



**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Θέμα Πτυχιακής Εργασίας:

## **Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ**  
**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΗ ΟΜΑΔΑ: ΒΛΑΝΤΗ ΕΛΕΝΗ**  
**ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2005**



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	4
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	7
1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	7
2. ΣΚΟΠΟΣ.....	7
3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	13
1.1 Α. ΟΡΓΑΝΩΣΗ.....	13
ΠΡΟΤΥΠΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ.....	13
1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	20
1.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	22
1.4 ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	24
1.5 ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ.....	26

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

<b>Β. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ</b> .....	28
2.1 ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ.....	28
α) ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.....	28
β) ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ.....	29
2.2 ΠΡΟΤΥΠΑ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ.....	29
2.3 ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	30
ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ .....	31
2.4 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ Σ-Δ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	36
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ .....	36
2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	40

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	42
3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	42
3.2 Ο ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ.....	45
3.3 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	47
3.4 ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ – ΑΝΟΙΑ.....	49
3.5 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	51
3.6 ΜΑΝΙΑ.....	52
3.7 ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	54
ΨΥΧΩΣΗ ΛΟΧΕΙΑΣ.....	54
ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	55
ΕΚΤΡΩΣΗ.....	55
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	57
ΤΟΚΕΤΟΣ.....	57
3.8 ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.....	60
3.9 Ο ΦΟΡΕΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS .....	62
3.10 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ .....	65
3.11 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ .....	67
3.12 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ.....	71
(BURNED OUT SYNDROME) .....	71

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

4.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ.....	73
4.2 ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ.....	73
4.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΙ.....	74

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ.....	75
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>78</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>79</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>80</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το παρόν σύγγραμμα εντάσσεται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής στο Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ.

Αποφασίσαμε να επιλέξουμε ως θέμα της εργασίας μας την «Συμβουλευτική - διασυνδεδετική ψυχιατρική στο χώρο της υγείας» για δύο λόγους:

Ο πρώτος λόγος έγκειται στο ότι η Σ-Δ είναι υποειδικότητα της ψυχιατρικής που άρχισε να αναπτύσσεται στον Ευρωπαϊκό χώρο τα τελευταία χρόνια, από το 1982. Το γεγονός αυτό κέντρισε την περιέργειά μας, καθώς και την θέλησή μας να ανακαλύψουμε την «γνώση» που κρύβει η νέα αυτή επιστήμη.

Ο δεύτερος λόγος είναι πιο προσωπικός: επειδή και οι δύο συγγραφόντες εργαζόμαστε ως επαγγελματίες στο χώρο της Υγείας, η ενασχόλησή μας με την Σ-Δ ψυχιατρικής, μας εφοδίασε με γνώσεις και ενέτεινε την ευαισθητοποίησή μας στην παροχή ολιστικής φροντίδας στον άρρωστο.

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 υπηρεσιών υγείας, κατέστησαν την παρουσία της Ψυχιατρικής υπηρεσίας στο γενικό νοσοκομείο απαραίτητη. Κύρια αίτια αυτής της ανάγκης είναι η καθημερινή εξέλιξη της τεχνολογίας και η διεύρυσή της σ' όλους τους τομείς της ιατρικής πρακτικής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο γιατρός να χάνει όλο και περισσότερο την ταυτότητά του σαν θεραπευτής και να την αντικαθιστά με αυτήν του τεχνοκράτη. Ακόμα, η είσοδος στα νοσοκομεία τεχνολόγων και οικονομολόγων, μεταβάλλει προοδευτικά τον ασθενή σε καταναλωτή υπηρεσιών υγείας (Σακκάς Π., 1999).

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. Υπάρχει μια συνεχώς μεγαλύτερη πίεση προς τον γιατρό για να ζητήσει την εκτέλεση εξετάσεων και παρακλινικών δοκιμασιών. Η πίεση αυτή προέρχεται τόσο απ' τη μεριά αυτών που παράγουν, διαχειρίζονται και εκμεταλλεύονται την ιατρική τεχνολογία, όσο και από τη μεριά των καταναλωτών, δηλαδή των ασθενών (Σακκάς Π. 1999 - Χριστόδουλος Γ. 2002).

Τα μεγάλα επιτεύγματα της ιατρικής, κυρίως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, καλλιέργησαν στον κόσμο την αντίληψη της αιώνιας νεότητας και της αθανασίας. Η ιατρική επιστήμη ωφελεί να νικά κάθε νόσημα και να επαναφέρει τον ασθενή σε πλήρη λειτουργική επάρκεια. Δύσκολα μπορεί να δεχθεί ο σύγχρονος άρρωστος, ότι δεν πρόκειται να γίνει καλά, ή εν πάση περιπτώσει ότι η αποθεραπεία του θα του αφήσει κάποια αναπηρία (Lipowski 1998).

Έτσι, ο κάθε ασθενής ξεκινά έναν αγώνα για να κατακτήσει την χαμένη του υγεία. Σ' αυτόν τον αγώνα δεν υπάρχουν όρια, ούτε οικονομικά, ούτε τοπικά, αλλά ούτε και 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. Σ' όλη αυτήν την πορεία συχνά έχουμε υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας από τους καταναλωτές - ασθενείς. Εύκολα σ' αυτό το παιχνίδι παρασύρονται οι γιατροί - τεχνοκράτες, που έχουν ως οδηγό τους την ικανοποίηση του ασθενούς - καταναλωτή (Σακκάς Π. 1999 - Lipowski 1998).

Γι' αυτό λοιπόν, η ανάγκη για πιο ανθρώπινη προσέγγιση του ασθενούς, γίνεται κάθε μέρα και επιτακτικότερη. Αυτό το κενό προσπαθεί να καλύψει η υπηρεσία της συμβουλευτικής - διασυνδετικής.

Είναι η ομάδα υγείας που με επικεφαλής τον σύμβουλο ψυχίατρο, θα ακούσει με «ευαίσθητο» αυτί τους προβληματισμούς και την αγωνία του ασθενή.

Ακόμα, απ' αυτήν περιμένουμε να μεταδώσει στην υπόλοιπη υγειονομική ομάδα του νοσοκομείου, την ολιστική και βιοψυχοκοινωνική θεώρηση του προβλήματος του κάθε ασθενή. Έτσι, η διασυνδεδετική ψυχιατρική, μπορεί να βοηθήσει να φθάσουμε στο επιθυμητό επίπεδο, κατά το οποίο όλοι οι γιατροί θα αντιμετωπίζουν τον άρρωστο σαν μια ολοκληρωμένη λειτουργική οντότητα χωρίς να περιορίζουν το ενδιαφέρον τους και την προσοχή τους μόνο σ' ένα όργανο ή σε ένα σύμπτωμα (Σακκάς Π, 1999 - Lipowski 1998).

Πριν προχωρήσουμε στην παρουσίαση της εργασίας μας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την εισηγήτριά μας κ. Σαλάτα Αποστολία, Νοσηλεύτρια, Καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ για την πολύτιμη βοήθειά της στην συγγραφή αυτής της εργασίας. Ακόμη θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθειά τους τον κ. Π. Σακκά, Επίκουρο Καθηγητή της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών· τον κ. Ι. Αγγελίδη, διευθυντή ψυχίατρο του Κέντρου Ψυχικής Υγείας του Ψ.Ν.Π.Ο.· τον κ. Θ. Νικολάου, Α' Επιμελητή του Ψ.Ν.Π.Ο.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Συμβουλευτική - Διασυνδεδετική ορίζεται ως η υποειδικότητα, που προσφέρει κλινικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο στις μη ψυχιατρικές υπηρεσίες υγείας (Σακκάς Π, 1999 - Ιεροδιακόνου, 2000).

## 2. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός 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 νόημα, όσο και η ελαχιστοποίηση της ψυχικής καταπόνησης και η βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας του προσωπικού του νοσοκομείου (Ιεροδιακόνου, 2000). Επιπλέον, στους στόχους της περιλαμβάνεται η θετικοποίηση και προώθηση της σχέσης γιατρού - ασθενούς, καθώς και η επισήμανση του ψυχολογικού ενδιαφέροντος των ποικίλων ιατρικών χειρισμών, διαγνωστικών και θεραπευτικών (Lipowski, 1998 - Ιεροδιακόνου, 2000).

## 3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ανάπτυξη των πρώτων ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία, στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, υλοποίησε τη σύνδεση της ψυχιατρικής με την υπόλοιπη ιατρική, μέσω κυρίως της



Συμβουλευτικής - Διασυνδετικής (Σ-Δ). Ψυχιατρική (Consultation - Liason Psychiatry) (Ιεροδιακόνου, 2000).

Οι λόγοι που επέβαλαν τη σύνδεση αυτή, δεν αντικατοπτρίζουν τόσο μια πρακτική έξοδο της ψυχιατρικής από το περιθώριο και την απομόνωση του ασύλου, όσο και την επιτακτική ανάγκη για μια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς και των ανθρώπινων παθήσεων (Ιεροδιακόνου, 2000).

Αν και το ενδιαφέρον για τις σχέσεις ψυχής και σώματος ξεκίνησε από τον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό, μόλις στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ο B. Rush, καθηγητής Ιατρικής, έθεσε τις πρώτες επιστημονικές βάσεις για τις αλληλεπιδράσεις ψυχικών και σωματικών λειτουργιών. Έναν αιώνα μετά και συγκεκριμένα το 1902, ιδρύεται το πρώτο ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου, στο Albany Hospital της Ν. Υόρκης. Ο J. Mosher, πρώτος διευθυντής του, είναι εκδότης του American Journal of Insanity και με τον H. Haud ήδη έχουν δημοσιεύει το 1899 και 1900 τα πρώτα δοκίμια, περί αναγκαιότητας ίδρυσης ψυχιατρικών υπηρεσιών εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών στα γενικά νοσοκομεία (Σακκάς, 1999).

Ένδεκα χρόνια αργότερα, δημιουργείται η δεύτερη ψυχιατρική κλινική σε γενικό νοσοκομείο και συγκεκριμένα στο Johns Hopkins Hospital. Διευθυντής της είναι ο Adolf Meyer, οι μελέτες του οποίου συνθέτουν την ψυχοβιολογική Σχολή, που θεωρεί τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνική μονάδα και αποτελεί το θεμέλιο για ραγδαία εξέλιξη της ψυχοσωματικής και της Συμβουλευτικής - Διασυνδετικής Ψυχιατρικής της επόμενης δεκαετίας. Δεν είναι τυχαίο ότι οι ουσιαστικοί πρωτεργάτες της ψυχοσωματικής Ιατρικής, Helen Flunders Dunbar και George W. Henry είναι εκείνοι που διαμόρφωσαν το αρχικό εννοιολογικό και οργανωτικό πλαίσιο της Σ-Δ Ψυχιατρικής, γύρω στα 1930. Η H.F. Dunbar ασχολήθηκε κυρίως

με το θεωρητικό πλαίσιο του κοινού πεδίου ιατρικής και ψυχιατρικής. Εργαζόμενη ως σύμβουλος ψυχίατρος των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων του Columbia - Presbyterian Hospital της Ν. Υόρκης, δημοσίευσε ερευνητικές μελέτες με θέμα την ψυχοσωματική διάσταση ασθενών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι καρδιαγγειακές διαταραχές, τονίζοντας το λειτουργικό αδιαίρετο ψυχικών και σωματικών παραγόντων για την αιτιοπαθογένεση μιας πάθησης. Ο G.W. Henry δημοσιεύει την πρώτη αναφορά με θέμα την Σ-Δ Ψυχιατρική και το δισυπόστατο έργο του συμβούλου ψυχιάτρου, θεραπευτικό και εκπαιδευτικό με άξονα την ψυχοσωματική αντίληψη (Ιεροδιακόνου, 2000).

Στις Η.Π.Α. η ιστορία της Σ-Δ ψυχιατρικής ξεκίνησε ουσιαστικά την δεκαετία του '30, 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. Στην διάρκεια της περιόδου 1935-60 οι σταθμοί στην εξέλιξη της Σ-Δ περιλαμβάνουν την μορφοποίηση των αντίστοιχων υπηρεσιών, την ανάπτυξη διαφόρων λειτουργικών μοντέλων, τις μελέτες αξιολόγησης των δραστηριοτήτων της Σ-Δ Ψυχιατρικής και την αναζήτηση εκπαιδευτικού πλαισίου. Αναπτύσσονται ποικίλα οργανωτικά πρότυπα που κινούνται είτε προς την κατεύθυνση του συμβουλευτικού έργου των Ψυχιάτρων, είτε προς την κατεύθυνση της εκπαίδευσης προς τους μη ψυχιάτρους (Σακκάς, 1999 - Ιεροδιακόνου, 2000).

Νέα ώθηση δόθηκε μετά την δεκαετία του '60 από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση των Η.Π.Α., η οποία έβλεπε την Σ-Δ Ψυχιατρική όχι μόνον σαν μια κλινική ειδικότητα, αλλά και σαν κύριο μοχλό διεύρυνσης της ιατρικής εκπαίδευσης σε μη

τεχνοκρατικούς και πιο ανθρωπιστικούς ορίζοντες (Ιεροδιακόνου, 2000).

Συγχρόνως εκείνη την εποχή η Σ-Δ αλλάζει πρόσωπο. Εγκαταλείπει τις αρχές της ψυχοσωματικής Ιατρικής και ξεφεύγει από το στενό πλαίσιο των ασθενειών που χαρακτηρίζονται ως ψυχοσωματικές (ημικρανία, άσθμα, ρευματοειδής αρθρίτις, κολίτις). Ακολουθεί 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 ορίζοντές του διευρύνονται και περιλαμβάνουν εργασία τόσο με τον ασθενή και την οικογένειά του, όσο και με τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό (Χριστόδουλος, 2002).

Ο ρόλος του ψυχιάτρου στο γενικό νοσοκομείο γίνεται διαγνωστικός θεραπευτικός, αλλά και εκπαιδευτικός για το υπόλοιπο νοσοκομειακό περιβάλλον. Αρχίζει να απασχολείται και με τα 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 (μονάδα εντατικής θεραπείας, μονάδα νοσηλείας καρκινοπαθών, κ.ά.), 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 (Χριστόδουλος, 2002 - Ιεροδιακόνου, 2000).

Στην Ευρώπη η Σ-Δ Ψυχιατρική αναπτύσσεται πολύ δυναμικά τα τελευταία χρόνια. Το 1982 στην Μεγάλη Βρετανία ιδρύεται ομάδα διασυνδετικής ψυχιατρικής, η οποία ήδη αριθμεί πάνω από 800 μέλη. Το 1987 δημιουργείται μια 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 διασυνδετικής ψυχιατρικής στον Ευρωπαϊκό χώρο. Επιπλέον, προσπαθούν να ορίσουν κοινά πλαίσια λειτουργίας για τις μονάδες Σ-Δ Ψυχιατρικής που θα ισχύουν σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ιεροδιακόνου, 2000).

Στην Ελλάδα, στα πλαίσια της «Ευρωπαϊκής ομάδας εργασίας» αναπτύσσονται υπηρεσίες Σ-Δ στους ψυχιατρικούς τομείς των Πανεπιστημιακών γενικών νοσοκομείων, αρχικά στην Αλεξανδρούπολη (1986) και στην συνέχεια στο Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης (1987) (Ιεροδιακόνου, 2000).

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η θέση της Σ-Δ Ψυχιατρικής άρχισε να αμφισβητείται, κυρίως στις Η.Π.Α., καθώς υπήρξαν σημαντικές περικοπές στην χρηματοδότηση προγραμμάτων στον τομέα αυτό. Πιο έντονα αμφισβητήθηκε η λειτουργία της διασύνδεσης ως χρονοβόρα διαδικασία, ασύμφορη οικονομικά. Η πολεμική αυτή συνέβαλε, εκτός των άλλων, στην διαμόρφωση της επικρατούσας αντίληψης ως προς το λειτουργικό πρότυπο της Σ-Δ με την μέγιστη και συμφέρουσα απόδοση. Πρωταρχικό ρόλο, στον τομέα σύνδεσης της ψυχιατρικής με την υπόλοιπη ιατρική, έχουν παίξει οι εργασίες του Z.J. Lipowski, Καθηγητή Ψυχιατρικής στο

Πανεπιστήμιο του Toronto στον Καναδά. Οι απόψεις του με το θέμα το εννοιολογικό και λειτουργικό πρότυπο της Σ-Δ Ψυχιατρικής, όπως διατυπώνονται συνοπτικά στη δημοσίευση «Consultation - Liaison Psychiatry 1990», απεικονίζουν ουσιαστικά το σύγχρονα εφαρμοζόμενο πλαίσιο δομής και λειτουργίας της Σ-Δ Ψυχιατρικής **(Lipowski, 1998)**.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1.1 Α. ΟΡΓΑΝΩΣΗ

#### ΠΡΟΤΥΠΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

Το 1989 δημιουργήθηκε μια Ευρωπαϊκή ομάδα εργασίας για την Συμβουλευτική Διασυνδεδετική Ψυχιατρική (European Liaison Workgroup ESLW), στην οποία μετείχαν 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 υφισταμένων 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 (Σακκάς, 1999).

## **Κλασικό πρότυπο**

Το κλασικότερο 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 εξετάζει τους ασθενείς που νοσηλεύονται στις κλινικές 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 το επιτρέπει η επάνδρωση του ψυχιατρικού τομέα και το επιβάλλει 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 αν χρειαστεί και κάποιου βαθμού ψυχολογικής υποστήριξης. Το σχήμα δεν είναι καθόλου ρητορικό, δεδομένου ότι μια τέτοια πρακτική θα κατάφερνε να ανακαλύψει όλους εκείνους τους ασθενείς των οποίων, ενώ το πρωταρχικό πρόβλημά τους είναι ψυχικό, εντούτοις προβάλλεται ως σημαντικό, με αποτέλεσμα να καταναλώνουν άσκοπα υπηρεσίες υγείας (**Lipowski, 1998**).

Η οργάνωση της υπηρεσίας στην οποία αναφερθήκαμε, μπορεί να εμπλουτιστεί από τη 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 (**Lipowski, 1998**).

Εν τούτοις, στην ανάπτυξη του κλασικού αυτού μοντέλου, με τη συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, υπάρχει ο κίνδυνος να ξεφύγει η Σ-Δ Ψυχιατρική από τον ιατρικό 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 διεθνή εμπειρία έχει δείξει ότι αυτό μπορεί να αποτραπεί, με την άγρυπνη καθοδήγηση των υπηρεσιών αυτών από ψυχιάτρους προσηλωμένους στις αρχές της Σ-Δ Ψυχιατρικής (Ιακωβίδης, Βαλουμάς, Μπαλλά, Μαυρίδης, Ιεροδιακόνου, 1997).

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 στην Ψυχιατρική, η 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 (Μάνου, 1997).

Η ευαισθητοποίηση παθολόγων και χειρουργών στην 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 ειδικότητάς του. Ο Ψυχίατρος επομένως, είναι εκείνος που έχει την υποχρέωση να τονίζει κάθε φορά την αναγκαιότητα της πολυδιάστατης και ολιστικής αντιμετώπισης κάθε ασθενούς (Σακκάς, 1999 - Ζηλίκης, 1998).

Δυστυχώς, δεν είναι λίγα τα παραδείγματα που υπηρεσίες Σ-Δ Ψυχιατρικής, έχουν περιθωριοποιηθεί ή υπολειπόμενες. Συχνά, ο ψυχίατρος που αναλαμβάνει την υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής αισθάνεται ασφαλής 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 στον κορμό του γενικού νοσοκομείου. Εύκολα, τα τείχη 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 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 αυτή ιεραρχία του νοσοκομείου. Ακόμα, μπορεί να προκαλέσουν αντιδράσεις στο υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου, από την υιοθέτηση 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 έκφραση ιδιαίτερης οικειότητας προς τους ασθενείς, σχολιάζονται αρνητικά και αντανακλούν 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 τη 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 (Γεροδιακόνου, Ιακωβίδης, Ζηλίκης, 1987).

## Άλλα πρότυπα

Διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης υπηρεσιών 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 (Σακκάς, 1999 - Ιακωβίδης, 1993).

Όπως είναι ευνόητο, σε τέτοια πρότυπα οργάνωσης Σ-Δ Ψυχιατρικής, δεν απαιτείται η υιοθέτηση από τα μέλη της υπηρεσίας, ενός αυστηρού ιατρικού μοντέλου. Αλλά 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 οργάνωσή 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 (Ιακωβίδης, 2000).

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 τη 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 στην 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 ψυχιατρική επιβάρυνση του προσωπικού είναι μεγάλη, όπως σε τμήματα ογκολογίας (Σακκάς, 1999 - Kahama 2001).

■ 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 την συμμετοχή τους σε ομαδικές συναντήσεις του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Η παράταξη μερικών μοντέλων Σ-Δ Ψυχιατρικής, δείχνει ευρύ φάσμα που καλείται να καλύψει η υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής. Μόνο σε ιδανικές όμως συνθήκες, θα μπορούσε μια υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής να αντεπεξέλθει σε όλες αυτές τις απαιτήσεις. Στην πραγματικότητα, κάθε υπηρεσία έχει επιλέξει έναν στενότερο ορίζοντα, στον οποίο έχει αναπτύξει τη δράση της ανάλογα με τις δυνατότητές της και τις συνθήκες του κάθε νοσοκομείου. Όμως, όποιος ασχολείται με Σ-Δ Ψυχιατρικής, πρέπει πάντα να έχει υπόψη του, τις απεριόριστες δυνατότητες του τομέα αυτού της Ψυχιατρικής ώστε συνεχώς να προσπαθεί να επεκτείνει τις δραστηριότητές του σε νέους τομείς (**Lipowski, 1999**).

## **1.2 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 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 εντοπισθεί. Μια δραστήρια Κοινωνική Υπηρεσία ενισχύει τόσο την αδιαπερατότητα της Σ-Δ Ψυχιατρικής στις διάφορες κλινικές του νοσοκομείου, όσο και την αποτελεσματικότητά της (Ιεροδιακόνου 2000 - Ιακωβίδης 1997).

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 στην αντιμετώπιση πολλών καταστάσεων που απασχολούν την Σ-Δ Ψυχιατρικής. 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 ειδικευμένο νοσηλευτή, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα (Σακκάς, 1999).

Η Σ-Δ Ψυχιατρική μπορεί να διαθέτει νοσηλευτική υπηρεσία ή να εξυπηρετείται από την ειδικευμένη νοσηλευτική υπηρεσία της ψυχιατρικής κλινικής. Το τελευταίο βοηθά στη σύσφιγξη 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 σ' αυτήν. Αναφέρουν τυχόν παρενέργειες φαρμάκων και γενικά την αντίδραση των ασθενών στη θεραπεία. Ακόμα, 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 στην πραγματοποίηση των ερευνητικών προγραμμάτων της Σ-Δ Ψυχιατρικής (Ιακωβίδης, Βαλουμάς, Μπαλλά, Μαυρίδης, Ιεροδιακόνου, 1997).

### 1.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ 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 πρόληψης των ψυχικών νόσων γενικότερα (**Χριστόδουλος, Κονταξάκης, 2000**).

Έτσι, για παράδειγμα, η υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής μπορεί να εμπλακεί στην παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού του νοσοκομείου, οι οποίες συνήθως παρέχονται από τη γυναικολογική κλινική. Μέσω αυτών των υπηρεσιών δίδονται 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.

Ακόμα, 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 (**Ζηλίκης, Κόσες, Ιεροδιακόνου, 1997**). Ενημερώνει για τους κινδύνους του AIDS, του καπνίσματος, της χρήσης τοξικών ουσιών, της κατάχρησης οινόπνευματος και φαρμάκων. Μια καλά στελεχωμένη και φιλόδοξη υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής μπορεί να οργανώσει προγράμματα ενημέρωσης τόσο στο νοσοκομειακό περιβάλλον όσο και στην κοινότητα. Η υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής μαζί με τις κοινωνικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, μπορούν να κάνουν τα νοσοκομεία έναν σημαντικό παράγοντα κοινωνικής παρέμβασης (**Χριστόδουλος, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000**).

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 αντιμετώπισή τους. Ίσως, η λειτουργία αυτή της Σ-Δ Ψυχιατρικής είναι χρησιμότερη, αφού συνήθως. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με ψυχικές διαταραχές μεγάλος αριθμός ασθενών με ψυχικές διαταραχές αναζητεί βοήθεια στις υπηρεσίες γιατρών άλλων ειδικοτήτων **(Χριστόδουλος, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000)**.



## 1.4 ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Τα περισσότερα γενικά νοσοκομεία σήμερα διαθέτουν και ψυχιατρική κλινική. Η υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής ανήκει στην Ψυχιατρική Κλινική, χωρίς όμως 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 ιδιαιτερότητές τους και επομένως να προωθεί 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 (Σακκάς, 1999).

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. Μια αποτελεσματική και αξιοπρεπή υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής, εξωραϊζει την εικόνα της ψυχιατρικής κλινικής στα μάτια του υπολοίπου νοσοκομείου (Lipowski, 1998).

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 τη δυνατότητα να μεταφέρει στην ψυχιατρική κλινική όποιον ανήσυχο

ασθενή αδυνατεί να χειριστεί εντός της παθολογικής κλινικής. Απ' 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 (Lipowski, 1998 - Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Ακόμα, η ύπαρξη ψυχιατρικής κλινικής βοηθά με τις δομές της τη Σ-Δ Ψυχιατρική υπηρεσία. Η κοινωνική και η 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 παρακολουθούν στα εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (Σακκάς, 1999).

## 1.5 ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Η υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής εκτός από την αναγνώριση των ψυχιατρικών προβλημάτων των νοσηλευόμενων ασθενών και την αντιμετώπισή τους κατά τη 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 τη δυνατότητα να εξετάζει ασθενείς και στα εξωτερικά ιατρεία (Lipowski, 1999).

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 τη 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 τη 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 τη 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 τη συνέχεια ή τη διακοπή της αγωγής του. Ακόμα, τηλεφωνικά είναι δυνατόν ο ψυχίατρος να δώσει οδηγίες στον οικογενειακό γιατρό του ασθενούς, ή στους οικείους του (Lipowski, 1999).

Για την εξασφάλιση της μετανοδομομειακής φροντίδας του ασθενούς, η υπηρεσία Σ-Δ Ψυχιατρικής μπορεί να παραπέμψει τους ασθενείς που φεύγουν από το νοσοκομείο, σε ψυχιατρικές υπηρεσίες που βρίσκονται πλησίον της κατοικίας τους. Στην 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 τη διάρκεια της νοσηλείας του. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί ο ψυχίατρος της Σ-Δ Ψυχιατρικής να διατηρεί μια άτυπη επίβλεψη και να δίνει κατευθύνσεις στη μετανοδομομειακή 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 μετανοδομομειακής φροντίδας των ασθενών του νοσοκομείου (Σακκάς, 1999).

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.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Β. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Στην λειτουργία της Σ-Δ Ψυχιατρικής διακρίνουμε 3 μορφές έργου: το κλινικό, το εκπαιδευτικό και το ερευνητικό έργο.

#### 2.1 ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

Το κλινικό έργο περιλαμβάνει τη Συμβουλευτική (Consultation), τη Διασυνδετική (Liaison) και τις θεραπείες.

**α) Η Συμβουλευτική** προς τους ιατρούς σωματικών ειδικοτήτων, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των κλινικών δραστηριοτήτων της ψυχιατρικής ομάδας. Κατά καιρούς έχουν προταθεί τρεις τύποι άσκησης του συμβουλευτικού έργου:

1. Με εστίαση στον ασθενή και το πρόβλημά του
2. Με εστίαση στον παραπέμποντα ιατρό και το αίτημά του, χωρίς να 'ναι απαραίτητη η επικοινωνία του συμβούλου με τον ασθενή.
3. Με εστίαση στο γενικότερο θεραπευτικό περιβάλλον και τις διαντιδράσεις μεταξύ ασθενούς και μελών της ιατρικής ομάδας (**Μάνου, 1997**). Στην πράξη συνήθως οι τρεις τρόποι εστίασης συνδυάζονται με άξονα τον ασθενή, κατά τα εξής στάδια:

- 1<sup>ο</sup> Παραπομπή - αίτημα από τον θεράποντα ιατρό σωματικής ειδικότητας
- 2<sup>ο</sup> Διαγνωστική συνέντευξη με τον ασθενή - πληροφορίες από το περιβάλλον (συγγενείς, άλλοι ασθενείς).

3<sup>ο</sup> Επικοινωνία με τον παραπέμποντα ιατρό για ενημέρωση των αποτελεσμάτων της ψυχιατρικής εκτίμησης - εξαγωγή κοινών συμπερασμάτων, σύμφωνα πάντα με τα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά δεδομένα.

4<sup>ο</sup> Τακτική παρακολούθηση της κατάστασης, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (follow up) (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

β) Η Διασυνδεδετική αποτελεί το δεύτερο συνθετικό των κλινικών δραστηριοτήτων της Σ-Δ Ψυχιατρικής. Με τον όρο διασυνδεδετική εννοούμε την τακτική, καθημερινή επαφή μεταξύ της Ψυχιατρικής ομάδας και της θεραπευτικής ομάδας των κλινικών ή μονάδων (Μάνου, 1997).

Ο σύμβουλος ψυχίατρος μπορεί να συμμετέχει τις συναντήσεις του προσωπικού των παθολογικών ή χειρουργικών τμημάτων, να συζητά μαζί τους τα προβλήματα των ασθενών, προσπαθώντας να τους ευαισθητοποιήσει στην βιο-ψυχο-κοινωνική αντίληψη, με θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή, στην πρόωμη ανίχνευση ψυχικών διαταραχών ή ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, στην αναζήτηση ψυχολογικών παραγόντων υπευθύνων για διαταραγμένη συνεργασιμότητα του ασθενούς και για κρίσεις στις σχέσεις ασθενούς - προσωπικού (Σακκάς, 1999).

## 2.2 Πρότυπα διασύνδεσης

Έχουν προταθεί ποικίλα πρότυπα διασύνδεσης, όσον αφορά στο βαθμό συμμετοχικότητας του συμβούλου μέλους της Σ-Δ: Στις πιο «εντατικές» μορφές συνεργασίας, ο σύμβουλος ψυχίατρος αποτελεί αναπόσπαστο μέλος της παθολογικής ή χειρουργικής επίσκεψης των ασθενών σε καθημερινή βάση, εντοπίζοντας ο ίδιος κάθε περίπτωση

ψυχιατρικής επιπλοκής. Όσοι διαφωνούν με το είδος αυτό της διασύνδεσης, υποστηρίζουν ότι προϋποθέτει πολύ χρόνο και μεγάλο οικονομικό κόστος, δυσανάλογη, ίσως με το αποδιδόμενο έργο, αφού είναι δεδομένη και ρεαλιστική μια τάση αντίστασης των γιατρών σωματικών ειδικοτήτων απέναντι στην «απειλητική εισβολή», του ψυχιάτρου στον σωματοκεντρικής αντίληψης τρόπο εργασίας τους.

Σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη, ο καλύτερος τρόπος εφαρμογής της διασυνδετικής είναι εκείνος κατά τον οποίο, ο σύμβουλος ψυχίατρος βρίσκεται σε επικοινωνία με το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό των άλλων κλινικών με την ευκαιρία των παραπεμπόμενων περιστάσεων (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000 - Ζηλίκης, Ιακωβίδης, 1998).

Η πρακτική αυτή φυσικά μπορεί να εμπλουτίζεται από μια σταθερότερη καθημερινή επαφή των υπόλοιπων μελών (ψυχιατρική νοσηλεύτρια, κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγος) της Σ-Δ Ψυχιατρικής ομάδας με το προσωπικό των άλλων κλινικών. Η υπεύθυνη ψυχιατρική νοσηλεύτρια της Σ-Δ υπηρεσίας επισκέπτεται καθημερινά το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών (παθολογικών και χειρουργικών) του νοσοκομείου για να συζητήσει τυχόντα προβλήματα ψυχικής ή ψυχοκοινωνικής φύσης των νοσηλευομένων. Με το ίδιο σκεπτικό, η κοινωνική λειτουργός και η ψυχολόγος επισκέπτονται όλες τις περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας που έχουν εισαχθεί σε παθολογικά ή χειρουργικά τμήματα, προκειμένου να εκτιμήσουν το κοινωνικό και ψυχολογικό profile - αντίστοιχα - της κάθε περίπτωσης. Και στις τρεις περιπτώσεις, τα προκύπτοντα προβλήματα συζητούνται στις κοινές συγκεντρώσεις των μελών της Σ-Δ υπηρεσίας, αλλά και κατά περίπτωση με τον υπεύθυνο σύμβουλο ψυχίατρο της κάθε κλινικής ή τμήματος του νοσοκομείου για μια ομαδική εκτίμηση και αντιμετώπιση του προβλήματος (Ζηλίκης, Ιακωβίδης, Ιεροδιακόνου, 1998).

### 2.3 Συνδυασμένη εφαρμογή Σ-Δ

Η συνδυασμένη εφαρμογή συμβουλευτικής και διασυνδετικής σε σταθερή βάση είναι όχι μόνο οικονομικότερη σε χρόνο, αλλά και ιδιαίτερα αποδοτική αφού, οι στόχοι της ευαισθητοποίησης των μη ψυχιάτρων προσεγγίζονται ικανοποιητικά (Ιακωβίδης, Βαλουμάς, Μπαλλά, Μαυρίδης, Ιεροδιακόνου, 1997).

Για να αντιληφθούμε πληρέστερα τους λόγους απόδοσης της συνδυαζόμενης εφαρμογής της Σ-Δ θα πρέπει να αναλύσουμε τη δυναμική που διέπει τις σχέσεις Σ-Δ υπηρεσίας παραπεμπόντων ιατρών σωματικών ειδικοτήτων - ασθενών - περιβάλλοντος. Η διαδικασία της Σ-Δ διέπεται συνεχώς από τις συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις - συνειδητές και ασυνειδητές - μεταξύ των τεσσάρων αυτών συντελεστών. Τα μέλη της Σ-Δ υπηρεσίας οφείλουν να γνωρίζουν τη ψυχοδυναμική αυτών των σχέσεων και επιπλέον να τηρούν τους κανόνες και τις αρχές της ισοτιμίας και της αξιοπρέπειας (Ζηλίκης, Ιακωβίδης, Ιεροδιακόνου, 1998).

Οφείλουν να συνδυάζουν ιατρικές γνώσεις (όχι μόνο ψυχιατρικής φύσης αλλά και βιολογικής - σωματικής) με ικανότητες σύναψης σχέσης εμπιστοσύνης με τις υπόλοιπες τρεις άλλες πλευρές. Η ουδετερότητα, η διακριτικότητα και ο σεβασμός των ορίων θα πρέπει να «περνούν» κυρίως με εξωλεκτικά μηνύματα προς τους μη ψυχιάτρους ιατρούς, νοσηλευτές, ασθενείς, συγγενείς και ευρύτερο νοσοκομειακό περιβάλλον, από τα μέλη της Σ-Δ ομάδας.

Οι επιδιωκόμενοι στόχοι σύναψης θεραπευτικών σχέσεων αυτού του τύπου (ισοτιμίας) θα δράσουν επιτυχώς ως πρότυπα (modeling) για τους γιατρούς και νοσηλευτές των άλλων κλινικών, μόνο αφού αποφευχθούν



αρνητικά συναισθηματικά φορτία στις ίδιες τις σχέσεις ψυχιατρικής - μη ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Ένα βασικό εμπόδιο, που πρέπει να διευθετήσει ο σύμβουλος ψυχίατρος, προκειμένου να δημιουργήσει σχέσεις συνεργασίας και αμοιβαίους εμπιστοσύνης με τους ιατρούς σωματικών ειδικοτήτων, είναι οι αντιστάσεις τους. Η απειλή «εισβολής» στα πεδία του παθολόγου ή του χειρουργού, ενός ειδικού, που κατά παράδοση ασχολείται με την ψυχή, μπορεί να συνδέεται όχι μόνο με την κινητοποίηση φόβων ανεπάρκειας αλλά και φόβων αγνώστου, μη ελέγχου των πραγμάτων και βαθύτερα παραφροσύνης (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδης, Ζηλίκης, 1987).

Όμως παρόμοιοι φόβοι μπορεί να κινητοποιούνται σε ασυνείδητο επίπεδο και από την επαφή του παθολόγου ή χειρουργού με τους αποπειραθέντες, τους παραληρητικούς, τους διεγερτικούς, τους αρνητιστικούς, τους συγκεχυμένους ή και τους ιδιόρρυθμους και μη συνεργάσιμους ασθενείς. Απέναντι σε τέτοιες περιπτώσεις ο ιατρός σωματικής ειδικότητας μπορεί να 'ναι τιμωρητικός, απορριπτικός, αδιάφορος ή αντίθετα υπερπροστατευτικός λόγω βαθύτερων αισθημάτων ενοχών (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Δεδομένης της ελλιπούς εκπαίδευσης των ιατρών σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή και βιοψυχο-κοινωνικής αντίληψης της νόσου (τουλάχιστον μέχρι πριν λίγα χρόνια) τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο, όσο και σε μεταπτυχιακό για την λήψη παθολογικών ή χειρουργικών ειδικοτήτων, είναι φανερό η επιτακτική ανάγκη ευαισθητοποίησής τους από τον σύμβουλο ψυχίατρο στην διάρκεια άσκησης της ιατρικής στο νοσοκομείο ή την υπηρεσία πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδης, Ζηλίκης, 1987).

Η διαμόρφωση σχέσης ισότιμης συνεργασίας μεταξύ του συμβούλου ψυχιάτρου και του παραπέμποντος ιατρού σωματικής ειδικότητας, αρχίζει ουσιαστικά απ' την διαδικασία παραπομπής.

Προκειμένου να επιτευχθεί εξ αρχής η ενεργητική συμμετοχή του παραπέμποντα, στην διευκρίνηση του προβλήματος (αιτίας παραπομπής), υπάρχει ειδικό έντυπο παραπομπής, στο οποίο ο παραπέμπων οφείλει να συμπληρώσει την αιτία παραπομπής (περιγραφή φαινομένων), την αιτία νοσηλείας (βασική σωματική πάθηση), την πιθανή διάγνωση, την διάρκεια νοσηλείας, την αντιμετώπιση, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμοζόμενης θεραπείας και το ιδιαίτερο αίτημα του παραπέμποντος (διαφοροδιάγνωση, εκτίμηση συμπεριφοράς, ρύθμιση ψυχοφαρμάκων, ψυχομετρικό test κ.ά.).

Με την συμπλήρωση του εντύπου παραπομπής ο παραπέμπων ουσιαστικά εισέρχεται στη διαδικασία αναγνώρισης του ψυχικού προβλήματος, ενώ παράλληλα ισχυροποιείται το πνεύμα ισότιμης συνεργασίας για μια από κοινού αντιμετώπιση με τον ψυχίατρο της Σ-Δ ομάδας (Γεροδιακόπου, Ιακωβίδη, 2000).

Η παραλαβή του παραπεμπτικού γίνεται από την υπεύθυνη νοσηλεύτρια της Σ-Δ υπηρεσίας, η οποία στην συνέχεια το δίδει στον υπεύθυνο σύμβουλο ψυχίατρο, με τον οποίο οργανώνεται ο αρχικός τρόπος προσέγγισης του προβλήματος. Στο ειδικό γραφείο της Σ-Δ υπηρεσίας απευθύνεται τηλεφωνικά ο παραπέμπων για έκτακτες κυρίως περιπτώσεις.

Στη συνέχεια, ο σύμβουλος επισκέπτεται τον παραπέμποντα στο τμήμα του και συζητούν αναλυτικά το πρόβλημα και το σχεδιασμό των διαγνωστικών - θεραπευτικών χειρισμών. Ακολούθως ο παραπέμπων ιατρός συστήνει στον ασθενή τον σύμβουλο - ψυχίατρο, αφού ήδη τον έχει ενημερώσει για την επικείμενη ψυχιατρική εξέταση. Υπάρχουν ελάχιστες περιπτώσεις νοσηλευομένων, που ήδη έχουν αρνηθεί να δεχθούν την ψυχιατρική εξέταση. Αυτό συνήθως συμβαίνει σε άτομα που έχουν εισαχθεί για απόπειρα αυτοκτονίας. Στις περιπτώσεις αυτές, δεν υπάρχει συνήθως προσωπικό αίτημα του ασθενούς για την εισαγωγή,

αφού έχει διακομισθεί από συγγενείς ή φίλους εσπευσμένα και σε κατάσταση ύπνου ή διαταραχής συνειδησιακού επιπέδου. Επιπροσθέτως, όταν η νοσηλεία και η σωματική φροντίδα ολοκληρώνεται σε 1-2 ημέρες (ελαφρές δηλητηριάσεις), δεν έχει προλάβει να αναπτυχθεί ιδιαίτερη θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενούς - γιατρούς σωματικής ειδικότητας, βάσει της οποίας ο ασθενής θα τον εμπιστευθεί και θα δεχθεί την ψυχιατρική παρέμβαση (Σακκάς, 1999 - Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Η ψυχιατρική συνέντευξη πραγματοποιείται, εάν οι συνθήκες το επιτρέπουν, σε γραφείο της κλινικής που παραπέμπει και έχει αρκετές ιδιαιτερότητες και διαφορές από μια συνέντευξη με ασθενή που απευθύνεται σε ψυχιατρική υπηρεσία εξωτερικής ή εσωτερικής περίθαλψης, κυρίως στον τομέα της επικοινωνίας. Ο σύμβουλος ψυχίατρος οφείλει να είναι περισσότερο «ζεστός» και ενεργητικός για να εξασφαλίζει την αποδοχή και την εμπιστοσύνη του ασθενούς, αφενός και για να προσεγγίσει ταχύτερα το έργο της διερεύνησης - εκτίμησης αφετέρου. Πρέπει επιπλέον να έχει υπομονή να ακούσει τα παράπονα του ασθενούς, που σχετίζονται με την σωματική υγεία, τις σχέσεις του με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του παθολογικού ή χειρουργικού τμήματος και ίσως την αρνητική διάθεση για ψυχολογική εκβάθυνση. Είναι γεγονός πως ο εξοικειωμένος ασθενής, από προηγούμενη επαφή με ψυχίατρο ή ψυχιατρικές υπηρεσίες, είναι πιο δεκτικός για συνεργασία ακόμη και αν έχει σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα (Σακκάς, 1999 - Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Στην πλειονότητα όμως των περιπτώσεων, όπου το στρες της πάθησης και της νοσηλείας εκλύει ψυχολογική αναστάτωση (κρίση) ή το χαρακτηριστικό υπόστρωμα ενέχεται για την εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς, καθώς επίσης και στις περιπτώσεις σωματικής συμπτωματολογίας με ψυχογενή αιτιολογία (σωματοποιήσεις), ο ασθενής

για πρώτη φορά έρχεται σε επαφή με ψυχίατρο και μάλιστα χωρίς δική του πρωτοβουλία. Ο σύμβουλος ψυχίατρος δεν θα πρέπει να στηρίζεται μόνο στην απουσία οργανικών ευρημάτων, για να θέσει τη διάγνωση μιας σωματοποιημένης ψυχικής διαταραχής «εξ αποκλεισμού», αλλά οφείλει να διαπιστώνει τόσο την ψυχική διαταραχή (π.χ. λανθάνουσα κατάθλιψη) όσο και στις υποκείμενες συναισθηματικές συγκρούσεις, που έχουν δημιουργηθεί από πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα (life events). Οφείλει να αποφεύγει την χρήση «κατευθυντήριων» ή κλειστών ερωτήσεων που μπορεί να δημιουργήσουν είτε υποβολή στον ασθενή, είτε αντιστάσεις και άρνηση σχέσης των σωματικών συμπτωμάτων με συναισθηματικές φορτίσεις της προσωπικής ζωής από την πλευρά του ασθενούς (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Ας μη ξεχνάται το γεγονός ότι στην πλειονότητά τους οι ασθενείς των παθολογικών ή χειρουργικών τμημάτων δεν είχαν προηγουμένως την ευκαιρία να εκφράσουν συναισθήματα, υποκειμενικές ερμηνείες και απόψεις προς τους γιατρούς σωματικών ειδικοτήτων. Έτσι γίνεται φανερό ότι η θεραπευτική συμμαχία ασθενούς - συμβούλου ψυχιάτρου έχει μια ιδιαίτερη σημασία στην διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία (Σακκάς, 1999 - Μάνου, 1997).

Μετά την ολοκλήρωση της πρώτης ψυχιατρικής εξέτασης επακολουθεί συνάντηση με τον παραπέμποντα γιατρό, προκειμένου να ενημερωθεί από τον σύμβουλο ψυχίατρο για τα αρχικά ευρήματα, τα οποία συνεκτιμούνται με τα βιολογικά δεδομένα. Αποφασίζονται στη συνέχεια από κοινού οι θεραπευτικοί χειρισμοί τόσο σε βιολογικό επίπεδο (π.χ. ψυχοφάρμακα όταν απαιτούνται) όσο σε ψυχολογικό και κοινωνικό. Στη διαδικασία αντιμετώπισης του προβλήματος συμμετέχουν, όπως ήδη έχει αναφερθεί και τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας της Σ-Δ, αφού προηγουμένως το πρόβλημα συζητηθεί στις τακτικές συγκεντρώσεις (Χριστόδουλος, 2002).

Ιδιαίτερη συνέχεια της νοσηλείας του, όπως θα αναφερθεί παρακάτω.

Πριν αναφερθούμε αναλυτικότερα στις θεραπείες, θα πρέπει να συνοψίσουμε το αντικείμενο του κλινικού έργου της Σ-Δ Ψυχιατρικής (Σακκάς, 1999).

## **2.4 Αντικείμενο κλινικού έργου Σ-Δ Ψυχιατρικής στο Γ.Ν.**

### **A. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

- 1) Οργανικής αιτιολογίας
- 2) Ως αντίδραση σε σωματική πάθηση (παθολογική ή χειρουργική)
- 3) Με σωματική συμπτωματολογία (σωματοποιήσεις)
- 4) Ψυχοσωματικές ή ψυχοφυσιολογικές διαταραχές
- 5) Συνυπάρχουσες (ανεξάρτητες) με την σωματική πάθηση.

### **B. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

- 1) Τάση για απόπειρα ή απόπειρα αυτοκτονίας
- 2) Παρατεταμένη ανάρρωση
- 3) Μη συνεργασία, αντιδράσεις στη νοσηλεία, θεραπεία συντηρητική ή χειρουργική.
- 4) Προβλήματα ασθενών ειδικών τμημάτων (Μ.Ε.Ν., Μ.Α.Ν., ογκολογικών, κ.ά.)
- 5) Επικείμενος θάνατος ή θάνατος
- 6) Διαταραχή ποιότητας ζωής, κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα
- 7) Έξοδος από νοσοκομείο (Ιεροδιακόπου, Ιακωβίδη, 2000)

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, η συχνότητα ψυχικών διαταραχών σε εσωτερικούς ασθενείς γενικού νοσοκομείου, κυμαίνεται από 30-60%. Ωστόσο τα ποσοστά παραπομπών προς την Σ-Δ Ψυχιατρική Υπηρεσία είναι πολύ χαμηλότερα και δεν ξεπερνούν το 5-6%, με πιο συνήθη αναλογία 0,5-2%. Η μη αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών από τους μη ψυχιάτρους είναι ο σημαντικότερος παράγων του χαμηλού ποσοστού παραπομπών και ήδη έχουμε αναφέρει τις βασικές αιτίες. Όμως δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι για τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές ασθενών γενικού νοσοκομείου (αγχώδεις και καταθλιπτικές), η διάγνωση δεν τίθεται τόσο εύκολα σε σωματικώς πάσχοντες όσο σε υγιείς. Τα όρια μεταξύ των φυσιολογικών συναισθημάτων φόβου, θλίψης, αποθάρρυνσης και απογοήτευσης, που κινητοποιούνται από τη νοσηλεία και του παθολογικού άγχους ή κατάθλιψης, είναι δυσδιάκριτα ιδίως για το προσωπικό των κλινικών σωματικών ειδικοτήτων (Ιακωβίδης, 2000).

Η έκβαση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ασθενούς με σωματική νόσο εξαρτάται όχι μόνο από την βαρύτητα της πάθησης, αλλά και από τα ψυχολογικά μέσα που διαθέτει το άτομο (μηχανισμοί άμυνας και αντιμετώπισης), όπως επίσης και από την περιβαλλοντική υποστήριξη (Ιακωβίδης, 2000).

Μπαίνοντας στο νοσοκομείο για θεραπεία, ο ασθενής ελπίζει για την αποκατάσταση της υγείας του, όντως επιβαρημένος από τα συμπτώματα της σωματικής πάθησης. Επιπλέον, ανησυχεί για την ζωή του, τη σωματική του ακεραιότητα και τις πραγματικές απώλειες (αποχωρισμός από τα οικεία πρόσωπα, το περιβάλλον του, την εργασία, τις καθημερινές δραστηριότητες). Ο φόβος του αγνώστου (το άτομο πρέπει να εμπιστευθεί τη ζωή του σε ξένα άτομα), ο φόβος απώλειας της αγάπης και εκτίμησης από αγαπημένα πρόσωπα, ο φόβος απώλειας του ελέγχου σημαντικών λειτουργιών (κύστης, ορθού, επικοινωνίας,

κινητικότητας) κινητοποιούνται, ανάλογα με τη σοβαρότητα της πάθησης, τη διάρκεια της νοσηλείας και το είδος της θεραπείας συντηρητικής ή χειρουργικής.

Οι θεραπείες δεν γίνονται αποδεκτές μόνο με ανακούφιση και ελπίδα από τον ασθενή. Η αναμονή της χειρουργικής επέμβασης κινητοποιεί συνήθως φόβους θανάτου, αναπηρίας και παραμόρφωσης. Ο συνδυασμός χειρουργικών χειρισμών και της αναισθησίας, αποτελούν για τον ασθενή μια μη αναστρέψιμη διαδικασία με αβέβαιη εξέλιξη. Έχει μελετηθεί ιδιαίτερα η σχέση προεγχειρητικής ανησυχίας και μετεγχειρητικής προσαρμογής. Ασθενείς με μεγάλο βαθμό προεγχειρητικής δυσφορίας και φόβου, παραπονούνται περισσότερο για πόνο, ζητούν συχνότερα αναλγητικά και παρουσιάζουν περισσότερες ελάσσονες μετεγχειρητικές επιπλοκές ή ψυχιατρικά επακόλουθα (Σακκάς, 1999 - Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Τονίζεται ότι η παράταση της προεγχειρητικής φάσης επιτείνει την ανασφάλεια και την αγωνία του ασθενούς.

Συντηρητικές θεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις αναστατώνουν τον ασθενή. Ιδιαίτερα όταν είναι επώδυνες, προκαλούν σημαντικές παρενέργειες ή εκτεταμένες μεταβολές στον τρόπο ζωής (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, εξωνεφρική κάθαρση, ενδοσκοπήσεις, παρακεντήσεις, καθετηριασμοί κ.ά.).

Πιο καθοριστικό ρόλο στην έκβαση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ασθενούς παίζουν τα ψυχολογικά μέσα που διαθέτει ως προσωπικότητα. Μηχανισμοί άμυνας, όπως άρνηση, απώθηση, παλινδρόμηση, προβολή, μετάθεση κινητοποιούνται για την αποφυγή του stress της νόσου. Η αντιμετώπιση (coping) θεωρείται πιο ώριμη και εύκαμπτη διαδικασία προσαρμογής, δεδομένου ότι αποτελεί μια εξελικτική διαδικασία αλλαγής των γνωστικών και συμπεριφερειολογικών

διεργασιών, για το χειρισμό ειδικών ψυχοπιεστικών καταστάσεων, όπως η σωματική πάθηση (Μάνου 1997 - Kahama, 2001).

Ο τρίτος σημαντικός παράγων, που φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενούς είναι η περιβαλλοντική υποστήριξη (συναισθηματική, υλική, ενημέρωση). Προκειμένου για σοβαρές παθήσεις, όπως καρκίνος ή άλλα χρόνια και καταληκτικά νοσήματα, υποστηρίζεται πως η έλλειψη υποστήριξης έχει αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο στην ψυχική υγεία των ασθενών, αλλά και στην εξέλιξη της ίδιας της νόσου. Βασική θέση στις πηγές περιβαλλοντικής υποστήριξης, εκτός από τα οικεία πρόσωπα, έχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000 - Kahama, 2001).



## 2.5 Γ' ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

**Οι θεραπείες:** αποτελούν το τρίτο μέρος των κλινικών δραστηριοτήτων της Σ-Δ. Η βιο-ψυχο-κοινωνική θεραπευτική προσέγγιση είναι η ενδεδειγμένη και κατ' εξοχή εφαρμοζόμενη τακτική από την θεραπευτική ομάδα της Σ-Δ (**Ζηλίκης, Ιακωβίδης, Ιεροδιακόνου 1998**).

Οι βιολογικές θεραπείες επιλέγονται και αποφασίζονται με αυστηρά κριτήρια, προσαρμοζόμενες στις ειδικές ανάγκες των ασθενών του γενικού νοσοκομείου. Οι συνυπάρχουσες σωματικές παθήσεις λαμβάνονται υπόψη στην επιλογή του ψυχοφαρμάκου και στην εξατομίκευση της δοσολογίας, καθώς επίσης και οι ειδικές ανάγκες ορισμένων κατηγοριών ασθενών (όπως οι ηλικιωμένοι, οι νεφροπαθείς, οι καρδιοπαθείς, οι ψυχοοργανικοί, οι έγκυες γυναίκες κ.ά.) (**Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000 - Μάνου, 1997**).

Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση των συμβούλων ψυχιάτρων συνήθως έχει την μορφή της υποστήριξης ή παρέμβασης στην κρίση, ή της βραχείας ψυχοθεραπείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Το stress που προκαλεί η νόσος (συμπτώματα, διάγνωση), η νοσηλεία και οι σωματικές θεραπείες χειρουργικού ή συντηρητικού τύπου, συχνά κάνουν έναν άνθρωπο ιδιαίτερα ανοιχτό στο να συζητήσει για τα συναισθήματά του, την ζωή του, τις αξίες του, τις σχέσεις και τις προσδοκίες του. Ομαδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν ιδιαίτερα αποτελέσματα ιδίως σε ομοειδείς ομάδες από πλευράς νόσου (ομάδες νεφροπαθών, ομάδες ογκολογικών, αιματολογικών κ.ά. ασθενών). Μάλιστα σε ογκολογικά νοσοκομεία οι ομάδες εξειδικεύονται ακόμη περισσότερο (ομάδες τομίας, μαστεκτομίας κ.ά.) (**Μάνου, 1997**).

Συμπεριφορικές - γνωσιακές τεχνικές έχουν επίσης εφαρμοστεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ένα μεγάλο φάσμα ψυχικών διαταραχών.

Κοινωνικές παρεμβάσεις, κατά κανόνα, είναι απαραίτητες στην διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς στο γενικό νοσοκομείο. Δεδομένης της πολυπλευρότητας του συστήματος υποστήριξης (συγγενείς, κοινωνικό περιβάλλον, υπηρεσία περίθαλψης) και της φύσης της υποστήριξης (υλική, συναισθηματική, ενημέρωση) είναι φανερό πως το έργο της θεραπευτικής ομάδας της Σ-Δ οφείλει να συνδυάζει τους απαραίτητους χειρισμούς για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. Ομάδες υποστήριξης συγγενών βοηθών στην επικοινωνία κοινών προβληματισμών και αρνητικών συναισθημάτων, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών με σοβαρά χρόνια ή καταληκτικά νοσήματα, όπως οι ογκολογικοί, οι νεφροπαθείς, οι αιματολογικοί κ.ά. (Μάνου, 1997).

Εκτός από την επιμόρφωση των γιατρών και νοσηλευτών σωματικών ειδικοτήτων σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή και γενικά στη βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση, η δημιουργία από την Σ-Δ ομάδων υποστήριξης του προσωπικού (support groups) προλαμβάνει φαινόμενα επαγγελματικής κόπωσης, ιδιαίτερα σε τμήματα ή μονάδες με υψηλό βαθμό επαγγελματικού stress (στεφανιαία, εντατική, άσηπτης νοσηλείας, καρδιοχειρουργικής ανάνηψης κ.ά.) (Lipowski, 1998).

Παρεμβάσεις στο επαγγελματικό και οικονομικό πλαίσιο του ασθενούς είναι απαραίτητες και αποτελούν σχέδιο ρουτίνα στην καθημερινά ιατρική πράξη της Σ-Δ.

Εισαγωγή στο ψυχιατρικό τμήμα του γενικού νοσοκομείου κρίνεται αναγκαία σε σοβαρές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

#### 3.1 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 τίποτε άλλο παρά έκφρασή της, είτε η κατάθλιψη αποτελεί αντίδραση στη σωματική νόσο.

Στην πρώτη περίπτωση, η θεραπεία της κατάθλιψης είναι επόμενο να έχει ως αποτέλεσμα την ύφεση και των σωματικών συμπτωμάτων. Στην 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, η ανορεξία, η εύκολη κόπωση, η δυσκοιλιότητα, η κεφαλαλγία, κ.ά. 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 συνήθως περιορίζουν την όρεξη. Ακόμα ο παρατεταμένος κλινοστατισμός 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 καμία σωματική νοσολογική οντότητα. Οι ασθενείς αυτοί απωθούν την υποκείμενη ψυχική νόσο και ασχολούνται συνεχώς με τις υποχονδριακές αιτιάσεις τους. Για τον λόγο αυτό ανθίστανται στην 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 (Ιακωβίδης, Ιεροδιακόνου, 1998).

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 (Ιακωβίδη, 2000).

## **ΚΥΡΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

### **Ενδοκρινολογικές διαταραχές:**

- Υποθυρεοειδισμός
- Σύνδρομο Cushing
- Σύνδρομο Addison
- Σακχαρώδης διαβήτης

### **Αυτοάνοσες νόσοι:**

- Ερυθματώδης λύκος

**Νευρολογικές διαταραχές:**

Σκλήρυνση κατά πλάκας  
Όγκος μετωπιαίου λοβού  
Νόσος 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 (Ιακωβίδη, 2000).

### 3.2 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 ν' αυξήσουν την ευαισθησία τους στην αναγνώριση ανάλογων 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 να οδηγήσει σε αυτοκτονία, σπανίως νοσηλεύονται σε γενικά νοσοκομεία (Μάνου, 1997).

Στην πρώτη κατηγορία ασθενών περιλαμβάνονται όσοι παραπονούνται για χρόνιο, έντονο άλγος, από το οποίο δύσκολα ανακουφίζονται. Καρκινοπαθείς των οποίων ο πόνος δεν μπορεί να ελεγχθεί, αποφασίζουν να θέσουν τέρμα στη ζωή τους.

Ανάλογες σκέψεις κάνουν και ασθενείς που βρίσκονται στα τελικά στάδια άλλων ανίατων νοσημάτων. Η χρονιότητα μιας νόσου καθώς και η ύπαρξη εντόνων παρενεργειών κατά τη θεραπεία της, εντείνουν 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 (Σακκάς, 1999).

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 τέρμα στη ζωή του, στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο.

Καταθλιπτικοί ασθενείς, όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της κατάθλιψης, συχνά νοσηλεύονται στο γενικό νοσοκομείο. Σπάνια βέβαια το βάθος της κατάθλιψής τους είναι τέτοιο ώστε να υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Όταν όμως ο ψυχίατρος αντιληφθεί ότι κάποιος ασθενής παρουσιάζει αυτοκτονικό 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 συμπεριφορά και ατυχηματοθηρία, πρέπει να ελέγχονται για το ενδεχόμενο αυτοκτονίας.

Τέλος, αυτοκτονική συμπεριφορά εμφανίζουν νοσηλευόμενοι, οι οποίοι έχουν διαταραχή προσωπικότητας ή άλλα, που προσπαθούν να χειριστούν τα έντονα προβλήματα του περιβάλλοντός τους πραγματοποιώντας αυτοκαταστροφικές πράξεις (Σακκάς, 1999).

### 3.3 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Συχνές αιτίες αγχώδους διαταραχές είναι ορισμένες σωματικές παθήσεις και αρκετά φάρμακα, με βιολογικούς αιτιοπαθογενετικούς μηχανισμούς.

#### **1. Αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση:**

Συμπτώματα άγχους, προσβολές πανικού, ψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις μπορούν να εκδηλωθούν ως άμεσο αποτέλεσμα οργανικής νόσου. Η αγχώδης διαταραχή προκαλείται με βιολογικούς μηχανισμούς από ενδοκρινοπάθειες (υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός, υπερπαραθυροειδισμός), καρδιαγγειακές παθήσεις (καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή, αρρυθμία), αναπνευστικές παθήσεις (χρόνιες πνευμονοπάθειες, πνευμονία), μεταβολικές παθήσεις (πορφυρία, έλλειψη B<sub>12</sub>) και νευρολογικές καταστάσεις (όγκοι, εγκεφαλίτιδα) (Ιακωβίδης, 2000).

Η διαφορική διάγνωση, μεταξύ των αγχωδών διαταραχών οργανικής αιτιολογίας και των πρωτογενών και αντιδραστικών αγχωδών διαταραχών, συχνά είναι δυσχερής, στην περίπτωση ασθενών με σοβαρές συστηματικές παθήσεις (Σακκάς, 1999 - Ιακωβίδης, 2000).

#### **2. Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες:**

Αγχώδη, φοβικά ψυχαναγκαστικά συμπτώματα και προσβολές πανικού είναι δυνατόν να εκδηλωθούν ως αποτέλεσμα παρενεργειών ή τοξικής επίδρασης ορισμένων φαρμάκων ή ουσιών (ινσουλίνη, κορτικοστεροειδή, νευροληπτικά, βρογχοδιασταλτικά, θυροξίνη, αντιυπερτασικά, αντιπαρκινσονικά, αντισυλληπτικά, ορισμένα



αντικαταθλιπτικά, ανθρακικό λίθιο, αμφεταμίνη, αλκοόλ, καφεΐνη, ψευδαισθησιογόνα, οπιοειδή, αντισταμινικά) (Ιακωβίδης, 2000).

Απότομη διακοπή ή στέρηση από βενζοδιαζεπίνες, αλκοόλ, οπιούχα αναλγητικά και υπνωτικά είναι δυνατόν να προκαλέσουν επίσης αγχώδεις διαταραχές, όχι ασυνήθιστες στις περιπτώσεις διακοπής των ουσιών λόγω εισαγωγής στο γενικό νοσοκομείο, επικείμενης χειρουργικής επέμβασης, αλλαγής θεραπευτικής αγωγής κ.ά.

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 (Σακκάς, 1999).

### 3.4 ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ - ΑΝΟΙΑ

Σε 10% περίπου των περιπτώσεων που ζητείται η συμβολή της ψυχιατρικής σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, πρόκειται για ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχές του επιπέδου της συνείδησής 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 αφ' ενός να καταστείλει όσο το δυνατόν συντομότερα και αποτελεσματικότερα τον ασθενή, αφετέρου να δώσει οδηγίες στο προσωπικό της κλινικής για το χειρισμό του ασθενούς.

Ο ψυχίατρος της Σ-Δ Ψυχιατρικής, με την καθημερινή επαφή του 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 συνηθειών. Στο νοσοκομείο αποτελεί συχνό φαινόμενο, να εμφανίζεται το βράδυ συγχυτικός, ένας ηλικιωμένος που ξύπνησε να πάει στην τουαλέτα και δεν γνωρίζει που βρίσκεται (Σακκάς, 1999).

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 στην χώρα μας, καθώς και η κατάσταση των νοσοκομείων, κάνει αρκετούς ασθενείς έντονα

επιφυλακτικούς και κριτικούς προς τους γιατρούς τους. Έτσι 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 (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

### 3.5 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.

Λόγω του κοινωνικού στίγματος, το οποίο βέβαια το αντιλαμβάνονται οι ψυχωσικοί ασθενείς καθότι το βιώνουν καθημερινά, έχουν υπάρξει περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι δεν δήλωσαν την ύπαρξη ιστορικού ψυχωσικής διαταραχής. Έτσι, ο ψυχίατρος της Σ-Δ διαπιστώνει την ύπαρξη εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων σε νέους σε ηλικία ασθενείς και θέτει την υποψία λήψης νευροληπτικών, τα οποία οι ασθενείς δεν είχαν αναφέρει στο γιατρό τους. Όπως διαπιστώνεται αργότερα, οι ασθενείς αυτοί, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ελάμβαναν κανονικά την αντιψυχωσική αγωγή τους, κρυφά από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία και για το λόγο ότι η αντιψυχωσική αγωγή μπορεί να έχει αλληλεπίδραση με τη θεραπεία που χορηγεί ο παθολόγος ή ακόμα όπως σε μια από αυτές τις περιπτώσεις, προξενεί λόγω παρενεργειών συμπτώματα τα οποία εκκαλείτο ο παθολόγος να θεραπεύσει.

Ο ψυχίατρος της Σ-Δ του γενικού νοσοκομείου, οφείλει να αξιολογήσει κάθε ασθενή που πάσχει από ψυχωσική διαταραχή ή λαμβάνει αντιψυχωσική αγωγή. Διατηρεί κάθε δικαίωμα να μεταβάλει την αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής, καθότι αυτός είναι υπόλογος προς τους συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, για την ομαλή συμπεριφορά του ασθενούς κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο (Kahana, 2001).

### 3.6 MANIA

Ο νοσηλευτής της Σ-Δ υπηρεσίας στο περιβάλλον του γενικού νοσοκομείου έρχεται αντιμέτωπος με μεγάλη ποικιλία περιστατικών. Έτσι είναι δυνατόν να κληθεί από συναδέλφους του 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 καμία αντίρρηση για τις εξετάσεις και γενικά βοηθούν το νοσηλευτικό προσωπικό στην εργασία του. Η «περίεργη» όμως και «υπερβολική» συμπεριφορά τους οδηγεί το θεράποντα γιατρό να τους παραπέμψει στον ψυχίατρο. Οι συνασθενείς τους που νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο ενοχλούνται από την λογοροϊκότητά τους και τη συνεχή κινητικότητα που τους διακρίνει. Η αϋπνία τους οδηγεί σε διατάραξη της ησυχίας του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της νύχτας. Έτσι μετά από λίγες μέρες η παραμονή τους στο νοσοκομείο γίνεται προβληματική (Kahana, 2001).

Τα ερωτήματα προς τον ψυχίατρο γίνονται ανάλογα με τη 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 υπόψιν της, όλες τις εναλλακτικές νοσηλευτικές δυνατότητες, όπως και την διαταραχή στη λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας που μπορεί να προκαλέσει ο συγκεκριμένος ασθενής. Η ύπαρξη ψυχιατρικού τομέα στα

γενικά νοσοκομεία βοηθάει στη 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 νοσηλευτής υποχρεώνεται να διαδραματίσει αποφασιστικό ρόλο, παρακολουθώντας καθημερινά την κατάσταση του ασθενούς και δίνοντας λεπτομερείς οδηγίες για τη νοσηλευτική του φροντίδα στο προσωπικό που δεν διαθέτει την απαιτούμενη πείρα (Ιεροδιακόνου, 2000).

### 3.7 ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

#### Ψύχωση λοχείας

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 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 μετά τον τοκετό έχει περιοριστεί σε μερικά 24ωρα (Μάνου, 1997 - Μιχαλάς, 2000).

Ελαφρές μορφές κατάθλιψης εμφανίζονται στο 10% περίπου των λεχώνων, αλλά δεν έχουν ιδιαίτερο βάθος και διαρκούν μια έως δύο εβδομάδες. Σε λίγες περιπτώσεις η κατάθλιψη γίνεται σοβαρή και μάλιστα συνοδεύεται από παραληρητικά στοιχεία.

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 σαν δικό της, ενώ μπορεί να εκφράσει και επιθυμία να το σκοτώσει. Απαιτείται μεγάλη προσοχή, ακόμη ίσως και προσωρινή απομάκρυνση του παιδιού από τη μητέρα, προκειμένου να αποφευχθούν έτερο - αλλά και αυτοκαταστροφικές πράξεις της μητέρας (Μάνου, 1997).

## **Κλιμακτηριακές διαταραχές**

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

Στο γενικό νοσοκομείο εμφανίζονται συχνά ασθενείς οι οποίες βρίσκονται στην κλιμακτήριο και αναφέρουν άτυπα σωματικά ενοχλήματα. Λόγω της ηλικίας τους υποβάλλονται σε εκτεταμένο κλινικό έλεγχο και παρακλινικό, ο οποίος τις περισσότερες φορές αποβαίνει αρνητικός. Οι ασθενείς αυτές μπορούν να 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 (Μιχαλάς, 2000).

## **Έκτρωση**

Η εμπλοκή του ψυχιάτρου της Σ-Δ 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 τη λήψη όποιας απόφασης είναι καλύτερη για την ψυχική οικονομία της εγκύου.

Μερικές φορές επιβάλλεται, για την πληρέστερη διερεύνηση της οικογενειακής και κοινωνικής κατάστασης, η εξέταση των συγγενών της



εγκύου. Η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος βοηθάει τόσο στην διαδικασία της έκτρωσης, αν αυτό αποφασιστεί, όσο και στην ολοκλήρωση της κηύσεως (Σακκάς, 1999 - Μιχαλάς, 2000).

Σε κάθε περίπτωση που ο ψυχίατρος έρχεται σε επαφή με γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε έκτρωση, οφείλει να χρησιμοποιεί το κύρος της θέσης τους, αλλά και την ικανότητά 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 στην 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 υποβάλλει σε έκτρωση. Ακόμη 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 (Σακκάς, 1999 - Μιχαλάς, 2000).

## Αντισύλληψη

Η βοήθεια τους 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 τη γυναίκα αλλά και το 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 υπ' όψιν 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, οφείλεται να λαμβάνονται με την συνεργασία του αρμόδιου εισαγγελέα (Μιχαλάς, 2000).

## Τοκετός

Ο τοκετός είναι μια φυσιολογική λειτουργία, η οποία όμως έχει ιδιαίτερα μεγάλη συναισθηματική φόρτιση. Πλην των περιπτώσεων κατάθλιψης και εκδήλωσης ψύχωσης λοχείας, η βοήθεια του ψυχιάτρου συμβούλου μπορεί να απαιτηθεί σε περίπτωση που γεννηθεί νεκρό έμβρυο ή έμβρυο άρρωστο, με σωματικές ανωμαλίες ή όταν το

νεογέννητο πεθάνει. Τότε η ψυχίατρος βοηθά ώστε να διατηρηθεί η ψυχική ισορροπία της λεχώνας. Η βοήθεια και η υποστήριξη δεν κατευθύνεται μόνο προς τη γυναίκα, αλλά και προς το οικογενειακό περιβάλλον της, αφού συνήθως και αυτό χρειάζεται στήριξη (Σακκάς, 1999).

Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ψυχίατρος χρειάζεται πρωταρχικά να διαλύσει τις συχνά αναδυόμενες ενοχές της γυναίκας ή άλλων προσώπων του περιβάλλοντός 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 περίπτωση πάντως θα πρέπει να αποφεύγονται παρατεταμένες εκδηλώσεις πένθους, από τη μεριά τόσο της μητέρας όσο και των άλλων μελών της οικογένειας (Μιχαλάς, 2000).

Ένα κεφάλαιο που 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 περιβάλλοντός της, δηλαδή ότι έχει ένα παιδί που θα πρέπει αυτή, μόνη της να φροντίσει, αλλά και να προστατεύσει από το συνήθως σκληρό και συντηρητικό κοινωνικό περίγυρο. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ανασφάλεια και φόβο στη λεχώνα, συναισθήματα που ο ψυχίατρος οφείλει να μετουσιώσει σε πείσμα και αγωνιστικότητα (Σακκάς, 1999).

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 τη στοιχειώδη κοινωνική και οικονομική υποδομή για να μεγαλώσουν το παιδί τους. Συχνά είναι μετανάστες, οι οποίοι ήρθαν στη χώρα μας για να

εργαστούν και ο σκοπός τους είναι να επιστρέψουν στην πατρίδα τους και να κάνουν εκεί οικογένεια. Για το 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 διαβεβαιώσουν τη μητέρα ότι όλη η διαδικασία του τοκετού θα γίνει διακριτικά και το παιδί της θα έχει μια όσο το δυνατόν καλύτερη μεταχείριση. Επίσης απαραίτητες είναι οι πληροφορίες για έναν αποτελεσματικότερο οικογενειακό προγραμματισμό και αντισυλληπτική πρακτική (Lipowski, 1999).

### 3.8 ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Στα πλαίσια 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 ψυχίατρό της, ώστε μαζί να υπολογίσουν την πιθανότητα υποτροπής της ψυχικής νόσου, εάν διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή της.
2. Εφ' όσον 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 τερατογενέσεις και οι τελευταίες μέρες προ του τοκετού, κατά τις οποίες η κυκλοφορία των ψυχοφαρμάκων στην κυκλοφορία του εμβρύου είναι δυνατόν να προκαλέσουν καταστολή του νεογνού αμέσως μετά τον νεογνό. Ακόμη μπορεί να παρατηρούν στερητικά φαινόμενα στο νεογνό.
4. Σε κάθε περίπτωση κατά τη διάρκεια της κύησης, κάθε γυναίκα με ιστορικό ψυχικής νόσου πρέπει να έχει στενή ψυχιατρική παρακολούθηση. Κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία παρατηρούνται συχνά υφέσεις, εξάρσεις ή υποτροπές ψυχικών διαταραχών (Σακκάς, 1999 - Ιεροδιακόνου - Ιακωβίδη, 2000).

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 ΜΑΟ πρέπει να αποφεύγονται (Μάνου, 1997 - Μιχαλάς 2000).

Οι βεζοδιαζεπίνες, ίσως έχουν μικρή τερατογόνο δράση κυρίως ως προς την εμφάνιση στοματικής δυσμορφίας. Η χρήση τους όμως συχνά είναι αναπόφευκτη (Μάνου, 1997).

Τόσο το λίθιο όσο και τα αντιεπιληπτικά φάρμακα έχουν μέτρια τερατογόνο δράση, γι' αυτό συνιστάται να αποφεύγονται κατά την διάρκεια της κυήσεως (Μάνου, 1997).

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

Η 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 φορέα 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 έρχονται 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 αφενός να πληροφορήσει το προσωπικό του νοσοκομείου για τα δεδομένα που αφορούν τη μεταδοτικότητα της νόσου, αφετέρου να δώσει την ευκαιρία στην έκφραση των φορέων, 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 (Ζηλίκη, 1995).

Όσον αφορά την 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 στις 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 στο ΚΝΣ, κυρίως διαταραχή στη μνήμη, σύγχυση, διαταραχή του 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 (Σακκάς, 1999).

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 τη νόσο τους και έτσι είναι περισσότερο αυτομομφικοί (Γκόμα, 1995).

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

- 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 σύζυγό του, όπως συμβαίνει σε μερικές περιπτώσεις. Σ' αυτές τις τελευταίες περιπτώσεις πρέπει ταυτόχρονα να ανακοινώσει και ότι είχε παράλληλα και ομοφυλοφιλικές εμπειρίες.



- Το φιλικό περιβάλλον του, απ' το οποίο συνήθως αναγκάζεται να αποσυρθεί. Είναι σπάνιο φαινόμενο, κάποιο άτομο από το φιλικό περιβάλλον του φορέα ή του ασθενούς, να αναλάβει ρόλο υποστηρικτικό και να τον ακολουθήσει στη 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 (Εκατό, 1995).
- Το εργασιακό περιβάλλον του, το οποίο με εύσχημο τρόπο τον αποβάλλει. Μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις, οι αντίπαλοι στον επαγγελματικό χώρο βρίσκουν την ευκαιρία να δείξουν την κακία τους και να δυσφημίσουν με τον πιο άσχημο τρόπο τον δυστυχή φορέα.
- 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 (Ιακωβίδης, 2000).

### **3.10 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ**

Οι συνθήκες που επικρατούν στη μονάδα του τεχνητού νεφρού είναι αρκετά ιδιότυπες. Αυτός 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 το χώρο αυτό **(Ιακωβίδης, Ιορδανίνης, Ταγκαλίδης, Μπαλάσκας, 1999)**.

Έτσι όλα τα άτομα στη μονάδα τεχνητού νεφρού, γίνονται μια οικογένεια. Ο καθένας ενδιαφέρεται για τα προβλήματα του άλλου. Στην αίθουσα αναμονής μιλούν για την προσωπική τους ζωή και συμβουλεύει ο ένας τον άλλον περιμένοντας να μπουν στο μηχάνημα. Το προσωπικό της μονάδας συμμετέχει συνήθως στη συζήτηση. Με το 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 μην παρασυρθεί κανείς από τα δυναμικά της ομάδας και να μπορέσει να διατηρήσει την ψυχολογική του ακεραιότητα **(Ιακωβίδης, Ιορδανίδης, Ταγκαλίδης, Μπαλάσκας, 1991)**.

Οι νεφροπαθείς αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα όταν για πρώτη φορά μπαίνουν σε αιμοκάθαρση. Τότε είναι πιθανό να χρειαστούν τη βοήθεια του ψυχιάτρου. Συνήθως, όμως, οι γιατροί και το προσωπικό της μονάδας, καταφέρνουν να βοηθήσουν με τον καλύτερο τρόπο τον

ασθενή στη δύσκολη φάση της προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα της ζωής του.

Οργή και κατάθλιψη εμφανίζουν οι νεφροπαθείς όταν διαψευστούν οι ελπίδες τους για μεταμόσχευση νεφρού. Η κατάσταση είναι εξαιρετικά δύσκολη. Υπάρχουν νεφροπαθείς οι οποίοι 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 (Σακκάς, 1999 - Ιακωβίδης, Ιορδανίδης, Τσαγκαλίδης, Μπαλάσκας, 1991).

Σε τέτοιες καταθλιπτικές φάσεις ο νεφροπαθής 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 (Σακκάς, 1999).

### 3.11 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, στη μνήμη και στον προσανατολισμό στο 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 χορήγησής 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 πεποιθήσεις που έχει για την αρρώστια αυτή. Η μακρά και επίπονη πορεία της νόσου, καθώς και οι παρενέργειες των θεραπειών, όπως είναι οι έμετοι και η τριχόπτωση, προκαλούν ψυχική κόπωση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (**Σακκάς, 1999 - Ιακωβίδης, Βαλουμάς, Μπαλλά, Μαυρίδης, Ιεροδιακόνου, 1997**).

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

Στην αρχή μπορεί ο ασθενής να **αρνηθεί** τη διάγνωση. Να μη θέλει να πιστέψει ότι έχει καρκίνο και να δρα ανάλογα, είτε

αρνούμενοι τη 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 αρρώστια τους. Η ψυχολογική τους κατάσταση πρέπει να εξηγηθεί από το ερώτημα που συχνά θέτουν: «γιατί να τύχει αυτό σ' εμένα;».

Σε κάποια στιγμή, ορισμένοι καρκινοπαθείς περνούν από το στάδιο της **συναλλαγής**. 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 (**Lipowski, 1999**).

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 προβάλλει καμία αντίδραση (**Lipowski, 1999**).

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 τη σειρά τους, την στάση τους προς τον ασθενή. Έτσι πολλές φορές δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις του ασθενούς προς την οικογένειά του, όπως και στις σχέσεις των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο προς τον ασθενή όσο και προς το συγγενικό του περιβάλλον (Μάνου, 1997).

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, στον συχνά ανεκπαιδευτο γιατρό, τον 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 (Μάνου, 1997).

Ακόμα, ο γιατρός θα πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια του ασθενούς να μετασχηματιστεί 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. Στην προκειμένη περίπτωση, ένα άτομο ή διχασμένο περιβάλλον, είναι ο χειρότερος συνεργάτης του ασθενούς, αλλά και του γιατρού (**Kahana, 2000**).

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

Αποτελεί μια νέα νοσολογική οντότητα, στην οποία κατατάσσονται οι αντιδράσεις, ψυχολογικές και σωματικές, του προσωπικού που ασχολείται με ασθενείς βαρέως πάσχοντες και ασθενείς που πεθαίνουν. Έχει παρατηρηθεί ότι γιατροί, νοσηλευτές, αλλά ακόμη και καθαριστές, που φροντίζουν ασθενείς που βρίσκονται στα τελευταία στάδια ανίατων ασθενειών, μερικές φορές, μετά από συνεχή και παρατεταμένη εργασία σ' αυτό το αντικείμενο, αλλάζουν συμπεριφορά. Γίνονται ευερέθιστοι, νευρικοί, ή αδιάφοροι ή 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 πιθανώς ελαττώσεως της άμυνας του οργανισμού τους (Ιακωβίδης, Φουντουλάκης, Μωυσίδου, 1994).

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 όλο το προσωπικό μιας συγκεκριμένης μονάδας, όπως ογκολογικών ιατρείων ή μονάδας τεχνητού νεφρού, συνέρχεται μια φορά την εβδομάδα ή μια φορά τον μήνα και συζητά για μια έως μια 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 (**Ιακωβίδης, Φουντουλάκης, Ιεροδιακόνου, 1994**).

Είτε μέσω αυτών των ομάδων, είτε με άλλους τρόπους, ο ψυχίατρος απομονώνει τα άτομα που χρειάζονται ειδικά θεραπεία και μεταχείριση. Ανάλογα των περιπτώσεων μπορεί να συστήνει αγχολυτική αγωγή, αντικαταθλιπτική θεραπεία, ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, αναρρωτική άδεια ή ακόμα και αλλαγή αντικειμένου εργασίας (**Lipowski, 1999**).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Η Σ-Δ ψυχιατρική δεν είναι απλά η μεταφορά μιας ψυχιατρικής συμβουλής στο χώρο της περίθαλψης. Είναι ένα σύνολο γνώσης γύρω από πολύπλοκες αντιδράσεις μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, που καθορίζουν την παθογένεση, την πορεία, την απάντηση στη θεραπεία και την πρόγνωση ενός μεγάλου εύρους σωματικών παθήσεων (Μάνου, 1997 - Lipowski, 1999).

### 4.2 ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ

Το αντικείμενο της γνώσης ενός συμβούλου ψυχιάτρου οφείλει να περιλαμβάνει:

- βασικές αρχές επικοινωνίας με τον ασθενή
- τις διαδικασίες αντίληψης - συνειδητοποίησης της νόσου από τον ασθενή και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης και προσαρμογής.
- τον τρόπο που η νόσος επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς.
- την ψυχοδυναμική των αντιδράσεων μεταξύ ασθενούς και ιατρικού/ νοσηλευτικού προσωπικού
- τις διεργασίες σωματοποίησης της ψυχικής σύγκρουσης.
- την αιτιοπαθογένεση των οργανικών ψυχικών διαταραχών
- τις ψυχιατρικές επιπλοκές των παθολογικών και χειρουργικών παθήσεων
- την ορθή χρήση ψυχοφαρμάκων

- τις ψυχοθεραπευτικές μεθόδους και τεχνικές που απαιτούνται για την ψυχολογική προσπέλαση του προβλήματος (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

### **4.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΙ:**

Το εκπαιδευτικό έργο απευθύνεται προς:

- φοιτητές ιατρικής
- ειδικευόμενους άλλων ιατρικών ειδικοτήτων
- ειδικευόμενους στην ψυχιατρική
- ψυχιάτρους
- ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και γενικής ιατρικής
- νοσηλευτές (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Παρά την αυξανόμενη συσσώρευση βιβλιογραφίας στους τομείς της Σ-Δ Ψυχιατρικής, το ερευνητικό πεδίο μπορεί ακόμα να θεωρηθεί παρθένο. Και τούτο διότι αφενός η Σ-Δ Ψυχιατρική είναι ένας νέος επιστημονικός τομέας, αφετέρου κάθε νοσοκομείο στο οποίο εφαρμόζεται, διατηρεί την ιδιαιτερότητά 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
- Την σύγκριση αυτών των δραστηριοτήτων με υπηρεσίες Σ-Δ Ψυχιατρικής άλλων νοσοκομείων. Για το λόγο αυτό βέβαια απαιτείται η χρήση μιας 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 στη μονάδα εντατικής θεραπείας ή την ψυχολογική καταπόνηση των ασθενών που βρίσκονται σε χρόνια αιμοκάθαρση, ή ακόμα τις αντιδράσεις μελών των οικογενειών των εμφραγματιών ή των καρκινοπαθών. Υπάρχει τόσο μεγάλο εύρος στον τομέα της Σ-Δ ψυχιατρικής, ώστε η εξάντληση των ερευνητικών πεδίων να είναι πρακτικά αδύνατη.
- Την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου προβλήματος, με διαφορετικούς τρόπους και την σύγκριση της αποτελεσματικότητάς τους. Π.χ. είναι καλύτερα να χορηγηθεί

βενζοδιαζεπίνη ή νευροληπτικό, για την καταστολή διεγέρσεως 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 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 (Μιχαλάς, 2000).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κέντρα αναφοράς Σ-Δ υπηρεσίας στην Ελλάδα είναι τα μεγάλα Γενικά Νοσοκομεία που διαθέτουν ψυχιατρικούς τομείς, με πρωτοπόρα το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, το Γενικό «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» Αθηνών, καθώς και το Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» Αθηνών.

Η οργάνωση της παρέμβασης Σ-Δ ομάδας σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές των νοσηλευομένων σε παθολογικές ή χειρουργικές κλινικές, έχει εκ των πραγμάτων ως βάση εκκίνησης τα τριτοβάθμια Γενικά Νοσοκομεία (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Η Σ-Δ υπηρεσία εκτός από την αναγνώριση των ψυχιατρικών προβλημάτων των νοσηλευομένων ασθενών και την αντιμετώπισή τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, οφείλει να φροντίζει και για την μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και θεραπεία τους. Κατά συνέπεια απαιτείται και ανάλογη πρόβλεψη ως προς την στελέχωση, κάτι που δεν καλύπτεται από την απλή λειτουργία Δ-Σ υπηρεσίας, αλλά και ρυθμίσεις διοικητικής φύσεως (Σακκάς, 1999).

Επείγουσες καταστάσεις με τον ασθενή να βρίσκεται εκτός νοσοκομείου, δυσκολίες και προβλήματα που αφορούν την καθημερινότητα των ασθενών και τις σχέσεις τους με την οικογένεια, προβλήματα εργασιακής φύσης κ.ά. απαιτούν κατά κανόνα την παρέμβαση της ομάδας Σ-Δ.

Συνήθως πρόκειται για σοβαρά προβλήματα, σύμπλοκου χαρακτήρα, τα οποία συχνά καλούν την ομάδα να βγει προς την κοινότητα (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Οι εκτός νοσοκομείου παρεμβάσεις δεν είναι μόνο εκείνες που έχουν «θεραπευτικό» χαρακτήρα, αλλά περιλαμβάνουν και το έργο της

ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης από το οποίο δεν εξαιρούνται οι ιατρικοί και υγειονομικοί φορείς (Ιεροδιακόνου, Ιακωβίδη, 2000).

Στο «ενδονοσοκομειακό πλαίσιο», εκτός από τη δουλειά με τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι δραστηριότητες των μελών της Σ-Δ υπηρεσίας περιλαμβάνουν και την υποστήριξη και βοήθεια των επαγγελματιών υγείας που είναι επιφορτισμένοι με την μακρόχρονη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα εξουθένωσης ή αρνητικών αντιδράσεων.

Μεγάλο μέρος αυτού του έργου κανονικά δεν θα έπρεπε να γίνεται από την ομάδα Σ-Δ υπηρεσίας αλλά από τους φορείς άλλων υπηρεσιών, όπως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής, κοινωνικές υπηρεσίες κ.ά. Όμως η πραγματικότητα, για την ώρα τουλάχιστον, μας δείχνει ότι δεν είναι πάντα εύκολη η πρόσβαση των ατόμων σε όλες τις υπηρεσίες και αναγκαστικά παρουσιάζεται αυτή η «υπέρβαση» της Σ-Δ ψυχιατρικής.

Η «εκπαιδευτική δραστηριότητα» είναι άλλος ένας τομέας δράσης και φορά όλα τα επίπεδα: φοιτητές ιατρικής, ειδικευόμενους αλλά και ειδικούς ιατρούς, τις άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, αλλά ακόμα και διοικητικούς υπαλλήλους (Lipowski, 1998).

Τέλος, ο «τομέας της έρευνας» εντάσσεται κι αυτός στις προτεραιότητες της ομάδας Σ-Δ διότι τα μέλη της μπορούν να έχουν εκ της θέσεώς τους μια άμεση και σφαιρική γνώση των ψυχιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς, όχι σε ένα «εργαστηριακό - πειραματικό» ή θεωρητικό πλαίσιο, αλλά στη βάση της καθημερινής κλινικής πραγματικότητας (Lipowski, 1998).

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Σ-Δ είναι μια νέα υποειδικότητα της ψυχιατρικής, η οποία προσφέρει κλινικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο σε ιατρούς άλλων σωματικών ειδικοτήτων.

Η υπηρεσία στελεχώνεται από σύμβουλο ψυχίατρο, κοινωνική λειτουργό, ψυχολόγο και ψυχιατρική νοσηλεύτρια.

Κύρια λειτουργία της επικεφαλής της Σ-Δ ομάδας συμβούλων ψυχιάτρων είναι να προσφέρουν κλινική υπηρεσία με τη μορφή συμβούλων και βοήθειας στη διάγνωση και θεραπευτικό χειρισμό διαφόρων ασθενών ύστερα από αίτηση - παραπομπή του μη ψυχιάτρου γιατρού.

Μια άλλη εξίσου σημαντική πλευρά της κλινικής υπηρεσίας είναι η διασυνδεδετική, όπου η ομάδα της Σ-Δ διατηρεί μια συνεχή επαφή με ένα παθολογικό ή χειρουργικό τμήμα ή κλινική μονάδα, με σκοπό την διδασκαλία στο ιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό της αναγνώρισης, του χειρισμού και της κατάλληλης παραπομπής των ασθενών που παρουσιάζουν ψυχολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα. Επίσης, η ομάδα αναλαμβάνει να βοηθήσει στην επίλυση συγκρούσεων μεταξύ ασθενών και προσωπικού ή μεταξύ ατόμων του προσωπικού εφόσον οι συγκρούσεις αυτές επηρεάζουν την φροντίδα του ατόμου.

Η Σ-Δ υπηρεσία είναι κατεξοχήν υπηρεσία που εκπαιδεύει τους επαγγελματίες υγείας με άξονα το βιοψυχοκοινωνικό ή «ολιστικό» μοντέλο της ιατρικής και ο φορέας σημαντικών ερευνών στο όριο ψυχιατρικής και ιατρικής, όπως ήδη αναφέραμε.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γκόμα, Φ. (1995). *Δυνατότητα συμβουλευτικής παρέμβασης στην οικογένεια και μεταβολή στη δυναμική των σχέσεων*. Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 3, Τεύχος 2, σελ. 168-171.

Εκατό, Ε. (1995). *Κοινωνική Πρόνοια και κοινωνικές υπηρεσίες για την πρόληψη και αντιμετώπιση του AIDS*, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 3, Τεύχος 1, σελ. 76-81.

Ζηλίκης, Ν. (1995). *Χαρακτηριστικά ενός ελληνικού πληθυσμού με HIV λοίμωξη: Ψυχιατρικές πλευρές και αναζήτηση βοήθειας*, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος Β, Τεύχος 2, σελ. 172-176.

Ζηλίκης, Ν. Κόσες, Β. Ιεροδιακόνου, Χ. (1997). *HIV λοίμωξη και ψυχιατρική παρέμβαση: πρόταση για ένα μοντέλο πέραν της Συμβουλευτικής - Διασυνδετικής Ψυχιατρικής», Αθήνα, Πρακτικά 4<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, Γ' τόμος, σελ. 110-205.*

Ζηλίκης, Ν. Ιακωβίδης, Α. Ιεροδιακόνου, Χ. (1998). *Συμβουλευτική Υπηρεσία Ψυχιατρικού Τομέα Γενικού Νοσοκομείου: Μια διπλή εμπειρία*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ελληνικής Ιατρικής, σελ. 334-339.

Ιακωβίδης, Α. Ιορδανίδης, Π. Τσαγκαλίδης, Ι. Μπαλάσκας, Η. (1991). *Διερεύνηση των ψυχικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας*, Αθήνα: Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Βορειοελλαδικού Ιατρικού Συνεδρίου, σελ. 86-92.

Ιακωβίδης, Α. (1993). *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα και προσαρμογή της πάσχουσας από καρκίνο του μαστού*. Αθήνα: Πρακτικά του 4<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μαστολογίας, σελ. 157-159.

Ιακωβίδης, Α. Φουντουλάκης, Κ. Μωυσίδου, Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. (1994). *Ο ρόλος των περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης Νοσηλευτριών Γενικού Νοσοκομείου*. Πρακτικά 13<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, σελ. 115-130.

Ιακωβίδης, Α. Φουντουλάκης, Κ. Ιεροδιακόνου, Χ. (1994). *Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο προσωπικό των Μονάδων Εντατικής και μη Εντατικής Θεραπείας*, Αθήνα: Πρακτικά 13<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, σελ. 305-311.

Ιακωβίδης, Α. Ιεροδιακόνου, Χ. (1988). *Ψυχικές καταστάσεις που εισήχθησαν στο γενικό νοσοκομείο για σωματική συμπτωματολογία*, Πρακτικά 3<sup>ου</sup> Βορειοελλαδικού Ιατρικού Συνεδρίου, σελ. 314-318.

Ιακωβίδης, Α. (2000). *Άγχος και αγχώδεις διαταραχές στο Γενικό Νοσοκομείο*, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, σελ. 111-121.

Ιεροδιακόνου, Χ. Σ. & Ιακωβίδη, Α.Ι. (2000). *Η Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστοειδή, σελ. 203-244.

Ιεροδιακόνου, Χ. Ιακωβίδης, Α. Ζηλίκης, Ν. (1987). *Η δυναμική της σχέσης ψυχιάτρων και άλλων γιατρών στο Γενικό Νοσοκομείο*,

Θεσσαλονίκη, Ορατικά 11<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, σελ. 315-327.

Kahana, R.J. Bibring GL (2001). *Personality types in medical management in Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital*. Edited by Zinberg N.E. New York, International Universities Press, p.p. 108-123.

Lipowski, Z.J. (1990). *Consultation - Liaison Psychiatry Psychother Psychosom*, p.p. 62-68.

Lipowski, Z.J. (1999). *Consultation - Liaison psychiatry: the first half century*. *Gen Hosp Psychiatry* 8, p.p. 305-315.

Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press, σελ. 456-465.

Μιχαλάς, Σ. (2000). *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., σελ. 311-320.

Σακκάς, Π. (1999). *Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου*, Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις, σελ. 9-45.

Χριστόδουλος, Γ. (2002). *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Άλφα - Βήτα, σελ. 852-854.

Χριστόδουλος, Γ.Ν. Κονταξάκης, Β.Π. Οικονόμου, Μ. (2002). *Προληπτική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, σελ. 121-138.

