

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑΣ <<ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ>>

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΚΑΛΑΜΠΟΥΚΑ ΑΡΓΥΡΩ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΜΟΡΦΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Διδασκ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ 1991

| | |
|-----------|-----|
| ΑΡΙΘΜΟΣ | 499 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | |



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

3

Σελίδα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ιστορική ανασκόπηση

5

Ανατομία Ν.Σ.

11

Φυσιολογία Ν.Σ.

16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ορισμός

21

Αίτια

24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Σχιζοφρενικές καταστάσεις

38

Κατάταξη σχιζοφρενιών

44

Πρόγνωση

49

Γενικά συμπτώματα σχιζοφρένειας

54

Κλινική εικόνα

73

Διάγνωση

87

Διαφορική διάγνωση

90

Επιδημιολογία

93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Θεραπευτικά προβλήματα στις σχιζοφρενικές ψυχώσεις

94

Θεραπευτική αντιμετώπιση

96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτική φροντίδα

118

| | Σελίδα |
|---|--------|
| Νοσηλευτικές ενέργειες στην πρόληψη της ψυχικής υγείας | 140 |
| <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</u> | |
| Η συμβολή της Νοσηλεύτριας στο χώρο της | 142 |
| Η συμβολή της Νοσηλεύτριας στην κοινωνία και κοινωνική αποκατάσταση του πάσχοντος. | 145 |
| <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</u> | |
| Αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας από την κοινωνία | 148 |
| Κοινωνική Υποστήριξη | 153 |
| <u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u> | |
| <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</u> | |
| Υλικό και μέθοδος | 160 |
| Αποτελέσματα | 162 |
| Συζήτηση | 178 |
| Συμπεράσματα-Προτάσεις | |
| Επίλογος | 186 |
| Ερωτηματολόγιο | 188 |
| <u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u> | 194 |

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ψυχή είναι ο εαυτός του ανθρώπου στην αφηρημένη του μορφή, ένα υποθετικό όργανο, που αντιλαμβάνεται, θυμάται, εκέφεται, αισθάνεται, επιθυμεί ή θέλει και πάνω απ'όλα, έχει επίγνωση του εαυτού του. Ο άνθρωπος προσπάθησε από πολύ παλιά να γνωρίσει όχι μόνο το περιβάλλον του αλλά και τον εαυτό του.

Προσπάθησε στις φιλοσοφικές του αναζητήσεις να δώσει απάντηση στα ερωτήματα ποιός είναι, τι είναι ψυχή, τι είναι ψυχικές διαταραχές, από τι προκαλούνται, κ.τλ. Τέτοιου είδους διαταραχής της ψυχικής λειτουργίας είναι και η σχιζοφρένεια.

Η σχιζοφρένεια είναι μία ειδική μορφή τρέλλας. Η λέξη κατά βάση περιέχει την ίδια έννοια με την τρέλλα και χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα είδος διατάραξης του λογικού. Ο ορος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον άνθρωπο με το διχασμένο μυαλό, τον άνθρωπο που έχει στραφεί ενάντια στον ίδιο του τον εαυτό, Συχνά συμβαίνει να ταυτίζεται η σχιζοφρένεια με την διχασμένη προσωπικότητα. Αυτά τα δύο όμως είναι εντελώς διαφορετικά.

Η σχιζοφρένεια είναι ένα υψηλού επιπέδου επιστημονικό θέμα και για να γίνει κατανοητό από τον κοινό άνθρωπο θα πρέπει η ορολογία που χρησιμοποιείται από τους ειδικούς, να μεταφραστεί σε απλή γλώσσα. Η ψυχή είναι ένας λαβύρινθος όπου ο κοινός άνθρωπος δεν θα μπορούσε να εισχωρήσει.

Αυτή η διαταραχή της προσωπικότητας δεν είναι μία ασυνήθιστη αρρώστεια. Με τα σημερινά δεδομένα προσβάλλει περίπου ένα σε κάθε 120 ανθρώπους του πληθυσμού της γης και περίπου το 25% των κρεβατιών στα νοσοκομεία είναι κατειλημμένα από αρρώστους οι οποίοι υποφέρουν από αυτή την νοσηρή κατάσταση

όπου γίνεσαι ένα νέο πρόσωπο σ'έναν νέο κόσμο. Χαρακτηρίζεται σαν αλλοπρόσαλλη και ανάρμοστη προς την κατάσταση του ατόμου και δυναμικά επικίνδυνη στον ίδιο και στους άλλους.Επισης ενέχει ανεξέλεγκτες συγκινήσεις με βίαια ξεσπάσματα, ή σεξουαλικές παρορμήσεις.

Χρησιμοποιούμε πολλές εκφράσεις για να μειώσουμε τη σημασία αυτής της κατάστασης και να χρυσώσουμε το χάπι.

Λέμε για κάποιον ότι είναι ανόητος, λέμε ότι έχει αφρίσει από την τρέλλα του, λένε ότι είναι σεληνιαζόμενος, ότι είναι ξεροκέφαλος, ότι του έστριψε η βίδα, ότι είναι αλλόκοτος, ότι είναι σπαστικός, ότι καβάλησε το καλάμι. Όλες αυτές οι μισοαστείες φράσεις κρύβουν την πικρή αλήθεια ότι κάποιος δεν είναι στα καλά του και τον ενδόμυθο φόβο ότι αυτό που συμβαίνει σ'αυτόν μπορεί να συμβεί και σε μας. Αυτή η δήθεν αστεία αντιμετώπιση επεκτείνεται και στους επιστήμονες που έχουν ειδικευθεί για να κάνουν διαγνώσεις και να βοηθούν τους ψυχικά αρρώστους. Έτσι και ο ψυχίατρος γίνεται αντικείμενο αστεισμών όπως ο άτυχος άρρωστος του και ακούν ένα σωρό κοροδευτικά λόγια.

Οι χώροι στους οποίους οι τρελλοί κουράρονται είναι γνωστοί σαν τρελλοκομεία, άσυλα, πνευματικά αιδρύματα και μόλις τα τελευταία χρόνια έχουν μετονομαστεί σε ψυχιατρικές κλινικές ή μονάδες ψυχοθεραπείας.

Αν ρωτήσουμε έναν οποιονδήποτε άνθρωπο για το ποιός νομίζει ότι είναι τρελλός, θα πει ότι τρελλοί είναι εκείνοι που χρειάζονται ψυχίατρο επειδή συμπεριφέρονται αλλοπρόσαλα. Το συμπέρασμα είναι ότι αισθανόμαστε την τρέλλα σαν κάτι που μπορεί να συμβαίνει στους άλλους αλλά όχι σε μας, στους συγγε-

νεύσεως ή στους στενούς φίλους. Όσο πιο απρόσωπα μπορούμε να αντιμετωπίσουμε κάποιον τόσο περισσότερο τείνουμε να τον κριτικολογήσουμε και να τον χαρακτηρίσουμε τρελλόν εάν έχει συμπεριφορά διαφορετικά απ' τη δική μας.

Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

Ευχαριστούμε την υπεύθυνη καθηγήτριά μας Δις Παπαδημητρίου Μαρίας για την βοήθεια που μας παρείχε για την αποπεράτωση αυτής της εργασίας.

Ευχαριστούμε την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών <<Άγιος Ανδρέας>>, την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών <<Ευαγγελισμός>>, τις Ψυχιατρικές κλινικές: α) του κ.Κοντογούνη Ζήση και β) του κ. Σπινάρη Νικολάου στην Κοζάνη, καθώς και το Ψυχιατρικό Ίδρυμα της Σταυρούπολης στη Θεσσαλονίκη, για τα στοιχεία που μας παραχώρησαν.

Επίσης εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας και στη Βιβλιοθήκη Πατρών για τις πληροφορίες και τις μελέτες που μας παραχώρησαν.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μία ειδική μορφή τρέλλας και η τρέλλα μας τρομάζει. Μας προκαλεί την ίδια κατάσταση που προκαλεί ένα φίδι σε έναν λαγό. Αντιμετωπίζουμε όλοι το πρόσωπο της τρέλλας και φοβόμαστε ότι κάποια μέρα θα πέσουμε στα δίχτυα της. Η τρέλλα βρίσκεται ολόγυρά μας μέσα στον τρελλόκοσμο που ζούμε. Στα σύμβολα και στα μηνύματα της τέχνης. Είναι μέσα στον καθένα μας, τη βλέπουμε στα όνειρά μας και στους εφιάλτες μας θαμμένη βαθειά στα ενδότερα του μυαλού μας.

Σύμφωνα με τον CHRISTOFER MAYHEW: Αυτή η νόσος είναι ένα είδος τρέλλας και η τρέλλα προκαλεί το ενδιαφέρον όλων μας. Μιά και συμβαίνει κάτι τέτοιο η σχιζοφρένεια θα έπρεπε να μας κινήσει την περιέργεια. Οι φωνές, οι εικόνες και οι παραισθήσεις που δίνουν τον χαρακτηρισμό του τρελλού σε έναν άνθρωπο δεν είναι τίποτα άλλο παρά εκδηλώσεις σχιζοφρένειας. Είναι ίσως η πιο δραματική και πιο βαθιά από όλες τις διανοητικές αρρώστιες και μπορεί να προκαλέσει την πιο μακροχρόνια ανικανότητα και ταλαιπωρία για τον άρρωστο και την οικογένειά του.

Για τους περισσότερους αρρώστους, η εμπειρία της σχιζοφρένειας είναι τρομακτική και καταλυτική, οδηγεί στην προοδευτική καταστροφή και εξάντληση της ζωής τους. Είναι το μοναδικό και μεγαλύτερο αντικείμενο της μοντέρνας ψυχιατρικής, ενώ παραμένει το μεγαλύτερο άλυτο μυστήριο. Το 1% των ανθρώπων αναμένεται ότι θα υποφέρει από σχιζοφρένεια προτού φτάσει στην ηλικία των 45. Στην Αγγλία και Ουαλία το 25% των νοσοκομεια-

κών κλινών κατακλύζεται από αρρώστους με διάγνωση τη σχιζοφρένεια. Σε κάθε έναν από τους 60.000 σχιζοφρενείς των νοσοκομείων υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν 4 ή 5 άνθρωποι που ζουν ελεύθερα στην κοινωνία προσπαθώντας να ζήσουν όσο γίνεται καλύτερα χωρίς να σπαύουν βέβαια να ζουν στερημένα. Ανάμεσα σ' αυτούς που δεν είναι στο νοσοκομείο είναι οι άνθρωποι που τους χαρακτηρίζουμε σαν εκκεντρικούς ή απλώς παράξενους. Πολλοί βρίσκονται σε κελιά φυλακών απελπιστικά γεμάτα και πολλοί άλλοι είναι οι διωγμένοι απ' την κοινωνία, οι αλήτες νέοι και γέροι που κοιμούνται σε παγκάκια ή ζουν κάτω από γέφυρες.

Πολλοί από τους αρρώστους ζουν πίσω από τους τοίχους των φρενοκομείων, εκεί όπου δεν προσφέρεται καμμία θεραπεία επικρατεί η απόγνωση και φαίνεται η ανθρώπινη τραγωδία. Τώρα ξέρουμε ότι είναι σχιζοφρενείς. Αλλά αυτοί οι άνθρωποι ήταν ήδη σχιζοφρενείς εδώ και πολλά χρόνια ίσως και πάνω από 40, πολύ προτού ανακαλυφθούν τα φάρμακα, τα οποία κρατούν τουλάχιστον υπό έλεγχο τις αντιδράσεις τους. Τώρα αν και υπάρχουν τα κατάλληλα φάρμακα στη διάθεσή τους, η αρρώστεια πολλές φορές φτάνει σε τέτοιο υψηλό βαθμό που είναι αδύνατον να θεραπευτεί.

Ο όρος σχιζοφρένεια καθιερώθηκε το 1911 για να περιγράψει ένα πλήθος από αρρώστειες με κοινά περίπου συμπτώματα. Ακόμα δεν έχει επέλθει καμμία συμφωνία και υπάρχουν πολλές επιπικρατούσες και αλληλοσυγκρουόμενες απόψεις ως προς τα αίτια, την θεραπευτική αγωγή και την πιθανότητα θεραπείας. Μερικές θεωρίες ως προς την φύση της σχιζοφρένειας αναφέρονται στις καταβολές του οικογενειακού περιβάλλοντος και αγγίζουν τον

μυστικισμό, ενώ άλλες παραμένουν στον περίπλοκο κόσμο της βιοχημείας. Οι διάφοροι ερευνητές προσπαθούν να δώσουν μέσα από μελέτες γύρω απ'τον άνθρωπο και την ψυχή από τη στιγμή εμφάνισής τους, πάνω στη γη τη δική τους ερμηνεία γι'αυτή τη ψυχική διαταραχή που λέγεται σχιζοφρένεια.

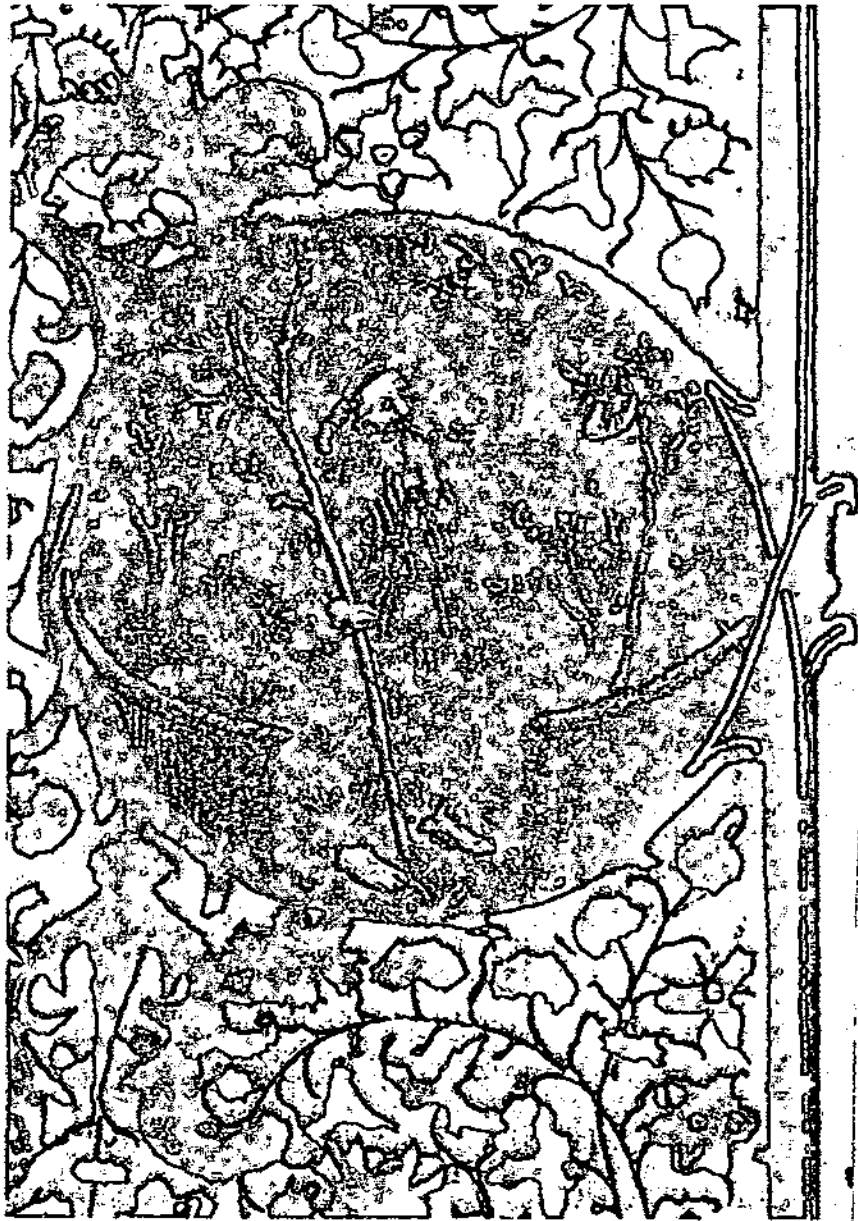
Ο άνθρωπος μέσα στην ιστορία του έχει καταδιωχθεί από το φόβο της τρέλλας. Οι Λατίνοι πίστευαν ότι όταν οι θεοί ήθελαν να καταστρέψουν κάποιον τον έκαναν τρελλό. Από που πηγάζει άραγε αυτή η φοβία για την τρέλλα, αυτός ο πανικός που καταβάλλει τον κάθε άνθρωπο στην ιδέα και μόνο της νόσου της σχιζοφρένειας;

Ο φόβος αυτός δεν είναι ακριβώς ο φόβος για την απώλεια του αυτοέλεγχου αν και αυτό ισχύει κατά ένα ποσοστό αλλά είναι ο φόβος ότι χάνοντας το μυαλό μας θα καταβληθούμε από αόρατες και ανεξιχνίαστες δυνάμεις. Ο φόβος ακόμα που στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται, είναι ο φόβος για την απώλεια της υπόληψης και της προσωπικότητας.

Η σχιζοφρένεια είναι ένας δρόμος παό πολυδαίδαλα μονοπάτια, από τον οποίο δεν υπάρχει έξοδος. Ο πάσχων χάνει την επαφή με τον εαυτό του καθώς και την επαφή με τους γύρω του και είναι ανίκανος να δημιουργήσει τις σχέσεις εκείνες που όλοι μας έχουμε ανάγκη και δημιουργούμε. Όταν χάσει κανείς τη νεπαφή με τον εαυτό του και δεν μπορεί να πλησιάσει τους γύρω του, τότε είναι χαμένος και πρέπει ν'υποβληθεί σε θεραπεία. Τα μυθιστορήματα του Κάφκα στην πλειονότητά τους, περιγράφουν αυτή τη αδυσώπητη διαδικασία καθώς ένα άτομο ανακαλύπτει ότι αργά-αργά χάνει τα λογικά του, τρελλαίνεται με ό-

λη την φρίκη που συνοδεύει αυτή την εμπειρία.

Η ιδέα της σχιζοφρένειας είναι συνυφασμένη με αισθήματα ενοχής, διαφθοράς, αμαρτήματα και κοινωνικό αποκλεισμό. Οι άρρωστοι αποφεύγονται, περιφρονούνται, απομονώνονται και εξωστρακίζονται από την κοινωνία αν δεν μπορούν να αγνοηθούν τελείως.



Ο τρελλός ως άγριο θηρίο. Από το BEDFORD, BOOK OF HOURS,
14ος αιώνας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Όλα τα υπάρχοντα στοιχεία μας πείθουν πως η ψυχοπαθολογική εικόνα που ανταποκρίνεται στο σημερινό όρο Σχιζοφρένεια υπήρχε ανέκαθεν. Γραπτά σχετικά κείμενα ανάγονται στον 14ο αιώνα π.Χ. Ο Αρεταίος από την Καπαδοκία τον 1ο αιώνα π.Χ. επεχείρησε μάλιστα να την διαχωρίσει σε διάφορες μορφές. Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς ήταν ποικίλοι με επικρατούντες αυτούς που ανταποκρίνονται στο νόημα που έχουν οι κοινοί ελληνικοί όροι, μανία, τρέλλα ή παραφροσύνη. Για την προέλευσή της κάθε λαός σε κάθε εποχή είχε τις δοξασίες του περιγραμμένες μέσα σε θρησκευτικά κατά κανόνα πλαίσια.

Στο Μεσαίωνα η πίστη ότι ο κόσμος κυριαρχείται από αντιμαχόμενα καλά και κακά πνεύματα που συμπαρασύρουν την ανθρώπινη ύπαρξη στην αέναη πάλη τους τροφοδοτεί ένα μεταφυσικό πρότυπο της τρέλλας που διατηρείται μέχρι και τις αρχές του 18ου αιώνα. Αόρατες δαυμονικές δυνάμεις εξουσιάζουν τον ψυχασθενή και κατευθύνουν την ιδιόρρυθμη συμπεριφορά, έτσι ώστε αυτόν όταν δεν οδηγείται στη φωτιά για να εξαγνισθεί από την κυριαρχία τους, συνωστίζεται μαζί με φτωχούς και κακοποιούς σε άσυλα-φυλακές, όπου δεσπόζει ένας κατασταλτικός τιμωρητικός χαρακτήρας.

Η ιστορική πορεία των αντιλήψεων και των κατακνήσεων της Ψυχιατρικής μέσα στην τελευταία εκατονταετία στον τομέα

της σχιζοφρένειας απεικονίζεται παραστατικά στο έργο μεγάλων κλινικών που τους παρουσιάζουμε κατά χρονολογική σειρά.

Ο MOREL το 1860 θα ανακαλύψει μια παραδοξότητα: την εμφάνιση της άνοιας όχι σε γηραιά άτομα, αλλά σε νεαρά. Εισάγει τότε για πρώτη φορά των προδρομικό της σχιζοφρένειας όρο <<πρώιμη άνοια>> (DEMENCE PRECOCE), για να ορίσει την ψυχοπαθολογική κατάσταση που αρχίζει στη νεαρή ηλικία των είκοσι ως τριάντα ετών και οδηγεί ραγδαία (σε 2-3 χρόνια) σε μια βαθιά ψυχο-διανοητική αποδιοργάνωση. Ο MOREL αναζητά την αιτιοπαθογένεση της ασθένειας αυτής σε βεβαρημένη κληρονομικότητα, σεξουαλικές καταχρήσεις και στον αλκοολισμό.

Ο KAHNBAUM, το 1863 περιγράφει πρώτη την ψύχωση της εφηβείας με το όνομα <<PARAPHRENIA HEBETICA>> και λίγο αργότερα (1874) μία περίπτωση κατανομίας με το όνομα SPANUNGS-IRRSINN (παραφροσύνη τάσεως). Και για τις δύο αυτές μορφές ο KAHNBAUM πιστεύει πως είναι προϊόντα οργανικής εγκεφαλικής βλάβης με προοδευτική εξέλιξη.

Ο SANDLER το 1868 περιγράφει περιπτώσεις παρανοειδών ψυχωσικών καταστάσεων με τάση περιγραφική λεπτομέρεια που έναν αιώνα αργότερα πολύ λίγα θα μπορούσε να προσθέσει κανένας.

Ο HECKER, συνεργάτης του KAHNBAUM περιγράφει το 1871 την ηβηφρένεια με όλες τις κλινικές λεπτομέρειες. Τονίζει ιδιαίτερα την βαθμιαία εγκατάσταση της με συναισθηματικού τύπου διαταραχές την εξέλιξή της σε ανόητη και διεγερτική συμπεριφορά και την κατάληξή της σε νοητική έκπτωση.

Ο LASEQUE τον ίδιο χρόνο περιγράφει μία τυπική περί-

πτωση παραληρήματος καταδιώξεως.

Ο ΚΡΑΕΡΕΛΙΝ καθιερώνει τη νοσολογική οντότητα της <<πρώιμης άνοιας>>, που εμπίπτει στα πλαίσια του σημερινού όρου σχιζοφρένεια ως μια ενιαία νόσο με ποικίλες κλινικές μορφές, έχοντας κοινά και πάγια χαρακτηριστικά γνωρίσματα την ενδογενή προέλευση, την προσβολή νέων και προηγούμενα υγείων ατόμων και την εξελικτική πορεία προς την άνοια.

Στόχος του ΚΡΑΕΡΕΛΙΝ είναι η όσο το δυνατό πιο εμπειριστατωμένη φαινομεναλογική θεώρηση της ασθένειας αυτής. Στην πρώτη έκδοση της Ψυχιατρικής του το 1887 χρησιμοποιεί τον όρο πρώιμη άνοια για να περιλάβει σ' αυτόν την ηβηφρένεια που περιέγραψε ο ΗΕΚΚΕΡ. Τόσο τις παρανοσειδείς ψυχώσεις όσο και την κατατονία του ΚΑΗΛΒΑΥΜ τις αναφέρει ως ιδιαίτερες νοσολογικές οντότητες.

Στα 1893 στον πίνακα ταξινομήσεως ξεχωρίζει δύο βασικές κατηγορίες ψυχώσεων. Την μανιοκατάθλιψη και την πρώιμη άνοια. Στην τελευταία περιλαμβάνει τώρα και την κατατονία. Στα 1906 στην πέμπτη έκδοση της Ψυχιατρικής του ξεχωρίζει τρεις τύπους <<πρώιμης άνοιας>>: Την κατατονία, την ηβηφρένεια και την τυπική παραφροσύνη, (MESANIA TYPICA) που την ονόμασε αργότερα παρανοσειδή άνοια. Το 1898 χρησιμοποιεί τον όρο <<πρώιμη άνοια>> όχι ως περιληπτικό όρο ποικίλων παρόμοιων καταστάσεων αλλά ως όρο που αποδίδει μία ενιαία νόσο με ποικίλες κλινικές μορφές και με κοινά χαρακτηριστικά όπως αναφέρθηκε προηγουμένως.

Ο ΒΛΕΥΛΕΡ το 1911 δημοσιεύει την κλασική του μονογραφία <<Η πρώιμη άνοια και η ομάδα των σχιζοφρενιών>>. Διαπιστώνει πως μόνο ένα μέρος από τις περιπτώσεις που εμπίπτουν

στο περιγραφικό πλαίσιο της «πρώιμης άνοιας» είναι πράγματι πρώιμες και καταλήγουν πράγματι σε άνοια. Εισάγει τον Ελληνικό όρο «Σχιζοφρένεια για να υποδηλώνει μ' αυτόν τον τρόπο ότι η άνοια δεν αποτελεί αναγκαστική κατάληξη της νόσου και ότι κύριο χαρακτηριστικό της έχει το σύμπτωμα της σίσεως των ψυχονοητικών λειτουργιών. Επί πλέον ο BLEULER διακρίνει πρωταρχικά και δευτερεύοντα σχιζοφρενικά συμπτώματα. Στα πρώτα συγκαταλέγει την αμφιθυμία, την αδιαφορία, την αποργάνωση (χάλαση) του συνειρμού, τον αυτισμό αβουλησία. Στα δευτερεύοντα συγκεντρώνει τα περισσότερα απ' αυτού που ο KREAPELIN θεωρούσε πρωταρχικά δηλ. τις ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες και τις κατατονικές εκδηλώσεις. Τόσο ο όρος Σχιζοφρένεια όσο και το σύστημα κατατάξεως των σχιζοφρενικών του BLEULER υιοθετήθηκαν σε παγκόσμια κλίμακα. Ο FREUD το 1891 αναλύει την περίπτωση SCHREBER με βάση την αυτοβιογραφία του παρανοεικού αυτού αρρώστου και συνδέει το διωκτικό παραλήρημα με λανθάνουσες ομοφυλόφιλες τάσεις και με απόσυρση των λιβιδινικών επενδύσεων από το αντικείμενο στον εαυτό (επαναγωγή στον πρώιμο αυτοερωτισμό).

Διατυπώνει την άποψη πως η διαταραχή στις αντικειμενοστροφές σχέσεις και η προσπάθεια για ανάκτηση του αντικειμένου καθορίζουν το περιεχόμενο της σχιζοφρενικής νόσου.

Μετά το 1915 επεξεργάζεται συστηματικότερα τις αντιλήψεις του αυτές για τον παθογενετικό ρόλο στη σχιζοφρένεια της επαναγωγής στον πρώιμο αυτοερωτισμό. Επισημαίνει το μορφοπλαστικό ρόλο των μηχανισμών άμυνας (ιδιαίτερα της προβολής) και παραλληλίζει την σχιζοφρενική με την ονειρική κατά-

σταση λαβαίνοντας υπ' όψη του την κυριαρχική και στις δύο καταστάσεις παρουσία των μηχανισμών συμπικνώσεων και μεταθέσεως.

Σύμφωνα με τον FREUD το εγώ θυσιάζεται κατά κάποιο τρόπο προς όφελος των ενορμήσεων (προεγώ), ενώ η ισχύς του υπερεγώ είναι πλέον ανύπαρκτη.

Ο JUNG στα 1903 στη μονογραφία του PSYCHOLOGY OF DEMENTIA PRAECOX (η ψυχθλογία της πρώιμης άνοιας) αναλύει διεξοδικό το φαινόμενο της διαταραχής του συνειρμού, υποστηρίζοντας ότι αυτό συνιστά το κεντρικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας.

Ο JUNG ταυτίζει τους ψυχικούς μηχανισμούς της σχιζοφρένειας με εκείνου του ονείρου αναφέροντας χαρακτηριστικά:

<<Συλλογίσου αυτόν που ονειρεύεται να συμπεριφέρεται σαν να είναι ξύπνιος και έχεις αμέσως την κλινική εικόνα της πρώιμης άνοιας>>.

Με τις έρευνές του ο JUNG αποφαινεται στο διαχωρισμό των ανθρώπων σε δύο βασικούς ψυχολογικούς τύπους: τον ενδοστρεφή και τον εξωστρεφή. Διερευνώντας την προσωπικότητα του σχιζοφρενή, υποστηρίζει ότι αυτός είναι ένα κατ'εξοχήν εσωστρεφές άτομο, ένα άτομο του οποίου η ψυχική του ενέργεια είναι κεντρομόλος, απομακρύνεται δηλαδή από τον εξωτερικό περίγυρο και κατευθύνεται προς το ίδιο το άτομο.

Ο ABRAHAM το 1908 τόσο τις παραληρητικές ιδέες όσο και τις ψευδαισθήσεις των σχιζοφρενικών με τις πρώιμες εμπειρίες. Ο ADOLF MEYER ο Ελβετοαμερικανός ψυχίατρος ιδρυτής της ψυχοβιολογικής σχολής το 1905 διατυπώνει την άποψη

ότι η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχικές διαταραχές δεν αποτελούν νόσο αλλά δυσπροσαρμοστική αντίδραση μιας ειδικής δομής και ιδιοσυστασίας προσωπικότητας στις κτηθείσες εμπειρίες ζωής και στις τρέχουσες συνθήκες του περιβάλλοντος.

Ο PAVLOR στις εργασίες του μετά το 1920 υποστηρίζει πως η σχιζοφρένεια αντιστοιχεί σε μία χρόνια ύπωση.

Ο SAKEL εισάγει το 1933 στη θεραπευτική της το βαθύ λνσουλινικό κώμα.

Ο VON MADUNA το 1935 εισάγει στη σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα.

Ο KRETSCHMER διαφύηώνει το 1936 τη θεωρία του για τη σχιζοφρενική ιδιοσυστασία. Καθιερώνει τον όρο σχιζοειδική προσωπικότητα που την συνδέει με το λεπτόσωμο σωματικό ιδιοσυστατικό τύπο.

Οι CARLETTI και BINI στα 1938 και το 1952 διεξάγει τις γενετικές του έρευνες στη σχιζοφρένεια και διατυπώνει την άποψη ότι είναι νόσος κληρονομική μεταδιδόμενη με τον υπολειπόμενο τύπο.

Ο Η. S. SULLIVAN από το 1935 ως το θάνατό του υποστηρίζει τη νεοφροϋδική άποψη ότι η σχιζοφρένεια τις καταβολές της δεν τις έχει σε ενδοψυχικά αίτια αλλά σε διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις (γονέων-παιδιών).

Οι DELOY και DENIKER εισάγουν το 1952 στη θεραπευτική της σχιζοφρένειας τις φαινοθειαζίνες εγκαινιάζοντας έτσι τη σύγχρονη εποχή της ψυχοφαρμακολογίας που άλλαξε ριζικά τόσο την εικόνα της σχιζοφρένειας όσο και τους ερευνητικούς προσανατολισμούς της ψυχιατρικής.



Το πορταίτο ενός ψυχασθενή τρόφιμου τις SALPETRIERE από τον
GERICAULT.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το κεντρικό νευρικό σύστημα παριστάνει αμφίπλευρη και συμφορική ομάδα δομών που διατάσσονται σε πέντε κύρια τμήματα:

1. Νωτιαίος μυελός: Εκτείνεται από τον προμήκη μυελό μέχρι την κατώτερη οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Οι ανερχόμενες και κατερχόμενες δέσμες του νωτιαίου μυελού βρίσκονται στη λευκή ουσία, στην περίμετρο του μυελού. Οι συνάψεις γίνονται στα κέρατα της φαιάς ουσίας, που βρίσκεται εσωτερικά. Ο Ν.Μ. δέχεται πληροφορίες από το δέρμα και τους μύες (οπίσθια κέρατα) και στέλνει στους μύες εντολέσματα κίνηση (πρόσθια κέρατα).

2. Εγκεφαλικό στέλεχος: Παριστάνει την προς τα εμπρός επέκταση του Ν.Μ. και χωρίζεται σε τρεις περιοχές: α) Μεσεγκέφαλο, β) γέφυρα και γ) προμήκη μυελό. Το εγκεφαλικό στέλεχος δέχεται πληροφορίες από το δέρμα και από τους μύες κεφαλής και τραχήλου, αλλά επίσης ελέγχει αυτούς του μύες. Το Ε.Σ. περιέχει πυρήνες των εγκεφαλικών συζυγιών και μέσα από αυτό περνάνε δέσμες με νωτιαίο-φλοιώδη και φλοιο-νωτιαία κατεύθυνση. Στις περιοχές του Ε.Σ. βρίσκεται ο δικτυωτός σχηματισμός, μία σημαντική μάζα φαιάς ουσίας, που δεν είναι όμως εντελώς χαρακτηρισμένη. Συνδέει περιφερικά αισθητικά και κινητικά γεγονότα με υψηλότερα επίπεδα νευρωνικής απαρτίωσης. Ο Δ.Σ. θεωρείται ότι παίζει βασικό ρόλο στην ρύθμιση ύπνου-εγρήγορης. Επειδή οι προβολές του εμφανίζονται διάχυτες, το σύστημα χαρακτηρίσθηκε ως μη ειδικό. Αυτή η άποψη όμως δεν ισχύει σήμερα.

3. Παρεγκεφαλίδα: Βρίσκεται πίσω από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια και προβάλλει μέσω του θαλάμου προς τον φλοιό & προς πυρήνες του εγκεφαλικού στελέχους που σχετίζονται με αιθουσαία λειτουργία (στάση-ισορροπία) θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της κατάλληλης στάσης του σώματος στο χώρο. Πιθανόν να ρυθμίζει και τον καρδιακό ρυθμό ώστε να διατηρείται η αιματική ροή παρά τις αλλαγές στάσης του σώματος.

4. Μεταχμιακό σύστημα: Αποκαλείται και σπλαχνικός εγκέφαλος. Αποτελείται από τον ιππόκαμπο, την αμυγδαλή, το διάφραγμα, τον υποθάλαμο, τους οσφρητικούς λοβούς, τα βασικά γάγγλια, και πυρήνες του θαλάμου. Οι δομές αυτές βρίσκονται κάτω από τον φλοιό και λειτουργούν με περίπλοκα συντονισμένο τρόπο, ώστε να απαρτιώνονται συγκινησιακές καταστάσεις με κινητικές και σπλαχνικές δραστηριότητες. Τμήματα του μεταχμιακού συστήματος παίρνουν μέρος μεμονωμένα σε ειδικές λειτουργίες. Ο ιππόκαμπος π.χ. φαίνεται να είναι σημαντικός για την πρόσφατη μνήμη, αφού αυτή η λειτουργία εξασθενεί ή μειώνεται σε άτομα με αμφίπλευρη καταστροφή του ιππόκαμπου. Ο υποθάλαμος παρλιτάνει το 1% του όλου εγκεφάλου. Φαίνεται να ρυθμίζεται το αυτόνομο νευρικό σύστημα, την θερμοκρασία του σώματος, το ισοζύγιο νερού, τον μεταβολισμό, την αρτηριακή πίεση, το σεξ, τον κερκάρδιο κύκλο, την έκκριση ορμονών αδενοϋπόφυσης που επηρεάζουν την μάθηση, τον ύπνο, την συγκίνηση. Εξ αιτίας της στενής σχέσης του με το αυτόνομο και το ενδοκρινικό σύστημα, ο υποθάλαμος φαίνεται να παίζει κεντρικό ρόλο σε φυσιολογικούς και συμπεριφερικούς

ρυθμιστικούς μηχανισμούς, που κάνουν δυνατή την επιβίωση στους ανώτερους Οργανισμούς.

Τα βασικά γάγγλια φυλογενετικά διακρίνονται στο νευραβδωτό (που αναφέρεται και απλά σαν ραβδωτό-STRIATUM) που περιλαμβάνει τον κερκοφόρο πυρήνα (CAUDATE) και το κέλυφος του φακοειδούς (PUTAMEN) και στο παλαιοραβδωτό που περιλαμβάνει την ωχρά σφαίρα (GLOBUS PALLIDUM ή απλά PALLIDUM). Λέγοντας φακοειδή πυρήνα (LENTICULAR) εννοούμε το κέλυφος του φακοειδούς και την ωχρά σφαίρα.

Στα βασικά γάγγλια κατά πολλούς ανήκει επίσης και η αμυγδαλή, που φυλογενετικά είναι το αρχαιοραβδωτό. Προς τα βασικά γάγγλια ανατομικά και λειτουργικά συνδέονται δύο άλλες δομές: η μέλαινα ουσία (SUBSTANTIA NIGRA) και ο υποθάλαμιος πυρήνας (SUBTHALAMIC NUCLEUS).

Τα βασικά γάγγλια αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του εξωπυραμιδικού κινητικού συστήματος. Το σύστημα αυτό συμπληρώνει την λειτουργία του πυραμιδικού κινητικού συστήματος με το οποίο συνδέεται. Βλάβη του εξωπυραμιδικού καταλήγει σε αναστολή εκούσιων κινήσεων και εμφάνιση διαταραχών που χαρακτηρίζονται από ακούσιες κινήσεις, όπως ο τρόμος και η ακαμψία στην νόσο του PARKINSON (εκφύλιση κυρίως μέλαινας ουσίας, οι ανεξέλεγκτες κινήσεις μελών του σώματος στην χορεία του HUNTINGTON (εκφύλιση κυρίως ραβδωτών), οι αθετωσικές κινήσεις ως συνέπεια περιγεννητικού τραυματισμού (εκφύλιση κυρίως ωχράς και κελύφους φακοειδούς) ή βαλλιστικές κινήσεις σε ημιβαλλισμό (εκφύλιση υποθαλαμίου «πυρήνα).

Ο θάλαμος βρίσκεται στο κέντρο του εγκεφάλου κάτω απ

πόπφον φλοιό και τα βασικά γάγγλια και πάνω από τον υποθάλαμο. Οι νευρώνες του θαλάμου σχηματίζουν πυρήνες που διατάσσονται ή αμφίπλευρα ή στην μέση γραμμή. Οι πυρήνες αυτοί αποτελούν τους συνδετικούς κρίκους μεταξύ αισθητικών οδών και φλοιού, μεταξύ θαλαμικών και υποθαλαμικών περιοχών, μεταξύ βασικών γαγγλίων και συνειρμικού φλοιού. Οι θαλαμικοί πυρήνες μαζί με τα βασικά γάγγλια ελέγχους και σπλαχνικές λειτουργίες π.χ. εκφυλίσεις των περιοχών αυτών οδηγούν σε (αναστρέψιμη) αφαγία, αδιψία, αισθητική αδιαφορία.

5. Φλοιός των εγκεφαλικών ημισφαιρίων (ΕΦ): Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια καλύπτονται από τον εγκεφαλικό φλοιό και αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα του εγκεφάλου. Η κατανομή των περιοχών του φλοιού ακολουθεί τρεις διαφορετικούς τύπους:

- α) ανάλογα με τον τρόπο διαδικασίας μιας πληροφορίας (κινητικός, αισθητικός, σωματοαισθητικός κ.λπ.)
- β) ανάλογα με την ανατομική θέση (μετωπιαίος, βραγματικός κ.λπ.) και
- γ) ανάλογα με τις γεωμετρικές σχέσεις των τύπων των κυττάρων που βρίσκονται σε κάθε στοιβάδα (κοκκιώδης, πυραμοειδής κ.λπ.).

Οι συνειρμικές περιοχές του φλοιού δέχονται κατά κάποιο τρόπο πληροφορίες από αισθητικές περιοχές του φλοιού και παράγουν με ανεξήγητο τρόπο τις ανώτερες φλοιώδεις λειτουργίες, όπως είναι η σκέψη, η μνήμη, η συνείδηση. Ο εγκεφαλικός φλοιός ελέγχει την θεληματική κίνηση, <<επιβλέπει>> το αυτόνομο νευρικό σύστημα και πιθανόν ακόμα απαρτιώνει

σωματικές και σπλαχνικές λειτουργίες. Στον άνθρωπο π.χ. η αρτηριακή πίεση και η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα είναι ευαίσθητη σε παλίνδρομο τροφοδοτικό (FEEDBACK) συνειδησιακό έλεγχο..

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα συντηρεί, μαζί με το σύστημα των ενδοκρινών αδένων, τις περισσότερες από τις λειτουργίες ελέγχου του οργανισμού. Γενικά, ελέγχει τις σωματικές δραστηριότητες που απαιτούν ταχύτητα, όπως είναι οι καρδιακές συστολές, οι γρήγορες μεταβολές σπλαχνικών διεργασιών, ακόμα και η ταχύτητα της έκκρισης ορισμένων ορμονών.

Το νευρικό σύστημα είναι μοναδικό για την τεράστια πολυπλοκότητα των ενεργειών ελέγχου που μπορεί να εκτελέσει. Δέχεται στιγμιαίο κυριολεκτικά χιλιάδες πληροφορίες από τα διάφορα αισθητήρια όργανα και τις ενσωματώνει για να καθορίσει, μετά την αντίδραση του οργανισμού.

Γενική Οργάνωση του Νευρικού Συστήματος

Αισθητικό τμήμα - Αισθητικοί Υποδοχείς

Οι περισσότερες δραστηριότητες του νευρικού συστήματος ξεκινούν από αισθητικές εμπειρίες που προέρχονται από αισθητικούς υποδοχείς είτε της επιφάνειας του σώματος, όπως οπτικούς, ακουστικούς, είτε άλλων ειδών. Η αισθητική εμπειρία μπορεί να προκαλέσει άμεση αντίδραση ή η ανάμνησή της να αποθηκευτεί στον εγκέφαλο για λεπτά, εβδομάδες ή χρόνια και είναι μετά σε θέση να καθορίσει τις σωματικές αντιδράσεις σε κάποια μελλοντική στιγμή.

Κινητικό τμήμα - Εκτελεστικά όργανα

Ο πιο σημαντικός ρόλος του νευρικού συστήματος είναι ο

έλεγχος των σωματικών δραστηριοτήτων που πραγματοποιείται με τους εξής επιμέρους ελέγχους:

1. Της συστολής των σκελετικών μυών σ' ολόκληρο το σώμα.
2. Της συστολής των λείων μυών των εσωτερικών οργάνων, και
3. Της έκκρισης των εξωκρινών και ενδοκρινών αδένων πολλών περιοχών του σώματος.

Οι δραστηριότητες αυτές ονομάζονται όλες μαζί κινητικές λειτουργίες του νευρικού συστήματος, ενώ οι μύες και οι αδένες λέγονται εκτελεστικά όργανα, γιατί εκτελούν τις λειτουργίες που υπαγορεύονται με τα νευρικά ερεθίσματα.

Επεξεργασία των πληροφοριών

Μια από τις κυριότερες λειτουργίες του νευρικού συστήματος είναι η επεξεργασία των πληροφοριών που δέχεται με τρόπο τέτοιο ώστε οι κινητικές αντιδράσεις να είναι οι κατάλληλες.

Πάνω από 99% των αισθητικών πληροφοριών απορρίπτονται από τον εγκέφαλο ως ασήμαντες. Για παράδειγμα δεν αισθανόμαστε την επαφή του σώματός μας με τα ρούχα, ούτε και την πίεσή του στην καρέκλα που καθόμαστε.

Η σημαντική αισθητική πληροφορία, αφού επιλεγεί, πρέπει να διοχετευθεί στις κατάλληλες περιοχές του εγκεφάλου για να προκληθούν οι επιθυμητές αντιδράσεις.

Αποθήκευση των πληροφοριών - Μνήμη

Από τις σημαντικές αισθητικές πληροφορίες λίγες μόνο προκαλούν άμεση κινητική ανταπόκριση. Πολλές από τις υπόλοιπες αποθηκεύονται για να χρησιμεύσουν μελλοντικά στον έλεγχο κινητικών λειτουργιών, καθώς και για τη διαδικασία

της σκέψης. Το μεγαλύτερο μέρος της αποθήκευσης αυτής γίνεται στον εγκεφαλικό φλοιό, όχι όμως αποκλειστικά, αφού μικρό τμήμα πληροφοριών μπορούν να αποθηκεύσουν και οι περιοχές της βάσης του εγκεφάλου ή ακόμα και ο νωτιαίος μυελός.

Η αποθήκευση των πληροφοριών αποτελεί τη διαδικασία της μνήμης και είναι και αυτή λειτουργία των συνάψεων.

Μετά την αποθήκευσή τους στο νευρικό σύστημα οι μνήμες γίνονται μέρος του μηχανισμού επεξεργασίας. Οι διαδικασίες σκέψης του εγκεφάλου συγκρίνουν τις καινούργιες αισθητικές ενπειρίες με τις αποθηκευμένες μνήμες. Οι τελευταίες βοηθούν στην επιλογή των σημαντικών καινούργιων πληροφοριών και τη διοχέτευσή τους σε κατάλληλες περιοχές αποθήκευσης για μελλοντική χρήση ή σε κινητικές περιοχές για να προκληθούν οι κατάλληλες κινητικές αντιδράσεις.

Τα τρία κύρια επίπεδα του Ν.Σ.

Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου έχει διατηρήσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά από κάθε στάδιο της εξελικτικής διαδικασίας ανάπτυξής του.

Από την παραπάνω διεργασία απομένουν τρία κύρια επίπεδα του Ν.Σ. με ειδική λειτουργική σημασία:

1. Το επίπεδο του νωτιαίου μυελού
2. Το κατώτερο εγκεφαλικό επίπεδο
3. Το ανώτερο εγκεφαλικό ή φλοιώδες επίπεδο.

Νωτιαίο Επίπεδο

Ο νωτιαίος μυελός του ανθρώπου διατηρεί πολλές λειτουργίες του πολυτμηματικού ζώου. Με τα νωτιαία νεύρα μεταβιβάζονται σε κάθε τμήμα του νωτιαίου μυελού αισθητικές ώσεις,

που μπορούν να προκαλέσουν τοπικές κινητικές αντιδράσεις είτε στο τμήμα του σώματος από το οποίο προέρχεται η αισθητική πληροφορία είτε σε γειτονικά τμήματα. Όλες, ουσιαστικά, οι κινητικές αντιδράσεις του νωτιαίου μυελού είναι αυτόματες και επέρχονται σχεδόν άμεσα ως ανταπόκριση στο αισθητικό ερέθισμα.

Επιπλέον παρατηρούνται σε συγκεκριμένους τρόπους αντίδρασης τα λεγόμενα αντανακλαστικά.

Κατώτερο Εγκεφαλικό Επίπεδο

Πολλές από τις λεγόμενες υποσυνείδητες σωματικές δραστηριότητες ελέγχονται από χαμηλότερες (κατώτερες) περιοχές του εγκεφάλου-προμήκη, γέφυρα, μεσεγκέφαλο, υποθάλαμο, θάλαμο, παρεγκεφαλίδα και βασικά γάγγλια.

Ο υποσυνείδητος έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής πραγματοποιείται κυρίως στο δικτυωτό σχηματισμό του προμήκη και της γέφυρας. Ο έλεγχος της ισορροπίας αποτελεί συνδιασμένη λειτουργία τμημάτων της παλαιοπαρεγκεφαλίδας και του δικτυωτού σχηματισμού του προμήκη, της γέφυρας και του μεσεγκεφάλου. Οι υποσυνείδητες αλλά συντονισμένες λειτουργίες του σώματος καθώς και πολλές απ' τις ζωτικές διαδικασίες ελέγχονται από τις κατώτερες εγκεφαλικές περιοχές οι οποίες συνήθως, αλλά όχι πάντοτε, λειτουργούν κάτω από το επίπεδο της συνείδησης.

Ανώτερο ή φλοιώδες εγκεφαλικό επίπεδο

Ο εγκεφαλικός φλοιός είναι εκβλάστημα των κατώτερων μορφών του εγκεφάλου και ιδιαίτερα του οπτικού θαλάμου. Η δρα-

στηριοποίηση κάποιου μικροσκοπικού τμήματος του θαλάμου έχει ως αποτέλεσμα τη δραστηριοποίηση του αντίστοιχου και πολύ μεγαλύτερου τμήματος του φλοιού του εγκεφάλου. Επίσης η δραστηριοποίηση περιοχών του μεσεγκεφάλου προκαλεί τη μεταβίβαση διάχυτων ώσεων στον εγκεφαλικό φλοιό και από το θάλαμο αλλά και άμεσα, που διεγείρουν ολόκληρο το φλοιό. Τη διαδικασία αυτή ονομάζουμε εγρήγορη. Αντίθετα, όταν οι περιοχές αυτές του μεσεγκεφάλου αδρανούν, αδρανούν ταυτόχρονα και οι θαλαμικές και φλοιώδεις περιοχές και αρχίζει η διαδικασία του ύπνου.

Λειτουργία των νευρωνικών συνάψεων

Οι πληροφορίες μεταβιβάζονται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα με την μορφή νευρικών ώσεων μέσα από μια σειρά νευρώνων, περνώντας από το ένα στο άλλο. Ωστόσο δε συμπεραίνεται άμεσα ότι η κάθε πληροφορία είναι δυνατό.

1. Να αποκλεισθεί κατά τη μεταβίβαση της από τον έναν νευρώνα στον επόμενο.

2. Να μετατραπεί από μία σε πολλές ώσεις, ή

3. Να συγχωνευτεί σε ώσεις που προέρχονται από άλλους νευρώνες, οπότε προκαλούνται περίπλοκης μορφής ώσεις σε διαδοχικούς νευρώνες.

Όλες αυτές οι λειτουργίες μπορούν να υπαχθούν στις συναπτικές λειτουργίες των νευρώνων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σχιζοφρένια παραμένει μία χίμαιρα που διαρκώς ξεφεύγει από τους διώκτες της και ποτέ δεν επιτρέπει σε κανέναν να την αγγίξει. Όλοι μπορούμε να αναγνωρίσουμε τους σχιζοφρενείς δηλαδή αυτούς που συμπεριφέρονται με έναν εντελώς ξεχωριστό τρόπο και παρουσιάζουν όλα τα συμπτώματα που αποδίδουμε στη σχιζοφρένια, αλλά όταν προσπαθήσουμε να δώσουμε έναν ακριβή ορισμό σχιζοφρένιας σπάνια καταλήγουμε σε ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Αυτό μας κάνει ν' αναρωτηθούμε κατά πόσο η σχιζοφρένια υφίσταται σαν ψυχασθένεια στο χώρο της ψυχιατρικής και να αποδεχθούμε ότι το μόνο που μπορούμε να κάνουμε είναι να καθορίσουμε ορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς στους αρρώστους που όπως λέμε παρουσιάζουν σχιζοφρένεια. Με άλλα λόγια η σχιζοφρένεια δεν υφίσταται αλλά οι άνθρωποι είναι δυνατόν να εμφανίζουν σχιζοφρενική συμπεριφορά.

Έτσι θα έπρεπε να χρησιμοποιούμε τη λέξη σχιζοφρένεια μάλλον σαν επίθετο παρά σαν όνομα ουσιαστικό. Κατά κάποιο τρόπο αυτό συμβαίνει με όλες τις αρρώστεις που πλήττουν τον άνθρωπο. Μιλάμε π.χ. για φυματίωση αλλά η αρρώστεια αυτής δεν υφίσταται. Μπορεί μόνο να εκδηλωθεί σαν επίδραση κάποιου νοσογόνου παράγοντα πάνω σ'έναν επιδεικτικό δέκτη.

Γι' αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να ζητάμε να ορίσουμε τη σχιζοφρένεια αλλά να βρούμε τους τρόπους με τους οποίους διάφοροι ερεθιστικοί παράγοντες μπορούν να επιδράσουν πάνω σε προδιαθετημένα άτομα και να τα κάνουν να εμφανίσουν συμπεριφορά ανάλογη με τα πρότυπα εκείνα που χάριν ευκολίας καλού-

με σχιζοφρένεια.

Άλλοι δε δέχονται αυτή την άποψη και προσπαθούν να ορίσουν τη σχιζοφρένεια σαν αρρώστεια σύμφωνα με ορισμένους παραμέτρους:

α) Νοσολογία: Την εντάσσει στις ψυχασθένειες και τη θεωρεί σαν μία από τις κύριες παθήσεις της υποομάδας των λειτουργικών ψυχώσεων.

β) Κλινική περιγραφή: Ορίζει τη σχιζοφρένεια σαν ένα σύνολο ψυχασθενειών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της σκέψης, του συναισθήματος και της αντίληψης πράγμα που οδηγεί στην καταστροφή της θέλησης και της κοινωνικής συμπεριφοράς.

γ) Πιθανά αίτια: Περιλαμβάνει τις διάφορες θεωρίες σε σχέση με τα αίτια που προκαλούν τη σχιζοφρένεια. Σε γενικές γραμμές οι θεωρίες αυτές θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από αρρώστια του εγκεφάλου ή από υπερβολικό άγχος ή από τον κατακερματισμό της προσωπικότητας κ.τλ..

Ακριβώς αυτή η ανακρίβεια του καθορισμού της φύσης της σχιζοφρένειας και η δυσκολία της ευρέσεως αποδεικτών από όλους κριτηρίων διάγνωσής της, επιτρέπουν την ύπαρξη τόσων αμφισβητήσεων σχετικά με την ακριβή φύση, τις αιτίες και τη θεραπευτική αγωγή της.

Σύγχρονες απόψεις

Σήμερα οι απόψεις σε παγκόσμια κλίμακα διαφέρουν κατά πολύ και είναι αντιπροσωπευτικές των διαφόρων ψυχιατρικών σχολών ενώ το γεγονός αυτό αντανακλά την ανακρίβεια του καθορισμού της σχιζοφρένειας όπως έχει ήδη εκτεθεί.

Η ευρωπαϊκή άποψη: Με αρκετά μεγάλη παράδοση, στηριγμένη στις σχολές ανατομίας και παθολογίας προσπαθεί να βρει

τις αιτίες της αρρώστιας σε ανωμαλίες στον εγκέφαλο και διαταραχές του εγκεφαλικού μεταβολισμού.

Η άποψη αυτή παρουσιάζει τη σχιζοφρένεια πάνω στο καλά δοκιμασμένο πρότυπο της οργανικής αρρώστειας. Η έρευνα περιορίζεται και συγκεντρώνεται στην εξέταση του εγκεφάλου μακροσκοπικά ή και σε μικροσκοπική κλίμακα χρησιμοποιώντας μεθόδους και τεχνικές ιστολογίας, φυσιολογίας, φαρμακολογίας, νευροπαθολογίας και βιοχημείας.

Η αμερικάνικη άποψη με επίσης μεγάλη παράδοση βασισμένη στις Ψυχαναλυτικές και Ψυχοβιολογικές σχολές, βλέπει τη σχιζοφρένεια σαν μία διαταραχή της συμπεριφοράς που οφείλεται σε ένα πλήθος αιτιών ψυχολογικής και κοινωνικής φύσης, όπως άλυτα οιδιπόδεια συμπλέγματα ή ιδιαίτερες σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Η έρευνα συγκεντρώνεται στην εξέταση της απώλειας των νοητικών μηχανισμών και διαταραγμένων προτύπων ενδοπροσωπικών σχέσεων.

Η βρετανική άποψη έρχεται να καλύψει το κενό ανάμεσα στις δύο αυτές ακραίες θεωρίες, παίρνει μία συμβιβαστική θέση ανάμεσά τους λέγοντας ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των σχιζοφρενών οφείλεται πρωταρχικά σε οργανικά αίτια γεγονός το οποίο πρέπει ακόμα να διερευνηθεί. Κατά ένα μικρότερο ποσοστό οφείλεται σε ποικίλους αβέβαιους παράγοντες που περιλαμβάνουν ψυχολογικές και ενδοπροσωπικές αιτίες.

ΑΙΤΙΑ

Σε κάθε επιστήμη η περιγραφή του αντικειμένου της είναι ευκολότερη από ότι η ερμηνεία του και τα συμπεράσματα γι' αυτό. Έτσι αν και είναι δύσκολο να συμφωνήσουμε στο από τι συνίσταται η σχιζοφρένεια, είναι σχετικά εύκολο να περιγράψουμε τα διάφορα στοιχεία της κατάστασης που χαρακτηρίζεται σαν σχιζοφρενική συμπεριφορά και εμπειρία. Αυτό που είναι ακόμα πιο δύσκολο είναι να σιγουρευτούμε για τα αίτια που προκαλούν αυτή την ομάδα των ασθενειών. Σ' αυτό το σημείο υπάρχουν οι περισσότερες διαφωνίες μεταξύ των διαφόρων ερευνητών.

Για μια κατάσταση τόσο κοινή, που παρουσιάζεται με μία τόσο μεγάλη ποικιλία εκδηλώσεων, δεν θα πρέπει να μας φανεί παράξενο ότι υπάρχουν τόσες πολλές θεωρίες για τα αίτια της. Η δυσκολία δε βρίσκεται στο να διαπιστώσουμε θεωρίες, αλλά στο να διακρίνουμε ποιές είναι αυτές που αρμόζουν περισσότερο σε κάθε περίπτωση και ποιά είναι η μεταξύ τους σχέση. Έχει ανοιχθεί στην ιατρική μία μεγάλη συζήτηση σχετικά με τη σχέση μεταξύ των κληρονομικών και των επίκτητων παραγόντων σαν γεννεσιουργών αιτιών των ασθενειών.

Η νοσηρή κατάσταση οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες ή στην επίδραση εξωτερικών παραγόντων πάνω στον οργανισμό. Αυτή η διαμάχη έχει λίγο καθουχάσει μιας και έχει γίνει αποδεκτό, ότι σε καμμία περίπτωση η αρρώστεια δεν οφείλεται στο νένα μόνο από τους δύο παράγοντες, αλλά πάντοτε μετέχουν και οι δύο. Σήμερα όλες οι διαφωνίες υπάρχουν στον καθορισμό του ποσοστού κατά τον οποίο μετέχει καθένας από αυτούς τους

δύο παράγοντες. Όλα αυτά ισχύουν και για την περίπλοκη κατάσταση που καλείται σχιζοφρένια.

Σήμερα έχουμε συνταχθεί από τους ερευνητές τρεις μεγάλες κατηγορίες των αιτιών της σχιζοφρένιας, οι οποίες είναι:

α) Σωματικά ή οργανικά αίτια

β) Ψυχολογικά αίτια, και

γ) Κοινωνικά αίτια

α) Σωματικά αίτια

1. Σωματική θεωρία: Υποστηρίζει ότι υπάρχει ένα γονίδιο ή μία ομάδα γονιδίων που προκαλούν τη σχιζοφρένια. Το γονίδιο είναι ένα συστατικό των χρωμοσωμάτων που μεταβιβάζεται κληρονομικά και όχι μόνο καθοδηγεί και ελέγχει την ανάπτυξη των διαφόρων τμημάτων ενός οργανισμού αλλά είναι επίσης υπεύθυνο για διάφορες αρρώστιες.

Η διατύπωση αυτής της θεωρίας βασίζεται στην αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένιας στους συγγενείς ενός σχιζοφρενή και σε διάφορες μελέτες πάνω σε δίδυμα.

Αυτή η απλή εξήγηση με τα γονίδια όμως είναι πολύ αφελής. Αυτό που κληρονομικά μεταβιβάζεται είναι η προδιάθεση και μόνο για σχιζοφρένια η οποία όμως οφείλεται σε άλλους παράγοντες.

2. Σωματοτυπική θεωρία: Από πλευράς σωματικής διάπλασης οι άνθρωποι κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: Εκτόμορφοι (ψηλοί και αδύνατοι), ενδόμορφοι (κοντοί και χοντροί) και μεσόμορφοι (κανονικού μεγέθους, μυώδεις). Πιο παλιές έρευνες υποστήριξαν ότι η σχιζοφρένια εμφανιζόταν συχνότερα μεταξύ των εκτόμορφων. Οι ασθενείς σε διάφορες κλινικές έρευ-

νες περιγράφονταν σαν αδύνατοι, ασθενικοί, με μακρά άκρα, συχνά με μελανό χρώμα. Πίστευαν επίσης ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ του τύπου του σώματος και της προδιάθεσης για σχιζοφρένια.

3.Εγκεφαλική θεωρία: Μία βλάβη στον εγκέφαλο είναι πιθανόν να προκαλέσει επιληψία και περιστασιακά μπορούν να παρουσιασθούν σχιζοφρενικές καταστάσεις σε αρρώστους που παρουσιάζουν ήδη μία προδιάθεση. Αυτή η περίπτωση είναι καλό παράδειγμα δευτερογενούς ή συμπτωματικής σχιζοφρένιας.

4.Θεωρία του Μεταβολισμού: Ο εγκέφαλος είναι πολύ ευαίσθητος σε αλλαγές του μεταβολισμού, δηλαδή στις αλλαγές των χημικών συστατικών του αίματος. Ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί σαν πρώτη ύλη το οξυγόνο και τη γλυκόζη για να δημιουργήσει τη δραστηριότητά του. Οι ορμόνες του θυροειδούς είναι βασικές για τη συντήρηση της κυτταρικής δραστηριότητας και μία σπάνια μορφή σχιζοφρένιας γνωστή σαν κατατονία του GJESSING έχει αποδειχθεί ότι οφείλεται σε υπερλειτουργία του θυροειδή.

Επίσης από κλινικές παρατηρήσεις έχει αποδειχθεί μία αύξηση των σχιζοφρενικών περιπτώσεων στις περιόδους αμέσως μετά από ένα τοκετό ή κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Και στις δύο περιπτώσεις έχουν σημειωθεί αλλαγές στην ποσότητα των θηλυκών ορμονών που κυκλοφορούν στον οργανισμό και πιστεύεται ότι αυτή καταστροφή ενεργοποιεί ήδη προδιαθετημένους για σχιζοφρένια αρρώστους.

5.Νευροχημική θεωρία: Η πραγματική λειτουργία του νευρικού ιστού, εξαρτάται από απειροελάχιστες ποσότητες ισχυρό-

τατων χημικών συστατικών, που δρουν στις συνδέσεις μεταξύ των νευρικών κυττάρων. Αυτοί οι χημικοί πομποί μπορούν να επηρεασθούν από φάρμακα ή είναι δυνατόν να τους επιτραπεί να δρουν για περισσότερο από τον κανονικό χρόνο επειδή έχει μπλοκαρισθεί ο μηχανισμός της απενεργοποίησης τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις δημιουργούνται καταστάσεις που μοιάζουν πολύ με τη σχιζοφρένεια. Ακόμη φάρμακα γνωστά σαν παραισθησιογόνα όπως το Mescaline, το λυσεργικό οξύ κ.λπ. δημιουργούν τεχνητές ψυχωτικές καταστάσεις με το να αίρουν τη δράση αυτών των πομπών.

Σήμερα πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ένα λάθος στην αλυσίδα της γενιάς αυτών των χημικών πομπών οδηγεί στη δημιουργία ενδιάμεσων ουσιών οι οποίες στη συνέχεια δρουν σαν φυσικά παραισθησιογόνα. Αύξηση του ψυχικού stress οδηγεί σε διέγερση του μεταβολισμού και έτσι υπάρχει ένας συνδυαστικός κρίκος ανάμεσα σε ψυχολογικά γεγονότα και σε αλλαγές στη φυσιολογία του εγκεφάλου.

β) Θεωρίες Ψυχολογικών Αιτιών

1. Πρόνοσηρή Προσωπικότητα: Έρευνες που έγιναν σε ένα μεγάλο αριθμό σχιζοφρενών, έχουν δείξει μία καθολική αντιπροσώπευση ορισμένων τύπων προσωπικότητας. Δύο τύποι έχουν βρεθεί με ιδιαίτερη συχνότητα. Η σχιζοειδής προσωπικότητα και η ευάλωτη προσωπικότητα αυτών των ανθρώπων που αντιδρούν άσχημα τόσο στο ψυχικό όσο και στο σωματικό stress. Εφόσον είναι αποδεικτό ότι η κληρονομικότητα παίζει ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας, η θεωρία για μία κληρονομικά μεταβιβαζόμενη προδιάθεση για σχιζοφρένεια ενισχύεται.

Υπάρχει μέσα σ' αυτή την κατάσταση ένας φαύλος κύκλος.

Οι ανώμαλοι χαρακτήρες συνήθως φέρνουν τον εαυτό τους σε αφύσικες καταστάσεις, και έτσι εκτίθενται σε μεγαλύτερο στρες από ότι οι άλλοι φυσιολογικοί άνθρωποι. Έτσι παραμένει το ερώτημα για το αν η σχιζοφρένεια οφείλεται κατ' ευθείαν στην ανώμαλη προσωπικότητα ή στο αυξημένο στρες που έχουν αυτοί οι άνθρωποι.

2. Ψυχολογία του Εγώ: Είναι η ψυχολογία που αναφέρεται στον εαυτό μας' αυτή η μοναδική εμπειρία της γνώσης ότι αποτελούμε μία ζωντανή ύπαρξη διαφορετική από τα άψυχα αντικείμενα που μας περιτριγυρίζουν. Στην αρχή η ύπαρξη του παιδιού περιβάλλεται από την μητέρα που ικανοποιεί όλες τις ανάγκες του. Αρχίζει να ξεχωρίζει τον εαυτό του από την μητέρα του όταν εκείνη δεν ικανοποιεί τις ανάγκες του και αρχίζει να αισθάνεται πόνο και απογοήτευση. Τότε αρχίζει σε ένα αρχέγονο στάδιο να ξεχωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους. Αργότερα αρχίζει να συγχωνεύει μέσα στην ψυχολογία του και το ρόλο του πατέρα και των αδερφών του από τους γύρω του. Αρχίζει σιγά-σιγά να θεμελιώνει τα σύνορα του εγώ του και ενημερώνεται για το μέχρι που φτάνει ο εαυτός του και για το από που αρχίζει η ύπαρξη των άλλων. Αρχίζει να ξεχωρίζει ανθρώπους και αντικείμενα και να τους εντάσσει σ' ένα χώρο μέσα στον οποίο κυλάει η ζωή του.

Η διεργασία της ένταξης εξωτερικών ερεθισμάτων σε διάφορα σύνολα, τα οποία συσχετίζει μεταξύ τους για να δημιουργήσει ένα γενικό σύνολο ονομάζεται δημιουργία ενός GESTALT (μορφή). Ξέρω ποιός είμαι επειδή έχω καθορίσει τα όρια του

εαυτού μου και αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου μέσα στο σύνολο με το περιβάλλον που με περιβάλλει και δεν είναι μέρος του εαυτού μου. »

Στη σχιζοφρένια τα όρια του <<εγώ>> συγχέονται και καταστρέφονται έτσι ώστε ο άρρωστος να χάνει την έννοια του εαυτού του και αισθάνεται ότι διαχέεται στο περιβάλλον του. Δεν έχει πια την αίσθηση του τι είναι εαυτό του και τι δεν είναι. Χάνει την ικανότητα της δημιουργίας GESTALTS (μορφών) και τις συγχέει με αυτά που βρίσκονται πίσω του και εμπρός του. Έτσι οι άρρωστοι τρομοκρατούνται με την αίσθηση ότι διαχέονται στους γύρω τους φοβούμενοι ότι θα τους καταπνεί το περιβάλλον. Πολλές φορές αναφέρουν ότι αισθάνονται ότι είναι κάποιος άλλου, ενώ ταυτόχρονα διατηρούν και τη δική τους προσωπικότητα. Κάποιος άρρωστος που έπαιζε ποδόσφαιρο πίστευε ότι όταν χτυπούσε το πόδι του και όλοι οι παίκτες της αντίπαλης ομάδας χτυπούσαν κατά τον ίδιο τρόπο. Είχε χάσει την έννοια του εαυτού του και είχε συγχωνευθεί με τους αντιπάλους του. Μια άλλη άρρωστη αισθανόταν ότι από μέσα της έβγαλνε ένα κακό πνεύμα και προκαλούσε καταστροφές. Αυτοί οι άρρωστοι έχουν χάσει την αίσθηση της ταυτότητάς τους και έχουν συγχωνευθεί από το παγκόσμιο σύνολο.

3. θεωρία του φίλτρου αντίληψης: Το μυαλό δέχεται συνεχώς τον βομβαρδισμό από ένα χείμαρρο εξωτερικών ερεθισμάτων, μέσα των πέντε αισθήσεων. Το <<φίλτρο της αντίληψης>> είναι ένας μηχανισμός με τον οποίο ο εγκέφαλος διαλέγει τα ερεθίσματα και τα καταπάσσει σύμφωνα με κάποια προτεραιότητα και δίνει προσοχή μόνο σ'αυτά για τα οποία έχει προγραμματισθεί. Στις κλινικές παρατηρήσεις οι σχιζοφρενείς δείχνουν να είναι

αμέτοχοι στο τι γίνεται γύρω τους και δεν αντιδρούν στα εξωτερικά ερεθίσματα, στην πραγματικότητα είναι πολύ ευαίσθητοι στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Δέχονται και το παραμικρό ερέθισμα. Πέφτουν σε παθητική κατάσταση ακριβώς επειδή δεν προλαβαίνουν να αντιδράσουν στον συνεχή βομβαρδισμό από το εξωτερικό κόσμο. Αυτό θα μπορούσε να είναι και μία εξήγηση του γιατί ο τρόπος που σκέπτονται είναι τόσο ατελής.

4. Θεωρία της ασυνείδητης ανησυχίας: Στα όνειρά μας οι φόβοι και οι ανησυχίες μας που σε κατάσταση εγρήγορης είναι καταπιεσμένα ξεπηδούν από το υποσυνείδητο και εκφράζονται με διάφορους συμβολικούς τρόπους. Έτσι τα όνειρα παίζουν θεραπευτικό ρόλο επιτρέποντας μία κάθαρση που τα καταπιεσμένα αισθήματα κατά ένα μεταμορφωτικό τρόπο. Το συνειδητό δεν μπορεί να υποφέρει τις αρχέτυπες ανησυχίες της ύπαρξης και της επιβίωσης και το λογικό διαταράσσεται όταν αυτές οι ανησυχίες ξεφεύγουν και περνούν στο συνειδητό. Πιστεύεται ότι η ψύχωση που δημιουργείται από τη σχιζοφρένεια είναι κατά κάποιον τρόπο ένα διαρκές όνειρο σε κατάσταση εγρήγορης, μία κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει έλεγχος αυτών των βαθειά θαμμένων αρχέγονων ανησυχιών. Σίγουρα δεν υπάρχει μεγάλη ομοιότητα στους συμβολισμούς των ονείρων και στα σύμβολα που παρουσιάζουν οι σχιζοφρενείς στην τέχνη.

5. Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα: Κατά την ήβη οι νέοι αρχίζουν να έλκονται από άτομα του αντίθετου φύλου. Αυτό σημαίνει ότι αρχίζει ένας ενεργητικός ανταγωνισμός με το περιβάλλον του και τα άτομα του ίδιου φύλου του. Τότε ακριβώς δημιουργείται μία ειδική μορφή σύγκρουσης ανάμεσα σ'αυτούς και στα μεγαλύτερα άτομα του ίδιου φύλου ιδιαίτερα δε με τον πατέρα.

Ο νέος θέλει να απελευθερωθεί από τα δεσμά που του επιβάλλει μία, όπως πιστεύει αυθαίρετη εξουσία. Η ίδια κατάσταση αναπτύσσεται και ανάμεσα στα κορίτσια και τις μητέρες τους, αλλά εδώ η συγκρότηση δεν είναι ξεκάθαρα βασισμένη στη δύναμη και στην εξουσία, αλλά κυρίως στη σεξουαλικότητα και τους τρόπους δελεασμού και πρόκλησης του αντίθετου φύλου. Αυτό το οιδιπόδειο σύμπλεγμα πρέπει να λυθεί κατά κάποιο τρόπο και στις περισσότερες οικογένειες αυτό γίνεται με το να αφήσουν τους νέους ελεύθερους να δημιουργήσουν τις προσωπικότητές τους σαν ενήλικες μέσα στο ευρύτερο σύνολο της κοινωνίας.

Πιστεύεται ότι εάν δεν λυθεί το οιδιπόδειο σύμπλεγμα οι νέοι έχουν μόνο έναν περιορισμένο αριθμό εναλλακτικών τρόπων δράσης. Μπορεί να συνεχίζουν να μάχονται με τον παλιό τρόπο (θυμωμένοι νεαροί που ποτέ δεν μεγαλώνουν), μπορεί να τα παρατήσουν και να γίνουν εντελώς παθητικοί αφήνοντας τους εαυτούς τους έρμαια στη θέληση των γονιών τους. Για να ξεφύγουν μπορεί να φτάσουν στην αυτοκτονία ή να καταντήσουν τρελοί. Είναι σαν να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ζήσουν στον κόσμο και έτσι ξεφεύγουν από την πραγματικότητα και περνούν σε έναν κόσμο φανταστικό στον οποίον διαθέτουν μαγική δύναμη και εξουσιάζουν πρόσωπα και πράγματα γύρω τους. Ένα άλυτο σύμπλεγμα είναι μία πηγή δυναμικού του είδους εκείνης της αρχέγονης ανησυχίας.

6. Θεωρία των διπλών δεσμών: Δέσμευση είναι η ανεπιθύμητη και ενοχλητική επιρροή που έχει ο ένας πάνω στον άλλο. Ο Κοινωνιολόγος GREGORY BATESON εξέτασε τις σχέσεις ανάμε-

σα στα σχιζοφρενικά παιδιά και τους γονείς τους και απέδειξε ότι αυτές οι οικογένειες δημιουργούσαν για τα παιδιά τους την κατάσταση αυτή που λέμε <<διπλό δεσμό>>. Με αυτό εννοούμε ότι οι γονείς έβαζαν συνεχώς στα παιδιά τους περιορισμούς με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά. Κατ'αρχήν μία βασική εντολή <<Κάνε αυτό>> μετά μία αντίθετη απαγόρευση <<Μην το κάνεις>> και τέλος μία απαίτηση να μην ξεφύγει το παιδί από αυτούς τους περιορισμούς, αλλά να αντιδράσει με κάποιο τρόπο. Εάν ένας απ'τους γονείς διατάξει το παιδί να μην υπακούσει τότε το παιδί δεν μπορεί να αντιδράσει με κάποιο τρόπο ώστε να ικανοποιήσει τους γονείς του. Στην κυριοτέλεξία δεν μπορεί να κερδίσει αυτό το παιχνίδι των εκβολών και απαγορεύσεων των γονέων του και πιθανόν η τιμωρία είναι αναπόφευκτη. Αυτό το είδος των σχέσεων δεν απαντάται μόνο σε οικογένειες που έχουν σχιζοφρένια. Κατά πάσα πιθανότητα κάποια στιγμή της ζωής μας έχουμε την αυτή εμπειρία του πόσο ανυπόφορη είναι αυτή η κατάσταση. Μας εφιστάται η προσοχή ότι θα τιμωρηθούμε εάν συμπεριφερθούμε κατά ένα ορισμένο τρόπο και στη συνέχεια μας αναγκάζουν ώστε να μην μπορούμε παρά να αντιδράσουμε με τον απαγορευμένο τρόπο, αλλά αν ακόμα δεν είμαστε παραβάτες θεωρούμαστε σαν τέτοιοι και ακολουθεί η αναπόφευκτη τιμωρία. Έτσι εξοργιζόμαστε από την αδικία και την τρέλα του κόσμου. Ο BATESON λέει ότι αυτού του είδους οι περιορισμοί δεν είναι αποκλειστικότητα των οικογενειών με σχιζοφρενείς αλλά είναι κάτι το πολύ συνηθισμένο σ'αυτές. Έτσι κατά κάποιο τρόπο μπορούμε να πούμε ότι οι ίδιοι οι γονείς τρελαίνουν τα παιδιά τους.

Από αυτή την κατάσταση το παιδί μπορεί να ξεφύγει με ένα μόνο τρόπο και αυτός είναι το να δημιουργήσει γύρω του

ένα κόσμο φανταστικό στον οποίο οι αυστηροί και παράλογοι γονείς του δεν έχουν θέση, ή εάν υπάρχουν διαθέτει επάνω τους μαγική δύναμη και εξουσία. Άλλοι ερευνητές έχουν αντιδράσει σε αυτή τη θεωρία που λέει ότι οι παράλογοι περιορισμοί είναι το γενεσιουργό αίτιο της σχιζοφρένειας και αντιπαραέτουν τη θεωρία τους, λέγοντας ότι αυτού του είδους οι καταστάσεις δημιουργούνται στις οικογένειες που ήδη έχουν κάποιο σχιζοφρενή.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

α) Θεωρία Μητέρας με σχιζοφρενικά παιδιά: Τα πρώτα χρόνια των κοινωνιολογικών ερευνών, οι ερευνητές μελέτησαν τον χαρακτήρα των μητέρων που είχαν σχιζοφρενικά παιδιά και τις συνέκριναν με άλλες που είχαν φυσιολογικά. Αμέσως φάνηκε ότι υπήρχε μία διάζουσα μητρική συμπεριφορά. Οι μητέρες με τα σχιζοφρενή παιδιά παρουσίαζαν δύο χαρακτηριστικά. Κατ' αρχήν ήταν περισσότερο απαιτητικές και καταδικαστικές απέναντι στα παιδιά τους. Ζητούσαν απ' αυτά πολλά πράγματα και συνεχώς τα καταδίκασαν όταν δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις και στις προσδοκίες τους. Σε δεύτερη φάση παρουσίαζαν μία μεγάλη ασυνέπεια στη συμπεριφορά τους και τα αισθήματα που έτρεφαν προς τα παιδιά τους. Τη μία στιγμή μπορεί να τους έλεγαν πόσο πολύ τα αγαπούν και λίγο αργότερα έδειχνάν ψυχρές, απλησίαστες, ακόμα και εχθρικές. Αντιμετωπίζοντας μια τέτοια μητέρα, το παιδί νιώθει χαμένο και αισθάνεται ένα και μόνο πράγμα, ότι είναι ανεπιθύμητο από τη μητέρα,

παρ'όλο πολλές φορές μπορεί να του λέγει το αντίθετο.

Για μια ακόμα φορά θα πρέπει να τονισθεί ότι μια τέτοια συμπεριφορά δεν απαντάται αποκλειστικά και μόνο στις μητέρες με σχιζοφρενικά παιδιά, αλλά απαντάται σε τέτοιες περιπτώσεις με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι στο γενικό μέσο όρο. Ακόμα έχει γίνει πολύς λόγος για το, εάν συμπεριφορά της μητέρας είναι υπεύθυνη για τη σχιζοφρένεια του παιδιού, ή εάν η ανικανότητα σωστής συμπεριφοράς είναι η αντίδραση και η προσπάθεια αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας του παιδιού. Η διαφωνία αυτή εξακολουθεί να υπάρχει και αφήνει περιθώρια για περισσότερες ακόμα έρευνες.

β) θεωρία ενδοοικογενειακών αλληλεπιδράσεων: Έχουμε δύο απόψεις η μία λέει ότι αυτή ακριβώς η συμπεριφορά συντέλεσε στο να γίνει αυτό το μέλος της οικογένειας σχιζοφρενικό και η άλλη ότι οι ιδιαίτερες σχέσεις δημιουργήθηκαν σαν αποτέλεσμα σχιζοφρένειας που ήδη κάποιο από τα μέλη της οικογένειας είχε. Έχουν γίνει πολλές έρευνες σχετικά με τη σχέση μεταξύ της γενιάς των γονιών και της γενιάς των παιδιών με σκοπό να βρεθεί εάν ισχύει η υπόθεση ότι οι άνθρωποι είναι δυνατόν στην κυριολεξία να τρελαίνουν ο ένας τον άλλον.

Έχει διαπιστωθεί ότι σε οικογένειες με σχιζοφρενικά μέλη εμφανίζεται αυτή ακριβώς η δυσκολία στην επικοινωνία, με μεγάλη συχνότητα. Υπάρχουν οικογένειες που φαίνεται ότι υπάρχουν σ'αυτές σωστά τοποθετημένες σχέσεις (μία αμοιβαιότητα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας). Αλλά μία προσεκτική παρατήρηση δείχνει ότι αυτή η κατάσταση είναι φαινομενική και οι σχέσεις που υπάρχουν είναι απλώς και μόνο το κάλυμα

που κρύβει το γεγονός ότι δεν υπάρχει η ψυχική επαφή. Ανάμεσα στα μέλη αυτών των οικογενειών επικρατεί μία συνωμοτική σιωπή που αρνείται αυτή την απάτη. Πιστεύεται ότι αυτή η κατάσταση οδηγεί γρήγορα στην τρέλλα. Σε άλλες οικογένειες η καταπίεση είναι μία μέθοδος επικοινωνίας και έτσι η επικοινωνία υπάρχει μόνο και μόνο για να καλύψει το γεγονός ότι δεν υπάρχουν σχέσεις όπως θα έπρεπε να είναι. Σε άλλες οικογένειες αυτό που φταίει δεν είναι τόσο το είδος των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας όσο ο εκφυλισμός του ρόλου που παίζει ο κάθε ένας μέσα στην οικογένεια. Από τις έρευνες που έχουν γίνει μέχρι τώρα βγαίνει το συμπέρασμα ότι αυτή η αστάθεια των ρόλων και σχέσεων κάθε ατόμου, μειώνουν την ικανότητα αντίληψης της πραγματικότητας και της ζύπαρξής του σε σχέση με το σπίτι του και γενικότερα το περιβάλλον του. Έτσι καλλιεργείται μία χαλάρωση των δεσμών σε μία ενοχλητική πραγματικότητα και αρχίζει σαν αντιστάθμιση μία πτήση σε σφαίρες ψυχωτικής φαντασίας.

γ) θεωρία του ρόλου: Χρησιμοποιείται για να αναλύσει τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια, αλλά μπορεί να εφαρμοσθεί εξ έσου καλά σε σχέσεις έξω από το σπίτι. Κάθε άνθρωπος για να συνεχίσει να φέρεται κατά ένα δεδομένο τρόπο έχει ανάγκη από κάποια ανταμοιβή. Στις κοινωνικές μας σχέσεις η ανταμοιβή είναι η αποδοχή μας σαν μέλη της ομάδας και η αναγνώριση της προσωπικότητας. Για να είμαστε μέλη της ομάδας πρέπει να συμπεριφερόμαστε με τον τρόπο που η ομάδα περιμένει από εμάς. Εάν συμπεριφερθούμε με τρόπο διάφορο απ' αυτόν που α-

ναμένεται και ενοχλητικό, και αν αυτό το είδος της συμπεριφοράς συνεχισθεί, τότε σιγά-σιγά θα βρεθούμε έξω από την ομάδα. Επειδή δε όλοι μας θέλουμε να ανήκουμε σε μία ομάδα θα πρέπει να ανταποκριθούμε πλήρως στις απαιτήσεις της ομάδας. Για διάφορους λόγους ένα άτομο μπορεί να δείχνει τρελό ή να υπάρχει μία προΐστορία τρέλας στον ίδιο ή στην οικογένειά του. Αν ένα τέτοιο άτομο βρεθεί μέσα σε μία ομάδα που χρειάζεται ένα τρελό για αποδιοπομπαίο τράγο (κάποιον στον οποίο ρίχνονται όλα τα σφάλματα), τότε ο μόνος τρόπος για να γίνει δεκτός από την ομάδα είναι να παίξει το ρόλο του τρελού. Κατ'αυτην την έννοια οι κοινωνίες δημιουργούν τους τρελούς τους και οι οικογένειες προετοιμάζουν ορισμένα μέλη τους, για μια σταδιοδρομία στη σχιζοφρένια.

δ) θεωρία του κοινωνικού αποκλεισμού: Οι σχιζοφρενείς δεν βρίσκουν εύκολο το να επικοινωνήσουν με τους υπόλοιπους ανθρώπους, κατευθύνονται σε περιοχές όπου υπάρχει μία σχετική κοινωνική απομόνωση και όπου ασχολούνται μόνο με άψυχα αντικείμενα με τα οποία αισθάνονται πιο άνετα, παρά με τους ανθρώπους.

Προσπαθώντας να συσχετίσουμε όλες αυτές τις θεωρίες-φαινομενικές, ψυχολογικές, κοινωνικές- η τάση να αποδώσουμε την σχιζοφρένια σε μία μόνο αιτία έχει εγκαταλειφθεί και προσανατολιζόμαστε σε θεωρίες που δέχονται μία πολλαπλότητα αιτιών. Με άλλα λόγια η σχιζοφρένια ή πιο σωστά οι σχιζοφρένιες οφείλονται σε ένα πλήθος αλληλοεπιδράσεων παραγόντων.

Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες προδιαθέτουν το άτομο και το κάνουν να συμπεριφέρεται κατά ένα ορισμένο τρόπο.

πο, ενώ οι άλλοι είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της καθ' εαυτού αρρώστιας. Όλοι μας σήμερα έχουμε την αίσθηση ότι για τη σχιζοφρένεια ξέρουμε πάρα πολλά, αλλά ταυτόχρονα και πολύ λίγα. Ξέρουμε πάρα πολλά με την έννοια ότι έχουμε διατυπώσει τόσες πολλές θεωρίες. Ξέρουμε, δε, τόσα λίγα, γιατί ακόμα δεν μπορούμε να ολοκληρώσουμε όλες αυτές τις θεωρίες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Αν και η έννοια της σχιζοφρένειας δεν έχει ξεκάθαρα και από όλους αποδεικτικά αποσαφηνισθεί και παρ'όλο που η εικόνα που παρουσιάζει είναι σε κάθε περίπτωση διαφορετική, υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να θεωρηθούν σαν σχιζοφρένιες. Όλες αυτές οι περιπτώσεις περιλαμβάνουν μία παράξενη συμπεριφορά που δύσκολα θα μπορέσει ένας παρατηρητής να χαρακτηρίσει, δεν θα έπρεπε όμως όλες αυτές τις καταστάσεις να τις χαρακτηρίσει σαν περιπτώσεις τρέλλας.

α) Εφηβικές κρίσεις

Σήμερα αναγνωρίζεται από όλους ότι η περίοδος της ήβης του παιδιού είναι μία πολύ σοβαρή περίοδος προσαρμογής και μεταλλαγής του παιδιού σε ένα ολοκληρωμένο άτομο. Σε αυτή την περίοδο μερικά νέα παιδιά έχουν την εμπειρία της απώλειας της προσωπικότητας σε τέτοιο βαθμό ώστε να παρουσιάζουν μία εικόνα που λίγο διαφέρει από την σχιζοφρένια. Η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι προσωρινή και με καλά δεδομένα πρόγνωσης αρκεί να αναγνωρισθεί σωστά και έγκαιρα και να εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπεία.

β) Καταστάσεις απώλειας της προσωπικότητας

Αυτή η ψυχολογική εμπειρία είναι αποτέλεσμα μιας συσσωρευμένης ανησυχίας ή κούρασης. Μπορεί να συμβεί στον καθένα και όντως συμβαίνει συχνά αλλά συνήθως δεν συζητιέται από το φόβο να μη χαρακτηρισθεί κανείς τρελλός από τους άλλους.

Ο άρρωστος αισθάνεται αλλαγμένος αλλά εξακολουθεί να είναι στέρβα δεμένος με την προσωπικότητά του. Μερικοί έχουν την αίσθηση ότι βγαίνουν από το σώμα τους και γίνονται απαθείς θεατές των πράξεών τους. Υπάρχει ένα χάσμα στην αντίληψη του εαυτού τους αλλά όχι τόσο πρωταρχικό όσο στη σχιζοφρένια.

Οι καταστάσεις αυτές συνδέονται με μία αίσθηση που ονομάζουμε <<DEJA VU>>, και είναι η αίσθηση ότι έχουμε ξαναβρεθεί σε ένα μέρος ενώ είμαστε σίγουροι ότι κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει ή ακόμα η αίσθηση του να ξέρουμε τι θα συμβεί μετά από λίγο ενώ ξέρουμε ότι κάτι τέτοιο είναι αδύνατο.

Πολλές εξηγήσεις έχουν δοθεί γι'αυτή την περίπτωση και φτάνουν να περιλαμβάνουν ακόμα και θεωρίες όπως η μετενσάρκωση ή η θεωρία της ανακύκλωσης του χρόνου, δηλαδή ότι έχουμε ξαναβρεθεί κάπου σε κάποια άλλη διάσταση του χρόνου και γι'αυτό θυμόμαστε τον τόπο και το τι έγινε.

γ) Καταστάσεις τοξικές

Σ'αυτές ο άρρωστος έχει ψευδαισθήσεις και δεν αντιλαμβάνεται σωστά τι συμβαίνει έχοντας παραισθήσεις. Σε μία τέτοια κατάσταση ο άρρωστος αισθάνεται τρομοκρατημένος και είναι ενεργητικά παρανοϊκός. Το DELIRIUM TREMEUS είναι ένα πολύ καλό παράδειγμα και προκαλείται από οξεία δηλητηρίαση με αλκοόλ. Οι καταστάσεις αυτές έχουν ευοίωνη πρόγνωση και παύουν να υφίστανται ευθύς ως η αιτία που τις προκάλεσε πάψει να υπάρχει.

δ) Επιληπτική Ψύχωση

Ο άρρωστος που υποφέρει από επιληπτικά επεισόδια μπο-

ρεί να αισθάνεται αλλαγμένος κατά διάφορους τρόπους και έχει ζωηρές οπτικές παραισθήσεις συχνά αποκαλυπτικής φύσης. Μπορεί να είναι απότομος ή βίαιος και οι συγκινησιακές του αντιδράσεις είναι ασυνάρτητες (άτοπες). Αυτές οι δυναμικά επικίνδυνες καταστάσεις ανταποκρίνονται πολύ καλά στην θεραπευτική αγωγή της πρωταρχικής επάληψίας.

ε) Καταστάσεις περιορισμού

Είναι καταστάσεις που μοιάζουν πολύ με την τρέλλα και δημιουργούνται σε πρόσωπα που φυλακίζονται ή υφίστανται κάποια ποινική κύρωση. Ο άρρωστος δίνει περίπου σωτές απαντήσεις όταν ερωτάται και δείχνει τρελλός μόνο σε σχέση με τις κολάσιμες πράξεις του τείνοντας να ξεφύγει από τις συνέπειές τους. Σε περιπτώσεις όπου οι προθέσεις του είναι ξεκάθαρα συνειδητές θα μπορούσε να πει κανείς ότι προσποιείται τον άρρωστο για να ξεφύγει, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις όπου ότι κάνει το κάνει χωρίς να έχει συνείδηση επειδή στον ψυχικό του κόσμο υπάρχει ένα μεγάλο χάσμα κατά το πρότυπο της υστερίας.

στ) Σύμπλεγμα Οθέλλου

Υπάρχουν περιπτώσεις νοσηρής ζήλειας που φθάνουν μέχρι την παραφροσύνη. Ο σύζυγος πιστεύει ότι η γυναίκα του τον απατά στηριζόμενος σε σχεδόν ανύπαρκτες ενδείξεις και προσπαθεί να αποδείξει αυτές τις σκέψεις του με προφητείες που μόνος του επινοεί. Σημάδια στην επιδερμίδα, αλλαγές στον τόνο της φωνής, ή στις κινήσεις τις θεωρεί συντριπτικές αποδείξεις. Αν η γυναίκα προσπαθεί να αποδείξει την αθωότητά της

το κάνει επειδή ακριβώς είναι ένοχη αν όχι, ε τότε δεν χρειάζεται καμμία άλλη απόδειξη. Το θύμα παγιδεύεται από τις φαντασιώσεις του συζύγου και δεν μπορεί να ξεφύγει οτιδήποτε και αν κάνει.

ζ) Καταστάσεις κατοχής

Είναι σπάνιες περιπτώσεις σε κλινικά δεδομένα και ο άρρωστος πιστεύει ότι το σώμα του κατέχεται και εξουσιάζεται από το πνεύμα ενός άλλου.

η) Σχιζοειδής προσωπικότητα

Είναι η συνεσταλμένη και κλειστή προσωπικότητα που παρουσιάζουν μερικοί άνθρωποι. Αποφεύγουν τον κόσμο και δείχνουν ελάχιστα τα αισθήματά τους. Η ψυχική τους ζωή είναι εσωστρεφής. Τους τρομάζει η οικειότητα και προτιμούν τα πράγματα από τους ανθρώπους. Πολλοί είναι διανοούμενοι και ασχολούνται με την φιλοσοφική σκέψη και πιστεύουν ότι οι άλλοι τους καταπρέχουν. Αυτή η απομόνωσή τους προκαλεί μία ελάτωση της κοινωνικότητάς τους και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που τους αποξενώνει ολοένα και περισσότερο από τους άλλους. Αυτή η κατάσταση είναι ένας τύπος προσωπικότητας και δεν χαρακτηρίζεται σαν αρρώστια.

θ) Προκλητικές ψυχωτικές καταστάσεις (MODEL PSYCHOSES)

Είναι καταστάσεις που προκαλούνται από φάρμακα, τα καλούμενα παραισθησιογόνα που βασικά δρουν προκαλώντας σύγχυση και παραισθήσεις. Αυτές οι τεχνητά δημιουργούμενες ψυχώσεις γίνονται αντικείμενο λεπτομερής μελέτης με σκοπό να διερευνηθεί εάν ο τρόπος που δημιουργούνται έχει σχέση με

τις φυσιολογικά παρουσιαζόμενες ψυχώσεις MESCALIUM και LSD είναι δύο κοινά παραισθησιογόνα.

ι) Υπναγωγικές καταστάσεις

Είναι έντονες εμπειρίες ψευδαισθήσεων που δημιουργούνται ακριβώς την ώρα του ύπνου. Ο άρρωστος είναι σαν να βλέπει όνειρο ξυπνητός. Μια παρόμοια κατάσταση δημιουργείται όταν ο άρρωστος ξυπνάει. Η εμπειρία αυτή είναι τρομακτική και περισσότερο συχνή από ότι φαντάζεται κανείς γιατί και πάλι αυτοί που την έχουν φοβούνται να την συζητήσουν επειδή πιστεύουν ότι σιγά-σιγά τρελλαίνονται. Δημιουργείται από μία αλλαγή στην διαδικασία διαδοχής μετάβασης των διαφόρων τμημάτων του εγκεφάλου από την εγρήγορση στον ύπνο. Καθώς ορισμένα τμήματα του εγκεφάλου περνούν στο στάδιο του ύπνου άλλα δευτερεύοντα που σε φυσιολογική κατάσταση είναι κρυμμένα δημιουργούν μία υπερδραστηριότητα έως ότου με την σειρά τους περάσουν και αυτά στην ύπνωση.

ια) Στέρηση αισθητηρίων οργάνων (SENORY DEPRIVATION)

Είναι γνωστό ότι όταν ο εγκέφαλος πάψει να δέχεται εξωτερικά ερεθίσματα ο άνθρωπος χάνει την αίσθηση της προσωπικότητάς του και του προσρισμού του. Αυτή η απομόνωση του δημιουργεί μία σύγχυση και αργότερα φθάνει στο στάδιο των παραισθήσεων. Ο εγκέφαλος έχοντας ανάγκη εξωτερικών ερεθισμάτων, δημιουργεί μόνος του τις ψευδαισθήσεις που του τις προσφέρουν.

Το ίδιο συμβαίνει στην τεχνική της αναμόρφωσης των πολιτικών ιδεών (πλύση εγκεφάλου) καθώς και σε προγράμματα

έρευνας των λειτουργιών και αντιδράσεων του εγκεφάλου όταν εργάζεται κάτω από στρες. Η μελέτη αυτής της κατάστασης είχε και πρακτική σημασία γιατί θα μπορούσε να σταθεί εμπόδιο στην εξερεύνηση του διαστήματος σε μεγάλες αποστάσεις και επί μεγάλο χρόνο όπου το πλήρωμα θα είναι σχετικά αδρανές και δεν θα έχει ποικιλία εξωτερικών ερεθισμάτων.

ιβ) Παιδικός αυτισμός

Είναι μία σπάνια περίπτωση που παρουσιάζεται κατά την ανάπτυξη των παιδιών. Κατ' αρχήν αποτυγχάνουν να μάθουν να δημιουργούν σχέσεις με το περιβάλλον. Το παιδί μιλά για τον εαυτόν του στο τρίτο πρόσωπο, όπως περίπου μιλούν οι <<φωνές>> στον σχιζοφρενή. Τέτοια παιδιά δεν μπορούν να αποκτήσουν επαφή με το περιβάλλον και συχνά παρουσιάζουν βίαια ξεσπάσματα επιθετικότητας. Πρέπει όμως να γίνει ο διαχωρισμός του από την εξίσου σπάνια περίπτωση της παιδικής σχιζοφρένειας ή από τη συχνότερα εμφανιζόμενη διανοητική καθυστέρηση ή την υποανάπτυξη.

Όλες αυτές οι περιπτώσεις έχουν κοινά χαρακτηριστικά με την σχιζοφρένια αλλά η κάθε μία είναι εντελώς διαφορετική διαταραχή με διαφορετική αγωγή. Είναι πολύ σπουδαίο να αναγνωρίζεται σωστά και έγκαιρα κάθε τέτοια κατάσταση και να μην συγχέεται με τις σχιζοφρενικές ψυχώσεις.



Η ψυχοπαθολογική κα-
τάσταση της άνοιας.



ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΩΝ

Η σχιζοφρένια είναι ένας όρος που περιγράφει ένα σύνολο από αρρώστιες με κοινά χαρακτηριστικά. Η ταξινόμηση είναι μέσο με το οποίο διαφορετικά στοιχεία συμπεριφοράς κατατάσσονται σύμφωνα με την εμφάνισή τους σε κατηγορίες ώστε να μπορούμε ευκολότερα να διακρίνουμε τις αντιθέσεις τους καθώς και τις ομοιότητές τους. Αυτές οι διαφορές είναι πολύ οπουδαίες γιατί βασικά είναι οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η νόσος καθώς και οι πιθανές αιτίες που την προκαλούν και έτσι διαφαίνεται μία πιθανή αντιμετώπιση. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι εξής:

α)Τυπολογία:διαχωρισμός σύμφωνα με τα κλινικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζει ο ασθενής.

Ηβηφρενική σχιζοφρένια: Πλήττει τις μικρές κυρίως ηλικίες και μάλιστα περισσότερο τα κορίτσια από τα αγόρια και χαρακτηρίζεται από διαταραχή της σκέψης, των αισθήσεων, της αντίληψης, της θέλησης και της συμπεριφοράς. Ο νεαρός άρρωστος γελά ανόητα και ηλίθια, συχνά δείχνει χαμένος και συμπεριφέρεται εντελώς τρελλά. Ο Οφηλία στον Άμλετ είναι μία κλασσική περίπτωση και όπως αυτή ο ηβηφρενικός μπορεί να διαταραχθεί ώστε να φτάσει τελικά να καταστρέψει τον εαυτό του.

Παρανοϊκή σχιζοφρένια: Παρουσιάζεται στους μεγαλύτερους αρρώστους και στους άνδρες συχνότερα από τις γυναίκες. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές της σκέψης, των αισθήσεων και της συμπεριφοράς. Ο άρρωστος ατσθάνεται χαμένος, πιστεύει ότι εί-

ναι αντικείμενο καταδιάξεως και συμπεριφέρεται ανάλογα για να αμυνθεί. Επιμένει παθητικά να υποστηρίζει τις ψευδαισθήσεις του. Έχει σπάνια ψευδαισθήσεις και γι' αυτό φαίνεται εντελώς ομαλός μέχρι τη στιγμή που κάποιος τον αγγίζει στο ευαίσθητο σημείο του γεγονός το οποίο απελευθερώνει όλη του την παράνοια. Ο τύπος της παρανοϊκής σχιζοφρένειας απαντάται επίσης σε πολύ μεγαλύτερους αρρώστους κατά την γεροντική ηλικία και σ' αυτή την περίπτωση οι γυναίκες πλήττονται περισσότερο από τους άνδρες.

Κατατονική σχιζοφρένια: Σήμερα παρουσιάζεται λιγότερο συχνά. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της σκέψης, του αισθήματος και της συμπεριφοράς. Ο άρρωστος συμπεριφέρεται με παράξενο τρόπο. Οι κινήσεις του γίνονται ολοένα και πιο αργές και μπορεί να φτάσει στο σημείο να ακινητοποιείται σε ορισμένες στάσεις για αρκετό χρονικό διάστημα. Σ' αυτή την κατάσταση δεν απαντά σε ερωτήσεις αλλά αργότερα μπορεί να θυμηθεί όλα όσα έγιναν, παρ' ότι θα μπορούσε κανείς να πιστέψει ότι ήταν <<αναίσθητος>> και δεν καταλάβαινε τι γίνονταν γύρω του. Σε κλασσικές περιπτώσεις οι μύες του αρρώστου παρουσιάζουν αυτό που λέμε <<κηρώδης ευκαμψία>> και τα άκρα του μπορούν να γείρουν σε απίθανες στάσεις και να μείνουν εκεί σαν να ήταν οι μύες φτιαγμένοι από κερί. Ο κατατονικός είναι επίσης επιρρεπής σε ξαφνικά ξεσπάσματα επιθετικότητας, συχνά μετά από ψευδαισθήσεις όταν πολιορκείται από φωνές.

Απλή σχιζοφρένια: Κατ' αρχήν δεν παρουσιάζεται εμφανής δια-



Η κατάθλιψη, η πτώση
του συναισθήματος και
η απάθεια αποτελούν
σημαντικά χαρακτηρι-
στικά της σχιζοφρένιας



ταραχή της σκέψης αλλά οι άρρωστοι έχουν μειωμένα αισθήματα, δεν έχουν φιλοδοξίες και κατρακυλούν συνεχώς προς τα κάτω στην σκάλα της κοινωνίας. Είναι δύσκολο να τους ξεχωρίσεις από τους εκκεντρικούς που γίνονται αλήτες και από τους απροσάρμοστους που μη μπορώντας να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της ζωής ζουν μία τελείως ανοργάνωτη ζωή.

Πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα ότι αυτοί οι τύποι της σχιζοφρένειας δεν απαντούν έτσι ξεκάθαρα αλλά πάντοτε συμμετέχουν όλοι κατά διάφορα ποσοστά στις διάφορες περιπτώσεις. Έτσι όπως περιγράφησαν αποτελούν μόνο παρατραβηγμένα παραδείγματα.

β) Αιτιολογικά: δηλαδή κατάταξη σύμφωνα με την πιθανή αιτία.

Πρωτογενής σχιζοφρένια: Πιστεύεται ότι οφείλεται σε μία καθορισμένη παθολογική διεργασία που δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Περιγράφεται ακόμα με τα ονόματα κεντρική, πυρηνική ή λειτουργική σχιζοφρένια.

Δευτερογενείς σχιζοφρένια: Πιστεύεται ότι αποτελεί σύμπτωμα μιας άλλης αρρώστιας που δρα σε άλλο επίπεδο π.χ. τραυματισμός του εγκεφάλου, δηλητηρίαση, τοκετός. Περιγράφεται ακόμα με το όνομα συμπτωματική σχιζοφρένια.

γ) Κατάταξη σύμφωνα με τη φάση στην οποία βρίσκεται η σχιζοφρένια.

Οξεία καλπάζουσα σχιζοφρένια: Είναι μία κατάσταση που εξελίσσεται γρήγορα και εμφανίζεται απότομα χωρίς να προηγείται ένα ψυχωτικό στάδιο. Όπως λέγει ο Μπλώυλερ, είναι ένα γκρουπ ασθενειών που έχουν διάφορες αιτίες και χαρακτηρί-

ζονται από οξέα επεισόδια, με υποτροπές και υφέσεις που οδηγούν σε ένα τεχνικό στάδιο χρονίας καταστάσεως.

Χρόνια σχιζοφρένια: Είναι το τελικό στάδιο των οξέων περιπτώσεων. Κατ'αυτήν ο άρρωστος παραμένει σε μία κατάσταση διηνεκούς ψυχώσεως από την οποία σπάνια αν όχι ποτέ επιστρέφει, έστω και κατά ένα ποσοστό στην προηγούμενη προ της αρρώστιας κατάσταση.

δ) Κατάταξη σύμφωνα με την αναμενόμενη πιθανή εξέλιξη.

Αληθής σχιζοφρένια: Είναι η περίπτωση που έχει σαν αιτία τους κλασσικούς λόγους με τελικό στάδιο την αναπόφευκτη χρόνια κατάλυση της προσωπικότητας και της ψυχικής ζωής.

Σχιζοφρενικές αντιδράσεις: Είναι ψυχωτικά επεισόδια που διαφέρουν ελάχιστα από την κλασσική σχιζοφρένια και τα οποία αν και είναι οξέα δεν οδηγούν απαραίτητα στην χρόνια κατάσταση μπορούν δε να εξαφανιστούν τελείως ή αν ξαναπαρουσιασθούν, θα έχουμε μία πλήρη επάνοδο στο φυσιολογικό μετά από κάθε υποτροπή.

ε) Κατάταξη σύμφωνα με την ηλικία, κατά την οποία εκδηλώνεται.

Βρεφική σχιζοφρένια: Είναι περίπτωση εξαιρετικά σπάνια και θα πρέπει να ξεχωρισθεί από ένα άλλο γκρουπ σοβαρών παιδικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται σαν βρεφικός αυτισμός.

Εφηβική σχιζοφρένια: Είναι πολύ συνηθισμένη περίπτωση και πρωτοπαρουσιάζεται στα 14 με 15 για να φθάσει στην τελική της μορφή γύρω στα 19 ή 20.

Επιλόχιος σχιζοφρένια: Είναι μία ειδική περίπτωση που παρου-

σιάζεται αμέσως μετά την γέννηση ενός παιδιού και συνδέεται με φοβίες για παραμέληση του παιδιού ή την βρεφική θνησιμότητα.

Όψιμα ερχόμενη σχιζοφρένια: Παρουσιάζεται στο μέσον της ζωής των ενηλίκων και πολλές φορές είναι συνδεδεμένη με μία βλάβη των αισθητηρίων οργάνων, όπως η τύφλωση, η κώφωση, ή από υπερβολική απομόνωση από την κοινωνία.

Γεροντική σχιζοφρένια: Είναι και αυτή σπάνια περίπτωση και παρουσιάζεται για πρώτη φορά στην γεροντική ηλικία. Συνδέεται με σύγχυση και παρουσία άλλων οργανικών μεταβολών στον εγκέφαλο.

Η σημασία αυτών των ταξινομήσεων δεν έγκειται μόνο στο γεγονός ότι μπορούμε να καταλάβουμε ένα μπερδεμένο πλήθος ασθενειών αλλά κυρίως στο ότι ανάλογα με την κατηγορία έχουμε τις πιθανές αιτίες που προκάλεσαν την αρρώστια, την έκβασή της και την ακολουθητέα αντιμετώπισή της.



Το μελαγχολικό βλέμμα, η μείωση των ενδιαφερόντων και η απραξία είναι εμφανή.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Με τα δεδομένα που υπάρχουν σήμερα, δεν μας επιτρέπεται να προβλέψουμε με ασφάλεια την πορεία και την έκβαση μεμονομένων περιπτώσεων. Οι προβλέψεις μας έχουν πιθανολογική μόνο αξία και στηρίζονται στην εκτίμηση πολλών παραγόντων, που ανάμεσά τους οι κυριώτεροι είναι:

1. Το Φύλο: Δεν φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στη φυσική πορεία της αρρώστιας, όμως για λόγους συνδεόμενους με τη θέση της γυναίκας στις παραγωγικές διαδικασίες της κοινωνίας είναι πιο εύκολη η κοινωνική επανένταξη στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

2. Η Ηλικία: Η γενική αντίληψη ότι όσο πιο νωρίς εμφανισθούν τα συμπτώματα της νόσου τόσο πιο δυσμενής είναι η πρόγνωση ισχύει αναφορικά με το βάθος της αποδιοργανώσεως της προσωπικότητας όχι όμως και με την αντοχή των συμπτωμάτων στον χρόνο και στην θεραπεία. Ένας μεσήλικας σχιζοφρενής έχει πολύ λιγότερες πιθανότητες από έναν έφηβο να παρουσιάσει βαθειές και μόνιμες βλάβες της προσωπικότητας, αλλά λιγότερες πιθανότητες να απαλλαγεί απ'τα <<παραγωγικά>> συμπτώματα της νόσου (παραληρητικές ιδέες π.χ.).

3. Το νοητικό πηλίκο: Αναφέρεται πως όσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης νοημοσύνης τόσο πιο καλή είναι η πρόγνωση.

4. Ο σωματότυπος: Σε μερικές παλιές μελέτες αναφέρεται πως ο πυκνικός τύπος έχει μεγαλύτερη και καλύτερη πρόγνωση από τον λεπτόσωμο τύπο. Άλλες μελέτες όμως αμφισβητούν αυτή τη σχέση.

5. Το οικογενειακό ιστορικό: Υποστηρίζεται πως η παρουσία και άλλων μελών στην οικογένεια με σχιζοφρενική νόσο επιβαρύνει την πρόγνωση. Αντίθετα αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα η παρουσία μελών με συναισθηματικές ψυχώσεις η γενικά οικογενειακό ιστορικό <<κυκλοθυμίας>>.

6. Η προσωπικότητα: Είναι γενικά παραδεκτό πως η ανάπτυξη της νόσου πάνω σε σχιζοειδική προσωπικότητα αποτελεί δυσμενέστατο προγνωστικό παράγοντα. Αντίθετα, μια ομαλή καλά οργανωμένη και προσαρμοσμένη προσωρινή προσωπικότητα αποτελεί ευνοϊκότερο προγνωστικό παράγοντα. Η κυκλοθυμική προσωπικότητα, όπως και η χαρακτηριζόμενη από συναισθηματική αστάθεια τοποθετούνται από άποψη προγνωστική ανάμεσα στους δύο αυτούς πόλους.

7. Ο τρόπος ενάρξεως: Είναι γενικά παραδεκτό πως όσο πιο απότομα εισβάλλει η ψύχωση, όσο πιο εξαρτημένη από εξωτερικούς εκλυτικούς παράγοντες είναι και όσο περισσότερα στοιχεία συναισθηματικής διαταραχής περιέχει (άγχος, κατάθλιψη) τόσο πιο ευνοϊκή είναι η πρόγνωση. Αντίθετα δυσμενή πρόγνωση προαναγγέλει η βραδεία ύπουλη προοδευτική εγκατάσταση με συμπτώματα που αποτελούν επίταση των προηγούμενων σταθερών στοιχείων μιας σχιζοειδικής προσωπικότητας.

8. Η κλινική μορφή: Άριστη πρόγνωση έχει το <<οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο>>. Από τις κλασσικές μορφές την καλύτερη πρόγνωση εξακολουθεί να έχει η κατατονική μορφή όταν μάλιστα χαρακτηρίζεται-όπως συμβαίνει συνήθως-από αιφνίδια εγκατάσταση και εξέλιξη κατά κρίσεις. Με τις σύγχρονες θεραπευτικές δυνατότητες η παρανοειδής μορφή τείνει να εξισω-

θεί, από πλευρά προγνωστική, με την κατατονική, ειδικά μάλιστα όταν εισβάλλει αιφνίδια και εξελίσσεται κατά επεισόδια. Δυσμενή πρόγνωση έχουν η ηβηφρενική και η απλή, κυρίως η δεύτερη, που πολύ λίγο φαίνεται να επηρεάζεται από τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα. Από τις συμπληρωματικές μορφές καλύτερη πρόγνωση έχει η ψευδονευρωτική (μόνο 60% νοσηλεύονται και οι υπόλοιποι 40% μόνο κατά διαστήματα) καθώς και η σχιζοσυναισθηματική.

9. Τα συμπτώματα: Δείκτη σχετικά καλής πρόγνωσης αποτελούν τα ακόλουθα συμπτώματα:

Συγχυσιόμορφη κατάσταση ή έντονη αμηχανία, παρουσία άγχους, καταθληπτικό συναίσθημα, συναισθηματική ευαισθησία, οξύ παραλήρημα (ιδιαίτερα το θρησκευτικό-κοσμογονικό), αϋπνία.

Δείκτη κακής προγνώσεως αποτελούν τα ακόλουθα συμπτώματα:

Πτώση του συναίσθηματος, δυσαρμονία (απροσφορότητα) συναισθηματική, αρνητισμός, επίμονες ψευδαισθήσεις, παλινδρόμηση, διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης, συστηματικό παραλήρημα, αυτισμός-απόσυρση, υποβουλησία, εγωκεντρικότητα, παραμέληση εαυτού, έλλειψη ευαισθησίας.

10. Η προηγούμενη σεξουαλική ζωή: Ομαλές ετερόφυλες σχέσεις αποτελούν θετικό προγνωστικό σημείο. Αντίθετα χαοτική σεξουαλική ζωή (διαστροφές κ.λπ.) καθώς και υποκατάσταση της σεξουαλικής εμπειρίας με σεξουαλικές φαντασιώσεις αποτελούν αρνητικό προγνωστικό παράγοντα.

11. Ο Γάμος - Οικογένεια: Οι παντρεμένοι και γενικά αυτοί που ήδη έχουν δημιουργήσει δική τους οικογένεια έχουν σχετικά καλή πρόγνωση. Σ' αυτόν τον παράγοντα δόθηκε σημασία, αλλά όπως δείχνουν πρόσφατες μελέτες αν γίνουν οι αναγκαίες

διορθώσεις σχετικά με την ηλικία και ληφθεί υπόψη και η προηγούμενη προσωπικότητα χάνει την αυτόνομη προγνωστική του αξία.

12. Η μόρφωση: Δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο.

13. Η κοινωνική προέλευση: Τα αποτελέσματα είναι ασαφή. Πάντως εξασφαλίζεται καλύτερη κοινωνική προσαρμογή και μακρότερος χρόνος εξωΐδρυματικής ζωής όταν το άτομο προέρχεται από τις μέσες και τις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

14. Η πατρική οικογένεια: Αν δεν υπάρχει πατρική οικογένεια για να δεχτεί τον άρρωστο η πρόγνωση είναι κατά κοινωνή παραδοχή δυσμενής.

15. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες: Δυσμενή ρόλο στην πορεία και την έκβαση της νόσου ασκούν οι ακόλουθοι παράγοντες:

Μη συνεκτική πατρική οικογένεια, απορριπτική στάση από την οικογένεια, την κοινότητα και το προηγούμενο επαγγελματικό περιβάλλον του αρρώστου, άκαιρη ή υπερβολική υπερφόρτωση του αρρώστου με κοινωνικές ευθύνες, αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου (υποβιβασμός, παραγνώριση, στέρηση δικαιώματος εργασίας, επιφυλακτικότητα κ.λπ.).

16. Η κανονική θεραπεία: Σίγουρα ο παράγοντας αυτός είναι ο πιο αποφασιστικός απ' όλους όσους αναφέραμε. Χωρίς την εξασφάλιση των όρων εκείνων (ψυχολογικών ή κοινωνικών) που θα επιτρέπουν την κανονική παροχή θεραπευτικής βοήθειας ο σχιζοφρενής εγκαταλείπει ουσιαστικά στη μοίρα που διαγράφει η φυσική πορεία της αρρώστειας του.

Για αυτό το λόγο το κύριο μέλημα κάθε γιατρού που συμμετέχει με αίσθημα ευθύνης στην προσπάθεια για την προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας πρέπει να είναι η διαφώτιση με κάθε ενδιαφερόμενο πάνω στην ανάγκη εφαρμογής μίας καλά σχεδιασμένης φαρμακευτικής αγωγής. Η διαφώτιση αυτή είναι απαραίτητη για να περιορισθεί η ανεύθυνη συνθηματολογία όλων εκείνων που είτε από άγνοια είτε από λόγους συνδεόμενους με τις προσωπικές τους ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες δημιουργούν κλίμα δυσπιστίας στην αξία και την σκοπιμότητα εφαρμογής των θεραπευτικών μας μέσων.

Είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο κάθε γιατρός πως, ο άρρωστος που μένει χωρίς φάρμακα έχει τετραπλάσιες περίπου πιθανότητες, να επανεισαχθεί στο νοσοκομείο στον πρώτο χρόνο μετά την έξοδό του, από εκείνον που ακολουθεί με συνέπεια την φαρμακευτική και υποστηρικτική του θεραπεία.

17.Ο χρόνος έναρξης της φαρμακευτικής θεραπείας: Είναι γενικά παραδεκτό πως όσο πιο γρήγορα μετά την έναρξη της νόσου αρχίσει μία συστηματική φαρμακευτική θεραπεία τόσο πιο ευνοϊκή είναι η εξέλιξη της αρρώστιας.

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ

Τα συμπτώματα είναι αυτά για τα οποία παραπονείται ο άρρωστος. Είναι η δική του προσωπική αντίληψη και οι εμπειρίες του από την αρρώστια του, είναι αυτά που αναφέρει στο γιατρό του. Τα συμπτώματα του αρρώστου μπορούν να είναι εκδηλώσεις της αρρώστιας του και ταυτόχρονα μία ένδειξη της προσπάθειας που κάνει να αντιμετωπίζει αυτή την αρρώστια.

A. Παθογνωμονικά Συμπτώματα

1. Αυτισμός: Ακραία εκδήλωση της σχιζοφρένειας, πρώιμο και ουσιώδες σύμπτωμα της νόσου, αποτελεί ο αυτισμός. Πρόκειται για συνεχή ενασχόληση του πάσχοντα με τον ίδιο τον εαυτό του και παράλληλα προοδευτική απόσυρση των ενδιαφερόντων του από τον εξωτερικό κόσμο. Συνήθως επέρχεται οριστική ρήξη των σχέσεων με την πραγματικότητα και παρατηρείται συχνά σε προχωρημένες μορφές της νόσου. Ο αυτισμός είναι συχνά η αφετηρία της κατατονικής εμβροντησίας, η οποία με τη σειρά της αποτελεί κλινικά τον έσχατο βαθμό του αυτισμού.

Συναφής με τον αυτισμό διαταραχή και θεμελιώδες σύμπτωμα της σχιζοφρένειας είναι το αυτιστικώς σκέπτεσθαι (αυτιστική σκέψη) το οποίο είναι ταυτόσημο με το εξωπραγματικώς σκέπτεσθαι (εξωπραγματική ή απραγματιστική σκέψη). Η αυτιστική σκέψη την οποία ο BLEULER θεωρείται <<σαν αρχή και πηγή απ' την οποία απορρέουν όλα τα άλλα συμπτώματα της σχιζοφρένειας>> κατευθύνει τους συνειρμούς του σχιζοφρενή. Ο κόσμος των σχιζοφρενικών είναι άγνωστος για τους άλλους και οι πάσχοντες από τη νόσο στο περιβάλλον τους σαν ανόητο και ακατανίκητα

σικεπτόμενοι.

2. Απροσφορότητα του συναίσθηματος: Η διαταραχή του συναίσθηματος είναι πολύ χαρακτηριστική στη σχιζοφρενική ψύχωση. Λόγω του αυτισμού και της απόσχισης από το περιβάλλον, το συναίσθημα του σχιζοφρενικού δεν τροφοδοτείται φυσιολογικά, παύει δηλαδή να δονείται από τις εντυπώσεις που παρέχει η πραγματικότητα και το άτομο ζει δικό του συναίσθηματικό βίο <<παράξενο>>μ ακατανόητο και απρόσιτο σε μας.

Η συναίσθηματικότητα του δεν εμφανίζει τις φυσιολογικές διακυμάνσεις που χαρακτηρίζουν το φυσιολογικό άτομο (ψυχικά). Η απροσφορότητα του συναίσθηματος αποτελεί κλινικά τη δυσαρμονία μεταξύ συναίσθηματικής αντίδρασης και συγκινησιακού ερεθίσματος. Ο πάσχων γελά λ.χ. πληροφορούμενος το θάνατο του πατέρα του. Άλλοτε το συναίσθημα εμφανίζεται αμβλύ ενώ η λεγόμενη πτωχεία του συναίσθηματος εμφανίζεται σε πολύ προχωρημένο βαθμό διαταραχής του συναίσθηματος, την συναίσθηματική επιπέδωση. Σοβαρότερη μορφή συναίσθηματικότητας αποτελεί η συναίσθηματική απάθεια, η οποία καθιστά το πάσχων άτομο αδιάφορο, ξένο, <<αδρανές>> και απαθές για κάθε συναίσθηματικό/συγκινησιακό ερέθισμα.

3. Αμφιθυμία: Άλλο εξίσου βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρενικής ψύχωσης αποτελεί, η διπαλική συναίσθηματικότητα ή αμφιθυμία. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τον BLEULER ο οποίος και τη χώρισε σε: συναίσθηματική (αμφιθυμία), βουλητική (αμφιβολησία) και σε μικτή. Κατ'αυτήν στην ψυχή του αρρώστου κυριαρχούν ταυτόχρονα αντίθετα και συγκρουόμενα συναίσθηματα, και όπως είπε ο FREUD: <<αποτελνόμενα και αφορώντα το.

αυτό πρόσωπον, την αυτήν κατάστασιν ή το αυτό αντικείμενον και κατά την αυτήν στιγμήν>>.

Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να αφορούν τα τρία επίπεδα του ψυχικού οργάνου: το συναισθηματικό (αμφιθυμία), την ψυχοκινητικότητα (αμφιβουλησία, αμφιπραξία) ή το νοητικό επίπεδο (αμφίνοια).

4. Χάλαση του συνειρμού: Παθογνωμονικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας είναι και η χάλαση του συνειρμού. Εκδηλώνεται με χαλάρωση της σύνδεσης των ιδεών. Οι ασθενείς χρησιμοποιούν γενικότητες και αφηρημένες ή μεταφορικού περιεχομένου εκφράσεις με αποτέλεσμα να φαίνονται περίεργοι και συγκεχυμένοι.

Η γλώσσα του σχιζοφρενούς <<προορίζεται για ιδιωτική χρήση>> ακόμα και όταν αυτός καταβάλλει προσπάθεια να επικοινωνήσει με εμάς. Με την επιβάρυνση της νόσου, η σύνδεση των ιδεών γίνεται χαλαρότερη. Οι ιδέες θρυματίζονται και με τον καιρό γίνονται ατελείς και ασύνδετες χωρίς λογική αλληλουχία, με αποτέλεσμα να φαίνονται οι ασθενείς αυτοί παράλογοι και ακατανόητοι.

5. Ψυχοδιανοητικός Αυτοματισμός: Ουσιώδες σύμπτωμα της σχιζοφρένειας αποτελεί και ο ψυχοδιανοητικός αυτοματισμός. Είναι σύμπτωμα ή μάλλον συγκρότημα συμπτωμάτων τα οποία αφορούν τις λεπτές διαταραχές της σκέψης. Ο ψυχοδιανοητικός αυτοματισμός παρατηρείται σε όλους τους σχιζοφρενείς, ακόμα και σε άτομα υψηλής νοημοσύνης και μορφώσεως στους οποίους οι διαταραχές της σκέψης διαπιστώνονται ευκολότερα και αξιολογούνται καλύτερα.

Οι κυριότερες από τις διαταραχές της σκέψης που απαρτίζουν το σύνδρομο είναι οι ακόλουθες:

α) Ηχώ της σκέψης και ηχηρές σκέψεις.

Οι σκέψεις ακούγονται δυνατά, διπλασιάζονται και επαναλαμβάνονται πανομοιότυπες. Αυτό προκαλεί ανησυχία στον άρρωστο ο οποίος ενοχλείται γιατί οι σκέψεις του επαναλαμβάνονται ακόμα και πριν ο ίδιος σκεφθεί καν.

β) Σχολιασμός των πράξεων.

Ο ασθενής έχει την εντύπωση ότι οι πράξεις του, οι κινήσεις του, ακόμα και οι προθέσεις του, σχολιάζονται από άλλα άτομα, τα οποία καθορίζουν τη συμπεριφορά του με παρότρυνση ή διαταγή.

γ) Παρεμβολή ξένων σκέψεων

Ο ασθενής νομίζει ότι παρεμβάλλονται ξένες σκέψεις μέσα στις δικές του, πράγμα το οποίο του προκαλεί έκπληξη και ανησυχία. Η πιθανότερη ερμηνεία είναι από ψυχοδυναμικής πλευράς, ότι πρόκειται περί σκέψεων καταδικασμένων από τη συνείδηση του αρρώστου, ο οποίος τις αποδοκιμάζει χρησιμοποιώντας το μηχανισμό του αλληλοψυχομεταβιβασμού σαν να έλεγε: «δεν είμαι εγώ αυτός που έχει τις σκέψεις, αλλά κάποιος άλλος».

δ) Αρπαγή της σκέψεως

Ο άρρωστος πιστεύει ακράδαντα ότι ξένοι και άγνωστοι υποκλέπτουν τη σκέψη του ή ότι, αντίθετα, ο ίδιος έχει την ικανότητα να μαντεύει και να υποκλέπτει τις σκέψεις των άλλων.

ε) Σιωπηλή εκτύλιξη αναμνήσεων

Η λεπτή αυτή διαταραχή της σκέψης υπενθυμίζει το φαινόμενο της αναπολικής εμβλώσεως κατά το οποίο στο πεδίο της συνείδησης του αρρώστου περνούν αδιάκοπα ασήμαντα γεγονότα, παραστάσεις και αναμνήσεις από το παρελθόν της ζωής του.

στ) Χειραφέτηση αφηρημένων σκέψεων

Αφηρημένες σκέψεις που ανάγονται σαν ιδέες, ασύνδετες με κάτι το συγκεκριμένο, αποκτούν ευθύπαρκτη υπόσταση.

ζ) Ιδεόρροια

Ανάλογη με την ιδεοφυγία των μανιακών η οποία είναι αποτέλεσμα ταχείας ιδεοπαγωγής, είναι η ιδεόρροια. Ο άρρωστος έχει την εντύπωση ότι οι ιδέες του «τρέχουν», έχει όμως την ικανότητα τις προσέχει, να τις σχολιάζει ή ακόμα να τις ερμηνεύει.

η) Φρενισμός

Είναι το φαινόμενο του μηρυκασμού των ιδεών, των σκέψεων, των εικόνων και των αναμνήσεων οι οποίες κατακλύζουν τον περίδο της συνείδησης, ιδιαίτερα κατά την προϋπνική περίοδο (υπναγωγική φάση) ή κατά την περίοδο της αφυπνίσεως (υπνοπομπική φάση).

θ) Ανακοπές της σκέψης

Είναι η απότομη και αιφνίδια διακοπή της σκέψης, η οποία δημιουργεί ένα είδος κενού στη ροή του συνειρμού (προφορικός λόγος). Συμβαίνει επίσης και κατά την ανάγνωση.

Β. Θεμελιώδη Συμπτώματα

Θεμελιώδη συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν η αλλοιοπροσωπία το αίσθημα παραδοξότητας ή αλλαγής του εξωτερικού κόσμου και των άλλων ανθρώπων, το αίσθημα απώλειας της ζωτικής ορμής, η κλινοφιλία, οι ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα κ.λπ..

Η αλλοιοπροσωπία είναι αγχογόνο σύμπτωμα. Το άτομο έχει την εντύπωση της αλλαγής του ίδιου του εγώ. Πιστεύει ότι το πρόσωπο και η μορφή του άλλαξαν. Ανησυχώντας για την αλλαγή καταφεύγει στον καθρέπτη και παραμένει εκεί αρκετή ώρα, εξετάζοντας το είδωλό του, σαν να αναζητά το ίδιο του το εγώ.

Άλλες φορές οι άρρωστοι ανησυχούν για την αλλαγή του φύλου ή την αλλαγή συγγενικών προσώπων τη θέση των οποίων παίρνουν άλλα που μοιάζουν με αυτά (σύνδρομο σωσία).

Γ. Δευτερεύοντα Συμπτώματα

Εδώ ανήκουν οι διαταραχές του συναισθήματος, του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς.

Η μείωση των φιλητικών συναισθημάτων προς την οικογένεια, τα συγγενικά πρόσωπα και τους φίλους είναι τυπική: οι άρρωστοι ποτέ ή σπάνια συμμετέχουν στις χαρές και τις λύπες της οικογένειάς και όσες φορές το κάνουν αυτό το εκδηλώνουν με τη χαρακτηριστική απροσφορότητα του συναισθήματος.

Οι σεξουαλικές εκτροπές, ο αυνανισμός, οι αιμοφυλικές τάσεις, εκδηλώσεις και πράξεις, η σεξουαλική αποχαλίνωση ή αντίθετα η σεξουαλική ασθένεια, ο σεξουαλικός απραγματισμός είναι τυπικά δευτερεύοντα συμπτώματα.

Η κλινοφιλία αν και παρατηρείται και σε άλλες ψυχικές νόσους είναι χαρακτηρίστική της σχιζοφρένειας. Ο πάσχων παραμένει κάτω από τα κλινοσκεπάσματα για πολύ, κυρίως τις πρωϊνές ώρες. Άλλοτε κοιμάται και άλλοτε επιδίδεται στις αχαλινωτες φαντασιώσεις του.

Τα όνειρα κυρίως τα λεγόμενα τυπικά (επαναλαμβανόμενα), αποτελούν συνήθως την πρώτη και πρώϊμη εκδήλωση σχιζοφρένειας που δίνει νόημα στα μετέπειτα συμπτώματά της γιατί εκφράζουν (τα όνειρα) αυτούσιο το περιεχόμενο του ασυνείδητου. Όνειρα με σεξουαλικο-αιμομικτικό περιεχόμενο, δείχνουν συνήθως έντονο άγχος, υπό το κράτος του οποίου το άτομο εκδηλώνει τα πρώτα συμπτώματα της νόσου.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σαν κλινικά χαρακτηριστικά ορίζουμε τις ανωμαλίες που ο ειδικευμένος παρατηρητής αντιλαμβάνεται και λαμβάνονται υπ' όψιν μαζί με τα συμπτώματα για να βγει διάγνωση. Τα συμπτώματα είναι αυτά που αισθάνεται ο άρρωστος και τα κλινικά χαρακτηριστικά αυτά που αντιλαμβάνονται οι άλλοι γι' αυτόν. Η σχιζοφρένια σαν νοητική διαταραχή επιδρά στον φυσιολογικό ρυθμικό ζωής από κάθε άποψη και έχει σαν αποτέλεσμα την πλήρη αποσύνθεσή του. Η κανονική ολοκλήρωση και η ισοστάθμιση της από τον ψυχικό παράγοντα αποσυνδέονται και το μυαλό διαίρειται και στρέφεται εναντίον του εαυτού του. Η αρρώστια επιδρά στην σκέψη, στις αισθήσεις, στην αντίληψη, στην θέληση και στην συμπεριφορά.

1. Σκέψη

Η σκέψη είναι η βασική δραστηριότητα του εγκεφάλου. Στην σχιζοφρένια η σκέψη είναι τυπικά διαταραγμένη και ασαφής επειδή η εσωτερική συνοχή έχει καταστραφεί. Στους σχιζοφρενείς αυτό που ο Μπλώυλερ ονομάζει «κέντρο αποφάσεων», το οποίο σε άλλους κατευθύνει η φυσιολογική σκέψη, δεν υπάρχει με αποτέλεσμα να χάνει ο άρρωστος τον έλεγχο των σκέψεών του. Τα λόγια του που αντανακλούν τις σκέψεις του δεν έχουν ειρμό και ώρες-ώρες είναι τελείως ασυνάρτητα. Η δομή της ομιλίας του είναι συχνά τελείως ασυνάρτητα. Η δομή της ομιλίας του είναι συχνά τελείως τυχαία και βασίζεται σε παράξενους συσχετισμούς ιδεών π.χ. «Αισθάνομαι ότι η ζωή μου είναι ο θάνατος, επειδή ο θάνατος πηγάζει από τα αισθήματα που βγαίνουν από την γη, που είμαι εγώ ο ίδιος ένα κενό, ο κακόμοιρος εί-

μαι άδειος, για το όνομα του θεού λυπηθείτε με, είναι άραγε η καλωσύνη που μου λείπει, θεέ μου έχω φθάσει σε αυτό το σημείο;>>

Τα λόγια του είναι γεμάτα λογοπαίγνια και ομοιοκατάληκτους συσχετισμούς. Τείνει ακόμα να ασχολείται με τον αυτοέλεγχο, την φιλοσοφία και σκοτεινές θρησκευτικές ιδέες. Καθώς αισθάνεται να χάνει τον έλεγχο της σκέψης του και των λόγων του προσπαθεί να βρει απαντήσεις και εξηγήσεις για τις αλλαγές που συμβαίνουν μέσα του και αλλαγές στον κόσμο που τον περιβάλλει. Μπορεί να κάνει ερωτήσεις όπως <<Τι είμαι>>, <<Ποιός είμαι>>, <<Τι σημαίνει να ζεις>>, αλλά σπάνια με τρόπο εποικοδομητικό που να τον βοηθάει. Προσπαθεί να βρει λόγια για να εκφράσει τις αλλαγές που γίνονται στην συνείδησή του ή στους άλλους και φτιάχνει καινούργιες λέξεις (νεολογισμούς) για να περιγράψει αυτές τις νέες εμπειρίες.

Καθώς η μείωση του συνειρμού του συνεχίζεται ο άρρωστος παρουσιάζει ενδείξεις μιας τυπικής νοητικής διαταραχής. Εμφανίζονται ορισμένα χαρακτηριστικά. Δημιουργείται ένα μπλοκάρισμα της σκέψης του οπότε η ροή των σκέψεών του ξαφνικά σταματά και μετά από ένα κενό ξαναρχίζει σε άλλο όμως θέμα. <<Αισθάνομαι να με καταπιέζει ο κόσμος. Αισθάνομαι φοβισμένος... Τι μέρα είναι σήμερα, γιατί φοράς μπλε;>> Η εμπειρία μιας νέας σειράς σκέψεων έρχεται με την αίσθηση της εισροής νέων σκέψεων σαν να έμπαιναν αυτές οι σκέψεις μέσα στο μυαλό από μία εξωτερική δύναμη. Το σταμάτημα του μυαλού δίνει την εντύπωση ότι οι σκέψεις χάνονται σαν κάτι να τις βγάζει από το μυαλό. Αυτές οι ξαφνικές αλλαγές στο θέμα των σκέψεων περιγράφονται σαν χάλαση συνειρμού.

Πολλοί άνθρωποι αναρωτιώνται αν υπάρχει η τηλεπάθεια, η διεργασία εκείνη δηλαδή σύμφωνα με την οποία είναι δυνατόν να διαβάσει κανείς τη σκέψη κάποιου άλλου από απόσταση. Η ύπαρξη της τηλεπάθειας δεν έχει ακόμα αποδειχθεί επιστημονικά αλλά πολλοί άνθρωποι την συσχετίζουν με περιπτώσεις στις οποίες έτυχε κάποιος να ξέρει τι έχουν στο μυαλό τους. Οι σχιζοφρενείς έχουν αυτή την αίσθηση σε μεγάλο βαθμό, και πιθανόν το πιστεύουν βασιζόμενοι στη σκέψη ότι εφόσον οι άλλοι μπορούν να διακόπτουν τις σκέψεις τους και να τους βάζουν άλλες, μπορούν επίσης να ξέρουν τις σκέψεις τους. Αυτή η εμπειρία είναι γνωστή σαν εκπομπή σκέψεων-η ιδέα δηλαδή που έχει κανείς ότι οι σκέψεις δεν είναι πλέον μόνο δικές του αλλά γίνονται αντιληπτές από τους γύρω του.

Οι σχιζοφρενείς ζουν και μία άλλη εμπειρία που την περιγράφουν με διάφορους τρόπους. Ο κάθε ένας από εμάς είναι ενήμερος των σκέψεων που κυριαρχούν μέσα στο κεφάλι μας.

Μπορούμε να τις αντιλαμβανόμαστε σε ένα σιωπηλό επίπεδο. Δεν χρειάζεται να τις αρθρώσουμε ώστε να τις γνωρίσουμε. Η διεργασία αυτή είναι ίδια με το σιωπηλό διάβασμα. Μπορούμε όταν θέλουμε να ακούσουμε τις σκέψεις μας χωρίς να τις πούμε φωναχτά. Τις αντιλαμβανόμαστε σαν να ακούγονται δυνατά χωρίς όμως να είναι πραγματικές φωνές.

Οι σχιζοφρενείς από την άλλη πλευρά συχνά λένε ότι ακούνε τις σκέψεις τους. Σε αυτήν την κατάσταση οι σκέψεις ακούγονται σαν να τις διαβάσει δυνατά κάποια φωνή που συχνά είναι και διαφορετική από αυτόν που την ακούει και μπορεί να αναγνωρισθεί σαν ανδρική ή γυναικεία.

Και όχι μόνον ακούγονται οι σκέψεις δυνατά αλλά η φωνή φαίνεται να ακολουθεί ένα περιγραφικό ρυθμό σχετικά με το τι γίνεται: π.χ. <<Τώρα πρόκειται να κοιτάξεις εκεί ή έρθει τώρα θα ανοίξεις την πόρτα κ.λπ.>>. Αυτό το πράγμα εντείνει στον σχιζοφρενικό την εντύπωση ότι είναι ένα παθητικό στοιχείο κάτω από την παρακολούθηση και τον έλεγχο των άλλων που τον περιτριφυρίζουν.

Οι σκέψεις του σχιζοφρενή είναι συχνά παραισθητικές. Η αυταπάτη είναι μία εσφαλμένη πεποίθηση, μια βαθειά ριζωμένη πίστη άσχετη με την υπόλοιπη προσωπικότητα του αρρώστου. Αυτές οι αυταπάτες μπορούν να είναι συμπλέγματα ανωτέροτητας ή παρανοϊκές ιδέες. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει ιδέα ότι είναι κάτι μεγαλύτερο από ότι είναι στην πραγματικότητα, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που σχιζοφρενείς αυτοαποκαλούνται Ιούλιος Καίσαρ, Ναπολέον ή Βασίλισσα του Σύμπαντος. Στην δεύτερη περίπτωση έχουν την αίσθηση της καταδίωξής τους από τους άλλους και συχνά πιστεύουν ότι οι άλλοι αναγνωρίζοντας την υπεροχή τους τους ζηλεύουν ή ακόμα μπορούν να έχουν αυταπάτες φτώχειας, έχουν την πεποίθηση ότι έχουν χάσει όλα τα χρήματά τους, έχουν χάσει τη θέση τους στην οικογένεια, ότι δεν είναι τίποτα παρά σκιές του παλιού εαυτού τους.

Υπάρχει μία ιδιαίτερη κατηγορία αυταπατών που ονομάζουμε αυτόχθονες αυταπάτες που είναι και κριτήρια για την διάγνωση της σχιζοφρένειας γιατί γενικά αυταπάτες μπορούμε να έχουμε και σε άλλες ψυχωτικές καταστάσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο σχιζοφρενής γνωρίζει ότι θα συμβεί κάτι. Για παράδειγμα λέει ότι είναι πεπεισμένος ότι κάποιος θα τον σκοτώ-

σει επειδή τα δέντρα κουνιούνται με τον άνεμο. Αυτά που λέει του έχουν γίνει μία αδιασάλευτη πίστη στην οποία δεν υπάρχει καμμία λογική σύνδεση μεταξύ των παρατηρήσεών του και των συμπερασμάτων του. Αυτές οι αυτόχθονες αυταπάτες πιστεύεται ότι προέρχονται από αυτό που οι Γερμανοί αποκαλούν WABNSTIMMUNG ή διάθεση (αυθυποβολή) αυταπάτης. Πρωταρχικά η αρρώστια δημιουργεί μία συγκινησιακή διέγερση που παρερμηνεύεται με απατηλό τρόπο.

2. Αισθήματα

Τα αισθήματα είναι οι συγκινησιακές εμπειρίες που δεχόμαστε από τον κόσμο που μας περιβάλλει. Οι σχιζοφρενείς έχουν αυτό που λέμε παθητική αίσθηση, δηλαδή πιστεύουν ότι δεν κυβερνούν πλέον τον εαυτό τους αλλά επηρεάζονται παθητικά από δυνάμεις που τους περιβάλλουν. Εύκολα μπορούμε να καταλάβουμε το πως δημιουργείται αυτό το αίσθημα, ενθυμούμενοι την εμπειρία που έχουν οι σκέψεις τους δεν είναι πια δικές τους αλλά ανακατεύονται και έχουν άμεση σχέση με εξωτερικές δυνάμεις. Για να μπορούμε να αισθανόμαστε κύριοι του εαυτού μας πρέπει να έχουμε την αίσθηση της προσωπικότητάς μας, του σκοπού που υπηρετούμε και την πεποίθηση ότι μπορούμε να αντιδρούμε στα εξωτερικά ερεθίσματα όπως θέλουμε. Αυτό ακριβώς το είδος της ελευθερίας είναι που λείπει από τους σχιζοφρενείς.

Επιπροσθέτως τα αισθήματα του σχιζοφρενή λέγεται ότι είναι αμβλυμένα, ισοπεδωμένα και τυπικά. Αυτοί οι χαρακτηρισμοί χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την έλλειψη φρεσκάδας, αυθορμητισμού και ποικιλίας. Το εύρος των συναισθημάτων με τα οποία οι σχιζοφρενείς αντιδρούν στις διάφορες καταστά-

σεις της ζωής είναι μειωμένο και υπάρχει η αίσθηση του κενού και αυτοματισμού μιάς σχεδόν εντελώς εκ των προτέρων προγραμματισμένης συμπεριφοράς. Συνάμε με την αλλαγή της ποσότητας του συναισθήματος παρουσιάζεται συχνά και μία ασυναρτησία αντιδράσεων, οπότε μιλάμε για ανάρμοστο συναίσθημα, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι τα αισθήματα που δείχνει είναι άτοπα και δεν έχουν καμμία σχέση με τις περιστάσεις. Για παράδειγμα ένας άρρωστος μπορεί να εμφανίζεται εύθυμος και ευτυχισμένος όταν θα έπρεπε να είναι ήσυχος και ακόμα και λίγο δυστυχισμένος. Ίσως αυτό συμβαίνει διότι ο σχιζοφρενής είναι τόσο αβέβαιος για τον εαυτό του ώστε δεν μπορεί να κρίνει πως αισθάνονται οι άλλοι γύρω του. Με άλλα λόγια παρουσιάζει μία εσφαλμένη συγκινησιακή πληροφόρηση. Αυτό οδηγεί σίγουρα σε εσφαλμένη κρίση της διάθεσης της παρέας με αποτέλεσμα μία συμπεριφορά και ένα συναίσθημα που δεν συμβαδίζει με των υπολοίπων. Η υσοπέδωση των συγκινησιακών αντιδράσεων και η ασυναρτησία τους είναι κάτι που γίνεται αντιληπτό από τους άλλους και που πολύ χαρακτηριστικά ονομάζουμε έλλειψη συνδέσμου (LACK OF RAPPORT). Στις σχέσεις μας με τους άλλους γρήγορα αισθανόμαστε μία αμοιβαία ανταλλαγή συναφών συναισθημάτων. Αισθανόμαστε ο ένας τον άλλον, έχουμε μία αίσθηση ο ένας για την ύπαρξη του άλλου και αυτό ακριβώς ονομάζουμε σύνδεσμο. Εάν δεν μπορούμε να δημιουργήσουμε αυτόν τον σύνδεσμο με κάποιον γρήγορα, χάνουμε το ενδιαφέρον μας γι' αυτόν και ψάχνουμε για άλλον με τον οποίον θα μπορέσουμε να αποκτήσουμε τον συγκινησιακό αυτό δεσμό. Ο σχιζοφρενής αυτόν ακριβώς τον σύνδεσμο δεν μπορεί να τον δημιουργήσει μαζί μας και ούτε και εμείς θα μπορέσουμε εάν δεν

είμαστε προετοιμασμένοι γι' αυτό, υπομονετικοί και επιδεικτικοί.

Για τον περισσότερο κόσμο αυτό το αίσθημα του φράγματος που εμποδίζει την ψυχική επαφή είναι ανησυχητικό και γρήγορα φεύγει μακριά από τον σχιζοφρενή. Αυτό το γεγονός με την σειρά του ενισχύει και δημιουργεί την τάση για παράνοια που πιθανόν ήδη υπάρχει.

3. Αντίληψη

Αντίληψη είναι η διεργασία με την οποία καταγράφουμε τι γίνεται γύρω μας και προσπαθούμε να το καταλάβουμε συσχετίζοντας το με εμπειρίες μας από το παρελθόν. Ο έξω κόσμος και ο εσωτερικός μας κόσμος συσχετίζονται μέσω των πέντε αισθήσεων: όραση, ακοή, γεύση, όσφρηση, αφή. Κάθε διέγερση των αισθήσεών μας απελευθερώνει μία αντίδραση αντίληψης. Για παράδειγμα βλέποντας κάποιον να μας πλησιάζει τον αναγνωρίζουμε σαν φίλο μας. Μπορούμε εν τούτοις να κάνουμε και λάθη. Βλέπουμε κάποιον που πλησιάζει πιστεύουμε ότι είναι κάποιος φίλος που ξέρουμε, αλλά καθώς πλησιάζει βλέπουμε το λάθος μας. Απλώς μοιάζει με τον φίλο μας. Κατά τον ίδιο τρόπο είναι δυνατόν να νομίσουμε ότι κάποια σκιά στο μισοσκόταδο είναι ένα ζώο. Οι αισθήσεις μας έχουν εξαπατηθεί. Το συναίσθημα αυτό είναι η παραίσθηση, κάνουμε λάθος βασιζόμενοι σε κάποιο πραγματικό ερέθισμα. Καμιά φορά μπορούμε να έχουμε την αίσθηση όταν δεν υπάρχει πραγματικό εξωτερικό ερέθισμα, οπότε μιλάμε για ψευδαίσθηση. Όταν έχουμε πυρετό ή είμαστε υπό την επήρεια τοξικών ουσιών έχουμε κάτι σαν όνειρο στον ξύπνιο μας. Βλέπουμε και ακούμε ανθρώπους ενώ δεν υπάρχουν. Σε κατα-

στάσεις τοξικής επιδράσεως μπορούν να μας πλήξουν οι ψεύτικοι διώκτες-οι περίφημοι ροζ ελέφαντες των μεθυσμένων είναι ένα καλό παράδειγμα. Αυτό μπορεί να συμβεί σε όλους μας αλλά οι σχιζοφρενείς έχουν ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις πιο συχνά. Συνήθως έχουν την μορφή από φωνές και είναι διαφορετικές από τις φωνές που διαβάζουν τις σκέψεις που ήδη έχουν περιγραφεί. Οι φωνές που διαβάζουν τις σκέψεις είναι μέσα στο μυαλό του αρρώστου, ενώ οι φωνές των παραισθήσεων ακούγονται από τον έξω κόσμο και έχουν εντελώς δική τους παρουσία. Οι φωνές αυτές κάνουν κριτική και δημιουργούν απελπισία και πιθανόν να εξωθήσουν τον άρρωστο να καταφύγει σε παροξυσμένες ενέργειες για να μπορέσει να ξεφύγει. Λιγότερο συχνά οι παραισθήσεις έχουν την μορφή οραμάτων και ο άρρωστος βλέπει εικόνες συχνά θρησκευτικού περιεχομένου. Η Ζαν ντ'Αρκ είχε τα οράματά της και τις φωνές της που της μιλούσαν.

Αυτά όλα μπορεί να έχουν κάποιο σχιζοφρενικό υπόβαθρο, αλλά και από την άλλη πλευρά παραισθήσεις και άλλες μυστικοπαθείς εμπειρίες έχουν και άλλοι που δεν είναι απαραίτητο να είναι σχιζοφρενείς.

Σ' άλλους αρρώστους οι παραισθήσεις είναι σωματικές. Με άλλα λόγια αισθάνονται διάφορα πράγματα στο σώμα τους και έχουν σαν υπόβαθρο στις σκέψεις τους ότι αλλάζουν φύλο, ότι έρχονται σε σεξουαλική επαφή με εξωγήινα όντα, ότι υφίστανται ηλεκτροσόκ ή όχι επηρεάζονται από ραδιοκύματα ή κύματα ραντάρ.

Οι ψευδαισθήσεις συναντώνται συχνά στην σχιζοφρένεια αλλά υπάρχουν και σε άλλες περιπτώσεις, όχι απαραίτητα ανώ-

μανες αλλά είναι τόσο ασυνήθεις και παράξενες ώστε δεν θα θέλαμε να μάθουν οι άλλοι κάτι τέτοιο, γιατί θα μας νόμιζαν τρελλούς.

4. Βούληση

Η Βούληση είναι η διεργασία μέσω της οποίας καθορίζουμε τι θέλουμε να είμαστε και τι θέλουμε να κάνουμε. Είναι ακόμα η διεργασία δια της οποίας βρίσκουμε την ενέργεια και το σθένος να πραγματοποιήσουμε τις φιλοδοξίες μας. Η ώθηση της θέλησής μας μπορεί να είναι θετική για να πετύχουμε κάτι και επομένως να ανταμειφθούμε ή αρνητική για να πετύχουμε δυσάρεστες καταστάσεις και πόνο. Αυτό εν τούτοις προϋποθέτει ότι μπορούμε καθαρά να καταλάβουμε τον εαυτό μας και τους άλλους και να κατανοήσουμε επακριβώς τον κόσμο μέσα στον οποίο βρισκόμαστε.

Έτσι δεν μας εκπλήσσει το γεγονός ότι ο σχιζοφρενής, που έχει διαταραγμένη την σκέψη του, το συναίσθημα και την αντίληψη, έχει επίσης διαταραγμένη και την βούλησή του (θέλησή του). Οι περισσότεροι άρρωστοι δεν έχουν ψυχικό σθένος και φιλοδοξίες και σιγά-σιγά βυθίζονται σε ημίμια ζωή κοινωνικής ανικανότητας. Άλλοι έχουν υπό τύπου επεισοδίων εκρήξεις ψυχικού σθένους στις οποίες ακολουθούν τυχαία την παρόρμηση της στιγμής. Κανένα πρότυπο δεν οδηγεί σε ικανοποιητικό τρόπο ζωής και γι' αυτό πολλοί σχιζοφρενείς ρέπουν προς την αλητεία, σε ανειδίκευτα επαγγέλματα και σε πτωχότερες περιοχές μεγάλων πόλεων. Ο σχιζοφρενής όταν ζει σε ελεγχόμενο περιβάλλον δείχνει λιγώτερο ανίκανος και επιζεί περισσότερο στην κοινωνία, αλλά αυτό συμβαίνει μόνο και μόνο γιατί δεν εκτίθεται σε πολλές απαιτήσεις.

5. Συμπεριφορά

Η συμπεριφορά είναι η εκδήλωση της σκέψης, των αισθήσεων, του συναισθήματος, της αντίληψης και της Βούλησης (θέλησης). Εάν όλα αυτά έχουν διαταραχθεί τότε και η συμπεριφορά πρέπει να έχει διασαλευθεί επίσης. Συχνά η παράξενη συμπεριφορά είναι αυτό που κάνει τον σχιζοφρενή να ξεχωρίζει, αυτά που λέει, οι παράδοξες πεποιθήσεις του, οι παράξενοι τρόποι με τους οποίους προστατεύει τον εαυτό του από έναν εχθρικό κόσμο. Συχνά παραμελεί τον εαυτό του, δεν τρώει, δεν πλένεται, δεν παίρνει τις στοιχειώδεις προφυλάξεις για τις διάφορες αρρώστιες. Ψάχνει την εύκολη διαφυγή στο αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Όταν έχει φθάσει στην παράνοια και οι φωνές τον κεντρίζουν, μπορεί ακόμα και να επιτεθεί σε αυτούς που νομίζει ότι είναι οι διώκτες του. Εάν οτιδήποτε άλλο αποτύχει μπορεί να στραφεί εναντίον του εαυτού του μεταλλάσσοντας την απελπισμένη του ορμή και την ενδόμυχη απόγνωση του σε μία παράλογη πράξη αυτοακρωτηριασμού ή και αυτοκαταστροφής.

Όταν ο κόσμος γύρω μας μας τρομάζει και νοιώθουμε να χάνουμε την επαφή με τους άλλους και να απομονωνόμαστε τότε περίπλοκες τελετουργίες επινοούνται για να αποτρέψουν την επήρεια του κακού. Ένα πλήθος από αντικείμενα που έχουν μαγικές δυνάμεις με την μορφή φυλαχτών ή ξορκιών χρησιμοποιούνται σε διάφορες τελετουργίες για να περιορίσουν την πιθανότητα του να μείνουμε έξω από τον κόσμο περιτριγυρίζοντας τον εαυτό μας από ένα μικρό κόσμο, που ελέγχεται από μία έμμονη άμυνα.

Για τον σχιζοφρενή και το μικρότερο αντικείμενο μπορεί

να είναι πηγή του μεγαλύτερου κινδύνου π.χ. η χαραμάδα στο πάτωμα, η τρύπα στον τοίχο, μια κηλίδα ακαθαρσίας στο φαγητό, και επινοεί πλύπλοκες καθημερινές διαδικασίες ώστε να μπορέσει να αποφύγει τους κρυμμένους κινδύνους. Κάθε τι το συγκεχυμένο είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο και έτσι ο σχιζοφρενής γίνεται ένα πλάσμα δέσμιο της συνήθειας, με την δική του ιδιοσυγκρασιακή συμπεριφορά που επαναλαμβάνεται σταθερά, γνωστή σαν στερεότυπη συμπεριφορά. Οι περισσότερες από τις πράξεις του έχουν συμβολισμό και μαζική σημασία και είναι προσχεδιασμένες για να προστατέψουν την διαλυόμενη προσωπικότητά του από τους σφθερισμούς ενός εχθρικού περιβάλλοντος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΠΛΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ

Η αρρώστια αρχίζει πολύ νωρίς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Από τα πρώτα συμπτώματα είναι η βαθμιαία πτώση της σχολικής επιδόσεως, ο περιορισμός των σχέσεων, η μείωση των φιλητικών συναίσθημάτων ιδιαίτερα προς τους γονείς, η τάση για ονειροπόληση, η μείωση της πρωτοβουλίας, η αδικαιολόγητη τεμπελιά (ανεργία) η κλινοφιλία, η πτώση της ορμής για τη ζωή (ανορμία ή ανορμητισμός), η εξάλειψη του αυθορμητισμού, η υποβουλησία και η μείωση των αναστολών.

Η τελευταία αυτή διαταραχή εκδηλώνεται με απρεπή συμπεριφορά στο σπίτι ή στο σχολείο, με αναίτιες εκδηλωθείς βίας με ατημέλητη εμφάνιση, με τάση για βωμολογία, με επιδεικτικό αυνανισμό ή ακόμ με συμμετοχή σε αντικοινωνικές πράξεις που συνεπάγονται ποινικές κυρώσεις.

Χαρακτηριστικό και κοινό γνώρισμα όλων των περιπτώσεων είναι ότι λείπει η επίγνωση του νοσηρού καθώς και τα λεγόμενα θετικά ή παργωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, κατατονικές εκδηλώσεις). Ο ίδιος ο άρρωστος ενδεχομένως να αιτιάται, άτονα όμως και χωρίς ανησυχία για ακαθόριστα υποχονδριακά ενοχλήματα. Κατά τα άλλα δεν ανησυχεί για τη συμπεριφορά του και τις συνέπειές της ούτε αισθάνεται ποτέ την ανάγκη να συμβουλευθεί ειδικό γιατρό. Με την προοδευτική έκπτωση της συναίσθηματικής του απαντιτικότητας αναδιπλώνεται περισσότερο στον εαυτό του αποσύρει και τις τελευταίες επενδύσεις του από την κοινωνική ζωή και περιορίζει τη δραστηριότητά του στην ικανοποίηση των ζωτικών βιολογικών του αναγκών. Άλλοτε αντί για την απόσυρση και με-

τά από μία μεταβατική φάση (που μπορεί να κρατήσει όλη τη ζωή) που αλλάζει διαρκώς επάγγελμα, το ένα κατώτερο από το άλλο καταλήγει στην αλητεία, στους οίκους ανοχής ή στις φυλακές για αντικοινωνική συμπεριφορά.

Κλινική Εικόνα Ηβοφρενικής

Ο χαρακτηρισμός αυτής της μορφής ως ηβοφρενικής υποδηλώνει την πρώιμη έναρξή της στην εφηβική ηλικία. Τα έκδηλα συμπτώματα πρωτοπαρουσιάζονται ανάμεσα στο 13ο και 22ο χρόνο της ζωής.

Η αρρώστια εισβάλλει βαθμιαία, με ποικία αρχικά συμπτώματα, με δεσπόζοντα εκείνα που προέρχονται απ'τη διαταραχή της σκέψης. Πρώιμο σύμπτωμα είναι η προοδευτική δυσχέρεια στη συγκέντρωση της σκέψης και η μείωση της αφομοιωτικής ικανότητας τόσο του γραπτού όσο και του προφορικού λόγου. Οι διαταραχές αυτές στη λειτουργία της σκέψης δημιουργούν πολλές φορές αίσθημα δυσφορίας που παίρνει τη μορφή ποικίλου τύπου υποχονδριακών ενοχλημάτων. Άλλη πηγή στην οποία αποδίδονται τα αρχικά αυτά συμπτώματα είναι οι <<αποτυχημένοι έρωτες>>. Πρόκειται για τους χαρακτηριστικούς εξωπραγματικούς έρωτες των ηβηφρενικών.

Οι διαταραχές του συναισθήματος και ιδιαίτερα η κατάθλιψη δεν είναι σπάνιες στα αρχικά στάδια. Πολλές φορές μάλιστα το καταθλιπτικό συναίσθημα τροφοδοτεί και καταθλιπτικό ιδεασμό (ευχές θανάτου, ιδέες υποτιμήσεως). Το αντίθετο συναίσθημα, το σχιζοφρενικό, εμφανίζεται επίσης στο προσκήνιο και όταν εναλλάσσεται γρήγορα και άνευ λόγου με το καταθλιπτικό, επιτείνει το αίσθημα αμηχανίας στο οικογενειακό περιβάλλον.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μεταμφιάζει η νόσος στην παρουσία της στα αρχικά στάδια είναι η τροπή του αρρώστου σε ενδιαφέροντα που δεν σχετίζονται άμεσα με τις κοινωνικές του υποχρεώσεις' έτσι το παιδί που δεν αποδίδει στα μαθήματά του, επιδίδεται στη μελέτη της φιλοσοφίας, ψυχολογίας κ.λπ..

Πρώιμα κάνουν την εμφάνισή τους και διαταραχές του τύπου της αποπροσωποιήσεως και αποπραγματοποιήσεως. Το χαρακτηριστικό σημείο του καθρέφτη (ο άρρωστος για ώρες πολλές φορές, διερευνά μπροστά στον καθρέφτη το σωματικό του εγώ) βρίσκεται στα πλαίσια αυτών των διαταραχών.

Με την πρόοδο της ψυχωτικής διαταραχής διερευνείται ο κύκλος των συμπτωμάτων. Οι διαταραχές στη δομή και την οργάνωση της σκέψης παίρνουν διαρκώς και μεγαλύτερες διαστάσεις. Η φαντασία υποκαθιστά την πραγματικότητα και ο άρρωστος ζει σε «δικούς του» κόσμους. Αιφνίδια και ανεπίκαιρα γελάκια ή ηχηροί παρατεταμένοι γέλωτες χωρίς εμφανή σύνδεση με εξωτερικά ερεθίσματα, διακόπτουν κατά διαστήματα τη «σιωπηλή απομόνωση» και δημιουργούν το «θέος» της παρουσίας της τρέλλας στο περιβάλλον.

Το συναίσθημα περνάει όλες τις κλίμακες των ποικίλων διαταραχών του (δυσαρμονία, αστάθεια, αμφιθυμία κ.λπ.) που εκπνέει στο επίπεδο της τέλει απάθειας και αδιαφορίας. Ο βαθμός και ο ρυθμός πτώσεως του συναίσθηματος μετράει και τη γενικότερη έκπτωση της προσωπικότητας και καθορίζει ως ένα βαθμό την πορεία της αρρώστιας.

Η συμπεριφορά της ηβηφρενικού πριν ακόμα συντονισθεί με τον έντονο αυτισμό είναι περίεργη και παιδικόμορφη: Επι-

τηδεύσεις στις κινήσεις (τσαλιμάκια) και στο λόγο, μορφασμοί, άκαιραι γέλια, ανόητη αστειολογία και μωρολογία. Όσο αυξάνεται ο αυτισμός και όσο πέφτει το συναίσθημα τόσο η συμπεριφορά του ξεφτίζει σε αποσπασματικές, απρόσφορες και χωρίς στόχο εκδηλώσεις. Οι εκδηλώσεις του ιδιαίτερα στο σεξ, προδευτικά περιορίζονται. Αυνανίζεται χωρίς ντροπή μπροστά σε άλλους. Βωμολοχεί. Η παθητική πολυμιξία των κοριτσιών είναι χαρακτηριστική εκδήλωση της βαρειάς ηβηφρενικής διαταραχής. Οι κοπέλες αυτές <<πλαγιάζουν στην κυριολεξία με τον οποιονδήποτε και οπουδήποτε, τις περισσότερες φορές χωρίς καμία οργασμική απόκριση. Το σημαντικότερο όμως χαρακτηριστικό που αποκαλύπτει το βάθος της διαταραχής είναι οι συχνές σεξουαλικές επιθέσεις σε συγγενικά πρόσωπα, με την κατάργηση του ταμπού της αιμομιξίας ο ηβηφρενικός καθιερώνεται πλέον σαν <<τρελλός>> και από το πιο ανεκτικό οικογενειακό περιβάλλον.

Οι παραληρητικές ιδέες εμπλουτίζουν συχνά την κλινική εικόνα της ηβηφρένειας. Όμως είναι επιπόλαιες και φευγαλέες, σπάνια συγκροτούμενες σε σταθερό, οργανωμένο παραλήρημα. Κινούνται ως δορυφόρα στοιχεία γύρω από τις δομικές διαταραχές της σκέψης. Στα τελικά στάδια της νόσου καταργείται κάθε συναισθηματική δόνηση και συναλλακτική σχέση. Ο άρρωστος παραμελεί τον εαυτό του. Δεν ντύνεται, δεν πλένεται, φτάνει ακόμα στο σημείο να ουρεί και να αφοδεύει επάνω του και στις περιπτώσεις της έσχατης παλινδρόμησης να τρώει τα κόπρανά του.

Κλινική Εικόνα Κατατονικής

Η κατατονική σχιζοφρένεια καλύπτει ένα σχετικά ευρύ η-

λιακό φάσμα επεκτεινόμενο σε σχέση με την ηβηφρένια στις μεγαλύτερες ηλικίες. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που πρωτοπαρουσιάζονται και μετά τα τριάντα. Η εγκατάσταση των συμπτωμάτων πραγματοποιείται μέσα σε σύντομο χρόνο και σε πολλές περιπτώσεις σχεδόν αστραπιαία. Και σ' αυτές όμως τις <<κεραυνοβόλες>> περιπτώσεις προηγείται κάποιο στάδιο κινητικής ανησυχίας, ευρεθιστικότητας, ανυπομονησίας, με καταθλιπτικόμορφο συναίσθημα ή με τάση για απόσυρση.

Στη συμπτωματολογία κυριαρχούν τα κλινικά συμπτώματα της κατατονίας που συνδυάζονται όμως με διαταραχές από τις άλλες ψυχικές λειτουργίες. Συχνές είναι οι ψευδαισθήσεις.

Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα της κατατονικής μορφής της σχιζοφρένειας είναι η κατατονική εμβροντησία που ποικίλλει σε ένταση από άρρωστο σε άρρωστο αλλά και στον ίδιο τον άρρωστο μέσα στο χρόνο. Διακυμαίνεται από την παροδική και μερική μέχρι την πλήρη ανακοπή της κινητικότητας.

Ο άρρωστος πριν περιπέσει στην πλήρη <<νεκρή>> εμβροντησία περιορίζει προοδευτικά την ψυχοκινητική του δραστηριότητα. Δεν μιλάει, δεν εκτελεί συνηθισμένες πράξεις όπως το ντύσιμο, η λήψη τροφής. Η μιμητική του προσώπου δεν προδίνει συναισθηματική συμμετοχή σε ό,τι συμβαίνει γύρω του. Η ακαμψία και η υποκινητικότητα του δίνουν όψη παραινσονικού σε κάπως προχωρημένο στάδιο της αρρώστιας του.

Στην πλήρη εμβροντησία ο άρρωστος κυριολεκτικά μιμείται τον νεκρό. Πρόκειται για μία εντυπωσιακή σιγή ειδραματίζεως του θανάτου: Τίποτα δεν κινείται (εκτός από το διάφραγμα και του βομβού μερικές φορές). Σε τίποτα δεν αντιδρά. Ένα τέλειο άγαλμα. Πολλές φορές μία τέτοια κατάσταση όταν επέρ-

χεται αιφνίδια δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με όλες εκείνες τις καταστάσεις που συνεπάγονται παρατεταμένη απώλεια της συνειδήσεως. Με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε σήμερα η πλήρης κατατονική εμβροντησία, λύεται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πάντως και χωρίς αυτά τα αμέσα οι παλαιότεροι άρρωστοι συνήθιζαν να βγαίνουν από μόνοι τους από αυτή την κατάσταση άλλοτε σιγά-σιγά και άλλοτε αιφνιδιαστικά σαν να είχε κάποιος γυρίσει το διακόπτη.

Το άλλο σκέλος της κατατονίας είναι τα διεγερτικά-κατατονικά συμπτώματα που κορυφώνονται στην μείζονα κατατονική διέγερση.

Ο άρρωστος φθάνει στην κατατονική διέγερση άλλοτε σταδιακά ανεβαίνοντας σιγά-σιγά την κλίμακα των μικροδιεγερτικών κατατονικών εκδηλώσεων (εναντίωση, στερεοτυπίες, αρνητισμός κ.λπ.) και άλλοτε αστραπιαία, σαν να γεννιέται η διέγερση από το κενό (θύελλα σε αίθριο πυρανό).

Η κατατονική διέγερση συνίσταται σε ανοργάνωτη και έξαλλη κινητική δραστηριότητα που στρέφεται με άσκοπη καταστροφικότητα εναντίον προσώπου ή αντικειμένου που βρίσκεται στο περιβάλλον του αρρώστου. Ο άρρωστος δίνει την εντύπωση «ρομπότ» που καταστρέφει τα πάντα στο σχετικά περιορισμένο χώρο που απλώνει την επιθετική του δραστηριότητα. Πάνω στη διεγερτική κρίση ο άρρωστος μπορεί να διαπράξει φόνο ή αντίθετα να αυτοκτονήσει ο ίδιος, (αναίτιος αυτοκτονία). Ο κατατονικός δεν καταλήγει στην αυτοκτονία από απελπισία γιατί κυριαρχείται από την ανάγκη τερματισμού της ζωής.

Παραληρητικές ιδέες και έντονα ψευδαισθητικά βιώματα συνυπάρχουν ή προηγούνται και ενδεχομένως πυροδοτούν τις κα-

τατονικές διεγέρσεις.

Κλινική Εικόνα Παρανοειδούς Σχιζοφρένειας

Τα αρχικά συμπτώματα της παρανοειδούς σχιζοφρένειας εκφράζουν την τάση του ατόμου για παραληρητική ερμηνεία της πραγματικότητας. Άλλοτε για μικρό διάστημα περιορίζονται σε μία όχι ιδιαίτερα εντυπωσιακή μεταβολή στην συμπεριφορά του ατόμου που χαρακτηρίζεται από παρερμηνευτική ετοιμότητα, καχυποψία, αυξημένη τάση για συσχετίσεις, συγκαλυπτόμενες ιδέες επιδράσεως και αναιτιολόγητη εριστικότητα. Άλλοτε έχουμε απ' την αρχή θορυβώδη εγκατάσταση παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων που αμέσως γίνονται ο άξονας που γύρω του περιστρέφεται η ψυχική και κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου.

Δύο είναι οι βασικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την ιδιαίτερη συμπτωματολογία της παρανοειδούς σχιζοφρένειας στο κάθε άτομο. Ο ένας είναι ο τρόπος που εγκαθίσταται η ψύχωση (σταδιακή-αιφνίδια εγκατάσταση). Ο άλλος η προηγούμενη προσωπικότητα (σχιζοειδική-μη σχιζοειδική προσωπικότητα).

Αρχική συμπτωματολογία

1. Βραχεία, σταδιακή εγκατάσταση. Η σταδιακή εγκατάσταση της παρανοειδούς ψυχώσεως δεν αξιολογείται τις περισσότερες φορές ως έναρξη μιας νοσηρής επεξεργασίας. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν αναπτύσσεται στο έδαφος μιας σχιζοειδικής προσωπικότητας. Τα αρχικά συμπτώματα, δεν εισπράττονται από το περιβάλλον παρά ως συμπεριφορές συναρτημένες με τον ήδη



Παραλήρημα παρανοειδούς
σχιζοφρένειας.

<<δύσκολο>>, άκαμπτο, ζηλόφθονο και καχύποπτο χαρακτήρα. Όταν η ψύωση αναπτύσσεται σε μη σχιζοειδική προσωπικότητα η εγκατάσταση των συμπτωμάτων όσο βραδεία και σταδιακή και αν είναι γίνεται αμέσως αντικείμενο ανησυχίας από το περιβάλλον. Οι άρρωστοι αυτοί δεν έχουν τις ίδιες με τους προηγούμενους ευκαιρίες να εντάσσουν την τάση για παραληρητική ερμηνεία της πραγματικότητας σε λογικοφανή πλαίσια.

2. Αιφνίδια εγκατάσταση. Σε άτομα με σχετικά ομαλή προηγούμενη προσαρμογή πραγματοποιείται αιφνίδια ή μέσα σε λίγο χρόνο μία σημαντική αλλαγή. Συνηθισμένα γεγονότα της καθημερινής ζωής, αποκτούν <<αποκαλυπτικό>> περιεχόμενο. Τα ακόλουθα αποσπάσματα από αφηγήσεις τριών αρρώστων αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα:

<<Οι προβολείς του Λυκαβητού άναψαν απότομα την ώρα που σταμάτησαν να περνάνε τ' αυτοκίνητα απ' το δρόμο. Τη στιγμή αυτή ήξερα πως έρχεται η συντέλεια του κόσμου>>.

<<Οι τρεις εικόνες που ήταν τοποθετημένες τριγωνικά πάνω στο γραφείο. Κατάλαβα αμέσως πως υπάρχει Ιψενικό τρίγωνο στο σπίτι μου>>.

<<Τη στιγμή που μου χάρισε ένα βιβλίο με κόκκινο εξώφυλλο κατάλαβα πως ήθελε να με παγιδεύει και να με εκθέσει σαν αριστέρο. Τότε άνοιξαν τα μάτια μου και εξήγησα όλη τη συστηματική σκευωρία που άρχισε από τότε που μου 'κανε τον φίλο>>.

Στην περίπτωση της οξείας εγκατάστασης ο άρρωστος μετά από θεραπευτική αγωγή (ηλεκτροσπασμοθεραπεία και φάρμακα) μπορεί να επανέλθει πλήρως στην προσωρινή του κατάσταση χωρίς να παρουσιάσει άλλο επεισόδιο.

Σ' αυτή την περίπτωση δικαιολογείται ίσως ο όρος <<οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο>>.

Ολοκλήρωση και εξέλιξη συμπτωμάτων

Στις περιπτώσεις προοδευτικής εγκαταστάσεως των συμπτωμάτων η νόσος ακολουθεί μία εξελικτική πορεία από την αρχή με μικρές μόνο κατά διαστήματα εξάρσεις των διαταραχών της σκέψης και της συμπεριφοράς. Τα βασικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον παρανοειδή άρρωστο που έχει προχωρήσει πέρα από τα αρχικά στάδια της νόσου: Το παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις και οι προοδευτικά αυξανόμενες διαταραχές της δομής της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.

1. Το παραλήρημα του παρανοεικού είναι τις περισσότερες φορές ασαφές και ασυστηματοποίητο. Δεν διακρίνεται ούτε για τη σταθερότητά του ούτε για τη νοηματική του συνοχή. Με την πρόοδο της αρρώστιας χάνει την αρχική ψευδολογική του υπόσταση και ξεφτίζει σε συνοθύλευμα παράλογων ασυναρτησιών. Το περιεχόμενό του ποικίλλει από άτομο σε άτομο και στο ίδιο άτομο κατά την εξέλιξη της αρρώστιας. Μία έρευνα στην Αγγλία έδειξε πως το παραλήρημα των αρρώστων πριν από 100 χρόνια ήταν κυρίως θρησκευτικομαγικό ενώ σήμερα είναι κυρίως σεξουαλικό. Τα πιο συχνά παραληρήματα που παρατηρούνται σήμερα είναι: του μεγαλείου της επιβολής ή διώξεως, το ζηλοτυπικό, το ερωτομανιακό, το διεκδικητικό, το υποχονδριακό, το θρησκευτικό κ.λπ..

Το διωκτικό παραλήρημα είναι το πιο συχνό στον καιρό μας ίσως γιατί ευνοείται σημαντικά από τον ανταγωνιστικό χαρακτήρα της κοινωνικής μας δομής. Παράγωγά του είναι το παρα-

λήρημα δηλητηριάσεως κατασκοπεύσεως, επιβολής δια ποικίλων μέσων κ.λπ..

Το διεκδικητικό παραλήρημα , απαντάται συνήθως σε μορφωμένα άτομα, σχετικά υψηλής νοημοσύνης που η ψυχωσική εξεργασία δεν έχει υποσκάψει τα θεμέλια της προσωπικότητάς τους. Έτσι τους παρέχεται η δυνατότητα να διατηρούν κοινωνικούς ρόλους και σχετικά καλή κοινωνική προσαρμογή σε τομείς που βρίσκονται έξω από τον ειδικό χώρο που κινούνται οι παραληρητικές τους ιδέες. Το παραλήρημά τους συμπίπτει με συνηθισμένες στην κοινωνική ζωή δυσάρεστες εμπειρίες από διάφευση κοινωνικών φιλοδοξιών.

Το σεξουαλικό περιεχόμενου διωκτικό παραλήρημα. Η πιο συνηθισμένη μορφή που παίρνει στις μέρες μας το παραλήρημα αυτό είναι εκείνη που το άτομο κυριαρχείται από την ιδέα ότι οι άλλοι το θεωρούν ομοφυλόφιλο, το σχολιάζουν και του συμπεριφέρονται ανάλογα. Έτσι αποφεύγουν την κοινωνική συναναστροφή, διστάζουν ακόμα και να περπατήσουν στο δρόμο. Σπανιότερα το παραλήρημα παίρνει τη μορφή που το άτομο κατέχεται από την παραληρητική ιδέα ότι οι άλλοι επενεργούν πάνω στη σκέψη του για να τον κάνουν ομοφυλόφιλο.

Το ζηλοτυπικό παραλήρημα: Είναι αρκετά συχνό (ευνοούμενο πιθανώς) από τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες) και ένα από τα σοβαρότερα αίτια των συζυγοκτονιών.

Το ερωτομανιακό παραλήρημα: Εμφανίζεται ως ο αντίποδος του ζηλοτυπικού. Το άτομο κατέχεται από την παραληρητική αυταπάτη του <<αγαπάσθαι>> από άτομο που συνήθως βρίσκεται σε σαφώς ψηλότερο από το ίδιο μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο (η υπηρέτρια από τον <<κύριο>> κ.λπ.). Οι επιθυ-

μίες δεν συγκεκρινοποιούνται συνήθως σε επιδίωξη σεξουαλικών σχέσεων αλλά παραμένουν ασαφείς, τροφοδοτούμενες από ποικίλες παρερμηνείες. Οι κατεχόμενοι από τέτοιου είδους παραληρητικές ιδέες γίνονται αρκετά συχνά ενοχλητικοί προς το <<ερωτευμένο>> άτομο και στο τέλος επιθετικοί και επικίνδυνοι.

Το παραλήρημα μεγαλείου: Ο συχνά παρατηρούμενος συνδυασμός του με παραλήρημα διώξεως δικαιολογεί την άποψη ότι αποτελεί δευτερογενή παραληρητική επεξεργασία στο περιεχόμενο του διωκτικού παραληρήματος (<<για να με καταδιώκουν τόσοι πολλοί και τόσο σπουδαίου να'μαι εγώ σπουδαίος>>). Η ένταση του παραληρήματος μεγαλείου στην παρανοειδή σχιζοφρένια ποικίλλει απ'την απλή έκφραση ιδεών υπερτιμήσεως του εγώ μέχρι τις εκτός πάσης λογικής παραληρητικές ιδέες μετεμψυχώσεως μεγάλων ανδρών της ιστορίας, θείκης αποστολής κ.λπ..

Το θρησκευτικό παραλήρημα έχει ποικίλο περιεχόμενο, (κηρυγματικό, προφητικό, <<αποκαλυπτικό>> κ.λπ.) και παρατηρείται συνήθως στις γυναίκες χαμηλού μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου.

2. Άλλες διαταραχές: Οι ψευδαισθήσεις είναι κατά κανόνα ακουστικές και σχετίζονται πάντα με το περιεχόμενο του παραληρήματος (υβριστικές, καθοδηγητικές, αποτρεπτικές κ.λπ.). Πολλές φορές ο άρρωστος συνδιαλέγεται με τις φωνές, μεγαλόφωνα.

Οι διαταραχές στη δομή και στην οργάνωση της σκέψης υπεισέρχονται κάπως όψιμα στην κωνική εικόνα. Ανακοπές της

σκέψης, εμποδισμοί, νεολογισμοί, ασχετολογία επιφέρουν με την πρόοδο της αρρώστιας πλήρη διάσπαση της σκέψης και ανυπαρξία στο λόγο.

Το συναίσθημα σχιζοφρενικοποιείται διαρκώς και περισσότερο στην εξελικτική πορεία της νόσου. Χάνει την πρόσφορη απαντητικότητα στα εξωτερικά ερεθίσματα και σιγά-σιγά δεν συντονίζεται ούτε και με τα παραληρητικά και ψευδαισθητικά βιώματα. Ο άρρωστος γίνεται προοδευτικά αδιάφορος ώσπου να φτάσει στην συναισθηματική επιπέδωση.

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς αντανακλούν κατά κανόνα τις διαταραχές από τη σκέψη και το συναίσθημα. Όσο το συναίσθημα δονείται από τα παραληρητικά και ψευδαισθητικά βιώματα ο παρανοειδής συντονίζει μ'αυτά τη συμπεριφορά του. Όταν το συναίσθημα κατολισθήσει σε χαμηλά επίπεδα δονητικότητας η συμπεριφορά γίνεται διαρκώς και περισσότερο αυτιστική.

Οξύ Σχιζοφρενικό Επεισόδιο

Πριν μερικά χρόνια ήταν γνωστό με τον όρο <<οξεία αδιαφοροποίητη σχιζοφρένια>>. Η διάγνωση της μορφής αυτής δεν εφαρμόζεται παρά σε σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές που δεν περιγράφηκαν στις προηγούμενες. Διακρίνεται για την οξεία εγκατάσταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων που συνοδεύονται συχνά από σύγχυση, αμηχανία, ιδέες συσχετήσεως, συναισθηματική αναταραχή, ονειροειδείς διχαστικές εκδηλώσεις, διέγερση, κατάθλιψη ή φόβο. Η οξεία εγκατάσταση διαφορίζει αυτή τη μορφή από την απλή σχιζοφρένια. Με τον καιρό οι άρρωστοι

μπορεί να αναπτύξουν κλινική εικόνα που χαρακτηρίζει την κατατονική, την ηβηφρενική ή την παρανοειδή σχιζοφρένια οπότε και η διάγνωση πρέπει να προσαρμοσθεί ανάλογα. Σε πολλές περιπτώσεις ο άρρωστος αποκαθίσταται στο φυσιολογικό μέσα σε εβδομάδες, αλλά μερικές φορές η αποργανωτική εξεργασία παίρνει εξελικτικό χαρακτήρα. Πολύ συχνά σημειώνονται υποτροπές.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι πολλές φορές δύσκολο έργο η διάγνωση της σχιζοφρένειας, ακόμα και για τον έμπειρο ψυχίατρο, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τις πρώιμες, άτυπες και ολιγοσυμπτωματικές μορφές της νόσου. Κατ'αρχήν ο νέος ειδικός, πολύ δε περισσότερο ο πρακτικός γιατρός, θα πρέπει να έχει υπ'όψιν του ότι ένα μόνο σύμπτωμα ή μεμονωμένα κάποια συμπτώματα ποτέ δεν είναι αρκετά για την εδραίωση οριστικής διάγνωσης.

Θα πρέπει συνεπώς να διασφαλισθεί η πιστοποίηση ικανού αριθμού και ποικιλίας συμπτωμάτων και να εκτιμηθεί σωστά η προψυχωτική προσωπικότητα του αρρώστου για να θεωρηθεί η διάγνωση αξιόπιστη. Οι πληροφορίες από το άμεσο περιβάλλον του πάσχοντα, και η εφαρμογή των χρησιμοποιούμενων βοηθητικών ψυχολογικών προβλητικών διαδικασιών, κυρίως του κριτηρίου του RORSCHACG θα βοηθήσουν σημαντικά στην ολοκλήρωση της ψυχιατρικής προσέγγισης της περίπτωσης, όσες φορές η λεπτομερής ψυχιατρική διερεύνηση μόνη δεν αρκεί για να γίνει αυτό. Η σχιζοφρένια συνδέεται τόσο με οργανικές όσο και με λειτουργικές παθολογικές καταστάσεις.

Η προϊούσα γενική παράλυση θα αποκλεισθεί εύκολα από τη βάση του αναμνηστικού, τις κλινικές εξετάσεις και την ειδική παρακλινική έρευνα.

Η επιληψία ιδιαίτερα η ψυχοκινητική μορφή της και οι λυκοφωτικές επιληπτικές καταστάσεις συγχέονται συχνά με οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια. Από τα τελευταία αυτά λείπει η χαρακτηριστική της επιληψίας απώλεια συνειδήσεως. Επιπλέον το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα επιλύει εύκολα το διαγνωστικό πρό-

βλημα μεταξύ επιληψίας και σχιζοφρένειας.

Ορισμένοι όγκοι του εγκεφάλου, κυρίως οι όγκοι της προ-
τετωπιαίας περιοχής, οι αρτηριοσκληρωτικές καταστάσεις, οι
πρωτογενείς άνοιες (νόσος PICK και ALZHEINER) και οι γερο-
ντικές εγκεφαλοπάθειες, αποτελούν συχνά διαγνωστικά προβλή-
ματα.

Η λεπτομερής νευρολογική εξέταση, η εγκεφαλογραφία και
το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα διευκολύνουν την τελική διάγνωση.

Η ολιγοφρενία και η σχιζοφρένεια εμφανίζουν συχνά κοι-
νές ιδιομορφίες στη συμπεριφορά των αρρώστων, οι οποίες
αποτελούν πολλές φορές εμπόδια στη διαφορική διάγνωση.

Οι ψευδαισθήσεις των αλκοολικών και η ψυθοπλασία του
συνδρόμου του KARSAKOFF θα πρέπει να διαχωρίζονται κλινικώς
από τις ψευδαισθήσεις της σχιζοφρενικής ψύχωσης με τις ο-
ποίες μοιάζουν. Η κατατονική σχιζοφρένεια θα πρέπει να δια-
χωρισθεί από την οξεία συγκλησιακή εμβροντησία, την ακινη-
τική επιληψία και το σπάνιο σύνδρομο το οποίο περιέγραψε ο
KRAINES με την ονομασία ακινητική αλαλία. Το σύνδρομο αυτό
αποδίδεται σε βλάβη που βρίσκεται κοντά στην τρίτη κοιλία,
χαρακτηρίζεται κλινικά από αλαλία με κατατονική-ακινητική
στάση του αρρώστου και συνοδεύεται από ακατάσχετη επιφορά
για ύπνο και από κάποια άλλα αντικειμενικά νευραλγικά συμ-
πτώματα.

Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση συγχέεται συχνά με την σχι-
ζοσυναισθηματική μορφή της σχιζοφρένειας, κυρίως σε ότι αφο-
ρά τις παραληρητικές ιδέες και τις διακυμάνσεις του νευροψυ-
χικού τόνου (υπερτονία-υποτονία συναισθήματος) εκδηλώσεις οι
οποίες παρατηρούνται στις διάφορες φάσεις της μανιοκαταθλι-

πτικής ψύχωσης.

Από την παράνοια θα διαχωρισθεί διαγνωστικά η παρανοειδής μορφή της σχιζοφρένειας με βάση τρία κριτήρια: η παράνοια εξελίσσεται κυρίως σε πολύ μεγαλύτερη ηλικία από τη σχιζοφρένια, δηλαδή σε ηλικία 30-50 ετών, το παραλήρημα σ' αυτή έχει συστηματικό χαρακτήρα και είναι επίμονο (αδιάσειστο) και σπάνια ακολουθείται από άλλες μορφές σχιζοφρένειας στις οποίες παρατηρείται διανοητική έκπτωση.

Ορισμένοι κλινικοί τύποι της σχιζοφρένειας, κυρίως οι πρώιμες και άτυπες μορφές της συγχέονται συχνά με την υστερία και τις υστερικές καταστάσεις. Η υστερία και οι υστερικές προσβολές μοιάζουν μερικές φορές με ορισμένες διεγερτικές καταστάσεις και με κάποιες άτυπες μορφές της νόσου. Η εκτίμηση της προνοσηρής προσωπικότητας των πασχόντων θα βοηθήσει τελικά στη διάγνωση.

Ο ψυχίατρος θα πρέπει να είναι επιφυλακτικός σε ορισμένες περιπτώσεις βαρείας ιδεοψυχαναγκαστικής νευρώσεως, όπου οι αναστολές της προσωπικότητας της δραστηριότητας, οι τελετουργίες και η <<περίεργος>> συμπεριφορά των ψυχαναγκαστικών, δεν διαφέρουν ουσιωδώς από τις ιδιοτυπίες της συμπεριφοράς των σχιζοφρενικών.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ακριβής διάγνωση της Σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσης της οπότε η σύγχυσή της με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές π.χ. Διπολική Διαταραχή, μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειάς του με οδυνηρές συνέπειες. Επιπλέον, όμως, η ακριβής διάγνωση προετοιμάζει τον ασθενή, την οικογένεια και τον κλινικό για την αποτελεσματική άμεση, βραχύχρονη και μακρόχρονη θεραπεία. Υπάρχουν πολλές διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τη Σχιζοφρένια. Αναφέρουμε τις κυριότερες:

Διαταραχές της Διάθεσης: Μανία και ψυχωτική κατάθλιψη (δηλαδή Μανιακό Επεισόδιο Διπολικής Διαταραχής και Μείζων Κατάθλιψη με Ψυχωτικά Στοιχεία) συχνά παρουσιάζονται με ψευδαισθήσεις παραληρητικές ιδέες, απόσυρση, έκπτωση της λειτουργικότητας κ.λπ. συμπτώματα δηλαδή και σημεία που είναι ανάλογα της Σχιζοφρένειας. Η διαφοροδιάγνωση πολλές φορές είναι δύσκολη και θέλει προσοχή και λεπτομερή κλινική εξέταση. Τα σημεία που κατευθύνουν τη διάγνωση προς τη Διαταραχή της Διάθεσης είναι:

* Όταν ο ασθενής αναπτύσσει έντονα (συναισθηματικά) συμπτώματα κατάθλιψης ή μανίας πριν ή μαζί με την έναρξη της ψύχωσης (οι σχιζοφρενικοί συχνά παρουσιάζουν (συναισθηματικά) συμπτώματα κατάθλιψης ή μανίας, αλλά αυτά συμβαίνουν μετά την ανάπτυξη της ψύχωσης, συχνά σαν αντίδραση σ' αυτήν).

* Όταν ο ασθενής εμφανίζει πλήρη ύφεση και λειτουρ-

γεί φυσιολογικά αναμέσα στα ψυχωτικά επεισόδια.

* Όταν ο ασθενής έχει ένα βιολογικό συγγενή με ιστορικό υφιέμενης ψυχωτικής διαταραχής, γιατί αυτό υποδηλώνει πιθανότητα Διαταραχή της Διάθεσης.

* Όταν η διάρκεια των επεισοδίων του συνδρόμου διαταραχής της διάθεσης είναι βραχεία (βλ. κριτήριο Γ).

Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η διαφοροδιάγνωση μεταξύ Σχιζοφρένειας και Διαταραχής της Διάθεσης είναι σχεδόν αδύνατη, γιατί τα συμπτώματα και των δύο είναι έντονα. Παλιότερα, όταν ο κλινικός δεν μπορούσε να κάνει το διαχωρισμό έβαζε τη διάγνωση Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Το DSM-III-R όμως προσδιόρισε κριτήρια και για τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, τα οποία βοηθούν στην αναγνώριση αυτής της συγκεκριμένης κλινικής οντότητας.

Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή. Η βάση για τη διαφοροδιάγνωση είναι ότι το διάστημα που υπάρχει συνέχεια η διαταραχή πρέπει να είναι λιγότερο από έξι μήνες.

Παραληρητική (Παρανοειδής) Διαταραχή. Διαφοροδιαγιγνώσκεται από τη Σχιζοφρένεια επειδή απουσιάζουν οι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις, η ασυναρτησία ή η εκσκεσημασμένη χάλαση των συνειρμών και κυρίως επειδή απουσιάζουν οι αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες, όπως ελέγχου, εκπομπής, σκέψης κ.λπ.. Και γενικότερα, όμως, τόσο το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών, όσο και η συμπεριφορά δεν είναι παράξενη και αλλόκοτη όπως στη Σχιζοφρένια.

Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές. Οργανικές ψυχώσεις μπο-

ρεί να παρουσιάζονται με συμπτώματα ακριβώς όπως της Σχιζοφρένειας-παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα και παράξενη συμπεριφορά. Ιδιαίτερα, πρέπει να σκεπτόμαστε τα Οργανικά Παραληρητικά Σύνδρομα, όπως αυτά που οφείλονται σε αμφεταμίνες ή φαλινκυκλιδίνη (PCP), που είναι πανομοιότυπα στην κλινική τους εικόνα με τη Σχιζοφρένια, αλλά επίσης και μεταβολικές ή νευρολογικές ή λοιμώδεις νόσους. Διαταραχή του προσανατολισμού, θόλωση της συνείδησης ή σύγχυση και έκπτωση της μνήμης, θα μας κάνουν να υποψιαστούμε υποκείμενη σωματική νόσο ή τοξίκωση από ουσίες. Γι' αυτό σε οξεία ψύχωση (και μολονότι σύγχυση μπορεί να υπάρξει και στην οξεία φάση της Σχιζοφρένειας) η λήψη του ιστορικού θα πρέπει να είναι πλήρης και να συνοδεύεται από σωματική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις.

Σε Διαταραχές της Προσωπικότητας και συγκεκριμένα σε Σχιζότυπη, Μεταιχμιακή, Σχιζοειδή και Παρανοειδή. Διαταραχή της Προσωπικότητας μπορεί να εμφανισθούν παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, ιδιαίτερα ύστερα από στρες. Τα συμπτώματα όμως, αυτά, υποχωρούν πλήρως μέσα σε ώρες ή λίγες μέρες και επίσης γίνονται αντιληπτά σαν <<ξένα>> προς το εγώ του ασθενή. Πιο δύσκολη είναι η διαφορδιάγνωση από Παρανοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας και ιδιαίτερα από Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας, όπου θα πρέπει να αποσαφηνισθεί αν υπάρχουν ή όχι παραληρητικές ιδέες και όχι απλώς καχυποψία και ιδέες συσχέτισης ή αν η εκκεντρική συμπεριφορά και οι αντιληπτικές διαταραχές είναι αρκετά σοβαρές για να θεωρηθούν σχιζοφρενικού επιπέδου.

Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση. Το βασικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο, πέρα από το ότι η Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση δεν διαρκεί παρά μόνο ώρες ως ένα το πολύ μήνα, είναι το ότι υπάρχει σ'αυτήν πάντα αναγνωρίσιμος στρεσογόνος παράγοντας που προηγείται της ψύχωσης.

Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Υποχονδρίαση και πιο σπάνια Φοβική Διαταραχή. Με προσεκτική εξέταση μπορεί ο κλινικός να διαχωρίσει κατά πόσο οι επίμονες σκέψεις και ιδέες των διαταραχών αυτών, όσο παράλογες και αν φαίνονται, τελικά αναγνωρίζονται σαν παθολογικές από τον ασθενή και δεν φθάνουν σε παραληρητικό επίπεδο.

Αυτιστική Διαταραχή και Διανοητική Καθυστέρηση. Αν υπάρχουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.

Ακατανόητα Προσποιητή Διαταραχή με Ψυχολογικά Συμπτώματα. Σ'αυτήν τα <<ψυχωτικά>> συμπτώματα είναι σκόπιμα και συνήθως παρόντα όταν το άτομο το παρατηρούν.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η Σχιζοφρένια βρίσκεται παντού, σε κάθε μέρος του κόσμου και σε κάθε πολιτισμό. Ο επιπολασμός της είναι περίπου σταθερός και μελέτες σε διάφορα μέρη του κόσμου τον υπολογίζουν από 0,2% έως 1%.

Η Σχιζοφρένια προσβάλλει εξίσου και άνδρες και γυναίκες και διαγιγνώσκεται πιο συχνά σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Οι λόγοι για το τελευταίο δεν είναι διευκρινισμένοι (έχουν προταθεί η κοινωνική στροφή προς τα κάτω λόγω των επιπτώσεων της αρρώστιας, η έλλειψη κοινωνικοοικονομικής κινητικότητας προς τα πάνω, τα στρες των χαμηλότερων τάξεων, όπως η φτώχεια κ.α.)..

Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη Σχιζοφρένια στην όψιμη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Υπάρχει όμως και έναρξη της Σχιζοφρένιας σε πιο όψιμα χρόνια, ακόμα και μετά από τα 45. Στις γυναίκες η Σχιζοφρένια φαίνεται να αρχίζει αργότερα.

Προνοσηρά προσωπικότητα. Οι προνοσηρές προσωπικότητες των ατόμων που αναπτύσσουν Σχιζοφρένια συχνά περιγράφονται σαν καχύποπτες, εσωστρεφείς, αποσυρμένες ή εκκεντρικές, οπότε και μπορεί να συμπληρώνουν τα διαγνωστικά κριτήρια της Παρανοειδούς, Σχιζοειδούς, Σχιζότυπης ή Μεταιχμιακής Διαταραχής της Προσωπικότητας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΕΣ

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις είναι η ομάδα εκείνη των λειτουργικών ψυχώσεων που η νοσολογική της υφή δημιουργεί τα μεγαλύτερα προβλήματα γιατί:

1. Η έλλειψη της ευαισθησίας ενισχύει την άρνηση λήψης θεραπευτικής αγωγής.

2. Η ίδια η συμπτωματολογία τους κάνει τους ασθενείς πολλές φορές παρορμητικούς και διεγερτικούς, ώστε η παραμονή τους στο σπίτι πολλές φορές να είναι δύσκολη ή & επικίνδυνη.

3. Το οικογενειακό τους περιβάλλον συνδέει πολλές φορές τη νόσο με την κληρονομικότητα, έτσι ώστε τα μέλη της οικογένειας ενοχοποιούνται και θεωρούν την ύπαρξή της ως στίγμα για την οικογένεια, με αποτέλεσμα την άρνηση της ύπαρξής της. Δηλαδή δεν καταφεύγουν σε κάποια ειδική υπηρεσία για βοήθεια.

4. Σε μερικές περιπτώσεις η ίδια η κλινική εικόνα απαιτεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, γιατί τα παραγωγικά συμπτώματα είναι ανθεκτικά στη χρήση μεγάλων δόσεων φαρμάκων, αν και δεν υπάρχουν εμφανή σημεία επικινδυνότητας.

5. Η χρήση των ψυχοφαρμάκων και η ίδια εμπειρία από προηγούμενες νοσηλείες μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και το κάνουν να συμπεριφέρεται εξαρτημένο από την οικογένεια ή άλλα άτομα.

6.Ο τρόπος ζωής του ατόμου (συμπτώματα, εισαγωγές στο ψυχιατρείο, μείωση της λειτουργικότητας, εξάρτηση) σε αρκετές περιπτώσεις του προσδίδει την ετικέτα του <<τρελλού>> ή του <<παράξενου>> στην αγορά και αυτή η ετικέτα επιφέρει μεγαλύτερη αντίδραση στην συμπεριφορά του ως άμυνα για την ετικετοποίησή του.

7.Τέλος, ψυχικοί άρρωστοι με τη διάγνωση σχιζοφρένια παρουσιάζουν συχνότερα πολλά κοινωνικά, οικονομικά, στεγαστικά και άλλα προβλήματα.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας αντιμετωπίζονται μία σειρά από προβλήματα που αρχίζουν από την επιβεβαίωση της διάγνωσης και καταλήγουν στην προσπάθεια της αποκατάστασης.

Βασική αρχή κατά την ανάληψη της περίπτωσης είναι η διευκρίνιση και η ιεράρχηση των προβλημάτων. Έχει μεγάλη σημασία η εξακρίβωση των άμεσων αναγκών π.χ. μία συμπεριφορά ενοχλητική στα άλλα μέλη της οικογένειας, αρνητισμός, άμεσο πρόβλημα στέγασης κ.α..

Το ψυχωσικό άτομο φέρνει στο θεραπευτή όχι μόνο τα προβλήματα της προνοσηρής προσωπικότητας και της ίδιας της φύσης της αρρώστιας αλλά και καταστάσεις σύγχυσης στην επικοινωνία που διαφαίνονται μέσα από την αντίδραση του κοινωνικού περιγύρου στη συμπεριφορά του. Ο χειρισμός του πάσχοντα πρέπει να είναι πολύ προσεχτικός και ενθαρρυντικός. Η ενίσχυση κάθε θετικής συμπεριφοράς του σχιζοφρενή έχει μεγάλη σημασία. Επίσης η εμπιστοσύνη, η συναισθηματική κατανόηση, η ειλικρίνεια πρέπει να επενδύουν κάθε προσπάθεια εφαρμογής θεραπευτικής αγωγής.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η μελέτη του αρρώστου αρχή και προϋπόθεση του θεραπευτικού σχεδίου.

Για να υπάρξει θετικό αποτέλεσμα στην θεραπευτική αντιμετώπιση του σχιζοφρενικού αρρώστου απαιτείται: εξονυχιστική μελέτη της προσωπικότητας, του οικογενειακού του περιβάλλοντος, του κοινωνικού περίγυρου, της βιολογικής δομής και ευαισθησίας και γενικά όλων των παραγόντων που συναυποτελούν τη βιολογική υπόσταση και τις ανάγκες του αρρώστου. Κάθε θεραπευτική αγωγή που θα εφαρμοσθεί θα πρέπει να είναι απόρροια της μελέτης του αρρώστου γιατί διαφορετικά θα οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα.

Μερικές γενικές παρατηρήσεις που μπορούν να αποβούν χρήσιμοι κανόνες πρακτικής θεραπευτικής είναι οι εξής:

Ποτέ δύο σχιζοφρενείς δεν απαντούν το ίδιο στους επεμβατικούς μας χειρισμούς. Άρα η θεραπεία είναι και οφείλει να είναι εξατομικευμένη. Οι υποκειμενικές ανάγκες των σχιζοφρενών δεν συμπίπτουν πάντα με τις ανάγκες της θεραπευτικής δεοντολογίας. Δε θα τις υιοθετήσουμε ούτε θα τις παραγνωρίσουμε. Ο σχιζοφρενής είναι ένας δύσκολος άρρωστος με μακρόχρονη αρρώστια. Η ανυπομονησία μας για άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα εκφράζει τη δικιά μας χαμηλή αντοχή στη ματαίωση και δημιουργεί πρόσθετα προβλήματα.

Η συναισθηματική υπερδοτικότητα στον άρρωστο που εκφράζεται σε υπερδοτική συμπεριφορά ενισχύει πολλές φορές αντί να αποδυναμώνει τους παθολογικούς μηχανισμούς. Από την

άλλη πλευρά η μηχανική και ψυχρή προσέγγιση του αρρώστου μειώνει την απαντητικότητά του και ενισχύει τις αυτιστικές του τάσεις.

Ο σχιζοφρενής έχει την τάση να παρερμηνεύει και να συσχετίζει το παν. Ότι είναι πολύπλοκο, άκαιρο και ασυνήθιστο αποτελεί ερέθισμα που πυροδοτεί παραληρητικές αντιδράσεις.

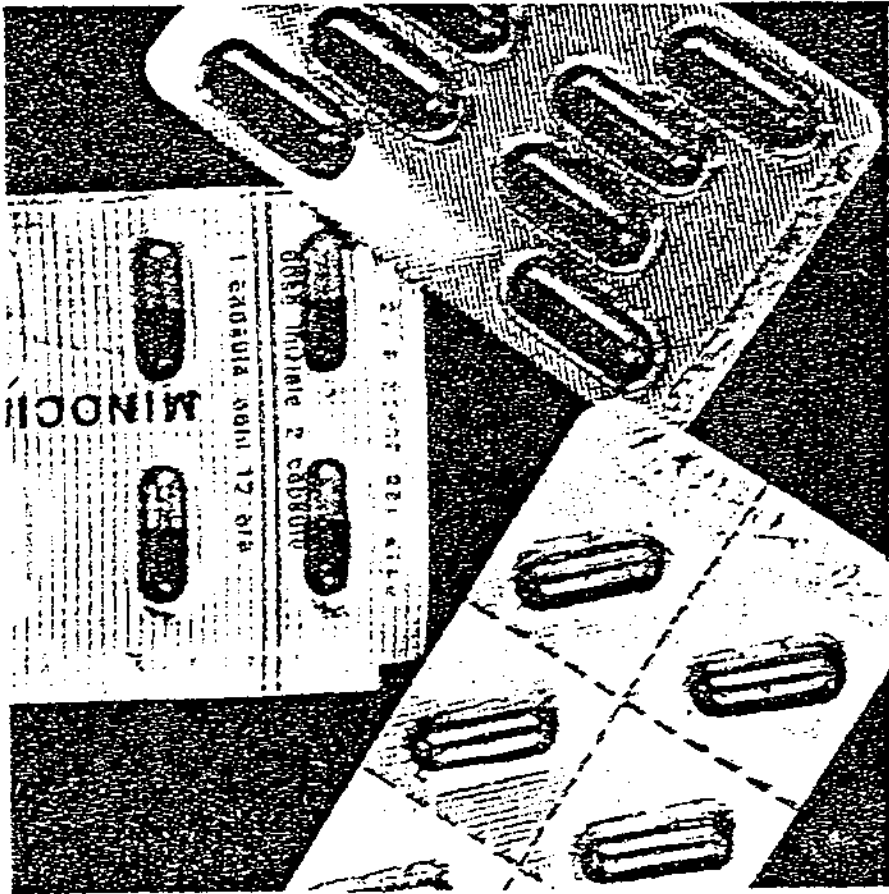
Φυσική Θεραπευτική Αγωγή

Η Φυσική θεραπευτική αγωγή βασίζεται στην ιδέα ότι η σχιζοφρένεια επειδή είναι φυσική αρρώστια του σώματος ή τουλάχιστον παρουσιάζει συμπτώματα σαν τέτοια, μπορεί να αντιμετωπισθεί να αντιμετωπισθεί με φάρμακα και μεθόδους, όπως οι άλλες αρρώστιες. Αυτά τα φυσικά μέσα αντιμετώπισης της είναι τα φάρμακα, τα ηλεκτροσόκ και η λευκοτομή. Χάρη σ' αυτά τα μέσα αντιμετώπισης και ιδιαίτερα στα αντιψυχωτικά φάρμακα άλλαξε η όψη του ψυχιατρικού σιηνικού και δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή και άλλου τύπου θεραπειών της σχιζοφρένειας που όμως όσο σημαντικές και αν είναι δεν παύουν να είναι συμπληρωματικές.

Έχει ιδιαίτερη σημασία να τονισθεί το γεγονός ότι πριν την ανακάλυψη και χρησιμοποίηση των αντιψυχικών φαρμάκων η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η ινσουλινοθεραπεία ήταν τα μοναδικά μέσα θεραπείας και με τα στατιστικά δεδομένα υπερδιπλασιάστηκε το ποσοστό των αποδρομών, υποδιπλασιάστηκαν οι υποτροπές και ο χρόνος παραμονής των σχιζοφρενικών στα ψυχιατρεία.

Τα φάρμακα

Φάρμακο είναι μία χημική ουσία η οποία όταν μπει στον



Ορισμένα Ψυχοφάρμακα

οργανισμό δρα κατά ένα συγκεκριμένο επιθυμητό τρόπο. Στην προκειμένη περίπτωση τα φάρμακα αναμένεται είτε να μετριάσουν την επίδραση των διαφόρων παραγόντων που οδηγούν στη σχιζοφρένια είτε απλώς να καταστείλουν τα κλινικά συμπτώματα. Οτιδήποτε εκ των δύο και αν επιτευχθεί ο άρρωστος θα αισθάνεται καλύτερα και πιστεύεται ότι θα είναι πιο συνεπής στη συμπεριφορά του.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτελούν το πρωτεύον και το βασικό θεραπευτικό μέσο της σχιζοφρένιας. Αν σήμερα νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα κατά 40% λιγότεροι σχιζοφρενείς παρά εδώ και 20 χρόνια, αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στα ψυχοφάρμακα. Η βασική ανακάλυψη σ' αυτό τον τομέα είναι ότι το μεγαλύτερο μέρος των ηρεμιστικών (φάρμακα που καθουσχάζουν τα οξυμένα αισθήματα χωρίς να μεταβάλλουν το συναίσθημα) έχουν αντιψυχωτικό αποτέλεσμα.

Ποιά ψυχοφάρμακα χρησιμοποιούμε: Τα πρώτα αποτελεσματικά ψυχοφάρμακα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένιας έκαναν την εμφάνισή τους στο θεραπευτικό προσκήνιο το 1952. Ήταν οι φαινοθειαζίνες και ειδικότερα η χλωροπροκαζίνη (LAGRACTIL). Έκτοτε μία πληθώρα από νευραληπτικά φάρμακα με θεραπευτική αποτελεσματικότητα στη σχιζοφρένια κατέκλυσαν τον κόσμο.

Ανάμεσα στα πιο σημαντικά που αποτελούν και το βασικό μας οπλοστάσιο στον αγώνα κατά της σχιζοφρένιας συγκαταλέγονται οι φαινοθειαζίνες του τύπου της θειοριδοζίνης (MELLERIL) της τριφλουπεραζίνης (STELAZINE), της περφαιναζίνης, της οινανθικής και δεκανοϊκής φθοριοφαιναζίνης (μακράς δράσεως

φαινοθειαζίνες όπως το MODITAN και το MODECATE), οι βουτυροφαινόνες (ALOPERIDIN-PIMOZIDE) η κλζαπίνη και τα παράγωγα του θειοξανθινιαίου. Το γεγονός είναι ότι ο πυρετός φαρμακοπαραγωγής έπεσε μέσα στην πρώτη δεκαετία και ουσιαστικά τα τελευταία χρόνια η φαρμακοβιομηχανία δεν πρόσθεσε καμμία αξιόλογη έξω από παραλλαγές των παλαιών-χημική σύνθεση.

Πως δρουν τα ψυχοφάρμακα στη σχιζοφρένια: Σχετικά με τον τρόπο δράσεως των ουσιών αυτών στην σχιζοφρένια δεν έχουμε παρά μόνο αποσπασματικές πληροφορίες. Όλα τα <<αντι-σχιζοφρενικά>> φάρμακα προκαλούν πλήθος από βιοχημικές και άλλες βιολογικές μεταβολές και είναι δύσκολο να συσχετισθεί μία από αυτές με την αντιχυχωτική τους ενέργεια. Πάντως το βέβαιο είναι πως όλα σχεδόν τα φάρμακα ασκούν μία αντιαδρενεργική και βασικά αντιτοπαμινεργική δράση αποκλείοντας τους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς. Με βάση την υπόθεση ότι η σχιζοφρένια συνδέεται με την αναστολή των στεροτονινεργικών και με την εξ <<απελευθερώσεως>> υπερδραστηριότητα των αδρενεργικών και ντοπαμινεργικών μηχανισμών η ερευνητική προσπάθεια προσανατολίζεται στην ανακάλυψη ουσιών που είτε θα <<αφυπνίζουν>> τους σεροτονινεργικούς είτε αντίθετα θα <<υπνωτίζουν>> τους αδρενεργικούς και ντοπαμινεργικούς σχηματισμούς στον εγκέφαλο.

Ανεξάρτητα όμως από τη θεωρητική το πρόβλημα του τρόπου δράσεως των νευροληπτικών φαρμάκων έχει και την πρακτική του πλευρά. Συνδέεται με ένα καίριο ερώτημα που εξακολουθεί να μένει αναπάντητο. Ποιός είναι ο στόχος των ψυχοφαρ-

μάκων; Η σχιζοφρένια (δηλαδή η βασική αρρώστια) οι διαταραγμένες ψυχικά λειτουργίες ή τα συμπτώματά της; Καμμία από τις δημοσιευμένες μελέτες δεν παρέχει αποφασιστική απάντηση στο ερώτημα.

Για την κλινική θεραπευτική θα είχε τεράστια σημασία να ξέρουμε αν θα 'πρεπε να διαμορφώσουμε το θεραπευτικό μας σχήμα με βάση την κλινική διάγνωση ή τα προέρχοντα σε κάθε στιγμή συμπτώματα.

Τι φάρμακα θα δώσουμε: Το ερώτημα είναι συναρτημένο με αυτά που αναφέραμε προηγουμένως δηλαδή με τον στόχο που επιλέγουμε. Όλα τα νευροληπτικά φάρμακα έχουν αντισχιζοφρενική δράση ανεξάρτητα από τη χημική τους προέλευση. Για το πιο όμως είναι το πιο κατάλληλο σε κάθε ειδική περίπτωση δεν υπάρχουν δυστυχώς γενικά αποδεκτοί κανόνες.

Όσοι προσπάθησαν να συσχετίσουν τα αποτελέσματα της δράσεως των τριών βασικών κατηγοριών νευροληπτικών φαρμάκων με τις τρεις βασικές διαγνωστικές κατηγορίες της σχιζοφρένιας κατέληξαν σε αρνητικά αποτελέσματα. Η διαγνωστική κατηγορία δεν μας αρκεί ως κριτήριο για την επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου. Η εκλογή ενός φαρμάκου ή του συνδυασμού φαρμάκων αποτελεί ερώτημα που απαντιέται μόνο με την εξατομίκευση των περιπτώσεων. Θα ληφθούν υπόψη όλες οι πληροφορίες από την κλινική και κοινωνική διερεύνηση της περιπτώσεως και η δικιά μας γενικότερη εμπειρία. Συμπτωματική βοήθεια μπορούν να μας δώσουν οι ακόλουθοι εμπειρικοί κανόνες.

Στα οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια και στις εξάρσεις της θετικής (παραγωγικής) συμπτωματολογίας η χλωροπρομαζίνη, η αλοπεριδόλη και το MEZERTIL διακρίνονται για την άμεση απο-

τελεσματικότητά τους. Το ίδιο ισχύει σε κάθε περίπτωση που κυριαρχεί η διέγερση, η ψυχοκινητική ανησυχία, ο αρνητισμός, η αϋπνία και οι βαρειές διαταραχές της σκέψης.

Στις περιπτώσεις που είναι έκδηλος ο αυτισμός, η απόσυρση, η συναισθηματική πτώση, η υποβουλησία και η κλινοφιλία, η τριφλουαπεραζίνη, η θειοριδαζίνη, η περφαιναζίνη και η πιμοζίνη έχουν περισσότερες πιθανότητες να δράσουν ευνοϊκά. Στις περιπτώσεις που συνυπάρχει έντονο το καταθλιπτικό στοιχείο τόσο η χλωροπρομαζίνη όσο και η αλοπεριδόλη είναι ενδεχόμενο να επιδεινώσουν την κατάσταση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η τριφλουπεραζίνη, η θειοριδαζίνη και περφαινοζίνη αποτελούν τα φάρμακα επιλογής. Ο συνδυασμός τους με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ενισχύει την αποτελεσματικότητά τους. Το ίδιο ισχύει και για τις περιπτώσεις εκείνες που συνυπάρχουν ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Στις περιπτώσεις που επιδιώκεται μία σταθερή δόση συντηρήσεως ή υπάρχει δυσχέρεια στην καθημερινή λήψη των φαρμάκων οι λιοποδιαλυτές και μακράς δράσεως φαινοθεθαζίνες έχουν προτεραιότητα αρκεί να μην συνυπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και να ελέγχονται οι παρενέργειες από το εξωπυραμιδικό σύστημα.

Όταν υπάρχει έντονο άγχος και αϋπνία χωρίς βαρειές διαταραχές της σκέψης, η λεβοπρομαζίνη καθώς και τα «ελάσσονα ηρεμιστικά» έχουν τη θέση τους ως συμπληρωματικά στην κύρια αγωγή φάρμακα. Αν ένα φάρμακο μετά από συνεχή χορήγηση 6 εβδομάδων δεν μας πείσει για την αποτελεσματικότητά τους, τότε η συνέχισή του είναι άσκοπη.

Σε τι δόσεις και επί πόσο χρόνο θα το δώσουμε: Οι δό-

σεις όλων των νευροληπτικών φαρμάκων είναι απόλυτα εξατομικευμένες. Σε μία περίπτωση μπορεί να χρειασθεί να δώσουμε 10πλάσια δόση φαρμάκου απ'αυτή που θα δώσουμε σε μία άλλη περίπτωση με παρόμοια κλινική εικόνα. Ξέρουμε όμως πως ο λόγος που ένα σημαντικό ποσοστό δεν αποκρίνεται θετικά στη φαρμακοθεραπεία είναι η χαμηλότερη ή η υψηλότερη από την κανονική φαρμακοθεραπεία δοσολογία. Μέχρι τώρα πιστεύαμε πως μόνο οι χαμηλές δόσεις είναι υπεύθυνες για τις θεραπευτικές μας αποτυχίες. Πρόσφατες όμως εργασίες δείχνουν πως και οι υψηλές δόσεις συνεπάγονται μερικές φορές την συντήρηση ή την επίταση ορισμένων σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, όπως το ρηχό συναίσθημα και η ανηδονία.

Η διάρκεια χορήγησης των νευροληπτικών δεν υπόκειται και αυτή σε γενικούς κανόνες. Είναι απόλυτα εξατομικευμένη και συναρτημένη με παράγοντες που δεν συνδέονται μόνο με την κλινική εικόνα. Μπορεί όμως και στην περίπτωση αυτή να έχουν κάποια καθοδηγητική αξία οι ακόλουθοι εμπειρικοί κανόνες:

Τα νευροληπτικά φάρμακα χορηγούνται στη σχιζοφρένια όχι μόνο για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα αλλά και για να περιορίσουν το ενδεχόμενο υποτροπής. Κατά συνέπεια δεν δικαιολογείται σε καμμία περίπτωση άμεση διακοπή τους με την αποδρομή των συμπτωμάτων.

Τα νευροληπτικά ψυχοφάρμακα δεν ασκούν μόνο αντιψυχωτική ενέργεια. Προκαλούν και ποικιλία άλλων βιολογικών και ψυχολογικών αντιδράσεων που επιβάλλουν την ανάγκη για βαθμιαία μείωση των δόσεων. Η μείωση όμως αυτή πρέπει να περιορίζεται σε επίπεδα τέτοια που το φάρμακο θα 'ναι μεν

ανεκτό από τον άρρωστο αλλά δεν θα χάνει την προφυλακτική του αποτελεσματικότητα.

Διακοπή του φαρμάκου είτε συνεχής για ένα σχετικά μακρό διάστημα (μηνών) είτε διαλείπουσα (ημερών ή εβδομάδων) είναι επιτρεπτή αλλά όταν τηρούνται οι ακόλουθοι απαραίτητοι όροι:

Ο άρρωστος είναι ελεύθερος συμπτωμάτων για μακρό χρονικό διάστημα.

Η προηγούμενη εμπειρία έχει δείξει ότι η μεν διακοπή δεν συνεπάγεται υποτροπή η δε μείωση της δοσολογίας αυξάνει την κοινωνική προσαρμογή του ατόμου.

Ο άρρωστος έχει πλήρη αναισθησία. Έχει επίγνωση της ανάγκης για τη λήψη των φαρμάκων και συνεργάζεται στην εφαρμογή του σχήματος. Είναι πρόθυμος να επανέλθει στο σχήμα συνεχούς θεραπείας αν χρειασθεί.

Ο άρρωστος στο διάστημα που δεν παίρνει φάρμακα βρίσκεται υπό ψυχιατρική παρακολούθηση.

Ένα σοβαρό πρόβλημα που σχετίζεται με την διακοπή ή μη των φαρμάκων δημιουργείται στις περιπτώσεις με οξεία εγκατάσταση της ψυχωσικής συμπτωματολογίας.

Πολλά άτομα ζουν <<υπολειμματική>> ζωή μόνο και μόνο γιατί παίρνουν συνέχεια ψυχοφάρμακα σε μεγάλες δόσεις μετά από ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο.

Ινσουλινοθεραπεία: Ένα άλλο εντελώς διαφορετικό είδος φαρμάκου που χρησιμοποιείται για τη σχιζοφρένεια είναι η ινσουλίνη. Είναι μία ουσία που φυσιολογικά παράγεται από το πάγκρεας και ρυθμίζει τη μεταφορά της γλυκόζης από το αίμα στους ιστούς. Η γλυκόζη είναι μία από τις πρώτες καύσιμες ύλες για τα νευρικά κύτταρα. Στο παρελθόν η χρησιμοποίηση

μιας αγωγής που βασιζόταν στην ινσουλίνη ήταν κάτι το πολύ διαδεδομένο.

Η μέθοδος επινοήθηκε από τον SAKEL στην Βιέννη τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1930 και η σύνθεσή της με τη σχιζοφρένια ήταν καθαρά εμπειρική. Κανείς δεν ήξερε με ποιό μηχανισμό δρούσε, το μόνο που σίγουρα ήξεραν ήταν ότι έφερνε αποτελέσματα. Η τεχνική που ακολουθούσαν ήταν η χορήγηση μιας πολύ μεγάλης δόσης ινσουλίνης, ώστε οι άρρωστοι έπεφταν σε κώμα από το οποίο συνέρχονταν με έναν ορό γλυκόζης.

Αυτή η τεχνική ήταν αρκετά επικίνδυνη και όπως αργότερα αποδείχτηκε τα ευεργετικά της αποτελέσματα δεν οφείλονταν τόσο στο χημισμό που δημιουργούσε στο σώμα αυτό το κώμα με την ινσουλίνη όσο η εντατική ομαδική θεραπεία που γινότανε. Γι' αυτό το λόγο η τεχνική αυτή σήμερα έχει εγκαταλειφθεί και ακολουθείται μία τροποποιημένη θεραπεία με ινσουλίνη κατά την οποία δίνεται στους αρρώστους μία μικρή δόση ινσουλίνης τόσο ώστε να προκαλέσει μόνο λίγη ζαλάδα και ιδρώτα στον άρρωστο. Ο άρρωστος δεν χάνει τις αισθήσεις του και η θεραπεία τελειώνει με ένα ποτό πλούσιο σε γλυκόζη. Η διεργασία αυτή αποθέτει στους ιστούς γλυκόζη και έτσι ο άρρωστος κερδίζει βάρος και για πολλούς λόγους τόσο φυσιολογικούς όσο και ψυχολογικούς αισθάνεται καλύτερα και με ανάπτει-
ρωμένο ηθικό.

Ηλεκτροσόκ

Η θεραπεία με ηλεκτροσόκ (ECT) είναι μία ακόμα εμπειρική θεραπευτική αγωγή αντιμετώπισης των νοσητικών ασθενειών που πρωτοχρησιμοποιήθηκε την δεκαετία του 1930 από τον φον MEDUNA.

Ο φον MEDUNA έδειξε ότι σπασμοί που προκαλούνται με χημικά μέσα στους αρρώστους τους βελτίωναν την κατάσταση. Αργότερα δύο Ιταλοί ψυχολόγοι οι CARLETTI και BINI επενόησαν την μέθοδο δημιουργίας σπασμών με ηλεκτρισμό, τα ηλεκτροσόκ. Δυστυχώς το όνομα και μόνο αυτής της θεραπευτικής αγωγής, γεμίζει τρόμο τους ανθρώπους επειδή είναι μία καθόλου ευχάριστη συσχέτιση του ηλεκτρισμού, των σπασμών και του ανθρώπου. Εάν όμως εφαρμοσθεί σωστά σε αρρώστους στους οποίους έχει προηγουμένως χορηγηθεί ένα γενικό αναισθητικό, δεν δημιουργείται καμμία ενόχληση και η μέθοδος δημιουργεί μία άμεση ανακούφιση στον άρρωστο. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε περιπτώσεις όπου έχουν παρατηρηθεί απότομες αλλαγές του συναισθήματος ή όπου υπάρχει μία μεγάλη ανάκληση (WITH DRAWAIL), όπως στην περίπτωση της κατατονίας.

Εδώ και πάλι υπάρχουν διαφορές στις απόψεις για τον τρόπο δράσεως του ηλεκτροσόκ. Σήμερα δεν έχει καθορισθεί ακόμα αν η τεχνική αυτή δρα σαν πρωταρχικό αντιψυχωτικό ή αν το στρες που δημιουργείται μέσω κάποιου μεταβολικού μηχανισμού, κινητοποιεί τον αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού.

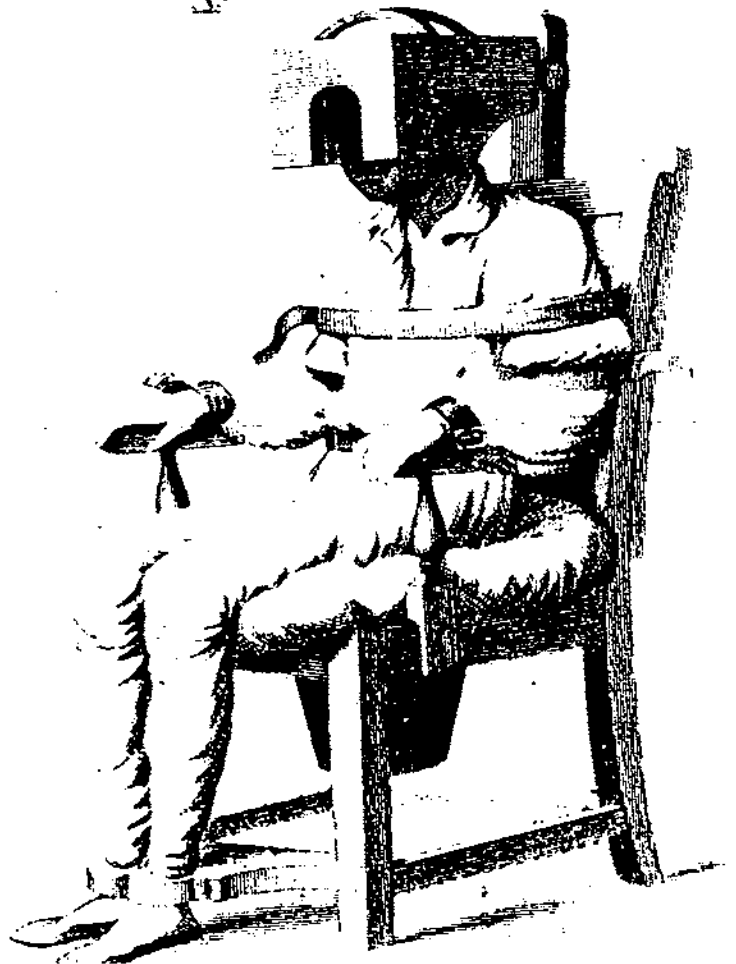
Τα ηλεκτροσόκ συχνά συνδυάζονται με τα περισσότερα ηρεμιστικά ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα γιατί υπάρχει η σκέψη ότι το ηλεκτροσόκ κάνει τον οργανισμό περισσότερο ευαίσθητο σε αυτά.

Προμετωπική λευκοτομή

Είναι μία χειρουργική τεχνική, σύμφωνα με την οποία οι νευρικές ίνες που συνδέουν την μετωπική περιοχή του εγκεφάλου με τα βαθύτερα στρώματα αποκόπτονται.



Ξεπερασμένοι τρόποι θε-
ραπείας των ασθενών
<<Αλυσόδεση>> (πάνω) και
<<Ηρεμιστική καρέκλα>>
(κάτω).



Πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή η μέθοδος είναι εμπειρική και αναπτύχθηκε από τον νευροχειρουργό EGON MONIZ μετά από παρατηρήσεις του κατά τις οποίες άνθρωποι άλλαξαν χαρακτήρα μετά από τραυματισμό τους στον εγκέφαλο. Ο MONIZ παρατήρησε ότι οι άνθρωποι που πριν από τον τραυματισμό τους ήταν σκληροί, στριφνοί και γκρινιάρηδες, έγιναν μετά από αυτόν ήρεμοι, ανέμελοι που τους ενοχλούσαν τώρα λιγότερο οι άλλοι άνθρωποι. Επινόησε τότε μία τεχνική που βελτιώθηκε αργότερα από άλλους με την οποία κάτω από χειρουργικό έλεγχο μπορούν να επιτευχθούν παρόμοια αποτελέσματα. Εξ αιτίας της σοβαρότητας αυτής της τεχνικής και του γεγονότος ότι δεν είναι αντιστρεπτή, εφαρμόζεται σε αρρώστους μετά από αυστηρή επιλογή όταν όλες οι άλλες μέθοδοι έχουν αποτύχει και η κατάστασή τους χειροτερεύει σε ανησυχητικό βαθμό.

Καλά αποτελέσματα επιτυγχάνονται μόνο όταν πριν την παρέμβαση γίνει αυτή η αυστηρή επιλογή. Τα παλιότερα χρόνια η μέθοδος αυτή είχε δυσφημηθεί επειδή ακριβώς δεν ήταν τόσο επιδέξια όσο οι μέθοδοι που ακολουθούνται σήμερα. Συχνά ο χαρακτήρας των αρρώστων άλλαζε, αλλά όχι απαραίτητα προς το καλύτερο. Όταν αναφέρονταν σε αυτήν έλεγαν με κυνικότητα ότι «ο άρρωστος αισθανόταν καλύτερα, αλλά τώρα αυτός που υπέφε-
ρε-ήταν η οικογένειά του».

Καλή προεπιλογή των αρρώστων και ειδικευμένες τεχνικές έχουν κάνει την λευκοτομή ένα ακόμα πολύτιμο όπλο ενάντια στην σχιζοφρένια για τις περιπτώσεις που στρέφονται ενάντια στον εαυτό τους και στους άλλους και βασανίζονται από αλληπάλληλες κρίσεις ανεξέλεκτης πίεσης.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Βασίζεται στην πεποίθηση ότι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν και να συντηρήσουν την σχιζοφρένια. Ψυχοθεραπείες έχουν σχεδιασθεί για να αντιστρέψουν αυτήν την διεργασία και να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο η ανησυχία και ο φόβος μπορούν να ελαττωθούν και να κατασιγασθούν.

Ένα σχιζοφρενικό πρόσωπο χάνει την επαφή με τον εαυτό του και με τους άλλους γύρω του. Έχει χάσει τον τρόπο ν'αποκαθιστά επαφή με το περιβάλλον του, αλλά ταυτόχρονα αυτή η απομόνωση τον τρομάζει. Ο άρρωστος διαρκώς αλλοτριώνεται τόσο από την αρρώστια του όσο και από την θέση στην οποία περιέρχεται εξ αιτίας της. Ο σχιζοφρενής κυριεύεται από τον φόβο μήπως και χάσει την προσωπικότητά του και την αυτονομία του και για να προστατεύσει τον εαυτό του δημιουργεί γύρω του ένα φράγμα, αντιμετωπίζοντας τα πάντα με «νεκρική» απάθεια γεγονός που αποθαρρύνει τους άλλους να τον πλησιάσουν.

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια νόμιζαν ότι αυτή η εξωτερική απάθεια αντικατόπτριζε μία παρόμοια εσωτερική κατάσταση αλλά ψυχολογικά τεστς, μας δείχνουν ότι ο εσωτερικός κόσμος του σχιζοφρενή πολύσυχνά χαρακτηρίζεται από το χάος και την σχλαγωγία, παρά από κενό και νεκρική σιωπή. Αυτή η εσφαλμένη παρατήρηση του εξωτερικού κόσμου του σχιζοφρενή και η αποκοπή εκ μέρους του κάθε προσπάθειας επικοινωνίας, σε συνδυασμό με την έλλειψη ανταπόκρισης στα εξωτερικά ερεθίσματα έκανε τους γιατρούς, να πιστεύουν ότι ο σχι-

ζοφρενής είναι ένας άρρωστος ο οποίος δεν είναι δυνατόν να προσεγγισθεί με τεχνικές επικοινωνίας όπως είναι η ψυχοθεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία είναι μία μέθοδος κατά την οποία ο άρρωστος έρχεται σ'επικοινωνία με κάποιον άλλον, με έναν ιδιαίτερο τρόπο μέσα από διαδικασίες ανάλυσης, ερμηνείας και αποκατάστασης σχέσεων, έτσι ώστε οι νέες εμπειρίες που αποκτά ο άρρωστος τον κάνουν να απαρνηθεί τον παλιό ανεπαρκή τρόπο ζωής και του υποδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο θ'αποκαταστήσει σε σωστές βάσεις τις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους.

Εξ αιτίας της φύσης της σχιζοφρένειας και του είδους των ακατανόητων συνομιλιών με τους σχιζοφρενείς, για αρκετά χρόνια εθεωρείτο ότι η σχιζοφρένια δεν μπορούσε να αντιμετωπισθεί με ψυχοθεραπεία. Έτσι είχε δοθεί μεγάλη έμφαση σε φυσικοθεραπείες με φάρμακα και άλλα εντελώς μηχανικά μέσα με σκοπό την μεταλλαγή των αντιδράσεων του σχιζοφρενή προς το περιβάλλον του.

Μιά Αμερικανίδα ψυχοθεραπεύτρια, η FRIEDA FROMM REICHEMANN, ασχολήθηκε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον με νεαρούς σχιζοφρενείς. Μετά από κοπιαστική δουλειά κατάφερε να δημιουργήσει μια μέθοδο με την οποία επετύγχανε ικανοποιητική επικοινωνία με τους αρρώστους της, με αξιόλογα αποτελέσματα. Η προσπάθειά της βασίστηκε στην πεποίθηση ότι παρά την σχιζοφρένια ένα τμήμα του ψυχικού κόσμου του σχιζοφρενή παραμένει ανέπαφο και με κατάλληλη εξάσκηση μπορεί να ελέγχει το άρρωστο κομμάτι. Ακολουθώντας το μονοπάτι που χάραξε η FRIEDA REICHEMANN: και άλλοι ψυχοθεραπευτές έχουν αναπτύξει

τεχνικές και μεθόδους που φέρνουν τον ψυχωτικό άρρωστο σε επαφή με την πραγματικότητα και τον βοηθούν να ξαναγυρίζει σε αυτήν.

Ο JOHN ROSEN σχετίζεται με την τεχνική της άμεσης ανάλυσης κατά την οποία ο άρρωστος αντιμετωπίζει κατά πρόσωπο την αρρώστια του και ενθαρρύνεται να απαρνηθεί τον ψυχωτικό τρόπο σκέψης, ομιλίας και συμπεριφοράς. Με αυτήν την τεχνική δεν συμφωνούν όλοι οι ψυχίατροι και αποδίδουν την επιτυχία της μεθόδου κατά μεγαλύτερο ποσοστό στον δυναμισμό και το ενδιαφέρον που δείχνει ο γιατρός προς τον άρρωστό του. Τα στοιχεία αυτά είναι αναμφίσητα πολύ σημαντικά σε οποιοδήποτε είδος θεραπείας και αν ακολουθείται σε σχέση με τον άνθρωπο, ξέχωρα από την ιδιαίτερη επίδραση που έχει η ίδια η θεραπεία.

Οποιοδήποτε είδος ψυχοθεραπείας και αν ακολουθείται περιλαμβάνει πάντα τα εξής τρία στοιχεία:

α) Μία υποστηρικτική συναισθηματική αγωγή μέσα στην οποία ο άρρωστος αισθάνεται ασφαλής.

β) Μιά θεώρηση της ψυχωτικής συμπεριφοράς του αρρώστου που τον φέρνει αντιμέτωπο με την αρρώστια του και τον κάνει να προσπαθήσει να τον διορθώσει.

γ) Μία σταδιακή προσπάθεια για την ανασυγκρότηση του διαλυμένου ψυχικού κόσμου του αρρώστου.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί είτε μεμονωμένα σε ένα άτομο είτε ομαδικά. Στην περίπτωση της αντιμετώπισης μιάς μεμονωμένης περίπτωσης ο σχιζοφρενής συναντιέται τακτικά με τον γιατρό του και οι μεταξύ τους συζητήσεις έχουν σαν βάση το ερώτημα <<ποιός είμαι>> και σαν σκοπό την συνειδητο-

ποίηση της προσωπικότητας του αρρώστου από τον ίδιο. Σε περίπτωση ομαδικής θεραπείας, ένας αριθμός αρρώστων συναντιέται με έναν ή δύο γιατρούς και η θεραπεία ακολουθεί το πρότυπο των συζητήσεων κατά τις οποίες οι άρρωστοι μιλούν και ερωτούν τόσο μεταξύ τους όσο και με τους γιατρούς. Εδώ η βασική ερώτηση σχετίζεται με την αναγνώριση της συγκρότησης της ομάδας και του ιδιαίτερου ρόλου που παίζει ο κάθε ένας μέσα σε αυτήν. <<Ποιός είμαι και τι σχέση έχω με τους άλλους σ' αυτή την ομάδα;>>.

Η ατομική θεραπεία είναι περισσότερο εντατική αλλά έχει το μειονέκτημα ότι ο άρρωστος έρχεται σε επαφή μόνο με ένα άτομο, ενώ αντιθέτως στην ομαδική θεραπεία ο άρρωστος αντιμετωπίζει μία ποικιλία χαρακτήρων, με τον κάθε ένα από τους οποίους πρέπει να αποκαταστήσει επαφή. Η κατάσταση που αντιμετωπίζει ο σχιζοφρενής σε μία ομαδική θεραπεία είναι πιο κοντά στον πραγματικό κόσμο που πρέπει να ζήσουν οι άρρωστοι αντιμετωπίζοντας ένα σωρό άλλους ανθρώπους. Έτσι αρχίζουν να δημιουργούνται ευρύτερες σχέσεις με πολλούς άλλους, αντί της στενής σχέσης που αποκαθίσταται ανάμεσα σε δύο μόνο άτομα στην ατομική μεμονωμένη θεραπεία. Κάθε είδος ψυχοπαθραπειάς πάντοτε προσπαθεί να βοηθήσει τον άρρωστο να ξαναβρεί τον εαυτό του και να ξαναγυρίσει αποτελεσματικά στην κοινωνική ζωή που τον περιβάλλει.

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός άλλων τεχνικών με ψυχολογική βάση. Ο Ρ.Ντ.Λαίνγκ είναι ένας Βρεταννός ψυχίατρος ο οποίος παραμένοντας πιστός στην κοινωνική αξία της παραδοσιακής ψυχιατρικής προσπαθεί να κατατάξει όλους τους ανθρώ-

πους σε κατηγορίες όπως <<σχιζοφρενείς>> ή <<μη σχιζοφρενείς>>. Πιστεύει ότι ο σχιζοφρενής είναι ένα θύμα μιάς βίας που ασκούν σύνολα ανθρώπων πάνω στην αυτονομία και την προσωπικότητα άλλων, με το να τους χαρακτηρίζουν <<τρελλούς>> ή <<κακούς>> μέσα στα πλαίσια μιάς προσπάθειας ελέγχου αυτών με τους οποίους δεν συμφωνούν.

Ο Λαίνγκι βλέπει την σχιζοφρένια όχι τόσο σαν αρρώστια όσο σαν μία προσπάθεια των αρρώστων να ξεφύγουν από αυτές τις καταπιέσεις. Έτσι έχει δημιουργήσει μιά πειραματική θεραπευτική αγωγή κατά την οποία οι σχιζοφρενείς ενθαρρύνονται να γίνουν περισσότερο ψυχωτικοί, σε στάδιο που θα χειροτερεύσει ακόμα την κατάστασή τους αν χρειασθεί πιστεύοντας ότι μόνο μέσα από την έντονη αυτή ψυχωτική διεργασία ο άνθρωπος που οπουδήποτε αλλού χαρακτηρίζεται άρρωστος μπορεί να ωριμάσει να βρει τον πραγματικό εαυτό του.

Αυτή η τεχνική έγκειται σε μία αρχική φάση ενός συμβολικού θανάτου της άρρωστης προσωπικότητας, η οποία ακολουθείται από μία ανάσταση και αναγέννηση του αρρώστου σε μία νέα ζωή. Η αγωγή αυτή είναι καθαρά εμπειρική και βασίζεται στις απόψεις που θέλουν την σχιζοφρένια να οφείλεται σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Το θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ερμηνεύεται αυτή η θεραπεία έρχεται σε αντίθεση με την παραδοσιακή ψυχιατρική, αλλά αξίζει το κόπο να λαμβάνεται υπ' όψη αν έστω και σε μεμονωμένες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει σχιζοφρενικά άτομα να βρουν και πάλι τον εαυτό τους.

Η θεραπεία στα πλαίσια της οικογένειας είναι ένα λογικό συνεπακόλουθο της θεωρίας των οικογενειακών επιδράσεων πάνω στην σχιζοφρένια. Ακόμα και όταν όλες οι ενδείξεις δείχνουν

ότι μια συγκεκριμένη οικογένεια δεν έπαιξε κανένα ρόλο στην γένεση της σχιζοφρένειας σε ένα από τα μέλη της, οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια διαταράσσονται σαν αποτέλεσμα της ψυχωτικής συμπεριφοράς που παρουσιάζει ο άρρωστος. Έτσι είναι αρκετά λογικό να γίνει μία προσπάθεια να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα μέσα στην οικογένεια. Σπάνια είναι εφικτό να εφαρμοσθεί μία αγωγή σε μία ολόκληρη οικογένεια, αλλά εάν πρόκειται για νεαρό άτομο το πιθανότερο είναι η θεραπευτική αγωγή να εφαρμοσθεί σε αυτό και τους γονείς του. Αυτή η τρισκελής σχέση αφήνει να διαφανούν πολλά από τα ιδιαίτερα στοιχεία των οικογενειακών αλληλεπιδράσεων. Τα βασικά στοιχεία μίας θεραπείας που εφαρμόζεται σε οικογενειακό επίπεδο είναι:

α) Έμφαση στην αντιμετώπιση του προβλήματος σε συνάρτηση με την οικογένεια, παρά μονοπωμένα του αρρώστου.

β) Έκθεση των χαρακτηριστικών στοιχείων της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια καθώς και των δυσκολιών που παρουσιάζονται.

γ) Παροχή στον άρρωστο ενός ακροατηρίου που παροτρύνεται να είναι πρόθυμο να τον ακούσει, προς χάριν αποκατάστασης στην οικογένεια μίας ικανοποιητικής επικοινωνίας.

δ) Ενθάρρυνση εύρεσης εναλλακτικών ρόλων του αρρώστου μέσα στην οικογένεια, που να έχουν λιγότερες απαιτήσεις.

Η θεραπεία στο επίπεδο της οικογένειας απαιτεί περισσότερο χρόνο και παρουσιάζει δυσκολίες που δεν φαίνονται εύκολα από την αρχή, τόσο από πλευράς της οικογένειας που δέχεται την θεραπεία, όσο και από την πλευρά του ίδιου του αρρώστου. Παρ'όλα αυτά αξίζει τον κόπο να εφαρμόζεται γιατί προ-

σφέρει μιά πολυδιάστατη φροντίδα, που δεν είναι δυνατόν να δημιουργηθεί αν όλο το ενδιαφέρον εντοπισθεί στον άρρωστο και το θεωρήσει σαν το μόνο πρόσωπο που έχει προβλήματα.

Το Ψυχόδραμα είναι μία άλλη εντελώς ειδικευμένη τεχνική που βασίζεται πάνω στην <<θεωρία του ρόλου>>. Οι περισσότεροι από μας πιστεύουμε ότι επειδή αισθανόμαστε δυνατοί και γενναίοι γινόμαστε καλοί στρατιώτες ή επειδή είμαστε ήρεμοι και συναισθηματικοί γινόμαστε ποιητές. Η θεωρία του ρόλου υποστηρίζει ότι η αλήθεια είναι ακριβώς το αντίθετο. Όταν μας ζητηθεί να παίξουμε το ρόλο του καλού στρατιώτη ή του ποιητή σφετεριζόμαστε τα χαρακτηριστικά του ενός ή του άλλου ρόλου και σιγά-σιγά με ένα παράξενο τρόπο τα κάνουμε κτήμα μας. Αρχίζουμε να συμπεριφερόμαστε και να αισθανόμαστε υπεύθυνοι όταν μας ζητηθεί να δείξουμε υπευθυνότητα.

Το Ψυχόδραμα προσπαθεί να αντιστρέψει αυτή την διεργασία. Προδιαγράφουμε τον ρόλο που θα παίζει ο άρρωστος σε ένα σκηνοθετημένο δράμα, ελπίζοντας ότι θα του εμφυτεύσουμε τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που πιστεύει ότι ταιριάζουν σε αυτόν τον ρόλο. Το Ψυχόδραμα εργάζεται τόσο προς την κατεύθυνση της απελευθέρωσης των εσωτερικών τάσεων (κάθαρση) όσο και προς την κατεύθυνση της εκμάθησης ταυτοποίησης με ένα νέο ρόλο και τα χαρακτηριστικά του.

Οι άρρωστοι ενθαρρύνονται να απαρνηθούν τον ρόλο του <<ψυχασθενή>>, του <<τρελλού>>, του <<σχιζοφρενικού>> και να προσπαθήσουν σε άλλους ρόλους όπως του <<καλού συζύγου>>, του <<φιλόδοξου γιου>> ή της <<κιανής κόρης>>. Για να είναι δεκανκείς καλός ηθοποιός, πρέπει όχι μόνο να μπορεί να παίζει διάφορους ρόλους, αλλά να μπορεί κάθε φορά να εναρμονίζει τον ρόλο του σύμφωνα με τον ρόλο που παίζουν οι άλλοι γύρω του.

Οι τρελλοί παίζουν κάποιο ρόλο χωρίς όμως να είναι σε επαφή με εμάς, έτσι επιμένουν να παίζουν Βασιλειά Αηρ όταν εμείς παίζουμε Άμλετ.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Σε εποχές πριν από την ανάπτυξη όλων αυτών των τεχνικών που έχουμε σήμερα στα χέρια μας, οι ψυχασθενείς αντιμετωπίζονταν με τρόπο που είχε σκοπό κυρίως την αναπτέρωση του ηθικού τους. Με αυτή τη σκέψη γίνονταν μία προσπάθεια να οργανωθεί η ζωή του αρρώστου με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνεται ευκολότερα ανεκτός από τους άλλους με αποτέλεσμα να γίνεται ικανότερος για μια κοινωνικότερη ζωή.

Στους σχιζοφρενείς εφαρμόζονταν μία εκπαίδευση συνήθειας με την οποία γίνονταν μία προσπάθεια να εμφυτευθεί στον άρρωστο η έννοια του χρόνου και της οργάνωσης. Ο άρρωστος δίδασκονταν να είναι ακριβής, να διατηρείται καθαρός και περιποιημένος και ταυτόχρονα καταβάλλονταν μία προσπάθεια να μάθει να κάνει ορισμένες δουλειές απλές και επαναληπτικές για τις οποίες συνήθως τον αντάμειβαν.

Η περιβαλλοντική θεραπεία είναι μία εξέλιξη αυτής της κατάστασης η οποία αναγνωρίζει ότι το περιβάλλον (άμεσο ή γενικότερο) επηρεάζει τα αισθήματα του ανθρώπου και προς τον εαυτό του και προς τους άλλους και επομένως είναι δυνατόν να επιδράσουμε πάνω σε αυτά μέσω του περιβάλλοντός του. Αυτά όλα δεν είναι μία νεκρή θεωρία που γεννήθηκε μόνο για να απασχολεί το μυαλό μας, αλλά κάτι που μπορεί να γίνει πραγματικότητα. Έτσι κάνοντας μία προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυν-

ση, δημιουργούμε την κατάλληλη ατμόσφαιρα μέσα στην οποία ο άρρωστος μας μπορεί να αναπτύξει μια κοινωνική δραστηριότητα, πρώτα μέσα στη μικρή κοινωνία του ψυχιατρείου και στη συνέχεια μέσα στην οικογένειά του.

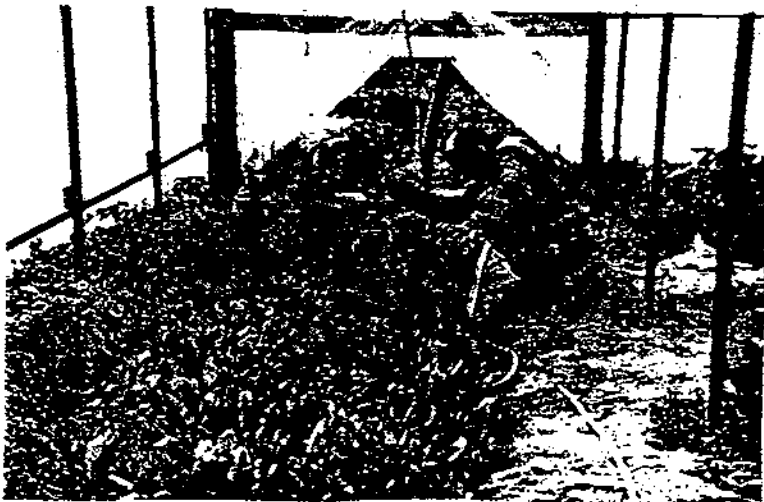
Η απασχολησιοθεραπεία έχει ξεφύγει σήμερα από την περιοχή της χειροτεχνίας όπως η υφαντική και η καλαθοπλεκτική και έχει περάσει σε ένα στάδιο που θα μπορούσαμε να το χαρακτηρίσουμε <<βιομηχανικό>>. Σε αυτή τη περίπτωση διάφορες βιομηχανίες συνεργάζονται με νοσοκομεία-εργαστήρια και εκπονούν προγράμματα στα πλαίσια των οποίων, οι άρρωστοι μέσα σε μιά ατμόσφαιρα παρόμοια με την ατμόσφαιρα του εργοστασίου εργάζονται και πληρώνονται ανάλογα με την ποσότητα και την ποιότητα της δουλειάς που αποδίδουν. Σε αυτή την περίπτωση είναι πολύ σπουδαίο το γεγονός ότι ο άρρωστος συνειδητοποιεί το πρόγραμμα στο οποίο έχει ενταχθεί και βλέπει την σχέση που έχει με αυτό και την ομάδα εργασίας.

Η δουλειά που γίνεται μπορεί να είναι από πολύ απλή έως πολύ πολύπλοκη. Μπορεί να είναι απλώς πακετάρισμα στυλό, μοντάρισμα κεραιών τηλεόρασης, έως ακόμα και κατασκευή πολυπλόκων ηλεκτρονικών κυκλωμάτων. Όταν ο άρρωστος είναι ένα μέλος μιάς ομάδας, που έχει αναλάβει μια αλυσιδωτή εργασία, γρήγορα μαθαίνει όχι μόνο την δουλειά που έχει σ' αυτόν ανατεθεί και για την οποία πληρώνεται, αλλά και το πως να προσαρμόζεται αποτελεσματικά με την υπόλοιπη ομάδα. Έτσι συμμετέχει σε μια συλλογική προσπάθεια στην οποία η συνεισφορά του είναι πολύτιμη όχι μόνο ατομικά σ' αυτόν αλλά και στην ομάδα σαν σύνολο.

Η δημιουργική θεραπεία προσπαθεί να βοηθήσει στην ανά-



Ασθενείς κατά τη στιγμή της
απασχολησιοθεραπείας.





Η εργασιοθεραπεία αποτελεί βασικό τύπο θεραπευτικής
αγωγής των ασθενών.



πτυξη οποιουδήποτε ταλέντου είναι κρυμμένο μέσα στον άρρωστο. Οι άρρωστοι διαβάζουν πολύ όπως επίσης και γράφουν αρκετά. Οργανώνουν καντσέρτα, διαλέξεις, ομαδικές συζητήσεις και κουίζ. Ακόμα και το να περάσουν ένα απόγευμα με αρρώστους μιάς άλλης ομάδας τους βοηθά να ξεφύγουν από την τυραννία των ίδιων των σκέψεών τους και να αναζητήσουν την παρουσία και την βοήθεια των άλλων.

Τέλος διάφορες άλλες τεχνικές κοινωνικοποίησης χρησιμοποιούνται με σκοπό να φέρουν την κοινωνία μέσα στο νοσοκομείο δίπλα στον άρρωστο και ακόμα τον άρρωστο έξω μέσα στην κοινωνία. Λέγεται και με αρκετή δόση αλήθειας ότι οι τοίχοι των ψυχιατρείων χρίζονται για να κρατήσουν σε απόσταση το κοινό από τους αρρώστους. Κάθε δε ομάδα έβλεπε ότι οι άλλοι ήταν οι <<άρρωστοι>>.

Πολλά νοσοκομεία σήμερα οργανώνουν εξορμήσεις σε ενδιαφέροντα μέρη (θέατρο, κινηματογράφους, μουσεία κ.λπ.), και μετά από συζητήσεις ώστε να βοηθηθούν οι άρρωστοι στο να καταλάβουν τι πρόκειται να δουν. Ακόμα γίνονται εκδρομές στην θάλασσα ή στο βουνό όταν ο καιρός το επιτρέπει. Όλα αυτά δεν γίνονται μόνο για ψυχαγωγία αλλά κυρίως για να γκρεμίσουν τα τείχη που χωρίζουν τους τρελλούς από τους γνωστικούς, τους σχιζοφρενείς από τους σχιζοφρενείς.

Ορισμένα νοσοκομεία έχουν καθιερώσει την εθελοντική εργασία. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια οι εθελοντές διαλέγονται, εκπαιδεύονται και βοηθούνται να εργασθούν μέσα στο νοσοκομείο. Έστι όχι μόνο βοηθούν στο σερβίρισμα, στην καθαριότητα, αλλά κυρίως έρχονται σε επαφή με όλους τους αρρώστους. Το να μπει ένας άρρωστος σε μιά τέτοια ομάδα εθελοντικής

εργασίας και να κατορθώσει να έλθει σε επικοινωνία ικανοποιητική με τους υπολοίπους αρρώστους που εξυπηρετεί, είναι το πρώτο βήμα που τον οδηγεί για πάντα έξω από το νοσοκομείο.



Από τον Πύργο των Τρελών, στη Βιέννη. Συλλογή αλλόκοτων επινοήσεων για τη «θεραπεία» των παραφρόνων.

Από τον Πύργο των Τρελών, στη Βιέννη, Συλλογή αλλόκοτων επινοήσεων για τη <<θεραπεία>> των παραφρόνων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι σχιζοφρενείς γίνονται δεκτοί στα νοσοκομεία για ένα σωρό λόγους, ο βασικότερος των οποίων είναι η αδυναμία συνενόησης, το ότι δηλαδή ούτε ο άρρωστος μπορεί πλέον να συνεργασθεί με την κοινωνία, ούτε και η κοινωνία μπορεί να έλθει σε συνενόηση μαζί του.

Η πιο συχνή αιτία που οδηγεί τους σχιζοφρενείς στο νοσοκομείο είναι το ότι η αρρώστια τους, τους έχει φέρει σε τέτοιο οξύ στάδιο αποδιοργάνωσης, ώστε δεν μπορούν να προσέξουν ούτε τους ίδιους τους εαυτούς τους.

Μπορεί ο άρρωστος να πάψει να δουλεύει, και να τριγυρίζει άσκοπα στους δρόμους μέχρι αργά την νύκτα. Φτάνει στο σημείο να μην νοιάζεται αν έχει φάει ή αν έχει πλυθεί. Καμιά φορά τον βλέπουμε να μιλάει με τις φανταστικές φωνές του, ή ακόμα να υποκρίνεται κάποιον άλλον υποκύπτοντας στις φαντασιώσεις του.

Αντιμετωπίζοντάς τον συνήθως περνάμε από μία περίοδο στην οποία απλώς η συμπεριφορά του μας απασχολεί, για να φτάσουμε στη συνέχεια στο σημείο να προβληματιζόμαστε για το τι πρέπει να γίνει. Αυτό το ξεπέραςμα του όριου της κοινωνικής ανοχής είναι κάτι το πολύ συγκεχυμένο.

Στην πραγματικότητα μπορεί η αλλαγή στη συμπεριφορά του αρρώστου και τα συμπτώματα που παρουσιάζει να είναι πολύ μικρά, αλλά οι συνθήκες αλλάζουν κατά ένα τρόπο που πιστεύεται ότι επέρχεται απώλεια ελέγχου του σχιζοφρενή.

Μοναχοί μεσήλικες σχιζοφρενείς οδηγούνται στα νοσοκο-

μεία μετά από το θάνατο της μητέρας τους, όχι επειδή η κατάστασή τους έχει χειροτερεύσει από ιατρική άποψη, αλλά επειδή η κοινωνία αισθάνεται ότι ο άρρωστος βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο τώρα, ή ακόμα επειδή τώρα η ίδια αισθάνεται να κινδυνεύει εξ αιτίας του.

Η αντιμετώπιση ενός ατόμου που ξεφεύγει από τα καθιερωμένα πρέπει να προχωρήσει προσεκτικά ανάμεσα σ'αυτή τη Σκύλα και τη Χάριβδη θυσιάζοντάς σε μια στιγμή το ένα για το καλό του άλλου και αντιστρέφοντας τους ρόλους μετά από λίγο. Η γνώση της σωστής θέσης κάθε δεδομένη στιγμή είναι κάτι που δεν μπορεί η επιστήμη να διδάξει, αλλά αποτελεί την τέχνη της ιατρικής, σε μια από τις καλύτερες εκφράσεις της.

«Αν και είναι τρέλα, υπάρχει ακόμα μια μέθοδος για την αντιμετώπισή της».

Σε γενικές γραμμές η νοσηλευτική αντιμετώπιση του σχιζοφρενούς περιλαμβάνει δύο σκέλη:

- α.Τη νοσηλευτική φροντίδα σε χρόνιες καταστάσεις. Και
- β.Τη νοσηλευτική φροντίδα σ'ένα οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.

Νοσηλευτική Φροντίδα στις Χρόνιες Καταστάσεις

Στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένια δύο είναι οι βασικοί σκοποί:

- α)Η πρόληψη της ιδρυματοποίησης, και
- β)Η κοινωνικοποίηση και αποκατάσταση.

Η ιδρυματοποίηση έχει σαν κύρια χαρακτηριστικά την απάθεια, την έλλειψη πρωτοβουλίας και ενδιαφέροντος, την ανάθεση ευθυνών για σχέδια και αποφάσεις στους άλλους. Προκύπτει

από μια σειρά παραγόντων που μπορούν να αλλάξουν και τέτοιοι είναι:

1. Έλλειψη εξωτερικών επαφών

Είναι συνέπεια της μακροχρόνιας παραμονής στο νοσοκομείο, της διακοπής της επικοινωνίας με τον έξω κόσμο, της απουσίας επισκεπτών, της απορρίψεως από συγγενείς και φίλους.

Η νοσοκόμος καταβάλλει προσπάθεια:

- Να πείσει τους συγγενείς για την αναγκαιότητα της επικοινωνίας με τον ασθενή.
- Να βοηθήσει τον ασθενή να διατηρήσει την επαφή του με τους συγγενείς (τηλέφωνα, αλληλογραφία κ.λπ.).
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετάσχει σε γιορτιές, ημερήσιες εκδρομές, να πηγαίνει στο θέατρο, στα κατάρτισηματα κ.λπ..
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να ενδιαφέρεται και να ενημερώνεται για τα γεγονότα του έξω κόσμου (να ακούει ειδήσεις, να διαβάζει εφημερίδα) και να συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις.

2. Απώλεια της προσωπικότητός του

Έχει τονισθεί από Κοινωνιολόγους ότι, όταν οι ασθενείς εισάγονται σε ένα ίδρυμα, λόγω συνθηκών, υποβάλλονται σε μία <<διαδικασία απογύμνωσής τους>> από την ατομικότητα και προσωπικότητά τους. Οι αριθμοί αντικαθιστούν το όνομά τους, ότι έχουν επάνω τους (φωτογραφίες, πορτοφόλι, τσάντα κ.λπ.), αφαιρούνται από την κατοχή τους για ασφάλεια, ο ιδιαίτερος χώρος χάνεται γι' αυτούς, είναι υποχρεωμένοι να κάνουν δημοσίως πράξεις, που άλλοτε έκαναν ιδιαιτέρως.

Μερικοί ασθενείς αντιδρούν με επιθετικότητα και επιμένουν άγρια στο δικαίωμά τους να τους φέρονται σαν άτομα με οντότητα. Άλλοι, ιδίως αυτοί που δεν έχουν αυτοπεποίθηση και

έχουν τάση υποχωρητικότητας εγκαταλείπουν κάθε ατομική ευθύνη.

3. Απώλεια της ατομικότητας

Επειδή οι ασθενείς έχουν δυσκολίες σε ορισμένα θέματα που απαιτούν πρωτοβουλία και ευθύνη, το ίδρυμα αναλαμβάνει όλες τις ευθύνες που είχαν πριν την εισαγωγή τους. Τούτο όμως είναι τοποθετημένο σε εσφαλμένη βάση και συντελεί στην απώλεια των υπολειμμάτων της ατομικότητας που διατηρεί ο ασθενής.

Για να καταπολεμηθούν αυτά τα δεδομένα πρέπει:

α. Να αυξηθεί η ατομικότητα του ασθενή

Οι ασθενείς δεν πρέπει να στερούνται εκείνα τα πράγματα που συνθέτουν την ατομικότητά τους. Πρέπει να αγοράζουν μόνοι τους τα ρούχα που φοράνε και να έχουν κλειδωμένα σε ντουλαπάκια ατομικά κοντά στο κρεβάτι τους ότι πολύτιμο έχουν. Πρέπει να ενθαρρύνονται να διακοσμούν το δωμάτιό τους με φωτογραφίες ή εικόνες που σημαίνουν κάτι.

β. Να μεταβληθεί η συμπεριφορά του προσωπικού

Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού των ψυχιατρικών κλινικών φέρεται με καλοσύνη και καλή διάθεση στους ασθενείς, η οργάνωση των παραδοσιακών νοσοκομείων έχει την τάση να ενθαρρύνει μία αυστηρή στάση του προσωπικού. Αν ο ασθενής ρωτήσει π.χ. το λόγο μιάς απόφασης, η απάντηση είναι <<γιατί το λέω εγώ>>.

Αν θέλουμε να αναπτυχθεί η πρωτοβουλία και η αυτοπεποίθηση του ασθενούς πρέπει αυτή η στάση του προσωπικού να αλλάξει μαζί με το σύστημα οργάνωσης του θαλάμου, και να βοηθήσουμε το προσωπικό να δει καθαρότερα τη συμπεριφορά του προς

τους ασθενείς.

γ. Να αυξηθεί ο βαθμός υπευθυνότητας του ασθενή

Όταν αλλάξει τη στάση του το προσωπικό, θα μπορέσει να ενθαρρύνει τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη για πολλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ο βαθμός υπευθυνότητας, στον οποίο μπορεί να κρίνεται από τις γνώσεις μας για τον ασθενή αλλά γενικά είναι καλύτερα να δίνουμε περισσότερες υπευθυνότητες και ας σφάλουμε, παρά λιγότερες.

δ. Να δημιουργηθεί μία ευχάριστη ατμόσφαιρα στον θάλαμο

Η ευχάριστη ατμόσφαιρα του θαλάμου μπορεί να υπάρξει μόνο σε ένα περιποιημένο χώρο. Οι σκοτεινοί βρώμικοι θάλαμοι με άσχημα έπιπλα κατεβάζουν το ηθικό ασθενών και προσωπικού. Η γνώμη ότι «είναι πολύ τρελοί για να δίνουν σημασία» βασίζεται μάλλον σε οικονομικούς λόγους παρά σε γεγονότα. Τα χαρούμενα χρώματα, το φως και ο αέρας επιδρούν το ίδιο στους ασθενείς όπως και στους υγιείς.

ε. Να αποφεύγονται τα μεγάλα διαστήματα αργίας και ανίας

Για να αποφεύγονται οι ατελείωτες ώρες ανίας και μοναξιάς, πρέπει να υπάρχει ένα λεπτομερές πρόγραμμα. Πρέπει να είναι αρκετά ελαστικά για να αξιοποιούνται τα έκτακτα γεγονότα και επίσης αρκετά ποικίλο για να μην γίνεται ανιαρό.

Σχετικά με την κοινωνικοποίηση

Για να δημιουργήσει η νοσοκόμος μία σχέση με τον σχιζοφρενή, πρέπει να μπορεί να καταλάβει πόσο διαφορετικός φαίνεται ο εξωτερικός κόσμος στον ασθενή και πως αυτό δημιουργεί τη δυσκολία που έχει ο ασθενής να αντιδρά με ομαλό τρόπο στους άλλους.

Υπάρχουν αρκετές αποδείξεις ότι οι σχιζοφρενικοί πάσχουν από διαταραχή της αντιλήψεως τόσο του κόσμου τριγύρω τους, όσο και του εσωτερικού τους κόσμου.

Όταν βλέπουμε μία εικόνα, ακούμε μία ομιλία, διαβάζουμε ένα άρθρο ή απλώς κοιτάζουμε έξω από το παράθυρο, βλέπουμε ή ακούμε το γεγονός σαν ένα σύνολο. Μεμονωμένα μέρη μπορεί να τραβούν την προσοχή μας, αλλά κατορθώνουμε και τα ενσωματώνουμε στο σύνολο έτσι ώστε να έχει νόημα σε σχέση με το σύνολο.

Κάποτε έχουμε μία εμπειρία όπου μερικές λεπτομέρειες δεν ταιριάζουν στη γενική εικόνα, π.χ. αν ακούμε ένα θόρυβο το βράδυ, και μπορούμε να καταλάβουμε ότι είναι μια πόρτα που χτυπά, ή ένα αυτοκίνητο που ξεκινάει δεν μας ανησυχεί αλλά αν δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε τι θόρυβος είναι γινόμαστε ανήσυχοι και ή σηκωνόμαστε να δούμε τι είναι ή σκεπάζουμε το κεφάλι μας με τα κλινοσκεπάσματα ελπίζοντας ότι θα σταματήσει. Ο σχιζοφρενικός αισθάνεται ότι τα συμβάντα δεν σχετίζονται μεταξύ τους με φυσικό τρόπο, οι λεπτομέρειες ορθώνονται έντονα μέσα από ένα θολό υπόβαθρο, οι πράξεις που θεωρούμε δεδομένες κομματιάζονται στα διάφορα μέρη που τις συνθέτουν, όπως όταν βλέπουμε μία ταινία σε πολύ αργό ρυθμό έτσι που το περπάτημα, το χαμόγελο, η ομιλία να χρειάζονται μία τεράστια συνειδητή προσπάθεια οργάνωσης. Η καθημερινή ζωή γίνεται πολύ δύσκολη και παίρνει ένα τρομακτικό ύφος απειλής, με συνέπεια ο ασθενής να αντιδρά είτε με το να απομακρύνεται όσο μπορεί περισσότερο από αυτή, ή με το να γίνεται επιθετικός, έχοντας σαν αρχή <<χτύπα πρώτα και έπειρα ρώτα>>. Και στις δύο περιπτώσεις ο ασθενής προσπαθεί να περιορίσει τις ε-

παφές του με τους άλλους και τα συμβάντα που γίνονται γύρω του.

Να προσπαθήσεις να δημιουργήσεις σχέση με ένα τέτοιο ασθενή είναι πολύ δύσκολο. Είναι σαν να προσπαθείς να γίνεις φίλος με ένα σκύλο, που έχει πολύ κακομεταχειρισθεί και ή φεύγει μόλις τον πλησιάσεις ή δαγκώνει το χέρι που τον ταΐζει.

Το πρώτο που χρειάζεται είναι ανεξάντλητη υπομονή. Η σχέση δεν μπορεί να γίνει βιαστικά και στην αρχή πρέπει να αφήσουμε τον ασθενή να επιβάλλει τους όρους του, π.χ. με ένα ασθενή, που δεν ανοίγει το στόμα του να μιλήσει, μπορεί να χρειαστεί να κάθεται κοντά του η νοσοκόμος αρκετές ώρες, χωρίς να του μιλάει να μην περιμένει απάντηση. Έτσι καταλαβαίνει ότι η νοσοκόμος ενδιαφέρεται αρκετά γι' αυτόν, για να κάθεται τόσο ώρα μαζί του, και ότι δεν αποτελεί απειλή γι' αυτόν.

Με τους πλησιάζσιμους ασθενείς η πρόοδος γίνεται πιο γρήγορα αλλά η νοσοκόμος πρέπει να είναι έτοιμη να μάθει τη γλώσσα τους, γιατί πολλοί ασθενείς εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τις ανάγκες τους με διάφορους τρόπους, παρά με λόγια, ή χρησιμοποιώντας λέξεις με έναν ειδικό τρόπο, δικό τους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι κάθε τι που θα πει ο σχιζοφρενικός έχει μια συμβολική έννοια. Μερικά μπορεί να είναι λόγια ασύνδετα μεταξύ τους, αλλά η νοσοκόμος μπορεί να μάθει πολλά, αν είναι προετοιμασμένη να καταλάβει τι θέλει ο ασθενής. Είναι το ίδιο σαν να θέλει να συννενοηθεί με κάποιον που δεν μιλάει την ίδια γλώσσα. Σιγά-σιγά αρχίζει να καταλαβαίνει τις χειρονομίες και τις εκφράσεις του προσώπου, αρχίζει να καταλαβαίνει λίγες λέξεις και να ανταλλάσει τις ανάλογες λέξεις στη γλώσσα του. Όσο αυτό εξακολουθεί, ο βαθμός επικοινωνίας αυξά-

νει μέχρις ότου και οι δύο συννενοούνται. Αυτή η διαδικασία απαιτεί ανοχή, υπομονή, παρατηρητικότητα και μεγάλη επιμονή. Μπορεί να μην αποδίδει πολύ και να απογοητεύει, αλλά η ικανοποίηση να βοηθάς έναν ασθενή χαμένο μέσα σ'ένα τρομακτικό εσωτερικό κόσμο, να επανέλθει σε μία ζωή πιο φυσιολογική και λιγότερο απειλητική είναι αρκετή αμοιβή.

Το είδος των σχέσεων καθορίζεται μόνο μετά από στενή επαφή με τον ασθενή. Η νοσοκόμος θα εργάζεται κοντά του όλη την ημέρα, όχι μόνο παρακολουθώντας τις δραστηριότητές του, αλλά παίρνοντας ενεργό μέρος σ'αυτές.

Πρέπει να αφήνει τον ασθενή να έχει όλο τον χρόνο που του χρειάζεται και ενώ προφορικά μπορεί να τον ενθαρρύνει να κάνει μεγαλύτερες προσπάθειες, πρέπει να αντισταθεί στον πειρασμό να αναλάβει και να κάνει μόνη της την εργασία του. Όπως το παιδί που δεν μαθαίνει να ντύνεται η μητέρα του επιμένει να το ντύνει εκείνη για πιο γρήγορα, έτσι και ο ασθενής που δεν τον αφήνουν να κάνει μόνος του την εργασία του, έστω και άσχημα, δεν θα μάθει ποτέ να εργάζεται ανεξάρτητα.

Η Νοσοκόμος πρέπει να φροντίζει σοβαρά για τα συμπτώματα του αρρώστου. Δεν οφείλει να λέει στον ασθενή ότι οι παραισθήσεις του είναι αβάσιμες ή φανταστικές. Από το άλλο μέρος δεν πρέπει η νοσοκόμος να υποστηρίζει τις παραισθήσεις, σαν να ήταν αληθινές. Πρέπει αν ενθαρρύνει τον άρρωστο να μιλά για τις ιδέες και τις εμπειρίες του και όταν δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσά τους, να τον ρωτήσει γιατί νομίζει ότι του συμβαίνουν αυτά τα πράγματα.

Σ'αυτό το στάδιο μπορεί να τον βοηθήσει να καταλάβει ότι, ενώ οι εμπειρίες του φαίνονται πραγματικές σ'αυτόν, στην

πραγματικότητα είναι μία εκδήλωση της παθήσεώς του. Όταν θα μπορέσει να το καταλάβει καλύτερα, αυτές οι περίεργες εμπειρίες θα γίνουν λιγότερο τρομακτικές και θα τον απασχολούν λιγότερο, έτσι ώστε να μεγαλώνει το ενδιαφέρον του για τον έξω κόσμο. Η αύξηση του ενδιαφέροντος και των δραστηριοτήτων συχνά ελαττώνει ακόμα πιο πολύ τις αφύσικες εμπειρίες του και ο ασθενής μπορεί να φτάσει σ'ένα στάδιο, όπου έρχεται σε συμβιβασμό με την πάθησή του και μπορεί να ζήσει μία ζωή σχετικά φυσιολογική και ικανοποιητική παρόλα τα υπολειμματικά συμπτώματα.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά κλινική εμφάνιση έχει ως εξής:

Οι ασθενείς με υπερδιέγερση χρειάζονται προσεκτική μεταχείριση και ιδιαίτερο τακτ.

Οι ασθενείς αυτοί είναι πάρα πολύ ευαίσθητοι και θυμώδεις. Στην αποτελεσματική αποκατάσταση της υγείας τους συντελούν η θετική στάση, το ήρεμο και μαλακό πλησίασμα, ο χαμηλός τόνος φωνής, οι μακρές συζητήσεις και εξηγήσεις πρέπει να αποφεύγονται, γιατί ερεθίζουν περισσότερο τον ασθενή. Η δικαιοσύνη και η τιμιότητα είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διατήρηση αρμονίας στις σχέσεις νοσοκόμου-ασθενούς.

Κατά την εκτέλεση του έργου της η νοσοκόμος μπορεί να αντιμετωπίσει χυδαιότητα, ασέβεια, τάσεις καταστροφής ή επιθετικότητας με σκοπό την σεξουαλική ικανοποίηση. Όλες αυτές τις εκδηλώσεις πρέπει να τις δεχθεί σαν συνέπεια της ψυχικής του ασθένειας, να τις αγνοήσει και να βαδίσει προς τον κύριο σκοπό της βοηθώντας με κατανόηση τον ασθενή να επανέλθει στη φυσιολογική κατάσταση.

Επειδή η σκέψη του ασθενούς πηδά από το ένα πράγμα στο άλλο, ο ασθενής μοιάζει με συγχυτικό. Η νοσοκόμος πρέπει να απομακρύνει με επιδεξιότητα τη σκέψη του από γεγονότα ή αντικείμενα του περιβάλλοντος, τα οποία επιτείνουν τις συγχυτικές τάσεις και αυξάνουν την ανησυχία του.

Μία από τις κυριότερες ευθύνες της νοσοκόμου είναι να απλοποιήσει το περιβάλλον του ασθενούς και να το μετατρέψει κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να του προκαλεί ηρεμία και να τον καθουχάζει. Εάν ο ασθενής ερεθίζεται από τις δυνατές ομιλίες του προσωπικού ή των άλλων ασθενών, αυτό που έχει ανάγκη είναι ένα απλό δωμάτιο απομακρυσμένο από τόν πολύ θόρυβο, που να βρίσκεται όμως σε θέση που εύκολα η νοσοκόμος να μπορεί να παρακολουθήσει και να επιβλέπει.

Τα κάδρα, οι έγχρωμες εκείνες και οι πολύχρωμες ταπεσαρίες πρέπει να αποφεύγονται, γιατί διεγείρουν τη φαντασία του ασθενή. Η επίπλωση πρέπει να είναι απλή και προσεγμένη. Να μην υπάρχουν αιχμηρές γωνίες τις οποίες ο ασθενής είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει για να τραυματισθεί ή άλλα αντικείμενα, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιήσει για να επιτεθεί εναντίον οποιουδήποτε μέλους του προσωπικού ή άλλου ασθενούς. Δεν πρέπει να τοποθετούνται στο δωμάτιό του καθρέπτες ή άλλα γυάλινα αντικείμενα.

Ο ασθενής με υπερδιέγερση υποφέρει από ένα υπερβολικό ξέσπασμα ενεργητικότητας. Η νοσοκόμος είναι επιφορτισμένη με την ευθύνη να περιορίσει την ενεργητικότητα και να την κατευθύνει σε ένα παραδεικτό κανάλι.

Μέσα περιορισμού της υπερβολικής ενεργητικότητας είναι:

* Γράψιμο: ιδιαίτερα όταν ο ασθενής δεν είναι σε σοβαρή κατάσταση. Πολλοί από τους ασθενείς αγαπούν να γράφουν ιστο-

ρίες, ακόμα και την ιστορία της ζωής τους.

* Να τους επιτραπεί να κάνουν μερικές από τις εργασίες του τμήματος. Χρειάζεται προσοχή να μην προσκρούει η μέθοδος αυτή στους κανονισμούς του νοσοκομείου και να μην εξαντλείται σωματικά ο ασθενής.

* Διάφορα παιχνίδια: Τάβλι, ακίνδυνα ομαδικά παιχνίδια κ.λπ..

* Φάρμακα: ηρεμιστικά ή υπνωτικά κατόπιν συστάσεως του θεράποντα ιατρού.

Φυσική-σωματική φροντίδα ασθενούς με υπερδιέγερση

Ο ασθενής με υπερδιέγερση συνήθως χάνει ένα μέρος σωματικού βάρους, αφυδατώνεται και ο ύπνος του ελαττώνεται σε μία ή δύο ώρες τη νύχτα.

Δεν αισθάνεται τον σωματικό πόνο γι' αυτό και δεν αναφέρει τυχόν τραυματισμούς. Αδιαφορεί για τις καιρικές συνθήκες και τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Αν τα ενδύματα τον εμποδίζουν στις κινήσεις μπορεί από τον εκνευρισμό του να τα σκίσει, έστω και αν είναι χειμώνας. Δεν λαμβάνει υπ' όψιν του τις σωματικές ανάγκες.

Η νοσοκόμος πρέπει να είναι άγρυπνη, ώστε να αντιλαμβάνεται όλες τις καταστάσεις του ασθενούς, να προλαμβάνει τυχόν τραυματισμούς, να φροντίζει για τη λήψη απαραίτητων υγρών και τροφής - η οποία θα πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες και αρκετή σε ποσότητα. Το πρόβλημα του ύπνου θα αντιμετωπισθεί επαρκώς με τη χρήση υπνωτικών ή χλιαρών λουτρών. Όσον αφορά την υγιεινή φροντίδα πρέπει η νοσοκόμος να ενθαρρύνει τον ασθενή να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, πάντοτε όμως υπό την παρακολούθηση της ιδιαίτερης φροντίδας χρειάζεται το

στόμα του ασθενούς, για να είναι καθαρό και να μην παρουσιάζονται στοματίτιδες.

Πολλοί από τους ασθενείς με υπερδιέγερση μεταπίπτουν από το διεγερτικό σε κατατονικό στάδιο, γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη επαγρύπνηση μην τυχόν αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν.

Ο Κατατονικός ασθενής υποφέρει από αισθήματα ενοχής, αυτομορφής και υποτιμήσεως του εαυτού του.

Η νοσοκόμος γρήγορα θα αντιληφθεί ότι λογική συζήτηση είναι άκαρπος, και ότι το κλειδί της ευτυχίας είναι να καταλάβει ο ασθενής το ενδιαφέρον της γι' αυτόν από την εκ μέρους της φιλικότητα και κατανόηση. Η φιλικότητα πρέπει να είναι εντός των επαγγελματικών πλαισίων. Η κατανόηση βοηθά περισσότερο. Το να καθήσει η νοσοκόμος κοντά στον ασθενή και να ακούει προσεκτικά, χωρίς να παρεμβάνει στη συζήτηση, έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη θεραπεία.

Ο κατατονικός ασθενής είναι πολύ δύσκολο να πάρει αποφάσεις, έστω και τις πιο απλές. Η θεραπευτική αξία του νοσοκομείου ή ψυχιατρείου έγκειται στο ότι οι περισσότερες αποφάσεις παίρνονται από το ίδρυμα. Καλό είναι η νοσοκόμος να χρησιμοποιεί ευγενικές προσκλήσεις παρά ερωτήσεις, π.χ. μπορεί να του πει ότι το μπάνιο είναι έτοιμο αντί να τον ερωτήσει πότε θα προτιμούσε να κάνει το μπάνι του.

Μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι και η σωματική φροντίδα του ασθενή.

Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς έχει σαν συνέπεια ορισμένες λειτουργίες του οργανισμού να παρουσιάζουν σχετική αδράνεια. Στο πεπτικό σύστημα παρουσιάζεται δυσκοιλιότητα, στο

αναπνευστικό μπορεί να έχουμε πνευμονία, στα δε άκρα παρουσιάζονται οιδήματα. Οι φλεγμονές είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο, γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από την νοσοκόμο κατά τη διάρκεια του μπάνιου.

Η αποτελεσματικότερη μέθοδος για τη φροντίδα του κατατονικού ασθενή είναι να κάνει η νοσοκόμος ένα ημερήσιο πρόγραμμα. Με αυτόν τον τρόπο και η ίδια είναι οργανωμένη και ο ασθενής συνηθίζει στην καθημερινή ρουτίνα, οπότε μετά την παρέλευση ενός χρονικού διαστήματος χρειάζεται μόνο μία παρότρυνση για την εκτέλεση του προγράμματος.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δείξει η νοσοκόμος όσον αφορά στην ενδυμασία του ασθενούς, ειδικά το χειμώνα, γιατί ο ασθενής συχνά δεν αισθάνεται την θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Παράλληλα πρέπει να προσπαθεί να του δημιουργήσει ενδιαφέρον για την εξωτερική του εμφάνιση. Εκτός της ενδυμασίας οι κατατονικοί ασθενείς είναι προβληματικοί και στο θέμα της διατροφής. Πολλοί αρνούνται να λάβουν τροφή γιατί πιστεύουν ότι δεν το αξίζουν ή δεν έχουν να το πληρώσουν, άλλοι για να τιμωρηθούν μ' αυτό τον τρόπο τον εαυτό τους και άλλοι γιατί έχουν χάσει το ενδιαφέρον για τροφή. Υπάρχει και ένα ποσοστό που χρησιμοποιεί την άρνηση της τροφής σαν μία μέθοδο αυτοκτονία. Είναι πολύ βασικό η νοσοκόμος να γνωρίζει για ποιο λόγο ο ασθενής αρνείται να πάρει τροφή επειδή νομίζει ότι δεν έχει να πληρώσει, τότε μπορεί να του επιτραπεί να βοηθήσει στην ετοιμασία του τραπέζιού ή σε κάποια άλλη δραστηριότητα του νοσοκομείου. Προσοχή χρειάζεται και στη λήψη των υγρών, γιατί τα λαμβανόμενα φάρμακα και η αδράνεια του ασθενή στο να λάβει υγρά επιφέρουν πολλές φορές αφυδάτωση.

Συχνό φαινόμενο στους κατατονικούς ασθενείς είναι οι αϋπνίες τη νύχτα. Η χρήση ηρεμιστικών καθώς επίσης ένα χλιαρό μπάνιο και ένα ζεστό ρόφημα είναι απαραίτητα.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα έχουν ως αιτία τους τη γενικότερη εχθρική στάση του ασθενούς έναντι του εαυτού του. Για το λόγο αυτό η νοσοκόμος χωρίς να αδιαφορήσει για την ειδική αντιμετώπιση κάθε προβλήματος, πρέπει πρώτα να προσπαθήσει να απασχολεί τον ασθενή και να αποσπά τη σκέψη του από την εχθρότητα κατά του εαυτού του αναθέτοντάς του διάφορες εργασίες, κατόπιν βέβαια συνεργασίας με τον θεράποντα γιατρό.

Οι κατατονικοί ασθενείς είναι επιρρεπείς για απόπειρα αυτοκτονίας, γι' αυτό και είναι πολύ βασικό η νοσοκόμος να είναι κατάλληλα ειδικευμένη, ώστε να μπορεί να διακρίνει τις αλλαγές διαθέσεως του ασθενούς. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα αυτοκτονίας συζητώντας για το θάνατο, ή κρύβοντας διάφορα αντικείμενα με τα οποία σχεδιάζουν να κάνουν την απόπειρα π.χ. κάποιο κομμάτι γυαλί. Υπάρχουν όμως και άλλοι που κρύβουν προσεκτικά τις σκέψεις τους και αν μάλιστα είχαν κάνει προηγουμένως απόπειρα, και σώθηκαν, τώρα είναι περισσότερο προσεκτικοί και προσπαθούν να ξεγελάσουν έχοντας χαρούμενο παρουσιαστικό λαμβάνοντας περισσότερη τροφή κ.λπ..

Όταν η νοσοκόμος καταλάβει ότι ο ασθενής έχει τάσεις αυτοκτονίας πρέπει να ενημερώσει όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Ο ασθενής με τις τάσεις αυτές έχει ανάγκη από ιδιαίτερη συναισθηματική βοήθεια και κατανόηση. Πρέπει να του δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα τον ευχαριστήσουν. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση μέχρι να παρέλ-

θει αυτή η κατάσταση. Η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται με προσοχή γιατί, αν ο ασθενής το αντιληφθεί, είναι δυνατόν να επέλθει το αντίθετο αποτέλεσμα. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί τρόπος μέσα σ'ένα νοσοκομείο ώστε ο ασθενής να παρακολουθείται στενά, να είναι ασφαλής, αλλά και να μην του στερηθεί η ελευθερία του.

Σε περίπτωση που η απόπειρα γίνεται παρά την όλη προσπάθεια της νοσοκόμου και του λοιπού προσωπικού, τα πρόσωπα αυτά δεν πρέπει να αισθάνονται έχονα.

Φροντίδα ασθενών που αρνούνται να παίρνουν τροφή

Οι ψυχικά ασθενείς συχνά αρνούνται να παίρνουν τροφή. Για να βοηθήσουμε όμως έναν τέτοιο ασθενή να πάρει την τροφή του θα πρέπει πρώτα να δούμε γιατί την αρνείται.

Υπάρχουν, δυστυχώς τόσοι λόγοι, για τους οποίους οι ασθενείς αρνούνται την τροφή, όσοι και οι ασθενείς που δεν τρώνε. Όμως υπάρχουν μερικοί λόγοι που επαναλαμβάνονται.

- Μια δικαιολογία που συχνά προβάλλουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς όταν δεν τρώνε, είναι ότι δεν αξίζουν να τραφούν ή ότι δεν μπορούν να πληρώσουν. Αυτό βέβαια συμφωνεί με τη νόλη συμπεριφορά των ασθενών αυτών, ότι δεν αξίζουν να ζουν. Σ'αυτές τις περιπτώσεις καμμία λογική προσπάθεια δεν τους πείθει. Αν τους δείξουμε ότι η τροφή θα πεταχθεί, τότε ίσως πάρει μέρος αυτής.

- Πολλές φορές δεν παίρνει τροφή, όταν του σερβίρεται σε δίσκο. Μπορεί να πάρει από τα σκουπίδια, όταν δεν τον βλέπει κανείς. Αναμφίβολα ο ασθενής αυτός αισθάνεται πολύ ανάξιος να φάει τροφή σερβιρισμένη, αλλά μόνο τροφή που έχει ήδη πεταχθεί.

- Άλλοτε οι ασθενείς δεν δέχονται τροφή, επειδή δεν έχουν να πληρώσουν τη διανομή τους και τη διατροφή τους. Συνιστάται συνήθως να τους δοθεί να κάνουν κάποια εργασία στο τμήμα, ώστε να νομίζουν ότι εξαγοράζουν τα προς το <<ζην>>. Αυτό μπορεί να βοηθήσει μερικούς ασθενείς, αλλά είναι δύσκολο να οργανωθεί και να εκτελεσθεί.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ψευδαισθήσεις

Βασικό πρόβλημα ασθενών με ψευδαισθήσεις είναι η διατροφή τους. Και οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις αποτελούν συνήθως αιτίες για άρνηση τροφής από μερικούς ασθενείς. Δυνατόν κάποια φωνή να τους λέει να μην φάνε, γιατί κάποιος έβαλε δηλητήριο στην τροφή. Η ιδέα αυτή είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί. Οι ασθενείς αυτοί τρομοκρατούνται στην ιδέα ότι πρέπει να φάνε. Μπορεί να το δεχθούν να τους δοθούν τροφές που δεν μολύνονται εύκολα, όπως αβγά, βραστά, ψωμί από κλειστό πακέτο, φρούτα ακαθάριστα.

Πολλοί ασθενείς μπορεί ακόμα να φαντασθούν ότι το δηλητήριο μπήκε σ'αυτές τις τροφές με σύριγγα ή βελόνα.

Καλή μέθοδος υποβολής είναι να εξετάζει η νοσοκόμος-νοσηλεύτρια την τροφή μπροστά στον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο του δείχνει ότι δεν έχει μολυνθεί. Μερικά από τα κοινά προβλήματα παραισθήσεων που έχουν σχέση με την τροφή είναι να περνούν το ντοματόζουμε για αίμα, μικρές ολόκληρες πατάτες για δάκτυλα και τα μακαρόνια για σκουλήκια. Σ'αυτές τις περιπτώσεις το πρόβλημα είναι πολύ δύσκολο.

Μια νεαρή ασθενής αρνιόταν τροφή για αρκετά χρόνια, γιατί πίστευε ότι ένα παιδί μπορεί να φέρει την ειρήνη θυσιάζο-

ντας τον εαυτό του. Παρόλες τις διάφορες θεραπείες που της γινόταν, αρνιόταν την τροφή και διατηρήθηκε στη ζωή γιατί τρεφόταν στην ζωή με σωλήνα GAVAGE.

Καλό είναι για ασθενείς που αρνούνται να πάρουν τροφή, όταν εισάγονται στο νοσοκομείο (λόγω περιβάλλοντος), να πηγαίνουν στην τραπεζαρία και ας μην τρώνε. Η όρεξη έρχεται, όταν παίρνουμε τα γεύματα σε ορισμένη ώρα.

Δεν είναι ωραίο να κολακεύεται ή να απειλείται ο ασθενής, όταν δεν τρώει. Είναι προτιμώτερο να τον καλέσουμε να έρθει στην τραπεζαρία ή να του σερβιριστεί ο δίσκος χωρίς κανένα σχόλιο. Αν αρνηθεί να φάει το δεχόμαστε χωρίς σχόλια. Όταν η νοσοκόμος διαπιστώνει πως η άρνηση για τροφή (για τρεις μέρες) αποτελεί πρόβλημα υγείας, πρέπει να το συζητήσει με το γιατρό και ίσως ο γιατρός χρησιμοποιήσει τη διατροφή με σωλήνα, πράγμα που πρέπει να αποφεύγεται όσο το δυνατόν. Μερικοί ασθενείς ιδιαίτερα τα παιδιά, τρώνε αν τους δοθεί κουτάλι, όπως ασθενείς με ελλειπή προσανατολισμό, με σύγχυση ή τρόμο. Η προσπάθεια να τραφεί ο ασθενής με τη βία, πρέπει να αποφεύγεται, γιατί δεν έχει κανένα τελικό αποτέλεσμα και ο ασθενής νομίζει ότι του κάνουμε επίθεση.

Κατά τη διάρκεια του φαγητού το περιβάλλον πρέπει να είναι ευχάριστο. Οι ψυχικά ασθενείς, όπως όλοι οι άνθρωποι, χρειάζονται να τους προσφέρονται τα φαγητά καλά ετοιμασμένα και σερβιρισμένα σε μια σπιτική ατμόσφαιρα.

Η θρέψη του ασθενή με σωλήνα πρέπει να αποφεύγεται. Ο σκοπός της ψυχιατρικής θεραπείας είναι να βοηθηθεί ο ψυχικά ασθενής να είναι ανεξάρτητος, να αυτοκαθοδηγείται και να παίζει ένα ρόλο στην κοινωνία.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η θρέψη με σωλήνα ενθαρρύνει τον ασθενή να παίζει τον ανώριμο ρόλο του, προς την άλλη δηλαδή κατεύθυνση, να εξαρτηθεί από τους άλλους, πράγμα που προσπαθούσε να κάνει σε όλη του τη ζωή. Έτσι δέχεται το σωλήνα. Άλλοι ασθενείς δεν δέχονται το σωλήνα γιατί νομίζουν ότι τους επιτίθονται. Επομένως η θρέψη με σωλήνα πρέπει να γίνεται τότε μόνο, όταν παρουσιάζεται κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή, επειδή αρνείται την τροφή του για μέρες.

Η διατροφή με σωλήνα GAVAGE κρύβει πολλούς κινδύνους π.χ. θάνατο από πνευμονία ή γάγγραινα του πνεύμονος από εισροφήσεις μέρους της τροφής, μια και τα προστατευτικά αντανακλαστικά ενός βαριά ψυχικά ασθενή μπορεί να είναι ανεπαρκή. Πολλές φορές ο ασθενής μετά από μια τέτοια εμπειρία αποφασίζει να φάει μόνος του.

Οι περισσότεροι παρανοϊκοί ασθενείς πάσχουν από καχυποψία, δεν παραδέχονται ότι είναι άρρωστοι. Νομίζουν ότι το νοσοκομείο δεν τους προσφέρει τίποτα και ότι άδικα βρίσκονται εκεί. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν με εχθρότητα το περιβάλλον τους, συχνά δε βρίζουν και καταφέρνται κατά του προσωπικού του νοσοκομείου, ιδιαίτερα κατά των υψηλά ιστάμενων προσώπων, όπως διευθυντών, γιατρών κ.α.. Πολλές φορές μάλιστα επιβουλεύονται ακόμα και την ίδια τη ζωή τους.

Όταν ο ασθενής αρχίζει να παραπονείται για το προσωπικό, για την κακή μεταχείριση που του γίνεται, για την κακή θεραπεία, για την άδικη παραμονή του στο νοσοκομείο δεν πρέπει σε καμμία περίπτωση η νοσοκόμος να προσπαθήσει να τον πείσει ότι οι ιδέες του είναι λανθασμένες. Ένας τέτοιος χειρισμός θα του προκαλέσει περισσότερο μίσος και θα αυξήσει

την καχυποψία του. Η αποτελεσματικότερη μέθοδος είναι να καθίσει να τον ακούσει με κατανόηση, χωρίς σχόλια, γιατί στη φάση αυτή λογική συζήτηση μαζί του δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί, επειδή ο ασθενής βρίσκεται υπό την επήρεια ισχυρών ψευδαισθήσεων. Οι ψευδαισθήσεις θα υποχωρήσουν μόνον όταν ο ασθενής αισθάνεται ότι είναι ασφαλής και παραδεκτός από το περιβάλλον του. Απλή φιλικότητα, και σεβασμός της προσωπικότητάς του είναι απαραίτητα για τη δημιουργία τέτοιων αισθημάτων.

Η νοσηλευτική φροντίδα να είναι εξατομικευμένη. Πρέπει να καταρτισθεί ένα πρόγραμμα φροντίδας με βάση το ιστορικό του ασθενή, την εργασία του, τη γραμματική του μόρφωση, τις συναισθηματικές του ανάγκες, τα προσωπικά του ενδιαφέροντα και τις ικανότητές του. Τα τελευταία πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στην εκλογή της κατάλληλης ψυχαγωγίας. Καλό είναι ο ασθενής να έχει μοναχικό δωμάτιο. Αυτό συμβάλλει αποτελεσματικά στην εξουδετέρωση της καχυποψίας.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται από τη νοσοκόμο στις συνομιλίες της με τρίτους, παρόντος του ασθενή. Η νοσοκόμα δεν πρέπει να γελά δυνατά, να θορυβεί ή να μιλάει σιγά με άλλους ασθενείς ή μέλη του προσωπικού. Σε περίπτωση που αντιλαμβάνεται ότι ο ασθενής παρακολουθεί μία συνομιλία της χωρίς να έχει την δυνατότητα να ακούει τι λέγεται πρέπει να διακόψει την συζήτηση.

Στους παρανοϊκούς ασθενείς πρέπει να δίνονται απλές εξηγήσεις. Η νοσοκόμα έχει το δικαίωμα να αποφεύγει να απαντήσει σε κάποια ερώτημα του ασθενή, όταν όμως απαντά πρέπει να λέει πάντοτε την αλήθεια. Μόνο έτσι θα κερδίσει την εμπι-

στοσύνη του σ'αυτή και το προσωπικό.

Υποσχέσεις σε τέτοιους ασθενείς πρέπει να αποφεύγεται αν όμως η νοσοκόμα υποσχεθεί κάτι, πρέπει οπωσδήποτε να εκπληρώσει την υπόσχεσή της.

Νοσηλευτική φροντίδα στο οξύ σχιζοφρενικό

ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Βασικός στόχος της Ψυχιατρικής νοσοκόμου είναι η προσεκτική παρατήρηση και αναφορά των εκδηλώσεων του ασθενούς με σκοπό να βοηθήσει:

1. Στην επιβεβαίωση ή στην απόρριψη της διάγνωσης, όταν είναι η πρώτη προσβολή.
2. Στην επισημάνση ενδείξεων βελτίωσης ή χειροτέρευσης της κατάστασως του ασθενούς κατά την διάρκεια της θεραπείας.
3. Στην αντιμετώπιση παρενεργειών.
4. Στη σημείωση της συμπεριφοράς που προηγήθηκε του οξέος επεισοδίου, σ'ένα εσωτερικό ασθενή.

Αναλυτικότερα η διάγνωση της σχιζοφρένειας, όπως των περισσότερων ψυχικών νοσημάτων, εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία ορισμένων συμπτωμάτων που μπορούνε να γίνουν αντιληπτά μόνο με μία προσεκτική και παρατεταμένη παρατήρηση από άτομο που ξέρει τι πρέπει να προσέξει. Μερικά συμπτώματα δεν γίνονται αντιληπτά άμεσα, αλλά συμπεραίνονται από την παρακολούθηση της συμπεριφοράς του αρρώστου π.χ. οι ασθενείς μπορεί να αρνούνται ότι έχουν ψευδαισθήσεις, όταν τους ρωτάμε, αλλά το συμπεραίνουμε από:

-Φωνές, ομιλίες ή γέλια, που δεν σχετίζονται με ανταπόκρισή τους προς τα άτομα που είναι κοντά τους.

-Μεταβολή της έκφρασης του προσώπου τους άσχετη με ότι συμβαίνει τριγύρω τους.

-Τάση προς αναίτιες ή αυθόρμητες πράξεις βίας.

Κάθε συμπεριφορά του ασθενούς, που δείχνει σύγχυση άσχετη με τον χώρο ή το χρόνο, η διακύμανση της συνείδησής του πρέπει να σημειώνεται και να αναφέρεται. Η απώλεια της συνείδησης, οι επιληπτικές κρίσεις, οι παροδικές παρακλύσεις, η δυσκολία στην ομιλία πρέπει επίσης να αναφέρονται.

Παραληρητικές ιδέες μπορεί να εμφανισθούν μόνο τυχαία, όταν ένα σχετικό ζήτημα συμβαίνει να είναι το θέμα της συζήτησης ή όταν ο ασθενής έχει εμπιστοσύνη στη νοσοκόμο που έχει στενή επαφή μαζί της.

Όταν η νοσοκόμος αναφέρει ιδέες που κρίνει απατηλές πρέπει να μην αναφέρει απλώς ότι ο ασθενής παραλογίζεται, αλλά να αναφέρει ακριβώς τα λόγια του.

Η φύση των παραληρητικών ιδεών ίσως να έχει σημασία ακόμα η νοσοκόμος δεν πρέπει να ξεχνά ότι όλες οι ιδέες που μας φαίνονται παράλογες δεν είναι στην πραγματικότητα παράλογες.

Η αντίδραση στη θεραπεία πρέπει να σημειώνεται λεπτομερώς και τακτικά, με βάση τα εξής:

1. Επίταση ή υποχώρηση των συμπτωμάτων.
2. Βελτίωση ή χειροτέρευση στη γενική συμπεριφορά.
3. Στάση προς τις κοινωνικές δραστηριότητες.
4. Σχέσεις με το προσωπικό, του ασθενείς και τους συγγενείς.
5. Τρόπος εργασίας.

6. Αντίδραση στη λήψη φαρμάκων.

Να αιτιολογείται η φράση «ο ασθενής είναι συνεργάσιμος».
Δεν έχει νόημα, αν δεν πούμε με ποιόν είναι συνεργάσιμος και πότε.

Οι παρενέργειες των φαρμάκων μπορεί να προκαλούν μία αύξηση των συμπτωμάτων της ασθένειας, γι' αυτό πρέπει η νοσοκόμος να αναφέρει καθαρά τη μεταβολή, στη συμπεριφορά του ασθενούς. Να μην λέει «ο ασθενής» ότι «είναι ανήσυχος», γιατί αυτό σημαίνει πολλά, Μπορεί να σημαίνει ότι βηματίζει πάνω κάτω ή ότι φωνάζει, ότι είναι ανήσυχος, έχει άγχος, είναι επιθετικός ή ότι τα φάρμακα που παίρνει τον ενοχλούν στα πόδια και με το περπάτημα αισθάνεται καλύτερα. Αν ρωτηθεί ο ασθενής ίσως περιγράψει σωστά πως αισθάνεται και έτσι θα ελαττώσουν τη δόση του φαρμάκου, ενώ αν μείνει η εντύπωση του «ανήσυχου» θα του αυξήσουν τη δόση.

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων που προηγούνται μιάς οξείας κρίσεως και η έγκαιρη αντιμετώπιση μπορεί να προλάβουν την κρίση προς όφελος του ασθενούς και προσωπικού.

Ένα επακόλουθο της ασθένειας είναι η μερική ή ολοκληρωτική κατάρρευση της ομαλής επικοινωνίας του ασθενούς με τον κόσμο γύρω του.

Αυτό προκαλεί δυσκολίες στις σχέσεις του, με αποτέλεσμα να αυξάνουν ή να διαιωνίζονται τα συμπτώματά του και φυσικά έχει ιδιαίτερη σημασία για την φροντίδα των χρόνιων καταστάσεων.

Στην οξεία φάση είναι ίσως αδύνατο να δημιουργηθεί μία πραγματική επαφή με τον ασθενή, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι ακόμα και στις πιο οξείες καταστάσεις ο ασθενής μπορεί να αντιλαμβάνεται τη στάση του προσωπικού απέναντί του και αυτό μπορεί να έχει επίδραση στις μετέπειτα σχέσεις μαζί του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ

Στην πρόληψη της ψυχικής υγείας θα επισημάνω δύο κύρια σημεία:

1. Πολλές ψυχικές διαταραχές τις αποκτάμε συνήθως από τα πρώτα χρόνια της ζωής μας.

Οι διαταραχές του χαρακτήρα της προσωπικότητας, η νεύρωση, πολλές φορές και η ψύχωση, έχουν συχνά τις ρίζες τους στις κακές σχέσεις με το περιβάλλον.

Λέξη κλειδί για την ψυχική υγεία του ατόμου είναι η λέξη σχέσεις δηλ. η επικοινωνία.

Χωρίς επικοινωνία, χωρίς σχέσεις, δεν ζει ο άνθρωπος.

Αλλά τι γίνεται όταν αυτές οι σχέσεις αναπτύσσονται, ειδικά στα πρώτα χρόνια της ζωής σε ένα περιβάλλον αρρωστημένο;

Μπορεί το άτομο να παραμένει υγιές;

2. Ο ψυχικός άρρωστος δεν είναι ποτέ μία μεμονωμένη περίπτωση.

Συχνά ο πιο ευαίσθητος, ο πιο αδύναμος στην οικογένεια είναι το άτομο που χρειάζεται ειδική μεταχείριση.

Γι' αυτό και η προληπτική και θεραπευτική αγωγή στρέφεται μόνο στον ίδιο τον άρρωστο, αλλά είναι μία θεραπευτική στάση απέναντι στο οικογενειακό σύνολο, που μέσα του τρέφει την αρρώστεια.

Έτσι σωστές διαπροσωπικές σχέσεις από τη μία κι ένα ψυχολογικό υγιές οικογενειακό περιβάλλον από την άλλη, γίνονται οι δύο βασικότερες προϋποθέσεις για την ψυχική ισορροπία του κάθε ανθρώπου. Όταν παρουσιάζεται κάποιο κρούσμα ψυχικής αρρώστειας, τότε το πρόβλημα που προκύπτει είναι πολύ-

πλευρο, γιατί παρουσιάζεται και στα στενά οικογενειακά πλαίσια και στην κοινότητα ή στην κοινωνία, η οποία συχνά απορριπτική απέναντι στον ψυχικό άρρωστο.

Στην οικογένεια παρουσιάζονται πολλά προβλήματα. Η δημιουργία προβλημάτων στην καθημερινή ρουτίνα, τα αισθήματα ενοχής της οικογένειας για το άρρωστο μέλος, η ανησυχία που προκύπτει από τις δυσκολίες επικοινωνίας με το ψυχικό άρρωστο, η ελλιπής οικονομική αντιμετώπιση του προβλήματος, είναι μερικά από αυτά. Εξ'άλλου πολλές φορές τα <<φυσιολογικά μέλη>> της οικογένειας κρίνουν ότι ένα τέτοιο άτομο σ' αυτή αποτελεί <<βάρος>>.

Η πιο εύκολη λύση που βρίσκουν για να απαλλαγούν από τα προβλήματα είναι το ψυχιατρείο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6ο

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιώντας τις γνώσεις και τις εμπειρίες από την ψυχιατρική νοσηλευτική, δημιουργεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον όπου ο άρρωστος αισθάνεται άνετα και ασφαλής. Κατανοεί και αναγνωρίζει τις εκάστοτε ψυχολογικές, κοινωνικές και βιολογικές διεργασίες, που μπορούν να εμφανιστούν κατά την σωματική αρρώστεια, καθώς και στις επιπτώσεις τους στην ανάρρωση και αποκατάσταση.

Η νοσηλεύτρια επιδιώκει:

α. Να βοηθήσει τον άρρωστο να προσανατολιστεί στο πρόβλημα της αρρώστειας τους στην εφαρμοζόμενη νοσηλεία και στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

β. Να παρέχει ψυχική άνεση και ασφάλεια στον άρρωστο.

γ. Να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφράζει με εμπιστοσύνη και ελευθερία τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τους φόβους και τις ανησυχίες του.

Κάτι πολύ σημαντικό που θα αναπτύξει η νοσηλεύτρια, είναι η παρατηρητικότητα ως προς:

α. Την εμφάνιση του αρρώστου: Ποιά εντύπωση προκαλεί η έκφραση του προσώπου, το ντύσιμο και η όλη παρουσία του αρρώστου;

Δίνει την εικόνα του ανθρώπου που πάσχει ή που φαίνεται υγιείς. Είναι χαρούμενος, λυπημένος, σκεπτικός ή αδιάφορος; Φαίνεται φοβισμένος, ανήσυχος ή αγωνιά; Ενδιαφέρεται για αυτό που γίνεται γύρω του ή φαίνεται απληρημένος και ανίκανος;

Είναι καθαρός και περιποιημένος ή βρώμικος και ακατάστατος;

β. Την στάση του αρρώστου:

Τι στάση κρατά απέναντι στο γιατρό και ποιά είναι η στάση προς άλλα πρόσωπα που είναι γύρω του;

Ποιά είναι η στάση του για την αρρώστεια του; Απαντά στις ερωτήσεις; Συμπεριφέρεται στο γιατρό και στο περιβάλλον του φιλικά και ευγενικά ή είναι αντιθετικός, επιθετικός, ευερέθιστος ή και καταστροφικός; Παρακολουθεί τα γεγονότα με ενδιαφέρον ή όχι;

γ. Γενική συμπεριφορά:

Πως συμπεριφέρεται στο κόσμο; Μπορεί κανείς εύκολα να τον πλησιάσει; Ενδιαφέρεται για τα προσωπικά του προβλήματα;

δ. Κινητικές εκδηλώσεις:

Είναι υπερκινητικός, εκφράζεται με χειρονομίες ή είναι περιορισμένος στις κινήσεις του, βραδυκίνητος ή και σχεδόν ακίνητος; Αλλάζει συνεχώς θέση και στάση ή μένει καθηλωμένος;

ε. Τρόπος ομιλίας:

Πως εκφράζεται ο άρρωστος; Μιλάει αυθόρμητα ή μόνο για να απαντήσει στις ερωτήσεις; Μιλάει ήρεμα ή απότομα; Έχει καλή άρθρωση; Μιλάει έντονα ή με χαμηλή φωνή; Χρησιμοποιεί τις λέξεις σωστά και δίνει ολοκληρωμένες φράσεις, χρησιμοποιεί ανύπαρκτες λέξεις χωρίς νόημα;

Το βασικότερο όμως που θα αναπτύξει η νοσηλεύτρια με τον άρρωστο είναι η επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι πανανθρώπινη ανάγκη. Με αυτήν η νοσηλεύτρια αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του. Διακρίνει την ανάγκη του για ψυχολογική βοήθεια.

Με την επικοινωνία καταλαβαίνει αν πηγαίνει καλά ή όχι ο άρ-

ρωστος.

Η επικοινωνία είναι απαραίτητη για την:

α. Πρόληψη της αρρώστειας.

β. Νοσηλευτική φροντίδα.

γ. Νοσηλευτική αποκατάσταση

Η σωστή επικοινωνία απαιτεί: Χρόνο-ηρεμία-επιδεξιότητα και γνώσεις εκ μέρους της νοσηλεύτριας. Ανακουφίζει τον άρρωστο από την εσωτερική του ένταση και του μεταβιβάζει ψυχολογική ασφάλεια.

Η νοσηλεύτρια συντελεί ώστε να περάσει ο άρρωστος την αρρώστεια του σαν μία εμπειρία, η οποία τον αποπροσανατολίζει σε προσωπικά αισθήματα και αξίες και ενισχύει τις θετικές δυνάμεις της προσωπικότητάς του και όχι σαν εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η έννοια της υγείας τώρα περιλαμβάνει όχι μόνο την απουσία της αρρώστειας αλλά και την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου.

Η συμβολή της νοσηλεύτριας στην πρόληψη της ψυχικής αρρώστειας και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι πολύτιμη. Στην κοινότητα εργάζεται σε όλους τους τομείς με κύριους στόχους:

Πληροφόρηση-ενημέρωση-συμβουλευτική προς όλες τις κατευθύνσεις.

Ρίχνει το βάρος της στην πληροφόρηση για την υγεία και ευτυχία του παιδιού, σημείο πρωταρχικό της όλης προσπάθειας.

Βλέποντας ένα ενήλικα με ψυχικές διαταραχές, νιώθουμε βαθιά συμπάθεια γι' αυτό το άτομο το σωματικά ολοκληρωμένο αλλά συναισθηματικά στερημένο, εξωτερικά ώριμο, εσωτερικά αγχώδες και ανασφαλείς.

Η προσπάθεια για πρόληψη, δεν έχει σαν μόνο σκοπό την θεραπεία διαταραχών στην παιδική ηλικία, ώστε να αποφευχθεί ψυχική αρρώστεια αργότερα. Έχει σαν κύριο σκοπό, την δημιουργία άριστων συνθηκών για την διαμόρφωση και ωρίμανση της προσωπικότητας του παιδιού, μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων με τους γονείς και την οικογένεια γενικά.

Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια ρίχνει την προσοχή της όσον αφορά:

α. Το βαθμό φροντίδας, αγάπης και στοργής:

Άτομα που δεν είχαν στοργή και αγάπη στην παιδική ηλικία ή

δεν έγιναν καλά αποδεικτά από τους γονείς τους και το περιβάλλον τους, δημιουργούν μία δυσμενή ψυχολογική προδιάθεση, επειδή αναπτύσσονται μέσα τους αισθήματα εχθρότητας, ανασφάλειας και αβεβαιότητας που οδηγούν σε άγχος.

β.Τις σχέσεις ανάμεσα στους γονείς:

Ψυχρές και διαταραγμένες σχέσεις ανάμεσα στους γονείς, δημιουργούν στα παιδιά σύγχυση αεθθημάτων.

Όταν ένα παιδί είναι μάρτυρας κακής μεταχείρησης του ενός γονιού από τον άλλον, θα αναπτύξει αναπόφευκτα μέσα του αισθήματα εχθρότητας και επιθετικότητας εναντίον του σκληρού γονιού. Τα αισθήματα αυτά έρχονται σε σύγκρουση με τα αισθήματα εξάρτησης, σεβαρού και αγάπης, που το παιδί τρέφει προς τον γονιό αυτό. Η σύγκρουση αυτή δημιουργεί άγχος, που αν δεν αντισταθμιστεί κατάλληλα, αργότερα μπορεί να γίνει αιτία νευρωσικών εκδηλώσεων.

γ.Τη συναισθηματική σταθερότητα στις σχέσεις με το παιδί. Αστάθεια συναισθηματική συμπεριφορά από τους γονείς π.χ. τυρφερότητα και υπερπροσφασία που εναλλάσσεται με τυρρανική στήση και τιμωρίες, δημιουργούν συνθήκες τόσο για ανωμαλία προσωπικότητας, όσο και για νευρωσικών εκδηλώσεις. Οι προϋποθέσεις και βάσεις του σχεδίου συμπεριφοράς του ενήλικα, χτίζονται στα πρώτα χρόνια ζωής, ο νέος οικοδομεί πάνω σε αυτές τις βάσεις.

Έναν άλλο τομέα που προσέχει η νοσηλεύτρια είναι των χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών.

Τονώνει ενθαρρύνει και επιλύει τα προβλήματά τους, βοηθώντας στην προσαρμογή των αρρώστων στη ζωή.

Έχει υπόψη της ότι σε αυτές τις περιπτώσεις η σωματική

παθολογία είναι αλληλένδετα ψυχολογικά επακόλουθα.

Η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι απαραίτητη και στον συμβουλευτικό τομέα προς όλες τις κατευθύνσεις, όπου είναι συγκεντρωμένοι άνθρωποι.

Στο Γενικό Νοσοκομείο-στην Ψυχιατρική Κλινική-στο σχολείο-στο εργοστάσιο-στην Εκκλησία-σε συμβουλευτικούς σταθμούς νεότητας-σε γηροκομεία-στα αναμορφωτήρια-σε παιδικούς σταθμούς-στις φυλακές-σε διάφορους συλλόγους.

Η κοινωνία γενεσιουργός για τον τρόπο ζωής, εκφράζει τις δομές της μέσω της αρρώστειας. Η κοινωνία είναι: ζώσα μήτρα για τη διαμόρφωση της προληπτικής ψυχιατρικής και η ψυχιατρική νοσηλεύτρια ακρογωνιαίος λίθος της.

Η νοσηλεύτρια κατέχει τη θέση κλειδί τους στην διδασκαλία όσο και στην θεραπεία με σκοπό πάντα την ομαλή ένταξη των ψυχικών ασθενών ατόμων στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Η πλατειά γνώση και ενημέρωση λοιπόν γύρω από το πρόβλημα της σχιζοφρένειας καθώς και η συμβολή της πολιτείας μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση του μεγάλου αυτού προβλήματος.

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί η σπουδαιότητα της βοήθειας άλλων σπουδαίων επιστημών όπως της ψυχολογίας των κοινωνικών λειτουργών κ.λπ..

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Μία από τις σπουδαιότερες εξελίξεις στα χρόνια που ακολούθησαν το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο είναι η εξέλιξη της κοινωνικής ψυχιατρικής. Η αναγνώριση με άλλα λόγια της σημασίας που έχει το περιβάλλον και ιδιαίτερα οι άνθρωποι που το αποτελούν όχι μόνο στη γέννηση μίας νοητικής αρρώστιας αλλά και στην αποτελεσματική της. Οπωσδήποτε μία τέτοια διαπίστωση είναι κάτι που είχε γίνει παλιότερα θεραπείες διάφορες έδιναν ιδιαίτερη σημασία στη στοργή, στο ευχάριστο περιβάλλον, στην απασχόληση που έδιναν στους αρρώστους τους με σκοπό να δημιουργήσουν την κατάλληλη ατμόσφαιρα για να επιτευχθεί η θεραπεία. Έχει επίσης από καιρό αναγνωρισθεί η σημασία που έχει η εργασία στην αναδιοργάνωση της ζωής των διανοητικά αρρώστων (απασχολησιοθεραπεία και άλλες ομαδικές θεραπευτικές αγωγές).

Η ιδιαίτερη εξέλιξη της κοινωνικής ψυχιατρικής τα τελευταία είκοσι χρόνια εντοπισθεί στην περιοχή των ομαδικών θεραπειών. Τέτοιες προσπάθειες έχουν γίνει σε ομάδες νευρωτικών, σε οικογένειες και σε ομάδες ψυχοπαθών. Ο σκοπός πάντοτε είναι να βοηθηθούν οι άρρωστοι στο να δουν τις αιτίες που προκαλούν τα συμπτώματα της αρρώστιας τους και να μάθουν να αντιδρούν με περισσότερο ρεαλιστικό τρόπο. Πιο πρόσφατα και σύμφωνα με εργασίες κοινωνιολόγων σε ψυχιατρεία, έχει αποκαλυφθεί ότι οι άρρωστοι που ζουν μέσα σε μία πτέρυγα του νοσοκομείου αποτελούν μία ιδιαίτερη μικρή κοινωνία με τη δι-

κή της δομή και δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο να χρησιμοποιηθεί η ύπαρξη αυτής της κοινωνίας σαν μέρος της θεραπευτικής αγωγής.

Ενώ παραδοσιακά οι άρρωστοι αντιμετωπίζονται σαν μεμονωμένες περιπτώσεις, που απαιτούν διαφορετική θεραπεία ο ένας απ'τον άλλον, με διαφορετικά δεδομένα και διαφορετική εξέλιξη της αρρώστιας του κάθε ενός, στα νοσοκομεία όπου η θεραπεία βασίζεται στα πρότυπα της κοινωνικής ψυχιατρικής οι άρρωστοι αντιμετωπίζονται συλλογικά. Κάθε ένας από τους αρρώστους θεωρείται μέλος μίας μικρής κοινωνίας που μπορεί να επηρεάζει τους υπόλοιπους αρρώστους και το προσωπικό, οι οποίοι με τη σειρά τους ασκούν ανάλογη επίδραση επάνω του. Όλοι οι άρρωστοι μαζί με το προσωπικό θεωρείται ότι αποτελούν μία μικρή κοινωνία μέσα στην οποία οι αλληλεπιδράσεις είναι αναπόφευκτες και στην οποία μπορεί να προσφέρει ακόμα και το πιο ψυχωτικό μέλος της. Επομένως θα μπορούσαμε κατ'επέκταση να πούμε ότι κάθε τέτοια ομάδα είναι και μία θεραπευτική ομάδα. Τα αποτελέσματα που θα επιτευχθούν έχουν άμεση σχέση με το πόσο αποδοτικά θα χρησιμοποιηθεί το ανθρώπινο δυναμικό που υπάρχει.

Σε μία τυπική θεραπευτική ομάδα όλοι οι άρρωστοι και το προσωπικό συναντούνται καθημερινά, συνήθως το πρωί και συζητούν όλα τα συμβάντα του τελευταίου εικοσιτετραώρου, διαβάζοντας αναφορές από διάφορες υποομάδες και γίνεται μία προσπάθεια ανάλυσης και κατανόησης των διαφωνιών που αναπόφευκτα υπάρχουν στην καθημερινή ζωή του νοσοκομείου. Η συζήτηση είναι ελεύθερη και γίνεται με πνεύμα απόλυτης ισοτιμίας. Το

προσωπικό πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι είναι υπεύθυνο στο να εξαφανίσει τον παραδοσιακό τρόπο αντιμετώπισης των αρρώστων όπως αυτός γινόταν τα παλιότερα χρόνια.

Ένα από τα χαρακτηριστικά της ζωής μιάς θεραπευτικής ομάδας είναι η έμφαση που δίνεται στην αναγνώριση της πραγματικότητας. Ο σχιζοφρενής που αντιδρά επηρεασμένος από ψευδαισθήσεις, που η συμπεριφορά του είναι αλλόκοτη και ακατανόητη που καταφέρνει να ενοχλεί τους άλλους ή ακόμα να τους αγνοεί τελείως, έρχεται αντιμέτωπος με αυτά που κάνει. Αυτό μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή, αλλά συνήθως γίνεται στις ομαδικές συναντήσεις όπου είναι παρόντες όλοι. Η αντιμετώπιση της πραγματικότητας συνδυάζεται κάθε φορά με την υπευθυνότητα. Σε κάθε ευκαιρία τονίζεται ιδιαίτερα ότι ο άρρωστος είναι υπεύθυνος για τον εαυτό του και κατ'επέκταση για τις πράξεις του.

Του τονίζεται ότι αυτός είναι το καταλληλότερο πρόσωπο για να κανονίσει και να ελέγξει τη συμπεριφορά του. Η συνειδητοποίηση των αποτελεσμάτων που μπορεί να έχουν οι πράξεις του πάνω στους άλλους και η κατανόηση των αντιδράσεων τους είναι ο καλύτερος τρόπος για να δημιουργηθούν εξελιγμένες εσωψυχικές σχέσεις.

Η έμφαση που δίνεται πάνω στη συνειδητοποίηση της πραγματικότητας γίνεται αισθητή σ'αυτές τις συγκεντρώσεις, αλλά επίσης και στις υπόλοιπες κοινωνικές εκδηλώσεις όπως και στη δουλειά. Γενικά όλη η ζωή του αρρώστου οργανώνεται έτσι ώστε να τον αναγκάσει να λειτουργήσει προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης της ικανότητάς του να έρχεται σε επαφή και να σχετί-

ζεται με τους άλλους ανθρώπους. Για παράδειγμα ο άρρωστος ενθάρρύνεται στο να απασχολείται καθημερινά στη μονάδα εργασίας του νοσοκομείου, όπου κάνει χρήσιμη δουλειά, κερδίζοντας έναν κανονικό μισθό.

Με αυτή την κατάσταση έχει να κερδίσει πολλά. Πρώτα κερδίζει χρήματα. Ύστερα εξοικειώνεται με τη δουλειά που κάνει, τον προγραμματισμό που χρειάζεται και τις κανονικές ώρες δουλειάς. Αλλά αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι ότι μαθαίνει να παίζει το ρόλο του εργαζομένου ανάμεσα σε άλλους συναδέλφους του στον πάγκο. Μαθαίνει τη σχέση που έχει με τον εργαδότη και το διευθυντή του και έρχεται έτσι αντιμέτωπος σε μία πραγματικότητα που δεν χωρούν ψευδαισθήσεις και φοβίες. Συνηθίζει στην αίσθηση της υπευθυνότητας απέναντι στην ομάδα και συνειδητοποιεί ότι αφήνοντας τις ψευδαισθήσεις του να τον παρασύρουν και τις φοβίες του να τον κυριεύουν δεν μπορεί παρά να αποβούν σε βάρος του προκαλώντας την καταστροφή του ή στην καλύτερη περίπτωση να τον κάνουν να αισθάνεται άσχημα.

Σε κοινωνικές συγκεντρώσεις μαθαίνει ένα σωρό άλλα πράγματα. Μαθαίνει να βλέπει τους άλλους ανθρώπους σαν ίσους προς αυτόν, μέσα σε συγκεντρώσεις που έχουν σκοπό τη διασκέδαση αυτών που συμμετέχουν. Κανονικές κοινωνικές σχέσεις, ευγένεια, προσοχή, καλοί τρόποι είναι μερικά μόνο απ'αυτά που ο άρρωστος κερδίζει.

Το να σχετίζεται με τους άλλους χωρίς να φοβάται, χωρίς να τους ενοχλεί ή να ενοχλείται από αυτούς είναι το επιθυμητό αποτέλεσμα στο οποίο φτάνουν οι περισσότεροι σχιζοφρενείς. Έτσι πάρτυ, επισκέψεις σε καταστήματα, κινηματογράφους, τράπεζες, χοροί και άλλες κοινωνικές εκδηλώσεις γίνονται στεί-

χεία μιας κοινωνικής θεραπευτικής αγωγής για την ομαλή τους επάνοδο στην ίδια την κοινωνία αργότερα.

Μέσα στη θεραπευτική κοινότητα οπωσδήποτε υπάρχουν περιορισμοί που δεσμεύουν τους αρρώστους και ελέγχουν την ενοχλητική και παράδεξη συμπεριφορά τους. Αυτοί οι περιορισμοί βγαίνουν μέσα από την ίδια ομάδα μετά από συζητήσεις. Για παράδειγμα μετά από μία περίοδο κρίσεων η κοινότητα είναι δυνατόν να συμβουλευσει τον άρρωστο ότι δεν είναι αρκετά καλά ώστε να περάσει ένα Σαββατοκύριακο με την οικογένειά του στο σπίτι. Είναι δε πάντοτε φρόνιμο να ακολουθήσει ο άρρωστος μία τέτοια συμβουλή, γιατί αυτοί που του την δίνουν είναι αυτοί που ζουν μαζί του λεπτό προς λεπτό όλο το εικοσιτετράωρο και επομένως μπορούν να κρίνουν καλύτερα από κάθε άλλο τη συμπεριφορά του. Από την άλλη πλευρά υπάρχει και η ανταμοιβή των καλών στοιχείων και των βελτιώσεων που μπορεί να παρουσιάσει ένας από τους αρρώστους. Η συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις είναι από μόνη της μία επιβράβευση της καλής κατάστασης του αρρώστου και πιθανόν ακόμα να έχουμε και ενθάρρυνση απομάκρυνσης του για ένα διάστημα από το νοσοκομείο.

Με τον τρόπο αυτό η διαβίωση του ασθενή μέσα σε μία ομάδα δημιουργεί σωματικές και ψυχικές απαιτήσεις τόσο από τους αρρώστους όσο και από το προσωπικό που προσπαθεί να τους βοηθήσει. Μπορεί να είναι εξουθενωτικά και δεν μπορεί ο καθένας να το αντέξει. Αλλά αναμφισβήτητα έχει πολλά να προσφέρει σ' αυτούς που μπορούν ν' ανταπεξέλθουν και που θέλουν να αποφύγουν την αβεβαιότητα και ψάχνουν έναν τρόπο να ξεφύγουν από τον κύκλο των κρίσεων που τον βασανίζουν.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Τα τελευταία χρόνια παράλληλα με την ιδιαίτερη έμφαση που δίνει η κοινωνία στην περίθαλψη των διανοητικέ αρρώστων παρατηρείται και μία ενδυνάμωση στις σχέσεις ανάμεσα στους Δημοσίου Κοινωνικούς Λειτουργός των κατά τόπους υπηρεσιών και στους συναδέλφους τους που εργάζονται στα Ψυχιατρικά Τμήματα των νοσοκομείων της περιοχής. Για να επιτευχθεί αυτή η συνεργασία δεν χρειάστηκε κανένας νόμος, αλλά ήρθε σαν αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης ότι πρέπει πολλά ακόμα να γίνουν με το να ενωθούν όλες οι εμπειρίες οι γνώσεις και τα μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας και να κατευθυνθούν συγκεντρωτικά προς τον αυτό στόχο. Νοσοκομειακοί γιατροί, δημόσιοι υπάλληλοι των Κοινωνικών Υπηρεσιών καθώς και ελεύθεροι γιατροί έχουν κάνει μεγάλη προσπάθεια για να ενθαρρύνουν την ευκαμψία των μεθόδων που χρησιμοποιούν και των μεταξύ τους σχέσεων. Σήμερα πολλοί έχουν αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πρόβλημα της σχιζοφρένειας και έχουν κατά κάποιο τρόπο πετύχει να προλάβουν την συμφόρηση των ψυχιατρείων από χρόνιους αρρώστους.

Στις επόμενες γραμμές σκιαγραφούνται ορισμένες από τις εξελίξεις που έχουν βοηθήσει τους σχιζοφρενείς να ζουν σχεδόν ομαλά μέσα στην κοινωνία.

Χώρος όπου ζει ο ασθενής

Συχνά η ασκογένεια ενός σχιζοφρενή μπορεί να αντισταθεί στην επιστροφή του σχιζοφρενή στο σπίτι του μετά από την παραμονή του στο νοσοκομείο. Αυτή η στάση που ιστορικά βασίζεται στο

φόβο και κυρίως στην άγνοια σήμερα τείνει να εκλείψει. Γι' αυτό το λόγο στα Ψυχιατρεία δημιουργούνται ομάδες κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών που φροντίζουν να κατατοπίσουν τον άρρωστο που γυρίζει στο σπίτι του ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο γι' αυτόν περιβάλλον. είναι δε έτοιμοι κάθε στιγμή να δώσουν την συμβουλή τους δωρεάν.

Οι έρευνες που έχουν γίνει δείχνουν ότι είναι προτιμότερο οι σχιζοφρενής να μη γυρίζει στη δική του οικογένεια όταν έχει πολλές απαιτήσεις, αλλά να τακτοποιείται σε ξένες οικογένειες προσεκτικά διαλεγμένες όπου το ψυχολογικό κλίμα είναι λιγότερο τεταμένο και ο άρρωστος θα αναρρώσει με την ησυχία του.

Σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει καθόλου οικογένεια ή άλλοι συγγενείς, να ετοιμαστεί ένα κατάλληλο περιβάλλον με συμπαθητική οικοδέσποινα και υπόλοιπα μέλη τα οποία δέχονταν να τον αναλάβουν αφού ενημερωθούν για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουν. Ορισμένες υπηρεσίες έχουν εξαιρετικά σχέδια, που στέλνουν τους αρρώστους που βγαίνουν από το νοσοκομείο οικοτρόφους. Τοπικές δε οργανώσεις που εργάζονται εθελοντικά έχουν κάνει πάρα πολλή δουλειά κάνοντας πραγματικότητα αυτά τα σχέδια και τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντική.

Εκτός αυτών δημιουργούνται πολλά οικοτροφεία για σχιζοφρενείς που έχουν βγει από το νοσοκομείο. Η λειτουργία τους ποικίλλει από τα οργανωμένα με αυστηρή τάξη στα οποία οι ένοικοι ενθαρρύνονται να στηρίζονται στο προσωπικό όταν χρειάζονται βοήθεια, έως τα πολύ φιλελεύθερα στα μέσα και τη βοήθ

θεια που χρειάζονται.

Ακόμα έχουμε τα <<Ειδικά Ξενοδοχεία>> τα οποία επισκέπτονται κοινωνικοί λειτουργοί μία φορά την εβδομάδα. Σ' αυτά οι ένοικοι ζουν σε μικρά διαμερίσματα μέσα στα οποία θα διατηρήσουν τόση ανεξαρτησία όση θέλουν.

Αυτά τα <<Οικοτροφεία>> και τα <<Ειδικά Ξενοδοχεία>> προσφέρουν μία χρήσιμη λύση ανάμεσα στην απομόνωση του νοσοκομείου και την εντελώς ελεύθερη και ανεξάρτητη ζωή μέσα στην κοινωνία.

Ο τόπος εργασίας

Μερικά ψυχιατρεία διατηρούν ειδικά τμήματα από τα οποία περνάει οπωσδήποτε ένας άρρωστος που πρόκειται να βγει από το νοσοκομείο. Σ' αυτά τα τμήματα ένας ειδικευμένος υπάλληλος του υπουργείου εργασίας συνεργάζεται με τους γιατρούς, τον απασχολιοθεραπευτή και τον κοινωνικό λειτουργό το νοσηλευτή για να καταστρώσει ένα πρόγραμμα εργασίας που θ' ακολουθήσει στο μέλλον ο άρρωστος. Έτσι μπορούν να προταθούν πολλές λύσεις σ' αυτόν που βγαίνει από το νοσοκομείο.

Συχνά ο άρρωστος περνάει από ένα κέντρο επαγγελματικής αποκατάστασης, πράγμα που εξαρτάται από την ικανότητα και το δυναμικό του. Δυστυχώς τέτοιες μονάδες είναι λίγες και πρέπει να περιμένει κανείς πάρα πολύ μέχρις ότου γίνει δεκτός. Ο μαθητής ενός τέτοιου <<σχολείου>> παρακολουθεί διάφορα σεμινάρια για έξη περίπου εβδομάδες και περνάει από μια σειρά τέστς που γίνονται από κάποιον βιομηχανικό ψυχολόγο. Στο τέλος αυτής της περιόδου του δίνεται μία αναφορά, η οποία συνήθως πε-

ριλαμβάνει τα εξής:

α) Ο άρρωστος δεν είναι ακόμα ικανός για εργασία

β) Ο άρρωστος έχει την ικανότητα να δουλέψει ελεύθερα.

γ) Ο άρρωστος πρέπει να περάσει από ένα ακόμη κέντρο εκπαίδευσης που θα κρατήσει περίπου έξη ως εννέα μήνες. Μετά απ' αυτή μπορεί να δουλέψει ελεύθερα.

Σε πολλές πόλεις έχουν δημιουργηθεί κατάλληλες βιοτεχνίες, στις οποίες δουλεύουν σχιζοφρενείς κάτω από ειδικές συνθήκες. Οι βιοτεχνίες αυτές εξαρτώνται από μεγαλύτερα βιομηχανικά συγκροτήματα και προσφέρουν μία καλή ευκαιρία για δουλειά καθώς και μία πιο ειδικευμένη εκπαίδευση. Σε μικρότερο βαθμό τα κέντρα αποκατάστασης ενηλίκων, προσφέρουν βοήθεια σε σχιζοφρενείς με περιορισμένες ικανότητες.

Συμπαθητικοί και καλωσυνάτοι εργοδότες μπροούν ακόμα να προσφέρουν δουλειά που να ταιριάζει σ' αυτούς τους ψυχολογικούς αδύναμους ανθρώπους. Απλές και επαναληπτικές δουλειές που συχνά αποφεύγουν οι άλλοι λόγω της μονοτονίας που παρουσιάζουν είναι οι πιο κατάλληλες για τους σχιζοφρενείς. Συχνά χρειάζεται στενή συνεργασία ανάμεσα στον εργοδότη και τον κοινωνικό λειτουργό για να αντιμετωπισθούν οι αναπόφευκτες κρίσεις που οι περισσότερες ξεπερνιούνται αν αντιμετωπιστούν με λογική και διάθεση κατανόησης. Παρ' όλα αυτά πρέπει να γίνει κατανοητό ότι μοντέρνες τεχνικές μέθοδοι αλλάζουν τόσο γρήγορα τον μηχανικό εξοπλισμό τους, ώστε αυτές οι απλές δουλειές να γίνονται από τις μηχανές που έτοι αποκλείουν σιγά-σιγά τον ανειδίκευτο ή με περιορισμένες ικανότητες εργάτη. Έτσι στο μέλλον θ' αναγκαστούμε ν' αναθεωρήσουμε τη στάση μας απέναντι

στο σχιζοφρενή εργαζόμενο που θα μπορεί να δουλέψει μόνο μέσα στα ειδικά κέντρα εργασίας.

Σαν μία ακόμα εξέλιξη, τα οικοτροφεία συνδέονται όλο και περισσότερο με τέτοιους χώρους εργασίας ώστε ο σχιζοφρενής να εξαρτάται πλήρως απ'αυτά που δεν είναι πια παρά μία άλλη μορφή νοσοκομείου.

Χώρος διασκέδασης

Η αποκατάσταση του σχιζοφρενή αρχίζει από την περίοδο της θεραπείας. Τα περισσότερα ψυχιατρεία διαθέτουν μία λέσχη όπου οι άρρωστοι έρχονται σ'επαφή τόσο μεταξύ τους, όσο και με τον έξω κόσμο. Περισσότερο χρήσιμο είναι το να παρεμβάλλεται πριν την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο, μία περίοδο αναπροσαρμογής στον κοινωνικό τρόπο ζωής, ιδιαίτερα αν αυτό γίνεται μέσα σε λέσχες ανεξάρτητες από το νοσοκομείο. Οι άρρωστοι ενθαρρύνονται να αναλαμβάνουν την ευθύνη της οργάνωσης τέτοιων λεσχών με ελάχιστη υποστήριξη απ'έξω.

<<Κλινικές ημέρες>> που προσφέρουν κοινωνική και θεραπευτική αγωγή εξελίσσονται σιγά-σιγά σε μία ολοκληρωμένη προσπάθεια αντιμετώπισης του σχιζοφρενή.

Λέσχες νέων ανοίγουν τις πόρτες τους για τους αρρώστους, επιτρέποντάς τους ν'ανακατευτούν κάτω από κανονικές συνθήκες με υγιείς ανθρώπους. Η νεώτερη γενιά δείχνει να δέχεται περισσότερο αυτούς τους άτυχους της κοινωνίας απ'ότι οι μεγαλύτεροι. Έτσι η αναπροσαρμογή των αρρώστων και η αποδοχή τους από την κοινωνία γίνεται ευκολώτερη. Όσο σε περισσότερο χρόνο περνούν οι άρρωστοι έξω απ'το νοσοκομείο τόσο η κοινωνία τους συνηθίζει και τους δέχεται όπως είναι.

Το στίγμα του να είναι κανείς τρελλός εξακολουθεί να είναι πραγματικότητας και κάτι που δύσκολα ξεπερνιέται τόσο απ' τον ίδιο τον άρρωστο όσο και από το περιβάλλον του. Οι κοινωνικές επαφές όμως σιγά-σιγά διαλύουν τις αμφιβολίες, τις φοβίες, και τα λανθασμένα συμπεράσματα που κρύβονται πίσω από αυτό το φαινόμενο.

Επείγουσα βοήθεια

Βασικά η περισσότερη βοήθεια σ' έναν σχιζοφρενή που έχει φύγει από το νοσοκομείο, του δίνεται από τον παθολόγο του ή τα εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής.

Με την ανάπτυξη των κοινωνικών προγραμμάτων για τις διανοητικές αρρώστιες ο παθολόγος, ο ψυχίατρος και ο κοινωνικός λειτουργός συναντιούνται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Έτσι οι κρίσεις και οι δύσκολες καταστάσεις που περνά ο άρρωστος συζητούνται και αντιμετωπίζονται αμέσως. Η ανάλυση βέβαια των κρίσεων είναι κάτι πολύ χρήσιμο, αλλά οπωσδήποτε η πρόληψή τους είναι προτιμότερη από τη θεραπεία τους.

Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί διατηρούν αρχείο των αρρώστων της περιοχής τους και με την συμπράξη των παθολόγων επισκέπτονται και παρακολουθούν ιδιαίτερα τους πιο απομονωμένους απ' αυτούς. Η υπηρεσία <<κατ' οίκον νοσηλείας>> παίζει επίσης σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη και είναι ένα μεγάλο μέρος του μηχανισμού της έγκαιρης προειδοποίησης.

Η εκπαίδευση της κοινωνίας γύρω από θέματα ψυχικής υγείας είναι κάτι πολύ σοβαρό και βοηθάει άμεσα τους ψυχασθενείς με το να ενημερώνει το περιβάλλον τους για τον τρόπο

που πρέπει να τον αντιμετωπίζει και να του προσφέρει βοήθεια όταν χρειάζεται.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε δει να αναπτύσσονται προγράμματα <<Καλού Σαμαρείτη>>, τα οποία υλοποιούνται από εθελοντές που προσφέρουν πραγματική βοήθεια με το να επισκέπτονται, να φροντίζουν και γενικά να έχουν υπό την προστασία τους διάφορους αρρώστους. Οι σχιζοφρενείς δεν πρέπει πια να ζουν απομονωμένοι μακριά από την πραγματικότητα τριγυρισμένοι από τους φόβους τους. Η κοινωνία έχει πράγματι απλώσει ένα χέρι βοήθειας τόσο μέσα στα ψυχιατρεία όσο και στα σπίτια τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8ο

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρακάτω έρευνα, της οποίας το υλικό και τη μέθοδο θα αναφέρω σ' αυτή την εισαγωγή, ξεκίνησε από τις 2.9.1991 και ολοκληρώθηκε στις 7.12.1991.

Το υλικό που χρησιμοποιήσαμε ήταν 200 ανώνυμα ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν σε:

- α) 100 ασθενείς (ποσοστό 50%)
- β) 100 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 50%)

Τα ερωτηματολόγια περιείχαν κατανοητές ερωτήσεις και τοποθετημένες έτσι ώστε να είναι δυνατή η επιλογή των απαντήσεων που αντιστοιχούν στο κάθε άτομο. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους σχιζοφρενείς ασθενείς λόγω της μειωμένης διανοητικής τους ικανότητας συνοδεύτηκαν από τις ανάλογες επεξηγήσεις ώστε να καταστεί δυνατό να δοθούν απαντήσεις και από τους αναλήβητους. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι δόθηκαν παράλογες και ανάρμοστες απαντήσεις συγκριτικά με ένα φυσιολογικό άνθρωπο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι πολλοί πάσχοντες αναφέρθηκαν στο γεγονός ότι δέχθηκαν ελάχιστες επισκέψεις των ατόμων του οικογενειακού τους περιβάλλοντος κάτι που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Τα φυλλάδια των ερωτήσεων μοιράστηκαν σε άτομα που νοσηλεύονται στα εξής ψυχιατρικά ιδρύματα, στην <<Ψυχιατρική Κλινική>> του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου <<Άγιος Ανδρέας>> Πατρών>>, στην <<Ψυχιατρική Κλινική>> του Γενικού Κρατικού

Νοσοκομείου Αθηνών <<Ευαγγελισμός>> στις Ψυχιατρικές Κλινικές: α) του κ.Κοντογούνη Ζήση και β) του κ.Σπινάρη Νικόλαου στην Κοζάνη, καθώς και στο ψυχιατρικό ίδρυμα της Σταυρούπολης στη Θεσσαλονίκη.

Αντιθέτως με τα ερωτηματολόγια των ασθενών όπου πολλά σημεία δεν ήταν καλυμμένα επαρκώς τα ερωτηματολόγια του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν σωστά συμπληρωμένα και αξιολογήσιμα.

Κατά την προσωπική μας άποψη οι ερωτήσεις που δόθηκαν ήταν σημαντικές και ανάλογες με το πνευματικό τους επίπεδο και όσο το δυνατό σαφείς. Έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια να πλησιάσουμε το πρόβλημα πολύπλευρα χωρίς να φτάσουμε στο σημείο να θίξουμε ορισμένες πολύ λεπτές και προσωπικές τους πτυχές. Σκοπός μας ήταν να δούμε και να κατανοήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος της διανοητικής αναπηρίας των ατόμων τόσο από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα φυλλάδια των ερωτήσεων που διανεμήθηκαν θα μπορούσαν να ήταν περισσότερα αλλά λόγω της ιδιαιτερότητας του προβλήματος, της ελάχιστης πείρας μας και του περιορισμένου χρόνου, δεδομένου ότι αυτό το θέμα απαιτεί έρευνα χρόνων, ήταν πολύ δύσκολο να αναφερθούμε πιο διεξοδικά. Παρ'όλα αυτά τα συμπεράσματα της έρευνάς μας πιστεύουμε ότι είναι χαρακτηριστικά και αντιπροσωπευτικά του μικρού δείγματος ατόμων στο οποίο απευθύνθηκαν τα φυλλάδια.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν απλή μέθοδος των τριών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ασθενών σε συνάρτηση με το φύλο:

| <u>ΦΥΛΟ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ %</u> |
|-------------|------------------|
| ΑΝΔΡΑΣ | 56% |
| ΓΥΝΑΙΚΑ | 44% |

Στον πίνακα 1 φαίνεται ότι στους 100 ερωτηθέντες οι 56 ήταν άνδρες και οι 44 γυναίκες. Αυτό σημαίνει ότι η νόσος της σχιζοφρένειας προσβάλλει το ίδιο σχεδόν άνδρες και γυναίκες με ελαφρό προβάδισμα στους άνδρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση την ηλικία.

| <u>ΗΛΙΚΙΑ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ %</u> |
|---------------|------------------|
| 15-25 | 15% |
| 25-35 | 47% |
| 35-45 | 38% |

Στον πίνακα 2 είναι φανερό ότι υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με σχιζοφρένεια στην ηλικία των 25-35 ετών, χωρίς βέβαια να υπάρχει και πολύ μεγάλη απόκλιση των περιστατικών ηλικίας 35-45. Παρατηρούμε ότι τα άτομα τα οποία βρίσκονται μεταξύ 15-25 ετών παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό ασθένειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση τις γραμματικές τους γνώσεις.

| <u>ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΕΩΝ</u> |
|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΙ | 16% | 27% |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ | 32% | 33% |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ | 25% | 19% |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΛΥΚΕΙΟΥ | 16% | 15% |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΑΕΙ, ΤΕΙ | 11% | 6% |

Στον πίνακα 3, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και ασθενών και γονέων που ρωτήθηκαν ανήκει στην κατηγορία των απόφοιτων του δημοτικού το οποίο είναι αντίστοιχα 32% και 33%. Αντιθέτως το μικρότερο ποσοστό τόσο των ασθενών (11%) όσο και των γονέων (6%) ανήκει στους απόφοιτους των Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι. Ένα αρκετά σεβαστό ποσοστό ανήκει στις κατηγορίες των αποφοίτων γυμνασίου και δημοτικού. Τέλος είναι αρκετά σημαντικό το γεγονός ότι οι αναλφάβητοι γονείς είναι σχεδόν διπλάσιοι συγκριτικά με τους ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση την κληρονομικότητα:

| <u>ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|------------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 51% |
| ΟΧΙ | 36% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ | 13% |

Στον πίνακα 4 φαίνεται ότι η κληρονομικότητα είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση της σχιζο-

φρένειας, γεγονός το οποίο αποδεικνύεται από το υψηλό ποσοστό της έρευνάς μας (51%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση τη συχνότητα των επισκέψεων των συγγενικών προσώπων.

| <u>ΣΥΧΝΟΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ²</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|--|----------------|
| ΣΥΧΝΑ | 21% |
| ΣΠΑΝΙΑ | 34% |
| ΠΟΤΕ | 45% |

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι είναι πολύ μικρό, σχεδόν μηδαμινό, το ποσοστό των συγγενών (σύμφωνα πάντα με τα λεγόμενα των σχιζοφρενικών) οι οποίοι επισκέπτονται συχνά τους ασθενείς τους, ενώ το ποσοστό αυτών των ατόμων που επισκέπτονται σπάνια ή και καθόλου τους πάσχοντες φτάνει περίπου το 80%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση τον χαρακτηρισμό των σχέσεων που έδωσαν:

| <u>ΣΧΕΣΕΙΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|----------------|----------------|
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΕΣ | 17% |
| ΜΕΤΡΙΕΣ | 21% |
| ΑΣΧΗΜΕΣ | 24% |
| ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ | 38% |

Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι σε μεγάλο βαθμό, οι σχέσεις μεταξύ τους είναι ανύπαρκτες, καθώς επίσης και άσχημες, ενώ μόνο 38% δήλωσαν ότι οι σχέσεις τους είναι ικανοποιητικές ως μέτριες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση τη συχνότητα των επισκέψεων των φίλων και συναδέλφων τους.

| <u>ΣΥΧΝΟΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|----------------------------|----------------|
| ΣΥΧΝΕΣ | 47% |
| ΣΠΑΝΙΕΣ | 34% |
| ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ | 19% |

Από τον πίνακα 5 ότι τα φιλικά και συναδελφικά πρόσωπα επισκέπτονται σχεδόν το μισό ποσοστό των ασθενών, σε σύγκριση με τους άλλους μισούς όπου δέχονται σπάνια ή και δέχονται καθόλου τις επισκέψεις αυτών των ατόμων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Απαντήσεις των 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση τα άτομα που επιθυμούν να τα επισκέπτονται.

| <u>ΑΤΟΜΑ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|--------------|----------------|
| ΣΥΓΓΕΝΙΚΑ | 34% |
| ΦΙΛΙΚΑ | 37% |
| ΚΑΝΕΝΑ | 29% |

Στις παραπάνω απαντήσεις παρατηρούμε ότι τα ποσοστά των ασθενών κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα. Είναι αρμετάστα άτομα τα οποία δεν επιθυμούν να δέχονται επισκέψεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Απαντήσεις των 100 ερωτηθέντων πασχόντων σχετικά με την αντίμετώπισή τους από τους επισκέπτες των άλλων ασθενών.

| <u>ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-------------------|----------------|
| ΦΙΛΙΚΑ | 14% |
| ΨΥΧΡΑ | 19% |
| ΑΔΙΑΦΟΡΑ | 36% |
| ΜΕ ΟΙΚΤΟ | 31% |

Τα πιο πάνω στοιχεία δείχνουν ότι το μικρότερο ποσοστό των επισκεπτών των άλλων ασθενών είναι φιλική διάθεση σε σύγκριση με το υψηλό άθροισμα των άλλων (86%) που η στάση τους απέναντι στους άλλους πάσχοντες είναι αρνητική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Απαντήσεις των 100 ερωτηθέντων ασθενών σε σχέση με το αν θέλουν να έχουν φίλιες με τους άλλους ασθενείς.

| <u>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-----------------|----------------|
| ΝΑΙ | 79% |
| ΟΧΙ | 21% |

Οι παραπάνω απαντήσεις δείχνουν τη σημασία της ανάγκης τους για επικοινωνία με τους άλλους ασθενείς καθώς επίσης και ότι ένα μικρό ποσοστό αρνείται την συναναστροφή με τα άλλα άτομα.

Από τους 79 ασθενείς που απάντησαν ότι θέλουν να έχουν φιλικές σχέσεις με τους ομοιοπαθείς τους οι 42 δήλωσαν ότι τους δέχονται για φίλους οι υπόλοιποι (37) συναντούν πρόβλημα στην προσπάθειά τους να δημιουργήσουν φιλίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Απαντήσεις των 100 ερωτηθέντων με βάση τις σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό.

| <u>ΣΧΕΣΕΙΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-------------------------|----------------|
| ΑΡΙΣΤΗ | 14% |
| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣΩΣ ΜΕΤΡΙΑ | 36% |
| ΟΧΙ ΚΑΛΗ | 31% |
| ΤΥΠΙΚΗ | 19% |

Στον πιο πάνω πίνακα παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει ευνοϊκό κλίμα στις σχέσεις μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών. Αυτό αποδεικνύεται από το ελάχιστο ποσοστό του 14% των ασθενών που απάντησαν ότι οι σχέσεις τους είναι άριστες. Δεν πρέπει επίσης να αγνοήσουμε ότι ένα 19% θεωρεί τυπική την επαφή τους με τους νοσηλευτές γεγονός το οποίο δημιουργεί κλίμα ψυχρότητας και αποθάρρυνσης στους ίδιους τους πάσχοντες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ασθενών με βάση την επιθυμία τους για επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό και κατά πόσο το προσωπικό το αποδέχεται:

| <u>ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-------------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 67% |
| ΟΧΙ | 33% |

Τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν το μέγεθος του προβλήματος της επικοινωνίας των ασθενών, οι οποίοι επιθυμούν να μιλήσουν με το προσωπικό για το άτομό τους, ενώ αρκετά υπολογίσιμο είναι και το ποσοστό αυτών που θέλουν να κλειστούν στον εαυτό τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε υποερώτηση που έγινε σ' αυτούς

τους 67 ασθενείς που δήλωσαν να είναι μόνο 37 απάντησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δέχεται πρόθυμα αυτήν τους την ανάγκη για εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους.

Το προσωπικό θα πρέπει να συμπεριφέρεται σωστά και αντικειμενικά σε όλους τους ασθενείς, να είναι συνεργάσιμο ώστε να κερδίσουν την εμπιστοσύνη τους για περαιτέρω συνεργασία μαζί τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Απαντήσεις των 100 ερωτηθέντων ασθενών σχετικά με το τι παραπάνω πιστεύουν ότι θα βοηθούσε στην αποκατάσταση της ψυχικής υγείας τους:

| <u>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|--|----------------|
| Απόδοξικότερη συμπεριφορά | 27% |
| Βελτίωση και ίδρυση ψυχιατρείων | 14% |
| Ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου | 18% |
| Όλα τα παραπάνω | 41% |

Από τις παραπάνω απαντήσεις παρατηρούμε ότι από τους 100 ασθενείς που ρωτήθηκαν οι 41 απάντησαν ότι θεωρούν όλες τις προτάσεις μαζί σαν ένα θετικό μέσο βοήθειας για τη θεραπεία τους. Αμέσως μετά έρχεται το ποσοστό των 21 πασχόντων, που δήλωσαν ότι επιθυμούν μία καλύτερη αντιμετώπιση των συγγενικών τους προσώπων, φίλων, συναδέλφων κ.λπ.. Υπήρξαν ορισμένες απαντήσεις οι οποίες θεωρούν σαν παράγοντες καλύτερης παροχής βοήθειας στη θεραπεία τους την ίδρυση νέων ψυχιατρείων καθώς και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας γενικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών όσων αφορά το χρόνο εργασίας τους σε ψυχιατρικό τμήμα.

| <u>ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-------------------------|----------------|
| 1-4 | 19% |
| 4-8 | 46% |
| 8-16 | 35% |

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι τα περισσότερα χρόνια εργασίας (4-8) τα έχουν το 46% των νοσηλευτών, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (35%) έχουν αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας στα ψυχιατρικά τμήματα. Επίσης υπάρχουν και νέοι νοσηλευτές σ' αυτά τα τμήματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών σχετικά με το αν η εργασία τους στο ψυχιατρικό τμήμα ήταν δική τους επιλογή:

| <u>ΕΠΙΛΟΓΗ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|----------------|----------------|
| ΝΑΙ | 44% |
| ΟΧΙ | 56% |

Ενδεικτικό των αποτελεσμάτων του πίνακα 15 είναι το ότι αρκετά άτομα δεν επιλέγουν το συγκεκριμένο τμήμα για χώρο εργασίας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών με βάση του αν είναι ευχαρισμένοι από τις συνθήκες εργασίας τους.

| <u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΙ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-----------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 37% |
| ΟΧΙ | 63% |

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων σε ψυχιατρικό τμήμα δεν είναι ικανοποιημένοι απ' τις συνθήκες δουλειάς που επικρατούν στο τμήμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ατόμων του νοσηλευτικού/προσωπικού σχετικά με το αν πιστεύουν ότι υπάρχει δυνατότητα επανένταξης των σχιζοφρενών στην κοινωνία.

| <u>ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-------------------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 64% |
| ΟΧΙ | 36% |

Τα παραπάνω στοιχεία φανερώνουν ότι 64 άτομα του προσωπικού πιστεύουν στην επανένταξη των σχιζοφρενών στην κοινωνία γεγονός το οποίο είναι αρκετά ενθαρρυντικό, ενώ 36 δήλωσαν όχι. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να υπάρχει ιδιαίτερη αντιμετώπιση αυτών και αίσθημα αποδοχής από την ίδια την κοινωνία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ατόμων του προσωπικού με βάση την εκδήλωση ανησυχίας σε περίπτωση μελλοντικής συνεργασίας με σχιζοφρενή.

| <u>ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|---------------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 33% |
| ΟΧΙ | 23% |
| ΑΔΙΑΦΟΡΩ | 44% |

Συμπέρασμα του πίνακα 18, είναι ότι αποτελεί ανησυχητικό φαινόμενο το υψηλό ποσοστό των ατόμων του νοσηλευτικού προ-

σωπικού που δήλωσαν αδιαφορία αλλά και ανησυχία για μελλοντική συνεργασία με σχιζοφρενή ή συνάδελφο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού με βάση τη γνώμη τους σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας.

| <u>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|--------------------------------|----------------|
| α | 37% |
| β | 63% |

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ρωτήθηκαν δέχτηκαν ότι εκτός απ' τα οργανικά αίτια συμβάλλει στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας και η ίδια η συμπεριφορά του κοινωνικού συνόλου η οποία πολλές φορές επιδρά αρνητικά στον πάσχοντα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης τους από τους σχιζοφρενείς ασθενείς.

| <u>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-----------------|----------------|
| ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ | 21% |
| ΦΟΒΟΣ | 52% |
| ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΤΗΤΑ | 27% |

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι μισοί σχεδόν από τους ασθενείς εξακολουθούν ακόμη και σήμερα να βλέπουν με φόβο το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ το μικρότερο ποσοστό αδιαφορεί και το 27% προσπαθεί να αναπτύξει και να διατηρήσει πνεύμα συνεργατικότητας μ' αυτό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών σχετικά απ' την αντιμετώπιση τους από τους επισκέπτες των ασθενών.

| <u>ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|---------------------|----------------|
| ΑΑΔΙΑΦΟΡΗ | 49% |
| ΦΙΛΙΚΗ | 51% |

Από την παραπάνω κάτανομή προκύπτει ως συμπέρασμα ότι τα ποσοστά είναι σχεδόν ανάλογα μεταξύ τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού με βάση την πρωτοβουλία διοργάνωσης προγραμμάτων ψυχαγωγίας για τους σχιζοφρενείς ασθενείς τους.

| <u>ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|--------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 71% |
| ΟΧΙ | 29% |

Ενδεικτικό και ταυτόχρονα ενθαρρυντικό του πίνακα 22 είναι ότι υπάρχει προθυμία και διάθεση από τα άτομα της θεραπευτικής ομάδας για διασκέδαση και απασχόληση των σχιζοφρενών ώστε να μην απομονώνονται και απομακρύνονται από τους άλλους γεγονός το οποίο αποτελεί αρνητικό παράγοντα της θεραπείας των πασχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών με βάση το βαθμό συμμετοχής του προσωπικού.

| <u>ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|--------------------------|----------------|
| ΜΕΓΑΛΗ | 38% |
| ΜΕΤΡΙΑ | 32% |
| ΜΙΚΡΗ | 21% |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 9% |

Από τα πιο πάνω στοιχεία προκύπτει το συμπέρασμα ότι το μεγαλύτερο σύνολο των νοσηλευτών απάντησαν πως υπάρχει μεγάλη ως μέτρια συμμετοχή σε ποσοστό 70%, ενώ η μικρή ως καθόλου συμμετοχή κυμαίνεται στο ποσοστό του 30%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ενθάρρυνση ή αποθάρρυνση αυτών για την ανάληψη πρωτοβουλιών σε συνάρτηση με τις σημερινές συνθήκες εργασίας.

| <u>ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|--------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 26% |
| ΟΧΙ | 74% |

Η κατανομή του πίνακα 24 δείχνει ότι οι σημερινές συνθήκες δε βοηθάνε και δεν ενθαρρύνουν το νοσηλευτικό προσωπικό για τη διοργάνωση και εκτέλεση προγραμμάτων απασχόλησης, ψυχαγωγίας κ.τ.λ., γεγονός το οποίο το δηλώνει το ποσοστό του 74%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών με βάση το αν πιστεύουν ότι είναι η βοήθεια των συγγενών από φίλους, οικεία πρόσωπα κ.λπ. θετικός παράγοντας για τη θεραπεία τους:

| <u>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-----------------|----------------|
| α | 79% |
| β | 21% |

Από τα στοιχεία του πίνακα 25 παρατηρούμε ότι από το σύνολο των 100 ατόμων που ρωτήθηκαν οι 79 πιστεύουν πως όντως η νόσος της σχιζοφρένειας μπορεί να θεραπευθεί σε σημαντικό βαθμό αν δοθεί η κατάλληλη προσοχή και βοήθεια σ' αυτούς τους πάσχοντες γεγονός το οποίο είναι σημαντικό για μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και των άλλων νοσηλευτών-τριών και κατ' επέκταση της του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη συνεργατικότητα του ιατρικού και του άλλου προσωπικού του ιδρύματος.

| <u>ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|------------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 24% |
| ΔΕΝ ΕΠΑΡΚΕΙ | 42% |
| ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ | 34% |

Ανησυχητικό είναι το συμπέρασμα που πηγάζει από τον πίνακα 26 όπου είναι ορατό ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 24% του συνόλου απάντησαν ότι είναι ευχαριστημένοι με τη συνεργασία έτσι όπως είναι διαμορφωμένη η οποία ευνοείθετικά τη θεραπεία του ασθενή. Εξίσου απογοητευτικό είναι ότι το 76% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών απήντησαν ότι η συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό του ιδρύματος δεν επαρκεί ή δεν υπάρχει καθόλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού με βάση τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ενημέρωσης τους σε θέματα ψυχικής υγείας.

| <u>ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|--------------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 67% |
| ΟΧΙ | 33% |

Από τον πίνακα 27 είναι εύκολο να παρατηρήσει κανείς ότι μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι συμμετείχαν σε διάφορα συνέδρια για την διεύρυνση των γνώσεων τους γύρω από την ψυχική υγεία, δεδομένου ότι η πλατιά γνώση και ενημέρωση γύρω από το τεράστιο πρόβλημα της σχιζοφρένειας μπορούν να οδηγήσουν στην μείωση των σχιζοφρενικών περιστατικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Κατανομή των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών σχετικά με την επάρκεια των προγραμμάτων διαφώτισης του κοινού.

| <u>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</u> | <u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u> |
|-----------------|----------------|
| ΝΑΙ | 36% |
| ΟΧΙ | 64% |

Από τις παραπάνω απαντήσεις βλέπουμε ότι δεν είναι αρκετή η προσπάθεια της πολιτείας για την ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού με διάφορες διαλέξεις, δημοσιεύματα κ.λπ. για την πρόληψη ή ακόμα και την αποκατάσταση της νόσου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Απαντήσεις των 100 ερωτηθέντων ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού με βάση το αν πιστεύουν ότι τα σημερινά ψυχιατρεία καλύπτουν τον σκοπό ιδρύσεώς τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|
| ΝΑΙ | 24% |
| ΟΧΙ | 76% |

Απ' την παραπάνω κατανομή προκύπτει το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες οργάνωσης και παροχής βοήθειας των ψυχιατρικών ιδρυμάτων για να καλύψουν το σκοπό ιδρύσεώς τους στην Ελλάδα. Είναι σχεδόν μηδαμινό το ποσοστό (24%) που δέχεται ότι τα ψυχιατρεία πληρούν τους κανόνες λειτουργίας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Απαντήσεις των 100 ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριών σχετικά με τις λύσεις και τα μέτρα που πρέπει να δοθούν για μία καλύτερη θεραπεία των σχιζοφρενών ασθενών

| ΜΕΤΡΑ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-------------------------------------|---------|
| ΙΔΡΥΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ | 6% |
| ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΝΤΩΝ | 13% |
| ΜΕΓΑΛΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | 5% |
| ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | 3% |
| ΣΩΣΤΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | 6% |
| ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ-ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ | 3% |
| ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ | 60% |
| ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΠΡΟΤΑΣΗ | 40% |

Οι ανωτέρω απαντήσεις μας φανερώνουν ότι 60 από τα 100 ερωτηθέντα άτομα δέχονται σαν μέσο βοήθειας των σχιζοφρενών ασθενών το συνδυασμό όλων των προαναφερθέντων μέτρων. Τονίσθηκε ιδιαίτερα σαν θετικός παράγοντας για τη σωστή λειτουργία των ψυχιατρικών ιδρυμάτων η σημαντική βελτίωση των ήδη υπαρ-

χόντων. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 4% πρότεινε κάποιες άλλες λύσεις και ενέργειες. Αυτές οι λύσεις ήταν κατάργηση των κλειστών ψυχιατρείων και δημιουργία ανοιχτών καθώς και ιδιαίτερα σημασία στη νοσηλεία που παρέχεται στους νοσηλευτές κατ'οίκον.

ΕΥΖΗΤΗΣΗ

Η ψυχική μας υγεία. Να τολμήσουμε να πούμε πως είναι το καθημερινό μας πρόβλημα ή θα ήταν υπερβολή; Και όμως ακούμε τόσο πολύ συχνά για το ψυκικό τραύμα, σε σχέση με το περιβάλλον μας, με τα παιδιά μας, ακόμα και με τους οικιακούς μας συντρόφους, τα ζώα.

Το συνθετικό ψυχή, σε κάθε λέξη, δημιουργεί και μία σκέψη που προσπαθεί να διεισδύσει στα άδυτα της ψυχής μας. Καθημερινά. Προσοχή, μη δημιουργήσουμε ψυχικό τραύμα. Πληθαίνουν οι ψυχολόγοι, οι ψυχίατροι, οι ψυχαναλυτές. Κάθε άτομο έχει και τον δικό του ψυχικό σύμβουλο. Κέντρα ψυχικής υγιεινής. Σταθμοί συμβουλευτικοί. Η λέξη <<άγχος>>, ο καθημερινός εφιάλτης. Οι κοινωνικές δομές, η προβολή της βίας, οι πολυάνθρωπες πόλεις, η έλλειψη επικοινωνίας, ο <<πλησίον>> των αλλοτινών εποχών είναι πλέον μία ιστορική φιγούρα. Και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία πλήρη. Γεμίζουν κάθε μέρα από άτομα με αγχώδη νεύρωση, με κατάθλιψη, με μελαγχολία, άτομα τα οποία πάσχουν από σχιζοφρένια.

Από τις διάφορες μελέτες που έχουν γίνει προκύπτει ότι τα άτομα αυτά προέρχονται από τις φτωχότερες κοινωνικές τάξεις. Στην αρχή των ερευνών υποστηρίχθηκε ότι το καθημερινό άγχος της φτωχικής ζωής μαζί με την προδιάθεση του ατόμου αποτελούσαν την αιτιολογία εμφάνισης της σχιζοφρένιας. Με τα σημερινά δεδομένα η νόσος οφείλεται σε σωματικά και ψυχολογικά αίτια αλλά παίζει σημαντικό βαθμό στην επιδείνωση αυτής και η καταναλωτική κοινωνία του πλούτου και των βιοτικών αγαθών που καταργεί και αποπροσωποειεί κάθε επικοινωνία και σχέση του ατόμου.

Η θεωρία αυτή υποστηρίζεται από τους DELOY και DENIKER οι οποίοι διαπιστώσανε μετά από πολύχρονες έρευνες ότι η ομάδα των ατόμων που είναι κατ'εξοχήν επιρρεπής στη νόσο της σχιζοφρένειας είναι τα άτομα που ζουν σε μοναχικούς και απομακρυσμένους τόπους για παράδειγμα οι Βόρειες Σκανδιναβικές χώρες. Επίσης εξασκούν επαγγέλματα τα οποία απαιτούν απομόνωση για την εξάσκησή τους όπως το εμπορικό ναυτικό.

Κάθε τέσσερα χρόνια γίνονται τα παγκόσμια ψυχιατρικά συνέδρια σε μία διαφορετική πρωτεύουσα με τη συμμετοχή χιλιάδων ψυχιάτρων σε συνέδρους. Ανακοινώσεις, επιτεύξεις, προτάσεις. Κάθε τετραετία, λοιπόν, αναμένεται και η ανακοίνωση που θα συνταράξει τον κόσμο. Ο εγκέφαλος στην πάλαμη της επιαιτήμης. Το καινούργιο φάρμακο. Η είσοδος η μυστική που θα οδηγήσει και πάλι στο σχιζοφρενή ασθενή μετά τη θεραπεία του στο πλαίσιο και στη ζωή της κοινωνίας. Παρ'όλα αυτά όμως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 30%-40% των ατόμων που έχουν θεραπευθεί ξαναεμφανίζουν ψυχωτικό επεισόδιο και η έκβαση δεν είναι η πλήρους αποκατάστασης ενώ ποσοστό 25-35% μπορεί να επανέλθει στην αρχική κατάσταση πριν απ'την αρρώστια. Επίσης υπάρχει ένα ποσοστό 10-20% που βρίσκονται σε προχωρημένο βαθμό και βαδίζουν προς την άνοια.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία ενός Άγγλου ερευνητή του WING οι πιθανότητες κοινωνικής αποκατάστασης των σχιζοφρενών έχουν τον εξής διαχωρισμό:

I. Είναι η επιβίωση αδύνατη έξω από το νοσοκομειακό ίδρυμα για ένα ποσοστό της τάξεως 11%.

II. Τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα τα οποία δεν επιτρέπουν την οικονομική ανεξαρτησία τους, αλλά χρειάζονται κάποια

επίβλεψη καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως 17%.

III. Τα άτομα που δεν είναι σε θέση να εργαστούν αλλά είναι οικονομικά εξαρτημένοι χωρίς να παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως 16%.

IV. Τα άτομα τα οποία έχουν τη δυνατότητα κοινωνικής επανένταξης και οικονομικής ανεξαρτησίας καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως 49%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα βασικά προβλήματα του ασθενή με σχιζοφρένεια είναι η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση, η ορθή σύγχρονη και κατάλληλη θεραπεία, η συστηματική ιατρική παρακολούθηση σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της ομάδας αποκατάστασης και η κοινωνική προσαρμογή.

Σοβαρά προβλήματα δημιουργούνται όχι μόνο στην οικογένεια αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο από την παρουσία ενός ατόμου με σχιζοφρένεια, γιατί όπως ειπώθηκε στο τελευταίο συνέδριο η βάση της ψυχικής υγείας ξεκινάει από το άτομο και κατάβηγει στο έθνος. Πως μπορούμε να μιλάμε για υγιή κοινωνία όταν ορισμένα από τα κύτταρα που την αποτελούν παρουσιάζουν διανοητική αναπηρία;

Με τα σημερινά δεδομένα όμως τα ολόγυμνα άτομα που περιφέρονται μέσα σε κλουβιά σε ζώδη κατάσταση, που άφριζαν και επιτίθεντο, είναι γραμμένα στα ιατρικά χρονικά. Όχι πως δεν υπάρχουν, όπως μας πληροφόρησαν οι αρμόδιοι του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, αλλά γιατί δεν αφήνει η επιστήμη να φτάσουν ως εκεί. Με την πρόληψη, στα πρώτα στάδια. Με την ανθρώπινη μεταχείριση. Με τις καινούργιες επιτεύξεις της επιστήμης. Με την αποδεκτικότερη και βελτίωση της συμπεριφοράς των ατόμων του κοινωνικού συνόλου. Όλα αυτά όμως είναι οράματα τα οποία μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη βελτίωση των ιδρυμάτων, την ειδίκευση του προσωπικού, την κάλυψη των θέσεων των ψυχιατρείων, με νοσηλευτικό προσωπικό, τις σωστές συνθήκες εργασίας και με την ευαισθητοποίηση της πολιτείας και της κοινωνίας.

Επίσης η ίδια η πολιτεία πρέπει να ενημερώνει το κοινό για να μπορέσει να κατανοήσει και να σεβαστεί την ιδιαιτερότητα του ατόμου με το πρόβλημα της ψυχικής διαταραχής. Σήμερα το κοινό σε σύγκριση με τα παλαιότερα χρόνια έχει αρχίσει να πληροφορείται με τα διάφορα προγράμματα ενημέρωσης και διαφώτισης για το θέμα της ψυχικής υγείας. Ως ένα σημείο βέβαια. Τα θαύματα δεν γίνονται από τη μία εποχή στην άλλη. Τα κατάλοιπα έχουν κληρονομηθεί. Και αυτά τα κατάλοιπα πασχίζουν σήμερα όλοι όσοι ασχολούνται με το θέμα, να τα ελαττώσουν ως την εξαφάνισή τους. Ένα από τα πρωταρχικά καθήκοντα όχι μόνο των ψυχιατρείων αλλά και κάθε νοσοκομειακού ιδρύματος είναι και η ενημέρωση του κοινού. Είναι πλέον γνωστό πως η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση για κάτι που δεν πάει καλά στο άτομο, είναι το σωστότερο φάρμακο για να μη γίνει ο πάσχων «ο τρελλός του χωριού». Για να μη γίνει ο χρόνος ψυχασθενής.

Δύο πολύ σημαντικά «ψυχοφάρμακα» είναι η αυτοπεποίθηση και η κοινωνικότητα. Πως ν' αποβληθεί η απόρριψη του ατόμου και να σπάσει το φράγμα που τον αποκλείει στην άλλη όχθη, με την ένδειξη του διαφορετικού. Για το σκοπό αυτό πρέπει να ενθαρρύνονται σε πρωτοβουλία για τη διοργάνωση συλλογικών εκδηλώσεων. Να συμμετέχουν σ' αυτά αέστω και παθητικά με τους άλλους ασθενείς, να δημιουργούν φιλίες και με το νοσηλευτικό προσωπικό, να μιλάνε για τον εαυτό τους και να μην απομονώνονται. Να μπορούν να καλλιεργήσουν αλλά και να τους καλλιεργηθεί με την καάλληλη αντιμετώπιση τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από το προσωπικό του ιδρύματος το αίσθημα του αυτοσεβασμού και αυτοπεποίθησης, απαραίτητο στοιχείο ανάπτυξης, διαβίωσης και συμβίωσης.

Οι σχιζοφρενείς ασθενείς παραμελούν τον εαυτό τους και

δεν χρησιμοποιούν όλες τις δυνάμεις τους. Το νοσηλευτικό αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό πρέπει να τους παρακολουθεί και να τους ενθαρρύνει σε δραστηριότητα. Να έχει υπομονή και να ακούει τον ασθενή και να παρακολουθεί άγρυπνα τις πράξεις του, ελεύθερο από προκαταλήψεις. Το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον πρέπει να διατηρήσει σε ομαλό επίπεδο τις σχέσεις του με τον ασθενή, να τον βοηθούν, να τον επισκέπτονται γιατί συμβαίνει πολλές φορές ο πάσχων να λησμονιέται από συγγενείς και φίλους. Όλα τ'ανωτέρω σε συνδυασμό με το σωστό και κατάλληλο θεραπευτικό σχέδιο μειώνουν τις τάσεις αποξένωσης του ψυχασθενή, δημιουργούν ευκαιρίες και πνεύμα συνεργασίας με τον περίγυρό του σχηματίζουν φιλικούς και οικογενειακούς δεσμούς και δημιουργούνται έτσι οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την επανένταξη του και πάλι στην κοινωνία. Προετοιμάζεται και προμηθεύεται με τα κατάλληλα εφόδια για την ομαλή και φυσιολογική του πορεία μέσα στην οικογένεια, μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η επανένταξη του σχιζοφρενή στην κοινωνία είναι ένα τολμηρό βήμα. Το πόσο τολμηρό είναι φαίνεται από το μεγάλο αριθμό των ατόμων που ξαναεμφανίζουν ψυχωτικά επεισόδια. Αυτονόητο είναι ότι το θεραπευμένο άτομο έχει κάποιες ειδικές ανάγκες. Η σχέση με την οικογένεια και με τους συνανθρώπους του όμως οιγά-οιγά περνά σε φυσιολογικό επίπεδο. Η οικογένεια φοβάται, ανησυχεί, κείναι σε επιφυλακή και πολλές, πάρα πολλές φορές η απόρριψη είναι τελειωτική. Το ίδιο συμβαίνει και με τα άτομα του κοινωνικού συνόλου. Σ'αυτά τα σημεία ακριβώς χρειάζεται χρόνος και παιδεία για να σπάσουν τα φράγματα και να ομαλοποιηθεί η σχέση.

Η απόρριψη όμως του ψυχασθενή είναι ένα γεγονός που συμβαίνει και στα αρχικά στάδια της εμφάνισης της διανοητικής του αναπηρίας. Το οικογενειακό του περιβάλλον τον εγκαταλείπει μέσα στο ίδρυμα και πολλές φορές αναγκάζονται οι αρμόδιοι να μεταχειριστούν ένδεια μέσα γύρω να πάρουν το θεραπευμένο ασθενή τους. Ντρέπεται η οικογένεια γιατί υπάρχει ένας πάσχων, ένας τρελλός ανάμεσά της. Και αυτό δεν είναι τρόπος του λέγειν ούτε φιλολογία. Πρέπει να βοηθήσει, να συμβουλευθεί έναν ειδικό και να μην εθελουφλεί μπροστά στο πρόβλημά που εμφανίστηκε στον άνθρωπό τους. Να πάψει το κάθε άτομο να βλέπει τον ασθενή, είτε ένας πατέρας, σύζυγος, αδερφή κ.λπ. σαν το στίγμα, τη ντροπή της οικογένειας.

Λυπηρό είναι το ποσοστό των ασθενών το οποίο ανέρχεται στον αριθμό 34% ότι δέχονται επισκέψεις από συγγενικά άτομα. Επίσης τεράστια σημασία έχει το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας που ένα ποσοστό 27% ήταν αναλφάβητοι και ένα 33% ήταν απόφοιτοι δημοτικού.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ένας βασικός παράγοντας στην εμφάνιση της νόσου είναι η κληρονομικότητα. Ένα ποσοστό 51% απήντησε πως στο ίδιο γένος υπήρχαν παρόμοια συμπτώματα.

Επίσης ένας άλλος προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης της ψυχικής δυσλειτουργίας της νόσου αυτής είναι η συμπεριφορά της κοινωνίας, η κοινωνική απόρριψη. Το κυνηγητό.... το πείραγμα για να διασκεδάσουμε, η επιθετικότητα των παιδιών για... να παίξουν, δημιουργούν μία έξαρση στο πρώτο εμφανιζόμενο ψυχικό νόσημα, που μπορεί να είναι και μία απλή ιδιαιτερότητα της συμπεριφοράς του ατόμου προς το κοινωνικό σύνολο που του επιτίθεται και του κρεμάει τη μούρη πινακί-

δα με την ένδειξη <<ο τρελλός του γιατρού>>.

Θα πρέπει η κοινωνία να οργανωθεί να γίνει η ίδια ένα είδος ασύλου και να τους φροντίσουμε πραγματικά. Αφού ο άνθρωπος είναι άγνωστος και ανεξιχνίαστος πως μπορούμε εμείς οι ίδιοι να τον αγνοούμε και να τον καταδικάζουμε; Είναι υποχρέωση όλων μας να στηρίζουμε όλα τα άτομα να επιβιώσουν, όσο πλάστης τους επιτρέπει και να προσπαθούμε να τα βοηθήσουμε να ανακαλύψουν τις δυνατότητές τους.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η νόσος της σχιζοφρένειας είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Είναι κάτι που κάθε άτομο είναι υποχρεωμένο να αντιμετωπίσει. Για όλους μας υπάρχει μία πόρτα που οδηγεί στην τρέλλα και μπορεί να είναι ένα δυνατό ποτό, ένα όνειρο, ένας επιίαλτης ή κάποια στιγμή που είτε από θυμό είτε από φόβο χάνουμε τα λογικά μας.

Για να μπορέσουμε να καταλάβουμε, να κατανοήσουμε ακόμη και να βοηθήσουμε τους πάσχοντες πρέπει να δούμε πρώτα ότι και ο σχιζοφρενής είναι πάνω απ'όλα άνθρωπος, πλάσμα του θεού που έχει χαθεί σ'έναν λαβύρινθο και χρειάζεται κάποια προστασία, κάποιο χέρι να κρατηθεί για να μπορέσει να βρει την πόρτα της εξόδου.

Ας φανταστώμε λίγο πως μπορεί να είναι ένα ψυχιατρείο με την αναπόφευκτη ασχήμια του, τα απελπιστικά του θεάματα και με τι ισοδυναμεί η είσοδος κάποιου ατόμου σε άσυλο. Ισοδυναμεί με στίγμα: μία φορά να βρεθεί εκεί μέσα και για πολλούς έχει πια ταξινομηθεί. Ο εισαγόμενος πήρε τη σφραγίδα-σημα κατατεθέν της αρρώστιας του. Κι όμως αυτοί που δε στοιβάχθηκαν σ'ορισμένους υπερπλήθεις θαλάμους ή ποτέ δεν είχαν την ευκαιρία να επισκεφθούν τους αρρώστους σ'αυτούς τους χώρους δεν μπορούν να καταλάβουν και τη φρίκη (και αυτή η λέξη δεν είναι αρκετά δυνατή) των συνθηκών που ζουν αυτοί που τους έτυχε το χειρότερο.

Σε μια εποχή εξέλιξης και υλιγγιώδους ανάπτυξης υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι χαντακωμένοι από τους υπόλοιπους ζω-

ντανούς, πεπασμένοι σαν κάτι άχρηστο και σπασμένο σ'ένα σωρό σκουπίδια. Ύπάρχουν ορισμένοι άνθρωποι τους οποίους τους έχει απαρνηθεί όχι μόνο η κοινωνία αλλά ακόμη και η ίδια τους η οικογένεια. Πως μπορούμε λοιπόν να ζήσουμε ήσυχoi και ήρεμοι μέσα σε μία ζούγκλα όπου το πρωταρχικό μέλημα του κάθε ατόμου είναι η επιβίωση, πράγμα που συνεπάγεται την καταστροφή ή τουλάχιστον τον σκληρό ανταγωνισμό των άλλων;

Για να επιβιώσουμε δεν μπορούμε να αναρωτιόμαστε συνεχώς και να σκεφτόμαστε όλη μέρα το θάνατο που μας παραμονεύει ή την κόλαση που έχει ο καθένας μέσα του. Ίσως είναι εξοικονόμηση ενέργειας να μη φθειρόμαστε και να μη σπασοκεφαλιάζουμε αλλά σίγουρα έτσι κλεινόμαστε στο καβούκι μας βάζουμε την πανοπλία μας και στο βάθος δεν είμαστε πραγματικά ελεύθεροι.

Πρέπει να ταρακουνηθούμε, να δούμε την αλήθεια όπως πραγματικά είναι και να μην αμυνόμαστε απέναντί της σαν να ήταν εχθρός. Ν'ανοίξουμε τ'αυτιά μας στις φωνές απελπισίας των σχιζοφρενών, ν'απλώσουμε το χέρι μας να τους συμπαρασταθούμε και να τους βοηθήσουμε, να αγωνιστούμε για να έρθουν για όλους μας καλύτερες μέρες. Μέρες που δε θα φοβόμαστε να κοιτάξουμε στα μάτια των άλλων, μέρες που θα μας επιτρέψουν να μαζέψουμε τις στάχτες μας και να ξανασυναρμολογήσουμε τις διαλυμένες ψυχές μας, να κολλήσουμε τις σχισμένες φωτογραφίες. Μέρες που θα μπορούμε να πούμε ο ένας στον άλλον: Σ'αγαπώ και θα αγωνιστώ και για σένα και για μένα, για όλους μας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

-Φύλλο

α) Άνδρας

β) Γυναίκα

-Ποιές οι γραμματικές σας γνώσεις;

α) Αναλφάβητος

β) Απόφοιτος Δημοτικού

γ) Απόφοιτος Γυμνασίου

δ) Απόφοιτος Λυκείου

ε) Απόφοιτος Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι.

-Ποιές οι γραμματικές γνώσεις των γονέων σας;

α) Αναλφάβητοι

β) Απόφοιτοι Δημοτικού

γ) Απόφοιτοι Γυμνασίου

δ) Απόφοιτοι Λυκείου

ε) Απόφοιτοι Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι.

-Υπήρχε ή υπάρχει άλλο άτομο στο συγγενικό σας περιβάλλον με παρόμοια ή όσο;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν απάντησαν

-Σας επισκέπτονται τα συγγενικά σας πρόσωπα;

α) Συχνά

β) Σπάνια

γ) Ποτέ

-Ποιές είναι οι σχέσεις σας με τα συγγενικά σας άτομα;

α) Ικανοποιητικές

β) Μέτριες

γ) Άσχημες

δ) Δεν υπάρχουν

-Οι επισκέψεις των φίλων σας ή των συναδέλφων σας είναι:

α) Συχνές

β) Σπάνιες

γ) Δεν υπάρχουν

-Ποιά πρόσωπα θέλετε να σας επισκέπτονται;

α) Συγγενικά

β) Φιλικά

γ) Κανένα

-Πως σας αντιμετωπίζουν οι επισκέπτες των άλλων ασθενών;

α) Φιλικά

β) Ψυχρά

γ) Αδιάφορα

δ) Με οίκτο

-Θέλετε να έχετε φιλίες με τους άλλους ασθενείς;

α) Ναι

β) Όχι

-Αν και οι άλλοι ασθενείς σας δέχονται;

α) Ναι

β) Όχι

-Πως χαρακτηρίζετε τη σχέση σας με το νοσηλευτικό προσωπικό;

α) Αρίστη

β) Ικανοποιητική ως μέτρια

γ) Όχι καλή

δ) Τυπική

-Θέλετε να μιλάτε με το νοσηλευτικό προσωπικό για τα όνειρά σας, τα προβλήματά σας ή για οτιδήποτε άλλο;

α) Ναι

β) Όχι

Αν ναι το νοσηλευτικό προσωπικό το κάνει πρόθυμα;

α) Ναι

β) Όχι

-Πιστεύετε ότι στη θεραπεία σας θα βοηθούσε;

α) Μία καλύτερη και πιο αποδεδειγμένη συμπεριφορά των ατόμων που αναφέρθηκαν

β) Βελτίωση ή και ίδρυση νέων ψυχιατρείων στην Ελλάδα

γ) Ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και της πολιτείας γενικά

δ) Όλα τα παραπάνω

Σας ευχαριστούμε

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

→Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεται σε ψυχιατρικό τμήμα;

-Το να εργαστείτε σε ψυχιατρικό τμήμα ήταν δική σας επιλογή;

α)Ναι

β)Όχι

-Είστε ευχαριστημένη-ος από τις συνθήκες εργασίας του τμήματος;

α)Ναι

β)Όχι

-Πιστεύετε στην επανένταξη των σχιζοφρενών στην κοινωνία;

α)Ναι

β)Όχι

-Σας ανησυχεί κάποια μελλοντική συνεργασία με ένα συνάδελφο που νοσηλεύτηκε ή νοσηλεύεται για σχιζοφρένεια;

α)Ναι

β)Όχι

β)Αδιαφορώ

-Πιστεύετε πως η εμφάνιση και η επιδείνωση της σχιζοφρένειας οφείλεται:

α)Σε οργανικά και μόνο αίτια, β)σε οργανικά αίτια αλλά και στην ίδια τη συμπεριφορά της κοινωνίας (π.χ. αστεία και πειράγματα σε βάρος του πάσχοντος κ.τ.λ.);

α)Το α

β)Το β

-Πως σας αντιμετωπίζουν οι σχιζοφρενείς ασθενείς;

α)Με αδιαφορία

β)Με φόβο

γ)Με συνεργατικότητα

-Ποιά η αντιμετώπιση σας από τα άτομα-επισκέπτες των ασθενών

α) Αδιάφορη

β) Φιλική

-Υπάρχει κάποια επαφή με τους σχιζοφρενείς ασθενείς σας πέρα από την εκτέλεση των καθηκόντων σας. Δηλαδή σαν νοσηλευτικό προσωπικό έχετε διοργανώσει ποτέ κάποια εκδήλωση γι' αυτούς ή κάποιο πρόγραμμα εργασιοθεραπείας κ.τλ.

α) Ναι

β) Όχι

-Υπάρχει συμμετοχή απ' το νοσηλευτικό προσωπικό για τη διοργάνωση και εκτέλεση προγραμμάτων απασχόλησης και ψυχαγωγίας κ.λπ.

α) Μεγάλη

β) Μέτρια

γ) Μικρή

δ) Καθόλου

-Οι σημερινές συνθήκες εργασίας π.χ. 35 ασθενείς για έναν νοσηλευτή-τρια σας ενθαρρύνουνε και σας βοηθούνε για την ανάληψη τέτοιων πρωτοβουλιών

α) Ναι

β) Όχι

-Πιστεύετε πως α) η βοήθεια σας και η βοήθεια του ψυχασθενή από φίλους, οικεία πρόσωπα κ.λπ. είναι σημαντικός παράγοντας για τη θεραπεία του, β) είναι καταδικασμένος;

α) Το α

β) Το β

-Η συνεργασία με το ιατρικό και το υπόλοιπο προσωπικό του ιδρύματος στο οποίο εργάζεστε έτσι όπως είναι διαμορφωμένη ευνοεί θετικά τη θεραπεία του ασθενή ή δεν υπάρχει καθόλου

α)Ναι

β)Δεν επαρκεί

γ)Δεν υπάρχει

-Συμμετείχατε ποτέ σε διάφορα συνέδρια για τη διεύρυνση των γνώσεων σας γύρω απ' το θέμα της ψυχικής υγείας

α)Ναι

β)Όχι

-Πιστεύετε πως τα προγράμματα ενημέρωσης και διαφώτισης του κοινού (π.χ. διαλέξεις, δύαφορα δημοσιεύματα κ.λπ.) για την πρόληψη ή ακόμη και την αποκατάσταση της νόσου είναι επαρκή;

α)Ναι

β)Όχι

-Πιστεύετε ότι τα ψυχιατρεία της Ελλάδας πληρούν τους όρους και τις προϋποθέσεις για τη νοσηλεία του σχιζοφρενή

α)Ναι

β)Όχι

-Ποιές λύσεις και ποιά μέτρα θα μπορούσαν να βοηθήσουν;

α)Ίδρυση και άλλων ψυχιατρείων

β)Βελτίωση του ήδη υπάρχοντων Ψυχιατρείων

γ)Επαρκής αριθμός προσωπικού

δ)Επιμόρφωση & ειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού

ε)Καλύτερες συνθήκες εργασίας

στ)Ευαισθητοποίηση της κοινωνίας & της πολιτείας

ζ)Όλα τα παραπάνω

η)Κάποια δική σας πρόταση

Σας ευχαριστούμε

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- BARUK H.: <<Ψυχώσεις και νευρώσεις>>, Μετάφραση υπό του ΟΥΖΟΥΝΗ Α., Τόμος 1ος, Έκθεση 1η, Εκδόσεις <<ΙΩΑΝΝΗΣ Ν. ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ>>, Αθήνα 1965.
- ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Ι.: <<Φαρμακολογία>>, Επίτομος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις <<ΑΦΟΙ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ>> Θεσσαλονίκη 1985.
- ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Δ.: <<Γενετική και Νευρικό σύστημα>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Ιατρικές Εκδόσεις <<ΛΙΤΣΑΣ>>, Αθήνα 1979.
- BATESON G.-JACKSON D.: <<Σχιζοφρένεια και Ολιγογένεια>>, Μετάφραση υπό της <<ΤΡΙΚΕΡΙΩΤΗ Κ.>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΓΡΑΜΜΑΤΑ>>, Αθήνα 1978.
- ΒΛΑΧΟΣ Ι.: <<Κεντρικό Νευρικό Σύστημα>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Επιστημονικές Εκδόσεις <<ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ>> Αθήνα 1985.
- CAMON F.: <<Η αρρώστια που λέγεται άνθρωπος>>, Μετάφραση υπό της <<ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΟΥ Α.>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΡΟΕΣ>>, Αθήνα 1987.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.: <<Ψυχιατρική Νοσηλευτική>>, Επίτομος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις <<ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1985.
- GENTIS Q.: <<Πίσω από τα τείχη του ασύλου>>, Μετάφραση υπό της <<ΓΑΪΤΑΝΗ ΤΤ>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΔΙΟΔΟΣ>>, Αθήνα 1983.
- ΚΑΤΓΕΛΑΡΗΣ Φ.: <<Η διαδικασία της αποπροσωποποίησης στη σχιζοφρένεια>>, Επίτομος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις <<ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ>> Αθήνα 1985.
- ΚΑΡΑΚΙΟΥΛΑΚΗΣ Γ.: <<Σημειώσεις Ειδικής Φαρμακολογίας>>, Εγχειρίδιο για σπουδαστές Νοσηλευτικής ΤΕΙ Πατρών, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ>> Πάτρα 1988

- LAING R.-ESTERSON A.: <<Η ψυχική ισορροπία, η τρέλλα και η οικογένεια>>, Μετάφραση υπό του <<ΚΙΟΥΣΗ Δ.>> Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΡΑΠΠΑ>>, Αθήνα 1975.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ.: <<Κοινωνία και Ψυχική Υγεία>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις <<ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ>>, Αθήνα 1985.
- ΜΑΝΟΥ Ν.: <<Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<UNIVERSITY STUDIO PRESS>>, Θεσσαλονίκη 1988.
- ΜΕΝΤΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ.: <<Επείγουσα αντιμετώπιση του νευρολογικού ασθενή>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ>>, Θεσσαλονίκη 1983.
- ΜΙΤΤΣΕΛΛ Α.: <<Σχιζοφρένεια και Κοινωνία>>, Μετάφραση υπό του <<ΧΑΤΖΗ-ΣΟΜΗΑΝΗΣ Θ.>> Επίτομος Έκδοση 2η, Εκδόσεις <<ΔΑΝΙΑ>> Αθήνα 1979.
- ΝΑΝΟΥ Κ.: <<Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής>>, Εγχειρίδιο για σπουδαστές Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι; ΠΑΤΡΩΝ, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ>>, Πάτρα 1990.
- ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν.-ΖΑΧΟΣ Δ.: <<Ψυχολογία>>, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ>> Αθήνα 1985.
- ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ-ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Α.: <<Αποστολή και λειτουργία Υπηρεσιών Νοσοκομείου>>, Τόμος 4ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ>>, Αθήνα 1989.
- ΠΛΟΥΜΙΔΗΣ Δ.: <<Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα>> Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΛΟΓΟΣ>>, Θεσσαλονίκη 1989.
- ΡΟΓΛΙΑΝΙ Γ.: <<Υγεία>>, Οδηγός Υγιεινής, Μετάφραση υπό της <<ΚΑΡΚΑΝΗ Ε.>>, Τόμος 4ος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις <<ΔΟΚΙΜΗ>> Αθήνα 1987.

- ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΥ Α.: <<Τα παιδιά της τρέλας>>, Επίτομος, Έκδοση 2η, Εκδοτικός Οίκος <<ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ>>, Αθήνα 1987.
- SZASZ T.: <<Η βλομχανία της τρέλας>>, Μετάφραση υπό της <<ΧΑΙΡΗ-ΣΚΑΡΑΓΚΑ Ε.>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΙΑΝΟΣ>>, Θεσσαλονίκη 1983.
- ΣΤΑΥΡΟΥ Α.: <<Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 3η, Εκδόσεις <<ΓΡΗΓΟΡΗ>>, Αθήνα 1984.
- ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ.: <<Σχιζοφρένεια και φόβος>>, Τόμος 3ος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις <<ΠΑΠΑΖΗΝΗ>>, Αθήνα 1984.
- ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ.: <<Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή>> Τόμος 1ος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις <<ΠΑΠΑΖΗΝΗ>> Αθήνα 1987.
- ΦΙΛΛΙΠΟΠΟΥΛΟΣ Γ.: <<Κλινική Ψυχιατρική>>, Τόμος 2ος, Έκδοση 1η, Ιατρικές Εκδόσεις <<ΛΙΤΣΑΣ>> Αθήνα 1980.
- ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ Π.: <<Εισαγωγή στην Ψυχιατρική>>, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις <<ΘΕΜΕΛΙΟ>>, Αθήνα 1986.