

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**ΘΕΜΑ:**

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ - ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ  
ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ**

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

**ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ**

Σπουδάστρια:

**ΜΟΥΖΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ, 1997**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2175
----------------------	------

*Την εργασία αυτή την αφιερώνω στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα στον αδερφό μου, οι οποίοι με στήριξαν και μου έδωσαν κουράγιο για να ολοκληρώσω τις σπουδές μου.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	1
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	3
<b>ΜΕΡΟΣ Α'</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b>	5
1. Αρχαίοι Χρόνοι	5
2. Μεσαίωνας και Αναγέννηση	6
3. 19ος αιώνας	7
4. 20ος αιώνας	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</b>	11
1. Γενικά περί σχιζοφρένειας	11
2. Ιστορική Πορεία των εξελίξεων γύρω από το πρόβλημα της σχιζοφρένειας	12
3. Τί προκαλεί τη σχιζοφρένεια - Αιτία της νόσου	14
4. Ψυχοπαθολογία	20
5. Κλινική Εικόνα	20
6. Διαταραχές και συμπτωματολογία	22
7. Κλινικές Μορφές της Σχιζοφρένειας	28
8. Πρόγνωση	31
9. Διαφορική Διάγνωση	32
10. Εξέλιξη της νόσου	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</b>	40
Ηβηψρενική Μορφή	40

## ΜΕΡΟΣ Β'

### ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</b>	<b>49</b>
1. Φαρμακευτική θεραπεία - Ψυχοφάρμακα	49
2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	57
3. Ινσουλινοθεραπεία	60
4. Απασχολησιοθεραπεία ή εργασιοθεραπεία	60
5. Χειρουργική θεραπεία	61
6. Ψυχοθεραπεία	62
7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία	69

## ΜΕΡΟΣ Γ'

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</b>	<b>73</b>
- Ιστορικό Ασθενούς Α	73
- Ιστορικό Ασθενούς Β	87
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</b>	<b>94</b>
1. Η Μοναδικότητα της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας και ο ρόλος της	94
2. Εισαγωγή του ψυχικά αρρώστου - Αξιολόγηση	97
3. Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος	100

## ΜΕΡΟΣ Δ'

- Κοινωνική Ψυχιατρική	112
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</b>	113
- Πρόληψη	113
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</b>	115
- Θεσμός της αποκατάστασης	115
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</b>	118
- Προγράμματα επανένταξης στην Ελλάδα	118
- Προγράμματα επανένταξης στη Γαλλία	120
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο</b>	122
- Κοινοτικές Υποδομές	122
- Υπηρεσίες Ψυχιατρικής στην Κοινότητα	123
- Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής	124
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο</b>	129
- Επαγγελματική Εκπαίδευση και Αποκατάσταση	129
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο</b>	131
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών	131
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο</b>	135
- Ο ρόλος της οικογένειας στην επανένταξη των ψυχασθενών	135

## ΜΕΡΟΣ Ε΄

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	138
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	141
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	143

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία με θέμα "Σχιζοφρένεια - Ηβηψρενική Μορφή - Σφαιρική μελέτη του θέματος" γράφτηκε με σκοπό την προσωπική κατάρτιση και ενημέρωση για ένα θέμα κοινωνικά σημαντικό στο σχηματισμό συγκεκριμένης άποψης για μια προσπάθεια κατανόησης και αντιμετώπισης των προβλημάτων της κατάστασης των ανθρώπων αυτών, οι οποίοι είναι παρεξηγημένοι εδώ και πολλούς αιώνες και ζούν στο περιθώριο της δικής μας ζωής.

Έχει επίσης σαν σκοπό την αναφορά των στοιχείων εκείνων που αφορούν και συμβάλλουν (θετικά και αρνητικά) στον ψυχιατρικά ασθενή και ειδικότερα στον σχιζοφρενή, καθώς και το ρόλο του νοσηλευτή στη θεραπεία του και γενικότερα στην αποδοχή του από το κοινωνικό σύνολο.

Θα αναφερθώ στο παρελθόν και στο παρόν, στο ρόλο της οικογένειας, στη στάση της απέναντι σ' αυτόν, στη νοσηλεία, την πρόληψη, την αποκατάσταση, στις δυνατότητες ευαισθητοποίησης του κοινού και τί μπορούμε εμείς οι ίδιοι μέσω του επαγγέλματός μας να κάνουμε και ποιά η συμμετοχή και η προσφορά μας σ' αυτές τις προσπάθειες.

Πιο συγκεκριμένα, στο Α' Μέρος της εργασίας εξετάζονται οι γενικές ιατρικές γνώσεις και στο Β' Μέρος εξετάζεται η νοσηλευτική διαδικασία.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχιατρική αποτελεί τον Κλάδο της Ιατρικής Επιστήμης, που ασχολείται με όλες τις καταστάσεις, που η συμπτωματολογία τους αφορά διαταραχές των ψυχοσικών λειτουργιών και γενικά διαταραχές στη συμπεριφορά του ατόμου.

Ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητάς του. Είναι η ανάπτυξη της υγιούς άποψης του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και στο περιβάλλον στο οποίο ζει, έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει το μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπληρώσεώς του.

Ψυχιατρικός ονομάζεται ο ασθενής, που πάσχει από κάποια ψυχική νόσο, ενώ ψυχική νόσος είναι η μη ικανοποιητική προσαρμογή του ανθρώπου στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει.

# ΜΕΡΟΣ Α'

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

### 1. ΑΡΧΑΙΟΙ ΧΡΟΝΟΙ (ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΟΝ Β' ΑΙΩΝΑ μ.Χ)

Μέχρι τα χρόνια του Ιπποκράτη είναι μια περίοδος άγνοιας και δεισιδαιμονίας. Η ψυχοπάθεια θεωρείται, ως κατοχή του ανθρώπου από κάποια θεότητα, η οποία είτε τον ευεργετούσε είτε τον τιμωρούσε.

Ορισμένοι ψυχοπαθείς θεωρούνταν φίλοι των θεών και τους απέδιδαν μαντικές ικανότητες. Η θεραπεία τους ανετίθετο στους ιερείς, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν για το σκοπό αυτό τη μαγεία σε συνδυασμό με θεάματα, μουσική, περιπάτους, λουτρά, γυμναστική κλπ.

Τον 5ο αιώνα ο Ιπποκράτης διακήρυξε ότι οι ψυχικές παθήσεις δεν έχουν καμιά σχέση με τις υπερψυσικές δυνάμεις και απέρριψε με ενθουσιασμό τη δαιμονική αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων. Η ψυχική ασθένεια γι' αυτόν ήταν διαταραχή τεσσάρων παραγόντων της θερμότητας, του ψύχους, της υγρασίας και της ξηρασίας. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε τρεις κατηγορίες: τη μανία, τη μελαγχολία και τη φρενίτιδα. Οι

περιγραφές του έφεραν στο φως αρκετά από τα κλασικά συμπτώματα της επιληψίας, της μανίας, της μελαγχολίας και της παράνοιας. Για τη θεραπεία των ψυχοπαθειών χρησιμοποιούσε τις αφαιμάξεις, καθαρτικά, τα εμετικά, τα λουτρά, ψυτική δίαιτα, και συνιστούσε το γάμο ως το καλύτερο φάρμακο για την υστερία.

Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές τους υπήρξαν οι πρώτοι ιατροί, που ασχολήθηκαν επιστημονικά με τις ψυχοπάθειες, δίνοντας έμφαση στις φυσικές αιτίες, την κλινική παρατήρηση και την παθολογία του εγκεφάλου. Στη συνέχεια, πολλοί ιατροί ακολουθώντας το παράδειγμά τους, ασχολήθηκαν σοβαρά με την ψυχιατρική.

## 2. ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ

Την εποχή αυτή οι συνθήκες διαβίωσης των ψυχοπαθών παραμένουν αξιοθρήνητες. Μόνον κατόπιν αποφάσεως της Γαλλικής Βουλής το 1660, άρχισαν να εισάγονται οι ψυχοπαθείς της Γαλλίας στο HOTEL-DIEU, όπου διετέθησαν για αυτούς δύο μικρές σάλες, αλλά εάν εντός ορισμένου χρόνου δεν θεραπεύονταν, θεωρούνταν ανίατοι και μεταφέρονταν σε ειδικά οικήματα, όπου κακώς τρεφόμενοι δεμένοι με αλυσίδες, ζούσαν άθλια ζωή, έκθετοι στη θέα και τους εμπαιγμούς του κοινού. Οι άρρωστοι, που δεν περιθάλπτονταν εκεί εγκαταλείπονταν ή κλείνονταν σε υπόγεια, όπου έμεναν χρόνια ολόκληρα δεμένοι με αλυσίδες.

Με την ανατολή του 16ου αιώνα με την επίδραση μιας ομάδας φιλοσόφων, με πρώτο τον Βάκωνα, κάνει πάλι την εμφάνισή της η επιστημονική έρευνα στο χώρο της ιατρικής.

### **3. 19ος ΑΙΩΝΑΣ**

Παράλληλα, με την εμφάνιση της επιστημονικής έρευνας και την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης βελτιώνεται η στάση της κοινής γνώμης απέναντι στους ψυχοπαθείς. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την ίδρυση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη χρήση πιο ανθρωπιστικών μεθόδων θεραπείας. Η πρόοδος αυτή συντελέστηκε κυρίως, χάριν στους αγώνες του Γάλλου ιατρού Pinel (1745-1826), ο οποίος κατήργησε τις σκοτεινές φυλακές, όπου μέχρι τότε τοποθετούνταν οι ψυχοπαθείς.

### **4. 20ος ΑΙΩΝΑΣ**

#### **α) Ψυχανάλυση - Φροϋδική εποχή (1909-1945):**

Την εποχή αυτή η φροντίδα των ψυχοπαθών δέχεται την επίδραση της διδασκαλίας του Freud, του "πατέρα της ψυχιατρικής", που με τις νέες απόψεις του και τη νέα θεραπεία, που εφαρμόζει, ανανεώνονται οι ελπίδες για τους ασθενείς αυτούς. Στην Αμερική έχουμε τη δημιουργία κέντρων ψυχανάλυσης και προγραμμάτων άσκησης αυτής. Η

ψυχανάλυση επηρέασε πολύ την ψυχιατρική στην Αμερική μέχρι και μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και παραμένει μια σπουδαία θεραπευτική μέθοδος μέχρι σήμερα. Για πρώτη φορά, στα 1920, ανοίχτηκαν οι πόρτες ενός ψυχιατρείου στη Γαλλία, όμως οι ιδρυματισμένοι πλέον ψυχασθενείς, αφού έκαναν τη βόλτα τους στα γύρω καφεενεδάκια επέστρεψαν στο ίδρυμα.

### **β) Ιατρική θεραπευτική αγωγή (1945-1960):**

Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, η ανανέωση του ενδιαφέροντος της κοινωνίας για τους ψυχοπαθείς προήλθε από διάφορες αιτίες:

- Βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό των νέων ήταν συναισθηματικά ακατάλληλο για να προσέλθει στις τάξεις του στρατού, κατά τη διάρκεια του πολέμου.
- Στρατιώτες με ψυχικά προβλήματα, επιστρέφοντας από τον πόλεμο, είχαν ανάγκη καινούργιας θεραπευτικής αγωγής και αποκατάστασης.
- Κριτική της πρωτόγονης και μερικές φορές απάνθρωπης θεραπείας των ψυχοπαθών.

Το 1946, ψηφίζεται στην Αμερική ο πρώτος νόμος περί ψυχικής υγείας.

Τώρα αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική, ως κλινική ειδικότητα. Η έρευνα επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα των ασθενών και τις θεραπευτικές μεθόδους. Η παραγωγή και η αποτελεσματική χρήση των ψαινοθιαζινών και

και των ηρεμιστικών δίνουν την ελπίδα, ότι τα σοβαρότερα συμπτώματα των ψυχώσεων θα μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο.

**γ) Κοινοτική ψυχική υγεία (1960 - μέχρι σήμερα):**

Στην Αμερική το 1963 ψηφίζεται ο νόμος που προβλέπει τη δημιουργία και λειτουργία των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Η πορεία της αποκατάστασης υπήρξε αργή μέχρι τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο. Αναπτύχθηκε σημαντικά, αλλά κάτω από το πρίσμα της ιατρικής. Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, στην έννοια της λειτουργικής αποκατάστασης προστέθηκε και η έννοια της επαγγελματικής αποκατάστασης για να ψθάσουμε σήμερα στην ολική αντιμετώπιση του θέματος.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### 1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Οι λειτουργικές ψυχώσεις, στις οποίες ανήκουν οι διάφορες μορφές της σχιζοφρένειας είναι νόσοι με ψυχογενή χαρακτήρα, χωρίς ψανερή αιτία, ιστοπαθολογική ή μεταβολική βλάβη. Οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται από αποδιοργάνωση της προσωπικότητας από άλλοτε άλλου βαθμού απόσυρση του ατόμου και από ελάττωση της ικανότητάς του να ελέγξει και να εκτιμήσει την πραγματικότητα.

**Ορισμός:** Η σχιζοφρένεια αποτελεί την σοβαρότερη των ψυχικών παθήσεων. Η μεγάλη αυτή κατηγορία περιλαμβάνει μια ομάδα από ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζονται από διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.

Ο όρος περιγράφηκε από τον Bleuler (1911) για να χαρακτηρίσει την διάσπαση της προσωπικότητας και τον αποχωρισμό της από την πραγματικότητα σε μια ομάδα ψυχικών νόσων, που νωρίτερα οι Morell (1857) και Kraepelin (1896) είχαν ονομάσει πρώιμη άνοια.

Η σχιζοφρένεια κατέχει κεντρική θέση στο φάσμα των ποικίλων ψυχικών διαταραχών. Η συχνότητά της και οι ηλικίες που προσβάλλει, η διάρκειά της, και οι επιπτώσεις

της στην προσωπικότητα του ατόμου και στο κοινωνικό σύνολο, το ανεξιχνίαστο της αιτιολογίας της, αποτελούν παράγοντες που καθιστούν το πρόβλημα της σχιζοφρένειας ένα από τα πιο καυτά και πολυσυζητημένα θέματα του καιρού μας. Αποτελεί ακόμη το πεδίο δοκιμής όπου ελέγχεται η ερμηνευτική και προβλεπτική αξία των διαφόρων επιστημονικών υποθέσεων.

## 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η ιστορική πορεία των αντιλήψεων και των κατακτήσεων της ψυχιατρικής μέσα στην τελευταία εκατονταετία στον τομέα της σχιζοφρένειας, απεικονίζεται παραστατικά στο έργο ορισμένων μεγάλων κλινικών, που τους παρουσιάζουν κατά χρονολογική σειρά:

*O Morell (1857)* για πρώτη φορά εισάγει τον όρο "πρώιμος άνοια" (*dementia praecox*) για να περιλαβεί όλες εκείνες τις περιπτώσεις, που χαρακτηρίζονται από ανακοπή της ψυχονοητικής ανάπτυξης.

*O Kahlbaum (1863)* περιγράφει πρώτα την ψύχωση της εφηβείας με το όνομα "*paraphrenia hebetica*" και λίγο αργότερα το 1874 μια περίπτωση κατατονίας με το όνομα (παραπροσύνη τάσεως). Και για τις δύο αυτές μορφές πιστεύει πως είναι προϊόντα οργανικής εγκεφαλικής βλάβης, με προοδευτική εξέλιξη.

*O Hecher*, συνεργάτης του Kahlbaum, περιγράφει το 1871 την ηβηφρένεια με όλες τις κλινικές λεπτομέρειες. Τονίζει ιδιαίτερα την βαθμιαία εγκατάσταση της με συναισθητικού τύπου διαταραχές, την εξέλιξή της σε ανόητη και διεγερτική συμπεριφορά και την κατάληξή της σε νοητική έκπτωση.

*O Kraepelin*, ο οποίος πρώτος έβγαλε από το χάος ένα μεγάλο αριθμό ψυχωτικών, ψυχικών συνδρόμων και βρήκε κοινά σημεία, που βοήθησαν να ταξινομηθούν οι γνωστές σήμερα μορφές σχιζοφρένειας. Θεώρησε ότι οι καταστάσεις αυτές αποτελούν εκδηλώσεις μιας κοινής νοσηρής εξεργασίας, εκφυλιστικής, μεταβολικής. Θεώρησε ότι η εξεργασία αυτή αρχίζοντας από την εφηβική ή νεαρή ηλικία οδηγεί τελικά σε μια κατάσταση "άνοιας".

*O Bleuler (1911)*, θεώρησε αποτυχημένο τον όρο "πρώιμη άνοια" και πρώτος, χρησιμοποιώντας τον όρο Σχιζοφρένεια, θεώρησε ότι στη νόσο αυτή δεν πρέπει να μιλούμε για άνοια, αλλά για μια ανώμαλη ψυχική κατάσταση στην οποία κυριαρχούν αντιθετες μεταξύ τους τάσεις και σκέψεις, που οδηγούν στη διάσπαση της προσωπικότητας. Πιστεύω ότι, υπάρχουν ορισμένα πρωταρχικά και δευτερεύοντα συμπτώματα. Στα πρώτα συγκαταλέγει την αδιαφορία, την χαλάρωση της σκέψης, την αβουλησία. Στα δεύτερα συγκεντρώνει απ' αυτά, που ο Kraepelin θεωρούσε πρωταρχικά, δηλαδή ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες.

*O Freud (1881)*, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεώρηση του, η σχιζοφρένεια αποτελεί απόσυρση και παλινδρόμηση σε συνδυασμό με το αδύνατο εγώ. Οι σχιζοφρενικοί αποτελούν αυτούς που απέτυχαν να αναπτύξουν δυνατό εγώ, απαραίτητο να υπερνικήσει διαμάχες μεταξύ των τάσεων και παρορμήσεων του προεγώ και των απαιτήσεων του υπερεγώ. Τα άτομα αυτά δεν μπορούν να προσαρμοστούν ανάμεσα στις κοινωνικές ανάγκες, που αντιμετωπίζουν, και στις δικές τους τάσεις και ορμές. Η προσαρμογή τους γίνεται με πρωτόγονη παλινδρόμηση και παιδαριώδη συμπεριφορά.

*O Pavlov*, στις εργασίες του μετά το 1920 υποστηρίζει πως η σχιζοφρένεια αντιστοιχεί σε μια χρόνια ύπνωση.

*O Von Meduna (1935)*, εισάγει τη θεραπευτική της σχιζοφρένειας, την σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα.

*Οι Cereletti και Bini (1938)*, εισάγουν στη θεραπευτική την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (electroshock).

*Οι Delay και Deniker (1952)*, εισάγουν στη θεραπευτική της σχιζοφρένειας τις ψαινοδιαζίνες, εγκαινιάζοντας έτσι την σύγχρονη εποχή της ψυχοφαρμακολογίας, που άλλαξε ριζικά την εικόνα της σχιζοφρένειας.

### 3. ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ - ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η αιτία της σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια, χωρίς να βρεθεί. Προοδευτικά όμως έχει γίνει αντιληπτό ότι πιθανότατα είναι λάθος να αναζητούμε ένα

συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα και ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας, όπως και πολλών άλλων ψυχικών και σωματικών διαταραχών - κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει την συμπλοκή αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Έτσι, έχουν δημιουργηθεί αρκετές υποθέσεις που διεκδικούν τον προσδιορισμό των αιτιολογικών που δημιουργούν την σχιζοφρένεια.

## 1. Βιολογικές Υποθέσεις

### α) *Αποψη της ανατομικής εγκεφαλικής βλάβης*

Πρόκειται για την παλιά οργανιστική υπόθεση την "πρώιμη άνοια" δηλαδή του Kraepelin, η οποία άκμασε στο τέλος του περασμένου αιώνα. Η υπόθεση αυτή έπεσε σε σχετική αδράνεια αφού:

- Τα νευρολογικά ευρήματα στα ψυχιατρεία μπορούν να θεωρηθούν ως αποτέλεσμα των άσχημων συνθηκών διαβίωσης και όχι ως αιτία της ασθένειας.
- Αδρές παθολογοανατομικές βλάβες στον εγκέφαλο κι όταν διαπιστώνονται, είναι πάλι συνάρτηση της διάρκειας της νόσου και δεν μπορούν να συσχετισθούν αιτιολογικά μαζί της.

- Πολλές φορές όταν το εγκεφαλογράφημα παρουσίαζε κάποια διαφορά από το φυσιολογικό, αυτό δεν συσχετιζόταν με την ασθένεια.

## **β) Γενετικές υποθέσεις**

Παρουσιάζεται δηλαδή η σχιζοφρένεια βάσει αυτής της υπόθεσης, σαν αποτέλεσμα κληρονομικών καταβολών.

Σχετικές μελέτες, που έχουν γίνει, ήθελαν να δείξουν τις επιπτώσεις υιοθεσίας των παιδιών από σχιζοφρενική μητέρα. Από τις μελέτες αποδείχθηκε ότι παιδιά που υιοθετήθηκαν από σχιζοφρενική μητέρα σε σύγκριση με παρόμοιο πληθυσμό είχαν πολλαπλάσια συχνότητα ψυχοπαθολογικών διαταραχών.

Προς αντίκρουση όμως του πιο πάνω, σημειώνουμε ότι είναι κανόνας ότι οι σχιζοφρενείς έχουν 25-30% χαμηλότερη αναπαραγωγικότητα. Πράγμα που σημαίνει, ότι θα έπρεπε να παρουσιάζονται συνεχείς μειώσεις στον πληθυσμό των σχιζοφρενών. Αυτό όμως δεν συμβαίνει.

Άλλο γεγονός, που αντικρούει τη θέση αυτή, είναι ότι δεν έχει εντοπισθεί κανένα γονίδιο που να προκαλεί την σχιζοφρένεια.

## 2. Βιοχημικοί παράγοντες

Εδώ και αρκετό καιρό οι ερευνητές έχουν στρέψει την προσοχή τους στο να βρουν κάποια "ουσία" στον οργανισμό η οποία προκαλεί ή συνδέεται με τη νόσο. Έτσι, κατά καιρούς, διαπιστώθηκε ότι εντοπίστηκε αυτή η ουσία. Σιγά-σιγά, όμως αυτά τα ευρήματα ήταν άχρηστα γιατί δεν ανταποκρίνονταν στην πραγματικότητα.

## 3. Ψυχογενετικές υποθέσεις

### α) *Ψυχαναλυτική άποψη (της ενδοψυχικής διαμάχης)*

Αποδίδουν όλη την αιτιολογία και παθογένεια της σχιζοφρένειας στο συναισθηματικό "stress". Το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, οι συναισθηματικές σχέσεις που θα αναπτύξει σ' αυτό το παιδί, θα του δημιουργήσουν την προδιάθεση, που θα εκδηλωθεί αργότερα, όταν το παιδί μεγαλώσει και βρεθεί αντιμέτωπο με τις συνθήκες (προσωπικές σχέσεις, δυσκολίες της ζωής) που θα είναι πιο έντονες από τις προσαρμοστικές ικανότητες αυτού του παιδιού και τότε αυτό το μεγαλόσωμο παιδί, δεν μπορεί να προσαρμοστεί και ξαναγυρίζει στο σχήμα αντίδρασης και συμπεριφοράς που ήταν χαρακτηριστικά εκείνης της ηλικίας, που είχε πρωτοσυμβεί η ανώμαλη στάση και κυρίως στην περίοδο του πρωτογενούς ναρκισσισμού.

Υποστηρίζουν ότι η σχιζοφρένεια είναι εξωγενών συναισθηματικών παραγόντων, οι οποίοι δρουν πάνω σε ένα υπόστρωμα μειωμένης ικανότητας προσαρμογής, η οποία είναι αποτέλεσμα και συνέπεια ψυχοτραυματικών εμπειριών της πρώτης παιδικής ηλικίας. Αυτές οι ψυχοσυναισθηματικές εμπειρίες, που θα συμβούν στις πρώτες φάσεις της ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης του ατόμου, θα πυροδοτήσουν το μηχανισμό γέννησης της σχιζοφρενικής ψύχωσης. Τα συμπτώματα, που θα παρουσιαστούν, καθορίζονται από τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ, που αναπτύσσει ο άνθρωπος για να ανταποκριθεί στην αδυναμία του να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα. Το εγώ πρέπει σε μια "φυσιολογική" περίπτωση να εξισορροπήσει επιτυχώς τις εξορμήσεις του (σεξουαλικές - επιθετικές). Αυτό θα γίνει με τις απαγορεύσεις και τους περιορισμούς του υπερεγώ και του εγώ, λαμβάνοντας υπ' όψη του και τις επιταγές της εξωτερικής πραγματικότητας. Σ' έναν σχιζοφρενή όμως, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, το εγώ του αδυνατεί να συμβιβάσει αποτελεσματικά τις αλληλοσυγκρουόμενες ενδυψυχικές τάσεις και τις απαιτήσεις της πραγματικότητας.

Πολλοί σύγχρονοι νεοψροϋδικοί δεν περιορίζουν τους παθογενετικούς παράγοντες μέσα στην οικογένεια, αλλά τους επεκτείνουν στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.



## **β) Οι απόψεις της διαταραγμένης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας**

Είναι κοινή η διαπίστωση ότι δημιουργεί υπόνοια, αν κάποιο άτομο της οικογένειας είναι σχιζοφρενικό, κάποιο άλλο μέλος να πάσχει από την ίδια ασθένεια, ενώ άλλα να μην πάσχουν, αλλά να παρουσιάζουν μια ιδιαίτερη δομή προσωπικότητας.

Οι ερμηνείες που δίνονται σε αυτή την κοινή διαπίστωση είναι η κληρονομική και η ψευδοκληρονομική, η ψυχογενετική υπόθεση. Με βάση την πρώτη, τα αίτια είναι κληρονομικά. Υπάρχει, δηλαδή η κληρονομική καταβολή, που εκφράζεται διαφορετικά. Σύμφωνα με τη δεύτερη άποψη, δίνεται σημασία στη μητρομέριμνα και στη διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία.

## **γ) Κοινωνιολογικές απόψεις**

Οι προηγούμενες απόψεις σχετικά με το ρόλο των ενδοοικογενειακών σχέσεων μπορούν να επεκταθούν και στο μεγάλο κοινωνικό και το ευρύτερο πολιτισμικό περιβάλλον. Οι διάφορες όμως έρευνες, που έγιναν μελετώντας τη συχνότητα της σχιζοφρένειας α) στα διάφορα έθνη, β) φυλές, γ) κοινωνικές τάξεις, δ) ειδικές κοινωνικές ομάδες, έχουν μεθοδολογικά προβλήματα, χωρίς να έχουμε σήμερα συγκεκριμένα στοιχεία που να τεκμηριώνουν αυτή την άποψη.

#### **4. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

Από κλινικής πλευράς η σχιζοφρένεια θεωρείται μια παλινδρόμηση. Ο ασθενής χάνει το ενδιαφέρον για το περιβάλλον και για τις σχέσεις του με αυτό. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, αυτή η παλινδρόμηση του σχιζοφρενικού είναι η επιστροφή του ασθενή στην προσωπικότητα της νηπιακής ηλικίας.

Η προψυχωτική προσωπικότητα του σχιζοφρενικού έχει συνήθως τους χαρακτήρες της σχιζοειδούς προσωπικότητας με ανεπαρκή κοινωνική προσαρμογή, αδυναμία δημιουργίας, διαπροσωπικών σχέσεων, τάση για απομόνωση και φαντασιώσεις. Εδώ προέχουν οι χαρακτήρες της παρανοειδούς προσωπικότητας με καχυποψία, τάσεις για παρερμηνεία. Στην προδιατεθειμένη αυτή προσωπικότητα με την επίδραση και άλλων ψυχοδυναμικών παραγόντων δημιουργείται μειονεκτικό έδαφος, που δεν επαρκεί για την ορθή αντιμετώπιση δυσμενών εμπειριών της ζωής και καταστάσεων stress. Οι δυσμενείς αυτές συνθήκες ενεργούν τότε ως εκλυτικά αίτια για την ανάπτυξη της νόσου (κύηση, συζυγικά προβλήματα, ερωτική απογοήτευση).

#### **5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Σιγά-σιγά το άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του

υποχρεώσεις ως εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντά του. Μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά πχ. να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο. Στην αρχή, μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο. Όλα αυτά αποτελούν την πρόδρομη ψάση της σχιζοφρένειας, που μπορεί να διαρκέσει μέρες ή μήνες. Μερικοί δεν αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια με αυτό τον τρόπο, αλλά μπαίνουν κατευθείαν στην ενεργό ψάση. Στην ενεργό ψάση, η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Σε αυτή τη ψάση χαρακτηριστικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χαλάρωση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογες σκέψεις και συμπεριφορά κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να είναι σίγουρος ότι είναι ο Ιησούς Χριστός, ή ότι θα μεταμορφωθεί σε γυναίκα ή ότι τον παρακολουθούν ή ελέγχουν τον εγκέφαλό του. Εντονες ακουστικές ψευδαισθήσεις κατηγορούν το άτομο για ομοφυλόφιλο ή του δίνουν εντολές για ασυνήθιστες πράξεις. Η ενεργός ψάση μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες ή μέρες. Όταν η ενεργός ψάση υποχωρήσει, ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως δεν

επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια υπολειμματική ψάση της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης ψάσης.

## 6. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

(Συμπτωματολογία με βάση τις διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών)

Η νοσος αρχίζει βαθμιαία. Συχνό σύμπτωμα είναι η τάση του ατόμου για απομόνωση και για περιορισμό των διαπροσωπικών του σχέσεων. Το ενδιαφέρον για το περιβάλλον του ελαττώνεται. Ο ασθενής με το χρόνο αρχίζει να πιστεύει ότι οι άλλοι δεν ενδιαφέρονται γι' αυτόν ή ότι μιλούν εναντίον του. Χάνει την εμπιστοσύνη που είχε για τους γύρω του και δεν νιώθει άνετα στο περιβάλλον του. Παρ' όλο που στις διάφορες μορφές της σχιζοφρένειας η συμπτωματολογία έχει τις δικές της αποχρώσεις, γενικά αυτή περιστρέφεται γύρω από μια κοινή ομάδα εκδηλώσεων στις οποίες προέχουν οι παρακάτω διαταραχές:

- **Διαταραχές της σκέψης:** Τις διακρίνουμε σε τέσσερις κατηγορίες:
  1. Διαταραχές στη δομή και οργάνωση (διαταραχή των συνειρμών).
  2. Διαταραχές στη ροή.

3. Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή.

4. Διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης.

Ο ασθενής παρουσιάζει χαρακτηριστική αυτιστική σκέψη, που κατευθύνεται από ασυνείδητες πηγές. Η σκέψη ξεφεύγει από τη συνειδητή ψυσιολογική καθοδήγηση και διόρθωση και έτσι γίνεται εξωπραγματική και ανεξέλεγκτη. Η σκέψη περιορίζεται σε στενά συγκεκριμένα όρια (πράγματα και γεγονότα) και δεν μπορεί να συνδυάσει και να συλλάβει την έννοια του συνόλου. Συχνοί είναι οι απρόσφοροι συσχετισμοί εννοιών. Κλυστικισμός και ψευτοφιλοσοφικός τρόπος σκέψης με μονότονο στείρο περιεχόμενο, είναι συχνά φαινόμενα. Επίσης, επίμονη αναφορά στον εαυτό του, ολοκληρωτική διάσπαση σκέψης. Ο λόγος είναι ακατανόητος, χάνει την επικοινωνιακή του αξία και γίνεται γλώσσα "ιδιωτικής χρήσεως". Η βασικότερη διαταραχή είναι η ανακοπή (αναστολή) της σκέψης, όπου η σκέψη διακόπτεται απότομα και χωρίς προειδοποίηση για λίγα λεπτά ή δευτερόλεπτα. Νωρίς εμφανίζεται ασάφεια στη διατύπωση των νοημάτων η οποία αργότερα εξελίσσεται σε ασυναρτησία. Η σύνδεση των ιδεών δεν ακολουθεί λογική σειρά για τη συμπλήρωση μιας έννοιας με αποτέλεσμα, την αποδιοργάνωση των φράσεων και της συντακτικής τους δομής. Στον σχιζοφρενικό οι διαταραχές αυτές έχουν τη ρίζα τους στην αυτιστική σκέψη. Υποκείμενες τάσεις, συναισθηματικές ή βουλητικές παρορμήσεις, απελευθερώνονται από το συνειδητό διορθωτικό έλεγχο σε σημείο που η σύνδεση των ιδεών



γίνεται παράλογη και οι απαιτήσεις απρόσφορες και ανάρμοστες στο περιεχόμενο μιας ερώτησης. Ο σχιζοφρενικός με την παρανοϊκή του διάθεση αποδίδει σε άλλα πρόσωπα τάσεις και σκέψεις που στην πραγματικότητα είναι δικές του και έτσι αναπτύσσει παραληρητικές ιδέες συσχέτισης, δίωξης ή επίδρασης. Επίσης, ιδέες μεγαλείου, μεταβολής του σωματικού εγώ κλπ. έχουν υπερψυσικό και παράδοξο περιεχόμενο στο οποίο μπλέκονται μυστηριώδεις δυνάμεις που οδηγούνται από μακρυά.

### ***Διαταραχές του συναισθήματος***

Συναισθηματική απάθεια (ή συναισθηματική ανεπάρκεια). Ο ασθενής εμφανίζεται απαθής και αδιάφορος. Αποχωρίζεται συναισθηματικά από το περιβάλλον του και από την πραγματικότητα και παύει να ενδιαφέρεται για πράγματα, που προηγούμενα τον ενδιέφεραν.

Η συναισθηματική απροσφορότητα συνίσταται σε συναισθηματικές αντιδράσεις αντίθετες από αυτές που θα περίμενε κανείς σε μια ορισμένη περίπτωση. Οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν άσκοπο σαχλό γέλιο, απροσάρμοστες και απροσδόκητες εκδηλώσεις ή και εκρήξεις θυμού για ασήμαντες αφορμές. Οι αντιδράσεις αυτές είναι άσχετες με την πραγματικότητα και καθοδηγούνται από τον ίδιο εσωτερικό κόσμο μέσα στον οποίο έχει αποσυρθεί το άτομο.





### ***Διαταραχές της αντίληψης και της συνειδητοποίησης***

Ψευδαισθήσεις: ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι πιο συνηθισμένες και συνοδεύουν το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών. Οι ψωνές συχνά έρχονται από μυστηριώδεις δυνάμεις από το Θεό, ή τον διάβολο και έχουν απειλητικό και άσεμνο περιεχόμενο. Οι ψωνές αυτές μπορεί να δίνουν παραγγέλματα στον ασθενή να κάνει διάφορες πράξεις, ή αντιδικούν με τον ασθενή, ο οποίος απαντά ή κάνει χειρονομίες.

Οπτικές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις είναι λιγότερο συχνές. Μπορεί να αναπτυχθούν οσφρητικές, γευστικές. Αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση: Ο σχιζοφρενικός συχνά έχει ένα αόριστο υποκειμενικό αίσθημα απόσπασης από την πραγματικότητα. Έχει το αίσθημα ότι δεν είναι πια εκείνος που ήταν πριν. Το περιβάλλον έχει γι' αυτόν εξωπραγματικό ονειρικό χαρακτήρα.

### ***Διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης***

Ο σχιζοφρενικός χάνει το ενδιαφέρον του για τον έξω κόσμο, ή η προσοχή του δύσκολα διεγείρεται, προσηλώνεται και συγκεντρώνεται. Δίνει την εντύπωση νοητικής έκπτωσης.

### ***Μείωση της βουλητικής ικανότητας***

Εκδηλώνεται με χαρακτηριστική ψυχοκινητική επιβράδυνση, περιορίζει την κινητικότητά του. Στην

κατάσταση του κατατονικού, ο ασθενής με τέλεια αναστολή της βουλητικής του ικανότητας μένει απόλυτα ακίνητος και άλαλος. Επαναλαμβανόμενες στερεότυπες κινήσεις, φράσεις, μορφασμοί, χειρονομίες είναι συχνές. Σε προχωρημένα στάδια παραμένουν ακάθαρτοι, ατημέλητοι, σχίζουν και απορρίπτουν τα ρούχα τους παραμένοντας γυμνοί.

## 7. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

### Απλή μορφή (Υπολειμματικός τύπος)

Ο τύπος αυτός κατά DMS-III-R αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας, αλλά που στην τωρινή κλινική εικόνα απουσιάζουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία, ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, όμως υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συσχετίζεται, όπως αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, απάθεια, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη, χάλαση συνειρμών. Η νόσος αρχίζει σιγά και ύπουλα, συνήθως στην εφηβική ή μετεφηβική περίοδο ζωής.

### Ηβηφρενική μορφή (αποδιοργανωμένος τύπος)

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι ασυναρτησία, απρόσφορες συναισθηματικές αντιδράσεις, διαταραχές της σκέψης. Η νόσος αρχίζει συνήθως γύρω στην ηλικία των δεκαπέντε - είκοσι χρονών. Υποχονδριακά ενοχλήματα, παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και παραξενιές στη συμπεριφορά είναι συχνές. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση.

### Κατατονική μορφή σχιζοφρένειας (κατατονικός τύπος)

Κύριο γνώρισμα στη μορφή αυτή είναι η αποδιοργάνωση της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς. Διακρίνουμε:

1. Κατατονική εμβροντησία (stupor) (ελάττωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον και η ελάττωση των αυτόματων κινήσεων και της δραστηριότητας) ή βωβότητα.
2. Κατατονικός αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο) σε κάθε εντολή ή προσπάθεια μετακίνησης.
3. Κατατονική δυσκαμψία (διατήρηση μιας άκαμπτης στάσης του σώματος).
4. Κατατονική διέγερση (διεγερμένη κινητική δραστηριότητα και μη επηρεαζόμενη από εξωτερικά ερεθίσματα).

##### 5. Κατατονικές στάσεις του σώματος.

Εμφανίζονται συνεχείς μηχανικές επαναλήψεις λεκτικών ή σωματικών δραστηριοτήτων, κηρώδης ευκαμψία. Κατά τη διάρκεια του κατατονικού stupor ή της κατατονικής διέγερσης, το άτομο χρειάζεται παρακολούθηση για να μην βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους.

#### Παρανοϊκή μορφή σχιζοφρένειας (παρανοϊκός τύπος)

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή με συχνές ακουστικές παραισθήσεις. Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού, παραβλάπτεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και οι παρανοϊκοί μπορούν να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές καταστάσεις που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς φόβους τους. Άγχος, θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή, συχνά χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο όπως επίσης αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου. Η έναρξη αυτού του τύπου τείνει να συμβαίνει αργότερα στη ζωή απ' ό,τι των άλλων τύπων και τα χαρακτηριστικά είναι πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου.

### Αδιαφοροποίητος τύπος

Στον τύπο αυτό υπάρχουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία, ή εμφανής αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, δεν πληρεί όμως τα κριτήρια του παρανοϊκού, κατατονικού ή αποδιοργανωμένου τύπου (οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο, παιδική μορφή σχιζοφρένειας, υπολειμματική σχιζοφρένεια, σχιζοθυμική ή σχιζοσυναισθηματική μορφή).

## 8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της σχιζοφρένειας σπανίως είναι ευνοϊκή. Για τον καθορισμό της προγνώσεως παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες.

Η οξεία έναρξη της νόσου είναι καλός οίωνός για την πρόγνωση, όπως επίσης και η μορφή της συγκροτήσεως (δομής) της προψυχωτικής προσωπικότητας του ασθενή. Μια ομαλή, καλά οργανωμένη και προσαρμοσμένη προνοσηρή προσωπικότητα, αποτελεί ευνοϊκότατο προγνωστικό παράγοντα. Επίσης, όσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης νοημοσύνης τόσο πιο καλή η πρόγνωση, η απουσία κληρονομικής επιβαρύνσεως, το ποιόν και η ένταση του επιδεινωτικού ή εκλυτικού παράγοντα, η φύση των συμπτωμάτων και η κλινική μορφή της νόσου. Την καλύτερη πρόγνωση έχει το οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο η κατατονική μορφή όταν έχει και αιφνίδια εγκατάσταση. Αντιθέτως, η

πρώιμος, από νεαρής ηλικίας βραδεία και ύπουλη έναρξη, η χρόνια διαδρομή της νόσου η περιορισμένη νοημοσύνη η διακρίβωση σχιζοειδικών στοιχείων στην προνοσηρή προσωπικότητα του ασθενή, η διαπίστωση κληρονομικής επιβαρύνσεως, η μη συνεκτική πατρική οικογένεια, απορριπτική στάση από την οικογένεια την κοινότητα, συμπτώματα, όπως πτώση του συναισθήματος, αρνητισμός, επίμονες χρόνιες ψευδαισθήσεις, παλινδρόμηση, συστηματικό παραλήρημα, εγωκεντρικότητα, παραμέληση εαυτού, αποτελούν κριτήρια δυσμενούς προγνώσεως. Δυσμενής πρόγνωση είχαν η ηβηψρενική και η απλή μορφή σχιζοφρένειας.

## 9. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ακριβής διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσής της, οπότε η σύγχυσή της με άλλες κορηθέστερες διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη αντιμετώπιση του ασθενή με οδυνηρές συνέπειες. Υπάρχουν αρκετές διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τη σχιζοφρένεια.

Αναφέρω τις κυριότερες:

### **Διαταραχές της διάθεσης:**

Μανία και ψυχωτική κατάθλιψη (δηλαδή μανιακό επεισόδιο διπολικής διαταραχής και μείζων κατάθλιψη με

ψυχωτικά στοιχεία) συχνά παρουσιάζονται με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, απόσυρση, συμπτώματα που είναι ανάλογα της σχιζοφρένειας. Εδώ ο ασθενής αναπτύσσει έντονα (συναισθηματικά) συμπτώματα κατάθλιψης ή μανίας πριν ή μαζί με την έναρξη της ψύχωσης. Οι σχιζοφρενικοί συχνά παρουσιάζουν (συναισθηματικά) συμπτώματα κατάθλιψης ή μανίας, αλλά αυτά συμβαίνουν μετά την ανάπτυξη της ψύχωσης σαν αντίδραση σ' αυτήν. Ο ασθενής εμφανίζει πλήρη ύφεση και λειτουργεί φυσιολογικά ανάμεσα στα ψυχωτικά επεισόδια. Ο ασθενής έχει ένα βιολογικό συγγενή με ιστορικό ψυχωτικής διαταραχής γιατί αυτό υποδηλώνει πιθανότατα διαταραχή της διάθεσης. Επίσης, όταν η διάρκεια των επεισοδίων του συνδρόμου διαταραχής της διάθεσης είναι βραχεία.

#### ***Παραληρητική (παρανοειδής) διαταραχή:***

Εδώ απουσιάζουν οι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις, η ασυναρτησία, αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες όπως ελέγχουν. Γενικότερα, τόσο το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών, όσο και η συμπεριφορά δεν είναι παράξενη και αλλόκοτη, όπως στη σχιζοφρένεια.

#### ***Επιληψία:***

Ιδιαίτερα η ψυχοκινητική μορφή της συγχέεται συχνά προς οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια. Απ' αυτά λείπει η χαρακτηριστική για την επιληψία απώλεια συνειδήσεως.

Επιπλέον, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα επιλύει το διαγνωστικό πρόβλημα μεταξύ επιληψίας και σχιζοφρένειας.

### ***Οργανικές ψυχικές διαταραχές:***

Οργανικές ψυχώσεις μπορεί να παρουσιάζονται με συμπτώματα ακριβώς όπως της σχιζοφρένειας, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία. Ιδιαίτερα πρέπει να σκεπτόμαστε τα οργανικά παραληρητικά σύνδρομα, όπως αυτά που οφείλονται σε αμπεταμίνες ή φαινκυηλιδίνη (P.C.P.). Διαταραχή προσανατολισμού, θόλωση της συνείδησης ή σύγχυση, έκπτωση μνήμης θα μας κάνουν να υποψιαστούμε υποκείμενη σωματική νόσο ή τοξίκωση από ουσίες. Η λήψη ιστορικού θα πρέπει να είναι πλήρης και να συνοδεύεται από σωματική εξέταση.

### ***Διαταραχές προσωπικότητας (σχιζότυπη, σχιζοειδής, παρανοϊδής):***

Μπορεί να εμφανιστούν παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, ιδιαίτερα ύστερα από stress. Αυτά υποχωρούν πλήρως μέσα σε ώρες ή λίγες ημέρες.

### ***Ψυχοαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, υποχονδρίαση και πιο σπάνια φοβική διαταραχή:***

Με προσεκτική εξέταση μπορεί να διαχωριστεί κατά πόσο οι επίμονες σκέψεις και ιδέες των διαταραχών αυτών



όσο παράλογες και αν φαίνονται τελικά αναγνωρίζονται σαν παθολογικές και δεν ψθάνουν σε παραληρητικό επίπεδο.

#### ***Όγκοι του εγκεφάλου:***

Κυρίως προμετωπιαίας περιοχής, οι προγεροντικές και γεροντικές εγκεφαλοπάθειες (νόσος Alzheimer) αποτελούν διαγνωστικά προβλήματα.

#### ***Υστερία και υστερικές προσβολές:***

Αυτές μοιάζουν με την σχιζοφρένεια. Παρατηρούμε διεγερτικές καταστάσεις. Η εκτίμηση της προνοσηρής προσωπικότητας θα βοηθήσει για τη διάγνωση.

#### ***Ψευδαισθήσεις αλκοολικών:***

Οι ψευδαισθήσεις των αλκοολικών και η μυθοπλασία του συνδρόμου Korsakow θα πρέπει να διαχωρίζονται κλινικώς από τις ψευδαισθήσεις της σχιζοφρένειας.

## **10. ΕΞΕΛΙΞΗ ΝΟΣΟΥ**

Πάντα υπάρχει πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητά της είναι άγνωστη. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων, με αύξηση μιας υπολειμματικής βλάβης. Έτσι, δεν αποκλείεται η πλήρης ύφεση ή ίαση. Ο σχιζοφρενικός ασθενής θα παρουσιάσει συνήθως κάποιο

υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής ανικανότητας, που θα ποικίλει, ώστε άλλοι ασθενείς να χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, άλλοι να ζουν στην κοινότητα, οικοτροφεία, να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις, πολύ δύσκολα όμως να μπορούν να κάνουν και να κρατήσουν, χωρίς να αρρωστήσουν, μια ολοκληρωμένη διαπροσωπική - συναισθηματική - ερωτική σχέση.

Δυστυχώς, η πρόοδος που έχει συντελεσθεί στην ψυχική υγιεινή και στην οργάνωση των στατιστικών υπηρεσιών στην Ελλάδα είναι ακόμα μικρή για να μπορεί να δώσει αξιόπιστους αριθμούς.

Ο συνολικός αριθμός των ειδικών που μετέχουν στην ψυχιατρική ομάδα έχει σημαντικά αυξηθεί από το 1950. Η Ελλάδα διαθέτει περισσότερα από δεκατρείς χιλιάδες ψυχιατρικά κρεβάτια που αντιστοιχούν στο 25% περίπου από το συνολικό νοσοκομειακό δυναμικό. Στα ψυχιατρεία και στις ιδιωτικές κλινικές της χώρας μπαίνουν κάθε χρόνο τρεις χιλιάδες περίπου ψυχικά ασθενείς, σαν νέες περιπτώσεις ενώ ο συνολικός αριθμός των σχιζοφρενών υπολογίζεται στα εξήντα με εβδομήντα χιλιάδες άτομα.

Αν και ο αριθμός των γυναικών είναι αισθητά μεγαλύτερος από τον αριθμό των ανδρών, οι ασθενείς άνδρες είναι πολύ περισσότεροι από τις γυναίκες, όσον αφορά τον αριθμό των εισόδων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τις κλινικές. Η σωστή ερμηνεία για το φαινόμενο αυτό δεν έχει

ακόμα μελετηθεί είναι όμως πιθανόν ότι είναι συνέπεια της δεισιδαιμονίας και των προλήψεων που ακόμη υπάρχουν γύρω από την ψυχική ασθένεια.

Σε μια έρευνα, που έγινε στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο με δέκα ασθενείς, που νοσηλεύονταν εκεί, οι οκτώ έπασχαν από παρανοϊκή σχιζοφρένεια και οι υπόλοιποι δύο από ηβηψρένεια.

Οι στατιστικές του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (INSERM), που αναφέρονται στα γαλλικά ψυχιατρικά ιδρύματα επισημαίνουν ένα συνολικό αριθμό εκατόν έντεκα χιλιάδων ογδόντα έξι ασθενών παρόντων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία μια δεδομένη ημέρα. (Βλέπε Πίνακες σελ. 38-39)

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ

ΗΛΙΚΙΑ	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85 και άνω
Ανδρες	99	205	259	378	417	385	323	385	290
Γυναίκες	73	126	157	235	278	348	419	544	589

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ - ΕΤΟΣ 1972

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	Α) ΑΣΘΕΝΕΙΣ			Β) ΠΟΣΟΣΤΑ		
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μανιακές και καταθλιπτικές ψυχώσεις</li> <li>• Χρόνιες σχιζοφρένιες</li> <li>• Οξείες παραληρηματικές ψυχώσεις (συγχυτικές καταστάσεις)</li> <li>• Χρόνια παραληρήματα</li> <li>• Ψυχονοητικές διαταραχές της επιληψίας</li> <li>• Καταθλιπτικές μη ψυχωσικές καταστάσεις</li> </ul>	<p>5.475</p> <p>9.756</p> <p>3.768</p> <p>3.891</p> <p>1.948</p> <p>5.218</p>	<p>11.487</p> <p>7.934</p> <p>3.846</p> <p>5.561</p> <p>1.332</p> <p>9.583</p>	<p>17.232</p> <p>17.690</p> <p>7.614</p> <p>9.452</p> <p>3.280</p> <p>14.801</p>	<p>7</p> <p>11</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>2</p> <p>6</p>	<p>16</p> <p>11</p> <p>5</p> <p>7</p> <p>2</p> <p>13</p>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

#### (ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ)

Ο χαρακτηρισμός αυτής της μορφής, ως ηβηφρενικής, υποδηλώνει την πρώιμη έναρξη της στην εφηβική ηλικία. Τα έκδηλα συμπτώματα πρωτοπαρουσιάζονται ανάμεσα στο 13ο και 22ο χρόνο της ζωής, αν και αναφέρονται περιπτώσεις με έναρξη της νόσου πολύ αργότερα. Η ψύχωση αυτή χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση σκέψης, από ρηχό και απρόσφορο συναίσθημα απρόβλεπτα χασκόγελα, ανόητη και παλινδρομικού τύπου συμπεριφορά, επιτηδευμένους τρόπους και κινήσεις και συχνές υποχονδριακές αιτιάσεις. Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις όταν υπάρχουν είναι παροδικές και όχι συστηματοποιημένες.

Η ασθένεια εισβάλλει βαθμιαία, με ποικίλα αρχικά συμπτώματα, με δεσπόζοντα εκείνα που προέρχονται από τη διαταραχή της σκέψης. Γι' αυτό και η ηβηφρένεια επισημαίνεται πιο εύκολα και πιο πρώιμα στους αρρώστους με πνευματική ενασχόληση (μαθητές, φοιτητές). Πρώιμο σύμπτωμα είναι η προοδευτική δυσχέρεια στη συγκέντρωση της σκέψης και η μείωση της αφομοιωτικής ικανότητας, τόσο του γραπτού όσο και του προφορικού λόγου. Πιο έντονες γίνονται αυτές οι διαταραχές, κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες (εξετάσεις). Αυτές οι διαταραχές στη λειτουργία

της σκέψης, δημιουργούν ένα αίσθημα δυσφορίας που παίρνει τη μορφή ποικίλου τύπου υποχονδριακών ενοχλημάτων. Αυτές οι διαταραχές αποδίδονται σε υπερκόπωση ή άλλοτε καλύπτονται γιατί ο ασθενής επιδίδεται σε εξωσχολικές πνευματικές ενασχολήσεις. Έτσι, οι γονείς όταν δεν τα βάζουν με το παιδί κατηγορώντας το για τεμπελιά και αμέλεια, τα βάζουν με τους καθηγητές γιατί το κουράζουν ή αρχίζουν έναν ατέλειωτο κύκλο ιατρικών εξετάσεων για αναιμία ορμονικές διαταραχές και άλλα.

Άλλη πηγή στην οποία αποδίδονται τα αρχικά συμπτώματα είναι οι "αποτυχημένοι έρωτες". Πρόκειται για τους χαρακτηριστικούς εξωπραγματικούς έρωτες των ηβηψρενικών. Το ερωτικό αντικείμενο είναι μια απλή φιλική γνωριμία. Πλάθουν φανταστικές ερωτικές περιπέτειες.

Οι διαταραχές του συναισθήματος και ιδιαίτερα η κατάθλιψη δεν είναι σπάνιες στα αρχικά στάδια. Το αντίθετο συναίσθημα, το σχιζοφρενικό εμφανίζεται κι όταν εναλλάσσεται γρήγορα, δηλαδή ρηχές συναισθηματικές αντιδράσεις καταθλιπτικού ή ευφορικού χαρακτήρα, επιπόλαιες και ασυντόνιστες με την συμπεριφορά, επιτείνουν το αίσθημα αμηχανίας στο οικογενειακό περιβάλλον.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο εμφανίζεται η νόσος είναι η τροπή του ασθενή σε ενδιαφέροντα που δεν σχετίζονται άμεσα με τις κοινωνικές του υποχρεώσεις. Έτσι, πχ. το παιδί που δεν αποδίδει στα μαθήματά του,

επιδίδεται στη μελέτη της φιλοσοφίας, της κοινωνιολογίας, ψυχολογίας κ.ά. ή μετατρέπει το δωμάτιό του σε χημείο για να διεξάγει τα "επιστημονικά" του πειράματα. Επίσης, έχουμε διαταραχές του τύπου της αποπροσωποποιήσεως και αποπραγματοποίησεως.

Χαρακτηριστικό είναι το σημείο του καθρέπτη (ο ασθενής περνά πολλές ώρες μπροστά στον καθρέπτη, διερευνώντας το σώμα του). Οι ασθενείς νιώθουν πως αλλάζει το σώμα τους. Με την πρόοδο της ψυχωσικής διαταραχής διευρύνεται ο κύκλος των συμπτωμάτων. Τα νοητικά όρια σιγά σιγά ασαφιοποιούνται, ο λόγος αλλοιώνεται, περιορίζεται η επικοινωνία με το περιβάλλον. Η φαντασία υποκαθιστά την πραγματικότητα και ο ασθενής ζει σε "δικούς του" κόσμους. Αιψνίδια γελάκια ή ηχηροί παρατεταμένοι γέλωτες, χωρίς σύνδεση με εξωτερικά ερεθίσματα, ηχηρή ομιλία. Διακόπτουν κατά διαστήματα την σιωπηλή απομόνωση και δημιουργούν την παρουσία της τρέλας στο περιβάλλον. Προσποιείται αγάπη για το πρόσωπο στο οποίο επιτίθεται, ακούει θλιβερά νέα και γελάει, αγαπάει και μισεί ταυτόχρονα το ίδιο πρόσωπο. Γίνονται απρόσιτοι χωρίς ενδιαφέρον για τις ιδέες των άλλων ανθρώπων.

Το συναίσθημα περνάει όλες τις κλίμακες των διαταραχών (δυσαρμονία, αστάθεια, αμφιθυμία, αμβλύτητα) πριν εκπέσει στο επίπεδο της τέλεισ απάθειας και αδιαφορίας. Η συμπεριφορά του ηβηψρενικού είναι





παιδαριώδης. Μορφασμοί, λένε χοντρά και άκαιρα αστεία, χασκογελούν. Μπορούν να γελούν και να τραγουδούν δυνατά. Όλα αυτά και με συνδυασμό με τις άλλες διαταραχές της σκέψους και του συναισθήματος δίνουν μια εικόνα σαν παράδοξη, γελειογραφική, ανόητη, παιδιαρίστικη, κωμική. Η κύρια εντύπωση που προκαλεί η συμπεριφορά του ηβηπρενικού είναι αυτός που δεν είναι κακός αλλά γίνεται ενοχλητικός με τα αστεία του και τις "χοντράδες" του, το παράδοξο και το απρόβλεπτο των αντιδράσεων. (Τα γέλια ακολουθούν τα δάκρυα, με γρήγορη διαδοχή χωρίς φανερή αιτία).

Όσο αυξάνεται ο αυτισμός και πέφτει το συναίσθημα, τόσο η συμπεριφορά του ξεπτίζει. Η ηθική αμβλύτητα χρωματίζει έντονα τις εκδηλώσεις αυτές. Οι αναστολές του ιδιαίτερα στο σέξ προοδευτικά περιορίζονται. Ανανίζεται χωρίς ντροπή μπροστά σε όλους. Βωμολοχεί. Περιστασιακή υποταγή στις ομοφυλόφιλες ορέξεις του άλλου, αποτελεί συχνό σύμπτωμα και για τα δύο φύλα. Το πιο χαρακτηριστικό απ' όλα είναι οι συχνές σεξουαλικές επιθέσεις σε συγγενικά πρόσωπα. Οι ασθενείς αυτοί φθάνουν μέχρι αιμομιξίας.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι επιπόλαιες και ψευγαλέες, σπάνια συγκροτούμενες σε σταθερό, οργανωμένο πρόβλημα. Το ίδιο ισχύει και για τις ψευδαισθήσεις. Η συμβολή τους στα αρχικά στάδια είναι ασήμαντη. Σε προχωρημένα στάδια οι ψευδαισθήσεις είναι συχνότερες

αλλά δεν φαίνεται να ενοχλούν τον ασθενή που ζει μ' αυτές. Στα τελικά στάδια της νόσου, ο ασθενής παραμελεί τον εαυτό του. Δεν ντύνεται, δεν πλένεται, ουρούν και αφοδεύουν πάνω τους και στις περιπτώσεις της έσχατης παλινδρομήσεως μέχρι κοπροφαγίας.

Η εξέλιξη της νόσου από τις πρώτες διαταραχές της σκέψης μέχρι την συναισθηματική νέκρωση και την άνοια, ποικίλει από περίπτωση σε περίπτωση.

Άλλοτε ο ρυθμός είναι γρήγορος και άλλοτε τόσο βραδύς, που ουσιαστικές μεταβολές συμβαίνουν μετά από δεκαετίες. Η εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων άλλαξε σημαντικά όχι μόνον την κλινική εικόνα και την πορεία της νόσου. Η ηβηψρένεια δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Ιδιαίτερη σημασία έχει στα αρχικά στάδια, οπότε πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ακόλουθες καταστάσεις.

#### **α) Υποχονδριακές αιτιάσεις:**

Σε κάθε περίπτωση νέου ατόμου με επίμονα σε διάρκεια αλλά ακαθάριστα και ασταθή στο περιεχόμενό τους, πρέπει να τίθεται η υποψία μιας αρχόμενης ηβηψρενικής ψυχώσεως, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι υποχονδριακού τύπου αιτιάσεις, αποτελούν συμπτώματα πολλών άλλων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων.

**β) Κατάθλιψη - μελαγχολία:**

Η κατάθλιψη στην ηβηφρένεια συμπίπτει χρονικά με τις εμφανιζόμενες συχνά στην εφηβική ηλικία, παροδικές διαταραχές συναισθήματος. Αυτές διακρίνονται από τις γνήσιες ηβηφρενικές διαταραχές, από το γεγονός ότι το συναίσθημα διατηρείται ανέπαφο, η σκέψη διατηρεί τη δομική της ακεραιότητα.

**γ) Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση:**

Η κλινική εικόνα της ανερχόμενης ηβηφρένειας περιλαμβάνει και ιδεοληπτικά στοιχεία κατά ένα μικρό ποσοστό. Κατά κανόνα όμως, συνυπάρχουν κι άλλα πιο τυπικά συμπτώματα της ψυχώσεως. Ισχύει ότι ειπώθηκε και για την κατάθλιψη.

**δ) Ψυχανωμαλίες:**

Στην ηβηφρένεια υπάρχει πλούτος και άλλων ψυχικών διαταραχών, κυρίως στη σκέψη καθώς και η εξελικτική της πορεία. Στις ψυχανωμαλίες υπάρχει ένα συνεχές στη συμπεριφορά δεν μπορεί να επισημανθεί χρόνος έναρξης της παθολογικής συμπεριφοράς.

**ε) Άλλες μορφές σχιζοφρένειας:**

Στα αρχικά στάδια συγχέεται κυρίως με την παρανοειδή και την σχιζοσυναισθηματική. Στα προχωρημένα στάδια συγχέεται με την απλή και αυτό γιατί οι ψευδαισθήσεις,

παραλήρημα, παύουν να είναι εμφανή και κυριαρχεί η συναισθηματική έκπτωση όπως και στην απλή μορφή σχιζοφρένειας.

# **ΜΕΡΟΣ Β΄**

## **ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### 1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στο θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας, τόσο με την ικανότητά τους να καταστέλλουν την ψυχική διέγερση, όσο και με τη δυνατότητά τους να θεραπεύουν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Δεν μπορούν βέβαια να θεραπεύσουν την ασθένεια, αλλά μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν την ψυχωτική σύγχυση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, σε κάποιο βαθμό την κοινωνική απομόνωση και άλλα συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Κατά την δεκαετία 1950-1960 ένας καινούργιος παράγοντας πήρε θέση στο χώρο της ψυχιατρικής με την εισαγωγή των "θειαζινών". Η ανακάλυψη μιας ένωσης της ομάδας των φαινοθειαζινών της "χλωροπρομαζικής" έδωσε στην κυκλοφορία το πρώτο σκεύασμα με το όνομα Largactil.

Μολονότι, η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες. Όταν τα οξέα ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως

μέσα σε 4-12 εβδομάδες) η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης που είναι περίπου 20-50% της ποσότητας φαρμάκου, που χρειάστηκε στην οξεία κρίση. Δεν θα πρέπει να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή.

Ασθενείς που εμφανίζουν πλήρη ύφεση για έξι μήνες ή περισσότερους, κι αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση συντήρησης αξίζει να δοκιμάσουν μήπως δεν χρειάζονται φάρμακα. Σήμερα προσπαθούμε να χρησιμοποιούμε τη μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό.

Τα φάρμακα, που κυρίως χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της σχιζοφρένειας λέγονται νευροληπτικά. Αυτά ασκούν τη δράση τους στον εγκέφαλο ελαττώνοντας τη διάδοση μιας ουσίας του εγκεφάλου που λέγεται ντοπαμίνη. Η ελάττωσή της έχει σαν αποτέλεσμα λιγότερες ψευδαισθήσεις, εξωπραγματικές ιδέες. Τα νευροληπτικά φάρμακα προκαλούν μερικές φορές παρενέργειες όπως καταστολή, θάμπωμα της όρασης, ξηρότητα στο στόμα. Μπορεί επίσης, να προκαλέσουν τρόμο, μυική δυσκαμψία, μυικούς σπασμούς και κινητική ανησυχία. Οι περισσότερες από αυτές τις παρενέργειες είναι "αναστρέψιμες" δηλαδή παύουν όταν ελαττωθεί ή διακοπεί το φάρμακο ή προστεθεί κάποιο άλλο που βοηθά στην εξάλειψή τους (αντιπαρκινσονικά ή αντιχολινεργικά).



**α) Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας**

1. Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας
  - Ελαττώνονται οι διεγέρσεις
  - Τα παραληρήματα ατονούν
  - Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται
  - Τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται
  - Οι τάσεις αυτοκτονίας, οι παρορμήσεις περιορίζονται
2. Το πλησίασμα του ασθενή και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται.
3. Οι περιορισμοί μειώνονται.
4. Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι.

**β) Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας**

1. Πέρα από την άμβλυση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων καμμία επίδραση δεν ασκεί στην ίδια τη νόσο.
2. Αν διακοπεί η θεραπεία η νόσος επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.
3. Βλαπτικές συνέπειες πάνω στα συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους πχ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο.
4. Η συνέχισή της γίνεται χωρίς διακοπή και τέρμα.
5. Τοξικομανείς, που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά.
6. Μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.

### γ) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φαρμακοθεραπεία

Προκειμένου να χορηγήσει ο νοσηλευτής φάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη του:

- Τις ενέργειες του φαρμάκου
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- Την ακριβή δόση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Τον τρόπο και το χρόνο χορήγησης.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακά τους. Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη, είτε γιατί συνειδητοποιούν τις παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από διάφορες ψευδαισθήσεις, είτε γιατί έχουν ένα δυσάρεστο αίσθημα μετά τη λήψη. Βρίσκουν ποικίλους τρόπους για να ξεγελούν το νοσηλευτή. Τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα, μέσα στα δόντια, κάνουν πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρι, τα κρύβουν στα ρούχα τους. Γι' αυτό, ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει τα φάρμακα ο ίδιος στον ασθενή και να ελέγχει σχολαστικά αν τα πήρε. Κάθε απροσεξία και επιπολαιότητα σ' αυτό το θέμα ίσως να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία του ασθενούς. Μπορεί οι ασθενείς να συγκεντρώσουν τα φάρμακα και να τα χρησιμοποιήσουν για αυτοκτονία. Όταν αρνούνται επιμόνως να τα πάρουν χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή. Υπάρχουν φάρμακα που έχουν δυσάρεστη γεύση ή άλλα που προκαλούν δυσπεπτικά ενοχλήματα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή δίνοντας μαζί με τα φάρμακα λίγο γάλα ή μια πορτοκαλάδα.

Παρενέργειες, όπως η πτώση της Α.Π., η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αϋπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα παρακολουθούνται στενά αναφέρονται στον θεράποντα ιατρό.

Από τις σωστές και λεπτομερείς παρατηρήσεις του νοσηλευτή θα εξαρτηθεί η αλλαγή ή μη του φαρμάκου ή της δόσεως (πχ. πόσες ώρες κοιμήθηκε, αν κοιμήθηκε αργά). Επειδή οι ασθενείς κάνουν ορθοστατική υπόταση παίρνει τη Α.Π. και σε όρθια θέση. Μερικά φάρμακα προκαλούν και ευαισθησία στο ηλιακό φως. Οι ασθενείς που τα παίρνουν δεν πρέπει να εκτίθενται στο ηλιακό φως γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν εγκαύματα. Τέτοιο φάρμακο είναι η θοραζίνη.

Επίσης, μερικά προκαλούν αύξηση βάρους γι' αυτό ζυγίζει τους ασθενείς και προσέχει το διαιτολόγιό τους.

Απαγορεύεται η λήψη οινοπνευματωδών ποτών, ταυτόχρονα με τη λήψη φαρμάκων. Σε περίπτωση λιθίου, επειδή αποβάλλεται από τους νεφρούς, επιβάλλεται ο έλεγχος της επάρκειας των νεφρών και ο έλεγχος της ποσότητας του φαρμάκου στο αίμα γιατί κάθε υπέρβαση της ανεκτής ποσότητας δημιουργεί δηλητηρίαση.

Επιχειρείται πιο κάτω μια λεπτομερέστερη ταξινόμηση των ψυχοφαρμάκων που δίδονται στην ηβηψρένεια.

## A. ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ

ΟΜΑΔΑ	ΔΡΑΣΗ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
1. Παραγ. Βενζοδιαζεπίνης (Lexotanil, stedon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηρεμιστική</li> <li>• Μυοχαλαρωτική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οξύ περιστασιακό άγχος</li> <li>• Φοβίες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κίνδυνος εξάρτησης</li> <li>• Μείωση αντιδραστικής ικανότητας</li> </ul>
2. Παραγ. Διψαινουλομεθανίου (Atarax)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αγχολυτική</li> <li>• Αντισπασμωδική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Στερεοιτικά σύνδρομα</li> <li>• Οργανικά ψυχοσύνδρομα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αταξία</li> </ul>
3. Μεπροβαρότη (Equanil) Χλωροδιαζεποξειδική (Libriu)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξωπυραμίδικές ανεπιθύμητες ενέργειες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μυϊκή αδυναμία</li> <li>• Διαταραχές εμμήνου ρήσεως</li> </ul>

**Β. ΜΕΙΖΟΝΑ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ**

ΟΜΑΔΑ	ΔΡΑΣΗ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΣ
<p>Παραγ. Φαινοθειαζίνης</p> <p>Αλειψατικές φαινοθειαζίνης Χλωροπρομαζίνη Largactil</p> <p>Λεβοπρομαζίνη Nozinan</p> <p>Προμαζίνη Sparine</p> <p>Πιπεραζινικές</p> <p>Τριφθοριοπεραζίνη Stelazin</p> <p>Θεριοπροπεραζίνη Majepetil</p> <p>Πιπεριδινικές</p> <p>Θειοριδαζίνη Melleril</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηρεμιστική</li> <li>• Υπνωτική</li> <li>• Ελάττωση άγχους</li> <li>• Καταστολή διεγερτικών καταστάσεων</li> <li>• Δρουν ευνοϊκά στις διαταραχές της σκέψης και αντίληψης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχιζοφρένεια</li> <li>• Μανιοκατάθλιψη</li> <li>• Άγχος - Σχιζοσυναισθηματική ψύχωση</li> <li>• Ίδιοψυχαναγκαστική νεύρωση</li> <li>• Διαταραχές της συμπεριφοράς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιδράσεις υπερευαισθησίας, ίκτερος, δερματολογικές αντιδράσεις</li> <li>• Τοξική δράση στο Κ.Ν.Σ. Υπνηλία, εξωπυραμιδική συμπτωματολογία (δυστονία, ακαθισία)</li> <li>• Επιληπτικές κρίσεις</li> <li>• Ξηρότητα στόματος και φάρυγγος</li> <li>• Μυϊκή αδυναμία</li> <li>• Ορθοστατική υπόταση</li> <li>• Αρρυθμίες</li> <li>• Αρτηριακή υπόταση</li> <li>• Διαταραχές εμμήνου κύκλου</li> <li>• Γαλακτόρια, αύξηση σωματικού βάρους</li> </ul>
<p>Παραγ. Βουτυροφαινόνης</p> <p>Αλοπεριδίνη Allopereidon</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελαττώνουν τα παραγωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας</li> <li>• Καταστέλλουν τις διεγερτικές καταστάσεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχιζοφρένεια</li> <li>• Μανία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έντονη εξωπυραμιδική συμπτωματολογία (δυστονία, ακαθισία)</li> <li>• Εκλυση καταθλιπτικών συνδρόμων</li> </ul>

Για την αντιμετώπιση των εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως δυστονία, ακινησία, παρκινσονισμός, χρησιμοποιούνται τα αντιπαρκινσονικά φάρμακα, αυτά είναι:

ΟΜΑΔΑ	ΔΡΑΣΗ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ
Αντιπαρκινσονικά Αντιχολινεργικά (Atrane-Akineton)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σπασμολυτική</li> <li>• Κατασταλτική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυστονία</li> <li>• Παρκινσονισμός</li> <li>• Ακαθισία</li> <li>• Ακινησία</li> <li>• Δυσκαρψία</li> <li>• Τρόμο</li> </ul>

Επειδή μέσα στις παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων είναι η ορθοστατική υπόταση και ορισμένες αβιταμινώσεις και αναιμίες, συγχρόνως με τα ψυχοφάρμακα δίνονται και βιταμίνες του συμπλέγματος Β (Dihyderget ή Effortil).

## 2. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (Ε.Σ.Τ.)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ή "ηλεκτροσόκ") χρησιμοποιήθηκε το 1938 για πρώτη φορά από τους Ιταλούς Cerletti και Bini. Το Ε.Σ.Τ. συνίσταται στη δημιουργία μεγάλου επιληπτικού σπασμού με την εφαρμογή δύο ηλεκτροδίων στις κροταφικές χώρες του ασθενούς και διέλευση (σε κλειστό κύκλωμα) από τον εγκέφαλο συνεχούς και εναλλασσόμενου ρεύματος. Η εφαρμογή του γίνεται αφού πρώτα χορηγηθεί αναισθησία. Εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό όπλο στη θεραπεία της σχιζοφρένειας με ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Στην κατατονική μορφή και σε κάθε άλλη μορφή στην οποία συμμετέχουν κατατονικά συμπτώματα.
- Στα οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια ή σε κάθε άλλη κλινική εικόνα, που χαρακτηρίζεται από την σχετικά οξεία εισβολή.
- Στις σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις.
- Σε διεγερτικές καταστάσεις.

Το ηλεκτρικό ερέθισμα που εφαρμόζεται είναι 70-110 Volts δια 0,1 μέχρι 0,5 sec. Η τονική φάση της κρίσης αρχίζει αμέσως, διαρκεί 10 sec και ακολουθείται από την κλονική. Η αναπνοή επανέρχεται στο φυσιολογικό μέσα σε 1 έως 2 min. Στη διάρκεια της θεραπείας ο αναισθησιολόγος χορηγεί οξυγόνο στον ασθενή για την πρόληψη εγκεφαλικής ανοξίας. Στους σχιζοφρενείς απαιτούνται 10 με 20 ηλεκτροσόκ στα

πλαίσια της θεραπείας. Αυτά γίνονται 3 ή 4 φορές την εβδομάδα.

Πριν από το E.C.T. η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει την υπογραφή του ασθενούς, εάν βέβαια είναι σε θέση. Πρέπει να ενημερωθεί για τους λόγους για τους οποίους επιλέχθηκε αυτός ο τρόπος θεραπείας, τα προβλεπόμενα οφέλη και τους τυχόν κινδύνους που απορρέουν από αυτήν. Πρέπει να του τονίσει ότι ο πόνος εκλείπει και ότι η αμνησία που προκαλείται είναι παροδική.

Επίσης, πρέπει να γίνει λεπτομερής σωματική εξέταση και λήψη ιατρικού ιστορικού. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή μήπως υπάρχει ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Η σοβαρή υπέρταση μπορεί να χρειαστεί αύξηση της φαρμακευτικής αγωγής για να μειωθεί η πιθανότητα ενός εγκεφαλικού επεισοδίου στη διάρκεια του E.C.T. Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει ότι η μοναδική απόλυτη αντένδειξη για ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι ένα νεόπλασμα του Κ.Ν.Σ., που προκαλεί αύξηση ενδοκρανιακής πίεσης για το E.C.T. Προκαλεί επίσης, παροδική αύξηση ενδοκρανιακής πίεσης. Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίσει ώστε οι ασθενείς, που θα κάνουν ηλεκτροσόκ, να λάβουν μειωμένη δόση των φαρμάκων τους. Ο ασθενής δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα για οκτώ ώρες πριν τη θεραπεία για να μειωθεί ο κίνδυνος εμέτου και εισρόφησης. Ο ασθενής πρέπει να απαλλαγεί από τυχόν



σφιχτά ρούχα, να αφαιρεθούν οι οδοντοστοιχίες, τα κοσμήματα, και να κενωθεί η κύστη.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρίσκεται κοντά στον ασθενή. Εξασφαλίζει τον ασθενή, τοποθετώντας ένα μαξιλάρι κάτω από τη μέση του και ένα κάτω από τον αυχένα, ώστε να διευκολύνεται η παροχή οξυγόνου.

Στη συνέχεια, βοηθά το γιατρό ασκώντας πίεση στα πόδια ή στους ώμους για την αποφυγή τραυματισμού. Επειδή τα πρώτα λεπτά δεν έχει επαφή με το περιβάλλον, η νοσηλεύτρια πρέπει να απευθύνεται σ' αυτόν με το όνομά του, να μιλάει σιγά και αργά ώστε να την καταλαβαίνει. Πρέπει να παραμείνει κοντά στον ασθενή μέχρι να αποκατασταθεί πλήρως η επαφή του με το περιβάλλον.

Κατόπιν συμπληρώνονται στην κάρτα του ασθενούς όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, όπως αύξων αριθμός της θεραπείας, η ένταση του ρεύματος, είδος της νάρκωσης. Μετά τη θεραπεία, η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει τεταμένη την προσοχή της γνωρίζοντας ότι οι ασθενείς είναι πιο ευδιάθετοι και ενεργητικοί και γι' αυτό το λόγο μπορούν να επιχειρήσουν ο,τιδήποτε σκεφτούν όπως πχ. μια αυτοκτονία.

### 3. **ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ινσουλινοθεραπεία είναι μια θεραπευτική μέθοδος που τα τελευταία χρόνια δεν παρεκτοπίστηκε από τα νευροληπτικά φάρμακα. Συνίσταται στη δημιουργία προκωματώδους καταστάσεως στον ασθενή, μετά από χορήγηση ινσουλίνης. Η εφαρμογή της είναι επικίνδυνη και δυσάρεστη για τον ασθενή γι' αυτό δεν χρησιμοποιείται σήμερα παρά μόνο σε περιπτώσεις που η συστηματική εφαρμογή όλων των άλλων θεραπευτικών μέσων έχει αποχτήσει.

### 4. **ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΕΡΓΑΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Είναι η μετά από ιατρική σύσταση και κάτω από επαγγελματική καθοδήγηση δραστηριότητα, που αποσκοπεί στην προώθηση ή επιτάχυνση της αναρρώσεως, από νόσο κυρίως ψυχική.

Αναγνωρίζεται σαν πολύτιμη βοηθητική θεραπεία της ψυχιατρικής επειδή προσφέρει στον ασθενή παρακίνηση, ψυχική διέξοδο, ή κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον.

Αποβλέπει:

- Στο να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοστεί στα συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.
- Στο να διατηρήσει, ξαναβρεί ή αναπτύξει καλές συνήθειες εργασίας.
- Στο να βοηθήσει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας.

Ο απασχολησιοθεραπευτής θα αποτραβήξει τον ασθενή από τον κόσμο της φαντασίας και θα τον φέρει ξανά πίσω στην πραγματικότητα. Επειδή ο κόσμος της φαντασίας είναι περισσότερο ευχάριστος θα προβάλλει αντίσταση και γι' αυτό χρειάζεται επιμονή και υπομονή.

## 5. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοχειρουργική είναι η νευροχειρουργική επέμβαση, που έχει ως σκοπό την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών για τις οποίες δεν ανευρίσκεται οργανικό αίτιο.

Αυτό κατορθώνεται, όταν αποκοπούν οι ίνες που συνδέουν τον μετωπιαίο λοβό με το θάλαμο. Η εγχείρηση της λευκοτομής δεν είναι απαλλαγμένη από επιπλοκές και κινδύνους. Σήμερα δεν χρησιμοποιείται.

Μεγάλη διαφωνία υπάρχει τόσο μεταξύ των ιατρών όσο και μεταξύ του κοινού, γύρω από τις ηθικές επιπτώσεις της δραστηκής αυτής επέμβασης. Η προεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει τη γενική προετοιμασία του ασθενούς, όπως και στις άλλες επεμβάσεις. Η επέμβαση γίνεται για να ανακουφίσει τον ασθενή, από το αίσθημα της ψυχικής καταπίεσης, του άγχους, της αγωνίας, μπορεί όμως να γίνει τελείως αδιάφορος τόσο προς τα δικά του συναισθήματα, όσο και προς τα συναισθήματα των άλλων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί τον σφυγμό και την πίεση του ασθενή για να μπορέσει να προλάβει τυχόν εγκεφαλική αιμορραγία, ή αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.

Ο ασθενής παραμένει κλινήρης. Παρακολουθείται η ομιλία του, η έκφραση του προσώπου, οι κινήσεις των ματιών του. Δίνονται ηρεμιστικά για να προληφθεί η ανησυχία.

## 6. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

### Γενικά

Ψυχοθεραπεία είναι η χρησιμοποίηση και η εφαρμογή ψυχοψυσικών μεθόδων για την έμμεση επίδραση στην ψυχή, στο πνεύμα, στο συναίσθημα, στον ψυχισμό του ασθενούς, με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς του. Βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει μια επίγνωση των δυσκολιών του, μέσα στις δυσκολίες του, για να αποκτήσει συνείδηση της αλυσίδας των γεγονότων που τον έχουν οδηγήσει στην τωρινή του κατάσταση και να κερδίσει μια αντίληψη των αιτιών της συμπεριφοράς του.

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια έχει ως σκοπό την κατά το δυνατόν καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασής του να ζει, να αγαπά, να εργάζεται και να

διασκεδάσει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε, κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους - στην κοινότητα - είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειαστεί να νοσηλευτεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατόν για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Μπορούμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές. Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, ή εργοθεραπεία κ.ά.

Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά.

### **Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία**

Γίνεται ειδική προσπάθεια να αποφευχθεί η νοσηλεία του σχιζοφρενικού ασθενή με υποστήριξη της λειτουργίας του εξωνοσοκομειακά. Μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο σχιζοφρενής με την

οικογένειά του, στον ξενώνα, στο οικοτροφείο, που βασίζεται στην στενή παρακολούθησή του από ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς. Η άμεση παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει τη νοσηλεία στο νοσοκομείο. Παρ' όλα αυτά, μερικές φορές είναι αναπόφευκτη. Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του, ή τους άλλους, η αδυναμία να φροντίσει τον εαυτό του. Όσο πιο έντονα ψυχωτικός είναι ο ασθενής τόσο η ανάγκη για ταχεία καταστολή της ψύχωσης είναι άμεση. Οποσδήποτε, χρησιμοποιούμε έναν συνδυασμό καθυσύχασης, τοποθέτησης ορίων λεκτικά και ελάττωσης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος.

Καθώς τα οξέα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν, ο ασθενής θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής, η οποία θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να αποτελεί θεραπευτική κοινότητα. Η θεραπευτική κοινότητα, που περιλαμβάνει τους ασθενείς, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους γιατρούς και κάθε άτομο που εργάζεται στην κλινική δίνει έμφαση σε κάθε διεργασία που προάγει τη λειτουργικότητα και την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Οι σχέσεις όλων αυτών των ατόμων μεταξύ τους, οι θεραπευτικές δραστηριότητες, ο τρόπος λήψης αποφάσεων, σχεδιάζονται έτσι ώστε να προάγουν την ψυσιολογικότητα που θα απαιτηθεί, όταν οι ασθενείς βγούν έξω. Ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας, είναι η θεραπεία

περιβάλλοντος, που αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρά η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία κ.ά. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον, χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις, είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. Το περιβάλλον σχεδιάζεται ώστε να είναι θεραπευτικό.

#### Θεραπεία συμπεριφοράς

Είναι σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενών, ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, επικοινωνίας. Καλό είναι το περιβάλλον να είναι έτσι σχεδιασμένο, ώστε να επιβραβεύεται η θετική ευεργετική συμμετοχή στις δραστηριότητες και η κοινωνικοποίηση των ασθενών και να αποθαρρύνεται η αρνητική, παθητική στάση και η απόσυρση.

### Οικογενειακή Θεραπεία

Είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Κυρίως, απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστεια του ασθενή. Σημασία όμως έχει και η εκπαίδευση των συγγενών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της αρρώστειας και στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του σχιζοφρενικού μέλους. Στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών θεραπειών ανήκουν και οι δημιουργικές θεραπείες - θεραπεία τέχνης, μουσικής, δράματος κ.ά. - που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής κ.ά., καθώς και η εργοθεραπεία με πυλό, χειροτεχνία κ.ά.

Ο τύπος της ψυχοθεραπείας, που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενείς ασθενείς είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και λιγότερο η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία. Βασικά, ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του, να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστειας του και τις συνέπειές της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατόν καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Έτσι, εξήγηση (υπό μορφή διδασκαλίας) της φύσης της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των φαρμάκων, του τρόπου αντιμετώπισης των διαπροσωπικών προβλημάτων με



ενεργό υποστήριξη στο “εδώ και τώρα” για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, που δημιουργεί η διαταραγμένη πραγματικότητα είναι ο προσανατολισμός της θεραπείας. Η δημιουργία φυσικά μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή-θεραπευτή είναι πρωταρχική. Δεν αποκλείεται όμως σε αρκετές περιπτώσεις και η ερμηνευτική βοήθεια προς τον σχιζοφρενικό για να κατανοήσει τα συναισθήματά του και τον τρόπο που τον οδηγούν σε εξωπραγματική σκέψη ή αντίληψη.

### Η ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία ασκείται μεταξύ δύο μόνο ατόμων του ψυχοθεραπευτή και του ασθενούς. Αποτελεί σχέση εξατομικευμένη. Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια βοηθά τον ασθενή να λύσει τις προηγούμενες αγνώριστες διαμάχες και να επιτύχει μια καλύτερη προσαρμογή στις εντάσεις της ζωής. Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή είναι βοηθητικός. Ο λόγος αποτελεί μέσο ψυχοθεραπευτικό χωρίς να είναι το μόνο, γιατί και η σιωπή επιδρά ψυχοθεραπευτικά και αποτελεί μέσο ψυχικής επικοινωνίας. Στην επικοινωνία με το λόγο έχει σημασία όχι μόνο το τί λέει ο ψυχοθεραπευτής αλλά και πως το λέει. Ο τόνος της φωνής, η φρασεολογία μπορεί να έχουν σημασία.

Στόχος είναι να κατορθώσει την πλήρη απελευθέρωση του ατόμου από το ψυχικό του μαρτύριο και την ολοκλήρωση

της προσωπικότητας. Αποβλέπει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

### Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Αποσκοπεί στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς με την μεταβολή των συνθηκών του περιβάλλοντος που αιτιολογούν ή ευνοούν την παθολογική συμπεριφορά. Γίνεται προσπάθεια να συγκεντρωθούν σε μια εστία τα συμπτώματα για τα οποία παραπονείται ο ασθενής. Αναζητούνται και επισημαίνονται οι συνθήκες εκείνες του περιβάλλοντος που έχουν περισσότερο σχέση με την γένεση των συμπτωμάτων. Ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί να εξουδετερώσει ή να μειώσει την ισχύ των αρνητικών επιδράσεων του περιβάλλοντος (να αλλάξει δουλειά) και να βάλει στη ζωή του ασθενή θετικούς παράγοντες, που αποτρέπουν τη νόσο. Εδώ χρησιμοποιείται πάντα το υγιές μέρος της προσωπικότητας που ενισχύεται με κάθε τρόπο.

### Ομαδική ψυχοθεραπεία

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία, ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει σ' αυτόν τον κόσμο. Δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς συνομιλητές. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης σιγά σιγά ξεπερνιέται με το να ακούν άλλους ασθενείς να συζητούν τις δυσκολίες τους και είναι

δυνατόν σιγά-σιγά να κερδίσουν το απαραίτητο θάρρος να μιλήσουν για τα προσωπικά τους προβλήματα.

## 8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία είναι μία από τις πιο σημαντικές θεραπείες στη σύγχρονη ψυχιατρική. Βάση της ψυχοθεραπείας είναι η ανθρώπινη επικοινωνία. Μέσα από την ψυχιατρική ομάδα τα μέλη που έρχονται σε περισσότερη επαφή με τον ασθενή είναι οι νοσηλευτές.

Ο νοσηλευτής εκτελεί ποικίλες λειτουργίες που εξαρτώνται από την τεχνική και την αντίληψη των εξελισσόμενων βασικών αρχών που χρησιμοποιούνται. Αν ο ασθενής παίρνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία πρέπει να χειρίζεται το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να συναντά λιγότερες δυσκολίες απ' ό,τι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο. Μπορεί να μειώσει τις ερωτήσεις που του γίνονται και να χρησιμοποιήσει την επιρροή του με τέτοιο τρόπο ώστε να αποκτήσει εμπειρία, ότι τα πρόσωπα, που τον περιβάλλουν είναι φιλικά, δεκτικά και όχι κριτικά. Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος μπορεί να ακουμπήσει σε μια δυνατή νοσηλεύτρια που προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια. Μπορεί να εξυπηρετήσει σαν στόχος για τα αισθήματα του ασθενή κι αν μείνει ανεπηρέαστη και αμερόληπτη μπορεί να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με

μεγαλύτερη αντίληψη και επιδεξιότητα, μπορεί να εκμεταλλευτεί την ειδική σχέση της με τον ασθενή.

Ο ασθενής μπορεί να συζητά μαζί της χρησιμοποιώντας την για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι' αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για την θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό. Σε μερικά είδη ψυχοθεραπείας παίρνει το ρόλο μιας σπουδαίας φυσιογνωμίας στη ζωή του ασθενή και τον καθιστά ικανό να ενεργεί έξω από το νοσοκομείο αρχίζοντας τις συναισθηματικές του αντιδράσεις συνήθως άμεσα προκαλούμενες από το περιβάλλον. Οι διαφορετικές αντιδράσεις των ασθενών μεταξύ τους, ο τρόπος με τον οποίο ομάδες σχηματίζονται και διαλύονται, η εμφάνιση φιλιών, και η ανάπτυξη αγάπης και μίσους, οι αντιδράσεις μεταξύ ασθενών είναι σημαντικές σαν μια εκδήλωση προόδου και κίνητρο για τη θεραπεία.

Είναι αυτονόητο ότι, όσο πιο στενή είναι η σχέση μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή, τόσο πιο αποτελεσματική μπορεί να αποδειχθεί η ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Η καθημερινή σχέση και συναναστροφή μπορεί να αποδειχθεί καθοριστική δημιουργώντας μια ειλικρινή σχέση.

Στην ατομική ψυχοθεραπεία, μεγάλος είναι ο κίνδυνος να παρασυρθεί συναισθηματικά ο θεραπευτής. Δεν πρέπει να ταυτιστεί με τον ασθενή γιατί αυτό θα αποβεί σε κακό της

ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Η θέση του πρέπει να  
ουδέτερη και να μην παρασύρεται από τα αισθήματά του

---

# **ΜΕΡΟΣ Γ΄**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ  
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο.

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Α

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Δ.Α.  
 ΦΥΛΟ : Άρρεν  
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Άνεργος  
 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ : Απόφοιτος λυκείου  
 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Άγαμος  
 ΗΛΙΚΙΑ : 22 ετών  
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 22-1-1989

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ - ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"

#### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου**

Ο ασθενής περιγράφεται ως φερόμενος απόλυτα φυσιολογικά, ως μια εβδομάδα πριν την εισαγωγή του. Το διάστημα αυτό ζούσε με τους δικούς του στο χωριό. Σημειώνεται ότι στα 18 του χρόνια, δίνοντας πανελλήνιες εξετάσεις πέρασε με επιτυχία στο Τμήμα Γεωπόνων - Τεχνολόγων στα Τ.Ε.Ι.

Τους τελευταίους μήνες σύναψε σχέση με μια κοπέλλα. Οι γονείς της κοπέλλας μη εγκρίνοντας το δεσμό την

έστειλαν στην Αμερική. Ο ασθενής την αναζήτησε και σύμφωνα με κάποιες πληροφορίες έμαθε ότι η κοπέλλα "βιάστηκε" και στάλθηκε στην Αμερική για να το ξεπεράσει. Ο ίδιος καταθρουβήθηκε, το βράδυ εκείνο έπεσε με το μηχανάκι του και χτύπησε στο κεφάλι. Από τότε λέει πως "κατάλαβε" ότι υπάρχουν καλοί και κακοί, επικοινωνήσε με υπερψυσικές δυνάμεις, σαν να πέθανε και να ξαναγεννήθηκε.

Τρεις ημέρες, πριν την εισαγωγή του, ήταν ανόρεκτος, δεν μιλούσε πολύ, ήταν ευερέθιστος και κλειστός στις σκέψεις του. Αρνήθηκε πολλές φορές να ψάει. Την επόμενη πήγε στην Εκκλησία για να κοινωνήσει. Στήθηκε μπροστά στην Βραία Πύλη και όταν πήγαν να τον απομακρύνουν, γιατί τους εμπόδιζε, προκάλεσε επεισόδιο.

Μετά από αυτό το γεγονός, οι γονείς του κάλεσαν το γιατρό, ο οποίος διέγνωσε ψύχωση και σύστησε εισαγωγή.

### **ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ**

Ο ασθενής παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες παρανοϊκού περιεχομένου, που εκφράζονται μερικές μέρες πριν την εισαγωγή του.

**Τρόπος εισαγωγής:** Συνοδευόταν από τους γονείς του και το θείο του, ο οποίος ήρθε στο Νοσοκομείο για να θεραπευτεί -δήθεν- ο ίδιος.

**Συμπτώματα:** Βρισκόταν σε έντονη διεγερτική κατάσταση με έντονο άγχος και την πεποίθηση ότι θα "γεννηθεί κάποιο



μωρό με τρομερές ιδιότητες, που θα καταστρέψει τον κόσμο". Το μωρό αυτό σύμφωνα με τα λεγόμενά του, θα το γεννούσε η κοπέλλα του, που είχε βιαστεί. Το γεγονός αυτό το έμαθε από την επικοινωνία του με το Θεό. Μπορούσε, απ' ότι έλεγε να επικοινωνήσει μαζί του με τη σκέψη.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Έλλειψη επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δοθούν κίνητρα στον ασθενή να αρχίσει να επιζητά την συντροφιά των άλλων και να ανταλλάσσουν απόψεις.</li> <li>• Να γίνει κοινωνικός και να εμπιστευτεί και τον εαυτό του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προγραμματίζονται δραστηριότητες (πχ. εκδηλώσεις-συζητήσεις). Σε συνεργασία με το συγγενικό περιβάλλον του ασθενή βρίσκονται οι προτιμήσεις που είχε πριν την ασθένειά του, γύρω από κοινωνικά, καλλιτεχνικά θέματα.</li> <li>• Σχεδιάζονται συζητήσεις νοσηλεύτη-ασθενή για "άνοιγμα" αυτού προς τον έξω κόσμο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέσα από διάφορες εκδηλώσεις και δραστηριότητες, ο ασθενής έρχεται σε επαφή με άτομα της ίδιας πάθησης, σχετικά ίδιας ηλικίας και των δύο φύλων και ανταλλάσσουν απόψεις.</li> <li>• Με την απασχολησιμότητα δίνεται έμφαση σε δραστηριότητες που απαιτούν την συντροφιά δύο ή και περισσότερων. Ο ασθενής παροτρύνεται να συνεργαστεί και να επικοινωνήσει κυρίως με ασθενείς που βρίσκονται</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η εφαρμογή της παρέμβασης στον ασθενή και ενίσχυσε λίγο την αυτοπεποίθησή του.</li> <li>• Η κοινωνικοποίησή του ασθενούς γίνεται αργά αλλά σταθερά.</li> </ul>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>στο ίδιο στάδιο απο- θεραπείας τους.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τονίστηκε σε αυτόν η πνευματικότητα του και οι γνώσεις του γύρω από θέματα που είναι γνωστό πως του κεντρίζουν το ενδιαφέρον.</li> <li>• Δείχνουμε προσοχή σ' όγι συζητά και τον επαινούμε για τις σωστές απόψεις του.</li> </ul>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αϋπνία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιμετώπιση αϋπνίας</li> <li>• Να μπορέσει ο ασθενής να ξαναβρεί τους ψυσιολογικούς του ρυθμούς γιατί η συνεχής αϋπνία τον εξαντλεί σωματικά και ψυχικά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προγραμματίζεται η χορήγηση φαρμάκων.</li> <li>• Γίνεται συζήτηση με την οικογένειά του σχετικά με τους ρυθμούς του, όπως και για τις συνθήξεις του γύρω από αυτόν πριν νοσήσει.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολουθείται ο ασθενής, ιδίως στο μέσο της νύχτας όπου συνηθίζει να ξυπνά προκειμένου να αποψευχθεί η αυτοκτονία.</li> <li>• Χορηγούνται tabl. τανοργ για να καταπολεμηθεί η αϋπνία.</li> <li>• Διατηρείται χαμηλό ψως και ησυχία στο θάλαρο του ασθενή.</li> <li>• Τονίζεται στον ίδιο η σημασία που έχει, για την ψυχική και σωματική του υγεία, ο ψυσιολογικός ύπνος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα κατάφερε να απολαμβάνει τον κανονικό του ύπνο εν μέρει ψυσιολογικά.</li> </ul>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ανορεξία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ξαναβρεί ο ασθενής τις παλιές του διατροφικές συνήθειες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προγραμματίζεται διαιτολόγιο μαζί με το διαιτολόγιο του τμήματος.</li> <li>• Ενημέρωση από τους γονείς του πάνω σε προτιμήσεις για το φαγητό του.</li> <li>• Φροντίδα ελκυστικών αυχών μικρών γευμάτων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελέγχονται οι ποσότητες τροφής που έλαβε ο ασθενής.</li> <li>• Παρακινείται να φάει και σ' αυτό βοηθούν η ψυχολογική και η νοσηλεύτρια χωρίς να δείχνουν ότι βιάζονται.</li> <li>• Δίνονται εξηγήσεις στον ασθενή για την αξία της τροφής στη διατήρηση της καλής σωματικής και ψυχικής υγείας του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καταγράφεται το βάρος και τα ζωτικά στοιχεία του ασθενή, καθημερινά, και εκτιμούνται αποκλειστικά οι επιπλοκές που προκύπτουν από την υποσιτισία.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Δυσκοιλιότητα λόγω των αντιψυχωτικών φαρμάκων του</p>	<p>• Η επαναλειτουργία του εντέρου και η διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του.</p>	<p>• Προγραμματίζεται η σωστή διατροφή και ενυδάτωση του ασθενή ώστε να είναι φυσιολογική η λειτουργία του εντέρου.</p>	<p>• Ο ασθενής ενθαρρύνεται να προσπαθήσει να έχει η λειτουργία του εντέρου του σε τακτικό χρόνο.</p> <p>• Ενισχύονται οι ψυκτικές δραστηριότητες, που βοηθούν την κινητικότητα του εντέρου.</p> <p>• Συστήνεται διαιτολόγιο, που να περιέχει τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και κυτταρίνη, όπως τα λαχανικά.</p> <p>• Χορηγούνται καθαρτικά φάρμακα, όπως το Dulcolax ή Duphalac, κατόπιν εντολής ιατρού.</p>	<p>• Καταγράφονται οι κενώσεις του ασθενή.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ίδρες μεγάλες</p>	<p>• Βοήθεια του ασθενή για την αντίληψη του εαυτού του μέσα στο περιβάλλον</p>	<p>• Προγραμματίζεται η δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος και προτροπή του ασθενούς στη συζήτηση.</p> <p>• Χορήγηση φαρμάκων.</p>	<p>• Σε φιλικό και χωρίς εξωτερικούς ερεθισμούς περιβάλλον αναπτύσσεται σχέση επικοινωνίας χωρίς διαπηκτισμούς.</p> <p>• Στρέφεται η συζήτηση σε άλλο θέμα, όταν υποστήριξε πως επικοινωνεί με το θεό και έχει γρομερές ικανότητες για να καταλάβει πως δεν ενισχύουμε τις ιδέες του.</p> <p>• Χορηγήθηκε Lagactil 100 mg για την καταστολή των διεγέρσεων.</p> <p>• Αντιμετώπισθηκε με ψυχραιμία.</p>	<p>• Η εικόνα του ασθενούς βελτιώνεται σημαντικά.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Παραληρητικές ιδέες παρανοϊκού περιεχομένου. Λιαιταραχή των μη-χανισμών της σκέψης, παραισθήσεις και ψευδοσθήσεις.</p>	<p>• Βοήθεια και στήριξη του ασθενή να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα χωρίς την παρέμβαση παραληρητικών ιδεών, ψευδοσθήσεων και παραισθήσεων.</p>	<p>• Προσφέρονται στον ασθενή ευκαιρίες ώστε να λειτουργεί στα πλαίσια της πραγματικότητας. • Προγραμματίζονται δραστηριότητες και επικοινωνίες προσανατολισμένες στην πραγματικότητα, που δίνουν ικανοποίηση στον ασθενή. • Προγραμματίζονται δραστηριότητες που απαιτούν την προσοχή του ασθενή, επιδειξιότητα και πράξη (όταν αποσπάζεται η προσοχή, διακόπτεται η μαθηλογική εκτέλεση). • Χρησιμοποιείται μεθόδου υποβολής</p>	<p>• Ενθαρρύνεται ο ασθενής να αναλάβει ευθύνες για την συμπεριφορά του. • Αναγνωρίζονται οι υγιείς πλευρές της προσωπικότητας του. Ετσι ίσως αμφοβητήσει τις ψευδοσθήσεις του. • Δεν υποτιμάται ο ασθενής στη φάση που η συμπεριφορά του παρακινείται από παραληρητικές ιδέες γιατί αυτό θίγει τον αυτοσεβασμό του και η κατάσταση του χειροτερεύει. • Επικυρώνονται τα σχόλια του ασθενή που συμφωνούν με την πραγματικότητα. Ετσι βοηθώνται να διακρίνει το πραγματικό από το μη πραγματικό.</p>	<p>• Αντιλαμβάνεται ο ασθενής τις παραισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες του και προσπαθεί να τις μειώσει.</p>



ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Άρνηση λήψης φαρμάκων	<ul style="list-style-type: none"> <li>Νοσηλευτική φροντίδα για τη λήψη φαρμάκων και την βελτίωση της ψυχικής υγείας του ασθενή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Προγραμματίζεται συζήτηση με τον ασθενή τόσο με τον γιατρό, που τον παρακολουθεί όσο και με την νοσηλεύτρια που τον φροντίζει καθημερινά και δείχνει εμπιστοσύνη και συμπάθεια.</li> <li>Ενημερώνεται ο ασθενής ως προς την σημασία που έχει η καθημερινή λήψη φαρμάκων και πως η αξία της χορήγησης τους είναι απαραίτητη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ενθαρρύνεται ο ασθενής να παίρνει τα φάρμακά του.</li> <li>Δίνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς να πιεστεί ιδιαίτερα ο ασθενής.</li> <li>Ελέγχεται διακριτικά το κορδόνι, που συνήθως υπάρχουν τα φάρμακα των ασθενών, αν βρίσκονται εκεί.</li> <li>Ενίονται IM τα φάρμακα που δεν δέχεται να πάρει per os.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής άρχισε να παίρνει κανονικά τα φάρμακά του και συνήλθε.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εντονη διέγερση και ψυχοκινητική δραστηριότητα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βοήθεια του ασθενή να αναπτύξει πιο προσαρμοσμένη συμπεριφορά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος, απαλλαγμένο από ερεθιστικές αιτίες άγχους.</li> <li>• Ενθαρρύνεται ο ασθενής να εκφράζει τα συναισθήματά του.</li> <li>• Σχεδιάζονται δραστηριότητες απασχόλησης.</li> <li>• Αποσπώντας με αυτόν τον τρόπο την προσοχή του και διακόπτοντας την παθολογική του σκέψη.</li> <li>• Χορήγηση ψαμάρκων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η νοσηλεύτρια συζητά με τον ασθενή μακριά από θορύβους της κλινικής, και περπατά μαζί του κάνοντας ένα μικρό περπάτο συζητώντας σε χαμηλούς τόνους.</li> <li>• Ανατέθηκαν στον ασθενή δραστηριότητες, όπως δημιουργία τολυπίων.</li> <li>• Χορηγήθηκε Aloperidol για την καταστολή της υπέρμετρης δραστηριότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση.</li> </ul>	

## ΕΞΟΔΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: 14-2-1989

Ο ασθενής εξήλθε σε πολύ καλή γενική κατάσταση. Ήταν χαρούμενος που επέστρεψε στο σπίτι του, και αισιόδοξος για το μέλλον. Βεβαίωσε τους γιατρούς ότι θα παίρνει κανονικά τα φάρμακά του και θα ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες.

Δεν εκφράζει παραληρητικές ιδέες ήταν ήρεμος, ήσυχος, ακολούθησε το πρόγραμμα της κλινικής κατά γράμμα, είχε πολύ καλές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Δόθηκαν στους συγγενείς του οδηγίες για την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και την κατά το δυνατόν τακτική παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία.

### ΑΓΩΓΗ ΕΞΟΔΟΥ:

1. Aloperidin tabl 10 mg 1 - 1/2-1
2. Akineton tabl 1 x 3.

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Β**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** : Κ.Δ.  
**ΦΥΛΟ** : Άρρεν  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ** : Φοιτητής  
**ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ** : Απόφοιτος Λυκείου  
**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** : Άγαμος  
**ΗΛΙΚΙΑ** : 19 ετών  
**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ** : 18-3-1987

**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ - ΓΕΝΙΚΟ  
 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"**

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σχιζοφρένεια (Ηβηφρενική μορφή)**

Η νόσος εμφανίζεται στον ασθενή τον Δεκέμβριο του 1985. Είχε δώσει εισαγωγικές εξετάσεις και είχε πετύχει στη Σχολή Μηχανολόγων στο Πανεπιστήμιο της Πάτρας. Ο ίδιος όμως προτιμούσε το τμήμα των Υπολογιστών. Την εποχή εκείνη, μετά την αποτυχία του από την Σχολή, που προτιμούσε, κλείστηκε τελείως στον εαυτό του. Δεν αισθανόταν καλά μέσα στο σπίτι και ζητούσε να φύγει και να ζήσει μόνος του. Μόλωνε συνεχώς με τον πατέρα του, που αξίζει να σημειωθεί ότι ήταν σκληρός και καταπιεστικός.

Ήταν ανήσυχος, έφευγε άσκοπα από το σπίτι, μεθούσε και έλεγε διάφορα περίεργα πράγματα. Φερόταν άσχημα στη

μητέρα του, που παλιότερα υπεραγαπούσε και το Φεβρουάριο του 1986 διέκοψε τις σπουδές του.

Δεν δεχόταν να πάει στο γιατρό, ώσπου το καλοκαίρι εισήχθη στην Κλινική "Γαλήνη", όπου πήρε θεραπευτική αγωγή (tabl: Largactil - Aloperidin) για είκοσι ημέρες περίπου και βγήκε βελτιωμένος. Συνέχισε φαρμακευτική αγωγή στο σπίτι (tabl: Anapranil - Melleril) την οποία διέκοψε τις τελευταίες ημέρες με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει και να συστηθεί από το γιατρό του να του βάλουν σταγόνες Aloperidin στο φαγητό.

Τριγυρνούσε άσκοπα στην Πάτρα ξοδεύοντας πολλά χρήματα. Δεν περιποιόταν τον εαυτό του και η συμπεριφορά του ήταν περίεργη.

### **ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ**

Ο ασθενής εμφάνιζε δύο μήνες πριν την εισαγωγή του, έντονη ανησυχία, τάση φυγής από το σπίτι του.

Πρόσφατα έμαθε ότι η αδελφή του είναι από άλλη μητέρα. Το γεγονός αυτό τον σόκαρε και τον αναστάτωσε. Ζητούσε συνεχώς πολλά χρήματα από τους δικούς του και μερικές φορές ταξίδεψε στην Αθήνα όπου μένει η αδελφή του, αυθημερόν. Αμφισβητούσε το γάμο των γονιών του και μάλωνε πιο συχνά μαζί τους. Δεν δεχόταν να πάρει την αγωγή, που του συστήθηκε από την Κλινική. Κατάλαβε ότι η μητέρα του,

του έριξε το φάρμακο στο ψαγητό και από τότε αρνείται να φάει. Εκφράζει ιδέες δηλητηριάσεως για το ψαγητό.

**Τρόπος εισαγωγής:** Για τους λόγους αυτούς εισάγεται στην Κλινική, συνοδεία αστυνομίας και με εισαγγελική εντολή, όπου εξέδωσαν οι δικοί του, για την υποχρεωτική εισαγωγή του στη Κλινική.

**Συμπτώματα:** “Δεν είμαι πραγματικό παιδί των γονιών μου. Δεν ξέρω γιατί υιοθετήθηκα. Όταν παντρευτώ θα κληρονομήσω μια τεράστια περιουσία. Για το λόγο αυτό με έφεραν εδώ οι γονείς μου”.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ανησυχία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της ανησυχίας του ασθενή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση φαρμάκων.</li> <li>• Συζήτηση με τον ασθενή - επικοινωνία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκε Stedon ενδομυϊκά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</li> <li>• Ενθαρρύνεται ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του, και τις σκέψεις του.</li> <li>• Δείχεται κατανόηση για την συμπεριφορά του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 ασθενής παρακολουθείται μέχρι να ηρεμήσει</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Παραμέληση της προσωπικής εμφάνισης.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η εκμάθηση απλών συνηθειών υγιεινής και φροντίδας του από τον ίδιο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αρχικά, ο ασθενής ενθαρρύνεται να βοηθείται να ασχοληθεί με την ατομική υγιεινή και την περιποιημένη εμφάνισή του.</li> <li>• Προγραμματίζεται η ατομική του φροντίδα σε τακτά χρονικά διαστήματα για να αποκτήσει τη συνήθεια αυτή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθαρρύνεται ο ασθενής να περιποιηθεί τον εαυτό του και σιγά-σιγά αφήνεται η πλήρης ευθύνη της επιμέλειάς του.</li> <li>• Γίνονται επαινετικά σχόλια όταν εμφανίζεται καθαρός για την εμπέδωση των υγιεινών συνθηκών.</li> <li>• Στα πλαίσια της εργασιοθεραπείας παροτρύνεται ο ασθενής να φτιάξει κάτι για τον εαυτό του, πχ. ένα κόσμημα ή ένα ρούχο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής παρακολουθείται συνεχώς και ελέγχεται η πρόοδος του. Αν καμία πρόοδος δεν έχει καταγραφεί, υπάρχει προβληματισμός μεταξύ της ομάδας και ελέγχεται η διανοητική κατάσταση του ασθενή για τυχόν νοητικές ανωμαλίες που δεν ελήφθησαν υπόψη.</li> </ul>
Ανεπαρκής αυτοφροντίδα.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εφαρμόζεται βεβαίωση και ψυχοθεραπεία για την άρση του αιτίου που προκαλεί αυτή την παραμέληση του εαυτού του.</li> <li>• Τονίζονται με προσοχή και ευγένεια τα καλά στοιχεία που έχει ο καιρός του να επιδειχτεί.</li> </ul>	



ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κλειστός στον εαυτό του (Ελλείψη επικοινωνίας και κοινωνικοποίηση)	Δες σελ. 77	Δες σελ. 77	Δες σελ. 77	Δες σελ. 77
Παράδοξες παραληρητικές ιδέες	Δες σελ. 83	Δες σελ. 83	Δες σελ. 83	Δες σελ. 83
Ανορεξία	Δες σελ. 79	Δες σελ. 79	Δες σελ. 79	Δες σελ. 79
Αρνηση λήψης φαρμάκων	Δες σελ. 84	Δες σελ. 84	Δες σελ. 84	Δες σελ. 84
Εντονο άγχος	Δες σελ. 76	Δες σελ. 76	Δες σελ. 76	Δες σελ. 76
Αϋπνία	Δες σελ. 78	Δες σελ. 78	Δες σελ. 78	Δες σελ. 78
Εντονη διέγερση και ψυχοκινητική δραστηριότητα	Δες σελ. 85	Δες σελ. 85	Δες σελ. 85	Δες σελ. 85

**ΕΞΟΔΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ****ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: 27/4/1987**

Ο ασθενής εξήλθε σε πολύ καλή γενική κατάσταση. Ήταν ήρεμος, ευγενικός, συζητούσε κανονικά, έκφραζε θετικά συναισθήματα και οι στόχοι του για το μέλλον ήταν προσγειωμένοι. Ήταν αρκετά συνεργάσιμος με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ανέφερε ότι ποτέ στο μέλλον δεν θα διακόψει την φαρμακευτική του αγωγή, από μόνος του και θα παρακολουθείται τακτικά από ψυχίατρο.

Εξήλθε συνοδευόμενος από τους γονείς του και συμφωνήθηκε η τακτική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία.

**ΑΓΩΓΗ ΕΞΟΔΟΥ:**

1. Aloperidin tabl 10 mg 1-1-2
2. Acineton tabl 1-1-0

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### 1. Η ΜΟΝΑΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ

Η νοσηλεύτρια αποτελεί το σπουδαιότερο υγιές πρόσωπο του αντικειμενικού κόσμου του ασθενή, επειδή ζει μαζί του τις περισσότερες ώρες. Γι' αυτό ο ασθενής πολλές φορές μεταβιβάζει ασυναίσθητα την ασθενή συμπεριφορά του, δηλαδή τις ψυχικές συγκρούσεις που τον βασανίζουν. Αυτές είναι συγκρούσεις που δημιουργήθηκαν στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα της προηγούμενης οικογενειακής ζωής του.

Η/Ο ψυχιατρική/κός νοσηλεύτρια/τής με την αυξημένη ικανότητα, που πρέπει να διαθέτει για να παρατηρεί καθημερινά τον ασθενή μέσα σε οποιοδήποτε θεραπευτικό χώρο, είναι σε θέση να εφαρμόσει καλύτερα ένα δικό της/του θεραπευτικό σχήμα, με το οποίο σχήμα, πιθανόν να δοκιμασθεί μια καινούργια συμπεριφορά του ασθενή. Η νοσηλεύτρια δεν θυμώνει ούτε ενοχλείται με την μεταβίβαση αυτή, αλλά γνωρίζει ότι έφτασε η κατάλληλη στιγμή να βοηθήσει με το υγιές παράδειγμά της. Εάν αντικρούσει τις άλυτες ψυχικές συγκρούσεις του πάσχοντος, ο ασθενής της ξαναζει και γίνεται επικίνδυνος για τη ζωή του ή τη ζωή της.

Το προσωπικό αποτελεί το σκελετό της θεραπευτικής κοινωπίας του κλειστού τμήματος και είναι εκτεθιμένο σε προσβολές, παρεξηγημένες επιθυμίες και συναισθήματα του ασθενή.

Η νοσηλεύτρια δέχεται όλα τα είδη συναισθηματικής έκφρασης, ακόμα και την πρωτόγονη συμπεριφορά. Δείχνει θερμό ενδιαφέρον προς όλους και για όλα. Ακούει με προσοχή τον ασθενή όταν ομιλεί, δημιουργεί ατμόσφαιρα ασφάλειας, κατανόησης, σεβασμού και ηθικής συμπαράστασης. Ο ασθενής λόγω μείωσης της φυσιολογικής εμπιστοσύνης του προς τον εαυτό του, εκδηλώνεται με έντονη επιθετικότητα προς τους άλλους. Επίσης, λόγω αναστολής των καθημερινών καθηκόντων και δικαιωμάτων του προσθέτει ψυχική ένταση η οποία επιβραδύνει την ανάρρωσή του. Η νοσηλεύτρια βρίσκει πάντοτε τρόπους για επαναπόκτηση της εμπιστοσύνης του ασθενή στον εαυτό του. Βρίσκει λύσεις ώστε να αναγνωρίζεται η προσωπική του αξία. Καθημερινά επαινει μια μικρή εργασία του στο κλειστό τμήμα, τον ενθαρρύνει, εκφράζει ικανοποίηση για την πρόοδο.

Τονίζεται διεθνώς ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα εκείνων που την προσφέρουν. Η προσωπικότητα της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας είναι σπουδαιότερη από όσο νοσηλευτικό έργο κι αν παράγει. Αυτή ασκεί το έργο της ως πρόσωπο όχι ως απλός ειδικευμένος επιστήμονας. Το έργο της επηρεάζεται από την προσωπικότητα και την πείρα της ζωής της. Για να

επιτυγχάνει στην νοσηλεία του ασθενή η προσωπικότητά της πρέπει να είναι ακέραια, άρτια, ώριμη, καλλιεργημένη. Η παρατήρηση παίζει μεγάλο ρόλο στην αναγνώριση των προβλημάτων του ασθενή. Η παρατηρητικότητα που δεν ζητά απλώς να μάθει κάτι από τον ασθενή, αλλά να συσχετίσει τις παρατηρήσεις του κάνει με αυτά που λέγει ο ασθενής, και έτσι να διαπιστώνει προβλήματα, που υπάρχουν. Επίσης, η επικοινωνία με τον ασθενή είναι ένα σπουδαίο μέσο ανιχνεύσεως και αναγνωρίσεως των προβλημάτων του ασθενή. Για να μπορέσει μια νοσηλεύτρια να βοηθήσει τον ασθενή στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του πρέπει να χρησιμοποιήσει ορισμένους τρόπους ή μέσα, όπως:

- Τόνωση του αισθήματος της προσωπικής του αξίας, ώστε να αρχίσει ο ίδιος να ενδιαφέρεται και να φροντίζει τον εαυτό του.
- Διάθεση χρόνου για παραμονή κοντά στον ασθενή. Ενθάρρυνση αυτού κατά την ώρα του φαγητού.
- Συνεργασία με τον ασθενή στις διάφορες δραστηριότητές του. Αν ο ασθενής είναι έστω και λίγο συνεργάσιμος μπορεί να προγραμματίζει τις δραστηριότητές του και να τις συντονίζει.
- Ενδιαφέρον και κατάλληλη στάση κατά την ώρα χορηγήσεως φαρμάκων.

Επίσης, καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να εκτιμήσει τον ασθενή ως άνθρωπο. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο αν η επικοινωνία είναι καλή. Η επιτυχία αποτελεσματικής

επικοινωνίας είναι πρωταρχικής σημασίας στην όλη νοσηλευτική φροντίδα. Η καλύτερη μέθοδος επιτυχίας αυτής της επικοινωνίας είναι η συζήτηση με τον ασθενή.

## 2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ο ψυχικά ασθενής είναι άνθρωπος με μειωμένα ενδιαφέροντα, έλλειψη στόχων και σχεδίων για τη ζωή, απόσυρση και ελαττωμένη επαφή με την πραγματικότητα. Τα κυριότερα προβλήματα, που παρουσιάζουν οι ψυχικά πάσχοντες είναι: Δύσκολη προσαρμογή, ανησυχία, αϋπνία, διαταραγμένη συμπεριφορά, υπερκινητικότητα, παλινδρόμηση, αυτοκτονία, άρνηση λήψης τροφής, πνιγμονή, επιθετικότητα, τάσεις δραπέτευσης.

Τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών αρχίζουν με την εισαγωγή τους, οπότε τίθεται το πρόβλημα της προσαρμογής τους στο χώρο του νοσηλευτικού τμήματος στο κλίμα και την λειτουργία, στους κανόνες που τηρούνται σε κάθε τμήμα για τη σωστή λειτουργία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποκτά καλή επαφή με κάθε ασθενή της σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, η θετική και ιδιαίτερα προσεκτική της στάση απέναντί του, το ενδιαφέρον της, η προσοχή και όλες οι ενέργειές της να μεταδίδουν εμπιστοσύνη, ασφάλεια για να μπορέσει να την εμπιστευθεί και να προσαρμοστεί πιο ομαλά στο κλίμα του θεραπευτηρίου. Θερμή και ανθρώπινη υποδοχή, απλότητα

θεραπευτηρίου. Θερμή και ανθρώπινη υποδοχή, απλότητα χωρίς επιτήδευση, μεταβίβαση πραγματικού ενδιαφέροντος και αγάπης θα μαλακώσουν τον ασθενή και θα αισθανθεί πιο ασφαλής.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αξιολόγηση του ασθενή αρχίζει από την είσοδό του στο χώρο του νοσοκομείου, με τη συλλογή πληροφοριών από τον ίδιο τον ασθενή, το συγγενικό του περιβάλλον και τέλος τη μελέτη του ιατρικού ιστορικού.

Κατά τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού η προσοχή της νοσηλεύτριας επικεντρώνεται στο τί συμβαίνει σήμερα. Προσπαθεί να κατανοήσει μέσα από τη συζήτηση πιο τελευταίο γεγονός τον οδήγησε στην υπηρεσία ψυχικής υγείας, πως ο ίδιος το αντιλαμβάνεται και το εξηγεί, τί φοβάται και ποιά προβλήματα αντιμετωπίζει. Κύριος στόχος της νοσηλεύτριας στην αξιολόγηση του ασθενή είναι η προσπάθειά της να αναπτύξει θετικό διαπροσωπικό κλίμα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ τους, η οποία θεωρείται σημαντική στην εκπλήρωση οποιασδήποτε νοσηλευτικής παρέμβασης, προληπτικής, θεραπευτικής, ανακουφιστικής.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποδείξει στον ασθενή ότι μπορεί να την εμπιστευτεί. Στα πρώτα στάδια η συζήτηση σπάνια αγγίζει προσωπικά προβλήματα. Οι περισσότεροι έχουν ανάγκη από συζήτηση ουδέτερων θεμάτων. Ο,τιδήποτε ενδιαφέρει τον ασθενή πχ. σπόρ, άλλες απασχολήσεις είναι

ένα καλό σημείο για την αρχή μιας ουσιαστικότερης και βαθύτερης σχέσης με τη νοσηλεύτρια.

Από την πρώτη κιόλας επαφή της με τον ασθενή, πρέπει να του αποδείξει ότι πραγματικά ενδιαφέρεται για τα προβλήματά του, διαθέτοντας σ' αυτόν, όσο χρόνο χρειάζεται για να εξωτερικεύσει τις σκέψεις του, τα συναισθήματά του και ο,τιδήποτε τον προβληματίζει. Η νοσηλεύτρια ακούει τα λόγια του ασθενή, παρακολουθεί την επιλογή των λέξεων και ποιές λέξεις επαναλαμβάνονται, τις αυξομειώσεις του τόνου της φωνής του, τη διστακτική ή ορμητική έκφραση λέξεων και ιδεών, τις χειρονομίες, και τη στάση του σώματος του ασθενή. Προσπαθεί να καταλάβει το γενικό περιεχόμενο της ομιλίας του ασθενή, τις κύριες ιδέες, τα σπουδαιότερα προβλήματα που τον απασχολούν.

Αφού εξασφαλίσει τις πληροφορίες από τον ίδιο τον ασθενή, προσπαθεί να τις επαληθεύσει με επικοινωνία και συζήτηση με την οικογένειά του, η οποία θα μιλήσει για τις αξίες και πεποιθήσεις της, τον τρόπο ζωής της, τα προβλήματά της.

Τέλος, σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της υγειονομικής ομάδας, διατυπώνεται ένα νοσηλευτικό συμπέρασμα, που περιλαμβάνει τις τρέχουσες ανάγκες και τα προβλήματα του ατόμου που απαιτούν νοσηλευτική αντιμετώπιση.



### 3. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

*Η ανησυχία:* είναι ένα συχνό πρόβλημα των ψυχωσικών ασθενών. Αυτή μπορεί να έχει διάφορες αιτίες (παραληρητικές ιδέες, επιθετικότητα, άγχος, παρενέργειες φαρμάκων) και γενικότερα να είναι αιτία αλλαγής περιβάλλοντος και συνθηκών διαβίωσης.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρει τρόπο να πλησιάσει τον ασθενή αυτόν και με την ικανότητά της για επικοινωνία και επαφή μαζί του, θα μπορέσει να διαγνώσει την αιτία της ανησυχίας, για να μπορέσει να την αντιμετωπίσει. Υποστηρικτική η θέση της, όταν πρόκειται για ανησυχία από ιδέες διώξεως, ενθαρρυντική και εμπνέουσα εμπιστοσύνη και ασφάλεια.

*Αϋπνία:* Καθημερινό πρόβλημα σ' ένα ψυχιατρικό τμήμα είναι η αϋπνία. Κατά την εισαγωγή τους, αλλά και κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο. Η αϋπνία βασανίζει τον ασθενή, τον εκνευρίζει, επηρεάζει όλη την συμπεριφορά του. Έτσι, παρακολουθείται και περιγράφεται λεπτομερειακά. Η περιγραφή παίζει σπουδαίο ρόλο, όχι μόνο στην αντιμετώπισή της ως σύμπτωμα αλλά ως διαγνωστικό κριτήριο για την μορφή της ψυχικής νόσου.

Η νοσηλεύτρια περιγράφει αντικειμενικά την αϋπνία και φροντίζει πάντοτε να ρυθμιστεί ο ύπνος του ασθενή.

**Η συμπεριφορά:** των ασθενών με ψυχικά προβλήματα αποκλίνει του θεωρημένου ως φυσιολογικού, λόγω των νοσηρών βιωμάτων από τα οποία διακατέχεται ο ασθενής ή και από τα αποτελέσματα που έχει επιφέρει αυτή η ίδια νόσος μέσα στο χρόνο, έτσι πολλές φορές παρουσιάζεται αλλόκοτη αλλοπρόσαλλη και τελείως ακατανόητη.

Για κάθε όμως εκδήλωση υπάρχει η ερώτηση αυτά, όχι σπάνια είναι αποτελεσματική και ενδεδειγμένη για την πρόληψη μιας κακής εξέλιξης.

Οι ψυχικά ασθενείς πολλές φορές παρουσιάζουν άρση **αναστολών** λόγου και έργου (χυδαιολογούν, εμφανίζονται με παραμελημένη και προσβάλλουσα την δημόσια αιδώ εμφάνιση) δεν ελέγχουν τα λεγόμενά τους, μπορεί να βρίζουν τους συνασθενείς τους και να δημιουργήσουν ένα γενικό εκνευρισμό στο θάλαμο, να ουρούν, να κλέβουν τους συνασθενείς.

Η νοσηλεύτρια δεν θυμώνει ποτέ για οποιαδήποτε ύβρη, πρέπει να βοηθάει τους ασθενείς αυτούς να εμφανίζονται ευπρεπισμένοι, να τους συμβουλεύει και να τους επανεκπαιδεύει στην συμπεριφορά και τον τρόπο της εμφάνισής τους.

Πρέπει να φροντίζει τα πράγματα καθενός από τους ασθενείς της, να προφυλάσσει τους υποβόλημους και άβουλους από τους υπόλοιπους, να αισθάνονται όλοι οι

ασθενείς ασφαλείς και ότι σεβόμαστε το ιδιαίτερο περιβάλλον τους, που το αποτελούν τα ατομικά τους είδη, το κρεβάτι τους.

**Υπερκινητικότητα:** Ο ψυχικά ασθενής, μπορεί να είναι υπερβολικά κινητικός, να βηματίζει μέρα-νύχτα, να μπαίνει-βγαίνει στο θάλαμο και το γραφείο. Αυτό έχει σαν συνέπεια τη δημιουργία ενός εκνευρισμού και πολλές φορές την απώλεια του βάρους και την ιδιαίτερη καταπόνηση του ασθενούς σωματική και ψυχική.

Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια παρατηρεί την κατάσταση του ασθενή, η οποία πολλές φορές μπορεί να προαγγέλει μια παρορμητική ενέργεια ή κατατονική διέγερση, μπορεί να είναι μια φαρμακευτική παρενέργεια. Ο ασθενής πρέπει να βοηθηθεί. Ένας τρόπος πχ. είναι η απασχόληση του σε κάποια εργασία, που χρειάζεται κίνηση ή ενέργεια.

**Κατατονική εμβροντησία:** Στη βαριά της μορφή ο ασθενής πέφτει σε πλήρη ακινητοποίηση. Δεν αντιδρά κινητικά, λεκτικά σε κανένα ερέθισμα. Αυτό μπορεί να κρατήσει από λίγα λεπτά, αλλά και μέρες. Ο ασθενής δεν τρώει, δεν πίνει, μπορεί να έχει ακράτεια ούρων. Τα προβλήματα είναι άμεσα γιατί υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή. Εδώ η νοσηλεύτρια φροντίζει όσο είναι δυνατόν για την καλύτερη σίτισή του (διασωλήνωση), φροντίζει τις φυσικές του

λειτουργίες, την καθαριότητά του, την αποφυγή συνεπειών από τη συνεχή κατάκλιση του.

**Κατατονική διέγερση:** Είναι μια βίαιη υπερκινητική ακατανόητη συμπεριφορά, ο ασθενής γίνεται παράφορος και αδιάκριτα επιθετικός. Στη διάρκεια της διέγερσης μπορεί να τραυματίσει, να σκοτώσει ή να αυτοκτονήσει. Ο ασθενής πρέπει να απομονώνεται, να αφαιρούνται όλα τα επικίνδυνα αντικείμενα από το θάλαμο του και στην αναγκη να καθηλώνεται για να προφυλαχθεί από σοβαρούς τραυματισμούς που μπορεί να του στοιχίσουν τη ζωή του.

**Παλινδρόμηση:** και διάφορες βαθμίδες αυτής, από την ελαφρά παιδόμορφη συμπεριφορά μέχρι το στάδιο της εμβρυακής στάσης. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το βαθμό της παλινδρόμησης, βέβαια απώτερος σκοπός της νοσηλεύτριας θα πρέπει να είναι πάντα, με την συμπεριφορά της και τη στάση της, σιγά-σιγά να βοηθάει τον ασθενή της να μεγαλώνει και να συμπεριφέρεται σαν ενήλικος.

**Ατομική υγιεινή:** Στις περισσότερες των ψυχικών ασθενών περιπτώσεις, παραμελείται η ατομική καθαριότητα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται άμεσος κίνδυνος για τον ίδιο και το περιβάλλον του (ψθειρίαση, μικροβιακές λοιπές λοιμώξεις). Εδώ η νοσηλεύτρια φροντίζει παροτρύνοντας ή βοηθώντας για την ατομική καθαριότητα, εκπαιδεύει στην

ατομική καθαριότητα με την επαναληψη των καθημερινών φροντίδων ατομικής περιποίησης (πλύσιμο προσώπου, δοντιών).

**Αυτοκτονία:** κάθε μελαγχολικός που εισέρχεται στο ψυχιατρείο, είναι ένας υποψήφιος αυτόχειρας και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται. Βέβαια το μυστικό της αντιμετώπισης ενός μελαγχολικού με τάσεις αυτοκτονίας βρίσκεται στην επικοινωνία με τον ασθενή, στη σωστή ερμηνεία των λεγόμενων του και των πράξεών του. Αν η νοσηλεύτρια έχει κατορθώσει να αποσπάσει την εμπιστοσύνη του ασθενή της, τότε ευκολότερα θα της εμπιστευθεί τις ανησυχίες του και τους προβληματισμούς του. Η παρακολούθηση αυτού του ασθενή είναι σιηνή, η φαρμακευτική αγωγή και η συμπαράσταση. Πρέπει να έχει αφαιρεθεί κάθε τί που θα μπορούσε να χρησιμεύσει για το σκοπό αυτό.

**Άρνηση λήψης τροφής και νερού:** Πολλοί ψυχωτικοί δεν θέλουν να λαμβάνουν τροφή, είτε διότι έχουν παραληρητικές ιδέες (δηλητηριάσεις, ψευδαισθήσεις), είτε διότι θέλουν να πεθάνουν. Εδώ η νοσηλεύτρια πρέπει να συμπαρίσταται και να βοηθάει τον ασθενή αυτόν, επιβεβαιώνοντάς του και αναλαμβάνοντας εκείνη την ευθύνη. Πολλές φορές δοκιμάζει το φαγητό του ασθενή για να μπορέσει να πεισθεί. Σε

περιπτώσεις μη λήψης υγρών, ενυδατώνεται ο ασθενής παρεντερικά.

**Άρνηση λήψης φαρμάκων:** Πολύ συχνό πρόβλημα των ψυχωσικών, δεδομένου ότι οι περισσότεροι δεν πιστεύουν στην ύπαρξη της νόσου. Σκοπός της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας είναι να διδάξει τον ασθενή να παίρνει τα φάρμακά του, να πεισθεί ο ασθενής ότι η αποκατάστασή του και η απόδοσή του στην κοινωνία είναι συνάρτηση της σωστής του φαρμακοθεραπείας.

**Παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων:** αποτελούν πολύ δυσάρεστες εμπειρίες για τους ασθενείς. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει οποιαδήποτε από τις παρενέργειες και να γνωρίζει να τις αντιμετωπίζει σίγουρα και σταθερά για να βοηθήσει τον ασθενή.

**Κλινοφιλία:** είναι η παραμονή στο κρεβάτι σχεδόν όλες τις ώρες του 24ωρου. Μερικοί από τους ψυχωσικούς πάσχοντες αρέσκονται να παραμένουν όλες τις ώρες της ημέρας στο κρεβάτι, σηκώνονται μόνο για φαγητό, και τις φυσικές τους ανάγκες. Εδώ βοηθάει τον ασθενή αυτό κινητοποιώντας τον, δηλαδή τον σηκώνει καθημερινά από το κρεβάτι, του αναθέτει διάφορες μικροεργασίες, τον συνοδεύει στην εργασιοθεραπεία.

**Επιθετικότητα** είναι επίσης ένα συχνό πρόβλημα κυρίως στους νεοεισερχόμενους, οπότε είναι μια αντίδραση στην εισαγωγή τους στο ψυχιατρείο. Σε υποτροπές της νόσου, οπότε οι ασθενείς βρίσκονται υπό την επίδραση ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών αλλά και σε ανταπόδοση ενόχλησης συνασθενών του. Εδώ αντιμετωπίζεται το πρόβλημα με βάση την αιτία που το προκάλεσε. Η σταθερή σταση, η έλλειψη εκνευρισμού και η άνευ λόγου αντιρρήσεων, η αγάπη και το ενδιαφέρον μαλακώνει και τους πιο επιθετικούς ασθενείς και τους κάνει να συζητούν το πρόβλημά τους. Η καλή επικοινωνία-συνομιλία-ουζήτηση με τον ασθενή πάντοτε βοηθάει να ξεπεραστεί η οξεία αυτή αντίδρασή του. Ο διάλογος με τον ασθενή δεν περιορίζεται στην απλή ανταλλαγή γνώσεων ή πληροφοριών αλλά επηρεάζει ευμενώς και την ψυχική υγεία του ασθενή γιατί δίνει την ευκαιρία αυτοεκφράσεως και εξωτερικεύσεως των αναγκών, φόβων και ανησυχιών του.

**Τάσεις δραπέτευσης ή δραπέτευση:** στη φάση της προσαρμογής ή και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μερικοί ασθενείς ψεύγουν από το θεραπευτήριο. Εδώ τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του ίδιου του ασθενή, ο οποίος δεν είναι σε θέση να διακρίνει κινδύνους. Η νοσηλεύτρια πρέπει να προνοήσει και να προφυλάξει αυτούς τους ασθενείς στην ανάγκη περιορίζοντάς τους στο τμήμα. Η σωστή και καλή παρακολούθηση βοηθάει να διαγνώσει υποτροπές της νόσου, η

καλή της επικοινωνία με τον ασθενή, βοηθάει στην εκμυστήρευση των βαθύτερων επιθυμιών του.

**Προβλήματα από την επικοινωνία νοσηλεύτριας και των συγγενών:** Οι συγγενείς πολλές φορές είναι ιδιαίτερα προβληματικοί, έχουν κακές σχέσεις επικοινωνίας με τον ασθενή και με το νοσηλευτικό προσωπικό. Με την καλή διάθεση και τον πόθο να βοηθήσει τον ασθενή προσπαθεί πάντα να αποκτά καλή επικοινωνία μαζί τους για το καλό του ασθενούς, για την ανακούφιση των συγγενών, ώστε να μπορέσουν να δεχθούν πιο καλά τον ασθενή, να τον αποδεχθούν και να τον βοηθήσουν. Δεν αντιδικεί μαζί τους, εκτός κι αν τίθενται σε κίνδυνο τα άμεσα συμφέροντα του ασθενούς και πάντα σε ήπιο τόνο. Τους προετοιμάζει να δεχθούν σαν ισότιμο μέλος της οικογένειας τον ασθενή στο μέλλον, να τον σέβονται σαν προσωπικότητα και να τον βοηθήσουν στην αποκατάστασή του.

Ο ασθενής έχει μειωμένη αυτοεκτίμηση λόγω δυομενών διαπροσωπικών επαφών, τις οποίες είχε. Έχει έντονο άγχος όταν αντιμετωπίζει κοινωνικές περιστάσεις γιατί τις θεωρεί απειλητικές. Για ανακούφιση από το άγχος καταφεύγει σε μηχανισμούς ασφαλείας, κυρίως στην απόσυρση από την πραγματικότητα, της λογικής της κοινωνίας και των συναισθηματικών εμπειριών.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ασθενή και η βοήθεια να αναπτύξει



προοδευτικά περισσότερες επιτυχείς σχέσεις με τους άλλους. Ελπίζεται ότι, η ικανοποίηση της ανάγκης του ασθενούς για ασφάλεια και διαπροσωπικές σχέσεις θα τον παρακινήσει να δεχθεί και να παραμείνει σε επαφή με την πραγματικότητα. Κάθε ασθενής είναι μοναδικός και εκφράζει την ασθένειά του κατά μοναδικό τρόπο με ειδικό νόημα γι' αυτόν. Η νοσηλεύτρια τον προσεγγίζει ως πρόσωπο και ενδιαφέρεται να τον γνωρίσει και να κατανοήσει τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του. Τον παρακολουθεί με το χρόνο να αγωνίζεται, έστω ανεπαρκώς για να προσαρμοστεί θετικά στις σχέσεις του με άλλα πρόσωπα. Τον αναγνωρίζει ως πρόσωπο και όταν ακόμα ο ασθενής πιστεύει ότι δεν είναι πρόσωπο αλλά απαλλοτριωμένο αντικείμενο μεταξύ άλλων αντικειμένων. Πρέπει να βλέπει τον ασθενή όχι ως απλή συλλογή συμπτωμάτων προς διάγνωση και νοσολογικό χαρακτηρισμό αλλά να τον θεωρεί ανθρώπινη ύπαρξη που βρίσκεται σε κατάσταση ψυχολογικής έντασης (stress), ύπαρξη αξίας όχι ελεημοσύνης αλλά αξιοπρέπειας, όχι ανοχής αλλά σεβασμού. Η στάση της νοσηλεύτριας είναι πρωταρχικής σημασίας γιατί δημιουργεί το διαπροσωπικό κλίμα, στο οποίο διενεργείται η νοσηλεία. Η δημιουργία και η διατήρηση υποστηρικτικού ψυχολογικού κλίματος, σταθερά διαβιβάζει την αγάπη και το αμέριστο ενδιαφέρον της. Ο ασθενής πιθανόν να υποβάλλει σε δοκιμασία τη στάση της, για να βεβαιωθεί κατα πόσον είναι ειλικρινής και αξιόπιστη. Μπορεί να εκδηλώσει εχθρότητα, να αποκρούσει

την προσφορά της, να παραμείνει απαθής ή να παλινδρομήσει ακόμα περισσότερο. Αυτήν τον αποδέχεται χωρίς κριτική, δεν τον αγνοεί ως πρόσωπο, αγνοεί μόνο την συμπεριφορά του. Διαθέτει όσο χρόνο χρειάζεται ο ασθενής για να εξοικειωθεί βαθμιαία με τη διαπροσωπική αυτή επικοινωνία. Φροντίζει την καλαισθητική διευθέτηση του περιβάλλοντος του ασθενή. Αναζητεί ευκαιρίες για να σχολιάσει ευμενώς την συμπεριφορά του. Επιδοκιμάζει την βελτίωση της εμφάνισής του, το αυξημένο ενδιαφέρον του για επικοινωνία ή τη συμμετοχή του σε ομαδικές δραστηριότητες. Αρχίζει το διάλογο με τον ασθενή για συζητήσεις επίκαιρων θεμάτων και προβλημάτων της ζωής στο νοσηλευτικό τμήμα. Έχει αποδειχθεί ότι οι ανεπίσημες συζητήσεις και τα ουδέτερα θέματα, που δεν τραυματίζουν και δεν προκαλούν άγχος, κινητοποιούν τον ασθενή για διαπροσωπική επαφή. Μπορεί να απασχολήσει τον ασθενή σε απλές δραστηριότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί ως μέσα επικοινωνίας. (Προσκαλεί τον ασθενή να τη βοηθήσει στην διακόσμηση της τραπεζαρίας του νοσηλευτικού τμήματος). Οι ενέργειες αυτές έχουν ιδιαίτερη θεραπευτική σημασία γιατί, καθ' ότι η νοσηλεύτρια του διαθέτει χρόνο και χρησιμοποιεί την ευκαιρία να μεταβιβάσει το θερμό ενδιαφέρον της προκαλούν τον ασθενή σε αντικειμενική σκέψη και λήψη απόφασης, έστω στη διακόσμηση ή στην κηπουρική. Τέλος, κινητοποιούν τον ασθενή προς επαφή με άλλα πρόσωπα και με την πραγματικότητα.

Καθόσον ο ασθενής συνεχίζει να αισθάνεται άνεση και ασφάλεια με το διάλογο, διευρύνεται το κοινωνικό περιβάλλον. Συμπεριλαμβάνει δηλαδή, ακόμα έναν ασθενή ή και μια άλλη νοσηλεύτρια στην συνομιλία τους. Αργότερα, ο ασθενής εισάγεται σε ομάδα ασθενών και ενθαρρύνεται να συμμετάσχει σε κοινές δραστηριότητες. Η συστηματική ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας στις διαπροσωπικές σχέσεις και η συμπαράσταση στην αντιμετώπιση της πραγματικότητας ενθαρρύνουν τον ασθενή, τον βοηθούν να ανανεώσει τις προσπάθειες προσαρμογής του με την ζωή και να ανακτήσει την ικανότητα κατευθύνσεως της ζωής του.

# ΜΕΡΟΣ Δ'

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η κοινωνική ψυχιατρική είναι μία έννοια που πρόσφατα εισήχθη στο χώρο της ψυχιατρικής και προέκυψε από την μεταφορά της παροχής ψυχιατρικής φροντίδας από τον παραδοσιακό της χώρο στην κοινότητα. Στην Αμερική, το 1963, ψηφίζεται ο νόμος, που προβλέπει τη δημιουργία και λειτουργία των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Κύρια αρχή της κοινωνικής ψυχιατρικής είναι ότι ο ψυχασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται στο κοινωνικό περιβάλλον.

Κοινωνική Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της Ψυχιατρικής που μελετά την συμμετοχή των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων στη γένεση και στις εκδηλώσεις των ψυχικών νόσων και χρησιμοποιεί κοινωνικούς παράγοντες και κοινωνικές δομές για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Εκφράζεται μέσα σε ένα γενικό αναπτυξιακό πρόγραμμα, που καλύπτει τόσο την ψυχική υγεία όσο και την ψυχική νόσο και περιλαμβάνει υπηρεσίες και οργανισμούς διαγνωστικής, θεραπευτικής και προληπτικής φύσης, όπως:

- Νοσοκομεία
- Εξωτερικά Ιατρεία
- Μονάδες μερικής νοσηλείας
- Κέντρα Κοινοτικής Υγιεινής
- Κέντρα Κοινωνικής, και Επαγγελματικής Αποκατάστασης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### ΠΡΟΛΗΨΗ

Η κοινωνική ψυχική υγιεινή καλύπτει τρεις μορφές πρόληψης:

#### 1. Την πρωτοταγή πρόληψη:

Δηλαδή την ανίχνευση και την μείωση ή εξάλειψη όλων των παραγόντων, που υποβοηθούν την εκδήλωση μιας ψυχικής νόσου σε έναν πληθυσμό. Σ' αυτό το στάδιο η πρόληψη έχει σαν συνέπεια να μειωθεί ο αριθμός των νέων περιπτώσεων των ψυχικά ασθενών.

#### 2. Την δευτερογενή πρόληψη:

Δηλαδή την μείωση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών, που ήδη έχουν εκδηλωθεί. Επιτυγχάνεται με την πρώιμη αναγνώριση, παραπομπή στο γιατρό, έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση.

#### 3. Την τριτογενή πρόληψη:

Δηλαδή την πρόληψη τόσο των υποτροπών όσο και των βλαβών από την ψυχική διαταραχή και ακόμη την

ανάλογη προσπάθεια για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενή.

Για την εφαρμογή ενός προληπτικού προγράμματος στην κοινότητα ακολουθείται η εξής διαδικασία:

1. Ορίζεται η κοινότητα
2. Καθορίζονται τα χαρακτηριστικά της (σύνθεση πληθυσμού), ήθη, έθιμα, μορφωτικό επίπεδο κλπ.)
3. Εκτιμούνται τα προβλήματα και οι ανάγκες της κοινότητας
4. Καθορίζεται και εκπαιδεύεται το ανάλογο προσωπικό
5. Εκτιμούνται οι πόροι, που θα διατεθούν
6. Καθορίζονται τα θεραπευτικά και προληπτικά κέντρα που θα χρησιμοποιηθούν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αποκατάσταση είναι η επαναφορά ενός ατόμου όσο το δυνατόν στη φυσιολογική λειτουργία που είχε πριν υποστεί κάποια σωματική ή ψυχική βλάβη. Είναι η προσπάθεια που γίνεται για να γίνει το άτομο αποδεκτό από την κοινωνία.

Οι στόχοι της αποκατάστασης αφορούν από τη μια μεριά στην αξιοποίηση και στην ενίσχυση του δυναμικού που διαθέτει ο καθένας, πράγμα που επιτυγχάνεται με την εκπαίδευση και την υποστήριξη και από την άλλη μεριά με την μείωση των πιέσεων, που προέρχονται από το περιβάλλον με την χρήση τεχνικών βοηθημάτων, την κατάλληλη προσαρμογή του χώρου και των συνθηκών καθώς και με την καταπολέμηση των προκαταλήψεων με την σωστή πληροφόρηση του κοινού.

Είναι απαραίτητη προϋπόθεση να εξασφαλισθούν η συνεργασία και η συμμετοχή των ίδιων των ενδιαφερόμενων. Πολύ σημαντικό είναι να δημιουργηθούν κίνητρα για την κινητοποίησή τους και να ξεπεραστούν η ηττοπάθεια, η εξάρτηση. Η διαδικασία αποκατάστασης αρχίζει με την εξατομικευμένη αξιολόγηση των περιορισμών και των αναγκών του ατόμου. Επειτα αφορά την φυσική αποκατάσταση,



την επαγγελματική αποκατάσταση, την κοινωνική και ψυχολογική αποκατάσταση.

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αποκατάστασης βρίσκεται στη συνεργασία των μελών της ομάδας αποκατάστασης, στη συλλογική προσπάθεια, στην οποία συμμετέχει ο ίδιος ο ενδιαφερόμενος. Επίσης, η κρατική υποστήριξη και η λήψη των κατάλληλων νομοθετικών μέτρων.

Τα προβλήματα θεραπείας χρόνιων σχιζοφρενών μπορούν να διαιρεθούν σε δύο βασικές κατηγορίες (Paul, 1974).

- α) σε προγραμμάτων προετοιμασίας μέσα στο νοσοκομείο
- β) σε υποστηρικτικές υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα, όπως ειδικοί χώροι για κατοικία, υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Αν και η σχετικά ανεξάρτητη ζωή των ασθενών στην κοινότητα πρέπει να είναι ο τελικός στόχος, ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα θεραπείας δεν είναι αναγκαίο να αρχίζει από την κοινότητα. Μπορεί να αρχίσει από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στα οποία άλλωστε βρίσκεται και το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού αυτού. Η φύση των προβλημάτων αλληλεπίδρασης των χρόνιων σχιζοφρενικών απαιτεί να δίνεται περισσότερη και για μακρό χρόνο έμφαση στο κοινωνικό περιβάλλον παρά στην ιατρική ή φυσική φροντίδα. Χρειάζεται ένα οργανωμένο σύστημα κοινοτικής ψυχικής υγείας, μια κρατική πολιτική για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς, η οποία θα περιλαμβάνει μια δέσμη θεραπευτικών μεθόδων αποκατάστασης και υποστηρικτικού

τρόπου ζωής, καθώς και ανάλογους οργ  
μηχανισμούς, για την εφαρμογή αυτής της πολι  
ελάχιστες προσπάθειες σχεδιασμών ολο  
προγραμμάτων αποκατάστασης του πληθυσμού αυτού,  
βρισκονται αντιμέτωπες με τα πολλαπλά επίπεδα  
προγραμματισμού και απόδοσης ευθυνών. Επιπλέον, υπάρχει  
έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού, που θα  
ασχοληθεί με το έργο της θεραπείας. Τα περισσότερα  
προγράμματα δεν έχουν την υποδομή, τους οικονομικούς  
πόρους και τον προσανατολισμό ώστε να ασχοληθούν  
αποτελεσματικό με τον πληθυσμό αυτό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η επανένταξη του ψυχικά ασθενή ξεκινάει μετά από το Νοσοκομείο, με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία, λογοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, όπου γίνονται προσπάθειες για την αποκατάστασή του.

Στην Ελλάδα, πριν δημιουργηθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως Κ.Ψ.Υ., η επανένταξη του ψυχικά ασθενή, η επαγγελματική αποκατάσταση, συμπεριλαμβάνονταν μέσα στα προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Υπάρχει ο Νόμος 963/79, με τον οποίο, άτομα, που κρίνονται ψυχικά και σωματικά ανάπηρα και κρίνονται ικανά να εκπαιδευτούν, πήγαιναν σε σχολές του Ο.Α.Ε.Δ. για 6-9 μήνες, ανάλογα και μετά έπιαναν δουλειά στο δημόσιο ή στην ανοικτή αγορά εργασίας.

Όταν το 1984 ιδρύθηκαν οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας η φροντίδα του ψυχασθενούς μεταφέρθηκε από τα Ιδρύματα στο Κ.Ψ.Υ.

Από το 1985 η Ε.Ο.Κ. με το Ε.Κ.Τ. (Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο) χρηματοδότησε κάποια προγράμματα επανένταξης των ψυχικά ασθενών. Το 1988 αρχίζει να κάνει ειδικά προγράμματα με ψυχασθενείς, δημιουργήθηκαν τα νοσοκομεία ημέρας και συγκεκριμένα το Αιγινήτειο, όπου

γίνεται νοσηλεία πρωϊ-μεσημέρι και οι ασθενείς επιστρέφουν στα σπίτια τους. Στο διάστημα αυτό γίνεται φαρμακοθεραπεία-νοσηλεία-εργασιοθεραπεία-λογοθεραπεία, και όταν κριθούν ικανά για επανένταξη πηγαίνουν στα προγράμματα επαγγελματικής προεργασίας, κατάρτισης και επαγγελματικής εκπαίδευσης.

Τα άτομα που δεν έχουν οικονομικούς πόρους τοποθετούνται σε ξενώνες όπου αυτή είναι η ενδιάμεση δομή ανάμεσα στο νοσοκομείο ημέρας και στην κοινότητα. Επίσης, μέσα από το νοσοκομείο, προετοιμάζεται συστηματικά η αποασυλοποίηση και η επανένταξη στον κοινωνικό χώρο με την κατάλληλη προετοιμασία της οικογένειας, προσωρινή παραμονή σε ξενώνες και παράλληλα συνεργάζεται με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Συνήθως, η επαγγελματική αποκατάσταση προωθείται κύρια με τη δημιουργία συνεταιριστικών οργανώσεων (αγροτικός, ξυλουργικός), και όταν είναι επικτό επιδιώκεται η ένταξη σε θέσεις εργασίας στην ελεύθερη αγορά ή το δημόσιο.

Όσον αφορά τα προγράμματα επανένταξης στην επαρχία, έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά ακόμη δεν έχουμε συγκεκριμένα αποτελέσματα. Στις ιδιωτικές κλινικές από όσο ξέρουμε δεν γίνονται κάποια αξιολογικά προγράμματα επανένταξης.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΙΤΑΛΙΑ

Το 1970 γίνονται κάποιες προσπάθειες όταν ο Basaglia αναλαμβάνει τη διεύθυνση του ψυχιατρείου της Τεργέστης και αρχίζει μια προσπάθεια αναμόρφωσης του με απώτερο σκοπό το κλείσιμό του.

Ψηφίζεται ο νόμος "Basaglia" που προέβλεπε την αποιδρυματοποίηση των ψυχικά πασχόντων. Το νέο θεσμικό πλαίσιο έδωσε νέες ελπίδες για την δικαιότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή. Έκανε:

1. Έρευνες τόσο για τις συνθήκες που επικρατούν στα ψυχιατρεία όσο και για το τί υπάρχει πριν από την εισαγωγή των ασθενών και μετά την έξοδό τους από αυτά.
2. Συγκέντρωνε ασθενείς, γιατρούς και το προσωπικό των νοσοκομείων και προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και να αλλάξουν τις δομές του συστήματος. Πρώτα χώρισε τους ασθενείς σε τμήματα ανάλογα με την κατάστασή τους χωρίς τα διάφορα μέσα εξαναγκασμού (ηλεκτροσόκ, θάλαμοι απομόνωσης). Το προσωπικό χωρίστηκε σε ομάδες.

Το 1973 δημιουργείται η πρώτη συνεταιριστική ομάδα ασθενών για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα της δουλειάς. Επίσης, ιδρύθηκε ένας αγροτικός συνεταιρισμός και ένας σε συνεργασία με την υπηρεσία που ασχολείται με τους ναρκωμανείς. Ακόμα το 1983 μια ομάδα προσωπικού

δημιούργησε ένα γραφείο απασχόλησης για μόνιμες δουλειές.

Το 1978 κλείνουν τα ψυχιατρεία. Η πόλη χωρίσθηκε σε επτά περιφέρειες και ισάριθμα Κέντρα Νοσητικής Υγείας, που λειτουργούν 24 ώρες το 24ωρο. Το κάθε κέντρο παρέχει συνεχή φροντίδα, φροντίδα τη νύχτα, τη μέρα, επισκέψεις στο σπίτι, επισκέψεις από εξωτερικούς ασθενείς.

Παράλληλα με τα κέντρα άρχισε να λειτουργεί και μία επείγουσα ψυχιατρική μονάδα που παρείχε ψυχιατρική φροντίδα όλο το 24ωρο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ

#### Ξενώνες - Οικοτροφεία

Πρόκειται για δύο ενδιάμεσες βασικές μορφές λειτουργίας υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ του νοσοκομείου και της διαβίωσης στην οικογένεια του ασθενή. Στόχοι τους είναι η μείωση του χρόνου παραμονής, αλλά και του αριθμού των ασθενών στο ψυχιατρείο, η αντικατάσταση του ιδρυματικού περιβάλλοντος και υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου του ασθενή. Προσφέρουν ψυχολογική βοήθεια και φαρμακευτική αγωγή, κοινωνικοποίηση και επαγγελματική επανένταξη, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ασθενών.

Στους Ξενώνες δέχονται και ασθενείς που διαβιώνουν βασικά με την οικογένειά τους. Έχουμε βραχεία διαβίωση (το ανώτερο έξι μήνες). Καθε ξενώνας δεν θα πρέπει να έχει περισσότερους από δέκα πέντε ενοίκους. Το προσωπικό περιλαμβάνει ψυχίατρο επισκέπτη ή μερικής απασχόλησης ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλευτές.

Στα **Ειδικά Οικοτροφεία** ο χρόνος διαβίωσης μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες. Οι μονάδες αυτές που αντικαθιστούν την οικογένεια και το ψυχιατρείο φροντίζουν με τη λειτουργία τους να αποψύγουν τον ιδρυματισμό του ασθενή μέσα στην κοινωνία. Ο αριθμός των ενοίκων θα είναι μεγαλύτερος από τους είκοσι μικρότερος από τους τριάντα. Το προσωπικό κι εδώ ποικίλλει.

**Ξενώνες παιδιών και εφήβων:** Σκοπός τους είναι να προσφέρουν σε παιδιά και εφήβους από οικογένειες με ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες μια θεραπευτική εμπειρία μακριά από την οικογένεια, όταν αυτό επιβάλλεται από τις συνθήκες. Φιλοξενούν τα παιδιά για βραχύ χρονικό διάστημα, όπως σε μια περίοδο κρίσης της οικογένειας. Οι ξενώνες αυτοί πρέπει να έχουν μεγάλη αναλογία προσωπικού και να βρίσκονται σε λειτουργική διασύνδεση με παιδοψυχιατρική υπηρεσία.

## **ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

### **Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Ψυχιατρικής**

Το πρόγραμμα ενός ψυχασθενή, που παραμένει στην Κοινότητα (εκτός Ψυχιατρείου) θα πρέπει να περιλαμβάνει όσο το δυνατόν περισσότερες διασυνδέσεις με άτομα και



υπηρεσίες του περιβάλλοντος που ζει. Βασικός σκοπός είναι να παραμείνει το άτομο στην Κοινότητα, χωρίς η ασθένεια του να επηρεάζει τις σχέσεις του με τους άλλους και τη δραστηριότητά του γενικότερα.

Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες ψυχιατρικής είναι πολύ αναπτυγμένες και βοηθούν στο να αποφευχθεί η επάνοδος του ατόμου στο Ψυχιατρείο.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν αρκετά κέντρα ψυχικής υγείας, συμβουλευτικοί σταθμοί, νοσοκομεία ημέρας ή και νύχτας, ξενώνες, οικοτροφεία κ.ά. Προβλέπεται να λειτουργήσουν περισσότερες υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης στην Κοινότητα, ενώ παράλληλα βελτιώνονται οι συνθήκες της παρεχόμενης ενδονοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης. Σκοπός είναι να κρατηθεί ο ψυχοδιανοητικά ασθενής έξω από το ψυχιατρείο, κοντά στην οικογένειά του με χρηματικά βοηθήματα ή αυτοσυντηρούμενος.

### **ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (Κ.Ψ.Υ.)**

Το Κ.Ψ.Υ. είναι ίδρυμα για την εξυπηρέτηση του κοινού στον τομέα της Ψυχικής Υγείας και επιχορηγείται και ελέγχεται από το Κράτος (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας). Επιχορηγείται επίσης και από τα Ε.Κ.Τ. της ΕΟΚ όσον αφορά τον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης.

Ξεκίνησε το 1954 σαν Προνοιακό Κέντρο. Κατά το τέλος της δεκαετίας του 1960, προσλαμβάνεται ένας ψυχίατρος, ο οποίος έχει και θέση συμβούλου.

Η φιλοσοφία του Κεντρου ταυτίζεται με τη φιλοσοφία και πολιτική της Πολιτείας για την υγεία. Οι στόχοι του εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, που έχει ως σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα της οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής κατάστασής του.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα λειτουργούν με πρότυπο τη σχετική έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η οποία με τη σειρά της βασίζεται στο Γαλλικό πρότυπο, που ισχύει για τις μονάδες ημερήσιας περίθαλψης.

Το Κ.Ψ.Υ. έχει ως σκοπό:

- α) την πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών και ψυχολογικών προβλημάτων, και
- β) την ενημέρωση του κοινού και ομάδων ειδικών και ενδιαφερομένων στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγιεινή.

Γενικότερος σκοπός του είναι επίσης μια προσπάθεια αποφυγής της ασυλοποίησης των ψυχασθενών. Η έγκαιρη διάγνωση και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών αποτελεί κύριο αντικείμενο των δραστηριοτήτων του.

Η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγιεινής γίνεται με ειδικά σεμινάρια και

συζητήσεις καθώς και με ειδικές εκδόσεις. Ακόμα υπάρχει ειδικό τμήμα ερευνών για τη μελέτη κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων, που ευθύνονται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών (ερευνητικά προγράμματα).

Η συνεργασία των κοινωνικών φορέων, όπως Δήμοι, εργατικές ενώσεις, κοινότητες νέων, είναι αποφασιστικής σημασίας για την επιτυχία της νέας αντίληψης κοινοτικής ψυχιατρικής που υπηρετεί το Κ.Ψ.Υ.

Βασική αρχή της φιλοσοφίας της λειτουργίας των Κ.Ψ.Υ. είναι η διαρκής και πολύπλευρη συνδιαλλαγή με το σύνολο των κοινωνικών λειτουργιών της κοινότητας, στοχεύοντας στη γόνιμη συνεργασία με τους μαζικούς φορείς (τοπική αυτοδιοίκηση, εργασιακοί μαζικοί φορείς, πολιτιστικοί φορείς) για την ποιοτική αναβάθμιση της αντίληψης για την ψυχική υγεία.

Το Κ.Ψ.Υ. εδρεύει στην Αθήνα και έχει παραρτήματα στην Αττική (Αγία Παρασκευή, Αιγάλεω, Χαλάνδρι) τον Πειραιά, την Πάτρα, την Θεσσαλονίκη και το Ηράκλειο Κρήτης, ενώ σύντομα θα λειτουργήσει παράρτημα και στη Θεσσαλία.

Σ' αυτά λειτουργούν οι εξής υπηρεσίες:

1. Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες στην Αθήνα, Αιγάλεω, Πειραιά, Θεσσαλονίκη, Πάτρα και Ηράκλειο Κρήτης, όπου εξυπηρετούνται παιδιά 3-16 ετών με διάφορα ψυχολογικά προβλήματα.

2. Ψυχοθεραπευτική Μονάδα στην Αθήνα για την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών, εφήβων και ενηλίκων.
3. Τρεις υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής ανά μία στην Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη. Στις υπηρεσίες αυτές λειτουργούν:
  - Ψυχιατρικά και Συμβουλευτικά Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων στην Αθήνα, Αιγάλεω, Πειραιά, Πάτρα, Θεσσαλονίκη όπου προσέρχονται ενήλικοι με διάφορα ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, μελαγχολία) καθώς επίσης και άτομα που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική κλινική ή νοσοκομείο, για μετανοδοκομειακή παρακολούθηση.
  - Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης στην Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη, όπου επιδιώκεται η κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή ελαφρές νοητικές ανεπάρκειες, τα οποία μπορούν να θεραπεύονται εκτός νοσοκομείου ή κλινικής, ή που πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματική θεραπεία μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
  - Τμήματα Κοινωνικής Δράσης που επισημαίνουν τις ανάγκες της Κοινότητας σε θέματα Ψυχικής Υγείας.
4. Υπηρεσία Ψυχολογικής Υποστήριξης Πολιτικών Προσφύγων και Μεταναστών στην Αθήνα, που έχει ως σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη, τον επαγγελματικό επαναπροσανατολισμό, την κοινωνική επανένταξη.

5. Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάσταση στο Αιγάλεω, Πειραιά, Πάτρα, Θεσσαλονίκη για νέους 15-25 ετών.
6. Θεραπευτική Μονάδα στην Αγία Παρασκευή, για ψυχωτικά παιδιά, εφήβους 4-16 ετών.
7. Το "Στουπάθειο" (Υπηρεσία Ειδικής Θεραπευτικής Παιδαγωγικής και Επαγγελματικής Κατάρτισης) στο Χαλάνδρι για νοητικώς καθυστερημένα, ασκήσιμα παιδιά και εφήβους ηλικίας μέχρι 21 χρονων.
8. Υπηρεσία Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων στην Αθήνα, στα πλαίσια της οποίας λειτουργεί και βιβλιοθήκη με θέματα ψυχικής υγείας.
9. Τμήμα Ερευνών στην Αθήνα, που ασχολείται με επιστημονική έρευνα σε θέματα ψυχικής υγείας και συμβουλεύει άτομα ή φορείς για θέματα οργάνωσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Η πρώτη φάση της συνεργασίας κάθε ατόμου ή οικογένειας με το Κ.Ψ.Υ. συνίσταται σε μια σειρά συναντήσεων με ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό. Οι υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ. παρέχονται δωρεάν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η εκπαίδευση στους χρόνιους ασθενείς στρέφεται στους εξής τομείς:

- Προσωπική ανεξαρτησία
- Κοινωνικές επιδεξιότητες
- Εργασιακές επιδεξιότητες
- Προσαρμογή στο οικογενειακό περιβάλλον
- Εκμάθηση ορισμένης τέχνης ή επαγγέλματος

Η εκπαίδευση αυτή είναι αμοιβόμενη και απευθύνεται σε άτομα που είναι σε θέση να αποκατασταθούν επαγγελματικά, κατάλληλη ηλικία, κλινική κατάσταση.

Οι μονάδες, που την παρέχουν, είναι:

**Το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης:** Η διάρκεια είναι ολιγόμηνη. Η επιλογή γίνεται μεταξύ ψυχωσικών ατόμων κάτω των σαράντα χρόνων. Έχει τμήματα τρίμηνης εκπαίδευσης: ξυλουργικής, πλεκτομηχανής, οικιακών δραστηριοτήτων.

**Το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης:** Το πρόγραμμα διαρκεί ένα έτος. Παραπομπές γίνονται απ' όλες τις υπηρεσίες

ψυχικής υγείας και από την Κοινότητα. Προηγείται αξιολόγηση.

**Προσωπικό των Κέντρων:** Ψυχίατρος, Ψυχολόγος, Εργασιοθεραπευτές, Κοινωνικός Λειτουργός, Επαγγελματικός Σύμβουλος.

Από τις μονάδες τα άτομα κατευθύνονται :

- Στην Ελεύθερη αγορά εργασίας
- Σε συνεργατικές παραγωγικές μονάδες, που υποστηρίζονται από το Κράτος, τις διαχειρίζονται τα ίδια τα άτομα και στις οποίες αμοίβονται ανάλογα με την ποσότητα που παράγουν και τη διάθεσή της στην αγορά.
- Σε προτατευμένα εργαστήρια: Είναι δυνατόν, εκτός από παραγωγικό να έχει και εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Η αμοιβή είναι και εδώ ανάλογη της παραγωγής του κάθε ατόμου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σήμερα στην Ελλάδα οι νοσηλευτές έχουν περιοριστεί σε ένα ρόλο απλά φύλαξης χωρίς ουσιαστική συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι λοιπόν, είναι δύσκολο να βρεθεί και κάποιος ρόλος στην αποκατάσταση.

Σ' αυτό το σημείο, της εργασίας θα αναφερθούν οι δραστηριότητες που μπορούν να αναλάβουν ο' ένα σύστημα αποκατάστασης οι νοσηλευτές έτσι ώστε να αποδειχθεί ο βασικός τους ρόλος και σε αυτό το σημείο της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Η διαδικασία αποκατάστασης αρχίζει μετά την έξοδο από την ψυχιατρική κλινική και μπορεί να συνεχιστεί ως την πλήρη αποκατάσταση του και ένταξη στην κοινωνία. Έτσι αρχίζουμε με τις ενδιάμεσες δομές περίθαλψης όπως τα νοσοκομεία και τα κέντρα ημέρας, ξενώνες, οικοτροφεία κλπ. Εκεί ο ρόλος του νοσηλευτή είναι το ίδιο σημαντικός, όπως και στην ψυχιατρική κλινική.

Η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία των καθηκόντων. Σοβαρός είναι και ο ρόλος που μπορεί να παίξει ο νοσηλευτής και στις



ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες λόγω της συνεχούς και σταθερής σχέσης που έχει με τους ψυχικά ασθενείς. Με τη δημιουργία μιας ειλικρινούς σχέσης ασθενούς-νοσηλευτή λύνονται πολλά προβλήματα που αφορούν στις δυσκολίες του ασθενούς όσον αφορά την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Απαραίτητες στη συνέχιση της φροντίδας του ασθενή είναι και οι συνεχείς νοσηλευτικές συναντήσεις του προσωπικού, που δουλεύει στην αποκατάσταση, με το προσωπικό των ψυχιατρικών κλινικών. Σημαντική είναι και η συμβολή του νοσηλευτή στη δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος για να ξαναποκτήσει την εμπιστοσύνη του ο ασθενής στην κοινωνία που θα τον δεχθεί. Μπορεί να δουλέψει και με την οικογένεια του ασθενή που αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία που συνθέτουν το κοινωνικό οικοδόμημα.

Ένα σύγχρονο σύστημα αποκατάστασης, δεν πρέπει να παραβλέπει ποτέ και την επαγγελματική αποκατάσταση. Η εργασία είναι ένας από τους παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό ένταξης και αποδοχής ενός ανθρώπου από το κοινωνικό σύνολο. Ο νοσηλευτής μπορεί να δώσει στον ασθενή να καταλάβει τη σημασία της εργασίας για την αποκατάστασή του και να τον βοηθήσει να συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να γίνει ένα οικονομικά αυτόνομο άτομο και να προσφέρει έργο εργασίας στο κοινωνικό σύνολο.

Η παρακολούθηση ενός σχιζοφρενικού (ηβηψρενικού) δεν σταματάει ποτέ. Είναι απαραίτητη η παρακολούθηση σε ορισμένα τακτά διαστήματα για συνεχή αναθεώρηση και

τροποποίηση στη θεραπεία τόσο την φαρμακευτική όσο και την ψυχοθεραπευτική.

Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής χρησιμεύει ως σύμβουλος σε θέματα ψυχικής υγείας σε άλλους νοσηλευτές της κοινότητας, σε δασκάλους κ.ά. Γενικά, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής στην Κοινότητα επωμίζεται το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τις υπηρεσίες πρόληψης, την προνοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα.

Ο θεσμός της ψυχιατρικής της Κοινότητας επεκτείνεται συνέχεια ιδιαίτερα με την προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τη δημιουργία κατάλληλα εξοπλισμένων κέντρων υγείας. Ένα δείγμα προβολής, που σχεδίασαν στο τμήμα αποκατάστασης οι ασθενείς (σελ. 134).

Έχω κάνει ένα μπάνιο στο ουράνιο τόξο



Ανοίξαμε πλυντήριο αυτοκινήτων  
 απέναντι από την είσοδο του  
 Γ' Ταξτοχλείου  
 φέρνετε σε μας τα αυτοκίνητά σας

ΤΙΜΕΣ πλύσιμο εξ 200 Δρχ.

πλύσιμο <sup>εξ.</sup> <sub>εξ.</sub> 300 Δρχ

εξαιρετικό SERVICE EXPRESS  
 επιπλέον 80 Δρχ.

Ανοίξτε τους ορίζοντές σας  
 με το Ουράνιο Τόξο  
 στο ΨΝΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ

Οι περισσότερες οικογένειες απορρίπτουν και δεν δίνονται στο μέλος τους που έχει ψυχικά προβλήματα. Αυτό είναι αποτέλεσμα της γενικότερης κοινωνικής αντιμετώπισης και του στιγματισμού αυτών των ανθρώπων με το χαρακτηρισμό του "τρελού". Η απροθυμία της οικογένειας να δεχθεί τον ψυχασθενή είναι ένα μεγάλο πρόβλημα. Συνήθως τον εγκαταλείπει σταδιακά και στο τέλος εξαφανίζεται.

Το καλό οικογενειακό περιβάλλον έχει σημασία για την επανένταξη των ψυχασθενών. Όταν αυτοί είναι δυνατόν να ζήσουν με την οικογένειά τους είναι απαραίτητη η ενημέρωση των συγγενών για την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθούν καθώς και τακτικές επισκέψεις στον ψυχίατρο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να παρακινήσει τους συγγενείς να δείξουν ενδιαφέρον για τον ασθενή τους και να τον επισκέπτονται συχνά κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο Ίδρυμα. Η αποδοχή του ψυχασθενή από την οικογένεια είναι ουσιαστική γιατί τότε αναγκαστικά ακολουθεί και η αποδοχή του από την κοινωνία. Η οικογένεια των νέων ψυχασθενών δεν παραδέχεται συνήθως την ασθένεια, τα

συμπτώματα της οποίας αποδίδουν συχνά σε μάγια, στενοχώριο, κατα τη διάρκεια της στρατιωτικής θητείας κ.ά.

Η αντιμετώπιση των ασθενών από την οικογένειά τους πρέπει να δηλώνει ισοτιμία προς αυτούς και όχι υπερπροστασία. Οι περισσότεροι σχιζοφρενικοί είναι αναγκασμένοι να ξαναγυρίσουν στα κοινωνικά πλαίσια όπου έπαθαν την πρώτη τους κρίση και τις πιο πολλές φορές στα πλαίσια αυτά είναι η πατρογονική τους οικογένεια. Τουλάχιστον το 50% από εκείνους που έχουν εισαχθεί για πρώτη φορά στο νοσοκομείο και που ξαναγυρίζουν στην οικογένειά τους επαναεισάγονται μέσα στον πρώτο χρόνο από την απόλυσή τους. Το πιο σημαντικό πράγμα που πρέπει να κάνει ο συγγενής, είναι να δείξει στον ασθενή ότι υπάρχει μπροστά του ένα ενδιαφέρον μέλλον, έστω κι αν δεν είναι ακριβώς αυτό που ονειρεύονταν. Το "μήνυμα" αυτό μπορεί να δοθεί με διάφορους τρόπους. Να συζητήσουν με τον ασθενή και να δείξουν ενδιαφέρον για ότι κάνει στα πλαίσια του θεραπευτικού προγράμματος. Να φανούν ενθουσιασμένοι με αυτά που κάνει ακόμα κι αν στην αρχή φαίνονται απλά και χονδροειδή.

Ο σχιζοφρενής δεν είναι το μόνο άτομο μέσα στην οικογένεια και δεν θα ήταν σωστό να φροντίζει κανείς αποκλειστικά τον ίδιο. Θα πρέπει να τονιστεί στην οικογένεια ότι όταν η κατάσταση βελτιωθεί θα πρέπει να αναλάβει και πάλι τις υποχρεώσεις του.

# ΜΕΡΟΣ Ε΄

## ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σ' όλη τη διάρκεια της εργασίας έγινε προσπάθεια να προσεγγιστεί η ηβηψρένεια σαν ψυχική ασθένεια, τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών και τους τρόπους αντιμετώπισής τους. Δεν είναι βέβαια δυνατόν να παραβλέψω μέσα απ' όλο αυτό το σύστημα του νοσηλευτή και τη νοσηλευτική επιστήμη. Ο ψυχικά ασθενής έχει άμεση σχέση με τη νοσηλευτική επιστήμη.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που έρχεται πιο συχνά σε επαφή με τον ασθενή απ' όλους τους επαγγελματίες υγείας. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να μοιραστεί το άγχος, που νιώθει ο ασθενής του, να συμμετέχει ενεργά και αποτελεσματικά στα καθημερινά προβλήματα του ασθενή του. Είναι τόσο σημαντικός ο ρόλος ενός τέτοιου ανθρώπου που πολλά εξαρτώνται από αυτόν για την ίαση του ασθενούς.

As δούμε με ποιά μέτρα θα μπορούσαν οι νοσηλευτές και η νοσηλευτική επιστήμη να ανταποκριθούν σε αυτόν τον ρόλο. Και πρώτα απ' όλα η εκπαίδευση των μελλοντικών νοσηλευτών. Τόσο στο θεωρητικό όσο και στο πρακτικό επίπεδο η εκπαίδευση πρέπει να κάνει άλματα προόδου. Είναι ψανερή σχεδόν, η έλλειψη καλών νοσηλευτικών ψυχιατρικών βιβλίων στην Ελλάδα.

Η πρακτική εκπαίδευση που γίνεται στη διάρκεια των εξαμήνων εκπαίδευσης είναι ελλιπής. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη διδασκόντων που να έχουν γνώσεις ψυχιατρικής και

να καθοδηγούν τους σπουδαστές τους μέσα στο χώρο των νοσοκομείων.

Η ψυχιατρική νοσηλευτική είναι μια ειδικότητα που ξεχωρίζει από τις άλλες. Για να μπορέσει κάποιος νοσηλευτής να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της δουλειάς πρέπει να έχει πολλές γνώσεις. Αυτές οι γνώσεις θα μπορούσαν να δίνονται μέσα από ένα ευρύ πρόγραμμα ειδικότητας που θα δίνεται σε όσους νέους νοσηλευτές θέλουν να ασχοληθούν.

Τα πράγματα είναι ανεπαρκή όσον αφορά το ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι γεγονός πως η νοσηλευτική δεν έχει τη θέση που της αξίζει μέσα στο χώρο των ψυχιατρείων.

Ο νοσηλευτής πρέπει να γίνει ενεργό μέλος μέσα στη θεραπευτική αγωγή. Πρέπει να δοθούν στους νοσηλευτές αρμοδιότητες που τώρα είτε δεν υπάρχουν είτε είναι όλες συσσωρευμένες στο ιατρικό προσωπικό.

Πρέπει να βελτιωθούν οι σχέσεις μεταξύ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού και να εργαστούν όλοι ως μια ενιαία θεραπευτική ομάδα με ίσα μέλη που το ένα να σέβεται το άλλο.

Προτείνεται η κατάρτιση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, του προσωπικού τόσο στις πρότυπες μονάδες, όσο και στα τμήματα των ψυχιατρείων.

Την συστηματική αξιολόγηση της καθημερινής πράξης στις κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας (Κ.Ψ.Υ.,



επαγγελματικά εργαστήρια) θα πρέπει να γίνεται και με το κριτήριο χρησιμοποίησής της στην επιμόρφωση του προσωπικού.

Στη βάση καθημερινού προγράμματος και με κεντρικό στόχο την επανένταξη, να εφαρμόζονται συστηματικά προγράμματα ατομικής φροντίδας, αποϊδρυματοποίησης και σταδιακής εξοικείωσης με το εξωνοσοκομειακό χώρο υποδοχής.

Η ζωή μέσα στο Ίδρυμα να στηρίζεται στην εφαρμογή αρχών της θεραπευτικής κοινότητας και οι ασθενείς να μαθαίνουν να ανταποκρίνονται σε ανάγκες της καθημερινότητας, όπως καθαριότητα, αγορά, πλύσιμο κ.ά.

Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου με ομιλίες, διαλέξεις, άρθρα σε περιοδικά, εφημερίδες και με ομιλίες στα διάφορα μέσα ενημέρωσης. Η ενημέρωση αυτή του κοινωνικού συνόλου θα διευκολύνει και θα επιταχύνει την επανένταξη των ψυχιατρικών ασθενών, γιατί η Κοινότητα θα τους δεχθεί και θα τους βοηθήσει καλύτερα και πιο σωστά.

Τέλος, για την συγκρότηση των κατάλληλων υποδομών και την συνέχιση των προγραμμάτων. Η κρατική χορήγηση να είναι ελεγχόμενη και αποδοτική.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάθε άτομο χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση και δράση πολύ περισσότερο ο ψυχασθενής. Η νοσηλευτική βοήθεια μπορεί να είναι μεγάλη και σημαντική και η εκτίμηση των καθηκόντων είναι εν μέρει προσωπική. Ο νοσηλευτής δεν υποχρεώνεται να κάνει πολλά, αλλά μπορεί να κάνει αρκεί να κατανοήσει βαθιά ότι ο ψυχασθενής είναι ένα άτομο με προσωπικότητα και δικαιώματα και σε καμιά περίπτωση δεν είναι υποδεέστερος σε σχέση με μας, ούτε αντικείμενο εκμετάλλευσης, ούτε αντικείμενο ψευτο-φιλανθρωπικού οίκτου "αψ' υψηλού....".

Ο αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών από τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα σε ψυχιατρικά ιδρύματα, οι προκαταλήψεις απέναντι στην ψυχική πάθηση και η μη εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων μέσα στο ψυχιατρείο έχουν αντίκτυπο και στην στάση της Κοινότητας. Ένας από τους σκοπούς είναι η πρόληψη και η διαψώτιση του κοινού για τον ψυχικά ασθενή και η προσφορά βοήθειας για να ξεψύγει από το στίγμα του "τρελού". Διάφορες διαλέξεις έχουν ως σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, γιατί πολλοί ψυχασθενείς είναι ικανοί να ζήσουν στην κοινότητα, αλλά ωστόσο είναι πολύ ευάλωτοι. Έχουν κάθε δικαίωμα στην κρατική κοινωνική πρόνοια, κάθε δικαίωμα στην περίθαλψη, στο επάγγελμα (μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων τους) στην οικογενειακή στοργή, στις

διαπροσωπικές σχέσεις, πάνω απ' όλα έχουν δικαίωμα να ζήσουν ανάμεσά μας.

Αυτοί οι άνθρωποι μέσα από τα μισοειπωμένα τους λόγια και το χαμένο τους βλέμμα δεν μας ζητούν τίποτε περισσότερο από αυτά που δικαιωματικά τους ανήκουν. Μια ειλικρινή αποδοχή από μας και την βαθιά παραδοχή μας, ότι στο χώρο που ζούμε υπάρχει και για αυτούς μια θέση, μια θέση λίγο διαφορετική από την αυλή του Ψυχιατρείου, την περικυκλωμένη με τοίχους ή κάγκελλα . . . .

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΕΩΡΓΑΡΑ Α.: "Συνοπτική Ψυχιατρική", Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1986.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ: "Ψυχιατρική Νοσηλευτική", Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1986.
- ΚΟΥΠΕΡ ΝΤΕΪΒΙΝΤ: "Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική", Μετάφραση Ράλλη Ιουλιέτα - Χατζηδήμου Καίτη, Εκδόσεις Ράππα, Αθήνα 1984.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., ΜΑΔΙΑΝΟΥ Δ.: "Η δομή της Ελληνικής Οικογένειας είναι πηγή συγκρούσεων και ψυχοπαθολογίας", Εκδόσεις "ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ" 24: 79, 1989.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΗΣ: "Ψυχιατρική στην Κοινότητα: Προοπτικές για ένα Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής", Εκδόσεις "ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ", 17: 54-58, 1980.
- ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ: "Γενική Ψυχιατρική" Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1986.
- ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ: "Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής", Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1988.
- ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ Α.: "Η Ελληνική Οικογένεια", Ιδρυμα, Γουλανδρή-Χόρν, Αθήνα 1984.
- ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: "Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής", Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1986.
- ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ: "Ψυχιατρική Νοσηλευτική - Θεμελιώδεις Αρχές", Εκδόσεις Αδελφότητα Ευνίκη, Αθήνα 1978.

ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ: "Θέματα Ψυχιατρικής", Εκτύπωση  
Σ. Αθανασόπουλος, Σ. Παπαδάκης, Χ. Ζαχαρόπουλος,  
Αθήνα 1980.

ΤΣΟΧΑΣ Κ.: "Επιτομή Κλινική Φαρμακολογία", Εκδόσεις  
ΛΥΧΝΟΣ, Αθήνα 1988.

ΧΑΡΤΟΚΟΛΗΣ Π.: "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", Εκδόσεις  
ΘΕΜΕΛΙΟ, Δεύτερη έκδοση, Αθήνα 1991.

ΥΓΕΙΑ - "ΟΔΗΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ": Τόμος 4ος, Εκδόσεις Δομική  
Ο.Ε., Αθήνα 1990.

