

Εκτίμηση ψυχικής υγείας

Teifion Davies και Tom Craig

Επισκόπηση

- Προβλήματα ψυχικής υγείας επηρεάζουν το 1/3 περίπου του ενήλικου πληθυσμού σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή, και όλοι οι κλινικοί θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την αναγνώριση και την αρχική εκτίμησή τους
- Η εκτίμηση ψυχικής υγείας ή ψυχιατρική εκτίμηση ακολουθεί ένα πρότυπο κλινικής εκτίμησης παρόμοιο με αυτό άλλων κλινικών ειδικοτήτων: ιστορικό της παρούσας αιτίας, τυπική εξέταση, διερεύνηση και διάγνωση
- Μια πλήρης εικόνα των προβλημάτων του ασθενούς μπορεί να δομηθεί κατά τη διάρκεια αρκετών συνεντεύξεων και να διευρευνηθεί συμπεριλαμβάνοντας το παράπλευρο ιστορικό από οικογένεια και φίλους
- Μια αρχική συνέντευξη με έναν στρεσαρισμένο ασθενή έχει σημαντική θεραπευτική αξία

Η ψυχιατρική στη φροντίδα υγείας

Τα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής είναι συνήθη: σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή περίπου το 1/3 του ενήλικου πληθυσμού αναφέρει ότι υποφέρει από στρεσογόνα συμπτώματα όπως ανησυχία, διαταραχές ύπνου ή ευερεθιστότητα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι ψυχικές διαταραχές είναι στις 5 πρώτες από τις 10 κορυφαίες αιτίες πρόκλησης ετών ζωής με αναπηρία, συνεισφέροντας περίπου στο 22% της ολικής ανικανότητας σε παγκόσμιο επίπεδο. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα αντιμετωπίσουν άτομα που βιώνουν προβλήματα ψυχικής υγείας, έτσι όλοι οι κλινικοί χρειάζονται βασικές δεξιότητες ψυχικής υγείας (Πλαίσιο 1.1).

Η ψυχιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με διαταραχές στις οποίες προεξάρχουν ψυχικά (συναίσθηματικά ή γνωστικά) ή συμπεριφορικά χαρακτηριστικά. Η αιτιολογία, η κλινική εικόνα και η πορεία αυτών των διαταραχών επηρεάζονται από διαφορετικούς παράγοντες. Τα συμπτώματά τους μπορεί να μπερδεύουν τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, και η αντιμετώπισή τους μπορεί να απαιτεί κοινωνικές και ψυχολογικές, καθώς και ιατρικές παρεμβάσεις. Δεν εκπλήσσει ότι αυτή η περίπλοκη κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε παρανοήσεις σχετικά με τον ρόλο των ψυχιάτρων (οι οποίοι δεν είναι κοινωνικοί λειτουργοί ούτε φύλακες) και μύθους σχετικά με την άσκηση της ψυχιατρικής.

Το μεγαλύτερο μέρος των ήπιων ψυχικών διαταραχών αντιμετωπίζονται πάντοτε από τους οικογενειακούς ιατρούς. Οι ασθενείς που παραπέμπονται σε ψυχιάτρους είναι με αυξανόμενη συχνότητα πιθανό να αντιμετωπιστούν στο σπίτι

Πλαίσιο 1.1 Επικράτηση ψυχιατρικής νοσηρότητας

- **Ψυχικά συμπτώματα:** 30% των ενηλίκων βιώνει ανησυχία, ένταση, ευερεθιστότητα ή διαταραχή ύπνου σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή
- **Όλες οι ψυχικές διαταραχές:** >20% των ενηλίκων σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή υποφέρει από προβλήματα ψυχικής υγείας. 25% των επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς έχει να κάνει με προβλήματα ψυχικής υγείας
- **Κατάθλιψη (συμπεριλαμβανομένης της μικτής αγχώδους-καταθλιπτικής διαταραχής):** 10% των ενηλίκων με κατάθλιψη την εβδομάδα. 55% με κατάθλιψη κάποια χρονική στιγμή
- **Αγχώδεις διαταραχές:** >10% των ενηλίκων έχει κλινικά σημαντικά συμπτώματα (περίπου 5% γενικευμένο άγχος, 5–10% φοβίες, 1% για καθεμία από τις εξής διαταραχές: ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και διαταραχή πανικού)
- **Αυτοκτονίες:** τα επίπεδα στο Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάζουν πτώση (τώρα 8/100.000 κατά έτος) αλλά ανεβαίνουν αλλού: 4.000 θάνατοι και περισσότερες από 100.000 απόπειρες κατά έτος: 5% όλων των ετών ζωής που χάνονται σε άτομα ηλικίας κάτω των 75 ετών
- **Αυτοτραυματισμοί:** 1 στα 600 άτομα αυτοτραυματίζεται σε βαθμό ικανό που να απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο. 1% αυτών τελικά αυτοτραυματίζεται θανάσιμα
- **Σχιζοφρένεια (και άλλες ψευδολογικές ψυχώσεις):** 0,4% των ατόμων που διαβίει στο σπίτι. 1% δια βίου κίνδυνος. 10 ασθενείς σε μια συνθιμισμένη λίστα γενικού ιατρού, αλλά 10.000 δεν είναι εγγεγραμμένοι
- **Διπολική συναισθηματική διαταραχή:** τουλάχιστον 2% των ενηλίκων
- **Διαταραχές προσωπικότητας:** 5–10% των νέων ενηλίκων
- **Διαταραχές σχετιζόμενες με το αλκοόλ:** 4,7% των ενηλίκων παρουσιάζει εξάρτηση από το αλκοόλ
- **Εξάρτηση από ουσίες:** 2,2% των ενηλίκων που ζουν σε σπίτι
- **Νευρογενής ανορεξία:** 1% των έφηβων κοριτσιών

από κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή, αν εισαχθούν σε ένα τμήμα οξέων περιστατικών, να πάρουν εξιτήριο μετά από βραχεία παραμονή. Πολλοί ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα παρατεταμένης (μακράς) νοσηλείας αποδεσμεύτηκαν στην κοινότητα με ποικίλους βαθμούς υποστήριξης και επίβλεψης. Αυτό το βιβλίο θα ασχοληθεί με τις αρχές και την κλινική πράξη της αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Ψυχιατρική εκτίμηση

Υπάρχει ένας μύθος ότι η ψυχιατρική εκτίμηση διαφέρει από αυτή που γίνεται στα πλαίσια άλλων ιατρικών ειδικοτήτων: δεν διαφέρει, ακολουθεί την οικεία διαδοχή του ιστορικού,

της εξέτασης (τόσο ψυχικής όσο και σωματικής) και της διερεύνησης, που οδηγούν στη διαφορική διάγνωση. Ένας άλλος μύθος λέει ότι η αντιμετώπιση δεν μπορεί να προχωρήσει χωρίς να έχει ληφθεί ένα εκτεταμένο ιστορικό που να εντυπώνει σε όλες τις πλευρές της ζωής ενός ασθενούς. Η διάγνωση μπορεί να πάρει μόνο λίγα λεπτά, αλλά πρέπει να αφιερωθεί χρόνος για την αποσαφήνιση των αρχικών εντυπώσεων, την εκτίμηση άμεσων κινδύνων και τη συλλογή πληροφοριών γύρω από προσωπικές και κοινωνικές καταστάσεις που τροποποιούν τα συμπτώματα ή επηρεάζουν την αντιμετώπιση και τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση.

Η ακρίβεια επιτυγχάνεται με στενή προσοχή στον τύπο της εξέλιξης των παρόντων συμπτωμάτων και την εξέταση της ψυχικής κατάστασης ενός ασθενούς. Μια πλήρης ψυχιατρική εκτίμηση απαιτεί λεπτομερές ατομικό ιστορικό, το οποίο μπορεί να δομηθεί σε μια σειρά συνεντεύξεων, αν ο ιατρός δεν είναι εξοικειωμένος με τον ασθενή. Το σημαντικό σημείο είναι ότι τέτοιες λεπτομέρειες έρχονται στο προσκήνιο όταν το βασικό πρόβλημα έχει εντοπιστεί με σαφήνεια.

Καλή τεχνική της συνέντευξης

Η τεχνική της συνέντευξης είναι σημαντική σε όλους τους ιατρικούς κλάδους. Μια καλή ψυχιατρική συνέντευξη περιλαμβάνει μια σειρά εστιασμένων διαδικασιών συλλογής πληροφοριών, στην οποία η συλλογή των γενικών πληροφοριών ακολουθείται από συγκεκριμένες ερωτήσεις για να αποσαφηνιστούν αμφιβολίες και να επιβεβαιωθούν ή απορριφθούν αρχικές εντυπώσεις (Πλαίσια 1.2 και 1.3).

Ανοιχτές ερωτήσεις

Η συνέντευξη ξεκινάει με ανοιχτές ερωτήσεις που σχετίζονται με τη φύση της παρούσας νόσου, οι οποίες ακολουθούνται από πιο εστιασμένες ερωτήσεις για να διευκρινιστούν οι χρονολογικές αλληλουχίες και η εξέλιξη των βασικών συμπτωμάτων. Οι ανοιχτές ερωτήσεις ενθαρρύνουν τους ασθενείς να μιλήσουν για ζητήματα άμεσου ενδιαφέροντος για τους ίδιους και βοηθούν να εδραιωθεί μια σχέση.

Πλαίσιο 1.2 Παραδείγματα χρήσιμων ανοικτών και κλειστών ερωτήσεων

Ανοιχτές ερωτήσεις

- Υπάρχει κάτι που σε προβληματίζει;
- Θα μπορούσες να πεις κάτι περισσότερο για αυτό/αυτά;
- Και...;
- Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να αναφέρεις (που σε ανησυχεί);
- Πες μου για την καθημερινή σου ρουτίνα (την οικογένεια, την ανατροφή σου)
- Υπάρχουν ερωτήσεις που θα ήθελες να μου κάνεις;

Κλειστές ερωτήσεις

- Πότε ξεκίνησαν αυτά τα προβλήματα (σκέψεις, συναισθήματα);
- Πώς σε επηρεάζουν (στη ζωή, την οικογένεια, τη δουλειά σου);
- Έχεις ξαναβιώσει κάτι τέτοιο στο παρελθόν;
- Τι πιστεύεις ότι προκάλεσε αυτά τα προβλήματα;
- Τι ακριβώς εννοείς όταν λες ότι νιώθεις καταθλιπτικά (παρανοϊκά, ότι δεν τα καταφέρνεις);
- Σε στιγμές σαν και αυτές, σκέφτεσαι καθόλου να δώσεις τέλος στη ζωή σου;
- Ακούς φωνές (ή βλέπεις εικόνες) όταν κανείς δεν φαίνεται να είναι εκεί;

Ερωτήσεις επιλογής

- Είναι σαν..., ή σαν..., ή σαν κάτι άλλο;

Πλαίσιο 1.3 Τι να κάνετε και τι να μην κάνετε κατά την ψυχιατρική συνέντευξη

Τι να κάνετε

- Αφήστε τον ασθενή να σας πει την ιστορία του
- Λάβετε υπόψη αυτά που λέει ο ασθενής με σοβαρότητα
- Αφήστε χρόνο να καταηγηθούν τα συναισθήματα
- Διερευνήστε για σκέψεις αυτοκτονίας ή βίας
- Να προσφέρετε επιβεβαίωση όταν είναι δυνατό
- Ξεκινήστε να χτίζετε μια σχέση εμπιστοσύνης
- Να θυμάστε ότι η ακρόαση του ασθενούς είναι μια ενεργός διαδικασία

Τι να μην κάνετε

- Μην χρησιμοποιείτε κλειστές ερωτήσεις πολύ σύντομα
- Μην δίνετε περισσότερη σημασία στις σημειώσεις σας απ' ό,τι στον ασθενή
- Μην είστε ούτε πολύ δύσκαμπτος ούτε πολύ ακατάστατος: εξασκήστε έλεγχο με ευελιξία
- Μην αποφεύγετε ευαίσθητα θέματα (όπως είναι οι ιδέες να βλάψει κάποιος τον εαυτό του ή άλλους) ή θέματα που προκαλούν αμηχανία (όπως το σεξουαλικό ιστορικό)
- Μην αποδίδετε μεγάλη βαρύτητα στην ιατρική ορολογία που μπορεί ο ασθενής να χρησιμοποιήσει (όπως καταθλιπτικός, παρανοϊκός)

Θυμηθείτε

- Βοηθήστε τον ασθενή σας να αισθανθεί άνετα – πρόκειται για συνέντευξη όχι για ανάκριση
- Να είστε ουδέτερος – να αποφύγετε την πίεση να μεροληπτήσετε ή να συμμαχήσετε με τον ασθενή ή ενάντια σε αυτόν

Κλειστές ερωτήσεις

Συγκεκριμένες κλειστές ερωτήσεις (ισοδύναμες με τη συστηματική διερεύνηση της γενικής ιατρικής) θα πρέπει να ακολουθούν μόνο όταν έχει προκύψει ένα καθαρό περίγραμμα της υποκείμενης διαταραχής. Αυτές οι ερωτήσεις συγκροτούν μια λίστα ελέγχου συμπτωμάτων που συχνά ανευρίσκονται σε παραλλαγές της πιθανής διαταραχής αλλά δεν αναφέρονται αυθόρμητα από τον ασθενή (όπως η ημερήσια διακύμανση της διάθεσης στη σοβαρή κατάθλιψη).

Ερωτήσεις επιλογής

Μερικές φορές οι ασθενείς δεν είναι εξοικειωμένοι με το να απαντούν σε ανοιχτές ερωτήσεις. Έτσι έχει συχνά η κατάσταση με τους εφήβους και τα παιδιά, που είναι περισσότερο συνηθισμένοι να τους λένε οι ενήλικοι πως αισθάνονται. Σε αυτές τις περιπτώσεις μια ερώτηση επιλογής μπορεί να είναι πιο χρήσιμη. Αυτή προτείνει μια ποικιλία πιθανών απαντήσεων στον ασθενή αλλά πάντοτε επιτρέπει και απαντήσεις εκτός του προτεινόμενου εύρους: «αισθάνεστε σαν..., ή, ..., κάτι άλλο;»

Σε κάθε θέμα η συνέντευξη θα πρέπει να κινείται ομαλά από τις ανοιχτές, στις περισσότερο κλειστές, εστιασμένες ερωτήσεις

Αρχική εκτίμηση

Το πρώτο και πιο σημαντικό στάδιο περιλαμβάνει τη λήψη μιας σαφούς αναφοράς των υφισταμένων προβλημάτων (παρούσα νόσος και ψυχική κατάσταση), των κοινωνικών συνθηκών και μιας εκτίμησης των συνυπαρχόντων σωματικών νοσημάτων (συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ουσιών) που μπορεί να επηρεάσουν την κλινική εικόνα.

Από τη στιγμή που η τρέχουσα κατάσταση έχει γίνει σαφής και έχει εδραιωθεί η επικοινωνία, θα πρέπει να χρησιμοποιη-

θούν κλειστές ερωτήσεις για να εκμαιευθούν συγκεκριμένα κομμάτια του ιστορικού. Στα θέματα που καλύπτονται σε αυτό το στάδιο συμπεριλαμβάνουν προηγούμενα ψυχιατρικά και ιατρικά προβλήματα του ασθενούς (και η αντιμετώπισή τους), η χρήση αλκοόλ και συνταγογραφούμενων και παράνομων φαρμάκων και το επίπεδο λειτουργικότητας στο σπίτι και τη δουλειά. Αρχικές υποψίες κινδύνου για τον ασθενή ή άλλους θα πρέπει να αποσαφηνίζονται ευγενικά αλλά εξονυχιστικά.

Εκτίμηση κινδύνου

Είναι μύθος το ότι το να ρωτά κάποιος για ιδέες αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς να σκεφτούν την αυτοκτονία για πρώτη φορά. Φευγαλέες σκέψεις αυτοκτονίας είναι συνήθεις σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι οι έντονες σκέψεις αυτοκτονίας μπορεί να είναι τρομακτικές, και οι πάσχοντες συχνά ανακουφίζονται όταν βρίσκουν κάποιον στον οποίο μπορούν να κάνουν τις αποκαλύψεις τους.

Πεποιθήσεις δίωξης, ειδικά όταν εστιάζονται σε συγκεκριμένα άτομα, θα πρέπει να εκμαιευθούν ξεκάθαρα καθώς συσχετίζονται με επικινδυνότητα. Οι ασθενείς που ζητούν πλήρη εμπιστευτικότητα –«υποσχέσου ότι δεν θα το πεις σε κανέναν»– θα πρέπει να επιβεβαιώνονται με συμπάθεια αλλά αυστηρά ότι το καθήκον του σεβασμού της εμπιστοσύνης τους μπορεί να υποχωρήσει μόνο μπροστά στο καθήκον να προστατευτεί η δική τους ασφάλεια ή η ασφάλεια άλλων.

Εκτίμηση ικανότητας

Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να θεωρείται ότι έχουν την ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις για τους ίδιους, τη φροντίδα τους και τη θεραπεία. Όταν υπάρχει αμφιβολία για αυτή την ικανότητα, θα πρέπει να εκτιμάται επισήμως σύμφωνα με τη νομοθεσία περί Πνευματικής Ικανότητας: αυτό το θέμα θα καλυφθεί με περισσότερες λεπτομέρειες στο Κεφάλαιο 21.

Εξέταση ψυχικής κατάστασης

Ενώ το ιστορικό σχετίζεται με γεγονότα και εμπειρίες μέχρι το παρόν, η εξέταση της ψυχικής κατάστασης επικεντρώνεται σε τρέχοντα συμπτώματα και σημεία με τη χρήση κλειστών ερωτήσεων. Αυτό βρίσκεται σε άμεση αντιστοιχία με τη σωματική εξέταση, και είναι μια προσπάθεια να εκμαιευθούν με αντικειμενικό τρόπο τα σημεία της ψυχικής διαταραχής. Η έμφαση τώρα δίδεται στη μορφή καθώς και στο περιεχόμενο των απαντήσεων σε καλά καθορισμένες ερωτήσεις που καλύπτουν μια ποικιλία ψυχικών φαινομένων. Για παράδειγμα η μορφή της σκέψης ενός ασθενούς μπορεί να είναι παραληρητική και το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών μπορεί να έχει σχέση με παθολογικές πεποιθήσεις για την οικογένεια ή τους γείτονες (Πλαίσιο 1.4).

Φυσική εξέταση και διερεύνηση

Η σχετική φυσική εξέταση είναι ένα σημαντικό κομμάτι της εκτίμησης και θα πρέπει να ακολουθεί όταν αυτό είναι πρακτικά δυνατό. Συνήθως απαιτεί μόνο απλή καρδιαγγειακή (σφύξεις, αρτηριακή πίεση) και νευρολογική (μυϊκός τόνος και αντανακλαστικά, εγκεφαλικές συζυγίες) εξέταση. Παρομοίως οι εργαστηριακές διερευνήσεις (Πλαίσιο 1.5) θα πρέπει να διενεργούνται, όπως ενδείκνυται, λαμβάνοντας υπόψη την προηγούμενη υγεία του ασθενούς και τη θεραπεία που θα εφαρμοστεί. Η επιλογή μπορεί να επηρεάζεται από

- Την ηλικία του ασθενούς

Πλαίσιο 1.4 Σημαντικά στοιχεία της εξέτασης ψυχικής κατάστασης

- **Εμφάνιση:** ενδυμασία, καθαριότητα, στάση σώματος και βάδιση
- **Συμπεριφορά:** έκφραση προσώπου, συνεργασία ή επιθετικότητα, δραστηριότητα, διέγερση, επίπεδο ενημερότητας (συμπεριλαμβανομένων σωματικών σημείων)
- **Ομιλία:** μορφή και τύπος, ένταση και ρυθμός, είναι ασυνάρτητη ή όχι, είναι λογική και συμβατή με την ερώτηση;
- **Διάθεση:** απαθής, ευερέθιστη, ευμετάβλητη, αισιόδοξη ή απαισιόδοξη, σκέψεις αυτοκτονίας, συμφωνούν η αναφερόμενη εμπειρία και η παρατηρούμενη διάθεση;
- **Σκέψη:** ιδιαίτερες προκαταλήψεις, ιδέες και πιστεύω, είναι λογικά, εγκυςτωμένα ή παραληρητικά; Αφορούν στην ασφάλεια του ασθενούς ή άλλων ατόμων;
- **Αντίληψη:** διαταραχές, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι ψευδαισθήσεις, συμβαίνουν σε κάθε αισθητηριακή οδό (ακουστική, οπτική, οσφρητική, γευστική, απτική)
- **Διανοητικό επίπεδο:** σύντομη σημείωση γνωστικών και νοητικών λειτουργιών, είναι ο ασθενής προσανατολισμένος στον χρόνο, τον χώρο, τα πρόσωπα; Είναι ο ασθενής ικανός να λειτουργήσει νοητικά στο επίπεδο που αναμένεται με βάση το ιστορικό του;
- **Εναισθησία:** πώς ο ασθενής ερμηνεύει ή πού αποδίδει τα συμπτώματά του;

- Γνωστά ή ύποπτα συνυπάρχοντα σωματικά νοσήματα
- Κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών
- Θεραπεία που θα χορηγηθεί (π.χ. αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά ή λίθιο). Ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πριν από την έναρξη αγωγής με γαστρες καρδιακές ανεπιθύμητες ενέργειες, και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) θα πρέπει να υπολογίζεται πριν από την έναρξη αγωγής με φάρμακα που επηρεάζουν τον μεταβολισμό
- Συγχορηγούμενη αγωγή (αρκετά φάρμακα ενισχύουν τις καρδιακές ανεπιθύμητες ενέργειες αντικαταθλιπτικών και αντιψυχωσικών).

Περαιτέρω έρευνα

Η δεύτερη μεγάλη φάση της εκτίμησης περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών που θα τοποθετήσουν την παρούσα

Πλαίσιο 1.5 Εξετάσεις και διερευνήσεις

- **Πρωτογενές επίπεδο:** γενική αίματος (συμπεριλαμβανομένης της μορφολογίας των ερυθροκυττάρων), ηλεκτρολύτες, έλεγχος ηπατικής λειτουργίας, ηλεκτροκαρδιογράφημα, τοξικολογικός έλεγχος ούρων, έλεγχος αναπνοής για αλκοόλ
- **Δευτερογενές επίπεδο:** ακτινογραφία θώρακος, ακτινογραφία κρανίου, νεφρική λειτουργία (π.χ. κάθαρση κρεατινίνης), βιοχημικές εξετάσεις αίματος (π.χ. ασβέστιο, γλυκόζη, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, θυρεοειδική λειτουργία, επίπεδα φαρμάκων, B₁₂, σίδηρος), ορολογικές δοκιμασίες (π.χ. σύφιλη, ηπατίτιδα, HIV)
- **Τριτογενές επίπεδο:** ηλεκτροεγκεφαλογράφημα με στέρηση και χωρίς στέρηση ύπνου, αξονική και μαγνητική τομογραφία, ηλεκτρομυογράφημα
- Αυτή η προσέγγιση αποσαφηνίζει την επιλογή των ψυχιατρικών διερευνήσεων
- Οι εξετάσεις του πρωτογενούς επιπέδου θα πρέπει να γίνονται σε κάθε ασθενή, και αν παραλειφθούν θα πρέπει να καταγραφούν οι αιτίες
- Οι εξετάσεις δευτερογενούς και τριτογενούς επιπέδου θα πρέπει να διενεργηθούν μόνο αν κάτι τέτοιο ενδείκνυται από την κλινική εικόνα, από άλλα ευρήματα ή τη γνώμη ειδικού, και οι αιτίες για τη διενέργειά τους θα πρέπει να καταγραφούν

νόσο στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ασθενούς, της προ νοσηρής προσωπικότητας και των τρεχουσών καταστάσεων. Αυτή η φάση επίσης ακολουθεί το σχήμα των ανοιχτών και έπειτα κλειστών ερωτήσεων, αλλά λόγω του εύρους των θεμάτων που πρέπει να καλυφθούν είναι συχνά το πιο μακροσκελές συστατικό στοιχείο μιας ψυχιατρικής εκτίμησης. Όποτε κάτι τέτοιο είναι εφικτό, πρέπει να λαμβάνεται ένα παράπλευρο ιστορικό από αυτούς που γνωρίζουν τον ασθενή (οικογένεια, φίλοι ή φροντιστές).

Για έναν διαταραγμένο ασθενή που είναι μπερδεμένος από τις παράδοξες εμπειρίες του, η συνέντευξη μπορεί να είναι μια πολύ φάση και ο ιατρός δεν θα πρέπει να την αφήσει αναξιοποίητη.

Πολλές από αυτές τις πληροφορίες μπορεί να μην είναι διαθέσιμες αρχικά ή μπορεί να χρειαστεί πολύς χρόνος για να συγκεντρωθούν σε ένα πολυάσχολο ιατρείο ή τμήμα επειγόντων περιστατικών. Δεν υπάρχει λόγος να καθυστερήσει η επείγουσα αντιμετώπιση όσο αναζητούνται αυτές οι πληροφορίες. Παρομοίως, ευαίσθητα θέματα, όπως το ψυχοσεξουαλικό ιστορικό ενός ασθενούς, δεν θα πρέπει να αποφεύγονται αλλά μπορεί να διερευνηθούν πιο εύκολα όταν έχει κερδηθεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς.

Θεραπευτική σημασία της ψυχιατρικής συνέντευξης

Η συνέντευξη είναι κάτι περισσότερο από μια διαδικασία συλλογής πληροφοριών: είναι το πρώτο στάδιο της ενεργού αντιμετώπισης. Αυτή μπορεί να είναι η πρώτη ευκαιρία για έναν ασθενή να πει όλη την ιστορία του ή να ληφθεί υπόψη σοβαρά, και αυτή η εμπειρία θα πρέπει να είναι από μόνη της επωφελής. Στη διάρκεια της συνέντευξης θα πρέπει να δοθεί χρόνος για να καταλαγιάσουν τα έντονα συναισθήματα και να γίνουν τα πρώτα βήματα προς την κατεύθυνση μιας θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης. Η ισορροπία μεταξύ της συλλογής πληροφοριών και των θεραπευτικών πλευρών της συνέντευξης χάνεται εύκολα αν, για παράδειγμα, ο ιατρός χρησιμοποιεί αποκλειστικά ένα προκαθορισμένο ερωτηματολόγιο ή μια λίστα ελέγχου συμπτωμάτων.

Κατανοώντας τα ψυχιατρικά συμπτώματα

Παρότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να είναι εμφανώς παράξενα, πολλά αναγνωρίζονται ως μέρος της φυσιολογικής εμπειρίας. Αυτή η κατάσταση είναι παρόμοια με την εκτίμηση του πόνου: ο ιατρός δεν μπορεί να βιώσει τον πόνο του ασθενούς, ούτε να τον μετρήσει αντικειμενικά, είναι όμως ικανός να εκτιμήσει τη σημασία του. Μπορεί να δομηθεί ένα πρότυπο συγκρίνοντας τον αναφερόμενο πόνο του ασθενούς –την ένταση, την ποιότητα και την εντόπιση του– παρατηρώντας τη συμπεριφορά του ασθενούς και οποιαδήποτε αναπηρία που σχετίζεται με αυτόν. Παρομοίως, τα παράπονα των ασθενών ότι νιώθουν καταθλιπτικά μπορεί να συνδεθούν με συγκεκριμένα γεγονότα στη ζωή τους, με μια διάχυτη αίσθηση χαμηλής αυτοεκτίμησης ή με σωματικά γνωρίσματα, όπως ο διαταραγμένος ύπνος και η ημερήσια διακύμανση της διάθεσης.

Ένας άλλος μύθος είναι ότι η ασάφεια των ψυχιατρικών γνωρισμάτων καθιστά αδύνατη τη διάγνωση (Πλαίσιο 1.6). Στην πραγματικότητα, οι ψυχιατρικές διαγνώσεις που βασίζο-

Πλαίσιο 1.6 Μερικοί προβληματικοί όροι που χρησιμοποιούνται στην ψυχιατρική

- Η **ψύχωση** έχει θεωρηθεί βέλτιστα ως μια διαδικασία στην οποία η εμπειρία και η λογική του ασθενούς δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα. Ψυχωτικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες) μπορεί να παρουσιαστούν παροδικά σε αρκετές σωματικές και ψυχικές διαταραχές και δεν είναι παθολογικά οποιασδήποτε διαταραχής. Ψυχωτικές διαταραχές είναι αυτές που χαρακτηρίζονται από ψυχωσικά συμπτώματα
- **Νεύρωση** είναι ένας όρος «βαθίτσα» για διαταραχές στις οποίες επικρατούν άγχος ή συναισθηματικά συμπτώματα. Καθίσταται δύσκολο στην καθώς είναι δύσκολο να οριστεί, έχει εφαρμοστεί ευρέως και δεν είναι διευκρινιστική της αιτιολογίας, της έντασης ή της πορείας
- **Παραλήρημα** είναι μια εσφαλμένη πεποίθηση που υποστηρίζεται με απόλυτη βεβαιότητα και δεν αναστρέπεται με επιχειρήματα ή με ερμηνεία βάσει του πολιτισμικού περιβάλλοντος του πάσχοντος. Μπορεί να είναι παράδοξο, αν και όχι απαραίτητα
- **Ψευδαίσθηση** είναι μια λανθασμένη αντίληψη που προκύπτει χωρίς να υπάρχει εξωτερικό ερεθίσμα: βιώνεται ως πραγματική και ζωντανή και ως λαμβάνουσα χώρα στο εξωτερικό περιβάλλον (δηλαδή «έξω» από το κεφάλι του ασθενούς). Αντιθέτως, **παράισηση** είναι η λανθασμένη ερμηνεία ενός πραγματικού εξωτερικού ερεθίσματος
- **Σύγχυση** είναι μια ήπια και παροδική κατάσταση, στην οποία υπάρχει διακύμανση στο επίπεδο συνείδησης, με διαταραχή της προσοχής και της μνήμης
- Το **ντελίριο** υποδηλώνει μια πιο σοβαρή διαταραχή της συνείδησης, συνήθως οργανικής αιτιολογίας, με ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες

νται στα τρέχοντα ταξινομητικά συστήματα, είναι εξαιρετικά αξιόπιστες. Είναι αληθές ότι δεν υπάρχουν παθολογικά σημεία στην ψυχιατρική – δηλαδή τα περισσότερα σημεία στην ψυχιατρική έχουν από μόνα τους χαμηλή προγνωστική αξία, καθώς παρόμοια γνωρίσματα μπορεί να υπάρχουν σε αρκετές διαφορετικές διαταραχές. Η μορφή των συμπτωμάτων και των σημείων είναι που έχει εξέχουσα σημασία.

Στην πράξη, μπορούμε να κατανοήσουμε τη σχέση μεταξύ γνωρισμάτων και διαταραχών αν απεικονίζοντας μια ιεράρχηση στην οποία οι οργανικές διαταραχές βρίσκονται στην κορυφή, οι ψυχώσεις και οι νευρώσεις στη μέση και τα στοιχεία προσωπικότητας στη βάση (Εικόνα 1.1). Μια διαταραχή είναι πιθανό να παρουσιάζει γνωρίσματα οποιασδήποτε από αυτές που βρίσκονται κάτω από αυτή στην ιεραρχία κάποια στιγμή κατά την πορεία της, αλλά είναι απίθανο να παρουσιάζει γνωρίσματα μιας διαταραχής που βρίσκεται πάνω από αυτή. Έτσι, η διάγνωση της σχιζοφρένειας εξαρτάται από την παρουσία συγκεκριμένων παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων και συχνά θα συμπεριλαμβάνει συμπτώματα άγχους, καταθλιπτικής διάθεσης ή ιδεοληψιών. Είναι πολύ λιγότερο πιθανή αν υπάρχει διαταραχή του επιπέδου συνείδησης (χαρακτηριστικό του ντελίου, που είναι υψηλότερα στην ιεραρχία). Αντιστρόφως, παράγοντες στα πλαίσια της προσωπικότητας θα επηρεάσουν την κλινική εικόνα όλων των ψυχικών (και σωματικών) διαταραχών καθώς βρίσκονται στη βάση της ιεραρχίας.

Συνοψίζοντας τα ευρήματα

Μια μεμονωμένη διάγνωση σπανίως δικαιολογεί την πολυπλοκότητα μιας κλινικής εικόνας, ούτε και παρέχει έναν επαρκή οδηγό για αντιμετώπιση. Η διαγνωστική διατύπωση είναι μια συνοπτική περίληψη του ιστορικού του ασθενούς,



Εικόνα 1.1 Διαγνωστική ιεράρχηση ψυχιατρικών διαταραχών

- Κάθε επίπεδο *περιλαμβάνει* όλα τα συμπτώματα όρων των κατώτερων επιπέδων. Μια διαταραχή μπορεί να παρουσιάσει οποιαδήποτε από τα συμπτώματα των διαταραχών κάτωθι της σε κάποια χρονική στιγμή, αλλά αυτά δεν είναι χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής
- Κάθε επίπεδο *αποκλείει* συμπτώματα τυπικά ανώτερων επιπέδων
- Σε ασθενείς με διαταραχή υψηλότερου επιπέδου (όπως σχιζοφρένεια) μπορεί να είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα του χαμηλότερου επιπέδου (όπως η κατάθλιψη)
- Τα διαρκή στοιχεία της προσωπικότητας και του χαρακτήρα ενός ασθενούς θα τροποποιήσουν την εικόνα των συμπτωμάτων του στις υπηρεσίες υγείας
- Συνυπάρχοντα σωματικά νοσήματα και θεραπείες θα επηρεάσουν και θα επηρεαστούν από την εικόνα της ψυχικής διαταραχής

των τρεχουσών καταστάσεων και των κύριων προβλημάτων: στοχεύει να θέσει τη διάγνωση σε πλαίσιο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στον συγκερασμό σημαντικών πληροφοριών, όπως όταν γίνεται μια παραπομπή σε ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες (Πλαίσιο 1.7). Μια κατάλληλη παραπομπή σε τέτοιου είδους υπηρεσίες θα πρέπει να περιλαμβάνει

- Περιγραφή της παρούσας νόσου, της έντασης και της διάρκειάς της
- Σχετικό τωρινό και προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και φαρμακευτική αγωγή
- Ευρήματα της εξέτασης της ψυχικής κατάστασης
- Σωματική υγεία και όποια φαρμακευτική αγωγή
- Εκτίμηση του βαθμού του επείγοντος αναφορικά με την ύπαρξη κινδύνου για τον ασθενή και τους άλλους
- Ενδείξεις των προσδοκιών του παραπέμποντος (εκτίμηση, συμβουλή, εισαγωγή)
- Πολύ επείγοντα αιτήματα μπορεί να είναι σύντομα αλλά θα πρέπει να ενισχύονται με τηλεφωνική επικοινωνία

Πλαίσιο 1.7 Παράδειγμα μιας επείγουσας παραπομπής σε ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες

Ο κύριος Α. είναι ένας 35χρονος παντρεμένος άνδρας με ένα ιστορικό σοβαρής κατάθλιψης εδώ και 3 χρόνια, η οποία ελέγχεται με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Τον έφερε στο ιατρείο μου ο αδερφός του καθώς προσπαθούσε να παραβιάσει μια εκκλησία υπό το κράτος θρησκευτικών παραληρητικών ιδεών μεγαλείου ότι ήταν ο νέος Χριστός. Παρουσίαζε επίσης ευερέθιστη διάθεση και πίεση πόνου, στοιχεία που υποδήλωναν μανιακό επεισόδιο. Συμφωνεί να μείνει στο νοσοκομείο σήμερα. Παρακαλώ προβείτε σε εκτίμηση επείγοντως ενόψει του κινδύνου για τον εαυτό του και άλλους.

Συνέπειες των ψυχικών διαταραχών

Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές συχνά υφίστανται *στιγματισμό* – την εμπειρία του να γίνονται διακρίσεις εις βάρος τους και να απορρίπτονται από άλλους, και ένα συνακόλουθο αίσθημα ντροπής και αποτροπιασμού. Μπορεί επίσης να υπάρχουν άλλες σοβαρές συνέπειες.

Επίπεδα θνησιμότητας

Οι ψυχιατρικές διαταραχές συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου από όλες τις αιτίες, και το προτυποποιημένο πληθικό θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (SMR) μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα είναι περίπου 1,6 (δηλαδή περίπου 1,6 φορές πάνω από τα επίπεδα στον γενικό πληθυσμό). Τα επίπεδα θνησιμότητας είναι υψηλότερα μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια (SMR 1,76), των ανδρών (SMR 2,24) και των νεότερων ασθενών (SMR 8,82 για τις ηλικίες μεταξύ 14 και 24 ετών). Οι αποκαλούμενοι θάνατοι που μπορούν να αποφευχθούν είναι 4 φορές υψηλότεροι σε ασθενείς με ψυχιατρικές διαγνώσεις απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Μέρος αυτής της διαφοράς οφείλεται στις αυτοκτονίες και τη βία, ένα άλλο μέρος σε υψηλότερα επίπεδα αναπνευστικών, καρδιακών και άλλων νοσημάτων και ένα άλλο στην έλλειψη κατάλληλης φροντίδας υγείας. Σε μερικές έρευνες πάνω από το 50% των ασθενών κάπνιζε πάνω από 15 τσιγάρα την ημέρα.

Επίπεδα ανικανότητας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι οι ψυχικές διαταραχές έχουν μια δυσανάλογη επίδραση στην ανικανότητα σε παγκόσμιο επίπεδο: διαταραχές διάθεσης, σχιζοφρένεια και κατάχρηση αλκοόλ προκαλούν περίπου το 20% των ημερών με αναπηρία. Μόνη της η κατάθλιψη ευθύνεται για σχεδόν το 5% του παγκόσμιου κόστους της νόσου, είναι χειρότερη στις γυναίκες και στις αναπτυσσόμενες χώρες και ελαττώνει τα ποσοστά αποκατάστασης από μια πλειάδα σωματικών νοσημάτων.

Ικανότητα για οδήγηση

Ένας οδηγός με ψυχική διαταραχή έχει ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο να εμπλακεί σε αυτοκινητιστικό ατύχημα, με τις διαταραχές προσωπικότητας, την τοξίκωση από αλκοόλ και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας να συνεισφέρουν στο μεγαλύτερο ποσοστό αυτής της αύξησης. Μερικές διαταραχές (όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική συναισθηματική διαταραχή) επηρεάζουν το δικαίωμα του οδηγού να κατέχει άδεια οδήγησης, τουλάχιστον κατά την οξεία φάση της νόσου και για 6–12 μήνες μετά από αυτή. Για άλλες διαταραχές, η περίοδος αφαίρεσης του διπλώματος οδήγησης εξαρτάται από τη βαρύτητα της κατάστασης και μπορεί να είναι μόνιμη για κάποιες καταστάσεις (όπως η σοβαρή άνοια). Οι ασθενείς έχουν το καθήκον να ενημερώνουν τις αρχές που παρέχουν τα διπλώματα οδήγησης για οποιαδήποτε τέτοια διαταραχή, και το ίδιο θα πρέπει να κάνει ο ιατρός αν ο ασθενής δεν είναι ικανός ή είναι απρόθυμος να κάνει κάτι τέτοιο. Θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα να ενημερώνονται οι ασθενείς για πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας που μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητά τους για οδήγηση.

Άλλες πλευρές

Το να πάσχει κάποιος από ψυχική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει τα ασφάλιστρα ζωής, ενώ η νοσηλεία κάποιου υπό τον Νόμο περί Ψυχικής Υγείας μπορεί να περιορίσει τα εκλογικά