

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ:**

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ – ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΜΟΡΦΗ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. Μπατσολάκη Μαρία.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :
Εμμανουήλ Γεωργία**

ΠΑΤΡΑ 2001

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	3
Εισαγωγή.	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	
1. Ψυχική Υγεία – Ψυχική Νόσος.	6
2. Ορισμός.	7
3. Ιστορική αναδρομή στη σχιζοφρένεια.	8
4. Ταξινόμηση.	11
5. Επιδημιολογία.	13
6. Αιτιολογία.	16
7. Διάγνωση.	20
8. Διαφορική Διάγνωση.	21
9. Κλινική Εικόνα και Πορεία.	22
10. Πρόγνωση.	23
11. Γάμος και Τεκνοποιία.	25
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	
1. Ορισμός.	28
2. Κλινική εικόνα και πορεία.	28
3. Διαφορική Διάγνωση.	32
4. Επιδημιολογία.	34
ΟΞΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.	
1. Ορισμός.	36
2. Κλινική Εικόνα.	36
3. Πρόγνωση.	37
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
1. Βιολογικές Θεραπείες.	39
2. Ψυχοθεραπεία..	45
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	
1. Πρόληψη.	50
2. Κοινοτική Ψυχιατρική.	51
3. Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Πρόληψης.	56

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.	
1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή ψυχικής υγείας.	60
2. Νοσηλευτική Αντιμετώπιση προβλημάτων του ψυχικά ασθενούς.	64
3. Νοσηλευτική παρέμβαση σε οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.	73
4. Νοσηλευτική παρέμβαση στις χρόνιες καταστάσεις.	75
5. Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση φαρμάκων.	81
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.	94
ΚΡΙΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.	120
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	124

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το φαινόμενο της ψυχικής ασθένειας έχει μια αδιαμφισβήτητη παγκοσμιότητα και διαχρονικότητα. Μετά από πλήθος επιστημονικών και φιλοσοφικών συζητήσεων , δημιουργία νέων φαρμάκων, νομοθετικές αλλαγές , μεταρρυθμίσεις και νέες δομές καθώς και εφαρμογές ετερόκλητων ψυχοθεραπειών , ο κόσμος της « τρέλας » και μάλιστα της « σχιζοφρένειας », εξακολουθεί να συγκλονίζει, να σαγηνεύει αλλά και να αποτροπιάζει.

Αιτία για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος στάθηκε η κοινωνική απόσταση , η απόρριψη και ο στιγματισμός που σαν « σκοτεινό πέπλο » περιβάλλει το ψυχιατρείο και που βιώνει καθημερινά ο ψυχικός άρρωστος.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επόπτρια καθηγήτριά μου Δρ. Μπατσολάκη Μαρία, τον κ.Τουρνή Σταμάτη , ψυχίατρο στο ψυχιατρικό νοσοκομείο του Δαφνίου, την κ.Χρονοπούλου, προϊστάμενη της ψυχιατρικής κλινικής του Νοσοκομείου Ρίου για την πολύτιμη βοήθειά τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας της ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός σήμερα , αφού οι ψυχώσεις και συγκεκριμένα η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται ως απόρροια του σύγχρονου ρυθμού ζωής. Στην εργασία αυτή δίνεται μια γενική εικόνα του θέματος και αναπτύσσεται ειδικότερα η μορφή της παρανοειδούς σχιζοφρένειας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να συμβάλλει έστω και λίγο στην αλλαγή του στερεότυπου της « τρέλας », να μπορέσει να σπάσει κάπως το φράγμα, που χωρίζει τον ψυχικά άρρωστο από εμάς τους « άλλους », τους « φυσιολογικούς » και να μας βοηθήσει να απαντήσουμε στο ερώτημα « αν η ζωή είναι προνόμιο ή δικαίωμα; »

Εάν πετύχει έστω ένα μικρό βαθμό ευαισθητοποίησης απέναντι στη ψυχική διαταραχή , τότε θα έχει εκπληρώσει τον σκοπό της.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται μια μικρή ιστορική αναδρομή στη σχιζοφρένεια και προσπάθεια διερεύνησης των μορφών της , των αιτιολογικών παραγόντων, της συμπτωματολογίας και των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της. Ακολουθεί εκτενής αναφορά στην μορφή της παρανοειδούς σχιζοφρένειας καθώς και στη θεραπεία των συμπτωμάτων της. Επίσης γίνεται αναφορά στην κοινωνική ψυχιατρική, την πρόληψη των ψυχικών ασθενειών και την προσφορά της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής.

Το δεύτερο μέρος είναι αφιερωμένο στο πολύτιμο έργο του ψυχιατρικού νοσηλευτή, ο οποίος καλείται να παίζει καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή και αυτό προϋποθέτει ανάλογο συνδυασμό εμπειρίας και γνώσης.



Εικ.1 Η εξόρυξη της πέτρας της τρέλας , του « Γέροντα », του Μπρύγκελ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ – ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.

Α. Ψυχική Υγεία.

Η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατο φαινόμενο αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σαν « Ψυχική Υγεία », θεωρείται η « κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας , όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματα του ».

Άρα η ψυχική υγεία είναι μια ποιότητα ζωής όπου μέσα σε αυτήν το ώριμο ψυχικά υγιές άτομο , κατέχει μια ρεαλιστική εικόνα του εαυτού του, των ισχυρών σημείων και των αδυναμιών του. Επίσης διαθέτει μια ρεαλιστική αντίληψη της πραγματικότητας και μια υπεροχή στο περιβάλλον του, έχοντας την ικανότητα να εργάζεται, να σχετίζεται με άλλους, να αγαπά, να προσαρμόζεται στις τρέχουσες περιστάσεις και να λύνει τα προβλήματα της ζωής του, όπως και να απολαμβάνει ψυχική ικανοποίηση.

Ψυχική νόσος.

Η ψυχική αρρώστια είναι σύνθετο πρόβλημα όπου κατά την παθολογική ή ιατρική θεώρηση, είναι η ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές και συγκρούσεις στην αντίληψη, την αντιμετώπιση κι επίλυση προβλημάτων της ζωής καθώς και στον τρόπο εκπλήρωσης των ατομικών βιοψυχοκοινωνικών αναγκών.

Παρά τις διάφορες ερμηνείες που κατά καιρούς έχουν δοθεί για την φύση της ψυχικής αρρώστιας, είναι γενικά αποδεκτό ότι η ψυχική αρρώστια είναι διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών και παρέκκλιση της συμπεριφοράς από τα φυσιολογικά κοινωνικά σταθμά.

Κατά την ψυχική νόσο δεν πάσχει ένα μέλος , αλλά ασθενεί όλη η προσωπικότητα. Συνεπώς ο ψυχικά άρρωστος δεν πρέπει να προσεγγίζεται και να νοσηλεύεται απλά ως πάσχον από ορισμένη ασθένεια, αλλά ως ανθρώπινη οντότητα που έχει ανάγκη κατανόησης και βοήθειας στο σύνολό της¹.

Εισαγωγή στη Σχιζοφρένεια.

1. Ορισμός

«Η μεγάλη αυτή κατηγορία περιλαμβάνει μια ομάδα από ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζονται από διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Οι διαταραχές της σκέψης εκφράζονται με μεταβολές στο σχηματισμό εννοιών που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και μερικές φορές σε παραγωγή παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων που πολύ συχνά φαίνεται να ασκούν ένα ψυχολογικά αυτοπροστατευτικό ρόλο. Οι δε μεταβολές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές μειωμένες και απρόσφορες συναισθηματικές απαντήσεις και απώλεια της ψυχοσυναλλακτικότητας.

Την συμπεριφορά την χαρακτηρίζει πολλές φορές η απόσυρση, η επαναγωγή (σε παιδικά πρότυπα) και η παραδοξότητα. Οι σχιζοφρένιες στις οποίες η παρούσα ψυχική κατάσταση (συμπτωματολογία) αποδίδεται κατά κύριο λόγο σε διαταραχές της σκέψης διαχωρίζονται από τις μείζονες συναισθηματικές παθήσεις στις οποίες κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος.

Οι παρανοειδείς καταστάσεις διακρίνονται από τη σχιζοφρένεια από το γεγονός ότι χαρακτηρίζονται από την περιορισμένη αλλοίωση της πραγματικότητας και από την απουσία άλλων ψυχωσικών συμπτωμάτων»

Αυτός είναι ο ορισμός που τελικά επέλεξε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στην τελευταία αναθεώρηση του πίνακα των Ψυχικών Νόσων τον 1968¹.

2. Ιστορική αναδρομή στη Σχιζοφρένεια.

Η ψυχιατρική της εποχής μας διαμορφώθηκε στις βασικές της γραμμές κατά την διάρκεια του 19^{ου} αιώνα. Όλα όμως τα υπάρχοντα στοιχεία μας πείθουν πως η ψυχοπαθολογική εικόνα που ανταποκρίνεται στον σημερινό όρο *Σχιζοφρένεια* υπήρχε ανέκαθεν. Περιγραφές σχιζοφρενικών τρόπων συμπεριφοράς βρίσκουμε ήδη στην αρχαιότητα από τον Αρεταίο της Καππαδοκίας.²

Στον μεσαίωνα κυριάρχησε η αντίληψη της δαιμονοκατοχής ή της Θεϊκής τιμωρίας που ταυτίζεται σχεδόν με την ψυχοπάθεια (εικ. 1), μέχρι τον 18^ο αιώνα, εποχή τον διαφωτισμού, όπου αρχίζουν να εξαλείφονται οι προκαταλήψεις για την υπερφυσική προέλευση των ψυχικών νοσημάτων και ξεκινά να διαμορφώνεται η ιατρική αντίληψη της « παραφροσύνης».

Οι περισσότερες γνώσεις μας σχετικά με την σχιζοφρένεια προέρχονται από πηγές της Ευρωπαϊκής ιατρικής τον 19^ο αιώνα. Το 1801 ο Γάλλος ιατρός Pinel χρησιμοποιεί τον όρο « demence » τρέλα.

Το 1845 ο Γερμανός ψυχίατρος Griesinger υποψιάζεται ότι οι περισσότερες πνευματικές διαταραχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς προέρχονται από ασθένεια του εγκεφάλου « disease of the brain ». Πράγματι ο Βέλγος ψυχίατρος Morel και ο Γάλλος ιατρός Falret συμφωνούν στην ύπαρξη μιας ξεχωριστής ασθένειας που αποκαλούν « demence precoce » (πρώιμη άνοια) της οποίας τα συμπτώματα οδηγούν τελικά στην απώλεια της νοητικής ικανότητας.

Στη συνέχεια, ο Sandler το 1868 περιγράφει περιπτώσεις παρανοειδών ψυχώσεων και ο Kahlbaum το 1874 αναφέρει μια περίπτωση κατατονίας, ενώ τρία χρόνια πιο πριν ο συνεργάτης τον Hecker περιγράφει την παρανοϊκή σχιζοφρένεια μ' όλες τις κλινικές λεπτομέρειές της.

Το 1896 ο Γερμανός ψυχίατρος Kraepelin, χρησιμοποιώντας τον λατινικό όρο « dementia praecox » ξεχωρίζει δύο βασικές κατηγορίες ψυχώσεων. Την μανιοκατάθλιψη και την πρώιμη άνοια. Στον όρο « dementia praecox » αποδίδει μια ενιαία νόσο με ποικίλες κλινικές μορφές και με κοινά χαρακτηριστικά την ενδογενή προέλευση, την προσβολή νέων και προηγουμένως υγιών ατόμων και την εξελικτική πορεία τους στην άνοια..

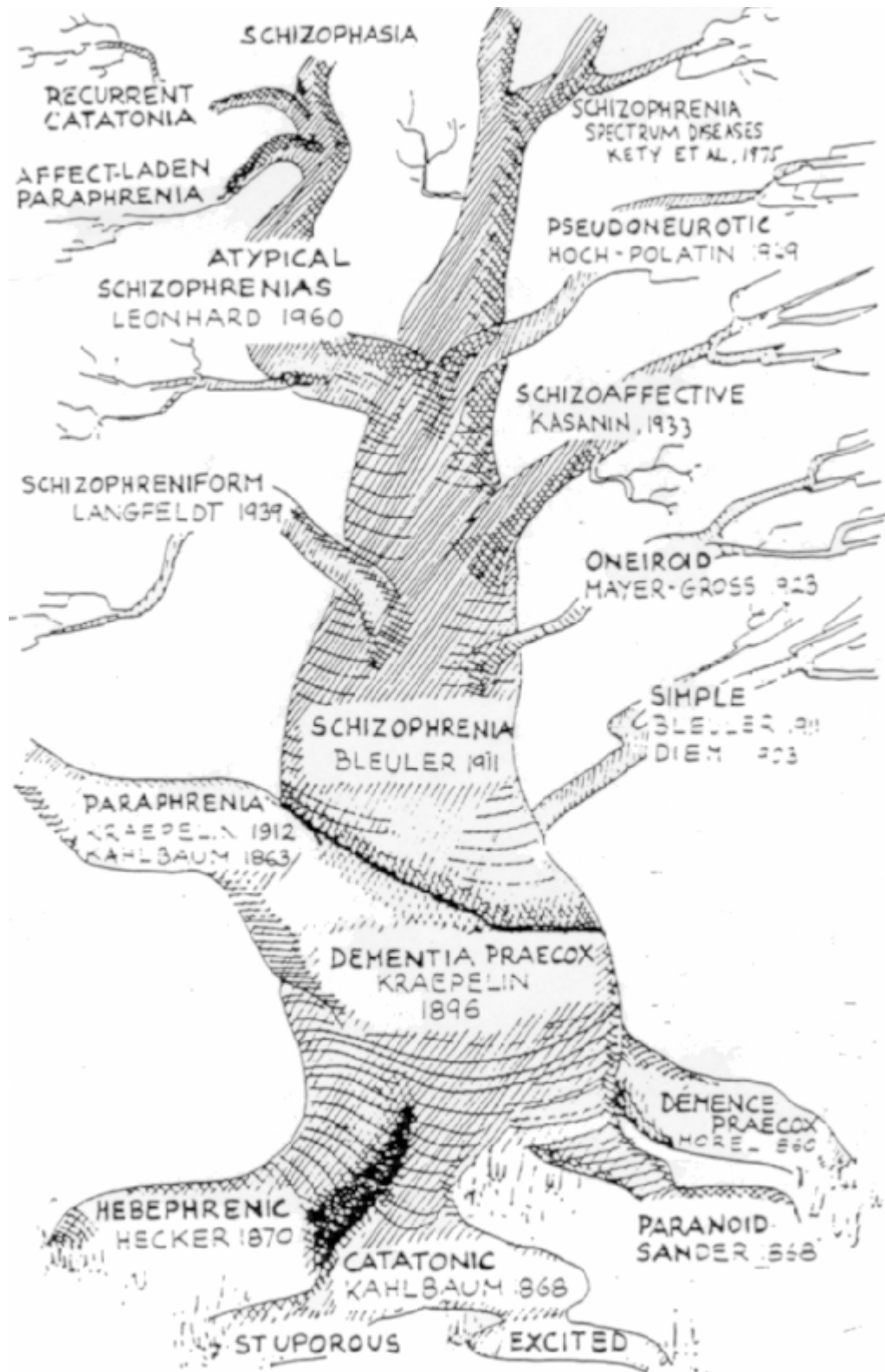
Το 1911 ο Σουηδός Eugen Bleuler δημοσιεύει την κλασική του μονογραφία «Η πρώιμος άνοια και η ομάδα των σχιζοφρενείων ». Εισάγει τον Ελληνικό όρο σχιζοφρένεια για να υποδηλώσει ότι η άνοια δεν αποτελεί αναγκαστική κατάληξη της

νόσου και ότι κύριο χαρακτηριστικό της έχει το σύμπτωμα της « σχίσεως » των ψυχονοητικών λειτουργιών. Αξίζει να αναφερθεί ότι η επιλογή του Ελληνικού όρου σχιζοφρένεια τοποθετείται χρονικά σε μια περίοδο « αναγέννησης » όπου η χρήση της Ελληνικής γλώσσας προσέδιδε ιδιαίτερο κύρος στους όρους. Ο ίδιος ο Bleuler «πάλεψε» με τις λέξεις *αμβλυθυμία* (amblythymia) και *δυσφρένεια* (dysphrenia) πριν καταλήξει στον όρο σχιζοφρένεια που υιοθετήθηκε σε παγκόσμια κλίμακα³.

Στη συνέχεια ο Mayer (1923) δίνει μια ολοκληρωμένη κλινική περιγραφή των ψυχώσεων αυτών που η έναρξη της λανθάνουσας μορφής της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από ορισμένα συμπτώματα.

Πάντως την μεγαλύτερη επανάσταση στην Ψυχιατρική τον αιώνα μας αποτέλεσε το « ψυχαναλυτικό κίνημα », με ιδρυτή του τον Sigmund Freud. Τις διάφορες σχιζοφρενικές εκδηλώσεις ο Freud τις εξήγησε σαν μια αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφόρων αμυντικών μηχανισμών εναντίον τον άγχους που απορρέει από τα πρώιμα ψυχικά τραύματα.

Τέλος από την εποχή του Kraepelin έως τις μέρες μας η σχιζοφρένεια αποτελεί ακόμα το πεδίο δοκιμής όπου ελέγχεται η ερμηνευτική και προβλεπτική αξία των διαφόρων επιστημονικών υποθέσεων. Μέχρι σήμερα εξακολουθεί να υπάρχει η διαμάχη αν η σχιζοφρένεια είναι νόσος, σύνδρομο ή αντίδραση, αν είναι μια ενιαία νοσολογική οντότητα ή πολλές.



Η ιστορική πορεία των αντιλήψεων στη Σχιζοφρένεια.

4. Ταξινόμηση.

Η αναζήτηση ενός ικανοποιητικού διαγνωστικού συστήματος (των μορφών της) Σχιζοφρένειας παραμένει ανεκπλήρωτη. Για δεκαετίες ερευνητές σε όλο το κόσμο προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη Σχιζοφρένεια οποία καλύπτει μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων που διαφέρουν στην συμπτωματολογία, πρόγνωση και κλινική πορεία. Άλλωστε στην ψυχιατρική ισχύει περισσότερο από κάθε άλλη ιατρική ειδικότητα ότι δεν υπάρχουν « ασθένειες » αλλά « ασθενείς ». Αυτό σημαίνει ότι παρόλη τη διαγνωστική ταξινόμηση που υπάρχει και παρόλη την αναφορά μας σε συγκεκριμένες κλινικές εικόνες, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι κάθε ασθενής αντιπροσωπεύει στην ουσία μια διαφορετική εξατομικευμένη περίπτωση, την οποία καλούμεθα να διευκρινίσουμε και να αντιμετωπίσουμε.

Σύμφωνα λοιπόν με την κλινική εμπειρία, αρχικά ξεχώρισαν οι τέσσερις κλασσικές μορφές σχιζοφρένειας: Η Απλή, η Ηβηφρενική, η Κατατονική και η Παρανοειδής σχιζοφρένεια. Με την πάροδο όμως του χρόνου, προστέθηκαν κι άλλες κλινικές υποκατηγορίες που διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης που κάποιος ακολουθεί.

Διεθνώς τα πιο σημαντικά και αναγνωρισμένα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών θεωρούνται⁴.

I. Το σύστημα ταξινόμησης ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

II. Το επίσημο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-III-R της Αμερικανικής Ψυχιατρικής εταιρίας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ψυχικών διαταραχών.

Αν και η αναγκαιότητα χρησιμοποίησης κάποιου ταξινομικού συστήματος είναι προφανής, εν τούτοις δεν πρέπει να κάνουμε το λάθος που ο JASPERS (1963) ονόμασε « ψευτοεπίγνωση δια της ορολογίας ». Με αυτό εννοούσε την πλάνη να νομίζει κανείς πως κατανοεί περισσότερο τον ασθενή τον επειδή τον έχει ταξινομήσει σε κάποια κατηγορία κάποιου ταξινομικού συστήματος⁵.

1.Κλινικοί τύποι Σχιζοφρένειας κατά το ICD-10:

- Παρανοειδής σχιζοφρένεια:
Σταθερές παραληρητικές ιδέες που συνοδεύονται από ακουστικές ψευδαισθήσεις και αντιληπτικές διαταραχές.
- Ηβηφρενική σχιζοφρένεια:
Αρχίζει μεταξύ ηλικίας 15-25 ετών. Κυριαρχούν οι μεταβολές συναισθήματος όπου το συναίσθημα είναι ρηχό και απρόσφορο, η αποδιοργάνωση της σκέψης, και η ανεύθυνη συμπεριφορά.
- Κατατονική σχιζοφρένεια:
Παρατηρούνται έντονες διαταραχές ψυχοκινητικότητας, εμβροντησία ή αλαλία, διέγερση, παράξενες στάσεις, αρνητισμός, δυσκαμψία, κηρώδης ευκαμψία.
- Αδιαφοροποίηση:
Πληρεί τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας αλλά δεν συμφωνούν με τους παραπάνω περιγραφόμενους τύπους.
- Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη:
Καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο μπορεί να είναι παρατεταμένο κι αρχίζει ως επακόλουθο σχιζοφρένειας.
- Υπολειμματική σχιζοφρένεια:
Χρόνια ανάπτυξη σχιζοφρενικής διαταραχής με χαρακτηριστικά αρνητικά στοιχεία, όπως άμβλυση συναισθήματος, έλλειψη βούλησης κλπ.
- Απλή σχιζοφρένεια:
Ύπουλη αλλά προοδευτική εξέλιξη, ανάπτυξη παράδοξων χαρακτηριστικών της διαγωγής, αδυναμία παρακολούθησης των κοινωνικών επιταγών και έκπτωση της συνολικής απόδοσης.
- Άλλη μορφή σχιζοφρένειας ή μη καθοριζόμενη.
Κοινωνικοπαθητική σχιζοφρένεια. Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Γενεύη 1993

II. Κλινικοί τύποι Σχιζοφρένειας κατά το DSM-III-R⁶

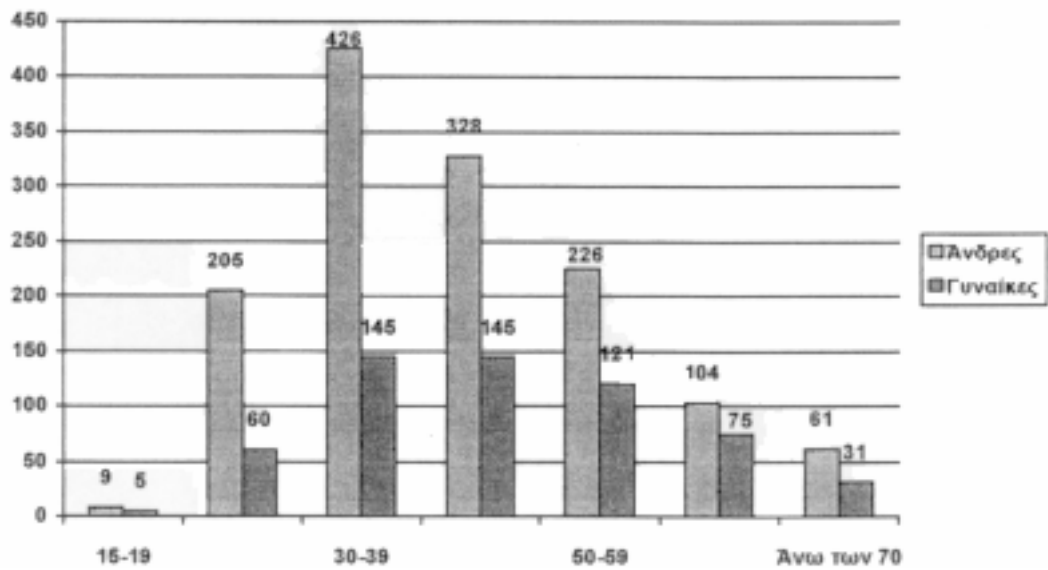
Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM-III-R, αυτό που έχει σημασία δεν είναι η ακριβής διάκριση των τύπων, όσο η διαφοροδιάγνωση της Σχιζοφρένειας από άλλες διαταραχές. Οι τύποι που αναγνωρίζει αυτό το σύστημα έχουν αναπτυχθεί παραπάνω και θα αναφερθούν ονομαστικά:

- Παρανοϊκός τύπος
- Κατατοντικός τύπος
- Αποδιοργανωμένος (ηβηφρενικός τύπος)
- Αδιαφοροποίητος τύπος
- Υπολειμματικός τύπος

5. Επιδημιολογικά δεδομένα της Σχιζοφρένειας

Όλες οι έρευνες, οι σχετικές με την επιδημιολογία της σχιζοφρένειας, πάσχουν από μια βασική αδυναμία. Στηρίζονται σε διαγνωστικά κριτήρια που δεν είναι απόλυτα καθορισμένα, δεν έχουν καθολική ισχύ και δεν υπόκεινται σε αντικειμενικό έλεγχο. Γι' αυτό το λόγο η αδυναμία αυτή μας επιβάλλει την ανάγκη να δεχόμαστε προκαταβολικά την πιθανότητα λάθους που το εύρος του διακυμαίνεται ανάλογα με το αντικείμενο και με τις συνθήκες έρευνας.¹ Παρακάτω θ' αναφερθούν ενδεικτικά κάποια συμπεράσματα πρόσφατων και όσο το δυνατόν κατά τ' άλλα αξιόπιστων ερευνών και μεθόδων που επηρεάζουν την εμφάνιση σχιζοφρενικών ψυχώσεων:

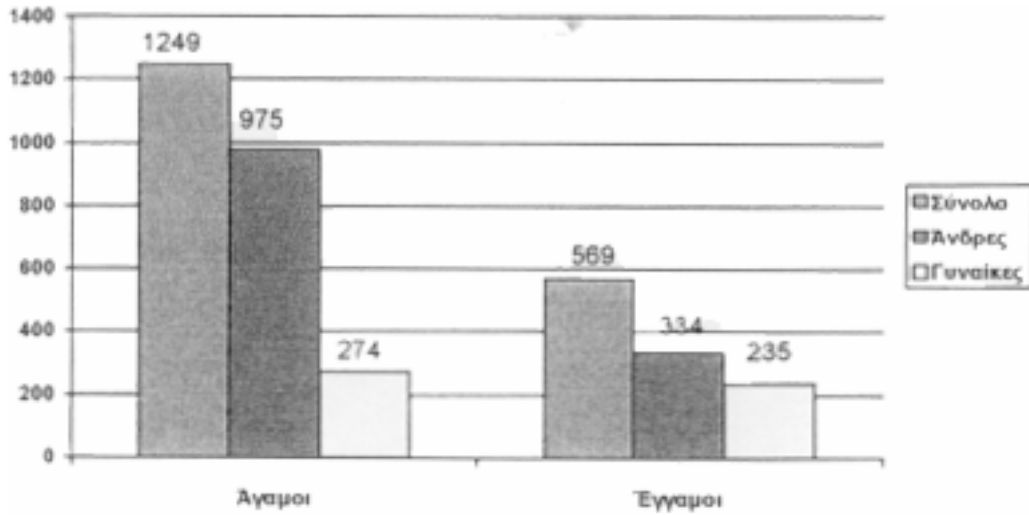
- 1) Τα μέχρι στιγμής δεδομένα υπολογίζουν τη συχνότητα εμφάνισης σχιζοφρενικής ψύχωσης σε 1-2^ο/ο συμπεριλαμβανομένων και των ψυχωτικών κρίσεων.
- 2) Σε ολόκληρο τον κόσμο υπολογίζονται 9.000.000 σχιζοφρενείς.
- 3) Η σχιζοφρένεια είναι νόσος της νεότητας. Το 60^ο/ο των περιπτώσεων αρχίζει μεταξύ εφηβείας και 30^{ου} έτους ζωής.
- 4) Στην τέταρτη δεκαετία της ζωής εμφανίζονται 25^ο/ο των περιπτώσεων και μόνο 14^ο/ο σε μεγαλύτερες ηλικίες.
- 5) Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις (ενώ οι συναισθηματικές ψυχώσεις εμφανίζονται συχνότερα στις ανώτερες).
- 6) Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται συχνότερα σε ελεύθερα παρά σε παντρεμένα άτομα.
- 7) Η σχιζοφρένεια είναι πιο συχνή σε άτομα που προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες καθώς και σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα στην κοινωνική τους ένταξη.
- 8) Οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις εμφανίζονται συχνότερα στα κέντρα μεγαλουπόλεων παρά στην επαρχία².



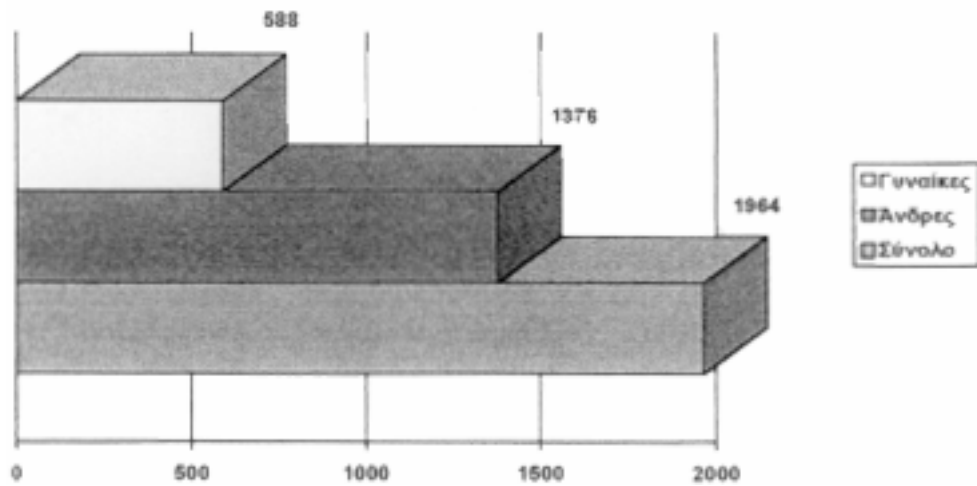
Διάγρ.1 Ασθενείς με σχιζοφρενική ψύχωση κατά ομάδες ηλικιών και φύλο.

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

1993



Διαγρ.2 Ασθενείς με σχιζοφρενική ψύχωση κατά οικογενειακή κατάσταση και φύλο.



Διαγρ.3 Ασθενείς με σχιζοφρενική ψύχωση κατά φύλο.

6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτία της Σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια, χωρίς ν' ανεβρεθεί. Προοδευτικά, 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 συμπλοκή αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Οι έρευνες μέχρι τώρα συνήθως έψαχναν για αίτια με μονοδιάστατο τρόποπαθολογοανατομικές 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 απαντήσεις¹.

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%ο, σε μια σειρά από σχιζοφρενείς. Άλλοι ερευνητές ανεβάζουν το ποσοστό σε 50%ο. 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

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 είναι 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 ακόμη⁶.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες - ψυχοκοινωνικοί: Το περιβάλλον του ατόμου άμεσο - 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 καταπονήσεις⁷.

Μερικές θεωρίες έχουν διατυπώσει ότι η βιομηχανοποίηση και η αστικοποίηση καθώς και το καπιταλιστικό σύστημα σχετίζονται και στις αιτίες της σχιζοφρένειας⁸. 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 συγκεντρώσεις τέτοιων παραγόντων αναπτύσσει σχιζοφρένεια.⁹

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 ¹⁰.

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).



Σχιζοφρένεια ... Ο διχασμός των ψυχικών λειτουργιών.

7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για δεκαετίες ερευνητές σ' όλο τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη Σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα γιατί η ακριβής διάγνωση 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», « Μεταιχμιακή 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.

B. 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, δηλ. 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 φάσεων 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 ψευδαισθήσεις⁶.

8.. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η σχιζοφρένεια σχετίζεται συχνά με άλλες λειτουργικές ψυχώσεις όπως μανία, μανιοκατάθλιψη, ιδιαίτερα όταν ψευδαισθήσεις είναι παρόντες. Επίσης συγχέεται 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 εισβάλλει 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 διαταραχή¹¹.

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 ενδιαφέροντα 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 σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να εμφανισθούν αμβλύ συναίσθημα, πτωχεία του 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 η στασιμότητα⁶. Η σχιζοφρένεια άλλωστε είναι μια ασθένεια που έχει σαν χαρακτηριστικό τη χρόνια συνδρομή..

X. 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
<p>Προνοσηρά αποσυρμένος και απομονωμένος.</p> <p>Προσονηρή Διαταραχή Της Προσωπικότητας.</p> <p>Όχι αναγνωρίσιμα εκλυτικά γεγονότα.</p> <p>Ύπουλη έναρξη.</p> <p>Έναρξη νωρίς (Παιδική ηλικία , εφηβεία)</p> <p>Λίγη σύγχυση στην κλινική εικόνα.</p> <p>Όχι οικογενειακό ιστορικό Διαταραχής της Διάθεσης.</p>	<p>Καλή προσονηρή κοινωνική λειτουργικότητα.</p> <p>Όχι προσονηρή Διαταραχή της Προσωπικότητας.</p> <p>Εκλυτικά γεγονότα.</p> <p>Απότομη έναρξη.</p> <p>Έναρξη στη μέση ηλικία.</p> <p>Προεξάρχουσα σύγχυση στην κλινική εικόνα.</p> <p>Οικογενειακό ιστορικό Διαταραχής της Διάθεσης.</p>

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 αυτοκτονίας¹².

Ύστερα από 20 χρόνια, περισσότεροι από 20% έχουν συνέλθει τελείως, κάπου 33% έχουν καλύτερη σηματικά αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούρια 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 καλύτερησει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως την ισορροπία του¹¹.

ΓΑΜΟΣ ΚΑΙ ΤΕΚΝΟΠΟΙΑ

Σχετικά με τα προβλήματα γάμου και τεκνοποιίας των σχιζοφρενικών ατόμων , θα πρέπει να γνωρίζουμε τα ακόλουθα:

A) Πρέπει να ξέρουν οι ενδιαφερόμενοι , πως το νυμφευμένο πρώην σχιζοφρενικό άτομο, είναι δυνατόν να πάθει σε κάποια στιγμή νέα κρίση και ότι δεν υπάρχει καμία προληπτική εξασφάλιση γι' αυτό.

B) Έχουν γίνει γάμοι (από συναισθηματικούς ή άλλους λόγους) και με σχιζοφρενικά άτομα , πριν φτάσουν σε πλήρη κοινωνική ύφεση.

Γ) Ο κληρονομικός κίνδυνος που υπάρχει στα παιδιά των μελλονύμφων όταν ο ένας ή ο άλλος έχουν ή είχαν πατέρα ή μητέρα ή αδελφό ή αδελφή ψυχοπαθή.

Δ) Παρά ταύτα πρέπει να γνωρίζουμε πως είναι πολύ θετικό στοιχείο, όταν ένας πρώην σχιζοφρενής ή νυν υπολειμματικός σχιζοφρενικός, συζευχθεί μια στοργική σύντροφο, αυτό θα έχει ευεργετικές ψυχο-προφυλακτικές ή θεραπευτικές επιπτώσεις.

Ένας σχιζοφρενής μπορεί να λέει ότι είναι κατασκευασμένος από τόσο διαφανές και εύθραυστο γυαλί, ώστε ένα βλέμμα που κατευθύνεται πάνω τον, τον Θρυμματίζει και τον διαπερνά πέρα για πέρα. Μπορούμε να υποθέσουμε πως έτσι ακριβώς βιώνει τον εαυτό τον.

ΡΟΝΑΛΝΤ ΛΑΙΓΚ
« Διχασμένος εαυτός » 1975

ΤΟ ΠΟΡΤΡΑΙΤΟ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ
ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΠΑΡΑΝΟΪΚΗ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Γιώργος Ν. 23 χρόνων , άνεργος. Οι γονείς του αναφέρουν ότι πριν από πέντε ή έξι χρόνια είχε ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο, με ιδέες μεγαλείου (νόμιζε πως ήταν ο Μεσσίας) και επιθετικότητα , που υποχώρησε ύστερα από νοσηλεία μερικών εβδομάδων και θεραπεία με ψυχοφάρμακα. Τελείωσε με δυσκολία το γυμνάσιο, και από τότε έχει επιχειρήσει πολλές φορές να δουλέψει, αλλά για αόριστους λόγους που τους αποδίδει στους εργοδότες τους δεν μπόρεσε να μείνει σε μια θέση για περισσότερο από λίγες ημέρες. Έχει διάφορες γνωριμίες αλλά κανένα που να μπορεί να τον ονομάσει φίλο, εκτός από τον πατέρα του , με τον οποίο πηγαίνει συχνά περιπάτους. Με τον αδερφό του , μικρότερο κατά δύο χρόνια, διαρκώς φιλονικεί για ασήμαντες αιτίες.

Φιλικός και ευδιάθετος , αν και με κάποια δόση καχυποψίας , ο άρρωστος αρνείται πως έχει προβλήματα εκτός από το ότι ακούει φωνές που τον ενοχλούν. Αλλά αρνείται να πει τι του λένε, χαμογελώντας σαν να ντρέπεται ή να φοβάται κάποιες οδυνηρές συνέπειες αν μαρτυρήσει. Στο τέλος , με πολλούς ενδοιασμούς, ομολογεί πως οι φωνές που ακούει είναι συνήθως γυναικείες και του απευθύνουν αισχρά πράγματα. Όταν είναι αντρικές τον κατηγορούν ότι είναι « φασίστας ». Στην παρατήρηση ότι οι φωνές που ακούει, παρόλο που τον ενοχλούν, τον ευχαριστούν κατά βάθος, καθώς του κάνουν συντροφιά στη μοναξιά του, χαμογελάει με αμηχανία, επιμένοντας πως θα προτιμούσε να μην τις ακούει. (ένα από τα επόμενα βράδια, με την εντύπωση ότι οι φωνές που τον κατηγορούσαν ως « φασίστα » έρχονταν από το δωμάτιό ενός νεαρού οικοδόμου απέναντι από τον κήπο του σπιτιού του, βγήκε έξω και άρχισε να πετάει πέτρες, σπάζοντας το τζάμι του παραθύρου, πίσω από το οποίο νόμιζε ότι κρυβόταν ο άλλος, για τον οποίο αισθανόταν προσωπικό ενδιαφέρον, αλλά που εκείνος στην πραγματικότητα αγνοούσε)¹¹.

ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1. Ορισμός

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο ταξινομήσεως της ΑΨΕ η παρανοειδής σχιζοφρένεια « χαρακτηρίζεται από την παρουσία παραληρητικών ιδεών διώξεως και μεγαλείου που συχνά συνδέονται με ψευδαισθήσεις. Μερικές φορές η νόσος συνδυάζεται με υπερβολική θρησκευτικότητα. Η στάση του αρρώστου είναι συχνά εχθρική και επιθετική και η συμπεριφορά του συντονίζεται με τις παραληρητικές του ιδέες. Γενικά η διαταραχή δεν παρουσιάζει την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας που χαρακτηρίζει την ηβηφρενική και την κατατονική μορφή, ίσως γιατί ο άρρωστος χρησιμοποιεί τον μηχανισμό της προβολής που του επιτρέπει να αποδίδει στους άλλους τις ιδιότητες που δεν αποδέχεται ο ίδιος. Με βάση το σύμπτωμα που κυριαρχεί είναι σε μερικές περιπτώσεις η διάκριση της μορφής αυτής σε τρεις τύπους: Τον πρώτο , όπου κυριαρχεί η εχθρική φύση, τον δεύτερο , όπου κυριαρχούν ιδέες μεγαλείου και τον τρίτο όπου κυριαρχούν ψευδαισθήσεις »¹⁴.

2. Κλινική εικόνα και πορεία.

Η παρανοειδής σχιζοφρένεια θεωρείται ως η πιο τυπική και γνήσια μορφή σχιζοφρένειας. Είναι η πιο « οργανωμένη », η πιο συνεκτική και η πιο σταθερή τόσο στη κλινική φυσιογνωμία της όσο και στην εξέλιξη.⁽¹⁾

Η έναρξη γίνεται συνήθως από τη μέση ηλικία και πάνω, συνήθως μετά τα 30 και παρουσιάζει βραχεία αλλά προοδευτική εγκατάσταση.⁽¹⁴⁾

Τα αρχικά συμπτώματα εκφράζουν την τάση του ατόμου για παραληρητική ερμηνεία της πραγματικότητας. Άλλοτε για μικρό διάστημα περιορίζονται σε μια όχι ιδιαίτερα εντυπωσιακή μεταβολή στην συμπεριφορά του ατόμου που χαρακτηρίζεται από παρερμηνευτική ετοιμότητα , καχυποψία , αυξημένη τάση για συσχετίσεις, συγκαλυπτόμενες ιδέες επιδράσεως και αναιτιολόγητη εριστικότητα. Άλλοτε υπεισέρχονται σχετικά νωρίς στην παραπάνω συμπτωματολογία και έκδηλες παραληρητικές ιδέες ποικίλου περιεχομένου συνδυαζόμενες συχνά με δομικές διαταραχές της σκέψης, με ψευδαισθήσεις και με διαταραχές του συναισθήματος που

χαρακτηριστικά στα αρχικά στάδια συνηθίζεται με τα παραληρητικά και ψευδαισθητικά βιώματα.

Άλλοτε , χωρίς τα παραπάνω πρόδρομα συμπτώματα παρουσιάζεται απ'την αρχή θορυβώδης εγκατάσταση παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων που αμέσως γίνονται ο άξονας που γύρω του περιστρέφεται η ψυχική και κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου.

Η ιδιαίτερη συμπτωματολογία της νόσου διαμορφώνεται από 2 βασικούς παράγοντες.

I. Ο τρόπος που εγκαθίσταται η ψύχωση (σταδιακή – αιφνίδια εγκατάσταση).

II. Η προηγούμενη προσωπικότητα (σχιζοειδική – μη σχιζοειδική προσωπικότητα)

- Αρχική συμπτωματολογία:

1. Βραχεία , σταδιακή εγκατάσταση Η σταδιακή εγκατάσταση της νόσου δεν αξιολογείται της περισσότερες φορές ως έναρξη μια νοσηρής επεξεργασίας, ειδικά όταν αναπτύσσεται στο έδαφος μιας σχιζοειδικής προσωπικότητας. Τα αρχικά συμπτώματα δηλαδή δεν λαμβάνονται από το περιβάλλον παρά ως συμπεριφορές συναρτημένες με τον ήδη « δύσκολο », άκαμπτο ζηλοφθόνο και καχύποπτο χαρακτήρα. Όταν ειδικά , οι παραληρητικές ιδέες απλώς προεκτείνουν πραγματικά γεγονότα από την ζωή του αρρώστου , π.χ. συζυγική απιστία, η παραγνώριση του νοσηρού μπορεί να διαρκέσει χρόνια ολόκληρα.. Πολλοί παρανοειδείς, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια, είναι σε θέση να εγκυτώνουν το παραληρητικό περιεχόμενο της σκέψης τους και μόνο κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες να το εκδηλώνουν. Μπορούν επίσης στο πλαίσιο ιδεολογικών , θρησκευτικών κ.λ.π. αγώνων που ως επί το πλείστον χαρακτηρίζονται για την « αιρετικότητα » και την κενολόγο συνθηματολογία τους να συγκαλύπτουν και να λογικοποιούν της παραληρητικές ιδέες υψηλής αποστολής , διώξεως κ.ο.κ.

2. Αιφνίδια εγκατάσταση: Σε άτομα με σχετικά ομαλή προηγούμενη προσαρμογή πραγματοποιείται αιφνίδια ή μέσα σε λίγο χρόνο μια σημαντική αλλαγή. Συνηθισμένα γεγονότα καθημερινά , τυχαίες τοποθετήσεις αντικειμένων στο περιβάλλον κ.α. αποκτούν « αποκαλυπτικό » περιεχόμενο. Μηνυματοδοτούν την επέλευση γεγονότων κοσμογενικής σημασίας, αποκωδικοποιούν το μυστήριο της ζωής, αποκαλύπτουν συνωμοσίες, απιστίες και άλλα παρόμοια.

Σε άλλες περιπτώσεις το παραληρητικό βίωμα « αναδύεται » από το κενό. Τέτοια εκ του κενού προέλευση έχουν συχνά οι παραληρητικές ιδέες μεσσιανικής

αποστολής (« αμέσως ένιωσα πως εμένα διάλεξε ο θεός για να σωθούν οι αμαρτωλοί »).

Στην περίπτωση της οξείας εγκατάστασης ο άρρωστος μετά από θεραπευτική αγωγή (ηλεκτροσπασμοθεραπεία και φάρμακα) μπορεί να επανέλθει πλήρως στη προνοσηρή κατάστασή του χωρίς να παρουσιάσει άλλο επεισόδιο και σε αυτή την περίπτωση δικαιολογείται ίσως ο όρος στο « οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο ».¹⁴

- *Ολοκλήρωση και εξέλιξη των συμπτωμάτων.*

Το πρώτο επεισόδιο ακολουθούν άλλα και μετά επανειλημμένες υποτροπές. Η κλινική φυσιολογία σταθεροποιείται σε μια προοδευτική και χωρίς ελεύθερα μεσοδιαστήματα επιδείνωση των συμπτωμάτων. Στις περιπτώσεις προοδευτικής εγκατάστασης των συμπτωμάτων η νόσος ακολουθεί μια εξελικτική πορεία από την αρχή με μικρές μόνο κατά διαστήματα εξάρσεις των διαταραχών της σκέψης και της συμπεριφοράς.

Τα βασικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον παρανοειδή άρρωστο που βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια της νόσου είναι: το παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις και οι προοδευτικά αυξανόμενες διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.¹

1. Το *παραλήρημα* του παρανοϊκού είναι συνήθως ασαφές και ασυστηματοποίητο. Δεν διακρίνεται ούτε από σταθερότητα ούτε από νοηματική συνοχή και μάλιστα με την πρόοδο της νόσου ξεφτίζει σε συνοθήλευμα παράλογων συναρτησιών. Το περιεχόμενο ποικίλει από άτομο σε άτομο και στο ίδιο άτομο με την πρόοδο της νόσου.

Διακρίνεται στους ακόλουθους τύπους:

A) Το διωκτικό παραλήρημα είναι το πιο συχνό στο καιρό μας ίσως γιατί ευνοείται σημαντικά από τον ανταγωνιστικό χαρακτήρα της κοινωνικής μας δομής.

B) Το διεκδικητικό παραλήρημα απαντάται συνήθως σε μορφωμένα , σχετικά υψηλής νοημοσύνης άτομα που η ψυχική επεξεργασία δεν έχει υποσκάψει τα θεμέλια της προσωπικότητάς τους. Το παραλήρημα τους συμπίπτει συνήθως με συνηθισμένες στην κοινωνική ζωή δυσάρεστες εμπειρίες από διάψευση κοινωνικών φιλοδοξιών. Με το χρόνο γίνεται επίμονο, διαρκώς και λιγότερο λογικοφανές και με τάσεις επεκτάσεως σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής του ατόμου. Πρόκειται για τους γνωστούς τους τομείς της κοινωνικής

ζωής του ατόμου. Πρόκειται για τους γνωστούς δικομανείς, αδικημένους μεγαλοφυείς, λιβελομανείς, φιλέκδικους κ.λ.π.

Γ) Το σεξουαλικού περιεχομένου διωκτικό παραλήρημα. Η πιο συνηθισμένη μορφή στις μέρες μας είναι εκείνη που το άτομο κυριαρχείται από την ιδέα ότι οι άλλοι τον θεωρούν ομοφυλόφιλο, το σχολιάζουν και του συμπεριφέρονται ανάλογα. Έτσι αποφεύγουν τη κοινωνική συναναστροφή, διστάζουν ακόμα και να περπατήσουν στον δρόμο, δεν έχουν φυσιολογική βλεμματική επικοινωνία με τους άλλους και συχνά υπό την επίδραση αυτών των παραληρητικών ιδεών οδηγούνται σε πανικό (ομοφυλόφιλος πανικός).

Δ) Το ζηλοτυπικό παραλήρημα. Είναι αρκετά συχνό , ευνοούμενο πιθανώς από τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες, και ένα από τα σοβαρότερα αίτια των συζυγοκτονιών.

Ε) Το ερωτομανιακό παραλήρημα. Εμφανίζεται ως αντίποδας του ζηλοτυπικού. Το άτομο κατέχεται από την παραληρητική αυταπάτη του « αγαπάσθαι » από άτομο που συνήθως βρίσκεται σε σαφώς ψηλότερο από το ίδιο μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο, π.χ. η υπηρέτρια από τον « κύριο ». Οι κατεχόμενοι από τέτοιου είδους παραληρητικές ιδέες γίνονται ενοχλητικοί προς το « ερωτευμένο άτομο » και στο τέλος επιθετικοί και επικίνδυνοι.

ΣΤ) Το παραλήρημα μεγαλείου. Εμφανίζεται συχνά σε συνδυασμό με παραλήρημα διώξεως (« για να με καταδιώκουν τόσο πολλοί και τόσο σπουδαίοι πρέπει να είμαι και εγώ σπουδαίος »)λ. Η ένταση ποικίλει από την απλή έκφραση ιδεών υπερτιμήσεως του εγώ μέχρι της εκτός πάσης λογικής παραληρητικές ιδέες μετεμψυχώσεως μεγάλων ανδρών της ιστορίας, θείκης αποστολής, κ.λ.π.

Ζ) Το θρησκευτικό παραλήρημα έχει ποικίλο περιεχόμενο, κηρυγματικό , προφητικό, « αποκαλυπτικό », κ.ο.κ. και παρατηρείται συνήθως στις γυναίκες χαμηλού μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου.

2.Άλλες διαταραχές: Οι ψευδαισθήσεις είναι κατά κανόνα ακουστικές και σχετίζονται πάντα με το περιεχόμενο του παραληρήματος (υβριστικές, καθοδηγητικές, αποτρεπτικές κ.λ.π.). Πολλές φορές ο άρρωστος συνδιαλέγεται με τις « φωνές » μεγάλωφωνα.

Οι διαταραχές στην δομή και οργάνωση της σκέψης , δηλαδή ανακοπές της σκέψης, εμπόδια , βαθμιαία ασαφοποίηση των νοηματικών ορίων, ιδεοσυμπύκνωση,

νεολογισμοί, ασχετολογία, κ.λ.π. επιφέρουν με την πρόοδο της ασθένειας πλήρη διάσπαση της σκέψης και ασυναρτησία στον λόγο.

Το συναίσθημα χάνει την πρόσφορη απαντητικότητα στα εξωτερικά ερεθίσματα και σιγά-σιγά δεν συντονίζεται ούτε και με τα παραήρητικά και ψευδαισθητικά βιώματα. Ο άρρωστος προοδευτικά γίνεται αδιάφορος ώσπου φτάνει στη συναισθηματική επιπέδωση.

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς. Όσο το συναίσθημα δονείται από τα παραληρητικά και ψευδαισθητικά βιώματα ο παρανοειδής συντονίζει μ' αυτά τη συμπεριφορά του. Όταν το συναίσθημα κατολισθήσει σε χαμηλά επίπεδα δονητικότητας η συμπεριφορά γίνεται διαρκώς και περισσότερο αυτιστική. Στα τελευταία στάδια της νόσου ο ασθενής δεν διαφέρει από τους σχιζοφρενείς των άλλων κλασσικών διαγνωστικών κατηγοριών.⁶

3. Διαφορική διάγνωση.

Η παρανοϊκή σχιζοφρένεια θέτει ποικίλου τύπου διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα εξαρτημένα από απ' την ειδική συμπτωματολογία που εμφανίζει στα διάφορα εξελικτικά στάδια.

Στα αρχικά στάδια της νόσου με βραδεία εγκατάσταση των συμπτωμάτων δημιουργείται διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με τα σχιζοειδικά ή παρανοειδή (και μη νοσούντα) άτομα, με τα υπερθρησκευόμενα φυσιολογικά άτομα, με τις φανατικές προσωπικότητες, με τους διεκδικητικούς νευρωσικούς, με τους ζηλότυπους πότες , κ.λ.π. Σόλες αυτές τις περιπτώσεις λείπει το στοιχείο της προοδευτικής εξελίξεως των συμπτωμάτων.

Στα αρχικά στάδια της νόσου με αιφνίδια εγκατάσταση των συμπτωμάτων δημιουργείται πρόβλημα κυρίως με τα οργανικά ψυχοσύνδρομα που εισβάλλουν απότομα και περιλαμβάνουν στην κλινική τους εικόνα, ως επικρατέστερα συμπτώματα , το παραλήρημα και τις ψευδαισθήσεις. Το διαφορικό γνώρισμα είναι κυρίως οι σαφείς διαταραχές της συνειδήσεως στην περίπτωση οργανικών ψυχοσυνδρόμων , στα οποία οι ψευδαισθήσεις είναι κυρίως οπτικές ενώ στη Π.Σ. ακουστικές. Μεγάλο πρόβλημα προκαλούν τα ψυχωστικά επεισόδια από λήψη ψευδαισθησιογόνων ουσιών (LSD , μεσκαλίνη, κ.λ.π.), όπου όμως κυριαρχούν οι έντονες οπτικές ψευδαισθήσεις και διαταραχές του προσανατολισμού, στοιχεία που μαρτυρούν τη τοξική προέλευση της ψυχώσεως.

Στα προχωρημένα στάδια διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα δεν τίθενται παρά μόνο σε σχέση με τις άλλες μορφές της σχιζοφρένειας και με τις παρανοειδείς καταστάσεις¹⁴.

4. Επιδημιολογία.

Η προσπάθεια διερεύνησης επιδημιολογικών στοιχείων ευνοείται από τη σχετική ομοιογένεια της κλινικής εικόνας του Π.Σ.

1) Σε σχέση με την ηλικία έναρξης : με τις προηγούμενες μορφές, αρχίζει πολύ πιο αργά , συνήθως μετά τα 30. Καλύπτει σχεδόν το σύνολο των σχιζοφρενικών ψυχώσεων που αρχίζουν από τη μέση ηλικία και πάνω. Για το γεγονός αυτό διατυπώθηκαν οι ακόλουθες ερμηνείες:

α) Η ιδιαίτερη κλινική εικόνα της νόσου προβάλλει άτομα που είναι ολοκληρωμένα ως προς την κοινωνική τους προσαρμογή και έχουν ήδη από την εμπειρία τους ισχυρούς αμυντικούς μηχανισμούς. Έτσι αντέχουν περισσότερο στη βασική σχιζοφρενική διαταραχή « εγκυστώντας » σε περιορισμένο τμήμα της προσωπικότητάς τους τις βλαπτικές επιπτώσεις.

β) Η βασική διαταραχή η υπεύθυνη για την κλινική εικόνα της παρανοειδούς ψυχώσεως διαφέρει απ' την αντίστοιχη των άλλων μορφών της σχιζοφρένειας.

Παρατηρείται στις μεγαλύτερες ηλικίες γιατί προσφέρονται για την ανάπτυξή της.

2) Σε σχέση με τη συχνότητα. Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία οι πάσχοντες από Π.Σ. καλύπτουν ποσοστό που μόλις υπερβαίνει το 1/3 των περιπτώσεων σχιζοφρένειας.

Όμως είναι πιθανό να συσταθεί η γενική αντίληψη ότι η Π.Σ. είναι η πιο συχνή μορφή σχιζοφρένειας από την άποψη ότι: σε προχωρημένα στάδια προσεγγίζει την κλινική εικόνα των άλλων μορφών και οι παραπάνω στατιστικές βασίζονται μόνο στον νοσηλεύμενο πληθυσμό ψυχωσικών ενώ είναι γνωστό πως ένα μεγάλο ποσοστό των παρανοϊκών αρρωστιών αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί άρρωστοι.

3) Σε σχέση με το φύλο: ανάμεσα στους νοσηλεύμενους ψυχωσικούς παρατηρείται μικρή υπεροχή των γυναικών καλύπτοντας το 60% των περιπτώσεων περίπου.

4) Η παρανοειδής σχιζοφρένεια είχε ανέκαθεν συνδεθεί με την λεγόμενη σχιζοειδική προσωπικότητα σε βαθμό που τα κλινικά της συμπτώματα θεωρούνται επίταση των χαρακτηριστικών αυτής της προσωπικότητας. Σχετικές έρευνες την τελευταία 20ετία δεν επικυρώνουν αυτή την άποψη. Αντίθετα πιστοποιούν ότι σ' ένα ποσοστό 40% περίπου αναπτύσσεται σε προσωπικότητες που δεν έχουν έκδηλα τα χαρακτηριστικά της σχιζοειδικής προσωπικότητας. Ως κύρια γνωρίσματα της προνοσηρής προσωπικότητάς των Παρ.Σχιζ. αναφέρονται τα εξής: Περιορισμένες και τυπικές διαπροσωπικές σχέσεις, εμμονή , συνέπεια και αφοσίωση σε ορισμένους κανόνες και

αρχές (θρησκευτικές , κοινωνικές , κ.λ.π.), επιφυλακτικότητα και αμυντικότητα στη συμπεριφορά που φθάνει μέχρι την έκδηλη καχυποψία προς τους πάντες και τα πάντα. Ζηλόφθονη , εχθρική , ειρωνική και αμφισβητική διάθεση. Δύσκαμπτο συναίσθημα με περιορισμένη δονητικότητα, χρωματισμένο με υπεροπτική και απορριπτική στάση.¹⁵

ΤΟ ΟΞΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

1. Ορισμός.

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο της ΑΨΕ: « Η διάγνωση της μορφής αυτής δεν εφαρμόζεται παρά σε σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές που δεν περιγράφηκαν στις υπόλοιπες μορφές. Διακρίνεται για την οξεία εγκατάσταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων που συνοδεύονται συχνά από σύγχυση, αμηχανία, ιδέες συσχέτισεως, συναισθηματική αναταραχή, ονειροειδείς διχαστικές εκδηλώσεις , διέγερση, κατάθλιψη η φόβο. Η οξεία εγκατάσταση διαφορίζει τη μορφή αυτή από την απλή σχιζοφρένεια. Με τον καιρό οι άρρωστοι μπορεί να αναπτύξουν κλινική εικόνα που χαρακτηρίζει την κατατονική, την ηβηφρενική ή την παρανοειδή σχιζοφρένεια οπότε και η διάγνωση πρέπει να προσαρμοστεί ανάλογα. Σε πολλές περιπτώσεις ο άρρωστος αποκαθίσταται στο φυσιολογικό μέσα σε εβδομάδες , αλλά μερικές φορές η αποδιοργανωτική εξεργασία παίρνει εξελικτικό χαρακτήρα. Πολύ συχνά σημειώνονται υποτροπές »¹⁴.

2. Κλινική εικόνα.

Η κλινική εικόνα είναι συνήθως πραγματοποιείται κάτω από έντονες ψυχοπιεστικές συνθήκες. Τα επεισόδια αυτά δηλαδή πυροδοτούνται συνήθως από την ύπαρξη ενός άλυτου προσωπικού προβλήματος που συνδέεται με τον βασικό ρόλο του αρρώστου στη ζωή. Του ψυχωσικού επεισοδίου προηγείται μια περίοδος που χαρακτηρίζεται από στένωση του φάσματος προσοχής και περιορισμό στο συγκεκριμένο πρόβλημα με συνοδά πρόδρομα συμπτώματα την αϋπνία, ανησυχία και την υπερένταση των προσπαθειών στη λύση του προβλήματος .(1)

Τα κοινά συμπτώματα είναι:

1. Διαταραχή στη σκέψη.
2. Διαταραχή στην αντίληψη.
3. Διαταραχή στη βούληση.
4. Διαταραχή στη προσοχή.
5. Διαταραχή στο συναίσθημα.
6. Διαταραχή στην κινητικότητα.

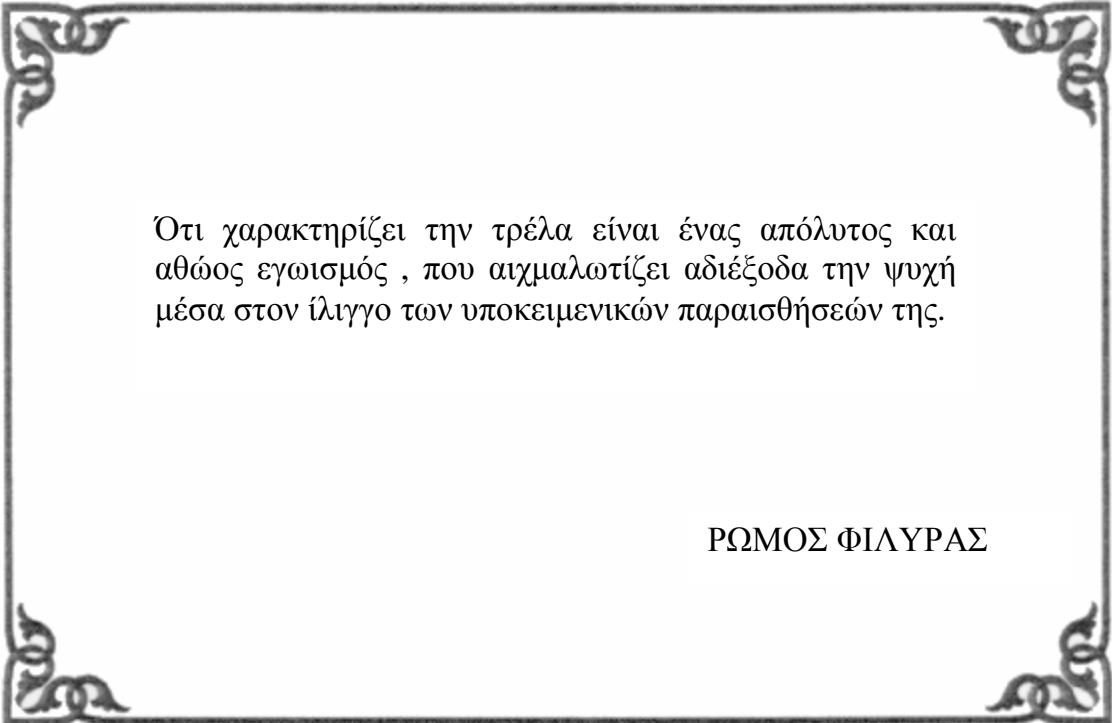
7. Διαταραχή στις διαπροσωπικές σχέσεις.¹⁶

3. Θεραπεία.

Τα συμπτώματα στο οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο είναι σοβαρά και ενοχλητικά και η φαρμακοθεραπεία μπορεί να αποδειχθεί πολύ βοηθητική στο να τεθούν υπό έλεγχο⁵.

4. Πρόγνωση.

Κάθε άτομο με διάγνωση σχιζοφρένειας επηρεάζεται διαφορετικά από την ασθένεια, καθώς τα συμπτώματα επέρχονται σε διαφορετικούς συνδυασμούς. Περίπου ένας στους τρεις από αυτούς που πάσχουν από οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο αναρρώνουν καλά, ενώ τα υπόλοιπα δύο τρίτα θα έχουν πείρα κάποιας επανάληψης των συμπτωμάτων. Σ' αυτή τη τελευταία ομάδα οι μισοί θα αναπτύξουν σοβαρά μακροχρόνια προβλήματα.¹⁶



Ότι χαρακτηρίζει την τρέλα είναι ένας απόλυτος και
αθώος εγωισμός , που αιχμαλωτίζει αδιέξοδα την ψυχή
μέσα στον ίλιγγο των υποκειμενικών παραισθήσεών της.

ΡΩΜΟΣ ΦΙΛΥΡΑΣ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

I. Βιολογικές Θεραπείες.

1. Ψυχοφάρμακα.

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) ψυχοφάρμακο καλείται κάθε φάρμακο που δρα στον εγκέφαλο και επηρεάζει τις ψυχικές λειτουργίες, την ψυχική διάθεση και την συμπεριφορά του ατόμου.

Η αρχή της δεκαετίας του '50 αποτέλεσε περίοδο σταθμό στη θεραπευτική των ψυχιατρικών διαταραχών, με την εισαγωγή στην κλινική πράξη παραγώγων της φαινοθειαζίνης με κύριο εκπρόσωπο την χλωροπρομαζίνη. Από τότε και μέχρι σήμερα συντέθηκαν πολλά, παράγωγα αυτής της βασικής φαινοθειαζινικής δομής καθώς και άλλων παραπλήσιων, όπως οι βουτυροφαινόνες και τα θειοξανθένια τα οποία τελικά αποτέλεσαν τα βασικά φάρμακα αντιμετώπισης των ψυχωτικών διαταραχών με τις γενετικές ονομασίες «μείζονα ηρεμιστικά » ή «νευροληπτικά »¹⁷.

Οι μέχρι σήμερα προσφορές της ψυχοφαρμακολογίας πράγματι υπήρξαν μεγάλες, αν σήμερα νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα κατά 40% λιγότεροι σχιζοφρενείς απ' ότι πριν 20 χρόνια, αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στα ψυχοφάρμακα

• Καθορισμός της δοσολογίας φαρμάκου.

Ακριβείς δοσολογίες για τα περισσότερα ψυχοφάρμακα δεν υπάρχουν. Υπάρχει συνήθως ένα ευρύ φάσμα δασολογίας μέσα από το οποίο θα πρέπει να καθορισθεί η καλύτερη ποσότητα του φαρμάκου που χρειάζεται ο παρανοϊκός σχιζοφρενός. Και η απάντηση στο φάρμακο και στη δασολογία, διαφέρει από άτομο σε άτομο. Κάποιο άτομο μπορεί να χρειάζεται μέχρι και τετραπλάσια ποσότητα φαρμάκου από ένα άλλο άτομο που έχει το ίδιο σωματικό βάρος, για να εμφανιστούν παρόμοια θεραπευτικά αποτελέσματα.

ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΑ		
ΟΜΑΔΑ	ΔΡΑΣΗ	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
<p>1. Μείζονα ηρεμιστικά. <u>α. Παράγωγα Φαινοθειαζίνης</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Αλειφατικές Φαινοθ. Χλωροπρομαζίνη (Largactil) • Προμαζίνη (Sparine) • Λεβομεπρομαζίνη (Nozinan) • Προμεθαζίνη (Phenergan). • Πιπεραζινικές Τριφθοριοπεραζίνη (Stelazin) • Θειοπροπεραζίνη (Majertil) • Φθοριοφαιναζίνη (Moditen) • Περφαιναζίνη (Fentazin) • Πιπεριδινικές Θειοριδαζίνη (Mellerel) <p><u>β. Παράγωγα Βουτυροφαινόνης.</u> Αλοπεριδίνη (Alloperidon)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ελαττώνουν το άγχος. • Δρουν ευνοϊκά στις διαταραχές της σκέψης και της αντίληψης. • Συντελούν στην αποκατάσταση των σχέσεων του ασθενούς με το περιβάλλον. • Έχουν υπνωτική δράση. • Έχουν ηρεμιστική δράση. <ul style="list-style-type: none"> • Ελαττώνουν τα παραγωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. • Καταστέλλουν τις διεγερτικές καταστάσεις. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αντιδράσεις υπερευαισθησία. <ul style="list-style-type: none"> • Ίκτερος. • Δερματολογικές αντιδράσεις. • Δυσκρασίες αίματος. 2. Τοπική δράση στο ΚΝΣ. <ul style="list-style-type: none"> • Υπνηλία. • Εξωπυραμιδικό σύνδρομο. • Επιπλητοειδείς παροξυσμοί. 3. Στο Αυτόνομο ΝΑ. <ul style="list-style-type: none"> • Ξηρότητα στόματος και φάρυγγα. • Διαταραχές οράσεως. • Μυϊκή αδυναμία. • Ορθοστατική υπόταση. 4. Στο Καρδιαγγειακό. <ul style="list-style-type: none"> • Αρρυθμίες. • ΗΚΓ αλλοιώσεις. • Αρτηριακή υπόταση. 5. Στο ενδοκρινικό <ul style="list-style-type: none"> • Διαταραχές Εμμήνου ρήσεως. • Γαλακτόρροια. • Αύξηση σωματικού βάρους. <ol style="list-style-type: none"> 1. Έντονη Εξωπυραμιδική συμπτωματολογία. 2. Έκλυση καταθλιπτικών συδρόμων.
<p>2. Ελάσσονα ηρεμιστικά (αγχολυτικά) Μεπροβαμάτη (Equanil) Χλωροδιαποξειδή (Librium) Διαζεπάμη (Valium , Stedon) Νιτραζεπάμη (Anafranil)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αγχολυτική. • Ηρεμιστική. • Σπασμολυτική. • Μυοχαλαρωτική. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Διαταραχές της προσοχής. 2. Μείωση της libido. 3. Διαταραχές της εμμήνου ρύσεως.
<p>3. Αντικαταθλιπτικά. <u>α. Τρικυκλικά</u> Ιμιπραμίνη (Tofranil) Αμιτριπτυλίνη (Triptizol) Νορτυπτιλίνη (Aventyl) Χλωριμιπραμίνη (Anafranil)</p> <p><u>β. Αναστολής της ΜΑΟ.</u> Ισοκαρβοξαζίδη (Marplan) Νιαλαμίδη (Niamid) Τρανυλκπρομίνη (Parhete)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ισχυρή αντικαταθλιπτική. • Μικρή ηρεμιστική. • Αγχολυτική. • Κινητοποιητική. <ul style="list-style-type: none"> • Αντικαταθλιπτική. • Διεγερτική στο ΚΝΣ. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ξηροστομία. 2. Δυσκοιλιότητα. 3. Κατακράτηση ούρων. 4. Ορθοστατική υπόταση. 5. Ταχυκαρδία. 6. Αλλεργικές αντιδράσεις. 7. Διαταραχές όρασης. <ol style="list-style-type: none"> 1. Ορθοστατική υπόταση. 2. Θόλωση όρασης. 3. Ξηροστομία. 4. Δυσκοιλιότητα. 5. Σεξουαλική ανικανότητα. 6. Κεφαλαλγία. 7. Ηπατοκυτταρικός ίκτερος.

Γενικά, τα σοβαρά συμπτώματα χρειάζονται υψηλότερες δοσολογίες και τα ήπια χαμηλότερες. Ο κύριος στόχος κατά τον καθορισμό της δασολογίας ενός φαρμάκου είναι να επιλεγούν δόσεις που να είναι ασφαλείς και να έχουν Θεραπευτικό αποτέλεσμα¹

• **Τρόπος δράσης νευροληπτικών.**

Ο μηχανισμός δράσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων δεν είναι πλήρως γνωστός. Οι περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζονται περισσότερο από αυτά τα φάρμακα είναι ο δικτυωτός σχηματισμός, τα βασικά γάγγλια και ο υποθάλαμος. Σε κυτταρικό επίπεδο, τα φάρμακα αυτά αναστέλλουν τη μεταβίβαση των νευρικών ερεθισμάτων στο ΚΝΣ, αποκλείοντας τη δράση της ντοπαμίνης - ενός νευροδιαβιβαστή - στους υποδοχείς του μετασυναπτικού νευρώνα. Δεν είναι γνωστό αν αυτή η δραστηριότητα του αποκλεισμού της ντοπαμίνης είναι ο μηχανισμός με τον οποίο υποχωρεί η ψύχωση.

Ανεξάρτητα από την θεωρητική, το πρόβλημα τον τρόπου δράσεως των νευροληπτικών φαρμάκων έχει και την πρακτική πλευρά του. Συνδέεται με ένα καίριο ερώτημα που όμως μένει αναπάντητο. Ποιος είναι ο στόχος των ψυχοφαρμάκων; Η βασική αρρώστια, δηλαδή η παρανοϊκή σχιζοφρένεια, ή τα συμπτώματά της; Πρακτικά πιο χρήσιμο είναι να προσαρμόζουμε τη Θεραπευτική μας τακτική σκοπεύοντας στη συμπτωματολογία και όχι στην « αρρώστια ». Γνωρίζουμε περισσότερο για τα συμπτώματα και την απαντητικότητα τους στα διάφορα φάρμακα και πολύ λιγότερα για την παρανοϊκή σχιζοφρένεια την ίδια.¹⁴

• **Τι φάρμακα θα δώσουμε σε έναν παρανοϊκή σκιζοφρενή.**

Όλα τα νευροληπτικά φάρμακα έχουν αντισχιζοφρενική δράση ανεξάρτητα από την χημική τους προέλευση. Για το ποιο όμως είναι το πιο κατάλληλο για την αντιμετώπιση της παρανοϊκής σχιζοφρένειας, δεν υπάρχουν δυστυχώς ομόφωνες απόψεις. Η διαγνωστική κατηγορία δεν αρκεί ως κριτήριο για την επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου. Η εκλογή ενός νευροληπτικού ή ο συνδυασμός ψυχοφαρμάκων εξαρτάται πάντα από την εξατομίκευση της κάθε περίπτωσης. Γενικά σε που αφορούν την παρανοϊκή σχιζοφρένεια προτείνονται ισχυρά νευροληπτικά σε εξατομικευμένες δόσεις, σε συνδυασμό με ασθενή νευροληπτικά σε σχετικά μεγαλύτερες δόσεις. Συγκεκριμένα μπορούμε να θεωρήσουμε ότι:

• Στα οξέα επεισόδια και στις εξάρσεις της παραγωγικής συμπτωματολογίας η χλωροπρομαζίνη (Largactil, Zytedin) και η αλοπεριδόλη (Aloperidin) διακρίνονται για την άμεση αποτελεσματικότητά τους.

- Το ίδιο ισχύει σε κάθε περίπτωση που κυριαρχεί η διέγερση, ο αρνητισμός, η αϋπνία και οι βαριές διαταραχές της σκέψης τον παρανοειδούς σχιζοφρενούς.

- Στις περιπτώσεις που είναι έκδηλος ο αυτισμός, η απόσυρση, η συναισθηματική πτώση, η υποβουλησία και η κλινοφιλία, η τριφθοριοπεραζίνη (Stelazine), η θειοπροπεραζίνη (Majertil) και η περφαιναζίνη (Fentazin), έχουν περισσότερες πιθανότητες να δράσουν ευνοϊκά.

- Στις περιπτώσεις που επιδιώκεται μια σταθερή δόση συντήρησης ή υπάρχει δυσχέρεια στην καθημερινή λήψη των φαρμάκων, οι φαινοθειαζίνες (Modecate) έχουν προτεραιότητα αρκεί να ελέγχονται οι παρενέργειες από το εξωπυραμιδικό σύστημα.

- Όταν υπάρχει έντονο άγχος και αϋπνία χωρίς βαριές διαταραχές της σκέψης, η λεβομεπρομαζίνη (Nozinan) καθώς και τα ελάσσονα ηρεμιστικά έχουν τη Θέση τους ως συμπληρωματικά στην κύρια αγωγή¹.

Αν ένα φάρμακο μετά από συνεχή χορήγηση έξι εβδομάδων δεν μας πείσει για την αποτελεσματικότητά του τότε η συνέχισή του είναι άσκοπη.

- Σε τι δόσεις και για πόσο Χρονικό διάστημα θα τα δώσουμε

Οι δόσεις όλων των νευροληπτικών φαρμάκων είναι απόλυτα εξατομικευμένες. Η διάρκεια χορηγήσεως τους δεν υπόκειται σε γενικούς κανόνες και είναι συναρτημένη με παράγοντες που δεν συνδέονται μόνο με την κλινική εικόνα. Χορηγούνται στην παρανοϊκή σχιζοφρένεια όχι μόνο για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα, αλλά και για να περιορίσουν το ενδεχόμενο υποτροπής. Κατά συνέπεια δεν δικαιολογείται σε καμιά περίπτωση άμεση διακοπή τους με την αποδρομή των συμπτωμάτων.

Τα νευροληπτικά φάρμακα δεν ασκούν μόνο αντιψυχωσική ενέργεια, αλλά προκαλούν και ποικιλία άλλων βιολογικών και ψυχολογικών αντιδράσεων. Η μείωση θα πρέπει να περιορίζεται σε τέτοιο βαθμό, ώστε το φάρμακο να είναι μεν ανεκτό από τον παρανοϊκό σχιζοφρενή, αλλά να μη χάνει την προφυλακτική του αποτελεσματικότητα. Έτσι άρρωστος είναι ελεύθερος συμπτωμάτων για μακρό χρονικό διάστημα.

Η προηγηθείσα εμπειρία έχει δείξει ότι η μεν διακοπή δεν συνεπάγεται υποτροπή, η δε μείωση της δασολογίας αυξάνει την κοινωνική προσαρμογή.¹

- Αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της ψυχο-φαρμακοθεραπείας, η ευρεία της χρήση επί σειρά ετών απέδειξε ότι έχει στο ενεργητικό της αξιόλογα «θετικά» στοιχεία χωρίς βέβαια να λείπουν και τα «αρνητικά».

A. Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

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

B. Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Πέρα από την άμβλυση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων, καμιά επίδραση δεν ασκεί στην ίδια τη νόσο.
2. Αν διακοπεί η θεραπεία, η νόσος επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.
3. Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από την μακροχρόνια χρήση της, πχ εξωπυραμидικό σύνδρομο (Parkinson), υπερτονικές δυσκινησίες, καταθλιπτική διάθεση...
4. Η συνέχισή της γίνεται χωρίς διακοπή και τέρμα.
5. Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά¹⁶.

2.Λίθιο: Κατά πάσα πιθανότητα το 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.

3.Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στην θεραπεία), η βασική της ένδειξη είναι το stupor ή η διέγερση του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας.⁶

Παρενέργειες από το ηλεκτροσόκ²⁰.

1. Καρδιαγγειακό σύστημα
 - α. Μεγάλη επιβάρυνση της καρδιάς.
 - β. Πρόσκαιρη καρδιακή ανακοπή.
2. Αναπνευστικό σύστημα.
 - α. Άπνοιες.
 - β. Βρογχοσπασμός.
 - γ. Πνευμονικά συστήματα.
3. Σκελετικό σύστημα
 - α. Κακώσεις σπονδυλικής στήλης.
4. Νευρικό σύστημα.
 - α. Μόνιμες βλάβες στο νευρικό σύστημα.
5. Θάνατοι.
 - α. 1 στους 10.000

Αντενδείξεις²⁰.

1. Απόλυτες
 - α. Όγκοι εγκεφάλου.
 - β. Αιματώματα εγκεφάλου.
 - γ. Ανευρύσματα της αορτής.
 - δ. Υποσυστολικές διαταραχές.
 - ε. Ασυστολικές διαταραχές.
 - στ.Αρτηριοσκλήρυνση.
2. Σχετικές.
 - α. Κακή γενική κατάσταση.

- β. Διάφορες εμπύρετες καταστάσεις.
- γ. Ενδοκρινολογικές παθήσεις.
- δ. Πεπτικά έλκη.
- ε. Εγκυμοσύνη και παιδική ηλικία.

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 θεωρείται πλέον κατάλληλη παρέμβαση για τη σχιζοφρένεια ¹².

II. 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 νοσηλείες 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.⁶.

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 ή 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: Ο 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 γενικά να γίνονται και περισσότερο ερμηνευτικές. Κυρίως όμως αποσκοπούν στην απόδοση πραγματικότητας και στην κοινωνικοποίηση του ασθενή.⁶

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.¹⁸

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 αναγνώριση 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 σχιζοφρενικού 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.¹⁹

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

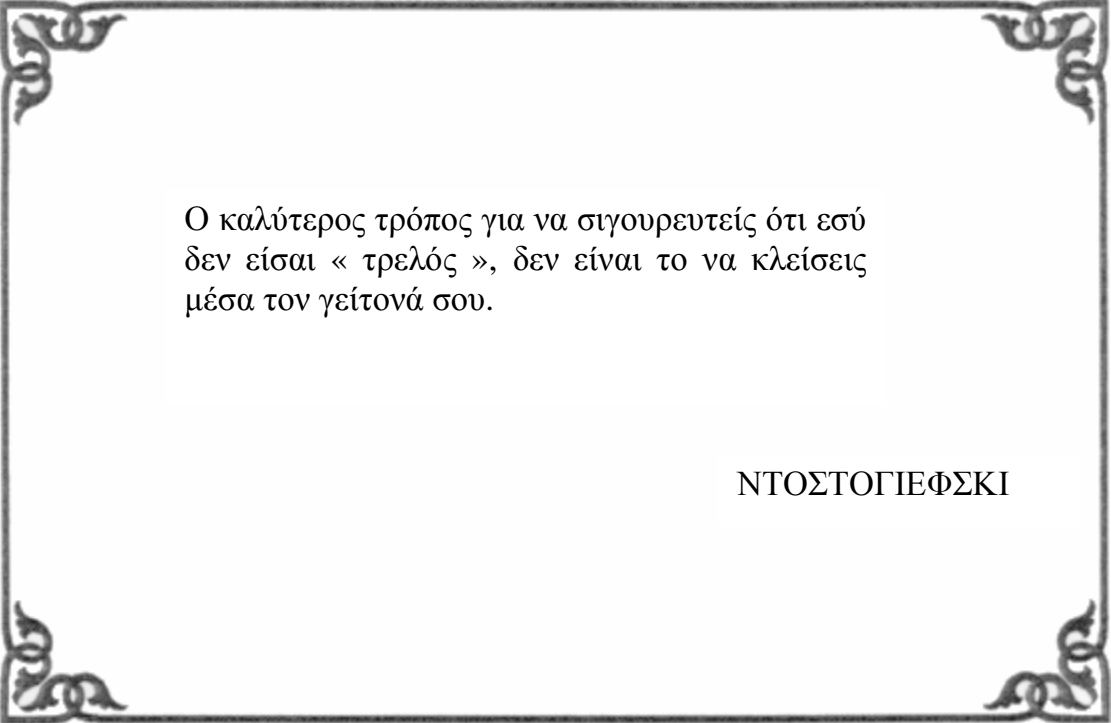
Άλλοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα κι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες π.χ. αγορά και παρασκευή φαγητού, διαχείριση χρημάτων κ.λ.π. Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής 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 μετανοδομομειακής 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.⁶



Ο καλύτερος τρόπος για να σιγουρευτείς ότι εσύ
δεν είσαι « τρελός », δεν είναι το να κλείσεις
μέσα τον γείτονά σου.

ΝΤΟΣΤΟΓΙΕΦΣΚΙ

I. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

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

Κοινωνική Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της Ψυχιατρικής που μελετά την συμμετοχή των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων στη 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.

Εδώ αξίζει να αναφερθεί το Νοσοκομείο Ημέρας που λειτουργεί στα πλαίσια των Νοσοκομείων αλλά αποτελεί κάτι τελείως διαφορετικό από τις ψυχιατρικές κλινικές των νοσοκομείων. Λειτουργεί από τις 8:00 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.²²

1. Κοινωνική ψυχιατρική

Ο βασικότερος στόχος των νέων αντιλήψεων στο χώρο της ψυχιατρικής είναι η αλλαγή των παραδοσιακών αντιλήψεων μορφών θεραπείας, με τη δημιουργία πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην κοινότητα. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην ψυχική υγεία ταυτίζεται με την Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Το δίκτυο της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής δεν περιορίζεται στον παραδοσιακό ρόλο της ιατρικής αντιμετώπισης, αλλά επεκτείνεται και σε θέματα πρόληψης και αποκατάστασης. Ο Bloom (1973) προσπάθησε να περιγράψει τις διαφορές μεταξύ παραδοσιακής και κοινωνικής ψυχιατρικής.

Πιν.2: Διαφορές Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής και παραδοσιακών κλινικών υπηρεσιών, κατά Bloom, 1973		
Πεδία σύγκρισης	Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή	Παραδοσιακές κλινικές υπηρεσίες.
1.Τόπος επέμβασης	Δράση στην κοινότητα	Δράση σε παραδοσιακά ψυχιατρικά ιδρύματα.
2.Επίπεδο επέμβασης	Έμφαση σε συνολική ή καθορισμένη κοινότητα (ολόκληρη περιοχή ευθύνης ή ευπαθής πληθυσμός.)	Έμφαση σε ξεχωριστά άτομα.
3.Είδος υπηρεσιών	Έμφαση στην πρόληψη.	Έμφαση στις θεραπευτικές υπηρεσίες.
4.Τρόπος παροχής υπηρεσιών	Έμφαση σε άμεσες υπηρεσίες μέσω συμβουλευτικής και εκπαίδευσης.	Έμφαση σε άμεσες κλινικές υπηρεσίες.
5.Στρατηγική υπηρεσιών.	Οι στρατηγικές έχουν στόχο την εξυπηρέτηση μεγάλου αριθμού ατόμων, όπως με βραχεία ψυχοθεραπεία, επέμβαση στην κρίση, κ.α.	Έμφαση σε μακροχρόνιες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους.
6.Είδος σχεδιασμού.	Ρεαλιστικός σχεδιασμός που σκοπεύει σε εκπλήρωση των αναγκών σε πληθυσμούς με ψηλό δείκτη επικινδυνότητας και με συντονισμό των υπηρεσιών.	Ξεχωριστές υπηρεσίες χωρίς σχεδιασμό, χωρίς κοινοτικό συντονισμό. Ένα σύστημα « ελεύθερης αγοράς »
7.Προσωπικό.	Επαγγελματίες ψυχικής υγείας μαζί με νέες πηγές προσωπικού, όπως φοιτητές και άτομα σχετικά με την υπό αντιμετώπιση ομάδα.	Επαγγελματίες παραδοσιακής ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί).
8.Λήψη αποφάσεων.	Μοιρασμένη ευθύνη για έλεγχο και λήψη αποφάσεων σε σχέση με προγράμματα Ψ.Υ. μεταξύ κοινότητας – επαγγελματιών.	Επαγγελματικός έλεγχος όλων των υπηρεσιών Ψ.Υ.
9.Αιτιολογικές υποθέσεις.	Περιβαλλοντικές αιτίες ψυχικής διαταραχής.	Ενδοψυχικές αιτίες ψυχικής διαταραχής.

Οι υπηρεσίες της Κοινοτικής Ψυχιατρικής δρουν σε τρία επίπεδα:

A. Πρωτοβάθμια πρόληψη: Συνίσταται στην αντιμετώπιση και την εξάλειψη παραγόντων που συμβάλλουν στην ψυχική διαταραχή, δηλαδή στην προσπάθεια μείωσης και επίπτωσης και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας τον πληθυσμού.

B. Δευτεροβάθμια πρόληψη: Ορίζεται στην μείωση της διάρκειας μιας διαταραχής μέσω της έγκαιρης επισήμανσης και παρέμβασης. Επιτυγχάνεται με την ύπαρξη ενός πολύ καλά οργανωμένου δικτύου παραπομπών μέσα στην κοινότητα, με ιατρείο 24ωρης βάσης, δυνατότητα παρακολούθησης στο σπίτι του ασθενή και με τον ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου.

Γ. Τριτοβάθμια πρόληψη: Συνίσταται στην εξάλειψη των επιπλοκών και την πρόληψη των υποτροπών όσο και των συμπτωμάτων μιας ψυχικής διαταραχής, καθώς και στην ανάλογη προσπάθεια για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση τον ασθενή.

Η Κοινοτική Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας πρέπει να είναι σε θέση να βοηθήσει ουσιαστικά τα άτομα με ανεπάρκειες στη λειτουργικότητα και την προσαρμογή τους, γι' αυτό πρέπει να διαθέτει ένα απαραίτητο φάσμα υπηρεσιών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις Η.Π.Α., οι υπηρεσίες Κοινοτικής φροντίδας με την ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Νοσοκομεία Ημέρας, χώροι Προστατευόμενης Στέγασης... σηματοδοτούν την ύπαρξή τους από τις αρχές σχεδόν τον 20^ο αιώνα, τη στιγμή που η Ελλάδα κάνει τα πρώτα θετικά βήματα στο χώρο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης τα τελευταία μόλις χρόνια.

Στη συνέχεια θα αναφερθούν αναλυτικότερα οι νέες δομές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που λειτουργούν στον Ελλαδικό χώρο.²²

Στρατηγικές Κοινωνικής παρέμβασης στην Καισαριανή και στον Βύρωνα.

ΣΤΟΧΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΤΟΠΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
Άτομα – Οικογένειες που ζητούν βοήθεια	<ul style="list-style-type: none"> Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Φαρμακοθεραπεία. Κοινωνική εργασία. Οικογενειακή θεραπεία. Συμβουλευτική θεραπεία. 	<ul style="list-style-type: none"> Θεραπεία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Τροποποίηση παθολογικής συμπεριφοράς. 	1) Χώρος του Κ.Κ.Ψ.Υ. 2) Σπίτια πελατών	Πρωτοταγής. Δευτεροταγής. Τριτοταγής
Άτομα με υψηλή επικινδυνότητα.	<ul style="list-style-type: none"> Κοινωνική εργοθεραπείας. λέσχη Ατομική – Ομαδική θεραπεία. Άλλες δραστηριότητες. Προστατευόμενο εργαστήριο. 	<ul style="list-style-type: none"> Η εξασφάλιση σταθερής συναισθηματικής κατάστασης. Αναδιοργάνωση υποστηρικτικού συστήματος. 	Χώροι του Κ.Κ.Ψ.Υ.	Δευτεροταγής Τριτοταγής
Ιατροκοινωνικές υπηρεσίες Κοινότητας	<ul style="list-style-type: none"> Επαφές γνωριμίας Συντονισμός υπηρεσιών. 	Δημιουργία και ανάπτυξη δικτύου παραπομπών.	Χώροι των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών.	Πρωτοταγής Δευτεροταγής Τριτοταγής
Γενικός πληθυσμός κοινότητας: Μαθητές, γονείς και άλλα άτομα.	1) Επαφές. 2) Διαλέξεις. 3) Δημιουργία επιτροπής Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής.	1) Εκπαίδευση σε ψυχοκοινωνικά θέματα. 2) Ευαισθητοποίηση στην έγκαιρη αντίληψη παθολογικής συμπεριφοράς.	1) Δημαρχείο 2) Σχολεία. 3) Οργανώσεις. 4) Χώροι του Κ.Κ.Ψ.Υ.	Πρωτοταγής
Άτομα με ειδικά προβλήματα. Υπερήλικες, άγαμες μητέρες κ.λ.π.	Ομαδική ευαισθητοποίηση και αυτοβοήθεια.	Αύξηση της αυτογνωσίας και ικανότητας στην επίλυση ψυχολογικών προβλημάτων	1) Κοινωνικοί χώροι 2) Χώροι του Κ.Κ.Ψ.Υ.	Πρωτοταγής

Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.)

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι καθιερωμένος Θεσμός μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Μέσα από την αποκέντρωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί η έγκαιρη επίσημανση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη), ή να διατηρηθεί λειτουργικότητα ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτή (τριτοβάθμια πρόληψη). Ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσφέρει επίσης τη δυνατότητα για την εφαρμογή όλων εκείνων των προγραμμάτων που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (πρωτοβάθμια πρόληψη)²³

Στη χώρα μας το 1978 ιδρύθηκε από την ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο Νοσοκομείο) το πρώτο αστικό κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής που καλύπτει τις ανάγκες των δήμων Καισαριανής - Βύρωνα. Στον πίνακα (3) αναφέρονται οι στρατηγικές της κοινοτικής παρέμβασης στους παραπάνω δήμους.

Σκοποί του Κέντρου είναι:

1. Η κάλυψη των τριών σταδίων πρόληψης της κοινοτικής ψυχιατρικής.
2. Η διαφώτιση κι ευαισθητοποίηση των κατοίκων σε Θέματα ψυχικής υγιεινής, με σκοπό τον περιορισμό της απόστασης μεταξύ του κοινού και της ψυχιατρικής υπηρεσίας.
3. Η διερεύνηση της επικράτησης της ψυχικής ασθένειας στην κοινότητα.
4. 4. Η δημιουργία ενός κοινοτικού συστήματος για ψυχικά ευάλωτα άτομα.

Ο αριθμός των ειδικών που στελεχώνουν ένα Κ.Κ.Ψ.Υ. εξαρτάται από το μοντέλο λειτουργίας και τον αριθμό κατοίκων της κοινότητας. Συνήθως απασχολούνται ειδικοί από όλα τα επαγγέλματα ψυχικής υγείας: Ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνιολόγοι, στατιστικολόγοι.²⁴

3. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Όταν κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα οικοδομήθηκαν πολυάριθμα ψυχιατρικά άσυλα, μακριά από τις 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.

Οι αλλαγές αυτές σήμαναν τη δημιουργία ενός νέου κλάδου της Ψυχιατρικής, την Κοινοτική ψυχιατρική.²⁵

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

Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική: Η πρώτη υπηρεσία Κοινοτικής 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 Κοινοτικής 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 Κοινοτική 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. Σήμερα η Κοινοτική 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 Κοινοτικός Νοσηλευτής Υγείας είναι πολύ σημαντικός. Για να ανταποκριθεί όμως ο

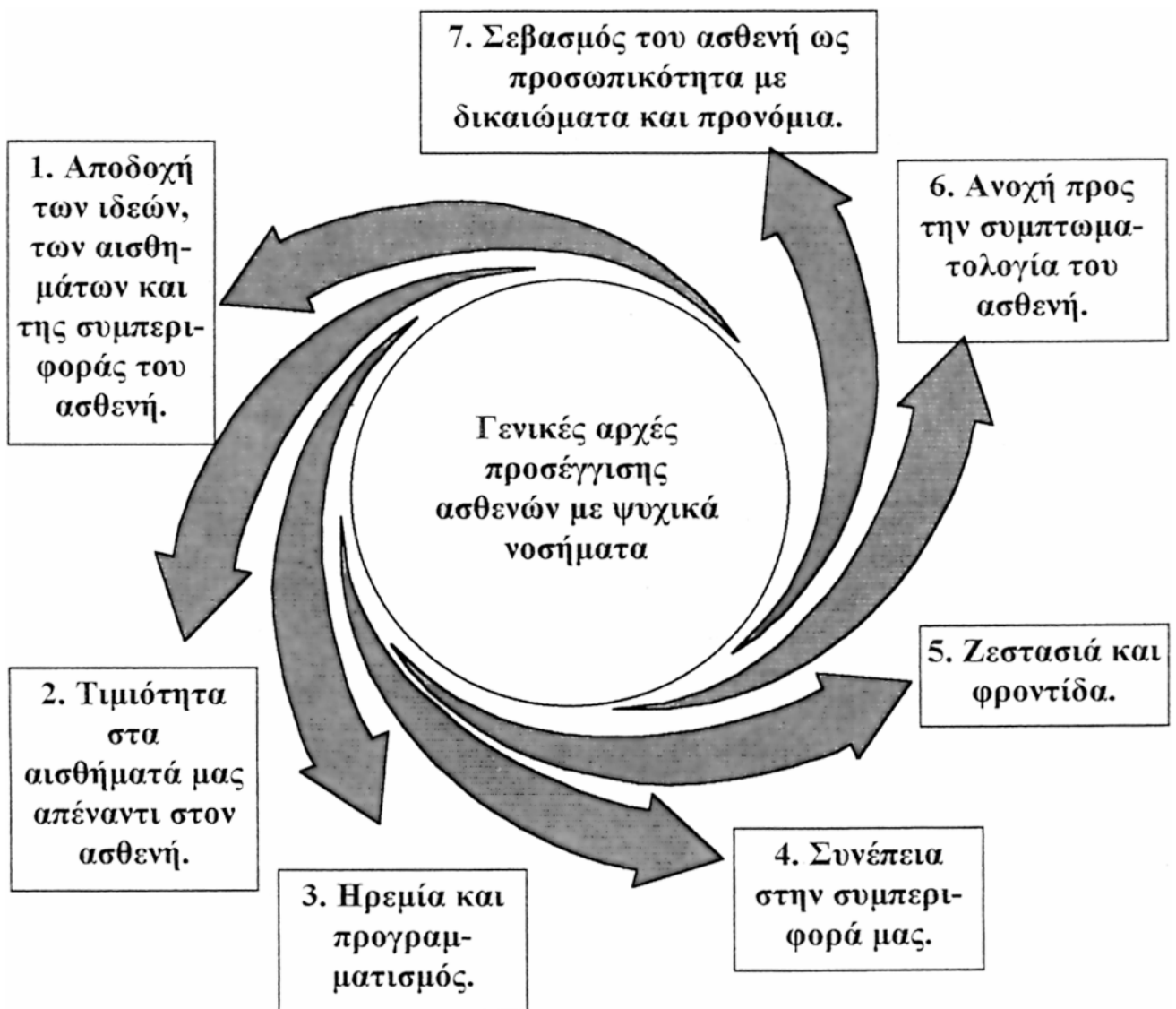
νοσηλευτής στο ρόλο του αυτό, που είναι διεθνώς αναγνωρισμένος, χρειάζεται τις ανάλογες γνώσεις και την κατάλληλη εκπαίδευση. Στην Ελλάδα, μόνο τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να εκτιμάται ο ρόλος αυτός και να διαφαίνεται η ανάγκη για μεγαλύτερη αναγνώρισή του και αναθεώρηση των εκπαιδευτικών μας προγραμμάτων 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 Κοινοτικού Νοσηλευτού Ψυχικής Υγείας, ως μέλους της υγειονομικής ομάδας. Ο νοσηλευτής με την συνεχή επικοινωνία του με τα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανένταξη του ατόμου στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.¹⁶

Οι προληπτικές νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι:

- Ανίχνευση περιπτώσεων ψυχικά διαταραγμένων ατόμων ή κρίσιμων στρεσογόνων καταστάσεων, επικίνδυνων να διαταράξουν τις διαπροσωπικές σχέσεις της νοσηλευόμενης μητέρας-επίτοκης ή λεχωίδας-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 του 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 ενήλικων. 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.²¹



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας / Ψυχιατρική Νοσηλευτική αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της γενικής νοσηλευτικής και ειδικό κλάδο αυτής.

Νοσηλευτική της Ψυχικής Υγείας θεωρείται η παρεχόμενη φροντίδα στα άτομα που έχουν ασθένεια, με σκοπό την ανεξαρτησία και την επαναφοράς της αξιοπρέπειάς τους.

Η Ψυχιατρική Νοσηλευτική ως επιστήμη, ως αντικείμενο έρευνας και ως κλινική άσκηση, εμπνέεται και κατευθύνεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών:

1. Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ανθρώπου, υγιούς ή αρρώστου ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. Πίστη στην οντολογική αξία του ανθρώπου, της υγείας και της ζωής του.
3. Εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ανθρώπου και της υγεία του με σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον.

Ο ψυχικά άρρωστος και πιο συγκεκριμένα ο σχιζοφρενής μελετάται και νοσηλεύεται ως πρόσωπο και σε σχέση με τις κοινωνικές και ψυχολογικές πραγματικότητες που βιώνει.²¹

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση του παρανοϊκού σχιζοφρενούς ασθενούς, εκτός από την ολική μελέτη της βιοψυχοοικονομικής κατάστασης και λειτουργίας του, εστιάζεται στις ακόλουθες περιοχές:

- α) Διαταραχές σκέψης.
- β) Διαταραχές συναισθήματος.
- γ) Διαταραχές αντίληψης.
- δ) Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων.

Τα βασικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον παρανοϊδή άρρωστο είναι: το παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις και οι προοδευτικά αυξανόμενες διαταραχές της δομής της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία παραληρητικών ιδεών διώξεως και μεγαλείου που συχνά συνοδεύονται με ψευδαισθήσεις. Συχνά η νόσος συνδυάζεται με υπερβολική θρησκευτικότητα.. Η στάση του αρρώστου συχνά εχθρική και επιθετική και η συμπεριφορά του συντονίζεται με τις παραληρητικές του ιδέες.

Επίσης παρατηρείται η γενικότερη εμφάνιση και συμπεριφορά του ασθενούς , όπως:

- Αν παραμελεί την εμφάνισή του, την ατομική καθαριότητά του , τον καλλωπισμό και τους τρόπους ευγενείας.
- Αν είναι υπερκινητικός και ανήσυχος ή έχει έλλειψη ενεργητικότητας.
- Αν κάνει μορφασμούς ή χειρονομίες που δεν σχετίζονται με τον λόγο του.
- Αν το ύφος του αρρώστου εκφράζει αδιαφορία ή απάθεια.

Παράλληλα με την εμφάνιση και συμπεριφορά του παρανοϊκού σχιζοφρενούς ασθενούς, αξιολογούνται και η σωματική κατάσταση και υγεία του. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να ελέγχονται τα βασικά συστήματα, όπως:

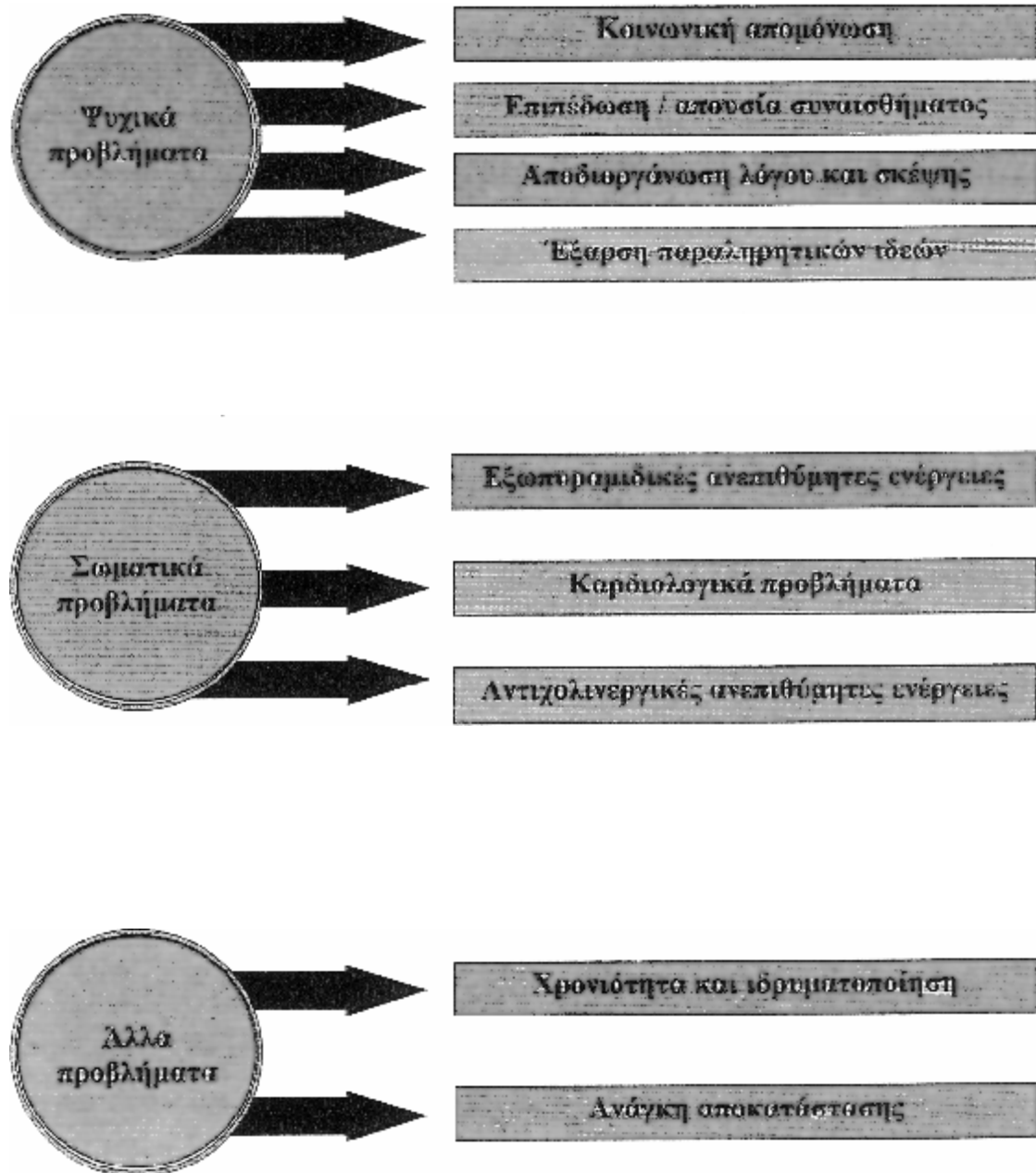
- Αισθητήρια όργανα
- Αναπνευστικό σύστημα.
- Κυκλοφορικό σύστημα.
- Γαστρεντερικό σύστημα.
- Ουροποιητικό σύστημα.

- Νευρομυϊκό σύστημα.

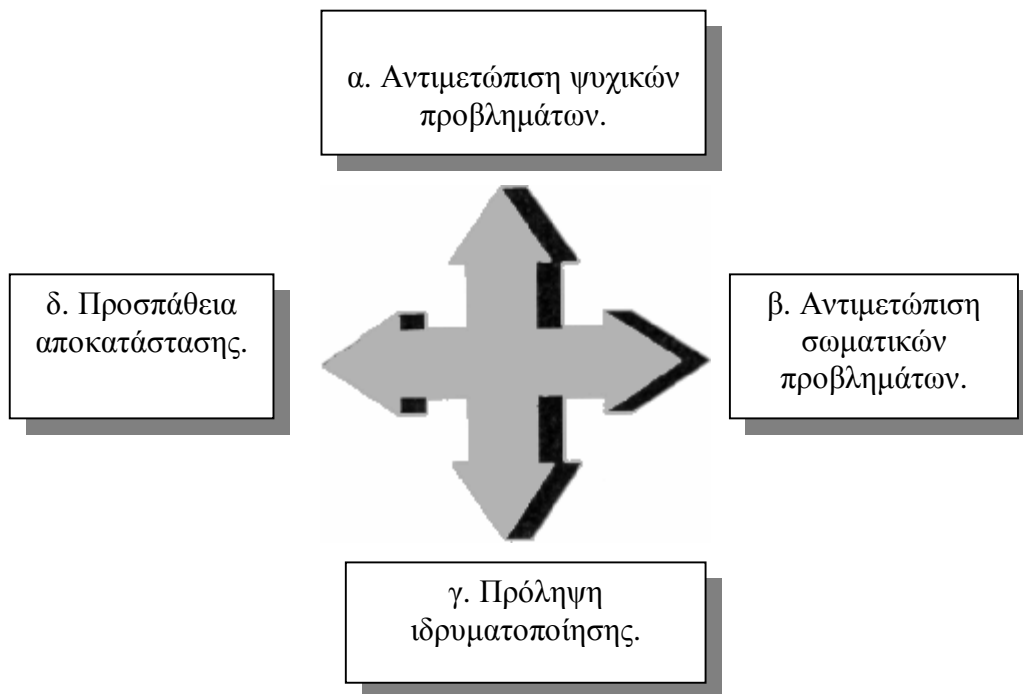
Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στην ανεύρεση και έγκαιρη αξιολόγηση τυχόν παθολογικών σωματικών προβλημάτων του ασθενή, που μπορούν να περιπλέκουν τη ψυχική νόσο.

Βέβαια ο βαθμός στον οποίο ο νοσηλευτής πετυχαίνει να βγάλει αξιόπιστα συμπεράσματα για τις ανάγκες και τα προβλήματά του ασθενή, κυμαίνεται. Εκτός από τις θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται, απαραίτητη είναι επίσης για την επαλήθευση και ερμηνεία των νοσηλευτικών περιστάσεων και η συνεργασία με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που συνθέτουν την αξιολόγηση του πάσχοντος.²¹

Προβλήματα και ανάγκες του Παρανοειδούς Σχιζοφρενούς αρρώστου.



Νοσηλευτικοί σκοποί



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. Ψυχικά προβλήματα

α) Κοινωνική απομόνωση.

Χαρακτηριστικά – αποδεικτικά στοιχεία.

- Δυσκολία δημιουργίας σχέσεων με άλλους.
- Έκφραση συναισθημάτων απόρριψης.
- Απόσυρση / απομόνωση, παραμονή στο κρεβάτι πολλές ώρες.
- Ακατάλληλη ή ανώριμα για την ηλικία του αρρώστου ενδιαφέροντα και δραστηριότητες.

Ο νοσηλευτής αξιολογεί την έκταση της θεληματικής απομόνωσης του αρρώστου, ώστε να οργανώσει ένα πλάνο στρατηγικής διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνίες και δραστηριότητες.

Αρχικά πλησιάζει τον άρρωστο διακριτικά χωρίς να τον πιέζει ή να του προκαλεί δυσφορία. Διαθέτει λίγη ώρα μαζί του, αλλά πολλές φορές την ημέρα και φροντίζει να είναι η επικοινωνία του ενδιαφέρουσα, αλλά όχι προκλητική και απαιτητική.

Συζητάει με τον άρρωστο π.χ. για τα αντικείμενα στο δωμάτιό του, τις αγαπημένους του απασχολήσεις, με σκοπό τη βελτίωση των κοινωνικών του δεξιοτήτων.

Παροτρύνει τον ασθενή να πλησιάζει άλλους αρρώστους με όμοια ενδιαφέροντα, με τους οποίους κατά τη γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί.

Παρατηρητικότητα και παρακολούθηση

Ο ασθενής που πάσχει από παρανοειδή σχιζοφρένεια με την έκδηλη ψυχιατρική συμπτωματολογία του, αλλά και μια ευαίσθητη καρδιά, κατανοεί, διαισθάνεται, υποφέρει, ευγνωμονεί, ποθεί την υγεία και έχει τη φυσική τάση για ανάρρωση. Είναι ένας άνθρωπος, μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα, μια αδιαίρετη και ανεπανάληπτη ύπαρξη με μοναδική ατομική ιστορία ζωής και προσωπικά προβλήματα.

Επομένως ο νοσηλευτής καλείται να πλησιάσει, να γνωρίσει, να κατανοήσει και στη συνέχεια να νοσηλεύσει τον ασθενή ως ολότητα και ως άτομο που πάσχει και ζητά ουσιαστική βοήθεια.

Για την επίτευξη της σωστής αξιολόγησης των ατομικών αναγκών και δυνατοτήτων του ασθενή απαιτούνται: η παρατηρητικότητα και οι διαπροσωπικές δεξιότητες. Γι' αυτό τον λόγο ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ευρεία γνώση των θεωρητικών αρχών από τις φυσικές και κοινωνικές επιστήμες που σχετίζονται με τον άνθρωπο.

Ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της παρατήρησης του ασθενή πρέπει να ξέρει τι να προσέξει, να αναγνωρίσει κάτι όταν το δει και να είναι σε θέση να το καταγράψει με ακρίβεια και επιστημονικότητα για να αποφασίσει στη συνέχεια ποια νοσηλευτικά μέτρα θα εφαρμόσει.

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή εξαρτάται από τις γνώσεις του, αλλά και από την έμφυτη ικανότητά του. Όταν παρατηρεί θα πρέπει να διατηρεί ανεπηρέαστη τη διάνοιά του σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς Διαφορετικά συναισθήματα τα τονίζει ως ενδείξεις που θα ταιριάζουν με τη διάγνωση, ενώ θα παραβλέπει εκείνες που δεν ταιριάζουν. Αυτό όμως μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη αξιολόγηση, που σίγουρα θα αποβεί επιζήμια για τον ασθενή.

Ωστόσο ως νοσηλευτικές παρατηρήσεις συμπληρώνουν και επαληθεύουν διαπροσωπικές δεξιότητες όπως η ακρόαση και η συνέντευξη.

Ο νοσηλευτής κατά την ακρόαση ακούει τον ασθενή με συμπάθεια και θετικό τρόπο, χωρίς να δίνει συμβουλές, να εκφέρει γνώμη ή να κάνει υποδείξεις. Κατ' αυτόν τον τρόπο ο ασθενής αποβάλλει την ένταση και το άγχος του και ενθαρρύνεται στο να περιγράψει τις δυσκολίες και τα προβλήματά του.

Συνδυάζοντας την ακρόαση με την προσωπική συνέντευξη και κυρίως με τη χρήση ανοιχτών ερωτήσεων, ο νοσηλευτής γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή και αρχίζει

η πρώτη, πρόσωπο προς πρόσωπο, επικοινωνία μαζί του, με σκοπό βέβαια την ανάπτυξη θετικού διαλόγου μαζί του.

Οι πρώτες συναντήσεις ασκούν αποφασιστική επίδραση στην ανάπτυξη του διαλόγου αυτού και στην μετέπειτα προσωπική συναλλαγή τους, ενώ παράλληλα αποτελούν την κύρια πηγή πληροφοριών, αφού προέρχονται μέσα από το ίδιο άτομο.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί ότι ο νοσηλευτής κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση δεν χρησιμοποιεί τον ασθενή ως απλή πηγή πληροφοριών προς εξερεύνηση, ούτε τον μεταβάλλει σε αντικείμενο προς μελέτη. Δίδεται όμως η ευκαιρία για να διαβιβάσει ο νοσηλευτής στον ψυχικά άρρωστο ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση, να τον βεβαιώσει για την πίστη του στην αξία του ως προσώπου εκφράζοντας αισθήματα αγάπης, αποδοχής και σεβασμού. Με άλλα λόγια η νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου αποτελεί υπεύθυνο νοσηλευτικό έργο.²¹

Η ενημέρωση του ασθενή από το νοσηλευτή

Αν η παραμονή στο νοσοκομείο μπορεί να δώσει στον ασθενή ευκαιρίες για να μάθει να ζει όμορφα και πιο πετυχημένα με τους άλλους ανθρώπους, αυτό θα συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία του ασθενούς.

Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια :

- i. Για να μάθουν να ντύνονται κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις.
- ii. Για να αναλάβουν υπευθυνότητα για την εργασία που τους ανατίθεται.
- iii. Για να φροντίζουν για τις φυσικές τους ανάγκες, έτσι ώστε να γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους.
- iv. Για να τρώνε με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους.
- v. Για να δέχονται τη δικαιολογημένη αλλαγή του προγράμματος στο φαγητό, τον ύπνο, την καθαριότητα.
- vi. Για να αποφεύγουν να πληγώνουν τους άλλους.
- vii. Για να συμβιβάζονται με πολλές άλλες πλευρές της ομαδικής συμβίωσης.¹⁶

Παράλληλα προωθεί βαθμιαία τον άρρωστο σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο αντοχής και την διανοητική και ψυχολογική λειτουργικότητα, π.χ. σχεδιασμό γευμάτων, απλά επιτραπέζια παιχνίδια, απλές ομαδικές απασχολήσεις και συζητήσεις, ώστε να εκτεθεί ο άρρωστος προοδευτικά σε πιο περίπλοκες διαπροσωπικές σχέσεις.¹⁵

Επίσης προσπαθεί να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει την διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο.

Ο άρρωστος μπορεί περιστασιακά και σε κατάλληλες ώρες να διαλέξει να μείνει μόνος. Αναμφίβολα αυτό που επιθυμεί ο νοσηλευτής είναι να πείσει και να μάθει τον ασθενή ότι αναμένεται η συμμετοχή του και ότι είναι αξιόλογο μέλος της κοινωνικής ομάδας.

β) Επιπέδωση/ απουσία συναισθήματος

Χαρακτηριστικά αποδεικτικά στοιχεία

- Απάθεια στα εξωτερικά ερεθίσματα.
- Κενή ευφορία.
- Δύσκαμπτο συναίσθημα.

Η φαινομενική έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και η απάθεια στο ύφος του παρανοϊκού σχιζοφρενούς ατόμου μπορεί να εκληφθεί από τον νοσηλευτή ως αδιαφορία για τον εαυτό του και την κατάστασή του και ότι επικοινωνεί σαν μια μηχανή.¹⁵

Επίσης η επιπέδωση του συναισθήματος παρουσιάζεται και από την μακρόχρονη παραμονή του αρρώστου εντός νοσοκομείου με αποτέλεσμα να μην αντιδρά στα ερεθίσματα γύρω του και σε ότι διαδραματίζεται στο χώρο που ζει καθημερινά. Συνήθως οι απαιτήσεις που δίνει σε ερωτήσεις του νοσηλευτή, είναι μονολεκτικές ή κάνοντας απλό νεύμα.

Από την πλευρά του νοσηλευτή χρειάζεται απλώς κατανόηση και να μην απογοητεύεται στην προσπάθεια επικοινωνίας με τον ασθενή. Χρειάζεται όμως να του αφιερώνει χρόνο καθημερινά και να τον προτρέπει να ασχολείται με άλλες δραστηριότητες όπως να παρακολουθεί τηλεόραση, να ακούσει μουσική ή να διαβάζει εφημερίδες και περιοδικά.

Επίσης ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνάει ότι η επιβράβευση όταν ο άρρωστος καταβάλλει κάποια προσπάθεια, είναι σημαντική και απαραίτητη. Αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε προφορικά, είτε πρακτικά με την προσφορά ενός « βραβείου » που επιθυμεί ο ασθενής όπως τσιγάρα , γλυκά η καφέ.

Πάντως απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα έως και μήνες, μέχρι ο παρανοϊκός ασθενής να απαντήσει ικανοποιητικά στα εξωτερικά ερεθίσματα και αυτό πρέπει να είναι γνωστό στον νοσηλευτή, ώστε να μην χάσει την υπομονή του αλλά την επιμονή του στην προσπάθεια αυτή.

γ) αποδιοργάνωση λόγου και σκέψης.

Χαρακτηριστικά / αποδεικτικά στοιχεία.

- Ανικανότητα λογικής ομιλίας.
- Λεκτικές φράσεις ασύνδετες, ακατάληπτος λόγος.
- Χάλαση συνειρμών.

Ο βαθμός της λεκτικής επικοινωνίας επηρεάζει την ικανότητα του αρρώστου να επικοινωνεί με το προσωπικό και τους άλλους αρρώστους ή να συμμετέχει στην φροντίδα του.

Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τη δυσκολία που έχει ο παρανοϊκός ασθενής να εκφράσει ιδέες και συναισθήματα, γι' αυτό και τον αντιμετωπίζει με συμπάθεια, του

εμπνέει εμπιστοσύνη και τον ενθαρρύνει να συγκεντρώσει την προσοχή του στην προσπάθεια να επικοινωνήσει με κατανοητό τρόπο.

Θέτοντας σε εφαρμογή την ακρόαση και την παρατήρηση, κατανοεί τους τρόπους επικοινωνίας του αρρώστου και της πρόθεσης των μηνυμάτων του, ούτως ώστε να προβλέψει και να εκπληρώσει τις ανάγκες του μέχρι να αποκατασταθεί ικανοποιητική επικοινωνία.

Αποφεύγει τη λογομαχία και τις αντιπαραθέσεις με τον ασθενή, αλλά και την συμφωνία με τις ανακριβείς εκφράσεις και αποδιοργανωμένη σκέψη του, λέγοντας ήρεμα και δίχως κατακριτική στάση ότι δεν τον καταλαβαίνει. Ωστόσο ενισχύει θετικά τη συγκρουόμενη σκέψη και έτσι μέσα σε ενθαρρυντική και ήρεμη ατμόσφαιρα, ο άρρωστος αισθάνεται ελεύθερος να εκφραστεί και να επαληθεύσει αν τον καταλαβαίνουν οι άλλοι.

Επίσης η αποδοχή από τον Νοσηλευτή της χρησιμοποίησης άλλων τρόπων επικοινωνίας εκτός από την ομιλία, όπως ζωγραφική, γράψιμο, τραγούδι, αυξάνει το αίσθημα σιγουριάς του και του ανοίγει νέους δρόμους έκφρασης των αναγκών του.²¹

δ) Έξαρση παραληρητικών ιδεών.

Χαρακτηριστικά / αποδεικτικά στοιχεία.

- Ομιλία και γέλιο με τον εαυτό του.
- Αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής.
- Απότομες αλλαγές συναισθηματικής διάθεσης.

Οι παραληρητικές ιδέες του παρανοϊκού ασθενούς, μπορεί να αναφέρονται σε οποιαδήποτε μορφή περιεχομένου, όπως παραληρητικές ιδέες διώξεως, μεγαλείου, ζήλιας, αναφοράς ή σωματικές, π.χ. ασθενής μπορεί να έχει την εντύπωση ότι υπάρχουν άνθρωποι που τον κυνηγούν και θέλουν να του κάνουν κακό, επειδή τον ζηλεύουν γιατί είναι σημαντικό πρόσωπο.

Ο νοσηλευτής καλείται μέσα σε κλίμα φιλικότητας, σεβασμού και υπομονής, να αντιμετωπίσει εξατομικευμένα το περιεχόμενο αυτών των ιδεών. Η αποτελεσματικότερη μέθοδος είναι να ακούσει τον ασθενή με κατανόηση και χωρίς σχόλια, γιατί στη φάση αυτή κάθε λογική συζήτηση μαζί του δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί υπό την επήρεια παραληρητικών ιδεών.

Διαβεβαιώνει όμως τον ασθενή ότι το περιβάλλον είναι ακίνδυνο και ασφαλές. Αυτό αυξάνει την εμπιστοσύνη του και παρουσιάζει την πραγματικότητα.

Με ευγενή αλλά σταθερό τρόπο, ο νοσηλευτής πληροφορεί τον ασθενή ότι δεν συμμερίζεται την ερμηνεία που δίνει εκείνος σε ένα γεγονός αν και αναγνωρίζει τα αισθήματά του. Με αυτό τον τρόπο βοηθάει τον ασθενή να επικεντρώσει την προσοχή του σε πραγματικές και όχι σε φανταστικές καταστάσεις. Εάν ο ασθενής αρχίσει να προβληματίζεται με τις παραληρητικές ιδέες του, ο νοσηλευτής μπορεί σιγά-σιγά να τον βοηθήσει να καταλάβει τις σκέψεις του αυτές, που σ' αυτόν φαντάζουν τρομακτικές, είναι στην πραγματικότητα εκδηλώσεις της παθήσεώς του.¹⁶

2. Αντιμετώπιση σωματικών προβλημάτων

Όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες και στους περισσότερους ασθενείς εμφανίζονται σωματικά προβλήματα από τις αντιδράσεις των αντιψυχωτικών φαρμάκων, όπως:⁶

α) Εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες

Εξωπυραμιδικές (νευρολογικές) ανεπιθύμητες ενέργειες συμβαίνουν στο 10-30% των ασθενών και είναι αρκετών τύπων:

- i. Δυστονία: Συμβαίνει στην αρχή της θεραπείας, κυρίως την πρώτη εβδομάδα. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν σπασμούς των μυών, των οφθαλμών, του προσώπου, του αυχένα, της ράχης, που μπορεί να είναι δραματικές και αναμφίβολα τρομάζουν τον ασθενή. Πιο συχνά όμως η δυστονία βιώνεται σαν απλή μυϊκή δυσκαμψία.
- ii. Παρκινσονισμός: Συμβαίνει γενικά στο διάστημα μεταξύ πρώτης και τέταρτης εβδομάδας μετά την έναρξη της θεραπείας. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται βραδυκίνηση, σύρσιμο του βήματος, ελαττωμένη ενεργητικότητα, πρόσωπο σαν μάσκα και τρόμος.
- iii. Ακαθησία: Είναι πολύ συχνή και συμβαίνει μία μέχρι έξι εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Περιλαμβάνει εσωτερική ανησυχία, βηματισμό, κούνημα μπρος-πίσω σαν αδυναμία να καθίσει το άτομο ακίνητο. Συχνά βιώνεται σαν « πόδια που πηδάνε ».
- iv. Όψιμη δυσκίνηση: Είναι η πιο δυσοίωνη από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών. Εκτιμάται ότι συμβαίνει σε 2-50% των ασθενών. Περιλαμβάνει ακούσια κινητική δραστηριότητα, στην οποία περιλαμβάνονται κινήσεις των χειλών (απομύζησης, χτυπήματος), κινήσεις σιαγόνων, κινήσεις των άκρων και ενδεχόμενα δυσκολία στην κατάποση.

Με την εμφάνιση εξωπυραμιδικών συνδρόμων, ο νοσηλευτής πρέπει:

- Να ενημερώνει τον ψυχίατρο και να αποφασίσουν από κοινού αν μπορεί να ελαττωθεί η δόση φαρμάκου που προκάλεσε το σύνδρομο ή πρέπει να προστεθεί αντιπαρκινσονικό φάρμακο (Aztane, Akineton , ...).
- Να υποστηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή, ο οποίος ανησυχεί και να τον διαβεβαιώσει ότι σύντομα θα υποχωρήσουν τα συμπτώματα που του παρουσιάζονται.
- Να επιβλέπει προσεκτικά τον ασθενή κατά τη χορήγηση των συνιστώμενων φαρμάκων, για να βεβαιωθεί ότι τα πήρε πράγματι.
- Να βοηθάει τον ασθενή και να επεμβαίνει ενεργητικά στην εκπλήρωση των βασικών καθημερινών αναγκών του, όπως κατά τη διάρκεια του φαγητού ή όταν περπατά μέσα στο χώρο της κλινικής.
- Σε περίπτωση ακαθυσίας , που είναι μια κατάσταση αρκετά κουραστική για τον ασθενή, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει κάνοντας μαζί του μια βόλτα πέρα από τα όρια της κλινικής, π.χ. στην αυλή, ενώ ταυτόχρονα τον τονώνει ηθικά.
- Να ενημερώνει την προϊστάμενη του τμήματος και τους θεράποντες ιατρούς για την εξέλιξη των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων του ασθενή.⁶

B. Καρδιολογικά προβλήματα (ταχυσφυγμία- υπόταση)

Τα προβλήματα αυτή προκύπτουν από τη χορήγηση παραγώγων των φαινοθειαζίνων (Lagactil, Mellezil, κ.α.) και εκδηλώνονται με ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία και κοιλιακή ταχυαρρυθμία.²⁶

Ο νοσηλευτής πρέπει καθημερινά να συγκεντρώνει πληροφορίες για την φυσική κατάσταση του ασθενούς έτσι ώστε αν τυχόν εμφανίσει καρδιολογικά προβλήματα να μπορεί :

- Ενημερώσει το ιατρικό προσωπικό του τμήματος για την εμφάνιση των επικείμενων συμπτωμάτων.
- Να φροντίσει να εξετασθεί ο ασθενής από αρμόδιο γιατρό, προς αποκλεισμό ύπαρξης άλλης οργανικής πάθησης και να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις.
- Να μετράει την Α.Π. σε ύπτια και όρθια θέση πριν τη λήψη του φαρμάκου και μισή ώρα μετά τη λήψη του, για να βρεθεί το μέγεθος του προβλήματος.

- Σε περίπτωση ορθοστατικής υπότασης να χορηγήσει αντιϋποτασικό, π.χ. effoitol και να προτρέψει τον ασθενή να βάζει περισσότερο αλάτι στο φαγητό του καθώς και να πίνει αρκετά υγρά.
- Διδασκαλία του ασθενή να μην σκύβει απότομα για να μην λιποθυμήσει και να σηκώνεται σταδιακά από το κρεβάτι με μικρή στάση καθιστός και τα πόδια κρεμασμένα στην άκρη του κρεβατιού πέντε λεπτά, για πρόληψη της πτώσης.
- Να παρακολουθεί συστηματικά τον ασθενή κατά την λήψη των αντιψυχοσωματικών φαρμάκων και να καταγράφει τις τυχόν αντιδράσεις που παρουσιάζονται.

γ. Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Είναι συχνές, συνήθως ήπιες, αλλά προκαλούν κάποια ενόχληση. Εξαφανίζονται μέσα σε λίγες μέρες ή εβδομάδες. Εκδηλώνονται με ξηρότητα στόματος, διαταραχές προσαρμογής των οφθαλμών και δυσκοιλιότητα.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής βοηθάει στη συμπτωματική αντιμετώπιση και πρόληψη των παρενεργειών με τις εξής παρεμβάσεις:

- Διδάσκει τον ασθενή πώς να φροντίζει την υγιεινή της στοματικής του κοιλότητας και χορηγεί - κατόπιν ιατρικής συνταγής - βιταμίνες του συμπλέγματος Β για πρόληψη στοματίτιδας.
- Του προτείνει να μασάει τσίγλα χωρίς ζάχαρη για πρόκληση σιελόρροιας και να κάνει γαργάρες με νερό σε συχνά χρονικά διαστήματα για να ανακουφίζεται.
- Σε περιπτώσεις διαταραχής της οράσεως του ασθενή, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον οφθαλμίατρο για την έγκαιρη διαφοροδιάγνωση του συμπτώματος από άλλες οργανικές αιτίες και προσφέρει τη βοήθειά του στις καθημερινές ανάγκες και τη κίνηση του ασθενούς.
- Εάν παραπονεθεί ο ασθενής για πρόβλημα δυσκοιλιότητας, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει το σύμπτωμα εφαρμόζοντας δίαιτα που περιέχει άφθονες ίνες (ωμά φρούτα, χόρτα), συστήνει μεγάλη λήψη υγρών και χορηγεί ήπια υπακτικά φάρμακα.
- Επίσης ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνάει να ενισχύει θετικά και να τονώνει ηθικά τον ασθενή και να του υπενθυμίζει ότι όλα αυτά τα συμπτώματα είναι παροδικά.¹⁷

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΟΞΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Βασικός στόχος του ψυχιατρικού νοσηλευτή είναι η προσεκτική παρατήρηση και αναφορά των εκδηλώσεων του ασθενή με σκοπό τη βοήθειά του:

- 1) Στην απόρριψη ή επιβεβαίωση της διάγνωσης όταν είναι η πρώτη προσβολή.
- 2) Στην επισήμανση ενδείξεων βελτίωσης ή χειροτέρευσης της κατάστασής του ασθενή.
- 3) Στην αντιμετώπιση παρενεργειών.
- 4) Στην σημείωση της συμπεριφοράς που προηγήθηκε του οξέος επεισοδίου, σε ένα εσωτερικό ασθενή.

Αναλυτικότερα η διάγνωση της παρανοϊκής σχιζοφρένειας, όπως των περισσότερων ψυχικών καταστάσεων, εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία ορισμένων συμπτωμάτων που μπορούν να γίνουν αντιληπτά άμεσα, άλλα συμπεραίνονται από την παρακολούθηση της συμπεριφοράς του αρρώστου, π.χ. οι ασθενείς μπορεί να αρνούνται ότι έχουν ψευδαισθήσεις όταν τους ρωτάμε, αλλά το συμπεραίνουμε από:

- Φωνές, ομιλίες ή γέλια, που δεν σχετίζονται με ανταπόκρισή τους προς τα άτομα που είναι κοντά τους.
- Εμφανής απασχόληση της σκέψης τους ή ύφος σαστισμένο.
- Μεταβολή της έκφρασης του προσώπου τους άσχετα με ότι συμβαίνει τριγύρω τους.
- Τάση προς αναίτιες ή αυθόρμητες πράξεις βίας.

Παραληρητικές ιδέες μπορεί να εμφανισθούν μόνο τυχαία, όταν ένα σχετικό ζήτημα συμβαίνει να είναι το θέμα της συζήτησης ή όταν ο ασθενής έχει εμπιστοσύνη στον νοσηλευτή και έχει στενή επαφή μαζί του.

Όταν ο ασθενής αναφέρει ιδέες που ο νοσηλευτής τις κρίνει ως απατηλές πρέπει στην καρτέλα να μην αναφέρει απλώς ότι ο ασθενής παραλογίζεται, αλλά να αναφέρει ακριβώς τα λόγια του ασθενούς.

Η αντίδραση στη θεραπεία να σημειώνεται λεπτομερώς και τακτικά, με βάση τα εξής στοιχεία:

1. Βελτίωση ή υποχώρηση των συμπτωμάτων.
2. Βελτίωση ή χειροτέρευση στη γενική συμπεριφορά.
3. Στάση προς τις κοινωνικές δραστηριότητες.

4. Σχέσεις με το προσωπικό, τους ασθενείς και τους συγγενείς.
5. Τρόπος εργασίας.
6. Αντίδραση στην λήψη φαρμάκων.

Οι παρενέργειες των φαρμάκων μπορεί να προκαλούν μια αύξηση των συμπτωμάτων της ασθένειας, γι αυτό πρέπει ο νοσηλευτής να αναφέρει καθαρά τη μεταβολή στη συμπεριφορά του ασθενή. Να μη λέει ότι ο « ασθενής είναι ανήσυχος » γιατί αυτό σημαίνει πολλά: μπορεί να σημαίνει ότι βηματίζει πάνω-κάτω ή ότι φωνάζει, ότι είναι πραγματικά ανήσυχος, έχει άγχος, είναι επιθετικός ή ότι τα φάρμακα που παίρνει τον ενοχλούν στα πόδια και με το περπάτημα αισθάνεται καλύτερα. Αν ο ασθενής ερωτηθεί , ίσως περιγράψει σωστά πως αισθάνεται και έτσι θα ελαττωθεί η δόση του φαρμάκου, ενώ αν μείνει η εντύπωση του « ανήσυχος » θα αυξήσουν τη δόση.¹⁶

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Στη νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια δύο είναι οι βασικοί σκοποί:

- α) Η πρόληψη της ιδρυματοποίησης.
- β) Η κοινωνικοποίηση και η αποκατάσταση.

α. Πρόληψη της ιδρυματοποίησης.

« ... ακόμα και η ανοιχτή πόρτα αντικαθίσταται από τις εσωτερικευμένες μπάρες του ιδρύματος μέσα στην ίδια την « ύπαρξη », ώστε ο ασθενής να ταυτίζεται με την απώλεια της ελευθερίας και να γίνεται ο ίδιος η πόρτα ενάντια σε οποιοδήποτε σχέδιο και μέλλον... ». ¹⁷

Κύρια χαρακτηριστικά της ιδρυματοποίησης είναι:

- Η απάθεια.
- Η έλλειψη πρωτοβουλίας και ενδιαφέροντος.
- Η ανάθεση ευθυνών για σχέδια και αποφάσεις στους άλλους.

Το φαινόμενο της ιδρυματοποίησης των ψυχωστικών ασθενών και κυρίως των παρανοϊκών, που λόγω της κακής πρόγνωσης της ασθένειας τους έχουν μακρά παραμονή μέσα στο ψυχιατρείο, προκύπτει από μια σειρά παραγόντων που μπορούν όμως να αλλάξουν , όπως: ¹⁶

1. Έλλειψη εξωτερικών επαφών.

Αποτελεί συνέπεια της μακροχρόνιας παραμονής του ασθενή μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, της διακοπής της επικοινωνίας του με τον έξω κόσμο, της απουσίας επισκεπτών και της απόρριψής του από την οικογένεια και το συγγενικό περιβάλλον του, όσο και από το φιλικό περιβάλλον:

Ο νοσηλευτής οφείλει:

- Να διαθέσει χρόνο για επικοινωνία με τον ασθενή και μέσω απλών αλλά ευχάριστων συνομιλιών να τον βοηθήσει να εκφράσει τις ανησυχίες και τα προβλήματά του.
- Προτρέπει τον ασθενή να βλέπει τηλεόραση, να ακούει ραδιόφωνο, να διαβάζει εφημερίδες, ώστε να ενημερώνεται για όσα συμβαίνουν στον έξω κόσμο, ώστε να αποκτά κίνητρα για ομαδικές συζητήσεις.

- Παρέχει άδεια εξόδου στον ασθενή για να συμμετάσχει σε εκδρομές και γιορτές, με σκοπό την ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών επικοινωνίας έξω από το νοσηλευτικό τμήμα.
- Πληροφορεί την οικογένεια με ειλικρίνεια για τη φύση και τη βαρύτητα της ψυχικής ασθένειας και προσπαθεί να επιστρατεύσει τη συνεργασία της για την αντιμετώπιση της χρόνιας αυτής κατάστασης.
- Εξακριβώνει ποια πιθανόν είναι τα σημαντικά πρόσωπα που μπορούν να υποστηρίξουν τον ασθενή – οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι – και τους ενθαρρύνει να τον επισκέπτονται ή να του τηλεφωνούν και να επικοινωνούν συχνά μαζί του.¹⁶

2. Απώλεια της προσωπικότητάς του.

Έχει τονισθεί από κοινωνιολόγους, ότι όταν οι ασθενείς εισάγονται σε ένα ίδρυμα, λόγω συνθηκών, υποβάλλονται σε μια διαδικασία « απογύμνωσής τους » από την ατομικότητα και προσωπικότητά τους. Οι αριθμοί αντικαθιστούν το όνομά τους, ό,τι έχουν επάνω τους (φωτογραφίες, πορτοφόλι, τσάντα, κ.λ.π.) αφαιρούνται από τη κατοχή τους για ασφάλεια, ο ιδιαίτερος χώρος χάνεται γι' αυτούς και είναι υποχρεωμένοι να κάνουν δημόσια πράξεις που άλλοτε τις έκαναν ιδιαίτερα.

Μερικοί ασθενείς αντιδρούν με επιθετικότητα και επιμένουν άγρια στο δικαίωμά τους να τους φέρονται σαν άτομα με οντότητα. Άλλοι, ιδίως αυτοί που δεν έχουν αυτοπεποίθηση και έχουν τάση υποχωρητικότητας, εγκαταλείπουν κάθε ατομική ευθύνη.²¹

3. Απώλεια της ατομικότητας.

Επειδή οι ασθενείς έχουν δυσκολίες σε ορισμένα θέματα που απαιτούν πρωτοβουλία και ευθύνη , το ίδρυμα αναλαμβάνει όλες τις ευθύνες που είχαν πριν την εισαγωγή τους. Αυτό όμως είναι τοποθετημένο σε εσφαλμένη βάση και συντελεί στην απώλεια των υπολειμμάτων της ατομικότητας που διατηρεί ο ασθενής.

Ἐπαιξαν Οἰδίποδα σάν ἐπαγγελματίες οἱ τρόφιμοι τοῦ Δρομοκαΐτειου

Ῥεπορτάζ: ΝΙΤΣΑ ΘΕΟΔΩΡΑΚΗ

Μιά παράσταση ἀλλιωτική ἀπ' τὴς ἄλλες δόθηκε χθὲς στὸ ὑπαίθριο θέατρο τοῦ Δρομοκαΐτειου Ψυχιατρείου. Εἴκοσι ἀσθενεῖς σχιζοφρενεῖς καὶ ψυχοπαθεῖς, κράτησαν καθηλωμένους ἐπὶ μιάμιση ὥρα τοὺς 300 καὶ πλέον προσκεκλημένους παίζοντας τὸ ἔργο τοῦ Σοφοκλή «Οἰδίπους Τύραννος».

Ἄνθρωποι μὲ «θητεία» ἀπὸ 5 ἕως 30 χρόνια ὁ καθένας στὸν κόσμο τῆς σιωπῆς, μακριὰ ἀπὸ οἰκογένεια, χωρὶς στοργὴ καὶ ἀγάπη. ἔδειξαν πῶς εἶναι ἱκανοὶ νὰ προσφέρουν πολλὰ, ἀρκεῖ κάποιος νὰ τοὺς προσέξει, κάποιος νὰ τοὺς ποιέψει.

«ΟΙΔΙΠΟΥΣ ΤΥΡΑΝΝΟΣ»
ΑΠΟΨΕ
Ἡ ΠΑΡΑ-
ΣΤΑΣΗ
ΣΤΟ
ΔΡΟΜΟ-
ΚΑΪΤΕΙΟ
στὴ «Φωλιὰ
τοῦ κούκου»

Εἰκ. 11: Δημοσιεύσεις ἀπὸ τὴς εφημερίδες
«ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ, 3/10/1978» (ἀνω) καὶ
«ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 2/10/1978» (κάτω).
Δρομοκαΐτειο Ψυχιατεῖο.

Για να καταπολεμηθούν τα δεδομένα αυτά , πρέπει:

α) Να ενισχυθεί η ατομικότητα του ασθενούς, ενθαρρύνοντας τον να αγοράζει μόνος του τα ρούχα που φορά καθώς και να διακοσμή το δωμάτιό του με φωτογραφίες ή ότι άλλο θέλει.

β) Να προσπαθεί ο νοσηλευτής να διατηρεί φιλικό και διαλεκτικό ύφος και όχι αυταρχική και απόλυτη στάση στις έντονες επιθυμίες και απαιτήσεις του ασθενή.

γ) Ο νοσηλευτής τον προτρέπει να διατηρεί τα πολύτιμα αντικείμενά του φυλαγμένα στο ατομικό του ντουλάπι για να μην κινδυνέψουν να χαθούν αλλά και να μπορεί να τα χρησιμοποιεί όποτε θέλει.

δ) Ο νοσηλευτής αυξάνει το βαθμό υπευθυνότητας του παρανοϊκού ασθενή αναθέτοντάς του στην αρχή εύκολες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, ώστε να μην απογοητευθεί εκτελώντας δύσκολα πράγματα.

ε) Κάθε φορά που ο ασθενής ολοκληρώνει με επιτυχία κάποια δραστηριότητα δεν ξεχνά να τον επαινεί και να του τονίζει πόσο εκτιμά την προσπάθειά του αυτή.²¹

β. Κοινωνικοποίηση του ασθενούς.

Για να δημιουργήσει ο νοσηλευτής μια σχέση με τον σχιζοφρενικό, πρέπει να μπορεί να καταλάβει πόσο διαφορετικός φαίνεται ο εξωτερικός κόσμος στον ασθενή και πως αυτό δημιουργεί τη δυσκολία που έχει ο ασθενής να αντιδρά με ομαλό τρόπο στους άλλους.

Υπάρχουν αποδείξεις ότι οι παρανοϊκοί σχιζοφρενείς πάσχουν από διαταραχή της αντίληψης τόσο του κόσμου τριγύρω τους, όσο και του εσωτερικού τους κόσμου.

Όταν βλέπουμε μια εικόνα, ακούμε μια ομιλία, διαβάζουμε ένα άρθρο ή απλώς κοιτάζουμε έξω από το παράθυρο , βλέπουμε ή ακούμε το γεγονός ως σύνολο. Μεμονωμένα μέρη μπορούν να τραβούν την προσοχή μας, αλλά κατορθώνουμε και τα ενσωματώνουμε στο σύνολο, έτσι ώστε να έχουν νόημα σε σχέση με το σύνολο.

Ο σχιζοφρενικός αισθάνεται ότι τα συμβάντα δεν σχετίζονται μεταξύ τους με φυσικό τρόπο, οι λεπτομέρειες ορθώνονται έντονα μέσα από ένα θόλο υπόβαθρο, οι πράξεις που θεωρούμε δεδομένες κομματιάζονται στα διάφορα μέρη που τις συνθέτουν, όπως όταν βλέπουμε μια ταινία σε πολύ αργό ρυθμό, έτσι που το περπάτημα, το χαμόγελο, η ομιλία να χρειάζονται μια τεράστια συνειδητή προσπάθεια οργάνωσης. Η καθημερινή ζωή γίνεται πολύ δύσκολη και παίρνει ένα τρομακτικό ύφος απειλής, με συνέπεια ο ασθενής να αντιδρά είτε με το να απομακρύνεται όσο μπορεί περισσότερο απ' αυτή ή με το να γίνεται επιθετικός, έχοντας ως αρχή « χτύπα πρώτα και μετά ρώτα ». Και στις δύο περιπτώσεις ο

ασθενής προσπαθεί να περιορίσει τις επαφές του με τους άλλους και τα συμβάντα που γίνονται γύρω του.

Να προσπαθήσει κανείς να δημιουργήσει σχέση με έναν τέτοιο ασθενή είναι πολύ δύσκολο. Είναι σαν να προσπαθείς να γίνεις φίλος με ένα σκύλο που έχει κακομεταχειριστεί και ή φεύγει μόλις τον πλησιάζεις ή δαγκώνει το χέρι που τον ταΐζει.

Το πρώτο που χρειάζεται είναι ανεξάντλητη υπομονή. Η σχέση δεν μπορεί να γίνει βιαστικά και στην αρχή πρέπει να αφήσουμε τον ασθενή να επιβάλλει τους όρους του, π.χ. με ένα ασθενή που δεν ανοίγει το στόμα του να μιλήσει, μπορεί να χρειασθεί να κάθεται ο νοσηλευτής κοντά του αρκετές ώρες, χωρίς να του μιλά ή, αν του μιλά, να μην περιμένει απάντηση. Έτσι καταλαβαίνει ότι ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται αρκετά για αυτόν, για να κάθεται τόση ώρα μαζί του και ότι δεν αποτελεί απειλή γι' αυτόν. Με τους πιο προσεγγίσιμους ασθενείς η πρόοδος γίνεται γρήγορα, αλλά ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να μάθει τη γλώσσα τους, γιατί πολλοί ασθενείς εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τις ανάγκες τους με διάφορους τρόπους, παρά με λόγια, ή χρησιμοποιώντας λέξεις με έναν ειδικό τρόπο, δικό τους.¹⁶

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι κάθε τι που θα πει ο σχιζοφρενής έχει μια συμβολική έννοια. Μερικά μπορεί απλώς να είναι λόγια ασύνδετα μεταξύ τους, αλλά ο νοσηλευτής μπορεί να μάθει πολλά, αν είναι προετοιμασμένος να καταλάβει τι θέλει ο ασθενής.

Είναι το ίδιο να θέλει να συνεννοηθεί με κάποιον που δε μιλάει την ίδια γλώσσα. Σιγά-σιγά αρχίζει να καταλαβαίνει τις χειρονομίες και τις εκφράσεις του προσώπου, αρχίζει να καταλαβαίνει λίγες λέξεις και να ανταλλάσσει ως ανάλογες λέξεις στη γλώσσα του. Όσο αυτό εξακολουθεί, ο βαθμός επικοινωνίας αυξάνει μέχρις ότου και οι δύο συνεννοούνται. Αυτή η διαδικασία απαιτεί αντοχή, υπομονή, παρατηρητικότητα και μεγάλη επιμονή, Μπορεί να μην αποδίδει πολύ και ν' απογοητευτεί, αλλά η ικανοποίηση να βοηθάς έναν ασθενή, χαμένο μέσα σ' ένα τρομακτικό εσωτερικό κόσμο, να επανέλθει σε μια ζωή πιο φυσιολογική και λιγότερο απειλητική είναι μεγάλη αμοιβή.

Το είδος της σχέσης καθορίζεται μόνο μετά από στενή επικοινωνία με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής θα εργάζεται κοντά του όλη τη μέρα, όχι μόνο παρακολουθώντας τις δραστηριότητές του αλλά και παίρνοντας ενεργό μέρος σ' αυτές. Πρέπει να αφήνει τον ασθενή να έχει όλο το χρόνο που του χρειάζεται και ,

ενώ προφορικά μπορεί να τον ενθαρρύνει να κάνει μεγαλύτερες προσπάθειες, πρέπει να αντισταθεί στον πειρασμό να αναλάβει και να κάνει μόνος του την εργασία.

Ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίζει σοβαρά για τα συμπτώματα του ασθενή. Δεν ωφελεί να λέει στον ασθενή ότι οι παραισθήσεις του είναι αβάσιμες ή φανταστικές. Από το άλλο μέρος δεν πρέπει ο νοσηλευτής να υποστηρίζει τις παραισθήσεις, σαν να ήταν αληθινές. Πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλάει για τις ιδέες του και τις εμπειρίες του και όταν δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσά τους, να τον ρωτήσει γιατί νομίζει ότι του συμβαίνουν αυτά τα πράγματα.

Σ' αυτό το στάδιο μπορεί να τον βοηθήσει να καταλάβει ότι, ενώ οι εμπειρίες του φαίνονται πραγματικές σ' αυτόν, στην πραγματικότητα είναι μια εκδήλωση της πάθησής του. Όταν θα μπορέσει να το καταλάβει καλύτερα, αυτές οι περίεργες εμπειρίες θα γίνουν λιγότερο τρομακτικές και θα τον απασχολήσουν λιγότερο, έτσι ώστε να μεγαλώνει το ενδιαφέρον του για τον έξω κόσμο. Η αύξηση του ενδιαφέροντος και των δραστηριοτήτων συχνά ελαττώνει ακόμη περισσότερο τις αφύσικες εμπειρίες του και ο ασθενής μπορεί να φτάσει σε ένα στάδιο, όπου έρχεται σε συμβιβασμό με την πάθησή του και μπορεί να ζήσει μια ζωή σχετικά φυσιολογική και ικανοποιητική, παρόλα τα υπολειμματικά συμπτώματα.²¹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η ψυχοφαρμακοθεραπεία είναι μια δραστηριότητα υπεύθυνη στην οποία συνεργάζονται 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 πριν 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, σφύξεις, 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

Επίσης σε συνεννόηση με τον ψυχίατρο πρέπει να είναι σε ετοιμότητα για χορήγηση φαρμάκων σε περιπτώσεις κρίσεως.²¹

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 στοματικής κοιλότητας μετά από τη λήψη φαρμάκου.
- Διαπίστωση 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 ελέγθη, 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.²¹

Νοσηλευτική φροντίδα στην Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (E.C.T.).

Είναι απαραίτητη για την έναρξη της θεραπείας η υπογραφή του ασθενούς, αν είναι σε θέση, ή των συνοδών. Ο νοσηλευτής διαβεβαιώνει τον ασθενή ότι δεν θα αισθανθεί πόνο ή ενόχληση και ότι δεν θα θυμάται τίποτα μετά την λήξη της θεραπείας. Πρέπει να νοήσει όμως ότι η απώλεια μνήμης θα είναι παροδική και ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη μετά τη συμπλήρωση της σειράς των θεραπειών.

Πέρα από την ψυχολογική ενίσχυση, χρειάζεται να έχει γίνει από οργανικής πλευράς έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και αν είναι δυνατόν της σπονδυλικής στήλης.

Ο ασθενής μένει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν το E.C.T. Ο νοσηλευτής ελέγχει τα απαραίτητα για τη νοσηλεία:

1.τη συσκευή E.C.T. και το οξυγόνο.

2.το set ή το δίσκο που περιέχει:

- Τραχειοσωλήνα.
- Γάζα για να δαγκώνει ο ασθενής.
- Καρδιοτόνωση.
- Βαμβάκι με οινόπνευμα.
- Κάψα με αλατόνερο.
- Γάζες.

Πριν από τη νοσηλεία πρέπει ο ασθενής να ελευθερωθεί από τα στενά ενδύματα , να αφαιρεθούν οδοντοστοιχίες και τσιμπιδάκια και να του κενωθεί η κύστη.

Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του E.C.T. ο νοσηλευτής παρακολουθεί και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή.

Μετά τη θεραπεία ο ασθενής συνέρχεται σταδιακά και επειδή δεν θυμάται που βρίσκεται, θα χρειασθεί ο νοσηλευτής να τον επαναπροσανατολίσει στον τόπο, στο χρόνο και στα πρόσωπα. Τον ενισχύει να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Προγραμματίζει μαζί του τη ρουτίνα της ημέρας για ελαχιστοποίηση της σύγχυσης και τον παρακολουθεί στενά τις επόμενες 48 ώρες. Δεν παραλείπει να ενημερώσει την οικογένεια του ασθενούς , ποια συμπεριφορά να περιμένουν μετά την εφαρμογή της θεραπείας και προσπαθεί να ανακουφίσει το άγχος τους.¹⁶

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μερικοί ψυχίατροι είναι πιο πρόθυμοι από άλλους στο να χρησιμοποιούν νοσηλευτικό προσωπικό στη ψυχοθεραπεία. Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο μέσα στη θεραπευτική αυτή διαδικασία. Ο ρόλος του είναι να κατευθύνει κατά τέτοιο τρόπο το περιβάλλον ώστε ο ασθενής να συναντά λιγότερα εμπόδια και δυσκολίες απ' ότι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο. Οφείλει να συμπεριφέρεται δεκτικά, φιλικά και όχι με κριτική διάθεση. Μερικές φορές χωρίς να τροποποιεί τη συμπεριφορά του με οποιοδήποτε τρόπο και χωρίς καν μια καθαρή αντίληψη του τι συμβαίνει, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή για να πραγματοποιήσει μερικές από τις ανάγκες του.

Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος μπορεί να ακουμπήσει σε ένα δυνατό νοσηλευτή που προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής ενεργεί ως ένα κατάλληλο πρόσωπο πάνω στο οποίο εξασκεί ο ασθενής καινούργιες κοινωνικές επιδεξιότητες.

Ο νοσηλευτής μπορεί:

- Να εξυπηρετεί ως στόχος για τα αισθήματα του ασθενή και αν μείνει ανεπηρέαστος και αμερόληπτος, να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με μεγαλύτερη αντίληψη και επιδεξιότητα.
- Να εκμεταλλευτεί την ειδική σχέση του με τον ασθενή.¹⁶

Ο ασθενής μπορεί να συζητά με τον νοσηλευτή, χρησιμοποιώντας τον για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και συναισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο για αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για την θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό.

Η ψυχοθεραπεία πάντοτε προκαλεί αλλαγές στη στάση του ασθενή απέναντι στους άλλους ανθρώπους. Οι διάφορες αντιδράσεις των ασθενών μεταξύ τους, ο τρόπος με τον οποίο οι ομάδες σχηματίζονται και διαλύονται, η εμφάνιση φιλίας και η ανάπτυξη αγάπης και μίσους είναι στοιχεία σημαντικά γιατί αποτελούν εκδήλωση προόδου και κίνητρο για την θεραπεία.

Ο νοσηλευτής αναμφισβήτητα είναι στην καλύτερη δυνατή θέση να παρατηρήσει τους κηδεμονευόμενους ως μια ολότητα, να εκτιμήσει τις δυνάμεις τους και να χρησιμοποιήσει την επιρροή του με σκοπό τη δημιουργία μια θεραπευτικής κοινωνίας.

Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει περισσότερο έμφαση στην ιδέα , ότι ο ασθενής θα πρέπει να παίρνει μέρος στη θεραπεία του, για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματός του, θεραπεία που μπορεί να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς με το ίδρυμα και το προσωπικό του ιδρύματος.

Βέβαια κανένα άτομο δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι πλήρως καταρτισμένο ή στον ίδιο βαθμό με κάποιο άλλο, όμως μπορούμε να υπογραμμίσουμε τα προσόντα που μπορεί να έχει ο καθένας, για να επιτευχθεί το δύσκολο έργο του:

- παρατηρητικότητα – «παρακολούθηση».
- μέθοδοι εφαρμογής της νοσηλείας ή νοσηλευτικές δεξιότητες.
- Ψυχοθεραπεία
- Φροντίδα και προστασία του ασθενούς.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΑΣΘΕΝΗ

Η παρουσία θερμού κλίματος, αγάπης, κατανόησης και σεβασμού δημιουργεί προϋπόθεση για αυτοέκφραση στη θεραπευτική σχέση. Ο σεβασμός λαμβάνεται ως λεπτή ευαισθησία απέναντι στις αδυναμίες ή και στις δυνατότητες του αρρώστου.

Ο σεβασμός εκφράζει την βεβαιότητα περί της ικανότητας του ανθρώπου για την ψυχολογική αναδιοργάνωση και ανάπτυξη. Ακόμη περιλαμβάνει βαθιά συναίσθηση της ευθύνης για γνωριμία του άλλου προσώπου και πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του από τον νοσηλευτή.

Άλλο χαρακτηριστικό στοιχείο του διαπροσωπικού κλίματος του θεραπευτικού διαλόγου είναι η αποδοχή. Αποδοχή του αρρώστου σημαίνει θερμό ενδιαφέρον για αυτόν άνευ όρων, ανεξάρτητα της κατάστασής του, της συμπεριφοράς, των συναισθημάτων και των αρνητικών ή θετικών διαθέσεων τη δεδομένη στιγμή. Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα. Στα πλαίσια αυτού του κλίματος ο ασθενής αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει, διερευνήσει, αξιολογήσει και επιβεβαιώσει ιδέες, συναισθήματα, εμπειρίες και ειδικούς τρόπους επικοινωνίας. Δεν φοβάται μήπως κατακριθεί ή αποδοκιμαστεί. Συντελεί ακόμη στην αναστήλωση της αυτοπεποίθησης του αρρώστου και στην ενθάρρυνση της συνεργασίας για τη λύση του προβλήματός του.

Προς ανακεφαλαίωση, το διαπροσωπικό κλίμα, στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί θεραπευτικός διάλογος νοσηλευτή-αρρώστου, πρέπει να είναι σύνθεση αγάπης άνευ ορίων, σεβασμού, συμπαθούς κατανοήσεως και αποδοχής.

Κύριος και απώτερος σκοπός του θεραπευτικού διαλόγου είναι η βοήθεια του αρρώστου:

- Να κατανοήσει σαφώς και επαρκώς την πείρα της ασθένειάς του.
- Να αποκτήσει καθαρή αντίληψη του εαυτού του και των σχέσεών του με τους άλλους.
- Να γίνει ικανότερος στη δημιουργία διαπροσωπικών επαφών και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.²¹

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ψευδαισθήσεις.

Βασικό πρόβλημα των ασθενών με ψευδαισθήσεις είναι η διατροφή τους. Και οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις αποτελούν συνήθως αιτίες άρνησης της τροφής από ασθενείς που πάσχουν από παρανοϊκή σχιζοφρένεια. Μπορεί να δεχθούν πιο άνετα τροφές που δεν μολύνονται εύκολα, όπως ψωμί από κλειστό πακέτο, βραστά αυγά, ακαθάριστα φρούτα, κ.λ.π.

Καλή μέθοδος υποβολής είναι να εξετάσει ο νοσηλευτής την τροφή μπροστά στον ασθενή, για να δείξει ότι η τροφή δεν έχει μολυνθεί.

Μερικά από τα κοινά προβλήματα παραισθήσεων που έχουν σχέση με την τροφή, είναι να περνούν το ντοματόζουμο για αίμα, μικρές ολόκληρες πατάτες για δάχτυλα και τα μακαρόνια για σκουλήκια.

Καλό είναι, για τους ασθενείς που αρνούνται να πάρουν τροφή, όταν εισάγονται στο νοσοκομείο (λόγω περιβάλλοντος), να πηγαίνουν στην τραπεζαρία ή να τους σερβιριστεί ο δίσκος χωρίς κανένα σχόλιο. Αν αρνηθεί να φάει το δεχόμαστε χωρίς σχόλια. Όταν ο νοσηλευτής διαπιστώσει πως η άρνηση για τροφή (για 3 ημέρες) αποτελεί πρόβλημα υγείας, πρέπει να το συζητήσει με το γιατρό και ίσως ο γιατρός χρησιμοποιήσει τη διατροφή με σωλήνα, πράγμα που πρέπει να αποφεύγεται όσο το δυνατόν.

Κατά τη διάρκεια του φαγητού το περιβάλλον πρέπει να είναι ευχάριστο. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς, όπως όλοι οι άνθρωποι, χρειάζονται να τους προσφέρονται τα φαγητά καλά ετοιμασμένα και σερβιρισμένα σε μια σπιτική ατμόσφαιρα.

Η θρέψη του ασθενούς με σωλήνα πρέπει να αποφεύγεται γιατί κρύβει πολλούς κινδύνους, π.χ. θάνατο από πνευμονία ή γάγγραινα στον πνεύμονα από εισροφήσεις μέρους της τροφής, μιας και τα προστατευτικά αντανακλαστικά ενός βαριά ψυχικά ασθενούς είναι δυνατόν να είναι ανεπαρκή. Πολλές φορές όμως ο ασθενής μετά από ένα τέτοιο συμβάν αποφασίζει να φάει μόνος του.

Οι περισσότεροι ασθενείς που πάσχουν από παρανοϊκή σχιζοφρένεια, δεν παραδέχονται ότι είναι άρρωστοι. Νομίζουν ότι ο νοσηλευτής δεν τους προσφέρει τίποτα και ότι αδικώς βρίσκεται εκεί. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν με εχθρότητα το περιβάλλον τους, συχνά βρίζουν και καταφέρονται κατά του προσωπικού του νοσοκομείου.

Όταν ο ασθενής αρχίζει να παραπονείται για το προσωπικό, για την κακή μεταχείριση που του γίνεται, για την κακή θεραπεία, για την άδικη παραμονή του στο

νοσοκομείο, δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση ο νοσηλευτής να τον πείσει ότι οι ιδέες του είναι λανθασμένες. Ο νοσηλευτής πρέπει να τον ακούσει με κατανόηση χωρίς σχόλια, γιατί στη φάση αυτή λογική συζήτηση μαζί του δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί καθόσον ο ασθενής βρίσκεται υπό την επήρεια ισχυρών ψευδαισθήσεων.¹⁶

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με υπερδιέγερση.

Οι ασθενείς με υπερδιέγερση χρειάζονται προσεκτική μεταχείριση.

Οι ασθενείς αυτοί είναι πάρα πολύ ευαίσθητοι και θυμώσεις.

Στην αποτελεσματική αποκατάσταση της υγείας τους συντελούν η θετική στάση, το ήρεμο και μαλακό πλησίασμα και ο χαμηλός τόνος της φωνής. Οι μικρές συζητήσεις και εξηγήσεις πρέπει να αποφεύγονται, γιατί ερεθίζουν περισσότερο τον ασθενή. Η δικαιοσύνη και η τιμιότητα είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διατήρηση της αρμονίας στις σχέσεις ασθενούς-νοσηλευτή.

Μια απ' τις κυριότερες ευθύνες του νοσηλευτή είναι να απλοποιήσει το περιβάλλον του ασθενή και να το μετατρέψει, ώστε να του προκαλεί ηρεμία και να τον καθησυχάζει.

Αν ο ασθενής ερεθίζεται από τις δυνατές ομιλίες του προσωπικού ή των άλλων ασθενών, αυτό που έχει ανάγκη είναι ένα απλό δωμάτιο, απομακρυσμένο από τον θόρυβο και σε τέτοια θέση ώστε ο νοσηλευτής να μπορεί να τον παρακολουθεί και να τον επιβλέπει. Η επίπλωση πρέπει να είναι απλή και προσεγμένη. Να μην υπάρχουν αιχμηρές γωνίες, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για να επιτεθεί σε κάποιο μέλος του προσωπικού ή σε κάποιον άλλο ασθενή. Δεν πρέπει να τοποθετούνται στα δωμάτια καθρέφτες ή άλλα γυάλινα αντικείμενα.

Ο ασθενής με υπερδιέγερση υποφέρει από ένα υπερβολικό ξέσπασμα ενεργητικότητας. Ο νοσηλευτής είναι επιφορτισμένος με την ευθύνη να περιορίσει την ενεργητικότητα και να την κατευθύνει σε ένα παραδεκτό κανάλι.

Μέσα περιορισμού της υπερβολικής ενεργητικότητας είναι:

- Γράψιμο
- Να τους επιτρέπεται να κάνουν μερικές από τις εργασίες του τμήματος.
- Διάφορα παιχνίδια.
- Φάρμακα.¹⁶

Φυσική – σωματική φροντίδα ασθενούς με υπερδιέγερση.

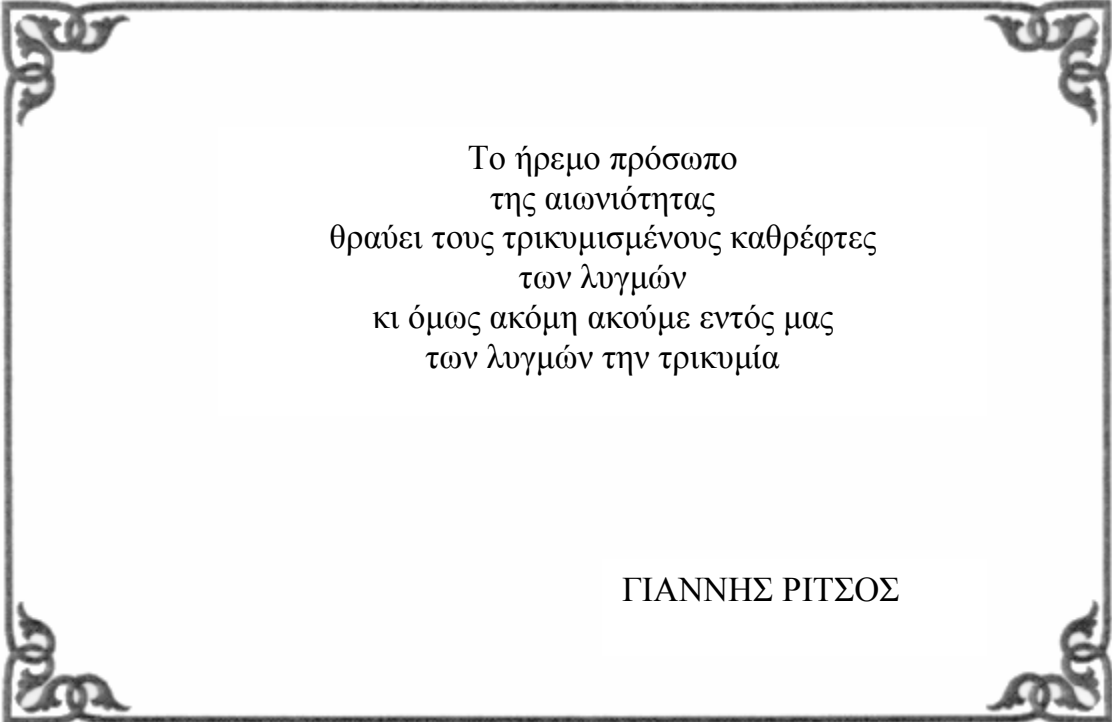
Ο ασθενής με υπερδιέγερση συνήθως χάνει ένα μέρος σωματικού βάρους, αφυδατώνεται και ο ύπνος που ελαττώνεται σε μία ή δύο ώρες τη νύχτα.

Δεν αισθάνεται τον σωματικό πόνο για αυτό και δεν αναφέρει τυχόν τραυματισμούς. Διαφορεί για τις καιρικές συνθήκες και την θερμοκρασία του

περιβάλλοντος. Αν τα ενδύματα τον εμποδίζουν στις κινήσεις μπορεί απ'τον εκνευρισμό του να τα σκίσει, έστω αν και είναι χειμώνας.

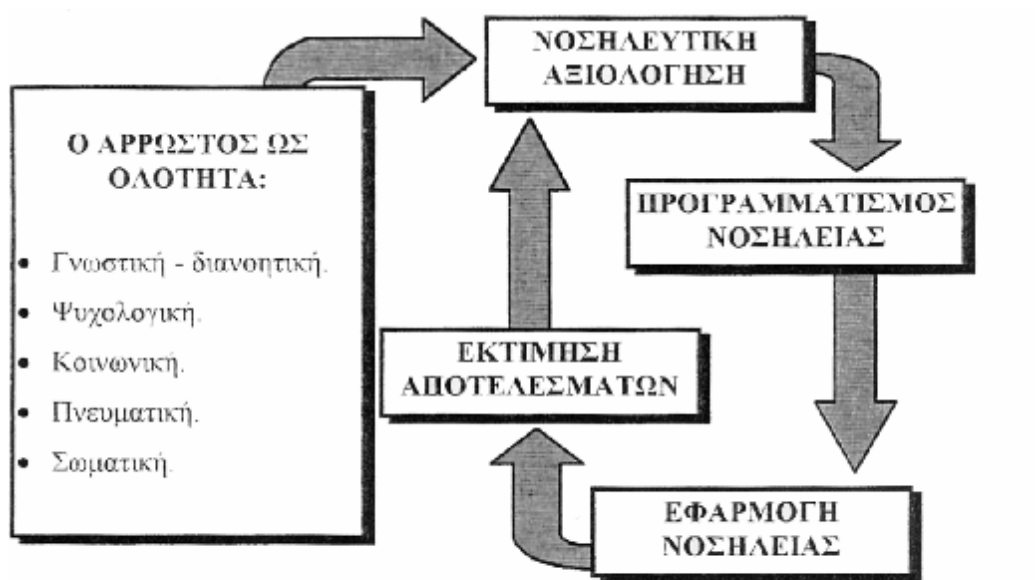
Δεν λαμβάνει υπ' όψιν του τις σωματικές ανάγκες.

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι άγρυπνος, ώστε να αντιλαμβάνεται όλες τις καταστάσεις του ασθενούς, να προλαμβάνει τυχόν τραυματισμούς του, να φροντίζει για την λήψη υγρών και τροφής (πλούσια σε θερμίδες και σε αρκετή ποσότητα). Το πρόβλημα του ύπνου θα αντιμετωπισθεί επαρκώς με τη χρήση υπνωτικών ή χλιαρών λουτρών.¹⁶



Το ήρεμο πρόσωπο
της αιωνιότητας
θραύει τους τρικυμισμένους καθρέφτες
των λυγμών
κι όμως ακόμη ακούμε εντός μας
των λυγμών την τρικυμία

ΓΙΑΝΝΗΣ ΡΙΤΣΟΣ



Σχήμα 1: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

I. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ I

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Κ.Λ.
ΦΥΛΟ : ΑΡΡΕΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΑΝΕΡΓΟΣ
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ : ΓΥΜΝΑΣΙΟ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΑΓΑΜΟΣ
ΗΛΙΚΙΑ : 23
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 8/5/1996 , 2/3/2001

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΙΟΥ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ (Παρανοειδής Μορφή)

Η νόσος εμφανίστηκε πρώτη φορά πριν από 5 χρόνια περίπου, όταν είχε ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο, με ιδέες μεγαλείου και επιθετικότητα. Τα συμπτώματα υποχώρησαν ύστερα από νοσηλεία μερικών εβδομάδων και θεραπεία με ψυχοφάρμακα. Σύμφωνα με τους γονείς του τελείωσε με δυσκολία το γυμνάσιο και από τότε είχε επιχειρήσει να δουλέψει σε διάφορες δουλειές αλλά δεν μπόρεσε να μείνει σε μια θέση περισσότερο από λίγες ημέρες για λόγους αόριστους που τους αποδίδει στους εργοδότες.

Παρόλο που έχει πολλούς γνωστούς , κανέναν από αυτούς δεν μπορεί να τον αποκαλέσει φίλο, εκτός από τον πατέρα του με τον οποίο του αρέσει να πηγαίνει βόλτες. Με τον αδερφό του, μικρότερό του κατά δύο χρόνια, φιλονικεί συνέχεια για ασήμαντους λόγους.

Αιτία εισόδου: έντονη ψυχοκινητική ανησυχία, έξαρση παραληρητικών ιδεών (διώξεως), επιθετικότητα, αποδιοργανωμένη σκέψη, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις.

Περιγραφή από τον ασθενή: Αρνείται πως έχει προβλήματα εκτός απ'το ότι ακούει φωνές που τον ενοχλούν.

Έξοδος από την κλινική: Συνεχίζει να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις. Η κατάστασή του είναι καλύτερη, παρουσιάζεται ήρεμη, συζητήσιμη, ο φόβος και η ανησυχία έχουν υποχωρήσει.

Ενημερώθηκε ο πατέρας του και είναι σύμφωνος να τον προσέχει συνέχεια.

Συνεχίζει φαρμακευτική αγωγή με Aloperidin 10mg ημερησίως και Parnate 20mg ημερησίως.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
<p>-Παραμέληση της προσωπικής εμφάνισης.</p>	<p>- Ενημέρωση και εκπαίδευση απλών συνηθειών για την υγιεινή και την φροντίδα του ασθενή από τον ίδιο.</p> <p>- Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων, που τον οδηγούν στην ατομική παραμέληση.</p>	<p>- Ενθάρρυνση και βοήθεια ασθενούς να ασχοληθεί με ατομική υγιεινή και περιποίηση της εμφάνισής του.</p> <p>- Προγραμματισμός ατομικής του φροντίδας σε τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να αποκτήσει τη συνήθεια αυτή.</p> <p>- Διερεύνηση.</p>	<p>- Ενθάρρυνση ασθενούς για ατομική περιποίηση.</p> <p>- Επαινετικά σχόλια κάθε φορά που είναι καθαρός και εμφανίσιμος</p> <p>- Τονίζονται ευγενικά και προσεκτικά τα καλά στοιχεία του εαυτού του.</p> <p>- Εξάλειψη των αιτιολογικών παραγόντων.</p> <p>- Στα πλαίσια της εργασιοθεραπείας ο ασθενής παροτρύνεται να φτιάξει κάτι για τον εαυτό του, π.χ. ένα κόσμημα ή ένα ρούχο.</p>	<p>- Συνεχίζεται η παρακολούθηση και παρατήρηση του ασθενούς και ελέγχεται η πρόοδός του.</p> <p>- Εμφανίζεται περιποιημένος και καθαρός.</p> <p>- Έχει αποκτήσει αίσθημα αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
<p>Εσφαλμένη και ανεπαρκή αντιμετώπιση του ασθενούς από το οικογενειακό περιβάλλον.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να ενημερωθούν οι συγγενείς για την στρατηγική αντιμετώπισης και συμπεριφοράς προς τον ασθενή άνθρωπό τους. - Εκπαίδευση και ενημέρωση συγγενών ώστε να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες τους τόσο προς τον ασθενή όσο και μεταξύ τους. - Να δεχθούν και να αντιμετωπίζουν οι συγγενείς ρεαλιστικά τον ασθενή, την αρρώστιά του, τη φροντίδα που απαιτεί και τα θεραπευτικά μέσα. - Να εξωτερικεύουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αξιολόγηση της λειτουργίας της οικογένειας και κατά πόσο η ασθένεια έχει επηρεάσει την σχέση ασθενή – οικογένειας και των μελών μεταξύ τους. - Αξιολόγηση της θέλησης και της ετοιμότητας της οικογένειας να συνδράμει στη θεραπεία του ασθενούς. - Αξιολόγηση των συναισθημάτων της οικογένειας και πόσο έντονα είναι, όπως απογοήτευση, άγχος, αρνητική κριτική, υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση της οικογένειας με ποιους τρόπους μπορεί να συνέβαλλαν στην ασθένεια χωρίς τη δημιουργία ενοχών. - Υπόδειξη της κατάλληλης συμπεριφοράς που πρέπει να τηρούν απέναντι στον ασθενή. - Δόθηκαν συμβουλές για τον τρόπο που πρέπει να φέρονται και να αποφεύγουν την εκδήλωση εντόνων συναισθημάτων. - Προτροπή να συμμετάσχουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα 	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
<p>1. Ανησυχία – Υπερδιέγερση.</p> <p>2. Χορήγηση φαρμάκων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της ανησυχίας του ασθενή. - Μείωση της υπερδιέγερσης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. - Συζήτηση και επικοινωνία με τον ασθενή ώστε να νιώσει ασφαλής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε Stedon 1amp ενδομυϊκά ύστερα από ιατρική οδηγία. - Ένδειξη απ' το νοσηλευτικό προσωπικό κατανόησης και φιλικότητας για τη συμπεριφορά του. - Επικοινωνία με τον ασθενή ώστε να εξωτερικεύσει τους φόβους του και τις ανησυχίες του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχής παρακολούθηση ασθενούς ώσπου να ηρεμήσει τελείως. - Έχει αρχίσει σταδιακά να ηρεμεί και να υποχωρεί η υπερδιέγερση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
3. Παραισθήσεις. 4. Ψευδαισθήσεις .	<ul style="list-style-type: none"> - Εξάλειψη αν είναι δυνατόν του προβλήματος ή περιορισμός στο ελάχιστο. - Επαναφορά της σκέψης του ασθενούς στην πραγματικότητα. - Βελτίωση στις λειτουργίες σκέψης – αντίληψης. - Διαβεβαίωση ασθενούς ότι το περιβάλλον είναι ακίνδυνο. - Έκφραση λογικών σκέψεων. - Να επιδιώκει ο ασθενής τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού κάθε φορά που φοβάται ή έχει άγχος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνία με τον ασθενή, ώστε να εξωτερικεύσει τα προβλήματά του. - Διακριτική παρατήρηση και παρακολούθηση του ασθενή. - Δημιουργία φιλικού και δημιουργικού περιβάλλοντος ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και να αποσπάσει την προσοχή του από τις εικόνες ή τις φωνές 	<ul style="list-style-type: none"> - Διάθεση χρόνου για επικοινωνία. - Προσανατολισμός ασθενούς στην πραγματικότητα. - Απόσπαση της προσοχής από τις ψευδαισθήσεις με εργασιοθεραπεία, π.χ. ζωγραφική. - Επιβράβευση του ασθενούς για τις προσπάθειες που κάνει να αποβάλλει το πρόβλημά του. - Εντοπισμός των αιτιολογικών παραγόντων. - Απομάκρυνση στρεσογόνων καταστάσεων. - Αποφυγή λογομαχιών, πρόκλησης ή γελοιοποίησης του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Σταδιακή μείωση των συμπτωμάτων. - Βελτίωση επικοινωνίας με το περιβάλλον του. - Εκφράζει λογικές σκέψεις και ενδιαφέρον για δραστηριότητα. - Εκφράζει θετική συμπεριφορά και εμπιστοσύνη προς τους νοσηλευτές και τους άλλους γύρω του.

		του νου του.		
ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
5. Αποδιοργάνωση σκέψης.	<ul style="list-style-type: none"> - Ένδειξη ενδιαφέροντος προς τον ασθενή. - Διακοπή της παθολογικής σκέψης του ασθενούς και επαναφορά του στη πραγματικότητα. - Διδασκαλία ασθενούς ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει τις αλλαγές στη σκέψη του. - Ικανότητα ασθενούς να διακρίνει τις έμμονες ιδέες από την πραγματικότητα. - Αύξηση της ικανότητας του ασθενή ώστε να απομακρύνει τις παθολογικές σκέψεις και να τις διακόπτει. - Εξαγωγή συμπερασμάτων για πιθανό επαναπροσδιορισμό των νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διακριτική παρακολούθηση και παρατήρηση του ασθενούς. - Δημιουργία ζεστού και φιλικού κλίματος για την προσέγγιση του ασθενή. - Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον ασθενή χωρίς διακοπές. - Διαμόρφωση τακτικής για τον τρόπο προσέγγισης, διδασκαλίας και ενθάρρυνσης των ασθενών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έκφραση ενδιαφέροντος και συμπάθειας προς τα σκέψεις του ασθενή. - Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. - Παρουσίαση της προσωπικότητας με ήπιο τρόπο. - Αφιέρωση χρόνου για προσεκτική ακρόαση ασθενή και ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. - Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση. - Παρατήρηση των συσπάσεων του προσώπου και κινήσεις για συνεχή εκτίμηση της παρουσίας έντασης των διεργασιών σκέψης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Λεκτική ικανότητα – έκφραση σκέψεων με ειρμό. - Επικοινωνία με τους γύρω του. - Μείωση του άγχους. - Ποιοτικός ύπνος. - Ικανότητα διάκρισης της πραγματικότητας. - Σταδιακή υποχώρηση των έμμονων ιδεών. - Ιδεών. - Ο ασθενής παρουσιάζεται οργανωμένος. - Ικανότητα επιτέλεσης πιο περίπλοκων διεργασιών σκέψης. - Εμφανίζεται ικανοποιημένος για τον εαυτό του.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
6. Αποδιοργάνωση λεκτικής επικοινωνίας.	<ul style="list-style-type: none"> - Χρησιμοποίηση κοινωνικά παραδεκτών τρόπων λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. - Κατανόηση και παραδοχή των προβλημάτων επικοινωνίας. - Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων. - Έκφραση σκέψεων και συναισθηματικών με συνοχή και νόημα μέσα απ' την πραγματικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχής εκτίμηση έντασης του προβλήματος μέσα από την παρατήρηση και την επικοινωνία με τον ασθενή. - Αναγνώριση των πρωτογενών αιτιολογικών παραγόντων της διαταραχής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνία με τον ασθενή. - Προσπάθεια επικοινωνίας και με μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας , όπως τη ζωγραφική. - Ένδειξη κατανόησης και επιείκειας για το πρόβλημά του. - Αντιμετώπιση των αιτιολογικών παραγόντων. - Δημιουργία ζεστού και ήρεμου περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής χρησιμοποιεί κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους επικοινωνίας λεκτικές και μη λεκτικές. - Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με λογική συνέχεια, βασισμένα στη πραγματικότητα. - Παραδέχεται το πρόβλημά του και την ανάγκη του για υποστήριξη.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
7. Ανικανότητα επικέντρωσης στην πραγματικότητα.	<ul style="list-style-type: none"> - Αύξηση επαφής του ασθενή με το περιβάλλον του. - Ενημέρωση των υπόλοιπων ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος για τον τρόπο δράσης τους. - Στρατηγική για απασχόληση ασθενούς με δημιουργικές ενέργειες και αύξηση της επικοινωνίας με το περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνία με τον ασθενή, αφιέρωση χρόνου, ένδειξη κατανόησης για το πρόβλημά του. - Ενημέρωση των υπόλοιπων ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος για τον τρόπο δράσης τους. - Στρατηγική για απασχόληση ασθενούς με δημιουργικές ενέργειες και αύξηση της επικοινωνίας με το περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανάθεση στον ασθενή απλών δραστηριοτήτων. - Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς με επικοινωνία και εργασιοθεραπεία. - Επιβράβευση των προσπαθειών του. - Υπενθύμιση διεργασιών που επαναφέρουν στην πραγματικότητα. - Υπομονή, επιμονή και αγάπη από τον νοσηλευτή για το πρόβλημα του ασθενούς. - Καθοδήγηση ασθενούς όταν φαίνεται να ξεφεύγει από την πραγματικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ταξινομεί γεγονότα σε σωστή σειρά. - Παρουσιάζεται οργανωμένος και συγκεντρωμένος. - Συμμετέχει σε δραστηριότητες και επικοινωνεί με τους γύρω του. - Εκφράζει συναισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στους γύρω του. - Ο λόγος έχει ειρό και άμεση σχέση με τη πραγματικότητα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
8. Αποπροσανατολισμός σχετικά με τη προσωπική ταυτότητα.	<ul style="list-style-type: none"> - Αποκατάσταση και ενίσχυση της ταυτότητας του ασθενή. - Προτροπή για χρήση προσωπικών αντικειμένων. - Προσοχή για διακόσμηση του δωματίου του με προσωπικά αντικείμενα, π.χ. φωτογραφίες. - Διόρθωση λανθασμένων αντιλήψεων και επαναφορά στην ταυτότητά του. - Πρόληψη σύγχυσης και λανθασμένων αντιλήψεων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Σχεδιασμός στρατηγικής για βοήθεια του ασθενή χωρίς να του προκληθεί άγχος και φόβος. - Μετατροπή του περιβάλλοντός του ώστε να νιώθει οικία. - Προσεκτική προσέγγιση με κατανόηση και υπομονή. - Επιλογή ρούχων σύμφωνα με το προσωπικό του γούστο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προσφώνηση του ασθενή με το ονοματεπώνυμό του από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. - Ενημέρωση των συγγενών για το πρόβλημα , ώστε να φέρονται με καταπόνηση. - Παραχώρηση άδειας να διατηρεί κοντά του προσωπικά είδη, όπως φωτογραφίες και ρούχα. - Δόθηκε κάρτα στον ασθενή με τα προσωπικά του στοιχεία ώστε την έχει πάντα μαζί του. - Ενισχύθηκε η εικόνα για τον εαυτό του και το περιβάλλον γύρω του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Απαντά όποτε του προσφωνούν. - Αναγνωρίζει τον εαυτό του. - Μιλάει για τον εαυτό του.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ Α	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
9. Απόσυρση / απομόνωση, παραμονή στο κρεβάτι πολλές ώρες.	<ul style="list-style-type: none"> - Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλους στο τμήμα, ασκήσεις, η περιπάτους. - Έκφραση επιθυμίας για συσχέτιση με τους άλλους ασθενείς και το προσωπικό. - Αίσθημα ευχαρίστησης και ικανοποίησης από κοινωνικές συζητήσεις και ασχολίες. Θέληση να βρίσκεται με τους άλλους και όχι στο δωμάτιό του 	<ul style="list-style-type: none"> - Αξιολόγηση της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης και σχεδιασμός στρατηγικής για διακοπή απόσυρσης με επικοινωνία και δραστηριότητες. - Εξακρίβωση των οικείων προσώπων του ασθενή που μπορούν να έχουν ευεργετική επίδραση πάνω του, όπως οικογένεια , φίλοι, συνάδελφοι. - Προγραμματισμός κάθε ημέρας για σύντομες επικοινωνίες και δραστηριότητες με τον άρρωστο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές την ημέρα με τον άρρωστο. - Ένδειξη κατανόησης και συμπάθειας χωρίς προκλητικότητα και απαιτητικότητα. - Σταδιακή προώθηση του αρρώστου σε δραστηριότητες ανάλογες τις διανοητικής και ψυχολογικής λειτουργικότητάς του. - Παρότρυνση του αρρώστου να συναναστρέφεται άλλους αρρώστους με παρόμοιο πρόβλημα με το δικό του. - Επιβράβευση του αρρώστου για τις προσπάθειες που καταβάλλει. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής συμμετέχει σε συζητήσεις και κοινωνικές δραστηριότητες. - Εκφράζει τις απόψεις του. - Συνάπτει σχέσεις φιλίας με κάποιους από τους ασθενείς. - Περνά μεγάλο μέρος της ημέρας με άλλους. - Εκφράζει αισθήματα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης. - Έκφραση αισθήματος εμπιστοσύνης προς τον νοσηλευτή και ζητάει την βοήθειά του.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
10. Διαταραχή συμπεριφοράς. 11. Δυσκολία σύναψης και διατηρήσεως σχέσεων με τους άλλους.	<ul style="list-style-type: none"> - Ένδειξη εμπιστοσύνης από τον ασθενή στο προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. - Περιορισμός ή και απουσία της καχυποψίας και της υπερευαισθησίας. - Να ερμηνεύει ο ασθενής τα γεγονότα και τη συμπεριφορά των άλλων με ακρίβεια βάση της πραγματικότητας. - Απόκτηση ικανότητας από τον ασθενή να αντιμετωπίζει προβλήματα, πρόσωπα και γεγονότα ανάλογα με την περίπτωση. - Να επικοινωνεί χωρίς υβριστικές εκφράσεις, απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά έναντι των 	<ul style="list-style-type: none"> - Αξιολόγηση της κατάστασης και διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων μέσα από την παρατήρηση και την επικοινωνία. - Ιεράρχηση νοσηλευτικών παρεμβάσεων ώστε να μην αυξηθεί το άγχος στον ασθενή και αντιδράσει επιθετικά. - Δημιουργία θετικού κλίματος για τον ασθενή ώστε να αναγνωρίζει το ειλικρινές ενδιαφέρον της νοσηλευτικής παρέμβασης. - Σχεδιασμός στρατηγικής με βάση την 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση στρεσογόνων παραγόντων. - Διαβεβαίωση ασθενούς ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο. - Εκδήλωση ενδιαφέροντος και φροντίδα σε ώρες άγχους, φόβου και καχυποψίας. - Εκδήλωση ήρεμης συμπεριφοράς από το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να μην νιώσει ότι γίνεται κριτική σε βάρος του, ή ότι τον γελοιοποιούν χωρίς προκλήσεις και απειλές. - Παρότρυνση του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. - Αναγνωρίζει τις μεθόδους για την παραδεκτή κοινωνικά συμπεριφορά και την αποδέχεται. - Διοχετεύει το άγχος του σε δημιουργικές ασχολίες. - Μπορεί να συνεργάζεται. - Σε περίπτωση που αισθάνεται ταραγμένος απευθύνεται στο προσωπικό και ζητά την

	<p>άλλων.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Διοχέτευση άγχους σε ομαδική δραστηριότητα και άσκηση. - Ενίσχυση της εμπιστοσύνης στους άλλους και παρεμπόδιση εμφάνισης εχθρικής συμπεριφοράς. - Εξάλειψη του άγχους του ασθενή και παροχή σιγουριάς, ασφάλειας, άνεσης. 	<p>προσωπικότητα του ασθενή.</p>	<p>να διοχετεύσει το άγχος και τις φοβίες του σε ομαδικές δραστηριότητες και σωματική άσκηση.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Σε υπερδιέγερση και έντονο εκνευρισμό χορήγηση ηρεμιστικών και νευροληπτικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες ώστε να προληφθεί βίαιη συμπεριφορά. - Παροχή νέων ενδιαφερόντων και ασχολιών για την πρόληψη αρνητικής συμπεριφοράς προς τους άλλους ή και τον εαυτό του. 	<p>βοήθειά του.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ανάλυση πρωτοβουλιών μέσα στο τμήμα. - Έκφραση αισθημάτων συμπάθειας προς τους άλλους και αυτοεκτίμησης. - Ευέλικτη συμπεριφορά και αυξημένη κοινωνικότητα. Γίνεται αποδεκτός από τους άλλους ασθενείς.
--	--	----------------------------------	---	---

II. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ II

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Χ.Ψ.
ΦΥΛΟ : ΘΗΛΥΚΟ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΑΝΕΡΓΟΣ
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ : ΠΟΛΙΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΑΓΑΜΗ
ΗΛΙΚΙΑ : 31
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 2/2/2001

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΙΟΥ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ (Παρανοειδής Μορφή)

Η νόσος εμφανίστηκε πρώτη φορά πριν από 3 μήνες περίπου, μέσα Νοεμβρίου, όταν άρχισε να απομονώνεται όλο και περισσότερο από το περιβάλλον της, ήταν διαρκώς αφηρημένη και αδιαφορούσε για την εργασία της. Σταμάτησε να πηγαίνει στην εταιρία όπου δούλευε γιατί διαμαρτυρόταν ότι οι συνάδελφοί της την ζηλεύουν και τη δυσφημίζουν πίσω από την πλάτη της. Με τον καιρό έγινε πιο ανήσυχη, διανύοντας μεγάλα διαστήματα απνίας , αρνιόταν να πάει μόνη της στο μπάνιο ή να βγει έξω γιατί νόμιζε ότι κάποιος την παρακολουθούσε και ήθελε να την βλάψει. Η οικογένεια θορυβημένη τη μεταφέρει το Φεβρουάριο στον ψυχίατρο, όπου γίνεται η διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Αιτία εισόδου: έντονη ψυχοκινητική ανησυχία, έξαρση παραληρητικών ιδεών (διώξεως), ακουστικές ψευδαισθήσεις, αδυναμία προσοχής και ύπνου.

Περιγραφή από τον ασθενή: Η συνεργασία μαζί της ήταν δύσκολη και δεν απαντούσε σε ερωτήσεις.

Νοσηλεύεται ακόμη στο ψυχιατρείο και συνεχίζει θεραπεία με Stelazine 30mg ημερησίως, Luminal 100mg και Norpramin 130mg ημερησίως.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
1 Ανεπαρκής οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου.	<ul style="list-style-type: none"> •Το οικογενειακό του περιβάλλον πρέπει να εκφράζει ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι του αρρώστου, της αρρώστιας, της φροντίδας και θεραπείας του. •Να περιγράφουν ανοιχτά τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, σχετικά με την ευθύνη τους για τον άρρωστο σε Θεραπευτικό περιβάλλον δημιουργημένο γι' αυτούς. •Να εκδηλώνουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας, λύσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις σχέσεις μεταξύ 	<p>Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας της οικογένειας και πως η ασθένεια 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 αρρώστου.</p> <p>.Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρότητα, ανησυχία, άγχος,</p>	<p>.Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση της ασθένειας και τη βαρύτητά της και επιστράτευση της συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην κοινότητα.</p> <p>.Ενημέρωση της οικογένειας με ποιους τρόπους πιθανός να συνέβαλλαν στην ασθένεια χωρίς τη</p>	<p>Βελτιώνεται η σχέση ασθενούς και μελών της οικογένειας.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν ειλικρινή συναισθήματα και ενδιαφέρον για τον ασθενή. <p>.Εμφανίζουν βελτιωμένες μεθόδους προσέγγισης του ασθενούς.</p> <p>.Ο ασθενής εμφανίζεται περισσότερο ικανοποιημένος και χαρούμενος μετά από κάθε επαφή με το</p>

	<p>τους και με το προσωπικό της φροντίδας ψυχικής υγείας του αρρώστου. ασθενούς στις συναντήσεις αρρώστου από την</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να χρησιμοποιούν οικογενειακής ψυχοθεραπείας και οικογένεια βελτιώνεται. αποτελεσματικές στρατηγικές προγράμματος Θεραπείας <p>.Αναπτύσσονται χειρισμού της φροντίδας του οικογενειακής συμπεριφοράς. συναισθήματα αρρώστου και της αρρώστιας. .Πληροφόρηση για τις δομές αλληλοκατανόησης. υπ εσιών στ ν κοινότ τα.</p>	<p>υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή.</p>	<p>δημιουργία τύψεων και υποδείξεις της κατάλληλης συμπεριφοράς για να βοηθήσουν τον ασθενή. .Συμβουλευτήκαν οι συγγενείς να μην εκφράζουν έντονα συναισθήματα. Προώθηση της συμμετοχής της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας του</p>	<p>οικογενειακό περιβάλλον, δέχεται το ειλικρινές ενδιαφέρον.</p>
--	--	--	---	---

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
2. Ανικανότητα επικέντρωσης στην πραγματικότητα.	<ul style="list-style-type: none"> - Αύξηση επαφής του ασθενή με το περιβάλλον του. - Ενημέρωση των υπόλοιπων ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος για τον τρόπο δράσης τους. - Στρατηγική για απασχόληση ασθενούς με δημιουργικές ενέργειες και αύξηση της επικοινωνίας με το περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνία με τον ασθενή, αφιέρωση χρόνου, ένδειξη κατανόησης για το πρόβλημά του. - Ενημέρωση των υπόλοιπων ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος για τον τρόπο δράσης τους. - Στρατηγική για απασχόληση ασθενούς με δημιουργικές ενέργειες και αύξηση της επικοινωνίας με το περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανάθεση στον ασθενή απλών δραστηριοτήτων. - Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς με επικοινωνία και εργασιοθεραπεία. - Επιβράβευση των προσπαθειών του. - Υπενθύμιση διεργασιών που επαναφέρουν στην πραγματικότητα. - Υπομονή, επιμονή και αγάπη από τον νοσηλευτή για το πρόβλημα του ασθενούς. - Καθοδήγηση ασθενούς όταν φαίνεται να ξεφεύγει από την πραγματικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ταξινομεί γεγονότα σε σωστή σειρά. - Παρουσιάζεται οργανωμένος και συγκεντρωμένος. - Συμμετέχει σε δραστηριότητες και επικοινωνεί με τους γύρω του. - Εκφράζει συναισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στους γύρω του. - Ο λόγος έχει ειρό και άμεση σχέση με τη πραγματικότητα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
<p>3 Εσφαλμένη και ανεπαρκή αντιμετώπιση του ασθενούς από το οικογενειακό περιβάλλον.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να ενημερωθούν οι συγγενείς για την στρατηγική αντιμετώπισης και συμπεριφοράς προς τον ασθενή άνθρωπό τους. - Εκπαίδευση και ενημέρωση συγγενών ώστε να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες τους τόσο προς τον ασθενή όσο και μεταξύ τους. - Να δεχθούν και να αντιμετωπίζουν οι συγγενείς ρεαλιστικά τον ασθενή, την αρρώστιά του, τη φροντίδα που απαιτεί και τα θεραπευτικά μέσα. - Να εξωτερικεύουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αξιολόγηση της λειτουργίας της οικογένειας και κατά πόσο η ασθένεια έχει επηρεάσει την σχέση ασθενή – οικογένειας και των μελών μεταξύ τους. - Αξιολόγηση της θέλησης και της ετοιμότητας της οικογένειας να συνδράμει στη θεραπεία του ασθενούς. - Αξιολόγηση των συναισθημάτων της οικογένειας και πόσο έντονα είναι, όπως απογοήτευση, άγχος, αρνητική κριτική, υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση της οικογένειας με ποιους τρόπους μπορεί να συνέβαλλαν στην ασθένεια χωρίς τη δημιουργία ενοχών. - Υπόδειξη της κατάλληλης συμπεριφοράς που πρέπει να τηρούν απέναντι στον ασθενή. - Δόθηκαν συμβουλές για τον τρόπο που πρέπει να φέρονται και να αποφεύγουν την εκδήλωση εντόνων συναισθημάτων. - Προτροπή να συμμετάσχουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα 	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
4 Αποδιοργάνωση σκέψης.	<ul style="list-style-type: none"> - Ένδειξη ενδιαφέροντος προς τον ασθενή. - Διακοπή της παθολογικής σκέψης του ασθενούς και επαναφορά του στη πραγματικότητα. - Διδασκαλία ασθενούς ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει τις αλλαγές στη σκέψη του. - Ικανότητα ασθενούς να διακρίνει τις έμμονες ιδέες από την πραγματικότητα. - Αύξηση της ικανότητας του ασθενή ώστε να απομακρύνει τις παθολογικές σκέψεις και να τις διακόπτει. - Εξαγωγή συμπερασμάτων για πιθανό επαναπροσδιορισμό των νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διακριτική παρακολούθηση και παρατήρηση του ασθενούς. - Δημιουργία ζεστού και φιλικού κλίματος για την προσέγγιση του ασθενή. - Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον ασθενή χωρίς διακοπές. - Διαμόρφωση τακτικής για τον τρόπο προσέγγισης, διδασκαλίας και ενθάρρυνσης των ασθενών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έκφραση ενδιαφέροντος και συμπάθειας προς τα σκέψεις του ασθενή. - Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. - Παρουσίαση της προσωπικότητας με ήπιο τρόπο. - Αφιέρωση χρόνου για προσεκτική ακρόαση ασθενή και ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. - Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση. - Παρατήρηση των συσπάσεων του προσώπου και κινήσεις για συνεχή εκτίμηση της παρουσίας έντασης των διεργασιών σκέψης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Λεκτική ικανότητα – έκφραση σκέψεων με ειρμό. - Επικοινωνία με τους γύρω του. - Μείωση του άγχους. - Ποιοτικός ύπνος. - Ικανότητα διάκρισης της πραγματικότητας. - Σταδιακή υποχώρηση των έμμονων ιδεών. - Ιδεών. - Ο ασθενής παρουσιάζεται οργανωμένος. - Ικανότητα επιτέλεσης πιο περίπλοκων διεργασιών σκέψης. - Εμφανίζεται ικανοποιημένος για τον εαυτό του.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
5 Παραμέληση της προσωπικής εμφάνισης.	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση και εκπαίδευση απλών συνηθειών για την υγιεινή και την φροντίδα του ασθενή από τον ίδιο. - Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων, που τον οδηγούν στην ατομική παραμέληση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενθάρρυνση και βοήθεια ασθενούς να ασχοληθεί με ατομική υγιεινή και περιποίηση της εμφάνισής του. - Προγραμματισμός ατομικής του φροντίδας σε τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να αποκτήσει τη συνήθεια αυτή. - Διερεύνηση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενθάρρυνση ασθενούς για ατομική περιποίηση. - Επαινετικά σχόλια κάθε φορά που είναι καθαρός και εμφανίσιμος - Τονίζονται ευγενικά και προσεκτικά τα καλά στοιχεία του εαυτού του. - Εξάλειψη των αιτιολογικών παραγόντων. - Στα πλαίσια της εργασιοθεραπείας ο ασθενής παροτρύνεται να φτιάξει κάτι για τον εαυτό του, π.χ. ένα κόσμημα ή ένα ρούχο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχίζεται η παρακολούθηση και παρατήρηση του ασθενούς και ελέγχεται η πρόοδός του. - Εμφανίζεται περιποιημένος και καθαρός. - Έχει αποκτήσει αίσθημα αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ Σ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
<p>6. Ανησυχία – Υπερδιέγερση. 7. Χορήγηση φαρμάκων.</p>	<p>- Μείωση της ανησυχίας του ασθενή. - Μείωση της υπερδιέγερσης.</p>	<p>- Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. - Συζήτηση και επικοινωνία με τον ασθενή ώστε να νιώσει ασφαλής.</p>	<p>- Χορηγήθηκε Stedon 1amp ενδομυϊκά ύστερα από ιατρική οδηγία. - Ένδειξη απ' το νοσηλευτικό προσωπικό κατανόησης και φιλικότητας για τη συμπεριφορά του. - Επικοινωνία με τον ασθενή ώστε να εξωτερικεύσει τους φόβους του και τις ανησυχίες του.</p>	<p>- Συνεχής παρακολούθηση ασθενούς ώσπου να ηρεμήσει τελείως. - Έχει αρχίσει σταδιακά να ηρεμεί και να υποχωρεί η υπερδιέγερση.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
8 Διαταραχή συμπεριφοράς. 9 Δυσκολία σύναψης και διατηρήσεως σχέσεων με τους άλλους.	<ul style="list-style-type: none"> - Ένδειξη εμπιστοσύνης από τον ασθενή στο προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. - Περιορισμός ή και απουσία της καχυποψίας και της υπερευαισθησίας. - Να ερμηνεύει ο ασθενής τα γεγονότα και τη συμπεριφορά των άλλων με ακρίβεια βάση της πραγματικότητα.ς. - Απόκτηση ικανότητας από τον ασθενή να αντιμετωπίζει προβλήματα, πρόσωπα και γεγονότα ανάλογα με την περίσταση. - Να επικοινωνεί χωρίς υβριστικές εκφράσεις, απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά έναντι των 	<ul style="list-style-type: none"> - Αξιολόγηση της κατάστασης και διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων μέσα από την παρατήρηση και την επικοινωνία. - Ιεράρχηση νοσηλευτικών παρεμβάσεων ώστε να μην αυξηθεί το άγχος στον ασθενή και αντιδράσει επιθετικά. - Δημιουργία θετικού κλίματος για τον ασθενή ώστε να αναγνωρίζει το ειλικρινές ενδιαφέρον της νοσηλευτικής παρέμβασης. - Σχεδιασμός στρατηγικής με βάση την προσωπικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση στρεσογόνων παραγόντων. - Διαβεβαίωση ασθενούς ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο. - Εκδήλωση ενδιαφέροντος και φροντίδα σε ώρες άγχους, φόβου και καχυποψίας. - Εκδήλωση ήρεμης συμπεριφοράς από το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να μην νιώσει ότι γίνεται κριτική σε βάρος του, ή ότι τον γελοιοποιούν χωρίς προκλήσεις και απειλές. - Παρότρυνση του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. - Αναγνωρίζει τις μεθόδους για την παραδεκτή κοινωνικά συμπεριφορά και την αποδέχεται. - Διοχετεύει το άγχος του σε δημιουργικές ασχολίες. - Μπορεί να συνεργάζεται. - Σε περίπτωση που αισθάνεται ταραγμένος απευθύνεται στο προσωπικό και ζητά την

	<p>άλλων.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Διοχέτευση άγχους σε ομαδική δραστηριότητα και άσκηση. - Ενίσχυση της εμπιστοσύνης στους άλλους και παρεμπόδιση εμφάνισης εχθρικής συμπεριφοράς. - Εξάλειψη του άγχους του ασθενή και παροχή σιγουριάς, ασφάλειας, άνεσης. 	<p>του ασθενή.</p>	<p>να διοχετεύσει το άγχος και τις φοβίες του σε ομαδικές δραστηριότητες και σωματική άσκηση.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Σε υπερδιέγερση και έντονο εκνευρισμό χορήγηση ηρεμιστικών και νευροληπτικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες ώστε να προληφθεί βίαιη συμπεριφορά. - Παροχή νέων ενδιαφερόντων και ασχολιών για την πρόληψη αρνητικής συμπεριφοράς προς τους άλλους ή και τον εαυτό του. 	<p>βοήθειά του.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ανάλυση πρωτοβουλιών μέσα στο τμήμα. - Έκφραση αισθημάτων συμπάθειας προς τους άλλους και αυτοεκτίμησης. - Ευέλικτη συμπεριφορά και αυξημένη κοινωνικότητα. Γίνεται αποδεκτός από τους άλλους ασθενείς.
--	--	--------------------	---	---

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
10 Παραισθήσεις. 11 Ψευδαισθήσεις.	<ul style="list-style-type: none"> - Εξάλειψη αν είναι δυνατόν του προβλήματος ή περιορισμός στο ελάχιστο. - Επαναφορά της σκέψης του ασθενούς στην πραγματικότητα. - Βελτίωση στις λειτουργίες σκέψης – αντίληψης. - Διαβεβαίωση ασθενούς ότι το περιβάλλον είναι ακίνδυνο. - Έκφραση λογικών σκέψεων. - Να επιδιώκει ο ασθενής τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού κάθε φορά που φοβάται ή έχει άγχος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνία με τον ασθενή, ώστε να εξωτερικεύσει τα προβλήματά του. - Διακριτική παρατήρηση και παρακολούθηση του ασθενή. - Δημιουργία φιλικού και δημιουργικού περιβάλλοντος ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και να αποσπάσει την προσοχή του από τις 	<ul style="list-style-type: none"> - Διάθεση χρόνου για επικοινωνία. - Προσανατολισμός ασθενούς στην πραγματικότητα. - Απόσπαση της προσοχής από τις ψευδαισθήσεις με εργασιοθεραπεία, π.χ. ζωγραφική. - Επιβράβευση του ασθενούς για τις προσπάθειες που κάνει να αποβάλλει το πρόβλημά του. - Εντοπισμός των αιτιολογικών παραγόντων. - Απομάκρυνση στρεσογόνων καταστάσεων. - Αποφυγή λογομαχιών, πρόκλησης ή γελοιοποίησης του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Σταδιακή μείωση των συμπτωμάτων. - Βελτίωση επικοινωνίας με το περιβάλλον του. - Εκφράζει λογικές σκέψεις και ενδιαφέρον για δραστηριότητα. - Εκφράζει θετική συμπεριφορά και εμπιστοσύνη προς τους νοσηλευτές και τους άλλους γύρω του.

		εικόνες ή τις φωνές του νου του.		
ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
12 Αποδιοργάνωση λεκτικής επικοινωνίας.	<ul style="list-style-type: none"> - Χρησιμοποίηση κοινωνικά παραδεκτών τρόπων λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. - Κατανόηση και παραδοχή των προβλημάτων επικοινωνίας. - Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων. - Έκφραση σκέψεων και συναισθηματικών με συνοχή και νόημα μέσα απ' την πραγματικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχής εκτίμηση έντασης του προβλήματος μέσα από την παρατήρηση και την επικοινωνία με τον ασθενή. - Αναγνώριση των πρωτογενών αιτιολογικών παραγόντων της διαταραχής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνία με τον ασθενή. - Προσπάθεια επικοινωνίας και με μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως τη ζωγραφική. - Ένδειξη κατανόησης και επιείκειας για το πρόβλημά του. - Αντιμετώπιση των αιτιολογικών παραγόντων. - Δημιουργία ζεστού και ήρεμου περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής χρησιμοποιεί κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους επικοινωνίας λεκτικές και μη λεκτικές. - Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με λογική συνέχεια, βασισμένα στη πραγματικότητα. - Παραδέχεται το πρόβλημά του και την ανάγκη του για υποστήριξη.

ΚΡΙΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ρόλος του σημερινού νοσηλευτή ψυχικής υγείας, όπως διαπιστώσαμε, είναι πολυδιάστατος τόσο μέσα στα πλαίσια του ψυχιατρικού ιδρύματος, όσο και της κοινότητας. Αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζονται οι όποιες προσπάθειες ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων και παρεμβαίνει καταλυτικά στην επιτάχυνση ή επιβράδυνσή τους.

Στις σύγχρονες ψυχιατρικές δομές ο νοσηλευτής καλείται να παίξει καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή κι αυτό προϋποθέτει ανάλογο συνδυασμό εμπειρίας και γνώσης.

Θεωρείται ανεπίτρεπτο στις μέρες μας να μην υπάρχει επιστημονικά καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό που να στελεχώνει το χώρο της ψυχικής υγείας. Δεν αρκεί μόνο η εμπειρία στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και στην εφαρμογή των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων, αλλά απαιτείται η γνώση και η θεωρητική κατάρτιση, ώστε όλα μαζί αρμονικά, με το προσωπικό ταλέντο του καθενός, να οδηγήσουν στην πολυπόθητη αποκατάσταση του ασθενή. Άλλωστε, όπως τονίζεται διεθνώς, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα αυτών που την προσφέρουν.

Η νέα οργάνωση λοιπόν της ψυχιατρικής περίθαλψης σαν ένα σύνθετο έργο, απαιτεί ριζική αναδιοργάνωση της εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετέχει στην βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του παρανοϊκά σχιζοφρενή αρρώστου.

Γι' αυτό το λόγο προτείνονται:

1. Δημιουργία νέων ηθικών και υλικών κινήτρων για την παρότρυνση μεγαλύτερου αριθμού νοσηλευτών στο χώρο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Στόχος είναι η επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες του ψυχιατρείου.

2. Δημιουργία πρότυπων κέντρων μετεκπαίδευσης των νοσηλευτών που δεν έχουν ψυχιατρική ειδικότητα με σκοπό τον εμπλουτισμό των γνώσεων και την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής τους.

3. Διοργάνωση και εφαρμογή νέων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων για το ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό την συνεχή ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των γνώσεών του, καθώς και τη δημιουργική παρέμβασή του στην κλινική πρακτική.

Αναμφίβολα η ψυχιατρική νοσηλευτική σαν επιστήμη προϋποθέτει όχι μόνο αξιόλογα εκπαιδευμένα νοσηλευτικά στελέχη, αλλά και ανάλογη υλικοτεχνική υποδομή, αντάξια των Ευρωπαϊκών προτύπων.

Στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία 1985-95 πραγματοποιήθηκαν σοβαρές προσπάθειες στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, στην αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών και στη δημιουργία υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η υλοποίηση του κανονισμού 815/84 που λειτούργησε καταλυτικά στην εφαρμογή του Προγράμματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης τον Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, συνέβαλε:

1. Στη δημιουργία μιας μεγάλης ποικιλίας υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες είναι αποκεντρωμένες και πιο προσιτές στο κοινό.

2. Στη σημαντική ελάττωση κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία με την αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ασθενών και την βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.

3. Στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση μεγάλου τμήματος επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Βέβαια η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν έχει ακόμα επιτευχθεί, αλλά σίγουρα πραγματοποιήθηκε σημαντική πρόοδος. Τα μηνύματα είναι ελπιδοφόρα...

Ωστόσο δεν αρκεί μια μοντέρνα μαγική λέξη όπως η «αποασυλοποίηση» η «αποκατάσταση», για να απογυμνώσει την «τρελού» από την ιστορικότητά και τους φόβους της, αλλά απαιτείται η συμβολή όλων μας για την απομυθοποίηση τον «άγνωστου» που τη συνοδεύει. Άλλωστε η υγεία των ψυχικά αρρώστων, δεν είναι ευθύνη μόνο ιατρική ή νοσηλευτική, αλλά κυρίως κοινωνική.

Απλά πρέπει να δούμε με τα μάτια της ψυχής μας τον διαφορετικό κόσμο που βιώνει ο ψυχικά άρρωστος και να κατανοήσουμε αυτό που κάποτε είπε ο Νίτσε στο έργο του « Ιδού ο άνθρωπος », ένα από τα τελευταία έργα του λίγο πριν πεθάνει από βαθιά οργανική ψυχοπάθεια:

« Ακούστε με! Γιατί είμαι αυτός που είμαι.
Προπαντός μη με συγχέετε με ότι δεν είμαι ...»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στεφανής και Συνεργάτες, «Μαθήματα ψυχιατρικής με στοιχεία ψυχολογίας», Τεύχος Α', Αθήνα 1990.
2. Παπαγεωργίου Ευάγγελος, « Ψυχιατρική », Ιατρικές Εκδόσεις Ν.Αργυρού.
3. Anderson Carol et al, « Schizophrenia and the family », 1986
4. Mose Nicolas, « Essential Psychiatry », Second Edition , Blackwell, Scientific Publications, 1994.
5. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, « Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς », Γενεύη 1993.
6. Μάνος Νίκος, « Βασικά Στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής », University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988.
7. Ρασιδάκης Ν., « Στοιχεία Ψυχιατρικής », Ε' Έκδοση, Εκδόσεις Μωραΐτου – Σιδερίδη, Αθήνα 1979.
8. Ντεζέλ Ζιλ & Γκουττάρι Φέλιξ, « Καπιταλισμός και Σχιζοφρένεια. Ο Αντι-Οιδίπους », Εκδόσεις Ράππα 1981.
9. Kales Anthony et al, « Recent advances in Schizophrenia » Springer-Verlag Press.,1997
10. Mc. Guffin Peter- Murray Robin, « The mental Health Foundation. The new genetics of mental illness », Buherworth – Heinemann.,1994
11. Χαρτοκόλλης Πέτρος, « Εισαγωγή στη Ψυχιατρική », εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1992.
12. Kaplan Harold et al, « Synopsis of Psychiatry », Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry , Eight Edition, 1998.
13. « Ζώντας με τη Σχιζοφρένεια στο σπίτι και στη δουλειά », Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Κατερίνη 1987.
14. Στεφανής & Συνεργάτες ,« Θέματα Ψυχιατρικής », Αθήνα.
15. Lenzenwegen Mark – Gohesman Irving, « Encyclopedia of human behavior », Volume Four, Academic Press, 1994.
16. Γιαννοπούλου Αθηνά, « Ψυχιατρική Νοσηλευτική », Εκδόσεις «Η Ταθιβά», Αθήνα 1996.

17. « Προληπτική Νοσηλευτική », 20^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο – Πρακτικά, Πόρτο Καρράς – Χαλκιδική 1993.
18. Πιζαντέ Μαριλίν, « Οι ανατροπές του Καρτεσιανού Μοντέλου. Νέες μορφές ψυχοθεραπείας.», Ελευθεροτυπία 2000.
19. Τσελικά Ηλέκτρα, « Το θέατρο γιατρεύει. Νέες μορφές ψυχοθεραπείας », Ελευθεροτυπία 2000.
20. Ιεροδιακόνου Χ. – Φωτάδης Χ. – Δημητρίου Ε., « Ψυχιατρική », Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1982.
21. Ραγιά Αφροδίτη, « Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας », Αθήνα 1993.
22. Παπαδάτος Γιάννης – Στογιαννίδου Αριάννα, « Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική », Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας ,1988
23. Μαδιανός Μιχάλης, « Κοινωνική κοινοτική ψυχιατρική στην Αθήνα 1979 - 1983 », ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
24. Lempriere T. et al., « Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων, Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογής στην Ελλάδα.», Α' Τομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1994.
25. « Social Services Select Committee », Community Care, Vol.1 HMSO, London 1985.
26. Freeman Arthur, MD et al, « Psychiatry for the Primary Care Physicians », 1979.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**Κυλικείο « Ο εξώστης ».
Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρείο**



Στο προαύλιο του Δρομοκάϊτειου Ψυχιατρείου