

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ

Τ. Ε. Ι. Π Α Τ Ρ Α Σ

ΣΧΟΛΗ : Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

" Σ Χ Ι Ζ Ο Φ Ρ Ε Ν Ε Ι Α "

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ : ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΣΚΑΡΜΟΥΤΣΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

DR. ΜΑΚΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ



Π ά τ ρ α : 1 9 8 9

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1669
----------------------	------



- Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α -

	Σελίδα
Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	2
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ	2
1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
2.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	5
2.2. ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΤΟΜΑΜΙΝΗΣ	8
2.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	9
α. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΠΟΥΗ	10
β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	11
2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΟΥ..	13
α. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ	14
β. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ	15
γ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΒΟΥΛΗΣΗ	16
δ. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
5.1. ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	20
α. ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	20
β. ΠΑΡΑΝΟΕΙΑΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	21

γ. ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	22
δ. ΧΡΟΝΙΑ ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	23
ε. ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	23
στ. ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ - ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
6.1. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII	
8.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ...	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX	
9.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ - ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ X	
10.1. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	48
- Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ	86
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η ψυχική υγεία ενός ανθρώπου αποτελεί μέγιστο παράγοντα επίδρασης όσον αφορά την πρόοδό του, την εξελικτική του πορεία και γενικότερα την παρουσία του στη ζωή.

Ορμώμενοι λοιπόν, απ'αυτή την διαχρονικότητα διαπίστωση και με γνώμονα την ιδιαίτερη ευαισθησία του χώρου αυτού και της σφαίρας των ψυχικών νόσων επιλέξαμε το παρόν θέμα.

Όπως όμως είναι φυσικό σε λίγες σελίδες δεν μπορούμε παρά να αναφερθούμε βασικά και περιληπτικά σε μια τέτοια νόσο, τη ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.

Δεν φιλοδοξούμε να εξαντλήσουμε ένα τόσο ευρύ και ενδιαφέρον θέμα. Απλά δίνουμε μια όσο το δυνατόν ανάγλυφη εικόνα που αφορά αρκετούς συναθρώπους.

Βασική μας λοιπόν επιδίωξη ήταν πρώτα και κύρια να μάθουμε εμείς οι ίδιοι λίγα πράγματα για μια ψυχική νόσο όπως η σχιζοφρένεια.

Ασφαλώς ευχαριστούμε όσους λίγους μας βοήθησαν σ'αυτήν μας την προσπάθεια.

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ :

Ο όρος σχιζοφρένεια δόθηκε από τον Ελβετό ψυχίατρο ERGENE BLENTER το 1908 για να περιγράψει ένα "σχίσμα" ή μια αναρμοστικότητα των διανοητικών λειτουργιών.

Ο όρος είναι συχνά αποπλανητικός επειδή δίνει την εντύπωση ότι Σχιζοφρένεια σημαίνει "πολλαπλή προσωπικότητα" .

Το σύνδρομο της "πολλαπλής προσωπικότητας" είναι εξαιρετικά σπάνιο και εντελώς διαφορετικό από την πραγματική Σχιζοφρένεια.

Η Σχιζοφρένεια είναι μια πολύπλοκη ασθένεια και ασθενείς που υποφέρουν απ'αυτή μπορεί να διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Μερικοί μπορεί να πάσχουν κυρίως από ψευδαισθήσεις, άλλοι από διαταραχές της σκέψης και άλλοι από ανώμαλες συγκινητικές αντιδράσεις. Επιπλέον τα συμπτώματα ενός ασθενή πιθανόν να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου.

Η Σχιζοφρένεια θεωρείται μια νόσος με εξελικτική πορεία η οποία αρχίζει κάπου μεταξύ 15-17 και 50-60 χρόνων, ίσως και λίγο νωρίτερα ή αργότερα. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο κλονισμός φαίνεται να συμβαίνει μεταξύ των ηλικιών 20-35. Η έναρξη μπορεί να είναι βαθμιαία και να περιλαμβάνει λίγα συμπτώματα, πέρα από μια αλλαγή προσωπικότητας μέσα σε μερικά χρόνια. Μπορεί όμως να αρχίσει ξαφνικά -μέσα σε λίγες μέρες με έντονα συμπτώματα.

1.2. Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Με βάση τις σύγχρονες απόψεις η σχιζοφρένεια αποτελεί μια μεγάλη ομάδα ψυχικών διαταραχών ποικίλλουσας βαρύτητας ,

αλλά με αρκετές ομοιότητες και κοινά σημεία.

Χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας είναι οι διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.

Καλό συνειδησιακό επίπεδο σε συνδιασμό με τις διαταραχές της σκέψης, αποτελούν βασικό κριτήριο διάγνωσης.

Αυτή στηρίζεται στην ανεύρεση και αξιολόγηση ειδικών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων.

Παρερμηνεία και παρανόηση της πραγματικότητας είναι τα βασικά συμπτώματα της νόσου.

Η συμπεριφορά και η εμφάνιση γενικότερα είναι παράδοξες και αξιοπερίεργες.

1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ :

Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε όλες τις κοινωνίες με παραλλαγές στην κλινική εικόνα εξ' αιτίας των τοπικών πολιτιστικών και κοινωνικών παραγόντων.

Ο υπολογισμός της συχνότητας της εμφάνισης της νόσου προσκρούει στη μεγάλη ποικιλία των κατά τόπους ορισμών της.

Οι Αμερικάνοι χρησιμοποιούν σχετικά ελαστικά διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνοντας έτσι στις σχιζοφρένειες παθήσεις που σε άλλα κράτη θα αποκαλούνταν "βαρειές νευρώσεις", "χαρακτηρολογικές διαταραχές", "οξείες ψυχώσεις" ή "συναισθηματικές ψυχώσεις".

Κατά καιρούς, ακόμη και οργανικές ή τοξικές καταστάσεις διαγιγνώσκονται λανθασμένα σαν σχιζοφρένειες με κίνδυνο όλες οι ψυχώσεις, ανεξάρτητα αιτιολογίας και κλινικής μορφής, να αποκαλούνται σχιζοφρένειες.

Στατιστική έρευνα για τη συχνότητα περιπτώσεων ανά 100 άτομα σε μια δεδομένη χρονική στιγμή μας γίνει το ποσοστό 0,2% - 0,5% και η αριθμητική τιμή της επικινδυνότητας της νόσου κατά τη διάρκεια της ζωής (πιθανότητα να γίνει κάποιος σχιζοφρενικός σε κάποια χρονική περίοδο) εκφράζεται με την ποσοστιαία αναλογία του 1% .

Η επίπτωση της νόσου στον κόσμο κυμαίνεται από 0,05% ως 1% το χρόνο.

Οι ποσοστιαίες αυτές αναλογίες εξαρτώνται από πραγματικές τοπικές διαφορές αλλά και από τις μεθόδους συλλογής. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται σ'όλο τον κόσμο 4 με 5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ενώ ο αριθμός των υπάρχουσών διαγνωσμένων περιπτώσεων κυμαίνεται μεταξύ 10 και 20 εκατομμυρίων ατόμων.

Στις ΗΠΑ το ποσοστό εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή ψυχιατρικές πτέρυγες σχιζοφρενικών ασθενών, υπολογίζεται μεταξύ 20% ως 30% των εισαγωγών. Οι ασθενείς αυτοί καταλαμβάνουν το 50% των κρεβατιών στα περισσότερα ψυχιατρικά ιδρύματα και περίπου το ένα τρίτο (1/3) των νοσοκομειακών ασθενών σ'ολόκληρη τη χώρα.

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξ'ίσου συχνά άνδρες και γυναίκες. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι μεγαλύτερη σε περιοχές έντονης κινήσεως και κοινωνικής αποδιοργανώσεως, σε πυκνοκατοικημένες αστικές περιοχές και στις καλύτερες κοινωνικές τάξεις.

Γεγονός είναι ότι οι παλαιότεροι χαμηλοί δείκτες αναπαραγωγής της σχιζοφρένειας προσεγγίζουν τώρα τους αντίστοιχους του γενικού πληθυσμού.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

2.1. Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας είναι άγνωστη.

Η έλλειψη ενός σαφούς και αντικειμενικού ορισμού της νόσου δυσκολεύει την έρευνα στον τομέα αυτό.

Δυσχέρεια στη μελέτη της αιτιοπαθογένειας προκαλούν η δυσκολία στο διαχωρισμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και η παράλογη πεποίθηση ότι καθαρά περιγραφικές διαφορές σημαίνουν και αιτιολογικές θεωρήσεις του όλου προβλήματος. Για την αιτιολογική προσέγγιση της σχιζοφρένειας έχουν χρησιμοποιηθεί γενετικές, βιολογικές και ψυχοκοινωνικές θεωρίες.

ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ :

Μετά τη μελέτη γενετικών ευρημάτων θα μπορούσαμε να πούμε ότι όσο στενότερος είναι ο βαθμός συγγένειας ενός μέλους της οικογένειας προς το σχιζοφρενικό άτομο και όσο βαρύτερη η μορφή της νόσου, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος της νοσήσεως.

Έτσι μελέτες σε οικογένειες έχουν αποδείξει ότι μέχρι του πρώτου βαθμού συγγένειας ο κίνδυνος είναι μικρός, λίγο μεγαλύτερος απ'ότι στο γενικό πληθυσμό, ενώ προκειμένου για αδερφό, ετεροσυζυγικό δίδυμο ή παιδί σχιζοφρενικού είναι λίγο υψηλότερος και στα αυτά περίπου επίπεδα για όλους.

Εάν αμφότεροι οι γονείς είναι σχιζοφρενικοί, ο κίνδυνος νοσήσεως ανεβαίνει μέχρι και 50% ή και περισσότερο.

Το πειστικό στοιχείο για τη γενετική προδιάθεση προέρχεται από τις μελέτες των μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων. Έχει επιβεβαιωθεί από πολλούς ρευνητές ότι τα ποσοστά συμφωνίας (δηλαδή η πιθανότητα και τα δύο δίδυμα να έχουν σχιζοφρένεια) των μονοζυγωτικών διδύμων που έχουν ανατραφεί σε διαφορετικό περιβάλλον το καθένα είναι πολύ πιο υψηλά (περίπου 65%) από των διζυγωτικών διδύμων (περίπου 10%). Αν και αυτά τα ποσοστά διαφέρουν από τη μια έρευνα στην άλλη, συνήθως κυμαίνονται γύρω απ' αυτές τις τιμές.

Πάντως τα μέχρι τώρα στοιχεία δεν επιτρέπουν την οικοδόμηση όχι μόνο μιας μονοδιάστατης υπόθεσης, αλλά ακόμη και μιας πολυδιάστατης.

Απλά συμπεραίνουμε ότι η σχιζοφρένεια έχει τις ίδιες γενετικές ρίζες που έχουν και διάφορες πολύπλοκες ψυχονοητικές λειτουργίες, όπως η νοημοσύνη.

ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ή ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ο Ιπποκράτης υποστήριξε ότι η σχιζοφρένεια είναι μια σωματική άρρώστια παρά την επικρατούμενη δαιμονολογία της εποχής.

Η ιδέα διατηρήθηκε στην ιατρική συνείδηση, κυριαρχώντας στην ευρωπαϊκή ψυχιατρική του περασμένου αιώνα.

Υποβαθμίστηκε στον αιώνα μας με την επίδραση του Φρόυντ και του Μέγερ, για να την ξαναφέρει στο προσκήνιο η εντυπωσιακή ανάπτυξη της βιομηχανίας και της νευροφυσιολογίας. Διάφορες παθοφυσιολογικές υποθέσεις προσπαθούν να εξηγήσουν το φαινόμενο της σχιζοφρένειας ως εκδήλωση κάποιας μορφολογικής ή λειτουργικής ανωμαλίας οργάνου, ή οργανικού συστήματος του

ατόμου.

Οι Ιστοπαθολογικές και ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες ερευνούν τις ακόλουθες περιπτώσεις.

α) Λοίμωξης: πιθανόν κατά την ενδομήτριο ή περιγεννητική περίοδο από ιό με επώαση μακράς διάρκειας.

β) Αλλοιώσεις του εγκεφάλου: τραυματικής, κυκλοφοριακής, εκφυλιστικές.

Οι βιοχημικές αναλύσεις αναζητούν τα αίτια της σχιζοφρένειας σε κάποια ποσοτική ή ποιοτική διακύμανση ενζυματικών ορμονικών ή άλλων αναλόγων ουσιών, που επιδρούν επάνω στους νευροϋποδοχείς και γενικά στο μηχανισμό της συνοπτικής μεταβίβασης.

Η διαπίστωση ότι ορισμένες ψυχωτικομιμητικές ουσίες όπως η μεσκαλίνη, είναι μεθυλιωμένα χημικά παράγωγα των βιογενών μονοαμινών, ουσιών που εκκρίνονται στις νευρωτικές συνάψεις και είναι υπεύθυνες για τη μεταβίβαση πληροφοριών και ότι μεθυλδότεριες ουσίες, όπως η μεθειονίνη, δυναμώνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα, δημιούργησε την εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε κάποια ανωμαλία μεθυλίωσης κατεχολαμινών, που προκαλεί το σχηματισμό ενδογενών ψυχωτικογενών ουσιών, συγγενικών χημικά με τη μεσκαλίνη.

Ντοπαμινική υπόθεση:

Αυτή αποδίδει μερικές τουλάχιστον μορφές της σχιζοφρένειας σε μια συσώρευση ντοπαμίνης, μονοαμινικού προδρόμου της νοραδρεναλίνης, στους νευροϋποδοχείς του εγκεφάλου.

Ο CARLSSON το 1974 παρατήρησε ότι φάρμακα που μπλοκάρουν τους υποδοχείς ντοπαμίνης έχουν θεραπευτική δράση στη σχιζοφρένεια.

2.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ :

Σύμφωνα με τη θεωρία του Μέντνικ, η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μια αγχώδη διάθεση, που ο εθισμός δεν καταφέρνει να την αποδυναμώσει αρκετά γρήγορα.

Η διάθεση αυτή μπορεί να είναι είτε κληρονομική είτε επίκτητη.

Όταν άτομο με άγχος σε υψηλό επίπεδο δέχεται ερεθίσματα εξωτερικού και εσωτερικού κόσμου, παύει να ξεχωρίζει το ένα από το άλλο προκαλώντας έτσι μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψή του και περισσότερο άγχος.

Μιά τέτοια κλιμάκωση άγχους και γενίκευση ερεθισμάτων οδηγεί τελικά σε μια σχιζοφρενική κρίση.

Η απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου να βρεί απομακρυσμένους συνειρμούς σκέψης, ώστε να αποφύγει ή να μειώσει το άγχος του δημιουργεί αποσύνθεση των νοηματικών και συναισθηματικών λειτουργιών του, δηλαδή μια κατάσταση που χαρακτηρίζει τη χρόνια σχιζοφρένεια.

Ψυχολογική είναι ουσιαστικά στην αντίληψή της η άποψη του Μάνφρεντ Μπλόκερ, διευθυντή της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Ζυρίχης.

Σύμφωνα με την άποψή του δεν υπάρχουν οργανικές βλάβες, παθολογικά γονίδια ή ειδικοί παράγοντες στο περιβάλλον του αρρώστου που να εξηγούν τη διαταραχή.

Τα κληρονομικά γονίδια, που αν και ομαλά στη δομή τους σχηματίζουν ένα δυσαρμονικό σύνολο που δημιουργεί μια ασυμφωνία μεταξύ της προσωπικότητάς του και της κοινωνικής του εμπειρίας καθώς το άτομο αναπτύσσεται. Στο κρίσιμο σημείο αυ-

τῆς τῆς ἀσυμφωνίας ὁ ἄρρωστος στρέφεται πρὸς τὸν κόσμον τῆς φαντασίας καὶ τοῦ αὐτισμοῦ.

α. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ:

Υποστηρίζει ὅτι ἡ σχιζοφρένεια εἶναι μιὰ ψυχογενὴς λειτουργικὴ διαταραχὴ, συγκεκριμένα μιὰ διαταραχὴ τῶν λειτουργιῶν τοῦ ἐγώ, ποῦ ἔχει σαν ἀποτέλεσμα τὴν ἀπόσυρση τοῦ ἀτόμου ἀπὸ τὸ περιβάλλον τοῦ στον εαυτό του.

Χωρὶς νὰ ἀποκλείει τὸ ἐνδεχόμενον μιᾶς γενετικῆς προδιάθεσης, υποστηρίζει ὅτι κάθε ψυχογενὴς διαταραχὴ ἔχει τὴν προέλευσὴ τῆς παιδικῆς ηλικίας, ποῦ ὑπάρχει μέσα στο ἀσύνειδο, χωρὶς νὰ προκαλεῖ ἰδιαίτερες ἐνοχλήσεις ὡς τὴ στιγμή ποῦ κάποιες συγκυρίες θὰ τὴν ἀναζωπυρώσουν, προκαλώντας ἀγχος καὶ ψυχιατρικὰ συμπτώματα.

Ἡ ἐξέλιξη τῆς τραυματικῆς ἢ ψυχικῆς διαμάχης σε ψυχωτικὴ διαταραχὴ ἐξαρτάται ἀπὸ τὸ στάδιο ἀνάπτυξης ποῦ βρίσκόταν τὸ ἄτομον ὅταν τοῦ συνέβη.

Ὅσο πιο πρωτόγονο εἶναι τὸ στάδιο τόσο μεγαλύτερη εἶναι ἡ τάση γιὰ χειροτέρευση καὶ ἐξέλιξη τῆς διαταραχῆς. Ἡ σχιζοφρένεια συνδέεται με τὸ στοματικὸ στάδιο.

Ἡ ψυχικὴ ἰσορροπία τοῦ ἀτόμου ἐξαρτάται ἀπὸ τὴν ποιότητα τῶν διαπροσωπικῶν σχέσεων κατὰ τὸ ἐξελικτικὸ στάδιο στο ὁποῖο δημιουργεῖται ἡ ψυχικὴ δομὴ ποῦ χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὸ ἐγώ, τὸ ὑπερεγώ καὶ τὸ ἐκεῖνο.

Βασικὸ ρόλο στὴν ομαλὴ ἐξέλιξη τῆς προσωπικότητος τοῦ παιδιοῦ παίζει ἡ μητέρα.

Ἐνα ψυχικὰ ἰσορροπημένο ἄτομον καθοδηγεῖται ἀπὸ τὴν κρίση του, μιὰ ἀπ'τις πιο βασικὲς λειτουργίες τοῦ ἐγώ.

Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας το εγώ είναι αδύνατο με αποτέλεσμα να υπερισχύει το υπερεγώ με έναν αυταρχικό απαγορευτικό και κηδεμονικό τρόπο.

Ένα σημαντικό σημείο στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας και στην αποτελεσματικότητά της ψυχοθεραπευτικής αγωγής είναι η απάντηση στο ερώτημα, κατά πόσον η σχιζοφρένεια οφείλεται σε κάποια παιδική τραυματική εμπειρία, που αφήνει την ψυχική δομή ελλειμματική ή σε κάποια λανθάνουσα ενδοψυχική διαμάχη, που κάνει τη ψυχική δομή ευάλωτη.

Μια τρίτη εκδοχή είναι η περίπτωση, αυτές οι δύο απόψεις να αφορούν διαφορετικών ειδών σχιζοφρένειες.

β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ :

Η δομή της οικογένειας, η σχέση του ατόμου με τα άλλα μέλη της οικογένειάς του, ιδιαίτερα με τους γονείς του έχουν αποφασιστική επίδραση στη δημιουργία ενός σχιζοφρενικού ατόμου.

Έχει παρατηρηθεί ότι μητέρες σχιζοφρενικών ατόμων ασκούν μια κυριαρχική επιρροή επάνω στις υποθέσεις της οικογένειας, υποσκελίζοντας τον πατέρα στα παραδοσιακά καθήκοντά του, ο οποίος έχει την ευθύνη αλλά παραμένει ουσιαστικά αμέτοχος στις αποφάσεις που αφορούν τα μέλη της οικογένειάς του.

Κάπως έτσι συμβαίνει με το παιδί που πιστεύει πως έχει το δικαίωμα και την ελευθερία να αποφασίζει για τον εαυτό του, αλλά που στη πραγματικότητα κατευθύνεται από τις επιθυμίες της μητέρας.

Μ' αυτό τον τρόπο δημιουργούνται διλήματα στο παιδί που προσπαθεί να αντιμετωπίσει παίρνοντας μια στάση αντιθυμική, αναποφάσιστη και παραπλανητική όσον αφορά τις πραγματικές του

σκέψεις και συναισθήματα κάτι που στο τέλος επικρατεί ως σχιζοφρενική συμπεριφορά και νοοτροπία.

2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ :

Η κοινωνιολογική άποψη αποδίδει τη σχιζοφρένεια στις πιέσεις μιας καταναγκαστικής και ανταγωνιστικής χρείς σταθερές ηθικές αξίες κοινωνίας, στην ανάγκη προσαρμογής στους απρόσωπους όρους ζωής ενός βιομηχανικού, τεχνοκρατικού πολιτισμού, στον αγώνα για μια ατομική κοινωνική απόσταση, που συμβαίνει να είναι ακόμη πιο προβληματική για τις γυναίκες ιδίως των κατώτερων κοινωνικών τάξεων.

Στις αρχές του αιώνα ο ΜΠΛΑΪΝΕΡ παρατήρησε ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις πιο φτωχές και αποργανωμένες συνοικίες βιομηχανικών πόλεων, τις οποίες θεώρησε αποτέλεσμα παρά αίτια της διαταραχής.

Μια πιο ακραία κοινωνιολογική άποψη υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια αντιπροσωπεύει μια ατομική διαμαρτυρία εναντίον των απάνθρωπων και αντιφατικών όρων που επιβάλλει η παραδοσιακή κοινωνία στα μέλη της, δηλαδή ότι πρόκειται για μιαν ατομική επαναστατική πράξη και όχι για ασθένεια.

3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ :

Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο, όπως άλλωστε και οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, για τις οποίες δεν έχει εντοπισθεί κάποια οργανική αιτιολογία. Έτσι, όπως επισημάνθηκε, τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες. Αναφορικά με αυτά τα συμπτώματα και τις ανωμαλίες, λαμβάνουν χώρα διαταραχές τόσο στον τρόπο σκέψης και το περιεχόμενό της, στην αντίληψη του συναίσθημα, στη βούλησή του ακόμα, στις διαπροσωπικές σκέψεις, όσο βέβαια και στην προσωπική ταυτότητα και συμπεριφορά του πάσχοντος.

Πιο συγκεκριμένα αναφέρουμε την αδυναμία επικοινωνίας με το περιβάλλον, ακονισμένη ευαισθησία, ατελείωτη απασχόληση με σκέψεις και νοήματα - σύμβολα κ.λ.π.

Σε αρκετή συχνότητα έχουμε επίσης στον σχιζοφρενικό ασθενή "εμπειρίες" όπως : αποπροσωποποίηση, το αίσθημα δηλαδή της σωματικής του αλλαγής, π.χ. ότι η σωματική του υπόσταση ανήκει σε κάποιον άλλον ή ότι αποσπάται το πνεύμα του από το σώμα του.

Αποπραγματοποίηση, δηλαδή την εντύπωση ότι το περιβάλλον του είναι διαφορετικό και ξένο και ιδέες συσσεύς που αφορά την ιδέα του ασθενή ότι ορισμένα γεγονότα ή λεγόμενα κάποιου τρίτου, αφορούν τον ίδιο αποκλειστικά και μόνο.

Βεβαίως τα χαρακτηριστικά που ορίζουν και πιστοποιούν βασικά τη σχιζοφρένεια κινούνται κυρίως στα παρακάτω επί μερους συμπτώματα φυσιολογικών λειτουργιών.

α. Διαταραχές της σκέψης :

Σε σχεδόν όλες τις περιπτώσεις υπάρχει μια κάποια διανοητική διαταραχή που ενδεχομένως παίρνει τη μορφή παραληρηματος ή ψευδαισθήσεων ή ιδιομορφίας στον τρόπο σκέψης. Σε άλλες περιπτώσεις βέβαια έχουμε πλήρη αποδιοργάνωση σκέψης, αδυναμία προσοχής και συγκέντρωσης και άλλες ψυχολογικές δοκιμασίες. Αναφέρονται όμως περιπτώσεις με άθικτη νοημοσύνη αλλά παρ'όλα αυτά υπαρκτή ασάφεια στις απαντήσεις που τυχόν δίνουν οι ασθενείς.

Αναφορικά με τον τρόπο σκέψης και την ιδεατή πλευρά αυτού, συχνά συναντάμε την ύπαρξη ματαστάσεων όπως έλειψη σεβασμού, ομοιότητα αντιθέσεων και εμμονή σε λέξεις και ιδέες (ιδεοληψία) καινούργιες λέξεις-εκφράσεις, ηχητική ομοιότητα χωρίς λογική σχέση (ηχολαλία). Επανάληψη στερεότυπα μιας έκφρασης και άλλης λιγότερο σημαντικής διαστροφής της αντιληπτικής τους ικανότητας.

Κατά τον Μπλούερ η πιο συχνή διαταραχή σκέψης είναι η χάλαση των συνειρμών.

Να μείνουμε λίγο στον τρόπο σκέψης λέγοντας ότι συχνά είναι "δύσκειμπτοι", αντιγράφουν κάποια λεγόμενα ακριβώς και έχουν την τάση της υπεραπλούστευσης και της σύγχυσης μεταξύ σχετικού και ασχέτου.

Υπάρχουν κανόνες σκέψης, έκφρασης και ομιλίας καθαρά ατομικοί και ύπαρξη μυστηριακής έκφρασης προσώπου και καχύποπτης συμπεριφοράς.

β. Ψευδαισθήσεις και παρατηρητικές ιδέες:

Έχουν οι περισσότεροι σχιζοφρενικοί ασθενείς ανεξάρτητα αν αυτά τα στοιχεία είναι πρωτογενή ή συμπληρωματικά της νόσου.

Δεν είναι αποκλειστικές εκδηλώσεις της σχιζοφρένειας αλλά εμφανίζονται και σε άλλες ψυχικές διαταραχές όπως και τις αποκαλούμενες οργανικές.

Πιο συχνά έχουμε εμφάνιση ακουστικών ψευδαισθήσεων που καταλήγουν κυρίως σε φωνές άσεμνες προστακτικές και λειτουργικές ψυχώσεις.

Αναφέρονται και περίεργα και ακαθόριστα συναισθήματα υπέρμετρη καχυποψία και εμπειρίες εξωτερικής επίδρασης.

Αρκετές φορές οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι αυτά που αισθάνονται είναι "τρελά" και εμφανίζονται απρόθυμα στον εξεταστή.

Τώρα, η ύπαρξη παραληρήματος υποδηλώνει κυρίως ανασφάλεια και ενοχή καθώς και αμυντική διάθεση ακαθόριστου προέλευσης κινδύνου.

Τέτοιες ανυπόστατες πεποιθήσεις αναφέρονται το παραλήρημα καταδίωξης, το παραλήρημα ελέγχου σωματικού και ψυχικού και παραλήρημα μεγαλείου.

Οι έμμονες αυτές ιδέες και φαντασιώσεις μπορεί να είναι οργανωμένες ή ανοργάνωτες, απλές, πολύπλοκες, λογικοφανείς ή απίθανες ως και κυριολεκτικά εξωφρενικές για την πραγματικότητα.

γ. Συναίσθημα και βούληση :

Κατά πρώτο λόγο είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε το συναίσθημα από τη σκέψη.

Στη σχιζοφρένεια, η σχέση συναισθήματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής.

Πολλές φορές ο ασθενής αισθάνεται κάτι αλλά παραμένει ανέκφραστος ή αινιγματικός. Άλλες όμως φορές συμβαίνει το αντίθετο.

Από την κατάσταση της ηρεμίας γίνεται ανήσυχος χωρίς φανερή αιτία.

Σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, έχουμε απουσία ή φτώχεια συναισθήματος. Ο άρρωστος παραπονείται ότι ο χρόνος σταμάτησε, ότι τα λεπτά διαρκούν χρόνια κλπ.

Ένα βασικό φαινόμενο συναισθηματικής διαταραχής είναι το συναίσθημα ταυτότητας δηλαδή της ικανότητας να διακρίνει ο ασθενής τον εαυτό του.

Όσον αφορά την βούληση του πάσχοντος, η συναισθηματική άμβλυση συνίσταται στην ανικανότητά του να έχει ενδιαφέρον και θέληση όπως και άποψη-γνήμη για οτιδήποτε.

Σιγά-σιγά βέβαια τον κυριεύει μεγάλη αμφιθυμία, που στο τέλος παραλύει εντελώς τη θέλησή του και τη δραστηριότητά του.

δ. Μεταβολές συμπεριφοράς:

Σ'αυτές περιλαμβάνονται διάφορες εκδηλώσεις όπως, επιτηδεύσεις, αυτόματες αντιδράσεις, αρνητισμός και έλλειψη συνεργασίας.

Τα γνωρίσματα αυτά είναι πιο έντονα στην κατανοηκή σχιζοφρένεια που χαρακτηρίζεται και από ορμητική και επιθετική συμπεριφορά, προς τα έξω.

Γενικά όμως στην πρώτη φάση συνίσταται η συμπεριφορά σε απλή διατάραξη σχέσεων του ασθενή με τους άλλους και το περιβάλλον του.

Εμφανίζεται στη συνέχεια νευρικός, υπερκινητικός ή υποκινητικός, μακρότητα ωρών ανάπαυσης, έλλειψη προσοχής στους άλλους και έντονη ανυπακοή στις υποδείξεις των τρίτων.

Αδικαιολόγητα ορισμένες φορές ξεσπάει σε κλάματα ή απροσδόκητα γέλια με αδέξιες αναπροσαρμογές σ'αυτές τις καταστάσεις.

Παρ'όλα αυτά όμως απ'όλα τα προαναφερόμενα χαρακτηριστικά των σχιζοφρενών πολλά είναι δυνατόν να μετατραπούν ή και να εξαλειφθούν εντελώς κατά την εξέλιξη της νόσου.

4.1. Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η :

Οι κλασσικές περιπτώσεις της σχιζοφρένειας με τις συνηθισμένες διαταραχές σκέψης, παράδοξης συμπεριφοράς και λειτουργίας, είναι σχετικά εύκολες.

Κι αυτό γιατί έχουμε οφθαλμοφανείς και χαρακτηριστικές εκδηλώσεις όπως μελαγχολία, (αθυμία, λύπη, εριστική κατάσταση), απελπισία και κατάσταση μανίας δηλαδή (ανησυχία, αυθάδεια, δυσφορική ευθυμία, συναισθηματικές μεταπτώσεις) και τέλος τοξικές ψυχώσεις όπως σύγχυση και δυσμνησία.

Η τελική διάγνωση επιτείνεται από το όριο ηλικίας -συνήθως εμφανίζεται πριν το 45ο έτος- και από τα συμπτώματα που δεν υπάρχουν σε σχιζοφρενείς ασθενείς, με αφαιρετική σκέψη του εξεταστή.

Παράγοντες που κατευθύνουν την κρίση του εξεταστή είναι η προηγούμενη κοινωνική συμπεριφορά αλλά και η προέλευση του ατόμου όπως και το ιστορικό του, ατομικό και οικογενειακό.

Προηγούμενες καταθλίψεις, "κλειστή" προσωπικότητα, προγεροντικές ψυχώσεις, είναι αρκετά πειστικές ενδείξεις.

Τα παρανοϊκά συμπτώματα είναι αρκετά συνηθισμένα στις ψυχικές νόσους και όχι ειδικά στη σχιζοφρένεια.

Παρουσιάζονται σαν οργανικά και τοξικά σύνδρομα. Βέβαια διάφορες τοξικές και μεταβολικές ψυχώσεις προκαλούν κάποια διαγνωστική σύγχυση.

Η πιθανότητα οργανικής ψυχικής νόσου είναι μεγάλη καθώς και η ύπαρξη πορφυρίας που εξωτερικά παρουσιάζει ομοιότητα με τη σχιζοφρένεια.

Ένα δεύτερο πρόβλημα διάγνωσης δημιουργείται από αντιδράσεις σε ψυχομιμητικά φάρμακα όπως το LSD ή μεγάλες δόσεις κοκαΐνης ή αφεταμίνης.

Μέχρι τη λήψη ενός λεπτομερειακού ιστορικού, πρόβλημα δημιουργεί και μια επιληπτική κατάσταση σε μεσοκριτική φάση.

Τέλος σοβαρές δυσκολίες διαφοροδιάγνωσης προκαλούνται από το γεγονός ότι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς παρουσιάζουν διάφορες σωματικές ασθένειες συχνά πολύ σοβαρές.

Αναφέρουμε ότι σε παλιότερες εποχές, οι πάσχοντες από προϊούσα γενική παράλυση και πελάγρα, ήταν πρόξενοι πάντα διαγνωστικής συγχύσεως.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

5.1. ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ :

Υπάρχουν διάφοροι τύποι σχιζοφρένειας σύμφωνα με την κατάταξη των ως τώρα Διαγνωστικών μελετών για τις ψυχικές διαταραχές.

Η κατάταξη αυτή βασίζεται κατά κύριο λόγο στην ιστορική παράδοση.

Θα παραθέσουμε στη συνέχεια τους βασικότερους τύπους της νόσου με τα βασικά τους χαρακτηριστικά αναφέροντας και κάποιες ενδεικτικές περιπτώσεις:

A. Κατατονική σχιζοφρένεια:

Είναι ένα παλαιό, θα λέγαμε, σύνδρομο με πλήθος παραγωγικών στοιχείων.

Εκτός από τις διαταραχές του ιδεασμού, υπάρχουν ανωμαλίες της συμπεριφοράς.

Εκδηλώνεται κυρίως από την απόσυρση και την αντικοινωνικότητα του πάσχοντος.

Έτσι υπάρχουν ακραίας μορφής διέγερση, ανησυχία και εκκρίξεις οργής και η αρώστεια παίρνει την τυπική της μορφή. Παίρνει ειδικές στάσεις, και θέσεις και χαρακτηρίζεται από αρνητισμό.

Συχνά οι ασθενείς αυτού του τύπου αποτελούν επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά, χρειάζονται μεγάλη προσοχή στον τρόπο σίτισης και στο θέμα που αφορά τον ύπνο τους και την ξεκούρασή τους.

Εξελίσσεται κανονικά κατά την πρόγνωση γενικά της νόσου, δηλαδή είναι χρόνια.

Είναι βέβαια σπάνιες οι περιπτώσεις που έχουμε υποτροπιάζουσες μορφές.

Τέλος, το σύνδρομο της κατατονίας είναι συχνό και οφείλεται πολλές φορές σε μεταβολικές, τοξικές λοιμώξεις και αγγειακές ή εκφυλιστικές διαταραχές του εγκεφάλου.

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε την περίπτωση ενός νεαρού του θ.λ. 17 ετών.

Παρέμεινε για 5 μήνες κλεισμένος, απρόθυμος να εργαστεί και αρνητικός σε επικοινωνία ακόμα και με τους γονείς του.

Αργότερα στον εξεταστή ιατρό ο νεαρός ανέφερε ότι ήθελε πολύ να ταξιδέψει στο Εμπορικό Ναυτικό και δεν του επιτράπηκε.

Συνέπεια αυτού, όπως έγινε γνωστό, είναι οι αναφορές του για κάποιες άορατες παρουσίες και κάποιες φωνές να τον παροτρύνουν να τους ακολουθήσει.

B. Παρανοειδής σχιζοφρένεια (παρανοϊκός τύπος) :

Πρόκειται μάλλον για την πιο συχνή περίπτωση της νόσου και κυρίως στις παρά τον Ατλαντικό χώρες.

Η όλη συμπεριφορά του ασθενούς δεν φαίνεται να θίγεται καίρια και υπάρχουν φάσεις προσωρινής προσαρμογής.

Την νόσο χαρακτηρίζουν ακουστικές ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και ψυχωσικός ιδεασμός.

Άλλα χαρακτηριστικά του ίδιου τύπου της νόσου είναι η δυσπιστία και καχυποψία, η επιθετικότητα και το "μυγιάγγιχτο" του αρρώστου, όπως και η προβολή του, η ψυχρότητα και η συναισθηματική απομάκρυνση.

Οι πάσχοντες από παρανοϊκή σχιζοφρένεια είναι συχνά πολύ οργανωμένοι προσωπικά, συνεπείς αλλά υπάρχουν και περιπτώ-

σεις πλήρους αποδιοργάνωσης.

Μερικές φορές βέβαια είναι δύσκολη και η διαφοροδιάγνωση της, λόγω σύγχυσης με παρανοϊκούς συντελεστές της μανιακής ψύχωσης.

Να πούμε επίσης ότι, οι ασθενείς του παρόντος τύπου πολλές φορές πηγαίνουν σε ψυχίατρο μόνοι τους και άλλες φορές προσαρμόζονται ικανοποιητικά στο περιβάλλον και κατορθώνουν να κρύψουν τα σχιζοφρενικά τους βιώματα.

Χαρακτηριστική περίπτωση :

Γ.Ν. 23 χρόνων. Αναφέρεται ότι, πριν 5-6 χρόνια είχε ένα ψυχωτικά επεισόδιο, ιδεατής φύσης (Μεγαλείου) νόμιζε ότι ήταν ο Μεσσίας.

Μετά τη λήψη ψυχοφαρμάκων, το επεισόδιο υποχώρησε. Φιλικός και ευδιάθετος αρνείται ότι έχει πρόβλημα, όπως το ίδιο κάνει όταν τον ρωτούν για τις φωνές που ο ίδιος είπε ότι ακούει τη νύχτα και οι οποίες είναι γυναικείες και του απευθύνονται αισχρά.

Γ. Σχιζοσυναισθηματική σχιζοφρένεια:

Αυτή η κατηγορία πολυεμφανίζεται τα τελευταία χρόνια. Με βάση την ως τώρα κατάταξη, αυτού του είδους το σύνδρομο θα έπρεπε να περιλαμβάνει σαφείς περιπτώσεις σχιζοφρενικού τύπου, διαταραχές ιδεασμού σε συνδυασμό με εκδηλώσεις κατάθλιψης.

Υπάρχει όμως διαγνωστικό πρόβλημα που οφείλεται στον αποκλεισμό περιπτώσεων διεγερτικών καταθλίψεων και μανιοκαταθλίψεων.

Δ. Χρόνια αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια:

Σ' αυτή την κατηγορία δεν ανήκουν οι κλασικές περιπτώσεις σχιζοφρένειας και είναι ευρείας αποδοχής.

Χρησιμοποιείται για ασθενείς με χρόνια ψύχωση και εμφανή ενεργά συμπτώματα και διαταραχή σκέψης.

Από τους λόγους της αποδοχής που αναφέρθηκε είναι ότι διαφοροποιείται από τις κατηγορίες, κυρίως κατατονική και ηβηφρενική σχιζοφρένεια.

Συχνά υπάρχουν προβλήματα διάγνωσης για το γεγονός ότι πολλές φορές υπάρχει απόφαση αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας χωρίς και να υφίσταται.

Απλά οι προσπάθειες χρόνων μιας ποιού τύπου αποκατάστασης και φυσιολογικής βέβαια επαναφοράς, είναι δυνατό να αλλάξει την κλινική έκφραση της ασθένειας. Λάθος απόδοση του όρου "αδιαφοροποίητη" έχουμε σε βαριές συναισθηματικές διαταραχές, νευρωτικές ανωμαλίες και σε λανθάνουσα ή υπολειμματική σχιζοφρένεια.

Ε. Παιδική σχιζοφρένεια:

Συνιστά -κυρίως στις Η.Π.Α.- μια ξεχωριστή οντότητα και αποτελεί ένα αρκετά ευρύ φάσμα από βαριά αναπτυξιακά και προσαρμοστικά προβληματικής θεματικής, παιδιά.

Δεν έχει διευκρινιστεί κατά πόσο τα εξωτερικά και εμφανή συμπτώματα αυτών των παιδιών μοιάζουν ή προσεγγίζουν αυτά των ενηλίκων σχιζοφρενών.

Εμφανίζονται πάντως πραγματικά στα παιδιά ψυχωτικά σύνδρομα και απαιτείται προσοχή στη διαφοροδιάγνωση από τα κα-

θαρά οργανικά σύνδρομα όπως π.χ. η διανοητική καθυστέρηση, και άλλες καταστάσεις, όπως ο παιδικός αυτισμός.

ΣΤ. Άλλες μορφές - τύποι σχιζοφρένειας :

- Λανθάνουσα σχιζοφρένεια:

Πρόκειται για μια κατηγορία της νόσου που είναι αρκετά ασαφής ως προς τη διαφοροδιάγνωσή της.

Υποτίθεται ότι κυρίως έχουμε βαριά διαταραχή και δυσλειτουργία του "εγώ" και σύνδρομο άλλες φορές πολυνευρώσεως και έντονου άγχους και σπάνια εμφάνιση της ονομαζόμενης σχιζοειδούς προσωπικότητας.

- Υπολειματική σχιζοφρένεια:

Αυτός ο τύπος αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου η κατάσταση του πάσχοντος είναι λίγο ως πολύ οξείες ψυχώσεις. Χαρακτηριστικά και σε κοινή διάλεκτο να αφ'ερεται γι'αυτό ότι ο ασθενής έχει αφομοιώσει ή έχει κάψει την αρρώστειά του.

- Απλή σχιζοφρένεια:

Η διάγνωση αυτή είναι περισσότερο συνυφασμένη με άτομα μοναχικά και κοινωνικά απομακρυσμένα. Από αυτό το στάδιο έχουμε πέρασμα σε δυσπροσαρμοστικότητα, απάθεια και επιπέδωση. Παρατηρείται κυρίως σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες περιθωριοποιημένες.

- Ηβηφρενική σχιζοφρένεια:

Αντί για συμπτωματική αναφορά αναφέρουμε ένα χαρακτηριστικό περιστατικό.

T.Z. 20 χρόνων αγρότισσα.

Οι γονείς της παραπονούνται ότι μιλάει ασυνάρτητα και γελάει χωρίς λόγο, τραγουδάει και χορεύει συνέχεια και αρνείται να κάνει οτιδήποτε, ενώ δεν συνέβαινε κάτι τέτοιο πριν.

Μετά από αποτυχημένη ερωτική σχέση έπαθε μελαγχολία και κλείστηκε στο σπίτι, ισχυριζόμενη ότι επικοινωνούσε με το ραδιόφωνο. Αρνείται να συμμορφωθεί σε υποδείξεις και γενικά διακατέχεται από καχυποψία και έλλειψη συνεργασίας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VI

6.1. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ :

Σχετικά με την πορεία αλλά και την εξέλιξη του νόσου που λέγεται σχιζοφρένεια υπάρχουν πολλές και ποικίλες δυνατότητες αλλά και κατευθύνσεις όχι συνηθισμένες.

Σε πολλές περιπτώσεις μια χρόνια σχιζοφρένεια αποκαλύπτεται μετά από ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο και καμιά φορά παρατηρείται και σε άτομα με καλά οργανωμένη προσωπικότητα.

Βέβαια η λήψη του ιστορικού δείχνει μια αστάθεια όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και γενικά τη συμπεριφορά του και τη προσαρμοστικότητά του.

Οι ψυχίατροι εξεταστές-ερευνητές δύσκολα καταλογίζουν διαγνωστικά τη σχιζοφρένεια σε νεαρά άτομα.

Αν όμως επισημανθεί κάποιος ενήλικας σχιζοφρενής με τη μελέτη του ιστορικού βλέπουμε ότι σαν παιδί ήταν δύσκολος παράξενος και νευρωσικός. Έχουμε συνεπώς προϊούσα κατάσταση από πολύ νεαρή ηλικία.

Πρόδρομος λοιπόν μορφή της νόσου είναι κλασικά μια σειρά από νευρωσικές αιτιάσεις, κυρίως υποχονδριακού τύπου. Ακολουθεί η περίοδος με την ιδέα του ασθενή ότι τίποτα δεν πάει σωστά και καλά και ότι κάτι γίνεται.

Αμέσως κλιμακώνονται ο φόβος του και το άγχος και εμφανίζονται αϋπνίες, ανορεξία και απώλεια ενδιαφέροντος για το σέξ.

Αυτά μπορεί να συμβαίνουν χωρίς να έχουν εμφανισθεί εκλυτικοί παράγοντες, όπως εν περιπτώσει που έχουμε οριστι-

κή ρήξη με την πραγματικότητα όταν ο ασθενής επωμίσθηκε ευθύνες, ή μετά από σωματική ασθένεια.

Τότε βέβαια περνάμε αμέσως στο στάδιο της διαταραχής της σκέψης και τα συμπτώματα είναι έκδηλα.

Σ' αυτό ακριβώς το στάδιο πορείας της σχιζοφρένειας είναι υπαρκτά τα προβλήματα της ανθρωποκτονίας και της αυτοκτονίας.

Ειδικά δε η αυτοκτονία έχει υψηλό δείκτη στη σχιζοφρένεια και συνήθως εκδηλώνεται από νεαρά άτομα όταν υφίστανται διάρκεια ψυχολογικών κρίσεων και μαπόρριψης του "εγώ" τους.

Η απελπισία είναι έκδηλη και η απογοήτευση δυνατόν να προέρχεται ακόμα από το δικό του περιβάλλον (Δασκάλους του, γονείς του, φίλους, εραστές κ.λ.π.) .

Ως το σημείο-στάδιο βέβαια της διαταραχής σκέψης έχουμε πρόδρομα συμπτώματα εκδήλωσης.

Μετά τη διαταραχή σκέψης έχουμε έκλειψη παντελώς των προδρόμων σημείων και εμφάνιση ελλειματικότητας σε τομείς προσωπικότητας όπως συναισθηματικής ευκαμψίας, απώλεια επιθυμιών και παρορμήσεων, βούλησης και συναναστροφής.

Βεβαίως στη σημερινή εποχή δεν βλέπουμε χρόνιους σχιζοφρενείς με παρουσία όπως βαριάς έκπτωσης, κακής θρέψεως και λοιμώξεως.

Ασφαλώς τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν συμβάλλει πολύ σ' αυτή την πορεία και τις παρουσιαζόμενες υφέσεις, όπως βέβαια τέτοιες υφέσεις έχουμε και τα δύο πρώτα χρόνια της νόσου.

Αρκετές φορές βέβαια παρατηρούμε το φαινόμενο της επαναλαμβανόμενης επανεισαγωγής αρώστων λόγω κυρίως των προβλη-

μάτων τοποθέτησης και αποκατάστασης.

Σήμερα βέβαια η εικόνα που παρουσιάζουν οι σχιζοφρενείς στην πλειοψηφία τους είναι μικρές χρονικά περιόδους ποτροπής της ασθένειάς τους που διακόπτουν μια κάπως υποφερτή και ικανοποιητική κατάσταση συνέχειας.

Τάσεις στη σχιζοφρένεια έχουμε πολύ σπάνια και με αρκετές επιφυλάξεις.

Αρκετοί ψυχίατροι και ψυχολόγοι ερευνητές χωρίζουν τις σχιζοφρένειες σε εξελικτικές και αντιδραστικές.

Στις μεν πρώτες από εξελικτική πάντα άποψη έχουμε τα κλασικά σύνδρομα και την ύπουλη εισβολή, χρόνια πορεία και σταθερή επιδείνωση της αρρώστιας.

Στις δε αντιδραστικές περιλαμβάνονται οι κάπως οξείες καταστάσεις και σε περιπτώσεις αμφιβολίας αν πρόκειται όντως για σχιζοφρένεια και όχι για μανία ή άλλη ψύχωση.

7.1. Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η :

Ποιά προβλέπετε ότι θα είναι η εξέλιξη και αν θέλετε κατάληξη της σχιζοφρένειας στην Βιωτική πορεία ενός πάσχοντα;

Τι θα βοηθούσε, τί όχι, πώς θα καλυτέρευε η κατάστασή του και ποιοί παράγοντες πιθανόν να επιδεινώναν την ασθένεια ;

Ερωτήματα που στη περίπτωση της σχιζοφρένειας είναι δύσκολο να απαντηθούν και να ορισθούν συγκριτικά καθ'ότι αφορούν πολλές παραμέτρους και θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν άλλοι τόσοι παράγοντες επήρειας στην νόσο.

Με μεγάλες λοιπόν επιφυλάξεις μπορεί κάποιος να δώσει ορισμένες απαντήσεις βασιζόμενος κυρίως σε στατιστικές πληροφορίες δεδομένου ότι διαθέτουμε λίγα προγνωστικά στοιχεία.

Λέμε λοιπόν ότι από τους σχιζοφρενείς σε σύνολο σε πέντε χρόνια νόσησης το 40% απ'αυτούς έχουν ξαναβρεί την ισορροπία τους, το 50% εξακολουθούν να είναι ψυχωτικοί, αλλά μπορούν να ζούν σε ειδικά νοσοκομεία και αναλόγως και στα σπίτια τους συντηρούμενοι.

Τώρα μετά από 20 χρόνια αρρώστιας, περίπου το 20% έχουν συνέλθει καλά, κάπου 35% έχουν πάει πολύ καλύτερα, αλλά υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης του συνδρόμου, 35% παραμένουν στάσιμοι σε μέτρια κατάσταση και τέλος το 10% παραμένει σε χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

Η πρόγνωση ασφαλώς διαφέρει κατά περίπτωση ξεχωριστού ασθενή. Το αποφασιστικότερο στοιχείο πρόγνωσης είναι ο τρόπος εμφάνισης της αρρώστιας.

Όπως επίσης αρκετά καλά προγνωστικά στοιχεία θρωρούνται και η έλειψη οικογενειακού ιστορικού σχιζοφρένειας ή οικονο-

μικοκοινωνική θέση του αρρώστου, ο δείκτης νοημοσύνης του, ο γάμος, η ικανότητα επικοινωνίας με τους άλλους και η σχετικά όψιμη εμφάνιση του συνδρόμου.

Η καλή νοσοκομειακή φροντίδα είναι λόγος ευνοϊκής πρόγνωσης για τον άρρωστο. Όπως βέβαια λόγος εύκολης πρόγνωσης είναι η έλειψη καταστάσεων όπως ο αλκοολισμός, η απουσία παραδόξων παραληρηματικών καταστάσεων, όπως ψευδαισθήσεις και τέλος μια ενδεχόμενη παλιότερη εγκεφαλική βλάβη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VIII

8.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Υπάρχει διάχυτη η άποψη σχετικά με τη σχιζοφρένεια ότι εκτός από την κατανόησή της και την σπουδή της που είναι δύσκολη, επίσης δύσκολα και αντιμετωπίζεται.

Τελικά όμως απ'ότι φαίνεται δεν είναι ακατόρθωτο και από έναν σχετικά νέο γιατρό ή βοηθό να χειριστεί και να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά το σύνδρομο της σχιζοφρένειας. Βέβαια εδώ είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι, μεγάλη είναι η προσφορά του οικογενειακού γιατρού τόσο στον σχιζοφρενικό ασθενή όσο και στην ίδια την οικογένειά του, εάν αυτός έχει σταθερή εξελικτική πορεία και βρίσκεται στο σπίτι.

Αυτό, στην παραπάνω περίπτωση, αλλά η κατάσταση διαφέρει αρκετά στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει εξάρσεις κατά την κλινική πορεία.

Σε ορισμένες λοιπόν φάσεις της αρρώστιας όταν ο κίνδυνος πρόκλησης σωματικών βλαβών ή αυτοκτονίας, όπως και προσαρμοστικά προβλήματα, είναι μεγάλος. Επιβάλλεται άμεση εισαγωγή σε ειδικό νοσοκομείο.

Εξάλλου σήμερα, η ενδονοσοκομειακή θεραπεία των σχιζοφρενικών ασθενών γίνεται με σχετικά μεγάλη επιτυχία και ασφαλώς υπάρχουν εισικές πτέρυγες γι'αυτό, σε γενικά νοσοκομεία.

Άλλωστε από το 1950 και μετά τα δημόσια ψυχιατρεία έχουν μεταβληθεί ριζικά ως προς τή θεραπευτική τους μεθοδολογία με την οριστική οριοθέτηση της θεραπείας περιβάλλοντος.

Δεν βλέπουμε σήμερα εικόνες ιδρυμάτων του τύπου της κλειδωμένης πόρτας, του σωματικού περιορισμού του αρρώστου

και της σωφρονιστικής θεραπείας με τα κατά συνέπεια δυσμενή αποτελέσματα.

Στην σημερινή εποχή ισχύουν διαφορετικά μέτρα και σταθμά όσον αφορά την αντιμετώπιση των πασχόντων από την ασθένεια. Και αυτά τά μέτρα και σταθμά συνίστανται σε ένα πιο ευέλικτο και ελεγχμένο πρότυπο δραστηριοτήτων που περιλαμβάνονται σωματικές δραστηριότητες και όχι μόνο.

Για παράδειγμα η επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών καθώς και η κοινωνική αποδοχή γι' αυτούς από τον έξω κόσμο, αποτελούν δύο αξονικά και βασικά σημεία λειτουργίας των νέων μεθόδων.

Είναι σκόπιμο η ιδρυματική θεραπεία και συντήρηση του αρρώστου να στρέφεται κυρίως προς την κατεύθυνση της ενδυνάμωσης της αυτοπεποίθησης του και του αυτοσεβασμού του και στην καταπολέμηση της κοινωνικής και περιβαλλοντολογικής απομόνωσής του.

Επίσης αυτή η θεραπεία (η ενδονοσοκομειακή) πρέπει ως επί το πλείστον να είναι βραχεία χρονικά ώστε λειτουργικά η επιστροφή του αρρώστου στην οικογένεια να αποδίδει.

Ένα άλλο στοιχείο θεραπείας του συνδρόμου της σχιζοφρένειας είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα και ο τρόπος χορήγησής τους.

Τα πρώτα φάρμακα αυτού του είδους ήταν της σειράς (φαρμακολογικά) των αλκαλοειδών της RANWOLTA και των φαινοθειαζινών, όπως για παράδειγμα η χλωροπραμαζίνη που αποτελεί σχεδόν πάντα φάρμακο εκλογής.

Διάφορα παράγωγα των παραπάνω σκευασμάτων στη συνέχεια ή παραπλήσιων φαρμάκων συνέχισαν την εξέλιξη της φαρμακευτι-

κής θεραπείας της σχιζοφρένειας.

Αυτά ενδεικτικά είναι τα παράγωγα της πιπεραζίνης, της τριφλουπεραζίνης και της περφαιναζίνης.

Τέλος αναφορικά με τα νέα σκευάσματα υπάρχουν οι θειοξανθίνες, μια βαντυροφαινόνη, μια ινδόλη και μια τρικνηλική πιπεραζίνη.

Γενικά για όλα αυτά τα φάρμακα συνήθως ονομαστικά χρησιμοποιείται ο όρος ηρεμιστικά αλλά βέβαια δεν κυριολεκτεί γιατί ο ίδιος προϋποθέτει ειδικότερη κατασταλτική δράση στο άγχος όπως σαφώς συμβαίνει με τα βαρβιτουρικά.

Γι' αυτά τα φάρμακα τελικά ως συμπέρασμα έχει εξαχθεί ό-τι πρέπει να χρησιμοποιούνται για να εξαφανίζουν το νευρικό άγχος.

Πρόκειται για φάρμακα εκ των προτέρων αντιψυχωτικά και η χρησιμοποίησή τους σήμερα προκαλεί μια αρκετά σοβαρή ποικιλία ειδικών νευρολογικών παθήσεων.

Τέτοιες ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται και ο παρκονσονισμός, η ακαθυσία, η οξεία δυστονία και η όψιμη δυσκινησία.

Οι οξείες δυστονίες μπορούν να αντιμετωπισθούν με την παρεντερική χορήγηση αντιϊσταμινικών φαρμάκων όπως BANADRYL ή ενός από τα αντιχολινεργικά σκευάσματα που δίδονται στη νόσο του PARKINSON.

Η παρατεταμένη χρησιμοποίηση αντιχολινεργικών φαρμάκων προς αποφυγή των εξωπυραμιδικών παρενεργειών των αντιψυχωτικών, δημιουργεί ερωτήματα και αμφιβολίες για τη σκοπιμότητά της.

Είναι γνωστό ότι, αυτά τα σκευάσματα, σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσουν τοξικές ψυχώσεις.

Πάντως, μετά 2-3 μήνες χορήγησης αντιχολινεργικών φαρμάκων για την καταπολέμηση του φαρμακευτικού παρκινσονισμού, μπορούν να διακοπούν χωρίς κίνδυνο επανεμφάνισης εξωπυραμιδικών εκδηλώσεων.

Οι υποβαλλόμενοι σε θεραπεία χρονίων σχιζοφρενικών, παρουσιάζουν όψιμες δυσκινησίες, οι οποίες καταπολεμούνται εν μέρει με τα ίδια τα αντιψυχωσικά φάρμακα, καταστέλλονται προσωρινά και έτσι πολλές φορές παραγνωρίζονται.

Η επανειλημμένη εξέταση και η συζήτηση κατά πόσο πρέπει να συνεχισθεί η θεραπεία, η χρησιμοποίηση των ελάχιστων απορелеσματικών δόσεων αντιψυχωσικών φαρμάκων και η εφαρμογή ενός προγράμματος με διακοπές φαρμάκων είναι τα γενικότερα μέτρα τα οποία μπορούν με επιτυχία να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα.

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι:

- Αντροπινομικητικές, αντιχολινεργικές εκδηλώσεις, π.χ. ξηροστομία, θόλωση της όρασης, μειωμένη κινητικότητα εντέρου και κύστεως.
- Ορθοστατική υπόταση.
- Παροδικός χολοστατικός ίκτερος.
- Δερματικά εξανθήματα.
- Αιματολογικές δυσκρασίες (σπάνιες και επικίνδυνες).
- Μέτρια μείωση λευκοκυττάρων (συχνά).

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν προκαλούν εθισμό και άνοχη και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για χρόνια.

Η μείωσή τους πρέπει να γίνεται με βραδύ ρυθμό έτσι ώστε να φτάσει κάποια χρονική στιγμή που όλη η 24ωρη δόση του φαρμάκου να δίδεται το βράδυ με σκοπό την καλή έκβαση του ύπνου και την αποφυγή της ημερήσιας καταστολής.

Τα βαρβιτουρικά, άλλα κατασταλτικά και τα αποκαλούμενα "ελάσσονα ηρεμιστικά" δεν έχουν πια θέση στη θεραπευτική τεχνική της σχιζοφρένειας. Είναι ουσιαστικά φάρμακα χωρίς αποτέλεσμα, τοξικά και εθιστικά για μια θεραπεία ρουτίνας της σχιζοφρένειας.

Ωστόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν σπάνια και περιστασιακά, σε συνδυασμούς με άλλα φάρμακα, για την ταχεία καταστολή σχιζοφρενείων σε κατάσταση φλεγέρσεως.

Οι δόσεις των αντιψυχωσικών φαρμάκων πρέπει να εξατομικεύονται, συνήθως όταν απαιτούνται 300 ή 500 MG μέχρι και 1000 MG ή και περισσότερα χλωροπρομαζίνης ή αντίστοιχη δόση άλλου φαρμάκου αυτής της κατηγορίας.

Τα φάρμακα αυτά είναι επίσης αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση συναισθηματικών (μανιακών ή μετλαγχολικών) ή και οργανικών ψυχώσεων, καθώς και για την καταστολή των παρανοειδών καταστάσεων. Για τους αρρώστους που αμελούν ή ξεχνούν ή αρνούνται να πάρουν τα φάρμακά τους, υπάρχουν ενέσιμες μορφές φλουφαιναζίνης παρατεταμένης δράσεως, που γίνονται κάθε μία έως τρεις εβδομάδες.

Πειραματίζονται επίσης σε μακράς διάρκειας αντιψυχωσικά φάρμακα που παίρνονται από το στόμα και με ελάχιστες νευρολογικές παρενέργειες.

Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιείται η ηλεκτροσπασμο-

θεραπεία (ηλεκτροσόκ), με αμφισβητούμενα όμως γενικά αποτελέσματα.

Έχει όμως κάποια θέση στην αντιμετώπιση κατατονικών ασθενών σε STUPOR ή σε διεγερτική κατάσταση ατόμων εμφανιζόντων βαριές συναισθηματικές διαταραχές και αρρώστων με όχι ικανοποιητική ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.

Η ρεζεργίνη χορηγείται πλέον μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις και όταν τα άλλα φάρμακα αποδειχθούν ανενεργά ή τοξικά.

Η κωματώδης ινσουλινοθεραπεία είναι δύσκολη, επικίνδυνη και έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί.

Η προμετωπιαία λοβοτομή ελάχιστα προσφέρει και σε πολύ λίγες επιλεγμένες περιπτώσεις.

Ακόμη και με τις πιο σύγχρονες στερεοταξικές τεχνικές που βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο η ψυχοχειρουργική πρέπει να επιφυλάσσεται για τις απόλυτα δυσίατες περιπτώσεις και σαν τον τελευταίο θεραπευτικά καταφύγιο.

Άλλες θεραπείες όπως ο παρατεταμένος ύπνος, η νάρκωση ή ένα είδος κώματος ή συγχυτικής κατάστασης που προκαλείται από οπιοειδή, βαρβιτουρικά ή ατροπινικά, καθώς και τα συχνά ηλεκτροσόκ, είναι αναχρονιστικές τεχνικές και δεν συζητούνται πλέον.

Κατά περιόδους ή χρόνια και δυσκατανόητη φύση της σχιζοφρενειας έχει οδηγήσει σε ατυχείς θεραπευτικές αξιώσεις, καθώς και σε ακραία προφυλακτικά-θεραπευτικά μέτρα που παίρνουν τα απελπισμένα μέλη της οικογένειάς των χρονικών σχιζοφρενικών.

Αρκετά πρόσφατα έχουν κυκλοφορήσει φήμες και ισχυρισμοί

πως μεγάλες δόσεις βιταμίνης C ή B και ιδίως νοκιτινικού οξέως έχουν ευεργετικά αποτελέσματα. Δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα επιστημονικά στοιχεία που να ενισχύουν αυτή την άποψη, ενώ δεν είναι καθόλου βέβαιο πως η επί μακρό χορήγησή τους είναι απόλυτα ασφαλής. Προς το παρόν, η μόνη σωματική θεραπεία γενικής αποδοχής και με επιστημονικά αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είναι η φαρμακευτική αγωγή με αντιψυχωσικά φάρμακα.

Σημαντική είναι η συμβολή των δυναμικών και ψυχαναλυτικών απόψεων για την κατανόηση της σχιζοφρένειας. Εξ άλλου υπάρχουν λίγοι αλλά πραγματικά αποσιωπημένοι στο έργο τους ψυχοθεραπευτές που αφιέρωσαν τη ζωή τους στο ψυχολογικό χειρισμό των ασθενών αυτών με κάποια επιτυχία. Όπωςδήποτε όμως κατά κανόνα, η ψυχοθεραπεία δεν έχει σημαντική προσφορά ως πρωτογενής μέθοδος θεραπείας της βαρίας σχιζοφρένειας, αντενδείκνυνται δε οι αναλυτικές και αποκαλυπτικές τεχνικές της. Αντίθετα, η ενεργητική υποστηρικτική θεραπεία είναι μια μέθοδος πολύ χρήσιμη.

Η γενική στρατηγική συνίσταται στη προσπάθεια μιας κάποιας γεφυρώσεως του χάσματος του ασθενούς από την πραγματικότητα και της διακυμάνσεως των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών, τα ειδικά προβλήματα γι' αυτούς τους τόσο ανήμπορους, εξαρτημένους αλλά και ενδοφέροντες αρρώστους είναι η προσπάθεια τους, εκμεταλλεύσεως αυτών των προσεγγίσεων, η υπερβολική σταναισθηματική εμπλοκή του θεράποντος, ο κίνδυνος επιβολής μια τακτικής άκαμπτης και επικρατητικής ή αντίθετα απώθησεως από την έκδηλη παγερότητα των πασχόντων, ή ο φόβος μιας ανοικτής ή μερικές φορές εκφοβιστικής εντιμότητας στη σχέση.

Σκοπός και επιτυχία θεωρείται να είναι ο θεραπευτής γεμάτος κατανόηση και έτοιμος να αποδεχθεί τις διάφορες αντιδράσεις, αλλά ταυτόχρονα σταθερός και επαγγελματικός.

Ακόμη δεν θα πρέπει ο γιατρός να είναι απορριπτικός αλλά ούτε και υποχωρητικός, σε σημείο ώστε να ικανοποιεί κάθε άδικη ή παράλογη απαίτηση.

Συμπερασματικά, είναι δυνατόν να λεγθούν τα ακόλουθα: Παρ'ότι πάρα πολλά είναι ακόμη άγνωστα για τη φύση και αιτιολογία των σχιζοφρενειών και άλλων "λειτουργικών" ψυχώσεων, δικαιολογείται κάποια αισιοδοξία με βάση το γεγονός πως η σύγχρονη φαρμακοθεραπεία και οι μέθοδοι αποκατάστασης μπορούν να συντελέσουν στη βελτίωση του επιπέδου "λειτουργίας" και διαβίωσης των πασχόντων και στη επιμήκυνση και σταθεροποίηση των περιόδων υφέσεως.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ν Ι Χ

9.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.

Η ψυχιατρική Νοσηλευτική σαν επιστήμη σπουδάζεται αλλά η ψυχιατρική Αδελφή διαμορφώνεται και προσφέρει ανάλογα με τα προσόντα της σαν άνθρωπος και σαν αδελφή.

Το έργο της επηρεάζεται από την προσωπικότητα και την πείρα της, τις ιδέες και τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα, τις προσδοκίες της, απ'την ανθρωπιστική της οντότητα γενικά μαζί με την επιστημονική της κατάρτιση.

Για να επιτυχάνει στο έργο της η Ψυχιατρική Αδελφή θα πρέπει να λειτουργεί σαν πρόσωπο, όχι απλάσαν ειδικευμένη Νοσηλεύτρια.

Όπως κάθε Αδελφή έτσι και η ειδικευμένη σε ψυχιατρικούς ασθενείς προσφέρει σωστά όταν διαθέτει μέθοδο, άγρυπνη δραστηριότητα, αγάπη για την εργασία και αφοσίωση στο καθήκον.

Μέσα από την πείρα τους και το ενδιαφέρον τους ειδικευμένες Ψ.Α. προτείνουν σαν προσωπικά προσόντα για τις λειτουργούς της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής τα εξής:

- α. Αγάπη προς τον ψυχικά πάσχοντα.
- β. Ποτέ βιασύνη
- γ. Αυτοκατανόηση, αυτοσυνειδησία.
- δ. Σεβασμό προς τον ψυχικά άρρωστο.
- ε. Ευγένεια , λεπτότητα, αξιοπρέπεια.
- στ. Εχεμύθεια.
- ζ. Πίστη στο έργο της
- η. Αίσθημα ευθύνης, συναίσθηση χρέους.

Το καθήκον της ψυχιατρικής αδελφής σε οποιαδήποτε στιγμή είναι υψηλό και ιερό.

Η ευθύνη της καθορίζεται από τη φύση και την ουσία του έργου της, από την κλίση και την αποστολή της, όχι από το πρόσωπο ή την κατάσταση του ασθενούς.

Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια συμβάλει:

- Στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ψυχικής αρρώστειας.
- Στην κατάλληλη φροντίδα πολλών ψυχικά αρρώστων μέσα στην οικογένειά τους.
- Στην οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των εξερχομένων από το Ψυχιατρείο.
- Στην διαφώτιση του κοινού γύρω από τις αρχές της ψυχιατρικής υγιεινής.
- Προσφέρει πολλά στο Γενικό Νοσοκομείο γιατί με τις ειδικές γνώσεις που έχει, συντελεί ώστε ο άρρωστος να περάσει την αρρώστεια του σαν μια εμπειρία που τον αποπροσανατολίζει σε προσωπικά αισθήματα και αξίες και ενισχύει τις θετικές δυνάμεις της προσωπικότητάς του και όχι σαν εκλυτικός παράγοντας, για την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής.

Με την ειδική κατάρτιση και την πείρα της η Ψυχιατρική Αδελφή είναι το μόνο πρόσωπο μετά τον ψυχίατρο, το οποίο έρχεται σε επαφή με τους ψυχικά ασθενείς και μπορεί να παρατηρεί και να καταγράφει λεπτομερώς κάθε μεταβολή, τροποποίηση ή αλλαγή στη συμπεριφορά των ασθενών.

Είναι σε θέση να βοηθήσει καλύτερα τον ασθενή αλλά και τον ψυχίατρο αν έχει διδαχθεί και κατανοήσει την δυναμική των

συμπτωμάτων και την συμπεριφορά των ψυχικώς νοσούντων.

Τελικά και οι δύο, ο ψυχίατρος και ο ασθενής απαιτούν πείρα από την ψυχιατρική νοσηλεύτρια.

Ο ψυχίατρος θέλει να μπορεί να αναθέτει ορισμένες ευθύνες φροντίδας του αρρώστου στη Νοσηλεύτρια. Περιμένει απ' αυτή να τις χειριστεί επιδέξια, χρησιμοποιώντας τη φαντασία της για ν' αναπτύξει αποτελεσματικές μεθόδους κατορθώνοντας θαυμαστά αποτελέσματα.

Ο ασθενής επίσης έχει δικαίωμα να περιμένει ειδική ανταπόκριση από τη νοσηλεύτρια, πείρα, ειδίκευση, κατανόηση για να μπορέσει να τον βοηθήσει.

Αυτές οι απαιτήσεις μας δείχνουν ότι η νοσηλεύτρια χρειάζεται να αναλαμβάνει πιο ενεργό νοσηλευτικό ρόλο. Δεν περιμένει παθητικά, μέχρι η συμπεριφορά του αρρώστου να απαιτήσει την αντίδρασή της.

Η επιτελιότητα της ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας σήμερα σημαίνει την πείρα στις διαπροσωπικές σχέσεις όπως και τον χαμηλό βαθμό αντίληψης των ψυχολογικών αναγκών του ασθενή.

Η νοσηλεύτρια που ασχολείται με τη φροντίδα των ψυχοπαθών μπορεί και πρέπει να καταγράφει τα αποτελέσματα της εργασίας της, ακόμη πρέπει να αξιολογεί και τα αποτελέσματα και αν νομίζει ότι οι εμπειρίες θα ήταν χρήσιμες και στις άλλες νοσηλεύτριες να κοινωνικοποιήσει τα αποτελέσματά της.

9.2. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

Ζούμε σε έναν κόσμο που κινείται πιο γρήγορα από μας. Η τεχνολογική πρόοδος καταστρέφει με ταχύτητα τις παλιές αξίες, τις παλιές γνώσεις και από δω πηγάζει η αίσθηση της ανεπάρκειας και της απογοήτευσης.

Η καθημερινή ζωή είναι μια συνεχής πηγή άγχους, γιατί, αντίθετα με ότι συνέβαινε στο παρελθόν, μας υποχρεώνει να προσαρμοζόμαστε αδιάκοπα σε νέες καταστάσεις.

Ο άνθρωπος κατάφερε να γίνει κατακτητής του μικρόκοσμου και του διαστήματος, παραμερίζοντας τις ανθρώπινες σχέσεις και την ανθρώπινη επικοινωνία.

Η πιο σωστή αντιμετώπιση για την ροπή των ανθρώπων στις ψυχικές ασθένειες είναι η πρόληψη.

Πρόληψη είναι το σύνολο των ενεργειών με άμεσο σκοπό να αποφευχθούν οι δεκαπλάσιες επενδύσεις σε χρόνο, χρήμα και κόπο, που απαιτεί η καταπολέμηση της αρρώστειας ή των ανωμαλιών, όταν αυτές έχουν πλέον εκδηλωθεί και μας βρίσκουν απροετοίμαστους.

Η προληπτική και θεραπευτική αγωγή δεν στρέφεται μόνο στον ίδιο τον άρρωστο, αλλά είναι μια θεραπευτική στάση απέναντι στο οικογενειακό σύνολο, που μέσα του τρέφει την αρρώστεια.

Σωστές διαπροσωπικές σχέσεις και ένα ψυχολογικά υγιές οικογενειακό περιβάλλον, γίνονται οι δυο βασικότερες προϋποθέσεις για την ψυχική ισορροπία του κάθε ανθρώπου.

9.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Η Νοσηλεύτρια σε πρώτο στάδιο δημιουργεί μια σωστή προσέγγιση και εδραιώνει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον άρρωστο.

Η δραστηριότητά της περιλαμβάνει πολλές κατευθύνσεις δεδομένου ότι οι επισκέψεις στο σπίτι του αρρώστου είναι συχνές.

Το πρώτο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίσει η Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια είναι η συνεργασία της με τον ασθενή.

Πάρα πολύς κόσμος ακόμη και σήμερα διστάζει να πλησιάσει και να ζητήσει βοήθεια από ψυχίατρο, πολύ περισσότερο απ'ότι για άλλες ειδικότητες.

Εξ άλλου είναι γνωστή η προκατάληψη όλων μας για τα ψυχοφάρμακα με αρνητική προδιάθεση για τις παρενέργειές τους. Με την παρουσία της Ψ.Ν. όμως με τακτικές επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς, αυτός κατά κάποιον τρόπο, νιώθει πιο άνετα, έχει λιγότερους δισταγμούς με φυσικά ευνόητα αποτελέσματα. Βεβαίως η ίδια η Ψ.Ν. είναι απαραίτητο να διαθέτει ορισμένα προσόντα, ικανά να προσελκύσουν το ενδιαφέρον του ασθενούς.

Το δεύτερο στάδιο που προκύπτει απ'αυτή τη συνεργασία είναι η συχνή και λεπτομερής ενημέρωση του ψυχιάτρου, ο οποίος ερμηνεύοντας τις πληροφορίες της έχει δυνατότητες πρόγνωσης και επιλογής θεραπείας της νόσου.

Έτσι λοιπόν η ψυχιατρική Νοσηλεύτρια θα λέγαμε παραστατικά ότι αποτελεί ενδιάμεσο σταθμό λήψης και εκπομπής οδηγιών και συμπεριφοράς ψυχιάτρου και ασθενή αντίστοιχα.

Απαραίτητη προϋπόθεση όλων των προαναφερομένων είναι

η συνεργασία και το πνεύμα καλής θέλησης της οικογένειας.

Αρκετές φορές η παραμονή του αρρώστου ή η επαναφορά του στην οικογένεια δημιουργεί προβλήματα ως προς την πορεία και την ευνοϊκή εξέλιξη της νόσου, γιατί η ίδια η οικογένεια είναι προβληματική.

Και σ'αυτή την περίπτωση η ψυχιατρική Νοσηλεύτρια πρέπει αλλά και μπορεί να δημιουργήσει και να εδραιώσει ένα υποστηρικτικό πλαίσιο που θα περιβάλλει τον ασθενή.

Παρ'όλα αυτά δεν είναι λίγες οι φορές όπου η διδαχή της νοσηλεύτριας δεν γίνεται δεκτή και κατανοητή από τα μέλη της οικογένειας.

Σ'αυτές τις περιπτώσεις η παιδαγωγική ικανότητα της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας υπερνικά τα εμπόδια προσφέροντας υπηρεσίες τόσο όταν υπάρχει ψυχικά άρρωστο άτομο όσο και προληπτικά.

α. Ατομική υγιεινή και καθαριότητα:

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική νόσος που ανάλογα με την έκταση του κάθε τύπου αυτής, χάνει σε ορισμένα στάδια την ικανότητα να αυτοσυντηρείται.

Συνεχώς η προσοχή της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας στρέφεται πρώτα απ'όλα στο πόσο υγιεινό ή όχι είναι το περιβάλλον που ζεί ο ασθενής.

Η ελλειπής ατομική καθαριότητα είναι ανασταλτικός παράγοντας για την κοινωνικοποίηση του αρρώστου.

Κατάλληλοι χειρισμοί και ενδεδειγμένη παρέμβαση της ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας παρακινούν τον άρρωστο να φροντίσει τον εαυτό του, όσο αυτό είναι δυνατόν.

β. Διατροφή :

Ένα άλλο θέμα άμεσης αρμοδιότητας της Ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας είναι η διατροφή του ασθενούς και στη συγκριμένη περίπτωση του σχιζοφρενικού που παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες.

Ο έλεγχος της σωστής και πλήρους διατροφής, το είδος της τροφής που καταναλίσκεται καθώς και η περιεκτικότητά της (υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες, βιταμίνες) είναι τα κύρια σημεία ευθύνης της Ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας.

γ. Παρενέργειες φαρμάκων :

Η λήψη ψυχοφαρμάκων στις διάφορες φάσεις εξέλιξης της σχιζοφρένειας απαιτεί αυστηρή παρακολούθηση εκ μέρους της Ψ. Ν. για τη διαπίστωση υπαρχόντων παρενεργειών. Άμεση αναφορά των παρατηρήσεων στον ψυχίατρο, ο οποίος αποφασίζει ενδεχόμενες φαρμακοθεραπευτικές αλλαγές.

Βεβαίως αυτό απαιτεί πλήρη γνώση της συμπεριφοράς των ειδικών αυτών φαρμάκων στον οργανισμό του ανθρώπου.

δ. Ψυχαγωγία :

Η ψυχαγωγία παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή όλων των ανθρώπων, πολύ περισσότερο δε στους ψυχικά διαταραγμένους.

Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς δείχνουν μια ιδιόζουσα συμπεριφορά όσον αφορά τα θεάματα, τη μουσική, το διάβασμα κ.λ.π.

Όσο ο άρρωστος είναι δυνατόν να δεχθεί ερεθίσματα από τέτοιες πηγές οι υποδείξεις και προτροπές της Ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας στρέφονται σ'αυτή την κατεύθυνση.

Φροντίδα και στόχος της είναι σε σχιζοφρενικούς κυρίως ασθενείς να καθιερώσουν και να προτείνουν τέτοια ψυχαγωγικά

πλαίσια ώστε η ψυχαγωγία των αρρώστων να συνδιάζεται με την προσπάθεια επανένταξής του στο κοινωνικό του περιβάλλον.

9.4 ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ: -----

Οι σχιζοφρενικοί αποτελούν ίσως την πιο ευαίσθητη και λι-
διάζουσα ομάδα ψυχικών νόσων με πολύπλοκα και ασαφή χαρακτη-
ριστικά που πολλές φορές κάνουν τη νόσο μη αντιληπτή.

Η συμβολή της Ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας στο κοινωνικό πε-
ριβάλλον συνίσταται ακριβώς για τον πάρα πάνω λόγο στην άμε-
ση επαφή της με αυτό.

Κύριοι στόχοι είναι :

- Πληροφόρηση και ενημέρωση συμβουλευτικά προς όλες τις κα-
τευθύνσεις.

Συνήθως αυτή η διεργασία ενδείκνυται από την πρώτη παι-
δική ηλικία. Αυτό έχει σα στόχο, όχι μόνο την πρόληψη ψυχι-
κών διαταραχών, αλλά και την υγειή ανάπτυξη της προσωπικότη-
τας του παιδιού.

Οι παράγοντες μετέπειτα διαταραχής των παιδιών αφορούν την
έλλειψη φροντίδας, στοργής και αγάπης.

Ψυχρές και διαταραγμένες σχέσεις νάμεσα στους δύο γονείς
δημιουργούν παιδιά με προδιάθεση για ψυχικές διαταραχές και
κυρίως σχιζοφρένεια.

Τώρα όσον αφορά τις προϋποθέσεις και βάσεις ενήλικα που
πάσχει ή προδιατίθεται για ψυχική νόσο και συγκεκριμένα σχι-
ζοφρένειας περιστρέφονται γύρω από την επίλυση προβλημάτων
τους και την κοινωνική του προσαρμογή.

Σε χώρους, όπως, γενικά νοσοκομεία - σχολεία - εργοστάσια

γηροκομεία - εκκλησίες - αναμορφωτήρια - φυλακές - παιδικούς σταθμούς και διάφορους άλλους μαζικούς φορείς, είναι αναγκαία η παρουσία πεπειραμένης και ειδικά εκπαιδευμένης ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας.

Τέλος η αξιολόγηση μετά από προσεκτική παρατήρηση ατόμων που για διάφορους λόγους είναι πιθανή η παρουσία σχιζοφρένειας, η ψυχιατρική Νοσηλεύτρια, έχει καθήκον να πείσει το ενδιαφερόμενο άτομο, να επισκεφθεί ψυχίατρο.

Η κοινωνία η ίδια είναι γενεσιουργός παράγοντας ψυχικών νόσων.

Η ψυχιατρική Νοσηλεύτρια σαν ενεργό κύτταρο αυτής της κοινωνίας θέτει στην υπηρεσία όλων τις γνώσεις της, την αυτοθυσία της και τον επαγγελματικό της πατριωτισμό.

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Α
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

Τα Περιστατικά είναι από :

- Το Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αθηνών.
- Μετανοσοκομειακό Ξενώνα (Σκούτσου και Αθανασιάδου, Αμπελόκηποι) .
- Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Πατρών
"Άγιος Ανδρέας" - Ψυχιατρική Κλινική.

Ο Απόστολος Τ. 29 χρόνων επανήλθε στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο στις 31-1-89 κατόπιν επιδείνωσης της ψυχικής του κατάστασης παρόλη την φαρμακευτική του αγωγή, συστημένη από γιατρό νευρολόγο ψυχίατρο που υπέγραψε το εξητήριο του αρρώστου στις 20-10-86.

Εξέλιξη και πορεία του αρρώστου μετά την έξοδό του

Στις 20-10-86 εγκρίνεται η έξοδος από το Νοσοκομείο του Απόστολου, ο οποίος βρίσκεται σε καλή κατάσταση και αρχίζει αγωγή με LITHIOFOR 1 X 3 .

Λειτουργεί ικανοποιητικά στην προσωπική και κοινωνική του ζωή χωρίς όμως να δουλεύει.

Κατόπιν επίμονης παροτρύνσεως δοκίμασε 3-4 φορές να εργασθεί, πλήν όμως τα παρατούσε τη δεύτερη μέρα γιατί όπως έλεγε, κουραζόταν και βαριόταν.

Τηλεφωνούσε σε γνωστούς του συνασθενείς και έβγαине αρκετές φορές με φίλους.

Το 1987 γνωρίζεται με μια κοπέλα την Αγγελική, η οποία είχε κι αυτή ψυχικό πρόβλημα.

Ο δεσμός γίνεται στενός και σοβαρός και συχνά φιλοξενείται ο ένας στο σπίτι του άλλου.

Οι θεράποντες ιατροί ήταν αντίθετοι στον προδιαγραφόμενο γάμο. Την άνοιξη του '88 οι δύο οικογένειες του ζεύγους συναντώνται όπου επιβεβαιώνεται η απροθυμία να αναλάβουν την φροντίδα την δύο παιδιών.

Λόγω πιέσεως από την πλευρά της οικογένειας της κοπέλας ο Απόστολος βρίσκει δουλειά σαν εργάτης στο ΓΕΣ, την οποία παράτησε μετά από ένα μήνα.

Διακόπτει το λίθιο με σκοπό να συλλάβει η κοπέλα υγιές παιδί και για να πεισθούν οι οικογένειες για το γάμο.

Εκείνη την εποχή λόγω προσβολής του από ηπατίτιδα Β' έκανε INJ. INTERFERON 3/WEEK τους μήνες Μάϊο ως Σεπτέμβριο στο Ιπποκράτειο.

Μετά τη διακοπή του λίθιου ο Απόστολος αρχίζει σταδιακά να επανέρχεται στην προηγούμενη κατάστασή του με βασικά συμπτώματα τον εκνευρισμό με βίαια ξεσπάσματα, υπερένταση, φώναζε, έβριζε, έγινε απαιτητικός, ζητούσε λεφτά, έπαιρνε κρυφά από τους γονείς του, ξενυχτούσε, διακόπτει τη δίαιτα και αραιώνει τις επισκέψεις για τις αιμοληψίες.

Γίνεται υπερβολικός όσον αφορά τις φιλοδοξίες και τα σχέδιά του.

Κατόπιν αυτής της επιδείνωσης γύρω στο Σεπτέμβρη του '88 αρχίζει αγωγή με

ALOPERIDIN	20	1 X 3
MAJEPTIL	10	2 X 3
HIPNOSEDON		1 X 1

Την επόμενη εβδομάδα και ενώ έπαιρνε τα φάρμακα, άρχισε να χτυπά τη μητέρα του και την αδελφή του, γίνεται επιθετικός με την παραμικρή αφορμή και συνηθίζει να εκφράζεται άσχημα και χυδαία.

Στις 19-9-88 με εισαγγελικό εγκλείεται στη Γαλήνη για ένα μήνα, τον βγάζουν 16-10-88 μέχρι 23-10-88 αλλά ο ασθενής βρισκόταν ακόμη σε μεγάλη ένταση.

Με νέο εισαγγελικό νοσηλεύεται για 3,5 μήνες σε ιδιωτική κλινική, όπου έγιναν 13 E.C.T. και στις 31-1-89 έρχεται κατευθείαν στην κλινική μας για συνέχιση νοσηλείας.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Ο πατέρας αναφέρει ότι ο Απόστολος είχε μέχρι τώρα 8 επεισόδια μανίας και 2 κατάθλιψης και στο τελευταίο (κ.ε.) έκανε απόπειρα αυτοκτονίας πέφτοντας από το μπαλκόνι 3ου ορόφου.

Χρονικός προσδιορισμός και πιθανά αίτια της νόσου.

Η νόσος τοποθετείται το Πάσχα του 1979 με περίοδο ακεφιάς μελαγχολίας, απομόνωσης, ανορεξία, χωρίς επαφή με άτομα και το περιβάλλον του.

Κάποια στιγμή έχοντας έντονη την εντύπωση ότι θα πεθάνει χαιρέτησε όλους τους γνωστούς του.

Ταυτόχρονα προβληματιζόταν για τις σεξουαλικές του επιδόσεις, έλεγε ότι ήταν ανίκανος και ότι είχαν μικρύνει τα γεννητικά του όργανα.

Την περίοδο εκείνη έκανε φροντιστήριο για να ξαναδώσει εξετάσεις για τα ΑΕΙ, είχε ήδη μια αποτυχία το '78.

Τον εξέτασε Νευροψυχίατρος, θεώρησε σχιζοφρένεια και του έδωσε ALOPERIDIN, ARTAN και LARGACTIL.

Η κατάσταση του Α. χειροτέρευσε συν το ότι δεν μπορούσε να μιλήσει. Εξετάστηκε από άλλον Νευροψυχίατρο, πήρε SAROTEN και ANAFRANIL, άρχισε να βελτιώνεται αλλά ξεπέρασε το φυσιολογικό στάδιο και έγινε ανήσυχος, έλεγε υπερβολές, ότι είχε φοιτήσει σε σχολή αστυνομίας, ότι ήξερε πάλη κ.ά.

Τρέχοντας με το αυτοκίνητό του είχε κάποιο ατύχημα πέφτοντας πάνω σε άλλο.

Νοσηλεύτηκε τότε στην κλινική Σινούρη για 15 ημέρες. Έκανε 6 Ε.С.Т., πήρε ALOPERDIN και LARGACTIL.

Υπηρέτησε στο στρατό από το 1980 ως το 1981.

Κατά τη διάρκεια της θητείας του πήρε το αυτοκίνητό του Διοικητή για να βγεί μια βόλτα με αποτέλεσμα να χτυπήσει και να νοσηλευτεί για 2-3 μήνες στο Γ.Ν.Α.

Έκανε 12 Ε.Ο.Τ. και πήρε απολυτήριο Ι5-

Το 1983 με αφορμή ερωτική αποτυχία σε μια σχέση, δεν μπορούσε να κοιμηθεί, έλεγε ότι θα μαχαιρωθεί και κάνει μια απόπειρα αυτοκτονίας πέφτοντας από το μπαλκόνι του 3ου ορόφου. Γλύτωσε επειδή έπεσε πάνω σε θάμνο.

Νοσηλεύτηκε μια ημέρα στο ΚΑΤ, μετά απ' αυτό δεν μιλούσε, ήταν αποσυρμένος ώπου εισήχθη ένα μήνα σε κλινική, έκανε Ε.Ο.Τ. και βελτιώθηκε αρκετά.

Υποστήριζε ότι η μακροχρόνια σεξουαλική αποχή τον αρρωσταίνει και στα μεσοδιαστήματα υγείας.

Στις 25.9.86 μπήκε στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο για να βγεί στις 20-10-86 και να ξαναμπεί στις 31-1-89 μετά την προαναφερόμενη πορεία και εξέλιξη.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Εμφάνιση : Περιποιημένος, μέτριο ύψος και βάρος χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Συμπεριφορά: Καλή επαφή με το περιβάλλον, είναι κολλώδης στην επαφή του με το προσωπικό, χαιρετά ή μιλά χαριτολογώντας.

Ομιλία : Χωρίς διακοπές ή ανακοπές, με αλλαγές θέματος. Απαντά ευθέως αλλά η ροή είναι λίγο επιταχυμένη.

Προσανατολισμός: Φυσιολογικός όσον αφορά τον τόπο και τον χρόνο.

Προσοχή και συγκέντρωση: Εύκολη διάσπαση και δυσκολία συγκέντρωσης προσοχής.

Μνήμη : Χωρίς διαταραχές.

Γενικές γνώσεις: Απαντά σε όλες τις ερωτήσεις γρήγορα και με ακρίβεια.

Σκέψεις : Διαταραχές περιεχομένου.
Παραλληληματικές ιδέες μεγαλείου και υπερεκτίμησης του ργώ. π.χ. (δουλεύω τη νύχτα σε δυο δουλειές, είμαι στη μυστική αστυνομία του CARAVEL, είμαι μέτοχος σε Ζαχαροπλαστείο, έχω πολλά λεφτά και έχω βγάλει σχολή αστυνομικών) .

Συναίσθημα : Ευφορικό με άρση αναστολών.

Αντίληψη : Δεν ελέγχονται διαταραχές.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πεπτικό : Ηπατίτις Β' από έγνωστη αιτία, μετά την έξοδό του από το Αιγινήτειο το 1986.

Ήταν ωχρός και η μητέρα του τον έστειλε για γενικές εξετάσεις. Τέλος Μάη '88 έκανε INJ.INTERFERON.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Στο διάστημα που ο Απόστολος Τ. νοσηλεύεται στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο δεν έχει δημιουργήσει κανένα πρόβλημα στο τμήμα.

Είναι συνεργάσιμος με το νοσηλευτικό προσωπικό και πολύ φιλικός με τους συνασθενείς του.

Ενδιαφέρεται και ενημερώνεται για τις πολιτικές, κοινωνικές και αθλητικές εξελίξεις.

Η κατάσταση του Απόστολου Τ. έχει βελτιωθεί αρκετά σύντομα θα βγεί από το Νοσοκομείο και με σωστή φαρμακευτική αγωγή, αναμένεται σταθεροποίηση της υγείας του.

Ιστορικό : (2).

Ο Σπύρος Λ. εισήχθηκε στο Αιγ/τειο στις 7.2.89 από την ιδιωτική κλινική Σινούρη με ιδιαίτερη ανησυχία, βίαια ξεσπάσματα και αλλόκοτη συμπεριφορά.

Αναφέρονται αϋπνίες, σπασίματα αντικειμένων και ιδέες για θεϊκή επίδραση η οποία έγινε εντονότερη τις τελευταίες ημέρες.

Τοποθέτηση της νόσου - Εξέλιξη - Χαρακτηριστικά

Ο Σπύρος έμενε με τους γονείς της μητέρας του στη Καλλιθέα μέχρι τον Ιούνιο του '88 χωρίς όμως να παρακολουθεί τα μαθήματα στο Πολυτεχνείο όπου είχε περάσει και φοιτούσε.

Έκανε ελάχιστες παρέες και διαβάζει σχεδόν καθόλου.

Τον Ιούνιο του '88 πηγαίνει στον πατέρα του στην Κέρκυρα όπου μένει 1,5 μήνα και με δική του πρωτοβουλία διακόπτει τα φάρμακα.

Τον Σεπτέμβρη του '88 επισκέπτεται το γιατρό του και του ανακοινώνει την διακοπή της αγωγής.

Σταδιακά γίνεται σκεπτικός, δεν ήθελε να βγαίνει έξω, δεν έβλεπε κανέναν και προσπαθούσε να λύσει τα προβλήματά του μόνος του. Άρχισε να πηγαίνει στα μαθήματα αλλά γρήγορα τα ελάττωσε. Έκανε προσπάθειες, διάβαζε τα μαθήματα του Πολυτεχνείου και στο σπίτι γυμναζόταν με βάρακια για να βελτιώσει τους μυς του. Ήθελε να γίνει πιο δυνατός και αρρενωπός για να αρέσει στις γυναίκες.

Τον Οκτώβρη του '88 αρχίζει να εκνευρίζεται από την παρουσία του παππού του, έλεγε ότι τον ενοχλεί, ξενυχτάει με την

δικαιολογία ότι διαβάζει και ξυπνά αργά την άλλη ημέρα.

Παρουσιάζει άγχος, νευρικότητα, κυρίως τις βραδυνές και απογευματινές ώρες.

Περίπου 3 ή 4 φορές είχε βίαια ξεσπάσματα σπάζοντας βάζα και γυαλικά λέγοντας ότι είχε εντολές από το θεό να το κάνει. Τον έπιαναν συχνά κρίσεις, έτρεμε και είχε άγχος όλες τις ώρες.

Τον Δεκέμβρη του '88 άρχισε να κατηγορεί τον παππού του ότι τον βίασε όταν ήταν βρέφος. Έλεγε συνεχώς ότι είχε επικοινωνία με τον θεό και αυτός του έλεγε τι να κάνει.

Μια μέρα, πάλι από εντολή του θεού, όπως είπε, πήρε 12 TAVOR και HIPNOSEDON. Τον πήγαν στον Ερυθρό όπου του έγινε πλύση στομάχου χωρίς να γίνει άλλη νοσηλεία.

Αρχές του '89 οι ιδέες περί θεού γίνονται εντονότερες, έλεγε ότι πιστεύει σ' αυτόν, ενώ μέχρι τότε δεν είχε καμμιά σχέση με θρησκεία ούτε διάβαζε θρησκευτικά βιβλία. Έλεγε ότι ο θεός είναι μαζί του, τον βοηθάει να αντιμετωπίζει τους ανθρώπους και του λέει τι να κάνει κάθε φορά.

Τελικά γίνεται η εισαγωγή του στην ιδιωτική κλινική Σινούρη και αρχές Φεβρουαρίου έρχεται στο Νοσοκομείο.

Ο ίδιος αναφέρει ότι στις αρχές του '89 συνέβηκαν περίεργα πράγματα: Όταν κάποιος σταθμός στο ράδιο έλεγε για τα ζώδια, αυτός είναι Αιγόκερος, πίστευε ότι τα λέει κυρίως σ' αυτόν.

Του έλεγε ότι θα λύσει τα προβλήματά του, κανείς δεν τον κυνηγάει. Την άλλη μέρα του έλεγε να φανεί μεθοδικός για να τα βγάξει πέρα. Αυτός συνέχισε να πιστεύει ότι η φωνή στο ράδιο επιβεβαιώνει τις υποψίες του, και ότι αναφέρεται σ' αυτόν.

Κάποια μέρα έβαλε μπαταρίες LONG-LIFE στο ράδιό του και επειδή εξαντλήθηκαν γρήγορα το θεώρησε θεϊκή προσπάθεια για να τον βοηθήσει να καλυτερέψει την κατάσταση του.

Μια άλλη φορά είδε μια κατσαρίδα στον τοίχο και κατόπιν παροτρύνσεως του θεού προσπάθησε να την πιάσει. Στην προσπάθειά του όμως αυτή η κατσαρίδα έπεσε στο πάτωμα και έγινε ένα κομμάτι ψωμί. Αυτός έσκυψε τα έφαγε και αμέσως είπε ότι ένιωσε καλύτερα.

Στην κλινική που βρισκόταν έλεγε ότι του μιλούσε ο θεός με μια φωνή που δεν έμοιαζε με κανένα γνωστό ήχο και ακουγόταν μόνο μέσα στο μυαλό του.

Τις επόμενες ημέρες μια ιδέα άρχισε να του γίνεται έμμονη. Άκουγε συνεχώς το θεό που του ζητούσε μια χάρη, όπως έλεγε. Να στείλει γράμμα στις εφημερίδες με ότι του πεί, αλλά τελικά αυτός δεν το έστειλε γιατί ήρθαν εισαγγελείς στην κλινική και τους μίλησε. Τα θέματα ήταν η τραγική κατάσταση της Ελλάδος που είχε γίνει φρενοκομείο, η ανισορροπία των κυβερνήτων, η σιωπή της εκκλησίας και οι ευθύνες των ψυχιάτρων. Ο ίδιος δεν φοβόταν καθόλου γιατί αυτός ήταν ο μεσολαβητής, ο κρίκος της αλυσίδας, όπως έλεγε, και αποστολή του ήταν να κάνει μια παρέμβαση για τη βελτίωση της Ελλάδος.

Τελικά είπε, το γράμμα το έστειλε σε εισαγγελείς γιατί η δικαιοσύνη, η αστυνομία και οι γιατροί έκαναν σύσκεψη και προσπαθούσαν με κάθε τρόπο να τον σταματήσουν.

Μετά από αυτό ήταν επιφυλακτικός και καχύποπτος, δεν μιλούσε στους γιατρούς γιατί πίστευε ότι ήθελαν να τον εξοντώσουν παρ'όλα αυτά συνέχισε να πιστεύει και να ανακοινώνει ότι ήταν ο αγγελιοφόρος του θεού.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Εμφάνιση: Ψηλός, αδύνατος, ατιμέλητος όσον αφορά την ένδυσή του και τα μαλλιά του.

Συμπεριφορά: Γενικά καλή επαφή με το περιβάλλον με κάποιες αλλαγές στη στάση του, την ώρα που νομίζει ότι ακούει το θεό.

Συχνά τα απογεύματα έχει άγχος και ζητά με επίμονο τρόπο να του γίνει ένεση.

Ομιλία: Μιλάει αργά, καθαρά, προσέχει την διατύπωση των λέξεων και πολλές φορές καθυστερεί το λόγο του ώσπου να βρεί την κατάληξη.

Προσανατολισμός: Έχει πλήρη αίσθηση του χρόνου και του τόπου.

Σκέψεις: Διαταραχές περιεχομένου: Παραλληληματικές ιδέες μεγαλείου, παρεμνεΐας και ετοιμότητα για συσχέτιση γεγονότων με το παραλληλημά του.

Ιδέεες σεξουαλικού ομοφυλοφιλικού περιεχομένου.

Επίγνωση της νόσου: Είναι ελάχιστη. Αναγνωρίζει μόνο ότι αυτά που λέει αν τα άκουγε από άλλο πρόσωπο θα τα θεωρούσε υπερβολές και παραλογισμούς αλλά επιμένει ότι στον ίδιο συμβαίνουν.

Μνήμη: Αδύνατη με πολλές διαταραχές.

Γενικές Γνώσεις: Απαντάει με ασάφεια και γνωρίζει ελάχιστα.

Προσοχή και συγκέντρωση: Φαίνεται συνεχώς απορροφημένος με τα μάτια στραμμένα επίμονα σε κάποιο σημείο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Οι γιατοί του Νοσοκομείου διάγνωσαν Σχιζοφρενική Ψύ-
χωση. Εμείς πλησιάσαμε τον ασθενή που καθισμένος στη γωνία του
τραπεζιού κοιτούσε το πόδι της διπλανής καρέκλας επίμονα.

Δεν μας κοίταξε όταν πλησιάσαμε και δεν φάνηκε να μας
άκουσε. Κάποια στιγμή όταν καταφέραμε να αποσπάσουμε την προ-
σοχή του τον ρωτήσαμε γιατί βρίσκεται εκεί.

Αυτός, αφού μας κοίταξε προσεκτικά, με συνωμοτικό ύφος
άρχισε να μας λέει για την επικοινωνία του με τον θεό και για
τους γιατρούς που προσπαθούν να τον απομονώσουν. Κατά την γνώ-
μη του ο θεός μιλάει μόνο με τους ψυχασθενείς ενώ εμάς τους υ-
πόλοιπους απλά μας καθοφηγεί.

Αυτός πίστευε ότι ήταν ο αγγελιοφόρος του θεού και ή-
ταν εκεί για να σώσει τους ασθενείς.

- " Μου μιλούσε ο θεός , λειτουργούσε μέσα μου, στο κεφάλι μου,
αρχικά μου είπε ότι θα πονέσω αλλά στο τέλος θα το ευχαριστηθώ.
Ο θεός έχει πολλά πρόσωπα, μιλά στους ψυχασθενείς, η ψυχανάλυ-
ση είναι καλή αλλά θέλει ανανέωση μέσω του θεού" .

Αυτά ήταν τα λόγια του ασθενή, ο οποίος δεν δίστασε να
μας κατηγορήσει ότι μας έχουν στείλει οι εισαγγελείς όταν εί-
δε να κρατάμε σημειώσεις.

Αφού τον καθησυχάσαμε, χαμηλόφωνα μας εμπιστεύθηκε ένα
μυστικό (όπως είπε) .

- " Όταν ήμουν βρέφος ο παππούς και η μητέρα μου είχαν σεξουα-
λικές επαφές και με ικανοποίησαν σεξουαλικά. Έχω τραυματικές
εμπειρίες, ο παππούς το παραδέχτηκε γιατί μόλις το είπα άψελνε
ψαλμούς του Δαβίδ" .

Μας είπε επίσης ότι κάνει βάρη για να καταπνίξει τις θηλικές ορμόνες.

Συνέχισε να αναφέρεται σ'αυτό το θέμα μή διστάζοντας να εκφράζεται χυδαία μέχρι που τον χαιρετήσαμε . Οι σεξουαλικές του σκέψεις ήταν πρόστυχες και ανώμαλες θα λέγαμε.

Μόλις τον αφήσαμε σηκώθηκε, πήγε στην τουαλέτα και γυρίζοντας ανακοίνωσε σε όλους ότι άκουσε τον θεό να του λέει "καληνύχτα" γι'αυτό πάει για ύπνο και συνέστησε και στους υπόλοιπους να κάνουν το ίδιο.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ (τις τελευταίες ημέρες)

- 21.2.89 : Ο ασθενής παραπονείται για ταραχή, άγχος και ανησυχία, τις απογευματινές ώρες ζητά επίμονα να του κάνουμε ένεση όταν νιώθει ένταση.
- 23.2.89 ,: Σήμερα δημιούργησε επεισόδιο σπάζοντας το κασετόφωνο της κλινικής, όταν ο νοσοκόμος αρνήθηκε να του κάνει την ένεση που ζητούσε.
- 26.2.89 : Το πρωί απείλησε ότι θα μηνύσει όλο το προσωπικό (ιατρικό και Νοσηλευτικό) για παράνομο εγκλεισμό.
Το προσωπικό ξεκίνησε διαδικασία εισαγγελικής εντολής.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| - | TABL. MINITRAN (2.25 MG) | 1-1-1 |
| - | " TRAXEN 15 MG | 1-0-1 |
| - | " DIHYDERGOT 25 MG | 1-1-0 |

Στην τελευταία έξοδο του ασθενή από το Νοσοκομείο είχε συστηθεί INDERAL 1/2 - 1/2 - 0 .

Ι σ τ ο ρ ι κ ό (3)

Ο Βασίλης Α. είναι 28 χρονών και δουλεύει σαν υδραυλικός. Όπως οι περισσότεροι ασθενείς του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, έχει κι αυτός ιστορικό πολλών χρόνων με εξάρσεις και υφέσεις της ψυχικής του νόσου και αρκετές επισκέψεις στο Αιγινήτειο.

Μετά την πρώτη εισαγωγή του κατόπιν απόπειρας αυτοκτονίας οι γιατροί διάγνωσαν Οριακή Σχιζοφρένεια.

ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΡΕΙΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο Βασίλης Α. παρουσιάστηκε πρώτη φορά σε ψυχιατρική κλινική με έντονα σωματικά ενοχλήματα, διαταραχές στη συγκέντρωση, απλανές βλέμμα και άπνοια. Επίσης παρουσίαζε αλλοιοπροσωπικά συμπτώματα.

Τον εξέτασε κάποιος Νευρολόγος-Ψυχίατρος και του έδωσε Νευροληπτικά φάρμακα χωρίς να εισαχθεί.

Ήταν 19 χρόνων όταν έκανε απόπειρα αυτοκτονίας και νοσηλεύτηκε στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο όπου διαγνώστηκε Οριακή Σχιζοφρένεια.

Έμεινε λίγες εβδομάδες για να βγει σε αρκετά καλή κατάσταση.

Μετά από 6 μήνες περίπου διακόπτει, με δική του απόφαση, τα φάρμακα και δεν αργεί να ξαναγυρίσει στην προηγούμενη κατάσταση.

Βρίσκεται σε ένα ερωτομανιακό παραλήρημα που το αντικαθιστούν καταθληπτικές κρίσεις.

Έχει ψευδαισθήσεις, βλέπει άτομα μπροστά του, ακούει φωνές και γίνεται έξαλλος όταν κάποιος τον πλησιάζει την ώρα των

παραλληλημάτων.

Γενικά δεν έχει επαφή με τα πραγματικά πρόσωπα γύρω του, παρά μόνο με νοητές μορφές που ο ίδιος πιστεύει ότι βλέπει και ακούει.

Ξαναρχίζει την φαρμακευτική αγωγή χωρίς να νοσηλευθεί προς το παρόν και παραμένει με τους δικούς του.

Στα 22 του χρόνια στις 6.12.82 μια νέα κρίση τον ξαναφέρει στο Αιγινήτειο, όπου νοσηλεύεται ως τις 11.3.82 με διάγνωση: Σχιζοφρενική ψύχωση ηβηφρενικού τύπου.

Περνάει κάποιο διάστημα κατά το οποίο ο Βασίλης άρχισε μια φυσιολογική σχεδόν ζωή χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, ασκούσε το επάγγελμα του και έκανε μια μάλλον έντονη κοινωνική ζωή.

Συνεχίζει να ζεί με τους δικούς του σε ένα ήρεμο περιβάλλον.

Στις 22.5.85 μεταφέρεται ξανά στο Αιγινήτειο με έντονη κατάθλιψη και με συμπεριφορά που δήλωνε ότι μεταφερόταν σε δικό του κόσμο.

Άκουγε κάποια συγκεκριμένη φωνή που του έδινε εντολές και λειτουργούσε σύμφωνα μ'αυτή. Δεν υπάκουε σε κανέναν και φαινόταν έτοιμος για βίαιη αντίδραση σε όποιον τον πίεζε.

Οι γιατροί σ'αυτή την περίπτωση διάγνωσαν Σχιζοφρένειακή ψύχωση.

Τώρα από 10.1.89 βρίσκεται πάλι στο Αιγινήτειο.

Μπήκε σε αγωγή με : - 1) ALOPERIDIN 20 MG 1 X 3

2) DHYDERGOT 1 X 1

3) ARTAN 5 MG 1 X 2

4) NOZINDIN 25 MG 1 X 1

5) SAROTEN 25 MG 1 X 1

6] AMP.ALOPERIDIN DEL 3 MG + 1 AM.AKIN/8HR.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

(κατά τη διαμονή του ασθενούς στο Νοσοκομείο)

Ο ασθενής συνήθως περνάει τις ώρες του στο κρεβάτι. Αποφεύγει τους συνασθενείς του, δεν κάνει παρέες γιατί φοβάται, όπως λέει, μη του κανπυν κακό. Είναι καχύποπτος και σε κάθε παρέα διακρίνει μια συνομοσία, συνήθως εναντίον του.

Κάποια μέρα σχεδόν επιτέθηται σε έναν ασθενή που περνούσε δίπλα στο κρεβάτι του γιατί άκουσε μια φωνή να του λέει ότι αυτός πήγε κοντά του για να τον χτυπήσει και τον συμβούλεψε (η φωνή) να προλάβει αυτός.

Την επόμενη ημέρα συνέχισε να κυτάει με καχυποψία τον συνασθενή του και στεκόταν όσο πιο μακριά μπορούσε, όπως παρατήρησε κάποιος από το Νοσηλευτικό προσωπικό.

Υποστηρίζει ότι, η ίδια αυτή φωνή, τον παροτρύνει να γυρίσει από το Νοσοκομείο και να μην ξανάλθει και πιστεύει ότι δεν υπάρχει λόγος να βρίσκεται εκεί μέσα.

Πολλές φορές είπε ότι, ο Χριστός είναι Έλληνας, το έχει ομολογήσει μόνο σ'αυτόν, καθώς και ότι αρκετές φορές βρίσκεται δίπλα του και συνομιλούν. Είναι φίλος του και το ήξερε ότι θα γινόταν αυτό γιατί όταν ήταν μικρός, είχε δει το Χριστό να στέκεται σε ένα βράχο και να τον καλεί κοντά του.

Ένα πρωί ο Βασίλης, ενώ είχε ξυπνήσει, άρχισε να κλαίει. Δεν είχε δει κάποιο όνειρο, δεν σκέφτηκε τίποτα, δεν ήξερε κι ο ίδιος γιατί έκλεγε.

Ένα βράδυ ενώ κοιμόταν ξυπνά, βγάζει όλα τα ρούχα του και πήγε γυμνός μέχρι τον ψύκτη να πει νερό.

Όταν ρωτήθηκε γιατί το έκανε, πάλι δεν είχε κάποια συγ-

κεκριμένη δικαιολογία. Είπε μόνο ότι κάτι τον έσπρωξε να το κάνει κι αυτός υπάκουσε χωρίς να το σκεφτεί.

Η φαρμακευτική αγωγή άλλαξε.

Το νέο σχήμα είναι :

1) LARGACTIF	100	1-2-2
2) MAJEPTIL	10	2-2-2
3) ARTANE	5	1-1-0
4) LENTRAC	10	1-0-1
5) DIHYDERGOT		1-0-0

Οι διαταραχές της σκέψης συνεχίζονται. Δεν μπορεί να κρατήσει τη συζήτηση σε ένα συγκεκριμένο θέμα. Αλλάζει συνεχώς θέμα, δεν υπάρχει κάποια συνέχεια στις σκέψεις του και στις φράσεις του.

Κάποια μέρα πεπεισμένος ότι το φαγητό του ήταν δηλητηριασμένο, δεν έφαγε χωρίς να πεί πως σκέφτηκε κάτι τέτοιο, ή τι λόγους είχε να το πιστεύει.

Αρχίζει άλλη αγωγή με τα ακόλουθα φάρμακα.

1) ALOPERIDIN	20 MG	1-1 1/2 - 2
2) ARTANE	5 MG	1-1-0
3) DIHYDERGOT		1-0-0

Ο Βασίλης Λ. πιστεύει ότι είναι πάρα πολύ άρρωστος. Λέει ότι το μυαλό του είναι πολύ "χαλασμένο" και ρωτάει συνεχώς για την αρρώστεια του, για την τρέλλα του, πιέζοντας όποιον από το προσωπικό τον πλησιάζει, να του απαντήσει.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Εμφάνιση : Ατημέλιτος, μέτριο ύψος, αρκετά παχύς. Δύσκολα αλλάζει ρούχα και αποφεύγει το μπάνιο.

Συμπεριφορά: Δεν έχει καλή επαφή με το περιβάλλον, είναι καχύποπτος, αποφεύγει τους συνασθενείς, δεν είναι καθόλου κοινωνικός.

Ομιλία : Μιλάει απλά, αωστά και με συνάφεια.

Προσανατολισμός: Φυσιολογικός με κάποιες διαταραχές όταν παρσύρεται από τα οράματά του.

Προσοχή και Συγκέντρωση: Δεν φαίνεται να καταβάλλει προσπάθεια να συγκεντρωθεί σ'όποιον του μιλάει. Μάλλον αδιαφορεί για τους άλλους ενώ δείχνει συχνά να " αυτοσυγκεντρώνεται " .

Μνήμη : Δεν είναι σταθερή.

Γενικές Γνώσεις: Απαντάει σε πολύ λίγες ερωτήσεις και όχι πάντα.

Σκέψεις : Διαταραχές περιεχομένου: Παραλληληματικές ιδέες εξωπραγματικού περιεχομένου, σεξουαλικής φύσεως και κάποιες φορές θρησκευτικής.
Παρερμηνείες και αντίδραση σε οποιαδήποτε προσπάθεια επαφής ή πίεσης.

Αντίληψη : Εύκολη όταν καταβάλλει προσπάθεια συγκέντρωσης.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ : Ο ασθενής δεν συνεργάστηκε μαζί μας, δεν καταφέραμε να του αποσπάσουμε την προσοχή. Το ιστορικό του καταγράφηκε κατόπιν συζήτησης με το προσωπικό καθώς και από την ανάγνωση του φακέλου του ασθενούς.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ασθενής μου η δίδα Κατερίνα(;) είναι 30 ετών. Βρίσκειται 6 χρόνια στο πτυχίο της Νομικής. Δεν έχει καταφέρει να το πάρει λόγω της αρρώστειας της. Έχει εργασθεί περιστασιακά σε διάφορες δουλειές σαν εργάτρια. Ήλθε στον Νοσοκομειακό Ξενώνα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου συνοδευόμενη από την Κοινωνική Λειτουργό της στις 8-5-88.

Η διάγνωση της είναι Παρανοϊκή Σχιζοφρένεια. Τα φάρμακα που παίρνει είναι CAPS STELOZINE 15 MG 1 πρωί - 1 βράδυ.

TABL. LARGATIL 100 MG: 1 πρωί, -1 μεσημέρι, -2 βράδυ.

TABL. ANINETON R. 1 πρωί - 1 βράδυ.

Η συλλογή των πληροφοριών μου για την Κατερίνα έγινε από τη Κοινωνική Λειτουργό, από τους συγγενείς της, οι οποίοι είναι μόνο ο αδελφός της (οι γονείς της δεν ζουν) και η νύφη της (αρραβωνιαστικιά του αδελφού της), την οποία η Κατερίνα δεν θέλει και συνέχεια την κατηγορεί.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- 1) Απόσυρση - Αυτισμός.
- 2) Ατομική υγιεινή ατημέλητη
- 3) Αϋπνία.
- 4) Ξηροστομία
- 5) Είναι πολύ αδύνατη. Δεν τρώει κανονικά ούτε κανονικές ώρες.
- 6) Ορθοστατική υπόταση.
- 7) Παραισθήσεις: Παρερμηνεύει και παρανοεί σχεδόν όλα όσα συμ-

βαίνουν γύρω της.

- 8) Κοινωνικά προβλήματα, προσβλήματα στις σχέσεις της με τους άλλους ένοικους, καμιά σχεδόν επαφή με τους γύρω της.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- 1) Κινητοποίηση της ενοίκου, προσπάθεια για καλή διαπροσωπική σχέση μαζί της.
- 2) Βελτίωση της ατομικής υγιεινής.
- 3) Αντιμετώπιση της αϋπνίας
- 4) Αντιμετώπιση της ξηροστομίας
- 5) Παρότρυνση για λήψη τροφής
- 6) Προσπάθεια να τρώει τις κανονικές ώρες
- 7) Παρακολούθηση Α/Π - Λήψη ζωτικών σημείων
- 8) Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (παρερμηνειών - παρανοήσεως) .
- 9) Προσπάθεια για κοινωνικοποίηση και φτιάξιμο σχέσεων της Κατερίνας με τους άλλους ένοικους.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.

1) Επειδή, όπως ξέρουμε, η απόσυρση -αυτισμός είναι από τα συμπτώματα του σχιζοφρενικού ασθενούς, η προσπάθεια μου ήταν στο πώς να έχω μια καλή διαπροσωπική σχέση με την Κατερίνα.

Όταν ήλθε την πρώτη ημέρα στον Ξενώνα και τη χαιρέτησα απλά χαμογέλασε. Το χαμόγελό της μου φάνηκε καθαρά τυπικό σαν να έπρεπε να το κάνει. Αφού της έδειξα το χώρο της, είπα ποιό ποιό θα είναι το δωμάτιό της και επίσης ότι, στον Ξενώνα οι ένοικοι (αναφέρω τη λέξη "ένοικοι" και ίσως την αναφέρω και στη συνέχεια γιατί στον Ξενώνα έτσι αποκαλούμε όλους τους φιλοξε-

νούμενους σ'αυτόν) έχουν κάποια δικαίωματα και κάποιες υποχρεώσεις που θα τα συζητήσουμε αφού τακτοποιηθεί και προσαρμοστεί στο χώρο.

Δεν μου μίλησε μόνο κουνούσε το κεφάλι της σαν να συμφωνούσε, αλλά μου φαινόταν ότι το έκανε για να με ξεφορτωθεί.

Αν δεν της μιλούσα στη συνέχεια των ημερών, δεν μου μιλούσε, κλεινόταν στο δωμάτιό της και έβγανε για να φτιάξει καφέ, να τον πάρει και να ξανακλειστεί μέσα. Όταν κατέβαινε κάθε πρωί της έλεγα "Καλημέρα Κατερίνα" γιατί δεν έλεγε αυτή.

Έκανα προσπάθεια για συζήτηση, επικοινωνία μαζί της κάθε μέρα. Τον πρώτο καιρό είχα δυσκολία στην επικοινωνία γιατί ενώ την παρότρυνα δεν μιλούσε. Με την πάροδο όμως του χρόνου, με τις συνεχείς προσπάθειές μου και με τη συνεργασία μου με το υπόλοιπο προσωπικό του Ξενώνα για κοινούς νοσηλευτικούς χειρισμούς η Κατερίνα κατόρθωσε να παίξει χαρτιά στο σαλόνι του Ξενώνα με τους άλλους ενοίκους, να κάτεβαίνει λίγο στη Λέσχη της Τετάρτης (συνάντηση ενοίκων παλιών και νέων) και μετά όμως να φεύγει. Αλλά νοιώθω ότι και το λίγο για την Κατερίνα ήταν πολύ (γιατί από τις πληροφορίες που πήρα από τον αδελφό της και τη νύφη της ήξερα ότι στο σπίτι ήταν πολύ απομονωμένη και δεν έβγαине καθόλου έξω.

2) Η εμφάνιση της Κατερίνας ήταν ατημελημένη ενώ είχε ρούχα, φορούσε συνέχεια τα ίδια. Τα μαλλιά της ήταν λαδωμένα. Της συνέστησα με τον καλύτερο τρόπο που μπορούσε να βρώ, να κάνει μπάνιο. Της είπα ότι ο θερμοσύφωνας είναι ανοικτός και υπάρχει ζεστό νερό αν θέλει να κάνει ένα μπάνιο (πάντα είχα προβλήματα, ίσως είναι αδυναμία μου δεν ξέρω να πω σε ένοικο για την ατομική του υγιεινή νομίζοντας ότι μπορεί να προσβλη-

θεί) . Σκέπτομαι όμως ότι μπορεί και να είναι ότι εργάζομαι στον Ξενώνα όπου όλοι οι ένοικοι έχουν αρκετές "ελευθερίες" εν σχέσει με το Νοσοκομείο και ίσως η δυσκολία μου να έγκειται σ' αυτό. Φυσικά πάντα το ξεπερνώ και το αντιμετωπίζω όταν χρειαστεί να επέμβω). Η Κατερίνα φάνηκε σαν να μη με άκουγε όταν της συνέστησα να πλυθεί. Της το ξαναείπα και την επόμενη και κάθε ημέρα. Μετά από μερικές ημέρες πλύθηκε, λούστηκε. Όταν την είδα της είπα "τι όμορφα μαλλιά που έχεις Κατερίνα μου, λάμπεις ολόκληρη". Από τότε δεν χρειάστηκε να της ξαναπώ για μπάνιο.

Τα ρούχα στην ντουλάπα της τα είχε άνω-κάτω. Την βοήθησα και τα φτιάξαμε μαζί. "Πέταξε μερικά άχρηστα και από τότε τα έβλεπα τακτοποιημένα μέχρι που έφυγε από τον Ξενώνα.

Της έκανα συχνά συστάσεις να ανοίγει το παράθυρό της για να αερίζεται το δωμάτιο (τό ήθελε κλειστό, ίσως να οφείλετο στην τάση της απομόνωσης που είχε και έτσι εδημιουργούντο προβλήματα μεταξύ της Κατερίνας και της συγκατοίκου της).

3) Από πληροφορίες από το υπόλοιπο προσωπικό έμαθα ότι δεν κοιμόταν τα βράδια. Η ίδια δεν είχε πρόβλημα γιατί ξυπνούσε το μεσημέρι και όλη τη νύχτα έμενε ξύπνια και ενοχλούσε και τις άλλες ενοίκους πίνοντας καφέ. Η βραδυνή αύπνία δηλαδή, ήταν αποτέλεσμα του ότι κοιμόταν την ημέρα και των καφέδων.

Επειδή όμως ξέρουμε ότι, ο σχιζοφρενής κάνει σύγχυση των ορίων της εξήγησα ότι ο Ξενώνας έχει κάποια όρια που πρέπει να τα σέβεται. Της είπα ότι, για να μπορεί να κοιμάται το βράδυ, να μην πίνει καφέδες έστω μετά τις 7 μ.μ. και να μην κάθεται στο κρεβάτι μέχρι στις 12 το μεσημέρι. Η προσπάθειά της ήταν να σηκώνεται πρωί και να μην κοιμάται μετά έτσι που να νυστάζει

το βράδυ. Οι καφέδες δεν μειώθηκαν, τους έπινε όλη την ημέρα. (Από τις παρατηρήσεις μας στον ψυχιατρικό χώρο βλέπουμε ότι, οι ψυχωσικοί που πίνουν πολλούς καφέδες και πίνουν σχεδόν όλοι είναι πάρα πολύ δύσκολο όχι μόνο να τους κόψουν, αλλά και να τους ελαττώσουν. Η αϋπνία της Κατερίνας αντιμετωπίσθηκε τελείως περίπου σε μια εβδομάδα.

4) Η ξηροστομία που είχε η Κατερίνα από τα φάρμακα που παίρνει αντιμετωπίστηκε με τη σύσταση να πίνει νερό κάθε φορά που νοιώθει ότι ξηραίνεται το στόμα της και την ενθάρρυνση ότι αυτό θα είναι παροδικό και να μην την απασχολεί.

5) Στον Ξενώνα οι ένοικοι έχουν "ελευθερία" στην ώρα του φαγητού, επειδή δεν λειτουργεί σαν το Νοσοκομείο αλλά σαν σπίτι τους περίπου.

Η Κατερίνα ήταν πολύ αδύνατη όταν ήλθε και την έβλεπα να πίνει συνέχεια καφέδες αδιαφορόντας για το πότε θα φάει. Δεν ήξερα αν τρώει και πόσο γιατί καθόταν μόνη και το πιάτο στο τέλος δεν μπορούσα να το ελέγξω επειδή οι ένοικοι το πλένουν μόνοι τους και πετάνε ό,τι περισεύει.

Επειδή τρώμε όλοι μαζί ενοικοι και προσωπικό στο ίδιο τραπέζι, της έλεγα το μεσημέρι : "Κατερίνα, έλάν αν θες να φάμε μαζί, να μου κάνεις παρέα". Ερχόταν και έβλεπα ότι τρώει το φαγητό της χωρίς ψωμί. (Ο Ξενώνας προσφέρει πρωινό και μεσημεριανό στους ενοίκους, με την προϋπόθεση το βραδυνό να το εξασφαλίζουν μόνοι τους. Αυτό είναι κριτήριο για να μην ιδρυματοποιηθούν και εξαρτηθούν από τον Ξενώνα με το να τους προσφέρονται τα πάντα).

Την παρώτρυνα λοιπόν, να τρώει και ψωμί για να χορταίνει, αφού δεν θα φάει στον Ξενώνα τα βράδυα (εκτός αν περισεύει

κάτι από το μεσημέρι). Αν έλεγε ότι δεν της αρέσει το φαγητό της έδινα γαούρτι ή αυγά που έρχονται για το προσωπικό (επεδίωκα πάντα να έρχονται επί πλέον) . Δεν έχουμε πολλά περιθώρια επιλογής στο φαγητό ένοικοι και προσωπικό, τρώμε ό,τι μας στείλουν από το Νοσοκομείο. Το εξήγησα αυτό στην Κατερίνα. Από την εμφάνισή της σιγά-σιγά έβλεπα ότι παχαίνει λίγο, γιατί και ο αδελφός της μου είχε πεί ότι η Κατερίνα δεν παχαίνει, είναι από τη φύση της αδύνατη.

6) Για την ορθοστατική υπόταση που είχε, την ενημέρωσα να μην σηκώνεται απότομα από το κρεβάτι, αλλά να κάθεται λίγο καθιστή και μετά να σηκώνεται.

~~Της έπεισαν τα Γωτινά σημεία-για τυχόν σπυγγώδες πιάσιμο~~

ή ταχυκαρδία και ενημέρωσα το γιατρό της, ο οποίος αφού την είδε, συνέστησε να παίρνει TABL.DIHYDERGOT 2,5 G, 3 την ημέρα (1-1-1) και διορθώθηκε το πρόβλημα της υπότασης.

7) Το μεγάλο πρόβλημα της Κατερίνας ήταν ότι, οι παρερμηνείες και οι παρανοήσεις που έκανε δυσκόλευαν τις σχέσεις της με τους υπόλοιπους ενοίκους. Οι εκφράσεις της όταν άρχισε να μιλάει και να μου λέει τα προβλήματά της ήταν ασυναρτησίες, παράδειγμα "το βήμα να είναι ελεύθερο και μικρότερο από το κεφάλι για να μπορούμε να προσετηρίζομαστε" ή " Ο πρόεδρος να μη βγάζει το πέτο και κάνει τον υπηρέτη ή να προβάλεται συνέχεια με ένα τρόπο που να φανερώνει ατυχώς για το παιγνίδι του κυρίως το μεσημέρι. θέλει να προσετηριστεί το μεγάλο κεφάλι και βρίσκεται συνέχεια απί ποδός για την δουλειά του και αυτό τον κάνει ύπουλο. (Ψηφίζεται ένας πρόεδρος ενοίκων σε κάθε μηνιαία συνάντηση για να συντονίζει όλους τους ενοίκους και με τη βοήθεια του προσωπικού).

Όταν μου τα έλεγε αυτά και πολλά άλλα που δεν νομίζει να χρειάζεται να τα αναφέρω, την κοίταξα με απορία σαν να μην καταλάβαινα τι μου λέει, όπως και δεν καταλάβαινα. Δεν την άφηνα να μιλά πολύ πάνω σ'αυτά. Τη διέκοπτα λέγοντάς της να πάμε στο σαλόνι να παίξουμε τάβλι.

Αν ήταν η ημέρα της για την καθαριότητα της συνιστούσα να βάλουμε την ηλεκτρική σκούπα, να ποτίσουμε τα λουλούδια στον κήπο και επανερχόταν. «Υπήρχαν και μέρες που τα έβαζε μαζί μου π.χ. ότι ενώ αυτή ήταν στον πρώτο όροφο και εγώ στο ισόγειο, της λέρωσα με τα σπυράκια που είχα στο πρόσωπό μου, τη μπλούζα της. Έγώ ήρεμα της είπα: "Κατερίνα δεν νομίζω ότι μπορεί να συνέβη κάτι τέτοιο αφού δεν ήμουν κοντά σου. Σκέψου το λιγάκι και ίσως δεις ότι μπορεί να κάνεις λάθος".

Τα έβαζε με τη νύφη της: "μου έδωσε ένα κατοστάρικο, διπλωμένο, όχι άνοιχτό σαν τα άλλα έξι που μου έδωσε. Το έκανε από κακία, δεν θέλω να την βλέπω". "Ίσως Κατερίνα την παρεξηγείς, ενώ αυτή μπορεί να μην έχει κακιά πρόθεση", της απάντησα.

Σε όσα και αν μου έλεγε την άκουγα με ενδιαφέρον. Την συμβούλευα, την έφερνα στην πραγματικότητα.

8) Στις σχέσεις της με τους άλλους ενοίκους ήταν πάρα πολύ δύσκολη. Από τη μια τα συμπτώματα (παρερμηνείες) από την άλλη η απόσυρση που είχε, ειδικά στην αρχή, την έλυναν να μην έχει καμιά επαφή με τους ενοίκους του Ξενώνα.

Σιγά-σιγά και με την παρέμβαση όλων μας (και του υπόλοιπου προσωπικού) άρχισε να βγαίνει λίγο έξω με τον ένοικο Θ.Π. για καφέ, να παίζει χαρτιά στο σαλόνι με ενοίκους και προσωπικό. Επειδή οι δυνατότητες της Κατερίνας δεν ήταν πολύ μεγάλες λόγω της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της και της χρονιότητας

της νόσου, η προσπάθειά μας για αποκατάσταση ήταν να κατορθώ-
σει μια μέρα να ζήσει μόνη της στο σπίτι που της άφησαν οι δι-
κοί της, γιατί ο μοναδικός της συγγενής, ο αδελφός της θα παν-
τρευόταν και θα πήγαινε να ζήσει αλλού.

Πράγματι η Κατερίνα πήγε στο σπίτι και παρ'όλο που λείπει
λίγο καιρό μαθαίνουμε από την Κοινωνική Λειτουργό της ότι τα
πηγαίνει πολύ καλά στο πλαίσιο που μπορεί να λειτουργήσει.

Ζεί με οικονομική βοήθεια από τον αδελφό της, ένα επίδομα
8 χιλιάδων τον μήνα από την Πρόνοια. Ο αδελφός της μένει πολύ
κοντά της και την επισκέπτεται συχνά. Δηλαδή η Κατερίνα κατώρ-
θωσε να ζεί μόνη της και να αυτοεξυπηρετείται σε αρκετά ικα-
νοπλητικό βαθμό. (μαγειρεύει απλά πράγματα, φροντίζει καλά
το σπίτι έχει καλή εμφάνιση) ενώ της φαινόταν απίθανο κάτι
τέτοιο, με την εποπτεία του αδελφού της και της νύφης της.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το περιστατικό είναι από τον Μετανοσοκομειακό Ξενώνα.

Ι σ τ ο ρ ι κ ό (5) :

Η Παναγιώτα Κ. 20 ετών, μαθήτρια Λυκείου. Ήρθε στις 13.2. 1989 στην Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Κ.Ν. Πατρών "Άγιος Ανδρέας" συνοδευόμενη από τον πατέρα της και ένα γείτονά τους.

Ήρθαν με ταξί κατόπιν παρακίνησης του γείτονά τους, ο οποίος είναι χωροφύλακας και επέμενε ότι η Παναγιώτα έπρεπε ν'άρθει εδώ να εξεταστεί.

Η ασθενής τον τελευταίο καιρό δεν ήταν καλά. Δεν έπρωγε, δεν κοιμόταν και έχει συνεχώς ιδέες στο μυαλό της, οι οποίες φαίνονται να την απασχολούν ιδιαίτερα και να την βασανίζουν.

Τελικά δέχτηκε να εισαχθεί στην κλινική μόνη της.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ

"Δεν είμαι καλά, δεν ξέρω τι έχω πάθει, όλοι στο χωριό με βλέπουν περίεργα, στην τάξη μου με κοροϊδεύουν. Σταμάτησα το σχολείο για να γλυτώσω από τις ραδιουργίες τους. Με παρακολουθούν όταν βγαίνω από το σπίτι γι' αυτό δεν θέλω να βγαίνω έξω.

Η γειτόνισσα μου έχει κάνει μάγια, για να παντρευτώ έναν άντρα που ήθελε αυτή, αλλά εγώ δεν το θέλω καθόλου. Εγώ ένδιαφέρομαι για κάποιον άλλο. Του έστειλα ένα ερωτικό γράμμα και αυτός το εκυκλοφόρησε σε όλο το σχολείο. Το ξέρουν όλοι γι' αυτό δεν θέλω να ξαναπάω εκεί. Σταμάτησα για να βρώ την ησυχία μου".

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΟΣ

Το ιστορικό της παρούσας νόσου δίνεται από τον πατέρα της ασθενούς, ο οποίος λόγω χαμηλού διανοητικού και μορφωτικού επιπέδου, δεν είναι σε θέση να προσδιορίσει με ακρίβεια την έναρξη

των συμπτωμάτων, εκλυτικούς παράγοντες κ.λ.π.

Όπως ο κ. Φώτης Κ. (ο πατέρας της ασθενούς) αναφέρει, η παρούσα κατάσταση αρχίζει πριν από 2 μήνες περίπου, την περίοδο των Χριστουγέννων. Τα προηγούμενα χρόνια η ασθενής ήταν καλά.

Μετά την αποφοίτησή της από το Γυμνάσιο έκανε μια προσπάθεια να παρακολουθήσει το Λύκειο, συνάντηση όμως μεγάλες δυσκολίες στα μαθήματα και διέκοψε. Εργαζόταν εποχιακά σε αγροτικές εργασίες και βοηθούσε επίσης στις δουλειές του σπιτιού.

Φέτος, για λόγους όχι σαφείς στον πατέρα αλλά και σε εμένα, η ασθενής αποφάσισε να ξαναπάει στο σχολείο, το οποίο είχε διακόψει για τρία χρόνια. Το ίδιο απεφάσισε και η μικρότερη αδελφή της ασθενούς (το είχε σταματήσει για 2 χρόνια και αυτή). Ο πατέρας λέει ότι χάρηκε με την απόφαση αυτή γιατί ήθελε να στρέψει τα παιδιά του προς τα γράμματα.

Δύο μήνες αφού άρχισε το σχολείο η ασθενής φάνηκε στο περιβάλλον της κάπως αλλαγμένη. Ήταν κλεισμένη στον εαυτό της, αλλαγμένη.

Τα Χριστούγεννα είπε πως δεν θέλει να ξαναπάει στο σχολείο γιατί οι συμμαθητές της και οι συμμαθητριές της την κοροϊδεύουν. Είπε επίσης ότι η γειτόνισσα της είχε κάνει μάγια για να παντρευτεί κάποιο συγκεκριμένο άτομο, ενώ ή ίδια ανδιαφερόταν για κάποιον άλλον. Όταν φοιτούσε η ίδια στο σχολείο, έγραψε κάποιο ερωτικό γράμμα σε συμμαθητή της το οποίο πιστεύει ότι έχει κυκλοφορήσει και η ίδια έχει γίνει περίγελο της τάξης.

Τον τελευταίο καιρό πίστευε ότι όλοι στο χωριό την παρακολουθούσαν ακόμη και όταν ήταν κλεισμένη στο σπίτι της. Η ανησυχία της μεγάλωνε, ενώ συνέχιζε να αναφέρεται σε περίεργες ανυπόστατες καταστάσεις.

Προ τριημέρου επισκέφθηκε ιδιώτη ψυχίατρο στο Αγρίνιο ο οποίος έδωσε αντιψυχωσική αγωγή: ALOPERIDIN - LARGACTIL.

Η ασθενής δέχτηκε να πάρει τα φάρμακα της στο σπίτι, ο πατέρας της όμως ζήτησε να εισαχθεί στην κλινική για να αντιμετωπισθεί καλύτερα η κατάστασή της.

ΟΙΚΟΓΕΝΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΜΗΤΕΡΑ : Είναι 52 χρονών, αγράμματη και πάσχει από Σχιζοφρένεια σε υπολειμματική φάση. Η ασθενής αναφέρει ότι δεν μπορεί να συνεννοηθεί κανείς μαζί της.

ΠΑΤΕΡΑΣ: Είναι κτηνοτρόφος 56 χρόνων, απόφοιτος Γ' Δημοτικού. Φαίνεται άτομο με περιορισμένες δυνατότητες έκφρασης και επικοινωνίας. Κατά την εκτίμηση των γιατρών έχει ελαφρά διανοητική καθυστέρηση.

ΑΔΕΡΦΙΑ: 1) Γιάννα: Είναι 18 ετών απόφοιτη Α' Γυμνασίου, άγαμη. Πηγαίνει στο σχολείο, έχει χάσει πολλές χρονιές και δουλεύει μεροκάματο σε αγροτικές δουλιές.
2) Μαρία: Είναι 17 ετών μαθήτρια γυμνασίου, άγαμη είχε σταματήσει το σχολείο για πολλά χρόνια και φέτος αποφάσισε να συνεχίσει το γυμνάσιο.

Δεν αναφέρονται ψυχιατρικές απθήσεις σε συγγενείς. Η οικογένεια αντιμετωπίζει μεγάλες οικονομικές δυσκολίες λόγω της εποχιακής απασχόλησης του πατέρα. (εργάζεται στα καπνά).

Η ασθένεια της μητέρας επηρέασε δυσμενώς την οικογενειακή ατμόσφαιρα. Δεν είναι σε θέση να φροντίσει και να στηρίξει συναισθηματικά τα παιδιά της.

Η οικογένεια ζει σε ένα δωμάτιο κάτω από πρωτόγονες συν-

θήκες και τα παιδιά από πολύ μικρή ηλικία κάνουν όλες τις δουλειές.

Ο τοκετός αναφέρεται φυσιολογικός και στα τρία παιδιά.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Εμφάνιση και γενική συμπεριφορά:

Είναι δειλή, αποσυρμένη σε μια γωνιά του δωματίου, αρνείται να μιλήσει μέχρι να εξοικειωθεί με το περιβάλλον. Ακολουθεί παθητικά τους συνοδούς της, αποφεύγει την επαφή με το βλέμμα και τρίβει αδέξια τα χέρια της όταν της απευθύνεται ο λόγος. Απαντά με λίγα λόγια και αφού πρώτα σκεφτεί την ερώτηση που της έγινε.

2. Ομιλία :

Με την εξοικείωσή της με το περιβάλλον του Νοσοκομείου η δυνατότητα επικοινωνίας βελτιώθηκε και η ασθενής δέχεται να συζητήσει για το πρόβλημά της. Η ομιλία της είναι αργή, ρέει όμως ομαλά, χωρίς να προδίδει πρωτοπαθείς διαταραχές της σκέψης.

3. Συνασθήματα:

Αναφέρει ότι στενοχωριέται για την κατάστασή της και κυρίως γιατί οι γέρω της την έχουν βάλει στο μάτι και θέλουν να της κάνουν κακό.

4. Νοσηρές πεποιθήσεις και παρεμηνείες γεγονότων.

Υπάρχουν ιδέες αναφοράς. Συγκεκριμένα η ασθενής πιστεύει ότι στο σχολείο της όλοι την κοροϊδεύουν και συζητούν για αυτήν. Επίσης, όπως προαναφέραμε, έχει την έντύπωση ότι η γειτόνισσά της της έχει κάνει μάγια για να παντρευτεί κάποιον άνθρωπο τον οποίο ή ίδια δεν θέλει καθόλου.

5. Αντιληπτικές διαταραχές:

Αναφέρει ότι ακούει και φωνές συμμαθών της που την σχολιάζουν.

6. Συνειδησιακό επίπεδο.

Μονολεκτικά διαυγές.

7. Νοημοσύνη :

Γενικά το επίπεδό της βρίσκεται στα κατώτατα φυσιολογικά όρια.

8. Κρίση:

Δεν φαίνεται ιδιαίτερα επηρεασμένη από τις παραλληλητικές ιδέες της.

9. Ευαισθησία :

Δεν έχει συναίσθηση της κατάστασής της. Πιστεύει ότι είναι άρρωστη και ότι έχει την ίδια αρρώστεια με τη μητέρα της.

10. Συναισθήματα αντιμεταβιβάσεως :

Ο γιατρός αναφέρει ότι αισθάνθηκε οίκτο βλέποντας τις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης της ασθενούς, το βεβαρυμένη κληρονομικό της, καταστάσεις που παίζουν αρνητικό ρόλο στην πρόγνωση της πάθησης. Προβλέπει ότι η συνεργασία του με την ασθενή και το περιβάλλον της θα έχει προβλήματα λόγω της κοινωνικής απομόνωσης και του πρωτόγονου τρόπου σκέψης των ατόμων αυτών.

ΠΟΡΕΙΑ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 14.2.89 : Είναι απομονωμένη και δεν επιδιώκει καμμία επαφή με άλλους ασθενείς της κλινικής. Δείχνει κάποια εξάρτηση από το γιατρό της, τον οποίο αναζητά συνεχώς. Σε συζήτηση επαναλαμβάνει τις ίδιες παραλληληματικές ιδέες για τους συγχωριανούς της. Φαρμακευτική αγωγή: ALOPERINTIN 5 MG 1 X 3
AKINETON 2 MG 1 X 3
- 16-2-89 : Είναι αρκετά ήρεμη και συνεργάσιμη με το προσωπικό. Εξακολουθεί να περνά τις περισσότερες ώρες μόνη της και αναφέρει ότι στεναχωρείται πολύ που βρίσκεται στην κλινική. Την επισκέφτηκαν ο πατέρας της και η αδελφή της και τους παρακαλούσε κλαίγοντας να την πάρουν στο σπίτι.
- 17.2.89 : Ίδια κατάσταση. Ζητάει επίμονα να φύγει. Ειδοποιήθηκε ο πατέρας της να έρθει να κρατήσει συντροφιά στην ασθενή κατά το Σαβατοκύριακο.
- 20.2.89 : Παρουσίασε εξωτυρανιδικές εκδηλώσεις του τύπου της ακαθησίας. Της έγινε : AKINETON και δόθηκε STENDON χωρίς ουσιαστική βελτίωση. Από σήμερα διακόπτει το ALOPERNTIN, αντί αυτού αρχίζει STELAZINE 5 MG 1 X 2 και AKINETON 1 X 2 . Σήμερα ήρθε ο πατέρας της για να πάρει την ασθενή. Του εξηγήθηκε ότι πρέπει να επισκέπτεται την ασθενή η οποία θα παραμείνει στην κλινική αρκετές μέρες ακόμη λόγω των παρενεργειών που παρουσίασε από τα φάρμακα. Υπόσχέθηκε ότι θα παραμείνει να επισκεφθεί την ασθενή και αύριο.

- 21.2.89 : Η ασθενής κλαίει και ζητά να φύγει. Όταν ερωτάται για τα αίτια που την οδήγησαν εδώ αναφέρει ότι τα έχει ξεχάσει όλα, ότι είναι καλά και θέλει κάποιον ν' ασχοληθεί. Έγιναν ενέργειες μέσω της Κοινωνικής λειτουργού για να απασχοληθεί η ασθενής στον ΟΑΕΔ.
- 22.2.89 : Ο πατέρας υπέγραψε υπεύθυνη δήλωση και πήρε την ασθενή από την κλινική.

Β' ΕΙΣΟΔΟΣ 26.2.89

- 27.2.89 : Η ασθενής ήρθε στα Ε.Ι. συνοδευόμενη από τον πατέρα της και την αδελφή της. Όπως ανέφεραν οι δικοί της, ήταν ανήσυχη στο σπίτι της, έκλαιγε συνεχώς και δεν μπορούσε να καθήσει σε ένα σημείο. Επί πλέον λίγο πριν την φέρουν παρουσίασε τάση προς έμετο. Μετά την εισαγωγή της στην κλινική η ασθενής δεν έχει παρουσιάσει εμέτους και σιτιύζεται κανονικά. Το περιεχόμενο της σκέψης της δεν παρουσιάζει καμμία μεταβολή εν σχέση με την προηγούμενη εισαγωγή της. Επί πλέον παρουσιάζει έκδηλες ενέργειες από τη φαρμακοθεραπεία και κυρίως ακινησία.

Φαρμακευτική αγωγή : STELAZIN 5 MG 1 X 3

AKINETON 2 MG 1 X 3

- 1.3.89 : Καμμία αλλαγή της κατάστασης. Επιδείνωση της ακινησίας.
- 2.3.89 : Διακοπή STELAZIN και AKINETON λόγω της επιδείνωσης

των εξωπυραμιδικών εκδηλώσεων. Δυσκολεύεται σε όλες τις κινήσεις και μασάει πάρα πολύ αργά.

- 3.3.89 : Η κατάσταση της ασθενούς χειροτέρευσε περισσότερο μετά τη χορήγηση MELLERIL. Δεν κοιμήθηκε όλο το βράδυ και παρουσιάζει γενικευμένο τρόμο. Παρουσιάζει λιποθυμικές κρίσεις, αύξηση της Α.Π. και έχει εντονώτατη δυσκαμψία. Έντονο αίσθημα ανησυχίας οφειλόμενο στο MELLERIL. Δόθηκαν οδηγίες για διακοπή όλων των νευρολυτικών φαρμάκων. Η ασθενής μπήκε σε τακτική αγωγή με STENTON.
- 4.3.89 : Παραμένει στην ίδια βεβαρυμένη κατάσταση. Υπήρξαν εσως τρεις κρίσεις κατά τις οποίες η ασθενής διακατέχεται από αίσθημα θανάτου χωρίς να υπάρχει απώλεια συνείδησης.
- 6.3.89 : Δόθηκε INTEROL για την ταχυκαρδία.
- 7.3.89 : Εμφάνιση κάποιας βελτίωσης της κινητικότητας και υποχώρηση του τρόμου. Η ψυχοτική συμπτωματολογία παραμένει στάσιμη.
- 15.3.89 : Τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα υποχωρούν. Η συμπεριφορά της είναι παιδικόμορφη, και χαρακτηρίζεται από πλήρη έλλειψη επίγνωση της κατάστασής της. Μπροστά στην επμονη της να φύγει ο πατέρας της αποφάσισε να την πάρει. Δόθηκε αγωγή LARGALTIR 25 MG 1 X 3 και η ασθενής θα παρακολουθείται συχνά στα Εξωτερικά Ιατρεία.

Ι σ τ ο ρ ι κ ό (6)

Ο Αλέξανδρος Π. 20 ετών εισήλθε στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο στις 24 -11.1988 προς συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή των συμπτωμάτων της ψυχικής του συμπεριφοράς, η οποία παρουσίαζε ανωμαλίες. Προσήλθε αυτοβούλως και η παραπάνω διαπίστωση έγινε στα εξωτερικά ιατρεία.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝŦΣΟΥ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα πρώτα συμπτώματα που έγιναν αντιληπτά από τους γονείς και το περιβάλλον του Αλέξανδρου, τοποθετούνται περίπου στην εποχή που αυτός τελείωσε το Λύκειο. Αφορμή στάθηκε το γεγονός της αποτυχίας του στις γενικές εξετάσεις για το Πανεπιστήμιο. Σ'αυτό βέβαια, στην αλλαγή δηλαδή της συμπεριφοράς του, συντέλεσαν και οι πιέσεις και συνεχείς διαμαρτυρίες των γονιών του με σημείο αναφοράς το μέλλον του, όπως χαρακτηριστικά έλεγαν. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα ο νεαρός να καταληφθεί από άγχος και πανικό για τον ίδιο του τον εαυτό. Απεύφευγε συστηματικά να βγαίνει έξω και να συναναστρέφεται με τους φίλους του. Μέσα στο ίδιο του το σπίτι, μετά από κάπιο χρονικό διάστημα, δεν μιλούσε σε κανέναν και το βράδυ κοιμώταν πολύ αργά. Στις επανειλημμένες ερωτήσεις και προτροπές των γονιών του για αποιοδήποτε θέμα, απαντούσε αρνητικά και μονολεκτικά. Όταν κοιμώταν οι γονείς του την νύχτα έβγαλνε στην τσάτσα του σπιτιού του και καθόταν ώρες ολόκληρες. Έπειτα από ένα σύντομο χρονικό διάστημα οι γονείς του κυρίως αλλά και το περιβάλλον του γενικότερα, αντιλήφθηκαν τις αλλαγές στην συμπεριφορά του και διαφοροποίησαν τη συμπεριφορά τους. Στο μεταξύ η ψυχική ηρεμία του Αλέξαν-

δρου δεν επανερχόταν. Αμτίθετα επεκτάθηκε στο νευρικό σύστημα, με συνέπεια την παραμικρή ενόχληση που δεχόταν να σπάει διάφορα αντικείμενα και να κλειδώνεται στο δωμάτιό του. Επί πλέον τις λίγες ώρες που κοιμόταν έβλεπε διάφορα οράματα, όπως έλεγε, ότι οι συμμαθητές του και φίλοι του ήσαν μαζεμένοι έξω από το σπίτι του και του φώναζαν ότι ήταν αποτυχημένος. Σ'αυτό ακριβώς το σημείο ο Αλέξανδρος συνοδευόμενος από τους γονείς του εισήλθε στο Νοσοκομείο.

Ενδοноσοκομειακή πορεία : Πρώτα απ'όλα πρέπει να αναφερθούν τα βασικά σημεία και στοιχεία που καταγράφηκαν από τον Επιμελητή ψυχίατρο και η πρώτη διάγνωση που έγινε και η οποία ήταν αρχόμενη σχιζοφρένεια.

Εμφάνιση : Σχετικά ψιλός, αδύνατος, με κανονική ενδυτική εμφάνιση.

Συμπεριφορά : Γνώση της κατάστασής του, λίγες συναλλαγές με το περιβάλλον του, επιφυλακτικός, αρκετό φορτωμένος με άγχος και εμφανή σημάδια ψυχικής κόπωσης.

Ομιλία : Μάλλον κανονική αλλά παρατηρούνται μερικές διακοπές σαν να ψάχνει να βρεί κάποιες λέξεις.

Προσανατολισμός : Έχει πλήρη αίσθηση τόπου και χρόνου.

Διαραχές περιεχομένου : Αποφυγή συναναστροφής με τους άλλους και ιδέα κατακραυγής του ίδιου από το περιβάλλον του για την αποτυχία του στις εξετάσεις.

Επίγνωση νόσου : Αναγνωρίζει την κατάστασή του και ομολογεί ότι κάτι δεν πάει καλά με τον εαυτό του. Δεν είναι διατεθειμένος να συνεργασθεί με κανέναν και ισχυρίζεται ότι γνωρίζει την αιτία της κατάστασής του.

Μνήμη : Χωρίς διαταραχές.

Προσοχή και συγκέντρωση: Παρουσιάζεται σκεπτικός, αφηρημένος, με βλέμμα απλανές.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Προσπαθήσαμε να πετύχουμε μια συνάντηση με το νεαρό Αλέξανδρο προσπαθώντας να αντιμετωπίσουμε την αρνητική του στάση. Παρουσιάστηκε χλωμός, με κατεβασμένο κεφάλι και αρκετά ανήσυχος. Στην ερώτησή μας πώς αισθάνεται δεν απάντησε, αλλά έστρεψε αλλού το κεφάλι του. Όταν όμως τον ρωτήσαμε εάν έχει προβλήματα: απάντησε καταφατικά και συμπλήρωσε ότι γι'αυτό ευθύνονται περισσότερο οι γονείς του και οι άλλοι. Μας διηγήθηκε την πορεία του στο Λύκειο και μίλησε για την αποτυχία του στις εξετάσεις. Όλη την ώρα που μιλούσε ήταν αρκετά νευρικός και μας εξομολογήθηκε ακόμα ότι είχε ερωτικό δεσμό με κάποια κοπέλα η οποία κάποια στιγμή τον εγκατέλειψε επειδή ήτανε κλειστός χαρακτήρας. Νομίζει επίσης ότι δεν έχει την δύναμη να αντικρύσει τους φίλους του γιατί αυτοί σπουδάζουν και αυτός όχι. Και τώρα θα ήθελε πάρα πολύ να ξαναπροσπαθήσει ή και να δουλέψει, αλλά δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του. " Οι γονείς μου, μου έχουν κάνει πλύση εγκεφάλου για την κρίση των άλλων για μένα, και τα νεύρα μου δεν είναι σε καλή κατάσταση. Δεν πιστεύω στο θεό αλλά νομίζω ότι κάτι πρέπει να με βοηθήσει για να μην τρελλαθώ". Σ'αυτό το σημείο ο Αλέξανδρος ξέσπασε σε λυγμούς και αρνήθηκε να μιλήσει περισσότερο. Λίγο αργότερα στην ερώτησή μας: πώς πήρε την απόφαση να επισκεφθεί το Νοσοκομείο, απάντησε ότι άρχισε να φοβάται ότι κάτι του συνέβαινε και θα ήθελε

να απαλλαγεί απ' αυτό. Παράξενα οράματα και πετάγματα από τον ύπνο του του τέντωσαν τόσο πολύ τα νεύρα που δεν έλεγχε τον εαυτό του. Τέλος κοιτώντας φοβισμένα γύρω του μας είπε ότι φοβάται πολύ τους γιατρούς και τα φάρμακα, και ότι δεν θέλει να έρχεται σε επαφή με τους άλλους ασθενείς, τους "τρελλούς" όπως χαρακτηρισματικά είπε. Στη συνέχεια συνοδευόμενος από κάποια Νοσηλεύτρια και με σκυμένο κεφάλι επέστρεψε στο κρεβάτι του.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Το μόνο φάρμακο που του χορηγήθηκε και που αρνήθηκε έντονα να το πάρει ήταν STENTON 5 . Η διάγνωση των γιατρών, όπως προαναφέρθηκε- ήταν αρχόμενη σχιζοφρένεια με κλασικές διαταραχές. Ακολουθήθηκε για 30 περίπου ημέρες θεραπεία συμπεριφοράς με την καλή συνεργασία του ίδιου του Αλέξανδρου, που άρχισε να εμφανίζει σημάδια βελτίωσης και επικοινωνίας με το περιβάλλον.

Στις 13.1.1989 βγήκε από το Νοσοκομείο σε σχεδόν φυσιολογική κατάσταση και επέστρεψε στο σπίτι του. Οι ιατρικές οδηγίες δεν αφορούσαν φαρμακευτική αγωγή αλλά ψυχολογική στήριξη και συμπαράσταση του Αλέξανδρου κυρίως από τους γονείς του. Επί πλέον συνεχείς προτροπές στο νεαρό να επανασυνδεθεί με τους φίλους του και να μην νοιώθει μειωνεκτικά απέναντί τους. Πρόσφατα πληροφορηθήκαμε ότι ο Αλέξανδρος Π. έχει αποκαταστήσει πλήρως την ψυχική του ηρεμία και έχει πεισθεί να δώσει εξετάσεις στο Πανεπιστήμιο.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ελείνοντας κατά κάποιο τρόπο το θέμα που πραγματευθήκαμε, θα πούμε με δύο λόγια ότι:

Η υγεία ενός ανθρώπου, μέλους της κοινωνίας, πέρα από κάθε επιστημονική και νοσολογική πλευρά, εξαρτάται και εξετάζεται σε μεγάλο βαθμό από την ίδια την ταυτότητα ενός λαού, μιας κοινωνίας, από εμάς τους ίδιους.

Και ασφαλώς ακόμα περισσότερο όταν μιλάμε για την ψυχική υγεία ενός ατόμου και την διαγραφόμενη παρουσία του σαν προσωπικότητα.

Η πολιτιστική στάθμη ενός λαού, η κοινωνικοπολιτική του κατάσταση, τα ήθη του και τα προβλήματά του, ρυθμίζουν και ορίζουν τη συνισταμένη του χαρακτήρα και για κάθε άτομο ξεχωριστά.

Συνεπώς η εξάλειψη και περιορισμός των ψυχικών νόσων σημαίνει γενικές, περιβαλλοντολογικές και βεβαίως προσωπικές ισορροπίες, ανθρώπινη επικοινωνία, υγιείς σχέσεις και πάνω απ' όλα πρόληψη όλων των παραγόντων που μπορεί ο άνθρωπος να εξουδεύσει.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. BECKMAN H, RIEDERER P. : " PATHOCHEMICAL MARKERS IN MAJOR PSYCHOSES. SPRINGER-VERLAG 1985.
 2. CARLSSON, A. 1974: ANTIPSYCHOTIC DRUGS AND CATECHOLAMINE SYNAPSES.
 3. HARISON N. : " Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ - ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ" (BALDESSARINI R., LIPINSKI J.)
 4. NANOY K., : Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.
 5. ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ : Ψυχιατρική Νοσηλευτική.
 6. ΧΑΡΤΟΚΟΛΗΣ Π. : Εισαγωγή την Ψυχιατρική, Αθήνα 1987.
-