

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ «ΤΟ ΚΟΙΝΟ» ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ ΤΟ ΔΕΚΑΤΟ ΟΓΔΟΟ ΚΑΙ ΔΕΚΑΤΟ ΕΝΑΤΟ ΑΙΩΝΑ

"Psychiatric Therapeutics and "the Public" in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries"
Harvard Rev Psychiatry 2002, Volume 10, No 2, 123-126

Akihito Suzuki, PhD

History Programme, School of Economics, Keio University, Hiyoshi, Yokohama, Japan

Η ψυχιατρική είναι και ήταν ανέκαθεν μια επιχείρηση (enterprise) με έντονα δημόσιο χαρακτήρα. Στη σημερινή εποχή, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δείχνουν ασυνήθιστα μεγάλο ενδιαφέρον για τις ψυχικές ασθένειες και τη θεραπεία τους. Αν στρέψουμε την προσοχή μας από το παρόν της ψυχιατρικής προς το παρελθόν της, θα διαπιστώσουμε ότι αφθονούν τα στοιχεία που δείχνουν το δυσανάλογο (disproportionate) ενδιαφέρον του κοινού. Στην Αγγλία, η ψυχιατρική οδηγήθηκε στο «προσκήνιο» της δημόσιας κριτικής (the public arena) κατά τα τέλη του δέκατου όγδοου αιώνα (1). Από τότε, ο ασθενής, ο γιατρός και το άσυλο (asylum) δέσποζαν με δυσανάλογα μεγάλες διαστάσεις τόσο στις σοβαρές δημόσιες συζητήσεις, όσο και στη ρομαντική λογοτεχνική φαντασία. Το δέκατο ένατο αιώνα, αναριθμητές κυβερνητικές αναφορές, άρθρα εφημερίδων, φυλλάδια με αποκαλύψεις, νουβέλες και ποιήματα αφιερώθηκαν στην κριτική συζήτηση του προβλήματος της φρενοβλάβειας (lunacy) (2). Αντίθετα, άλλοι κλάδοι της ιατρικής πρακτικής στην Αγγλία επαφάντο κυρίως στη διαπραγμάτευση (negotiation) μεταξύ του γιατρού και του αρρώστου κατά το δέκατο όγδοο και δέκατο ένατο αιώνα. Ιδιαίτερα δε από το δέκατο ένατο αιώνα και μετά, ενώ αυξανόταν το δημόσιο ενδιαφέρον για την ψυχιατρική –και η πίεση επάνω της– οι υπόλοιποι κλάδοι της ιατρικής απολάμβαναν ολοένα μεγαλύτερη αυτονομία (autonomy).

Κατά την περίοδο αυτή, ο όρος «κοινό» ("the public") σήμαινε πολλά πράγματα. Παρότι το πιο ορατό συστατικό του «κοινού» ήταν όσοι έγραφαν για λογαριασμό εφημερίδων, περιοδικών και φυλλαδίων και οι αναγνώστες τους, θα υποστηρίξει ότι οι ψυχίατροι κατέληξαν να εσωτερικοποιήσουν (internalize) την «κοινή γνώμη» ("the public opinion"), γεγονός που άσκησε μεγάλη επίδραση στις κλινικές αποφάσεις τους. Οι ψυχικές ασθένειες και η ψυχιατρική κατέχουν θέσεις κάπως μοναδικές λόγω της ασυνήθιστα βαθείας τους εμπλοκής με ζητήματα που βρίσκονται έξω από τον αυστηρά κλινικό τομέα.

Γιατί συνέβη αυτό; Η τυπική απάντηση δίνει έκφραση στην αδέξια σχέση μεταξύ της ψυχιατρικής και της φιλελεύθερης (liberal) κοινωνίας, και ειδικότερα στην ένταση μεταξύ περιορισμού (confinement) και ελευθερίας (liberty) (4). Επειδή η εμφάνιση του θεσμού του ασύλου αποτελούσε απειλή για την ελευθερία του ατόμου, αυτό ώθησε το κοινό σε σοβαρή συζήτηση της φύσης της ψυχιατρικής. Αυτή η σύγκρουση (clash) ίσως δεν ήταν πουθενά αλλού τόσο μεγάλη όσο στην Αγγλία. Από το δέκατο όγδοο αιώνα και μετά, οι Αγγλοι βίωσαν κύματα δημόσιας κατακραυγής (public outcry), ακόμα και πανικού (panic), για «αδικαιολόγητο περιορισμό» ("wrongful confinement") –δηλαδή, για τον εγκλεισμό ενός ατόμου με το δόλιο πρόσχημα (false pretence) ότι ήταν παράφρων (insane). Πολυάριθμες περιπτώσεις παράνομης κατακράτησης (illegal detention) προβάλλονταν στα πρωτοσέλιδα των εφημερίδων, προκαλώντας οργισμένες κριτικές κατά των γιατρών σε έντυπα και φυλλάδια και ακόμα και συζητήσεις στο Κοινοβούλιο, ενώ μερικές φορές είχαν ως αποτέλεσμα νέα νομοθεσία (legislation). Πολλοί ευυπόληπτοι ψυχίατροι έχασαν τη δημόσια υπόληψή τους (public standing) και τη δουλειά τους λόγω της ανάμιξής τους σε τέτοιες περιπτώσεις. Η ιδρυματοποίηση (institutionalization) ενός φρενοβλαβούς εθεωρείτο ότι ήταν μια υπόθεση που έπρεπε να τελεί υπό εξονυχιστικό δημόσιο και νομικό έλεγχο, και όχι ένα ζήτημα που έπρεπε να διακανονιστεί μεταξύ ενός γιατρού και του ασθενούς του.

Ωστόσο, το ζήτημα του περιορισμού έναντι της ελευθερίας δεν ήταν η μόνη πλευρά της αγγλικής ψυχιατρικής που εκτυλίχθηκε και καθορίστηκε στη δημόσια σφαίρα. Παρακάτω, θα ήθελα να υποστηρίξω ότι και το ζήτημα της θεραπευτικής (therapeutics) –των προσπαθειών (attempt) των ψυχικών νοσημάτων μέσω επενέργειας στο νου και/ή το σώμα του ασθενούς– συζητήθηκε επίσης εν μέσω διαφωνιών σε ένα πεδίο που δεχόταν την ισχυρή επιρροή του κοινού. Πίσω από τους τοίχους των ασύλων και στο προσκέφαλο των ασθενών, οι ψυχίατροι δεν απολάμβαναν την αυτονομία που τους απέδιδε μερικές φορές

η βιβλιογραφία. Το γεγονός ότι ο ασθενής περνούσε το κατώφλι του ιδρύματος δεν αποτελούσε εγγύηση ότι ο γιατρός μπορούσε να ασκεί διακριτική εξουσία (discretionary power) στη θεραπεία του ασθενούς. Ακόμα και στον τομέα των «ιατρικών» ("medical") θεραπειών (που διαφέρουν από τις «ηθικές» ["moral"]), οι γιατροί ένιωθαν την ισχυρή επίδραση του κοινού και μερικές φορές αναγκάζονταν να συμμορφωθούν με τις προσδοκίες του (expectations). Ο αυστηρός δημόσιος έλεγχος και η κριτική αναμνησόνταν σε μεγάλο βαθμό στα επαγγελματικά και κλινικά ζητήματα και οι ψυχίατροι κατά το δέκατο όγδοο και δέκατο ένατο αιώνα συχνά υφίσταντο την πίεση του κοινού λόγω των θεραπειών που είχαν επιλέξει.

Όταν ένας γιατρός διαθέτει ένα αποτελεσματικό και ασφαλές μέσο να θεραπεύσει μια συγκεκριμένη ασθένεια, το έργο του είναι απλό και σαφές και μπορεί εύκολα να γίνει ρουτίνα. Ωστόσο, συχνά είτε δεν υπάρχει τέτοια θεραπεία είτε οι ανεπιθύμητες ενέργειες (side effects) ή οι κίνδυνοι της είναι τόσο μεγάλοι που δεν μπορούν να αγνοηθούν. Τότε ο γιατρός βρίσκεται μπροστά σε ένα δίλημμα ανάμεσα στο καθήκον του να θεραπεύσει (the duty to cure) και το καθήκον του να μην προεξήσει βλάβη (the duty not to harm). Πρέπει κανείς να ελέγχει την πορεία μιας θανατηφόρου νόσου με δραστικά μέσα ή να αποφεύγει τον πειρασμό ενός αβέβαιου κέρδους που θέτει σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς; Με άλλα λόγια, η επιλογή ανάμεσα στα «ηρωικά» ("heroic") και τα «ήπια» ("mild") μέσα είναι ανοικτή. Επιπλέον, η απόφαση για την υιοθέτηση ενός θεραπευτικού μέσου δεν μπορεί να υποβαθμίζεται και να στριγγίζεται μόνο στο ζήτημα της αποτελεσματικότητάς του (efficacy), όπως έχουν δείξει σύγχρονες ιστορικές μελέτες των Jack Pressman (5) και David Healy (6).

Το δέκατο όγδοο και το δέκατο ένατο αιώνα, η ποικιλία των αποτελεσματικών, αξιόπιστων (reliable) και ασφαλών ψυχιατρικών θεραπειών ήταν περιορισμένη. Οι γιατροί συχνά κατέφευγαν σε «ηρωικές» θεραπείες, στα δραστικότερα καθαρτικά και εμετικά, σε υπερβολικές αφαιμάξεις (bloodletting), στην έκθεση (exposure) σε υπερβολικό κρύο και σε άλλα γοθικού τύπου (Gothic) μέσα για να ελέγξουν τους παροξυσμούς μανίας (maniacal paroxysms). Ταυτόχρονα, πολλοί συγγραφείς επέκριναν τα ηρωικά μέσα και πρότειναν ηπιότερες εναλλακτικές λύσεις. Στο έργο του "Peace of Mind and Health of Body United" ("Πνευματική Γαλήνη σε Συνδυασμό με Υγιές Σώμα") (1750), ο Lewis Southcomb (7), ένας κληρικός, υποστήριξε ότι «τα ιατρικά με την πιο βίαια δράση» ήταν άχρηστα και βλαβερά, αφού δημιουργούσαν ανίατα φρενοβλαβείς ασθενείς μέσω της απορρόφησης του πνεύματός τους (sinking spirit). Οι γιατροί που δεν είχαν τα νόμιμα επαγγελματικά προσόντα συχνά επιτίθεντο κατά των ηρωικών θεραπειών και πρότειναν ηπιότερες, ίσως για να προσελκύσουν τους ασθενείς με τις λιγότερο επώδυνες δικές τους θεραπείες. Και οι γιατροί των ανώτερων κοινωνικών τάξεων (uppermost echelon) επίσης, επέκριναν τους ηρωικούς και συνηγορού-

σαν υπέρ των ηπιότερων θεραπειών. Ο Sir Richard Blackmore (8), γιατρός του Βασιλέα William III, επέκρινε τη «συχνή και ισχυρή κάθαρση» ("frequent and strong purgation") για τη θεραπεία της μελαγχολίας (melancholy) ως μέσο που επέφερε εξασθένηση (enfeebling) και κατάρρευση (demolishing) του ασθενούς και πρότεινε τη χρήση οπίου (opium) σε μέτριες ποσότητες.

Τη διαμάχη του 1758 μεταξύ του William Battie και του John Monro, την πρώτη γνωστή δημοσιευμένη διαμάχη μεταξύ ψυχιάτρων, πρέπει να τη δούμε μέσα σε αυτό το πλαίσιο. Οι προειδοποιήσεις του Battie κατά των αφαιμάξεων, των φυσαλλίδων, των καθαρτικών και των εμετικών (9) ήταν μέρος της φιλοσοφίας του δέκατου όγδοου αιώνα που υπαγορευόταν από την αρχή της ηπιότητας (principle of mildness). Ο Monro (10), από την άλλη πλευρά, επέκρινε τον Battie γιατί διωχνόταν τη χρήση των εμετικών ως «σκανδαλώδη ενέργεια» (a "shocking operation") που προκαλεί «νοσηρές συσπάσεις» ("morbid convulsions") και επέμενε ότι δεν πρέπει να φοβίξει ένα ψυχίατρο η ελεύθερη χρήση του νυστεριού (lancet) και των ισχυρότερων εμετικών και καθαρτικών. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ξεκάθαρα ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ των ηρωικών και των ήπιων αρχών αποτελούσε αποδεδειγμένα μέρος της ψυχιατρικής του δέκατου όγδοου αιώνα.

Οι υπέρμαχοι των ηρωικών μέσων γνώριζαν λοιπόν πολύ καλά την ένταση και την πρόκληση της εναλλακτικής λύσης (alternative). Πίστευαν ότι η δική τους θεραπευτική αρχή δεχόταν επίθεση και ένιωθαν την πίεση να υπερασπιστούν και να δικαιολογήσουν τον εαυτό τους. Στο έργο "A New System of the Spleen, Vapours, and Hypochondriack Melancholy" («Ένα Νέο Σύστημα του Σπληνός, των Υδρατιμών και της Υποχονδριακής Μελαγχολίας») (1729), ο Nicholas Robinson (11) εξέφραζε τη λύπη του επειδή «σπάνια χρησιμοποιούμε αυτές τις θεραπείες που είναι ρυθμισμένες αναλογικά με το μέγεθος της αιτίας» της φρενοβλάβειας. Κατηγορούσε τους γιατρούς που δεν χρηγορούσαν αρκετά ισχυρά φάρμακα:

As μου επιτραπεί να πω ότι κανένας δεν νοιάζεται με περισσότερη στοργή και συμπόνια για τη δυστυχία του ανθρώπινου γένους από εμένα τον ίδιο. Ωστόσο, είναι εξαιρετικά απάνθρωπο να μην επιδεικνύει κανείς τόλμη στη χορήγηση των φαρμάκων, όταν η φύση της ασθένειας απαιτεί απόλυτα την αρωγή μιας ισχυρής θεραπείας...Εξαιτίας αυτών των ανθρώπων που χρησιμοποιούν μόνο ασφαλή μέσα, αλλά δεν κάνουν παρά ελάχιστο καλό, και πολύ κακό, οι χρόνιες ασθένειες είναι τόσο διαδεδομένες σήμερα και τόσο ανόητες γενικά... Αυτό οφείλεται σε εκείνους που φοβούνται να προχωρήσουν με το μόνο τρόπο που μπορεί να τις θεραπεύσει...

Τα λόγια του Robinson δείχνουν ότι η υιοθέτηση ηρωικών μέσων του δέκατου όγδοου αιώνα δεν σφειλόταν σε αδράνεια (inertia) ή απερισκεπτη ρουτίνα (mindless routine). Αντίθετα, ήταν αποτέλεσμα σκόπιμης επιλογής μετά από πληροφόρηση. Πρέπει να σημειωθεί επίσης η απολογητική

του αυτουπεράσπιση (self-vindication) στην αρχή αυτού του αποσιπάματος. Είναι φανερό ότι ο Robinson γνώριζε τις κατηγορίες της βαναυσότητας (coarseness) και της σκληρότητας (cruelty) που εκτοξεύονταν κατά της ηρωικής θεραπείας των παραφρονών. Οχι μόνο δεν αγνοούσε τη συσχέτιση της ηπιότερης θεραπείας με μια ανθρωπιστική στάση (humane attitude), αλλά συνειδητά αρνιόταν να ακολουθήσει το δρόμο που ακολουθούσαν όσοι προτιμούσαν τις «ασφαλείς» μεθόδους.

Η ανησυχία του Robinson μην τυχόν θεωρηθεί βάνυατος ή άκαρδος (unfeeling) δείχνει ότι πιεζόταν από παράγοντες που δεν ήταν αυστηρά κλινικοί. Στάθμισε τη δημόσια εικόνα του (image) έναντι της ίδιας του της κλινικής κρίσης (clinical judgment). Στο τέλος, έδωσε προτεραιότητα στη δεύτερη και προσπάθησε να πείσει τους άλλους ότι η πραγματική συμπόνια (real compassion) έγκειται στη χρήση ισχυρών θεραπειών.

Εναν αιώνα αργότερα, ο George Man Burrows, που ήταν εκείνη την εποχή ο πιο επιτυχημένος ψυχίατρος στο Λονδίνο, βρέθηκε σε παρόμοια κατάσταση, αλλά έκανε την αντίθετη επιλογή. Λαμβάνοντας υπόψη την κοινή γνώμη, εγκατέλειψε ένα είδος ηρωικής θεραπείας. Η εν λόγω θεραπεία ήταν η περιστροφόμενη καρέκλα (rotating chair). Η «Ηρόκλειος στροφή» (the "Herculean swing"), που περιλάμβανε περισσότερες από 120 περιστροφές το λεπτό, ήταν αναμφίβολα μια από τις ισχυρότερες και φοβερότερες ψυχιατρικές θεραπείες που εχρησιμοποιούντο εκείνη την εποχή.

Εντυπωσιασμένος από ιστορίες για την τεράστια δύναμη των περιστροφών να προκαλούν σοκ (shock) στο νου (mind) και το σώμα των ασθενών, ο Burrows σχεδίαζε να κατασκευάσει μια τέτοια καρέκλα και για το δικό του ιδιωτικό φρενοκομείο (madhouse). Εμαθε όμως ότι ο Ernst Horn, ένας ιδιαίτερα αξιολέβαστος ιατρικός διευθυντής του Νοσοκομείου La Charité του Βερολίνου, υποχρεώθηκε σε παραιτήση από τη θέση του λόγω «δημόσιας κατακραυγής» ("popular clamour") μετά το θάνατο ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας με περιστροφές. Το συμβάν αυτό έκανε τον Burrows να αλλάξει γνώμη. Στο έργο του "Commentaries on Insanity" (Ερμηνευτικά Σχόλια για την Παραφροσύνη) (1828), ο ίδιος (12) εξήγησε γιατί εγκατέλειψε την ιδέα της χρησιμοποίησης αυτής της θεραπείας:

Με απέτρεψε από την εκτέλεση (του σχεδίου) η μεγάλη εντύπωση που προκάλεσε στον κοινό νου η Κοινοβουλευτική Έρευνα (Parliamentary Inquiry) για την Κατάσταση των Φρενοκομείων και των Φρενοβλαβών (the State of Madhouses and Lunatics) κατά τα έτη 1815 και 1816...Καταστράφηκε σχεδόν κάθε εμπιστοσύνη σε εκείνους που έχουν αφιερώσει τον εαυτό τους στην ιατρική θεραπεία της παραφροσύνης. Όσο και αν τους έχει εξιψώσει το επαγγελματικό τους ήθος και ο ηθικός χαρακτήρας τους, η κοινή γνώμη είναι τόσο νοσηρά ευαίσθητη (morbidly sensitive) στο θέμα της παραφροσύνης, που κανένας εκπρόσωπος του ιατρικού επαγγέλματος δεν το λυμά να ακολουθήσει αυτό που του υπογράφει η καλύτερη κρίση

του. Αν υιοθετούσε μια πρακτική από την ενέργεια της οποίας συνέβαινε κάποιο ατύχημα, ή αν δοκίμαζε οποιοδήποτε πείραμα (experiment), όσο απειληστικό και αν ήταν η περίπτωση του ασθενούς, και το αποτέλεσμα ήταν αντίθετο προς τις βάσιμες προσδοκίες του, ο άνθρωπος αυτός θα αποδοκιμαζόταν από όλους, η φήμη του θα τινάθονταν στον αέρα και η οικογένειά του θα καταστρεφόταν. Σε οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, στη χειρουργική, στη μαιευτική, όταν η περίπτωση το απαιτεί, επιχειρείται ακόμα και η πιο επικίνδυνη εγχείρηση. Αν δεν επιτύχει και ο ασθενής χάσει τη ζωή του, δεν προσάπτεται καμία μομφή. Αν επιτύχει, ο γιατρός ή ο χειρουργός θεωρείται θεός.

Στο απόσπασμα αυτό παρακολουθούμε ένα ψυχίατρο να αμφιταλαντεύεται μεταξύ δυο επιλογών, δηλαδή, της χορήγησης της θεραπείας που θεωρούσε αποτελεσματική και της προστασίας της φήμης του. Ο Burrows ομολόγησε ότι η ανησυχία του για την κοινή γνώμη τον είχε αποτρέψει από τη χρησιμοποίηση μιας ηρωικής θεραπείας υψηλού κινδύνου. Προσέξετε με πόσο φθόνο αναφερόταν στους γιατρούς των άλλων κλάδων της ιατρικής. Το κοινό, είπε ο Burrows, φερόταν με πολύ λιγότερη επείκεια (far less leniently) στους ψυχιάτρους. Στους χειρουργούς και στις μαίες επιτρεπόταν να ρισκάρουν (gamble) επιζητώντας τη θεαματική επιτυχία χωρίς να διακυβεύουν σοβαρά την κοινωνική τους υπόληψη. Οι ψυχίατροι όμως δεν είχαν αυτή την ελευθερία επιλογής (latitude). Δεδομένου ότι προέρχεται από ένα γιατρό με μεγάλη εμπειρία τόσο στην ψυχιατρική, όσο και στη γενική ιατρική, η παρατήρηση του Burrows έχει μεγάλο βάρος ως ιστορικό στοιχείο. Όπως ο Robinson έναν αιώνα πριν, έτσι και ο Burrows βρέθηκε μπροστά στο δίλημμα μεταξύ της επιλογής να ακολουθήσει τη δική του κλινική κρίση και της απόφασης να ενδώσει στην κοινή γνώμη. Αντίθετα με τον Robinson, ωστόσο, ο Burrows έδωσε προτεραιότητα στη δεύτερη. Δεν είχε λιγότερη εμπιστοσύνη από ό,τι ο Robinson στην κλινική του οξυδέρκεια (acumen) –υπερηφανούνταν για το υψηλό ποσοστό ίασεων στο άσυλο του (221 από 242 πρόσφατες περιπτώσεις). Στο τέλος όμως, ως γιατρός του οποίου το εισόδημα και η κοινωνική υπόληψη εξαρτώνταν άμεσα από τη δημοτικότητα του μεταξύ των πελατών, ο Burrows δεν είχε τη δυνατότητα να θέσει σε κίνδυνο τη θέση που του παρείχε τα προς το ζην με αντάλλαγμα το θεραπευτικό κέρδος που ανέμενε να έχει από την περιστροφόμενη καρέκλα.

Ο Burrows σωστά αντιλήφθηκε ότι ένας τέτοιος περιορισμός ήταν πρόβλημα για την ψυχιατρική γενικά. Η ψυχιατρική θεραπευτική που εχρησιμοποιείτο στα δημόσια άσυλα δεν επηρεαζόταν λιγότερο από το κοινό από ό,τι η θεραπευτική που προσφερόταν στην ιατρική αγορά. Η κατάσταση που ακολούθησε το θάνατο ενός ασθενούς στο δημόσιο άσυλο της κομητείας του Σάρεϊ (County Asylum for Surrey) το 1856 παρέχει άφθονα στοιχεία που δείχνουν τη δύναμη που είχε το κοινό στην ψυχιατρική θεραπεία (13). Η περιγραφή αυτής της περίπτωσης είναι αρκετά απλή. Επρόκειτο για τον τυχαίο θάνατο ενός 65χρονο

ασθενούς λόγω παρατεταμένου κρύου ντους (cold shower) και την ποινική δίωξη από τους Lunacy Commissioners (Επιτρόπους Αρμόδιους για τη Φρενοβλάβεια) του Charles Snape, του ιατρικού διευθυντή της πτέρυγας αρρένων ασθενών του άσυλου, που έδωσε σε ένα νοσηλευτή την εντολή να υποβάλει τον ασθενή σε κρύο ντους για μισή ώρα και να του χορηγήσει επίσης 0,129 γραμμάρια εμετικής τρυγίας (tartar emetic). Μετά από προσεκτική έρευνα, οι Επίτροποι αποφάσισαν να κινήσουν τη νομική διαδικασία κατά του Snape, με την κατηγορία της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας (manslaughter). Η δίκη ξεκίνησε το Μάιο του 1856. Τον επόμενο Σεπτέμβριο, το κεντρικό ορκωτό δικαστήριο ποινικών υποθέσεων του Λονδίνου έκρινε ότι τα στοιχεία δεν ήταν επαρκή για να στηρίξουν την κατηγορία της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας.

Εκ πρώτης όψεως, το κοινό δεν φαίνεται να έχει εμπλακεί στην περίπτωση αυτή, που αποτελούσε διαμάχη μεταξύ ενός γιατρού και ενός σώματος κρατικών υπαλλήλων. Επίσης, η έκβαση της δίκης ήταν ευνοϊκή για το γιατρό που χορήγησε την ηρωική θεραπεία. Η προσεκτικότερη εξέταση της περίπτωσης αυτής όμως αποκαλύπτει τον κρίσιμο ρόλο που διαδραμάτισε το κοινό, και ιδιαίτερα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι Αρμόδιοι για τη Φρενοβλάβεια Επίτροποι εξασφάλισαν αυτό που ήθελαν. Το 1857, όρισαν ως μέγιστη διάρκεια των ντους τα 3 λεπτά, αρνούμενοι στον ιατρικό διευθυντή τη δικαστική ευχέρεια να καθορίζει τη θεραπεία. Αυτό αποτελούσε μια σημαντική επιβεβαίωση θεραπευτική. Οι Αρμόδιοι για τη Φρενοβλάβεια Επίτροποι φαίνεται ότι έμειναν ικανοποιημένοι από το επίτευγμά τους. Η Ενδέκατη Αναφορά τους (Eleventh Report) (13), που δημοσιεύθηκε το 1857, δήλωνε ότι «θεώρησαν ότι το καθήκον τους ως δημόσιου σώματος είχε εκπληρωθεί επαρκώς από την προσοχή που είχε προσελκύσει η υπόθεση, από τη δημόσια ακροαματική διαδικασία στη Bow-Street».

Αυτή η δήλωση των Επιτρόπων είναι αποκαλυπτική. Ήταν ιδιαίτερα ευχαριστημένοι από τη δημόσια προσοχή που είχε προσελκύσει η υπόθεση. Με τη διατύπωση αυτή πρέπει να εννοούσαν την εκτεταμένη κάλυψη της υπόθεσης σε αρκετές ημερήσιες εφημερίδες. Εκείνη την εποχή, οι ψυχίατροι απεχθάνονταν μια τέτοια προσοχή από πλεονάζων μέσων μαζικής ενημέρωσης. Ο J. C. Bucknill (14), που τότε ήταν εκδότης του Asylum Journal of Mental Science, εξέφρασε ένα μικρό παράπονο:

Η αλλαγή του τόπου εκδίκασης (venue) από το Σάρεϊ, όπου διαπράχθηκε η υποτιθέμενη εγκληματική πράξη, στα δικαστήρια της Bow-Street, είχε το ατυχές αποτέλεσμα να προσελκύσει στην υπόθεση αυτή την προσοχή εκείνων των αρθρογράφων εφημερίδων οι απόψεις των οποίων υπογορεύονται μάλλον από τις γνωστές προκαταλήψεις (prejudices) του αναγνωστικού κοινού, που δεν κατευθύνεται από τη λογική, παρά από τις αρχές της αλήθειας (truth) και της δικαιοσύνης (justice).

Η έκθεση στην προσοχή εχθρικών (hostile) μέσων μαζικής ενημέρωσης ήταν μια πλευρά της πειθαρχικής δράσης (disciplinary action) που αναλήφθηκε εναντίον του γιατρού, ένα αποτελεσματικό εργαλείο στη μέθοδο της «κατηγορίας και κατασχόνης» ("blame and shame") με την οποία οι Επίτροποι ρύθμιζαν τα ψυχιατρικά ιδρύματα. Παρότι η θεσπισμένη από το νόμο ισχύς των Επιτρόπων ήταν μάλλον περιορισμένη, μπορούσαν να ρυθμίζουν κατά τρόπο καθοριστικό τη θεραπεία συνεργαζόμενοι με τις εφημερίδες και τα περιοδικά, που ήταν πρόθυμα να δημοσιεύουν και να επικρίνουν τα ψυχιατρικά παραπτώματα (misdeeds). Με άλλα λόγια, η βρετανική κυβέρνηση επιθυμούσε ένα θεσμικά ανίσχυρο ρυθμιστικό σώμα λόγω του αποτελεσματικού ελέγχου που ασκούσαν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Οι επιπτώσεις (repercussions) του ατυχήματος κατά το ντους το 1856 χρησίμευσαν ως ένα είδος εσωτερικοποιημένου αποτρεπτικού μέσου (deterrent) κατά της καταφυγής των γιατρών σε ηρωικά μέσα στα τέλη του δεκατου ένατου αιώνα. Κατά τις δεκαετίες του 1860 και 1870, οι Αγγλικοί ψυχίατροι ενεπλάκησαν σε μια σειρά δημόσιων συζητήσεων για ποικίλα νέα κατασταλτικά (sedatives) ή ναρκωτικά (narcotics), όπως το βρωμιούχο κάλιο (potassium bromide), η ένυδρη χλωράλη (chloral hydrate), η ερυσιβώδης όλυρα (ergot of rye) και η υοσκιαμίνη (hyoscyamine). Η βασική γραμμή διαχωρισμού είναι αρκετά σαφής. Στη μια πλευρά βρίσκονταν οι ψυχίατροι που αναπονομούσαν να χρησιμοποιήσουν τα νέα κατασταλτικά και ήταν πρόθυμοι να εισαγάγουν μια επιστημονική ή πειραματική μέθοδο προσέγγισης του ζητήματος της ψυχιατρικής θεραπευτικής. Το ψυχιατρικό εργαστήριο στο Άσυλο Wakefield που διηύθυνε ο Crichton-Browne συνοψίζει αυτή τη στάση. Στην αντίθετη πλευρά βρίσκονταν οι «φονταμενταλιστές κατά των περιορισμών» ("nonrestraint fundamentalists"). Για αυτούς, το νέο κύμα αλκαλοειδών φαρμάκων αντιπροσώπευε «χημικό περιορισμό» ("chemical restraint") –ένα συγκαλυμμένο κατάλογο των αλυσιδών και δεσμών των παλιών κακών ημερών. Μεταξύ αυτών των δυο άκρων, υπήρχε μια πρακτική, μετριοπαθής και προσεκτική μέθοδος προσέγγισης, που υιοθετήθηκε από την πλειοψηφία των ψυχιάτρων. Πολλοί ήταν υπέρ της φειδωλής χρήσης (sparing use) των νέων κατασταλτικών, όχι τόσο προς χάρη της ιερής αρχής του μη περιορισμού, όσο από ανησυχία για την πιθανότητα διώξης αν τυχόν η υπερδosis (overdosing) προκαλούσε το θάνατο κάποιου ασθενούς. Η φράση «ιατροδικαστική έρευνα» ("coroner's inquest") εμφανιζόταν συχνά στα πλαίσια της προειδοποίησης κατά της υπερβολικά μεγάλης δόσης των ισχυρών κατασταλτικών. Για να δώσουμε ένα παράδειγμα, όταν ο D. H. Tuke επισκέφθηκε αρκετά γαλλικά άσυλα το 1879, είχε την ευκαιρία να παρατηρήσει τη χορήγηση μορφίνης από τον Jules Voisin στο Salpêtrière (15). Απώτερος από τους σφοδρούς εμέτους του ασθενούς, ο Γάλλος ψυχίατρος τού χορήγησε έως 9,7 γραμμάρια μορφίνης, ποσότητα υπερεπιταπλάσια από τη μέγιστη ποσότητα που συνιστούσε ένας Αγγλος γιατρός. Σχεδόν

μην πιστεύοντάς αυτό που έβλεπε, ο Tuke (16) αναφώνησε ότι ο Voisin «σίγουρα ενεργεί πολύ πιο ηρωικά από ό,τι θα ήθελαν οι διευθυντές των αγγλικών ασύλων. Εκείνοι θα έτρεμαν (stand in awe) για ιατροδικαστική έρευνα»

Αυτοί οι υπαινήμοι για «ιατροδικαστική έρευνα» έγιναν βέβαια με κάποια φαιδρότητα. Πίσω τους όμως κρυβόταν μια νευρική ανησυχία για τις φρικτές συνέπειες αν η δράση του χορηγούμενου φαρμάκου αποδεικνυόταν τόσο ισχυρή που δεν μπορούσε να την ανεχθεί ο ασθενής. Οχι μόνο ο θάνατος ενός ασθενούς, αλλά και η πιθανότητα ποινικής δίωξης θα μπορούσε να είναι ένα πραγματικό αποτρεπτικό μέσο για τους γιατρούς που διαφορετικά ίσως είχαν μπει στον πειρασμό να δοκιμάσουν μεγαλύτερες δόσεις «ηρεμιστικών» ("quieting") φαρμάκων. Είναι δυνατό η απειλή της ποινικής δίωξης, μαζί με την απέχθεια του κοινού (public odium), να διαδραμάτισε κάποιο ρόλο στη διατήρηση σε πολύ χαμηλό επίπεδο των ψυχιατρικών φαρμακοθεραπειών στην αγγλική πρακτική. Από το 1856 μέχρι το 1900, η συνολική μέση εβδομαδιαία δαπάνη για φάρμακα και χειρουργικές επεμβάσεις στα άσυλα των κομητιών και των δήμων στην Αγγλία και την Ουαλία διατηρήθηκε μεταξύ 0,7 και 1,1 πενών (penny) ανά ασθενή –ποσό που αποτελούσε περίπου το 1-1,5% του συνολικού λειτουργικού κόστους των ασύλων και μόλις επαρκούσε για την αγορά 1½ δόσης ένυδρης χλωράλης εβδομαδιαίως για κάθε ασθενή (17). Η εικόνα του ασημένιου «χρημικού περιουσιακού» που ζωγράφιζαν οι επικριτές των κατασταλτικών του δέκατου ένατου αιώνα απέχει πολύ από την πραγματικότητα.

Ο προσδιορισμός της πολιτικής (policing) της ψυχιατρικής θεραπευτικής από το κοινό φαίνεται ότι έχει αποτελέσει μακροχρόνιο και αναπόσπαστο μέρος της φιλοσοφίας της ψυχιατρικής. Οι ψυχίατροι στην Αγγλία δεν είχαν αυτονομία στη χορήγηση φαρμάκων στους ασθενείς κατά το δέκατο όγδοο και δέκατο ένατο αιώνα. Η ψυχιατρική συνάντηση διεξαγόταν κάτω από τη σκιά της δημοσιογραφίας (journalism) πολύ πριν η ταϊνιά «Στη Φυλιά του Κούκου» ("One Flew over the Cuckoo's Nest") (19) εξάψει τη φαντασία του κοινού και ρίξει λάδι στις αντιψυχιατρικές φωτιές που άναψαν στα τέλη του εικοστού αιώνα. Το στενό ψυχιατρικό περιβάλλον νοσηλείας στην Αγγλία κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου δεν απαρτιζόταν μόνο από το γιατρό και τον ασθενή. Δεν ήταν η μυθική χρυσή εποχή της αγνής (pure), στενής (intimate) και αποκλειστικής (exclusive) σχέσης γιατρού-αρρώστου. Ούτε ήταν η σκοτεινή εποχή της απολυταρχικής (authoritarian) και απεριόριστης (unmitigated) εξουσίας του ψυχιάτρου επάνω στον ανίσχυρο ασθενή. Οι ψυχίατροι κατά το παρελθόν συνταγογραφούσαν φάρμακα έχοντας στο νου τους όχι μόνο τον ασθενή, αλλά και το κοινό επίσης. Ακόμα συμβαίνει αυτό. Η σύγχρονη ψυχιατρική συνεχίζει να επηρεάζεται από το ενδιαφέρον του κοινού για τη θεραπεία των πασχόντων από ψυχικά νοσήματα. Και αυτό μπορεί να συνεχίσει να συμβαίνει και στην ψυχιατρική του μέλλοντος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Porter R. Mind-forg'd manacles: a history of madness in England from the Restoration to the Regency. London: Athlone, 1987.
- Scull AT. The most solitary of afflictions: madness and society in Britain. New Haven: Yale University Press, 1993.
- Habermas J. The structural transformation of the public sphere: an inquiry into a category of bourgeois society. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1989.
- Castel R. The regulation of madness: the origins of incarceration in France. Berkeley: University of California Press, 1988.
- Pressman JD. Last resort: psychosurgery and the limits of medicine. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1998.
- Healy D. The antidepressant era. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1997.
- Southcomb L. Peace of mind and health of body united. London: Cooper, 1760.
- Blackmore R. A treatise of the spleen and vapours. London: Pemberton, 1725.
- Battie W. A treatise on madness. London, England: Whiston & White, 1758.
- Monro J. Remarks on Dr Battie's treatise on madness. London: Clarke, 1758.
- Robinson N. A new system of the spleen, vapours and hypochondriack melancholy, wherein all the decays of the nerves, and lownesses of the spirits, are mechanically accounted for. London, England: Bettsworth, Innis & Rivington, 1729.
- Barrows GM. Commentaries on causes, forms, symptoms, and treatment, moral and medical, of insanity. London, England: Underwood, 1828.
- Commissioners in Lunacy. Eleventh annual report of the Commissioners in Lunacy. London, England: HMSO, 1857.
- Bucknill JC. The prosecution of a medical superintendent for man-slaughter. Asylum J Ment Sci 1856;2:517-23.
- Tuke DH. A few notes on lunacy in France, suggested by a recent visit to French asylums. J Ment Sci 1878;24:444-51.
- Suzuki A. Decline of heroic treatment in psychiatric therapeutics in England in the late nineteenth century. Presented at the 70th Annual Meeting of the Japanese Socioeconomic History Society, Tokyo, May 2001.
- Select Committee on Lunacy Law. Report from the Select Committee on Lunacy Law: together with proceedings of the committee, minutes of evidence and appendix. London, England: HMSO, 1878.
- Kesey K. One flew over the cuckoo's nest. New York: Penguin, 1977.

EXELON® rivastigmine

Σκληρά καψάκια των 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg και 6 mg. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Κάθε καψάκιο περιέχει rivastigmine hydrogentartrate ισοδύναμη με 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg και 6 mg rivastigmine. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Σκληρό καψάκιο. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ Θεραπευτικές ενδείξεις** Συμπτωματική θεραπεία ήπιας έως μέτριας βαρύτητας άνοιας Alzheimer. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης – Χορήγηση:** Η rivastigmine θα πρέπει να χορηγείται δύο φορές ημερησίως, με το πρωινό και το βραδινό γεύμα. Οι κάψουλες θα πρέπει να καταπίνονται ολόκληρες. **Εναρξιακή δόση:** 1,5 mg δύο φορές ημερησίως. **Προσδιορισμός δόσης:** Η αυσιωμένη εναρξιακή δόση είναι 1,5 mg δύο φορές ημερησίως. Αν η δόση αυτή γίνει καλά ανεκτή ύστερα από τουλάχιστον δύο εβδομάδες θεραπείας, η δοσολογία μπορεί να αυξηθεί σε 3 mg δύο φορές ημερησίως. Αφού διατηρηθεί σε αυτό το δοσολογικό επίπεδο επί τουλάχιστον 2 εβδομάδες, μπορεί να εξετάζεται το ενδεχόμενο διαδοχικής αύξησης σε 4,5 mg και ακολούθως σε 6 mg δύο φορές ημερησίως, εφ' όσον είναι καλή η ανεκτικότητα στην παρούσα δόση. Εάν παρατηρηθούν ανεπιθύμητες ενέργειες (π.χ. ναυτία, έμετος, κοιλιακό άλγος ή απώλεια όρεξης) ή απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αυτές ενδέχεται να υποχωρήσουν όταν παραλειφθεί μία ή περισσότερες δόσεις. Εάν εμμένουν, τότε η ημερήσια δόση πρέπει προσωρινά να μειωθεί στο αμέσως προηγούμενο δοσολογικό επίπεδο που έγινε καλά ανεκτή. **Δόση συντήρησης:** Η αποτελεσματική δόση είναι 3 έως 6 mg, δύο φορές ημερησίως. Για την επίτευξη του μέγιστου θεραπευτικού οφέλους, οι ασθενείς θα πρέπει να διατηρούνται στη μέγιστη καλά ανεκτή δόση. Η αυσιωμένη μέγιστη ημερήσια δόση είναι 6 mg, δύο φορές ημερησίως. Η θεραπεία συντήρησης μπορεί να συνεχισθεί για όσο διάστημα υπάρχει θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή. Για το λόγο αυτό, το κλινικό όφελος της rivastigmine θα πρέπει να εκτιμάται εκ νέου ανά τακτά χρονικά διαστήματα ειδικά στους ασθενείς που λαμβάνουν δόσεις μικρότερες από 3 mg, δύο φορές ημερησίως. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν το ενδεχόμενο της διακοπής της θεραπείας, εφ' όσον δεν φαίνεται πλέον ενδείξεις θεραπευτικής δράσης. Η ατομική ανταπόκριση στη rivastigmine δεν μπορεί να προβλεφθεί. Δεν έχει μελετηθεί το αποτέλεσμα της δράσης σε ελεγχόμενες έναντι placebo μελέτες διάρκειας πάνω από 6 μήνες. **Βεβαρημένη νεφρική και ηπατική λειτουργία** Λόγω αυξημένης έκθεσης σε επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας και σε ήπια έως μέτρια επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας, θα πρέπει να τηρούνται επαρκείς οι συστάσεις για προσδιορισμό της δόσης ανάλογα με την ατομική ανεκτικότητα. **Παιδιά** Η χρήση της rivastigmine δεν συνιστάται στα παιδιά. **Αντενδείξεις** Η χρήση αυτού του φαρμακευτικού προϊόντος αντενδείκνυται σε ασθενείς με: γνωστή υπερευαίσθησια στην rivastigmine, άλλα καρβαμικά παράγωγα ή άλλα έκδοχα που χρησιμοποιούνται στη σύνθεση -οσοβαρή ηπατική δυσλειτουργία, αφού δεν έχει μελετηθεί σε αυτό τον πληθυσμό. **Ειδικές προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά την χρήση** Η έναρξη και η επίβλεψη της θεραπείας θα πρέπει να γίνεται από ιατρό με εμπειρία στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της άνοιας Alzheimer. Η διάγνωση θα πρέπει να τίθεται συμφώνως προς τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Η χορήγηση θεραπείας με rivastigmine θα πρέπει να αρχίζει μόνο εφ' όσον υπάρχει κάποιο άτομο που θα φροντίζει τον ασθενή και θα εποπτεύει τακτικά τη λήψη του φαρμάκου από αυτόν. Η χρήση της rivastigmine σε ασθενείς με βαριά άνοια επί νόσου Alzheimer, άλλους τύπους άνοιας ή άλλους τύπους εξασθένησης της μνήμης (π.χ. σχετιζόμενη με την ηλικία εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών) δεν έχει διερευνηθεί. Γαστρεντερικές διαταραχές, όπως ναυτία και έμετος μπορεί να εμφανισθούν ιδιαίτερα κατά την έναρξη της θεραπείας ή/και κατά την αύξηση της δοσολογίας. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται πιο συχνά σε γυναίκες. Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer χάνουν βάρος. Οι αναστολές της ακετυλοχολινεστεράσης, συμπεριλαμβανομένης της rivastigmine, έχουν συσχετισθεί με απώλεια βάρους σε αυτούς τους ασθενείς. Κατά την διάρκεια της αγωγής το βάρος του ασθενούς πρέπει να παρακολουθείται. Όπως συμβαίνει και με άλλους χολινεργικούς παράγοντες, απαιτείται προσοχή κατά τη χορήγηση της rivastigmine σε ασθενείς σε σύνδρομο νοσούτσου φλεβοκόμβου ή ανωμαλίες της καρδιακής αγωγιμότητας (φλεβοκοιλιακές αποκλεισμοί, κολλοκοιλιακός αποκλεισμός). Όπως συμβαίνει και με άλλους χολινεργικούς παράγοντες, η rivastigmine ενδέχεται να προκαλέσει αυξημένες εκκρίσεις γαστρικού υγρού. Αν και η rivastigmine δεν φάνηκε να αυξάνει το ενδεχόμενο εμφάνισης ελκών σε σχέση με την ομάδα placebo, απαιτείται προσοχή κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με ενεργά γαστρικά έλκη ή έλκη του δωδεκαδακτύλου ή ασθενών που εμφανίζουν προδιάθεση σε τέτοια νοσήματα. Οι αναστολές χολινεστεράσης θα πρέπει να αναγράφονται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό άσθματος ή αποφρακτικής πνευμονικής νόσου. Οι χολινεργικές ενώσεις ενδέχεται να επαγάγουν ή να επιδεινώνουν φαινόμενα, όπως την απόφραξη ουροφόρων οδών και τις επιληπτικές κρίσεις. Παρ' όλο που κάτι τέτοιο δεν έχει παρατηρηθεί με την rivastigmine, συνιστάται προσοχή κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με προδιάθεση γι' αυτού του είδους τα νοσήματα. **Χορήγηση κατά την κύηση και γαλουχία** Κύηση: Σε έμπιστες και κονίλικους δεν παρατηρήθηκαν επιδράσεις στη γονιμότητα ή την ανάπτυξη των εμβρύων, παρά μόνον σε δόσεις σχετιζόμενες με μητρική τοξικότητα. Σε μελέτες περιγεννητικής ανάπτυξης που έγιναν σε επίμυες, παρατηρήθηκε αυξημένη διάρκεια κυοφορίας. Η ασφάλεια της rivastigmine κατά τη διάρκεια της κύησης στον άνθρωπο δεν έχει αποδειχθεί. Το φάρμακο επιτρέπεται να χορηγείται σε εγκύους μόνον εφ' όσον το δυνητικό όφελος υπερκαλύπτει τον πιθανό κίνδυνο για το έμβρυο. **Γαλουχία:** Στα ζώα η rivastigmine απεκκρίνεται στο γάλα. Δεν είναι γνωστό κατά πόσο η rivastigmine απεκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Γι' αυτό τον λόγο, ασθενείς που λαμβάνουν rivastigmine δεν θα πρέπει να θηλάζουν. **Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών** Η νόσος του Alzheimer μπορεί να προκαλέσει άμβλυση της ικανότητας για οδήγηση ή να διακυβεύσει την ικανότητα χειρισμού μηχανών. Επιπλέον, η rivastigmine μπορεί να προκαλέσει ζάλη και υπνηλία, κυρίως κατά την έναρξη της θεραπείας ή κατά την αύξηση της δοσολογίας. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να γίνεται συχνή αξιολόγηση της ικανότητας για οδήγηση και χειρισμό πολύπλοκων μηχανών ασθενών με νόσο Alzheimer που λαμβάνουν θεραπεία με rivastigmine από τον θεράποντα ιατρό. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες (συχνότητα εμφάνισης $\geq 5\%$ και διπλάσια από τη συχνότητα με χορήγηση placebo) ήταν εξασθένηση, ανορεξία, ζάλη, ναυτία, υπνηλία και έμετος. Οι γυναίκες ασθενείς βρέθηκαν να είναι πιο επιρρεπείς σε ναυτία, έμετο, απώλεια όρεξης και απώλεια βάρους. Άλλες συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες (συχνότητα εμφάνισης $\geq 5\%$ και \geq από τη συχνότητα με placebo) ήταν κοιλιακό άλγος, τυχαίο τραύμα, ανησυχία, σύγχυση, κατάθλιψη, διάρροια, δυσπεψία, κεφαλαλγία, αϋπνία, λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν: αυξημένη επιδρωση, αίσθημα κακουχίας, απώλεια βάρους, τρόμος. Έχουν παρατηρηθεί σπάνια περιστατικά σθηθάνης, γαστρεντερικής αιμορραγίας και συγκοπτικής κρίσης. Δεν παρατηρήθηκαν αξιολογες αποκλίσεις στις τιμές των εργαστηριακών παραμέτρων. **Φαρμακοθεραπευτική ομάδα:** Αναστολές ακετυλοχολινεστεράσης κωδικός ATC: N07AA. **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ Κατάλογος εκδόχων** Ζελατίνη, στεατικό μαγνήσιο, μεθυλοδρόζοπροπυλοκαλκίτη, μικροκρυσταλλική κυταρίνη, άνυδρο κολοειδές πυριτίο, κίτρινο οξείδιο του σιδήρου (E 172), ερυθρό οξείδιο του σιδήρου (E 172) και διοξείδιο του τιτανίου (E 171) *Διάρκεια ζωής* 24 μήνες. **Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος** Να φυλάσσεται σε θερμοκρασία κάτω των 30°C. **Φύση και συστατικά του περιεχόμενου** Συσκευασία blister, από διαφανές PVC, με 14 σκληρά καψάκια που καλύπτονται από λεπτό φύλλο μπλε χρώματος. Κάθε κουτί περιέχει 2 blister.

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες, παρακαλούμε ν' απευθύνεσθε στην εταιρεία Novartis (Hellas) AEBE. Τηλ.: 28 11 712