

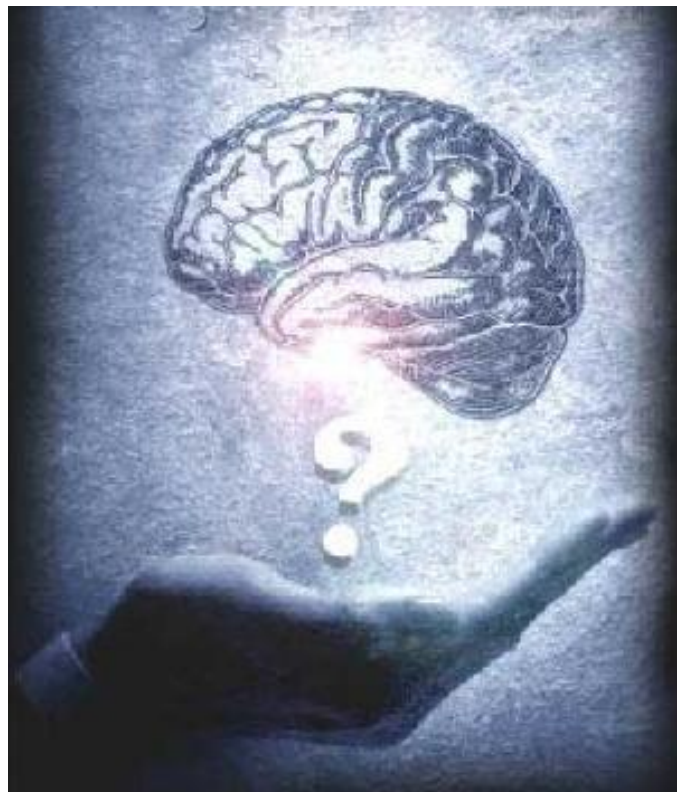
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΛΟΥΒΗ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Dr. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2013

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος προπτυχιακών σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.

Η αύξηση του αριθμού των ψυχιατρικών εκδηλώσεων στην εποχή μας καθώς και η σχέση σωματικής νόσου και ψυχικής διαταραχής που επιβεβαιώνεται από πληθώρα συστηματικών κλινικών μελετών, αποτέλεσε κίνητρο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος για εμάς. Θελήσαμε να διερευνήσουμε όλους τους μηχανισμούς εκείνους με τους οποίους τα ψυχολογικά προβλήματα επηρεάζουν την σωματική υγεία αλλά και πώς διάφορες σωματικές διαταραχές έχουν αντίκτυπο στην εγκεφαλική λειτουργία και εκδηλώνονται κυρίως με ψυχιατρικά συμπτώματα. Με άλλα λόγια, σκοπός μας είναι να μελετήσουμε τις Ψυχοσωματικές Διαταραχές και τα Οργανικά Ψυχοσύνδρομα, δυο πολυπαραγοντικά θέματα με ποικίλα αίτια, κλινικές εκδηλώσεις και θεραπευτικές προσεγγίσεις και ελπίζουμε στην επαρκή και αξιόπιστη προσέγγιση του θέματος.

Προτού όμως αρχίσουμε την ανάλυση του θέματος της εργασίας μας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών, κ. Μιχαλοπούλου Αντιγόνη για τη συνεργασία μας, και φυσικά τις οικογένειές μας για τη συμβολή τους στην εκπόνηση του στόχου μας.

Συμπάσχει η ψυχή τω σώματι νοσοῦντι και τεμνομένω και το σώμα τη ψυχή.
(Κλεάνθης ο Τρωας)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως αντικείμενο τη μελέτη των **οργανικών ψυχοσυνδρόμων** και των **ψυχοσωματικών διαταραχών**, καθώς και τη μεταξύ τους συσχέτιση. Είναι δομημένη σε τρία βασικά τμήματα, όπου περιγράφεται κάθε θέμα αντιστοίχως.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο τμήμα αναφέρονται τα αίτια των οργανικών ψυχοσυνδρόμων, η ιστορική ανασκόπηση αλλά και η ταξινόμηση τους ώστε να αποσαφηνιστούν.

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε βαθύτερα τα οργανικά ψυχοσύνδρομα που κατατάσσονται στο ντελίριο, τις αμνησιακές διαταραχές και την άνοια όπου εκτενώς θα αναφερθούμε στην άνοια τύπου **Alzheimer**. Στις οργανικές διαταραχές, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός γι αυτό και αναφέρονται οι κυριότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Στο δεύτερο τμήμα της εργασίας μας, γίνεται η μεταφορά του θέματος στον κόσμο των ψυχοσωματικών διαταραχών, η ιστορία των οποίων έχει τις ρίζες της πιο παλιά απ' ότι φανταζόμαστε. Θα εξετάσουμε τους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες και θα εμβαθύνουμε στις κυριότερες ψυχοσωματικές νόσους.

Τέλος, περιγράφονται οι κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις ψυχοσωματικές διαταραχές.

Στο τρίτο τμήμα, για την καλύτερη κατανόηση του θέματος παρατίθενται και δυο κλινικά περιστατικά όπου αναλύονται με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Θεωρούμε πως τα οργανικά ψυχοσύνδρομα και οι ψυχοσωματικές νόσοι παρουσιάζουν μεγάλη συνάφεια μιας και η ψυχή και το σώμα δεν είναι άλλο από τις όψεις του ίδιου νομίσματος.

Λέξεις κλειδιά: Οργανικά Ψυχοσύνδρομα, Ψυχοσωματικές Διαταραχές, νόσος Alzheimer

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΙΤΛΟΣ

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ: 2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ: 3
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	σελ: 9
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	σελ: 4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ: 10

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ.....	σελ: 11
1.2 ΑΙΤΙΑ.....	σελ: 12
1.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	σελ: 13
1.3.1 ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Π.Ο.Υ.....	σελ: 14
1.3.2 ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Α.Ψ.Ε[ICD10].....	σελ: 21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΟΞΕΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ.....	σελ: 23
2.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	σελ: 23
2.1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ: 24
2.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ: 24
2.1.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ: 25
2.2 ΧΡΟΝΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ.....	σελ: 25
2.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	σελ: 25
2.2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ: 26
2.2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ: 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ.....	σελ: 27
3.1 ΟΞΥ ΣΥΓΧΥΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ-ΝΤΕΛΙΡΙΟ.....	σελ: 27

3.2 ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 33
3.3 ΑΝΟΙΑ.....	σελ: 35
3.3.1 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER.....	σελ: 38
3.4 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ.....	σελ: 46
3.5 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PICK.....	σελ: 49
3.6 ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ CREUTZFELDT-JACOB.....	σελ: 50
3.7 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ HUNTINGTON.....	σελ: 51
3.8 ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ LEWY.....	σελ: 54
3.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΟΚΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ Ή ΑΛΛΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

4.1 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PARKINSON.....	σελ: 55
4.2 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	σελ: 56
4.3 ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΕΦΑΛΗΣ.....	σελ: 56
4.4 ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ.....	σελ: 58
4.4.1 ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ.....	σελ: 58
4.4.1.1 ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ.....	σελ: 58
4.4.2 ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ (ΙΟΣ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ).....	σελ: 58
4.4.3 ΧΡΟΝΙΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ.....	σελ: 59
4.5 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 59
4.5.1 AIDS.....	σελ: 59
4.5.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ (Σ.Ε.Λ).....	σελ: 60
4.6 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 61
4.7 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	σελ: 62
4.8 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΙΜΙΕΣ.....	σελ: 63
4.9 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 63
4.10 ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΟΙ ΝΟΣΟΙ.....	σελ: 64
4.10.1 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ.....	σελ: 64
4.11 ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΩΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 64
4.12 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 65
4.13 ΤΟΞΙΝΕΣ.....	σελ: 65
4.14 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 66

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Η ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ-ΟΡΙΣΜΟΣ.....	σελ: 68
5.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	σελ: 69
5.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟ ΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΑΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ.....	σελ: 70
5.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	σελ: 71
5.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ DSM-IV.....	σελ: 71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ (ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ).....	σελ: 73
6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ(DSM ΚΑΙ ΑΛΛΑ).....	σελ: 76
6.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ: 78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ.....	σελ: 79
7.1.1 ΔΥΣΠΝΟΙΑ.....	σελ: 79
7.1.2 ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ.....	σελ: 79
7.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 80
7.2.1 ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ.....	σελ: 80
7.2.2 ΥΠΕΡΤΑΣΗ.....	σελ: 81
7.2.3 ΈΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ.....	σελ: 82
7.2.4 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΥΠΟΥ Α.....	σελ: 83
7.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	σελ: 85
7.3.1 ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ.....	σελ: 85
7.3.2 ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ.....	σελ: 87
7.3.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.....	σελ: 88
7.3.4 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	σελ: 88
7.4 ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 89
7.4.1 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 89
7.4.1.1 ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	σελ: 89
7.4.1.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ.....	σελ: 89
7.4.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 90
7.5 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 91
7.5.1 ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 92
7.5.2 ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 92
7.6 ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ.....	σελ: 93
7.6.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	σελ: 93
7.6.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	σελ: 94
7.6.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	σελ: 94
7.6.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	σελ: 95

7.6.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ: 97
7.6.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ: 97
7.7 ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	Σελ: 98
7.7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ: 99
7.7.2 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	σελ.: 99
7.7.3 ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	σελ: 100
7.8 ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	σελ: 101
7.8.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	σελ: 101
7.8.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ: 101
7.8.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	σελ:102
7.8.4 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	σελ: 103
7.8.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	σελ: 105
7.9 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	σελ: 106
7.9.1 ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	σελ: 107
7.9.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ.....	σελ: 108
7.10 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	σελ: 110
7.10.1 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ Η ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΟΟΙΣΤΡΟΓΟΝΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ.....	σελ: 110
7.10.2 ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΑΣΕΩΣ.....	σελ: 112
7.10.3 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ.....	σελ: 113
7.11 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 113
7.11.1 ΗΠΑΤΟΦΑΚΟΕΙΔΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΗ (Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ WILSON).....	σελ: 114
7.11.2 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	σελ: 114
7.11.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ.....	σελ: 115
7.12 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ.....	σελ: 115
7.12.1 ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ.....	σελ: 115
7.12.2 ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ.....	σελ: 116
7.12.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING.....	σελ: 116
7.12.4 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	σελ: 117

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	σελ: 118
8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	σελ: 119

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	σελ: 121
9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	σελ: 122
9.3 ΠΡΟΣΩΝΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....	σελ: 123
9.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	σελ: 124
9.5 1 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ.....	σελ: 127
9.6 2 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ.....	σελ: 130

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ: 134
-------------------	----------

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	σελ: 133
---------------	----------

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Κ.Α: ΚΑΙ ΑΛΛΑ

Κ.Α.Π.: ΚΑΙ ΤΑ ΛΟΙΠΑ

Π.Χ.: ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΧΑΡΙΝ

Π.Ο.Υ.: ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Α.Ψ.Ε.: ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ

Ε.Ν.Υ.: ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟ ΥΓΡΟ

Κ.Ν.Σ.: ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

DSM-IV-TR: DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

ICD-10: INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES

ΗΚΓ: ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Α.Π.: ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

ΒΛ.: ΒΛΕΠΕ

Η.Π.Α.: ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

ΣΙ: ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

ΡΑ: ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Σ.Ε.Λ.: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Ca: ΚΑΡΚΙΝΟΣ

SSRIS: SELECTINE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ)

SNRIC: SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR (ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗΣ)

ΑCTH: ADRENOCORTICOTROPIC HORMONE (ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΤΡΟΠΟΣ ΟΡΜΟΝΗ)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ψυχιατρικά και τα σωματικά νοσήματα είναι στην ουσία οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Χρησιμοποιούν τους ίδιους φυσιολογικούς και χημικούς διαύλους για να εκφραστούν και δεν διαφέρουν μεταξύ τους παρά μόνο ως προς τον τρόπο κλινικής έκφρασης. Τα ψυχιατρικά νοσήματα εκφράζονται με συμπτώματα από την ψυχική σφαίρα, ενώ τα σωματικά νοσήματα εκφράζονται με συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα.

Δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στα σωματικά και τα ψυχικά νοσήματα, όλα τα νοσήματα υπόκεινται στη διαπλοκή και αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η διαπλοκή όμως αυτή είναι πιο εμφανής στα οργανικά ψυχοσύνδρομα και στις ψυχοσωματικές διαταραχές όπου και αναλύουμε στην πτυχιακή μας αυτή εργασία.

Στα οργανικά ψυχοσύνδρομα υπάρχει σαφής επαλληλία σωματικών (οργανικών) και ψυχικών παραγόντων. Στις καταστάσεις αυτές, διάφορες οργανικές (βιολογικές) αιτίες προκαλούν συμπτωματολογία από την ψυχική σφαίρα. Οι αιτίες αυτές μπορεί να έχουν άμεσο απορρυθμιστικό αντίκτυπο στην εγκεφαλική λειτουργία (π.χ. κρανιοεγκεφαλικοί τραυματισμοί) και έμμεσο απορρυθμιστικό αντίκτυπο (π.χ. διαταραχή ηλεκτρολυτών). Στις ψυχοσωματικές διαταραχές συμβαίνει το αντίθετο απ' ό τι στα οργανικά ψυχοσύνδρομα. Δηλαδή, ψυχολογικοί παράγοντες προκαλούν -ακριβέστερα, συμβάλλουν στο να προκληθούν- «σωματικά νοσήματα»

Στην παρούσα πτυχιακή αναλύουμε και δίνουμε έμφαση στην ενότητα ψυχής και σώματος και στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση .

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

Οργανικά Ψυχοσύνδρομα καλούνται οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που οφείλονται σε οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου. Οι καταστάσεις αυτές εμφανίζονται με αυξανόμενη συχνότητα στην εποχή μας εξαιτίας:

- Της παράτασης του προσδόκιμου επιβίωσης αυξάνοντας έτσι τη συμμετοχή του ηλικιωμένου πληθυσμού στο σύνολο.
- Της αυξημένης συχνότητας των εγκεφαλικών κακώσεων που προκύπτουν από τροχαία και βιομηχανικά ατυχήματα
- Της μόλυνσης του περιβάλλοντος που συνεχώς αυξάνεται με τοξικές ουσίες (Χριστοδούλου,2004)

Η κλινική τους εικόνα περιλαμβάνει διαταραχές της συμπεριφοράς που συνδέονται με την ύπαρξη ενός οργανικού υποστρώματος στον εγκέφαλο(όχι μόνο ανατομική αλλοίωση αλλά και λειτουργική διαταραχή). (Γεωργαλάς Ανδρέας Κ,Συνοπτική Ψυχιατρική)

Αυτές οι καταστάσεις είναι δυνατό να προκληθούν άμεσα από μεταβολή της βιολογίας (δομής, χημείας ή φυσιολογίας) του εγκεφάλου λόγω πρωτογενών (εγκεφαλικών) ή δευτερογενών (σε πλαίσιο συστηματικής νόσου) αιτιών και εκφράζονται με διαταραχή των γνωσιακών λειτουργιών, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Ως διαταραχή των γνωσιακών λειτουργιών εννοείται η διαταραχή στις ανώτερες νοητικές λειτουργίες όπως ο προσανατολισμός, η προσοχή, η μνήμη, η κρίση, η σκέψη κ.λπ. Στις διαταραχές του συναισθήματος που μπορεί να παρατηρηθούν στα οργανικά ψυχοσύνδρομα περιλαμβάνονται το άγχος, ο φόβος, η κατάθλιψη, η ευερεθιστότητα, η ευφορία κ.λπ. Τέλος, είναι δυνατό να εμφανιστούν διαταραχές της συμπεριφοράς όπως άρση αναστολών, διέγερση, απάθεια κ.λ.π. (Windgassen – Tolle, 2003)

Σε ότι αφορά την πορεία τα οργανικά ψυχοσύνδρομα διακρίνονται σε οξέα (που είναι κατά κανόνα αναστρέψιμα) και χρόνια (που είναι μερικώς ή μη αναστρέψιμα) και εξαρτάται από την περιοχή του εγκεφάλου που προσβλήθηκε, τον τρόπο έναρξης της νόσου, την πορεία, τη διάρκεια και τη φύση των παθοφυσιολογικών διεργασιών. . Σε ότι δε αφορά την εξέλιξη, σε ανατάξιμα και μη. (Γεωργαλάς Ανδρέας Συνοπτική Ψυχιατρική, James H.Scully 1985, Χριστοδούλου 2003)

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στην πρώτη περίοδο της ζωής της ψυχιατρικής σαν χωριστής ειδικής ειδικότητας επικρατούσε η κλασική ιατρική σκέψη ότι κάθε αιτιολογικός παράγοντας (αίτιο) θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει και σε μία διαφορετική ψυχιατρική κλινική εικόνα (νόσο), ώστε από την κλινική εικόνα (αλλά και την έναρξη και πορεία) θα μπορούσε ο

γιατρός να προσδιορίσει και το πιθανό αίτιο της νόσου. Τη σκέψη αυτή ενθάρρυνε σημαντικά η αποκάλυψη της ωχράς σπειροχαιτίης σαν αιτία της «προϊούσης γενικής παραλύσεως» με όλες τις κλινικές της ιδιαιτερότητες. Τότε αποτέλεσε πραγματική επανάσταση στην ψυχιατρική σκέψη η αποκάλυψη του Bonhoeffer (1912) ότι, παρά την ποικιλία των αιτιών, ο άνθρωπος εκδηλώνει μια ορισμένη σειρά ψυχωτικών εικόνων σε περίπτωση που ο βλαπτικός παράγων επιδράσει άμεσα (ιστολογική βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων) ή έμμεσα (λειτουργικές διαταραχές σαν συνέπεια μεταβολικών, ενζυματικών ή τοξικών παραγόντων, μη ικανής εντάσεως και διάρκειας, ώστε να προκαλέσουν μόνιμες κυτταρικές εκπτώσεις). Τα περιορισμένα σε αριθμό ψυχωτικά αυτά σύνδρομα αποκάλυψε ο Bonhoeffer εξωγενείς τρόπους (ή τύπους) αντιδράσεως ή εξωγενείς τρόπους προτιμήσεως, οι οποίοι είναι πανανθρωπίνως οι αυτοί και ανεξάρτητοι της αιτίας που τις προκάλεσε. Η ίδια ψυχωτική κλινική εικόνα είναι δυνατόν να οφείλεται σε ποικίλα αίτια και αντίστροφα το ίδιο αίτιο είναι δυνατόν να οδηγήσει στην εκδήλωση (περιορισμένου πάντα αριθμού) διαφορετικών κλινικών συνδρόμων .

Ο όρος εξωγενείς χρησιμοποιήθηκε για να τονιστεί η αντίθεση προς τις ενδογενείς ψυχώσεις. Δηλώνει ακριβώς την έλλειψη οποιασδήποτε σχέσης προς την προνοσηρή προσωπικότητα (με όλες τις χαρακτηρισολογικές της ιδιομορφίες) ενώ τονίζει τη σχέση προς σωματικά αίτια (εκτός της προσωπικότητας).

Ο Kleist (μια άλλη γερμανική ψυχιατρική προσωπικότητα) ονόμασε τα εξωγενή αυτά ψυχοσύνδρομα «ετερόνομα» και τα αντέταξε προς τα (υπό του ιδίου) «ομόνομα» σύνδρομα (ενδογενή), τα οποία κατά γενική πλέον αναγνώριση, σχετίζονται άμεσα προς την προνοσηρή (προψυχωτική) προσωπικότητα και αποτελούν συνέχεια και επίταση χαρακτηρισολογικών ιδιομορφιών της προσωπικότητας αυτής. Έτσι κατά τις εξωγενείς ψυχώσεις (οργανικά ψυχοσύνδρομα) μια διαταραχή ή βλάβη των εγκεφαλικών λειτουργιών (επανορθώσιμη και υποστρεπτή ή όχι) προκαλεί μία μμεταβολή των φυσιολογικών όρων της ψυχικής ζωής και αποτελεί τη βάση για την εμφάνιση παθολογικών εκδηλώσεων και τρόπων συμπεριφοράς, που δεν ανταποκρίνονται προς προσχηματισμένους τρόπους αντιδράσεων, αλλά εκδηλώνονται με όλο νέους τρόπους συμπεριφοράς (σε χαρακτηριστική αντίθεση προς τις ενδογενείς ή λειτουργικές ψυχώσεις όπου, όπως ήδη τονίστηκε, η νόσος συχνά αποτελεί συνέχεια και επίταση χαρακτηρισολογικών ιδιομορφιών και εκδηλώνεται ακριβώς με τη επίταση και κινητοποίηση προσχηματισμένων και σε ετοιμότητα ευρισκόμενων τρόπων αντιδράσεων).

Κατά την αμερικανική ψυχιατρική εταιρία ο όρος «οργανικές ψυχικές διαταραχές» πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για περιπτώσεις διαταραχών ψυχολογικών και της συμπεριφοράς που συνοδεύονται «με παροδική ή μόνιμη δυσλειτουργία του εγκεφάλου». Ο χαρακτηρισμός αυτός (όπως τονίζει και ο Ch. Wells στην τελευταία έκδοση της ψυχιατρικής του Kaplan) δεν μπορεί να γίνει γενικά αποδεκτός, τουλάχιστον από τους οργανικής τοποθετήσεως ψυχιάτρους, που θεωρούν ότι όλες οι ψυχικές λειτουργίες συνδέονται άμεσα προς την λειτουργικότητα του εγκεφάλου. Έτσι, και προς συγκερασμών των απόψεων, αναφέρεται στο DSM III ότι ο διαχωρισμός των οργανικών ψυχικών διαταραχών σαν χωριστής ομάδας «δεν αποκλείει ότι οι μη οργανικές (λειτουργικές) ψυχικές διαταραχές είναι-κατά κάποιον τρόπο-ανεξάρτητοι εγκεφαλικών διεργασιών»(Γιουνανλή, Κριθαρίδου, 2008 ; Jane Odgen,2000).

1.2 ΑΙΤΙΑ

Στα περισσότερα οργανικά ψυχοσύνδρομα τα αίτια αποκαλύπτονται με τη γενική εξέταση του ασθενή και τον εργαστηριακό έλεγχο (βιοχημικό, ακτινολογικό, νευροφυσιολογικό, νευροακτινολογικό κ.τ.λ.) Η αναζήτηση του αιτίου, όπως είναι φυσικό,

έχει τεράστια σημασία για τον άρρωστο, γιατί η ανεύρεσή του θα οδηγήσει στην αιτιολογική θεραπεία της ασθένειας.

Τα αίτια μπορεί να ταξινομηθούν γενικά σε ενδογενή ή εξωγενή και σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή, και επηρεάζουν τον εγκέφαλο. Σε ό,τι αφορά στην πορεία, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα διακρίνονται στα οξέα και στα χρόνια. Σε ό,τι δε αφορά την εξέλιξη, σε ανατάξιμα και μη. Τα αίτια είναι πάρα πολλά δεδομένου ότι κάθε αίτιο που θίγει οργανικά ή λειτουργικά το ΚΝΣ είναι πρόξενος Οργανικού ψυχοσυνδρόμου (DSM-IV-TR 2011, Γεωργαλάς, Συνοπτική Ψυχιατρική).

1. Τα αίτια των εγκεφαλικών βλαβών οι οποίες ευθύνονται μόνο ή κατά κύριο λόγο για τις ψυχικές διαταραχές μπορεί να είναι ποικίλα: μπορεί να συνδέονται με αγγειακά προβλήματα και συνεπώς με υποξαιμίες (αγγειακά νοσήματα, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιακή ανακοπή, αναιμία) ή με φλεγμονώδεις καταστάσεις (εγκεφαλίτιδα, λοίμωξη HIV ή σύφιλη), με πρωτοπαθώς εκφυλιστικές, χωροκατακτητικές διεργασίες (όγκοι, υδροκεφαλίες) ή με κρανιοεγκεφαλικά τραύματα. Οι διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας ανάγονται σε πρωτοπαθώς μη εγκεφαλικές νόσους, οι οποίες προσβάλλουν τον εγκέφαλο δευτεροπαθώς, όπως: ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, αβιταμινώσεις (B₁₂, φυλλικό οξύ, θειαμίνη), καταβολικά νοσήματα (κακοήθειες, νεοπλασίες) τοξιναιμίες της κύστεως-για να αναφέρουμε ενδεικτικώς μόνο μερικές συνήθεις αιτίες. Σε αυτές προστίθενται τοξικοώσεις από οινόπνευμα, φάρμακα ή ναρκωτικά. Πολλές από αυτές τις εγκεφαλικές βλάβες εκδηλώνονται αρχικώς και κυρίως με ψυχικά νοσήματα. Ωστόσο, σε αυτά τα πολλά και ποικίλα παθογενετικά αίτια δεν αντιστοιχούν αναλόγως πολλά και διαφορετικά ψυχικά σύνδρομα. Σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα από το είδος της βλάβης ή της λειτουργικής διαταραχής ο εγκέφαλος αντιδρά σχετικά ομοιόμορφα, με έναν περιορισμένο αριθμό συνδρόμων που μοιάζουν μεταξύ τους. Κατά συνέπεια, εδώ, σε ό,τι αφορά την αιτιολογία, η ψυχική συμπτωματολογία ως επί το πλείστον δεν έχει ειδοποιό χαρακτήρα. Επιτρέπει μεν να διακρίνουμε ότι το αίτιο είναι μια οργανική νόσος, όχι όμως, τουλάχιστον συνήθως ποια είναι η νόσος αυτή. Υπάρχουν ωστόσο και εξαιρέσεις: π.χ. η προσβολή των μετωπιαίων λοβών προκαλεί κυρίως μεταβολές της προσωπικότητας, ενώ οι βλάβες των κροταφικών και των βρεγματικών λοβών προκαλούν μάλλον άνοιες, η συμπτωματολογία των φαρμακογενών ψυχώσεων έχει σχετικώς ειδοποιό χαρακτήρα (Windgassen – Tolle, 2003 ; Καραδήμας, 2005 ; Jane Odgen, 2000)

1.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Παρακάτω παρατίθεται η ταξινόμηση των οργανικών ψυχοσυνδρόμων σύμφωνα με τον κλινικό ψυχίατρο Χ. Φωτιάδη, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) και της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (Α.Ψ.Ε).

Αν και κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις, οι εκάστοτε προτάσεις δεν διαφέρουν ουσιωδώς μεταξύ τους. Οι περισσότερες ταξινομικές προτάσεις στηρίζονται κατά κύριο λόγο στην κλινική εικόνα, ενώ σε άλλες συμπεριλαμβάνεται και ο αιτιολογικός παράγων. Την ταξινομική βάση χαρακτηρίζει ο γενικός αποδεκτός διαχωρισμός σε οξέα και χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα. Οι διάφορες γνώμες αναφέρονται κυρίως στην ομάδα των οξέων εξωγενών συνδρόμων.

1.3.1 ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Π.Ο.Υ/ICD10

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει μια σειρά από ψυχικές διαταραχές που ομαδοποιούνται με βάση ότι υπάρχει μια εμφανή αιτιολογία στην εγκεφαλική νόσο, εγκεφαλική βλάβη, ή άλλη προσβολή που οδηγεί σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία μπορεί να είναι πρωτοταγής, όπως σε ασθένειες, τραυματισμούς και προσβολές που επηρεάζουν τον εγκέφαλο άμεσα και επιλεκτικά. Ή δευτερογενή, όπως και σε συστηματικές ασθένειες και διαταραχές που προσβάλλουν τον εγκέφαλο ως ένα μόνο από τα πολλαπλά όργανα ή συστήματα του σώματος που εμπλέκονται .

Άνοια (F00-F03) είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται στη νόσο του εγκεφάλου, συνήθως από μια χρόνια ή προοδευτική φύση, στην οποία υπάρχει διαταραχή πολλαπλών υψηλότερη φλοιού λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης, της σκέψης, του προσανατολισμού, της κατανόησης, του υπολογισμού, της ικανότητας μάθησης, γλώσσας , και της κρίσης. Οι διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας συνοδεύεται συνήθως, και μερικές φορές προηγείται, με επιδείνωση συναισθηματικού ελέγχου, την κοινωνική συμπεριφορά, ή το κίνητρο. Αυτό το σύνδρομο λαμβάνει χώρα στη νόσο του Alzheimer, σε εγκεφαλική αγγειακή νόσο, και σε άλλες συνθήκες που κυρίως ή δευτερευόντως επηρεάζουν τον εγκέφαλο.

Άνοια στη νόσο Alzheimer

Νόσος Alzheimer είναι μια πρωταρχική εκφυλιστική εγκεφαλική νόσος άγνωστης αιτιολογίας με χαρακτηριστική νευροπαθολογικά και νευροχημικές χαρακτηριστικά. Η διαταραχή συνήθως είναι ύπουλη έναρξη και αναπτύσσει αργά αλλά σταθερά σε μια περίοδο πολλών ετών.

F00.0 Άνοια στη νόσο του Alzheimer με πρόωμη έναρξη

Άνοια στη νόσο του Alzheimer με έναρξη πριν από την ηλικία των 65 ετών, με σχετικά ταχεία επιδείνωση της πορεία και με εμφανή πολλαπλές διαταραχές των ανώτερων φλοιού λειτουργίες.

Νόσος Alzheimer, τύπου 2
Προγεροντικής άνοιας, Alzheimer τύπου
Πρωτογενή εκφυλιστική άνοια του τύπου Alzheimer, presenile έναρξη

F00.1 Άνοια στη νόσο του Alzheimer με όψιμη έναρξη

Άνοια στη νόσο του Alzheimer με έναρξη μετά την ηλικία των 65 ετών, συνήθως στα τέλη της δεκαετίας του '70 και μετά, με μια αργή εξέλιξη, και με την εξασθένηση της μνήμης ως το κύριο χαρακτηριστικό.

Νόσος Alzheimer, τύπου 1
Πρωτογενή εκφυλιστική άνοια του τύπου Alzheimer, γεροντική έναρξη
Γεροντικής άνοιας τύπου Alzheimer

F00.2 Άνοια στη νόσο του Alzheimer, άτυπες ή μικτού τύπου
Άτυπα άνοιας, Alzheimer τύπου

F00.9 Άνοια στη νόσο του Alzheimer, μη καθορισμένη

F01 Αγγειακή άνοια

Αγγειακή άνοια είναι το αποτέλεσμα του εμφράγματος του εγκεφάλου οφείλεται σε αγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένης της υπερτασικής αγγειακή εγκεφαλική νόσος. Τα εμφράγματα είναι συνήθως μικρά, αλλά σωρευτικές επιπτώσεις τους. Η έναρξη είναι συνήθως αργότερα στη ζωή τους.

Συμπεριλαμβάνεται:

αρτηριοσκληρωτική άνοια

F01.0 Αγγειακή άνοια οξείας έναρξης

Συνήθως αναπτύσσεται ραγδαία μετά από μια σειρά από εγκεφαλικά επεισόδια από αγγειακή εγκεφαλική θρόμβωση, εμβολή ή αιμορραγία. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ένα ενιαίο μεγάλο έμφρακτο μπορεί να είναι η αιτία.

F01.1 Πολυεμφρακτική άνοια

Βαθμιαία έναρξη, μετά από μια σειρά από παροδικά ισχαιμικά επεισόδια τα οποία παράγουν μια συσσώρευση έμφρακτα στο εγκεφαλικό παρέγχυμα.

F01.2 Υποφλοιώδης αγγειακή άνοια

Περιλαμβάνει περιπτώσεις με ιστορικό υπέρτασης και εστίες της ισχαιμικής καταστροφής στο βαθύ λευκή ουσία των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Ο εγκεφαλικός φλοιός είναι συνήθως διατηρείται και αυτό έρχεται σε αντίθεση με την κλινική εικόνα η οποία μπορεί να μοιάζουν πολύ με εκείνη της άνοιας στη νόσο του Alzheimer.

F01.3 Μικτή φλοιού και υποφλοιώδης αγγειακή άνοια

F01.8 Άλλες αγγειακή άνοια

F01.9 Αγγειακή άνοια, απροσδιόριστη

F02 Άνοια σε άλλα νοσήματα που ταξινομούνται αλλού

Περιπτώσεις άνοιας που οφείλεται, ή εικάζεται ότι οφείλεται σε άλλα αίτια από τη νόσο του Alzheimer ή αγγειακή εγκεφαλική νόσος. Η έναρξη μπορεί να είναι ανά πάσα στιγμή στη ζωή, αν και σπάνια σε μεγάλη ηλικία.

F02.0 Άνοια στη νόσο του Pick

Μια προοδευτική άνοια, αρχίζει στη μέση ηλικία, που χαρακτηρίζεται από νωρίς, προχωρά με αργούς ρυθμούς αλλαγές υποβάθμιση του χαρακτήρα και της κοινωνικής, ακολουθούμενη από την απομείωση της διάνοιας, τη μνήμη και γλωσσικές λειτουργίες, με την απάθεια, ευφορία και, περιστασιακά, εξωπυραμιδικά φαινόμενα.

F02.1 Άνοια στη Creutzfeldt-Jakob

Μια προοδευτική άνοια με εκτεταμένα νευρολογικά συμπτώματα, λόγω των ειδικών νευροπαθολογικά αλλαγές που εικάζεται ότι προκαλείται από μια μεταδοτική παράγοντα. Η έναρξη είναι συνήθως στη μέση ή αργότερα στη ζωή, αλλά μπορεί να είναι σε οποιαδήποτε ηλικία των ενηλίκων. Η πορεία είναι υποξεία, που οδηγεί στο θάνατο μέσα σε ένα με δύο χρόνια.

F02.2 Άνοια στη νόσο Huntington

Μια άνοια που συμβαίνουν ως μέρος μιας ευρείας εκφυλισμό του εγκεφάλου. Η διαταραχή μεταδίδεται από ένα μόνο αυτοσωματικό κυρίαρχο γονίδιο. Τα συμπτώματα

συνήθως εμφανίζονται στην τρίτη και τέταρτη δεκαετία. Εξέλιξη είναι αργή, που οδηγεί στο θάνατο συνήθως μέσα σε 10 έως 15 ετών.

Άνοια στην χορεία Huntington

F02.3 Άνοια στη νόσο του Πάρκινσον

Η άνοια ανάπτυξη κατά τη διάρκεια των καθιερωμένων νόσου του Πάρκινσον. Δεν έχουν ιδιαίτερα διακριτικά κλινικά χαρακτηριστικά ακόμη αποδειχθεί.

Άνοια σε:

- τρομώδης παράλυση
- παρκινσονισμό

F02.4 Άνοια σε ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας [HIV]

Άνοια ανάπτυξη στην πορεία της νόσου HIV, ελλείψει μιας ταυτόχρονης ασθένεια ή άλλη κατάσταση από το HIV λοίμωξης που θα μπορούσε να εξηγήσει τα κλινικά χαρακτηριστικά.

F02.8 Άνοια σε άλλες συγκεκριμένες παθήσεις που ταξινομούνται αλλού

Άνοια (in):

- εγκεφαλική lipidosis
- επιληψία
- ηπατοφακοειδής εκφύλιση
- υπερασβεστιαμία
- υποθυρεοειδισμός,
- δηλητηριάσεις
- πολλαπλή σκλήρυνση
- νευροσύφιλη
- νιασίνη ανεπάρκεια [pellagra]
- οζώδης πολυαρτηρίτιδα
- συστηματικό ερυθματώδη λύκο
- τρυπανοσωμίαση
- ουραιμία
- βιταμίνης B₁₂ ανεπάρκεια

F03 Απροσδιόριστη άνοια

F04 Οργανικά αμνησίας σύνδρομο, που δεν προκαλείται από το αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες

Ένα σύνδρομο εμφανή επιδείνωση των πρόσφατων και απομακρυσμένη μνήμη, ενώ άμεση ανάκληση διατηρείται, με μειωμένη ικανότητα να μάθουν το νέο υλικό και αποπροσανατολισμό στον χρόνο. Μυθοπλασίες μπορεί να είναι ένα χαρακτηριστικό στοιχείο, αλλά και την αντίληψη και άλλων γνωστικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένης της διάνοιας, είναι συνήθως άθικτο. Η πρόγνωση εξαρτάται από την πορεία της υποκείμενης βλάβης.

Συμπεριλαμβάνεται:

Korsakov ψύχωση ή σύνδρομο, μη αλκοολούχα

Korsakov σύνδρομο:

- επαγόμενη από αλκοόλ ή αορίστου (F10.6)
- που προκαλείται από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (F11-F19 με κοινό τέταρτο χαρακτήρα).

F05 Παραλήρημα, που δεν προκαλείται από το αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες

Ένα αιτιολογικά μη ειδικά οργανικά εγκεφαλικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη διαταραχή της συνείδησης και την προσοχή, την αντίληψη, τη σκέψη, τη μνήμη, τη συμπεριφορά, το συναίσθημα, και το πρόγραμμα ύπνου-εγρήγορσης. Η διάρκεια είναι μεταβλητή και ο βαθμός κυμαίνεται σοβαρότητα από ήπια έως πολύ σοβαρή.

Συμπεριλαμβάνεται:

οξεία ή υποξεία

- εγκεφαλικό σύνδρομο
- συγγυτική κατάσταση (μη αλκοολούχα)
- ψύχωση μολυσματικό
- βιολογική αντίδραση
- ψυχο-οργανικό σύνδρομο

Διαφ. διαγν.

τρομώδες παραλήρημα, προκαλούμενη από το αλκοόλ ή αορίστου (F10.4)

F05.0 Delirium επικαλύπτουν την άνοια, που περιγράφονται

F05.1 Delirium επάνω σε άνοια

Προϋποθέσεις που πληρούν τα παραπάνω κριτήρια αλλά και την ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της άνοιας (F00-F03).

F05.8 Άλλες παραλήρημα

Delirium μικτής καταγωγής

Μετεγχειρητικού παραληρήματος

F05.9 Delirium, απροσδιόριστη

F06 Άλλες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική ασθένεια

Περιλαμβάνει διάφορες προϋποθέσεις αιτιολογικά σχετίζεται με διαταραχή του εγκεφάλου που οφείλεται στην πρωτοβάθμια εγκεφαλική νόσο, σε συστηματική νόσο που επηρεάζει τον εγκέφαλο δευτερευόντως σε εξωγενείς τοξικές ουσίες ή ορμόνες, σε ενδοκρινικές διαταραχές, ή σε άλλες ασθένειες σωματικά.

Διαφ. διαγν.

που συνδέονται με:

- παραλήρημα (F05 -)
- άνοια όπως έχουν ταξινομηθεί στην F00-F03

προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (F10-F19)

F06.0 Οργανική ψευδαισθήσεις

Μια διαταραχή του επίμονη ή επαναλαμβανόμενη ψευδαισθήσεις, συνήθως οπτικό ή ακουστικό, που συμβαίνουν σε σαφή συνείδηση και μπορεί ή δεν μπορεί να αναγνωρισθεί από το υποκείμενο, ως τέτοιο. Παραληρηματικές επεξεργασία των ψευδαισθήσεων μπορεί να συμβεί, αλλά αυταπάτες δεν κυριαρχούν στην κλινική εικόνα? Εικόνα μπορεί να διατηρηθεί.

Βιολογική παραισθήσεις (μη αλκοολούχα)

Διαφ. διαγν.

αλκοολούχα ψευδαισθήσεις (F10.5)

σχιζοφρένεια (F20 -.)

F06.1 Οργανική κατατονική διαταραχή

Μια διαταραχή της μειωμένης (λήθαργος) ή αύξηση (ενθουσιασμός) ψυχοκινητική δραστηριότητα που σχετίζεται με την κατατονική συμπτώματα. Τα άκρα της ψυχοκινητικής διαταραχής μπορεί να εναλλάσσονται.

Διαφ. διαγν.

κατατονική σχιζοφρένεια (F20.2)

λήθαργος:

F06.2 Οργανική παραληρητικές [σχιζοφρένεια-όπως] διαταραχή

Μια διαταραχή κατά την οποία επίμονη ή επαναλαμβανόμενη αυταπάτες κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να συνοδεύεται από παραισθήσεις. Μερικά χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν της σχιζοφρένειας, όπως περίεργες ψευδαισθήσεις ή διαταραχή της σκέψης, μπορεί να είναι παρόν.

Paranoid και παρανοϊκός-παραισθησιογόνα κράτη οργανικά

Σχιζοφρένεια-όπως ψύχωση στην επιληψία

Διαφ. διαγν.

διαταραχή:

- οξείες και παροδικές ψυχωσικές (F23 -.)
- επίμονες παραληρητικές (F22 -.)
- ψυχωτικά φαρμακο-επαγόμενη (F11-F19 με κοινό τέταρτο χαρακτήρα .5)

σχιζοφρένεια (F20 -.)

F06.3 Οργανική διάθεσης [συναισθηματική] διαταραχές

Διαταραχές που χαρακτηρίζονται από μια αλλαγή στη διάθεση ή να επηρεάσει, συνήθως συνοδεύεται από μια αλλαγή στο συνολικό επίπεδο της δραστηριότητας, καταθλιπτική, υπομανίας, μανιακό ή διπολική (βλέπε F30-F38), αλλά που προκύπτουν ως συνέπεια μιας οργανικής διαταραχής.

Διαφ. διαγν.

διαταραχές της διάθεσης, μη οργανική ή απροσδιόριστο (F30-F39)

F06.4 Οργανική διαταραχή άγχους

Μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από τις βασικές περιγραφικά χαρακτηριστικά μιας γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (F41.1), διαταραχή πανικού (F41.0), ή με συνδυασμό των δύο, αλλά προκύπτουν ως συνέπεια μιας οργανικής διαταραχής.

Διαφ. διαγν.

αγχώδεις διαταραχές, μη οργανικές ή μη καθορισμένη (F41 -.)

F06.5 Οργανική διασπαστική διαταραχή

Μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μερική ή πλήρη απώλεια της κανονικής ολοκλήρωσης μεταξύ μνήμες του παρελθόντος, συνειδητοποίηση της ταυτότητας και των άμεσων αισθήσεων, καθώς και του ελέγχου των σωματικών κινήσεων (βλέπε F44 -.), Αλλά προκύπτουν ως συνέπεια μιας οργανικής διαταραχής.

Διαφ. διαγν.

διασπαστική [μετατροπή] διαταραχές, μη οργανικές ή μη καθορισμένη (F44 -.)

F06.6 Οργανική συναισθηματικά ασταθείς [ασθενικές] διαταραχή

Μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ακράτεια ή αστάθεια, κόπωση, και μια ποικιλία από δυσάρεστες σωματικές αισθήσεις (π.χ. ζάλη) και πόνοι, αλλά προκύπτουν ως συνέπεια μιας οργανικής διαταραχής.

Διαφ. διαγν.

σωματόμορφες διαταραχές, μη οργανικές ή μη καθορισμένη (F45 -.)

F06.7 Ήπια γνωστική διαταραχή

Μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της μνήμης, μαθησιακές δυσκολίες και μειωμένη ικανότητα να επικεντρωθεί σε μια εργασία για περισσότερο από σύντομες περιόδους. Υπάρχει συχνά μια έντονη αίσθηση της ψυχικής κούρασης όταν προσπάθησε νοητικές δραστηριότητες, και νέα μάθηση έχει βρεθεί να είναι υποκειμενικά δύσκολη ακόμη και όταν αντικειμενικά επιτυχημένη. Κανένα από αυτά τα συμπτώματα είναι τόσο σοβαρή ώστε η διάγνωση της άνοιας είτε (F00-F03) ή παραλήρημα (F05. -) μπορεί να γίνει. Η διάγνωση θα πρέπει να γίνεται μόνο σε συνδυασμό με ένα συγκεκριμένο σωματική διαταραχή, και δεν πρέπει να γίνει με την παρουσία οποιασδήποτε από τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές κατατάσσονται σε F10-F99. Η διαταραχή μπορεί να προηγείται, να συνοδεύει, ή να ακολουθήσετε μια ευρεία ποικιλία των λοιμώξεων και σωματικές διαταραχές, τόσο εγκεφαλική και συστηματική, αλλά η άμεση απόδειξη της εγκεφαλικής συμμετοχής δεν είναι κατ 'ανάγκη. Θα μπορούν να διαφοροποιηθούν από μετεγκεφαλικό σύνδρομο (F07.1) και postconcussional σύνδρομο (F07.2) από διαφορετικούς αιτιολογία της, πιο περιορισμένο εύρος γενικά ηπιότερα συμπτώματα, και συνήθως βραχύτερη διάρκεια δράσης.

F06.8 Άλλες καθορισμένες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική ασθένεια

Επιληψία NOS ψύχωση

F06.9 Απροσδιόριστο ψυχική διαταραχή που οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική ασθένεια

Βιολογικά:

- NOS εγκεφαλικό σύνδρομο
- ψυχική διαταραχή NOS

F07 Προσωπικότητα και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία

Η αλλοίωση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς μπορεί να είναι ένα είδωλο ή ταυτόχρονη διαταραχή της εγκεφαλικής νόσου, βλάβης ή δυσλειτουργίας.

F07.0 Οργανική διαταραχή της προσωπικότητας

Μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μια σημαντική μεταβολή των συνήθη πρότυπα συμπεριφοράς που εμφανίζεται από το premorbidly θέμα, που αφορούν την έκφραση των αναγκών συναισθήματα και παρορμήσεις. Απομείωση των γνωστικών λειτουργιών και της σκέψης, και η αλλοίωση της σεξουαλικότητας μπορεί επίσης να είναι μέρος της κλινικής εικόνας.

Βιολογικά:

- pseudopsychopathic προσωπικότητα
- pseudoretarded προσωπικότητα

Σύνδρομο:

- μετωπιαίος λοβός
- μεταιχμιακή προσωπικότητα επιληψία
- λοβοτομή
- postleucotomy

Διαφ. διαγν.

υπομένοντας τις αλλαγές της προσωπικότητας μετά από:

- καταστροφική εμπειρία (F62.0)
- ψυχιατρικών νόσων (F62.1)

postconcussional σύνδρομο (F07.2)

μετεγκεφαλικό σύνδρομο (F07.1)

συγκεκριμένη διαταραχή της προσωπικότητας (F60 -.)

F07.1 μετεγκεφαλικό σύνδρομο

Επικουρικές μη ειδικά και μεταβλητό αλλαγή συμπεριφοράς μετά την ανάκτηση είτε από ιογενή ή βακτηριακή εγκεφαλίτιδα. Η κύρια διαφορά μεταξύ αυτής της διαταραχής και οι οργανικές διαταραχές της προσωπικότητας είναι ότι είναι αναστρέψιμη.

Διαφ. διαγν.

οργανική διαταραχή της προσωπικότητας (F07.0)

F07.2 postconcussional σύνδρομο

Ένα σύνδρομο που εμφανίζεται μετά από τραύμα κεφαλής (συνήθως αρκετά σοβαρές ώστε να οδηγήσει σε απώλεια των αισθήσεων) και περιλαμβάνει μια σειρά από διαφορετικές συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, ζάλη, κόπωση, ευερεθιστότητα, δυσκολία στη συγκέντρωση και την εκτέλεση των καθηκόντων ψυχική, διαταραχή της μνήμης, αϋπνία, και μειωμένη αντοχή στο στρες, συναισθηματική διέγερση, ή αλκοόλ.

Postcontusional σύνδρομο (εγκεφαλοπάθεια)

Μετα-τραυματικό σύνδρομο του εγκεφάλου, μη ψυχωσική

Διαφ. διαγν.

τρέχουσα διάσειση, εγκεφαλική

F07.8 Άλλες οργανικές προσωπικότητα και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία

Δικαίωμα ημισφαιρικό οργανικά συναισθηματική διαταραχή

F07.9 Απροσδιόριστο οργανική προσωπικότητα και τη συμπεριφορά διαταραχή που οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία

Βιολογική ψυχοσύνδρομο

F09 Απροσδιόριστο οργανική ή συμπτωματική ψυχική διαταραχή

Συμπεριλαμβάνεται:

Ψύχωση

1.3.2. ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ Α.Ψ.Ε./ DSM-IV-TR

Παραλήρημα, Άνοια, αμνησιακές και άλλες γνωσιακές διαταραχές Παραλήρημα
293.0 Παραλήρημα οφειλόμενο σε ... (να αναγραφεί η γενική ιατρική κατάσταση)

.- Τοξικό παραλήρημα από ουσίες

.- Στερητικό παραλήρημα από ουσίες

.- Παραλήρημα πολλαπλής αιτιολογίας

780.09 Παραλήρημα ΜΠΑ

Άνοια

290.χχ Άνοια τύπου Alzheimer, με πρόιμη έναρξη

.10 Μη επιπλεγμένη

.11 Με παραλήρημα

.12 Με παραληρητικές ιδέες

.13 Με καταθλιπτική διάθεση

Προσδιορίστε αν: με διαταραχή της συμπεριφοράς

290.χχ Άνοια τύπου Alzheimer, με όψιμη έναρξη

.0 Μη επιπλεγμένη

.3 Με παραλήρημα

.20 Με παραληρητικές ιδέες

.21 Με καταθλιπτική διάθεση

Προσδιορίστε αν: με διαταραχή της συμπεριφοράς

290.χχ Αγγειακή άνοια

.40 Μη επιπλεγμένη

.41 Με παραλήρημα

.42 Με παραληρητικές ιδέες

.43 Με καταθλιπτική διάθεση

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο από HIV

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε τραύμα κεφαλής

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Parkinson

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Huntington

294.10 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Pick

294.10 Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Creutzfeldt-Jacob

16

294.1 Άνοια οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση (που δεν αναφέρεται παραπάνω)

.- Άνοια επίμονη προκαλούμενη από ουσίες

.- Άνοια πολλαπλής αιτιολογίας

294.8 Άνοια ΜΠΑ
Αμνησιακές διαταραχές
294.0 Αμνησιακή διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση παροδική ή χρόνια
-.- Αμνησιακή διαταραχή επίμονη ουσιοεπαγόμενη
294.8 Αμνησιακή διαταραχή ΜΠΑ
Άλλες γνωσιακές διαταραχές
294.9 Γνωσιακή διαταραχή ΜΠΑ
293.89 Κατατονική διαταραχή οφειλόμενη σε...(γενική ιατρική κατάσταση)
310.1 Μεταβολή της προσωπικότητας οφειλόμενη σε...(γενική ιατρική κατάσταση)
Προσδιορισμός τύπου: ευμετάβλητος τύπος, τύπος χωρίς αναστολές, επιθετικός τύπος, απαθής τύπος, παρανοειδής τύπος, άλλος τύπος, συνδυασμένος τύπος, απροσδιόριστος τύπος
293.9 Ψυχική διαταραχή ΜΠΑ οφειλόμενη σε...(γενική ιατρική κατάσταση) (Χριστοδούλου 2003; DSM-IV-TR, 2011 ; Fadem & Simring, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΟΞΕΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

Τα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα οφείλονται σε μια μεγάλη ποικιλία αιτιών που έχουν άμεση ή έμμεση αποδιοργανωτική επίδραση στους εγκεφαλικούς νευρώνες.

2.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων μπορεί να πάρει τις ακόλουθες μορφές κλινικής έκφρασης:

A) Διανοητική σύγχυση ή συγχυτική κατάσταση

Χαρακτηρίζεται από διαταραχή των γνωσιακών λειτουργιών και κυρίως της συνείδησης. Διαταράσσονται ο προσανατολισμός (αρχικά στο χρόνο και στη συνέχεια στον τόπο και στις συνήθειες του περιβάλλοντος), η προσοχή, η μνήμη(αρχικά η πρόσφατη και έπειτα η παλαιά), η ψυχοκινητική δραστηριότητα (άλλοτε αδράνεια και άλλοτε διεγέρσεις), το συναίσθημα (άλλοτε απάθεια και άλλοτε άγχος, αμηχανία, φόβος). Επίσης συνυπάρχουν διαταραχές του ύπνου (συνήθως ο άρρωστος έχει διακοπές του ύπνου κατά τη νύκτα, ενώ μισοκοιμάται κατά την ημέρα) και παραγνωρίσεις γνωστών ή άγνωστων προσώπων (δηλαδή μπορεί να μην αναγνωρίζει γνωστά του πρόσωπα ή να νομίζει ότι άγνωστα πρόσωπα είναι φίλοι ή συγγενείς).

B) Συγχυτικός ονειρισμός

Είναι η κατάσταση που προκύπτει όταν στην προπεριγραφείσα κλινική εικόνα της διανοητικής σύγχυσης προστεθούν και διαταραχές της αντίληψης(παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, κυρίως οπτικές). Ο άρρωστος δηλαδή, βλέπει ανύπαρκτα αντικείμενα και πρόσωπα (οπτική ψευδαισθήση) ή τα βλέπει παραποιημένα(οπτική παραίσθηση). Πολλές φορές συμμετέχει σ' αυτά τα βιώματα, γεγονός που είναι δυνητικά επικίνδυνο για τον ίδιο (π.χ. εκπαραθύρωση) ή για τους άλλους (π.χ. τραυματισμοί)

Πολλές φορές οι ψευδαισθήσεις του αρρώστου παίρνουν το χαρακτήρα «εξωπεδιακών» ψευδαισθήσεων(«βλέπουν», δηλαδή αντικείμενα ή ανθρώπους που βρίσκονται έξω από το αισθητηριακό τους πεδίο), αντανakλαστικών ψευδαισθήσεων (π.χ. με το άκουσμα ενός ήχου βλέπουν συγχρόνως κάποιο χρώμα) ή μικροψιών (βλέπουν αντικείμενα ή πρόσωπα σε μικρό μέγεθος) και ζωοψιών (βλέπουν ζώα ή έντομα),(όπως συμβαίνει συχνά στους αλκοολικούς).

Γ) Οξύ συγχυτικό παραλήρημα ή οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο (*acute delirium*).

Πρόκειται για βαρύτερη και δυνητικά πιο επικίνδυνη μορφή σε σχέση με τις δυο προηγούμενες. Παρατηρούνται διεγέρσεις, πανικός ,ασυναρτησία, αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, αρνητισμός, αϋπνία, ζωηρές οπτικές ψευδαισθήσεις(που πολλές φορές παίρνουν χαρακτήρα παρόμοιο με μια κινηματογραφική σκηνή) παραληρητικές ιδέες(δηλαδή εξωπραγματικές ιδέες δίωξης, δηλητηρίασης κ. λπ.)

Παράλληλα παρατηρούνται σωματικά συμπτώματα όπως υπερθερμία, ταχυσφυγμία, ταχύπνοια, υπεριδρωσία, αφυδάτωση, τρόμος κ.λπ.)

Δ) Συγχυτική εμβροντησία (*stupor*)

Είναι βαριά μορφή κλινικής έκφρασης των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Ο ασθενής είναι απροσανατόλιστος, η ψυχοκινητική δραστηριότητα και η λεκτική επικοινωνία είναι ανεσταλμένες, ενώ συχνά παρατηρούνται απώλειες ούρων και κοπράνων.

2.1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα κυριότερα αίτια των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων αναφέρονται στις παρακάτω ομάδες:

1.Λοιμώδη νοσήματα(τυφοειδής πυρετός, ελονοσία, δάγγειος πυρετός, οστρακιά ευλογιά, γρίπη, πνευμονία κ.λπ.)

2.Φλεγμονώδεις καταστάσεις του εγκεφάλου, (εγκεφαλίτιδες, εγκεφαλικό απόστημα, μηνιγγοαγγειακή σύφιλη,, AIDS κ.λπ.)

3.Μη φλεγμονώδεις εγκεφαλικές βλάβες ή διαταραχές (όγκοι του εγκεφάλου, εγκεφαλική διάσειση, αυξημένη ενδοκράνια πίεση, εγκεφαλική αιμορραγία, επιληψία κ.λπ.)

4.Φαρμακευτικές ουσίες (αμφεταμίνες, βαρβιτουρικά, ατροπίνη, βρωμιούχα, υοσκίνη, οινόπνευμα, παραλδεΐδη, μεθυλική αλκοόλη, σαλικυλικά, ψυχοφάρμακα όπως π.χ. τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά κ.λπ.)

5.Άλλες τοξικές ουσίες (όπως ο μόλυβδος, ο υδράργυρος, το μονοξειδίο του άνθρακα κ.λπ.)

6.Η απότομη διακοπή φαρμακευτικών ή άλλων ουσιών (π.χ. βαρβιτουρικών, βενζοδιαζεπινών, οιοπνεύματος κ.λπ.)

7.Μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο (που μπορεί να προκληθεί με ποικίλους τρόπους, δηλαδή είτε με ελάττωση του οξυγόνου στον ατμοσφαιρικό αέρα, είτε με μείωση της ικανότητας πρόσληψης οξυγόνου , όπως π.χ. στην περίπτωση νόσων των πνευμόνων, είτε με έμμεσους τρόπους , όπως π.χ. συμβαίνει στους καρδιοπαθείς και σε όσους πάσχουν από νοσήματα του αίματος που συνεπάγονται ελάττωση της αιμοσφαιρίνης).

8. Μεταβολικές διαταραχές (ουραιμία, ηπατική ανεπάρκεια, διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας , υπέρ- και υπασβεστιαμία, υπέρ- και υπονατρίαμία, υπέρ- και υπομαγνησιαμία κ.λπ.)

9.Διαταραχές ενδοκρινών αδένων (υπέρ- και υποθυρεοειδισμός, υπέρ- και υποπαραθυρεοειδισμός, νόσος Addison, νόσος Cushing κ.λπ.)

10.Στέρηση βιταμινών (όπως θειαμίνης , πυριδοξίνης, βιταμίνης B₁₂, νικοτινικού οξέος) (Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες, 2004)

2.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τη διάγνωση θα βοηθήσει πολύ το ιστορικό, η κλινική εικόνα, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (που παρουσιάζει επιβράδυνση των ρυθμών του), η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, οι λειτουργικές νευροακτινολογικές μέθοδοι όπως είναι η λειτουργική μαγνητική τομογραφία, καθώς και οι εργαστηριακές εξετάσεις που επικεντρώνονται στο συγκεκριμένο αίτιο που υποψιάζεται κανείς (π.χ. αιματολογική εξέταση για το ενδεχόμενο αναιμίας, οροαντιδράσεις Wassermann- Kahn και φθορίζοντα τρεπονημικά αντισώματα για το ενδεχόμενο σύφιλης του εγκεφάλου, αναζήτηση αντισωμάτων HIV για το ενδεχόμενο νόσησης από AIDS κ.λπ.)

Η συγχυτική εμβροντησία θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από εμβροντησίες που οφείλονται σε άλλα ψυχικά νοσήματα, όπως την κατάθλιψη (μελαγχολική εμβροντησία), την κατατονική σχιζοφρένεια (κατατονική εμβροντησία), την υστερία (υστερική εμβροντησία). Η ολιγοφρένεια, όπου υπάρχει πρωτογενής διανοητική ανεπάρκεια, και η κατάθλιψη όπου μερικές φορές δίνει την εντύπωση ανοϊκού συνδρόμου και ονομάζεται καταθλιπτική ψευδοάνοια, συνιστούν σοβαρά διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα (Χριστοδούλου,2004).

2.1.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όσον αφορά την πρόγνωση, μπορούμε να πούμε πως είναι εξ ορισμού καλή, μιας που τα σύνδρομα αυτά είναι κατά κανόνα αναστρέψιμα, αρκεί να βρεθεί το αίτιο που τα προκάλεσε και ο ασθενής να υποβληθεί εγκαίρως στην κατάλληλη θεραπεία. Εξαίρεση σ αυτόν τον κανόνα αποτελούν οι καταστάσεις που δεν είναι επιδεκτικές θεραπείας.

Η ουσιαστική πρόληψη των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων συνίσταται: 1) στην αποφυγή έκθεσης του ατόμου στους παράγοντες που α προκαλούν (λοιμώδη αίτια, τοξικά αίτια, τραυματισμοί κ.λπ.) και 2) στην ενδυνάμωσή του (καλή φυσική κατάσταση, καλή διατροφή, καλή ψυχολογική κατάσταση).

Η θεραπεία των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων έχει αιτιολογικό σκέλος και συμπτωματικό.

- Αιτιολογική θεραπεία

Συνίσταται στην αναζήτηση και καταπολέμησης του αιτίου που το προκαλεί

- Συμπτωματική θεραπεία

Συνίσταται σε ενυδάτωση, διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ενίσχυση του κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος, χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων. Αποφεύγονται τα βαρβιτουρικά, που πολλές μάλιστα επιτείνουν τη σύγχυση του ασθενούς ενώ τα φαινοθειαζιδικά παράγωγα καλό είναι να χορηγούνται σε συνδυασμό με διαζεπάμη ή με αντισπασμικά φάρμακα για την αποφυγή επιληπτοειδών κρίσεων. Τα νοοτροπα φάρμακα χορηγούνται στις περιπτώσεις τόσο οξέων όσο και χρόνιων οργανικών ψυχοσυνδρόμων, η αποτελεσματικότητά τους όμως είναι αμφίβολη. Αναφορικά, με τη φροντίδα του συγγεντικού αρρώστου, έχει μεγάλη σημασία να του παρέχεται η δυνατότητα προσανατολισμού (π.χ. με τη συνεχή παρουσία συγγενούς ή γνωστού προσώπου και με το φωτισμό του δωματίου κατά τη διάρκεια της νύκτας).

2.2 ΧΡΟΝΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

Όπως αναφέρθηκε, τα χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα συνήθως είναι μη αναστρέψιμα ή μερικώς αναστρέψιμα, λόγω της ανεπανόρθωτης ζημιάς που έχει υποστεί ο εγκέφαλος. Ένα οξύ και ένα χρόνια οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι δυνατό να συνυπάρχουν όταν αίτιο προκαλεί διαταραχή σε ορισμένα εγκεφαλικά κύτταρα ενώ έχει ήδη προξενήσει μόνιμη βλάβη σε άλλα εγκεφαλικά κύτταρα.

2.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από την προοδευτική διανοητική έκπτωση, δηλαδή τις προοδευτικά εξελισσόμενες διαταραχές της μνήμης (αρχικά της πρόσφατης και αργότερα της παλαιάς), του προσανατολισμού (αρχικά του χρονικού και αργότερα του χρονικού), του συναισθήματος (ευερεθιστότητα, συναισθηματική αστάθεια, άγχος, κατάθλιψη), της σκέψης (διαταραχές της αφηρημένης σκέψης, βραδύτητα και εμμονή), της μάθησης (μείωση της ικανότητας για νέα γνώση), των ενδιαφερόντων και της πρωτοβουλίας, των ατομικών δεξιοτήτων και φροντίδων, των ηθικών αναστολών (άτοπες σεξουαλικές απαιτήσεις, απρόσφορη, ανόητη, παρορμητική ή παιδαριώδεις συμπεριφορά) και των διαπροσωπικών σχέσεων.

Στη διαμόρφωση της συμπτωματολογίας αυτής σημαντικό ρόλο παίζουν η προσπάθεια του αρρώστου να αντισταθμίσει τη μείωση των νοητικών του δυνατοτήτων και οι αντιδράσεις του στη συνειδητοποίηση της μείωσης αυτής (π.χ. η κατάθλιψη οφείλεται εν μέρει στη συνειδητοποίηση της μειονεκτικότητάς του).

2.2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1) Τα ίδια αίτια που προκαλούν τα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα, εφόσον τα αίτια αυτά δράσουν επί μακρόν.

2) Εκφυλιστικές διεργασίες του εγκεφάλου (όπως είναι η νόσος Alzheimer, η γεροντική άνοια, η χορεία του Huntington κ.λπ.)

3) Αγγειοπάθειες του εγκεφάλου (αρτηριοσκληρυντική άνοια, υπέρτασική εγκεφαλοπάθεια).

Για τη διάγνωση των χρόνιων οργανικών ψυχοσυνδρόμων ισχύουν τα ίδια με των οξέων

2.2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόγνωση τους δεν θα λέγαμε πως είναι καλή, καθώς δεν είναι αναστρέψιμα, ή είναι μερικώς μόνο αναστρέψιμα. Οι καταστάσεις αυτές οδηγούν αργά ή γρήγορα σε άνοια.

Στα χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα δε θα λέγαμε πως υπάρχει αιτιολογική θεραπεία μιας και η βλάβη έχει ήδη εγκατασταθεί και δεν είναι αναστρέψιμη. Υπάρχει μόνο συμπτωματική θεραπεία συναρτημένη με τα συγκεκριμένα συμπτώματα που εμφανίζονται. Αν υπάρχει ψυχοκινητική διέγερση ή διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες), χορηγούνται μείζονα ηρεμιστικά (νευροληπτικά) φάρμακα (χλωροπρομαζίνη, αλοπεριδόλη, ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη κ.λπ.). Αν υπάρχει κατάθλιψη, χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα, (κυρίως νεότερα όπως SSRI ή SNRI που στερούνται ανεπιθύμητων ενεργειών από το αυτόνομο νευρικό σύστημα). Τα διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι χρήσιμα κυρίως σε παιδιά με διεγέρσεις και έντονες διαταραχές της συμπεριφοράς (στις περιπτώσεις αυτές τα διεγερτικά έχουν μια παράδοξη κατασταλτική δράση).

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να εφαρμοσθούν ειδικές θεραπείες (π.χ. λογοθεραπεία, φυσικοθεραπεία).

Σε όλες τις περιπτώσεις χρόνιων οργανικών ψυχοσυνδρόμων, παράλληλα με τη φαρμακευτική και την ψυχολογική αντιμετώπιση, πρέπει να γίνεται προσπάθεια κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης του ασθενούς, λαμβάνοντας όμως πάντα υπόψη τους περιορισμούς που απορρέουν από τις μειωμένες δυνατότητες και την ηλικία του ασθενούς (Χριστοδούλου, 2004).

ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Το ντελίριο, η άνοια και οι αμνησιακές διαταραχές συλλογικά είναι γνωστές ως γνωσιακές διαταραχές και χαρακτηρίζονται από σημαντικά ελλείμματα της μνήμης, της κρίσης, της γλωσσικής λειτουργίας και της προσοχής (DSM-IV-TR ,2011)

3.1 ΟΞΥ ΣΥΓΧΥΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ-ΝΤΕΛΙΡΙΟ

Όπως τα χρόνια, έτσι και τα οξεία οργανικά σύνδρομα είναι μη ειδοποιήσιμες αντιδράσεις του εγκεφάλου σε διάφορους βλαπτικούς παράγοντες. Το delirium, πρωτότυπη μορφή οξέων οργανικών ψυχώσεων, δεν εκδηλώνεται μόνον μετά από την απόσυρση από το οινόπνευμα, αλλά και μετά ή στη διάρκεια της επίδρασης και άλλων τοξικών ουσιών, καθώς και σε περιπτώσεις υποθυρεοειδισμού και άλλων νοσημάτων (Windgassen – Tolle, 2003).

Ο Ιπποκράτης περιέγραψε πρώτος ως φρενίτιδα την εμφάνιση διέγερσης και διαταραχών του ύπνου σε ασθενείς με εμπύρετα, και ως λήθαργο την αντίθετη κλινική εικόνα βυθιότητας, υπνηλίας. Λήθαργος και διέγερση συχνά εναλλάσσονται στη διάρκεια του παραλήρηματος. Τα πρώτα σύγχρονα κλινικά κριτήρια για το παραλήρημα εμφανίστηκαν στο εγχειρίδιο για τη Διάγνωση και Στατιστική των Ψυχικών Διαταραχών, το 1980, και τροποποιήθηκαν το 1987 και το 1994 (DSM-IV). Έως τότε, πλήθος συνώνυμων όρων συνυπήρχαν στη διεθνή βιβλιογραφία: «οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο», «εγκεφαλοπάθεια», «οξείες συγχυτικές καταστάσεις», «τοξική ψύχωση», «τοξικό παραλήρημα», «οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο», «εξωγενής ψύχωση» και άλλα. Η οξεία συγχυτική κατάσταση παραμένει στις Η.Π.Α. το μόνο αποδεκτό συνώνυμο του παραλήρηματος, χρησιμοποιούμενο από τους νευρολόγους.

Σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση των νόσων (ICD-10,1992), ως συγχυτικό παραλήρημα ορίζεται ένα μη ειδικό από αιτιολογική άποψη σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονες διαταραχές του επιπέδου συνείδησης και σφαιρική διαταραχή των γνωσιακών λειτουργιών, δηλαδή της προσοχής της σκέψης, της μνήμης, της ψυχοκινητικότητας, του συναισθήματος αλλά και του κύκλου ύπνου- εγρήγορσης. (Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες.2003)

Το ντελίριο έχει ως βασικό γνώρισμα την έκπτωση του επιπέδου συνείδησης, που συνήθως συνοδεύεται από σφαιρικά ελλείμματα των γνωσιακών λειτουργιών. Σε γενικές γραμμές σχετίζεται με συναισθηματική αστάθεια, ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις και απρόσφορη, παρορμητική, παράλογη ή βίαιη συμπεριφορά. Θεωρείται οξεία, αναστρέψιμη διαταραχή, που μπορεί ωστόσο να εξελιχθεί σε μη αναστρέψιμη (DSM-IV-TR 2011)

Ονομάζεται αλλιώς οξεία συγχυτική κατάσταση ή οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο και αποτελεί την πιο συχνή οξεία διαταραχή που εκδηλώνεται σε ενήλικες ασθενείς γενικών νοσοκομείων. Παρατηρείται στο 10-20% των ενηλίκων των ενηλίκων ασθενών γενικών νοσοκομείων και στο 30-40% των υπερηλίκων που νοσηλεύονται. Συγκεκριμένα, το σύνδρομο αυτό εμφανίζουν το 20% των εγκαυματιών και των ασθενών υπό αιμοκάθαρση και το 30% των ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας. Μέχρι και το 50% των ασθενών που υφίστανται σοβαρή χειρουργική επέμβαση, και ειδικά ορθοπεδικές επεμβάσεις ισχίου, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και μεταμοσχεύσεις οργάνων, εμφανίζουν συγχυτικό παραλήρημα στη μετεγχειρητική περίοδο. Έχει υπολογιστεί ότι 15-30 % των παραπομπών στη Διασυνδεδετική Ψυχιατρική αφορούν ασθενείς που έχουν εμφανίσει συγχυτικό παραλήρημα. Από τους ηλικιωμένους ασθενείς που θα εκδηλώσουν το σύνδρομο, περίπου το 10% θα αναπτύξει άνοια και το 10% όλων των ασθενών με συγχυτικό παραλήρημα έχουν

άνοια με σωματίδια του Lewy. Περιλαμβάνει διαταραχή, θόλωση της συνείδησης, μειωμένη ικανότητα εστίασης διατήρησης ή μετακίνησης της προσοχής, διαταραχές άλλων γνωστικών λειτουργιών (π.χ. διαταραχές στη μνήμη) ή διαταραχές της αντίληψης (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις) καθώς και εισβολή μέσα σε ώρες ή και ημέρες και τάση για διακύμανση στη διάρκεια της ημέρας. (Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες,2003; DSM-IV-TR, 2011 ;)
Σακελλαρόπουλος,1997)

ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΝΤΕΛΙΡΙΟΥ

Υπάρχουν 4 υποκατηγορίες βάσει DSM-IV-TR που βασίζονται σε διαφορετικά αίτια: 1)προκαλούμενο από ουσίες όπως κοκαΐνη φαικυκλιδίνη και οπιοειδή 2) από γενική σωματική κατάσταση όπως λοιμώξεις 3) από πολλαπλά αίτια όπως τραυματισμό κεφαλής, νόσο των νεφρών και 4) ντελίριο μη προσδιοριζόμενο αλλιώς, όπως στη στέρηση ύπνου.

Επί προσθέτως, το ντελίριο αιτιολογικά συνδέεται με σοβαρή σωματική ή εγκεφαλική διαταραχή, υπερπυρεξία, δηλητηρίαση (περιλαμβανομένης της τοξικής δράσης φαρμάκων), χειρουργική επέμβαση, εγκεφαλική βλάβη, σοβαρή ασιτία ή στέρηση ύδατος, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, απόσυρση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Μπορεί να αποτελεί την κοινή τελική οδό κάθε εγκεφαλικής προσβολής. Στα μείζονα αίτια περιλαμβάνονται οι συστηματικές παθήσεις (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια), παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος(π.χ. επιληπτικές διαταραχές), και είτε τοξίκωση είτε στέρηση συνταγογραφούμενων φαρμακολογικών παραγόντων ή ουσιών κατάχρησης. Συνοπτικά τα αίτια του συγχυτικού παραληρήματος εκτός κεντρικού νευρικού συστήματος είναι:

- Μεταβολικά: ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υπογλυκαιμία, διαταραχές αερίων αίματος, ενδοκρινικά νοσήματα, ηπατικά νοσήματα, νεφρικά νοσήματα, εγκαύματα.
- Λοιμώδη: λοιμώξεις, εμπύρετα επεισόδια.
- Τοξικά: τοξίκωση από ουσίες, δηλητηρίαση από CO.
- Φάρμακα: αντιχολινεργικά, αντι-ισταμινικά, αντιεπιληπτικά, βενζοδιαζεπίνες,στεροειδή.

Κατά την εξέταση ασθενούς με ντελίριο, ο κλινικός θα πρέπει να θεωρήσει ότι κάθε φάρμακο που λαμβάνει ο ασθενής μπορεί και να αποτελεί τον αιτιολογικό παράγοντα του συνδρόμου (DSM-IV-TR, 2011; Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες,2003; Σολδάτος& Λύκουρας,2006)

Συχνότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με παραλήρημα

- **Δημογραφικά χαρακτηριστικά**
- Ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών
- Άνδρες
- **Προϋπάρχουσα νευρο-ψυχιατρική κατάσταση**
- Γεροντική άνοια
- Ιστορικό παραληρήματος
- Κατάθλιψη
- **Λειτουργική κατάσταση**
- Έλλειψη αυτονομίας
- Ακίνητοποίηση ή μικρός βαθμός κινητικότητας
- Ιστορικό πτώσης

- **Αισθητηριακές διαταραχές**
- Πτώση οπτικής οξύτητας
- Βαρηκοΐα
- **Αφυδάτωση**
- **Φάρμακα**
- Θεραπεία με ψυχοδραστικά φάρμακα
- Πολυφαρμακία
- Αλκοολισμός
- **Συνυπάρχοντα νοσήματα**
- Σοβαρά χρόνια νοσήματα
- Νευρολογικά νοσήματα (άνοια, Parkinson)
- Χρόνια νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια
- Μεταβολικές διαταραχές
- Τελικοί ασθενείς (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0033851/#ch4.s2>)

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΥΓΧΥΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ

Το βασικό σύμπτωμα στο ντελίριο είναι η διαταραχή συνείδησης, η οποία διακυμαίνεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε το άτομο είναι σε σχετική εγρήγορση για μικρά χρονικά διαστήματα πριν περιπέσει ξανά στη θόλωση συνείδησης. Παρουσιάζει ταχεία εισβολή, από ώρες ή και ημέρες, και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις των συμπτωμάτων στη διάρκεια του εικοσιτετράωρου και συνήθως κατά τις βραδινές ώρες η συμπτωματολογία εκδηλώνεται εντονότερα. Είναι δυνατό δυο γιατροί να εξετάσουν τον ίδιο ασθενή μέσα σε μια μέρα και ενώ ο ένας να τον βρει συγχυτικό, ο άλλος να τον βρει σε πλήρη διαύγεια. Πριν την ανάπτυξη του συνδρόμου για μερικές μέρες μπορεί να παρατηρηθούν άγχος, υπνηλία, αϋπνία, παροδικές ψευδαισθήσεις, ανησυχία ή και εφιάλτες. Η εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου θα πρέπει να οδηγήσει τον κλινικό σε προσεκτική παρακολούθηση του. Τέλος, ασθενείς που εκδήλωσαν στο παρελθόν ντελίριο είναι πιθανό να υποτροπιάσουν κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Ως συμπτώματα παρατηρούνται:

- Διαταραχές του προσανατολισμού: ο προσανατολισμός στο χώρο διαταράσσεται ακόμα και στις ήπιες μορφές του συνδρόμου. Στις σοβαρές περιπτώσεις διαταράσσεται ο προσανατολισμός στον τόπο και στα πρόσωπα. Ο προσανατολισμός στον εαυτό είναι ο τελευταίος που διαταράσσεται μετά τον προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο.

- Διαταραχές της μνήμης και άλλων λειτουργιών: περιλαμβάνονται διαταραχές στη λειτουργία της πρόσφατης και μακράς διάρκειας μνήμης, της προσοχής και της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων.

- Διαταραχές της αντίληψης: οι ασθενείς συχνά είναι ανίκανοι να διακρίνουν αισθητικά ερεθίσματα και να συνδέουν τις τρέχουσες αντιληπτικές εμπειρίες με τις παρελθούσες. Συναντώνται συχνά οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις και πιο σπάνια απτικές και οσφρητικές. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις συνήθως παίρνουν τη μορφή μικρών, λιπιούτειων (μικροψία) τρομακτικών όντων (ιδιαίτερα σύνηθες στο τρομόδες παραλήρημα που εκδηλώνεται στην απόσυρση από το αλκοόλ). Οι παραισθήσεις είναι συχνές και εκδηλώνονται με αλλοίωση του μεγέθους ή της έντασης των χρωμάτων των γύρω αντικειμένων.

- Διαταραχές της σκέψης και του λόγου: δεν υπάρχει ειρμός και καθαρότητα σκέψης. Ο λόγος είναι αποδιοργανωμένος, ασυνάρτητος, χάνεται η ικανότητα συγκέντρωσης και της στοχο-κατευθυνόμενης σκέψης. Παράλογες πεποιθήσεις μπορεί να υπάρχουν αλλά δεν

θεωρούνται παραληρητικές ιδέες λόγω της βραχείας διάρκειάς τους. Ωστόσο μπορεί να παρατηρηθούν εσφαλμένες ή παραληρηματικές μνήμες και μετά την υποχώρηση του ντελιρίου.

- Διαταραχές του συναισθήματος: περιλαμβάνουν διαταραχές στην κατανόηση και τη συναισθηματική επικοινωνία. Οι συναισθηματικές καταστάσεις συχνά διακυμαίνονται μεταξύ απάθειας, τρόμου, λύπης, και διάθεσης για αστεϊσμούς.

- Διάρκεια: εξαρτάται από το υποκείμενο αίτιο. Δηλαδή εάν προκαλείται από υπερπυρεξία, υποχωρεί μετά την υποχώρησή της. Μετά τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του παράγοντα που προκάλεσε το σύνδρομο, τα συμπτώματα υποχωρούν μετά από 3-7 ημέρες ενώ μερικά από αυτά υποχωρούν πλήρως μετά απ'2 εβδομάδες. Όταν παρέλθει το ντελίριο, οι ασθενείς δεν θυμούνται τίποτα (αμνησία). Η παρουσία του ντελιρίου σχετίζεται με υψηλή θνητότητα για το επόμενο έτος που μπορεί να φτάσει στο 50% των ασθενών με ένα επεισόδιο ντελιρίου. (Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες,2003, Σολδάτος &Λύκουρας,2006 ;Windgassen – Tolle, 2003)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR η διάγνωση του ντελιρίου βασίζεται σε κριτήρια που λαμβάνουν υπόψη και τον αιτιολογικό παράγοντα. Με βάση την αιτιολογία του συνδρόμου προκύπτουν οι εξής κατηγορίες:

- Ντελίριο που οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση.
- Ντελίριο που οφείλεται σε ουσίες
- Ντελίριο που οφείλεται σε πολλαπλά αίτια
- Ντελίριο μη προσδιοριζόμενο αλλιώς

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR, στα κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του ντελιρίου περιλαμβάνονται:

- 1) διαταραχή της συνείδησης(μειωμένη σαφήνεια επίγνωσης του περιβάλλοντος),
- 2) οι διαταραχές της συγκέντρωσης και της προσοχής με μειωμένη την ικανότητα εστίασης, διατήρησης ή μετακίνησης της προσοχής
- 3)μεταβολές γνωστικών λειτουργιών όπως μνημονικό έλλειμμα, διαταραχές του προσανατολισμού, διαταραχές του λόγου
- 4)αντιληπτικές διαταραχές

Συνοδά νευρολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν έλλειψη συντονισμού, δυσφρασία, τρόμο, αστασία, αταξία και απραξία.

Αυτή η συμπτωματολογία αναπτύσσεται μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα και τείνει να διακυμαίνεται στη διάρκεια της μέρας.

Η αποσαφήνιση του αιτιολογικού παράγοντα είναι απαραίτητη για να τεθεί η διάγνωση του ντελιρίου. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ντελιρίου που συνδέεται με γενική σωματική κατάσταση, υπάρχει ένδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα, ότι η διαταραχή αποτελεί άμεσο παθοφυσιολογικό επακόλουθο μιας γενικής σωματικής κατάστασης.

Σε περίπτωση ντελιρίου που οφείλεται σε τοξίκωση από εξαρτησιογόνες ουσίες ή σε απόσυρση από εξαρτησιογόνες ουσίες, υπάρχει ένδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι τα συμπτώματα εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια απόσυρσης ή τοξίκωσης από τις ουσίες.

Επίσης, στη διάγνωση , επικουρικά , στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, μπορεί να βρεθούν διάχυτες βραδυαρρυθμίες σε ποσοστό έως και 75% των ασθενών.

Έχει ιδιαίτερη σημασία να γίνει διαφορική διάγνωση ως προς τα αίτια του ντελιρίου. Θα πρέπει για παράδειγμα, να διαφοροδιαγνωστεί:

- Από την ψύχωση, όπου οι συνείδηση και οι νοητικές λειτουργίες συνήθως δεν επηρεάζονται, καθώς και

- Από την άνοια, όπου κατά κανόνα υπάρχει μια χρόνια έκπτωση της μνήμης κα άλλων νοητικών λειτουργιών. Οι αλλαγές στην άνοια είναι περισσότερο σταθερές στη διάρκεια του χρόνου και δεν παρουσιάζουν διακυμάνσεις στη διάρκεια της μέρας. Οι ασθενείς με άνοια χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη εγρήγορση ενώ οι ασθενείς με ντελίριο, από μεγαλύτερη θόλωση της συνείδησης.

- Από τη σχιζοφρένεια και τη μανία, όπου δεν χαρακτηρίζονται από την ταχεία πορεία διακύμανσης του ντελιρίου, ούτε επηρεάζουν το επίπεδο συνείδησης και δεν προκαλούν σημαντικά ελλείμματα των γνωσιακών ικανοτήτων.

- Από τις αποσυνδεδετικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να χαρακτηρίζονται από σημειακή αμνησία, αλλά δεν διαθέτουν τη σφαιρική γνωσιακή έκπτωση και το παθολογικό ψυχοκινητικό σχήμα και το σχήμα ύπνου του ντελιρίου.

Με την προσεκτική λήψη του ατομικού παθολογικού αναμνηστικού μπορεί να αποκαλυφθεί ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη ή άλλου μεταβολικού νοσήματος, χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ή χορήγηση φαρμάκων,, τα οποία μπορεί να ευθύνονται για το σύνδρομο. Αυτό είναι σημαντικό και για την έγκαιρη έναρξη της κατάλληλης θεραπείας. Η μέση διάρκεια του ντελιρίου είναι 10-12 μέρες, ενώ στο 15% των ασθενών διαρκεί πάνω από ένα μήνα, ειδικά στους ηλικιωμένους. Η πλειοψηφία αναρρώνει αλλά η θνητότητα εξαμήνου φτάνει τι 25% και στους ηλικιωμένους, ψηλότερη. Υπάρχει επίσης αυξημένη νοσηρότητα (επιπλοκές, αναπηρία, ατελής ανάρρωση)

Οι εργαστηριακές δοκιμασίες που θα μας βοηθήσουν στην διάγνωση είναι:

- Γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις αίματος περιλαμβανομένων ηλεκτρολυτών και γλυκόζης, έλεγχος νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας.

- Γενική ούρων

- Θυρεοειδική λειτουργία

- Ορολογικοί έλεγχοι για σύφιλη

- Έλεγχος για HIV- λοίμωξη

- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

- Ακτινογραφία θώρακος

- Εξέταση αίματος και ούρων για εξαρτησιογόνες ουσίες

Επιπρόσθετες δοκιμασίες, όπου ενδείκνυται:

- Καλλιέργειες ούρων, αίματος και εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY)

- Προσδιορισμός B₁₂ και φυλλικού οξέος

- Αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου ή τομογραφία μαγνητικού συντονισμού (MRI)

- Οσφυνωτιαία παρακέντηση κα εξέταση ENY, ακτινογραφία κρανίου και αγγειογραφίες σύμφωνα με τις ενδείξεις.

- Ψυχομετρική εκτίμηση (ψυχομετρικές δοκιμασίες), περισσότερο ευαίσθητη για οργανικές διαταραχές, προτυποποιημένη, μπορεί να χρησιμοποιήσει τα διάφορα ευρήματα ακόμη και αν δεν είναι βέβαια. Απαιτεί τη συνεργασία του ασθενούς. Ο ψυχολόγος χρειάζεται να ενημερωθεί πού να εστιάσει την εκτίμηση (Σολδάτος & Λύκουρας,2006 ;Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες,2003; DSM-IV-TR ,2011)

Παρακάτω παρατίθεται η μέθοδος υπολογισμού της σύγχυσης.

Μέθοδος υπολογισμού της σύγχυσης (*Confusion Assessment Method*)

Κριτήριο 1. Οξεία έναρξη και διακύμανση κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Προϋποθέτει τη λήψη ιστορικού από ένα συγγενή του ασθενούς ή μια νοσοκόμα και ισχύει σε θετική απάντηση στις ερωτήσεις: Υπάρχει οξεία μεταβολή της διανοητικής κατάστασης του ασθενούς τις ημέρες; Η διανοητική σύγχυση του ασθενούς έχει διακύμανση κατά τη διάρκεια της ημέρας; Έρχεται και φεύγει; Άλλοτε είναι σοβαρή άλλοτε ήπια;

Κριτήριο 2. Διαταραχή της προσοχής

Ισχύει σε θετική απάντηση στην ακόλουθη ερώτηση: Έχει ο ασθενής δυσκολία να εστιάσει την προσοχή του, είναι π.χ. ο ασθενής αφηρημένος και δυσκολεύεται να παρακολουθήσει μία συζήτηση;

Κριτήριο 3. Αποδιοργάνωση της σκέψης

Ισχύει σε θετική απάντηση στην ερώτηση: Είναι η σκέψη του ασθενούς αποδιοργανωμένη και ακατάληπτη, όπως π.χ. έχει ο ασθενής θολή και μη λογική ροή ιδεών, αλλάζει απρόβλεπτα θέμα συζήτησης;

Κριτήριο 4. Προσβολή του επιπέδου συνείδησης

Το κριτήριο αυτό ισχύει σε κάθε περίπτωση που ο ασθενής είναι διεγερτικός, ληθαργικός ή κώμα.

Η διάγνωση του παραληρήματος με την CAM προϋποθέτει την παρουσία των κριτηρίων 1 και 2 και ενός εκ των 3 και 4. (Nouye ,1990)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΓΧΥΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ

Ο πρωταρχικός στόχος στην αντιμετώπιση του ντελirίου είναι η θεραπεία της υποκείμενης κατάστασης που συνδέεται αιτιολογικά με το σύνδρομο. Δηλαδή πρέπει να γίνει διόρθωση των μεταβολικών ανωμαλιών, διασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης, ισοζύγιο ηλεκτρολυτών και σίτιση, ταυτοποίηση και όπου αυτό είναι δυνατό να διακοπεί η υπαίτια φαρμακευτική αγωγή και βελτιστοποίηση του περιβάλλοντος του ασθενούς (π.χ. ελαττωμένα ερεθίσματα για έναν ασθενή με τρομώδες ντελίριο, και επαρκώς αυξημένα ερεθίσματα για έναν ασθενή που εκδηλώνει ντελίριο λόγω αισθητηριακής στέρησης). Πρέπει επίσης να παρακολουθούνται τα επίπεδα καλίου και μαγνησίου. Χαμηλές δόσεις ενός υψηλής ισχύος αντιψυχωτικού μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διέγερση (π.χ. 2-5 αλοπεριδόλης από το στόμα ή ενδομυϊκά κάθε 4 ώρες). Οι βενζοδιαζεπίνες (π.χ. 1-2 mg λοραζεπάμης) μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα ή ενδομυϊκά κάθε 4 ώρες, ανάλογα με τις απαιτήσεις, και μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης για την αντιμετώπιση της διέγερσης, ειδικά σε έναν ασθενή που μπορεί να κινδυνεύει από επιληπτικές κρίσεις (π.χ. ένας ασθενής που πάσχει από στέρηση αλκοόλ ή κατασταλτικών- υπναγωγών). Σε σπάνιες ανθεκτικές περιπτώσεις, μπορεί να ωφελήσει η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT). Σε περίπτωση τοξίκωσης από αντιχολινεργικά, ενδείκνυται η χρήση φυσοστιγμίνης 1-2mg ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια με επανάληψη της δόσης

σε 15-30 min, αν κριθεί αναγκαίο. Η αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών περιλαμβάνει μέριμνα για φυσική υποστήριξη και αποφυγή ατυχημάτων, αποφυγή αισθητηριακής αποστέρευσης αλλά και υπερβολικής έκθεσης στα ερεθίσματα. Η παρουσία ενός οικείου προσώπου στο δωμάτιο βοηθάει.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα μπορούσε να εφαρμόσει τις παρακάτω θεραπευτικές αρχές:

- Συνεργασία μεταξύ ειδικοτήτων
- Αναζήτηση αιτίας
- Έναρξη επέμβασης σε οξείες καταστάσεις: παρακολούθηση ζωτικών σημείων, ενυδάτωση, οξυγόνωση, διακοπή περιττών φαρμάκων, μείωση δόσεων φαρμάκων στο ελάχιστο
- Εξασφάλιση ειδικής κατά περίπτωση θεραπείας
- Μέριμνα για την ασφάλεια του ασθενούς και των άλλων
- Συνεχής παρακολούθηση ψυχιατρικής κατάστασης
- Εκτίμηση ψυχολογικών/ κοινωνικών/ χαρακτηριστικών ασθενών και οικογένειας
- Θεραπευτική συμμαχία με γιατρούς και οικογένεια
- Εκπαίδευση γιατρών, νοσηλευτών, οικογένειας ως προς το σύνδρομο
- Περιβαλλοντικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις (παρουσία οικείου προσώπου, ημερολόγιο και ρολόι στο κομοδίνο, αναμμένο φως τη νύχτα κ.λπ.)

Χειρισμός μετά το συγχυτικό παραλήρημα (ενημέρωση του ασθενούς κ. λπ.) (Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες,2003, Σολδάτος & Λύκουρας,2006;DSM-IV-TR ,2011)

3.2 ΑΜΝΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στις αμνησιακές διαταραχές παρατηρείται ως κύριο χαρακτηριστικό η επίκτητη ελλειμματική ικανότητα μάθησης και ανάκλησης νέων πληροφοριών, μαζί με την ικανότητα ανάκλησης γεγονότων από το παρελθόν. Η έκπτωση της πρόσφατης, της πρόσφατης παλαιάς και της παλαιάς μνήμης οφείλεται σε συστηματικές παθολογικές ή πρωτοπαθείς εγκεφαλικές παθήσεις. Οφείλεται δηλαδή σε συγκεκριμένο παθολογικό αίτιο (ουσία ή σωματική πάθηση) , ενώ οι άλλες γνωσιακές λειτουργίες παραμένουν φυσιολογικές.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΑΜΝΗΣΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η συνηθέστερη μορφή οφείλεται σε ανεπάρκεια, ένδεια της θειαμίνης, η οποία σχετίζεται με την εξάρτηση από το αλκοόλ (σύνδρομο Korsakoff). Μπορεί επίσης να οφείλεται σε τραυματισμό ή κακώσεις της κεφαλής, νευροχειρουργικές επεμβάσεις στον εγκέφαλο, υποξία (αποτυχημένες απόπειρες απαγχονισμού, δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα), η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, σκλήρυνση κατά πλάκας, τα εγκεφαλικά έμφρακτα, η επιληψία, οι όγκοι του εγκεφάλου, η εγκεφαλίτιδα από τον ιό του απλού έρπητα κ.α. Τυπικά, οποιαδήποτε νοσηρή διεργασία που βλάπτει δομές του εγκεφάλου και του έσω κροταφικού λοβού (μαστία, ψαλίδα του εγκεφάλου, ιππόκαμπος) μπορεί να προκαλέσει αμνησιακή διαταραχή.

Βλάβες που εντοπίζονται στην ιπποκάμπεια περιοχή, το υπόθεμα ή την οδοντωτή έλικα του ιππόκαμπου προκαλούν μνημονικό έλλειμμα στην έκδηλη μνήμη. Μια βλάβη όμως που περιλαμβάνει όλες αυτές τις περιοχές προσβάλλει σοβαρά τη λειτουργία της μνήμης. Ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρή αμνησία χωρίς άνοια, τυπικά έχουν βλάβη στον στο μέσο κροταφικό

λοβό. Η αμνησία είναι προδρομική, δηλαδή, η ικανότητα αποθήκευσης και ανάκλησης πληροφοριών χάνεται από τη στιγμή της εγκατάστασης της βλάβης του μέσου κροταφικού λοβού και μετά. Συνήθως η αμνησία εμφανίζεται με βλάβη των ως άνω δομών και στα δυο ημισφαίρια του εγκεφάλου, αναφέρονται όμως περιστατικά με αμνησιακή διαταραχή με βλάβη στο ένα ημισφαίριο, κυρίως το αριστερό.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή της μνήμης ως ανικανότητα μάθησης νέων δεδομένων (προδρομική), ή από την ανικανότητα ανάκλησης ήδη γνωστών πληροφοριών (οπισθοδρομική αμνησία). Η χρονική περίοδος της αμνησίας αρχίζει από τη στιγμή της εγκεφαλικής προσβολής, π.χ. από τη στιγμή του τραύματος, ή μπορεί να περιλαμβάνει και τη χρονική περίοδο πριν από την προσβολή.

Συνήθως βλάπτεται η βραχείας διάρκειας και η πρόσφατη μνήμη, ενώ η μνήμη του απώτερου παρελθόντος και οι καλά παγιωμένες πληροφορίες δε θίγονται. Η μνήμη της προηγούμενης δεκαετίας είναι δυνατό να είναι διαταραγμένη. Η άμεση μνήμη είναι άθικτη.

Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να είναι αιφνίδια, όπως στις περιπτώσεις τραύματος της κεφαλής, αγγειακού επεισοδίου ή νευροτοξικής δράσης, ή βαθμιαία, όπως στις περιπτώσεις εγκεφαλικού όγκου και διαταραχών διατροφής.

Η βελτίωση της εικόνας του ασθενούς εκδηλώνεται με προοδευτική συρρίκνωση της χρονικής περιόδου της αμνησίας του ή με μια προοδευτική βελτίωση της μνημονικής του ικανότητας που αφορά σε όλη τη χρονική περίοδο της αμνησίας του.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της αμνησιακής διαταραχής συνδέεται με το αίτιο που την προκαλεί και απαιτείται: α) η παρουσία των συμπτωμάτων διαταραχής της μνήμης (έκπτωση της ικανότητας μάθησης νέων ή ανικανότητα ανάκλησης ήδη μαθημένων πληροφοριών) και β) η διαταραχή της μνήμης να προκαλεί σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου. Οι αμνησιακές διαταραχές ανάλογα με την αιτιολογία τους διαγιγνώσκονται σε: αμνησιακή διαταραχή που οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση, επιμένουσα αμνησιακή διαταραχή που οφείλεται σε ουσίες και αμνησιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από τις άνοιες και το ντελίριο όπου κι εκεί παρατηρείται αμνησία αλλά αυτές οι διαταραχές προκαλούν ελάττωση και πολλών άλλων γνωσιακών ικανοτήτων. Επίσης, οι προσποιοιτές διαταραχές μπορεί να μιμούνται την αμνησία, αλλά τα ελλείμματα της μνήμης είναι ανακόλουθα. Τέλος, οι ασθενείς με αποσυνδετικές διαταραχές είναι πιθανότερο να χάσουν τον προσανατολισμό τους προς τον εαυτό τους και μπορεί να έχουν πιο εκλεκτικά ελλείμματα της μνήμης από τους ασθενείς με μνημονικές διαταραχές. Οι αποσυνδετικές διαταραχές συνδέονται επίσης με συναισθηματικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής που αφορούν οικονομικές δυσκολίες, προβλήματα με το νόμο, ή διαταραγμένες σχέσεις.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΜΝΗΣΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η θεραπεία συνίσταται κυρίως στην εντόπιση του υποκείμενου αιτίου και στην αντιμετώπισή του. Διαφορετικά, συνιστάται έναρξη υποστηρικτικών θεραπευτικών μέτρων όπως χορήγηση υγρών ή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (Σολδάτος & Λύκουρας, 2006; DSM-IV-TR, 2011).

3.3 ΑΝΟΙΑ

Ορισμός: άνοια ονομάζεται η έκπτωση των γνωσιακών ικανοτήτων στα πλαίσια ενός σταθερού επιπέδου συνείδησης. Οι προσβεβλημένες λειτουργίες περιλαμβάνουν τη νοημοσύνη, το λόγο, την επίλυση προβλημάτων, τη μνήμη, τη μάθηση, τον προσανατολισμό, την αντίληψη, την προσοχή, την κρίση, τη συγκέντρωση και τις κοινωνικές δεξιότητες. Βάσει του DSM-IV-TR είναι απαραίτητο τα ελλείμματα να αντιπροσωπεύουν σημαντική μεταβολή από το βασικό επίπεδο λειτουργικότητας και να παρεμβάλλονται σε αυτή. Η διαταραχή μπορεί να είναι προϊούσα ή στατική, μόνιμη ή αναστρέψιμη. Η δυναμική αναστρεψιμότητα της διαταραχής εξαρτάται από το υποκείμενο παθολογικό αίτιο και από τη διαθεσιμότητα και την εφαρμογή μιας αποτελεσματικής θεραπείας. Σε ένα 15% των ασθενών που εμφανίζουν άνοια, το υποκείμενο αίτιο είναι θεραπεύσιμο και το σύνδρομο αναστρέψιμο. (Βορβολάκος,2002)

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ,ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η άνοια είναι διαταραχή των υπερηλικών. Το 5% των Αμερικανών πάνω από 65 χρονών εμφανίζουν σοβαρή άνοια ενώ το 15% ήπια άνοια. Από το σύνολο των ασθενών με άνοια, το 50-60% πάσχουν από άνοια τύπου Alzheimer. Η δεύτερη πιο συχνή μορφή άνοιας με ποσοστό 15-30% του συνόλου είναι η άνοια αγγειακού τύπου. Εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 60-70 ετών και είναι συχνότερη στους άνδρες. Η υπέρταση επίσης εμφανίζεται ως προδιαθεσικός παράγοντας. Περίπου το 10-15% των αρρώστων με αγγειακή άνοια έχουν και συνυπάρχουσα άνοια τύπου Alzheimer.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αίτια άνοιας:

- Όγκοι: κυρίως εγκεφαλικοί
- Τραυματισμοί: όπως αιματώματα, μετατραυματική άνοια
- Λοιμώξεις χρόνιες: μεταστατική, σύφιλη, νόσος των Creutzfeldt-Jacob, AIDS
- Καρδιαγγειακά/αγγειακά: αιμοδυναμικές διαταραχές, έμφρακτα
- Συγγενή/ κληρονομικά: νόσος του Huntington,μεταχρωματική λευκοδυστροφία
- Πρωτοπαθή ψυχιατρικά: ψευδοάνοια
- Φυσιολογικά: επιληψία, υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης
- Μεταβολικά: ανεπάρκεια βιταμινών, χρόνιες μεταβολικές διαταραχές, χρόνιες ενδοκρινολογικές και ανοξικές διαταραχές
- Εκφυλιστικές άνοιες: νόσος Alzheimer, του Pick, του Parkinson,προϊούσα παράλυση,
- Απομυελινωτικά νοσήματα: σκλήρυνση κατά πλάκας
- Φάρμακα και τοξίνες: αλκοόλ, βαρέα μέταλλα δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα, φάρμακα, ακτινοβολία

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Στην άνοια παρατηρούνται:

Α) Διαταραχή μνήμης. Αρχικά επηρεάζεται η πρόσφατη και σε προχωρημένο στάδιο η παλαιά. Η λειτουργικότητα επομένως επηρεάζεται σημαντικά.

Β) Αφασία. Οι πάσχοντες κενολογούν, χαολογούν, αοριστολογούν. Σε προχωρημένο στάδιο μπορεί να έχουν παλιλαλία ή ηχίλαλία.

Γ) Αγνωσία. Δεν αναγνωρίζουν αντικείμενα, πρόσωπα, πολλές φορές ούτε το είδωλό τους στον καθρέφτη

Δ) Διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών όπως είναι η κρίση, η αφαιρετική σκέψη κ.λπ.

Ε) Διαταραχή της συμπεριφοράς και ψυχοκινητικότητας. Ο ανοϊκός μπορεί να έχει απρόσφορη (ανάρμοστη) συμπεριφορά ή άρση αναστολών ή εξωπυραμидικά συμπτώματα, κατάθλιψη, παρανοϊκή ιδεασμό, ψευδαισθήσεις κ.λπ.

Τέλος, τα πλέον χαρακτηριστικά συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα είναι:

- Καταστροφικές αντιδράσεις. Έντονες και απότομες κρίσεις με άγχος, κλάμα, ανησυχία, ειδικά αν οι ασθενείς δυσκολευτούν ή μπερδευτούν από κάτι.

- Σύνδρομο «ηλιοβασιλέματος». Αργά το απόγευμα υπνηλία, σύγχυση, αταξία, πτώσεις

- Διαταραχές αντίληψης. Ενίοτε ψευδαισθήτωση

- Παραλήρημα: κυριαρχεί ο παρανοϊκός- ζηλοτυπικός τύπος. Συχνές παραληρητικές ιδέες που εκφράζει ο ασθενής.

- Απάθεια. Απώλεια του ενδιαφέροντος για τον κόσμο, για την επιτέλεση των συνήθων δραστηριοτήτων και για την έναρξη των καινούριων. Ο ασθενής είναι απαθής και αδιάφορος, συμμετέχει λιγότερο σε δουλειές του σπιτιού, είναι λιγότερο τρυφερός και δείχνει λιγότερο ενθουσιασμό για τα ενδιαφέροντά του.

- Διαταραχές διατροφής, όπως να αλλάζει τις συνήθειες διατροφής το, το είδος της διατροφής του ή να τρώγει το ίδιο φαγητό κάθε μέρα.

- Παθολογική κινητική συμπεριφορά, όπως να βηματίζει δίχως σκοπό στο σπίτι, να βάζει και να βγάζει τα ρούχα του, να εμπλέκεται σε επαναλαμβανόμενες άσκοπες δραστηριότητες όπως π.χ. να παίζει με τα κουμπιά του

- Ευερεθιστότητα. Είναι ευέξαπτος, έχει ξαφνικές εκρήξεις θυμού, είναι εριστικός και δύσκολος στην επικοινωνία, λέει πράγματα χωρίς να τα σκέφτεται

- Διαταραχές ύπνου. Κοιμάται υπερβολικά στη διάρκεια της μέρας, σηκώνεται στη διάρκεια της νύχτας, περιπλανάται στο σπίτι ή βγαίνει έξω τη νύχτα

- Κατάθλιψη . ο ασθενής δείχνει αποθαρρυσμένο, επικρίνει τον εαυτό του, δείχνει άκεφος

- Ευφορική διάθεση. Ο ασθενής έχει παιδικό χιούμορ, χαχανίζει σε ακατάλληλες καταστάσεις, είναι υπερβολικά χαρούμενος, ισχυρίζεται πως έχει περισσότερες ικανότητες από ότι στην πραγματικότητα. (http://dying.about.com/od/neurological/a/dementia_cause.htm ; Βορβολάκος,2002)

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΟΙΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΕΣ:

Άνοια σε νόσο Alzheimer

Άνοια σε νόσο Pick

Άνοια σε HIV λοίμωξη

Άνοια σε νόσο Huntington

Άνοια σε νόσο Creutzfeldt-Jacob

Εκφυλιστικές άνοιες

ΜΕΡΙΚΩΣ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΕΣ :

Θυρεοειδοπάθεια >2 έτη

Ουραιμία

Πυλαία υπέρταση

Πολυεμφρακτική νόσος

Πνευμονοπάθειες

Κολλαγονώσεις

ΠΛΗΡΩΣ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΕΣ

Θυρεοειδοπάθεια <2 έτη

Έλλειψη B12, φυλλικού οξέος, νιασίνης

Υδροκέφαλος
Όγκοι(μηνιγγίωμα)
Φάρμακα
Βαρέα μέταλλα

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV-TR, τα κριτήρια για τη διάγνωση της άνοιας περιλαμβάνουν την παρουσία πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που αφορούν απαραίτητα στη λειτουργία της μνήμης, και στην ταυτόχρονη παρουσία μιας ή περισσότερων διαταραχών από άλλες γνωστικές λειτουργίες, οι οποίες περιλαμβάνουν: α)τη λειτουργία του λόγου (αφασία), β) την ικανότητα εκτέλεσης κινητικών δραστηριοτήτων με άθικτη κινητική λειτουργία (απραξία), γ) την ικανότητα ταυτοποίησης αντικειμένων με άθικτη αισθητηριακή λειτουργία (αγνωσία) και δ) την ικανότητα εκτέλεσης σύνθετων λειτουργιών όπως σχεδιασμός, οργάνωση, σύνθεση, αφαίρεση θδιαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας). Τα παραπάνω γνωστικά ελλείμματα επιδεινώνονται στη διάρκεια του χρόνου και επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου.

Για την ανίχνευση των διαταραχών της μνήμης ο νευροψυχολογικός έλεγχος είναι πάντα χρήσιμος. Η αξονική τομογραφία μπορεί να δείξει φλοιώδη ατροφία και να ταυτοποιήσει διάφορες μορφές άνοιας.

Διαφοροδιαγνωστικά, είναι σκόπιμο να βεβαιωθεί ο κλινικός πως δεν πρόκειται για:

1:Συνδεδόμενη με την ηλικία έκπτωση της μνήμης δηλαδή φυσιολογική γήρανση όπου υπάρχει ελαττωμένη ικανότητα μάθησης νέων πληροφοριών και επιβράδυνση της διαδικασίας της σκέψης ως συνέπεια της φυσιολογικής γήρανσης .Η φυσιολογική γεροντική λησμοσύνη δε διαταράσσει τη λειτουργικότητα του ατόμου.

2:Κατάθλιψη. Η κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να παρουσιάζεται με συμπτώματα γνωσιακής έκπτωσης, που έχει οδηγήσει στον ορισμό της ως «ψευδοάνοια». Ο φαινομενικά ανοϊκός ασθενής είναι στην πραγματικότητα καταθλιπτικός και ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στην αντικαταθλιπτική αγωγή. Πολλοί ανοϊκοί ασθενείς επίσης αναπτύσσουν κατάθλιψη καθώς αρχίζουν να συνειδητοποιούν τη γνωσιακή τους έκπτωση. Σε ασθενείς με άνοια και κατάθλιψη, συχνά δικαιολογείται μια θεραπευτική δοκιμή με αντικαταθλιπτικά.

3:Ντελίριο. Χαρακτηρίζεται και αυτό από σφαιρική γνωσιακή έκπτωση. Το ντελίριο συχνά επικάθεται σε ανοϊκούς ασθενείς. Η άνοια τείνει να είναι χρόνια και δεν διαθέτει τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά της ταχείας διακύμανσης του ντελیریου, της αιφνίδιας έναρξης, της ελλειμματικής προσοχής, της μεταβολής του επιπέδου συνείδησης, της ψυχοκινητικής διαταραχής, του οξέος διαταραγμένου κύκλου ύπνου- εγρήγορσης και των εμφανών ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών, που χαρακτηρίζουν το ντελίριο.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η άνοια μπορεί να είναι προϊούσα, υποτροπιάζουσα ή σταθερή. Επειδή το 15%των περιστατικών άνοιας είναι αναστρέψιμα, (υποθυρεοειδισμός, σύφιλη του Κ.Ν.Σ, υποκλείδιο αιμάτωμα, ανεπάρκεια βιταμίνης Β₁₂, ουραιμία, υποξία), η πορεία σε αυτές τις περιπτώσεις εξαρτάται από το πόσο γρήγορα θα αντιμετωπιστεί το αίτιο. Αν το αίτιο αντιμετωπιστεί πολύ αργά, ο ασθενής μπορεί να έχει υπολειμματικά ελλείμματα με μια επακόλουθη σταθερή πορεία, αν δεν έχει συμβεί εκτεταμένη εγκεφαλική βλάβη. Για την άνοια με ταυτοποίησιμο αίτιο,(π.χ. άνοια τύπου Alzheimer), η πορεία είναι πιθανό να χαρακτηρίζεται από βραδεία αποδιοργάνωση. Ο ασθενής μπορεί να χαθεί σε οικείους χώρους, να χάσει την ικανότητα

χειρισμού χρημάτων, να μην αναγνωρίζει πρόσωπα της οικογένειας, και τελικά πάσχει από ακράτεια ούρων και κοπράνων.

Όσον αφορά τη θεραπεία, είναι υποστηρικτική. Θα πρέπει να εξασφαλιστεί ικανοποιητική θεραπεία, οποιουδήποτε συνυπάρχοντος ιατρικού σωματικού προβλήματος. Επίσης, επαρκής σίτιση, άσκηση και δραστηριότητες. Παροχή ενός περιβάλλοντος με τακτά βοηθητικά σημεία προσανατολισμού στην ημέρα, την ημερομηνία, το χώρο και το χρόνο. Καθώς η λειτουργικότητα εκπίπτει, μπορεί να κριθεί αναγκαία η τοποθέτηση σε θεραπευτήριο. Είναι συχνό η γνωσιακή έκπτωση να χειροτερεύει τη νύκτα. Ορισμένα θεραπευτήρια έχουν αναπτύξει ένα επιτυχημένο μοντέλο νυκτερινών δραστηριοτήτων για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η θεραπεία μπορεί να είναι:

- **Ψυχολογική:** υποστηρικτική θεραπεία, ομαδική θεραπεία, και παραπομπή σε οργανώσεις για οικογένειες ανοϊκών ασθενών μπορούν να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση και να αισθανθούν λιγότερο απογοητευμένοι και αβοήθητοι.

- **Φαρμακευτική:** σε γενικές γραμμές τα βαρβιτουρικά και οι βενζοδιαζεπίνες θα πρέπει να αποφεύγονται, επειδή μπορούν να επιδεινώσουν την κατάσταση. Για τη διέγερση, χαμηλές δόσεις οποιουδήποτε αντιψυχωτικού είναι αποτελεσματικές (αλοπεριδόλη, ρισπεριδόνη). Ορισμένοι κλινικοί υποστηρίζουν τη χορήγηση μιας βραδείας δράσης βενζοδιαζεπίνης για τον ύπνο (π.χ. τριαζολάμη), αλλά αυτό μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω γνωσιακά ελλείμματα την επόμενη μέρα. Διάφορα αντιοξειδωτικά όπως η βιταμίνη Ε έχουν δείξει ότι σε μεγάλες δόσεις (2000mg την ημέρα) βοηθούν την επιβράδυνση της πορείας της νόσου. Τέλος θα πρέπει δοθεί σημασία στην ψυχολογική επιβάρυνση των ατόμων που φροντίζουν τους ασθενείς και να συνυπολογιστεί η συμβουλευτική υποστήριξη των φροντιστών, δεδομένου ότι το στρες της συνεχούς φροντίδας ασθενών με άνοια είναι ιδιαίτερα έντονο και η ανάγκη για την παροχή οδηγιών κατεύθυνσης και ενημέρωσης είναι μεγάλη, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η παραμονή του ασθενούς στην κοινότητα (Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες.2003, Σολδάτος., & Λύκουρας,2006;DSM-IV-TR ,2011)

3.3.1 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, περίπου το 60% των ασθενών με άνοια πάσχουν από την άνοια τύπου Alzheimer γι αυτό και θα ασχοληθούμε εκτενέστερα με αυτόν τον τύπο.

Ορισμός: Προϊούσα άνοια για την οποία έχουν αποκλειστεί όλα τα γνωστά αναστρέψιμα αίτια. Δυο τύποι με όψιμη έναρξη,(έναρξη μετά την ηλικία των 65 χρόνων) και με πρόωπη έναρξη(πριν τα 65 έτη).

Το 1906, ο Alois Alzheimer (1864-1915), περιέγραψε την περίπτωση ενός θανάτου μιας γυναίκας στα 51 της έτη μετά από ένα γρήγορα εξελισσόμενο ανοϊκό σύνδρομο. Αυτός λοιπόν περιέγραψε πρώτος αυτήν την κατάσταση από όπου αργότερα πήρε και το όνομά του. Είναι μια πρωτοπαθής εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου με χαρακτηριστικά νευροχημικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, η αιτία της οποίας δεν έχει ακριβώς διευκρινιστεί. Εκδηλώνεται κυρίως στην έβδομη ή όγδοη δεκαετία της ζωής αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και στην μέση ενήλικη ζωή, γεγονός που την κατατάσσει στις προγεροντικές άνοιες.

Είναι το συχνότερο αίτιο άνοιας (50-60% όλων των περιστατικών άνοιας). Μπορεί να προσβάλει μέχρι και 5% των ατόμων πάνω από 65 έτη και το 15-20% των ατόμων άνω των 85 ετών. Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται το θηλυκό γένος αν και αυτό είναι στατιστικό λάθος γιατί οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 6 χρόνια περισσότερο από του άνδρες, το ιστορικό εγκεφαλικού τραύματος και η ύπαρξη 1^{ου} βαθμού συγγενή με τη διαταραχή. Η επίπτωση αυξάνει με την ηλικία. Οι ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer καταλαμβάνουν πάνω από το 50% των κλινών στα ιδιωτικά θεραπευτήρια στις ΗΠΑ. Κατ'

εκτίμηση 26,6 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν παγκοσμίως Alzheimer το 2006, και αυτός ο αριθμός μπορεί να τετραπλασιάσει μέχρι το 2050. (DSM-IV-TR, 2011; Σολδάτος & Λύκουρας,2006;Psychiatry,1985;

<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=15&articleID=17860&la=1;>

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1151485&resultClick=3> ;

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481661&resultClick=3> ;

<http://medicine.yale.edu/psychiatry/alzheimers/info/index.aspx>)

Επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου:

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Π.Ο.Υ. (1987), προτείνονται οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου για την νόσο Alzheimer:

1. Ηλικία
2. Γυναικείο φύλο
3. Εθνότητα
4. Κοινωνική τάξη και μόρφωση
5. Γενετική
6. Σύνδρομο Down σε συγγενείς
7. Λέμφωμα σε συγγενείς
8. Ιστορικό νόσων και συν νοσηρότητα
9. Αγγειακή άνοια
10. Θυρεοειδική νόσος
11. Τραύματα κεφαλής
12. Ιστορικό ψυχικής διαταραχής
13. Συνθήκες θανάτου (Γιουνανλή & Κριθαρίδου,2008)

Ηλικία	Κρούσματα ανά 1000 άτομα
65–69	3
70–74	6
75–79	9
80–84	23
85–89	40
90–	69

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολόγισε ότι, το 2005, 0.379% των ανθρώπων παγκοσμίως είχε άνοια, και ότι η εξάπλωση θα αυξανόταν σε 0.441% το 2015 και σε 0.556% το 2030. Άλλες μελέτες έχουν συναγάγει παρόμοια συμπεράσματα. Μια άλλη μελέτη υπολόγισε ότι, το 2006, 0.40% του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από Alzheimer, και ότι το ποσοστό θα τριπλασιαζόταν μέχρι το έτος 2050. (<http://el.wikipedia.org>)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως ύπουλη, εγκαθίσταται βραδέως αλλά σταθερά μέσα σε 2-3 χρόνια ή και περισσότερα. Υπάρχουν πολλαπλά γνωσιακά ελλείμματα με συμπεριφοριολογικές διαταραχές. Σχεδόν ποτέ η νόσος δε συναντάται σε άτομα μικρότερα από τα 40 έτη ενώ συνήθως τα πρώτα συμπτώματα θα εμφανιστούν πριν τα 65 έτη. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν αναφέρουν εξ' αρχής κάποιο παράπονο για τη μνήμη τους παρά μόνο αν ερωτηθούν γι' αυτό. Οι περισσότεροι ασθενείς άλλωστε θα οδηγηθούν στο γιατρό από τα μέλη της οικογένειάς τους. Μια άλλη μερίδα ασθενών θα εμφανίσει τα συμπτώματα κάτω από αντίξοες συνθήκες γι' αυτούς όπως μετά από νάρκωση, χειρουργικές επεμβάσεις, στην πορεία ενός σωματικού νοσήματος ή μετά από μια μεγάλη και παρατεταμένη συγκίνηση. Μερικές φορές η πρώτη εκδήλωση της διαταραχής μπορεί να είναι μια επιληπτική κρίση ή απώλεια προσανατολισμού στο χώρο και τον τόπο, συνήθως μετά από μια κουραστική έξοδο από το σπίτι. Οι διαταραχές της μνήμης, του προσανατολισμού, της δυνατότητας υπολογισμού, της κριτικής ικανότητας παρουσιάζονται σε διαφορετικό βαθμό έκπτωσης κα σε διάφορους συνδυασμούς συνήθως μαζί με συναισθηματική ευμεταβλητότητα. Παρατηρούνται επίσης δυσχέρειες στο λόγο όπως επίσης και στην κατανόηση του, είτε είναι προφορικός είτε γραπτός. Είναι δυνατό να γίνονται λάθη στη γραφή ακόμα και πλήρης ανικανότητα γραφής. Ο λόγος καθίσταται ολοένα και πτωχότερος, από αδυναμία ανεύρεσης των κατάλληλων λέξεων, αρχικά των ονομάτων και ουσιαστικών και στην συνέχεια ακόμα και των πλέον συνηθών και εύχρηστων λέξεων. Συχνά υπάρχει λογοκλονία. Σε πιο προχωρημένα στάδια, η ομιλία καθίσταται μια δυσκατάληπτη σαλάτα λέξεων η φωνημάτων. Οι συνήθεις καθημερινές ενασχολήσεις ρουτίνας χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες απροσεξίες και λάθη, πού φθάνουν στο σημείο αδυναμίας εκτέλεσης τους. Παρατεταμένες περιόδους διαταραχής του ύπνου με αναστροφή της υπνικής λειτουργίας, περίοδοι ακατάπαυστης άσκησης υπερδραστηριότητας, ακαθισίας, άγχους και κατάθλιψης, παρεμβάλλονται με άλλοτε άλλη ένταση και διάρκεια στην όλη εκπωτική πορεία. Επίσης είναι συνήθη τα συγκοπτικά και επιληπτικά επεισόδια. Προοδευτικά, προστίθενται στην κλινική εικόνα η αγνωσία και η απραξία. Η στάση και η βάδιση θυμίζουν καρκινικό ασθενή. Παροδικά εμφανίζονται επεισόδια ημιπληγικού η παραπληγικού τύπου. Ο έλεγχος των σφιγκτήρων χάνεται. Η έκφραση του προσώπου προοδευτικά αλλοιώνεται, ακολουθώντας αρχικά τη συναισθηματική ευμεταβλητότητα και στη συνέχεια, άλλοτε παραμένει ημιπαρετική, άμιμη, αδιάφορη ή απορημένη και άλλοτε υπερτονική σε μια ημισαρδόνια παρατεινόμενη γκριμάτσα. Σε αυτό το στάδιο της νόσου ο ασθενής έχει χάσει κάθε δυνατότητα επαφής με το περιβάλλον. (Παπανικολάου, 2004 ; Cummings,1991 ;

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0010387/> ;

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1151485&resultClick=3> ;

<http://emedicine.medscape.com/article/1134817-overview> ; Συνέδριο νόσου

ALZHEIMER.16/01/2000.)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αιτιολογία της νόσου δεν έχει καθοριστεί. Γνωρίζουμε πως κάποιο ρόλο παίζουν οι γενετικοί παράγοντες μιας και έως και 40% των ασθενών έχει οικογενειακό ιστορικό με άνοια τύπου Alzheimer. Το ποσοστό στατιστικής συμφωνίας για μονοζυγωτικούς διδύμους είναι 43% έναντι του 8% για διζυγωτικούς διδύμους. Πολλές μελέτες έχουν τεκμηριώσει αυτοσωμική επικρατητική γενετική μεταβίβαση. Το σύνδρομο Down σχετίζεται με τη νόσο. Μπορεί να εμπλέκεται το γονίδιο για την πρόδρομη πρωτεΐνη του αμυλοειδούς

στο χρωμόσωμα 21. Οι νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται συχνότερα είναι η ακετυλοχολίνη και η νορεπινεφρίνη. Και οι δυο εικάζεται πως υπολειπουργούν. Άλλα αίτια που έχουν προταθεί είναι διαταραχή στη ρύθμιση του μεταβολισμού των φωσφολιπιδίων της κυτταρικής μεμβράνης, την τοξικότητα του αλουμινίου και το διαταραγμένο μεταβολισμό του γλουταμινικού στον εγκέφαλο (Σολδάτος & Λύκουρας,2006; Χριστοδούλου,2004; DSM-IV-TR 2011).

Συνοψίζοντας, τρεις σημαντικές ανταγωνιστικές υποθέσεις υπάρχουν για την αιτία της ασθένειας. Η παλαιότερη, στην οποία είναι βασισμένη η σημαντική πλειονότητα θεραπειών με φάρμακα, είναι η χολινεργική υπόθεση.

- Χολινεργική υπόθεση

Αυτή η υπόθεση προτείνει ότι το Alzheimer προκαλείται από τη μειωμένη σύνθεση των νευροδιαβιβαστών ακετυλοχολίνης. Η χολινεργική υπόθεση δεν είναι ευρέως αποδεκτή, κατά ένα μεγάλο λόγο επειδή τα φάρμακα που προορίζονται για να αντιμετωπίσουν την ανεπάρκεια ακετυλοχολίνης δεν είναι πολύ αποτελεσματικά. Άλλα χολινεργικά αίτια έχουν επίσης προταθεί, πχ έναρξη μεγάλης κλίμακας συνάθροισης αμυλοειδούς που οδηγεί σε νευροφλεγμονές.

- Βήτα αμυλοειδής

Το 1991, προτάθηκε η θεωρία ότι οι βήτα αμυλοειδείς (Αβ) συγκεντρώσεις είναι η κύρια αιτία της ασθένειας. Υποστήριξη για αυτή τη θεωρία προέρχεται από τη θέση του γονιδίου για την πρόδρομο της βήτα αμυλοειδούς πρωτεΐνης (APP) στο χρωμόσωμα 21, μαζί με το γεγονός ότι άνθρωποι με το σύνδρομο Down έχουν μια προδιάθεση για Alzheimer και συνήθως αναπτύσσουν την ασθένεια στην ηλικία των 40-50. Επίσης το APOE είναι ένα γονίδιο που κατευθύνει την παραγωγή της ApoE, μιας πρωτεΐνης που αποτελεί μέρος των λιποπρωτεϊνών του σώματος και ενέχεται στη μεταφορά λιπιδίων και την κάθαρση των προσλαμβανόμενων με τη δίαιτα λιπών, θεωρείται ο σημαντικότερος γενετικός παράγοντας κινδύνου για το Alzheimer, οδηγεί στην υπερβολική αμυλοειδή συγκέντρωση στον εγκέφαλο, πριν προκύψουν τα συμπτώματα Alzheimer.

- Βήτα αμυλοειδείς συγγενείς

Το 2009, αυτή η θεωρία ενημερώθηκε, προτείνοντας ότι ένας στενός συγγενής της πρωτεΐνης βήτα αμυλοειδούς, και όχι απαραίτητως το ίδιο το βήτα αμυλοειδές, μπορεί να είναι κύριος ένοχος για την ασθένεια. Γενετική

2. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων Alzheimer είναι σποραδικής εμφάνισης, πράγμα που σημαίνει ότι η ασθένεια δεν είναι κληρονομική, αν και κάποια γονίδια μπορεί να λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου. Από την άλλη πλευρά, γύρω στο 0,1% των περιπτώσεων Alzheimer οφείλεται στις αυτοχρωμοσωματικές (κληρονομικές) μεταλλάξεις, και συνήθως εμφανίζονται πριν τα 65. Στις περισσότερες περιπτώσεις του Alzheimer δεν αποδεικνύεται η κληρονομικότητα, αλλά τα γονίδια μπορούν να ενεργήσουν ως παράγοντες για την εκδήλωση της ασθένειας. Πάνω από 400 γονίδια έχουν εξεταστεί για συσχέτιση με το σποραδικό Alzheimer, τα περισσότερα με μηδενικά αποτελέσματα. Ένας υποψήφιος είναι μια παραλλαγή του γονιδίου της ρελίνης, η οποία μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη Alzheimer στις γυναίκες. (Παπανικολάου, 2004 ; <http://el.wikipedia.org> ; Cummings,1991)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η έγκυρη διάγνωση της νόσου Alzheimer μπορεί να τεθεί μόνο ιστοπαθολογικά. Βάσει κλινικών κριτηρίων τίθεται ως πιθανή. Τα κριτήρια για τη διάγνωση της νόσου ταυτίζονται με αυτά της άνοιας γενικά, δηλαδή περιλαμβάνουν πολλαπλά γνωστικά ελλείμματα, που αφορούν τη μνήμη (έκπτωση της ικανότητας μάθησης και αδυναμία ανάκλησης μαθημένων), και την ταυτόχρονη παρουσία μιας ή περισσότερων διαταραχών από άλλες γνωστικές λειτουργίες οι οποίες περιλαμβάνουν τη λειτουργία του λόγου(αφασία), την ικανότητα εκτέλεσης κινητικών δραστηριοτήτων με άθικτη κινητική λειτουργία(απραξία), την ικανότητα ταυτοποίησης αντικειμένων με άθικτη αισθητηριακή λειτουργία(αγνωσία), την ικανότητα εκτέλεσης σύνθετων λειτουργιών (διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας). Τα παραπάνω επιδεινώνονται με το χρόνο και καθιστούν το άτομο μη λειτουργικό.

Είναι σημαντικό να γίνει διαφορική διάγνωση από:

- Άλλες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, που προκαλούν προοδευτική μνημονική και γνωστική έκπτωση (π.χ. αγγειακή εγκεφαλική νόσος, νόσος του Parkinson, του Huntington, εγκεφαλικοί όγκοι, υποσκληρίδιο αιμάτωμα κ.λπ.)

- Από συστηματικές καταστάσεις και παθήσεις που μπορεί να προκαλέσουν άνοια (π.χ. υποθυρεοειδισμός, έλλειψη βιταμίνης B12 κ.λπ.)

- Από το ντελίριο

Από την κατάθλιψη με προεξάρχοντα γνωστικά ελλείμματα (ψευδοάνοια) (Σολδάτος & Λύκουρας,2006; Χριστοδούλου,2004;

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0010387/> ;

<http://emedicine.medscape.com/article/1134817-overview>).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ Ν. ALZHEIMER ΚΑΤΑ DSM IV-TR

A. Εγκατάσταση πολλαπλών νοητικών διαταραχών εμφανιζομένων συγχρόνως με:

1. Διαταραχή της μνήμης (μείωση της ικανότητας μάθησης νέων πληροφοριών ή ανάκλησης πληροφοριών που έμαθε προηγουμένως)

2. Μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες νοητικές διαταραχές:

- Αφασία (διαταραχή του λόγου)

- Απραξία (μείωση των ικανοτήτων να εκτελεί δια των χειρών δραστηριότητες παρά μια ανέπαφη κινητική λειτουργία)

- Αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίσει τα αντικείμενα παρά τις ανέπαφες αισθητηριακές λειτουργίες)

- Διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών (π.χ. σχεδιασμός, οργάνωση, διαδοχή, αφαίρεση)

B. Οι νοητικές διαταραχές των κριτηρίων A1 και A2 προκαλούν έκαστη αξιοσημείωτη μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων και αντιπροσωπεύουν αξιοσημείωτη αποδιοργάνωση σε σχέση με το προηγούμενο λειτουργικό επίπεδο.

Γ. Η εξέλιξη χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική έναρξη και συνεχή νοητική αποδιοργάνωση.

Δ. Οι νοητικές διαταραχές των κριτηρίων A1 και A2 δεν οφείλονται σε κανένα από τα παρακάτω στοιχεία:

- Άλλες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος που μπορούν να προκαλέσουν προοδευτική μείωση της μνήμης και της νοημοσύνης (π.χ. αγγειακή εγκεφαλική νόσος, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, νόσος Huntington, υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, εγκεφαλικός όγκος)

- Γνωστές συστηματικές παθήσεις ως αίτια άνοιας (υποθυρεοειδισμός, έλλειψη βιταμίνης B12, μόλυνση με HIV)

- Παθήσεις από εξωγενείς ουσίες

Ε. Οι διαταραχές δεν επέρχονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της εξέλιξης μιας συγγυτικής κατάστασης.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν εξηγείται από μια πάθηση του άξονα Ι (π.χ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια) (DSM-IV-TR ,2011).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η έναρξη είναι συνήθως ύπουλη στα 50 ή τα 60 έτη(βραδέως προϊούσα). Η αφασία, η απραξία και η αγνωσία είναι παρούσες μετά από αρκετά χρόνια. Οι κινητικές διαταραχές της βάδισης αναπτύσσονται αργότερα και καθλώνουν τον ασθενή στην κλίνη του. Η επιβίωση είναι κατά μέσον όρο 8 χρόνια, κυμαίνεται δε από 1 έως 20 χρόνια. (Συνέδριο νόσου ALZHEIMER.16/01/2000.)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Μια ομάδα Γάλλων ειδικών Νευρολόγων Ψυχιάτρων, Γεροντολόγων και Παθολόγων το1998 έκαναν συμβούλιο προκειμένου να αποφασίσουν για την συνιστώμενη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της νόσου του Alzheimer, με βάση τα μέχρι τότε δεδομένα.

Σχετικά με τη φαρμακευτική προσέγγιση της νόσου, η ομάδα αυτή αποφάσισε να περιορισθεί σε ορισμένες συστάσεις επάνω στην φαρμακευτική αντιμετώπισή της.

Αναφέρεται ότι στο 1998, οι φαρμακευτικές θεραπείες της νόσου Alzheimer είναι μόνο συμπτωματικές. Ο κύριος στόχος της φαρμακευτικής θεραπείας είναι η επιβράδυνση της ικανότητας αυτοφροντίδας των ασθενών και η βελτίωση της προσαρμογής τους στην καθημερινή ζωή. Οι θεραπείες απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα και απαιτούν ιδιαίτερη εγρήγορση. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν συνήθως μειωμένη νεφρική διήθηση και μειωμένο ηπατικό μεταβολισμό. Αυτή η "πολυπαθολογία" που χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους ασθενείς απαιτεί συχνά τη χορήγηση πολλών φαρμακευτικών συνδυασμών. Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να έχει υπόψη τις πιθανές φαρμακοδυναμικές αλληλοεπιδράσεις αποφεύγοντας τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι, λόγω κυκλοφορικών διαταραχών έχουν συχνά ορθοστατική υπόταση και πτώσεις. Έτσι ακόμη και σε μικρές δόσεις φαρμάκων είναι δυνατόν να υπάρξουν δυσάρεστες παρενέργειες.

Η θεραπευτική απάντηση ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Θα πρέπει η δόση να εξατομικεύεται μέσα στα πλαίσια μιας γενικότερης στρατηγικής που θα λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παθολογικοί παράγοντες που βαρύνουν τον εκάστοτε ασθενή.

Η θεραπεία των νοητικών διαταραχών εμπλέκει ως γνωστό το χολινεργικό σύστημα. Η βελτίωση της χολινεργικής διαβίβασης είναι η μόνη διαθέσιμη σήμερα θεραπεία των νοητικών διαταραχών της νόσου και είναι δυνατόν να επιβραδύνει την εισαγωγή του ασθενή στο ίδρυμα. Η ντονεπεξίλη , η ριβαστιγμίνη, η γκαλανταμίνη και η τακρίνη είναι αναστολείς της χολινεστεράσης. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να ενισχύσουν τις γνωσιακές ικανότητες και να επιβραδύνουν τη γνωσιακή έκπτωση σε ορισμένους ασθενείς με ελαφράς μορφής νόσο. Το φάρμακο που έχει τεθεί πιο πρόσφατα στην κυκλοφορία, η μεμεντίνη, δρα στους υποδοχείς του γλουταμινικού. Η τακρίνη δεν χρησιμοποιείται τόσο λόγω της ηπατοτοξικότητάς της. Αυτά τα φάρμακα δεν τροποποιούν την υποκείμενη νοσογόνο διεργασία. Η θεραπευτική προσπάθεια αφορά επίσης και τις μη νοητικές διαταραχές της νόσου. Η φαρμακοθεραπεία συνίσταται σε ασθενείς με Alzheimer που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ακόμη και αν τα συμπτώματά τους δεν ανταποκρίνονται σε όλα τα κριτήρια της κατάθλιψης. Η

επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού φαρμάκου θα πρέπει να γίνεται με βάση την ανοχή του φαρμάκου στη γενική και ψυχιατρική κατάσταση του ασθενή (Σολδάτος & Λύκουρας,2006;Χριστοδούλου,2004 ; Νεστορος,2003 ; <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481661&resultClick=3> ; <http://emedicine.medscape.com/article/1134817-overview>).

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν ασθενείς με Alzheimer σε πρώιμα στάδια της νόσου, να επιτευχθούν καλύτερες επιδόσεις σε ασθενείς που είναι ακόμη σε καλή κατάσταση.

Σχετικά με την μνημονική λειτουργία οι προσπάθειες στρέφονται προς τρεις κατευθύνσεις:

1. Να διευκολυνθεί η κωδικοποίηση ή η ανάκληση μιας πληροφορίας σε σχέση με τις επιδόσεις σε ειδικές δοκιμασίες
2. Να αποκτήσει ο ασθενής νέες μαθήσεις ή να αντιμετωπίσει διαταραχές εκμεταλλεύμενος ικανότητες που διατηρήθηκαν
3. 3. Να ενεργοποιηθεί το περιβάλλον του ασθενή τις προσπάθειες αποκατάστασης. (<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=15&articleID=17860&la=1> ; Growdon, 1999)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ALZHEIMER

Αντιπροσωπευτικά παρουσιάζονται στη συνέχεια οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη φροντίδα αρρώστου με διαταραχή νοητικής και αντιληπτικής λειτουργίας. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από τη νόσο Alzheimer είναι δύσκολο να περιγραφούν. Και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

- Λεπτή, φιλική και ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου. Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Alzheimer συνήθως αντανάκλουν το συναίσθημα των γύρω τους. Ένα εκνευρισμένο και βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτή. Αν δεν κερδηθεί η προσοχή τους, παρερμηνεύουν τα λόγια και τις πράξεις των νοσηλευτών και γίνονται συγχυτικοί και τρομαγμένοι.
- Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σε αυτούς τους αρρώστους.
- Κλείσιμο του ραδιοφώνου και της τηλεόρασης όταν ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο. Η υπερφόρτιση με ερεθίσματα του προκαλούν σύγχυση.
- Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για ελάττωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκέντρωσης και αύξηση της διάρκειας της προσοχής.

• Επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει. Χρησιμοποίηση όμως των ίδιων ακριβώς λέξεων. Η επανάληψη ενισχύει την κατανόηση. Η αλλαγή των λέξεων προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση. Όταν είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις, ναι ή όχι και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν επιλογές ή λήψη κάποιας απόφασης.

• Υπομονητική αναμονή αν δεν απαντήσει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας.

• Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. Π.χ. «εδώ είναι τα γυαλιά σας» (παύση) «πάρτε τα γυαλιά σας από τη θήκη» (παύση) «βάλτε τα γυαλιά σας».

• Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων.

• Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση φωτισμού και κατά τη νύχτα. Παροχή απαλής μουσικής.

• Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα.

• Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγιο, το διαιτολόγιο κάθε ημέρας, το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Έτσι ενισχύεται η οπτική μνημονική λειτουργία, ο προσανατολισμός και οι γνωστικές λειτουργίες.

• Τοποθέτηση γνωστών και αγαπητών αντικειμένων του αρρώστου στο δωμάτιο του π.χ. φωτογραφίες της οικογένειας με το όνομα του κάθε προσώπου σε αντίστοιχη ετικέτα, για ενίσχυση της άνεσης, της εμπιστοσύνης και της μνήμης.

• Απασχόληση του αρρώστου με συχνές αναμνηστικές ασκήσεις αναθεωρώντας παλιές εμπειρίες κατά προτίμηση ευχάριστες. Έτσι χρησιμοποιείται η λειτουργική μακρόχρονη παλιά μνήμη και δημιουργούνται αισθήματα ευχάριστα ενώ ελαττώνονται η μοναξιά, η δυσθυμία, ο θυμός κ.α.

• Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεών του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπαστεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης ή επιθετικότητας.

• Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει τη λεκτική ικανότητα του ασθενή.

• Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για το άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.

• Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου. Έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών τους. Π.χ. διδάσκονται πώς να οργανώσουν αναμνηστικές ασκήσεις, πώς να διατηρούν σταθερό το περιβάλλον και τη ρουτίνα της ημέρας και πώς να δείχνουν υπομονή και κατανόηση.

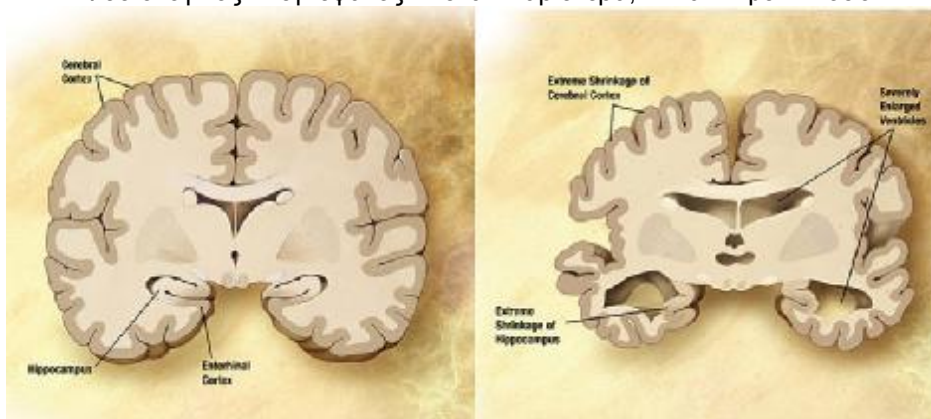
Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες, το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία του ασθενή γίνεται περισσότερο σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στην φροντίδα του, σύζυγοι, αδέρφια, στην προσπάθεια τους να του παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση.

Γι' αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους
- Να παρέχει βοήθεια –όπου είναι ανάγκη- για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
- Να συνεργαστεί μαζί τους στο σχεδιασμό ενός προγράμματος κοινωνικοποίησης του ασθενή
- Να παρέχει οδηγίες σχετικές με την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Να προτείνει να γραφούν τα στοιχεία του ασθενούς, η διεύθυνση και το τηλέφωνο, ώστε αν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια.
- Να δώσει οδηγίες σχετικές με το διαιτολόγιο του ασθενή. Οι έρευνες τοποθετούν την απώλεια βάρους ως σύμπτωμα της νόσου του Alzheimer.
- Να συστήσει ειδικό έντυπο εκτιμήςεως της διατροφικής κατάστασεως του ασθενούς (Mini – Nutritional Assesment – MNA).
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
 - Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης.

Τονίζεται ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν με ανάλογη θεωρητική υποστήριξη δεν είναι εφαρμόσιμες αποκλειστικά σε αρρώστους ηλικιωμένους με άνοια τύπου Alzheimer, αλλά και σε πολλές άλλες περιπτώσεις αρρώστων που παρουσιάζουν ένα ή μερικά από τα παραπάνω προβλήματα. Η δοκιμή της εφαρμογής συνδυασμών αυτών ή άλλων παρεμβάσεων εξαρτάται από την προσωπική δημιουργική νοσηλευτική σκέψη και κρίση του κάθε νοσηλευτή σε κάθε περίπτωση.(Γιουνανλή &Κριθαρίδου,2008 ; <http://medicine.yale.edu/psychiatry/alzheimers/info/index.aspx>)

Φυσιολογικός εγκέφαλος στα αριστερά, και με νόσο Alzheimer στα δεξιά.



3.4 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Το DSM-IV-TR ως αγγειακή άνοια ορίζει την άνοια που οφείλεται σε αγγειακή εγκεφαλική νόσο. Αποτελεί τον δεύτερο σε σειρά τύπο άνοιας μετά τον τύπο Alzheimer. Συνήθως εξελίσσεται κατά ώσεις, επιδεινούμενη μετά από κάθε έμφρακτο. Ορισμένοι

ασθενείς αναγνωρίζουν μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, που επιδεινώθηκε η λειτουργικότητά τους , για να βελτιωθεί ελαφρά τις επόμενες μέρες, μέχρι το επόμενο έμφρακτο. Άλλοι ασθενείς παρουσιάζουν προοδευτικά επιδεινούμενη πορεία. Οφείλεται σε πολλαπλή προσβολή των εγκεφαλικών αγγείων. Η νόσος εκδηλώνεται συχνότερα σε άνδρες και κυρίως σε αυτούς που έχουν προδιάθεση καρδιαγγειακών νόσων. Στην αρχή, η νόσος προσβάλλει τα μικρού και μεσαίου μεγέθους εγκεφαλικά αγγεία, τα οποία αποφράσσονται με αποτέλεσμα πολλές παρεγχυματικές βλάβες, έμφρακτα), διάχυτα κατανεμημένες στον εγκέφαλο. Μια υποκατηγορία της αγγειακής άνοιας είναι η νόσος του Binswanger, γνωστή ως υποφλοιώδης αρτηριοσκληρωτική εγκεφαλοπάθεια. Η νόσος χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλών μικρών εμφράκτων της λευκής ουσίας.

Η αγγειακή άνοια είναι υπεύθυνη για το 15-30% του συνόλου των ανοϊκών ασθενών. Θα εμφανιστεί συνήθως στην έκτη με έβδομη δεκαετία. Σε ένα ποσοστό περίπου 10-15% συνυπάρχει με την άνοια τύπου Alzheimer. (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1151485&resultClick=3>)

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κύριο αίτιο της άνοιας είναι η υπερτασική και αθηρωματική νόσος γενικότερα. Πολλοί ερευνητές αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στο ρόλο της υπερτασικής νόσου των μικρών αγγείων στην αιτιοπαθογένεια της άνοιας. Η υπέρταση έχει συσχετισθεί με τη νέκρωση και αθηρωμάτωση των αγγείων, όπως επίσης και με το σχηματισμό μικροανευρυσμάτων στα τοιχώματα των μικρών αρτηριών και των αρτηριολίων, που έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της φυσιολογικής ροής του αίματος. Ειδικότερα, επηρεάζει τις μακρές διατεινόμενες αρτηρίες της εν τω βάθει λευκής ουσίας και έχει ως αποτέλεσμα πολυάριθμα έμφρακτα της κεντρικής εγκεφαλικής ουσίας. Φυσικά, υπάρχουν κι άλλα νοσήματα που μπορεί να συμβάλουν στην παθολογία των αρτηριών, ανάμεσα στα οποία ιδιαίτερης σημασίας είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, τα νοσήματα του κολλαγόνου, η λευχαιμία, ή η πολυκυτταραιμία. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι οι καρδιολογικές καταστάσεις που προδιαθέτουν σε θρομβοεμβολικά επεισόδια, η ηλικία, το κάπνισμα, η υπερχοληστερολαιμία, η γενετική προδιάθεση και τα προηγούμενα έμφρακτα (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1151485&resultClick=3> ; <http://emedicine.medscape.com/article/292105-overview>)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Είναι εμφανής η αρτηριοσκλήρυνση στα περιφερικά αγγεία υπάρχει υπέρταση σημαντικού βαθμού, όμως από μόνα τους δεν αποτελούν αξιόπιστο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο. Ο σαφής κλινικός διαχωρισμός παραμένει δυσχερής παρ' όλες τις προσπάθειες να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά που θα είναι ικανά να διαφοροδιαγνώσουν την αγγειακή από τις άλλες μορφές άνοιας. Μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλινική κλίμακα όπως του Hachinski υποβοηθά , μαζί με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους της αξονικής και της μαγνητικής τομογραφίας, την καλύτερη προσέγγιση της κλινικής διάγνωσης. Εάν το σύνολο της βαθμολογίας δεν υπερβαίνει το 4, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για πρωτοπαθή άνοια. Αν υπερβεί το 7, τότε οι ενδείξεις κλίνουν υπέρ της αγγειακής άνοιας. Οι ενδιάμεσες τιμές υποδηλώνουν μικτές καταστάσεις.

Ισχαιμική κλίμακα Hachinski:

Κλινικά σημεία	Βαθμός
Απότομη εγκατάσταση	2
Κλιμακωτή αποδιοργάνωση	1
Κυμαινόμενη πορεία	2
Νυκτερινή σύγχυση	1
Σχετική διατήρηση προσωπικότητας	1
Κατάθλιψη	1
Σωματικά ενοχλήματα	1
Συγκινησιακή ακράτεια	1
Ιστορικό υπέρτασης	1
Ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων	2
Συνύπαρξη αρτηριοσκλήρυνσης	1
Εστιακά νευρολογικά συμπτώματα	2
Εστιακά νευρολογικά σημεία	2

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια συμβαίνουν στο ίδιο ηλικιακό φάσμα με τη νόσο του Alzheimer γι αυτό και οι δυο καταστάσεις συνυπάρχουν σε ποσοστό >10%. Η έναρξη είναι πιο οξεία απ' ότι στη νόσο του Alzheimer. Άλλα κοινά κλινικά χαρακτηριστικά με πρώιμη έναρξη περιλαμβάνουν σωματικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, ζάλη συγκοπτικά επεισόδια, τα οποία μπορεί να αποτελούν κύρια ενοχλήματα του ασθενούς για μεγάλο χρονικό διάστημα. Από τη στιγμή που θα εγκατασταθούν οι γνωσιακές διαταραχές η βαρύτητά τους μεταβάλλεται με τη μέρα ή και με την ώρα. Οι διαταραχές του επιπέδου συνείδησης επιδεινώνονται τη νύχτα και μπορεί να οδηγήσουν και στην ανάπτυξη πλήρους νυκτερινού παραληρήματος. Άλλα κλινικά συμπτώματα είναι η εμφάνιση επεισοδίων ημιπάρεσης, μεταβολές της αισθητικότητας, δυσφασία ή οπτικές διαταραχές. Στην αρχή είναι προσωρινά και ακολουθούνται από βαθμιαία επανάκτηση της λειτουργικότητας αλλά αργότερα το κάθε ένα από αυτά παρερχόμενο, αφήνει ένα σταθερότερο νευρολογικό έλλειμμα. Το κάθε επεισόδιο συνήθως ακολουθείται από μια απότομη αύξηση του βαθμού σοβαρότητας της άνοιας. Τα εγκεφαλικά έμφρακτα, οδηγούν σε ποικίλα νευρολογικά ελλείμματα, όπως αταξία, δυσαρθρία, δυσφαγία και συναισθηματική ακράτεια και βραδυκινησία. Περιστασιακά τα έμφρακτα μπορεί να συνοδεύονται από βαθμιαία νοητική έκπτωση χωρίς εστιακά σημεία. Άλλα χαρακτηριστικά που μαρτυρούν αγγειακή άνοια είναι η διατήρηση των βασικών στοιχείων της προσωπικότητας που διατηρούνται ακόμα και στα τελευταία στάδια της νόσου, σε αντίθεση με άλλες ανοϊκές διαταραχές. Επίσης, οι νευρολογικές διαταραχές βοηθούν πολύ τη διάγνωση. Για παράδειγμα, τα τενόντια αντανακλαστικά συχνά είναι ασύμμετρα ή η αντίδραση της κόρης είναι διαταραγμένη. Τα παρκινσονικά συμπτώματα είναι ενδεικτικά ενώ επιληπτικές κρίσεις ανευρίσκονται περίπου στο 20 % των περιπτώσεων και τα συγκοπτικά επεισόδια δεν είναι σπάνια. Τέλος στην κλινική διάγνωση θα βοηθήσει το ΗΕΓ(ηλεκτροεγκεφαλογράφημα), η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία καθώς και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY)

Διαφορική διάγνωση από:

1. Άνοια τύπου Alzheimer: διαφοροποιείται δύσκολα. Λήψη καλού ιστορικού της πορείας της νόσου, σημειώνοντας κατά πόσο αιφνίδια ήταν η έναρξη, κατά πόσο συνεχής ήταν η πορεία, και αν υπήρχαν νευρολογικά συμπτώματα. Εξέταση παραγόντων κινδύνου αγγειακής νόσου, απεικονιστικές εξετάσεις εγκεφάλου. Αν ο ασθενής διαθέτει στοιχεία αγγειακής άνοιας όσο και τύπου Alzheimer, τότε η διάγνωση θα πρέπει να είναι άνοια πολλαπλής αιτιολογίας.

2. Κατάθλιψη: οι ασθενείς με αγγειακή άνοια μπορεί να πάθουν κατάθλιψη, όπως οι ασθενείς με ψευδοάνοια. Η κατάθλιψη είναι απίθανο να προκαλέσει εστιακά νευρολογικά προβλήματα. Αν συνυπάρχει όμως κατάθλιψη, πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί.

3. Εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια και παροδικά ισχαιμικά επεισόδια(ΠΙΕ) : σε γενικές γραμμές δεν οδηγούν τον ασθενή σε προϊούσα άνοια. Τα ΠΙΕ είναι σύντομα επεισόδια εστιακής νευρολογικής δυσλειτουργίας που διαρκούν λιγότερο από 24 ώρες. Ένας ασθενής με πλήρες αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζει κάποια γνωσιακά ελλείμματα, αλλά ένα μεμονωμένο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συνήθως δεν προκαλεί άνοια, εκτός και αν η απώλεια εγκεφαλικού ιστού είναι εκτεταμένη(<http://emedicine.medscape.com/article/292105-overview> ; Καπρίνης,2009)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-IV-TR ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

A: Η ανάπτυξη πολλαπλών γνωσιακών ελλειμμάτων, όπως εκδηλώνεται με αμφότερα τα ακόλουθα:

(1) έκπτωση της μνήμης (έκπτωση της ικανότητας μάθησης νέων πληροφοριών ή ανάκλησης παλαιότερα μαθημένων πληροφοριών)

(2) μία (η περισσότερες) από τις ακόλουθες γνωσιακές διαταραχές:

(α) αφασία (διαταραχή της γλώσσας)

(β) απραξία (έκπτωση της ικανότητας πραγματοποίησης κινητικών δραστηριοτήτων, παρά την άθικτη κινητική λειτουργία)

(γ) αγνωσία (αδυναμία αναγνώρισης ή ταυτοποίησης αντικειμένων, παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία)

(δ) διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργικότητας (δηλαδή του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της συνεπαγωγής, της συνόψισης)

B: Το καθένα από τα γνωσιακά ελλείμματα των Κριτηρίων A1 και A2 προκαλεί σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας και αντιπροσωπεύει σημαντική υποχώρηση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Γ: Εστιακά νευρολογικά σημεία και συμπτώματα (π.χ. αύξηση των εν τω βάθει τενοντίων αντανεκλαστικών, έκταση της πελματιαίας επιφάνειας, ψευδοπρομηκική παράλυση, ανωμαλίες της βάδισης, αδυναμία ενός άκρου) ή εργαστηριακά ευρήματα αγγειοεγκεφαλικής νόσου (π.χ. πολλαπλά έμφρακτα στον φλοιό και την υποκείμενη λευκή ουσία), τα οποία κρίνεται ότι σχετίζονται αιτιολογικά με την διαταραχή.

Δ: τα ελλείμματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την διάρκεια του ντελίριου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η θεραπεία συνίσταται στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των αιτιών των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Η υπέρταση, ο διαβήτης και η καρδιακή νόσος θα πρέπει να αντιμετωπιστούν έγκαιρα. Αν η έκπτωση είναι σοβαρή, ίσως να χρειαστεί η εισαγωγή του ασθενή σε ίδρυμα. Η θεραπεία μπορεί να είναι συμπτωματική αλλά και υποστηρικτική. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν αντικαταθλιπτικά, ψυχοδιεγερτικά, αντιψυχωσικά φάρμακα και βενζοδιαζεπίνες, αλλά όλα τα ψυχοδραστικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες (Σολδάτος Κ., Λύκουρας,2006, Χριστοδούλου,2004, DSM-IV-TR 2011)

3.5 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PICK

Η νόσος του Pick σε αντίθεση με τη βρεγματο-κροταφική εντόπιση της νόσου Alzheimer χαρακτηρίζεται από ατροφία των μετωπο- κροταφικών περιοχών του εγκεφάλου.

Χαρακτηρίζεται ειδικότερα από ατροφία των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών, από απώλειες νευρώνων και γλοίωση και από την παρουσία σωματίων του Pick (συσσωρεύσεις κυτταροσκελετικών στοιχείων). Η νόσος ευθύνεται για το 5% του συνόλου των μη αναστρέψιμων ανοιών. Αρχικά εκδηλώνεται κλινικά με μετωπιαίο σύνδρομο και συμπεριφορά άρσης αναστολών και σχετική διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών.

Η νόσος του Pick, αν και σχετικά σπανιότερη (1-2% των περιπτώσεων) και σε μικρότερες ηλικίες (50-60 χρόνια) εμφανιζόμενη έχει παρόμοια κλινική εικόνα με την νόσο Alzheimer, από την οποία δεν είναι εύκολο να διαφοροδιαγνωστεί με βάση τα κοινά και για τις δύο νόσους κλινικά χαρακτηριστικά, όπως η αφασία, η απραξία και η αγνωσία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αξονική τομογραφία εγκεφάλου μπορεί να αναδείξει χαρακτηριστικές –αλλά όχι απαραίτητα και παθογνωμονικές – εικόνες ελλειμμάτων ελίκων στους μετωπιαίους συνήθως λοβούς, ως επί διατομής των τελευταίων.

Η οριστική διάγνωση τίθεται νευροπαθολογοανατομικά, με την ανάδειξη των χαρακτηριστικών ενδονευρικών εγκλείστων, των καλουμένων σωματίων του Pick. 55,

Εκτιμάται ότι στο 20% των περιπτώσεων, η νόσος του Pick είναι κληρονομική και μεταβιβάζεται με αυτόσωμο επικρατητικό χαρακτήρα, παρά τη μέχρι σήμερα αδυναμία εντοπισμού του υπεύθυνου γονιδίου.

Η πορεία της νόσου αναπτύσσεται μέσα σε 2-10 χρόνια, με μέσο όρο διάρκειας τα 5 χρόνια, και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει θεραπεία. (Σολδάτος & Λύκουρας, 2006 ; DSM-IV-TR 2011 ; Kertesz & Munoz, 1998).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PICK

Άνοια στη νόσο του Pick

A. Τα γενικά κριτήρια της άνοιας πληρούνται.

B. Η έναρξη είναι αργή με σταθερή αποδιοργάνωση.

Γ. Προεξάρχουσα βλάβη στο μετωπιαίο λοβό με δύο από τα ακόλουθα:

1. συναισθηματική επιπέδωση

2. χυδαία κοινωνική συμπεριφορά

3. άρση αναστολών

4. απάθεια και ανησυχία

5. αφασία

8. Στο πρώτο στάδιο η μνήμη και οι λειτουργίες του κροταφικού λοβού διατηρούνται σχετικά. (DSM-IV-TR ,2011)

3.6 ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ CREUTZFELDT-JACOB

Είναι γνωστή ως υποξεία σπογγιόμορφη εγκεφαλοπάθεια. Η νόσος οφείλεται σε βραδύ ιό (prion), και ξεκινά συνήθως μετά την ηλικία των 60 ετών. Είναι η πιο συχνή νόσος από πριόνια στον άνθρωπο με ετήσια επίπτωση γύρω στο 1/1.000.000 πληθυσμό. Το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ταχεία έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνουν διάφορες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις όπως άγχος, υπνηλία, εύκολη κόπωση, ανορεξία, αδυναμία συγκέντρωσης, προβλήματα όρασης και δυσχέρεια στη βάδιση. Άλλα πρώιμα συμπτώματα νοητικής έκπτωσης είναι η επιβράδυνση της σκέψης και η διαταραχή της κρίσης. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές συναισθήματος όπως απάθεια, κατάθλιψη, συναισθηματική ακράτεια, διαταραχές συμπεριφοράς, ψευδαισθήσεις (κυρίως οπτικές) και οπτική αγνωσία. Γρήγορα όμως εγκαθίσταται η σφαιρική γνωστική διαταραχή και τέλος η άνοια.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η νόσος των Creutzfeldt-Jacob μπορεί να μεταδοθεί ιατρογενώς μέσω μεταμόσχευσης μολυσμένων κερατοειδών χιτώνων ή χειρουργικών εργαλείων.

Ωστόσο, οι περισσότερες περιπτώσεις της νόσου φαίνεται να είναι σποραδικές και προσβάλλουν άτομα ηλικίας 50-60 ετών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η περίοδος επώασης μπορεί να είναι βραχεία (1-2 χρόνια) ή μακρά (8-16) χρόνια. Η έναρξη της νόσου χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση τρόμου, αταξίας βάδισης, μυοκλονιών και άνοιας. Συνήθως η νόσος προχωρεί ταχέως και οδηγεί σε βαριά άνοια και θάνατο μέσα σε 6-12 μήνες.

Η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού συνήθως δεν αποκαλύπτει ανωμαλίες και η υπολογιστική (CT) ή η μαγνητική τομογραφία (MRI) μπορεί να είναι φυσιολογικές μέχρι τα προχωρημένα στάδια της νόσου. Η νόσος χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ασυνήθους τύπου ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (HEΓ), που αποτελείται από δέσμες βραδέων κυμάτων υψηλής τάσης.

Πρόσφατα δεδομένα αποδεικνύουν την ύπαρξη μιας νέας παραλλαγμένης μορφής της νόσου που προκαλείται από την σπογγιόμορφη εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών. Η μορφή αυτή της νόσου χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω: α) νεαρή ηλικία έναρξης της νόσου, β) διαταραχές συμπεριφοράς σαν πρώτο σύμπτωμα, γ) λίγα ευρήματα στο HEΓ και δ) αυξημένο σήμα στην MRI εγκεφάλου στους θαλάμους. (Σολδάτος & Λύκουρας, 2006 ; Χριστοδούλου, 2004).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ CREUTZFELDT-JACOB ΚΑΤΑ DSM-IV-TR

- A. Πληρούνται τα γενικά κριτήρια για άνοια
- B. Υπάρχει ταχεία εξέλιξη της άνοιας με αποδιοργάνωση όλων των ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών.
- Γ. Ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα νευρολογικά συμπτώματα και σημεία συνυπάρχουν με την άνοια,
 1. πυραμιδικά συμπτώματα
 2. εξωπυραμιδικά συμπτώματα
 3. παρεγκεφαλιτιδικά συμπτώματα
 4. αφασία
 5. μείωση της όρασης ((DSM-IV-TR ,2011)

3.7 ANOIA ΤΗΣ ΧΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ HUNTINGTON

Πρόκειται για κληρονομική, αυτοσωματική επικρατητική νόσο με πλήρη διείσδυση (χρωμόσωμα 4) που χαρακτηρίζεται από χοραιοαθετωσικές κινήσεις και άνοια. Η πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου σε ένα άτομο, που ο ένας του γονέας πάσχει από νόσο του Huntington, είναι 50%.

Είναι νευροεκφυλιστική γενετική διαταραχή που επηρεάζει τον συντονισμό των μυών και οδηγεί σε γνωστική εξασθένιση και άνοια. Συνήθως γίνεται αισθητή στη μέση ηλικία. Η νόσος του Huntington είναι η πιο κοινή γενετική αιτία μη φυσιολογικών ακούσιων κινήσεων σφασμασμού που ονομάζονται χορεία . Είναι πολύ πιο συχνή σε άτομα δυτικής ευρωπαϊκής καταγωγής από ό, τι ασιατικής ή αφρικανικής καταγωγής. Η ασθένεια προκαλείται από μία αυτοσωματική επικρατή μετάλλαξη σε ένα από τα δύο αντίγραφα του γονιδίου Huntington ενός ατόμου, το οποίο σημαίνει ότι κάθε παιδί πάσχοντος γονέα έχει 50% πιθανότητα να κληρονομήσει την ασθένεια. Στις σπάνιες περιπτώσεις όπου και οι δύο γονείς έχουν μεταλλαγμένο αντίγραφο, ο κίνδυνος αυξάνεται σε 75%, και όταν ένας από τους γονείς έχει δύο μεταλλαγμένα αντίγραφα, ο κίνδυνος είναι 100% (όλα τα παιδιά θα νοσούν). Σωματικά συμπτώματα της νόσου του Huntington μπορεί να αρχίσουν σε οποιαδήποτε ηλικία από την παιδική ηλικία με τα γηρατεία, αλλά συνήθως αρχίζουν μεταξύ 35 και 44 ετών .Περίπου 6%

των περιπτώσεων αρχίζει πριν από την ηλικία των 21 ετών με σύνδρομο ακινησίας-ακαμψίας, τα οποία εξελίσσονται γρηγορότερα και διαφέρουν ελαφρώς. Η παραλλαγή έχει ταξινομηθεί ως νεανική, ακινητική-δυσκαμπτική ή Westphal παραλλαγή της νόσου.

Για τη διάγνωση θα μας βοηθήσουν τα εξής: Η έναρξη της νόσου συνήθως εισβάλλει στην ηλικία των 30 ή 40 ετών (ο ασθενής συνήθως έχει κάνει 2 παιδιά). Οι χορειόμορφες κινήσεις συνήθως εκδηλώνονται πρώτες και προοδευτικά επιδεινώνονται. Η άνοια εμφανίζεται αργότερα, συχνά με ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Η άνοια μπορεί αρχικά να περιγράφεται από την οικογένεια του ασθενούς ως μεταβολή της προσωπικότητας του. Αναζητήστε οικογενειακό ιστορικό.

Συνοδά ψυχιατρικά συμπτώματα και επιπλοκές:

1. Μεταβολές της προσωπικότητας (25%)
2. Σχιζοφρενικόμορφες εκδηλώσεις (25%)
3. Διαταραχή της διάθεσης (50%)
4. Εισβολή με αιφνίδιας έναρξης άνοια (25%)
5. Ανάπτυξη άνοιας στο 90% των ασθενών.

Τα συμπτώματα της νόσου του Huntington συνήθως γίνονται αισθητά μεταξύ των 35 και 44 ετών, αλλά μπορούν να αρχίσουν σε οποιαδήποτε ηλικία από την παιδική ηλικία μέχρι το γήρας. Στα αρχικά στάδια, υπάρχουν μικρές αλλαγές στην προσωπικότητα, τη γνωστική λειτουργία, και τις σωματικές δεξιότητες. Τα σωματικά συμπτώματα είναι συνήθως το πρώτο, καθώς γνωστικά και ψυχιατρικά συμπτώματα δεν είναι γενικά αρκετά σοβαρά για να αναγνωρίζονται από μόνα τους στα πιο πρώιμα στάδια. Σχεδόν ο καθένας με τη νόσο του Huntington τελικά παρουσιάζει παρόμοια συμπτώματα, αν και στην αρχή η πρόοδος και το εύρος των σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων. Τα πιο χαρακτηριστικά αρχικά σωματικά συμπτώματα είναι σπασμοδικές, τυχαίες, και ανεξέλεγκτες κινήσεις που ονομάζονται χορεία. Η χορεία μπορεί αρχικά να παρατηρηθεί ως γενική ανησυχία, μικρές ακούσιες ή μη ολοκληρωμένες κινήσεις, έλλειψη συντονισμού, ή επιβραδυμένες σακκαδικές κινήσεις των ματιών. Αυτές οι μικρές κινητικές ανωμαλίες προηγούνται συνήθως από τα πιο εμφανή σημάδια κινητικής δυσλειτουργίας τουλάχιστον τρία χρόνια. Η σαφής εμφάνιση των συμπτωμάτων όπως ακαμψία, κινήσεις σφαδασμού ή μη φυσιολογικές πόζες, εμφανίζονται με την πρόοδο της διαταραχής. Αυτά είναι σημάδια ότι το σύστημα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για τις κινήσεις έχει πληγεί. Οι ψυχοκινητικές λειτουργίες γίνονται ολοένα και πιο μειωμένες, έτσι ώστε οποιαδήποτε πράξη που απαιτεί έλεγχο των μυών επηρεάζεται. Συχνές συνέπειες είναι αστάθεια, μη φυσιολογική έκφραση του προσώπου, και δυσκολίες στην μάσηση, στην κατάποση και στην ομιλία. Η δυσκολία σίτισης μπορεί να προκαλέσει απώλεια βάρους και να οδηγήσει σε υποσιτισμό. Σχετικά συμπτώματα είναι οι διαταραχές ύπνου. Η νόσος στους ανήλικους διαφέρει σε συμπτώματα που γενικά αναπτύσσονται ταχύτερα και η χορεία εμφανίζεται εν συντομία, αν όχι καθόλου, με την ακαμψία να είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα. Επιληπτικές κρίσεις είναι επίσης ένα κοινό σύμπτωμα αυτής της μορφής της νόσου.

Οι γνωστικές ικανότητες μειώνονται σταδιακά. Ιδιαίτερα επηρεάζονται οι εκτελεστικές λειτουργίες οι οποίες περιλαμβάνουν σχεδιασμό, γνωστική ευελιξία, αφηρημένη σκέψη, την απόκτηση κανόνα, την έναρξη των κατάλληλων δράσεων και παρεμπόδιση ακατάλληλων ενεργειών. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, ελλείμματα μνήμης τείνουν να εμφανίζονται. Αναφερθείσα προβλήματα κυμαίνονται από ελλείμματα στην βραχυπρόθεσμη μνήμη έως δυσκολίες στην μακροπρόθεσμη μνήμη, συμπεριλαμβανομένων των ελλειμμάτων στην δηλωτική (μνήμη της ζωής του), διαδικαστική (μνήμη του σώματος για το πώς να εκτελέσει μια δραστηριότητα) και εργαζόμενη ή ενεργό μνήμη. Γνωστικά προβλήματα τείνουν να επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου, και τελικά, οδηγούν σε άνοια. Αυτό το πρότυπο των ελλειμμάτων ονομάζεται υποφλοιώδεις σύνδρομο άνοιας για να ξεχωρίζει από τις

τυπικές συνέπειες της άνοιας του φλοιού π.χ. Νόσος Alzheimer. Αναφερθείσες νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις είναι άγχος, κατάθλιψη, μειωμένη εμφάνιση των συναισθημάτων (αμβλύ συναίσθημα), τον εγωκεντρισμό, την επιθετικότητα, και καταναγκαστική συμπεριφορά, η τελευταία εκ των οποίων μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει εθισμούς, στα οποία συμπεριλαμβάνονται αλκοολισμός, τυχερά παιχνίδια και υπερσεξουαλικότητα. Δυσκολίες όσον αφορά την αναγνώριση στις αρνητικές εκφράσεις των άλλων ανθρώπων έχουν επίσης παρατηρηθεί. Η συχνότητα αυτών των συμπτωμάτων είναι εξαιρετικά μεταβλητή μεταξύ των μελετών με τα εκτιμώμενα ποσοστά για την επικράτηση των ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ 33% και 76%. Για πολλούς πάσχοντες και τις οικογένειές τους, αυτά τα συμπτώματα είναι από τις πιο οδυνηρές πτυχές της νόσου, που συχνά επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργία και αποτελεί λόγο για θεσμοθέτηση. Αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές από ό, τι στο γενικό πληθυσμό.

Η επίπτωση είναι 2-6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα. Περισσότερες από 1000 περιπτώσεις έχουν αποδοθεί σε δύο αδέρφια που μετανάστευσαν στο Long Island από την Αγγλία. Η επίπτωση είναι ίδια σε άνδρες και γυναίκες.

Όσον αφορά την παθοφυσιολογία, παρατηρείται ατροφία του εγκεφάλου με έντονη συμμετοχή των βασικών γαγγλίων και του κερκοφόρου πυρήνα.

Πρέπει να προσέξουμε τη διαφοροδιάγνωση. Όταν οι χορειόμορφες κινήσεις παρατηρηθούν για πρώτη φορά, συχνά ερμηνεύονται λανθασμένα ως αθώοι καθ' έξιν σπασμοί ή τικς. Σχεδόν το 75% των ασθενών με νόσο του Huntington αρχικά διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως πάσχοντες από πρωτοπαθή ψυχιατρική διαταραχή.

Τα χαρακτηριστικά που τη διακρίνουν από τη DAT (Dementia, Alzheimer's Type) είναι η υψηλή συχνότητα κατάθλιψης και ψύχωσης και η κλασική διαταραχή χορειοαθετωσικών κινήσεων.

Η πορεία είναι προϊούσα και συνήθως οδηγεί στο θάνατο 15 έως 20 χρόνια μετά την διάγνωση. Οι ασθενείς συχνά αυτοκτονούν.

Θεραπεία: Καθώς η χορεία εξελίσσεται μπορεί να χρειαστεί εισαγωγή σε ίδρυμα. Δεν υπάρχει θεραπεία για τη νόσο του Huntington, αλλά υπάρχουν διαθέσιμες τεχνικές για να μειωθεί η σοβαρότητα μερικών συμπτωμάτων της Ψυχιατρικά συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με φάρμακα παρόμοια με αυτά που χρησιμοποιούνται στο γενικό πληθυσμό. Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και μιρταζαπίνης έχουν προταθεί για την κατάθλιψη, ενώ άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα συνίστανται για ψύχωση και προβλήματα συμπεριφοράς. Η απώλεια βάρους και οι διατροφικές δυσκολίες λόγω δυσφαγίας και η δυσκολία συγχρονισμού μυών είναι συχνές, καθιστώντας τη διατροφή όλο και πιο σημαντική με την πρόοδο της νόσου. Ουσίες πήξης μπορούν να προστεθούν σε υγρά καθώς τα παχύτερα υγρά είναι ευκολότερο και ασφαλέστερο να καταποθούν. Υπενθυμίζοντας στον ασθενή να τρώει αργά και να λαμβάνει μικρότερα κομμάτια τροφής μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή πνιγμού. Εάν η κατανάλωση γίνεται πάρα πολύ επικίνδυνη ή δυσάρεστη, η επιλογή της γαστροστομίας είναι διαθέσιμη. Αυτό είναι ένας σωλήνας σίτισης, μόνιμα συνδεδεμένο με την κοιλιά στο στομάχι, η οποία μειώνει τον κίνδυνο αναρρόφησης τροφίμων και παρέχει καλύτερη διατροφική διαχείριση. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν σχετικά λίγες μελέτες για ασκήσεις και θεραπείες που βοηθούν στην αποκατάσταση των γνωστικών συμπτωμάτων της νόσου, υπάρχουν κάποια στοιχεία για τη χρησιμότητα των φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία. (Χριστοδούλου,2004; DSM-IV-TR 2011;Gusuella J.F.,1993).

Η πλέον σημαντική παρέμβαση είναι η γενετική συμβουλευτική

3.8 ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ LEWY

Η νόσος έχει περιγραφεί σχετικά πρόσφατα. Αναφέρεται, επίσης, ως «άνοια σωματίων Lewy» ή «γεροντική άνοια σωματίων Lewy». Θεωρείται πολύ συχνά αιτία άνοιας.

Η νόσος αρχίζει συνήθως κατά το 70ό έτος και εξελίσσεται βραδέως.

Χαρακτηρίζεται από ανοϊκού τύπου συμπτωματολογία σε συνδυασμό με ήπιες παρκινσονικές εκδηλώσεις. Μπορεί, επίσης, να συνυπάρχουν ψευδαισθήσεις (κυρίως οπτικές) παραλήρημα διωκτικού τύπου, καθώς και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ορισμένοι ασθενείς σταδιακά αναπτύσσουν αφασία, αγνωσία ή απραξία.

Από πολλούς θεωρείται νόσος που, από κλινικής και παθολογοανατομικής πλευράς, τοποθετείται ανάμεσα στη νόσο του Parkinson και στη νόσο του Alzheimer.

Η διαφοροδιάγνωση πρέπει να συμπεριλάβει τις δύο αυτές καταστάσεις. Η θεραπεία των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων είναι συμπτωματική (Χριστοδούλου,2004).

3.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας.

Αυτό το φαινόμενο είναι συνέπεια των οργανικών αλλαγών της γήρανσης, της αύξησης των σωματικών νοσημάτων που επηρεάζουν την λειτουργία του εγκεφάλου. Αλλά είναι και συνέπεια των περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών εντάσεων που θλίβουν τους ηλικιωμένους συχνότερα από τους νέους. Παραδείγματα είναι η απώλεια της αυτονομίας, αποστερήσεις, φτώχεια κι απομόνωση. Παρόλα αυτά, ερευνητικές επισκοπήσεις δείχνουν ότι στην πλειονότητα οι ηλικιωμένοι έχουν καλή ψυχική υγεία.

Πολλές ψυχικές διαταραχές μπορεί να αρχίσουν σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι περισσότερες από αυτές που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους δεν οφείλονται στην μεγάλη ηλικία και έχουν την ίδια πορεία και την ίδια ανταπόκριση στην θεραπεία όπως και σε νεότερα άτομα. Επικρατεί όμως η λανθασμένη αντίληψη ότι η ψυχική αρρώστια στους ηλικιωμένους αναπόφευκτα εξελίσσεται και ότι η θεραπεία μπορεί να είναι μόνο συμπτωματική. Έχει μεγάλη σημασία να εκριζωθεί αυτή η αντίληψη, διότι συχνά οδηγεί στη μη επιδίωξη της θεραπείας.

Πρέπει ακόμη να διευκρινισθεί ότι στους ηλικιωμένους τα ίδια συμπτώματα είναι δυνατόν να υποδηλώσουν σωματική ή ψυχική αρρώστια ή και τα δύο. Οι σωματικές αρρώστιες μπορεί να έχουν ψυχιατρικές εκδηλώσεις συχνά, πριν γίνουν εμφανή τα σωματικά παθολογικά σημεία. Εξάλλου η σωματική αρρώστια πολλές φορές είναι εκδήλωση ψυχιατρικών προβλημάτων με τον μηχανισμό της σωματοποίησης, πράγμα που παρατηρείται συχνά στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, η σωματική αρρώστια ενδέχεται να συνοδεύεται από ψυχολογικές έντονες αντιδράσεις. Ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να εμφανισθούν ως αντίδραση στη θεραπεία σωματικών παθολογικών καταστάσεων και σε λαμβανόμενα φάρμακα. Οι παρενέργειες των φαρμάκων στους ηλικιωμένους συχνά εκδηλώνονται με ψυχολογικές ή άλλες διαταραχές. Περισσότερο επιρρεπείς στο να εκδηλώσουν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά/ ψυχιατρικά προβλήματα, λειτουργική έκπτωση και πρόωρη ιδρυματοποίηση, είναι οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι χωρίς συγγενείς ούτε κοινωνική υποστήριξη.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η νοσηλευτική πρέπει να επιδιώκει την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους και αυτών που τους περιποιούνται, με προληπτική εργασία και με διαγνωστικές και παρεμβατικές στρατηγικές (Γιουνανλή & Κριθαρίδου,2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΟΚΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ Η ΑΛΛΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Παρόλο που το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά στην εποχή μας, ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων άνω των 65 ετών, έρχεται αντιμέτωπο με μία ή περισσότερες χρόνιες σωματικές παθήσεις. Όλες αυτές οι καταστάσεις έχουν επίδραση στην εγκεφαλική λειτουργία και ως εκ τούτου, μπορεί να προκαλέσουν ψυχιατρική συμπτωματολογία μέσω διάφορων παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

4.1 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ

Ιδιοπαθής διαταραχή της κινητικότητας, με έναρξη συνήθως κατά την όψιμη ενήλικη ζωή, που χαρακτηρίζεται από βραδυκίνησια, τρόμο ηρεμίας, τρόμο τύπου παρασκευής καταποτίων, ανέκφραστο προσωπείο (πρόσωπο σαν μάσκα), δυσκαμψία τύπου οδοντωτού τροχού και βάδιση με μικρά συρτά βήματα. Γενικότερα, παρουσιάζει εξωπυραμιδική σημειολογία. Είναι συχνή η νοητική έκπτωση, και το 40 με 80% των ασθενών προσβάλλονται από άνοια. Εξαιρετικά συνηθισμένη είναι και η κατάθλιψη.

Ο ετήσιος επιπολασμός στο Δυτικό Ημισφαίριο ανέρχεται στα 200 περιστατικά ανά 100.000 άτομα.

Η θεραπεία είναι άγνωστη για τους περισσότερους ασθενείς. Χαρακτηριστικά ευρήματα αποτελούν η ελάττωση των κυττάρων στη μέλαινα ουσία, η ελάττωση της ντοπαμίνης, και η εκφύλιση των ντοπαμινεργικών οδών. Ο παρκινσονισμός μπορεί να προκληθεί από επανειλημμένα εγκεφαλικά τραύματα και νόθευση της ηρωίνης με N-μεδυλοφαινυλο-1,2,3,6-τετραϋδροπυριδίνη (MPTP).

Όσον αφορά τη θεραπεία, η λεβοντόπα είναι πρόδρομη ουσία της ντοπαμίνης και συχνά χορηγείται μαζί με καρβιντόπα (Sinemet), έναν αναστολέα της αποκαρβοξύλασης της ντοπαμίνης, για να αυξηθούν τα επίπεδα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Η αμανταδίνη χορηγείται επίσης με την λεβοντόπα, με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Η κατάθλιψη μπορεί να θεραπευθεί με αντικαταθλιπτικά ή ECT. Σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του ασθενούς έχουν προγράμματα εργοθεραπείας και φυσικοθεραπείας, που βοηθούν σε μία πιο αυτόνομη ζωή. Η φυσικοθεραπεία έχει ως κύριο στόχο τη διατήρηση της μέγιστης πιθανής λειτουργικότητας των ασθενών μέσω επανεκμάθησης των φυσιολογικών προτύπων κίνησης, διατήρησης της ελαστικότητας των μυών και υποκατάστασης της αδύνατης κινητικής συμπεριφοράς από μια άλλη εφικτή με παρόμοια αποτελεσματικότητα (Jane Odgen,2000 ; Χριστοδούλου,2004; DSM-IV-TR, 2011).

4.2 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Είναι συχνά στον γηριατρικό πληθυσμό. Τα περισσότερα είναι πρωτοπαθή. Τα μεταστατικά αποτελούν μόνο το 1/5 των νεοπλασμάτων του εγκεφάλου. Τα συμπτώματα σχετίζονται με τη θέση της νεοπλασματικής βλάβης, τη φύση, την ταχύτητα ανάπτυξης, καθώς και την αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης. Περιλαμβάνεται κεφαλαλγία, ναυτία, έμετος, επιληπτικές κρίσεις, απώλεια της όρασης, οίδημα της οπτικής θηλής και ποικίλα ψυχιατρικά συμπτώματα. Η ψυχιατρική συμπτωματολογία που σχετίζεται με νεοπλασματικές βλάβες του εγκεφάλου περιλαμβάνει:

- Γνωσιακή έκπτωση: μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, διαταραχές της μνήμης, μειωμένη κριτική ικανότητα, βραδύτητα στο λόγο, χαλαρότητα των συνειρμών, αποπροσανατολισμός, μείωση της ικανότητας ανάληψης πρωτοβουλίας
- Μεταβολές του συναισθήματος: συναισθηματική αμβλύτητα, απάθεια, κατάθλιψη, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ευερεθιστότητα, ευφορία, υπομανία, μανία
- Ψυχωσικές εκδηλώσεις: ψευδαισθήσεις οπτικές, γευστικές, οσφρητικές, ακουστικές, κοιναισθητικές, παραλήρημα

Οι βραδέως αναπτυσσόμενοι όγκοι προκαλούν αλλαγές στην προσωπικότητα ενώ οι ταχέως αναπτυσσόμενοι προκαλούν γνωσιακές διαταραχές.

Όγκοι του μετωπιαίου λοβού προκαλούν κατάθλιψη, απρόσφορο συναίσθημα, άρση αναστολών, άνοια, διαταραχές του συντονισμού, ψυχωτικά συμπτώματα. Συχνά διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια. Μπορεί να υπάρξει ακράτεια ούρων ή κοπράνων. Ενώ όγκοι του κροταφικού λοβού προκαλούν άγχος, κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις (ειδικά οσφρητικές και γευστικές), συμπτώματα κροταφικής επιληψίας, σχιζοφρενικόμορφη ψύχωση. Μπορεί να υπάρχουν έκπτωση της μνήμης και της ομιλίας. (Χριστοδούλου,2004; DSM-IV-TR ,2011).

4.3 ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΕΦΑΛΗΣ

Αποτελεί ένα μεγάλο φάσμα οξείων και χρόνιων κλινικών εικόνων. Ανάλογα τη σοβαρότητα ή την περιοχή που εντοπίζεται η κάκωση ποικίλουν και τα συμπτώματα. Στις ελαφρές περιπτώσεις συχνά η κάκωση συνοδεύεται από μια απλή συσκότιση της συνείδησης βραχείας διάρκειας, ή άλλοτε από πρόσκαιρη απώλεια της συνείδησης. Όταν αρχίσει να διαυγάζει η συνείδηση ο ασθενής δεν γνωρίζει στην αρχή πού βρίσκεται, αλλά και όταν αναγνωρίσει το περιβάλλον δεν γνωρίζει πώς βρέθηκε εκεί (παλίνδρομη αμνησία), αλλά και δεν θυμάται γεγονότα που συνέβησαν βραχύ ή μακρότερο χρόνο πριν από την κάκωση. Η αποκατάσταση είναι συνήθως πλήρης και σε μικρότερο χρονικό διάστημα. Συχνά, για περισσότερες μέρες, οι ασθενείς παραπονιούνται για κεφαλαλγία και αίσθημα ζάλης.

Στις μέτριες εντάσεως κακώσεις (απώλεια συνειδήσεως περισσότερων ωρών) η συνείδηση αποκαθίσταται βαθμιαία. Μια κατάσταση με θόλωση της συνείδησης μπορεί να παραμένει επί ημέρες και χαρακτηρίζεται από διαταραχές του προσανατολισμού, παρανόηση του περιβάλλοντος, ενίοτε και ψυχοκινητική διέγερση. Την κατάσταση αυτή συχνά διαδέχεται μια επόμενη που χαρακτηρίζεται από άμβλυση της συνείδησης με ονειρικά βιώματα και ευφορία ή φόβο και περιοδική διέγερση. Μερικές φορές και μετά την πλήρη αποκατάσταση της συνείδησης είναι δυνατόν να ακολουθήσει μια κατάσταση αδράνειας με διαταραχές της πρόσφατης μνήμης που ενίοτε επιπλέκεται τις νυχτερινές ώρες από παραληρήματα και διεγέρσεις. Στους βαρείς κρανιοεγκεφαλικούς τραυματισμούς, στην κλινική εικόνα κυριαρχεί στην αρχή το βαρύ σοκ. Η απώλεια της συνείδησης παρατείνεται για περισσότερες μέρες. Τα στάδια αποκατάστασης έχουν σταθερά μακρότερη διάρκεια πολλές φορές ολόκληρων εβδομάδων. Μετά την πάροδο των οξέων σταδίων, στις περιπτώσεις που επιζούν, μπορεί να

μείνουν χρόνιες παθολογικές καταστάσεις: μετατραυματικές μεταβολές του χαρακτήρα, επιληπτικές διαταραχές, ή και μετατραυματική άνοια. Γενικότερα όμως παραμένει, για μακρύ χρονικό διάστημα, ένας βραδυψυχισμός, ταχύς ψυχοσωματικός κάματος, συναισθηματική άμβλυση και απάθεια που διακόπτεται από συναισθηματική ακράτεια.

Στις οξείες διαταραχές περιλαμβάνονται:

1) Εγκεφαλική διάσειση: ακολουθεί ύστερα από ένα σοβαρό τραύμα κεφαλής τα χαρακτηριστικά της είναι σύντομη ίαση, αμνησία σχετικά με το γεγονός ίσως και για τα επόμενα λίγα λεπτά

2) Τραυματικό κόμα: συμβαίνει σε σοβαρές κακώσεις κεφαλής και του εγκεφαλικού παρεγχύματος. Μπορεί να διαρκέσει από λεπτά, ώρες ή και εβδομάδες. Μπορεί να ακολουθηθεί από ντελίριο ή αμνησία.

3) Ντελίριο: προκύπτει συνήθως μετά το κόμα είτε λόγω της κάκωσης του εγκεφαλικού ιστού είτε λόγω της αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης που δημιουργείται. Περιλαμβάνει επιθετική συμπεριφορά, οπτικές συνήθως ψευδαισθήσεις, σύγχυση.

4) Αμνησιακό σύνδρομο: χαρακτηρίζεται από γνωστικά ελλείμματα, προβλήματα αντίληψης, δυσλειτουργία της μνήμης.

5) Εγκεφαλικό αιμάτωμα: συμβαίνει στο 10% των κακώσεων κεφαλής. Παρουσιάζονται πονοκέφαλοι, μειωμένο επίπεδο συνείδησης, ευερεθιστότητα και νευρολογικές αλλοιώσεις στο σημείο του αιματώματος.

Οι χρόνιες διαταραχές προκύπτουν όταν δεν επέλθει πλήρης ίαση του εγκεφαλικού ιστού ή όταν τα συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα παραμένουν μετά το εγκεφαλικό τραύμα.

1) Μεταδιασεισικό σύνδρομο: Παρατηρείται συχνά μετά από κρανιοεγκεφαλικούς τραυματισμούς, ακόμη και πολύ ελαφρούς και σε ένα μεγάλο αριθμό περιπτώσεων παρατείνεται δυσανάλογα χρονικά ή και μεταπίπτει σε χρονιότητα. Αν και μια ολόκληρη σειρά ψυχολογικών παραγόντων, φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην παράταση ή μη του συνδρόμου (προνοσηρή προσωπικότητα, προβλήματα αποζημίωσης, λανθασμένη ιατρική αντιμετώπιση, δυσχέρειες κοινωνικές ή επαγγελματικές κτλ.) θεωρείται ότι οι οργανικές βλάβες μετέχουν ενεργά στη χρονική διάρκειά του ή και την χρονιότητά του.

Οι ασθενείς παραπονιούνται για κεφαλαλγίες που επιτείνονται σε κάθε σωματική ή ψυχική κόπωση ή κατόπιν συγκινήσεων και υποχωρούν όταν αναπαυθούν και είναι ήρεμοι. Ακόμη, παραπονιούνται για «ζάλη» που διατηρεί «το μυαλό τους σκοτισμένο». Άλλοτε αναφέρουν παροδική συσκότιση της όρασης και αστάθεια, «έχουν το αίσθημα ότι θα πέσουν». Συχνά παραπονιούνται για δυσκολία στην συγκέντρωση και γρήγορη κόπωση, κυρίως σε εργασίες διάρκειας, ευερεθιστότητα, μη ανεκτικότητα στους θορύβους και την φασαρία, διαταραχές του ύπνου και κατάθλιψη.

Συνήθεις είναι και οι μεταβολές της προσωπικότητας, άλλοτε άλλης διάρκειας, συνήθως όμως επανορθώσιμοι. Οι ασθενείς γίνονται γκρινιάρηδες, διεκδικητικοί ή επιθετικοί με εκρήξεις οργής ή και επεισόδια επιθέσεων, ενώ άλλοτε εκδηλώνεται κατά περιόδους μια ευφορική διάθεση χωρίς ηθικές αναστολές.

Σε άλλες περιπτώσεις υπάρχει, στα αρχικά στάδια, ένας βαθμός εκπτώσεως με αδυναμία στην συγκέντρωση, δυσχέρεια στην σκέψη και μια τάση να λησμονούν κυρίως ότι είχαν σκοπό να κάνουν. Άλλοτε προέχει μια ψυχοκινητική επιβράδυνση. Τότε παρατηρείται μια βραδύτητα στις γλωσσικές, σκεπτικές και κινητικές λειτουργίες (χωρίς να υπάρχει ένα καταθλιπτικό συναίσθημα ή βλάβη των ανωτέρων ψυχικών λειτουργιών που να δικαιολογεί αυτές) ώστε να εκλείπει κάθε διάθεση για εργασία ή απασχόληση και οι ασθενείς, όταν αφήνονται μόνοι, βυθίζονται σε μια πνευματική άμβλυση.

1. Μετατραυματική διαταραχή προσωπικότητας ενηλίκων: το άτομο μπορεί να γίνει επιθετικό, ανεύθυνο, αναισθητό, αντικοινωνικό, ακόμα και παρανοειδές.

2. Μετατραυματική διαταραχή προσωπικότητας στα παιδιά: δημιουργούνται προβλήματα μεταξύ γονέων και παιδιών, το παιδί γίνεται απόμακρο, αντικοινωνικό, διεγερτικό, βίαιο.
3. Ελλειμματικό σύνδρομο: τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έλλειψη πρωτοβουλίας, βραδύτητα σκέψης, εξασθενημένη μνήμη, διαταραχές συγκέντρωσης, έλλειψη κινήτρων, αποδιοργανωμένος λόγος και επιληψία.

4.4 ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ

4.4.1 ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Αν και η σύφιλη δεν ανήκει στο παρελθόν, όπως λανθασμένα πιστεύτηκε μπορεί και πει κανείς σήμερα ότι, χάρις στην έγκαιρη διάγνωση και την σύγχρονη θεραπευτική της αντιμετώπιση, στο παρελθόν ανήκουν οι συφιλιδικές ψυχώσεις εξαιτίας αυτής. Ήδη κάθε συφιλιδική πρωτομόλυνση οδηγεί σε μια σειρά αντιδραστικών ψυχογενών διαταραχών σχετικών τόσο με την μόλυνση όσο και με τις συνέπειές της. Πιο έντονα είναι τα ψυχογενή επακόλουθα σε έγγαμους και με τα παιδιά, όπου το αίσθημα ευθύνης επεκτείνεται στις συνέπειές του τόσο στη σύζυγο όσο και τα παιδιά. Πολλοί παρουσιάζουν μια αντιδραστική μελαγχολία με αισθήματα ενοχής, υποχονδριακές ιδέες, ιδέες ανιάτου κλπ.

Στο δεύτερο στάδιο της συφιλιδικής μόλυνσης σχεδόν κατά κανόνα παρατηρείται μια μηνιγγιτιδική αντίδραση με κεφαλαλγία και εμετούς, γενική κακουχία, αϋπνίες και ευερεθιστότητα όπως και δυσχέρεια στη συγκέντρωση, συμπτώματα που υποχωρούν με την κατάλληλη θεραπεία.

4.4.1.1 ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ

Συμβαίνει όταν το *treponema pallidum* προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) κατά τα πρώτα στάδια της μη θεραπευθείσας σύφιλης. Η συμπτωματολογία όμως από το ΚΝΣ εκδηλώνεται σε διαφορετικό χρονικό διάστημα από την αρχική λοίμωξη και έχει ποικίλες κλινικές εκφράσεις. Οι κλινικές οντότητες της νευροσύφιλης που περιλαμβάνουν ψυχιατρική συμπτωματολογία είναι η μηνιγγοαγγειακή σύφιλη, το κομμώμα και η προϊούσα γενική παράλυση. Η προϊούσα γενική παράλυση μπορεί να είναι η μόνη εκδήλωση της νευροσύφιλης και εκδηλώνεται συνήθως με τη μορφή άνοιας. Μπορεί να συνυπάρχουν ψευδαισθήσεις ή και παραλήρημα. Είναι σπάνιο νόσημα μετά την ανακάλυψη της πενικιλίνης αλλά σήμερα παρατηρείται σε άσχοντες από AIDS. Για τη θεραπεία χορηγείται ενδοφλέβια πενικιλίνηG. Οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις αντιμετωπίζονται συμπτωματικά. (Χριστοδούλου,2004)

4.4.2 ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ (ΙΟΣ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ)

Η συχνότερη μορφή εστιακής εγκεφαλίτιδας που συνήθως προσβάλλει τους κροταφικούς και το μετωπιαίο λοβό. Η λοίμωξη του ΚΝΣ από τον ιό προκαλεί νευροψυχιατρική διαταραχή. Στα συμπτώματα συχνά περιλαμβάνονται ανοσμία, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις, μεταβολές της προσωπικότητας και παράδοξη ή ψυχωτική συμπεριφορά. Η έναρξη είναι αιφνίδια και ταχεία.

4.4.3 ΧΡΟΝΙΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Παρατηρείται σε πάσχοντες από AIDS. Τα συνήθη συμπτώματα περιλαμβάνουν μνημονικά ελλείμματα, σύγχυση, πυρετό και κεφαλαλγία. Η μηνιγγίτιδα μπορεί να προκαλέσει σοβαρές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, όπως κώφωση, επιληψία, υδροκέφαλο και νοητικό έλλειμμα, ιδίως αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα (DSM-IV-TR, 2011, <http://el.wikipedia.org>)

4.5 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

4.5.1 AIDS

Σε ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV) μπορεί να εμφανιστούν ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, που συνοδεύουν τη νόσο από τα αρχικά ακόμα στάδια.

Τα ψυχιατρικά σύνδρομα της λοίμωξης HIV είναι:

- Ντελίριο: μπορεί να οφείλεται στην ίδια ποικιλία αιτιών, που οδηγούν σε άνοια ασθενείς που έχουν μολυνθεί με HIV

- Αγχώδεις διαταραχές: οι ασθενείς μπορεί να εκδηλώσουν οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή, αλλά ιδιαίτερα συχνές είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

- Διαταραχές προσαρμογής: η διαταραχή προσαρμογής με αγχώδη ή καταθλιπτική διάθεση αναφέρεται ότι συμβαίνει στο 5 με 20% των ασθενών που έχουν μολυνθεί με HIV.

- Καταθλιπτικές διαταραχές: οι ασθενείς που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τις καταθλιπτικές διαταραχές κυμαίνονται από 4 έως 40%

- Κατάχρηση ουσιών: οι ασθενείς μπορεί να μπουν στον πειρασμό της τακτικής χρήσης ναρκωτικών σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης του άγχους ή της κατάθλιψης.

- Αυτοκτονία: ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορούν να είναι αυξημένα σε ασθενείς με λοίμωξη HIV και AIDS. Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία είναι η ύπαρξη φίλων που πέθαναν από αίτια που σχετίζονται με το AIDS, η πρόσφατη γνωστοποίηση της οροθετικότητας για HIV, δύσκολα κοινωνικά ζητήματα που σχετίζονται με την ομοφυλοφιλία, την ανεπαρκή κοινωνική και οικονομική στήριξη, την άνοια ή το παραλήρημα και την κατάχρηση ουσιών.

- Οι ανήσυχοι υγιείς: άτομα σε ομάδες υψηλού κινδύνου, τα οποία, αν και είναι οροαρνητικά και ελεύθερα νόσου, είναι αγχωμένα ή διαθέτουν μια ιδεοληπτική φοβία μόλυνσης από τον ιό. Τα συμπτώματα μπορεί να αφορούν σε γενικευμένο άγχος, επεισόδια πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και υποχονδρίαση. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να καθησυχαστούν με τη βοήθεια επανειλημμένων αρνητικών ορολογικών δοκιμασιών. Για εκείνους που δεν μπορούν να ησυχάσουν, μπορεί να ενδείκνυται η ψυχοθεραπεία ή η φαρμακοθεραπεία.

Η άνοια που οφείλεται στον HIV αποδίδεται σε άμεση δράση του ιού στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και εμφανίζεται με διαταραχές της μνήμης, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, μειωμένη δραστηριότητα, απάθεια καθώς και δυσκολία στην

επίλυση προβλημάτων. Σε ορισμένους ασθενείς, η παραπάνω συμπτωματολογία συνοδεύεται από συγχυτικό παραλήρημα, παραληρητικές ιδέες ή και ψευδαισθήσεις.

Η νευρολογική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει τρόμο, αστάθεια, αταξία, δυσαρθρία, υπέρτονία, γενικευμένη αύξηση των αντανεκλαστικών, διαταραχή των κινήσεων ταχείας παρακολούθησης και των σακκαδικών κινήσεων των οφθαλμών. Συνήθως το σύνδρομο εξελίσσεται ταχέως προς το θάνατο.

Φαρμακοθεραπεία των σχετιζόμενων με τον HIV ψυχιατρικών συνδρόμων:

Τα ψυχιατρικά σύνδρομα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται όπως και στα μη μολυσμένα άτομα από HIV.σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο θα πρέπει να δίνονται μικρότερες δόσεις λόγω της αυξημένης ευαισθησίας τους στις παρενέργειες. Η διέγερση που σχετίζεται με ντελίριο και άνοια ή ψύχωση, μπορεί να αντιμετωπιστεί με χαμηλές δόσεις υψηλής ισχύος αντιψυχωτικών. Ο γιατρός θα πρέπει να είναι ενήμερος για τον αυξημένο κίνδυνο αντιχολινεργικού ντελیریου, επιληπτικών κρίσεων και εξωπυραμидικών συμπτωμάτων σε αυτούς τους ασθενείς.

Οι ασθενείς με νευρογνωσιακά σύνδρομα μπορεί να ωφεληθούν από τα ψυχοδιεγερτικά, όπως και αυτοί με κατάθλιψη. Για την κατάθλιψη μπορεί να είναι αποτελεσματική και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Οι αγχώδεις καταστάσεις σε γενικές γραμμές αντιμετωπίζονται με βενζοδιαζεπίνες. Οι μανιακές καταστάσεις μπορεί να αντιμετωπιστούν με λίθιο ή αντισπασμικούς σταθεροποιητές της διάθεσης οι οποίοι φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικοί γιατί το λίθιο δεν είναι καλά ανεκτό από αυτούς τους ασθενείς.

Αλληλεπιδράσεις των ψυχοτρόπων φαρμάκων και των αντιρετροϊκών φαρμάκων:

Οι μεταβολικές οδοί των αντιρετροϊκών φαρμάκων είναι κοινές με πολλών ψυχοτρόπων φαρμάκων. Μια καλή πρακτική λοιπόν είναι η αναμονή των αλληλεπιδράσεων των φαρμάκων και η παρακολούθηση των ασθενών για επείγουσες ανεπιθύμητες ενέργειες, που σχετίζονται με τη θεραπεία και όταν αυτό είναι δυνατό, ο έλεγχος των συγκεντρώσεων των φαρμάκων στο πλάσμα. (Χριστοδούλου,2004; DSM-IV-TR, 2011)

4.5.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ (ΣΕΛ)

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι χρόνια, υποτροπιάζον, πολυσυστηματικό αυτοάνοσο νόσημα με άμεση συμμετοχή του ΚΝΣ (οι άλλες είναι η οζώδης πολυαρτηρίτιδα και η κροταφική αρτηρίτιδα). Όπως και με τις υπόλοιπες αυτοάνοσες παθήσεις, το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στα κύτταρα και τους ιστούς του σώματος προκαλώντας φλεγμονή και ιστολογική βλάβη. Ο ΣΕΛ μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε μέρος του σώματος, αλλά περισσότερο συχνά προκαλεί βλάβες στη καρδιά, στις αρθρώσεις, στο δέρμα, στους πνεύμονες, στις φλέβες, στο ήπαρ, στα νεφρά και στο νευρικό σύστημα. Η πορεία της πάθησης είναι απρόβλεπτη. Ο λύκος μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και είναι περισσότερο συχνός στις γυναίκες. Μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί κάποια θεραπεία που να επιφέρει πλήρη ίαση της πάθησης, ωστόσο τα φάρμακα (συνήθως κορτικοστεροειδή) που χρησιμοποιούνται μπορούν να ελέγχουν τα συμπτώματα, να καθυστερούν την εξέλιξη και να προλαμβάνουν τις εξάρσεις της νόσου. Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες αλλά είναι συχνότερη στις γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών, με αναλογία γυναίκες προς άντρες περίπου 9:1, ενώ η αναλογία στα παιδιά και στους ηλικιωμένους είναι 3:1. Η νόσος του ΣΕΛ σύμφωνα με τα κλινικά, ανοσολογικά και αιματολογικά ευρήματα διακρίνεται στο δισκοειδή (χρόνιο), στο συστηματικό (οξύ) και σε μια ενδιάμεση μορφή τον υποξύ ερυθματώδη λύκο 77 Παυλάτου Μ. Ανοσολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα 1997. Αθήνα,

Τα ψυχικά συμπτώματα είναι συχνά, περίπου στο 50% και μπορεί να εμφανιστούν νωρίς. Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι από τα συνήθη ψυχικά συμπτώματα και είναι

συχνότερη από τις σχιζοφρενικού τύπου εκδηλώσεις ενώ το ντελίριο είναι το συχνότερο ψυχοσύνδρομο. Η νόσος μπορεί να εξελιχθεί σε άνοια. Επίσης, οι επιληπτικές κρίσεις είναι συχνές (50%) και παρατηρούνται πολλές κινητικές διαταραχές. Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω ψυχικές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων της ψύχωσης και της μανίας. (DSM-IV-TR, 2011)

4.6 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Κάποιες ενδοκρινικές διαταραχές όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, ο υποθυρεοειδισμός και ο υπερπαραθυρεοειδισμός μπορεί να παρουσιαστούν στους ηλικιωμένους με συνοδά ψυχιατρικά συμπτώματα. Αναλυτικότερα:

- Σακχαρώδης διαβήτης: Ο σακχαρώδης διαβήτης προσβάλλει το 20% του γηριατρικού πληθυσμού. Στα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνονται η μειωμένη ενεργητικότητα, η εύκολη κόπωση ή η απώλεια βάρους. Το μη κετωτικό, υπεργλυκαιμικό, υπεροσμωτικό κώμα, μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση του σακχαρώδους διαβήτη και μια αλλαγή στην ψυχική κατάσταση μπορεί να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα. Η κετοξέωση είναι δυνατό να παρουσιαστεί ως σύγχυση ή ως αλλαγή της ψυχικής κατάστασης του ατόμου.
- Ο υποθυρεοειδισμός που προσβάλλει το 4% των ηλικιωμένων, συνοδεύεται συνήθως από απάθεια, ψυχοκινητική επιβράδυνση, κατάθλιψη ή διαταραχές μνήμης. Επίσης, στον υποθυρεοειδισμό υπάρχουν κι άλλα συμπτώματα όπως βραδυψυχισμός, άμβλυση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, επιβράδυνση όλων των γνωσιακών λειτουργιών, κόπωση, μείωση του ενδιαφέροντος και της πρωτοβουλίας, ευερεθιστότητα, διέγερση ή ψυχωσική συμπτωματολογία.
- Ο υπερθυρεοειδισμός που εμφανίζεται στο 3% των ηλικιωμένων ασθενών, μπορεί να παρουσιαστεί με γαστρεντερολογικά, καρδιολογικά ή νευρομυικά συμπτώματα. Εντούτοις, τα συμπτώματα αυτά είναι δυνατό να καλυφτούν (στο 25% των περιπτώσεων) από τα συμπτώματα συνυπάρχουσας καρδιακής ανεπάρκειας ή λοίμωξης. Συχνά, ο υπερθυρεοειδισμός συνοδεύεται από αγχώδεις εκδηλώσεις ή καταθλιπτική συμπτωματολογία (απαθητική θυρεοτοξίκωση). Στις τυπικές εκδηλώσεις της απαθητικής θυρεοτοξίκωσης περιλαμβάνεται η απώλεια βάρους, η απάθεια, η κατάθλιψη, η ανοϊκή συμπτωματολογία και τα καρδιαγγειακά συμπτώματα. Άλλοτε είναι δυνατό να εμφανιστεί συμπτωματολογία μανίας. Τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου του Graves μπορεί να είναι νευρική και επεισοδιακό άγχος, ενώ συνήθως απουσιάζουν τα σημεία μιας υπερμεταβολικής κατάστασης.
- Ο υπερπαραθυρεοειδισμός που έχει τη μεγαλύτερη επίπτωση μετά την ηλικία των 55 ετών, εμφανίζεται πολύ συχνά με ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως συναισθηματική ευμεταβλητότητα, καταθλιπτικό μορφο συναισθημα, κεφαλαλγία, αλλαγή της προσωπικότητας, γαστρεντερικά συμπτώματα, συγχυτικό παραλήρημα ή ανοϊκή συμπτωματολογία. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, επέρχεται κώμα και θάνατος.
- Η Νόσος του Addison: ανεπάρκεια των επινεφριδίων κυρίως λόγω ατροφίας του φλοιού των επινεφριδίων ή λοίμωξη από φυματίωση ή μύκητες. Οι ασθενείς μπορεί να είναι απαθείς, ευερέθιστοι, κουρασμένοι και καταθλιπτικοί. Σπάνια είναι συγχυτικοί ή ψυχωτικοί.
- Το σύνδρομο Cushing μπορεί να προκληθεί από φαρμακευτική χορήγηση κορτικοστεροειδών, από νεόπλασμα των επινεφριδίων, από νεοπλασμάτα των

πνευμόνων που παράγουν ακετυλοχολίνη ACTH ή από υπερέκκριση ACTH από την υπόφυση. Όταν το σύνδρομο είναι φαρμακοεπαγόμενο, προκαλεί συνήθως μανιακή ή υπομανιακή συμπτωματολογία. Όταν το σύνδρομο προκαλείται από άλλες αιτίες (δευτεροπαθές), τότε είναι συχνή η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή και αυτοκτονικού ιδεασμού. Μπορεί να συνοδεύεται από συγχυτικό παραλήρημα, ιδίως όταν συνυπάρχει μανιακού τύπου συμπτωματολογία. Ο ασθενής μπορεί να έχει προσωρινά μνημονικά ελλείμματα, δυσχέρεια συγκέντρωσης και ψύχωση. (Χριστοδούλου,2004; DSM-IV-TR ,2011)

4.7 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας στους ηλικιωμένους. Λόγω της επίδρασής τους στην εγκεφαλική αιμάτωση, όσο και λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών που έχουν τα καρδιολογικά και αντιυπερτασικά φάρμακα, είναι δυνατό να παρατηρηθούν ψυχιατρικά συμπτώματα στους ηλικιωμένους. Η διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας μπορεί να προκαλέσει αλλαγή της ψυχικής κατάστασης του ηλικιωμένου ασθενή. Καρδιολογικές διαταραχές με πτωχή καρδιακή παροχή είναι δυνατόν να προκαλέσουν γενικευμένη μείωση της εγκεφαλικής αιμάτωσης. Εγκεφαλικά έμβολα καρδιακής αιτιολογίας μπορούν επίσης να προκαλέσουν ψυχιατρικά συμπτώματα.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου, στους ηλικιωμένους εμφανίζεται συνήθως με διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών και ψυχοκινητική ανησυχία.

Η στηθάγχη στους ηλικιωμένους εμφανίζεται συχνά με άτυπη συμπτωματολογία, με συνυπάρχον άγχος και αίσθημα δυσφορίας.

Αρρυθμίες και διαταραχές αγωγιμότητας δεν είναι εύκολα ανεκτές από τους ηλικιωμένους και μπορεί να προκαλέσουν ψυχιατρικά συμπτώματα κυρίως αγχώδους τύπου.

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να συνοδεύεται από άγχος, εύκολη κόπωση, κακή συγκέντρωση της προσοχής, διαταραχές της μνήμης. Επίσης, φάρμακα όπως διουρητικά και η δακτυλίτιδα, που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, είναι δυνατό να ευθύνονται για τα συμπτώματα συγχυτικού παραληρήματος και άνοιας. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να εμφανιστούν κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές.

Σε καρδιολογικούς ασθενείς, ιδίως σε άτομα που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας, η εκδήλωση σύγχυσης μπορεί να είναι αποτέλεσμα κακής εγκεφαλικής αιμάτωσης, μεταβολικής διαταραχής να σχετίζεται με επαναλαμβανόμενες ανανήψεις ή να είναι ανεπιθύμητη ενέργεια της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής. Περίπου 10% των ασθενών που υποβάλλονται σε εγχείρηση ανοικτής καρδιάς, συνήθως ηλικιωμένοι, υποφέρουν από διάφορες επίμονες νευροψυχιατρικές διαταραχές.

Φαρμακευτικά σκευάσματα με χαμηλή καρδιοτοξική δράση αποτελούν την αντικαταθλιπτική θεραπεία εκλογής.

Υπέρταση παρουσιάζει το 40 % ατόμων άνω των 65 ετών. Συχνά συνυπάρχουν αγχώδεις και καταθλιπτικές εκδηλώσεις.

Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια. Σοβαρή υπέρταση, οποιασδήποτε αιτιολογίας, μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλοπάθεια, δυνητικά θανατηφόρα. Εκδηλώνεται με συμπτωματολογία από το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Χαρακτηρίζεται από κεφαλαλγία, ναυτία, έμετο, συγχυτικό παραλήρημα, υπνηλία και ψευδαισθήσεις. Συχνά επισυμβαίνουν επιληπτικές κρίσεις, έμετοι, οίδημα οπτικής θηλής με αιμορραγίες αμφιβληστροειδούς, εμβροντησία ή και κώμα. Η θεραπεία είναι συμπτωματική. Οι επιληπτικές κρίσεις αντιμετωπίζονται με ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης. Η διαταραχή εξελίσσεται ραγδαία εντός 24ώρου και αν

δεν αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, οδηγεί σε νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια ή και σε κόμα, με υψηλή θνητότητα. (Χριστοδούλου,2004)

4.8 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ- ΑΝΑΙΜΙΕΣ

Οι αιματολογικές διαταραχές μπορεί να παρουσιαστούν με ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως λήθαργο, κατάθλιψη και σύγχυση.

Οι αναιμίες είναι συχνές στους ηλικιωμένους και συνήθως παραβλέπονται. Οι υπόχρωμες σιδηροπενικές αναιμίες μπορεί να οφείλονται σε απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό σύστημα λόγω καρκίνου του παχέως εντέρου ή λόγω γαστρίτιδας (συχνά λόγω λήψης ακετυλοσαλικυλικού οξέος ή αντιφλεγμονοδών φαρμάκων). Όσον αφορά τις μεγαλοβλαστικές αναιμίες, η κακοήθης αναιμία από έλλειψη βιταμίνης B₁₂ μπορεί να παρουσιαστεί με ανοϊκού τύπου συμπτωματολογία ή ως συγχυτικό παραλήρημα.

4.9 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η παρουσία ψυχιατρικών εκδηλώσεων σε ηλικιωμένο ασθενή, πάσχοντα από σωματική νόσο, πρέπει να οδηγήσει τον κλινικό στην αναζήτηση κάποιας πιθανής ηλεκτρολυτικής διαταραχής, πολλά σωματικά νοσήματα στους ηλικιωμένους μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στο ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών, οδηγώντας στην εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα:

Η μείωση του όγκου των υγρών που μπορεί να οφείλεται σε λοίμωξη, γαστρεντερολογικές παθολογικές καταστάσεις, καρδιαγγειακά νοσήματα ή σε κατάχρηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, ιδίως διουρητικών, μπορεί να εκδηλωθεί ως συγχυτικό παραλήρημα.

Η υπονατρία συχνά παρουσιάζει εικόνα κατάθλιψης (απάθεια, καταβολή, ανορεξία), συγχυτικό παραλήρημα, επιληπτικές κρίσεις, εμβροντησία και κόμα.

Η υποκαλιαιμία παρουσιάζεται συχνά σε ηλικιωμένους που υποφέρουν από ανορεξία, από γαστρεντερικά προβλήματα, που δεν σιτίζονται καλά ή μετά από μακρόχρονη χρήση διουρητικών. Η κατάθλιψη, η απάθεια, η αδυναμία, η ανησυχία, η ευερεθιστότητα και τα ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να συνοδεύουν την υποκαλιαιμία.

Η υπασβεστιαμία προκαλεί αγχώδεις εκδηλώσεις, συναισθηματικές αλλαγές, συγχυτικό παραλήρημα ή άνοια. Μπορεί να οφείλεται σε υποπαραθυρεοειδισμό.

Η υπερασβεστιαμία προκαλείται από ορισμένες κακοήθειες ή από υπερπαραθυρεοειδισμό. Εμφανίζεται με εικόνα συγχυτικού παραληρήματος και γαστρεντερικών συμπτωμάτων.

Η υπομαγνησιαμία έχει ως συχνότερη αιτία τη χρόνια κατάχρηση αλκοόλ. Προκαλεί ευερεθιστότητα, κόπωση, αστάθεια, συγχυτικό παραλήρημα, ταχυαρρυθμίες. Συχνά συνυπάρχουν κι άλλες ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπως επίσης και χρόνια έλλειψη βιταμινών.

Η αναπνευστική ανεπάρκεια σε ηλικιωμένους ασθενείς, προκαλώντας μεταβολικές διαταραχές μπορεί να παρουσιάσει ποικίλα ψυχιατρικά συμπτώματα. Αναπνευστική ανεπάρκεια μπορεί να προκληθεί από διάφορα πνευμονικά κυρίως νοσήματα και χαρακτηρίζεται από υποξαιμία και υπερκαπνία. Ανάλογα με το βαθμό της διαταραχής των αερίων του αίματος μπορεί να προκληθούν γνωσιακές διαταραχές, αγχώδης και καταθλιπτική

συμπτωματολογία ή ακόμα και συγχυτικό παραλήρημα. Η οξεία επιδείνωση της χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας μπορεί να έχει ως πρόωμη εκδήλωση συγχυτικό παραλήρημα. (Χριστοδούλου,2004; DSM-IV-TR, 2011)

4.10 ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΟΙ ΝΟΣΟΙ

4.10.1 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η πολλαπλή σκλήρυνση ή σκλήρυνση κατά πλάκας (*multiple sclerosis, MS*), είναι μια χρόνια νευρολογική, αυτοάνοση ασθένεια στην οποία το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλώντας απομυελίνωση. Η πολλαπλή σκλήρυνση επηρεάζει τους νευρώνες, τα κύτταρα του εγκεφάλου και τον νωτιαίο μυελό, τα οποία στέλνουν πληροφορίες, δημιουργούν την σκέψη και την αντίληψη και επιτρέπουν στον εγκέφαλο να ελέγξει το σώμα.

Σε 75% παρουσιάζονται ψυχιατρικές διαταραχές. Στα πρώιμα στάδια παρατηρείται κατάθλιψη. Αργότερα, με τη συμμετοχή του μετωπιαίου λοβού, απαντώνται συμπτώματα άρσης αναστολών και συμπτώματα που μοιάζουν με μανία, συμπεριλαμβανομένης και της ευφορίας. Είναι συχνή η νοητική αποδιοργάνωση (60%), που κυμαίνεται από ήπια απώλεια μνήμης έως άνοια. Επίσης, αναφέρεται ψύχωση αλλά τα ποσοστά δεν είναι ακριβή. Η υστερία είναι συχνή, ειδικά κατά την όψιμη πορεία της νόσου. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται από σωματικούς ή συναισθηματικούς τραυματισμούς.

4.11 ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΓΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι ηλικιωμένοι είναι πολύ πιθανό να ευρίσκονται σε πολλαπλή φαρμακευτική αγωγή.

Η πολυφαρμακία, δυστυχώς πολύ κοινή στους ηλικιωμένους, συμβάλλει στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και συμβάντων τοξικότητας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνουν ανάλογα με τον ρυθμό των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων.

Οι σχετικές με την ηλικία φυσιολογικές και παθολογικές μεταβολές καθιστούν τους ηλικιωμένους εξαιρετικά ευαίσθητους στις επιδράσεις των φαρμάκων στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Οι διάφορες σωματικές παθήσεις συχνές στους ηλικιωμένους, αυξάνουν επιπλέον την ευαλωτότητα τους στις φαρμακευτικές επιδράσεις. Στους ηλικιωμένους, τα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ψυχιατρικά συμπτώματα τόσο σε τοξικά όσο και σε θεραπευτικά επίπεδα ή ακόμα και κατά τη διακοπή μιας αγωγής ή μιας ουσίας.

Τα αντιχολινεργικά φάρμακα, περισσότερο από οποιοδήποτε άλλη ομάδα φαρμάκων, συσχετίζονται με την εμφάνιση συγχυτικού παραληρήματος. Το αντιχολινεργικό συγχυτικό παραλήρημα έχει τα ακόλουθα τυπικά χαρακτηριστικά:

- (α) Ψυχοκινητική ανησυχία
- (β) Σύγχυση με αποπροσανατολισμό
- (γ) Διαταραχές πρόσφατης μνήμης
- (δ) Οπτικές ψευδαισθήσεις

Το στόμα είναι ξηρό, η όραση θολή, το δέρμα ζεστό και ξηρό, ο σφυγμός ταχύς, οι κόρες σε μυδρίαση. Μπορεί να υπάρχουν αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, επίσχεση ούρων, δυσαρθρία ή επιληπτικές κρίσεις.

Τα ανωτέρω συμπτώματα οφείλονται στην κεντρική δράση των αντιχολινεργικών παραγόντων καθώς και σε παράλυση του περιφερικού παρασυμπαθητικού.

Καθώς οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν πολλαπλή φαρμακευτική αγωγή, η αντιχολινεργική τοξικότητα μπορεί να συμβεί λόγω αθροιστικής δράσης διαφόρων σκευασμάτων.

Όπως είναι γνωστό, τα μισά από τα συχνότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα σε ηλικιωμένους εμφανίζουν άλλοτε άλλου βαθμού αντιχολινεργική δράση. Εξάλλου, η αθροιστική αντιχολινεργική τους δράση (όταν λαμβάνονται ταυτόχρονα) μπορεί εύκολα να φτάσει σε τοξικά επίπεδα και να οδηγήσει σε αντιχολινεργικό συγχυτικό παραλήρημα.

Τα αντυπερτασικά και τα βενζοδιαζεπινικά ηρεμιστικά είναι τα συνήθως υπεύθυνα για την φαρμακοεπαγόμενη κατάθλιψη σκευάσματα. Ακολουθούν άλλα σκευάσματα όπως οι αναστολείς των β-υποδοχέων, τα αντισυλληπτικά. Η ρεζερπίνη. Τα αναβολικά στεροειδή και διάφοροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες.

Οι αγωνιστές ντοπαμίνης (βρωμοκρυπτίνη, L-dopa, αμανταδίνη) και τα αναβολικά στεροειδή μπορεί να προκαλέσουν ψυχωσική ή μανιακή συμπτωματολογία.

Η καφεΐνη. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς της MAO, οι εκλεκτικοί αναστολείς της σεροτονίνης (SSRIs) η βουβοπριόνη, η θεοφυλλίνη, καθώς και διακοπή της χρήσης της αιθυλικής αλκοόλης ή των ηρεμιστικών και της νικοτίνης, μπορούν να προκαλέσουν αγχώδεις εκδηλώσεις.

Διγοξίνη. Οι τοξικές επιδράσεις της διγοξίνης στους ηλικιωμένους μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και εντός των θεραπευτικών ορίων. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσει η διγοξίνη περιλαμβάνουν συγχυτικό παραλήρημα, κατάθλιψη, ανοϊκή και ψυχωσική συμπτωματολογία, καθώς και ληθαργική κατάσταση.

Σιμετιδίνη. Η χορήγηση σιμετιδίνης έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση σύγχυσης, μανίας, επιθετικότητας, κατάθλιψη, συγχυτικού παραληρήματος, καθώς και με ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία (κυρίως ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις). Οι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν σιμετιδίνη εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Η σιμετιδίνη, επίσης αλληλεπιδρά με πληθώρα άλλων σκευασμάτων λόγω της επίδρασης σε ηπατικό ισοένζυμο. (Νεστορος,2003 ; ; Καπρίνης,2009)

4.12 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Ανεπάρκεια νιασίνης (νικοτινικού οξέος): Εκδηλώνεται με πελλάγρα, μια νόσο διαιτητικής ανεπάρκειας, που σχετίζεται με δίαιτες χορτοφάγων, κατάχρηση αλκοόλ και φτώχεια. Πολύ σπάνια. Παρουσιάζεται δερματίτιδα, διάρροια και από ψυχιατρικά συμπτώματα άνοια, ευερεθιστότητα, αϋπνία, κατάθλιψη και περιφερική νευροπάθεια. Υπάρχει καλή ανταπόκριση στη θεραπεία με νικοτινικό οξύ αλλά ο ασθενής μπορεί να έχει μόνιμη άνοια.

- Ανεπάρκεια θειμίνης (βιταμίνη B₁): Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν απάθεια, ευερεθιστότητα, άγχος, κατάθλιψη και βαριά μνημονικά ελλείμματα αν η ανεπάρκεια είναι παρατεταμένη.

- Ανεπάρκεια βιταμίνης B₁₂: οφείλεται σε αδυναμία του γαστρικού βλεννογόνου να εκκρίνει ενδογενή παράγοντα. Παρουσιάζονται νευρολογικές διαταραχές στο 30% των ασθενών. Συχνά παρουσιάζεται απάθεια, κατάθλιψη και ευερεθιστότητα. Επίσης μπορεί να προκληθεί εγκεφαλοπάθεια με συνοδό ντελίριο, άνοια και ψυχωσικά συμπτώματα. Η έγκαιρη θεραπεία με παρεντερική χορήγηση βιταμίνης μπορεί να αναστείλει τα νευρολογικά συμπτώματα. (DSM-IV-TR, 2011)

4.13 ΤΟΞΙΝΕΣ

Στα συμπτώματα από δηλητηριάσεις με τοξίνες που αναφέρονται παρακάτω, περιλαμβάνονται και ψυχιατρικές διαταραχές

- Μόλυβδος: κολικοειδή κοιλιακά άλγη, νευροπάθεια από μόλυβδο, εγκεφαλοπάθεια από μόλυβδο. Μπορεί να εκδηλωθεί αιφνίδια με παραλήρημα, επιληπτικές κρίσεις, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, έκπτωση της μνήμης και της συγκέντρωσης, τρόμο, κώφωση, προσωρινή αφασία και ημιανοψία. Επίσης παρουσιάζονται κατάθλιψη, αδυναμία, ίλιγγος, υπερευαισθησία στα ακουστικά και στα οπτικά ερεθίσματα. Η θεραπεία γίνεται με γάλα και χηλικούς παράγοντες.

- Υδράργυρος: οι ασθενείς γίνονται ευερέθιστοι, εμπλέκονται σε καυγάδες, χάνουν την ψυχραιμία τους εύκολα και παρουσιάζουν γνωσιακά ελλείμματα.

- Μαγγάνιο: στα συμπτώματα περιλαμβάνονται κεφαλαλγία, αδυναμία, λήθαργος, υπερυπνία, στυτική δυσλειτουργία, ανεξέλεγκτα γέλια και κλάματα, παρόρμηση για τρέξιμο, χορό, τραγούδι ή ομιλία. Μπορεί να προβούν σε ακατανόητα εγκλήματα. Αργότερα αναπτύσσεται παρκινσονισμός.

- Αρσενικό: η μακρόχρονη έκθεση μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία, ίλιγγος, απάθεια, υπνηλία, διανοητική έκπτωση, περιφερική νευρίτιδα. Μπορεί ενδεχομένως να παρουσιαστεί ως ψύχωση Korsakoff.

- Θάλιο: (παρασιτοκτόνα) ο ασθενής παρουσιάζει αταξία, παραισθήσεις, περιφερική νευροπάθεια, μυοκλονικοί σπασμοί, έκπτωση επιπέδου συνείδησης, κατάθλιψη, επιληπτικές κρίσεις, ντελίριο. (DSM-IV-TR, 2011)

4.14 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1. Διατήρηση της υγείας και της ευεξίας. διατροφή / υδάτωση, λειτουργίες κύστης και εντέρου, ύπνος, υγιεινή περιποίηση, ακεραιότητα δέρματος, πρόληψη λοιμώξεων, κίνηση / άσκηση.

2. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για πρόληψη βλαβών.

3. Σταθερότητα σε όλα τα επίπεδα, πρόσωπα, πράγματα, ρουτίνα ημέρας. Προώθηση της αυτοφροντίδας.

4. Παροχή γνωστικών, αισθητηριακών, περιβαλλοντικών ερεθισμάτων χωρίς αισθητηριακή υπερφόρτιση.

5. Διευκόλυνση της επικοινωνίας με άλλα πρόσωπα.

6. Καλλιέργεια της πρόσφατης μνήμης και αναμνηστικές ασκήσεις.

7. Ενθάρρυνση ευχάριστης και ευγενικής συμπεριφοράς-Αποθάρρυνση της ακατάλληλης.

8. Αποφυγή προκλήσεων και αναμετρήσεων.

9. Χορήγηση φαρμάκων όταν χρειάζονται.

10. Υποστήριξη και εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών ενδιαφερομένων προσώπων στην αντιμετώπιση του αρρώστου. Όταν τα συμπτώματα είναι αντιστρέψιμα, επανεκπαίδευση του αρρώστου με ενίσχυση της ελπίδας για ανάρρωση. Όταν η κατάσταση δεν είναι αντιστρέψιμη, αποφυγή ψυχολογικής διερεύνησης της επίγνωσής του για την πρόληψη της κατάθλιψης, του άγχους, της ευερεθιστότητας ή της οργής (Γιουνανλή & Κριθαρίδου, 2008).

Περνώντας στο δεύτερο μέρος της πτυχιακής μας να επισημάνουμε την συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στα οργανικά ψυχοσύνδρομα και τις ψυχοσωματικές διαταραχές, τονίζοντας την κυριότερη ομοιότητα και την κυριότερη διαφορά, ώστε να γίνει πλήρως κατανοητή η σημασία των δύο πολύπλευρων διαταραχών.

Η κυριότερη ομοιότητα των δύο διαταραχών έχει να κάνει με την ενότητα ψυχής και σώματος και στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση.

Η κυριότερη διαφορά τους είναι ότι στα οργανικά ψυχοσύνδρομα η αλληλεπίδραση ψυχής και σώματος έχει να κάνει με το ότι σωματικές ασθένειες δημιουργούν, επιδεινώνουν ή επηρεάζουν(ήδη υπάρχουσες), ψυχιατρικές-ψυχολογικές διαταραχές, ενώ στις ψυχοσωματικές διαταραχές η αλληλεπίδραση αυτή έχει να κάνει με το ότι ψυχολογικές καταστάσεις εγκαθιστούν, επιδεινώνουν ή επηρεάζουν(ήδη υπάρχουσες) σωματικές ασθένειες και αλλοιώσεις οργάνων.



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Η ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Όταν οι άνθρωποι λένε ότι η ασθένεια βρίσκεται στο μυαλό, υποστηρίζουν τη δημοφιλή άποψη της ψυχοσωματικής ασθένειας. Όμως, δεν είναι μόνο αυτό. Η λέξη ψυχοσωματική, την οποία χρησιμοποίησε πρώτος ο ψυχίατρος J. C. A. Heinroth (1773-1843), προέρχεται από δύο ελληνικές λέξεις: τη λέξη *ψυχή* και τη λέξη *σώμα* (Ackerknecht, 1982). Η ψυχοσωματική νόσος λοιπόν είναι η σωματική ασθένεια που προκαλείται από το μυαλό του ασθενή.

Η ψυχοσωματική ιατρική δίνει έμφαση στην ενότητα ψυχικού οργάνου και σώματος και στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Ασχολείται με τη σχέση ανάμεσα στους ψυχολογικούς και τους σωματικούς παράγοντες, στην αιτιολογία και τη διατήρηση της νοσολογικής κατάστασης.

Για να χαρακτηριστεί μία πάθηση ως ψυχοσωματική θα πρέπει να συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα που εξαρτώνται από ψυχικούς παράγοντες.

Με την περιοριστική αυτή έννοια, ψυχοσωματικές θεωρούμε τις διαταραχές της υφής ή της λειτουργίας ενός οργάνου ή συστήματος οργάνων, που εξαρτάται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, που στη γένεσή τους συμβάλλουν ψυχολογικοί παράγοντες. Τα όργανα που νευρούνται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα δεν υπόκεινται άμεσα στην βούλησή μας π.χ. η καρδιά, το στομάχι, το έντερο, τα αγγεία, οι αδένες κ.α., σε αντίθεση με τα όργανα που νευρούνται από το κεντρικό νευρικό σύστημα και ελέγχονται άμεσα από τη βούλησή μας, π.χ. τα χέρια, τα πόδια κ.α.

Η ψυχοσωματική πάθηση είναι στην ουσία συναισθηματική διαταραχή που σωματοποιείται σε ένα όργανο ή σύστημα οργάνων. Κατά την αντικειμενική εξέταση αυτών

των οργάνων διαπιστώνονται πάντοτε λειτουργικές βλάβες και μερικές φορές οργανικές βλάβες. Επομένως η ψυχοσωματική πάθηση δεν είναι απλώς μια ψυχική διαταραχή, αλλά συγχρόνως αποτελεί και αντικειμενική διαταραχή. Η διατήρηση της διάγνωσης «*ψυχοσωματική νόσος*» που έμμεσα ενισχύει τη δυϊστική Καρτεσιανή αντίληψη(διαχωρισμό σώματος-ψυχής), γίνεται για ιστορικούς λόγους και για λόγους συνεννόησης, μια που ο όρος αυτός έχει επικρατήσει. (Philip Rice, 2005;Kaplan & Sadock's, 2007;Γιαννοπούλου, 2005 ; ; Καπρίνης,2009).

5.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η ψυχοσωματική αντίληψη (από την οποία απορρέει η πανάρχαια πρακτική που δίδαξαν οι Αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι και γιατροί, αλλά και η πιο σύγχρονη πρακτική που επαγγέλλονται οι νέο-ιπποκρατικοί γιατροί της εποχής μας) βασίζεται σε δύο βασικές αρχές:

- Την ψυχογενετική αρχή
- Την ολιστική αρχή

Η ψυχογενετική αρχή τονίζει τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων για τη γένεση των παθήσεων και η ολιστική αρχή υποστηρίζει ότι δεν μπορεί να αποκατασταθεί, η λειτουργία ενός οργάνου(του μέρους), αν δεν γίνει προσέγγιση του συνόλου του οργανισμού (του όλου).

Ο όρος ψυχοσωματικός οφείλεται στον Γερμανό ψυχίατρο Heinroth (1818), που θεώρησε την προέλευση της αϋπνίας ως <<ψυχοσωματική>>. Οπωσδήποτε, όμως, η έννοια που απέδωσε ο Heinroth στον όρο ήταν ασαφής, όπως ασαφής ήταν και είναι η χρησιμοποίησή του από πολλούς μέχρι σήμερα. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; <http://psych.gr/documents/psychiatry/19.4-GR-2008-350.pdf>)

Ιστορική περίληψη:

Το 10.000 π.Χ. στην πρωτόγονη κοινωνία θεωρούσαν πως οι παθήσεις προκαλούνται από δυνάμεις πνευμάτων και πρέπει να καταπολεμηθούν με πνευματικά μέσα το πνεύμα του κακού που μπαίνει και επηρεάζει όλη την ύπαρξη και πρέπει να ελευθερωθεί μέσω εξορκισμού, τρυπανισμού κ. λ. π.

Την περίοδο 2.500-500 π.Χ. στον πολιτισμό Βαβυλωνίων-Ασσυρίων, η ιατρική κυριαρχείται από τη θρησκεία και η υποβολή είναι το κύριο όργανο θεραπείας. Sigerist: «Η ιατρική της Μεσοποταμίας ήταν ψυχοσωματική από όλες τις πλευρές».

Το 400 π.Χ. στον Ελληνικό πολιτισμό οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι και γιατροί είχαν συλλάβει την ουσία του όρου καθώς είχαν σημειώσει τα εξής:

- Σωκράτης: «Αφού δεν είναι πρόπον να θεραπεύσουμε τα μάτια χωρίς το κεφάλι, ούτε το κεφάλι χωρίς το σώμα, τότε δεν είναι πρόπον να θεραπεύεται το σώμα χωρίς την ψυχή».
- Ιπποκράτης: «Για να θεραπεύσουμε το ανθρώπινο σώμα, είναι αναγκαίο να έχουμε γνώση του συνόλου των πραγμάτων».
- Πλάτωνας: Η ικανότητα των γιατρών να θεραπεύσουν την αρρώστια ήταν περιορισμένη «επειδή παρέβλεπαν το όλο, που έπρεπε επίσης να μελετηθεί, καθώς το μέρος δεν μπορεί ποτέ να γίνει καλά εκτός αν γίνει το όλο καλά».

- Û Το 100 π.Χ.-400 μ.Χ. στον όψιμο Ελληνικό-πρώιμο Ρωμαϊκό πολιτισμό, η χυμική θεωρία του Γαληνού υποστηρίζει ότι η νόσος οφείλεται σε διαταραχές των υγρών του σώματος. Η ιατρική υιοθετεί μια ολιστική προσέγγιση στη νόσο.
- Û Στην εποχή του Μεσαίωνα 500-1450, ο μυστικισμός και η θρησκεία κυριαρχούν στην ιατρική. Η αμαρτία είναι η αιτία ψυχικών και σωματικών νόσων.
- Û Την περίοδο της αναγέννησης 1500-1700, βρίσκεται ανανεωμένο ενδιαφέρον για τις φυσικές επιστήμες και τις εφαρμογές τους στην ιατρική, πρόοδοι στην ανατομία (Vesalius), νεκροψία (Morgagni), μικροσκοπία (Leeuwenhoek). Οι ψυχικές επιδράσεις στο σώμα απορρίπτονται σαν μη επιστημονικές. Η μελέτη της ψυχής περιορίζεται στη θρησκεία και τη φιλοσοφία.
- Û Το 1800-1900 στον 19^ο αιώνα, η σύγχρονη ιατρική, είναι βασισμένη στο εργαστήριο του Pasteur και του Virchow: «Η νόσος πηγάζει από τη νόσο του κυττάρου». Η ψυχοσωματική προσέγγιση απορρίπτεται, αφού όλες οι παθήσεις θα πρέπει να συνοδεύονται με δομικές αλλαγές του κυττάρου. Η θεραπεία εφαρμόζεται στη νόσο, όχι στον ασθενή.
- Û 1900- σήμερα 20^{ος} αιώνας. Μέχρι περίπου το 1920 με 1930, ο όρος ψυχοσωματικός χρησιμοποιούνταν με μεγάλη ασάφεια. Κάτω από την επήρεια της ψυχανάλυσης, της ψυχοφυσιολογίας και της ψυχοβιολογίας άρχισε προοδευτικά να χρησιμοποιείται ο όρος όλο και πιο σωστά-με την έννοια του «ολιστικού», σαν αντίδραση στον δυισμό (ψυχή-σώμα) της ιατρικής και στη μηχανιστική αντιμετώπιση του αρρώστου σαν σώμα, που παραγνώριζε τις ψυχολογικές και κοινωνικές του διαστάσεις. Οι πρώιμες έννοιες περιορίζονται στις μείζονες υστερικές μετατροπές. Κατόπιν, ο Alexander διαχωρίζει τις αντιδράσεις μετατροπής από τις ψυχοσωματικές διαταραχές και μελετά ψυχολογικούς παράγοντες σε μια σειρά ασθενειών.
- Û Η μοντέρνα έννοια του όρου ψυχοσωματικός είναι ακριβώς αυτή της αρχαίας Ελλάδας: η «ολιστική» του ανθρώπου και της ιατρικής, ότι δηλαδή ψυχή και σώμα είναι συνθετικά τμήματα του ατόμου, που διαχωρίζονται μόνο τεχνητά για λόγους μελέτης και ανάλυσης, αλλά που στη φύση είναι αδιαίρετα. (Μάνου, 1999; Kaplan & Sadock's, 2008).

5.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟ ΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΑΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ

1. Η διαπίστωση άμεσης χρονικής σχέσης της έναρξής της με ψυχικό τραύμα.
1. Η διαπίστωση αλλαγής του συνδρόμου (η κολίτιδα μετατρέπεται σε υπέρταση, κνίδωση κλπ.).
2. Η ανεύρεση ψευδοκληρονομικότητας ψυχοσωματικών συνδρόμων στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου.
3. Η ύπαρξη «ψυχοσωματικής επιδημιολογίας» δηλαδή συσχέτιση της διαταραχής ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική τάξη κλπ.

Στην κατηγορία των ψυχοσωματικών νοσημάτων *δεν* περιλαμβάνονται:

- Σωματικές διαταραχές που αποτελούν μέρος της συμπτωματολογίας μιας ψυχικής νόσου (όπως π.χ. συμβαίνει με την ευκοπωσία στην κατάθλιψη)

- Η υποχονδριακή διαταραχή, μια διαταραχή υπαγόμενη στις σωματόμορφες διαταραχές (όπου υπάρχει υπερβολική ενασχόληση του ατόμου με τη σωματική του υγεία)
- Σωματικά νοσήματα συναρτημένα με χρήση ουσιών (π.χ. βρογχίτιδα στους καπνιστές). (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004;Γεωργαλάς, X/X).

5.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών καταγράφεται από το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στο Διαγνωστικό, Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Ασθενειών (DSM) το οποίο θεωρείται το επίσημο εργαλείο ταξινόμησής τους. Στην πρώτη του έκδοση (DSM-I) καταγράφηκαν οι ψυχοσωματικές διαταραχές ως κατηγορία, ανάλογα με το σημείο ή το όργανο του σώματος που νοσούσε (περιγράφηκαν εννέα κατηγορίες). Ως ψυχοσωματικές ορίζονταν οι ασθένειες που δεν μπορούσαν να προσδιορισθούν με ιατρικά αίτια. Ωστόσο, επειδή κάποιες ασθένειες άλλοτε αποδίδονταν σε βιολογικά και άλλοτε σε ψυχολογικά αίτια (όπως για παράδειγμα η υπέρταση) το πρώτο αυτό σύστημα αναδιατυπώθηκε, εφόσον επιστημονικές έρευνες κατέδειξαν ότι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν γενεσιουργές αιτίες εμφάνισης ασθενειών όπως η λευχαιμία, η σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.α. Στην τροποποιημένη αυτή έκδοση το DSM II (1968) λαμβάνοντας υπ' όψη του τα νέα στοιχεία ο όρος ψυχοσωματική διαταραχή αντικαταστάθηκε από τον όρο ψυχοφυσιολογική διαταραχή. Ο λόγος αυτής της αντικατάστασης αφορούσε την προσπάθεια προσέγγισης αυτών των ασθενειών μέσα από ψυχολογικούς παράγοντες. Στο DSM-III (1980) και κατόπιν, το DSM-III-R (1987) ο όρος ψυχοφυσιολογικές διαταραχές αντικαθίσταται από τον όρο ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν οργανικές καταστάσεις (PFAPC-psychological factors affecting physical conditions), από τη στιγμή που επιστήμονες όπως οι Lipp, Looney, και Spitzer (1977) υποστήριζαν ότι έπρεπε να ληφθεί υπ' όψη η σπουδαιότητα επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση, διατήρηση και θεραπεία των οργανικών ασθενειών. Στο DSM IV (1994) ο όρος που επικράτησε είναι «Ψυχολογικοί Παράγοντες που Επηρεάζουν την Ιατρική (Σωματική) Κατάσταση». Στην κατάταξη αυτή περιλαμβάνεται οποιαδήποτε ιατρική (σωματική) κατάσταση προκαλείται, εγκαθίσταται ή επιδεινώνεται από ψυχολογικούς παράγοντες. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα στους ειδικούς να προσεγγίζουν μία ασθένεια ανιχνεύοντας την αιτιολογία σε πολλούς παράγοντες. Με τον τρόπο αυτό, επισημαίνεται η επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων σε όλες σχεδόν τις ασθένειες. (Μάνος., 1997 ; Σακελλαρόπουλος,1997).

5.5 Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ DSM-IV

Το σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών DSM-IV (εκδόθηκε στις αρχές του 1994) το οποίο κατηγοριοποιείται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, τις ψυχοσωματικές διαταραχές τις ορίζει ως «ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν ιατρική (σωματική) κατάσταση».

Πιο συγκεκριμένα, στο DSM-IV τα «ψυχοσωματικά προβλήματα» κατατάσσονται με την ονομασία «ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν ιατρική (σωματική) κατάσταση» με το σκεπτικό ότι, «οι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση δεν αποτελούν ψυχική διαταραχή». Για να γίνει η συγκεκριμένη διάγνωση πρέπει να υφίστανται ένας ή και περισσότεροι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως κάποια ψυχική διαταραχή του Άξονα I ή II που μπορεί να επιδρά αρνητικά στη θεραπεία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Για παράδειγμα η κατάθλιψη έχει αρνητική πρόγνωση στη νεφρική ανεπάρκεια ή το έμφραγμα.

Επίσης, συμπτώματα ψυχολογικά όπως συμπτώματα άγχους επηρεάζουν την πορεία του πεπτικού έλκους, της κολίτιδας κ.λπ).

Η σημαντική αλλαγή στο DSM-IV από το DSM-III-R είναι ότι το DSM-IV επιτρέπει στον κλινικό να προσδιορίσει τους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση του ασθενούς. Στο DSM-III-R, το περιβαλλοντικό ερέθισμα με ψυχολογικό νόημα σχετιζόταν στενά με τη σωματική διαταραχή. Η φράση κλειδί στο DSM-III-R ήταν «περιβαλλοντικό ερέθισμα». Η κατά DSM-IV έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες επιτρέπει να σημειωθεί μια ευρεία γκάμα ψυχολογικών αιτίων (π.χ. χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ανθυγιεινές συνήθειες). Πολλοί πιστεύουν ότι η εξάλειψη του νοσολογικού όρου «ψυχοφυσιολογικό» (ένα συνώνυμο για το ψυχοσωματικό), στο DSM-II, μειώνει την έμφαση στην αλληλεπίδραση ψυχής και σώματος. Ο όρος «ψυχοσωματικό» δίνει έμφαση σε μία ολιστική προσέγγιση της ιατρικής αφού όλες οι νόσοι επηρεάζονται από ψυχολογικούς παράγοντες, μια σχέση που έχει υποστηριχθεί από διάφορες σχολές εναλλακτικής ιατρικής. (Kaplan & Sadock's, 2008; Μάνος., 1997 ; Burne, Jerome ,2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ (ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ)

Τα αίτια της εμφάνισης των ψυχοσωματικών διαταραχών θα μπορούσαν να αναζητηθούν αφ' ενός μεν στο ίδιο το άτομο, δηλαδή σε *ιδιοσυστατικούς παράγοντες*, αφ' ετέρου δε σε *εξωγενείς παράγοντες*. Επίσης σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν το άγχος και η κατάθλιψη.

Ø Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

Οι πρώτοι μελετητές υποστήριξαν ότι ορισμένα άτομα είναι περισσότερο τρωτά στις αποκαλούμενες ψυχοσωματικές παθήσεις. Αργότερα μερικοί ψυχαναλυτές αναφέρθηκαν σε ψυχικές συγκρούσεις και περιέγραψαν ιδιαίτερα προφίλ προσωπικότητας γι' αυτές τις παθήσεις. Τέτοια χαρακτηριστικά θεωρήθηκε ότι είναι η τάση για εξάρτηση και η αδυναμία εκδήλωσης των αισθημάτων επιθετικότητας ορισμένων ατόμων. Πράγματι οι ψυχοσωματικά πάσχοντες είναι άτομα που αναστέλλουν την επιθετικότητά τους π.χ. όταν θυμώνουν με κάποιον αποφεύγουν να έρθουν σε σύγκρουση και καταπνίγουν τον θυμό τους. Τα άτομα αυτά, ενώ εξωτερικά εμφανίζουν προσωπείο ανεξαρτησίας και αυτοπεποίθησης, εσωτερικά παρουσιάζουν συναισθηματική αστάθεια και ανασφάλεια. Είναι άτομα δειλά, ντροπαλά με μικρή αντοχή στην αποτυχία και την απόρριψη. Συχνά επικρατούν στην προσωπικότητά τους στοιχεία ψυχαναγκαστικά.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο μέλλον ψυχοσωματικός ασθενής-ελκοπαθής, ρευματοπαθής κ. λ π-χρησιμοποιεί σαν δρόμο έκφρασης της ανεσταλμένης επιθετικότητάς του τα όργανα του σώματός του. Εκεί η επιθετικότητά του σωματοποιείται και μέσω νευρομυϊκών μηχανισμών προκαλείται πόνος ή και αλλοίωση των ιστών.

Ø Εξωγενείς παράγοντες

Εκτός από την αναζήτηση των αιτιών στο ίδιο το άτομο, έγινε προσπάθεια και για τον καθορισμό των εξωγενών παραγόντων που θα μπορούσαν να επιδράσουν στην ψυχική του σφαίρα. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι καταστάσεις της καθημερινής ζωής προκαλούν στρες, όπως αντίδραση πένθους μετά από θάνατο, οικονομικά προβλήματα, επαγγελματικές πιέσεις, τεταμένες ανθρώπινες σχέσεις κ.α., αποτελούν σημαντικούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ψυχοσωματικών παθήσεων.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Selye, το άτομο αντιδρά στο στρες με ειδικούς νευροενδοκρινικούς μηχανισμούς άμυνας. Το στρες συχνά προκαλεί διαταραχή της ισορροπίας των ορμονών του φλοιού των επινεφριδίων και της υπόφυσης και έτσι είναι δυνατόν σε προδιατεθειμένα άτομα, να οδηγήσει στην ανάπτυξη ψυχοσωματικής πάθησης. (Γιαννοπούλου,2005).

Πιο συγκεκριμένα οι αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες είναι οι εξής:

- **Κληρονομικότητα**

Αυτό που πιστεύεται ότι κληρονομείται είναι η προδιάθεση για νόσηση. Αυτή η προδιάθεση έχει επισημανθεί σε νοσήματα όπως το βρογχικό άσθμα, το έλκος του δωδεκαδακτύλου, η ημικρανία, η αρτηριακή πίεση κ.λπ.

- **Προσωπικότητα**

Παίζει κάποιο ρόλο στην εκδήλωση ψυχοσωματικών νοσημάτων, όχι όμως καθοριστικό ούτε και εξειδικευμένο. Παλαιότερα, είχε υποστηριχθεί ότι ένας συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας προδιαθέτει για συγκεκριμένη πάθηση, η άποψη όμως αυτή είναι σήμερα ξεπερασμένη. Από τους ψυχοδυναμικού προσανατολισμού ερευνητές υποστηρίζεται ότι παθήσεις του ανώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα (π.χ. έλκος του δωδεκαδακτύλου) απαντούν σε άτομα που έχουν καθηλωθεί στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, ενώ παθήσεις του κατώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα σε άτομα που έχουν καθηλωθεί στο πρωκτικό στάδιο.

- **Συναισθηματική διαπάλη**

Έχει υποστηριχθεί ότι ένας συγκεκριμένος τύπος συναισθηματικής διαπάλης προδιαθέτει στην εκδήλωση ενός συγκεκριμένου τύπου ψυχοσωματικής διαταραχής. Για παράδειγμα ο Alexander και οι συνεργάτες του έχουν υποστηρίξει ότι η διαπάλη ανάμεσα στις συνειδητές τάσεις ανεξαρτησίας και στις υποσυνείδητες τάσεις εξάρτησης μπορεί να οδηγήσει σε έλκος του δωδεκαδακτύλου. Οι ψυχοδυναμικές αυτές απόψεις επιβεβαιώθηκαν από ορισμένες μελέτες, δεν έχουν όμως γενική εφαρμογή.

- **Στρεσογόνοι παράγοντες**

Ψυχοπιεστικές καταστάσεις που προκαλούν stress συμβάλουν στην έκλυση ψυχοσωματικών νοσημάτων. Οι ψυχοπιεστικές αυτές καταστάσεις συνήθως είναι δυσάρεστες. Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η απώλεια της εργασίας, η υποβάθμιση του επαγγελματικού ή κοινωνικού status, ακόμη και η απώλεια υλικών αγαθών συνιστούν στρεσογόνα γεγονότα. Υπάρχουν όμως και ευχάριστες καταστάσεις, που συνιστούν στρεσογόνα γεγονότα. Η προαγωγή στην εργασία, ο γάμος, η απόκτηση παιδιού, δημιουργούν μεγαλύτερες υποχρεώσεις και περισσότερο stress. Γι' αυτό στα ερωτηματολόγια στρεσογόνων γεγονότων (όπως αυτό των Holmes και Rahe), εκτός από τα δυσάρεστα γεγονότα που προκαλούν stress υπάρχουν και ορισμένα ευχάριστα. Ιδιαίτερη σημασία για την έκλυση ψυχοσωματικών νοσημάτων έχει αποδοθεί στις καταστάσεις ψυχολογικού αδιεξόδου (helplessness and hopelessness), στις καταστάσεις δηλαδή όπου οι συνθήκες είναι τόσο απελπιστικές, ώστε δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης ή οδός διαφυγής. Τέτοιες καταστάσεις παρατηρήθηκαν σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού κατά τον πρόσφατο πόλεμο στην πρώην Γιουγκοσλαβία, στις οποίες παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση παθήσεων όπως ο καρκίνος, ο αλκοολισμός κ.λπ.

Ας δούμε όμως πως δρουν οι ψυχοπιεστικοί (στρεσογόνοι) παράγοντες και μέσα από ποιόν διάυλο επιδρούν. **Ο μεσάζων** μπορεί να είναι:

1. **Το αυτόνομο νευρικό σύστημα**

Η επικράτηση του ενός ή του άλλου σκέλους του αυτόνομου νευρικού συστήματος θεωρείται καθοριστικής σημασίας. Για παράδειγμα, στο έλκος επικρατεί το παρασυμπαθητικό, ενώ στην αρτηριακή υπέρταση το συμπαθητικό σκέλος (Alexander).

2. **Ο υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακός άξονας**

Η δυσλειτουργία του άξονα αυτού οδηγεί σε μια πλειάδα ψυχοσωματικών εκδηλώσεων.

3. Οι αδένες έσω εκκρίσεως

Έχει επισημανθεί π.χ. ο ρόλος των κορτικοστεροειδών στην περίπτωση του συνδρόμου γενικής προσαρμογής του Hans Selye.

4. Το ανοσοβιολογικό σύστημα

Υπάρχει στενή σχέση του ανοσοβιολογικού συστήματος με τον εγκέφαλο. Μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) τροποποιούν την απαντητικότητα του ανοσοβιολογικού συστήματος και οι ανοσοβιολογικές αντιδράσεις επιδρούν στη δραστηριότητα του ΚΝΣ.

Είναι επίσης γνωστό ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά τις ανοσοβιολογικές αντιδράσεις (μείωση των Τ-λεμφοκυττάρων σε ανθρώπους που έχασαν τον σύντροφό τους, σε άνεργους, στους ανθρώπους που φροντίζουν συγγενείς τους με νόσο του Alzheimer, ακόμη και σε φοιτητές σε περίοδο εξετάσεων).

• Μαθησιακοί παράγοντες

Είναι γνωστό ότι με μηχανισμούς μάθησης, μπορεί κανείς να επηρεάζει συνειδητά ορισμένες λειτουργίες του σώματος, όπως π.χ. τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση, τον ηλεκτροεγκεφαλογραφικό ρυθμό κ.λπ.

Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν οδηγήσει στη διατύπωση της άποψης ότι μαθησιακοί παράγοντες μπορεί να συνδέονται αιτιοπαθογενετικά με τα ψυχοσωματικά νοσήματα. Έχουν επίσης οδηγήσει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως π.χ. σε περιπτώσεις παροξυσμικής ταχυκαρδίας, κρίσεων κεφαλαλγίας κ.λπ., με μηχανισμούς βίο-ανάδρασης (bio-feedback). Ο ασθενής δηλαδή πληροφορείται, π.χ., τον ρυθμό της καρδιάς του παρακολουθώντας την καταγραφή του σε μία οθόνη και συνειδητά τον τροποποιεί.

• Παράγοντες συνδεδεμένοι με τη συναισθηματική εκφόρτιση

Κατά την άποψη των ψυχοδυναμικών ψυχιάτρων, οι επιθετικές αντιδράσεις εκφορτίζονται ακολουθώντας την παρακάτω διαδικασία:

1. Σχεδιασμός της επιθετικής ενέργειας (ψυχοδιανοητική φάση)
2. Προσαρμογή του οργανισμού στις ανάγκες που απορρέουν από την επιθετική ενέργεια (αύξηση κυκλοφορίας του αίματος, υπέρπνοια) μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος
3. Σωματοποίηση της επιθετικότητας με επιθετική μυϊκή ενέργεια (νευρομυϊκή φάση).

Αν η διαδικασία αυτή ανασταλεί κατά την πρώτη φάση, μπορεί να προκληθεί ημικρανία, αν ανασταλεί στη δεύτερη φάση μπορεί να προκύψει υπέρταση, αν ανασταλεί στη τρίτη φάση μπορεί να προκύψει αρθρίτιδα.

Αν αποδεχθούμε τις απόψεις αυτές, το πρακτικό θεραπευτικό συμπέρασμα που απορρέει είναι ότι η επιθετικότητα θα πρέπει να εκφορτίζεται. Επειδή όμως η εκφόρτιση αυτή δεν επιτρέπεται να γίνεται προς τον αρχικό στόχο (δεν μπορεί π.χ., κανείς να χαστουκίζει ατιμωρητί τον προϊστάμενό του), ο στόχος αλλάζει και γίνεται, π.χ., μια μπάλα ποδοσφαίρου. Έτσι η απαγορευμένη επιθετική ενέργεια μετασχηματίζεται σε μία κοινωνικά αποδεκτή επιθετική ενέργεια.

• Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Έχει βρεθεί κάποια σχέση των ψυχοσωματικών διαταραχών με τη χαμηλή κοινωνικό-οικονομική τάξη, καθώς και με συνθήκες κοινωνικής αποδιοργάνωσης. Η αρτηριακή υπέρταση ειδικότερα έχει συσχετιστεί με χαμηλό οικονομικό εισόδημα, καθώς και με διαβίωση σε συνθήκες συνωστισμού (παρατηρήσεις σε ζώα του εργαστηρίου).

(Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; Adsett, 2006.)

6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ (DSM ΚΑΙ ΑΛΛΑ)

Το βασικό χαρακτηριστικό είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων συγκεκριμένων ψυχολογικών ή συμπεριφορικών παραγόντων, που επηρεάζουν αρνητικά μία γενική ιατρική (σωματική) κατάσταση.

Η αρνητική αυτή επίδραση μπορεί να γίνεται με πολλούς τρόπους:

- Μπορεί οι παράγοντες αυτοί να επηρεάζουν την πορεία της σωματικής κατάστασης (που συνάγεται από την διαπίστωση στενής χρονικής σχέσης ανάμεσα στους παράγοντες και την εμφάνιση, παρόξυνση ή και καθυστέρηση στην ανάρρωση από τη σωματική κατάσταση).
- Μπορεί να παρεμβαίνουν στη θεραπεία της σωματικής κατάστασης.
- Μπορεί να αποτελούν ένα επιπρόσθετο κίνδυνο για την υγεία του ατόμου (π.χ. συνεχιζόμενη υπερβολική λήψη τροφής σ' ένα άτομο με εξαρτώμενο από το βάρος διαβήτη).
- Μπορεί να προκαλούν ή να παροξύνουν συμπτώματα μιας γενικής σωματικής κατάστασης με το να εκλύουν φυσιολογικές απαντήσεις σχετιζόμενες με το στρες (π.χ. προκαλώντας πόνο στο στήθος σε άτομα με στεφανιαία νόσο ή βρογχόσπασμο σε άτομα που πάσχουν από άσθμα).

Οι ψυχολογικοί ή συμπεριφορικοί παράγοντες που επηρεάζουν γενικές σωματικές καταστάσεις περιλαμβάνουν διαταραχές του Άξονα I, διαταραχές του Άξονα II, ψυχολογικά συμπτώματα ή στοιχεία (χαρακτηριστικά) προσωπικότητας που δεν συμπληρώνουν τα πλήρη κριτήρια για κάποια συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή, δυσπροσαρμοστικές για την υγεία συμπεριφορές, φυσιολογικές απαντήσεις σε περιβαλλοντικούς ή κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες.

Ουσιαστικά, ψυχολογικοί ή συμπεριφορικοί παράγοντες παίζουν δυνητικά ρόλο στην εκδήλωση ή στην θεραπεία κάθε γενικής σωματικής κατάστασης. Για να θεωρηθεί ότι υπάρχει η διάγνωση αυτή θα πρέπει οι παράγοντες αυτοί να παίζουν ένα κλινικά σημαντικό ρόλο στην πορεία ή στην έκβαση της σωματικής κατάστασης ή να τοποθετούν το άτομο σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για αρνητική έκβαση. Και βέβαια άλλη φορά η σχέση ανάμεσα σ' αυτούς και τη σωματική κατάσταση μπορεί να είναι εμφανής κι άλλη φορά μόνο να συνάγεται.

Οι ψυχολογικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την πορεία κάθε σωματικής νόσου συμπεριλαμβανομένων καρδιαγγειακών καταστάσεων, δερματολογικών, ενδοκρινικών, γαστρεντερικών, νεοπλαστικών, νευρολογικών, πνευμονικών, νεφρικών, ρευματολογικών.

Η διάγνωση Ψυχολογικοί Παράγοντες που Επηρεάζουν Ιατρική Κατάσταση κωδικοποιείται και αναγράφεται στον Άξονα I και η συνοδός γενική ιατρική κατάσταση στον Άξονα III.

Για την μεγαλύτερη εξειδίκευση όσον αφορά τον τύπο των ψυχολογικών παραγόντων, επιλέγεται η ονομασία τους από την παρακάτω λίστα. Αν είναι περισσότεροι από έναν τύπο παραγόντων, είναι καλό να σημειωθεί ποιος τύπος προεξάρχει.

Τύποι παραγόντων (που δεν επηρεάζουν γενική ιατρική (σωματική) κατάσταση):

Ψυχική διαταραχή

Κάποια διαταραχή του Άξονα I ή II επηρεάζει σημαντικά τη πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή που επηρεάζει αρνητικά την πρόγνωση του εμφράγματος, της νεφρικής ανεπάρκειας ή της

αιμοκάθαρσης, σχιζοφρένεια που επιπλέκει τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη). στην περίπτωση αυτή επιπρόσθετα κωδικοποιείται και αναγράφεται στον Άξονα I ή II και η συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή.

Ψυχολογικά συμπτώματα

Συμπτώματα, που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποια διαταραχή του Άξονα I, επηρεάζουν την πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. συμπτώματα άγχους ή κατάθλιξης επηρεάζουν την πορεία και τη βαρύτητα του συνδρόμου ευερέθιστου κόλου ή πεπτικού έλκους ή επιπλέκουν την ανάρρωση από μία χειρουργική επέμβαση).

Στοιχεία Προσωπικότητας ή Τρόπος Αντιμετώπισης

Κάποια στοιχεία της προσωπικότητας ή ένας δυσπροσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης επηρεάζουν σημαντικά την πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Τα στοιχεία της προσωπικότητας μπορεί να ανήκουν στα στοιχεία κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας χωρίς να συμπληρώνουν τα κριτήρια για τη διάγνωσή της ή να αποτελούν ένα πλαίσιο που έχει δείχθει ότι είναι παράγοντας κινδύνου για ορισμένες νόσους (π.χ. "τύπος A" προσωπικότητας (έντονη πίεση, εχθρική συμπεριφορά) που αυξάνει τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, προβλήματα προσωπικότητας και δυσπροσαρμοστικοί τρόποι αντιμετώπισης της αρρώστιας που δυσκολεύουν το έργο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού).

Δυσπροσαρμοστικές για την υγεία συμπεριφορές

Όπως π.χ. υπερβολική χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, μη ασφαλές σεξ, καθιστική ζωή, υπερβολική λήψη τροφής κ. ο. κ. επηρεάζουν σημαντικά την πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Αν βέβαια, οι συμπεριφορές αυτές πληρούν τα κριτήρια για κάποια ψυχική διαταραχή του Άξονα I, όπως π.χ. ψυχογενής βουλιμία ή εξάρτηση από αλκοόλ, τότε αναγράφεται ως τύπος η ανάλογη "ψυχική διαταραχή" (η οποία, φυσικά, αναγράφεται και ως επιπρόσθετη διάγνωση στον Άξονα I).

Φυσιολογική απάντηση σχετιζόμενη με το στρες

Όπου π.χ. το στρες μπορεί να προκαλέσει πόνο στο στήθος ή αρρυθμία σ' ένα άτομο με στεφανιαία νόσο.

Τέλος υπάρχει και ο τύπος των **άλλων ή απροσδιόριστων παραγόντων**, που μπορεί να επηρεάζουν μια γενική ιατρική κατάσταση, που αναγράφεται όταν οι παράγοντες δεν ανήκουν σε καμιά από τις παραπάνω κατηγορίες. (Μάνου, 1999).

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

- A. Κάποια γενική ιατρική κατάσταση (κωδικοποιείται και αναγράφεται στον Άξονα III) είναι παρούσα.
- B. Ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά τη γενική ιατρική κατάσταση με κάποιον από τους ακόλουθους τρόπους:
 - 1. Οι παράγοντες έχουν επηρεάσει την πορεία της γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως δείχνει η στενή χρονική σχέση ανάμεσα στους ψυχολογικούς παράγοντες και στην εμφάνιση ή παρόξυνση ή καθυστέρηση της ανάρρωσης από τη γενική ιατρική κατάσταση.
 - 2. Οι παράγοντες παρεμβαίνουν στη θεραπεία της γενικής

- ιατρικής κατάστασης
3. Οι παράγοντες αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου για την υγεία του ατόμου
 4. Φυσιολογικές απαντήσεις σχετιζόμενες με στρες προκαλούν ή παροξύνουν συμπτώματα της γενικής ιατρικής κατάστασης (Γεωργαλάς, X/X)

6.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει κυρίως από τις σωματόμορφες διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την παρουσία τόσο ψυχολογικών παραγόντων όσο και σωματικών συμπτωμάτων, όπου όμως δεν υπάρχει γενική ιατρική κατάσταση στην οποία να μπορούν να αποδοθούν ολοκληρωτικά τα σωματικά συμπτώματα. Ειδικά, επίσης, όσον αφορά τις περιπτώσεις όπου ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν σύνδρομο πόνου, η διάγνωση μπαίνει ως διαταραχή πόνου συνδεόμενη με ψυχολογικούς παράγοντες ή διαταραχή πόνου συνδεόμενη με ψυχολογικούς παράγοντες και με γενική ιατρική κατάσταση.

Αν πρόκειται για μη συμμόρφωση στη θεραπεία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης εξαιτίας διαφόρων ψυχολογικών παραγόντων και που γίνεται έντονα αντικείμενο κλινικής προσοχής, ως διάγνωση τίθεται μη συμμόρφωση προς τη θεραπεία.

Αν συνυπάρχει μια διαταραχή χρήσης ουσιών, που επηρεάζει ή προκαλεί μια γενική ιατρική κατάσταση, τότε στον Άξονα Ι επιπρόσθετα με τη διάγνωση διαταραχή χρήσης ουσιών μπαίνει και η διάγνωση ψυχική διαταραχή που επηρεάζει γενική ιατρική κατάσταση.

Αν η χρήση ουσιών δεν πληροί τα κριτήρια για διάγνωση διαταραχής χρήσης ουσιών τότε μπαίνει η διάγνωση δυσπροσαρμοστικές για την υγεία συμπεριφορές που επηρεάζουν γενική ιατρική κατάσταση.

Όσον αφορά την ψυχική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση (που είναι η αντίθετη διαταραχή) σ' αυτήν κρίνεται ότι μια γενική ιατρική κατάσταση μέσα από κάποιον φυσιολογικό μηχανισμό προκαλεί την ψυχική διαταραχή. (Μάνου, 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η σχέση μεταξύ διαταραχών του αναπνευστικού συστήματος και ψυχολογικών παραγόντων γίνεται εμφανής και με την έξαρση ποικίλων νόσων του αναπνευστικού συστήματος, σε περιόδους κατά τις οποίες ο ασθενής υφίσταται ψυχική καταπόνηση.

7.1.1 ΔΥΣΠΝΟΙΑ

Η δύσπνοια είναι ίσως το πλέον δυσάρεστο σύμπτωμα που μπορεί να αισθανθεί ο άνθρωπος. Το αίσθημα ότι δεν επαρκεί ο αέρας που αναπνέουμε, ξυπνά τον πιο πρωτόγονο φόβο. Φόβος, που συνδέεται άμεσα με την ίδια τη διατήρηση της ζωής. Έτσι, η παραμικρή διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας δημιουργεί έντονο άγχος στον ασθενή. Εξ' άλλου το άγχος προκαλεί συνήθως ταχύπνοια. Όταν η ταχύπνοια είναι έντονη και έχει διάρκεια, τότε προκαλείται υποκαπνία, με αποτέλεσμα το αίσθημα αιμωδίας κυρίως στα άκρα, τα χείλη και τη γλώσσα. Το αίσθημα αυτό με τη σειρά του, κινητοποιεί την εκδήλωση άγχους. Έτσι κλείνει ένας φαύλος κύκλος άγχους και αναπνευστικής δυσλειτουργίας. Ο φαύλος αυτός κύκλος αποτελεί πολύ συχνό φαινόμενο και είναι ο λόγος για τον οποίο παρουσιάζονται σε ιατρούς που ασχολούνται με το αναπνευστικό σύστημα, όπως παθολόγους και πνευμονολόγους, ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από αγχώδη διαταραχή. (Χριστοδούλου Γ, Ν., & Συν., 2004).

7.1.2 ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Το άσθμα προσβάλλει 3 έως 5% του πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα τρία χαρακτηριστικά στοιχεία της πάθησης είναι η φλεγμονή, η υπερευαισθησία και μία μερικώς αναστρέψιμη απόφραξη των αεροφόρων οδών. Η διάγνωση βασίζεται στην ύπαρξη επεισοδίων δύσπνοιας και συριγμού.

Οι κρίσεις άσθματος επισυμβαίνουν συνήθως σε ευαίσθητα άτομα κατά τη διάρκεια ψυχικής καταπόνησης (ψυχικό stress). Η συναισθηματική διέγερση προκαλεί μεταβολές στον τόνο των αεραγωγών. Η συσχέτιση είναι τόσο έντονη, ώστε οι κλινικοί γιατροί, πριν από αρκετές δεκαετίες, είχαν εντάξει το άσθμα στα ψυχοσωματικά νοσήματα, όπως αποκαλούσαν τα νοσήματα αυτά, με άγνωστη τότε αιτιολογία, στα οποία είχαν παρατηρήσει ότι η εμφάνιση και οι εξάρσεις τους εξαρτώνταν από την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Επιπλέον, συνιστούσαν την ψυχοθεραπεία ως συμπλήρωμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθματικών ασθενών, κάτι που αποδείχθηκε αρκετά αποτελεσματικό, καθώς οι κρίσεις

άσθματος είχαν μικρότερη ένταση, δεν προκαλούσαν πανικό και αγχώδη αντίδραση στον ασθενή και σε ορισμένες περιπτώσεις είχαν παρατηρηθεί και πλήρης υφέσεις της νόσου.

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση ενός εισπνεόμενου β-αδρενεργικού παράγοντα. Εάν τα συμπτώματα συνεχίζονται, προστίθεται ένα εισπνεόμενο κορτικοστεροειδές. Εάν τα συμπτώματα και πάλι δεν ανταποκρίνονται, αυξάνονται οι δόσεις των εισπνεόμενων παραγόντων. Η ψυχο-εκπαίδευση, η χαλάρωση, η βιοανάδραση και η οικογενειακή θεραπεία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του άσθματος.

Η αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών πρακτικών που βασίζονται στην υποβολή, όπως ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική κ.α., στο άσθμα, την ασθματική βρογχίτιδα, αλλά και την αλλεργική ρινίτιδα, επιβεβαιώνουν την σχέση μεταξύ του ψυχικού οργάνου και του αναπνευστικού συστήματος.

Η διερεύνηση αυτής της σχέσης έχει μέχρι σήμερα αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα. Έχουν αποκαλυφθεί πολλές "γέφυρες" που συνδέουν τον εγκέφαλο με το ανοσιακό σύστημα και επηρεάζουν το επίπεδο ανοσιακής αντίδρασης του οργανισμού. Για παράδειγμα έχει επανειλημμένα αναφερθεί ότι η συναισθηματική καταπόνηση και η κατάθλιψη μειώνουν τα Τ-λεμφοκύτταρα, τις ανοσοσφαιρίνες, καθώς και ομάδες ιντερλευκινών. Είναι επομένως προφανές ότι σε περιόδους ψυχικής καταπόνησης, η ανοσιακή απαντητικότητα του ατόμου είναι μειωμένη και η προστασία το αναπνευστικού συστήματος και ειδικά του βλεννογόνου του έναντι εξωγενών παραγόντων είναι ανάλογα ελαττωμένη. Έτσι, ο ασθενής γίνεται περισσότερο ευάλωτος και επιρρεπής σε κρίσεις άσθματος. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004; Michael et al, 2008).

7.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η σχέση ανάμεσα σε ψυχολογικούς παράγοντες και στις νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος είναι σύνθετη και μπορεί να επηρεάζεται από ποικίλους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως γενετικούς, διαίτα, σωματική άσκηση, κάπνισμα, stress, επαγγελματικούς κινδύνους και τυχόν συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

Η σπουδαιότητα του κάθε παράγοντα διαφέρει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται από την ιδιαίτερη σημασία που έχει για το συγκεκριμένο άτομο και από την ικανότητά του να τον χειριστεί, να προσαρμοστεί και να τον αντιμετωπίσει.

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές από το καρδιαγγειακό σύστημα περιλαμβάνουν κυρίως τη στεφανιαία νόσο, συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος, του αιφνίδιου θανάτου, και την υπέρταση.

Οι κυριότεροι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου είναι ο τύπος προσωπικότητας, ο τρόπος που το άτομο χειρίζεται τις περιβαλλοντικές καταστάσεις (coping style), η φυσιολογική υπεραντιδραστικότητα (physiological hyperreactivity) στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, η ψυχοπαθολογία, καθώς και κοινωνικοί, πολιτιστικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες. (Harold Kaplan, MD & Benjamin Sadock MD, 1995 ; <http://www.gnothisafton.gr/psychosomatikes-pathisis/>)

7.2.1 ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Η δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος αυξάνει την πιθανότητα διαταραχών του κοιλιακού ρυθμού, ειδικά όταν υπάρχει προηγούμενη ισχαιμική βλάβη. Η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η οποία αυξάνει την καρδιακή συχνότητα μπορεί να πυροδοτήσει έκτοπες θέσεις στο μυοκάρδιο οι οποίες επικαλύπτουν τις φυσιολογικές οδούς αγωγιμότητας, προκαλώντας δυνητικά θανατηφόρες αρρυθμίες. Και το περιφερικό συμπαθητικό νευρικό σύστημα και το κεντρικό νευρικό σύστημα μπορούν να

παράγουν ερεθίσματα που οδηγούν στο φαινόμενο αυτό.

Ο Frasure-Smith και συν. διαπίστωσαν ότι οι θάνατοι εντός 18 μηνών μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν περισσότεροι σε καταθλιπτικούς ασθενείς με 10 ή περισσότερες πρώιμες κοιλιακές συστολές ανά ώρα. Σε αυτήν την ομάδα ασθενών, το 83% της θνητότητας οφειλόταν σε "αρρυθμιολογικούς θανάτους". Στα άτομα αυξημένου κινδύνου (π.χ. εκείνα με προϋπάρχουσα καρδιακή νόσο ή διαταραχές του καρδιακού ρυθμού), δραστηριότητες που αυξάνουν την αδρενεργική δραστηριότητα μπορούν να προκαλέσουν κοιλιακές αρρυθμίες - για παράδειγμα, η ομιλία σε δημόσιο χώρο, ο φόβος μιας επερχόμενης ανεπιθύμητης δραστηριότητας, ο εκνευρισμός κατά την οδήγηση ("road rage") και η ανάκληση συναισθηματικά φορτισμένων γεγονότων. Σε μία σειρά ασθενών, τα ψυχολογικά στρεσογόνα ερεθίσματα ήταν πιο αξιόπιστοι επαγωγείς αρρυθμιών από ότι σωματικοί χειρισμοί όπως η μάλαξη του καρωτιδικού κόλπου, ο υπεραερισμός και ο χειρισμός Valsava. Απλές και φτηνές μη φαρμακολογικές τεχνικές, όπως οι ασκήσεις χαλάρωσης και η ύπνωση, αλλά και φάρμακα, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τις κοιλιακές αρρυθμίες. (Michael et al., 2008).

7.2.2 ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Τόσο ιδιοσυστατικοί όσο και σχετιζόμενοι με το stress παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση υπέρτασης. Το άτομο που παρουσιάζει μία τέτοια διαταραχή υποτίθεται ότι παλεύει με μία εσωτερική σύγκρουση που την δημιουργεί η έντονη επιθυμία του να εκφράσει εχθρικά, επιθετικά συναισθήματα, από τη μια μεριά, και η ταυτόχρονη ανάγκη να επιβάλλει την θέλησή του πάνω στους άλλους. Πρόκειται για ένα σύμπλεγμα εξαρτημένης υποταγής και κρυφής εχθρικότητας, που ο άρρωστος δεν μπορεί να εκδηλώσει. Οι ασθενείς με υπέρταση εμφανίζουν γενικά πιο παρατεταμένη αγγειοσυσπαστική αντίδραση σε ερεθίσματα ψυχολογικού stress από ότι οι ασθενείς με φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Οι πρώτοι εμφανίζουν επίσης εντονότερες ιδιοστασιακές αντιδράσεις της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης σε ερεθίσματα ψυχολογικού stress από ότι οι τελευταίοι.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες επίσης παίζουν ρόλο στην υπέρταση. Για παράδειγμα, σε πληθυσμούς που ζουν σε σταθερά, ασφαλέστερα και αγροτικά περιβάλλοντα λιγότερα άτομα εμφανίζουν υπέρταση από ότι σε πληθυσμούς με υψηλότερα ποσοστά εγκληματικότητας και ασταθείς κοινωνικές δομές. Το stress μπορεί να οδηγήσει τόσο σε βραχυπρόθεσμη όσο και σε μακροπρόθεσμη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, λόγω αυτής της αλληλεπίδρασης περιβαλλοντικών και ιδιοσυστασιακών παραγόντων.

Περισσότεροι από 60 εκατομμύρια Αμερικανοί έχουν υπέρταση. Ο επιπολασμός μεταξύ των λευκών είναι περίπου 15%, όμως είναι άνω του 25% στον πληθυσμό των Αφροαμερικανών. Αυτή η σημαντική φυλετική διαφορά στον επιπολασμό της υπέρτασης είναι ανεξήγητη.

Από τα άτομα με υπέρταση, το 95% έχουν πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή υπέρταση. Το υπόλοιπο 5% έχουν δευτεροπαθή υπέρταση, συνήθως οφειλόμενη σε νεφρική νόσο, νεφραγγειακή, περίσσεια στεροειδών ορμονών, λήψη αντισυλληπτικών από του στόματος ή υπερπαραθυρεοειδισμό.

Η αντιμετώπιση της υπέρτασης μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα της πάθησης. Θεραπεία με αντιυπερτασικά φάρμακα εφαρμόζεται κυρίως όταν η συστολική αρτηριακή πίεση είναι πάνω από 140 mm Hg και όταν η διαστολική αρτηριακή πίεση είναι μεγαλύτερη από 90 mm Hg. (Michael et al, 2008;Χαρτοκόλλης., 1991).

7.2.3 ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η ισχαιμία του μυοκαρδίου οδηγεί συχνά σε έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να συμβεί κατά την ηρεμία ή την φυσιολογική δραστηριότητα, ενώ μπορεί να αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Κατά κανόνα, ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συνοδεύεται από έντονο θωρακικό άλγος που διαρκεί περισσότερο από 30 λεπτά, ο πόνος δεν ανακουφίζεται με την υπογλώσσια λήψη νιτρογλυκερίνης. Οι περισσότεροι θάνατοι που σχετίζονται με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συμβαίνουν κατά τις πρώτες λίγες ώρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και είναι αποτέλεσμα κοιλιακής μαρμαρυγής. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι ασθενείς τα πρόδρομα σημεία και να αναζητούν άμεσα περίθαλψη όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα. Δυστυχώς, το 20% περίπου των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου δεν αναγνωρίζονται. Η άρνηση των συμπτωμάτων και των πρόδρομων σημείων του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου από άτομα, κυρίως άνδρες, αποτελούν σημαντική πηγή θνητότητας και νοσηρότητας. Ο συχνότερος εκλυτικός παράγοντας ισχαιμίας του μυοκαρδίου σε ασθενείς με προϋπάρχουσα στεφανιαία νόσο είναι το ψυχολογικό stress. Η επαγόμενη από ψυχοπαιεστικά ερεθίσματα ισχαιμία είναι συχνότερη από την ισχαιμία που προκαλείται από σωματικούς στρεσογόνους παράγοντες.

Η ομαλή ανάρρωση από έμφραγμα του μυοκαρδίου εξαρτάται επίσης σε μεγάλο βαθμό από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι Ruberman και συνεργάτες τους κατέδειξαν ότι οι μετεμφραγματικοί ασθενείς που είναι κοινωνικά απομονωμένοι και εμφανίζουν υψηλά επίπεδα stress έχουν τουλάχιστον τετραπλάσιο κίνδυνο θανάτου, σε σύγκριση με τους αντίστοιχους ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα stress και απομόνωσης.

Η παρουσία μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε έναν ασθενή με καρδιακή νόσο έχει σημαντική επίπτωση στη νοσηρότητα και στη θνητότητα. Οι Carney και συνεργάτες τους διαπίστωσαν ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή ήταν ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας εμφράγματος του μυοκαρδίου, αγγειοπλαστικής και θανάτου σε μία περίοδο 12 μηνών μετά από καρδιακό καθετηριασμό. Οι ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής έχουν πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν εντός έξι μηνών από την έξοδό τους από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με μη καταθλιπτικούς ασθενείς. Σε μία πρόσφατη ανασκόπηση οι Glassman και Shapiro διατύπωσαν: «είναι πλέον απολύτως σαφές ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με την ισχαιμική καρδιοπάθεια». Η κατάθλιψη προηγούταν της καρδιαγγειακής νόσου κατά 10 έτη, ενώ φαινόταν να αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νοσηρότητας κατά 1.5 έως 2.0 φορές μετά τον έλεγχο για άλλους παράγοντες κινδύνου. Η κατάθλιψη αποτελούσε επίσης ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για θάνατο σε μετεμφραγματικούς ασθενείς, αυξάνοντας το δείκτη θνητότητας κατά τρεις έως πέντε φορές. Οι ερμηνείες για το πώς η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο περιλαμβάνουν υπερδραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, μειωμένη ικανότητα ανταπόκρισης της καρδιακής συχνότητας, κοιλιακή αστάθεια, ισχαιμία του μυοκαρδίου οφειλόμενη σε stress και μεταβολές στους υποδοχείς και την ικανότητα αντίδρασης των επινεφριδίων.

Παρόλο που τα στοιχεία είναι περιορισμένα, η αντικαταθλιπτική αγωγή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και μείζονα κατάθλιψη πιθανότητα μειώνει την θνητότητα. Ασθενείς που υποβάλλονται σε νοσοκομειακή θεραπεία αντιμετώπισης του stress και ασκήσεις χαλάρωσης μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζουν καλύτερα αποτελέσματα τόσο στην εργασία όσο και στο συναισθηματικό τομέα 6 μήνες αργότερα, σε σύγκριση με αντίστοιχους ασθενείς που δεν ακολουθούν τη θεραπεία αυτή.

Οι ασθενείς με συμπτώματα και διαταραχή άγχους εμφανίζουν πολλά σωματικά συμπτώματα, τα οποία οι ίδιοι, αλλά και οι γιατροί τους, αποδίδουν συχνά σε κοιλιακές αρρυθμίες, άσθμα, στεφανιαία νόσο, ίλιγγο, αγγειακή εγκεφαλική νόσο ή ενδοκρινική διαταραχή. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές παραπέμπονται συχνά για ακριβές και περιττές εξετάσεις, όπως περιπατητικό ΗΚΓ (Holter), καρδιακό καθετηριασμό ή εξετάσεις για φαιοχρωμοκύτωμα. Το άγχος που παρατηρείται στους πληθυσμούς της γενικής ιατρικής δεν είναι συνήθως παθολογικό. Τα ήπια αγχώδη σύνδρομα (φυσιολογικό περιστασιακό άγχος και διαταραχή προσαρμογής με αγχώδη διάθεση) υποχωρούν συνήθως με την εξάλειψη του στρεσογόνου ερεθίσματος. Ωστόσο, σοβαρότερο άγχος ή ακόμη και ηπιότερα αγχώδη συμπτώματα σε ασθενείς με διαταραγμένη αναπνευστική ή καρδιακή λειτουργία μπορούν να προκαλέσουν οξεία δυσφορία, να επηρεάσουν την ιατρική εκτίμηση και θεραπεία και να αυξήσουν τη νοσηρότητα. Ο βαθμός του άγχους συσχετίζεται επίσης θετικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, ακόμα και μετά από έλεγχο των αποτελεσμάτων για τη βαρύτητα της νόσου. Οι ασκήσεις ελεγχόμενης αναπνοής και χαλάρωσης είναι αρκετά αποτελεσματικές στην ανακούφιση της δύσπνοιας, της ζάλης ή των θωρακικών πόνων που συχνά συνοδεύουν τις κρίσεις πανικού και το γενικευμένο άγχος. Οι χρήσιμες γνωσιακές παρεμβάσεις εστιάζουν κατά κανόνα στη μείωση των υπερβολικών νοσοφοβιών του ασθενούς. Οι φοβίες αυτές συνοδεύουν και διαιωνίζουν το άγχος. (Michael et al, 2008 ; <http://www.gnothisafton.gr/psychosomatikes-pathisis/>)

7.2.4 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΥΠΟΥ Α

Η διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων στη στεφανιαία νόσο οδήγησε τον M. Friedman το 1959 στην περιγραφή και τον καθορισμό του τύπου Α προσωπικότητας, μετά από παρατηρήσεις ότι ορισμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά συναντώνται με μεγάλη συχνότητα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Τα άτομα με τον τύπο Α προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα, φιλοδοξία, ανυπομονησία, ανταγωνιστική συμπεριφορά και διαρκή αίσθηση ότι λειτουργούν κάτω από την πίεση του χρόνου, σε σύγκριση με τα άτομα τύπου Β προσωπικότητας.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο τύπος προσωπικότητας Α συνιστά παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο και θεωρείται ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη της διαμέσου επίδρασής του στην καρδιαγγειακή υπεραντιδραστικότητα. Σε άτομα που ήδη πάσχουν από στεφανιαία νόσο, ο τύπος Α δεν αυξάνει τον κίνδυνο για επακόλουθα καρδιαγγειακά συμβάντα.

Γενετικοί και ιδιοσυστατικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την καρδιαγγειακή δραστηριότητα, ενώ η γνωσιακή ερμηνεία της καρδιαγγειακής απάντησης συμμετέχει στην έκφραση του τύπου Α. π.χ., η ερμηνεία που δίνει το άτομο στο αίσθημα παλμών μπορεί να προκαλέσει διαφορετικού βαθμού ανησυχία. Τα άτομα με τον τύπο Α προσωπικότητας επιδιώκουν και προκαλούν τις στρεσογόνες και προκλητικές καταστάσεις διαμέσου της σκέψης και της συμπεριφοράς.

Σε αρχικές μελέτες βρέθηκε ότι τα άτομα με τύπο Α προσωπικότητας έχουν διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με άτομα τύπου Β και ότι ο τύπος Α αντιπροσωπεύει προγνωστικό δείκτη στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος και αιφνίδιου θανάτου, αν και άλλες μελέτες δεν κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα. Νεότερες έρευνες έδειξαν ότι ο τύπος Α συνολικά δεν αντιπροσωπεύει σημαντικό προγνωστικό δείκτη θνησιμότητας μετά από 8,5 και 22 ετών παρακολούθηση. Άλλες μελέτες με πάσχοντες από έμφραγμα ή με παράγοντες κινδύνου, δεν διαπίστωσαν συσχέτιση ανάμεσα σε μετρήσεις

τύπου A συμπεριφοράς και μετέπειτα ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Η μείωση της συμπεριφοράς τύπου A (η οποία μετριέται με ειδικές κλίμακες) μετά από ψυχολογική θεραπεία είχε ως αποτέλεσμα οριακά σημαντική μείωση των καρδιακών συμβαμάτων και της θνησιμότητας μετά από 1 έτους παρακολούθησης.

Με δεδομένη την αντιφατικότητα των ευρημάτων, μελετήθηκαν οι επιμέρους παράγοντες της συμπεριφοράς τύπου A για τη σχέση τους με τη στεφανιαία νόσο. Συγκεκριμένα, η επιθετικότητα, που μετρήθηκε με ειδική κλίμακα, βρέθηκε σε προοπτικές μελέτες να έχει προβλεπτική σημασία για τη στεφανιαία νόσο και τη συνολική θνησιμότητα, ανεξάρτητα από τους άλλους παράγοντες κινδύνου. Οι υψηλότεροι δείκτες επιθετικότητας ήταν προβλεπτικοί μεγαλύτερου κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Παράλληλα, βρέθηκε ότι η αυξημένη επιθετικότητα συνοδεύεται από περισσότερο κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, μικρότερη σωματική δραστηριότητα, μεγαλύτερη μάζα σώματος, αυξημένη κατανάλωση τροφής και καφέ, παράγοντες που μπορεί εν μέρει να ευθύνονται για τη στεφανιαία νόσο.

Συμπερασματικά, η εκφραζόμενη εχθρότητα και ανταγωνιστική συμπεριφορά, ως υπό-παράγοντας της συμπεριφοράς τύπου A, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, πιθανώς διαμέσου άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Κατάθλιψη. Ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, ιδιαίτερα αιφνίδιου θανάτου, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου, τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας και το κάπνισμα, διαμέσου πιθανώς αυξημένης δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η σχέση αυτή είναι περισσότερο σαφής για τη κοιλιακή αρρυθμία, τη καρδιακή ανακοπή και τον αιφνίδιο θάνατο.

Άγχος. Το άγχος ελάχιστα συνδέεται με τη στεφανιαία νόσο, έχει όμως βρεθεί αιτιολογική σύνδεση ανάμεσα σε οξείες τραυματικές βιωματικές εμπειρίες και αιφνίδιο θάνατο καθώς και κακοήγη κοιλιακή αρρυθμία (σε ασθενείς με προδιάθεση). Βιωματικά stress και πίεση στην εργασία με έλλειψη κοινωνικής στήριξης συμβάλλουν επίσης στην στεφανιαία νόσο. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την έρευνα της σχέσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων, παραγόντων συμπεριφοράς και καρδιαγγειακής νόσου, προκύπτουν τα ακόλουθα:

- Ενώ ο τύπος A προσωπικότητας συνιστά παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου, όταν η νόσος έχει εγκατασταθεί ή όταν ο κίνδυνος είναι μεγάλος, ο τύπος A δεν αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο για επακόλουθα καρδιακά συμβάματα εκτός ίσως του αιφνίδιου θανάτου.
- Ορισμένες πλευρές της συμπεριφοράς τύπου A, όπως η εκφραζόμενη εχθρότητα και η ανταγωνιστική συμπεριφορά, έχουν προβλεπτική σημασία για καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.
- Είναι πιθανό ότι η εχθρότητα δεν συνδέεται αιτιολογικά με τη νόσο, αλλά με άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες, περιβαλλοντικούς και ιδιοσυστασιακούς, οι οποίοι δημιουργούν εχθρότητα και συμβάλλουν στην διεργασία της νόσου.
- Ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νοσηρότητα

και θνησιμότητα, ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν συνιστούν σοβαρό παράγοντα κινδύνου.

- Ενώ το άγχος δεν φαίνεται να σχετίζεται με τη στεφανιαία νόσο, οι ψυχοπνευματικές καταστάσεις και τα βιώματα συνδέονται με ισχαιμία του μυοκαρδίου, κοιλιακή αρρυθμία και αιφνίδιο θάνατο. Οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να ενεργούν διαμέσου του συμπαθητικό-επινεφριδιακού και υποθάλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακού άξονα.
- Η χαμηλή κοινωνική στήριξη (social support) μπορεί να αλληλεπιδρά με το stress, την πίεση στην εργασία και τον τύπο Α και να αυξάνει τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο.
- Οι πιεστικές καταστάσεις συνιστούν παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη υπέρτασης και επηρεάζουν την εξέλιξή της. Η προσωπικότητα και ο τρόπος χειρισμού του stress συνδέονται με την αντίδραση στην πιεστική κατάσταση και την ανάπτυξη υπέρτασης. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; <http://www.gnothisafton.gr/psychosomatikes-pathisis/>)

7.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο γαστρεντερικός σωλήνας έχει χαρακτηριστεί ως «αντηχείο των συγκινήσεων», για την ικανότητά του (που είναι συγχρόνως και ατυχία του) να χρησιμεύει ως διάυλος για την έκφραση συγκινησιακών καταστάσεων.

Έτσι, λοιπόν, τέσσερα από τα συνηθέστερα «ψυχοσωματικά» νοσήματα, το πεπτικό έλκος (και ιδιαίτερα το έλκος του δωδεκαδακτύλου), η ελκώδης κολίτιδα, διαταραχές της κινητικότητας του οισοφάγου και το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, αφορούν τον γαστρεντερικό σωλήνα. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; <http://www.gnothisafton.gr/psychosomatikes-pathisis/>)

7.3.1 ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Πρόκειται για μία εξέγκωση του βλεννογόνου του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου, που συμβαίνει σε περιοχές που εκτίθενται στην επίδραση του γαστρικού υγρού και της πεψίνης.

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι το γαστρικό και το δωδεκαδακτυλικό έλκος δεν έχουν διαφορές μόνο ανατομικής εντόπισης αλλά και άλλες διαφορές, που αφορούν το ηλικιακό φάσμα που καλύπτουν, το φύλο, την πιθανότητα νεοπλασματικής εξαλλαγής και την έκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης. Ακόμη, υπάρχουν ενδείξεις για διαφορές στην επικρατούσα ομάδα αίματος, στο γενετικό κώδικα, στην κοινωνική τάξη και κάποιες διαφορές στην προσωπικότητα των πασχόντων. Τέλος, οι ψυχολογικοί παράγοντες πιστεύεται ότι διαδραματίζουν πολύ πιο σημαντικό ρόλο στο δωδεκαδακτυλικό παρά στο γαστρικό έλκος. (Harold Kaplan et al, 1995 ; <http://www.gnothisafton.gr/psychosomatikes-pathisis/>)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως είναι γνωστό, υπάρχουν πολλές αίτιο-παθογενετικές απόψεις για το πεπτικό έλκος: αγγειακές, χημικές, λοιμώδεις, ανοσοβιολογικές, στερητικές, μηχανικές, τραυματικές κ.λπ.

Θα αναφερθούμε εδώ μόνο στις απόψεις που εμπλέκουν ψυχολογικούς παράγοντες. «Νευρογενείς» παράγοντες. Ήδη από το 1932 ο Cushing είχε επισημάνει ότι το έλκος εμφανίζεται συχνά σε άτομα με υπέρταση του παρασυμπαθητικού σκέλους του

αυτόνομου νευρικού συστήματος και ότι επιδεινώνεται όταν ο ασθενής υπόκειται σε συναισθηματικές καταπιέσεις. Ο ίδιος ερευνητής και οι συνεργάτες του προκάλεσαν πεπτικό έλκος σε ζώα με μικρές ενέσεις πιλοκαρπίνης στις κοιλίες του εγκεφάλου, ενώ αργότερα άλλοι ερευνητές (French et al 1957) προκάλεσαν πεπτικά έλκη σε πιθήκους με ηλεκτρικό ερεθισμό του κατώτερου υποθαλάμου στη μέση γραμμή.

Με τις απόψεις αυτές θεμελιώθηκε η λεγόμενη «νευρογενής» θεωρία του έλκους, που ουσιαστικά είχε υποστηριχθεί και από παλαιότερους ερευνητές, π.χ. από τον Rokitansky (1842), ο οποίος υποστήριζε ότι η αιτιολογία του πεπτικού έλκους πρέπει να αναζητηθεί σε διαταραχή της νεύρωσης του στομάχου.

Ειδικόι ψυχολογικοί παράγοντες. Από τον Alexander και του συνεργάτες του, του ψυχαναλυτικού ινστιτούτου του Σικάγου, υποστηρίχθηκε ότι η αιτιολογία του πεπτικού έλκους πρέπει να αναζητηθεί στην έλλειψη ικανοποίησης των έντονων ασυνείδητων αναγκών συναισθηματικής εξάρτησης του ελκοπαθούς ασθενούς. Αυτή η έλλειψη οδηγεί σε μια χαρακτηριστική συναισθηματική διαπάλη ανάμεσα στις ασυνείδητες ανάγκες για τρυφερότητα, φροντίδα, στοργή και συναισθηματική «τροφή» και στις συνειδητές επιθυμίες για ανεξαρτησία, κυριαρχία και δύναμη. Με άλλα λόγια ο ασθενής θέλει να είναι ανεξάρτητος, αλλά οι συναισθηματικές του ανάγκες, που είναι εξαρτητικές, δεν του το επιτρέπουν. Αποτέλεσμα αυτής της διαπάλης, κατά τον Alexander, είναι η υπερτονία του παρασυμπαθητικού σκέλους του αυτόνομου νευρικού συστήματος, που οδηγεί σε υπερέκκριση γαστρικού υγρού και τελικά στη δημιουργία έλκους. Επιβοηθητικό ρόλο έχουν η γενετική προδιάθεση για υπερέκκριση γαστρικού υγρού, καθώς και προηγηθείσα βλάβη ή νόσος του βλεννογόνου (π.χ. γαστρίτιδα).

Μη ειδικοί ψυχολογικοί παράγοντες. Διάφοροι, μη ειδικοί, στρεσογόνοι παράγοντες που εκλύουν άγχος μπορούν να ενοχοποιηθούν για το έλκος, επειδή προκαλούν υπερέκκριση γαστρικού υγρού και πεψίνης.

Οι θεωρίες που υποστηρίζουν μη ειδικούς παράγοντες ενισχύονται από πειράματα σε ζώα του εργαστηρίου, που έδειξαν ότι ένα μη ειδικό stress (π.χ. ηλεκτρικά shock σε σκύλους ή μακροχρόνια καθήλωση σε πιθήκους) μπορεί να προκαλέσει έλκος. Κατά τις απόψεις αυτές, δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει η χαρακτηριστική συναισθηματική διαπάλη, που περιέγραψε ο Alexander, για να προκληθεί έλκος.

Προσωπικότητα. Δεν φαίνεται να υπάρχει μια ειδική προσωπικότητα που να προδιαθέτει στην εκδήλωση πεπτικού έλκους.

Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Πως συμβιβάζονται τα παραπάνω με τη διαπίστωση ότι υπάρχει ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας για το έλκος, το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού?

Η απάντηση πρέπει να αναζητηθεί στα όσα ήδη αναφέρθηκαν για την πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική αιτιολογία των νοσημάτων. Για να εκδηλωθεί μία πάθηση (στην προκειμένη περίπτωση το έλκος) χρειάζονται όχι μόνο βιολογικοί παράγοντες (π.χ. το ελικοβακτηρίδιο ή η γενετικά καθοριζόμενη υπερέκκριση πεψινογόνου), αλλά και ψυχολογικοί παράγοντες (π.χ. η συναισθηματική διαπάλη που περιέγραψε ο Alexander), καθώς και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (τα στρεσογόνα γεγονότα, όπως π.χ. πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου), που μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού και δίνουν την δυνατότητα στους βιολογικούς παράγοντες να έχουν νοσογόνο αποτέλεσμα. (Harold Kaplan et al, 1995 ; <http://www.gnothisafton.gr/psychosomatikes-pathisis/>)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε βιολογικό επίπεδο, η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση σιμετιδίνης, ρανιτιδίνης κ.λπ. αντιόξινων φαρμάκων, αντιμικροβιακών φαρμάκων για το ελικοβακτηρίδιο και διαιτητικών μέτρων (π.χ. αποχή από οινόπνευμα).

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η θεραπεία πρέπει να στραφεί προς την κατεύθυνση επίλυσης της ψυχολογικής διαπάλης που περιέγραψε ο Alexander. Αυτό δεν είναι απαραίτητο να επιχειρηθεί με ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Μπορεί να γίνει με απλή υποστηρικτική θεραπεία, δηλαδή με προσπάθεια κατανόησης, δοτική διάθεση και συμπαράσταση προς τον ελκοπαθή άρρωστο, έτσι ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες για συναισθηματική τροφή που τόσο την χρειάζεται.

Για την καταπολέμηση του άγχους, που, κατά τις μη ειδικές θεωρίες, σχετίζεται με την αιτιολογία του έλκους, μπορούν να χρησιμοποιηθούν αγχολυτικά φάρμακα (αποφεύγοντας την μακροχρόνια χρήση αυτών που προκαλούν εξάρτηση, όπως οι βενζοδιαζεπίνες) ή συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις, όπως είναι η θεραπεία μυϊκής χαλάρωσης και η εφαρμογή τεχνικών βίο-ανάδρασης (bio-feedback). (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.3.2 ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Είναι μία χρόνια φλεγμονώδης πάθηση του παχέος εντέρου, που συνοδεύεται από εξέλκωση του βλεννογόνου και αιματηρές κενώσεις.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ειδικοί παράγοντες. Ο Alexander και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν την άποψη ότι η πάθηση σχετίζεται με ενοχή που οφείλεται στην αίσθηση ότι το άτομο δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες ενός σημαντικού προσώπου, προς το οποίο υπάρχει σχέση εξάρτησης. Για παράδειγμα, όταν ένας μαθητής δεν είχε στις εξετάσεις την επίδοση που περίμενε από αυτόν ο πατέρας του.

Ο Engel απέδωσε ιδιαίτερη σημασία στην παθολογική σχέση μητέρας-παιδιού, υποστηρίζοντας ότι αυτή οδηγεί σε κατάσταση ψυχολογικού αδιεξόδου (helplessness and hopelessness) και παραίτησης (giving up-given up complex).

Μη ειδικοί παράγοντες. Στρεσογόνα γεγονότα, ποικίλης προέλευσης, μπορούν να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για την εκδήλωση ελκώδους κολίτιδας ή να επιδεινώσουν προϋπάρχουσα συμπτωματολογία.

Προσωπικότητα. Πολλοί ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα χαρακτηρίζονται από προσωπικότητα με ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά, σαν αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω. (Harold Kaplan, et al, 1995)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε βιολογικό επίπεδο, η θεραπεία είναι συμπτωματική, με αντιχολινεργικά φάρμακα,

αντιδιαρροϊκά και πρεδνιζόνη σε βαριές περιπτώσεις.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, εφαρμόζεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (βλ. παραπάνω). Στα μεσοδιαστήματα μεταξύ των κρίσεων έχει επιχειρηθεί ψυχοδυναμική εναισθητική ψυχοθεραπεία (για να συνειδητοποιήσει ο ασθενής τους ασυνείδητους ψυχολογικούς λόγους που συνέβαλαν στη νόσο του), με αμφίβολα αποτελέσματα. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.3.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Διαταραχές της κινητικότητας του οισοφάγου μπορούν να προκύψουν από παθήσεις των λειών μυών (π.χ. σκληρόδερμα) ή του νευρικού συστήματος (π.χ. νόσος του Chagas). Πολλές περιπτώσεις δυσκινησίας του οισοφάγου παραμένουν ανεξήγητες και μπορούν να οδηγήσουν σε αναζήτηση ψυχιατρικής συμβουλής. Παρόλο που το περιστασιακό stress δεν έχει συνδεθεί σαφώς με την δυσκινησία του οισοφάγου, κάτι τέτοιο ισχύει με τις μείζονες ψυχιατρικές παθήσεις. Η πλειοψηφία των ασθενών με διαταραχές της κινητικότητας του οισοφάγου εμφανίζουν ψυχιατρική νόσο Άξονα I, κυρίως μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (52%), γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (36%), διαταραχή σωματοποίησης (20%). Μαζί με την διαταραχή πανικού, οι διαταραχές της κινητικότητας του οισοφάγου αποτελούν τη συχνότερη αιτία μη καρδιογενούς θωρακικού άλγους. Ενώ τα χαλαρωτικά των λειών μυών, όπως οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου, είναι ανώτερα των ψυχιατρικών θεραπειών στη βελτίωση των φυσιολογικών παραμέτρων (όπως ο έλεγχος της κινητικότητας του οισοφάγου), τα αντικαταθλιπτικά και οι συμπεριφορικές θεραπείες επιφέρουν πιο εντυπωσιακές μεταβολές στα υποκειμενικά οισοφαγικά ενόχληματα των ασθενών και στο επίπεδο της ψυχικής ευεξίας. (Michael et al, 2008)

7.3.4 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου βρίσκεται στη δεύτερη θέση (πίσω από το κοινό κρυολόγημα)των αιτιών απουσίας από την εργασία, προσβάλλοντας 8 έως 17% του γενικού πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος (που ανακουφίζεται με την αφόδευση) και ποικίλες μορφές διαταραχών της αφόδευσης, όπως μεταβολή της συχνότητας των κενώσεων, μεταβολή της μορφής των κοπράνων, παρουσία βλέννης και μετεωρισμό. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι συνεχή ή να υποτροπιάζουν εντός 3 μηνών για να πληρούν τα κριτήρια της διάγνωσης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Η βαρύτητα του συνδρόμου αυτού συσχετίζεται συχνά με περιόδους συναισθηματικού stress. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα αναστέλλει την γαστρική κινητικότητα.

Οι ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου που αναζητούν ιατρική φροντίδα εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές είναι διαταραχή πανικού (26%), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (26%), κοινωνική φοβία (26%) και μείζον καταθλιπτική διαταραχή (23%). Καταθλιπτικοί ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου που αναφέρουν διάρροιες μπορούν να ωφεληθούν από μία θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, λόγω των αντιχολινεργικών τους δράσεων. Οι αγχώδεις ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν πολύ από την βουσπιρόνη. Ακόμα και σε ασθενείς με μη διαγνώσιμη ψυχιατρική διαταραχή, αντικαταθλιπτικά ή αγχολυτικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν. Σε μία μελέτη ο Clouse ανέφερε ότι σε μία ομάδα ασθενών με ανθεκτικό στη θεραπεία σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου-σχεδόν οι μισοί δεν είχαν ψυχιατρική διαταραχή- περισσότερο από το 90% ωφελήθηκαν από την θεραπεία με χαμηλές δόσεις αντικαταθλιπτικών ή αγχολυτικών

φαρμάκων: 92% των ασθενών βελτιώθηκαν, ενώ 56% εμφάνισαν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων ευερέθιστου εντέρου. (Michael et al, 2008)

7.4 ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι μυοσκελετικές λειτουργίες συσχετίζονται τόσο με φυσιολογικές όσο και με παθολογικές ψυχικές διαδικασίες. Εκφράσεις προσώπου, στάση του σώματος, φωνητικές αρθρώσεις και αναπνευστικές κινήσεις είναι παραδείγματα μυϊκών λειτουργιών που επηρεάζονται τόσο από συνειδητά όσο και από μη συνειδητά συναισθήματα.

Ένα ποσοστό, που κυμαίνεται από 15-44% των ασθενών που αναζητούν ιατρική βοήθεια για μυοσκελετικά συμπτώματα, εμφανίζουν μείζονα ψυχοπαθολογία ή συνυπάρχουσα ψυχιατρική συμπτωματολογία. Επίσης, ένα ποσοστό πασχόντων από μυοσκελετικά προβλήματα βιώνει δευτερογενές στρες από τη νόσο, που σχετίζεται με άλγη, απώλεια εισοδήματος, αναδιάταξη κοινωνικών ρόλων, περιορισμό καθημερινών δραστηριοτήτων κ.α..

Με φαινομενολογικά κριτήρια επιτρέπεται αδρή κατηγοριοποίηση των μυοσκελετικών διαταραχών σε μορφές ρευματικών διαταραχών με φλεγμονώδεις εκδηλώσεις και λειτουργικές ρευματικές διαταραχές (χωρίς φλεγμονώδεις εκδηλώσεις). (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.4.1 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

7.4.1.1 ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Είναι χρόνια συστηματική φλεγμονώδης διαταραχή χαρακτηριζόμενη από πόνο και παραμορφώσεις στους αρθρικούς θυλάκους και περιαρθρικούς ιστούς των περιφερειακών αρθρώσεων. Την κλινική εικόνα συμπληρώνουν μη συστηματικές μεταβολές, όπως πυρετός, αίσθημα κόπωσης και διαταραχές ύπνου. Η επικράτηση στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται σε 1 %. όπου οι γυναίκες προσβάλλονται τρεις φορές συχνότερα από τους άντρες.

Για την διαφορική διάγνωση της ρευματοειδής αρθρίτιδας συγκαταλέγονται οι νόσοι που χαρακτηρίζονται από αρθρικές ή περιαρθρικές διαταραχές. Η ψυχιατρική συνοσηρότητα είναι έκδηλη και ενδεικτικά, η επίπτωση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 17-27%. Όσον αφορά την κλινική πορεία είναι εξαιρετικά ποικίλλουσα.

Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι 3 έως 7 έτη βραχύτερο, συγκριτικά με το μέσο όρο του γενικού πληθυσμού. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.4.1.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Την κλινική εικόνα συμπληρώνουν, ειδικά συμπτώματα από την προσβολή επιμέρους οργάνων ή συστημάτων, π.χ.: μυοσκελετικοί ιστοί, δέρμα, νεφροί κ.α. καθώς και γενικά συμπτώματα: κόπωση, κακουχία, ανορεξία, πυρετός, απώλεια βάρους.

Η επικράτηση στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 15-50 ανά 100.000 κατοίκους, όπου το 90% των ασθενών είναι γυναίκες.

Για την διαφορική διάγνωση συγκαταλέγονται ρευματοειδής αρθρίτιδα, δερματίτιδες, παθήσεις κεντρικού νευρικού συστήματος όπως επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας, ψυχιατρικά σύνδρομα, αιματολογικές νόσοι, π.χ. θρομβοκυτταροπενική πορφύρα.

Το ποσοστό ψυχιατρικής συνοσηρότητας είναι υψηλό, πιο συγκεκριμένα, η κατάθλιψη συνυπάρχει σε ποσοστό 17-47%, ενώ οι αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 56%. Η επιβίωση των πασχόντων μετά την πάροδο δεκαετίας ανέρχεται στο 70%. (Harold

7.4.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Πρόκειται για καταστάσεις με μυοσκελετικά ενοχλήματα (κυρίως άλγος) χωρίς αντικειμενικά ευρήματα. Συχνότερα προσβάλλονται μυϊκές ομάδες της οσφύος, του αυχένα και της κροταφογναθικής διάρθρωσης.

Η κατάθλιψη και συμπτωματολογία αγγωδών διαταραχών παρατηρούνται πολύ συχνά. Η επίπτωση της κατάθλιψης έχει υπολογιστεί με διάφορες μελέτες σε ποσοστό μέχρι 80%. Η έναρξη ή και η επιδείνωσή της βρίσκεται σε συνάφεια με στρεσογόνες για το άτομο συνθήκες ζωής, όπως διαρκές και έντονο άγχος, παρατεταμένο πένθος και έκθεση σε συγκρουσιακές συνθήκες ζωής. Η επίπτωση αυτών των ψυχογενών παραγόντων κυμαίνεται από 22-100%. Οι σημαντικές αυτές διαφορές στα ποσοστά ανάμεσα στις διάφορες μελέτες θα μπορούσαν να αποδοθούν σε μεθοδολογικά προβλήματα, όπως η αναδρομική φύση των μελετών με τις αυτονόητες δυσκολίες, η έλλειψη ομάδων μαρτύρων, η ετερογένεια της ψυχογενούς ρευματοπάθειας και η ασυνέπεια των διαγνωστικών κριτηρίων.

Η επίπτωση της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 40-60%. Η μεγαλύτερη επικράτηση παρατηρείται στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα του πληθυσμού.

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από σωματικά ενοχλήματα που αποτελούν σωματικές εκδηλώσεις ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, οι σωματόμορφες διαταραχές, οι αγγώδεις διαταραχές, η υποχονδρίαση, η διαταραχή σωματοποίησης και η παραληρητική ενασχόληση με σωματικές λειτουργίες (φαινόμενο συχνό και στη σχιζοφρένεια), και από σωματικά συμπτώματα που συνδέονται με κατάχρηση ουσιών. Η αιτιοπαθογένεια της λειτουργικής ρευματοπάθειας είναι πολύπλευρη.

Θεωρείται ότι αν υφίσταται ατομική στερεότυπη απαντητικότητα, δηλαδή ιδιοσυστασιακή προδιάθεση το άτομο να απαντά σε μία συνθήκη ζωής κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο, ακατάλληλος ομοιοστατικός περιορισμός (ενδεχομένως οφειλόμενος σε στρες, προηγούμενο ατύχημα, λοίμωξη ή γενετική προδιάθεση) και ταυτόχρονα έκθεση του ατόμου σε ειδικές συνθήκες ζωής (είτε έκθεση σε επίκαιρη στρεσογόνο συνθήκη ή παρερμηνεία δραματιζόμενων γεγονότων ζωής), τότε μπορούν να προκύψουν ρευματικές διαταραχές.

Γίνεται αποδεκτό ότι μεταβολές της ανοσιακής απαντητικότητας, οφειλόμενες σε επιδράσεις του Κ.Ν.Σ. Θα μπορούν να αντιπροσωπεύουν την παθογενετική σύνδεση μεταξύ στρες, συναισθημάτων, ψυχοπαθολογικών αντιδράσεων και ρευματικών διαταραχών. Άλλωστε, μεταξύ του Κ.Ν.Σ. Και της λειτουργίας του ανοσιακού συστήματος υφίσταται σαφής και έντονη αλληλεπίδραση. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι:

- Οι λεμφικοί ιστοί παρουσιάζουν εκτεταμένη εννεύρωση, κατά κύριο λόγο συμπαθητικού τύπου.
- Οι ανοσιακές απαντήσεις μπορεί να υποστούν μαθησιακή “εξάρτηση”
- Ερεθισμοί συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών μεταβάλλουν την ανοσιακή λειτουργία-απαντητικότητα.
- Συνθήκες στρες μεταβάλλουν την ανοσιακή απαντητικότητα, την αύξηση των καρκινικών κυττάρων και την επιρρέπεια στις λοιμώξεις σε πειραματόζωα.
- Ενεργοποίηση του ανοσιακού συστήματος συναρτάται με νευροφυσιολογικές, νευροχημικές και νευροενδοκρινικές μεταβολές των εγκεφαλικών κυττάρων.
- Πολυπεπτιδικά προϊόντα ανοσοδραστικών κυττάρων επιδεικνύουν νευροδιαβιβαστικές ιδιότητες.

Η κληρονομικότητα φαίνεται ότι παίζει ρόλο όπως προκύπτει από το γεγονός ότι η διαταραχή παρατηρείται συχνότερα σε μονοζυγωτικούς διδύμους σε σύγκριση με διζυγωτικούς. Επίσης συγγενείς αρρώστων εμφανίζουν σε υψηλό ποσοστό κλινικές και ορολογικές διαταραχές αυτοανοσίας.

Τα οιστρογόνα είναι σαφής παράγοντας ευαισθησίας για τις φλεγμονώδεις ρευματοπάθειες.

Στις φλεγμονώδεις ρευματοπάθειες είναι επίσης σαφής η εμπλοκή περιβαλλοντικών παραμέτρων, όπως η υπεριώδης ακτινοβολία. Παθογενετική σπουδαιότητα αποδίδεται ακόμα στην έκθεση σε ουσίες όπως σκόνη, πυρίτιο, χλωριούχο πολυβινύλιο ή φάρμακα όπως η υδραλαζίνη και η προκαϊναμίδη για τον ερυθρηματώδη λύκο.

Η θεραπεία των μυοσκελετικών διαταραχών είναι δυσχερής και πρέπει να περιλαμβάνει τόσο σωματική θεραπεία όσο και ψυχοθεραπεία. Η σχετική δοσολογία της παρεχόμενης σωματικής ή ψυχοθεραπευτικής θεραπείας εξαρτάται κατά κανόνα από την ένταση της προβαλλόμενης συμπτωματολογίας. Σε οξείες φάσεις μυοσκελετικών διαταραχών έχει απόλυτη προτεραιότητα η εφαρμογή των ενδεικνυομένων σωματικών μεθόδων θεραπείας, π.χ.: αντιφλεγμονώδη, ενώ η χορήγηση ψυχοφαρμάκων έχει ένδειξη όταν υφίσταται συνοδός ψυχική διαταραχή όπως κατάθλιψη ή αγχώδης διαταραχή.

Η ψυχοθεραπεία σε αυτά τα στάδια στοχεύει στην υποστήριξη και ανακούφιση. Όταν επέρχεται ύφεση των σωματικών συμπτωμάτων της ψυχοσωματικής διαταραχής, η ψυχοθεραπεία αναλαμβάνει πρωτεύοντα ρόλο, με στόχο να επέλθει η κατανόηση των κινήτρων και των μηχανισμών που διαταράσσουν τη λειτουργικότητα του οργανισμού και υποβοήθηση του πάσχοντος να κατανοήσει τη φύση της νόσου του και τις επιπτώσεις από τα δαπανηρά για τη ζωή πρότυπα προσαρμογής. Είναι χρήσιμο να υπομνησθεί ότι οι θεραπευτικοί στόχοι οφείλουν να εξατομικεύονται με γνώμονα την ουσιαστική θεραπεία του πάσχοντος. (Michael et al, 2008)

7.5 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Το δέρμα αποτελεί το μεγαλύτερο αλλά και το πιο προσιτό στην παρατήρηση όργανο του ανθρώπινου οργανισμού. Αυτό έχει ως συνέπεια οποιαδήποτε διαταραχή που σχετίζεται με το δέρμα, να γίνεται άμεσα αντιληπτή.

Παράδειγμα ενδεικτικό της αλληλεπίδρασης μεταξύ δέρματος και ψυχικού οργάνου αποτελεί η παρατήρηση ότι 40% περίπου των ασθενών που προσέρχονται στις δερματολογικές κλινικές παρουσιάζουν ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις ποικίλων ψυχικών διαταραχών. Οι ενδείξεις, εξάλλου, που υπάρχουν για πιθανή αιτιολογική σχέση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και δερματολογικών παθήσεων και η επιδείνωση που παρουσιάζουν αρκετές δερματοπάθειες κάτω από συνθήκες συναισθηματικής πίεσης, καθώς επίσης και η ψυχοκοινωνική επιβάρυνση των πασχόντων από παθήσεις του δέρματος, απλώς επιβεβαιώνουν την ψυχοσωματικότητα της δερματικής παθολογίας. Η ψυχοσωματικότητα αυτή, μάλιστα, είχε από μακρού τονιστεί, αφού η νευροδερματίτιδα ήταν μία από τις επτά αρχικά περιγραφείσες ψυχοσωματικές παθήσεις από τον Alexander πριν από 50 περίπου χρόνια.

Σύμφωνα με τα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα των ψυχικών παθήσεων, αρκετές δερματικές αντιδράσεις και διαταραχές υπάγονται στην κατηγορία των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν σωματικές καταστάσεις (DSM-IV, 316.0) ή στην ομάδα ψυχολογικών παραγόντων και παραγόντων συμπεριφοράς, οι οποίοι συνδέονται με διαταραχές ή νόσους που ταξινομούνται αλλού (ICD-10F54). Αδρά, οι δερματικές αυτές

παθήσεις και διαταραχές μπορούν να ταξινομηθούν σε έξι ξεχωριστές κατηγορίες. Οι 4 πρώτες περιλαμβάνουν ειδικές κλινικές οντότητες (πρωτοπαθείς ψυχικές διαταραχές, ψυχοφυσιολογικές διαταραχές, διαταραχές της δερματικής αισθητικότητας και διαταραχές που χαρακτηρίζονται από έξαρση των φυσιολογικών δερματικών λειτουργιών), ενώ οι δύο τελευταίες αναφέρονται σε κλινικές καταστάσεις (δευτεροπαθείς ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των δερματικών διαταραχών και μη ψυχιατρικές-δηλαδή δερματολογικές-διαταραχές, που απαντούν όμως θετικά σε ψυχοφαρμακολογικές ουσίες. (Michael et al, 2008)

7.5.1 ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται ασθενείς με συγκεκριμένη ψυχοπαθολογική εικόνα (παραληρητική διαταραχή, κατάθλιψη, αγχώδης κατάσταση, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή), οι οποίοι συχνά προσφεύγουν σε δερματολόγους και δερματολογικές κλινικές. Οι ασθενείς αυτοί δεν πάσχουν από πρωτοπαθή δερματολογική πάθηση και όλες οι δερματικές εκδηλώσεις και αλλοιώσεις που παρατηρούνται είναι αυτοπροκλητές.

Το παραλήρημα παρασίτωσης, οι νευρωσικές εκδορές, η τριχωτιλλομανία, η προκλητή δερματίτιδα και η δυσμορφοφοβία είναι μερικές από τις κλινικές καταστάσεις που περιλαμβάνονται στις πρωτοπαθείς ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται με δερματική συμπτωματολογία. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΕΞΑΡΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται η υπερίδρωση (αυξημένη έκκριση ιδρώτα), η ερύθρωση (έντονο ερύθημα, κυρίως του προσώπου) και η ξαφνική απώλεια μεγάλου μέρους των τριχών του τριχωτού της κεφαλής. Οι καταστάσεις αυτές είναι κατά κανόνα ψυχογενείς και παρουσιάζονται ως απάντηση σε ψυχολογικά ερεθίσματα ή συμβάντα (π.χ.: έντονο άγχος, φόβος, οργή, κατάσταση αμηχανίας ή ντροπής, έντονο και απρόσμενο ψυχοτραυματικό γεγονός κ.α.). Οι καταστάσεις αυτές, και εφόσον η ψυχογένεσή τους είναι αδιαμφισβήτητη, υπάγονται κατά DSM-IV στην κατηγορία των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν σωματικές καταστάσεις. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.5.2 ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Πολλοί ασθενείς, με πρωτοπαθείς δερματικές παθήσεις, παρουσιάζουν συχνά ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, όπως αίσθημα αμηχανίας, μειωμένη αυτοεκτίμηση, άγχος, κοινωνική φοβία, ακόμα και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι εκδηλώσεις αυτές αναπτύσσονται ως αντίδραση των πασχόντων απέναντι στο κακό αισθητικό αποτέλεσμα, το οποίο δημιουργούν οι δερματοπάθειες. Εκτός από τις συναισθηματικές αντιδράσεις των πασχόντων, μια εξίσου σοβαρή συνέπεια των δερματικών παθήσεων αποτελεί και ο κοινωνικός “στιγματισμός” τους, ειδικά όταν οι δερματικές εκδηλώσεις είναι έντονες και δημιουργούν εύλογα ερωτηματικά ή ακόμα και αίσθημα φόβου, που συνήθως οφείλεται σε πλημμελή ενημέρωση, π.χ.: για τη μολυσματικότητα ή όχι των παθήσεων αυτών. (Harold. Kaplan et al, 1995)

ΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΟΥΝ ΘΕΤΙΚΑ ΣΕ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μερικές από τις δερματικές παθήσεις φαίνεται ότι έχουν καλύτερη θεραπευτική απάντηση σε ψυχοφαρμακολογικούς παράγοντες παρά στις παραδοσιακές δερματολογικές θεραπείες. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και κυρίως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι δοξεπίνη φαίνεται ότι είναι περισσότερο αποτελεσματικά στο αίσθημα κνησμού (μεθερπητική νευραλγία, ουρτικάρια, γενικευμένος κνησμός) από τα κλασσικά αντισταμινικά (διφενυδραμίνη, υδροξιζίνη). (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά, για την αντιμετώπιση της πλειονότητας των παθήσεων της δερματικής παθολογίας φαίνεται ότι είναι απαραίτητη η συνεργασία του ψυχιάτρου -σε ρόλο συμβούλου ή και ενεργού θεραπευτή- και του δερματολόγου. Η ψυχιατρική παρέμβαση μάλιστα, κατά κανόνα, απαιτεί το συνδυασμό ψυχοφαρμακολογικής θεραπείας και ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, ανάλογα με την υποκείμενη πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή ψυχοπαθολογική κατάσταση. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.6 ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ

Ως κεφαλαλγία χαρακτηρίζεται κάθε επώδυνη εμπειρία που εντοπίζεται στην περιοχή εκείνη της κεφαλής, η οποία βρίσκεται πάνω από τη νοητή γραμμή που συνδέει τους κόγχους, την έξοδο των έξω ακουστικών πόρων και το έξω ινιακό όγκωμα. Θα πρέπει από την αρχή να τονιστεί ότι:

- η κεφαλαλγία δεν αποτελεί νόσο αλλά σύμπτωμα.
- Υπάρχει σημαντική κλινική πολυμορφία μεταξύ των διαφόρων τύπων κεφαλαλγίας.
- Η αιτιολογία ποικίλει, με τους ψυχολογικούς παράγοντες να συμμετέχουν (πρωτογενώς ή δευτερογενώς) σε άλλοτε άλλο βαθμό στη διαμόρφωση της όλης κλινικής εικόνας. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.6.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η κεφαλαλγία είναι από τα συχνότερα συμπτώματα στην καθημερινή ιατρική πράξη, Υπολογίζεται ότι το 20% περίπου των προσερχομένων στο γενικό γιατρό παραπονούνται για κεφαλαλγία. Ο επιπολασμός της κατά τη διάρκεια της ζωής υπερβαίνει το 90%, με ελαφρά υπεροχή των γυναικών (εκτός από την αθροιστική κεφαλαλγία, όπου υπερέχουν οι άντρες). Είναι σύμπτωμα της παραγωγικής φάσης της ζωής. Μετά την ηλικία των 60 ετών η συχνότητά της μειώνεται προοδευτικά.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό μεταξύ των διαφόρων τύπων κεφαλαλγίας. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (78%) οι κεφαλαλγίες είναι τύπου τάσεως, οι ημικρανίες καταλαμβάνουν το 15% περίπου των περιπτώσεων κεφαλαλγίας, ενώ η αθροιστική κεφαλαλγία συναντάται αρκετά σπάνια (1-4%).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα της κεφαλαλγίας είναι, πέρα από την ηλικία και το φύλο, που αναφέρθηκαν παραπάνω, η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου (στρες, κατάθλιψη, άγχος, αρνητικά γεγονότα ζωής), ορισμένες διαιτητικές συνήθειες

(αλκοόλ, τυροκομικά προϊόντα, χυμοί φρούτων κ.α.), καθώς και ορισμένες αλλεργικού τύπου αντιδράσεις. Η κοινωνική τάξη και το μορφωτικό επίπεδο δε φαίνεται να παίζουν ουσιαστικό ρόλο. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.6.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Το 1988, η διεθνής εταιρία κεφαλαλγίας υιοθέτησε ένα ταξινομικό σύστημα βασισμένο σε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, που προέκυψαν από σχετικές έρευνες. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνεται στην πρόσφατη έκδοση του εγχειριδίου της διεθνούς ταξινόμησης των νόσων (ICD-10.NA1992). Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι κεφαλαλγίες ταξινομούνται ως ακολούθως:

- Ημικρανία (με ή χωρίς αύρα, οξεία ή παρατεταμένη, οικογενής, ημιπληγική, οφθαλμοπληγική, αμφιβληστροειδική, βασικής αρτηρίας, ημικρανικά ισοδύναμα)
- Κεφαλαλγίες τύπου τάσεως (επεισοδιακές ή χρόνιες)
- Αθροιστική κεφαλαλγία (επεισοδιακή ή χρόνια)
- Κεφαλαλγίες μη συνδεδεμένες με ιστική βλάβη (ιδιοπαθής, μετά από επίδραση ψύχους, κατά το βήχα, την κόπωση, τη σεξουαλική δραστηριότητα, ειδικών στάσεων της κεφαλής κ.α.)
- Κεφαλαλγίες συνδεδεμένες με τραύμα κεφαλής
- Κεφαλαλγίες απότοκες εγκεφαλικών αγγειακών συμβαμάτων (ισχαιμικά επεισόδια, θρομβώσεις, αιματώματα, αιμορραγίες, αρτηρίτιδες, υπέρταση)
- Κεφαλαλγίες συνδεδεμένες με χρήση ή στέρηση ουσιών (αλκοόλ, εργοταμίνη, καφεΐνη, CO, νιτρώδη, αναλγητικά, γλουταμινικό νάτριο κ.α.)
- Κεφαλαλγίες προερχόμενες από μεταβολές της πίεσης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού
- Κεφαλαλγίες μετά από λοιμώξεις
- Μεταβολικές κεφαλαλγίες (υποξαιμική, μετά από υπνική άπνοια, υπογλυκαιμική, υπερκαπνική κ.α.)
- Κεφαλαλγίες οφειλόμενες σε τοπικές διαταραχές οργάνων και συστημάτων της περιοχής του κρανίου (οστικές, οφθαλμικές, ωτικές, παραρρινίων κόλπων, οδοντικές, κροταφογοναθικής άρθρωσης κ.λπ.)
- Νευραλγικές κεφαλαλγίες (τριδυμική, γλωσσοφαρυγγική, λαρυγγική, ινιακή, θαλαμική κ.α.)
- Μη ταξινομούμενες κεφαλαλγίες. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.6.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κληρονομικότητα

Τα πλέον αξιόπιστα δεδομένα αφορούν κυρίως στην ημικρανία. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ημικρανικών ασθενών έχουν πενταπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Εξάλλου, μελέτες σε διδύμους έδειξαν σημαντική συμφωνία ως προς την ημικρανία σε μονοζυγώτες, σε αντίθεση με τους διζυγωτικούς διδύμους. Από τις μορφές της ημικρανίας, αυτή που φαίνεται να έχει την ισχυρότερη γενετική βάση είναι η ημικρανίας χωρίς πρόδρομα συμπτώματα (αύρα).

Παθοφυσιολογία

Βασικό ρόλο στην αιτιολογία της κεφαλαλγίας φαίνεται να παίζει ένα πολύπλοκο νευροδιαβιβαστικό σύστημα, που αφορά τόσο στο γενικότερο επίπεδο αλγαισθησίας

(ουσία P, αγγειοδραστικό εντερικό πολυπεπτίδιο, σωματοστατίνη, ενδογενή οπιούχα), όσο και στην ενεργοποίηση των ειδικών ενδογενών συστημάτων ελέγχου, όπως είναι το σεροτονινεργικό (5-HT), το νοραδρενεργικό κ.λπ.. Απορρύθμιση των συστημάτων αυτών, ανεξάρτητα από το εκλυτικό αίτιο, σχετίζεται με το χρόνιο πόνο, την κεφαλαλγία, αλλά και ορισμένες ψυχικές διαταραχές (π.χ.: κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κ.α.).

Ψυχογενετικές

απόψεις

Τόσο η ψυχαναλυτική όσο και η συμπεριφορική προσέγγιση ερμηνεύουν την κεφαλαλγία στα πλαίσια των αντίστοιχων θεωρητικών τους προδιαγραφών (έκφραση ασυνείδητων ενδοψυχικών συγκρούσεων η πρώτη, μάθηση υπό συνθήκες τραυματικής αποφυγής η δεύτερη).

Βιοψυχοκοινωνική

άποψη

Περιλαμβάνει την πλέον πρόσφατη θεώρηση της αιτιολογίας των μη αποκλειστικά οργανικής αρχής κεφαλαλγιών, τις οποίες εξετάζει ως ένα εν δυνάμει αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης βιολογικών (π.χ. Κληρονομική ευαλωτότητα, νευροδιαβιβαστική απορρύθμιση), ψυχολογικών (π.χ.: συγκρούσεις, μηχανισμοί άμυνας, ματαίωση, αποφυγή, ενίσχυση συμπεριφοράς) και περιβαλλοντικών (π.χ.: κοινωνικό, εργασιακό, διαπροσωπικό στρες) παραγόντων. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.6.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Από τις ποικίλες μορφές κεφαλαλγίας, εκείνες που συνήθως παρατηρούνται στην καθημερινή ψυχιατρική πράξη είναι οι ημικρανίες, οι κεφαλαλγίες τύπου τάσεως, η αθροιστική κεφαλαλγία και οι κεφαλαλγίες που συνοδεύουν τις διάφορες ψυχικές διαταραχές. Συχνά, οι καταστάσεις αυτές παραπέμπονται για ψυχιατρική αξιολόγηση ως “υστερικές” ή “ψυχοσωματικές”. (Michael et al, 2008)

ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Πρόκειται για επαναλαμβανόμενη, συχνά κατά κύκλους, κεφαλαλγία, η οποία παρουσιάζεται με δύο μορφές: με ή χωρίς πρόδρομα φαινόμενα (αύρα).

Η ημικρανία χωρίς αύρα (κοινή ημικρανία) χαρακτηρίζεται από συνήθως μονόπλευρη σφύζουσα και ποικίλης έντασης κεφαλαλγία, διάρκειας 4 έως 72 ωρών. Συνήθως συνοδεύεται από ναυτία, έμετο, φωτοφοβία, φωνοφοβία, θάμβωση στην όραση, ωχρότητα, κατακράτηση υγρών ακολουθούμενη από αυξημένη διούρηση μετά την προσβολή, δυσανεξία οσμών και θορύβων, ευαισθησία στο τριχωτό της κεφαλής, μεταβολή της διάθεσης και επιβράδυνση της σκέψης. Επιδεινωτικό ρόλο παίζουν η σωματική και ψυχική καταπόνηση, η πείνα, το αλκοόλ, η αυπνία, η χρήση αντισυλληπτικών και η εμμηνορρυσία στις γυναίκες, καθώς και η έκθεση σε έντονα και διαλείποντα φωτεινά ερεθίσματα.

Η ημικρανία με αύρα (κλασική ημικρανία) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια εστιακών νευρολογικών φαινομένων παροδικού χαρακτήρα (ημιανοψίας, σκοτωμάτων-κατά κανόνα φωτοβόλων-παραισθησιών, αφασικών εκδηλώσεων ή ακόμη και ημιπληγικών σημείων). Ιδιαίτερη εικόνα παρουσιάζει η ημικρανία της βασικής αρτηρίας (δυσαρθρία, ίλιγγοι, δυπλωπία, αταξία), η οφθαλμοπληγική ημικρανία και η παρατεταμένη ημικρανία. (Χαρτοκόλλης., 1991)

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΥΠΟΥ ΤΑΣΕΩΣ

Αποτελεί τη συχνότερη και την πλέον συνδεδεμένη με ψυχολογικούς παράγοντες κεφαλαλγία. Χαρακτηρίζεται από μετρίως έντασης αμφικροταφική, μη σφίζουσα κεφαλαλγία, η οποία κατά κανόνα αρχίζει από την ινιακή χώρα και εμφανίζεται επεισοδιακά κατά τις απογευματινές ή πρώτες πρωινές ώρες σε άτομα αγχώδη, ανασφαλή και ανταγωνιστικά. Τυπικά, ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα πίεσης στους κροτάφους. Σε αρκετές περιπτώσεις η κεφαλαλγία αποκτά χρονίζοντα χαρακτήρα. Πολλές φορές η κεφαλαλγία είναι συνεχής, σχεδόν καθημερινή με χαρακτηρισές πίεσης στην κεφαλή, συμμετρικής ή εντοπιζόμενης στην κορυφή ή αμφικροταφικά. Σε ορισμένους ασθενείς ενδέχεται να συνυπάρχουν ημικρανικού τύπου ενοχλήσεις. Στην περίπτωση αυτή συζητείται το ενδεχόμενο συνύπαρξης δύο διαφορετικού τύπου κεφαλαλγιών, ενώ ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι η συνύπαρξη αυτή αποτελεί ένδειξη ότι η ημικρανία και η κεφαλαλγία τάσεως συνιστούν δύο διαφορετικά σημεία ενός ενιαίου κεφαλαλγικού φάσματος.

Η κεφαλαλγία τύπου τάσεως είναι άμεσα συνδεδεμένη με ψυχικές καταπονήσεις (άγχος ή και κατάθλιψη), δεν επηρεάζεται από τη σωματική άσκηση και δε συνοδεύεται από πρόδρομα φαινόμενα (αύρα), όπως η ημικρανία. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Η αθροιστική κεφαλαλγία χαρακτηρίζεται από προσβολές πόνου μεγάλης έντασης, οξέος, διαιτιτραίνοντως ή τέμνοντως χαρακτήρα. Ο πόνος εντοπίζεται μονόπλευρα στην περιοχή του κόγχου ή του κροτάφου και συνήθως ακτινοβολεί στο αντίστοιχο ημιμόριο του προσώπου και του τραχήλου. Η διάρκειά του ποικίλει από 10 λεπτά έως 3 ώρες και συνοδεύεται από αίσθημα ρινικής συμφόρησης, ρινόρροια, δακρύρροια, πτώση και οίδημα του βλεφάρου, εφίδρωση και βραδυκαρδία ή υπέρταση. Η συχνότητα των προβολών επίσης ποικίλει (3-4 φορές τη μέρα έως 3-4 φορές την εβδομάδα). (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Συνήθως δεν έχουν κάποιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που να τις ξεχωρίζει από τις μορφές που περιγράφηκαν προηγουμένως. Οι ψυχικές διαταραχές που συχνότερα συνοδεύονται από κεφαλαλγίες είναι οι ακόλουθες:

- **Κατάθλιψη.** Ένα υψηλό ποσοστό των καταθλιπτικών αρρώστων (πάνω από 50%) παραπονούνται για κεφαλαλγία, η οποία εντοπίζεται στην κορυφή της κεφαλής και παίρνει χαρακτήρα κεφαλαλγίας τύπου τάσεως. Η σύνδεση της μείζονος κατάθλιψης με την ημικρανία έχει συζητηθεί, όπως επίσης η ένταξη της χρόνιας κεφαλαλγίας στα πλαίσια της λεγόμενης “συγκαλυμμένης κατάθλιψης”. Τα υπάρχοντα δεδομένα δεν συνηγορούν για κάποια αιτιολογική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και κεφαλαλγίας, αλλά για μία σύνδεση στο επίπεδο της “συννοσηρότητας” με κοινούς ενδεχομένως βιοχημικούς μηχανισμούς. Είναι πάντως γεγονός ότι άτομα με συχνότερες κεφαλαλγίες ή ιστορικό κεφαλαλγίας οποιουδήποτε τύπου παρουσιάζουν μεγάλη πιθανότητα να αναπτύξουν κατάθλιψη μέσα στον χρόνο.
- **Αγχώδεις διαταραχές.** Κεφαλαλγία τύπου τάσεως συχνά παρατηρείται κατά τη διαδρομή της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Επίσης, η ημικρανία φαίνεται να συνδέεται τόσο με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή όσο και με τη διαταραχή

πανικού, τις φοβικές διαταραχές και, διαχρονικά, με την κατάθλιψη. Όπως και στην περίπτωση της κατάθλιψης, έτσι και εδώ ενοχοποιούνται κοινά νευροδιαβιβαστικά συστήματα, προκειμένου να ερμηνεύσουν την παθοφυσιολογία της συννοσηρότητας των αγχωδών διαταραχών με την κεφαλαλγία.

- Χρήση και στέρηση ουσιών. Στις περιπτώσεις αυτές, η κεφαλαλγία θεωρείται ως επιπλοκή της χρήσης ή της στέρησης ουσιών. Κατάχρηση ουσιών όπως το αλκοόλ, η αμφεταμίνη, η καφεΐνη, η εργοταμίνη και τα αναλγητικά, συνοδεύεται από συσφιγκτικού χαρακτήρα κεφαλαλγίες, ενώ κατά το στερητικό σύνδρομο από βενζοδιαζεπίνες ή οπιοειδή η κεφαλαλγία είναι συχνότερα πιεστικού τύπου.
- Οργανικά ψυχοσύνδρομα. Ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια μιας ανοϊκής διαταραχής παρατηρείται μη ειδική και διάχυτη χρονίζουσα κεφαλαλγία.
- Κεφαλαλγίες μη ειδικού τύπου και με άλλοτε με άλλη συχνότητα παρατηρούνται και σε άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η σωματόμορφες διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.6.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Επειδή, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως η κεφαλαλγία είναι σύμπτωμα και μάλιστα πολύ συχνό, η διαγνωστική της ένταξη απαιτεί μεθοδικότητα στην προσέγγιση, που συνήθως ακολουθεί τα παρακάτω στάδια:

-Λεπτομερής καταγραφή των χαρακτηριστικών της κεφαλαλγίας (προκλητικοί, επιδεινωτικοί ή βελτιωτικοί παράγοντες, ένταση, διάρκεια, πορεία μέσα στο χρόνο, πρόδρομα σημεία, τοπογραφική κατανομή κ.λπ.). Εφόσον τα παραπάνω οδηγήσουν στον καθορισμό του τύπου της κεφαλαλγίας, τότε προχωρούμε στη διερεύνηση του εάν η κεφαλαλγία είναι δευτερογενής, απότοκος κάποιας από τις οργανικές νόσους. Η διερεύνηση περιλαμβάνει λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, κλινική εξέταση κατά συστήματα και χρήση των σχετικών εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων.

-Οριοθέτηση της συμμετοχής των ψυχογενών συντελεστών (κατάθλιψη, άγχους, στρες, συννοσηρότητας με κάποια ψυχική διαταραχή κ.λπ.)

-Καθορισμός του θεραπευτικού σχεδιασμού (άμεση αντιμετώπιση, μεσοπρόθεσμη διαχείριση και μακροπρόθεσμη προοπτική). (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.6.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Η θεραπεία της ημικρανίας περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία, βιοαναδραστικές τεχνικές και ψυχοθεραπεία.

Η φαρμακοθεραπεία αποσκοπεί τόσο στην άμεση αντιμετώπιση της ημικρανικής κρίσης, όσο και στην προφύλαξη από τις κρίσεις. Για την αντιμετώπιση της ημικρανικής κρίσης, χρησιμοποιούνται αναλγητικά (παρακεταμόλη), αντιεμετικά (μετοκλοπραμίδη), αγχολυτικά (διαζεπάμη), εργοταμινικά παράγωγα και σουματριπτάνη. Η παραπάνω αγωγή χορηγείται κατά στάδια, αρχίζοντας από τα αναλγητικά και καταλήγοντας στη σουματριπτάνη.

Η προφυλακτική αγωγή περιλαμβάνει αποφυγή κάθε εντοπιζόμενου προκλητικού αίτιου, β-αναστολείς (προπρανολόλη), ανταγωνιστές των 5-HT₂ υποδοχέων (π.χ.:

πιζοτιφένιο), αντικαταθλιπτικά και αναστολείς διαύλων ιόντων ασβεστίου (φλουναριζίνη), καθώς και μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις όπως η βιοανάδραση και η ψυχοθεραπεία.

Η βιοανάδραση περιλαμβάνει εκπαίδευση για τον έλεγχο της θερμοκρασίας του σώματος και είναι αρκετά αποτελεσματική, ιδίως στα παιδιά. Καλά επίσης αποτελέσματα έχουν μακροπρόθεσμα οι διάφορες γνωσιακές και συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές. (Michael et al, 2008)

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΥΠΟΥ ΤΑΣΕΩΣ

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τόσο φαρμακοθεραπεία, όσο και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις.

Η φαρμακοθεραπεία συνίσταται κυρίως στη χρήση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών (τουλάχιστον επί εξάμηνο) και θα πρέπει να συνδυάζεται με μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Στις τελευταίες, κατά κανόνα περιλαμβάνονται τεχνικές προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης, βιοαναδραστικός ηλεκτρομυογραφικός έλεγχος της σύσπασης των μετωπιαίων και των αυχενικών μυών, καθώς και γνωσιακή ψυχοθεραπεία ελέγχου του στρες. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Για την αντιμετώπιση της κρίσης χρησιμοποιούνται εργοταμίνη (ενδορρινικώς), διυδροεργοταμίνη (ενδοφλεβίως) ή σουματριπτάνη (υποδορίως), καθώς και η εφαρμογή μάσκας οξυγόνου για 10-15 λεπτά. Συχνές και επαναλαμβανόμενες κρίσεις (ριπές κρίσεων) αντιμετωπίζονται με πρεδνιζολόνη. Προφυλακτικά, χρησιμοποιούνται άλατα λιθίου, καθώς και γνωσιακή ψυχοθεραπεία. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η θεραπεία συνίσταται στη συστηματική αντιμετώπιση (φαρμακολογική και ψυχοθεραπευτική) των διαταραχών αυτών.

7.7 ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος είναι το πιο σύνηθες σύμπτωμα στην καθημερινή ιατρική πρακτική, αποτελεί όμως και το πιο πολύπλοκο και υποκειμενικό ενόχλημα που αναφέρεται από τους πάσχοντες. Ο πόνος δεν οφείλεται πάντοτε σε μια συγκεκριμένη οργανική αιτία και ο τρόπος έκφρασής του εξαρτάται όχι μόνο από την προσωπικότητα του πάσχοντος, αλλά και από το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Είναι γενικά αποδεκτό ότι μερικοί ασθενείς χρησιμοποιούν τον πόνο στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ενώ για άλλους αποτελεί ίσως τη μοναδική πηγή άντλησης αποδοχής και υποστήριξης, αποφυγής μιας συγκρουσιακής κατάστασης ή επιτυχίας ενός συγκεκριμένου στόχου.

Ο πόνος, οξύς ή χρόνιος, ψυχογενής ή οργανικός, γίνεται προοδευτικά το σημείο αναφοράς στη ζωή των ανθρώπων, οι οποίοι περιέρχονται γιατρούς διάφορων ειδικοτήτων στην προσπάθειά τους να ανακουφιστούν από το ενόχλημα, λαμβάνουν αλόγιστα μεγάλες ποσότητες αναλγητικών, εκλιπαρούν για δύσκολες θεραπευτικές παρεμβάσεις ή ακόμη και για χειρουργικές επεμβάσεις και τελικά υιοθετούν το ρόλο του αναπήρου.

Ενώ ο οξύς πόνος συνήθως υποδηλώνει την ύπαρξη συγκεκριμένου οργανικού

υπόβαθρου, ο χρόνιος πόνος οφείλεται σε χρόνια εξελισσόμενες σωματικές παθήσεις, αλλά πολύ συχνά η αιτιολογία του έχει άμεση ή έμμεση σχέση με ψυχολογικούς παράγοντες. Ο οξύς πόνος θεωρείται εκείνος του οποίου η διάρκεια είναι μικρότερη των 6 μηνών, ενώ ως χρόνιος ο πόνος αυτός που διαδράμει για μεγαλύτερο των 6 μηνών χρονικό διάστημα. Ο χρόνιος πόνος συνήθως είναι πόνος χωρίς αντικειμενικά διακριτή αιτία ή πόνος που σχετίζεται μεν με κάποιον σωματικό παράγοντα, αλλά η ένταση και η διάρκειά του είναι κατά πολύ μεγαλύτερες από τις αναμενόμενες. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; Fadem & Simring, 2004)

7.7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με το DSM-IV και το ICD-10, ο χρόνιος πόνος περιλαμβάνεται στις σωματόμορφες διαταραχές και τα κύρια κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής πόνου είναι τα ακόλουθα:

- Πόνος που εντοπίζεται σε μία ή περισσότερες περιοχές του σώματος, έχει ικανή ένταση και απαιτεί ιατρική προσοχή και παρέμβαση.
- Ο πόνος προκαλεί, κλινικά, σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση και μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής και λοιπής λειτουργικότητας του ατόμου.
- Ψυχολογικοί παράγοντες έχουν σημαντική συμμετοχή στην έναρξη, οξύτητα, επιβάρυνση και διατήρηση του πόνου.
- Ο πόνος δεν είναι αποτέλεσμα προκλιτής ενέργειας ή υπόκρισης.
- Ο πόνος δεν συμπεριλαμβάνεται στη συμπτωματολογία μιας συναισθηματικής, αγχώδους ή ψυχωσικής διαταραχής, ούτε πληρεί τα κριτήρια της δυσπαρεύνειας.

Ο χρόνιος πόνος παρουσιάζεται σε οποιαδήποτε ηλικία, από την παιδική μέχρι την ενήλικη ζωή, με συχνότερη εμφάνιση στο ηλικιακό φάσμα των 30-50 ετών και με διπλάσια συχνότητα στο γυναικείο φύλο απ' ότι στο ανδρικό.

Η κλινική εκτίμηση ενός ασθενούς που παραπονείται για πόνο με άγνωστη αιτιολογία απαιτεί προσεκτική σωματική εξέταση και συστηματικό παρακλινικό έλεγχο για τον εντοπισμό σωματικής πάθησης, η οποία δεν πρέπει να αποκλειστεί έστω και στην περίπτωση αρνητικών αρχικών αποτελεσμάτων. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.7.2 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι συχνότερες αιτίες χρόνιου πόνου σε ασθενείς που νοσηλεύονται στις ειδικές κλινικές πόνου είναι παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, νευρολογικές νόσοι και κεφαλαλγίες. Τα ενοχλήματα των ασθενών με χρόνια πόνο αρκετά συχνά φέρνουν σε δύσκολη θέση και απογοητεύουν τους θεράποντες ιατρούς, οι οποίοι βρίσκονται σε αδυναμία να εντοπίσουν κάποιο σωματικό παράγοντα ή πάθηση ικανή να δικαιολογήσει την ένταση και τη διάρκεια του ενοχλήματος.

Ο χρόνιος πόνος, με τους χαρακτήρες που διαθέτει (ένταση, διάρκεια, συχνότητα), στερεί τον πάσχοντα από τις χαρές της καθημερινής ζωής και δημιουργεί χαρακτηριστικές μεταβολές αλλά και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα όπως καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, κατάσταση πανικού και σωματοποιητικού τύπου συμπεριφορές. Οι εκδηλώσεις, μάλιστα, αυτές ενδεχομένως να θεωρηθούν ως αιτία παρά ως επακόλουθο του πόνου.

Ο χρόνιος πόνος δεν επηρεάζει μόνο την προσωπική ζωή του πάσχοντος, αλλά επιβαρύνει και τη ζωή των μελών της οικογένειάς του. Από την άλλη πλευρά, η θέση και η στάση των μελών της οικογένειας και των ατόμων που φροντίζουν τους

ασθενείς αυτούς σε ό,τι σχετίζεται με το ενόχλημα, μπορεί να τροποποιήσει την αίσθηση του πόνου, την πορεία του αλλά και την απαντητικότητά του στη θεραπευτική αγωγή.

Το 1/5 των νοσηλευομένων και το 1/2 των εξωτερικών ασθενών των ψυχιατρικών νοσοκομείων αναφέρουν τον πόνο ως κυρίαρχο σύμπτωμα στο ατομικό τους ιστορικό. Από ψυχαναλυτικής πλευράς, τα άτομα που αναπτύσσουν χρόνια πόνο ανεξήγητης αιτιολογίας, ίσως δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν λεκτικά τα συναισθήματά τους, παρουσιάζουν δηλαδή το φαινόμενο της αλεξιθυμίας. Έτσι, μεταφράζουν με ψυχολογικούς μηχανισμούς, τις δυσάρεστες εμπειρίες της ζωής σε πόνο αντί για συναισθηματικές εκδηλώσεις. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; Sifneos,1973 ; Lesser,1981)

7.7.3 ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι συχνότερες ψυχικές παθήσεις, στις οποίες παρουσιάζεται διαταραχή πόνου χωρίς αντικειμενικό υπόβαθρο είναι η σχιζοφρενική διαταραχή, η σωματοποιητική διαταραχή και η μείζων κατάθλιψη. Σε μία μελέτη αναφέρθηκε ότι το 60% των καταθλιπτικών ασθενών παραπονούνται για χρόνια πόνο. Είναι δύσκολο όμως να απαντήσει κανείς το ερώτημα αν η κατάθλιψη κάνει το άτομο περισσότερο ευαίσθητο στον πόνο ή ο χρόνιος πόνος προκαλεί κατάθλιψη. Πάντως, η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή από τις ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται με τη μορφή του χρόνιου πόνου. Στο παρελθόν, μάλιστα, η κατάσταση αυτή ήταν γνωστή με την ονομασία πόνο-επιπρόσθετα και εθεωρείτο ως ιδιαίτερη μορφή κατάθλιψης. Δε φαίνεται να υπάρχει κάποια ιδιαιτερότητα στη συμπτωματολογία του χρόνιου πόνου, που να προσανατολίζει τον κλινικό προς τη διάγνωση της κατάθλιψης. Η αναδρομή όμως στο οικογενειακό και ατομικό ιστορικό (καταθλιπτικά επεισόδια στο παρελθόν, οι διαταραχές της υπνικής λειτουργίας και τα λιβιδινικά συμπτώματα αλλά και άλλες εκδηλώσεις, περισσότερο σπάνιες, όπως απάθεια, αδιαφορία για εργασία και επίμονη ενασχόληση με το θάνατο, αποτελούν ενδεικτικά στοιχεία. Η σύσταση θεραπευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά αποτελεί μερικές φορές τον καλύτερο τρόπο για να τεθεί η διάγνωση της κατάθλιψης σε έναν ασθενή με χρόνια πόνο, αφού αρκετά συχνά το αποτέλεσμα είναι θεαματική βελτίωση τόσο του πόνου, όσο και των άλλων εκδηλώσεων.

Στην περίπτωση της σωματοποιητικής διαταραχής (μετατρεπτική, υστερική), ο κλινικός συνήθως διαπιστώνει ότι ο εκφραζόμενος πόνος έχει συμβολική ή κάποια άλλη ειδική σημασία για τον πάσχοντα, δεν ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη ανατομική πορεία και συνήθως υπάρχει ένα πρότυπο μετατροπής στο στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Όταν μία ψυχωσική (σχιζοφρενική) διαταραχή ή μία εκπτώτικου τύπου κατάσταση παρουσιάζεται με τη μορφή χρόνιου πόνου, ο πόνος ως σύμπτωμα προσλαμβάνει παραληρητική χροιά και άτυπη, όσον αφορά την ποιότητα και την κατανομή, έκφραση. Το παραληρητικό στοιχείο όμως είναι πιθανό να αποτρέψει τον πάσχοντα από το να αποδεχθεί κάποια θεραπευτική παρέμβαση.

Όταν κάποιος από πρόθεση υποδύεται ότι πάσχει από διαταραχή πόνου, είναι πολύ δύσκολη η διαγνωστική διαδικασία. Τα άτομα αυτά δεν έχουν ως στόχο την ανακούφισή τους από τον πόνο και στο ιστορικό τους συνήθως αναφέρονται συμπεριφορές υπόκρισης. Σε αντίθεση με τους ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτωματολογία συνδρόμου Munchausen, των οποίων στόχος είναι η υιοθέτηση του ρόλου του ασθενούς, οι υποδύομενοι τη διαταραχή πόνου αποσκοπούν σε άλλα οφέλη και δεν αποδέχονται επώδυνες θεραπευτικές παρεμβάσεις, κάτι που οι πρώτοι επιδιώκουν.

Στα ειδικά σύνδρομα χρόνιου πόνου περιλαμβάνονται οι κεφαλαλγίες, οι πόνοι στην

περιοχή του προσώπου, οι ραχιαλγίες, οι πυελικοί και κοιλιακοί πόνοι, οι μη καρδιακοί θωρακικοί πόνοι, οι πόνοι από μέλος φάντασμα κ.α. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αρχίζει με το διεξοδικό σωματικό έλεγχο, την ουσιαστική ενημέρωση του πάσχοντος και την εγκατάσταση μιας σωστής σχέσης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού-ασθενούς. Οι χειρισμοί κατά κανόνα εξατομικεύονται, είναι περιεκτικοί και περιλαμβάνουν και το στενό οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντος. Η πιθανή συμμετοχή οργανικού παράγοντα πρέπει άμεσα να αντιμετωπιστεί. Η συνύπαρξη ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας προϋποθέτει τη θεραπευτική της αντιμετώπιση με ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς και τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, κυρίως αντικαταθλιπτικών, αφού η υποκείμενη ή η δευτεροπαθώς αναπτυσσόμενη ψυχική διαταραχή είναι εκείνη της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα από τη χορήγηση τρικυκλικών κυρίως αντικαταθλιπτικών είναι συχνά εντυπωσιακά, τόσο στην ανακούφιση του χρόνιου πόνου όσο και στην υποχώρηση της κατάθλιψης. Η γνωσιακού και συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί έχουν ως στόχο αφενός μεν την αναγνώριση από τον πάσχοντα των παραγόντων εκείνων που επιβαρύνουν ή ανακουφίζουν το χρόνιο πόνο και αφετέρου την ανάλογη τροποποίηση της συμπεριφοράς του.

Γενικά η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου απαιτεί συνδυασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων, που αποσκοπούν τόσο στην ανακούφιση του πάσχοντα, όσο και στην ανάπτυξη εκ μέρους του νέων δεξιοτήτων και στρατηγικών αντιμετώπισης, αλλά και συμβίωσης μαζί του. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; Fadem & Simring, 2004)

7.8

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Δεν υπάρχει αρρώστια που να προκαλεί τόσο οδυνηρούς συνειρμούς όσο ο καρκίνος. Συνήθως αποφεύγουμε ακόμη και να τον κατονομάσουμε. Στην ιατρική επιστήμη τον λένε Ca, το κοινό τον λέει “το κακό”, “η κακιά αρρώστια”, “η επάρατος νόσος”.

Ο φόβος για τον καρκίνο πολύ συχνά πυροδοτεί ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ή διαμορφώνει το περιεχόμενο σε πολλές από αυτές, ιδιαίτερα σε φοβικές ή καταθλιπτικές καταστάσεις. Αφού λοιπόν ακόμα και ο φόβος για τον καρκίνο συνδέεται με ψυχολογικά και ψυχοπαθολογικά προβλήματα, είναι αναμενόμενο να συμβαίνει το ίδιο, σε μείζονα μάλιστα βαθμό, όταν υπάρχει πραγματικά καρκίνος. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.8.1

ΙΣΤΟΡΙΚΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η σχέση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και καρκίνου αποτέλεσε αντικείμενο παρατήρησης και μελέτης από την εποχή του Ιπποκράτη.

Τον 2^ο αιώνα μ.Χ. ο Γαληνός και άλλοι της εποχής του είχαν την αντίληψη πως υπάρχει αιτιολογική σχέση κατάθλιψης και καρκίνου και μεταφέρθηκαν στην Ρωμαϊκή Ιατρική, την Αραβική Ιατρική, την Περσική Ιατρική και τη Βυζαντινή Ιατρική, για να διηθούν την σύγχρονη ψυχοσωματική αντίληψη, που υποστηρίζει ότι η γένεση, πορεία και εξέλιξη του καρκίνου υπόκειται στην επίδραση όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών συντελεστών (βίο-ψυχο-κοινωνική θεώρηση) (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.8.2

ΑΠΟΨΕΙΣ

ΓΙΑ

ΤΗΝ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στα πλαίσια της ολιστικής θεώρησης των νοσημάτων έχουν διατυπωθεί απόψεις για τη

συμβολή ψυχολογικών συντελεστών στην αιτιολογία του καρκίνου. Από τους συντελεστές αυτούς έχουν μελετηθεί κυρίως ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η κατάθλιψη, τα στρεσογόνα γεγονότα και η αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων (όπως π.χ.: του θυμού).

Οι περισσότερες από τις σχετικές εργασίες έχουν μεθοδολογικές αδυναμίες (απότοκες κυρίως του αναδρομικού χαρακτήρα των ερευνών). Ωστόσο, παρά τις μεθοδολογικές αυτές αδυναμίες, οι υπάρχουσες ενδείξεις συνηγορούν για συμμετοχή ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών συντελεστών στην αιτιολογία του καρκίνου, άποψη που εναρμονίζεται και με το αισθητήριο του κοινού.

Μία δεύτερη κατηγορία ερευνών εστιάζεται κυρίως στη μελέτη των ψυχολογικών και ψυχιατρικών επιπτώσεων ενός ήδη εγκατεστημένου καρκίνου, καθώς και στην προσπάθεια ανεύρεσης συσχετίσεων μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και πορείας (και πρόγνωσης) του καρκίνου. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.8.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με έναν ήδη εγκατεστημένο καρκίνο δεν εξαρτώνται μόνο από το είδος, την εντόπιση, την έκταση, το ρυθμό ανάπτυξης και την αναπηρία που προκαλεί, αλλά και από το πώς αντιλαμβάνεται κανείς την πάθησή του, δηλαδή από το βαθμό της απειλής που εκπροσωπεί η νόσος για το συγκεκριμένο άτομο.

Έχει, λοιπόν, μεγάλη σημασία αν και σε θετική περίπτωση τότε, πώς και από ποιον θα πληροφορηθεί ο άρρωστος την πάθησή του. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΣΤΑΔΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

Τα στάδια ψυχολογικής αντίδρασης ενός ανθρώπου που πεθαίνει έχουν περιγραφεί από την Elizabeth Kübler-Ross, που διαχώρισε την όλη ψυχική διαδικασία στα παρακάτω στάδια:

1. Άρνηση
2. Οργή
3. Συναλλαγή
4. Κατάθλιψη
5. Αποδοχή

Πρέπει να τονιστεί ότι τα στάδια αυτά δεν έχουν εφαρμογή σε όλους τους καρκινοπαθείς και σε όλους τους καρκίνους. Υπάρχουν καρκίνοι που έχουν πολύ καλή πρόγνωση, άλλοι που ιώνται σε σύντομο χρόνο και άλλοι που διαρκούν όσο περίπου και η ζωή του ανθρώπου. Επομένως, οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς δεν ταυτίζονται πάντα (και ούτε πρέπει να ταυτίζονται) με αυτές του ανθρώπου που πεθαίνει.

Σύμφωνα με άλλες απόψεις (Weisman), η όλη διαδικασία ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του καρκινοπαθούς στην πάθησή του εκτυλίσσεται στα παρακάτω στάδια:

- Το στάδιο του υπαρξιακού προβληματισμού (ο άρρωστος αιφνιδιάζεται συνειδητοποιώντας πόσο ευάλωτος είναι)
- Το στάδιο της προσαρμογής στη νέα κατάσταση (ο άρρωστος προσπαθεί να μειώσει την απειλή από την αρρώστια και προσαρμόζει τη δραστηριότητά του στις μειωμένες δυνατότητες που έχει εξαιτίας της πάθησής του)
- Το στάδιο της υποβάθμισης και της επιδείνωσης (στο οποίο η προοπτική του θανάτου, που είχε κάπως μειωθεί στο προηγούμενο στάδιο, ξανακάνει την εμφάνισή της)
- Το προτελικό στάδιο (που χαρακτηρίζεται από απόσυρση από τις κοινωνικές

συναλλαγές και προοδευτικό περιορισμό του φάσματος των ενδιαφερόντων)

- Το τελικό στάδιο (που διαρκεί 3-4 μέρες προ του θανάτου και χαρακτηρίζεται από σχεδόν συνεχή έλλειψη επαφής με το περιβάλλον και ασαφή αντίληψη των αισθητηριακών ερεθισμάτων.

Η ψυχοκινητική παρέμβαση είναι χρήσιμη για τον άρρωστο ακόμη και στο τελικό στάδιο. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; Fadem & Simring, 2004)

7.8.4

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι περισσότεροι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι στους καρκινοπαθείς οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις απαντούν πιο συχνά απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Από τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που συνοδεύουν τον καρκίνο, οι συνηθέστερες είναι:

- α) η διαταραχή προσαρμογής,
- β) η κατάθλιψη,
- γ) τα οργανικά ψυχοσύνδρομα. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η αντίδραση του ασθενούς αποκτά διαστάσεις κλινικής κατάθλιψης. Αυτό παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 13% των καρκινοπαθών. Στις περιπτώσεις αυτές η παρέμβαση ψυχιάτρου είναι απαραίτητη, όπως απαραίτητη είναι η παρέμβαση όταν υπάρχει συνύπαρξη (συννοσηρότητα) καρκίνου και κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η βιολογική αντιμετώπιση της κατάθλιψης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και άλλα βιολογικά θεραπευτικά μέσα, παράλληλα με την ψυχολογική υποστήριξη.

Θα πρέπει να έχουμε υπόψιν μας ότι η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για την αντιμετώπιση του καρκίνου μπορεί να είναι υπεύθυνη για την κατάθλιψη του ασθενούς και το ίδιο ισχύει για τυχόν συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις,

Όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο Κ.Ν.Σ. ή όταν πρόκειται για ορμονοπαραγωγικό καρκίνο, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η κατάθλιψη να οφείλεται άμεσα στον καρκίνο.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας του καρκινοπαθούς πιστεύεται ότι έχει υπερεκτιμηθεί, αν και υπάρχουν εργασίες που επισημαίνουν μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονίας σε καρκινοπαθείς και ιδιαίτερα σε πάσχοντες από καρκίνο του γαστρεντερικού, του μαστού και των γεννητικών οργάνων. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΟΡΓΑΝΙΚΑ

ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

Παρατηρείται στον καρκίνο με συχνότητα που προσεγγίζει τη συχνότητα της κατάθλιψης. Υπολογίζεται ότι περίπου 8% των ασθενών ικανοποιούν τα κριτήρια για τη διάγνωση του συγχυτικού παραληρήματος (delirium), ενώ στην προθανάτια περίοδο το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 75%.

Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα οφείλονται σε αιτίες που προκαλούν άμεση ή έμμεση αποδιοργάνωση των εγκεφαλικών λειτουργιών. Εκφράζονται κλινικά με τη διανοητική σύγχυση (συγχυτική κατάσταση), το συγχυτικό ονειρισμό, το οξύ παραλήρημα (οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο) και τη συγχυτική εμβροντυσία (συγχυτικό stupor). Στα οργανικά

ψυχοσύνδρομα παραβλάπτονται κυρίως οι γνωσιακές λειτουργίες, δηλαδή η συνείδηση και οι με αυτήν συναρτημένες λειτουργίες μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης κ.λπ..

Άμεση αποδιοργάνωση των εγκεφαλικών λειτουργιών μπορεί να προκληθεί, π.χ.: από τοπική επέκταση μιας εστίας καρκίνου, από διήθηση των μηνίγγων στις αιματολογικές νεοπλασματικές νόσους, από μεταστάσεις, από την προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια (μια επιπλοκή νεοπλασματικής νόσου του λεμφικού ιστού και του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος).

Έμμεση αποδιοργάνωση μπορεί να προκύψει από ελάττωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου συνέπεια αναπνευστικής ανεπάρκειας, αναιμίας ή καρδιακής ανεπάρκειας, από διαταραχές ηλεκτρολυτών, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος κ.λπ..

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο άνθρωπος που πάσχει από καρκίνο συχνά εκτίθεται στην επίδραση παραγόντων που είναι γνωστό ότι επιβαρύνουν την εκδήλωση συγχυτικών παραληρημάτων και άλλων οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Οι παράγοντες αυτοί είναι το ψυχολογικό στρες, η στέρηση ύπνου, η αισθητηριακή αποστέρηση, η ακινησία κ.λπ..

Συνήθως, στις νεοπλασματικές νόσους, η οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία παίρνει το χαρακτήρα ενός ελάσσονος οργανικού ψυχοσυνδρόμου ακαθόριστης αιτιολογίας, που εκφράζεται με βυθιότητα και ήπιες διαταραχές της μνήμης και της συγκέντρωσης. Υποστηρίζεται ότι οι άρρωστοι που παρουσιάζουν την ήπια αυτή εγκεφαλική δυσλειτουργία έχουν καλύτερη προσαρμογή και μακρότερο προσδόκιμο επιβίωσης.

Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις που το οργανικό ψυχοσύνδρομο παίρνει εκρηκτικό χαρακτήρα, όπως συμβαίνει σε ένα οξύ συγχυτικό παραλήρημα. Οι συμπτωματική αντιμετώπιση αποσκοπεί σε αποκατάσταση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, ενυδάτωση, καταστολή της διέγερσης με βενζοδιαζεπίνες, (ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης) ή βουτυροφαινόνης (ενδομυϊκή χορήγηση αλοπεριδόλης). (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; Fadem & Simring, 2004)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πολλές φορές η θεραπεία για τον καρκίνο προκαλεί μείζονα προβλήματα που επιπροστίθενται στα προβλήματα από τον ίδιο τον καρκίνο.

Ας δούμε τα προβλήματα αυτά, με ιδιαίτερη επικέντρωση στα συμπτώματα από την ψυχική σφαίρα.

Ακτινοβολία

Μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλοπάθεια με αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης (κεφαλαλγία, ζάλη, ναυτία, έμετος κ.λπ.), που μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών και αντιδραστικά ψυχολογικά προβλήματα καταθλιπτικού ή φοβικού τύπου.

Χημειοθεραπεία

Εκτός από τη ναυτία και τον έμετο, η χημειοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλοπάθεια, νευροπάθεια, κατάθλιψη και ψυχωσική συμπτωματολογία με ψευδαισθήσεις.

Ο

πόνος

Πολλές φορές ο ασθενής υποφέρει περισσότερο από τον πόνο παρά από την προοπτική του θανάτου. Γι' αυτό συνιστάται οτιδήποτε μπορεί να τον βοηθήσει από τα απλά αναλγητικά μέχρι τα οπιούχα και σε δόσεις που (λόγω της εθιστικής ιδιότητας των οπιούχων και πολλών αναλγητικών) μπορούν να ξεπερνούν κατά πολύ τις θεραπευτικές δόσεις.

Το ποσοστό των καρκινοπαθών που βιώνουν τον πόνο κυμαίνεται από 25-75%, ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος.

Πολλά ψυχοφάρμακα έχουν θέση στη θεραπευτική του πόνου, γιατί ισχυροποιούν τη δράση των οπιούχων. Την ιδιότητα αυτή έχουν π.χ.: τα αντικαταθλιπτικά, τα αντισπασμικά και πολλά αντιψυχωσικά, όπως η φαινοθειαζίνες και οι βουτυροφαινόνες.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο πόνος δεν είναι συναρτημένος μόνο με το μέγεθος της υπάρχουσας ιστικής βλάβης. Υπάρχουν, π.χ. Ενδείξεις ότι στην περίπτωση των οστικών μεταστάσεων ο αναφερόμενος πόνος είναι συχνά δυσανάλογος με τον αναμενόμενο πόνο (Front et al 1979).

Η σύγχρονη αντίληψη για τον πόνο αναγνωρίζει τον πολυπαραγοντικό του χαρακτήρα. Γίνεται, δηλαδή, δεκτό ότι ο πόνος είναι φαινόμενο συναρτημένο με παράγοντες φυσιολογικούς, αισθητηριακούς, συναισθηματικούς, γνωσιακούς, συμπεριφορικούς και κοινωνικο-πολιτισμικούς. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.8.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι απλά και μόνο ένα βιολογικό γεγονός, ανήκει πλέον στο παρελθόν.

Όπως όλες οι αρρώστιες, έτσι και ο καρκίνος δεν αναπτύσσεται σε ψυχοκοινωνικό κενό. Επομένως και η αντιμετώπισή του δεν πρέπει να παραβλέπει τους ψυχοκοινωνικούς συντελεστές, πρέπει δηλαδή να είναι πολυδιάστατοι και πολυπαραγοντικοί.

Η φροντίδα για την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου θα πρέπει ασφαλώς να παρέχεται παράλληλα με σχολαστική φροντίδα για τα σωματικά συμπτώματα, που πολλές φορές υπερκαλύπτουν σε σημασία και αμεσότητα την υπαρξιακή αγωνία του αρρώστου. Ιδιαίτερα ο πόνος πιστεύεται ότι πρέπει να αντιμετωπίζεται προληπτικά και με κάθε μέσο, συμπεριλαμβανομένου και των οπιούχων, στις περιπτώσεις καρκινοπαθών με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης.

Με βάση το δεδομένο ότι ένας μεγάλος αριθμός συνανθρώπων μας πεθαίνουν σε ιδρύματα (περίπου το 70% στις Η.Π.Α. Και 50% στη Βρετανία), είναι φανερή η ανάγκη για βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε αυτά. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Βασικός παράγοντας στην ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς είναι η ανάθεση της φροντίδας αυτής σε ένα μόνο πρόσωπο, που θα συντονίζει τις ενέργειες, θα επικοινωνεί με τον άρρωστο και θα διαμορφώνει το γενικό πλάνο της αντιμετώπισης. Ο απρογραμμάτιστος κατακερματισμός της ευθύνης οδηγεί συχνά σε αντιφατικές πληροφορίες για τον άρρωστο, μείωση της αξιοπιστίας της θεραπευτικής προσπάθειας και αδυναμία δημιουργίας στενής σχέσης εμπιστοσύνης ενός προς ένα.

Γενική είναι η εντύπωση που προκύπτει ότι η ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς είναι μέσα στις δυνατότητες του μη ειδικού γιατρού. Αρκεί:

- Να είναι αποφασισμένος περισσότερο να ακούει παρά να μιλάει
- να έχει ενσυναίσθηση, δηλαδή ελεγχόμενη συναισθηματική ταύτιση με τον άρρωστο
- να έχει γνήσιο και ειλικρινές ενδιαφέρον για τον άρρωστο.

Η ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς πρέπει να είναι εξατομικευμένη,

ευέλικτη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του, όπως ανακύπτουν κάθε στιγμή. Πολλές φορές ο άρρωστος ανησυχεί λιγότερο για τις προοπτικές που αφορούν τη ζωή του και περισσότερο για το σωματικό πόνο που προβλέπει ότι θα βιώσει ή για πρακτικά ζητήματα, όπως οικονομικές ή άλλες εκκρεμότητες που ανησυχεί ότι δε θα προφτάσει να διευθετήσει. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΟΥΝ ΤΟ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ;

Το ερώτημα αυτό απασχολεί έντονα όχι μόνο την έρευνα αλλά και το κοινό (και κατ' επέκταση τα μέσα ενημέρωσης).

Έχουν μελετηθεί διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις, όπως ειδικά σχεδιασμένες τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς, τεχνικές θετικών στάσεων, τεχνικές φαντασιώσεων, ακόμη και τεχνικές γελοιοθεραπείας. Οι ενδείξεις που προέκυψαν από αυτές τις μελέτες είναι θετικές αλλά όχι πειστικές. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Δεν είναι δυνατόν κάποιος να εξειδικεύσει το είδος της ψυχολογικής φροντίδας που απαιτείται για κάθε συγκεκριμένο άτομο σε κάθε στιγμή της αρρώστιας του. Κάθε άρρωστος είναι μια ξεχωριστή περίπτωση.

Άλλος αντιδρά στην αρρώστια με πανικό, άλλος με κατάθλιψη, άλλος με αναζωπύρωση προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Μερικοί άρρωστοι βλέπουν στην πάθησή τους μια ευκαιρία φυγής από πιεστικά βιωτικά ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, άλλοι “χρησιμοποιούν” την πάθησή τους για να επικεντρώσουν στο πρόσωπό τους το ενδιαφέρον του περιβάλλοντος (παθολογική συμπεριφορά στη νόσο), ενώ για άλλους αρρώστους η πάθησή τους συνιστά αφορμή για μια ολοκληρωμένη ενατένιση της ζωής και για παγίωση διαπροσωπικών σχέσεων. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; Hersen Turner, 1984)

7.9 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η κατανόηση της πολυδιάστατης αλληλεπίδρασης μεταξύ του βιολογικού υποστρώματος και της ψυχιατρικής συννοσηρότητας μιας χρόνιας σωματικής αρρώστιας, είναι καθοριστική για την εξέλιξη και την αντιμετώπισή της.

Στην αξιολόγηση του ασθενούς με νόσο του συνδετικού ιστού (ΣΙ), ο ψυχίατρος πρέπει να λάβει υπόψιν του:

- την ύπαρξη προνοσηρής παθολογίας από το ατομικό ιστορικό του ασθενούς και το επίπεδο λειτουργικότητάς του.
- τη φύση και την έκταση της απώλειας που βιώνει ο ασθενής εξαιτίας της αρρώστιας
- τη συννοσηρότητα με γενετικές διαταραχές
- την πιθανότητα πρωτογενούς προσβολής του Κ.Ν.Σ. Από τη νόσο
- τις ανεπιθύμητες ενέργειες, νευρολογικές ή ψυχιατρικές, από τη χρήση φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της πρωταρχικής νόσου.

Οι νόσοι του ΣΙ συχνά διαρκούν δεκαετίες και έτσι προσφέρουν επαρκή χρόνο για την ακριβή εκτίμηση των προαναφερθέντων 5 παραγόντων και την επιρροή που ασκούν στην

ψυχική σφαίρα του ασθενούς. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.9.1 ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι αυτοάνοση συστηματική νόσος υπαγόμενη στα νοσήματα του μυοσκελετικού και συνδετικού ιστού. Υπολογίζεται ότι σχεδόν 1 % του ενήλικου πληθυσμού νοσεί από ΡΑ με συχνότερη ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων μεταξύ 40-60 ετών. Οι γυναίκες προσβάλλονται 3 φορές συχνότερα από τους άντρες. Η ακριβής αιτιολογία της ΡΑ παραμένει εν πολλοίς άγνωστη και η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν αποσκοπεί στην πλήρη ίαση, αλλά στη μείωση των συνεπειών από την προσβολή των αρθρώσεων που προκαλεί γενικευμένο περιορισμό των κινήσεων, σωματική ανικανότητα και συνακόλουθες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Στην πρόωμη περίοδο άνθισης της ψυχοσωματικής ιατρικής, στις αρχές του αιώνα μας είχε καταβληθεί αξιόλογη προσπάθεια για τον καθορισμό της ρευματοειδούς προσωπικότητας. Η άποψη που κυριαρχούσε τότε ήταν ότι κάποιες παθήσεις, στις οποίες συμπεριλαμβανόταν και η ΡΑ θεωρούνται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, ασυνείδητων συγκρούσεων και καταστάσεων που αναζωπυρώνουν αυτές τις συγκρούσεις. Η ιδιαιτερότητα της ρευματοειδούς προσωπικότητας περιλάμβανε τα χαρακτηριστικά της αυτοθυσίας, του μαζοχισμού, της επιφυλακτικότητας, της τελειοθηρίας και του αυξημένου ενδιαφέροντος για υπαίθρια σπορ. Σύμφωνα με αυτές τις απόψεις, η ασυνείδητη επιθετικότητα εναντίον υπερπροστατευτικών γονέων μετατίθεται σε εμπλοκή με αθλητικές επιδόσεις, συμπεριφορές αυτοθυσίας και μαζοχισμού. Η αποτυχία λύσης της σύγκρουσης προκαλεί αμφιθυμία και ένταση εκφραζόμενη ως μυϊκή σύσπαση, που οδηγεί σε διάβρωση των αρθρώσεων. Άλλοι ερευνητές της εποχής εκείνης εκτιμούσαν πως η ΡΑ αποτελεί καταθλιπτικό ισοδύναμο και έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στην απόθεση της σεξουαλικότητας ως πιθανού παθογενετικού μηχανισμού.

Αυτές οι θεωρίες έχουν πλέον ατονήσει στις μέρες μας. Στην εξέλιξη αυτή συνέβαλαν οι σύγχρονες παρατηρήσεις, σύμφωνα με τις οποίες διαφαίνεται ότι δεν υπάρχει διαφορά όσον αφορά το προφίλ προσωπικότητας μεταξύ των πασχόντων από ΡΑ και εκείνων που νοσούν από άλλες χρόνιες ρευματικές ή άλλες σωματικές παθήσεις. Οι σύγχρονες μελέτες τείνουν περισσότερο στην προσπάθεια καθορισμού των δευτερογενών μηχανισμών προσαρμογής (προσαρμοστικών ή δυσπροσαρμοστικών) στην ασθένεια παρά στα χαρακτηριστικά της δομής των ασθενών με ΡΑ. Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί προσαρμογής στη ΡΑ φαίνεται να έχουν κάποια προβλεπτική ισχύ για τη μετέπειτα λειτουργική κατάσταση του ασθενούς. Ασθενείς που υιοθετούν μια παθητική ή αποφευκτική στάση για την ασθένειά τους, που έχουν αρνητικές προσδοκίες για την εξέλιξη και τη χρονιότητά της έχουν χειρότερη προσαρμογή στη νόσο τους, επιβαρυνόμενη κοινωνική λειτουργικότητα και βαρύτερη κλινική εικόνα. Αντίθετα, οι ασθενείς που υιοθετούν προσαρμοστικούς μηχανισμούς, που περιλαμβάνουν τη χρήση κοινωνικής υποστήριξης από το περιβάλλον και πεποιθήσεις σχετικές με τη δυνατότητα ελέγχου ή και ίασης της νόσου, συσχετίζονται με καλύτερη λειτουργικότητά τους. (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η συννοσηρότητα κατάθλιψης και ΡΑ είναι υψηλή. Η επικράτηση (επιπολασμός) της κατάθλιψης υπολογίζεται σε 15-40% ανάλογα με τη μελέτη. Πιο πρόσφατες επιδημιολογικές

μελέτες σε πληθυσμούς με PA αναφέρουν επικράτηση της τάξης του 15-17%. Είναι μάλλον αποδεκτό, πάντως, ότι η επικράτηση της κατάθλιψης στη PA δεν ξεπερνά την αντίστοιχη σε άλλες χρόνιες παθήσεις. Η ψυχιατρική αυτή συννοσηρότητα όμως έχει μεγάλη σημασία, όχι μόνο γιατί αποτελεί θεραπευτικό στόχο από μόνη της, αλλά και γιατί η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συνδέεται με χειρότερη κλινική πορεία και λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και μεγαλύτερη χρήση ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια θεραπευτική ομάδα που θα ενσωματώνει ρευματολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό, προσφέρει την πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ασθενών με PA, με τις ποικίλες τους ανάγκες. Οι διαταραχές του άξονα I, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται τόσο με ψυχοφαρμακευτικές όσο και με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά με ήπιες αντιχολινεργικές και κατασταλτικές ιδιότητες είναι τα φάρμακα επιλογής για τους περισσότερους ασθενείς με PA και κατάθλιψη. Χρήσιμοι είναι ακόμα και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και οι SNRIs. Αυτές οι κατηγορίες φαρμάκων έχουν το πλεονέκτημα του χαμηλού κινδύνου ορθοστατικής υπότασης, μιας ιδιαίτερα επικίνδυνης ανεπιθύμητης ενέργειας για τον ασθενή με PA. Τα αντικαταθλιπτικά με σεροτονινεργική δράση μπορούν επίσης να βοηθήσουν στο θεραπευτικό χειρισμό του χρόνιου πόνου. Οι βενζοδιαζεπίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για θεραπευτική αντιμετώπιση της τυχόν αϋπνίας, του μυϊκού σπασμού και των καταστάσεων που συνοδεύονται με έντονο άγχος. Επισημαίνεται ότι η συγκέντρωση στο πλάσμα των τρικυκλικών και τετρακυκλικών αντικαταθλιπτικών μπορεί να αυξηθεί αν συγχορηγείται συστηματικά το ακετυλοσαλικυλικό οξύ ως αναλγητικό και αντιφλεγμονώδες.

Η αγωγή θα πρέπει να στρέφεται προς την κινητοποίηση και ενδυνάμωση του συστήματος υποστήριξης του ασθενούς, την εκπαίδευσή του σε φροντίδα του εαυτού του και την παροχή διευκρινίσεων ότι η ρευματολογική αγωγή στοχεύει σε μία επαρκή αντιμετώπιση της νόσου και όχι στην απόλυτη θεραπεία της. Πρόσφατα, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει δοκιμαστεί σε συνδυασμό με ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με PA, με σχετικά καλά αποτελέσματα. Άξονας της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η διερεύνηση και εφαρμογή στην καθημερινή ζωή νέων προσαρμοστικών συμπεριφορών και λύσεων που ενδυναμώνουν την αίσθηση ελέγχου της νόσου και του πόνου από τον ασθενή. Στόχος είναι επίσης, καταρχήν, η ανάδυση και, κατά δεύτερο, η τροποποίηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που συσχετίζονται με την αρνητική εικόνα εαυτού εξαιτίας της νόσου. (Χαρτοκόλλης, 1991 ; Νεστορος, 2003)

7.9.2

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ

ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ

ΛΥΚΟΣ

Ο Σ.Ε.Λ. Είναι πολυσυστηματική νόσος της όψιμης νεανικής ηλικίας, με πολύ συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες (9:1) και με μέσο όρο ηλικίας έναρξης των συμπτωμάτων τα 30 χρόνια. Η πλειοψηφία των πολύμορφων κλινικών εκδηλώσεων οφείλεται σε προσβολή του αγγειακού συστήματος ή σε άμεσες διαταραχές του συνεκτικού ιστού. Προσβάλλονται είτε μεμονωμένα όργανα είτε πολλά συστήματα ταυτόχρονα και η προσβολή του Κ.Ν.Σ. Δεν αποτελεί εξαίρεση. Η χρόνια εξέλιξη της νόσου, με περιόδους ύφεσης και αναζωπύρωσης των συμπτωμάτων, είναι συχνή. Η έγκαιρη διάγνωση και βελτιωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση έχει συντελέσει εντούτοις στη μείωση της θνητότητας, έτσι ώστε να αναφέρονται στις μέρες μας δεκαπενταετή ποσοστά επιβίωσης άνω του 80% από μερικούς ερευνητές. (Michael et al, 2008)

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις εντοπίζονται σε περίπου 50% των ασθενών και η ύπαρξη αυτής της συμπτωματολογίας συνδέεται με αυξημένη θνητότητα. Ανιχνεύονται συχνά από τον πρώτο χρόνο, αλλά σπάνια προηγούνται των κλασικών συμπτωμάτων της νόσου. Τα περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι παροδικά και δεν έχουν συνήθως διάρκεια μεγαλύτερη από 6 μήνες, μολονότι επανεμφανίζονται συχνά στην πορεία της νόσου. Η ψυχιατρική συμπτωματολογία στο Σ.Ε.Λ. Δεν έχει χαρακτηριστική πορεία και περιεχόμενο, αλλά εναλλάσσεται και τροποποιείται στο χρόνο, όπως εξάλλου συμβαίνει και με τις άλλες εκδηλώσεις της νόσου. Πάντως σε γενικές γραμμές, η νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις εμφανίζονται συνήθως στα όψιμα στάδια του Σ.Ε.Λ. Και δεν εκδηλώνονται κυρίως σε φάσεις υποτροπής, όταν είναι εμφανής η προσβολή και άλλων συστημάτων.

Η κλινική εικόνα οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι η συχνότερη ψυχιατρική εκδήλωση στην πορεία του Σ.Ε.Λ. Σε ποσοστό που ανέρχεται στο 30%. Κυριαρχεί η εικόνα ήπιας σύγχυσης και διαταραχής του επιπέδου συνείδησης, αλλά συχνή είναι επίσης η σύγχυση με ψυχοκινητική ανησυχία και συνοδές αντιληπτικές διαταραχές (οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις). Όταν στην κλινική εικόνα υπάρχουν και παραληρητικές ιδέες, η πιθανότητα να τεθεί λανθασμένα η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι μεγάλη αν δε ληφθούν υπόψιν οι προαναφερθείσες ήπιες διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, οι διαταραχές προσανατολισμού και άλλα κλινικά σημεία που διαφορίζουν τις δύο καταστάσεις. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι συστηματικές λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ., όπως και αγωγή με στεροειδή σε συμβατικές δοσολογίες, μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση παραληρήματος. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο δε διαρκεί περισσότερο από μερικές ώρες έως ημέρες και συνήθως υποχωρεί πλήρως, επανεμφανίζεται όμως συχνά, συνήθως σε φάσεις υποτροπής της νόσου.

Η κλινική εικόνα λειτουργικής ψύχωσης είναι σαφώς σπανιότερη από εκείνη του οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Στο Σ.Ε.Λ. Μπορεί να είναι σχιζοφρενικού, υπομανιακού ή καταθλιπτικού τύπου, με συνηθέστερη μάλλον την εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με ψυχωσικά στοιχεία, σε ποσοστό έως και 10% των ασθενών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόσφατη διαπίστωση ότι διαταραχές των ανώτερων γνωσιακών λειτουργιών εμφανίζονται σε άτομα που νοσούν από Σ.Ε.Λ. Και ανευρίσκονται ακόμη και σε διαστήματα που δεν επικρατούν ενεργά συμπτώματα της νόσου, ψυχιατρικές ή νευρολογικές εκδηλώσεις. Διαπιστώνονται προβλήματα προσοχής, συγκέντρωσης και μνήμης, καθώς και μείωση της οπτικοκινητικής συνέργειας.

Οι ασθενείς με Σ.Ε.Λ. Εμφανίζουν αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία σε υψηλότερο ποσοστό από το γενικό πληθυσμό, αλλά και από τους ασθενείς με ΡΑ. Η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς Σ.Ε.Λ. Διακυμαίνεται από 41-80%. Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν φόβους που περιστρέφονται γύρω από την επιδείνωση της ασθένειάς τους, το θάνατο, την εξάρτησή τους από την φαρμακευτική αγωγή και την αδυναμία επίτευξης των καθημερινών τους ασχολιών. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ

Η προσβολή του Κ.Ν.Σ. Αποδίδεται κυρίως σε βλάβες των μικρών αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου με αποτέλεσμα την πρόκληση εμφράκτων και αιμορραγιών συνήθως στο φλοιό και στο εγκεφαλικό στέλεχος. Τα έμφρακτα είναι συνήθως μικρά και πολλαπλά και πολλές από τις νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις του Κ.Ν.Σ. Στο Σ.Ε.Λ. Συνδέονται με την εμφάνιση αυτών των διάστικτων μικροσκοπικών αιμορραγικών ή αποφρακτικών εγκεφαλικών εστιών. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μπορεί να δείξει διάχυτη επικράτηση

βραδέων κυμάτων. Το πλέον συχνά απαντώμενο εύρημα από την αξονική τομογραφία είναι οι διευρυμένες αύλακες του φλοιού, αλλά σπανιότερα είναι δυνατό να απεικονιστούν και διάσπαρτες συμμετρικές εστίες αυξημένης πυκνότητας στην υποφλοιώδη λευκή ουσία.

Μολονότι η εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων θεωρείται γενικά ως εκδήλωση εγκεφαλικής συμμετοχής στο Σ.Ε.Λ., η καταθλιπτική συμπτωματολογία ως εκδήλωση εγκεφαλικής συμμετοχής αμφισβητείται. Εκτιμάται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν έχει άμεση προέλευση από την προσβολή του Κ.Ν.Σ., αλλά περισσότερο συσχετίζεται με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που είναι δευτερογενείς στις δερματολογικές και μυοσκελετικές αλλοιώσεις. (Michael et al, 2008)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με νευροψυχιατρικές διαταραχές στα πλαίσια Σ.Ε.Λ., είναι σημαντική η προσεκτική εξέταση για την παρουσία δευτερογενών αιτιών των διαταραχών αυτών και την αναζήτηση τυχόν διαταραχών του μεταβολισμού και συμπτωμάτων φαρμακευτικής τοξίκωσης (συνήθως από κορτικοστεροειδή και ιδιαίτερα στην περίπτωση της καταθλιπτικής διάθεσης). Η υπομανιακού τύπου απάντηση στα κορτικοστεροειδή δεν είναι συχνή στους ασθενείς με Σ.Ε.Λ.. Η αγωγή στην περίπτωση αυτή συνήθως περιλαμβάνει μείωση της δοσολογίας του στεροειδούς, εάν αυτό είναι δυνατό, και σπάνια την προσθήκη ανθρακικού λιθίου. Ο θεραπευτικός αυτός χειρισμός μπορεί να εφαρμοστεί ακόμα και σε νεφροπαθείς ασθενείς, με μείωση της δοσολογίας του λιθίου και στενή παρακολούθηση των επιπέδων του στο αίμα.

Διάχυτες εκδηλώσεις από το Κ.Ν.Σ. Είναι δυνατό να αντικατοπτρίζουν πρωτογενή αγγειοπάθεια του Κ.Ν.Σ. Και μπορεί να προκαλέσουν παραληρητικό ιδεασμό ή συγχυτικά επεισόδια. Αντιμετωπίζονται με αυξομειώσεις στη δόση των κορτικοστεροειδών, αν ήδη χορηγούνται, και με χορήγηση κορτικοστεροειδών αν δε χορηγούνται, καθώς και με προσθήκη αντιψυχωσικού φαρμάκου με μικρή αντιχολινεργική και περιφερική καρδιολογική δράση. Η χρήση αντικαταθλιπτικών είναι συχνή σε διαπιστωμένες καταθλιπτικές διαταραχές και η ηλετροσπασμοθεραπεία δεν αντενδύκνεται. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.10 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ενδοκρινική δραστηριότητα των γυναικείων γονάδων. Όμως, υπάρχουν σχετικά λίγα στοιχεία για τους πιθανούς μηχανισμούς που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την σύζευξη των ψυχοσωματικών ή σωματο-ψυχικών σχέσεων. Αυτό πηγάζει από το γεγονός ότι κάθε κλινική οντότητα επηρεάζεται συγχρόνως από πολλές παραμέτρους. Είναι σχετικά δύσκολο να συσχετιστούν και να αξιολογηθούν τα ορμονικά αποτελέσματα από τις ποσοτικές δοκιμασίες, τα κλινικά σημεία και συμπτώματα, τα αντικειμενικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά που καταγράφονται στις συνεντεύξεις ή στα δομημένα ερωτηματολόγια, καθώς και οι κοινωνικές παράμετροι, όπως οι επικρατούσες αντιλήψεις και τα συστήματα των κοινωνικών και των προσωπικών αξιών. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.10.1 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ Ή ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΟΟΙΣΤΡΟΓΟΝΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ

Η εμμηνόπαυση αρχίζει ένα έτος μετά την πλήρη απουσία της εμμήνου ρύσεως. Η διαδικασία διακοπής έως την πλήρη αναστολή της περιόδου διαρκεί συνήθως 2-5 χρόνια και παρουσιάζεται στην πλειονότητα των γυναικών μεταξύ 45-49 ετών. Σε όλο αυτό το διάστημα

μπορεί να πρωτοπαρουσιαστούν ή να αναζωπυρωθούν ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές της συμπεριφοράς που να αφορούν σε όλο το φάσμα της ψυχιατρικής σημειολογίας. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Κατά την υποστροφική περίοδο περιγράφονται συχνά απλές και παροδικές ψυχικές διαταραχές, αλλά σπανιότερα σοβαρές ψυχιατρικές παθήσεις.

Γυναίκες που διακατέχονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, είχαν πενιχρές ικανοποιήσεις από τη ζωή και βίωσαν προηγούμενες ψυχολογικές δυσκολίες, είναι ιδιαίτερα ευάλωτες για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών αυτή τη περίοδο. Επίσης, οι γυναίκες που επένδυσαν κυρίως στην ανατροφή των παιδιών, μπορεί να είναι επιρρεπείς στην «υποστροφική κατάθλιψη». Παρατηρήθηκε μειωμένη επίπτωση στα άτομα που ανήκουν στα ανώτερα και μεσαία κοινωνικό-οικονομικά στρώματα. Γενικά, όμως, οι ψυχολογικές αντιδράσεις αυτής της περιόδου προσομοιάζουν μ' εκείνες που έχει ζήσει η κάθε γυναίκα σε προηγούμενες αναπτυξιακές φάσεις, όπως κατά την εφηβεία και την εγκυμοσύνη.

Η παλαιότερη αντίληψη ότι κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει αυξημένη επικινδυνότητα ανάπτυξης μείζονος ψυχικής διαταραχής αμφισβητείται σήμερα, χωρίς όμως οι μελέτες να είναι κατακλιητικές. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Κυρίως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, αλλά και τα ανδρογόνα και η ωχρινοτρόπος ορμόνη, δεσμεύονται στον εγκεφαλικό ιστό και φαίνεται να έχουν άμεση σχέση με την ψυχική λειτουργία. Τα πιθανά συμπτώματα κατά την εμμηνόπαυση μπορεί να εξαρτώνται :

A) από την ταχύτητα υποστροφής των ορμονών

B) από το μέγεθος της ορμονικής απόσυρσης,

Γ) από την ιδιοσυγκρασιακή ικανότητα της γυναίκας να ανταπεξέλθει στη γενική διαδικασία του αρχόμενου γήρατος

Δ) από τον ψυχολογικό-γνωσιακό παράγοντα του τι σημαίνει γήρας για τη συγκεκριμένη γυναίκα και

E) από την υποκείμενη ψυχοπαθολογία. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στα γενικά συμπτώματα περιλαμβάνονται άγχος, ένταση, συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, ζάλη, αϋπνία, κλάματα και αύξηση ή μείωση της σεξουαλικής διάθεσης. Τα οργανικά σημεία και συμπτώματα είναι οι εξάψεις, οι πονοκέφαλοι, οι μυαλγίες, οι ατροφικές αλλαγές στο δέρμα και στα επιθήλια των γεννητικών οργάνων, μερικές φορές οι επώδυνες σεξουαλικές επαφές και τα συμπτώματα από συχνές ουρολοιμώξεις.

Στις ειδικές εικόνες συνδρόμων, όπως κατάθλιψη, ψύχωση ή άλλες ψυχικές διαταραχές, περιλαμβάνονται και τα ιδιαίτερα στοιχεία της αντίστοιχης ψυχιατρικής πάθησης. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι απλές ψυχικές διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν με ψυχο-κοινωνικές τεχνικές. Η γυναίκα θα πρέπει να ενισχυθεί στην ολοκλήρωση της γνωσιακής επεξεργασίας της νέας φάσης της ζωής της. Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στην ενδυνάμωση ψυχολογικών

μηχανισμών, στην ανάπτυξη νέων δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, καθώς και στην αξιολόγηση των οικογενειακών δυναμικών. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.10.2 ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΑΣΕΩΣ

Στο προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο τάσεως ανήκουν οργανικά, ψυχολογικά και συμπεριφερολογικά συμπτώματα, που έχουν επαναληπτικό χαρακτήρα, εμφανίζονται 4-5 ημέρες πριν από την έμμηνο-ρύση και υποχωρούν μετά από την εμφάνισή της. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; <http://emedicine.medscape.com/article/293257-overview>)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η βιολογική δράση του συνδρόμου δεν είναι επαρκώς μελετημένη. Οι αλλαγές που επισυμβαίνουν στα οιστρογόνα, στην προγεστερόνη, στα ανδρογόνα και στην προλακτίνη έχουν θεωρηθεί ότι συμβάλλουν σημαντικά στην έκλυση του συνδρόμου.

Ψυχολογικές, κοινωνικές και βιολογικοί παράμετροι πιθανολογούνται επίσης στην παθογένεσή του. Η κοινωνική εκπαίδευση καθώς και η μίμηση προτύπου (μητέρα, μεγαλύτερη αδερφή) φαίνεται ότι παίζουν ρόλο. Οι ψυχοδυναμικές θεωρήσεις σχετίζουν τη διαταραχή με ευσυνείδητη ή ασυνείδητη σύγκρουση της συγκεκριμένης γυναίκας με το τι συμβολίζει η περίοδος. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; <http://emedicine.medscape.com/article/293257-overview>)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στην κλινική εικόνα επικρατεί η δυσφορία. Ο τύπος της δυσφορίας είναι εξατομικευμένος και μερικές φορές διαφοροποιείται από κύκλο σε κύκλο. Εμφανίζεται ευερεθιστότητα, συναισθηματική αστάθεια, νευρικότητα, εύκολα κλάματα, ήπιο καταθλιπτικό συναίσθημα και κόπωση. Μερικές γυναίκες αναφέρουν έντονη δραστηριότητα, την οποία ακολουθεί ληθαργική διάθεση. Η επίδοση και η λειτουργικότητα δεν θίγονται ιδιαίτερα. Τα συνοδά οργανικά συμπτώματα είναι αλλαγές στην όρεξη, κατανάλωση γλυκών ή σοκολάτας, πονοκέφαλοι, κατακράτηση υγρών, οίδημα, αύξηση βάρους, γαστρεντερικές διαταραχές, πνευμονικοί και ραχιαίοι πόνοι και αυξημένη εφίδρωση. Αυτά τα σημεία δεν συσχετίζονται οπωσδήποτε με τις ψυχολογικές και τις ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζονται στο σύνδρομο.

Η εγκληματικότητα, η αυτοκτονική συμπεριφορά καθώς και οι ψυχιατρικές εισαγωγές φαίνεται ότι αυξάνουν σε άτομα με προϋπάρχουσα ειδική ψυχοπαθολογία. Έτσι, ενισχύεται η εντύπωση ότι, σε αυτή τη φάση, η προεμμηνορρυσιακή ένταση και δυσφορία μπορεί να επιδεινώσουν την υποκείμενη ψυχοπαθολογία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε περιπτώσεις που η κλινική εικόνα είναι σοβαρή και επηρεάζεται η επίδοση ή η ψυχολογική λειτουργικότητα, προτείνεται συμπτωματική φαρμακευτική αγωγή. Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση συνιστάται όταν συντρέχουν κι άλλοι ψυχιατρικοί ή ψυχολογικοί λόγοι και όχι από την απλή ύπαρξη του συνδρόμου. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004 ; <http://emedicine.medscape.com/article/293257-overview>)

7.10.3 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ψυχογενής αμηνόρροια ονομάζεται η διακοπή της φυσιολογικής εμμήνου ρύσεως σε μια γυναίκα που δεν κυοφορεί, δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν υπάρχουν δομικές διαταραχές στον εγκέφαλο ή στις ωοθήκες. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ορμονική διαταραχή που προκαλεί την αμηνόρροια δεν είναι καλά διευρυμένη. Οι κυκλικές ορμόνες μπορεί να έχουν διάφορα επίπεδα, όπως χαμηλά, φυσιολογικά ή αυξημένα. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται υποστροφή των οιστρογόνων, που λαμβάνει χαρακτήρα σχεδόν εμμηνοπαυσιακό.

Ουσίες όπως η ρεσερπίνη ή η χλωροπρομαΐνη μπορούν να εμποδίσουν την ωορρηξία και να προκαλέσουν καθυστέρηση της περιόδου. Συνήθως τέτοιες ουσίες που αναστέλλουν την περίοδο προκαλούν αύξηση της προλακτίνης καθώς και γαλακτόρροια.

Διαταραχή της εμμήνου ρύσεως έχει παρατηρηθεί αρκετές φορές σε υγιείς γυναίκες, όταν βρεθούν σε έντονο stress. Το χρόνια stress συνδέεται περισσότερο με πρόωμη εμμηνόπαυση, ενώ το οξύ stress συνδυάζεται με διαταραχή της εμμήνου ρύσεως σε 1 ή 2 κύκλους χωρίς να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στον αναπαραγωγικό μηχανισμό. Στα πλαίσια της ψυχογενούς ανορεξίας ή της ψευδο-κύησης μπορεί επίσης να παρουσιαστεί αμηνόρροια. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις περισσότερες γυναίκες, ακόμα και όταν ο στρεσογόνος παράγοντας δεν έχει εκλείψει, η περίοδος αποκαθίσταται χωρίς ιδιαίτερες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ψυχοθεραπεία προτείνεται για ψυχολογικούς λόγους και όχι άμεσα για την αντιμετώπιση του συμπτώματος της αμηνόρροιας. Σε αρκετές χρόνιες περιπτώσεις φαίνεται ότι συμβάλλει και στην άρση της. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.11 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ορισμένες σοβαρές μεταβολικές διαταραχές, όπως είναι οι διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας και οι διαταραχές του μεταβολισμού των πορφυρινών, προκαλούν στους πάσχοντες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από έντονη συμπτωματολογία ψυχιατρικής τάξης, ώστε να καθίσταται απαραίτητη η επέμβαση του ψυχιάτρου για την αξιολόγηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, είτε στα πλαίσια της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής για νοσηλευόμενους ασθενείς, είτε στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας. (Michaelet al, 2008)

7.11.1 ΗΠΑΤΟΦΑΚΟΕΙΔΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΗ (Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ WILSON)

Ονομάζεται και νόσος του Wilson. Πρόκειται για κληρονομική διαταραχή, μεταβιβαζόμενη με αυτόσωμο υποχωρητικό τρόπο, της οποίας η παθοφυσιολογική βάση είναι τα μειωμένα επίπεδα σερουλοπλασμίνης, δηλαδή του ενζύμου που δεσμεύει το χαλκό, με αποτέλεσμα εναπόθεση χαλκού στο ήπαρ, στον εγκέφαλο (στο φακοειδή πυρήνα ειδικότερα), στον κερατοειδή χιτώνα του οφθαλμού και στους νεφρούς. Η εναπόθεση χαλκού στο ήπαρ προκαλεί ηπατομεγαλία, οξεία ή χρόνια ηπατίτιδα, κίρρωση.

Από το ΚΝΣ τα κλινικά σημεία περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, ψυχωσικές εκδηλώσεις και βαθμιαία νοητική έκπτωση που καταλήγει σε άνοια. Η εμφάνιση της νόσου στους περισσότερους ασθενείς γίνεται στη δεύτερη ή Τρίτη δεκαετία της ζωής και συχνότατα οι ασθενείς αυτοί διαγιγνώσκονται ως πάσχοντες από ψυχιατρική διαταραχή. Συχνά μάλιστα η νόσος επιπλέκεται με εξάρτηση από αλκοόλ.

Άλλα κλινικά σημεία είναι η εμφάνιση ικτέρου, ο δακτύλιος Kayser-Fleischer στους κερατοειδείς και ευρύς περυνγοειδής τρόμος στα άνω άκρα. Συχνά, μπορεί να συνυπάρχει δυσκαμψία, δυσαρθρία και δυσκαταποσία. Ο δακτύλιος Keyser-Fleischer απαντάται σχεδόν στο 100% των ασθενών με νόσο Wilson και ψυχιατρικά συμπτώματα. Γι' αυτό σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία της νόσου, επιβάλλεται η οφθαλμολογική εξέταση προκειμένου να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Από τη στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση, η εξέλιξη της νόσου μπορεί να τροποποιηθεί θετικά σε σημαντικό βαθμό με τη χρήση της πενικιλαμίνης, η οποία μπορεί να παρεμποδίσει ή και να αναστρέψει σε κάποιο βαθμό την εναπόθεση χαλκού στους ιστούς. Συχνά, ωστόσο, ανάλογα με την προεξάρχουσα συμπτωματολογία, χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή με αντιψυχωσικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.11.2 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Περισσότερο από το 1/3 των Αμερικανών έχουν σωματικό βάρος κατά 20% ή περισσότερο μεγαλύτερο από το επιθυμητό τους βάρος. Περίπου 50% των γυναικών και 25% των ανδρών «κάνουν δίαιτα» κάποια στιγμή στη ζωή τους, κατά κανόνα με μικρό μακροχρόνια όφελος. Χρησιμοποιώντας πρότυπες θεραπείες σε πανεπιστημιακές κλινικές, μόλις 20% των παχύσαρκων ασθενών χάνουν 9 κιλά σε μία περίοδο παρακολούθησης 2 ετών και μόνο 5% των ασθενών χάνουν περίπου 18 κιλά. Η πλειοψηφία των ατόμων που χάνουν βάρος με δίαιτα το κερδίζουν όλο πίσω. Υπάρχει σημαντική θνητότητα που σχετίζεται με την παχυσαρκία. Αυτό οφείλεται κυρίως στη στεφανιαία νόσο και συναφείς παράγοντες κινδύνου, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και η υπερχοληστερολαιμία. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις που υποστηρίζουν ισχυρές γενετικές επιρροές στην αιτιολογία της παχυσαρκίας, οι οποίες ερμηνεύουν τα δύο τρίτα των διακυμάνσεων στους μελετώμενους πληθυσμούς. Ωστόσο, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί. Αυτοί περιλαμβάνουν χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και κακές διατροφικές επιλογές.

Επειδή οι πιθανότητες είναι σε βάρος εκείνων που προσπαθούν να χάσουν βάρος, η επιλογή των ασθενών για τα προγράμματα απώλειας βάρους είναι σημαντική. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν υψηλό κίνητρο, το οποίο μπορεί να εκτιμηθεί κρίνοντας πόσο καλά οι ασθενείς εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους πριν την έναρξη του προγράμματος, όπως η τήρηση διατροφικών ημερολογίων και αρχείων άσκησης. Σε περίπτωση ύπαρξης ψυχιατρικών διαταραχών, αυτές θα πρέπει να θεραπεύονται πριν από την έναρξη των προγραμμάτων απώλειας βάρους. Δεν υπάρχει ιδανική θεραπεία για την απώλεια βάρους. Τα προγράμματα απώλειας βάρους ποικίλλουν σημαντικά ως προς τους κινδύνους, το κόστος και την αποτελεσματικότητα. Για τους περισσότερους ασθενείς με ήπιου έως μέτριου βαθμού

παχυσαρκία προτιμάται μια πολυδιάστατη προσέγγιση, η οποία να συνδυάζει, δίαιτα, άσκηση, τροποποίηση της συμπεριφοράς και κοινωνική υποστήριξη. Οι αποφασισμένοι ασθενείς με παθολογική παχυσαρκία (περισσότερο από 100% πάνω από το επιθυμητό σωματικό βάρος) μπορούν να υποβληθούν σε δίαιτες πολύ χαμηλής θερμιδικής αξίας, με ιδιαίτερη έμφαση να δίνεται στην μακροχρόνια δίαιτα, στην αλλαγή της συμπεριφοράς, στην άσκηση και την κοινωνική υποστήριξη. (Michael et al, 2008)

7.11.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ

Μελέτες παρέμβασης έχουν δείξει ότι η μείωση της χοληστερόλης με την εφαρμογή δίαιτας, φαρμάκων ή χειρουργικής θεραπείας ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ή επιδείνωσης στεφανιαίας νόσου. Κατά κανόνα, μείωση κατά 1% της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας έχει συσχετιστεί αδρά με 2% μείωση στα τελικά σημεία της νόσου. Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η κατανάλωση λιγότερων κορεσμένων λιπών και χοληστερόλης και η υιοθέτηση κατάλληλων διατροφικών συνηθειών και άσκησης για τη μείωση της παχυσαρκίας ωφελούν την υγεία των περισσότερων ατόμων. Η άσκηση έχει πολύ μεγαλύτερη επίδραση στην ελάττωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων από ότι στη μείωση των συγκεντρώσεων της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας. Τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων ελαττώνονται από μία μόνο συνεδρία άσκησης. Η αποτελεσματικότητα της τακτικής αερόβιας άσκησης στη μικρού έως μέτριου βαθμού υπερτριγλυκεριδαμία έχει επανειλημμένως καταδειχθεί. Τα προγράμματα διατροφής και άσκησης θεωρούνται πιο αποτελεσματικά για τους ασθενείς με διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων από ότι για τους ασθενείς με παχυσαρκία, διότι η σχετική ενίσχυση είναι άμεση (κυρίως όσον αφορά στα χαμηλά επίπεδα των τριγλυκεριδίων).

Η σχέση ανάμεσα στα επίπεδα των λιπιδίων και στην ψυχοπαθολογία είναι περίπλοκη και αντιφατική. Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης συσχετίζονται με βίαιες συμπεριφορές. Οι Freedman και συν., σε μία μελέτη 3490 ανδρών βετεράνων, διαπίστωσαν ότι οι άνδρες με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είχαν υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης, ενώ οι άνδρες με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα χοληστερόλης από τα φυσιολογικά. Οι συσχετίσεις αυτές ήταν ανεξάρτητες άλλων παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα επίπεδα των λιπιδίων, όμως οι ακριβείς σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος παραμένουν ασαφείς. (Michael et al, 2008)

7.12 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ

7.12.1 ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Σε άτομα με γενετική προδιάθεση, η έντονη ψυχική καταπόνηση συχνά συνδέεται με την έναρξη εκδήλωσης υπερθυρεοειδισμού.

Σύμφωνα με μία ψυχολογική θεωρία, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας οι υπερθυρεοειδικοί ασθενείς έχουν μια ασυνήθιστη προσκόλληση και εξάρτηση από κάποιο γονιό, συνήθως τη μητέρα. Έτσι, θεωρούν αβάσταχτη κάθε απειλή ως προς την επιδοκίμασία τους από τη μητέρα. Ως παιδιά, όμως, αυτοί οι ασθενείς συχνά έχουν ανεπαρκή κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών τους λόγω οικονομικών δυσκολιών, διαζυγίου, θανάτου ενός γονιού ή της ύπαρξης πολλών αδελφών. Αυτή η επίμονη αναζήτηση ασφάλειας στη παιδική ηλικία οδηγεί σε πρώιμες και ανεπιτυχείς προσπάθειες ταύτισης με έναν ενήλικα. Επίσης, προκαλεί πρώιμη ψυχική καταπόνηση και υπερχρησιμοποίηση του ενδοκρινικού συστήματος. Χρειάζεται να ορθώσουν άμυνες κατά της επανάληψης των ανυπόφορων αισθημάτων απόρριψης και μόνωσης, που εμφανίστηκαν κατά την παιδική ηλικία. Όταν αυτοί οι

μηχανισμοί καταρρεύσουν, μπορεί, λόγω διέγερσης της ψυχοφυσιολογικής άμυνας του οργανισμού τού, να εκδηλωθεί υπερθυρεοειδισμός.

Για την αντιμετώπιση του υπερθυρεοειδισμού χρησιμοποιούνται αντιθυρεοειδικά φάρμακα, ελάσσονα ηρεμιστικά και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

7.12.2 ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ο υποθυρεοειδισμός είναι συνήθως αποτέλεσμα πρωτοπαθούς ανεπάρκειας ή αφαίρεσης του θυροειδούς αδένου, διαταραχής του υποθαλάμου, διαταραχής της υπόφυσης, αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας ή θεραπείας με λίθιο. Οι κλινικές εκδηλώσεις του υποθυρεοειδισμού περιλαμβάνουν κόπωση, δυσανεξία στο ψύχος, λήθαργο, αδυναμία, αύξηση βάρους, δυσκοιλιότητα, διαταραχές εμμήνου ρύσεως, απώλεια των τριχών, βραδύ χρόνο αντίδρασης, οίδημα, καθυστερημένα αντανακλαστικά και βραδυκαρδία. Υποθυρεοειδισμός εμφανίζεται στο 10% περίπου των ασθενών που λαμβάνουν λίθιο. Ο επαγόμενος από το λίθιο υποθυρεοειδισμός είναι συχνότερος στις γυναίκες.

Η σχέση κλινικού υποθυρεοειδισμού και κατάθλιψης είναι καλά γνωστή. Οι Gold και συν. παρατήρησαν ότι το 5% μιας σειράς 250 ασθενών με μείζονα καταθλιπτικά σύνδρομα είχαν τουλάχιστον υποκλινικό υποθυρεοειδισμό. Σε πολλούς ασθενείς με υποθυρεοειδισμό, η κατάθλιψη ανταποκρίνεται στην υποκατάσταση των θυρεοειδικών ορμονών μόνο, όμως η ανταπόκριση απαιτεί πολύ χρόνο. Στην περίπτωση αυτή, η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ενδείκνυται και είναι αποτελεσματική. (Michael et al, 2008)

7.12.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING

Η υπερέκκριση κορτιζόλης από τα επινεφρίδια μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο Cushing. Το σύνδρομο Cushing μπορεί ίσως να οφείλεται σε εξωγενή χορήγηση ACTH ή γλυκοκορτικοειδών ή σε ενδογενή υπερπαραγωγή των ορμονών αυτών. Επειδή η κορτιζόλη εκκρίνεται φυσιολογικά κατά τη διάρκεια περιόδων stress, δεν προκαλεί έκπληξη ή αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης στον ορό κατά τη διαδρομή πολλών ψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, του αλκοολισμού, της νευρογενούς ανορεξίας, της διαταραχής πανικού και των συνδρόμων απόσυρσης από ψυχοδραστικές ουσίες. Τα συχνότερα κλινικά σημεία και συμπτώματα του συνδρόμου Cushing περιλαμβάνουν ανακατανομή του λίπους, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, δυσφορία, λέπτυνση του δέρματος, πανσεληνοειδές πρόσωπο, αυξημένη όρεξη, διαταραχές του ύπνου, υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης, ευφορία, δυσανεξία στη γλυκόζη, ραβδώσεις του δέρματος και υπερτρίχωση.

Σχεδόν οι μισοί ασθενείς με σύνδρομο Cushing εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα είναι μετρίου έως σοβαρού βαθμού στους μισούς από τους ασθενείς αυτούς. Πολλοί εκδηλώνουν επίσης ψυχωσικά συμπτώματα. Μερικές φορές είναι απαραίτητη η εφαρμογή ψυχιατρικής θεραπείας για την κατάθλιψη περιμένοντας την υποχώρηση του συνδρόμου Cushing. Ενώ όλοι οι ασθενείς με κατάθλιψη οφειλόμενη σε σύνδρομο Cushing τελικά επανέρχονται σε φυσιολογική κατάσταση μετά τη διόρθωση της υπερκορτιζολαιμίας, η επαναφορά στην νορμοθυμία είναι συνήθως βραδεία και σταδιακή. Στις περιπτώσεις αυτές, η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή ψυχοδιεγερτικά φάρμακα είναι επιβεβλημένη. (Harold Kaplan et al, 1995)

7.12.4 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του σακχαρώδους διαβήτη. Η αιφνίδια εκδήλωση της νόσου συχνά συνδέεται με έντονη ψυχική καταπόνηση, που διαταράσσει την ομοιοστατική ισορροπία σε κάποιο άτομο με γενετική προδιάθεση, ψυχολογικοί παράγοντες που φαίνεται να έχουν σημασία, είναι αυτοί που προκαλούν αισθήματα ματαίωσης, μοναξιάς και αποθάρρυνσης.

Οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει συνήθως να διατηρούν κάποιο διαιτητικό έλεγχο του διαβήτη τους. Όταν όμως είναι καταθλιπτικοί και αποθαρρημένοι, συχνά τρώνε περισσότερο και πίνουν περισσότερο κατά τρόπο αυτοκαταστροφικό, προκαλώντας την απορρύθμιση του διαβήτη τους.

Οι σακχαροδιαβητικοί έχουν επίσης χαρακτηριστεί ως άτομα καθηλωμένα στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, εξαρτημένα, παθητικά και άτομα που επιζητούν το μητρικό ενδιαφέρον.

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη. (Χριστοδούλου Γ, Ν. & Συν., 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

1. Διεπιστημονική προσέγγιση.

Γίνεται συνεργασία με παθολόγο και χειρουργό που χειρίζεται τη σωματική διαταραχή, με ψυχίατρο που παρακολουθεί τις ψυχιατρικές πτυχές, καθώς και νοσηλευτικό προσωπικό.

2. Ψυχοθεραπεία

Α) Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Όταν οι ασθενείς εγκαταστήσουν μια θεραπευτική συμμαχία, είναι ικανοί να ξεκαθαρίσουν τους φόβους τους για τη νόσο ειδικά φαντασιώσεις θανάτου, με τον ψυχίατρο. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν ισχυρές ανάγκες εξάρτησης που εν μέρει ικανοποιούνται στη θεραπεία.

Β) Δυναμική, εναισθητικά προσανατολισμένη ψυχοθεραπεία. Διερεύνηση ασυνείδητων συγκρούσεων αναφορικά με σεξ και την επιθετικότητα. Εξετάζεται το άγχος που σχετίζεται με στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του ατόμου και εδραιώνονται ώριμες άμυνες. Οι περισσότεροι ασθενείς θα επωφεληθούν από την υποστηρικτική παρά από την εναισθητικά προσανατολισμένη ψυχοθεραπεία όταν εμφανίζουν ψυχοσωματικές διαταραχές

Γ) Ομαδική θεραπεία. η ομαδική θεραπεία είναι χρήσιμη για ασθενείς που έχουν παρόμοιες σωματικές καταστάσεις. Μοιράζονται εμπειρίες και μαθαίνουν ο ένας τον άλλο.

Δ) Οικογενειακή θεραπεία. Διερευνούνται οι οικογενειακές σχέσεις και διαδικασίες δίνοντας έμφαση στον τρόπο με τον οποίο η αρρώστια του ασθενούς επηρεάζει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Ε) Γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία

- **Γνωσιακή.** Οι ασθενείς μαθαίνουν τον τρόπο με τον οποίο το stress και οι συγκρούσεις μεταφράζονται σε σωματικές παθήσεις. Διερευνώνται και τροποποιούνται οι αρνητικές σκέψεις αναφορικά με τη νόσο.
- **Συμπεριφορική.** Οι τεχνικές χαλάρωσης και βιοανάδρασης επηρεάζουν θετικά το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Βοηθούν στο άσθμα, στις αλλεργίες, την υπέρταση και την κεφαλαλγία.

Στ) Ύπνωση . είναι αποτελεσματική στη διακοπή του καπνίσματος και την ενίσχυση της μεταβολής των διαιτητικών συνηθειών.

ζ) Βιοανάδραση. Έλεγχος συγκεκριμένων λειτουργιών του αυτόνομου νευρικού συστήματος μέσω εκπαίδευσης. Χρησιμοποιείται για την υπέρταση, τις ημικρανίες και την υπέρταση.

Η) Βελονισμός και πιεσοθεραπεία. Εναλλακτικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται με ποικίλα αποτελέσματα σε όλες σχεδόν τις ψυχοσωματικές διαταραχές.

3) Φαρμακοθεραπεία

- Πάντα να λαμβάνετε τα μη ψυχιατρικά συμπτώματα σοβαρά υπόψη σας και να χρησιμοποιείτε τις κατάλληλες φαρμακευτικές αγωγές (π.χ. καθαρτικά για απλή δυσκοιλιότητα). Συμβουλευτείται, το γιατρό που κάνει την παραπομπή.
- Χρησιμοποιήστε αντιψυχωτικά φάρμακα όταν υπάρχει ψύχωση. Να προσέχετε τις παρενέργειες και τις επιπτώσεις τους στη διαταραχή.
- Τα αγχολυτικά φάρμακα ελαττώνουν το υπερβολικό άγχος κατά τη διάρκεια του οξέος στρες. Περιορίστε τη χρήση τους ώστε να αποφύγετε την ανάπτυξη εξάρτησης, αλλά μη διστάζετε να τα χορηγήσετε όταν χρειάζεται.
- Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση κατάθλιψης που οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση. Οι εκλεκτικοί αναστολείς της SSRI's μπορούν να βοηθήσουν όταν ο ασθενής εμφανίζει ιδεοληψίες ή ιδεομηρυκασμό σχετικά με την ασθένειά του. (Kaplan & Sadock's, 2007)

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα συμπτώματα δεν είναι η αρρώστια, είναι η αντίδραση του οργανισμού μας στην αρρώστια. Είναι το μήνυμα που μας στέλνει το σώμα μας ότι κάτι δεν πάει καλά! Συμπτωματική φαρμακευτική αγωγή πρέπει να δίνεται μόνον υποβοηθητικά και πάντα σε συνδυασμό με αιτιολογική ψυχοσωματική θεραπεία. Σε καμιά περίπτωση σαν κυρία και αποκλειστική θεραπευτική αντιμετώπιση!

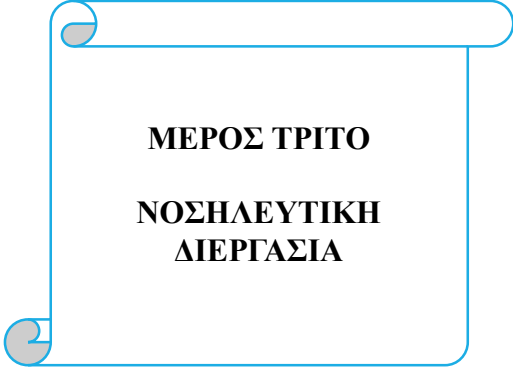
Η λύση λοιπόν υπάρχει και βρίσκεται στην ολοκληρωμένη και αιτιολογικά προσανατολισμένη θεραπεία (βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση) από ειδικά εκπαιδευμένο ειδικό θεραπευτή(ψυχολόγο ή γιατρό). Θεραπεία της οποίας ο στόχος επιτυγχάνεται μέσα από την εκμάθηση και εφαρμογή του κατάλληλου συνδυασμού ψυχολογικών (νοητικών - γνωστικών για την αλλαγή τρόπου σκέψης) και σωματικών τεχνικών ψυχοφυσιολογικού και συμπεριφοριστικού αυτοελέγχου που αποτελούν τη βάση της αιτιολογικής ψυχοσωματικής θεραπείας. (<http://www.gnothisafton.gr/psychosomatikes-pathisis/> ; Adsett, 2006 ; Jane Odgen,2000)

8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1. Προαγωγή και διατήρηση της υγείας σε όλα τα επίπεδα
2. Διαμόρφωση θεραπευτικού περιβάλλοντος με σταθερότητα σε πρόσωπα και καταστάσεις
3. Προαγωγή της αυτοφροντίδας και της αυτονομίας
4. Εφαρμογή και παρακολούθηση της πορείας των ψυχοβιολογικών θεραπευτικών αγωγών
5. Παρέμβαση σε περιπτώσεις κρίσης και συμβουλευτική
6. Διερεύνηση των συναισθημάτων του ατόμου που είναι πιθανόν να αναστέλλουν την ικανότητα του να αντιμετωπίζει τα προβλήματα με τέτοιο τρόπο που να εννοείται η προσαρμογή του.
7. Εκπαίδευση του ατόμου πώς να ζητάει βοήθεια από τους άλλους.
8. Βοήθεια ατόμου για ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης

στρεσογόνων καταστάσεων.

9. Φαρμακευτική αγωγή όταν χρειάζεται
10. Εκπαίδευση της οικογένειας στην βοήθεια αντιμετώπισης προβλημάτων του ασθενή και αποφυγή δημιουργίας άγχους και κατάθλιψης. (Mary Ann Hogan, 2012 ; Alison Heru,2012)



ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όπως είδαμε σε αυτή την εργασία, υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι αναπτύσσουν ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως είναι το έλκος στομάχου, η ελκώδης κολίτιδα, το βρογχικό άσθμα, οι νευροδερματίτιδες κ.α. τα οποία επιστημονικά αποδεδειγμένα σχετίζονται με την ύπαρξη έντονου άγχους. Με άλλα λόγια παρατηρείται σωματοποίηση των έντονων ψυχικών αντιδράσεων όταν αποτυγχάνουν οι μηχανισμοί προσαρμογής που διέθεσε και χρησιμοποίησε ο άρρωστος για να ανταποκριθεί στη συγκεκριμένη περίπτωση. Ακόμα είναι συχνό το φαινόμενο αρρώστων με ψυχιατρικό προηγούμενο ιστορικό, οι οποίοι όταν αρρωσταίνουν σωματικά εμφανίζουν παλινδρόμηση, απόσυρση, εξάρτηση, μέχρι και έξαρση ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Με όσα αναφέρθηκαν υποστηρίζεται η άποψη ότι η σωματική αρρώστια ευαισθητοποιεί τον άνθρωπο ως ενιαία οντότητα και προκαλεί την εμφάνιση ψυχικών αντιδράσεων και εκδηλώσεων όπου κατά συνέπεια απαιτείται ολιστική νοσηλευτική και θεραπευτική προσέγγιση, μέσα από μια θετική υποστηρικτική διαπροσωπική σχέση ιατρού-νοσηλευτή-αρρώστου και οικογένειας (Πριάμη 1992).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αποτελεί ειδικότητα της νοσηλευτικής που ασχολείται με την πρόληψη ψυχικών διαταραχών, τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων, την αποκατάσταση, τη διατήρηση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Όπως ήδη αναφέρθηκε η υγεία είναι πολύπλευρο φαινόμενο βιοψυχοκοινωνικής ευεξίας και όταν μια πλευρά, π.χ. η σωματική ή ψυχική, διαταράσσεται, τότε επηρεάζονται και οι άλλες πλευρές. Για το λόγο αυτό η νοσηλευτική ψυχικής υγείας δεν προσφέρει μόνο φροντίδα στους ψυχικά ασθενείς, αλλά είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ψυχολογική φροντίδα των σωματικά αρρώστων και μάλιστα όταν η σωματική αρρώστια απαιτεί προσαρμογή του ασθενή σε νέο τρόπο ζωής.

Η σπουδαιότητα του Νοσηλευτή στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Υγείας είναι πολύ μεγάλη

και αυτό διότι ο νοσηλευτής στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι ο βασικός άξονας ο οποίος θα ενισχύσει ή θα αποδυναμώσει οποιαδήποτε προσπάθεια μεταρρύθμισης στο χώρο αυτό. Για να επιτευχθεί βέβαια κάτι τέτοιο οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να βρίσκονται σ' έναν συνεχόμενο εμπλουτισμό των γνώσεών τους και να εξειδικεύονται ως ψυχιατρικά ειδικοί νοσηλευτές.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολύμορφος. Μπορεί να γίνεται ένα μοντέλο για τον άρρωστο, ένας κλινικός συνεργάτης των ειδικών ή ένας σύμβουλος ψυχικής υγείας για την οικογένεια. Αυτό το πετυχαίνει με την προθυμία του να ακούσει και να εξυπηρετήσει οποιονδήποτε του ζητήσει βοήθεια, με την ευγένειά του, την συναισθηματική σταθερότητα του χαρακτήρα, με το θάρρος και την υπομονή του. Κατέχει καλά την τέχνη της «προσέγγισης» του ψυχιατρικού αρρώστου, ώστε να νιώθει ο άρρωστος ασφαλής και φιλικός στο χώρο του νοσοκομείου, χωρίς όμως η σχέση αυτή να υπερβαίνει κάποια όρια οικειότητας.

Ο νοσηλευτής στα πλαίσια της ολοκληρωμένης φροντίδας του καλείται να αντιμετωπίσει και το σωματικό πρόβλημα. Για το λόγο αυτό πρέπει να κατέχει κάποιες τεχνικές τις οποίες έχει αποκομίσει από τη σπουδή και την κλινική εμπειρία της άσκησης της γενικής νοσηλευτικής π.χ. περιποίηση τραύματος, κατακλίσεως, τραχειοστομίας, φροντίδα λεχαιδίας κλπ.

Η συνεργασία με τον ψυχίατρο πρέπει να είναι στενή σαν αμφίδρομη χημική αντίδραση. Οι παρατηρήσεις και οι ενέργειες του ενός και του άλλου πρέπει να έχουν ένα κοινό αποτέλεσμα: την γρήγορη αποκατάσταση του αρρώστου και την επανένταξή του στην κοινωνία. Βασικό μέλημα των νοσηλευτών είναι η φροντίδα του αρρώστου ως μοναδικού ατόμου. Προσπαθούν γι' αυτό να προσφέρουν στον άρρωστο άνεση και ελευθερία να εκφράσει τα συναισθήματά του, τις επιθυμίες του και να αναπτύξει υγιείς τρόπους συμπεριφοράς. Αποτελούν το έμπυχο θεραπευτικό περιβάλλον της κλινικής ώστε ο άρρωστος να νιώσει προστασία, εμπιστοσύνη, αισθήματα αυτοεκτίμησης και αυτοκατανόηση. (Πριάμη 1992 ; Βιδάλης, 2001 ; <http://psych.gr/documents/psychiatry/19.4-GR-2008-350.pdf>)

9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα ψυχικής υγείας που παρέχει ο ειδικός νοσηλευτής απευθείας στον άρρωστο περιλαμβάνει:

- 1) Δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής σχέσης με σκοπό την ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τις δυσκολίες προσαρμογής του στα προβλήματα που του δημιουργεί η αρρώστια του και το περιβάλλον του νοσοκομείου, δηλαδή η συζήτηση εντοπίζεται στην επικαιρότητα και τις συνειδητοποιημένες δυσκολίες του. Πρέπει να τονιστεί ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας επικεντρώνει το ενδιαφέρον του παράλληλα και στα σωματικά και στα ψυχολογικά του προβλήματα του ασθενή. Αποδέχεται στην πραγματικότητα του πόνου, τον ενοχλητικό καθετήρα και τη δύσπνοια με τη δυσφορία που προκαλούν.
- 2) Αξιολόγηση των ψυχικών δυσκολιών και των αναγκών του αρρώστου.
- 3) Πληροφόρηση του αρρώστου για το νοσοκομείο, το προσωπικό, το σύστημα νοσηλείας και θεραπείας και για όσα ενδιαφέρεται ο άρρωστος να μάθει.

- 4) Ενίσχυση του αρρώστου για κατανόηση και παραδοχή της πραγματικότητας που βιώνει και ενεργητική προσαρμογή σ' αυτήν με τις δυνάμεις που διαθέτει, αλλά και συστηματική ψυχολογική υποστήριξη.
- 5) Αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών συμπεριφοράς ή μη συμμόρφωση στη νοσηλεία και τη θεραπεία, τυχόν υπάρχουσες ψευδαισθήσεις, επιθετικότητα, μελαγχολία, απόσυρση, αρνητισμό, τάση αυτοκτονίας κλπ.
- 6) Συνεργασία με τον άρρωστο για την δημιουργία προγράμματος προσαρμογής του στην κατάσταση που βιώνει και παραπέρα βοήθεια του από το νοσηλευτή ψυχικής υγείας.
- 7) Βοήθεια για τη λύση παρεξηγήσεων και συγκρούσεων στις σχέσεις του αρρώστου με το προσωπικό.
- 8) Καθοδήγηση της οικογένειας του αρρώστου πώς να συμπεριφέρεται και πώς να τον υποστηρίζει με θερμό ενδιαφέρον.
- 9) Επικοινωνία με τους νοσηλευτές του τμήματος για να τους ενημερώσει ποιες είναι οι ανάγκες του αρρώστου και αν τους κατευθύνει πώς να τις αντιμετωπίσουν αν χρειάζεται.
- 10) Ψυχολογική υποστήριξη των νοσηλευτών και βοήθεια για να υπερνικούν το stress της εργασίας τους μέσα απ' αυτό να ωριμάζουν και να καταξιώνονται προσωπικά και επαγγελματικά.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παραμένει διαθέσιμος, προσιτός, αντικειμενικός, χωρίς κριτικό πνεύμα, και συνεργάσιμος με τους συμβουλευόμενους, άρρωστο και νοσηλευτή. Δηλαδή συνάπτεται μια αξιολογική και αποτελεσματική κλινική συνεργασία μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενων. Στη συνέχεια συνεργάζεται με το προσωπικό του τμήματος και το βοηθάει να αντιμετωπίσει τον άρρωστο και να ξεπεράσει τις ψυχικές δυσκολίες του, αν κρίνει ότι αυτό χρειάζεται. Στο μεταξύ ενημερώνει τον ψυχίατρο και τα άλλα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για το περιστατικό και αποφασίζεται αν ο νοσηλευτής μπορεί να συνεχίσει την ψυχολογική φροντίδα του αρρώστου ύστερα από τις οδηγίες που έλαβε ή αν η περίπτωση αφορά τον ψυχίατρο, διότι δεν εμπίπτει στα πλαίσια της νοσηλευτικής. (Ραγιά., 2005)

9.3 ΠΡΟΣΩΝΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

- Γενικές γνώσεις και κλινική εμπειρία στη γενική νοσηλευτική, την παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική.
- Σύγχρονες γνώσεις νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, ψυχιατρικής, ψυχοπαθολογίας και ψυχοφαρμακολογίας.
- Γνώση των αρχών και της τέχνης της συμβουλευτικής.
- Καλή συνεργασία και επικοινωνία με τα άλλα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας, με νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων, ιατρούς, ασθενείς, οικογένειες και κάθε παράγοντα που προασπίζει την υγεία. Εξειδικευμένες δεξιότητες στην τέχνη της ακρόασης.
- Ικανότητα να λειτουργεί αυτόνομα και ευέλικτα, να ανανεώνει συνεχώς τις γνώσεις του, να βελτιώνει τις δεξιότητές του, αλλά και να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις του ρόλου του με υπευθυνότητα και σύνεση.
- Να έχει οργανωτικές, διοικητικές και ηγετικές ικανότητες.
- Κλινική ικανότητα για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση ψυχολογικών αναγκών, προβλημάτων και κρίσεων.

- Νοσηλευτική κρίση και τόλμη λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων, καθώς και υπεύθυνης αυτόνομης νοσηλευτικής παρέμβασης στα νομικά πλαίσια δικαιοδοσίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- Ερευνητική ικανότητα.
- Εκπαιδευτικές-διδασκτικές ικανότητες.
- Αντικειμενικότητα, ελαστικότητα, σεβασμό, πραγματικό ενδιαφέρον και συνείδηση για την δημιουργία και την διατήρηση κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος καθώς και κατανόηση για κάθε άνθρωπο, προσωπική και επαγγελματική ωριμότητα, ευρύτητα πνεύματος, υπομονή και θάρρος. (Ραγιά , 2005)

9.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η διασυνδετική-συμβουλευτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας ορίζεται ως η άσκηση της κλινικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο. Αυτή συμβάλλει στην ενσωμάτωση της ψυχολογικής φροντίδας στην όλη νοσηλευτική φροντίδα των σωματικά πασχόντων, ασθενών με νοσηλευτικές, διαγνωστικές, ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες.

Η επιστημονική κλινική μέθοδος που επικρατεί σήμερα στην ολιστική νοσηλευτική φροντίδα του κάθε αρρώστου αλλά και του ψυχικά αρρώστου είναι η νοσηλευτική διεργασία. Αυτή περιλαμβάνει τα πιο κάτω στάδια:

- Νοσηλευτική αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του αρρώστου.
- Προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων με βάση τα δεδομένα της αξιολόγησης.
- Εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που προγραμματίστηκαν
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι κυκλική, δηλαδή γίνεται αναθεώρηση του προγράμματος νοσηλείας αρχίζοντας πάλι από τα αποτελέσματα των εφαρμογών. Όλη η νοσηλευτική εργασία καταγράφεται στο ατομικό δελτίο νοσηλείας του αρρώστου, οπότε εύκολα διακρίνονται τυχόν επαναλαμβανόμενα κλινικά προβλήματα που μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο νοσηλευτικής έρευνας. Επίσης τα συλλεγόμενα αυτά νοσηλευτικά στοιχεία μπορούν να δείξουν τόσο τις ανεξάρτητες και αυτόνομες όσο και τις εξαρτημένες από την ιατρική νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ακόμα και τα κενά και τα ελλειμματικά σημεία της νοσηλευτικής εργασίας.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η κλινική εργασία του νοσηλευτή ψυχικής υγείας με αρρώστους στο γενικό νοσοκομείο και το εύρος της συνεργασίας του με το προσωπικό. Οι κλινικές δραστηριότητες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στα πλαίσια της συμβουλευτικής νοσηλευτικής και σε ότι αφορά στη σχέση του με αρρώστους αρχίζουν με την παραλαβή της πρόσκλησης ή της παραπομπής που μπορεί να σταλεί από το γιατρό, το νοσηλευτή, τον κοινωνικό λειτουργό ή την οικογένεια του αρρώστου που νοσηλεύεται σε κάποιο τμήμα. Η πρόσκληση συνοδεύεται από ειδικό έντυπο στο οποίο, εκτός από το σωματικό πρόβλημα, αναγράφεται και η αιτία για την οποία ζητείται η ψυχιατρική συμβουλή. Το σύστημα αυτό των προσκλήσεων από τις διάφορες κλινικές χρησιμοποιείται ως αφετηρία για την επίσκεψη των αρρώστων.

Ακολουθεί η αξιολόγηση της πρόσκλησης, κατά την οποία εξετάζονται τα ακόλουθα:

1. Η αιτία για την οποία ζητείται η ψυχιατρική βοήθεια.
2. Το σωματικό πρόβλημα του αρρώστου.

3. Η ενημέρωση του αρρώστου για την ψυχιατρική εξέταση.
4. Η ημερομηνία της πρόσκλησης σε σχέση με την ημερομηνία εισαγωγής του στο νοσοκομείο. Αυτό ίσως είναι ένδειξη για ορισμένες προϋποθέσεις. Αν η χ. πρόσκληση γίνεται την ίδια ημέρα ή την επόμενη της εισαγωγής μπορεί να σημαίνει δυσφορία, ή, αντίδραση του αρρώστου στο νοσοκομειακό περιβάλλον ή ότι μπορεί να ήρθε με κάποιο ψυχικό πρόβλημα και αυτό δημιουργεί δικαιολογημένη ανησυχία στο προσωπικό του τμήματος.

Όπως γίνεται φανερό η αξιολόγηση της πρόσκλησης αφορά στην καταλληλότητα και την επικαιρότητά της για να διεκπεραιωθεί από τη σχετική υπηρεσία και από το ανάλογο μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας. Ο νοσηλευτής προχωράει στον εντοπισμό και τη διάγνωση του προβλήματος. Ανάλογα με το πρωτόκολλο της υπηρεσίας μπορεί να επισκεφθούν τον άρρωστο μεμονωμένα ο νοσηλευτής, ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος και ο κοινωνικό λειτουργός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παίρνει την πρόσκληση και επισκέπτεται το τμήμα όπου νοσηλεύεται ο συγκεκριμένος άρρωστος. Έρχεται σε επαφή με το νοσηλευτή ή το γιατρό του αρρώστου, προκειμένου να μάθει πώς αυτοί βλέπουν το πρόβλημα, και να εξασφαλίσει περισσότερες πληροφορίες για τα αίτια που το προκάλεσαν, διότι αυτά συνήθως δεν γράφονται αναλυτικά στην πρόσκληση, αλλά ανακαλύπτονται μετά από συζήτηση με το περιβάλλον. Τότε αποφασίζει να επικοινωνήσει άμεσα με τον άρρωστο ή να βοηθήσει έμμεσα, υποστηρίζοντας το νοσηλευτή του τμήματος πώς να χειριστεί το πρόβλημα.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας συνιστά τον εαυτό του στον άρρωστο και με τη μέθοδο της συνέντευξης τον ενθαρρύνει να περιγράψει ο ίδιος τι του συμβαίνει, πώς βλέπει την αρρώστια του και ποιου είδους βοήθεια νομίζει ότι χρειάζεται από τους άλλους. Μιλάει λίγο και τον ακούει περισσότερο, ενθαρρύνοντας την αυτοέκφραση και τις ερωτήσεις του, και ανάλογα με εκείνα που ακούει και παρατηρεί αξιολογεί την ψυχολογική κατάσταση και τις ανάγκες του αρρώστου και προσφέρει ψυχολογική φροντίδα και υποστήριξη.

Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής κατά την αξιολόγηση του αρρώστου προσπαθεί να απαντήσει στα επόμενα ερωτήματα:

1. Υπάρχει ιστορικό ή τρέχοντα συμπτώματα ψυχικής νόσου;
2. Παρατηρούνται νευρωτικές ή ψυχωσικές διαταραχές ή ακόμα διανοητική έκπτωση στο άρρωστο;
3. Υπάρχουν ενδείξεις για ψυχιατρική βοήθεια;
4. Χρειάζεται μεταφορά του αρρώστου σε ψυχιατρικά τμήμα ή πρέπει να παραπεμφθεί στο εξωτερικό ψυχιατρικό ιατρείο (ή και τα δύο).
5. Υπάρχει πρόβλημα μη συμμόρφωσης του αρρώστου με τη νοσηλευτική και τη θεραπευτική αγωγή που θα παρατείνει την αρρώστια και θα καθυστερήσει την ανάρρωση;
6. Διαπιστώνονται ψυχολογικοί παράγοντες ή στρεσογόνες καταστάσεις που προκάλεσαν την εμφάνιση της σωματικής αρρώστιας;
7. Οι ψυχολογικές ανάγκες του αρρώστου που εξακριβώθηκαν περιλαμβάνονται στα νομικά πλαίσια του κλινικού έργου του νοσηλευτή;

Ανάλογα με τα ευρήματα και τις απαντήσεις στα πιο πάνω ο νοσηλευτής προγραμματίζει την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Με άλλα λόγια η συμβουλευτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι μια μέθοδος με την οποία διαπιστώνονται, προλαμβάνονται και αντιμετωπίζονται ψυχολογικά ή και ψυχιατρικά προβλήματα και λύνονται ή υπερνικούνται δυσκολίες μεταξύ αρρώστων και προσωπικού.

Όπως συμπεραίνουμε, το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο φαίνεται ότι είναι πολύ υπεύθυνο και πολύπλευρο, διότι περιλαμβάνει συμβουλευτικές, κλινικές, διδακτικές και ερευνητικές δραστηριότητες. (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007)

Αθηνά Π., 22 χρονών, φοιτήτρια, πάσχει από ελκώδη κολίτιδα και έρχεται στον ψυχίατρο ύστερα από προτροπή της μητέρας της, ζητώντας να υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία. Δίνει το ακόλουθο ιστορικό:

Το πρώτο ενόχλημα που θυμάται να έχει σχέση με το γαστρεντερικό της σύστημα ήταν μία δυσκοιλιότητα, που εμφανίστηκε στην Δευτέρα Γυμνασίου, μαζί με μερικές καούρες στο στομάχι. Τα συμπτώματα αυτά τα συνδέει με ένα έντονο συναίσθημα ανησυχίας που της δημιουργούσε ο πατέρας της, ο οποίος ήταν πάντα φοβερά απαιτητικός ως προς την απόδοσή της στα μαθήματα. «Είχα πάντα ένα φοβερό άγχος όταν έπαιρνα μέρος σε εξετάσεις, ακόμα από το δημοτικό σχολείο. Στο γυμνάσιο μεγάλωσε περισσότερο και στο Πανεπιστήμιο πιο πολύ». Ο πρώτος παροξυσμός της κολίτιδας συνέπεσε με τις Πανελλήνιες εξετάσεις, πριν από τρία χρόνια και ο δεύτερος τον Μάιο πέρυσι, λίγο πριν από το τέλος του δεύτερου έτους. «Κάποια μέρα πήγα τουαλέτα 12 φορές και έβγαζα σκέτο αίμα, ένα βλεννοαιματηρό υγρό. Νόμιζα ότι είχα αιμορροΐδες και έβαλα μία αλοιφή, που σταμάτησε το αίμα για ένα χρόνο. Και οι δύο κρίσεις έγιναν σε περίοδο εξετάσεων. Η Τρίτη κρίση, η πιο ισχυρή, συνέβη όταν κατάλαβα ότι ένας δεσμός που είχα για πέντε ή έξι χρόνια έφτασε στο τέλος. Μετά τη δεύτερη κρίση τον πήρα τηλέφωνο στο εξωτερικό, όπου σπούδαζε και του είπα ότι είμαι άρρωστη. Δεν έδωσε μεγάλη σημασία και αυτό με πείραξε. Όταν ήρθε στην Ελλάδα ξανασιμίζαμε. Αρχισαν πάλι οι τσακωμοί και αρρώστησα πάλι. Είχα πυρετό, διάρροια, αδυνάτισα τρομερά, τόσο που αναγκάστηκα να πάω σε κλινική. Όταν βγήκα από την κλινική μου είπε πως έπαιζε θέατρο και ότι δεν θέλει να είναι μαζί μου.»

Ύστερα από την αδιαφορία του ήθελε να τον εκδικηθεί. Ενώ ήταν πάλι μαζί και όλα φαίνονταν όπως παλιά του αποκάλυψε ότι αυτή πλέον έπαιζε θέατρο μαζί του. Εκείνος αντέδρασε κόβοντας τις φλέβες του και τώρα αυτή νιώθει τύψεις.

Συμπληρώνει το ιστορικό της παρατηρώντας ότι μεγάλωσε μέσα σε περιβάλλον γεμάτο από «φοβερές ενδοοικογενειακές συγκρούσεις».

Ο πατέρας που υπέφερε πάντα από δυσκοιλιότητα, ήταν και είναι απόλυτα εξαρτημένος από την μητέρα του. Τον εξωθούσε σε τσακωμούς με τη γυναίκα του και την χτυπούσε μπροστά στα παιδιά πολλές φορές όταν έχανε τον έλεγχο.

Οι γονείς της χώρισαν όταν εκείνη ήταν 5 ή 6 ετών. Και από τότε αρχίζει μία έντονη εξάρτηση από τη μητέρα της, τόσο μεγάλη που κοιμάται ακόμα και στο ίδιο κρεβάτι μαζί της. Με τον πατέρα της έχει κρατήσει έναν ιδιαίτερο δεσμό, τον οποίο μισεί αλλά κατά κάποιο τρόπο θαυμάζει.

«Μικρή ήμουν αρκετά εκρηκτική φώναζα, έκλαιγα. Έπειτα είδα ότι δεν μου έδιναν σημασία και ενοχλούνταν μάλιστα. Κλείστηκα κι εγώ στον εαυτό μου. Καμιά φορά ξεσπάω, βρίζω χυδαία, σαν άντρας. Με πλημμυρίζει το δίκιο μου. Αλλά τον περισσότερο καιρό δεν μπορώ να πω πως αισθάνομαι. Νιώθω μελαγχολία, αγανάκτηση, απογοήτευση; Δεν ξέρω. Κι όταν θυμώνω ύστερα με πιάνουν οι τύψεις. Αισθάνομαι πολύ συχνά τύψεις, σαν να φταίω εγώ για όλα, για την αδικία που υπάρχει στον κόσμο, για την αδικία που γεννήθηκα σε ένα σπίτι σαν το δικό μου. Δεν έχει νόημα». (Χαρτοκόλλης., 1991)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ 1^{ΟΥ}

ΑΙΟΛΟΓΙΣ Η ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣ ΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕ ΩΝ	ΕΚΤΙΜΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕ ΩΝ
Δυσκοιλιότητα σε εναλλαγή με διάρροια	Ελκώδη κολίτιδα	Να μειωθούν τα συμπτώματα ελκώδης κολίτιδας	Μείωση των συμπτωμάτων με τεχνικές χαλάρωσης και φαρμακευτική αγωγή(αν χρειαστεί)	Να υπάρξει ύφεση των σωματικών συμπτωμάτων ελκώδης κολίτιδας
Βλεννοαιματη ρό υγρό				
Έντονο άγχος	Αναποτελεσμα τική αντιμετώπιση λόγω του έντονου άγχους	Να υιοθετήσει στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους	Εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, όπως ασκήσεις αναπνοών, κατευθυνόμενη νοερή απεικόνιση, ακρόαση μουσικής. Ασκήσεις μυοχαλάρωσης, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, σωματική άσκηση κλπ	Η ασθενής να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται τις αλληλεπιδράσει ς νου και σώματος και τις επιπτώσεις του στρες. Να μειωθεί το άγχος
Φόβος και θυμός	Διαταραγμένες οικογενειακές διεργασίες σχετιζόμενη με ενδοοικογενεια κές συγκρούσεις, εξάρτηση, θυμό	Να μπορεί να χρησιμοποιεί τη μέθοδο επίλυσης προβλημάτων για την αντιμετώπιση των ζητημάτων που προκύπτουν από συγκεκριμένες συγκρούσεις	Ενθάρρυνση του ατόμου να εκφράζει λεκτικά τις σκέψεις και τα συναισθήματά του Ενθάρρυνση και εγκαθίδρυση της μεθόδου επίλυσης προβλημάτων	Να μπορεί να αναγνωρίζει τις συγκρούσεις και/ή τα προβλήματα στις καταστάσεις και στις σχέσεις της Να μπορεί να αναζητά δραστικές λύσεις για την επίλυση των προβλημάτων της μέσω της συζήτησης και μέσα από
Ενδοοικογενει ακές συγκρούσεις				
Εξάρτηση από τη μητέρα της				

				συγκεκριμένες ενέργειες
Ερωτική απογοήτευση	Μη ισορροπημένη διατροφή σχετιζόμενη με ερωτική απογοήτευση	Να επανέλθει το βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα	Σχεδιασμός κατάλληλης καθημερινής διατροφής τέτοια ώστε να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά επίπεδα	Επίτευξη φυσιολογικού βάρους
Μείωση σωματικού βάρους				
Αίσθημα ενοχής	Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Το άτομο να αποκτήσει αυτοεκτίμηση	Ενίσχυση αυτοεκτίμηση μέσω κατάλληλων στρατηγικών ενθάρρυνσης	Το άτομο να έχει υψηλή αυτοεκτίμηση
Κοινωνική απόσυρση				
Καταθλιπτική διάθεση και απόγνωση	Απόγνωση, σχετιζόμενο με την αντίληψη απουσίας σκοπού ή χαράς για τη ζωή	Να μην νιώθει απογοήτευση και να βλέπει το μέλλον με αισιοδοξία	Εξάλειψη καταθλιπτικών συναισθημάτων με ψυχοθεραπεία, αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά φάρμακα	Να βιώνει ύφεση των καταθλιπτικών συναισθημάτων και των αισθημάτων ενοχής

9.6 2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Αγγελική Κ., 30 χρονών, παντρεμένη, χωρίς επάγγελμα, παραπονιέται για ρίγη, σπασμούς, τρόμο των άκρων και εκπνευστική δύσπνοια, που εμφανίζεται συχνά όταν είναι ταραγμένη. Παράλληλα νιώθει μελαγχολία και τους τελευταίους δύο ή τρεις μήνες στο μυαλό της έρχεται η ιδέα του θανάτου.

Δίνει το ακόλουθο ιστορικό:

Μεγάλωσε μέσα σ' ένα υλικά και συναισθηματικά στερημένο περιβάλλον με γονείς «στενοκέφαλους», που την περιόριζαν υπερβολικά «για να μην χάσουν το καλό όνομα» στη μικρή επαρχιακή πόλη όπου ζούσαν. Αντιθέτως, με τον αδερφό της, σαν αγόρι, ήταν πολύ ανεκτικοί και γενναιόδωροι, πράγμα που της προκαλούσε μεγάλη εχθρικήτητα και μνησικακία. Συλλογιζόταν από μικρή το γάμο ως τη μοναδική διέξοδο από το καταπιεστικό, αυταρχικό και υποκριτικό περιβάλλον του σπιτιού της.

Παντρεύτηκε στα 18 της χρόνια, από προξενιό, έναν φιλήσυχο άνθρωπο, αγρότη, που «ποτέ δεν μου χάλασε χατίρι. Η μόνη απαίτηση που είχε ήταν να είμαι μία συνεπής νοικοκυρά και μάνα». Μέσα στον πρώτο χρόνο έμεινε έγκυος, και σχεδόν αμέσως έπειτα για δεύτερη φορά. Κάπου σ' αυτή τη περίοδο κατάλαβε ότι και ως παντρεμένη δεν άλλαξε τίποτα στη ζωή της, ότι τα γονεϊκά δεσμά έγιναν συζυγικά. Ένιωθε την ίδια καταπίεση, με καινούρια μορφή, να την πιέζει εξουθενωτικά. Τότε άρχισαν τα πρώτα φαινόμενα δύσπνοιας, που πολύ γρήγορα εξελίχθηκαν σε βρογχικό άσθμα.

Παρατηρώντας πως και η μητέρα της πάσχει από άσθμα, ομολογεί ότι συχνά την αναζητάει και, μόνο που τη θυμάται ως ψυχρή και απορριπτική, να ευνοεί φανερά τον αδελφό της, αισθάνεται την ανάγκη να πέσει στην αγκαλιά της και να κλάψει σαν μικρό κοριτσάκι, για το οποίο δεν υπάρχει άλλος στον κόσμο από την μάνα της.

Στις αρχές του γάμου της ήλπιζε πως θα μπορούσε να βρει την προστασία και την τρυφερότητα που έχει ανάγκη, στον άντρα της, αλλά εκείνος την αγκαλιάζει μόνο όταν θέλει να κάνουν έρωτα, κάτι που εκείνη το σιχαίνεται.

Τόσο οι ασθματικές κρίσεις όσο και τα άλλα συμπτώματα, που αναφέρει στα παράπονά της, επιδεινώθηκαν ύστερα από δύο θανάτους που συνέβησαν πέρυσι στην οικογένεια, πρώτα του πατέρα της και έπειτα, σχεδόν αμέσως, του πεθερού της. Εκείνο που τελικά την «κατέβαλε», κάνοντάς την να καταφύγει στον ψυχίατρο, ήταν, όταν πριν από πέντε μέρες ανακάλυψε πως ήταν έγκυος για τέταρτη φορά. Τελειώνει την αφήγησή της με τα λόγια: «θα ήθελα να ήμουν Θεός, να προλάβαινα το κακό και να προστάτευα τους αδύναμους ανθρώπους. Νιώθω παγιδευμένη. Μα να φύγω δεν θέλω, γιατί φοβάμαι πως κάτι θα πάθω». (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ 2^{ΟΥ}

ΑΞΙΟΛΟΓΙΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	ΕΚΤΙΜΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ
Έντονο άγχος και αίσθημα ταραχής	Εκπνευστική δύσπνοια, σχετιζόμενη με το έντονο άγχος και το αίσθημα ταραχής που έχει το άτομο	Να βελτιωθεί η εκπνευστική δύσπνοια και να μειωθούν οι ασθματικές κρίσεις	Μείωση της αναπνευστικής δυσχέρειας και των ασθματικών κρίσεων με φαρμακευτική αντιμετώπιση (βρογχοδιασταλτικά, β2 διεγέρτες, κορτικοειδή) αλλά και μείωση των παραγόντων που πυροδοτούν τις κρίσεις	Η ασθενής να έχει απαλλαχθεί από τις ασθματικές κρίσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα.
Μελαγχολία και καταθλιπτική διάθεση Αυτοκτονικός ιδεασμός	Κατάθλιψη, σχετιζόμενη με την μελαγχολία, την καταθλιπτική διάθεση και τον ιδεασμό θανάτου	Να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη Να εξλειφθούν οι σκέψεις θανάτου	Αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διάθεσης με ευχάριστα ερεθίσματα και δημιουργία προγράμματος με καθημερινές ασχολίες, ψυχοθεραπεία και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Εξάλειψη των σκέψεων θανάτου και πρόληψη απόπειρας αυτοκτονίας με προσεκτική παρακολούθηση και αντικαταθλιπτικά φάρμακα	Η ασθενής να έχει απαλλαχθεί από την καταθλιπτική διάθεση με το πρόγραμμα ψυχοθεραπείας και τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Να παραμείνει ασφαλής και να μην εμφανίζει τάσεις να βλάψει τον εαυτό της. Να είναι σε θέση να εξωτερικεύει λεκτικά τυχόν αυτοκτονικές προθέσεις και να είναι σε θέση να εκφράζει την επιθυμία της να ζήσει.
Ρίγη και	Χρόνια	Να αντιμετωπιστεί ο	Εκπαίδευση και	Η ασθενής να

σπασμοί κάτω άκρων	σύγχυση, σχετιζόμενη με ρίγη, σπασμούς, και τρόμο των κάτω άκρων που εμφανίζεται συχνά όταν είναι ταραγμένη	τρόμος των άκρων, το ρίγος και οι σπασμοί με τεχνικές χαλάρωσης	εφαρμογή μηχανισμών αντιμετώπισης του άγχους, τεχνικές χαλάρωσης και αγχολυτικά αν κριθεί απαραίτητο	έχει απαλλαχθεί από τις ασθματικές κρίσεις και από το ρίγος σε σύντομο χρονικό διάστημα
Καταπίεση λόγω των γονιών αλλά και του σύζυγου	Χαμηλή αυτοεκτίμηση, σχετιζόμενη με εξάρτηση από τον σύζυγό της	Να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση του ατόμου και να μη φοβάται την αλλαγή	Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης με εκπαίδευση του ατόμου, συμμετοχή σε δραστηριότητες ώστε να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη στον ίδιο τον εαυτό του και ανάληψη ευθυνών και πρωτοβουλιών	Να έχει εμπιστοσύνη και να εκτιμά τον εαυτό της, και να νιώθει οτι μπορεί να διαχειριστεί τα προβλήματά της μόνη της
Ανασφάλεια				

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας εδώ την πτυχιακή αυτή εργασία γίνεται κατανοητό πως οι έννοιες σώμα–ψυχή είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και συνεχώς αλληλεπιδρούν. Αναφερθήκαμε στα κυριότερα οργανικά ψυχοσύνδρομα, δίνοντας έμφαση στα προβλήματα των ηλικιωμένων και την κατάλληλη αντιμετώπισή τους. Επί προσθέτως, αναλύσαμε τις συχνότερες ψυχοσωματικές νόσους αναφέροντας και δυο περιστατικά για την αποτελεσματικότερη κατανόησή τους.

Με βάση την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση καταλήξαμε πως υπάρχει πληθώρα ψυχικών ασθενειών που ‘κρύβονται’ πίσω από σωματικές εκδηλώσεις και ταυτοχρόνως πολλές ψυχιατρικές εκδηλώσεις λόγω οργανικών διαταραχών του εγκεφάλου. Συνεπώς, η συσχέτιση των οργανικών ψυχοσυνδρόμων και των ψυχοσωματικών διαταραχών είναι αναμφίβολη. Αυτές οι καταστάσεις πλήττουν ένα σημαντικό αριθμό ατόμων στις σύγχρονες κοινωνίες. Για αυτό το λόγο δόθηκε έμφαση στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και στις κατευθυντήριες οδηγίες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων. Σύμφωνα με τις νέες προοπτικές οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους, να ανακτήσουν τις δεξιότητές τους, μέσω των οποίων μπορούν να εκφραστούν, να αλληλεπιδράσουν, να γίνουν πάλι ανεξάρτητοι. Είναι καθήκον όλων μας να απομακρύνουμε οποιεσδήποτε προκαταλήψεις και να συμβάλλουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών, στοιχείο που θα επιφέρει βελτίωση του γενικότερου κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζούμε και αλληλεπιδράμε με τους συνανθρώπους μας.

Εμείς, ως νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουμε πως ο ρόλος μας είναι καθοριστικός για τη σωστή διαχείριση αυτών των νοσημάτων. Πρέπει συνεχώς να εμπλουτίζουμε τις γνώσεις μας και να εκπαιδευόμαστε ώστε να παρέχουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Γι’ αυτό το λόγο παρουσιάστηκαν αρκετές προτάσεις όσον αφορά τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τον τρόπο που θα πρέπει να διαχειριζόμαστε αυτές τις καταστάσεις. Στόχος πάντα είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα παρέμβασης που να φιλοδοξεί να καλύπτει τις ανάγκες του φάσματος από την πρόληψη ως την αντιμετώπιση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ

1. **Barbara Fadem, Steven Simring**,: “Psychiatry Recall”, 2nd Edition, Baltimore, Philadelphia, 2004
2. **Βιδάλης Α., Διδασκάλου Θ.**, Τσίλικας Σ. ”Θέματα Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο”, Σύγχρονες Εκδόσεις, Θεσσαλονίκη 2001.
3. **Γεωργαράς Ανδρέας Κ-**, “Συνοπτική ψυχιατρική”, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
4. **Γιαννοπούλου Α.**, “Ψυχιατρική Νοσηλευτική” Εκδόσεις Ταβιθά, 2005
5. **Γιουνανλή, Κριθαρίδου**, Πτυχιακή εργασία: “Οργανικά Ψυχοσύνδρομα”, Αλεξάνδρειο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 2008
6. **Cummings JL**.: “Accuracy of the Clinical Diagnosis of Alzheimer’s disease: review of clinico-pathological investigations, USA, 1991
7. **David Sue, Derald Wing Sue, Diane Sue, Stanley Sue**, “Understanding Abnormal Behavior, 10th edition, 2011
8. “Διαγνωστικό & Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, DSM-IV-TR”, 4^η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2011
9. **Growdon J.** ”Biomarkers of Alzheimer’s Disease”, Arch. Neurol. 1999
10. **Gusella J.F., MacDonald M.E.**, Molecular genetics of
 - a. Huntington’s disease, Arch. Neurol 1993
11. **Harold I. Kaplan, MD & Benjamin Sadock MD**, “Comprehensive Textbook of Psychiatry”, Volume 1, 6th edition, Williams & Wilkins, 1995
12. **Hersen Turner**, “Adult Psychopathology and Diagnosis”, Wiley Series on Personality Processes, 2nd edition, Canada, 1984
13. **Hofman A.** ”The Epidemiology of Alzheimer Disease” Pubmed, 1997
14. **Ιεροδιακόνου Χ, Φωτιάδης Χ, Δημητρίου Ε.**, ”Ψυχιατρική”, Εκδόσεις Μαστορίδη, 1988
15. **Jane Odgen**, “Health Psychology, a Textbook , 2nd edition, Επιμέλεια: Μαρία Λουμάκου-Αλέξανδρος Σταμάτης Αντωνίου, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα, 2000
16. **James H. Scully**, “Psychiatry”, the national medical series for independent study, Harwal Publishing Company, Pennsylvania, 1985
17. **Kaplan & Sadock’s** : “Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής”, νέα έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2007
18. **Kaplan & Sadock’s- Harold I. Kaplan MD**, ”Ψυχιατρική”, 7^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2008
19. **Καπρίνης Γ.Σ.** ”Κλινική Ψυχιατρική”, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα, 2009
20. **Καραδήμας Ε.**, “Ψυχολογία της Υγείας”, 1^η έκδοση, Αθήνα, 2005
21. **Kertesz A., Munoz D.G.**, Pick disease and Pick Complex, N. York (1998)
22. **Lesser, M.** . “A review of the alexithymic concept psychosomatic Medicine”, vol 43, issue 6. American psychosomatic society, 1981
23. **Μ. Μαδιανός**, ”Κλινική ψυχιατρική”, Καστανιώτης, 2003.
24. **Μάνου Ν.** “Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής”, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1999.
25. **Μάνος, Ν.** « Βασικές αρχές ψυχιατρικής.» Εκδόσεις: University press, Θεσσαλονίκη, 1997

26. **Mary Ann Hogan** “ Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις” Επιμέλεια, Μαρία Ν. Κ. Καρανικόλα, εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 2012
27. **Michael G. Gelder, Juan J.Lopez- Ibor, Nancy Andreasen** :“Σύγχρονη Ψυχιατρική”, Επιμέλεια: Κωνσταντίνος Σολδάτος, Νικηφόρος Αγγελόπουλος, Γεώργιος Καπρίνης, Μιλτιάδης Λειβαδίτης, Ελευθέριος Λύκουρας, Βενετσάνος Μαυρέας. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Oxford- Τόμος 2, Αθήνα 2008
28. **Νεστορος Ι.** Επιμέλεια, Arana/Hyman, “Ψυχοφαρμακολογία”, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2003
29. **Nouye I. S, van Dyck C, Alessi C et al.** Clarifying confusion: The confusion method. *Ann Inter Med* 1990; 113:741-948
30. **Phil Barker**, “ Psychiatric and Mental Health Nursing”, 2nd edition, USA, 2008
31. **Philip L. Rice**, Ψυχολογία της υγείας, επιμέλεια: Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου, εκδόσεις ‘Ελλην’ , πρώτη Ελληνική έκδοση, Αθήνα, 2005
32. **Πριάμη Μ.** «Συμβολή του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο.» Νοσηλευτική ,1992
33. «Psychiatry”, *The Columbia Encyclopedia*, 6th ed., 2013
34. **Ραγιά Α.** ”Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική” Αθήνα 2005
35. **Σακελλαρόπουλος**, “Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων”, εκδόσεις Παπαζήση, 1997
36. **Sifneos P.E.** The prevalence of "Alexithymic" characteristics in psychosomatic patients, *psychother, psychosom*, 1973
37. **Σολδάτος Κ., Λύκουρας:**, “Σύγγραμμα Ψυχιατρικής”, 1^{ος} τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006
38. **Τσεπελής Χαράλαμπος, Μεγαρχιώτης Αθανάσιος**, «Διασυνδεδετική Συμβουλευτική Νοσηλευτική στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου». Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας Τμήματος Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη 2007.
39. **Wetherell M.** “Ταυτότητες, ομάδες και κοινωνικά ζητήματα”. Επιμέλεια: Νίκος Μποζατζής, Εκδόσεις Μεταίχμιο ,Αθήνα, 2005
40. **Windgassen – Tolle**, “Ψυχιατρική”, Παρισιάνος 2003.
41. World Health Organisation: “The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders”. Geneva:WHO, 1993
42. **Χαρτοκόλλης Πέτρος:** “Εισαγωγή στην Ψυχιατρική”, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2^η έκδοση αναθεωρημένη, Πάτρα 1991
43. **Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες**, «Η Ψυχιατρική στη γενική ιατρική», Επιμέλεια έκδοση: Γ.Ν. Χριστοδούλου, Ι.Α. Λιάππας, Βλ. Δ. Τομαράς, Μ.Σ. Βασιλειάδου, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003
44. **Χριστοδούλου Γ,Ν.& συνεργάτες** Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, “Ψυχιατρική”, 1^{ος} τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2004

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0010387/> [τελευταία πρόσβαση στις 18/08/13]
2. http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CF%8C%CF%83%CE%BF%CF%82_%CE%91%CE%BB%CF%84%CF%83%CF%87%CE%AC%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%81 [τελευταία πρόσβαση στις 20/07/13]
3. <http://www.gnothisafton.gr/psychosomatikes-pathisis/> [τελευταία πρόσβαση στις 20/08/13]
4. <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=15&articleID=17860&la=1> [τελευταία πρόσβαση στις 30/06/13]
5. <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1151485&resultClick=3> [τελευταία πρόσβαση στις 12/07/13]
6. <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481661&resultClick=3> [τελευταία πρόσβαση στις 30/07/13]
7. <http://medicine.yale.edu/psychiatry/alzheimers/info/index.aspx> [τελευταία πρόσβαση στις 20/08/13]
8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0033851/#ch4.s2> [τελευταία πρόσβαση στις 22/08/13]
9. http://dying.about.com/od/neurological/a/dementia_cause.htm [τελευταία πρόσβαση στις 10/09/13]
10. <http://psych.gr/documents/psychiatry/19.4-GR-2008-350.pdf> [τελευταία πρόσβαση στις 10/09/13]
11. <http://emedicine.medscape.com/article/292105-overview> [τελευταία πρόσβαση στις 30/07/13]
12. <http://emedicine.medscape.com/article/1134817-overview> [τελευταία πρόσβαση στις 30/07/13]
13. <http://emedicine.medscape.com/article/293257-overview> [τελευταία πρόσβαση στις 30/07/13]

ΠΕΡΙΟΔΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

1. **Adsett, C. Alex**, Psychosomatic Medicine, Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 51, No. 8, July 2006
2. **Alison Heru**, The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill, 2nd edition, M.D., American Journal of Psychiatry, Jan 2012; 169 (1); 101-102.
3. **Βορβολάκος Θ.**, Άνοια: Αντιμετώπιση από υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 49, 55-59, τόμος 49, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2012
4. **Burne, Jerome**, Health: «Not All in the Mind: at Last, It Is Being Recognised That the Symptoms of So-Called Psychosomatic Illnesses Are as Real as Those of More Organic Diseases, and Should Be Treated by Doctors as Such», Says JEROME BURNE, The Independent (London, England), October 30, 2002
5. **Παπανικολάου Α. Δημήτρης** - Ιατρός, Περιοδικό «Επικοινωνία για τη νόσο Alzheimer» Ελληνική Εταιρία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, Τεύχος 160, Μάρτιος 2004., σελ. 3.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

1. «Σύγχρονη Θεώρηση των Συμπεριφορικών και Ψυχολογικών Συμπτωμάτων στην Άνοια». 1^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER. Θεσσαλονίκη 16/01/2000.