

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: Σχιζοφρένεια – Ηβηφρένεια
Νοσηλευτική προσέγγιση



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Μέντη Καλλιόπη
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Dr. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία

ΠΑΤΡΑ 2000

3334

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	Σελ.1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2

ΜΕΡΟΣ Α΄

Κεφάλαιο 1ο

1.1. Ιστορική ανασκόπηση	5
• Αρχαία Ελλάδα	5
• Ελληνορωμαϊκή εποχή	5
• Μεσαίωνας	6
• Αναγέννηση	6
• Νεότερη εποχή	7
• Η ψυχιατρική στις μέρες μας	7
1.2. Ψυχική υγεία – Ψυχική ασθένεια	9

Κεφάλαιο 2ο

2.1.Ψυχώσεις	11
2.1.Γενικά περί σχιζοφρένειας	12
2.3.Επιδημιολογικά στοιχεία	13
2.4.Αιτιολογία	14
• Βιολογικοί παράγοντες	14
• Περιβαλλοντικοί - Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	15
• Γενετικοί παράγοντες	16
2.5.Διάγνωση	17
2.6.Διαφορική διάγνωση	19
2.7.Το σύνδρομο σχιζοφρένεια – Συμπτωματολογία	20
• Σκέψη	20
• Αντίληψη	20
• Συναισθημα	20
• Συμπεριφορά	21
• Βούληση	21



• Παραληρήματα	22
2.8. Κλινικοί τύποι	23
• Παρανοϊκός τύπος	23
• Κατατονικός τύπος	23
• Ηβηφρενικός ή αποδιοργανωμένος τύπος	24
• Αδιαφοροποίητος τύπος	24
• Υπολειμματικός τύπος	24
2.9. Κλινική εικόνα και πορεία	26
2.10. Προόγνωση	28

Κεφάλαιο 3ο

3.1. Θεραπεία	30
• Βιολογικές θεραπείες	30
- Αντιψυχωτικά φάρμακα	30
- Λίθιο	30
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	30
- Άλλες βιολογικές θεραπείες	31
• Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	31
- Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία	31
- Υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία	32
- Θεραπεία συμπεριφοράς	33
- Οικογενειακή θεραπεία	33
• Μετανοσοκομειακή φροντίδα	33
3.2. Επιπλοκές φαρμακοθεραπείας	35

Κεφάλαιο 4ο

4.1. Κοινωνική ψυχιατρική	37
4.2. Πρόληψη	38
4.3. Κοινοτική ψυχιατρική	41
4.4. Κοινοτική ψυχιατρική νοσηλευτική – νοσηλευτικές παρεμβάσεις – πρόληψη	43

Κεφάλαιο 5ο

5.1. Πρώιμη οικογενειακή παρέμβαση στη Φιλανδία	46
5.2. Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στις ΗΠΑ	47

ΜΕΡΟΣ Β'

Κεφάλαιο 1ο

1.1. Ηβηφρένεια	50
1.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας	52
1.3. Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση των φαρμάκων	56
1.4. Φροντίδα ασθενούς με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	58
1.5. Ιστορικό ασθενούς	72
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια πανάρχαια ασθένεια με πολλά σκοτεινά σημεία, οι έρευνες όμως συνεχίζονται με στόχο να προσφέρουν τη μέγιστη δυνατή ανακούφιση στην ασθένεια. Αποφάσισα να ασχοληθώ με το θέμα αυτό με την πεποίθηση ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από την ασθένεια αυτή αξίζουν τη φροντίδα όλων των ανθρώπων και ότι έχει έρθει η ώρα να αποδοθεί η απαραίτητη κοινωνική προσοχή σε ένα μέρος του πληθυσμού που τόσο έχει αδικηθεί κατά το παρελθόν.

Θέλω να ευχαριστήσω επίσης την επόπτρια καθηγήτριά μου κ. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία, την κ. Σωτηριάδου, ψυχίατρο στο Νοσοκομείο Ημέρας του Νοσοκομείου του Αγίου Ανδρέα Πατρών, την κ. Χρονοπούλου, προϊσταμένη της Ψυχιατρικής κλινικής του Νοσοκομείου Ρίου και την κ. Σταθοπούλου, παιδοψυχίατρο στην κλινική του Νοσοκομείου του Ρίου για την πολύτιμη βοήθειά τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σχιζοφρένειες είναι ένα θέμα ευρύ και πολύπλοκο, πάνω στο οποίο οι έρευνες συνεχίζονται και πολλά σημεία είναι ακόμα αδιευκρίνιστα. Φυσικά σ' αυτήν την εργασία δεν είναι δυνατόν να εξαντληθούν όλοι του οι παράμετροι. Δίνεται όμως μια γενική εικόνα του θέματος και αναπτύσσεται ιδιαίτερα ο αποδιοργανωμένος ή αλλιώς ηβηφρενικός τύπος σχιζοφρένειας. Βασικός σκοπός της εργασίας είναι η σε βάθος νοσηλευτική προσέγγιση του προβλήματος και η νοσηλευτική του αντιμετώπιση.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο αναφέρεται στην ιστορία της ψυχιατρικής, την ανάλυση των σχιζοφρενιών, διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων και τη θεραπεία των συμπτωμάτων της.

Το πρώτο μέρος της εργασίας επίσης αναφέρεται στην πρόληψη των ψυχικών ασθενειών, την κοινωνική ψυχιατρική και σε υπηρεσίες της κοινότητας σχετικά με την ψυχική υγεία. Θεωρώ απαραίτητο να συμπεριληφθεί το μέρος αυτό στα πλαίσια μιας παγκόσμιας προσπάθειας για αποϊδρυματοποίηση και παραμονή και θεραπεία των ψυχασθενών μέσα στην κοινότητα. Η προσπάθεια αυτή αποτελεί μια πιο ανθρωπιστική προσέγγιση των ψυχικών ασθενειών καθώς σιγά σιγά γίνεται συνείδηση σε μεγάλο μέρος των κοινωνιών ότι οι ψυχασθενείς είναι άνθρωποι με τα ίδια δικαιώματα κοινωνικής συμβολής, συμμετοχής και καταξίωσης με όλους τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Το δεύτερο μέρος είναι αφιερωμένο στην ηβηφρένεια και κυρίως στη μεγάλη νοσηλευτική συμβολή, στη φροντίδα του ηβηφρενούς και γενικότερα, του σχιζοφρενούς ασθενούς.¹

Η σχιζοφρένεια εξαιτίας της ίδιας της φύσης της ασθένειας απαιτεί ιδιαίτερα προσεχτική, επιστημονική και επίπονη φροντίδα. Ανεκτίμητη είναι η συμβολή του νοσηλευτή σ' αυτήν μια και έρχεται σε συνεχή επαφή με τον ασθενή και φέρει μεγάλο μέρος της ευθύνης για την ικανοποιητική του φροντίδα. Πιστεύω ότι για τη φροντίδα των ατόμων αυτών τρία πρέπει να

είναι τα βασικά προσόντα των νοσηλευτών: άρτια επιστημονική κατάρτιση, ειλικρινές ενδιαφέρον και ψυχικό σθένος.

ΜΕΡΟΣ Α'



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η ψυχιατρική παρουσιάζει διαρκή και διαδοχική εξέλιξη μέσα στην ανθρώπινη ιστορία. Είναι δύσκολο να πει κανείς από πότε υπάρχει Ψυχιατρική. Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες – την ινδική, την αιγυπτιακή, την εβραϊκή και προπάντων την ελληνική, στον Όμηρο και στις αττικές τραγωδίες. Επικρατεί παντού η ίδια περίπου άποψη, ότι οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε κακά πνεύματα, που στην αρχαία ελληνική μυθολογία αντιπροσωπεύονται από τις θεές, Μανία και Λύσσα.¹

ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ. α) Ασκληπιεία: Στην αρχαία Ελλάδα τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπιεία. Μία από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του, όνειρα που χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή όνειρα που αντανakλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογίας.¹

β) Ιπποκράτης: Τον 5^ο αιώνα ο Ιπποκράτης διακήρυξε ότι οι ψυχικές ασθένειες δεν έχουν σχέση με τις υπερφυσικές δυνάμεις αλλά οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του εγκεφάλου ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος. Περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές (τις λεγόμενες φρενίτιδες) δίνοντάς τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμα ως σήμερα – υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια και παράνοια. Για τη θεραπεία των ψυχοπαθών χρησιμοποιούσε τις αφαιμάξεις, τα καθαρτικά, τα εμετικά, τα λουτρά, τη φυτική διαίτα, τις ασκήσεις, τη μουσική, τα ταξίδια και συνιστούσε το γάμο ως το καλύτερο φάρμακο για την υστερία.²

ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΪΚΗ ΕΠΟΧΗ

Στους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους δε συντελέστηκε καμία σημαντική πρόοδος στην ψυχιατρική αντίθετα κυριάρχησαν μυστικιστικές,

μαγικοθρησκευτικές αντιλήψεις. Υπήρξαν όμως και φωτεινές εξαιρέσεις όπως ο Ασκληπιάδης, γύρω στα μέσα του 1^{ου} π.χ. αιώνα. Ήταν ο πρώτος που διέκρινε οξείες και χρόνιες καταστάσεις, ξεχωρίζοντας τις λειτουργικές από τις οργανικές διαταραχές που οφείλονται στον πυρετό. Ενώ ο μαθητής του Ρωμαίος ρήτορας, Κικέρωνας περιέγραψε τα συναισθήματα ή πάθη από τα οποία ξεχώρισε ως το πιο ισχυρό τη σεξουαλική επιθυμία, που την ονόμασε λίμπιντο – ο πρώτος που μεταχειρίστηκε τον όρο με την ψυχολογική του σημασία.

Ο Αρεταίος είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές διαταραχές της γεροντικής ηλικίας. Διαχώρισε επίσης τη σχιζοφρένεια από τη μανία.

Η περίοδος της ελληνορωμαϊκής ψυχιατρικής κλείνει με το Γαληνό γύρω στα 200 μ.Χ. Αυτός έδωσε μεγάλη προσοχή στο κεντρικό νευρικό σύστημα, θεωρώντας τον εγκέφαλο ως την απόρροια των αισθήσεων και της κινητικότητας και γενικά, ως την έδρα των ψυχικών λειτουργιών. Υπογράμμισε την σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία σωματικών διαταραχών και συσχέτισε τη κατάθλιψη με τη μανία.¹

ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ. Την περίοδο αυτή επικράτησαν και πάλι η μαγεία και η δαιμονολογία στην ιατρική σκέψη του μεσαιώνα. Η ψυχιατρική αρρώστια έπαψε να αποτελεί θέμα της ιατρικής επιστήμης, περνώντας στη δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού, που την αντιμετώπισαν με τον εξορισμό ή την καταδίωξη. Μόνο οι Άραβες ψυχίατροι έμειναν ανεπηρέαστοι από τη δαιμονολογία του Μεσαιώνα και πρόσφεραν λεπτομερείς περιγραφές ψυχιατρικών περιπτώσεων χαρακτηριστικές για τη σαφήνεια και την αντικειμενικότητά τους.

ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ. Βασικοί αντίμαχοι της δαιμονολογίας που επικρατούσε ακόμα, αυτή την εποχή ήταν ο Ισπανός Χουάν Λουίς Βίβες, που σπούδασε και έγραψε στις αρχές του 16^{ου} αιώνα στη Γαλλία και στην Αγγλία και ο σύγχρονός του Παράσκελος, καθηγητής της Ιατρικής στη Βασιλεία της Ελβετίας. Ένθερμα υποστήριζαν μια πιο ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ασθενειών, περιγράφοντας τον άνθρωπο σαν ψυχοβιολογικό σύνολο. Ο Βέγερ με την εξαιρετική αναλυτική και περιγραφική του ικανότητα θεωρείται ο πρώτος ψυχίατρος.

ΝΕΟΤΕΡΗ ΕΠΟΧΗ. Η αναγέννηση με την σθεναρή αντίδρασή της στην δαιμονολογία άνοιξε το δρόμο για επιστημονική και αντικειμενική προσέγγιση της Ψυχιατρικής. Ιδρύονται ψυχιατρικά νοσοκομεία και γίνεται χρήση πιο ανθρωπιστικών μεθόδων θεραπείας. Οι Γάλλοι ψυχίατροι Πινέλ και Εσκιρόλ έδωσαν ώθηση στην περιγραφική και κλινική μέθοδο και ιδιαίτερα ο Πινέλ που απέφυγε τις υποθέσεις και θεωρίες, θεωρώντας ότι αυτές είναι πρόωρες για την ψυχιατρική της εποχής.

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα πρόοδος παρατηρείται ιδίως στην Αυστρία και την γερμανόφωνη Ελβετία. Η γερμανική ψυχιατρική στρέφεται πλέον προς την οργανική, σωματική άποψη. Ο Μέμπιους διέκρινε τις ψυχιατρικές διαταραχές σε εξωγενείς και ενδογενείς. Ο Καλμάουμ περιέγραψε την κατατονία, ο Χέκερ την ηβηφρένεια.

Ο Εμίλ Κρεπέλιν, οπαδός και αυτός της οργανικής ψυχιατρικής ανακατέταξε τις ψυχιατρικές διαταραχές σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις και την πρώιμη άνοια, γνωστή στις μέρες μας ως σχιζοφρένεια, όρος που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Μπλούλερ. Η ταξινόμησή του σε γενικές γραμμές ισχύει ως σήμερα.¹

Καταλυτική αυτή την περίοδο ήταν η παρουσία του Σίγκμουντ Φρόιντ, «πατέρα της ψυχιατρικής». Στράφηκε με ενδιαφέρον στην ψυχοπαθολογία των νευρώσεων και την ψυχοθεραπεία. Παρόλο που ο προσανατολισμός του παραμένει βιολογικός και η θεωρία του στηρίζεται στην ψυχανάλυση τείνει σήμερα να αντικατασταθεί από άλλες θεωρίες, υπήρξε πρωτοποριακός για την εποχή του και έγινε ιδρυτής μιας καινούργιας σχολής ψυχολογίας του ανθρώπου με την ανακάλυψη του υποσυνειδήτου, το οποίο θεωρούσε ως βασική πηγή συμπεριφοράς.³

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

Η εισαγωγή της ψυχαναλυτικής θεωρίας και της ψυχοβιολογίας παραμέρισαν κατά κάποιο τρόπο την οργανική άποψη στην Ευρώπη και κυρίως μετά Β' Παγκόσμιο πόλεμο στην Αμερική. Η ανάπτυξη όμως εργαστηριακών μεθόδων έρευνας των μηχανισμών της λειτουργίας του εγκεφάλου, η ανακάλυψη χημικών ουσιών με ειδική ψυχοφαρμακευτική

δραστηριότητα και η έντονη ερευνητική προσπάθεια στις μέρες μας δημιουργούν τα ενδεχόμενα μιας επιστροφής στη διπολική παράδοση της ψυχιατρικής: μιας οργανικής και μιας ψυχολογικής. Συγχρόνως όμως επιτελείται αξιόλογη εξέλιξη και σύνδεση των ψυχοδυναμικών και κοινωνιολογικών δομών με την κλινική πράξη, πράγμα που πιθανόν θα οδηγήσει στη δημιουργία μιας ενιαίας ψυχοκοινωνικοβιολογικής επιστήμης.¹

1.2. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ – ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατο φαινόμενο, αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας. Θετική δυναμική κατάσταση που εκφράζει ολότητα λειτουργίας και ζωής.

Η ψυχική υγεία είναι μια ποιότητα ζωής έκφραση προσωπικού δυναμισμού, αρμονία μεταξύ του τρόπου ζωής και της προσωπικής συνείδησης του ατόμου, εκδίπλωση των δυνατοτήτων της προσωπικότητας και πραγματοποίηση των σύνθετων λειτουργιών της. Απόκτηση καλλιεργημένων και κατάλληλων τρόπων στις διαπροσωπικές σχέσεις. Είναι φαινόμενο δυναμικό και όχι στατικό.⁴

Στο χώρο της υγείας ο ευρύτερα διαδεδομένος ορισμός του φαινομένου ψυχική υγεία είναι εκείνος του Π.Ο.Υ.: Ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας.⁵

Οι Offer και Sabshin διαμόρφωσαν ένα σχέδιο κριτηρίων της ψυχικής υγείας, που αν και όχι απόλυτα αποτελούν σημαντικά ενδεικτικά στοιχεία.

Αυτά είναι:

1. Σχεδόν ολική απουσία σημαντικής ψυχοπαθολογίας με σοβαρές φυσικές συνέπειες και σημαντικής φυσικής ασθένειας.
2. Πλήρη γνώση των προηγούμενων αναπτυξιακών σταδίων χωρίς αξιοσημείωτες παλινδρομήσεις.
3. Ικανότητα να νιώσει συναισθηματικές καταστάσεις σύνθετες και να επιλύσει δυναμικά προβλήματα με επιτυχία.
4. Καλές σχέσεις με γονείς, συγγενείς και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.
5. Το αίσθημα ότι αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου πολιτισμικού περιβάλλοντος και να είναι ενήμερος των ηθών και αξιών του.⁶

Τα κριτήρια της ψυχικής υγείας όπως προβάλλονται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία είναι:

- Ωριμη φιλοσοφική θεώρηση της ζωής.
- Θετική και δυναμική βιοψυχοκοινωνική και ηθική ευεξία.Επαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις που εκπληρώνουν τις ανάγκες της

προσωπικότητας και ενθαρρύνουν την έκφραση και τη δημιουργική χρήση των ικανοτήτων του ατόμου.

- Ικανότητα για προσφορά αγάπης και εκδήλωση ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους.
- Οικοδομητικός χειρισμός των ψυχολογικών καταπονήσεων και κρίσεων με αποτέλεσμα την ισχυροποίηση των εσωτερικών δυνάμεων.
- Ενεργητική προσωπική προσαρμογή στη ζωή και δυναμική αρμονία μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων και απαιτήσεων.

Ψυχική ασθένεια θεωρείται μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτισμικής ομάδας.⁷

Κατά την παθολογική ή ιατρική θεώρηση, η ψυχική αρρώστια είναι ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές και συγκρούσεις στην αντίληψη, την αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων της ζωής καθώς και τον τρόπο εκπλήρωσης των ατομικών βιοψυχοκοινωνικών αναγκών.

Κριτήρια της ψυχικής ασθένειας θεωρούνται οι διαταραχές στην αντίληψη, το συναίσθημα, τη σκέψη, την κρίση, τη βούληση, τον προσανατολισμό στο χώρο, χρόνο και πρόσωπα, τη συνείδηση, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά. Άλλη περιγραφή της ψυχικής αρρώστιας τονίζει την απώλεια του νοήματος της ζωής καθώς και τη διαταραχή στην ενδοψυχική ισορροπία του προσώπου, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στην προσαρμοστικότητα του στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον, μέχρι την απώλεια επαφής με την πραγματικότητα.

Ποιος όμως είναι ο ψυχικά άρρωστος ; Ο άρρωστος με τον προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης της ασθένειας Με την παράδοση συχνά συμπεριφορά, τις διαπροσωπικές δυσκολίες, την παθολογική καχυποψία Με τις διαταραχές στο συναίσθημα, την αντίληψη, τη σκέψη, τη βούληση Με συγκρουόμενες ιδέες για τον εαυτό του, με αισθήματα αναξιότητας, μειονεκτικότητας και αυτομηδενισμού.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Η ψύχωση είναι η πιο χαρακτηριστική από όλες τις ψυχιατρικές ασθένειες. Είναι η κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος ονομάζει τρέλα. Οι ψυχώσεις διακρίνουν τον ανώμαλο άνθρωπο από τον ομαλό όσο κανένα άλλο ψυχιατρικό φαινόμενο. Είναι οι παθολογικές καταστάσεις της ψυχικής σφαίρας στις οποίες επηρεάζεται σοβαρά η εκτίμηση και η αυτογνωσία του ατόμου. Στην ουσία ο άνθρωπος που επηρεάζει αυτά τα φαινόμενα δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μίαν άλλη πραγματικότητα. Ο άνθρωπος που εκδηλώνει τέτοια συμπτώματα δεν έχει συνήθως συνείδηση του γεγονότος ότι ζει σε μίαν άλλη πραγματικότητα. Πιστεύει δηλαδή ότι ο τρόπος που σκέπτεται, αισθάνεται, συμπεριφέρεται, απορρέει από πραγματικά γεγονότα και η βεβαιότητά του συνήθως είναι τόσο μεγάλη που οποιοδήποτε επιχείρημα ή απόδειξη δεν μπορεί να τον πείσει για το αντίθετο.

Οι ψυχωτικές διαταραχές διακρίνονται σε οργανικές και λειτουργικές. Στις οργανικές ψυχώσεις υπάρχει κάποια συγκεκριμένη βλάβη στους ιστούς του εγκεφάλου. Όταν ιστοπαθολογική ανωμαλία στον εγκέφαλο δεν υπάρχει η διαταραχή θεωρείται λειτουργική.¹

Οι λειτουργικές ψυχώσεις διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τις σχιζοφρενικές και τις μανιοκαταθλιπτικές. Στις σχιζοφρενικές κυριαρχεί το νοητικό στοιχείο με διαταραχές στον τρόπο σκέψης και αντίληψης του ασθενούς του εαυτού του και του κόσμου. Στις μανιοκαταθλιπτικές διαταραχές κυριαρχεί το συναισθηματικό στοιχείο.

2.2. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Ο όρος σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που πρωτύτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια (dementia praecox – dementia praecox) και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin (1896) το διέδωσε σ' όλο τον κόσμο. Βέβαια γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν πρόκειται για «άνοια» και ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, για «σχίσισμο του μυαλού» εξού και ο όρος σχιζοφρένεια.

Έτσι λοιπόν, σήμερα θεωρούμε τη Σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας – ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας – παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.²

Η Σχιζοφρένεια είναι η πιο σοβαρή ψυχωτική διαταραχή και συνήθως η εξέλιξή της είναι χρόνια και καταλήγει σε πλήρη διάσπαση της προσωπικότητας του ατόμου. Κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες για τη δημιουργία της αλλά η αιτιολογία της εξακολουθεί να είναι άγνωστη. Μέχρι τώρα δεν έχει βρεθεί θεραπεία για την κατάσταση αυτή, όμως, ψυχοφαρμακευτικές μέθοδοι βοηθούν σημαντικά στον έλεγχο των περισσότερων συμπτωμάτων της. Γίνονται έρευνες για να προσδιορίσουν τη φύση του γενετικού καθορισμού της Σχιζοφρένειας – ο γενετικός παράγοντας όπως και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου είναι δύο βασικές αιτίες που ενοχοποιούνται, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί ακόμα κάτι τέτοιο – και πως αυτός επιφέρει την εμφάνιση της ασθένειας.⁸

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι σίγουρα πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί με βεβαιότητα μια και η φύση της ασθένειας από μόνη της είναι δυνατόν να δώσει αναληθή αποτελέσματα στις μελέτες. Πάντως σίγουρα η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου ανεξάρτητα από το πολιτιστικό επίπεδο, τη βιομηχανική ανάπτυξη ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο άρρωστος. Η έκφρασή της όμως ποικίλει από κοινωνία σε κοινωνία.

Υπολογίζεται ότι ο επιπολασμός της κυμαίνεται από 0,2% ως 1% παγκοσμίως.

Η Σχιζοφρένεια προσβάλλει και άνδρες και γυναίκες. Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη Σχιζοφρένεια στην όψιμη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Υπάρχει όμως και έναρξη της σχιζοφρένειας σε πιο όψιμα χρόνια, ακόμα και μετά από τα 45. Στις γυναίκες, η Σχιζοφρένεια φαίνεται να αρχίζει αργότερα. Έρευνα που έγινε πρόσφατα στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ έδειξε ότι 1.850.000 αμερικανοί, πάνω από την ηλικία των 16 ετών εμφανίζουν ή έχουν εμφανίσει κάποιο σχιζοφρενικό επεισόδιο.⁸ Υπάρχουν όμως μελέτες που έχουν δείξει ότι χώρες στα νοτιοδυτικά του Ειρηνικού ωκεανού, όπως η Νέα Γουινέα, παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά σχιζοφρενών, ενώ ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εμφανίζονται στην Δυτική Ιρλανδία και στην Κροατία. Στα στοιχεία αυτά ακόμα δεν έχουν δοθεί ικανοποιητικές εξηγήσεις.⁸

2.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτία της Σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια, χωρίς ν' ανεβρεθεί. Προσδευτικά, όμως έχει γίνει αντιληπτό, ότι πιθανότατα είναι λάθος ν' αναζητούμε ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα κι ότι η αιτιολογία της Σχιζοφρένειας – όπως και πολλών άλλων ψυχικών και σωματικών διαταραχών – κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Οι μελέτες μέχρι τώρα συνήθως έψαχναν για αίτια με μονοδιάστατο τρόπο – παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, μεταβολικές διαταραχές, νευροχημικές ανωμαλίες, ενδοκρινική δυσλειτουργία κ.λ.π. – χωρίς επιτυχία. Ήδη, όμως, έχουν σχεδιασθεί νέες ερευνητικές μεθοδολογίες ικανές να εξετάσουν την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων, π.χ. γενετικής προδιάθεσης και περιβάλλοντος που ίσως μας δώσουν στο μέλλον κάποιες πιο ουσιαστικές απαντήσεις.²

Η προσωπικότητα. Οι περισσότεροι συγγραφείς συνδέουν τη σχιζοφρένεια με ένα ορισμένο τύπο της προνοσηρής προσωπικότητας. Σήμερα πιστεύουν, πως τα στοιχεία της προσωπικότητας αυτής περικλείουν την αρχή για τη μελλοντική αρρώστια. Οι σχιζοειδείς (όπως ονομάζονται τα άτομα αυτά) είναι ντροπαλοί, απομονωμένοι, υποχόνδριοι και δείχνουν συναισθηματική ψυχρότητα, φανατισμούς και εκκεντρικότητες. Ποια είναι η στατιστική σχέση ανάμεσα στη σχιζοειδία και στη σχιζοφρενική ψύχωση δε γνωρίζουμε με ακρίβεια. Ο Bleuler τη βρήκε σε αναλογία 34%, σε μια σειρά από σχιζοφρενείς. Άλλοι ερευνητές ανεβάζουν τα ποσοστά σε 50%. Μία ακόμα ένδειξη για το ρόλο που παίζει η κατασκευή της προσωπικότητας στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είναι το σοβαρό ποσοστό ατόμων που αποκλίνουν φανερά από το φυσιολογικό, μέσα στις οικογένειες των σχιζοφρενών.⁹

Από τους διάφορους παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς για τη δημιουργία της σχιζοφρένειας οι πιο σημαντικοί είναι:

Βιολογικοί παράγοντες: Η πιο διαδεδομένη ίσως αιτιολογική βιολογική υπόθεση είναι η υπόθεση της ντοπαμίνης, που ξεκίνησε από την ιδέα ότι ο μηχανισμός της δράσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων θα μπορούσε να

φωτίσει την παθοφυσιολογία των σχιζοφρενικών διαταραχών που θεραπεύουν.

Καθώς έχει δειχθεί ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αναστέλλουν τη μεταβίβαση των νευρικών ερεθισμάτων αποκλείοντας τη δράση της ντοπαμίνης – ενός νευροδιαβιβαστή – στους υποδοχείς της στο μετασυναπτικό νευρώνα, δημιουργήθηκε η υπόθεση ότι η Σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται ή τουλάχιστον να σχετίζεται με υπερβολικά επίπεδα δραστηριότητας της ντοπαμίνης. Η υπόθεση αυτή θα μπορούσε να εξηγήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα των αντιψυχωτικών φαρμάκων στη Σχιζοφρένεια και κατ' επέκταση την αιτία της Σχιζοφρένειας, αν δεν είχε αρκετά προβλήματα:

- Δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης στους εγκεφάλους σχιζοφρενικών.
- Αν και ο αποκλεισμός των υποδοχέων ντοπαμίνης φαίνεται να συμπίπτει με τα αντιψυχωτικά αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων, δεν έχει δειχθεί ότι αυτός ο μηχανισμός με τον οποίο βελτιώνεται η ψύχωση.
- Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά αντισχιζοφρενικά φάρμακα αλλά έχουν αντιψυχωτικά αποτελέσματα και σ' άλλες διαταραχές όπως μανία, ψυχωτική κατάθλιψη, οργανικές ψυχώσεις κ.λ.π.

Έτσι ουσιαστικά, η ντοπαμινική υπόθεση δεν έχει αποδειχθεί ακόμη.²

Περιβαλλοντικοί παράγοντες – ψυχοκοινωνικοί: Το περιβάλλον του ατόμου άμεσα – οικογενειακό και ευρύτερα κοινωνικό έχει ενοχοποιηθεί για δημιουργία συνθηκών που επιβαρύνουν ψυχολογικά το άτομο και προκαλούν στρεσογόνο κατάσταση. Προβληματικές οικογένειες θεωρήθηκαν στο παρελθόν σαν παράγοντες υψηλού κινδύνου ανάπτυξης ψυχωτικών καταστάσεων. Όμως σήμερα κάτι τέτοιο τείνει να καταργηθεί γιατί θεωρείται άδικη η ενοχή που τέτοιες θεωρίες προκαλούσαν στους συγγενείς των σχιζοφρενικών. Ο ρόλος τώρα που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν είναι πολύ σαφείς. Η κοινή κλινική πείρα διδάσκει ότι η έκλυση της ασθένειας μπορεί να συμβεί όταν επιδράσουν βλαπτικά, πάνω στο άτομο, μια σειρά από ψυχικές καταπονήσεις.⁹

Μερικές θεωρίες έχουν διατυπώσει ότι η βιομηχανοποίηση και η αστικοποίηση καθώς και το καπιταλιστικό σύστημα σχετίζονται και στις αιτίες της σχιζοφρένειας.¹⁰ Παρόλο που μερικά στοιχεία υποστηρίζουν τέτοιες θεωρίες, κατά ένα μεγάλο βαθμό έχουν απορριφθεί ως ακραίες και άτοπες.

Γενετικοί παράγοντες: Παρά τις πολυάριθμες κλινικές μελέτες σε μεγάλο μέρος των πληθυσμών ένα συγκεκριμένο μοντέλο κληρονομικότητας δεν έχει εδραιωθεί ακόμα και η επιστήμη σ' αυτό το θέμα παραμένει αναποφάσιστη. Χρησιμοποιώντας δείκτες υψηλού κινδύνου, τμηματικές αναλύσεις, διάφοροι μηχανισμοί έχουν προταθεί αλλά κανείς δεν έχει καθοριστεί απόλυτα. Αυτοί περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό γονιδίων με μικρή επίδραση (πολυγένεση) ή συνδυασμός ενός μεγάλου αριθμού γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, που όταν ένα άτομο σε ένα συγκεκριμένο ποσοτικό όριο συγκεντρώσει τέτοιων παραγόντων αναπτύσσει σχιζοφρένεια.¹¹

Τα τελευταία 15 χρόνια έχει επιτελεστεί αξιοσημείωτη πρόοδος στην βιολογική κατανόηση της σχιζοφρένειας κυρίως στη νευροπαθολογία. Όμως η γενετική μελέτη της σχιζοφρένειας έχει αγνοήσει κατά κάποιο τρόπο την πρόοδο αυτή και οι γενετικοί μελετητές προσανατολίζονται περισσότερο στις ιδιαιτερότητες του κλινικού φαινοτύπου του ενήλικα.¹²

Είναι σαφές, λοιπόν, ότι τόσο γενετικοί και περιβαλλοντικοί όσο και άλλοι παράγοντες συναντιδρούν για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι κατά πάσα πιθανότητα κάποια ευαλωτότητα στη σχιζοφρένεια μεταβιβάζεται γενετικά, αλλά η ανάπτυξη ενός σχιζοφρενικού φαινοτύπου εξαρτάται από την παρουσία περιβαλλοντικών παραγόντων που ακόμη δεν έχουν διευκρινισθεί (όπως φυσικά δεν έχει διευκρινισθεί και ο μηχανισμός αλληλεπίδρασης μεταξύ φύσης και περιβάλλοντος που διερευνάται με τα νέα ερευνητικά μοντέλα, που αναφέραμε παραπάνω).

2.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για δεκαετίες ερευνητές σ' όλο τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη Σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα γιατί η ακριβής διάγνωσή της είναι τόσο σημαντική για τη γενικότερη πρόγνωση και θεραπεία του αρρώστου.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III και DSM-III-R. Διαταραχές όπως «Λανθάνουσα σχιζοφρένεια», «Μετ αιχμιακή σχιζοφρένεια» ή «Απλή σχιζοφρένεια», αποκλείονται γιατί δεν παρουσιάζουν σαφή και φανερά ψυχωτικά συμπτώματα.

Διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια κατά το DSM-III-R

A. Παρουσία χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση:

είτε το (1), είτε το (2) τουλάχιστον για μια βδομάδα (εκτός αν τα συμπτώματα θεραπευτούν με επιτυχία):

(1) δύο από τα παρακάτω:

(α) παραληρητικές ιδέες

(β) προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις (σ' όλη τη διάρκεια της ημέρας για αρκετές μέρες ή αρκετές φορές την εβδομάδα για αρκετές βδομάδες και κάθε ψευδαισθητική εμπειρία δεν περιορίζεται σε λίγα σύντομα λεπτά)

(γ) ασυναρτησία ή εξεσημασμένη χάλαση των συνειρμών

(δ) κατατονική συμπεριφορά

(ε) επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναίσθημα

(2) αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες (δηλαδή που περιλαμβάνουν ένα φαινόμενο το οποίο η πολιτισμική ομάδα του ατόμου θα το θεωρούσε εντελώς απίθανο, όπως π.χ. εκπομπή σκέψης, ότι ελέγχεται από ένα πεθαμένο άτομο)

(3) προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις (όπως ορίζονται στο 1(β) παραπάνω) μιας φωνής με περιεχόμενο που δεν έχει προφανώς σχέση με κατάθλιψη ή έξαρση ή μιας φωνής που σχολιάζει συνεχώς τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή δύο ή περισσότερων φωνών

που συνομιλούν μεταξύ τους.

- Β. Στη διάρκεια της πορείας της διαταραχής, η λειτουργικότητα σε περιοχές όπως η εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις και η αυτοφροντίδα είναι εξεσημασμένα κάτω από το ψηλότερο επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη της διαταραχής (ή, όταν η έναρξη είναι στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αδυναμία του ατόμου να επιτύχει το αναμενόμενο επίπεδο κοινωνικής ανάπτυξης).
- Γ. Έχουν αποκλεισθεί η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία, δηλαδή αν ένα Μείζον καταθλιπτικό ή Μανιακό Σύνδρομο ήταν ποτέ παρόν στη διάρκεια μιας ενεργού φάσης της διαταραχής, η συνολική διάρκεια όλων των επεισοδίων ενός συνδρόμου διαταραχής της διάθεσης ήταν βραχεία σε σχέση με τη συνολική διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών της διαταραχής.
- Δ. Συνεχή σημεία της διαταραχής τουλάχιστον για έξι μήνες. Η περίοδος των έξι μηνών πρέπει να περιλαμβάνει ενεργό φάση (τουλάχιστον μιας βδομάδας ή λιγότερο αν τα συμπτώματα θεραπεύτηκαν με επιτυχία) στη διάρκεια της οποίας υπήρχαν ψυχωτικά συμπτώματα χαρακτηριστικά της Σχιζοφρένειας (συμπτώματα του Α), με ή χωρίς πρόδρομη ή υπολειμματική φάση, όπως ορίζονται παρακάτω (βλ. παρακάτω ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ).
- Ε. Δεν μπορεί ν' αποδειχθεί ότι ένας οργανικός παράγοντας άρχισε ή συντήρησε τη διαταραχή.
- ΣΤ. Εάν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνον όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.²

2.6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η σχιζοφρένεια σχετίζεται συχνά με άλλες λειτουργικές ψυχώσεις όπως μανία, μανιοκατάθλιψη, ιδιαίτερα όταν ψευδαισθήσεις είναι παρόντες. Επίσης συγγέεται και με τη νεύρωση της υστερίας. Κλασικά σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να ανήκουν στην εικόνα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής ή σε επεισόδιο από τη χορήγηση κάποιων φαρμάκων που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές που φέρουν ομοιότητες με σχιζοφρενικά επεισόδια. Η διαφορική διάγνωση θα εξαρτηθεί από συμπτώματα που δεν υπάρχουν στη σχιζοφρένεια και από περιστασιακά κριτήρια, όπως η ηλικία που εισβάλει η ασθένεια – πριν από τα 45 χρόνια – η διάρκεια της διαταραχής και το επίπεδο λειτουργικότητας του αρρώστου, κυρίως στη δουλειά του και τις κοινωνικές του υποχρεώσεις, προτού κάνει την εμφάνισή της η διαταραχή.¹

2.7. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο, όπως άλλωστε οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, για τις οποίες δεν έχει εντοπιστεί κάποια οργανική αιτιολογία. Τα συμπτώματα που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Χαρακτηριστικά υπάρχουν ανωμαλίες ή διαταραχές τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και το περιεχόμενό της, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στη βούληση, το προσωπικό συναίσθημα, στην ταυτότητα, στις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και στην εν γένει συμπεριφορά του σχιζοφρενού. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλουν ανάλογα με τη σοβαρότητα, την εξελικτική φάση και τις συνθήκες προσωπικές και περιβαλλοντικές, κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή.

ΣΚΕΨΗ: Παρουσιάζεται διαταραχή τόσο στη μορφή όσο και στο περιεχόμενο της σκέψης. Η πιο συχνή κατά τον Μπλούλερ παθολογική μορφή μιας τέτοιας διαταραχής είναι η χάλαση των συνειρμών. Οι ιδέες διαδέχονται η μία την άλλη χωρίς φανερή ή λογική σχέση χωρίς αυτός που μιλάει να έχει συναίσθηση της ασυναρτησίας του. Χαρακτηριστικές επίσης είναι η εμμονή στις ίδιες ιδέες ή λέξεις (ιδεοληψία), η επανάληψη σαν ηχώ λέξης ή φράσης που προφέρει κάποιος άλλος (ηχοληψία), η στερεότυπη επανάληψη μιας υποδείξεως ή ενός ερωτήματος (στερεοτυπία).

ΑΝΤΙΛΗΨΗ: Η πιο συνηθισμένη μορφή από τις διαταραχές της αντίληψης των σχιζοφρενών ασθενών είναι η ψευδαισθήση. Οι ψευδαισθήσεις διακρίνονται σε ακουστικές, οπτικές, γευστικές, οσφρητικές και απτικές. Στη σχιζοφρένεια συχνότερες είναι οι πρώτες. Οι ασθενείς «ακούνε» γνωστές ή άγνωστες φωνές, από ένα ή περισσότερα άτομα, να τους απειλούν, να τους λένουν τις σκέψεις τους, να σχολιάζουν τις πράξεις τους και, συνηθέστερα, να τους βρίζουν.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ: Το απρόσφορο συναίσθημα αποτελεί ένα από τα κύρια σχιζοφρενικά συμπτώματα. Στο σύμπτωμα αυτό υπάρχει μια ασυμφωνία ανάμεσα στα εκφραζόμενα από τον ασθενή και στο συναισθηματικό φορτίο με το οποίο «ντύνει» τα λεγόμενά του. Στις βαριές περιπτώσεις ο άρρωστος μπορεί να γελά δυνατά όταν του αναγγέλλουν δυσάρεστα γεγονότα. Ωστόσο

Στις περισσότερες περιπτώσεις το απρόσφορο συναίσθημα των σχιζοφρενικών δεν είναι έκδηλο. Φανερό γίνεται μόνο η έλλειψη συναισθηματικής επαφής με τον σχιζοφρενή άρρωστο.

Πολλοί μιλούν για το τείχος από πάγο, που τους χωρίζει από τον ασθενή. Οι συναισθηματικές γενικά αντιδράσεις του είναι περιορισμένες και ο πάσχων είναι συνήθως ψυχρός, απαθής και αδιάφορος. Φαίνεται να μη νοιάζεται για τίποτα από ότι συμβαίνει στο περιβάλλον του και ενδιαφέρεται μόνο για το δικό του εσωτερικό κόσμο. Βλέπει όμως κανείς σε σχιζοφρενείς να παρουσιάζεται μια σειρά από συναισθήματα, όπως άγχος, πολλές φορές υπερβολικό, θλίψη υπέρμετρη, ψυχική τάση και διέγερση. Η διαφορά είναι πως η «μελαγχολία» του σχιζοφρενού δεν πείθει, το άγχος του είναι χωρίς υπόβαθρο.⁹

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ: Όσο εξελίσσεται η σχιζοφρενική ψύχωση δίνεται μεγαλύτερη σημασία στη συνολική διαταραχή της συμπεριφοράς και λιγότερη στα μεμονωμένα επεισόδια. Οι συγγενείς του αρρώστου θ' αναφέρουν πως ο ασθενής άρχισε ν' απομονώνεται ολοένα και περισσότερο τους τελευταίους μήνες, να γίνεται παράξενος, να κάνει αλλόκοτες χειρονομίες και ν' αποφεύγει τους φίλους του. Αναφέρονται καταστάσεις έκστασης, έντονες διεγέρσεις και παρορμήσεις, κυρίως όμως η βαθμιαία ελάττωση του ενδιαφέροντος και της δραστηριότητας του ασθενούς. Γίνεται ολοένα και πιο αμελής και ο επαγγελματίας ενδιαφέρεται διαρκώς και λιγότερο για τη δουλειά του. Τις περιόδους αδράνειας και ψυχοκινητικής ηρεμίας διαδέχονται εκρήξεις με άσκοπους ενθουσιασμούς για κίνηση και δουλειά. Άλλοτε υπάρχει μια αιφνίδια αλλαγή της συμπεριφοράς στη σεξουαλική σφαίρα.

ΒΟΥΛΗΣΗ: Σχεδόν πάντα υπάρχει κάποιου βαθμού διαταραχή στην αυτόνομη, πρωτοβουλιακή, στοχο-κατευθυνόμενη δραστηριότητα, γεγονός που παραβλάπτει σε έντονο βαθμό την ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα για παραγωγική λειτουργία.

Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη.

Διαταραχή της βούλησης αποτελεί και η αμφιβουλησία (αμφιθυμία) που παρατηρείται συχνά στη Σχιζοφρένεια και που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. Και η αμφιβουλησία μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της στοχο-κατευθυνόμενης δραστηριότητας.²

ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΑ: Γενικά ορίζονται σαν μια εσφαλμένη πεποίθηση του αρρώστου άσχετη με το κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρό του, στην οποία είναι στέρεα προσκολλημένος. Τα γνήσια παραληρήματα είναι λανθασμένες αντιλήψεις. Είναι ανεξήγητα και ακατανόητα. Παρουσιάζονται συνήθως ξαφνικά και υποστηρίζονται από τον άρρωστο με μεγάλη πίστη. Μερικοί συγγραφείς κάνουν τη διάκριση ανάμεσα στα παραληρήματα και στις παραληρητικές ιδέες. Τα πρώτα είναι αυτονόητα, λανθασμένα, ακλόνητα. Οι παραληρητικές ιδέες που εκφράζονται από το μελαγχολικό ασθενή, εξηγούνται από τη θλίψη του και επομένως από την αντίληψή του, πως η ζωή έχει ουσιαστικά τελειώσει, δεν του υπολείπεται παρά η απελπισία, κ.λ.π.

Τα παραληρήματα χρωματίζονται από το γενικό πολιτιστικό κλίμα της εποχής. Πριν από εκατό χρόνια τα παραληρήματα ήταν έντονα χρωματισμένα από θρησκευτικές δοξασίες. Σήμερα ενσωματώνονται μέσα σ' αυτά έννοιες όπως η ατομική ενέργεια, το ραντάρ, η ραδιενέργεια, το ραδιόφωνο, η τηλεόραση κ.λ.π.

Ανάμεσα σε πολλά είδη από παραληρήματα είναι και οι ιδέες για επίδραση και συσχέτιση καθώς και το δικτυικό παραλήρημα, από το οποίο πάλι μια συνηθισμένη μορφή είναι και οι ιδέες για δηλητηρίαση.⁹

2.8. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

Οι τύποι σχιζοφρένειας που περιγράφονται παρακάτω προτείνονται από το DSM-III και DSM-III-R και αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πρόσφατης εκτίμησης του ασθενούς.

Παρανοϊκός Τύπος: Τα βασικά χαρακτηριστικά κατά DSM-III-R είναι: **A.**

Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα. **B.** Κανένα από τα παρακάτω: ασυναρτησία ή εκσεσημασμένη χάλαση των συνειρμών, επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναίσθημα, κατατονική συμπεριφορά, εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Έτσι η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού συνήθως παραβλάπεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και παρανοϊκοί σχιζοφρενικοί που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους.

Άγχος, θυμός λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαίσθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο, όπως επίσης και αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλλου ή φόβος ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο ή θα το προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι.

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.

Κατατονικός Τύπος: Στον τύπο αυτό στην κλινική εικόνα προεξάρχει η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας. Έτσι η διάγνωση κατά DSM-III-R μπορεί να τεθεί εφόσον στην κλινική εικόνα κυριαρχεί οποιοδήποτε από τα παρακάτω: (1) κατατονική εμβροντησία (stupor) (εκσεσημασμένη ελάττωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον και η ελάττωση των αυτόματων κινήσεων και της αυτόματης 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 δύσκαμπτης στάσης του σώματος σαν αντίσταση σε προσπάθειες μετακίνησής του) (4) κατατονικές στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις).

Συνοδά συμπτώματα του τύπου είναι στερεοτυπίες (συνεχείς μηχανικές επαναλήψεις λεκτικών ή σωματικών δραστηριοτήτων), άλλοι μαννερισμοί και κηρώδεις ευκαμψία. Κατά τη διάρκεια του κατατονικού stupor ή της κατατονικής διέγερσης το άτομο χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για να μη βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και μπορεί να χρειασθεί ιατρική φροντίδα λόγω μη λήψης τροφής εξάντλησης, υπερπυρεξίας, αυτοτραυματισμού κ.λ.π. Η μορφή αυτής της σχιζοφρένειας αν και συχνή πριν μερικές δεκαετίες, είναι πια σπάνια στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ.

Ηβηφρενικός ή αποδιοργανωμένος τύπος: Τα βασικά χαρακτηριστικά του κατά DSM-III-R είναι: **A.** Ασυναρτησία, εκσεσημασμένη χάλαση των συνειρμών ή εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. **B.** Επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναίσθημα και **Γ.** Δεν πληροί τα κριτήρια του Κατατονικού Τύπου. Λείπουν οι συστηματοποιημένες ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και παραξενιές στη συμπεριφορά είναι συχνά. Η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση.

Αδιαφοροποίητος Τύπος: Στον τύπο αυτό κατά DMS-III-R υπάρχουν **A.** Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία, ή εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, όμως **B.** Δεν πληροί τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Κατατονικού ή Αποδιοργανωμένου Τύπου.

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 **A.** Απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, όμως, **B.** υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη, χάλαση συνειρμών κ.λ.π.

Σημειώνουμε, ότι αυτό που έχει κυρίως σημασία δεν είναι η ακριβής διάκριση των τύπων, όσο η διαφοροδιάγνωση της Σχιζοφρένειας από άλλες διαταραχές.^{2,6}

2.9. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ

Η εμφάνιση της Σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής [υπάρχει όμως και **όψιμη έναρξη**, όταν η διαταραχή (συμπεριλαμβανομένης και της πρόδρομης φάσης) αναπτύσσεται μετά τα 45].

Εκκεντρική ή παράξενη συμπεριφορά αρχίζει να εμφανίζεται, όπως π.χ. η αναζήτηση κάποιου ειδικού προσωπικού μηνύματος στους τίτλους των εφημερίδων ή χρησιμοποίηση λέξεων με παράξενο τρόπο. Σιγά – σιγά το άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις σαν 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, όπως π.χ. να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο, να μαζεύει τροφές κ.λ.π. Στην αρχή το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικό βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά – σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να εμφανισθούν αμβλύ συναίσθημα, πτωχεία λόγου, παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις κ.α. Όλα τα παραπάνω αποτελούν την πρόδρομη φάση της Σχιζοφρένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Εντούτοις, μερικοί άνθρωποι δεν αναπτύσσουν τη Σχιζοφρένεια μ' αυτόν τον τρόπο, αλλά αντίθετα ξαφνικά εμφανίζουν μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή μπαίνουν κατ' ευθείαν στην ενεργό φάση.

Άσχετα με το αν εμφανισθεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργός φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Σ' αυτή τη φάση χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική κυριαρχούν στην κλινική εικόνα.

Η ενεργός φάση της Σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες ή μέρες. Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενής συνήθως δεν

επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα ή επιπέδωση του συναισθήματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Στη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.

Πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση. Η πιο συνηθισμένη πορεία όμως είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα.² Η σχιζοφρένεια άλλωστε είναι μια ασθένεια που έχει σαν χαρακτηριστικό τη χρόνια συνδρομή.

2.10. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της σχιζοφρένειας είναι πολύ δύσκολη γιατί πρέπει να βασιστεί σε στατιστικούς υπολογισμούς που αφορούν πολλές παραμέτρους, λόγω της πολλαπλής και πολυδιάστατης αιτιολογίας της ασθένειας και των διαφόρων μορφών εμφάνισής της καθώς και τις διαφορές που εμφανίζονται από ασθενή σε ασθενή.

Έχουν όμως προσδιοριστεί κάποιοι παράγοντες που βοηθούν την πρόβλεψη της κλινικής πορείας της Σχιζοφρένειας.

Αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.

Παράγοντες που βοηθούν την πρόβλεψη της κλινικής πορείας της
Σχιζοφρένειας

Κακή πρόγνωση	Καλή Πρόγνωση
Προνοσηρά αποσυρμένος και απομονωμένος	Καλή προνοσηρή κοινωνική λειτουργικότητα
Προνοσηρή Διαταραχή της Προσωπικότητας	Όχι προνοσηρή Διαταραχή της Προσωπικότητας
Όχι αναγνωρίσιμα εκλυτικά γεγονότα	Εκλυτικά γεγονότα
Υπουλη έναρξη	Απότομη έναρξη
Έναρξη νωρίς (παιδική ηλικία, εφηβεία)	Έναρξη στη μέση ηλικία
Λίγη σύγχυση στην κλινική εικόνα	Προεξάρχουσα σύγχυση στην κλινική εικόνα
Όχι οικογενειακό ιστορικό Διαταραχή της Διάθεσης	Οικογενειακό ιστορικό Διαταραχή Διάθεσης

Με κάποιες επιφυλάξεις, μελέτες από όλο τον κόσμο προβλέπουν τις παρακάτω προγνωστικές παρατηρήσεις: Σε περίοδο 5 με 10 χρόνων μετά την πρώτη εμφάνιση της σχιζοφρένειας και νοσοκομειακής παραμονής και θεραπείας μόνο το 10-20% των ασθενών μπορούν να περιγραφούν ότι έχουν μια καλή εξέλιξη. Περισσότεροι από το 50% των ασθενών έχουν κακή εξέλιξη, με επανειλημμένες παραμονές σε ιδρύματα και νοσοκομεία, εξάρσεις των συμπτωμάτων, επεισόδια ενεργών φάσεων και προσπάθειες αυτοκτονίας.⁶

Ύστερα από 20 χρόνια, περισσότεροι από 20% έχουν συνέλθει τελείως, κάπου 33% έχουν καλύτερέψει σημαντικά αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούργια ψυχωτικά επεισόδια, ένα ποσοστό 33% παραμένουν σε μια χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση και ένα 10% βρίσκεται σε μια χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

Καμιά στατιστική πρόγνωση δεν αποκλείει φυσικά το ενδεχόμενο να καλύτερέψει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως την ισορροπία του.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρ' όλες τις μακροχρόνιες και επίμονες έρευνες και προσπάθειες καμιά αποτελεσματική θεραπεία για την σχιζοφρένεια δεν έχει ακόμα βρεθεί. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις όμως αφορούν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας και την ψυχοκοινωνική – ως μέγιστο δυνατό βαθμό – αποκατάσταση του ασθενούς και είναι αρκετά ικανοποιητικές.

Βασικοί παράγοντες για τον ορθό σχεδιασμό θεραπείας είναι το πώς η διαταραχή έχει επηρεάσει τον ασθενή και το πώς ο ασθενής θα βοηθηθεί από την θεραπεία. Επιπλέον πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η σχιζοφρένεια είναι κατά μία άποψη ο σχηματισμός συμπτωμάτων σε μια ενεργή διαδικασία στην οποία συμμετέχει όλη η οικογένεια.¹³

Γι αυτό η φαρμακευτική παρέμβαση δεν είναι από μόνη της αρκετή αλλά λειτουργεί πιο αποτελεσματικά με την υποστήριξη ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.¹⁴

Βιολογικές θεραπείες ✓

Αντιψυχωτικά φάρμακα: Η αντιψυχωτική θεραπεία περιλαμβάνει δύο μεγάλες κατηγορίες: τους ανταγωνιστές των ντοπαμινικών νευροϋποδοχών και τους ανταγωνιστές σεροτονίνης – ντοπαμίνης.⁶ Τα αντιψυχωτικά φάρμακα ονομάζονται και νευροληπτικά. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ανάγκη να συνεχιστεί με τη δόση και ωράριο που προβλέπεται από το γιατρό για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Πρέπει επίσης να δοθεί προσοχή στις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων, που εκτός από τα δυσάρεστα συμπτώματά τους μπορούν να γίνουν αιτία ατυχημάτων.¹

Λίθιο: Κατά πάσα πιθανότητα τι λίθιο δεν έχει ένδειξη, αν η διάγνωση της Σχιζοφρένειας είναι σίγουρη. Οποτεδήποτε, όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, είναι καλό να δοκιμάζεται.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στην θεραπεία), η βασική ένδειξη είναι το stupor ή η διέγερση του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας.²

Άλλες βιολογικές θεραπείες: Στο παρελθόν η σχιζοφρένεια αντιμετωπιζόταν με ινσουλίνη. Αυτή η θεραπεία δεν χρησιμοποιείται πλέον λόγω των σχετιζομένων κινδύνων. Η ψυχοχειρουργική, κυρίως η πρόσθια λοβοτομή, χρησιμοποιήθηκε από το 1935 ως το 1955 για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Παρόλο που επισταμένες έρευνες για την ψυχοχειρουργική σχετικά με τη σχιζοφρένεια πιθανόν να αναπτυχθούν, η χειρουργική επέμβαση δεν θεωρείται πλέον κατάλληλη παρέμβαση για τη σχιζοφρένεια.⁶

Ψυχοκοινωνικές θεραπείες ✓

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασής του να ζει, ν' αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι, πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα 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 χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη κι οι νοσηλευτές όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες. Γενική κατεύθυνση λοιπόν και προσπάθεια είναι η αποϊδρυματοποίηση.

Κυρίως η θεραπευτική μάχη δίνεται στην κοινότητα, στα κέντρα ψυχικής υγείας (και αν χρειασθεί νοσηλεία κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων), στους ξενώνες, στα οικοτροφεία, στα διαμερίσματα που μοιράζονται σχιζοφρενικοί, στις συνεργατικές εργασιακές μονάδες, στα σπίτια κ.λ.π.²

Βασικές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία, η θεραπεία συμπεριφοράς, η οικογενειακή θεραπεία, η υποστηρικτική ατομική, η ομαδική ψυχοθεραπεία και δημιουργικές θεραπείες.

Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία: Η θεραπεία περιβάλλοντος (milieu therapy), αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η

ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα η ίδια κ.λ.π. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον (milieu) χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις κ.λ.π. 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 δηλαδή σχεδιάζεται έτσι ώστε να είναι θεραπευτικό.

Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι ο συνεκτικός ιστός της αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας, η θετική συνισταμένη των αρμονικών σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας, η άνετη εφαρμογή μιας ξεκάθαρης και συμφωνημένης θεραπευτικής φιλοσοφίας που επικοινωνεί ταυτόχρονα όρια και δόμηση αλλά και ελευθερία και αυτονομία.

Υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία: τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς 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 αρρώστιας του και τις συνέπειές της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατό 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.

Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ταυτόχρονα στην αρχή ενδονοσοκομειακά και μετά εξωνοσοκομειακά και μπορεί προοδευτικά να

Γίνονται και περισσότερο ερμηνευτικές. Κυρίως όμως αποσκοπούν στην απόδοση πραγματικότητας και στην κοινωνικοποίηση του ασθενή.²

Θεραπεία συμπεριφοράς: Ο John Watson ήταν ο ιδρυτής της συμπεριφεριολογίας και επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από τις διάφορες τάσεις των φυσικών επιστημών της εποχής του και ο συμπεριφορισμός σαν μέθοδος αντιπροσωπεύει το απόγειο της μηχανιστικής προσέγγισης στην ψυχολογία. Είναι όμως πολύ σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενών ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η Σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας κ.λ.π.¹⁵

Οικογενειακή θεραπεία: Είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας μια και το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να μην είναι απόλυτη αιτία για την εμφάνιση σχιζοφρένειας, όμως συχνά αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα για το σχιζοφρενή (family care). Κυρίως απευθύνεται στην ανάγνωση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. Σημασία, όμως, έχει και η εκπαίδευση των συγγενών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της αρρώστιας και στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του σχιζοφρενού μέλους.

Δημιουργικές θεραπείες: Σ' αυτές ανήκουν οι θεραπείες τέχνης, μουσικής, δράματος κ.λ.π. που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, μουσικής κ.λ.π. καθώς και η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία με πηλό, χειροτεχνία κ.α.¹⁶

Μετανοσοκομειακή φροντίδα: Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για ένα συγκεκριμένο σχιζοφρενικό ασθενή ποικίλλει σημαντικά.

Άλλοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα κι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες π.χ. αγορά και παρασκευή φαγητού, διαχείριση χρημάτων κ.λ.π. Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν συνεργατικά σε

νοικιασμένα από αυτούς ή από νοσοκομεία διαμερίσματα, άλλοι σε ξενώνες, οικοτροφεία κ.λ.π.

Μεγάλη σημασία έχουν μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα υγείας (νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας) με σκοπό είτε την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο είτε την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο των ασθενών και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα. Στις μονάδες αυτές υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας (ημερήσια περίθαλψη) με σκοπό την καλύτερη κοινωνικοποίησή τους, την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας, τη μη λήμναση στο σπίτι ή τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κ.λ.π.

Για ασθενείς που καταφέρνουν να εργασθούν, χρειάζεται τακτική επαφή με τους εργοδότες για την ανακούφιση των διαπροσωπικών εντάσεων που εύκολα μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή.

Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης – το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και το ψυχιατρικό νοσοκομείο με βάση και πάλι τη θεραπευτική ομάδα.

Τελειώνοντας το κεφάλαιο της θεραπείας, θα πρέπει και πάλι να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μόνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη Σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας.²

3.2. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η φαρμακοθεραπεία είναι μια δύσκολη διαδικασία και συχνά επιπλέκεται από τις παρενέργειες που τα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να επιφέρουν στον ασθενή. Πως θα αντιδράσει κάθε ασθενής σε κάθε φάρμακο και σε ποιο βαθμό θα εμφανίσει μια συγκεκριμένη παρενέργεια δεν είναι απόλυτο. Γι αυτό είναι ανάγκη ο ασθενής να αξιολογείται συνεχώς για την εμφάνιση τυχόν επιπλοκών και να επαναπροσδιορίζεται η φαρμακοθεραπεία του.

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες:

- Νευροληπτικά – αντιψυχωτικά
- Ηρεμιστικά – αγχολυτικά
- Αντικαταθλιπτικά
- Ψυχοδιεγερτικά

Συχνές παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι αντιδράσεις υπερευαισθησίας, ίκτερος, δερματικές αντιδράσεις, τοξική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Σχετικά με την τοξική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα ο ασθενής πρέπει να αξιολογείται πολύ προσεκτικά για εμφάνιση εξωπυραμιδικής συμπτωματολογίας (ψευδοπαρκινσωνισμό, δυστονία, ακαθισιά, δυσκινησία, βραδυκινησία). Υπολογίζεται ότι το ΕΠΣ εμφανίζεται σε ποσοστό 75% των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια.¹⁷ Μεγάλη επίσης προσοχή πρέπει να δίνεται στην εμφάνιση της βραδυφρένειας, μια κοντινή κατάσταση ανάλογη της βραδυκινησίας που συχνά υποτιμάται ή περνά απαρατήρητη. Σ' αυτή τη περίπτωση ο ασθενής συχνά παραπονείται ότι βρίσκεται σε ομίχλη, με αργή σκέψη και δυσκολία να επιτελέσει πολύπλοκες διανοητικές διεργασίες.¹⁸

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει ελάττωση της δόσης του αντιψυχωτικού φαρμάκου ή χορήγηση αντιψυχωτικού με μικρότερη δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Επιπλοκές επίσης είναι δυνατόν να εμφανιστούν και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όπως ξηρότητα στόματος και φάρυγγα, μυϊκή αδυναμία, ορθοστατική υπόταση, αρρυθμία, διαταραχές από ενδοκρινικό σύστημα.

Τα αγχολυτικά φάρμακα μπορούν να εμφανίσουν διαταραχές της προσοχής, μείωση της LIBIDO, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως.¹⁹

Σχετικά συχνή επιπλοκή της συνδρομής και θεραπείας της σχιζοφρένειας είναι η κατάθλιψη. Υπολογίζεται ότι το 30-40% των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν την εμπειρία κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της οξείας ψυχωτικής φάσης. Μια ποικιλία παραγόντων ενοχοποιείται για τη δημιουργία της όπως, οργανικές αιτίες, τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα από την ενέργεια των αντιψυχωτικών φαρμάκων, ψυχοκοινωνικά συμπτώματα.

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικά μέτρα για την αντιμετώπισή της. Φαρμακευτικές παρενέργειες μπορούν να περιοριστούν με την κατάλληλη επιλογή αντιψυχωτικής και αντικαταθλιπτικής θεραπείας.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. 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.² 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 γέννηση 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.¹⁹

Εδώ αξίζει να αναφερθεί το Νοσοκομείο μέρας που λειτουργεί στα πλαίσια των Νοσοκομείων αλλά αποτελεί κάτι τελείως διαφορετικό από τις ψυχιατρικές κλινικές των νοσοκομείων. Λειτουργεί από τις 8:30 π.μ. ως τις 2:00 μ.μ. και σκοπός του είναι να ενισχύσει ασθενείς που έχουν προηγουμένως νοσηλευτεί σε ψυχιατρικές κλινικές και να τους οδηγήσει σταδιακά στην κοινωνική και επαγγελματική τους επανένταξη. Το προσωπικό του συνίσταται βασικά από τον Ψυχίατρο, τους Κοινωνικούς Λειτουργούς και κατάλληλα καταρτισμένους Νοσηλευτές. Σ' αυτά συντελείται η νοσηλεία των ασθενών, εφαρμόζονται προγράμματα εργασιοθεραπείας, υποστηρίζονται ομάδες προκειμένου να επανακτήσουν ενδιαφέροντα και δεξιότητες απαραίτητες για την επανακοινωνικοποίησή τους.

4.2. ΠΡΟΛΗΨΗ

Σήμερα δίδεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων όπως και κάθε άλλης διαταραχής της υγείας. Η σημασία της πρόληψης είναι τεράστια για μια αποδοτική περίθαλψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Η Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή καλύπτει τρία στάδια πρόληψης:

1. Την πρωτογενή πρόληψη: Περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες που αποβλέπουν στη μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά άρρωστων σ' ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

A) Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, με κίνδυνο αύξησης της επικινδυνότητας για ψυχική νόσηση.

B) Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Έχει τη δυνατότητα η νοσηλευτική να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στη λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση πώς να βγει το άτομο από την κατάσταση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία. Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτετες προοπτικές είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις ψυχιατρικές θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης, παράκαμψης ή υπερνίκησης του στρες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. Τη δευτερογενή πρόληψη: Επιδιώκει την ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της

ψυχικής διαταραχής, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της στα μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους.

Στη δευτερογενή πρόληψη, η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με την ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής τόσο στους σωματικά αρρώστους, όσο και στους συνοδούς και στις οικογένειές τους. Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.⁴

- 3. Την τριτογενή πρόληψη:** Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά αρρώστων και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο.² Έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους αρρώστους, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς. Προς τον σκοπό αυτόν δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας ή νύκτας, οι ψυχιατρικοί τομείς στα Γενικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, τα προστατευόμενα εργαστήρια, σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 24 ώρες το 24ωρο κ.α.⁴

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

- α) Ορίζεται η κοινότητα
- β) Καθορίζονται τα χαρακτηριστικά της (σύνθεση πληθυσμού, ήθη, έθιμα, μορφωτικό επίπεδο κ.λ.π.)
- γ) Εκτιμούνται τα προβλήματα και οι ανάγκες της κοινότητας.
- δ) Καθορίζεται και εκπαιδεύεται το κατάλληλο προσωπικό
- ε) Εκτιμούνται οι πόροι που θα διατεθούν

στ) Καθορίζονται τα θεραπευτικά και προληπτικά κέντρα που θα χρησιμοποιηθούν.¹⁹

4.3. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Όταν το 1984 ιδρύθηκαν οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας η φροντίδα του ψυχασθενούς μεταφέρθηκε από τα Ιδρύματα στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Η φιλοσοφία του Κέντρου 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 του κατάστασης.

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 έχει για τις μονάδες ημερήσιας περίθαλψης.

Σκοποί του Κ.Ψ.Υ. είναι:

- α. Η κάλυψη των τριών σταδίων της Ψυχιατρικής Περίθαλψης.
- β. Η ευαισθητοποίηση των κατοίκων σε θέματα Ψυχικής Υγιεινής, με σκοπό τον περιορισμό της απόστασης μεταξύ κοινού και ψυχιατρικής υπηρεσίας .
- γ. Η διερεύνηση της επικράτησης της ψυχικής ασθένειας στην κοινότητα.
- δ. Η δημιουργία ενός βασικού κοινοτικού συστήματος για ψυχικά ευάλωτα άτομα.

Στο προσωπικό που συμμετέχει στη στελέχωση του Κέντρου περιλαμβάνεται:

- α. Ψυχίατρος
- β. Παιδοψυχίατρος
- γ. Νοσηλεύτης Ψυχικής Υγείας (ΝΨΥ) της κοινότητας
- δ. Κοινωνικός Λειτουργός
- ε. Ψυχολόγος
- στ.Εργοθεραπευτής
- ζ. Κοινωνιολόγος
- η. Στατιστικολόγος

Προοπτικές του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι:

- α. Διεξαγωγή κοινωνιοψυχιατρικής μελέτης
- β. Δικτύωση των ψυχιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών
- γ. Παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών:
 - Διάγνωση
 - Φαρμακευτική αγωγή
 - Υποστηρικτική αγωγή
 - Κατ' οίκον επίσκεψη
 - Οικογενειακή – περιβαλλοντική θεραπεία
 - Κοινωνιοθεραπεία
- δ. Πρόγραμμα επανακοινωνικοποίησης – επανένταξης
- ε. Πρόγραμμα πρόληψης σ' όλες τις βαθμίδες
- στ. Πρόγραμμα εκπαίδευσης στην κοινωνική – κοινοτική ψυχιατρική
- ζ. Αξιολόγηση της εργασίας του Κέντρου.

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. έχει έδρα στην Αθήνα με παραρτήματα σε πολλά μέρη της Ελλάδας όπως στην Αττική, τον Πειραιά, την Πάτρα, τη Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο, τη Θεσσαλία.

4.4. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Όταν κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα οικοδομήθηκαν πολυάριθμα ψυχιατρικά άσυλα, μακριά από πόλεις συχνά σε ιδεώδη εξοχικά τοπία, είχαν σαν βασικό σκοπό τους μια πιο ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχασθενών. Ο θεσμός των ασύλων όμως συνετέλεσε στην περιθωριοποίηση και απομάκρυνση των ασθενών από την κοινωνία.

Με την ανατολή του εικοστού αιώνα, ραγδαίες αλλαγές εισέβαλαν στο χώρο της ψυχιατρικής. Αλλαγή στις θεραπευτικές μεθόδους, αλλά και αλλαγή στη στάση του κοινού έναντι του ψυχασθενούς. Οι ψυχικές ασθένειες και τα ψυχολογικά προβλήματα άρχισαν πια να συζητούνται ελεύθερα. Τηλεοπτικά ντοκιμαντέρ, θεατρικά και κινηματογραφικά έργα, άρθρα εφημερίδων αφιερώθηκαν στη σχιζοφρένεια, τις φοβίες, την ψυχογενή ανορεξία και την κατάθλιψη.²¹

Οι αλλαγές αυτές σήμαναν τη δημιουργία ενός νέου κλάδου της Ψυχιατρικής, την Κοινωνική Ψυχιατρική.

Κοινωνική Ψυχιατρική σημαίνει ψυχιατρική στην κοινότητα. Η κοινότητα ορίζεται ως ένα υποσύνολο του όρου κοινωνία, ως μια γεωγραφική περιφέρεια ή ακόμη και ως τρόπος ζωής.

Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική: Η πρώτη υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ιδρύθηκε στην Αγγλία, το 1954, από δύο νοσηλευτές του Warlingham Park Hospital. Αρχικά ο ρόλος τους ήταν περιορισμένος και η εργασία τους στον τομέα αυτό περιοδική, αφού κάθε νοσηλευτής έπρεπε μετά από έξι μήνες να επιστρέψει στην αρχική του εργασία, στο τμήμα. Με τη συνειδητοποίηση του ρόλου της κοινότητας στην αποκατάσταση του ψυχασθενούς, με τα συνεχώς αυξανόμενα πλεονεκτήματα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής έναντι της νοσηλευτικής φροντίδας που προσφερόταν στο νοσοκομείο και τις πρώτες επιτυχίες, ο κλάδος άρχισε να εξελίσσεται ανοδικά. Στο διάστημα 1954-1979 η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική αναπτύσσεται σταδιακά και από το 1980 και εδώ αρχίζει η συστηματική οργάνωση των υπηρεσιών της και η εκπόνηση επιστημονικών εργασιών αναφορικά με τον κλάδο.¹⁹ Σήμερα η Κοινωνική Ψυχιατρική

Νοσηλευτική εξελίσσεται με γοργούς ρυθμούς και μεταμορφώνεται σε βασικό παράγοντα πρόληψης ψυχικών ασθενειών και προαγωγής της Ψυχικής Υγείας. **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης:** Ο ρόλος που καλείται να διαδραματίσει ο Κοινωνικός Νοσηλευτής Υγείας είναι πολύ σημαντικός. Για να ανταποκριθεί όμως ο νοσηλευτής στο ρόλο του αυτό, που είναι διεθνώς αναγνωρισμένος, χρειάζεται τις ανάλογες γνώσεις και την κατάλληλη εκπαίδευση. Στην Ελλάδα, μόνο τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να εκτιμάται ο ρόλος αυτός και να διαφαίνεται η ανάγκη για μεγαλύτερη αναγνώρισή του και αναθεώρηση των εκπαιδευτικών μας προγραμμάτων με προσανατολισμό την πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας. Κανένα πρόγραμμα Ψυχικής Υγιεινής και Ψυχιατρικής στην Κοινότητα ή στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα δεν είναι δυνατόν να αποδώσει το maximum των δυνατοτήτων του, χωρίς την παρουσία του Κοινωνικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας, ως μέλους της υγειονομικής ομάδας. Ο νοσηλευτής με την συνεχή επικοινωνία του με τα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στην πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανένταξη του ατόμου στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.¹⁹

Οι προληπτικές νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι:

- Ανίχνευση περιπτώσεων ψυχικά διαταραγμένων ατόμων ή κρίσιμων στρεσογόνων καταστάσεων, επικίνδυνων να διαταράξουν τις διαπροσωπικές σχέσεις της νοσηλευόμενης μητέρας – επίτοκης – και της οικογένειάς της.
- Παρακίνηση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα για αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας ή ψυχολογικής υποστήριξης.
- Αναφορά και ερμηνεία των ψυχολογικών προβλημάτων της μητέρας και του περιβάλλοντός της στους ειδικούς (π.χ. ψυχίατρο ή άλλους).
- Ερμηνεία του ρόλου και των συστάσεων των ειδικών επιστημόνων στη μητέρα.
- Ψυχολογική υποστήριξη περιστασιακά όταν συμβαίνει μια ψυχολογική κρίση ή και γενικά κατά τη διδασκαλία της μητρικής τέχνης με τρόπο που αυξάνει την αυτοεκτίμηση της μητέρας.

- Αγωγή ψυχοσωματικής υγείας με οργανωμένες αλλά και άτυπες διδακτικές τεχνικές, ώστε να μαθαίνει ενεργητικά και όχι παθητικά η μητέρα τις αρχές ψυχικής υγείας.
- Ενεργοποίηση του περιβάλλοντος για να υποστηρίζει την ψυχική υγεία της μητέρας και του νεογέννητου παιδιού και να εξουδετερώνει τις βλαπτικές συνθήκες μελών της οικογένειας.

Επιστημονικές μελέτες τονίζουν, ότι μεταξύ των σημαντικών παραγόντων που επιδρούν στην ψυχική υγεία του ατόμου είναι αυτοί που σχετίζονται με το περιβάλλον του και ιδιαίτερα με την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ορισμένων προσώπων στον άμεσο κύκλο και του ίδιου. Αυτό έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα στην παιδική ηλικία, δηλαδή οι σχέσεις των γονέων επιδρούν άμεσα στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού. Αλλά το ίδιο ισχύει και στη ζωή των ενηλίκων. Η επαρκής ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών ενός ατόμου και ο βαθμός στον οποίο θα υποστηριχθεί σε κρίσιμες περιστάσεις stress, εξαρτάται σημαντικά από τις σχέσεις του με την οικογένειά του, τους φίλους και συναδέλφους στην εργασία. Αυτά παίζουν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ανθρώπου και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό κατά πόσο είναι ή θα γίνει ψυχικά υγιής ή ψυχικά άρρωστος.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1. ΠΡΩΙΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΙΛΑΝΔΙΑ

Στη Φιλανδία και γενικότερα στις σκανδιναβικές χώρες τα τελευταία χρόνια έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλής η μέθοδος πρώιμης οικογενειακής παρέμβασης η οποία θεωρώ ότι αξίζει να αναφερθεί. Το βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι στοχεύει στην πρόληψη της χρόνιας συνδρομής της σχιζοφρένειας. Βασική αρχή της φιλοσοφίας της μεθόδου αυτής είναι ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι πάντα ανίατη ασθένεια και ότι οι ασθενείς δεν πρέπει απ' την αρχή να θεωρούνται σαν χρόνιοι ασθενείς.

Αντίθετα η πρώιμη οικογενειακή παρέμβαση και η υιοθέτηση θεραπείας ανάλογα με τις συγκεκριμένες ανάγκες του ασθενούς μπορούν να έχουν σαν αποτέλεσμα την αποφυγή συνδρομής της νόσου.

Η ομάδα πρώιμης οικογενειακής παρέμβασης αποτελείται από έναν ψυχίατρο, έναν νοσηλευτή και κάποιες φορές από έναν ψυχολόγο, οι οποίοι, όλοι, έχουν εκπαιδευτεί πάνω στην οικογενειακή παρέμβαση. Στόχοι των προσπαθειών της ομάδας είναι να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την παρέμβαση σε ασθενή – οικογένεια όσο αφορούν την ασθένεια, να επιτρέψει την αναγνώριση των ιδιαίτερων αναγκών του ασθενή και της οικογένειας και συχνά να παίξει παράλληλα θεραπευτικό ρόλο.

Αρχικά η παρεμβατική ομάδα προσπαθεί να διακρίνει παράγοντες στη ζωή του ασθενούς και στις ενέργειες της οικογένεια που έχουν συμβάλλει στην εμφάνιση της ασθένειας και στην ιδρυματοποίηση.

Πενταετής έρευνα ασθενών που υπεβλήθησαν σε πρώιμη οικογενειακή παρέμβαση και θεραπεία και εμφάνισαν το πρώτο ψυχωτικό περιστατικό τα έτη 1983 – 1984 έδειξε ότι στο πενταετές αυτό χρονικό διάστημα 60% των ασθενών δεν παρουσίασε ψυχωτικό περιστατικό στη συνέχεια και μόνο το 11% - 18% ξανανοσηλεύθηκε σε νοσοκομείο μετά τον πρώτο χρόνο. Οι παρατηρήσεις αυτές είναι ενδεικτικές της αποτελεσματικότητας της μεθόδου σχετικά με τη μείωση της χρόνιας συνδρομής και την ανικανότητα που σταδιακά επικφέρει η σχιζοφρένεια.²²

5.2. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες γίνεται μια προσπάθεια για αποϊδρυματοποίηση των ψυχασθενών. Στα πλαίσια της ροής αυτής αναφέρουμε το σύστημα αποϊδρυματοποίησης και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ασθενών με ψυχικές ασθένειες στις ΗΠΑ γιατί αποτελεί μια καλά οργανωμένη και αξιόλογη προσπάθεια.

Σύμφωνα με την πρόσφατη τάση για μείωση της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο τα κλινικά και ψυχιατρικά συστήματα φροντίδας προσανατολίζονται σε εξίσου αποτελεσματικά εναλλακτικές λύσεις της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτές περιλαμβάνουν τη μερική νοσοκομειακή περίθαλψη, οίκους και προγράμματα ημερήσιας φροντίδας.

A) Μερική νοσοκομειακή περίθαλψη: Οι ασθενείς, συνήθως κοιμούνται στο σπίτι τους και παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα θεραπείας κατά τη διάρκεια της ημέρας σε ειδικά διαμορφωμένους νοσοκομειακούς χώρους. Ασθενείς που είναι πολύ αποδιοργανωμένοι ώστε να γυρίσουν σπίτι τους μπορούν να παραμείνουν και τις βραδινές ώρες μ' ένα ελάχιστο χρηματικό αντίτιμο. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να βρίσκονται στο χώρο του νοσοκομείου αλλά δεν θεωρούνται ως ασθενείς στην πραγματικότητα. Τα μέλη του προσωπικού είναι διαθέσιμα να αντιμετωπίσουν τις κλινικές ανάγκες των ασθενών αλλά η λειτουργία των τμημάτων αυτών είναι πιο ελεύθερη και το προσωπικό είναι λιγότερο από ότι σε μια κλειστή ψυχιατρική κλινική.

B) Οίκοι Πρόνοιας: Οι ασθενείς στους οίκους πρόνοιας ζουν οργανωμένοι σε μια κοινωνία και μοιράζονται τα έξοδα και τις ευθύνες μεταξύ τους. Παρακολουθούνται από ψυχιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς, που είναι παρόντες στους οίκους 24 ώρες τη μέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.

Γ) Προγράμματα ημερήσιας φροντίδας: Οι ασθενείς ζουν στους Οίκους Πρόνοιας ή στο σπίτι τους και παρακολουθούν οργανωμένα προγράμματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτά τα προγράμματα μπορεί να αποτελούνται από ομαδική θεραπεία, επιτηρούμενες δραστηριότητες, συμβουλευτική κατά άτομο ή εξειδικευμένη και εκμάθηση δεξιοτήτων.²³

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στις ΗΠΑ εφαρμόζεται σε ασθενείς μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή σε χρόνιους ασθενείς. Η λύση της

εξωνοσοκομειακής περίθαλψης γίνεται πιο ελκυστική όταν η ψυχωτική ασθένεια αρχίζει να έχει μεγαλύτερη επίδραση στον ασθενή και την οικογένειά του. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, τα μέλη της οικογένειας βρίσκουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να φροντίζουν τον ασθενή στο σπίτι. Οι ασθενείς επίσης που είναι χρόνιοι εξοικειώνονται με το συγκεκριμένο σύστημα υγείας και είναι περισσότερο πρόθυμοι να συμμετέχουν σε οργανωμένα, βραχυπρόθεσμα προγράμματα.

Αυτή η προσπάθεια έχει σαν σκοπό να μην αποκόβεται ο ασθενής από την κοινότητα αλλά του παρέχονται οι δυνατότητες να παραμείνει ενεργό ισότιμο μέλος της.

ΜΕΡΟΣ Β΄



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΗΒΗΦΡΕΝΕΙΑ

Για την ηβηφρενική μορφή αναφερθήκαμε και προηγουμένως χωρίς να την εξαντλήσουμε. Η ηβηφρένεια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν η πιο τραγική μορφή σχιζοφρένειας και αυτό γιατί η έναρξή της είναι πολύ πρώιμη (13-22 ετών), και διαταράσσει όλες τις λειτουργίες του ατόμου που φυσιολογικά σ' αυτή την περίοδο της ζωής του ατόμου μορφοποιούνται.

Διαταραχές παρουσιάζονται στη σκέψη, τη συμπεριφορά, στο συναίσθημα. Στην ηβηφρένεια χαρακτηριστικό είναι ότι απουσιάζουν τα συμπτώματα που απαρτίζουν τα κριτήρια του κατατονικού τύπου όπως ακινησία. Κηρώδης ευκαμψία, αρνητισμός, κατατονική διέγερση.

Οι ηβηφρενείς ή αποδιοργανωμένοι ασθενείς είναι συνήθως δραστήριοι αλλά με ένα αποδιοργανωτικό και χωρίς σκοπό τρόπο. Χαρακτηριστικό στοιχείο τους είναι η παιδαριώδης συμπεριφορά. Συγκεκριμένα στοιχεία που παρουσιάζουν είναι:

- 1. Η αποδιοργάνωση της σκέψης:** Οι διαταραχές της σκέψης είναι από τα πρώιμα συμπτώματα αυτής της μορφής και κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Επισημαίνονται ευκολότερα σε ασθενείς με πνευματική ενασχόληση (φοιτητές, μαθητές). Μειώνεται προοδευτικά η ικανότητά τους για αφομοίωση, διασπάται η προσοχή τους, δεν μπορούν να συγκεντρώσουν τη σκέψη τους, ιδιαίτερα όταν βρεθούν σε συνθήκες stress. Αυτές οι διαταραχές αποδίδονται συνήθως σε υπερκόπωση. Άλλοτε καλύπτονται, γιατί ο ασθενής επιδίδεται σε εξωσχολικές πνευματικές ενασχολήσεις (μελετά φιλοσοφία, ψυχολογία, κάνει πειράματα κ.λ.π.) Τελικά η δομή και η οργάνωση της σκέψης διαταράσσονται ουσιαστικά, ο λόγος αλλοιώνεται, τα νοήματα γίνονται ασαφή και ακατάληπτα και η επικοινωνία με το περιβάλλον χάνεται.
- 2. Οι διαταραχές του συναισθήματος:** Αρχικά κυριαρχεί η κατάθλιψη, κατά κανόνα όμως ακολουθούν η σχιζοκατάθλιψη ή η σχιζοευφορία, δηλαδή ρηχές συναισθηματικές αντιδράσεις καταθλιπτικού ή ευφορικού χαρακτήρα, επιπόλαιες και ασυντόνιστες με τη συμπεριφορά. Και πριν ο

ασθενής εκπέσει στο επίπεδο της τέλει απάθειας και αδιαφορίας, περνάει όλη την κλίμακα των διαταραχών του συναισθήματος, δηλαδή δυσαρμονία, αστάθεια, αμφιθυμία, αμβλύτητα. Προσποιείται αγάπη για πρόσωπο στο οποίο επιτίθεται, ακούει θλιβερά νέα και γελάει, αγαπάει και μισεί ταυτόχρονα το ίδιο πρόσωπο κ.λ.π.

- 3. Η αλλοιοπροσωπία:** Οι ασθενείς νοιώθουν πως άλλαξε το σώμα τους, π.χ. μεγάλωσε το κεφάλι τους, χόντρυνε η μύτη τους κ.λ.π. χαρακτηριστικό είναι «το σημείο του καθρέπτη», περνούν δηλαδή πολλές ώρες μπροστά στον καθρέπτη διερευνώντας το σώμα τους.
- 4. Η παιδαριώδης συμπεριφορά:** Οι ασθενείς λένε χοντρά και άκαιρα αστεία, χασκογελούν. Μπορούν να γελούν και να τραγουδούν δυνατά, να μορφάζουν, να ποζάρουν. Τα γέλια ακολουθούν τα δάκρυα, με γρήγορη διαδοχή χωρίς φανερή αιτία.
- 5. Η ηθική αμβλύτητα:** Ο αυνανισμός και η δημόσια πορνεία κυριαρχούν. Οι ασθενείς αυτοί φθάνουν μέχρι αιμομιξίας.
- 6. Ο αυτισμός:** Δηλώνει την απόσυρση των ασθενών από την πραγματικότητα και την αναδίπλωση στον εαυτό τους. Ζουν σε δικό τους φανταστικό κόσμο, που τον χτίζουν στα μέτρα των αναγκών τους. Γίνονται απρόσιτοι, χωρίς ενδιαφέρον για τις ιδέες των άλλων ανθρώπων, ανίκανοι να παρακολουθήσουν μια κοινή συζήτηση, σπάζουν όλα τα νήματα που τους συνδέουν με τους άλλους.

Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις, όταν υπάρχουν, είναι παροδικές και όχι μόνιμες.

Σε τελικά στάδια καταργείται κάθε συναισθηματική δόνηση και κοινωνική σχέση· οι ασθενείς παραμελούν τον εαυτό τους, δεν πλένονται, δεν ντύνονται, ουρούν και αφοδεύουν επάνω τους, και φθάνουν μέχρι κοπροφαγίας.

Διαφοροδιάγνωση πρέπει να γίνει στα αρχικά στάδια της ηβηφρενικής ψύχωσης από τις υποχονδριακές αιτίες, την κατάθλιψη – μελαγχολία και την ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, καθότι υπάρχει μεγάλη σημειολογική συγγένεια με τις προαναφερθείσες καταστάσεις.¹⁹

1.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καλείται να επιτελέσει ένα έργο πολυδιάστατο που απαιτεί τεχνική δεξιοτεχνία, ευρεία επιστημονική κατάρτιση και ισχυρό ψυχικό σθένος. Το έργο του σίγουρα είναι πολύ δύσκολο και απαιτούνται πολύπλευρες ικανότητες.

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου σε γενικές γραμμές είναι:

- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά αρρώστους και τις οικογένειές τους
- Οργάνωση, προγραμματισμός, συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας των ψυχικά αρρώστων, καθώς και υπεύθυνη αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Εφαρμογή ψυχοθεραπείας αν έχει επί πλέον εξειδίκευση γι' αυτή, νομικά κατοχυρωμένη.
- Άσκηση πρωτοβάθμιας και κοινοτικής ψυχικής υγείας, με κύριο σκοπό την πρωτογενή πρόληψη αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς και την παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.
- Προβολή υποδειγματικού προτύπου του νοσηλευτού σε αρρώστους, συναδέλφους, συνεργάτες, εκπαιδευόμενους επιστήμονες υγείας και στην ευρύτερη κοινωνία.
- Προστασία των ψυχικά αρρώστων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προβολή της αξιοπρέπειάς τους και υποστήριξη της επιστημονικής ανθρωπιστικής ολοκληρωμένης φροντίδας τους.
- Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους αρρώστους, το προσωπικό, τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και στο κοινό.
- Συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας.

- Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και διενέργεια επιθυμητών αλλαγών στις μεθόδους και δομές των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας.
- Άσκηση συμβουλευτικής – διασυνδετικής (liaison) νοσηλευτικής ψυχικής υγείας σε γενικό νοσοκομείο.
- Έρευνα και δημοσιεύσεις σε θέματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας
- Συμβολή στη βασική και μεταβατική εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής και ιατρικής, στην κλινική νοσηλευτική ψυχικής υγείας.⁴

Γενικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ψυχιατρικούς είναι πολύπλευρες και πολυάριθμες και ένας σωστά καταρτισμένος νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να επιτελέσει με επιτυχία.

Αναφέρονται λοιπόν αναλυτικότερα κάποιες απ' αυτές:

- **Φροντίδα** του αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή υπεύθυνη νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου, προγραμματισμός και εκτέλεση ή διδασκαλία και επίβλεψη της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής του φροντίδας καθώς και εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών εφαρμογών.
- **Ελάττωση** των στρεσογόνων ερεθισμάτων, όσο είναι δυνατό και ελάττωση του άγχους του αρρώστου με υποστηρικτική στάση και διαθέσιμο χρόνο κοντά στον άρρωστο, με ταυτόχρονη αναγνώριση ότι ένας σχετικός βαθμός stress και άγχους είναι απαραίτητος για την επιβίωση, τη μάθηση, την ψυχολογική ανάπτυξη και την αυτοπραγμάτωση.
- **Ανάπτυξη**, διατήρηση και διακοπή – όταν εκπληρωθεί ο σκοπός – ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον άρρωστο, την οικογένεια ή μια ομάδα, με σκοπό την καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων.
- **Ακρόαση** και διατήρηση επικοινωνίας π.χ. βοήθεια του αρρώστου να κατανοεί και να χειρίζεται τα συναισθήματα του θυμού, της κατάθλιψης, της καχυποψίας με υγιείς τρόπους

λύσης προβλημάτων και υπευθυνότητα χωρίς να καταφεύγει σε κοινωνικά απαράδεκτες ή μη συμφέρουσες συμπεριφορές.

- **Δημιουργία** αισθητηριακών συναισθημάτων χωρίς υπερφόρτιση του αρρώστου, με σκοπό την πρόληψη απόσυρσης, κοινωνικής απομόνωσης ή καταφυγής σε αυτιστική φαντασία και εξωπραγματικά βιώματα,
- **Οργάνωση** και διατήρηση ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος για ενίσχυση του αισθήματος προσωπικής αξίας και των θετικών συμπεριφορών του αρρώστου.
- **Προώθηση** της επαφής του αρρώστου με την πραγματικότητα τον βοηθά να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που καθημερινά του παρουσιάζονται.⁴
- **Καθοδήγηση** του ασθενούς με σκοπό τη βαθμιαία κοινωνικοποίησή του και βελτίωση των διαπροσωπικών και επαγγελματικών ικανοτήτων του.
- **Διδασκαλία** χειρισμών και αρχών στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένειά του.
- **Ενημέρωση** του ασθενούς σχετικά με παράγοντες που επιβαρύνουν την κατάστασή του και διδασκαλία τρόπων αποφυγής τους.
- **Υποστήριξη** για σταθερή ανεξαρτοποίηση του ασθενούς και υπόδειξη θετικών στοιχείων της προσωπικότητάς του και δυνατοτήτων του μέσω των οποίων θα είναι ικανός να ξαναβρεί την αυτοπεποίθησή του.
- **Παραχώρηση** πρωτοβουλιών και ανάθεση εργασιών που θα κάνουν τον ασθενή να συναισθανθεί τη χρησιμότητά του.
- **Συνεργασία και διδασκαλία** της οικογένειας του ασθενούς για τις αλλαγές στον τρόπο συμπεριφοράς τους και δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την επανένταξη του ασθενούς στο οικογενειακό περιβάλλον.

- **Συμμετοχή** στη θεραπευτική ομάδα με συστηματική μεταβίβαση των νοσηλευτικών κλινικών παρατηρήσεων και συγκεκριμένες προτάσεις για τη θεραπευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου.
- **Υπεράσπιση** των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων και συνηγορία υπέρ αυτών σε κάθε περίπτωση για κινητοποίησή του ενδιαφέροντος της τοπικής, εθνικής και διεθνούς πολιτικής για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική περίθαλψη. Επίσης πληροφόρηση των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.

1.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η ψυχοφαρμακοθεραπεία είναι μια δραστηριότητα υπεύθυνη στην οποία συνεργάζεται η ιατρική και η νοσηλευτική. Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του για τα ψυχοτρόπα φάρμακα.

Οφείλει να είναι ικανοποιητικά καταρτισμένος για τα είδη των ψυχοφαρμάκων, των τρόπων χορήγησής τους, τις κύριες δράσεις τους και τις πιθανές παρενέργειές τους. Έτσι θα μπορεί να τις αναγνωρίσει και να ενεργήσει άμεσα.

Νοσηλευτικές ευθύνες από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι:

- Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του αρρώστου.
- Προγραμματισμένη συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.
- Εργαστηριακές εξετάσεις, όπως γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές, θερμοκρασία.
- Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικών με : τις συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, κινητικές ανωμαλίες, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες.

Τα στοιχεία που αναφέρθηκαν μέχρι εδώ θα αποτελέσουν τη βάση για τη λήψη των αποφάσεων, την επιλογή και τον συνδυασμό των φαρμάκων αλλά και τη μετέπειτα παρακολούθηση των αποτελεσμάτων.⁴

Επίσης σε συνεννόηση με τον ψυχίατρο πρέπει να είναι σε ετοιμότητα για χορήγηση φαρμάκων σε περιπτώσεις κρίσεως.

Τώρα κατά την περίοδο της χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων οι ευθύνες του είναι:

- Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς για να αναγνωρίζει τη δράση που έχουν στον ασθενή, την εμφάνιση πιθανών παρενεργειών.
- Γνώση πιθανών αλλεργιών του ασθενή σε κάποιο είδος φαρμάκου.
- Παρατήρηση παρενεργειών από το αυτόνομο και κεντρικό νευρικό σύστημα, πιθανή τοξικότητα και συνεννόηση με τον ψυχίατρο για μείωση της δόσης ή διακοπή ενός φαρμάκου.
- Διδασκαλία του ασθενή σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές παρενέργειες να εξασφαλίσει τη συνεργασία του.
- Συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.
- Ανακούφισή του σε περιπτώσεις ξηρότητας στόματος και φάρυγγα, δυσκοιλιότητας, παρακράτησης ούρων κ.λ.π.
- Διαπίστωση αν ο ασθενής όντως παίρνει την φαρμακευτική αγωγή, έλεγχος της αποτελεσματικότητας ενός φαρμάκου. Σε αντίθετη περίπτωση ο ψυχίατρος δίνει εντολή αλλαγής του.

Η λευκοπενία και η ακοκκιοκυτταραιμία (καταστροφή των λευκών αιμοσφαιρίων) μπορεί να εμφανισθεί σε αρρώστους που παίρνουν χλωροπρομαζίνη. Εξακριβώνεται με τις τακτικές εξετάσεις αίματος, όπως ελέχθη, την προσοχή στα παράπονα του αρρώστου για αδιαθεσία και κακουχία και με τη συχνή θερμομέτρηση για τη διαπίστωση πυρετού που σημαίνει φλεγμονή. Χρειάζεται ακόμη τακτική επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα για σημεία φλεγμονής ή εμφάνισης ρινορραγίας. Τα φαινόμενα αυτά συνεκτιμούνται με την ψυχική κατάσταση του αρρώστου για να αποφασισθεί η τυχόν διακοπή του φαρμάκου.⁴

1.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το έργο του νοσηλευτή-τριας που φροντίζει το σχιζοφρενή ασθενή είναι δύσκολο και πολύπλοκο. Σωστή κατάρτιση και ευαισθησία όμως αποτελούν τα βασικότερα στοιχεία της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Γενικές αρχές της διαδικασίας και προσπάθειας του νοσηλευτή αποτελούν:

- Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου.
- Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του.
- Επιβεβαίωση της ταυτότητάς του
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός
- Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
- Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του
- Προώθηση της συμμόρφωσής του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή.
- Βοήθεια στο να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες
- Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας
- Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπο/υπερκινητικότητα)
- Ενθάρρυνση / έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς -
- Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειας
- Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει, να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα

Ο νοσηλευτής οφείλει να βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση για να έχει τη δυνατότητα άμεσης διάγνωσης των προβλημάτων και διαταραχών του σχιζοφρενούς ασθενούς, κατάλληλης επέμβασης.

Παρακάτω παρατίθεται η νοσηλευτική φροντίδα των συγκεκριμένων προβλημάτων του ασθενούς με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας	<ul style="list-style-type: none"> • Να εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με συνοχή, σκοπό και νόημα, βασισμένα στην πραγματικότητα • Να χρησιμοποιεί κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη επικοινωνίας • Να κατανοεί τα προβλήματα επικοινωνίας και των στρεσογόνων παραγόντων που τα προκαλούν 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχίζουμεν εκτίμηση του τύπου και βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας • Ανγνώριση αιτιών που προκαλούν το πρόβλημα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, άγχος • αδόρυση από το περιβάλλον.²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπομονετική ακρόαση των λεκτικών μηνυμάτων και παρατήρηση της μη λεκτικής-συμβολικής συμπεριφοράς του αρρώστου. • Δημιουργία ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος που βοηθά στην ελάττωση του άγχους • Αντιμετώπιση των αιτιολογικών παραγόντων του προβλήματος. • Ανοδοχή χρησιμοποιήσης από τον άρρωστο άλλων τρόπων επικοινωνίας εκτός από την ομιλία όπως ζαγραφική, γράψιμο, χειρονομίες, τραγούδι. • Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής αγωγής.⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής είναι πλέον ικανός να αναγνωρίσει τα προβλήματα επικοινωνίας και των παραγόντων που τα προκαλούν. • Χρησιμοποιεί κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. • Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με συνοχή, σκοπό και νόημα, βασισμένα στην πραγματικότητα. • Αρχίζει τη δοκιμή στρατηγικών για ελάττωση του άγχους του και προαγωγή της λεκτικής επικοινωνίας με συνοχή και νόημα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>2. Παραμέληση της προσωπικής εμφάνισης</p>	<p>• Η εκμάθηση σηλών συνηθειών υγιεινής και φροντίδας του από τον ίδιο.</p>	<p>• Αρχικά ο ασθενής εθθαρπνείται να βοηθείται να ασχοληθεί με την ατομική υγιεινή και την περιποιημένη εμφάνισή του. • Προγραμματίζεται η ατομική του φροντίδα σε τακτά χρονικά διαστήματα για να αποκτήσει τη συνήθεια αυτή.</p>	<p>• Εθθαρπνείται ο ασθενής να περιποιηθεί τον εαυτό του και σιγά – σιγά αφήνεται η πλήρης ευθύνη της επιμέλειάς του. • Γίνονται επαινετικά σχόλια όταν εμφανίζεται καθαρός για την εμπέδωση των υγιεινών συνθηκών. • Στο πλαίσιο της εργασιοθεραπείας παρατρύπεται ο ασθενής να φτιάξει κάτι για τον εαυτό του, π.χ. ένα κόσμημα ή ένα πολύχο. • Εφαρμόζεται βεβαίωση και ψυχοθεραπεία για την άρνηση του αιτίου που προκαλεί αυτή την παραμέληση του εαυτού του. • Τονίζονται με προσοχή και ευγένεια τα καλά στοιχεία που έχει ο εαυτός του να αποδείξει.</p>	<p>• 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 νοσηματικές ανωμαλίες που δεν ελήφθησαν υπόψη.</p>

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

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΤΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>4. Διαταραχή των διεργασιών της σκέψης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανότητα ασθενούς να αναγνωρίσει τις αλλαγές στη σκέψη του. • Ικανότητα διάκρισης των έμμοων ιδεών και της πραγματικότητας και αύξηση της ικανότητάς του να τις χειρίζεται αποτελεσματικά • Ελαττώνοντας ή διακόπτοντας την παθολογική σκέψη. • Έκφραση ενδιαφέροντος προς τον ασθενή. • Εξαγωγή συμπερασμάτων για την κατάσταση του ασθενούς για επαναπροσδιορισμό των νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων. • Διακοπή της παθολογικής σκέψης του ασθενούς και επαναπροσανατολισμό του στην πραγματικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματίζεται στενή παρακολούθηση ασθενούς • Διαμόρφωση τακτικής για τον τρόπο προσέγγισης, διδασκαλίας, επικοινωνίας, υποστήριξης του ασθενούς • Διάθεση επαρκούς χρόνου για συζήτηση αποφεύγοντας διακοπές. • Δημιουργία άνετου και ήπριου κλίματος για τη διεξαγωγή της συζήτησης – διδασκαλίας.⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχής εκτίμηση της παρουσίας/έντασης των διεργασιών της σκέψης του αρρώστου παρακολουθώντας συστάσεις προσώπου και κινήσεις. • Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης του αρρώστου. • Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση. • Προσεκτική ακρόαση του ασθενούς. • Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. • Ήρεμη παρουσία της πραγματικότητας. • Τοποθέτηση ορίων όταν προσπαθεί να αντιδράσει παραρημητικά προς τη διαταραγμένη σκέψη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής είναι οργανωμένος και πρόθυμος. • Σταδιακή υποχώρηση των έμμοων ιδεών. • Δεκτική ικανότητα έκφρασης σκέψεων με ροή και συνειρμό. • Συσχέτιση με τους άλλους. • Ευελιξία και προθυμία να έρθει σε επαφή με άλλες απόψεις και ιδέες. • Έκφραση αυτοεκτίμησης. • Μείωση του άγχους. • Ποιοτικός ύπνος • Ικανότητα διάκρισης της πραγματικότητας. • Ικανότητα επιτέλεσης πιο περίπλοκων διεργασιών σκέψης από παλιά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
	<ul style="list-style-type: none"> • Παρεμπόδιση εμφάνισης εχθρικής συμπεριφοράς και ενίσχυση της εμπιστοσύνης του ασθενούς, • Παροχή σιγουριάς, ασφάλειας, άνεσης και μείωση του άγχους για τον ασθενή. 		<ul style="list-style-type: none"> • Σε έντονο εκνευρισμό χορήγηση νευροληπτικών φαρμάκων μετά από εντολή γιατρού για πρόληψη βίαιης συμπεριφοράς, • Παροχή νέων, ενδιαφερόντων, ασχολιών για τη πρόληψη αρνητικής συμπεριφοράς προς τον εαυτό του. • Μείωση στρεσογόνων παραγόντων 	<ul style="list-style-type: none"> • Έκφραση αισθημάτων ικανοποίησης και θετικότητας.²¹

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Παραισθήσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός του προβλήματος ή αν είναι δυνατόν εξοφάνιση των συμπτωμάτων. • Ίκανότητα διάκρισης του εαυτού του σε σχέση με το περιβάλλον. • Βελτίωση στις λειτουργίες σκέψης – αντίληψης. • Ο ασθενής να επιδιώκει προσέγγιση των νοσηλευτών όταν αισθάνεται άγχος ή τον ενοχλούν οι ψευδαισθήσεις. • Έκφραση λογικών σκέψεων και προγραμματισμού με την έξοδο του από το νοσοκομείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Σχεδιασμός προγράμματος διακριτικής παρακολούθησης του ασθενούς. • Δημιουργία θετικού κλίματος και ζεστή προσέγγιση του ασθενούς προκειμένου να κερδίσει ο νοσηλευτής την εμπιστοσύνη του. • Αφιέρωση χρόνου για να τον ακούσει και να τον καταλάβει. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αξιολόγηση του προβλήματος, εντοπισμός πιθανών αιτιών. • Απομάκρυνση στρεσογόνων παραγόντων. • Διάθεση χρόνου για επικοινωνία και διδασκαλία. • Αποφυγή λογομαχιών και αντιπραθέσεων ή γελοιοποίηση του ασθενούς. • Προσανατολισμός ασθενούς στην πραγματικότητα με απλές και κατανοητές αποδείξεις χωρίς χρήση επιμονής ή πίεσης. • Ανόσπαση της προσοχής από τις ψευδαισθήσεις. • Ενημέρωση του ασθενούς στην προσοχή του να αποβάλλει το πρόβλημα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής σταδιακά παρουσιάζει μείωση ως και εξοφάνιση των συμπτωμάτων. • Εκφράζει θετική συμπεριφορά και αισθήματα αυτοικανοποίησης. • Εμπιστεύεται το προσωπικό και ζητά τη βοήθειά του. • Βελτίωση επικοινωνίας με τους άλλους. • Έκφραση λογικών σκέψεων και ενδιαφέρον για δραστηριότητα.⁴
6. Ψευδαισθήσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός του προβλήματος ή αν είναι δυνατόν εξοφάνιση των συμπτωμάτων. • Ίκανότητα διάκρισης του εαυτού του σε σχέση με το περιβάλλον. • Βελτίωση στις λειτουργίες σκέψης – αντίληψης. • Ο ασθενής να επιδιώκει προσέγγιση των νοσηλευτών όταν αισθάνεται άγχος ή τον ενοχλούν οι ψευδαισθήσεις. • Έκφραση λογικών σκέψεων και προγραμματισμού με την έξοδο του από το νοσοκομείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Σχεδιασμός προγράμματος διακριτικής παρακολούθησης του ασθενούς. • Δημιουργία θετικού κλίματος και ζεστή προσέγγιση του ασθενούς προκειμένου να κερδίσει ο νοσηλευτής την εμπιστοσύνη του. • Αφιέρωση χρόνου για να τον ακούσει και να τον καταλάβει. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αξιολόγηση του προβλήματος, εντοπισμός πιθανών αιτιών. • Απομάκρυνση στρεσογόνων παραγόντων. • Διάθεση χρόνου για επικοινωνία και διδασκαλία. • Αποφυγή λογομαχιών και αντιπραθέσεων ή γελοιοποίηση του ασθενούς. • Προσανατολισμός ασθενούς στην πραγματικότητα με απλές και κατανοητές αποδείξεις χωρίς χρήση επιμονής ή πίεσης. • Ανόσπαση της προσοχής από τις ψευδαισθήσεις. • Ενημέρωση του ασθενούς στην προσοχή του να αποβάλλει το πρόβλημα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής σταδιακά παρουσιάζει μείωση ως και εξοφάνιση των συμπτωμάτων. • Εκφράζει θετική συμπεριφορά και αισθήματα αυτοικανοποίησης. • Εμπιστεύεται το προσωπικό και ζητά τη βοήθειά του. • Βελτίωση επικοινωνίας με τους άλλους. • Έκφραση λογικών σκέψεων και ενδιαφέρον για δραστηριότητα.⁴

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>7. Αποπροσανατολισμός σχετικά με την προσωπική ταυτότητα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση και ενίσχυση της ταυτότητας του ασθενούς. • Πρόληψη σύγχυσης, ενίσχυση πραγματικότητας και καθορισμός μιας μεθόδου σταθερότητας. • Διατήρηση μιας αίσθησης προσωπικής ιδιαιτερότητας σε μια φιλική ατμόσφαιρα προς τον ασθενή. • Παροχή χειροπιαστών μέσων ταυτοποίησης. • Διόρθωση λανθασμένων αντιλήψεων του ασθενούς και δημιουργία σιγουριάς και μείωση άγχους. 	<ul style="list-style-type: none"> • Σχεδιασμός του τρόπου δράσης και επιλογή των ενεργειών που θα βοηθήσουν τον ασθενή χωρίς να του προκαλέσουν επηρέων άγχος. • Μετατροπή του χώρου του ασθενούς από τον ίδιο με τρόπο που θα τον κάνει να νοιώθει πιο άνετα. • Ευγενική και φιλική προσέγγιση του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσφώνηση του ασθενούς με το ονοματεπώνυμό του. • Παρότρυνση στους άλλους ασθενείς να τον προσφωνούν με το ονοματεπώνυμό του και να ονομαζόμαστε ονόματα γύρω του και διευκρίνιση της σχέσης τους. • Παροχώρηση άδειας στον ασθενή να κρατάει προσωπικά αντικείμενα όπως βιβλία, ρούχα, φωτογραφίες. • Δόθηκε στον ασθενή κάρτα με τα προσωπικά του στοιχεία και παροτρύνθηκε να την έχει μαζί του. • Διερευνήθηκε μαζί με τον ασθενή η εικόνα που έχει για τον εαυτό του και ενισχύθηκε η πραγματικότητα όταν ήταν απαραίτητο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει τον εαυτό του. • Απαντά κάθε φορά που τον προσφωνούν με το ονοματεπώνυμό του. • Εκφράζει δυνατότητα να μιλά για τον εαυτό του.²⁴

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>8.Αποπροσανατολισμός ασθενούς ως προς το Χρόνο και το Χώρο</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Παροχή συνεχούς, σταθερής,ήμερης ανατροφοδότησης πληροφοριών. •Να βοηθήσει ο ασθενής να παραμείνει δραστήριος, ενεργός και σε εγρήγορση με τη χρήση ακουστικών και οπτικών ερεθισμάτων. •Να προσανατολιστεί ο άρρωστος σε χρονικές ακολουθίες. •Παροχή σιγουριάς και ασφάλειας στον ασθενή. •Δημιουργία σχέσης μεταξύ χρόνου και δραστηριότητας. •Πρόληψη περαιτέρω αποπροσανατολισμού του ασθενούς •Ελάττωση του άγχους. •Εξασφάλιση υψηλών επιπέδων λειτουργίας. •Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης 	<ul style="list-style-type: none"> •Προγραμματισμός των ενεργειών και του χρόνου για παρατήρηση του ασθενούς. •Οργάνωση κατάλληλων μέσων προσανατολισμού. •Σχεδιασμός ενεργειών που θα κάνουν το χώρο πιο λειτουργικό για τον ασθενή και πιο εύκολο τον προσανατολισμό του. •Δημιουργία ευχάριστου κλίματος για προσέγγιση. 	<ul style="list-style-type: none"> •Τροφοδότηση ασθενούς με ρολόι, ημερολόγιο, εφημερίδες και περιοδικά •Διευκρίνιση ημερησίων, χρόνου και γεγονότων, •Προτροπή των άλλων ασθενών και της οικογένειας του να μιλούν για ασχολίες που σχετίζονται με το χρόνο και τον τόπο. •Εξήγηση στον ασθενή που βρίσκεται στο νοσοκομείο, την κλινική, το νοήμερο του θαλάμου. •Τοποθέτηση εικόνων σε μέρη του νοσοκομείου που χρησιμοποιεί συχνά ο ασθενής, σχετικών με τη λειτουργία τους. •Μέριμνα για βραδινό ικανοποιητικό φωτισμό. •Εξήγηση θορύβων που πιθανόν προκαλούν φόβο στον ασθενή (π.χ. ανελακυστήρας). 	<ul style="list-style-type: none"> •Είναι ικανοποιητικά προσανατολισμένος ως προς το Χώρο και το Χρόνο. •Μπορεί να μετακινηθεί στο προβάλλον του με ευελιξία. •Διαφοροποιεί τις απαιτήσεις του σε σχέση με το πέρασμα του χρόνου.²⁴

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>9.Ανικανότητα να συγκεντρωθεί στην πραγματικότητα</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι το πρόβλημα του ασθενούς είναι γνωστό και αντιμετωπίζεται. •Να αυξηθεί η επαφή του ασθενούς με την πραγματικότητα. •Να αντιμετωπιστεί ο φόβος του στην επαφή με τους άλλους, •Να διευκρινιστεί την αλήθεια και να εκφράσει ενδιαφέρον. •Να προωθήσει μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά και να μειώσει την πιθανότητα ακατάλληλης ή βίαιης συμπεριφοράς. •Εκτίμηση του άγχους, της νύστα, της εχθρότητας και του αισθήματος εγκατάλειψης. •Να βοηθήσει τον ασθενή να υποστηρίξει αποτελεσματικούς μεθόδους που μειώνουν το φόβο και αυξάνουν την αυτοεκτίμησή του •Αποκατάσταση επαφής με την πραγματικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> •Προγραμματισμός ασχολιών και ενεργειών που θα βελτίωναν την κατάσταση του ασθενούς. •Ενημέρωση των υπολοίπων ασθενών και συγγενών για τον τρόπο φρόνης τους. •Προετοιμασία προγράμματος που θα βοηθήσει τον ασθενή να ασχοληθεί με δημιουργικές ενέργειες και θα αυξήσει την επικοινωνία του με τους ασθενείς. 	<ul style="list-style-type: none"> •Εκφραση κατανόησης για το πρόβλημα του ασθενούς και φιλικής διάθεσης. •Ενίσχυση του ασθενούς να είναι δραστήσιος και να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες. •Διοχέτευση του θυμού και της ενέργειας του ασθενούς μέσα από δραστηριότητες όπως χορός, εργασιοθεραπεία. •Ανάθεση στον ασθενή απλών αρμοδιοτήτων. •Επιβράβευση των επιτυχημένων ή όχι προσπαθειών του να αναπτύξει δραστηριότητα. •Υπενθύμηση στον ασθενή διεργασιών που επαναφέρουν στην πραγματικότητα. •Ενθάρρυνση να εκφράζει τις σκέψεις του και καθοδήγηση όταν φαίνεται ότι ξεφεύγει από την πραγματικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> •Ο ασθενής παρουσιάζεται οργανωμένος και ενεργητικός. •Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες. •Ταξινόμει γεγονότα σε σωστή σειρά. •Εκφράζει αισθήματα ασφάλειας, σιγουριάς, αυτοπεποίθησης και εμπιστοσύνης στους άλλους. •Ο λόγος έχει λογική συνέχεια και εκφράζει άμεση αντίληψη των πραγματικών καταστάσεων.²⁴

ΠΙΘΑΝΗΜ Α	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
10. Διοστοραχ ή συμπεριφορά άς	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής πρέπει να αποκτήσει την ικανότητα να χρησιμοποιεί στρατηγικές αντιμετώπιση προβλημάτων, προσώπων και γεγονότων με λειτουργικό και προσαρμοστικό τρόπο, ανάλογα με την περίσταση. Να δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς του τμήματος. Να εμμηλεύει τα γεγονότα και τις συμπεριφορές των άλλων με ακρίβεια βασισμένη στην πραγματικότητα. Περιορισμός ή απουσία της υπερευαισθησίας, καχυποψίας. Επικοινωνία χωρίς υβριστικές εκφράσεις, εμπαιγμούς, απειλές ή σαματική επιθετική συμπεριφορά εναντίον των άλλων. Εκτόνωση της ενέργειας του άγχους του με σαματική άσκηση και ομαδικές δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> Εκτίμηση της κατάστασης και ανεύρωση των αιτιών της προβληματικής συμπεριφοράς. Εκτίμηση της προσωπικότητάς του και σχεδιασμός διεργασιών που θα βοηθήσουν στην προσέγγισή του. Δημιουργία θετικού κλίματος για τον ασθενή ώστε να αναγνωρίσει το ευγενές ενδιαφέρον του νοσηλευτή και να δεχτεί τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ιεράρχηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων έτσι ώστε να μην αυξηθεί το άγχος και να μην προκληθεί εχθρική συμπεριφορά στον ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς, χωρίς κριτική και απειλές, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του ασθενούς και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας. Επιβεβαίωση του ασθενούς ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σε υπερδιέγερση. Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις και δραστηριότητες π.χ. εργοθεραπεία, ψυχαγωγία. Βοήθεια του αρρώστου να επιλέξει δραστηριότητες στις οποίες επιτυγχάνει και αυξάνει έτσι την αυτοεκτίμησή του και προσεκκλεί την επιδοκιμασία των άλλων. Συνέχιση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και φροντίδας σε ώρες άγχους και καχυποψίας. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής βρίσκεται σε θέση να αναγνωρίσει την παραδοκμή κοινωνική συμπεριφορά, των μεθόδων για την αντιμετώπιση της. Διοχετεύει το άγχος του μέσα από δημιουργικές ασχολίες. Ανεύνεται στο προσωπικό όταν αισθάνεται παραγμένο και ζητά βοήθεια Δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς. Έχει αποκτήσει ευελιξία στην συμπεριφορά του, εμφανίζει αυξημένη κοινωνικότητα και γίνεται αποδεκτός από τους άλλους ασθενείς. Ανάληψη πρωτοβουλιών μέσα στο τμήμα. Εκφραση αισθημάτων συμνάθειας προς τους άλλους και αυτοεκτίμησης, αυτοικανοποίησης. Ίκανότητα συνεργασίας.
11. Δυσκοιλία σύναψης και διατήρησης σχέσεων με άλλους,	<ul style="list-style-type: none"> Να δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς του τμήματος. Να εμμηλεύει τα γεγονότα και τις συμπεριφορές των άλλων με ακρίβεια βασισμένη στην πραγματικότητα. Περιορισμός ή απουσία της υπερευαισθησίας, καχυποψίας. Επικοινωνία χωρίς υβριστικές εκφράσεις, εμπαιγμούς, απειλές ή σαματική επιθετική συμπεριφορά εναντίον των άλλων. Εκτόνωση της ενέργειας του άγχους του με σαματική άσκηση και ομαδικές δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> Εκτίμηση της κατάστασης και ανεύρωση των αιτιών της προβληματικής συμπεριφοράς. Εκτίμηση της προσωπικότητάς του και σχεδιασμός διεργασιών που θα βοηθήσουν στην προσέγγισή του. Δημιουργία θετικού κλίματος για τον ασθενή ώστε να αναγνωρίσει το ευγενές ενδιαφέρον του νοσηλευτή και να δεχτεί τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ιεράρχηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων έτσι ώστε να μην αυξηθεί το άγχος και να μην προκληθεί εχθρική συμπεριφορά στον ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς, χωρίς κριτική και απειλές, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του ασθενούς και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας. Επιβεβαίωση του ασθενούς ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σε υπερδιέγερση. Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις και δραστηριότητες π.χ. εργοθεραπεία, ψυχαγωγία. Βοήθεια του αρρώστου να επιλέξει δραστηριότητες στις οποίες επιτυγχάνει και αυξάνει έτσι την αυτοεκτίμησή του και προσεκκλεί την επιδοκιμασία των άλλων. Συνέχιση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και φροντίδας σε ώρες άγχους και καχυποψίας. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής βρίσκεται σε θέση να αναγνωρίσει την παραδοκμή κοινωνική συμπεριφορά, των μεθόδων για την αντιμετώπιση της. Διοχετεύει το άγχος του μέσα από δημιουργικές ασχολίες. Ανεύνεται στο προσωπικό όταν αισθάνεται παραγμένο και ζητά βοήθεια Δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς. Έχει αποκτήσει ευελιξία στην συμπεριφορά του, εμφανίζει αυξημένη κοινωνικότητα και γίνεται αποδεκτός από τους άλλους ασθενείς. Ανάληψη πρωτοβουλιών μέσα στο τμήμα. Εκφραση αισθημάτων συμνάθειας προς τους άλλους και αυτοεκτίμησης, αυτοικανοποίησης. Ίκανότητα συνεργασίας.

		ασθενή.		
ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
A	<p>12. Κοινωνική απομόνωση</p> <p>13. Ανόσωση η</p>	<p>• Αξιολόγηση της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης του αρρώστου και προγραμματισμός στρατηγικών διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνία και δραστηριότητες.</p> <p>• Προγραμματισμός κάθε ημέρας με καθορισμένες ώρες για σύντομες επικοινωνίες και δραστηριότητες με τον άρρωστο.</p> <p>• Εξοκρίβωση των σημαντικών για τον άρρωστο προσώπων που μπορούν να τον υποστηρίξουν (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι).</p>	<p>• Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές την ημέρα με τον άρρωστο και ενδιαφέρουσα αλλά όχι προκλητική και απαιτητική επικοινωνία μαζί του.</p> <p>• Βοήθεια προώθηση του αρρώστου σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο ανοχής και τη διανοητική και ψυχολογική λειτουργικότητά.</p> <p>• Παρότρυνση του αρρώστου να πληροφορεί τους άλλους αρρώστους με τους οποίους κατά τη γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί.</p> <p>• Έπαινος του αρρώστου όταν προσπαθεί να συναναστραφεί με άλλους και να συμμετέχει σε ομαδικές ασχολίες.</p>	<p>• Ο άρρωστος εκφράζει αισθήματα εμπιστοσύνης προς το νοσηλεύτη και αναζητά τις συμβουλές του.</p> <p>• Συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις εκφράζοντας τις απόψεις του.</p> <p>• Συναντεί σχέσεις φιλίας με κάποιους από τους ασθενείς.</p> <p>• Συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες.</p> <p>• Περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του μαζί με άλλους.</p> <p>• Είναι ικανοποιημένος από τον εαυτό του στις κοινωνικές επαφές.</p> <p>• Εκφράζει αισθήματα αυτοπεποίθησης και</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>A</p> <p>14.Ανεπαρκής οικογενειακή αντιμετώπιση η άρρώστου</p>	<p>•Το οικογενειακό του περιβάλλον πρέπει να εκφράζει πραγματική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι του άρρώστου, της άρρώστιας, της φροντίδας και θεράπευσης του.</p> <p>•Να περιγράψουν ανοιχτά τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, σχετικά με την ευθύνη τους για τον άρρωστο σε θεραπευτικό περιβάλλον δημιουργημένο γι' αυτούς.</p> <p>•Να εκδηλώνουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας, λύσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις σχέσεις μεταξύ τους και με το προσωπικό της φροντίδας ψυχικής υγείας του άρρώστου.</p> <p>•να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας του άρρώστου και της άρρώστιας.</p>	<p>•Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας της οικογένειας και πω η σθένεια έχει επηρεάσει την σχέση ασθενούς οικογένειας και των μελών μεταξύ τους.</p> <p>•Εκτίμηση της ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα του άρρώστου.</p> <p>•Εξακριβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, αρνητική κριτική, ανοχή/απόρριψη, εχθρότητα, άγνοια, ή υπερπροστασία συναισθηματική εμψλοκή.</p>	<p>•Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση της ασθένειας και τη βαρύτητα της και επιστράτευση της συνεργασία της για η βοήθεια του άρρώστου να παρμείνει στην κοινότητα.</p> <p>•Ενημέρωση της οικογένειας με ποιοις τρόπους πιθανώς, να συνέβαλλαν στην ασθένεια χωρίς τη δημιουργία τύψεων και υποδείξεως της κατάλληλης συμπεριφοράς για να βοηθήσουν τον ασθενή.</p> <p>•Συμβουλευτήκαν οι συγγενείς να μην εκφράζουν έντονα συναισθήματα.</p> <p>•Πρωτόηση της συμμετοχής της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδοοικογενειακής φροντίδας του ασθενούς στις συναντήσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας και προγράμματος θεραπείας οικογενειακής συμπεριφοράς.</p> <p>•Πληροφόρηση για τις δομές υπηρεσιών στην κοινότητα.</p>	<p>αυτοεκτίμησης.</p> <p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p> <p>•Βελτιώνεται η σχέση ασθενούς και μελών της οικογένειας,</p> <p>•Τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν ειλικρινή συναισθήματα ενδιαφέρον για τον ασθενή.</p> <p>•Εμφανίζουν βελτιωμένες μεθόδους προσέγγισης του ασθενούς.</p> <p>•Ο ασθενής εμφανίζεται περισσότερο ικανοποιημένος και χαρούμενος μετά από κάθε επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον, δέχεται το ειλικρινές ενδιαφέρον.</p> <p>•Η ποιότητα φροντίδας του άρρώστου από την οικογένεια βελτιώνεται.</p> <p>•Αναπτύσσονται συναισθήματα αλληλοκατανόησης.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>15. Διαταραχές του συναισθήματος</p> <p>16. Αμβλύ, απρόσφορο συναίσθημα</p>	<p>• Να μπορεί ο ασθενής να εκφράζει συναισθηματικά ανάλογα με τις καταστάσεις.</p> <p>• Αφήνιση των συναισθημάτων του ασθενή.</p> <p>• Δημιουργία ερεθισμάτων που θα διεγείρουν τον ψυχικό κόσμο του ασθενή.</p>	<p>• Εξέταση συμπεριφοράς και της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενή.</p> <p>• Διακριτική και προσεκτική προσέγγιση του ασθενούς για αποφυγή βιαιών αντιδράσεων και ψυχολογικής πίεσης.</p> <p>• Προσεκτικός σχεδιασμός των μεθόδων επικοινωνίας και προσέγγισης.</p>	<p>• Ο ασθενής προσεγγίστηκε με κατανόηση και καλοσύνη.</p> <p>• Συστηματική σφίερωση χρόνου και ένδειξη ενδιαφέροντος.</p> <p>• παρότρυνση του ασθενή να ασχοληθεί με εργασιοθεραπείες και να συμμετέχει στις ομαδικές συζητήσεις.</p> <p>• Επιβράβευση των προσπαθειών του και διακριτική υπόδειξη ενδεδειγμένων συμπεριφορών με σαφείς αιτιολογήσεις.</p> <p>• Παρότρυνση του ασθενή να προσφέρει τη βοήθειά του στους άλλους.</p>	<p>• Ο ασθενής εξακολουθεί κάποιες φορές να παρουσιάζει συναισθηματικά ακατάλληλα με τις συζητήσεις αλλά παρατηρείται μεγαλύτερο ενδιαφέρον για το περιβάλλον του.</p> <p>• Εκφράζει χαρά όταν επιβραβεύεται.</p> <p>• Παρουσιάζει πραγματικό ενδιαφέρον για τους άλλους ασθενείς και είναι πρόθυμος να προσφέρει τη βοήθειά του.</p> <p>• Ασχολείται με δημιουργικές εργασίες και εκφράζει αισθήματα ικανοποίησης.</p> <p>• Αρχίζει να μιλά για το πώς νοιώθει και επιδιώκει τη συντροφιά των άλλων ασθενών.</p>

1.5. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	Χ.Ε.
ΦΥΛΟ:	Θηλυκό
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	Περιστασιακές απασχολήσεις
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:	Απόφοιτος Λυκείου
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	Άγαμη
ΗΛΙΚΙΑ:	31 ετών
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	9-4-92, 9-11-98

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΙΟΥ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σχιζοφρένεια (Ηβηφρενική μορφή)

Η νόσος εμφανίζεται στην ασθενή το Μάρτιο του 1992. Δεκαπέντε ημέρες πριν την εισαγωγή της στην ψυχιατρική κλινική παρουσίασε έξαρση συναισθήματος, αναίτιους γέλωτες, άρση αναστολών, λογόροια, επαναλάμβανε την ίδια φράση, ήταν διαχυτική με άτομα που γνώριζε ελάχιστα. Από τις πληροφορίες που έδωσε η μητέρα της τον Αύγουστο του 1989 είχε προηγηθεί ένα επεισόδιο με απόσυρση από οικείους και φίλους, μελαγχολικό συναίσθημα, σωματική αδυναμία. Έκλεγε, έλεγε «κοίταξε πως έγινα σα γριά να μη μπορώ να κάνω τίποτα». Απευθύνθηκαν σε ιδιώτη ψυχίατρο και ακολούθησε φαρμακευτική αγωγή με Aloperidin, που το μείωνε σταδιακά επειδή παρουσίαζε βελτίωση. Εδώ και 6 μήνες δεν έπαιρνε αγωγή. Ο πατέρας ήταν ευερέθιστο άτομο και συχνά δημιουργούνταν καυγάδες στην οικογένεια. Αποχωρίστηκε από τον πατέρα της σε ηλικία 15 ετών, όταν οι γονείς της χώρισαν και ο πατέρας της ξαναπαντρεύτηκε.

Οι σχέσεις με την αδελφή και τον αδελφό της δεν είναι αρμονικές γιατί δεν μπορούν να ανεχτούν τις ιδιοτροπίες της. Στο Λύκειο διάβαζε πολύ, η απόδοσή της ήταν μέτρια, η ίδια λέει ότι είχε δυσκολία στην απομνημόνευση.

Αιτία εισόδου: Έντονη ψυχοκινητική ανησυχία, συνδεόμενη από ύβρεις – φωνές – ευφορικό συναίσθημα άρση αναστολών, αναίτιοι γέλωτες.

Περιγραφή από την ασθενή: «Είμαι νευρική νοιώθω εξασθενημένη, το αίμα φεύγει από μέσα μου. Αγαπώ όλο τον κόσμο».

Έξοδος από την κλινική: Η ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από νοσηλεία ενός μήνα. Συναισθημα πρόσφορο. Δεν παρουσιάζονται ενεργά ψυχωτικά επεισόδια. Η ασθενής δεν είναι επικίνδυνη για τον εαυτό της και τους άλλους. Τηρείται φαρμακευτική αγωγή με Aloperidin, Akineton. Βρίσκεται σε ιατρική παρακολούθηση.

Η ασθενής εισάγεται για δεύτερη φορά στην κλινική στις 9/11/98.

Αιτία εισαγωγής: Απόπειρα αυτοκτονίας, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, ιδέες δίωξης, φόβος, αγωνία. Η ίδια αναφέρει «...θέλουν να με σκοτώσουν....Θα έρθουν να με σκοτώσουν με μαχαίρι...πήρα τις ασπιρίνες για να γλιτώσω από αυτούς που ήθελαν να με σκοτώσουν.» Νοσηλεύεται στην κλινική για ένα μήνα. Παρατηρείται παραμέληση της εξωτερικής της εμφάνισης, αναφέρει ακουστικές ψευδαισθήσεις διωκτικού περιεχομένου.

Έξοδος: Συνεχίζει να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις. Η κατάστασή της είναι καλύτερη, Παρουσιάζεται ήρεμη, ο φόβος και η αγωνία έχουν αποχωρήσει. Δεν αναφέρεται αυτοκτονική τάση όμως καμιά πιθανότητα δεν αποκλείεται λόγω παλιότερης σοβαρής απόπειρας. Ο πατέρας είναι ενημερωμένος και διατίθεται να την έχει σε 24ωρη, στενή παρακολούθηση. Συνεχίζει φαρμακευτική αγωγή με Aloperidin και Zyprexa.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Η σχιζοφρένεια είναι μία ψυχική νόσος με σοβαρές επιπτώσεις στον ασθενή αλλά και το περιβάλλον του. Δυστυχώς ακόμα μια αποτελεσματική θεραπεία δεν έχει ακόμα βρεθεί με αποτέλεσμα τη χρόνια συνδρομή της. Μεγάλη πρόοδος όμως έχει γίνει στον περιορισμός των πιο σοβαρών συμπτωμάτων της ακριβούς αιτιολογίας της. Προσανατολίζονται κυρίως σε έναν συνδυασμό περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων. Η μέχρι τώρα πρόοδος έχει σαν αποτέλεσμα την εξασφάλιση μιας ποιότητας ζωής και δράσης των ασθενών που άλλοτε θα το θεωρούσαν άπιαστο όνειρο. Ο ψυχιατρικός και νοσηλευτικός κόσμος προσανατολίζεται σε ψυχοσωματική φροντίδα του ασθενούς.
- Η σχιζοφρένεια έχει πάψει να θεωρείται ανίατη ασθένεια με τη στενή έννοια της λέξεως κι αυτό γιατί έχουν αναπτυχθεί αποτελεσματικές μέθοδοι υποστήριξης και αντιμετώπισης των βασικών προβλημάτων των ψυχασθενών.
- Η ηβηφρένεια είναι ίσως η πιο τραγική μορφή σχιζοφρένειας και αυτό κυρίως εξαιτίας της πρώιμης έναρξής της.
- Η Νοσηλευτική επιστήμη είναι ευαισθητοποιημένη σχετικά με τη σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας στην πορεία του ασθενούς. Η αλήθεια όμως είναι ότι στην Ελλάδα μόνο τα τελευταία χρόνια οι φορείς Υγείας και οργανωτές του υγειονομικού συστήματος έχουν συνειδητοποιήσει πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Είναι κοινή συνείδηση πλέον ότι για να αντεπεξέλθει ο νοσηλευτής στον δύσκολο ρόλο του είναι απαραίτητο να είναι άριστα καταρτισμένος πάνω στο αντικείμενό του και είναι γενική απαίτηση οργάνωσης κατάλληλων εκπαιδευτικών, διδακτικών προγραμμάτων και παροχή αρτιότερης κατάρτισης. Κάτι τέτοιο θα οδηγήσει και στην αναβάθμιση του ρόλου του και ανάληψη περισσότερων και

υπευθυνότερων αρμοδιοτήτων σε ψυχιατρικές κλινικές, κοινοτικές υποδομές και Κ.Ψ.Υ.

- Σημαντική αλλαγή έχει επιτελεστεί στον τρόπο που η κοινωνία αντιμετωπίζει τους ψυχασθενείς. Προκαταλήψεις όμως εξακολουθούν να υπάρχουν και όπως οι κάθε είδους προκαταλήψεις, πηγάζουν από την άγνοια και την έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τη φύση της σχιζοφρένειας και γενικά των ψυχικών ασθενειών. Είναι λοιπόν απαραίτητο να δημιουργηθούν ενημερωτικά προγράμματα έτσι ώστε να καταπολεμηθούν οι εσφαλμένες ιδέες και φόβοι σε σχέση με τους ψυχασθενείς προκειμένου να επιτύχουμε μια πιο ανθρωπιστική αντιμετώπισή τους. Η κοινωνία έχει τις δυνάμεις να αποδεχτεί τους ανθρώπους αυτούς σαν ισότιμα μέλη της εφόσον πρώτα καλλιεργηθεί και αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις. Βασική ευθύνη έχουν οι πολιτικοί και κοινωνικοί φορείς να ασκήσουν ενημερωτικό και μορφωτικό έργο βοηθώντας έτσι στην κοινωνικοποίηση της ομάδας αυτής των ανθρώπων που έχουν αδικηθεί τόσο πού στο παρελθόν.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ – ΝΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ

Η ψυχιατρική είναι κλάδος της ιατρικής που αντιμετωπίζει διαταραχές της σκέψης και τη σχέση τους με νομικές αρχές. Σε διάφορα στάδια στην ιστορική ανάπτυξη η ψυχιατρική και ο νόμος έχουν συγκληθεί. Σήμερα, οι δύο τομείς συχνά τέμνονται όταν αντιμετωπίζουν την κοινωνική παρέκκλιση που, παραβιάζοντας τους κανόνες της κοινωνίας δευτερευόντως σε μερικές υποτιθέμενες ή προτιθέμενες ψυχικές διαταραχές, επηρεάζει δυσμενώς τη λειτουργία της κοινότητας. Παραδοσιακά, οι προσπάθειες του ψυχιάτρου κατευθύνονται στη διευκρίνιση των αιτιών και μέσω πρόληψης και θεραπείας στη μείωση των αυτό – καταστροφικών στοιχείων της βλαβερής συμπεριφοράς. Ο νομικός ως ο αντιπρόσωπος της κοινωνίας, ενδιαφέρεται για το γεγονός ότι η κοινωνική παρέκκλιση είναι μία δυναμική απειλή για την ασφάλεια και προστασία των ανθρώπων.

Προκειμένου για την προστασία προσωπικών δεδομένων του ασθενούς έχουν θεσπιστεί η ιατρική ασυλία και εμπιστευτικότητα.

Ο ψυχίατρος έχει τι δικαίωμα να διατηρεί μυστικότητα ή εμπιστευτικότητα εν όψει μιας νομικής κλίσης. Λέγοντας εμπιστευτικότητα εννοείται το δικαίωμα και υποχρέωση του γιατρού να διατηρούνται μυστικές όλες οι πληροφορίες που δίνονται από έναν ασθενή. Σύμφωνα με την αμερικάνικη ψυχιατρική ένωση η εμπιστευτικότητα, με προσεκτική διάκριση, μπορεί να διασπαστεί με τους ακόλουθους τρόπους: (1) ένα ασθενής πιθανώς θα διαπράξει δολοφονία και η πράξη μπορεί να σταματήσει μόνο με την ειδοποίηση του ψυχιάτρου στην αστυνομία (2) Ένας ασθενής, όπως ένας οδηγός λεωφορείου ή ένας πιλότος αεροπορικής γραμμής που έχει δυνητικά, απειλητικές για τη ζωή ευθύνες, δείχνει σημαντική εξασθένηση της λογικής.

Ακούσια νοσηλεία: Η Ακούσια νοσηλεία περιλαμβάνει το ερώτημα αν οι ασθενείς είναι επικίνδυνοι για τον εαυτό τους, όπως οι αυτοκτονικοί ασθενείς, ή επικίνδυνοι για τους άλλους, όπως οι ανθρωποκτονικοί ασθενείς. Επειδή αυτά τα άτομα δεν αναγνωρίζουν την ανάγκη τους για νοσοκομειακή φροντίδα, η αίτηση για εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο μπορεί να γίνει από ένα

συγγενή ή ένα φίλο. Άπαξ και γίνει η αίτηση, οι ασθενείς πρέπει να εξετασθούν από δύο γιατρούς και αν αυτοί εγκρίνουν την ανάγκη για νοσηλεία, οι ασθενείς εισάγονται. Η Ακούσια Νοσηλεία περιλαμβάνει μια εγκατεστημένη διαδικασία για γραπτή ειδοποίηση του πλησιέστερου συγγενή. Επίσης, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα προσφυγής στο νομικό συμβούλιο οποιαδήποτε στιγμή, το οποίο μπορεί να φέρει την περίπτωση μπροστά σε ένα δικαστή. Αν ο δικαστής δεν νομίζει ότι η νοσηλεία ενδείκνυται, η απελευθέρωση του ασθενούς μπορεί να διαταχθεί.

Δικαίωμα στη θεραπεία: Ανάμεσα στα δικαιώματα των ασθενών, το δικαίωμα για τη συνήθη ποιότητα της φροντίδας είναι θεμελιώδες. Συγχρόνως ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί θεραπεία ή παραμονή σε ένα ίδρυμα εφόσον μπορεί να επιβιώσει έξω από αυτό και η κατάσταση της ψυχικής του υγείας δε θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου ή άλλων. Άλλα δικαιώματα των ασθενών είναι: το δικαίωμα της μυστικότητας και αξιοπρέπειας το δικαίωμα για το λιγότερο δυνατό περιοριστικό περιβάλλον. Το απεριόριστο δικαίωμα να τους επισκέπτονται πληρεξούσιοι, κληρικοί και ιδιώτες γιατροί και το δικαίωμά του να μην υπόκειται σε λοβοτομές, ηλεκτροσπασμοθεραπείες ή άλλες διαδικασίες χωρίς την πλήρη ενημερωμένη συγκατάθεσή τους. Οι ασθενείς επίσης πρέπει γενικά να έχουν ελευθερία και ανοιχτή επικοινωνία με τον έξω κόσμο μέσω τηλεφώνου ή ταχυδρομείου.

Και βέβαια, τα πολιτικά δικαιώματα των διανοητικά ασθενών ανεξάρτητα από τα δικαιώματά τους σαν ασθενείς, έχουν καθιερωθεί και επικυρωθεί.

Τέλος, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ξεκινήσει διαδικασίες ενάντια σε κάθε θεράπων πρόσωπο που πιστεύει ότι έχει καταπατήσει τα δικαιώματά του ή του έχει προξενήσει οποιουδήποτε είδους βλάβης.⁶

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χαρτοκόλλης Πέτρος. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο. Αθήνα 1992.
2. Μάνος Νίκος. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1988.
3. Ξηροτύρης Ηλίας. Ιστορία της Ψυχολογίας Τόμος Β' Κένταυρος. Αθήνα 1979.
4. Ραγιά Αφροδίτη. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Αθήνα 1993.
5. Ramson T. And M. Peorlmutter. D. Social, Cultural and Historical Aspects of Mental Health in Comprehensive Psychiatric Nursing. New York. 1982
6. Harold I. Kaplan M.D, Henjam in J. Sadock, M.D Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. Eighth Edition. 1998.
7. Παπαγεωργίου Ψυχιατρική, Πασχαλίδης 1991.
8. Mark F.Lenzenwegen. Irving I. Gohesman . Encyclopedia of human behavior. Volume Four. Academic Press. 1994.
9. Ν. Κ. Ρασιδάκης. Στοιχεία Ψυχιατρικής Ε' Έκδοση. Εκδόσεις Μωραΐτου – Σιδερίδη. Αθήνα 1979.
10. Ζιλ Ντεζελ. Φέλιξ Γκουαττάρι. Καπιταλισμός και Σχιζοφρένεια. Ο Αντι – Οιδίπους. Εκδόσεις Ράππα 1981.
11. Anthony Kales. Costas N Stefanis. John Talbott. Recent Advances in Schizophrenia. Springer – Verlag Press.
12. Peter Mc Guffin. Robin Murray. The mental health foundation. The new genetics of mental illness. Buherworth – Heinemann.
13. Μπέητσον Τζάκσον, Λαινγκ, Λίντζ, Γουίν, κ.α. Σχιζοφρένεια και οικογένεια. Γράμματα 1978.
14. Ian R. H. Fallon, Jeffrey L. Boyd and Christine W .Mc Gill. Family care of Schizophrenia. The Guilford Press. New York, London. 1994.
15. Μαριλυν Πιζαντέ. Οι ανατροπές του Καρτεσιανού Μοντέλου. Νέες μορφές Ψυχοθεραπείας. Ελευθεροτυπία 2000.

16. Τσελικά Ηλέκτρα. Το θέατρο γιατρεύει. Νέες μορφές ψυχοθεραπείας. Ελευθεροτυπία 2000.
17. Gerlacd Jes. Avoiding Extrapramidal Side Effects Current Approaches to Psychoses. Vol. 5. USA April 1996.
18. Casey Daniel MD Clinical Assessment of Antipsychotic Drug Side Effects. Current Approaches to Psychoses. Vol. 5. USA October 1996.
19. Γιαννακοπούλου Αθηνά. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις « Η Ταβιθά» Αθήνα 1996.
20. Addington Donald. Minimizing Drug Interactions When Treating Depression in Schizophrenia. Current Approaches to Psychoses. Vol.5. USA. April 1996.
21. Social Services Select Committee. Community Care. Vol.1 HMSO. London. 1985
22. Alanen Yrjo. Early Family Intervention. Current Approaches to Psychoses. Vol. 5. USA. April. 1996.
23. Bardessarini Ross MD. First Episode Psychosis: Effect of Duration of Hospitalization on Outcome. Current Approaches to Psychoses. Vol. 5. USA. October. 1996.
24. Perko E. Joanne. Kreigh Helen. Psychiatric and Mental Health Nursing. A commitment to care and concern. Appleton and Lange. California. USA. 1998.

