




**ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**



Η Ψυχιατρική  
του Γενικού Νοσοκομείου



**Παύλος Ν. Σακκάς**  
Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

2η Έκδοση  
Αθήνα 2020

# **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Η Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου

**Παύλος Ν. Σακκάς**

Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Αθήνα 2020

**Copyright © 2020 ΠΑΥΛΟΣ Ν. ΣΑΚΚΑΣ**

Στοιχεία Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής: Η Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου  
2η Έκδοση - Ψηφιακή - Ενημερωμένη  
Αθήνα, 2020

1η Έκδοση - Έντυπη

Copyright Πάυλος Ν. Σακκάς, Αθήνα 1997

Αθήνα, 1997

Έκδοση: ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ε.Π.Ε.

Παν. Τσαλδάρη 3 151 27 Μαρούσι Τηλ: 6141360 Fax:6141365

ISBN 960-86052-0-2

Αφιερώνεται  
στους ασθενείς  
και στο προσωπικό  
του Νοσοκομείου “Αλεξάνδρα”

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΙΣΤΟΡΙΑ	9
<b>ΟΡΓΑΝΩΣΗ</b>	<b>11</b>
ΠΡΟΤΥΠΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ	11
<i>ΚΛΑΣΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ</i>	<i>11</i>
<i>ΑΛΛΑ ΠΡΟΤΥΠΑ</i>	<i>13</i>
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	14
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ	16
ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	17
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	18
ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	19
ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	20
<b>ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ</b>	<b>22</b>
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	22
ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ	24
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΟΔΟΤΕΣ	25
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟ	27
<b>ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>29</b>
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	29
Ο ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ	32
ΑΣΘΕΝΗΣ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	34
ΜΑΝΙΑ	35
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ	37
<b>ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>38</b>
Σωματοποιητικές ή Σωματόμορφες Διαταραχές	38
Υποχονδριακές Διαταραχές	38
Μετατρεπτικές Διαταραχές	38
Κρίσεις Πανικού	38
ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ - ΑΝΟΙΑ	41
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	42
<b>ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ</b>	<b>45</b>
ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	45

ΨΥΧΩΣΗ ΛΟΧΕΙΑΣ	45
ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	46
ΕΚΤΡΩΣΗ	46
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	48
ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ	48
ΤΟΚΕΤΟΣ	49
ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	50
Ο ΦΟΡΕΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΗΙV ΚΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ AIDS	50
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	52
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ	55
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ	56
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ	57
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ	58
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ	60
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ	62
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	63
<i>ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ</i>	63
<i>ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ</i>	64
ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΜUNCHAUSEN	64
ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ	65
ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ	66
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	67
ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΕΩΣ ΤΡΟΦΗΣ	67
ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΕΜΕΤΟΙ	68
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΔΙΨΙΑ	69
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ	69
ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΩΝ	70
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ	
BURNED-OUT SYNDROME	71
ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	72
ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	72
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	74
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	75
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	78

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το βιβλίο αυτό απευθύνεται στους ψυχιάτρους, τους ειδικευόμενους στην ψυχιατρική και γενικά τους επαγγελματίες υγείας, που επιθυμούν να ασχοληθούν ή ασχολούνται ήδη με τον τομέα της Συμβουλευτικής - Διασυνδετικής Ψυχιατρικής. Επιπλέον, η μελέτη του και από άλλους γιατρούς που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία, αποτελεί γι' αυτούς ένα χρήσιμο βοήθημα στην κατανόηση του τρόπου που ένας ψυχίατρος, αντιμετωπίζει την καθημερινή πρακτική στο νοσοκομείο.

Ο τίτλος του συγγράμματος είναι *Στοιχεία Συμβουλευτικής - Διασυνδετικής Ψυχιατρικής*, γιατί η πεποίθηση του συγγραφέα είναι ότι ο τομέας αυτός της Ψυχιατρικής είναι ανεξάντλητος. Ένας τόμος σίγουρα δεν φτάνει, για να περιλάβει τις εμπειρίες που επιφυλάσσει η ειδικότητα αυτή της ψυχιατρικής, στους λειτουργούς της. Κάθε μέρα αναμένει τον ψυχίατρο στο γενικό νοσοκομείο μια καινούρια έκπληξη, μια καινούρια πρόκληση. Την επόμενη ημέρα της ολοκλήρωσης του βιβλίου αυτού, περίμενε τον συγγραφέα στο νοσοκομείο μια ιδιάζουσα αποστολή. Έπρεπε να ανακοινώσει σε έναν ηλικιωμένο, ότι πάσχει από σύφιλη και να τον βοηθήσει να μεταφέρει την πληροφορία αυτή και στη σύζυγό του, ώστε να υποβληθεί και αυτή σε εξετάσεις και θεραπεία. Η λειτουργία αυτή της Συμβουλευτικής - Διασυνδετικής ψυχιατρικής (Σ-Δ) δεν έχει προβλεφθεί από το ανά χείρας βιβλίο, όπως και πολλές ακόμα που καθημερινά αναφύονται, από την δυναμική σχέση του ψυχιάτρου με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου. Η Σ-Δ ψυχιατρική αποτελεί ακόμα έναν ανεξερεύνητο και ανεκμετάλλευτο χώρο της ψυχιατρικής.

Η δομή του βιβλίου αυτού, πλησιάζει περισσότερο αυτή ενός διδακτικού βιβλίου και λιγότερο ενός εγχειριδίου αναφοράς. Συνιστάται η ανάγνωση ολόκληρου του συγγράμματος, ώστε ο αναγνώστης να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την «φιλοσοφία» της Σ-Δ ψυχιατρικής. Έτσι έγινε προσπάθεια, στοιχεία που αναφέρονται σε ένα κεφάλαιο, να μην επαναλαμβάνονται σε άλλο, αν και αυτό δεν ήταν πάντα δυνατό.

Ο μελετητής του διδακτικού αυτού βιβλίου, θα διαπιστώσει ότι το βιβλίο αυτό στερείται βιβλιογραφίας. Η έλλειψη βιβλιογραφικών αναφορών είναι σκόπιμη, γιατί αν υπήρχαν αναφορές, αυτές θα ήταν χθεσινές, ενώ το βιβλίο απευθύνεται σε αυριανούς μελετητές. Αν θελήσουν αυτοί, να διερευνήσουν ένα γνωστικό πεδίο που αναφέρεται στο πόνημα αυτό, είναι σίγουρο ότι με τις νέες τεχνολογίες θα το κάνουν εύκολα, γρήγορα και το κυριώτερο, θα μπορέσουν να βρουν βιβλιογραφίες αυριανές. Ειδικότερα μάλιστα στο κεφάλαιο της Σ-Δ Ψυχιατρικής, η διεθνής βιβλιογραφία συγκεντρώνεται από το περιοδικό *General Hospital Psychiatry*, το οποίο κάθε χρόνο εκδίδει ένα συμπληρωματικό τεύχος, που περιλαμβάνει την βιβλιογραφία κατανεμημένη σε θεματικές ενότητες. Επιπλέον, η Βιβλιογραφία της Σ-Δ ψυχιατρικής εκδίδεται και σε μορφή CD-ROM, από την εκδοτική ομάδα του ίδιου περιοδικού, με τον τίτλο *MICROCARES*.

Από αυτή την θέση, θέλω να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην επιλογή του τομέα αυτού της ψυχιατρικής καθώς και στην λειτουργία μου εκεί μέχρι σήμερα. Ειδικά, ευχαριστώ τον καθηγητή Κ. Στεφανή, τον οποίο είχα την τύχη να έχω δάσκαλο. Ευτύχησα να εκπαιδευτώ στο Αιγινήτειο, σε μια περίοδο που μπορούσε κανείς να εκτεθεί σε πληθώρα επιστημονικών ερεθισμάτων, που έφεραν οι εκλεκτοί συνεργάτες του. Έτσι όπλισα την επιστημονική μου σκέψη με μεγάλη ποικιλία απόψεων και γνώσεων, που είναι απαραίτητες για την επιτυχημένη άσκηση της Σ-Δ ψυχιατρικής, μιας ειδικότητας κατ' εξοχήν πολυδιάστατης. Τέλος ευχαριστώ τον καθηγητή Γ. Χριστοδούλου, για τις εύστοχες παρατηρήσεις του στο σύγγραμμα αυτό.

**Π.Ν.Σ**



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει διεθνώς μεγάλο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη ψυχιατρικών υπηρεσιών στο χώρο του γενικού νοσοκομείου. Η τάση αυτή βέβαια δεν είναι νέα, αλλά μόνο την προηγούμενη δεκαετία οι συνθήκες της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, κατέστησαν την παρουσία της ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο απαραίτητη. Κύρια αιτία αυτής της ανάγκης, είναι η καθημερινή εξέλιξη της τεχνολογίας και η διείσδυση της σ' όλους τους τομείς της ιατρικής πρακτικής. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο γιατρός να χάνει όλο και περισσότερο την ταυτότητά του ως θεραπευτού και να την αντικαθιστά με αυτή του τεχνοκράτη. Ακόμα, η είσοδος στα νοσοκομεία τεχνολόγων και οικονομολόγων, μεταβάλλει προοδευτικά τον άρρωστο σε «καταναλωτή» υπηρεσιών υγείας.

Τα σύγχρονα νοσοκομεία άρχισαν να μοιάζουν με ξενοδοχειακές μονάδες ή με μεγάλα συγκροτήματα καταστημάτων. Βασική φροντίδα των managers που τα διοικούν είναι να πείσουν τον καταναλωτή να αγοράσει περισσότερες από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Έχουμε φτάσει σ' ένα σημείο που οι εξετάσεις γίνονται όχι γιατί είναι απαραίτητες, αλλά γιατί και μόνο είναι διαθέσιμες. Υπάρχει μια συνεχώς μεγαλύτερη πίεση προς τον γιατρό για να ζητήσει την εκτέλεση εξετάσεων και παρακλινικών δοκιμασιών. Η πίεση αυτή προέρχεται τόσο από την μεριά αυτών που παράγουν, διαχειρίζονται και εκμεταλλεύονται την ιατρική τεχνολογία, όσο και από την μεριά των καταναλωτών, δηλαδή των ασθενών.

Τα μεγάλα επιτεύγματα της ιατρικής, κυρίως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, καλλιεργούν στον κόσμο την αντίληψη της αιώνιας νεότητας και της αθανασίας. Ο θάνατος έγινε ένας αντίπαλος που μπορεί να ηττηθεί. Η ιατρική οφείλει να νικά κάθε ασθένεια και να επαναφέρει τον ασθενή σε πλήρη λειτουργική επάρκεια. Με μεγάλη δυσκολία μπορεί να δεχθεί ο σύγχρονος άρρωστος, ότι δεν πρόκειται να γίνει καλά, ή εν πάση περιπτώσει ότι η αποθεραπεία θα του αφήσει κάποια αναπηρία.

Έτσι ο κάθε ασθενής ξεκινά έναν αγώνα για να κατακτήσει την χαμένη υγεία του. Σ' αυτόν τον αγώνα δεν υπάρχουν όρια, ούτε οικονομικά, ούτε τοπικά αλλά και ούτε χρονικά. Ο ασθενής και το περιβάλλον του είναι διατεθειμένοι να ξοδέψουν τεράστια ποσά και να κινηθούν απ' την μια άκρη του κόσμου στην άλλη κυνηγώντας την πλήρη αποθεραπεία. Κανείς πλέον δεν δέχεται το μοιραίο χωρίς προηγουμένως να δώσει μάχη. Κι ενώ είναι εκ των προτέρων γνωστό ότι η νίκη θα είναι πύρρειος, εντούτοις κανείς δεν διανοείται να καταθέσει τα όπλα.

Μόνον όταν η μάχη κριθεί, τότε ο ασθενής και το περιβάλλον του ψάχνουν να βρουν στηρίγματα προκειμένου να μπορέσουν να συνεχίσουν την πορεία τους στη ζωή. Με τρωμένο το γόητρο, πληγωμένο εγωισμό και συχνά οικονομικά εξουθενωμένοι, οι άνθρωποι αυτοί μοιάζουν με προδομένους αγωνιστές. Είχαν πιστέψει ότι θα κατάφερναν να ελέγξουν την υγεία τους, χρησιμοποιώντας τις κατακτήσεις της σύγχρονης τεχνολογίας. Πίστευαν ότι η Ιατρική σήμερα κάνει θαύματα, όπως τους έλεγε ο Τύπος και η τηλεόραση.

Σε όλη αυτή την πορεία ήθελαν να ακούν μόνο αυτούς που τους έδιναν ελπίδες και μηνύματα νίκης. Συνειδητά ή ασυνειδητά απέρριπταν την γνώμη όσων έθεταν τα προβλήματα σε ρεαλιστική βάση. Στο παιχνίδι αυτό δυστυχώς παρασύρονται εύκολα οι γιατροί-τεχνοκράτες, που έχουν σαν οδηγό τους την ικανοποίηση του ασθενούς-καταναλωτή. Η ιατρική δεοντολογία όχι μόνο δεν αποτελεί βασικό εκπαιδευτικό αντικείμενο των ιατρικών σχολών, αλλά και κακοποιείται βάναυσα στην καθημερινή ιατρική πράξη.

Έτσι λοιπόν, η ανάγκη για πιο ανθρώπινη προσέγγιση του ασθενούς, γίνεται κάθε μέρα και επιτακτικότερη. Αυτό το κενό προσπαθεί να καλύψει στη νοσοκομειακή πρακτική, ο σύμβουλος ψυχίατρος. Αυτός είναι συνήθως εκείνος που θα ακούσει με ευαίσθητο αυτί, τους προβληματισμούς και την αγωνία του ασθενούς. Ακόμα, απ' αυτόν περιμένουμε να μεταδώσει στους συναδέλφους των άλλων ειδικοτήτων, την ολιστική και βιοψυχοκοινωνική θεώρηση του προβλήματος του κάθε ασθενούς. Έτσι η διασυνδεδετική ψυχιατρική, μπορεί να βοηθήσει να φτάσουμε στο επιθυμητό επίπεδο, κατά το οποίο όλοι οι γιατροί θα αντιμετωπίζουν τον άρρωστο σαν μια ολοκληρωμένη λειτουργική οντότητα και δεν θα περιορίζουν το ενδιαφέρον τους και την προσοχή τους μόνο σε ένα όργανο ή σε ένα σύμπτωμα.

## ΙΣΤΟΡΙΑ

Αν και ήδη από τις αρχές του αιώνα πολλά γενικά νοσοκομεία διέθεταν σύμβουλο ψυχίατρο, εντούτοις μόλις τα τελευταία τριάντα χρόνια η παρουσία του ψυχιάτρου, στις κλινικές παθολογικών και χειρουργικών ειδικοτήτων, γίνεται πιο συστηματική.

Στις Η.Π.Α. η ιστορία της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής ξεκίνησε ουσιαστικά στην δεκαετία του 1930, όταν το ίδρυμα Ροκφέλερ, που αποτελούσε τότε τον βηματοδότη της ιατρικής εκπαίδευσης και έρευνας, προώθησε την εγκαθίδρυση ψυχιατρικών μονάδων στα πιο σημαντικά ιατρικά κέντρα της Αμερικής. Νέα ώθηση δόθηκε μετά την δεκαετία του 1960 από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση των Η.Π.Α., η οποία έβλεπε την διασυνδεδετική ψυχιατρική όχι μόνο σαν μια κλινική ειδικότητα, αλλά και σαν κύριο μοχλό διεύρυνσης της ιατρικής εκπαίδευσης σε μη τεχνοκρατικούς και πιο ανθρωπιστικούς ορίζοντες.

Συγχρόνως εκείνη την εποχή η συμβουλευτική ψυχιατρική αλλάζει πρόσωπο. Εγκαταλείπει τις αρχές της Ψυχοσωματικής ιατρικής και ξεφεύγει από το στενό πλαίσιο των ασθενειών που χαρακτηρίζονταν ως Ψυχοσωματικές (ημικρανία, άσθμα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, κολίτιδα). Ακολουθεί πλέον ένα ιατρικό μοντέλο, στραμμένο γενικότερα στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, που εμφανίζουν οι ασθενείς του γενικού νοσοκομείου. Η Ψυχοσωματική αιτιολογία της σωματικής αρρώστιας, δεν αποτελεί πλέον το επίκεντρο της απασχόλησης του ψυχιάτρου, που εργάζεται στο γενικό νοσοκομείο. Οι ορίζοντες του διευρύνονται και περιλαμβάνουν εργασία τόσο με τον ασθενή και την οικογένειά του, όσο και με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο ρόλος του ψυχιάτρου στο γενικό νοσοκομείο γίνεται διαγνωστικός, θεραπευτικός, αλλά και εκπαιδευτικός για το υπόλοιπο νοσοκομειακό περιβάλλον. Αρχίζει να απασχολείται και με προβλήματα σχέσεων μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους, των συγγενών και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και προβλήματα που απασχολούν το προσωπικό του νοσοκομείου κατά την άσκηση των καθηκόντων του. Ο ψυχίατρος προσπαθεί να γίνει το ιατρικό και νοσηλευτικό έργο, λιγότερο ψυχοφθόρο για το προσωπικό. Γίνεται εμφανές ότι σε ορισμένες μονάδες του νοσοκομείου, (μονάδες εντατικής θεραπείας, μονάδες νοσηλείας καρκινοπαθών, κ.α.), παρουσιάζεται το σύνδρομο καταπόνησης ή επαγγελματικής εξάντλησης (burned-out syndrome) του προσωπικού. Ο ψυχίατρος παρεμβαίνει μεταθέτει τα ευαίσθητα άτομα, οργανώνει ομάδες στις οποίες συζητούνται τα προβλήματα και αποφορτίζονται συναισθηματικά τα μέλη τους.

Η περιγραφή των ευρύτερων αυτών αρμοδιοτήτων των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία, γέννησε τον όρο Liaison Psychiatry ή Διασυνδεδετική ψυχιατρική. Σκοπός επομένως της ολοκληρωμένης ειδικότητας της ψυχιατρικής που ονομάζεται Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική ψυχιατρική είναι τόσο η πρόληψη και θεραπεία της ψυχοπαθολογίας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, που υποφέρει από κάποιο σωματικό νόσημα, όσο και η ελαχιστοποίηση της ψυχικής καταπόνησης και η βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας του προσωπικού του νοσοκομείου.

Στην Ευρώπη, η διασυνδεδετική ψυχιατρική αναπτύσσεται πολύ δυναμικά τα τελευταία χρόνια. Το 1982 στην Μεγάλη Βρετανία ιδρύεται ομάδα διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, η οποία ήδη αριθμεί πάνω από 800 μέλη. Το 1987 δημιουργείται Ευρωπαϊκή ομάδα εργασίας με εκπροσώπους από τις περισσότερες χώρες της ηπείρου, η οποία από το 1990 χρηματοδοτείται από την ΕΟΚ. Σκοπός της ομάδας αυτής των ψυχιάτρων που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία, είναι να καταγράψουν τις εθνικές ιδιαιτερότητες και να προχωρήσουν σε κοινή δράση για την εξάπλωση της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στον Ευρωπαϊκό χώρο.

Επιπλέον προσπαθούν να ορίσουν κοινά πλαίσια λειτουργίας για τις μονάδες Συμβουλευτικής - Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής που θα ισχύουν σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Συγχρόνως στην Αμερική γίνεται προσπάθεια να αναγνωριστεί η Συμβουλευτική - Διασυνδεδετική ψυχιατρική σαν επίσημη υποειδικότητα της ψυχιατρικής, όπως είναι η παιδοψυχιατρική. Ακόμα, παρ' ότι δεν υπάρχουν σε γενική χρήση αναγνωρισμένα εγχειρίδια διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, εντούτοις πρόσφατα έγινε ιδιαίτερη πρόοδος στην συγκέντρωση και αξιολόγηση όλης της σχετικής βιβλιογραφίας, από την εκδοτική ομάδα του περιοδικού General Hospital Psychiatry, γεγονός που αποτελεί σημαντική βοήθεια για όσους ασχολούνται με διάφορους τομείς της Συμβουλευτικής - Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής.

# ΟΡΓΑΝΩΣΗ

## ΠΡΟΤΥΠΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

Το 1989 δημιουργήθηκε, μία Ευρωπαϊκή ομάδα εργασίας για την Συμβουλευτική Διασυνδεδετική ψυχιατρική (European Consultation Liaison Workgroup ECLW) στην οποία συμμετείχαν ειδικοί από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Σκοπός της ομάδας αυτής ήταν να καθορίσει ένα μοντέλο οργάνωσης υπηρεσίας, το οποίο και θα προτεινόταν για κάθε γενικό νοσοκομείο της Ευρώπης. Εκείνο όμως που έγινε αμέσως φανερό ήταν η πολυμορφία των οργανώσεων των υπηρεσιών Συμβουλευτικής Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής. Κάθε νοσοκομείο ανάλογα των αναγκών του, των υφιστάμενων δομών και δυνατοτήτων του, αναπτύσσει ιδιαίτερο μοντέλο υπηρεσιών. Έτσι και η Σ-Δ ψυχιατρική απαντά κάθε φορά σε άλλα αιτήματα.

Το εύρος του φάσματος των υπηρεσιών και της οργάνωσής τους, δεν επιτρέπει την πλήρη καταγραφή των μοντέλων Σ-Δ ψυχιατρικής που λειτουργούν διεθνώς. Ενδεικτικά μόνο, αναφέρονται μερικές χαρακτηριστικές δομές.

### **ΚΛΑΣΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ**

Το κλασικό πρότυπο οργάνωσης υπηρεσίας Σ-Δ ψυχιατρικής σε γενικό νοσοκομείο είναι αυτό κατά το οποίο ένας ψυχίατρος, που ανήκει στον ψυχιατρικό τομέα του νοσοκομείου, αναλαμβάνει να εξετάσει τους ασθενείς που νοσηλεύονται στις κλινικές των άλλων τομέων του νοσοκομείου, όταν αυτό του ζητηθεί από τους θεράποντες γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων. Στο έργο του αυτό μπορεί να συνεπικουρείται από άλλους ψυχιάτρους, ειδικευόμενους ψυχιατρικής, εφόσον αυτό επιτρέπει η επάνδρωση του ψυχιατρικού τομέα και το επιβάλει το μέγεθος του νοσοκομείου. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι οι ανάγκες του νοσοκομείου για υπηρεσίες Σ-Δ ψυχιατρικής είναι τεράστιες και με βεβαιότητα μπορεί να υποστηριχθεί ότι σε κανένα νοσοκομείο του κόσμου, δεν έχουν πλήρως καλυφθεί. Ιδανικά, όλοι οι ασθενείς του γενικού νοσοκομείου χρήζουν ψυχιατρικής εκτίμησης και εάν χρειαστεί και κάποιου βαθμού ψυχολογικής υποστήριξης. Το σχήμα δεν είναι καθόλου ρητορικό, δεδομένου ότι μια τέτοια πρακτική θα κατάφερνε να αποκαλύψει όλους εκείνους τους ασθενείς, των οποίων ενώ το πρωταρχικό πρόβλημά τους είναι ψυχικό εντούτοις προβάλλεται ως σωματικό, με αποτέλεσμα να καταναλώνουν άσκοπα υπηρεσίες υγείας.

Η οργάνωση της υπηρεσίας στην οποία αναφερθήκαμε, μπορεί να εμπλουτιστεί από την βοήθεια ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, ειδικευμένων νοσηλευτών, διοικητικών υπαλλήλων και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η ύπαρξη των ειδικοτήτων αυτών, επιτρέπει την πληρέστερη εκπλήρωση των στόχων της Σ-Δ ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο και την προσφορά μεγαλύτερου φάσματος υπηρεσιών.

Εντούτοις, στην ανάπτυξη του κλασικού αυτού μοντέλου, με την συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, υπάρχει ο κίνδυνος να ξεφύγει η Σ-Δ ψυχιατρική από τον ιατρικό της ρόλο. Αυτό το γεγονός είναι εξαιρετικά δυσμενές, γιατί μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε αποκλεισμό και περιθωριοποίηση της Σ-Δ ψυχιατρικής, από τις άλλες ειδικότητες του γενικού νοσοκομείου. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει, ότι αυτό μπορεί να αποτραπεί, με την άγρυπνη καθοδήγηση των υπηρεσιών αυτών από ψυχιάτρους, προσηλωμένους στις αρχές της Σ-Δ ψυχιατρικής.

Ολοκληρώνοντας την περιγραφή του κλασικού και συχνότερα απαντώμενου προτύπου οργάνωσης υπηρεσιών Σ-Δ ψυχιατρικής, πρέπει να διατυπωθεί μια γενική παρατήρηση. Η επιτυχία κάθε υπηρεσίας Σ-Δ ψυχιατρικής στο νοσοκομείο, εξαρτάται άμεσα και πρώτιστα από την ικανότητα του επικεφαλής της υπηρεσίας. Οι γνώσεις του στη ψυχιατρική, την ιατρική γενικότερα, αλλά κυρίως στον τομέα των δημοσίων σχέσεων, εμπεδώνουν την εκτίμηση των γιατρών των άλλων ειδικοτήτων, στην αναγκαιότητα και χρησιμότητα των υπηρεσιών της Σ-Δ ψυχιατρικής.

Η ευαισθητοποίηση παθολόγων και χειρουργών στη ψυχιατρική, απαιτεί συνεχή προσπάθεια από την πλευρά των ψυχιάτρων. Κάθε ειδικός γιατρός, τείνει να βλέπει και να αντιμετωπίζει τους ασθενείς του, μέσα από το πρίσμα της ειδικότητας του. Ο ψυχίατρος επομένως, είναι εκείνος που έχει την υποχρέωση να τονίζει κάθε φορά την αναγκαιότητα της πολυδιάστατης και ολιστικής αντιμετώπισης κάθε ασθενούς.

Δυστυχώς, δεν είναι λίγα τα παραδείγματα που υπηρεσίες Σ-Δ ψυχιατρικής, έχουν περιθωριοποιηθεί ή υπολειπوغούν. Συχνά, ο ψυχίατρος που αναλαμβάνει την υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής, αισθάνεται ανασφαλής στον ιατρικό του ρόλο. Αυτό γίνεται αντιληπτό από τους συναδέλφους των άλλων ειδικοτήτων, οι οποίοι ανταποδίδουν την επιφυλακτικότητα και την καχυποψία, για τον ρόλο και την αναγκαιότητα της ψυχιατρικής στο νοσοκομείο. Έτσι, ο ψυχίατρος και κατ' επέκταση η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής, αποτελεί ξένο σώμα στο κορμό του γενικού νοσοκομείου. Εύκολα, τα τείχη που υψώνονται γύρω από τα Ψυχιατρεία, μπορούν να υψωθούν και γύρω από την υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής, παρότι αυτή βρίσκεται μέσα στο νοσοκομείο.

Ο κίνδυνος απομόνωσης της υπηρεσίας, μπορεί να προέλθει και από το υπόλοιπο προσωπικό της Σ-Δ ψυχιατρικής. Ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί, αν δεν έχουν εμπειρία σε νοσοκομειακές δομές, μπορεί να προκαλέσουν άσκοπες τριβές στην αυστηρή ιεραρχία του νοσοκομείου. Ακόμα, μπορεί να προκαλεί αντιδράσεις στο υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου, από την υιοθέτη μη ιατρικών μοντέλων στις σχέσεις τους με τους ασθενείς. Οι ισορροπίες στον νοσοκομειακό χώρο είναι λεπτές και εύθραυστες. Μια "περίεργη" ή προκλητική εμφάνιση ή ακόμα και η έκφρασης ιδιαίτερης οικειότητας προς τους ασθενείς, σχολιάζονται αρνητικά και αντανakλούν σε όλη την εικόνα της υπηρεσίας Σ-Δ Ψυχιατρικής του νοσοκομείου.

Σε κάθε νοσοκομείο υπάρχουν ιδιαίτερες σηματοδοτήσεις που καθορίζουν συμπεριφορές και ρόλους. Η Σ-Δ ψυχιατρική πρέπει να σεβαστεί τους κανόνες και την σημειολογία κάθε νοσοκομείου, εφόσον θέλει να γίνει αποδεκτή από τη νοσοκομειακή

κοινότητα. Για παράδειγμα, το είδος της ιατρικής μπλούζας και το πόσο καθαρή είναι, συνήθως σηματοδοτεί την ιεραρχία, γεγονός που υιοθετείται και από τους ασθενείς. Έτσι ένας ψυχίατρος, αν δεν φορά την ανάλογη μπλούζα, υπάρχει κίνδυνος να παρεξηγηθεί από τους ασθενείς, που δεν γνωρίζουν την ιδιότητά του, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν δυσάρεστες καταστάσεις.

### **ΑΛΛΑ ΠΡΟΤΥΠΑ**

Διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης Σ-Δ ψυχιατρικής, έχουν άλλες απαιτήσεις και εκπληρώνουν άλλους ειδικότερους σκοπούς.

- Έτσι, σε νοσοκομείο που έχει μεγάλη κλινική που ειδικεύεται σε μαστεκτομές, έχει αναπτυχθεί υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής, η οποία έχει σαν κύρια απασχόλησή της, την προετοιμασία των ασθενών, καθώς και την μετεγχειρητική υποστήριξη των μαστεκτομηθέντων. Οργανώνει συναντήσεις οικογένειας, όπου τα μέλη των οικογενειών των ασθενών εκφράζουν τα συναισθήματά τους, λύνουν τις απορίες τους και λαμβάνουν οδηγίες για την συμπεριφορά τους. Επιπλέον, οργανώνονται ομάδες μαστεκτομηθέντων, εντός των οποίων, ακολουθώντας τεχνικές ομαδικής ψυχοθεραπείας, ευοδώνεται η συναισθηματική αποφόρτιση και ενισχύονται ψυχολογικά οι ασθενείς.

Όπως είναι αυτονόητο, σε τέτοια πρότυπα οργάνωσης Σ-Δ ψυχιατρικής, δεν απαιτείται η υιοθέτηση από τα μέλη της υπηρεσίας ενός αυστηρού ιατρικού μοντέλου. Άλλα μάλιστα πρότυπα συμπεριφοράς, μπορεί να είναι προσφορότερα για την επίτευξη των στόχων της συγκεκριμένης υπηρεσίας. Επομένως, ένα ολοκληρωμένο σύστημα Σ-Δ ψυχιατρικής, πρέπει να διαθέτει την απαιτούμενη ευελιξία, ώστε να προσαρμόζει την οργάνωση του και την συμπεριφορά του στις απαιτήσεις των διαφόρων ρόλων που καλείται να παίξει.

- Ένα διαφορετικό πρότυπο οργάνωσης Σ-Δ ψυχιατρικής, κατευθύνει τις προσπάθειές του, στην εκπαίδευση των γιατρών και του προσωπικού του νοσοκομείου. Για τον λόγο αυτό οργανώνει σεμινάρια όπου αναπτύσσονται θέματα ψυχιατρικής. Εκπαιδεύει τους γιατρούς των διαφόρων κλινικών ειδικοτήτων, στην διάγνωση και την θεραπεία των ψυχικών παθήσεων. Αυξάνει την ευαισθητοποίηση του προσωπικού στην ολιστική θεώρηση του ασθενούς. Επιπλέον, οι ψυχίατροι αυτού του προτύπου οργάνωσης Σ-Δ ψυχιατρικής, δέχονται σε προσωπικές συνεντεύξεις γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, προκειμένου να τους βοηθήσουν στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιπτώσεων ασθενών. Στο πρότυπο αυτό οργάνωσης, το βάρος δίδεται στους κλινικούς γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, οι οποίοι ενθαρρύνονται στην προσπάθεια ολοκληρωτικού χειρισμού των ασθενών τους. Ο γιατρός απευθύνεται στον ψυχίατρο, προκειμένου να τον συμβουλευθεί για τον τρόπο αντιμετώπισης του άγχους του ασθενούς και των συγγενών του, ακόμα και πριν την επικείμενη νοσηλεία. Ο γιατρός παίρνει οδηγίες, για την αναγγελία της διάγνωσης και της πρόγνωσης

στον ασθενή και το περιβάλλον του. Μαζί με τον ψυχίατρο, ο γιατρός συζητά προβλήματα συνεργασιμότητας των ασθενών του. Σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις ο γιατρός κάνει ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, κάτω από την συνεχή βέβαια εποπτεία του ψυχιάτρου.

- Οι υπηρεσίες της Σ-Δ ψυχιατρικής ολοκληρώνονται με την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης τόσο στους γιατρούς, όσο και στο υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου. Όχι σπάνια, νέα κυρίως μέλη της νοσοκομειακής κοινότητας, αντιδρούν παθολογικά στη καθημερινή ψυχική καταπόνηση, που αποτελεί ο χειρισμός ασθενών με βαριά πρόγνωση. Όταν εντοπιστεί μια ανάλογη περίπτωση, ζητείται η συμβολή του ψυχιάτρου. Αυτός αντιμετωπίζει το πρόβλημα είτε σε προσωπικό επίπεδο, είτε οργανώνει ομαδικές συναντήσεις. Εκεί συζητούνται τα προβλήματα της ομάδας και διευκολύνεται η συναισθηματική αποφόρτιση των μελών. Ομάδες τέτοιου τύπου, μπορεί να οργανώσει η Σ-Δ ψυχιατρική, επί μονίμου βάσεως, με εβδομαδιαία ή μηνιαία συχνότητα, σε τμήματα του νοσοκομείου, όπου θεωρεί ότι η ψυχική επιβάρυνση του προσωπικού είναι μεγάλη, όπως σε τμήματα ογκολογίας.
- Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν υπηρεσίες Σ-Δ ψυχιατρικής, των οποίων το αποκλειστικό έργο είναι η ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού του νοσοκομείου. Οι ψυχίατροι και ψυχολόγοι της υπηρεσίας, ως κύρια απασχόλησή τους έχουν τη συμμετοχή τους σε ομαδικές συναντήσεις του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Η παράταξη μερικών μοντέλων Σ-Δ ψυχιατρικής, δείχνει το ευρύ φάσμα που καλείται να καλύψει η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής. Μόνο σε ιδανικές όμως συνθήκες, θα μπορούσε μια υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής να ανταπεξέλθει σε όλες αυτές τις απαιτήσεις. Στην πραγματικότητα, κάθε υπηρεσία έχει επιλέξει έναν στενότερο ορίζοντα, στον οποίο έχει αναπτύξει τη δράση της, ανάλογα με τις δυνατότητες της και τις συνθήκες του κάθε νοσοκομείου. Όμως, όποιος ασχολείται με ΣΔ ψυχιατρική, πρέπει πάντα να έχει υπόψη του, τις απεριόριστες δυνατότητες του τομέα αυτού της ψυχιατρικής, ώστε συνεχώς να προσπαθεί να επεκτείνει τις δραστηριότητες του σε νέους τομείς.

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Όπως φάνηκε από το προηγούμενο κεφάλαιο, η Σ-Δ ψυχιατρική έχει ένα πολύ ευρύ πλαίσιο δράσης, από το οποίο κάθε οργάνωση, για λόγους πρακτικούς, επιλέγει να καλύψει ένα μέρος του μόνο. Βασικός όμως στόχος κάθε υπηρεσίας Σ-Δ ψυχιατρικής, αποτελεί η ευαισθητοποίηση όλων των μελών της νοσοκομειακής κοινότητας στις αρχές της ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενούς. Η ευαισθητοποίηση αυτή δεν εξαντλείται σε εκπαιδευτικές εκδηλώσεις, οι οποίες βέβαια πρέπει να λαμβάνουν χώρα σε τακτά χρονικά διάστημα, αλλά επεκτείνονται και σε διαπροσωπικές παρεμβάσεις.

Κάθε μέλος της υπηρεσίας Σ-Δ ψυχιατρικής, αποτελεί στόχο κριτικής αλλά και μίμησης, από τα άλλα μέλη της νοσοκομειακής κοινότητας. Το νοσοκομείο είναι μια

μικρή κοινωνία, επομένως κάθε πράξη των μελών της σχολιάζεται ανάλογα, από τα υπόλοιπα μέλη της. Έτσι, καθημερινά εκτιμάται και σχολιάζεται, η στάση που τηρεί για παράδειγμα, ο ψυχίατρος προς τους ασθενείς, τους συγγενείς τους, τους συναδέλφους, νεαρότερους ή ανώτερους στην ιεραρχία, τους νοσηλευτές, τους καθαριστές και όλο γενικά το προσωπικό. Όλοι πρέπει να έχουν συνεχώς στη σκέψη τους, ότι τα θετικά ή αρνητικά σχόλια μεταδίδονται ταχύτατα. Μια θεραπευτική επιτυχία, όπως και μία έκφραση ικανοποίησης, από την πλευρά ενός ασθενούς, μεταδίδεται τόσο μεταξύ των γιατρών της συγκεκριμένης κλινικής, όσο και μεταξύ των νοσηλευτών και των άλλων εργαζομένων που φροντίζουν τον ασθενή. Με την καθημερινή λοιπόν πρακτική κτίζεται η καλή ή κακή φήμη του ψυχιάτρου, η οποία βέβαια αντανακλά σε όλη την υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής.

Σε νοσοκομεία που διαθέτουν ψυχιατρική κλινική, η φήμη της και η γνώμη που έχει το προσωπικό του νοσοκομείου γι' αυτήν, επηρεάζει σημαντικά και την στάση που τηρεί η νοσοκομειακή κοινότητα προς την Σ-Δ ψυχιατρική. Το επίπεδο συνεργασιμότητας των ψυχιάτρων γενικά, με τους άλλους γιατρούς του νοσοκομείου, βρίσκει ανταπόκριση και στο επίπεδο αποδοχής της Σ-Δ ψυχιατρικής, από αυτούς. Ακόμα, επεισόδια, όπως αυτοκτονία ή συχνές διεγερτικές κρίσεις νοσηλευομένων στη ψυχιατρική κλινική, σχολιάζονται αρνητικά από τους υπόλοιπους γιατρούς και είναι αναμενόμενο να κλονιστεί η εμπιστοσύνη τους προς την ψυχιατρική γενικότερα.

Στόχο δράσης της υπηρεσίας Σ-Δ ψυχιατρικής, δεν αποτελούν μόνο οι ασθενείς του νοσοκομείου, αλλά και οι γιατροί του νοσοκομείου. Βασικός σκοπός της Σ-Δ ψυχιατρικής είναι η ευαισθητοποίηση των γιατρών του νοσοκομείου στην ψυχιατρική, αλλά και η μεταλαμπάδευση γνώσεων που η ψυχιατρική έχει αποκτήσει από την ενδελεχή μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Έτσι ο ψυχίατρος οφείλει να μεταδώσει τις γνώσεις του για τις σχέσεις γιατρού-ασθενούς, τα μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά προβλήματα, τα δυναμικά που αναπτύσσονται στην οικογένεια του ασθενούς και το ρόλο που αυτά μπορούν να παίξουν στην παράταση του χρόνου της ανάρρωσης. Ακόμα, η ανάπτυξη του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου της ασθένειας και η ολιστική αντιμετώπιση κάθε ασθενούς είναι η κατακτήσεις της Σ-Δ ψυχιατρικής.

Αυτά αποτελούν ενδεικτικά θέματα, που ο ψυχίατρος μπορεί να αναπτύσσει στους συναδέλφους του των άλλων ειδικοτήτων. Οι αναπτύξεις αυτές μπορεί γίνουν σε ειδικές συγκεντρώσεις στο νοσοκομείο, είτε κατά την καθημερινή επαφή του ψυχιάτρου με τους συναδέλφους του. Ο τελευταίος μάλιστα τροπος και ο πλέον αποτελεσματικός, γιατί ενσωματώνεται στην καθημερινή πρακτική και στηρίζεται σε συγκεκριμένα παραδείγματα, που απασχολούν εκείνη την στιγμή τον γιατρό.

Σημαντικό στοιχείο στις αναπτύξεις αυτές είναι η γλώσσα που χρησιμοποιεί ο ψυχίατρος. Ο ψυχίατρος πρέπει να αποφεύγει την ψυχιατρική ορολογία. Η γλώσσα του πρέπει να είναι κατανοητή από τους άλλους γιατρούς και αν είναι δυνατόν να περιλαμβάνει ιατρική ορολογία. Καλό είναι ο ψυχίατρος να αναφέρεται στην ημιπερίοδο ζωής των ψυχοφαρμάκων, τις τυχόν υπάρχουσες αλληλεπιδράσεις τους με άλλα



φάρμακα, τον τρόπο μεταβολισμού και αποβολής τους. Έτσι, ο ψυχίατρος τονίζει την ιατρική του ταυτότητα και γίνεται αποδεκτός και σεβαστός από τους υπόλοιπους γιατρούς.

Στις σχέσεις του με τους άλλους γιατρούς του νοσοκομείου, ο ψυχίατρος πρέπει να έχει υπόψη του, ότι οι περισσότεροι συνάδελφοι πιστεύουν ότι η ψυχιατρική έχει τόση απροσδιοριστία ώστε βρίσκεται στα όρια της επιστήμης. Κάθε ψυχικό φαινόμενο πιστεύουν ότι μπορεί να επιδέχεται πολλές ερμηνείες και καμία ουσιαστική θεραπεία. Έτσι δυσπιστούν στην βοήθεια που θα τους προσφέρει ο ψυχίατρος, στην επίλυση των πρακτικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν καθημερινά με τους αρρώστους τους. Αν μπορέσει ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής να τους πείσει, ότι η άσκηση της ψυχιατρικής στηρίζεται σε συγκεκριμένους κανόνες και μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τους ασθενείς, τότε ο ψυχίατρος θα γίνει βασικός συνεργάτης κάθε γιατρού.

Ο ψυχίατρος στο γενικό νοσοκομείο, αν μπορέσει να πείσει για την αξία του στην πρακτική αντιμετώπιση των ασθενών, μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική μονάδα στην ιεραρχία και στις σχέσεις εξουσίας του νοσοκομείου. Είναι ίσως ο γιατρός με την μεγαλύτερη διαπερατότητα, σε όλες τις δομές του νοσοκομείου. Συνεργάζεται και επισκέπτεται όλες τις κλινικές, ασχολείται με διοικητικά θέματα, όπως αναρρωτικές άδειες, αλλαγές θέσης ατόμων του προσωπικού με ειδικά προβλήματα (σύνδρομο εξάντλησης). Ακόμα, όλο το προσωπικό του νοσοκομείου ζητά την βοήθειά του για προσωπικά θέματα της ειδικότητάς του. Ο ψυχίατρος μπορεί να αναδειχθεί σε "πατρική" φυσιογνωμία μέσα στο νοσοκομείο και να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σε ενδοψυχικές κρίσεις μελών του προσωπικού, ακόμα και σε οικογενειακά θέματα τους.

Το νοσοκομείο είναι μια μικρή κοινωνία, στην οποία ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής μπορεί να καταλάβει μια μοναδική και αξιοζήλευτη θέση, αν πολιτευτεί σωστά. Στην αντίθετη περίπτωση, μπορεί πολύ εύκολα να περιθωριοποιηθεί και να περάσει την θητεία του απομονωμένος σε ένα γραφείο. Το τελευταίο, δυστυχώς αποτελεί πραγματικό γεγονός, που καταδεικνύει την δυναμική που υπάρχει στις προσωπικές σχέσεις κάθε ψυχίατρου Σ-Δ ψυχιατρικής, με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ**

Παρά την αυξανόμενη συσσώρευση βιβλιογραφίας στους τομείς της Σ-Δ ψυχιατρικής, το ερευνητικό πεδίο μπορεί ακόμα να θεωρηθεί παρθένο. Και τούτο διότι αφ' ενός η Σ-Δ ψυχιατρική είναι ένας νέος επιστημονικός τομέας, αφ' ετέρου κάθε νοσοκομείο στο οποίο εφαρμόζεται, διατηρεί την ιδιαιτερότητα του. Έτσι, είναι πολύ εύκολο σε κάθε μονάδα Σ-Δ ψυχιατρικής, να σχεδιάσει και να υλοποιήσει ερευνητικά πρωτόκολλα, τα οποία να διαθέτουν πρωτοτυπία και χρησιμότητα. Αυτά μπορεί να αφορούν:

- Την καταγραφή των δραστηριοτήτων της υπηρεσίας.

- Τη σύγκριση αυτών των δραστηριοτήτων με υπηρεσίες Σ-Δ ψυχιατρικής άλλων νοσοκομείων. Για το λόγο αυτό βέβαια απαιτείται η χρήση μια κοινής μεθοδολογίας στις συγκρινόμενες υπηρεσίες.
- Την καταγραφή και περιγραφή ενός συγκεκριμένου προβλήματος, που αντιμετωπίζει η Σ-Δ ψυχιατρική. Για παράδειγμα αναφέρουμε τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, που παρουσιάζονται στην μονάδα εντατικής θεραπείας, ή την ψυχολογική καταπόνηση των ασθενών που βρίσκονται σε χρόνια αιμοκάθαρση, ή ακόμα τις αντιδράσεις των μελών των οικογενειών των εμφραγματιών ή των καρκινοπαθών. Υπάρχει τόσο μεγάλο εύρος στο τομέα της Σ-Δ ψυχιατρικής, ώστε η εξάντληση των ερευνητικών πεδίων να είναι πρακτικά αδύνατη.
- Την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου προβλήματος, με διαφορετικούς τρόπους και τη σύγκριση της αποτελεσματικότητάς τους. Π.χ. είναι καλύτερα να χορηγηθεί βενζοδιαζεπίνη ή νευροληπτικό, για την καταστολή διέγερσης σε οργανικά ψυχοσύνδρομα.
- Την καταγραφή των στάσεων διαφόρων ομάδων του νοσοκομείου απέναντι σε ορισμένα θέματα υγείας, όπως το AIDS, η ευθανασία, ή ειδικότερα σε θέματα ψυχικής υγείας.
- Την αξιολόγηση των παρεμβάσεων της Σ-Δ ψυχιατρικής στο προσωπικό του νοσοκομείου, τους ασθενείς, ή τους συγγενείς των ασθενών.

Όπως είναι φανερό, ακόμα και από την αδρή αυτή έκθεση ερευνητικών πεδίων, η μη ενασχόληση με την έρευνα μιας υπηρεσίας Σ-Δ ψυχιατρικής, δικαιολογείται μόνο από το μεγάλο όγκο καθημερινής δουλειάς.

## **ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Η Σ-Δ ψυχιατρική δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών που ανιχνεύονται στο περιβάλλον του νοσοκομείου, αλλά οφείλει να καλύψει και τομείς της πρωτοβάθμιας, της δευτεροβάθμιας και ίσως της τριτοβάθμιας πρόληψης των ψυχικών νόσων γενικότερα.

Έτσι για παράδειγμα, η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής μπορεί να εμπλακεί στη παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού του νοσοκομείου, οι οποίες συνήθως παρέχονται από την γυναικολογική κλινική. Μέσω αυτών των υπηρεσιών δίνονται και γενετικές συμβουλές πρόληψης ψυχικών διαταραχών. Αποτρέπονται άτομα με ψυχικά προβλήματα να αναλάβουν γονεϊκούς ρόλους. Επίσης, σε πρόσωπα που εμφανίζουν διαταραχές προσωπικότητας, εφαρμόζονται μέθοδοι αντισύλληψης που δεν απαιτούν υψηλή συνεργασιμότητα.

Ακόμη η Σ-Δ ψυχιατρική ασχολείται με τις ανήλικες εγκύους και μητέρες, αλλά και με την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας. Μπορεί να ασχοληθεί με περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης που υποπίπτουν στην αντίληψη των Παιδιάτρων. Ενημερώνει για τους κινδύνους του AIDS, του καπνίσματος, της χρήσης τοξικών ουσιών, της κατάχρησης οινόπνεύματος και φαρμάκων. Μια καλά στελεχωμένη και

φιλόδοξη υπηρεσία Σ.Δ ψυχιατρικής μπορεί να οργανώσει προγράμματα ενημέρωσης τόσο στο νοσοκομειακό περιβάλλον όσο και στη κοινότητα. Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής μαζί με τις κοινωνικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, μπορούν να κάνουν το νοσοκομείο έναν σημαντικό παράγοντα κοινωνικής παρέμβασης.

Στον τομέα της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών εμπίπτει και η ευαισθητοποίηση των γιατρών του νοσοκομείου στις ψυχικές αρρώστιες. Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής εκπαιδεύει τους γιατρούς στην έγκαιρη αποκάλυψη των ψυχικών διαταραχών και στην κατάλληλη αντιμετώπιση τους. Ίσως, η λειτουργία αυτή της Σ-Δ ψυχιατρικής είναι και η χρησιμότερη, αφού συνήθως ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με ψυχικές διαταραχές αναζητά βοήθεια στις υπηρεσίες ιατρών άλλων ειδικοτήτων.

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

Στη χώρα μας, σχεδόν κάθε νοσοκομείο πλέον διαθέτει **κοινωνικούς λειτουργούς**. Αυτοί ανήκουν οργανωτικά σε κάποια κλινική, ή είναι αυτόνομα οργανωμένοι σε Κοινωνική Υπηρεσία και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε όλες τις κλινικές του νοσοκομείου. Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής οφείλει να συνεργάζεται στενά με τους κοινωνικούς λειτουργούς του νοσοκομείου, όπως και να είναι αυτοί οργανωμένοι. Θα μπορούσε βέβαια, η υπηρεσία Σ.Δ ψυχιατρικής να διαθέτει τους δικούς της κοινωνικούς λειτουργούς, κάτι που συμβαίνει σε μερικά νοσοκομεία. Αυτό βοηθά σημαντικά την υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής στις καθημερινές της ανάγκες, αν και πιστεύουμε ότι η οργάνωση των κοινωνικών λειτουργών σε **ενιαία** υπηρεσία, για όλο το νοσοκομείο, ενισχύει την **διασύνδεση** των κλινικών και των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Μέσα από την Κοινωνική Υπηρεσία, συχνά έρχονται προβλήματα για επίλυση στην υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής, τα οποία αλλιώς δεν θα είχαν εντοπιστεί. Μια δραστήρια Κοινωνική Υπηρεσία ενισχύει τόσο την αδιαπερατότητα της Σ-Δ ψυχιατρικής στις διάφορες κλινικές του νοσοκομείου, όσο και την αποτελεσματικότητά της.

Σε μερικά νοσοκομεία υπάρχουν **ψυχολόγοι**, οι οποίοι συνήθως βρίσκονται σε εξάρτηση από την ψυχιατρική κλινική. Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής έχει ανάγκη των υπηρεσιών των ψυχολόγων σε πολλά επίπεδα. Οι ψυχολόγοι συνεισφέρουν στη διαγνωστική διαδικασία, πραγματοποιώντας ψυχολογικές δοκιμασίες. Κυρίως όμως, μπορούν να συμβάλλουν στη αντιμετώπιση πολλών καταστάσεων που απασχολούν την Σ.Δ ψυχιατρική. Κατάλληλα εκπαιδευμένοι ψυχολόγοι, κάτω από την καθοδήγηση ψυχιάτρου, μπορούν να οργανώσουν ομάδες εμφραγματιών, καρκινοπαθών, ή ασθενών που βρίσκονται σε χρόνια αιμοκάθαρση, με σκοπό την ψυχολογική τους υποστήριξη. Ακόμα, μπορούν να ασχοληθούν με την ψυχολογική υποστήριξη ενός ασθενούς, ή μιας οικογένειας που απαιτεί ειδική αντιμετώπιση. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο ψυχολόγος πρέπει να συνεργαστεί με τον κοινωνικό λειτουργό ή τον εξειδικευμένο νοσηλευτή, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα σφαιρικά.

Η Σ-Δ ψυχιατρική μπορεί να διαθέτει **νοσηλευτική υπηρεσία**, ή να εξυπηρετείται από την ειδικευμένη νοσηλευτική υπηρεσία της ψυχιατρικής κλινικής. Το τελευταίο βοηθά στη σύσφιξη των δεσμών μεταξύ Σ-Δ ψυχιατρικής υπηρεσίας και ψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου. Οι νοσηλευτές της Σ-Δ ψυχιατρικής αναλαμβάνουν την καθημερινή εποπτεία της θεραπείας των ασθενών καθώς και της ανταπόκρισής τους σε αυτήν. Αναφέρουν τυχόν παρενέργειες φαρμάκων και γενικά την αντίδραση των ασθενών στη θεραπεία. Ακόμη αποτελούν διασύνδεση με τους νοσηλευτές των διαφόρων κλινικών από τους οποίους λαμβάνουν πληροφορίες, αλλά και τους καθοδηγούν διακριτικά, στη σχέση τους με τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να συμβάλλουν τόσο στο σχεδιασμό όσο και στη πραγματοποίηση των ερευνητικών προγραμμάτων της Σ-Δ ψυχιατρικής.

### **ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

Τα περισσότερα γενικά νοσοκομεία σήμερα διαθέτουν και ψυχιατρική κλινική. Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής συνήθως ανήκει στην ψυχιατρική κλινική, χωρίς όμως αυτό να είναι υποχρεωτικό. Συνήθως η Σ-Δ ψυχιατρική είναι μια υπηρεσία, την οποία οργανώνει και προσφέρει η ψυχιατρική κλινική. Μπορεί να αποτελείται από προσωπικό της κλινικής, το οποίο περιοδικά εναλλάσσεται στη Σ-Δ υπηρεσία. Όμως για την καλύτερη λειτουργία της Σ-Δ ψυχιατρικής, το προσωπικό της πρέπει να είναι **μόνιμο** και **εξειδικευμένο**. Έτσι μόνο μπορεί να αναπτύξει προσωπικές σχέσεις με τους γιατρούς και το προσωπικό των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου, να μάθει τις ιδιαιτερότητες τους και επομένως να προωθήσει αποτελεσματικότερα το πνεύμα και τις υπηρεσίες της Σ-Δ ψυχιατρικής. Για τους λόγους αυτούς σε μερικά νοσοκομεία δημιουργείται ένας πυρήνας ψυχιάτρων και λοιπού προσωπικού Σ-Δ ψυχιατρικής, που διαθέτει ένα βαθμό αυτονομίας από την υπόλοιπη ψυχιατρική κλινική.

Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής αποτελεί τον **πρεσβευτή της ψυχιατρικής** γενικότερα, στις δομές του νοσοκομείου. Είναι όμως αυτονόητο ότι η εικόνα της ψυχιατρικής κλινικής επιδρά στην εικόνα και την λειτουργία της Σ-Δ ψυχιατρικής μέσα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και αντιστρόφως. Μία αποτελεσματική και αξιοπρεπής υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής, εξωραϊζει την εικόνα της ψυχιατρικής κλινικής στα μάτια του υπολοίπου νοσοκομείου.

Οι σχέσεις μεταξύ ψυχιατρικής κλινικής και Σ-Δ ψυχιατρικής υπηρεσίας είναι δυναμικές και αμφίδρομες. Η ύπαρξη ψυχιατρικής κλινικής βοηθά και υποστηρίζει τις υπηρεσίες που προσφέρει η Σ-Δ ψυχιατρική. Για παράδειγμα, ο ψυχίατρος της Σ-Δ υπηρεσίας, έχει την δυνατότητα να μεταφέρει στη ψυχιατρική κλινική όποιον ανήσυχος ασθενή αδυνατεί να χειριστεί εντός της παθολογικής κλινικής. Από την άλλη, ένας ψυχιατρικός ασθενής νοσηλευόμενος της ψυχιατρικής κλινικής, που παρουσιάζει παθολογικό πρόβλημα, με την μεσολάβηση και την κάλυψη της Σ-Δ ψυχιατρικής, μπορεί να νοσηλευτεί σε παθολογική κλινική του νοσοκομείου.

Ακόμα, η ύπαρξη ψυχιατρικής κλινικής βοηθά με δομές της τη Σ-Δ ψυχιατρική υπηρεσία. Η κοινωνική και ψυχολογική υπηρεσία της ψυχιατρικής κλινικής μπορούν να εξυπηρετήσουν και τις ανάγκες της Σ-Δ ψυχιατρικής. Τέλος, οι ασθενείς τους οποίους η Σ-Δ ψυχιατρική έχει θέσει σε κάποια θεραπευτική διαδικασία κατά τη νοσηλεία τους, μπορούν να παρακολουθηθούν στα εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

## **ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ**

Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής εκτός από την αναγνώριση των ψυχιατρικών προβλημάτων των νοσηλευόμενων ασθενών και την αντιμετώπισή τους κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, οφείλει να φροντίζει και για την μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και θεραπεία των ασθενών. Έτσι, μπορεί να οργανώσει δικά της εξωτερικά ιατρεία, στα οποία να παρακολουθεί τους ασθενείς στους οποίους έχει ξεκινήσει κάποια θεραπεία. Το ιδανικό μάλιστα είναι, για να υπάρχει και θεραπευτική συνέχεια, το ίδιο άτομο που ήταν υπεύθυνο για την ενδονοσοκομειακή θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενούς, να αναλαμβάνει και την ευθύνη της μετανοσοκομειακής του φροντίδας. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι ο κάθε γιατρός Σ-Δ ψυχιατρικής, θα πρέπει να έχει την δυνατότητα να εξετάζει ασθενείς και στα εξωτερικά ιατρεία.

Το σημαντικότερο όμως πρόβλημα στη διατήρηση της θεραπευτικής συνέχειας, προέρχεται συνήθως από την πλευρά των ασθενών. Συνήθως στα γενικά νοσοκομεία νοσηλεύονται ασθενείς που διαμένουν σε μεγάλη απόσταση από το νοσοκομείο. Στη χώρα μας δεν ισχύει στην πράξη ο κανόνας της υγειονομικής διαμερισματοποίησης. Έτσι ασθενείς από όλη την χώρα μπορούν να νοσηλευτούν σε κάθε νοσοκομείο που νομίζουν ότι θα τους προσφερθούν οι καλύτερες υπηρεσίες υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα κλινικές με καλή φήμη, να νοσηλεύουν ασθενείς από όλη την χώρα. Φεύγοντας λοιπόν αυτοί οι ασθενείς από το νοσοκομείο, τους είναι δύσκολο να επιστρέψουν για να έχουν την απαιτούμενη μετανοσοκομειακή ψυχιατρική παρακολούθηση. Το κενό αυτό, μπορεί να καλυφθεί με την δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας των ασθενών με τον ψυχίατρο που είχε την νοσοκομειακή τους φροντίδα. Μέσω τηλεφώνου μπορεί να αναφέρει ο ασθενής την πρόοδο στην υγεία του, τις όποιες παρενέργειες των φαρμάκων και να λάβει οδηγίες για την συνέχιση ή την διακοπή της αγωγής του. Ακόμα, τηλεφωνικά είναι δυνατόν ο ψυχίατρος να δώσει οδηγίες στον οικογενειακό γιατρό του ασθενούς, ή στους οικείους του.

Για την εξασφάλιση της μετανοσοκομειακής φροντίδας του ασθενούς, η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής μπορεί να παραπέμπει τους ασθενείς που φεύγουν από το νοσοκομείο, σε ψυχιατρικές υπηρεσίες που βρίσκονται πλησίον της κατοικίας τους. Στη περίπτωση αυτή, καλό είναι παράλληλα να δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή, όποτε αυτός το επιθυμεί, να έχει επαφή με τον ψυχίατρο που τον παρακολουθούσε κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Με αυτό τον τρόπο μπορεί ο ψυχίατρος της Σ-Δ

ψυχιατρικής να διατηρεί μια άτυπη επίβλεψη και να δίνει κατευθύνσεις στη μετανοδοκομειακή πορεία της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Ακόμα, η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής μπορεί να αναπτύξει συνεργασία με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες που τυχόν βρίσκονται στην περιοχή του νοσοκομείου. Σε κάποιες περιπτώσεις, αυτές θα μπορούσαν να αναλάβουν ένα μέρος της μετανοδοκομειακής φροντίδας των ασθενών του νοσοκομείου.

Όταν βέβαια υπάρχει ψυχιατρική κλινική μέσα στο ίδιο γενικό νοσοκομείο, η κλινική αυτή μπορεί να παρακολουθεί μετά τη νοσηλεία τους ασθενείς, τους οποίους η Σ-Δ ψυχιατρική έβαλε σε θεραπευτική αγωγή. Ακόμα, η ψυχιατρική κλινική μπορεί να νοσηλεύσει τους ασθενείς, όταν αυτοί χρειάζονται ψυχιατρική νοσηλεία, μετά την επίλυση του σωματικού τους προβλήματος.

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

### Σκοπός:

Η ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς που νοσηλεύεται σε παθολογική ή χειρουργική κλινική έχει σκοπό την **διάγνωση** τυχόν συνυπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, την **θεραπευτική προσέγγισή** της, καθώς και την **διευκόλυνση της επικοινωνίας** του ασθενούς με τον θεράποντα γιατρό και τα άλλα μέλη της οι θεραπευτικής κοινότητας. Μπορεί επομένως η ψυχιατρική εξέταση να ζητηθεί π.χ. μόνο και μόνο για να διαπιστωθεί αν ο ασθενής διατηρεί την πνευματική του διαύγεια και δεν πάσχει από μείζον ψυχικό νόσημα, προκειμένου να εγκριθεί η εισαγωγή του σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Όπως επίσης μπορεί να ζητηθεί η συνδρομή του ψυχιάτρου, προκειμένου να πειστεί ο ασθενής να συνεχίσει μια επίπονη θεραπευτική αγωγή ή προκειμένου να του αναγγελθεί μια δυσάρεστη διάγνωση. Τέλος, ο ψυχίατρος είναι εκείνος που θα προσπαθήσει να εκτονώσει τον φόβο του αγχώδους υποχονδριακού ασθενούς από την υποψία ύπαρξης κακοήθους νοσήματος και να τον πείσει να σταματήσει να κάνει κατάχρηση των ιατρικών υπηρεσιών.

### Χρόνος παραπομπής:

Εφόσον ο θεράπων ιατρός αντιληφθεί ότι στη διαγνωστική ή στη θεραπευτική του προσπάθεια μπορεί να απαιτηθεί η βοήθεια του ψυχιάτρου, αυτή μπορεί να ζητηθεί όσο το δυνατόν **συντομότερα**. Η παραπομπή στον ψυχίατρο δεν πρέπει να φανεί σαν απόρριψη ή σαν προσπάθεια να λύσει ο ψυχίατρος το διαγνωστικό ή το θεραπευτικό αδιέξοδο του παθολόγου. Για τον λόγο αυτό, είναι προτιμότερο ο ψυχίατρος να μετέχει στην ιατρική ομάδα που αντιμετωπίζει τον ασθενή από την πρώτη στιγμή της νοσηλείας του. Αυτή η πρακτική βοηθά στην έγκαιρη εντόπιση του ψυχικού προβλήματος και στην αποφυγή ασκόπων και περιττών εξετάσεων.

### Διάρκεια εξέτασης:

Ο χρόνος που απαιτεί μια ψυχιατρική εξέταση στο νοσοκομείο ποικίλει. Η πρώτη εξέταση του ασθενούς συνήθως είναι και η πιο χρονοβόρα. Ο ψυχίατρος πρέπει να διαθέτει τον απαιτούμενο χρόνο που σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να φτάσει και τη μία ώρα. Η ψυχιατρική εξέταση συχνά δεν περιορίζεται στη διάγνωση αλλά προχωρά και σε κάποια θεραπευτική αντιμετώπιση. Η συναισθηματική αποφόρτιση του ασθενούς, είναι επιθυμητή θεραπευτική παρέμβαση του ψυχιατρικού συμβούλου. Αν ο ψυχίατρος δεν διαθέτει όσο χρόνο νομίζει ότι χρειάζεται ο ασθενής, μπορεί να διακόψει την συνέντευξη και να την συνεχίσει την επόμενη ημέρα.

Ο ψυχίατρος συχνά διαθέτει περισσότερο χρόνο για την εξέταση του ασθενούς και από αυτόν ακόμα τον θεράποντα γιατρό του. Έτσι δεν είναι λίγες οι φορές που στον ψυχίατρο αποκαλύπτονται στοιχεία του ιστορικού του ασθενούς, τα οποία είναι άγνωστα στους άλλους συναδέλφους.

### **Τόπος:**

Ο τόπος της ψυχιατρικής εξέτασης και συνέντευξης στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου είναι βέβαια προτιμότερο να είναι το γραφείο του ψυχιάτρου στο νοσοκομείο, ή το γραφείο των γιατρών του τμήματος στο οποίο νοσηλεύεται ο ασθενής. Συχνά όμως δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα και περιορίζεται η ψυχιατρική εξέταση στο κρεβάτι του ασθενούς. Αυτό εμποδίζει την ιδιωτική εξομολόγηση του ασθενούς, όταν υπάρχει και άλλος ασθενής στον θάλαμο. Ο ψυχίατρος μπορεί να παρακαλέσει τον άλλον ή τους άλλους ασθενείς να βγούν για λίγο από τον θάλαμο, εφόσον βέβαια είναι σε θέση να σηκωθούν από το κρεβάτι τους. Οπωσδήποτε πάντως πρέπει να απαιτήσει από τους συγγενείς και επισκέπτες να αποχωρήσουν. Μπορεί να δεχθεί την παρουσία άλλου συναδέλφου στον ίδιο θάλαμο, μόνο εφόσον είναι διακριτική και αθόρυβη. Η σωματική εξέταση, η νοσηλευτική φροντίδα καθώς και ορισμένες επίπονες θεραπευτικές επεμβάσεις, όπως η οσφυονωτιαία παρακέντηση ή η παροχέτευση πλευριτιδικού υγρού, σε ασθενείς γειτονικών κρεβατιών, διασπούν την προσοχή του ασθενούς και του ψυχιάτρου και δεν επιτρέπουν την δημιουργία κλίματος συναισθηματικής επικοινωνίας.

Εφ' όσον η ψυχιατρική εξέταση πρόκειται να γίνει στο κρεβάτι του ασθενούς, ο ψυχίατρος πρέπει να καθήσει σε κάθισμα δίπλα στο κρεβάτι. Ο ψυχίατρος πρέπει να κάθεται άνετα και αναπαυτικά ούτως ώστε να δίνει την εικόνα ότι είναι διατεθειμένος να ακούσει τον ασθενή για όση ώρα απαιτηθεί. Όταν ο ψυχίατρος είναι όρθιος ή κάθεται άβολα στην άκρη του κρεβατιού, δίνει την εντύπωση ότι δεν έχει την διάθεση να ακούσει τον ασθενή, αλλά βιάζεται να κάνει μια γρήγορη διάγνωση και να φύγει.

Πάντως, αξίζει να σημειωθεί ότι η ψυχιατρική εξέταση στο θάλαμο νοσηλείας, παρουσία άλλων ασθενών, δεν είναι τόσο δύσκολη και αδιάκριτη όσο μπορεί να νομίσει κάποιος αμήτος. Η πείρα του συγγραφέα στα ελληνικά νοσοκομεία, είναι αρκετά ενθαρρυντική. Η κοινωνικότητα των Ελλήνων και κυρίως των Ελληνίδων επιτρέπει την "εξομολόγηση" των ασθενών ακόμα και παρουσία συνασθενών τους. Μάλιστα μερικές φορές, κάποια συνασθενής έχει τύχει να προτρέψει την εξεταζόμενη να εξομολογηθεί στον ψυχίατρο το πρόβλημα της, το οποίο προφανώς είχε προηγουμένως αυτή αναφέρει στην συνασθενή της.

Ακόμα είναι συχνό φαινόμενο, ασθενείς που βρίσκονται στο θάλαμο που γίνεται η ψυχιατρική εξέταση, να ζητούν στη συνέχεια από τον ψυχίατρο και την δική τους εξέταση.



## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Τα στοιχεία που συλλέγονται κατά την ψυχιατρική συνέντευξη, πρέπει να καταγράφονται προς δύο κατευθύνσεις. Η μία καταγραφή έχει προορισμό τον θεράποντα ιατρό που ζήτησε την εξέταση και η άλλη αφορά την υπηρεσία της συμβουλευτικής ψυχιατρικής. Στο σημείωμα που συνήθως απευθύνεται προς τον παθολόγο ή χειρουργό πρέπει να είναι ο ψυχίατρος σαφής, σύντομος και περιεκτικός.

Το σημείωμα αυτό οφείλει να περιλαμβάνει την **ψυχιατρική διάγνωση** και τον βαθμό βεβαιότητας που ο ψυχίατρος έχει γι' αυτήν. Επιπλέον, είναι επιθυμητό να αναφέρεται ο βαθμός στον οποίο η σωματική συμπτωματολογία του ασθενούς επηρεάζεται από την αναφερόμενη ψυχική διαταραχή. Ακόμα, όταν χρειάζεται πρέπει να τονίζεται ότι η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διάγνωσης δεν αποκλείει την συνύπαρξη σωματικής νόσου. Οι αναφορές αυτές διασφαλίζουν τον ψυχίατρο από παρεξηγήσεις και διευκολύνουν την επικοινωνία του με τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων.

Το σημείωμα τέλος προς τον θεράποντα γιατρό, κλείνει πάντα με τις συστάσεις και τις προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς, από ψυχολογικής πλευράς, καθώς και με την σύσταση για επανεξέταση, όταν αυτό είναι αναγκαίο. Στις περιπτώσεις που απαιτείται η χορήγηση ψυχοφαρμάκου, η συνταγή πρέπει να είναι σαφής ακόμα και προς τις ώρες λήψης του φαρμάκου από τον ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου δεν είναι εξοικειωμένο με τα ψυχοφάρμακα και την συνταγογραφία τους. Σε μερικά τμήματα, η χορήγηση των φαρμάκων ακολουθεί την εξάωρη χορήγηση των αντιβιοτικών και έχει συμβεί να αφυπνιστεί βίαια ασθενής, προκειμένου να του χορηγηθεί υπνωτικό φάρμακο.

Ο ψυχίατρος κατά την σύνταξη του σημειώματος, πρέπει να έχει υπόψη του ότι στο γενικό νοσοκομείο πρακτικά δεν ισχύει ο νόμος του απορρήτου του ιατρικού ιστορικού. Το σημείωμα που θα γράψει είναι πολύ πιθανό να το διαβάσει τόσο ο ίδιος ο ασθενής όσο και οι συγγενείς του. Πρέπει επομένως να αποφύγει να αναγράψει διαγνώσεις που επισύρουν κοινωνικό στιγματισμό, όπως είναι η σχιζοφρενική ψύχωση. Ακόμα, δεν θα πρέπει να αναφέρει πληροφορίες από το ιστορικό που του εμπιστεύτηκε ο ασθενής, όπως για παράδειγμα ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, ακόμα και αν αυτές παίζουν καθοριστικό ρόλο για την παρούσα ψυχοπαθολογία.

Το σημείωμα που θα συντάξει ο ψυχίατρος δεν είναι δυνατόν να περιέχει όλες τις πληροφορίες που επιθυμούμε να μεταφερθούν στον θεράποντα γιατρό. Για τον λόγο, αυτό ο σύμβουλος ψυχίατρος είναι ανάγκη **να επικοινωνήσει και προσωπικά** με τον παραπέμποντα γιατρό. Ένας αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας με τον παραπέμποντα γιατρό είναι να επιδιώξει να του δώσει ιδιοχείρως το σημείωμα που συνέταξε, να τον αφήσει να το διαβάσει, προκειμένου να του επιλύσει τυχόν απορίες και στη συνέχεια να του δικαιολογήσει την διαγνωστική του και την θεραπευτική του πρόταση για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής, όπως και οι υπόλοιπες υπηρεσίες και τμήματα του νοσοκομείου, οφείλει να τηρεί **αρχείο**. Έτσι πρέπει για κάθε ασθενή που απασχόλησε

την υπηρεσία να υπάρχει μια καρτέλα, στην οποία να περιλαμβάνονται τόσο τα στοιχεία του ασθενούς και της νόσου του, όσο και η καταγραφή των συστάσεων και ενεργειών της ψυχιατρικής υπηρεσίας που αφορούσε τον συγκεκριμένο ασθενή.

Η καρτέλα του ασθενούς πρέπει να σχεδιαστεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε αφενός να εξυπηρετεί την καθημερινή παρακολούθηση του ασθενούς, όσο αυτός βρίσκεται στο νοσοκομείο, αφ' ετέρου να διευκολύνει στην συγκέντρωση στοιχείων για την δουλειά της μονάδος Σ-Δ ψυχιατρικής, τα οποία πιθανόν να χρειαστούν για την πραγματοποίηση ερευνητικών εργασιών. Έτσι, η καρτέλα του ασθενούς πρέπει σε γενικές γραμμές να περιλαμβάνει:

1. τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς,
2. την ταυτότητα του ψυχιάτρου που τον εξέτασε,
3. τα στοιχεία της παραπομπής (γιατρός και τμήμα που παρέπεμψε τον ασθενή στον ψυχίατρο, κύρια αιτία παραπομπής),
4. την σωματική καθώς και την ψυχιατρική διάγνωση,
5. τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής,
6. τα κύρια στοιχεία του ψυχιατρικού ιστορικού,
7. την θεραπεία που συστάθηκε ή και που εφαρμόστηκε από τον ψυχίατρο,
8. την έκβαση της σωματικής και της ψυχικής νόσου.

Για την καλύτερη παρακολούθηση των ασθενών, που έχουν παραπεμφθεί στη μονάδα Σ-Δ ψυχιατρικής, εκτός από τις καρτέλες ασθενών, είναι ακόμη σκόπιμο να υπάρχει και ένας πίνακας στον οποίο να αναγράφονται όλοι οι ασθενείς με τη φροντίδα των οποίων απασχολείται η μονάδα στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο πίνακας αυτός είναι απαραίτητος γιατί οι ασθενείς που καλύπτει η μονάδα, βρίσκονται συνήθως διασκορπισμένοι στους θαλάμους όλου του νοσοκομείου. Στον πίνακα οι ασθενείς πρέπει να καταχωρούνται σύμφωνα με την τοπογραφική θέση της κλίνης τους στο νοσοκομείο. Έτσι ο σύμβουλος ψυχίατρος που επισκέπτεται κάθε πτέρυγα, γνωρίζει αμέσως πόσοι και ποιοί νοσηλεύονται στην πτέρυγα αυτή, απασχολούν την δεδομένη στιγμή την υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής.

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΟΔΟΤΕΣ

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται για την συμπλήρωση του ιστορικού αλλά και για την παρακολούθηση του ασθενούς, μπορεί να προέρχονται από ποικίλες πηγές. Ο πετυχημένος γιατρός αξιοποιεί όλες τις διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης. Εκτός από τον ασθενή, έχει υποχρέωση να ακούσει τον **γιατρό** που έχει άμεση σχέση με τον ασθενή και τον υπεύθυνο του θαλάμου ή του τμήματος. Με τους γιατρούς θα συζητήσει όχι μόνο τις λεπτομέρειες του ιστορικού που ενδιαφέρουν τον ψυχίατρο, αλλά και τους λόγους που τους ώθησαν να ζητήσουν την ψυχιατρική εξέταση, καθώς και το τι περιμένουν από την ψυχιατρική παρέμβαση.

Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι η επικοινωνία του ψυχιάτρου με τον παραπέμποντα γιατρό, είναι το καθοριστικό σημείο, που κρίνει την επιτυχία της Σ-Δ ψυχιατρικής στο

κάθε νοσοκομείο. Ο ψυχίατρος, εξ ορισμού κάτοχος της επικοινωνίας, μπορεί να αναδειχθεί σε απαραίτητο σύμβουλο του παθολόγου και του χειρουργού. Χωρίς να δώσει λαβές σε ανταγωνισμούς, ο ψυχίατρος πρωτίστως πρέπει να πείσει για την ιατρική του ταυτότητα. Η ψυχοφαρμακολογία μπορεί να αποτελέσει ιδανικό πεδίο συνάντησης των ενδιαφερόντων των άλλων ειδικοτήτων. Ένας ψυχίατρος που μπορεί να κάνει λεπτούς φαρμακολογικούς χειρισμούς και να τους αιτιολογήσει ικανοποιητικά, αναδεικνύεται στα μάτια των συναδέλφων άλλων ειδικοτήτων. Ο ψυχίατρος πρέπει να αιτιολογήσει την προτίμηση του για ένα φάρμακο, ή για ένα συνδυασμό φαρμάκων στην συγκεκριμένη περίπτωση με βάση τη δράση, τον χρόνο ημιπερίοδου ζωής, τις παρενέργειες του, ή τις αλληλεπιδράσεις του με άλλα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής.

Το δεύτερο βήμα προσεγγίσεως του ψυχιάτρου προς τους συναδέλφους του, μπορεί να αποτελέσει η περιγραφή της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Ο ψυχίατρος πρέπει να είναι πάντα σαφής και να μιλά γλώσσα κατανοητή από τους άλλους γιατρούς. Δεν πρέπει να χρησιμοποιεί όρους που χρησιμοποιούν μόνο ψυχίατροι ή ψυχολόγοι μεταξύ τους, γιατί έτσι θα περιθωριοποιηθεί από την ιατρική κοινότητα του νοσοκομείου.

Πληροφορίες, συχνά είναι απαραίτητο να ζητηθούν από τους **συγγενείς** του ασθενούς. Αν αυτοί δεν είναι διαθέσιμοι την ώρα της επίσκεψης του ψυχιάτρου, ο ίδιος ο ασθενής, η προϊστάμενη της νοσηλευτικής υπηρεσίας ή η κοινωνική υπηρεσία, μπορούν να φροντίσουν να ειδοποιήσουν τους συγγενείς του ασθενούς σχετικά. Οι οικείοι του ασθενούς θα επιβεβαιώσουν ή θα διαψεύσουν τις υποψίες του ψυχιάτρου σε περιπτώσεις παρανοϊκών ή υπερθυμικών ασθενών. Θα βοηθήσουν στην καλύτερη αξιολόγηση ψυχοτραυματικών γεγονότων στη ζωή του ασθενούς, που πιθανόν συνδέονται με την παρούσα ψυχοπαθολογία. Θα βεβαιώσουν για την πνευματική και νοητική κατάσταση του ασθενούς, πριν την νοσηλεία του.

Προκειμένου για ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου, ή άλλης νοσολογικής οντότητας που είναι βέβαιο ότι θα αφήσει κάποια αναπηρία στον ασθενή μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, πρέπει το γεγονός αυτό οπωσδήποτε να συζητηθεί με το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Πρέπει ο ψυχίατρος να ακούσει τις ελπίδες και τους φόβους των συγγενών, για την περίοδο της ανάρρωσης του ασθενούς. Η στάση του είναι πάντα ενισχυτική των ρεαλιστικών προσδοκιών για αποκατάσταση του ασθενούς. Ο ψυχίατρος δεν ενθαρρύνει υπερβολική αισιοδοξία, αλλά και δεν απογοητεύει. Οδηγεί τους συγγενείς σε πραγματιστική βάση, να βρουν την καλύτερη λύση για την μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς.

Τύψεις και ενοχές, που γεννά η νόσηση του αγαπημένου προσώπου, καθώς και η αναγκαστική πολλές φορές απόθεση της φροντίδας του σε τρίτους, πρέπει να έρθουν στην επιφάνεια και να επεξεργαστούν. Η καλύτερη υπηρεσία που μπορεί να προσφέρει ο γιατρός, σε περιπτώσεις που η προσφυγή στη λύση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε ανάλογα ιδρύματα είναι αναπόφευκτη, είναι η απενοχοποίηση του συγγενικού περιβάλλοντος. Αυτό θα βοηθήσει τους συγγενείς του ασθενούς να

διατηρήσουν θετικές σχέσεις μαζί του και να μη τον απορρίψουν λόγω υπερβολικών ενοχών. Επιπλέον, θα προλάβει έντονες ψυχολογικές συγκρούσεις μεταξύ των οικείων του ασθενούς, που και αυτές μπορεί να αποβούν τελικά εις βάρος του ασθενούς.

Από την **κοινωνική υπηρεσία** μπορούν να ζητηθούν και άλλα στοιχεία που ο ψυχίατρος νομίζει ότι θα βοηθήσουν στην πληρέστερη κατανόηση και αντιμετώπιση του περιστατικού.

Προκειμένου να αξιοποιήσει όλες τις πηγές πληροφόρησης, ο ψυχίατρος θα πρέπει να μπορεί να ακούσει με πραγματικό ενδιαφέρον και χωρίς υπεροψία το **νοσηλευτικό προσωπικό** όλων των βαθμίδων, ακόμα και τους **καθαριστές** και τους **τραυματιοφορείς**. Η διαγνωστική εμπειρία μερικών νοσηλευτών, που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον και δείχνουν φροντίδα στον ασθενή τους είναι απaráμιλλη. Εξάλλου, οι πληροφορίες που δίνουν μερικές φορές οι τραυματιοφορείς για τις σχέσεις των ασθενών με τους συγγενείς τους είναι εξαιρετικά υποβοηθητικές για την αποκάλυψη ενδοοικογενειακών συγκρούσεων. Εκτός των άλλων, η προσεκτική αξιολόγηση της γνώμης του παραϊατρικού προσωπικού, το κάνει να αισθάνεται ότι αποτελεί κι αυτό μέρος της θεραπευτικής ομάδος, με αποτέλεσμα να έχει θετική στάση προς την παρουσία του ψυχιάτρου στον χώρο του νοσοκομείου.

## **ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΓΙΑΤΡΟ**

Κεφαλαιώδους σημασίας για την σωστή εκτίμηση του ασθενούς από τον ψυχίατρο, είναι η λήψη πληροφοριών από τον γιατρό που είναι υπεύθυνος για την νοσηλεία του ασθενούς. Ο ψυχίατρος πρέπει πριν εξετάσει τον ασθενή, να επιδιώξει να συναντήσει τον γιατρό που ζήτησε την ψυχιατρική εξέταση. Από αυτόν θα ζητήσει να μάθει τον λόγο της ψυχιατρικής παραπομπής, την διάγνωση της σωματικής νόσου, καθώς και την κατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενούς. Το τελευταίο διευκολύνει στον σχεδιασμό της θεραπείας που θα υποδείξει ο ψυχίατρος. Για παράδειγμα η χορήγηση υψηλών δόσεων βενζοδιαζεπινών αντενδείκνυται σε ασθενείς με χαμηλή αρτηριακή πίεση ή περιορισμένη αναπνευστική λειτουργία.

Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται ο θεράπων γιατρός να προειδοποιήσει ή ακόμα και να προετοιμάσει τον ασθενή για την ψυχιατρική εξέταση. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις, κάτι τέτοιο είναι περιττό. Πολλοί συνάδελφοι μάλιστα άλλων ειδικοτήτων, έχουν μεγάλη δυσκολία στην αναγγελία της επίσκεψης του ψυχιάτρου στον ασθενή τους. Συχνά μάλιστα συμβουλεύουν και τον ψυχίατρο να κρύψει την πραγματική του ιδιότητα στον ασθενή. Αυτό προέρχεται από δική τους ανασφάλεια, ως προς την σχέση τους με τον ασθενή. Πάντοτε ο ψυχίατρος πρέπει να δηλώνει την ειδικότητά του ευθύς μόλις συναντήσει τον ασθενή. Απλώς μετά, κι' εφόσον αισθάνεται την ανάγκη, μπορεί να δικαιολογήσει την αναγκαιότητα της ψυχιατρικής εξέτασης. Στους πιο καχύποπτους ασθενείς, συνήθως εξηγούμε ότι η ψυχιατρική εξέταση απαιτείται προκειμένου να

σχηματιστεί πληρέστερη εικόνα για το πρόβλημα της υγείας του ασθενούς και τις επιπτώσεις που αυτό έχει στην ψυχική του κατάσταση.

Ο άλλος πόλος της συνεργασίας του ψυχιάτρου με τους παθολόγους και χειρουργούς του νοσοκομείου, βρίσκεται στην αναγγελία του αποτελέσματος της ψυχικής εξέτασης. Ο ψυχίατρος μετά την εξέταση του ασθενούς οφείλει να συμπληρώσει ένα σημείωμα που απευθύνεται προς τον γιατρό που ζήτησε την ψυχιατρική εξέταση. Το περιεχόμενο αυτού του σημειώματος αναλύεται σε προηγούμενο κεφάλαιο. Εκτός όμως από το σημείωμα, ο ψυχίατρος πρέπει να επιδιώκει την ζωντανή επικοινωνία με τον παραπέμποντα γιατρό. Η ανταλλαγή απόψεων πάνω στη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς βοηθούν σημαντικά στην καλύτερη αντιμετώπιση του περιστατικού. Εδώ σημειώνουμε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η ζωντανή και άμεση επικοινωνία με τον υπεύθυνο γιατρό του θαλάμου είναι απαραίτητη. Τέτοιες περιπτώσεις είναι:

1. Όταν ο ασθενής εκφράζει ιδέες αυτοκαταστροφής.
2. Όταν ένας νοσηλευόμενος αλκοολικός, κατά την γνώμη του ψυχιάτρου έχει αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσει τρομώδες παραλήρημα.
3. Όταν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η ψυχική διαταραχή του ασθενούς οφείλεται σε φάρμακα που χορηγούνται από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

# ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη κατάθλιψης στους ασθενείς του γενικού νοσοκομείου είναι ιδιαίτερα συχνή. Η κατάθλιψη μάλιστα, στις περισσότερες των περιπτώσεων, συνδέεται άμεσα με την σωματική συμπτωματολογία των ασθενών. Δηλαδή, είτε η ψυχική διαταραχή είναι **πρωτογενής** και η σωματική συμπτωματολογία δεν αποτελεί τίποτα άλλο παρά έκφρασή της, ή η κατάθλιψη αποτελεί **αντίδραση** στη σωματική νόσο. Στην πρώτη περίπτωση η θεραπεία της κατάθλιψης είναι επόμενο να έχει αποτέλεσμα την ύφεση και των σωματικών συμπτωμάτων. Στη άλλη περίπτωση, η θεραπεία της κατάθλιψης οπωσδήποτε διευκολύνει και την θεραπεία της σωματικής νόσου.

Η διάγνωση της κατάθλιψης στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε παθολογική ή σε χειρουργική κλινική έχει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Πολλά από τα συμπτώματα που κλασικά αποτελούν μέρος της κατάθλιψης, όπως η αϋπνία, ή η εύκολη κόπωση, η δυσκοιλιότητα, η κεφαλαλγία κ.α. συναντώνται επίσης και σε πολλές σωματικές ασθένειες, ή μπορούν να δικαιολογηθούν από το γεγονός και μόνο της νοσηλείας. Είναι αναμενόμενο το περιβάλλον του νοσοκομείου να δυσκολεύει τον ύπνο των ασθενών, ενώ τα φαγητά που σερβίρονται να περιορίζουν την όρεξη. Ακόμα και ο παρατεταμένος κλινικοστατισμός προκαλεί δυσκοιλιότητα, ανεξάρτητα της υποκείμενης νόσου.

Έντονο διαγνωστικό πρόβλημα θέτουν οι ασθενείς που **σωματοποιούν το άγχος** τους. Προβάλλουν σωρεία σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία, όμως, δεν μπορούν να δικαιολογηθούν από καμμία σωματική νοσολογική οντότητα. Οι ασθενείς αυτοί απωθούν την υποκείμενη ψυχική νόσο και ασχολούνται με τις υποχονδριακές αιτιάσεις τους. Για τον λόγο αυτό ανθίστανται στη διαγνωστική προσπάθεια του ψυχιάτρου. Οι ασθενείς αυτοί αρνούνται να αποδεχθούν την ψυχική αιτιολογία των συμπτωμάτων τους. Έτσι είναι επόμενο η θεραπευτική τους αντιμετώπιση να παρουσιάζει εξαιρετική δυσκολία.

Η κατάθλιψη, όπως και το άγχος, αποτελεί συχνή **ψυχολογική αντίδραση στην εμφάνιση των σωματικών νόσων**. Το βάθος της εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με τους χαρακτήρες της ασθένειας, όπως η βαρύτητα της πρόγνωσης, η χρονιότητα της ή η αναπηρία που την συνοδεύει.

Ακόμα πρέπει να αναφερθεί ότι η κατάθλιψη πιθανόν να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα ορισμένων σωματικών νόσων, όπως ο καρκίνος του παγκρέατος ή να συνδέεται αιτιοπαθογενετικά με σωματική διαταραχή όπως ο υποθυρεοειδισμός, ή τέλος να οφείλεται στη λήψη κάποιου φαρμάκου όπως η ρεζερπίνη.

---

## **ΚΥΡΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

### **Ενδοκρινολογικές διαταραχές:**

- Υποθυρεοειδισμός
- Σύνδρομο Cushing
- Σύνδρομο Addison
- Σακχαρώδης διαβήτης

### **Αυτοάνοσες νόσοι:**

- Ερυθηματώδης λύκος

### **Νευρολογικές διαταραχές:**

- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Όγκος μετωπιαίου λοβού
- Νόσος του Parkinson
- Χορεία του Huntington
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

### **Φάρμακα:**

- Ρεζερπίνη
- β-αναστολείς
- Ντοπαμίνη και συναγωνιστές της
- Κορτικοειδή
- Αντισυλληπτικά

### **Διάφορα:**

- Τοκετός-Λοχεία
  - Καρκίνος παγκρέατος
  - Λοιμώξεις
  - Αβιταμινώσεις
  - Μείωση χοληστερόλης
- 

Ειδικά όσον αφορά τα κορτικοειδή, εκείνο που συνήθως παρατηρείται είναι υπερθυμία κατά την έναρξη της χορήγησης τους, ενώ μετά από χρόνια λήψη τους εμφανίζεται κατάθλιψη. Ασθενής νοσηλεύμενος με μυοκαρδιοπάθεια έλαβε για μεγάλο διάστημα υψηλές δόσεις κορτικοειδών. Ενώ η σωματική του υγεία προοδευτικά παρουσίαζε βελτίωση, άρχισε να εμφανίζει κατάθλιψη. Η μείωση των κορτικοειδών και η συνεχής επιτήρηση του από το νοσηλευτικό προσωπικό και τη σύζυγό του, δεν πρόλαβαν την αυτοκτονία του. Ο ασθενής έπεσε από το παράθυρο του θαλάμου του.

Όσον αφορά στη μείωση της χοληστερόλης, σήμερα υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι τα χαμηλά επίπεδα της στον ορό, ίσως σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Το γεγονός αυτό χρειάζεται διερεύνηση, γιατί οι μεν καρδιολόγοι συστήνουν συνεχώς και χαμηλότερα επίπεδα χοληστερόλης, οι δε ψυχίατροι βλέπουν συνεχώς και περισσότερους καταθλιπτικούς οι οποίοι έχουν προηγουμένως περάσει από τον καρδιολόγο και έχουν υποστεί εξαντλητική δίαιτα.

Μια ειδική κατηγορία ασθενών είναι εκείνοι που μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσιάζουν συναισθηματικού τύπου συμπτωματολογία. Συνήθως εμφανίζουν κατάθλιψη, με χαρακτηριστική ευσυγκινησία και εύκολα κλάματα. Στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται η χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής.

Σπανίως ύστερα από εγκεφαλικό επεισόδιο, παρουσιάζεται διπολική διαταραχή με ευμεταβλητότητα του συναισθήματος. Στις περιπτώσεις αυτές η χορήγηση καρβαμαζεπίνης ή άλλων θυμορυθμιστικών φαρμάκων, έχει συνήθως καλά αποτελέσματα. Έτσι αποφεύγεται η χορήγηση νευροληπτικών τα οποία έχουν σημαντικές παρενέργειες στη κατηγορία αυτών των ασθενών.

Στη **θεραπεία** της κατάθλιψης των νοσηλευόμενων ασθενών πρέπει να ληφθεί υπόψη η γενική σωματική κατάσταση των ασθενών. Η προσθήκη των παρενεργειών, που έχουν τα κλασικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, στην επιβαρυσμένη υγεία των ασθενών, απαιτεί επιλογή του αντικαταθλιπτικού με το ευνοϊκότερο προφίλ παρενεργειών. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στους ηλικιωμένους ασθενείς, στους οποίους συνιστάται μικρότερη δόση, καθώς και στους καρδιοπαθείς ασθενείς, εφόσον τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά προξενούν διαταραχές στην αγωγιμότητα του μυοκαρδίου. Ακόμα, η δοσολογία πρέπει να αυξάνεται προοδευτικά ενώ συγχρόνως απαιτείται ενημέρωση του θεράποντος ιατρού για τις αναμενόμενες παρενέργειες.

Την τελευταία δεκαετία, με την είσοδο των εκλεκτικών αναστολέων της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (**SSRIs**) στη θεραπευτική της κατάθλιψης, ο ρόλος του ψυχιάτρου στο γενικό νοσοκομείο έχει διευκολυνθεί σημαντικά. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά στερούνται πρακτικά παρενεργειών και η χρήση τους είναι ακίνδυνη σε όλες τις κατηγορίες νοσημάτων. Ο γράφων έχει μεγάλη και θετική εμπειρία στην χορήγηση SSRIs και άλλων νεότερων αντικαταθλιπτικών, σε ασθενείς με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, σε ασθενείς που έχουν υποστεί μεταμόσχευση καρδιάς, ή ακόμη και σε ασθενείς που βρίσκονται σε χρόνια αιμοκάθαρση.

Επειδή η νοσηλεία συνήθως τερματίζεται λίγες μέρες μετά την έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής, ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει τόσο τον θεράποντα ιατρό, όσο και τον ασθενή και το περιβάλλον του για την ανάγκη συνέχισης της θεραπείας και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Σε μερικές περιπτώσεις, η νοσηλεία μπορεί να ευνοήσει την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του καταθλιπτικού ασθενούς. Η δυνατότητα καθημερινής επαφής με τον ασθενή, όσο αυτός βρίσκεται στο νοσοκομείο, μπορεί να βάλει τις βάσεις για μια συνεπή



ψυχοθεραπευτική αγωγή, η οποία να συνεχιστεί και μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

Όταν ο ασθενής εμφανίζει στοιχεία σωματομετατροπικά, κύριο μέλημα των ψυχοθεραπευτικών χειρισμών είναι η συνειδητοποίηση από τον ασθενή των ψυχολογικών διαστάσεων του προβλήματος της υγείας του. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπονται οι ασθενείς αυτοί από την συνέχιση αναζήτησης λύσεων σε αλληπάλληλες παρακλινικές εξετάσεις και επισκέψεις σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Τέλος, κατά την νοσηλεία ενός ασθενούς που εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία, μπορεί ο ψυχίατρος να ξεκινήσει μια γνωσιολογική ή άλλου τύπου ψυχολογική προσέγγιση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του.

### **Ο ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ**

Ο ρόλος του γιατρού στην πρόληψη της αυτοκτονίας γενικά, φαίνεται ότι είναι σημαντικός. Μελέτες έδειξαν ότι το 75% των ασθενών που αυτοκτόνησαν, επισκέφθηκαν κάποιον γιατρό, κατά τους έξι τελευταίους μήνες της ζωής τους. Μάλιστα το 60% από αυτούς εξετάστηκαν μόλις τον τελευταίο μήνα πριν την αυτοκτονία τους. Το εύρημα αυτό πρέπει να τονίζεται στους συναδέλφους των άλλων ειδικοτήτων, προκειμένου να αυξήσουν την ευαισθησία τους στην αναγνώριση αναλόγων καταστάσεων και την παραπομπή των ασθενών αυτών στον ψυχίατρο.

Στο γενικό νοσοκομείο ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς υπάρχει σε τρεις κατηγορίες ασθενών:

- 1. Σε αυτούς που πάσχουν από βαριά και ανίατο νόσο,**
- 2. Στους έντονα καταθλιπτικούς ασθενείς και**
- 3. Στους χειριστικούς ασθενείς.**

Σχιζοφρενείς ασθενείς με έντονη ψυχοπαθολογία η οποία είναι δυνατόν οδηγήσει σε αυτοκτονία, σπανίως νοσηλεύονται σε γενικά νοσοκομεία.

Στην πρώτη κατηγορία ασθενών περιλαμβάνονται όσοι παραπονιούνται για χρόνιο, έντονο άλγος, από το οποίο δύσκολα ανακουφίζονται. Καρκινοπαθείς των οποίων ο πόνος δεν μπορεί να ελεγχθεί, αποφασίζουν να θέσουν τέλος ζωή τους. Ανάλογες σκέψεις κάνουν και ασθενείς που βρίσκονται στα τελικά στάδια άλλων ανιάτων νοσημάτων. Η χρονιότητα μιας νόσου καθώς και η ύπαρξη έντονων παρενεργειών κατά την θεραπεία της, συντείνουν στην γένεση ευχών θανάτου. Τέλος, ο ακρωτηριασμός ή η παραμόρφωση του προσώπου μετά από ατύχημα ή σαν αποτέλεσμα θεραπευτικής χειρουργικής επέμβασης, συχνά συνοδεύονται από ανάλογο αυτοκαταστροφικό ιδεασμό.

Πάντως, πρέπει εδώ να παρατηρήσουμε ότι παρά την αίσθηση που επικρατεί ότι αν κάποιος μάθει ότι έχει μια σοβαρή νόσο, όπως ο καρκίνος, θα θελήσει να θέσει τέλος στη ζωή του, στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο.

Καταθλιπτικοί ασθενείς, όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της κατάθλιψης, συχνά νοσηλεύονται στο γενικό νοσοκομείο. Σπάνια βέβαια το βάθος της κατάθλιψης τους

είναι τέτοιο ώστε να υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Όταν όμως ο ψυχίατρος αντιληφθεί ότι κάποιος ασθενής εκφράζει αυτοκαταστροφικό ιδεασμό, οφείλει αμέσως να ειδοποιήσει τον υπεύθυνο του τμήματος που νοσηλεύεται ο ασθενής. Η επικοινωνία αυτή απαιτείται γιατί συχνά τα σημειώματα του ψυχιάτρου έρχονται στην αντίληψη του υπευθύνου παθολόγου ή χειρουργού καθυστερημένα, μετά από μερικές ημέρες.

Άλλου τύπου αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή από τον ψυχίατρο. Οι ασθενείς που αναφέρουν αλκοολισμό, τοξικομανία και επιδεικνύουν επικίνδυνη συμπεριφορά και ατυχηματοθηρία, πρέπει να ελέγχονται για το ενδεχόμενο αυτοκτονίας.

Τέλος, αυτοκτονική συμπεριφορά εμφανίζουν νοσηλευόμενοι οι οποίοι έχουν διαταραχή προσωπικότητας ή άλλοι, που προσπαθούν να χειριστούν τα έντονα προβλήματα του περιβάλλοντος τους πραγματοποιώντας αυτοκαταστροφικές πράξεις.

Η αντιμετώπιση ενός ασθενούς με αυτοκτονικό ιδεασμό, στο περιβάλλον του γενικού νοσοκομείου είναι συχνά δύσκολη. Όπως γνωρίζουμε η αντικαταθλιπτική θεραπεία δεν μπορεί να αποδώσει αμέσως. Η παρουσία μάλιστα μιάς σωματικής ασθένειας, εμποδίζει την γρήγορη αύξηση της δοσολογίας των αντικαταθλιπτικών. Απ' την άλλη, η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, που σε μερικές περιπτώσεις θα μπορούσε να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ασθενή να αποβάλει ταχύτερα τον αυτοκαταστροφικό του ιδεασμό, είναι μάλλον ανέφικτη στις παθολογικές και χειρουργικές κλινικές. Επιπλέον, τόσο οι γιατροί όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, δεν έχουν ούτε την γνώση ούτε την εμπειρία για την αντιμετώπιση αυτοκτονικών ασθενών.

Έτσι λοιπόν, όλο το βάρος της αντιμετώπισης ενός ασθενούς, που κινδυνεύει να αυτοκτονήσει πέφτει στους ώμους του συμβούλου ψυχιάτρου. Αυτός πρέπει να εκθέσει το μέγεθος του προβλήματος στους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος που νοσηλεύεται ο ασθενής. Μαζί, οφείλουν να εξετάσουν την περίπτωση της μεταφοράς του ασθενούς σε κλειστό ψυχιατρικό τμήμα, που όμως να διαθέτει παθολογική κάλυψη ανάλογη με την σωματική νόσο του ασθενούς. Εάν κάτι τέτοιο είναι ανέφικτο και απαιτείται η συνέχιση της νοσηλείας στην παθολογική ή την χειρουργική κλινική, τότε πρέπει να ληφθούν ορισμένα μέτρα που θα αποτρέψουν τον ασθενή από την πραγματοποίηση οποιασδήποτε αυτοκαταστροφικής πράξης.

Συγκεκριμένα πρέπει ο νοσηλευόμενος να μεταφερθεί σε θάλαμο με άλλους ασθενείς, που να βρίσκονται σε καλή σχετικά σωματική κατάσταση, ώστε να μπορέσουν να τον συγκρατήσουν, αν για παράδειγμα προσπαθήσει να πέσει από το παράθυρο. Ακόμη τα παράθυρα του θαλάμου καλό είναι να σφραγιστούν για όσο διάστημα ο ασθενής εκφράζει αυτοκαταστροφικό ιδεασμό. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να παρακολουθεί τον αυτοκτονικό ασθενή συνεχώς. Ο ψυχίατρος μάλιστα πρέπει να ενημερώσει την νοσηλευτική υπηρεσία, ότι οι ώρες αυξημένης επικινδυνότητας είναι συνήθως οι πρώτες πρωινές. Τότε η κατάθλιψη βρίσκεται στη μεγαλύτερη της ένταση και αυτές τις ώρες παρατηρούνται οι περισσότερες σοβαρές αυτοκτονίες. Επιπλέον, η

νοσηλευτική υπηρεσία πρέπει να φροντίσει, για την ασφαλέστερη φύλαξη των φαρμάκων που βρίσκονται σε πρώτη ζήτηση στο τμήμα. Έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας με φάρμακα, τα οποία οι ασθενείς έκλεψαν ή εξασφάλισαν με δόλο, από την νοσηλευτική υπηρεσία.

Τέλος ο ψυχίατρος ή ο θεράπων ιατρός συνήθως απαιτείται να ενημερώσουν και τους οικείους του ασθενούς για τον κίνδυνο αυτοκαταστροφής που διατρέχει. Η ενημέρωση αυτή πρέπει να γίνει προς όσες περισσότερες κατευθύνσεις είναι δυνατόν και μάλιστα παρουσία μαρτύρων. Καλόν είναι η απόφαση για τη συνέχιση νοσηλείας ενός ασθενούς ο οποίος έχει κίνδυνο αυτοκαταστροφής, να λαμβάνεται παρουσία των συγγενών. Έτσι μοιράζονται και αυτοί την ευθύνη και προσέχουν πιο υπεύθυνα τον ασθενή τους.

Παρ' όλα αυτά ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να γνωρίζουν ότι αυτοί είναι υπεύθυνοι για την ζωή κάθε ασθενούς που νοσηλεύουν. Για τον λόγο αυτό, μετά από μια αυτοκτονία μπορεί αυτεπάγγελτα να ξεκινήσει εισαγγελική έρευνα. Το αντικείμενο της έρευνας είναι εάν θα μπορούσε να αποτραπεί η αυτοκτονία. Όπως κάθε γιατρός μπορεί να φανταστεί, με την λογική του νομικού, εύκολα στοιχειοθετείται κατηγορία φόνου εξ αμελείας. Ο νομικός δεν αναγνωρίζει τις συνθήκες που επικρατούν στα νοσοκομεία και επομένως μπορεί να ισχυριστεί ότι θα μπορούσε να αποτραπεί η αυτοκτονία αν ο ασθενής νοσηλευόταν με δωμάτιο, π.χ. χωρίς παράθυρο, ή είχε καθηλωθεί στο κρεβάτι του, ή είχε μεταφερθεί σε ψυχιατρική κλινική, άσχετα αν η σωματική του κατάσταση δεν επέτρεπε κάτι τέτοιο.

Βέβαια, η νομική αυτή διάσταση, εφόσον συνειδητοποιηθεί από το προσωπικό του νοσοκομείου, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ακρότητες, όπως άρνηση νοσηλείας κάθε ασθενούς που εκφράζει αυτοκαταστροφικό ιδεασμό. Κάτι τέτοιο βέβαια θα ήταν καταστροφικό για τους ασθενείς που χρειάζονται τη συμπαράστασή μας και όχι την απόρριψή μας, για λόγους ευθυνοφοβίας.

## **ΑΣΘΕΝΗΣ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

Συχνά ο ψυχίατρος καλείται να εξετάσει έναν ασθενή ο οποίος νοσηλεύεται μετά μια απόπειρα αυτοκτονίας. Στα περισσότερα νοσοκομεία, αποτελεί τυπική υποχρέωση του ασθενούς να εξεταστεί από ψυχίατρο, εφόσον υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρούσα παθολογική κατάσταση του ήταν προϊόν αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται συνήθως κορίτσια και γυναίκες νεαρής ηλικίας, οι οποίες μετά μια ενδοοικογενειακή κρίση, μια συναισθηματική απογοήτευση, ή μια σχολική αποτυχία, πήραν μεγάλο αριθμό χαπιών. Η πρόθεση τους, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν είναι να θέσουν τέρμα στη ζωή τους, αλλά να χειριστούν την κρίση που τους παρουσιάστηκε. Η ελπίδα τους είναι ότι η πράξη τους αυτή θα συγκινήσει τους γονείς τους, τον φίλο τους ή τους καθηγητές τους. Βέβαια, η πραγματοποίηση της απόπειρας, απαιτεί βαθμό θάρρους και παρορμητικότητας, στοιχεία που αποτελούν δείκτη επικινδυνότητας για την επανάληψη της

αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Και αντίστροφα, εφόσον υπάρχουν και άλλες απόπειρες στο παρελθόν, αυτό αποτελεί παράγοντα κινδύνου επανάληψης της ίδιας συμπεριφοράς και στο μέλλον, με πιθανότητα κάποια από αυτές τις απόπειρες να έχει "επιτυχή" κατάληξη.

Υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι έμαθαν να χειρίζονται τα προβλήματα τους με "ψευδοαπόπειρες". Με τον επικίνδυνο αυτό τρόπο, διακινούν την συμπάθεια των ανθρώπων του περιβάλλοντος τους. Αυτό πρέπει να εξηγηθεί στους οικείους του ασθενούς, ώστε να σπάσει ο φαύλος κύκλος των αποπειρών. Απ' την άλλη, η όσο το δυνατόν πιο σοβαρή και επώδυνος αντιμετώπιση αυτών, με πλύση στομάχου και ακινητοποίηση με ενδοφλέβιο ορό, βοηθούν στην αρνητική σηματοδότηση της πράξης.

Οι νεαροί άνδρες προτιμούν πιο "εντυπωσιακές" απόπειρες αυτοκτονίας. Με μαχαίρι ή ξυράφι προκαλούν αβαθείς συνήθως τομές στο δέρμα του αντιβραχίου. Οι απόπειρες αυτές έχουν χειριστικό χαρακτήρα και αποσκοπούν στο να συγκινήσουν κάποια πρόσωπα.

Σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας από άνδρες, χωρίς χειριστικό χαρακτήρα, είναι συνήθως επιτυχείς, καθότι πρόκειται για πτώσεις από ύψος, ή απόπειρες με πυροβόλο όπλο. Οι τελευταίες είναι συχνές στον Στρατό και την Αστυνομία. Σε αγροτικές περιοχές σοβαρές απόπειρες γίνονται με γεωργικά φάρμακα. Στις γυναίκες σοβαρές απόπειρες γίνονται με τοξικά φάρμακα ή απορρυπαντικά.

Άλλα είδη αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι η ατυχηματοθηρία και γενικά η επικίνδυνη συμπεριφορά. Σε νοσοκομεία ατυχημάτων νοσηλεύονται συχνά άτομα με ιστορικό πολλών ατυχημάτων. Τα άτομα αυτά πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν να πρόκειται για αυτόχειρες. Πολλές φορές, κάτω από την επικίνδυνη συμπεριφορά υπάρχει λανθάνουσα κατάθλιψη, η οποία τα οδηγεί στο να μη ενδιαφέρονται για την ζωή τους και να αναζητούν τον θάνατο μέσω ενός ατυχήματος. Αυτό μπορεί είτε να γίνεται συνειδητά είτε σε ασυνείδητο επίπεδο, οπότε είναι δυσκολότερο να αποκαλυφθεί η σχέση μεταξύ επανειλημμένων ατυχημάτων και κατάθλιψης.

Ο ψυχίατρος εφόσον εκτιμήσει σε ποιά από τις παραπάνω κατηγορίες βρίσκεται ο υποψήφιος αυτόχειρας, επικοινωνεί με τους οικείους του και αποφασίζει αν χρειάζεται ψυχιατρική νοσηλεία, μετά την αποκατάσταση των σωματικών βλαβών του ασθενούς. Εάν ο ψυχίατρος αποφανθεί ότι ο ασθενής χρήζει άμεσης ψυχιατρικής νοσηλείας και ο ασθενής δεν την αποδέχεται, πρέπει να καταβληθεί από το νοσοκομείο ιδιαίτερα και από την κοινωνική υπηρεσία, προσπάθεια να βρεθεί συγγενής του ασθενούς, στον οποίο να τονιστεί η αναγκαιότητα κινήσεως διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας, σύμφωνα με το άρθρο 95 του νόμου 2071/92. Επίσης, πρέπει στο φάκελο του ασθενούς να υπάρχει καταγεγραμμένη η μαρτυρία του γιατρού, για τις ενέργειες αυτές. Αυτό που πολλές φορές επιδιώκεται, η υπογραφή δηλαδή του ασθενούς, ότι δεν αποδέχεται την ψυχιατρική νοσηλεία του, δεν έχει νομικό έρεισμα και επομένως είναι περιττή. Γιατί εάν ο γιατρός πιστεύει ότι ο ασθενής πρέπει να νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική

προκειμένου να προστατευθεί η ζωή του, σημαίνει ότι ο ασθενής έχει χάσει το κριτήριο της πραγματικότητας και επομένως δεν έχει ιδιαίτερη νομική αξία η υπογραφή του.

## MANIA

Ο ψυχίατρος στο περιβάλλον του γενικού νοσοκομείου έρχεται αντιμέτωπος με μεγάλη ποικιλία περιστατικών. Έτσι είναι δυνατόν να κληθεί από συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων προκειμένου να τους βοηθήσει στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση υπερθυμικών ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί είτε μπορεί να νοσηλεύονται για άλλη παθολογική σωματική αιτία, είτε σπανιότερα να προβάλλουν σωματική συμπτωματολογία σαν εκδήλωση της συναισθηματικής τους νόσου. Γενικά οι υπομανιακοί ή οι μανιακοί ασθενείς, εύκολα διαλάθουν της προσοχής των παθολόγων και των χειρουργών. Διαχέουν την ευφορία τους στο περιβάλλον και δεν εντοπίζονται σαν ψυχικά ασθενείς. Δεν είναι δύστροποι, δεν έχουν καμμία αντίρρηση για εξετάσεις και γενικά βοηθούν το νοσηλευτικό προσωπικό στην εργασία του. Η "περίεργη" όμως και "υπερβολική" συμπεριφορά τους, οδηγεί τον θεράποντα γιατρό να τους παραπέμψει στον ψυχίατρο. Οι συνασθενείς τους που νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο ενοχλούνται από την λογοροϊκότητά τους και την συνεχή κινητικότητα που τους διακρίνει. Η αϋπνία τους οδηγεί σε διατάραξη της ησυχίας του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νύχτας. Έτσι μετά από λίγες μέρες η παραμονή τους στο νοσοκομείο γίνεται προβληματική.

Τα ερωτήματα προς τον ψυχίατρο εξαρτώνται από την βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής. Σε ασθενείς με έντονα διαταραγμένη συμπεριφορά, εξετάζεται η δυνατότητα συνέχισης της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Η κρίση του γιατρού θα πρέπει να λάβει υπόψη της, όλες τις εναλλακτικές νοσηλευτικές δυνατότητες, όπως και την διαταραχή στην λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας που μπορεί να προκαλέσει ο συγκεκριμένος ασθενής. Η ύπαρξη ψυχιατρικού τομέα στα γενικά νοσοκομεία βοηθάει στην νοσηλεία ψυχιατρικών ασθενών με σωματικά νοσήματα. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί ο ασθενής να νοσηλευτεί σε μονόκλινο δωμάτιο παθολογικής ή χειρουργικής κλινικής, ακόμα και να καθηλωθεί στο κρεβάτι του. Τότε ο σύμβουλος ψυχίατρος υποχρεώνεται να διαδραματίσει αποφασιστικό ρόλο, παρακολουθώντας καθημερινά την κατάσταση του ασθενούς και δίδοντας λεπτομερείς οδηγίες για την νοσηλευτική του φροντίδα, αφού το νοσηλευτικό προσωπικό δεν διαθέτει την απαιτούμενη πείρα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται τόσο από την ένταση της ψυχοπαθολογίας, όσο και από την κατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενούς. Τα νευροληπτικά, το λίθιο και η καρβαμαζεπίνη συνοδεύονται από παρενέργειες που τα καθιστούν επικίνδυνα για ορισμένες κατηγορίες σωματικών ασθενών. Ειδικά ή τιτλοποίηση της δόσης του λιθίου πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή σε ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχή στην νεφρική τους λειτουργία. Όταν η χορήγηση των κλασικών "αντιμανιακών" φαρμάκων είναι ανέφικτη λόγω της κατάστασης της σωματικής υγείας

του ασθενούς, μεγάλες δόσεις βενζοδιαζεπινών και ιδιαίτερα κλοναζεπάμης, μπορεί να ελέγξουν την μανιακή συμπτωματολογία.

Η συνέχιση της θεραπείας και μετά το πέρας της νοσηλείας, ή η συνέχιση της νοσηλείας του συναισθηματικού ασθενούς σε ψυχιατρική κλινική, εξαρτάται από την κατάσταση της ψυχικής αλλά και της σωματικής υγείας, κατά την στιγμή εξόδου από το νοσοκομείο. Το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς και η κοινωνική υπηρεσία επιφορτίζεται με την υποχρέωση ψυχιατρικής παρακολούθησης του ασθενούς.

### **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ**

Το σύνδρομο αυτό αποτελεί μια αδιευκρίνιστη ακόμα κλινική οντότητα. Κυρίως οι παθολόγοι, παρατηρούν ασθενείς που αιτιώνται για αίσθημα μυϊκής αδυναμίας, μυαλγίας και εύκολης σωματικής αλλά και πνευματικής κόπωσης. Ενδεδειχθείς κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις δεν αποκαλύπτουν τίποτα το παθολογικό, παρά μόνο ενδείξεις ιογενούς λοιμώξεως σε αποδρομή, σε μερικές περιπτώσεις ασθενών.

Έχουν γίνει προσπάθειες να συνδεθεί η κλινική αυτή οντότητα με τον ιό του Epstein-Barr, ή άλλων παρόμοιων ιών, αλλά τα αποτελέσματα των μελετών αυτών δεν είναι καθοριστικά. Φαίνεται ότι ένα μεγάλο μέρος των ασθενών, που κατατάσσονται σ' αυτή την διαγνωστική κατηγορία, έχει κάποιο ανοσολογικό έλλειμμα, με αποτέλεσμα να μη αναρρώνει πλήρως, από κάποια ιογενή λοίμωξη. Έτσι διατηρείται μία ελαφρά συμπτωματολογία, η οποία μάλιστα μπορεί να παρουσιάζει υφέσεις και εξάρσεις. Η ένταση των υποκειμενικών αυτών συμπτωμάτων, εξαρτάται από την παράλληλη ύπαρξη σωματικής ή ψυχικής καταπόνησης του ασθενούς.

Ένας άλλος αριθμός ασθενών που λαμβάνουν αυτή τη διάγνωση, είναι προφανές ότι πάσχει από κατάθλιψη με έντονη τάση σωματοποίησης του άγχους τους. Η αντικαταθλιπτική θεραπεία, έχει πράγματι βοηθήσει σημαντικό αριθμό ασθενών που οι παθολόγοι είχαν κατατάξει στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Μάλιστα, αρκετές φορές η αντικαταθλιπτική αγωγή βοηθά και ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν στις εργαστηριακές εξετάσεις τους στοιχεία ιογενούς λοιμώξεως. Το γεγονός αυτό είναι αναμενόμενο και αναδεικνύει την ψυχοσωματική διάσταση της διαταραχής αυτής. Η χρόνια ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων, προκαλεί ψυχική καταπόνηση και επομένως κατάθλιψη. Η ψυχική καταπόνηση και η κατάθλιψη, με την σειρά τους, προκαλούν πτώση του ανοσολογικού μηχανισμού του οργανισμού και επομένως εμφάνιση εντονότερων συμπτωμάτων. Η θεραπεία της κατάθλιψης επομένως βοηθά στην ισχυροποίηση του ανοσολογικού συστήματος. Απ' την άλλη, όλη η συμπτωματολογία του συνδρόμου είναι υποκειμενική και άρα όταν ο ασθενής βρεθεί σε καλή ψυχική διάθεση, παραβλέπει και ελαχιστοποιεί την ενόχληση που του προκαλούν τα σωματικά συμπτώματα του.

# ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

## Σωματοποιητικές ή Σωματόμορφες Διαταραχές

### Υποχονδριακές Διαταραχές

### Μετατρεπτικές Διαταραχές

### Κρίσεις Πανικού

Οι αγχώδεις διαταραχές, με όλες τις εκφράσεις τους, αποτελούν τον κύριο όγκο της απασχόλησης της Σ-Δ ψυχιατρικής. Όποιος ασχοληθεί με την ψυχιατρική στο γενικό νοσοκομείο, διαπιστώνει με έκπληξη ότι μεγάλος αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται σε παθολογικές ή χειρουργικές κλινικές εμφανίζουν συμπτώματα άγχους. Μάλιστα, η συμπτωματολογία αυτή είναι τις περισσότερες φορές η αιτία που οδήγησε τους ασθενείς αυτούς στο νοσοκομείο. Το γεγονός αυτό έχει τεκμηριωθεί με πλήθος μελετών, που δείχνουν ότι διεθνώς 20% - 30% των νοσηλευομένων σε γενικά νοσοκομεία πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων είναι αγχώδεις διαταραχές.

Κατά τεκμήριο, οι ασθενείς που εμφανίζουν αγχώδη διαταραχή, πηγαίνουν συχνά στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και ζητούν βοήθεια στην οξεία υποκειμενική τους συμπτωματολογία. Εκείνο που συνήθως λαμβάνουν, είναι διαβεβαίωση ότι δεν έχουν κάποιο οργανικό πρόβλημα και επιπλέον τους χορηγείται μια αγχολυτική αγωγή. Παρά ταύτα βέβαια η συμπτωματολογία τους επανεμφανίζεται και οι ασθενείς αναζητούν εκ νέου βοήθεια από άλλο ή το ίδιο νοσοκομείο. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί κάνουν κατάχρηση υπηρεσιών υγείας και βέβαια έχουν δυσανάλογα μεγάλο κόστος για τα ταμεία υγείας τους.

Όσο μάλιστα η τεχνολογία στη διαγνωστική προχωρά και νέες αναίμακτες και ακριβότερες τεχνικές μπαίνουν στην καθημερινή πρακτική, τόσο ο αγχώδης ασθενής θα απαιτεί περισσότερες εξετάσεις από τους γιατρούς του. Από την άλλη, ο παθολόγος ή ο καρδιολόγος είναι και αυτός παγιδευμένος. Δεν μπορεί εύκολα να δώσει μία αρνητική διάγνωση, αν και αυτός με την σειρά του δεν εξαντλήσει τα περιθώρια που του δίνει η σύγχρονη τεχνολογία.

Στις μέρες μας είναι δυστυχώς συχνό το φαινόμενο, ασθενείς να νοσηλεύονται σε παθολογικές ή χειρουργικές κλινικές για μεγάλο διάστημα και να υφίστανται πλήθος εξετάσεων, ακόμα και εγχειρήσεων, ενώ ουσιαστικά πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή. Πολλοί αγχώδεις ασθενείς έχουν υποβληθεί ακόμα και σε χολοκυστεκτομή, επειδή βρέθηκε ασυμπτωματικός λίθος στη χοληδόχο κύστη τους, στο πλαίσιο διερεύνησης υποχονδριακών τους απαιτήσεων. Ο λίθος αφαιρέθηκε αλλά οι αιτιάσεις ή συνεχίστηκαν ή μετανάστευσαν σε άλλο σημείο του σώματος του ασθενούς. Άλλοι

υποβάλλονται σε στεφανιογραφία επειδή, για κακή τους τύχη, βρέθηκαν στο ΗΚΓ κάποιες διαταραχές, οι οποίες όμως δεν σχετίζονται με την συμπτωματολογία τους.

Βέβαια στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί μία διάσταση της νόσου που περιπλέκει τα πράγματα. Φαίνεται ότι οι ασθενείς αυτοί πλην της ευαισθησίας που έχουν στο να αναπτύσουν αγχώδη συμπτωματολογία, έχουν και κάποια ελαφρά, συνήθως χωρίς κλινική σημασία, ανατομική ή φυσιολογική ανωμαλία. Έτσι έχει δειχθεί ότι μεγάλο ποσοστό, γυναικών κυρίως ασθενών, που πάσχει από κρίσεις πανικού παρουσιάζει πρόπτωση μητροειδούς βαλβίδος, μια ανατομική ανωμαλία που απαντάται σε μεγάλο ποσοστό φυσιολογικών γυναικών. Είναι πιθανόν κάποιοι άλλοι ασθενείς να αποδειχθεί ότι εμφανίζουν διαταραχές στην αγωγιμότητα του μυοκαρδίου τους. Έτσι σε κάποια κρίση ταχυκαρδίας, λόγω "φυσιολογικού" άγχους, οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν συμπτωματολογία εντονότερη από την φυσιολογική. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο της καρδιάς και έτσι αποκαλύπτεται πράγματι ότι ορισμένοι ασθενείς με τυπική συμπτωματολογία και ιστορικό κρίσεων πανικού έχουν διαταραχές αγωγιμότητας.

Πάντως, τα αγχώδη άτομα, φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στη συνειδητοποίηση μηνυμάτων ιδιοδεκτικής αισθητικότητας. Έτσι, όταν κάποιο μήνυμα άνευ ουσιαστικής και παθολογικής σημασίας, φτάσει π.χ. απ' την καρδιά στον εγκέφαλο, αυτό συνειδητοποιείται ως μείζον πρόβλημα.

Επομένως, η αναζήτηση έστω και της παραμικρής διαταραχής στη ανατομία ή την λειτουργία του σώματος του αγχώδους ασθενούς, δεν έχει ιδιαίτερη σημασία και ίσως είναι περιττή. Πολύ περισσότερο μάλιστα που η αποκάλυψη της όποιας διαταραχής, μπορεί να περιπλέξει τον χειρισμό του ασθενούς και να οδηγήσει τον ασθενή να πιστέψει ότι έχει μείζον σωματικό πρόβλημα.

Όμως, το σημείο που πρέπει να σταματήσει η έρευνα για την αποκάλυψη ανατομικής ή λειτουργικής ανωμαλίας του ασθενούς, είναι ρευστό. Ο ψυχίατρος, με την αξιολόγηση που κάνει και την συνεκτίμηση όλων των συνιστωσών που συμβάλλουν στην ανάδυση της συμπτωματολογίας, παίζει σημαντικό ρόλο σε αυτό.

Πάντως πρέπει να τονιστεί προς κάθε κατεύθυνση, ότι κάθε αγχώδης ασθενής δικαιούται να πάσχει και από κάποιο σωματικό νόσημα. Υπήρξε ασθενής ο οποίος εμφάνιζε συχνά τυπικές κρίσεις πανικού, μετά ψυχοτραυματικά γεγονότα. Ετέθη η διάγνωση και συνεστήθη αγωγή με αγχολυτικά. Την επομένη εμφανίζει εκ νέου πόνο στο στήθος και δύσπνοια. Ο εφημερεύων παθολόγος υποψιάστηκε πνευμονική εμβολή και παρήγγειλε τον ανάλογο εργαστηριακό έλεγχο. Επειδή όμως υπήρχε η προηγούμενη ψυχιατρική διάγνωση, αποδόθηκε δυστυχώς και η συμπτωματολογία αυτή σε κρίση άγχους. Ο ασθενής κατέληξε ενώ όπως απεδείχθη η τελευταία κρίση του οφειλόταν σε πνευμονική εμβολή.

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών, οι οποίες έχουν **ποικίλες κλινικές εκφράσεις** στο σωματικό επίπεδο. Εντούτοις, όλες αυτές οι διαταραχές, φαίνεται ότι οφείλονται σε μια **κοινή διαταραχή, στο παθοφυσιολογικό**



**επίπεδο.** Φαίνεται ότι μια ευαισθησία στην ανάπτυξη άγχους, κάτω από ψυχοπρεστικές συνθήκες, εκδηλώνει αγχώδη συμπτώματα, που εκφράζονται με μεταβολή της λειτουργίας των περιφερειακών οργάνων του σώματος ή αυτού τούτου του ΚΝΣ.

Έτσι, αν κατά την διάρκεια μιας κρίσης άγχους, αυξηθεί η καρδιακή λειτουργία, ο ασθενής είναι δυνατό να αισθανθεί δυσφορία η οποία να τον οδηγήσει ακόμα και σε κρίση πανικού. Η ίδια δυσφορία, αν επαναληφθεί, μπορεί να συμβάλει στην εγκατάσταση μιας ψευδούς πεποιθήσεως στον ασθενή, ότι πάσχει από καρδιακό νόσημα. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται η σωματοποιητική ή ίσως ορθότερα, η σωματόμορφη διαταραχή. Εάν ο ασθενής βρεθεί σε ανάλογο περιβάλλον και ευνοηθεί η παγίωση των αιτιάσεων του, τότε μπορεί η συμπτωματολογία του να λάβει τον χαρακτήρα της υποχονδριακής διαταραχής.

Οι ασθενείς που εμφανίζουν μετατρεπτικά συμπτώματα, φαίνεται ότι κατά διάρκεια ενός ψυχοπρεστικού γεγονότος, το άγχος τους αποσυνδέει κάποια λειτουργία του ΚΝΣ, όπως μνήμη ή αισθητικότητα μιας περιοχής του σώματος.

Σε οργανικό παθοφυσιολογικό επίπεδο, φαίνεται ότι υπάρχει κάποιος βαθμός εξάντλησης νευρωνικών κυκλωμάτων, σεροτονίνης - νορεπινεφρίνης, αναλόγων με αυτά που παραβλάπτονται στη κατάθλιψη. Αυτό εξηγεί τον λόγο για τον οποίο η συμπτωματολογία ξεκινά συνήθως όταν το άτομο βρίσκεται κάτω από δυσμενείς ψυχοπρεστικές συνθήκες, ή αφού έχει περάσει μια έντονη στεναχώρια. Επιπλέον, οι ασθενείς αυτοί έχουν ευαισθησία στους μηχανισμούς που ελέγχουν το άγχος. Έτσι η πυροδότηση των μηχανισμών αυτών, προκαλεί έντονη και συνήθως ανεξέλεγκτη αντίδραση, η οποία μάλιστα έχει την τάση να εκκλύεται όλο και με μεγαλύτερη ευκολία.

Έτσι, λοιπόν, η θεραπευτική προσέγγιση όλων των αγχώδων διαταραχών, πρέπει να περιλαμβάνει τόσο **αντικαταθλιπτική** αγωγή όσο και έντονη **αγχολυτική**. Εδώ ακριβώς βρίσκεται και το μυστικό της επιτυχίας της αγωγής. Συνήθως, οι θεραπευτικές προσπάθειες αγοτυγχάνουν γιατί δεν χορηγείται στους ασθενείς επαρκής δοσολογία αγχολυτικών, με αποτέλεσμα, παρά την λήψη των φαρμάκων, η συμπτωματολογία τους να εξακολουθεί και έτσι οι ασθενείς να μην εμπιστεύονται την προτεινόμενη θεραπεία.

Παράλληλα ο ψυχίατρος διερευνά τις ψυχοπρεστικές συνθήκες, κάτω από τις οποίες ξεκίνησε η συμπτωματολογία. Με πρόσφορους ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς γίνεται προσπάθεια ο ασθενής να ξεπεράσει τις δυσμενείς συνθήκες που τον οδήγησαν στη ψυχική διαταραχή και να επιλύσει την ψυχοσύγκρουση που αποκαλύπτεται.

Όσον αφορά στην φαρμακευτική αγωγή, σήμερα πιστεύεται ότι αυτή θα πρέπει να συνεχίζεται για πολλούς μήνες, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις ασθενών που χρειάζονται θεραπεία διά βίου.

## ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ - ΑΝΟΙΑ

Σε 10% περίπου των περιπτώσεων που ζητείται η συμβολή της ψυχιατρικής σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, πρόκειται για ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχή του επιπέδου της συνείδησης τους. Μάλιστα στις περισσότερες περιπτώσεις, η βοήθεια του ψυχιάτρου ζητείται γιατί ο ασθενής είναι ανήσυχος και διεγερτικός. Αυτό πανικοβάλλει το προσωπικό των κλινικών που δεν είναι συνηθισμένο σε τέτοιες καταστάσεις.

Ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι αφενός να καταστείλει όσο το δυνατόν συντομότερα και αποτελεσματικότερα τον ασθενή, αφ' ετέρου να δώσει οδηγίες στο προσωπικό της κλινικής για το χειρισμό του ασθενούς.

Στη χώρα μας παραδοσιακά οι παθολόγοι χρησιμοποιούν για καταστολή την προμαζίνη. Η συνήθης πρακτική τους είναι η ενδομυϊκή χορήγηση 1-2 κ.ε. προμαζίνης, δόση η οποία μπορεί να επαναληφθεί εάν ο ασθενής παραμένει ανήσυχος. Η πρακτική αυτή έχει αρκετά μειονεκτήματα, γιατί η προμαζίνη δεν έχει ουσιαστική αντιψυχωσική δράση, προκαλεί πτώση της αρτηριακής πίεσεως και επομένως βιολογική κατέρρευση σε έναν ηλικιωμένο ασθενή που ήδη έχει κάποιο σωματικό πρόβλημα. Ακόμα η συχνή ενδομυϊκή χορήγηση του διαλύματος μπορεί να προκαλέσει αποστήματα στους γλουτούς.

Για τους λόγους αυτούς, είναι προτιμότερο να συσταθεί η χορήγηση μικρής δόσης αλοπεριδόλης. Η αλοπεριδόλη μπορεί εύκολα να χορηγηθεί από τους στόματος ακόμα και σε ασθενείς που δεν συνεργάζονται, υπό μορφή σταγόνων. Τρεις έως πέντε σταγόνες των 10mg/ml (δηλαδή 1,5-2,5mg αλοπεριδόλης), συνήθως μπορούν να καταστείλουν ασθενή με οργανικό ψυχοσύνδρομο, χωρίς μάλιστα να απαιτηθεί και η χορήγηση αντιχολινεργικού φαρμάκου. Το τελευταίο πρέπει να αποφεύγεται καθότι είναι δυνατόν να επιτείνει την σύγχυση του ασθενούς.

Στη περίπτωση ηλικιωμένων ασθενών, οι οποίοι στο πλαίσιο γεροντικής άνοιας εμφανίζουν διέγερση και εν γένει διαταραχή της συμπεριφοράς τους ή μόνο του ύπνου τους, η χορήγηση μικρών δόσεων αλοπεριδόλης (2-6mg/ημερησίως) είναι συνήθως αρκετή. Όταν οι ασθενείς ρυθμιστούν, πρέπει να επαναξιολογούνται μετά μία εβδομάδα συνεχούς χορήγησης αλοπεριδόλης. Η αλοπεριδόλη ως λιπόφιλος ουσία εναποτίθεται στους άφθονους λιπώδεις ιστούς των ηλικιωμένων και όταν αυτοί κορεστούν, τότε πλεονάζει. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο, μετά μερικές ημέρες με την ίδια μικρή δόση του φαρμάκου, να παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι έντονη καταστολή και εξωπυραμидική συμπτωματολογία.

Αντί για αλοπεριδόλη μπορεί να χρησιμοποιηθεί η θειοριδαζίνη, αν και η αντιχολινεργική δράση της είναι δυνατόν να προκαλέσει προβλήματα. Τελευταία, η κυκλοφορία μιας σειράς άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων όπως η κλοζαπίνη, η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη κ.α., έχει προσφέρει νέα θεραπευτικά εργαλεία, με λιγότερες παρενέργειες, γεγονός ιδιαίτερα ευπρόσδεκτο στον ψυχίατρο που ασχολείται με ασθενείς οι οποίοι παράλληλα έχουν σωματικά νοσήματα.

Η χρήση βενζοδιαζεπινών και των νεότερων υπναγωγών στην καταστολή ηλικιωμένων ασθενών, είναι ένα πεδίο αμφισβητούμενο. Μερικοί ηλικιωμένοι έχουν παράδοξη αντίδραση, εμφανίζοντας μεγαλύτερη ανησυχία μετά την χορήγηση απλών ηρεμιστικών. Εν τούτοις κάποιοι συγγραφείς συστήνουν την χρήση αυτών των φαρμάκων, ως κατασταλτικών αντί των νευροληπτικών γιατί πιστεύουν ότι τα νευροληπτικά προάγουν την άνοια.

Ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής, με την καθημερινή του επαφή με ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι συχνά πάσχουν και από ποικίλα σωματικά νοσήματα, οφείλει να έχει και ιδιαίτερες γνώσεις ψυχογηριατρικής. Τις γνώσεις αυτές πρέπει να μεταδίδει όχι μόνο στους υπόλοιπους γιατρούς του νοσοκομείου, αλλά και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Όλοι οφείλουν να χειρίζονται τους ηλικιωμένους με ειδική ευαισθησία, κατανοώντας ότι οι προσαρμοστικές εφεδρείες τους είναι περιορισμένες. Σε έναν ηλικιωμένο, το γεγονός της νοσηλείας του, του προξενεί επιπλέον stress λόγω αλλαγής περιβάλλοντος και καθημερινών συνθηκών. Στο νοσοκομείο αποτελεί συχνό φαινόμενο να εμφανίζεται το βράδυ συγχυτικός ένας ηλικιωμένος που ξύπνησε να πάει στην τουαλέτα και δεν γνωρίζει που βρίσκεται.

Ορισμένοι ασθενείς στο νοσοκομείο, ειδικά μεταξύ των ηλικιωμένων, χωρίς να υπάρχει ψυχωσική νόσος, μπορεί να γίνουν έντονα παρανοειδείς, μέχρι σημείου ανάπτυξης παραληρήματος. Η στάση της κοινής γνώμης προς την άσκηση της ιατρικής στη χώρα μας, καθώς και η κατάσταση των νοσοκομείων, κάνει αρκετούς ασθενείς έντονα επιφυλακτικούς και κριτικούς προς τους γιατρούς τους.

Ετσι όταν ο γιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό τους φερθεί με πατερναλιστικό τρόπο, που οι συγκεκριμένοι ασθενείς μεταφράζουν σε αυταρχικότητα, αυτοί αντιδρούν πολλές φορές βίαια. Στις περιπτώσεις αυτές η συμβολή του ψυχιάτρου συμβάλλει στη διάλυση των παρεξηγήσεων εκατέρωθεν. Η λέξη εκατέρωθεν δεν είναι τυχαία, γιατί πολλοί συνάδελφοι δυσκολεύονται να κατανοήσουν την αντίδραση των ασθενών τους, με αποτέλεσμα να τροφοδοτούν το φαύλο κύκλο των παρεξηγήσεων.

## **ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Στο περιβάλλον του γενικού νοσοκομείου δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις νοσηλείας σχιζοφρενών ασθενών, οι οποίοι πάσχουν επιπλέον και από κάποιο άλλο νόσημα. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις καλείται ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής. Είναι τόση η άγνοια, ο φόβος και η προκατάληψη που έχουν δυστυχώς οι γιατροί των άλλων ειδικοτήτων, ώστε μόλις υποψιαστούν ότι ο ασθενής πάσχει ή στο παρελθόν εμφάνιζε συμπτώματα σχιζοφρενικής διαταραχής, αμέσως καλούν τον ψυχίατρο να αναλάβει την ευθύνη νοσηλείας του ασθενούς αυτού. Ουσιαστικά, εκείνο που ζητούν από τον ψυχίατρο είναι να διασφαλίσει την ομαλή συμπεριφορά του ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Λόγω αυτού του κοινωνικού στίγματος, το οποίο βέβαια το αντιλαμβάνονται οι ψυχωσιακοί ασθενείς, καθότι το βιώνουν καθημερινά, έχουν υπάρξει περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι δεν δήλωσαν την ύπαρξη ιστορικού ψυχωσιακής διαταραχής. Έτσι, ο παρατυχών ψυχίατρος διαπίστωσε την ύπαρξη εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων σε νέους σε ηλικία ασθενείς και έθεσε την υποψία λήψης νευροληπτικών, τα οποία οι ασθενείς δεν είχαν αναφέρει στον γιατρό τους. Όπως διαπιστώθηκε αργότερα, οι ασθενείς αυτοί, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, λάμβαναν κανονικά την αντιψυχωσιακή αγωγή τους, κρυφά από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία και για το λόγο ότι η αντιψυχωσιακή αγωγή μπορεί να έχει αλληλεπίδραση με θεραπεία που χορηγεί ο παθολόγος ή, ακόμα, όπως σε μια από αυτές τις περιπτώσεις, προξενεί λόγω παρενεργειών συμπτώματα τα οποία καλείται ο παθολόγος να θεραπεύσει. Άλλωστε στους ψυχιάτρους είναι γνωστό το φαινόμενο συνάδελφοι γυναικολόγοι να χορηγούν ορμονική θεραπεία για δευτεροπαθή αμηνόρροια, σε ασθενείς που λαμβάνουν νευροληπτικά ή ακόμα χειρότερα, να χορηγούν φαρμακευτικούς αγωνιστές της ντοπαμίνης, όπως η βρωμοκρυπτίνη, σε ασθενείς που εμφανίζουν γαλακτόρροια για τον ίδιο λόγο.

Ο ψυχίατρος του γενικού νοσοκομείου οφείλει να αξιολογήσει κάθε ασθενή που πάσχει από ψυχωσιακή διαταραχή ή λαμβάνει αντιψυχωσιακή αγωγή. Διατηρεί κάθε δικαίωμα να μεταβάλει την αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής καθ ότι αυτός είναι υπόλογος προς τους συναδέλφους των άλλων ειδικοτήτων για την ομαλή συμπεριφορά του ασθενούς κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Βεβαίως αυτό το δικαίωμα του δεν θα πρέπει να το ασκεί καταχρηστικά. Ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής γνωρίζει ότι προσωρινά και μόνο έχει την φροντίδα του ασθενούς. Επομένως δεν θα πρέπει να υπονομεύει την μακρά θεραπευτική σχέση, που έχει ο ψυχωσιακός ασθενής με τον ψυχίατρο του, εκτός νοσοκομείου. Αντιθέτως οφείλει να ενισχύει αυτή την σχέση και πάντα να προτρέπει τον ψυχωσιακό ασθενή να επισκεφθεί τον ψυχίατρο του ευθύς μόλις του το επιτρέψει η πορεία της σωματικής του υγείας. Στις ιδανικές περιπτώσεις που ο ψυχίατρος του ασθενούς επισκέπτεται τον ασθενή στο νοσοκομείο, ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής θα πρέπει μαζί του να καθορίσει το θεραπευτικό σχήμα που θα χορηγηθεί στον ασθενή κατά την νοσηλεία του.

Σαν γενική αρχή, κατά την διάρκεια της νοσηλείας σε παθολογική ή χειρουργική κλινική ενός ασθενούς που πάσχει από σχιζοφρενική διαταραχή, ισχύει η συνέχιση της αγωγής που ελάμβανε ο ασθενής και προ της νοσηλείας του. Όμως πρέπει να περιορίζεται σταδιακά τουλάχιστον η τυχόν χορήγηση βενζοδιαζεπινών, όταν υπάρχει αναπνευστικό πρόβλημα, ή χαμηλή αρτηριακή πίεση. Επίσης, η χορήγηση χλωροπρομαζίνης μπορεί να προκαλέσει υπόταση και για τον λόγο αυτό προτιμάται η αλοπεριδόλη. Ακόμα, σκόπιμο είναι να αποφεύγονται τα αντιψυχωσιακά μακράς δράσεως, καθότι η σωματική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να μεταβληθεί κατά τον χρόνο της νοσηλείας του και μπορεί να απαιτηθεί ανάλογη προσαρμογή της

αντιψυχωσικής αγωγής του. Τέλος, τα αντιχολινεργικά έχουν παρενέργειες και γι' αυτό πρέπει να περιορίζονται, όταν δεν είναι απαραίτητα.

# ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

## ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η κλινική αυτή οντότητα μπορεί να απασχολήσει τον γιατρό της Σ-Δ ψυχιατρικής μόνο σε περιπτώσεις που νεαρές γυναίκες αιτιώνται κεφαλαλίες, αγνώστου αιτιολογίας, ή άτυπα ενοχλήματα, τα οποία παρουσιάζουν περιοδικότητα. Πολλές φορές η περιοδικότητα αυτή αποκαλύπτεται μόνο εφόσον ο γιατρός ερωτήσει επί τούτου τις ασθενείς. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι παθολόγοι καθότι δεν είναι ενήμεροι για την ύπαρξη αυτού του συνδρόμου, δεν φροντίζουν να διερευνήσουν την περιοδικότητα των αιτιάσεων των γυναικών. Έτσι τους διαφεύγει αυτή η διάσταση του προβλήματος και υποβάλουν τις ασθενείς τους σε περιττές εξετάσεις.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η συμπτωματολογία δεν είναι απαραίτητο να προηγείται της εμμήνου ρύσεως. Σε κάποιες γυναίκες έπεται ή σπανίως ταυτίζεται χρονικά με την ωορρηξία.

Εάν τα συμπτώματα είναι έντονα και συνοδεύονται και από διαταραχές του συναισθήματος, όπως δυσθυμία, αίσθημα κόπωσης και εύκολοι εκνευρισμοί, η αντικαταθλιπτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει τόσο στη θεραπεία τους όσο και στην πρόληψή τους.

## ΨΥΧΩΣΗ ΛΟΧΕΙΑΣ

Κατά την περίοδο της λοχείας είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ψυχοκινητική ανησυχία. Εξάλλου κάποιες λεχώνες επιδεικνύουν εμφανή αδιαφορία για τα νεογνά τους. Και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για εμφάνιση ψυχώσεως της λοχείας. Η ψυχική αυτή διαταραχή αποτελεί κατά βάση συναισθηματική διαταραχή, οφειλόμενη κυρίως σε ορμονικούς λόγους. Παρουσιάζεται την πρώτη εβδομάδα έως τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, γι' αυτό και δεν παρατηρείται συχνά στα μαιευτήρια, αφού ο χρόνος παραμονής της μητέρας ύστερα από τον τοκετό έχει περιοριστεί σε μερικά 24ωρα.

Ελαφριές μορφές κατάθλιψης εμφανίζονται στο 10% περίπου των λεχώνων, αλλά δεν έχουν ιδιαίτερο βάθος και διαρκούν μία έως δύο εβδομάδες. Σε λίγες περιπτώσεις η κατάθλιψη γίνεται σοβαρή και μάλιστα συνοδεύεται από παραληρητικά στοιχεία. Τότε απαιτείται φαρμακευτική αντιμετώπιση, η οποία περιλαμβάνει αντικαταθλιπτικά αλλά και αντιψυχωσικά σε μικρή δοσολογία, προκειμένου να ελεγχθεί η παραληρητική συμπτωματολογία.

Η χορήγηση από τον μαιευτήρα, αγωνιστών της ντοπαμίνης, όπως η βρωμοκρυπτίνη, προκειμένου να ανασταλεί η γαλακτόρροια, μπορεί να επιτείνει την ψυχωσική συμπτωματολογία. Για το λόγο αυτό συνιστάται σε τέτοιες περιπτώσεις η διακοπή της γαλακτόρροιας με την παλιά μέθοδο της σφιχτής περίδεσης των μαστών.

Συνήθως το παραλήρημα είναι εκείνο που τραβάει την προσοχή των συγγενών και αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια. Η υποκείμενη συναισθηματική διαταραχή "δικαιολογείται" από την κατάσταση της λοχείας και έτσι δεν αξιολογείται. Το παραλήρημα συνήθως έχει σχέση με το νεογνό. Άλλοτε η μητέρα δεν το αναγνωρίζει ως δικό της, ενώ μπορεί να εκφράσει και επιθυμία να το σκοτώσει. Απαιτείται μεγάλη προσοχή, ακόμη ίσως και προσωρινή απομάκρυνση του παιδιού από την μητέρα, προκειμένου να αποφευχθούν έτερο- αλλά και αυτοκαταστροφικές πράξεις της μητέρας.

### **ΚΛΙΜΑΚΗΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Τόσο κατά την διάρκεια της κλιμακτηρίου, όσο και μετά την εμμηνόπαυση, εμφανίζονται συχνά συναισθηματικές διαταραχές. Αυτές οφείλονται προφανώς σε αλλαγές του ορμονικού περιβάλλοντος της γυναίκας και αποτελούν μέρη ενός νοσολογικού φάσματος που ολοκληρώνεται με το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο και την ψύχωση της λοχείας.

Στο γενικό νοσοκομείο εμφανίζονται συχνά ασθενείς οι οποίες βρίσκονται σε κλιμακτήριο και αναφέρουν άτυπα σωματικά ενοχλήματα. Λόγω της ηλικίας τους υποβάλλονται σε εκτεταμένο κλινικό και παρακλινικό έλεγχο, ο οποίος τις περισσότερες φορές αποβαίνει αρνητικός. Οι ασθενείς αυτές μπορούν καταταχθούν στις διαγνωστικές κατηγορίες των υποχονδριακών ή σωματοποιητικών διαταραχών. Εάν δεν υποβληθούν σε θεραπεία, προοδευτικά συνήθως, αναπτύσσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, οπότε πλέον καθίσταται η αντικαταθλιπτική θεραπεία απαραίτητος.

Η ορμονοθεραπεία ή θεραπεία υποκατάστασης, που συνιστούν πολλοί γυναικολόγοι φαίνεται ότι βελτιώνει ή και προλαμβάνει την συναισθηματική αυτή διαταραχή. Η χορήγηση της όμως βρίσκεται στο πεδίο της ευθύνης των γυναικολόγων καθότι προκαλεί παρενέργειες σε ορισμένες γυναίκες.

### **ΕΚΤΡΩΣΗ**

Η εμπλοκή του ψυχιάτρου στην έκτρωση αφορά κυρίως την περίοδο που λαμβάνεται η απόφαση για την επέμβαση αυτή. Τότε υπάρχει συνήθως αμφιθυμία ή στην έγκυο ή στο περιβάλλον της. Η αμφιθυμία είναι εκείνη που δημιουργεί άγχος και κατάθλιψη στην έγκυο. Ο ψυχίατρος διευκολύνει την λήψη όποιας αποφάσεως είναι καλύτερη για την ψυχική οικονομία της εγκύου.

Μερικές φορές επιβάλλεται, για την πληρέστερη διερεύνηση της οικογενειακής και κοινωνικής κατάστασης, η εξέταση και συγγενών της εγκύου. Η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος βοηθάει τόσο στην διαδικασία της έκτρωσης, αν αυτό αποφασιστεί, όσο και στην ολοκλήρωση της κύησης.

Η νομική διάσταση του εμβρύου αρχίζει μετά την 12η έως 18η εβδομάδα της κύησης. Μετά την ηλικία αυτή, οπωσδήποτε πρέπει να συνυπολογίζεται και το συμφέρον του εμβρύου, στον προβληματισμό για μια ενδεχόμενη έκτρωση. Μετά αυτή την ηλικία, έκτρωση επιτρέπεται μόνο εφόσον υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η συνέχιση της εγκυμοσύνης πρόκειται να βλάψει τη σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου. Τότε ο νόμος απαιτεί την έκδοση πιστοποιητικού από τον ψυχίατρο, στο οποίο να αναφέρεται ότι η συνέχιση της εγκυμοσύνης απειλεί την ψυχική υγεία της εγκύου. Μόνο ύστερα από αυτή την ψυχιατρική κάλυψη, ο μαιευτήρας που το επιθυμεί, μπορεί να προχωρήσει στην επέμβαση.

Σε κάθε περίπτωση που ο ψυχίατρος έρχεται σε επαφή με γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε έκτρωση, οφείλει να χρησιμοποιεί το κύρος της θέσης του αλλά και την ικανότητα του να πλησιάζει συναισθηματικά και να πείθει, ώστε να αποτρέψει μελλοντική έκτρωση. Μια συζήτηση γύρω από τον οικογενειακό προγραμματισμό πρέπει πάντα να γίνεται, ώστε η γυναίκα ή καλύτερα το ζευγάρι, να βρει προσφορότερους τρόπους οικογενειακού προγραμματισμού από την έκτρωση. Στο σημείο αυτό ο ψυχίατρος έχει το πλεονέκτημα να μπορεί να μιλά με μεγαλύτερη αμεσότητα με την έγκυο γυναίκα και το οικογενειακό της περιβάλλον, ίσως ακόμα και από τον μαιευτήρα ή την μαία. Η κοινωνική λειτουργός συνήθως βοηθά στη χορήγηση πληροφοριών και στην καθοδήγηση της γυναίκας, ώστε να επιλέξει έναν καλύτερο τρόπο οικογενειακού προγραμματισμού.

Η ιδιαίτερη αναφορά στον οικογενειακό προγραμματισμό δεν είναι τυχαία, γιατί ο ψυχίατρος είναι εκείνος που έρχεται αντιμέτωπος με περιπτώσεις όπως μιας σχιζοφρενούς εγκύου, της οποίας το περιβάλλον ζητά να την υποβάλει σε έκτρωση. Ακόμα μπορεί να δει γυναίκες με νοητική καθυστέρηση, οι οποίες να μη γνωρίζουν καλά καλά τον πατέρα του εμβρύου τους, ή άλλες εγκύους ηλικίας μόλις 12-16 ετών.

Σε όλες τις περίπλοκες περιπτώσεις, που καθημερινά αντιμετωπίζει ο ψυχίατρος στο γενικό νοσοκομείο, η λύση βρίσκεται, αν ο γιατρός αναζητά πάντα το συμφέρον του αρρώστου, έντιμα και απαλλαγμένος από το αίσθημα της παντοδυναμίας. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή γιατί πολλά λάθη μπορούν να γίνουν αν ο γιατρός υποκαταστήσει τον νόμο ή την ελεύθερη βούληση του ασθενούς, με δικά του κοινωνικά ή άλλα κριτήρια.



## ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η βοήθεια του ψυχιάτρου μερικές φορές είναι πολύτιμη σε περιπτώσεις γυναικών οι οποίες έχουν επανειλημμένες εγκυμοσύνες. Η συμβολή του ψυχιάτρου στον καλύτερο οικογενειακό προγραμματισμό και την αποτελεσματικότερη αντισύλληψη είναι καθοριστική. Ο ψυχίατρος μπορεί να αξιολογήσει την προσωπικότητα της γυναίκας και να διερευνήσει τις συνθήκες που επικρατούν στο ζεύγος, ούτως ώστε να συσταθεί η αντισυλληπτική μέθοδος εκείνη που ταιριάζει σε κάθε περίπτωση. Συνήθως ο ψυχίατρος έχει μεγαλύτερη ευχέρεια από τον γυναικολόγο να προσεγγίζει, όχι μόνο την γυναίκα αλλά και τον σύζυγο και να μιλήσει μαζί τους για τον οικογενειακό προγραμματισμό του ζεύγους.

Σε μερικές οριακές περιπτώσεις, μπορεί να συσταθεί και στείρωση, όπως σε γυναίκες με βαριά νοητική καθυστέρηση, οι οποίες έχουν επανειλημμένα κακοποιηθεί σεξουαλικά. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται κυρίως υπόψη η κατάσταση που επικρατεί στο περιβάλλον της γυναίκας, εάν αυτό είναι σε θέση να την προστατεύσει από μελλοντική υποτροπή. Πάντως τέτοιες σοβαρές αποφάσεις για το μέλλον της γυναίκας, οφείλονται να λαμβάνονται με την συνεργασία του αρμόδιου εισαγγελέα.

## ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ

Γυναίκες με πρόβλημα στειρότητας, παραπέμπονται από συναδέλφους γυναικολόγους, όταν αυτοί υποψιάζονται την ύπαρξη ψυχολογικών λόγων ως υπευθύνων για την αδυναμία σύλληψης. Πράγματι φαίνεται σε μερικές περιπτώσεις ότι ορισμένες γυναίκες δεν θέλουν ουσιαστικά την τεκνοποίηση. Έτσι, ενώ οι γυναίκες αυτές καταφεύγουν σε γυναικολόγους προκειμένου, όπως ισχυρίζονται να βοηθηθούν στο πρόβλημα στειρότητας που έχουν, στο βάθος φοβούνται την εγκυμοσύνη ή την τεκνοποίηση.

Ο βαθμός που αυτή η αποφυγή εγκυμοσύνης είναι συνειδητή, ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα. Υπάρχουν περιπτώσεις που ενώ έχουν κάνει πολλές και μάλιστα επώδυνες εξετάσεις για να διαπιστωθεί κάποια δυσλειτουργία, αποκαλύπτεται ότι τα ζευγάρια αυτά δεν έρχονται σε σεξουαλική επαφή τις γόνιμες ημέρες. Άλλωστε είναι γνωστό ότι η καλή ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας ευνοεί τόσο την γονιμοποίηση όσο και την εύκολη εγκυμοσύνη και τον ανώδυνο τοκετό.

Ο ψυχίατρος εξετάζει την γυναίκα και ακούει τα προβλήματα της και τις σκέψεις της για την τεκνοποίηση. Αν χρειαστεί, μπορεί να ζητήσει να εξετάσει και τον σύζυγο ώστε να διαπιστώσει καλύτερα τα σημεία τριβής του ζευγαριού. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί θεραπεία οικογένειας ή άλλη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο.

## ΤΟΚΕΤΟΣ

Ο τοκετός είναι μια φυσιολογική λειτουργία, η οποία όμως έχει ιδιαίτερα μεγάλη συναισθηματική φόρτιση. Πλην των περιπτώσεων κατάθλιψης και εκδηλωσης ψύχωσης λοχείας, η βοήθεια του ψυχιάτρου μπορεί να απαιτηθεί σε περιπτώσεις που γεννηθεί νεκρό έμβρυο ή έμβρυο άρρωστο, με σωματικές ανωμαλίες ή όταν το νεογέννητο πεθάνει. Τότε ο ψυχίατρος βοηθά ώστε να διατηρηθεί η ψυχική ισορροπία της λεχώνας. Η βοήθεια και η υποστήριξη δεν κατευθύνεται μόνο προς την γυναίκα αλλά και προς όλο το οικογενειακό περιβάλλον της, αφού συνήθως και αυτό χρειάζεται στήριξη.

Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ψυχίατρος χρειάζεται πρωταρχικά να διαλύσει τις συχνά αναδυόμενες ενοχές της γυναίκας ή άλλων προσώπων του περιβάλλοντος της. Στη συνέχεια, ο ψυχίατρος και τα άλλα μέλη της υπηρεσίας Σ-Δ ψυχιατρικής προσπαθούν να οικοδομήσουν ένα αισιόδοξο σενάριο για το μέλλον της οικογένειας. Συνήθως η γέννηση ενός νέου τέκνου, αναπληρώνει το κενό που άφησε η απώλεια του προηγούμενου τέκνου. Σε κάθε πάντως περίπτωση θα πρέπει να αποφεύγονται παρατεταμένες εκδηλώσεις πένθους, από την μεριά τόσο της μητέρας όσο και των άλλων μελών της οικογένειας.

Ενα κεφάλαιο του ανοίγει τώρα στη χώρα μας, είναι ο τοκετός από ανύπαντρες μητέρες. Ο τοκετός, σε αυτές τις περιπτώσεις επισημοποιεί το γεγονός, που η έγκυος διαπραγματευόταν με τον εαυτό της και τα πρόσωπα του περιβάλλοντος της, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της, δηλαδή ότι έχει ένα παιδί που θα πρέπει αυτή, μόνη της να φροντίσει, αλλά και να προστατεύσει από τον συνήθως σκληρό και συντηρητικό κοινωνικό περίγυρο. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ανασφάλεια και φόβο στην λεχώνα, συναισθήματα που ο ψυχίατρος οφείλει να μετουσιώσει σε πείσμα και αγωνιστικότητα.

Τέλος ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στις μητέρες εκείνες που εγκαταλείπουν τα παιδιά τους αμέσως μετά τον τοκετό. Συνήθως πρόκειται για ανύπαντρες μητέρες, οι οποίες όμως δεν διαθέτουν την στοιχειώδη κοινωνική και οικονομική υποδομή για να μεγαλώσουν το παιδί τους. Συχνά είναι μετανάστες, οι οποίες ήρθαν στη χώρα μας για να εργαστούν και ο σκοπός τους είναι να επιστρέψουν στην πατρίδα τους και να κάνουν εκεί οικογένεια. Για τον λόγο αυτό προσπαθούν να κρατήσουν μυστική την εγκυμοσύνη τους από τους συμπατριώτες τους. Γεννούν σε κατάσταση μυστικότητας και πανικού και εξαφανίζονται από το νοσοκομείο, για να αποφύγουν κάθε εμπλοκή με το παιδί τους. Ο ρόλος της υπηρεσίας Σ-Δ ψυχιατρικής είναι να απενοχοποιήσουν αυτή την πράξη ανάγκης και να επιβεβαιώσουν την μητέρα, ότι όλη η διαδικασία του τοκετού θα γίνει διακριτικά και το παιδί της θα έχει μια όσο το δυνατό καλύτερη μεταχείριση. Επίσης απαραίτητες είναι οι πληροφορίες για έναν αποτελεσματικότερο οικογενειακό προγραμματισμό και αντισυλληπτική πρακτική.

## ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Στο πλαίσιο της άσκησης Σ-Δ ψυχιατρικής ο ψυχίατρος μπορεί να ερωτηθεί για την τερατογόνο δράση των ψυχοφαρμάκων ή γενικότερα για την φαρμακευτική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου κατά τη διάρκεια της κύησης. Οι επικρατούσες σήμερα απόψεις γύρω από την αντιμετώπιση μιας ασθενούς που πάσχει από ψυχική νόσο διέπονται από ορισμένες βασικές αρχές:

1. Η αντιμετώπιση κάθε περίπτωσης πρέπει να εξατομικεύεται. Ο γιατρός πρέπει να συνεργαστεί με τον οικογενειακό γιατρό της ασθενούς ή τον ψυχίατρο της, ώστε μαζί να υπολογίσουν την πιθανότητα υποτροπής της ψυχικής νόσου, εάν διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή της.
2. Εφόσον αποφασιστεί η συνέχιση της φαρμακοθεραπείας κατά την περίοδο της κύησης, τότε η δοσολογία πρέπει να είναι η ελάχιστη δυνατή.
3. Τα κρισιμότερα διαστήματα είναι το πρώτο τρίμηνο της κύησης, το οποίο είναι υπεύθυνο για τις τερατογενέσεις και οι τελευταίες ημέρες, προ του τοκετού, κατά τις οποίες η κυκλοφορία των ψυχοφαρμάκων στη κυκλοφορία του εμβρύου είναι δυνατόν να προκαλέσουν καταστολή του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό. Ακόμα μπορεί να παρατηρηθούν και στερητικά φαινόμενα στο νεογνό.
4. Σε κάθε περίπτωση κατά την διάρκεια της κύησης, κάθε γυναίκα με ιστορικό ψυχικής νόσου πρέπει να έχει στενή ψυχιατρική παρακολούθηση. Κατά την εγκυμοσύνη και την λοχεία παρατηρούνται συχνά υφέσεις, εξάρσεις ή υποτροπές ψυχικών διαταραχών, ειδικά μάλιστα συναισθηματικών διαταραχών.

Όσον αφορά τα αντιψυχωσικά φάρμακα, φαίνεται ότι δεν υπάρχει σοβαρή αντένδειξη συνέχισης της χορήγησης μικρών δόσεων, προκειμένου να προληφθούν υποτροπές της νόσου. Το ίδιο ισχύει και για τα αντικαταθλιπτικά. Η θεραπεία μάλιστα της κατάθλιψης επιβάλλεται τόσο για την υγεία της εγκύου, όσο και για το έμβρυο. Οι αναστολείς της MAO πρέπει να αποφεύγονται.

Οι βενζοδιαζεπίνες, ίσως έχουν μικρή τερατογόνο δράση κυρίως ως προς την εμφάνιση στοματικής δυσμορφίας. Η χρήση τους όμως συχνά είναι αναπόφευκτη.

Τόσο το λίθιο όσο και τα αντιεπιληπτικά φάρμακα έχουν μέτρια τερατογόνο δράση, γι' αυτό συνιστάται να αποφεύγονται κατά την διάρκεια της κύησης.

## Ο ΦΟΡΕΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV ΚΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ AIDS

Ιδιαίτερη αναφορά στους ασθενείς του γενικού νοσοκομείου που πάσχουν από σύνδρομο ανοσοκαταστολής (AIDS) ή απλώς είναι φορείς του ιού HIV, γίνεται γιατί οι ασθενείς αυτοί έχουν ιδιαίτερη μεταχείριση από το προσωπικό του νοσοκομείου, αλλά επίσης και γιατί έχουν και ιδιαίτερα προβλήματα. Η εμφάνιση αυτής της αρρώστιας, έθεσε σε δοκιμασία τις σχέσεις των ασθενών με τους γιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου.

Στις μικρές νοσηλευτικές μονάδες που δεν υπάρχει ακόμα πείρα σε ασθενείς φορείς του ιού HIV, η αντιμετώπιση είναι "πρωτόγονη" και εξαρτάται από τις προσωπικές πεποιθήσεις κάθε εργαζομένου στο νοσοκομείο. Έτσι, είναι αναμενόμενο μερικές φορές να δημιουργηθούν παρεξηγήσεις ή αρνητικό κλίμα προς τον φορέα ή τον ασθενή.

Ο ρόλος του ψυχιάτρου της Σ-Δ ψυχιατρικής είναι να διαλύσει τις παρεξηγήσεις και να αναδείξει τις φοβίες, που υπάρχουν στους ανθρώπους που σε επαφή με τους ασθενείς. Η παρέμβαση μπορεί να γίνει τόσο σε ατομικό επίπεδο, με διακριτικότητα, χωρίς επιτιμητικό ύφος, προς εκείνον που δυσκολεύεται να χειριστεί φορέα ή ασθενή με AIDS. Μπορεί όμως και πρέπει να γίνει παρέμβαση και διαφώτιση και προς όλη τη νοσηλευτική κοινότητα. Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής πρέπει να οργανώσει συγκεντρώσεις όπου αφ' ενός το προσωπικό του νοσοκομείου να πληροφορηθεί για τα δεδομένα που αφορούν τη μεταδοτικότητα της νόσου, αφ' ετέρου να δώσει την ευκαιρία στην έκφραση των φόβων, των συναισθημάτων και των προσωπικών πεποιθήσεων ενός εκάστου. Σε τέτοιες συγκεντρώσεις σχηματοποιείται μια κοινή στάση του νοσοκομείου, την οποία όλοι ακολουθούν πλέον συνειδητά και εκουσίως.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση του ίδιου του ασθενούς, ο γιατρός της Σ-Δ ψυχιατρικής θα κληθεί να αντιμετωπίσει μια κατάσταση οργανικού ψυχοσυνδρόμου, με κύριο χαρακτηριστικό τη νοητική έκπτωση ή μια κατάθλιψη λόγω της νόσου. Στην πρώτη περίπτωση, η εμφάνιση νοητικής έκπτωσης σε ένα άτομο που βρίσκεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου μόλυνσης με τον ιό HIV πρέπει να βάλει τον γιατρό σε υποψία. Υπολογίζεται ότι σε ένα 30% των ασθενών με AIDS, η πρώτη εμφάνιση της ασθένειας άρχισε με συμπτώματα από το ΚΝΣ, κυρίως διαταραχή στη μνήμη, σύγχυση, διαταραχή προσανατολισμού και άλλα συμπτώματα οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά στην έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, η οποία μπορεί και να αναστρέψει, κατά μερικούς συγγραφείς, την εικόνα της νοητικής έκπτωσης.

Η κατάθλιψη αποτελεί συχνό εύρημα στους φορείς του ιού HIV. Η συνειδητοποίηση του προβλήματος μπορεί να προκαλέσει ποικίλες ψυχολογικές αντιδράσεις. Σε σχέση με τους ασθενείς που μαθαίνουν ότι έχουν καρκίνο, οι ασθενείς - φορείς του ιού HIV εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη, γιατί συνήθως αυτοί οι ίδιοι ευθύνονται για την νόσο τους και έτσι είναι περισσότερο αυτομομφικοί.

Ένας νέος άνθρωπος όταν μαθαίνει ότι είναι φορέας του ιού HIV έχει να αντιμετωπίσει:

1. Το **οικογενειακό περιβάλλον** του, στο οποίο πρέπει αργά ή γρήγορα να το ανακοινώσει. Όπως, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς, είναι πολύ δύσκολο να ανακοινώσει στους γονείς του, κάποιος ότι είναι φορέας του ιού. Ακόμα δυσκολότερο να το ανακοινώσει στη σύζυγο του, όπως συμβαίνει σε μερικές περιπτώσεις. Σ' αυτές τις τελευταίες περιπτώσεις, πρέπει ταυτόχρονα να ανακοινώσει και ότι είχε παράλληλα και ομοφυλοφιλικές εμπειρίες.

2. Το **φιλικό περιβάλλον** του, απ' το οποίο συνήθως αναγκάζεται να αποσυρθεί. Είναι σπάνιο το φαινόμενο, κάποιο άτομο από το φιλικό περιβάλλον του φορέα ή του ασθενούς, να αναλάβει ρόλο υποστηρικτικό και να τον ακολουθήσει στην δύσκολη πορεία που του επιφυλάσσει η νόσος του. Συνήθως, οι φίλοι βρίσκουν προφάσεις και απομακρύνονται από το περιβάλλον, αμέσως μόλις αντιληφθούν το γεγονός. Είναι μάλιστα αξιοσημείωτο ότι οι φίλοι αποφεύγουν ακόμα και να μνημονεύσουν την φιλία τους με τον φορέα. Έτσι, ο φορέας καταδικάζεται ταχύτατα σε κοινωνική απομόνωση και αφάνεια.
3. Το **εργασιακό περιβάλλον** του, το οποίο με εύσημο τρόπο τον αποβάλλει. Μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις, οι αντίπαλοι στον επαγγελματικό χώρο βρήκαν την ευκαιρία να δείξουν την κακία τους και να δυσφημίσουν με τον πιο άσχημο τρόπο τον δυστυχή φορέα.
4. Τον **εαυτό** του, που κατακλύζεται από τύψεις και ενοχές για την επιπόλαια συμπεριφορά του, είτε αυτή σχετιζόταν με την σεξουαλική πρακτική είτε με τη χρήση ναρκωτικών. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις ο φορέας είναι πραγματικά άμοιρος ευθυνών.

Ο ψυχίατρος οφείλει να βοηθήσει τον φορέα ή τον ασθενή να υπερνικήσει με τον προσφορότερο τρόπο όλες αυτές τις αντιξοότητες. Πρέπει να δώσει στον ασθενή του μια προοπτική ζωής και αγώνα, ανατρέποντας στάσεις παραίτησης και αναμονής του μοιραίου.

Ακόμα και σε τελικές καταστάσεις, ο αγώνας δεν πρέπει να εγκαταλείπεται. Όταν μια ασθενής, εξαντλημένη σωματικά και ψυχικά, αναρωτήθηκε γιατί θα έπρεπε να υποφέρει για μια ακόμα νύχτα, η απάντηση του γιατρού ήταν άμεση: “για να απολαύσεις την αυριανή ανατολή”.

Η χρήση αντικαταθλιπτικών συχνά είναι απαραίτητη αλλά ο ψυχίατρος πρέπει να επιλέξει μεταξύ εκείνων των φαρμάκων που έχουν τις λιγότερες παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις με τα φάρμακα που ήδη λαμβάνει ο ασθενής.

## Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Τρεις κυρίως αιτίες μπορούν να προκαλέσουν ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο:

1. Οποιαδήποτε μεταβολική διαταραχή, όπως αύξηση της ουρίας, πτώση του σακχάρου, ελάττωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου προκαλεί εικόνα **οργανικού ψυχοσυνδρόμου**. Ακόμα ανάπτυξη μεταστάσεων στον εγκέφαλο, ή όγκος του παγκρέατος, συχνά προκαλούν διανοητική σύγχυση, διαταραχή στην μνήμη και στον προσανατολισμό στον χώρο και στο χρόνο, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, άγχος και κατάθλιψη.
2. Πολλά από τα **φάρμακα** που χορηγούνται στους καρκινοπαθείς έχουν σαν παρενέργεια την ανάδυση ψυχοπαθολογίας. Κλασικό παράδειγμα είναι η

κορτιζόνη, η οποία συνήθως στην αρχική φάση της χορήγησης της προκαλεί υπερθυμία, ενώ μετά από χρόνια λήψη προκαλεί κατάθλιψη.

3. Ο καρκίνος σαν μια βαριά και εν πολλοίς ανίατος ασθένεια, προκαλεί άγχος και κατάθλιψη στον ασθενή. Η αναγγελία της **διάγνωσης** στον ασθενή ενεργοποιεί όλους τους φόβους και τις πεπιοθήσεις που έχει για την αρρώστια αυτή. Η μακρά και επίπονη πορεία της νόσου, καθώς και οι παρενέργειες των θεραπειών, όπως οι έμετοι και η τριχόπτωση, προκαλούν ψυχική κόπωση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Γενικά, η ψυχολογική αντίδραση του ασθενούς στον καρκίνο διέρχεται από διαφορετικά στάδια:

Στην αρχή μπορεί ο ασθενής να **αρνηθεί** την διάγνωση. Να μη θέλει να πιστέψει ότι έχει καρκίνο και να δρα ανάλογα, είτε αρνούμενος την θεραπεία είτε συνεχίζοντας κανονικά τις ασχολίες του. Μάλιστα σε μερικές περιπτώσεις, οι καρκινοπαθείς αναπτύσσουν εντονότερη δραστηριότητα. Άλλοι πάλι, μιλούν για τον καρκίνο, τα συμπτώματα και την πρόγνωση του, σαν όλα αυτά να αφορούν κάποιον άλλον ασθενή, δηλαδή χωρίς καμία συναισθηματική συμμετοχή.

Αργότερα, μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν **θυμό**. Γίνονται επιθετικοί προς το περιβάλλον τους και κυρίως με τα πρόσωπα που συνδέονται με την ασθένειά τους. Η ψυχολογική τους κατάσταση μπορεί να εξηγηθεί από το ερώτημα που συχνά θέτουν: "γιατί να τύχει αυτό σ' εμένα;"

Σε κάποια στιγμή, ορισμένοι καρκινοπαθείς περνούν από το στάδιο της **συνδιαλλαγής**. Γίνονται υπερβολικά πειθήνιοι προς τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, "παζαρεύοντας" μαζί τους μια ευνοϊκότερη πρόγνωση.

Συνήθως το μεγαλύτερο μέρος της πορείας του καρκίνου, από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το τέλος, διατρέχει η **κατάθλιψη**. Ο καρκινοπαθής είναι μελαγχολικός, απογοητευμένος και απελπισμένος.

Τέλος, περιγράφεται σαν ξεχωριστό στάδιο, η περίοδος εκείνη κατά την οποία ο ασθενής έχει **αποδεχθεί** το επερχόμενο μοιραίο και αφήνεται παθητικά στις φροντίδες των άλλων, χωρίς να προβάλει καμία αντίδραση.

Εκτός όμως από τις ψυχολογικές αντιδράσεις που προκαλεί μια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος, στον ασθενή, ανάλογες αντιδράσεις προκαλεί και στα πρόσωπα που τον περιβάλλουν. Είναι φυσικό και αναμενόμενο, η οικογένεια του ασθενούς, οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που ασχολούνται με τον καρκινοπαθή, να επηρεάζονται ψυχολογικά τόσο από το γεγονός της αρρώστιας όσο και από τις αλλαγές που παρατηρούνται στη συμπεριφορά του ασθενούς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αλλάζουν και αυτοί με την σειρά τους τη στάση τους προς τον ασθενή. Έτσι πολλές φορές δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις του ασθενούς προς την οικογένεια του, όπως και στις σχέσεις γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο προς τον ασθενή όσο και το γενικό του περιβάλλον.

Ο ψυχίατρος καλείται να χειριστεί καταστάσεις που πηγάζουν από αντιδράσεις της οικογένειας του καρκινοπαθούς αλλά και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Ο ψυχίατρος οφείλει να δείξει συχνά στον ανεκπαιδευτο γιατρό το ρόλο που πρέπει αυτός να διαδραματίσει σε σχέση με τον καρκινοπαθή και τους συγγενείς του.

Κάθε φορά, ο γιατρός πρέπει να διερευνά την προσωπικότητα των μελών και τα δυναμικά των σχέσεων που υπάρχουν σε κάθε οικογένεια. Στην αντιμετώπιση της οικογένειας του ασθενούς, ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει ότι τα καθήκοντά του δεν περιορίζονται στην ανακοίνωση μιας διάγνωσης, της θεραπείας που απαιτείται και ίσως της πρόγνωσης. Ο γιατρός έχει χρέος να στηρίζει και την οικογένεια, όπως και τον ασθενή. Ένα περιβάλλον σταθερό και θετικό προς τον ασθενή, μπορεί καλύτερα να στηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή και να αγωνιστεί μαζί του στη δύσκολη μάχη με τον καρκίνο.

Ακόμα, ο γιατρός πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια του ασθενούς να μετασηματιστεί ανώδυνα, εν όψει της απώλειας του ασθενούς. Δηλαδή, στην περίπτωση που πάσχει το κυρίαρχο μέλος της οικογένειας, οφείλει ο γιατρός να βοηθήσει την οικογένεια να βρει ένα άλλο μέλος, που θα αναλάβει τις ευθύνες και θα πάρει τις αποφάσεις, τόσο για τη θεραπεία του ασθενούς, όσο και για τις άλλες σοβαρές αποφάσεις της οικογένειας, οι οποίες πρόκειται να ακολουθήσουν. Στη προκειμένη περίπτωση, ένα άτομο ή διχασμένο περιβάλλον, είναι ο χειρότερος συνεργάτης του ασθενούς, αλλά και του γιατρού.

Η στάση κάθε μέλους της οικογένειας προς τον ασθενή εξαρτάται από πλήθος παραγόντων, τους οποίους ο γιατρός πρέπει να διερευνά. Για παράδειγμα, ένα μέλος της οικογένειας που είχε αρνητικά συναισθήματα προς τον ασθενή, είναι πιθανό, λόγω ενοχών να αναπτύξει υπερπροστατευτική συμπεριφορά, η οποία σε τελευταία ανάλυση να δυσκολεύει τη συνεργασία με τον γιατρό και τους νοσηλευτές.

Επιπλέον, η στάση κάθε μέλους της οικογένειας επηρεάζεται από τις γνώσεις και τις εμπειρίες που μπορεί να έχει αυτό το μέλος από τον καρκίνο. Συνήθως οι περισσότεροι πιστεύουμε ότι καρκίνος σημαίνει σύντομος θάνατος, συνοδευόμενος από πόνο και προσωπική εξαθλίωση. Έτσι οι συγγενείς οργίζονται στην αναγγελία της διάγνωσης και συχνά την οργή τους αυτή την εκφράζουν προς τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτές τις αντιδράσεις πρέπει να τις κατανοούμε και να μην ανταποδίδουμε, δημιουργώντας αντιπαλότητες με τους συγγενείς. Ο ιατρός οφείλει να δείξει κατανόηση προς τα συναισθήματα αυτά των συγγενών και να προσπαθήσει να τα μετατρέψει σε θετικά συναισθήματα, προς την αναγκαία θεραπεία και την θεραπευτική ομάδα που ασχολείται με τον ασθενή.

Συχνά βλέπουμε συγγενείς ασθενών να μη συνεργάζονται στη θεραπεία, ή να συνεργάζονται ελλιπώς με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό έχει δυσμενή επίπτωση στην πορεία της νόσου. Αντίθετα, η θετική εμπλοκή των συγγενών στη θεραπευτική διεργασία, βελτιώνει ουσιαστικά την πρόγνωση των ασθενών. Όταν το οικογενειακό περιβάλλον αντιμετωπιστεί σωστά και στηριχθεί ψυχολογικά, συνεργάζεται

στη θεραπεία, κάνοντας και το νοσηλευτικό έργο ευκολότερο. Το ισορροπημένο ψυχολογικά οικογενειακό περιβάλλον κάνει καλύτερες τις τελευταίες και δυσκολότερες ημέρες των ασθενών. Άλλωστε τότε οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερο από ποτέ άλλοτε τη συμπαράσταση των συγγενών τους.

Τις δύσκολες ώρες της αναγγελίας της διάγνωσης του καρκίνου ή τις ώρες της τελικής μάχης με τον θάνατο, ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο συμπαράσταση και από τον γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτές όμως τις ώρες, συχνά ο ασθενής δυστυχώς μένει αβοήθητος. Ο γιατρός συνήθως αποφεύγει να του ανακοινώσει τη διάγνωση, την οποία καταλαβαίνει μόνος του ο ασθενής ή μαθαίνει από τους πλέον αναρμόδιους. Ακόμα, εκείνο που γίνεται πολύ συχνά είναι ότι όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο, οι γιατροί αποφεύγουν να σχοληθούν μαζί του. Είναι χαρακτηριστικό ότι συχνά κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης δεν σταματούν πλέον στο κρεβάτι του.

Και στις δύο περιπτώσεις, ο λόγος που κάνει τους γιατρούς να έχουν αυτή την αρνητική συμπεριφορά είναι γιατί αποφεύγουν να σηκώσουν το συναισθηματικό βάρος που συνεπάγεται τόσο η αναγγελία της διάγνωσης όσο και η αντιμετώπιση ενός ασθενούς τελικού σταδίου. Στην τελευταία μάλιστα περίπτωση, η ύπαρξη ενός ασθενούς, τον οποίο ο γιατρός δεν μπορεί να θεραπεύσει, θέτει σε αμφισβήτηση την ίδια την παντοδυναμία που πιστεύει ότι διαθέτει ο γιατρός. Η ψυχολογική αυτή αντίδραση του γιατρού οδηγεί σε απομόνωση τους ασθενείς, τις στιγμές ακριβώς που αυτοί οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ανάγκη επικοινωνίας και έκφρασης των συναισθημάτων τους.

Τέλος, σε γενικές γραμμές πρέπει να τονιστεί ότι ο καρκινοπαθής στην πορεία της αρρώστιας του υφίσταται απώλειες. Οι απώλειες αυτές αφορούν τον επαγγελματικό τομέα, φίλους, συγγενείς, οι οποίοι απομακρύνονται, απώλειες λειτουργικότητας και κυρίως κινητικότητας. Το οικογενειακό περιβάλλον, οι γιατροί και οι νοσηλευτές καλούνται να βοηθήσουν στη καλύτερη κατά το δυνατόν κάλυψη αυτών των απωλειών.

## **Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ**

Οι συνθήκες που επικρατούν στην μονάδα του τεχνητού νεφρού είναι αρκετά ιδιότυπες. Ο γιατρός που την επισκέπτεται αντιλαμβάνεται ότι οι σχέσεις μεταξύ των γιατρών, των νοσηλευτών, του παραϊατρικού προσωπικού και των ασθενών, διαπνέονται συνήθως από ομαδικότητα. Οι ασθενείς αισθάνονται το χώρο, σαν το σπίτι τους. Άλλωστε εκεί περνούν δύο τουλάχιστον ώρες, τρεις φορές την εβδομάδα, για πολλά χρόνια. Γνωρίζουν ότι η ζωή τους εξαρτάται από τον χώρο αυτό. Έτσι, ξέρουν ότι ακόμα και η καθαρίστρια του χώρου, τους είναι απαραίτητη. Της χαμογελούν και περιμένουν το χαμόγελό της για να μπορέσουν να ζήσουν την εξαιρετικά δύσκολη ζωή τους.

Γι' αυτό συχνά όλα τα άτομα στη μονάδα τεχνητού νεφρού, γίνονται μια οικογένεια. Ο καθένας ενδιαφέρεται για τα προβλήματα του άλλου. Στην αίθουσα αναμονής,



περιμένοντας να μπουν στο μηχάνημα, μιλούν για την προσωπική τους ζωή και συμβουλεύει ο ένας τον άλλον. Το προσωπικό της μονάδας συμμετέχει συνήθως στην συζήτηση. Με τον χρόνο, το προσωπικό ενστερνίζεται τα προβλήματα των ασθενών και δεν είναι λίγες οι φορές που προσβάλλονται από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξάντλησης. Λίγο ως πολύ, ταυτίζονται με το ρόλο του νεφροπαθούς, του εξαρτημένου από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης. Περιορίζουν τις συναισθηματικές τους επενδύσεις στο χώρο της μονάδας. Στο τεχνητό νεφρό απαιτείται μεγάλη ψυχική δύναμη και ισχυρή προσωπικότητα, προκειμένου να μη παρασυρθεί κανείς από τα δυναμικά της ομάδας και να μπορέσει να διατηρήσει την ψυχολογική του ακεραιότητα.

Οι νεφροπαθείς αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα, όταν για πρώτη φορά μπαίνουν στην αιμοκάθαρση. Τότε είναι πιθανό να χρειαστούν την βοήθεια του ψυχιάτρου. Συνήθως όμως, οι γιατροί και το προσωπικό της μονάδας, καταφέρνουν να βοηθήσουν με τον καλύτερο τρόπο τον ασθενή στη δύσκολη αυτή φάση της προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα της ζωής του.

Οργή και κατάθλιψη εμφανίζουν οι νεφροπαθείς όταν διαψευστούν οι ελπίδες τους για μεταμόσχευση νεφρού. Υπάρχουν νεφροπαθείς που περιμένουν για μεταμόσχευση ακόμα και οκτώ ή δέκα χρόνια. Άλλοι έχουν απορρίψει δύο ή περισσότερες φορές νεφρικά μοσχεύματα. Ο ψυχίατρος καλείται να εμπνεύσει εκ νέου αισιοδοξία σε ασθενείς, οι οποίοι δικαιολογημένα αισθάνονται απογοητευμένοι.

Σε τέτοιες καταθλιπτικές φάσεις, ο νεφροπαθείς συχνά αντιδρά με αυτοκαταστροφική άρνηση συμμόρφωσης στις οδηγίες των γιατρών του. Πίνει περισσότερο νερό, τρώει τροφές που απαγορεύονται και μερικές φορές αρνείται να συνδεθεί με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης. Στις περιπτώσεις αυτές η παρέμβαση του ψυχιάτρου πρέπει να είναι άμεση.

Όσον αφορά στην χορήγηση φαρμάκων, αυτή γίνεται πάντα με προσοχή. Η δοσολογία τους περιορίζεται και παρακολουθείται ο ασθενής, ώστε εάν εκδηλωθούν σημεία υπερδοσολογίας, να διακοπεί έγκαιρα η χορήγησή τους. Πάντως, η πρακτική δείχνει ότι ένας ασθενής που υποβάλλεται σε κανονική αιμοκάθαρση δεν παρουσιάζει προβλήματα στις συνήθεις χαμηλές δοσολογίες τόσο των βενζοδιαζεπινών όσο και των νεότερων αντικαταθλιπτικών.

## **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ**

Τόσο η πρόοδος στις χειρουργικές τεχνικές όσο και η βελτίωση των μεθόδων ανοσοκαταστολής, έχουν οδηγήσει διεθνώς σε μεγάλη αύξηση τον αριθμό των μεταμοσχεύσεων οργάνων. Ακόμα και αυτοί που έχουν υποστεί μεταμόσχευση καρδιάς, έχουν πλέον προσδόκιμο επιβίωσης που αγγίζει το 80% τον πρώτο χρόνο μετά την σοβαρή αυτή επέμβαση. Έτσι, όλο και περισσότεροι ασθενείς στηρίζουν τις ελπίδες τους στις μεταμοσχεύσεις, ενώ παράλληλα αυξάνεται ο αριθμός των μεταμοσχευμένων.

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στη συμβολή της Σ-Δ ψυχιατρικής στις μεταμοσχεύσεις οργάνων, όπως νεφρών, καρδιάς και ήπατος. Οι ασθενείς αυτοί, όπως

και το οικογενειακό τους περιβάλλον, αντιμετωπίζουν ποικίλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής οφείλει να παρέμβει τόσο στην επιλογή και υποστήριξη των ασθενών προεγχειρητικά, όσο και στην μετεγχειρητική τους παρακολούθηση. Κατά τη παρακολούθηση των ασθενών η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής παρεμβαίνει υποστηρικτικά όχι μόνο στους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα την **καλύτερη λειτουργικότητα** των ασθενών και την ευχερέστερη **συμμόρφωσή** τους προς την ιατρική παρακολούθηση.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

Οι ασθενείς βρίσκονται προεγχειρητικά υπό την επιρροή σοβαρών ψυχοπνευματικών παραγόντων. Οι ασθενείς αυτοί αναγκάζονται να έχουν μία προοδευτική και συνεχή μείωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους. Έχουν ελάχιστη επαγγελματική λειτουργικότητα και συνήθως βρίσκονται ήδη σε πρόωρη σύνταξη, λόγω της νόσου τους. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι κοινωνικά αποσυρμένοι και καθημερινά βιώνουν μεγάλου βαθμού ανικανότητα. Η περιθωριοποίηση αυτή των ασθενών είναι αιτία εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Άλλωστε η ίδια η νεφρική, καρδιακή ή ηπατική ανεπάρκεια ως νόσος, έχει για τους ασθενείς όλα τα χαρακτηριστικά μιας χρόνιας και ανιάτου νόσου.

Στην προεγχειρητική φάση, όταν ο ασθενής βλέπει ότι καθημερινά επιδεινώνεται η κατάστασή του, εναποθέτει τις ελπίδες του στη πιθανότητα μιας αντικατάστασης του πάσχοντος οργάνου. Όμως ο ασθενής πληροφορείται ότι όλοι όσοι επιζητούν μεταμόσχευση δεν είναι δυνατόν να εξυπηρετηθούν. Πολλοί αποκλείονται από τη διαδικασία της μεταμόσχευσης για ιατρικούς λόγους, γεγονός που μπορεί να συμβεί καθ' όλο το διάστημα που ο υποψήφιος παρακολουθείται προεγχειρητικά. Έτσι ο ασθενής βρίσκεται σε μια συνεχή δοκιμασία, η οποία τον επιβαρύνει ψυχολογικά. Επιπλέον, η έλλειψη μοσχευμάτων επιβάλλει συνήθως μακρά περίοδο αναμονής, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι υποψήφιοι να πεθαίνουν κατά την περίοδο αυτή. Λίγοι είναι οι τυχεροί, των οποίων μια μέρα το τηλέφωνο χτυπά και τους ανακοινώνεται ότι βρέθηκε κατάλληλο μόσχευμα και θα πρέπει αμέσως να μεταβούν στο χειρουργείο.

Απ' την άλλη, οι υποψήφιοι για μεταμόσχευση, εκτός από την νόσο τους, έχουν να αντιμετωπίσουν και το άγχος της επικείμενης εγχείρησης. Η χειρουργική επέμβαση είναι μία μεγάλη και πολύωρη επέμβαση, η οποία όσο και αν έχει προχωρήσει η τεχνική της, συνεχίζει να θεωρείται μείζονος κινδύνου. Έτσι, ο φόβος του υποψηφίου ότι μπορεί να μην επιβιώσει από την εγχείρηση, αποτελεί όπως είναι φυσικό, σημαντική πηγή άγχους.

Ακόμη μία πηγή άγχους είναι και η αμφιθυμική στάση του ασθενούς, γύρω από τη απόφαση του για τη μεταμόσχευση. Η αμφιθυμία αυτή τον συνοδεύει μέχρι το χειρουργείο.

Τέλος, αναμενόμενο είναι ο υποψήφιος να έχει πολλές αμφιβολίες γύρω από τη ποιότητα της ζωής του ύστερα από μία επιτυχή μεταμόσχευση. Προεγχειρητικά ο

ασθενής ζει μεταξύ έντονων φόβων και υπερβολικών ελπίδων. Συχνά ο ψυχίατρος ακούει από τους ασθενείς αυτούς, φόβους και ελπίδες που δεν έχουν καμία ρεαλιστική βάση. Ένας υποψήφιος για μεταμόσχευση καρδιάς φοβόταν ότι η αλλαγή καρδιάς θα επέφερε και αλλαγή του ψυχισμού του και της προσωπικότητάς του, ενώ ένας οικοδόμος ήλπιζε ότι μετά την μεταμόσχευση καρδιάς θα μπορούσε να επιστρέψει στη δουλειά του.

Η προοδευτική επιδείνωση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς τροποποιεί και τη συναισθηματική του κατάσταση, αναζωπυρώνοντας το άγχος και την κατάθλιψη. Γενικά, άγχος και κατάθλιψη θεωρούνται απόρροια της βασικής τους νόσου και δεν προδικάζουν τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η έντασή τους συνδέεται με τη βαρύτητα της νόσου και συνήθως μειώνεται με την αποδοχή του ασθενούς ως υποψηφίου για μεταμόσχευση, επειδή προφανώς αναπτερώνονται οι ελπίδες του για μια καλύτερη ζωή. Πάντως, ο χειρισμός του άγχους και της κατάθλιψης και κυρίως η άμεση παρέμβαση της Σ-Δ ψυχιατρικής, όταν αυτά λάβουν χαρακτήρα μείζονος διαταραχής, είναι απαραίτητη.

Εντούτοις, ο αυξημένος βαθμός άγχους και κατάθλιψης φαίνεται να συνδέεται με καλύτερη μετεγχειρητική έκβαση, αφού τέτοια συμπτώματα αντανακλούν την ικανότητα του ασθενούς να βρίσκεται σε συναισθηματική επαφή με τη πραγματικότητα. Αντίθετα, η άρνηση της συναισθηματικής αντίδρασης θεωρείται δυσπροσαρμοστικός μηχανισμός. Έτσι, το προεγχειρητικό άγχος δεν προδικάζει μετεγχειρητικές ψυχικές επιπλοκές.

Επίσης κατά την προεγχειρητική περίοδο αναδύονται χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενούς που μπορεί να μην ευοδώνουν τη προσαρμοστική ικανότητά του, δυσκολεύοντας μάλιστα τους θεραπευτικούς χειρισμούς των ειδικών γιατρών.

Οι ασθενείς που συνηθιστοποιούν το γεγονός ότι πρέπει να μειώσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες εμφανίζουν συνήθως οργή και ευερεθιστότητα. Επίσης, βιώνουν σαν τιμωρία και περιορισμό της ελευθερίας τους, την υποχρεωτική τους εξάρτηση από τους γιατρούς.

Κλείνοντας το κεφάλαιο της προεγχειρητικής προσαρμογής, θα πρέπει να τονιστεί η αποφασιστική εμπλοκή σε αυτή και των υπολοίπων μελών της οικογένειας του ασθενούς. Τόσο η πυρηνική οικογένεια του ασθενούς, όσο και η ευρύτερη οικογένεια, υποφέρει και αυτή από άγχος, κατάθλιψη και τα μέλη τους διακατέχονται επίσης από μία αμφιθυμική συμπεριφορά και στάση προς τον ίδιο τον άρρωστο, τους γιατρούς και την πρακτική της μεταμόσχευσης καρδιάς. Για το λόγο αυτό τα θέματα αυτά, διερευνώνται και συζητούνται διεξοδικά με τους συγγενείς του ασθενούς, κατά την προεγχειρητική περίοδο.

## **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ**

Αμέσως μετά την μεταμόσχευση, όπως και μετά από άλλες μεγάλες εγχειρήσεις, έχουν παρατηρηθεί σε μερικούς ασθενείς συμπτώματα οργανικού ψυχοσυνδρόμου,

όπως σύγχυση, ανησυχία, διαταραχή του προσανατολισμού στον χώρο και τον χρόνο, ακόμη και ψευδαισθήσεις. Τα συμπτώματα παρέρχονται μετά λίγες ημέρες, με τη χορήγηση μικρών δόσεων αλοπεριδόλης. Ειδικά μετά την μεταμόσχευση, σε λίγους ασθενείς εμφανίζεται αϋπνία, η οποία αντιμετωπίζεται με βενζοδιαζεπίνες. Μετά την οξεία μετεγχειρητική περίοδο υπάρχει μια περίοδος διάρκειας 6 μηνών κατά την οποία οι ασθενείς υποβάλλονται σε έντονη ψυχική και σωματική καταπόνηση. Συγκεκριμένα, επειδή ο κίνδυνος απόρριψης του μοσχεύματος κατά την περίοδο αυτή είναι μεγάλος, οι μεταμοσχευμένοι υποβάλλονται σε μηνιαίες και ενίοτε εβδομαδιαίες βιοψίες. Επίσης, σε αυτή την περίοδο εμφανίζονται και οι πρώιμες παρενέργειες των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, όπως αρτηριακή υπέρταση, παρενέργειες από το ΚΝΣ, σεξουαλική ανικανότητα, παρενέργειες των κορτικοειδών κ.ά. Τα τελευταία μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις θεωρούνται υπεύθυνα για την έκκλυση συναισθηματικών διαταραχών. Επιπλέον, το πρώτο εξάμηνο μετά την μεταμόσχευση είναι μεγάλος ο κίνδυνος ανάπτυξης ανθεκτικών λοιμώξεων, οι οποίες ταλαιπωρούν ιδιαίτερα τους ασθενείς.

Όσο περνά ο καιρός μετά τη μεταμόσχευση, συνήθως διαψεύδονται οι προσδοκίες του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλοντος για πλήρη λειτουργική αποκατάσταση. Παράλληλα, διατηρείται η εξάρτηση του μεταμοσχευμένου από το γιατρό, αφού είναι απαραίτητη η διαρκής ιατρική παρακολούθηση. Τόσο ο μεταμοσχευμένος, όσο και το περιβάλλον του πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τους ρόλους τους στην οικογένεια και στον κοινωνικό περίγυρο. Η επαγγελματική αποκατάσταση του μεταμοσχευμένου είναι το τελευταίο στάδιο μιας συνεχούς προσπάθειας, το αποτέλεσμα της οποίας όχι μόνο είναι αβέβαιο αλλά και εύθραυστο. Πολλοί από τους ασθενείς πιστεύουν ότι μπορούν να επανέλθουν στη φυσική δραστηριότητα που είχαν πριν αρρωστήσουν.

Είναι χαρακτηριστική η περίπτωση ενός ασθενούς 50 ετών, ο οποίος μερικούς μήνες μετά επιτυχή μεταμόσχευση καρδιάς παραπονέθηκε ότι δεν μπορούσε να ανεχθεί άλλο τους περιορισμούς στη ζωή του. Ζητούσε επιμόνως να του επιτραπεί να επανέλθει στον τρόπο ζωής που έκανε πριν εμφανιστεί το καρδιολογικό του πρόβλημα. Ήθελε να καταναλώνει οινοπνευματώδη, να ξενυχτάει και να έχει έντονη σεξουαλική ζωή. Παρά τις συστάσεις των γιατρών, έγινε ιδιοκτήτης κέντρου διασκέδασης, το οποίο όμως μετά από λίγο αναγκάστηκε να το πουλήσει, διαπιστώνοντας πλέον και ο ίδιος ότι έπρεπε να συμβιβαστεί με την πραγματικότητα. Όπως ήταν αναμενόμενο, ο ασθενής εμφάνισε καταθλιπτική συμπτωματολογία, για την αντιμετώπιση της οποίας έγιναν φαρμακευτικοί και ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί από την ομάδα Σ-Δ ψυχιατρικής. Παράλληλα, ο συγκεκριμένος μεταμοσχευμένος έλαβε σημαντική ψυχολογική υποστήριξη από τον πατέρα του δότη, ο οποίος συνδέθηκε φιλικά μαζί του και μάλιστα συνήθιζε να τον προτρέπει να προσέχει την καρδιά του νεκρού γιου του.

Είναι επόμενο μετεγχειρητικά να υπάρχουν περιορισμοί στον τρόπο ζωής του μεταμοσχευμένου. Ο μεταμοσχευμένος πρέπει να αποδεχθεί περιορισμούς στις σωματικές του δραστηριότητες, διακοπή του καπνίσματος και της χρήσης

οινοπνευματωδών. Οι μεταμοσχευμένοι εφόσον ξεπεράσουν αυτό το πρώτο κρίσιμο χρονικό διάστημα, εντάσσονται πλέον στη ομάδα των μεταμοσχευμένων με μακρόχρονη επιβίωση.

Τέλος, πολλοί ασθενείς αμέσως μετά την επέμβαση, θεωρούν ένα από τα κυριότερα προβλήματα τους τη σεξουαλική ανικανότητα και τα προβλήματα που ανακύπτουν στη σχέση με τη σύζυγό τους.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ

Η ψυχοκοινωνική εκτίμηση θεωρείται σημαντική στη διαδικασία επιλογής των υποψηφίων για μεταμόσχευση, γιατί η επιβίωση των μεταμοσχευμένων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα των μεταμοσχευμένων ασθενών να προσαρμόζονται σε ψυχοπιεστικά γεγονότα και να συμμορφώνονται με την επώδυνη και πολύπλοκη μετεγχειρητική διαδικασία. Η μεταμόσχευση νεφρών, καρδιάς ή ήπατος διαφέρει από τις απλές χειρουργικές επεμβάσεις, γιατί πρόκειται περισσότερο για μία μακρά διαδικασία, παρά για ένα γεγονός περιορισμένο χρονικά. Η διαδικασία αυτή περιέχει πολλές φάσεις συναισθηματικής προσαρμογής:

1. την **πρόταση** στο ασθενή ότι έχει ανάγκη για μεταμόσχευση,
2. την προεγχειρητική **αξιολόγηση**,
3. την **αναμονή** για ανεύρεση του μοσχεύματος,
4. την **περιεγχειρητική** περίοδο,
5. την ενδονοσοκομειακή **ανάρρωση**,
6. την **έξοδο** από το νοσοκομείο, και
7. τη μετεγχειρητική εξωνοσοκομειακή **προσαρμογή**.

Σε όλες αυτές τις φάσεις δοκιμάζεται συνεχώς η προσαρμοστική ικανότητα του ασθενούς και η συναισθηματική του αντοχή. Οι παράμετροι αυτοί επηρεάζονται από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον του υποψηφίου, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και τη βαρύτητα της νόσου του, με τις τυχόν υπάρχουσες οργανικές επιπτώσεις στην εγκεφαλική λειτουργία.

Αξίζει να σημειωθεί ο τρόπος με τον οποίο ενεπλάκει η ομάδα Σ-Δ ψυχιατρικής του νοσοκομείου Αλεξάνδρας, στη διαδικασία αξιολόγησης των υποψηφίων για μεταμόσχευση καρδιάς. Ένας από τους πρώτους μεταμοσχευμένους ασθενείς στη χώρα μας, ήταν ένας 57χρονος άνδρας, διαζευγμένος, χωρίς στενούς φίλους και συγγενείς που ζούσε μόνος σε ένα κτίριο στο οποίο εργαζόταν ως νυχτοφύλακας. Ύστερα από επιτυχή μεταμόσχευση καρδιάς και καλή μετεγχειρητική πορεία, ο ασθενής παρουσίασε καταθλιπτική συμπτωματολογία. Όσο πλησίαζε το τέλος της νοσηλείας του ένοιωθε περισσότερο μόνος και ανασφαλής αφού συνειδητοποιούσε ότι ήταν πλέον χωρίς εργασία και στέγη. Από τους θεράποντες καρδιολόγους ζητήθηκε η ψυχιατρική παρέμβαση που αντιμετώπισε την καταθλιπτική συμπτωματολογία με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπευτικών χειρισμών, ενώ παράλληλα η κοινωνική υπηρεσία της Σ-Δ ψυχιατρικής βοήθησε στην εξασφάλιση σύνταξης και χώρου διαμονής

για τον μεταμοσχευμένο. Όμως, δέκα μήνες αργότερα ο ασθενής βρέθηκε νεκρός στο διαμέρισμα όπου έμενε μόνος του, υποκύπτωντας αβοήθητος στο καρδιολογικό του πρόβλημα.

Στην περίπτωση αυτή φάνηκε με τον πιο τραγικό τρόπο ότι δεν φτάνει ο υποψήφιος να πληροί μόνο τα κριτήρια της σωματικής του υγείας, προκειμένου να σταλεί για μεταμόσχευση καρδιάς.

Προκειμένου ένας ασθενής με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια να κριθεί κατάλληλος για να υποστεί μεταμόσχευση απαιτείται να έχει ένα σταθερό υποστηρικτικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, παράγοντες πολύ σημαντικοί για την καλή πρόγνωση της μετεγχειρητικής πορείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τη διεθνή εμπειρία.

Ακόμα, γνωρίζοντας τη μακρά και επίπονη διαδικασία στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής κυρίως μετά τη μεταμόσχευση είναι απαραίτητη η διερεύνηση του επιπέδου συνεργασιμότητας του ασθενούς με τους γιατρούς και η συμμόρφωση που επέδειξε ο υποψήφιος στις ιατρικές οδηγίες κατά το παρελθόν. Η καλή συνεργασιμότητα του ασθενούς, αποτελεί θετικό προγνωστικό δείκτη για τη μετεγχειρητική πορεία του.

Ο τύπος της προσωπικότητας του ασθενούς παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση. Όταν ο υποψήφιος εμφανίζει έντονα διαταραγμένη προσωπικότητα είναι επόμενο να δημιουργηθούν προβλήματα τόσο μεταξύ του ασθενούς και του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντός του. Για το λόγο αυτό εκφράζονται επιφυλάξεις στην επιλογή υποψηφίων για μεταμόσχευση, οι οποίοι έχουν αντικοινωνική ή μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας. Παράλληλα, η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής οφείλει να διερευνά κατά πόσον οι υποψήφιοι κάνουν κατάχρηση οινόπνευματος ή χρησιμοποιούν άλλες ψυχοδραστικές τοξικές ουσίες, ιδίως πρόσφατα. Οπωσδήποτε η συμπεριφορά αυτή των υποψηφίων δεν αποτελεί καλό προγνωστικό δείκτη για την επιτυχή έκβαση μιας μεταμόσχευσης.

Τέλος, η ενεργός ψύχωση και η νοητική καθυστέρηση θεωρούνται από τους περισσότερους συγγραφείς που έχουν ασχοληθεί με το αντικείμενο αυτό ως απόλυτες αντενδείξεις για οποιαδήποτε μεταμόσχευση. Το θέμα αυτό έχει δύο πτυχές, μία θεωρητική και μία πρακτική. Στη θεωρητική διατυπώνονται απόψεις σε σχέση με το αν θα πρέπει να γίνεται μια τόσο μεγάλη και σπάνια "επένδυση", όπως είναι η μεταμόσχευση, σε ανθρώπους που έχουν μειωμένη ικανότητα να την "απολαύσουν" και πιθανά βέβαια να την στερήσουν από άλλους. Εδώ τα διλήμματα είναι ηθικής τάξεως και θα πρέπει οι απαντήσεις σ' αυτά να εξατομικεύονται. Στην πρακτική πτυχή του θέματος υποστηρίζεται ότι οι ψυχωσικοί ασθενείς έχουν περιορισμένη συνεργασιμότητα με τους γιατρούς και τους οικείους τους και επομένως, η πρόγνωση μετά τη μεταμόσχευση είναι φτωχή, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως.

Παρ' όλα αυτά, η επιλογή των υποψηφίων για μεταμόσχευση, δεν μπορεί να απλουστευθεί με την χρήση απόλυτων κριτηρίων, ούτε να αντιμετωπιστεί μονοσήμαντα. Η συνεργασιμότητα ασθενούς και γιατρού είναι μια λειτουργία δυναμική και αμφίδρομη.

Δεν υπάρχουν ιδανικοί υποψηφίοι και άλλωστε έχει επανειλημμένα παρατηρηθεί καλή έκβαση σε μη ιδανικούς ασθενείς και κακή έκβαση σε ιδανικούς υποψηφίους.

Αξίζει να αναφέρουμε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός ασθενούς ο οποίος εκ πρώτης όψεως φαινόταν ότι δεν θα έπρεπε να περιληφθεί στους υποψηφίους για μεταμόσχευση καρδιάς. Επρόκειτο για ασθενή με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, ο οποίος είχε ιστορικό παρανοϊκού τύπου διαταραχής. Παρά τις συστάσεις των ψυχιάτρων δεν λάμβανε τακτικά την αντιψυχωσική αγωγή που του συνεστήθη. Ήταν καχύποπτος απέναντι στους ψυχιάτρους και τους γείτονες, είχε ζηλοτυπικού περιεχομένου ιδεασμό, ήταν οξύθυμος και αρκετές φορές επιθετικός. Αν και διατυπώθηκαν επιφυλάξεις για την καταλληλότητα του συγκεκριμένου ασθενούς, εντούτοις συμπεριλήφθηκε στον κατάλογο των υποψηφίων για μεταμόσχευση. Λόγω της καλής σχέσης του ασθενούς με τη θεράποντα ιατρό, μια σχέση εμπιστοσύνης που εξασφάλιζε τη συμμόρφωσή του στις ιατρικές οδηγίες. Πριν από ένα έτος υποβλήθηκε τελικά σε επιτυχή μεταμόσχευση. Εννέα μήνες αργότερα ανέπτυξε έντονο παρανοϊκό ιδεασμό, έγινε απειληπτικός. Μετά επανειλημμένες συναντήσεις με την ομάδα Σ-Δ ψυχιατρικής αποδέχτηκε τη λήψη αντιψυχωσικής αγωγής. Προοδευτικά υποχώρησε η ψυχοπαθολογία του, και πλέον έχει πολύ καλή συνεργασιμότητα και συνεχίζει να λαμβάνει την αγωγή του.

Εκτός από τα αρνητικά κριτήρια για την επιλογή ενός υποψηφίου, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν και καταστάσεις που **βοηθούν** τον ασθενή στην αντιμετώπιση της έντονης ψυχολογικής δοκιμασίας που επιβάλλει η μεταμόσχευση. Έτσι, σε μερικές περιπτώσεις, η ισχυρή θρησκευτική πεποίθηση ή η σταθερή υποστήριξη από το περιβάλλον, όχι μόνο του οικογενειακού αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού, βοηθούν σημαντικά τους ασθενείς να ανταπεξέλθουν επιτυχώς την μακρά δοκιμασία της μεταμόσχευσης.

## Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

Κανονικά, δεν υπάρχει λόγος να γίνεται ειδική αναφορά στον ασθενή που πεθαίνει. Κάθε ασθενής, άλλωστε, όπως και κάθε άνθρωπος, μπορεί να αισθάνεται μελλοθάνατος. Όμως, αυτή την πραγματικότητα την απωθούμε, συνειδητά ή ασυνείδητα. Έτσι και ο κάθε ασθενής που πάσχει από βαριά, ανίατη ασθένεια και βρίσκεται σε τελικό στάδιο δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ιδιαίτερα. Έχει και αυτός τις ίδιες ανάγκες που έχουν όλοι οι ασθενείς και δικαιούται την ίδια φροντίδα.

Αυτή η **μη ειδική αντιμετώπιση** του ασθενή που πεθαίνει, τον βοηθά να μη αισθάνεται "περίεργα" και άβολα στις σχέσεις του με τα άτομα του περιβάλλοντος του. Άλλωστε η ζωή συνεχίζεται μέχρι το τελευταίο δευτερόλεπτο και είναι το ίδιο συναρπαστική και ενδιαφέρουσα. Μάλιστα, μερικές φορές στις τελευταίες στιγμές της ζωής εκφράζονται συναισθήματα που χρόνια περίμεναν κρυμμένα στην άκρη του μυαλού. Οι τελευταίες ώρες της ζωής είναι ίσως οι πολυτιμότερες. Αυτό το μήνυμα οφείλει να το ενστερνιστεί τόσο ο γιατρός και το προσωπικό που χειρίζεται ασθενείς που πεθαίνουν, όσο και οι συγγενείς τους, ώστε τελικά να μεταφερθεί και στους ίδιους τους ασθενείς.

Εκείνο όμως που συνήθως συμβαίνει στα νοσοκομεία είναι η προοδευτική εγκατάλειψη του ασθενούς. Ένας ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο του αγώνα του με μία ανίατη αρρώστια αποτελεί για τον γιατρό την απόδειξη της αδυναμίας του να δαμάσει την αρρώστια. Έτσι, είναι αναμενόμενο ο γιατρός να αποστρέψει το βλέμμα του από τον ασθενή που πεθαίνει, αφού η παρουσία του ασθενούς υποδηλώνει την αδυναμία του γιατρού. Έτσι, βλέπουμε συχνά κατά την ιατρική επίσκεψη στο θάλαμο, οι γιατροί να προσπερνούν, όσους ασθενείς βρίσκονται σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις.

Αυτοί όμως οι ασθενείς είναι εκείνοι που χρειάζονται περισσότερο τον γιατρό τους. Επιθυμούν να ακούσουν από τον γιατρό ότι δεν θα τους εγκαταλείψει στη μάχη τους με τον θάνατο. Επιθυμούν να τους διαβεβαιώσει ο γιατρός ότι θα πεθάνουν με αξιοπρέπεια. Είναι πιο επώδυνη για τον ασθενή που πεθαίνει, η απομόνωση στην οποία καταδικάζεται, από την ίδια την αρρώστια.

Η θεωρητική στάση της μη ειδικής αντιμετώπισης του ασθενούς που πεθαίνει, βοηθά και όσους έρχονται σε επαφή μαζί του. Συνήθως, όσοι για πρώτη φορά αντιμετωπίζουν τέτοιους ασθενείς, είτε συγγενείς είναι αυτοί είτε γιατροί είτε νοσηλευτικό προσωπικό, αισθάνονται αμήχανα. Δεν μπορούν να πλησιάσουν τον ασθενή συναισθηματικά και περιορίζονται σε λίγες γενικόλογες λέξεις. Έχουν την αίσθηση ότι ο ασθενής είναι εύθραυστος συναισθηματικά και φοβούνται να τον αγγίσουν. Έτσι, ενώ έχουν καλή πρόθεση, εντούτοις οδηγούνται στη λανθασμένη πρακτική της συναισθηματικής απομάκρυνσης από τον ασθενή.

Αντίθετα, ο ασθενής που πεθαίνει, όπως και κάθε άλλος ασθενής, χρειάζεται να έχει δίπλα του ανθρώπους που να επικοινωνούν μαζί του συναισθηματικά. Χρειάζεται ανθρώπους που να συμπάριστανται στον πόνο του και στην αγωνία του και να του ενισχύουν τις ελπίδες, που όλοι έχουν μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής τους.

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Στην άσκηση της Σ-Δ ψυχιατρικής περιλαμβάνεται και η μεσολάβηση μεταξύ ασθενών και προσωπικού, τόσο ιατρικού όσο και παραϊατρικού, όταν οι ομαλές σχέσεις τους διαταράσσονται. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν ο νοσηλευόμενος εμφανίζει στοιχεία διαταραχής προσωπικότητας.

### **ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Το πλέον συνηθισμένο πρόβλημα δημιουργείται όταν ο ασθενής έχει έντονα υστερικά στοιχεία στην προσωπικότητά του. Ο ασθενής αυτός ζητά υπερβολική φροντίδα και προσοχή, από το προσωπικό του νοσοκομείου. Εκφράζει τα αιτήματά του αυτά, με υπερβολή και ένταση, με αποτέλεσμα να γίνεται ενοχλητικός και τελικά να εισπράττει απόρριψη. Στη συνέχεια δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος γιατί η απορριπτική αντίδραση του προσωπικού, οδηγεί σε εντονότερη επίκληση αγάπης και φροντίδας από τον νοσηλευόμενο, με αποτέλεσμα η ένταση στις σχέσεις τους να κλιμακώνεται.



Ο ψυχίατρος προσπαθεί αφ' ενός να εξηγήσει στους γιατρούς, τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό, τις συναισθηματικές ανάγκες αυτών των ανθρώπων, οι οποίες διογκώνονται κάτω από το stress που τους προξενεί η νοσηλεία. Αφ' ετέρου ο ψυχίατρος συζητά με τον συγκεκριμένο ασθενή και του διασκεδάζει τόσο τους φόβους του για την κατάσταση της υγείας του, όσο και για τα παράπονα που εκφράζει για το προσωπικό του νοσοκομείου.

### **ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Περιέργως, οι νοσηλευόμενοι που έχουν ψυχοπαθητικά στοιχεία στη προσωπικότητα τους δεν προκαλούν ιδιαίτερα συχνά προβλήματα στη λειτουργία του νοσοκομείου. Τόσο η ιδιότητα του ασθενούς, όσο και το αυστηρά δομημένο περιβάλλον του νοσοκομείου, φαίνεται ότι τους συγκρατεί από την εκδήλωση ψυχοπαθητικών συμπεριφορών. Εντούτοις, βέβαια, υπάρχουν περιπτώσεις που ασθενείς εκδηλώνουν εκβιαστικά διάφορες απαιτήσεις. Το προσωπικό και οι γιατροί στη προσπάθεια τους να βοηθήσουν τους ασθενείς τους, όπως έχουν συνηθίσει να κάνουν, πιέζονται στις περιπτώσεις αυτές, γιατί τους ζητείται να παραβούν τους κανόνες του νοσοκομείου.

Για παράδειγμα μπορεί ένας νοσηλευόμενος να ζητά επίμονα και εκβιαστικά να πάει σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ δεν δικαιούται κάτι τέτοιο. Άλλος έχει τύχει να αρνείται να κάνει κάποια εξέταση ή να απαιτεί να του γίνει η εξέταση αυτή, κάποια συγκεκριμένη ώρα που τον "βολεύει".

Ο ψυχίατρος παρεμβαίνει και εξηγεί στο προσωπικό και τους γιατρούς, ότι η υποχώρηση στις παράλογες απαιτήσεις του ασθενούς, δεν τον βοηθά ουσιαστικά. Αντίθετα, του επιτείνει την δυσπροσαρμοστική του συμπεριφορά, αφού με αυτόν τον τρόπο του την επιβραβεύει. Επιπλέον, εξηγεί στον νοσηλευόμενο ότι το νοσοκομείο έχει αυστηρά δομημένο πλαίσιο λειτουργίας, που εξυπηρετεί ο συγκεκριμένες ανάγκες και είναι αδύνατο στο προσωπικό να υπερβεί αυτό το πλαίσιο.

### **ΣΥΝΔΡΟΜΗ MUNCHAUSEN**

Η σπάνια αυτή κατάσταση εμπίπτει στις δραστηριότητες της Σ-Δ ψυχιατρικής. Ο ψυχίατρος μπορεί να κληθεί να βοηθήσει στη διάγνωση και τον χειρισμό περιπτώσεων ασθενών που σκοπίμως δημιουργούν σημεία νόσων, ή αιτιώνται για συγκεκριμένα συμπτώματα. Ακόμα, για να γίνουν πειστικοί οι ασθενείς αυτοί μπορεί να φτάνουν στο σημείο να δημιουργούν πλασματικά αποτελέσματα παρακλινικών εξετάσεων.

Στην απλούστερη μορφή της συνδρομής αυτής, οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι εμφανίζουν πυρετό, ενώ τρίβουν κρυφά το θερμόμετρο, παραπλανώντας τον γιατρό. Υπήρξε όμως και περίπτωση μιας ασθενούς που έφτασε στο σημείο να προκαλέσει εγκαύματα με τσιγάρο, σ' όλο το σώμα της, προκειμένου να ισχυριστεί ότι το φάρμακο που της χορηγήθηκε της προκάλεσε δερματική αλλεργία. Σε άλλη περίπτωση ασθενής ελάμβανε μεγάλες ποσότητες ασβεστίου, κρυφά από τους θεράποντες ιατρούς, με

αποτέλεσμα να προκαλεί εικόνα παραθυροειδισμού και επανειλημμένες νεφρολιθιάσεις.

Ο ψυχίατρος μπορεί να διστάσει την ανάγκη των "ασθενών" αυτών να βρίσκονται στο νοσοκομείο και να παίζουν το ρόλο του ασθενούς. Έτσι ίσως οδηγηθεί στην αποκάλυψη της παθολογικής ψευδολογίας τους και βγάλει τους υπόλοιπους γιατρούς από την διαγνωστική τους αμηχανία. Η κοινοποίηση του περιστατικού, μεταξύ των γιατρών της ίδιας ειδικότητας, σε όλα τα νοσοκομεία, αποτρέπει τον "ασθενή" από την επανάληψη της ίδιας συμπεριφοράς. Ακόμα, ο ψυχίατρος μπορεί να αποκαλύψει το δευτερογενές κέρδος των "ασθενών" αυτών και να τους ωθήσει να βρουν άλλον τρόπο να κερδίσουν αυτό που επιθυμούν. Πάντως αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν από σύνδρομο Munchausen ή πλασματική διαταραχή, όπως επίσης αποκαλείται, δεν έχουν ένα ευκολα αναγνωρίσιμο πρωτογενές κέρδος, όπως στην προσποίηση π.χ. για να αποφύγουν τη στράτευση, ή δευτερογενές κέρδος όπως στην υστερία (αποσυνδεδετική διαταραχή).

## ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Συχνά, στο γενικό νοσοκομείο, νοσηλεύονται ασθενείς οι οποίοι παράλληλα με το όποιο παθολογικό τους πρόβλημα, κάνουν και κατάχρηση οινοπνεύματος. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, όσοι μπορούν, φροντίζουν να συνεχίσουν την συνήθεια τους αυτή. Όμως, όσοι λόγω συνήθως αναγκαστικής ακινησία τους δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους, είναι πιθανό να εμφανίσουν στερητικά συμπτώματα. Το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται συνήθως στις ορθοπεδικές κλινικές όπου οι ασθενείς είναι καθηλωμένοι στο κρεβάτι τους. Άλλοι νοσηλευόμενοι αποφεύγουν συνειδητά να καταναλώσουν οινοπνευματώδη, λόγω του φόβου που τους προξενεί η κατάσταση της υγείας τους, άσχετα αν το πρόβλημα για το οποίο νοσηλεύονται συνδέεται αιτιολογικά με τον αλκοολισμό τους. Οι περισσότεροι πάντως βρίσκουν τρόπους είτε να βγουν από το νοσοκομείο και να αγοράσουν οινοπνευματώδη είτε να πείσουν τους επισκέπτες να τους φέρουν το αγαπημένο τους ποτό.

Ο ψυχίατρος καλείται όταν ένας αλκοολικός εμφανίσει τρομώδες παραλήρημα, ή προκειμένου να πείσει έναν αλκοολικό ασθενή να εγκαταλείψει την καταστροφική για την υγεία του συνήθεια. Στη πρώτη περίπτωση, η χορήγηση βενζοδιαζεπίνης σε υψηλή δόση, είναι δυνατό να αποτρέψει την εμφάνιση συμπτωμάτων. Αν όμως ο ασθενής είναι ήδη παραληρητικός και διεγερτικός, απαιτείται η χορήγηση νευροληπτικών και μάλιστα ενδομυϊκώς. Εξάλλου, η χορήγηση οινοπνευματώδους ποτού με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα ανασταστέλει ταχέως τα συμπτώματα.

Στη δεύτερη περίπτωση, ο ψυχίατρος εκθέτει την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και του κρούει και αυτός τον κώδωνα του κινδύνου. Επιπλέον του αναπτύσσει όλες τις κοινωνικές επιπτώσεις που έχει ο αλκοολισμός στη ζωή του ασθενούς. Όμως ο ψυχίατρος δεν σταματά εκεί. Δείχνει στον ασθενή το μέγεθος του προβλήματός του και τις μεγάλες προσπάθειες που θα απαιτηθούν προκειμένου ο ασθενής να σταματήσει

την συνήθεια αυτή. Του δίνει οδηγίες, για το πώς να υπερνικήσει την έντονη δίψα που αναμένεται το πρώτο διάστημα μετά τη διακοπή του ποτού. Αν χρειαστεί, ο ψυχίατρος χορηγεί στον ασθενή κάποιο αγχολυτικό φάρμακο ή όταν συνυπάρχει κατάθλιψη ένα αντικαταθλιπτικό. Τέλος, ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής, αν κρίνει κατάλληλη την περίπτωση, μπορεί να κατευθύνει τον ασθενή σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες.

## ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ

Στα γενικά νοσοκομεία της χώρας μας νοσηλεύονται σπανίως άτομα εξαρτημένα από τοξικές ουσίες, σε σχέση βέβαια με τα ποσοστά των ΗΠΑ και της κεντρικής Ευρώπης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, το προσωπικό του νοσοκομείου να μην είναι εξοικειωμένο με τα άτομα αυτά. Έτσι, όταν αντιληφθεί ένας γιατρός ότι ο ασθενής κάνει κατάχρηση τοξικών ουσιών, συχνά ζητά την βοήθεια του ψυχιάτρου.

Άτομα εξαρτημένα από τοξικές ουσίες, μπορεί να νοσηλεύονται σε οποιαδήποτε κλινική του νοσοκομείου. Συνήθως όμως νοσηλεύονται είτε στη μονάδα εντατικής θεραπείας, μετά λήψη υπερβολικής δόσης ή νοθευμένης ουσίας, είτε στην παθολογική κλινική λόγω εμφάνισης πνευμονίας, ηπατίτιδας ή AIDS, είτε τέλος σε χειρουργική ή ορθοπεδική κλινική, λόγω τραυματισμών, μετά από ατύχημα.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ο ψυχίατρος καλείται να αντιμετωπίσει, αφενός τα στερητικά συμπτώματα που προβάλλουν οι ασθενείς αυτοί και αφ' ετέρου τις διαταραχές της συμπεριφοράς που εμφανίζουν πολλοί χρήστες τοξικών ουσιών, λόγω των ψυχοπαθητικών χαρακτηριστικών που έχουν στην προσωπικότητά τους.

Όσον αφορά στα στερητικά συμπτώματα, η αντιμετώπιση ποικίλει ανάλογα της ουσίας, την οποία κατά κύριο λόγο χρησιμοποιεί ο τοξικομανής. Βέβαια σε καμία περίπτωση ο ψυχίατρος δεν δικαιούται να χορηγήσει πεθιδίνη ή μορφίνη, προκειμένου να θεραπεύσει στερητικά συμπτώματα. Συνήθως επιλέγει μεταξύ κατασταλτικών νευροληπτικών, όπως χλωροπρομαζίνη ή περφεναζίνη, σε συνδυασμό με αμιτριπυλίνη και βενζοδιαζεπινών, μακράς ημιπεριόδου ζωής, όπως χλωραζεπάτη, λόγω της ευκολότερης διακοπής τους.

Τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσουν οι χρήστες, κατά το διάστημα της νοσηλείας τους, λόγω της ψυχοπαθητικής προσωπικότητας, που συχνά διαθέτουν, πρέπει να αντιμετωπίζονται με αυστηρότητα και αποφασιστικότητα. Στο κεφάλαιο που αφορά στις διαταραχές προσωπικότητας γίνεται εκτενέστερη συζήτηση του τρόπου αντιμετώπισης παρόμοιων ασθενών.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής, οφείλει να είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικός στη χρησιμοποίηση του όρου "χρήστης" ή "εξάρτηση". Έχει παρατηρηθεί επανειλημμένα, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, ακόμα και ύστερα από αρκετά χρόνια, τοξικομανείς να ζητούν αντίγραφα φύλλων νοσηλείας τους, προκειμένου να αποδείξουν στο δικαστήριο ότι είναι χρήστες. Για τον λόγο αυτό, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείτε σε κάθε περίπτωση η ορολογία "αναφερόμενη χρήση

τοξικών ουσιών", αφού άλλωστε ο γιατρός δεν μπορεί να είναι βέβαιος ότι ο ασθενής του είναι πράγματι χρόνιος χρήστης εθιστικών ουσιών.

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η Σ-Δ ψυχιατρική ασχολείται συχνότερα από την γενική ψυχιατρική με ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχές λήψης τροφής, γιατί οι ασθενείς αυτοί ζητούν βοήθεια από παθολόγους ή από ενδοκρινολόγους. Αρνούνται συνήθως ότι το πρόβλημά τους είναι ψυχιατρικό. Όσες κοπέλες πάσχουν από νευρογενή ανορεξία και ιδιαίτερα οι γονείς τους, ως προεξάρχον και σοβαρό σύμπτωμα της αρρώστιας θεωρούν την αναστολή της εμμήνου ρύσεως. Έτσι είναι λογικό και αναμενόμενο να απευθύνονται σε γυναικολόγους και ενδοκρινολόγους. Επίσης, εμφανίζονται πολλοί γονείς στους παθολόγους ζητώντας να κάνουν εξετάσεις στα παιδιά τους, προκειμένου να διαπιστωθεί ο λόγος που αυτά δεν έχουν όρεξη. Κλασικά μάλιστα, ζητούν την χορήγηση στα ανορεξικά παιδιά τους, ενός "ορεξιόγόνου σιροπιού" ή "βιταμινών".

Υπήρξε περίπτωση νεαρής ασθενούς με βουλιμία, η οποία μετά από κάθε βουλιμικό επεισόδιο έκανε προκλητό έμετο, τον οποίον όμως απέκρυπτε από τους γονείς της. Έτσι οι γονείς της πίστευαν ότι η κόρη τους, ενώ έτρωγε κανονικά ή μάλλον υπερβολικά, εντούτοις ήταν αδύνατη. Άρα υπέθεσαν ότι είχε κάποιο παθολογικό λόγο, λόγω του οποίου έχανε βάρος. Το ίδιο υπέθεσαν και οι παθολόγοι στους οποίους απευθύνθηκαν και οι οποίοι προσπάθησαν να κάνουν διαφορική διάγνωση μεταξύ δυσαπορρόφησης, παρασίτωσης, η διαταραχής του μεταβολισμού.

Περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας ή νευρογενούς βουλιμίας προκαλούν σοβαρό διαγνωστικό προβληματισμό στους συναδέλφους των άλλων ειδικοτήτων, γιατί δεν είναι εξοικειωμένοι με την νοσολογική αυτή οντότητα. Οι γυναικολόγοι συνήθως προσπαθούν να επαναφέρουν την τακτική έμμηνο ρύση, χορηγώντας ορμονικά σκευάσματα. Οι ενδοκρινολόγοι εξαντλούν όλον τον ενδοκρινολογικό έλεγχο, αφού βρίσκουν ανωμαλίες στους άξονες υποθαλάμου - υπόφυσης - θυρεοειδούς, - γονάδων και επινεφριδίων. Η διαπίστωση των ανωμαλιών αυτών όμως δεν έχει καμμία πρακτική σημασία και οι εξετάσεις αυτές είναι περιττές. Οι παθολόγοι συχνά αναζητούν αίτια δυσαπορρόφησης, ή κάποιον καρκίνο, γιατί τους είναι δύσκολο να πιστέψουν, ότι οι ασθενείς αυτοί σιτίζονται με τόσο μικρή ποσότητα φαγητού.

Η Σ-Δ ψυχιατρική βοηθά σημαντικά στην διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας και κατευθύνει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους στη σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος, μέσω των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Επειδή μάλιστα οι νοσολογικές αυτές οντότητες απαντώνται συχνά στο γενικό νοσοκομείο, υπάρχουν σε μερικά νοσοκομεία, κυρίως της Γερμανίας, υπηρεσίες Σ-Δ ψυχιατρικής, οι οποίες ειδικεύονται στη θεραπεία αυτών των ασθενειών σε ειδικούς χώρους μέσα σε παθολογικές κλινικές.

## ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΕΩΣ ΤΡΟΦΗΣ

Αποτελεί διαφορετική κλινική οντότητα από την νευρογενή ανορεξία, καθότι πρόκειται για καθόλα συνειδητή άρνηση λήψεως τροφής, στα πλαίσια καταθλιπτικής διαταραχής. Την παρουσιάζουν συνήθως ασθενείς οι οποίοι είναι απελπισμένοι από την κατάσταση της σωματικής τους υγείας, όπως καρκινοπαθείς, ή ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη. Στην τελευταία περίπτωση, οι συγγενείς του ασθενούς απ' όλη την καταθλιπτική συμπτωματολογία, αξιολογούν μόνο την άρνηση λήψεως τροφής και για τον λόγο αυτό φέρνουν τον ασθενή στο νοσοκομείο. Έτσι, καλείται ο ψυχίατρος να αντιμετωπίσει τον ασθενή που παρουσιάζει την άρνηση λήψεως τροφής. Ο ψυχίατρος βέβαια διαπιστώνει ότι πρόκειται για καταθλιπτικό ασθενή.

Οι παθολόγοι αντιμετωπίζουν αυτούς τους ασθενείς είτε με παρεντερική σίτιση, είτε με χορήγηση τροφής μέσω ρινογαστρικού καθετήρα. Ο ψυχίατρος, εφόσον διαπιστώσει την ύπαρξη κατάθλιψης, μπορεί να χορηγήσει ενδοφλεβίως ορούς με χλωριμιπραμίνη. Σε μερικές περιπτώσεις αρνήσεως λήψεως τροφής, η άρνηση λαμβάνει παραληρητικούς χαρακτήρες. Σε αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυται η χορήγηση μικρών δόσεων αλοπεριδόλης ή χλωροπρομαζίνης.

## ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΕΜΕΤΟΙ

Δεν αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα, αλλά συμπτωματολογία που παρατηρείται μερικές φορές κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής καλείται από τους γυναικολόγους σε περιπτώσεις εγκύων γυναικών, συνήθως νεαρών, που βρίσκονται στην αρχή της εγκυμοσύνης τους, οι οποίες κάνουν συνεχείς εμέτους. Η συνήθης θεραπευτική αντιμετώπιση των γυναικολόγων με αντιεμετικά φάρμακα δεν αποδίδει και η έγκυος είναι απελπισμένη γιατί δεν μπορεί πρακτικά να σιτιστεί επαρκώς.

Κατά την ψυχιατρική συνέντευξη, αποκαλύπτεται ότι στις περιπτώσεις αυτές, η νεαρά έγκυος έχει υπερβολικό άγχος για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Οι συχνοί έμετοι αποτελούν εποικοδόμηση πάνω στην υφιστάμενη γαστρική ευαισθησία, που παρατηρείται συχνά στο πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Ως θεραπεία, επομένως, στις περιπτώσεις αυτές, συνιστάται η έντονη αγχώλυση. Λόγω της αδυναμίας λήψεως φαρμάκων από το στόμα, συνιστάται η χορήγηση διαζεπάμης, 10-30mg ενδοφλεβίως μέσα στους ορούς τους οποίους λαμβάνει η έγκυος, ή ενδομυϊκώς. Η θεραπεία αυτή χορηγείται για λίγες ημέρες ώστε να σταματήσει ο φαύλος κύκλος του άγχους για την εγκυμοσύνη και των εμέτων, η ύπαρξη των οποίων επιτείνει το άγχος και την απελπισία της εγκύου.

Παράλληλα, η έγκυος υποστηρίζεται ψυχολογικά, της εξηγείται η παθοφυσιολογία των εμέτων της και καθησυχάζεται. Επίσης, σημαντική είναι η λύση των αποριών που έχει η έγκυος σχετικά με την κατάστασή της, τον τοκετό και τη μητρότητα που την περιμένει. Η διαπίστωση απ' την άλλη πλευρά της εγκύου, ότι υπάρχει κάποιος που

ασχολείται με τους πραγματικούς ή φανταστικούς της φόβους και τα άγχη της, δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, η οποία της προξενεί ανακούφιση και της μειώνει το άγχος.

### **ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΔΙΨΙΑ**

Είναι σπάνια κατάσταση που συμβαίνει σε ασθενείς οι οποίοι προσπαθούν να καταστείλουν το άγχος τους με την κατανάλωση νερού. Ο μηχανισμός που προξενεί αυτή την παθολογική συμπεριφορά φαίνεται ότι ξεκινά από την ξηρότητα του στόματος που προκαλεί το άγχος λόγω ταχύπνοιας. Άλλοι αγχώδεις ασθενείς παραπονιούνται ότι τους στεγνώνει ο φάρυγγας. Έτσι πίνουν νερό προκειμένου να ανακουφίσουν το αίσθημα του "στεγνώματος". Στη συνέχεια όμως η συνεχής κατανάλωση νερού λαμβάνει έναν αυτόνομο αγχολυτικό χαρακτήρα και συνεχίζεται, χωρίς να υπάρχει αναγκαστικά ταχύπνοια και το αίσθημα της ξηρότητας. Το τελευταίο αντικαθίσταται προοδευτικά από το αίσθημα της δίψας και ο ασθενής αιτιάζεται για πολυδιψία ή συχνότερα για την συνοδό πολυουρία.

Οι ασθενείς αυτοί ανευρίσκονται σε παθολογικές κλινικές, όπου υφίστανται ενδεδειγμένη έλεγχο σακχαρώδους διαβήτη, ή σε ενδοκρινολογικές κλινικές, όπου ελέγχεται η ύπαρξη κάποιου διαβήτη. Καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες νερού και φτάνουν στο σημείο να μη μπορούν να κυκλοφορήσουν, χωρίς να έχουν μαζί τους εμφιαλωμένο νερό.

### **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ**

Η αϋπνία είναι το συχνότερο σύμπτωμα που παρουσιάζουν οι ασθενείς στο νοσοκομείο. Είναι συχνότερο από τον πόνο, τη διάρροια και τον πυρετό. Σχετίζεται βέβαια με το περιβάλλον του νοσοκομείου, που προκαλεί μεγάλη ενόχληση σε κάθε νοσηλευόμενο. Όμως η αϋπνία προκαλείται και από αυτό καθαυτό το γεγονός της ασθένειας και της νοσηλείας. Η ύπαρξη της οποιασδήποτε ασθένειας προκαλεί άγχος και σε μερικές περιπτώσεις και κατάθλιψη: Ως γνωστόν δε, ένα από τα πρώτα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης είναι η αϋπνία.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αϋπνία μειώνεται μετά τις πρώτες ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο. Ο νοσηλευόμενος προσαρμόζεται στο νέο περιβάλλον και συνήθως αντιμετωπίζει την κατάσταση της υγείας του με μεγαλύτερη ψυχραιμία. Εξαιρεση αποτελούν οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Το προηγούμενο βράδυ της εγχειρήσεως, λίγοι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν ικανοποιητικά, χωρίς κάποια φαρμακευτική βοήθεια.

Όταν η διαταραχή του ύπνου παρατείνεται ή προκαλεί έντονη δυσφορία στον ασθενή, τότε απαιτείται η χορήγηση υπναγωγού φαρμάκου. Δυστυχώς μεταξύ των γιατρών επικρατεί η άποψη ότι τα υπναγωγά και τα αγχολυτικά φάρμακα είναι

επικίνδυνα. Για τον λόγο αυτό η χρήση τους στο νοσοκομείο είναι περιορισμένη, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να υποβάλλονται σε περιττή δοκιμασία. Δεν κοιμούνται ικανοποιητικά και έτσι την άλλη ημέρα είναι κουρασμένοι, τλαιπωριμένοι και δύσθυμοι. Αντίθετα, όταν τους χορηγηθεί κάποιο αγχολυτικό φάρμακο, μειώνεται το άγχος τους και κοιμούνται ευκολότερα. Ακόμα η μείωση του άγχους βελτιώνει την συνεργασιμότητα των ασθενών και παραλληλα μειώνει τη δυσφορία τους.

Η χρήση των υπναγωγών και των αγχολυτικών βενζοδιαζεπινών, κρύβει ελάχιστους κινδύνους, αν ακολουθηθούν ορισμένες αρχές στη χορήγησή τους:

1. Η συνήθης αϋπνία προκαλείται από το άγχος του ασθενούς. Επομένως, η χορήγηση ενός αγχολυτικού μία ώρα πριν από την ώρα του ύπνου, είναι ικανή να βοηθήσει τον ασθενή να κοιμηθεί ομαλά.
2. Στο περιβάλλον του νοσοκομείου είναι προτιμότερο να χορηγείται ένα αγχολυτικό μακράς δράσεως, με μεγάλη δηλαδή ημιπερίοδο ζωής, γιατί αυτό θα μειώσει και το αναμενόμενο άγχος της επόμενης ημέρας.
3. Τα υπναγωγά πρέπει να χορηγούνται μόνο όταν η αϋπνία δεν μπορεί να ελεγχθεί με τη χρήση των αγχολυτικών.
4. Η χρήση των υπναγωγών πρέπει να είναι περιστασιακή και όχι καθημερινή. Η καθημερινή χορήγηση βενζοδιαζεπινών υπναγωγών προκαλεί εθισμό, εξάρτηση και αντοχή.
5. Όταν ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο, οφείλει ο γιατρός να του δώσει σαφείς οδηγίες για την χρήση και τον τρόπο διακοπής των υπναγωγών και των αγχολυτικών κατά την διάρκεια της ανάρρωσης.
6. Το σπίτι του ασθενούς είναι σαφώς λιγότερο αγχογόνο από το νοσοκομείο. Επομένως, συνήθης πρακτική είναι η σταδιακή μείωση της δοσολογίας και η διακοπή του αγχολυτικού ή του υπναγωγού μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.
7. Ο γιατρός πρέπει μαζί με το εξιτήριο να χορηγήσει συνταγή που να περιέχει την απαιτούμενη ποσότητα αγχολυτικού, η οποία να καλύπτει όλη την περίοδο της σταδιακής μείωσης του φαρμάκου. Σε αντίθετη περίπτωση ο ασθενής διακόπτει το φάρμακο απότομα, με αποτέλεσμα να εμφανιστούν φαινόμενο αναπήδησης (rebound). Αυτό δημιουργεί στον ασθενή την πεποίθηση ότι το αγχολυτικό ή το υπναγωγό φάρμακο του είναι απολύτως απαραίτητο.

## **ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Τα φάρμακα που χρησιμοποιεί ο ψυχίατρος είναι γενικά πολύ ασφαλή. Εκατομμύρια ασθενείς λαμβάνουν διά βίου αντιψυχωσική αγωγή, χωρίς, στις συντριπτικά περισσότερες περιπτώσεις, να τους προξενεί καμία βλάβη. Η ανακάλυψη μάλιστα των βενζοδιαζεπινών, που αντικατέστησαν τα βαρβιτουρικά και η εισαγωγή των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και των νεωτέρων

αντικαταθλιπτικών, έκαναν τους ψυχιάτρους να είναι οι ευτυχέστεροι των ιατρών, στον τομέα της ασφάλειας των φαρμάκων που χορηγούν. Στην άσκηση όμως της ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο, υπάρχουν μερικές περιπτώσεις στις οποίες η χορήγηση φαρμάκων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή.

Η χορήγηση βενζοδιαζεπινών σε ασθενείς με έντονο **αναπνευστικό** πρόβλημα μπορεί να αυξήσει το πρόβλημα των ασθενών, λόγω της καταστολής που προξενούν στο αναπνευστικό κέντρο. Εντούτοις στην πράξη, η χορήγηση μικρών δόσεων, όπως π.χ. 3mg βρωμαζεπάμης ημερησίως, συνήθως βοηθά μάλλον τους ασθενείς, μειώνοντας το άγχος που τους προκαλεί η δύσπνοια.

Οι βενζοδιαζεπίνες επίσης χρησιμοποιούνται συστηματικά για την καταστολή του άγχους, στους καρδιοπαθείς. Όμως ο ψυχίατρος πρέπει να έχει πάντα υπόψη του ότι μαζί με το άγχος αυτές καταστέλλουν και την **αρτηριακή πίεση**.

Τέλος, εξαιρετική προσοχή απαιτείται στη χορήγηση αγχολυτικών σε ασθενείς που πάσχουν από **βαρεία μυασθένεια**. Ενώ θεωρητικά υπάρχει απόλυτη αντένδειξη, εντούτοις ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με περιπτώσεις ασθενών, των οποίων το άγχος προκαλεί συνεχή μυϊκή τάση και άρα ταχύτερη μυϊκή εξάντληση. Στις περιπτώσεις αυτές, η χορήγηση μικρών δόσεων βενζοδιαζεπινών, όπως π.χ. 0,25mg αλπραζολάμης, είναι επιτακτική. Επίσης, μπορεί να δοκιμαστεί η χορήγηση βουσπιρόνης, η οποία δεν προκαλεί μυοχαλάρωση. Ακόμα, εφ' όσον το άγχος αποτελεί εκδήλωση κατάθλιψης, η χορήγηση SSRIs ή άλλων από τα νεότερα αντικαταθλιπτικά, μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικότερα τον ασθενή.

Σε μεγάλη δυσκολία έρχεται ο ψυχίατρος όταν καλείται να αντιμετωπίσει **παραληρητικούς ασθενείς**, οι οποίοι όμως παράλληλα πάσχουν και από **εξωπυραμιδική συνδρομή**. Ένας ηλικιωμένος παρκινσονικός ασθενής που λόγω οργανικού ψυχοσυνδρόμου, ή άνοιας γίνεται παραληρητικός, διεγερτικός, με οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις, θέτει τον ψυχίατρο σε δίλημμα. Η χορήγηση νευροληπτικών αναμένεται να επιδεινώσει την εξωπυραμιδική του συμπτωματολογία. Η χορήγηση βενζοδιαζεπινών μαζί με την ταυτόχρονη ελάττωση της δόσολογίας των αγωνιστών της ντοπαμίνης και της L-dopa, μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή. Τέλος, τα άτυπα νευροληπτικά, όπως η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη μπορεί να δοκιμαστούν σε τέτοιες περιπτώσεις.

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ BURNED-OUT SYNDROME**

Αποτελεί μια νέα νοσολογική οντότητα, στην οποία κατατάσσονται οι αντιδράσεις, ψυχολογικές αλλά και σωματικές, του προσωπικού που ασχολείται με ασθενείς βαρέως πάσχοντες και ασθενείς που πεθαίνουν. Έχει παρατηρηθεί ότι γιατροί, νοσηλεύτες, αλλά ακόμη και καθαριστές, που φροντίζουν ασθενείς που βρίσκονται στα τελευταία στάδια ανιάτων ασθενειών, μερικές φορές, μετά συνεχή και παρατεταμένη εργασία σε αυτό το αντικείμενο, αλλάζουν συμπεριφορά. Γίνονται ευερέθιστοι, νευρικοί ή αδιάφοροι



και απαθείς. Απουσιάζουν συχνά από την εργασία τους και παρουσιάζουν άτυπη συμπτωματολογία, η οποία περιλαμβάνει τόσο σωματικά συμπτώματα, όπως κεφαλαλγίες, ζάλη, τάση για λιποθυμία, κοιλιακά άλγη, όσο και ψυχικά συμπτώματα, όπως άγχος και κατάθλιψη. Οι συχνές απουσίες από την εργασία τους οφείλονται σε μεγαλύτερη επιρρέπεια στην ανάπτυξη ιώσεων αλλά και άλλων σωματικών ασθενειών, λόγω πιθανής ελάττωσης της άμυνας του οργανισμού τους.

Ο ψυχίατρος της Σ-Δ ψυχιατρικής, γνωρίζοντας την ύπαρξη αυτού του συνδρόμου, στρέφει την προσοχή του στο προσωπικό των ευαίσθητων τομέων του νοσοκομείου. Στην ιδανικότερη περίπτωση, οργανώνει ομάδες μέσα στις οποίες το προσωπικό συζητά τα προβλήματά του. Οι ομάδες αυτές περιλαμβάνουν το προσωπικό μιας συγκεκριμένης μονάδος, όπως ογκολογικών ιατρείων ή μονάδας τεχνητού νεφρού, συνέρχεται μια φορά την εβδομάδα ή μια φορά το μήνα και συζητά για μία έως μία και μισή ώρα. Η συζήτηση μπορεί να κατευθύνεται από τον ψυχίατρο ή άλλο άτομο και περιστρέφεται τόσο γύρω από τα συμβαίνοντα στο τμήμα, όσο και γύρω από προσωπικά θέματα των μελών της ομάδας. Σκοπός αυτών των συζητήσεων είναι η διευκόλυνση έκφρασης των συναισθημάτων, ώστε να εκτονώνεται η μεγάλη συναισθηματική ένταση που δημιουργεί αυτή η επίπονη απασχόληση σε αρκετούς εργαζόμενους.

Είτε μέσω αυτών των ομάδων είτε με άλλους τρόπους, ο ψυχίατρος απομονώνει τα άτομα που χρειάζονται ειδική θεραπεία και μεταχείριση. Ανάλογα των περιπτώσεων μπορεί να συστήσει αγχολυτική αγωγή, αντικαταθλιπτική θεραπεία, ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, αναρρωτική άδεια ή ακόμα και αλλαγή αντικειμένου εργασίας.

Για να μπορέσει ο ψυχίατρος να επεμβαίνει σε διοικητικά θέματα, όπως αυτά της μετάθεσης ενός εργαζομένου ή της χορήγησης αναρρωτικής άδειας, οφείλει να διατηρεί καλές σχέσεις με τη διοίκηση του νοσοκομείου, όπως και τους επικεφαλής του νοσηλευτικού και άλλου παραϊατρικού προσωπικού. Τέλος είναι αυτονόητο ότι ο ψυχίατρος πρέπει να έχει καλές σχέσεις με όλο το προσωπικό του νοσοκομείου και να μην είναι απομονωμένος ή απροσπέλαστος, ώστε να έχει το θάρρος κάθε εργαζόμενος να του αναφέρει τα προβλήματα που του δημιουργεί η εργασία του.

## **ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ**

### **ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ**

Ο ψυχίατρος στο Γενικό Νοσοκομείο καλείται σε μερικές περιπτώσεις να γνωματεύσει εάν ένας άρρωστος που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, μπορεί να δικαιοπρακτήσει. Υπάρχουν περιπτώσεις που η ικανότητα για δικαιοπραξία ενός ασθενούς μπορεί να τεθεί εν αμφιβόλω. Συνήθως αυτό συμβαίνει όταν ένας ασθενής ζητήσει να συντάξει τη διαθήκη του, ή θελήσει να κάνει ένα συμβόλαιο, για να μεταβιβάσει περιουσιακά του στοιχεία, σε συγγενείς του. Στις περιπτώσεις αυτές ο συμβολαιογράφος, προκειμένου

να είναι καλύτερα κατοχυρωμένος, ζητεί την παρουσία ενός ειδικού ιατρού, ή την σύνταξη προσφάτου ιατρικής πραγματογνωμοσύνης.

Ανάλογη γνωμάτευση μπορεί να απαιτηθεί, προκειμένου να δοθεί εξουσιοδότηση από τον ασθενή σε συγγενή του, ώστε να μπορέσει αυτός να εισπράξει την σύνταξη του, ή να κάνει ανάληψη από τραπεζικό λογαριασμό του ασθενούς.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ο γιατρός θα πρέπει να μη παρασυρθεί από τα πραγματικά γεγονότα, ή το καλώς εννοούμενο συμφέρον του ασθενούς, όπως φαίνεται εκείνη την στιγμή. Θα πρέπει ο γιατρός να παραμένει προσηλωμένος στο στενό ιατρικό καθήκον. Δηλαδή, πρέπει κάθε φορά να εκτιμά λεπτομερώς εάν ο ασθενής τη δεδομένη στιγμή κατανοεί την πράξη του και τις συνέπειά της. Παράλληλα, θα πρέπει να καταγράφεται αν ο ασθενής έχει καλό προσανατολισμό στον χώρο, τον χρόνο και γνωρίζει τα πρόσωπα, με τα οποία έρχεται σε επαφή. Σε περίπτωση αφασικών διαταραχών, πρέπει αυτές να καταγράφονται και να εξετάζεται αν αυτές επηρεάζουν την έκφραση της βούλησής του.

Οι παραπάνω υποδείξεις δεν είναι κενές περιεχομένου, ούτε αποτελούν υπερβολή, γιατί δεν είναι λίγες οι φορές που διαθήκες και συμβόλαια που συνταχθηκαν στο νοσοκομείο, αργότερα αμφισβητήθηκαν στα Δικαστήρια. Ακόμα ιατρικές γνωματεύσεις, που δόθηκαν με καλή πίστη από τον γιατρό, καταχρηστικά, προκειμένου π.χ. να εισπραχθεί η σύνταξη του ασθενούς, στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν για μεταβίβαση μεγάλων ποσών ή σύνταξη συμβολαίων. Έτσι χωρίς να το θέλει ο γιατρός, είναι δυνατόν να βρεθεί μπλεγμένος και ένοχος σωρείας αδικημάτων.

Για τους λόγους αυτούς, δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση ο ψυχίατρος στο πλαίσιο της Σ-Δ ψυχιατρικής να αναγράφει στα σημειώματα που δίνει στους συναδέλφους του ή στους φακέλους των ασθενών την διάγνωση "άνοια" ή "ανοϊκή συνδρομή". Είναι πιθανό μια τέτοια εγγραφή να χρησιμοποιηθεί αργότερα και σε ανύποπτο χρόνο, από κάποιον κακόπιστο προκειμένου να ανατρέψει πράξεις του ασθενούς. Και βέβαια, σε τέτοια περίπτωση ο γιατρός είναι υπόλογος για την διάγνωση του, αν εγκληθεί από τον ανακριτή. Ο γιατρός για να αποφύγει αυτό τον σκόπελο, μπορεί σε περιπτώσεις που ο ασθενής εμφανίζει ανοϊκά στοιχεία, να αναγράφει σαν διάγνωση τον όρο "οργανικό ψυχοσύνδρομο". Αυτός είναι ένας γενικός όρος, που αφ' ενός περιλαμβάνει την άνοια, χωρίς όμως να μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο νομικής εκμετάλλευσης, γιατί δεν είναι εύκολα αντιληπτός από τους νομικούς και απαιτεί ιατρική επεξήγηση, αφ' ετέρου περιλαμβάνει καταστάσεις αναστρέψιμες και επομένως δίνει μεγαλύτερη διαγνωστική ευελιξία και δεν αποτελεί πρόκριμα για το μέλλον του ασθενούς.

Γενικά ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει, ότι οι νομικοί δεν είναι γιατροί και επομένως δεν χρησιμοποιούν την ιατρική ορολογία με τον τρόπο που την χρησιμοποιούν οι γιατροί. Κάθε λέξη της ιατρικής ορολογίας, μπορεί να καταλήξει να ερμηνευτεί με φιλολογικούς όρους στα χέρια των νομικών, προκειμένου να φτάσουν στο συμπέρασμα που αυτοί επιδιώκουν. Με τον τρόπο αυτό όμως οι νομικοί φέρνουν σε θέση συνεννοχής και τον γιατρό που συνέταξε τον συγκεκριμένο όρο.

Η σύνταξη πραγματογνωμοσύνης για την κατάσταση της ψυχικής υγείας ενός νοσηλευόμενου, **δεν** αποτελεί υποχρέωση του ψυχιάτρου του νοσοκομείου. Άλλωστε ένα τέτοιο πιστοποιητικό μπορεί να συνταχθεί και από οποιονδήποτε ιατρό, ο οποίος και φέρει και την ευθύνη για τα όσα γράφει, όπως και για την χρήση την οποία μπορεί να έχει το ιατρικό πιστοποιητικό.

Κάθε γιατρός που εκδίδει ιατρική βεβαίωση πρέπει να γνωρίζει ότι μπορεί να συρθεί στον Ανακριτή και στο Δικαστήριο, για λόγους που κατά τη στιγμή της συντάξεως του πιστοποιητικού, δεν μπορεί να υποψιαστεί. Ακόμα ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει ότι το βάρος των αποδείξεως των ισχυρισμών του, πέφτει στον ίδιον, ο οποίος μάλιστα και θα κληθεί να πληρώσει για την νομική του υπεράσπιση.

Αυτό πρέπει να τον κάνει ιδιαίτερα προσεκτικό στην αποδοχή προσκλήσεως για σύνταξη πιστοποιητικών, αλλά και στην διατύπωσή τους. Η διατύπωση κάθε ιατρικού πιστοποιητικού πρέπει να είναι **σαφής** και **περιγραφική**. Πρέπει να αποφεύγονται ιατρικοί όροι, αφού δεν απευθύνεται σε ιατρούς αλλά σε νομικούς, οι οποίοι μάλιστα μπορεί να προσπαθήσουν να παρερμηνεύσουν τα γραφόμενα, προκειμένου να βοηθήσουν τον πελάτη τους. Τέλος, χρήσιμο είναι στην περιγραφή της κατάστασης του ασθενούς να δίνεται έμφαση στον χρονικό ορίζοντα των συμπερασμάτων. Έτσι, συνιστάται η αναγραφή σε κάθε ιατρικό πιστοποιητικό της φράσης “κατά τη στιγμή της εξέτασης”, ούτως ώστε να εμποδίζεται η χρησιμοποίηση του πιστοποιητικού αυτού για να καλυφθούν πράξεις που έγιναν αργότερα.

## ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η ιατρική δεοντολογία έχει πλήρη και καθολική εφαρμογή και στη άσκηση της Σ-Δ ψυχιατρικής. Κάθε μέλος της ομάδος πρέπει να έχει ως υπέρτατο καθήκον του την φροντίδα του ασθενούς, που βρίσκεται κάτω από την σκέπη του νοσοκομείου, το οποίο του έχει αναθέσει αυτή την υπηρεσία. Όμως η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής ενός νοσοκομείου, οφείλει να τηρεί ορισμένους κανόνες δεοντολογίας που ισχύουν στην ιατρική κοινότητα που εργάζεται. Βασικός κανόνας ιατρικής δεοντολογίας που καθορίζει τις σχέσεις των διαφόρων εμπλεκόμενων ιατρών, στην προσπάθεια που καταβάλλουν για την θεραπεία ενός ασθενούς, είναι ο κανόνας της **ευθύνης**. Δηλαδή τον πρώτο λόγο στον χειρισμό του ασθενούς και των συγγενών του, έχει ο γιατρός που έχει και την ευθύνη του ασθενούς. Στα νοσοκομεία συνήθως αυτή την ευθύνη έχει ο προϊστάμενος της πτέρυγας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Ο Διευθυντής της κλινικής συνήθως δεν έχει άμεση εποπτεία του κάθε ασθενούς. Επομένως η οποιαδήποτε συνεννόηση για τους θεραπευτικούς χειρισμούς ενός ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει οπωσδήποτε και τον υπεύθυνο της πτέρυγας ή του θαλάμου. Στο σημείο αυτό η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής πρέπει να είναι ιδιαίτερα σχολαστική, προκειμένου να αποφευχθούν παρεξηγήσεις και παρανοήσεις, οι οποίες πάντα αποβαίνουν εις βάρος του κύρους της.

Μερικές φορές, κατά την άσκηση της Σ-Δ ψυχιατρικής, ο ψυχίατρος διαπιστώνει ότι ο ασθενής ή οι συγγενείς του δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι για την κατάσταση ή την

πρόγνωση της ασθένειας. Έτσι προκύπτουν θέματα **ενημέρωσης** των συγγενών του ασθενούς ή και του ίδιου του ασθενούς. Όμως σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει ο ψυχίατρος να προβαίνει σε ενημέρωση οποιουδήποτε, χωρίς την πλήρη συμφωνία του γιατρού που έχει την ευθύνη του ασθενούς. Συχνά απαιτείται περισσότερος χρόνος για τον χειρισμό των συναδέλφων, ώστε αυτοί να αποφασίσουν να ενημερώσουν σωστά τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής θα είναι τελικά κερδισμένη, εάν υιοθετήσει την στάση του απόλυτου σεβασμού της **ιεραρχίας** και της **δεοντολογίας** που επικρατεί σε κάθε νοσοκομείο. Αν όμως διαπιστώσει ότι σε κάποιον τομέα του νοσοκομείου, υπάρχουν προβλήματα τότε πρέπει να προσπαθήσει να τα επιλύσει με ήπιο, διακριτικό και υπαινικτικό τρόπο. Ακόμα μπορεί να οργανώσει συγκεντρώσεις, όπου θα ευαισθητοποιήσει τους συναδέλφους, οι οποίοι απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό.

### **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Όπως φάνηκε και από τις αναφορές στις επιμέρους κλινικές οντότητες που αντιμετωπίζει ο ψυχίατρος στην καθημερινή του πρακτική στο γενικό νοσοκομείο, οι παρεμβάσεις του έχουν ένα μεγάλο εύρος. Από την πρώτη του επαφή με τον άρρωστο ξεκινά μια θεραπευτική διαδικασία. Συχνά μάλιστα η διαδικασία ξεκινά πριν ακόμα εμφανιστεί ο ψυχίατρος. Από τον τρόπο που ο ειδικευόμενος παθολόγος ή υπεύθυνος γιατρός της κλινικής ενημερώνει τον ασθενή ότι πρόκειται να τον εξετάσει ψυχίατρος, ο ασθενής προϋδεάζεται και περιμένει με ανάλογα συναισθήματα τον ψυχίατρο. Τότε ξεκινά η ανάπτυξη μεταβιβαστικών συναισθημάτων προς τον ψυχίατρο.

Ο γράφων είχε την ευκαιρία να διαπιστώσει την αλλαγή των μεταβιβαστικών συναισθημάτων των ασθενών, ανάλογα με την στάση των παθολόγων προς την Σ-Δ ψυχιατρική. Όταν στις αρχές του 1990 αναπτύχθηκε η συνεργασία της Σ-Δ ψυχιατρικής με την συγκεκριμένη παθολογική κλινική, οι γιατροί της κλινικής ήταν πολύ επιφυλακτικοί στην αναγκαιότητα και την χρησιμότητα της ψυχιατρικής εξέτασης των ασθενών τους. Έτσι, όταν σπάνια παρέπεμπαν τους ασθενείς τους στον ψυχίατρο, ήταν απολογητικοί προς τους ασθενείς τους, σαν να τους υπέβαλαν σε μία περιττή και ίσως επιζήμια εξέταση. Η κυρίαρχη νοοτροπία των γιατρών συνοψιζόταν στην φράση "μη μπλέξεις με ψυχίατρο και ψυχοφάρμακα". Αποτέλεσμα αυτής της στάσης, ήταν οι ασθενείς όταν αντίκριζαν για πρώτη φορά τον ψυχίατρο να είναι επιφυλακτικοί. Ο ψυχίατρος έπρεπε με την συμπεριφορά του, να ανατρέψει αυτή την αρνητική στάση των ασθενών. Έπρεπε πρώτα να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους, προκειμένου να αναπτύξει μια θεραπευτική σχέση μαζί τους.

Γρήγορα όμως τα πράγματα άλλαξαν. Οι γιατροί της κλινικής διαπίστωσαν στην καθημερινή πρακτική την αναγκαιότητα της Σ-Δ ψυχιατρικής. Ο ψυχίατρος έγινε ένας σημαντικός και πολύτιμος συνεργάτης τους. Ο τρόπος πλέον που παρουσιάζουν την ψυχιατρική εξέταση στους ασθενείς τους είναι τελείως διαφορετικός. Μερικές φορές προϋδεάζουν τους ασθενείς τόσο θετικά ώστε αυτοί να περιμένουν τον ψυχίατρο σαν

τον μεσία που θα τους λύσει το διαγνωστικό ή το θεραπευτικό τους πρόβλημα. Όπως είναι φυσικό σ' αυτές τις περιπτώσεις τα θετικά συναισθήματα των ασθενών, δημιουργούν μια ισχυρή θεραπευτική συμμαχία, η οποία επαυξάνει την αποτελεσματικότητα του ψυχιάτρου.

Η ψυχιατρική παρέμβαση στο χώρο του γενικού νοσοκομείου είναι βεβαίως αρκετά διαφορετική, από αυτή που γνωρίζουν οι ψυχίατροι στο ιατρείο τους ή το ψυχιατρείο. Ο ψυχίατρος στην άσκηση της Σ-Δ ψυχιατρικής, δεν διαθέτει ψυχαναλυτικό ντιβάνι. Ούτε έχει την πολυτέλεια να βλέπει τον ασθενή του πολλές φορές. Συνήθως εξετάζει τον ασθενή μία έως δύο φορές στο νοσοκομείο και αν είναι δυνατό από τις συνθήκες, μπορεί να τον ξαναδεί σε βάση εξωτερικής μετανοσοκομειακής παρακολούθησης. Ένας ψυχίατρος ή ψυχολόγος με κλασική εκπαίδευση μπορεί να θεωρήσει ότι είναι αδύνατο να γίνει το οτιδήποτε με αυτούς τους περιορισμούς. Όμως η πείρα έχει δείξει ότι και αυτή η μόνη και σύντομη επικοινωνία με τον ασθενή, έχει προκαλέσει μείζονες αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης των πραγμάτων από τον ασθενή.

Πολλές φορές οι ασθενείς εκμυστηρεύονται στον ψυχίατρο, ακόμα και μέσα στον θάλαμο του νοσοκομείου, πράγματα που δεν τα είχαν πει σε κανέναν. Διατυπώνουν σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία δεν τολμούσαν να τα αγγίξουν. Ίσως το γεγονός της αρρώστιας και της νοσηλείας τους, να φέρνει τους ασθενείς πιο κοντά στα συναισθήματά τους. Ακόμα δεν πρέπει να μας διαφεύγει και το γεγονός ότι ο άρρωστος στον χώρο του νοσοκομείου, άσχετα από τη δική του κατάσταση, βρίσκεται πιο κοντά στον θάνατο. Όσο καλούς μηχανισμούς άρνησης και να διαθέτει κανείς, ο θάνατος και η ταλαιπωρία του ασθενούς του διπλανού θαλάμου, είναι ένα γεγονός που κάνει τον καθένα να αναλογιστεί το πεπερασμένο της ύπαρξής του. Στο χώρο του νοσοκομείου συνειδητοποιεί κανείς πόσο εύκολα μπορεί να ανατραπεί η οικογενειακή ή η επαγγελματική επιτυχία. Πόσο εύθραυστη είναι η ευτυχία. Και από την άλλη, πόσο μεγάλη σημασία μπορεί να έχει και πόσο χαρά μπορεί να φέρει, μια ώρα χωρίς πόνο ή ένας καλός ύπνος. Έτσι το νοσοκομείο μπορεί να λειτουργήσει καταλυτικά στην ψυχολογική δομή του ασθενούς.

Εξάλλου ο ψυχίατρος αποτελεί για τον ασθενή ένα μέλος του νοσοκομείου, με ιδιαίτερο κύρος, του οποίου η γνώμη βαρύνει ιδιαίτερα. Έτσι, μόνο το γεγονός ότι ο ψυχίατρος **άκουσε** τον ασθενή, αποτελεί για τον τελευταίο σημαντικό γεγονός, μέρος μάλιστα της “καθαρκτικής” λειτουργίας που συντελείται μέσα του. Η στάση του ψυχιάτρου, σε όσα άκουσε και τα σχόλιά του, λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τον ασθενή. Επίσης οι ψυχολογικές **ερμηνείες** που δίνει ο ψυχίατρος, ή οι **συμβουλές** για την αντιμετώπιση καταστάσεων που ταλανίζουν τον ασθενή, έχουν μερικές φορές εντυπωσιακά αποτελέσματα. Επανελημμένα έρχονται ασθενείς μετά μήνες ή χρόνια και αποκαλύπτουν ότι μια λέξη ή μια συμβουλή του ψυχιάτρου τους έκαναν να αλλάξουν.

Η παρέμβαση της Σ-Δ ψυχιατρικής δεν έχει μόνο στόχο τον ασθενή, αλλά κατευθύνεται και προς τους **συγγενείς** του ασθενούς. Επομένως όσα προαναφέρθηκαν έχουν ισχύ και για τους οικείους του ασθενούς, οι οποίοι τον περιβάλλουν στο

νοσοκομείο. Επιπλέον οι συγγενείς ζητούν από τον ψυχίατρο οδηγίες, για τον τρόπο που πρέπει αυτοί να χειρίζονται τον ασθενή και τα ψυχολογικά του προβλήματα.

Τέλος, η υπηρεσία Σ-Δ ψυχιατρικής παραπέμπει τον ασθενή του νοσοκομείου, που χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση, σε ανάλογες ψυχιατρικές υπηρεσίες. Αρμόδιες υπηρεσίες μπορεί να διαθέτει και η ίδια η Σ-Δ ψυχιατρική ή η ψυχιατρική κλινική στην οποία ανήκει.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η άσκηση της ψυχιατρικής στο χώρο του γενικού νοσοκομείου είναι μια συναρπαστική εμπειρία. Καθημερινά περιμένει τον ψυχίατρο κάτι καινούργιο. Ο ψυχίατρος μπορεί να γίνει ο καλός σύμβουλος κάθε αρρώστου αλλά και κάθε εργαζόμενου στο νοσοκομείο.

Απ' την άλλη, η καθημερινή ενασχόληση με ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται αντιμέτωποι με κάποια σοβαρή αρρώστια, δημιουργεί άγχος. Αν αναλογιστεί κανείς ότι η κύρια εργασία του ψυχιάτρου στο νοσοκομείο είναι η ανακούφιση των ασθενών από το άγχος που τους προξενεί η ύπαρξη της σωματικής τους αρρώστιας, μπορεί να καταλάβει πώς αυτό το άγχος μεταδίδεται και στον ψυχίατρο.

Το γεγονός και μόνο της νοσηλείας προκαλεί την ανάδυση του απωθημένου υπαρξιακού άγχους, που κρύβεται σε κάθε σκεπτόμενο άνθρωπο. Οι περισσότεροι γιατροί για λόγους ψυχικής αυτοπροστασίας, αποστασιοποιούνται συναισθηματικά από τον ασθενή τους. Στη θέση του αρρώστου αυτοί βλέπουν την αρρώστια.

Ο ψυχίατρος αν θέλει να κάνει καλά την δουλειά του, πρέπει να πλησιάσει συναισθηματικά τον ασθενή. Έτσι έχει την ευκαιρία να διαπιστώσει ότι πίσω από τα λόγια των περισσότερων ασθενών κρύβεται το άγχος τους, όταν καταλαβαίνουν ότι η ύπαρξη τους μπορεί να φτάνει στο τέλος της. Αλλά ακόμα και αν δεν αντιμετωπίζουν οι ίδιοι μια ανίατη αρρώστια, η παραμονή και νοσηλεία ενός ασθενούς σε ένα θάλαμο εντατικής νοσηλείας, ή και σε ένα θάλαμο όπου όμως κάποιος συνασθενής έχασε την μάχη με τον θάνατο, καταρρίπτει την θεωρία ότι είμαστε απρόσβλητοι. Ο ασθενής στο νοσοκομείο συνειδητοποιεί ότι η ύπαρξη του έχει μια ημερομηνία λήξης.

Τα συναισθήματα που ξυπνούν στους ασθενείς, μεταβιβάζονται στον ευαίσθητο ψυχίατρο, ο οποίος αναλογίζεται ότι και η δική του ύπαρξη έχει ημερομηνία λήξεως. Έτσι η άσκηση της Σ-Δ ψυχιατρικής είναι όχι μόνο ψυχοφθόρος αλλά προκαλεί σημαντικές μεταβολές στη προσωπικότητα όσων την ασκούν.