

Επείγοντα Ψυχιατρικά Προβλήματα

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΩΝΣΤΑ

Τα επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα περιλαμβάνουν διαταραχές στη σκέψη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά οι οποίες απαιτούν άμεση θεραπευτική παρέμβαση. Ανάλογα με τη βαρύτητά τους, τα επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα διακρίνονται σε μείζονα και σε ελάσσονα. Μείζονα χαρακτηρίζονται τα περιστατικά, τα οποία, ενέχουν κινδύνους για τη ζωή του ασθενούς, του άμεσου περιβάλλοντός του και του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού που εμπλέκεται στη αντιμετώπισή τους, όπως η απόπειρα αυτοκτονίας, η βίαιη και επιθετική συμπεριφορά και η οξεία συγχυτική διεγερτική κατάσταση από χρήση τοξικών ουσιών. Ελάσσονα είναι τα περιστατικά εκείνα που δεν είναι απειλητικά για τη ζωή του ασθενούς και την ασφάλεια του περιβάλλοντός του, όπως οι έντονες αγχώδεις αντιδράσεις που εμφανίζονται σε κρίσεις πανικού, διαταραχές μετατροπής, υποχονδριακές διαταραχές και σε γεγονότα όπως απώλεια προσφιλούς προσώπου και φυσικές καταστροφές.

Ο γιατρός του τμήματος επειγόντων περιστατικών είναι αυτός που καλείται να αντιμετωπίσει το επείγον ψυχιατρικό πρόβλημα, για το λόγο αυτό είναι σημαντική η γνώση βασικών ψυχιατρικών εννοιών που θα συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση και στην αποτελεσματική διαχείριση του περιστατικού. Άμεσοι στόχοι της επείγουσας παρέμβασης είναι οι παρακάτω:

1) Έλεγχος του ασθενούς ώστε να διασφαλιστεί η ακεραιότητα τόσο του ιδίου, όσο και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

2) Αναζήτηση των αιτιών της διαταραγμένης συμπεριφοράς.

3) Επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης.

4) Παραπομπή ή όχι σε ψυχιατρικό τμήμα και αναγκαιότητα κλήσης ή μη συμβούλου ψυχιάτρου.

Τα συχνότερα επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα είναι τα εξής:

- Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- Βίαιη και επιθετική συμπεριφορά
- Οργανικές ψυχικές διαταραχές
- Ανεπιθύμητες ενέργειες ψυχιατρικών φαρμάκων ή τοξικών ουσιών
- Οξείες αγχώδεις αντιδράσεις

Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

Το ποσοστό των αυτοκτονιών εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις σε παγκόσμια κλίμακα. Στις ΗΠΑ 12 θάνατοι στους 100.000 οφείλονται σε αυτοκτονία. Στις βόρειες και κεντρικές ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό είναι 15-25 στους 100.000 θανάτους, ενώ στην Ουγγαρία φθάνει τους 40 στους 100.000 θανάτους. Η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα μικρότερα ποσοστά στον κόσμο (4 στους 100.000), γεγονός που πιθανώς οφείλεται σε αδυναμία καταγραφής των πραγματικών περιστατικών. Η απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή, ακόμη και αν δε δείχνει σοβαρή. Σε ποσοστό 19-24% των αυτοκτονηθέντων είχε προηγηθεί απόπειρα αυτοκτονίας. Οι συνηθέστεροι τρόποι απόπειρας είναι η λήψη φαρμάκων, ο αυτοπυροβολισμός, ο απαγχονισμός, η πτώση από ύψος και ο πνιγμός. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι οι παρακάτω:

- Ανδρικό φύλο
- Ηλικία >45 ετών
- Διαζύγιο ή χηρεία
- Ψυχική νόσος (κατάθλιψη, ψύχωση)
- Χρόνια σωματική νόσος
- Κατάχρηση ουσιών
- Έλλειψη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων

- Πρώιμη γονεϊκή στέρηση
- Προηγούμενη απόπειρα

Η προσέγγιση του ατόμου που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, στο χώρο των επειγόντων πρέπει να γίνει με προσοχή και ψυχραιμία ώστε να υπάρξει σωστή αξιολόγηση του περιστατικού. Ο ασθενής με αυτοκτονικό ιδεασμό έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και χρειάζεται υποστήριξη από την πλευρά του γιατρού. Ο ψυχίατρος πρέπει να ενημερώνεται άμεσα και σε περίπτωση που δεν υπάρχει, είναι σημαντικό να εξασφαλίζεται ψυχιατρική παρακολούθηση. Η εισαγωγή του ασθενούς, η παραπομπή του σε ψυχιατρικό τμήμα ή η αντιμετώπισή του σαν εξωτερικός ασθενής αποτελούν σημαντικές κλινικές αποφάσεις. Υπολογίζεται ότι το 10% των αποπειραθέντων χρειάζεται άμεση νοσηλεία, το 25% δεν χρειάζεται ειδική θεραπεία, ενώ το υπόλοιπο 65% απαιτεί κατάστροψη ψυχιατρικής παρέμβασης και στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον. Η ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας, η παρορμητική συμπεριφορά, η έλλειψη οικογενειακού ή κοινωνικού στηρίγματος και η ψυχιατρική νοσηρότητα είναι ισχυρές ενδείξεις νοσηλείας. Σκοπός της νοσηλείας είναι η προστασία της ζωής του ασθενούς, η σωστή διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος. Η ακούσια νοσηλεία, η οποία γίνεται μόνο με εισαγγελική εντολή, καθίσταται αναγκαία σε ασθενείς που εμφανίζουν ενεργό ψυχιατρική νόσο, επικινδυνότητα για τον εαυτό τους και άρνηση της απαιτούμενης ψυχιατρικής παρακολούθησης. Η απόφαση να αντιμετωπισθεί ο ασθενής σαν εξωτερικός ενέχει κινδύνους, για το λόγο αυτό πρέπει να γίνουν συντονισμένες ενέργειες όσο βρίσκεται στο τμήμα επειγόντων. Πρωταρχικός στόχος είναι να διασφαλιστεί η ακεραιότητα του ασθενούς με τον αποκλεισμό πρόσβασης σε φαρμακευτικές ουσίες και την παρουσία ενός υπεύθυνου ατόμου για την επιτήρησή του. Ο ψυχίατρος που αναλαμβάνει το περιστατικό πρέπει να συνάψει τη συμφωνία ότι ο ασθενής θα ελέγξει την παρόρμησή του, να θέσει τέρμα στη ζωή του και θα ζητήσει βοήθεια, έχοντας στη διάθεσή του ένα τηλεφωνικό αριθμό για άμεση επικοινωνία. Ο ασθενής πρέπει να εκφράσει τα συναισθήματά του και τους φόβους του και να νιώσει ότι ο γιατρός είναι πρόθυμος και διαθέσιμος να κατανοήσει τα προβλήματά του. Η διευκρίνιση των κιν-

νήτρων της απόπειρας είναι σημαντική. Σύμφωνα με τις στατιστικές το 50% των αποπειραθέντων θέλει να απαλλαγεί από τον ψυχικό και σωματικό πόνο, το 20% θέλει να προσεγγίσει, με τον τρόπο αυτό, τα άτομα του περιβάλλοντός του, ενώ για το υπόλοιπο 30% ισχύουν και τα δύο παραπάνω.

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική νόσος που μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά, συχνά όμως υποδιαγνώσκεται και υποθεραπεύεται, γεγονός που την καθιστά παράγοντα κινδύνου για επιτέλεση αυτοκαταστροφικής ενέργειας. Ο γιατρός των επειγόντων, συνήθως, δεν θα θέσει τον ασθενή σε αντικαταθλιπτική αγωγή, θα πρέπει να υπάρξει επανεκτίμηση του ασθενούς και τεκμηρίωση της διάγνωσης. Φάρμακα εκλογής, για την αντικαταθλιπτική θεραπεία, αποτελούν οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης (SNRIs) και τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά. Οι παραπάνω κατηγορίες φαρμάκων έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα αλλά λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα παλαιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους σχιζοφρενείς είναι περίπου 10% και σχετίζεται με καταθλιπτικά συμπτώματα, μόνο ένα μικρό ποσοστό σχιζοφρενών αυτοκτονεί εξαιτίας ψευδαισθήσεων ή διωκτικού παραληρήματος. Η συμμόρφωση στην αντιψυχωτική αγωγή, η καλή σχέση με το θεράποντα γιατρό και η ύπαρξη οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος αποτελούν ασπίδα προστασίας από τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Ομάδες υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία είναι οι εξαρτημένοι από αλκοόλ και άλλες τοξικές ουσίες, καθώς και τα άτομα που εμφανίζουν διαταραχές προσωπικότητας.

Η πρόληψη των αυτοκτονιών σχετίζεται με την εκπαίδευση των ψυχιάτρων, αλλά και των γιατρών άλλων ειδικοτήτων, στην ανάπτυξη κατάλληλων υποστηρικτικών δομών και στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης.

Βίαιη και επιθετική συμπεριφορά

Η βίαιη και επιθετική συμπεριφορά αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στο τμήμα επειγόντων. Κύριο μέ-

λημα του γιατρού είναι ο άμεσος έλεγχος του ασθενή, η εξακρίβωση των αιτίων που προκαλούν αυτή τη συμπεριφορά και η αντιμετώπισή της. Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς είναι οι παρακάτω:

- Ιστορικό ανάλογης συμπεριφοράς στο παρελθόν
- Κατάχρηση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών
- Οργανική ψυχική διαταραχή
- Ψύχωση (Σχιζοφρένεια ή μανιακή φάση διπολικής διαταραχής)
- Αντικοινωνική ή μεταιχμαική διαταραχή προσωπικότητας
- Ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον

Οι αιτίες της επιθετικότητας μπορεί να είναι οργανικές ή ψυχιατρικές. Συμπτώματα και σημεία όπως αποπροσανατολισμός, οπτικές ψευδαισθήσεις, διαταραχές μνήμης, οξεία έναρξη, και απουσία ανάλογης συμπεριφοράς στο παρελθόν δηλώνουν οργανική αιτιολογία. Οι παρακάτω καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν επιθετική συμπεριφορά:

- Λοιμώδη (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, HIV)
- Νοσήματα του ΚΝΣ (όγκος εγκεφάλου, ΑΕΕ, ν. Alzheimer, σκλήρυνση κατά πλάκας)
- Ενδοκρινοπάθειες
- Μεταβολικά νοσήματα
- Τοξικώσεις
- Υποξυγοναιμία
- Φαρμακευτικές δηλητηριάσεις
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού, προηγούμενης βίαιης συμπεριφοράς, ακουστικών ψευδαισθήσεων ή παρανοϊκών ιδεών υποδηλώνουν επιθετικότητα που οφείλεται σε κάποιο από τα παρακάτω ψυχιατρικά νοσήματα:

- Σχιζοφρένεια(κυρίως παρανοϊκού, κατατονικού ή αποδιοργανωμένου τύπου)
- Οξύ ψυχωτικό επεισόδιο
- Μανία
- Οξεία αγχώδης διαταραχή
- Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή

Το κύριο χαρακτηριστικό του ψυχωτικού ασθενή, είναι η διαταραγμένη επαφή με την πραγματικότητα. Διαταραχές της σκέψης, όπως ιδέες δίωξης, συσχέτισης ή επίδρασης, διαταραχές της αντίληψης, όπως οι

ακουστικές ψευδαισθήσεις και διαταραχές της βούλησης όπως, σε ακραίες καταστάσεις ή κατατονική διέγερση μπορεί να προκαλέσουν βίαιη και επιθετική συμπεριφορά.

Άτομα με αντικοινωνική, μεταιχμαική, παρανοϊδή διαταραχή προσωπικότητας σε συνθήκες έντονης συναισθηματικής πίεσης, είναι δυνατόν να εκδηλώσουν έντονη επιθετικότητα.

Η προσέγγιση του επιθετικού ασθενή πρέπει να γίνεται με σταθερότητα και αποφασιστικότητα, είναι σημαντικό να διαπιστωθεί η αιτία της επιθετικής συμπεριφοράς και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα. Η πρώτη φάση της αντιμετώπισης της βίαιης συμπεριφοράς περιλαμβάνει μία σειρά από μη επεμβατικά μέτρα, όπως η απομάκρυνση αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως όπλα, η μεταφορά του ασθενή σε ιδιαίτερο χώρο, η εξασφάλιση δυνατότητας διαφυγής για τον ασθενή αλλά και για το προσωπικό, καθώς και η προσπάθεια του γιατρού των επειγόντων με ψυχραιμία να προσεγγίσει τον ασθενή, δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Πολλές φορές ο χειρισμός αυτός, η εμπειρία, η γνώση των αιτίων της επιθετικότητας και η πρόβλεψη της πιθανής επιθετικής συμπεριφοράς μπορούν να οδηγήσουν στην αποφυγή βίαιων επεισοδίων. Σε περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν συνεργάζεται είναι απαραίτητη η παρουσία βοηθητικού προσωπικού, το οποίο να επέμβει, αν χρειαστεί καθήλωση του ασθενή. Φάρμακο εκλογής είναι η αλοπεριδόλη, σε δόσεις 5-10 mg κάθε 30-60 λεπτά έως ότου σταθεροποιηθεί ο ασθενής, χρησιμοποιούνται ακόμη η χλωροπρομαζίνη, η διαζεπάμη και η λοραζεπάμη. Απαραίτητη η συνεχής χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, όταν η βίαιη συμπεριφορά αποτελεί εκδήλωση ψυχωτικής διαταραχής.

Οργανικές ψυχικές διαταραχές

Η ψυχιατρική συμπτωματολογία μπορεί να αποτελέσει εκδήλωση οργανικών διαταραχών, οι οποίες χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης για να μην κινδυνεύσει η ζωή του ασθενούς. Στοιχεία όπως η οξεία εισβολή, το ιστορικό, η φυσική και η νευρολογική εξέταση παρέχουν σημαντικές πληροφορίες που συμβάλλουν στη διάγνωση της διαταραχής. Οι λοιμώξεις του ΚΝΣ, η υπογλυκαιμία, η υποξυγοναιμία, η εν-

δοκράνια αιμορραγία, οι φαρμακευτικές δηλητηριάσεις είναι μερικές από τις αιτίες εμφάνισης ψυχιατρικών συμπτωμάτων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες ψυχιατρικών φαρμάκων ή τοξικών ουσιών

Το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο μπορεί να εμφανισθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιψυχωτική αγωγή. Η αιτιολογία του είναι άγνωστη, πιθανώς αποτελεί μια ιδιοπαθή αντίδραση στα αντιψυχωτικά φάρμακα. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή του θεωρούνται η χρήση υψηλής ισχύος αντιψυχωτικών, οι συνδυασμοί μεταξύ τους, η νεαρή ηλικία, το ανδρικό φύλο, η αυξημένη θερμοκρασία και υγρασία του περιβάλλοντος. Ο ασθενής παρουσιάζει μυϊκή δυσκαμψία, τρόμο, δυστονία, υψηλό πυρετό, ταχυκαρδία, ταχύπνοια και θόλωση του επιπέδου συνείδησης, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνονται αυξημένες τιμές ηπατικών ενζύμων και CRK. Το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο, εμφανίζει συχνότητα 0,5-1% μεταξύ των ασθενών που λαμβάνουν αντιψυχωτικά φάρμακα, αλλά έχει υψηλή θνητότητα (5-15%) και είναι απαραίτητη η παρέμβαση με μέτρα όπως η άμεση διακοπή του αντιψυχωτικού φαρμάκου, υποστηρικτική, συμπτωματική θεραπεία και χορήγηση μυοχαλαρωτικών και βρωμοκρυπτίνης. Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση του κακόηθους νευροληπτικού συνδρόμου συμβάλλει αποφασιστικά στη μείωση της θνητότητας.

Ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα, όπως η ακαθισία, η οξεία δυστονία, ο τρόμος, η βραδυκινησία, η δυσκαμψία και η όψιμη δυσκινησία. Πιθανή αιτία της εμφάνισης των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, είναι η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της ντοπαμίνης και των άλλων νευροδιβιαστών, λόγω αποκλεισμού των D2 ντοπαμινεργικών υποδοχέων στα βασικά γάγγλια που προκαλούν τα αντιψυχωτικά. Τα νεότερα αντιψυχωτικά ή άτυπα (κλοζαπίνη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουατιεπίνη και ζιπρασιδόνη) εμφανίζουν λιγότερα ή καθόλου εξωπυραμιδικά συμπτώματα σε σχέση με τα κλασικά ή τυπικά αντιψυχωτικά (βουτυροφαινόνης, φαινοθειαζίνες) που είναι ισχυροί αναστολείς των D2 υποδοχέων. Τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται με

αντιχολινεργικά φάρμακα που συνήθως συγχωρηγούνται με τα αντιψυχωτικά. Η χορήγηση των αντιχολινεργικών πρέπει να γίνεται με προσοχή, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς, για την αποφυγή τοξίκωσης από αντιχολινεργικά, η οποία χαρακτηρίζεται από σύγχυση, διέγερση, ψευδαισθήσεις, έντονη ξηρότητα δέρματος και στόματος, υπερχυρξία και ταχυκαρδία. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει άμεση διακοπή των αντιχολινεργικών φαρμάκων και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς.

Το λίθιο, με τη μορφή ανθρακικών ή θεικών αλάτων, χρησιμοποιείται ως προφυλακτική θεραπεία για την αποφυγή μανιακών επεισοδίων σε διπολικούς ασθενείς. Η δηλητηρίαση με λίθιο (επίπεδα > 2 mmol/L), προκαλεί αρρυθμίες, μυϊκή αδυναμία, δυσσαρθρία, νυσταγμό, διάρροια, πολυδιψία και πολουρία. Ο ασθενής κινδυνεύει, αν δεν υποστηριχθούν έγκαιρα οι ζωτικές λειτουργίες του να εκδηλώσει πολυοργανική ανεπάρκεια.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν καρδιαγγειακές διαταραχές, καταστολή και αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά, όπως οι SSRIs και οι SNRIs σε συγχωρήγηση με τρικυκλικά μπορούν να προκαλέσουν το σύνδρομο σεροτονίνης που εκδηλώνεται με υπερχυρξία, δυσκαμψία και θόλωση του επιπέδου συνείδησης. Η αντιμετώπιση του συνδρόμου σεροτονίνης συνίσταται σε διακοπή των αντικαταθλιπτικών και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς.

Οι βενζοδιαζεπίνες έχουν σαν σοβαρότερη ανεπιθύμητη την εξάρτηση, η οποία σαν επακόλουθο έχει το σύνδρομο στέρησης που εμφανίζεται σε απότομη διακοπή του φαρμάκου και χαρακτηρίζεται από άγχος, διέγερση, κοιλιακά άλγη και πιθανώς σπασμούς. Η δηλητηρίαση από βενζοδιαζεπίνες προκαλεί καταστολή, νευρολογικές διαταραχές και απαιτεί υποστηρικτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

Η δηλητηρίαση με οποιοσδήποτε μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε κώμα και θάνατο. Η χορήγηση ναλοξόνης αποτελεί άμεσο μέτρο αντιμετώπισης του ασθενούς. Η τοξίκωση από κοκαΐνη προκαλεί βίαιη συμπεριφορά, σύγχυση, ψευδαισθήσεις παρανοϊκό ή διωκτικό παραλήρημα και καρδιολογικές διαταραχές. Σε περίπτωση έντονης διέγερσης, είναι απαραί-

τητη η χορήγηση αντιψυχωτικών.

Ο αλκοολισμός μπορεί να αποτελέσει αιτία βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς. Το σύνδρομο απόσυρσης από αλκοόλ χαρακτηρίζεται από τρόμο, άγχος, αϋπνία, καταβολή και αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα μπορεί να εξελιχθεί τρομώδες παραλήρημα, το οποίο εμφανίζει υψηλή θνητότητα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, οπτικές ψευδαισθήσεις και επιληπτικές κρίσεις. Η αντιμετώπιση συνίσταται στη χορήγηση βενζοδιαζεπινών και στην υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς.

Οξείες αγχώδεις αντιδράσεις

Οι αγχώδεις διαταραχές εκδηλώνονται με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, όπως ταχυκαρδία, ταχύπνοια, δυσχέρεια στην αναπνοή, κεφαλαλγία, ζάλη, αίσθημα καταβολής τα οποία οδηγούν τον ασθενή στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Οι κρίσεις πανικού χαρακτηρίζονται υπερβολικό άγχος, φόβο θανάτου ή επέλευσης τρέλας και έντονα σωματικά ενοχλήματα. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονικό οίδημα,

άσθμα, υπογλυκαιμία και υπερθυρεοειδισμό. Η ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση των συμπτωμάτων του, διαβεβαίωση από το γιατρό ότι δεν κινδυνεύει η ζωή του και η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην ύφεση των συμπτωμάτων.

Οι σωματόμορφες διαταραχές (διαταραχή μετατροπής, διαταραχή σωματοποίησης και υποχονδρίαση) χαρακτηρίζονται από την εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων για τα οποία δεν υπάρχει οργανική αιτιολογία. Τα συμπτώματα της μετατροπικής διαταραχής περιλαμβάνουν έκπτωση σωματικών (παράλυση, τύφλωση, αλαλία) ή νοητικών λειτουργιών (διαταραχή συνείδησης, προσανατολισμού, αμνησία) και παρουσιάζουν οξεία έναρξη και δεν βρίσκονται κάτω από το συνειδητό έλεγχο του ασθενούς, όπως συμβαίνει στην υπόκριση. Αρχικά είναι απαραίτητος ο αποκλεισμός οργανικού προβλήματος και η προσπάθεια προσέγγισης του ασθενούς. Η διαβεβαίωση του γιατρού ότι δεν υπάρχει σωματικό πρόβλημα και η παραπομπή σε ψυχίατρο μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sadock BJ, Sadock VA. Emergency Psychiatric Medicine. In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2003:901-922.
2. Allen M. Emergency Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
3. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Suicide and deliberate self harm. In: Gelder M, Mayou R, Cowen P. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, 4th ed., New York; 2001:507-532.
4. Beer Md, Pereira SM, Paton C. Management of Acutely Disturbed Behaviour. In: Beer Md, Pereira SM, Paton C. Psychiatric Intensive Care, Greenwich Medical Media Limited, London; 2001:13-30.
5. Ιακωβίδης Α. Επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά στο Γενικό Νοσοκομείο. Στο Ιεροδιακόνου Χ, Ιακωβίδης Α. Η Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο. Εκδόσεις Μαστορίδη. 1997: 32-42.
6. Τζέμος Γ, Αγγελόπουλος Η, Επείγουσες Ψυχιατρικές Καταστάσεις. Στο Χριστοδούλου ΓΝ και συνεργάτες. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. 2000:588-595.