

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ"



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ:
Ηλιάδου Ισακία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
κ. Νάνου Κυριακή

Πάτρα

Νοέμβριος 1995

ΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1945
---------------------	------

Σε όλους τους ψυχικά ασθενείς, με
την ευχή και την ελπίδα να μπορέσουν να
ξανααντικρύσουν τον κόσμο υγιείς.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Πρόλογος	σελ.	1
2. Εισαγωγή - Ορισμός	σελ.	2
3. Αίτια	σελ.	3
α. Γενετικά αίτια	σελ.	3
β. Η ντοπαμίνη	σελ.	4
γ. Παθοφυσιολογικές υποθέσεις	σελ.	5
δ. Ψυχολογικές θεωρίες	σελ.	5
ε. Ψυχαναλυτικές θεωρίες	σελ.	6
στ. Οικογένεια και επικοινωνία	σελ.	7
ζ. Κοινωνιολογικές θεωρίες	σελ.	8
4. Διάγνωση της Σχιζοφρένειας	σελ.	9
5. Κλινική εικόνα - Πορεία	σελ.	11
6. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας	σελ.	13
α. Ίδέψη	σελ.	14
β. Παραλήρημα	σελ.	15
γ. Ψευδαισθήσεις	σελ.	16
δ. Συναίσθημα	σελ.	17
ε. Βούληση	σελ.	18
στ. Συμπεριφορά	σελ.	18
ζ. Ψυχοκινητικότητα	σελ.	19
7. Κλινικοί τύποι της Σχιζοφρένειας	σελ.	20
α. Παρανοϊκός τύπος	σελ.	20
β. Κατατονικός τύπος	σελ.	20
γ. Αποδιοργανωμένος τύπος	σελ.	21
δ. Αδιαφοροποίητος τύπος	σελ.	22
ε. Υπολειμματικός τύπος	σελ.	22
8. Διαφορική Διάγνωση	σελ.	23
9. Επιπλοκές	σελ.	24
10. Επιδημιολογικά	σελ.	25
11. Πρόγνωση	σελ.	26

12. Θεραπεία	σελ.	27
α. Φαρμακοθεραπεία	σελ.	27
β. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία	σελ.	28
γ. Θεραπεία Περιβάλλοντος	σελ.	28
δ. Συνεργασία με την οικογένεια	σελ.	29
ε. Αποθεραπεία-Αποκατάσταση	σελ.	30

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Γενικό Πλάνο Νοσηλείας	σελ.	31
2. Νοσηλευτική Παρέμβαση	σελ.	33
A) Νοσηλευτική Παρέμβαση στο Οξύ Σχιζοφρενικό επεισόδιο	σελ.	34
B) Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Χρόνιες Καταστάσεις	σελ.	36
α. Ίδρυματοποίηση	σελ.	36
I) Ελλείψη εξωτερικών επαφών	σελ.	36
II) Απώλεια της προσωπικότητάς του	σελ.	37
III) Απώλεια της ατομικότητας	σελ.	37
β. Κοινωνικοποίηση και Αποκατάσταση	σελ.	38
- Μέσα ποιότητας της ενεργητικότητας	σελ.	40
- Ψυχικά και σωματικά φροντίδα ασθενή σε υπερδιέγερση	σελ.	41
Γ) Νοσηλευτική Παρέμβαση ανάλογα με τον κλινικό τύπο της ασθένειας	σελ.	42
1. Σε ασθενείς με υπερδιέγερση	σελ.	42
2. Σε κατατονικούς ασθενείς	σελ.	43
3. Φροντίδα ασθενών με άρνηση σίτισης	σελ.	45
4. Φροντίδα ασθενών με ψευδαισθήσεις	σελ.	46
5. Φροντίδα παρανοϊκών ασθενών	σελ.	48
Δ) Νοσηλευτική Διεργασία	σελ.	49
1) Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας στο χώρο της	σελ.	55
E) Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας στην Κοινωνία και Κοινωνική Αποκατάσταση του Αρρώστου	σελ.	57
1. Βασικός φροντίδας, αγάπης, σιτοφάνης	σελ.	57
2. Εγχειρίδια ανάμεσα στους γονείς	σελ.	57
3. Συναισθηματική σταθερότητα στην σχέση με το παιδί	σελ.	58
4. Πόνοια νοσημάτων και νοσηλεία	σελ.	58

ΣΤ) Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας στον Τομέα της πρόληψης της ψυχικής υγείας	σελ. 60
Ζ) Η Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια στα πλαίσια της κοινότητας	σελ. 62
Επίλογος	σελ. 63
Βιβλιογραφία	σελ. 64

I. Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

1. Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία αυτή, αναφέρεται στη Σχιζοφρένεια. Στο σχίσιμο της διάνοιας και στη δημιουργία μιας παράλογης ένωσης μεταξύ πραγματικού-φανταστικού.

Αναφέρεται σ' αυτό που όλοι, απερίφραστα, ονομάζουμε "τρέλλα" και σ' όσους ευκολότατα χαρακτηρίζουμε "τρελλούς".

Σκοπός της είναι, να σταματήσουμε όλοι να ρίχνουμε την πέτρα του αναθέματος σε κάποιον που, κυριολεκτικά, υποφέρει, και να καταβάλουμε κάθε προσπάθεια για την ίασή τους.

Αλλωστε είναι ιδιαίτερα δύσκολος ο διαχωρισμός τρελών-λογικών. Και ίσως όλοι εμείς, οι υπόλοιποι, να ανήκουμε στους πρώτους.

Το Σύνδρομο Σχιζοφρένεια

2. Εισαγωγή - Ορισμός

Ο όρος "Σχιζοφρένεια" προτάθηκε το 1911 από τον Μπλόυλερ για να περιγράψει το σύνδρομο, που, νωρίτερα (1860) χαρακτηρίστηκε ως "πρώιμη άνοια" από τον Morel.

Σύντομα, αποδείχτηκε από μελέτες ότι δεν επρόκειτο για άνοια, αλλά για βαριά ψυχωτική διαταραχή, που περιγράφηκε ως σχίσισμο του μυαλού και έτσι υιοθετήθηκε ο όρος "Σχιζοφρένεια".

Παρά τις συνεχόμενες έρευνες και μελέτες που γίνονται, δεν κατορθώθηκε ούτε η τέλεια θεραπεία αυτής της μάστιγας, αλλά ούτε και η προφύλαξη από αυτήν. Για το λόγο αυτό, άλλωστε, δεν έχουν διαγνωστεί πλήρως και τα αίτιά της.

Σήμερα, λοιπόν, η Σχιζοφρένεια θεωρείται ως ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερική και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν. Το ίδιο και τη ζωή του. Αυτή η παραμόρφωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχές-συμπτώματα σχετικά με την αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα.

Είναι πολύ σημαντικό το να μην θεωρήσουμε τον σχιζοφρενικό ως "στίγμα". Αλλωστε, οι κλινικές εκδηλώσεις της ασθένειας ποικίλουν πάρα πολύ. Συναντούμε καταστάσεις έντονης διέγερσης μέχρι την τέλεια απάθεια και απόσυρση και από την πιο απλή εκκεντρικότητα μέχρι την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά.

3. Αίτια

Η αιτία της Σχιζοφρένειας, αν και αναζητείται εδώ και πάρα πολλά χρόνια από πολλούς ερευνητές ανά τον κόσμο, δεν έχει βρεθεί ακόμη. Ωστόσο, προοδευτικά, έγινε αντιληπτό ότι ίσως να είναι λάθος το να αναζητείται συγκεκριμένη αιτιολογία και ότι η Σχιζοφρένεια, όπως άλλωστε και οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές, περιλαμβάνει σύμπλοκη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών.

Οι μέχρι τώρα έρευνες ήταν μονοδιάστατες· αναφέρονταν σε παθολογοανατομικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου, διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, μεταβολικές διαταραχές, νευροχημικές ανωμαλίες, ενδοκρινική δυσλειτουργία κτλ. Οι νέες ερευνητικές μεθοδολογίες εξετάζουν την αλληλεπίδραση άλλων παραγόντων όπως, γενετική προδιάθεση και περιβάλλον, που ίσως δώσουν πιο ουσιαστικές απαντήσεις.

Παρακάτω αναφέρονται οι πιο συζητημένες αιτιολογικές υποθέσεις, αναφορικά με το σύνδρομο Σχιζοφρένεια.

α. Γενετικά αίτια

Μετά από έρευνες βασισμένες σε στατιστικές, αποδείχτηκε ότι η κληρονομικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, προδιαθέτοντας για την εμφάνιση της Σχιζοφρένειας. Αυτή, εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με γονική ή αδελφική σχέση με σχιζοφρενικούς ασθενείς.

Μελέτες που έγιναν για υιοθετημένα παιδιά, έχουν αποδείξει τη συγκέντρωση της Σχιζοφρένειας στους βιολογικούς γονείς, αν και τα παιδιά αυτά ανατράφηκαν σε διαφορετικό περιβάλλον και με διαφορετικό τρόπο.

Ενδιαφέροντα συμπεράσματα παρέχει η μέθοδος διερεύνησης με μελέτη μονοζυγωτών διδύμων, που εφαρμόστηκε από τον Κάλμαν, στη Γερμανία. Οι μελέτες αυτές σταθερά δείχνουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης της Σχιζοφρένειας και στους δύο μονοζυγώτες διδύμους σε ποσοστό 40 %. Το ποσοστό αυτό στους διζυγώτες είναι περίπου 20 %.

Βέβαιο είναι, πάντως, ότι υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στη Σχιζοφρένεια, αλλά δεν πρέπει να μας διαφεύγει και το γεγονός ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό διζυγωτών - γύρω στο 80% -

αλλά και μονοζυγωτών - 20 % - η σχιζοφρένεια δεν αναπτύσσεται και στα δύο μέλη του ζεύγους, πράγμα που αποδεικνύει και τη βαρύτητα των μη γενετικών παραγόντων.

Μελετητές, που ασχολήθηκαν με το μηχανισμό διάδοσης της Σχιζοφρένειας από γενιά σε γενιά κατέληξαν ότι οφείλεται σε μοναδικό γονίδιο ενδιάμεσης διεισδυτικότητας ή σε ποικιλία γονιδίων με διαφορετική ισχύ. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ο γονότυπος χαρακτηρίζεται από κάποιο μεταβολικό λάθος, που δεν έχει αποκαλυφθεί ακόμα και που οδηγεί στην Σχιζοφρένεια.

β. Η ντοπαμίνη

Εκκινώντας από την ιδέα ότι ο μηχανισμός δράσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων, θα μπορούσε να φωτίσει την παθοφυσιολογία και των σχιζοφρενικών διαταραχών, η ντοπαμίνη θεωρήθηκε ως η κυριότερη βιολογική αιτία.

Εφόσον έχει αποδειχτεί ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αναστέλλουν τη μεταβίβαση νευρικών ερεθισμάτων, αναστέλλοντας τη δράση ως νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη, στους υποδοχείς της στον μετασυναπτικό νευρώνα, δημιουργήθηκε η υπόθεση ότι η Σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται ή έστω να σχετίζεται με υπερβολικά επίπεδα δραστηριότητας της ντοπαμίνης.

Ωστόσο, η υπόθεση αυτή, δεν μπορεί να υιοθετηθεί για να εξηγήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα των αντιψυχωτικών φαρμάκων και τα αίτια, κατ'επέκταση, της Σχιζοφρένειας, γιατί παρουσιάζονται ορισμένα προβλήματα:

α) Δεν έχει αποδειχτεί η αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης στους εγκεφάλους των σχιζοφρενών.

β) Αν και ο αποκλεισμός των υποδοχέων ντοπαμίνης φαίνεται να συμπίπτει με τα αντιψυχωτικά αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων, δεν έχει αποδειχτεί ότι αυτός είναι ο μηχανισμός με τον οποίο βελτιώνεται η ψύχωση.

γ) Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά σχιζοφρενικά αλλά έχουν αντιψυχωτικά αποτελέσματα και σε άλλες διαταραχές, όπως μανία, κατάθλιψη, οργανικές ψυχώσεις κτλ.

Ετσι, ουσιαστικά η υπόθεση της ντοπαμίνης δεν έχει αποδειχτεί ακόμη.

γ. Παθοφυσιολογικές υποθέσεις

Οι παθοφυσιολογικές υποθέσεις που υπάρχουν, λογικοφανείς ή όχι, ζητούν να εξηγήσουν το φαινόμενο της Σχιζοφρένειας ως εκδήλωση κάποιας μορφολογικής ή λειτουργικής ανωμαλίας οργάνου ή οργανικού συστήματος του αρρώστου. Ιστοπαθολογικές και ηλεκτροεγκεφαλικές έρευνες, αποσκοπούν στην αναγνώριση κάποιας λοίμωξης κατά την ενδομήτρια ή περιγεννητική ζωή από ιό με επώαση μακράς διάρκειας ή στη διαπίστωση κάποιας τραυματικής, κυκλοφοριακής ή εκφυλιστικής αλλοίωσης του εγκεφάλου. Βιοχημικές αναλύσεις αποσκοπούν στον εντοπισμό των αιτιών της Σχιζοφρένειας σε ποσοτική ή ποιοτική διακύμανση ορμονών, ενζύμων ή άλλων ουσιών, που επιδρούν στους νευροϋποδοχείς και γενικά στον μηχανισμό της συνοπτικής διαβίβασης.

δ. Ψυχολογικές θεωρίες

Χαρακτηριστική είναι η θεωρία του Μέντνικ, σύμφωνα με την οποία, η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μία αγχώδη διάθεση, που ο εθισμός δεν καταφέρνει να την αποδυναμώσει γρήγορα. Η διάθεση αυτή μπορεί να είναι κα κληρονομική και επίκτητη. Όταν το άγχος βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, τα ερεθίσματα του εσωτερικού και εξωτερικού κόσμου ενός τέτοιου ατόμου γενικεύονται, χωρίς πια να ξεχωρίζουν το ένα από το άλλο, κάτι που προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψη του ατόμου και που είναι δυνατό να οδηγήσει σε σχιζοφρενική κρίση. Τα άτομα αυτά καταφεύγουν σε απεγνωσμένες προσπάθειες να βρουν απομακρυσμένους συνειρμούς σκέψης, ώστε να αποφεύγουν ή να μειώνουν το άγχος και τελικά επέρχεται μια αποσύνδεση των νοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών, δηλαδή μια κατάσταση που χαρακτηρίζει τη χρόνια σχιζοφρένεια.

Άλλη, εξίσου σημαντική ψυχολογική θεωρία, είναι αυτή που διατυπώθηκε από τον Μπλουύερ, διευθυντή της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Ζυρίχης για πολλά χρόνια. Η θεωρία αυτή υποστήριζε ότι υπάρχουν οργανικές βλάβες, παθολογικά γονίδια ή ειδικοί παράγοντες στο περιβάλλον του αρρώστου, που να εξηγούν τη διαταραχή. Οτι η τάση για σχιζοφρένεια υπάρχει στα κληρονομούμενα γονίδια ενός ατόμου, που αν και ομαλά αυτά τα ίδια σχηματίζουν ένα δυσάρμονικό σύνολο, έτσι ώστε, καθώς το άτομο αναπτύσσεται, να δημιουργείται ασυμφωνία μεταξύ προσωπικότητας και κοινωνικής εμπειρίας.

ε) Ψυχαναλυτικές θεωρίες

Αν και η γενετική προδιάθεση δεν αποκλείεται από τις ψυχαναλυτικές θεωρίες, κυρίως υποστηρίζεται ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχογενής διαταραχή, διαταραχή των λειτουργιών του εγώ, που έχει σαν αποτέλεσμα την απόσυρση του ενδιαφέροντος του ατόμου από το περιβάλλον του στον εαυτό του.

Σύμφωνα με τις ψυχαναλυτικές θεωρίες, κάθε ψυχογενής διαταραχή πηγάζει από κάποια τραυματική εμπειρία ή ενδοψυχική διαμάχη της παιδικής ηλικίας, που υποβόσκει στο ασύνειδο, χωρίς να προξενεί φανερές ή σοβαρές ενοχλήσεις, ως τη στιγμή που ειδικές συγκυρίες - κυρίως αυξημένες βιολογικές και κοινωνικές απαιτήσεις που αντιμετωπίζονται καθώς γίνεται το πέρασμα από την παιδική στην εφηβική ηλικία - τις αναζωπυρώνουν, προκαλώντας άγχος και ψυχιατρικά φαινόμενα:— Ο βαθμός στον οποίο μπορεί ένα ασύνειδο πρόβλημα να εξελιχθεί σε ψυχωτική διαταραχή, εξαρτάται από τη χρονική στιγμή την οποία συνέβη, σε ποια ακριβώς ηλικιακή φάση βρισκόταν το άτομο και από τον ακριβή αντίκτυπο στον ψυχισμό του. Οσο πιο πρωτόγονο είναι το στάδιο που δημιουργήθηκε μια τέτοια καθήλωση, τόσο μεγαλύτερη και η τάση για παλινδρόμηση και χειρότερη η εξέλιξη της διαταραχής. Η σχιζοφρένεια συνδέεται με το στοματικό στάδιο.

Μέσα στα εξελικτικά στάδια, που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη οντογένεση, δημιουργείται η ψυχική δομή, που αποτελείται από το εγώ, το υπereγώ και το εκείνο. Η στερεότητα ή συνοχή αυτής της ψυχικής δομής, πάνω στην οποία θα στηριχτεί η μετέπειτα ψυχική ισορροπία του ατόμου, εξαρτάται από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, που δίνουν υπόσταση στην εμπειρία του. Στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού, πρωτεύοντα ρόλο παίζει η μητέρα. Αγαθές σχέσεις μητέρας-παιδιού, με την πρώτη επαφή μετά τη γέννηση, προϋποθέτουν για ομαλή εξέλιξη της προσωπικότητάς του. Αν οι σχέσεις αυτές στιγματίζονται από δυσάρεστα γεγονότα και άγχος, δημιουργείται τραυματική εμπειρία, με άσχημες επιπτώσεις για την ψυχική δομή του παιδιού. Έτσι, οι λειτουργίες του εγώ και του υπereγώ δεν μπορούν να ελέγξουν την αυξημένη επιθετικότητα του παιδιού, προδιαθέτοντάς το για σχιζοφρένεια, αφού η εμπειρία εντοπίζεται στην στοματική περίοδο της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης, ή για μια οριακή διαταραχή προσωπικότητας αν το τραύμα συμπίπτει με ένα κάπως πιο προχωρημένο στάδιο ανάπτυξης.

Αντίθετα, άτομα ψυχικά ισορροπημένα καθοδηγούνται από την κρίση τους, βασική λειτουργία του εγώ. Στη σχιζοφρένεια, που το

εγώ είναι ιδιαίτερα αδύναμο, το υπερεγώ έρχεται στην επιφάνεια με αυταρχικό, απαγορευτικό ή κηδεμονικό τρόπο, που θυμίζει τις σχέσεις παιδιού-γονιών και κυρίως με τον πατέρα.

Άλλη, ανάλογη ερμηνεία, λέει ότι τα ψυχικά τραύματα ή οι συγκρούσεις που ευθύνονται για τη σχιζοφρένεια, ανάγονται στην κρίσιμη εξελικτική φάση εξέλιξης του παιδιού, που συμπίπτει με την ανάπτυξη της γλώσσας ως μέσου έκφρασης των εσωτερικών αναγκών σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον.

Παρ'όλες τις ψυχαναλυτικές θεωρίες που αναπτύχθηκαν, εξακολουθεί να είναι αμφιλεγόμενη η σημασία των τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας.

στ. Οικογένεια και Επικοινωνία

Ψυχαναλυτική στη βάση της είναι η άποψη ότι το οικογενειακό περιβάλλον, ανεξάρτητα από την κληρονομικότητα ή ψυχολογικά τραύματα και διαμάχες στη νηπιακή ηλικία, επιδρά αποφασιστικά στη δημιουργία ενός σχιζοφρενικού αρρώστου. Εδώ το πρόβλημα έγκειται κυρίως στη δομή της οικογένειας, ειδικά στη σχέση του ατόμου που θα εξελιχθεί σε σχιζοφρενή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, κυρίως με τους γονείς στο ρόλο τους ως γονέων, όπως υπαγορεύεται από την αναμεταξύ τους σχέση.

Έχει παρατηρηθεί ότι μητέρες σχιζοφρενικών ατόμων ασκούν κυριαρχική επιρροή στις υποθέσεις της οικογένειας, υποσκελίζοντας τον πατέρα στα παραδοσιακά του καθήκοντα. Εκείνος, μόνο κατ'επίφαση διατηρεί την ευθύνη, ενώ ουσιαστικά μένει αμέτοχος στις αποφάσεις που αφορούν τα μέλη της οικογένειας, μακρινός, αδιάφορος και ανίσχυρος να επιβάλλει τη θέλησή του. Ανάλογη είναι και η συμπεριφορά της απέναντι στο παιδί το οποίο μόνο υποθετικά διατηρεί το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής και απόφασης.

Οι επιθυμίες αυτές της μητέρας εκφράζονται με τρόπο αντιφατικό ή διφορούμενο, που προκαλεί διλήμματα στο παιδί, τα οποία εκείνο προσπαθεί να αντιμετωπίσει παίρνοντας μια στάση αμφιθυμική, αναποφασιστή και το ίδιο όπως η μητέρα του, παραπλανητική όσον αφορά τις αληθινές του σκέψεις και συναισθήματα, κάτι που στο τέλος επικρατεί ως σχιζοφρενική συμπεριφορά και νοοτροπία.

ζ. Κοινωνιολογικές θεωρίες

Οι απόψεις αυτές, αποδίδουν τη σχιζοφρένεια στην ανταγωνιστική, καταναλωτική κοινωνία, η οποία, όμως, δεν διέπεται από σταθερές ηθικές αξίες. Η σχιζοφρενική διαταραχή οφείλεται στις πιέσεις της κοινωνίας αυτής στα άτομα, στην ανάγκη προσαρμογής σε έναν απρόσωπο τρόπο ζωής ενός βιομηχανικού, τεχνοκρατικού πολιτισμού, στον αγώνα για ατομική κοινωνική υπόσταση, γεγονός που αφορά κυρίως τις γυναίκες και τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

Ειδικότερα, αναφέρεται ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις πιο φτωχές και αποργανωμένες συνοικίες βιομηχανικών πόλεων, παρατήρηση που διατύπωσε στις αρχές του αιώνα ο Μπλόυλερ, ο οποίος θεώρησε ένα τέτοιο περιβάλλον περισσότερο σαν αποτέλεσμα, παρά σαν αιτία της διαταραχής.

Άλλη κοινωνιολογική άποψη, πιο ακραία, υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια αντιπροσωπεύει μια ατομική διαμαρτυρία εναντίον των πάνθων και αντιφατικών όρων, που επιβάλλει η παραδοσιακή κοινωνία στα μέλη της. Σύμφωνα, επομένως, μ'αυτή την άποψη, δεν πρόκειται για αρρώστια αλλά για προσωπική, ατομική, επαναστατική πράξη.

4. Διάγνωση της Σχιζοφρένειας

Για πολλά χρόνια γίνονταν και συνεχίζονται οι προσπάθειες πολλών ερευνητών για να οριοθετηθεί σαφώς το σύνδρομο Σχιζοφρένεια, πράγμα που θα συμβάλλει απεριόριστα και στην πρόγνωση αλλά και στη θεραπεία των ασθενών..

Η πιο πρόσφατη προσπάθεια κατέληξε στο σύστημα DSM-III και DSM-III-R. Το σύστημα αυτό αρχικά αποκλείει άλλες διαταραχές όπως "λανθάνουσα", "μεταιχμιακή" ή "απλή" σχιζοφρένεια, γιατί δεν παρουσιάζουν σαφή και φανερά ψυχωτικά συμπτώματα. Στη συνέχεια προσπάθησε να περιγράψει σαφώς χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα και έβαλε διαγνωστικούς περιορισμούς, όπως η απώλεια λειτουργικότητας για περισσότερο από έξι μήνες και ο αποκλεισμός άλλων ψυχωτικών διαταραχών.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας κατά το σύστημα DSM-III-R, είναι τα εξής.

A. Παρουσία των παρακάτω ψυχωτικών συμπτωμάτων, τουλάχιστον για μια εβδομάδα, εκτός αν τα συμπτώματα θεραπευτούν με επιτυχία.

(1) Δύο από τα παρακάτω.

- α. παραληρητικές ιδέες
- β. προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις (σε όλη τη διάρκεια της μέρας, για ημέρες ή εβδομάδες. Κάθε ψευδαισθητική εμπειρία έχει διάρκεια μεγαλύτερη από μερικά λεπτά).
- γ. ασυναρτησία ή εξεσημασμένη χάλαση των συνειρμών.
- δ. κατατονική συμπεριφορά.
- ε. επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναίσθημα.

(2) Αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες.

(3) Προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις, από φωνές με περιεχόμενο που, προφανώς, δεν έχει σχέση με κατάθλιψη ή έξαρση. Ίσως, όμως, να ακούει ότι σχολιάζουν συνεχώς τη συμπεριφορά του ή τις σκέψεις του.

B. Κατά τη διάρκεια της πορείς της διαταραχής παρατηρείται πτώση της λειτουργικότητας, πολύ κάτω από το ανώτατο επίπεδο, όπου είχε φτάσει πριν την έναρξη της διαταραχής. Η πτώση της λειτουργικότητας εμφανίζεται στην εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις, την αυτοφροντίδα.

Γ. Συνεχή σημεία της διαταραχής για, τουλάχιστον, έξι μήνες. Η περίοδος αυτή θα πρέπει, οπωσδήποτε, να περιλαμβάνει την ενεργό φάση, κατά τη διάρκεια της οποίας υπήρχαν ψυχωτικά συμπτώματα, χαρακτηριστικά της Σχιζοφρένειας.

Δ. Δεν μπορεί να αποδειχτεί ότι ένας οργανικός παράγοντας ξεκίνησε ή συντήρησε τη διαταραχή.

Ε. Αν υπήρχε ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της Σχιζοφρένειας τίθεται μόνο όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.

5. Κλινική Εικόνα-Πορεία

Η Σχιζοφρένεια, συνήθως, εμφανίζεται στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Εκδηλώνεται με διαφόρων μορφών διαταραχές στη συμπεριφορά, όπως αδιαφορία για τα μαθήματα, εγκατάληψη του κοινωνικού περίγυρου, αναζήτηση μνημάτων για τον ίδιο, μέσα από τίτλους εφημερίδων, άλλων εντύπων ή εκπομπών από τηλεόραση και ραδιόφωνο. Παρατηρείται μια γενικότερη απόσυρση από καθιερωμένες, καθημερινές ενασχολήσεις, αδυναμία εκπλήρωσης καθημερινών αναγκών και υγιεινής. Παρατηρείται άγχος και υπερευαίσθησις σε εξωτερικά ή διαπροσωπικά ερεθίσματα, μέχρι να απορροφηθεί τελείως από τον εαυτό του, όταν, δηλαδή, αρχίζει να παρορσιάζει αμβλύ συναίσθημα, πτωχεία λόγου, παράξενες πεποιθήσεις, παραισθήσεις κτλ.

Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις που η Σχιζοφρένεια δεν αναπτύσσεται με τον τρόπο αυτό, αλλά εμφανίζεται ξαφνικά μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή ο ασθενής μπαίνει κατευθείαν στην ενεργό φάση.

Ασχετα με το αν εμφανιστεί ή όχι η πρόδρομη φάση, η ενεργός φάση εμφανίζεται οπωσδήποτε. Τότε η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται ιδιαίτερα διαταραγμένοι. Παρουσιάζουν σε έντονο βαθμό παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά, που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική. Η ενεργός φάση μπορεί να διαρκέσει από λίγες ημέρες έως εβδομάδες ή και απροσδιόριστο χρόνο.

Μετά την πάροδο της ενεργού φάσης, ακολουθεί η υπολειμματική που παρουσιάζει συμπτώματα παρόμοια με της πρόδρομης φάσης.

Σημειώνουμε ότι πάντα υπάρχει πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων και ίαση. Η πιο συνηθισμένη πορεία, όμως, είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής φάσης ανάμεσα στα επίπεδα ή στασιμότητα. Έτσι, αν συναντήσουμε έναν σχιζοφρενικό ασθενή, που επιστρέφει σε φυσιολογική λειτουργικότητα μετά από ψυχωτικά επεισόδια, θα πρέπει να αναρωτηθούμε για τη διάγνωσή μας και να ελέγξουμε και για άλλες πιθανότητες (π.χ. διπολική διαταραχή, ψύχωση από ψυχοδραστικές ουσίες κτλ.).

Ετσι, ακόμη και αν ο σχιζοφρενικός ασθενής παρουσιάσει ύφεση των συμπτωμάτων ή και ίαση, σίγουρα θα παρουσιάσει αργότερα κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής αδεξιότητας, με ποικιλία εύρους, ώστε άλλοι ασθενείς να χρειάζονται μακροχρόνια νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα και άλλοι να διάγουν μια ζωή "φυσιολογική", ενταγμένοι, στο βαθμό που μπορούν, στο κοινωνικό σύνολο, στην οικογένεια, στη μαθητική ή φοιτητική κοινότητα, με αναπτυγμένες διαπροσωπικές και σεξουαλικές σχέσεις, οι οποίες όμως δεν είναι δυνατό να διαρκέσουν μεγάλο χρονικό διάστημα.

6. Χαρακτηριστικά Συμπτώματα της Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια αποτελεί σύνδρομο, όπως άλλωστε και οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές. Τα συμπτώματα, που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο, αφορούν όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου, δηλαδή τη σκέψη, το συναίσθημα, την αίσθηση του εαυτού, την αντίληψη, τη βούληση, τη διαπροσωπική λειτουργικότητα και τη σχέση με τον έξω κόσμο και την ψυχοκινητικότητα. Τα συμπτώματα του σχιζοφρενικού αρρώστου ποικίλουν σε μορφή και ένταση ανάλογα με την εξελικτική φάση, στην οποία βρίσκεται η ασθένεια.

Εξάλλου, μια προσπάθεια για ευκολότερη κατανόηση του τρόπου εμφάνισης της ασθένειας, επιβάλλει το διαχωρισμό των συμπτωμάτων της σε πρόδρομα και όψιμα.

Τα πρόδρομα συμπτώματα εμφανίζονται τόσο κατά την πρόδρομη, όσο και κατά την υπολειμματική φάση της αρρώστιας, δηλαδή και πριν αλλά και μετά την εκδήλωση της ενεργού φάσης. Και στις δύο περιπτώσεις όμως, δεν οφείλονται ούτε σε διαταραχή της διάθεσης, ούτε σε διαταραχή της λήψης των ψυχοδραστικών ουσιών.

Τα κυριότερα από αυτά είναι τα εξής:

- διαταραγμένος ύπνος
- κοινωνική απομόνωση και απόσυρση
- αντιμετώπιση δυσκολιών στην εργασία και σε όλες τις συνήθειες δραστηριότητες
- ιδιόρρυθμη συμπεριφορά
- επίταση της παρανοϊκότητας με ιδέες συσχέτισης. Έχει την εντύπωση ότι μιλούν συνέχεια γι'αυτόν, τον κοιτάζουν ή του κάνουν νοήματα
- υπεραπασχόληση με θρησκευτικά ή φιλοσοφικά θέματα
- επίταση της μεγαλομανίας του
- έκπτωση στην προσωπική υγιεινή και περιποίηση του εαυτού του

- έλλειψη πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων, ενεργητικότητας
- παρεκβατικός, αόριστος, υπερλεπτομερειακός ή φτωχότατος σε περιεχόμενο λόγος
- ανάγκη αύξησης της δόσης των χορηγούμενων αντιψυχωτικών φαρμάκων
- παράξενες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη, που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του
- αναποφασιστικότητα
- αδιαφορία για οτιδήποτε συμβαίνει γύρω τους, ακόμα και να τους αφορά άμεσα.

Τα όψιμα συμπτώματα, αυτά δηλαδή που εκδηλώνονται κατά την ενεργό φάση της ασθένειας, είναι, ανάλογα με την ψυχολογική λειτουργία, όπου αναφέρονται, τα εξής:

α. Σκέψη

Η σκέψη διαταράσσεται σε μεγάλο βαθμό. Η διαταραχή παίρνει τη μορφή παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων ή χαρακτηριστικής ιδιομορφίας στον τρόπο σκέψης. Ο τρόπος σκέψης του σχιζοφρενούς ασθενή παρουσιάζει εντονότατη διαταραχή στη βάση της και όχι στο περιεχόμενό της. Σύμφωνα με την άποψη του Μπλόυερ, η συγκεκριμένη αυτή διαταραχή είναι η χάλαση των συνειρμών. Οι ιδέες που εκφράζονται δεν έχουν σχέση μεταξύ τους, ούτε καμία σύνδεση, ενώ ο ίδιος δεν έχει τη συναίσθηση της ασυναρτησίας όσων λέει ή κάνει. Η ασυναρτησία των λόγων μπορεί να φτάσει και στο σημείο της γλωσσικής σαλάτας, δηλαδή σ'ένα ακατανόητο μείγμα λέξεων και φράσεων.

Χρησιμοποιούνται, επίσης, συχνά νεολογισμοί, δηλαδή λέξεις ή φράσεις ασυνήθιστες ή και τελείως αχρησιμοποίητες. Παρατηρείται έντονη εμμονή σε συγκεκριμένες λέξεις ή ιδέες, οι οποίες άλλωστε, διατυπώνονται πάντοτε με τον ίδιο τρόπο-φαινόμενο της στερεοτυπίας. Ο λόγος, ορισμένες φορές διακόπτεται ή παύει τελείως, παρά τη θέληση του ατόμου-ανακοπή. Συχνότατα παρατηρείται βωβότητα.

β. Παραλήρημα

Αποτελεί την πιο χαρακτηριστική διαταραχή του περιεχομένου της σχιζοφρενικής σκέψης.

Ορίζεται ως μια προσωπική φαντασίωση, που, όποιος την κάνει, τη θεωρεί πραγματική παρά το ότι είναι αντικειμενικά αποδεδειγμένη η απουσία της από την πραγματικότητα. Μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερεις τύπους παραληρήματος:

- Παραλήρημα καταδίωξης. Είναι η πεποίθηση κατά την οποία κάποιος ή κάποιοι τον έχουν επισημάνει και τον επικρίνουν ή τον απειλούν συνεχώς.

- Παραλήρημα ελέγχου. Η ιδέα ότι η συμπεριφορά του, οι σκέψεις, οι ιδέες και τα συναισθήματά του μπορούν να επηρεαστούν από το ραδιόφωνο, την τηλεόραση ή αλλού.

- Παραλήρημα μεγαλείου. Η ιδέα κατοχής κάποιας ιδιαιτερότητας, μοναδικής ιδιότητας ή ενσάρκωσης συγκεκριμένης ιστορικής προσωπικότητας.

- Σωματικό παραλήρημα. Η ιδέα ότι κάτι ανεξήγητο ή καταστροφικό συμβαίνει στο σώμα του.

Το παραλήρημα σε κάθε του μορφή, υποδηλώνει την ανασφάλεια του εγώ, το άτομο που αισθάνεται άμεσο τον κίνδυνο από άτομα ή καταστάσεις καθώς και την πρόθεσή του να αμυνθεί και να αποφύγει τον κίνδυνο και να ενισχύσει το εγώ του.

Χαρακτηριστικό του σχιζοφρενικού παραληρήματος είναι το γεγονός ότι το περιβάλλον διαδραματίζει μέσα σ' αυτό, ρόλο ενεργητικό, συνήθως απειλητικό, υποτιμητικό ή κριτικό για τον άρρωστο, ενώ πολύ σπάνια ο ρόλος του είναι υποστηρικτικός απέναντί του.

Ωστόσο, στα αρχικά στάδια της ασθένειας, πριν φτάσουμε στη μορφή του παραληρήματος καταδίωξης, ο άρρωστος έχει την εντύπωση ότι είναι το κέντρο της προσοχής κάποιων, που τις περισσότερες φορές τον ειρωνεύονται ή τον οικτρίζουν και σπανιότερα σχεδιάζουν κάτι κακό γι' αυτόν.

γ. Ψευδαισθήσεις

Οι ψευδαισθήσεις, που αποτελούν την ακραία μορφή παραληρήματος, είναι η πιο εντυπωσιακή διαταραχή της σκέψης και ειδικότερα της αντίληψης. Δημιουργούνται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα. Οι ψευδαισθήσεις είναι δυνατό να πάρουν μία ή περισσότερες από τις αισθητήριες διαστάσεις. Μπορεί, δηλαδή να είναι ακουστικές, οπτικές, απτικές, οσφρητικές ή κιναισθητικές.

Εφόσον, λοιπόν, αναφερόμαστε στην πιο προχωρημένη μορφή παραληρήματος, μπορούμε να πούμε ότι ο ασθενής στη φάση αυτή δεν νομίζει απλώς ότι καταδιώκεται αλλά τώρα τους ακούει να τον απειλούν και να τον επικρίνουν. Ορισμένες πάλι φορές, "βλέπει" και "ακούει" πλήθος που τον επευφημεί και στη συνέχεια αναφέρεται σ' αυτό το φανταστικό πλήθος ως κάποια γνωστή φυσιογνωμία π.χ. Ιησούς Χριστός, Μ.Ναπολέον, κτλ. Μπορεί να αισθάνεται τη γεύση ενός φαρμάκου, που νομίζει ότι του χορηγούν ή την οσμή δηλητηριώδους αερίου, που εκπέμπεται με σκοπό τη δολοφονία του.

Η επιλογή της αίσθησης που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποια προσφέρεται καλύτερα προς έκφραση του ψυχολογικού προβλήματος του υποκειμένου. Έτσι παρατηρείται ότι τα αισθήματα ενοχής εκφράζονται κυρίως με τη μορφή των ακουστικών ψευδαισθήσεων, όπου δηλαδή ο ασθενής "ακούει" φωνές που τον ψέγουν π.χ. για την ομοφυλοφιλία του, την ερωτομανία ή την ανηθικότητά του. Οι φωνές στη φάση αυτή, είναι αυτές που αντιστοιχούν σε πραγματικά άτομα του περιβάλλοντος του ασθενή, που έχουν καταγραφεί στο υπερεγώ του και τον επικρίνουν για θέματα που εκείνοι θεωρούν απαράδεκτα.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις δείχνουν μια σύγχυση ανάμεσα στον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο του αρρώστου, που οφείλεται στην τέλεια αποδιοργάνωση και αποσύνθεση του υπερεγώ. Συνήθως οι φωνές που ακούγονται είναι απειλητικές, επιτακτικές, απαγορευτικές και έρχονται από έξω, όπως άλλοτε ερχόταν οι φωνές των γονιών, πριν αυτές αποπροσωποποιηθούν μέσα στο υπερεγώ. Το φαινόμενο αυτό είναι χαρακτηριστικό μιας τάσης που υπάρχει στη σχιζοφρένεια για ψυχολογικά σχήματα που δεν έχουν αφομοιωθεί τελείως, να διασπώνται και να εξωτερικεύονται πάλι.

Λιγότερο συχνές από τις ακουστικές, είναι οι οπτικές ψευδαισθήσεις που αντανakλούν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του ασθενή. Προκαλούν πολύ μεγαλύτερο φόβο από τις ακουστικές.

Οι ψευδαισθήσεις διακινούνται από την πρόθεση για αποκατάσταση της επαφής με την πραγματικότητα, η οποία έχει διακοπεί με την ψυχωτική διαταραχή. Η άποψη αυτή διατυπώθηκε από τον Φρόυντ και υιοθετήθηκε και από τον Μπλόϋλερ. Ο Μπλόϋλερ συνέχισε διατυπώνοντας και τα εξής: ότι και οι ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα οφείλονται στη διαταραχή του συνειρμού, που ο ίδιος ερευνητής θεώρησε υπεύθυνη για τη δυσκολία επαφής με την πραγματικότητα, που χαρακτηρίζει τους σχιζοφρενικούς ασθενείς.

δ. Συναισθημα

Στη σχιζοφρένεια η σχέση σκέψης-συναισθήματος, είναι ιδιαίτερα παράδοξη και λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά ο ασθενής δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, αφού μένει ανέκφραστος για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα ή η έκφρασή του αντικατοπτρίζει κάτι ουδέτερο, αινιγματικό ή απροσπέλαστο. Συχνά οι ασθενείς έχουν κατανοήσει την απώλεια της ικανότητας να αισθάνονται ή να εντυπωσιάζονται καθώς και να αισθάνονται χαρά ή λύπη. Πολλές φορές δείχνουν σαν να αισθάνονται το τελείως αντίθετο από αυτό που πιστεύουν ότι τους συμβαίνει π.χ., συμβαίνει να έχουν την ψευδαισθηση ότι τους καταδιώκουν και αυτοί να δείχνουν ιδιαίτερα χαρούμενοι και γελαστοί και ξένοιαστοι. Στην ισοπέδωση, εξάλλου, των συναισθημάτων καθώς και της εκφραστικής τους ικανότητας, συμβάλλουν κατά πολύ και τα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Σε προχωρημένη φάση της αρρώστιας η απουσία ή φτώχεια του συναισθήματος, συνοδεύεται και από διαταραχή του συναισθήματος του χρόνου. Ο άρρωστος νιώθει ότι ο χρόνος έχει σταματήσει.

Μια ακόμη σοβαρή συναισθηματική διαταραχή είναι η βαθιά διαταραχή του συναισθήματος της ταυτότητας, της ικανότητας δηλαδή, να διακρίνει τον εαυτό του από το σύνολο, ως μια οντότητα με δικά της χαρακτηριστικά και δική της ιστορική πορεία. Ετσι, ο άρρωστος χάνει τα όρια του εγώ, τα οποία κυριολεκτικά καταστρέφονται και ο ίδιος πιστεύει ότι και το σώμα του αποσυντίθεται και διαμελίζεται. Συνεπαγωγικά η ζωή του χάνει το νόημά της και κάθε σκοπό, επιθυμία, ελπίδα.

ε. Βούληση

Σχεδόν πάντα παρατηρείται κάποια διαταραχή στην αυτόνομη, πρωτοβουλιική, στοχο-κατευθυνόμενη δραστηριότητα, γεγονός που παραβλάπτει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα για παραγωγική λειτουργία.

Η διαταραχή αυτή, αρχικά εκδηλώνεται σαν μειωμένο, ανεπαρκές ενδιαφέρον ή και ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών, μέχρι τη λογική τους κατάληξη.

Στη σχιζοφρένεια συχνά παρατηρείται η αμφιθυμία, η οποία ορίζεται ως η δυσκολία ή η αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης.

στ. Συμπεριφορά

Ένα από τα βασικά αρχικά συμπτώματα της κακοήθους σχιζοφρένειας, που αφορούν τη συμπεριφορά είναι ο κλώνισμός των διαπροσωπικών σχέσεων. Οι σχέσεις, ωστόσο, του αρρώστου, δεν ήταν ποτέ ιδανικές με τον κοινωνικό του περίγυρο. Όσο η επαφή του με την πραγματικότητα χειροτερεύει, αλλάζει συγχρόνως και η συμπεριφορά του, συνήθως προοδευτικά και ανεπαίσθητα και πολύ σπάνια ξαφνικά. Ο ασθενής εμφανίζει νευρικότητα, υπό ή υπέρ-κινητικότητα, οι ώρες ανάπαυσης και ύπνου αυξάνονται ή μειώνονται κατά περίπτωση. Αδιαφορεί προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του, δεν δείχνει καμία προσοχή προς τις ανάγκες ή τις υποδείξεις των άλλων και, βαθμιαία, απομονώνεται κοινωνικά ενώ συγχρόνως χρησιμοποιεί εκφράσεις προσβλητικές ή επιθετικές, κάνει στερεότυπους μορφασμούς ή κινήσεις, γελάει ή κλαίει αδικαιολόγητα και, γενικά, η συμπεριφορά του είναι αλλοπρόσαλλη.

Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού ασθενή με τον οικογενειακό και τον κοινωνικό του περίγυρο γίνονται δύσκολες και προβληματικές, ενώ από ένα σημείο και μετά διακόπτονται τελείως. Η φάση αυτή της διακοπής αναφέρεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, ζει με τη φαντασία του, δεν δίνει καμία σημασία στην πραγματικότητα, αγνοεί όλους και όλα όσα συμβαίνουν γύρω του. Χάνει τελείως τα συναισθήματα της ευθύνης και της ντροπής, αυνανιζόμενος ή ικανοποιώντας τις σωματικές του ανάγκες δημοσίως. Μπορεί ακόμα και να αφοδεύει δημοσίως και να τρώει τα απορρίματά του. Η συστηματική, όμως, χρήση ψυχοφαρμάκων στις μέρες μας απομάκρυνε σημαντικά τους ασθενείς από το έσχατο σημείο αυτισμού.

ζ. Ψυχοκινητικότητα

Η ψυχοκινητικότητα διαταράσσεται, κυρίως, σε πολύ βαριές χρόνιες καταστάσεις, ή σε έντονη οξεία φάση. Ο ασθενής εμφανίζει εντονότατη διέγερση. Η διαταραγμένη, όμως, ψυχοκινητικότητα μπορεί να εμφανιστεί και ως αντίσταση σε εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης - περίπτωση του κατατονικού αρνητισμού. Μπορεί, ακόμη, να πάρει τη μορφή ανάληψης απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων.

Επίσης μπορεί να εμφανίζονται παράξενοι μαννερισμοί, ηχοπραξία ή κηρώδης ευκαμψία - όταν κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση ότι αυτά λυγίζουν σαν να είναι από κερί.

7. Κλινικοί Τύποι της Σχιζοφρένειας

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, ο όρος Σχιζοφρένεια καλύπτει μια ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων, οι οποίες διαφέρουν στη συμπτωματολογία, στην κλινική εικόνα και εξέλιξη, στην πρόγνωση κτλ. Έτσι, έχουν προταθεί διάφορες υποκατηγορίες, που διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης, που ακολουθεί ο καθένας. Οι τύποι, που θα περιγραφούν παρακάτω, προτείνονται από το DSM-III και DSM-III-R και αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πιο πρόσφατης εκτίμησης του ασθενή.

α. Παρανοϊκός τύπος

Κύρια χαρακτηριστικά κατά το DSM-III-R:

A: Εντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις, που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα.

B: Δεν παρουσιάζει: ασυναρτησία ή εκσεσημασμένη χάλαση συνειρμών, επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναίσθημα, κατατονική συμπεριφορά, εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

Φαίνεται, επομένως, ότι η βλάβη της λειτουργικότητας του παρανοϊκού σχιζοφρενικού ασθενή, δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Οι ασθενείς αυτοί μπορούν να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους.

Στοιχεία που, κυρίως, χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο, είναι: άγχος, θυμός, λεκτική ή σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαισθησία στις διαπροσωπικές σχέσεις, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλλου ή φόβος ότι θα θεωρηθεί ομοφυλόφιλος. Ο παρανοϊκός τύπος, παρατηρείται κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες.

β. Κατατονικός τύπος

Στον τύπο αυτό, προεξάρχουσα θέση, κατέχει η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας. Διακρίνουμε τη διεγερτική και την ανεσταλμένη μορφή αυτού του τύπου.

Στην πρώτη, ο ασθενής είναι υπερκινητικός, μιλάει ακατάπαυστα, χρησιμοποιώντας ασυνάρτητα σχήματα. Ακολουθεί τυφλή επιθετικότητα που μπορεί να τον οδηγήσει σε εξάντληση ή και να τον κάνει επικίνδυνο για τον εαυτό του ή τους γύρω του.

Στην ανεσταλμένη μορφή παρατηρείται η απόλυτη απόσυρση του ασθενή στον εαυτό του και μια μεγάλη αρνητικότητα, στοιχεία που μπορούν να τον καθηλώσουν στην ίδια θέση και στάση, αμίλητο για ώρες ή μέρες - φαινόμενο που χαρακτηρίζεται ως κατατονική ακαμψία.

Σήμερα, είναι σχετικά σπάνιο το φαινόμενο της κερένιας ευκαμψίας, της μηχανικής υπακοής, δηλαδή των μελών του αρρώστου, που παίρνουν και διατηρούν για μεγάλο χρονικό διάστημα τη στάση που θα τους δώσει κάποιος, χωρίς καμιά αντίσταση από τον ίδιο, ο οποίος εμφανίζεται σαν να μην συμμετέχει καθόλου στη διαδικασία.

Η κατατονική σχιζοφρένεια είναι από τις πιο εντυπωσιακές μορφές της ψύχωσης αυτής.

γ. Αποδιοργανωμένος τύπος

Πρόκειται για τον τύπο της Σχιζοφρένειας που παλιότερα ήταν γνωστός ως ηβηφρενικός. Σύμφωνα με το DSM-III-R, τα βασικά χαρακτηριστικά του είναι: Ασυναρτησία, χάλαση των συνειρμών, εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, επίπεδο και απρόσφορο συναίσθημα. Ο ασθενής δεν παρουσιάζει συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Συχνά παρατηρούνται υπερβολική κοινωνική απόσυρση, υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου και διάφορες παραξενιές στη συμπεριφορά. Δηλαδή ο άρρωστος μορφάζει, γελάει ή κλαίει χωρίς εμφανή λόγο, επιδίδεται σε συγκεκριμένες χειρονομίες και γενικά συμπεριφέρεται με τρόπο γελοίο, χωρίς, ωστόσο, να έχει συναίσθηση της γελοιότητάς του.

Στην περίπτωση αυτή, συνήθως, υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς ύφεση.

δ. Αδιαφοροποίητος τύπος

Στον τύπο αυτό παρατηρούνται: Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Δεν πληρεί τα κριτήρια κανενός από τους παραπάνω τύπους.

ε. Υπολειμματικός τύπος

Ο τύπος αυτός αναφέρεται (κατά DSM-III-R) στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο Σχιζοφρένειας, αλλά που την εποχή που παρακολουθείται, δεν παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Υπάρχουν, όμως, σημεία που αποδεικνύουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, εφόσον υπάρχουν: αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, παράλογη σκέψη, χάλαση συνειρμών.

Σήμερα, σπάνια συναντούμε μια από τις τέσσερις τυπικές μορφές της σχιζοφρένειας, γιατί, ουσιαστικά, είναι τελικές φάσεις, που μπορούν ως ένα βαθμό να προληφθούν με την έγκαιρη θεραπεία και κατάλληλη συντήρηση.

Αυτό όμως, που ιδιαίτερα ενδιαφέρει τους ερευνητές, δεν είναι η ακριβής διάκριση των τύπων, αλλά η διαφοροδιάγνωση της Σχιζοφρένειας από άλλες διαταραχές.

8. Διαφορική Διάγνωση

Η ακριβής διάγνωση της Σχιζοφρένειας είναι πολύ σημαντική, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσης της, οπότε συγγέεται με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές και μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειάς του με οδυνηρές συνέπειες. Ακόμη, η ακριβής διάγνωση, προετοιμάζει τον ασθενή και το περιβάλλον του για τη θεραπεία.

Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι η Σχιζοφρένεια θα μπορούσε πολύ εύκολα να παραπλανήσει τους ερευνητές και να οδηγηθούν σε λάθος διάγνωση, καταλήγοντας στο ότι μπορεί να πρόκειται για διαταραχές της διάθεσης: (Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, Παραληρητική διαταραχή), Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές, Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Υποχονδρίαση και Φοβική Διαταραχή.

Στις παραπάνω διαταραχές, συναντούμε πολλά συμπτώματα, που με μια πρώτη ματιά εμφανίζονται τα ίδια και στη Σχιζοφρένεια. Όμως, μια πιο προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης, δείχνει ότι τα συγκεκριμένα συμπτώματα δεν συμφωνούν σε ένταση ή σε χρονική διάρκεια με αυτά της Σχιζοφρένειας.

8. Διαφορική Διάγνωση

Η ακριβής διάγνωση της Σχιζοφρένειας είναι πολύ σημαντική, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσης της, οπότε συγχέεται με άλλες καλοθέςστερες διαταραχές και μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειάς του με οδυνηρές συνέπειες. Ακόμη, η ακριβής διάγνωση, προετοιμάζει τον ασθενή και το περιβάλλον του για τη θεραπεία.

Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι η Σχιζοφρένεια θα μπορούσε πολύ εύκολα να παραπλανήσει τους ερευνητές και να οδηγηθούν σε λάθος διάγνωση, καταλήγοντας στο ότι μπορεί να πρόκειται για διαταραχές της διάθεσης: (Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, Παραληρητική διαταραχή), Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές, Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Υποχονδρίαση και Φοβική Διαταραχή.

Στις παραπάνω διαταραχές, συναντούμε πολλά συμπτώματα, που με μια πρώτη ματιά εμφανίζονται τα ίδια και στη Σχιζοφρένεια. Όμως, μια πιο προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης, δείχνει ότι τα συγκεκριμένα συμπτώματα δεν συμφωνούν σε ένταση ή σε χρονική διάρκεια με αυτά της Σχιζοφρένειας.

9. Επιπλοκές

Στον σχιζοφρενικό ασθενή, ανήκει κατά κύριο λόγο το επίθετο του "τρελλού", εξαιτίας της δυσαρμονίας, της διάσπασης και της ασυναρτησίας των συστατικών μερών της προσωπικότητάς του. Τα λόγια και οι ενέργειες του σχιζοφρενικού δεν συμβαδίζουν με τις απόψεις του συνόλου, απέχουν πολύ. Αλλωστε, το κοινωνικό σύνολο, πολύ εύκολα προσδίδει χαρακτηρισμούς του τύπου αυτού.

Ο σχιζοφρενικός ασθενής οδηγείται πολύ συχνά σε πράξεις βίας οι οποίες προκαλούν και προσελκύουν το ενδιαφέρον, κυρίως, όταν γίνονται σε δημόσιους χώρους. Πάρα πολλές πράξεις με αυτουργούς σχιζοφρενικούς αρρώστους, καταλήγουν να γίνονται εγκληματικές πράξεις. Η συμβολή τους, όμως, στην αύξηση της εγκληματικότητας, είναι κατά πολύ μικρότερη από αυτή των υγιών και όσων άλλων δεν χαρακτηρίζονται "τρελλοί".

Σημαντικότετη επιπλοκή με αποδέκτες τους ίδιους, είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας, οι οποίες, ευτυχώς, δεν φτάνουν πάντοτε στο στόχο τους. Προϋπόθεση των προσπαθειών για αυτοκτονία μπορεί να είναι ή η χαοτική τρομοκρατική εμπειρία της ψύχωσης, κυρίως κατά την έναρξη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου. Η, ακόμα, λόγω της κατάθλιψης, που εμφανίζεται συχνά στην πορεία της διαταραχής, ή λόγω υπακοής σε αυτοκαταστροφικές ακουστικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

Περίπου 20 % των σχιζοφρενικών ασθενών κάνει απόπειρες αυτοκτονίας στη διάρκεια της ασθένειάς τους και απ'αυτούς ένα ποσοστό 2-3 % πεθαίνουν αυτοκτονώντας.

10. Επιδημιολογία

Η Σχιζοφρένεια βρίσκεται παντού, σε κάθε μέρος του κόσμου και σε κάθε πολιτισμό. Ο επιπολασμός της είναι περίπου σταθερός και μελέτες σε διάφορα μέρη του κόσμου τον υπολογίζουν από 0,2%-1%. Προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλλα και συναντάται κυρίως σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

Αναπτύσσεται κυρίως κατά τη διάρκεια της όψιμης εφηβείας ή στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Μπορεί, όμως, να υπάρξει και έναρξη σε πιο όψιμα χρόνια, ακόμη και μετά τα 45. Στις γυναίκες εμφανίζεται αργότερα απ'ότι στους άντρες.

Οι προνοσηρές προσωπικότητες των ατόμων που αναπτύσσουν Σχιζοφρένεια συχνά περιγράφονται ως καχύποπτες, εσωστρεφείς, αποσυρμένες ή εκκεντρικές.

11. Πρόγνωση

Η εξέλιξη της Σχιζοφρενικής διαταραχής, διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση. Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις σχιζοφρενών ακολουθούν μια πορεία με ψυχωτικές και ισορροπημένες φάσεις, ενώ στο 1/3 περίπου των περιπτώσεων η κατάσταση γίνεται χρόνια, με λίγες πιθανότητες για, έστω και προσωρινή, βελτίωση. Το πιο αποφασιστικό στοιχείο για την πρόγνωση είναι ο τρόπος πρωτοεμφάνισης της διαταραχής.

Όταν αρχίζει απότομα, με οξεία, παραγωγικά συμπτώματα, έχει καλύτερη πρόγνωση σχετικά με περίπτωση που έχει αργή και ύπουλη έναρξη. Πλημμελής νοσοκομειακή φροντίδα και απομόνωση έχουν δυσμενή επίδραση στο μέλλον του αρρώστου, ενώ αντίθετα, ένα καλό περιβάλλον και ιδίως μέσα σε μια οικογένεια, που μπορεί να αποδέχεται τον άρρωστο χωρίς υπερβολικό άγχος, εννοεί την πρόγνωση. Αλλά καμία στατιστική πρόγνωση δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να καλυτερέψει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως την ισορροπία του.

Μελέτες από όλο τον κόσμο, παρέχουν τις ακόλουθες προγνωστικές παρατηρήσεις:

40 % των αρρώστων, πέντε χρόνια μετά την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, έχουν ξαναβρεί την ισορροπία τους.

20 % είναι ψυχωτικοί, αλλά μπορούν να συντηρηθούν στα σπίτια τους ή σε ανοιχτούς θαλάμους ειδικών νοσοκομείων.

10 % χρειάζονται εντατική νοσηλεία.

20 % μετά από 20 χρόνια έχουν συνέλθει τελείως.

33 % έχουν βελτιωθεί σημαντικά, αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούρια ψυχωτικά επεισόδια.

33 % βρίσκονται σε μια χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση.

10 % βρίσκονται σε χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

12. Θεραπεία

Η θεραπεία της Σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένειά του, το γιατρό και όλα τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Οι τρόποι θεραπείας που, κυρίως, εφαρμόζονται, είναι οι εξής:

α. Φαρμακοθεραπεία

Η θεραπεία της Σχιζοφρένειας συνίσταται κατά κύριο λόγο στα ψυχοφάρμακα, συγκεκριμένα στα νευροληπτικά, που ενεργώντας πάνω στους ντοπαμινικούς νευροϋποδοχείς του εγκεφάλου, βελτιώνουν την ικανότητα προσοχής του ασθενή και την προσαρμοστικότητα του στο κοινωνικό περιβάλλον. Η δόση και το ωράριο των χορηγούμενων φαρμάκων, διατηρείται για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως ακριβώς διαμορφώθηκε από το γιατρό.

Εδώ, πρέπει να σημειωθεί η τάση του σχιζοφρενικού αρρώστου να παραμελεί ή και ηθελημένα να διακόπτει τη φαρμακοθεραπεία του, είτε γιατί αισθάνεται ότι τα φάρμακα τον ενοχλούν ή γιατί ελπίζει ότι τα συμπτώματα θα αποχωρήσουν τελείως αν δεν τον έχουν ενοχλήσει για αρκετό καιρό. Δίνεται επίσης σημασία στις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων, που μπορεί να γίνουν αιτία ατυχημάτων, όταν ο άρρωστος χρησιμοποιεί μηχανές ή χρειαστεί να πάρει γρήγορες αποφάσεις. Ακόμη, ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τη χρήση ποτού.

Τα ψυχοφάρμακα όμως, παρ'όλο που καθησυχάζουν τον άρρωστο και, απαλλάσσοντάς τον από τα πιο χτυπητά και ενοχλητικά συμπτώματά του, διευκολύνουν την επαφή του με την πραγματικότητα, δεν είναι συνήθως ικανά από μόνα τους να του εξασφαλίσουν την επάνοδό του στην κοινωνία και ακόμα λιγότερο να τον προστατέψουν από μια υποτροπή. Είναι σκόπιμο η φαρμακοθεραπεία να συνοδεύεται και από ψυχοθεραπευτική αγωγή.

β. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία

Παρά τις προσπάθειες του Γιουγκ στις αρχές του αιώνα, που με την υποστήριξη του Μπλόυλερ επιχείρησε να εφαρμόσει ψυχαναλυτικές ιδέες για την κατανόηση και θεραπεία σχιζοφρενικών αρρώστων στην κλινική Μπουργκλόζλι, η αντίληψη ότι η σχιζοφρένεια είναι περισσότερο οργανική παρά λειτουργική στη διάρθρωσή της, είχε ως αποτέλεσμα να μη γίνει προσιτή στην ψυχοθεραπεία για τους περισσότερους ψυχιάτρους στην Ευρώπη.

Και ο Φρόυντ παραδέχτηκε ότι παρ'όλο που χαρακτηριστικά συμπτώματα, όπως το παραλήρημα και η ψευδαισθήσει, μπορούν να ερμηνευτούν ως προσπάθειες του αρρώστου να ξαναβρεί την επαφή του με την πραγματικότητα, η σχιζοφρενική διαδικασία ξεφεύγει από τα θεραπευτικά πλαίσια της ψυχαναλυτικής μεθόδου. Αντίθετη με τις παραπάνω απόψεις, ήταν αυτή της Σχολής των υπαρξιστών ψυχαναλυτών.

Ο Ελβετός Meyer, αντίκρουσε τις ψυχωτικές διαταραχές ως αμυντικές αντιδράσεις στις καθημερινές συνθήκες ζωής. Ο Σάλλιβαν προσπάθησε να καταλάβει τη σχιζοφρένεια σαν μια ανθρώπινη εκδήλωση, που θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με την ψυχοθεραπεία. Βασισμένοι σ'αυτό, πολλοί ψυχαναλυτές επιχειρούν να δημιουργήσουν μια στενή προσωπική σχέση με τον σχιζοφρενικό ασθενή, που να φτάνει στα όρια της συμβίωσης, φιλοδοξώντας να προσφέρουν τη δυνατότητα μιας καινούριας εξελικτικής εμπειρίας.

γ. Θεραπεία Περιβάλλοντος

Η θεραπεία αυτή μπορεί να εφαρμοστεί μόνο σε συνδυασμό με ψυχοφάρμακα. Ενδείκνυται ιδιαίτερα και κυρίως μέσα σε θεραπευτικό ίδρυμα, όταν η κατάσταση είναι οξεία ή υπάρχει κίνδυνος χρονιότητας.

Μέσα από τη συναισθηματική μεταβίβαση, που δημιουργείται τόσο με το ψυχοθεραπευτικό όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό, γίνεται μια συντονισμένη προσπάθεια να ενισχυθούν οι λειτουργίες του εγώ και παράλληλα να εξουδετερωθούν οι ψυχωτικοί αμυντικοί μηχανισμοί και, γενικά, η παλινδρομική, παρορμητική ή αυτιστική συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου. Σημαντικότερη είναι η προσφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, που κρατάει ενήμερο τον ψυχοθεραπευτή για ότι συμβαίνει στον ασθενή.

δ. Συνεργασία με την οικογένεια

Από την αρχή θα πρέπει να καταλάβουν οι συγγενείς ότι η απόφαση να νοσηλευτεί ο άνθρωπός τους σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να τον αποχωριστούν, απόφαση αρκετά εύκολη και συνήθως ανακουφιστική, όταν πρόκειται για ψυχωτικό άρρωστο, που αναστατώνει το σπίτι με τα παραληρήματά του της κρίσης άγχους και την αυθαίρετη ή προκλητική συμπεριφορά του.

Οι συγγενείς θα πρέπει να κατανοήσουν δύο βασικά στοιχεία: τη φύση των ψυχωτικών διαταραχών γενικά, και το γεγονός ότι η δική τους συμπεριφορά και τα προβλήματά τους, σημάδεψαν τη συγκεκριμένη διαταραχή στη δημιουργία και την εξέλιξή της. Δεν θα πρέπει βέβαια να αισθανθούν ενοχή, αφού υπήρξαν και άλλοι παθογόνοι παράγοντες.

Από τη στιγμή που θα αρχίσει η συνεργασία οικογένειας-ψυχοθεραπευτή, θα πρέπει να αναφερθεί σ' αυτόν χωρίς επιφυλάξεις το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του ασθενή. Θα πρέπει, επίσης, να κατανοηθεί ότι η ευνοϊκή πρόγνωση, προϋποθέτει μια άρτια συνεργασία οικογένειας και ψυχοθεραπευτικής ομάδας.

Από πολύ νωρίς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί το ενδεχόμενο για επιστροφή του αρρώστου στο οικογενειακό του περιβάλλον, γεγονός, όμως, που ίσως να απαιτήσει και συνέχιση συγκεκριμένης θεραπείας εφ' όρου ζωής. Αν βέβαια ο άρρωστος επιστρέψει στο σπίτι του, οι συγγενείς θα πρέπει να προσέχουν τις αντιδράσεις τους συνεχώς και να αρχίσουν να ανησυχούν όταν αυτός αρχίζει να φέρεται όπως πριν εκδηλωθεί η ασθένεια. Αν κάτι τέτοιο συμβεί, ενημερώνεται ο ψυχίατρος. Αν η ενημέρωση γίνει έγκαιρα, υπάρχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες για ίαση.

Συχνότατο είναι το φαινόμενο της άρνησης από τη μεριά του αρρώστου, να τον βοηθήσει η οικογένειά του. Γεγονός που ίσως να οφείλεται στο ότι ενδόμυχα και μετά από πολύ προσπάθεια κατάφερε να πείσει τον εαυτό του ότι δεν θα ξαναρρωστήσει. Με την εμφάνιση, επομένως, ενός δευτέρου σχιζοφρενικού επεισοδίου, πανικοβάλλει τον ασθενή και αρνείται να το παραδεχτεί.

Σε περιπτώσεις υποτροπής, όμως, η οικογένεια θα πρέπει να γνωρίζει ότι αυτή μπορεί να οφείλεται σε διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Θα πρέπει να έχουν ενημερωθεί ότι υπάρχει κίνδυνος για επανεμφάνιση σχιζοφρενικού επεισοδίου σε ποσοστό 70 % αν διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή, ενώ μειώνεται σε 30 %, αν τα φάρμακα λαμβάνονται κανονικά.

ε. Αποθεραπεία-Αποκατάσταση

Ο Σχιζοφρενικός ασθενής χρειάζεται συγκεκριμένη παρέμβαση για να επανακτήσει σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό τη λειτουργικότητά του, που έχει εκπέσει με την εμφάνιση της ασθένειας. Η διεργασία της αποκατάστασης αρχίζει από το νοσοκομείο με ομαδική ψυχοθεραπεία, ομαδικές δραστηριότητες, δόμηση της ημέρας, απασχολησιοθεραπεία ή εργασιοθεραπεία, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, προεπαγγελματική και μετεπαγγελματική εκπαίδευση, εκπαίδευση για φροντίδα του σπιτιού, τη μαγειρική, την ανεύρεση εργασίας κτλ. Όσο περισσότερο χρόνο ο ασθενής έχει παραμείνει στο νοσοκομείο, τόσο πιο έντονη, συστηματική και επίμονη είναι η προσπάθεια αποκατάστασης.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Γενικό Πλάνο Νοσηλείας

Η ανάπτυξη των δομών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής σε συνδυασμό με προγράμματα απασυλοποίησης σε κάθε παραδοσιακό ψυχιατρείο, έχουν πλέον θέσει σε ρεαλιστικές βάσεις την ψυχιατρική περίθαλψη. Τα ψυχιατρικά προβλήματα αντιμετωπίζονται πλέον βάσει νέων μεθόδων και προγραμμάτων.

Ο ρόλος της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας, μέσα στο νέο σύστημα περίθαλψης είναι καταλυτικός και πολύτιμος, παρουσιάζει όμως και ιδιαίτερες δυσκολίες.

Συγκεκριμένα, η νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα πρέπει να στηρίξει τον ασθενή στο νέο γι' αυτόν περιβάλλον της κοινότητας του ψυχιατρείου. Ως μέλος της ομάδας αποκατάστασης έχει ρόλο βοήθειας και υποστήριξης, όπου οι γνώσεις και η πείρα της, της είναι εξαιρετικά πολύτιμες.

Σε συνεργασία με όλη την ομάδα αποθεραπείας-αποκατάστασης-εργοθεραπευτή, κοινωνική λειτουργό και θεράποντα γιατρό-καταστρώνεται ένα "πλάνο νοσηλείας", το οποίο παρουσιάζει διαφορές από ασθενή σε ασθενή ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η κατάστασή του.

Σε γενικές, όμως, γραμμές το πλάνο αυτό περιλαμβάνει τα εξής σημεία.

- Πρόληψη της αποξένωσης και προσπάθεια επίτευξης σχέσεων του αρρώστου με άλλα άτομα.

Για το λόγο αυτό γίνονται συχνές έξοδοι του ασθενή σε πολιτιστικές ή κοινωνικές εκδηλώσεις, σε χώρους εργασίας κτλ.

- Ενθάρρυνση του ασθενή να ξεκαθαρίσει την ατομική του ταυτότητα, με συχνές συζητήσεις και αναφορές στο οικογενειακό του περιβάλλον, στα παιδικά του χρόνια, σε όνειρα και απογοητεύσεις της ζωής του, στις ικανότητες και τις αδυναμίες του. Καταβάλλεται, δηλαδή, ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε ο άρρωστος να καταφέρει να δει τον εαυτό του ως ξεχωριστή οντότητα, με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της, με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της.

- Κατεύθυνση του αρρώστου προς την πραγματικότητα.
- Προοδευτική ένταξη σε πρόγραμμα απασχόλησης.
- Ενθάρρυνση για φροντίδα του εαυτού του, με:
 - ατομική περιποίηση σώματος, μαλλιών, νυχιών
 - χρήση καθαρών εσωρούχων και ρούχων
 - φροντίδα προσωπικών ειδών και χώρων
 - αγορά αντικειμένων για τον εαυτό του
 - ικανότητα παρασκευής φαγητού
 - χρήση δημόσιων μεταφορικών μέσων
- πρόληψη της ιδρυματοποίησης, δηλαδή της κατάστασης "αδράνειας" του ασθενή, που τα περιμένει όλα έτοιμα από το προσωπικό, ενώ ο ίδιος παλλινδρομεί σε στάδια ψυχοσωματικής ανάπτυξης, όπου άλλοι φρόντιζαν γι'αυτόν.
- Παροχή βοήθειας σε συγγενείς ώστε να κατανοήσουν τη φύση της αρρώστιας.
- Ανάπτυξη δραστηριοτήτων και επαγγελματικής αποκατάστασης.

2. Νοσηλευτική παρέμβαση

Η αδυναμία συνεργασίας του ασθενή με την κοινωνία στο σύνολό της, το γεγονός ότι βρίσκονται σε οξύτατο στάδιο αποδιοργάνωσης, ώστε να μην μπορούν να προσέξουν τους εαυτούς τους, δεν δουλεύουν, δεν δίνουν καμία σημασία στην προσωπική τους υγιεινή και τροφή και το ότι βασανίζονται από φωνές και εικόνες, που προέρχονται από τον κόσμο της φαντασίας, είναι οι βασικότεροι λόγοι που οδηγούν έναν σχιζοφρενή στο ψυχιατρείο.

Ο σχιζοφρενής είναι και αντιμετωπίζεται ως ένα άτομο που έχει ξεφύγει από τα καθιερωμένα. Η αντιμετώπιση της κατάστασής του θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική. Η γνώση της σωστής αντιμετώπισης κάθε δεδομένη στιγμή δεν είναι κάτι που μπορεί να διδαχτεί από την επιστήμη.

Σε γενικές γραμμές, πάντως, η νοσηλευτική αντιμετώπιση του σχιζοφρενή περιλαμβάνει δύο σκέλη:

- A) Τη νοσηλευτική παρέμβαση στο οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.
- B) Την αντιμετώπιση των χρόνιων σχιζοφρενικών καταστάσεων.

Α) Νοσηλευτική Παρέμβαση στο Οξύ Σχιζοφρενικό Επεισόδιο

Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια με την συνεχή και προσεκτική παρατήρηση των εκδηλώσεων του ασθενή, στοχεύει:

α. Στην επιβεβαίωση ή την απόρριψη της διάγνωσης, όταν πρόκειται για πρώτη προσβολή.

β. Στην επισήμανση ενδείξεων βελτίωσης ή επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

γ. Στην αντιμετώπιση των παρενεργειών.

δ. Στη σημείωση της συμπεριφοράς του ασθενή μόλις πριν εκδηλωθεί το οξύ επεισόδιο, όταν, βέβαια, πρόκειται για ήδη νοσηλευόμενο ασθενή.

Αναλυτικά, μπορούμε να πούμε ότι η προσεκτική και παρατεταμένη παρατήρηση, οδηγούν στη σωστότερη διάγνωση της σχιζοφρένειας, όπως και κάθε άλλου ψυχικού νοσήματος, αφού αναφέρονται στην απουσία ή την παρουσία συγκεκριμένων συμπτωμάτων, που χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη ασθένεια.

Πολλές φορές, τα συμπτώματα αυτά δεν γίνονται αντιληπτά άμεσα, όπως π.χ. μπορεί να αρνούνται ότι έχουν ψευδαισθήσεις, ωστόσο, όμως, μπορεί να ακούσουμε φωνές ή γέλια, που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, να παρατηρούμε μεταβολές στην έκφραση του προσώπου του, που δεν προκαλείται από κάποιον αντικειμενικά υπαρκτό λόγο. Ίσως ακόμη, χωρίς αιτία, να καταφεύγουν σε βίαιες αυθόρμητες πράξεις.

Άλλα σημεία, που, επίσης, πρέπει να αναφέρονται, είναι η σύγχυση σχετικά με το χώρο ή το χρόνο, καθώς και οι διακυμάνσεις της συνείδησής τους. Ακόμη, η απώλεια συνείδησης, οι επιληπτικές κρίσεις και η δυσκολία στην ομιλία.

Η εμφάνιση παραληρητικών ιδεών είναι πάντοτε τυχαία και συμβαίνει μόνο όταν ένα θέμα συζήτησης είναι σχετικό με τις ιδέες αυτές ή ακόμη όταν υπάρχει σχέση εμπιστοσύνης, μεταξύ ασθενή-νοσηλεύτριας.

Όταν η συμπεριφορά - λόγια και πράξεις - του ασθενή αγγίζουν το παράλογο, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να μεταφέρει στο γιατρό ακριβώς τα λόγια και τις πράξεις του ασθενή.

Άλλο, εξίσου σημαντικό θέμα, που πρέπει να μεταφέρεται με κάθε λεπτομέρεια στο γιατρό, είναι η αντίδραση στη θεραπεία, λαμβάνοντας υπόψη τα παρακάτω.

- α. Επίταση ή υποχώρηση των συμπτωμάτων.
- β. Βελτίωση ή επιδείνωση της γενικής συμπεριφοράς.
- γ. Στάση απέναντι στις κοινωνικές εκδηλώσεις.
- δ. Σχέσεις με το προσωπικό, τους ασθενείς, τους συγγενείς.
- ε. Τρόπος εργασίας.
- στ. Αντίδραση στη λήψη των φαρμάκων.

— Σχετικά με τα παραπάνω, δεν αρκεί να συμπεράνουμε ότι ο ασθενής "δεν είναι" ή "είναι συνεργάσιμος". Θα πρέπει να γίνεται εκτενής αναφορά στο με ποιους και πότε είναι δυνατό να συνεργαστεί και με ποιους όχι.

Ένα, επίσης, βασικότατο σημείο αναφοράς, είναι οι παρενέργειες των φαρμάκων, που μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση των συμπτωμάτων της ασθένειας. Για το λόγο αυτό, να πρέπει να αναφέρεται ακριβώς και η παραμικρή μεταβολή στη συμπεριφορά του ασθενή. Είναι σημείο όπου δεν μπορούν να σταθούν γενικότητες και χαρακτηρισμοί του τύπου "ανήσυχος" γιατί μπορούν να ερμηνευθούν διαφορετικά από τη νοσηλεύτρια, που παρακολουθεί και διαφορετικά από τον ασθενή που βιώνει τη συγκεκριμένη κατάσταση. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λάθη, είτε με αύξηση είτε με μείωση της δόσης των φαρμάκων.

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων, που προηγούνται μιας οξείας κρίσης και η έγκαιρη αντιμετώπισή τους, μπορεί να προλάβουν την κρίση, προς όφελος και του ίδιου του ασθενή αλλά και του προσωπικού.

Στην οξεία φάση της ασθένειας είναι δύσκολο έως αδύνατο να επιτευχθεί πραγματική επαφή με τον ασθενή. Ωστόσο είναι σημαντικότατο να θυμόμαστε ότι ακόμα και στις πιο οξείες φάσεις, ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη στάση του προσωπικού απέναντί του, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τις μετέπειτα σχέσεις τους.

B) Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Χρόνιες Καταστάσεις

Σκοποί της είναι:

- α. Πρόληψη της ιδρυματοποίησης.
- β. Κοινωνικοποίηση και Αποκατάσταση.

Αναλυτικά.

α. Ιδρυματοποίηση

Η ιδρυματοποίηση χαρακτηρίζεται από απάθεια, έλλειψη πρωτοβουλίας και ενδιαφέροντος, ανάθεση όλων των ευθυνών στους άλλους. Παράγοντες, που οδηγούν στην ιδρυματοποίηση είναι οι εξής:

1) Ελλειψη εξωτερικών επαφών

Θεωρείται συνέπεια της μακροχρόνιας παραμονής στο νοσοκομείο και επομένως της διακοπής επικοινωνίας με τον έξω κόσμο, της απουσίας επισκεπτών. Σε μεγάλο βαθμό, βέβαια, οφείλεται και στην απόρριψη από το οικείο περιβάλλον.

Από το νοσηλευτικό προσωπικό κυρίως αλλά και γενικότερα από την ομάδα υγείας, καταβάλλεται προσπάθεια για:

- Να πειστούν οι συγγενείς για την ανάγκη επικοινωνίας με τον άρρωστο.

- Να καταφέρει ο ασθενής να διατηρήσει την επαφή του με τους συγγενείς του.

- Να ενθαρρύνεται ο ασθενής, ώστε να συμμετάσχει σε γιορτές, εκδρομές, να παρακολουθεί θέατρο, να φωνίζει κτλ.

- Να ενθαρρύνεται ώστε να ενδιαφέρεται και να ενημερώνεται για τα γεγονότα του έξω κόσμου και να συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις.

ii) Απώλεια της προσωπικότητάς του

Σύμφωνα με τις απόψεις κοινωνιολόγων, που ασχολήθηκαν με το θέμα αυτό, ο ασθενής, που εισάγεται και νοσηλεύεται σε ψυχιατρείο, υφίσταται απογύμνωση από την ατομικότητα και την προσωπικότητά του. Η απογύμνωση αυτή πραγματοποιείται από την πρώτη στιγμή της επαφής τους με το ίδρυμα, αφού τους αφαιρούνται όλα τα προσωπικά είδη, για λόγους ασφάλειας, δεν υπάρχει γι' αυτούς μοναχικός προσωπικός χώρος και, κυρίως, αντικαθίσταται το όνομά τους από τον αριθμό του θαλάμου ή του κρεββατιού τους.

iii) Απώλεια της ατομικότητας

Επειδή οι ασθενείς έχουν δυσκολίες σε ορισμένα θέματα, που απαιτούν ευθύνη και πρωτοβουλία, το ίδρυμα αναλαμβάνει όλες τις ευθύνες, που είχαν πριν την εισαγωγή τους. Αυτό, όμως, τοποθετείται, συνήθως, σε εσφαλμένη βάση και συμβάλλει στην απώλεια των υπολειμμάτων ακόμα ατομικότητας του ασθενή.

Για να αντιστραφούν, όμως, αυτά τα δεδομένα, πρέπει:

- Να ενισχυθεί η ατομικότητα του ασθενή.

Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, οι ασθενείς δεν θα πρέπει να στερούνται οτιδήποτε συνθέτει την ατομικότητά τους. Πρέπει, μόνοι τους να αγοράζουν τα ρούχα τους, να διακοσμούν το δωμάτιό τους, όπως τους αρέσει και για τη φύλαξη των προσωπικών τους αντικειμένων, να υπάρχει κάποιο συρτάρι ή ντουλάπι κοντά στο κρεβάτι τους που να κλειδώνει και εκεί να υπάρχουν τα πολύτιμα γι' αυτούς αντικείμενα.

- Να μεταβληθεί η συμπεριφορά του προσωπικού.

Παρ'όλο που τα ψυχιατρεία δεν λειτουργούν πια όπως παλιότερα, ωστόσο δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εργαζομένων που δεν έχουν ξεφύγει από το παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο και συμπεριφέρονται με αυστηρότητα στους ασθενείς.

Η συμπεριφορά αυτή έρχεται σε τέλεια αντίθεση με την ανάπτυξη πρωτοβουλίας και αυτοπεποίθησης. Θα πρέπει επίσης να τροποποιηθεί και το σύστημα οργάνωσης του θαλάμου και να βοηθηθεί, έτσι, το προσωπικό να δει καθαρότερα τη συμπεριφορά του προς τους ασθενείς.

- Να αυξηθεί ο βαθμός υπευθυνότητας του ασθενή.

Με τη μεταβολή της συμπεριφοράς του προσωπικού, θα καταφέρει ο ασθενής να αναλάβει την ευθύνη για πολλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ο βαθμός υπευθυνότητας, που θα "χορηγηθεί" σε έναν άρρωστο, είναι θέμα ιδρύματος. Πάντως, γενικά, πιστεύεται ότι έχουμε θετικότερα αποτελέσματα όταν παραχωρούνται περισσότερες υπευθυνότητες.

- Δημιουργία ευχάριστης ατμόσφαιρας στο θάλαμο.

Θα πρέπει, βασικά όλος ο χώρος της κλινικής να είναι περιποιημένος και καθαρός. Οι σκοτεινοί και βρώμικοι θάλαμοι καθώς και τα σκούρα έπιπλα, κατεβάζουν το ηθικό τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού. Συχνά χρησιμοποιείται η πρόφαση της "τρέλλας" των ασθενών για να μην αλλάξουν τα έπιπλα, λόγος που μόνο οικονομικό υπόβαθρο έχει. Τα χαρούμενα χρώματα, το φως και ο ήλιος επιδρούν το ίδιο θετικά σε ασθενείς και υγιείς.

- Αποφυγή μεγάλων διαστημάτων αργίας και ανίας.

Για να αποφεύγονται οι ατέλειωτες ώρες ανίας και μοναξιάς, πρέπει να υπάρχει ένα λεπτομερές πρόγραμμα. Το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι ελαστικό και ποικίλο, ώστε να μην γίνεται ανιαρό.

β. Κοινωνικοποίηση και Αποκατάσταση

Προκειμένου να δημιουργηθεί μια σχέση μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και σχιζοφρενή, θα πρέπει να έχει γίνει προηγουμένως κατανοητό το πόσο διαφορετικός φαίνεται ο εξωτερικός κόσμος στον ασθενή και ότι αυτό δημιουργεί τη δυσκολία που έχει ο ασθενής να αντιδρά ομαλά απέναντι στους άλλους.

Ένα από τα χαρακτηριστικά, άλλωστε, συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι διαταραχή αντίληψης τόσο του εξωτερικού, όσο και του εσωτερικού τους κόσμου.

Η τεράστια διαφορά σχετικά με την αντίληψη του εξωτερικού περιβάλλοντος και των ερεθισμάτων του, είναι ότι ενώ κάποιος υγιής συσχετίζει τις εικόνες του εξωτερικού κόσμου με τις λεπτομέρειες που τις συνοδεύουν, ο σχιζοφρενικός αισθάνεται ότι τα συμβάντα δεν σχετίζονται μεταξύ τους με φυσικό τρόπο, ότι οι

λεπτομέρειές τους ξεπηδούν από ένα θολό υπόβαθρο, οι πράξεις που θεωρούνται δεδομένες, κομματιάζονται στα διάφορα μέρη, που τις συνθέτουν, και χρειάζονται σημαντική προσπάθεια σύνδεσης και οργάνωσης. Γι' αυτούς, η προσωπική ζωή γίνεται δύσκολη και απειλητική, με συνέπεια ο ασθενής να αντιδρά είτε με το να απομακρύνεται όσο μπορεί περισσότερο απ' αυτήν (απόσυρση) ή με το να γίνεται επιθετικός. Και στις δύο, όμως, περιπτώσεις, ο ασθενής προσπαθεί να περιορίσει τις επαφές του με όσους και όσα συμβαίνουν γύρω του.

Το να γίνει προσπάθεια δημιουργίας σχέσης με έναν τέτοιο άρρωστο είναι τόσο δύσκολο, όσο και το να προσπαθείς να δημιουργήσεις σχέσεις με ένα σκύλο, που προηγουμένα σε έχει δαγκώσει.

Το βασικότερο στοιχείο, που χρειάζεται για μια τέτοια σχέση, είναι η ανεξάντλητη υπομονή. Θα πρέπει να αφηθεί ο ασθενής να θέσει τους όρους του για μια τέτοια σχέση. Για παράδειγμα, όταν πρόκειται για ασθενή, που δεν είναι ομιλητικός, θα πρέπει η νοσηλεύτρια να βρεθεί δίπλα του ακόμα και για ώρες περιμένοντας να της πει, έστω και μια κουβέντα. Μ' αυτόν τον τρόπο νιώθει ότι υπάρχει ενδιαφέρον για το άτομό του και την περίπτωση του, και ότι για να αφιερώσει τόση ώρα σ' αυτόν, σίγουρα δεν τον απειλεί.

Η προσέγγιση των πλησιάζσιμων ασθενών είναι σαφώς ευκολότερη, αφού, όμως, πρώτα η νοσηλεύτρια κατορθώσει να "μάθει την γλώσσα" στην οποία εκφράζονται. Να έχει υπόψη της ότι η έκφρασή του μπορεί να έχει πολλές φορές συμβολικό χαρακτήρα, όχι όμως πάντοτε. Θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια για εξαγωγή συμπεράσματος και εννοιών, ακόμη και από λόγια ασύνδετα μεταξύ τους. Αυτό είναι εξίσου δύσκολο, όσο και το να προσπαθείς να συνεννοηθείς με κάποιον αλλόγλωσσο.

Όσο, βέβαια, η σχέση προχωράει, αρχίζει να καταλαβαίνει τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου του, να βγάζει σημαντικό νόημα από λίγες μόνο κουβέντες. Έτσι ο βαθμός επικοινωνίας συνεχώς αυξάνεται, ώσπου κάποτε συνεννοούνται άνετα μεταξύ τους. Αυτή η διαδικασία απαιτεί ανοχή, υπομονή, παρατηρητικότητα και μεγάλη επιμονή. Ίσως να μην αποδίδει πολύ και να απογοητεύει, αλλά η ικανοποίηση να βοηθάς έναν ασθενή χαμένο μέσα σ' έναν τρομακτικό εσωτερικό κόσμο, να επανέλθει σε μία ζωή πιο φυσιολογική και λιγότερο απειλητική, είναι αρκετή αμοιβή.

Το είδος των σχέσεων καθορίζεται μόνο μετά από στενή επαφή με τον ασθενή. Η νοσηλεύτρια δεν θα παρακολουθεί απλώς τις δραστηριότητές του, αλλά θα έχει ενεργό ρόλο σ' αυτές. Πρέπει ο

ασθενής να έχει στη διάθεσή του, όσο χρόνο του χρειάζεται για συγκεκριμένη δραστηριότητα. Όσο για τη διεκπεραίωσή της, θα πρέπει να ενθαρρύνεται προφορικά και να μην αναλαμβάνει η νοσηλεύτρια τη δραστηριότητα εξολοκλήρου. Ο ασθενής θα μάθει πολύ δύσκολα να εργάζεται ανεξάρτητα αν οποιαδήποτε δραστηριότητά του την αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό για να γίνει πιο γρήγορα και πιο τέλεια.

Εντονα χρώματα στους τοίχους, τα κάδρα, πρέπει να αποφεύγονται. Η επίπλωση να είναι απλή και προσεγμένη. Να αποφεύγονται οι αιχμηρές γωνίες, όπου ο ασθενής μπορεί να τραυματιστεί και τα υπόλοιπα αντικείμενα, που είναι δυνατό να χρησιμοποιήσει ή για να επιτεθεί σε κάποιον ή για να βλάψει τον ίδιο τον εαυτό του. Δεν πρέπει να τοποθετούνται στο δωμάτιό του καθρέπτες και άλλα γυάλινα αντικείμενα.

Ο ασθενής με υπερδιέγερση υποφέρει από ένα υπερβολικό ξέσπασμα ενεργητικότητας. Η ευθύνη για τον περιορισμό της και την κατεύθυνσή του προς ένα παραδεκτό κανάλι, ανήκει μόνο στη νοσηλεύτρια.

- Μέσα περιορισμού της ενεργητικότητας

- Γράψιμο: Πολλοί ασθενείς, κυρίως σε σοβαρές φάσεις, αρέσκονται στο να γράφουν ιστορίες, πραγματικές ή φανταστικές.

- Εργασία στο τμήμα: Βέβαια, πάντοτε με προσοχή, μήπως τυχόν ο ασθενής φτάσει σε σημείο εξάντλησης, πράγμα που έρχεται σε τέλεια αντίθεση με τους κανονισμούς των ανάλογων ιδρυμάτων.

- Ενασχόληση με παιχνίδια: Επιλέγονται παιχνίδια ακίνδυνα, όπως τάβλι ή άλλα ομαδικά π.χ. πινγκ-πονγκ.

- Φάρμακα: Ηρεμιστικά ή υπνωτικά, μετά από σύσταση του θεράποντα γιατρού.

- Φυσική & σωματική φροντίδα ασθενή σε υπερδιέγερση

Οι ασθενείς αυτοί συνήθως παρουσιάζουν μεγάλη απώλεια βάρους, αφυδάτωση και περιορισμό του ύπνου σε μία ως δύο ώρες ανά εικοσιτετράωρο.

Δεν αισθάνεται τον σωματικό πόνο και για το λόγο αυτό δεν αναφέρει τυχόν τραυματισμούς. Αδιαφορεί για τις καιρικές συνθήκες και τη θερμοκρασία. Σε περιπτώσεις που εκνευρίζονται από τα ενδύματά τους, δεν διστάζουν να τα βγάλουν, ακόμα και σκίζοντάς τα, έστω και αν είναι χειμώνας. Δεν λαμβάνουν υπόψη τις σωματικές τους ανάγκες.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άγρυπνη, ώστε να αντιλαμβάνεται όλες τις καταστάσεις του ασθενή, να προλαβαίνει τραυματισμούς, να φροντίζει για τη λήψη τροφής η οποία θα πρέπει να είναι πλούσια σε θερμιδική αξία και θρεπτικές ουσίες. Το θέμα του ύπνου αντιμετωπίζεται με χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων και χλιαρών λουτρών πριν την κατάκλιση.

Σχετικά με την προσωπική υγιεινή, πρέπει ο ασθενής να ενθαρρύνεται να φροντίζει μόνος τον εαυτό του. Η φροντίδα αυτή περιλαμβάνει κυρίως την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και των ουρογεννητικών οργάνων.

Συχνό φαινόμενο είναι η μετάπτωση από την υπερδιέγερση στην κατατονικότητα και εκεί ακριβώς χρειάζεται ιδιαίτερη μέριμνα, μήπως ο ασθενής αποπειραθεί να αυτοκτονήσει.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίζει σοβαρά για τα συμπτώματα του ασθενή. Δεν ωφελεί να του λέει ότι οι παραισθήσεις του είναι αβάσιμες και φανταστικές. Δεν θα πρέπει όμως, να υποστηρίζει τις παραισθήσεις αυτές σαν να είναι αληθινές. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να μιλάει για τις ιδέες και τις εμπειρίες του, και αφού δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ τους, να τον ρωτήσει γιατί νομίζει ότι συμβαίνουν όλα αυτά.

Σ' αυτό το σημείο μπορεί να τον βοηθήσει να κατανοήσει ότι ενώ οι εμπειρίες του φαίνονται πραγματικές σ' αυτόν, στην πραγματικότητα είναι εκδήλωση της πάθησής του. Με τον καιρό θα καταλάβει ότι οι ιδέες του αυτές είναι λιγότερο τρομακτικές απ' όσο νόμιζε και στη συνέχεια θα αυξηθεί το ενδιαφέρον του για τη ζωή. Η αύξηση του ενδιαφέροντος και των δραστηριοτήτων ελαττώνει ακόμα πιο πολύ τις αφύσικες εμπειρίες του και έτσι μπορεί να φτάσει σε σημείο συμβιβασμού με την πάθησή του και μπορεί να ζήσει ζωή σχετικά φυσιολογική και ικανοποιητική.

Γ) Νοσηλευτική Παρέμβαση ανάλογα με τον κλινικό τύπο της ασθένειας

1. Σε ασθενείς με υπερδιέγερση

Βασικό σημείο της μεταχείρισής τους είναι η ευγένεια.

Οι ασθενείς αυτοί είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι και θυμώδεις. Ο χαμηλός τόνος φωνής, το ήρεμο και μαλακό πλησίασμα και γενικά μία θετική στάση, συμβάλλουν πολύ στην αποτελεσματική αποκατάστασή τους. Οι μακριές συζητήσεις και εξηγήσεις, εκνευρίζουν τους ασθενείς αυτούς και καλό είναι να αποφεύγονται.

Στις περιπτώσεις των ασθενών αυτών, διακρίνουμε από την πλευρά τους ασέβεια, χυδαιότητα, τάσεις καταστροφής και επιθετικότητας με σκοπό τη σεξουαλική ικανοποίηση. Οι εκδηλώσεις αυτές είναι και πρέπει να ληφθούν ως συνέπεια της ψυχικής ασθένειας, να αγνοηθούν από την ομάδα υγείας, η οποία θα πρέπει ακάθεκτη να συνεχίσει το έργο της.

Η σκέψη των ασθενών αυτών, συνήθως πηδά από το ένα θέμα στο άλλο και δίνουν την εντύπωση συγχυτικών. Πρέπει, επομένως, να καταβάλλεται προσπάθεια για απομάκρυνση της σκέψης τους από κάθε τι που τους συγχίζει και τους προκαλεί ανησυχία.

Βέβαια σ'αυτή την ηρεμία συμβάλλει και η απλοποίηση και η μετατροπή του περιβάλλοντος. Εάν για παράδειγμα κάποιος ασθενής αυτής της κατηγορίας ερεθίζεται από δυνατές ομιλίες ή άλλους θορύβους, καλό θα είναι να επιλεγεί γι'αυτόν ένα δωμάτιο απομακρυσμένο, που να βρίσκεται όμως σε θέση προσιτή για παρακολούθηση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

2. Σε κατατονικούς ασθενείς

Οι κατατονικοί ασθενείς υποφέρουν από αισθήματα ενοχής και συχνά μέμφονται και υποτιμούν τον εαυτό τους.

Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η λογική συζήτηση είναι άκαρπη και ότι ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει το πραγματικό ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας γι' αυτόν, αφού θα του συμπεριφερθεί με κατανόηση και φιλικότητα, πάντα όμως μέσα στα αυστηρώς επαγγελματικά πλαίσια.

Για τον κατατονικό ασθενή είναι εξαιρετικά δύσκολο να πάρει έστω και τις πιο απλές αποφάσεις. Η θεραπευτική αξία του νοσοκομείου ή του ψυχιατρείου έγκειται στο ότι οι περισσότερες αποφάσεις λαμβάνονται από το ίδιο το ίδρυμα. Σωστότερο είναι η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιεί ευγενικές προσκλήσεις παρά ερωτήσεις.

-Όσον αφορά τη σωματική φροντίδα των ασθενών αυτών, -θα πρέπει να ξέρουμε ότι είναι άρρηκτα δεμένες με την ψυχική κατάσταση που βιώνει ο ασθενής. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένες λειτουργίες του οργανισμού εκπίπτουν σημαντικά. Παρουσιάζεται συχνά δυσκοιλιότητα, πνευμονίες και οιδήματα στα άκρα. Συχνότατα επίσης παρουσιάζουν φλεγμονές και γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα κατά τη διάρκεια του μπάνιου (π.χ. πρόληψη ουρολοιμώξεων).

Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η κατάρτιση ενός ημερήσιου προγράμματος για τους κατατονικούς ασθενείς. Έτσι, συνηθίζουν σε συγκεκριμένη σειρά, ώστε μετά από κάποιο χρονικό διάστημα να χρειάζεται μια απλή παρότρυνση για την εφαρμογή του προγράμματος.

Σχετικά με την ενδυμασία, θα πρέπει να παίρνονται μέτρα κυρίως τους χειμερινούς μήνες, γιατί οι ασθενείς αυτοί, συνήθως, δεν αισθάνονται τις μεταβολές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος και κινδυνεύουν από σοβαρά κρυολογήματα. Εκτός, όμως από αυτό, καλό είναι να του δημιουργήσει ενδιαφέρον για την εξωτερική του εμφάνιση.

Οι κατατονικοί ασθενείς παρουσιάζουν προβλήματα και σχετικά με την διατροφή τους. Αρνούνται να φάνε γιατί υποστηρίζουν ότι δεν τους αξίζει, ότι δεν έχουν το αντίτιμό της, άλλοι για να πετύχουν την αυτοτιμωρία τους. Άλλοι πάλι, αρνούνται τη σίτισή τους, για να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Το ενδιαφέρον, ωστόσο, για το φαγητό, ενισχύεται όταν συμμετέχουν και οι ίδιοι στην ετοιμασία του.

Προσοχή χρειάζεται και η λήψη υγρών, γιατί τα λαμβανόμενα φάρμακα, σε συνδυασμό με την αδράνεια του ασθενή συχνά οδηγούν σε αφυδάτωση. Η παρακολούθηση του τρόπου λήψης και του ποσού τροφής και υγρών πρέπει να γίνεται με διακριτικότητα, γιατί αν ο ασθενής το αντιληφθεί, ίσως να φέρει αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Είναι εξαιρετικά δύσκολο να βρεθεί τρόπος μέσα σ'ένα νοσοκομείο ώστε ο ασθενής να παρακολουθείται στενά, να είναι ασφαλής και συγχρόνως να μην του στερηθεί η ελευθερία του.

3. Φροντίδα ασθενών με άρνηση σίτισης

Για να βοηθήσουμε έναν ασθενή να αρχίσει να παίρνει την τροφή του, θα πρέπει πρώτα να διαπιστώσουμε γιατί την αρνείται. Οι λόγοι είναι πολλοί και ποικίλοι. Αυτοί που συναντάμε συχνότερα, είναι οι εξής:

α) Κυρίως σε καταθλιπτικούς ασθενείς συναντάμε την πρόφαση ότι δεν αξίζουν να τραφούν ή ότι δεν έχουν να πληρώσουν ότι φάνε. Αυτό συμβαδίζει απόλυτα με την ιδέα τους ότι δεν αξίζουν τη ζωή. Στις περιπτώσεις αυτές, καμία λογική προσπάθεια δεν πείθει. Κάτι, που ίσως τους πείσει, έστω να δοκιμάσουν, είναι το να πούμε ότι η τροφή θα πεταχτεί.

β) Ορισμένες φορές δεν παίρνουν την τροφή, που τους προσφέρεται σε δίσκο. Ίσως πάρει κάτι από τα σκουπίδια για να το φάει, όταν δεν τον βλέπει κανένας. Αυτή είναι και η χαρακτηριστική περίπτωση ασθενών που αισθάνονται ανάξιοι να πάρουν σερβιρισμένη τροφή και αντίθετα, ότι αξίζουν κάτι, που έχει ήδη πεταχτεί.

γ) Άλλοι πάλι δεν δέχονται να τραφούν, επειδή δεν έχουν το αντίτιμο για τη διαμονή και τη διατροφή τους. Σωστό είναι να ακολουθείται πρόγραμμα ενασχόλησης με τις εργασίες του ιδρύματος, ώστε να νιώθουν ότι εξασφαλίζουν με έντιμο τρόπο τα απαραίτητα για τη ζωή τους. Αυτός ο τρόπος, βοηθάει βέβαια, αλλά είναι δύσκολος ως προς την οργάνωση και την εκτέλεσή του.

4. Φροντίδα ασθενών με ψευδαισθήσεις

Βασικό πρόβλημα και αυτής της κατηγορίας ασθενών είναι η διατροφή τους. Και οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις αποτελούν συνήθως αιτίες για άρνηση σίτισης από πολλούς ασθενείς. Ίσως αυτό να τους το υπαγορεύει κάποια εσωτερική φωνή, ίσως να έχουν την εντύπωση ότι η τροφή τους είναι δηλητηριασμένη.

Και οι δύο περιπτώσεις είναι δύσκολες στην αντιμετώπισή τους. Οι ασθενείς τρομοκρατούνται και μόνο στην ιδέα ότι πρέπει να φάνει. Ίσως να δεχτούν να πάρουν μόνο τροφές τυποποιημένες, ακαθάριστα φρούτα ή αυγά κτλ. Αλλά και τότε ακόμα, ίσως θεωρήσουν ότι έχει προηγουμένα δηλητηριαστεί με σύριγγα.

Σωστή μέθοδος παρότρυνσης για φαγητό είναι η δοκιμή της τροφής από τη νοσηλεύτρια μπροστά στον ασθενή. Έτσι, του δείχνει ότι δεν έχει μολυνθεί.

Το πρόβλημα σχετικά με τη σίτιση γίνεται ακόμα δυσκολότερο, όταν παρομοιάζουν, στα πλαίσια των ψευδαισθήσεων, το ντοματόζουμο με αίμα, τις πατάτες με δάχτυλα και τα μακαρόνια με σκουλήκια.

Χαρακτηριστική περίπτωση άρνησης τροφής, είναι αυτή, μιας νεαρής κοπέλας, που θεωρούσε ότι πεθαίνοντας από ασιτία, θα πρόσφερε τον εαυτό της ως θυσία για την ειρήνη στον κόσμο.

Ωστόσο, όσο έντονη και αν είναι η άρνηση στη λήψη του φαγητού, καλό είναι ο ασθενής, άσχετα αν τρώει ή όχι, να παραβρίσκεται στην τραπεζαρία την ώρα που οι υπόλοιποι τρώνε, γιατί η όρεξη έρχεται ακόμα και με τη θέα άλλων που τρώνε.

Θα πρέπει να αποφεύγονται κολακευτικά ή απειλητικά λόγια για το φαγητό. Ένα απλό σερβίρισμα και προσφορά του δίσκου με το φαγητό είναι μάλλον πιο αποτελεσματική. Δεχόμαστε και την άρνηση χωρίς σχόλια.

Το πρόβλημα της άρνησης τροφής, συζητείται με το γιατρό, όταν ξεπεράσει τις τρεις ημέρες, γιατί αρχίζει να είναι απειλητικό για τη ζωή του. Συχνά χρησιμοποιείται ρινογαστρικός σωλήνας GAVAGE ή LEVINE. Ευκολότερα τρώνε όταν τους δώσουμε κουτάλι, ασθενείς με μικρή ηλικία, με ελλειπή προσανατολισμό και σύγχυση διάνοιας. Ποτέ, δεν πρέπει να ακολουθείται η διά της βίας σίτιση, γιατί δημιουργεί την εντύπωση επίθεσης στον ασθενή.

Κατά τη διάρκεια του φαγητού, το περιβάλλον πρέπει να είναι ευχάριστο. Αλλωστε, όπως όλοι οι άνθρωποι, έτσι και οι ψυχικά ασθενείς θέλουν τα φαγητά τους να είναι καλοσερβιριμένα και να τους προσφέρονται σε φιλική και οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Η θρέψη με σωλήνα, καλό είναι να αποφεύγεται. Σκοπός της ψυχιατρικής θεραπείας είναι να βοηθηθεί ο άρρωστος να είναι ανεξάρτητο, να αυτοκυριαρχείται και να μπορεί να σταθεί αυτόρκης στην κοινωνία. Η χρήση του, όμως, οδηγεί σε τελείως αντίθετα αποτελέσματα, αφού ενισχύει τον άρρωστο να φέρεται ως τελείως ανώριμος και εξαρτώμενος από τους άλλους. Άλλοι ασθενείς θεωρούν και τον σωλήνα μέσο επίθεσης. Επομένως, ο σωλήνας θα πρέπει να επιλέγεται μόνο όταν η αστία απειλεί τη ζωή τους.

Η διατροφή με σωλήνα GAVAGE κρύβει πολλούς κινδύνους, όπως θάνατο από πνευμονία, από πνευμονική γάγγραινα λόγω εισρόφησης, αφού τα προστατευτικά αντανακλαστικά των βαριά ψυχικά ασθενών, είναι, συνήθως, ανεπαρκή. Η δυσάρεστη εμπειρία διατροφής με σωλήνα οδηγεί συχνά τους ασθενείς ν'αρχίσουν να τρώνε μόνοι τους.

5. Φροντίδα παρανοϊκών ασθενών

Οι περισσότεροι παρανοϊκοί ασθενείς πάσχουν από καχυποψία και δεν παραδέχονται ότι είναι άρρωστοι. Νομίζουν ότι το νοσοκομείο δεν τους προσφέρει τίποτα και ότι άδικα βρίσκονται εκεί. Αντιμετωπίζουν εχθρικά το προσωπικό, βρίζουν και συχνά επιτίθενται με λόγια και έργα κατά πάντων. Συχνά επιβουλεύονται και την ίδια τη ζωή τους.

Όταν ο ασθενής αρχίζει να παραπονείται για το προσωπικό, την κακή μεταχείριση που του γίνεται, την κακή θεραπεία και την άδικη παραμονή του στο νοσοκομείο, δεν πρέπει η νοσηλεύτρια να προσπαθήσει να του αλλάξει γνώμη. Ένας τέτοιος χειρισμός, μάλλον θα χειροτερέψει την κατάσταση, αφού θα αυξήσει το μίσος του ασθενή για όλο το περιβάλλον του ιδρύματος. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος είναι να καθήσει να τον ακούσει υπομονετικά, χωρίς σχόλια και να μην προσπαθήσει να πετύχει λογικό διάλογο, γιατί, στη φάση αυτή, είναι αδύνατο, αφού βρίσκεται κάτω από την επίρρεια ισχυρών ψευδαισθήσεων. Για να υποχωρήσουν αυτές και να δημιουργηθεί φιλικό περιβάλλον, πρέπει να αρχίσει να αισθάνεται ασφαλής και αποδεκτός από το περιβάλλον του.

Η νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Η κατάρτιση του προγράμματος φροντίδας πρέπει να καταρτιστεί με βάση το ιστορικό του ασθενή, τις γραμματικές του γνώσεις, τις συναισθηματικές του ανάγκες, τα προσωπικά του ενδιαφέροντα και τις ικανότητές του. Στοιχεία, που είναι πολύ απαραίτητα για την επιλογή του τρόπου ψυχαγωγίας του ασθενή. Καλό είναι να έχει μοναχικό δωμάτιο, γεγονός που συμβάλλει πολύ στην εξουδετέρωση της καχυποψίας.

Προσοχή χρειάζεται στις συνομιλίες της νοσηλεύτριας με τρίτους, παρόντος του ασθενή. Όταν αυτός, δεν έχει άμεση ακουστική επαφή με όσα λέγονται, νιώθει και πιστεύει ότι συνομιλούν εναντίον του. Σε τέτοιες περιπτώσεις θα πρέπει να διακόπτεται η συνομιλία αυτή.

Στους παρανοϊκούς ασθενείς πρέπει να δίνονται απλές εξηγήσεις. Μπορεί η νοσηλεύτρια να αποφεύγει να απαντήσει σε ερωτήσεις του ασθενή, όταν, όμως, αποφασίσει να του απαντήσει, θα πρέπει να του πει την αλήθεια. Μόνο έτσι θα κερδίσει την εμπιστοσύνη του.

Πρέπει το προσωπικό να αποφεύγει τις υποσχέσεις στους παρανοϊκούς ασθενείς. Αν, όμως, τους υποσχεθεί κάτι, θα πρέπει να το εκπληρώσει οπωσδήποτε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Περιστατικό A

Όνομα : Π.Ν.

Ηλικία: 16 χρ.

Συνοπτικό ιστορικό

Γεννήθηκε στην Πάτρα και ήταν ιδιαίτερα ζωηρό παιδί, ώπου στα 4 του χρόνια επιτέθηκε στη γιαγιά του, γεγονός που οδήγησε τους γονείς σε ψυχίατρο. Στο σχολείο ήταν από τους καλύτερους μαθητές και ιδιαίτερα υπερπροστατευόμενος από τη μητέρα του. Από τα 9 του χρόνια άρχισε να επιτίθεται σεξουαλικά στη μητέρα του και να αντανάζεται ακόμη και μπροστά στους γονείς του πολλές φορές την ημέρα. Νοσηλεύτηκε για 3 μήνες συνολικά, αφού πλέον είχε φτάσει στο σημείο να ζει σε ένα κόσμο δικό του, νομίζοντας ότι συνεχώς καταδιώκεται ή χλευάζεται από άντρες ωραιότερους σε όποιον ήθελε να πάρουν την μητέρα του από αυτόν. Υποχονδριακές τάσεις.

Διαγνώστηκε "αποδιοργανωμένος τύπος" της Σχιζοφρένειας. Θεωρείται καλός και υπάκουος ασθενής.

- 1) Νοσηλευτικό Πρόβλημα: Ο ασθενής νομίζει ότι το φαγητό του έχει προετοιμαστεί από ανθρώπους με βρώμικα χέρια και αρνείται να φάει.

Αντικειμενικός σκοπός: Να κατορθώσουμε να οδηγήσουμε τον ασθενή κοντά στην τροφή του.

Προγραμματισμός ενεργειών: Ο ασθενής θα πρέπει να καταλάβει ότι η τροφή παρασκευάζεται με καθαρό τρόπο. Θα μπορούσε να πειστεί με μια επίσκεψη στο μαγειρείο και αφού είχε προσδιορίσει τι ακριβώς τον ενόχλησε.

Εφαρμογή ενέργειας: Ο ασθενής με συνοδεία νοσηλεύτριας οδηγείται στο μαγειρείο, όπου, επίτηδες, το προσωπικό πλένει τα χέρια του εκείνη τη στιγμή μπροστά του. Στη συνέχεια γίνεται συζήτηση μαζί του και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι πράγματι τα χέρια του προσωπικού είναι καθαρά όπως επίσης και τα σκεύη. Σχεδόν πείθεται, αν και φαίνεται να διατηρεί τις επιφυλάξεις του. Υπόσχεται ωστόσο ότι θα φάει.

Αποτέλεσμα: Δεν τηρεί την υπόσχεσή του. Δεν τρώει και μάλιστα αδειάζει το πιάτο του κάτω και το ποδοπατάει.

- 2) Νοσηλευτικό Πρόβλημα: Ο ασθενής έχει την ψευδαισθηση ότι κάποιος νεαρός, που του μοιάζει σε εμφάνιση προσπαθεί να συνάψει σεξουαλική σχέση με την μητέρα του.

Αντικειμενικός σκοπός: Να απαλλαγεί ο ασθενής από τις ψευδαισθήσεις του.

Προγραμματισμός ενεργειών: Πρέπει να ακολουθηθεί εξατομικευμένο πρόγραμμα, ανάλογο με τις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και τις γνώσεις του ασθενή. Θα πρέπει ο ασθενής να παροτρυνθεί να μιλήσει και να εκφράσει ό,τι τον βασανίζει. Κρίνεται ότι θα πρέπει η φάση των ψευδαισθήσεων να μελετηθεί από όλη την ομάδα υγείας.

Εφαρμογή: Ο ασθενής πείθεται με μεγάλη δυσκολία να συμμετέχει σε μια τέτοια κουβέντα. Στην αρχή είναι ιδιαίτερα αμίλητος. Στη συνέχεια αρχίζει να λέει τι ακριβώς τον απασχολεί, ενώ γίνεται ιδιαίτερα παρορμητικός και επιθετικός καθώς περιγράφει. Πλησιάζεται με ξεχωριστή φροντίδα από τη νοσηλεύτρια μετά το πέρας της πρώτης συνάντησης. Με ευγενικό τρόπο καταφέρνει να τον πλησιάσει ακόμη περισσότερο και τελικά της αναλύει με πιο πολλές λεπτομέρειες τι ακριβώς φαντάζεται.

Δείχνει ωστόσο να εκτιμάει το ότι πλησιάζεται με εξαιρετική φροντίδα και προσοχή και το γεγονός ότι οι ερωτήσεις, στις οποίες καλείται να απαντήσει, τίθεντα διακριτικά.

Αποτέλεσμα: Μετά από μακροχρόνιες συζητήσεις, έφτασε στο σημείο να έχει απαλλαγεί, σίενα όχι πολύ μεγάλο ποσοστό, από τις παραληρητικές ιδέες που τον βασάνιζαν.

3) Νοσηλευτικό Πρόβλημα: Παρουσιάζεται συνέχεια μόνος και κάνοντας βόλτες στους χώρους της κλινικής. Δεν μιλάει σχεδόν καθόλου και δεν βλέπει τηλεόραση.

Αντικειμενικός σκοπός: Θα πρέπει να ξαναποκτήσει τις σχέσεις του με τους άλλους ασθενείς και γενικά την κοινωνικότητά του.

Προγραμματισμός: Να παροτρυνθεί να συζητήσει, να ξαναπάρει μέρος στα επιτραπέζια παιχνίδια (πιγκ-πογκ, τάβλι, κτλ.) και να δει τηλεόραση.

Εφαρμογή: Πολύ δύσκολη η προσέγγισή του στη φάση αυτή. Πλησιάζεται με ευγενικό και διακριτικό τρόπο. Παροτρύνεται να πάρει μέρος στην καθημερινή κουβέντα με μέλη του προσωπικού. Να παίξει κάποιο παιχνίδι. Ρωτάμε αν τον έχει ενοχλήσει κάτι στη συμπεριφορά μας ή στη συμπεριφορά κάποιου άλλου ασθενή.

Αποτέλεσμα: Στην αρχή δεν απαντάει καθόλου. Δεν δίνει καθόλου σημασία, αν του μιλάει ή όχι κάποιος. Στη συνέχεια επιτίθεται με λόγια και βρισιές λέγοντας ότι δεν πρέπει να ενδιαφέρει κανέναν το τι κάνει. Τελικά, αφού κλείνεται για λίγο στο δωμάτιό του, βγαίνει και παρακολουθεί στην τηλεόραση ένα πρόγραμμα για παιδιά, που φαίνεται ότι τον κάνει να αισθάνεται καλύτερα και μάλιστα να χαμογελάει.

Περιστατικό B

Όνομα : Π.Κ.

Ηλικία: 45 χρόνων

Η ασθενής, που είναι απόφοιτη της Γεωπονικής Σχολής, εργάζεται για δώδεκα χρόνια στην Αγροτική Τράπεζα. Από τα 18 της χρόνια διατηρούσε δεσμό με τον κύριο που τελικά παντρεύτηκε. Σε ηλικία 32 ετών γέννησε την κόρη της και δεν ξαναεπέστρεψε στην δουλειά της μετά το τέλος της άδειας λοχείας.

Το πρώτο σημείο που εμφανίστηκε ήταν ότι άρχισε να τηλεφωνεί σε ακατάλληλες ώρες σε γνωστούς και φίλους, - κάνοντας άσκοπες ερωτήσεις. Μιλούσε και κάπνιζε ακατάπαυστα σ' όλη τη διάρκεια της μέρας, ενώ τις πρωινές ώρες σφουγγάριζε συνέχεια όλο το σπίτι.

Μετά από μεγάλη προσπάθεια κατάφερε ο σύζυγός της να την οδηγήσει σε ψυχίατρο. Μετά από μακροχρόνια θεραπεία και συνεχείς επισκέψεις σε γιατρούς, παρουσίαζε σημαντική βελτίωση. Ωστόσο σταμάτησε αυθαίρετα τη λήψη των φαρμάκων, νομίζοντας και επιμένοντας ότι είχε θεραπευτεί τελείως.

Από τα 40 της χρόνια και μετά, νοσηλεύτηκε τέσσερις φορές. Την πρώτη για 2 μήνες, τις δύο επόμενες από 4 μήνες και την τελευταία (από την οποία και η νοσηλευτική διεργασία) για 46 ημέρες.

Στην αρχή βρισκόταν σε συνεχή καταστολή και ξυπνούσε μόνο μετά από προσπάθεια.

Στο φαρμακευτικό σχήμα, αυξανόταν συνέχεια η δόση των φαρμάκων, αφού άρχισε να έχει και ψευδαισθήσεις, τύπος καταδίωξης από παιδιά, που την μέμφονταν ότι τα άφησε χωρίς φαγητό και με ασιδέρωτα ρούχα.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής της, αρνεί να αναπτύξει κάποιες τυπικότερες σχέσεις με το προσωπικό, από το οποίο προσεγγίζεται, βέβαια, συνέχεια.

Επαιρνε αδιαμαρτύρητα τα φάρμακά της και πάντοτε ζητούσε και δεύτερη μερίδα φαγητού.

Γύρω στο μεσοδιάστημα της νοσηλείας της έγινε υπερκινητική και περπατούσε με τόση βιασύνη στους χώρους της κλινικής, ώστε να φτάνει να είναι πολύ ιδρωμένη και τόσο κουρασμένη και λαχανιασμένη, που αν δεν καθόταν εκείνη τη στιγμή θα έπεφτε κάτω.

Η διάγνωση, σύμφωνα με DSM-III-R, είναι "κατατονική σχιζοφρένεια", στην διεγερτική της φάση.

Νοσηλευτική Διεργασία

- 1) Νοσηλευτικό Πρόβλημα: Η ασθενής μιλάει ακατάπαυστα και ασυνάρτητα. Μιλάει τόσο γρήγορα, που να μπερδεύει τις λέξεις μεταξύ τους. Δεν είναι καθόλου ήρεμη.

Αντικειμενικός σκοπός: Να ηρεμήσει όσο γίνεται περισσότερο και να μιλήσει αν θέλει για κάτι συγκεκριμένο που την απασχολεί, χωρίς να αγχώνεται.

Προγραμματισμός ενεργειών: Να προσεγγιστεί και να κουβεντιάσει με μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού και να εκφράσει τι ακριβώς σκέφτεται, μήπως, τελικά, καταφέρει να ηρεμήσει εκφράζοντάς το.

Εφαρμογή ενεργειών: Πλησιάζω την ασθενή, η οποία ανταποκρίνεται αμέσως. Ρωτώ ορισμένα πράγματα για τη δουλειά της και το παιδί της, γιατί ακριβώς θέλει να κινείται συνέχεια αφού αυτό την κουράζει τόσο.

Αποτέλεσμα: Ανταποκρίνεται αμέσως. Αρχίζει να απαντάει στις ερωτήσεις μου. Γίνεται καλή συζήτηση. Κλαίει όταν αναφέρεται στη δουλειά της, ενώ όταν αναφέρεται στο παιδί της δεν μιλάει με ηρεμία και μάλιστα το κοροϊδεύει γιατί όπως λέει "είναι πολύ χοντρό, με αχτένιστα μαλλιά, αλλά τόσο έξυπνο, που αυτή νιώθει χαζή".

Με το τέλος της κουβέντας και με την υπόσχεση από την πλευρά μου ότι την επομένη θα ξανασυζητήσουμε και από την πλευρά της ότι θα καθόταν να "διαβάσει ένα περιοδικό", σηκώθηκε μόλις αποκακούνθηκα και άργισε πάλι τις βόλτες. Αυτό διήρκεσε περίπου ένα τέταρτο της ώρας, ενώ μετά, πραγματικά κάθισε στο σαλόνι και ασχολήθηκε με ένα περιοδικό.

2) Νοσηλευτικό Πρόβλημα: Βουλιμία. Η ασθενής τρώει συνέχεια σε σημείο που να μη μπορεί να κοιμηθεί για δύο νύχτες.

Αντικειμενικός σκοπός: Να καταλάβει ότι δεν πρέπει να τρώει τόσο πολύ.

Προγραμματισμός ενεργειών: Να γίνει σύσταση στους συγγενείς, που την επισκέπτονται κάθε δεύτερη ημέρα, να μην της φέρνουν τίποτε για φαγητό. Να σημειωθεί στην ίδια ότι το πολύ φαγητό περισσότερο βλάπτει, παρά βελτιώνει την κατάστασή της.

Εφαρμογή ενεργειών: Γίνονται ήρεμες εκκλίσεις στην ασθενή να μην τρώει τόσο πολύ. Όταν κάποια μέρα ζητάει από τον υπεύθυνο της τραπεζαρίας άλλη μια μερίδα φαγητό, εμποδίστηκε με κάπως έντονο τρόπο να την πάρει.

Στους συγγενείς έγινε σύσταση να μην φέρνουν τίποτε από έξω. Τους δόθηκαν εξηγήσεις ότι κάτι τέτοιο βλάπτει την ίδια, παρά το ότι την ευχαριστεί.

Αποτέλεσμα: Άμεση ανταπόκριση των συγγενών. Η ίδια δείχνει ότι από φόβο δεν ξαναζητάει δεύτερη μερίδα φαγητό. Ωστόσο υπακούει.

3) Νοσηλευτικό Πρόβλημα: Η ασθενής ξυπνάει τα ξημερώματα καινούρινη και επιτίθεται στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Αντικειμενικός σκοπός: Να ηρεμήσει η ασθενής.

Προγραμματισμός ενεργειών: Να κατασταλεί, όσο γίνεται, όλη η κατάσταση. Να χορηγηθούν κατασταλτικά φάρμακα. Αν χρειαστεί θα ακολουθήσει και καθήλωση της ασθενούς.

Εφαρμογή ενεργειών: α) Ακινητοποιείται από δύο άντρες που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ετοιμάζεται μία ένεση με πρεμιστικό. Η ένεση είναι αδύνατο να γίνει αφού η ασθενής είναι τόσο σφιγμένη, που η βελόνα από τη σύριγγα δεν μπορεί να εισχωρήσει. Μετά από πολύ κόπο γίνεται η ένεση.

Αποτέλεσμα: Κανένα. Η ασθενής εξακολουθεί να βόϊσκειται στην ίδια κατάσταση με πριν. Μένει καθιστή μόνο γιατί την κρατούν δύο άντρες.

Εφαρμογή ενέργειας: β) Η ασθενής καθηλώνεται με ιμάντες στο κρεβάτι.

Αποτέλεσμα: Με τις βίαιες κινήσεις της μετακινεί ολόκληρο το κρεβάτι ενώ με τις φωνές της αναστατώνει ολόκληρο το τμήμα.

Εφαρμογή ενέργειας: γ) Κορηγείται και άλλη ηρεμιστική ένεση.

Αποτέλεσμα: Περιορίζονται οι κινήσεις, σγεδόν σταματούν. Εξακολουθούν όμως οι φωνές.

Προγραμματισμός ενέργειας: γ) Να μεταφερθεί στην απομόνωση.

Εφαρμογή ενέργειας: Μεταφέρεται με το ίδιο κρεβάτι, όπου είχε καθηλωθεί στο θάλαμο απομόνωσης.

Αποτέλεσμα: Ηρεμεί απόλυτα και μένει εκεί για τέσσερις ημέρες.

Δ) Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας στο χώρο της

Η νοσηλεύτρια εκμεταλλευόμενη τις γνώσεις και τις εμπειρίες της μέσα από το χώρο του ψυχιατρείου, προσπαθεί να δημιουργήσει ένα θεραπευτικό περιβάλλον, όπου ο ασθενής να αισθάνεται ασφάλεια και άνεση.

Πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει και να αξιολογεί τις κάθε είδους ανάγκες του - κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές - καθώς και τις επιπτώσεις τους στην πορεία της ασθένειάς του και στην αποκατάστασή του.

Βασικές της επιδιώξεις είναι:

1. Να βοηθήσει τον άρρωστο να προσανατολιστεί στο πρόβλημα της ασθένειάς και της νοσηλείας του, καθώς και στο περιβάλλον του νοσοκομείου, γενικότερα.

2. Να παρέχει ψυχική άνεση και ασφάλεια στον άρρωστο.

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

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα παρατηρητική ως προς:

1. Την εμφάνιση του αρρώστου (έκφραση προσώπου, ντύσιμο).

Αν δηλαδή δίνει την εντύπωση ανθρώπου που πάσχει, που είναι άρρωστος, υγιής, χαρούμενος, λυπημένος, ανήσυχος, αγωνιώδης, φοβισμένος. Αν ενδιαφέρεται για ότι συμβαίνει γύρω του ή αν παρουσιάζεται αφηρημένος. Αν είναι καθαρός, βρώμικος, χτενισμένος, ακατάστατος κτλ.

2. Τη στάση του αρρώστου.

Τη στάση του απέναντι στους γιατρούς, το προσωπικό, τους άλλους νοσηλευόμενους. Απέναντι στην αρρώστια του. Αν απαντά στις ερωτήσεις. Αν είναι φιλικός, εχθρικός, επιθετικός, αντιθετικός ή ευγενικός στη συμπεριφορά του. Αν παρακολουθεί ή όχι ότι τον ενδιαφέρει.

3. Τη γενική του συμπεριφορά.

Τη συμπεριφορά του απέναντι στον κόσμο. Αν μπορεί κάποιος εύκολα να τον πλησιάσει. Αν ενδιαφέρεται για τα προσωπικά του προβλήματα.

4. Κινητικές εκδηλώσεις.

Αν είναι υπερκινητικός, αν εκφράζεται με χειρονομίες ή γενικά κάνει περιορισμένες και βραδείες κινήσεις ή είναι σχεδόν ακίνητος.

5. Τρόπος ομιλίας.

Αν μιλάει αυθόρμητα ή απαντάει τυπικά. Ηρεμα ή απότομα. Αν αρθρώνει σωστά. Αν ο τόνος της φωνής του είναι χαμηλός ή έντονος. Αν χρησιμοποιεί σωστά τις λέξεις, δίνει ολοκληρωμένες φράσεις ή χρησιμοποιεί λέξεις τελείως άγνωστες και χωρίς νόημα.

Κυρίως όμως, θα πρέπει να αναπτυχθεί επικοινωνία με τον άρρωστο. Έτσι, θα μπορέσει η νοσηλεύτρια να αξιολογήσει την κατάσταση του αρρώστου. Θα διακρίνει την ανάγκη του για ψυχολογική βοήθεια και θα καταλάβει όσο η θεραπεία συνεχίζεται αν ο άρρωστος βελτιώνεται ή όχι.

Η επικοινωνία είναι απαραίτητη για:

1. Την πρόληψη της αρρώστειας.
2. Τη νοσηλευτική φροντίδα.
3. Τη νοσηλευτική αποκατάσταση.

Η σωστή επικοινωνία στηρίζεται στο τρίπτυχο:

Χρόνος - Ηρεμία - Επιδεξιότητα.

Ο άρρωστος έτσι ανακουφίζεται από την εσωτερική του ένταση και αισθάνεται ασφάλεια.

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

Ε) Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας στην Κοινωνία και Κοινωνική Αποκατάσταση του Αρρώστου

Κύριο μέλημά της αποτελεί η διαμόρφωση εκείνων των συνθηκών, που θα συντελέσουν στην διαμόρφωση και ωρίμανση της προσωπικότητας του παιδιού, μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων με τους γονείς και την οικογένεια γενικά.

Η νοσηλεύτρια προσέχει κυρίως:

1. Βαθμός φροντίδας, αγάπης, στοργής.

Ατομα που δεν είχαν στοργή και αγάπη στην παιδική ηλικία ή δεν έγιναν καλά αποδεκτά από τους γονείς και το περιβάλλον τους, δημιουργούν μια δυσμενή ψυχολογική προδιάθεση, επειδή αναπτύσσονται μέσα τους αισθήματα εχθρότητας, αβεβαιότητας, ανασφάλειας και άγχους.

2. Σχέσεις ανάμεσα στους γονείς

Ψυχρές και διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ των γονιών, δημιουργούν στα παιδιά σύγχυση αισθημάτων.

Όταν ένα παιδί είναι μάρτυρας κακής μεταχείρισης του ενός γονιού από τον άλλο, θα αναπτύξει αναπόφευκτα, μέσω του αισθήματος εχθρότητας και επιθετικότητας εναντίον του σκληρού γονιού.

Τα νέα αυτά αισθήματα έρχονται σε σύγκρουση με τα αισθήματα εξάρτησης, σεβασμού και αγάπης, που το παιδί τρέφει προς το γονιό αυτό. Η σύγκρουση αυτή δημιουργεί άγχος, που αν δεν αντισταθμιστεί κατάλληλα, αργότερα ίσως γίνει αιτία νευρωσικών εκδηλώσεων.

3. Συναισθηματική σταθερότητα στις σχέσεις με το παιδί

Ασταθής συναισθηματική συμπεριφορά από τους γονείς, όπως για παράδειγμα τρυφερότητα και υπερπροστασία, που εναλλάσσεται με τυρρναϊκή στάση και τιμωρίες, δημιουργούν συνθήκες τόσο για ανωμαλία προσωπικότητας όσο και για νευρωσικές εκδηλώσεις.

Οι προϋποθέσεις και βάσεις του σχεδίου συμπεριφοράς του ενήλικα, χτίζονται στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Ο νέος "οικοδομείται" πάνω σ'αυτές τις βάσεις.

4. Χρόνια νοσήματα και αναπηρίες

Σοβαρός τομέας, όπως επίσης η νοσηλεύτρια πρέπει να ρίξει την προσοχή της, είναι αυτός των χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών.

Στις περιπτώσεις αυτές τονώνει και ενθαρρύνει, ενώ προσπαθεί να δώσει λύσεις στα προβλήματά τους, συμβάλλοντας στην προσαρμογή στην κατάσταση τους. Λαμβάνει σοβαρά υπόψη της, ότι στις περιπτώσεις αυτές, η σωματική παθολογία είναι άρρηκτα δεμένη με τα ψυχολογικά επακόλουθα.

Η νοσηλεύτρια, εξάλλου, συμβάλλει πολύ και στο συμβουλευτικό τομέα, προς κάθε κατεύθυνση, και σε κάθε περίπτωση. Είτε βρίσκεται σε γενικό ή ειδικό νοσηλευτικό ίδρυμα, σε σχολεία, τόπους εργασίας, συμβουλευτικούς σταθμούς κάθε είδους, σε ειδικά ιδρύματα - γηροκομεία, ορφανοτροφεία, φυλακές, αναμορφωτήρια - σε συλλόγους, σε κοινότητες απεξάρτησης, σε μικρά και απομακρυσμένα χωριά κτλ.

Βέβαια, προκειμένου η νοσηλεύτρια να συμβάλλει με κάθε εφικτό τρόπο στη διαμόρφωση μιας κοινωνίας σωστής για ανάπτυξη μελών με όσο το δυνατό λιγότερα προβλήματα, θα πρέπει να καταφέρει να συνειδητοποιήσει τη βαρύτητα του ρόλου αυτού.

Να κατανοήσει ότι ως ψυχιατρική νοσηλεύτρια, μπορεί να δράσει ως ακρογωνιαίος λίθος μιας κοινωνίας σωστής, που σκοπός της θα είναι και η ομαλή ένταξη των ψυχικών ασθενών στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, έχοντας το μικρότερο δυνατό ψυχολογικά αλλά και σημαντικό κόστος γι'αυτούς.

Η πλατειά γνώση και ενημέρωση γύρω από το πρόβλημα της σχιζοφρένειας αλλά και όλων των ψυχωτικών διαταραχών, καθώς και η συμβολή της πολιτείας μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση της έκτασης αυτής της μάστιγας.

Στο έργο αυτό της νοσηλεύτριας, συμβάλλουν και άλλοι συναφείς κλάδοι, όπως της ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας, εργασιοθεραπείας.

ΣΤ) Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας στον Τομέα της Πρόληψης της Ψυχικής Υγείας

Σχετικά με την πρόληψη, η ψυχιατρική νοσηλεύτρια, θα πρέπει να θέσει ως αφετηρία το γεγονός ότι οι ψυχικές διαταραχές έχουν τις ρίζες τους στα πρώτα χρόνια της ζωής. Και στην συνέχεια, αφού φύγει από το τι οδήγησε στη δημιουργία της ασθένειας, να προσπαθήσει να δει και να αντιμετωπίσει τον κάθε ασθενή ως μεμονωμένη περίπτωση, χωρίς να θέτει standards στην αντιμετώπιση των περιπτώσεων.

Όσον αφορά το πρώτο σκέλος της συμβολής της στην πρόληψη: Κακές σχέσεις με το κοντικό - οικογενειακό και φιλικό - περιβάλλον είναι δυνατό να οδηγήσουν σε απλά ψυχολογικά προβλήματα μέχρι νευρώσεις και ψυχώσεις.

Κακές σχέσεις, σημαίνει, σχέσεις χωρίς επικοινωνία, στοιχείο απαραίτητο όσο και η τροφή για τον άνθρωπο και την ομαλή εξέλιξη της προσωπικότητάς του. Κακώς ή και καθόλου αναπτυγμένη επικοινωνία μέσα σε περιβάλλον οξύ, βαρύ ή αρρωστημένο, καταδικάζουν ένα μέλος να πάψει να είναι υγιές.

Δεν είναι, επομένως, δύσκολο να "δημιουργηθούν" άρρωστοι. Ατομα με ρόλο παθητικό, ευαίσθητο ή αδύναμο, συχνά αποτελούν τα θύματα, μέσα σ'ένα περιβάλλον με προβλήματα που δεν μπορούν να βαστάξουν.

Αμέσως μετά τη διάγνωση, ο άρρωστος θεωρείται και είναι μια μοναδική περίπτωση με τις ιδιαιτερότητές της και ειδικά σημεία προσοχής. Στη φάση αυτή η προληπτική θεραπευτική αγωγή - ώστε το ψυχολογικό πρόβλημα να μη φτάσει να γίνει ασθένεια - απευθύνεται όχι μόνο στον ίδιο τον άρρωστο αλλά και στο οικογενειακό περιβάλλον όπου βρίσκεται ριζωμένος και αναπτύσσεται ραγδαία η αρρώστεια.

Αν καταφέρουμε να φτιάξουμε μια οικογένεια και ως επέκταση μια κοινωνία με σωστές διαπροσωπικές σχέσεις και ένα ψυχολογικά υγιές οικογενειακό περιβάλλον, θα συμβάλλουμε αποφασιστικά στην ψυχική ισοροπία του κάθε ανθρώπου.

Όταν, όμως, προκύψει το κρούσμα της ψυχικής ασθένειας, τότε το πρόβλημα που προκύπτει είναι πολύπλευρο, γιατί εκτός του ατόμου που πάσχει, "πάσχει" το οικογενειακό περιβάλλον, η

κοινότητα, η κοινωνία, η οποία τις περισσότερες φορές απορρίπτει τα θύματά της, τους ψυχικά αρρώστους. Είναι η νομοτελειακή σχέση μεταξύ θύτη-θύματος.

Στην οικογένεια παρουσιάζονται αμέτρητα προβλήματα. Οι δυσχέρειες στην καθημερινή ζωή, τα αισθήματα ενοχής της οικογένειας απέναντι στο άρρωστο μέλος, η ανησυχία από την αδυναμία επικοινωνίας με το ασθενές μέλος και η αδυναμία επαρκούς οικονομικής αντιμετώπισης, είναι μερικά από αυτά. Αναμφισβήτητο το σημαντικότερο είναι η απόρριψη του ασθενή και το γεγονός ότι θεωρείται "βάρος" και "όνειδος" της οικογένειας.

Η εύκολη λύση όμως, βρίσκεται προ των πυλών της οικογένειας. Το άρρωστο μέλος είναι καλό να απομακρυνθεί. Για να πάψουν να δημιουργούνται πρόσθετα προβλήματα. Για να ζει η οικογένεια άνετα, όσο πριν. Για να μην μπορέσει, τελικά, να γίνει καλά το άρρωστο μέλος.

Το ψυχιατρείο έχει ανοιχτές τις πόρτες σε κάθε πάσχοντα. Ίσως τελικά τον βοηθήσει να σωθεί.

Ζ) Η Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια στα Πλαίσια της Κοινότητας

Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια έχει πρωταγωνιστικό ρόλο μέσα στην κοινότητα. Ρόλο βοήθειας και υποστήριξης στον άρρωστο, στο συνάνθρωπο που πάσχει, που υποφέρει.

Σε συνεργασία με την ομάδα αποκατάστασης, μεριμνά για την θεραπεία και την επαγγελματική επανένταξη του ασθενή.

Οι τομείς, όπου η παρουσία του νοσηλευτή είναι αναγκαία, είναι τρεις:

- α) Δραστηριότητες καθημερινής ζωής
- β) Σχέσεις με την κοινότητα
- γ) Προεπαγγελματική αγωγή

Ανεκτίμητη είναι η συνεισφορά της στην πρόληψη. Κι αυτό, γιατί η τακτική επαφή της με τον ασθενή προλαμβάνει την υποτροπή και φυσικά την επανεισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Η επίσκεψη της νοσηλεύτριας στο φυσικό περιβάλλον του ασθενή, είτε αυτό είναι ξενώνας, είτε διαμέρισμα, είτε το παλιό του σπίτι, έχει και ανιχνευτικό χαρακτήρα.

Ανιχνεύει τα προκύπτοντα προβλήματα, διαπιστώνει από "πρώτο χέρι" τις τρέχουσες καθώς και τις μελλοντικές δυσκολίες και σε συνεργασία με την ομάδα υποστήριξης που λειτουργεί μέσα στην κοινότητα, προτείνει λύσεις και παίρνει πρωτοβουλίες.

Από τα παραπάνω προκύπτει, ότι η ψυχιατρική νοσηλεύτρια είναι το Α και το Ω στη ζωή του ασθενή. Το νέο αυτό πλάνο νοσηλείας είναι απαραίτητο να εφαρμοστεί προς όφελος του χρόνιου ψυχιατρικού αρρώστου που ζει στην κοινότητα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Σχιζοφρένεια, επομένως, ονομάζεται το δράμα πολλών ανθρώπων, που ζουν σ'ένα βασανιστικά ξένο κόσμο και έχοντας ελάχιστες ελπίδες τέλειας θεραπείας.

Ισως η εργασία να συνέβαλε, έστω και στο ελάχιστο στην κατανόηση της κατάστασης αυτής. Κυρίως όμως, θα έπρεπε να συμβάλλει ώστε να μην συνεχίσει να θεωρείται κανένας ψυχικά άρρωστος ως πληγή και μίσημα του "υγιούς" κόσμου μας.

Ευχαριστώ

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΓΑΛΑΝΟΣ ΓΙΑΝΝΗΣ: "Ο ψυχικός κόσμος", Τόμος Β', σ. 193-200 και 213-227, εκδ. "Μπουκουμάνης", έκδοση β', Αθήνα 1978.
- "ΔΟΜΗ" εγκυκλοπαίδεια, Τόμος XV, σ. 1, εκδόσεις "Δομή", Αθήνα 1981.
- ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής", σ.137-165, εκδ. "University Studio Press" Θεσσαλονίκη 1988.
- "ΜΕΓΑΛΗ ΣΟΒΙΕΤΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ", Τόμος 32ος, σ. 568-569, "Σοβιετικές εκδόσεις", Μόσχα 1983. Μετάφραση: "Εκδοτική εταιρεία "Ακάδημος", Αθήνα, Απρίλιος 1984.
- ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ "Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής", εκδ. "ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ", Πάτρα 1982.
- "ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ", Περιοδικό, έκδοση Ψ.Ν.Π.Ο. (Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου), Τεύχη Απριλίου-Ιουνίου 1989, Ιανουαρίου-Απριλίου 1990, Σεπτεμβρίου-Δεκεμβρίου 1990.
- ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΙΔΟΥ Ε. - ΕΩΣΤΟΥΛΗ Ε. "Νοσηλευτική Ψυχιατρική", εκδ. "Πελεκάνος" Αθήνα 1981.
- ΧΑΡΤΟΚΟΜΑΗΣ ΠΕΤΡΟΣ, "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική" σ. 131-172, εκδ. "Θεμέλιο", Α' έκδοση, Αθήνα 1986.