

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: "ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ"

(ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)

α) Φάση Μανίας

β) Φάση Κατάθλιψης

Νοσηλευτική φροντίδα μανιοκαταθλιπτικού αρρώστου



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

1) ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

2) ΣΤΑΘΑΡΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΜΕΛΕΤΗΣ

1204 α

Ευχαριστούμε θερμά την Αδελφή Διευθύνουσα

Κα Ανδρεαδέλλα Ταξούλα

την Αδελφή Υποδιευθύνουσα

Κα Μπαφραλίδου Όλγα και την Προϊσταμένη

Αδελφή του ΨΑ₂ τμήματος Μάλλαμα Στυλιανή καθώς και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, για την βοήθεια στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας, κατά την συνεργασία μας στη διάρκεια της εξαμήνιας πρακτικής μας άσκησης.

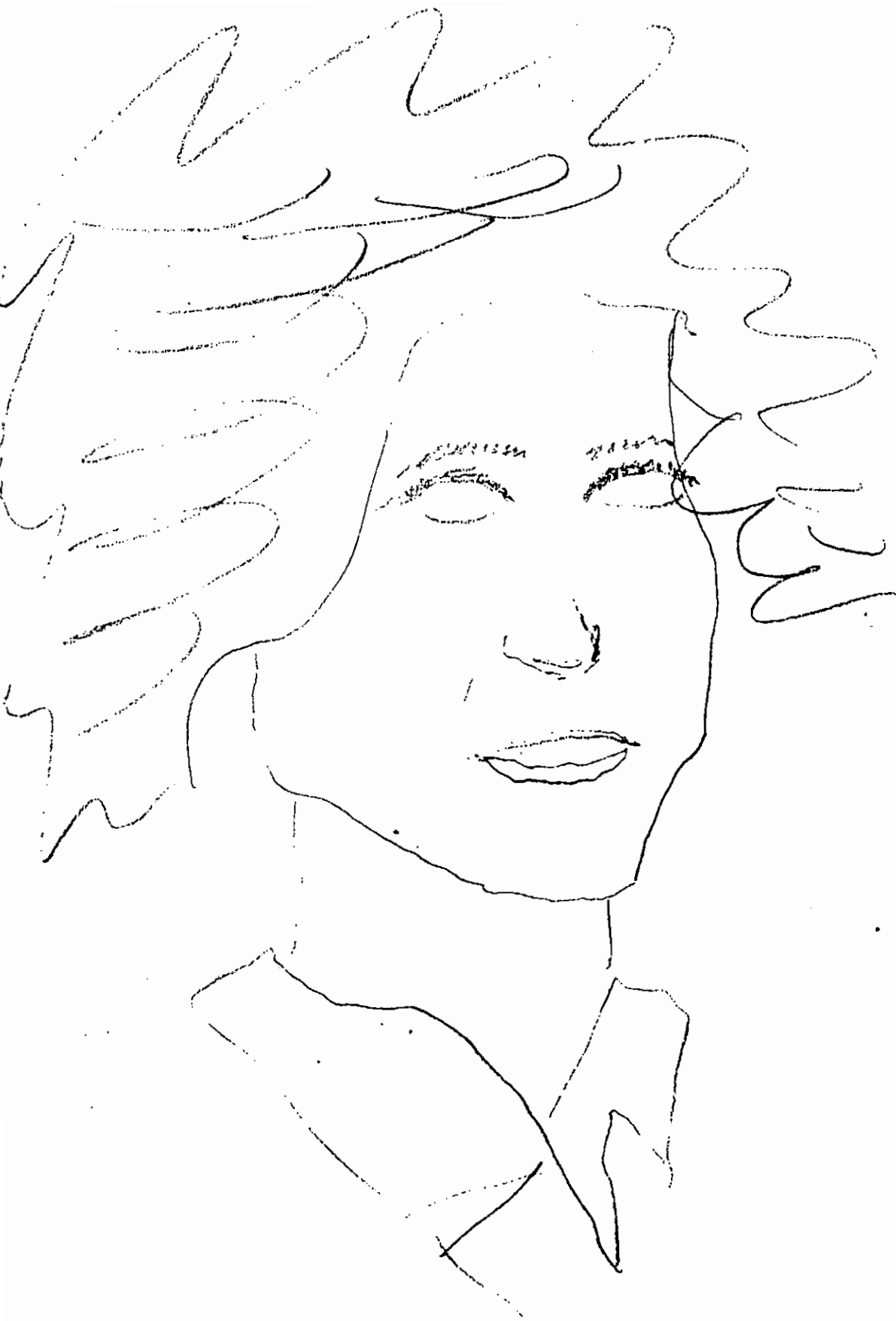
Ευχαριστούμε επίσης τους γιατρούς των ψυχιατρικών κλινικών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου:

Κα Βαλεργάκη Ν., Κο Νερούτζο Β., Κο Μαλλιάρια Δ.

και Κο Σκούμπουρδη Τ.

"Σαν θόλοι ηλεκτρισμένης φυλακής
θέλω να ζήσω,
χωρίς πείση να ζήσω,
και με συναίσθηση προσποιητής τιμής
Ας υπάρξουν οι φίλοι,
όχι αυτοί που τρομερά με φτύνουν
Χωρίς συνείδηση, τα βράδια μου ταράζουν
κάποιοι σκύλοι,
και την ημέρα, τα "χάπια" που μου δίνουν
Και αν αυτή είναι ζωή,
ωραία συνυπάρχουμε, όχι για να μπορέσουμε
τη ζωή να σβήσουμε, αλλά ,
να ξεκαθαρίσουμε τα λάθη".

Στίχοι γραμμένοι από ψυχασθενή κατά την διάρκεια της
νοσηλείας του στην Ψυχιατρική Κλινική Πατρών.-



"Πορτραίτο νοσηλεύτριας, όπως απεικονίστηκε από ψυχασθενή"

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΧΟΠΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

/ Ανάμεσα στους μείζονες κλάδους της Ιατρικής, η Ψυχιατρική άρχισε να αναγνωρίζεται, να διδάσκεται και να εξασκείται ως αυτοτελής ειδικότητα τελευταία απ' όλες.

Κατά την κοινή αντίληψη είναι λίγο πολύ ταυτόσημη με τη νευρολογία, αφού κάποιος που παρουσιάζει μια ψυχική διαταραχή θεωρείται ότι πάσχει "από τα νεύρα του".

Αλλά τι είναι ψυχιατρική;

Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με τη σπουδή, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών ή πιο διαφοροποιημένα, ο κλάδος της Ιατρικής για τον οποίο ψυχολογικά φαινόμενα έχουν πρωταρχική σημασία στη διάγνωση και θεραπεία. /

Τρουπανισμένα κρανία από αρχαιολογικές ανασκαφές σε διάφορα μέρη του κόσμου υποβάλλουν την ιδέα μιας χειρουργικής επεμβάσεως που είχε σκοπό να ελευθερώσει το σώμα του υποκειμένου από τα κακά πνεύματα, τα οποία, η πρωτόγονη αντίληψη θεωρούσε υπεύθυνα για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η δοξασία ψυχοπαθολογικών πνευμάτων με την μορφή δαιμονων συναντιέται ακόμα και στις μέρες μας.

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες την ινδική, την αιγυπτιακή, την εβραϊκή και προπάντων στην ελληνική, στον Όμηρο και στις αττικές τραγωδίες. Παραδείγματα η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα και η ανάλογη διαταραχή του Ηρακλή "μαινομένου" η σχιζοτυπική κρίση του μητροκτόνου Ορέστη και η ψυχογενής ανικανότητα του Ιφίκλου. Επικρατεί πάντοτε η ίδια περίπου άποψη ότι οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε κακά πνεύματα

που στην Αρχαία ελληνική μυθολογία αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα. Υπάρχει επίσης η αντίληψη, λιγότερο ίσως στην Ελλάδα, ότι, ο ψυχιατρικά αρρώστος είναι αντικείμενο νερό. Μια τέτοια αντίληψη εξηγείται με το φόβο του θανάτου και την ταύτιση των πνευμάτων, καλών ή κακών, με τον κόσμο των νεκρών, που ξαναγυρίζουν φευγαλέα στα όνειρα μας και πιο μόνιμα στο πνεύμα και στο σώμα των ψυχιατρικών ασθενών. Η απώλεια, εξάλλου της συνείδησης κατά την κατάσταση του ύπνου και το φαινόμενο των ονείρων, δημιούργησαν την εντύπωση ότι το ανθρώπινο πνεύμα μπορούσε να φεύγει από το σώμα και να ταξιδεύει στο κόσμο των νεκρών, βρίσκοντας την ευκαιρία να συνδιαλέγεται μαζί τους σαν να ήταν εκείνοι ακόμα ζωντανοί.

Σε μια τέτοια εντύπωση οφείλεται κατά τα φαινόμενα, η ιδέα της ψυχής σαν κάτι το άυλο, που εγκαταλείπει τελικά και ανεπίστρεπτα το σώμα, όταν ο άνθρωπος πάψει πια να αναπνέει και η καρδιά του να χτυπάει.

Ο χαρακτηριστικός τύπος ανθρώπου που ασχολείται με τους ψυχικά αρρώστους σε πρωτόγονες κοινωνίες είναι ο σαμάνης. Πρόκειται για ένα άτομο προικισμένο με την ικανότητα να πέφτει σε μια κατάσταση έκστασης, κατά την οποία υποτίθεται ότι επικοινωνεί με τα παθογόνα πνεύματα και με κάποιο τελετουργικό τρόπο τα υποχρεώνει να εγκαταλείψουν το σώμα (στην ουσία την ταυτότητα) του αρρώστου. Η εκστατική αυτή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική διέγερση, υποβοηθείται με διάφορα φυσικά μέσα όπως ο καπνός από αρωματικά βότανα, η χρήση οινοπνευματωδών ποτών και άλλων χημικών ουσιών που περιέχονται σεμανιτάρια, σπόρους ή εκχύλισμα φυτών, όπως το πεδί

και η ινδική κάνναβη (χασίς ή μαριχουάνα). Με τη συνοδεία ρυθμικής μουσικής ιδίως από τύμπανα, ο σαμάνας και συνήθως ο άρρωστος επιδίδονται σε κάποια χορευτική δραστηριότητα που καταλήγει σε μερική απώλεια της συνείδησης, άναρθρες κραυγές και επιληπτοειδείς κινήσεις.

Μια έκφραση του σαμανισμού βρίσκομαι στα ορφικά μυστήρια της ελληνικής αρχαιότητας, που κατά την παράδοση προήλθαν από την Βόρεια Ευρώπη και τη Σιβηρία.

Στην Αρχαία Ελλάδα τη λειτουργία ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού, σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπεία.

Μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου, όσο και του ιεροφάτη που αναλάμβανε τη θεραπεία του - ονείρων που χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή ονείρων που αντανakλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου - υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία.

Ανάμεσα στις Ασκληπιάδες, ιέρειες του θεού της Ιατρικής στην αρχαία Ελλάδα υπήρξαν πολλά ερευνητικά πνεύματα όπως ο Αλκμάων, μαθητής του Πυθαγόρα. Ένας άλλος ερευνητής ήταν ο Ιπποκράτης. Πρώτος αυτός διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την "ιερή νόσο" της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος. Επίσης περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές, δίνοντάς

τους θνόμενα που χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα: υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια.

Κατά τον Πλάτωνα, οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι παρά ειδικές μα αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής, που δεν έχουν ανάγκη από εξωτερικές αιτίες ή επιδράσεις για να υπάρχουν.

Μαθητής του Πλάτωνα, ο Αριστοτέλης συστηματοποίησε την ψυχολογία του ανθρώπου, δημιουργώντας μια ακαδημαϊκή παράδοση που διατηρήθηκε ζωντανή ως τις μέρες μας. Είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές λειτουργίες με τρόπο αναλυτικό σαν σκέψη, θυμικό και βούληση. Όπως ο Ιπποκράτης, υποστήριξε την οργανική προέλευση κάθε αρρώστιας, σωματικής και ψυχικής αλλά αντι να τις αποδώσει σε διάφορους "χυμούς" (αίμα, λέμφο, χολή μαύρη και κίτρινη) και την πυκνότητά τους, επικαλέστηκε την ύπαρξη αερίων ή πνευμάτων που κυκλοφορώντας στο σώμα και τον εγκέφαλο και ανάλογα με την υγρότητα ή ξηρότητά τους προκαλούν τις διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές.

Ο Ασκληπιάδης έδωσε ιδιαίτερη σημασία στη θεραπεία των ψυχιατρικών αρρώστων, προσπαθώντας να τους ηρεμήσει με ειδικές συσκευές, διαφόρων ειδών λουτρά και απαλή μουσική. Δεν πιστεύει στην ωφελιμότητα των αφαιμάξεων και έβρισκε απαράδεκτη τη χρήση κελιών και σκοτεννών φυλακών στις οποίες έκλείναν τους ψυχιατρικούς αρρώστους στον καιρό του.

Κατά τον 13ο αιώνα στα πρόθυρα της Αναγέννησης δύο σημαντικοί φιλόσοφοι της Δυτικής Εκκλησίας ο Γερμανός Αλβέρτος ο Μεγάλος και ο Ιταλός θωμάς Ακινάτος υποστήριξαν ότι η ψυχή δεν μπορεί να αρρωστήσει και επομένως

οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι σωματικές διαταραχές. Μπορούσε μιν η ψυχή να επηρεάζεται από το διάβολο αλλά επίσης να εξαρτάται από οργανικούς παράγοντες όπως οι τέσσερεις "χυμοί" του Ιπποκράτη, και τα αέρια πνεύματα του Αριστοτέλη, που κατά τη θεωρία του κυκλοφορούν στον εγκέφαλο προκαλώντας ψυχιατρικές διαταραχές - θεωρία που όσο παράδοξη και αν ακούγεται επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής.

Το 1662 στην Αγγλία προτείνεται σαν θεραπεία της Μελαγχολίας η μετάγγιση αίματος από αρτηρίες βοδιού. Τον ίδιο περίπου καιρό η Φιλοσοφική Εταιρία του Λονδίνου προγραμματίζει μια σειρά θεραπευτικών πειραμάτων πάνω σε μελαγχολικούς αρρώστους, νοσηλευομένους σε δημόσιο άσυλο. Καινούργιες μέθοδοι θεραπείας που δοκιμάζονται με βάση επιστημονικές υποθέσεις είναι καυτηριάσεις, εξωτερική ή εσωτερική χρήση ξυδιού, αλάτων, σαπουνιών, καφέ και άλλων πικρών ουσιών, ρινισμάτων σιδήρου κ.α.κ. Η παρατήρηση ότι οι παθήσεις του δέρματος όπως η φωρίαση, το έκζεμα και η οστρακιά μπορούν να συμπέσουν με τον τερρατισμό μιας ψυχικής κρίσης, εμπνέει την τεχνητή πρόκλησή τους. Με το σκοπό να αποσπάσουν την προσοχή του αρρώστου απ' τις ψυχαναγκαστικές τους ιδέες και τα ψυχωτικά του παραληρήματα, ψυχίατροι επινοούν περιστροφικές καρέκλες και ειδικές συσκευές ψυχρολουσίας, αλλά επίσης συνιστούν περιπάτους στην ύπαιθρο, ταξίδια, ιππασία γυμναστική στην ύπαιθρο, διασκεδαστικά θεάματα. Τέλος η ανάγκη για μια ανθρώπινη ψυχολογική προσέγγιση του αρρώστου αρχίζει και πάλι να αναγνωρίζεται. Ανεξάρτητα από οποιαδήποτε σωματική θεραπεία τονίζεται η ση-

μάσια της παραινέσεως, της πειθούς, της επιχειρηματολογίας, του διαλόγου μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η ψυχολογική αυτή αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας θα οδηγήσει τελικά στην αναμόρφωση των ψυχιατρικών ασύλων και στην ανάπτυξη της θεραπείας και περιβάλλοντος, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική μέσα στον Ι8ο αιώνα.

Η εισαγωγή της ψυχαναλυτικής θεωρίας και κατά δεύτερο λόγο της ψυχοβιολογίας και του υπαρξισμού, παραμέρησαν κάπως την οργανική άποψη στην Ευρώπη και πιο πολύ μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο στην Αμερική. Πιο πρόσφατα ωστόσο η ανακάλυψη χημικών ουσιών με ειδική ψυχοφαρμακευτική δραστηριότητα και η παράλληλη ανάπτυξη εργαστηριακών μεθόδων έρευνας των μηχανισμών λειτουργίας του εγκεφάλου έχουν προκαλέσει μίαν ανακατάταξη των κατευθύνσεων δημιουργώντας το ενδεχόμενο μιας επιστροφής στη διπολική παράδοση της ψυχιατρικής, μιας οργανικής και μιας ψυχολογικής. Αλλά δεδομένου ότι ψυχοδυναμικές και κοινωνιολογικές αρχές έχουν στο μεταξύ δεθεί λειτουργικά με την κλινική πράξη, μια τέτοια παλινδρομική εξέλιξη, φαίνεται να αποκλείεται. Αντίθετα δλες οι ενδείξεις υπόσχονται μια δημιουργική σύνθεση μάλλον παρά μία καινούργια διαμάχη ή απλώς συνύπαρξη τη δημιουργία μιας ενιαίας ψυχοκοινωνικοβιολογικής επιστήμης.-

Ο Ι Ψ Υ Χ Ι Κ Ε Σ Λ Ε Ι Τ Ο Υ Ρ Γ Ι Ε Σ

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Οι ψυχικές λειτουργίες, αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο που κατευθύνει τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του ατόμου στην καθημερινή ζωή. Ο διαχωρισμός των ψυχικών λειτουργιών σε ξεχωριστές οντότητες, είναι κατά κάποιο τρόπο τεχνητός, αλλά έχει πρακτική σημασία στην ψυχιατρική, για τη διαγνωστική αξιολόγηση του αρρώστου.

Ψυχοκινητικότητα ή ψυχοκινητική συμπεριφορά

Η λειτουργία αυτή δεν αποτελεί ξεχωριστή ψυχική λειτουργία. Τα στοιχεία που τη συνιστούν είναι αυτά που αντικατοπτρίζονται σε πολλές ψυχικές λειτουργίες όπως: η εμφάνιση του ατόμου, η στάση του, η συμπεριφορά του, η κινητικότητα του και ο τρόπος ομιλίας του. Η ψυχοκινητικότητα, αν και αποτελεί εκδήλωση πολλών λειτουργιών, αντιπροσωπεύει κυρίως την κατάσταση της βούλησης και την τάση για ενέργεια.

Συνείδηση και προσανατολισμός

Σ υ ν ε ί δ η σ η είναι η λειτουργία η υπεύθυνη για τη διατήρηση της εγρήγορσης. Η ακεραιότητα της λειτουργίας αυτής είναι απαραίτητη για τη διατήρηση και την επιτέλεση των άλλων ψυχικών λειτουργιών. Με τη συνείδηση, το άτομο κάθε στιγμή έχει επίγνωση της ύπαρξης του και επίγνωση του έξω κόσμου μέσα στη δυνατότητα που του δίνουν οι αισθητικοί και οι αισθητηριακοί μηχανισμοί του.

Π ρ ο σ α ν α τ ο λ ι σ μ ο ς είναι η ψυχική λειτουργία με την οποία το άτομο κατορθώνει να έχει σαφή γνώση για τις συνθήκες σχετικά με τον χώρο, το χρόνο και για τα στοι-

χεία της ταυτότητας και των γύρω προσώπων. Για να υπάρχει φυσιολογικός προσανατολισμός πρέπει να είναι ακέραια η συνείδηση, η αντίληψη, η προσοχή, η μνήμη και ακόμη το συναίσθημα και η ευαισθησία.

Αντίληψη και συνειδητοποίηση

Οι λειτουργίες αυτές είναι, κατά κάποιο τρόπο, πρόδρομες λειτουργίες της συνείδησης.

Α ν τ ί λ η ψ η είναι η επίγνωση ενός αισθήματος από τα ερεθίσματα που προέρχονται από αισθητήρια όργανα ή γενικότερα από αισθητικούς αποδέκτες.

Σ υ ν ε ι δ η τ ο π ο ί η σ η είναι η αναγνώριση του αισθήματος με την αναγωγή του σε όμοιες παλιές εμπειρίες, αφού γίνει η κατάλληλη μνημονική ανάλυση. Κάτω από αυτές τις συνθήκες τα αισθήματα, αφού πάρουν και την κατάλληλη συναισθηματική τους επένδυση, ανάλογα με το περιεχόμενό τους, γίνονται συνειδητά βιώματα.

Με την αντίληψη και την συνειδητοποίηση το άτομο έχει σε κάθε στιγμή, πραγματική ενημέρωση για ότι γίνεται μέσα του και στο περιβάλλον του. Για καλή και φυσιολογική αντίληψη και συνειδητοποίηση πρέπει να είναι ακέραια τα αισθητήρια όργανα, αισθητικά κέντρα στον εγκέφαλο και οι κεντρομόλοι αισθητικοί δρόμοι. Απαραίτητες είναι οι ψυχικές λειτουργίες της προσοχής, σκέψης, συναίσθηματος, και της κρίσης.

Προσοχή και συγκέντρωση

Π ρ ο σ ο χ ή είναι η λειτουργία με την οποία οι μηχανισμοί της αντίληψης με την βοήθεια των αισθητηρίων οργάνων στρέφονται σε διάφορα σήματα ερεθισμού.

Όταν οι μηχανισμοί της αντίληψης καθηλώνονται σε τέτοια ενδιαφέροντα σήματα μιλάμε για σ υ γ κ έ ν τ ρ ω σ η της

προσοχής. Για την ακεραιότητα της προσοχής είναι απαραίτητη η συνεργασία όχι μόνο με τη λειτουργία της αντίληψης, αλλά και της συνειδητοποίησης και του συναισθήματος. Προϋπόθεση βέβαια είναι να υπάρχει φυσιολογικό επίπεδο της συνείδησης.

Βούληση και τάση για ενέργεια

Β ο ύ λ η σ η είναι η συνείδητη υιοθέτηση και η τελική επιλογή για την επιτέλεση, ή μη επιτέλεση μιας πράξης που σχεδιάζεται. Ο όρος τ ά σ η γ ι α ε ν έ ρ γ ε ι α χαρακτηρίζει την εσωτερική ώθηση και παρόρμηση (URGE, DRIVE) που έχει το άτομο για δράση και ψυχοκινητική συμπεριφορά και που για την εκδήλωσή της ενεργό μέρος παίρνουν το συναίσθημα και η επιθυμία.

Συναίσθημα

Σ υ ν α ί σ θ η μ α είναι η βαθύτερη υποκειμενική αίσθηση του ευχάριστου ή δυσάρεστου, η οποία αντιστοιχεί σε μια ιδέα ή σε μια κατάσταση κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Το συναίσθημα δηλαδή, είναι ο τρόπος, με τον οποίο αντιδρά ο ψυχισμός σε μια ορισμένη στιγμή, και καθρεπτίζεται στη γενική εμφάνιση, στη στάση και στον τρόπο συμπεριφοράς. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες η συναίσθηματική κατάσταση κυμαίνεται ανάμεσα στη χαρά και τη λύπη, και είναι η κατάλληλη και η ανάλογη με τις περιστάσεις. Έτσι, το φυσιολογικό συναίσθημα βρίσκεται σε αρμονία με τις περιστάσεις και κινείται μέσα σε ορισμένα πλαίσια.-

Σκέψη

Σ κ έ φ η είναι η ψυχική λειτουργία με την οποία γίνεται δυνατός ο συνδιασμός των ιδεών και η παραγωγή νέων ιδεών

με τη συνεργασία της κρίσης, της φαντασίας, της μνήμης και όλων των στοιχείων της διανόησης. Στη σκέψη διακρίνουμε τον τρόπο της παραγωγής της, το περιεχόμενό της και την πορεία ή τον ειρμό της. Το ιδεακό περιεχόμενο της σκέψης το εκφράζουμε με το λόγο.-

Μνήμη

Είναι η ψυχική λειτουργία με την οποία ανακαλούνται και ξαναζωντανεύουν τα βιώματα που ανήκουν στο παρελθόν. Τη μνήμη μπορεί να θεωρήσουμε ότι την αποτελούν τρεις υπολειτουργίες. Η "ε γ χ ά ρ α ξ η", δηλαδή η εγγραφή των παραστάσεων, η "σ υ γ κ ρ ά τ η σ η" των παραστάσεων και η "α ν ά κ λ η σ η" δηλαδή η επαναβίωση (ανάμνηση) του περιεχομένου των παραστάσεων αυτών σε μια ορισμένη στιγμή. Στην κλινική πράξη διακρίνουμε την ά μ ε σ η και την π ρ ό σ φ α τ η μνήμη που αφορούν γεγονότα που έγιναν, αντίστοιχα, στο άμεσο ή πρόσφατο παρελθόν και την παλιά ή απώτερη μνήμη, που αναφέρεται στα παλιά γεγονότα.

Κρίση

Είναι η ικανότητα σύγκρισης και κατανόησης των σχέσεων ανάμεσα σε γεγονότα και αντικείμενα, η ικανότητα του διαχωρισμού ανάμεσα στο ουσιώδες και στο επουσιώδες και η ικανότητα για τη λήψη σωστών συμπερασμάτων και αποφάσεων, με βάση το υλικό που αποκτείθηκε από την πείρα. Η κρίση με βάση τα παραπάνω, αποτελεί σπουδαίο συνθετικό στοιχείο της διανόησης και απαραίτητο παράγοντα για την προσαρμογή του ανθρώπου στις διαπροσωπικές σχέσεις του.

Ευαισθησία

Ε υ α ι σ θ η σ ί α είναι η ικανότητα του ατόμου για τη

σωστή εκτίμηση της κατάστασής του. Αναφέρεται γενικά στο κατά πόσο ο άρρωστος έχει επίγνωση της νόσου του, της σοβαρότητας και της σημασίας της και γενικά επίγνωση για τα προσωπικά του προβλήματα.

Νοημοσύνη ή διανόηση

Είναι η πιο πολύπλοκη από τις ψυχικές λειτουργίες. Ο ορισμός είναι δύσκολος. Βασικά είναι η ικανότητα του ατόμου να λύνει και να αντιμετωπίζει σωστά κάθε στιγμή τα προβλήματα και τις απαιτήσεις του, με λογικούς συλλογισμούς, χρησιμοποιώντας αποτελεσματικά τις γνώσεις του. Από πρακτική σκοπιά αποτελεί την ικανότητα προσαρμογής στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής μας και τη σωστή μας τοποθέτηση σε σχέση με τις συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

/ Α' ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η πλέον αντικειμενική και πρακτική προσέγγιση της αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών και νοσημάτων, βρίσκεται στην αντίληψη της πολλαπλής ή πολυδιαστατικής (πολυπαραγοντικής) αιτιολογίας, την οποία σήμερα υποστηρίζουν πολλοί. Ο STANLEY COBB, καθιέρωσε τις ακόλουθες έξι ομάδες, οι οποίες καλύπτουν το ευρύ πεδίο της αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών και νοσημάτων:

1. Παθήσεις που οφείλονται στη διαταραχή των διανθρωπικών σχέσεων.

Σ' αυτήν την κατηγορία ανήκουν κυρίως οι ψυχονευρώσεις. Αυτή η αιτιολογική ομάδα προβάλλει το πρόβλημα της ψυχογένεσης έναντι της οργανογένεσης των ψυχικών νοσημάτων.

2. Παθήσεις που οφείλονται σε "άγνωστα" αίτια.

Εδώ ανήκουν η σχιζοφρένεια, η μανιοκαταθλιπτική φύκωση, οι σχιζοσυναισθηματικές αντιδράσεις και οι ψυχώσεις της ενέλιξης. Για την γένεση των παθήσεων αυτών, υπεύθυνος είναι ο συνδυασμός κληρονομικότητας, ορμονικών - μεταβολικών διεργασιών και του ψυχογενή παράγοντα.

3. Παθήσεις που οφείλονται σε χημικά αίτια.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα τοξικά παραληρήματα και τα ψυχοσύνδρομα τοξικής αρχής. Το χημικό "ερέθισμα" ενδεχομένως να είναι τοξική ή ευφραντική ουσία (μορφίνη, αλκοόλη κλπ.), έλλειψη βιταμίνης, διάφορες τοξίνες κλπ.

Η ποικιλία του "χημικού αιτίου" δικαιολογεί και την κλινική πολυμορφία των παραληρημάτων.

4. Παθήσεις ορμονικής αιτιολογίας

Οι ορμονικές διαταραχές είναι και αυτές υπεύθυνες για την πρόκληση ψυχικών νόσων. Αυτό αποδεικνύεται, μετά από μελέτες που έγιναν για τις ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται από την κορτιζόνη και ACTH και για την εμφάνιση ψυχωτικών επεισοδίων ή αντιδράσεων σε παθήσεις του θυρεοειδούς και της υπόφυσης.

5. Παθήσεις που οφείλονται σε εγκεφαλικές βλάβες

Εδώ ανήκουν οι ψυχικές διαταραχές, οι αντιδράσεις και τα σύνδρομα τα οποία εξαρτώνται κυρίως από τον τύπο και την φυχοδομή, την προνοσηρά δηλαδή προσωπικότητα του ατόμου, την έδρα της εγκεφαλικής βλάβης, την έκταση, την ένταση, την διάρκεια, της παθολογικής εξεργασίας όπως επίσης και την ηλικία του ασθενή. Το νοσηρό αίτιο είναι συνήθως αγγειακή βλάβη, συγγενής δυσπλασία, τραυματισμός, φλεγμονή, αλλεργικές καταστάσεις κλπ.

6. Παθήσεις που οφείλονται σε κληρονομικά αίτια

Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν, κληρονομικές μεταβιβαζόμενες ψυχικές νόσοι, με ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου ή νόσοι που οφείλονται σε χημικές ή μεταβολικές διαταραχές, ή παθήσεις που προκαλούνται από τον συνδυασμό των παραπάνω αιτιών. Η κληρονομικότητα αυτών των νόσων είναι αναμφισβήτητη, προκαλούνται δε, πιθανόν λόγω "νοσηρής ανωμαλίας" των γόνων (γονύλια), των οποίων ο βαθμός ικανότητας μια φαινοτυπική εκδήλωση, η "διαπερατότητα" (PENETRANCE") δηλαδή,

επηρεάζεται συχνά ή και τροποποιείται από τις συνθήκες του περιβάλλοντος (Ο FULLER ορίζει την κληρονομικότητα σαν "την ικανότητα του ανθρώπου να χρησιμοποιεί το περιβάλλον του με ιδιαίτερο τρόπο).

Η διαπλοκή και ο συνδυασμός των διαφόρων αιτιών είναι απαραίτητος για την γένεση, άρα και για την ερμηνεία της εκάστοτε ψυχικής διαταραχής.

Ο STANLEY COBB δέχεται ότι, οι ψυχικές διαταραχές είναι γενικά π ο λ λ α π λ ή ς (πολυπαραγοντικής) α ι τ ι ο λ ο - γ ί α ς νοσήματα, με την έννοια ότι για την γένεσή τους είναι υπεύθυνοι όλοι οι παραπάνω αιτιολογικοί παράγοντες (γονογενείς, σωματογενείς, ψυχογενείς κλπ.). Το παρακάτω σχήμα εικονίζει την πολυμορφία των διαφόρων αιτιολογικών παραγόντων, οι οποίοι ευθύνονται για την γένεση των ψυχικών νοσημάτων. /

ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ
(ΣΩΜΑΤΟΓΕΝΕΙΣ)

Εμβρυοπάθεια, λοιμώξεις, τοξικοί, τραυματικοί, διατροφής, ανοξία εγκεφάλου, αλλεργικές, δυσμεταβολικές διαταραχές, αισθητηριακή μόνωση, επίπεδο νευρολογικής ωρίμανσης, άλλοι σωματογενείς παράγοντες.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ

Κοινωνιοπολιτισμικοί, πρώιμες στέρσεις, ατυχίες, ατυχήματα, βιοτικά αδιέξοδα, Ψυχοσυγκρούσεις, θάνατοι και άλλες απώλειες, διαπροσωπικές σχέσεις, οικονομικό επίπεδο, κοινωνική τάξη, φυλετική προέλευση, θρησκευτική ένταξη, τρόποι ανατροφής κ.λ.π.

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ
Η
ΨΥΧΙΚΗ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΓΟΝΟΓΕΝΕΙΣ

Γονυλλιακοί, χρωμοσωματικές ανωμαλίες, βιοχημικά αίτια (διαταραχές)

ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ

Βιοτυπολογικοί-αυτόνομο Ν.Σ., ψυχοδομή (προσωπικότητα, χαρακτήρας, συμπεριφορά), ιδιοσυστασιακή "προδιάθεση" επίπεδο νοημοσύνης.

ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

/ Β' ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ (Π.Ο.Υ., Μάϊος 1966)

Από κλινική (ψυχοπαθολογική) άποψη, τα ψυχικά νοσήματα διακρίνονται στις παρακάτω μεγάλες κατηγορίες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- 1) Τις νευρώσεις όπως την αγχώδη νεύρωση, υστερική νεύρωση, την φοβική ιδειοψυχαναγκαστική, νευρωτική κατάθλιψη, όπως και οι ιδιαίτερες μορφές των νευρώσεων (μυμικός σπασμός, νυκτερινή ενούρηση, βατταρισμός, υποχονδριακή νεύρωση κλπ.)
- 2) Τις ψυχώσεις όπως η μανιοκαταθλιπτική φύχωση, σχιζοφρένεια, παράνοια (λειτουργικές), υποστροφική μελαγχολία, και υποστροφική παράνοια (υποστροφικές ψυχώσεις), τις ψυχώσεις από αντίδραση, και τις λεγόμενες "εξωτικές" ψυχώσεις.
- 3) Τις οργανικές - ψυχικές παθήσεις (οργανικό ψυχοσύνδρομο). Σ' αυτές ανήκουν η διανοητική σύγχιση, συνδρομή KORSAKON, ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση, τοκετό, λοχεία, γεροντική-προγεροντική-αρτηριοσκληρυντική άνοια, οι ψυχικές διαταραχές σε νεφροπάθειες, ψυχικές διαταραχές από όγκους του εγκεφάλου ή από επιληψία κλπ.
- 4) Δοιπές ψυχικές διαταραχές όπως η τοξικομανίες, αλκοολισμός, ψυχανωμαλίες.
- 5) Ψυχοσωματικές (ψυχοφυσιολογικές) διαταραχές
- 6) Νοητική ανεπάρκεια (ολιγοφρένεια).

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Γεννιέται τώρα ένα εύλογο ερώτημα: Πότε μπορούμε να λέμε ότι κάποιος είναι ψυχικά υγιής, ή το αντίθετο; Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα πρέπει πρώτα να διαχωρίσουμε τη ψυχική υγεία, από την ψυχική νόσο. Πόσο εύκολα όμως μπορούμε να χαράξουμε τη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην ψυχική υγεία και στην αρρώστια;

Δυστυχώς όχι πολύ εύκολα. Δεν υπάρχουν απόλυτα διαχωριστικά κριτήρια. Ανάμεσα στην υγεία και στην αρρώστια υπάρχει ένας αρκετά ευρύς χώρος που χαρακτηρίζεται από την επαλληλότητα των δύο αυτών καταστάσεων. Αυτό άραγε σημαίνει ότι, έχουμε να κάνουμε με μια κλιμάκωση συμπεριφορών που υπακούουν σε αναρίθμητες ατομικές και εξατομικές μεταβλητές και συνθέτουν ένα συνεχές συμπεριφερειολογικό φάσμα που μόνο με συμβατικό κοινωνικά και περιστασιακά κριτήρια μπορούμε να το διασπάσουμε σε φυσιολογικά και παθολογικά τμήματα;

Αυτή είναι η άποψη που υποστηρίζει μια μερίδα από κοινωνικά προσανατολισμένους ψυχιάτρους ή από ψυχιατρικά προσανατολισμένους κοινωνιολόγους. Μερικοί μάλιστα απ' αυτούς φτάνουν στο σημείο να ισχυρίζονται ότι το θέμα υγεία ή αρρώστια είναι "οικολογικά" καθορισμένο, καθορίζεται δηλαδή από παράγοντες που εκτείνονται πέρα από τις κοινωνικές μεταβλητές και περιλαμβάνουν το φυσικό γηινό ή και εξωγηινό ακόμα περιβάλλον. Η Ψυχιατρική όμως που κινείται στο χώρο της Ιατρικής δέχεται στην συντριπτική της πλειοψηφία πως η παθολογική συμπεριφορά εκδηλώνει μια ποιοτικά κι όχι μονάχα ποσοτικά καθορισμένη μεταβολή στην κατάσταση υπάρ-

ξεως του ανθρώπου. Μια μεταβολή που επιβάλλουν στο άτομο παράγοντες τόσο εξωατομικοί, όσο ατομικοί και υπο-ατομικοί. Παρά τις παραπάνω δυσχέρειες που προκύπτουν από την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και του πολλαπλού της προσδιορισμού από ποικίλους παράγοντες, όπως γενετικούς, κοινωνικούς, οικογενειακούς, πολιτιστικούς κ.ο.κ. η ανάγκη για τον καθορισμό των βασικών παραμέτρων που διαφοροποιούν την ομαλή από την παθολογική συμπεριφορά έχει γίνει ιδιαίτερα αισθητή τα τελευταία χρόνια.

Ψ Υ Χ Ι Κ Η Υ Γ Ε Ι Α

Τα κριτήρια της ψυχικής υγείας του ατόμου, αφορούν τον τρόπο με τον οποίο βλέπει την ζωή, την ψυχολογική του κατάσταση και τη σχέση του με το περιβάλλον.

1.- Θεώρηση της ζωής

- α) Φιλοσοφική θεώρηση της ζωής
- β) Επιδίωξη πνευματικών ιδεωδών και σκοπών στη ζωή.

2.- Ψυχολογική κατάσταση

- α) Διατήρηση της εσωτερικής ακεραιότητας
- β) Σχετική ανοχή στο STRESS και τις θλίψεις, χωρίς σοβαρή αποδιοργάνωση.
- γ) Αυτοσυνειδησία
- δ) Αγώνας για προσωπική βελτίωση και πρόοδο
- ε) Ετοιμότητα για αυτουπέμβαση
- στ) Ενδιαφέρον για όλες τις απόψεις της ζωής.

3.- Σχέση με το περιβάλλον

- α) Σωστή αντίληψη του κόσμου μέσα στον οποίο ζεί.

- β) Κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά
- γ) Ανάλογες σε κάθε περίπτωση διαπροσωπικές σχέσεις
- δ) Ικανότητα προσφοράς και αποδοχής αγάπης
- ε) Συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες
- στ) Σεβασμός και συναίσθηση ευθύνης απέναντι στους άλλους
- ζ) Δημιουργική εργασία
- η) Ενεργητική αντιμετώπιση των συνθηκών τους περιβάλλοντος.
- θ) Ικανότητα λύσης των προβλημάτων της ζωής
- ι) Χρησιμοποίηση προσωπικών δυνατοτήτων και εξωτερικής βοήθειας.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί, ότι, η οικογένεια είναι το πρώτο κέντρο ψυχικής υγιεινής. Αποτελεί δυναμικό και πολυσύνθετο δίκτυο αλληλεπιδράσεων, ενδοψυχικών, διαπροσωπικών και κοινωνικών μεταβλητών. Είναι η πρώτη κοινωνία που γνωρίζει ο άνθρωπος.

Αξιοσημείωτη είναι η ομοφωνία που επικρατεί ως προς την αποφασιστική επίδραση των εμπειριών της παιδικής ηλικίας στη θεμελίωση της ψυχικής υγείας ή στην ανάπτυξη της ευαισθησίας προς την ψυχική νόσο. Η υγιεινή ανάπτυξη του ατόμου γίνεται μέσα σε μια οικογένεια στην οποία το παιδί απολαμβάνει αγάπη, ασφάλεια, αποδοχή, και σεβασμό για ότι είναι, και ότι μπορεί να γίνει.

Ψ Υ Χ Ι Κ Η Ν Ο Σ Ο Σ

Η ψυχική νόσος είναι σύνθετο φαινόμενο που μελετάει σε διάφορα επίπεδα και από διάφορες οπτικές γωνίες: ιατρική, προσωπική, διαπροσωπική, κοινωνική, πολιτιστική.

-- Από άποψη συμπεριφοράς τα ψυχικά νοσήματα εξετάζονται σαν νοσηροί τρόποι αντίδρασης προς το ψυχικό STRESS που προ-

από το περιβάλλον.

-- Φαινομενολογικά, βλέπονται σαν εκφράσεις προσωπικής δυσφορίας και άγχους.

-- Από άποψη βιολογική, ερμηνεύονται σαν σειρά περίπλοκων νευρικών και χημικών επεξεργασιών.

-- Ενώ από άποψη ενδοψυχικής ζωής, χαρακτηρίζονται από ασυνείδητο άγχος και σύγκρουση.

Η ψυχική νόσος μελετιέται σε τρεις διαστάσεις: την παθολογική, την στατιστική και την πολιτιστική διάσταση.

Κατά την παθολογική ή ιατρική θεώρηση, η ψυχική ασθένεια συνίσταται σε διαταραχές και συγκρούσεις της αντίληψης, της αντιμετώπισης και της επίλυσης των προβλημάτων της ζωής, καθώς και του τρόπου εκπλήρωσης των ατομικών αναγκών. Η ψυχική νόσος δηλαδή θεωρείται ενδοψυχική σύγκρουση, δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα.

Κατά τη στατιστική θεώρηση της ψυχικής νόσου, η συμπεριφορά ή τα ψυχολογικά στοιχεία που παρεκκλίνουν από το μέσο όρο του φυσιολογικού, θεωρούνται ανωμαλίες.

Τέλος κατά την κοινωνική ή πολιτιστική θεώρηση, η ψυχική νόσος θεωρείται σαν διαπροσωπική παρέκκλιση από τα κριτήρια της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς ή σαν διάσπαση στην εκπλήρωση των κοινωνικών ρόλων.

Τα κριτήρια της ψυχικής νόσου που περιγράφονται στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική Βιβλιογραφία με βάση τα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνει το άτομο, εντοπίζονται: στον τρόπο θεώρησης της ζωής, στην ψυχολογική κατάσταση, και στη σχέση του με το περιβάλλον.

I) Τ ρ ο δ ο ς θ ε ώ ρ η σ η ς τ η ς ζ ω ή ς .

α. Αδυναμία εύρεσης νοήματος και σκοπού στη ζωή.

II) Ψ υ χ ο λ ο γ ι κ ή κ α τ ά σ τ α σ η

α. Ενδοψυχική διαταραχή και αποδιοργάνωση

β. Απόσυρση από την πραγματικότητα ή απώλεια επαφής με αυτήν.

γ. Διαταραγμένο συναίσθημα

δ. Χρόνιο διάχυτο άγχος.

ε. Διαταραχή διανοητικής λειτουργίας (αντίληψη, νόηση, λογική).

στ. Νοσηρή αντίληψη (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις).

ζ. Διαταραχή κινήτρων (βούληση).

η. Έλλειψη αυτογνωσίας και αποδοχής εαυτού.

θ. Σύγκρουση των ιδεών για τον εαυτό

ι. Ανικανότητα υπέρβασης του εαυτού και προσφοράς αγάπης στους άλλους.

III) Σ χ έ σ η μ ε τ ο π ε ρ ι β ά λ λ ο ν .

α. Νοσηρή αντίληψη του κόσμου.

β. Διαταραγμένη επικοινωνία.

γ. Ανεπαρκής και ακατάλληλη συμπεριφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις.

δ. Έλλειψη ενδιαφέροντος για άλλους.

ε. Απρόβλεπτη συμπεριφορά που αποκλίνει από τα κοινωνικά μέτρα.

στ. Ανώμαλη προσαρμογή στις συνθήκες και περιστάσεις της ζωής.

ζ. Ανικανότητα αντιμετώπισης της πραγματικότητας.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Ο ρόλος της προϊσταμένης ψυχιατρείου, περιλαμβάνει δικαιώματα, καθήκοντα και υποχρεώσεις. Είναι υπεύθυνη για την ικανοποίηση των άμεσων ψυχολογικών ή άλλων αναγκών των νοσηλευομένων ψυχικά ασθενών.

Μαζί με το προσωπικό της, κυρίως το νοσηλευτικό, επεμβαίνει στην διαδικασία της διασφάλισης της ψυχολογικής επαφής μεταξύ των ασθενών, της ψυχιατρικής ομάδας και του διοικητικού προσωπικού γενικώτερα.

Βρίσκεται σε στενή επαφή με τον απασχολησιοθεραπευτή, σε ότι αφορά την εργάνωση του σχεδίου απασχόλησης των ασθενών, βοηθά δε μαζί με τους βοηθούς της, τον ψυχίατρο και τις άλλες ιατρικές ειδικότητες, στην εφαρμογή του ημερησίου προγράμματος θεραπευτικών μεθόδων. Με την ειδική κατάρτιση και πείρα, η προϊσταμένη αδερφή, είναι, μετά τον ψυχίατρο, το μόνο πρόσωπο που έρχεται σε διαρκή και στενή επαφή με τους ψυχασθενείς και η οποία μπορεί να παρατηρεί και να καταγράφει λεπτομερώς, κάθε μεταβολή, τροποποίηση ή αλλαγή της συμπεριφοράς των νοσηλευομένων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ρόλος δημιουργού ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος. Αυτός ο ρόλος επιτυγχάνει όταν ο νοσηλευτής δίνει στους ασθενείς ευκαιρίες να δοκιμάσουν την αποδοχή τους στις κοινωνικές σχέσεις, όταν βοηθά τον ασθενή ή τις ομάδες ασθενών να προγραμματίσουν και να πάρουν μέρος σε δραστηριότητες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις του νοσοκομείου και του τμήματος. Ο νοσηλευτής, επιβάλλεται να αναλάβει το ρόλο του συμβούλου, στην περίπτωση που οι ασθενείς χρειάζονται κάποιον να ακούσει με κατανόηση

και συμπάθεια τα προβλήματα που τους απασχολούν.

Ο καθαρά διδακτικός ρόλος, ο ρόλος του δασκάλου, που οφείλει να παίξει μερικές φορές, βοηθάει ουσιαστικά τους ασθενείς να μάθουν να ζουν με περισσότερο κοινωνικά παραδεκτό τρόπο. Συχνά υποδύεται το ρόλο του υποκατάστατου της μητέρας ή πρέπει να δείξει κατανόηση ή να συμπαρασταθεί συναισθηματικά ή να κάνει τις εργασίες της μητέρας π.χ. τάισμα ασθενούς κλπ.).

Ο νοσηλευτής τέλος, ποτέ δεν υποδύεται απλώς και μόνο ένα ρόλο σε μια οποιαδήποτε χρονική περίοδο. Συνήθως υποδύεται όλους ή μερικούς από αυτούς συγχρόνως.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ
(ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)

Περιπτώσεις που αντιστοιχούν στην σημερινή έννοια (μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης έχουν περιγραφεί απ' τον Ιπποκράτη, τον Αρεταίο, αναφέρονται στα Ομηρικά έπη (π.χ. Βελερεφόντης), στο Αρχαίο Ελληνικό δραματολόγιο ("Αΐας" του Σοφοκλή) και στη Βίβλο (π.χ. βασιλιάς Σεούλ, Άννα).

Γάλλοι ψυχίατροι (FALRET, BELLARGER) χρησιμοποιούσαν μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα τον όρο "κυκλική ψύχωση". Στις αρχές του 20ου αιώνα, ο Γερμανός ψυχίατρος EMIL KRAEPELIN, εισήγαγε τον όρο "μανιοκαταθλιπτική ψύχωση", που έχει επικρατήσει.

Γενικά, "μανιοκαταθλιπτική ψύχωση", είναι τυπική κλινική εκδήλωση, χαρακτηριστική της διαταραχής του συναίσθηματος.

Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1) Η βασική διαταραχή αφορά το συναίσθημα (γι' αυτό ανηκει μαζί με την υποστροφική μελαγχολία, στις συναίσθηματικές ψυχώσεις).

2) Η νόσος εμφανίζεται περιοδικά, κατά φάσεις-ώσεις έχει δηλαδή φασική πορεία.

3) Μεταξύ των φάσεων, παρεμβάλλεται συνήθως διάστημα ηρεμίας (νορμοθυμίας).

4) Η προσωπικότητα του αρρώστου, δεν αποδιοργανώνεται, όσο μακροχρόνια και αν είναι η νόσος.

Οι φάσεις της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης είναι:

α) Η φάση της μανίας (εξάρση της ψυχικής διάθεσης)

β) Η φάση της κατάθλιψης-μελαγχολία (μείωση της ψυχικής διάθεσης).

Οι δύο αυτές φάσεις διαδέχονται η μία την άλλη σε διάφορους συνδιασμούς. Όταν, στερεότυπα, επαναλαμβάνεται πάντα η ίδια φάση, έχουμε την διαλείπουσα μανία ή την διαλείπουσα κατάθλιψη, οπότε η νόσος λέγεται μονοπολική (επικρατεί δηλ. μόνο ο ένας από τους πόλους της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης).

Όταν αντίθετα, εναλλάσσεται η μία φάση με την άλλη έχουμε την διπολική μανιοκαταθλιπτική ψύχωση (που λέγεται και κυκλική).

Όταν στην ίδια φάση συνυπάρχουν στοιχεία και μανίας και κατάθλιψης, έχουμε την μικτή συναισθηματική ψύχωση.

Όταν μεταξύ των φάσεων της μονοπολικής συναισθηματικής ψύχωσης δεν παρεμβάλλεται διάστημα νορμοθυμίας, έχουμε την χρονία μανία ή την χρονία κατάθλιψη.

Όταν, πάλι, μία απ' τις φάσεις της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, είτε η φάση της μανίας, είτε (συνηθέστερα) η φάση της κατάθλιψης συνυπάρχει με σχιζοφρενικά συμπτώματα, τότε έχουμε τη σχιζοσυναισθηματική ψύχωση.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Περίπου, πέντε στους χίλιους ανθρώπους του γενικού πληθυσμού νοσούν σε κάποια περίοδο της ζωής τους από μανιοκαταθλιπτική ψύχωση.

Η νόσος είναι συχνότερη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις στις γυναίκες (σε αναλογία δύο γυναίκες προς έναν άνδρα).

Όσο αφορά την συχνότητα κατά φυλές, υποστηρίζεται ότι οι Εβραίοι δεικνύουν μεγαλύτερη προδιάθεση προς την μανιοκαταθλιπτική ψύχωση (HENDERSON και GILLESPIE).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Κ λ η ρ ο ν ο μ ι κ ό τ η τ α

Η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της νόσου, όπως φαίνεται από την πολύ μεγαλύτερη συχνότητα νοσήσεως των συγγενών των ασθενών, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Βρέθηκε ότι 12% του πρώτου βαθμού συγγενών των μανιοκαταθλιπτικών είχαν νοσήσει από την ίδια νόσο. Υπάρχει όμως διαφωνία για τον τρόπο που μεταβιβάζεται η νόσος, γιατί ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι ισχύουν (με κάποια τροποποίηση) οι κανόνες κληρονομικότητας του MENDEL, άλλοι αρνούνται να το δεχτούν. Ίσως οι διαφωνίες οφείλονται στο ότι (όπως υποστηρίζεται τελευταία) η μονοπολική και η διπολική μανιοκαταθλιπτική ψύχωση είναι γενετικά διαφορετικές οντότητες.

Ν ε υ ρ ο λ ο γ ι κ ά α ί τ ι α

Η παρατήρηση ότι αρκετά νοσήματα του ΚΝΣ (προϊούσα γενική παράλυση, εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση, βλάβες του μετωπιαίου λοβού και του διεγκεφάλου) συνοδεύονται από συμπτώματα είτε μελαγχολίας είτε μανίας, οδήγησε στη σκέψη ότι μπορεί να υπάρχει ένας κεντρικός μηχανισμός που ρυθμίζει τις συναισθηματικές μεταπτώσεις και που λειτουργεί με τη μεσολάβηση ειδικών βιοχημικών διεργασιών. Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στον διεγκεφαλο και από ορισμένους ερευνητές, η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση θεωρείται σαν εκδήλωση μιας δυσλειτουργίας (είτε υπέρ- είτε υπο-λειτουργίας) του διεγκεφάλου.

Β ι ο χ η μ ι κ ά α ί τ ι α

1) Βιογενείς αμίνες:

Οι εξελίξεις της Ψυχιατρικής στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας έδωσαν την ευκαιρία να μελετηθεί ο τρόπος δράσης των αντικαταθλιπτικών ψυχοφαρμάκων. Υπάρχουν σήμερα σο-

βαρές ενδείξεις ότι τα φάρμακα αυτά δρουν αυξάνοντας την συγκέντρωση μονοαμινών (κατεχολαμινών, αεροτονίνης) στον εγκέφαλο. Το ίδιο ισχύει και για τον τρόπο δράσης της ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι η κατάθλιψη οφείλεται σε μείωση της συγκέντρωσης των μονοαμινών αυτών. Ακόμη, πρέπει να τονιστεί ότι οι περισσότερες μελέτες έχουν γίνει σε ζώα, στα οποία δεν υπάρχει κανένα ικανοποιητικό ανάλογο της μανίας ή της μελαγχολίας.

2) Μεταβολισμός ύδατος και ηλεκτρολυτών:

Τελευταίες μελέτες έδειξαν ότι το ενδοκυττάριο. Να αυξάνει, τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην μανία. Σε άλλες μελέτες διαπιστώθηκε σε καταθλιπτικούς αρρώστους μείωση στην διαπερατότητα του εγκεφαλικού φραγμού αίματος για το Na. Μετά από ηλεκτροσπασμοθεραπεία η μείωση αυτή εξουδετερώνουν μόνο στους αρρώστους που η κατάθλιψη τους είχε υποχωρήσει. Πολλοί πιστεύουν ότι οι διαταραχές του μεταβολισμού ύδατος και ηλεκτρολυτών στην μανιοκαταθλιπτική ψύχωση είναι μάλλον το αποτέλεσμα παρά η αιτία της νόσου. Η επαναστατική δράση των αλάτων του λιθίου στην μανιοκαταθλιπτική ψύχωση προσφέρει το έδαφος για μια πιο συγκροτημένη μελέτη των σχέσεων ηλεκτρολυτών και συναισθηματικών ψυχώσεων.

3) Φλοιοεπινεφριδική δραστηριότητα:

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι στην κατάθλιψη παρατηρείται παρατηρείται αύξηση της κορτιζόνης και των 17 - υδροξυκορτικοστεροειδών των ούρων, ενώ με την κλινική βελτίωση παρατηρείται επάνοδος στα φυσιολογικά επίπεδα. Αντίθετα, στη μανία, η παραγωγή των στερινοειδών αυτών

ορμονών βρέθηκε σε φυσιολογικά ή σε χαμηλά επίπεδα.

Πρέπει όμως να σημειωθεί; ότι:

α) δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία για τα παραπάνω ευρήματα και β) Η αύξηση των φλοιωεπινεφριδικών μεταβολιτών δεν είναι ειδική για την κατάθλιψη αλλά παρατηρείται σε μία μεγάλη ποικιλία συναισθηματικών καταστάσεων.

4) Μεταβολισμός υδαταθράκων:

Σε καταθλιπτικούς ασθενείς έχει βρεθεί μείωση της ανοχής γλυκόζης (GLUCOSE TOLERANCE) που σε ορισμένες περιπτώσεις αποκαταστάθηκε στο φυσιολογικό μετά από κλινική βελτίωση.

Ψυχογενετικές απόψεις:

Η ψυχαναλυτική σχολή (ADRAHAM 1911, FREUD 1927) θεωρεί την μελαγχολία σαν αντίδραση του ατόμου στην απώλεια ενός αντικειμένου αγάπης. Επειδή όμως το αντικείμενο της αγάπης έχει ενδοβληθεί στην προσωπικότητα του ίδιου του αρρώστου, οι σαδιστικές τάσεις που χαρακτηρίζαν την αμφιθυμική σχέση του ατόμου προς το αντικείμενο αγάπης στρέφονται και αυτές προς τα μέσα, προς το ίδιο δηλ. τον άρρωστο. Έτσι ερμηνεύονται και οι τάσεις αυτοκτονίας του μελαγχολικού.

Αντίθετα, η μανία θεωρείται απ'τους ψυχαναλυτές σαν άμυνα του ατόμου προς την μελαγχολία, που κατορθώνεται με την τήξη ανάμεσα στο Εγώ και στο Υπερεγώ. Με τον τρόπο αυτό η ψυχική ενέργεια, που πριν ξοδευόταν στην διαμάχη του Εγώ προς το απαγορευτικό Υπερεγώ, τώρα χρησιμεύει στην αχαλίνωτη απόλαυση της ζωής, που εκφράζεται κλινικά με την μανιακή συνδρομή.

Απόψεις εξαρτημένης συμπεριφοράς:
Οι οπαδοί της θεωρίας της μάθησης, θεωρούν την μελαγχολία σαν το αποτέλεσμα απώλειας (ή ακόμη και απειλούμενης ή αναμενόμενης απώλειας) ενός σημαντικού ενισχυτού (όπως π.χ. ενός αγαπημένου προσώπου, μιας στενής φιλίας, υλικών αγαθών κλπ.).

ΜΑΝΙΑ

Η έναρξη της φάσης της μανίας συνήθως είναι απότομη, μπορεί όμως να γίνει και μετά από ένα πρόδρομο στάδιο δυσθυμίας ή ελαφράς κατάθλιψης, ή να γίνει προοδευτικά μετά από ένα πρόδρομο στάδιο ευφορίας ή υπομανίας. Μπορεί ακόμη η φάση της μελαγχολίας να μεταπέσει απότομα σε μανία μετά από φαρμακοθεραπεία ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Εμφάνιση και συμπεριφορά

Η έκφραση του ασθενή είναι ζωηρή, το βλέμμα του λάμπει, το πρόσωπό του είναι υπεραίμικο και ακτινοβολεί, κάνει χειρονομίες, είναι ντυμένος με επιδεικτικό και κάπως γελοίο τρόπο, συμπεριφέρεται με υπερβολική οικειότητα και σκοπτική διάθεση σε αγνώστους και σε πρόσωπα κύρους, κάνει παρατηρήσεις και δίνει διαταγές σε όλους.

Συναίσθημα

Βρίσκεται σε έξαρση. Ο πάσχων είναι εύθυμος και φλύαρος, αστειεύεται, σαρκάζει, είναι δραστήριος και αισιόδοξος. Το παρόν δεν παρουσιάζει δυσκολίες και το μέλλον είναι ρόδινο. Η εύθυμη διάθεσή του διαχέεται στο περιβάλλον.

Άλλοτε όμως είναι ευερέθιστος και θυμώνει, ιδίως όταν το περιβάλλον του δεν τον παρακολουθεί ή εναντιώνεται στις ιδέες του (δυσθυμική μορφή μανίας).

Σκέψη

Υπερτίμηση του Εγώ: ο πάσχων πιστεύει πως είναι δυνατός, ωραίος, έξυπνος, πλούσιος και ικανός. **Παραλήρημα μεγαλείου:** όταν η υπετίμηση του Εγώ ξεπεράσει ορισμένα όρια φιάνει στο παραλήρημα μεγαλείου που όμως (σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στην προϊούσα γενική παράλυση) ποτέ δεν είναι τόσο εξωπραγματικό. Ποτέ δεν θα πει ο ασθενής ότι είναι π.χ. ο Μέγας Ναπολέοντας.

Ιδεόρροια: ο μανιακός έχει πλήθος ιδεών, που άλλες εκφράζονται με λογορροϊκό τρόπο, ενώ άλλες δεν προφταίνουν να εκφραστούν, δημιουργώντας την εντύπωση ότι υπάρχει ασυναρτησία. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει ασυναρτησία, αλλά ο ασθενής, λόγω της ιδεόρροιάς του, πριν προφτάσει να ολοκληρώσει την σκέψη του, αλλάζει θέμα.

Ομιλία

Λογορροια: ο πάσχων μιλάει γρήγορα και αδιάκοπα για να μπορέσει να είναι συνεπής προς την ακατάσχετη ιδεόρροιά του και να δώσει διέξοδο στο πλήθος των ιδεών του.

Φυγή ιδεών: μιλώντας μεταπηδά από θέμα σε θέμα. Είναι δυνατόν ο άρρωστος να παρουσιάζει φιττακισμό (επανάληψη φράσεων ή λέξεων), ενδοφασία (έκφραση σκέψεων με τη μορφή μονολόγου), να τραγουδά ή να κάνει στίχους

με ομοιοκαταληξίες, τους οποίους και να θεωρεί σαν ποίηση αξιώσεων. Σε δείγματα ομιλίας μανιακών βρέθηκε ότι υπερτερούν τα ρήματα και οι αντωνυμίες, ενώ υπάρχουν λίγα επίθετα και προθέσεις.

Ψυχοκινητική δραστηριότητα

Είναι αυξημένη. Ο πάσχων είναι υπερκινητικός, κοιμάται λίγο και κουράζεται δύσκολα, αλλά δεν αποδίδει στην εργασία του γιατί αρχίζει μια δεθλειά και την αφήνει στη μέση επειδή η προσοχή του αποσπάται αλλού. Η υπερκινητικότητα μπορεί να φθάσει στο έπαρκο, οπότε ο μανιακός τρέχει, πηδά, ανεβαίνει στα δέντρα, βωμολοχεί, καταβροχθίζει ασταμάτητα και όταν οι ηθικές του αναστολές μειώνονται πολύ, μπορεί να κάνει και αξιόποινες πράξεις, κυρίως στον σεξουαλικό τομέα όπου θεωρεί τον εαυτό του ακαταμάχητο.

Προσανατολισμός

Αδιατάρακτος

Προσοχή

Η αυτόματη προσοχή είναι αυξημένη αλλά ασταθής. Η προκλητή προσοχή είναι ελαττωμένη.

Μνήμη

Συνήθως δεν παρουσιάζει διαταραχές. Η παλιά μνήμη μπορεί να είναι αυξημένη, ενώ η άμεσος μνήμη μειωμένη.

Σωματικά συμπτώματα

- 1) Αϋπνία
- 2) Απώλεια βάρους λόγω της μεγάλης δραστηριότητας (αν

και σε ορισμένες περιπτώσεις η αύξηση της όρεξης δρα αντισταθμιστικά).

3) Αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας.

4) Διαταραχές της εμμήνου ρύσης.

5) Δεκατική πυρετική κίνηση.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Εκτός απ'την τυπική μορφή μανίας, υπάρχουν και οι ακόλουθες μορφές:

α) Υπομανία:

Έχει τα ίδια συμπτώματα με την τυπική μανία, αλλά σε ελάσσονα τόνο. Οι υπομανιακοί είναι κοινωνικά βιώσιμοι και μάλιστα δημιουργούν πολλές συμπάθειες γιατί είναι δραστήριοι, αισιόδοξοι, εύθυμοι και κοινωνικοί. Πολλές φορές όμως ενοχλούν γιατί είναι επίμονοι, εριστικοί, περιαντολογούν και κομπάζουν.

β) Παραληρητική μανία (μανία του BELL)

Στην μορφή αυτή, που θεωρείται μορφή μανίας, παρατηρούνται και συμπτώματα διανοητικής σύγχυσης. Ο πάσχων είναι απροσανατόλιστος σε τόπο και χρόνο, κάνει παραγνωρίσεις προσώπων, έχει διαταραχές της αντίληψης του τύπου και των οπτικών και ακουστικών παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων, και εκφράζει παραληρητικές ιδέες. Είναι τέτοια η εξάντληση του αρρώστου από την αδιάκοπη υπερκινητικότητά του ώστε να δημιουργούνται σοβαροί κίνδυνοι για τη ζωή του. Παλιότερα, πριν από την εισαγωγή στην ψυχιατρική θεραπευτική των φαινοθειαζινών, πολλές απ'τις περιπτώσεις αυτές κατέληγαν σε θάνατο.

γ) Χ ρ ο ν ί α μ α ν ί α

Εμφανίζεται κατά την τέταρτη ή πέμπτη δεκαετηρίδα της ζωής. Θεωρείται σαν το μανιακό αντιστοιχο της υποστροφικής μελαγχολίας.

ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)

Η μελαγχολία είναι ο αντίποδος της μανίας, γιατί τα συμπτώματά της είναι τα αντίθετα από τα συμπτώματα της μανίας. Απαντά συνηθέστερα από τη μανία. Λέγεται και ενδογενής κατάθλιψη σε αντιδιαστολή προς την νευρωσική κατάθλιψη.

Η έναρξη της συμπτωματολογίας είναι συνήθως βαθμιαία, αν και δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που αρχίζει απότομα, μέσα σε μια νύχτα. Συχνά προηγούνται συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα που δυσκολεύουν τη διάγνωση. Ο γιατρός δεν πρέπει να ξεχνά ποτέ ότι ένας άνθρωπος που εκφράζει υποχονδριακές αιτιάσεις μπορεί να είναι ένας μελαγχολικός στα αρχικά στάδια της νόσου του.

Η πιθανότητα αυτή είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν ο άνθρωπος αυτός έχει πυκνικό σωματότυπο, κυκλοθυμική ιδιοσυστασία, είναι 40-50 ετών και έχει συγγενείς μανιοκαταθλιπτικούς. Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης είναι τεράστια. Πρώτον γιατί το νόσημα είναι ιατό και δεύτερον γιατί υπάρχει ο σοβαρός κίνδυνος της αυτοκτονίας.

Σ Υ Μ Π Τ Ω Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Α

Εμφάνιση και συμπεριφορά

Ο μελαγχολικός έχει πεσμένα χαρακτηριστικά προσώπου, άτονο και ικετευτικό βλέμμα, κυρτωμένη ράχη, παραμελημένη αμφίεση και μειωμένη κινητικότητα. Φαίνεται κουρασμένος και δίνει την εντύπωση ότι έχει ηλικία μεγαλύτερη από την πραγματική.

Συναίσθημα

Η βασική διαταραχή τόσο στη μανία όσο και στη κατάθλιψη, που παρασύρει και τις άλλες ψυχικές λειτουργίες, είναι η διαταραχή του συναισθήματος. Το συναίσθημα στην μελαγχολία είναι καταθλιπτικό. Ο άρρωστος χάνει το κέφι του, δεν χαμογελά, είναι ευερέθιστος, συγκινείται και δακρύζει εύκολα για πράγματα που άλλοτε θα τον άφηναν αδιάφορο (π.χ. ένα γλυκανάλατο φιλμ στην τηλεόραση), χάνει το ενδιαφέρον του για την εργασία του, είναι αναποφάσιςτος, αναβλητικός, και μπορεί να δίνει την εντύπωση ότι είναι αδιάφορος. Σιγά - σιγά το συναίσθημα του επηρεάζεται ακόμη περισσότερο. Τα βλέπει όλα μαύρα, είναι περίλυπος, παντού βλέπει ανυπέβλητες δυσκολίες, υποτιμά τα ευχάριστα γεγονότα και μεγαλοποιεί τα δυσάρεστα, κλείνεται στον εαυτό του.

Αισθάνεται χειρότερα τις πρωϊνές ώρες, ενώ η κατάθλιψη του υποχωρεί καθώς το απόγευμα (σε αντίθεση με τον άρρωστο που έχει νευρωσική κατάθλιψη, όπου συμβαίνει το αντίθετο). Ο μελαγχολικός μπορεί άλλοτε να κλαίει και να ζητά να του συγχωρήσουν για φανταστικά αμαρτήματα, ενώ άλλοτε να αισθάνεται ότι δεν μπορεί να κλαφει γιατί "στέρεφαν τα μάτια του". Άλλοτε μπορεί να παρουσιάζει μια μειωμένη

ικανότητα για φυσιολογική συναισθηματική απάντηση, τόσο σε ευχάριστα όσο και σε δυσάρεστα γεγονότα (αυτό χαρακτηρίζεται σαν "ASTHENIE" από τους Γάλλους συγγραφείς, που το θεωρούν σαν κεντρικό σύμπτωμα της νόσου).

Συχνά ο πάσων παρουσιάζει άγχος μέχρι βαθμού αγωνίας, οπότε η νόσος παίρνει το όνομα "αγχώδης μελαγχολία".

Σκέψη

Λιμνασμοί ιδεών, μονοιδεασμοί
πτώχεια ιδεών:

Η σκέψη του μελαγχολικού παρασύρεται από το καταθλιπτικό του συναίσθημα με αποτέλεσμα να προσηλώνεται στις ίδιες πάντα μελαγχολικές ιδέες, τις οποίες αναμασά συνεχώς, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η παραγωγή άλλων ιδεών.

Παρερμηγείες: Το θεματικό των παρερμηγείων είναι πάντα καταθλιπτικού περιεχομένου. Οι φίλοι του τον αποφεύγουν επειδή είναι αντιπαθής, ο κόσμος σχολιάζει την ανικανότητά του κλπ.

Παραληρητικές ιδέες: Έχουν και αυτές πάντα συναισθηματική προέλευση. Η ιδεοπαραγωγή παίρνει την απαισιόδοξη κατεύθυνση. Το παραλήρημα του μελαγχολικού μπορεί να είναι προσδοκητικό (πιστεύει ότι είναι ένοχος και περιμένει την τιμωρία του) αναδρομικό (αξιολογεί ασήμαντα σφάλματα του παρελθόντος για να αυτοκατηγορηθεί) φυγόκεντρο (οι ιδέες επικειμένης καταστροφής επεκτείνονται στην οικογένειά του, στην πατρίδα του, όλη την ανθρωπότητα, και μπορεί να προβλέπει την καταστροφή του του κόσμου), ανεξίτηλο (στρέφεται εναντίον του εαυτού του

και ποτέ δεν αποδίδει ευθύνες στους άλλους, γιατί θεωρεί τον εαυτό του άξιο της τύχης του).

Στο περιεχόμενο του παραληρήματος, περιλαμβάνονται ιδέες ενοχής, ιδέες υποτιμήσεως του εγώ, ιδέες ολέθρου, μηδενισμού, ταπεινότητας, αναξιότητας, και υποχονδριακές ιδέες. Οι τελευταίες μπορούν να φθάσουν σε τέτοιο σημείο ώστε ο ασθενής να αρνείται ακόμη και την ύπαρξη οργάνων ("δεν έχω έντερο", "δεν έχω καρδιά") οπότε έχουμε την συνδρομή COTARD.

Ομιλία

Συνήθως είναι διστακτική, χαμηλόφωνη και αργή. Στις βαρειές περιπτώσεις φτάνει μέχρι αφωνίας και αλαλίας.

Ψυχοκινητική δραστηριότητα

Είναι μειωμένη. Ο ασθενής κουράζεται εύκολα (ευκοπωσία). Παρουσιάζει βραδύτητα στην επιτέλεση των σωματικών και ψυχικών λειτουργιών (ψυχοκινητική επιβράδυνση) που στις βαρειές περιπτώσεις φτάνει μέχρι την εμβροντησία, δηλαδή την πλήρη ψυχοκινητική αναστολή (STUPOR).

Προσανατολισμός, προσοχή, μνήμη

Δεν βλάπτονται πρωτοπαθώς, επηρεάζονται όμως δευτεροπαθείς γιατί ο πάσχων ασχολείται συνεχώς με τις μεγαγχολικές του ιδέες και αδιαφορεί για το περιβάλλον του.

Σωματικά συμπτώματα

1) Αϋπνία: Ο ασθενής ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί (αϋπνία τύπου "πρωϊμου αφυπνίσεως") σε αντίθεση προς τον πάσχοντα από τη νευρωσική κατάθλιψη που δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί (αϋπνία τύπου "επελεύσεως").

2) Ανορεξία και απώλεια βάρους.

- 3) Δυσκοιλιότητα και δυσπεψία
- 4) Ξηρότητα στόματος (η παρωτιδική έκκριση είναι μειωμένη).
- 5) Πτώση της αρτηριακής πίεσης.
- 6) Διαταραχές της εμμήνου ρύσεως.
- 7) Αναφροδισία και σεξουαλική ανικανότητα (η αντιμετώπιση τους με ορμονικά σκευάσματα είναι άσκοπη).

Β ο ύ λ η σ η

Είναι μειωμένη. Ο άρρωστος είναι αναποφάσιςτος και θεωρεί τον εαυτό του ανίκανο για οποιαδήποτε βουλευτική ενέργεια. Δυστυχώς παραμένει άθικτη η ικανότητά του για αυτοκτονία, την οποία μπορεί να προσχεδιάσει σε απίθανες λεπτομέρειες. Πολλές φορές επιχειρεί να παρασύρει και προσφιλή του πρόσωπα να αυτοκτονήσουν μαζί του ή επιχειρεί να τα σκοτώσει για να τα απαλλάξει από τα υποθιθέμενα βάσανά τους ή τις επικείμενες καταστροφές (συλλογή η "κατ'επέκτασιν" αυτοκτονία).

Ποσοστό 750/ο των μελαγχολικών έχουν τάση αυτοκτονίας από αυτούς όμως μόνο 10-150/ο κάνουν και απόπειρα αυτοκτονίας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο μελαγχολικός επιχειρεί να αυτοκτονήσει είτε στην αρχή της νόσου του (οπότε η βουλευτική του ικανότητα δεν έχει επηρεασθεί αρκετά) είτε με την έναρξη της βελτίωσης του (οπότε ανακτά μέρος της βουλευτικής του ικανότητας). Αντίθετα όταν η κατάθλιψη βρίσκεται σε μεγάλο βάθος, η βούληση του μελαγχολικού έχει μειωθεί τόσο ώστε να μην του επιτρέπει να επιχειρήσει την αυτοκαταστροφή του.-

Α ν τ ί λ η φ η

Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις υπάρχουν στη μελαγχολία αλλά μόνο στις βαρείες μορφές της νόσου. Συμβαίνουν συνήθως κατά την νύκτα. Το περιεχόμενό τους είναι πάντα εναρμονισμένο με το καταθλιπτικό συναίσθημα του αρρώστου (βλέπει π.χ. αγχόνες, φωτιές, φέρετρα κ.λ.π.)

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Ε Σ Μ Ο Ρ Φ Ε Σ

Οι κλινικές μορφές μελαγχολίας είναι:

α) Μελαγχολία με ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Είναι η τυπική μορφή.

β) Αγχώδης μελαγχολία.

Συνοδεύεται από ανυπόφορο άγχος. Ο ασθενής είναι υπερκινητικός, αναστενάζει, βηματίζει συνεχώς, αγωνιά.

γ) Μελαγχολική εμβροντησία (STUPOR).

Χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητική αναστολή. Ο ασθενής είναι ακίνητος και σιωπηλός. Παρακολουθεί όμως με το βλέμμα του τα συμβαίνοντα. Δεν σιτίζεται, και πολλές φορές παρουσιάζει απώλειες ούρων και κοπράνων.

δ) Μελαγχολικά ισοδύναμα (περιφερικές καταθλίψεις).

Είναι άτυπες μορφές μελαγχολίας όπου απαντούν κυρίως υποχονδριακά συμπτώματα ενώ λείπουν τα κεντρικά συμπτώματα της μελαγχολίας. Οι συνέπειες για τον άρρωστο μπορεί να είναι τραγικές αν ο άπειρος ή απρόσεκτος γιατρός δεν κάνει, τη σωστή διάγνωση (συνήθως συγχέονται με την υποχονδριακή νεύρωση).

ΜΙΚΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Χαρακτηρίζονται από την συνύπαρξη μελαγχολικών και μανιακών συμπτωμάτων.

- α) Μανιακή εμβροντησία
- β) Μη παραγωγική μανία
- γ) Καταθλιπτική μανία
- δ) Κατάθλιψη με ιδεορροία
- ε) Ακίνητική μανία

Παρατηρούνται συχνά στο μεταβατικό στάδιο ανάμεσα σε μία φάση μανίας και σε μία φάση μελαγχολίας.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι περισσότερες από τις περιπτώσεις της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, είναι κλινικά φανερές και σπάνια δημιουργούν προβλήματα διαφορικής διαγνωστικής.

Σε μερικές όμως περιπτώσεις επιβάλλεται περισσότερη προσοχή από τον ειδικό, για το λόγο ότι, το επικρατές σύμπτωμα η "δ ι έ γ ε ρ σ η" ή η "κ α τ ά θ λ ι ψ η", χαρακτηρίζει ή συνοθέτει συχνά και άλλες, εκτός της μανιοκαταθλιπτικής, ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.

Η μανιακή διέγερση συγχέεται πολλές φορές με την ανάλογη κατάσταση που παρατηρείται στη σχιζοφρένεια. Η υπερκινητικότητα, η λογόρροια και η άσκοπη δραστηριότητα χαρακτηρίζουν τόσο την μανιακή εμβροντησία όσο και την σχιζοφρενική διέγερση. Στην μανία όμως, η ψυχική διάθεση που επικρατεί -ευθυμία, η φαιδρότητα και γενικότερα η ευφορία- όταν μεταδίδεται και απλώνεται, διαχέεται στο περιβάλλον. Ο μανιακός διατηρεί την επαφή του με το περιβάλλον.

Αντίθετα η διέγερση στη σχιζοφρένεια είναι επεισοδιακή, έρχεται κατά ώσεις ή κατά παρορμητικό τρόπο, είναι δε και αυτή "παράδοξη" όπως παράδοξη είναι και στο σύνολό της η συμπεριφορά του σχιζοφρενή.

Η διέγερση στην σχιζοφρένεια επηρεάζεται προφανώς από τις ψευδαισθήσεις κάτω από τις οποίες διατελεί συνήθως ο άρρωστος.

Επιπλέον, ο συνειρμός του σχιζοφρενή φαίνεται σε κάθε περίπτωση "ακατανόητος" γιατί αναδύεται κατεθείαν από ασυνείδητες πηγές. Αντίθετα ο συνειρμός του μανιακού έχει κάποια λογική συνοχή και είναι αντιληπτός ακόμη και όταν συμβαίνει να είναι ασυνάρτητος.

Η εμβροντησία που παρατηρείται στην μανιοκαταθλιπτική φύχωση είναι κλινικά όμοια ή σχεδόν όμοια με την κατατονική εμβροντησία και την εμβροντησία η οποία συνοδεύει συχνά τις τοξικές εξαντλητικές καταστάσεις.

Το ασφαλέστερο κριτήριο διαφορικής διάγνωσης, σ' αυτές τις περιπτώσεις, θα είναι το ιστορικό και ο τύπος της προφυχωτικής προσωπικότητας του ασθενή.

Η μανιοκαταθλιπτική φύχωση και συγκεκριμένα η μανιακή φάση αυτής, θα χρειαστή να διαχωριστεί κλινικά από ανάλογες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που παρατηρούνται σε οργανικές νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως είναι η προϊούσα γενική παράλυση, οι ενδοεγκεφαλικοί όγκοι (όγκοι του μετωπιαίου λοβού) κλπ. Και σ' αυτές τις περιπτώσεις, η λεπτομερής λήψη του ιστορικού, η αντικειμενική νευρολογική εξέταση και τα ευρήματα από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ιδιαίτερα σε προϊούσα γενική παράλυση, θα βοηθήσουν σημαντικά στην επίλυση του διαγνωστικού προβλήματος.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μεγάλος αριθμός ασθενών παρουσιάζουν μεμονωμένα επεισόδια, προσβολές ή φάσεις της μανιοκαταθλιπτικής φύξης μια φορά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με συχνότερη επικράτηση της μελαγχολικής φάσης. Άλλοι υποκείνται σε επανειλημμένες μελαγχολικές ή μανιακές προσβολές και άλλοι σε συχνές εναλλαγές των δύο φάσεων.

Η διάρκεια των φάσεων και των ελεύθερων μεσοδιαστημάτων ποικίλει, και δεν είναι δυνατόν να προβλεφθεί ή να καθοριστεί εκ των προτέρων ακριβώς ποικίλλει από κάποιες μέρες και βδομάδες, μέχρι ενός χρόνου ή και πολλών χρόνων, με μέσο συνήθως όρο, το χρονικό διάστημα των έξι μηνών.

Πολλοί άρρωστοι που έχουν θεραπευτεί από την μανιακή φάση, πέφτουν γρήγορα στην αντίθετη φάση και αντίστροφα (μελαγχολικοί που έχουν θεραπευτεί πέφτουν στην μανιακή φάση μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα). Κατά τα μεταξύ των προσβολών ελεύθερα μεσοδιαστήματα, ο ασθενής είναι "φυσιολογικός", αναλαμβάνει και διατηρεί την ικανότητά του για εργασία, τις κοινωνικές του υποχρεώσεις κλπ.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Κατ' αρχή η πρόγνωση είναι ευνοϊκή σε μανιοκαταθλιπτική φύξη. Όσον αφορά τις μεμονωμένες φάσεις ή την διαλείπουσα μορφή της νόσου, η πρόγνωση είναι πιο ευνοϊκή, όταν συμβαίνει οι προσβολές να εμφανίζονται μεταξύ του 20ου και του 30ου έτους της ηλικίας και γενικά σε σχετικά νεαρά άτομα.

Είναι επίσης παραδεκτό ότι, οι περιπτώσεις εκείνες της νόσου, οι οποίες συνδέονται με εξωγενή αίτια, έχουν καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με τις περιπτώσεις, στις οποίες ο κληρονομικός και ιδιοσυστασιακός παράγοντας είναι πρόδηλος. Η προφυκτική προσωπικότητα του πάσχοντος δηλαδή, επιπροσδιορίζει σε μεγάλο βαθμό την πορεία όσο και την πρόγνωση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης.

Οι μανιακές ή μελαγχολικές προσβολές μετά το 40ο ή το 50ο έτος της ηλικίας (δψιμες μορφές μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης), είναι μεγαλύτερης διάρκειας και κατά κανόνα βαρύτερης μορφής, με αποτέλεσμα να έχουν δυσκολότερη πρόγνωση.

Πολλοί, τέλος, υποστηρίζουν επίσης ότι, η πρόγνωση της νόσου είναι δυσμενής στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες επικρατούν οι ψευδαισθήσεις.

Διαβάθμιση της ψυχικής διάθεσης σε
μανιοκαταθλιπτική φύχωση κατά τον

O.S. ENGLISH:

Μ α ν ί α

Ευχαρίστηση
Ευδιαθεσία
Χαρά
Εκσταση
Ευθυμία
Ευφορία
Διάχυση
Νοσηρή υπερθυμία
Φάση μανίας
Μανιακή διέγερση

Μ ε λ α γ χ ο λ ί α

Αθυμία
Δυσαρέσκεια (δυσφορία)
Ευερεθιστότητα
Οργή
Απογοήτευση
Δύπη
Απελπισία
Νοσηρή κατάθλιψη
Φάση μελαγχολίας
Μελαγχολική εμβροντησία

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο νοσηλευτής, που θα ασχοληθεί με την φροντίδα του μανιοκαταθλιπτικού αρρώστου, απαιτείται να ιεραρχήσει την εργασία του. Πρέπει να φγανώνει την ολοκληρωμένη νοσηλεία του ασθενή, να την αξιολογεί και να την τροποποιεί ανάλογα με την κατάσταση του. Προτεραιότητα λαμβάνουν συνήθως προβλήματα ψυχολογικά και διαπροσωπικά, ειδικά σε καταθλιπτικούς ασθενείς που εμφανίζουν απόσυρση.

Καθένας ασθενής είναι μοναδικός, και εκφράζει την ασθένειά του κατά μοναδικούς προσωπικούς τρόπους με ειδικό νόημα για αυτόν. Ο νοσηλευτής τον προσεγγίζει σαν πρόσωπο και ενδιαφέρεται να τον γνωρίσει και να κατανοήσει τις δυνατότητες και αδυναμίες του. Τον παρακολουθεί όσο χρόνο αγωνίζεται, έστω ανεπαρκώς, για να προσαρμοστεί θετικά στις σχέσεις του, τόσο με το περιβάλλον όσο και τους άλλους ασθενείς. Ακόμη ο νοσηλευτής τον αναγνωρίζει σαν πρόσωπο, και όταν ακόμη ο ασθενής πιστεύει ότι δεν είναι πρόσωπο, αλλά απαλλοτριωμένο αντικείμενο μεταξύ άλλων αντικειμένων. Τον θεωρεί σαν ανθρώπινη ύπαρξη σε κατάσταση ψυχολογικής ένστασης, ύπαρξη, αξία όχι ελεημοσύνης αλλά αξιοπρέπειας, όχι ανοχής αλλά σεβασμού. Έτσι μεταβιβάζει προς αυτόν το μήνυμα ότι τον αναγνωρίζει, τον σέβεται, τον κατανοεί. Ενδιαφέρεται ειλικρινά για αυτόν και δέχεται την οποιαδήποτε συμπεριφορά του σαν έκφραση της προσωπικότητάς του. Η στάση του νοσηλευτή είναι πρωταρχικής σημασίας, γιατί δημιουργεί το διαπροσωπικό κλίμα, στο οποίο διενεργείται η νοσηλεία.

Η δημιουργία και η διατήρηση υποστηρικτικού ψυχολογικού κλίματος, διαβιβάζει την νοσηλεύουσα αγάπη και το αμέριστο ενδιαφέρον του νοσηλευτή. Επί πλέον, η παρουσία του νοσηλευτή και η διάθεση χρόνου για τον ασθενή, τον ενισχύουν ψυχολογικά χωρίς να τον εκβιάζουν να εξωτερικεύσει τα προσωπικά του προβλήματα ή να συμπεριφερθεί κατά ορισμένο τρόπο. Βέβαια, η ατμόσφαιρα προσφέρει στον ασθενή ερεθίσματα και ευκαιρίες για εξωτερίκευση, αλλά τον αφήνει ελεύθερο να εκδηλώνεται όπως αισθάνεται. Ταυτόχρονα με τη στάση του νοσηλευτή, οι σκέψεις και τα συναισθήματα εκκλονται προς την πραγματικότητα.

Ο ασθενής είναι δυνατόν να υποβάλλει σε δοκιμασία τη στάση αυτή, για να βεβαιωθεί κατά πόσο είναι ειλικρινής και αξιόπιστος. Μπορεί επίσης να εκδηλώσει εχθρότητα, να αποκρούσει την προσφορά της, να παραμείνει απαθής ή να παλινδρομήσει ακόμη περισσότερο. Ο νοσηλευτής τον αποδέχεται χωρίς κριτική και δεν τον αντικρούσει σαν πρόσωπο, αγνοεί μόνο τη συμπεριφορά του. Διαθέτει δε τόσο χρόνο όσο ο άρρωστος χρειάζεται, για να εξοικειωθεί με τη διαπροσωπική αυτή επικοινωνία, την οποία τόσο επιθυμεί αλλά και αμφισβητεί. Επίσης, πρέπει να ενισχύσει την αυτοεκτίμησή του και να προετοιμάσει το έδαφος για ψυχολογική προσέγγιση και έναρξη θεραπευτικού νοσηλευτικού διαλόγου. Όταν ο ασθενής αρχίσει να αισθάνεται άνεση και ασφάλεια στο διάλογο με το νοσηλευτή, εκδηλώνοντας ενδιαφέρον με επικοινωνία, ο νοσηλευτής διευρύνει βαθμιαία το κοινωνικό περιβάλλον, συμπεριλαμβάνοντας στις συζητήσεις έναν ακόμη ασθενή ή ένα νοσηλευτή.

Αργότερα ο ασθενής εισάγεται σε ομάδα ασθενών και ενθαρρύνεται να συμμετάσχει σε κοινές δραστηριότητες. Η συστηματική ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας στις διαπροσωπικές σχέσεις και η συμπαράσταση στην αντιμετώπιση της πραγματικότητας ενθαρρύνουν τον ασθενή και τον βοηθούν να ανανεώσει τις προσπάθειες προσαρμογής του στη ζωή, και να ανακτήσει την ικανότητα κατεύθυνσης της ζωής του.

Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας

Η νοσηλευτική φροντίδα του μανιοκαταθλιπτικού αρρώστου αρχίζει πρώτα-πρώτα με το διάλογο νοσηλευτή-ασθενή, με τον οποίο επιδιώκονται τα ακόλουθα:

- Διάθεση χρόνου για παραμονή κοντά στον ασθενή
- Αποδοχή της κατήφειας και του κλάματος του ασθενή, μεταβίβαση γνήσιου ενδιαφέροντος και ψυχολογικής ενίσχυσης.
- Τόνωση του αισθήματος της προσωπικής του αξίας, προσφορά πρακτικής βοήθειας στην αυτοεξυπηρέτησή του (εάν χρειάζεται) και εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη της αυτοκτονίας.
- Ενεργός επέμβαση για την παρεμπόδιση απόπειρας αυτοκτονίας.
- Ενθάρρυνση λήψη τροφής με παραμονή κοντά στον ασθενή και σεβασμός των προσωπικών συνηθειών και προτιμήσεων στο φαγητό.
- Προγραμματισμός των απασχολήσεων του ασθενή, εάν είναι δυνατό σε συνεργασία μαζί του, σχετικά με τις ανάγκες της καθημερινής ζωής (π.χ. φροντίδα της ατομικής υγιεινής).

- Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος για πρόκληση θετικών βιωμάτων και προαγωγή της υγείας.
- Διδασκαλία της οικογένειας του ασθενή πως να αντιμετωπίζει τη μελαγχολική συμπεριφορά και ενθάρρυνση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και οικογένειας
χρησιμοποίηση των υγιών δυνατοτήτων του ασθενή και της οικογένειας του κατά τη νοσηλεία του.
- Συνέχιση της παρατήρησης ορισμένων παραμέτρων σχετιζομένων με τη μελαγχολία, όπως είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, προβλήματα ύπνου, απώλεια βάρους κλπ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΣΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ

Η υγεία του ασθενή που πάσχει από μανία μπορεί να κινδυνεύει αρκετά και σοβαρά γιατί η επίμονη υπερδραστηριότητά του δεν είναι μόνο εξαντλητική αυτή καθ'αυτή αλλά και τον εμποδίζει να κοιμηθεί ακόμη και να πάρει αρκετή τροφή και υγρά, με αποτέλεσμα να καταπέσει σωματικά και ίσως και να χάσει τη ζωή του. Ακόμη μπορεί να προσβληθεί από μια μολυσματική αρρώστια λόγω ελάττωσης της αντίστασης του οργανισμού του. Για αυτό πρέπει να τον βοηθήσουμε με ηρεμιστικά και στη συνέχεια να φροντίσουμε για μια ήσυχη ατμόσφαιρα με όσο το δυνατό λιγώτερα ερεθίσματα.

Ο ασθενής με μανία συχνά παρουσιάζει ένα δύσκολο πρόβλημα νοσηλείας. Σε μικρές δόσεις η συντροφιά του μπορεί να είναι ευχάριστη και ζωντανή, αλλά η αδιάκοπη δραστηριότητά του, η ανάμιξη στις δουλειές των άλλων, η ασταμάτητη φλυαρία του γρήγορα κουράζουν τρομερά.

Επι πλεον η ευχάριστη διάθεσή του μπορεί γρήγορα να μεταβληθεί σε ερεθιστικότητα και επιθετικότητα αν τον εμποδίσουμε στα σχέδια του. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρει κατάλληλη εκτόνωση για υπερβολική του δραστηριότητα και να δεχθεί το γεγονός ότι το ενδιαφέρον του γρήγορα χάνεται και πρέπει να βρεθούν νέες δραστηριότητες για να απασχοληθεί. Πρέπει να ασκείται σωματικά όσο είναι δυνατόν, αλλά να αποφεύγονται οι ανταγωνιστικές καταστάσεις.

Κάποτε οι μονότονες ασχολίες είναι πιο ηρεμιστικές από εκείνες που απαιτούν συγκέντρωση.

Ο μανιακός χρειάζεται αρκετά σταθερή μεταχείριση αλλά δεν ωφελεί να τον αγριεύουμε. Όσο πιο πολύ τον πιέζουμε προς μια κατεύθυνση τόσο πιο επίμονα κινείται προς άλλη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ

ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Πολλοί ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη δεν παρουσιάζουν τα κλασικά χαρακτηριστικά της κατάστασής τους. Και έτσι, είναι δυνατόν, να μη γίνει διάγνωση, εκτός και αν σημειωθούν και οι πιο μικρές ενδείξεις και αναγνωριστούν από το νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι σε στενή επαφή με τον ασθενή για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Οι ενδείξεις αυτές που έχουν για σκοπό την εκτίμηση της προόδου του ασθενή, δεν πρέπει να περιλαμβάνουν μόνο τις φανερές αλλαγές διάθεσης, αλλά και τα πιο λεπτά σημεία που αφορούν την ικανότητά του να ενδιαφέρεται για το περιβάλλον του, τις σχέσεις του με τους άλλους και τη συμμετοχή του στις δραστηριότητές τους. Επίσης, πρέπει να σημειώνονται προσεκτικά οι οργανικές αλλαγές, όπως η αύξηση της όρεξής του, του βάρους του και η ομαλή λειτουργία του εντέρου του. Η παρακολούθηση του αρρώστου, αμέσως μετά το ECT είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί στα πρώτα στάδια της θεραπείας μπορεί να προκύψει μια ικανοποιητική βελτίωση που σημαίνει ότι αξίζει τον κόπο να συνεχιστεί η θεραπεία, αν και λίγες ώρες αργότερα ο άρρωστος δεν φαίνεται να είναι καλύτερα.

Η εξέλιξη μιας αρρώστιας εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την προηγούμενη προσωπικότητα του αρρώστου και ένα μεγάλο μέρος της θεραπείας πρέπει να έχει σαν σκοπό να δυναμώσει αυτές τις πλευρές της προσωπικότητάς του, που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του και την μετέπειτα υγεία του, και ταυτόχρονα να αλλάξει τα χαρακτηριστικά που διαιωνίζουν την αρρώστια.

Για να γίνει ένα τέτοιο θεραπευτικό πρόγραμμα χρειάζεται μια λεπτομερής γνώση της προσωπικότητας του ασθενή και αυτό εξαρτάται από τις λεπτομερείς παρατηρήσεις των αντιδράσεών του σε διάφορες περιπτώσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να σημειώνει τις αντιδράσεις των συγγενών στον άρρωστο τους και κυρίως τη συμπεριφορά του αρρώστου στους συγγενείς του. Η γενική συμπεριφορά του στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς πρέπει να περιγράφεται χωρίς λέξεις, όπως "συνεργάσιμος" που σημαίνει οτιδήποτε, από τέλεια εξάρτηση μέχρι ενεργό συμμετοχή στις δραστηριότητες του θαλάμου. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να περιγράφει τις δραστηριότητές του που βρίσκει πιο ενδιαφέρουσες καθώς και κείνες που τις θεωρούμε σαν βάρος.

Θα πρέπει να γίνει μια προσπάθεια για να μάθουμε με ποιους τρόπους αντιμετώπισε ο ασθενής το STRESS στη διάρκεια της ζωής του. Είναι σημαντικό να ξέρουμε μερικές λεπτομέρειες της παιδικής του ηλικίας, της σχολικής, της εργασίας του, του γάμου του και τις σχέσεις με τη γυναίκα και παιδιά του καθώς και τους συνεργάτες του. Ο ψυχίατρος θα μπορέσει να πληροφορηθεί πολλά από αυτά, η νοσηλεύτρια όμως μπορεί να τα συμπληρώσει, λόγω της μεγαλύτερης της επαφής με τον άρρωστο και τις ευκαιρίες

που έχει για απλή συζήτηση και παρατήρηση. Βέβαια, η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να προσπαθεί να μάθει πέρα από αυτά που ο ασθενής είναι έτοιμος να συζητήσει. Πρέπει να περιμένει ώσπου ο άρρωστος αισθανθεί ότι είναι έτοιμος και ικανός να συζητήσει τα παραπέρα.

Ο βαθμός της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζεται είναι ανάλογος της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Ο ασθενής που βρίσκεται σε απάθεια ή ο καθυστερημένος, σε σημείο να μην είναι ικανός να φροντίζει τον εαυτό του, πρέπει να νοσηλεύεται στο κρεβάτι, τουλάχιστον μέχρι την θεραπεία, να βελτιωθεί η κατάθλιψή του. Σ αυτή τη φάση πρέπει να είναι σε κατάλληλη διαίτα, να παίρνει την κατάλληλη ποσότητα υγρών, να προλαμβάνονται οι κατακλίσεις και οι άλλες επιπλοκές των κατακεκλιμένων.

Οι λιγότερο καθυστερημένοι ασθενείς μπορεί να ζητήνε βοήθεια για να φάνε, να πτυθούν και για την τουαλέττα, αλλά πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν όλες αυτές τις δουλειές μόνοι τους.

Χρειάζεται περισσότερη ικανότητα και υπομονή να βοηθήσεις τον ασθενή να τα καταφέρει μόνος του, παρά να του τα κάνεις όλα μεσό. Αν θέλουμε να αποφύγουμε την ιδρυματοποίηση, πρέπει να αναπτύξουμε την ικανότητα του αρρώστου. Είναι πολύ σημαντικό να ζητάμε από τον ασθενή με κατάθλιψη να κάνει μόνο λίγο περισσότερο από ότι αισθάνεται ότι είναι ικανός να κάνει, γιατί, αν του ζητήσουμε πολλά, θα αποτύχει και η αποτυχία θα αυξήσει την κατάθλιψή του.

Είναι ίσως δύσκολο να πεισθούν οι ασθενείς με κατάθλιψη να παίρνουν την κατάλληλη διαίτα. Όταν ένας άρρωστος αρνείται να φάει, πρέπει να προσπαθήσουμε να ανα-

καλύψουμε την αιτία της άρνησής του. Μπορεί να οφείλεται σε μια απατηλή έμμομη ιδέα ή σε έλλειψη όρεξης. Στη δεύτερη περίπτωση πρέπει να προσπαθήσουμε να του προσφέρουμε ελκυστικά φαγητά, εκείνα που στο παρελθόν ήταν τα αγαπημένα του πιάτα. Θα χρειαστεί ίσως να συμπληρωθεί η διαίτά του με βιταμίνες. Ο ασθενής πρέπει να ζυγίζεται τουλάχιστον μια φορά την βδομάδα.

Η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού περιλαμβάνει τρεις μεγάλες διαστάσεις:

- α) Ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή - ασθενή
- β) Φροντίδα σωματικής υγείας του ασθενή.
- γ) Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος

Όσον αφορά το α' σκέλος της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας, το κρισιμότερο σημείο στην αντιμετώπιση του αρρώστου είναι το γεγονός ότι εμφανίζεται αδιάφορος. Παραμένει απογοητευμένος και εσωτερικευμένος. Δεν διατυπώνει ερωτήσεις και παρουσιάζει ανικανότητα στο να απαντήσει στις ερωτήσεις των άλλων. Για αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αναζητήσει και να ανακαλύψει τον άρρωστο του. Πρέπει να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τα συναισθήματά και τις ανάγκες του. Με την υποστηρικτική του στάση ο νοσηλευτής, μεταβιβάζει στον άρρωστο το μήνυμα ότι ενδιαφέρεται θερμά και ειλικρινά και ότι διαθέτει χρόνο για συζήτηση ψυχολογικών δυσκολιών. Με την παρουσία του διαβιβάζει στον άρρωστο την ετοιμότητά του να τον ακούσει, εάν ο ίδιος θελήσει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του. Είναι δυνατό να επαναλαμβάνει επίμονα υποτιμητικές και μηδενιστικές αδέες για τον εαυτό του, η ομιλία όμως μαζί του είναι θεραπευτική. Ο νοσηλευτής δεν αρνεί-

ται ούτε αποδοκιμάζει τα αισθήματά του της αναξιότητας και ενοχής του αρρώστου, γιατί περικλείουν ειδικό νόημα για αυτόν. Η τυχόν φνητική στάση του, θα τον τραυματίσει και θα αυξήσει την μόνωση και απόγνωση του. Ο νοσηλευτής δεν αμφισβητεί τα λεγόμενα από τον ασθενή, με λόγια και έργα προσπαθεί να τον πληροφορήσει, ότι ενώ αποδέχεται τις εμπειρίες και θλίψη του, δεν τις δέχεται σαν σωστές. Όταν, δε, εκφράζει αισθήματα αναξιότητας, ο νοσηλευτής τα αντικρούει και τονίζει, ότι πιστεύει στην προσωπική του αξία. Την πεποίθησή του αυτή την εκδηλώνει εμπράκτως. Τον νοσηλεύει δηλαδή, παραμένει κοντά του, ανέχεται την σιωπή του, όταν ο ίδιος δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Με την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ο νοσηλευτής προσπαθεί να μειώσει βαθμιαία τα αισθήματα της αυτοαποστροφής, αναξιότητας και ενοχής του.

Ο νοσηλευτής εκδηλώνει αγάπη και συμπάθεια, διάθεση και στάση εναρμονισμένη, δηλαδή όχι εύθυμη, προς τον καταθλιπτικό. Με υπομονή και πραότητα τον ευχαρρύνει και μεταφέρει σε αυτόν με τα λόγια και τη συμπεριφορά του την ελπίδά του, ότι θα θεραπευτεί. Ακόμη και όταν δεν βρίσκει έκδηλη ανταπόκριση από τον άρρωστο, τον νοσηλεύει με αγάπη και προσωπικό ενδιαφέρον. Και όταν ακόμη είναι σε βαριά κατάθλιψη, ακούει και βλέπει τον νοσηλευτή δίπλα του και συναισθάνεται την συμπράσταση που του προσφέρει. Κυρίως όμως, πρέπει να του φέρει σε επαφή με άλλους ασθενείς έτσι ώστε να μην παραμένει απομονωμένος και να ξεχνά κάπως το πρόβλημά του.

Η αυπνία του αρρώστου, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Και μόνο η αντιμετώπιση του ύπνου, απαιτεί συνδυα-

σιν πολλών νοσηλευτικών διεργασιών στα πλαίσια της θεραπευτικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου. Για να μπορέσει να τον βοηθήσει στο θέμα του ύπνου λαμβάνει υπόψη του:

α) το ιστορικό του αρρώστου, περί των συνηθειών του ύπνου, ώστε να προγραμματιστεί η νοσηλεία του.

β) δίνει την ευκαιρία για να μιλήσει ο άρρωστος για τις ανησυχίες και τις δυσκολίες του πριν την κατάκλιση του και

γ) τακτοποιεί κατάλληλα το περιβάλλον.

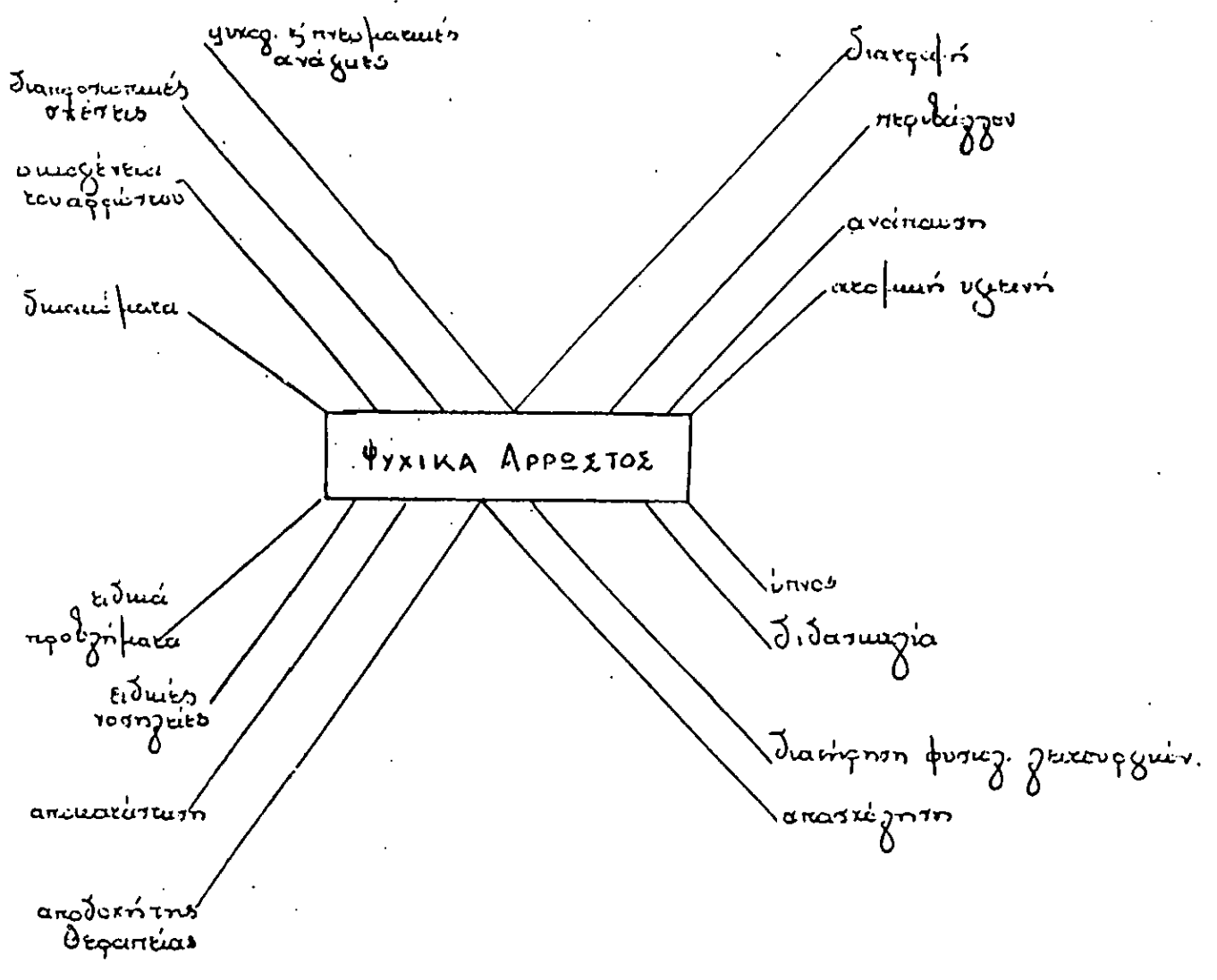
Σε περίπτωση που ο άρρωστος παρουσιάζει τάση για αυτοκτονία, η προστασία της ζωής του τίθεται αν' ο κύριος σκοπός ολοκληρωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. Το θέμα της αυτοκτονίας όμως αναλύεται σε άλλο κεφάλαιο.

Το β' σκέλος της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας έχει ήδη αναπτυχθεί πιο πάνω. Αυτό, όμως που προέχει είναι το γ' σκέλος, δηλαδή η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, ιδιαίτερα του διαπροσωπικού περιβάλλοντος. Ο καταθλιπτικός μένει μακριά από τις ανθρώπινες σχέσεις και παρουσιάζεται απρόθυμος για οποιαδήποτε ομαδική επικοινωνία και δραστηριότητα. Η συμπεριφορά αυτή οφείλεται στα συμπτώματα της νόσου του, δηλαδή στην ψυχολογική επιβράδυνση, την απώλεια εμπιστοσύνης, την έλλειψη ενδιαφέροντος και την αυτουποτίμηση.

Ο νοσηλευτής αποφεύγει να τον πιέσει πρόωρα, για να συμμετάσχει στις εργασίες ή στις κοινωνικές επαφές. Και αυτό γιατί κινδυνεύει να αισθανθεί δυστυχής, αν ανακαλύψει την ανικανότητα να ανταποκριθεί. Όμως, αμέσως μόλις εκδηλώσει σημεία ενδιαφέροντος, πρέπει να παρακινεί-

ται σε μικρές απασχολήσεις. Παροτρύνεται να επισκεφθεί την εργασιοθεραπεία, για να επιλέξει υλικό απασχόλησης κλπ. Ενθαρρύνεται ώστε να μην έχει μεγάλες και παράλογες απαιτήσεις από τον εαυτό του, γιατί η ψυχική ενέργεια και προσοχή του έχουν επιστρατευτεί από την οδυνηρή βίωση της νόσου του. Παρόλα αυτά πρέπει να απασχολείται με ορισμένες δραστηριότητες, όσο άσκοπες και αν φαίνονται προς στιγμή στον ίδιο. Η κινητοποίηση αυτή θα τον βοηθήσει τελικά να βγει από την μελαγχολία του. Ο νοσηλευτής τον συνιστά σε λίγους συνασθενείς του, οι οποίοι είναι ικανοί να εκδηλώσουν συμπάθεια και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή του. Πολλές φορές είναι δυνατόν, όταν συζητά με άλλον ασθενή, ο οποίος βγήκε από την εμπειρία της κατάθλιψης και αναρρώνει, να οφελείται. Αποφεύγουμε όμως να τον εγκαταλείψουμε μόνο στην αρχή της εισόδου του στην ομάδα. Με την παραδοχή του ασθενή, όπως αυτός είναι, και την παρουσία ενδιαφέροντος, αντισταθμίζει τα αισθήματα αναξιότητας και αδεξιότητάς του. Φροντίζει ώστε ο ασθενής να συμμετέχει σε απλές, εύκολες και σύντομες εργασίες, χρήσιμες για τους άλλους και επαινεί την επιτυχία του. Ο ασθενής βαθμιαία εισάγεται σε περισσότερο δραστήρια ομάδα, για να παρακινείται έμμεσα να εξωτερικεύει τις καλλιτεχνικές και δημιουργικές δεξιότητές του. Μέσα στην ατμόσφαιρα του θεραπευτικού περιβάλλοντος, συναισθάνεται την αγάπη, την αποδοχή και την κατανόηση των άλλων. Ανυψώνεται η εκτίμηση του εαυτού του. Η κατάθλιψη του ελαττώνεται και προοδευτικά αποκαθίσταται η υγεία του.

Βασίς της προσεκτικότητας του αργάτου.



Έγγραφο από το γυναικείο νοσηλεία

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία της μανιοκαταθλιπτικής ψυχωτικής αντίδρασης είναι καθαρά συμπτωματική.

Πολλές περιπτώσεις θεραπεύονται αυτομάτως, όπως τα μανιακά και υπομανιακά επεισόδια, καθώς επίσης και οι ήπιες μελαγχολικές και μανιακές φάσεις. Σε άλλες περιπτώσεις, οι εξάρσεις και οι υποτροπές γίνονται με συχνότερο ρυθμό, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις ανίατες, όπου μάλιστα συμπίπτει, λόγω ηλικίας, το οργανικό υπόστρωμα να διαδραματίζει επιδεινωτικό ρόλο.

Η θεραπεία, τέλος, που εφαρμόζεται στην μανιοκαταθλιπτική φύχωση, διακρίνεται σε:

- α. βιολογική θεραπεία (ηλεκτροσπασμοθεραπεία-ινσουλινοθεραπεία)
- β. φαρμακευτική θεραπεία και
- γ. ψυχοθεραπεία

α) Βιολογική θεραπεία

Ι ν σ ο ύ λ ι ν ο θ ε ρ α π ε ί α

Η εφαρμογή της θεραπείας αυτής έχει σήμερα θέση, μόνο σε περιπτώσεις που η συστηματική εφαρμογή όλων των άλλων θεραπευτικών μέσων έχει αποχθήσει. Συνήθως εφαρμόζεται μόνη ή σε συνδυασμό με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Κατά την εφαρμογή της μεθόδου αυτής χορηγείται ινσουλίνη, η οποία δημιουργεί προτιωματώδη ή κωματώδη κατάσταση. Για την εφαρμογή της ενδείκνυνται άτομα με καλή σωματική υγεία, ηλικίας 20-35 ετών. Συνήθως εφαρμόζεται σε ασθενείς με μακροχρόνια φύχωση που είναι ανθε-

κτικοί σε άλλες θεραπευτικές μεθόδους ή άτομα με φύξη που κάνουν συχνές υποτροπές. Αντεδεικνύται σε άτομα άνω των 50 ετών, σε παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, σε ανοικτή φυματίωση πνευμόνων, σε νόσους νεφρών, ήπατος, παγκρέατος, θυρεοειδούς, επινεφριδίων, σακχαρώδη διαβήτη και τέλος σε κυοφορούσες γυναίκες.

Κατά την χορήγηση της ινσουλίνης και την σταδιακή αύξησή της, ο άρρωστος πέφτει σε κώμα. Συνήθως δίνονται 100-200 μονάδες ινσουλίνης. Στο κώμα μένει ο άρρωστος αρχικά 15' και βαθμιαία παρατείνεται ο χρόνος στις επόμενες συνεδρίες, ως μια ώρα. Για τη λήψη του κώματος χρησιμοποιείται μεγάλη δόση υδατανθράκων ή γλυκογόνο. Γίνονται 4-6 συνεδρίες την εβδομάδα έως ότου δημιουργηθούν 50-60 κώματα. Αντί για κώμα, μπορεί να προκληθεί υποκωματώδης ή περιπατητική μορφή ινσουλινοθεραπείας με λιγότερες μονάδες ινσουλίνης.

Νοσηλευτική φροντίδα

κατά της ινσουλινοθεραπείας

Όταν εφαρμόζεται η ινσουλινοθεραπεία ο νοσηλευτής παρακολουθεί το χρώμα του προσώπου, τις σφύξεις, τη θερμοκρασία, έως ότου λυθεί το κώμα. Στην ειδική κάρτα που υπάρχει, σημειώνονται τα ζωτικά σημεία, οι μονάδες ινσουλίνης που χορηγήθηκαν, τα χαρακτηριστικά του κώματος, η διάρκειά του και τυχόν επιπλοκές.

Μετά την λύση του κώματος πολλές φορές ο ασθενής διαματύρεται ότι κρυώνει. Ο νοσηλευτής τον σκεπάζει έως ότου συνέλθει και στη συνέχεια τον ενθαρρύνει να πάρει τα γεύματά του. Στη συνέχεια γίνεται λουτρό καθαριότητας ντύνεται με καθαρό ιματισμό και ξεκουράζεται έως ότου

αρχίσει η νέα συνεδρία.

Σε ότι αφορά τα αποτελέσματα, τις ινσουλινοθεραπείας βοηθά τον ασθενή να γίνει περισσότερο προσιτός στις διαπροσωπικές σχέσεις και να ενδιαφέρεται περισσότερο με το περιβάλλον του. Επειδή όμως η εφαρμογή της θεραπείας αυτής, ακόμα και αν γίνει από πεπειραμένα χέρια, είναι επικίνδυνη και δυσάρεστη για τον άρρωστο, αποφασίστηκε να γίνεται μόνο σε πολύ ειδικές περιπτώσεις.

Η λ ε κ τ ρ ο σ π α σ μ ο θ ε ρ α π ε ί α (E.C.T.)

Το ηλεκτροσόκ (E.C.T.) χρησιμοποιήθηκε το 1938 για πρώτη φορά από δύο Ιταλούς, τους UGO CERLETTI και BINI. Πρώτα χρησιμοποιήθηκε σε ζώα και μετά σε ανθρώπους.

Το ECT συνίσταται στη δημιουργία μεγάλου επιληπτικού σπασμού, με την εφαρμογή δύο ηλεκτροδίων στις κροταφικές χώρες του ασθενή και διέλευση (σε κλειστό κύκλωμα) από τον εγκέφαλο συνεχούς και εναλλασσόμενου ρεύματος.

Αποτελεί θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται πλατιά, γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική.

Ένα από τα αποτελέσματα της ευρείας χρήσης του ECT είναι και το ότι πολλοί από τους ασθενείς έχουν ήδη ακούσει γι αυτή, πριν ακόμη μπου στα νοσοκομεία. Γι αυτό τα αισθήματά τους χρωματίζονται ανάλογα με ότι έχουν ακούσει από τους άλλους.

Γενική προετοιμασία για το ECT

και

Νοσηλευτική Φροντίδα

Πριν γίνει το ECT, απαιτείται υπογραφή του ασθενή, αν είναι σε θέση, και των συνοδών. Πρέπει να εξηγήσει κάποιος την θεραπεία στον άρρωστο πράγμα αρκετά δύσκολο βέβαια εκτός αν γνωρίζει αρκετά σχετικά με τους φόβους και τις εμπειρίες του αρρώστου. Σε κάποιο ασθενή ίσως χρειαστεί να τονίσουμε ότι δεν θα αισθανθεί πόνο ή ενόχληση και ότι δεν θα θυμάται τίποτα μετά την λήξη της θεραπείας.

Υπάρχουν όμως άλλοι ασθενείς, οι οποίοι φοβούνται αυτό ακριβώς αν έτυχε να ακούσουν για την απώλεια μνήμης μετά το ECT. Σ' αυτή την περίπτωση, χρειάζεται να διαβεβαιώσουμε τον άρρωστο, ότι, η απώλεια της μνήμης είναι παροδική και ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως, επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη, μετά την συμπλήρωση της σειράς των θεραπειών.

Μερικοί άρρωστοι φοβούνται τον πόνο ή τον κίνδυνο από την θεραπεία. Άλλοι επιζητούν την θεραπεία σαν είδος τιμωρίας εξαιτίας των αισθημάτων ενοχής ή αναξιότητας.

Όσο και αν προετοιμαστεί ο άρρωστος, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλο φόβο και χρειάζεται συμπαράσταση. Είναι δύσκολο να απασχολήσει κανείς τον ασθενή ενώ περιμένει για την θεραπεία. Το καλύτερο είναι να γνωρίζει την ώρα της θεραπείας παρά να ζεί με την αγωνία πότε θα γίνει.

Κάθε καθυστέρηση από την καθορισμένη ώρα προσθέτει αγωνία.

Εκτός της ψυχολογικής ενίσχυσης χρειάζεται, από οργανικής πλευράς, να γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και αν είναι δυνατόν και της σπονδυλικής στήλης.

Ο άρρωστος μένει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν από το ECT. Ο νοσηλευτής κάνει ένα τελευταίο έλεγχο στον δίσκο του ECT ο οποίος περιλαμβάνει:

1.- Την συσκευή του ECT και την συσκευή του O₂

2.- Το δίσκο του ECT με:

α) τραχειοσωλήνα

β) καρδιοτόνωση

γ) βαμβάκι με ασετόν για τον καθαρισμό των κροτάφων

δ) γάζες και κάφα με νερό

ε) φαλίδι, λευκοπλάστ

στ) πεταλούδες και συσκευή ορού

ζ) φυσιολογικός ορός

Πριν από την θεραπεία, ο ασθενής ελευθερώνεται από στενά ρούχα, αφαιρούνται τυχόν οδοντοστοιχίες και τσιμπιδάκια και επίσης πρέπει να έχει κενωθεί η κύστη. Ο ασθενής, πριν δεχτεί την νάρκωση είναι ζύπνιος γι αυτό πρέπει να αποφεύγονται συζητήσεις που τον αφορούν. Κατά τον χρόνο παραμονής για την θεραπεία, πρέπει να υπάρχει κοντά του νοσηλευτής και να αποφευχθεί η παρακολούθηση εκτέλεσης της ίδιας θεραπείας σε άλλο ασθενή.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας, απαραίτητη είναι μία σχετική ακινητοποίηση, για την αποφυγή έντονων συσπάσεων με την είσοδο του ηλεκτρικού ρεύματος.

Μετά την θεραπεία, ο ασθενής συνέρχεται σταδιακά

και αργά και χρειάζεται γύρω του γνωστά πρόσωπα. Δεν γνωρίζει που βρίσκεται, πως έφθασε εκεί και φυσικά δεν θυμάται ότι έχει κάνει ECT. Έτσι, χρειάζεται να μιλάμε αργά και σιγά, καθαρά και με σύντομες φράσεις, προσπαθώντας να τον επαναφέρουμε στο περιβάλλον του. Καλό είναι να χρησιμοποιούμε το όνομά του και να του υπενθυμίζουμε το δικό μας παρά να τον αφήνουμε να προσπαθεί μόνος του να θυμηθεί.

Μετά την θεραπεία συμπληρώνονται στην κάρτα του ασθενή όλα τα στοιχεία όπως ο αύξων αριθμός της -θεραπείας η ένταση του ρεύματος, ο χρόνος χορήγησης του ρεύματος, το είδος της νάρκωσης, ο χρόνος των συσπάσεων και το αποτέλεσμα του ECT (επιτυχές, αφαίρεση κλπ.), τυχόν αντιδράσεις, όπως άπνοια, κυάνωση, και άλλα, πρέπει να αναφέρονται.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι ταχύ. Συνήθως μετά τις δύο - τρεις πρώτες συνεδρίες, οι ασθενείς γίνονται πιο ξύπνιοι, ενεργητικοί και ικανοί να σκεφθούν και να πραγματοποιήσουν κάτι που θέλουν.

Γι αυτό, και κατά την περίοδο αυτή ο ασθενής είναι πιο ικανός να θέσει σε ενέργεια σχέδια αυτοκτονίας, τα οποία έχει κάνει, και χρειάζεται στενή παρακολούθηση.

Στην υποστροφική μελαγχολία, το ECT αποτελεί θεραπεία εκλογής, και ποσοστό μεγαλύτερο του 50ο/ο έχει ταχεία ανάρρωση. Στην μανιοκατακαθλιπτική φύχωση, το ECT, γίνεται σε ασθενείς που βρίσκονται στη φάση της μανίας, με έντονη ψυχοκινητική δραστηριότητα ή σε περιπτώσεις μανιακής εμβροντησίας (STUPOR).

Οι επιπλοκές του ECT είναι:

- 1.- Κάταγμα οστών και μάλιστα σπονδυλικής στήλης.
- 2.- Παρατεινόμενη άπνοια
- 3.- Διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος
- 4.- Διαταραχές του νευρικού συστήματος και,
- 5.- Αγγειακού τύπου εγκεφαλικά επεισόδια.

Το ECT αντενδείκνυται απόλυτα σε:

- α.- Ογκο του εγκεφάλου
- β.- Θρομβοφλεβίτιδα
- γ.- Εξόφθαλμο βρογχοκήλη
- δ.- Οξεία σπειραματονεφρίτιδα

Επίσης το ECT, αντενδείκνυται σχετικά σε ορισμένες περιπτώσεις όπως:

- α.- Μεγάλη ηλικία
- β.- Κύηση
- γ.- Πνευμονικές παθήσεις (αποφεύγουμε την αναισθησία με βαρβιτουρικά).
- δ.- Σπονδυλαρθροπάθεια
- ε.- Πεπτικό έλκος

Τα παρακάτω αποτελούν σχετικές αντενδείξεις με και με την νάρκωση, αποφεύγονται οι κίνδυνοι.

β) Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπευτική της μανιοκατάθλιψης στηρίζεται στα ψυχοτρόπα φάρμακα. Ως ψυχοτρόπα ή ψυχοφάρμακα ορίζονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας φαρμακολογικά δραστικά ουσίες που επηρεάζουν τις ψυχικές λειτουργίες, την ψυχική διάθεση και γενικά την συμπεριφορά του ατόμου.

Ανάλογα με τα βασικά συμπτώματα που επηρεάζουν, ταξινομούνται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- α) Αντιψυχωτικά φάρμακα ή ισχυρά ηρεμιστικά ή νευροληπτικά.
- β) Αντιαγχώδη φάρμακα ή ασθενή ηρεμιστικά
- γ) Αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή θυμοληπτικά ή ψυχοαναληπτικά
- δ) Ψυχοσωμιμητικά φάρμακα ή ψυχοσιγδόνια.

Στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται ευρέως οι τρεις πρώτες κατηγορίες.

Κατά την εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων επιβάλλεται πολλές φορές η χρήση ειδικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται αντιχολινεργικά αντιπαρκισσονικά, φάρμακα μυοχαλαρωτικά ή αντισπασμωδικά και ορισμένα αναληπτικά.

Ο τόπος φαρμακολογικής δράσης των ψυχοφαρμάκων είναι το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Ο τρόπος ενέργειάς τους είναι η παρεμβολή τους στο μεταβολισμό και στη διακίνηση βιολογικά δραστικών ουσιών που παράγονται στον νευρώνα και χρησιμεύουν ως νευροδιαβιβαστές. Η πειραματική ψυχοφαρμακολογία έχει αποδείξει ότι οι διάφορες ομάδες των ψυχοφαρμάκων διαφοροποιούνται, ανάλογα με το αποτέλεσμα που ασκούν στην νευροδιαβίβαση ορισμένων κυκλωμάτων, του Νευρικού Κεντρικού Συστήματος.

Η Κλινική ψυχοφαρμακολογία έχει προσδιορίσει τις βασικές ενδείξεις των διαφόρων ψυχοφαρμάκων, ανάλογα με τις μεταβολές που προκαλούν στην συμπεριφορά.

Οι παραπάνω (3) κατηγορίες ψυχοφαρμάκων χρησιμοποιούνται - χορηγούνται στη φαρμακευτική θεραπευτική της μανιοκαταθλιπτικής φύχωσης ως εξής:

α) Μ Α Ν Ι Α

1) Παράγωγα φαينوθειαλίνης (αντιψωσικά ή νευροληπτικά) κυρίως αλειφατικά όπως η χλωριπρομαλίνη (LARGACTIL). Οι φαυνοθειαλίνες έχουν ισχυρή κατευναστική και ηρεμιστική δράση και ικανή υπαγωγική ενέργεια. Προκαλούν συχνότερα ανεπιθύμητες ενέργειες από το νευροφυτικό σύστημα, ιδιαίτερα υπόταση, αλλά προσβάλλουν σπανιότερα το εξωπυραμιδικό σύστημα.

2) Παράγωγα της βουτυροφαινόνης, (αντιψωσικά ή νευροληπτικά), όπως η αλοπεριδόλη (ALOPERIDIN) που θεωρείται σαν φάρμακο εκλογής.

Τα φάρμακα αυτά έχουν ισχυρή αντιψωσική δράση, προκαλούν καταστολή του άγχους και της επιθετικότητας, βελτιώνουν την επαφή με το περιβάλλον και επηρεάζουν ευνοϊκά τις ψυδαισθήσεις και τις παραληρηματικές ιδέες. Δεν προκαλούν σοβαρή υπνηλία ή εξάντληση αλλά προκαλούν συχνά έντονες εξωπυραμιδικές διαταραχές.

3) Αλατα του λιθίου, όπως το ανθρακικό λίθιο (τοξικό φάρμακο) σε δόσεις 300-500 χλγρ. τρεις (3) φορές την ημέρα. Σε μακρύ χρονικό διάστημα καταστέλλει τις φυλικές διεγέρσεις, τα μανιακά επεισόδια και τις μανιακές φάσεις. Πρέπει να διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα ο δείκτης ελέγχου του λιθίου δηλαδή 1.0-1.5 χιλιοστοισοδύναμα (MEQ) ανά λίτρο πλάσματος. Ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάζονται με επίπεδο λιθίου στο πλάσμα πάνω από 1,5 MEQ.

Οι πιο συνηθισμένες από αυτές είναι ναυτία, έμετος, διάρροια, πολυδιψία, πολυουρία, μυϊκές κράμπες, αδυναμία και νεφρικές βλάβες (κυρίως διάρροση νεφρίτιδα). Βαρύτερες δηλητηριάσεις εκδηλώνονται με λήθαργο, έντονο τρόμο, μυϊκές συσπάσεις, κολλώδη ομιλία, σπασμούς, κώμα και θάνατο. Σε τέτοιες καταστάσεις χρειάζεται άμεση αποκατάσταση του ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου με ενδοφλέβιο έγχυση ουρίας και αλκαλοποίηση των ούρων με έγχυση γαλακτικού νατρίου. Τα άλατα λιθίου έχουν το πλεονέκτημα ότι δεν προκαλούν υπνηλία και παρενέργειες από το εξωπυραμιδικό αλλά μειο-νεκτούν γιατί αργούν να δράσουν και χρειάζονται προσοχή γιατί όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι τοξικό φάρμακο.

β) Μ Ε Λ Α Γ Χ Ο Λ Ι Α

α) Τα τρικυκλικά (αντικαταθλιπτικά) όπως η ημιπραμίνη (TOFRANIL) και η αμιτριπτυλίνη (TRYPTIZOL).

Η ημιπραμίνη ενδείκνυται στη κατάθλιψη με ψυχοκινητική επιβράδυνση και ιδέες μελαγχολικού και υποχονδριακού περιεχομένου. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα φαίνονται μετά τη δεύτερη ή την τρίτη εβδομάδα από την έναρξη της θεραπείας.

Η αμιτριπτυλίνη χορηγείται σε κατάθλιψη με άγχος, ανησυχία, αυπνία. Έχει δηλαδή αντιαγχωτικές και ηρεμιστικές ιδιότητες και διευκολύνουν τον ύπνο.

β) Ανασταλτικά της μονοοξειδάσης (ΜΑΟ) όπως η νιαλαμίδη (NIAMID).

Η αντικαταθλιπτική δράση της νιαλαμίδης αφορά την βελτίωση του θυμικού με την πρόκληση ευφορικής διάθεσης. Έχει πολλές ανεπιθύμητες: ενέργειες όπως είναι ναυτία, έμετος, ίλιγγοι,

κεφαλαλγία και υπέρταση. Τόσο τα θεραπευτικά αποτελέσματα όσο και οι ανεπιθύμητες ενβργειες των αναστολέων της ΜΑΟ εμφανίζονται αρκετές ημέρες ή εβδομάδες ύστερα από την έναρξη της θεραπείας.

ε) Λευκοτομή, που εφαρμόζεται σπάνια, σε απελπιστικές καταστάσεις όπου τίποτα άλλο δεν αποδίδει.

Οι παρακάτω πίνακες μας δείχνουν τις συνηθισμένες δόσεις των ψυχοφαρμάκων που χορηγούνται στην κλινική πράξη.

Τά αντικαταθλιπτικά φάρμακα και οι συνηθισμένες δόσεις τους στην κλινική πράξη

Ομάδες φαρμάκων και έλλογη ονομασία	Εμπορική ονομασία	Ημερήσιες δόσεις σε χιλιοστόγραμ.		
		Ελάχιστη	Μέση	Μέγιστη
1. ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ				
<i>α. Διβενζοαζεπίνες*</i>				
Ίμιπραμίνη	Tofranil	30	100	300
Δεσιπραμίνη	Pertofran	25	100	300
Χλωριμιπραμίνη	Anafranil	30	100	300
Τρίμεπραμίνη	Surmonil	30	150	300
Όσιπραμόλη	Insidon	50	150	300
<i>β. Διβενζοκυκλοεπαδιένια**</i>				
Άμιτρυπτιλίνη	Tryptizol, Saroten	30	100	250
Νοτριπτιλίνη	Nortrilen	50	100	150
Προτριπτιλίνη	Concordin	30	60	120
<i>γ. Διβενζοδιαζεπίνες</i>				
Διβενζεπίνη	Noveril	120	300	480
<i>δ. Διβενζοαζεπίνες</i>				
Δοξεπίνη	Quitaxon, Sinequan	30	60	150
<i>ε. Τετραϋδροϊσοκινολίνες</i>				
Νομφενσίνη	Alival	50	100	200
2. ΠΕΝΤΑΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ				
<i>α. Διβενζοδικυκλοεπαδιένιο</i>				
Μαπροτιλίνη	Ludiomil	75	150	300
<i>β. Τετρακυκλοπιπεραζινοαζεπίνες</i>				
Μιανσερίνη	Tolvon	10	50	60
3. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΑΟ				
Νιαλαμίδα	Diamid	75	200	500
Τρανυλκυπρομίδα	Parnate	10	30	40
Ίσοκαρβοξαζίδα	Marplan	10	15	30
4. ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ				
Άμφεταμίνη	Benzedrine	5	10	40
Μεθελφαινοδάτη	Ritalin	5	15	50
5. ΑΛΑΤΑ ΛΙΘΙΟΥ				
Άνθρακικό Λίθιο	Milithin	900	1200	1800

Πίνακας 1.

Τά κυριότερα αντιψυχωτικά (νευροληπτικά) φάρμακα και οι συνηθισμένες δόσεις τους στην κλινική πράξη.

Ομάδες φαρμάκων και επίσημη ονομασία	Εμπορική ονομασία	* Ημερήσιες δόσεις σε χιλιοστόγραμμα					
		στις ψυχώσεις			στις νευρώσεις		
		Έλαστον	Μέση	Μέγιστη	Έλαστον	Μέση	Μέγιστη
1. ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΗΣ ΦΑΙΝΟΘΕΙΑΖΙΝΗΣ:							
α. Αλκυφατικά παράγωγα:							
Προμαζίνη	Sparine	75	400	1000	25	75	150
Χλωροπρομαζίνη	Largactil, Thorazine	75	500	1000	25	75	200
Λεβουεπρομαζίνη	Nozinan	50	150	300	2	5	10
Προμεθαζίνη	Phenergan	25	75	125	25	25	75
β. Πιπεριδυλικά παράγωγα:							
Θειοριδαζίνη	Meileril	100	450	800	50	75	200
Προπερισιαζίνη	Neuleptil	30	45	60			
γ. Πιπεραζινικά παράγωγα:							
Περαζίνη	Taxilan	75	400	600			
Φθοριοφαιναζίνη	Moditen, Sevinol	3	12	30	3	4	6
Τριφθοριοφαιναζίνη	Stelazine	15	25	60	3	8	12
Θειοπροπεραζίνη	Majeptil	15	30	60			
Θειοπροπαζάτη	Darialan	15	30	60	5	10	15
Δεκανοϊκή φθοριοφαιναζίνη ¹	Modecate	25	100	200			
2. ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΗΣ ΒΟΥΤΥΡΟΦΑΙΝΟΝΗΣ:							
α. Φαινυλοβουτυροπιπεριδίνες:							
Άλοπεριδόλη	Aloperidin	3	15	60	1	1,5	3
Μπενπεριδόλη	Glianimon	3	4,5	9			
Διπιπερόνη	Dipiperon	120	250	360	40	60	120
Διυδροβενζοπεριδόλη	Droperidol	25	50	50			
β. Διφαινυλοβουτυροπιπεριδίνες:							
Πιμοξίδη	Pirium	3	5	8			
Πενφλουριδόλη ²	Flupidol	20	40	60			
Φθοριοσπιριλένη ³	Imap	1	4	10			
3. ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΟΥ ΘΕΙΟΣΑΝΘΕΝΙΟΥ							
Χλωροπροθειξένιο	Truxal	75	300	500			
Χλωροπειθιζόλη	Ciatyl	30	90	150			
4. ΑΛΚΑΛΟΕΙΑ ΤΗΣ RAUWOLFIA							
Ρεσερπίνη	Serpasil	2	6	10			
5. ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΗΣ ΔΙΒΕΝΖΟΑΖΕΠΙΝΗΣ							
α. Παράγωγα της διβενζοθειαζεπίνης:							
Πιπεραζινική διβενζοθειαζεπίνη	Etiupine	40	80	160			
β. Παράγωγα της διβενζοσθαζεπίνης							
Λοξαπίνη	Loxapac	20	60	100			
6. ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΗΣ ΒΕΝΖΑΜΙΔΗΣ							
Σουλπιρίδη	Daxmatyl	150	300	600	50	150	300
Σουλτοπρίδη	Barnetil	400	1200	3600			

Οι δόσεις που σημειώνονται στον πίνακα αναφέρονται για τα θεραπευτικά σχήματα διαρκείας. Για θεραπευτικά σχήματα έμφυτου και για βραχυχρόνιες περιόδους μπορούν να χρησιμοποιηθούν υψηλότερες δόσεις. Σε ηλικιωμένους και παιδιά οι δόσεις είναι μικρότερες.

1. Η δόση χορηγείται μία φορά κάθε 8-15 ημέρες σε ενδομυϊκή ένεση.
2. Η δόση χορηγείται μία φορά την εβδομάδα από το στόμα σε δισκία.
3. Η δόση χορηγείται μία φορά την εβδομάδα σε ενδομυϊκή ένεση.

Τά ύπνωτικά φάρμακα καί οι συνηθισμένες δόσεις τους στην κλινική πράξη.
Πολλά από τά φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται καί ως ήρεμιστικά.

Όμαδο φαρμάκου καί έπίσημη ονομασία	Έμπορική όνομασία	Ήμερησιες δόσεις σέ χιλιοστόγραμμα					
		ώς ήρεμιστικό			ώς ύπνωτικό		
		Έλαχιστη Μέση Μέριση	Μέση Μέριση	Έλαχιστη Μέση Μέριση	Μέση Μέριση	Έλαχιστη Μέση Μέριση	Μέση Μέριση
1. ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ							
Νατριοϋχος φαινοβαρβιτάλη	Luminal	30	50	100	100	200	300
Κυκλοβαρβιτόνη	Phanodorm	60	100	150	100	200	300
Άμοβαρβιτάλη	Amytal	60	100	150	100	200	300
Έξοβαρβιτάλη	Evipan				500	750	1000
Θειοπεντάλη	Pentothal				500	750	1000
2. ΚΑΡΒΙΝΟΛΕΣ							
Μεθυλοπεντινόλη	Dormison	200	300	500	500	750	1000
3. ΠΙΠΕΡΙΔΙΝΟΔΙΟΝΕΣ							
Γλουταιθιμίδη	Doriden	50	75	100	300	500	600
4. ΚΙΝΑΖΟΛΟΝΕΣ							
Προπιομαζίνη	Indorm				10	20	30
6. ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ							
Νιτροζεπάμη	Mogadon				5	10	15
7. ΑΤΑΞΙΝΟΜΗΤΑ							
Υδροχλωρική Χλωράλη	Somnos				1000	1500	2000
Παραλδεόδη	Paraldehyde				3000	4000	8000
Έξοπροπυμάτη	Mertinal				300	400	800

ΥΠΝΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Πίνακας 3.

Τά άσθενή (έλάσσονα) ήρεμιστικά φάρμακα καί οί συνηθισμένες δόσεις τους στην κλινική πράξη

Όμóδες φαρμάκων καί έπίσημη όνομασία	Έμπορικé όνομασία	Ημερήσιες δόσεις σε χιλιοστόγραμμα		
		Έλάχιστη	Μέση	Μέγιστη
1. ΓΑΥΦΕΡΟΛΕΣ Μεπροβαμάτη	Equanil, Miltown, Pral	200	800	1.600
2. ΚΑΡΒΙΝΟΛΕΣ Αίθυλοχλωροβυδóλη	Placidyl	200	300	600
3. ΔΙΦΑΙΝΥΔΟΜΕΘΑΝΙΑ Υδροξυζίνη	Atarax	20	60	100
4. ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ				
Χλωροδιαζεποξείδιο	Librium	15	45	100
Διαζεπάμη	Valium, Sledon, Atarviton	6	15	40
Οξαζεπάμη	Serepax	25	45	120
Λοραζεπάμη	Tavor	3	7,5	12
Βρωμαζεπάμη	Lexotanil	4,5	9	18
Καμαζεπάμη	Amotril	20	30	60
Νιτραζεπάμη (βλέπε πίνακα 6 ύπνωτικών)				

Πίνακας 4.

Τά άντιπαρκινσονικά φάρμακα γιά τήν άντιμετώπιση τών έξωπυραμίδικών συμπτωμάτων που προκαλούνται από τά άντιψυχωτικά φάρμακα καί οί συνηθισμένες ήμερήσιες δόσεις τους στην κλινική πράξη.

Όμóδες φαρμάκων καί έπίσημη όνομασία	Έμπορικé όνομασία	Ημερήσιες δόσεις σε χιλιοστόγραμμα		
		Έλάχιστη	Μέση	Μέγιστη
1. ΑΝΤΙΧΟΜΙΝΕΡΓΙΚΑ				
Βενζοτροπίνη	Cogentin	1	4	8
Άκινετόνη	Akineton	2	4	8
Προκυκλιδίνη	Kemadrin	5	15	20
Τριεξυφαινιδόλη	Artane, Peragit	2	15	25
Μπορναπρίνη	Sormidren	6	8	12
Δεξετιμίδη	Serenone	0,5	1	1,5
Άμανταδίνη	Symmetrel	100	200	350
2. ΑΝΤΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ				
Όρφαιναδρίνη	Disipal, Norflex	50	150	250
Δυφαινυδραμίνη	Benadryl	10	150	400

Πίνακας 5.

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί την ψυχολογική μορφή θεραπείας των ψυχικών νόσων και περιλαμβάνει "ότι λέγει ή κάνει ο ψυχίατρος για να τροποποιήσει ή να μεταβάλλει την ψυχολογική στάση του αρρώστου έναντι των εσωτερικών του δυσκολιών ώστε η ζωή του να καταστεί αν όχι απολύτως φυσιολογική τουλάχιστον όχι νοσηρή".

Σήμερα στη Ψυχιατρική χρησιμοποιούνται πολλές μέθοδοι Ψυχοθεραπείας - Ψυχανάλυσης. Θα αναφερθούμε ειδικότερα σε μερικές θεραπείες (ενδείκνυνται στους ψυχωσικούς - μανιοκατάθλιψη) και στο τέλος θα αναφέρουμε άλλες ψυχοθεραπείες.

Δηλαδή θα αναφερθούμε στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, στην ομαδική θεραπεία, στην οικογενειακή και συζυγική ψυχοθεραπεία.

Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία μπορεί να διακριθεί:

- Αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ή ψυχοθεραπεία. Προϋποθέτει αρρώστους με αρκετά ισχυρό εγώ, καθώς χαρακτηρίζεται από την αποκάλυψη ασυνειδητών συγκρούσεων με τη χρησιμοποίηση σε μεγάλο βαθμό της ερμηνείας. Ερμηνεύονται κυρίως τα διαπροσωπικά γεγονότα, αρκετά όμως και τα μεταβιβαστικά στοιχεία προς το ψυχοθεραπευτή ή άλλα άτομα.

- Ψυχοθεραπεία σχέσης προϋποθέτει λιγότερο ισχυρό εγώ από την αποκαλυπτική ψυχο-

θεραπεία. Διευκρινίζονται και ερμηνεύονται κυρίως τα διαπροσωπικά γεγονότα και πολύ λιγότεροι οι μεταβιβαστικές αντιδράσεις. Βασίζεται στη σχέση που αναπτύσσεται στον άρρωστο και στο θεραπευτή και στις διορθωτικές συναισθηματικές εμπειρίες του αρρώστου μέσα στη θεραπεία.

- Υποστηρικτική ή ψυχαναλυτική ή ψυχοθεραπεία. Προσφέρει υποστήριξη στον άρρωστο που βρίσκεται σε μια κατάσταση φυσικής νόσου, εσωτερικής αναταραχής ή εσωτερικής αποδιοργάνωσης. Έχει ως σκοπό την αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών και των συνθετικών λειτουργιών του εγώ που έχουν διαταραχθεί. Μπορεί να χρησιμοποιήσει συμβουλές, νοσηλεία, φαρμακευτική αγωγή και να δεχθεί την εξάρτηση του αρρώστου για μεγάλο χρονικό διάστημα όπως στην περίπτωση των ψυχωτικών αρρώστων.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία : είναι η μορφή της ψυχοθεραπείας όπου προσεκτικά διαλεγμένοι άρρωστοι τοποθετούνται σε μια ομάδα, που καθοδηγείται από ένα εκπαιδευμένο ψυχοθεραπευτή με σκοπό να βοηθήσει ο ένας άρρωστος τον άλλο και να γίνει κατορθωτή έτσι αλλαγή στην προσωπικότητα.

Διακρίνουμε δύο τύπους ομάδων και επομένως ομαδικής θεραπείας.

α) Την ομαδική θεραπεία με νευρωτικούς και άτομα με διαταραχές του χαρακτήρα και

β) την ομαδική ψυχοθεραπεία με ψυχωτικούς.

ο δεύτερος τύπος ομάδας προσπαθεί βασικά να αποδώσει στους αρρώστους έλεγχο της πραγματικότητας και κοινωνικοποίηση.

Οι διεργασίες που αναπτύσσονται στην ομάδα έχουν θεραπευτική σημασία και είναι :

- Ο έλεγχος της πραγματικότητας που βελτιώνεται σημαντικά με τη βοήθεια όλων των μελών.
- Η μεταβίβαση είναι πολλαπλή προς όλα τα μέλη.
- Η Ταυτοποίηση που συμβαίνει σε έντονο βαθμό.
- Η παγκοσμιότητα που βοηθά να δει ότι τα προβλήματά του είναι και άλλων ατόμων.
- Η συνοχή, που είναι το αίσθημα ότι όλοι ανήκουν στην ίδια ομάδα, δέχονται ο ένας τον άλλο και εργάζονται υπεύθυνα για τον ίδιο σκοπό.
- Η διαπροσωπική μάθηση, που βασίζεται στις διορθωτικές συναισθηματικές εμπειρίες των μελών.
- Οι ερμηνείες, που δίνονται από το θεραπευτή και ακόμη από τους αρρώστους τους ίδιους.
- Η εκτόνωση συναισθημάτων και κάθαρση.

Υπάρχει και συνδυασμός ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας με τον ίδιο ή διαφορετικούς θεραπευτές.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (στηρίζεται σε δύο θεωρίες: την θεωρία των συστημάτων και τη δομική θεωρία) και βασίζεται στην παραδοχή ότι η μονάδα που έχει τα ψυχολογικά προβλήματα δεν είναι το άτομο, αλλά δύο ή περισσότερα άτομα, οπότε και η εμφάνιση συμπτωμάτων ή παθολογικής συμπεριφοράς δεν οφείλεται στη νόσο ενός ατόμου, αλλά είναι το αποτέλεσμα ενός "συμβολαίου" ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα.

Η συζυγική ψυχοθεραπεία.

Η συζυγική ψυχοθεραπεία προπαθεί να τροποποιήσει ψυχολογικά τις αντιδράσεις ανάμεσα στους δύο συζύγους, που βρίσκονται σε σύγκρουση μεταξύ τους σε επίπεδο κοινωνικό, συναισθηματικό, σεξουαλικό, οικονομικό κ.λ.π. με σκοπό ν' αντιστρέψει ή να μεταβάλει δυσπροσαρμοστικά σχήματα συμπεριφοράς και να ενθαρρύνει την ανάπτυξη και ωρίμανση της προσωπικότητας. Οι δύο σύζυγοι μπορεί να κάνουν θεραπεία μαζί ή ξεχωριστά με τον ίδιο ή διαφορετικούς θεραπευτές ή να συμμετέχουν σε ομαδική συζυγική ψυχοθεραπεία.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της συζυγικής θεραπείας, μπορεί να είναι ψυχαναλυτικό, θεωρίας της μάθησης, επικεντρωμένο στον "πελάτη", θεωρίας των συστημάτων ή εκλεκτικό με συνδυασμό διαφόρων θεωριών.

Άλλες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι στη Ψυχιατρική είναι η ψυχανάλυση, η ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στο πε-

λάτη, η ύπνωση ως επιπρόσθετη βοήθεια στη ψυχοθεραπεία, η θεωρία της συμπεριφοράς. Επίσης το ψυχόδραμα του ΜΟ-RENO, η αρχική θεραπεία του JANOY, η διεξαγωγική ανάλυση του ΒΕRNE, η ορθολογιστική θεραπεία του ΕLLIS, η βραχεία ψυχοθεραπεία του ΣΙFNEOS, κ.α.

Στη θεραπεία της μανιοκατάθληψης (δηλ. ψυχοθεραπεία) ο ειδικός προσπαθεί ώστε να εξοπλίσει τον ασθενή του, κατά τα ελεύθερα μεσοδιαστήματα των προσβολών και φάσεων της νόσου, με ικανότητες "ευαιουησίας" ώστε να καταστεί δυνατή η "προφύλαξη" από νέες εξάρσεις και υποτροπές, διά μέσω συνειδητής αποκτημένης ή ασυνείδητης πραγματοποιημένης ενδυνάμωσης του εγώ. HENDERSON - GILLESPIE 1941. Αυτό επιτυγχάνεται με τις διάφορες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους που αναλύθηκαν παραπάνω, των οποίων τα αποτελέσματα άλλοι μεν θεωρούν ικανοποιητικά και άλλοι κατακρίνουν ή κατηγορούν.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, όπως και οι διά ψυχοτρόπων φαρμάκων θεραπεία της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, δεν βοηθούν μόνο στην ανακοπή της εν ενεργεία, μανιακής ή μελαγχολικής φάσεως, αλλά συντελούν επίσης και στην προετοιμασία του πάσχοντος και τον καθιστούν προσπαλάσιμον στη ψυχοθεραπεία.

Ότα πρόκειται περί μελαγχολίας, η ψυχοθεραπευτική δράση του θεραπευτού πρέπει να είναι ευέλικτος. Πρέπει να προτιμούνται οι βραχύτερες (20' - 30') πλην όμως συχνότερες (τρεις ή τέσσερεις φορές την εβδομάδα) ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες και επί πλέον το βάθος της ψυχο-

θεραπευτικής δράσης θα πρέπει να ρυθμίζεται με πολλή προσοχή διότι το συναίσθημα ενοχής και τύψεων παρεμποδίζει ως γνωστό την ανάπτυξη της συναισθηματικής μεταβίβασης και εδραιώνει τις αντιστάσεις.

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η Τ Ω Ν Υ Π Ο Τ Ρ Ο Π Ω Ν

Μετά από την εισαγωγή του λιθίου στην ψυχιατρική θεραπευτική κατορθώθηκε και η "φαρμακευτική ψυχοπροφύλαξη" της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Ερέθηκε δηλαδή ότι η χορήγηση λιθίου σε δόσεις συντηρήσεως, μπορεί να προφυλάξει τον μανιοκαταθλιπτικό άρρωστο από υποτροπές τόσο μανίας όσο και μελαγχολίας, (ή τουλάχιστον, να μειώσει την συχνότητα των υποτροπών).

Το λίθιο χορηγήθηκε πρώτα απ' τον Αυστραλό CADE (1943), σε ασθενείς με μανία ή ψυχοκινητική διέγερση, το 1954 άρχισε όμως η συστηματική χρήση του ως αντιψυχωτικού φαρμάκου. Με τον χρόνο αποδείχτηκε ότι η φαρμακευτική δράση του, ιδιαίτερα στη μανία, είναι ανώτερη από εκείνη των φαινοθειαζινών, της βουτυροφαινόνης και της ρεσεροΐνης. Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα άλατά του λιθίου και η βουτυροφαινόνη είναι, για την μανία, εξίσου αποτελεσματικά, και ότι και τα δύο υπερτερούν θεραπευτικά απ' την χλωροπρομαζίνη (REICH, GIBBS και WETZEL, 1977).

Η θεραπευτική δράση του λιθίου στη μανιακή φάση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, είναι σήμερα αποδεδειγμένη. Αντίθετα η προφυλακτική δράση του λιθίου σε μονοφασική, περιοδική ή και υποστροφική κατάθλιψη αμφισβητείται. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η βελτίωση της μανιακής φάσης με λίθιο, προδικάζει κατά κάποιο τρόπο το ευνοϊκό αποτέλεσμα και για την φάση κατάθλι-

φης, αν αυτή ακολουθήσει. Το λίθιο απορροφάται αμέσως απ' το πεπτικόν σύστημα, προκαλεί όμως ευρύ φάσμα ανεπιθύμητων ενεργειών, ακόμη δε και τοξικών φαινομένων.

Πρώτες και πρώιμες παρενέργειες είναι ο λεπτός, γενικευμένος τρόμος των άκρων και του σώματος, η ναυτία, η ξηροστομία, ο έμετος, η διάρροια κ.α. Άλλες παρενέργειες είναι η ζάλη, οι ίλιγγοι, η περιοδική αμαύρωση, αταξικά φαινόμενα, οι κεφαλαλγίες, η δυσarthρία, το αίσθημα κούρασης, η υπόταση, η καρδιακή αρυθμία, η ύπνηλία, ο λήθαργος και ευτυχώς σπάνια το κώμα. Η έναρξη θεραπείας με λίθιο γίνεται με 300 MG του φαρμάκου, τρεις φορές τη μέρα, και η δόση αυξάνεται προοδευτικά μέχρι και 1300 - 2800 MG τη μέρα. Πριν αρχίσει η θεραπεία με λίθιο, απαιτείται κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας, του καρδιαγγειακού συστήματος, και της κατάστασης του θυροειδούς αδένος. Θα πρέπει εξάλλου, κατά την πορεία της θεραπείας με λίθιο, να ελέγχεται, βιοχημικά, το επίπεδο των ιόντων του λιθίου στον ορό του αίματος. Όταν η χορήγηση του λιθίου προκαλεί τοξικά φαινόμενα, αρκεί η άμεσος διακοπή της χορήγησής του, η παροχή άφθονων υγρών και φυσιολογικού ορού (ενυδάτωση) για να διευκολυνθεί η γρήγορη απέκκριση των αλάτων του λιθίου. Οι SWONGER και CONSTANTINE (1977), συνιστούν να αποφεύγεται η ταυτόχρονη χορήγηση βουτυροφαινίνης και λιθίου, γιατί έχουν παρατηρηθεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Αντίθετα η παράλληλη χορήγηση λιθίου και αμιτρυπτιλίνης

είναι, φαίνεται, συνδυασμός σταθεροποιητικών του θυμικού. Εξάλλου το ψευδοπαρκινσονικό σύνδρομο, και ιδιαίτερα ο (εξωπυραμιδικός) τρόμος, επιβαρύνονται σημαντικά όταν γίνεται παράλληλη χρήση λιθίου και μείζονος δράσης αντιψυχωτικών φαρμάκων (φαινοθειαζίνες).

Η σημασία της προληπτικής αγωγής είναι αυτονόητη αν σκεφτεί κανείς, τον μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας που απειλεί τον μανιοκαταθλιπτικό ασθενή, όταν βρίσκεται στην μελαγχολική φάση της νόσου του.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.

Η αυτοκτονία αποτελεί συχνή "επιπλοκή" της μελαγχολίας και είναι συχνότερη σε κατάθλιψη ψυχωτικού βάθους. Στην αυτοκτονία αποδίδεται το 15% των θανάτων των μελεγχολικών.

Σχετικά με την συχνότητα εμφάνισής της, πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι, ασθενείς με διπλικές φάσεις μανιοκαταθλιπτικής φύξης αυτοκτονούν συχνότερα, παρά εκείνοι οι οποίοι εμφανίζουν μονοπολικές φάσεις κατάθλιψης. Η κοινωνική απομόνωση, ο επίμονος ιδεασμός αυτοκαταστροφής, οι ανίατες νόσοι, τα γηρατιά καθώς και οι συχνές απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν, αυξάνουν την πιθανότητα και τους κινδύνους της αυτοκτονίας.

Τα βαθύτερα αίτια της αυτοκτονίας, η ψυχοδυναμική δηλαδή ερμηνεία του φαινομένου της αυτοκαταστροφής, δεν έχουν ερμηνευτεί πλήρως. Η πλέον λογικοφανής ερμηνεία των ψυχοδυναμικών μηχανισμών της αυτοκτονίας, κυρίως σε μελαγχολικούς, είναι εκείνη την οποία πρόσφερε η ψυχαναλητική σχολή.

Ο FRENZ υποστηρίζει ότι η αυτοκτονία είναι το "λογικό συνακόλουθο" της επικράτησης στον ψυχισμό του ανθρώπου των επιθετικών - καταστρεπτικών ενορμήσεων (ένστικτα θανάτου), οι οποίες προσπαθούν να επαναφέρουν την ανθρώπινη ύπαρξη στην ανόργανη κατάσταση, από την οποία φαίνεται ότι ξεπήδησε η ζωή.

Το "ένστικτο του θανάτου" βρίσκεται σε διαρκή αντιμαχία και ανταγωνισμό με το ένστικτο της ζωής, του οποίου επιδίωξη είναι η εξασφάλιση της βιολογικής ενότητας του ατόμου και συνεπώς η διατήρηση και οικειώνιση του είδους.

Κάποιες "μορφές" αυτοκτονίας, όπως είναι η λεγόμενη συλλογική ή οικογενειακή αυτοκτονία των μελεγχολικών ή η αυτοκτονία της επετείου (αντίδραση της επετείου) είναι δυσεξηγήτες ψυχοπαθητικές εκδηλώσεις).

Στην πρώτη περίπτωση, ο μελαγχολικός παρασύρει μαζί με τον εαυτό του, την σύζυγό του, τα παιδιά του, τους γονείς του, τους αδερφούς του κ.λ.π., επιδιώκοντας το να "απαλλάξει" και αυτούς απ' τα αφόρητα δεινά απ' τα οποία υποφέρει και ο ίδιος. Πιθανόν, οι τρόποι αυτής οικογενειακής αυτοκτονίας να αποτελούν ιδιόμορφες συνέπειες της επινεμομένης ή επακτής ψύχωσης ή να αντιπροσωπεύουν την επέκταση των καταστρεπτικών τάσεων και την προβολή αυτών σε αγαπημένα και προσφιλή πρόσωπα, με τα οποία ο πάσχων ταυτίζει τον εαυτό του, Η ιδιοσυστασιακή προδιάθεση και η κληρονομική επιβάρυνση παίζουν ίσως τον κυριώτερο ρόλο στην εμφάνιση των οικογενειακών αυτοκτονιών.

Όσον αφορά την "κληρονομική" μορφή της αυτοκτονίας, ή αντίδραση επετείου, αυτή συνίσταται, σύμφωνα με τον EDWARD WEISS, στο γεγονός ότι κάποια άτομα νοσούν, συνήθως από ψυχοσωματικές διαταραχές ή και αυτοκτονούν με τον ίδιο ακριβώς τρόπο και κάτω απ' τις ίδιες συνθήκες, στην ίδια ηλικία, την ίδια μέρα και

ώρα, κατά την οποία κάποτε νόσησε ή αυτοκτόνησε, στο παρελθόν, κάποιο μέλος της οικογένειας (πατέρας ή μητέρα) ή άλλη σημαντικό πρόσωπο στη ζωή του αυτοκτονούντος.

Ο μηχανισμός της τρύπησης και τα χρόνια αθροισμένο άγχος, είναι ίσως οι υπεύθυνοι εκλυτικοί - επιδεινωτικοί παράγοντες που δικαιολογούν την "κληρονομική" αυτοκτονία.

Η παθολογική, εξάλλου, υποβολιμότητα, η μίμηση και η υπολειπόμενη ακεραιότητα του ομαδικού εγώ, φαίνεται ότι δικαιολογούν την ψυχοπαθογονία των ομαδικών αυτοκτονιών ή των "επιδημιών αυτοκτονίας" (όπως π.χ. οι αθρόες αυτοκτονίες που παρατηρήθηκαν μετά από την έκδοση του "Βερθέρου" του Γκαίτε).

Οι χρονικές περίοδοι, που υπάρχει η μεγαλύτερη πιθανότητα τα εκδηλωθεί η αυτοκτονία, είναι κατά την έναρξη, εισβολή της νόσου και κατά την έναρξη της βελτίωσης.

Είναι δυνατό όμως να διακρίνουμε σημεία τέτοια στην κλινική εικόνα ενός ασθενή, που θα μπορέσουν να μας βοηθήσουν στην έγκαιρη λήψη μέτρων και την πρόληψη μιας αυτοκτονίας ;

Το θέμα αυτό αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης, που χαρακτηρίζεται σαν πρόδρομο σύνδρομο της αυτοκτονίας. Η κλινική εικόνα του συνδρόμου, όπως αναφέρεται από τον Στένσελ και τους συνεργάτες του, χαρακτηρίζεται από τρία γενικά σημεία.

- 1) Περιορισμός του ορίζοντος του ασθενή.
- 2) Αναστολή και στροφή προς τα έσω της επιθετικότητάς του.
- 3) Φαντασιώσεις της αυτοκτονίας.

Αναλυτικότερα ο περιορισμός του ορίζοντα του ασθενή, χαρακτηρίζεται : α) από τον περιορισμό των προσωπικών δυνατοτήτων, ενδιαφερόντων και β) από τη διαφοροποίηση της δυναμικής των στοιχείων της προσωπικότητας. Η διαφοροποίηση της δυναμικής των στοιχείων της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από :

- α) Ξεκτροπή της προσληπτικής ικανότητας και δημιουργία συνειρμών σε ορισμένα μόνο στοιχεία του κόσμου, που έχουν σχέση με το καταθλιπτικό συναίσθημα, μονοϊδεασμός.
- β) Καθήλωση της συμπεριφοράς.
- γ) Εκλεκτικότητα των συγκινήσεων.
- δ) Κατάρρευση των μηχανισμών άμυνας του εγώ.
- ε) Περιορισμός των διαπροσωπικών σχέσεων και
- στ) Μείωση και αλλοίωση των ανθρωπίνων αξιών.

Η έγκαιρη επισήμανση των σημείων αυτών, είναι σημαντικό παράγοντας πρόληψης της αυτοκτονίας. Η αναγνώριση όμως των σημείων αυτών, πρέπει να θεωρείται σαν αποτέλεσμα και των γνώσεων, αλλά και της ικανότητας του νοσηλευτή να αναλύει λογικά τη στάση του ασθενή και να διαισθάνεται ακόμη πίσω από ασαφείς καταστάσεις τον κρυμμένο κίνδυνο. Το σημείο αυτό ίσως να αποτελεί και ενδεικτικό του αναγκαίου ταλέντου του

αλλά γίνεται κατά κανόνα ύστερα από παρατεταμένη σκέψη του ασθενούς, η οποία πολλές φορές περιλαμβάνει κάθε λεπτομέρεια.

Οποιαδήποτε απόπειρα, ή αναφορά του ασθενούς σ'αυτή λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με τάσεις αυτοκτονίας είναι η νοσηλευτική φροντίδα των μελαγχολικών ασθενών, δίδεται όμως ιδιαίτερα έμφαση στην παρακολούθηση του ασθενούς, η οποία είναι συνεχής, είτε από συγγενείς του και στην σχολαστική εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής. Θεωρείται αυτονόητο, ότι και η υποψία ακόμη, ότι δηλ. υπάρχει πιθανότητα αυτοκτονίας, υπογραμμίζεται με έμφαση τόσο στο υπόλοιπο προσωπικό όσο και στους συγγενείς και συνιστάται η συνεχής επαγρύπνισή τους, γιατί ο υποψήφιος αυτόχειρας, προκειμένου να φτάσει στο σκοπό του, χρησιμοποιεί πολλές φορές απίθανα μέσα.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η πρόληψη της αυτοκτονίας, αποτελεί μεγάλη ικανοποίηση και δικαίωση για τον νοσηλευτή και το έργο του. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει το τραγικό γεγονός της αυτοκτονίας. Όταν λοιπόν αυτοκτονήσει ο ασθενής μας, καλείται αμέσως ο εφημερεύων γιατρός, προκειμένου να διαπιστώσει το θάνατο, ειδοποιούνται οι συγγενείς του και το αστυνομικό τμήμα της περιοχής.

Γίνονται όλες οι τυπικές διαδικασίες και αποστέλλεται στο Νεκροτομείο από όπου και παραλαμβάνεται από τους συγγενείς.

Η πρόσληψη λοιπόν και αυτό ίσως είναι το πιο δυσάρεστο απ' όλα δεν επιτυγχάνεται ούτε με την πιστή εφαρμογή των αρχών που προανέφερα, ούτε επίσης και με την ειδική "διαισθητική" ικανότητα του νοσηλευτή. Και αυτό, γιατί η ανάγκη του θανάτου μερικές φορές για τον ασθενή είναι τόσο ισχυρή, ώστε υπερβαίνει κάθε αναστολή, που μπορεί να προκύψει είτε από την παράταση της ζωής είτε από τα προβαλλόμενα προστατευτικά μέτρα.

Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής είναι ο μεγαλύτερος εχθρός του ιδίου του εαυτού του και επεξεργάζεται με επιμονή, υπομονή και κάθε λεπτομέρεια όλα τα μέσα του επικείμενου τέλους. Η διαπίστωση αυτού του γεγονότος, δημιουργεί την στερεότυπη έκφραση, που όλοι όσοι έχουν εργασθεί σε ψυχιατρεία έχουμε ακούσει "Φοβερό, σατανικό, απροσδόκητο".

Ο ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΚΑΙ Η
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την αιτιολογία και την φύση της ψυχικής αρρώστιας και οι νέες θέσεις για τα κοινωνικά δικαιώματα των μειωνεκτούντων ατόμων και την κοινοτική απέναντι στα άτομα αυτά καθορίζουν την τοποθέτηση και εφαρμογή πολλών από τα νέα μέτρα στο σύστημα της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Γι' αυτό η επιτακτικότητα της ψυχιατρικής με κοινωνικό προσανατολισμό δημιούργησε την ανάγκη για καινούργιες θέσεις και λειτουργικούς ρόλους από τον κύριο φορέα προσφοράς ψυχιατρικών υπηρεσιών, την Ψυχιατρική Αδερφή που το έργο της τοποθετείται μέσα στις διαφορετικές διαστάσεις του γενικού έργου για το Ψυχικά Άρρωστο της ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ και της ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί ιστορικά μια εξελικτική μορφή της Ψυχιατρικής. Έχει καθορισμένα όρια και αφορά στην μελέτη της ψυχικής υγείας, ψυχικής αρρώστιας των ανθρώπινων σχέσεων αλλά και στην παροχή θεραπευτικής αντιμετώπισης, όταν αυτές διαταράσσονται.

Το αντικείμενό της είναι: Το άτομο υγιές ή ψυχικά άρρωστο, η οικογένειά του, ομάδες ατόμων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (εαύλωτοι πληθυσμοί-μειονότητες) επαγγελματικές ομάδες κ.λ.π. Επίσης την ενδιαφέρουν η μελέτη των φαινομένων της εσωτερικής μετανάστευσης (από χωριά σε πόλεις-δορυφόρους) της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, της πολιτιστικής αλλαγής, της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, σε σχέση με τις διάφορες ψυχοπαθολογίας παραμέτρους.

Στους στόχους της η Σύγχρονη Ψυχιατρική περιλαμβάνει την πρόληψη, την θεραπεία ασθενών και την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας όχι μόνο των ατόμων, αλλά και των οικογενειών τους και ομάδων πληθυσμού (π.χ. των οικοτρόφων του γηροκομείου, οργανοτροφείου) κ.λ.π.

Σήμερα παγκόσμια με την Κοινωνική Ψυχιατρική, η ψυχιατρική μονάδα κλινική στο Νοσοκομείο απαιτεί την ανάπτυξη εξωτερικών Ψυχιατρικών Ιατρείων με κατάλληλα επανδρωμένο εξειδικευμένο προσωπικό. Ταυτόχρονα απαιτεί την ίδρυση κέντρων κοινοτικής Ψυχικής Υγείας που θα λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της προληπτικής ψυχιατρικής και ως τμήμα του γενικότερου συστήματος Ψυχικής Υγείας,

Σήμερα, ο ψυχικά διαταραγμένος, μετά την οξεία φάση της αρρώστιας του στο Νοσοκομείο, αντιμετωπίζεται από το κέντρο Ψυχικής Υγείας Ισότιμα, έτοιμος για να συμμετάσχει ενεργά στην αναζήτηση διαφόρων λύσεων που έχουν σχέση με το πρόβλημά του.

Η θεραπευτική δε ομάδα της ψυχιατρικής κλινικής του Νοσοκομείου μετά την παρέμβαση της στην κρίση του ψυχικά αρρώστου είναι δεικτική σε ιδέες και υποδείξεις από το Κ.κ.Ψ. μέσω της συντονίστριας Αδερφής για την συμβουλευτική βοήθεια και σε άλλους αρνητικούς παράγοντες που συντελούν στην προσαρμοστικότητα του ατόμου.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η πρότυπη μονάδα της κοινωνικής ψυχιατρικής που διαφέρει από τα παραδοσιακά ψυχιατρεία πρέπει να υποδιαιρείται σε μικρά αυτόνομα τμήματα που συνδέονται με την Κοινότητα. Αυτό που προέχει δεν είναι ο αριθμός των κρεβατιών που

μπορεί και να μην υπάρχουν αλλά τα εξωτερικά ιατρεία είναι δε η ενεργή θεραπευτική μονάδα όπου οι ασθενείς δεν παραμένουν πολύ, αλλά είναι διερχόμενοι.

Μ'αυτή την αντιμετώπιση δε γίνεται αποδύνδεση του ψυχικά αρρώστου από το φυσικό περιβάλλον (οικογένεια-φίλοι) όπως θα έλεγε ο BERTALANFY εφ'όσον η θεραπεία γίνεται στα όρια του χώρου που ζει ο ασθενής με την ταυτόχρονη υποστήριξη του Κ.Κ.Ψ. Είναι η τεχνική, με την οποία σπάνε οι προκαταλήψεις και οι φραγμοί για τα ψυχιατρικά κέντρα και γίνεται η σύνδεση της κοινότητας και της ψυχιατρικής μονάδας, μικραίνει η απόσταση του αρρώστου και του Ειδικού Νοσηλευτικού προσωπικού. Οι υπηρεσίες μετά την κρίση και την αποθεραπεία είναι συνεχείς στο σπίτι του αρρώστου με συμβουλευτικό χαρακτήρα. Παρατηρούν τον περιθαλπόμενο στο καθημερινό κοινωνικό του περιβάλλον. Και έτσι η παρέμβαση γίνεται πιο επικοδομοιτική με την μεταφορά της νοσηλευτικής φροντίδας από το κλειστό περιβάλλον του ψυχιατρείου ή την ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου. Επίσης, οι εκκεταμένες επαφές (Γνωριμία-Επιμορφωτικές εκδηλώσεις του Κ.Κ.Ψ.) στους φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης της κοινότητας, την εκκλησία, τα σχολεία και βασικά τους κατοίκους ώστε να ευαισθητοποιηθεί ο πληθυσμός στα θέματα ψυχικής ασθένειας, έχει σκοπό την πρωτογενή πρόληψη και την προαγωγή της Ψυχικής Υγείας.

Ένα τέτοιο προτεινόμενο κέντρο Κ.Ψ.Υ. και με βάση τις διαπιστώσεις από υπάρχουσες εμπειρίες είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει τα εξής τμήματα.

α) Συμβουλευτικό Σταθμό.

Αυτός αποβλέπει να είναι η ψυχιατρική μέριμνα και προστα-

σία πιο κοντά στον πληθυσμό. Έχει τον Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Ψυχιατρική Αδελφή, Κοινωνική Λειτουργό, για να παρέχει εγκαίρως συμβουλές, κατευθύνσεις και βοήθεια σ'αυτά τα περιστατικά που βρίσκονται στην έναρξη των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και σ'εκείνα που παρουσιάζουν απλές ψυχολογικές διαταραχές.

β) Κέντρο εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και παρακολούθησης. Εκεί, δέχονται τα άτομα αυτά που μπορεί να παραπέμπονται από τις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων μετά την νοσηλεία τους ή από τα Νοσοκομεία Μέρας ή Νύχτας. Αυτό έχει την πλήρη ψυχοφαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική ευθύνη των ασθενών του. Είναι σημαντικό, το παραπάνω κέντρο να έχει και την κινητή μονάδα ψυχιατρικής βοήθειας, για τις έκτακτες περιπτώσεις σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές που απαιτούν την έγκαιρη παρέμβαση των ειδικών.

Με τις τακτές περιόδους στην τομειοποιημένη περιοχή (χωριά) έχει σκοπό την νοσηλευτική φροντίδα, παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή ακόμη και την ψυχοθεραπεία της οικογένειας. Σημειώνουμε ότι τέτοια μονάδα περίθαλψης υπαίθρου λειτουργεί σήμερα στο Ν.Φωκίδας.

γ) Νοσοκομείο Ημέρας.

Τα άτομα που έχουν αποθεραπευτεί ικανοποιητικά έχουν την ευχαιρία να εργαστούν στην διάρκεια της ημέρας στο υγιές ψυχοθεραπευτικό και ψυχοπροφυλακτικό περιβάλλον του Νοσοκομείου Μέρας. Έτσι προετοιμάζεται και εξασφαλίζεται η εισδοχή τους στο κοινωνικό σύνολο μετά την νοσηλεία τους.

δ) Νοσοκομείο Νύχτας.

Επιτρέπει την παραμονή στα άτομα που στερούνται το οικογενειακό τους περιβάλλον και δεν είναι δυνατόν να μείνουν

μόνα, ωστόσο εργάζονται στο Νοσοκομείο Μέρας και απασχολούνται με κάποια επαγγελματική δραστηριότητα μέσα στην Κοινότητα.

ε) Τμήμα Κοινωνικής Αποκατάστασης

Από το κέντρο αυτό συνεχίζεται η μέριμνα για τον ψυχικά άρρωστο με την επανένταξη στην κοινότητα και στον προηγούμενο από την ψυχική του διαταραχή τρόπο ζωής. Σχετικό με το θέμα της κοινωνικής Αποκατάστασης έχουμε το μοντέλο DOUGLAS του Κεμπέκ του Καναδά (1981) όπου σύμφωνα μ' αυτό τονίζεται ο ενεργός ρόλος της οικογένειας και της ομάδας κοινοτικής ψυχιατρικής όπου όλοι συνεργάζονται ώστε ο θεραπευτής να βοηθηθεί για την κοινωνικής του προσαρμογή.

Ακόμη συμπεριλαμβάνει:

- 1) Ξενώνες ανάρρωσης (Με καθορισμένη διάρκεια παραμονής).
- 2) Θεραπευτικές Λέσχες (CLUB), όπου τα άτομα που έχουν νοσηλευτεί ή παρουσίασαν διαταραχές της ψυχικής τους υγείας έχουν μαζί με τους θεραπευτές τους πολιτιστικές, μορφωτικές και δημιουργικές δραστηριότητες.
- 3) Προστατευτικά Εργαστήρια και τέλος, χώροι απασχόλησης Ενηλίκων και Παιγνιοθεραπείας για τα παιδιά του παιδιοψυχιατρικού τμήματος.

Ιη ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΑΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

Η Γ.Μ., 25 ετών, απόφοιτος Λυκείου, γεννήθηκε το 1962 και εισάγεται στην Π.Ψ.Κ. Πατρών λόγω μανιακού επεισοδίου (Σεπτέμβριος 1987). Είναι η μεγαλύτερη από τις δύο κόρες της οικογένειας.

Αίτια εισόδου της στο νοσοκομείο, ήταν η υπερκινητικότητα που παρουσίαζε, καθώς επίσης και η συναισθηματική απάθεια και αυπνία. Ο γιατρός που την παρακολουθούσε ως τώρα, πιστεύει ότι δεν γίνεται συστηματική χρήση της φαρμακευτικής της αγωγής, για αυτό και προτείνει την εισαγωγή της σε νοσοκομείο.

Η ασθενής πριν 10 χρόνια και ενώ ήταν μαθήτρια Γυμνασίου, πήρε έπαινο για την υψηλή βαθμολογία της. Συγχρόνως, αρχίζει να εμφανίζει σύμπλεγμα κατωτερότητας. Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τον έπαινο, για την υψηλή βαθμολογία της. Συγχρόνως, αρχίζει να εμφανίζει σύμπλεγμα κατωτερότητας. Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τον έπαινο, ότι είναι ανεπιθύμητη και ότι δεν είναι αρεστή, (όπως λέει η ίδια). Ερωτεύεται και αρραβωνιάζεται το διάστημα εκείνο, έναν οδηγό λεωφορείου ηλικίας 35 ετών. Ο αρραβωνιαστικός αποπειράται να την βιάσει. Έτσι η άρρωστη λίγο καιρό μετά διαλύει τον αρραβώνα και πέφτει σε μελαγχολία. Η κατάσταση αυτή συνεχίζεται. Στην Γ' Λυκείου όμως αρχίζει να εμφανίζει εντονότερα επεισόδια μελαγχολίας. Νοιώθει "ατονία", "εγκατάλειψη", και άκεψη στο να κάνει οτιδήποτε (όπως λέει). Η μητέρα της την πηγαίνει σε ένα μοναστήρι για να την "ξορκίσουν" οι μοναχές. Η άρρωστη παραμένει στο μοναστήρι επτά (7) χρόνια. Σε λί-

γο ακολουθεί και η μικρότερη αδερφή της, που έμεινε και αυτή στο μοναστήρι το ίδιο διάστημα. Η μητέρα προσπαθεί να πάρει τα παιδιά στο σπίτι, χωρίς να το καταφέρει.

(ισχυρίζεται ότι οι μοναχές έκαναν "πλύση εγκεφάλου" στα κορίτσια και τις κρατούσαν με απειλές). Τα πέντε πρώτα χρόνια στο μοναστήρι η ασθενής είναι καλά. Τα δύο επόμενα όμως (συνολικά 7 χρόνια), πέφτει στο κρεβάτι, και λέει ότι αισθάνεται ατονία και απελπισία.

Οι μοναχές την πηγαίνουν σε ψυχιάτρους. Επειδή δεν εμφάνιζε βελτίωση, καλούν την μητέρα να πάρει την κόρη για να την εισάγει σε ψυχιατρική κλινική. Η κόρη, επιστρέφει σπίτι όπου και παρακολουθείται από γιατρό. Επίσης λόγω κάποιας απόπειρας αυτοκτονίας που επιχείρησε να κάνει, επιστρέφει και η μικρότερη αδερφή της από το μοναστήρι. Η Γ.Μ., επανασυνδέεται με τον πρώην αρραβωνιαστικό, αλλά γρήγορα απογοητεύεται. Για να τον πληγώσει, γνωρίζεται και συνδέεται με ένα σερβιτόρο. Μια βδομάδα μετά την γνωριμία αποφασίζει να τον αρραβωνιαστεί. Η μητέρα την διώχνει από το σπίτι και αυτή μένει με τον φίλο. Στην συνέχεια εμφανίζει το μανιακό επεισόδιο, πράγμα που αναγκάζει το γιατρό της να αποφασίσει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο (δεν αποκλείεται να είχε εμφανίσει και στο μοναστήρι μανιακά επεισόδια), όπως μας είπε η μητέρα.

Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο (μαζί με την μητέρα και εκουσίως), η ίδια λέει ότι δεν έχει κουράγιο και πως φοβάται ότι θα καταρρεύσει. Αισθάνεται ατονία και προσθέτει πως όταν ήταν 15 ετών την βίασε ο φίλος της, ο οποίος την είχε μπλέξει πρόσφατα με ναρκωτικά. Θέλει, λέει, να μπει στην κλινική για να αποτοξινωθεί.

Σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, η μητέρα είχε νοσηλευτεί σε νευρολογική κλινική όταν τα κορίτσια ήταν στο μοναστήρι. Ο βιολογικός τους πατέρας πέθανε μέσα στο Δρομοκαϊτείο που νοσηλευόταν λόγω ψυχικών διαταραχών. Ο ίδιος έλεγε ότι ήταν "άγγελος" και πως πεθαίνοντας, θα πήγαινε στον παράδεισο. Έπασχε από καρδιοπάθεια και TBC επίσης ψυχικές διαταραχές ακόμη αναφέρονται, στην αδελφή του πατέρα και στον παπού (πατέρα του πατέρα).

Φ Α Σ Η Μ Α Ν Ι Α Σ

Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο, εξοικειώνεται αμέσως με το περιβάλλον. Δείχνει έντονη την ανάγκη για εκδήλωση τρυφερότητας με σωματική επαφή. Σχετίζεται με όλους συναισθηματικά. Συντελεί στη διατήρηση της καθαριότητας του τμήματος με το να βοηθάει στο μάζεμα των πιάτων.

Κατά την εξέταση από ψυχίατρο, λέει ότι αισθάνεται "εγκατάλειψη" ταυτόχρονα όμως παρυσιάζεται χαρούμενη. Εμφανίζεται με ιδέες θρησκευτικού περιεχομένου. Πιστεύει πως διακατέχεται από "δαίμονιο". Παρόλα αυτά είναι αρκετά συνεργάσιμη με το γιατρό, δέχεται την θεραπεία και ελπίζει να γίνει καλά.

Σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθείται το σχήμα ξεκινά με TADL MELLERIL 100 MG σε δόση 400 MG ημερησίως και σε αύπνία TADL NOZINAN. Τη διάρκεια της νοσηλείας της, είναι υπερκινητική κάνει μπάνιο με τα ρούχα και φιλάει τους άλλους ασθενείς. Είναι αρκετά ανήσυχη, πράγμα που αναγκάζει τους γιατρούς να χρησιμοποιούν περιοριστικά μέτρα (ακινητοποίηση στο κρεβάτι με μάντες). Γενικά κατά την παραμονή της στο τμήμα κάνει οτιδήποτε που θα τραβούσε την προσοχή του νοσηλευτικού προσωπικού,

(τρώει απούνη, βρέχεται με νερό κ.λ.π.). Η φαρμακευτική αγωγή, σχεδόν μέρα παρά μέρα αλλάζει, μια και η άρρωστη εμφανίζει διακυμάνσεις στην ψυχική της κατάσταση (ήσυχη-ανήσυχη-ήρεμη-απελπισμένη-χαρούμενη κλπ.). Το διάστημα μεταξύ Σεπτεμβρη και Οκτώβρη 1987 χορηγούνται:

ALOPERIDIN 10 MG, ημερησίως 30 MG

LARGACTIL 100 MG, ημερησίως 300 MG

AKINETON 2 MG, ημερησίως 6 MG

NOZINAN 25 MG, ημερησίως 75 MG .

Γίνεται αύξηση του LARGACTIL 100 MG, ημερησίως, αυξομειώνεται το NOZINAN.

Στις 30.10.1987 αρχίζει η αγωγή με λίθιο.

LARGACTIL 100 MG, ημερησίως 1500 MG

NOZINAN 25 MG, ημερησίως 75 MG

MILLITHIN 300 MG, ημερησίως 900 MG

Γίνονται προσθέσεις και αφαιρέσεις άλλων φαρμάκων, καθώς και αυξομείωση αυτών που δίνονται. Τελικά, μετά από μια εμφανή αλλαγή στην κατάστασή της (Βελτίωση) δίνεται εξιτήριο τον Δεκέμβρη 1987.

ΦΑΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τον Μάρτιο 1988 η ασθενής Γ.Μ. εισάγεται στην Π.Ψ.Κ. Πατρών και με αίτια εισόδα την κατάθλιψη που εμφανίζει καθώς και τις σκέψεις αυτοκτονίας.

Λόγω της αδυναμίας και ανορεξίας που παρουσιάζει αλλά καθώς επίσης και του καταθλιπτικού συναισθήματος μπαίνει αμέσως σε φαρμακευτική αγωγή με :

SAROTEN 300 MG, ημερησίως 100 MG

MILLITHIN 300 MG, ημερησίως 1200 MG

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας κάνει συνεχείς απόπειρες αυτοκτονίας (τυλίγοντας ρούχα γύρω από το λαιμό της) και απόπειρες να φύγει εκτός τμήματος. Ως τις 3.4.88 και ακολουθώντας την ίδια φαρμακευτική αγωγή, αρχίζει να εμφανίζει βελτίωση. Είναι πιο δραστήρια, ορισμένες στιγμές χαμογελάει και μαζί με το χαμόγελο κάνει σκέψεις αυτοκτονίας. Μετά από συνολική 4μηνη θεραπεία, βελτιώθηκε και έφυγε από το τμήμα.-

2η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

ΦΑΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο Γ.Κ., 61 ετών, εισάγεται στη ψυχιατρική κλινική του Αιγυνητείου Νοσοκομείου Αθηνών, μετά από νοσηλεία 8 ημερών σε ιδιωτική κλινική. Αίτια της εισόδου του υπήρξε το καταθλιπτικό επεισόδιο που εμφάνισε, η διαταραχή - ελαττωμένη όρεξη, η αϋπνία, τα αισθήματα αναξιότητας και αυτομομφής, καθώς και οι επαναλαμβανόμενες ιδέες αυτοκτονίας. Έτσι το Δεκέμβρη 1987 εισάγεται στο νοσοκομείο μας.

Μετά την τελευταία του έξοδο (δύο προηγούμενες εισαγωγές το 1984 και 1985) από το νοσοκομείο, ο άρρωστος έρχονταν για παρακολούθηση στα Εξωτερικά Ιατρεία. Στα ραντεβού παραπονιόταν για καταθλιπτική διάθεση - ζαλάδες κλπ. με αποτέλεσμα να αλλάζει συνεχώς η φαρμακευτική αγωγή.

Αρχές Οκτώβρη του 1987 πεθαίνει ο γιός του, τον οποίο λάτρευε, πολύ στην Ουγγαρία όπου ζούσε με την πρώην σύζυγο του ασθενή. Στο άκουσμα του νέου δεν παρουσιάζει συναισθηματική αντίδραση. Έβαλε μια κόκκινη γραβάτα και βγήκε στους δρόμους για να πάρει λουλούδια. Πήγαι στο μνημόσυνο του γιού του όπου και έκλαψε πολύ.

Αρχές Νοέμβρη του 1987 ο άρρωστος, προοδευτικά, αρχίζει να χάνει το ενδιαφέρον του για οτιδήποτε, δεν τρώει, ούτε αυτοεξυπηρετείται. Ο ύπνος του παρουσιάζει διαταραχές (πρώιμη αφύπνιση και δύσκολη επέλευση). Οι συγγενείς ανησύχησαν και η αδερφή του τον πήρε σπίτι της για να τον φροντίζει. Καθώς περνούν οι μέρες ο άρρωστος χειροτεύει.

Αρχές Δεκέμβρη του 1987, παρουσιάζει επαναλαμβανόμε-

νες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Έτσι γίνεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο μας με ένδειξη εισαγωγής "καταθλιπτικό συναίσθημα". Άλλα συμπτώματα που εμφανίζει είναι διαταραχές ύπνου, ψυχοκινητική επιβράδυνση, ελαττωμένη όρεξη, απώλεια ενδιαφέροντος καθώς και ορθοστατική υπόταση.

Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, εμφανίζεται με πεσμένα χαρακτηριστικά προσώπου, άτονο και ικετευτικό βλέμα, περιορισμένη κινητικότητα και γενικά έχει την εμφάνιση κουρασμένου ατόμου. Στην συζήτηση με τον γιατρό μιλά αργά, διστακτικά και χαμηλόφωνα. Νοιώθει αμηχανία, αλλά παρ' αυτά οι σχέσεις του με το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς είναι άριστες.

Εμφανίζεται με αισθήματα αναξιότητας και αυτομορφής. Η φαρμακευτική αγωγή που δίνεται περιλαμβάνει:

TABL ANAFRANIL 25 MG,

TABL HYPNOSEDON 2 MG

TABL NOZINAN 25 MG

TABL MINITRAN 4-10

TABL DIHYDERGOT 2,5 MG

Ως τον Φεβρουάριο 1988 η κατάσταση του εξελίσσεται, σταδιακά. Φτάνει σε σημείο να κλειστέι πολύ στον εαυτό του και κάπου να νοιώθει ένοχος, όταν έμαθε πως πέθανε ο γιός της αδερφής του σε αυτοκινητιστικό ατύχημα.

Συνδυάζει πάντα τους θορύβους που ακούει με πράγματα που τον τρομάζουν (θόρυβος σκουπιδιάρη --- βόμβες, θόρυβος καρέκλας ---- σεισμός κλπ.). Συνεχίζει να είναι ανύσυχος και παραληρηματικός. Ταυτόχρονα εναντιώνεται με όλους μες στο τμήμα. Ενοχλεί τους άλλους και για αυτό οι γιατροί κρίνουν πως πρέπει να ακινητοποιηθεί στο κρεβάτι με ιμάντες.

Τον Μάρτιο του 1988 γίνεται διακοπή όλων των φαρμάκων. Παρόλα αυτά η κατάστασή του είναι αμετάβλητη. Έτσι, σε λίγες μέρες, αρχίζει η χορήγηση νέας φαρμακευτικής αγωγής με:

LARGACTIL 100 MG,

ANAFRANIL 25 MG,

TEGRETOL 200 MG

MINITRAN 4-10,

MELLERIL 200 MG,

THYRORMON 0,2 MG και,

DIHYDERGOT 2,5 MG

Τον Μάρτιο του 1988 αρχίζει να εμφανίζει μια βελτίωση. Αποκτά αυτοπεποίθηση και όπως λέει πλέον δεν έχει τάσεις αυτοκαταστροφής. Αρχίζει να κάνει δώρα στο προσωπικό σαν ένδειξη ευγνωμοσύνης που θεραπεύτηκε. Όπως μας λέει, από μικρός ήταν ανοιχτοχέρης και εκεί εντοπίζει το γεγονός ότι κάνει ακριβά δώρα. Αξιολογεί τον εαυτό του κατά 80%/ο βελτιωμένο. Στο τέλος του Ιουνίου πήρε εξιτήριο σε κατάσταση με σαφή βελτίωση.

3η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΑΝΙΟΦΑΤΑΘΕΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

Η Π.Δ., έγγαμος, 31 ετών μητέρα δύο παιδιών εισάγεται στην Π.Ψ.Κ. Πατρών με καταθλιπτικό επεισόδιο, τον Μάρτιο του 1987. Αίτια της εισόδου της είναι το αίσθημα αδιαφορίας που νοιώθει καθώς και η μελαγχολία που τη διακατέχει. Επίσης έχει χάσει την διάθεσή της να ασχοληθεί με οτιδήποτε.

Η κατάσταση αυτή αρχίζει 10 χρόνια πριν, το 1976, όταν, λίγους μήνες μετά το θάνατο της μητέρας της και σχεδόν αμέσως μετά το γάμο της εμφανίζει "φοβίες" και "κρίση" απώλειας αισθήσεων. Νοσηλεύεται για λίγες μέρες σε νοσοκομείο και βγήκε με αντιψυχωτική αγωγή. Στην συνέχεια δεν εμφανίζει πρόβλημα, παρά το 1981, αμέσως μετά τον τοκετό του πρώτου παιδιού της όπου παρουσιάζει: υπερβολική διέγερση, επιθυμία καταστροφής, υπερκινητικότητα και ακατανίκητη επιθυμία, βωμολοχεία. Νοσηλεύεται για 40 μέρες στο Αιγυνητήριο Νοσοκομείο Αθηνών και βγαίνει με συμπτώματα μελαγχολίας. Αμέσως εισάγεται ξανά σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Ως το 1985 η κατάστασή της είναι σαφώς βελτιωμένη και δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα (σημειώνουμε ότι, το διάστημα αυτό ο άντρας της ήταν στη φυλακή). Το 1985, εκδηλώνει ξανά μανιακό επεισόδιο για το οποίο νοσηλεύεται στην Τρίπολη. Της δίνεται, εκεί, φαρμακευτική αγωγή με άλατα του λιθίου. Βγαίνοντας απ' την Τρίπολη και για τα δυο επόμενα χρόνια, βρίσκεται σε πολύ καλή κατάσταση. Στο τέλος του 1986 εκδηλώνει ξανά παρόμοιο επεισόδιο, για το οποίο νοσηλεύεται ξανά στην Τρίπολη. Εκεί γίνεται διακοπή των αλάτων λιθίου και δίνεται TETRATOL 200MG, AKINETON 2MG και ALOPERIBIN 20MG. Τα συναισθήμα-

τα που τη διακατέχουν είναι αδιαφορία για όλα, στεναχώρια και ανορεξία, συχνά κλάματα χωρίς λόγο. Γίνεται εκ νέου αλλαγή στην αγωγή μια και το TEGRETOL της προκάλεσε οπτικές ψευδαισθήσεις (έβλεπε μουτζούρες στα ανθρώπινα πρόσωπα και καρδιές έξω από το σπίτι της).

Σχετικά με το οικογενειακό της ιστορικό, η μητέρα της ασθενούς, πέθανε προ 10ετίας από σα. Είχε νοσηλευτεί δε, στο Δαφνί για "σχιζοφρένεια" όπως λέει η ασθενής. Ο σύζυγός της είχε φυλακιστεί για 4 χρόνια. Η ασθενής τον περιγράφει σαν νευρικό άτομο, που τη ζηλεύει υπερβολικά και χωρίς λόγο. Επίσης της μιλάει άσχημα και άλλοτε τη χτυπάει.

ΦΑΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο δείχνει πως δεν ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την περιποίηση του εαυτού της, ωστόσο αυτοεξυπηρετείται. Με τους άλλους ασθενείς δεν ασχολείται και είναι αδιάφορη απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε συζήτησή της με το γιατρό, δείχνει να αμφιβάλει για τυχόν βελτίωση της κατάστασής της. Εκφράζει την αγωνία μήπως, δεν ξαναγίνει ικανή να φροντίσει τα παιδιά της. Νοιώθει ότι αποτελεί φόρτωμα στην οικογένεια. Δεν εκφράζει σκέψεις αυτοκτονίας, κλαίει όμως εύκολα. Δίνει δε την εντύπωση ότι δεν ευχαριστείται με καμιά δραστηριότητα.

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της, δεν παύει να παραπονείται για αδυναμία στα πόδια, αλλά και να κλαίει λέγοντας στο σύζυγό της πως η συμπεριφορά του την πληγώνει. Η φαρμακευτική αγωγή που της δίνεται είναι:

NOZINAN	25 MG,	ημερησίως	37,5 MG
SAROTEN	25 MG,	"	75 MG

Το διάστημα αυτό παρουσιάζει σταθερότητα στη συναισθηματική της διάθεση με μερικές εκρήξεις κλάματος. Σκεφτόταν συνεχώς τα παιδιά της. Ο σύζυγός της την πιέζει να γυρίσει στο σπίτι τους και της δείχνει ότι έχει χάσει την υπομονή του. Παρ' όλα αυτά η ίδια συμμετέχει τόσο στην εργασιοθεραπεία, όσο και στη διατήρηση της καθαριότητας του τμήματος (μάζεμα πιάτων, σκούπισμα τραπεζιών, τακτοποίηση καθισμάτων κλπ.). Τον Απρίλιο του 1987 η κατάστασή της παραμένει η ίδια. Σε σύσταση να πάει στο σπίτι της για το Πάσχα, τρομάζει μια και δεν έχει το κουράγιο να αναλάβει τα παιδιά ούτε να κάνει τις προετοιμασίες των γιορτών. Έγινε και δεύτερη σύσταση προκειμένου να δραστηριοποιείται περισσότερο και να μην ζητήσει ξανά υπνωτικά χάπια απ' το γιατρό. Επειδή αντέδρασε βίαια και επειδή είχε παρατηρηθεί επιδείνωση της κατάστασής της μετά το επισκεπτήριο της, αποφασίστηκε να διακοπεί το επισκεπτήριο γι' αυτή και μόνο και για λίγες μέρες. Και πράγματι το παραπάνω μέτρο είχε αποτέλεσμα, μια και η ασθενής εμφανίζει βελτίωση. Νοιώθει ικανή να γυρίσει σπίτι της και να αναλάβει τα παιδιά της. Έτσι και δόθηκε το εξιτήριο, τέλος Απρίλη του 1987.

ΦΑΣΗ ΜΑΝΙΑΣ

Η Π.Δ. ειδάζεται στην Κ.Π.Ν. Πατρών αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας που είχε, τον Μάρτιο του 1988. Στη συνέχεια μεταφέρεται στην Π.Ψ.Ν. Πατρών μια και είναι διεγερτική, ανήσυχη, κλαίει, φωνάζει και χτυπιέται στο πάτωμα. Η ίδια φωνάζει "θα πεθάνω" και "έχω καρκίνο και δε μου το λένε". Η φαρμακευτική αγωγή στην οποία τίθεται είναι TABL LARGACTIL 100 MR, ημερησίως 600 MG
CAPS MILLITHIN 300 MG, " 900 MG.

Λόγω του υψηλού επιπέδου σακχάρου αίματος, τίθεται σε δί-
αφα 1200 θερμίδων ημερησίως, μοιρασμένη σε 6 γεύματα
(8πμ, 10πμ, 2μμ, 5μμ, 8μμ, 12,,). Η κατάσταση της παρου-
σιάζει διακυμάνσεις. Άλλοτε είναι πολύ ήρεμη και ήσυχη
και άλλοτε γίνεται διεγερτική. Γι' αυτό και δεν είναι δυ-
νατή η ρύθμιση του σακχάρου. Αρχίζει να παρουσιάζει τα
συμπτώματα της υπομανιακής φάσης στην οποία βρίσκεται.
Δεν είναι εριστική αλλά είναι ευφορική και τραγουδά. Γί-
νεται ενοχλητική στους άλλους ασθενείς και ειδικά την
νύκτα, μια και την μέρα έχει υπνηλία.

Η φαρμακευτική αγωγή αυξομειώνεται και η ανειμετώπιση
του σακχάρου γίνεται με την χορήγηση κρυσταλλικής ινσου-
λίνης.

Στα μέσα του Απρίλη 1988, εμφανίζεται πιο ήρεμη χωρίς
να εμφανίζει μανιακά συμπτώματα. Η ίδια μας λέει πως ζή-
τησε την εισαγωγή στην κλινική μια και στο σπίτι έχει
προβλήματα. Δεν θα 'χε αντίρρηση να έμενε και για πάντα,
όπως λέει. Το διάστημα αυτό κάνει και μια μανιακή κρίση,
την οποία αργότερα θυμάται και εκφράζει τη λύπη της για
όσα έγιναν. Μετά από συζήτηση που είχε με το σύζυγό της
μας είπε πως στο σπίτι της επικρατεί χαώδης κατάσταση
μια και δεν λείπουν τα προβλήματά τους ως ζευγάρι. Στο
τέλος του Απρίλη 1988, ο σύζυγός της αποφασίζει να την
πάρει απ' το νοσοκομείο, γιατί ο άνδρατης αδελφής της α-
σθενούς ήταν άρρωστος και αυτός θα τον συνόδευε στην
Αθήνα. Πίστευε δε, ότι παίρνοντας και την Π.Δ. στην Α-
θήνα θα αψθανόταν και αυτή καλύτερα. Ο γιατρός εξέφρασε
τις αντιρρήσεις του όσον αφορά την ψυχική της κατάσταση,
και την προπορη αυτή έξοδο. Παρ' όλα αυτά δόθηκε εξιτήριο.

Η ασθενής ήταν κάπως βελτιωμένη. Δεν μπορούμε να πούμε όμως ότι ήταν σε πλήρη αποκατάσταση της υγείας της. Ο σύζυγός είχε όμως ήδη αναλάβει όλες τις ευθύνες.

4η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

Η Α.Π., έγγαμος, ετών 53, μητέρα δύο αγοριών -απόφοιτοι Λυκείου - η ίδια απόφοιτος παλαιού τύπου Γυμνασίου και κύρια ασχολία της τα οικιακά, μεταφέρθηκε στην Π.Ψ.Κ. Πατρών από την Κ.Π.Κ. Πατρών όπου νοσηλευόταν, λόγω απόπειρας αυτοκτονίας με λήψη φαρμακευτικών ουσιών.

Τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζει ήταν τον Απρίλη του 1987, όταν μαθαίνει την είδηση αυτοκτονίας της αδελφής της (βρέθηκε πνιγμένη σε παραθαλάσσια περιοχή της Πάτρας). Έτσι, αρχίζει να παρουσιάζει ατονία, αδυναμία να συγκεντρωθεί και να κάνει οποιαδήποτε δουλειά και για λίγες βδομάδες είχε έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα με τάσεις αυτοκτονίας. Επισκέφτηκε ψυχίατρο, ο οποίος της χορήγησε αντικαταθλιπτική αγωγή με SAROTEN 25 MG και TRANXENE 10 MG. Ενώ εμφάνισε κάποια βελτίωση, παρέμεινε η στενοχώρια, η αυτομομφή και ένα συνεχώς αυξανόμενο αίσθημα απελπισίας σε ότι αφορά το μέλλον της και τις πιθανότητες βελτίωσης της κατάστασής της. Η κατάσταση επιδεινώθηκε, ενώ ήδη είχαν προστεθεί TAVOR 1,0 MG και TOFRANIL.

Ήγε στο σπίτι της άλλης αδελφής της για να αλλάξει περιβάλλον. "Γιατί ενώ παίρνω τόσα φάρμακα δεν καλυτερεύω;" είπε. Αναζήτησε τα φάρμακά της (τα οποία η αδερφή της είχε κρύψει για να μην κάνει κατάχρηση) και βρίσκοντάς τα πήρε 20 TABL TAVOR και TRUXAL 50 MG και 2 TABL TOFRANIL και SAROTEN. Μεταφέρθηκε στο Γ.Ν. Πατρών όπου έγινε πλύση στομάχου και εισαγωγή. Πριν 17 χρόνια αναφέρεται ένα ακόμη καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ ήταν 34 ετών. Οι μόνοι παράγοντες που την καθοδήγησαν ήταν οικονομικές δυσκο-

λίες. Μετά όμως από φαρμακευτική αγωγή ιδιώτη ψυχιάτρου και σε διάστημα 3 μηνών συνήλθε εντελώς, χωρίς σωματικά ή ψυχικά ενοχλήματα.

Τον Μάρτη του 1987, ο μικρός της γιός με τον οποίο έχει δεθεί πολύ, φεύγει για να καταταγεί στην Αστυνομία. Η Α.Π. αρνείται ότι την στενοχώρησε το γεγονός, αλλά ακολουθεί μετά από λίγο και η αυτοκτονία της αδερφής της, πράγμα που τη συγκλόνισε και άλλαξε εντελώς την ψυχική διάθεσή της.

Η άρρωστη όπως αναφέρει, έζησε δύσκολα παιδικά χρόνια λόγω οικονομικών δυσκολιών, αλλά γεμάτα στοργή και αγάπη από τη μητέρα, η οποία ανέθρεψε τα παιδιά με στερήσεις αφού ο σύζυγός της είχε πεθάνει. Τελειώνοντας το Γυμνάσιο, έδωσε εξετάσεις για την Παιδαγωγική Ακαδημία χωρίς να περάσει. Είχε ήδη όμως γνωριστεί με τον τωρινό σύζυγό της, με τον οποίο τελικά παντρεύτηκε σε ηλικία 23 ετών και παρέμεινε στο χωριό.

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της, φαίνεται στεναχωρημένη που δεν έχει βγει από το νοσοκομείο. Παρόλα αυτά δεν προσπαθεί να εξοικειωθεί με το προσωπικό και τους άλλους αρρώστους. Επιπλέον είναι σε θέση να περιγράψει παραστατικά την κατάστασή της. Όμως, διακατέχεται πάντα από την ιδέα, ότι δεν θα μπορέσει να γίνει καλά ποτέ.

Τον Ιούλη του 1988 και ενώ νοσηλεύεται, εξακολουθεί να βρίσκεται σε μελαγχολική φάση. Σηκώνεται με μεγάλη δυσκολία από το κρεβάτι και δεν συμμετέχει καθόλου σε οτιδήποτε γίνεται στην κλινική. Βασανίζεται από ιδέες και ενοχές για την πράξη της (η ασθενής είναι θρησκευόμενη). Έχει έντονες ιδέες αυτομομφής και συνυπάρχουν έντονα σωματικά συμπτώματα π.χ. δεν μπορεί να μιλήσει

ή να καταπιεί κλπ. Η φαρμακευτική αγωγή συνεχώς αλλάζει, τα φάρμακα αυξομειώνονται.

Τον Αυγούστο του 1988 μπαίνει σε παραλήρημα, όπου βγάζει όλα της τα ρούχα, αναποδογυρίζει το στρώμα του κρεβατιού της και φωνάζει. Σημειώνουμε ότι ο σύζυγός της παρεβρισκόταν εκεί και πιθανόν το παραλήρημά της να είχε ερωτικό περιεχόμενο. Κατά περιόδους η άρρωστη συνέρχεται αλλά διακατέχεται από μεγάλη ενοχή για την κατάσταση της.

Συγχρόνως, αρχίζει να αρνείται το φαγητό ή το νερό ή την χορήγηση φαρμάκων. Έτσι τα φάρμακα δίνονται ως ενέσιμα. Συνεχώς βρίσκεται σε διέγερση, παραληρεί και μιλά για το θάνατό της - πιστεύει ότι πνίγεται (η αδελφή της αυτοκτόνησε με πνιγμό). Η οργανική της κατάσταση έχει επιδεινωθεί (ταχυκαρδία - 130 σφ/MIN, μειωμένη πρόσληψη υγρών, γυναικολογικό πρόβλημα - μύκητες, τριχομονάδες, υπόταση, δεκατική πυρετική κίνηση).

Όμως μετά τις συνεχόμενες εναλλαγές των φαρμάκων, αρχίζει να εμφανίζει βελτίωση. Βελτιώνεται και η οργανική της κατάσταση. Παραληρεί βέβαια ακόμη, αλλά είναι σε θέση να βγει από αυτή την κατάσταση κατά διαστήματα.

Η αγωγή που δίνεται είναι:

LARGACTIL 100 MG, ημερησίως 300 MG

ANAFRAMIL 25 MG, ημερησίως 150 MG

LUDIOMIL 25MG, ημερησίως 75 MG

Προς το τέλος του Αυγούστου 1988, αρχίζει πάλι η καταβολή. Κυριαρχείται όπως λέει από απαισιοδοξία, αναποφασιστικότητα, ενοχή, απελπισία. Εμφανίζει επιπλέον ορθοστατική υπόταση. Γίνεται μια αυξομείωση των φαρμάκων. Όμως ενώ

παρατηρούμε πως μπροστά στους συγγενείς δείχνει αδύναμη, μόνη της φαίνεται καλύτερα και συναναστρέφεται με άλλη καταθλιπτική άρρωστη.

Αρχές Σεπτέμβρη του 1988, και ενώ έχει εμφανιστεί βελτιωμένη, ο σύζυγός της αποφασίζει να την πάρει σπίτι. Αν και η ίδια η άρρωστη ευθουσιάζεται με την ιδέα, μια και θα ξεφύγει από το περιβάλλον της κλινικής, παρόλα αυτά άγχεται με το γεγονός αν θα μπορέσει να γίνει καλά και να ανταποκριθεί στις ανάγκες και τις δουλειές του σπιτιού. Λόγω της "καταβολής" όμως που εμφάνισε μια μέρα πριν δοθεί το εξιτήριο, παρέμεινε στην κλινική. Στα τέλη του μήνα και ενώ η κατάστασή της είναι αμετάβλητη, εμφανίζει περιόδους - μικρές - βελτίωσης, που δεν κρατούν πάνω από 1/2 μέρα. Εξακολουθεί να έχει άγχος, που το εκφράζει σαν "ένα κόμπο στο λαιμό".

Αρχίζει τη αγωγή με άλατα του λιθίου σε δόση 900 MG και σταδιακή μείωση ή αύξησή του.

Αρχές του Οκτώβρη 1988, παρουσιάζει βελτίωση και ζητά να φύγει. Ήδη έχει δημιουργήσει καλές σχέσεις με το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. Τελικά, μετά από μικρό χρονικό διάστημα και ενώ βρισκόταν σε κατάσταση "σαφής βελτίωσης", πήρε εξιτήριο.

Τον Φεβρουάριο του 1988 έκανε απόπειρα αυτοκτονίας (με χλωρίνη - οξύ διάλυμα) και μεταφέρθηκε στην Κ.Π.Κ Πατρών. Αν και δόθηκαν πρώτες βοήθειες και έγινε η ανάλογη θεραπεία, δεν υπήρξε κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Η ασθενής ήταν ήδη νεκρή.-

Ι Δ Ε Ε Σ - Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

1) Σωστή Ταξινόμηση

Με τη σωστή ταξινόμηση, θέλουμε να πετύχουμε τα εξής: ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης, θα πρέπει ο ασθενής να διαμένει μαζί με άλλους συμπασχοντες, που έχουν όμως το ίδιο επίπεδο ασθένειας μ'αυτόν. Μ'αυτόν τον τρόπο τα περιστατικά δεν θα επηρεάζονται μεταξύ τους. Ένα βαρύ περιστατικό μπορεί να επηρεάσει και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό ένα ελαφρύ περιστατικό.

2) Ένα άλλο πρόβλημα που παρατηρείται στα ψυχιατρεία, είναι το πρόβλημα της ενδυμασίας των ασθενών. Πρέπει η περιβολή τους να'ναι ανάλογη της εποχής που ζούμε.

3) Πρέπει η συμπεριφορά του νοσηλευτή να'ναι καλή. Ο νοσηλευτής, πρέπει να'χει πλούσιο συναισθηματικό κόσμο για να μπορεί να καταλάβει και να επικοινωνήσει με τον ψυχοσθενή γιατί:

α) ακόμη και ο πιο φαινομενικά διαταραγμένος και παράλογος άρρωστος αντιλαμβάνεται και θυμάται ένα μεγάλο μέρος απ'αυτά που συμβαίνουν γύρω του αλλά και μέσα του, παρ'ότι δείχνει να μην το εννοεί όταν γίνεται.

β) ότι περισσότερο από μας τους "υγιείς" και πολύ περισσότερο απ'όσο φαίνεται ο πάσχων είναι ευαίσθητος στις εκδηλώσεις ενδιαφέροντος και καλοσύνης μας.

4) θα πρέπει να υπάρχει κρατική μέριμνα για τους ανθρώπους που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία. Δηλαδή να μπορούν οι άνθρωποι αυτοί να απευθυνθούν σε κάποιο φορέα π.χ. σε κάποιο γραφείο, απ'όπου θα βοηθηθούν για την κοινωνική τους αποκατάσταση. Είναι πολύ σημαντικό για τους ανθρώπους η κοινωνική και η οικογενειακή τους αποκατάσταση. Τότε

θα μπορούμε να πούμε ότι κάποιος ψυχασθενής έγινε τελείως καλά. Λέμε "τελείως" γιατί εκτός από τον ψυχικό του κόσμο, εννοούμε και την κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη στην κοινωνία.

5) Επίσης, μια άλλη πρότασή μας είναι να φροντίζει κάποιος φορέας για την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχασθενών. Δηλαδή να φροντίζει έτσι ώστε καθένας που βγαίνει από το ψυχιατρείο να βρίσκει αμέσως δουλειά για να αισθανθεί ότι είναι χρήσιμος, ότι μπορεί να προσφέρει, και αυτός στην κοινωνία. Έτσι δε θα νοιώθει άχρηστος και απόβλητος.

Τέλος, θα θέλαμε να επισημάνουμε και να τονίσουμε ότι ο κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στη ζωή. Είναι δικαίωμά του να ζήσει ζωή ανθρώπινη και στην προκειμένη περίπτωση είναι καθήκον μας να φροντίζουμε εμείς οι ίδιοι ώστε η ζωή των ψυχασθενών να είναι ανθρώπινη.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

I. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Εισαγωγή	2
Ιστορική ανασκόπηση	3
Ψυχικές λειτουργίες	9
Αιτιολογία και ταξινόμηση ψυχικών λειτουργιών και νόσων	14
Ψυχική Υγεία - Ψυχική νόσος	19
Ψυχιατρική νοσηλεύτρια	24

II. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Συναίσθηματική φύχωση (μανιοκατάθλιψη)	26
α) Συχνότητα-Επιδημιολογία.	
β) Αιτιολογία	
1) Μανία	31
α. Συμπτωματολογία	
β. Κλινικές μορφές	
2) Μελαγχολία (κατάθλιψη)	35
α. Συμπτωματολογία	
β. Κλινικές μορφές	
3) Μικτές μορφές μανιοκαταθλιπτικής φύχωσης	41
γ. Διαφορική διάγνωση	
δ. Πορεία της νόσου	
ε. Πρόγνωση	

III. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Θεραπευτική νοσηλευτική φροντίδα και σχεδιασμός νοσηλ. φροντίδας	46
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου σε φάση μανίας	50
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου σε καταθλιπτική φάση	51

Θεραπεία	58
α) Βιολογική θεραπεία	58
β) Φαρμακευτική θεραπεία	64
γ) Ψυχοθεραπεία	69
Πρόληψη υποτροπών	75
V.- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	
Το πρόβλημα της αυτοκτονίας	78
Ο ψυχικά άρρωστος και η αντιμετώπισή του στην κοινωνία.	84
Ιστορικά ασθενών με μανιοκατάθλιψη (φάση μανίας - φάση κατάθλιψης)	89
VI.- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	
Ιδέες - Προτάσεις	106
Βιβλιογραφία	108

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Κα Ανδρουδάκη Όλγα: "Η νοσηλεία του ψυχικά αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας". Εισήγηση 11ου Νοσηλευτικού Συνεδρίου "Ζάππειο Μέγαρο", Αθήνα 1985.
- Κα Γιαννοπούλου Αθηνά: "Ψυχιατρική Νοσηλευτική" Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ένωσης Αδελφών Νοσοκόμων "Η Ταβιθά", Αθηνά 1986.
- Κα Λαγοθέτης και Συνεργάτες: "Βασικές έννοιες Ψυχιατρικής και Ψυχολογίας" Σημειώσεις τμήματος ΨΑ2 Αιγυνητείου Νοσοκομείου", Αθήνα 1986.
- Κος Μαλλιάρης Δημήτρης: "Σημειώσεις για τη Μανιακάταθλιψη" Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1988.
- Κα Νάνου Κυριακή: "Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής" ΤΕΙ Πατρών, τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1979.
- Κα Ραγιά Α.: "Θεμελιώδεις αρχές της ψυχιατρικής νοσηλευτικής" Εκδόσεις Αδελφότης "Ευνίκη", Αθήνα 1978.
- Κα Σίδα-Κιτσοπούλου: "Ο ψυχικός άρρωστος και η αντιμετώπισή του στη σύγχρονη κοινωνία". Σημειώσεις Σ.Α.Σ. Αθήνα 1987.
- Κα Σαχίνη : "Σημειώσεις ψυχιατρικής νοσηλευτικής" ΤΕΙ Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 1986.
- Κοι Στεφανής και συνεργάτες: "Θέματα Ψυχιατρικής" Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1977.
- Κος Φιλιππόπουλος Γιώργος: "Κλινική Ψυχιατρικής" Ιατρικές Εκδόσεις "Λίτσα", Αθήνα 1980.
- Κος Χαρτοκόλης: "Θεωρία της Ψυχιατρικής" Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολής Ιατρικής", Πάτρα 1987

