

ΑΤ. Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ : «ΜΑΝΙΑ»
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΑΝΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ :
Δρ. Γ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :
ΚΟΛΛΙΑ ΙΩΑΝΝΑ



ΠΑΤΡΑ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

4

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

5

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορική Ανασκόπηση	8
1.2 Ψυχική Υγεία – Ψυχική Νόσος	14
1.3 Ταξινόμηση ψυχικών νοσημάτων	17
1.4 Συναισθηματικές Διαταραχές	
1.4.1 Ορισμός	24
1.4.2 Ταξινόμηση	25
1.5. Μανία	
1.5.1 Ορισμός	26
1.5.2 Κλινικές μορφές μανίας	26
1.6. Συχνότητα – Επιδημιολογία	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Αιτιολογία – Προδιαθεσικοί παράγοντες	30
2.2 Συμπτωματολογία	34
2.3 Διάγνωση	37
2.4 Διαφορική διάγνωση	41
2.5 Σύνοδα Προβλήματα	43
2.6 Πορεία Νόσου	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Θεραπεία	45
3.2 Παρενέργειες – Αντενδείξεις Θεραπείας	50

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Ορισμός Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής	54
4.2 Σκοποί Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής	55
4.3 Νοσηλευτική Διεργασία	55
4.4 Νοσηλευτική Παρέμβαση	60
4.5 Γενικές αρχές προσέγγισης ασθενών με μανία	64
4.6 Ψυχιατρικά επείγοντα περιστατικά	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Κοινωνική Ψυχιατρική	68
5.2 Συμβουλευτική	70
5.3 Προληπτική Ψυχιατρική	72
5.4 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	75
5.5 Ομάδες Αυτοβοήθειας	76

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	78
----------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
--------------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή ασχολείται με την ψυχική υγεία του ατόμου, ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα προσπαθώ να δώσω τις βασικές ιατρικές θεωρήσεις γύρω από το θέμα διαταραχές συναισθήματος και ειδικότερα την μανία, καθώς επίσης τη συμβολή του νοσηλευτή στη φροντίδα, την αγωγή και την εκπαίδευση των ατόμων.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας είναι να παρουσιάσει σε ολότητα το πρόβλημα της μανίας και τη νοσηλευτική προσέγγιση.

Σίγουρα δεν είναι δυνατό, μέσα σε τόσες λίγες σελίδες να καλυφθεί ένα τόσο σημαντικό θέμα. Παρολαυτά, έχει γίνει μια προσπάθεια να παρουσιαστεί η ιδιαίτερη προσφορά της νοσηλευτικής στα άτομα με συναισθηματικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα με μανία.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω εκείνους που με οποιαδήποτε μορφή βοήθησαν στην διεξαγωγή της εργασίας. Ευχαριστώ θερμά την εισηγήτριά μου Δρ. Γ. Θεοδωρακοπούλου, που με βοήθησε να ευαισθητοποιηθώ ιδιαίτερα γύρω από την ψυχική υγεία του ανθρώπου και να μην βλέπω το άτομο μονοδιάστατα αλλά να εκτιμώ την ψυχική και πνευματική διάσταση εξίσου με την σωματική. Επιπρόσθετα ευχαριστώ θερμά τον νοσηλευτή της Γενικής Χειρουργικής του «Θριασίου» Νοσοκομείου Τσακιρίδη Γεώργιο για την πολύτιμη βοήθειά του.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλοι έχουμε αισθανθεί στη ζωή μας συναισθηματικές διακυμάνσεις, ποσοτικές και ποιοτικές, σε μια μεγάλη ποικιλία παραλλαγών και αποχρώσεων. Οι διακυμάνσεις αυτές αφορούν κυρίως δύο συναισθήματα : τη χαρά και τη λύπη. Τα δύο αυτά αντίθετα συναισθήματα αποτελούν και τα βασικά δομικά υλικά των διαταραχών του συναισθήματος.

Είναι, λοιπόν, η χαρά και η λύπη παθολογικά συναισθήματα; Ασφαλώς όχι. Μπορούμε μάλιστα με βεβαιότητα να πούμε ότι, αντιθέτως, παθολογική είναι η έλλειψη ή η μειωμένη έκφραση αυτών των συναισθημάτων (όπως π.χ. συμβαίνει στη σχιζοφρένεια). Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι παθολογικά.

Ποιες είναι αυτές οι περιπτώσεις;

- Όταν έχουν μεγάλη ένταση και μακρά διάρκεια
- Όταν συνυπάρχουν συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα
- Όταν εξαιτίας τους παρεμποδίζεται η ικανότητα επιτέλεσης των καθημερινών ασχολιών
- Όταν συνυπάρχουν «ψυχωσικά» συμπτώματα
- Όταν, εξαιτίας της μεγάλης έντασης αυτών των συναισθημάτων, προκύπτει κίνδυνος για τη ζωή του ανθρώπου που τα βιώνει ή για τη ζωή των άλλων

Τα κριτήρια αυτά δεν είναι απόλυτα. Σε πολλές περιπτώσεις, τόσο η διάκριση των συναισθηματικών διαταραχών από φυσιολογικές καταστάσεις όσο και η διαφορική διάγνωση με άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις είναι δύσκολη¹.

Το πρώτο μέρος της εργασίας, περιλαμβάνει μια γενικότερη αναφορά στους όρους ψυχική υγεία και ψυχική νόσος καθώς επίσης γίνεται και μια πρώτη γνωριμία με το φαινόμενο μανία.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται εκτενής περιγραφή της μανίας. Η περιγραφή αυτή περιλαμβάνει την αιτιολογία, συμπτωματολογία, θεραπεία καθώς επίσης και τον βαρυσήμαντο ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αρχαίοι Χρόνοι

(Από των αρχών του πολιτισμού μέχρι και τον Β΄ αιώνα μ.Χ.)

Οι μέχρι του Ιπποκράτους χρόνοι είναι περίοδος άγνοιας και δεισιδαιμονίας. Η ψυχοπάθεια εθεωρείτο ως κατοχή του ανθρώπου υπό κάποιας θεότητας, η οποία είτε τον ευεργετούσε είτε τον τιμωρούσε. Ορισμένοι ψυχοπαθείς εθεωρούντο φίλοι των Θεών και τους απέδιδαν μαντικές ικανότητες. Η θεραπεία των ψυχοπαθών ανετίθετο στους ιερείς οι οποίοι χρησιμοποιούσαν για το σκοπό αυτό τη μαγεία σε συνδυασμό με θεάματα, μουσική, περιπάτους, λουτρά, γυμναστική κ.λπ.⁽²⁾. Ο όρος μανία εμφανίζεται σε αρχαία ελληνικά κείμενα με την έννοια της τρέλας, γενικά της «φρενοβλαβής», όπως θα λέγαμε σήμερα. Περιγράφει βαριές ψυχωτικές διαταραχές με κινητική υπερδιέγερση, ψευδαισθήσεις και παραληρήματα. Ειδικότερα, η μανιακή διαταραχή χαρακτηρίζεται από την ακόλουθη κλασσική τριάδα συμπτωμάτων : μian ενθουσιώδη αλλά ευμετάβλητη διάθεση, μian ακατάσχετη ομιλητικότητα και μian αυξημένη κινητικότητα³.

Τον 5^ο αιώνα ο Ιπποκράτης διακήρυξε ότι οι ψυχικές παθήσεις δεν έχουν καμία σχέση με τις υπερφυσικές δυνάμεις και απέρριψε με ενθουσιασμό τη δαιμονική αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων². Απέδιδε τις ψυχικές νόσους κυρίως σε οργανικά αίτια και διατύπωσε τη θεωρία των τεσσάρων χυμών (αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή και μαύρη χολή). Τα ψυχικά νοσήματα αποδίδονταν σε διαταραχή της ισορροπίας αυτών των χυμών, π.χ. η κατάθλιψη (μελαγχολία) αποδιδόταν σε αύξηση της μέλαινας χολής¹. Ταξιόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε τρεις

κατηγορίες : τη μανία, τη μελαγχολία και τη φρενίτιδα. Οι περιγραφές του έφεραν στο φως αρκετά από τα κλασσικά συμπτώματα της επιληψίας, της μανίας, της μελαγχολίας και της παράνοιας². Η υστερία αποδιδόταν στην «πλανώμενη μήτρα». Στο θέμα της επιληψίας, της «ιεράς νόσου», ο Ιπποκράτης διατύπωσε την επαναστατική και ασφαλώς βλάσφημη για την εποχή αντίληψη ότι οφείλεται σε οργανική διαταραχή του εγκεφάλου¹. Για τη θεραπεία των ψυχοπαθειών χρησιμοποιούσε τις αφαιμάξεις, τα καθαρτικά, τα εμετικά, τα λουτρά, τη φυτική διαίτα, τις ασκήσεις, τη μουσική, τα ταξίδια κ.λπ., και συνιστούσε το γάμο ως το καλύτερο φάρμακο για την υστερία. Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές του υπήρξαν οι πρώτοι ιατροί που ασχολήθηκαν επιστημονικά με τις ψυχοπάθειες, δίνοντας έμφαση στις φυσικές αιτίες, την κλινική παρατήρηση και την παθολογία του εγκεφάλου².

Μεσαίωνας

Κατά τον Μεσαίωνα, οι αντιλήψεις για τα ψυχικά νοσήματα παρακολούθησαν τις γενικότερες σκοταδιστικές αντιλήψεις της εποχής εκείνης και έτσι η ψυχική νόσος θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα δαιμονικής επίδρασης ή (και) εξαμάρτησης του πάσχοντος. Το κάψιμο στην πυρά ήταν συνήθως πρακτική κατά την περίοδο αυτή. Αναβίωσαν επίσης κατά την εποχή εκείνη και πρακτικές των πρωτόγονων εποχών της ανθρωπότητας, όπως π.χ. η πρακτική της κρανιοανάρτησης που απέβλεπε στο να διαφύγει το «κακό πνεύμα¹». Η εντύπωση ότι το μυαλό του ανθρώπου επηρεάζεται από τη σελήνη ήταν εμφανής και ως εκ τούτου ο όρος σεληνιασμός εχρησιμοποιείτο για να περιγράψει ένα πρόσωπο με ψυχική ασθένεια.

Την εποχή αυτή οι συνθήκες διαβίωσης των ψυχοπαθών παραμένουν αξιοθρήνητες. Μόνον κατόπιν αποφάσεως της Γαλλικής Βουλής το 1660 άρχισαν να εισάγονται οι ψυχοπαθείς της Γαλλίας στο HOTEL – DJEU, όπου διετέθησαν

γι' αυτούς δύο μικρές σάλες, αλλά εάν εντός ορισμένου χρόνου δεν εθεραπεύοντο, εθεωρούντο ανίατοι και μεταφέρονταν σε ειδικά οικήματα, όπου κακώς τρεφόμενοι, δεμένοι με αλυσίδες, ρακένδυτοι ζούσαν ζωή άθλια, έκθετοι στη θέα και τους εμπαιγμούς του κοινού².

Αναγέννηση

Με την ανατολή του 16^{ου} αιώνα όμως, με την επίδραση μιας ομάδας φιλοσόφων με πρώτον τον Βάκωνα, κάνει πάλι την εμφάνισή της η επιστημονική έρευνα στο χώρο της ιατρικής². Οι δαιμονοκρατικές αντιλήψεις αμφισβητήθηκαν και κατά τους δυο επόμενους αιώνες (17^ο και 18^ο) επικράτησαν πιο επιστημονικές θεωρήσεις για την αιτιολογία των ψυχικών νοσημάτων. Κατά την περίοδο αυτή, ο Άγγλος γιατρός Thomas Wills επισήμανε ότι οι διαταραχές του συναισθήματος («passion of the heart») παίζουν το πρωταρχικό ρόλο στη μελαγχολία. Ανάμεσα στις πρώτες προσπάθειες διαχωρισμού και κατάταξης των ψυχικών παθήσεων πρέπει να αναφερθεί αυτή του Morgagni (1769), που υποστήριζε την πρωτότυπη για την εποχή αντίληψη ότι η ψυχική νόσος δεν είναι ενιαία και ότι υπάρχουν διαφόρων ειδών ψυχικές διαταραχές¹.

19^{ος} αιώνας

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα ο Mogel, αξιοποιώντας την παρατήρηση ότι πολλές παθήσεις έχουν οικογενή χαρακτήρα, διατύπωσε την άποψη ότι στην αιτιολογία πολλών ψυχικών νοσημάτων συμμετέχει και η κληρονομικότητα. Ο ίδιος υποστήριξε ότι περιβαλλοντικές επιδράσεις (π.χ. κακές συνθήκες διαβίωσης) ή συνήθειες (π.χ. κατάχρηση οινοπνεύματος) οδηγούν σε σωματικές διαφοροποιήσεις, που στη συνέχεια μεταφέρονται στην επόμενη γενιά. Οι απόψεις αυτές είναι συμβατές με τη σύγχρονη αντίληψη για την ύπαρξη ικανότητας διαφοροποίησης του εγκεφάλου κάτω από την επίδραση περιβαλλοντικών επιδράσεων, που στη συνέχεια κληρονομείται. Ωστόσο, την εποχή που διατυπώθηκε η θεωρία αυτή της «κληρονομικότητας των επιγενών χαρακτηριστικών» είχε αρνητικές επιπτώσεις, γιατί συντέλεσε στην απομόνωση των ψυχικά πασχόντων μέσω ενός απάνθρωπου κινήματος ευγονικής, που κήρυττε την απαγόρευση της αναπαραγωγής στους ψυχικά πάσχοντες¹. Την περίοδο αυτή ιδρύονται ψυχιατρικά νοσοκομεία και χρησιμοποιούνται πιο ανθρωπιστικές μέθοδοι θεραπείας. Η πρόοδος αυτή συντελέστηκε κυρίως χάρη στους αγώνες του Γάλλου ιατρού Pinel (1745 – 1826) ο οποίος κατήργησε τις αλυσίδες και τα υπόλοιπα βάνασα μέσα και αντικατέστησε τις σκοτεινές φυλακές, όπου μέχρι τότε ετοποθετούντο οι ψυχοπαθείς με ευήλια δωμάτια. Παρόμοιους αγώνες διεξήγαγε στην Αγγλία ο William Tuke και ο γιος του Henry και στις Ηνωμένες Πολιτείες η Dorothea Dix. Οι Tukes με τη βοήθεια της Societh of Friends ιδρύουν το 1796 την York RETREAT για ανθρώπινη μεταχείριση των ψυχοπαθών. Το 1844 ιδρύεται η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, ενώ το 1862, στις 22 Μαρτίου ψηφίζεται στην Ελλάδα ειδικός νόμος «Περί συστάσεως φρενοκομείων» (Ψ.Μ.Β.). Το πρώτο ψυχιατρείο ιδρύθη στην Κέρκυρα το 1866².)

20^{ος} αιώνας

1. Ψυχανάλυση – Φροϋδική Εποχή : 1909 – 1945

Την εποχή αυτή η φροντίδα των ψυχοπαθών δέχεται την επίδραση της διδασκαλίας του Freud, του «πατέρα της ψυχιατρικής», που με τις νέες απόψεις του και τη νέα θεραπεία που εφαρμόζει ανανεώνονται οι ελπίδες για τους ασθενείς αυτούς. Στην Αμερική έχουμε την δημιουργία κέντρων ψυχανάλυσης και προγραμμάτων άσκησης αυτής. Η ψυχανάλυση επηρέασε πολύ την ψυχιατρική στην Αμερική μέχρι και μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και παραμένει μια σπουδαία θεραπευτική μέθοδος μέχρι σήμερα.

2. Ιατρική θεραπευτική αγωγή : 1945 – 1960

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

- α) Βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό νέων ήταν συναισθηματικά ακατάλληλο για να προσέλθει στις τάξεις του στρατού κατά την διάρκεια του πολέμου.
- β) Στρατιώτες με ψυχικά προβλήματα επιστρέφοντας από τον πόλεμο είχαν ανάγκη καινούριας θεραπευτικής αγωγής και αποκατάστασης.
- γ) Κριτική της πρωτογενής και μερικές φορές απάνθρωπης θεραπείας των ψυχοπαθών.

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

Τώρα αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική σαν κλινική ειδικότερα. Η έρευνα επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα των ασθενών και τις θεραπευτικές

μεθόδους. Η παραγωγή και η αποτελεσματική χρήση των φενοθιαζινών και των ηρεμιστικών δίνουν την ελπίδα ότι τα σοβαρότερα συμπτώματα των ψυχώσεων θα μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο. Πράγματι η χρήση των φαρμάκων αυτών βοήθησε στην βελτίωση της συμπεριφοράς του ασθενούς, και, καθώς ο ασθενής έγινε λιγότερο επικίνδυνος για τους γύρω του, επιτράπη η ελεύθερη διακίνηση ασθενών και επισκεπτών στο νοσοκομείο και έγινε αποδεκτή η ιδέα της θεραπευτικής ομάδας στο νοσοκομείο.

3. Κοινοτική Ψυχική υγεία : 1960 – μέχρι σήμερα

Η ιδέα της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας σημείωσε μια σημαντική αλλαγή. Η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος ασθενούς μεταφέρθηκε από τα ιδρύματα – ψυχιατρεία στις υπηρεσίες της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας.

Στην Αμερική το 1963 ψηφίζεται ο νόμος που προβλέπει την δημιουργία και λειτουργία των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Έμφαση δίδεται στη συχνή φροντίδα, τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και στη χρήση της θεραπευτικής ομάδας.

Αυτά όσον αφορά στην ιστορική εξέλιξη της Ψυχιατρικής και τα στάδια από τα οποία πέρασε μέχρι να διαμορφωθεί σε πραγματική επιστήμη².

1.2 Ψυχική Υγεία – Ψυχική Νόσος

Συχνά γίνεται λόγος για ψυχικές διαταραχές και για ψυχικώς πάσχοντες. Είναι, λοιπόν, απαραίτητο να προτάξουμε μια σύντομη αναφορά στην ψυχική υγεία και, πιο συγκεκριμένα, να προσπαθήσουμε να απαντήσουμε στο ερώτημα ποιοι είναι ψυχικώς υγιείς και πώς ξεχωρίσουμε από τους ψυχικώς πάσχοντες.

Το ερώτημα αυτό έχει αυτονόητη θεωρητική και πρακτική σημασία. Πολλές φορές ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να απαντήσει στις αρχές του Κράτους (κυρίως στις δικαστικές αρχές) αν κάποιος είναι ψυχικώς υγιείς ή όχι¹.

Η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατο φαινόμενο, αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας. Θετική δυναμική κατάσταση που εκφράζει ολότητα λειτουργίας της ζωής. Δεν χαρακτηρίζεται απλώς από την απουσία της αρρώστιας και δεν την αποκτά ο άνθρωπος μια για πάντα. Όποιος δεν προχωρά μπροστά, οπισθοχωρεί. Η σωματική, ψυχολογική και πνευματική υγεία δεν είναι σταθερό καταφύγιο απόλυτης ασφάλειας, αλλά καθημερινή μάχη όπου διαρκώς κινδυνεύουμε⁴.

Ψυχική Υγεία : Είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας (Π.Ο.Υ.).

«Ψυχική υγεία είναι η ανάπτυξη της υγιούς απόψεως του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει τον μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπληρώσεώς του»².

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

- Ωριμη φιλοσοφική θεώρηση της ζωής
- Θετική και δυναμική βιοψυχοκοινωνική και ηθική ευεξία

- Επαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις που εκπληρώνουν τις ανάγκες της προσωπικότητας και ενθαρρύνουν την έκφραση και τη δημιουργική χρήση των ικανοτήτων του ατόμου.
- Ικανότητα για προσφορά αγάπης και εκδήλωση ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους.
- Οικοδομητικός χειρισμός των ψυχολογικών καταπονήσεων και κρίσεων με αποτέλεσμα την ισχυροποίηση των εσωτερικών δυνάμεων.
- Ενεργητική προσωπική προσαρμογή στη ζωή και δυναμική αρμονία μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων και απαιτήσεων.

Η ψυχική αρρώστια είναι σύνθετο πρόβλημα που μελετάται σε διάφορα επίπεδα και από διάφορες οπτικές γωνίες : την ιατρική, στατιστική, προσωπική, διαπροσωπική, κοινωνική και πολιτιστική.

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

Παρά τις διάφορες ερμηνείες (για τη φύση της ψυχικής αρρώστια), είναι γενικά παραδεκτό, ότι η ψυχική αρρώστια είναι διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών και παρέκκλιση της συμπεριφοράς από τα φυσιολογικά κοινωνικά σταθμά⁴.

Ψυχική Νόσος : Είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοσθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει.

Η κοινωνική προσαρμογή ενός ψυχικά υγιή ανθρώπου περιλαμβάνει :

1. Τη φροντίδα του σώματός του.
2. Την προσαρμογή στην εργασία
3. Την χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου
4. Την καλή προσαρμογή στις κοινωνικές επαφές
5. Την προσαρμογή του στο άλλο φύλο².

1.3 Ταξινόμηση ψυχικών νοσημάτων

Η κατάταξη της ασθένειας είναι χρήσιμη όσο βοηθά στο να ταξινομούμε ιδέες για τη φύση της διαταραχής, πράγμα που συντελεί στη σωστή θεραπεία.

Το πρώτο βήμα στην κατάταξη είναι η λεπτομερής περιγραφή των συμπτωμάτων τόσο στη δεδομένη στιγμή όσο και σ' ολόκληρη την πορεία τους. Αυτή η περιγραφική μορφή της κατατάξεως γνωστοποιεί για τη φύση και την εντόπιση του συμπτώματος και βοηθά στην ανεύρεση της αιτίας.

Πολλά ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως η άρνηση του φαγητού, η αϋπνία, οι ψευδαισθήσεις, βοηθούν στην κατάταξη. Κάθε έρευνα όμως για τα αίτια της ψυχικής ασθένειας παραμένει χωρίς αποτέλεσμα. Ίσως βρεθεί η αφορμή που προκάλεσε την εκδήλωση της νόσου. Ίσως υπάρχει κάποια κληρονομική βάση, ίσως βρεθούν στο παρελθόν του προδιαθεσικοί παράγοντες για κάποια διανοητική διαταραχή. Πάντως η λεπτομερής γνώση του παρελθόντος του ασθενούς και της προσωπικότητάς του είναι πιο χρήσιμα στην ψυχιατρική από κάθε προσπάθεια για ανεύρεση της ονομασίας μιας ειδικής ασθένειας².

Γιατί είναι απαραίτητη η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών; Για λόγους συνεννόησης και για λόγους αντιμετώπισης.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συνεννόηση είναι να υπάρχει μια κοινή γλώσσα με την οποία να επικοινωνούν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου κι αν βρίσκονται.

Όταν κάποιος στη Δύση μιλάει για σχιζοφρένεια, πρέπει ο συνάδελφός του στην Ανατολή να εννοεί το ίδιο πράγμα. Το παράδειγμα δεν είναι τυχαίο. Στην πρώην Σοβιετική Ένωση υπήρχε μια διαγνωστική κατηγορία σχιζοφρένειας (η «έρπουσα» σχιζοφρένεια), χαρακτηριζόμενη από βραδύτατη αποδιοργανωτική εξέλιξη. Η διαγνωστική αυτή κατηγορία δεν ήταν αποδεκτή στις περισσότερες από τις άλλες

χώρες. Υπήρχε, λοιπόν, μεγάλη ασυνεννοησία, που επιτάθηκε περισσότερο από την υποψία ότι η διαγνωστική αυτή ετικέτα χρησιμοποιήθηκε για τον εγκλεισμό πολλών πολιτικώς αντιφρονούντων σε ψυχιατρεία.

Πρέπει, λοιπόν, να υπάρχει μια κοινή γλώσσα στην ψυχιατρική και ο στόχος αυτός υπηρετείται με αξιόπιστα και έγκυρα συστήματα ταξινόμησης.

Στην ψυχιατρική, τα νοσήματα ταξινομούνται :

- Ανάλογα με την **αιτιολογία** τους (π.χ. προϊούσα γενική παράλυση)
- Ανάλογα με τα **συμπτώματά** τους (π.χ. σχιζοφρένεια)

Λίγα είναι τα ψυχικά νοσήματα που μπορούν να καταταχθούν ανάλογα με την αιτιολογία τους. Τα περισσότερα ταξινομούνται ανάλογα με τα συμπτώματά τους (συνδρομικές ταξινομήσεις).

Ποιες όμως διαταραχές περιλαμβάνονται στις ψυχιατρικές ταξινομήσεις ;

Υπάρχουν ορισμένες αμφιβολίες αν οι διαταραχές που εγκαθίστανται σε πολύ πρώιμη ηλικία (π.χ. νοητική καθυστέρηση ή διαταραχή της προσωπικότητας) θα πρέπει να εντάσσονται στις ψυχιατρικές ταξινομήσεις. Παρόμοιες αμφιβολίες έχουν διατυπωθεί και για καταστάσεις όπως είναι η κατάχρηση ουσιών και οι διαταραχές της σεξουαλικής προτίμησης (π.χ. φετιχισμός, ηδονοβλεψία κ.λπ), που θεωρούνται ως ψυχικές διαταραχές «κατ' εφαρμογής, εντάσσονται όμως παραδοσιακά στην κατηγορία των ψυχικών νοσημάτων.

Αντίθετα, δεν υπάρχουν αμφιβολίες για την ένταξη των καταστάσεων εκείνων που:

- Έχουν συνδρομικό χαρακτήρα (αποτελούνται δηλαδή από ένα άθροισμα χαρακτηριστικών συμπτωμάτων)
- Εγκαθίστανται σε έδαφος ομαλής προηγούμενης ψυχικής λειτουργικότητας.

Τα σύνδρομα αυτά είναι τα κατεξοχήν ψυχικά νοσήματα (η σχιζοφρένεια, η συναισθηματική διαταραχή κ.λπ.) και αποτελούν το κύριο αντικείμενο των ψυχιατρικών ταξινομήσεων.

Απόπειρες ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών είχαν γίνει από το 3000 π.Χ., όπως προκύπτει από Αιγυπτιακά και Σουμερικά κείμενα. Οι ταξινομήσεις αυτές αφορούσαν στη γεροντική άνοια, τη μελαγχολία, την υστερία και τον αλκοολισμό.

Αυτός που εισήγαγε τα ψυχικά νοσήματα στην Ιατρική νοσολογία, περιέγραψε, χαρακτήρισε και καθιέρωσε τις βασικές διαγνωστικές κατηγορίες, ήταν ο Ιπποκράτης (460 – 370 π. Χ.).

Τα δύο σύγχρονα ταξινομικά συστήματα είναι το ICD-10, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και το DSM-IV, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (APA).

Και τα δύο ταξινομικά συστήματα είναι :

- Περιγραφικά
- Μη θεωρητικά (δηλαδή δεν ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη θεωρητική αντίληψη ως προς την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών)¹.

Πιστεύεται ότι η πιο έγκυρη ταξινόμηση είναι η εξής (από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία APA) :

1.Ολιγοφρένειες και άνοιες

Οι πρώτες είναι συγγενείς ή επίκτητες περιπτώσεις διανοητικής ανεπάρκειας που εμφανίζονται στα παιδιά. Οι δεύτερες αποτελούν την προοδευτική έκπτωση της διάνοιας σε ώριμα πια, διανοητικά, άτομα

2. Οργανοψυχικές νόσοι

Σ' αυτές, σωματικές διαταραχές ποικίλης αιτιολογίας, δημιουργούν ψυχοδιανοητικές διαταραχές π.χ. λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδες, ιλαρά, οστρακιά) με έντονες ψυχικές διαταραχές.

Τοξικές ουσίες (δηλητήρια, ναρκωτικά κ.λπ.)

Χωροκατακτητικές επεξεργασίες (όγκοι, αιματώματα)

Μεταβολικά αίτια (έλλειψη βιταμινών, ορμονών κ.λπ.)

Αγγειακά (αρτηριοσκλήρυνση)

3. Νευρώσεις

Αποτελούν παθολογικές αντιδράσεις της προσωπικότητας ανώριμων ατόμων, δεν έχουν οργανική βάση και οφείλονται σε ασυνείδητα αίτια. Ο ασθενής διατηρεί αντίληψη της νοσηρότητας και της πραγματικότητας. Σ' αυτά τα άτομα παρουσιάζονται ψυχοσυγκρούσεις, όταν κληθούν ν' αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα της ζωής (κυρίως επαγγελματικά, κοινωνικά, σεξουαλικά).

Εδώ ανήκουν : η αγχώδης νεύρωση,

η φοβική νεύρωση,

η καταθλιπτική νεύρωση,

η υστερία,

η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση.

4. Ψυχώσεις

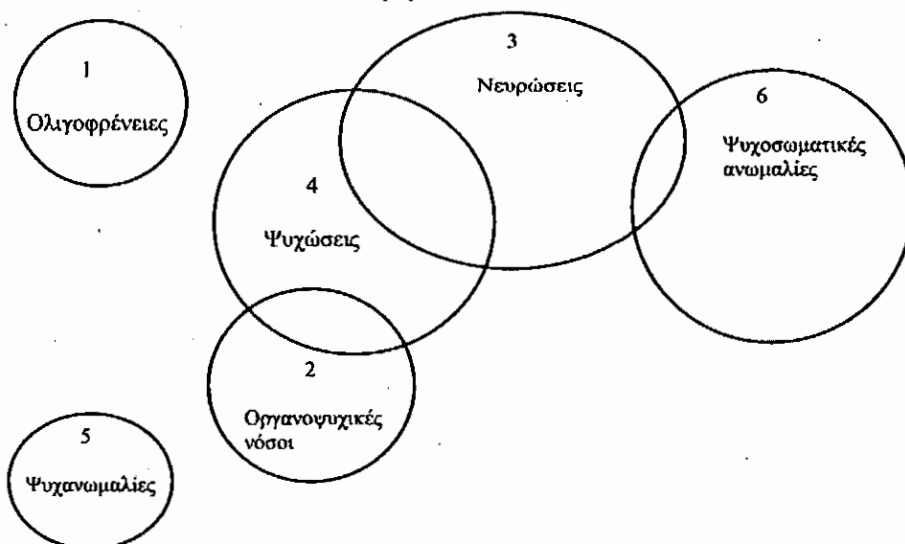
Χαρακτηρίζονται από τέλεια αποδιοργάνωση του εγώ, που σε βαριές μορφές μπορεί να καταλήξει σε τέλεια αποσύνθεσή του.

Εδώ ανήκουν : η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση

οι σχιζοφρένειες

η παράνοια.

2. Κατάταξη ψυχικών νοσημάτων Δ. Λιάρος



Τα τμήματα υπερκαλύψεως εκφράζουν μερική σύμπτωση ορισμένων βασικών γνωρισμάτων των δύο ομάδων.

5. Ψυχανωμαλίες

Είναι ενδιάμεσες ψυχώσεων και νευρώσεων. Τα άτομα αυτά αστοχούν στην εκτέλεση καθηκόντων της ζωής.

6. Ψυχοσωματικές διαταραχές

Περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις περιπτώσεις, που επώδυνα ψυχικά βιώματα μετατρέπονται σε σωματικά ενοχλήματα.

Εδώ ανήκουν : η ψυχογενής ανορεξία και πολυφαγία

ο καρδιόσπασμος

η ημικρανία – κεφαλαλγία

το βρογχικό άσθμα

οι ψυχογενείς εμετοί

η σπαστική κολίτιδα κ.λπ.².

Κατάταξη των ψυχικών διαταραχών

<u>Κωδικός</u>	<u>Διαταραχή</u>
F00#	Άνοια
F05	Συγχυτικό παραλήρημα
F10	Διαταραχές από χρήση οινοπνευματωδών
F11#	Διαταραχές από χρήση ουσιών
F.17.1	Διαταραχές από χρήση καπνού
F20#	Χρόνιες ψυχωσικές διαταραχές
F23	Οξείες ψυχωσικές διαταραχές
F31	Διπολική διαταραχή
F32#	Κατάθλιψη
F40	Φοβικές διαταραχές
F41.0	Διαταραχή πανικού
F41.1	Γενικευμένο άγχος
F41.2	Μικτό άγχος και κατάθλιψη
F43.2	Διαταραχή προσαρμογής

F44	Αποσυνδετική (μετατρεπτική) διαταραχή
F45	Ανεξήγητα σωματικά ενοχλήματα
F48.0	Νευρασθένεια
F50	Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής
F51	Προβλήματα ύπνου
F52	Σεξουαλικές διαταραχές
F70	Νοητική καθυστέρηση
F90	Υπερκινητική διαταραχή – διαταραχή ελλειμματικής προσοχής
F91#	Διαταραχή της διαγωγής
F98.0	Ενούρηση
Z63	Διαταραχή πένθους
F99	Ψυχική διαταραχή, μη άλλων καθοριζόμενη
U50	Μη χρησιμοποιούμενη / προς το παρόν αταξινομητη διαταραχή

Κατηγορίες ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς
κατά ICD-10 για την πρωτοβάθμια φροντίδα

1.4. Συναισθηματικές Διαταραχές

1.4.1 Ορισμός

Συναισθηματικές διαταραχές ορίζονται ως καταστάσεις που χαρακτηρίζονται κυρίως από ένα ανώμαλο συναίσθημα μάλλον παρά από μια διαταραχή σκέψης ή συμπεριφοράς.

Αλλά τι είναι εκείνο που κάνει ένα συναίσθημα ανώμαλο; Αισθανόμαστε λύπη, χαρά, φόβο, γιατί υπάρχει κάποιος λόγος που δικαιολογεί τέτοια συναισθήματα. Μας λυπεί ένα θλιβερό γεγονός, όπως μια αποτυχία ή μια απώλεια. Μας χαροποιεί ένα ευχάριστο γεγονός, όπως μια επιτυχία ή συνάντηση με ένα πρόσωπο αγαπημένο. Φοβόμαστε ή αισθανόμαστε άγχος όταν κάτι μας απειλεί, ο κίνδυνος μιας αποτυχίας, μιας απώλειας μιας καταστροφής. Δεν υπάρχει τίποτα το παθολογικό στα συναισθήματα αυτά, έστω και αν είναι εξαιρετικά έντονα, έστω και αν εκφράζονται με τρόπο υπερβολικό ή ανάρμοστο. Οι συναισθηματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από συναισθήματα που δεν έχουν λόγο να υπάρχουν, που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Το άτομο που τα αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί, αλλά η δικαιολογία που δίνει δεν πείθει. Φυσικά υπάρχει κάποιος λόγος, αλλά δεν είναι αυτός που δίνει ο άρρωστος.

Κάτι άλλο που χαρακτηρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές είναι η διάρκειά τους. Και όταν ακόμα υπάρχει κάτι το συγκεκριμένο που τις προκαλεί, δεν πρόκειται για αντιδράσεις που έρχονται και φεύγουν με το ερέθισμα. Όπως όλες, άλλωστε, οι ψυχιατρικές διαταραχές, πρόκειται για καταστάσεις που διαρκούν ή επαναλαμβάνονται με έναν τρόπο που δε δικαιολογείται από τη λογική των πραγμάτων, από τις συνθήκες που χαρακτηρίζουν την πραγματικότητα του ανθρώπου.

1.4.2. Ταξινόμηση

Από την αρχαιότητα ως τις ημέρες μας, έχουν γίνει αμέτρητες προσπάθειες να ταξινομηθούν οι συναισθηματικές διαταραχές, και συνήθως ταξινομούνται με έναν διχοτομικό τρόπο : ενδογενείς και εξωγενείς ή αντιδραστικές, ψυχωτικές και νευρωτικές, διεγερτικές και κατατονικές, διπολικές και μονοπολικές, καταθλιπτικές και μανιακές. Κατά μίαν άλλη πρόσφατη εναλλακτική ταξινόμηση, οι συναισθηματικές διαταραχές διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς, ανάλογα με το αν εμφανίζονται πριν ή έπειτα από άλλες ψυχικές ή σωματικές διαταραχές. οι πρωτοπαθείς διακρίνονται σε διπολικές διαταραχές, που χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά και μανιακά ή απλώς μανιακά επεισόδια, και σε μονοπολικές διαταραχές, που χαρακτηρίζονται από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά ή μανιακά (πολύ σπάνια) επεισόδια.

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι βασικά δύο : η μελαγχολία ή κατάθλιψη και η μανία. Και όταν συμβαίνει να διαδέχονται η μια την άλλη, να εναλλάσσονται, έχουμε τη μανιοκαταθλιπτική ή διπολική διαταραχή³.

Οι διαγνωστικές κατηγορίες τους κατά το DSM-III-R σύστημα είναι :

Μείζων κατάθλιψη, μοναδικό επεισόδιο

Μείζων κατάθλιψη υποτροπιάζουσα

Δυσθυμία ή καταθλιπτική νεύρωση

Διπολική διαταραχή, μανιακή

Διπολική διαταραχή, καταθλιπτική

Διπολική διαταραχή, μικτή

Κυκλοθυμία⁴.

1.5.Μανία

1.5.1 Ορισμός

Ο όρος μανία εμφανίζεται σε αρχαία Ελληνικά κείμενα με την έννοια της τρέλας, γενικά της «φρενοβλάβειας», όπως θα λέγαμε σήμερα. Περιγράφει βαριές ψυχωτικές διαταραχές με κινητική υπερδιέγερση, ψευδαισθήσεις και παραληρήματα. Ειδικότερα, η μανιακή διαταραχή χαρακτηρίζεται από την ακόλουθη κλασσική τριάδα συμπτωμάτων : μιαν ενθουσιώδη αλλά ευμετάβλητη διάθεση, μιαν ακατάσχετη ομιλητικότητα και μιαν αυξημένη κινητικότητα.³

1.5.2. Κλινικές μορφές μανίας

Εκτός από την τυπική μορφή μανίας υπάρχουν και οι ακόλουθες μορφές :

i) Υπομανία

Έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με την τυπική μανία, αλλά σε ελάσσονα τόνο. Οι υπομανιακοί είναι κοινωνικά βιώσιμοι και μάλιστα δημιουργούν πολλές συμπάθειες, γιατί είναι δραστήριοι, αισιόδοξοι, εύθυμοι και κοινωνικοί. Πολλές φορές όμως ενοχλούν, γιατί είναι επίμονοι, εριστικοί, περιαυτολογούν και κομπάζουν^{1,5,6}. Η σκέψη επιταχύνεται, η προσοχή επιτείνεται, η μνήμη καθίσταται διαυγέστερη, ο λόγος εκφράζεται ευχερέστερα, οι επιδόσεις στο αντικείμενο της εργασίας ή στον χώρο της γνώσης βελτιώνονται, τα ενδιαφέροντα αυξάνονται και οι προσδοκίες για το μέλλον πληθαίνουν. Η υπομανία κατά κανόνα αποτελεί μια περιοδική κατάσταση, επαναλαμβανόμενη μετά από βραχεία ή μακρά

αποκατάσταση του συναισθήματος του πάσχοντος ή μετά από μετάπτωσή του στη μελαγχολική φάση, εκτός των πλαισίων της κυκλοθυμικής εναλλαγής του συναισθήματος. Όχι σπάνια η υπομανία αποτελεί συνεχή κατάσταση, η οποία αντιστοιχεί στην ιδιοσυστασιακή υπομανία ή υπερθυμική ψυχοπάθεια του Kurt Schneider⁶.

ii) Παραληρητική μανία (μανία του Bell)

Στη μορφή αυτή, που θεωρείται η βαρύτερη μορφή μανίας, παρατηρούνται και συμπτώματα διανοητικής σύγχυσης. Ο πάσχων είναι απροσανατόλιστος σε τόπο και χρόνο, κάνει παραγνωρίσεις προσώπων, έχει διαταραχές της αντίληψης του τύπου των οπτικών και ακουστικών παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων και εκφράζει παραληρητικές ιδέες.

Είναι τέτοια η εξάντληση του αρρώστου από την αδιάκοπη υπερκινητικότητά του, ώστε να δημιουργούνται σοβαροί κίνδυνοι για τη ζωή του. Παλαιότερα, πριν από την εισαγωγή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας και των αντιψυχωσικών φαρμάκων, πολλές από τις περιπτώσεις αυτές κατέληγαν στον θάνατο^{1,5,6}.

Οι παραληρητικές ιδέες σπάνια είναι οργανωμένες και παρουσιάζονται κατά κανόνα μεταβλητές καθώς επίσης και συνίστανται επί το πλείστον από ιδέες μεγαλείου, υπεροχής και επικράτησης, οι οποίες διαπλέκονται με ιδέες διώξεως⁶.

iii) Χρόνια μανία

Εμφανίζεται κατά την τέταρτη ή Πέμπτη δεκαετία της ζωής. Δεν παρουσιάζει φάσεις. Θεωρείται το μανιακό αντίστοιχο της υποστροφικής ή ευέλικτης μελαγχολίας^{1,5}.

iv) Μανιακή εμβροντησία

Είναι μια σπάνια κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από άρση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που βοηθούν στη διαφορική

διάγνωση της μανιακής εμβροντησίας από τις άλλες εμβροντησίες (κατατονική, υστερική, μελαγχολική, συγχυτική).

Ο ασθενής έχει έκφραση αγαλλίασης. Το βλέμμα του είναι λαμπερό και το πρόσωπό του υπεραίμικο. Είναι ντυμένος επιδεικτικά, αν είναι γυναίκα είναι προκλητικά ντυμένη, υπερβολικά βαμμένη και φορτωμένη κοσμήματα. Η όλη εμφάνιση προδίδει το είδος της εμβροντησίας και κατευθύνει το γιατρό. Θα πρέπει βέβαια να συνεκτιμηθούν πληροφορίες από το ιστορικό (προηγούμενες φάσεις μανίας ή κατάθλιψης, επιβαρημένο κληρονομικό κ.λπ.)¹.

ν). **Οξεία μανία**

Είναι κατάσταση κατά την οποία υπάρχει έντονη έξαρση όλων των ψυχικών και σωματικών λειτουργιών του πάσχοντος. Η σκέψη επιταχύνεται σε σημείο ώστε να καθίσταται συγκεχυμένη. Η συμπεριφορά διαταράσσεται, καθίσταται έντονη και φορτισμένη συναισθηματικά. Η θερμοκρασία του σώματος αυξάνεται, ο ασθενής υφίσταται απίσχνανση και αφυδάτωση. Βρίσκεται σε συνεχή ψυχοκινητική διέγερση και παρουσιάζει σταδιακό περιορισμό του συνειδησιακού πεδίου του⁶.

Από αιτιολογικής πλευράς η μανία διακρίνεται :

- Στην πρωτοπαθή μανία, η οποία εμφανίζεται στα πλαίσια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης ή υπό τη μορφή χρόνιας μανίας
- Στη δευτεροπαθή μανία ή συμπτωματική μανία, η οποία μπορεί να οφείλεται α) στην γεροντική ή προγεροντική εκφύλιση των κυττάρων του εγκεφαλικού φλοιού, β) στην επίδραση τοξικών ή φαρμακολογικών ουσιών, οι οποίες είναι οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η κορτιζόνη, η κυκλοσερίνη και η αλκοόλη, γ) στις τραυματικές κακώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, δ) στις διαταραχές της έσω εκκρίσεως και ε) σε διεγκεφαλικές βλάβες, αναφερόμενες στον οπτικό θάλαμο και τον υποθάλαμο. Κυρίως εμφράγματα τα οποία

εντοπίζουν στον δεξιό οπτικό θάλαμο προκαλούν συναισθηματικές διαταραχές υποδυόμενες την εικόνα μανίας⁶.

1.6. Συχνότητα – Επιδημιολογία

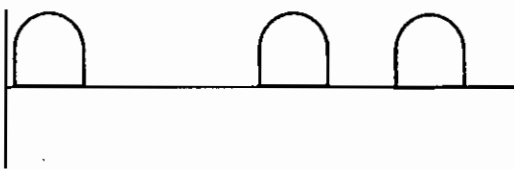
Η μονοπολική μανία είναι πολύ σπάνια.

Η διπολική συναισθηματική διαταραχή συμβαίνει σε ποσοστό περίπου 1% του ενήλικου πληθυσμού.

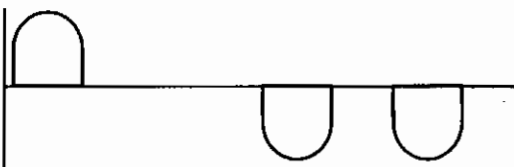
Το πρώτο μανιακό επεισόδιο στη διπολική διαταραχή συνήθως συμβαίνει πριν από την ηλικία των 30 ετών. Όταν παρουσιαστεί μανία για πρώτη φορά μετά την ηλικία των 50 ετών, θα πρέπει να υποψιαστούμε κάποια οργανική αιτία (π.χ. χρήση ουσιών, νεοπλασία εγκεφάλου κ.λπ).

Η διπολική διαταραχή συμβαίνει με την ίδια περίπου συχνότητα στα δύο φύλα (σε αντιδιαστολή προς την μονοπολική κατάθλιψη, που είναι συχνότερη στις γυναίκες) και είναι συχνότερη σε άτομα υψηλού κοινωνικο – οικονομικού επιπέδου¹.

Μονοπολική μανία



Διπολική διαταραχή



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Αιτιολογία – Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Οι θεωρίες που ζητούν να εξηγήσουν το μηχανισμό των συναισθηματικών διαταραχών αντιπροσωπεύουν τα διάφορα ιδεολογικά ρεύματα που υπάρχουν στην ψυχιατρική και είναι δύσκολο να πει κανένας ποια απ' αυτές τις θεωρίες βρίσκεται περισσότερο κοντά στην αλήθεια. Προκειμένου για την αξιοπιστία τους, εκείνο που θα μπορούσε να πει κανένας είναι ότι αλληλοσυμπληρώνονται, έτσι ώστε να δίνουν τη δυνατότητα στο γιατρό να προσφέρει κάποια σχετικώς αποτελεσματική θεραπεία³.

* Κληρονομικότητα

Παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής, όπως έδειξαν μελέτες σε διδύμους, σε οικογένειες και στο γενικό πληθυσμό^{1,2,3}.

Σε μονοζυγωτικά δίδυμα παιδιά βρέθηκε ότι αν το ένα παιδί έχει διπολική διαταραχή, τότε το άλλο έχει πιθανότητα 68% να νοσήσει από την ίδια πάθηση. Αντίθετα, σε δίδυμα παιδιά που δεν έχουν την ίδια ενετική προικοδότηση (διζυγωτικά δίδυμα), η πιθανότητα αυτή μειώνεται στο 23%. Αυτό υπογραμμίζει τη μεγάλη σημασία του γενετικού συντελεστή για την εκδήλωση της νόσου^{1,3}.

Έχει βρεθεί ότι σε συγγενείς πρώτου βαθμού το ενδεχόμενο να εμφανιστεί μια συναισθηματική διαταραχή (νοσηρός παράγοντας) είναι για τους άντρες 6 έως 18%, για τις γυναίκες 7 έως 32%. Κατά μια παλαιότερη μελέτη του Κάλμαν, που αναφέρεται και σε στοιχεία από άλλες ανάλογες μελέτες, ο βαθμός κληρονομικότητας για συναισθηματικές διαταραχές κυμαίνεται, για μεν τα μονοζυγωτικά δίδυμα αδέρφια από 66 ως 96%, για δε τα διζυγωτικά δίδυμα και άλλα αδέρφια από 20 ως 25%³.

*** Ιδιοπαθής Υπόθεση**

Ως μια επέκταση ή άλλη πλευρά της θεωρίας της κληρονομικότητας υπάρχει η ιδιοπαθής θεωρία ή υπόθεση, που είχε πολύ πέραση στα τελευταία χρόνια του περασμένου αιώνα και ως ένα βαθμό διατηρεί ακόμα το ενδιαφέρον της. Αναφέρεται στη σωματική διάπλαση του ατόμου και την πιθανότητα κάποιας σχέσης με το χαρακτήρα του και την τάση για μια, ορισμένη ψυχοπαθολογία. Άνθρωποι με μανιοκαταθλιπτικές τάσεις συμβαίνει να είναι στον πυκνοειδή τύπο, όπως το προσδιόρισε ο Γερμανός ψυχίατρος Κρέτσεμπερ. Ο ίδιος ερευνητής περιέγραψε επίσης έναν ασθενικό τύπο, που υποτίθεται ότι χαρακτηρίζει τη σημαντική διάπλαση ατόμων επιρρεπών στην σχιζοφρένεια και ακόμα έναν αθλητικό και έναν δυσπλαστικό³.

*** Βιολογική Θεωρία**

Με βάση τις θεραπευτικές ιδιότητες ορισμένων ψυχοφαρμάκων έχουν αναπτυχθεί δύο υποθέσεις, που επιχειρούν να εξηγήσουν το μηχανισμό των συναισθηματικών διαταραχών : η κατεχολαμινική υπόθεση, κατά την οποία η μεν κατάθλιψη οφείλεται σε μια μείωση των μοναμικών (ή βιογενών αμινών), ειδικότερα της νορεπινεφρίνης, που ενεργοποιούν του νευροχημικούς υποδοχείς του εγκεφάλου, η δε μανία σε μιαν υπερβολική δραστηριότητα των ίδιων ουσιών. Και η ινδολαμινική υπόθεση, που αποδίδει της διαταραχές αυτές σε ανωμαλίες μεταβολισμού της σεροτονίνης. Αλληλοσυγκρουόμενα εργαστηριακά ευρήματα, όμως, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και οι δύο υποθέσεις υπεραπλουστεύουν τα πράγματα^{2,3}.

*** Βιοχημικά Αίτια**

Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η μανία μπορεί να σχετίζεται με υπερ-δραστηριότητα της ντοπαμίνης (όπως δηλαδή συμβαίνει και στη σχιζοφρένεια). Οι υπάρχουσες ενδείξεις που στηρίζουν αυτή την υπόθεση είναι οι εξής :

- Η μανιακή συμπτωματολογία μπορεί να προκληθεί από έναν αγωνιστή της ντοπαμίνης, τη βρωμοκρυπτίνη.
- Οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη, που απελευθερώνουν ντοπαμίνη, προκαλούν ευφορία.
- Σε ζώα του εργαστηρίου, η αύξηση της δραστηριότητας της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο προκαλεί αύξηση της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς.
- Η μανία αντιμετωπίζεται με ανταγωνιστές της ντοπαμίνης, όπως η αλοπεριδόλη^{1,2}.

*** Διαταραχές Ύδατος και Ηλεκτρολυτών**

Υποστηρίζεται ότι στη μανία υπάρχει κάποια διαταραχή (υπερλειτουργία) της αντλίας νατρίου.

*** Ψυχοδυναμικά αίτια**

Από τους ψυχοδυναμικούς ψυχιάτρους υποστηρίζεται ότι στη μανία, που θεωρείται από τους ψυχαναλυτές άμυνα του ατόμου προς την κατάθλιψη, γίνεται τήξη (συνένωση) του Εγώ με το Υπερεγώ. Με τον τρόπο αυτόν, η ψυχική ενέργεια, που πριν ξοδευόταν στη διαμάχη του Εγώ με το απαγορευμένο Υπερεγώ, τώρα χρησιμεύει στην αχαλίνωτη απόλαυση της ζωής, που εκφράζεται με τη μανιακή συνδρομή¹.

***Ψυχοπιεστικά (στρεσσογόνα) γεγονότα**

Είναι αμφίβολο αν παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της μανίας. Ίσως παίζουν κάποιον οδωτικό ή εκλυτικό ρόλο. Υποστηρίζεται ότι έχουν μεγαλύτερη σημασία για τις πρώτες φάσεις της διπολικής διαταραχής.

Η κλινική παρατήρηση έχει δείξει ότι τα στρεσσογόνα γεγονότα έχουν μεγαλύτερη σημασία για άτομα που νοσούν σε μεγαλύτερη ηλικία¹.

Στο ιστορικό των μανιακών ατόμων, ίσως ακόμη εντονότερα συγκριτικά με τα αντίστοιχα ιστορικά των καταθλιπτικών ατόμων, συναντάται ένα πρότυπο επαναλαμβανόμενων τραυματικών αποχωρισμών, χωρίς καμία ευκαιρία για ένα παιδί να τα επεξεργαστεί συναισθηματικά. Θάνατοι σημαντικών ατόμων για τα οποία δεν θρηνούσε, διαζύγια και χωρισμοί για τα οποία κανένας δεν μίλησε ούτε συζήτησε και αλλαγές τόπων διαμονής για τις οποίες δεν υπήρχε καμιά προετοιμασία αναστατώνουν τα παιδικά χρόνια των ατόμων που αργότερα εμφανίζουν τάσεις μανίας. Ένας υπομανιακός ασθενής μετακόμισε είκοσι έξι φορές στη διάρκεια των δέκα πρώτων χρόνων της ζωής του. Υπήρξαν πολλές φορές κατά τις οποίες επιστρέφοντας στο σπίτι του από το σχολείο έβλεπε ένα φορτηγό μετακομίσεων έξω από το σπίτι του. Κάποια άλλα στοιχεία που ορισμένες φορές ανιχνεύονται στο παρελθόν των μανιακών και υπομανιακών ατόμων είναι οι επικρίσεις και η κακοποίηση, συναισθηματική αλλά και σωματική⁷.

2.2 Συμπτωματολογία

- Εμφάνιση και συμπεριφορά

Η έκφραση του ασθενούς είναι ζοηρή, το βλέμμα του λάμπει, το πρόσωπό του είναι υπεραίμικο και ακτινοβολεί, κάνει χειρονομίες, είναι ντυμένος με επιδεικτικό και κάπως γελοίο τρόπο, συμπεριφέρεται με υπερβολική οικειότητα και σκωπτική διάθεση σε αγνώστους και σε πρόσωπα κύρους, κάνει παρατηρήσεις και δίνει διαταγές σε όλους^{1,2,3,4,5,8}.

Για τον αρχικό, ήπιο βαθμό μανιακής διέγερσης, την κυκλοθυμική υπομανιακή κατάσταση χαρακτηριστικά γνωρίσματα αποτελούν η αύξηση του γενικού ζωτικού τόνου, η εμφάνιση αίσθησης ευεξίας και αισθήματος σωματο-ψυχικής εσωτερικής άνεσης. Όλες οι ψυχικές διαδικασίες και οι σωματικές λειτουργίες συντελούνται με ευκολία, ευχάριστα, άνετα. Με βάση όλα σχεδόν τα γενικά κριτήρια της υγείας, οι «άρρωστοι» φαίνονται πιο κοντά στην φυσιολογική κατάσταση απ' ότι συνήθως. Μ' όλο που τα αισθήματα ευεξίας και αισιοδοξίας που τους κατέχουν, είναι συχνά δυσανάλογα με την αντικειμενική κατάστασή του, την θέση τους, τις προοπτικές, αναμφίβολα, στο πρώτο στάδιο η επίδοση και η απόδοσή τους πολύ συχνά μεγαλώνει. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται σε πολλούς από δημιουργική δραστηριότητα. Όμως το νοσηρό (εξωπραγματικό) σε τελευταία ανάλυση αίσθημα ότι «όλα μπορούν να γίνουν», η πληθώρα ενέργειας και η δίψα δραστηριότητας και πρωτοβουλιών, μπορούν να οδηγήσουν στις γνωστές επιπλοκές στην οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική ζωή των υπομανιακών (διαζύγια, ανώριμες ριζικές αλλαγές, βιαστικές ενέργειες, επεμβάσεις κ.λπ).

Στον πιο συνοπτικό ορισμό της η πρώτη αυτή βαθμίδα μανιακής διέγερσης χαρακτηρίζεται από τον συνδυασμό αυξημένου (ανεβασμένου) ζωτικού τόνου με αίσθημα απόλυτης ευεξίας. Ο τέτοιος βαθμός μανιακής διέγερσης συνήθως

διαπιστώνεται στα προνοσοκομειακά στάδια της φάσης ή την διάρκεια υφέσεων και σπάνια θεωρούνται νοσηρή ευφορία ¹⁰.

Για το επόμενο στάδια της μανιακής διέγερσης είναι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις οποίες κάνουν σαφή την διαφορά από μια φυσιολογική κατάσταση ευφορίας και υπερδραστηριότητας.

Στο στάδιο αυτό της απλής μανιακής διέγερσης η μιμική, οι κινήσεις, η φωνή, η ομιλία, η συμπεριφορά, οι απαντήσεις και οι δηλώσεις, οι κατευθύνσεις και ο ρυθμός δραστηριότητας, οι εκδηλώσεις της υποκειμενικής σωματοψυχικής κατάστασης του αρρώστου εκφράζουν ένα αίσθημα κυριολεκτικής «αναγέννησης», άνθισης όλων των λειτουργιών, αισιοδοξίας και ευδαιμονίας που πηγάζουν από την αλλαγή που έγινε στην αυτοαίσθηση και αυτοσυνειδήσή τους. Η κατάσταση αυτή της «ατελείωτης γιορτής», έχει περιγραφεί με λεπτομέρειες και ζωντανά χρώματα από αρρώστους και ψυχιάτρους.

Χαρακτηριστική είναι η εξωτερική όψη και συμπεριφορά, έκφραση σιγουριάς, αισιοδοξίας, κινήσεις γρήγορες, μιμική εκφραστική. Φωνή δυνατή, πολυλογία. Στη συζήτηση ο άρρωστος κρατάει την πρωτοβουλία. Διακόπτει τον συνομιλητή από τις πρώτες λέξεις «κατάλαβα, ξέρω τι θα πείτε, τι εννοείτε». Αντιδρά και επεμβαίνει στις συζητήσεις που δεν το αφορούν. Σχολιάζει τα πάντα. Γεμάτος «ασχολίες». Να βοηθήσει, να οργανώσει, να λύσει προβλήματα φίλων κ.λπ.

Ο άρρωστος αισθάνεται γεμάτος ενέργεια, χαρά, αισιοδοξία, με έντονη αίσθηση σωματικής και πνευματικής ευεξίας. Για να χαρακτηρίσει την υποκειμενική του κατάσταση χρησιμοποιεί τα επίθετα «θαυμάσια, εξαιρετικά, πανευτυχής, άριστος» κ.λπ. Η αισιοδοξία στις εκτιμήσεις, τις προσδοκίες, την πορεία των προβλημάτων, ακόμα και των πιο δύσκολων, η σιγουριά στην γρήγορη, πλήρη επιτυχία κάθε σκοπού (συχνά μεγαλεπήβολων σχεδίων) δημιουργούν την εντύπωση στους συνομιλητές, ότι ο ασθενής είναι άτρωτος στα δυσάρεστα γεγονότα, ότι τα πάντα είναι προς αυτόν στραμμένα με την θετική, ευχάριστη, αισιόδοξη όψη τους. Παρόλη την υπέρμετρη αισιοδοξία και τα υπερβολικά πολλά σχέδια (σπουδών, πνευματικής δημιουργίας, επαγγελματικής δραστηριότητας, κοινωνικής

απασχόλησης) οι στόχοι, τα σχέδια των αρρώστων δεν ξεπερνούν τα πλαίσια ανέμελα αισιόδοξων και καλοπροαίρετα αφελών δηλώσεων, υποσχέσεων, ανεδαφικού στην υπερβολικότητά τους χαρακτήρα. Δεν υπάρχουν σταθερές παραληρηματικές ιδέες και βιώματα¹⁰.

Για τον επόμενο βαθμό μανιακής διέγερσης, την μανία με παραλήρημα, χαρακτηριστική είναι η επιστέγαση της έντονης μανιακής διέγερσης με δηλώσεις παραληρηματικού περιεχομένου. Το παραλήρημα μελομανιακού περιεχομένου εμφανίζεται περισσότερο σαν υλοποίηση της αίσθησης σωματοψυχικής ανάτασης που αγγίζει τα όρια μιας έκστασης, παρά σαν αποτέλεσμα η έκφραση δυσχερειών αντίληψης ή ανάλυσης του «εγώ» και του περιβάλλοντος. Η προσωπικότητα του αρρώστου, το εγώ του, η φαντασία του δεν είναι καθλωμένα στα παραληρηματικά βιώματα. Οι παραληρηματικές ιδέες σαν ν' αποτελούν φαντασίες, επινοήσεις του αρρώστου για να γεμίσει με κατάλληλο περιεχόμενο την υπερβολικά έντονη αίσθηση σωματικής και πνευματικής παντοδυναμίας. Αυτή εξηγεί την εντύπωση «παιχνιδιού» («επινοήσης») που μένει κατά την συζήτηση των παραληρηματικών βιωμάτων του αρρώστου. Αυτή η μη «κατάληψη» της συνείδησης και της προσωπικότητας του αρρώστου από το παραλήρημα παρατηρείται και στις μανίες με παραλήρημα, το περιεχόμενο του οποίου έχει υπερβολικά φανταστικές διαστάσεις^{6, 10}.

Σωματικά συμπτώματα :

1. Αϋπνία
2. Απώλεια βάρους λόγω της μεγάλης δραστηριότητας (αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η αύξηση της όρεξης δρα αντισταθμιστικά)
3. Αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας
4. Διαταραχές της εμμήνου ρύσεως
5. Δεκατική πυρετική κίνηση^{1,2,5,9}.

2.3 Διάγνωση

Η διάγνωση της μανίας δεν είναι δυσχερής. Η όλη υπερθυμική διάθεση του πάσχοντα, η υπερπροσεξία, οι ιδέες μεγαλείου και υπεροχής του εγώ, η ζωηρότητα του βλέμματος, η αυξημένη κινητικότητα, η ευερεθιστότητα, η ταχύτητα εκπτώξεως του σκεπτικού υλικού και η φυγή ιδεών και από το σωματικό εγώ αναφερόμενα φαινόμενα συνθέτουν το κλινικό φάσμα της μανίας, το οποίο έχει διαγνωστική ισχύ⁶.

Ο γιατρός έχει πολλά εργαλεία για να διαγνώσει, να χειριστεί και να θεραπεύσει τις διαταραχές των αρρώστων. Αυτά τα εργαλεία καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα. Αν και οι Ιατρικές Σχολές προσφέρουν ένα εκπαιδευτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορεί να αποκτήσει κανείς βασικές αλλά και περίπλοκες ειδικές ικανότητες, συχνά κάποια απ' αυτές τις ικανότητες αντιμετωπίζονται με επιφανειακό τρόπο. Προκειμένου να διαγνώσει, να χειριστεί και να θεραπεύσει τη διαταραχή ενός αρρώστου, ο γιατρός πρέπει να μάθει να ακούει.

Ένα από τα καθοριστικότερα εργαλεία που έχει ο γιατρός στη διάθεσή του είναι η δυνατότητα να πάρει καλή συνέντευξη. Κάθε συνέντευξη έχει τρία κύρια μέρη, που καθένα τους απαιτεί ειδικές τεχνικές και δεξιότητες: την έναρξη της συνέντευξης, την κυρίως συνέντευξη και το κλείσιμο της συνέντευξης.

Οι Ekkehar και Sieglinde Othmer είδαν την συνέντευξη να διαδραματίζεται σε τέσσερις διαστάσεις – την εδραίωση επαφής, την εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του αρρώστου, την χρήση ειδικών τεχνικών και τη διαγνωστική, ενώ τη διαδικασία της συνέντευξης την είδαν να εξελίσσεται μέσα από επτά στάδια. Γενικά, αυτός που παίρνει συνέντευξη θα πρέπει με τη στάση του να μεταφέρει το αίσθημα ότι δεν έχει διάθεση να κρίνει, ότι ενδιαφέρεται και ότι νοιάζεται, και ότι ακολουθεί του κανόνες της ευγένειας σε αντίθετη περίπτωση μπορεί δυνητικά κρίσιμες πληροφορίες να διαφύγουν.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τόσο το περιεχόμενο όσο και τη διαδικασία της συνέντευξης : (1) Η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας του

αρρώστου ασκούν σημαντική επιρροή στις μεταβιβαστικές αντιδράσεις και στο συναισθηματικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εξελίσσεται η συνέντευξη. (2) Ανάλογα με τις διάφορες κλινικές καταστάσεις – συμπεριλαμβανομένου του εάν το άρρωστος εξετάζεται σε γενικό νοσοκομείο, σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, σε τμήμα επειγόντων ή σαν εξωτερικός άρρωστος – τροποποιείται και το είδος των ερωτήσεων που τίθενται και των συστάσεων που δίνονται. (3) Τεχνικοί παράγοντες - όπως οι διακοπές από τηλεφωνήματα, η χρήση μεταφραστή, το κράτημα σημειώσεων, το μέγεθος και η άνεση του δωματίου – επηρεάζουν τη συνέντευξη. (4) Η χρονική στιγμή της συνέντευξης σε σχέση με την πορεία της νόσου, είτε αυτή είναι στην οξύτερη φάση της είτε σε ύφεση, επηρεάζει το περιεχόμενο και τη διαδικασία της συνέντευξης. (5) Το ύφος, ο ψυχιατρικός προσανατολισμός και η εμπειρία του εξεταστή, ασκούν σημαντική επιρροή στη συνέντευξη.

Η κάθε συνέντευξη έχει από πλευράς τεχνικής δύο μείζονες στόχους : την αναγνώριση των ψυχολογικών οριζουσών της συμπεριφοράς και την κατάταξη των συμπτωμάτων. Οι Othmer και Othmer θεώρησαν ότι αυτοί οι στόχοι αφορούν σε δύο διαφορετικούς τρόπους συνέντευξης : τον ευαισθητικά προσανατολισμένο ή ψυχοδυναμικό τρόπο και τον προσανατολισμένο προς το σύμπτωμα ή περιγραφικό τρόπο. Η ευαισθητικά προσανατολισμένη συνέντευξη δίνει έμφαση κυρίως στην ανάδειξη και στην ερμηνεία των ασυνείδητων συγκρούσεων, αγχών και αμυνών. Η προς το σύμπτωμα προσανατολισμένη συνέντευξη δίνει έμφαση στην κατάταξη των ενοχλημάτων και των δυσλειτουργιών του αρρώστου, όπως αυτή καθορίζεται μέσα από ειδικές διαγνωστικές κατηγορίες. Αυτές οι δύο προσεγγίσεις δεν αλληλοαποκλείονται και μπορούν μάλιστα να συμβαδίζουν. Η διάγνωση του αρρώστου μπορεί να τεθεί με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια τόσο με την εκμείευση πληροφοριών, όπως είναι τα συμπτώματά του, η πορεία της νόσου και το οικογενειακό του ιστορικό, όσο και με την κατανόηση της προσωπικότητάς του, του αναπτυξιακού του ιστορικού και των ασυνείδητων συγκρούσεών του¹¹.

Οι Εφτά Φάσεις και οι Τέσσερις Συνιστώσες της Συνέντευξης

- | | | | | | |
|----|--|--|--|---|---|
| 1. | Προθέρμανση | Καθησυχάστε τον άρρωστο, βάλτε όρια | Παρατηρήστε την εμφάνιση, την ψυχοκινητική λειτουργία, την ομιλία, τη σκέψη, τη συγκινησιακή κατάσταση, τον προσανατολισμό, τη μνήμη | Επλέξτε παραγωγικές ερωτήσεις | Επισημάνετε διαγνωστικά ίχνη στη συμπεριφορά του αρρώστου |
| 2. | Εξέταση του προβλήματος | Ενσυναισθάνεται το πρόβλημα του αρρώστου, ακούστε τον με συμπόνια | Διερευνήστε τη διάθεση, την εναισθησία, τη μνήμη, την κρίση | Ανοίξτε με ευρείες ανιχνευτικές ερωτήσεις | Κατατάξτε το κύριο ενόχλημα. Εκτιμήστε τα συμπτώματα, τη βαρύτητα, την πορεία, τους επιβαρυντικούς παράγοντες. Βάλτε στη σειρά τις διαφορετικές γνώσεις |
| 3. | Ιχνιλάτηση των προκαταρκτικών εντυπώσεων | Γίνετε σύμμαχος του αρρώστου, δίνετε του να καταλάβει ότι αλλάξατε το υπό συζήτηση θέμα | Εκτιμήστε την ταχύτητα της σκέψης και την ικανότητα να αλλάζει τα υπό συζήτηση θέματα | Αλλάξτε τα υπό συζήτηση θέματα, προχωρήστε από τις ανοιχτές στις κλειστές ερωτήσεις | Επαληθεύστε ή αποκλείστε τις πρώτες διαγνωστικές εντυπώσεις |
| 4. | Ιστορικό επικύρωσης | Δείξτε ότι ξέρετε, ότι έχετε ενδιαφέρον, ότι είστε επιμελής και ότι μπορείτε να πάρετε τα πράγματα στα χέρια σας | Αξιολογήστε την ευθύνη, την κρίση, την απότερη κρίση | Ιχνιλατήστε θέματα, αλλάξτε θέματα, χειριστείτε τις άμυνες | Εκτιμήστε την πορεία, τις επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, πάρτε οικογενειακό ιστορικό, όπως και ιστορικό οργανικών παθήσεων |
| 5. | Συμπλήρωση της σειρά των στοιχείων | Παρακινήστε τον άρρωστο να δεχτεί τον έλεγχο | Ελέγξτε τις σχετικές με την ψυχική κατάσταση λειτουργίες | Συμπληρώστε τα κενά, ακολουθήστε τα ίχνη, λύστε τις αντιφάσεις | Αποκλείστε τις διαταραχές που δεν είναι πιθανές |
| 6. | Ανατροφοδότηση | Εξασφαλίστε την αποδοχή της διάγνωσης | Συζητήστε τα ευρήματα από την εξέταση της ψυχικής κατάστασης, διερευνήστε το ενδιαφέρον που υπάρχει για βοήθεια | Εξηγήστε τις διαταραχές και τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες | Βάλτε διάγνωση και ορίστε την πρόγνωση |
| 7. | Θεραπευτικό συμβόλαιο | Πάρτε το ρόλο του προσώπου που έχει την εξουσία και σιγουρέψτε τη συμμόρφωση | Βγάλτε συμπεράσματα σε σχέση με την εναισθησία, την κρίση και τη συμμόρφωση | Συζητήστε το θεραπευτικό συμβόλαιο | Κάντε πρόβλεψη για τα αποτελέσματα της θεραπείας |

ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ.Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ

ΦΥΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ

--	--	--	--	--	--	--	--

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Η ΣΥΖΥΓΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ Η <input type="text"/> Μ <input type="text"/> Ε <input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ
Τόπος γέννησης (χωριό, πόλη, νομός)	Διεύθυνση, Τηλέφωνο	Θρήσκευμα	
Τόπος διαμονής	Οικογενειακή κατάσταση	Επάγγελμα	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΗΔΕΜΟΝΑ (Διεύθυνση, Τηλέφωνο)		Ψυχιατρικό	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΗΔΕΜΟΝΑ (Διεύθυνση, Τηλέφωνο)		Ιστορικό	
<u>ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>	<u>ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΠΑΤΡΟΙ</u>	Τμήμα:	
	Ψυχίατροι	Ημερ. εισόδου:	
	Ειδικευόμενοι	Ημερ. εξόδου:	
<u>ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u> (κατά ICD-10)	<u>ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u> (κατά DSM-IV)		
Άξονας I:	Άξονας I:		
Άξονας II:	Άξονας II:		
Άξονας III:	Άξονας III:		
	Άξονας IV:		
	Άξονας V:		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΡΧΕΙΟΥ			
<u>ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	<u>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</u>		
<u>ΕΚΒΑΣΗ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ</u>	<u>ΟΔΗΓΕΣ (κατά την έξοδο)</u>		

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥ

2.4 Διαφορική Διάγνωση

Η μανία αρκετά συχνά συγχέεται με ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, τόσο οργανικής όσο και λειτουργικής αιτιολογίας.

Οργανικές καταστάσεις

Στις καταστάσεις αυτές περιλαμβάνονται :

- α) Προϊούσα γενική παράλυση (σύφιλη του εγκεφάλου)
- β) Όγκοι του εγκεφάλου
- γ) Υπερθυρεοειδισμός¹
- δ) Σκλήρυνση κατά πλάκας
- ε) Ανοϊκές καταστάσεις
- στ) Χρήση φαρμακευτικών και άλλων ουσιών (π.χ. αμφεταμίνες, στεροειδείς ουσίες, οινόπνευμα και άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες)^{1, 5}
- ζ) Κατατονική διέγερση
- η) Οξείες υστερικές καταστάσεις
- θ) Επιληψία^{5, 6}

Λειτουργικές καταστάσεις

Σχιζοφρένεια : Αρκετά συχνά γίνεται σύγχυση ανάμεσα στη μανία και τη σχιζοφρένεια. Ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, έχει επισημανθεί ότι συχνά γίνεται υποδιάγνωση της μανίας υπέρ της σχιζοφρένειας.

- Ένα από τα στοιχεία που θα βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση είναι το ιστορικό. Αν υπάρχουν προηγούμενες φάσεις κατάθλιψης ή μανίας, τότε φυσικά η διάγνωση κλίνει προς τη μανία.
- Ένα άλλο στοιχείο (όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες) είναι η συμβατότητα των ιδεών αυτών με το ευφορικό συναίσθημα. Στη μανία συνήθως υπάρχει συμβατότητα, δηλαδή οι παραληρητικές ιδέες χρωματίζονται από το ευφορικό συναίσθημα και την εξωπραγματική αίσθηση υπεροχής που έχει ο ασθενής (ιδέες υπερτίμησης του εαυτού, ιδέες μεγαλείου).
- Ένα τρίτο στοιχείο είναι η κληρονομική επιβάρυνση. Στη μανία, οι ανιόντες του πάσχοντος συχνά νοσούν (ή νόσησαν) από συναισθηματική διαταραχή (κατάθλιψη ή μανία).
- Άλλα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία είναι η καλή προηγούμενη λειτουργικότητα, η ευνοϊκή ανταπόκριση προηγούμενων επεισοδίων στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή το λίθιο, το ιστορικό πλήρους αποκατάστασης μετά από προηγούμενο επεισόδιο (όλα αυτά τα στοιχεία συνηγορούν υπέρ της μανίας) ^{1,7}

Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή : Η διάγνωση αυτή, που για πολλούς αποτελεί διάγνωση αμηχανίας, τίθεται στις περιπτώσεις όπου η ψυχοπαθολογική κατάσταση που πρέπει να διαγνώσουμε έχει τόσο σχιζοφρενικά όσο και συναισθηματικά στοιχεία. Έχουμε δηλαδή να κάνουμε με μια κατάσταση που έχει τα συμπτώματα

της μανίας ή της κατάθλιψης και τη φασική πορεία που χαρακτηρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές, συγχρόνως όμως έχει και σχιζοφρενικές προσμίξεις¹.

Κυκλοθυμική διαταραχή : Η κατάσταση αυτή πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από τη μανία, όταν η τελευταία εναλλάσσεται με την κατάθλιψη στα πλαίσια μιας διπολικής συναισθηματικής διαταραχής. Η κυκλοθυμική διαταραχή διαχωρίζεται από τη διπολική διαταραχή κατά το ότι η ένταση και η διάρκεια των φάσεων είναι μικρότερες. Πρόκειται λοιπόν για μια ελάσσονα διπολική συναισθηματική διαταραχή¹.

2.5 Συνοδά Προβλήματα

Διαταραχές που συνοδεύουν τα Μανιακά επεισόδια είναι η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία, η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, η Διαταραχή Πανικού, η Κοινωνική Φοβία, οι Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες.

Εργαστηριακά, όπως και για το Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα, για το Μανιακό επεισόδιο. Εντούτοις, σε άτομα με Μανιακό επεισόδιο έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνται παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέτοια είναι : ανωμαλίες στο ΗΕΓ ύπνου, αυξημένη έκκριση κορτιζόνης, απουσία της μη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, διαταραχές των νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνης, σεροτονίνης, ακετυλοχολίνης, ντοπαμίνης, GABA), και της λειτουργίας των υποδοχέων τους¹².

2.6 Πορεία Νόσου

Το πλήθος των μελετών, σχετικά με την πορεία και την πρόγνωση των διαταραχών της διάθεσης, έχει καταλήξει στο γενικό συμπέρασμα ότι οι διαταραχές της διάθεσης τείνουν να έχουν μακρά πορεία και ότι οι άρρωστοι που εμφανίζουν τέτοιες διαταραχές έχουν την τάση υποτροπής. Αν και οι διαταραχές της διάθεσης θεωρούνται συνήθως καλοήθειες, σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια, τα πράγματα δεν είναι πάντοτε έτσι οι άρρωστοι που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης καταβάλουν για το πρόβλημά τους ένα βαρύ τίμημα. Ένα άλλο κοινό συμπέρασμα των μελετών είναι ότι η ύπαρξη, σχετιζόμενων με τη ζωή, στρεσογόνων παραγόντων εντοπίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται στα επόμενα. Αυτό το εύρημα έχει ερμηνευτεί ως ένδειξη ότι το ψυχοκοινωνικό στρες μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στην αρχική αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης και ότι, αν και το αρχικό επεισόδιο μπορεί να επιλυθεί, μια επίμονη αλλαγή στη βιολογία του εγκεφάλου του αρρώστου τον τοποθετεί σε θέση υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επόμενων επεισοδίων⁸.

3.1 Θεραπεία

Η θεραπεία της μανίας έχει παρόμοιους στόχους με αυτούς της θεραπείας της κατάθλιψης :

- Προστασία του ασθενούς από το ενδεχόμενο να βλάψει τον εαυτό του αλλά και τους άλλους. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο μανιακός ασθενής έχει μειωμένη κρίση και αυτό μπορεί να τον οδηγήσει σε ενέργειες, τις συνέπειες των οποίων δεν μπορεί να σταθμίσει, όπως οικονομική καταστροφή ή ανεπανόρθωτη βλάβη της υγείας του (π.χ. AIDS)
- Καταπολέμηση της φάσης μανίας (βραχυπρόθεσμη αντιμετώπιση)
- Ανατροπή προσεχών φάσεων (μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση)

Όπως και στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, έτσι και εδώ χρειάζεται μακράς πνοής θεραπευτική στρατηγική και πολυδιάστατη αντιμετώπιση

Για την καταπολέμηση της φάσης μανίας χρησιμοποιούνται τα παρακάτω θεραπευτικά μέτρα :¹

α) Ψυχοφάρμακα

* Παράγωγα της φαινοθειαζίνης : Χρησιμοποιούνται κυρίως αλειφατικά παράγωγα, όπως η χλωροπρομοζίλη (Largactil). Οι αλειφατικές φαινοθειαζίνες έχουν ισχυρή κατευναστική δράση, που είναι επιθυμητή στην περίπτωση της μανίας. Η δόση εξατομικεύεται. Η αρχική δόση είναι 300-600 mg ημερησίως και προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση^{1,5}.

* Παράγωγα της βουτυροφαινόνης : Εκπρόσωπος της κατηγορίας αυτής είναι η αλοπεριδόλη (Aloperidin), που θεωρείται το φάρμακο εκλογής στη μανία. Οι έντονες ανεπιθύμητες ενέργειες δημιουργούν κάποιο πρόβλημα, στην περίπτωση όμως της μανίας ίσως δρουν και αυτές βοηθητικά με τον περιορισμό της κινητικότητας που προκαλούν. Τελευταία, έχουν δοκιμαστεί και αντιψυχωσικά φάρμακα με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η ρεσπεριδόνη και η αλανζαπίνη, με σχετικώς καλά αποτελέσματα ^{1,5}.

* Άλατα λιθίου : Χρησιμοποιούνται διάφορα άλατα και σκευάσματα (Milithin, Lithiofor, κ.λπ.). Είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της μανίας σε ποσοστό που προσεγγίζει το 80% των ασθενών. Η θεραπευτική αγωγή απευθύνεται στον πυρήνα της μανιακής συμπτωματολογίας, δηλαδή στο ευφορικό συναίσθημα. Ενώ τα προαναφερθέντα αντιψυχωσικά φάρμακα μειώνουν τα ψυχωσικά συμπτώματα και την αυξημένη δραστηριότητα του μανιακού, το λίθιο προκαλεί μεγαλύτερη συνολική βελτίωση από τα αντιψυχωσικά ^{1,13}.

Το πρόβλημα με το λίθιο είναι ότι αργεί να δράσει (λανθάνων χρόνος περίπου 10 ημερών). Έτσι, η θεραπεία αρχίζει με συνδυασμό ενός αντιψυχωσικού φαρμάκου (που δρα νωρίτερα) και λιθίου. Όταν υποχωρήσουν τα οξέα συμπτώματα ή όταν συμπληρωθεί ο λανθάνων χρόνος των 10 ημερών για τη δράση του λιθίου, το αντιψυχωσικό φάρμακο μπορεί σταδιακά να αποσυρθεί ^{1,4}.

Η ανταπόκριση στο λίθιο δεν είναι καλή όταν υπάρχει μεγάλη ψυχοκινητική δραστηριότητα ή παραληρητικές ιδέες.

Οι διπολικοί ασθενείς που ανταποκρίνονται στο λίθιο πρέπει να συνεχίζουν τη θεραπεία επί τουλάχιστον 6 μήνες εκτός αν αποφασιστεί να τεθούν σε μακράς διάρκειας προφυλακτική αγωγή ¹.

* Αντispασμικά φάρμακα : Χρησιμοποιούνται κυρίως η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο.

Καρβαμαζεπίνη : Το φάρμακο αυτό (Tegretol), που η βασική ένδειξη είναι η κροταφική επιληψία, έχει βρεθεί ότι έχει και αντιμανιακή δράση συγκρίσιμη σε αποτελεσματικότητα με αυτή των νευροληπτικών και του λιθίου.

Έχει ορισμένα πλεονεκτήματα έναντι των προηγούμενων φαρμάκων :

- Πιθανώς πρωϊμότερη δράση.
- Αποτελεσματικότητα στους ασθενείς με συχνή εναλλαγή φάσεων, δηλαδή σε ασθενείς που έχουν περισσότερες από τέσσερις φάσεις το χρόνο.
- Ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα σε δυσφορικούς ασθενείς¹.

β) Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Η κλινική παρατήρηση και δύο πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η μέθοδος αυτή ξεπερνάει σε αποτελεσματικότητα όλες τις προαναφερθείσες (περίπου 80% των ασθενών ανταποκρίνονται στη θεραπεία).

Με δεδομένη, ωστόσο, την απaréσκεια ασθενών, συγγενών, γιατρών και κοινού για τη μέθοδο αυτή, στην κλινική πράξη συνηθίζεται να χρησιμοποιούνται πρώτα τα φάρμακα, αν αυτά αποτύχουν επιχειρούνται συνδυασμοί φαρμάκων (π.χ. λίθιο και καρβαμαζεπίνη) και αν και αυτοί αποτύχουν, καταφεύγουμε στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Εξáιρεση σ' αυτή την πρακτική αποτελούν οι μανιακές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή του ασθενούς με την ανεξέλεγκτη ψυχοκινητική δραστηριότητα και τη σωματική εξάντληση που προκαλούν. Στις περιπτώσεις αυτές, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι η μέθοδος πρώτης εκλογής^{1,2}.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία καλό είναι να μην χρησιμοποιείται μαζί με το λίθιο, γιατί ο συνδυασμός τους μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα και των δύο αυτών θεραπευτικών μέσων και να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης

νευρολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών (π.χ. μπορεί να προκαλέσει σοβαρές διαταραχές της μνήμης)¹.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι ένας τύπος σημαντικής θεραπείας, κατά την οποία ηλεκτρικό ρεύμα εφαρμόζεται στον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στους κροτάφους. Το ρεύμα υπολογίζεται ώστε να προκαλέσει μια μεγάλη επιληπτική κρίση, από την οποία προέρχεται το παθούμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα^{2,4}.

Ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος, αλλά θεωρείται ότι προκαλεί βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο – αύξηση των επιπέδων νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης⁴.

γ) Απασχολησιοθεραπεία ή Εργασιοθεραπεία

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

Αναγνωρίζεται σαν πολύτιμη βοηθητική θεραπεία της ψυχιατρικής, επειδή προσφέρει στον ασθενή παρακίνηση, ψυχική διέξοδο ή κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον και επειδή με τα επιτεύγματά της προσφέρει μέσα δημιουργικής ικανοποίησης τους ασθενούς.

Προσφέρει επίσης ένα μέσο αποκτήσεως ορθών πληροφοριών σχετικά με τις αντιδράσεις, τις ικανότητες, τις επιδεξιότητες, τις δυνατότητες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς.

Ο σκοπός του απασχολησιοθεραπευτή είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να αναλάβουν τις δυνάμεις τους για συγκέντρωση εδώ χρειάζεται μια κατασταλτική εργασία με μικρή ποικιλία, αλλά με μεγάλη απόδοση, π.χ. πλέξιμο, καλαθοπλεκτική, κέντημα κ.λπ. Αυτοί οι ασθενείς είναι ανεύθυνοι για τις πράξεις τους και αποφεύγουμε να χειρίζονται εργαλεία με τα οποία θα μπορούν να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Ακόμη, επειδή είναι ανήσυχοι και υπερκινητικοί, ο χρόνος της απασχόλησης πρέπει να είναι μικρός.

Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τμήμα απασχολησιοθεραπείας έχουν ο καθένας την κάρτα του, που γράφει τη μορφή της ασθένειας, τα συμπτώματα, πιθανούς κινδύνους και τη θεραπεία του, ακόμη και τη διάρκεια της καθημερινής απασχολήσεως.

Πηγαίνουν πρώτα σε μικρό Group όπου έχουν άμεση και συνεχή επίβλεψη και κατόπιν πηγαίνουν σε μεγαλύτερο κέντρο απασχολησιοθεραπείας π.χ. αίθουσα ραψίματος, χειροτεχνίας, κ.λπ., όπου η επίβλεψη θα είναι λιγότερη αλλά οπωσδήποτε αρκετή για να μπορεί ο εργασιοθεραπευτής να καταλάβει την ψυχική κατάσταση του ασθενή και το είδος της εργασίας που του ταιριάζει περισσότερο.

Τα έργα των ασθενών είναι υποπροϊόντα της απασχολησιοθεραπείας. Σκοπός δεν είναι η παραγωγή αλλά η ανάπτυξη συναισθήματος ικανοποίησης και υπερηφάνειας για το ωραίο που δημιούργησαν.

Τα έργα, εάν θέλει ο ασθενής, μπορεί να τα κρατήσει ή να πωληθούν στο κοινό και τα χρήματα να προστεθούν στο κονδύλιο του τμήματος. Πρέπει ο ασθενής να συνεργάζεται με την Προϊσταμένη, τον εργασιοθεραπευτή και το γιατρό μια φορά την εβδομάδα και να συζητά μαζί τους τα θέματά του².

δ) Ψυχολογικά μέσα θεραπείας

Δεν μπορεί να γίνει λόγος για εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών τεχνικών στην περίπτωση της μανίας, γιατί η ψυχοκινητική δραστηριότητα, η λογόρροια και η αδυναμία επικέντρωσης της προσοχής του μανιακού καθιστούν μια τέτοια προσέγγιση ανεδαφική¹.

ε) Ψυχοκοινωνικά μέσα θεραπείας

Απαραίτητο είναι να προφυλαχθεί ο άρρωστος και η οικογένειά του από τις δυνητικές συνέπειες της μανίας. Σωματικές βλάβες, κίνδυνοι υγείας, απώλεια περιουσιακών στοιχείων, ηθικές βλάβες στον ίδιο και σε τρίτους, ακόμη και

κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενούς ή και των άλλων είναι μερικές από αυτές τις συνέπειες. Σε περιπτώσεις οξείας μανίας, μόνο η εισαγωγή σε νοσοκομείο θα προφυλάξει από αυτές τις συνέπειες.

Ο ασθενής θα πρέπει να νοσηλεύεται σε ένα ήσυχο δωμάτιο χωρίς πολλά αισθητηριακά ερεθίσματα, που αποσπούν την προσοχή του και τροφοδοτούν την τάση του για λογόρροια και υπερκινητικότητα¹.

3.2 Παρενέργειες – Αντενδείξεις Θεραπείας

α) Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Πέρα από την άμβλυνση 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 τη μακροχρόνια χρήση
τους π.χ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο.
4. Η συνέχισή της γίνεται χωρίς διακοπή και τέρμα.
5. Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά.
6. Μεγάλη οικονομική επιβάρυνση².

Παρενέργειες Λιθίου

- * Ξηροστομία, δίψα
- * Γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία
- * Λεπτός τρόμος χεριών
- * Καρδιακές αρρυθμίες
- * Πολυουρία

* Αύξηση βάρους του σώματος

* Τοξικότητα. Μικρό είναι το περιθώριο μεταξύ των θεραπευτικών και τοξικών επιπέδων του ανθρακικού λιθίου. Το συνηθισμένο εύρος της θεραπευτικής του συγκέντρωσης στον ορό του αίματος είναι 0,5 – 1,5 m EqIL. Πρέπει να γίνεται μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα μία – δύο φορές κατά την πρώτη εβδομάδα μέχρι ότου η δόση και τα επίπεδα στο αίμα είναι σταθερά. Τα συμπτώματα της τοξικότητας του λιθίου αρχίζουν να φαίνονται όταν τα επίπεδά τους στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1,5 m EqIL και είναι : θαμπή όραση, ατοξικό βάδισμα, εμβοές αυτιών, επίμονη ναυτία, εμετοί και έντονη διάρροια ^{4,14,15}.

Αντενδείξεις χορήγησης λιθίου

Λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιοαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη, καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών ^{4, 15}.

β) Οι πιθανές παρενέργειες της Ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι :

* Παροδική σύγχυση, αμνησία, κεφαλαλγία

* Παροδική υπόταση, κολπική ταχυκαρδία ⁴

* Κατάγματα οστών και μάλιστα σπονδυλικής στήλης

* Παρατεινόμενη άπνοια

* Διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος

* Διαταραχές του νευρικού συστήματος

* Αγγειακού τύπου εγκεφαλικά επεισόδια ²

* Θάνατος σε ποσοστό 2,9 σε 10.000 αρρώστους ⁴

Αντενδείξεις

1. Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν :

- * Όγκος εγκεφάλου
- * Θρομβοφλεβίτιδα
- * Εξόφθαλμος βρογχοκήλη
- * Οξεία σπειραματονεφρίτιδα

2. Σχετικές αντενδείξεις (γιατί με τη νάρκωση μειώνονται οι κίνδυνοι)

- * Μεγάλη ηλικία
- * Κύηση
- * Πνευμονικές παθήσεις
- * Σπονδυλαρθροπάθεια
- * Πεπτικό έλκος²

γ) Αντενδείξεις της Απασχολησιοθεραπείας

- * Υπερβολική ψυχοκινητική ενεργητικότητα, που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα
- * Καταπληξία, λήθαργος
- * Ιδιωτεία
- * Πλήρης άρνηση από τον ασθενή
- * Ισχυρές τάσεις προς αυτοκτονία²

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Ορισμός Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Ψυχιατρική Νοσηλευτική είναι ένας ειδικός κλάδος της Νοσηλευτικής που για την εξάσκησή της η Νοσοκόμος χρησιμοποιεί : 1) την προσωπικότητά της, 2) τις γνώσεις της (σχετικά με τη θεωρία της ψυχιατρικής) και 3) το θεραπευτικό περιβάλλον, για να φέρει αλλαγές στις σκέψεις, στα αισθήματα και στη συμπεριφορά του ασθενούς.

Η ικανότητα όμως της νοσοκόμου να επιφέρει αυτές τις αλλαγές στο διαθέσιμο περιβάλλον, εξαρτάται από την θεωρητική και την πρακτική της κατάρτιση².

Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας ως επιστήμη, ως αντικείμενο έρευνας και ως κλινική άσκηση, εμπνέεται και κατευθύνεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών :

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

Ο αξιολογικός αυτός προσανατολισμός μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη και αρτιότερη χρησιμοποίηση όλων των επιστημονικών γνώσεων και όλης της κλινικής πείρας, αλλά και στην έρευνα, ώστε να αναδειχθεί η νοσηλευτική ψυχικής υγείας πράγματι θεραπευτική⁴.

4.2 Σκοποί Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Αντικειμενικοί σκοποί της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής είναι :

- * Προαγωγή της ψυχικής υγείας
- * Πρόληψη της ψυχικής νόσου
- * Νοσηλεία ψυχικά ασθενών και αποκατάστασή τους
- * Εφαρμογή και διάδοση των αρχών της ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα^{2,4}.
- * Υποστήριξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας όλων των σωματικά πασχόντων
 - Προσαρμογή και εφαρμογή των αρχών της ψυχικής υγείας σ' όλους του τομείς της νοσηλευτικής⁴.

4.3 Νοσηλευτική Διεργασία

Ο όρος «Νοσηλευτική Διεργασία» είναι σχετικά μια νέα προσέγγιση της νοσηλείας των ασθενών και έχει πολλές έννοιες και ερμηνείες δοσμένες από νοσοκόμους και άλλο νοσηλευτικό προσωπικό.

Με απλά λόγια, η νοσηλευτική διεργασία πρέπει να καλύπτει μια οργανωμένη, συστηματική και εξατομικευμένη προσέγγιση στη φροντίδα για τον ασθενή⁽²⁾.

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει τα παρακάτω τέσσερα κύρια στάδια :

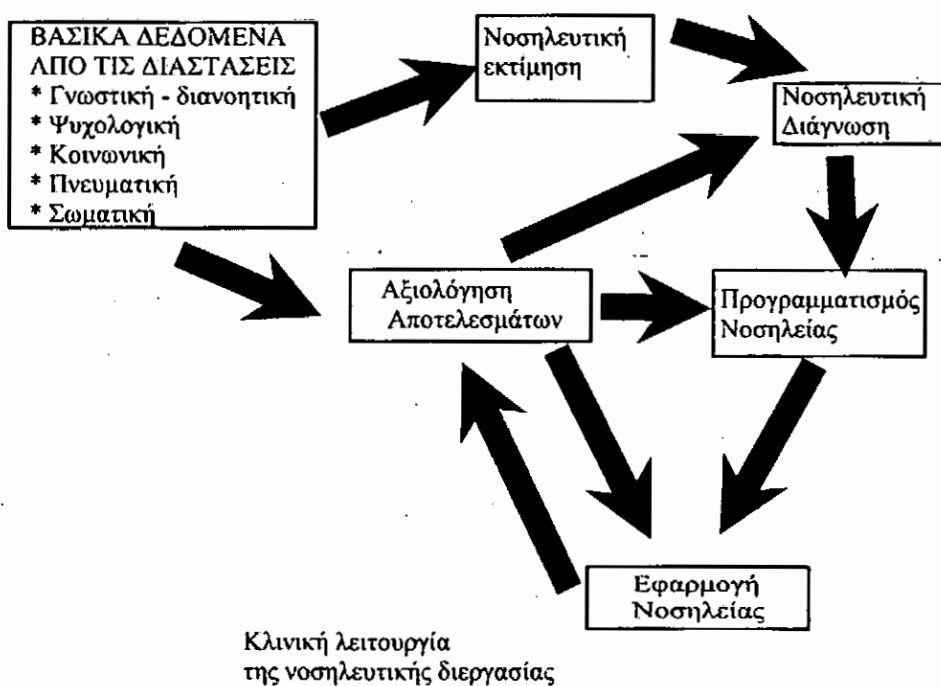
- α) Την εκτίμηση του ασθενούς
- β) Τον προγραμματισμό της φροντίδας
- γ) Την παροχή της φροντίδας
- δ) Την εκτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας και το πρόγραμμα της φροντίδας^{2,4}.

α) Η νοσηλευτική εκτίμηση μελετά τον ασθενή σ' όλες τις διαστάσεις του : τη σωματική, την ψυχολογική, τη διανοητική ή γνωστική, την κοινωνική και την πνευματική.

Είναι το πρώτο βήμα στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Απαιτούνται γι' αυτό η συγκέντρωση και καταγραφή πληροφοριών για τον ασθενή και την παρούσα κατάστασή του:

Επικεντρώνεται στο τι συμβαίνει σήμερα. Ποιο τελευταίο γεγονός οδήγησε το συγκεκριμένο ασθενή στην υπηρεσία ψυχικής υγείας, πώς ο ίδιος το αντιλαμβάνεται και το εξηγεί, τι φοβάται, ποια προβλήματα έχει τώρα; Στη συνέχεια, διερευνώνται οι αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με το πρόβλημα, ο βαθμός της ανικανότητας του ατόμου να το αντιμετωπίσει και τέλος εξετάζονται ποια θετικά χαρακτηριστικά, υγιείς δεξιότητες και στηρίγματα διαθέτει ο ίδιος, ώστε να επιστρατευτούν και να τον βοηθήσουν να αναπτύξει ευθύνη και ικανότητα λειτουργικής υγιούς προσαρμογής στη ζωή.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί η νοσηλευτική εκτίμηση είναι : η συνέντευξη με τον άρρωστο, τεχνικές παρατήρησης, συμπλήρωση ερωτηματολογίων, μελέτη του φακέλου υγείας, συνεργασία με το προσωπικό του νοσηλευτικού τμήματος⁴.



Η νοσοκομειακή διάγνωση ορίζεται ως η διατύπωση υπαρκτού ή ενδεχόμενου προβλήματος υγείας με την αιτιολογία του προβλήματος και τα υποστηρικτικά δεδομένα με την ύπαρξή του.

Η νοσηλευτική διάγνωση :

- * Περιγράφει τις αντιδράσεις προς την αρρώστια
- * Επικεντρώνεται στη λειτουργικότητα του ατόμου
- * Έχει σύστημα ταξινόμησης προβλημάτων
- * Αναφέρεται σε θεωρητικά λειτουργικά πλαίσια
- * Βασίζεται στην εκτίμηση προσωπικών προβλημάτων και θετικών στοιχείων του αρρώστου, σαν μοναδική περίπτωση
- * Μεταβάλλεται στη διάρκεια της φροντίδας
- * Σκοπός : η φροντίδα
- * Συμπληρώνει την ιατρική διάγνωση ⁴.

β) Ο προγραμματισμός είναι η ταξινόμηση των πληροφοριών και η χρήση τους σε συνεργασία με τον άρρωστο στο βαθμό που μπορεί με την οικογένειά του και τα άλλα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας, με σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων ψυχικής υγείας του αρρώστου ^{2,4}.

Ο προγραμματισμός μοιάζει με χάρτη που μας καθοδηγεί πώς θα φτάσουμε σ' ένα ορισμένο σημείο και μας παρέχει δείκτες αναφοράς για να παρατηρούμε και να αξιολογούμε την πρόοδο στην πορεία. Με την οργάνωση και τη δόμηση του προγράμματος νοσηλείας αποφεύγεται η σύγχυση και το χάος, καταστάσεις που αναστέλλουν τη λήψη αποφάσεων, την ανάληψη ευθύνης και τις σωστές επιλογές. Εξάλλου, είναι δυνατό να μετρηθεί αυτό που αποφασίζει και εκτελεί ο νοσηλευτής και έτσι καλλιεργείται και η κριτική του ικανότητα.

Το πρόγραμμα πρέπει να γράφεται. Με τον τρόπο αυτό η λειτουργικότητα και χρησιμότητά του. Το γραπτό πρόγραμμα σταθεροποιεί τις επιλογές, κρατά τον

προγραμματιστή στη χαραγμένη τροχιά και του υπενθυμίζει που βρίσκεται και που κατευθύνεται.

Το στάδιο του προγραμματισμού περιλαμβάνει :

- * Διατύπωση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων σκοπών.
- * Καθαρισμό προτεραιοτήτων στα προβλήματα που εντοπίστηκαν
- * Ταξινόμηση των προβλημάτων, ποια θα αντιμετωπισθούν με νοσηλευτική παρέμβαση, ποια θα χειρισθεί ο άρρωστος και η οικογένειά του και ποια χρειάζονται παραπομπή σε άλλα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας.
- * Προσδιορισμό των ειδικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων σκοπών.
- * Καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων και περιγραφή των πράξεων και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου. Καταγράφεται επίσης πότε πρέπει να γίνει η κάθε πράξη και με ποιο τρόπο, ώστε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί να συμμετέχει στην εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας⁴.

γ) Παροχή Φροντίδας

Η εφαρμογή περιλαμβάνει ποικιλία νοσηλευτικών παρεμβάσεων που αποβλέπουν στην προαγωγή, διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, στην πρόληψη των υποτροπών, στη φροντίδα του αρρώστου και στην επιτυχία της αποκατάστασης.

Σύμφωνα με τα πρότυπα επίπεδα της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καλύπτουν έξι ευρείες περιοχές :

- * Ψυχοθεραπευτικές ενέργειες
- * Αγωγή ψυχικής υγείας
- * Προώθηση της αυτοφροντίδας
- * Χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων και συνεργασία στην εφαρμογή άλλων βιολογικών θεραπειών

* Δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος

* Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία⁴.

δ) Το στάδιο αυτό αφορά τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου. Γίνεται ακόμη επανεκτίμηση των αποφάσεων που ελήφθησαν στα προηγούμενα στάδια και κριτική μελέτη των νοσηλευτικών ενεργειών που πραγματοποιήθηκαν. Εξετάζονται οι σκοποί που τέθηκαν στην αρχή, αν ήταν πραγματοποιήσιμοι, κατά πόσο εκπληρώθηκαν και μήπως έγιναν παραλείψεις. Όπως και στα άλλα στάδια έτσι και σ' αυτό συμμετέχει ενεργά ο άρρωστος κατά το μέτρο των δυνατοτήτων του.

Τα στοιχεία που πρέπει να διερευνηθούν είναι :

1. Ποια ήταν η αναμενόμενη θετική συμπεριφορά;
2. Η αναμενόμενη συμπεριφορά ήταν ρεαλιστική;
3. Ποια συμπεριφορά παρατηρήθηκε;
4. Ποιοι σκοποί εκπληρώθηκαν;
 - Ποιοι παράγοντες επέδρασαν στην εκπλήρωση των σκοπών;
 - Ποιοι παράγοντες εμπόδισαν την εκπλήρωση των σκοπών;
5. Ποιες επιπρόσθετες πληροφορίες χρειάζονται και από ποιον πρέπει να ζητηθούν;
6. Υπάρχουν προβλήματα που εν μέρει λύθηκαν;
7. Αν η συμπεριφορά του αρρώστου δείχνει ότι δεν λύθηκαν ορισμένα προβλήματα, ποιοι ήταν οι λόγοι;
8. Η νοσηλευτική φροντίδα με την ιατρική συγκρούονται ή αλληλοσυμπληρώνονται;
9. Υπάρχουν έκδηλα νέα προβλήματα;
10. Οι νοσηλευτικές πράξεις είχαν βασισθεί σε αρχές από τις φυσικές, βιολογικές και συμπεριφοριστικές επιστήμες⁴.

4.4 Νοσηλευτική Παρέμβαση

Νοσηλευτικές προτεραιότητες

- Προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του αρρώστου και των άλλων από τις συνέπειες της υπερκινητικής συμπεριφοράς.
- Εκπλήρωση των βασικών αναγκών του (διατροφή, ανάπαυση, υγιεινή).
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστική πρόληψη ή λύση των προβλημάτων του καθώς και ενίσχυση της αυτονομίας και υπευθυνότητας^{2,4}.
- Υποστήριξη της συμμετοχής του αρρώστου και της οικογένειάς του στη μετανοδοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στην κοινότητα⁴.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- * Ελάττωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, αποφυγή έκθεσης του αρρώστου σε περιστάσεις προβλεπομένων εντόνων ερεθισμάτων και απομάκρυνση των ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άρρωστος γίνεται διεγερτικός. Επειδή είναι ανίκανος να προσέξει μόνο τα ερεθίσματα, που τον ενδιαφέρουν και αντιδρά προς όλα όσα συμβαίνουν.
- * Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης. Οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και η υπερκινητικότητα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καταστρεπτικές πράξεις.
- * Παρέμβαση όταν η διέγερση αρχίζει να αναπτύσσεται. Λεκτική καθοδήγηση σε πιο παραδεκτή συμπεριφορά, απομάκρυνση του αρρώστου από την προκλητική κατάσταση, τοποθέτηση σε ήσυχο δωμάτιο με τη συμφωνία του, εφαρμογή

περιοριστικών μέτρων, βάσει του ειδικού πρωτοκόλλου του τμήματος. Πάντοτε όμως με σχετικές εξηγήσεις στον άρρωστο. Η νοσηλευτική παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθεί τον άρρωστο να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία, με το λιγότερο περιοριστικό τρόπο.

- * Αποφυγή λογομαχίας όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες μεγαλείου. Αποφεύγεται έτσι η διέγερση.
- * Αποφυγή της χωρίς λόγο καθυστέρησης στην εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου. Σύσταση εναλλακτικής λύσης.
- * Συζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών λύσης προβλημάτων όταν ο άρρωστος δεν είναι εκνευρισμένος. Θα συγκρατήσει καλύτερα. Διότι ό,τι ακούει σε κατάσταση διέγερσης, δεν το θυμάται αργότερα.
- * Ενθάρρυνση του αρρώστου, σε ήσυχες ώρες, να επισημάνει τι προηγείται και τι τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του αναπτυσσόμενου προβλήματος τον βοηθεί να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.
- * Επιδοκιμασία του αρρώστου όταν προσπαθεί να χειρισθεί στρεσογόνα περιστατικά, χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος αυξάνει το αίσθημα της επιτυχίας και την πιθανότητα επανάληψης της σχετικής συμπεριφοράς.
- * Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μην διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερή του μοναδικότητα και ολότητα⁴.

Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την φαρμακευτική θεραπεία

Προκειμένου να χορηγήσει η νοσοκόμος ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη της :

- Τις ενέργειες του φαρμάκου
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την οδηγία
- Τον τρόπο και τον χρόνο χορήγησης

Χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι ισχυρά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. το βράδυ δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική δράση του όλη τη νύχτα.

Άλλα φάρμακα προκαλούν ξηρότητα στόματος. Απαραίτητη είναι εδώ η επίβλεψη της υγιεινής του στόματος, χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β για την πρόληψη στοματίτιδας και παράλληλα χορήγηση άφθονων υγρών με μερικές σταγόνες λεμόνι. Ακόμη ανακουφίζονται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια^{2,4}.

Παρενέργειες, όπως η πτώση της Α.Π., η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αύπνια, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα κ.λπ., παρακολουθούνται στενά, αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό και αντιμετωπίζονται ανάλογα. Από τις σωστές και λεπτομερείς παρατηρήσεις της νοσοκόμου θα εξαρτηθεί η αλλαγή ή μη του φαρμάκου ή της δόσεως.

Επειδή οι ασθενείς κάνουν ορθοστατική υπόταση, παίρνει την Α.Π. και σε όρθια θέση. Επίσης προσέχει την κένωση του εντέρου λόγω της δυσκοιλιότητας που προκαλείται.

Μερικά φάρμακα προκαλούν αύξηση του βάρους, γι' αυτό ζυγίζει τους ασθενείς αυτούς και προσέχει το διαιτολόγιό τους. Απαγορεύεται η λήψη οινοπνευματωδών ποτών ταυτόχρονα με τη λήψη φαρμάκων⁽²⁾.

Σε περίπτωση λιθίου, επειδή αποβάλλεται από τους νεφρούς επιβάλλεται ο έλεγχος της επάρκειας των νεφρών και ο έλεγχος της ποσότητας του φαρμάκου στο αίμα, γιατί κάθε υπέρβαση της ανεκτής ποσότητας δημιουργεί δηλητηρίαση^{2,4}.

Η χορήγηση των ψυχοφαρμάκων ακολουθεί τη γενική νοσηλευτική φροντίδα περί φαρμάκων, με έμφαση στα ιδιαίτερα ειδικά σημεία που αναφέρθηκαν.

Τέλος, ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται, ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακά τους. Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη, είτε γιατί συνειδητοποιούν τις παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από διάφορες ψευδαισθήσεις, είτε γιατί έχουν ένα δυσάρεστο αίσθημα μετά τη λήψη².

Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία

- * Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου για την εφαρμογή της θεραπείας.
- * Ο άρρωστος προς της θεραπείας πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φορέσει νυκτικό ή πιζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα και να αφαιρέσει τις τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες και γυαλιά ή φακούς επαφής^{2,4}.
- * Εξασφάλιση αποτελεσμάτων προσφάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.
- * Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων
- * Χορήγηση θειϊκής ατροπίνης 30' πριν τη θεραπεία κατά την ιατρική οδηγία, για ελάττωση των εκκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού, που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού τον οποίο προκαλεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.
- * Χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, αν χρειασθεί.

* Εφαρμογή των ηλεκτροδίων από το καθορισμένο υπεύθυνο πρόσωπο στους κροτάφους του αρρώστου και παροχή ηλεκτρικού ρεύματος 1 – 130 volts επί 0,1 – 0,5 sec.

* Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.

* Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15' κατά την πρώτη ώρα.

Για την αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από τη θεραπεία, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο όταν ξυπνά, τον βεβαιώνει ότι η απώλεια μνήμης είναι προσωρινή, του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον παροτρύνει να χρησιμοποιεί σημειωματάριο και μολύβι, τηλεφωνικό κατάλογο κ.α. Τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο και πρόσωπα. Τον ενισχύει να εκφράσει του φόβους και τις ανησυχίες του⁴.

4.5 Γενικές αρχές προσέγγισης ασθενών με μανία

Γενικές αρχές προσεγγίσεως ασθενών με ψυχικά νοσήματα

1. **Αποδοχή** των ιδεών, των αισθημάτων και της συμπεριφοράς του ασθενούς, ανεξάρτητα αν εκείνος έχει την δυνατότητα να τα ελέγχει ή όχι και συγχρόνως ικανότητα να ανακαλύπτουμε τι δημιουργεί αυτές τις εκδηλώσεις και να τηρούμε ουδέτερη στάση.
2. **Τιμιότητα** στα αισθήματά μας απέναντι του ασθενούς. Να μπορούμε να λέμε «δεν ξέρω» και να μην απειλούμε τον ασθενή ή να του υποσχόμεθα κάτι, αν δεν είμαστε σε θέση να επιβάλλουμε την απειλή μας ή να εκπληρώσουμε την υπόσχεσή μας.
3. **Ηρεμία και προγραμματισμός** να γνωρίζουμε τι θέλουμε να μεταδώσουμε στον ασθενή, και τι ελπίζαμε να πετύχουμε στη συγκεκριμένη στιγμή και

πώς να παρουσιάσουμε το γεγονός με τρόπο ήρεμο, σίγουροι για τον εαυτό μας.

4. **Διαβεβαίωση** του ασθενούς με τα λόγια και την όλη συμπεριφορά μας ότι είναι προφυλαγμένος και ασφαλής και ότι θα βοηθήσει και να προστατευθεί από κάθε κίνδυνο όσο βρίσκεται στο Νοσοκομείο.
5. **Συνέπεια** στη συμπεριφορά μας, στάση θετική που να ελαττώνει τη σύγχυσή του, απροκάλυπτη διάθεση και προσπάθεια να αντιμετωπίσουμε ρεαλιστικά το πρόβλημα του ασθενούς.
6. **Ζεστασιά και φροντίδα** που κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται άνετα και αυξάνουν την εμπιστοσύνη του προς το προσωπικό και γενικότερα προς το όλο περιβάλλον του Νοσοκομείου.
7. **Ανοχή** προς την συμπτωματολογία και τις ποικίλες, συχνά συγκρουόμενες, εκδηλώσεις συμπεριφοράς, επικοινωνίας και τρόπων του ασθενούς.
8. **Αντικειμενική παρακολούθηση** της όλης συμπεριφοράς του ασθενούς και εξέταση του τι επίδραση έχει αυτή στο περιβάλλον του.
9. **Σεβασμός** στον κάθε ασθενή ως προσωπικότητα με δικαιώματα και προνόμια, που αξίζει την θεραπεία που του προσφέρεται και την φροντίδα μας.
10. **Προσφορά προτύπου** η σωστή συμπεριφορά μας, η αξιοπρεπής εμφάνισή μας, η αυτοκυριαρχία μας και η καλή μας διάθεση θα αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για τον ασθενή².

4.6 Ψυχιατρικά Επείγοντα Περιστατικά

Επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά είναι οι καταστάσεις εκείνες, όπου ο άρρωστος παρουσιάζει κάποια διαταραχή της σκέψης, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς του επικίνδυνη για τον ίδιο ή και το περιβάλλον του. Όλες σχεδόν αυτές οι διαταραχές αντιπροσωπεύουν την προσπάθεια του ατόμου να

προσαρμόσσει σε κάποιο stress, εσωτερικό ή εξωτερικό και στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για πρόσκαιρο φαινόμενο, που υποχωρεί καθώς κινητοποιούνται οι διάφοροι ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας.

Τα περισσότερα επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά είναι στην πραγματικότητα επείγοντα μόνο κατά την αντίληψη του περιβάλλοντος. Μ' άλλα λόγια το μέτρο του επείγοντος καθορίζεται από το άγχος και τον πανικό, που δημιουργεί στους γύρω η ιδιόμορφη συμπεριφορά του ψυχασθενούς. Έτσι, αναπτύσσεται η ισχυρή παρόρμηση «να κάνουμε κάτι». Αν έχουμε λοιπόν υπόψη μας πως το μεγαλύτερο μέρος του προβλήματος είναι αποκύημα δέους και καταφέρουμε να επιβάλλουμε σε μας και το περιβάλλον μια ήρεμη συμπεριφορά, είναι σίγουρο πως η όλη αμόσφαιρα θα βελτιωθεί σημαντικά προς όφελος πάντα του αρρώστου.

Αντιμετωπίζοντας έναν ασθενή, που φαινομενικά παρουσιάζει κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα, πρέπει να θυμόμαστε ότι οι διαταραχές της συμπεριφοράς μπορεί να οφείλονται σε παθολογικά αίτια. Ο διαβήτης, η επιληψία, οι σοβαρές λοιμώξεις, οι μεταβολικές διαταραχές, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η μέθη και διάφορα φάρμακα είναι ικανά να προκαλέσουν οξείες διαταραχές της συμπεριφοράς. Η αναγνώριση της παθολογικής αιτιολογίας μιας οξείας ψυχωσικής ανωμαλίας θα ελαττώσει σημαντικά το χρόνο που θα απαιτηθεί για την αντιμετώπισή της.

Ξεκινώντας της συζήτηση μ' ένα ψυχωσικό άρρωστο αρχίζετε ταυτόχρονα και την εξέτασή του. Παρατηρείτε τη γενική του εμφάνιση και το ντύσιμό του. Είναι κανονικά ντυμένος, γυμνός ή ατημέλητος; Παρακολουθείτε τον τρόπο της ομιλίας του. Μιλά αργά, σαν μεθυσμένος ή γρήγορα και απότομα; Είναι συγχυτικός; Επικοινωνεί φυσιολογικά. Πώς είναι η μνήμη του; Πώς είναι η διάθεσή του; Είναι καταθλιπτικός, αγχωτικός, ευφορικός, έχει παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις;

Οι πρώτες σας ερωτήσεις πρέπει να είναι άμεσες και σαφείς, για να αποκαταστήσετε μια στοιχειώδη επικοινωνία με τον άρρωστο (π.χ. – Πώς σε λένε; - Πόσων χρονών είσαι; κ.λπ. Σιγά – σιγά οι ερωτήσεις γίνονται πιο ανοιχτές, ώσπου αρχίζει μόνος του την εξιστόρηση των γεγονότων.

Απ' τη στιγμή που θα βεβαιωθείτε ότι κερδίσατε την εμπιστοσύνη του αρρώστου και χωρίς να διακόψετε την επαφή σας μαζί του, επιχειρείτε μια στοιχειώδη φυσική εξέταση, για να ερευνήσετε την πιθανότητα των παθολογικών αιτιών της συμπεριφοράς του.

Η μανία, η επιθετικότητα και η παράνοια είναι κοινά συμπτώματα διάφορων ψυχώσεων και η παρουσία τους μπορεί να μην αφήνει περιθώρια για άλλες Πρώτες Βοήθειες παρά μόνο για τον άμεσο εγκλεισμό του αρρώστου στο ψυχιατρείο. Σε ελαφρότερες περιπτώσεις η ενδομυϊκή χορήγηση μεγάλων δόσεων μειζόνων ψυχοφαρμάκων (50mg Largactil + 50mg Phenergan ταυτόχρονα ενδομυϊκά) θα βοηθήσει ώστε να τεθεί υπό έλεγχο ο άρρωστος¹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Κοινωνική Ψυχιατρική

Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι μια έννοια που πρόσφατα εισήχθη στο χώρο της ψυχιατρικής και προέκυψε από την μεταφορά της παροχής ψυχιατρικής φροντίδας από τον παραδοσιακό της χώρο στην κοινότητα.

Σύμφωνα με το Ψυχιατρικό Γλωσσάριο της ΑΨΕ του 1954, η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητά του.

Εκφράζεται μέσα σ' ένα γενικό αναπτυξιακό πρόγραμμα και καλύπτει τόσο την ψυχική υγεία όσο και την ψυχική νόσο και περιλαμβάνει υπηρεσίες και οργανισμούς διαγνωστικής, θεραπευτικής και προληπτικής φύσεως όπως :

- Νοσοκομεία
- Εξωτερικά ιατρεία
- Μονάδες μερικής νοσηλείας
- Κέντρα κοινοτικής υγιεινής
- Κέντρα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης

Το αναπτυξιακό πρόγραμμα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής περιλαμβάνει τέσσερα σκέλη :

A. Επιδημιολογία

B. Πρόληψη

Γ. Κοινωνική Ψυχιατρική στο νοσοκομειακό περιβάλλον

Δ. Ψυχιατρική στην Κοινότητα ^{2,17}.

Η κοινοτική ψυχιατρική :

* Δεν αναπαράγει το *statu quo*, όπως η παραδοσιακή ψυχιατρική

* Δεν είναι στατική, αλλά αναπτύσσεται διαρκώς ανάλογα με τις διαπιστούμενες ανάγκες της κοινότητας στο συγκεκριμένο χρόνο.

* Πραγματώνει τους στόχους της και τις κατευθύνσεις μέσα από το εφικτό και την πραγματικότητα.

* Δεν εξωραΐζει τις αντιφάσεις

* Έχει άποψη για τον χαρακτήρα της Κοινωνιογένεσης της ψυχικής αρρώστιας

* Η ατομική προσέγγιση γίνεται στο μέτρο που αυτή οδηγεί στην καθολική προσέγγιση με τον έναν ή άλλο τρόπο¹⁷.

Πολλοί ψυχίατροι και άλλοι μελετητές, τονίζουν το σπουδαίο ρόλο που μπορεί να παίξει η εξειδικευμένη στην ψυχιατρική επισκέπτρια – νοσοκόμα σαν θεραπευτής, σε ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία σε συνεργασία με τον ψυχίατρο.

Η εξειδικευμένη αυτή νοσοκόμος χρησιμεύει σαν σύμβουλος σε θέματα ψυχικής υγείας σε άλλες νοσοκόμους της κοινότητας, σε δασκάλους, αρχηγούς ομάδων και εργαζομένους.

Γενικά η ψυχιατρική νοσοκόμος στην κοινότητα, επωμίζεται το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τις υπηρεσίες πρόληψης, την Προνοσοκομειακή και Μετανοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα. Ο θεσμός της ψυχιατρικής της κοινότητος επεκτείνεται συνέχεια, ιδιαίτερα με την προώθηση της Πρωτοβάθμιας Δροντίδας Υγείας και τη δημιουργία κατάλληλα εξοπλισμένων Κέντρων Υγείας².

5.2 Συμβουλευτική

Η συμβουλευτική είναι η προσπάθεια να βοηθηθεί το άτομο για να λύσει ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας στο επίπεδο του συνειδητού, με ταυτόχρονη μείωση της διάρκειας του προβλήματος και με παράλληλη τροποποίηση του περιβάλλοντος (Κοινωνικού, συναισθηματικού).

Η διαφορά της συμβουλευτικής από την ψυχοθεραπεία έγκειται στο ότι αυτός που ζητά συμβουλευτική βοήθεια δεν έχει εξαρτημένη σχέση (θεραπευόμενου – θεραπευτή) με το συμβουλευόντα.

Εκείνος που παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες πρέπει όμως να γνωρίζει τις ενδοψυχικές διαδικασίες του συμβουλευόμενου, ώστε να προσαρμόσει την τεχνική της συμβουλευτικής στην επίλυση του προβλήματος¹⁷.

Στην πραγματικότητα, η συμβουλευτική περιγράφεται είτε με όρους που την ταξινομούν ως μια μορφή ψυχοθεραπείας (stewart, 1985) είτε ως ένα επίπεδο ψυχοθεραπείας, όπως στην ταξινόμηση του Cawley (1977) :

* Το εξωτερικό επίπεδο (υποστήριξη και συμβουλευτική) που αποτελείται από την εκμυστήρευση προβλημάτων σε έναν καλόπιστο ακροατή, εκδήλωση συναισθημάτων μέσα σε σχέση υποστήριξης και τη συζήτηση παρόντων προβλημάτων με ένα μη – επικριτικό σύμβουλο.

* Ενδιάμεσο επίπεδο, που περιέχει περαιτέρω διευκρίνηση προβλημάτων και των αιτιών τους μέσα σε μια βαθύτερη σχέση αντιμετώπιση των αμυνών και ερμηνεία ασυνείδητων κινήτρων και μεταβιβαστικών φαινομένων.

* Βαθύτερο επίπεδο (εξερεύνηση και ανάλυση), που βασίζεται στην ανάμνηση και την ανακατασκευή του παρελθόντος, παλινδρόμηση σε λιγότερο ενήλικη και λιγότερο ορθολογική λειτουργία και επίλυση συγκρούσεων μέσω του βιώματος και της επεξεργασίας.

Αυτή η χρήσιμη ταξινόμηση όμως δεν τονίζει έναν από τους κύριους λόγους διαχωρισμού της συμβουλευτικής από άλλες ψυχοθεραπείες. Ο όρος

συμβουλευτική, περισσότερο από συχνά, δίνει σημασία στη συμβουλή, που φανερά τη ξεχωρίζει από τις θεραπείες που αποσκοπούν στην αυτογνωσία.

Η συμβουλευτική είναι βασικό εργαλείο της αποκατάστασης αντίθετα, με τα βαθύτερα επίπεδα ψυχοθεραπείας που δε θεωρούνται κατάλληλα στη θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων με ψυχωτικές δυσλειτουργίες, πράγμα που αποτελεί κύριο μέλημα των ομάδων αποκατάστασης.

Η συνεδρία συμβουλευτικής μαζί με άλλες αποκαταστατικές παρεμβάσεις στοχεύει:

- Στη μείωση των ιδιοσυγκρασιακών, δυσπροσαρμοστικών αντιδράσεων σε γεγονότα του περιβάλλοντος.
- Στην ευαισθητοποίηση στις ενδείξεις επικείμενης υποτροπής.
- Στην ενίσχυση των ικανοτήτων αντιμετώπισης.

Μπορεί να παίρνει τη μορφή περιορισμένου αριθμού συνεδριών που στοχεύει ειδικά σε συγκεκριμένο θέμα όπως συμβουλές για την κάλυψη της κοινωνικής πρόνοιας ή πληροφόρηση για την φαρμακευτική αγωγή. Γενικά, όμως, παρέχεται μέσα σε πλαίσια εδραιωμένων στηρικτικών μακροχρόνιων σχέσεων και η συνέχιση εδώ είναι σημαντική.

Υπάρχει πλούτος βιβλιογραφίας που δείχνει ότι η στηρικτική συμβουλευτική των συγγενών είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην παρέμβαση αποκατάστασης. Διάφορα μοντέλα χρησιμοποιούνται με επιτυχία. Όλα τα μοντέλα βασίζονται στην άποψη ότι οι συγγενείς είναι σημαντικοί στο χειρισμό των ψυχιατρικών ασθενών. Τέτοιες παρεμβάσεις της οικογένειας έδειξαν να έχουν αποτέλεσμα στην αλλαγή συμπεριφοράς και μεγεθύνουν την αποτελεσματικότητα της συνεργασίας με τους επιστήμονες μειώνοντας έτσι την επιδείνωση. Μελέτες άνω των 30 χρόνων έδειξαν ότι οι συγγενείς χρειάζονται ευκρινή πληροφόρηση και συμβουλή παρά θεραπεία έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αποτελεσματικά. Πρώτον και κυριότερο πρέπει να μάθουν τι έχουν να αντιμετωπίσουν. Απαιτούν επίσης συγκεκριμένες συμβουλές για το πώς θα επικοινωνούν με τον ασθενή, πώς θα αντιμετωπίσουν τη δύσκολη συμπεριφορά χωρίς να γίνουν υπερπροστατευτικοί,

για το ρόλο της φαρμακευτικής αγωγής και στη θέση πραγματικών προσδοκιών που αφορούν στην εργασία και κοινωνικοποίηση. Αναζητούνται επίσης συχνά συμβουλές για παροχή κοινωνικής μέριμνας και βοήθειας σε περίπτωση ανάγκης.

Οπωσδήποτε, οι συνεδρίες πρέπει να είναι κατανοητές και ξεκάθαρες και στην επικοινωνία με τους συγγενείς είναι βασικό να αποφεύγουμε την υπεραπλούστευση καθώς και την επιστημονική διάλεκτο. Και τα δύο μπορεί να επιφέρουν άγχος και εμπόδια. Το αίσθημα ενοχής, ντροπής και λύπης υπάρχει στην οικογένεια. Η επίρριψη ευθυνών στην οικογένεια για την κατάσταση του ασθενούς πρέπει να αποφεύγεται. Ο Hatfield επίσης κατέκρινε την τάση μερικών να θέτουν τίτλο στην οικογένεια σαν λ.χ. «προβληματική οικογένεια», λέγοντας ότι τέτοιοι χαρακτηρισμοί δημιουργούν στιγματισμό και είναι προβληματικοί.¹⁸

5.3 Προληπτική Ψυχιατρική

Η έννοια αυτή περιλαμβάνεται στην κοινοτική ψυχιατρική ή, κατ' άλλους, είναι συνώνυμη με αυτή και σχετίζεται στενά με την ψυχιατρική της Δημόσιας Υγείας. Περιλαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα για τη μείωση της επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών της σοβαρότητας και της διάρκειάς τους.

Σύμφωνα με τον Capan (1964), ο όρος «Προληπτική Ψυχιατρική» αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που μειώνουν : 1) την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτογενής πρόληψη), 2) τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων, και 3) την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από την χρονιότητα της νόσου (τριτογενής πρόληψη), π.χ. η μείωση του χρόνου νοσηλείας, η δυνατότητα συστηματικής

μετανοσοκομειακής παρακολούθησης και επαγγελματικής αποκατάσταση χρονίων ψυχωσικών αρρώστων.

Οι βαθμίδες της πρόληψης είναι :

Πρωτογενής πρόληψη : Από τις τρεις βαθμίδες της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, η Πρωτογενής είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου, από την προγεννητική , τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γήρας. Συνήθως η οργάνωση της πρόληψης αυτού του τύπου είναι κρατική, κοινωνική, πολιτική, και φορά σε άτομα ή οικογένειες υψηλού κινδύνου νόσησης, όπως είναι οι έγκυες με ιστορικό προηγούμενης ψυχικής νόσου ή οι ανήλικες έγκυες ή οι οικογένειες με πολλά προβλήματα ή με γονείς ή άλλα μέλη που είναι ψυχικά άρρωστα ή άτομα με κρίση – π.χ. επικείμενο διαζύγιο, ανεργία, πένθος – ή έφηβοι που εγκατέλειψαν το σπίτι ή το σχολείο λόγω παραπτωματικής συμπεριφοράς. Όμως βασικός στόχος των προληπτικών προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας, που εκπαιδεύεται συστηματικά σε θέματα ψυχικής υγείας με στόχο την προαγωγή της.

Οι ειδικές προσεγγίσεις των θεμάτων της προληπτικής ψυχιατρικής περιλαμβάνουν την ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα με την επισήμανση προβλημάτων στην κύηση και την οργάνωση της μητρικής υγείας, την παροχή σωστής μαιευτικής φροντίδας, τον έλεγχο της διατροφής και του περιβάλλοντος, τον οικογενειακό προγραμματισμό την οργάνωση κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και εναλλακτικών λύσεων στις ανήλικες μητέρες, καθώς και την έγκαιρη επισήμανση συγγενών διαμαρτιών στα νεογνά ή νήπια.

Στα δημοτικά σχολεία τα προγράμματα διαλογής αποκαλύπτουν έγκαιρα δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις ενώ στις οικογένειες με πολλά προβλήματα δημιουργείται ένα νέο κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα. Στους εφήβους, που είναι άτομα υψηλού κινδύνου, δημιουργούνται προγράμματα ελεύθερου χρόνου ή ειδικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων.

Δευτερογενής πρόληψη : Ο τύπος αυτός της πρόληψης στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν, ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα, όπως π.χ. παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ή συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, άτομα σε οξεία έναρξη ψυχικής νόσου ή νοσηλευόμενα για σημαντική πάθηση. Τέλος, επίσης ο γενικός πληθυσμός αποτελεί στόχο για δευτερογενή πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας. Το βάρος της δευτερογενούς πρόληψης πέφτει στις αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής Υγιεινής. Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά, την τακτική τους παρακολούθηση με πρόληψη των υποτροπών τους και την λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία. Με βάση ειδικά προγράμματα, το κοινό ευαισθητοποιείται στην έγκαιρη αντίληψη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και τροποποιεί τη στάση του απέναντι στην ψυχική αρρώστια, έτσι ώστε να καταφεύγει ευκολότερα σε ψυχιατρική υπηρεσία.

Τριτογενής πρόληψη : Την πρόληψη αυτού του τύπου αναλαμβάνει ο τομέας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, που είναι αυτόνομη επιστήμη και περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της αρρώστιας ανικανότητας και αναπηρίας, με παράλληλη την κοινωνική ενσωμάτωση του αναπήρου. Η αποκατάσταση έχει στόχο όχι μόνο την εκπαίδευση του ατόμου, για να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του, αλλά και την παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον του, και την κοινότητα με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής του επανένταξης.

Η τριτογενής πρόληψη έχει έντονες πολιτικές διαστάσεις που συνδέονται με την ιδεολογία του αποϊδρυματισμού και της ανάπτυξης εναλλακτικών λύσεων για τους έγκλειστους των ασύλων¹⁷.

5.4 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια συνεχής δυναμική διαδικασία που αρχίζει με τη διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής.

Τα είδη της αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστους :

Η αποκατάσταση διαιρείται : 1) Ψυχιατρική εργοθεραπεία (μέσα ή έξω από το ψυχιατρείο με βάση την πολυδύναμη εργοθεραπεία), 2) την κοινωνική αποκατάσταση (έξω από το ψυχιατρείο, στην κοινότητα) με την λειτουργία κοινωνικής λέσχης, όπου η εργοθεραπεία ή θεραπεία με χορό και μουσική παίζουν σημαντικό ρόλο, και τις εναλλακτικές λύσεις στη διαμονή (ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια) και 3) την επαγγελματική αποκατάσταση (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία)¹⁷.

5.5 Ομάδες Αυτοβοήθειας

Στα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η λειτουργία των ομάδων αυτοβοήθειας (self help groups) ως ομάδων αμοιβαίας βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. Με την ευρεία έννοια του όρου, τέτοιες ομάδες είναι η βοήθεια που μαθητές προσφέρουν εθελοντικά σε άλλους μαθητές, ηλικιωμένα άτομα (χήρους) που βοηθούν άλλους ηλικιωμένους, ομοφυλόφιλοι που βοηθούν άλλους ομοφυλόφιλους. Κλασσικό παράδειγμα η πρακτική των ομάδων Ανώνυμων Αλκοολικών.

Στην κοινοτική ψυχιατρική οι ομάδες αυτοβοήθειας αμοιβαίας υποστήριξης λειτουργούν στο περιθώριο της παροχής υπηρεσιών από επαγγελματίες. Στοχεύουν : 1) στην προαγωγή της ανάπτυξης του Εγώ των μελών της ομάδας και 2) στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού συστήματος όπου το μέλος αναζητά καταφύγιο (ψυχολογικό ή και υλικό).

Γενικά οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί να θεωρηθούν προϊόν του δυτικού κράτους, ως μια αντίδραση – εναλλακτική λύση στον προσφερόμενο καταναλωτισμό των υπηρεσιών υψηλού κόστους. Η συμμετοχή σε μια τέτοια ομάδα τροποποιεί τη συμπεριφορά του ατόμου προς μια υποπολιτιστική συμπεριφορά. Τέλος, η συμμετοχή στην ομάδα αυτοβοήθειας αποτελεί ένα σημαντικό μέσο επανακοινωνικοποίησης (ομάδες με πρώην ψυχικά αρρώστους) που δρα προληπτικά στην πιθανότητα υποτροπής της νόσου. Οι ομάδες αυτές μπορεί να θεωρηθούν ως κοινωνικές ομάδες έκφρασης και πάλης ενάντια στην αλλοτρίωση και την απομόνωση.

Στη χώρα μας λειτουργούν ομάδες ατόμων που πάσχουν από διαβήτη, νεφροπάθεια ή καρδιακή ανεπάρκεια και λειτουργούν στο πλαίσιο οργανώσεων, όπως και ομάδες γονέων τοξικομανών, γονέων με παιδιά αυτιστικά και άλλες μειονεξίες. Δεν υπάρχει καμία ομάδα ή οργάνωση με μέλη πάσχοντα από ψυχωσικές καταστάσεις, εκτός από το Σύλλογο «Συνέχεια» που περιλαμβάνει μέλη του Κέντρου Επάγγελματικής Προεργασίας του Αιγινήτειου¹⁷.

ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ
1. Επαγγελματίας : Θεραπευτής εξουσιαστικός	Δεν υπάρχει επαγγελματίας
2. Αμοιβή	Δωρεάν
3. Λήψη ιστορικού – ραντεβού	Καμιά
4. Η θεραπεία γίνεται στο ιατρείο	Η θεραπεία σε κάποιο χώρο της κοινότητας
5. Απουσιάζει η οικογένεια	Η οικογένεια ενισχύεται
6. Ο θεραπευτής δεν ταυτίζεται με τον άρρωστο	Τα μέλη ταυτίζονται μεταξύ τους
7. Ο θεραπευτής είναι ουδέτερος, Ακούει	Τα μέλη είναι ενεργά, κρίνουν, υποστηρίζουν, καθοδηγούν
8. Ο θεραπευτής δεν είναι πρότυπο	Τα μέλη αποτελούν πρότυπα κάθε αυτά

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αληθινή πρόκληση είναι η ευκαιρία να νοσηλεύσουμε τους αρρώστους με ψυχιατρικά νοσήματα και μ' αυτό τον τρόπο να κτίσουμε ανθρώπινες γέφυρες και όχι διαχωριστικά τείχη μεταξύ των ανθρώπων του τεχνοκρατικού αιώνα μας.

Και ας μην ξεχνάμε σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής στην εκπαίδευση, στην κλινική φροντίδα και στην έρευνα ότι : Η εκπλήρωση του νοσηλευτικού χρέους προς τον άνθρωπο πάντοτε, αλλά και σήμερα προϋποθέτει : γνώση και σοφία, εναισθητη και πολιτισμένη φροντίδα, τόλμη και ηρωισμό.

Νοσηλευτική σημαίνει φροντίδα, φροντίδα υψηλού επιπέδου, φροντίδα αμερόληπτη στον κάθε άρρωστο ανεξαρτήτου θρησκείας, καταγωγής, χρώματος, τρόπου ζωής ή αρρώστιας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γ.Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες : «Ψυχιατρική»
Α΄ τόμος, 1^η έκδοση, ΒΗΓΑ ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 2002
2. Αθήνα Χρ. Γιαννοπούλου : «Ψυχιατρική Νοσηλευτική
Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1989
3. Πέτρος Χαρτοκόλλης : «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική»
Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991
4. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά : «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας»
Γ΄ έκδοση, Αθήνα 2001
5. Στεφανής και Συνεργάτες : «Θέματα Ψυχιατρικής»
Αθήνα, 1997
6. Σταύρος Ι. Μουλογιάννης : «Ψυχιατρική και Ποιμαντική Ψυχιατρική»
Εκδόσεις Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη 1986
7. Nancy Mc Williams : «Ψυχαναλυτική Διάγνωση»
Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
8. Kaplan and Sadock's : «Ψυχιατρική»
Τόμος Β΄, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000
9. Ιωάννης Παρασκευόπουλος : «Κλινική Ψυχολογία»
Αθήνα 1988
10. Ταξιάρχης Θ. Παπαδόπουλος : «Οι Σχιζοσυναισθηματικές και
Συναισθηματικές ψυχώσεις»
Εκδόσεις Αρσενίδης, Αθήνα 1981
11. Kaplan and Sadock's : «Ψυχιατρική»
Τόμος Α΄, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996
12. Νίκος Μάνος : «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής»
University Studio press, Θεσσαλονίκη 1997
13. Mary I. Mycek, Richard A. Harvey, Pamela C. Champe : «Φαρμακολογία»
2^η έκδοση, Εκδόσεις «Γρ. Παρισσιανός», Αθήνα 1998

14. Mengert – Eisenberg – Copass : «Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής»
Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2000
15. «Εθνικό Συνταγολόγιο», ΕΟΦ ΕΚΔΟΣΕΙΣ, Αθήνα 2003
- 16 . Τάσος Γερμενής : «Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών»
Γ' έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994
17. Μιχάλης Γ. ΜΑΛΙΑΝΟΣ : «Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή» Εκδόσεις Καστανιώτη 2002
18. Alison M. Conning, Mounir Y. Ekdawi : «Ψυχιατρική Αποκατάσταση»
Ένας πρακτικός οδηγός, Εκδόσεις Έλλην 1998

