

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Θεσμοί και Πολιτικές υγείας

**ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ – ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ –
ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Δερίλα Αικατερίνη

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Σπυριδάκης Εμμανουήλ, Αναπληρωτής Καθηγητής (Επιβλέπων)

Δέσποινα Καρακατσάνη, Καθηγήτρια (Πρόεδρος Πανεπιστημίου Πελοποννήσου)

Ηλέκτρα Κουτσούκου, Διδάσκουσα

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2017

Copyright © 2017 (Δερίλα Αικατερίνη)

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας έκδοσης, εξολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση των μελετών για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τους συγγραφείς. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα των κειμένων εκφράζουν τους συγγραφείς και μόνο.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στα παιδιά μου Βάσια και Νικόλα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί & πολιτικές υγείας» του τμήματος κοινωνικής & εκπαιδευτικής πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω την τριμελή επιτροπή. Τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας, κ. Σπυριδάκη Εμμανουήλ για την πολύτιμη καθοδήγηση του και την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε ,καθώς και την κ. Δέσποινα Καρακατσάνη και την κ.Η. Κουτσούκου για την βοήθειά τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η κατανόηση των βαθύτερων αιτιών που οδηγούν τους ψυχικά πάσχοντες στο να βιώνουν πιο επώδυνα την εμπειρία που προκαλεί η κλινική εξέταση της στοματικής κοιλότητας και η διαχείριση και αποκατάσταση της στοματικής τους υγιεινής.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα μέσω ερωτηματολογίου βασισμένη στη μέθοδο της ημιδομημένης συνέντευξης σε ψυχικά πάσχοντες ασθενείς (n = 17), οι οποίοι προσήλθαν για εξέταση ή επέμβαση από Στοματολόγους, Στοματικούς και Γναθοπροσωπικούς Χειρουργούς και Οδοντίατρους σε τακτική εξωτερική βάση στο Γ.Ν.Α. «ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ». Οι ερωτήσεις κάλυπταν διάφορους θεματικούς άξονες αναφορικά με τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας από τους ασθενείς, τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν για το υποκείμενο ψυχικό νόσημα, την εμπειρία τους από προηγούμενα δυσάρεστα γεγονότα και καταστάσεις, αλλά και τον φόβο και άγχος που βιώνουν απέναντι στην κλινική εξέταση ή/και στην επέμβαση, τις προσδοκίες τους και την ικανοποίησή τους από το προσωπικό του νοσοκομείου και το βαθμό συμμόρφωσής τους στις ιατρικές οδηγίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ερωτηθέντες ήταν σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το γενικότερο περιβάλλον του νοσοκομείου και έκαναν θετικά σχόλια για το προσωπικό του νοσοκομείου. Τέλος, προέκυψε ό,τι το 60% αυτών ασχολείται σε ικανοποιητικό βαθμό με τη στοματική υγιεινή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση των συνεντεύξεων αναδείχθηκαν διάφορα αίτια που οδηγούν τους ψυχικά πάσχοντες στον να βιώνουν επώδυνες καταστάσεις, αλλά και φοβίες όταν έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα που αφορούν τη στοματική τους υγιεινή. Επιπλέον, αναδείχθηκαν και θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν το στενό περιβάλλον των ασθενών αυτών, όπως είναι η οικογένεια και η εργοδοσία. Τα ανωτέρω είναι δυνατό να συμβάλλουν στη βελτίωση του τρόπου αντιμετώπισης των ψυχικά πασχόντων από το προσωπικό του νοσοκομείου, καθιστώντας τους φορείς υγείας αποτελεσματικότερους στην εξειδικευμένη αποκατάσταση ιδίως των χρόνιων σχιζοφρενών, ώστε να παραμένουν λειτουργικοί σε κοινωνικό επίπεδο.

Λέξεις Κλειδιά: ψυχικά πάσχοντες, στοματική υγιεινή, φόβος, άγχος, υπηρεσίες υγείας

ABSTRACT

AIM: The aim of the present study is to investigate the root causes that lead people with mental illness to a more painful experience when dealing with clinical examination of the oral cavity, or with oral health management and restoration.

METHODS: A qualitative, questionnaire based study, following the methodology of a semi-structured interview was conducted on a cohort of patients suffering from mental illness (n = 17), who underwent clinical examination or surgical treatment by Oral Pathologists, Oral and Maxillofacial Surgeons and Dentists in a regular outpatient basis at "EVAGGELISMOS" General Hospital (Athens, Greece). The questions covered various thematology extending from the oral hygiene of these patients, to the medications taken for the underlying mental illness, their experience of previous unpleasant events, the fear and anxiety experienced during clinical examination and/or surgical treatment, their expectations and satisfaction level from hospital staff and their compliance to medical instructions.

RESULTS: All respondents were highly satisfied with the overall environment of the hospital and made positive comments on the hospital staff. Moreover, 60% of the study cohort is dealing with oral hygiene at a satisfactory level.

CONCLUSIONS: The analysis of the interviews highlighted several causes that lead people with mental illness to experience painful situations and fears when confronted with problems regarding their oral hygiene. Furthermore, various issues emerged dealing with deontological ethics of the close environment of these patients, such as their family and employers. These may contribute to the improvement of the way the mentally ill people are treated from the hospital staff, constituting health services more effective in the specialized rehabilitation of chronic schizophrenics, so as they to retain their functionality within society.

Keywords: mentally ill patients, oral hygiene compliance, fear, anxiety, health services

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΜΕΡΟΣ Α.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1-Ψυχολογικές και Ψυχοσωματικές απόψεις στην οδοντιατρική.....	10
Η σημασία της περιοχής στόματος και δοντιών.....	12
Οδοντιατρική θεραπεία.....	16
Ομάδες ασθενών.....	17
Πρόληψη σε νεαρά άτομα.....	19
Ψυχογενείς επιδράσεις στην περιοχή στόματος και γνάθων.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2-Η ψυχική υγεία και αρρώστια: ο ορισμός και τα κριτήρια.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- Ψυχιατρική, η πορεία.....	27
3.1 Υγεία και φυσιολογική συμπεριφορά.....	27
3.2 Η εξέλιξη στη διάγνωση.....	28
3.3 Ψυχοπαθολογία, τομέας εξέλιξης.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4-Η εξέλιξη της νευροαπεικόνισης.....	30
4.1 Γενετικές ψυχικές διαταραχές και εξελίξεις στον τομέα.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	32
5.1 Η ψυχοθεραπεία και η ανάπτυξη της.....	32
5.2 Ψυχοφάρμακα.....	33
5.3 Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6-Εξελίξεις στην πρόληψη των διαταραχών και η παροχή υπηρεσιών στην ψυχική υγεία.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7-Η δευτεροβάθμια πρόληψη στην κλινική ψυχιατρική.....	37
7.1 Σχιζοφρένεια και πρόληψη.....	37
7.2 Πρόδρομη περίοδος.....	39

7.3 Προγνωστικοί δείκτες.....	40
7.4 Καθυστέρηση της θεραπείας.....	40
7.5 Έγκαιρη διάγνωση της υποτροπής.....	42
7.6 Πρόληψη της κατάθλιψης	43
7.7 Διπολική και συναισθηματική διαταραχή.....	45
7.8 Αγχώδεις διαταραχές.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8-Έρευνα.....	49
8.1 Μέθοδος.....	49
8.2 Δείγμα.....	51
8.2 Θεματικοί άξονες.....	52
8.3 Ανάλυση-συζήτηση των αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων.....	53
8.3.1 Ικανοποίηση των ασθενών	53
8.3.2 Εμπιστοσύνη προς τους γιατρούς.....	57
8.3.3 Σωματική και σωματική υγιεινή των ψυχικά πασχόντων ασθενών.....	58
8.4 Αίτια ψυχολογικών προβλημάτων.....	60
8.4.1 Σχιζοφρένεια.....	61
8.4.2 Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.....	62
8.4.3 Περιπτώσεις απώλειας συγγενικού προσώπου.....	66
8.5 Φαρμακευτική αγωγή-ψυχοφάρμακα.....	73
Συμπεράσματα.....	76
Επίλογος.....	80
Παράρτημα-Ερωτηματολόγιο.....	82
Βιβλιογραφία.....	84

Εισαγωγή

Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών έχει υποβληθεί σε ψυχιατρική θεραπεία η οποία δυστυχώς ακόμα και σήμερα για πολλούς αποτελεί κοινωνικό στίγμα. Είτε η θεραπεία αφορά κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, ψύχωση, διπολικές διαταραχές, σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς που προσέρχονται για να αντιμετωπίσουν άλλα προβλήματα υγείας στις μονάδες υγείας είτε αποκρύπτουν κατά τη λήψη του ιστορικού τους το είδος αυτής της θεραπείας, είτε το εκμαιοεί με δυσκολία ο γιατρός.

Η κατάλληλη προσέγγιση του υγειονομικού προσωπικού στους ασθενείς αυτούς, είναι κρίσιμης σημασίας για την ανάπτυξη ενός πλαισίου συνεργασίας, ανάμεσα στον ειδικό και τον ασθενή για να ξεπεράσει αυτό τον σκόπελο από την πρώτη στιγμή που ο ασθενής εισέρχεται για την αναζήτηση θεραπείας. Επιπλέον σε ένα μεγάλο βαθμό η ψυχική νόσος, όταν δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς και συνήθως με υπαιτιότητα του ασθενούς, ο οποίος παραβλέπει την αγωγή του, επηρεάζει την συμμόρφωση οποιουδήποτε άλλου προβλήματος υγείας π.χ λήψη φαρμάκων, απόφαση για επέμβαση, στοματική υγιεινή κ.τ.λ.

Λαμβάνοντας αυτά υπόψη, η παρούσα εργασία, προσπαθεί να αναλύσει τα δεδομένα που έχουν προκύψει από την μελέτη ψυχικά πασχόντων ασθενών, ειδικά σε ένα ιατρείο στοματικής-γναθοχειρουργικής ιατρικής ενός νοσοκομείου.

Η ιδιαιτερότητα της συγκεκριμένης ειδικότητας, είναι ότι συνδυάζει την ιατρική και οδοντιατρική επιστήμη καθιστώντας πολλές φορές πιο σύνθετη την θεραπεία των ασθενών.

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- Ψυχολογικές και ψυχοσωματικές απόψεις στην οδοντιατρική

Η θεραπεία της οδοντιατρικής, μετά χειρωνακτικές και τεχνικές πλευρές, στράφηκε όλο και περισσότερο προς τη βιολογική βασική έρευνα. Λόγω αυτής της εξέλιξης, η σύνδεση με την συνολική Ιατρική έγινε στενότερη. Οι εξελίξεις αυτές, οδήγησαν τον οδοντίατρο, στον περιορισμό στη δραστηριότητά του όσον αφορά το στοματογναθικό σύστημα.

Η σημασία της ψυχολογίας η οποία αυξάνεται όλο και περισσότερο, βοηθάει στον εκσυγχρονισμό, όχι μόνο της τεχνικής αλλά στην κοινωνική και ηθική ικανοποίηση για το συγκεκριμένο επάγγελμα και την εξάσκηση του. Και αυτό μπορεί να διακριθεί πολύ καλά στην προληπτική οδοντιατρική. Αρκετές δεκαετίες πριν, ο οδοντίατρος, θεωρούνταν ως ένας ειδικός ιατρός, με περιορισμό όμως μόνο στην αποκατάσταση των λειτουργικών ικανοτήτων όπως επίσης και της κοσμητικής αρμονίας (αντικατάστασης απολεσθέντων δοντιών, σε συνεργασία με έναν οδοντοτεχνίτη). Ο οδοντίατρος σήμερα, όλο και περισσότερο, εφαρμόζει την προληπτική ιατρική στον τομέα της τερηδόνας και σε διάφορες παθήσεις του περιοδοντίου. Οι έλεγχοι, οι παρακολουθήσεις όπως επίσης και η διαρκής προσφορά στον ασθενή για την υγιεινή των δοντιών, είναι κάποιες από τις ευθύνες που αδυνατεί να αντιμετωπίσει μόνος του. Αυτό το γεγονός λοιπόν τον οδηγεί να δημιουργήσει μια ομάδα στο ιατρείο, με έναν οδοντοϋγιεινολόγο ή όπως γίνεται συνήθως μία οδοντιατρική βοηθό- νοσηλεύτρια. Εδώ δεν θα αναφερθούμε στις διοικητικές δραστηριότητες, διότι απαιτούν συνήθως επιπλέον προσωπικό. Σημαντικό ρόλο παίζει η καθοδήγηση και ο σωστός συντονισμός των συνεργατών του ιατρείου, κάτι το οποίο χρειάζεται αρκετή πείρα και εμπειρία, μιας και δεν είναι εκ γενετής προκαθορισμένο προσόν σε όλους.

Πιο παλιά η ενημέρωση γινόταν από τους πρακτικούς δηλαδή, από τους ανθρώπους που έκαναν τις εξαγωγές των δοντιών, και αυτό γιατί νόμιζαν ότι έτσι θα μειωνόταν ο φόβος για την επικείμενη θεραπεία. Σήμερα, αυτό αποτελεί υποχρέωση και μάλιστα από νομικής πλευράς. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να ενημερώσει τους ασθενείς για όλη την διαδικασία της επέμβασης, ανάρρωσης αλλά και των κινδύνων (αν υπάρχουν). Μιας και αυτό πολλές φορές είναι αρκετά δύσκολο, ανάλογα και την περίπτωση, φυσικά εδώ αναφερόμαστε πλέον στην ψυχολογική βαρύτητα της διαδικασίας.

Ο τρόπος εργασίας και ζωής έχουν αλλάξει ριζικά, και δημιούργησαν μια μεγάλη τεχνική πρόοδο που συνδέονται με επιθέσεις κυρίως στη σωματική και ψυχική ισορροπία των ανθρώπων, άλλωστε το αποδεικνύει αυτό και ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Οι ψυχικές διαταραχές φυσικά και επηρεάζουν τη σχέση του οδοντίατρου αλλά και την επαφή προς τους άλλους συνεργάτες (την ομάδα του ιατρού), αρκετά επηρεασμένοι όμως είναι και οι ασθενείς στην τοποθέτηση τους για την στοματική κατάσταση, τις προσδοκίες τους για το αποτέλεσμα της θεραπείας καθώς και για την διάθεση τους και την προσωπική ευθύνη για την υγεία των δοντιών τους.

Όλα αυτά τα συμπτώματα είναι αιτίες των διαταραχών που συνδέονται με τις σωματικές- ψυχικές αλληλεπιδράσεις οι οποίες ποικίλουν, στον τομέα δοντιών, στόματος και γνάθου. Η αύξηση των τελευταίων ετών των ενοχλημάτων των γναθοκροταφικών αρθρώσεων, οι οποίες δεν προέρχονται μόνο από την καλύτερη διάγνωση, αλλά και από τις προθέσεις, και από προσωπική πείρα του κάθε γιατρού.

Στο μέλλον θα είναι πλέον υποχρεωτικό ο οδοντίατρος να μπορεί να διακρίνει τις αιτίες της συμπεριφοράς του κάθε ασθενή του, για να μπορεί να αντιμετωπίσει κάθε δυσκολία, όχι μόνο στο τεχνικό κομμάτι, αλλά και στο ανθρώπινο.

Απ' ότι φαίνεται από κάποιες απόψεις, συμπεραίνουμε ότι η οδοντιατρική έχει φτάσει σε ένα σημείο να ενδιαφέρεται περισσότερο για τις ψυχικές διαταραχές των ασθενών απ' ότι για τις τεχνικές βελτιώσεις. Εξαιτίας όλων αυτών δημιουργήθηκε μια ομάδα¹ που ονομάζεται 'οδοντοψυχολόγοι', οι οποίοι διαθέτουν περισσότερες ψυχολογικές γνώσεις απ' ό,τι οι τεχνοκρατικά εκπαιδευμένοι συνάδελφοι τους, με αποτέλεσμα να επιδρούν σε ένα αιώνιο και σημαντικό πρόβλημα, αυτό του φόβου, όπως

¹ Kleinknecht RA: Psychology and dentistry. Prof , Psychol 1976;7:4.

επίσης και στην αδιαφορία για την υγιεινή και προληπτική ιατρική του στόματος². Με αυτές τις εξελίξεις, αλλάζει ραγδαία η εικόνα της οδοντιατρικής προς το καλύτερο φυσικά, και αρχίζουν να ξεχνιούνται οι εμπειρικοί εξαγωγείς δοντιών, οι χειρουργοί. Μεγάλη σημασία έχουν οι ψυχολογικοί παράγοντες ακόμη και στον τομέα της οδοντιατρικής, μιας και η θεραπεία δεν περιορίζεται πλέον μόνο στον οργανικό τομέα αλλά σε ολόκληρο τον ³άνθρωπο (στην ολότητά του).

Οι στενές σχέσεις κατεστραμμένων δοντιών και ψυχικών αντιδράσεων είναι γνώριμη και τις συναντάμε σε χιουμοριστικές απεικονίσεις. Με μια απaráμιλλη ευστοχία περιγράφει ο Wilhelm Busch, την ψυχοσωματική ενότητα του δοντιού με τον άνθρωπο. Ο Busch λοιπόν, προχωράει και παρακάτω, δεν μένει απλά στην ψυχική διάθεση του ασθενή, αλλά προχωράει και στον οδοντίατρο, τον οποίο αφήνει να λέει : στήριξε το κεφάλι στην πολυθρόνα και άρχισε να σκέφτεσαι μόνο ωραία πράγματα. Όταν σχολιάζει για “το κούφιο δόντι” οι πληροφορίες που αποκαλύπτονται από την πλευρά οδοντιατρικής, είναι περισσότερες απ ό,τι νομίζαμε. Αν σκεφτούμε ότι από ένα μόνο δόντι ίσως να εξαρτάται ένας ολόκληρος άνθρωπος και ότι εξαιτίας, του φόβου που τον διακατέχει δεν επισκέπτεται τον οδοντίατρο, μέχρι ο πόνος να γίνει αφόρητος. Παίρνει την απόφαση να πάει μόλις όλα τα σπιτικά γιατροσόφια που ξέρει αποτύχουν.

1.1 Η σημασία της περιοχής στόματος και δοντιών

Το στόμα και τα χείλη ανήκουν στην οικεία- προσωπική σφαίρα. Τα δόντια, σύμφωνα με κάποιες μελέτες, έχουν μεγάλη δύναμη και αξία, όπως επίσης έχουν και την ικανότητα της ομορφιάς, αξίες που προέρχονται από τα παλιά χρόνια και έχουν αρχέγονο συμβολισμό. Η αξία των δοντιών είναι παρόμοια με αυτήν των μαλλιών, είναι στενά συνδεδεμένη με σωματική και ψυχική ευεξία. Δεν υπάρχει άλλη εποχή, στην οποία η σωματική ⁴ομορφιά και η εξωτερική, κυρίως του προσώπου, να έχουν μεγαλύτερη σημασία τόσο για την αυτοπεποίθηση του, όσο και για την αυτοεκτίμηση, απ’ ό,τι η ⁵σημερινή.

² Leathermann G: Zukunfliche Verpflichtungen der Zahnheilkunde. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1978;5:217.

³ Holz J: Principes d’une rehabilitation orale raisonnée. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1978;88:935.

⁴ Elhardt S: Ueber den Umgang mit schwierigen Patienten. Dtsch Zahnärztl Z 1962;17:1253.

⁵ Dolder E: Zur Psychologie des Zahnverlustes und des Zahnersatzes. Dtsch Zahnärztl Z 1956;11:469.

Ο σημερινός άνθρωπος, ο οποίος προσέχει την εξωτερική του εμφάνιση, φοβάται ότι εάν τα δόντια του δεν είναι όμορφα βρίσκεται σε μειονεκτική θέση και αυτό έχει μια αρνητική επίδραση ως προς την προσωπικότητα του, την νεότητα, αντοχή και φροντίδα της υγείας του.

Γι' αυτόν το λόγο δίνει λιγότερη σημασία στην μασητική λειτουργία και στην λιγότερο εμφανή ζώνη των προγομφίων και γομφίων απ' ό,τι στα δόντια της πρόσοψης. Θα πρέπει ήδη να θεωρηθεί ως ψυχολογικό πρόβλημα ό,τι παρόλη τη σχετικά υψηλή αξιολόγηση των δοντιών και την συνεχή ενημέρωση που γίνεται από τα ΜΜΕ, η αυτοπειθαρχία και τα μέτρα πρόληψης και διατήρησης της στοματικής υγείας, στους περισσότερους ασθενείς, πρέπει να τονίζεται συνεχώς. Παρόλα αυτά, οι προσπάθειες στην προληπτική οδοντιατρική, την οδήγησαν σε αξιοσημείωτες επιτυχίες που μπορούν να διατηρηθούν μόνο εάν αφυπνιστεί η αυτοϋπευθυνότητα.

Η επίσκεψη στον οδοντίατρο είναι ένα είδος στρες που συχνά συνδέεται με άγχος της προσμονής και βστενοχώριες. Η θεραπεία γίνεται αισθητή, Παρ' όλες τις εκτεταμένες δυνατότητες για να μην καταλάβει κάτι ο ασθενής (αναλγησία, τοπική αναισθησία, φαρμακευτική καταστολή), για ορισμένους ασθενείς είναι επώδυνη και ορισμένες φορές μάλιστα επιθετική επέμβαση. Πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι οι ασθενείς οδηγούνται στον οδοντίατρο με συναισθήματα ενοχής, σκεπτόμενοι ότι είναι υπαίτιοι για την πάθησή τους. Άγχος και αισθήματα ενοχής είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που τους οδηγούν στο να παραμελούν τους τακτικούς ελέγχους. Ο φόβος για την οδοντιατρική θεραπεία καταλαμβάνει όλα τα μέλη και όλες τις ηλικίες και βασίζεται, εν μέρει, σε πεπαλαιωμένες απόψεις για τον οδοντίατρο. Ο φόβος βασίζεται σε επώδυνα οδοντιατρικά βιώματα της παιδικής ηλικίας, όπως είναι ψυχολογικά αποδεδειγμένο, παρόλες τις προόδους στην οδοντιατρική. Οι σημερινές καρέκλες, με τις οποίες ο ασθενής μπορεί να τοποθετηθεί σε οποιαδήποτε θέση, μπορούν να κάνουν μια τεχνικά πολύ καλή θεραπεία, φέρνουν όμως μερικούς ανθρώπους σε μία ιδιαίτερη κατάσταση στρες. Οι δυσκολίες της λεκτικής επικοινωνίας που προέρχονται από την εξέταση και η σωματική επαφή προς τον γιατρό είναι περαιτέρω παράγοντες που δημιουργούν στον ασθενή συχνά το συναίσθημα του ότι είναι άοπλος και αβοήθητος.

⁶ Kielholz P: Psychofarmaka in der Zahnheilkunde und Drogenabhaengigkeit. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1974;84:1007.

Αυτό το άγχος μπορεί να εξωτερικευθεί με διάφορες μορφές όπως π.χ. φυγή από τη θεραπεία ή αναβολή της επίσκεψης, επίθεση, άμυνα, χτυπήματα, δάγκωμα. Μπορεί να δράσει παραλυτικά σε ψυχικές λειτουργίες, π.χ. με τη μορφή λήθαργου που εμφανίζεται σαν ακαμψία, σύσπαση, αδυναμία ⁷χαλάρωσης. Ο ασθενής που έχει άγχος αντιλαμβάνεται την κατάσταση πιο απειλητική, όσο περισσότερο νιώθει μόνος. Η μοναξιά στο χώρο της αναμονής ενισχύουν το φόβο, μεγαλώνει το συναίσθημα αδυναμίας και εγκατάλειψης. Αυτή η κατάσταση πρέπει να ληφθεί υπόψη στη διαμόρφωση του ιατρείου και ιδίως στην προσωπική επαφή μεταξύ ⁸οδοντιάτρου-ασθενή.

Η διαμόρφωση των χώρων του ιατρείου έχει σημαντική επίδραση στην αποδοχή της ⁹θεραπείας. Η γραμματεία και ο χώρος αναμονής πρέπει να βγάζουν αισθήματα ευθυμίας και χαλάρωσης. Με την κατάλληλη διαμόρφωση των τοίχων, χαλιά, αντικείμενα διακόσμησης (π.χ. πίνακες, αγάλματα) και μία ήρεμη μουσική μπορεί να δημιουργήσουμε μία ατμόσφαιρα που χαλαρώνει. Αν και οι χώροι ενός ιατρείου είναι υποχρεωτικό να εκπληρώνουν ορισμένες απαιτήσεις υγιεινής, εντούτοις ξεκάθαρες απλές γραμμές και εύστοχη επιλογή σχημάτων μπορούν να μειώσουν την εντύπωση ενός χειρουργικού χώρου. Η χρησιμοποίηση ενός χρώματος δημιουργεί μονοτονία και δρα καταθλιπτικά. Ανήσυχα σχέδια και πολλά ζωντανά χρώματα θα μπορούσαν, αντίθετα, να ενισχύσουν την ανησυχία του ασθενούς. Με τη μεγάλη σήμερα προσφορά οδοντιατρικών μηχανημάτων, δε θα έπρεπε η επιλογή ενός μέσου δρόμου να είναι πολύ δύσκολη. Ακόμη και στον καθαρά εγχειρητικό χώρο μπορεί κανείς να επιλέξει έναν διακοσμητικό φωτισμό, μαζί με τον λειτουργικό φωτισμό και τον φωτισμό στο βάθος ο οποίος θα αποσπά την προσοχή, κατευθύνοντας το βλέμμα σε ξεχωριστά και διακοσμητικά έργα τέχνης. Δε θα πρέπει βέβαια κανείς να ξεχνά ότι το βλέμμα του ύπτιου ασθενούς κατευθύνεται, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, προς την οροφή. Η οδοντιατρική βοηθός- νοσηλεύτρια είναι ο πρώτος συνδετικός κρίκος μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενούς. Αυτή αναλαμβάνει το σημαντικό ρόλο να μειώσει την ένταση του ασθενούς με μία ήπια συμπεριφορά που

⁷ Kielholz P: Psychofarmaka in der Zahnheilkunde und Drogenabhaengigkeit. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1974;84:1007.

⁸ Manne J : Psychologie et art dentaire: L'unit, l'ambiance, l'exercice logique. Ann Odonto-Stomatol 1970; 27:153.

⁹ Paul JE: Der Einfluss der Arbeitsplatzausrustung auf den aengstlichen Patienten. Berlin: Quintessenz Verlag, 1976.

δημιουργεί εμπιστοσύνη και με υπομονετική ακρόαση, για να τον οδηγήσει ακολούθως, ως “ενδιάμεσο πρόσωπο”, στον οδοντίατρο. Η “μειώνουσα την ένταση” παρουσία της θα έπρεπε να παρατείνεται μέχρι το τέλος της επίσκεψης, ώστε να δημιουργούνται οι καλύτερες συνθήκες για την επόμενη ¹⁰επίσκεψη του ασθενούς. Πρακτικές προϋποθέσεις για την καθοδήγηση της πρώτης συνομιλίας είναι ο επαρκής χρόνος, οπτική επαφή και προσεκτική ακρόαση. Η συναισθηματική θερμότητα και το ενδιαφέρον εκφράζονται με μη λεκτικά συναισθήματα, όπως κουνήματα του κεφαλιού, οπτική επαφή ή έκφραση προσώπου που δηλώνει προσοχή. Για να μπορεί κανείς να καταλάβει τον ασθενή είναι σημαντικό να δίνει προσοχή σε καθημερινά σημεία, όπως ο τόνος της φωνής, το είδος της παρουσίας, ή η κατάσταση των χεριών (στεγνά ή κρύα-υγρά). Ενσυναίσθηση σημαίνει να αντιλαμβάνεσαι μία κατάσταση από τη θέση παρατήρησης ενός άλλου ανθρώπου και να καταλαβαίνεις τα συναισθήματά του, ακόμη κι όταν διαφέρουν από τα δικά σου. Στενά συνδεδεμένη είναι η θετική αξιολόγηση (σεβασμός) για τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις του ασθενούς. Οι εισαγωγικές γενικές ερωτήσεις έχουν στόχο την περιγραφή της ειδικής προβληματικής που οδήγησε στην επίσκεψη στον οδοντίατρο: πληροφορίες για την ηλικία, προηγούμενες παθήσεις κλπ. δίνουν μια ιδέα για την ψυχική και οργανική κατάσταση του ασθενούς, που συμβάλλει αφενός μεν στην αποφυγή συμβαμάτων και αφετέρου στην καλύτερη αξιολόγηση της προσωπικότητάς του. Ο απαραίτητος χρόνος που καταναλώνεται γι’ αυτό αμείβεται από μία χαλαρότερη διάθεση του ασθενούς, που βοηθά καλύτερα τη θεραπεία. Όταν χρειάζεται, για μερικούς ασθενείς, ακόμα και όταν το κλινικό κόστος είναι μεγάλο, συνιστάται η δημιουργία ενός θεραπευτικού προγράμματος. Σ’ αυτό πρέπει να ληφθούν υπόψη η κοινωνική και ψυχική κατάσταση του ασθενούς, οι ανάγκες και οι επιθυμίες του, καθώς και οι ¹¹οικονομικές του δυνατότητες. Τέλος, δεν θα πρέπει, για την επιτυχία της θεραπείας, να υποτιμηθεί η διάθεση του διότι η επαγγελματική του δραστηριότητα επιβαρύνεται όχι μόνο από σωματικούς αλλά και από ψυχολογικούς παράγοντες. Εκτός από την καθαρά τεχνική εργασία που απαιτεί πλήρη συγκέντρωση σε πολύ μικρό χώρο και με δύσκολες προϋποθέσεις, ο οδοντίατρος βρίσκεται αναγκαστικά σε στενή επαφή με την ένταση και τους φόβους του ασθενούς. Άρα, δεν πρέπει να εκπλήσσει ότι ορισμένες φορές ο οδοντίατρος “καταργεί” τα αισθήματά του για να προστατευτεί με

¹⁰ Giangregorio N: L’assistente odontoiatrica, un ruolo da rivalutare. Dental Cadmos 1982;8:1-3.

¹¹ Schaerer P: Fallanalyse und Planung: funktionelle Aspekte. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1978;88:944.

την ονομαζόμενη αλεξιθυμία από μία ψυχική υπερφόρτιση. Κάτω από αυτήν την κατάσταση δεν υποφέρουν μόνο οι ασθενείς, αλλά οι συνεργάτες, οι οικογένειες, τα σχετιζόμενα πρόσωπα και τέλος οι οδοντίατροι. Τα τεχνητά δόντια θα πρέπει να είναι ωραιότερα, καλύτερα, πιο ευχάριστα και να αντέχουν πολύ περισσότερο χρόνο απ' ότι το φυσικό δόντι. Αυτή η απαίτηση υιοθετείται συχνά ασυνείδητα από τον οδοντίατρο, που αναγκαστικά οδηγεί σε απογοήτευση. Το γεγονός ότι οι απαιτήσεις των ασθενών από τις επανορθωτικές επεμβάσεις σπάνια αντιστοιχούν στις οικονομικές τους δυνατότητες, μπορεί να τον οδηγήσει σε σύγκρουση μεταξύ του θέλω και του μπορώ και τελικά να οδηγήσει τον οδοντίατρο σε μια λανθάνουσα κατάθλιψη. Ο γιατρός δεν είναι πάντοτε σε θέση να επεξεργαστεί μόνος του τα προβλήματα.

1.2 Οδοντιατρική θεραπεία

Η εργασία μέσα στο στόμα είναι μία επέμβαση σε μία ψυχολογικά ιδιαίτερα ευαίσθητη ζώνη. Η πολύ στενή αντιπαράθεση προσώπου με πρόσωπο μπορεί, σε ευαίσθητους ασθενείς, ορισμένες φορές να δημιουργήσει την εντύπωση μιας συνειδησιακής έρευνας που φτάνει μέχρι το βάθος της ψυχής ή την εντύπωση μιας ανηλεούς αποκάλυψης ακόμη και των πιο κρυφών συναισθημάτων τους. Συχνά ο ασθενής είναι προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει επιπλήξεις, λόγω εγκατάλειψης των δοντιών του, γεγονός που ξυπνά το συναίσθημα ενός που τον πιάσανε να κάνει λάθη και γι' αυτό τον μαλώνουν. Λόγω έλλειψης γνώσεων της ψυχολογικής, ψυχοσωματικής και κοινωνικοϊατρικής προβληματικής, βρίσκουν ακόμα δυστυχώς πολλοί οδοντίατροι διέξοδο, μέσα στην αβοηθησιά τους, στις συνηθισμένες καταπιεστικές ή αυταρχικές μεθόδους. Εάν όμως οι ψυχολογικές και ψυχοθεραπευτικές γνώσεις δεν οδηγούν στο στόχο, τότε ενδείκνυται ένας συνδυασμός με ψυχοφαρμακευτική θεραπεία. Αυτή είναι, ιδιαίτερα λόγω του αυξανόμενου αριθμού εξαρτημένων ατόμων, αρκετά προβληματική και θα έπρεπε να εφαρμόζεται πολύ προ-σεκτικά σε συνεργασία με τον οικογενειακό γιατρό ή έναν ψυχοθεραπευτή.

1.3 Ομάδες ασθενών

Ένα μεγάλο μέρος των οδοντιατρικών ασθενών είναι, ευτυχώς, λόγω καλύτερων γνώσεων των οδοντιατρικών προβλημάτων και των προσπαθειών των οδοντιάτρων για μια καλύτερη συνεννόηση με τον ασθενή, σε θέση να αντιμετωπίσει μόνος του το φόβο του. Στις περισσότερες περιπτώσεις, επομένως, μπορεί και η θεραπεία όπως και η δημιουργία κινήτρων και η ενημέρωση για προφύλαξη να γίνουν χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες. Υπάρχουν όμως ορισμένες ομάδες ασθενών που θέτουν αυξημένες απαιτήσεις στην ψυχολογική κατανόηση του οδοντιάτρου. Σε αυτές ανήκουν, μαζί με τα παιδιά και τους νέους με αναπτυξιακή αστάθεια και ψυχική ευθραυστότητα, κυρίως νευρωτικοί ασθενείς με τους ασυνείδητους ¹²φόβους και τις μη επεξεργασμένες συγκρούσεις. Μία άλλη ομάδα είναι οι ηλικιωμένοι και ανάπηροι ασθενείς, οι οποίοι με την κοινωνική και την προβληματική υγείας φορτίζουν τον οδοντίατρο με υποχρεώσεις. Η οδοντιατρική φροντίδα του παιδιού ξεκινά ήδη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με την ενημέρωση της μητέρας ή των γονέων για τις δυνατότητες πρόληψης των οδοντιατρικών βλαβών. Από τη θέση που παίρνουν οι γονείς απέναντι στα οδοντιατρικά προβλήματα επηρεάζεται σημαντικά και η συμπεριφορά του παιδιού. Τα βιώματα του οδοντιατρικού ιατρείου στην παιδική ηλικία είναι, σε αρκετό ποσοστό, συνυπεύθυνα για το μετέπειτα βαθμό φόβου, ¹³αντιπάθειας ή κατανόησης. Στην οδοντιατρική φροντίδα παιδιών και νέων πρέπει σήμερα, όλο και περισσότερο, να λαμβάνονται υπόψη τα ψυχολογικά και κοινωνικοϊατρικά προβλήματα, αφού ο αριθμός και η βαρύτητα των διαταραχών εξέλιξης στα νεαρά άτομα έχουν αυξηθεί. Αναλόγως, είναι σύνηθες σε περιπτώσεις ψυχικά διαταραγμένων παιδιών και νέων, να φορτίζονται ψυχικά και σωματικά με καταθλιπτική συμπεριφορά. Γενικά θα πρέπει ο οδοντίατρος να συνειδητοποιήσει ότι η οδοντιατρική θεραπεία σε παιδιά μπορεί να αποτελέσει ένα επιβαρυντικό βίωμα, του οποίου η ένταση εξαρτάται από την ¹⁴ευερεθιστικότητα του μικρού ασθενή. Τα παιδιά έχουν μια τάση να προβάλλουν τα προσωπικά τους προβλήματα και φόβους στη θεραπεία. Γι' αυτό είναι σημαντικό να διερευνήσει κανείς και το οικογενειακό περιβάλλον. Τα παιδιά βιώνουν την

¹² Elhardt S: Ueber den Umgang mit schwierigen Patienten. Dtsch Zahnärztl Z 1962;17:1253.

¹³ Loewit K: Arzt und Egetherapie. J Autog Training Allg Psychoter 1975;2:Heft 2-4.

¹⁴ Gentz A: Fuehrung und Behandlung aengstlicher und behinderter Kinder. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1983;93:861-865.

οδοντιατρική θεραπεία πολύ εντονότερα απ' ότι οι ενήλικες, έρχονται σε μια κατάσταση στην οποία έχουν οδηγηθεί παρά τη θέλησή τους και έναντι της οποίας δεν μπορούν να αντισταθούν. Το παιδί βλέπει να βρίσκεται μπροστά σε ένα πρόβλημα, το οποίο δεν έχει καμία ελπίδα κάποιας ¹⁵ικανοποιητικής λύσης. Το περιβάλλον του χώρου αναμονής μπορεί να μην είναι προσαρμοσμένο στην ψυχική και εξελικτική κατάσταση του παιδιού , μη διαθέτοντας βιβλία ή παιχνίδια ανάλογα με την ηλικία, που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην απόσπαση της προσοχής και στην αποφόρτιση από αισθήματα φόβου. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμπεριφορά γονιών που συνοδεύουν παιδιά. Οι γονείς, βιώνουν τον προσωπικό τους φόβο, που δεν ξεπέρασαν ποτέ, μαζί με αυτό των παιδιών τους. Γι' αυτό δεν είναι σε θέση να παρηγορήσουν σωστά το παιδί ή να του αποσπάσουν την προσοχή, εμποδίζοντας τις παιδικές εμφανίσεις φόβου, την απόλυτη άρνηση εισόδου στο ιατρείο, το απελπισμένο κλείσιμο του στόματος, κλάματα, κλωτσιές ή φωνές. Πάντως τα ¹⁶κορίτσια έχουν αποδειχθεί πιο φοβισμένα απ' ότι τα αγόρια. Η στάση γονέων , αδελφών ή φίλων είναι αποφασιστικής σημασίας, όταν το παιδί πρόκειται να υποστεί μια οδοντιατρική θεραπεία. Οι φοβισμένες συμπεριφορές ή στάσεις τους μπορούν να γίνουν παραδείγματα μίμησης και να δημιουργήσουν φόβους, χωρίς να προϋπάρχουν. Το συνοδεύον πρόσωπο, που εμφανίζεται με τις καλύτερες προθέσεις, αποδεικνύεται συχνά περισσότερο σαν επιβάρυνση παρά σαν βοήθεια και ίσως θα πρέπει καλύτερα να κρατηθεί εκτός του ιατρικού χώρου. Μία σημαντική διευκόλυνση επιτυγχάνεται, όπως έχει δείξει η εμπειρία, για μια μελλοντική οδοντιατρική θεραπεία, όταν ένα παιδί που δεν έχει ανάγκη οδοντιατρικής θεραπείας συνοδεύει την μητέρα του ή τον πατέρα του που χρειάζεται θεραπεία στο οδοντιατρείο. Έτσι το παιδί γίνεται οικείο με το περιβάλλον, χωρίς να φορτίζεται αμέσως με επώδυνες εμπειρίες. Ο οδοντίατρος που δεν έχει την εμπειρία παιδιών έχει την τάση να καταφεύγει σε μια αυταρχική και καταπιεστική συμπεριφορά ή να χρησιμοποιεί ηρεμιστικά. Το πρόβλημα του φόβου δεν θα λυθεί έτσι. Η μικρή αρκούδα ή η αγαπημένη κούκλα που φέρνει το παιδί μαζί του θα πρέπει, να χρησιμοποιηθούν σαν σύντροφοι εναντίον του πόνου και η ιατρική επίσκεψη, από την υποδοχή μέχρι τον αποχαιρετισμό, να κυλήσει με συγκεκριμένους κανόνες. Μέσω της διάσπασης της θεραπείας σε μεμονωμένα τμήματα, που τα ακολουθεί κανείς πάντα με την ίδια σειρά και

¹⁵ May G, Squazorni AT: Problemes psychologiques dans les traitements dentaires des enfants. Rev Mens Suisse Odonto-Stomatol 1969;79:719.

¹⁶ Luban-Plozza B: Aspects psychosomatiques de la medicine dentaire. Med Hyg 1969;27:1116-1118.

που τα εξηγεί στο παιδί με κατανοητή γλώσσα, ενισχύεται στους μικρούς μας ασθενείς η ασφάλεια ότι έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο γνωστούς. Με σύντομα διαλείμματα θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας την τάση των παιδιών για κινητικότητα και να προσπαθήσουμε ώστε κάθε συνεδρία να κλείνει με ένα, έστω και μικρό, βίωμα επιτυχίας ώστε να ενισχύσουμε την αυτοπεποίθησή τους. Νευρικήτητα, ανασφάλεια και βιασύνη δημιουργούν ανησυχία, φόβο και επιθετικότητα στα παιδιά. Φιλική, ασφαλής εμφάνιση με ανάλογη έκφραση και έλεγχο της φωνής είναι απαραίτητα για την επιτυχία της θεραπείας. Το παιδί σαν ασθενής πρέπει να έχει το συναίσθημα ότι βρίσκεται στο κέντρο του ενδιαφέροντος και είναι ο σημαντικότερος συνομιλητής μας. Σε σχολεία και ιδρύματα έχει αποδειχθεί ευνοϊκή η ταυτόχρονη παρουσία περισσότερων παιδιών στο ίδιο δωμάτιο θεραπείας. Μέσω της αλληλοβοήθειας και ενθάρρυνσης διευκολύνεται η κατανόηση της τελετουργίας της θεραπείας, καθώς και η επαφή με τα αντικείμενα του φόβου, εφόσον η εξέταση και η θεραπεία διενεργούνται σε όλους με την ίδια σειρά χειρισμών για να αποφευχθεί σύγχυση και ανασφάλεια. Η ομαδική εργασία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την καθοδήγηση, την δημιουργία κινήτρων και τις ασκήσεις στον τομέα της σωματικής προφύλαξης. Το παιδί επιβαρύνεται ψυχικά κατά την οδοντιατρική θεραπεία, πολύ περισσότερο απ' ό τι στην συντηρητική θεραπεία, διότι υποφέρει από αισθήματα μειονεκτικότητας λόγω της παθολογικής θέσης των δοντιών ή της ορθοδοντικής συσκευής. Οι διαταραχές στον τομέα ακοής, φωνής και ομιλίας, ως συνέπειες νευρομυϊκών δυσλειτουργιών, απαιτούν ιδιαίτερες ανθρώπινες και ψυχολογικές ιδιότητες στη θεραπεία και μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο από κοινού με λογοθεραπευτές, ορθοδοντιστές, τους ¹⁷γονείς και από τα ίδια τα παιδιά.

1.4 Πρόληψη σε νεαρά άτομα

Τα παιδιά μαθαίνουν τη σωστή φροντίδα των δοντιών και μία λογική διατροφή, όπως μαθαίνουν το διάβασμα και το γράψιμο . Με ενημέρωση, εξάσκηση και επανειλημμένη δημιουργία κινήτρων πρέπει να εγκατασταθεί ή κινητική και πνευματική συνήθεια πάνω στην οποία βασίζεται, θα μπορούσε σχεδόν να πει κανείς, η

¹⁷ Assal G:La neuropsychologie put-elle interesser l'orthodoniste?Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1976;86:342.

προγραμματισμένη σειρά πράξεων οι οποίες είναι απαραίτητες για την στοματική υγεία. Η “συνείδηση οδοντοστοιχίας” που δημιουργείται στα πλαίσια της ομαδικής και εξατομικευμένης πρόληψης, δεν απαιτεί μόνο την αυτοϋπευθυνότητα, η οποία είναι απαραίτητη για την διατήρηση της στοματικής υγείας μετά το τέλος της βασικής και μέσης εκπαίδευσης, αλλά καθορίζει σε αρκετό βαθμό και τη στάση του καθενός προς την οδοντιατρική. Με το οικογενειακό παράδειγμα και τη δραστηριότητα του σχολιάτρου-οδοντίατρου, αποφασιστικά είναι κυρίως η συμμετοχή και η προσωπική πεποίθηση του δασκάλου αν οι αποκτηθείσες συνήθειες και η “συνείδηση οδοντοστοιχίας” θα κατασταλάξουν τόσο βαθιά ώστε οι νέοι, ακόμη και μετά την αποφοίτησή τους, να μην παραμελούν την πρόληψη και τους τακτικούς ελέγχους. Η επιβάρυνση λόγω σπουδών, η ορισμένες φορές αναπόφευκτη συχνή εναλλαγή κατοικίας, η μείωση των οικογενειακών επιδράσεων και οι ηλικιακές μεταβολές της προσωπικότητας είναι μερικοί παράγοντες οι οποίοι συχνά επιδρούν στην υγιεινή των δοντιών. Σε άτομα με ειδικές ανάγκες, με εκγενετής διανοητικές και σωματικές βλάβες, σε άτομα εξαρτημένα από ψυχοτρόπες ουσίες, σε άτομα με αδυναμία μάθησης και σε νεαρούς, υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα με τη στοματική υγιεινή. Η εμπειρία έχει δείξει ότι είναι εφικτό, ακόμα και σε ιδρύματα αναπήρων, να εφαρμοστεί μία ομαδική πρόληψη. Προϋποθέσεις είναι η θετική διάθεση του προσωπικού και η επιτήρηση από τον οδοντίατρο. Στις υπόλοιπες ομάδες υπάρχουν σύνθετες ψυχικές εικόνες, οι οποίες υποδηλώνουν γενικά μια αδυναμία προσωπικότητας που μπορεί να εκφράζεται σαν παθητικότητα, επιθετικότητα, αδυναμία αυτοβοήθειας κλπ. Πολύ περισσότερο εδώ από μία φυσιολογική περίπτωση, πρέπει κανείς όχι μόνο να εξηγεί αλλά να μπορεί να ακούει και να ξαναρωτά χωρίς να ενεργοποιεί καταστάσεις που έχουν οδηγήσει στην εικόνα που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Για να εφαρμοστεί μια θετική, επιτυχής πρόληψη πρέπει να ληφθούν υπόψη μερικοί βασικοί ψυχολογικοί κανόνες, οι οποίοι συνοψίζονται ακολούθως: -Αποφυγή κατηγοριών για να μην αναζωπυρωθούν συναισθήματα ενοχών. -Οι έλεγχοι πρέπει να έχουν την εικόνα βοήθειας και όχι εξέτασης. -Πρώτα αναφέρεται η επιτυχία και ακολούθως οι απαραίτητες διορθώσεις. -Η ενημέρωση πρέπει να γίνει κατά τμήματα, τα οποία είναι δυνατόν να κατανοηθούν. Εκτός από τους ασταθείς ασθενείς, που ζητούν πάντα ένα νέο πρόσωπο εμπιστοσύνης και πηγαίνουν από τον έναν οδοντίατρο στον άλλο και εκτός από αυτούς οι οποίοι έχουν απαιτήσεις και επιμένουν σε ορισμένα είδη θεραπείας, υπάρχει ένας επιπλέον αριθμός ασθενών που

δημιουργεί ιδιαίτερες δυσκολίες. Χαρακτηρίζονται από ένα νευρωτικό άγχος που περιλαμβάνει τέσσερα δομικά στοιχεία, δηλαδή την υστερική, την ψυχαναγκαστική, την καταθλιπτική και τη σχιζοειδή δομή. Αυτές μπορούν να εκφράζονται με μια αυξημένη ετοιμότητα φόβου ή με ένα, καλυμμένο, όχι άμεσα εμφανή φόβο, όπως επίσης και με κρίσεις, λιποθυμίες και εμετό. Αυτά είναι συνέπειες βιογραφικών επιδράσεων, ιδιαίτερα από την πρώιμη παιδική εξέλιξη και δεν είναι δυνατόν να αμβλυνθούν με απλή συνομιλία. Η γνώση για τα παρασκήνια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί ήδη να οδηγήσει σε μία ανθεκτική σχέση οδοντιάτρου-ασθενούς, καθώς και στην επιλογή της ανάλογης θεραπείας. Σε δύσκολες περιπτώσεις ενδείκνυται η συμμετοχή ενός ¹⁸ειδικότερου θεραπευτή. Ασθενείς με κυρίως υστερική δομή δημιουργούν τις περισσότερες δυσκολίες οξείας μορφής. Ο φόβος τους μετατρέπεται εύκολα σε σωματικές καταστάσεις, όπως π.χ. κρίσεις και λιποθυμίες. Η αυξημένη αυθυποβολή τους κάνει κατάλληλους για ψυχική βοήθεια. Μπορούν σχετικά εύκολα να επηρεαστούν από μία ήρεμη, αντικειμενική, ευμενή αλλά και σταθερή στάση του οδοντιάτρου, της οποίας η επίδραση μπορεί να αυξηθεί περισσότερο εάν έχει και το χαρακτήρα “καλομάθησης”, μαζί με θέρμη, εγκαρδιότητα και χιούμορ. Ασθενείς με καταναγκαστικές νευρώσεις είναι συνήθως σπαστικοί, συνεσταλμένοι, γεμάτοι αμφιβολίες και διστακτικότητα. Η ανικανότητά τους για λήψη αποφάσεων καθυστερεί την επίσκεψή τους στον οδοντίατρο. Ασυνήθιστα συμπτώματα ψυχαναγκασμού, όπως π.χ. η μανία πλυσίματος και καθαριότητας, μπορεί να εμποδίζουν την οδοντιατρική εργασία, η οποία συχνά είναι εφικτή μετά από ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Ασθενείς με καταθλιπτική δομή υποτάσσονται θεληματικά στις οδηγίες του οδοντιάτρου, γεγονός όμως που δεν πρέπει να παραπλανήσει για την περιορισμένη ψυχική τους αντοχή. Το δόντι έχει γι’ αυτούς ένα αυξημένο περιεχόμενο συμβόλου και γι’ αυτό αντιλαμβάνονται τέτοιες βλάβες ή απώλειες τραγικότερα απ’ ότι άλλοι ασθενείς. Για να επιλεγεί μια προσαρμοσμένη θεραπεία, ο οδοντίατρος πρέπει να πάρει πληροφορίες για τις αντιδράσεις τέτοιων ασθενών σε προηγούμενες εγχειρητικές ή οδοντιατρικές παρεμβάσεις. Οι σχιζοειδείς ασθενείς, λόγω διαταραχών στην πρώιμη ψυχική τους εξέλιξη, δεν αναπτύσσουν ή αναπτύσσουν πολύ ελλιπείς σχέσεις προς το περιβάλλον τους. Ο πρώιμος παιδικός ψυχικός τους υποσιτισμός έχει δημιουργήσει μια αρχέγονη δυσπιστία, που μπορεί να οδηγήσει σε μία στάση μεμψιμοιρίας, υποχονδρίας, εχθρικότητας και ακόμα

¹⁸ Elhardt S: Ueber den Umgang mit schwierigen Patienten. Dtsch Zahnärztl Z 1962;17:1253.

προκλητικότητας προς τον οδοντίατρο. Αυτοί οι ασθενείς είναι μία πολύ βαριά ανθρώπινη φόρτιση στην οδοντιατρική θεραπεία. Εάν ο οδοντίατρος αντέξει τη συγκινησιακή αυτή δοκιμασία με ήρεμη, καλοπροαίρετη, υπομονετική κατανόηση και αντικειμενικότητα, ο ασθενής θα ανταμείψει αυτή την ευαισθησία και την ¹⁹ψυχολογική κατανόηση. Οι φυλακισμένοι πρέπει να καταταχθούν στους δύσκολους ασθενείς, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, ψυχικών καθώς και κοινωνικών καταστάσεων. Η επίσκεψη στο γιατρό δεν είναι για τους φυλακισμένους μόνο μία δυνατότητα επαφής με τον έξω κόσμο. Με την προσωπική επαφή και το ²⁰συναίσθημα που μεταδίδεται ότι αξίζει να διατηρήσει κανείς τα δόντια του ωραία και ακέραια, μπορεί σιγά σιγά να δοθεί στο φυλακισμένο ξανά το συναίσθημα αυτοεκτίμησης που το είχε χάσει, γεγονός που αποτελεί σημαντική συμμετοχή στην αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας στα πλαίσια των προσπαθειών επανένταξης. Εκτός από τους προηγούμενους, υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να καταταχθούν σε μια ειδική ομάδα και που όμως μπορεί να δημιουργήσουν σημαντικές δυσκολίες θεραπείας. Πρόκειται για ψυχικά ασταθείς ασθενείς, που συχνά βάζουν τον γιατρό μπροστά σε άλυτα προβλήματα και ασθενείς με νευρολογική ή ψυχιατρική συμπτωματολογία που απαιτούν μία στενή συνεργασία με τον ψυχοθεραπευτή. Επίσης υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που λόγω μεγάλης ηλικίας ή αναπηρίας δεν μπορούν να μετακινηθούν ή απαιτούν διάφορες ιδιαίτερες θεραπείες. Εδώ ανήκουν π.χ. ασθενείς με σωματικές αναπηρίες, καθυστερημένη διανοητική εξέλιξη, συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις μεταβολισμού ή διάφορες συστηματικές επιληψίες, αυτισμό, απώλεια οράσεως, απώλεια ακοής, αιμορροφιλία, καθώς και ασθενείς με νεοπλασίες. Η αποκατάσταση των δοντιών απαιτεί ιδιαίτερες ικανότητες, με συμπεριφορά που ηρεμεί τον ασθενή καθώς και, συγκεκριμένες περιπτώσεις, παραλλαγές στη συντηρητική θεραπεία. Η επιθυμία τους για οδοντιατρική θεραπεία βρίσκει δυστυχώς πολύ μικρή ανταπόκριση, ιδιαίτερα εάν πρόκειται για άτομα από ιδρύματα ή για άτομα που δεν μπορούν να βγουν από το σπίτι. Θα ήταν μία αξιόλογη πρωτοβουλία για τις κοινότητες εάν θα ανέπτυσσαν

¹⁹ Elhardt S: Ueber den Umgang mit schwierigen Patienten. Dtsch Zahnärztl Z 1962;17:1253.

²⁰ Schenker U: Die zahnärztliche Versorgung von Strafgefangenen. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1977;87:23.

ένα ιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα για ανάπηρους συμπολίτες, όπου η ομαδική εργασία δηλαδή η ²¹συνεργασία γιατρού, συγγενών, κοινωνικής υπηρεσίας και δασκάλων.

1.5 Ψυχογενείς επιδράσεις στην περιοχή στόματος και γνάθων

Οι ψυχοσωματικοί παράγοντες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις δυσλειτουργικές παθήσεις του στοματογναθικού οργάνου. Έρευνες για τη δομή της προσωπικότητας των ασθενών που πάσχουν από παθήσεις των μυών και των αρθρώσεων δείχνουν ότι υπάρχουν σχέσεις μεταξύ της πρωτοπαθούς σωματικής πάθησης και των ψυχοσωματικών γενικών διαταραχών. Σε ανάλογα συμπεράσματα έφτασαν παρατηρήσεις διαταραχών της λειτουργίας μάσησης (ιδιαίτερα των γναθοκροταφικών αρθρώσεων), της ορθοδοντικής-ορθογναθικής, της επανορθωτικής προσθετικής καθώς και της χειρουργικής θεραπείας συγκεκριμένων εκ γενετής ²²παραμορφώσεων. Οι μυοαρθροπάθειες είναι μια μυϊκή σκελετική διαταραχή με ιστική βλάβη, που δημιουργήθηκε από μηχανική υπερφόρτιση. Στο κέντρο της αιτιολογίας βρίσκεται, επομένως μία μη φυσιολογική μακροχρόνια φόρτιση, που προκλήθηκε από μυϊκή υπερδραστηριότητα. Οι ψυχικές επιδράσεις μπορούν, ως γνωστόν, να δημιουργήσουν έναν έντονο μυϊκό ²³τόνο. Αν και στην οδοντιατρική βιβλιογραφία οι διαταραχές σύγκλεισης θεωρούνται επίσης αιτιολογικοί παράγοντες, υπάρχει μία πειραματική ένδειξη της σχέσης μεταξύ ψυχικής επίδρασης στο μυϊκό τόνο μόνο για στρεσογόνους ²⁴παράγοντες. Ψυχολογικά η μυϊκή υπερτονία μπορεί να θεωρηθεί συνέπεια αδυναμίας αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου παράγοντα ή ενός κρίσιμου γεγονότος της ζωής, όπου βέβαια η αντίδραση στο στρες διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Το ερώτημα, εάν οι ασθενείς με μυοαρθροπάθειες εμφανίζουν μία διαφορετική δομή προσωπικότητας, πρέπει να απαντηθεί αρνητικά. Επί ασθενών με μυοαρθροπάθεια διαπιστώνονται συχνά παθολογικά χαρακτηριστικά άγχος, νεύρωση, τελειομανία και ανασφάλεια.

²¹ Zimmermann H: Zahnärztliche Versorgung alter und behinderter Patienten, die nicht mehr disloziert werden können. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1977;87:53.

²² Weinberg LA: Evaluation of stress in TJM dysfunction-pain syndrome. J Prosthet Dent 1977;38:192 und Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1979;89:239.

²³ Mueller W: Der Weichteilrheumatismus. Z Allgemeinmed 1984;60:80

²⁴ Yemm R: Neurophysiologische Untersuchungen des Kiefergelenks. In: Zarb GA, Carlsson GE (Hrsg): Physiologie und Pathologie des Kiefergelenks. Berlin: Quintessenz, 1985.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ: Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου ο άνθρωπος μπορεί να ζει και να εργάζεται χωρίς πρόβλημα αλλά με άνεση μέσα σε μια κοινότητα και να έχει μια προσωπική ικανοποίηση από τα προσωπικά του επιτεύγματα.

Η Marie Jahoda έχει ασχοληθεί με τον ²⁵ορισμό της ψυχικής υγείας (1958) και η θέση της έγινε αποδεκτή. Η ίδια ορίζει τη θετική ψυχική υγεία σαν αποτέλεσμα μιας φυσιολογικής συμπεριφοράς, μιας κατάστασης όπου υπάρχει ισορροπία και περικλείει επτά χαρακτηριστικά:

- 1) την επίγνωση της ταυτότητας του κάθε ατόμου
- 2) την δυνατότητα που έχει το κάθε άτομο να είναι αυτοδύναμο
- 3) τη δυνατότητα της αντίστασης στο στρες
- 4) τη δυνατότητα ενός ατόμου να' ναι ενεργητικό και ανεξάρτητο (από τις κοινωνικές επιρροές)
- 5) να μπορεί να ελέγχει το περιβάλλον του
- 6) να έχει την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει
- 7) να μπορεί επιλύει τα προβλήματά του

Σύμφωνα με τους Στεφανή και συν. (1979), για να γίνει η αξιολόγηση για τον καθορισμό της ψυχικής υγείας, θα πρέπει να εφαρμοστούν βασικά και ²⁶συμπληρωματικά κριτήρια. Τα ακόλουθα θεωρούνται βασικά:

²⁵ Merton, R.: *Social theory and social structure*, New York, The Free Press., 1949

²⁶ Caplan G. : *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books., 1964

α) **Το στατιστικό κριτήριο ή κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς.**

Μη υγιής θεωρείται εκείνος που η συμπεριφορά του αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των υπολοίπων μέσα σε μια κοινότητα. Είναι ένα κριτήριο ανεπαρκές, γιατί η βάση του στην υπόθεση ότι τα ψυχικά άρρωστα άτομα είναι ελάχιστα, αντικειμενικά δεν είναι αληθές και δεν καθορίζει διαχωριστικά όρια μεταξύ της παθολογικής και φυσιολογικής συμπεριφοράς.

β) **Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου**

είναι κλινικά διαπιστωμένη, έτσι ορίζει την ψυχική υγεία αρνητικά σε σχέση με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Αυτό το κριτήριο σύμφωνα με τον Στεφανή, είναι το ασφαλέστερο γιατί συμπεκνώνει όλα τα πλεονεκτήματα των άλλων κριτηρίων και είναι ικανό, να συμπεριλάβει την εφαρμογή στο σύνολο του καθορίζοντας την ατομική ζωή.

δ) **Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας**

είναι ένα κριτήριο με μικρή αξιοπιστία, γιατί τα άτομα διαφοροποιούνται από την έκφραση της δυσφορίας.

Συμπληρωματικά ²⁷κριτήρια, θεωρούνται τα ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής στο συγκεκριμένο κοινωνικό χώρο και χρόνο:

1) ικανότητα της ενεργητικής προσαρμογής στο φυσικό και στο κοινωνικό του περιβάλλον, που του επιτρέπει να ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες (βιολογικές, οικονομικές, ψυχολογικές, κοινωνικές)

2) η επίγνωση της προσωπικής ταυτότητας

3) η επίγνωση του σκοπού της ζωής και των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις,

²⁷Mead, G.H. : *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*, Chicago, Univ. of Chicago Press., 1962

4) η επίγνωση κοινωνικού και φυλετικού ρόλου

5) η αντοχή του στο περιβαλλοντικό στρες

Μερικά από τα κυριότερα χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς του ιδανικού ατόμου είναι τα παρακάτω (Στεφανής,1979):

1) αισιοδοξία

2) ανεξαρτησία

3) οργάνωση και συστηματικότητα

4) περιέργεια

5) ταυτότητα ρόλου

6) συναγωνιστικότητα και συνεργατικότητα,

7) η έκφραση και ο έλεγχος των συγκινήσεων

8) η ικανότητα της σύναψης των διαπροσωπικών σχέσεων

9) ασφάλεια

10) αυτοεκτίμηση

11) ικανότητα λήψης αποφάσεων

Αυτά τα χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς, είναι φανερό ότι αναφέρονται και στον ορισμό που δόθηκε από την Jahoda (1958). Ας δεχτούμε ότι ένα φυσιολογικό άτομο έχει ισχυρό *Εγώ*, τότε θα αντέχει σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις, όταν όμως η πραγματικότητα του αρνείται την ικανοποίηση των αναγκών του, βρίσκει πάντα υποκατάστατα με συνειδητούς μηχανισμούς και δεν καταφεύγει εύκολα σε μηχανισμούς απώθησης, άρνησης, μόνωσης, αποσύνδεσης ή προβολής για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της πραγματικότητας. Όλο αυτό μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα κριτήριο ψυχικής υγείας, αν και είναι περισσότερο μηχανισμός επίτευξης ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ , Η ΠΟΡΕΙΑ

Ο 21^{ος} αιώνας βρίσκει τα πεδία της επιστήμης για την ψυχική υγεία να δείχνουν μια εξαιρετική επίδοση, αφού το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα ήταν μια περίοδος ακμής στην έρευνα και στις εξελίξεις σε συνδυασμό με την Ψυχιατρική επιστήμη (γενικά οι νευροεπιστήμες). Θα πρέπει να σημειώσουμε εδώ ότι έχει προηγηθεί ένα μεγάλο διάστημα ασάφειας και σύγχυσης όσον αφορά την αντίληψη για το τι είναι Ψυχιατρική και ποιος ο ρόλος της. Σε αυτό συνέβαλαν οι διάφορες προτάσεις-μοντέλα και οι ερμηνείες από τα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα από τις διάφορες σχολές, που έγιναν με θεωρητική προσέγγιση και δεν άφηναν περιθώρια αμφισβήτησης. Αυτό το διάστημα προσέφερε λίγα, ίσως να επέδρασε και αρνητικά στην εξέλιξη της Ψυχιατρικής και ίσως να την απομάκρυνε κιόλας από την υπόλοιπη Ιατρική. Η Ψυχιατρική σήμερα έχει αλλάξει, η πρόοδος, ιδιαίτερα στην έρευνα και στον τομέα των νευροεπιστημών, έχει επιτρέψει τη διάδοση της γνώσης ότι το «πνεύμα» αντιστοιχεί μέρει, στον εγκέφαλο κι ότι τα ψυχικά συμπτώματα είναι αποτέλεσμα των βιολογικών διαταραχών που συμβαίνουν σε αυτόν. Οι γνώσεις για την παθοφυσιολογία για τις ψυχικές διαταραχές, έχουν εμπλουτιστεί και η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι αποτελεσματική, σε σύγκριση πάντα με το παρελθόν. Αξιόπιστα διαγνωστικά κριτήρια, παγκόσμιας εμβέλειας έδωσαν στους ψυχιάτρους όλου του κόσμου δυνατότητα επικοινωνίας με μια κοινή γλώσσα. Αυτές οι εξελίξεις, όπως οι καινοτομίες στην περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων, η σημασία στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, καθώς και η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, άλλαξαν ολοκληρωτικά την Ψυχιατρική.

3.1 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η έννοια «ψυχική υγεία» δεν έχει ακόμα περιγραφεί με κάποια πιο αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι μια «κατάσταση ευεξίας κατά την οποία το άτομο ανταποκρίνεται στις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα αναμενόμενα άγχη της ζωής, εργάζεται παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του. Σε αντίθεση με την κακή ψυχική υγεία, που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως η ένταση, το άγχος, αλλά και

σοβαρότερες καταστάσεις, διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη και η μειωμένη λειτουργικότητα». Συχνά, η συμπτωματολογία της κακής ψυχικής υγείας, συνυπάρχει άλλων βιολογικών ή παθολογικών καταστάσεων και οδηγεί το άτομο στον ψυχίατρο ή σε γενικό ιατρό ή μη-ψυχίατρο ειδικό. Η σχέση της σωματικής και ψυχικής υγείας είναι αναμφισβήτητη και αφενός απαραίτητη στην απαρτίωση της άσκησης καθηκόντων των ψυχιάτρων στο πλαίσιο της συνολικής Ιατρικής και επιβεβλημένης απόκτησης και εφαρμογής βασικών γνώσεων από γενικούς ιατρούς και ιατρούς από άλλες ειδικότητες .

Είναι συχνά δύσκολο να καθορίσουμε τα όρια της φυσιολογικότητας όταν το αντικείμενο είναι η συμπεριφορά ενός ατόμου. Παράγοντες καθορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, η οποία ποικίλει μεταξύ ατόμων ανάλογα πάντα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς, αλλά και τις διακυμάνσεις για το κάθε άτομο στην πορεία της ζωής του χωρίς εμφανή αιτία, είτε ως απάντηση σε διάφορα ερεθίσματα περιβαλλοντικά και μη. Έτσι το κριτήριο της φυσιολογικής συμπεριφοράς εξαρτάται από την εκτίμηση και τις συνθήκες, στις οποίες φαίνεται να δικαιολογούν μια περίεργη συμπεριφορά κι άλλοτε όχι.

Η ασάφεια και τα όρια της φυσιολογικότητας και υπομονή του ιατρού της διάγνωσης επιβάλλουν την αναβολή μιας οριστικής απόφασης. Συνήθως, η απόφαση για την εκτίμηση μιας συμπεριφοράς με βάση κάποιες ενδείξεις δεν είναι ιδιαίτερα για τον ιατρό, εφόσον αυτός διαθέτει αρκετές γνώσεις, έχει κάποια κλινική εμπειρία και φυσικά δυνατότητα συναισθηματικής επαφής με τον ασθενή. Τα παραπάνω καθιστούν την εμφανή σημασία των υποκειμενικών κυρίως κριτηρίων, στην εκτίμηση των ορίων της φυσιολογικότητας, για την ψυχική υγεία ενός ατόμου, σε αντίθεση με την ανάγκη εφαρμογής των αντικειμενικών κριτηρίων εκτίμησης για την φυσιολογικότητα της σωματικής υγείας.

3.2 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εξέλιξη που έχει σημειωθεί στην διαδικασία της διάγνωσης, αφορά κυρίως τον τομέα της ανάπτυξης επιχειρησιακών κριτηρίων, δομημένες συνεντεύξεις αλλά και συστήματα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών. Σημαντική πρόοδος ειδικότερα στις ψυχικές διαταραχές και στην εφαρμογή έγκυρων διαγνωστικών κριτηρίων, είναι το Εγχειρίδιο Ταξινόμησης Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10, 1992) αλλά και το πιο πρόσφατο Διαγνωστικό

και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (νέα «αναθεώρηση κειμένου» του 2000, DSM-IV-TR). Η εφαρμογή τους, καθιέρωσε μια «κοινή γλώσσα» στην διαγνωστική πρακτική, αύξησε την αξιοπιστία της αλλά και την επικοινωνία και συνεννόηση των ψυχιάτρων. Και τα δυο διαγνωστικά συστήματα υπάρχουν, αλλά έχουν και σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Τα συστήματα αυτά υπόκεινται σε κάποιες βελτιώσεις- αναθεωρήσεις, σύμφωνα με την εφαρμογή τους. Η προσπάθεια θα συνεχιστεί με απώτερο στόχο τη βελτίωση των διαγνωστικών κατηγοριών αλλά και την ανάπτυξη ενός διαγνωστικού πλαισίου, στο οποίο θα έχουν θέση όλα τα μοντέλα της νοσολογίας (βιολογικό, ψυχοδυναμικό, γνωσιακό-συμπεριφορικό, κοινωνικό, πολιτισμικό κ.ά.). Ένα σύστημα δηλαδή, που θα βασίζεται όχι μόνο σε κάποια ουδέτερα κριτήρια, αλλά στην αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών.

Στην Ψυχιατρική γίνονται μονίμως διάφορες προσπάθειες για την ανεύρεση εργαστηριακών διαγνωστικών μεθόδων. Όμως, αντίθετα με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες, οι προσπάθειες απέτυχαν. Μόνο για κάποιο περιορισμένο αριθμό διαταραχών είναι αποδεκτή η εφαρμογή τους, για τις οργανικές ψυχικές διαταραχές, για τις οποίες η διάγνωση τεκμηριώνεται από νευροαπεικονιστικές-διαγνωστικές μεθόδους (στην περίπτωση των όγκων στον εγκέφαλο με την αξονική ή μαγνητική τομογραφία). Προσδοκίες έχουν ²⁸δημιουργηθεί για τις λεγόμενες νευρο-ορμονικές δοκιμασίες και τη διάγνωση του καταθλιπτικού επεισοδίου με τη δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη (dexamethazone suppression test, DST), τη δοκιμασία TRH (απάντηση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TSH στην TRH) και τη δοκιμασία κλονιδίνης (απάντηση της αυξητικής ορμόνης GH στην κλονιδίνη). Απ' όλες αυτές, μόνο η πρώτη χαρακτηρίζεται από υψηλή ειδικότητα (specificity), αυτό σημαίνει ότι η δοκιμασία είναι θετική σε υψηλό ποσοστό μόνο για την κατάθλιψη και κατ' αυτόν τον τρόπο επιβεβαιώνεται ακόμα μια κλινική διάγνωση. Το ποσοστό όμως της αξιοπιστίας δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, αυτό σημαίνει ότι η δοκιμασία είναι αρνητική, η διάγνωση της κατάθλιψης βασίζεται μόνο στην κλινική εκτίμηση.

²⁸ Scharfetter Chr. Klinische Psychopathologie. 3 Auflage, Stuttgart, Thieme, 1991.

3.3 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΤΟΜΕΑΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες οι οποίες έχουν καταβληθεί στο πεδίο της ²⁹ψυχοπαθολογίας. Μεταξύ άλλων αποσκοπούν στον καθορισμό διαχρονικών διαφορών και στην επικράτηση των ψυχικών διαταραχών. Ο κύκλος της ζωής και οι διαφοροποιήσεις των σχέσεων με τις περιόδους αυτών των κύκλων, συνιστούν μια περιοχή εξαιρετικού ενδιαφέροντος, π.χ. κατάθλιψη φαίνεται με άλλη εικόνα σε κάθε κατηγορία, στα παιδιά, στους εφήβους και στους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τους ενήλικες. Άλλο ένα ζήτημα εξαιρετικής προγνωστικής αξίας είναι η συνέχεια ή ασυνέχειας της ψυχοπαθολογίας (αν π.χ. οι διαταραχές διαγωγής στην παιδική ηλικία μεταφέρονται μετά την ενηλικίωση με μια διαφορετική μορφή, αυτή της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας).

Τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα τα οποία αφορούν κυρίως τους βασικούς μηχανισμούς των συναισθημάτων και δεν θα υπερβάλαμε αν λέγαμε εδώ ότι πρόκειται για μια παραμελημένη περιοχή έρευνας, παρά το γεγονός ότι οι μεταβολές του συναισθήματος αποτελούν βασικές συνιστώσες των ψυχικών διαταραχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

Η εμφανή πρόοδος που έχει σημειωθεί στην νευροεπιστήμη, αφορά δύο τομείς: τη νευροαπεικόνιση και τη μοριακή γενετική. Με την εφαρμογή των πιο σύγχρονων νευροαπεικονιστικών μεθόδων, γνωρίζουμε σήμερα περισσότερα πράγματα για το νευρωνικό υπόστρωμα που συνδέεται με ψυχικές διαταραχές. Έχει μελετηθεί το νευρομεταδιαβιβαστικό σύστημα, όπως επίσης και το ντοπαμινεργικό και η δεσμευτική ικανότητα της υποδοχής του σε ένα υγιή άτομο, αλλά και σε πάσχων από σχιζοφρένεια όπως και από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Πρόκειται για ιδιαίτερα σημαντική απαρτίωση των ανατομικών και λειτουργικών απεικονιστικών τεχνικών, στη μελέτη κυρίως της παθογένειας των διαταραχών. Η νευροαπεικόνιση συμβάλλει στη μελέτη για τους μηχανισμούς δράσης της φαρμακευτικής αγωγής στον εγκέφαλο αλλά και των

²⁹ Ουλής Π. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας: σημεία, συμπτώματα, μηχανισμοί. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2006.

προβλεπτικών παραγόντων στην ανταπόκριση της θεραπείας, καθώς στην εκτίμηση για το θεραπευτικό αποτέλεσμα στις γνωστικές λειτουργίες των ασθενών με σχιζοφρενικές διαταραχές. Η νευροαπεικόνιση συμβάλλει επίσης και στη μελέτη των συμπτωμάτων μετά από την έκθεση σε πειραματικές συνθήκες της νόσου.

4.1 ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ

Η μοριακή γενετική αναπτύσσεται εντυπωσιακά γρήγορα και χρησιμοποιείται πολύ στην Ψυχιατρική γιατί συμβάλλει στην ταυτοποίηση των γονιδίων, σε αυτά τα οποία προδιαθέτουν για την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών. Η προσπάθεια είναι εξαιρετική για την κατανόηση της μοριακής βάσης και των ψυχικών νοσημάτων, όπως επίσης και για την ανάπτυξη αποτελεσμάτων των θεραπειών αλλά και των προληπτικών παρεμβάσεων.

Το ανθρώπινο γονιδίωμα καθιστά την ανακάλυψη τέτοιων γονιδίων ως ένα πρόβλημα το οποίο ελκύει πολύ τους επιστήμονες. Ωστόσο η προσπάθεια αυτή, έχει ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνει λόγω της απουσίας αξιόπιστων φαινοτύπων (τη σχιζοφρένεια, τη διπολική διαταραχή, τον αυτισμό κ.λπ). Είναι γνωστό ότι τα γονίδια δεν κωδικοποιούν νόσους. Σε κάποιες όμως περιπτώσεις μπορεί να ομαδοποιηθούν πληθυσμοί από ασθενείς με κάποιους πιο ειδικούς φαινότυπους, που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ακραίες μορφές μιας νόσου. Αρκετά ενθαρρυντικά είναι και κάποια από τα προκαταρκτικά ευρήματα για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Μπορεί να περιμένουμε να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ μιας γενετικής παρέκκλισης και ενός εφοδαιότυπου, μιας υποκείμενης φυσιολογικής παραμέτρου, η οποία όμως συνδυάζεται με μια ομάδα συμπτωμάτων. Οι ενδοφαινότυποι καθορίζονται ως βιοχημικές νευροφυσιολογικές, για τον εντοπισμό σχετικών φαινοτύπων σε κάποια μη προσβεβλημένα άτομα, τα οποία όμως είναι φορείς γονιδίων της ευαλωτότητας. Κάποιοι από τους παράγοντες που θεωρούνται επικίνδυνοι και η κληρονομούμενη ακολουθία των νουκλεοτιδίων, με τα οποία τα άτομα προικοδοτούνται, σε καμία περίπτωση δεν θα καθορίσουν αυτά μονάχα το πεπρωμένο του ατόμου. Το παράδειγμα της κατάθλιψης είναι χαρακτηριστικό. Πρώιμα ψυχικά τραύματα, τα οποία αλληλεπιδρούν με την γενετική ευαλωτότητα, φέρουν το αποτέλεσμα της δημιουργίας της αυξημένης πιθανότητας στην εμφάνιση της κατάθλιψης στην ώριμη

ηλικία. Ένας σημαντικός στόχος που αξίζει να ερευνηθεί είναι η κατανόηση του επιγενετικού μηχανισμού, εξαιτίας αυτών μπορεί το ψυχικό τραύμα να έχει μια μακροχρόνια επίπτωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ

Το ρεύμα που δημιουργήθηκε πάνω στο διανοητικό κομμάτι από τους εκπροσώπους της φιλοσοφίας, αλλά και όλη αυτή η επίδραση που ασκήθηκε από τις φυσικές επιστήμες στην Ψυχολογία στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, παρέχουν στις μεθόδους και την τεχνογνωσία για τη μελέτη σε επίπεδο φυσιολογίας πολλές πλευρές στην ψυχολογική προσέγγιση κυρίως της συμπεριφοράς, οδήγησαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα σε μια διαμόρφωση των κυρίαρχων ρευμάτων, που διαμόρφωσαν τις σύγχρονες ψυχολογικές θεραπείες. Ο Freud και ο Pavlov ήταν είναι οι κυριότεροι εκπρόσωποι των δύο διαφορετικών θεωρητικών κατευθύνσεων που κυριάρχησαν κατά τον 20^ο αιώνα, στον τομέα της ψυχανάλυσης και της συμπεριφοράς αντίστοιχα. Η ³⁰άνθιση όμως στην ποικιλία των σχολών που άρχισαν να διαμορφώνουν το σημερινό τοπίο των ψυχοθεραπειών, άρχισε μετά το 1960.

Τροποποιήσεις και οι επεκτάσεις στην αρχική ψυχαναλυτική θεωρία, οδήγησαν στην θεωρία των αντικειμενοτρόπων, των σχέσεων στη θεωρία του εαυτού. Διεύρυναν τις ενδείξεις των θεραπευτικών εφαρμογών της σχολής με βαρύτερα περιστατικά πάνω στις διαταραχές της προσωπικότητας. Αυτό έγινε δυνατό με τις τροποποιήσεις που έγιναν στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπευτική τεχνική, έτσι έδωσαν περισσότερο βάρος στην ψυχοθεραπευτική σχέση και στα φαινόμενα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης. Από την άλλη πλευρά ο συμπεριφορισμός, πέρασε από διάφορα στάδια της ιδεολογίας και της ανακατάταξης, έγινε ένα με τη σημερινή συμπεριφορική-γνωσιακή ψυχοθεραπεία, και εστιάζει στους μηχανισμούς αντίληψης αλλά και στην επεξεργασία των δεδομένων στην πραγματικότητα ως ένα όχημα για τη μεταβολή της συμπεριφοράς. Αυτό το γεγονός αύξησε περισσότερο τις δυνατότητες, τις ενδείξεις αλλά και τη συμμόρφωση στην πιο παραδοσιακή θεραπεία της συμπεριφοράς, έτσι έδωσε και μια μεγαλύτερη βαρύτητα σε

³⁰ Insel TR, Fenton WS. Future of psychiatry. In :Sadock Bj, Sadock VA (eds) Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Williams &Wilkins, Baltimore, 2005:4060-4064

παραμέτρους μιας θεραπευτικής σχέσης. Ταυτόχρονα διατηρήθηκε το αίτημα του συμπεριφορισμού για να μετράνε τα αποτελέσματα ως προς την έρευνα για την μελέτη της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας, δηλαδή ως μέρος μιας γενικότερης τάσης για εμπειρικά κατοχυρωμένη άσκηση στην Ιατρική, ένα φαινόμενο της τελευταίας περιόδου στον 20^ο αιώνα.

Το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, χαρακτηρίστηκε από πολλούς, ως αιώνας της ανάπτυξης των ψυχοθεραπειών που άρχιζαν πλέον να ξεφεύγουν από το ατομικό πλαίσιο και εστίαζαν κυρίως στις αλληλεπιδράσεις που υποθάλπουν την ψυχοπαθολογία μέσα σε ένα σύστημα της κοινωνικής ομάδας, της οικογένειας αλλά και του ζεύγους. Το αποτέλεσμα αυτής της συστηματική προσέγγιση αλλά και των οικογενειών και των ομαδικών ψυχοθεραπειών ποικίλων κατευθύνσεων άνοιξαν τον δρόμο για την ανάπτυξη νέων ψυχοθεραπευτικών εφαρμογών, όπως επίσης και νέων θεωρητικών μοντέλων για την κατανόηση τη σημασία των αντιδράσεων στην εκδήλωση και την πορεία της ³¹ψυχικής νόσου.

5.2 ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ

Η ψυχοφαρμακολογία αναπτύχθηκε γρήγορα και εντυπωσιακά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, με την εισαγωγή της στην κλινική πράξη των αντικαταθλιπτικών και των θυμορρυθμιστικών ³²φαρμάκων. Η αποτελεσματικότητά της έπαιξε σημαντικό ρόλο στην έρευνα της βιολογικής δράσης και των ψυχικών διαταραχών καθώς και των γνωστικών λειτουργιών. Φαρμακευτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας συνέβαλαν στην έξοδο των ασθενών από τα καθώς κατέστησαν δυνατή την εφαρμογή άλλων θεραπευτικών τεχνικών με την αποτελεσματικότητά τους και συντέλεσαν στη μείωση των στιγμάτων των ψυχικών διαταραχών αλλά και του χάσματος μεταξύ κοινωνίας και Ψυχιατρικής. Πρόοδος έχει σημειωθεί πρόσφατα, με την εισαγωγή των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων για την θεραπεία των ψυχώσεων, φάρμακα τα οποία διαθέτουν πολύ πλεονεκτικότερο κόστος, έχουν δηλαδή λιγότερες παρενέργειες και ποιοτικά καλύτερη αποτελεσματικότητα, σε σύγκριση με τα κλασικά φάρμακα. Πρόοδος έχει

³¹ Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2004

³² Schatzberger AF, Nemeroff CB. Textbook of psychopharmacology. 3 rd ed. American Psychiatric, Washington, DC, 2004.

συντελεστεί και στην εισαγωγή νεότερων αντικαταθλιπτικών, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRIs), που διαθέτουν επιβεβαιωμένη θεραπευτική επάρκεια. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά στερούνται των επικίνδυνων παρενεργειών, που συνόδευαν τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά, με συνέπεια ιδιαίτερα στις θετικές επιπτώσεις και στη συνεργασιμότητα των ασθενών.

5.3 Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τότε που κυριαρχούσαν διάφορα ιδεολογίες στην Ψυχιατρική, υπήρχαν συγκρούσεις μεταξύ των υπερασπιστών των βιολογικών θεραπειών και των ψυχοθεραπευτών. Η αντιπαράθεση αντανακλούσε ιστορικές ρίζες. Πρόσφατα έγινε αντιληπτό ότι κάποιοι ασθενείς έχουν ενδείξεις χορήγησης ³³ψυχοφαρμάκων πριν ανταποκριθούν αρκετά στην ψυχοθεραπεία. Αντίστροφα, πολλοί ψυχοθεραπευτές γνωρίζουν ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να ενισχύσει και να παρατείνει τα αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Η αλληλοσυμπλήρωση και αλληλοενίσχυση των δύο ειδών θεραπειών και από το γεγονός ότι δρουν μέσα από τους ίδιους βιολογικούς διαύλους στον εγκέφαλο. Η σημερινή τάση είναι να παρέχεται ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία από τον ίδιο θεραπευτή. Η εφαρμογή της ³⁴ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας απαιτεί εκπαιδευτικά προγράμματα, με συνέπεια, η σύγχρονη ψυχιατρική μεταπτυχιακή εκπαίδευση να πρέπει να αφιερώνει περισσότερες ώρες διδασκαλίας και άσκησης στην ψυχοθεραπεία. Αυτές είναι και οι προδιαγραφές από το Συμβούλιο Ψυχιατρικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά την εξέλιξη στην πρόληψη των διαταραχών και στην παροχή υπηρεσιών στην ψυχική υγεία σχεδιάστηκαν αλλά και εφαρμόστηκαν διάφορα προγράμματα με

³³ Schatzberger AF, Nemeroff CB. Textbook of psychopharmacology. 3rd ed. American Psychiatric, Washington, DC, 2004.

³⁴ Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2004

απώτερο σκοπό τη μείωση νέων περιπτώσεων, την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση, τη συνακόλουθη μείωση της διάρκειας και την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών, την καταπολέμηση της έκπτωσης λειτουργικότητας που προέρχεται από τη νόσο, με αποτέλεσμα τη μείωση χρόνου νοσηλείας, τη δυνατότητα της μετανοσοκομειακής παρακολούθησης και της επαγγελματική αποκατάστασης των ³⁵χρόνιων ψυχωτικών ασθενών. Ειδικότερα στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη των συναισθηματικών διαταραχών έχει συμβάλει η ψυχοπροφύλαξη με άλατα λιθίου και άλλα θυμορρυθμιστικά φάρμακα.

Παραδείγματα που να δείχνουν την επιτυχία της πρωτοβάθμιας πρόληψης, είναι οι ³⁶ψυχώσεις που συνδυάζονται με βιταμίνες, όπως η πελλάγρα, και η σύφιλη του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι οποίες στις περισσότερες χώρες του κόσμου από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα και με τις βελτιωμένες πλέον διατροφικές συνθήκες και τη θεραπεία της σύφιλης με πενικιλίνη, αντίστοιχα. Στην εποχή μας εμφανίζονται νέες μορφές λοιμώξεων όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσιακής ανεπάρκειας (AIDS), ενώ αυξάνεται και το ποσοστό του πληθυσμού με εξαρτήσεις από διάφορες ουσίες, τα τροχαία ατυχήματα με όλα τα επακόλουθα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και τις νευροψυχιατρικές επιπτώσεις τους κ.ά. Αυτές οι απειλές της ψυχικής υγείας απαιτούν την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας, τα οποία βρίσκονται στην πρωτοβάθμια πρόληψη.

Στην πρώτη βαθμίδα πρόληψης καλύπτονται όλες οι φάσεις της ζωής του ανθρώπου. Η καλή οργάνωση πρωτοβάθμιας πρόληψης απαιτεί και την εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής και τη συνεργασία κάποιων απαραίτητων επαγγελματικών υπηρεσιών αλλά προπάντων φορέων υγείας και ψυχικής υγείας. Περισσότερα θα μπορούσαν να γίνουν στη γενετική συμβουλευτική των ατόμων που νοσούν από σχιζοφρένεια ή κάποια συναισθηματική διαταραχή, στην αποφυγή εγκυμοσύνης σε μικρή ή προχωρημένη ηλικία, όπως και στην προγεννητική φροντίδα (π.χ. με την αποφυγή καπνίσματος και την έγκαιρη επισήμανση προβλημάτων στην κύηση, στην παροχή μιας σωστής μαιευτικής φροντίδας, στον οικογενειακό προγραμματισμό, σε μαθητές δημοτικών

³⁵ Maier W. Prospects for genetic research in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2003.

³⁶ Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2004

σχολείων με την έγκαιρη αποκάλυψη των καταστάσεων, στις οικογένειες με πολλά προβλήματα με τη χρησιμοποίηση κοινωνικών συστημάτων, στους εφήβους με υψηλό κίνδυνο με την οργάνωση προγραμμάτων και ειδικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων. Τέλος, η προαγωγή της ψυχικής υγείας αποτελεί μια προληπτική παρέμβαση και υλοποιείται, π.χ. με προγράμματα και με τη στήριξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Εξελίξεις στη δεύτερη βαθμίδα αφορούν την ανάπτυξη κάποιων αποτελεσματικών παρεμβάσεων, κυρίως στην ψυχοφαρμακολογία. Όσο το δυνατόν πιο γρήγορα γίνει η έγκαιρη και ορθή διάγνωση των περιστατικών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και στο γενικό νοσοκομείο, τόσο θα πρέπει να αποτελέσει στόχο των προσπαθειών της Ψυχιατρικής κατά τον 21^ο αιώνα. Σε αυτό θα συμβάλουν προγράμματα για την ευαισθητοποίηση του κοινού στην έγκαιρη αναγνώριση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και στην αλλαγή της στάσης απέναντι στις ψυχικές αρρώστιες. Η τριτοβάθμια πρόληψη αποσκοπεί στο να αποφύγουμε την υποτροπή της ψυχικής νόσου (π.χ. με σταθεροποιητικά φάρμακα του συναισθήματος- προφύλαξη συναισθηματικών διαταραχών. Από τις σημαντικότερες της τρίτης βαθμίδας πρόληψης είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση). Τα ιδρύματα για την περίθαλψη των χρόνιων πασχόντων κάτω από την ιατρική εποπτεία, θεωρήθηκαν στην αρχή αναγκαία για την προστασία των ασθενών και από την αρνητική στάση της κοινωνίας. Η χρησιμότητά τους αμφισβητήθηκε περίπου μέσα του 20^{ου} αιώνα και την άποψη αυτή ενίσχυσε και η διαπίστωση από τα αρνητικά συμπτώματα, όπως η αβουλία και η απάθεια των ασθενών η οποία δεν οφείλονταν μόνο στη νόσο αλλά και στη μακρά παραμονή τους στο άσυλο. Έχουμε ήδη αναφέρει το σημαντικό ρόλο των φαινοθιαζινών και των άλλων αντιψυχωσικών φαρμάκων κατά την έξοδο των ασθενών από τα άσυλα. Ο βασικός πυλώνας στον οποίο στηρίχτηκε ο αποϊδρυματισμός, ήταν η ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και των άλλων εναλλακτικών λύσεων νοσηλείας-διαμονής, που εξυπηρετούσαν τη διαβίωση των ασθενών στην κοινότητα της εργοθεραπείας, της προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, της επαγγελματικής απασχόλησης και της προστατευμένης εργασίας. Τελικός στόχος στην κοινωνική ενσωμάτωση του ατόμου, στη χώρα μας. Τα προγράμματα αυτά έχουν ξεκινήσει στα μέσα της δεκαετίας του '80 και χρηματοδοτούνται από το Ελληνικό Κράτος και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Η ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η δευτεροβάθμια πρόληψη στην Ψυχιατρική έχει σκοπό στην έγκυρη διάγνωση της νόσου και την γρηγορότερη υποβολή του ασθενή σε θεραπεία. Η εξάλειψη του ψυχιατρικού στίγματος, βοηθάει τους πάσχοντες να ζητάνε έγκαιρα ψυχιατρική βοήθεια, αυτό εντάσσεται ως στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης. Η παιδική ηλικία, είναι μια σημαντική πρόκληση και είναι η βασική ευθύνη των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών. Μια παρέμβαση στην παιδική ηλικία, υπαγορεύεται από τη διαπίστωση, ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό παιδιών με διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνουν μερίζονα ψυχιατρική διαταραχή στην ώριμη ηλικία.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών. Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε την πρόληψη της σχιζοφρένειας, της κατάθλιψης αλλά και της διπολικής (κυρίως) συναισθηματικής διαταραχής.

7.1 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρωτοβάθμια πρόληψη της ³⁷σχιζοφρένειας, έχει λίγες δυνατότητες, όμως οι προσπάθειες της επικεντρώνονται στη δευτεροβάθμια πρόληψη, στην πρώιμη διάγνωση της και στην έγκυρη υποβολή των ασθενών στην κατάλληλη θεραπεία, για να περιορίσουμε με αυτόν τον τρόπο την βαρύτητα και τη διάρκεια της νόσου με αποτέλεσμα να μειωθεί έτσι ένα τεράστιο ατομικό και κοινωνικό κόστος.

Κατά την εφαρμογή της θεραπείας μπορεί να υπάρξουν αλλαγές στη φυσική πορεία της νόσου και να βεβαιωθεί μια καλύτερη πρόγνωση. Αυτό έχει σαν συνέπεια, να δίνεται περισσότερη σημασία στις αρχικές εκδηλώσεις, για να διαγνωστεί στα αρχικά ακόμα στάδια και να εφαρμοστεί έγκαιρα η κατάλληλη θεραπεία.

³⁷ Birchwood M. Early intervention in schizophrenia: Theoretical back-ground and clinical strategies. Br J Clin Psychol 1992.

Η πορεία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει 3 φάσεις:

- 1) την προνοσηρή
- 2) την πρόδρομη
- 3) την περίοδο εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων

Η πρόδρομη είναι ο ενδιαμέσος χρόνος από την εμφάνιση ασυνήθων μεταβολών στη συμπεριφορά μέχρι την εκδήλωση ψυχωσικών συμπτωμάτων. Έτσι η νόσος αρχίζει την εμφάνιση των πρόδρομων συμπτωμάτων, αν και αυτά συνήθως επισημαίνονται αναδρομικά.

Τα πρόδρομα περιλαμβάνουν απόσυρση, μείωση της λειτουργικότητας, περίεργη συμπεριφορά, παραμέληση της ατομικής υγιεινής, μειωμένη κοινωνικότητα, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, μαγική σκέψη, παράξενες πεποιθήσεις, διαταραχή στην ομιλία και μείωση της πρωτοβουλίας, του ενδιαφέροντος και της ενεργητικότητας. Τα συμπτώματα αυτά δεν είναι ειδικά, εφόσον μπορούν να συμβούν και σε άλλες καταστάσεις και η διάγνωση γίνεται συνήθως μετά την εμφάνιση των γνήσιων σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Οι πρώτες εκδηλώσεις της πρόδρομης περιόδου, μέχρι και την εμφάνιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, που θα χρειαστούν την ψυχιατρική παρέμβαση έχουν περιγραφεί σε 4 φάσεις, από τις οποίες οι 2 πρώτες αντιστοιχούν στην πρόδρομη περίοδο:

Φάση 1. Το άτομο αισθάνεται ότι υπάρχει κάποια αλλαγή στον εαυτό του, π.χ. νοιώθει περίεργα, επαναλαμβάνει τις σκέψεις του, έχει αόριστη καταθλιπτική διάθεση, αισθάνεται δυσφορία.

Φάση 2. Η οικογένεια ή οι φίλοι επισημαίνουν μια αλλαγή της συμπεριφοράς του, π.χ. ευερέθιστος, αγχώδης, κάνει πράξεις που δεν ταιριάζουν στον χαρακτήρα του (π.χ. ξοδεύει χρήματα), μένει σκεπτικός και αφηρημένος.

Φάση 3. Εκδηλώνει ψυχωσικά συμπτώματα, π.χ. ακούει φωνές, του κατευθύνουν τη σκέψη, ξένες δυνάμεις κ.ά.

Φάση 4. Το περιβάλλον του μιλάει για διάφορες μεταβολές που τις αποδίδει στην νόσο π.χ. κατηγορίες ως προς τους άλλους ότι τον παρακολουθούν, διαβάζουν τη σκέψη του, ισχυρίζεται ότι έχει υπερφυσικές δυνάμεις κ.ά.

7.2 ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

³⁸Πρόδρομη περίοδος είναι πολύ σημαντική για την διάγνωση και τη θεραπευτική παρέμβαση. Η έγκαιρη αποκάλυψη και πρόγνωση. Η ανάγκη της έγκαιρης διάγνωσης αλλά και θεραπείας υπαγορεύεται από την επιστημονική απόδειξη, ότι η πορεία μιας νόσου είναι καλύτερη και μπορεί και προλαμβάνει τη ψυχολογική και κοινωνική έκπτωση του ατόμου στις περιπτώσεις πρώιμης παρέμβασης.

Η καθυστέρηση σε κάποια θεραπεία του πρώτου επεισοδίου, συνδέεται με μια χειρότερη πρόγνωση. Διαπιστώθηκε ότι το 25% των σχιζοφρενών ασθενών, καθυστερούν όλο περισσότερο πάνω από ένα έτος, να υποβληθούν σε θεραπεία και ότι αυτοί έχουν περισσότερες υποτροπές στα επόμενα χρόνια σε σύγκριση με αυτούς που ακολουθούν τη θεραπεία σε συντομότερο χρόνο.

Η σχιζοφρενική διεργασία μπορεί και επιφέρει ψυχολογικές μεταβολές, οι οποίες οδηγούν στην απομόνωση του ατόμου. Η συνεχής διάσπαση από τον κοινωνικό περίγυρο, οικογένεια, φίλους, σχολείο και την εργασία τον θέτουν αυτομάτως στο περιθώριο. Και αυτό γιατί η αρχή της νόσου γίνεται στην εφηβική ή στην αρχική ώριμη ηλικία, όταν αρχίζει αναπτύσσεται η προσωπικότητα - ταυτότητα του ατόμου.

Η παθολογική συμπεριφορά στη διάρκεια αυτού του διαστήματος, που η νόσος δεν έχει ακόμα διαγνωστεί και δεν βρίσκεται ο ασθενής σε θεραπεία, μπορεί ενδεχομένως να προκαλέσει σοβαρές κρίσεις, όπως επιθετική ή αυτοκτονική συμπεριφορά, χρήση

³⁸ Wyatt L, Damiani L, Henter D. First-episode schizophrenia. Early intervention and medication discontinuation in the context of course and treatment. Br J Psychiatry 1998

ουσιών και διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις. Έχει αποδειχθεί ότι η ψύχωση ασκεί μια επίδραση στον εγκέφαλο διαμέσου παθοφυσιολογικών μηχανισμών στο νευρικό ιστό.

Με τη μείωση του χρόνου, μεταξύ ανάπτυξης της ψύχωσης και της υποβολής σε θεραπεία, μπορεί να μειωθεί η ψυχολογική, η βιολογική και η κοινωνική διάσπαση. Τα πρώτα συμπτώματα της σχιζοφρενικής ψύχωσης, η εξέλιξη των μεταβολών της συμπτωματολογίας στην πρόδρομη περίοδο, είναι απαραίτητη για την σωστή και έγκαιρη διάγνωση αλλά συνεπώς και θεραπεία.

7.3 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Ακριβής χαρακτηρισμός για το πρόδρομο συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει στην πιστοποίηση ατόμων με υψηλό κίνδυνο, όπως τα άτομα με κληρονομικό ιστορικό και η σχιζοειδείς προσωπικότητες, εκδηλώσουν για πρώτη φορά κάποιες μεταβολές στη συμπεριφορά τους και στην ψυχολογική κατάσταση, είναι ³⁹ενδείξεις της επερχόμενης ψύχωσης. Η λεπτομερής νευρολογική και διερεύνηση θα μπορούσε να βεβαιώσει με δείκτες πρόβλεψης της νόσου, ώστε το άτομο να ξεκινήσει έγκαιρα τη θεραπεία.

Η πρόγνωση εξαρτάται φυσικά από τη διάρκεια της πρόδρομης φάσης, μια μακρά διάρκεια είναι η ενδεικτική δυσμενούς πρόγνωση. Έτσι, ιδιαίτερα το πρώτο επεισόδιο της νόσου, πρέπει να διαγνωσθεί έγκαιρα και ο ασθενής να ξεκινήσει άμεσα τη θεραπεία.

7.4 ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η αναζήτηση θεραπείας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες (*κοινωνικούς, οικογενειακούς, δημογραφικούς*). Η μείωση του χρόνου από τις πρώτες εκδηλώσεις της νόσου μέχρι την υποβολή σε θεραπεία είναι ένα σημαντικό κέρδος της δευτεροβάθμιας

³⁹ Faloon IRH, Kydd RR, Coverdale JH, Laidlaw TM. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. Schizophr Bull 1996.

πρόληψης. Επειδή η ⁴⁰σχιζοφρένεια προσβάλλει συχνότερα νέα άτομα που ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις, προγράμματα έγκαιρης αναζήτησης θα πρέπει να απευθύνονται σε εφήβους και νέους ενήλικες και να είναι διαθέσιμα σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Πολλοί ασθενείς μπορεί να έχουν χαμηλή ή μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα για αρκετά χρόνια πριν από την εκδήλωση της νόσου. Αυτή η χαμηλή λειτουργικότητα μπορεί να σχετίζεται με καθυστέρηση αναζήτησης θεραπείας, όπως συμβαίνει με ασθενείς με βραδεία εισβολή της νόσου, όπως είναι η απάθεια, η υποβουλησία, η μειωμένη εκφραστικότητα κ.ά. Η ύπουλη εισβολή μπορεί να διαφεύγει της προσοχής του ίδιου του ασθενούς ή της οικογένειας, ώστε να ζητήσουν βοήθεια.

Ένα πρόγραμμα για την πρώιμη ανακάλυψη της νόσου, θα πρέπει να απευθύνεται σε γονείς, εκπαιδευτικούς και σε γενικούς γιατρούς, για να ευαισθητοποιηθούν στην επισήμανση μεταβολών στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και στην ύπουλη ανάπτυξη αρνητικών, ιδίως, συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα όπως παρανοϊκές ιδέες διωκτικού περιεχομένου μπορεί να καθυστερήσουν αρκετά την εφαρμογή θεραπείας, λόγω δυσκολίας να αποδεχτεί την κατάσταση και θεραπεία.

Στην πρώτη φάση, η παρουσία διαταραχών της προσωπικότητας μπορεί να αποτελεί και αιτία καθυστερημένης εφαρμογής θεραπείας. Οι γιατροί και οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να διδαχθούν μια «θεραπευτική συμμαχία» με τους ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, για να δεχθούν τα άτομα αυτά την ανάλογη θεραπεία.

Η οικογένεια παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην αναζήτηση αλλά και στην εφαρμογή θεραπείας. Η βοήθεια προς την οικογένεια, για να μπορεί να επισημάνει τα πρώιμα σημεία της νόσου, να προσφέρει έγκαιρα βοήθεια, θα συμβάλλει στη δευτεροβάθμια πρόληψη.

Είναι απαραίτητο να ξέρουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες, να τους διδάξουμε πως θα τα χειρίζονται. Άλλοι παράγοντες που ευθύνονται για την καθυστέρηση διάγνωσης, έχουν σχέση με τις υπηρεσίες υγείας. Μελέτες έδειξαν ότι το 1/3

⁴⁰ Birchwood M. Early intervention in schizophrenia: Theoretical back-ground and clinical strategies. Br J Clin Psychol 1992.

περίπου των ασθενών με καθυστέρηση στη θεραπευτική παρέμβαση περισσότερο από 12 μήνες είχαν διαγνωσθεί έγκαιρα, αλλά δεν υποβάλλονταν σε επαρκή θεραπεία. Η δευτεροβάθμια πρόληψη θα είχε βελτιωθεί, αν οι υπηρεσίες υγείας είχαν περισσότερο ευαισθητοποιηθεί στη διάγνωση και θεραπεία με προγράμματα εκπαίδευσης των εμπλεκόμενων στις υπηρεσίες υγείας για την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση υποβολή σε επαρκή θεραπεία των ατόμων με επερχόμενη σχιζοφρενική ψύχωση.

Το συμπέρασμα, η καλύτερη δευτεροβάθμια πρόληψη της σχιζοφρένειας απαιτεί αποκάλυψη-επισήμανσή στον πρωιμότερο δυνατό χρόνο και υποβολή του πάσχοντα στην καλύτερη θεραπεία.

Για τον σκοπό αυτόν, είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τα βασικά-αρχικά σημεία και συμπτώματα της νόσου, καθώς και την εξέλιξη των μεταβολών στη συμπεριφορά σε έκδηλα ψυχωσικά συμπτώματα. Η εφαρμογή ενός προγράμματος για έγκαιρη διάγνωση, που εκτείνεται στην πρόδρομη περίοδο, που ο ασθενής παραμένει χωρίς θεραπεία, παράλληλα με την οικογενειακή υποστήριξη, θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων.

7.5 ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Η έγκαιρη παρέμβαση μειώνει τη νοσηρότητα. Έχει διαπιστωθεί ότι μετά από κάθε υποτροπή, χρειάζεται μακρότερος χρόνος για να αντιδράσουν οι ασθενείς στην αντιψυχωσική θεραπεία, στην οποία εκ νέου υποβάλλονται, χωρίς να αποκλείσουμε και το ενδεχόμενο ότι δεν θα αντιδράσουν καθόλου. Οι ασθενείς μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, συχνά διακόπτουν τη φαρμακοθεραπεία. Μετά τη διακοπή της, η συχνότητα των υποτροπών μπορεί να είναι υψηλή και γι' αυτό να επισημαίνονται *πρόδρομα σημεία υποτροπής*, ώστε να γίνεται έγκαιρα η απαραίτητη θεραπεία για την αποφυγή της επανεμφάνισης των συμπτωμάτων. Η έρευνα έδειξε ότι υπάρχει σταθερότητα των πρόδρομων συμπτωμάτων, είναι ενδεικτικά της υποτροπής σε κάθε ασθενή, τα οποία έχουν χαρακτηριστεί ως «υπογραφή υποτροπής» (relapse signature). Η πιστοποίηση της ίδιας αλληλουχίας μεταβολών στον ασθενή, είναι ενδεικτική της επικείμενης υποτροπής και απαιτεί σχεδιασμό θεραπευτικών στρατηγικών (εκ νέου χορήγηση φαρμακευτικής

αγωγής, ρυθμός μείωσης της δόσης).

7.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η ανακάλυψη και εφαρμογή αποτελεσματικών φαρμακευτικών θεραπειών από τη δεκαετία του '50 και ψυχοθεραπειών, επιτρέπει την περιπατητική θεραπεία και την παρέμβαση για την αντιμετώπιση της ⁴¹κατάθλιψης. Εφαρμογή όμως των θεραπευτικών δυνατοτήτων στη φροντίδα υγείας, περιορίζεται από τις στάσεις προς την Ψυχιατρική (αρνητικές) και τον ψυχιατρικό στιγματισμό, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα πολλοί που εκδηλώνουν την νόσο, να είναι απρόθυμοι να την αναγνωρίσουν και να ζητήσουν βοήθεια. Ακόμη και στις ψυχιατρικές υπηρεσίες έχει βρεθεί ότι ένας στους τρεις καταθλιπτικούς ασθενείς δεν έχει λάβει ή έχει λάβει ανεπαρκή θεραπεία στους πρώτους μήνες της νόσου του. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς αντιμετωπίζονται από τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν τη νόσο σε ποσοστό άνω του 50% των περιπτώσεων.

Σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών η κατάθλιψη δεν αναγνωρίζεται έγκαιρα, κυρίως γιατί παρουσιάζεται με σωματικά συμπτώματα και διότι συνδέεται με σωματικές νόσους. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση υποβολή σε θεραπεία θα μειώσει τον αριθμό των πασχόντων στον πληθυσμό. Οι κατηγορίες με μειωμένη ή αυξημένη αναγνώριση της κατάθλιψης είναι οι ακόλουθες:

Μειωμένη αναγνώριση

- Παιδιά-έφηβοι
- Ηλικιωμένοι
- Σωματικά πάσχοντες Εκδήλωση με σωματικά ενοχλήματα
- Απροθυμία να δεχτεί το άτομο την ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος.

Αυξημένη αναγνώριση

⁴¹ Falloon IRH, Shanahan E, Laporta M. Prevention of major depressive episodes : Early intervention with family-based stress management. J Ment Health 1992.

- Γυναίκες
- Άτομα μέσης ηλικίας
- Άνεργοι
- Πενθούντες ή χωρισμένοι
- Εκδήλωση με γνήσια καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η εκδήλωση με σωματικά συμπτώματα είναι η πιο συχνή αιτία μη έγκυρης αναγνώρισης της κατάθλιψης (σωματοποιημένη ή συγκαλυμμένη κατάθλιψη, καταθλιπτικό ισοδύναμο, περιφερική κατάθλιψη).

Οι ασθενείς με σωματοποιημένη κατάθλιψη:

- Αποδίδουν τα συμπτώματά τους σε σωματικά αίτια
- Δεν αναφέρουν ψυχολογικά συμπτώματα, όπως αίσθημα θλίψης, απόγνωση, μείωση των ενδιαφερόντων κ.ά.
- Δεν αναφέρουν στην εξέταση συμπτώματα που να δικαιολογούν ψυχιατρική διάγνωση
- Αναφέρουν σωματικά συμπτώματα που φαίνονται αναστρέψιμα ή που υποχωρούν με ψυχιατρική θεραπεία (κεφαλαλγία, κόπωση, προκάρδια ενοχλήματα).

Η προβολή από τον ασθενή των σωματικών ενοχλημάτων συγκαλύπτει τα ψυχολογικά προβλήματα.

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (DSM-IV, 1994).

Παρουσία 5 ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα με διάρκεια τουλάχιστον 2 εβδομάδων, τα οποία προκαλούν μείωση της προηγούμενης λειτουργικότητας του ατόμου:

Τουλάχιστον 1 από τα παρακάτω:

- Καταθλιπτική διάθεση
- Σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από τις συνήθειες δραστηριότητες

Επιπλέον, 4 από τα παρακάτω:

- Σημαντική μείωση ή αύξηση του βάρους
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ανησυχία ή επιβράδυνση
- Αίσθημα κόπωσης ή απώλεια ενεργητικότητας
- Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολική ενοχή
- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή δυσκολία λήψης αποφάσεων
- Ιδέες θανάτου ή σκέψεις ή πράξεις αυτοκτονίας

Δεδομένου ότι η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη, η έγκυρη διάγνωση και η άμεση υποβολή σε θεραπεία θα απαλλάξει τον ασθενή από τα δυσάρεστα συμπτώματα, θα μειώσει δραστικά τις ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές συνέπειες, καθώς και τον κίνδυνο αυτοκτονίας και έτσι θα εκπληρώσει τους στόχους της δευτεροβάθμιας πρόληψης. Για την επίτευξη των στόχων απαιτείται:

- Να ενημερωθεί το κοινό για την κατάθλιψη και την διαθεσιμότητα θεραπειών, ώστε να ενθαρρύνεται να ζητεί έγκαιρα θεραπεία
- Να εκπαιδευτούν οι γενικοί γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας για την έγκαιρη αναγνώριση και την ανάγκη εφαρμογής θεραπείας
- Να μειωθεί το στίγμα που συνδέεται με την κατάθλιψη

7.7 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επεισόδια κατάθλιψης και ⁴²μανίας. Όλοι σχεδόν οι ασθενείς παρουσιάζουν μανιακά όσο και καταθλιπτικά επεισόδια, ενώ λίγοι παρουσιάζουν μόνο μανιακά επεισόδια.

Το μανιακό επεισόδιο εισβάλλει γρήγορα, σε διάστημα ημερών ή και λίγων εβδομάδων, με λογόρροια, ευερεθιστότητα, αυξημένη κοινωνικότητα κ.ά., ενώ το άτομο συνήθως δεν έχει επίγνωση της νόσου του. Στους εφήβους, η μανία συχνά ξεγελάει τον κλινικό γιατρό και διαγνώσκεται ως αντικοινωνική συμπεριφορά ή ψύχωση. Τα συμπτώματα της μανίας στον έφηβο μπορεί να περιλαμβάνουν εριστική συμπεριφορά, φιλοσοφικές ενασχολήσεις, σωματικά ενοχλήματα, χρήση οινόπνευματων ή ουσιών, προβλήματα στο σχολείο.

Το μανιακό επεισόδιο χωρίς θεραπεία διαρκεί περίπου 6 μήνες ή και περισσότερο. Το 50% των ασθενών θα εμφανίσουν νέο επεισόδιο εντός δύο ετών, ενώ 20-30% θα παρουσιάσουν συχνά επεισόδια. Στη πορεία του χρόνου, το μεσοδιάστημα των επεισοδίων μειώνεται. Η έγκυρη διάγνωση και θεραπεία θα καταστήσει την έκβαση ευνοϊκότερη, ενώ η προφυλακτική αγωγή με λίθιο ή αντισπασμικά (καρβαμαζεπίνη, βαλπροϊκό νάτριο) θα σταθεροποιήσει τον ασθενή (πρόληψη υποτροπών). Η αντιμετώπιση της οξείας μανίας θα γίνεται με αντιψυχωσικά φάρμακα σε συνδυασμό με λίθιο ή αντισπασμικά.

Η ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς, του οικογενειακού περιβάλλοντος και των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητη για την έγκαιρη επισήμανση συμπτωμάτων υποτροπής και άμεση εφαρμογή θεραπείας.

7.8 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις ⁴³διαταραχές είναι κοινές στην καθημερινή ιατρική πράξη και τις συναντάμε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

⁴² Finlay-Jones R, Brown GW. Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. Psychol Med 1981.

⁴³ Butler G. Managing Social Anxiety. Oxford, Oxuniprint, 1992.

- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία
- Φοβικές διαταραχές
 - *Απλή φοβία
 - *Κοινωνική φοβία
 - *Αγοραφοβία
- Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Μετατραυματική διαταραχή μετά από ισχυρό στρες.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονα συμπτώματα άγχους, που οδηγούν σε χρόνια σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και ανάλογες μεταβολές της συμπεριφοράς (π.χ. περιορισμένη λειτουργικότητα).

Η διαταραχή πανικού εκδηλώνεται με προσβολές έντονου άγχους, με αίσθημα επικείμενης καταστροφής, αεροδιψία, προκάρδια ενοχλήματα, αίσθημα απώλειας του ελέγχου κ.ά.

Οι φοβικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερβολικούς φόβους για ορισμένες καταστάσεις ή αντικείμενα και από συνοδό συμπεριφορά αποφυγής.

Η ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από καταναγκαστικές επαναληπτικές πράξεις και επίμονες ιδέες, των οποίων το παράλογο αναγνωρίζει το άτομο, αλλά δε μπορεί να τις αποφύγει.

Τέλος, η μετατραυματική διαταραχή είναι επακόλουθο ασυνήθιστα σοβαρών ψυχοτραυματικών συμβάντων (π.χ. θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα, μαζικές καταστροφές κ.ά.) και χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος μετά από ανάδυση στη συνείδηση των επώδυνων βιωμάτων ή μετά από σχετικά όνειρα.

Οι παράγοντες και οι κίνδυνοι στις αγχώδεις διαταραχές

Οι παράγοντες κινδύνων μπορεί να είναι οικογενειακοί, γνωσιακοί, συμπεριφορικοί ή κοινωνικοί. Η ύπαρξη τέτοιων παραγόντων θα πρέπει να ερευνηθεί, όταν το άτομο αντιμετωπίζει ψυχοπιεστικές καταστάσεις.

- Τύπος προσωπικότητας :

Ο Eysenck, με τη γνωστή του θεωρία, ταξινομεί ως νευρωσικούς (υψηλός δείκτης νευρωτισμού) τα άτομα με αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος και χαμηλή εξοικείωση στο ερέθισμα.

- Οικογενειακό ιστορικό :

Μελέτες έχουν δείξει αυξημένη συχνότητα αγχώδων διαταραχών (διαταραχή πανικού κ.ά.) στους συγγενείς πασχόντων από ανάλογη διαταραχή.

- Stress :

Τα ψυχοτραυματικά βιώματα που συνιστούν απειλή έχουν συνδεθεί με εκδηλώσεις άγχους, ιδίως όταν συνοδεύονται από ανάλογα βιώματα στην παιδική ηλικία. Μία αγχώδης διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί σε ένα προδιατεθειμένο άτομο μετά από τραυματικό stress.

-Κοινωνική στήριξη :

Η απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού-κοινωνικού περιβάλλοντος μπορεί να ευνοήσει την εκδήλωση αγχώδους διαταραχής.

Η δευτερογενής πρόληψη στηρίζεται στην αποκάλυψη του προβλήματος όταν αυτό βρίσκεται στα αρχικά στάδια. Η βελτίωση με την έγκαιρη επέμβαση θα βοηθήσει τους ασθενείς να καταλάβουν την φύση του προβλήματος πριν χρονίσει και καταστεί δυσίατη. Ενώ στην πρωτοβάθμια φροντίδα οι ασθενείς μπορεί να βοηθηθούν με τεχνικές, όπως η μυϊκή χαλάρωση, ελεγχόμενη αναπνοή και μεθόδους επίλυσης του προβλήματος.

Η ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει διάφορους τύπους, όπως η γνωσιακή θεραπεία και η θεραπεία συμπεριφοράς, ενώ η φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνει τα αγχολυτικά φάρμακα και τα αντικαταθλιπτικά που ενισχύουν την δραστηριότητα της σεροτονίνης στον

εγκέφαλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8- ΕΡΕΥΝΑ

8.1. Μέθοδος

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα με συνεντεύξεις των ψυχικά πασχόντων οι οποίοι είχαν αρκετά προβλήματα με το στόμα τους και τα δόντια τους

Στην ποιοτική κοινωνική έρευνα χρησιμοποιείται ευρέως η συνέντευξη σε βάθος (in depth interview). Στον τύπο αυτόν συνέντευξης ο ερευνητής κατευθύνει τον ερωτώμενο σε βασικά θέματα αλλά ο ερωτώμενος αναπτύσσει τις σκέψεις και τις απόψεις του ελεύθερα και σε βάθος. Ο σκοπός της συνέντευξης αυτού του τύπου είναι η συλλογή, όσο το δυνατόν πλουσιότερων πληροφοριών, για τις εμπειρίες, τις απόψεις, τις στάσεις και τις αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων. Η μέθοδος της συνέντευξης και ιδιαίτερα αυτή της συνέντευξης βάθους προϋποθέτει σημαντικές ατομικές και επικοινωνιακές δυνατότητες από την πλευρά του ερευνητή

Η μέθοδος της συνέντευξης παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα. Συνοπτικά τα βασικότερα πλεονεκτήματα της συνέντευξης ως μεθοδολογίας άντλησης πληροφορίας και δεδομένων είναι:

- Η συνέντευξη επιτρέπει στον ερευνητή να αντλήσει πληροφορία σε βάθος ιδιαίτερα όταν πρόκειται για την διερεύνηση πολύπλοκων κοινωνικών διαδικασιών, συμπεριφορών, στάσεων, αξιών και αντιλήψεων.
- Η συνέντευξη προϋποθέτει την αμεσότητα της σχέσης μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου και μπορεί να οδηγήσει στην διερεύνηση θεμάτων που δεν είχαν προκαθοριστεί από πριν, μεταβάλλοντας ή τροποποιώντας πολλές φορές ακόμη και το ίδιο το αρχικό ερευνητικό πλαίσιο.

- Η συνέντευξη επιτρέπει στον ερευνητή να κατανοήσει κοινωνικές συμπεριφορές, στάσεις και αντιλήψεις των ερωτώμενων, δηλαδή να δει τον κοινωνικό κόσμο και τα κοινωνικά φαινόμενα μέσα από τις εμπειρίες και τα «μάτια» των κοινωνικών υποκειμένων.

Στην έρευνα της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που παρατίθεται στο παράρτημα.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων και ερωτήσεις που ετέθησαν

Η μέθοδος που επιλέχθηκε είναι η ημιδομημένη συνέντευξη για να καλυφθούν κατά το δυνατόν τα σημεία που θεωρήθηκαν κεντρικά για το υπό μελέτη θέμα και ταυτόχρονα για να διασφαλιστεί η ελευθερία των συμμετεχόντων να επεκταθούν σε όσα οι ίδιοι θεωρούσαν πιο σημαντικά σύμφωνα με την εμπειρία τους σε σχέση με το ψυχολογικό τους πρόβλημα.

Το σχέδιο συνέντευξης αποτελούνταν από προκαθορισμένες ανοικτού τύπου ερωτήσεις Δόθηκε προσοχή ώστε να υπάρχει ευελιξία ως προς τη σειρά των ερωτήσεων, την προσθαφαίρεση ερωτήσεων, τη μετατόπιση του περιεχομένου ανάλογα με τον ερωτώμενο και την πορεία της συνέντευξης.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στον χώρο του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» μετά από εξέταση των ασθενών από τους γιατρούς του νοσοκομείου στοματολόγους, γναθοχειρουργούς και οδοντίατρους. Οι ερωτήσεις στόχευαν στο να συμπεράνουμε αρχικά το πόσο ικανοποιημένος ήταν ο ασθενής από τον χώρο, το προσωπικό και το περιβάλλον του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» και αφετέρου να διερευνήσουμε κατά πόσο οι ασθενείς φροντίζουν την στοματική τους υγιεινή και κατά πόσο αισθάνονται φόβο ή άγχος και τις αιτίες που δημιουργούν φόβο στον ασθενή όσο αφορά τον πόνο των δοντιών ή μια επικείμενη εγχείρηση και πως η ψυχολογικά επιδρά στην ανεκτικότητα του πόνου στον ασθενή.

Εκτός από τις ερωτήσεις οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω στο ερωτηματολόγιο η συνέντευξη είχε ως κύριο στόχο να εξετάσει σε βάθος τα αίτια που οδήγησαν τον ασθενή σε διάφορες ψυχολογικές διαταραχές. Στα πλαίσια της συνέντευξης οι ασθενείς είχαν την ευκαιρία να μιλήσουν για τις άσχημες εμπειρίες της ζωής τους, για το πώς νιώθουν, αν είναι μόνοι στη ζωή ή έχουν κάποια υποστήριξη από

το οικογενειακό τους περιβάλλον. Ο ασθενής με χαλαρότητα και χωρίς πίεση του άγχους ξεδιπλώνει σημεία του χαρακτήρα του και μιλάει για την ζωή του.

Παρατηρούμε πως πολλοί ασθενείς είναι ιδιαίτερα κοινωνικοί και ομιλητικοί και ξεδιπλώνουν ελεύθερα πολλά σημεία του χαρακτήρα τους με την συζήτηση με την ερευνήτρια. Δεν έχουν πρόθεση να κρύψουν τίποτα και είναι ειλικρινείς. Εκτός από μια περίπτωση στην οποία η ασθενής έκρυψε το γεγονός ότι έπαιρνε lexotanil , όπως επίσης το απέκρυψε και ο γιός της που την συνόδευε , λέγοντας χαρακτηριστικά

«όχι, όχι δεν παίρνει τίποτα, ούτε lexotanil, lexotanil παίρνουν μόνο οι τρελοί»

Ιδιαίτερα ομιλητική ήταν μια ασθενής μιλούσε συνέχεια για την ζωή της, την δουλειά της για περίπου 40 λεπτά. Η κ. Ζωή ήταν ιδιαίτερα ομιλητική, το παραδέχτηκε και η ίδια ότι λόγω του επαγγέλματος της στο παρελθόν πάντα μιλούσε πολύ και ήταν φλύαρη.

8.2. Δείγμα

Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 17 συνεντεύξεις με 17 ασθενείς που είχαν επισκεφθεί το νοσοκομείο με σκοπό την εξέταση τους όσον αφορά προβλήματα δοντιών, γνάθου και του στόματος γενικότερα.

8.2. Θεματικοί άξονες

Οι ερωτήσεις που υπήρχαν στο ερωτηματολόγιο αλλά και άλλες που προέκυψαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων είχαν ως στόχο να απαντήσουν στους παρακάτω θεματικούς άξονες:

- Το πρόβλημα που είχαν οι ασθενείς για το οποίο επισκέφθηκαν εκείνη την ημέρα τον οδοντίατρο ή τον στοματολόγο ή το γναθοχειρουργό

- Αν έχουν επισκεφθεί στο παρελθόν το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» και για ποιο λόγο
- Αν φροντίζουν τα δόντια τους και το στόμα τους και πόσο συχνά
- Αν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή και για ποιους λόγους
- Ποια ήταν τα δυσάρεστα γεγονότα και εμπειρίες που τους στεναχώρησαν και τους έφεραν σε δύσκολες ψυχολογικές καταστάσεις
- Αν νιώθουν κάποιο άγχος ή φόβος είτε προς τους γιατρούς είτε προς κάποια εξέταση ή κάποιο πόνο που φοβούνται ότι θα προκύψει από κάποια εξέταση ή χειρουργείο
- Ποιες είναι οι αιτίες που προκαλούν τις φοβίες
- Αν είναι ικανοποιημένοι από το περιβάλλον του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», από τους ιατρούς τις νοσηλεύτριες και το υπόλοιπο προσωπικό αλλά και τον εξοπλισμό του νοσοκομείου
- Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν (εκτός από τα δόντια τους) είτε σωματικά είτε ψυχολογικά και αν παίρνουν κάποια φάρμακα και ποια είναι αυτά
- Τι περιμένουν να κάνουν οι γιατροί ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα τους
- Αν εμπιστεύονται τους γιατρούς και ακολουθούν τις οδηγίες τους

Ο βαθύτερος σκοπός της έρευνας είναι να αναλύσουμε και να κατανοήσουμε μέσα από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων ψυχικά πασχόντων ασθενών τα βαθύτερα αίτια που τους κάνουν να φοβούνται περισσότερο από το συνηθισμένο τον πόνο και στην περίπτωση μας τον πόνο που προκαλείται κατά την εξέταση, επιδιόρθωση ή την εξαγωγή δοντιού.

Όσον αφορά τις απαντήσεις των ερωτηθέντων ψυχικά ασθενών σχετικά με την ικανοποίηση τους από το νοσοκομείο, τους γιατρούς και το προσωπικό παρατηρούμε πως όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν με ιδιαίτερα θετικά σχόλια. Ακόμη οι περισσότεροι

ερωτηθέντες είχαν επισκεφθεί στο παρελθόν και άλλες φορές είτε για δική τους εξέταση ή επέμβαση είτε για άλλους συγγενείς τους και οι εμπειρίες τους ήταν πολύ θετικές.

Για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν ψεύτικα ονόματα για τους σκοπούς της ανάλυσης της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΈΡΕΥΝΑΣ

Όπως συμβαίνει σχεδόν σε κάθε περίπτωση, έτσι και στην συγκεκριμένη έρευνα υπήρξαν ορισμένοι περιορισμοί. Κατά την διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας υπήρξαν κάποιοι γιατροί του νοσοκομείου οι οποίοι φαίνεται πως δυσανασχετούσαν με την πραγματοποίηση της έρευνας, αποτρέποντας με στο να διεξάγω την έρευνα με τη απαραίτητο χρόνο αλλά και τον κατάλληλο χώρο. Η μη συνεργασία των οδοντιάτρων πολλές φορές διέκοπτε τις συνεντεύξεις και κατά συνέπεια την συζήτηση με τους πάσχοντες.

8.3. ΑΝΑΛΥΣΗ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

8.3.1. Ικανοποίηση των ασθενών από την εξυπηρέτηση του νοσοκομείου

Η κατάσταση του εκάστοτε Νοσοκομείου, έχει να κάνει με τις κακές κτιριακές καταστάσεις, την έλλειψη συντονισμού στη λειτουργία των διαφόρων τμημάτων, την καθυστέρηση ή αναβολή σε προγραμματισμένες εξετάσεις και επεμβάσεις, την κακή φήμη του Νοσοκομείου, κάποιες μαρτυρίες άλλων ασθενών που νοσηλεύτηκαν εκεί, το συνωστισμό ασθενών και επισκεπτηρίου στους θαλάμους και βεβαίως την καταστρατήγηση του ωραρίου επισκεπτηρίου των ασθενών.

Οι παράγοντες που αφορούν το ιατρικό προσωπικό, περιλαμβάνουν την έλλειψη εμπιστοσύνης στο χειρουργό, είτε επειδή τον ξέρουν ή λόγω κακής εντύπωσης από την πρώτη επαφή μαζί του (άπλτος, αξύριστος, βρώμικος, απότομος, αγενής, κ.α.), την έλλειψη εμπιστοσύνης στους συνεργάτες του, άλλους ειδικευμένους, ειδικευόμενους και φοιτητές. Για τους τελευταίους τουλάχιστον στον Ελληνικό χώρο δεν φαίνεται να υπάρχουν προβλήματα, επί του παρόντος, όσον αφορά την παρουσία τους στις κλινικές. Στο Νοσοκομείο Westminster του Λονδίνου υπήρχε σχεδόν σε όλα τα τμήματα πινακίδα που έγραφε ότι πιθανόν να ζητηθεί από τους ασθενείς να εξεταστούν και από φοιτητές. Επίσης δηλωνόταν κατηγορηματικά ότι οι ασθενείς μπορούσαν να αρνηθούν, χωρίς αυτό να συνεπάγεται με οποιοδήποτε τρόπο έκπτωση στο επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σ' αυτούς. Ακόμα θα μπορούσαμε να αναφέρουμε την αποκάλυψη ιατρικών λαθών ή κακής έκβασης περιστατικών στο παρελθόν, τα οποία προβλήθηκαν υπέρμετρα από τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας για τους γιατρούς και το συγκεκριμένο Νοσοκομείο, την αμφισβήτηση της ικανότητάς τους, την επιστημονική κατάρτιση των γιατρών στη χώρα μας και τέλος την αδυναμία επιλογής του προσωπικού χειρουργού, ειδικά σε επείγουσες και έκτακτες περιπτώσεις.

Συνεπώς, η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζεται πολύ απο την φήμη του νοσοκομείου, το περιβάλλον των κτηριακών εγκαταστάσεων και απο την αντιμετώπιση του προσωπικού του νοσοκομείου.

Ακολουθούν ενδεικτικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων με ψευδώνυμα που αντικατέστησαν τα πραγματικά ονόματα τους και αποδεικνύουν πως το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» τους ικανοποίησε σε μεγάλο βαθμό. Για παράδειγμα η Νικόλ έκανε ιδιαίτερα θετικά σχόλια για το πώς αντιμετωπίστηκε από κάποιον ιατρό του νοσοκομείου και κάποιο άλλο προσωπικό λέγοντας

«μετά έκλεισα ραντεβού σε εσάς και με είδε ο κ.Τ... και ο κ.Ν..... (ιατροί) και μια άλλη κοπέλα πολύ καλή. Έμεινα πολύ ευχαριστημένη από τους γιατρούς και από την κοπέλα. Ήταν αυτό που λέμε άνθρωποι, μπορούσα να τους πω και τα οικογενειακά μου και με άκουγαν με προσοχή.»

Επίσης η κ. Τασούλα προσθέτει

«Πάρα πολύ. Νομίζω πως δεν υπάρχει καλύτερο στην Αθήνα. Και τα κορίτσια, οι θεραπεύτριες πολύ καλές, χρυσά κορίτσια. Οι γιατροί τι να σου πω... πολύ καλοί

Επίσης η κ. Βάσω απάντησε το εξής:

«πολύ, πάρα πολύ. Αν και είμαι γενικά ξινή με τα νοσοκομεία είμαι πολύ ευχαριστημένη με τους γιατρούς , τις νοσοκόμες ειδικά με τον κ.Γ..... , τον αγαπώ πολύ»

Από τα παραπάνω φαίνεται πως οι γιατροί του νοσοκομείου έχουν πολύ καλή αντιμετώπιση των ασθενών και τους κάνουν να νιώθουν άνετα και να τους εμπιστεύονται. Μόνο δυο περιπτώσεις υπήρξαν στις οποίες οι ερωτηθέντες ασθενείς κάνανε μια παρατήρηση για την καθαριότητα τις τουαλέτας . Κατά τα άλλα όλοι οι ερωτηθέντες ήταν σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το γενικότερο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Είναι σημαντικό για ένα ψυχικά πάσχοντα ασθενή να έχει μια ειδική αντιμετώπιση, με έναν ποιον ανθρώπινο τρόπο. Ο γιατρός θα πρέπει ανάλογα με την ψυχική κατάσταση του ασθενή να επιλέγει και τον κατάλληλο τρόπο προσέγγισης, ώστε ο ασθενής να αισθάνεται άνετα και να τον βοηθήσει να διώξει οποιαδήποτε φοβία έχει προς τους γιατρούς⁴⁴.

Επικοινωνία ιατρού-ασθενή

Η κατανόηση των συναισθημάτων του αρρώστου από την πλευρά του γιατρού ή ενσυναίσθηση, όπως ονομάζεται αυτή η διαδικασία, προσφέρει όχι μόνο τα κατάλληλα ψυχολογικά εφόδια στο γιατρό για μια κατάλληλη λεκτική και εξωλεκτική στάση προς τον

⁴⁴ Καλαϊτζάκη Α., Η Επίδραση του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας στις Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ασθενών με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου και Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής, Ρέθυμνο 2000.

ασθενή, αλλά ενισχύει τη βραχυπρόθεσμη αλλά και μακροπρόθεσμη προσαρμογή του αρρώστου.

Οι διαμορφούμενες συνθήκες χώρου, χρόνου και τρόπου επικοινωνίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξωλεκτική διαβεβαίωση του γιατρού για το αμέριστο και ειλικρινές ενδιαφέρον του. Η θεραπευτική συζήτηση πρέπει να γίνεται ή στο γραφείο ή δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου, στο ίδιο ύψος με σταθερή βλεμματική επικοινωνία και να διαρκεί τόσο όσο χρειάζονται και τα δύο μέλη της θεραπευτικής σχέσης, με κατάλληλες συνθήκες θερμοκρασίας και φωτισμού.

Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει ορισμένες αρχές στη λεκτική και εξωλεκτική επικοινωνία :

- Οι συχνές και βιαστικές διακοπές για ερωτήσεις ή απαντήσεις δε βοηθούν
- Με τις αρχικές συχνές διακοπές φιμώνουμε την αυθόρμητη εκμυστήρευση του αρρώστου (απορίες, φόβοι). Ο άρρωστος θα συνεχίσει μόνο περιμένοντας ερωτήσεις
- Σπάνια ο άρρωστος αναφέρει πρώτο το πρόβλημα που κυρίως τον απασχολεί
- Οι φόβοι του γιατρού ότι ο άρρωστος θα πλατειάσει σε άσχετα ζητήματα ή θα τον αποπροσανατολίσει δεν επιβεβαιώνονται. Ο άρρωστος σπάνια θα μιλήσει πάνω από 2 – 3 λεπτά αν δεν τον διακόψουμε
- Ο άρρωστος ρωτώντας κάποιες φορές δεν περιμένει μόνο απάντηση αλλά επιθυμεί να κινητοποιήσει το ενδιαφέρον του γιατρού
- Οι μη εκφρασμένες ανησυχίες από τον άρρωστο μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στην πορεία της προσαρμογής του
- Οι περισσότερες έρευνες με θέμα την επικοινωνία αρρώστου – γιατρού επικεντρώνονται κυρίως σε αυτά που λέγονται παρά σε αυτά που δεν εκφράζονται από τους ασθενείς
- Η στάση ενεργητικής ακρόασης από την πλευρά του γιατρού συμβάλλει σημαντικά στη διαμόρφωση σχέσης εμπιστοσύνης με τον άρρωστο.

Συνεπώς, ήταν πολύ σημαντικό στην έρευνα μας, και όπως φαίνεται και απο την μαγνητοφώνηση η μια βιασμένες ερωτήσεις, η δημιουργία φιλικού κλίματος, έτσι ώστε ο

ασθενής να νιώσει άνετα και να μιλήσει χωρίς φόβο για τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής του που τον οδήγησαν σε άσχημες ψυχολογικές καταστάσεις.

8.3.2 Εμπιστοσύνη προς τους γιατρούς

Η εμπιστοσύνη του ψυχικά πάσχοντος προς τον θεράποντα ιατρό αποτελεί προϋπόθεση για την σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης. Αν υπάρχει αυτή η υπόνοια για τον θεράποντα ιατρό (και ψυχίατρο), καλύτερα ο ασθενής να εγκαταλείψει τον ιατρό του σε ανεύρεση άλλου, διότι η αμοιβαία εμπιστοσύνη ιατρού-ασθενούς είναι απαραίτητη για την επιτυχία μιας συνολικής θεραπείας. Και αυτό ισχύει για όλες τις ιατρικές ειδικότητες.

45

Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων που έχουν να κάνουν με την εμπιστοσύνη των γιατρών και αν ακολουθούν τις οδηγίες τους οι ερωτηθέντες επίσης απάντησαν θετικά σχόλια.

«Ναι ναι , πάρα πολύ, και ακολουθώ ότι μου λένε»

«Ναι βέβαια και τους εμπιστεύομαι»

Δεν υπήρχε κάποιο συγκεκριμένο αρνητικό εκτός από μια ερωτηθείσα ασθενή η οποία απάντησε πως δεν δείχνει εμπιστοσύνη στους ειδικευόμενους ιατρούς αλλά δείχνει εμπιστοσύνη μόνο στους ιατρούς. Συγκεκριμένα η κ. Πόπη απάντησε

«ναι τους εμπιστεύομαι αλλά τους γιατρούς, τους ειδικευόμενους όχι πολύ, μου προκαλούν ένα άγχος, όχι ότι απαραίτητα δεν είναι καλοί, απλά έτσι το βλέπω εγώ»

Όσον αφορά το πρόβλημα για το οποίο επισκέφθηκαν οι ασθενείς το νοσοκομείο, το 12/17 των περιπτώσεων των ασθενών απάντησαν πως επισκέφθηκαν τον γιατρό λόγω έντονου πόνου στο στόμα ή στο δόντι ή ακόμα και στην γνάθο.

Ιδιαίτερη δύσκολη περίπτωση ήταν του κ. Γιώργου ο οποίος πολύ δύσκολα μιλούσε και το στόμα του άνοιγε μέχρι ένα σημείο λόγω προβλήματος του. Ο συνοδός του βοήθησε στο να συμπληρωθεί η έρευνα. Ο συγκεκριμένος ασθενής πονούσε φοβερά

⁴⁵ Νέστορος, Ι. Ν. Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους. Εκδόσεις: Gutenberg Αθήνα, 2000

και του κάνανε ένεση τοπικής αναισθησίας ώστε να ανοίξει το στόμα του και να τον εξετάσουν.

«Δεν μπορώ να φάω κανονικά. Πριν 2 μήνες έκανα μια απότομη κίνηση και από τότε με ενοχλεί και δεν μπορώ να φάω»

8.3.3 Σωματική και στοματική υγιεινή των ψυχικά πασχόντων ασθενών

Όσον αφορά τις απαντήσεις στις ερωτήσεις της στοματικής υγιεινής περίπου το 60 % των ερωτηθέντων απάντησαν πως προσέχουν αρκετά τη στοματική τους υγιεινή. Αυτό προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεδομένης της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών. Δηλαδή, οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως έχουν μια μορφή κατάθλιψης η οποία τις περισσότερες φορές κάνει τον άνθρωπο να μην ενδιαφέρεται για την υγεία του, την περιποίηση του σώματος και κατ' επέκταση την στοματική του υγιεινή.

Ενδεικτικά

«ναι 1 φορά την ημέρα. Επειδή και άλλοι στην οικογένεια μου έχουν περιοδοντίτιδα προσπαθώ να προσέχω, κάνω πλύσεις και με plak out»

«ναι 1-2 φορές την ημέρα»

Βέβαια ένα αρκετό μεγάλο ποσοστό 40 % πολλές φορές ξεχνά ή βαριέται να βουρτσίσει τα δόντια τους. Αυτό βέβαια φαίνεται και από την κατάσταση των δοντιών των ασθενών η οποία σε μερικές περιπτώσεις τα δόντια ήταν πολύ κατεστραμμένα. Είναι αναμενόμενο από τις περιπτώσεις των ασθενών που εξετάστηκαν στην έρευνα αυτή να αδιαφορούν για την στοματική τους υγιεινή καθώς η κατάθλιψη, η στεναχώρια και η ψυχολογική τους κατάσταση δεν τους προτρέπει να φροντίσουν την σωματική τους υγεία.

Για παράδειγμα ο κ. Δημήτρης ο οποίος πάσχει από διπολική διαταραχή απάντησε

«όχι καθόλου». Ο συνοδός του ασθενή, ο οποίος είναι υπάλληλος του οικοτροφείου της ψυχιατρικής κλινικής είπε τα εξής:

«Τους τελευταίους 8 μήνες πολύ συχνά.... Επειδή φοβάται και λέει θέλει να πηγαίνει συνέχεια στους γιατρούς. Όταν πρωτοήρθε στο ψυχιατρείο ήταν πιο ευδιάθετος και γεροδεμένος γενικά. Μετά από λίγο καιρό έχασε πολλά κιλά και άλλαξε διάθεση λόγω του έντονου άγχους του.»

Ο συγκεκριμένος ασθενής νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική και το ιστορικό του δείχνει πως το έντονο άγχος του δημιουργεί

Επίσης ιδιαίτερη περίπτωση ήταν αυτή του κ. Πάνου ο οποίος απάντησε:

« εεε... μέρα παρά μέρα, φοβάμαι κάποιες φορές μήπως μου φύγει κανένα δόντι»

Από την συγκεκριμένη απάντηση του ασθενή και από τις συνολικές του απαντήσεις κατανοούμε πως ο ασθενής αντιμετωπίζει πολλές φοβίες και μια από αυτές είναι τα δόντια του και ο πόνος που αυτά προκαλούν

Ο συγκεκριμένος ασθενής νιώθει έντονο άγχος και πολύ φόβο για τα νοσοκομεία όπως χαρακτηριστικά λέει:

«όμως φοβάμαι την αξονική τομογραφία. Η μάνα μου είπε πως δεν είναι τίποτα, ότι δεν έχει κανένα πόνο. Γενικά όμως φοβάμαι τα νοσοκομεία.»

Ο παραπάνω ασθενής ερωτήθηκε για ποιο λόγο παίρνει ψυχοφάρμακα και απάντησε:

«ασχολήθηκα με μαύρη μαγεία και μετά δεν ένιωθα καλά, άκουγα περίεργα πράγματα, και φωνές επίσης. Δεν θεωρώ τον εαυτό μου τρελό και ποτέ δεν μπήκα σε νοσοκομείο. Στο Δαφνί είχα πάει στα εξωτερικά ιατρεία. Έχω αλλάξει πολλές αγωγές . Το 1989 πήγα πρώτη φορά σε ψυχίατρο»

Συμπεραίνουμε πως το παραπάνω γεγονός επηρέασε κατά πολύ την ψυχική του κατάσταση, δημιουργώντας του έντονες φοβίες και την αμέλεια για την στοματική του υγιεινή.

Η κ. Παναγιώτα η οποία πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε:

«Μου δώσανε να κάνω πανοραμική ακτινογραφία και μετά πρέπει να βγάλω αρκετά δόντια γιατί είναι σάπια»

Και στην ερώτηση για το αν φροντίζει τα δόντια της απάντησε, «καθόλου»

Και σε αυτή την περίπτωση η σχιζοφρένεια είναι αποτρεπτικός παράγοντας για την στοματική υγιεινή, αλλά και γενικότερα μια σοβαρή ψυχολογική κατάσταση η οποία είναι επικίνδυνη για τον ασθενή.

Οι ασθενείς αυτοί είναι απαραίτητο να προτρέπονται να φροντίζουν τη στοματική τους υγιεινή και το σώμα τους γενικότερα. Αυτό θα τους βοηθά να νιώθουν πιο χαρούμενοι και να έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. (Anderson 2007)

8.4 Αίτια ψυχολογικών προβλημάτων

Οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές, προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις χώρες και κοινωνίες και παρουσιάζονται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, 450 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν σήμερα από κάποια ψυχοκοινωνική διαταραχή, ενώ ο συνολικός αριθμός των διαταραχών εκτιμάται ότι είναι 10% στους ενήλικες, περίπου ίδιος μεταξύ ανδρών και γυναικών και ότι το 20-25% του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής του ήπιες ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές (World Health Organization 2001).

Οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι οι φοβίες και η κατάθλιψη, η αντιμετώπιση των οποίων παρουσιάζει σημαντικές διαφορές τόσο μεταξύ των κρατών μελών όσο και στο εσωτερικό της κάθε χώρας, ενώ οι πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται είναι συχνά μεμονωμένες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001).

8.4.1. Σχιζοφρένεια

Η περίπτωση της σχιζοφρένειας σήμερα θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα. Οι διαταραχές αυτές αφορούν βασικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη και τελικά οδηγούν σε μια αλλοίωση του αισθήματος της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του ελέγχου του εαυτού. Η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των Ψυχώσεων και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα. Οι κλινικές εικόνες (οι άνθρωποι δηλαδή με σχιζοφρένεια) παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά.⁴⁶

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που μεταβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι τα χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του αισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας κ.α. Τα συμπτώματα αυτά διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα θετικά και τα αρνητικά⁴⁷

Σ' αυτές χαρακτηριστική είναι η θεωρία της Mednick, η οποία υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μια αγχώδη διάθεση που μπορεί να είτε κληρονομική είτε επίκτητη. Όταν το άγχος είναι μεγάλο τα ερεθίσματα εσωτερικού και εξωτερικού κόσμου γενικεύονται, παύουν να ξεχωρίζουν μεταξύ τους και αυτό προκαλεί ακόμη περισσότερο άγχος και μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψη του ατόμου. Έτσι η πρώτη σχιζοφρενική

⁴⁶ The eVect of video game violence on physiological desensitization to real-life violence Craig A. Anderson b , Brad J. Bushman c , 2007

⁴⁷ Dressing H, Foerster K. *[Expert opinion on post-traumatic stress disorder]*. Fortschr Neurol Psychiatr. 2010

κρίση εμφανίζεται λόγω της κλιμάκωσης του άγχους και της γενίκευσης των ερεθισμάτων που δέχεται το άτομο. Ο ασθενής σ' αυτή τη περίπτωση προσπαθεί να βρει απεγνωσμένα συνειρμούς σκέψης για να περιορίσει το άγχος του αλλά τελικά αυτό που πετυχαίνει είναι η αποσύνθεση των νοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών του, κατάσταση που χαρακτηρίζει τη χρόνια σχιζοφρένεια.

Από την άλλη πλευρά η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από:

- Απουσία στόχου στις πράξεις του ατόμου
- Δυσχέρεια στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων (προσωπική υγιεινή, εμφάνιση, μαγειρική)
- Παράξενη άσκοπη συμπεριφορά (περπατάει σε κύκλους ή βαδίζει πάνω κάτω)
- Εκκεντρική ένδυση (φοράει περιδέραια στα αυτιά)
Αναπάντεχη διέγερση (βηματισμοί, βωμολοχίες, κραυγές)
- Ανάρμοστη συμπεριφορά (ανήθικες χειρονομίες σε κοινή θέα)
- Κατατονική συμπεριφορά (ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη ανταπόκριση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα παίρνοντας άκαμπτη στάση)
- Κατατονικός αρνητισμός (προβολή αντίστασης σε προσπάθειες μετακίνησής του με τάση επιθετικότητας) Υπερβολική κινητική δραστηριότητα ή κατατονική άσκοπης διέγερση με αλλόκοτες κατατονικές στάσεις (παρακινησίες).

8.4.2. Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας

Σε αντίθεση με τα θετικά, τα αρνητικά συμπτώματα οφείλονται σε απώλεια των φυσιολογικών λειτουργιών του ατόμου και ονομάζονται έτσι γιατί η ασθένεια αφαιρεί μέρος από τα ενδιαφέροντα, τα κίνητρα, την ενεργητικότητα, τις ικανότητες, τη διάθεση και τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου που νοσεί. Συνήθως εμφανίζονται πριν

από τα θετικά αλλά πολλές φορές δεν αναγνωρίζονται ως πρώιμες ενδείξεις σχιζοφρένειας. Περιλαμβάνουν τα εξής⁴⁸

1. Επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα: εκφράζεται με συναισθηματική άμβλυση (μείωση των μη λεκτικών συναισθηματικών εκδηλώσεων) ή συναισθηματική επιπέδωση (εξαφάνιση αυτών). Υπάρχει, τόσο απουσία εκφράσεων του προσώπου ή εκδηλώσεων του σώματος οι οποίες υποδεικνύουν τα συναισθήματα του ατόμου, όσο και συναισθηματική απόσυρση απάθεια, αδιαφορία, ρηχότητα και κενότητα.

2. Αλογία ή λογοπενία: είναι η ποσοτικά και ποιοτικά πτωχή ομιλία. Η ελάττωση αυτή αντανακλά και πτωχή σκέψη (ιδεοπενία). Οι απαντήσεις των πασχόντων είναι λακωνικές, με μειωμένη συναισθηματική έκφραση. Ο λόγος είναι χαμηλού τόνου και άκαμπτος, δηλαδή αφορά μόνο πρακτικά αντικείμενα και γεγονότα χωρίς αφαιρετική σκέψη. Οι απαντήσεις περιορίζονται σε μόνο μία ή δύο λέξεις.

Στις συνεντεύξεις που πραγματοποιηθήκαν στην συγκεκριμένη έρευνα χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του κ. Τάσου. Ο ασθενής νοσηλεύεται για 8 μήνες σε ψυχιατρική κλινική και πάσχει από διπολική διαταραχή. Στην διπολική διαταραχή ανήκουν ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη.

Στην συνέντευξη μιλούσε κυρίως ο συνοδός του (προσωπικό του νοσοκομείου) διότι ο ασθενής αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα με την ομιλία του. Οι απαντήσεις του περιορίζονταν σε «ναι», «όχι» και γενικά σύντομες απαντήσεις.

Ο συνοδός είπε :

«Συνοδός: Τους τελευταίους 8 μήνες πολύ συχνά.... Επειδή φοβάται και λέει θέλει να πηγαίνει συνέχεια στους γιατρούς. Όταν πρωτοήρθε στο ψυχιατρείο ήταν πιο ευδιάθετος και γεροδεμένος γενικά. Μετά από λίγο καιρό έχασε πολλά κιλά και άλλαξε διάθεση λόγου του έντονου άγχους του»

3. Αβουλησία: είναι η έλλειψη κινήτρων. Ασθενείς με αβουλησία εμφανίζουν δυσκολία στην έναρξη και συνέχιση δραστηριοτήτων με συγκεκριμένο στόχο, απουσία

⁴⁸ Freckelton, I. : Applications for release by Australians in Victoria found not guilty of offences of violence by reason of mental impairment. International Journal of Law and Psychiatry, 28, 375–404, 2005

ενεργητικότητας και υποδραστηριότητα. Μπορεί να δυσχεραίνει την εργασία ή την ίδια την αυτοφροντίδα του πάσχοντος. Είναι έντονες οι διαταραχές στην αυτόνομη πρωτοβουλιακή δραστηριότητα που επιδεικνύει την παραγωγική λειτουργία του ατόμου, η αντικοινωνικότητα δηλαδή η έλλειψη ενδιαφέροντος για ανάπτυξη σχέσεων με άλλους ανθρώπους και η εγκατάλειψη δραστηριοτήτων. Στην περίπτωση των συνεντεύξεων οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια δείχνουν να μην φροντίζουν καθόλου τα δόντια τους όπως αναφέρθηκε παραπάνω. (King 2009)

4. Ανηδονία: αφορά στη μειωμένη ικανότητα του πάσχοντος να αισθάνεται ευχαρίστηση και σπαταλά χρόνο σε άσκοπες ασχολίες. Κυριαρχεί λοιπόν συναισθηματική απόσυρση που σχετίζεται με την έλλειψη ενδιαφέροντος. Η σχιζοφρένεια με όλο το εύρος των επιπτώσεών της επηρεάζει κάθε πτυχή ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ζωής του ασθενή. Οι συνέπειες φυσικά δεν περιορίζονται μόνο στον ίδιο τον πάσχων, αλλά και σε ολόκληρο το οικογενειακό του περιβάλλον.⁴⁹

Σήμερα, θεωρούμε τη Σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας - ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας. (King 2009)

Η αντιμετώπιση του πόνου

Η αντίληψη του πόνου (όπως και κάθε σωματικής άσκησης) έχει τεράστιες διατομικές και διομαδικές διαφορές και επηρεάζεται από πολλούς γνωστικούς,

⁴⁹ Freckelton, I.: Applications for release by Australians in Victoria found not guilty of offences of violence by reason of mental impairment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 375–404, 2005

κοινωνικούς και συναισθηματικούς παράγοντες (π.χ., το 'νόημα' του πόνου). Ο (δυνατός) πόνος συνοδεύεται συχνά από αρνητικά συναισθήματα, όπως αίσθημα αβοήθητου, αδυναμία, κατάθλιψη, απελπισία, θυμό, έντονο άγχος. Έχει σημαντικότερες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι δαπανούνται περίπου 90 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο για την αντιμετώπιση των συνεπειών του χρόνιου πόνου (π.χ., για αποζημιώσεις, περίθαλψη, επιδόματα, χαμένες ώρες εργασίας κλπ) (Philips & Rachman, 1996), ενώ υπολογίζεται ότι ως και το 10% των επισκέψεων στους ιατρούς οφείλονται σε καταστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο (Woodwell, 2000).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει παγκοσμίως, μπορεί να ισχυριστεί κανείς πως ο πόνος πέρα από δυσάρεστη αισθητική εμπειρία, είναι μια εμπειρία που επηρεάζει δραματικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν πως ο χρόνιος πόνος δεν επιτρέπει στον ασθενή να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, μειώνει κατά πολύ την ικανότητά του στον εργασιακό χώρο, οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αίσθησης απώλειας ελέγχου πάνω στην πάθησή του και στον πόνο που του προκαλεί.

Επίσης οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, φόβο για το μέλλον και απώλεια της ευχαρίστησης που απορρέει από διαφορετικές καθημερινές δραστηριότητες. Όλες αυτές οι επιδράσεις επιτείνουν τον πόνο και μπορούν να εμποδίζουν την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας του.

Η ψυχολογική επίδραση του πόνου είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που παρατηρείται εμπειρικά στα λεγόμενα των ασθενών όταν περιγράφουν το πώς ο πόνος έχει καταβάλει την ζωή τους.

Ο σωματικός πόνος μπορεί να ελεγχθεί και να γίνει ανεκτός. Είναι πολύ σημαντικό σωματικοί πόνοι, όπως ο πονόδοντος στην περίπτωσή μας, να μη διαστρεβλώνουν τη διάγνωση της σκέψης, διότι στους περισσότερους ασθενείς όταν υπάρχει σωματικός πόνος, μια συνεχής ταλαιπωρία, διαστρεβλώνεται η σκέψη τους, εμποδίζεται η αντικειμενική σκέψη και γίνεται υποκειμενική, ασταθής, διαστρεβλωμένη. Αν κάποιος δεν έχει δραστική επίγνωση όλης αυτής της διαδικασίας του σωματικού πόνου, είτε θυμάται που τον ένιωσε και στο παρελθόν είτε φοβάται ότι θα τον ξανανιώσει στο μέλλον, τότε παρουσιάζονται νευρωτικές συνήθειες, νευρωτική συμπεριφορά.

Παλαιότερα, ο πόνος εξηγούνταν στη βάση του ιατρικού μοντέλου, ως μια αισθητηριακή εμπειρία που ήταν αποτέλεσμα έντονου ερεθισμού. Σήμερα, όμως, ο πόνος θεωρείται ως ένα σύνθετο, πολυδιάστατο υποκειμενικό φαινόμενο που αφορά την έντασή του, την ποιότητά του, την πορεία του, καθώς και το νόημα που το άτομο προσδίδει σε αυτό.

8.4.3. Περιπτώσεις απώλειας συγγενικού προσώπου

Τα τελευταία 20 χρόνια οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δείχνουν ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για θέματα σχετικά με την απώλεια και το θρήνο των συγγενών του ψυχικά αρρώστου. Η αναζήτηση αυτή γίνεται φανερή από ολοένα και περισσότερες δημοσιεύσεις άρθρων για τον «Θρήνο», την πορεία του, τις περιπλοκές του και τις επιπτώσεις του στην οικογένεια, που μας βοηθούν στον προσδιορισμό αυτού του ειδικού τύπου απώλειας και στη διαλεύκανση πτυχών του γονικού θρήνου.

Ο θρήνος ως μια φυσιολογική και αναμενόμενη ενδοψυχική διεργασία, η οποία εγείρεται σε οποιοδήποτε γεγονός ή κατάσταση γίνεται αντιληπτή ως απώλεια. Περιλαμβάνει ένα σύνολο από προσωπικές αντιδράσεις σε συναισθηματικό, Γνωστικό, συμπεριφορικό και οργανικό επίπεδο μπροστά σε μια κατάσταση που σηματοδοτείται ως απώλεια. Η απώλεια αυτή μπορεί να συνδέεται με το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, αλλά μπορεί να αφορά και άλλες βιοψυχοκοινωνικές απώλειες με πραγματικές ή συμβολικές προεκτάσεις (π.χ απώλεια της υγείας, χωρισμός, απώλεια ιδανικού ή ονείρου). Επίσης η Θεωρία του Bowlby (1980) εντάσσει το θρήνο σ' ένα γενικότερο μοντέλο (pattem) συμπεριφοράς που εμφανίζει το άτομο κατά τη δημιουργία και ρήξη συναισθηματικών δεσμών. Τα πρότυπα αυτά συμπεριφοράς αποτελούν την

έκφραση ενός ενστίκτου που αποβλέπει στην ικανοποίηση της ανάγκης για ασφάλεια και προστασία.⁵⁰

Η ανάγκη αυτή είναι απαραίτητη για την επιβίωση του μικρού παιδιού, παίρνει καθορισμένη μορφή στην πρώιμη παιδική ηλικία μέσω της αλληλεπίδρασης με τα σημαντικά πρόσωπα που φροντίζουν το παιδί και εξακολουθεί να ενεργοποιείται στις μετέπειτα σχέσεις του ατόμου στην ενήλικη ζωή του. Πολύ έντονα συναισθήματα μπορεί να ανακινηθούν κατά τη δημιουργία, τη διατήρηση, τη ρήξη ή την ανανέωση σχέσεων.⁵¹

Σύμφωνα με την κλασσική ψυχαναλυτική Θεωρία, όπως αυτή αναπτύχθηκε από τον Freud, ο θρήνος είναι αποτέλεσμα μιας απώλειας αντικειμένου. Ο Freud αναφέρεται σε αυτό το θέμα στο έργο του «Πένθος και Μελαγχολία» (1915) και «Αναστολή, Συμπτώματα και Άγχος» (1926) όπου προσπαθεί να σκιαγραφήσει την ψυχική διεργασία που καλείται να διεκπεραιώσει ο πενθών όταν το αντικείμενο αγάπης έχει οριστικά χαθεί. Έχει προηγηθεί μια λιβιδική επένδυση του αγαπημένου προσώπου που μετά την οριστική απώλειά του, ένα μέρος αυτής της λίμπιντο που κατευθυνόταν στο αντικείμενο στρέφεται ξανά προς το Εγώ.

Έτσι εξηγείται η ναρκισσιστική στρόφη του θρηνούντα προς τον εαυτό του που εκφράζεται σε επίπεδο συμπεριφοράς με την επιβράδυνση των δραστηριοτήτων, την απώλεια της ζωτικής ορμής, την αδιαφορία για το περιβάλλον και την απόσυρση μέσα στον πόνο και τις αναμνήσεις. Αυτή η παλινδρόμηση της λίμπιντο οδηγεί σε μια ταύτιση με αυτό που έχει χαθεί. Το κεντρικό στοιχείο της ψυχαναλυτικής Θεωρίας του θρήνου αφορά αυτήν ακριβώς την «ενσωμάτωση» του αντικειμένου στο «Εγώ» με στόχο να διατηρηθεί ο δεσμός και να αποφευχθεί η απώλεια. Ωστόσο με την πάροδο του χρόνου, το Εγώ καταφέρνει να επιτελέσει κάποια ρήξη και να επενδύσει ξανά. Επομένως, η

⁵⁰ Καλαϊτζάκη Α., Η Επίδραση του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας στις Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ασθενών με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου και Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής, Ρέθυμνο 2000.

⁵¹ Freckelton, I.: Applications for release by Australians in Victoria found not guilty of offences of violence by reason of mental impairment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 375–404, 2005

διεργασία του θρήνου έχει στόχο να εκπληρώσει το ακόλουθο έργο να δεχθεί το υποκείμενο ότι η απώλεια είναι πραγματική και να αποσύρει τη λιβιδική ενέργεια από το χαμένο αντικείμενο Αργότερα. ο Freud τροποποίησε την αρχική του θεωρία της οριστικής επίλυσης του Θρήνου και καθόρισε ως «έργο του Θρήνου» (grief work) αφ' ενός την προοδευτική αποεπένδυση του δεσμού με το αγαπημένο αντικείμενο και αφετέρου την ενδοβολή του. Η διεργασία του θρήνου ολοκληρώνεται. όταν το υποκείμενο καταφέρει να διατηρήσει την αγάπη του για το αντικείμενο και ταυτόχρονα την αγάπη του για τη ζωή (Metals 2001: Hagman. 2001) Ο Lindemann (1944) σε συμφωνία με την κλασική ψυχαναλυτική θεωρία, όρισε ως «έργο του θρήνου» την απελευθέρωση από τον συναισθηματικό δεσμό με το νεκρό, την προσαρμογή σε ένα περιβάλλον χωρίς το αγαπημένο πρόσωπο και την ανάπτυξη νέων συναισθηματικών δεσμών. Περιέγραψε συστηματικά τη διεργασία του θρήνου στους επιζώντες μιας πυρκαγιάς και προχώρησε στον προσδιορισμό παθολογικών αντιδράσεων Θρήνου και των επιπτώσεων τους στην ψυχική και σωματική υγεία του υποκειμένου. (Horowitz 1997)

Η απώλεια του συγγενικού προσώπου περιλαμβάνει μια μεγάλη σειρά από συναισθήματα και συμπεριφορές που συνοδεύουν αυτό το βίωμα μιας απώλειας. Η επισήμανση του μεγάλου εύρους των αντιδράσεων αυτών είναι ουσιαστική, έτσι ώστε να αποφεύγει κανείς την «παθολογικοποίηση» μιας φυσιολογικής διεργασίας. Μεταξύ των ερευνητών υπάρχει συμφωνία στην περιγραφή των περισσότερων συναισθηματικών, γνωστικών, συμπεριφορικών και σωματικών εκδηλώσεων του θρήνου.

Σε συναισθηματικό επίπεδο διακρίνουμε:

Τη θλίψη, που είναι ίσως η πιο έκδηλη αντίδραση θρήνου και σύμφωνα με τον Parkes, λειτουργεί ως ένα σήμα προς το κοινωνικά περιβάλλον για να στηρίξουν και να προστατεύσουν αυτόν που θρηνεί.⁵²

⁵² Καλαϊτζάκη Α., Η Επίδραση του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας στις Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ασθενών με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου και Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής, Ρέθυμνο 2000.

Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της κ. Μαρίας

«το παίρνω εδώ και 5-6 χρόνια διότι είχα χάσει το παιδί μου. Να σου πω κορίτσι μου όταν χάσεις το παιδί σου είναι σαν ένα κάρβουνο που σε καίει. Πότε ηρεμεί και πότε ανάβει. Σε 28 ημέρες τον έχασα το γιό μου. Πονούσε η μέση του, ήταν ένας κούκλος πραγματικά.....»

• Το θυμό. Παρ' όλο που ο θυμός είναι μια πολύ συχνή εκδήλωση θρήνου, ωστόσο αποτελεί μια αντίδραση που δύσκολα παραδέχονται αυτοί που θρηνούν την απώλεια ενός προσώπου, με αποτέλεσμα ο θυμός να δυσκολεύει την ομαλή διεργασία της διεργασίας του θρήνου. Έχουν εντοπισθεί δύο κύριες πηγές του θυμού.

(1) η ματαίωση ότι δεν ήταν δυνατόν να γίνει κάτι για να προληφθεί η απώλεια και

(2) ένα είδος παλινδρόμησης που οδηγεί σε πρώιμες παιδικές εμπειρίες αποχωρισμού από τη μητέρα και συνοδεύει, στη συνέχεια, την απώλεια στενών διαπροσωπικών σχέσεων στην ενήλικη ζωή του υποκειμένου. Ο θυμός αυτός μπορεί να στραφεί είτε σ ένα εξωτερικό αντικείμενο όπως είναι οι συγγενείς και το προσωπικό υγείας, είτε να ενδοβληθεί, οδηγώντας σε καταθλιπτικού τύπου αντιδράσεις.

• Την ενοχή. Συχνά η ενοχή επικεντρώνεται σε κάτι που συνέβη ή σε μια παράληψη, που θα μπορούσε να έχει αποτρέψει την απώλεια.

• Το άγχος και το φόβο, που διακυμαίνεται από μια ελαφρά αίσθηση ανασφάλειας έως την εκδήλωση κρίσεων πανικού. Η παράταση εκδηλώσεων σοβαρού άγχους αξιολογείται ως μια ένδειξη περιπλοκής του θρήνου. Ο φόβος πηγάζει από την ανασφάλεια του υποκειμένου ότι δεν μπορεί να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του και τους δικούς του, καθώς και από την συνειδητοποίηση της ευαλωτότητας του στην απώλεια. (Horowitz 1997)

• Την αίσθηση μοναξιάς

• Την κόπωση, που συνήθως βιώνεται ως απάθεια ή ανηδονία, ακόμη κι από άτομα που συνήθως είναι πολύ δραστήρια

- Την αίσθηση αδυναμίας να ανταπεξέλθει στις συνηθισμένες δραστηριότητες του, που συσχετίζεται στενά και με την εκδήλωση άγχους
- Το σοκ, που χαρακτηρίζει κυρίως τις αιφνίδιες απώλειες
- Τη νοσταλγία και τη λαχτάρα επανασύνδεσης με το άτομο που χάθηκε
- Την ανακούφιση, ειδικά μετά από δύσκολες σχέσεις ή όταν προηγείται μια μακρά ή επίπονη ασθένεια.

Παρ' όλο που σε αυτές τις περιπτώσεις, αναφέρεται αρκετά συχνά το αίσθημα της ανακούφισης, συνδέεται με ενοχές. Σε γνωστικό επίπεδο παρατηρούνται:

- Δυσπιστία απέναντι στην πραγματικότητα της απώλειας, ειδικά εάν αυτή η απώλεια είναι ξαφνική και απροσδόκητη
- Σύγχυση, που περιλαμβάνει αίσθηση του μη-πραγματικού, διαταραχές στη μνήμη και δυσκολίες συγκέντρωσης
- Συνεχής ενασχόληση και έμμονες σκέψεις σχετικές με τις συνθήκες της απώλειας
- Η αίσθηση της παρουσίας, στο χώρο και τον χρόνο του προσώπου π.χ που πέθανε.

Σε επίπεδο συμπεριφοράς αναφέρονται :

- Διαταραχές του ύπνου: αϋπνία τύπου έλευσης ή πρόιμης αφύπνισης

Στις συνεντεύξεις οι ασθενείς είπαν:

« νομίζω ναι έτσι λέγονται.. Αλλιώς δεν μπορώ να κοιμηθώ το βράδυ αλλιώς... Έχασα τον άντρα μου πριν 4 μήνες, ξαφνικά, είχε το στομάχι μου και έκανε εμετούς.»

«Είχα ανησυχίες το βράδυ και δεν μπορούσα να κοιμηθώ. Είχα άγχος πολύ... πολλά βάσανα»

- Διαταραχές της όρεξης: ανορεξία ή βουλημία
 - Αμέλεια σωματικής φροντίδας
- Κοινωνική απόσυρση

- Κλάμα
- Η αποφυγή αντικειμένων και καταστάσεων που θυμίζουν το πρόσωπο που αφορά η απώλεια
- Νευρικότητα και υπερδραστηριότητα
- Κόμπο στο λαιμό και στο στήθος. Στην περίπτωση μας η στένωση καρωτίδων είναι
- Υπερευαισθησία στο Θόρυβο
- Δύσπνοια
- Μυική αδυναμία
- Ξηροστομία. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της
- Κόπωση

Φαίνεται να υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ των ερευνητών ότι ο Θρήνος του γονιού που υφίσταται μια απώλεια σχετική με το παιδί του, είναι πιο έντονος και θέτει ειδικά προβλήματα σε σχέση με άλλες μορφές Θρήνου. (Horowitz 1997)

Ο θρήνος των γονιών εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα, κατάθλιψη, θυμό, ενοχή και απελπισία. Οι αντιδράσεις θρήνου μεγεθύνονται ακόμη περισσότερο όταν η απώλεια είναι απρόσμενη, όταν δεν υπάρχει κοινωνική στήριξη, όταν είναι ελλιπής η επικοινωνία με τους θεραπευτές ή όταν μεταξύ των γονιών διαφέρει σημαντικά ο τρόπος που θρηνούν. Περισσότερες περιπλοκές μπορούν να εμφανισθούν ανάλογα με τη σχέση που είχε ο γονιός με το παιδί πριν το Θάνατο του παιδιού. Γνωρίζουμε παραδείγματος χάρη ότι όταν ένα παιδί με το οποίο ο γονιός διατηρούσε μια αμφιθυμική σχέση πεθαίνει, τότε εμφανίζονται σφοδρές συναισθηματικές αντιδράσεις που συνδέονται με τα υποκείμενα αισθήματα ενοχής. Η σοβαρή απειλητική για τη ζωή οργανική αρρώστια ή ο Θάνατος ενός παιδιού θεωρούνται πάντα πρόωρα και άδικα από τους γονείς, ανεξάρτητα από ποια ακριβώς είναι η ηλικία του παιδιού. Μάλιστα ο Θρήνος γίνεται ακόμη πιο έντονος, όταν η απώλεια πραγματοποιείται ξαφνικά χωρίς να δίνεται η ευκαιρία

προπαρασκευαστικού Θρήνου. Η απώλεια είναι τόσο βαθιά που νιώθουν ότι χάνουν ένα κομμάτι του εαυτού τους και περιγράφουν την εμπειρία τους σαν ακρωτηριασμό.

Όσον αφορά τη διεργασία του θρήνου, σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο του Worden, οι μεγαλύτερες δυσκολίες προκύπτουν, όσον αφορά το τέταρτο έργο δηλαδή «την συναισθηματική επανατοποθέτηση της απώλειας και την επανασύνδεση με τη ζωή που συνεχίζεται». Στην ουσία οι γονείς καλούνται να εγκαταλείψουν τα όνειρα και τις ελπίδες που είχαν επενδύσει στο συγκεκριμένο παιδί, γεγονός που σημαίνει να εγκαταλείψουν μια προέκταση του εαυτού τους

Οι γονείς επιστρέφουν στην συναισθηματική και κοινωνική τους ισορροπία, αλλά τίποτα δεν μπορεί να ξαναγίνει όπως πριν. Ο Θρήνος των γονιών, σύμφωνα με τη Rolland (1990) διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και υπάρχουν πάντα διαστήματα εξάρσεων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι γονείς παραμένουν σε μια διαρκή κατάσταση θρήνου, όπως συμβαίνει στο χρόνια θρήνο.⁵³

Ο Horowitz (1997) αναφέρει συγκεκριμένα εμπειρικά τεκμηριωμένα κριτήρια για τη διάγνωση του περιπλεγμένου θρήνου. Από τα επτά κριτήρια αυτά θα πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον τα τρία 14 μήνες μετά την απώλεια. Τα κριτήρια αυτά περιλαμβάνουν παρειαφρυκτικά συμπτώματα (έντονες μνήμες και φαντασιώσεις, συναισθηματικά ξεσπάσματα, αναζήτηση της χαμένης σχέσης) και σημεία αποφυγής και αποτυχημένης προσαρμογής (αισθήματα μοναξιάς και κενού, αποφυγή άλλων ανθρώπων και τοποθεσιών, διαταραχές του ύπνου, απώλεια του ενδιαφέροντος για την εργασία και την κοινωνική ζωή.⁵⁴

Ο «τραυματικός Θρήνος» δεν αναφέρεται αποκλειστικά στην εμπειρία μιας ξαφνικής, βίαιης και τρομακτικής απώλειας, αλλά και στην εμπειρία Θρήνου υποκειμένων που είναι ευάλωτα ως προς την συμπεριφορά δεσμού

⁵³ Rolland, J. S. : Anticipatory loss: A family systems developmental framework, Family Process, 29, 229-244., 1992

⁵⁴ Horowitz DS, et al. : A new cyclophilin and the human homologues of yeast Prp3 and Prp4 form a complex associated with U4/U6 snRNPs. RNA 3(12):1374-87, 1997

:(α) συμπτώματα άγχους αποχωρισμού (separation distress) όπως εμμένουσες ιδέες για το πρόσωπο που αφορά η απώλεια, συμπεριφορά αναζήτησης του χαμένου προσώπου, αίσθηση μοναξιάς.

(β) συμπτώματα ψυχικού τραύματος (traumatic distress). όπως άρνηση της απώλειας, καχυποψία, θυμός, απομόνωση από τους άλλους, αίσθηση σοκ και ματαιότητας. Για να διαγνωσθεί τραυματικός θρήνος, θα πρέπει τα συμπτώματα αυτά να ακολουθούν μια απώλεια, να διαρκούν τουλάχιστον δυο μήνες και να οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικότητας του υποκειμένου.

Ο περιπλεγμένος Θρήνος συχνά συγχέεται με την κατάθλιψη. Ο Worden (1991) Θεωρεί ότι ποιοτικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης διαφέρουν από του περιπλεγμένου θρήνου. Για παράδειγμα, η αυτομομφή στο θρήνο είναι άμεση συσχετισμένη με τα γεγονότα που οδήγησαν στην απώλεια και δεν παίρνει τις γενικότερες διαστάσεις των συναισθημάτων αυτομομφής και αναξιότητας της κλινικής κατάθλιψης.

8.5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ - ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ

Αρκετοί ασθενείς φαίνεται να λαμβάνουν αρκετά φάρμακα για τις φοβίες τους, το άγχος , την κατάθλιψή τους. Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις των ψυχικά πασχόντων οι οποίοι έχουν χάσει συγγενικό τους πρόσωπο. Ο χαμός του προσώπου αυτού οδήγησε τους ασθενείς να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ψυχοφάρμακα. Από τους 17 στο σύνολο ψυχικών πασχόντων ασθενών βρέθηκαν 5 περιπτώσεις οι οποίες έχουν να κάνουν με το θάνατο κάποιου ατόμου της οικογένειας του ασθενή στο παρελθόν με αποτέλεσμα ο/η ασθενής να μην έχει ξεπεράσει ποτέ τον χαμό τους και να έχει πέσει σε κατάθλιψη. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς λαμβάνουν αρκετά φάρμακα διότι όπως δηλώνουν τους κάνουν να νιώθουν καλύτερα, δεν μπορούν να κοιμηθούν το βράδυ χωρίς αυτά.

Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της κ. Μαρίας

«το παίρνω εδώ και 5-6 χρόνια διότι είχα χάσει το παιδί μου. Να σου πω κορίτσι μου όταν χάσεις το παιδί σου είναι σαν ένα κάρβουνο που σε καίει. Πότε ηρεμεί και πότε ανάβει. Σε 28 ημέρες τον έχασα το γιό μου. Πονούσε η μέση του, ήταν ένας κούκλος πραγματικά.....»

Η κ. Μαρία δηλώνει με λίγα λόγια ότι δεν πρόκειται ποτέ να ξεπεράσει τον θάνατο του γιού της και το μόνο που κάνει είναι απλά να επιβιώνει με φάρμακα. Δήλωσε ότι παίρνει **seropram, triatec, inspra , zilabour και xoterna**

Στην ερώτηση για ποιο λόγο παίρνει seropram ξεκάθαρα είπε πως για τον θάνατο του γιού της και ότι χωρίς αυτά δεν μπορεί να ζήσει και δύσκολα κοιμάται τα βράδια.

Ακόμη μια ασθενής η κ. Βασούλα η οποία έχει νοσηλευτεί αρκετές φορές σε ψυχιατρική κλινική δήλωσε ότι :

«Μόλις όμως με αρραβόνιασαν οι δικοί μου με τον δεύτερο σύζυγό μου , ο γιός μου τότε ήταν 5 χρονών , η πεθερά μου ήθελε να με εκδικηθεί έλεγε ψέματα ότι ο σύζυγος μου κακομεταχειρίζεται το παιδί ότι είμαι Ιεχωβάς και άλλα πράγματα. Και τελικά μετά από δικαστήριο κατάφερε και μου πήρε το παιδί. Δεν ξέρω αν τα πιστεύετε εσείς οι σπουδαγμένοι αυτά τα πράγματα, όμως μου κάνανε μάγια. Στο δικαστήριο η κουμπάρα μου ψευδομαρτύρησε λέγοντας ότι έκανα έρωτα με τον σύζυγο μου μπροστά στο παιδί μου. Αργότερα όταν το παιδί έγινε 12 μπορούσε να αποφασίσει με ποιον θέλει να ζήσει. Μου το κρύψανε όμως ότι έγινε δικαστήριο και τελικά ο Πρόεδρος στο δικαστήριο έβγαλε απόφαση πως το παιδί μάλλον θέλει να ζήσει με τη γιαγιά του και τον παπού του.»

«Τάσεις για αυτοκτονία. Στην πάτρα όταν ήμουν έγκυος στο τρίτο παιδί μου, ήθελα να πέσω από την ταράτσα. Στον άντρα μου δεν το έλεγα ότι ήθελα να αυτοκτονήσω. Μετά μια φορά ήθελα να πέσω στον έκτο από την ταράτσα στην πολυκατοικία μιας φίλης μου. Από τότε πήγα σε νευρολόγο, και αργότερα όμως έκανα και άλλες απόπειρες με χάπια. Ευτυχώς με προλάβανε..... Μετά πήρα χάπια και μια φορά ήπια και χλωρίνη για να αυτοκτονήσω. 4 ημέρες ήμουν στο νοσοκομείο κλινικά νεκρή ... τελικά έζησα»

« ναι 2 φορές Θριάσιο, 2 φορές Δρομοκαίτειο . Εκεί ερχόταν κοινωνική λειτουργός. Τότε ήταν που σκότωσαν τον αδερφό μου σε τροχαίο.»

Ακόμη μια περίπτωση , όπου η ασθενής έχασε το γιό της σε τροχαίο. Η ασθενής δήλωσε ότι λαμβάνει 7 χάπια την ημέρα .

Δούλευα κάποτε με συμβάσεις 8μηνες στον ΟΤΕ, περιστασιακά. Έχω όμως στο όνομα μου μισό ταξί. Αλλά έχασα το παιδί μου πριν 3 χρόνια τον σκότωσε ένας με μηχανή και τον πέταξε στην νησίδα. Περπατούσε εκείνη την ώρα.

« Για μένα τότε τελείωσε η ζωή μου. Τον πρώτο χρόνο πήγαινα μόνο σε ψυχολόγο, μετά σε ψυχίατρο. Ξεκίνησα τα lexotanil αλλά τώρα έφτασα να παίρνω 7 χάπια την ημέρα. Sertralin, konolatrin, aketerem. Και έχω πρόβλημα με τα δόντια μου, έχω περιοδοντίτιδα.»

« Τα χάπια ναι εδώ και τρία χρόνια περίπου, Δεν μπορώ να τα κόψω. Το είχα πει και στους γιατρούς μου για τις αντιδράσεις μου, το ότι πηγαίνω στο νεκροταφείο και κάθομαι πολλές ώρες, ακόμα και το βράδυ. Στο σπίτι μου θέλω να έχω σκοτάδι. Τι να κάνω δεν μπορώ να τα κόψω. Είχα 2 καλά παιδιά και μια καλή οικογένεια και μου τα διέλυσαν όλα»

Σε ακόμη μια περίπτωση η κ. Τασία, δηλώνει πως χωρίς τα ψυχοφάρμακα δεν μπορεί να κοιμηθεί το βράδυ.

«νομίζω ναι έτσι λέγονται.. Αλλιώς δεν μπορώ να κοιμηθώ το βράδυ αλλιώς... Έχασα τον άντρα μου πριν 4 μήνες, ξαφνικά, είχε το στομάχι μου και έκανε εμετούς»

Ακόμη μια ασθενής η κ. Παναγιώτα που έχασε κοντινό της πρόσωπο λέει

«Πολλά χρόνια. Έχασα τον άντρα μου και έκανα και απόπειρα (αυτοκτονίας) με φυτοφάρμακα. Ο Θεός ξέρει πως την γλίτωσα...ήταν πολύ ισχυρά. Πήγαινα στον ψυχίατρο και τώρα στο ΙΚΑ μου γράφουνε αυτά τα φάρμακα»

Όλες οι παραπάνω περιπτώσεις σχετίζονται με τον θάνατο συγγενικού προσώπου των ασθενών και έχει επηρεάσει την ψυχολογική τους κατάσταση η οποία κάποιες φορές καλυτερεύει και είναι απαραίτητα τα ψυχοφάρμακα.

Υπάρχουν φυσικά και Άλλες περιπτώσεις και γεγονότα τα οποία δημιουργούν δύσκολες ψυχολογικές καταστάσεις όπως η κ. Βάσια η οποία υποστηρίζει ότι όταν έχασε την δουλειά της , την έπιασε κατάθλιψη

«Α: ναι πολύ ζορίστηκα πολύ και το γεγονός ότι δεν βγαίνω με ζορίζει. Καμιά φορά πηγαίνω στην Αγία Παρασκευή με τα πόδια κανένα μισάωρο απόσταση με τα πόδια έτσι για βόλτα για να ξεφύγω .

Ε: σας πιάνει κλεισούρα?

Α: ναι ναι.»

Βέβαια στην συγκεκριμένη ασθενή δεν ευθύνεται το σταμάτημα της εργασίας της, αλλά κυρίως το πρόβλημα που αντιμετωπίζει με την στένωση καρωτίδων όπως δηλώνει και ή ίδια. Η στένωση καρωτίδων είναι μια ιδιαίτερα επικίνδυνη νόσος Τα άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα, είναι απαραίτητο να τυγχάνουν άμεσα, ιατρικής αξιολόγησης και περίθαλψης. Όσο πιο γρήγορα αντιμετωπισθεί το ενδεχόμενο ενός ισχαιμικού επεισοδίου, τόσο λιγότερος είναι ο κίνδυνος για μόνιμες βλάβες πολύτιμων εγκεφαλικών ιστών.

«Έχω και το αυχενικό μου και στένωση καρωτίδων επίσης. Ανάλογα την ημέρα που θα σηκωθώ το πρωί , μπορεί να είμαι χάλια ή και με καλή διάθεση. Πολλές φορές που δεν είμαι καλά , φταίει η στένωση καρωτίδων»

Άλλη περίπτωση ασθενή , της κ. Μαρίας είναι το γεγονός ότι την κούρασε ψυχολογικά η κατάσταση του αδερφού της , ο οποίος είχε εργατικό ατύχημα και έμεινε παραπληγικός

«ναι και τυχερή και ευτυχισμένη... τώρα πως πάει αυτό με την κατάθλιψη (χαχαχαχα)... απλά ο αδερφός μου είχε ένα ατύχημα και έμεινε παραπληγικός . Το πήρα πολύ βαριά το γεγονός αυτό μου κόστισε και επίσης με κούρασαν τα δικαστήρια. Ανακατεύτηκα πολύ με ην υπόθεση. Πάλι καλά που αδερφός μου παίρνει αποζημίωση και κάποιο βοήθημα , δούλεψε σε δημόσια υπηρεσία και το ατύχημα έγινε στην εργασία του.»

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην εργασία αυτή επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε τις απόψεις, τις καταστάσεις και τα βαθύτερα ψυχολογικά αίτια τα οποία προκαλούν φοβίες σε ψυχολογικά πάσχοντες ασθενείς που επισκέφθηκαν το ιατρείο στοματικής-γναθοχειρουργικής ιατρικής ενός νοσοκομείου και συγκεκριμένα του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός»

Επίσης η έρευνα είχε ως σκοπό να εξετάσει την γνώμη των ψυχικά πασχόντων ασθενών σχετικά με την αντιμετώπιση τους από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και τους υπαλλήλους του νοσοκομείου αλλά και γενικότερα τις εμπειρίες των ασθενών από άλλα νοσοκομεία.

Η ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς, ή μια ανωμαλία η οποία προκαλεί πόνο ή και ανικανότητα, και η οποία δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη. Γενικά, η ψυχική νόσος καθορίζεται από ένα συνδυασμό του πώς ένα άτομο αισθάνεται, ενεργεί, σκέπτεται ή αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα. Είναι δυνατόν να σχετίζεται με συγκεκριμένες περιοχές ή λειτουργίες του εγκεφάλου ή και του υπόλοιπου νευρικού συστήματος, συχνά σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, αλλά μπορεί ακόμη και να συνδέεται με τα γονίδια ή την εμπειρία. Τα αίτια των ψυχικών διαταραχών ποικίλλουν και σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι ξεκάθαρα και κάποιες θεωρίες συγχωνεύουν ευρήματα από ένα ευρύ φάσμα πεδίων.

Από την διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας με την χρήση συνεντεύξεων οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε 17 πάσχοντες ασθενείς, που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο αναλύσαμε τις συζητήσεις από τις οποίες προέκυψαν αρκετά σημαντικές πληροφορίες.

Παρ' όλες τις δυσκολίες διεξαγωγής της έρευνας και κυρίως της μη συνεργασίας ορισμένων ιατρών αλλά και του περιορισμένου χρόνου και χώρου επιτεύχθηκε μια συνολική

Διαπιστώσαμε πως κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων οι περισσότεροι ερωτώμενοι ασθενείς ήταν ιδιαίτερα ομιλητικοί και δεν είχαν την πρόθεση να αποκρύψουν οποιοδήποτε στοιχείο είτε για την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν είτε για τις δυσάρεστες εμπειρίες της ζωής τους. Αυτό βοήθησε αρκετά στην σωστή ανάλυση των δεδομένων.

Όσον αφορά τις ερωτήσεις που τέθηκαν στους ασθενείς για την αντιμετώπιση τους από το προσωπικό του νοσοκομείου, οι ψυχικά πάσχοντες ασθενείς που

επισκέφθηκαν το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» στην πλειοψηφία τους έμειναν ευχαριστημένοι από την εξυπηρέτηση του νοσοκομείου από την εξέταση των γιατρών και από τον εξοπλισμό του νοσοκομείου. Επίσης αρκετοί από τους ερωτηθέντες είχαν επισκεφθεί ξανά στο παρελθόν το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» είτε για δικό τους ιατρικό πρόβλημα είτε για κάποιο συγγενή τους και όλοι τους δήλωσαν ότι το νοσοκομείο είναι πολύ καλό , ιδιαίτερα οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες και το προσωπικό.

Για την φροντίδα της στοματικής υγιεινής, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) περιποιείται κάθε μέρα τα δόντια, αν και η πλειοψηφία των ασθενών είχε κατεστραμμένα δόντια και σε πολλές περιπτώσεις φορούσαν μασελάκι ή έλειπαν πολλά δόντια. Αυτό προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεδομένης της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών. Δηλαδή, οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως έχουν μια μορφή κατάθλιψης η οποία τις περισσότερες φορές κάνει τον άνθρωπο να μην ενδιαφέρεται για την υγεία του, την περιποίηση του σώματος και κατ' επέκταση τη στοματική του υγιεινή.

Από το σύνολο των 17 συμμετεχόντων ασθενών , προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου 45%) παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξημένο άγχος κατά τη διάρκεια της εξέτασης των δοντιών τους. Ο φόβος του πόνου, της ενδεχόμενης εξαγωγής δοντιού, η μη εμπιστοσύνη προς το οδοντίατρο φαίνεται να προκαλεί άγχος στους ασθενείς ακόμα και πριν την εξέταση.

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων και αναζητώντας τα αίτια εκείνα τα οποία δημιούργησαν τα ψυχικά προβλήματα στους ασθενείς , το 40 % των ερωτηθέντων, οι οποίοι έχουν βιώσει στην ζωή τους τον θάνατο κοντινού τους συγγενή, όπως η βαριά περίπτωση της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής σε 2 ασθενείς φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την διάθεση για την φροντίδα του σώματος και της στοματικής υγιεινής. Ως εκ τούτου φαίνεται πως αυτά τα άτομα βρίσκονται σε ιδιαίτερα άσχημη ψυχολογική κατάσταση στην οποία η φαρμακευτική αγωγή με ψυχοφάρμακα είναι απαραίτητη και όπως δηλώνουν και οι ίδιοι οι ασθενείς αν δεν λάβουν κάποιο φάρμακο δεν μπορούν να ηρεμήσουν ή να κοιμηθούν τα βράδια. Επίσης, οι ερωτηθέντες ασθενείς φάνηκαν να έχουν ιδιαίτερη φοβία με τους γιατρούς και με την εξέταση του

στόματος, και ιδιαίτερα ανήσυχοι δηλώνοντας πως νιώθουν άγχος και θέλουν να σταματήσει ο πόνος, ή νιώθουν φοβία σε ενδεχόμενη εξαγωγή κάποιο δοντιού τους.

Από το σύνολο των 17 ερωτηθέντων, η πιο δύσκολη ψυχολογική κατάσταση φαίνεται να δημιουργείται στις περιπτώσεις όπου η μάνα έχασε από την ζωή κάποιο παιδί. Υπήρχαν τρεις τέτοιες περιπτώσεις στις συνεντεύξεις. Οι μητέρες αυτές δήλωσαν πως είναι ότι χειρότερο. «Είναι σαν σταματάει η ζωή σου», όπως είπε χαρακτηριστικά μια μητέρα. Ο πόνος και η κατάθλιψη που δημιουργείται από το γεγονός αυτό μπορεί να μην σταματήσει ποτέ, όσα χρόνια και αν περάσουν. Σε τέτοιες περιπτώσεις φαίνεται πως τα ψυχοφάρμακα βοηθάνε τον ασθενή και απαλύνουν παροδικά τον πόνο τους, τις τάσεις να κλείνεται στο σπίτι η ακόμα αποτρέπουν τις απόπειρες αυτοκτονίας. Εκτός από τον χαμό από την ζωή κάποιου συγγενικού μας προσώπου, υπάρχουν και άλλα γεγονότα τα οποία δημιουργούν άγχος, φοβίες, στρες και κατάθλιψη.

Αρκετά ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες ασθενείς δήλωσαν πως δείχνουν εμπιστοσύνη στους γιατρούς και ακολουθούν τις οδηγίες τους. Εκτός από 2-3 περιπτώσεις στις οποίες οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως δεν εμπιστεύονται τους ειδικευόμενους ασθενείς ή είχαν κάποιες άσχημες εμπειρίες με γιατρούς εκτός του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός».

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν ιδιαίτερα χρήσιμες πληροφορίες για την κατανόηση των βαθύτερων αιτιών που δημιουργούν τις δύσκολες ψυχολογικά καταστάσεις αλλά και φοβίες στους ψυχολογικά πάσχοντες ανθρώπους όταν έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα υγείας και στοματικής υγιεινής. Όλα τα ανωτέρω συμπεράσματα μπορούν να βοηθήσουν και να βελτιώσουν την εξυπηρέτηση και την διοίκηση του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», τον τρόπο συμπεριφοράς και αντιμετώπισης των ιατρών και του προσωπικού του νοσοκομείου απέναντι στους ασθενείς.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Δυστυχώς, μετά από τόσα χρόνια, ακόμα η κοινωνία αισθάνεται άβολα με την ψυχική ασθένεια, επειδή δεν μοιάζει με τις υπόλοιπες σωματικές ασθένειες, όπως οι καρδιακές παθήσεις και ο καρκίνος. Ο όρος ψυχική ασθένεια αντιπροσωπεύει το μυστηριώδες, το αινιγματικό, το ανεξιχνίαστο, το «άλλο», το ξένο από τη συλλογική ταυτότητα. Η ψυχική ασθένεια εμπνέει φόβο και ενστικτώδεις αναπόφευκτες συμπεριφορές στην κοινωνική αλληλεπίδραση, που έρχονται να «δικαιολογηθούν» από αντιλήψεις για τον πάσχοντα, σχετικές με το απρόβλεπτο της συμπεριφοράς του, την επικινδυνότητα, την κοινωνική δυσλειτουργία, την ανικανότητα ανταπόκρισής του σε απαιτήσεις της εργασιακής και οικογενειακής ζωής, αντιλήψεις που ανακαλούνται αυτόματα στον κοινό νου με το άκουσμα της φράσης «ψυχικά πάσχων».

Το στίγμα και η διαδικασία στιγματισμού περιλαμβάνουν δύο βασικά στοιχεία, την αναγνώριση του σημείου που διαφοροποιεί ή διακρίνει αυτόν που στιγματίζεται και την επαγόμενη απαξίωση του ατόμου. Πολλές σύγχρονες κοινωνίες θεωρούν τους ψυχικά πάσχοντες ως ντροπιαστική κατάσταση, τόσο για τους ίδιους, όσο και για την οικογένειά τους. Σε μερικούς πολιτισμούς, η ύπαρξη ενός συγγενούς με ψυχικό νόσημα μπορούσε να εμποδίσει την πρόοδο των άλλων μελών της οικογένειας, ακόμη και να καταστρέψει τις προοπτικές γάμου της νεαρής κόρης ή αδερφής.

Ένας από τους πιο σημαντικούς σκοπούς που θα πρέπει να έχει το κράτος είναι η σωστή και εξειδικευμένη αντιμετώπιση, η επανένταξη και η αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων και ιδιαίτερα των χρόνιων σχιζοφρενικών αρρώστων, ώστε καταρχήν να μην νιώθουν μειονεκτικά και να μπορούν να λειτουργούν στα επίπεδα της κοινωνικής ζωής μέσα στην κοινότητα και να μην επανεισάγονται στο ψυχιατρείο.

Δυστυχώς, ο στόχος αυτός δεν επιτεύχθηκε σχεδόν ποτέ σε ικανοποιητικό επίπεδο με αποτέλεσμα οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς να νιώθουν και να ζουν με αυξημένα προβλήματα υγείας και να μην υπάρχει ο σωστός τρόπος για την αντιμετώπιση τους είτε από τους γιατρούς είτε από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Η κοινωνία επίσης στο

σύνολο της Σύμφωνα με έρευνες η κοινωνικοπολιτιστική ενσωμάτωση του ψυχικά πάσχοντος ατόμου είναι αυτή που μειώνει τα ψυχονευρωσικά και φυσιολογικά συμπτώματα. Μια ολοκληρωμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας προωθεί την κοινωνικοπολιτιστική ενσωμάτωση του ατόμου.

Τέλος, ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί σε θέματα που σχετίζονται με την ηθική και την δεοντολογία που αφορούν στο ψυχικά πάσχων άτομο το οποίο συμμετέχει στην αποκατάσταση, στην οικογένεια και τον εργοδότη του. Ο άξονας από τον οποίο διαρθρώνονται οι αρχές και οι κανόνες της αποκαταστασιακής ηθικής είναι εκείνος των αρχών της ιατρικής δηλαδή: 1 . Η Αρχή της Αυτονομίας 2. Η Αρχή της Ωφέλειας 3. Η Αρχή της μη βλάβης 4. Η Αρχή της δικαιοσύνης Κάθε ιατρική διαδικασία πρέπει να τείνει στη διατήρηση του απόρρητου της φύσης και της λειτουργικότητας του αρρώστου, να το ωφελεί, να μην του προκαλεί βλάβες και να μην προσβάλλει το περί δικαίου αίσθημα.

Οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν κάθε αποκαταστασιακό χειρισμό είναι: i) Η προαγωγή της αυτονομίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ii) Η εξατομίκευση των αναγκών κάθε ατόμου iii) Η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών iv) Η καθαρότητα της επικοινωνίας Η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται με ειλικρίνεια για την πρόοδο ή τα προβλήματα του μέλους της στον τομέα της αποκατάστασης στον οποίο εκείνο συμμετέχει.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Όνοματεπώνυμο:..... Ηλικία:..... Φύλο: Α Θ

Ψυχ. Νόσημα (διάγνωση):..... Αγωγή:.....

Οδοντιατρική/Γναθοπροσωπική θεραπεία/νόσος/διάγνωση:

.....

Ημερομηνία:..... Είδος θεραπείας..... Διάρκεια Θεραπείας:.....

Ερωτήσεις

1. Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον οδοντίατρο/γναθοχειρουργό

Καθόλου 1 φορά τον χρόνο 2 φορές το χρόνο <2 φορές/έτος

2. Μπορείτε να υποδείξετε το λόγο της επίσκεψης/Ποιος ήταν ο λόγος επίσκεψης

Πόνος ή κάποιο άλλο σημείο- σύμπτωμα Προγραμματισμένος επανέλεγχος

Άλλος.....

3. Ήρθατε εκούσια ή σας προέτρεψε κάποιος άλλος (και ποιος)

4. Μπορείτε να περιγράψετε τη διάγνωση:

5. Αισθάνεστε φόβο, άγχος, ή αγωνία για τη θεραπεία/εξέταση?

Ναι Όχι

6. Πως κρίνετε τη συνεργασίας σας με τον θεράποντα ιατρό:

Κακή Ουδέτερη Καλή

7. Έχει αλλάξει η αρχική σας εντύπωση για τη συγκεκριμένη μορφή περίθαλψης μετά το τέλος της θεραπείας?

8. Πως κρίνετε το περιβάλλον (χώρο-εξοπλισμό)

Θετικά Ουδέτερα Αρνητικά

9. Πώς κρίνετε το λοιπό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, πλην θεράποντα

Θετικά Ουδέτερα Αρνητικά

10. Πόσο συχνά περιποιείστε το στόμα σας την ημέρα

Καθόλου 1 φορά 2 φορές ≥ 3 φορές

11. Η εμπειρία σας αυτή πιστεύετε επηρέασε τη γενική σας ψυχολογία (μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας) ;

Όχι Ναι (χειρότερα καλύτερα)

12. Μπορείτε να περιγράψετε τη θεραπεία:

13. Μπορείτε να υποδείξετε τι σας ενόχλησε περισσότερο:

14. Μπορείτε να υποδείξετε τι σας άρεσε περισσότερο:

15. Αν είναι κακή η συνεργασία σας με το θεράποντα ποιος φταίει:

ο θεράπων εσείς κάτι άλλο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καλαϊτζάκη Α., Η Επίδραση του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας στις Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ασθενών με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου και Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής, Ρέθυμνο 2000.
2. Μαδιανός Μ. *Κλινική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2004
Maier W. Prospects for genetic research in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2003, 16(Suppl2):S51-S61.
3. Νέστορος, Ι. Ν. Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους. Εκδόσεις: Gutenberg Αθήνα, 2000.
4. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, Γενεύη 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα.
5. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ:ΠΩΣ ΝΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ, Αθήνα, 2004.
6. American Psychiatric Publ, Washington, DC, 2001
Insel TR, Fenton WS. Future of Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds) *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 2005:4060-4064.
7. Anderson, M. (2007). Mental illness and criminal behaviour: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 243–250.
8. Avinash De Sousa, Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery, December 2008, Volume 46, Issue 8, p. 661–664.
9. Caplan G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books.

10. Dressing, H., & Salize, H.J. (2006). Forensic psychiatric assessment in European Union member states. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 282-289.
11. Colin A. Espie, Eric Freedlander, Linda M. Campsie, David S. Soutar, A.G. Robertson, Psychological distress at follow-up after major surgery for intra-oral cancer, 1989 Volume 33, Issue 4, p. 441-448.
12. Dougherty DD, Rauch SL. *Psychiatric neuroimaging research. Contemporary strategies.*
13. Bailey V, Graham P, Boniface D. How much child psychiatry does a general practitioner do ? *J R Coll Gen Pract* 1978, 28:621-626.
14. Birchwood M. Early intervention in schizophrenia: Theoretical back-ground and clinical strategies. *Br J Clin Psychol* 1992, 31:257-278.
15. Burack RC, Carpenter RR. The predictive value of the presenting complaint. *J Fam Pract* 1983, 16:749-754.
16. Butler G. *Managing Social Anxiety*. Oxford, Oxuniprint, 1992.
17. Davenport S, Goldberg D, Millar T. How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet* 1987, ii:439-440.
18. Docherty IP, van Kammen DP, Siris SG, Marder SR. Stages of onset of schizophrenic psychosis. *Am J Psychiatry* 1987, 135:420-426.
19. Falloon IRH. Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry* 1992, 55:4-15.
20. Falloon IRH, Kydd RR, Coverdale JH, Laidlaw TM. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996, 22:271-282.

21. Falloon IRH, Shanahan E, Laporta M. Prevention of major depressive episodes: Early intervention with family-based stress management. *J Ment Health* 1992, 1:53-60.
22. Finlay-Jones R, Brown GW. Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychol Med* 1981, 11:803-815.
23. Garralda E. Primary care psychiatry. In: Ruffer M, Taylor E, Hersov L (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Oxford, Blackwell Scientific Publ, 1994.
24. Garralda ME, Bailey D. Children with psychiatric disorders in primary care. *J Child Psychol Psychiatry* 1986, 27:611-624.
25. Garralda ME, Bailey D. Psychiatric disorders in general paediatric referrals. *Arch Dis Child* 1989, 64:1727-1733.
26. Goldberg DP, Steel JJ, Smith C, Spivey L. Training family doctors to recognize psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet* 1980, ii:521-523.
27. Hall D, Hill P, Elliman D. *The Child Surveillance Handbook*. 2nd ed. Oxford, Radcliff Medical Press, 1994.
28. Herz MI, Melville C. Relapse in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1980, 137:801-805.
29. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ. Family psychoeducation, social skills training, and medication in schizophrenia: The long and short of it. *Psychopharmacol Bull* 1987, 23: 12-15.
30. Eugenia M^a Díaz Almenara, Laura San Martín Galindo, Miguel Ruiz-Veguilla, Fear and anxiety in dental treatments and psychological interventions, published in *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 2013, p. 45-47.
31. Freckelton, I. (2005). Applications for release by Australians in Victoria found not guilty of offences of violence by reason of mental impairment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 375–404.

32. Grossman P, de Swart JC, Defares PB: A controlled study of a breathing therapy for treatment of hyperventilation syndrome. *J Psychosom Res* 1985; 29: 49-58.
33. Grunau RVE, Withfield MF, Petire JH, Fryer EL: Early pain experience, child and family factors, as precursors of somatization: a prospective study of extremely premature and fullterm children. *Pain* 1994; 56: 353-359.
34. Guarnieri P, Radnitz CL, Blanchard EB: Assessment of dietary risk factors in chronic headache. *Biofeedback Self Regul* 1990; 15: 15-25.
35. Guggisberg R, Leaderach K: Formal speech stylistics and type A behavior in 38 subjects during nonstress interviews. *Psychother Psychosom* 1981; 36: 86-91.
36. Guidelines on the management of asthma. State of the art. *Thorax* 1993; 48 (Suppl.S1): 1-24.
37. Gunthert E-A: Die Prostatopathie aus psychosomatischer Sicht. *Sexualmedizin* 1992; 21: 268-274.
38. Gutter A, Luban Plozza B: Familie als Risiko und Chance. Solothurn: Antonius-Verlag, 1978.
39. Habermas T: Heisshinger: Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Frankfurt: Fischer, 1990.
40. Habermas T: Muller M: Das Bulimiesyndrom: Krankheitsbild, Dyanmik und Therapie. *Nervenarzt* 1986; 57: 322-331.
41. Hafner H: Iatrogene Amalgam- Phobie. *Detutsch Arzteblatt* 1994; 91: 35-58.
42. Hahn P: Arztliche Popadeutik- Gespräch, Anamnese, Interview. Berlin: Springer, 1988.
43. Hahn P: Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht. Gottingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1971.

44. Hahn P: Zur Analyse der auslosenden Situation bei der sogenannten <<Herzphobie>>. Z Psychosom Med 1965; 11: 264-280.
45. Hahn P, Mayer H, Stanek W: Biometrische Befunde bei der Herzneurose. Z Psychosom Med Psychoanal 1973; 19: 231-264.
46. Hahn P, Nussel E, Stieler M: Psychosomatik und Epidemiologie des Herzinfarktes. Z Psychosom Med 1966; 12: 229-253.
47. Ham GC, Alexander F, Carmichael HTA: Psychosomatic theory of thyreotoxicosis. Psychosom Med 1951; 13: 18-35.
48. Harbauer H: Pathogene Elternhaltungen. Dtsch Arzteblatt 1977; 43: 2583-2586.
49. Harvey William: Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus. Sumptibus Gugliemo Fitzeri Francofort; 1628.
50. Hayes JP, Fitzgerald HX: Modern management of asthma in adults. Quart J Med 1993; 86: 693-696.
51. Heigel – Evers A, Heigel F, Ott J (Hrsg): Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart: Gustav Fischer, 1933: 222 ff.
52. Heinroth JC: Lehrbuch der Storungen des Seelenlebens oder der Seelenstorungen und ihrer Behandlung. Leipzig: Vogel Verlag, 1818.
53. Jenny Hainsworth, Dr Heather Buchanan, Clinical Psychology in Dentistry, A Guide to Commissioners of Clinical Psychology Services Briefing Paper No. 11, published in The British Psychological Society.
54. King, J. D. (2009). Candor, zeal, and the substitution of judgment: ethics and the mentally ill criminal defendant. American University Law Review, 58, 207- 266.
55. Maggiras, Dr Locker, Psychological Factors and perceptions of pain associated with dental treatment, Community Dent Oral Epidemiol 2002: 151-159, published in Community Dentistry and Oral Epidemiology.

56. Horowitz DS, et al. (1997) A new cyclophilin and the human homologues of yeast Prp3 and Prp4 form a complex associated with U4/U6 snRNPs. *RNA* 3(12):1374-87.
57. Humphris, H M M Clarke & R Freeman Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomised controlled trial with adults in general dental practice *British Dental Journal* 201, p. 33 - 35 (2006).
58. Maggiri J, Locker D, Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment, *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Apr;30(2):151-9.
59. Ruth Freeman, The psychology of dental patient care: Barriers to accessing dental care: patient factor, *British Dental Journal* 187, 141 - 144 (1999). Published online: 14 August 1999.
60. Rolland, J. S. (1990). Anticipatory loss: A family systems developmental framework, *Family Process*, 29, 229-244.
61. Rakesh Mittal and Meenakshi Sharma, Assessment of psychological effects of dental treatment on children, published in *Contemporary Clinical Dentistry*, 2012.
62. Sabshin M. The future of psychiatry. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA (eds) *Textbook of psychiatry*. 3rd ed. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1999:1963-1701.
63. Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of psychopharmacology*. 3rd ed. American Psychiatric Publ, Washington, DC, 2004.
64. Katon W. Depression: relationship to somatisation and chronic illness. *J Clin Psychiatry* 1984, 45:4-11.
65. Lam DH . Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychol Med* 1991, 21:423-441.

66. Lehman AAF, Carpenter WT Jr, Goldman HH, Steinwachs D. Treatment outcomes in schizophrenia: Implications for practice, policy, and research. *Schizophr Bull* 1995, 21:669-675.
67. Maguire G, Fairbairn S, Fletcher C. Benefit of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J* 1986, 1:268-270.
68. Marks JN, Goldberg D, Hiller VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979, 9:337-353.
69. McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: *Res Schizophr Bull* 1996, 22:327-345.
70. Mills JW. *Coping with stress*. New York, Wiley Press, 1982.
71. Olin SS, Mendick SA. Risk factors of psychosis: Identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull* 1996, 22:223-240.
72. Ormel J, van der Brink W, Koeter MWJ, Giel R, Vandermeer K, van de Willige G et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990, 20:909-923.
73. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry* 1986, 143:696-705.
74. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 85:83-88.
75. Scott Smith M, Mitchell J, McCauley EA, Calderon R. Screening for anxiety and depression in an adolescent clinic. *Pediatrics* 1990, 85:262-266.
76. Schulberg HC, McCelland M. A conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1987, 9:1-10.

77. Skuse D, Williams P. Screening for psychiatric disorder in general practice. *Psychol Med* 1984, 14:365-377.
78. Tarrier N, Barrowclough C, Bamrah JS. Prodromal signals of relapse in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991, 26: 157-161.
79. Tylee AT, Freeling P, Kerry S. Why do general practitioners recognize major depression in one woman patient yet miss it in another? *Br J Gen Pract* 1993, 43:327-330.
80. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996, 22:283-303.
81. Widmer RB, Cadoret RJ. Depression in primary care: changes in pattern of patient visits and complaints during a developing depression. *J Fam Pract* 1978, 7:293-302.
82. Wyatt L, Damiani L, Henter D. First-episode schizophrenia. Early intervention and medication discontinuation in the context of course and treatment. *Br J Psychiatry* 1998, 172 (Suppl 33):77-83.
83. Merton, R. (1949): *Social theory and social structure*, New York, The Free Press.
84. Mead, G.H. (1962): *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*, Chicago, Univ. of Chicago Press.