία δεν επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη παραληρήματος (delirium), αν και υπήρξαν ορισμένες ενδείξεις πρόδρομων σημείων.

Θεραπευτικά, συνηπολογίζοντας i.την ανάγκη για άμεση φαρμακευτική δράση ii.την αμφιθυμία του ασθενούς ως προς τη λήψη ΦΑ, τροφής, νερού iii.τις πνευμονικές μεταστάσεις, τη διακοπή λήψης της ΦΑ που ακολουθούσε και την πιθανή επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας από τη χρήση βενζοδιαζεπινών, καθώς και iv.την επιθυμία μας να σεβαστούμε τη θέλησή του αλλά και να οικοδομήσουμε θεραπευτική σχέση (αποφυγή πιεστικής χορήγησης φαρμάκων, ιδιαίτερη προσοχή για αποφυγή ενδοκλιπικών παρενεργειών), αποφασίσαμε τη χορήγηση μικρών δόσεων άτυπου αντιψυχωτικού. Σκεφθήκαμε, επίσης, τη χορήγηση αντικαταθλιπτικού, αλλά η υποψία παραληρήματος ανέβαλε 'προσωρινά' τη σκέψη για πρόσθετη ΦΑ.

Η εδραιωμένη σχέση ογκολόγου-ασθενή (στην οποία ο ιατρός έχει προσεγγίσει τον πάσχοντα με συγκατάβαση, σαφήνεια, ειλικρίνεια, κατανόηση και έχει υποσχεθεί ανακούφιση από τα δυσάρεστα συμπτώματα) είναι καθοριστική για τη φροντίδα του καρκινοπαθούς που πεθαίνει<sup>3,4</sup>. Ο Muskin<sup>2</sup> επισημαίνει πως και η συζήτηση για επίπευση του θανάτου ορισμένες φορές αποτελεί μια έκκληση του ασθενούς ώστε να του δοθεί ένας λόγος για να συνεχίσει να ζει, η ανάγκη επιβεβαίωσής του πως για τον ιατρό του είναι σημαντικός, έχει νόημα η παράταση της ύπαρξής του.

Οι προοπτικές για γρήγορη δημιουργία μιας θετικής (ψυχο-) θεραπευτικής σχέσης στο περιβάλλον της Παθολογικής Κλινικής... αλλά και οι σοβαρές (αντιμεταβιβατικές) δυσκολίες που συνδέονται με την φροντίδα ενός ασθενούς που ζητεί να πεθάνει (/πεθαίνει) επανειλημμένως έχουν αναφερθεί<sup>2-4</sup>.

Η αμχανία που δημιουργείται από την άρνηση της όποι-ας διαθέσιμης βοήθειας εκφράστηκε χαρακτηριστικά στην τοποθέτηση μιας νέας νοσηλεύτριας "τι να του κάνουμε; ούτε πίεση δε μας αφήνει να πάρουμε!" Τελικώς είναι ανακουφιστική -για όλους μας- η τελετουργία κάνω κάτι ... (ανεξάρτητα από το τι αυτό εξυπηρετεί). Ο σεβασμός της θέλησής του ασθενούς να αποσυρθεί, η φροντίδα με όρους που ο ίδιος ως ένα βαθμό θέτει, είναι 'απειλητικές'...

Η πικρία που αναδύεται στο 'επικήδειο σχόλιο' παραπέμπει στην ιατρική πεποίθησή περί αρρώστιας-θανάτου ως 'εχθρών', με τους οποίους βρισκόμαστε σε διαρκή, αδυσώπητη μάχη<sup>6</sup>... Αν και, θεωρητικώς, αναφέρεται<sup>7</sup> ευρεία συναίνεση στο ότι είμαστε υποχρεωμένοι να παράσχουμε την κατάλληλη παρηγορητική φροντίδα στον ασθενή που πεθαίνει, με σεβασμό που τη στιγμή του θανάτου, να μην τον αφήσουμε να φύγει αβοήθητος /μόνος δε μας αρκεί, δε μας εμπνέει ως ιατρικό καθήκον. Ο ιατρός δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένος. Η ιατρική εκπαίδευση, η ιατρική στάση και συμπεριφορά, οικονομικά ζητήματα, αλλά και στοιχεία προσωπικότητας του ιατρού και προσωπικοί του φόβοι δημιουργούν φραγμούς στην κατάλληλη, ανθρώπινη, συμπονετική φροντίδα για τον ασθενή που πεθαίνει<sup>3,4,8</sup>. Η αδυναμία παρέμβασης, η αίσθηση του μάταιου, η απώλεια συχνά βιώνονται από τον ιατρό ως επιστημονική, επαγγελματική ή ανθρώπινη ανεπάρκεια και ορισμένες φορές οδηγούν σε άσκοπη χορήγηση ΦΑ ή σε συμπεριφορά αποφυγής (detachment)<sup>9</sup>. Ο Seravalli<sup>9</sup> αναφέρει τους στόιχους μιας γιγαίας, που το εγγόνι της κατέληξε στο νοσοκομείο: "...και όταν πέθανε / τα μάτια μου ήταν στεγνά / και οι θεοί με τις άσπρες μπλούζες γύρισαν από την άλλη πλευρά".

Η Παθολογική Κλινική, αν και εξ αντικειμένου ακολουθεί ένα διαφορετικό πλαίσιο λειτουργίας (προσαρμοσμένο στη νοσηλεία ψυχωτικών ασθενών), επέδειξε εξαιρετική ευελιξία. Θεωρούμε πως μια πιεστική αντιμετώπιση θα μπορούσε να αποδιοργανώσει τον ασθενή, ενώ, αντίθετα, η στάση αποδοχής, που συλλογικά ακολουθήθηκε, μπόρεσε να απορροφήσει τα πιθανά (προ)ψυχωτικά στοιχεία που εμφανίστηκαν. Το συναισθηματικό φορτίο των ιατρών που περιέθαλπαν τον ασθενή εκδηλώθηκε κάποια στιγμή με έντονους διαξίφισμούς, αν και τελικώς η ένταση διασκεδάστηκε στο πλαίσιο της προ-υπάρχουσας καλής διαπροσωπικής σχέσης<sup>3</sup>...

Γενικώς, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί προτεινόμενη θεραπεία (ή παράταση αυτής) και η επιλογή του είναι σεβαστή, με την προϋπόθεση ότι έχει πληροφρηθεί και είναι ικανός να κατανοήσει τις συνέπειες της πράξης του. Σε περίπτωση (συν)υπάρξης ψυχικής διαταραχής, που παρεμποδίζει την κατανόηση ή σωστή εκτίμηση της κατάστασης και αν συντρέχει άμεσος σοβαρός κίνδυνος, υπάρχει δυνατότητα χορήγησης θεραπείας παρά την εκφρασθείσα άποψή του.

Η αίτηση για ακούσια νοσηλεία ανάλογων περιστατικών σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα. Η αρνητική απάντηση στην Εισαγγελική Παραγγελία και η σχετική διάγνωση μάλλον θα επέβαλε εξιτήριο ή διακομίδι, αλλά δύο νοσοκομεία θα τον δέχονταν; Το ψυχιατρείο, αλλά άσυλο [-καταφύγιο, για να ξαναθυμηθούμε τη διττή έννοια του όρου], ελλείψει άλλων, πλέον κατάλληλων δομών.

Από ηθικής άποψης αιτιολογείται η ακούσια νοσηλεία πάσχοντος από σοβαρή νόσο -αξιοποιώντας την πιθανή ψυχική διαταραχή που συνοδεύει τη σωματική πάθηση- όταν ζητήσει να τον αφήσουμε πλέον να πεθάνει, και ποια είναι τα όρια της παρέμβασής μας; Θεωρούμε ως καθήκον μας να προσπαθήσουμε να αντιμετωπίσουμε μια πιθανή ψυχική διαταραχή αν αυτή ταλαιπωρεί έναν ασθενή τελικού σταδίου. Εξάλλου αρκετοί συγγραφείς επισημαίνουν την παρουσία κατάθλιψης σε ασθενείς που επιζητούν επίσπευση του θανάτου<sup>1-3,8</sup>. Όμως η

απόφαση επίσπευσης του θανάτου από ασθενείς τελικού σταδίου δεν θεωρείται υποχρεωτικός ως εκδήλωση ψυχικής διαταραχής<sup>3</sup> και η επιλογή μέσω διακοπής λήψης τροφής και υγρών είναι απολύτως σεβαστή από κέντρα επιφορτισμένα με την ευθύνη αυτών των ασθενών<sup>1</sup>.

Προσπαθώντας να βοηθήσουμε αξιοποιήσαμε την ανοχή του ασθενούς, το γεγονός ότι ουδέποτε απαίτησε τερματισμό της νοσηλείας. Σημαίνει κάτι ότι -μία φορά τουλάχιστον- ο ασθενής 'παράλληλισε'(:) τη στάση μας με βασανιστήριο;

Ποιες είναι οι νομικές επιπτώσεις της ακούσιας νοσηλείας στο ΨΝΘ; Ο ασθενής αποτελεί παράδειγμα των σύνθετων προβλημάτων που εγείρονται. Θεωρητικώς, είμαστε υποχρεωμένοι να ακολουθήσουμε αποκλειστικώς την ιατρική δεοντολογία (βλ. και DSM-IV<sup>10</sup>, Cautionary Statement, p.xxxvii). Από την άλλη, ο κ. Α.Β. λίγο πριν πεθάνει επιδίωξε να ρυθμίσει κληρονομικά ζητήματα, γνωρίζοντας ότι θα επακολουθήσουν δικαστικές διαδικασίες. Είχαμε το δικαίωμα υπονόμευσης της εκφρασμένης θέλησής του;

Αν, υποθετικά, κατά την εισαγωγή στο ΨΝΘ διαγιγνώσκονταν παραλήρημα (delirium) εξαιτίας της γενικής του κατάστασης και υπήρχαν ψυχωτικά στοιχεία, διάγνωση που πιθανώς θα αιτιολογούσε προσωρινή ακούσια νοσηλεία, η απόφασή μας θα διευκόλυνε την δικαστική προσβολή της διαθήκης του; Επισημαίνουμε τη συχνότατη (έως 88%) εμφάνιση της συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής σε ασθενείς πάσχοντες από τελικό στάδιο καρκίνου<sup>3,11</sup>. Αν για την ίδια διαταραχή η αλλοδαπή σύζυγος απευθύνονταν στο εφημερεύον Γενικό Νοσοκομείο χωρίς να ενεργοποιήσει διαδικασίες ακούσιας νοσηλείας και το Νοσοκομείο τον δεχόταν για ολιγοήμερη νοσηλεία, μάλλον, δε θα υπήρχε δυνατότητα να ανακύψουν ανάλογες νομικές επιπτώσεις.

Τέλος, επισημαίνουμε το γεγονός πως ο ασθενής 'απροσδόκητα' πεθαίνει μόλις εκπνέει το χρονικό όριο -εξάμηνο- που οι θεράποντες ιατροί του έθεσαν (εντός του οποίου ο ασθενής φρόντισε να 'διευθετήσει' τις εκκρεμότητες του). Μια δεύτερη συγκυρία αφορά την απούσια του δικού του ιατρού, την έλλειψη μιας συνάντησης που με 'καταναγκαστικό' τρόπο επιζητούσε και επιβεβαίωνε. Ακόμα και αν τα προαναφερόμενα αποτελούν απλώς χρονικές συγκυρίες, έχει υποστηριχθεί πως επιβάλλεται να επισημαίνονται<sup>12</sup>, ιδιαίτερος όταν υπάρχουν ερευνητικά πορίσματα<sup>13</sup> που παραπέμπουν στη διαδεδομένη πεποίθησή<sup>9</sup> πως ο άνθρωπος συνειδητοποιεί ή ελέγχει στοιχειωδώς το χρόνο θανάτου του.

## ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

**Γρ. Λαυρεντιάδης** (Ψυχίατρος, Επ. Καθηγητής Ψυχιατρικής ΑΠΘ)

Στην ιατρική επιστήμη συνηθίζεται να στηρίζουμε τα συμπεράσματά μας μέσα από τα επιτυχή αποτελέσματα ή τη θετική έκβαση. Αρνούμεστε να χρησιμοποιήσουμε και να μάθουμε από τα λάθη μας. Στην διαδικασία της γνώσης όπως διαμορφώνεται ατομικά οι λανθασμένες επιλογές αποτελούν πηγή πληροφοριών που τροποποιούν τον μελλοντικό σχεδιασμό ανάλογων καταστάσεων.

Το περιστατικό του κυρίου Α.Β. όπως περιγράφεται αποτελεί μια ευκαιρία για εντόπιση λαθών που έγιναν στην αντιμετώπιση του ασθενή.

Δεν θα ασχοληθώ καθόλου με νομικά θέματα σε ένα νομοθετικό σύστημα που δεν μπορεί να παρακολουθήσει τις

ιδιαιτερότητες των καταστάσεων και που είναι παγιδευμένο σε γραφειοκρατικούς τύπους. Η δεοντολογία της ιατρικής πράξης αφορά το σώμα των γιατρών πρώτα στο βαθμό που οι ιατρικές γνώσεις και τα λάθη στη χώρα μας θα πρέπει να κρίνονται από αντικειμενικά όργανα του ιατρικού σώματος.

Το περιστατικό περιγράφεται σαν χαρακτηριστικό φαινόμενο ιατρικού διλήμματος αναφορικά με το δικαίωμα ή όχι του ασθενή για θεραπεία σε μια απειλητική για τη ζωή νόσο όπως ο καρκίνος στην τελική φάση.

Ο τρόπος βέβαια με τον οποίο εξελίχθηκε η κλινική εικόνα του ασθενή φάνηκε ότι τέτοιο δίλημμα στην ουσία για τον εν λόγω ασθενή δεν προέκυψε.

Η συμπεριφορά του ασθενή ήταν το αποτέλεσμα απουσίας ιατρικής θεραπευτικής παρουσίας δίπλα στον ασθενή. Μόλις η παρουσία του γιατρού υπήρξε έστω και στο χώρο ενός ψυχιατρικού ασύλου ακόμη και κάτω από συνθήκες αναγκαστικής νοσηλείας η «προβληματική» συμπεριφορά αποκαταστάθηκε.

Η ανάγκη για ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία που υποχρεώθηκε να προκαλέσει η σύζυγος του ασθενή ήταν μια πράξη που προέκυψε γιατί απουσίαζε μια ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα. Ο ασθενής βρέθηκε αποκομμένος από οποιαδήποτε σημαντική για αυτόν σχέση απόλυτα απομονωμένος πριν το θάνατο δηλαδή κακοποιημένος ως πρόσωπο και αντέδρασε με πλήρη απόσυρση και άρνηση.

Ο ασθενής βρισκόταν εν μέσω συνθηκών που η κατάσταση της υγείας του και η σοβαρή απειλή για την απώλεια της ζωής του που αντιμετώπιζε αποτελούσαν ένα πρόβλημα όπου η ιατρική φροντίδα θα έπρεπε να αναλάβει το έργο της.

Ο γιατρός συνηθίζεται να αποφεύγει τον χρόνιο ασθενή και ακόμη περισσότερο τον χρόνιο και ηλικιωμένο ασθενή που πεθαίνει.

Η διακοπή στην επικοινωνία και στη σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ογκολόγο και τον καρκινοπαθή οδηγεί συχνά σε διαταραγμένη συμπεριφορά από μέρους του ασθενή.

Η συμπεριφορά αυτή εύκολα συνήθως λύνεται από τη στιγμή που θα γίνει κατορθωτό από τον ειδικό ψυχικής υγείας να επανεγκαταστήσει επαφή με τον ασθενή και να αποτελέσει τη γέφυρα για την επανεγκατάσταση σχέσης με τη θεραπευτική ομάδα που τον φροντίζει. Συνήθως είναι μια κατάσταση που προκαλείται από την απουσία επικοινωνίας. Μπαίνοντας σε διάλογο το υποκείμενο γίνεται μέλος ενός ευρύτερου όλου ερμηνεύοντας, δίνοντας νόημα στην ατομικότητά του.

Ο κ. Α.Β. είναι ένα πρόσωπο που αντιμετωπίζει και μια σειρά από άλλα σημαντικά εμπόδια στη διατήρηση της επικοινωνίας με το ανθρώπινο περιβάλλον του.

Με τη διευθέτηση των κληρονομικών του επιδιώκει να αποκαταστήσει και να ενδυναμώσει τις σχέσεις του με την οικογένειά του που βρίσκονταν σε εκκρεμότητα με την απουσία του στο εξωτερικό.

Συγχρόνως επιδιώκει να διορθώσει τη σχέση του με τον κοινωνικό του χώρο, με την πολιτισμική του καταγωγή. Οι μνήμες που διατηρεί είναι ιδιαίτερα όμως αρνητικές με αδικαιολόγητα τιμωρητικό περιεχόμενο - σαδιστικές μνήμες.

Φαίνεται ότι ο κ. Α.Β. όταν αντιμετωπίζει τον θάνατό του αποφασίζει να τακτοποιήσει την εσωτερική του σχέση με το παρελθόν του: με την οικογένεια αλλά και την πολιτισμική του ομάδα .

Μια σχέση που άφησε σε εκκρεμότητα για πολλά χρόνια χωρίς να μπορέσει και να αποδεσμευτεί όμως από αυτή.

Δεν κατορθώνει την επιδίωξή του και η αντίδρασή του δείχνει την ένταση της απογοήτευσης. Υφίσταται ένα προσωπικό αλλά και ένα πολιτισμικό shock. Βιώνει την αποτυχία της αποκατάστασης μιας εκκρεμότητας, ενός κενού που υπήρχε μέσα του πολλά χρόνια και που είχε ένα πολύ σημαντικό νόημα για αυτόν να το αποκαταστήσει, να επανασυνδεθεί.

Όλα βέβαια τα παραπάνω είναι απλώς υποθέσεις. Ίσως το πιο σημαντικό στη θεραπευτική φροντίδα στον κ. Α.Β. ήταν ότι ο ασθενής βίωσε ξανά για μια ακόμη φορά τον πολιτισμικό του χώρο σαδιστικό. Δεν έχουμε πληροφορίες ακριβώς τι προηγήθηκε στην ιατρική του φροντίδα αλλά η κατάληξη της φροντίδας ήταν ακούσια-βίαιη νοσηλεία σε ψυχιατρικό άσυλο. Ενώ ο ασθενής πεθαίνει και ίσως ευτυχώς για αυτόν ο θάνατος ήρθε γρήγορα και δεν δοκιμάστηκε από το σύστημα φροντίδας της πατρίδας του.

Είναι γνωστό ότι η απομόνωση είναι ο κυρίαρχος και ο εντονότερος φόβος του ατόμου που πεθαίνει. Εξάλλου, η δοκιμασία στην πορεία προς το θάνατο (dying) αποτελεί την κυριότερη ανησυχία για τον ασθενή αλλά και για την οικογένειά του.

Η τραγική ειρωνεία λέει ο Yalom<sup>14</sup> αυτόν που απελπισμένα επιζητούν μια αυθεντική σχέση είναι αυτοί που είναι οι λιγότερο ικανοί να δημιουργήσουν μια τέτοια σχέση. Ο φόβος της απόρριψης, η κατάθλιψη ή μια αίσθηση απουσίας κοινών στοιχείων με τους άλλους μπορεί να προκαλεί αυτήν την κατάσταση. Συγχρόνως ένα από τα κύρια προβλήματα της σύγχρονης ζωής μας είναι η αστάθεια των σχέσεων. Καμία ανθρώπινη σχέση δεν εγγυάται την διάρκεια. Άτομα που διαλέγουν να σχετισθούν με λίγους επιλεγμένους είναι πιο πιθανό να δυσκολεύονται να εμπλακούν με άλλους. Δεν υπάρχει απόλυτη λύση στην απομόνωση και πρέπει να αποδεχθούμε τα όρια της αμεσότητας (intimacy).

Ο Camus επίσης γράφει “Όταν ένας άνθρωπος μάθει πώς να μένει μόνος του με τον πόνο του, πώς να ξεπεράσει την επιθυμία του για αποφυγή (του επώδυνου), τότε έχουν μείνει λίγα να μάθει ακόμη”<sup>15</sup>.

#### **A. Καραστεργίου** (Ψυχίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΨΝΘ)

Η περίπτωση που περιγράφεται αφορά στη φροντίδα που είναι διαθέσιμη για κάθε άνθρωπο που βρίσκεται κοντά στο θάνατο, ιδιαίτερα όταν ο θάνατος είναι αναμενόμενος. Μια σειρά από διλήμματα, με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι όλοι οι εμπλεκόμενοι, απορρέουν από τη σύγκρουση ‘δικαιωμάτων’ που καταλήγουν να είναι ‘υποχρεώσεις’. Η σύζυγος θεωρεί ως υποχρέωσή της να διασφαλίσει το δικαίωμα του αρρώστου να ζήσει, ενώ ο ίδιος έχει παραιτηθεί από τη ζωή. Ο εισαγγελέας με τη σειρά του αισθάνεται υποχρεωμένος να ζητήσει ιατρική γνώμη, ασκώντας ταυτόχρονα το δικαίωμά του να παραπέμψει τον ασθενή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο για εκτίμηση. Ο ψυχίατρος και το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει ηθικό δίλημμα ανάμεσα στην υποχρέωση να παράσχει θεραπεία και φροντίδα και στη διαφύλαξη του δικαιώματος του αρρώστου να αποφασίσει για τον εαυτό του. Ο ίδιος ο ασθενής ενδεχομένως χρησιμοποιεί το δικαίωμά του αυτό με παραιτήση από την ζωή, έχοντας συναίσθηση μιας υποχρέωσης να απαλλάξει την οικογένεια από το αδιέξοδο της κατάστασής του.

Ο φαύλος κύκλος των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων είναι δυνατόν να απλοποιηθεί μόνο με την εφαρμογή ευαίσθητων χειρισμών από όλες τις πλευρές, ο συντονισμός των οποίων πρέπει να γίνει από ιατρό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις για τη 'διαδικασία' του θανάτου. Δυστυχώς, η αποκλειστική επικέντρωση της ιατρικής εκπαίδευσης στη θεραπεία, μας έχει οδηγήσει στην παραμέληση του θανάτου και οι περισσότεροι ιατροί δεν αισθάνονται επαρκώς εξοπλισμένοι να αντιμετωπίσουν τον θάνατο.

Ιδιαίτερα στην Ελλάδα δεν υπάρχουν υπηρεσίες υγείας, οι οποίες να έχουν ως κύρια λειτουργία τους την προθανάτια φροντίδα από ένα δίκτυο ειδικών που μπορούν να προσφέρουν ανακούφιση στα συμπτώματα του ασθενή, διαφύλαξη της αξιοπρέπειάς του, καθώς και υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του. Ένα περιβάλλον όπου ο θάνατος δεν αντιμετωπίζεται ως ήττα, όπου ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής να πεθάνει. Η έλλειψη ανάλογης φροντίδας οδηγεί στο ερώτημα μήπως στην πραγματικότητα η επαναλαμβανόμενη έκφραση της επιθυμίας θανάτου από άτομα, σαν αυτό που περιγράφεται εδώ, αντικατοπτρίζουν περισσότερο μια άποψη για την ποιότητα της προθανάτιας φροντίδας που προσφέρεται, παρά μια γνήσια επιλογή τερματισμού της ζωής τους.

### Γ. Τριανταφύλλου (Δικηγόρος)

*Θέε μου δώσ' μου τη δύναμη να αλλάξω αυτά που μπορώ να αλλάξω,  
τη γαλήνη να αποδεχτώ αυτά που δεν μπορώ να αλλάξω,  
και τη σοφία να καταλάβω τη διαφορά μεταξύ τους.  
(από την προσευχή των Ανώνυμων Αλκοολικών)*

Η αρχή της ανθρώπινης αυτονομίας που κατοχυρώνεται στο ελληνικό Σύνταγμα (άρθρο 5), γνωρίζει την ειδική αντιστοιχία της μέσω της ενημερωμένης συναίνεσης στο πλαίσιο διενέργειας ιατρικών πράξεων. Η ικανότητα σκέψης, επιλογής και πράξης πραγματώνεται στο νοσηλευτικό χώρο μόνο με την πιστή τήρηση των κανόνων σεβασμού της βούλησης του ασθενούς. Τούτο ακριβώς προϋποθέτει τη δημιουργία κατάλληλων όρων για να είναι δυνατή η άσκηση του δικαιώματος επιλογής από τον ασθενή. Η ενημέρωση αποτελεί εδώ τέτοιο βασικό όρο ώστε ο ασθενής αφενός να γνωρίζει πραγματικά τι συμβαίνει με την υγεία του και αφετέρου να διαθέτει τον εαυτό του όπως ο ίδιος επιθυμεί<sup>16</sup>.

Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Σε περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή αρχής ή προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από τη νομοθεσία. Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης (N2619/98 με τον οποίο κυρώθηκε η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής). Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη του πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για

λογαριασμό του (N2071/92 άρθρο 47.3).

Κατά τις διατάξεις του Ν.2071/92 είναι δυνατή η ακούσια νοσηλεία όταν η ψυχική διαταραχή του ασθενούς τον καθιστά ανίκανο να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και η έλλειψη νοσηλείας θα έχει ως συνέπεια να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του (άρθρο 95), οπότε ο εισαγγελέας διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του αλλού (άρθρο 96). Η γενική διατύπωση του όρου "υγεία", χωρίς διαχωρισμό μεταξύ "ψυχικής" και "σωματικής" υγείας, που θα ήταν άλλωστε τεχνητός και αντιεπιστημονικός, αλλά και η δυνατότητα ακούσιας νοσηλείας "αλλού", συνάδουν με τη δημιουργία κατάλληλων όρων για να είναι δυνατή η άσκηση του δικαιώματος επιλογής από τον ασθενή.

Η λειτουργία της συναίνεσης στο ελληνικό δικαιοσύστημα αντανακλά μια διευρυμένη μορφή της εξουσίας διαθέσεως του ανθρώπου. Έτσι, πράξεις που εκφράζουν ένα (ποινικό) αδίκημα ή θα δημιουργούσαν αξιώσεις αστικού τύπου, μεταβάλλονται ως προς τη μορφή τους στο βαθμό που (οι πράξεις αυτές) ενσωματώνουν την ταυτόσημη βούληση του θιγέντος προσώπου<sup>16</sup>. Λόγω της βαρύνουσας κοινωνικής και ηθικής αξίας του προσβαλλόμενου αγαθού, όταν πρόκειται για την ζωή κάποιου, αφενός το δικαίωμα διαθέσεως αντανακλάται στην μη τιμωρία της απόπειρας αυτοκτονίας αλλά αφετέρου για τις πράξεις άλλων, η ψυχική στάση του ίδιου του θύματος αξιολογείται με προϋποθέσεις και δεν οδηγεί ποτέ στην άρση του αδικού (η ανθρωποκτονία με συναίνεση 300ΠΚ που τιμωρείται σε βαθμό πλημμελήματος απαιτεί σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος, ανίαιτη ασθένειά του και οίκτο του δράστη). Ίσως στην διαφοροποίηση αυτή να αντανακλάται η κοινωνική πεποίθηση ότι η βούληση να πεθάνει κανείς, ουδέποτε είναι έγκυρη αφού οπωσδήποτε προϋποθέτει κάποιου είδους ψυχική διαταραχή και για τούτο ούτε είναι καταλογιστή στον ίδιο αλλά ούτε και δημιουργεί υποχρέωση σεβασμού της από τους άλλους εμπλεκόμενους.

Σχετικά αναφέρεται στη Διακήρυξη της Μαδρίτης, της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας<sup>17</sup>, για τις Δεοντολογικές Σταθερές της Ψυχιατρικής Πρακτικής ότι καμία θεραπεία δεν πρέπει να εφαρμόζεται ενάντια στην θέληση του ασθενούς εκτός αν η παράλειψή της θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς και των γύρω του. Ο ψυχίατρος πρέπει να γνωρίζει ότι οι απόψεις του ασθενή μπορεί να διαταράσσονται από ψυχική ασθένεια όπως η κατάθλιψη. Στις περιπτώσεις αυτές ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι να θεραπεύσει την ασθένεια.

Η δήλωση της βούλησης είναι άκυρη αν, κατά το χρόνο που έγινε, το πρόσωπο δεν είχε συνείδηση των πράξεών του ή βρισκόταν σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή που περιόριζε αποφασιστικά την λειτουργία της βούλησής του (άρθρο 131 παρ 1 του Αστικού Κώδικα). Επίσης όσοι κατά τον χρόνο σύνταξης της διαθήκης δεν έχουν συνείδηση των πράξεών του ή βρίσκονται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή που περιορίζει αποφασιστικά την λειτουργία της βούλησής τους, είναι ανίκανοι να συντάξουν διαθήκη (άρθρο 1719 του Αστικού Κώδικα) και η διαθήκη που τυχόν συντάξαν είναι άκυρη (άρθρο 1718 του Αστικού Κώδικα). Περαιτέρω οι κληρονόμοι μπορούν να προσβάλλουν μη χριστικές δικαιοπραξίες (π.χ. πώληση) που έγιναν από τα παραπάνω πρόσωπα αν καταρτί-

στηκαν ενόσω βρισκόταν έγκλειστοι σε ειδική για την κατάστασή τους μονάδα ψυχικής υγείας (άρθρο 131 παρ 2 εδ 2 του Αστικού Κώδικα).

Επειδή μεταξύ των προϋποθέσεων για την ακούσια νοσηλεία είναι ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή και να μην είναι ικανός να κρίνει το συμφέρον της υγείας του (άρθρο 95 του Ν. 2071/92), φαίνεται ότι η ακούσια νοσηλεία προσώπου δημιουργεί άτυπο, τουλάχιστον, τεκμήριο για την ακυρότητα ή τουλάχιστον την προσβολή της δήλωσης βούλησής

του, είτε σε σύμβαση είτε σε διαθήκη, ιδίως μάλιστα αν η ακούσια νοσηλεία του επικυρωθεί στη συνέχεια από το Δικαστήριο (άρθρο 96 του Ν. 2071/92).

Πάντως το Δικαστήριο που θα ασχοληθεί με την υπόθεση θα κρίνει την κρίση επί της ουσίας και θα χρησιμοποιήσει όσα αποδεικτικά μέσα προσαχθούν (μάρτυρες, έγγραφα) χωρίς να δεσμεύεται, αν και είναι εύλογο ότι οποιαδήποτε δήλωση βουλήσεως προσώπου που νοσηλεύεται ακούσια καθίσταται «ύποπτη» και πρέπει να ερευνηθεί ενδελεχώς.

## REQUEST FOR INVOLUNTARY PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION OF A PATIENT WITH ADVANCED CANCER

Katsigianopoulos K, Syngelakis M, Lavrentiadis Gr, Triantafyllou G, Karastergiou A.

*Psychiatric Hospital of Thessaloniki*

**In this article a case of a terminally ill patient who refused food and fluids in order to hasten death is presented; the consequence of his desire was a request for assessment for involuntary psychiatric hospitalization. The medical, moral and legal dilemmas are discussed. (Hellenic J Gen Hosp Psychiatry 2004; 2(1):39-44.)**

**Keywords: cancer, request to die, involuntary treatment.**

### Βιβλιογραφία

- Ganzini L, Goy RE, Miller LL, Harvath AT, Jackson A, Delorit AM. Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *New Engl J Med* 2003; 349:359-65
- Muskin RP. The request to die - Role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *JAMA* 1998; 279:323-8.
- Breitbart W, Lintz K. Psychiatric Issues in the Care of Dying Patients. In: Wise MG, Rundel JR, eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill*. Second ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 771-804.
- Λαυρεντιάδης Γ. Ο Έλληνας Καρκινοπαθής Απέναντι στον Καρκίνο. Ψυχολογικοί Παράγοντες και Επιπτώσεις από τη Γνώση ή Άγνοια της Διάγνωσης του Καρκίνου. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 1985.
- Ιακωβίδης Β, Ιακωβίδης Α. Αρχές ψυχοογκολογίας. Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης, 2001.
- Illich I. Medical Nemesis. *Lancet* 1974; (I/ 7863): 918-22.
- Brody H. Assisted death - A compassionate response to a medical failure. *New Engl J Med* 1992; 327:1384-8.
- Folley MK. Competent care for the dying instead of physician-assisted suicide. *New Engl J Med* 1997; 336:54-8.
- Seravalli E. The dying patient, the physician and the fear of death. *New Engl J Med* 1988; 319:1728-30.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, Bruera ED. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160:786-94.
- Viederman M. Psychogenic factors in kidney transplant rejection. *Am J Psychiatry* 1975; 132:957-9.
- Phillips DP, Smith DG. Postponement of death until symbolically meaningful occasions. *JAMA* 1990; 263:1947-51.
- Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books; 1980.
- Grossley N. *Intersubjectivity. The Fabric of Social Becoming*. London: Sage Publications; 1996.
- Συνήγορος του Πολίτη. Πόρισμα 13218/26.11.2001. Ποινική Δικαιοσύνη 2002, 153.
- World Psychiatric Association. Declaration of Madrid. Approved by the General Assembly on August 25, 1996.

Αθήνα

Κατσιγιαννόπουλος Κ.  
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Δ' Οξεία  
Λαγκαδά 196, τκ. 56430, Θεσσαλονίκη