

Γ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π. ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Εισηγήτρια
Δρ. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία



ΠΑΤΡΑ 2001



Διερεύνηση της στάσης

του Νοσηλευτικού Προσωπικού

σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές

Μερσινιά Δήμητρα Μιχαλοπούλου Μαγδαληνή

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Η εργασία αυτή αφιερώνεται



*Σ' αυτούς που αγαπώ και σκέφτομαι
και ιδιαίτερα στους γονείς μου.*

Δήμητρα

*Στην οικογένειά μου
και ιδιαίτερα στον πατέρα μου Αθανάσιο.*

Μαγδαληνή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε την καθηγήτριά μας Δρ. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία για την συνδρομή της, ως υπεύθυνη καθηγήτρια, στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Ευχαριστούμε τον Δρ. Μαδιανό Μ. για την πολύτιμη βοήθειά του.

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τους γονείς μας για την ηθική και οικονομική συμπαράστασή τους.

Ευχαριστούμε τη γραφίστρια Μερσινιά Αργυρώ για την επιμέλεια του εξωφύλλου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΑΦΙΕΡΩΣΗ	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	9
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	9
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	18
3. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΟΡΙΣΜΟΣ – ΚΡΙΤΗΡΙΑ)	25
3.1. Ψυχική Νόσος – (Ορισμός – Κριτήρια).....	27*
4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	28
4.1. Η φύση των νευρώσεων	33*
4.2. Ψυχωτικές διαταραχές	45
4.3. Συναισθηματικές Διαταραχές	62
5. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	69
5.1. Πρωτοβάθμια Πρόληψη.....	73*
5.2. Δευτεροβάθμια Πρόληψη	76*
5.3. Τριτοβάθμια πρόληψη	78*
6. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.....	87
6.1. Το πρόσφατο νομικό πλαίσιο	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.....	94
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	94
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	94
1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	94
2. ΟΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	95
2.1. Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας	98
2.2. Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου	100
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	102
3.1. Παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας	107
4. ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	113
4.1. Ιστορική αναδρομή	113
4.2. Ορισμός της ομάδας ψυχικής υγιεινής.....	114
4.3. Λειτουργία της ομάδας.....	115
5. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	121

5.1. Θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία.....	122
5.2. Τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας	125
5.3. Εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία	134
5.4. Η κλινική συνέντευξη.....	136
5.5. Φάσεις της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή – αρρώστου	140
6. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	146
6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή υγείας στην κοινότητα	150
6.2. Τομείς του έργου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην κοινότητα ...	156
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	163
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	164
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	166
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	216
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	219
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	221
SUMMARY	222
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	223
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	226

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ψυχική ασθένεια είναι μία πολυδιάστατη και ποικιλόμορφη ασθένεια. Μία ασθένεια στην οποία πρέπει να εξεταστούν και να διερευνηθούν πολλοί και διαφορετικοί παράγοντες.

Όποιος επιχειρήσει να την αντιμετωπίσει ως ασθένεια με μια και μοναδική αιτία, θεωρούμε ότι εξαρχής βρίσκεται σε λάθος δρόμο.

Δεν μπορείς να βοηθήσεις έναν ασθενή με ψυχικές διαταραχές αποτελεσματικά, αν δεν εξετάσεις τον ίδιο σαν άτομο, τον χαρακτήρα και την προσωπικότητά του, αν δεν εξετάσεις την οικογένειά του, τις δομές της, τις δυναμικές που αναπτύσσονται μέσα σε αυτήν, τη μορφολογία της και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της. Επίσης δεν μπορείς να τον βοηθήσεις αν δεν εξετάσεις την κοινωνική του συμπεριφορά και την δυνατότητα προσαρμογής του.

Συνεπώς ο ασθενής με ψυχικές διαταραχές δεν μπορεί και δεν πρέπει κατά την άποψή μας να αντιμετωπίζεται ως ένας ασθενής με ένα και μοναδικό πρόβλημα.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ιδιαίτερω τη συμβολή του Νοσηλευτικού Προσωπικού. Ο / Η Νοσηλευτής /τρια είναι ο άνθρωπος που βρίσκεται σε συνεχή επαφή με τον ασθενή σε όλη την διάρκεια του 24ώρου. Είναι ο άνθρωπος που μπορεί να τον παρακολουθεί, να τον παρατηρεί και να καταγράφει την συμπεριφορά του (ασθενή) σε μια πιο ολοκληρωμένη μορφή. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, ο/η νοσηλευτής/τρια να είναι άρτια καταρτισμένος, να έχει επίγνωση των ρόλων τους οποίους καλείται να «παιξε» και να έχει συνειδητοποιήσει ότι και ο ίδιος έχει μεγάλη ευθύνη όσον αφορά την πορεία του ασθενή.

Ωστόσο τα στοιχεία που προαναφέρθηκαν, τα οποία είναι πολύ σημαντικά, δεν είναι τα μόνα που διαμορφώνουν την στάση του Ν.Π. σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Ένα άλλο, εξίσου σπουδαίο κομμάτι, είναι αυτό που έχει να κάνει με την προσωπικότητα του/της νοσηλευτή/ τριας. Με τις προσωπικές του ιδέες και αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια.

Δεν είναι λίγες οι φορές που η προσωπική μας στάση, επηρεάζει και ίσως τελικά διαμορφώνει και την επαγγελματική μας στάση.

Θεωρούμε, λοιπόν, πως η Ψυχιατρική Νοσηλευτική είναι ένα ιδιαίτερο κομμάτι (της Νοσηλευτικής) που διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό από την κλινική μορφή της νοσηλευτικής.

Συνεπώς ένας / μία νοσηλευτής /τρια που δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει αυτή την διαφορά ή που δεν μπορεί να λειτουργήσει σε αυτόν τον χώρο καλό είναι να μην απασχολείται εκεί, γιατί, είναι ένας χώρος και ένας τρόπος δουλειάς με τον οποίο δύσκολα συμβιβάζεται κανείς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν επιλέξαμε το θέμα της μελέτης μας «Διερεύνηση της στάσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές», η σκέψη που κυριαρχούσε στο μυαλό μας ήταν να μη γίνει μια απλή καταγραφή στοιχείων σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς, αλλά μια όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική προσέγγιση του θέματος.

Σκοπός μας λοιπόν, είναι η διερεύνηση των παραγόντων εκείνων, οι οποίοι επηρεάζουν και τελικά καθορίζουν τη στάση του Ν.Π. σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Οι παράγοντες αυτοί έχουν να κάνουν με τις γνώσεις, τη συμπεριφορά, την επαγγελματική συνείδηση του Ν.Π., όταν αυτό καλείται να αντιμετωπίσει τέτοιες περιπτώσεις ασθενών, γεγονός που μερικές φορές μπορεί να αποτελέσει και πρόκληση.

Βέβαια δεν θα μπορούσαμε να μην αναφερθούμε στα γενικά στοιχεία των ψυχικών διαταραχών, τα οποία πραγματευόμαστε στο 1^ο κεφ. του Γενικού Μέρους.

Στη συνέχεια στο 2^ο κεφ. του Γενικού Μέρους ασχολούμαστε αποκλειστικά με το Νοσηλευτικό Προσωπικό και την Ψυχική Υγεία, που αποτελεί τον κεντρικό άξονα της εργασίας μας.

Τέλος ακολουθεί το ερευνητικό μέρος, μια απεικόνιση της στάσης που διαμορφώνει το Ν/Π του Π.Π.Γ.Ν.Π και Π.Γ.Ν.Π «Άγιος Ανδρέας» απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, όπως αυτή καθορίζεται από τους πέντε παράγοντες της κλίμακας Ο.Μ.Ι των Cohen J. και Struening E. η οποία προσαρμόστηκε από τον Μαδιανό Μ και συν.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Προσεκτική εξέταση του παρελθόντος φωτίζει το παρόν και προτείνει ένα σχέδιο για το μέλλον.

Αυτό που ονομάζουμε «τώρα» πήρε μια μορφή με τις εμπειρίες του «τότε», το οποίο επεκτείνεται σε μια συνεχή διαδοχικότητα γεγονότων.

Η ιστορία της Ψυχιατρικής αντανakλά όπως και όλες οι ιστορίες, συνεχή αλλαγή και διαδοχική εξέλιξη. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν έχουν υπάρξει κρίσεις ή ότι η εξέλιξη ήταν απαραίτητα ομαλή ή ομοιόμορφη. Είναι δύσκολο να πει κανείς από πότε υπάρχει Ψυχιατρική.

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί χρονικά πότε εμφανίστηκε ο πρώτος «Ψυχιατρικός ασθενής». Είναι πολύ πιθανόν από τον πρώτο κιόλας καιρό που οι άνθρωποι άρχισαν να σχηματίζουν μικρές κοινωνίες, να υπήρξαν ορισμένοι που με την «διαφορετική» συμπεριφορά τους τράβηξαν την προσοχή των άλλων, των περισσότερων, που ίσως αντέδρασαν με δέος μπροστά στο ακατανόητο. Αυτό το ακατανόητο (με την έννοια του μη ακόμη κατανοητού) κρατάει μέχρι σήμερα πολύ από το μυστήριο του και ίσως αυτό να εξηγεί την συνέχεια της Ψυχιατρικής, σε όλες τις περιόδους:

- Αρχαίοι χρόνοι (από των αρχών του πολιτισμού μέχρι και τον 2^ο αιώνα μ.Χ)
- Μεσαίωνας και Αναγέννηση
- 19^{ος} αιώνας
- 20^{ος} αιώνας

Αρχαίοι Χρόνοι

(Από των αρχών του πολιτισμού μέχρι και τον 2^ο αιώνα μ.Χ.). Οι χρόνοι μέχρι τον Ιπποκράτη είναι περίοδος άγνοιας και δεισιδαιμονίας. Η

ψυχοπάθεια θεωρείται ως κατοχή του ανθρώπου από κάποια θεότητα, η οποία είτε τον ευεργετεί είτε τον τιμωρεί. Ορισμένοι ψυχοπαθείς θεωρούνται φίλοι των θεών και τους αποδίδονται μαντικές ικανότητες. Η θεραπεία των ψυχοπαθών ανατίθεται στους ιερείς οι οποίοι χρησιμοποιούν για τον σκοπό αυτό την μαγεία σε συνδυασμό με θεάματα, μουσική, περιπάτους, λουτρά, γυμναστική κλπ.

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες: την Ινδική, την Αιγυπτιακή, την Εβραϊκή, την Περσική και κυρίως την Ελληνική.

Στις Ινδίες διαχωρίζονται οι ψυχοπαθείς από τους διανοητικά καθυστερημένους και τους παραλυτικούς. Αναφέρονται η μελαγχολία, η μανία, η επιληψία, η υστερία καθώς και θεραπευτικές μέθοδοι. Στην Ινδία ως μέσο ψυχοθεραπείας χρησιμοποιούσαν τραγούδια, ενώ στην Κίνα τον βελονισμό.

Οι Εβραίοι θεωρούν ότι η ψυχοπάθεια και η επιληψία είναι παθήσεις και όχι υπερφυσικά φαινόμενα και ότι πρέπει να θεραπεύονται από γιατρούς και όχι ιερείς. Στην Αρχαία Ελληνική Μυθολογία αλλά και στο δράμα μπορούμε να διακρίνουμε ψυχοπαθολογικές διαταραχές.

Ο Μέλαμπους ο Αργεῖος (1526 π.Χ) αναφέρεται ως ο πρώτος γιατρός, ο οποίος ασχολήθηκε με τα προβλήματα της ψυχικής σφαίρας του ανθρώπου.

Μία από τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους στην θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων.

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 παθήσεων.

Η ψυχική ασθένεια κατ' αυτόν είναι διαταραχή τεσσάρων παραγόντων:

- της θερμότητας
- του ψύχους
- της υγρασίας και
- της ξηρασίας.

Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε τρεις κατηγορίες:

- τη μανία
- τη μελαγχολία και
- τη φρενίτιδα.

Οι περιγραφές του Ιπποκράτη έφεραν στο φως αρκετά από τα κλασσικά συμπτώματα της επιληψίας, της μανίας, της μελαγχολίας και της παράνοιας.

Για την θεραπεία των ψυχοπαθειών χρησιμοποίησε τις αφαιμάξεις, τα καθαρτικά, τα εμετικά, τα λουτρά, τη φυτική διαίτα, τις ασκήσεις, τη μουσική, τα ταξίδια κλπ. Και συνιστούσε το γάμο ως το καλύτερο φάρμακο για την υστερία.

Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές του υπήρξαν οι πρώτοι γιατροί που ασχολήθηκαν επιστημονικά με τις ψυχοπάθειες, δίνοντας έμφαση στις φυσικές αιτίες, την κλινική παρατήρηση και την παθολογία του εγκεφάλου.

Στη συνέχεια πολλοί γιατροί ακολουθώντας το παράδειγμά τους ασχολήθηκαν σοβαρά με την ψυχιατρική.

Ο Αριστοτέλης τόνιζε την σημασία της μουσικής, του οίνου και της κάθαρσης για την θεραπεία των ψυχασθενειών και ιδίως της μελαγχολίας. Οι ελληνορωμαϊκοί χρόνοι συνδέονται με τα ονόματα του Ασκληπιάδη, ο οποίος αναγνώρισε την σημασία των συγκινήσεων στην δημιουργία ψυχικών διαταραχών και πρότεινε για την αντιμετώπιση του μεθόδους ψυχολογικές, του Κέλσου, του Αρεταίου, του Σωρανού, του Σέλου Αυρηλιανού.

Ο τελευταίος εκπρόσωπος αυτής της εποχής υπήρξε ο Γαληνός. Όπως και ο Πλάτωνας, ο Γαληνός δεχόταν ότι ο εγκέφαλος και όχι η καρδιά είναι η έδρα της ψυχής. Συσχέτιζε την μανία με την κατάθλιψη. Με την εργασία του η ιατρική σκέψη φτάνει σε μεγάλο βαθμό. Αυτός ανακάλυψε ότι η ύπαρξη ενός συμπτώματος δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το όργανο ή το μέρος του σώματος στο οποίο εκδηλώθηκε το σύμπτωμα είναι το προσβεβλημένο. Τα πειράματά του και οι μελέτες του πάνω στις

διανοητικές διαταραχές τον οδήγησαν στην δημιουργία της θεωρίας περί των δύο μερών της ψυχής, ενός εξωτερικού και ενός εσωτερικού.

Το εξωτερικό συνιστούσαν οι πέντε αισθήσεις, ενώ οι λειτουργίες του εσωτερικού ήταν η φαντασία, η κρίση, η αντίληψη και η κίνηση.

Η πιο σημαντική προσφορά των Ρωμαίων στον τομέα της Ψυχιατρικής ήταν η δημιουργία νόμων για την ψυχική ασθένεια με θέσπιση ελαφρυντικών για τους ψυχασθενείς.

Μεσαίωνας και Αναγέννηση

Μετά τον θάνατο του Γαληνού, η πρωτόγονος περί της ψυχοπάθειας αντίληψη επέστρεψε. Η μαγεία και η δαιμονολογία κυριάρχησαν στην ιατρική σκέψη του Μεσαίωνα και συνέχισαν να ασκούν επίδραση μέχρι και τον 19^ο αιώνα. Μέχρι το 14^ο αιώνα πίστευαν ότι οι ψυχικά πάσχοντες ήταν μάγοι. Η εντύπωση ότι το μυαλό του ανθρώπου επηρεάζεται από την σελήνη, ήταν εμφανής και ως εκ τούτου ο όρος σεληνιασμός χρησιμοποιούνταν για να περιγράψει ένα πρόσωπο με ψυχική ασθένεια.

Προς το τέλος του Μεσαίωνα αρχίζει μια διαδικασία βελτίωσης στην αντιμετώπιση των ψυχοπαθών. Επανέρχονται οι ιδέες του Ιπποκράτη, του Αριστοτέλη και του Γαληνού. Τον Μεσαίωνα η πόλη Cheel του Βελγίου λειτουργεί ως πρότυπο κέντρο θεραπείας ψυχικών ασθενειών.

Η πρώτη περίοδος της Αναγέννησης χαρακτηρίζεται σαν η κωδικοποίηση της δαιμονολογίας. Από τους πρωτοπόρους του κινήματος κατά της δαιμονολογίας αναφέρεται ο Ισπανός Jean Luis Vives και ο σύγχρονός του Παράκελσος. Και οι δυο τονίζουν την αναγκαιότητα ανθρώπινης μεταχείρισης των ψυχασθενών.

Με την ανατολή του 16^{ου} αιώνα όμως, υπό την επίδραση μιας ομάδας φιλοσόφων με πρώτο τον Βάκωνα, κάνει πάλι την εμφάνισή της η επιστημονική έρευνα στο χώρο της ιατρικής. Ο Johan Weyer θεωρείται ο πρώτος ψυχίατρος, που περιγράφει συστηματικά τις ψυχικές ασθένειες.

Στις αρχές του 17^{ου} αιώνα ο Άγγλος γιατρός Edward Jordan υποστήριξε ότι η υστερία είναι μια ψυχοσωματική και όχι αποκλειστικά σωματική διαταραχή. Την εποχή αυτή οι συνθήκες διαβίωσης των ψυχοπαθών είναι αξιοθρήνητες. Μόνο μετά από απόφαση της Γαλλικής Βουλής του 1660

άρχισαν να εισάγονται οι ψυχοπαθείς της Γαλλίας στο Hotel Dieu, όπου διατέθηκαν γι αυτούς δύο μικρές σάλες, αλλά εάν μέσα σε ορισμένο χρόνο δεν θεραπεύονταν, θεωρούνταν ανίατοι και μεταφέρονταν σε ειδικά οικήματα όπου σχεδόν νηστικοί, δεμένοι, ρακένδυτοι ζούσαν ζωή άθλια, έκθετοι στην θέα και τους εμπαιγμούς του κοινού.

19^{ος} αιώνας

Παράλληλα με την επανεμφάνιση της επιστημονικής έρευνας και την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, βελτιώνεται η στάση της κοινής γνώμης απέναντι σε ψυχοπαθείς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ίδρυση ψυχιατρικών νοσοκομείων και την χρήση πιο ανθρωπιστικών μεθόδων θεραπείας. Η πρόοδος αυτή συντελέστηκε κυρίως χάρη στους αγώνες του Γάλλου γιατρού Pinel (1745-1826), ο οποίος κατάργησε τις αλυσίδες και τα υπόλοιπα βάνουσα μέσα και αντικατέστησε τις σκοτεινές φυλακές, όπου μέχρι τότε τοποθετούνταν οι ψυχοπαθείς, με ευήλια δωμάτια. Διαχώρισε τους ψυχοπαθείς ανάλογα με την βαρύτητα της πάθησης.

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 Society of Friends ιδρύουν το 1796 την York Retreat για ανθρώπινη μεταχείριση των ψυχοπαθών.

Το 1844 ιδρύεται η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση. Το 1862, στις 22 Μαρτίου ψηφίζεται στην Ελλάδα ειδικός νόμος «Περί συστάσεως φρενοκομείων» (ΦΜΒ). Είναι το πρώτο νομοθετικό κείμενο περί λειτουργίας ψυχιατρικών ιδρυμάτων (καταργήθηκε το 1973). Το πρώτο Ψυχιατρείο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα το 1833 από τους Άγγλους και το 1864 περιήλθε στο Ελληνικό Δημόσιο.

20ος αιώνας

I. Ψυχανάλυση – Φροϋδική εποχή: 1909-1945

Την εποχή αυτή η φροντίδα των ψυχοπαθών δέχεται την επίδραση της διδασκαλίας του S. Freud, του «πατέρα της ψυχιατρικής», που με τις νέες απόψεις και τη νέα θεραπεία που εφαρμόζει ανανεώνει τις ελπίδες για τους ασθενείς αυτούς.

Ο Alfred Adler (1870-1937) ο μαθητής του S. Freud, εκφράζει υπαρξιστικές απόψεις στην ψυχιατρική.

Στην Αμερική έχουμε 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 αν και από πολλούς αμφισβητήθηκε.

Κριτική της Ψυχανάλυσης

Η ψυχανάλυση στηρίζεται κυρίως στο ασυνείδητο, χωρίς οπωσδήποτε να παραβλέπει και την συνειδητή πλευρά του ανθρώπου. Ως μέσα διάγνωσης και θεραπείας χρησιμοποιεί: τον ελεύθερο συνειρμό, την ερμηνεία των ονείρων και τις παραδρομές της γλώσσας. Αν και για την εποχή της ήταν θεωρία πρωτοποριακή σήμερα τείνει να αντικατασταθεί από άλλες θεωρίες. Χαρακτηριστικό είναι ότι βρήκε απήχηση στο πλατύ κοινό όχι όμως και στον επιστημονικό χώρο, αφού η ίδια η θεωρία και η εφαρμογή της κρύβουν πολλά προβλήματα.

Συγκεκριμένα:

Ο S. Freud δεν συνέλεγε τα δεδομένα του με αυστηρά αντικειμενικό και επιστημονικό τρόπο. Ακόμα και την ώρα της ακρόασης του ατόμου δεν κρατούσε σημειώσεις παρά έγραφε αργότερα ότι θυμόταν. Τα στοιχεία από τον ασθενή δεν τα διασταύρωνε με πληροφορίες από τους συγγενείς, τους φίλους ή από τα αρχεία του Νοσοκομείου. Δεν απέδειξε ποτέ τη θεωρία του πειραματικά, ούτε εκτίμησε ουσιαστικά την αξιοπιστία της.

Όταν ο Αμερικανός ψυχολόγος προσφέρθηκε να του παράσχει πιθανή πειραματική απόδειξη, ο S. Freud απάντησε: «Δεν χρειάζομαι πειραματική απόδειξη στον καναπέ».

Ο S. Freud μελετώντας νευρωσικές προσωπικότητες, έβγαλε συμπεράσματα για την ψυχοσωματική εξέλιξη του υγιούς ατόμου.

Η ψυχανάλυση δεν διδάσκεται στο Πανεπιστήμιο, ούτε ασκείται από ψυχολόγους ή γιατρούς αλλά από θεραπευτές που διδάσκονται την τεχνική ιδιωτικά, από κάποιον άλλο ψυχαναλυτή. Στο χώρο λοιπόν της πρακτικής της ψυχανάλυσης επικρατεί ασάφεια.

Αντίθετα από την ψυχοθεραπεία, που αντιμετωπίζει το πραγματικό πρόβλημα του ατόμου όπως το βιώνει καθημερινά, η ψυχανάλυση γυρνά το άτομο σε προηγούμενα στάδια εξέλιξης από τα οποία συχνά δεν μπορεί να το επαναφέρει. Έτσι το άτομο ανοίγεται μπροστά στα πολλαπλά προβλήματα του εαυτού του, τα οποία δεν έχει τις δυνάμεις να τα επιλύσει για αυτό και τραυματίζεται ψυχολογικά.

Ως μέθοδος η ψυχανάλυση είναι ακριβή, διαρκεί πολύ, η αξία της είναι αμφίβολη σε σοβαρές νευρωτικές καταστάσεις, ενώ δεν αγγίζει προβλήματα όπως: κοινωνικές δυσκολίες, δυστυχημένοι γάμοι, αποδιοργανωμένες οικογένειες, επαγγελματική αστάθεια, οικονομικές δυσκολίες, αδιέξοδα κ.ά.

II. Ιατρική θεραπευτική αγωγή: 1945 – 1960

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

α) Βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό νέων κατά την διάρκεια του πολέμου ήταν συναισθηματικά ακατάλληλο για να προσέλθει στις τάξεις του στρατού

β) Στρατιώτες με ψυχικά προβλήματα επιστρέφοντας από τον πόλεμο είχαν ανάγκη καινούργιας θεραπευτικής αγωγής και αποκατάστασης

γ) Ασκείται κριτική στην συνεχιζόμενη πρωτόγονη και μερικές φορές απάνθρωπη θεραπεία των ψυχοπαθών.

Το 1946 ψηφίζεται στην Αμερική ο πρώτος νόμος περί ψυχικής υγείας. Σε αυτήν την χρονική περίοδο αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική ως κλινική ειδικότητα. Η έρευνα επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα των ασθενών και τις θεραπευτικές μεθόδους. Η παραγωγή και η αποτελεσματική χρήση των φενοθειαζινών και των ηρεμιστικών δίνουν την ελπίδα ότι τα σοβαρότερα συμπτώματα των ψυχώσεων θα μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο. Όπως εύστοχα είχε αναφέρει ασθενής με ψυχικές διαταραχές «τα φάρμακα σε κρατούν στην επιφάνεια του νερού, δεν σε μαθαίνουν να κολυμπάς».

Πράγματι, η χρήση των φαρμάκων αυτών βοήθησε στην βελτίωση της συμπεριφοράς του ασθενούς και καθώς ο ασθενής έγινε λιγότερο επικίνδυνος για τους γύρω του, επιτράπηκε η ελεύθερη διακίνηση

ασθενών και επισκεπτών στο νοσοκομείο και έγινε αποδεκτή η ιδέα της θεραπευτικής ομάδας στο νοσοκομείο.

III. Κοινωνική Ψυχική Υγεία: 1960- μέχρι σήμερα

Στον τομέα της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς, η ασυλιακή θεραπεία παραμένει η κύρια αντιμετώπιση μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα, με εξαίρεση τη δημιουργία της πρώτης ψυχιατρικής μονάδας Γενικού Νοσοκομείου το 1902 στο Albany Hospital της Νέας Υόρκης.

Το πρώτο πιθανό ψυχιατρείο στην Ευρώπη ιδρύθηκε το 1247 και ήταν το νοσοκομείο «Βηθλεέμ» με άθλιες συνθήκες διαβίωσης και απάνθρωπη αντιμετώπιση των ασθενών.

Ο νόμος για την ψυχική υγεία το 1930 στην Αγγλία προβλέπει την δημιουργία Εξωτερικών Ψυχιατρικών Ιατρείων και συντελεί στην βελτίωση των ψυχιατρικών ασύλων.

Η δημιουργία των πρώτων νοσοκομείων ημέρας στην Μόσχα το 1933, στη Βρετανία το 1946, στις ΗΠΑ το 1946 και στο Μόντρεαλ το 1947 συντελούν στην άμβλυση του στίγματος της ψυχικής υγείας.

Στην Ιταλία με το νόμο 180 του 1978, ο οποίος καθορίζει τα νέα πλαίσια κινήσεων της ψυχιατρικής περίθαλψης, έχουμε περιορισμό των ψυχιατρείων ή συνέχιση των υπαρχόντων με την μορφή τμημάτων Γενικού Νοσοκομείου, οριοθέτηση της αναγκαστικής νοσηλείας και την αναγνώριση της κοινότητας ως κύριου χώρου παροχής υπηρεσιών σε ψυχικά ασθενείς.

Η ιδέα της Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας σημείωσε μια σημαντική αλλαγή. Η φροντίδα του ψυχικά ασθενούς μεταφέρθηκε από τα ιδρύματα – ψυχιατρεία στις υπηρεσίες της Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας. Στην Αμερική το 1963 ψηφίζεται ο νόμος που προβλέπει την δημιουργία και λειτουργία των Κοινωνικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Στα κέντρα αυτά παρέχονται πέντε ειδών υπηρεσίες:

- α) Επείγοντα περιστατικά
- β) Εισαγωγή στο κέντρο για την παροχή φροντίδας
- γ) Εισαγωγή στο νοσοκομείο για λίγο διάστημα όταν χρειάζεται

δ) Υπηρεσίες μετά την φροντίδα στο κέντρο

ε) Συμβουλευτικός ρόλος

Έμφαση δίνεται στη συνεχή φροντίδα, τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και στη χρήση της θεραπευτικής ομάδας.

Στη χώρα μας όπως ήδη αναφέρθηκε, το 1862 δημοσιεύτηκε ο νόμος ΦΜΒ «Περί συστάσεως φρενοκομείων» και το 1864 περιέχεται στο Ελληνικό Δημόσιο το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, το οποίο εκσυγχρονίστηκε λειτουργικά και κτιριακά κατά τα έτη 1880-1910.

Το 1882 με το Β.Δ της 16.4.1882 συστήθηκε το «Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο» που άρχισε να λειτουργεί το 1887. Το 1886 λειτούργησε το «Σκυλίτσειο» νοσοκομείο Χίου με ξεχωριστό Τμήμα Ψυχασθενών. Από το 1910 έχουμε τη λειτουργία του Δημοσίου Ψυχιατρείου της Αθήνας (Δαφνί), το 1920 της Θεσσαλονίκης και της Σούδας. Το Δημόσιο Ψυχιατρείο στο Δαφνί το 1934 ξεπερνάει τους 1000 ασθενείς. Η Πανεπιστημιακή Κλινική της Αθήνας, το «Αιγινήτειο», ιδρύθηκε το 1905, της Θεσσαλονίκης το 1930, της Θράκης (Αλεξανδρούπολης) το 1981, των Ιωαννίνων το 1983 και της Πάτρας το 1986.

Ο υπερκορεσμός των ψυχιατρείων από πάσης φύσεως ψυχικά ασθενείς οδήγησε στην δημιουργία της πρώτης αποικίας ανιατών ψυχασθενών στην Λέρο το 1958 και μιας δεύτερης το 1965 στις εγκαταστάσεις του λοιμοκαθαρητηρίου ο «Άγιος Γεώργιος» στη Σαλαμίνα. Τα υπόλοιπα ψυχιατρικά ιδρύματα που συγκροτούν το Δημόσιο Τομέα μετά το 1950 είναι τα :

α) Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Πεντέλης (Νταού 1958)

β) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης (1967)

γ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (1972)

Στην Ελλάδα στη δεκαετία του «1980» η Ψυχιατρική σαν ειδικότητα ξεχώρισε από την Νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη Ειδικότητα.

Η Πολιτεία αρχίζει και ασχολείται με την Ψυχική Υγεία και η Νομοθεσία δημιουργεί τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των Ψυχιατρείων, τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα

Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής κλπ. (Γιαννοπούλου Χρ. Αθήνα, 1996)

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κλάδος της γενικής επιδημιολογίας θεωρείται η Ψυχιατρική Επιδημιολογία, η οποία αναπτύχθηκε σε μεγάλο βαθμό στη Δ. Ευρώπη και τις ΗΠΑ, κυρίως μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, μέσα από τις ανάγκες για την εκτίμηση των ψυχιατρικών αναγκών σε επίπεδο περιοχών (νομοί, δήμοι, επαρχίες κλπ.) ή και σε εθνικό επίπεδο, ώστε να αναπτυχθούν οι υπηρεσίες που να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές.

Σύμφωνα με τους Lin και Standley (1962), η Ψυχιατρική Επιδημιολογία έχει τους ακόλουθους στόχους: (α) Να διερευνήσει την επικράτηση των διαφόρων τύπων ψυχικά αρρώστων και ψυχικά υγιών στο γενικό πληθυσμό, (β) να αποκαλύψει τις σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και της εμφάνισης της ψυχικής νόσου, (γ) να δοκιμάσει αιτιολογικές υποθέσεις που προέρχονται είτε από εργαστηριακές είτε από κλινικές μελέτες, (δ) να εκτιμήσει τα ποσοστά θεραπευτικής βελτίωσης σε σχέση με την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων.

Η Ψυχιατρική Επιδημιολογία είναι ταυτόσημη με την Κοινωνική Ψυχιατρική, όπως έχει καθιερωθεί, αφού η Κοινωνική Ψυχιατρική ενδιαφέρεται για την επικράτηση (prevalence) και την επίπτωση (incidence) των ψυχικών παθήσεων και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικοπολιτιστικούς εκείνους παράγοντες, του έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και τη δυναμική των ψυχικών διαταραχών.

Η ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα είναι πρώτα απ' όλα το εργαλείο για την οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως η ψυχανάλυση είναι το εργαλείο για τη διερεύνηση του ασυνείδητου. Η γνώση της κατανομής και των αιτιών μιας ψυχικής νόσου στοχεύει στην ανάπτυξη της μεθοδολογίας για τον έλεγχο ή την πρόληψή της μέσα από το σωστό προγραμματισμό των υπηρεσιών. Η βασική διαφορά της Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας από την επιδημιολογία των σωματικών νόσων (λοιμώδη κ.ά. νοσήματα) οφείλεται σ' αυτή την ίδια τη φύση της ψυχικής νόσου, όπου απουσιάζει ο τυποποιημένος εργαστηριακός έλεγχος για την επιβεβαίωση της κλινικής

διάγνωσης.

Η Ψυχιατρική Επιδημιολογία, που βασίζεται στη χρήση αρχείων ψυχιατρικών υπηρεσιών ή εφαρμόζει συγχρονικές ή προοπτικές ή διαχρονικές έρευνες, ακολουθεί τις γενικές αρχές και την ερευνητική μεθοδολογία της Γενικής Επιδημιολογίας με χρήση της αντίστοιχης διαγνωστικής πρακτικής που χρησιμοποιεί η Κλινική Ψυχιατρική, δηλαδή την καταγραφή ψυχικών συμπτωμάτων. Για την ανίχνευση γενικών εκδηλώσεων ψυχοπαθολογίας σε κοινοτικό επίπεδο, έχει αναπτυχθεί ειδική μεθοδολογία με προσωπικές συνεντεύξεις, με ερωτηματολόγια, κλίμακες ανίχνευσης άγχους, κατάθλιψης κλπ, μετά από έλεγχο της εγκυρότητας και αξιοπιστίας τους. Για την αναγνώριση ψυχιατρικών περιπτώσεων στην κοινότητα (case identification) χρησιμοποιούνται τυποποιημένα κλινικά διαγνωστικά ερωτηματολόγια με τη μεθοδολογία των συνεντεύξεων των δύο φάσεων. Οι έρευνες αυτού του τύπου είναι συγχρονικές (cross-sectional), και συνήθως καταγράφουν την επικράτηση (prevalence) των ψυχικών διαταραχών για ένα μικρό χρονικό διάστημα (point prevalence) ή για μεγαλύτερο (year-life prevalence).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει συσσωρευτεί ένας σημαντικός όγκος γνώσεων γύρω από την ψυχιατρική νοσηρότητα σε διεθνές επίπεδο. Θα πρέπει να αναφέρουμε τις έρευνες των Faris και Dunham στο Σικάγο, των Lemkau Tietze και Cooper στη Βαλτιμόρη και την έρευνα του Odegaard² στη Minnesota. Όλες αυτές οι έρευνες έγιναν μεταξύ 1930 και 1943 και παρουσίασαν διαφορετικά ποσοστά νοσηρότητας, αλλά μια σταθερά μεγαλύτερη επικράτηση στις αστικές περιοχές.

Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, οι κλασικές έρευνες των Eaton και Weil στην κλειστή κοινότητα των Hutterites, των Redlich και Hollingshead στο New Haven, των Leightons στη Nova Scotia του Καναδά και των Srole, Langner, Rennie et al στο Midtown του Manhattan στις ΗΠΑ, έδειξαν ότι πρόβλημα ψυχικής υγείας υπήρχε σε ένα μεγάλο ποσοστό (24%) των πληθυσμών που μελετήθηκαν. Το εύρημα αυτό επηρέασε και τις Ομοσπονδιακές Κυβερνήσεις των ΗΠΑ να δεχθούν ότι η προστασία της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι αναγκαία κοινωνική πολιτική.

Μέσα στις δεκαετίες του '60 και '70 έγιναν πολυάριθμες επιδημιολογικές έρευνες στην Ευρώπη, στη Βόρεια Αμερική και σε ορισμένες χώρες της

Αφρικής και της Ασίας. Σύμφωνα με μια πρόσφατη εκτεταμένη ανασκόπηση από τους Dohrenwend et al (1980) 8 κύριες έρευνες έγιναν στις ΗΠΑ και 17 στην Ευρώπη, που διερεύνησαν την αληθινή επικράτηση (true prevalence) των ψυχικών διαταραχών, είτε με τη μορφή των ψυχοφυσιολογικών εκδηλώσεων – συμπτωμάτων, είτε με τη διαγνωστική τους κατηγοριοποίηση στο γενικό πληθυσμό του δείγματός τους. Σύμφωνα με τους συγγραφείς αυτούς, τα ποσοστά επικράτησης των διαφόρων ψυχοπαθολογικών οντοτήτων κυμαίνονται από 0,6-25,3% (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Ποσοστά επικράτησης ψυχικών νόσων για ένα χρονικό διάστημα μερικών εβδομάδων ή και έως 12 μηνών, που έχουν αναφερθεί σε διάφορες επιδημιολογικές έρευνες μέχρι το 1978.

Σχιζοφρένεια	0,6-3%
Συναισθηματική ψύχωση	0.3%
Νεύρωση	8,0-15,0%
Διαταραχές προσωπικότητας	7,0%
Συνολικές ψυχικές διαταραχές	15,9 – 25,3 %

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, στις ΗΠΑ (Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής), έγινε η μεγαλύτερη ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα μέχρι σήμερα στο γενικό πληθυσμό (Regier D et al 1993). Συγκεκριμένα, σε πέντε περιοχές των ΗΠΑ έγινε μια μελέτη σε δείγματα γενικού πληθυσμού με τη χρήση δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης (πίνακας 2). Στον πίνακα φαίνεται ότι ποσοστό μεγαλύτερο από 30% των ατόμων του δείγματος υπέφεραν από κάποια συγκεκριμένη ψυχική νόσο για όλο το διάστημα της ζωής τους. Οι συνηθέστερες ψυχικές παθήσεις ήταν ο αλκοολισμός, οι φοβικές και οι συναισθηματικές διαταραχές. Ως προς τις κατηγορίες των ατόμων που ήταν πιο ευάλωτα στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλή μόρφωση, οι άγαμοι και χωρισμένοι και κυρίως οι νεότεροι σε ηλικία, ήταν περισσότερο ευεπίφοροι σε εκδηλώσεις κάποιας ψυχικής νόσου.

Πίνακας 2. Επικράτηση 1(%) των ψυχικών διαταραχών, με τη χρήση του Diagnostic Interview Schedule, σε δείγματα γενικού πληθυσμού σε πέντε περιοχές των ΗΠΑ (1983).

Διάγνωση	Επικράτηση (%) ενός μήνα	Επικράτηση (%) 12 μηνών	Επικράτηση (%) για όλη τη ζωή	Πληθυσμός
Όλες οι ψυχικές διαταραχές με τη χρήση του DIS	15,7 ± 0,4	28,1 ± 0,5	32,2 ± 0,5	44.679.000
Σχιζοφρενικές/ σχιζοφρενικόμορφες διαταραχές	0,7 ± 0,1	1,1 ± 0,1	1,5 ± 0,1	1.749.000
Συναισθηματικές διαταραχές	5,2 ± 0,2	9,5 ± 0,3	8,3 ± 0,3	11.143.000
Διπολικές	0,6 ± 0,1	1,2 ± 0,1	0,8 ± 0,1	1.908.000
Μονοπολική μείζων κατάθλιψη	1,8 ± 0,1	5,6 ± 0,2	5,8 ± 0,37	950.000
Δυσθυμία	3,3 ± 0,2	5,4 ± 0,2	5,4 ± 0,28	586.000
Αγχώδεις διαταραχές	7,3 ± 0,3	12,6 ± 0,3	14,6 ± 0,4	20.034.000
Φοβία	6,3 ± 0,2	10,9 ± 0,3	12,5 ± 0,3	17.331.000
Διαταραχή πανικού	0,5 ± 0,1	1,3 ± 0,1	1,6 ± 0,1	2.067.000
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,3 ± 0,1	2,1 ± 0,1	2,5 ± 0,2	3.339.000
Διαταραχή σωματοποίησης	0,1 ± 0,0	0,2 ± 0,0	0,1 ± 0,0	365.000
Διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας	0,5 ± 0,1	1,5 ± 0,1	2,5 ± 0,2	2.385.000
(Σοβαρή) έκπτωση γνωσιακών λειτουργιών	1,7 ± 0,1	2,7 ± 0,1	1,3 ± 0,1	4.293.000
Διαταραχές κατάχρησης ουσιών	3,8 ± 0,2	9,5 ± 0,3	16,4 ± 0,4	15.054.000
Διαταραχές από οινόπνευματώδη	2,8 ± 0,2	7,4 ± 0,3	13,3 ± 0,4	11.766.000
Διαταραχές από ουσίες	1,3 ± 0,1	3,1 ± 0,2	5,9 ± 0,2	4.929.000

1. Τα ποσοστά είναι σταθμισμένα ως προς την ηλικία, το φύλο και τη φυλή και είναι οι μέσες τιμές (και σταθερά λάθη) των ποσοστών και των πέντε επιδημιολογικών ερευνών (ECA studies)

2. Epidemiological Catchment Areas

Η επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα

Από το 1978 μέχρι το 1984 διερευνήθηκε συστηματικά η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στη χώρα μας, όπως αυτή προκύπτει από τη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών (treated prevalence) ή ανιχνεύεται στο γενικό πληθυσμό (untreated prevalence) σε εθνικό επίπεδο ή στο επίπεδο της κοινότητας (Μαδιανός 1996). Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται συνοπτικά οι έρευνες αυτές. Οι ψυχικά άρρωστοι που νοσηλεύθηκαν το 1978, το 1984 και το 1993 σε ολόκληρη τη χώρα ήταν 181,6 στους 100.000 κατοίκους, ενώ το 1993 ήταν 145. Τη μεγαλύτερη αναλογία από όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες κατέχουν οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις. Το 1978-1979 και το 1984 έγιναν, με προσωπικές συνεντεύξεις και ίδια μεθοδολογία, δύο πανελλήνιες επιτόπιες (field surveys) έρευνες, συγχρονικού τύπου, σε 4083 ενήλικους η πρώτη και σε 4292 άτομα η δεύτερη, ηλικίας 12-64 ετών (πίνακας 3). Και στις δύο αυτές έρευνες, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων των δύο δειγμάτων χαρακτηρίστηκε από σημαντική έκπτωση της ψυχικής τους υγείας (18% στην πρώτη έρευνα και 27,5% στη δεύτερη) με κριτήριο τα 6 και περισσότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα στην κλίμακα Langner. Σε δύο Δήμους της Αθήνας, που αποτελούν τον τομέα (catchment area) του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ) της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (ΨΚΠΑ), εκτιμήθηκαν η νοσηλευτική επικράτηση και η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών και προέκυψε μια διάσταση μεταξύ των ατόμων που νοσοούν και νοσηλεύονται (1,3%) και εκείνων που νοσοούσαν ψυχικά αλλά δεν είχαν καταφύγει σε κάποιον ειδικό (18,2%). Το εύρημα αυτό έχει τεράστια σημασία για την οργάνωση της πρόληψης με τη μορφή αποκεντρωμένων υπηρεσιών στην κοινότητα. Υπάρχουν εκατοντάδες άτομα, που, είτε αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της ψυχικής τους κατάστασης είτε όχι, δεν καταφεύγουν στους ειδικούς για να βοηθηθούν με αποτέλεσμα 1^ο) την επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας ή 2^ο) χρονιότητα της νόσου τους. Άλλα σημαντικά ευρήματα που προέκυψαν από τις τρεις αυτές επιτόπιες κοινωνικοψυχιατρικές έρευνες είναι ότι το φύλο, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η κοινωνική και οικονομική θέση και η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζονται με τη μεγαλύτερη επικράτηση ψυχικών διαταραχών.

Πίνακας 3. Συστηματικές επιδημιολογικές έρευνες γύρω από την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα.

Ψυχιατρική νοσηρότητα	Χρόνος	Όλες διαγνώσεις ανά 100.000 ¹	Σχιζο/χές ψυχώσεις ανά 100.000	Συναισθ/κές ψυχώσεις ανά 100.000	Νευρώσεις ανά 100.000	Εξάρτηση από αλκοόλ ανά 100.000	Φαρμαχ(ή) εξάρτηση ανά 100.000	Οργανικό ψυχοσύνδρομο ανά 100.000	
Νοσηλευτική με βάση τις εξόδους των ψυχιατρικών αρρώστων από όλα τα ψυχιατρεία της Χώρας	1978 1984 1993	178 167,3 145,0	181,6 91,1 145,0	84,5 28,7 89,4	31,4 18,3 24,5	27,0 12,5 10,6	25,4 3,6 7,1	2,4 7,3 3,1	13,8 4,7
% έκπτωση της ψυχικής υγείας									
Στο γενικό πληθυσμό ενήλικων με συστηματικά δείγματα τα 4 σταδίων	1978 1979	11,2 9,61	24,0 23,32	18,3					
	N=4083		17,0						
	1479-80 ³	17,51 ⁵	31,78	Στα 100 άτομα					
	N = 1574	9,26 ⁶	23,38	1,20 ⁷	0,50 ⁷	15,9 ⁷			0,60 ⁷
	1984 ⁴	18,7 ⁵	34,1			12,6 ⁸	2,5	9,11 ⁹	2,5
	N=4292	15,4 ⁶	37,6			7,1		2,5	
	1983 ¹⁰	8,6							
	N=489	22,6							

1. Μέσα ετήσια προτυποποιημένα ποσοστά ως προς την ηλικία από τους 5 νομούς
2. Πανελλήνιο δείγμα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
3. Δείγμα από τους Δήμους Βύρωνα-Καισαριανής, Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Κέντρο Κεντρικής Ψυχικής Υγιεινής, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
4. Πανελλήνιο δείγμα. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
5. Με κριτήριο 6 ή περισσότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα στην κλίμακα Langner
6. Με κριτήριο τη βαθμολόγηση 16 και πλέον στην κλίμακα CES-D
7. Τα ποσοστά αυτά προέκυψαν κατά τη Βάση της έρευνας
8. Αναφέρουν δύο ή περισσότερα προβλήματα από τη χρήση οπιονευματοδών ηλικίες 12-64 ετών
9. Άτομα που κάνουν χρήση «παράνομων ουσιών» ηλικίες 12-64 ετών
10. Δείγμα από τους Δήμους Χαϊδαρίου, Αγ. Βαρβάρας, με χρήση του PSE (Mavreas et al 1985)

Η σημαντική αύξηση, το 1984, του ποσοστού των ατόμων που χαρακτηρίστηκαν ότι παρουσίαζαν διαταραγμένη ψυχική υγεία ίσως οφείλεται στην αύξηση του ψυχοκοινωνικού stress (κοινωνικοοικονομικές δυσμενείς συνθήκες και άλλοι παράγοντες). Από τις έρευνες αυτές απομονώθηκαν παράγοντες κινδύνου (risk factors), που μόνοι τους ή σε συνδυασμό μεταξύ τους προβλέπουν ως ένα ποσοστό (30%) τη διαμόρφωση της ψυχοπαθολογίας με όργανα ελέγχου την κλίμακα Langner και CES-D.

Μια σημαντική περιοχή ψυχιατρικής επιδημιολογικής έρευνας είναι η μελέτη της ικανότητας των γενικών γιατρών και γιατρών άλλων

ειδικοτήτων να αναγνωρίζουν τις ψυχιατρικές περιπτώσεις μεταξύ των αρρώστων που τους επισκέπτονται. Στη χώρα μας έγινε πρόσφατα μια έρευνα αυτού του τύπου, που έδειξε ότι μόνο το 17% των ψυχιατρικών αρρώστων αναγνωρίζονται ως τέτοιες περιπτώσεις από γιατρούς μη ψυχιάτρους (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Επικράτηση πρόσφατης ψυχικής διαταραχής σύμφωνα με το διαγνωστικό σύστημα ICD-10 σε αρρώστους που επισκέπτονται Κέντρο Υγείας και ποσοστά αναγνώρισής της από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Διάγνωση	Επικράτηση (%)	Ποσοστό %περιπτώσεων αρρώστων που αναγνώριστηκαν από τους μη ψυχιάτρους
Διαταραχή γενικευμένου άγχους	14,9	13,4
Διαταραχή σωματοποίησης	1,3	11,3
Διαταραχή πανικού	0,7	54,5
Υποχονδρίαση	0,2	100,0
Νευρασθένεια	4,6	8,0
Δυσθυμία	1,4	0,0
Τωρινή κατάθλιψη	6,4	22,2
Αγοραφοβία	0,9	0,0
Εξάρτηση από οινόπνευματώδη	1,0	0,0
Επικίνδυνη χρήση οινόπνευματωδών	3,5	0,0
Μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές	22,1	17,0
Δύο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές	9,7	14,5

Σημαντικό σημείο αναφοράς κάθε ερευνητή των προβλημάτων της ψυχικής υγείας στη χώρα μας πρέπει να είναι αυτή η ίδια η Ελληνική κοινωνία, που βρίσκεται σε μετάβαση (transition), με τη διάσπαση της κοινωνικής συνοχής, την αμφισβήτηση ή απόρριψη αξιών, την ανοικτή ή καλυμμένη επιθετικότητα, την έλλειψη μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου και κοινωνικών σχέσεων, την αποξένωση και περιθωριοποίηση και τη συνεχή υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής, του αποτελεί το κατάλληλο

έδαφος για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας σχετιζόμενης με κοινωνικά προβλήματα. Η ανάγκη για τη λήψη προληπτικών μέτρων φαίνεται να προβάλλει επιτακτική (Χριστοδούλου Γ.Ν και Συν, Αθήνα 2000).

3. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΟΡΙΣΜΟΣ – ΚΡΙΤΗΡΙΑ)

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.

Η Marie Jahoda έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας (1958) και η θέση της έχει γίνει γενικά αποδεκτή (Έκθεση της Joint Commission on Mental Illness and Health). Ορίζει τη θετική ψυχική υγεία σαν το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περικλείει επτά χαρακτηριστικά: 1) την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του, 2) τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο, 3) τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες (μία σύνθεση της πρώτης και δεύτερης ιδιότητας), 4) τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές, 5) την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, 6) την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και 7) τη δυνατότητα να επιλύει το πρόβλημά του.

Κατά τους Στεφανή και συν. (1979), για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ψυχικής υγείας, πρέπει να εφαρμοστούν βασικά και συμπληρωματικά κριτήρια. Τα ακόλουθα κριτήρια θεωρούνται βασικά:

α) Το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς. Μη υγιής θεωρείται εκείνος του οποίου η συμπεριφορά αποκλίνει από την μέση συμπεριφορά των μελών μιας κοινότητας. Είναι ένα ανεπαρκές κριτήριο, γιατί βασίζεται στην υπόθεση ότι τα ψυχικά άρρωστα άτομα είναι ελάχιστα, γεγονός που αντικειμενικά δεν είναι αληθές και δεν καθορίζει διαχωριστικά όρια μεταξύ παθολογικής και φυσιολογικής συμπεριφοράς

β) Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου, κλινικά διαπιστωμένης, ορίζει την ψυχική υγεία αρνητικά με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Το κριτήριο αυτό, κατά τον Στεφανή, είναι το ασφαλέστερο γιατί «συμπυκνώνει τα πλεονεκτήματα όλων των άλλων κριτηρίων και είναι ικανό να

συμπεριλάβει την εφαρμογή του στο σύνολο των μεταβλητών που καθορίζουν την ατομική ζωή».

γ) Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής που δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς αγνοώντας την υποκειμενικότητα των ψυχολογικών αιτιάσεων του ατόμου. Είναι ένα κριτήριο αντιδραστικό γιατί θεωρεί ως καθολικό ότι δεν είναι σύμφωνο με τις επικρατούσες αξίες (values), άρα ότι είναι π.χ. πρωτοποριακό μπορεί να θεωρείται και περιθωριακό.

Η προϋπόθεση για την εφαρμογή αυτού του κριτηρίου είναι ότι όλα τα μέλη της κοινωνίας δεν διαφοροποιούνται από πλευράς κοινωνικοπολιτιστικών επιρροών που «χρωματίζουν» την συμπεριφορά κάθε μέλους.

δ) Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας είναι ένα κριτήριο μικρής αξιοπιστίας, διότι τα άτομα διαφοροποιούνται από την επίγνωση και έκφραση της δυσφορίας.

Σαν συμπληρωματικά κριτήρια, θεωρούνται τα παρακάτω ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου στο συγκεκριμένο κοινωνικό του χώρο και χρόνο: 1) ικανότητα ενεργητικής προσαρμογής στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, που του επιτρέπει να ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες (βιολογικές, οικονομικές, ψυχολογικές, κοινωνικές), 2) επίγνωση της προσωπικής ταυτότητας, 3) επίγνωση του σκοπού της ζωής και των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις, 4) επίγνωση του κοινωνικού και φυλετικού ρόλου και 5) αντοχή στο περιβαλλοντικό στρες.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς του ιδανικού ατόμου είναι τα παρακάτω, όπως παρατίθενται από τον Στεφανή (1979): 1) αισιοδοξία, 2) ανεξαρτησία, 3) οργάνωση και συστηματικότητα, 4) περιέργεια, 5) ταυτότητα ρόλου, 6) συναγωνιστικότητα και συνεργατικότητα, 7) έκφραση και έλεγχος των συγκινήσεων, 8) ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων, 9) ασφάλεια, 10) αυτοεκτίμηση και 11) ικανότητα λήψης αποφάσεων.

Τα χαρακτηριστικά αυτά της φυσιολογικής συμπεριφοράς είναι φανερό ότι αναφέρονται και στον ορισμό που δόθηκε από την Jahoda (1958). Αν δεχτούμε ότι το φυσιολογικό άτομο έχει ισχυρό εγώ, τότε αντέχει σε

ψυχοπιεστικές καταστάσεις, όταν η πραγματικότητα του αρνείται την ικανοποίηση των αναγκών του βρίσκει υποκατάστατα με συνειδητούς μηχανισμούς, δεν καταφεύγει εύκολα σε μηχανισμούς απώθησης, άρνησης, μόνωσης, αποσύνδεσης ή προσβολής για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της πραγματικότητας.

Η ισχυροποίηση του Εγώ μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα κριτήριο ψυχικής υγείας, αν και είναι περισσότερο μηχανισμός επίτευξης ψυχικής υγείας. Είναι φανερό ότι η Jahoda, στον ορισμό της, συνδυάζει τα κυριότερα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ιδανικού τύπου προσωπικότητας (Μαδιανός Μ., Αθήνα 2000).

3.1. Ψυχική Νόσος – (Ορισμός – Κριτήρια)

Δεν υπάρχει ίσως πιο παρεξηγημένη έννοια από αυτή της ψυχικής νόσου. Καταστάσεις της καθημερινότητας χαρακτηρίζονται από άσχετους, σαν «σχιζοφρενικές», άτομα ή κοινωνικές εκφράσεις σαν «υστερικές» κλπ.

Από την άλλη πλευρά, οι «αρνητές» των ψυχικών νοσημάτων θεωρούν τα άτομα φυσιολογικά, ακόμα και τους ψυχικά ασθενείς «παραλλαγές του φυσιολογικού» ενώ χαρακτηρίζουν την κοινωνία σαν «ψυχικά άρρωστη».

Η πολυμορφία των ψυχικών νοσημάτων και σε ακολουθία η δυνατότητα πολύπλευρης προσέγγισης ευνοούν τέτοιου είδους συνειδητές ή ασυνειδητές συγχύσεις. Ανεξάρτητα όμως από όλα αυτά σαν ψυχική ασθένεια θεωρείται εξ αρχής μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας.

Αυτό ανεξάρτητα από την αιτιολογία της και όπου η λειτουργική ατέλεια των ψυχικών μηχανισμών είναι το καθοριστικό κριτήριο και όχι οι απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας, οι οποίες σχετικά όπως αναφέραμε, μόνο αξία έχουν.

Σήμερα στο χώρο της ψυχιατρικής έχουν επικρατήσει τρεις μορφές προσέγγισης της ψυχικής νόσου

1. Το **ιατρικό πρότυπο**, αναφέρεται στις μορφές αυτές προσέγγισης και αναζήτησης των αιτιών της ψυχικής νόσου σε οργανικούς παράγοντες όπως η ανατομία του Ν.Σ., η νευροφυσιολογία, η γενετική και η βιοχημική σύσταση του οργανισμού.
2. **Ψυχογενετικό πρότυπο**, είναι αυτό που υποστηρίζει ότι οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές οφείλονται σε ενδοψυχικά αίτια. Η ψυχοδυναμική σχέση ενδοψυχικών στοιχείων και παραγόντων είναι αυτή που δημιουργεί την ψυχική νόσο. Πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, κατά την διάρκεια της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, ανωμαλίες στη συναισθηματική –σεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου, ο τρόπος που βιώνει και η μορφή των ερεθισμάτων που δέχεται από το περιβάλλον είναι μερικά από αυτά τα στοιχεία.
3. **Κοινωνιογενετικό πρότυπο**, με το οποίο η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Βασική δομική υπόθεση του κοινωνιογενετικού προτύπου είναι η θεώρηση του οργανισμού ως μιας κοινωνιοψυχοσωματικής ενότητας, που διαμορφώνεται κυρίως από το περιβάλλον (Παπαγεωργίου Ε., Αθήνα 1998).

4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Σκοπός της ταξινόμησης είναι η ένταξη των ψυχικών διαταραχών σε κατηγορίες με βάση τα κοινά τους χαρακτηριστικά. Πολλές φορές η ταξινόμηση θεωρείται όρος εναλλακτικός για τη διάγνωση. Υπάρχει πράγματι κάποια επαλληλία των δύο αυτών εννοιών. Άλλο όμως ταξινόμηση και άλλο διάγνωση. Η ταξινόμηση αφορά διαταραχές, ενώ η διάγνωση αφορά αρρώστους.

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

Απαραίτητη προϋπόθεση για την 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 στην 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 ασυνένοησία 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.

Στη Γενική Ιατρική, τα νοσήματα ταξινομούνται:

- α) Ανάλογα με την αιτιολογία τους (π.χ. ιογενής πνευμονία)
- β) Ανάλογα με τα συμπτώματά τους (π.χ. ευερέθιστο έντερο, νευραλγία τριδύμων)

Τα περισσότερα σωματικά νοσήματα μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με την αιτιολογία τους.

Στην ψυχιατρική τα νοσήματα ταξινομούνται:

- α) Ανάλογα με την αιτιολογία τους (π.χ. προϊούσα γενική παράλυση)
- β) 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 διαταραχές περιλαμβάνονται στις ψυχιατρικές ταξινομήσεις

Υπάρχουν ορισμένες αμφιβολίες, αν οι διαταραχές που εγκαθίστανται σε πολύ πρόωμη 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 κλπ.), που θεωρούνται ως ψυχικές διαταραχές «κατ' εφαπτομένη», εντάσσονται όμως παραδοσιακά στην κατηγορία των ψυχικών νοσημάτων.

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

α) Έχουν συνδρομικό χαρακτήρα (αποτελούνται δηλαδή από ένα άθροισμα χαρακτηριστικών συμπτωμάτων)

β) Εγκαθίστανται σε έδαφος ομαλής προηγούμενης ψυχικής λειτουργικότητας.

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

Ιστορικά στοιχεία

Απόπειρες ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών είχαν γίνει από το 3.000 π.Χ, όπως προκύπτει από Αιγυπτιακά και Σουμερικά κείμενα. Οι ταξινομήσεις αυτές αφορούσαν στην 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).

Σύμφωνα με την Ιπποκρατική ταξινόμηση, τα ψυχικά νοσήματα διακρίνονται σε οξείες καταστάσεις που συνοδεύονται από πυρετό (που πιθανώς αντιστοιχούν στην σημερινή έννοια των οργανικών ψυχοδρόμων), οξείες καταστάσεις χωρίς πυρετό (που αντιστοιχούν στις ψυχωσικές καταστάσεις και στις οποίες δόθηκε η ονομασία «μανία»), χρόνιες καταστάσεις χωρίς πυρετό («μελαγχολία») και υστερικές καταστάσεις (με ευρύτερο νοσολογικό πλαίσιο από τη σημερινή έννοια της υστερίας).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι:

α) Βασικό κριτήριο της Ιπποκρατικής ταξινόμησης ήταν ο πυρετός (δηλαδή η ύπαρξη ή όχι οργανικότητας)

β) Το νοσολογικό περιεχόμενο των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων ήταν διαφορετικό από το σημερινό (π.χ. στη διαγνωστική κατηγορία της «μανίας» περιλαμβάνονταν κυρίως οι οξείες σχιζοφρενικές καταστάσεις).

Από την εποχή του Ιπποκράτη μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές ταξινομήσεις και θα ήταν απώλεια χρόνου να ασχοληθούμε λεπτομερώς με αυτές. Δεν μπορούμε όμως να μην αναφέρουμε τη βασική συμβολή του Emil Kraepelin, που εύστοχα είχε διαχωρίσει τις συναισθηματικές από τις

σχιζοφρενικές διαταραχές. Ο διαχωρισμός αυτός που σήμερα θεωρείται αυτονόητος, κατά την εποχή του Kraepelin ήταν κατόρθωμα και για να επιτευχθεί, ο μεγάλος αυτός εκπρόσωπος της περιγραφικής ψυχιατρικής προσέγγισε τις δύο νόσους διαχρονικά και όχι μόνο στατιστικά. Με άλλα λόγια δεν συνέκρινε μόνο τα συμπτώματα των δύο νόσων που πολλές φορές είναι όμοια, αλλά μελέτησε την εξέλιξη κάθε μιας νόσου στην πορεία του χρόνου, διαπιστώνοντας ότι στις συναισθηματικές διαταραχές (μανιο – καταθληπτική ψύχωση) η πορεία είναι φασική, ενώ στην σχιζοφρένεια είναι αποδιοργανωτική.

Η σύγχρονη προσέγγιση του προβλήματος της ψυχιατρικής ταξινόμησης άρχισε στο τέλος της δεκαετίας του 1960 με την εισαγωγή των τυποποιημένων συνεντεύξεων (υποβολή δηλαδή των ίδιων ερωτήσεων σε όλα τα άτομα που συμμετέχουν σε μια διαγνωστική εκτίμηση). Από τις τυποποιημένες αυτές συνεντεύξεις προέκυψαν τυποποιημένες διαγνώσεις που αποτέλεσαν το προστάδιο των σύγχρονων ταξινομικών συστημάτων.

Τα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα

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

Τα διαγνωστικά αυτά συστήματα αποτελούν αναθεωρημένες μορφές προηγούμενων ταξινομικών συστημάτων, όπως άλλωστε δηλώνεται και από τον αριθμό τους, που σημαίνει τον αριθμό των βασικών αναθεωρήσεων (10 για το ICD- 10, 4 για το DSM-IV).

Χαρακτηριστικά

Και τα δύο ταξινομικά συστήματα είναι:

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

Το DSM-IV είναι πολυαξονικό σύστημα, ενώ το ICD-10 είναι μεν μονοαξονικό, αλλά πρόκειται σύντομα να εξελιχθεί σε πολυαξονικό.

Οι άξονες του DSM-IV

Με το DSM-IV η αξιολόγηση του ασθενούς γίνεται σφαιρικά, αναφέρεται δηλαδή και σε άλλους παράγοντες που διαμορφώνουν το διαγνωστικό προφίλ του ασθενούς πέρα της βασικής ψυχικής διαταραχής.

Οι παράγοντες αυτοί ονομάζονται άξονες και είναι οι ακόλουθοι:

Άξονας I: Η κλινική διαταραχή (π.χ. σχιζοφρένεια, συναισθηματική διαταραχή, άνοια).

Άξονας II: Διαταραχή προσωπικότητας ή νοητική καθυστέρηση.

Άξονας III: Σωματική διαταραχή.

Άξονας IV: Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντογενή προβλήματα, που συμβάλλουν στη δημιουργία ή την επιδείνωση της ψυχικής διαταραχής (π.χ. στρεσογόνα ερεθίσματα).

Άξονας V: Γενική εκτίμηση λειτουργικότητας. Χρησιμοποιείται μια ειδική κλίμακα η GAF (Global Assessment of Functioning), που αναφέρεται σε τρεις τομείς λειτουργικότητας:

- α) Την κοινωνική λειτουργικότητα
- β) Την επαγγελματική λειτουργικότητα
- γ) Την ψυχολογική λειτουργικότητα

Διαταραχή – Νόσος

Και τα δύο ταξινομικά συστήματα δεν χρησιμοποιούν το όρο «νόσος» αλλά τον όρο «διαταραχή»

Ψύχωση – Νεύρωση

Και τα δύο ταξινομικά συστήματα έχουν καταργήσει τους παραδοσιακούς ψυχιατρικούς όρους «ψύχωση» και «νεύρωση».

Διαφορές ICD-10 και DSM-IV

α) Αναφέρθηκε ήδη ότι ενώ το DSM-IV είναι πολυαξονικό σύστημα, το ICD-10 είναι (προς το παρόν) μονοαξονικό

β) Μία άλλη διαφορά είναι ότι το ICD-10 περιλαμβάνει ορισμένες κατηγορίες διαταραχών που δεν περιλαμβάνονται στο DSM-IV

γ) Ορισμένες διαταραχές που υπάρχουν στο ICD-10 δεν περιλαμβάνονται στον κορμό του DSM-IV, αλλά σε παραρτήματα του ταξινομικού αυτού συστήματος

δ) Υπάρχουν ορισμένες διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια ανάμεσα στα δύο ταξινομικά συστήματα. Οι διαφορές αυτές έχουν επιπτώσεις στη διαγνωστική συμβατότητα των δύο συστημάτων. Για παράδειγμα οι κατηγορίες «επιβλαβούς χρήσης» ουσιών (ICD-10) και «κατάχρησης» ουσιών (DSM-IV) έχουν πολύ μικρό βαθμό συμφωνίας. (Ο βαθμός συμφωνίας για όλες τις ψυχικές διαταραχές που περιλαμβάνονται στα δύο ταξινομικά συστήματα είναι περίπου 70%). Οι διαφορές αυτές προκύπτουν από μικρές (αλλά όπως αποδεικνύεται, σημαντικές) διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια των δύο διαγνωστικών συστημάτων.

Απορίας άξιο είναι γιατί τα δύο βασικά ταξινομικά συστήματα δεν ενοποιούνται, ώστε να πάψουν να υπάρχουν οι δυσκολίες που προαναφέρθηκαν. (Χριστοδούλου Γ.Ν και Συν., Αθήνα 2000).

4.1. Η φύση των νευρώσεων

Οι νευρώσεις – παλαιότερα ψυχονευρώσεις – συνιστούν μία από τις τρεις μεγάλες κατηγορίες ψυχιατρικών διαταραχών, όπως τις προσδιορίζει η ψυχαναλυτική θεωρία. Η ίδια η θεωρία και γενικά η ψυχοδυναμική ψυχιατρική, αναπτύχθηκε μέσα από τις μελέτες που έκανε ο Φρόυντ πάνω στις νευρώσεις. Οι άλλες δύο μεγάλες κατηγορίες της σύγχρονης ψυχιατρικής είναι οι ψυχώσεις και οι διαταραχές προσωπικότητας ή συμπεριφοράς.

Ιστορικά, επίσης, οι ψυχιατρικές διαταραχές αντιμετωπίστηκαν πάντοτε γύρω από τις έννοιες που αντιπροσωπεύουν οι τρεις αυτές κατηγορίες. Οι περισσότερες και κλινικά σοβαρότερες διαταραχές συμπεριφοράς μπορούν να συγκαταλεχθούν με τις οριακές διαταραχές, ενώ οι υπόλοιπες είναι ουσιαστικά νευρώσεις χωρίς έντονα συμπτώματα. Στις νευρώσεις υπάγονται παραδοσιακά και οι ψυχοσωματικές διαταραχές, αν και δομικά οι πιο σοβαρές από αυτές φαίνεται πως συγγενεύουν περισσότερο με τις οριακές διαταραχές.

Διαγνωστικά κριτήρια

α. Επαφή με την πραγματικότητα

Όταν λέμε νεύρωση, εννοούμε πρώτα από όλα κάτι που δεν είναι ψύχωση, δηλαδή μια ψυχιατρική διαταραχή που δεν είναι τόσο σοβαρή, τόσο βαριά στην παθολογική της έκφραση και στην πρόγνωση της όσο μια ψύχωση. Ο νευρωτικός άρρωστος έχει επίγνωση της καταστάσεώς του, ξέρει ότι είναι άρρωστος και γυρεύει συνήθως βοήθεια. Όσο άσχημα και να αισθάνεται, δεν χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα, με την οποία εξακολουθεί να προσαρμόζεται λίγο – πολύ ομαλά, έτσι που να μην γίνεται συνήθως αντιληπτό ότι υποφέρει, πολλές φορές ούτε και από το ίδιο το οικογενειακό τον περιβάλλον. Όλα αυτά συνήθως. Γιατί μια νεύρωση μπορεί να ξεφύγει από τον έλεγχο του ατόμου και να του δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα προσαρμογής, αν και σπάνια ή ποτέ μίαν απόλυτη ρήξη με την πραγματικότητα.

β. Άγχος

Ένα κοινό χαρακτηριστικό των νευρώσεων, ίσως το πιο βασικό, είναι το άγχος. Τι σημαίνει άγχος. Το συναίσθημα του άγχους το έχουμε λίγο-πολύ δοκιμάσει όλοι μας. Σε μικρό βαθμό, το άγχος δεν είναι παρά η ανησυχία που αισθανόμαστε όταν κάτι δεν πάει καλά ή μάλλον, όταν φανταζόμαστε ότι μπορεί να συμβεί κάτι που δε μας συμφέρει. Το συναίσθημα του άγχους αναφέρεται σε κάποιον κίνδυνο, πραγματικό ή φανταστικό, που δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί γιατί είναι ασαφής ή άγνωστος, κρυφός ενώ όταν ο κίνδυνος είναι φανερός και συγκεκριμένος, αισθανόμαστε απλώς φόβο μικρό ή μεγάλο, ανάλογα με το μέγεθος του κινδύνου, και όχι ανησυχία ή άγχος. Το άγχος του νευρωτικού, αντίθετα με το φόβο που αισθάνεται κανένας όταν υπάρχει κάποιος εξωτερικός, πραγματικός, έστω και απροσδιόριστος κίνδυνος, οφείλεται σε μια εσωτερική διαμάχη, κρυφές επιθυμίες ή ανάγκες που έρχονται σε σύγκρουση με τη συνείδησή του και επειδή παραμένουν κρυφές και από αυτόν τον ίδιο, του φέρνουν αμηχανία και φόβο δυσανάλογο προς εκείνον που θα ένιωθε αν ο κίνδυνος ήταν εξωτερικός. Το άγχος αντιπροσωπεύει φόβους της παιδικής ηλικίας, που βγαίνουν τώρα στην επιφάνεια χωρίς συνείδηση των εμπειριών που τις προκάλεσαν, με άλλα λόγια μια διαμάχη που γίνεται μέσα στο ασύνειδο και γι' αυτό δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Το άγχος του

νευρωτικού έχει την προέλευσή τον σε μια παιδική νεύρωση που δεν ξεπεράστηκε, αλλά απωθήθηκε στο ασύνειδο.

γ. Σύμπτωμα

Το άγχος, όπως άλλωστε και ο φόβος, συνοδεύεται από σωματικές διαταραχές, από τις οποίες χαρακτηριστικές είναι η ταχυπαλμία, η ταχυκαρδία, ο κρύος ιδρώτας, το τρέμουλο, η έντονη επιθυμία για ούρηση, η συχνουρία, η διάρροια, ένα βάρος στο στήθος ή στο στομάχι κ.ο.κ. Σε ορισμένες, ωστόσο νευρώσεις, το άγχος υπάρχει σε μια λανθάνουσα κατάσταση έχοντας καλυφθεί, μερικά ή ολικά από κάποιο νευρωτικό σύμπτωμα. Αυτό τουλάχιστον υποστηρίζει η ψυχαναλυτική θεωρία, κατά την οποία τα συμπτώματα, νευρωτικά ή ψυχωτικά, αντιπροσωπεύουν μια αμυντική προσπάθεια του οργανισμού εναντίον τον άγχους. Η αμυντική αυτή προσπάθεια, που περιγράφεται ως μια βασική λειτουργία του εγώ, χρησιμοποιεί διάφορους μηχανισμούς, άλλους περισσότερο, άλλους λιγότερο αποτελεσματικούς. Το νευρωτικό σύμπτωμα είναι ένας έκτακτος, συμβιβαστικός σχηματισμός, που από τη μια μεριά επιτρέπει κάποια ικανοποίηση στην προβληματική επιθυμία που προκαλεί το άγχος, και από την άλλη την απαγορεύει. Το σύμπτωμα, ως αμυντικός μηχανισμός στην οποία καταφεύγει το εγώ όταν οι άλλοι, οι ομαλοί, αποδειχτούν ανεπαρκείς, σπάνια απαλλάσσει τον άνθρωπο από το άγχος. Και όταν τα καταφέρνει, όπως στην υστερία, το σύμπτωμα του προκαλεί περισσότερα προβλήματα από το άγχος.

δ. Λειτουργική διαταραχή

Ένα τρίτο βασικό χαρακτηριστικό των νευρώσεων είναι ότι αποτελούν λειτουργικές διαταραχές, δηλαδή δεν οφείλονται σε οργανική αιτία. Πράγματι, ο όρος νεύρωση δεν έχει σχέση με βλάβη ή αδυναμία του νευρικού συστήματος, όπως πίστεψαν εκείνοι που τον επινόησαν, οι νευροψυχίατροι ενός περασμένου καιρού (Χαρτοκόλλης Π. – Αθήνα, 1991).

4.1.1. Αγχώδεις διαταραχές

α. Κλινική εικόνα

Είναι η πιο απλή νεύρωση. Τη χαρακτηρίζει ένα διάχυτο άγχος, που μπορεί να είναι λίγο – πολύ μόνιμο ή να συμβαίνει περιοδικά, κάτω από πιεστικές συνθήκες ή φαινομενικά τουλάχιστον, χωρίς συγκεκριμένη

αφορμή. Εμφανίζεται σε δύο κλινικές εικόνες: α) ως μια διαταραχή πανικού, με δύσπνοια, ταχυπαλμία, στηθάγχη, ζάλη, ίλιγγο, εφίδρωση, λιποθυμία, τρέμουλο, παραισθήσεις, εξάψεις ή β) ως μια γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, με σωματικούς πόνους – στο κεφάλι, στην καρδιά, στο στομάχι, στους σπονδύλους και μίαν υπερδιέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, που προκαλεί ένα συναίσθημα περίφοβης προσδοκίας μια κατάσταση εγρηγόρσεως, αυξημένη ερεθιστικότητα, υπερκινητικότητα, κούραση και αϋπνία.

β. Αιτιολογία

Η αγχώδης νεύρωση οφείλεται σε κάποια ανάλογη παιδική νεύρωση, κάποιαν απωθημένη συναισθηματική σύγκρουση, που ανάγεται στην παιδική εμπειρία. Το κλασικό παράδειγμα είναι η σχέση ενός μικρού παιδιού με μια προβληματική μητέρα, που φέρνει το φόβο του αποχωρισμού και εν συνεχεία τον ευνουχισμό ή του θανάτου, που αργότερα, σε μίαν ορισμένη στιγμή της ενήλικης ζωής, κινητοποιείται, προκαλώντας μίαν αγχώδη νεύρωση. Ο μηχανοποιημένος πολιτισμός της εποχής μας, η ισοπέδωση των κοινωνικών συνθηκών, η γρήγορη, αέναη αλλαγή, που σχεδόν καταργεί τα όρια της ηθικής και της φαντασίας, συντείνουν στη δημιουργία ενός κλίματος ανασφάλειας, αποπροσωποποίησης και αυτοματισμού, που ευνοούν την εμφάνιση ενός νευρωτικού άγχους. Η γυναίκα είναι πιο επιρρεπής στο άγχος και γενικά τις νευρώσεις, καθώς έχει να αντιμετωπίσει ιδιαίτερα προβλήματα προσαρμογής γύρω από την εμμηνόρροια, την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα, την παραδοσιακή διάκριση των δύο φίλων και την αμφισβήτηση του κοινωνικού της ρόλου.

γ. Θεραπεία

Ο πιο απλός και άμεσος τρόπος θεραπείας μίας καταστάσεως άγχους είναι με φάρμακα αγχολυτικά. Αλλά η αποτελεσματικότητά τους, ύστερα από μία πρώτη εντυπωσιακή φάση, μειώνεται προοδευτικά και η κατάσταση συνήθως επανέρχεται με τη διακοπή τους. Συχνά μία μεταβολή του νοσογόνου περιβάλλοντος, με τη συμβουλή ή την άμεση επέμβαση του γιατρού, μπορεί να φέρει βελτίωση στην κατάσταση του αρρώστου. Μία σύντομη εναισθητική ψυχοθεραπεία ή μία θεραπεία συμπεριφοράς μπορούν να έχουν καλά αποτελέσματα. Φυσικά, εάν η κατάσταση είναι

περιστασιακή, χωρίς άμεση σύνδεση με κάποια νευρωτική διαταραχή, όπως την παραμονή κάποιας δοκιμασίας για την οποία δεν θεωρούμε τον εαυτό μας απολύτως έτοιμο, το άγχος εξαφανίζεται από μόνο του μόλις πάψει να υπάρχει η περίσταση που το προκαλεί. Αλλιώς και εφόσον οι συνθήκες και η ψυχολογική ικανότητα του αρρώστου το επιτρέπουν, ενδείκνυται η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ή η ψυχανάλυση. (Χαρτοκόλλης Π. – Αθήνα, 1991)

4.1.2. Φοβική νεύρωση

α. Κλινική Εικόνα

Η αγχώδης αυτή διαταραχή χαρακτηρίζεται από έναν έντονο, επίμονο και παράλογο φόβο για κάποιο αντικείμενο, χώρο ή κατάσταση, που δεν μπορεί να υπερνικηθεί παρά μόνον αποφεύγοντας το φοβικό αντικείμενο. Αν χρειαστεί ή αναγκαστεί να αντιμετωπίσει το φοβικό αντικείμενο ή την κατάσταση που θεωρεί επικίνδυνη, το φοβικό άτομο καταλαμβάνεται από τρομερό άγχος που συνοδεύεται από διάφορα νευροφυτικά συμπτώματα: υπερβολική εφίδρωση, τρέμουλο, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, σφίξιμο στο στήθος, διάρροια ή εμετό. Ένας τέτοιος φόβος μπορεί να καταλήξει σε πανικό.

β. Μορφές φοβίας

Η απλή ή ειδική φοβία αναφέρεται σε κάποιο ζώο, αντικείμενο ή και κατάσταση, όπως η κλειστοφοβία, δηλαδή ο φόβος ενός κλειστού χώρου, και η ακροφοβία, ο φόβος του ύψους. Πολύ κοινός είναι ο φόβος του ταξιδιού με το αεροπλάνο που, εφόσον δεν μπορεί να υπερνικηθεί, χαρακτηρίζεται ως φοβία, και η μισοφοβία, ο παθολογικός φόβος της ακαθαρσίας και των μικροβίων. Όταν κανένας φοβάται να βγει σε δημόσιο χώρο μέσα στον κόσμο και απομονώνεται στο σπίτι του, λέμε ότι πάσχει από αγοραφοβία. Ο ίδιος δικαιολογεί το φόβο του με την ιδέα ότι θα μπορούσε να χάσει τις αισθήσεις του μέσα σε ένα ανώνυμο πλήθος και να μη βρεθεί κανένας να τον βοηθήσει. Γι' αυτόν το λόγο φοβάται και να μείνει στο σπίτι μόνος του. Ο φόβος, που διαρκώς μεγαλώνει, τον κάνει να αποφεύγει ακόμα και τις αναγκαίες δραστηριότητες της ζωής έξω από το σπίτι του, ή μάλλον έξω από το δωμάτιό του. Συνήθως η απομόνωση ακολουθεί επεισόδια πανικού σε ανοικτό δημόσιο χώρο – στην αγορά. Κάτι ανάλογο είναι η κοινωνική φοβία που κάνει το άτομο να αποφεύγει μια κατάσταση στην οποία μπορεί να

εκτεθεί, δηλαδή να συμπεριφερθεί με τέτοιον τρόπο, ώστε να ταπεινωθεί ή να βρεθεί σε αμηχανία στα μάτια του κόσμου.

γ. Αιτιολογία

Η φοβική νευρώση έχει βασικά την ίδια αιτιολογία με τις άλλες νευρώσεις, δηλαδή την προσπάθεια να αποφευχθεί το άγχος που προκαλεί η αναζωπύρωση μιας παιδικής νευρώσεως. Το ίδιο ισχύει και για το μηχανισμό της. Στη φοβία, το άγχος που προκαλείται από μια ενδοψυχική διαμάχη, μεταβιβάζεται σε ένα συγκεκριμένο εξωτερικό αντικείμενο, οπότε γίνεται φόβος που μπορεί να αποφευχθεί μαζί με το αντικείμενο με το οποίο συνδέεται.

Ο αγοραφοβικός άρρωστος καταφέρνει συνήθως και βρίσκει κάποιον βολικό σύντροφο, που του παραστέκεται, συνοδεύοντάς τον όταν χρειάζεται να βγει έξω ή κρατώντας του συντροφιά στο σπίτι. Ένας τέτοιος σύντροφος μπορεί να αποδειχθεί πολύ αφοσιωμένος, προσφέροντας στον άρρωστο μια συναισθηματική ασφάλεια, που ως ένα βαθμό δικαιώνει την ύπαρξη της νευρώσεώς του. Μια φοβία, εξάλλου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιθετικότητα από τον άρρωστο στη νευρωτική του επιθυμία να αποκτήσει τον έλεγχο του περιβάλλοντός του και να κερδίσει ειδικά προνόμια. Πρόκειται για το λεγόμενο δευτερογενές όφελος, που υπάρχει κατεξοχήν στην υστερία.

δ. Θεραπεία

Όλων των ειδών οι ψυχοθεραπείες και τα φάρμακα έχουν δοκιμαστεί με λιγότερη ή περισσότερη επιτυχία, στην προσπάθεια να καταπολεμηθεί μία φοβία. Κάπως πιο αποτελεσματική φαίνεται ότι είναι η θεραπεία συμπεριφοράς που επιχειρεί να απευαισθητοποιήσει τον άρρωστο από το φοβικό αντικείμενο, ιεραρχώντας μια σειρά από παρόμοια αντικείμενα και καταστάσεις ανάλογα με το άγχος που προκαλούν μέσα στη φαντασία του ή και στην πράξη. Ψυχοφάρμακα, ιδίως αντικαταθλιπτικά, έχουν χρησιμοποιηθεί με αρκετή επιτυχία στην αγοραφοβία. (Χαρτοκόλλης Π. Αθήνα 1991)

4.1.3. Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση

a. Κλινική Εικόνα

Επίσης αγχώδης, η νεύρωση αυτή χαρακτηρίζεται από κάποια ψυχαναγκαστική ιδέα, την ιδεοληψία, που πολύ συχνά συνοδεύεται από μια εξίσου ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Ο όρος ιδεοληψία αναφέρεται σε μίαν έμμονη σκέψη, που όσο προσπαθεί κανένας να την αποφύγει, τόσο πιο επίμονα ξαναγυρίζει στο νου του, ανεπιθύμητη και συνάμα ελκυστική. Μπορεί να πάρει τη μορφή μιας λέξης, μιας επιγραμματικής φράσης ή μιας εικόνας. Ψυχαναγκαστική σκέψη μπορεί να γίνει ο στίχος ενός ποιήματος ή μια βλαστήμια, συχνά σε σχέση με τα Θεία. Αντί για μια απλή σκέψη, η ιδεοληψία μπορεί να είναι η έμμονη απασχόληση με κάποιο θέμα, προσωπικό ή αφηρημένο φιλοσοφικό πρόβλημα. Επαναληπτικά, μηρυκαστικά, ο άρρωστος ξαναγυρίζει στο ίδιο θέμα, χωρίς να φτάνει ποτέ σ' ένα συμπέρασμα. Άλλοτε είναι η ιδέα, φόβος και επιθυμία μαζί, ότι θα κάνει κάτι κακό (π.χ. μια μητέρα που φοβάται ότι θα σκοτώσει τα παιδιά της, ιδέα που επιστρέφει πιο έντονη στη θέα ενός μαχαιριού), με άλλα λόγια, η ιδέα μιας επιθετικής ή γενικότερα, απαγορευμένης πράξης, συχνά σεξουαλικής, που το άτομο φοβάται ότι από τη μια στιγμή στην άλλη θα πραγματοποιήσει. Πρόκειται δηλαδή για μια παρορμητική ιδέα, κάτι που θα μπορούσε κανένας να ονομάσει «παρορμητική φοβία». Στην προκειμένη περίπτωση η φοβία διακινείται από μίαν έλξη, μάλλον παρά από μίαν αναστολή. Κατά κανόνα, ο φόβος του ψυχαναγκαστικού ατόμου ότι θα κάμει κάτι εγκληματικό ή αδιάντροπο δεν πραγματοποιείται.

Χαρακτηριστικά, μια ιδεοληψία συνοδεύεται υπό ένα έντονο συναίσθημα ενοχής, το οποίο ο άρρωστος προσπαθεί να εξουδετερώσει με αντίθετες σκέψεις ή τελετουργικές χειρονομίες, όπως το επαναληπτικό συμβολικό νήψιμο των χεριών της Λαίδης Μάκβεθ στον Σαίξπηρ. Η προσπάθεια του αρρώστου να ελέγξει τις έμμονες ιδέες του ή τη στερεότυπη συμπεριφορά του, αντί να τον ανακουφίσει, του δημιουργεί μεγαλύτερο άγχος.

Ψυχαναγκαστικά συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως σε νεαρή ηλικία, στις περισσότερες περιπτώσεις πριν από το τέλος της εφηβείας. Η νεύρωση μπορεί να αρχίσει σιγά-σιγά, ανεπαίσθητα ή απότομα.

β. Αιτιολογία

Μια ψυχαναγκαστική νευρώση, στις γενικές της γραμμές, εξηγείται όπως και οι άλλες νευρώσεις με τη διαφορά ότι το παιδικό τραύμα στο οποίο οφείλεται το άγχος της διαταραχής έλαβε χώρα σε μια αρχαιότερη εποχή, συγκεκριμένα στην ηλικία που διαμορφώνεται το πρωκτικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής αναπτύξεως, που συμπίπτει με την ηλικία των δυο ως τεσσάρων χρονών.

γ. Θεραπεία

Παρά το γεγονός ότι η ιδεοψυχαναγκαστική νευρώση εκφράζει, ίσως καλύτερα από κάθε άλλη διαταραχή, την ύπαρξη μιας ενδοψυχικής συγκρούσεως, η ψυχανάλυση και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία έχουν λίγη θεραπευτική επίδραση πάνω στα συμπτώματά της. Στις περισσότερες περιπτώσεις αμεσότερα αποτελέσματα έχουν οι θεραπείες συμπεριφοράς και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ιδιαίτερα η χλωριμιπραμίνη. Σε βαριές, προχωρημένες περιπτώσεις εφαρμόζεται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η ψυχοχειρουργική.

4.1.4. Υστερικές διαταραχές

1. Μετατρεπτική υστερία

α. Κλινική Εικόνα

Περιγράφεται και ως σωματόμορφη διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από την ακούσια απώλεια κάποιας σωματικής ή αισθητήριας λειτουργίας, συμπτώματα που δίνουν την εντύπωση νευρολογικής διαταραχής: περιοδικά επεισόδια με σύγχυση ή απώλεια συνειδήσεως, γενικούς σπασμούς και άναρθρες κραυγές, που μοιάζουν πολύ με επιληπτικές κρίσεις. Χαρακτηριστικά, όμως, η πτώση και οι σπασμωδικές κινήσεις κατά την υστερική κρίση δεν προκαλούν τραυματισμό και υποκειμενικά, λείπει το φαινόμενο της επιληπτικής αύρας.

Η μετατρεπτική υστερία μπορεί να εμφανιστεί με διάφορα άλλα εντυπωσιακά, αν όχι το ίδιο δραματικά συμπτώματα, όπως η παράλυση ή αναισθησία κάποιου μέλους του σώματος, ιδίως του χεριού, που τυπικά έρχεται σε αντίθεση με την ανατομική διάταξη της περιοχής, όπου εμφανίζεται η κινητήρια ή αισθητήρια διαταραχή (η κλασική αναισθησία του γαντιού), η τύφλωση (μερική ή ολική), η αφωνία, η ανοσμία κ.ο.κ. Σπα-

νιότερα, μπορεί να εμφανιστεί ως διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος, με συμπτώματα όπως η ναυτία, ο εμετός και καμιά φορά η προοδευτική διόγκωση της κοιλιάς (ψευδοκύηση ή ανεμογκάστρι).

β. Ειδικά χαρακτηριστικά

Η κλασική υστερία φαίνεται ότι είναι λιγότερο συχνή στις ημέρες μας. Εμφανίζεται συνήθως σε αφελή άτομα, προπάντων γυναίκες νεαρής ηλικίας. Στα άτομα αυτά είναι εύκολο να αναγνωρίσει κανένας ορισμένα προσωπικά χαρακτηριστικά, που περιγράφονται ως υστερικά. Υπάρχει κάτι το θεατρικό στη συμπεριφορά τους, και το θελκτικό και χαριτωμένο, μια θηλυκότητα, που τη χαρακτηρίζει ένα κράμα σεμνότητας και διάχυτου ερωτισμού, προκλητικότητα και ευπιστία. Υστερικά άτομα υποβάλλονται εύκολα.

γ. Συμβολισμός

Η μορφή με την οποία εμφανίζεται η διαταραχή, με άλλα λόγια η επιλογή του συγκεκριμένου συμπτώματος (παράλυση, αφωνία, τύφλωση κ.ο.κ.), αν και ακούσια, δεν είναι τυχαία. Εκφράζει συμβολικά την ενδοψυχική διαμάχη του αρρώστου. Γι' αυτό, άλλωστε, και η διαταραχή ονομάζεται μετατρεπτική: μια ορισμένη ψυχική ενέργεια ή συναισθηματική επένδυση μετατρέπεται σε σωματική. Η απαγορευμένη επιθυμία του αυνανισμού, παραδείγματος χάριν, γίνεται παράλυση του χεριού με το οποίο ο άρρωστος αυνανιζόταν όταν ήταν παιδί, και μ' αυτόν τον τρόπο αφενός εμποδίζεται, αφετέρου τιμωρείται. Μια τέτοια υπόθεση εξηγεί το γεγονός ότι, συχνά, ο υστερικός άρρωστος δεν αισθάνεται άγχος. Το αντίθετο, εμφανίζεται παράδοξα ξένοιαστος, σαν να μην τον ενοχλεί η αναπηρία του. Τυπικά, χαμογελάει καθώς περιγράφει την κατάσταση του, δίνοντας την εντύπωση μιας μακάριας αδιαφορίας.

δ. Δευτερογενές όφελος

Όπως συμβαίνει με όλες τις νευρώσεις, αλλά πολύ περισσότερο με τη μετατρεπτική υστερία, η διαταραχή προσφέρει στον άρρωστο κάποιο πλεονέκτημα, κάτι που το έχει ανάγκη και που του αρέσει: την προσοχή και την προστασία του περιβάλλοντος. Το πλεονέκτημα αυτό ονομάζεται δευτερογενές όφελος ή κέρδος. Το κύριο όφελος το φέρνει το σύμπτωμα που προστατεύει τον άρρωστο από το άγχος. Εννοείται ότι η παρουσία του

δευτερογενούς κέρδους δημιουργεί πρόσθετες δυσκολίες στη θεραπευτική προσπάθεια του γιατρού.

ε. Αιτιολογία

Στην κλασική, μονοσυμπτωματική υστερία, το σύμπτωμα εμφανίζεται μ' έναν σταθερό τρόπο. Η εμφάνισή του, συνήθως, προκαλείται από ένα συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός που κατά τη θεωρία έχει σχέση με κάποια ξεχασμένη τραυματική εμπειρία της παιδικής ηλικίας, αποθηκευμένη μέσα στο ασυνείδητο του ψυχικού κόσμου. Η παιδική νεύρωση στην υστερία εκτυλίσσεται γύρω από το οιδιπόδειο σύμπλεγμα και εντοπίζεται στο φαλλικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής αναπτύξεως.

Μέσα στους αιτιολογικούς παράγοντες ας επισημανθεί μια μεγάλη ανάγκη για εξάρτηση από κάποιο προστατευτικό πρόσωπο, που να παίζει το ρόλο τον πατέρα. Η παρατήρηση αφορά περισσότερο τις γυναίκες και έχει προφανώς σχέση με το οιδιπόδειο σύμπλεγμα.

στ. Θεραπεία

Ανεξάρτητα από την πρόγνωσή της, η διαταραχή πρέπει να αντιμετωπιστεί με κατανόηση και υπομονή και, για να μην ενισχυθεί το δευτερογενές όφελος, να αποφευχθεί η υπερβολική, αγχώδης προσοχή που τείνει να προκαλέσει ο υστερικός στο άμεσο περιβάλλον του. Η χρήση ψυχοφαρμάκων έχει τη σημασία της, για το γεγονός ότι καθησυχάζει το περιβάλλον με την ιδέα ότι προσφέρεται μια συγκεκριμένη ιατρική βοήθεια στον άρρωστο, αλλά και για την περίπτωση που τα υστερικά συμπτώματα θα κάλυπταν κάποια ψυχωτική κρίση σχιζοφρενικής ή συναισθηματικής (καταθλιπτικής) μορφής. Η μετατρεπτική υστερία, όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν, προσφέρεται κυρίως στην ψυχανάλυση.

2. Αποσυνδεδετική υστερία

α. Κλινική Εικόνα

Από τις πιο εντυπωσιακές νευρώσεις, η αποσυνδεδετική υστερία χαρακτηρίζεται από κάποια διαταραχή στη συνείδηση του εαυτού ή την ταυτότητα τον ατόμου. Εμφανίζεται ξαφνικά και είναι κατά κανόνα προσωρινή ή επαναληπτική. Όπως με τη μετατρεπτική υστερία, ο άρρωστος δε φαίνεται να ενοχλείται και πολύ με το πρόβλημά του. Υπάρχουν διάφορες μορφές, που διακρίνονται από το βαθμό της διαταραχής της

ταυτότητας και το είδος της συμπεριφοράς που τις χαρακτηρίζει.

β. Ψυχογενής Αμνησία

Η διαταραχή αφορά κυρίως τη μνήμη, με έναν τρόπο που δίνει την εντύπωση πως δεν πρόκειται για κάτι τυχαίο. Και δεν υπάρχουν ενδείξεις κάποιας οργανικής εγκεφαλικής παθολογίας. Η αμνησία εντοπίζεται συνήθως σε μια ορισμένη χρονική περίοδο, μερικές ώρες ύστερα από κάποιο συναισθηματικά φορτισμένο γεγονός. Μια τέτοια αμνησία μπορεί να καλύπτει ολόκληρη την εμπειρία για την περίοδο ή μόνο ένα μέρος της. Λιγότερο συχνή είναι η αμνησία που καλύπτει ολόκληρη τη ζωή του ατόμου, πριν από μίαν ορισμένη στιγμή, ή καθετί που συνέβη από κει κι έπειτα, συνεχώς, ως την παρούσα στιγμή. Στην περίπτωση που η αμνησία είναι γενική, ο άρρωστος παύει να αναγνωρίζει τον εαυτό του μέσα στο χώρο και το χρόνο, μην ξέροντας ποιος είναι, που βρίσκεται ή από πού προέρχεται. Και καμιά υπενθύμιση ή προσωπική αντιμετώπιση με γνώριμά του αντικείμενα δεν μπορεί να τον κάνει να θυμηθεί. Σ' αυτήν την περίπτωση ο άρρωστος έχει επίγνωση της αμνησίας του.

Κατά τη διάρκεια του αμνησιακού επεισοδίου επικρατεί μια σύγχυση και μια αδυναμία προσανατολισμού, που μπορεί να συνοδεύεται από άσκοπη περιπλάνηση. Η διαταραχή είναι πιο συχνή σε νεαρές γυναίκες.

γ. Ψυχογενής φυγή

Ξαφνικά, κάποιος σηκώνεται και φεύγει από τον τόπο του, αφήνοντας πίσω οικογένεια και εργασία, χωρίς προειδοποίηση ή πληροφορία για τις κινήσεις του, παίρνει μια καινούρια ταυτότητα και ταξιδεύει ή φτιάχνει καινούρια κατοικία. Μπορεί να υπάρχει δυσκολία προσανατολισμού, αλλά όχι πάντα. Τουναντίον, με την καινούρια του ταυτότητα, το άτομο τείνει να είναι πιο εξωστρεφές και δραστήριο απ' ό,τι στην προηγούμενη ζωή του, και είναι σε θέση να δημιουργήσει καινούριες σχέσεις και μίαν ανεξάρτητη, καθόλα συγκροτημένη κοινωνική υπόσταση που δεν αφήνει να φανεί ένδειξη ψυχικής διαταραχής. Αλλά συνήθως η φυγή περιορίζεται σε ένα ταξίδι, που φαίνεται σαν να έχει κάποιον προορισμό (σε αντίθεση με την άσκοπη περιπλάνηση που χαρακτηρίζει τις κινήσεις ενός ατόμου με ψυχογενή αμνησία) και συνοδεύεται από μερική απόρριψη της παλιάς ταυτότητας χωρίς πολλές κοινωνικές επαφές. Όταν αργά ή γρήγορα συνέρχεται, ο άρρωστος δε θυμάται τίποτα απ' όσα έκανε ή του συνέβησαν

κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

δ. Πολλαπλή Προσωπικότητα

Περιγράφηκε στις αρχές του αιώνα από τον Αμερικανό Μόρτον Πρινς και, ως πρόσφατα, υπήρχε η αντίληψη ότι ήταν μια πολύ σπάνια διαταραχή. Αλλά φαίνεται ότι είναι αρκετά συχνή. Πρόκειται για την ξαφνική αλλαγή ενός προσώπου από την καθημερινή του συνηθισμένη ταυτότητα σε μια άλλη, που κι αυτή με τη σειρά της μπορεί να δώσει τη θέση της σε μια άλλη, για ένα ορισμένο, συνήθως βραχύ, χρονικό διάστημα, προτού ξαναγυρίσει στην πρώτη, και πάλι στη δεύτερη ή τρίτη ταυτότητα, όσο διατηρείται η διαταραχή. Εάν πρόκειται μόνο για δύο, η μια δεν έχει επίγνωση της άλλης προσωπικότητας και των δραστηριοτήτων στις οποίες επιδίδεται. Εάν πρόκειται για περισσότερες από δύο, η κάθε μία είναι τουλάχιστον μερικά ενήμερη για την ύπαρξη της άλλης προσωπικότητας, αλλά όχι για τις πράξεις και την ταυτότητα που προσλαμβάνει. Ωστόσο, χωρίς να το απασχολεί, το άτομο είναι ενήμερο για την απώλεια χρόνου που συνεπάγεται το επεισόδιο μιας δεύτερης ή τρίτης προσωπικότητας. Η κάθε μία από τις καινούργιες προσωπικότητες έχει τα δικά της χαρακτηριστικά, που αντιπροσωπεύουν απώθημένες ή λανθάνουσες πλευρές της αρχικής ταυτότητας του ατόμου, συνήθως αντίθετες ή πολύ πιο έντονες από εκείνες με τις οποίες είναι γνωστό το άτομο αυτό. Μια από τις προσωπικότητες, συνήθως η αρχική κυριαρχεί κατά τη διάρκεια της διαταραχής, ενώ οι άλλες παραμένουν μάλλον διάχυτες ως ταυτότητες.

ε. Αποπροσωποποίηση

Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από μια ξαφνική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίον αισθάνεται κανένας τον εαυτό του μέσα στο περιβάλλον του, κάτι σαν αποξένωση, που δεν είναι απαραίτητα δυσάρεστη, αλλά που έχει ένα χαρακτήρα εξωπραγματικό, υπερφυσικό. Μπορεί επίσης να έχει το συναίσθημα ότι τα χέρια του ή τα πόδια του έχουν ξαφνικά μεγαλώσει ή μικρύνει, ότι ο ίδιος παρατηρεί τον εαυτό του από μακριά, σαν ένα αυτόματο ή σαν μέσα σε ένα όνειρο. Σε όλο αυτό το διάστημα, ο προσανατολισμός και η λογική του παραμένουν ανέπαφα.

Όταν η αποξένωση που αισθάνεται κανένας έχει ως επίκεντρο τον εξωτερικό κόσμο αντικείμενα που αλλάζουν μέγεθος ή σχήμα, πρόσωπα που δίνουν την εντύπωση πως είναι πεθαμένα ή πως λειτουργούν

αυτόματα η διαταραχή ονομάζεται αποπραγματοποίηση. Άλλες φορές, η διαταραχή αναφέρεται κυρίως στην αίσθηση του χρόνου, οπότε κανένας έχει την εντύπωση ότι κάτι που βλέπει ή ζει αυτήν τη στιγμή έχει συμβεί κάποτε στο παρελθόν, ενώ ο ίδιος έχει την επίγνωση ότι συμβαίνει για πρώτη φορά (ντεζά βυ, ντεζά βεκύ). Μπορεί να συνοδεύεται από ζάλη, κατάθλιψη, άγχος, το φόβο της τρέλας. Η εμπειρία έρχεται ξαφνικά, αλλά εξαφανίζεται βαθμιαία. Η πορεία της διαταραχής είναι κατά κανόνα χρόνια, χωρίς όμως σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου που υπόκειται σε τέτοια επεισόδια.

στ. Αιτιολογία

Η αποσυνδεδετική υστερία ερμηνεύεται ως μια προσπάθεια τον ατόμου να διατηρήσει την ψυχική του ισορροπία κάτω από την πίεση ενός ισχυρού και παρατεταμένου άγχους. Η αμνησία έρχεται ξαφνικά, συνήθως ύστερα από κάποια σοβαρή ψυχική σύγκρουση, παραδείγματος χάριν σε σχέση με ένα ανεπιθύμητο συνοικέσιο ή με έναν αθέμιτο ερωτικό δεσμό. Παρατηρείται επίσης σε περιόδους πολέμου ή φυσικών καταστροφών.

ζ. Θεραπεία

Θα έλεγε κανένας ότι η διαταραχή, εάν η αιτιολογία της έχει πράγματι σχέση με το άγχος κάποιας ενδοψυχικής συγκρούσεως, προσφέρεται στην ψυχανάλυση και στην εκφραστική ψυχοθεραπεία. Το γεγονός είναι ότι η προθυμία των ατόμων, που πάσχουν από μια τέτοια νεύρωση, για ψυχιατρική βοήθεια είναι πολύ μικρή, οπότε είναι προτιμότερη μια υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Υποστηρικτική, εξάλλου, μπορεί να είναι και η συμβολή των ψυχοφαρμάκων σε περίπτωση που η διαταραχή συνοδεύεται από δυσφορία, κατάθλιψη ή άγχος. (Χαρτοκόλλης Π., Αθήνα 1991)

4.2. Ψυχωτικές διαταραχές

4.2.1. Η φύση των ψυχώσεων

Από όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες ή διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η ψύχωση. Θα έλεγε κανείς ότι είναι η κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος ονομάζει τρέλα. Η ψύχωση ή καλύτερα, οι ψυχώσεις και τα συμπτώματα που τις χαρακτηρίζουν διακρίνουν τον ανώμαλο άνθρωπο από τον ομαλό, όσο κανένα άλλο ψυχιατρικό φαινόμενο.

Στην ουσία, ο άνθρωπος που παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα, ότι η σκέψη του, τα συναισθήματά του και εν γένει η συμπεριφορά του υπακούουν σε μια εξωπραγματική λογική, ότι είναι αποκυήματα μιας φανταστικής πραγματικότητας. Και, κάτι το παθογνωμικό, ο άνθρωπος που εκδηλώνει τέτοια συμπτώματα δεν έχει συνήθως συνείδηση του γεγονότος ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα. Έχει με άλλα λόγια την πεποίθηση ότι ο τρόπος με τον οποίο σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται ανταποκρίνεται σε αντικείμενα που υπάρχουν και γεγονότα που πραγματικά συμβαίνουν.

Είναι τόσο βέβαιος γι αυτό, ώστε κανένα επιχείρημα ή απόδειξη να μην μπορεί να τον πείσει ότι δεν είναι έτσι όπως εκείνος αισθάνεται και πιστεύει.

Εμπειρίες ανάλογες με αυτό που λέγεται ψύχωση έχουμε όλοι μας από καιρό σε καιρό στη ζωή. Το όνειρο είναι μια τέτοια εμπειρία. Κι όταν παρασυρόμαστε από μεγάλο θυμό, ενθουσιασμό ή ερωτικό πάθος μπορούμε να οδηγηθούμε σε σκέψεις και πράξεις ανάλογες με αυτές που χαρακτηρίζουν μια ψυχωτική κατάσταση.

Οι ψυχωτικές διαταραχές διακρίνονται σε οργανικές και σε λειτουργικές. Εκείνο που διακρίνει τις μεν από τις δε είναι η παρουσία ή όχι κάποιας συγκεκριμένης βλάβης στην ουσία του εγκεφάλου. Θεωρητικά οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή ψυχωτική ή μη, θα μπορούσε να αποδοθεί σε κάποια οργανική, βιοχημική ή άλλη εγκεφαλική δυσλειτουργία. Αλλά εφόσον δεν υπάρχει ιστοπαθολογική ανωμαλία, η διαταραχή θεωρείται ως λειτουργική.

Όταν σε μία λειτουργική ψύχωση κυριαρχεί το νοητικό στοιχείο, δηλαδή όταν η ψυχική διαταραχή αφορά τη σκέψη του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του, γίνεται λόγος για σχιζοφρένεια. Όταν κυριαρχεί το συναισθηματικό στοιχείο, δηλαδή όταν η διαταραχή αφορά τα συναισθήματα του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται τον κόσμο γύρω του, τότε μιλάμε για μια συναισθηματική ψύχωση-κατάθλιψη, μανία ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή.

Κατά κανόνα, τόσο μια σχιζοφρενική όσο και μια συναισθηματική ψύχωση συνοδεύονται από διαταραχές συμπεριφοράς. Αλλά, όπως είναι

φυσικό, η συμπεριφορά αυτή καθοδηγείται ή χρωματίζεται από τις ιδέες και τα συναισθήματα που κυριαρχούν στην εμπειρία του αρρώστου.

Ο διαχωρισμός αυτός των λειτουργικών ψυχώσεων στις δύο μεγάλες αυτές κατηγορίες – σχιζοφρενικές και μανιοκαταθλιπτικές διαταραχές – είναι μάλλον πρόσφατος. Και είναι συχνά δύσκολο να γίνει ένας τέτοιος διαχωρισμός, τουλάχιστον στην αρχή της αρρώστιας, ώσπου το ένα ή το άλλο στοιχείο, το νοητικό ή το συναισθηματικό, να επικρατήσει στην κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο ασθενής (Χαρτοκόλλης Π, ΑΘΗΝΑ 1991).

4.2.2 Σχιζοφρενικές Διαταραχές (Σχιζοφρένεια)

Ο όρος Σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που πρωτύτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρόωμη άνοια (démence précoce- dementia praecox) και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin (1896) το διέδωσε σε όλο τον κόσμο.

Βέβαια, γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν επρόκειτο για «άνοια» («που άρχιζε νωρίς») κι ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή για «σχίσσιμο του μυαλού», εξού και ο όρος Σχιζοφρένεια.

Στα χρόνια που πέρασαν, παρ' όλες τις έρευνες και τις προσπάθειες μας, δεν μάθαμε πολλά πράγματα για τη μάλιστα αυτή της ανθρωπότητας, που εξακολουθεί να ρημάζει άτομα και οικογένειες.

Δεν ξέρουμε ακόμα ούτε πώς να τη θεραπεύσουμε ολοκληρωτικά, ούτε πώς να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από τη Σχιζοφρένεια. Και αυτό γιατί τα αίτια της ακόμα μας διαφεύγουν. (Μάνος Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1988).

Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο, όπως άλλωστε οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, για τις οποίες δεν έχει εντοπιστεί κάποια οργανική αιτιολογία. Τα συμπτώματα που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου.

Χαρακτηριστικά, υπάρχουν ανωμαλίες ή διαταραχές τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και στο περιεχόμενό της, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στη βούληση, στην προσωπική ταυτότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και στην εν γένει συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλλουν ανάλογα με τη σοβαρότητα, την εξελικτική

φάση και τις συνθήκες, προσωπικές και περιβαλλοντικές κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΑΨΕ) οι κυριότερες μορφές σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι:

- Απλή σχιζοφρένεια
- Ηβηφρενική σχιζοφρένεια
- Κατατονική σχιζοφρένεια
- Παρανοειδής σχιζοφρένεια
- Οξεία σχιζοφρένεια
- Χρόνια σχιζοφρένεια (Γιαννοπούλου Χρ. Α, Αθήνα 1996).

Έχει σημασία να μην προσπαθήσουμε να κλείσουμε μέσα μας μια συγκεκριμένη εικόνα – «στίγμα» σχιζοφρενικού. Οι κλινικές εικόνες – οι άνθρωποι – παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. Καλό, είναι λοιπόν, να μην έχουμε «κλισέ» στο μυαλό μας και κυρίως να μην ξεχνάμε ότι οι σχιζοφρενικοί άρρωστοι είναι απλώς άρρωστοι, δεν είναι «λεπροί». (Μάνος Ν., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988).

α. Ιδιομορφία της Σκέψης

Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει, τουλάχιστον δυνητικά, μια διανοητική διαταραχή, που μπορεί να πάρει τη μορφή παραληρήματος, ψευδαισθήσεων ή κάποιας χαρακτηριστικής ιδιομορφίας στον τρόπο σκέψης. Πολύ συχνά μα όχι πάντα, ο τρόπος με τον οποίο σκέπτεται ο σχιζοφρενής εμφανίζει μια ιδιαίτερη ανωμαλία, μια βασική διαταραχή της σκέψης όπως λέμε για να την διακρίνουμε από τις διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης. Η πιο συχνή και κατά τον Μπλούλερ παθολογική μορφή μιας τέτοιας διαταραχής είναι η χάλαση των συνειρμών. Οι ιδέες διαδέχονται η μία την άλλη χωρίς φανερό λογική σχέση ή με μια σύνδεση εντελώς συμπτωματική, χωρίς αυτός που μιλάει ή γράφει να έχει συναίσθηση της ασυναρτησίας του. Άλλες φορές η σκέψη, όπως εκφράζεται, φαίνεται λογική αλλά στο τέλος ο ακροατής μένει με το συναίσθημα ότι δεν ειπώθηκε τίποτα το συγκεκριμένο. Η συστηματική χρήση νεόκοπων λέξεων ή εκφράσεων (νεολογισμοί), η εμμονή στις ίδιες λέξεις ή ιδέες (ιδεοληψία), η συνάρτηση

λέξεων που έχουν απλώς την ίδια κατάληξη ή άλλη ηχητική ομοιότητα χωρίς λογική σχέση (ηχητικός συνειρμός), η επανάληψη σαν ηχώ λέξης ή φράσης που προφέρει κάποιος άλλος (ηχολαλία), το απότομο σταμάτημα μιας σκέψης στη μέση χωρίς προσπάθεια να διατυπωθεί αλλιώς (ανακοπή), η στερεότυπη επανάληψη μιας υποδείξεως ή ενός ερωτήματος (στερεοτυπία) είναι μερικά ακόμα παραδείγματα του παθολογικού φαινομένου που ονομάζουμε βασική διαταραχή της σκέψης (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

β. Παραλήρημα

Αναφορικά με το περιεχόμενο της σχιζοφρενικής σκέψης, η πιο χαρακτηριστική διαταραχή είναι το παραλήρημα.

Πρόκειται για μια προσωπική φαντασίωση, που εκείνος που την κάνει την πιστεύει για αληθινή, μόνο που είναι φανερό ή αποδεδειγμένο ότι δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα και δεν υπάρχει ως κοινή, λίγο πολύ αναγνωρισμένη από το περιβάλλον του δοξασία.

Τέτοιες ανυπόστατες πεποιθήσεις αναφέρονται, συνήθως, στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιος μας έχουν επισημάνει και μας ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές (παραλήρημα καταδιώξεως), στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιος συχνά μέσα από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματά μας, τις σκέψεις μας ή τις ενέργειές μας (παραλήρημα ελέγχου), στην ιδέα ότι είμαστε προικισμένοι με κάποια μοναδική ιδιότητα ή ότι ενσαρκώνουμε κάποια ιστορική προσωπικότητα (παραλήρημα μεγαλείου), στην ιδέα ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό στο σώμα μας (σωματικό παραλήρημα) και άλλες παρόμοια απίθανες ιδέες.

Οι έμμονες αυτές ιδέες ή φαντασιώσεις μπορεί να είναι οργανωμένες ή ανοργανωτες, απλές, πολύπλοκες, λογικοφανείς ή εντελώς απίθανες και εξωπραγματικές, κυριολεκτικά εξωφρενικές, χωρίς καμιά απολύτως σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα.

Η ύπαρξη του παραληρήματος υποδηλώνει μια ανασφάλεια του εγώ, ένα άτομο που αισθάνεται πως κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι, και την αμυντική πρόθεση να αποφευχθεί ο κίνδυνος ή να ενισχυθεί η συνοχή του εγώ. Χαρακτηριστικά, και αντίθετα με τις έμμονες ιδέες του

ψυχαναγκαστικού άρρώστου, το παραλήρημα εμπλέκει το περιβάλλον με έναν τρόπο ενεργητικό, συνήθως απειλητικό, κριτικό ή υποτιμητικό για τον άρρωστο, σπανιότερα και εμμέσως υποστηρικτικό. Σε ελαφρότερες περιπτώσεις ή προτού ακόμα το σύμπτωμα εξελιχθεί σε παραλήρημα καταδιώξεως, ο άρρωστος μπορεί απλώς να πιστεύει ότι είναι το κέντρο της προσοχής κάποιου κύκλου ανθρώπων, που τον επικρίνουν, τον ειρωνεύονται ή τον οικτιρούν, μάλλον, παρά σχεδιάζουν κάτι κακό εναντίον του. Τέτοιες ιδέες αναφοράς, όπως και οι ιδέες καταδιώξεως χαρακτηρίζονται από καχυποψία και ένα έντονο συναίσθημα προσωπικής ανασφάλειας. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

γ. Ψευδαισθήσεις

Από τις πιο εντυπωσιακές διαταραχές της σκέψης ή, πιο συγκεκριμένα της αντιλήψεως, η ψευδαισθηση δημιουργείται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα. Πρόκειται για μια πιο ολοκληρωμένη ακραία μορφή παραληρήματος. Όταν η παραληρητική φαντασίωση γίνεται ιδιαίτερα έντονη, χάνει τη διανοητική μορφή της και μετατρέπεται σε εμπειρία, παίρνοντας μία ή περισσότερες από τις αισθητήριες διαστάσεις – ακουστική, οπτική, απτική, οσφρητική ή κιναισθητική. Ο άρρωστος δεν νομίζει απλώς ότι τον καταδιώκουν, αλλά ακούει λόγια απειλητικά, τις δικές του σκέψεις σαν να προέρχονται από το περιβάλλον, εξωτερικευμένες. Φαντάζεται πως βλέπει όντα που τον απειλούν ή που τον επευφημούν, καθώς απευθύνεται σε φανταστικά πλήθη, παρασταίνοντας τον εαυτό του ως Μεγάλο Ναπολέοντα ή Χριστό. Αισθάνεται στο σώμα του τον ηλεκτρικό ερεθισμό μηχανών που ενεργούν από μακριά και μπορεί να τις περιγράψει με κάθε λεπτομέρεια. Αισθάνεται την γεύση του φαρμάκου που φαντάζεται πως του έχουν ρίξει στο φαγητό του για να τον δηλητηριάσουν. Αισθάνεται την οσμή ενός δηλητηριώδους αερίου ή του δικού του κορμιού που φοβάται ότι έχει αρχίσει να σαπίζει.

Η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποια προσφέρεται καλύτερα στην έκφραση του ψυχολογικού προβλήματος που απασχολεί το υποκείμενο. Συναισθήματα ενοχής εκφράζονται πιο εύκολα με την ομιλία, γι αυτό ο ψυχωτικός άρρωστος ακούει φωνές που τον ψέγουν ή τον κατηγορούν ότι είναι ομοφυλόφιλος, ερωτομανής και ανήθικος ή ανήθικη – φωνές που

αντανακλούν τα λόγια των γονέων του όπως έχουν καταγραφεί στο υπερεγώ του, επικρίνοντάς τον για απαράδεκτες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προδίδουν μια σύγχυση ανάμεσα στον εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο του ατόμου, που οφείλεται στην αποσύνθεση του υπερεγώ. Απαγορευτικές, επιτακτικές και απειλητικές φωνές είναι σαν να έρχονται από έξω, όπως κάποτε η φωνή των γονέων, προτού αποπροσωποποιηθεί μέσα στη φωνή της συνειδήσεως του υπερεγώ. Το φαινόμενο είναι ένα παράδειγμα της τάσης που υπάρχει στην σχιζοφρένεια για ψυχολογικά σχήματα που δεν έχουν αφομοιωθεί καλά να διασπώνται και να εξωτερικεύονται και πάλι.

Πολύ λιγότερο συχνές από τις ακουστικές, προκειμένου για μη οργανικές ψυχώσεις, οπτικές ψευδαισθήσεις αντιπροσωπεύουν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του αρρώστου. Γι αυτό και προκαλούν μεγαλύτερο φόβο από τις ακουστικές.

Τόσο το παραλήρημα όσο και η ψευδαισθηση διακινούνται από την πρόθεση να αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα, που έχει διακοπεί με την ψυχωτική διαταραχή. Την άποψη αυτή διατύπωσε πρώτος ο Φρόντ και παραδέχτηκε ο Μπλούλερ προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, όπου τόσο οι ψευδαισθήσεις όσο και το παραλήρημα αποτελούν δευτερογενή ή συμπληρωματικά συμπτώματα, οφειλόμενα στη διαταραχή του συνειρμού, την οποία ο Ελβετός ερευνητής θεώρησε υπεύθυνη για τη δυσκολία επαφής με την πραγματικότητα που χαρακτηρίζει τους σχιζοφρενικούς αρρώστους. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

δ. Συναισθημα

Είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς τη σκέψη από το συναίσθημα ή το θυμικό. Και όσο παράδοξο κι αν ακούγεται δεν ξέρει κανένας ποιο έρχεται πρώτο, η σκέψη ή το συναίσθημα. Κατά την κλασική θεωρία Τζάιμς – Λανγκσλεη, όταν ακούσουμε ότι πέθανε ένα αγαπητό μας πρόσωπο κλαίμε πρώτα και ύστερα λυπόμαστε, στη θέα μιας άγριας αρκούδας το βάζουμε στα πόδια ή ετοιμαζόμαστε να αμυνθούμε κι έπειτα αισθανόμαστε φόβο. Με άλλα λόγια, η εμπειρία του συναίσθηματος βασίζεται σε ορισμένες νευροφυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού, που είναι αντανακλαστικές μάλλον παρά αποτέλεσμα σκέψης και πιο συγκεκριμένα

διανοητικής εκτιμήσεως των συνθηκών, στις οποίες ανταποκρίνεται το οποιοδήποτε συναίσθημα.

Στη σχιζοφρένεια, η σχέση συναισθήματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, καθώς η μορφή του παραμένει ανέκφραστη ή καθρεφτίζει κάτι το ουδέτερο, το αινιγματικό, το απροσπέλαστο. Ο ίδιος συχνά παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται, ότι δεν του κάνει τίποτα εντύπωση, ότι δεν αισθάνεται ούτε χαρά ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται σαν να αισθάνεται το αντίθετο από εκείνο που λέει πως αισθάνεται ή που θα έπρεπε να αισθάνεται σύμφωνα με αυτά που λέει, όπως π.χ. όταν παραπονιέται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις τον καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάει χαρούμενα, ξέγνοιαστα. Άλλες φορές από ήρεμος που είναι, ξαφνικά χωρίς φανερή αιτία γίνεται ανήσυχος φωνάζοντας οργισμένα ή τρομαγμένα. Παραδόξως, τα αντιψυχωτικά φάρμακα, ενώ έχουν μια ευεργετική επίδραση πάνω στη σκέψη και αντίληψη του σχιζοφρενικού αρρώστου, τείνουν να ισοπεδώσουν τα συναισθήματα και την εκφραστική τους ικανότητα.

Σε μια πιο προχωρημένη φάση της αρρώστιας, που βασικά εκφράζει τη λεγόμενη διαδικαστική ή χρόνια μορφή της, παρατηρείται μια απουσία ή φτώχεια συναισθήματος, που συνοδεύεται συνήθως από μια ανάλογη διαταραχή στο συναίσθημα του χρόνου.

Ο άρρωστος παραπονιέται ότι ο καιρός σταμάτησε να κυλάει, ότι τα λεπτά, οι ώρες, οι ημέρες της ζωής του είναι σαν να διαρκούν χρόνια, αιώνες.

Κάτι που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αντικειμενικά, αλλά που κυριαρχεί στην υποκειμενική ζωή του αρρώστου σε σημείο που να τον φέρνει σε απόγνωση, είναι μια βαθιά διαταραχή του συναισθήματος ταυτότητας, της ικανότητας να διακρίνει τον εαυτό του από άλλους σαν μια οντότητα δική του, με κάποια προσωπική ιστορία, με κάποια ιδιαίτερη κατεύθυνση στη ζωή του. Καθώς το συναίσθημα ταυτότητας αδυνατίζει, ο άρρωστος αρχίζει να νιώθει σαν να χάνει τον εαυτό του, σαν τα όρια του εαυτού του να θρυμματίζονται, σαν το ίδιο το σώμα του να διαμελίζεται, να αποσυντίθεται. Η ζωή χάνει κάθε νόημα, κάθε σκοπό ή ανθρώπινο όριο,

γίνεται αιωνιότητα αρνητική, χωρίς καμία επιθυμία, παρηγοριά ή ελπίδα. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

ε. Βούληση

Όπως είναι επόμενο, η συναισθηματική άμβλυωση που φέρνει η χρόνια σχιζοφρένεια αντανakλά στην ικανότητά του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία και ενδιαφέρον σε οτιδήποτε έξω από τον εαυτό του εμποδίζοντάς τον να συμμετέχει ενεργά σε κοινές ασχολίες και, γενικά, να κάνει τη δουλειά του σωστά, με συνέπεια και αποτελεσματικότητα. Σιγά – σιγά τον κυριεύει μια μεγάλη αμφιθυμία, που στο τέλος παραλύει την θέλησή του και την ικανότητα να πάρει οποιαδήποτε απόφαση. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

στ. Συμπεριφορά

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αρχικές εκδηλώσεις της κακοήθους σχιζοφρένειας είναι μια προϊούσα διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων. Κατά κανόνα, οι σχέσεις του αρρώστου με τους άλλους δεν είναι ποτέ καλές. Καθώς η επαφή του με την πραγματικότητα χειροτερεύει, η συμπεριφορά του επίσης αλλάζει, συνήθως σιγά-σιγά, ανεπαίσθητα, προοδευτικά, αν και καμία φορά εντελώς ξαφνικά. Εμφανίζεται μια νευρική κίνηση, μια υπερκινητικότητα ή υποκινητικότητα, οι ώρες αναπαύσεως και η διάρκεια του ύπνου μικραίνουν ή μακραίνουν αντίστοιχα. Εμφανίζεται μια αδιαφορία ως προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, μια έλλειψη προσοχής προς τις υποδείξεις ή ανάγκες των άλλων, μια βαθμιαία κοινωνική απομόνωση, που πολλές φορές συνοδεύεται από αδέξιες, προσβλητικές ή επιθετικές εκφράσεις, στερεότυπους μορφασμούς και κινήσεις, αδικαιολόγητα γέλια ή κλάματα και, γενικά, μια αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά.

Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους συνανθρώπους του, τα διάφορα μέλη της οικογένειάς του, τους φίλους του, τους συμμαθητές του ή τους συνεργάτες του γίνονται δύσκολες, προβληματικές και από μια στιγμή κι έπειτα, μπορεί να διακοπούν εντελώς. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται ως αυτισμός.

Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, ζώντας με την φαντασία του, μη δίνοντας πια καμία προσοχή στον κόσμο της πραγματικότητας, αγνοώντας

τους πάντες και τα πάντα γύρω του. Σε αυτή την κατάσταση, ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να χάσει κάθε συναίσθημα ευθύνης ή ντροπής, αυνανιζόμενος και, γενικά, ικανοποιώντας τις σωματικές του ανάγκες δημόσια, χωρίς κανέναν ενδοιασμό σε σημείο που να αποπατεί στο πάτωμα και να τρώει τα ίδια τα απορρίμμάτα του. Στην εποχή μας, με τη συστηματική χρήση των ψυχοφαρμάκων, το έσχατο αυτό στάδιο του αυτισμού έχει γίνει σπάνιο. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

4.2.3 Θεραπεία Σχιζοφρενικών Διαταραχών

Η θεραπεία της Σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένειά του, τον γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή – ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, εργοθεραπευτές κλπ.

Κατά καιρούς, πολλοί ισχυρίστηκαν ότι βρήκαν τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας. Καμία, όμως, δεν αποδείχτηκε αποτελεσματική. Δεν υπάρχει θεραπεία για αυτή τη χιλιάδων ετών καταστροφική αρρώστια, γι αυτό η θεραπευτική μας παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Έτσι, η θεραπευτική αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας θα περιγραφεί κάτω από δύο μεγάλες διαστάσεις – σωματικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές θεραπείες: που οπωσδήποτε όμως έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα (και δυνητικά μπορούν να αποβούν και βλαβερές). Παρόλα αυτά προσεκτικά σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα που συνθέτουν τις δύο διαστάσεις μπορούν να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν τη χαμένη τους λειτουργικότητα και ψυχολογική ακεραιότητα και υγεία.

Αυτό, πάντως, που πρέπει να θυμόμαστε είναι ότι θεραπευτική αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών σημαίνει παροχή συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που είναι η βάση για την εξασφάλιση ποιότητας στη ζωή τους. (Μάνος Ν., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988).

Σωματικές Θεραπείες

- Αντιψυχωτικά φάρμακα: Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στο θεραπευτικό χειρισμό της Σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητά τους να καταστέλλουν την

ψυχωτική διέγερση, όσο και με τη δυνατότητά τους να θεραπεύουν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Δεν μπορούν, βέβαια, να θεραπεύσουν την αρρώστια, αλλά μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν τη ψυχωτική σύγχυση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, σε κάποιο βαθμό την κοινωνική απομόνωση και άλλα συμπτώματα της Σχιζοφρένειας.

Μολονότι η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες. Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης, που είναι περίπου 20-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία κρίση. Και φυσικά, η μείωση γίνεται προσεκτικά σε διάρκεια εβδομάδων, με στενή παρακολούθηση μήπως χρειαστεί και πάλι αύξηση λόγω επανόδου των συμπτωμάτων.

Για άτομα που δεν είμαστε σίγουροι ότι ακολουθούν πιστά τις εντολές για τη λήψη του φαρμάκου από το στόμα σε εξωνοσοκομειακή βάση, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε θεραπεία συντήρησης με δεκανοϊκή φλουφαιναζίνη κάθε 10-30 ημέρες. Μολονότι σχιζοφρενικοί ασθενείς υποτροπιάζουν και ενώ βρίσκονται σε αντιψυχωτική αγωγή συντήρησης, εντούτοις η προφυλακτική χορήγηση αντιψυχωτικών μπορεί να προφυλάξει ένα σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών γι αυτό και συνίσταται. Δεν θα πρέπει όμως να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή.

Ασθενείς που εμφανίζουν πλήρη ύφεση για έξι μήνες ή περισσότερο και αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση συντήρησης αξίζει να δοκιμάσουν μήπως δεν χρειάζονται φάρμακα, καθώς υπάρχει και ο φόβος της όψιμης δυσκινησίας.

Σήμερα, προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε τη μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό (με έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων αφενός και τις λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες αφετέρου).

Ακόμη περισσότερο, αν είναι δυνατόν, προσπαθούμε ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μαζί του να τον οδηγήσουμε ουσιαστικά σε αυτορύθμιση, δηλαδή αυτός να κανονίζει πόσο φάρμακο χρειάζεται. Αυτό, έχει ιδιαίτερη σημασία ενόψει κοινωνικών ή διαπροσωπικών απαιτήσεων, όπως σαββατοκύριακο, σεξουαλικές σχέσεις κλπ, όπου προσωρινή ελάττωση ή διακοπή του φαρμάκου μπορεί να συνοδεύεται από βελτιωμένη λειτουργικότητα.

- **Λίθιο.** Κατά πάσα πιθανότητα το λίθιο δεν έχει ένδειξη, αν η διάγνωση της Σχιζοφρένειας είναι σίγουρη. Οποτεδήποτε, όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, είναι καλό να δοκιμάζεται.
- **Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.** Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σαν θεραπεία της Σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση/ έξαρση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στη θεραπεία), η βασική της ένδειξη είναι το stupor ή η διέγερση του Κατατονικού Τύπου Σχιζοφρένειας.
- **Αντικαταθλιπτικά.** Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς μερικές φορές παρουσιάζουν κατάθλιψη, ιδιαίτερα ύστερα από την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου (ενεργός φάση), όταν αντιλαμβάνονται τα τους συνέβη. Φυσικά, θα πρέπει η πιθανή κατάθλιψη να διαφοροδιαγνωστεί από την ακινησία που μπορεί να προκαλεί το αντιψυχωτικό φάρμακο (χορήγηση αντιπαρκινσονικού ή ελάττωση του αντιψυχωτικού μπορεί να βοηθήσει).

Εφόσον ο σχιζοφρενικός είναι γνήσια καταθλιπτικός, τότε προσθέτουμε ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό στη θεραπεία του. Χρειάζεται όμως ιδιαίτερη προσοχή και παρακολούθηση, γιατί τα τρικυκλικά μπορεί να επιφέρουν αναζωπύρωση της ψύχωσης. (Μάνος Ν., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988).

Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασής του να ζει, να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι,

πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους – στην κοινότητα – είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειαστεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες (και γίνονται κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων).

Έτσι, η παλιά άποψη της μακράς ή ασυλικής νοσηλείας με την τυπική εικόνα των αποσυρμένων και παλινδρομημένων – ιδρυματοποιημένων ασθενών έχει προοδευτικά αντικατασταθεί στις περισσότερες χώρες από προγράμματα επανένταξης των ασθενών στην κοινότητα – κοινωνία, από προσπάθειες δηλαδή αποϊδρυματοποίησης. Βέβαια, η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων για λόγους οικονομικούς ή κακού προγραμματισμού ή αδυναμίας πολλών ασθενών να αποκατασταθούν, δεν είναι γενικευμένη, οπότε και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παραμένουν στις περισσότερες χώρες σαν αναγκαίοι χώροι περίθαλψης, όταν η αποκατάσταση στην κοινότητα δεν μπορεί να επιτύχει. Και πάλι, όμως, γίνεται ειδική προσπάθεια συρρίκνωσής τους και μεγίστης βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και απασχόλησης των ασθενών. Κυρίως, όμως, η θεραπευτική μάχη δίνεται στην κοινότητα, στα κέντρα ψυχικής υγείας (και αν χρειασθεί νοσηλεία κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων), στους ξενώνες, στα οικοτροφεία, στα διαμερίσματα που μοιράζονται σχιζοφρενικοί, στις συνεργατικές εργασιακές μονάδες, στα σπίτια τους κλπ.

Έτσι, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές σε ένα συνεχές, όμως, που έχει κατεύθυνση από το νοσοκομείο προς την κοινότητα και ταυτόχρονα που έχει σκοπό την αποφυγή κατά το δυνατό της επανάληψης της νοσηλείας. Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κλπ.

Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (που μπορεί φυσικά να αρχίσει να ενδονοσοκομειακά), η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά. (Μάνος Ν., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988).

Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία

Όπως αναφέρθηκε, καταρχήν γίνεται ειδική προσπάθεια να αποφευχθεί η νοσηλεία του σχιζοφρενικού ασθενή με υποστήριξη της λειτουργίας του εξωνοσοκομειακά. Έτσι, μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο σχιζοφρενής με την οικογένειά του, στον ξενώνα, στο οικοτροφείο κλπ, που βασίζεται στη στενή παρακολούθησή του από ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ. Η άμεση παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει τη νοσηλεία στο νοσοκομείο (μπορεί να γίνει έτσι ουσιαστικά ολιγοήμερη νοσηλεία με τη συμμετοχή πια και του ψυχιάτρου στο σπίτι, στο οικοτροφείο ή στον ξενώνα ή ακόμα και στο κέντρο ψυχικής υγείας). Παρόλα αυτά η νοσηλεία μερικές φορές είναι αναπόφευκτη. Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων (οικογένεια, φίλοι, θεραπευτές, εργασία) στο περιβάλλον του ασθενή.

Όσο πιο έντονα ψυχωτικός ή διεγερτικός είναι ο ασθενής τόσο η ανάγκη για ταχεία καταστολή της ψύχωσης ή διέγερσης είναι άμεση. Οποσδήποτε, χρησιμοποιούμε ένα συνδυασμό καθυσάχησης, τοποθέτησης ορίων λεκτικά και ελάττωσης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (δωμάτιο απομόνωσης), στην αρχή. Αν αυτά δεν είναι αρκετά για να ηρεμήσουν τον ασθενή και να ελέγξουν τις βίαιες παρορμήσεις του, τότε μπορεί να χρειασθεί φυσική καθήλωση σε συνδυασμό με/ ή χημική καθήλωση.

Καθώς όμως τα οξεία συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν, ο ασθενής θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής, η οποία θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να αποτελεί θεραπευτική κοινότητα. Η θεραπευτική κοινότητα που περιλαμβάνει τους ασθενείς, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους γιατρούς και κάθε άτομο που εργάζεται στην κλινική δίνει έμφαση σε κάθε διεργασία που προάγει την λειτουργικότητα και την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Οι σχέσεις όλων αυτών των ατόμων μεταξύ τους, οι θεραπευτικές δραστηριότητες, ο τρόπος λήψης αποφάσεων

κλπ, σχεδιάζονται έτσι ώστε να προάγουν τη φυσιολογικότητα που θα απαιτηθεί όταν οι ασθενείς βγουν έξω.

Ευρύτερη έννοια, που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας, είναι η θεραπεία περιβάλλοντος (milieu therapy), που αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα η ίδια κλπ. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον (milieu) – χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις κλπ. είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση.

Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι ο συνεκτικός ιστός της αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας, η θετική συνισταμένη των αρμονικών σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας, η άνετη εφαρμογή μιας ξεκάθαρης και συμφωνημένης θεραπευτικής φιλοσοφίας που επικοινωνεί ταυτόχρονα όρια και δόμηση αλλά και ελευθερία και αυτονομία. (Μάνος Ν., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988).

Ψυχοθεραπεία

Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και λιγότερο η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία. Βασικά, ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειες στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατό καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Έτσι, εξήγηση (υπό μορφή διδασκαλίας) της φύσης της Σχιζοφρένειας των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των φαρμάκων, του τρόπου αντιμετώπισης των διαπροσωπικών προβλημάτων, με ενεργό υποστήριξη στο «εδώ και τώρα» για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η διαταραγμένη πραγματικότητα είναι ο προσανατολισμός της θεραπείας. Η δημιουργία, φυσικά, μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή-θεραπευτή είναι πρωταρχική. Δεν αποκλείεται, όμως, σε αρκετές περιπτώσεις και η

ερμηνευτική βοήθεια προς το σχιζοφρενικό για να κατανοήσει τα συναισθήματά του και τον τρόπο που τον οδηγούν σε εξωπραγματική σκέψη ή αντίληψη.

Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ταυτόχρονα στην αρχή ενδονοσοκομειακά και μετά εξωνοσοκομειακά και μπορεί προοδευτικά – κλιμακωτά – να γίνονται και περισσότερο ερμηνευτικές. Κυρίως, όμως, αποσκοπούν στην απόδοση πραγματικότητας και στην κοινωνικοποίηση του ασθενή.

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική για την θεραπεία των σχιζοφρενών ιδιαίτερα με την μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η Σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας κλπ. Επίσης, όμως, ιδιαίτερα ενδονοσοκομειακά, καλό είναι το περιβάλλον να είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε να επιβραβεύεται η θετική, ενεργητική συμμετοχή στις δραστηριότητες και η κοινωνικοποίηση των ασθενών και να αποθαρρύνεται η αρνητική, παθητική στάση και η απόσυρση.

Η οικογενειακή θεραπεία είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας. Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. Σημασία όμως έχει και η εκπαίδευση των συγγενών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της αρρώστιας και στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του σχιζοφρενικού μέλους.

Στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών θεραπειών ανήκουν και οι δημιουργικές θεραπείες: θεραπεία τέχνης, μουσικής, δράματος κλπ. που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής κλπ. καθώς και η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία με πηλό, χειροτεχνία κλπ. (Μάνος Ν., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988)

Αποκατάσταση

Καθώς η Σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών – κοινωνική, επαγγελματική κλπ. – πάντα χρειάζεται

συγκεκριμένη παρέμβαση για να βοηθηθεί ο ασθενής να επανακτήσει σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό τη λειτουργικότητα του. Η όλη διεργασία αποκατάστασης αρχίζει από το νοσοκομείο με ομαδική ψυχοθεραπεία, ομαδικές δραστηριότητες, δόμηση της ημέρας, απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κλπ. και συνεχίζεται ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά με εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, προεπαγγελματική και επαγγελματική εκπαίδευση, εκπαίδευση στη φροντίδα του σπιτιού, τη μαγειρική, ανεύρεση τόπου διαμονής και εργασίας κλπ. Όσο περισσότερο χρόνο ο ασθενής έχει παραμείνει στο νοσοκομείο, τόσο πιο συστηματική, έντονη και επίμονη η προσπάθεια αποκατάστασης. (Μάνος Ν., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988).

Μετανοσοκομειακή Φροντίδα

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

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

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

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

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

Τελειώνοντας το κομμάτι της θεραπείας, θα πρέπει και πάλι να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μόνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη Σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας. (Μάνος Ν., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988).

4.3. Συναισθηματικές Διαταραχές

4.3.1. Η φύση των συναισθηματικών διαταραχών

α. Γενικά Χαρακτηριστικά

Καταστάσεις που χαρακτηρίζονται κυρίως από ένα ανώμαλο συναίσθημα μάλλον παρά από μια διαταραχή σκέψης ή συμπεριφοράς συνιστούν τις λεγόμενες συναισθηματικές διαταραχές. 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 να 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 δεν δικαιολογείται από τη λογική των πραγμάτων, από τις συνθήκες που χαρακτηρίζουν την πραγματικότητα του αρρώστου. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

Β. 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 μία 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 μία την άλλη, να εναλλάσσονται, έχουμε την μανιοκαταθλιπτική ή διπολική διαταραχή. Όταν δεν δικαιολογούνται από τη λογική των πραγμάτων, τις κατατάσσουμε με τις ψυχωτικές διαταραχές. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

4.3.2 Καταθλιπτική Διαταραχή

α. Διαγνωστικά Κριτήρια

Περιγραφές της υπάρχουν από τότε που άρχισε να καταγραφεται η ανθρώπινη ιστορία. Ο Ιπποκράτης την ονόμασε μελαγχολία, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της «μαύρης χολής» στο μυαλό. Τη χαρακτηρίζει κυρίως το συναίσθημα της λύπης, αλλά, χαρακτηριστικά επίσης, όλα τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να βάλει κανείς με το νου του: άγχος και συναισθήματα ενοχής, τύψεις, θυμός, μίσος, ανία, κούραση, απελπισία, θλίψη μάλλον παρά λύπη, επίσης φόβος, συναισθήματα που δηλώνουν ψυχικό πόνο και απαισιοδοξία.

Γενικά, μπορούμε να τα χαρακτηρίσουμε ως συναισθήματα δυσφορίας. Προκαλούνται ή καλύτερα συνοδεύονται από έναν αριθμό αρνητικών συμπτωμάτων, που έχουν να κάνουν με τις πνευματικές ή σωματικές λειτουργίες και την ενεργητικότητα του ατόμου: αϋπνία ή υπερυπνία, δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, ανορεξία ή υπερφαγία, αδυνάτισμα ή αύξηση βάρους, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση της προσοχής, ελάττωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, της ικανότητας να παίρνει κανένας αποφάσεις, της παραγωγικότητας, της σεξουαλικότητας και, στις γυναίκες, πολύ συχνά αμηνόρροια.

Χαρακτηριστικές και επικίνδυνες είναι οι ιδέες της αυτοκτονίας που μπορεί να έχει ο καταθλιπτικός αρρώστος. Συνοδεύονται και τροφοδοτούνται από συναισθήματα αναξιοτιμίας ή ενοχής ή από έμμονες ιδέες κάποιας τερματικής αρρώστιας ή επικείμενης καταστροφής, που μπορεί να φτάσουν ως το παραλήρημα και όχι σπάνια τις ψευδαισθήσεις. Άλλες φορές υπάρχει μια φτώχεια ιδεών, μια μεγάλη αδιαφορία. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

β. Ενδογενής Κατάθλιψη

Παραδοσιακά, από τον καιρό του Κρέπελιν και πρωτίτερα, η καταθλιπτική διαταραχή διακρίνεται σε ενδογενή και εξωγενή, διάκριση που αναφέρεται στην απουσία ή στην παρουσία κάποιου αντικειμενικού εκλυτικού παράγοντα, όπως η απώλεια αγαπητού προσώπου ή μια σοβαρή προσωπική αποτυχία.

Η ενδογενής κατάθλιψη, χωρίς φανερή αιτία, παρουσιάζει πρωϊνή κυρίως αϋπνία, ανορεξία και πτώση βάρους, ημερήσια διακύμανση δυσφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα, με διαλείμματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων. Πολύ συχνά, στο οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου υπάρχουν ένας ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με παρόμοια επεισόδια.

Από την άλλη μεριά, στο ατομικό ιστορικό ενός ανθρώπου που πάσχει από εξωγενή κατάθλιψη, υπάρχουν συχνά ενδείξεις μιας προηγούμενης μακροχρόνιας δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας. Η κατάσταση έχει πολλά κοινά στοιχεία με τη νευρωτική κατάθλιψη. Όπως με εκείνη, η έναρξή της είναι εύκολο να συνδεθεί με κάποια εξωτερική ή εσωτερική

αντιξοότητα, σημαντική για τον ασθενή απώλεια, απόρριψη, ατυχία ή αποτυχία. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

γ. Υποστροφική Κατάθλιψη

Η αγχώδης κατάθλιψη συναντιέται συχνά στην κλιμακτήριο περίοδο ή αργότερα, σε μια προχωρημένη ηλικία. Εκτός από το άγχος, τη χαρακτηρίζει μια ταραγμένη συμπεριφορά και σοβαρή αϋπνία. Η διαταραχή δεν έχει σχέση με κάποια καταστροφική εμπειρία, εκτός από την απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας στις γυναίκες και η μοναξιά που φέρνει η απομάκρυνση των παιδιών από την οικογενειακή στέγη, ενώ στους άντρες πιο οδυνηρή είναι η συνταξιοδότηση από τη δουλειά του, με την απομάκρυνση από ανθρώπους και συνήθειες μιας ολόκληρης ζωής. Δεν υπάρχει αντικειμενική απόδειξη ότι οι ενδοκρινικές και μεταβολικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν την ηλικία παίζουν κάποιο σημαντικό ρόλο στη διαταραχή αυτή. Οι άρρωστοι που πάσχουν από μια τέτοια όψιμη μελαγχολία είναι συνήθως άτομα με ψυχαναγκαστικό χαρακτήρα. Και από το ιστορικό τους απουσιάζουν οι κυκλοθυμικές διακυμάνσεις. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

4.3.2.1 Θεραπεία Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ο άνθρωπος που πάσχει από μια καταθλιπτική διαταραχή χρειάζεται πρώτα από όλα προστασία και κατανόηση, που θα αποτρέψουν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Κατάθλιψη και αυτοκτονία πηγαινούν μαζί, αν και ο βαθμός του κινδύνου διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και τη φάση στην οποία βρίσκεται η εξέλιξη της. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει στην αγχώδη μορφή της μελαγχολίας, που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα αναξιοτότητας ή ενόχης και ταραγμένη συμπεριφορά και κατά την πρώτη φάση της αναρρώσεως, όταν ο άρρωστος αρχίζει να ενεργοποιείται και η εμφάνιση του ζωηρεύει έτσι που να δίνει την εντύπωση ότι δεν υπάρχει πια κίνδυνος (χαμογελαστή κατάθλιψη). (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

α. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι άμεσος ή ύστερα από επανειλημμένες απόπειρες που χαρακτηρίζουν μια βαριά, παρατεταμένη κατάθλιψη, ενδείκνυται η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Μόλο που η ιδέα μιας

τέτοιας επιθετικής επέμβασης στον εγκέφαλο και στο σώμα γενικά δημιουργεί ενδοιασμούς, ιδίως όταν δεν είμαστε βέβαιοι για τον τρόπο με τον οποίο ενεργεί, τα αποτελέσματα της σε τέτοιες βαριές και επικίνδυνες περιπτώσεις μπορεί να είναι σωτήρια. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα σε περιπτώσεις υποτροφικής μελαγχολίας. Αλλά κατά κανόνα δεν χρησιμοποιείται παρά αφού πρώτα έχει εξαντληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια θεραπείας με φαρμακευτικά ή ψυχολογικά μέσα. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

β. Ψυχοφάρμακα

Αποτελεσματικά στις περισσότερες περιπτώσεις είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αλλά συνήθως όχι αμέσως. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να χρειαστούν δύο ως τέσσερις εβδομάδες προτού αρχίζουν να ενεργούν θεραπευτικά. Αν όχι, μια δεύτερη επιλογή σε αυτό το σημείο – όχι ταυτόχρονη χρήση – τρικυκλικού ή άλλου αντικαταθλιπτικού μπορεί να φέρει το ποθητό αποτέλεσμα. Ως αντικατάστατα των τρικυκλικών είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Αλλά το γεγονός ότι σε συνδυασμό με διάφορες αρκετά κοινές τροφές προκαλούν παρενέργειες, κάνει τα φάρμακα αυτά δύσχρηστα.

Η θεραπευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι ανάγκη να συνεχιστεί για κάμποσους μήνες (8-10) ύστερα από τη φαινομενική ανάρρωση του αρρώστου, γιατί αλλιώς υπάρχει κίνδυνος υποτροπής.

γ. Ψυχοθεραπεία

Οι σωματικές και βιολογικές θεραπείες, παρ' όλη τη σχετική αποτελεσματικότητά τους, είναι σκόπιμο να συνδυαστούν με κάποια μέθοδο ψυχοθεραπείας, η οποία να εξακολουθήσει και μετά τη διακοπή τους. Κατά την διάρκεια της οξείας φάσης, η ψυχανάλυση όχι μόνο δεν μπορεί να εφαρμοστεί, αλλά πρέπει να αποφεύγεται. Αργότερα, και ιδίως εάν η καταθλιπτική διαταραχή δεν παρουσιάσει συγκεκριμένα ψυχωτικά στοιχεία, η ψυχανάλυση μπορεί να προσφέρει την καλύτερη βοήθεια για την πρόληψη μελλοντικών επεισοδίων. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

δ. Νοσηλεία

Κατά την οξεία φάση και όσο διαρκεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας, μια καταθλιπτική διαταραχή είναι προτιμότερο και συχνά απαιτείται να αντιμετωπιστεί σε ψυχιατρική κλινική ή ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου. Ένα τέτοιο μέτρο κάνει πιο αποτελεσματική την προστασία του αρρώστου, που συνήθως διαμαρτύρεται, αλλά προσωρινά, καθώς η απομάκρυνσή του από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τείνει να ελαττώσει το άγχος που του προκαλεί η συνείδηση ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις συναισθηματικές και πρακτικές υποχρεώσεις του.

Αν μάλιστα το νοσοκομείο είναι σε θέση να προσφέρει μια κατάλληλη θεραπεία περιβάλλοντος, όπως αρμόζει σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα, δεν απομένει καμία αμφιβολία για την ορθότητα της απόφασης. (Χαρτοκάλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

4.3.3 Μανιακή Διαταραχή

α. Διαγνωστικά κριτήρια

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 κλασική τριάδα συμπτωμάτων: μια ενθουσιώδη αλλά ευμετάβλητη διάθεση, μια ακατάσχετη ομιλητικότητα και μια αυξημένη κινητικότητα.

Εκτός από την ευφορία, υπάρχει συνήθως άγχος και φόβος ή το αντίθετο του φόβου, κάτι που ανταποκρίνεται στην έννοια της λέξης «παρατολμία». Ο φόβος δεν φαίνεται αμέσως, αλλά βγαίνει στην επιφάνεια με την παραμικρή αφορμή. Υπάρχουν επίσης μια υπεραισιοδοξία και άλλα τέτοια θετικά συναισθήματα, που εκφράζουν μια διασταλτική, εκδηλωτική, πληθωρική στάση ή νοοτροπία. Τα συναισθήματα αυτά συνοδεύονται από μερικά ή όλα τα ακόλουθα συμπτώματα: υπερκινητικότητα, υπερδιεγερτικότητα και εριστική διάθεση, που μπορεί να οδηγήσει στην επιθετικότητα, λογόρροια, υπερσεξουαλικότητα ή, πιο σωστά, αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, διαταραχή της εμμηνόρροιας, απώλεια βάρους και αϋπνία, για την οποία όμως ο άρρωστος όχι μόνο δεν παραπονιέται, αλλά

αισθάνεται ευτυχής, αφού του δίνει την ευκαιρία να συνεχίσει τις δραστηριότητές του, τις οποίες αυτός, παραβλέποντας την πραγματικότητα, θεωρεί όχι μόνο παραγωγικές αλλά, και εξαιρετικά δημιουργικές.

Η μεγαλομανία του μανιακού ή υπομανιακού ατόμου μπορεί να φτάσει ως το παραλήρημα. Η λογόρροιά του, εξάλλου, εκφράζει ένα πολύ γρήγορο ρυθμό σκέψης, μια φυγή ιδεών, η οποία όμως δεν είναι ασυνάρτητη όπως του σχιζοφρενικού αρρώστου, κάτι που αποτελεί χρήσιμο διαφορικό στοιχείο. Εκφράζει επίσης μια ελλειμματική κρίση, που μαζί με ένα ελαττωμένο συναίσθημα ευθύνης δημιουργεί στο άτομο σοβαρά προβλήματα με το κοινωνικό περιβάλλον του, την εργασία του και το νόμο.

Η διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται και από ψευδαισθήσεις, οι οποίες, χαρακτηριστικά, έχουν ένα παρανοϊκό περιεχόμενο. Είναι φανερό ότι, όπως με την καταθλιπτική διαταραχή, μιλάμε για ένα σύνδρομο και όχι για μια διαταραχή συναισθήματος, αν και πραγματικά ολόκληρη η εμφάνιση και συμπεριφορά του αρρώστου δίνουν την εντύπωση της ευφορίας, που ο ίδιος διατείνεται ότι αισθάνεται και δεν θέλει με κανέναν τρόπο να χάσει. Αρνείται emphaticά και οργισμένα ότι έχει κάποιο πρόβλημα, εκτός από αυτά που του δημιουργεί η αρνητική αντίδραση του περιβάλλοντος και φυσικά απορρίπτει κάθε ψυχιατρική βοήθεια. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

β. Πορεία της Διαταραχής

Η μανιακή διαταραχή ή φάση της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να αρχίσει ξαφνικά ως μία παραληρητική μανία. Ο άρρωστος είναι υπερκινητικός και ασυνάρτητος, έχει ψευδαισθήσεις και χάνει κάθε επαφή με την πραγματικότητα. Αλλά συνήθως εμφανίζεται βαθμιαία ως μια υπομανιακή κατάσταση. Σε ένα πρώτο στάδιο ο άρρωστος, που δεν καταλαβαίνει ότι του συμβαίνει κάτι ανώμαλο, είναι δοτικός, θερμός, επιδεικτικός, του αρέσει να αστείεύεται και είναι γενικά ευχάριστος· αλλά γρήγορα καταντάει ενοχλητικός, οπότε γίνεται επίσης φανερό ότι είναι ανυπόμονος και παράλογος, αν όχι παρανοϊκός. Σε μια οξεία φάση της διαταραχής όλα τα προηγούμενα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα και φανερά.

Η μανιακή διαταραχή έχει την τάση να επαναλαμβάνεται. Συχνά, μανιακές και καταθλιπτικές περιόδους διαδέχονται η μία την άλλη, καμιά

φορά χωρίς ένα διάλειμμα κάποιας διάρκειας. Γι αυτό και θεωρείται ως μία ενιαία μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Τον τελευταίο μάλιστα καιρό έχει επικρατήσει κάθε συναισθηματική διαταραχή καταθλιπτικού τύπου να θεωρείται ως μανιοκαταθλιπτική, έστω και αν δεν ακολουθείται από επεισόδια μανίας, οπότε αναφέρεται ως μονοπολική, ενώ στην περίπτωση που υπάρχουν και οι δυο φάσεις ονομάζεται διπολική. Εξαιρέση αποτελούν περιπτώσεις μελαγχολίας που η έναρξή τους συμπίπτει με κάποιο σοβαρό εκλυτικό γεγονός, όπως μια σημαντική απώλεια. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

4.3.3.1 Θεραπεία Μανιακής Διαταραχής

Στην οξεία της μορφή, μια μανιακή διαταραχή απαιτεί άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα νευροληπτικά φάρμακα έχουν κατευναστική επίδραση. Παράγωγα της φαινοθειαζίνης, κυρίως αλιφατικά όπως η χλωροπρομαζίνη, και παράγωγά της βουτυροφαινόνης, όπως η αλοπεριδίνη, είναι φάρμακα επιλογής.

Ειδική αντιμανιακή δραστηριότητα έχουν τα άλατα του λιθίου. Αλλά αν και μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση αμέσως, είτε μόνο είτε σε συνδυασμό με ένα νευροληπτικό, το λίθιο είναι πιο αποτελεσματικό ως φάρμακο συντηρήσεως – σε δόσεις που καθορίζονται εργαστηριακά με την μέτρηση του επιπέδου της ουσίας στο αίμα – για την πρόληψη υποτροπών. Εάν δεν έχει αποτελέσματα μέσα σε δέκα ημέρες, κατά πάσα πιθανότητα δεν πρόκειται να έχει ούτε αργότερα. (Χαρτοκόλλης Π., ΑΘΗΝΑ 1991).

5. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Συχνά λέγεται ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη από τη θεραπεία και ασφαλώς η αντίληψη αυτή είναι συμβατή και με την κοινή λογική. Θα μπορούσε μάλιστα να λεχθεί ότι οι έννοιες «θεραπεία» και «πρόληψη» είναι αντιθετικές και ίσως και αμοιβαίως αποκλειόμενες, μια που, όταν η πρόληψη είναι επιτυχής, εξαλείφεται και η ανάγκη για θεραπεία.

Ωστόσο, με την ευρύτερη έννοιά της, η πρόληψη εμπεριέχει και τη θεραπεία (που αποτελεί, όπως θα δούμε παρακάτω, μέρος της δευτεροβάθμιας πρόληψης) και με την έννοια αυτή η πρόληψη είναι συμπληρωματική και όχι αντιθετική προς τη θεραπεία.

Ιστορικά στοιχεία

Στην ψυχιατρική, η σημασία της πρόληψης επισημάνθηκε αρκετά αργά, και συγκεκριμένα στις αρχές αυτού του αιώνα. Φυσικά, οι προληπτικές παρεμβάσεις που δίδασκε ο Ιπποκράτης και εφάρμοζαν οι ιερείς στα Ασκληπεία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως αφετηρία της προληπτικής προσέγγισης στην ψυχιατρική. Ωστόσο, η Προληπτική Ψυχιατρική, ως γνωστό αντικείμενο, άρχισε να αναπτύσσεται όταν εμφανίστηκε το λεγόμενο «Κίνημα Ψυχικής Υγιεινής» στην Αμερική πριν από 100 περίπου χρόνια.

Σημαντική συμβολή στην ανάπτυξη αυτού του κινήματος είχε ο Ελβετός ψυχίατρος Adolf Meyer, ο ιδρυτής της Ψυχοβιολογικής Σχολής (εικόνα 1) με την έμφαση που έδωσε στον προληπτικό ρόλο που θα μπορούσε να παίξει η κοινότητα και διάφοροι κοινοτικοί φορείς στην πρόληψη.

Στις αρχές του αιώνα, ο Clifford Beers, ένας κοινός θνητός που υποχρεώθηκε να υποστεί ενδοноσοκομειακή νοσηλεία μετά από ένα ψυχωσικό επεισόδιο, ίδρυσε μαζί με τον Meyer την Εταιρία Ψυχικής Υγιεινής (1908), ενώ ο αντίστοιχος Βρετανικός οργανισμός (το Εθνικό Συμβούλιο Ψυχικής Υγιεινής) ιδρύθηκε το 1923.

Στην Ελλάδα, το 1956 ιδρύθηκε το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, ένας οργανισμός με σαφή προληπτικό προσανατολισμό, που για πολλά χρόνια, μαζί με τις πανεπιστημιακές κλινικές, έχει πρωτοποριακή δραστηριότητα στον τομέα της Ψυχιατρικής πρόληψης.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει, επίσης, να γίνει για την Πανελλήνια Εταιρία Ψυχικής Υγιεινής, που υπό την προεδρεία των καθηγητών Γ. Αλιβιζάτου και Γ. Λυκέτσου είχε αξιόλογη προσφορά στην ψυχιατρική πρόληψη.

Το 1996, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία ίδρυσε τον Τομέα Προληπτικής Ψυχιατρικής με ιδιαίτερη επικέντρωση στην πρωτοβάθμια πρόληψη.

Το 1979 οργανώθηκε στην Αθήνα από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής το Συνέδριο Προληπτικής Ψυχιατρικής και το 1992 από τον ίδιο φορέα το 2^ο Συνέδριο Προληπτικής Ψυχιατρικής, τα πρακτικά του οποίου δημοσιεύθηκαν σε δίτομο βιβλίο (Χριστοδούλου και Κονταξάκης: «Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής», 1994).

Στις αρχές του 1999 οργανώθηκε στην Αθήνα το Διεθνές Συνέδριο Προληπτικής Ψυχιατρικής της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας.

Δύο σημαντικά ονόματα, που συνδέθηκαν ιδιαίτερα με την ψυχιατρική πρόληψη, ήταν αυτά του Gerald Caplan και του Erich Lindemann.

Ο πρώτος καθόρισε τις τρεις βαθμίδες ψυχιατρικής πρόληψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), ασχολήθηκε με τη Συμβουλευτική Ψυχικής Υγιεινής και με την παρέμβαση σε περιόδους κρίσεων (crisis intervention).

Ο δεύτερος ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την εκπαίδευση διαφόρων φορέων της κοινότητας (αστυνομικών, δασκάλων, ιερέων), ώστε να μπορούν να επισημαίνουν τα ευεπίφορα άτομα στην κοινότητα και να τα βοηθούν σε περίπτωση κρίσεων (π.χ. σε περίπτωση θανάτου ενός σημαντικού γι' αυτά προσώπου), προφυλάσσοντάς τα έτσι από το ενδεχόμενο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας.

Οι υπηρεσίες που οργάνωσαν ο Caplan και ο Lindemann αποτέλεσαν τους προπομπούς της ανάπτυξης της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, που άνθισε στις Ηνωμένες Πολιτείες στο τέλος της δεκαετίας του '60.

Αρχικά, το κίνημα της Προληπτικής Ψυχιατρικής είχε σαφή αντιιατρικό χαρακτήρα και περιοριζόταν στη χρησιμοποίηση ψυχοκοινωνικών μεθόδων παρέμβασης. Αργότερα, όμως, έγινε φανερό ότι τα καλύτερα προληπτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με τη δυναμική συνεργασία βιολογικών και ψυχοκοινωνικών μεθόδων.

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας (mental health promotion), που εξυπηρετεί τη θετική ψυχική υγιεινή (positive mental health), υπάγεται και αυτή στον τομέα της Προληπτικής Ψυχιατρικής.

Προαγωγή της ψυχικής υγείας

Η αποφυγή της ψυχιατρικής νόσησης, που είναι ο στόχος της ψυχιατρικής πρόληψης, είναι φυσικά ένας πολύ σημαντικός στόχος. Όμως, δεν φθάνει. Για την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας χρειάζεται και κάτι άλλο: Η ευεξία, η ικανοποίηση από τη ζωή, το «ευ έχειν». Αυτός ο στόχος επιδιώκεται με την προαγωγή της ψυχικής υγείας, που δίνει έμφαση στη θετική ψυχική υγιεινή. Θετική ψυχική υγιεινή είναι το σύνολο των παραγόντων (ικανοτήτων, συνθηκών ή παρεμβάσεων) που αποβλέπουν στην

ευεξία και τη διατήρηση της υγείας. Στόχος, λοιπόν, της θετικής ψυχικής υγιεινής είναι η υγεία και όχι η καταπολέμηση της νόσου.

Από σχετικές έρευνες έχει βρεθεί ότι παράγοντες που προάγουν την ψυχική υγεία είναι η αυτοεκτίμηση, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η ικανότητα δημιουργίας καλών διαπροσωπικών σχέσεων, η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού συστήματος, η στενή διαπροσωπική σχέση με τουλάχιστον έναν από τους γονείς, η υψηλή νοημοσύνη. Θεωρείται ότι οι παράγοντες αυτοί συντελούν στη διατήρηση της ψυχικής υγείας, ακόμη και κάτω από αντίξοες συνθήκες.

Με απλά λόγια, η διαφορά ανάμεσα στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας είναι ότι η πρώτη ασχολείται με συγκεκριμένα νοσήματα, ενώ η δεύτερη αποβλέπει στη βελτίωση και διατήρηση της υγείας.

Μέσα προαγωγής της ψυχικής υγείας

Ως μέσα προαγωγής της ψυχικής υγείας αναφέρουμε τα παρακάτω:

- Εκπαίδευση
- Δημιουργία και ανάπτυξη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων
- Διάλογος με ειδικούς, κοινωνικούς φορείς και εκπροσώπους των κέντρων λήψης αποφάσεων
- Συνεργασία με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- Συμβουλευτικές υπηρεσίες για άτομα και οικογένειες
- Συνεργασία με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επαγγελματικής υγιεινής και υγιεινή εργασίας
- Ειδικά προγράμματα ψυχολογικής ενίσχυσης
- Ενίσχυση δραστηριοτήτων αυτοβοήθειας.

Βαθμίδες ψυχιατρικής πρόληψης

Η ψυχιατρική πρόληψη διακρίνεται σε:

- Πρωτοβάθμια
- Δευτεροβάθμια
- Τριτοβάθμια.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτιών. Αποβλέπει, επομένως, στον περιορισμό της επίπτωσης (incidence).

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την πρόωμη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ψυχικού νοσήματος, ώστε να μειωθεί η διάρκεια της νόσησης. Αποβλέπει, επομένως, στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού (prevalence).

Η τριτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο τη μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και αποργάνωσης, που συνοδεύουν μια ήδη εγκατεστημένη νόσο ή διαταραχή. Επιδιώκεται με τα προγράμματα αποιδρυματισμού και κοινωνικής επανένταξης (Χριστοδούλου Γ και Συν., Αθήνα 2000).

5.1. Πρωτοβάθμια Πρόληψη

Από τις τρεις βαθμίδες της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, η πρωτοβάθμια 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 αφορά άτομα ή οικογένειες υψηλού κινδύνου νόσησης, όπως είναι οι έγκυες με ιστορικό προηγούμενης ψυχικής νόσου ή ανήλικες έγκυες ή οικογένειες με πολλαπλά προβλήματα ή με γονείς ή άλλα μέλη που είναι ψυχικά άρρωστα ή άτομα σε κρίση, σε πένθος ή έφηβοι που εγκατέλειψαν το σπίτι. Βασικός, όμως, στόχος των προληπτικών προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας, που εκπαιδεύεται συστηματικά σε θέματα ψυχικής υγείας.

Οι ειδικές προσεγγίσεις των θεμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης 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 και την έγκαιρη επισήμανση συγγενών διαμαρτιών στα νεογνά ή νήπια.

Στα δημοτικά σχολεία, τα προγράμματα διαλογής (screening) αποκαλύπτουν έγκυρα δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις, μαθησιακά προβλήματα, ενώ στις οικογένειες με πολλά προβλήματα δημιουργείται ένα νέο κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα. Στους εφήβους, δημιουργούνται προγράμματα ελεύθερου χρόνου ή ειδικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων.

Η γενετική συμβουλευτική σε άτομα που νοσούν από σχιζοφρενική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή βοηθά σημαντικά στη μείωση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Από την άλλη μεριά, οι κοινοτικές υπηρεσίες ανίχνευσης προσέγγισης ατόμων υψηλού κινδύνου ή παρέμβασης σε κρίσεις προλαμβάνουν την εκδήλωση μιας ψυχικής αρρώστιας με την επίλυση της κρίσης. Η κοινοτική παρέμβαση με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας αποτελεί την πιο ουσιαστική προσέγγιση, αφού καλύπτει μεγάλο μέρος του πληθυσμού και έχει ποικίλες μορφές, όπως προγράμματα αγωγής υγείας σε σχολεία, σχολές γονέων και ομάδες ευαισθητοποίησης ή άλλες εκπαιδευτικές εκδηλώσεις. Αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση συμπεριφοράς με αντικείμενο τη μείωση της επίπτωσης ή τη βελτίωση της πρόγνωσης ενός ή περισσότερων νοσημάτων (πρωτοβάθμια πρόληψη).

Η πρωτοβάθμια ψυχιατρική προληπτική εργασία απαιτεί το συντονισμό και τη συνεργασία πολλών υπηρεσιών, φορέων και οργανώσεων, κρατικών ή εθελοντικών, ώστε να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική.

Σύμφωνα με τον Carlan (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 (α) μειώνουν την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτοβάθμια πρόληψη), (β) μειώνουν τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων και (γ) μειώνουν την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριτογενής πρόληψη), π.χ. η μείωση του χρόνου νοσηλείας, η δυνατότητα συστηματικής μετανοδοσκομειακής παρακολούθησης και η επαγγελματική

αποκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων.

Κατά τον Carlan, μέσα από την απουσία μιας γνώσης για μια συγκεκριμένη αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων, η πρωτοβάθμια πρόληψη πρέπει να κατευθύνεται στην προαγωγή των υποστηρικτικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στην κοινότητα για τη μείωση των συνθηκών ή παραγόντων κινδύνου που μπορεί να ευθύνονται για τη δημιουργία μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης.

Για την επίτευξη των στόχων της πρωτοβάθμιας πρόληψης τίθεται το θέμα της οργάνωσης του υποστηρικτικού συστήματος στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη των κρίσεων και των ψυχικών διαταραχών που επακολουθούν. Το έργο αυτό διεξάγεται από την πρωτοβάθμια πρόληψη, τη λεγόμενη κοινοτική ψυχική υγιεινή, που περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες της πρόληψης.

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, ένας όρος καθιερωμένος στις αρχές της δεκαετίας του '60, εμπεριέχει την έννοια «Υγιεινή», αφού απευθύνεται σε υγιείς πληθυσμούς με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας χωρίς να ψυχιατρικοποιεί τα ψυχοκοινωνικά τους προβλήματα, και περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες της κοινότητας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών (πρωτοβάθμια πρόληψη). Η έννοια της Προληπτικής Ψυχιατρικής, όπως φαίνεται από τους παραπάνω ορισμούς, είναι ενσωματωμένη στην Κοινοτική Ψυχιατρική ή είναι κατ' άλλους συνώνυμη με την Ψυχιατρική της Δημόσιας Υγείας (Public Health Psychiatry).

Φορέας των προληπτικών δραστηριοτήτων είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (ΚΨΥ), στο οποίο πρέπει να σχεδιάζονται και να οργανώνονται συγκεκριμένες παρεμβάσεις.

Συμπερασματικά, η επίτευξη των στόχων της πρωτοβάθμιας πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας απαιτεί οργανωμένη, συντονισμένη και πολυδιάστατη προσπάθεια ενός συνόλου υπηρεσιών και φορέων. Δεν είναι ουτοπία η επίτευξη των στόχων, όπως άλλωστε έχει αποδειχθεί και τον ελληνικό χώρο, αλλά απαιτείται η εφαρμογή κατάλληλης μεθοδολογίας και αξιολόγηση (Χριστοδούλου Γ. και Συν., Αθήνα 2000).

5.2. Δευτεροβάθμια Πρόληψη

Η έννοια της δευτεροβάθμιας πρόληψης των ψυχικών διαταραχών αφορά στην κατά το δυνατό πρόωρη διάγνωση τους και χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, με τελικό σκοπό τη μείωση της σοβαρότητας και διάρκειάς τους και τον περιορισμό των χρόνιων επακολούθων και ελλειμμάτων, που είναι δυνατό να προκύψουν. Βασική αρχή της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ότι αποδίδει καλύτερα όταν εφαρμόζεται μέσω υπηρεσιών που έχουν ως χαρακτηριστικό τους την εύκολη προσβασιμότητα του πληθυσμού σε αυτές, λειτουργούν δηλαδή στο πλαίσιο της κοινότητας. Ως τέτοιες, πρώτη θέση κατέχουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η σημασία τους, ιδιαίτερα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έγκειται στο ότι αυτές είναι οι υπηρεσίες που ευρίσκονται εγγύτερα στον πληθυσμό και σε αυτές καταφεύγουν αρχικά τα άτομα όταν αντιμετωπίσουν ένα οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας. Σε αυτού του τύπου τις υπηρεσίες υπάγονται στη χώρα μας τα Κέντρα Υγείας, τα Πολυϊατρεία, τα Αγροτικά Ιατρεία, αλλά και πολλοί από τους ιατρούς που εξασκούν ιδιωτικά την Ιατρική στην κοινότητά, όπως είναι συνήθως οι παθολόγοι αλλά και οι γενικοί ιατροί (είτε εργάζονται στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα). Στους ιατρούς αυτών των υπηρεσιών φαίνεται ότι απευθύνεται αρχικά το μεγαλύτερο ποσοστό αρρώστων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Σχετικά στοιχεία από τη Μ. Βρετανία δείχνουν ότι πάνω από το 90% των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα επισκέφθηκαν το γενικό ιατρό τους στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Εντούτοις, από αυτούς που έπασχαν από ψυχιατρικά προβλήματα, πάνω από 50% δεν αναγνωρίστηκαν από τους γενικούς ιατρούς. Αυτό συμφωνεί σε γενικές γραμμές με τα δεδομένα διαφόρων ερευνών, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συνθηκών ψυχικών διαταραχών δεν αναγνωρίζονται και δεν λαμβάνουν θεραπεία για το πρόβλημά τους, με αποτέλεσμα τη χρονιότητα και την επακόλουθη ανικανότητα. Στις πολύ σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπου συχνά απαιτείται νοσηλεία, υπάρχει μικρότερο πρόβλημα αναγνώρισης, αν και σε αυτές τις περιπτώσεις οι υπηρεσίες της κοινότητας (ΠΦΥ και ΚΚΦΥ) έχουν σημαντικό ρόλο να παίζουν, με τη σύντομη παραπομπή στις

ψυχιατρικές υπηρεσίες και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, αλλά και με τη συμβολή τους στην παρακολούθηση των ασυμπτωματικών αρρώστων για την πρόληψη των υποτροπών. Επιπλέον, σε χώρες ή περιοχές με μεγάλη έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι υπηρεσίες ΠΦΥ αναλαμβάνουν πλήρως το βάρος της δευτεροβάθμιας πρόληψης, δηλαδή της έγκαιρης αναγνώρισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών.

Προαγωγή της έγκαιρης αναγνώρισης των ψυχικών διαταραχών

Η βελτίωση της δευτερογενούς πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, προκειμένου να υπάρξει έγκαιρη και σωστή αντιμετώπισή τους, έχει ορισμένες προϋποθέσεις:

Κατά πρώτον, πρέπει να υπάρχουν επαρκείς και προσιτές στον πληθυσμό υπηρεσίες ΠΦΥ. Η κατάσταση στη χώρα μας χαρακτηρίζεται μέχρι σήμερα από ανεπαρκείς σε γενικές γραμμές υπηρεσίες ΠΦΥ, οι οποίες, επιπλέον, επανδρώνονται από ειδικούς και όχι από γενικούς ιατρούς. Η αναμενόμενη βελτίωση της κατάστασης μέσω των αναμενομένων «Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας» μένει να αποδειχθεί.

Επιπλέον, οι ιατροί της ΠΦΥ πρέπει να έχουν επαρκή εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι διαγνωστικές τους ικανότητες. Ήδη σε πολλές χώρες υπάρχουν προγράμματα γι' αυτόν το σκοπό, με σημαντικά αποτελέσματα. Πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εξέδωσε μια ειδική έκδοση του κεφαλαίου των ψυχικών διαταραχών της ταξινόμησης ICD-10, για το προσωπικό των υπηρεσιών ΠΦΥ, ενώ ανάλογη έκδοση έχει υπάρξει και για την ταξινόμηση DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας. Τα εγχειρίδια αυτά περιέχουν οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των συχνότερα απαντώμενων ψυχικών διαταραχών από το προσωπικό των υπηρεσιών ΠΦΥ. Το εγχειρίδιο του ΠΟΥ έχει κυκλοφορήσει και στα Ελληνικά.

Εκτός τούτων, ο ΠΟΥ έχει εκπονήσει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης των ιατρών της ΠΦΥ στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των έξι συχνότερων ψυχικών διαταραχών, δηλαδή της κατάθλιψης, των αγχώδων διαταραχών, της αϋπνίας, της νευρασθένειας, των σωματόμορφων διαταραχών και των προβλημάτων που οφείλονται στη χρήση οινόπνευματων. Το πρόγραμμα αυτό θα αρχίσει σύντομα να εφαρμόζεται

και αναμένεται να συμβάλει στη βελτίωση της αναγνώρισης των διαταραχών αυτών στην ΠΦΥ. Ανάλογα προγράμματα έχει εκπονήσει και η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία, αλλά και άλλοι φορείς.

Τέλος, η δευτερογενής πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, παρόλο που γίνεται στο επίπεδο της ΠΦΥ, προϋποθέτει επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, σε στενή σχέση με τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Αυτό, γιατί οι υπηρεσίες ΠΦΥ χρειάζονται συχνά την υποστήριξη των ειδικών της ψυχικής υγείας στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικών προβλημάτων των αρρώστών τους, αλλά και τη δυνατότητα παραπομπής σε αυτούς των σοβαρών ψυχικών διαταραχών που απαιτούν θεραπεία από ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Σε πολλές χώρες του κόσμου έχουν εφαρμοστεί διάφοροι τύποι διασύνδεσης των υπηρεσιών ΠΦΥ και ψυχικής υγείας. Συνήθως, η διασύνδεση αυτή περιλαμβάνει την περιοδική εργασία επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες ΠΦΥ, αλλά και το αντίστροφο. Κοινές εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες μεταξύ των υπηρεσιών συμβάλλουν επίσης στη δημιουργία και διατήρηση στενών δεσμών μεταξύ τους (Χριστοδούλου Γ. και Συν, Αθήνα 2000).

5.3. Τριτοβάθμια πρόληψη

Η τριτοβάθμια ψυχιατρική πρόληψη έχει ως σκοπό τη μείωση των συνεπειών της χρονιότητας της ψυχικής διαταραχής, υλοποιείται δε μέσω προγραμμάτων αποκατάστασης.

Αποκατάσταση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ένας ασθενής βοηθείται να προσαρμοστεί στους περιορισμούς που συνεπάγεται η δυσλειτουργία του (σωματική, ψυχική, επαγγελματική, κοινωνική), έχει δε ως στόχο να προσεγγίσει το άτομο το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και αυτονομίας.

Τα προγράμματα αποκατάστασης αποσκοπούν στην ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενούς μέσω της λειτουργίας περιβαλλοντικών υποστηρικτικών συστημάτων για τον ασθενή.

Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία σε τρεις, βασικά, τομείς: εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες.

Ο χρόνιος ασθενής

Ο όρος «χρόνιος ασθενής» αναφέρεται σε ένα φάσμα χαρακτηριστικών του ασθενούς που προσδιορίζεται από τρία επίπεδα: τη μακρά διάρκεια της νόσου, τη σοβαρότητα της νόσου (συχνά πάσχει από σχιζοφρένεια, οργανική ψυχική διαταραχή ή μείζονα συναισθηματική διαταραχή) και την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία του.

Ιδρυματοποίηση και από ιδρυματοποίηση

Ιδρυματοποίηση είναι η κατάσταση που προκύπτει από τη μακρά παραμονή του ασθενούς σε κλειστό ίδρυμα και η οποία τελικά οδηγεί σε μείωση των δεξιοτήτων του (αυτοφροντιδα, επαφή με κοινοτικές υπηρεσίες ή πρόσωπα κ.ά.) και σε κοινωνική ατομόνωσή του. Η συμπτωματολογία του «συνδρόμου ιδρυματοποίησης» φαίνεται στον πίνακα 1, ενώ οι αιτιολογικοί παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με το σύνδρομο αναφέρονται στον πίνακα 2.

Ας σημειωθεί ότι τα δυσμενή αποτελέσματα της ιδρυματοποίησης επιτείνουν τις αρνητικές συνέπειες της διαδρομής της ψυχικής νόσου οδηγώντας σε κοινωνικολειτουργική έκπτωση του ασθενούς.

Πίνακας 1. Συμπτωματολογία του συνδρόμου ιδρυματοποίησης.

Απάθεια
Έλλειψη πρωτοβουλίας
Απώλεια ενδιαφερόντων
Παθητικότητα
Αδυναμία συναισθηματικής έκφρασης
Απώλεια της ατομικότητας
Απώλεια των προσωπικών συνηθειών και δεξιοτήτων

Πίνακας 2. Αιτιολογικοί παράγοντες που συνδέονται με το σύνδρομο της ιδρυματοποίησης.

Απώλεια των επαφών
Απώλεια φίλων, προσωπικών γεγονότων, επετείων
«Ατμόσφαιρα» του ψυχιατρικού ιδρύματος
«Αυταρχικότητα» του προσωπικού του ιδρύματος
Αεργία
Απώλεια προοπτικών έξω από το ίδρυμα
Φάρμακα

Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα (μετά από κατάλληλη προετοιμασία) και η

τοποθέτησή τους στην κοινότητα. Η συρρίκνωση ή το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων (ασύλων) μετά την έξοδο των χρόνιων ασθενών, οδηγεί σε εναλλακτικούς τύπους παροχής φροντίδας για τους ασθενείς σύμφωνα με τα μοντέλα της «διασποράς» ή τον «κέντρου».

Σύμφωνα με το μοντέλο της «διασποράς», η παροχή φροντίδας στους χρόνιους ασθενείς γίνεται με την τοποθέτησή τους σε μικρές μονάδες κατοικίας διασπαρμένες στην κοινότητα, οι οποίες παράλληλα βρίσκονται σε στενή σχέση με άλλες κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες ή νοσοκομεία.

Το μοντέλο του «κέντρου» βασίζεται στη σμίκρυνση και μετατροπή πτέρυγας του ψυχιατρικού νοσοκομείου σε μονάδα με τη μορφή «κατοικίας», με παράλληλη ανάπτυξη δομών κοινωνικής-εργασιακής αποκατάστασης (μαγαζιά, βιβλιοθήκες κ.ά.).

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των παραπάνω μοντέλων φαίνονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Αποιδρευματοποίηση χρόνιων ασθενών: πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των μοντέλων της «διασποράς» ή του «κέντρου».

Μοντέλο της «διασποράς» Πλεονεκτήματα

- Ενίσχυση της ατομικότητας των ασθενών (κοινωνικών δεξιοτήτων)
- Μειωμένος κίνδυνος ιδρυματοποιητικών πρακτικών
- Αυξημένη πρόσβαση των ασθενών στην κοινότητα (κοινοτικές δεξιότητες)
- Μείωση του «στιγματος»

Μειονεκτήματα

- Μεγάλο οικονομικό κόστος
- Αντίσταση - αντίδραση της κοινότητας
- Ψυχιατρικά «γκέτο» σε φτηνές περιοχές
- Προβλήματα εκπαίδευσης προσωπικού

Μοντέλο του «κέντρου»

Πλεονεκτήματα

- Χαμηλό κόστος
- Χρησιμοποίηση του έμπειρου προσωπικού (μετά από μετεκπαίδευση)
- Αποδοχή της κοινότητας

Μειονεκτήματα

- Διαιώνιση του «στιγματος»
- Μείωση της ατομικότητας των ασθενών
- Διαιώνιση των πρακτικών του ιδρύματος
- Μειωμένη πρόσβαση των ασθενών στην κοινότητα

Απαραίτητες, βέβαια, προϋποθέσεις επιτυχίας των προγραμμάτων αποιδρευματοποίησης και αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων

είναι η σωστή επιλογή των ασθενών (απουσία επιθετικών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, ύπαρξη κάποιου βαθμού κοινωνικολειτουργικών δεξιοτήτων) και η λειτουργία πλέγματος υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχιατρικής μέριμνας στην κοινότητα.

Τα προγράμματα αποϊδρυματοποίησης πρέπει να λειτουργούν παράλληλα και να συνοδεύουν τις ευρύτερες προσπάθειες αλλαγής στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών (αποστιγματισμός, αποδοχή από την κοινότητα) με έμφαση στην ανάπτυξη της κοινωνικής κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας.

Αρχές λειτουργίας προγραμμάτων αποκατάστασης

Αρχές λειτουργίας ενός προγράμματος αποκατάστασης είναι οι παρακάτω:

α. Στοχεύει στο χρόνιο ψυχωσικό άρρωστο.

β. Το πρόγραμμα (εξατομικευμένο) πρέπει να καλύπτει το σύνολο των λειτουργικών αναγκών του ασθενούς (κοινωνική αποκατάσταση, επαγγελματική αποκατάσταση, φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία κλπ.) στα πλαίσια ρεαλιστικών δυνατοτήτων του.

γ. Το πρόγραμμα πρέπει να ταιριάζει στην κοινωνικοπολιτισμική κατάσταση του ασθενούς και να προσαρμόζεται στις ανάγκες της κοινότητας.

δ. Το προσωπικό του προγράμματος πρέπει να είναι εξειδικευμένο (εκμάθηση δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συμπεριφορικές τεχνικές κ.ά.) και ευαίσθητοποιημένο στις δυσκολίες υλοποίησης προγραμμάτων τέτοιου τύπου.

ε. Πρέπει να υπάρχει διασύνδεση του προγράμματος με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο (συμβουλευτική υπηρεσία, κέντρο ημέρας, μονάδα παρέμβασης σε «κρίση» κ.ά.) και με ψυχιατρικά ή γενικά νοσοκομεία (κάλυψη ανάγκης επανεισαγωγής του ασθενούς).

στ. Επιβάλλεται η συστηματική και αντικειμενική αξιολόγηση των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης (απεμπλοκή από την ιδεολογικοποίηση του προβλήματος).

Υλοποίηση προγραμμάτων αποκατάστασης

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχιατρικός νοσηλευτής, εργοθεραπευτής κλπ.). Κάποιος αναλαμβάνει το ρόλο του επικεφαλής. Συχνά ο επικεφαλής είναι Ψυχίατρος, αν και σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να είναι επαγγελματίας άλλης ειδικότητας (ειδικότερα στις περιπτώσεις τελικής φάσης αυτονομίας και κοινωνικής επανένταξης του ασθενούς).

Αναπόφευκτες είναι οι αλληλοεπικαλύψεις και οι «διαφωνίες» των μελών κατά τη λειτουργία της ομάδας, που πρέπει όμως να ξεπερνιούνται και να παίρνουν εποικοδομητικό χαρακτήρα. Οι θεραπευτικές ομάδες «χτίζονται», δεν «γεννιούνται». Μια καλά «χτισμένη» ομάδα ξεπερνά ευκολότερα «την ψυχική κόπωση» των μελών της, που είναι ιδιαίτερα συχνή σε ομάδες τέτοιου τύπου. Να σημειωθεί ότι τα μέλη της ομάδας πρέπει να χαρακτηρίζονται από ενθουσιασμό, εργατικότητα, ειδικές γνώσεις αλλά και ρεαλισμό (σε σχέση με τις δυνατότητες και τις προοπτικές των ασθενών).

Η ομάδα δουλεύει με τον ασθενή (πληροφόρηση, συμβουλευτική, εκπαίδευση, παρέμβαση σε «κρίση») αλλά και το περιβάλλον του (κυρίως την οικογένεια). Οι κατευθύνσεις παρεμβάσεων προς τον ασθενή και την οικογένεια (περιβάλλον) φαίνονται στους πίνακες 4 και 5.

Πίνακας 4. Κατευθύνσεις παρεμβάσεων αποκατάστασης προς τον ασθενή

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Να μάθει να «ξαναζει» με την οικογένεια και το περιβάλλον- Να μην επικαλείται το ρόλο του «εύθραυστου»- Να συνεργάζεται στο επίπεδο της θεραπείας (θεραπευτική «συμμόρφωση»)- Να αποδέχεται και να συνεργάζεται με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες (θεραπευτική «συμμαχία»)- Να παροτρύνεται στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων |
|--|

**Πίνακας 5. Κατευθύνσεις παρεμβάσεων αποκατάστασης
προς την οικογένεια.**

- Να μάθει να «ξαναζει» με το άρρωστο μέλος της
- Να αποφεύγονται λανθασμένες συμπεριφορές (υπερπροστασία, απόρριψη, άρνηση της νόσου)
- Να μάθει να «συναλλάσσεται» και να αντεπεξέρχεται προς τη νόσο (θετική συμβολή στη θεραπευτική «συμμόρφωση» και στη «θεραπευτική συμμαχία»)
- Να μην υπάρχουν λανθασμένες συμπεριφορές προς την κοινότητα («πέπλο σωπής» για τη νόσο, απομόνωση του ασθενούς κλπ.).
- Να μην υπάρχει έντονη «έκφραση συναισθημάτων» μέσα στην οικογένεια
- Να γίνεται προσπάθεια για τη μείωση του «βάρους» της οικογένειας

Το πρόγραμμα αποκατάστασης (εξατομικευμένο) υλοποιείται σταδιακά (σε φάσεις), όπως φαίνεται παρακάτω:

α. Σε πρώτη φάση ακούμε και καταγράφουμε προσεκτικά πλευρές της ζωής του αρρώστου και μελετούμε τις παραμέτρους που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις καθημερινές του επαφές και δραστηριότητες (δομή και λειτουργία οικογένειας, εργασιακές δυνατότητες, σχέσεις κ.ά.).

β. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη «θεραπευτικής σχέσης», «συνεργασιμότητας» και «συμμαχίας» σε σχέση με την επίτευξη του τελικού στόχου.

γ. Σχεδιάζουμε για τον κάθε ασθενή το «δικό του» πρόγραμμα αποκατάστασης.

δ. Ακολουθούμε πρόγραμμα ελαττωμένης προοδευτικής εξάρτησης από πρόσωπα που καλύπτουν «ανάγκες» του ασθενούς (υλικές, συναισθηματικές κλπ.). Τα πρώτα βήματα είναι σημαντικά – ίσως και καθοριστικά – για την επιτυχία του προγράμματος.

ε. Τα βήματα προόδου (ανάπτυξη κοινωνικών - κοινοτικών δεξιοτήτων) πρέπει να είναι προσεχτικά και μικρά.

Ένα χρόνιος ιδρυματικός άρρωστος, σε αρκετές περιπτώσεις, χρειάζεται να καταβάλει μεγάλη προσπάθεια για να μάθει απλές δεξιότητες που έχει χάσει (π.χ. να τρώει με κουτάλι και πιρούνι), έχοντας πάντα την υποστήριξη και κατανόηση του θεραπευτή του.

Εναλλακτικές κοινοτικές δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης

Η επιτυχία των προγραμμάτων αποκατάστασης εξαρτάται, σε σημαντικό βαθμό, από τη λειτουργία εναλλακτικών (προς το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα) δομών στην κοινότητα και υπηρεσιών αποκατάστασης (πίνακας 6).

Η συμβουλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την ψυχιατρική παρακολούθηση (φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία) του ασθενούς και ακόμη την ευαισθητοποίηση και τροποποίηση των αρνητικών στάσεων της κοινότητας.

Ανάλογη υπηρεσία (ιατροπαιδαγωγική) απευθύνεται σε παιδιά με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειές τους.

Το κέντρο ημέρας ή νύκτας καλύπτει θεραπευτικά τον ασθενή κάποιες ώρες την ημέρα ή νύχτα, ώστε να μη χάσει την επαφή με την οικογένεια ή και την εργασία του. Οι κοινωνικές λέσχες έχουν κοινωνικο-ψυχαγωγικό χαρακτήρα και στοχεύουν στην κοινωνικοποίηση των αρρώστων.

Πίνακας 6. Εναλλακτικές κοινοτικές δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης.

Μονάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης

- Συμβουλευτικές υπηρεσίες ενηλίκων
- Ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες
- Κέντρα ημέρας ή νύκτας
- Κοινωνικές λέσχες
- Υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας
- Ανοικτές μονάδες για ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ
- Ψυχογηριατρικές κοινοτικές μονάδες

Μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης

- Προεπαγγελματικά εργαστήρια εκπαίδευσης
- Εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης
- Προστατευμένα παραγωγικά εργαστήρια
- Συνεργατικές
- Κοινωνικές επιχειρήσεις
- Ειδικά παραγωγικά κέντρα

Μονάδες στεγαστικής αποκατάστασης

- Ξενώνες
- Οικοτροφεία
- Προστατευμένα διαμερίσματα
- Ανάδοχες οικογένειες
- Ψυχιατρική μονάδα του γενικού νοσοκομείου

Οι υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας (επείγουσα τηλεφωνική βοήθεια, κινητή μονάδα παρέμβασης σε «κρίση») στοχεύουν στην έγκαιρη παρέμβαση σε καταστάσεις «κρίσης» (εκτροπή της συμπεριφοράς με επιθετικές ή αυτοκαταστροφικές ενέργειες, κρίσεις έντονου άγχους κ.ά.) προλαμβάνοντας και ενδεχομένως αποτρέποντας τη νοσηλεία του ασθενούς.

Οι μονάδες για άτομα εξαρτημένα από ουσίες ή αλκοόλ λειτουργούν ως «ανοικτές» θεραπευτικές κοινότητες, συνεισφέροντας ακόμη σημαντικά στην ενημέρωση αλλά και στην επαγγελματική αποκατάσταση των χρηστών.

Οι ψυχογηριατρικές κοινοτικές μονάδες (κέντρο ημέρας, υπηρεσίες μερικής ή μακροχρόνιας περίθαλψης, ξενώνες, λέσχες) στοχεύουν στην παραμονή των ηλικιωμένων ασθενών στην κοινότητα αποφεύγοντας τον εγκλεισμό τους σε ιδρύματα.

Οι μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης (προεπαγγελματικά ή επαγγελματικά εργαστήρια εκπαίδευσης) εκπαιδεύουν ή επανεκπαιδεύουν ασθενείς που είναι ανειδίκευτοι ή λόγω της νόσου τους αδυνατούν να ανταποκριθούν στις προηγούμενες επαγγελματικές υποχρεώσεις τους λόγω λειτουργικής έκπτωσης.

Η ψυχιατρική μονάδα του γενικού νοσοκομείου αποτελεί σημαντικότερο κρίκο στην αλυσίδα των εναλλακτικών δομών περίθαλψης σε κοινοτικό πλαίσιο. Καλύπτει ευρύτατο φάσμα βραχύχρονων νοσηλειών ασθενών (απόπειρες αυτοκαταστροφής, καταθλιπτικές καταστάσεις, κρίσεις πανικού κ.ά.), χωρίς μάλιστα να συνοδεύει τον άρρωστο ο «στιγματισμός» της εισόδου σε ψυχιατρικό ίδρυμα.

Επαγγελματική αποκατάσταση

Η επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση του χρόνιου ασθενούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα και προϋπόθεση επιτυχούς κοινωνικής ένταξης και αυτόνομης διαβίωσής του. Βέβαια, η εργασιακή αποκατάσταση δεν αποτελεί μόνο στόχο οικονομικής αυτοδυναμίας και επαγγελματικής κατοχύρωσης του ασθενούς, αλλά και μέρος ευρύτερης θεραπευτικής διαδικασίας, που έχει ως τελικό στόχο την κοινωνική του επανένταξη.

Η επαγγελματική εκπαίδευση καλύπτει διάφορους τομείς, όπως εκπαίδευση σε βασικές προϋποθέσεις - συνθήκες εργασίας (τήρηση

ωραρίου, χειρισμός χρημάτων κ.ά.), εκμάθηση βασικών τεχνικών δεξιοτήτων, εκμάθηση ειδικών δεξιοτήτων, εκπαίδευση σε κοινωνικές και κοινοτικές δεξιότητες, πληροφόρηση και εκπαίδευση στις διαδικασίες αναζήτησης θέσεων εργασίας.

Τα στάδια επαγγελματικής εκπαίδευσης φαίνονται στον πίνακα 7.

Η επαγγελματική εκπαίδευση του ασθενούς, για να έχει αυξημένες πιθανότητες επιτυχίας, πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις δυνατότητες και ικανότητές του, αλλά και να καλύπτει τις ανάγκες της κοινότητας – αγοράς, στην οποία θα επιχειρήσουν να εργαστούν οι εκπαιδευόμενοι.

**Πίνακας 7. Στάδια επαγγελματικής εκπαίδευσης
και αποκατάστασης**

Αξιολόγηση των επαγγελματικών και ψυχοκοινωνικών δυνατοτήτων του ασθενούς
Ένταξη σε πρόγραμμα επαγγελματικής προεργασίας
Ένταξη σε πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης
Ένταξη σε πρόγραμμα προστατευμένης παραγωγικής εργασίας (συνεργατική, προστατευμένο εργαστήριο κ.α.).
Ένταξη στην ελεύθερη αγορά εργασίας
Μεταθεραπευτική παρακολούθηση – αξιολόγηση
Συμμετοχή σε κοινωνικές – πολιτιστικές δραστηριότητες (κοινωνικές λέσχες ασθενών κ.α.).

Χειρισμός περιπτώσεων

Η ανάγκη διασύνδεσης πολλών υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο και η πολυπλοκότητα – πολλές φορές – των προγραμμάτων αποκατάστασης οδήγησε στη λειτουργία του θεσμού του «χειριστή περίπτωσης» (case manager). Ο «χειριστής περίπτωσης» είναι το άτομο που έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση ενός προγράμματος αποκατάστασης για το συγκεκριμένο ασθενή, ο δε ρόλος του είναι ανάλογος με αυτόν του γενικού ιατρού στη σωματική Ιατρική.

Το σύστημα «χειρισμού περιπτώσεων» (ΧΠ) στην κοινότητα είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών, μέσω του οποίου παρέχεται πλήρης ψυχιατρική και υποστηρικτική – κοινωνική φροντίδα για το χρόνιο ψυχιατρικό άρρωστο. Ο ΧΠ παρακάμπτει την αναποτελεσματική αποσπασματική λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα

και ευνοεί τη λειτουργία του «συνεχούς της παροχής υπηρεσιών» (continuity of care) για τον άρρωστο. Ο θεσμός του ΧΠ δημιουργήθηκε για να διευκολύνει την προσπάθεια αποιδρυματοποίησης και κοινωνικής επαινένταξης χρόνιων ασθενών.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι ΧΠ: ο διασυνδεδεικτός (service-brokerage), ο κλινικός (clinical), ο υποστηρικτικός (assertive) και ο εντατικός (intensive).

α. Ο διασυνδεδεικτός τύπος ΧΠ έχει ως στόχο να αξιολογήσει τις υπάρχουσες υπηρεσίες (σε σχέση με τις ανάγκες του αρρώστου) και να παράσχει φροντίδες στον ασθενή μέσω των υπηρεσιών αυτών. Ο ΧΠ διασυνδεδεικτού τύπου δεν είναι απαραίτητο να παρέχει άμεση φροντίδα στον ασθενή.

β. Ο κλινικός τύπος ΧΠ στοχεύει στην παροχή άμεσης φροντίδας στον ασθενή μέσω του προσωπικού του προγράμματος και δευτερευόντως στην παροχή υπηρεσιών διασυνδεδεικτού τύπου.

γ. Ο υποστηρικτικός τύπος ΧΠ στοχεύει στην παροχή υποστηρικτικού τύπου, πέραν των διασυνδεδεικτού και κλινικού τύπου υπηρεσιών. Τα μέλη του προγράμματος πραγματοποιούν τακτικές επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς, ενώ παράλληλα ασχολούνται με την εκπαίδευσή του σε κοινωνικές – κοινοτικές δεξιότητες.

δ. Ο εντατικός τύπος ΧΠ έχει ως στόχο την εντατική υποστηρικτικού τύπου φροντίδα του ασθενούς. Μέλη της θεραπευτικής ομάδας πραγματοποιούν σχεδόν καθημερινές επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς, αναπτύσσεται δε στενή σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τη θεραπευτική ομάδα (Χριστοδούλου Γ. και Συν., Αθήνα 2000)

6. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ο όρος «μεταρρύθμιση», είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός (reform) όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα.

Για να επιτευχθούν λοιπόν οι βασικοί στόχοι της ψυχιατρικής

μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, πρέπει να επέλθει ο μετασχηματισμός στο νομικό, οργανωτικό, διοικητικό και διαχειριστικό πλαίσιο, που περιλαμβάνουν τους αντίστοιχους τομείς (πίνακας 1).

Από τα τέσσερα αυτά πλαίσια και τους αντίστοιχους 12 τομείς, μόνο σε έξι τομείς υπήρξε σε κάποιο βαθμό τροποποίηση, συγκεκριμένα, οι πρόσφατοι νόμοι για τις αναγκαστικές νοσηλείες, για την αποκατάσταση, η δημιουργία των 12 υγειονομικών περιφερειών και ο προγραμματισμός του πενταετούς σχεδίου, η έναρξη αποϊδρυματισμού χρόνιων αρρώστων και η ανάπτυξη αποκεντρωμένων υπηρεσιών.

Στην ενότητα αυτή θα αναπτυχθούν εκείνα τα στοιχεία που καλύπτουν τους τομείς του νομικού και του οργανωτικού πλαισίου.

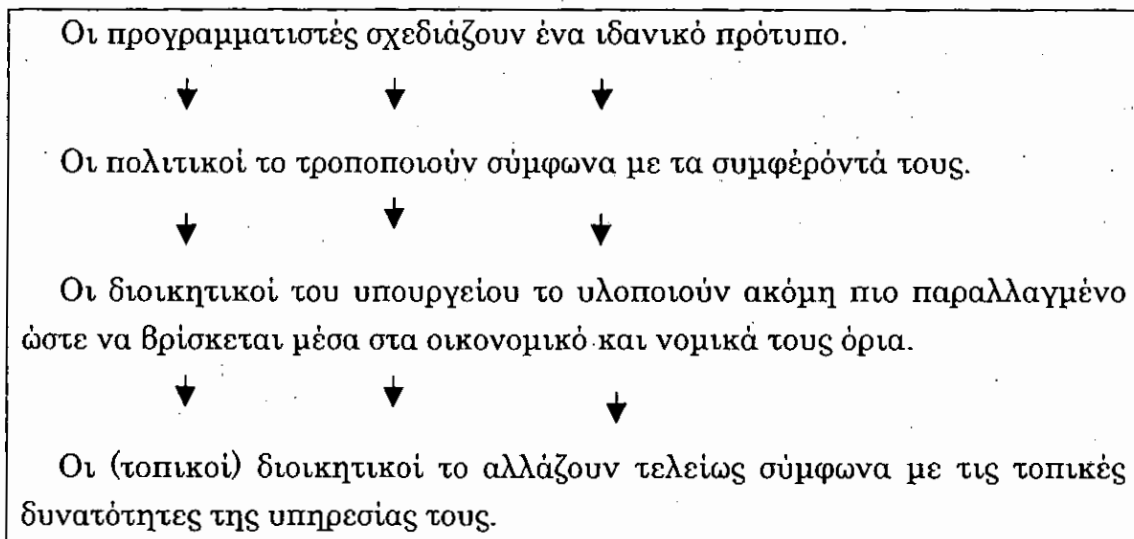
Βέβαια, η, κάθε είδους μεταρρύθμιση δεν αποτελεί μια εύκολη και άμεση διαδικασία γιατί, όπως έχει περιγραφεί, υπάρχει μια σειρά περιορισμών ή κινδύνων που διαστρεβλώνουν τις αρχικές προθέσεις και στόχους όπως χαρακτηριστικά παρατίθενται στον πίνακα 2.

Πίνακας 1. Τα αναγκαία στοιχεία μιας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Μεταρρύθμιση στο:

	Αναγκαστική νοσηλεία	Προστασία και αποκατάσταση	Υποστήριξη της οικογένειας
Νομικό Πλαίσιο	+	±	.
Οργανωτικό πλαίσιο	Τομεοποίηση	Αποκέντρωση και ανάπτυξη συστήματος υπηρεσιών	Αποϊδρυματισμός
	±	±	±
Διοικητικό πλαίσιο	Συντονισμός του συστήματος	Στελέχωση – μετεκπαίδευση	Διοικητικός κανονισμός και ευελιξία
	.	.	.
Διαχειριστικό πλαίσιο	Προγραμματισμός μετά από ιεράρχηση των αναγκών	Αποτελεσματικοί μέθοδοι διαχείρισης των πόρων	Παρακολούθηση και αξιολόγηση
	±	.	.

Πίνακας 2. Οι περιορισμοί της μεταρρύθμισης



6.1. Το πρόσφατο νομικό πλαίσιο

Το νομικό πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αφορά τους τομείς της αναγκαστικής νοσηλείας, της προστασίας και αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων και την οργάνωση των νέων δομών.

Τον Ιανουάριο του 1990, ο τότε Υπουργός Υγείας, καθηγητής Γ. Μερίκας, συνέστησε τρεις επιτροπές για την αναθεώρηση της νομοθεσίας και της οργάνωσης των ψυχιατρικών των νέων δομών και γενικότερα για την αναδιοργάνωση των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84. Τα πορίσματα των επιτροπών αυτών αποτέλεσαν το υλικό με βάση το οποίο διαμορφώθηκε η σημερινή νομοθεσία για την ψυχική υγεία [Κεφάλαιο στ', στο Νόμο 2071 (1992) για την Υγεία].

Σύμφωνα με αυτή, η αναγκαστική (compulsory – non voluntary) εισαγωγή σε ψυχιατρικό ίδρυμα κάθε τύπου θα πρέπει να γίνεται μετά από αιτιολογημένη απόφαση Τριμελούς Πρωτοδικείου, όταν το άτομο δεν είναι ικανό να κρίνει το συμφέρον της υγείας του· η απουσία της νοσηλείας πρέπει να έχει ως συνέπεια αδυναμία της θεραπείας του, ή την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ή η νοσηλεία του να κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αποτραπούν πιθανές πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου. Την αίτηση για αναγκαστική νοσηλεία μπορούν να κάνουν: ο/η σύζυγος του αρρώστου, συγγενείς σε ευθεία γραμμή ή συγγενείς μέχρι το δεύτερο βαθμό, ο επιμελητής του ή ο επίτροπός του ή ο τοπικός εισαγγελέας

πρωτοδικών. Η αίτηση συνοδεύεται από δύο αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις ψυχιάτρων. Εντός δέκα ημερών το Πολυμελές Πρωτοδικείο συνεδριάζει κεκλεισμένων των θυρών. Η απόφασή του επιδέχεται έφεση που εκδικάζεται από το Τριμελές Εφετείο μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεσή της. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τους 6 μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής του ιδρύματος και ένας άλλος ψυχίατρος υποβάλλουν έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα για την πρόοδο της υγείας του αρρώστου, η οποία προωθείται στο τοπικό Πρωτοδικείο με αίτηση να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

Ο ασθενής ή συγγενής του είναι δυνατόν να ζητήσουν, με αίτησή τους, να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Μετά τη λήξη της ακούσιας νοσηλείας ή την πάροδο των 6 μηνών, ανάλογα με το βαθμό βελτίωσης του αρρώστου, αυτός επιστρέφει στην οικογένειά του ή σε ξενώνα / οικοτροφείο ή σε ανάδοχο οικογένεια.

Το Στ' Κεφάλαιο του Ν. 2071/1992, περιλαμβάνει έντεκα άρθρα. Στον πίνακα 3 περιγράφονται τα άρθρα του Νόμου για τη Ψυχική Υγεία.

Πίνακας 3. Τα άρθρα του Νόμου 2071 για την Ψυχική Υγεία (1992).

1. Άρθρο 91	: Σκοποί και αρχές που διέπουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.
2. Άρθρο 92	: Τομεοποίηση της ψυχικής υγείας.
3. Άρθρο 93	: Μονάδες ψυχικής υγείας
4. Άρθρο 94	: Εκούσια νοσηλεία
5. Άρθρο 95	: Ακούσια νοσηλεία
6. Άρθρο 96	: Διαδικασία εισαγωγής
7. Άρθρο 97	: Ένδικα μέσα
8. Άρθρο 98	: Συνθήκες νοσηλείας
9. Άρθρο 99	: Διακοπή – διάρκεια – λήξη ακούσιας νοσηλείας
10. Άρθρο 100	: Υποτροπή ασθένειας
11. Άρθρο 101	: Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας.

Όπως είναι εμφανές, τα επτά από τα έντεκα άρθρα αφορούν το νομικό καθεστώς των νοσηλευόμενων ασθενών, τα οποία καταργούν τη μέχρι σήμερα ισχύουσα νομοθεσία (Β.Δ. 104/73). Τα ατομικά δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου, σε περίπτωση ακούσιας (αναγκαστικής) εισαγωγής του σε ψυχιατρικό ίδρυμα, διασφαλίζονται μέσα από μία σειρά ένδικων μέσων που μπορεί να φαίνονται πολύπλοκα αλλά είναι τα μόνα που περιορίζουν

τυχόν αυθαιρεσίες ή και παραβιάσεις των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ψυχικά άρρωστου προσώπου (παράγραφοι 6, 7 και 8 άρθρου 95). Από διοικητικής πλευράς, για πρώτη φορά αναφέρεται ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση διέπεται από τις αρχές της τομεοποίησης, της προτεραιότητας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας σε θέματα ψυχικής υγείας.

Ειδικά για την τομεοποίηση, προβλέπεται η ίδρυση, σε κάθε νομό, ενός τομέα ψυχικής υγείας - με εξαίρεση τις πόλεις της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, όπου μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς, τους οποίους δεν κατονομάζει.

Η χώρα δηλαδή διαιρείται σε 49 τομείς και συγκροτούνται οι Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.), που είναι πενταμελείς και αποτελούνται από το Διευθυντή της Διεύθυνσης Υγείας της Νομαρχίας ή άλλο γιατρό της ίδιας διεύθυνσης, έναν εκπρόσωπο του τοπικού ιατρικού Συλλόγου, το Διευθυντή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, το Διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου και τον αρχαιότερο Διευθυντή ψυχίατρο του Ειδικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. Σε πόλεις στις οποίες υπάρχουν πανεπιστημιακά ιατρικά τμήματα, οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι επταμελείς με δύο επιπλέον μέλη, ΔΕΠ ψυχίατρος.

Η θητεία των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι τριετής. Οι αρμοδιότητες των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι οι ακόλουθες:

- α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται θέματα σχετικά με το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό υπηρεσιών ή προγραμμάτων ψυχικής υγείας.
- β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
- γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο.

Η διοίκηση και οργάνωση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας: Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, από πλευράς διοίκησης, υπάγονται στο άρθρο 15 του Νόμου 2071/1992 για την υγεία και ειδικότερα στα περί διοίκησης των Κέντρων Υγείας, στα οποία είναι δυνατό να αναπτύσσουν και δραστηριότητες μονάδων ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, τα Κέντρα

Υγείας όπως και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας υπάγονται διοικητικά στη Διεύθυνση Υγείας της Νομαρχίας που Θα τα εποπτεύει (σχήμα 1). Το ίδιο ισχύει για τα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία και υγειονομικούς σταθμούς αφού όλα μετατρέπονται σε υγειονομικούς σταθμούς. Οι δαπάνες των Κέντρων Υγείας Θα βαρύνουν τον προϋπολογισμό των οικείων Νομαρχιών. Με την παράγραφο 5, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά τη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., προβλέπεται η έκδοση του ενιαίου εσωτερικού καγονισμού των Κέντρων Υγείας, και επομένως, και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Σχήμα 1. Η διοικητική διάρθρωση των Κέντρων Υγείας / Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με το Νόμο 2071/1992.

Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κ.Α.
Διεύθυνση Υγείας της Υγειονομικής Περιφέρειας.
Διεύθυνση Υγείας της Νομαρχίας.
Κέντρο Υγείας / Ψυχικής Υγείας = Νοσοκομειακός Φορέας

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα άρθρα του Νόμου που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα και αγωγή υγείας.

Με τον πρόσφατα δημοσιευμένο νόμο για την Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η διοίκηση των Κέντρων Υγείας και Ψυχικής Υγείας επανέρχεται στα νοσοκομεία (Ν. 2194/16-3-1994).

Πίνακας 4. Η διάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο Νόμο 2071/1992.

1. Άρθρο 12	: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
2. Άρθρο 13	: Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
3. Άρθρο 14	: Κινητές Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
4. Άρθρο 15	: Κέντρα Υγείας και Υγειονομικοί Σταθμοί.
5. Άρθρο 16	: Σκοπός των Μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης
6. Άρθρο 17	: Οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Υγείας.
7. Άρθρο 18	: Διοίκηση Κέντρων Υγείας.
8. Άρθρο 19	: Λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των Κέντρων Υγείας με τα Νοσοκομεία.

Συμπερασματικά, από το σημερινό νομικό πλαίσιο προκύπτει ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, πέραν της ρύθμισης των κλινικών νομικών θεμάτων, χρειάζεται ένα νόμο-πλαίσιο που να ρυθμίζει όλα τα αναγκαία

οργανωτικά προβλήματα της μεταρρύθμισης.

Ως προς την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων, υπάρχει η νομοθεσία του 1986 (Ν. 1648) και του 1989 (Ν.1836), που ρυθμίζει με τα άρθρα 13,14 και 15 τα της κατάρτισης-απασχόλησης των ατόμων με ειδικές ανάγκες, με έμφαση στην οργάνωση Παραγωγικών Ειδικών Κέντρων (Π.Ε.ΚΕ). (Μαδιανός Μ. – Αθήνα, 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας ειδικός κλάδος της νοσηλευτικής. Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας είναι η παρεχόμενη φροντίδα στα άτομα που έχουν ψυχική ασθένεια με σκοπό την ανεξαρτησία και την επαναφορά της αξιοπρέπειας των (Γιαννοπούλου Χρ. Α – Αθήνα, 1996).

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

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

Η σπουδή της βοηθά τον νοσηλευτή ν' αποκτήσει γνώσεις, δεξιότητες, διαθέσεις και αρχές, ώστε να γίνει ικανός να συμβάλλει στην:

1. Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
2. Προσωπική ολική νοσηλευτική φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων
3. Διατήρηση και βελτίωση της ψυχικής υγείας
4. Αγωγή ψυχικής υγείας του κοινού
5. Υποστήριξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας όλων των σωματικά πασχόντων

6. Προσαρμογή και εφαρμογή των αρχών της ψυχικής υγείας σ' όλους τους τομείς της νοσηλευτικής (Ραγιά Α., Αθήνα 1993).

Για την άσκηση του έργου του ο Νοσηλευτής της ψυχικής υγείας χρησιμοποιεί:

1. Την προσωπικότητά του
2. Τις γνώσεις του (σχετικά με τη θεωρία της ψυχιατρικής)
3. Το θεραπευτικό περιβάλλον για να φέρει αλλαγές στις σκέψεις, τα αισθήματα και τη συμπεριφορά του ασθενούς. Η ικανότητα όμως του νοσηλευτή να επιφέρει αυτές τις αλλαγές στο διαθέσιμο περιβάλλον εξαρτάται από τη θεωρητική και την πρακτική του κατάρτιση.

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες του ατόμου, να κατανοεί τις κοινωνικές και ψυχολογικές λειτουργίες του, φυσιολογικές και μη και να έχει την απαραίτητη ικανότητα να κατευθύνει ανάλογα τις δεξιότητές του (Γιαννοπούλου Χρ. Α – Αθήνα 1996).

2. ΟΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Στην καρδιά ολόκληρης της νοσηλευτικής και ιδιαίτερα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, υπήρχε και υπάρχει πάντα ένα φλογερό ενδιαφέρον και μια ιερή αγωνία για την ανάπτυξη, μετάδοση και τήρηση των δεοντολογικών αρχών και αξιωμάτων στην κλινική άσκηση και όλους τους τομείς έκφρασής της.

Ποιά είναι τα ηθικά καθήκοντα ή ευθύνες των νοσηλευτών, ποιά τα δικαιώματα των αρρώστων, ποιά τα ηθικά νοσηλευτικά διλήμματα κάθε εποχής, ποιά η ευθύνη της εκπαίδευσης στη μετάδοση των ανθρωπίνων ανώτερων αξιών, είναι μερικά από τα θέματα που απασχολούν τη δεοντολογία της νοσηλευτικής.

Δεοντολογία είναι η επιστήμη των καθηκόντων. Όσο περισσότερο ένα έργο ασχολείται με τον άνθρωπο τόσο η δεοντολογία του είναι περισσότερο απαιτητική και επιτακτική. Η νοσηλευτική ως επιστήμη της υγείας είναι επιστήμη της ζωής. Επομένως έχει ηθικό θεμέλιο όπως έχει και η ιατρική και τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

Σκοπός της νοσηλευτικής δεοντολογίας είναι να εφοδιάσει τον νο-

σηλευτή με ένα αξιολογικό πλαίσιο αναφοράς, ως πυξίδα προσανατολισμού για τις υπεύθυνες κρίσεις, επιλογές, αποφάσεις, στάσεις και πράξεις του στην καθημερινή εργασία. Η εργασία του μπορεί να είναι κλινική, συμβουλευτική, διοικητική, διδαχτική, συγγραφική, ερευνητική. Γενικά είναι μια συμβολή στην πρόληψη της αρρώστιας, τη νοσηλευτική φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση του αρρώστου, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Όσο μεγαλύτερη αυτονομία αποκτά η νοσηλευτική ως επιστημονικό επάγγελμα τόσο ο νοσηλευτής γίνεται πιο υπεύθυνος και υπόλογος για τις νοσηλευτικές αποφάσεις και πράξεις του με τις συνέπειές τους. Η επαγγελματική αυτονομία συνεπάγεται το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού και αυτοδιάθεσης, αυτοδιοίκηση χωρίς εξωτερικό έλεγχο και ικανότητα ανεξάρτητης ύπαρξης. Αυτά επιτυγχάνονται με:

- Ανάπτυξη ενός κώδικα ηθικών καθηκόντων που δίνει κατευθυντήριες γραμμές στον προσδιορισμό της επαγγελματικής ευθύνης.
- Καθορισμό συγκεκριμένων μορφωτικών και άλλων προσόντων για είσοδο στο επάγγελμα.
- Οργάνωση διαδικασιών αυτοελέγχου μεταξύ των μελών του επαγγέλματος (peer review).
- Διατύπωση προτύπων κριτηρίων (standards) εργασίας.

Η μεγαλύτερη αυτονομία στη νοσηλευτική κάνει πιο επιτακτική την ανάγκη της δεοντολογίας με τις κωδικοποιημένες «κατευθυντήριες οδηγίες», συνταγμένες με βάση τις αρχές της βιοηθικής. Οι αρχές αυτές είναι ηθικά παραδεκτές και καταξιωμένες και αποτελούν τις δεοντολογικές προϋποθέσεις στην άσκηση της νοσηλευτικής.

Στο χώρο της ιατρικής και επομένως και της νοσηλευτικής επικρατούν οι εξής αρχές :

- Αρχή της αυτονομίας
- Αρχή της δικαιοσύνης
- Αρχή της ωφέλειας
- Αρχή της ισοτιμίας
- Αρχή της εχεμύθειας
- Αρχή της φιλαλήθειας

Η νοσηλευτική είναι αναπτυσσόμενη επιστήμη υγείας κάνει έρευνες και αναθεωρεί τη θεωρία και την πρακτική της βάσει νέων δεδομένων. Χρησιμοποιεί τη σύγχρονη τεχνολογία για να μεγιστοποιεί την παραγωγικότητά της σε συντομότερους χρόνους. Χρειάζεται όμως προσοχή. Είναι επιστήμη της φροντίδας υγείας του ανθρώπου και επομένως σκοπός και λόγος της ύπαρξής της είναι ο δέκτης της φροντίδας, το ανθρώπινο πρόσωπο. Χωρίς την αναγνώρισή του δεν υπάρχει εμφανής λόγος για την φροντίδα. Χωρίς το πρόσωπο για το οποίο οι πρόοδοι της επιστήμης και της τεχνολογίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν, οι πρόοδοι αυτοί είναι απλώς ασκήσεις της διάνοιας που δεν προσφέρουν άλλα, εκτός από το αίσθημα της επιτυχίας από την ανακάλυψη ή ανάπτυξη κάποιας ιδέας ή πράγματος.

Οι νοσολογικές διαγνώσεις ταξινομούν τους ανθρώπους σε κατηγορίες και η τεχνολογία τους αποσυνδέει σ' ένα βαθμό από τον υπόλοιπο κόσμο κάνοντάς τους προσαρτήματα στις μηχανές. Χρειάζεται η εξειδικευμένη μεν φροντίδα και η αντικειμενικότητα, αλλά όχι η προσέγγιση του προσώπου ως αντικειμένου, όχι αποπροσωποποίηση. Αν η επιστήμη και η τεχνολογία θεωρηθούν αυτοσκοποί, τότε η νοσηλευτική όπως και η ιατρική, όσο επιστημονικότερη θα γίνεται, τόσο και πιο απρόσωπη και συνεπώς επικίνδυνη θα εμφανίζεται για τον άνθρωπο. Θα εκτελείται απλώς σαν ρουτίνα εργασίας για απλό βιοπορισμό και επιστημονική περιέργεια. Το προβάδισμα, γράφει ο καθηγητής Κ. Γαρδίκας, πρέπει πάντα να το έχει ο άνθρωπος διότι είναι πρόσωπο με ηθική αξία.

Από την εμφάνισή της όμως η νοσηλευτική, από παράδοση και διαχρονική συνειδητοποίηση της ευθύνης και της αποστολής της, προσεγγίζει προσωπικά τον άνθρωπο ως μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα με ιστορία, ψυχική ζωή και ανώτερο προορισμό. Σέβεται τον άνθρωπο, την αξία και τη ζωή του χωρίς όρια ή προϋποθέσεις και διακρίσεις. Προστατεύει τα δικαιώματά του και τον νοσηλεύει ολικά και εξατομικευμένα με ενδιαφέρον και κατανόηση, με ψυχική ευαισθησία με επιστημονική γνώση και δοκιμασμένες άριστες κλινικές τεχνικές.

Επειδή η νοσηλευτική είναι οικουμενική ανάγκη και ασκείται απ' άκρη σ' άκρη της γης, το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών έχει καταρτίσει ένα διεθνή κώδικα ηθικών καθηκόντων των νοσηλευτών που αναθεωρήθηκε το 1973 στο Μεξικό. Ο κώδικας αυτός δίνει οδηγίες συ-

μπεριφοράς και σχέσεων συνεργασίας, καταλλήλων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών ευθυνών με συνετή τήρηση των ηθικών υποχρεώσεων του επαγγέλματος και της άριστης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτές, όταν τελειώσουν τη βασική νοσηλευτική τους εκπαίδευση, δίνουν τον καθιερωμένο όρκο ή κάνουν ένορκη καθομολόγηση, ότι θα ασκήσουν το έργο πιστά, ευσυνειδήτητα και αμερόληπτα, με δικαιοσύνη και χρησιμότητα. Ο όρκος των νοσηλευτών έχει τις ρίζες του στον όρκο του Ιπποκράτους, που αποτελεί ορόσημο στην ηθική του ιατρικού επαγγέλματος και ισχύει και σήμερα. (Ράγια Α., Αθήνα 1993).

2.1. Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Οι Νοσηλευτικοί Σύνδεσμοι διαφόρων χωρών έχουν διατυπώσει ειδικούς κώδικες ηθικών καθηκόντων για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Αναφέρονται εκλεκτικά ορισμένες από τις αρχές που συνήθως περιλαμβάνουν αυτοί οι κώδικες.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει ευθύνη να:

- Συμβάλλει στην προστασία, διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου, της οικογένειας και του κοινού.
- Αυξάνει τις επιστημονικές γνώσεις και κλινικές του δεξιότητες με συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Διατηρεί και χρησιμοποιεί τις ειδικές ψυχοθεραπευτικές του ικανότητες στην παροχή άριστης ολικής φροντίδας της ψυχικής υγείας.
- Σέβεται τους ψυχικά αρρώστους ως πρόσωπα με ατιμμη αξία και τους νοσηλεύει με θερμό ενδιαφέρον χωρίς διακρίσεις και ανεξάρτητα από το χρώμα, τη φυλή, τη θρησκεία, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και τη βαρύτητα της αρρώστιας τους.
- Τηρεί το νοσηλευτικό απόρρητο σε όσα προσωπικά θέματα του εμπιστεύονται οι αρρώστοι ή παρατηρεί ο ίδιος στους αρρώστους κατά την άσκηση του έργου του. Εξαιρέση αποτελούν ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή βλάβης των άλλων και η μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή.
- Περιφρουρεί και υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων

- Καταγγέλλει τυχόν ανικανότητα ή μη ηθική συμπεριφορά και παραβίαση των δικαιωμάτων των αρρώστων από μέλη του προσωπικού υγείας, στις αρμόδιες αρχές ή όργανα.
- Συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας πώς, πότε και τι θα ληφθεί από τον καθένα στους αρρώστους και την οικογένειά τους, ως ενημέρωση για τη θεραπευτική τους αγωγή, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις ενδεχόμενες παρενέργειες.
- Αναλαμβάνει ευθύνη ως ενδιαφερόμενος πολίτης για την οργάνωση, προσιτότητα και αξιολόγηση υπηρεσιών με σκοπό την αντιμετώπιση των αναγκών Ψυχικής υγείας της κοινότητας.
- Ακολουθεί πιστά αρχές, κανονισμούς και νόμους που σχετίζονται με την υπεύθυνη και αξιόπιστη άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- Αποφεύγει κάθε ανάμιξη σε πρακτικές που παραβιάζουν τον κώδικα των ηθικών καθηκόντων.

Τα ηθικά καθήκοντα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας στηρίζονται στα διεθνώς παραδεκτά νοσηλευτικά πρότυπα, αλλά συμβαδίζουν και με τις ιατρικές διακηρύξεις που περιέχουν οδηγίες επαγγελματικής ηθικής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η Διακήρυξη της Χαβάης, που εγκρίθηκε από τη γενική συνέλευση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (1977, 1983) και αποτελεί τον ηθικό οδηγό των ψυχιάτρων. Εκλεκτικά αναφέρονται ορισμένα αποσπάσματα αρχών :

Ο ψυχίατρος όσο μπορεί καλύτερα και σύμφωνα με την ισχύουσα επιστημονική γνώση και τις ηθικές αρχές, οφείλει να υπηρετεί το συμφέρον του αρρώστου.

Σε κάθε άρρωστο πρέπει να προσφέρεται η καλύτερη δυνατή θεραπεία με την επιμέλεια και το σεβασμό, που οφείλεται στην αξιοπρέπεια όλων των ανθρώπων.

Η θεραπευτική σχέση αρρώστου και ψυχιάτρου θεμελιώνεται σε αμοιβαία συμφωνία και απαιτεί εμπιστοσύνη, εχεμύθεια, συνεργασία και αμοιβαία υπευθυνότητα.

Ο ψυχίατρος οφείλει να πληροφορήσει με σύνεση τον άρρωστο για την κατάστασή του, τις προτεινόμενες διαγνωστικές και θεραπευτικές

διαδικασίες - μαζί με τις δυνατές εναλλακτικές - και για την αναμενόμενη έκβαση. Δίνεται στον άρρωστο η δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε κατάλληλες και διαθέσιμες θεραπευτικές μεθόδους.

Ο ψυχίατρος με κανένα τρόπο δεν πρέπει να χρησιμοποιήσει τα μέσα του επαγγέλματός του, όταν βεβαιωθεί ότι δεν πρόκειται περί ψυχικής αρρώστιας. Εάν ο άρρωστος ή κάποιο τρίτο πρόσωπο ζητούν πράξεις αντίθετες προς την επιστημονική γνώση ή τις ηθικές αρχές, ο ψυχίατρος πρέπει να αρνείται να συνεργασθεί.

Οτιδήποτε ο ψυχίατρος έχει ακούσει από τον άρρωστο ή έχει καταγράψει κατά την εξέταση ή θεραπεία, πρέπει να κρατηθεί μυστικό, εκτός αν ο άρρωστος τον αποδεσμεύσει ή για πρόληψη σοβαρής βλάβης.

Ο ψυχίατρος έχει την υποχρέωση να διακόψει όλα τα θεραπευτικά, διδακτικά και ερευνητικά προγράμματα, όταν έρχονται σε αντίθεση με τις αρχές αυτής της διακήρυξης.

Στην εποχή μας που η επιστήμη και η τεχνολογία εξελίσσονται ταχύτατα και υπάρχει κρίση των ηθικών αξιών, ο κλάδος της ψυχιατρικής διακρίνει τα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα της ψυχιατρικής και χαράζει δεοντολογικές κατευθύνσεις. Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας παρακολουθεί τις εξελίξεις της ψυχιατρικής και εργάζεται εντατικά για την ανάπτυξη του υπεύθυνου έργου της που αφορά την ψυχική υγεία όλου του κόσμου, με την πυξίδα των πνευματικών και ηθικών δεοντολογικών αρχών (Ραγιά Α., Αθήνα 1993).

2.2. Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου

Ένα σπουδαίο θέμα στη νοσηλευτική φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι η αναγνώριση, ο σεβασμός, η προστασία και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων. Αυτό υπαγορεύεται από την ευαίσθητη συνείδηση και ανθρωπιά του νοσηλευτού, τη νοσηλευτική δεοντολογία και τη φύση της ψυχικής διαταραχής. Αυτή επηρεάζει τη θέληση του αρρώστου, την κρίση, την αποφασιστικότητα, την ικανότητα να χειρίζεται την προσωπική του ελευθερία με ασφάλεια και να διεκδικεί όσα δικαιούται.

Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου είναι:

1. Δικαίωμα σε κατάλληλη θεραπεία και σε λιγότερο κατά δυνατό

περιοριστικό περιβάλλον.

2. Δικαίωμα σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, υποκείμενο σε αναθεώρηση και επανεκτίμηση. Να συμπεριλαμβάνεται και εκτίμηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που χρειάζονται μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
3. Δικαίωμα σε ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία με συζήτηση των θεραπειών και των φαρμάκων, των ωφελειών, ενδεχομένων κινδύνων και παρενεργειών καθώς και των διαθέσιμων εναλλακτικών θεραπειών
4. Δικαίωμα να δώσει ή να μη δώσει τη συγκατάθεσή του. Και να αντιμετωπισθεί χωρίς την προσωπική του συγκατάθεση μόνο σε επείγουσα περίπτωση ή με τη συγκατάθεση ενός κηδεμόνα, όταν διαπιστωθεί η ανικανότητά του από το δικαστήριο.
5. Δικαίωμα να μη υποβληθεί σε ερευνητικό πειραματισμό, εκτός αν αυτός ακολουθεί τις συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής για την προστασία των ανθρωπίνων υπάρξεων που χρησιμοποιούνται ως ερευνητικά υποκείμενα.
6. Δικαίωμα να είναι ελεύθερος από περιορισμούς εκτός σε μια επείγουσα ανάγκη και εφόσον τα περιοριστικά μέτρα αποτελούν ειδικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος, πάντοτε σύμφωνα με τις απαιτήσεις της συμμετοχής και συναίνεσής του. Αυτά να εφαρμόζονται και στις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, που περικλείουν περιοριστικά μέτρα και απομόνωση του αρρώστου.
7. Δικαίωμα για αξιοπρεπή φροντίδα σε ανθρωπιστικό περιβάλλον.
8. Δικαίωμα στην εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες για την ψυχική του υγεία.
9. Δικαίωμα πρόσβασης στο προσωπικό αρχείο της θεραπείας του, εκτός αν δύο επιστήμονες ψυχικής υγείας το κρίνουν βλαπτικό.
10. Δικαίωμα σε όσο το δυνατό μεγαλύτερη ελευθερία για να ασκεί τα πολιτικά του δικαιώματα, να ανήκει κάπου και να εκφράζεται. Περιορισμός ειδικών επισκεπτών επιτρέπεται μόνο αν τεκμηριώνεται ανοιχτά και αποτελεί μέρος της θεραπευτικής αγωγής.
11. Δικαίωμα σε γραπτή και προφορική πληροφόρηση για τα δικαιώματα

αυτά, με κατανοητό τρόπο, στην αρχή της θεραπείας και περιοδικά, έπειτα.

12. Δικαίωμα έκφρασης παραπόνων με μηχανισμό, που περικλείει τη δυνατότητα να φθάσει στο δικαστήριο.
13. Δικαίωμα να εξασφαλίσει βοήθεια δικηγόρου.
14. Δικαίωμα να κριτικάρει ή να παραπονεθεί για τις συνθήκες ή υπηρεσίες περίθαλψής του, χωρίς το φόβο να υποστεί αντίποινα ή άλλες αντεκδικήσεις.
15. Δικαίωμα παραπομπής σε άλλη υπηρεσία, προκειμένου να συμπληρωθεί το σχέδιο εξόδου του από το νοσοκομείο.

Τα παραπάνω δικαιώματα έχουν νομοθετηθεί από το Αμερικανικό Κοινοβούλιο το 1980 ύστερα από πολλές μελέτες. Βάσει αυτών έχουν διατυπωθεί και αναλυτικότερα όπως: Το δικαίωμα του ψυχικά αρρώστου να κάνει ψώνια, να χειρίζεται την περιουσία του, να σπουδάζει, να επικοινωνεί με πρόσωπα εκτός του νοσοκομείου με αλληλογραφία, τηλεφωνήματα και επισκέψεις. Αυτά να περιορίζονται μόνο με ενυπόγραφη οδηγία του υπεύθυνου θεραπευτού. Επίσης έχει το δικαίωμα σε θρησκευτική ελευθερία, να διορισθεί σε εργασία αν είναι δυνατό, να κάνει μήνυση, να πληρώνεται για οποιαδήποτε εργασία του που συντελεί στη λειτουργία και συντήρηση του νοσοκομείου.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας οφείλουν να γράφουν με ανάλογη τεκμηρίωση τη νοσηλευτική φροντίδα στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου, όχι μόνο για την εξασφάλιση συνέχειας της φροντίδας αλλά και για τυχόν νομικό έλεγχο. (Ραγιά Α., Αθήνα 1993).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η φύση του αντικειμένου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων του ενός επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τα μέλη της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας συνεργάζονται και συντονίζουν τις προσπάθειές τους με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών.

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας στηρίζεται στο θεωρητικό οικοδόμημα της βασικής νοσηλευτικής, που ως επιστήμη και κλινική πρακτική εστιάζει

το ενδιαφέρον της στα τρία στάδια πρόληψης: (α) προαγωγή και διατήρηση της υγείας (πρωτοβάθμια), (β) παροχή φροντίδας και θεραπεία (δευτεροβάθμια) και (γ) αποκατάσταση (τριτοβάθμια).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ταυτότητα του νοσηλευτή που ασχολείται με ψυχιατρικούς ασθενείς έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί. Έτσι, από τον παραδοσιακό ρόλο του «φύλακα» ασθενών και απλού «εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών, έφθασε, μέσω της εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στην ανάληψη πιο ενεργού ρόλου στη θεραπευτική ομάδα.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) ορίζει ως Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας «έναν ειδικό τομέα νοσηλευτικής άσκησης, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού κάθε ατόμου». Πραγματοποιείται μέσω μιας διαπροσωπικής διαδικασίας, που σκοπεύει στην προαγωγή και διατήρηση συμπεριφοράς, η οποία συμβάλλει στην ολοκλήρωση της λειτουργικότητας του ασθενούς.

Σύμφωνα με τις θεωρητικούς της Νοσηλευτικής Perlau, Rogers και Roy, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας προϋποθέτει την ολιστική θεώρηση και προσέγγιση των ασθενών, ανεξάρτητα από την τρέχουσα νόσο.

Η αρχή της Βασικής Νοσηλευτικής για ολιστική, εξατομικευμένη και συνεχή παροχή φροντίδας προσφέρει στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας το πλαίσιο για την ανάπτυξη της. Η ανάπτυξη του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή συντελείται ενδονοσοκομειακά (κλινικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) και εξωνοσοκομειακά (κοινωνικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας: (1) ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, (2) ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου, (3) κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, (4) εξωτερικά ιατρεία, (5) ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, (6) διασυνδεδεμένες υπηρεσίες, (7) μονάδες μερικής νοσηλείας (νοσοκομείο ημέρας ή νύχτας), (8) κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, (9) μονάδες στέγασης (ξενώνες βραχείας / μακράς παραμονής, προστατευμένα διαμερίσματα), (10) μονάδες αποκατάστασης και (11) ανάδοχες οικογένειες.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα ν' αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους σε ποικίλους τομείς:

1. Ο **θεραπευτικός**. Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικά αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι, μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.
2. Ο **οργανωτικός - διοικητικός**. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει το χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας, αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περιθαλψής, όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.
3. Ο **εκπαιδευτικός**. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές (π.χ. σχολείο). Κύριο μέλημα του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή σε ομάδες, σε θέματα υγείας.
4. Ο **συμβουλευτικός**. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει συμβουλευτική σε ασθενείς και στις οικογένειές τους, σε συναδέλφους συνεργάτες, σε κοινοτικές δομές και οργανισμούς.
5. Ο **ερευνητικός**. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων.

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας διαφαίνεται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, που περιλαμβάνουν:

α. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους του μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Δημιουργεί και συντηρεί, σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένο

στο φυσικό. Σ' ένα τέτοιο περιβάλλον, οι νοσηλευτές:

- Διατηρούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα, που διευκολύνει την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων υπό πλευράς ασθενών.
- Μεριμνούν ώστε σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού χρόνου (όλο το 24ωρο) οι ασθενείς να νιώθουν ασφαλείς, να εισπράττουν αποδοχή και σεβασμό και να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά τους.

Επειδή προϋπόθεση για τη δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία, θεωρείται απαραίτητο ο ασθενής να πληροφορείται τα νομικά δικαιώματά του, καθώς και τους λόγους και τους όρους που είναι απαραίτητοι για τη χρήση πιθανών περιοριστικών μέτρων.

β. Αξιοποίηση πληροφοριών – εκτίμηση - νοσηλευτική διάγνωση.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον του, αξιοποιώντας το νοσηλευτικό - θεραπευτικό συνεχές (24ωρη νοσηλευτική βάρδια). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Ο νοσηλευτής αποτελεί, μ' αυτόν τον τρόπο, το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας.

Η εκτίμηση του ασθενούς αφορά πολλές πλευρές, όπως:

- Τη δυνατότητα να προστατευτεί, ώστε να μην αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους.
- Την αξιολόγηση ουσιαστικών παραπόνων, ενοχλημάτων ή άλλων παρατηρήσεων που επισημαίνει ο ίδιος.
- Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, που αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τους κοινωνικούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας εργασίας.
- Τη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα επικοινωνίας.

- Την ύπαρξη και την ποιότητα των υποστηρικτικών συστημάτων (οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό, εργασιακό).
- Το επίπεδο υγείας (άλλες σωματικές νόσοι, διατροφή).
- Τα κίνητρα και τις δυνατότητες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή για την προαγωγή της υγείας του.
- Τις πνευματικές ικανότητες και τις ηθικές του αξίες.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αξιοποιεί το υλικό εκτίμησης, επισημαίνει τα πραγματικά και προβλέπει τα πιθανά προβλήματα του ασθενούς και προγραμματίζει τις ανάλογες παρεμβάσεις.

γ. Παρεμβάσεις.

Η μορφή των παρεμβάσεων προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τις νοητικές του δυνατότητες, το κοινωνικο-πολιτισμικό επίπεδο, την πολιτισμική ιδιαιτερότητα, την εκπαίδευση, το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό και την αξιολόγηση του υλικού εκτίμησης.

Στην κλινική πρακτική εφαρμόζεται ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, που περιλαμβάνει:

- Την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενούς, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση και προαγωγή της γενικής λειτουργικότητας με στόχο την ανεξαρτητοποίηση και αποκατάστασή του.
- Τον προγραμματισμό, το συντονισμό και την υλοποίηση διαγνωστικών διαδικασιών, που προτείνονται από άλλες ειδικότητες.
- Την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με ταυτόχρονη ενίσχυση θετικής στάσης έναντι αυτών. Επιδιώκεται η ανακούφιση από τις ανεπιθύμητες ενέργειες και η συνεχής αξιολόγηση της απαντητικότητας στη θεραπεία.
- Την εφαρμογή ψυχολογικών, υποστηρικτικών παρεμβάσεων με στόχους:
 - Την εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή
 - Τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης του
 - Την εδραίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας.

- Την οργάνωση ενισχυτικών παρεμβάσεων με στόχο τη συνεργασία και τη συμμετοχή του αρρώστου σε δραστηριότητες επανακοινωνικοποίησης του και την αποφυγή του ιδρυματισμού στη μονάδα ή στο σπίτι.
- Την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και στην οικογένειά του, με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση πλευρών της νόσου και την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων για τη διατήρηση της θεραπευτικής συνέχειας.
- Τη διασύνδεση του ασθενούς με άλλους χώρους θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης και με άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς.

Για την εκπλήρωση των στόχων, την εκτέλεση των επιστημονικών εργασιών του και τη διασφάλιση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι απαραίτητο, εκτός από τις επιστημονικές αρχές και γνώσεις, να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες, δυνατότητα εγκατάστασης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, ευελιξία επικοινωνίας διαθεσιμότητα, παρατηρητικότητα, συνέπεια, διδακτική ικανότητα και να επιδιώκει συνεχή επιμόρφωση και ενημέρωση για τις νεότερες στάσεις και αντιλήψεις της ψυχιατρικής (Χριστοδούλου Γ. & Συν., Αθήνα 2000)

3.1. Παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Οι παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολυάριθμοι και ποικίλης αιτιολογίας, διακρίνονται σε γενικούς και ειδικούς ακολουθεί αδρή παράθεσή τους:

Γενικοί, αφορούν γενικότερα το χώρο της ψυχικής υγείας επηρεάζοντας έμμεσα το νοσηλευτικό έργο και είναι ανάλογοι με:

- Την ψυχιατρική δομή στην οποία καλείται να ασκήσει τα καθήκοντά του.
- Τη φιλοσοφία της δομής αυτής και το μοντέλο που εφαρμόζεται (συμπεριφορικό, γνωσιακό, συστημικό, αναλυτικό κλπ.).

- Την φάση (σύνθεσης, σύγκρουσης κλπ.) που βρίσκεται η διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας και την εμπειρία της.
- Τον γενικότερο τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών ατόμων [π.χ. φαινομενολογικός τρόπος αντιμετώπισης: Αρχική εκτίμηση, συνέντευξη, παρατήρηση, φαρμακοθεραπεία, εξιτήριο και κλασική λήξη ραντεβού για επανεξέταση (follow up)].
- Την έλλειψη ολοκληρωμένης επίγνωσης των δομών που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και των συναφών δομών, που συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων, στην αποκατάστασή τους και στην προσαρμογή τους στην κοινότητα.

Με απώτερο στόχο τη συνέχιση της υποστήριξής τους και την διευκόλυνση της παραμονής τους στην κοινότητα, υπό την ευθύνη της εκάστοτε δομής ψυχικής υγείας, της γεωγραφικής περιοχής που διαμένουν (Τομεοποίηση).

Προτάσεις επίλυσης:

1. Με συνεργασία κάθε ειδικότητας, να εκδοθούν συγγράμματα που να καλύπτουν ολοκληρωμένα το θεωρητικό μέρος της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επικεντρωμένα στις υπάρχουσες δομές.
2. Μέσα στην εκπαίδευση κάθε ειδικότητας, που αποτελεί την διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, να συμπεριληφθεί τουλάχιστον θεωρία για τις υπάρχουσες ψυχιατρικές δομές με εκτενή αναφορά στο τι υπηρεσίες παρέχουν.
3. Την έλλειψη κεντρικής οργάνωσης, προγραμματισμού και συντονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προς αποφυγή ανώφελης χρήσης ή και κατάχρησής τους. (π.χ. διαρκής νοσηλεία ψυχικά ασθενών ατόμων, από δομή σε δομή, με αποτελέσματα που όχι μόνο δεν βοηθούν στη βελτίωση της υγείας τους, αλλά επιπλέον προκαλούν σύγχυση (ερευνητικά δεδομένα επανεισαγωγών μη αξιόπιστα εφόσον το ίδιο άτομο μπορεί να νοσηλεύεται ακόμη και ταυτόχρονα σε δύο δομές) και οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας.)

Προτάσεις επίλυσης:

Συγκρότηση ολιγομελούς Επιτροπής Συντονισμού αποτελούμενης από

επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας. Εξοπλισμένη με κεντρική μονάδα ηλεκτρονικού ελέγχου του θα συνδέεται με τους Η/Υ των κατά τόπους δομών, από όπου θα παρέχει και θα αντλεί στοιχεία (ιστορικό, πορεία υγείας των ψυχικά πασχόντων ατόμων στην κοινότητα, αξιόπιστα στατιστικά δεδομένα κλπ.).

Αποτελέσματα:

- Συνεχής σύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Ταχεία λήψη στοιχείων και βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.
- Άμεση παραπομπή για χρήση της κατάλληλης δομής με ευκολότερη πρόσβαση για τους ψυχικά πάσχοντες.
- Μείωση του χρόνου νοσηλείας και διαμόρφωση συνθηκών για ευκολότερη προσαρμογή των ψυχικά πασχόντων ατόμων στην κοινότητα.
- Αποφυγή αλόγιστης χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Μείωση των δαπανών και διάθεσή τους στην πρόσληψη προσωπικού, στην έρευνα κλπ.

Επιπτώσεις:

- Υπολειτουργία ή προσωρινή (6-8 μήνες) παύση της λειτουργίας των προγραμμάτων (π.χ. Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας Αιγινητείου).
- Αποσυντονισμός των απασχολούμενων, ελλιπής παρακολούθηση και υποτροπή της νόσου, με ό,τι αρνητικό αυτό συνεπάγεται (νοσηλεία και γενικότερα αποσταθεροποίηση του έργου της ψυχιατρικής κοινότητας).
- Απόλυση προσωπικού (που έχει ήδη ειδικευτεί και είναι παραγωγικό στο συγκεκριμένο πλαίσιο).

Προτάσεις επίλυσης:

Οι αιτήσεις από τις δομές, που απευθύνονται στην κοινότητα για την έγκριση κονδυλίων (ετήσιας ή διετούς συνήθως διάρκειας προγράμματα), να συντάσσονται και να εγκρίνονται σε χρόνο προγενέστερο της λήξης των

προγραμμάτων.

Το υπουργείο υγείας να αναλαμβάνει την ευθύνη, για την οικονομική κάλυψη των προγραμμάτων, και να συμπεριλαμβάνει στον γενικό κρατικό προϋπολογισμό δαπάνη που να καλύπτει την αδιάκοπη λειτουργία τους, προωθώντας ταυτόχρονα τις διαδικασίες για την έγκριση του εκάστοτε κοινοτικού κονδυλίου.

Ειδικοί, αφορούν ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό και επηρεάζουν άμεσα το νοσηλευτικό έργο (Επικέντρωση στα ζητήματα εκπαίδευσης).

Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (όταν υπάρχουν 25.000 οργανικές θέσεις κενές και 5.000 άνεργοι νοσηλευτές).

Επιπτώσεις:

1. Λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και των δομών ψυχικής υγείας ειδικότερα, με νοσηλευτικό προσωπικό που αγγίζει τα όρια του προσωπικού ασφαλείας (50%).
2. Έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών ψυχικής υγείας, με επιβάρυνση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών προς τους ψυχικά πάσχοντες.

Αρκεί να λάβουμε υπόψη μας ότι:

- Η επί 24ώρου παραμονή των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας δίπλα στο ψυχικά πάσχον άτομο, τους δίνει τη δυνατότητα να αποτελούν τον χάρτη πάνω στον οποίο χαράσσονται και μέσο αυτού εκτελούνται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις της διεπιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας, σταυροδρόμι ενημέρωσης και προγραμματισμού παρεμβατισμού, καθοριστικής σημασίας για την βελτίωση της ψυχικής υγείας των θεραπευόμενων.
- Ανάγκη για ακριβή - επιστημονική μεταφορά πληροφοριών, μέσο της νοσηλευτικής λογοδοσίας των παρατηρήσεων και εκτιμήσεων των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, προς ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας σε καθημερινή βάση.
- Η συνειδητοποίηση ενός ειδικευμένου επαγγελματία ψυχικής υγείας, του έργου που παρέχει, του χρόνου του διαθέτει κοντά στο θεραπευόμενο (ποσότητα, διάρκεια, και ο τρόπος διάθεσής του), χρόνος που πολλές φορές είναι αντιστρόφως ανάλογος της

φαρμακευτικής δοσολογίας, γεγονός που καθορίζει το μέγεθος και την ποιότητα του έργου της ΟΨΥ στο σύνολό της.

- Η συνσυμμετοχή του στη δημιουργία, διατήρηση και ενίσχυση του θεραπευτικού περιβάλλοντος και οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που έλλειψή τους αποσυντονίζει το έργο της ΟΨΥ.

3. Άμεσος κίνδυνος να τερματιστούν τα προγράμματα των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, για το τρέχον έτος λειτούργησε η ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα μόνο στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, παρά το γεγονός ότι αυτό το 1988 λειτουργούσαν και το Αιγινήτειο και ορισμένες χρονιές και το Δρομοκαίτειο, προσφέροντας ετησίως Νοσηλευτική Ψυχιατρική Ειδικότητα σε περισσότερων των 50 νοσηλευτών. Όσον αφορά τη Βόρειο Ελλάδα, στη Θεσσαλονίκη λειτουργεί για 8^η συνεχή χρονιά η Ψυχιατρική Νοσηλευτική Ειδικότητα με 16 άτομα για το τρέχον έτος.

Η εκπαίδευση διαρκεί 1 χρόνο για τους αποφοίτους των Τ.Ε.Ι. και περιλαμβάνει θεωρητικό και πρακτικό προγραμματισμό 1.500 ωρών, σε ποσοστό 40% και 60% αντίστοιχα. Χωρίζεται σε 4 εκπαιδευτικές ενότητες (Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου, Ψυχιατρική Ειδικού Νοσοκομείου (κλειστή περίθαλψη) Παιδοψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική).

Η παρουσίαση καθορισμένου αριθμού νοσηλευτικών εργασιών, με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, πιστοποιεί την ποιότητα της εκπαίδευσης. Ο τίτλος Ειδικού Νοσηλευτή χορηγείται μετά από εξέταση ειδικής επιτροπής της οποίας προεδρεύει Νοσηλεύτης / τρια με Διδακτορικό Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

Από το 1995 και έκτοτε ζητήθηκε με πρόταση που υποβλήθηκε στο ΚΕ.Σ.Υ. η αναβάθμιση της ειδικότητας αυτής σε 2 χρόνια και ο διαχωρισμός των 4ων εκπαιδευτικών ενότητων σε τέσσερα εξάμηνα, ώστε να καλύπτεται πλήρως κάθε εκπαιδευτική ενότητα (Παιδοψυχιατρική και Κοινωνική Νοσηλευτική).

Επειδή σκοπός της ειδικότητας είναι η προσφορά ειδικών ψυχιατρικών γνώσεων και η απόκτηση κλινικών δεξιοτήτων ώστε οι νοσηλευτές ΠΕ ή ΤΕ να είναι σε θέση να προσφέρουν ειδικευμένο νοσηλευτικό έργο:

- Στην πρόληψη της ψυχικής νόσου.
- Στη νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων.
- Στην αποκατάσταση και επανένταξή τους στην κοινότητα.
- Στην εκπαίδευση σε σπουδαστές / φοιτητές προπτυχιακών και μεταπτυχιακών προγραμμάτων. Στην ερευνητική προσπάθεια ανάδειξης νέων δεδομένων που θα συμβάλλουν περαιτέρω στην αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Προτάσεις επίλυσης:

- Ενιαία Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση.
- Άμεση νομοθετική ρύθμιση, σταδιακής μετάβασης του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. στο Πανεπιστήμιο.
- Εφαρμογή του νόμου 2327/95 αρ. 16 περί ρύθμισης ειδικών θεμάτων, όπου οι πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι. μπορούν να πραγματοποιήσουν μεταπτυχιακές σπουδές στα Α.Ε.Ι.
- Ενιαία ειδικότητα Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής 2ετούς διάρκειας επιπέδου Master.
- Έλλειψη εκπαιδευτών νοσηλευτών και ελλιπής εκπαίδευση των βοηθών νοσηλευτή

Επιπτώσεις:

Να γίνονται άστοχοι χειρισμοί που αποσταθεροποιούν το θεραπευτικό περιβάλλον και αλλοιώνουν την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Έλλειψη κοινής επιστημονικής γλώσσας, ώστε η επικοινωνία να είναι θεραπευτική και αποτελεσματική.

Προτάσεις επίλυσης:

Εγκαθίδρυση συγκεντρώσεων της νοσηλευτικής θεραπευτικής ομάδας εκπαιδευτικού χαρακτήρα μέσα στο πρόγραμμα ημερήσιας νοσηλείας ώστε να καθορίζονται εκπαιδευτικές νοσηλευτικές παρουσιάσεις, προς εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων και ιδιαίτερα των βοηθών νοσηλευτή.

Συγκρότηση ομάδων εργασιών ερευνητικού χαρακτήρα από κλινικούς νοσηλευτές και μη, με άμεσο στόχο την αξιοπιστία και εγκυρότητα των ερευνητικών δεδομένων που θα προκύψουν και απότομο την βελτίωση της παροχής υπηρεσιών προς κάθε κατεύθυνση (Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο66, Αθήνα 1999).

4. ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Η αναγκαιότητα της ομάδας

Η αποδοχή ότι η ψυχική διαταραχή δεν αφορά ένα συγκεκριμένο όργανο του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά εκφράζει την ανατροπή ή απώλεια της ομοιοστατικής ισορροπίας του ανθρώπου με το κοινωνικό του περιβάλλον, ανάγκασε τους ψυχιάτρους να δουν όλες τις δυνάμεις που η επίδρασή τους με κέντρο εφαρμογής το συγκεκριμένο άτομο· διαμορφώνει την κατάσταση του υγιούς ατόμου. Οι βιολογικοί προσδιορισμοί, δηλαδή οι ενστικτώδεις και συναισθηματικές ανάγκες, αλληλεπιδρούν με τους κοινωνικούς παράγοντες και έτσι διαμορφώνεται η δυναμική ισορροπία του υγιούς ατόμου με το περιβάλλον. Η απώλεια αυτής της ισορροπίας δημιουργεί την ψυχική διαταραχή

Όλοι οι παράγοντες που επιδρούν στο άτομο έχουν ανάγκη πληρέστερης μελέτης, όχι στο αφηρημένο πεδίο αποδοχής της ύπαρξής τους, αλλά στο εκάστοτε συγκεκριμένο άτομο. Φυσικό αποτέλεσμα αυτής της αντίληψης ήταν η απαίτηση για μια διεπιστημονική ομάδα, όπου ο κάθε επιστήμονας θα προσφέρει από τη δική του οπτική γωνία τις γνώσεις και την εμπειρία του. Έτσι, δημιουργήθηκε η ομάδα ψυχικής υγιεινής που αποτελεί μια σημαντική κατάκτηση στο χώρο της ψυχικής υγιεινής, αφού η κάθε πλευρά της πολυσύνθετης ανθρώπινης προσωπικότητας έχει τις ανάγκες της και επομένως και τον αντίστοιχο θεραπευτή της.

4.1. Ιστορική αναδρομή

Η δημιουργία των πρώτων ομάδων ψυχικής υγιεινής άρχισε στις ΗΠΑ ανάμεσα στο 1920 και το 1930. Ο καθηγητής της Κοινωνικής Ψυχιατρικής H. Modlin 1980 , αναφέρει ότι η ομάδα άρχισε να σχηματίζεται με τη συνεργασία του ψυχιάτρου με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μελετούσαν τους κοινωνικούς συντελεστές που εμπλέκονται

στις ψυχιατρικές διαταραχές. Η αρχή έγινε στους Ιατροπαιδαγωγικούς Σταθμούς. Αργότερα, στην ομάδα προστέθηκε ο ψυχολόγος και σταδιακά και άλλες ειδικότητες.

Η ομάδα της ψυχικής υγιεινής, με ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο, άρχισε να λειτουργεί μέσα στους ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς αλλά στη συνέχεια μεταφέρθηκε σε ιδρύματα για νοητικές καθυστερήσεις, σε μονάδες εξωτερικής νοσηλείας, σε φοιτητικές, εστίες, στο στρατό, σε κέντρα ψυχικής υγιεινής και, σε μικρότερο βαθμό, σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα (ψυχιατρεία). Ανάλογα με τη φύση της εργασίας (ή το συγκεκριμένο αντικείμενο κάθε υπηρεσίας), προστέθηκαν και άλλοι ειδικοί στην ομάδα ψυχικής υγιεινής, όπως νοσηλευτές, εργασιοθεραπευτές, ειδικοί θεραπευτές και άλλοι.

4.2. Ορισμός της ομάδας ψυχικής υγιεινής

Ο ορισμός της ο οποίος προτάθηκε από το Ινστιτούτο του Brunel για την Οργάνωση και τις Κοινωνικές Επιστήμες (B.I.O.S.S., 1976) έχει ως εξής: Ομάδα αποτελεί μια κατάσταση όπου οι επιστήμονες που εργάζονται σ' αυτή 1) γνωρίζονται προσωπικά μεταξύ τους, 2) είναι αποδεκτοί από τα άλλα μέλη της ομάδας, 3) έχουν την πρόθεση να δουλέψουν μαζί επ' άοριστο και 4) εργάζονται πρόσωπο με πρόσωπο σε μικρούς ή μεγάλους αριθμούς. Το να είναι κανείς μέλος της ομάδας προϋποθέτει: 1) το δικαίωμα των προϋπαρχόντων μελών, να έχουν βαρύνουσα γνώμη στην διεύρυνση της ομάδας, 2) το δικαίωμα να συμπεριλαμβάνονται σε όλες τις γενικές συζητήσεις της ομάδας και 3) την υποχρέωση να ακολουθούν τους υπάρχοντες κανόνες και διαδικασίες.

Το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (DHSS, 1977) έχει προσδιορίσει ότι η εργασία στην ομάδα προϋποθέτει την αμοιβαία αποδοχή των μελών των διαφόρων ειδικοτήτων και την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη του ασθενούς. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι κάθε απόφαση που επηρεάζει τον ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται από την ολομέλεια της ομάδας. Τα μέλη της κάθε ειδικότητας είναι υπεύθυνα για τις αποφάσεις τους στο δικό τους πεδίο. Το κάθε μέλος οφείλει επίσης να αναγνωρίζει τα όρια των ικανοτήτων του και να ζητεί τη βοήθεια των συναδέλφων του όταν αυτό είναι απαραίτητο.

4.3. Λειτουργία της ομάδας

Τρόπος συντονισμού και λήψη αποφάσεων

Οι στόχοι λειτουργίας της ομάδας ψυχικής υγιεινής κατευθύνονται σε τρία επίπεδα: α) τη διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, β) την ανεύρεση από το άμεσο περιβάλλον των κοινωνικών παραγόντων που συμμετέχουν στην εκδήλωση της διαταραχής και γ) την κατάστροψη ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η λειτουργία της ομάδας επεκτείνεται όχι μόνο στην κλασσική διάγνωση της ψυχιατρικής εξέτασης και την ανεύρεση της ψυχοπαθολογικής εικόνας - αφού θεωρείται ότι και άλλοι παράγοντες συμμετέχουν στη διαμόρφωση της ψυχικής διαταραχής - αλλά και στην περαιτέρω θεραπευτική στρατηγική (πλάνο). Πλεονεκτήματα αυτής της προσέγγισης είναι ο υπολογισμός όλων των συντελεστών (οικογενειακών, κοινωνικών, εργασιακών κλπ.) που συμβάλλουν στη διαταραχή. Επίσης, λαμβάνονται υπ' όψη οι στάσεις, οι άμυνες και οι αρνήσεις των συγγενών των ασθενών, η γνώση των οποίων είναι απαραίτητη για την επιτυχία των θεραπευτικών χειρισμών. Επειδή παρατηρείται συχνά το φαινόμενο τα συμπτώματα που προβάλλουν οι ασθενείς να είναι αποτελέσματα διαπροσωπικών συγκρούσεων, θα πρέπει οι ασθενείς και το περιβάλλον τους να εκπαιδεύονται στο να κατανοούν τις συγκρούσεις που τροφοδοτούν τα συμπτώματα αυτά.

Για την καλή λειτουργία της ομάδας, είναι απαραίτητη η αλληλεγγύη ανάμεσα στα μέλη και η διαμόρφωση μια ομάδας με κοινούς στόχους, που να αποδέχεται μια κοινή διαδικασία στη λήψη και στην εκτέλεση των αποφάσεων. Δεν είναι αρκετή για την αποτελεσματικότητα της ομάδας η απλή συνάθροιση επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων. Η λειτουργία της ομάδας στηρίζεται βεβαίως στους κοινούς στόχους, αλλά επιτυγχάνεται μέσω των διαφοροποιημένων ρόλων των μελών της. Η αλληλεπικάλυψη είναι χρήσιμη, δεν πρέπει όμως να οδηγεί στην αναίρεση της ιδιαιτερότητας της κάθε ειδικότητας. Ο κάθε ειδικός προσφέρει στην ομάδα τις δικές του γνώσεις και προτάσεις, π.χ. ο ψυχολόγος θα ερμηνεύσει τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών δοκιμασιών, ή θ' ασχοληθεί με μια ειδική ψυχοθεραπεία, ο ψυχίατρος μπορεί να θέσει την ψυχιατρική διάγνωση και

ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να πληροφορήσει την ομάδα για τις συνθήκες στην οικογένεια.

Πριν η ομάδα αναλάβει θεραπευτικά καθήκοντα, θα πρέπει να υπάρχει κοινή αποδοχή των ρόλων. Η διεύθυνση της συνεδρίας εξαρτάται προφανώς από τη φύση της εργασίας. Στις ψυχιατρικές ομάδες επικεφαλής είναι ο ψυχίατρος.

Ο Parry-Jones (1986), υποστηρίζει ότι η διεπιστημονική ομάδα εμφανίστηκε ως ένας κατάλληλος τρόπος για να λυθούν οι διεπιστημονικές εντάσεις. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μια ομάδα είναι διάφορα, αλλά το πιο σημαντικό είναι το θέμα του καταμερισμού της εξουσίας ανάμεσα στα μέλη. Η εξουσία του ψυχιάτρου είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο θέμα, γιατί σε σχέση με τη θεραπεία των ασθενών, οι νομικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές ευθύνες των γιατρών δεν μπορούν να ανατεθούν σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία στη διεπιστημονική ομάδα. Συγχρόνως όμως, η πλήρη ανάληψη των ευθυνών της ομάδας από τον ψυχίατρο περιέχει τον κίνδυνο του προσανατολισμού της ομάδας προς περισσότερο παραδοσιακές μορφές ψυχιατρικής πρακτικής, μειώνοντας έτσι τις προσπάθειες για πολυδιάστατη θεώρηση των ψυχικών προβλημάτων.

Ιδιαίτερο λοιπόν χαρακτηριστικό της ομάδας ψυχικής υγιεινής, αποτελεί το γεγονός ότι είναι πολύ δύσκολο να διαχωρίσει κανείς με απόλυτο τρόπο την προσφορά του κάθε μέλους της ομάδας. Πάντως, είναι φανερό ότι ένας ειδικός δεν μπορεί να χειριστεί μεμονωμένα όλες τις όψεις του συνόλου των περιστατικών και το πιο σωστό είναι να έχουν μέρος της ευθύνης όλοι οι ειδικοί, θέτοντας τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους στην υπηρεσία της ομάδας.

4.3.1. Ψυχίατρος

Ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι σύνθετος. Απαιτείται, εκτός από τις γνώσεις ψυχοπαθολογίας και ψυχοθεραπευτικών χειρισμών, να είναι σε θέση να αξιολογεί τις κοινωνικές παραμέτρους που υπεισέρχονται στις ψυχικές διαταραχές.

Ο ρόλος του ψυχιάτρου δεν μπορεί να περιορίζεται στη νοσολογική προσέγγιση, αλλά επεκτείνεται και στη συμμετοχή του στη διαδικασία πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας, καθώς και στη διαδικασία

αποκατάστασης των ψυχικών διαταραχών. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο θεραπευτικός ψυχιατρικός ρόλος δεν αφορά στο σύμπτωμα, αλλά στον άνθρωπο και σ' όλες τις κοινωνικές και άλλες σχέσεις που τον διαμορφώνουν, τον προσδιορίζουν και θα τον διαφοροποιήσουν στο μέλλον. Είναι ο θεραπευτής των συγκεκριμένων περιστατικών, αλλά και ο σύμβουλος της κοινότητας για θέματα ψυχικής ασθένειας.

Έχει υποστηριχτεί ότι ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι να κάνει διάγνωση, να δίδει θεραπεία, να παρακολουθεί ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και να βοηθάει στην πρόληψη της ψυχικής ασθένειας και στη διατήρηση της ψυχικής υγιεινής (με έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία, εκπαίδευση, καλή διοίκηση και έρευνα).

Σε σύγχρονες επιστημονικές υπηρεσίες ανοιχτής περιθαλψής, ο ψυχίατρος είναι ένας κρίκος στην αλυσίδα των επαγγελματιών υγείας. Είναι υποχρεωμένος να εμπλέκεται στην κοινότητα, να παραπέμπει ασθενείς σε συναδέλφους που είναι γιατροί άλλης ειδικότητας και που ίσως είναι πιο κατάλληλοι για μια συγκεκριμένη περίπτωση θεραπείας, ή και να περιορίζεται σε παθητικό ρόλο, λαμβάνοντας μέρος σε μια ομάδα, αρχηγός, της οποίας ίσως να είναι κάποιος άλλος. Πάντως, λόγω των ιατρικών και νευρολογικών του γνώσεων, ο ψυχίατρος μπορεί να προσδιορίσει τα ιατρικά σύνδρομα ή τις ιατρικές πλευρές πολύπλοκων περιπτώσεων και καταστάσεων και να τις αντιμετωπίσει αποτελεσματικά σε συνεργασία με τους άλλους επιστήμονες της ομάδας ψυχικής υγιεινής.

4.3.2. Ψυχολόγος

Η κλινική ψυχολογία είναι σχετικά νέα ειδικότητα. Η κύρια συμμετοχή των κλινικών ψυχολόγων στην ομάδα ψυχικής υγιεινής ήταν αρχικά η παροχή και αξιολόγηση ψυχολογικών δοκιμασιών. Σταδιακά όμως, η ψυχομετρία έπαψε να αποτελεί τη μοναδική αρμοδιότητά τους. Αναγνωρίζεται πλέον ολοένα και περισσότερο η συμβολή της ψυχολογικής έρευνας στην αποσαφήνιση των μηχανισμών που διέπουν ένα πολύ μεγάλο φάσμα εκδηλώσεων της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Τα δεδομένα που προέρχονται από την ψυχολογική έρευνα έχουν άμεσες εφαρμογές στις διαδικασίες αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, συμβάλλοντας έτσι στην κατοχύρωση των ψυχολόγων ως σημαντικών μελών της διεπιστημονικής ομάδας ψυχικής υγιεινής.

Στην εξέλιξη της κλινικής ψυχολογίας, ξεχωρίζουμε δυο κύριες φάσεις. Στα μεταπολεμικά χρόνια και μέχρι το 1960, η κύρια δραστηριότητα των ψυχολόγων ήταν η ψυχοδιαγνωστική. Μετά το 1960 - και στην Ελλάδα με τη δημιουργία ιατροπαιδαγωγικών τμημάτων στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής - ο ψυχολόγος συμμετέχει στην θεραπευτική και στη συμβουλευτική. Η συμμετοχή του εκφράζεται με ατομική παρέμβαση, θεραπεία ομάδας, ζεύγους, οικογένειας κ.λ.π.. Ο ψυχολόγος συμμετέχει επίσης σε εκπαιδευτικά προγράμματα στην κοινότητα αλλά και σε ερευνητικά προγράμματα για την μελέτη των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Από όλες τις δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχει ο ψυχολόγος, αποκλειστικά δική του ευθύνη είναι η χρησιμοποίηση και αξιολόγηση των ψυχομετρικών δοκιμασιών. Είναι βεβαίως γνωστό ότι οι ψυχομετρικές δοκιμασίες δεν είναι πανάκεια, ούτε η χρήση τους είναι θέμα ρουτίνας, αλλά θα πρέπει να γίνονται όταν η κατάσταση το απαιτεί.

Ο ψυχολόγος πρέπει να συμμετέχει και στις δυο φάσεις της κλινικής προσέγγισης, δηλαδή στη διάγνωση και στη θεραπεία. Επειδή είναι ειδικευμένος στη χρήση και χορήγηση ψυχομετρικών δοκιμασιών, μπορεί να δώσει στην ομάδα μια πιο πλήρη εικόνα για το συγκεκριμένο άτομο.

4.3.3. Κοινωνικός Λειτουργός

Ο κοινωνικός λειτουργός προμηθεύει την ομάδα ψυχικής υγιεινής με πληροφορίες για τον ασθενή από ποικίλες πηγές. Μπορεί να ενημερωθεί για τον φάκελο που έχει ο ασθενής στο σχολείο, στο στρατό, στα δικαστήρια, στο γενικό γιατρό του και στη δουλειά του. Παρέχει πληροφορίες για την προηγούμενη σχέση του ασθενούς ή της οικογένειάς του με κοινοτικούς φορείς, κάνει μια αρχική εκτίμηση των κοινοτικών φορέων που είναι αποδεκτοί από την οικογένεια, έτσι ώστε να ενσωματωθούν στο σχέδιο θεραπείας.

Επειδή τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς αποτελούν πολύτιμη πηγή στοιχείων, ο ψυχίατρος παίρνει το ιστορικό του ασθενούς και ο κοινωνικός λειτουργός παίρνει το ιστορικό της οικογένειας. Το πλεονέκτημα αυτής της διευθέτησης είναι ότι δίδεται η ευκαιρία στους συγγενείς να έχουν επαφή με έναν συγκεκριμένο ειδικό, ο οποίος ενδιαφέρεται για τις ανάγκες τους και τα προβλήματα που τους δημιουργεί η ασθένεια του συγγενικού τους

ατόμου.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό περιβάλλον είναι να συλλέγει και να αξιολογεί πληροφορίες, σχετικές με την κοινωνική πλευρά του ασθενούς, την οικογένεια και την κοινοτική ζωή και να συνεισφέρει στη θεραπεία ατόμων και οικογενειών ή να υποστηρίξει την κοινότητα μέσα από ατομική ή ομαδική εργασία. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ειδικά εξοπλισμένος ώστε να ασχολείται με διαπροσωπικές, κοινωνιολογικές και πολιτιστικές όψεις πολύπλοκων καταστάσεων (Παπαδάτος Γ. - Στογιαννίδου Α., Αθήνα 1988).

4.3.4. Ψυχιατρικός Νοσηλευτής

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε γενικά πλαίσια αφορά στη διατήρηση και στην επαναφορά της υγείας των ατόμων, οικογενειών, πληθυσμών και ομάδων. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής ειδικότερα επικεντρώνει τις προσπάθειες του στην ψυχική υγιεινή. Η ιδιαίτερη συνεισφορά του νοσηλευτή είναι άμεση και όταν χρειαστεί η παρατεταμένη επαφή με τον ασθενή ίσως και για χρόνια. (Παπαδάτος Γ. - Στογιαννίδου Α., Αθήνα 1988).

Στα καθήκοντά του είναι:

1. Να ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητας τους από πλευράς αερισμού, φωτεινότητας. Είναι γνωστό πως πολλοί χρόνιοι ψυχωσικοί διαμένουν σε τρώγλες κάτω από τραγικές συνθήκες
2. Στην κλινική / φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες. Εδώ εντάσσεται και η συμμετοχή του στη διαχείριση του μικρού φαρμακείου και της «κλινικής φαρμάκων μακράς δράσης» (depot) και της διατήρησης και συμμόρφωσης του αρρώστου στην αγωγή με την εφαρμογή τυποποιημένων τεχνικών παρέμβασης.
3. Στον τομέα της γενικότερης κλινικής παρακολούθησης της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά αρρώστου με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευσή του σε θέματα πρόληψης υποτροπών και μείωση του στρες.
4. Στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια, όταν υπάρχει κρίση,

με στόχο τη λύση της κρίσης και την τεχνική της επίλυση προβλημάτων (problem solving)

5. Στη νοσηλευτική διεργασία – φροντίδα, βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της εργασίας είναι:
 - α. Να συμμερίζεται την κοινή ιδεολογία της ομάδας
 - β. Να κάνει καλή επαφή και θεραπευτική προσέγγιση
 - γ. Να γνωρίζει καλή κλινική ψυχοπαθολογία – νοσολογία
 - δ. Να μπορεί να συνεργάζεται με άλλους στον τομέα του ή στον ιατρικό τομέα (Μαδιανός, Μ., Αθήνα 2000).

Η δουλειά του ψυχιατρικού νοσηλευτή είναι πολύ εξειδικευμένη και γι' αυτό χρειάζεται ωριμότητα, ψυχιατρικές δεξιότητες και άμεση υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας ψυχικής υγιεινής

Ο Woods εκφράζει την άποψη ότι ο ειδικευμένος ψυχιατρικός νοσηλευτής θα αποτελέσει ουσιαστική αναγκαιότητα στο άμεσο μέλλον γι' αυτό και πρέπει να υπάρχουν ειδικά προγράμματα για την σωστή εκπαίδευση αυτών των επαγγελματιών υγείας (Παπαδάτος Γ. - Στογιαννίδου Α., Αθήνα 1988).

4.3.5. Εργοθεραπεύτης

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή είναι επίσης πολύ σημαντικός. Μπορεί να κάνει μια εκτίμηση των καθημερινών αλλά και των προσωπικών δεξιοτήτων του ασθενή, μπορεί δηλαδή να κρίνει κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί αλλά και να εργαστεί δημιουργικά. Στην ομάδα ψυχικής υγιεινής, ο εργοθεραπευτής μεταφέρει τις εκτιμήσεις του και δίνει συμβουλές για τον εξοπλισμό και τη λειτουργία της εργοθεραπευτικής μονάδας, ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες επαγγελματικής εκπαίδευσης των ασθενών.

Η συμβολή των εργοθεραπευτών είναι πολύ σημαντική στην επαναδραστηριοποίηση των ασθενών στο καθημερινό και στο κοινωνικό επίπεδο. Ειδικοί θεραπευτές μπορούν να προσφέρουν στους ασθενείς ερεθίσματα για τις εικαστικές τέχνες, για δημιουργικό γράψιμο, μουσική και θέατρο. Στο επίπεδο της πρακτικής εργοθεραπείας μπορούν να προσφέρουν στην εκμάθηση ξυλουργικής, πλεκτικής, ραπτικής

μεταλλουργίας κ.λ.π.. Αν υπάρχουν οι προϋποθέσεις, ειδικοί εργοθεραπευτές μπορούν να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σε γεωργικές, κτηνοτροφικές και άλλες αγροτικές εργασίες.

Η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών έχει σημαντικότερη συμβολή στις θεραπευτικές προσπάθειες, καθώς προσφέρει ευκαιρίες για τη βελτίωση της αυτο-αντίληψης, των μηχανισμών λήψης αποφάσεων και των ικανοτήτων αυτοπειθαρχίας και υγιούς αλληλεπίδρασης με τους υπόλοιπους εκπαιδευόμενους.

4.3.6. Λογοθεραπευτής

Ο λογοθεραπευτής αναλαμβάνει κατ' αρχήν τη διαγνωστική εκτίμηση των λεκτικών ικανοτήτων του ασθενούς, τόσο στο επίπεδο κατανόησης του λόγου, όσο και στα επίπεδα έκφρασης και επικοινωνίας.

Η θεραπευτική του παρέμβαση στοχεύει στην επέκταση των λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας του ασθενούς. Η συμβολή του επεκτείνεται και στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και στο οικογενειακό περιβάλλον του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου, προσφέροντας συμβουλές για καλύτερους τρόπους επικοινωνίας με τον ασθενή.

Ο λογοθεραπευτής είναι απαραίτητος σε παιδιά και ενήλικες που παρουσιάζουν διαταραχές του λόγου, λόγω ψυχωσικών καταστάσεων (αυτισμός, σχιζοφρενικές διαταραχές κ.λ.π.), ειδικών διαταραχών της ανάπτυξης (μαθησιακές δυσκολίες), νευρωσικών καταστάσεων (εκλεκτική βωβότητα κ.λ.π.), εγκεφαλικών τραυματισμών, νοητικής καθυστέρησης κ.λ.π. (Παπαδάτος Γ. - Στογιαννίδου Α., Αθήνα 1988).

5. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η επικοινωνία με τη γενική της έννοια είναι ο τρόπος με τον οποίο πληροφορίες μεταφέρονται μέσω ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημείων ή συμπεριφοράς.

Ειδικότερα, επικοινωνία καλείται η διαδικασία, με την οποία ένας «πομπός» εκπέμπει ένα μήνυμα μέσω ενός δικτύου ή συστήματος μετάδοσης σε κάποιον αποδέκτη και προκαλεί έτσι κάποιο αποτέλεσμα.

Επικοινωνία είναι η ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων μηνυμάτων και

σημάτων μεταξύ των ανθρώπων.

Για τη μετάδοση των πληροφοριών αυτών χρησιμοποιούνται διάφορα μέσα: λέξεις, εικόνες, χειρονομίες ή άλλα σύμβολα.

Ένα από τα σημαντικότερα μέσα της ανθρώπινης επικοινωνίας είναι ο λόγος (γραπτός ή προφορικός) και η επικοινωνία χωρίς λόγο όπου με το βλέμμα τις εκφράσεις του προσώπου πολλές φορές μεταδίδει πολύ περισσότερα από το λόγο.

Επίπεδα επικοινωνίας

Υπάρχουν τρία επίπεδα επικοινωνίας:

1. Ενδοπροσωπική επικοινωνία: συμβαίνει μέσα στο ίδιο το άτομο π.χ. ο νοσηλευτής σχεδιάζει μια σειρά από ενέργειες για να επιτύχει κάτι «Πρώτα θα πάω μέσα να συναντήσω τον ασθενή, μετά θα ζητήσω την άδεια να τον φροντίσω, μετά θα κάνω αξιολόγηση...» Αυτό είναι ένα παράδειγμα ενδοπροσωπικής επικοινωνίας και μάλιστα χωρίς λόγια
2. Διαπροσωπική επικοινωνία: συμβαίνει μεταξύ των δύο προσώπων (νοσηλευτού – ασθενούς). Είναι αυθόρμητη και σύνθετη. Τα μηνύματα με λόγια και χωρίς λόγια – στέλνονται αυθόρμητα.
3. Κοινωνική επικοινωνία: συμβαίνει μεταξύ τριών ή περισσότερων ατόμων (θεραπευτική ομάδα). Περιέχει στοιχεία και της με λόγια και της χωρίς λόγια επικοινωνίας (Γιαννοπούλου Χρ. Α. – Αθήνα, 1996).

5.1. Θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι η τέχνη και η διεργασία προσέγγισης ενός προσώπου με μηνύματα που διατηρούν ή βελτιώνουν την ψυχική του υγεία. Η θεραπευτική επικοινωνία ενθαρρύνει και κατευθύνει τον άρρωστο να δοκιμάσει τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς που ελαττώνουν την ψυχική του ένταση και τις συγκρούσεις του με τους άλλους. Αυξάνουν την ικανότητά του να τα πηγαίνει καλά με τους άλλους, να προσαρμόζεται σε καταστάσεις που δεν αλλάζουν και να προχωρεί στο δρόμο για την ψυχολογική του ανάπτυξη και ωρίμανση.

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι δημιουργία ευκαιριών μάθησης για τον άρρωστο, στηριζόμενη στη διάγνωση των προσωπικών αναγκών του και

κατευθυνόμενη από τους νοσηλευτικούς σκοπούς που τέθηκαν για την εκπλήρωση των αναγκών του αρρώστου. Και επειδή κάθε άρρωστος είναι μοναδικός και έχει ιδιαίτερες ανάγκες, ο νοσηλευτής επικοινωνεί θεραπευτικά με διαφορετικούς τρόπους για να προκαλέσει τις ενδεδειγμένες εννοιολογικές αλλαγές σε κάθε περίπτωση.

Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας στη φροντίδα των αρρώστων με ψυχικές διαταραχές. Η αποτελεσματική όμως χρήση της απαιτεί την παρουσία ορισμένων θετικών στοιχείων.

Στοιχεία της θεραπευτικής επικοινωνίας

Στοιχεία της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι ορισμένα θετικά μηνύματα που πρέπει να μεταβιβάζονται από τον νοσηλευτή στον άρρωστο και αναφέρονται στη συνέχεια.

1. Αποδοχή του αρρώστου ως προσώπου με αξία, και με το δικαίωμα να ζηήσει με φροντίδα της υγείας του και με ανθρώπους κοντά του που να ενδιαφέρονται γι' αυτόν. Αποδοχή του αρρώστου σημαίνει ενδιαφέρον γι' αυτόν χωρίς όρους και προϋποθέσεις, ανεξάρτητα από την κατάστασή του, τη συμπεριφορά, τις αρνητικές ή θετικές διαθέσεις του στη δεδομένη στιγμή. Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα, όπου ο άρρωστος αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει, διερευνήσει, αξιολογήσει και επιβεβαιώσει ιδέες, συναισθήματα, εμπειρίες και ειδικούς τρόπους επικοινωνίας. Δεν φοβάται μήπως κατακριθεί ! ή αποδοκιμασθεί. Η επεικής αυτή ατμόσφαιρα συμβάλλει στη μείωση ή και διάλυση τυχόν φόβου, άγχους και αμυντικής στάσης. Επίσης συντελεί στην αναστήλωση της αυτοπεποίθησης του αρρώστου και στην ενθάρρυνση της συνεργασίας για τη λύση των προβλημάτων του.

Η αποδοχή ως θεραπευτική στάση δεν πρέπει να συγχέεται με την αδιάκριτη μέθοδο προγραμματίστης επείκειας, γνωστής με τον όρο «laissez - faire». Αντίθετα, είναι κατευθυνόμενη ευσυνείδητη στάση με σκοπό να βοηθήσει τον άρρωστο να αλλάξει παθολογικούς τρόπους συμπεριφοράς του για μεγαλύτερη ψυχική του ικανοποίηση και πιο αρμονική συμβίωση με τους άλλους ανθρώπους.

2. Θερμό ενδιαφέρον για τον άρρωστο και για τους προσωπικούς τρόπους με τους οποίους βιώνει την αρρώστια του. Το ενδιαφέρον εκφράζεται σαν ελκρινής μέριμνα για το καλό του αρρώστου, σαν καλοσύνη και ανθρώπινη θαλπωρή, σαν αγάπη και ετοιμότητα για εξυπηρέτηση και υποστήριξη. Η αγάπη θεωρείται η βάση της θεραπευτικής επικοινωνίας με τον ψυχικά άρρωστο. Αυξάνει την αγάπη για τον εαυτό του και τους άλλους, την αυτοπεποίθησή του, την ελπίδα του ότι όταν θα χρειασθεί βοήθεια θα την έχει και την τόλμη του να σχετίζεται με τους άλλους. Το θερμό ενδιαφέρον και η αγάπη του νοσηλευτού πρέπει να φθάνει στο σημείο να εκδηλώνεται ως μητρική μέριμνα και στοργή όταν ο άρρωστος έχει ανάγκη γι' αυτή λόγω παλινδρόμησης, αυτισμού ή κατατονίας.

3. Σεβασμός προς τον άρρωστο ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Ο σεβασμός εκδηλώνεται ως λεπτή ευαισθησία έναντι των αδυναμιών και των δυνατοτήτων του αρρώστου. Η ίδια ευαισθησία πρέπει να διατηρείται και προς τις εσωτερικές και εξωτερικές δυνάμεις, που συνετέλεσαν στη δημιουργία των νοσηρών διαθέσεων του. Ο σεβασμός εκφράζει τη βεβαιότητα για την ικανότητα του αρρώστου να αναδιοργανωθεί και αναπτυχθεί ψυχολογικά. Ακόμη περιλαμβάνει βαθιά συναισθηση της ενθύνης για γνωριμία του αρρώστου και πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του. Ο σεβασμός του νοσηλευτού μεταβιβάζεται στον άρρωστο με την προσεκτική ακρόαση, την εξήγηση του σκοπού της επικοινωνίας, τη ζήτηση της πληροφορημένης συγκατάθεσής του, τη συνεργασία μαζί του στην επιδίωξη κοινών σκοπών, το κάλεσμα με το όνομά του, τη συνέπεια στη συμφωνημένη ώρα συνάντησης τους και την τήρηση των υποσχέσεων του νοσηλευτού.

Ο σεβασμός χρησιμεύει σαν βάση για την οικοδομή της συμπάθειας ή του συμπάσχειν. Στην Αγγλική χαρακτηρίζεται ως «empathy» και αναφέρεται στην ικανότητα του νοσηλευτού να αισθάνεται και να κατανοεί τον προσωπικό - ιδιωτικό κόσμο του αρρώστου σαν να ήταν ο δικός του κόσμος. Επί πλέον, αναφέρεται στην ικανότητα του νοσηλευτού να εκτιμά και να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του αρρώστου και να του μεταβιβάζει αυτή την αναγνώριση και τη συναισθηματική του συμμετοχή χωρίς απώλεια της αντικειμενικότητας. Η ικανότητα αυτή του συμπάσχειν αποτελεί το χαρακτηριστικό που προσδιορίζει την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπευτικής επικοινωνίας.

4. Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας. Αυτή συμβαίνει παρουσία και διάθεση του νοσηλευτού να βοηθήσει τον άρρωστο με τη θεραπευτική επικοινωνία να προχωρήσει στην ψυχολογική ανάπτυξη και ψυχική υγεία. Ο νοσηλευτής μεταβιβάζει στον άρρωστο το αίσθημα ότι του επιτρέπεται να δοκιμάσει νέους τρόπους συμπεριφοράς για να υιοθετήσει τους πιο αποτελεσματικούς στις συναλλαγές του με τους άλλους. Επίσης τον βεβαιώνει ότι στην προσπάθειά του αυτή θα έχει τη νοσηλευτική προστασία και ασφάλεια, όταν ο ίδιος δεν θα μπορεί να ελέγχει τις τάσεις του για να προσλαμβάνεται η αποτυχία και η απογοήτευση.

Για ανακεφαλαίωση τονίζεται ότι τα θετικά μηνύματα της αποδοχής, του θερμού ενδιαφέροντος, του σεβασμού και της ετοιμότητας για παροχή βοήθειας, που μεταβιβάζονται από το νοσηλευτή στον άρρωστο, συνθέτουν το απαραίτητο θετικό κλίμα για την επιτυχία των σκοπών της θεραπευτικής επικοινωνίας (Ραγιά Α., Αθήνα 1993).

5.2. Τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας

1. Χρήση της σιωπής. Δίνει χρόνο στο συνομιλητή να συγκεντρωθεί, να σκεφθεί και να μιλήσει
2. Αποδοχή. Εκφράσεις που βεβαιώνουν το συνομιλητή ότι έγινε κατανοητός και δεν υπονοούν κριτική ή αποδοκιμασία
3. Αναγνώριση. Λεκτική έκφραση παρατήρησης της αλλαγής και των προσωπικών προσπαθειών του αρρώστου
4. Παρουσία δίπλα στον άρρωστο και έκφραση ενδιαφέροντος και διάθεσης κατανόησής του
5. Ενθάρρυνση του αρρώστου να διευθύνει ο ίδιος τη συζήτηση
6. Τοποθέτηση των αναφερομένων γεγονότων και πράξεων σε χρονική σειρά και επισήμανση διαπροσωπικών δυσκολιών
7. Διατύπωση παρατηρήσεων σχετικών με την εκδηλούμενη συμπεριφορά του αρρώστου και ενθάρρυνσή του να τη συνειδητοποιήσει και ο ίδιος και να περιγράψει σκέψεις και συναισθήματα για αμοιβαία κατανόηση
8. Ενθάρρυνση περιγραφής του τι αντιλαμβάνεται ο άρρωστος, των

- συναισθημάτων και δυσκολιών του, ώστε να ελαττώνεται η ανάγκη να τα εκδηλώνει με ακατάλληλη συμπεριφορά
9. Ενθάρρυνση σύγκρισης διαπροσωπικών εμπειριών που βοηθεί τον άρρωστο να διαπιστώνει ομοιότητες και διαφορές
 10. Επανάληψη της κύριας ιδέας που ανέφερε ο άρρωστος ώστε να διευκρινίσει τι είπε, αν δεν έγινε κατανοητό
 11. Ερωτήσεις ανοιχτές για επικέντρωση στο θέμα και διατήρηση της ελευθερίας απάντησης
 12. Ανακατεύθυνση των ερωτήσεων, ιδεών και συναισθημάτων που ανέφερε ο άρρωστος πίσω στον ίδιο για να τα σκεφθεί βαθύτερα, βεβαιώνοντάς του ότι είναι ικανός να το κάνει
 13. Επικέντρωση της προσοχής σε ένα σημείο, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος μεταπηδά από το ένα θέμα στο άλλο, εκτός εάν ο άρρωστος δοκιμάζει έντονο άγχος
 14. Διερεύνηση ορισμένων ιδεών, εμπειριών ή σχέσεων με πιο διεξοδικό τρόπο μόνο αν ο άρρωστος το θέλει
 15. Παροχή πληροφοριών που χρειάζεται ο άρρωστος για να κατανοήσει τη νοσηλεία, τη θεραπεία ή το περιβάλλον όπου νοσηλεύεται και για να πάρει αποφάσεις ή να βγάλει συμπεράσματα
 16. Αναζήτηση διευκρίνισης των λεγόμενων του αρρώστου που τον, βοηθεί να διαλευκάνει τις σχέσεις του και να μεγιστοποιηθεί η αμοιβαία κατανόηση
 17. Παρουσίαση της πραγματικότητας όταν ο άρρωστος παρερμηνεύει όσα συμβαίνουν χωρίς λογομαχία και επιμονή για να πεισθεί. Ο νοσηλευτής απλώς περιγράφει την προσωπική του αντίληψη ή τα γεγονότα στη δεδομένη κατάσταση
 18. Έκφραση αμφιβολίας όταν ο άρρωστος παρουσιάζει ψευδαισθήσεις και λανθασμένη αντίληψη των πραγμάτων ώστε να κλονίζονται αυτά και ποτέ να μην ενισχύονται
 19. Αναζήτηση επαλήθευσης αν ο νοσηλευτής πράγματι καταλαβαίνει αυτό που ο άρρωστος προσπαθεί να πει, ώστε έτσι να ξεκαθαρίζει τις σκέψεις του

20. Ενθάρρυνση αξιολόγησης ανθρώπων και γεγονότων εκ μέρους του αρρώστου και μέσα από το δικό του αξιολογικό πρίσμα
21. Αντανάκλαση του συναισθηματικού τόνου των λεγομένων για επίδειξη κατανόησης πώς αισθάνεται ο άρρωστος γι' αυτά που λέει και για να βοηθηθεί να αξιολογήσει τα συναισθήματά του σε μια περίπτωση
22. Πρόταση συνεργασίας για να βοηθηθεί ο άρρωστος να ξεπεράσει τις ψυχικές του διαταραχές
23. Περίληψη των κυριότερων σημείων της συζήτησης για αύξηση της αμοιβαίας κατανόησης και τυχόν διευκρινίσεις ώστε και ο νοσηλευτής και ο άρρωστος να αναχωρήσουν με τις ίδιες ιδέες στο μυαλό τους.
24. Συμβουλευτική βοήθεια του αρρώστου στη διατύπωση ενός προγράμματος εναλλακτικών πράξεων όταν αντιμετωπίσει στο μέλλον διαπροσωπικές περιστάσεις που τον ενοχλούν και τον διαταράζουν.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά μερικές ακόμη ειδικές τεχνικές για χρήση από τον νοσηλευτή με σκοπό την αύξηση της θεραπευτικής αξίας της επικοινωνίας του με τον άρρωστο και την αποτελεσματική βοήθεια να επιτύχει μεγαλύτερη αυτοσυνειδησία, υψηλότερη αυτοεκτίμηση και επιθυμητές διαπροσωπικές δεξιότητες.

α. Ενεργητική ακρόαση

Η ακρόαση είναι τέχνη. Απαιτεί γνώση και προσπάθεια, όχι παθητική και μηχανική λήψη των λεγομένων όπως κάνει το μαγνητόφωνο. Απαιτεί αυτοπειθαρχία, συγκέντρωση της προσοχής, υπομονή, ενδιαφέρον, ενεργητική συμμετοχή με τη σκέψη, το συναίσθημα, τα μάτια και τα αυτιά, κατανόηση και αντίληψη των λεγομένων, δεκτικότητα, αντικειμενικότητα και ολική θεώρηση της περίπτωσης.

Η ακρόαση δεν είναι εργασία που γίνεται μόνο με τα όργανα της ακοής, τα αυτιά. Ο νοσηλευτής ακούει τα λόγια του αρρώστου, παρακολουθεί την επιλογή των λέξεων και ποιες λέξεις επαναλαμβάνονται, τις αυξομειώσεις του τόνου της φωνής, τη διστακτική ή ορμητική έκφραση λέξεων και ιδεών, την προφορά και την άρθρωση. Επίσης παρατηρεί το ύφος, τις χειρονομίες και τη στάση του σώματος του αρρώστου για να αντιληφθεί τα μηνύματα που μεταβιβάζονται χωρίς λόγια. Προσπαθεί να καταλάβει το γενικό

περιεχόμενο της ομιλίας του αρρώστου, τις κύριες ιδέες, τα σπουδαιότερα προβλήματα που απασχολούν τον άρρωστο και τις ψυχολογικές του ανάγκες

Η ακρόαση είναι υπεύθυνη νοσηλευτική πράξη, έμπρακτη εκδήλωση αγάπης, προσφορά βοήθειας, μορφή ψυχοθεραπείας. Προβάλλει σαν ενσυνείδητη χρήση σιωπής με αληθινό ενδιαφέρον και προθυμία συμπαράστασης του άλλου προσώπου, όταν μάλιστα αυτό αισθάνεται έντονη την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον άνθρωπο.

Η ακρόαση αποτελεί ειδική μορφή προσφοράς, είναι αγάπη διότι απαιτεί κόπο, θάρρος και αυτουπέρβαση. Ζητεί ολοκληρωτική συγκέντρωση της προσοχής και λεπτή ευαισθησία στις ιδέες, τα νοήματα και τις εμπειρίες του αρρώστου. Ο νοσηλευτής επιστρατεύει όλες τις δυνάμεις του προσοχή, ενδιαφέρον, σκέψη, διαίσθηση. Εντείνει τα αυτιά του, προσηλώνει τα μάτια του, διαθέτει ολόκληρο το είναι του και εφαρμόζει ολική ενεργητική ακρόαση.

Η ακρόαση είναι νοσηλεία με ψυχοθεραπευτικές ιδιότητες. Μεταβιβάζει προσοχή, σεβασμό και ενθάρρυνση. Βεβαιώνει τον άρρωστο για την ετοιμότητα του νοσηλευτού να ακούσει τις ανησυχίες και τα προβλήματά του, να τον κατανοήσει βαθύτερα και ακριβέστερα. Πράγματι, η ακρόαση με ύφος ενδιαφερομένου ανθρώπου, που μαρτυρεί και ενδιαφερόμενη καρδιά εκδηλώνει αποδοχή, συμπάθεια και ειλικρινή μέριμνα για τον άρρωστο. Και όλα αυτά περικλείουν ισχυρή θεραπευτική δύναμη. Επί πλέον, η ακρόαση με θερμό ενδιαφέρον ενθαρρύνει τον άρρωστο να μιλήσει. Και η ομιλία συμβάλλει στη θεραπεία κατά πολλούς τρόπους. Η εξωτερικευση των ψυχολογικών εντάσεων είναι ένας τρόπος εξάτμισης αυτών. Η λεκτική περιγραφή της εσωτερικής κατάστασης του ανθρώπου και ο χαρακτηρισμός των διαθέσεων τον βοηθούν στον αντικειμενικό έλεγχο και την αυτοκατανόηση με δυνατότητα εσωτερικής αναδιοργάνωσης. Από αυτή την άποψη η ακρόαση δρα ψυχοθεραπευτικά.

Γενικά, αναγνωρίζεται ότι ο καλός ακροατής είναι ο καλύτερος γιατρός για κείνον που πάσχει στη σκέψη και στο συναισθημα. Και η ευαίσθητη ακρόαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί εκλεκτικά ως νοσηλεία στους διαλόγους του νοσηλευτού με ψυχικά ασθενείς, αλλά και με κάθε άλλο άρρωστο σε οποιοδήποτε νοσηλευτικό τομέα.

Ο νοσηλευτής ακούει τον άρρωστο και εκπληρώνει τα εξής νοσηλευτικά έργα:

1. Διαθέτει χρόνο και συγκεντρώνει σημαντικές πληροφορίες για τα συναισθήματα, προβλήματα και ανάγκες του αρρώστου
2. Παρατηρεί τη μη λεκτική συμβολική συμπεριφορά του αρρώστου με απόλυτη προσοχή για να κατανοήσει ότι μεταβιβάζει ο άρρωστος. Άλλωστε η ακρόαση θεωρείται στοιχείο της καλής παρατήρησης.
3. Ακούει μεταξύ των λόγων και πίσω από την αυλαία των λόγων του αρρώστου, με σκοπό την αναζήτηση εννοιών και θεμάτων που εκπέμπονται αθόρυβα και συμβολικά, με ήχους και υπαινιγμούς
4. Ακούει χωρίς προκατάληψη, κατάκριση ή καταδικαστικό πνεύμα. Προσπαθεί να διεισδύσει στο πρόβλημα του αρρώστου όπως εκείνος το αισθάνεται, ενώ εξετάζει συνειδητά τις προσωπικές του αντιδράσεις στη συγκεκριμένη περίπτωση.
5. Ακούει ο νοσηλευτής με ευαισθησία και εντατική προσοχή ακόμη και τη σιωπή του αρρώστου. Η πολυλογία συχνά είναι μορφή σιωπής όταν κρύβει φλέγοντα θέματα και απομακρύνει τον ακροατή απ' αυτά. Ό,τι λέγεται δεν είναι πάντοτε το σπουδαιότερο. Συνεπώς ο νοσηλευτής αγρυπνεί, για να αναγνωρίσει τι κρύβει η ομιλία και τι αποκαλύπτει η σιωπή.
6. Τέλος, ακούει ο νοσηλευτής και μελετά, συνοψίζει και αποκωδικοποιεί ό,τι λέει ο άρρωστος συσχετίζοντάς τα με την περίπτωση του. Ξεχωρίζει τα κύρια θέματα από τις λεπτομέρειες και προσπαθεί να κάνει μια ολιστική νοσηλευτική εκτίμηση των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, τα οποία αναφέρει στον άρρωστο με απλή και κατανοητή γι' αυτόν γλώσσα, για λόγους επαλήθευσης ή διευκρίνισης.

Μελετήθηκε ήδη η ακρόαση σαν ευσυνειδητη νοσηλευτική πράξη, με την οποία ο νοσηλευτής μεταβιβάζει στον άρρωστο αποδοχή, ενδιαφέρον και ψυχολογική υποστήριξη. Τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τα προβλήματά του και να συνεργάζεται για τη λύση τους. Τον γνωρίζει στην ολότητά του, εκτιμά τις ανάγκες του και προγραμματίζει ανάλογα τη νοσηλευτική του φροντίδα. Έτσι η ακρόαση δρα θεραπευτικά στα πλαίσια της όλης

νοσηλευτικής ως διαπροσωπικής διεργασίας. Επειδή οι τρόποι της ακρόασης είναι ζωτικοί και μπορεί να έχουν μια λεπτή αλλά δυνατή επίδραση στο άλλο πρόσωπο, ακολουθούν μερικές συμβουλές καλής ακρόασης:

1. Αποδοχή: Δημιουργείτε συνθήκες άνεσης για να μιλά ο άλλος ελεύθερα.
2. Ενδιαφέρον: Δείχνετε ότι θέλετε να ακούσετε, βλέποντας τον ομιλητή. Αποφεύγετε να ανοίγετε συρτάρια ή φακέλους ή τον τηλεφωνικό κατάλογο και μη σκέπτεστε άλλα θέματα.
3. Κατανόηση: Χρησιμοποιείτε πολυδιάστατη ακρόαση. Προσπαθείτε να κατανοείτε όχι μόνο τα λόγια αλλά και τους σκοπούς, τα συναισθήματα, τα νοήματα, τις αντιδράσεις και τη μη λεκτική συμπεριφορά. Παρακολουθείτε όλους τους τρόπους επικοινωνίας του ομιλητού για να αντιληφθείτε τι λέει αλλά και πώς αισθάνεται.
4. Υπομονή: Περιμένετε μέχρι να μιλήσει το άτομο. Η σιωπή κατά τον διάλογο προάγει τη σκέψη. Μη διακόπτετε και μη παρεμβαίνετε για να συμπληρώσετε τις φράσεις του ομιλητού. Μη βιάζεστε να εκφέρετε κριτική ή να βγάλετε πρώιμα συμπεράσματα. Μη βλέπετε την πόρτα. Αν δεν έχετε χρόνο ή διάθεση να ακούσετε, είναι καλύτερο να αναβάλετε τη συζήτηση.
5. Αυτοκυριαρχία: Μη λογομαχείτε. Αν θυμώσετε ή αισθανθείτε έντονη διαφωνία μ' αυτά που ακούτε, κάνετε ένα διάλειμμα για να ανασυνταχθείτε ψυχικά. Ο θυμωμένος τείνει να παρεξηγεί το νόημα των λέξεων.
6. Αυτοϋπέμβαση: Παραμερίζετε τα προσωπικά σας φίλτρα, δηλαδή αξίες, πεποιθήσεις, προκαταλήψεις και διαμορφωμένες στάσεις, για να αποφεύγετε την κριτική, τις ερμηνείες, και τα συμπεράσματα πριν ο άλλος τελειώσει την ομιλία του. Τα προσωπικά φίλτρα παρεμποδίζουν την ακρόαση των λεπτών μηνυμάτων, των νοημάτων και των αξιών που συζητούνται, καθώς και την πραγματική κατανόηση της προοπτικής του ομιλητού.
7. Αναγνώριση: Όταν παρεμβαίνετε κατά την ομιλία του αρρώστου, ο σκοπός σας πρέπει να είναι η αναγνώριση και ο σεβασμός των συναι-

σθημάτων του. Όχι συμβουλές, εκτός αν σας το ζητήσει, όχι ηθικολογίες, όχι ερμηνείες. Αν κάνετε ερωτήσεις, ο σκοπός σας θα είναι να ενθαρρύνετε τον ομιλητή, να δείξετε ότι ακούτε με ενδιαφέρον και να επαληθεύσετε αυτά που ακούτε.

8. Σιωπή: Μη ξεχνάτε ότι πρέπει να σταματάτε να μιλάτε για να ακούτε. Μιλάτε λίγο και ακούτε πολύ. Αν δεν ακούτε τον άρρωστο δεν έχετε επαρκείς πληροφορίες όπου να στηρίζετε τη νοσηλευτική του εκτίμηση, διάγνωση και φροντίδα. Χρησιμοποιείτε μη λεκτικές εκφράσεις του προσώπου και χειρονομίες που μεταδίδουν αποδοχή και συμπάθεια. Μάθετε να προσαρμόζετε και να ελέγχετε τη συμπεριφορά σας, ώστε να ακούτε προσεκτικά και να ενθαρρύνετε την ομιλία των άλλων. Χρησιμοποιείτε τη σιωπή σας ως θεραπευτική αγωγή.

β) Η χρήση της σιωπής

Η χρήση της σιωπής όμως χρειάζεται ιδιαίτερη συζήτηση. Στην εποχή μας και στη νοσηλευτική υπάρχει μεγάλη έμφαση στην πράξη και στη δραστηριότητα. Στην επικοινωνία τείνουμε να περιμένουμε υψηλό επίπεδο ομιλητικής δραστηριότητας. Ο νοσηλευτής μερικές φορές αισθάνεται αμηχανία όταν η ροή των λόγων σταματά. Και όμως η καλή χρήση της σιωπής είναι μια τεχνική θεραπευτικής επικοινωνίας.

Η σιωπή δεν είναι απουσία επικοινωνίας, αλλά είναι ειδικός διάλογος μεταβίβασης και λήψης μηνυμάτων, που μπορεί να τον χρησιμοποιεί εκλεκτικά ο νοσηλευτής είτε για να βοηθεί τους αρρώστους, είτε για να τους γνωρίζει. Ο σιωπηλός άρρωστος, ο άρρωστος με μια εγκεφαλική βλάβη στο κέντρο του λόγου, ο άρρωστος που δεν έχει εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να εκφραστεί, ο αποσυρμένος ή ο μελαγχολικός άρρωστος, μπορεί να εκδηλώνουν με τη σιωπή τους μια ανάγκη για υποστήριξη και ενθάρρυνση στην προσπάθεια αυτοέκφρασης.

Η σιωπή μπορεί να σημαίνει διάφορα πράγματα. Μπορεί να είναι εκδήλωση θυμού, ψυχικού τραύματος, λύπης, δυσαρέσκειας, μειονεκτικότητας, απομόνωσης, απάθειας, αντίστασης, διπλωματίας, σκοπιμότητας ή αντίδρασης. Μπορεί επίσης να σημαίνει αδυναμία έκφρασης οδυνηρού συναισθήματος, υποκείμενο άγχος ή σοβαρή σκέψη και προετοιμασία για εξωτερικευση σημαντικών προσωπικών βιωμάτων. Μια μορφή σιωπής είναι και η πολυλογία, όπως ήδη ελέχθη. Υπάρχουν άρρωστοι που μιλούν με

ευχέρεια και πολλή ώρα για ασήμαντα θέματα και αποσιωπούν τα σπουδαιότερα, δηλαδή τα προσωπικά τους προβλήματα. Ο νοσηλευτής πρέπει να εξετάζει τι σημαίνει κάθε ιδιαίτερη σιωπή στα πλαίσια της συζήτησής του με τον άρρωστο. Τι προσπαθεί να πει ο άρρωστος; Ποια ανάγκη εκφράζει; Ποιο είναι το μήνυμα; Πώς πρέπει να απαντηθεί.

Στην αντιμετώπιση της σιωπής του αρρώστου, ο νοσηλευτής περιμένει για ένα λογικό χρονικό διάστημα, δείχνει ενδιαφέρον χωρίς κατακρινουσα στάση, παρατηρεί τη μη λεκτική συμπεριφορά του, προσπαθεί να υπολογίσει το επίπεδο άγχους του, μπορεί με το ύφος του να τον ενθαρρύνει να μιλήσει. Ο νοσηλευτής μαθαίνει να χρησιμοποιεί τις περιόδους της σιωπής για να εδωψοκέπτεται όσα ειπώθηκαν, να συγκρίνει εναλλακτικές λύσεις, να αποκτά νέα προοπτική του θέματος της συζήτησης και να δείχνει ότι σέβεται το δικαίωμα του αρρώστου να επιλέγει τη φύση, την κατάσταση και τον βαθμό της αυτοέκφρασής του στην επικοινωνία του με το νοσηλευτή. Ακόμη τον βοηθεί να ανακαλύψει ότι έχει αξία, μπορεί να γίνει αποδεχτός και είναι σεβαστός και όταν σιωπάει.

Χρησιμοποιεί και ο νοσηλευτής τη σιωπή με σοφή διάκριση ως θεραπευτική τεχνική. Υπάρχει καιρός για θεραπευτική ομιλία και υπάρχει καιρός για θεραπευτική σιωπή. Ο νοσηλευτής αξιολογεί κάθε κατάσταση προσεκτικά και αποφασίζει συνειδητά πότε να μιλά και πότε να σιωπάει ώστε να δίνει κάθε άνεση στον άρρωστο να χρησιμοποιεί το χρόνο της επικοινωνίας ανάλογα με τις ανάγκες του για εξωτερίκευση.

γ. Η τεχνική των ερωτήσεων

Η «καλή τέχνη» των ερωτήσεων αποτελεί κεντρική μέθοδο της νοσηλευτικής επικοινωνίας για την εκπλήρωση συγκεκριμένων σκοπών. Οι ερωτήσεις:

1. Εξασφαλίζουν τις απαραίτητες πληροφορίες για τη νοσηλευτική εκτίμηση των συναισθημάτων, αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου
2. Διευκρινίζουν ειδικά ζητήματα
3. Εκφράζουν ενδιαφέρον για τον άρρωστο και τα προβλήματά του
4. Ενθαρρύνουν την αυτοέκφραση και την ομιλία.

Για την εκπλήρωση όμως των παραπάνω σκοπών στη συγκεκριμένη επικοινωνία απαιτείται προσοχή στην επιλογή των λέξεων, στον τύπο της ερώτησης που θα εκπληρώσει καλύτερα τον σκοπό και στη μέθοδο προσέγγισης που θα προκαλέσει απαντήσεις ενδεικτικές της εκπλήρωσης του ειδικού σκοπού. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι σαφείς, συγκεκριμένες, και ελεύθερες από προκαταλήψεις. Ερωτήσεις που αρχίζουν με το γιατί και το πώς ενοχλούν ή φέρνουν σε δύσκολη θέση τον άρρωστο και τον ωθούν στην αυτοάμυνα.

Ο νοσηλευτής πρέπει να μάθει ποιο είδος και ποιος τύπος ερώτησης είναι πιο κατάλληλος στη δεδομένη περίπτωση. Δύο ευρείς τύποι ερωτήσεων είναι οι ανοικτές και οι κλειστές.

Οι ανοικτές ερωτήσεις :

1. Εξασφαλίζουν πληροφορίες με διευκρίνιση, περιγραφή, επεξεργασία, ή σύγκριση των σκέψεων και συναισθημάτων του αρρώστου
2. Δίνουν στον άρρωστο ελευθερία απάντησης
3. Βοηθούν στην αξιολόγηση του λεκτικού και εκφραστικού επιπέδου του αρρώστου
4. Δημιουργούν ευνοϊκή ατμόσφαιρα διαλόγου.

Οι κλειστές ερωτήσεις:

1. Εξασφαλίζουν ειδικές πληροφορίες σε σύντομο διάστημα. Π.χ. όνομα, διεύθυνση, αριθμό μελών οικογένειας
2. Επιτρέπουν περιορισμένη επιλογή απάντησης
3. Δεν αφήνουν περιθώριο για εξωτερικευση σχέσεων, συναισθημάτων, ελπίδων ή φόβων (Ραγιά Α., Αθήνα 1993).

Παραδείγματα ανοικτών και κλειστών ερωτήσεων	
Κλειστές	Ανοικτές
Αισθάνεστε καλά σήμερα, κύριε X;	Πως αισθάνεστε κύριε X;
Ανησυχείτε για την εγχείρηση;	Πως αισθάνεστε για την εγχείρηση;
Καταλαβαίνετε την εξέταση αυτή, δεν είναι έτσι;	Τι καταλαβαίνετε για την εξέταση αυτή
Θέλετε να σας επισκεφτεί η γυναίκα σας, δεν είναι έτσι;	Ποιος θα θέλατε να σας επισκεφτεί;

5.3. Εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία

Υπάρχουν ορισμένες τεχνικές που παρεμποδίζουν τη θετική και οικοδομητική επικοινωνία του νοσηλευτού με τον άρρωστο και την οικογένειά του σε οποιαδήποτε νοσηλευτική περίσταση, επομένως πρέπει να αποφεύγονται συστηματικά.

1. Μεταβίβαση από τον νοσηλεύτη στον άρρωστο συναισθημάτων άγχους, θυμού, κριτικής, αρνητισμού, μόνωσης, έλλειψης αυτοελέγχου ή έλλειψης σωματικής ή ψυχικής υγείας, επιδρούν αρνητικά στον άρρωστο και προκαλούν την απόσυρσή του από την επικοινωνία.
2. Δημιουργία εντύπωσης ότι ο νοσηλευτής είναι πολύ απασχολημένος, δεν έχει χρόνο να ακούσει τον άρρωστο, δεν δίνει επαρκή χρόνο για μια απάντηση ή φαινομενικά δεν θέλει να ακούσει, περιορίζει την επικοινωνία σε επιφανειακά θέματα ή και τη διακόπτει.
3. Χρησιμοποίηση ακαταλλήλου λεξιλογίου, π.χ. αφηρημένων και ακατανόητων όρων, η πολυλογία του νοσηλευτού, η χρήση μεγάλων προτάσεων και λέξεων εκτός θέματος, μπορεί να ερμηνευθούν από τον άρρωστο ως απροθυμία για επικοινωνία.
4. Παροχή άσχετων πληροφοριών, η πρόωρη ερμηνεία των λεγομένων του αρρώστου, η αναφορά σπουδαιών πραγμάτων όταν ο άρρωστος είναι εκνευρισμένος και δεν αισθάνεται καλά και συνεπώς ανίκανος να ακούσει ό,τι λέγεται, όλα αυτά προκαλούν άγχος και παρεμποδίζουν τη λύση του προβλήματος εκ μέρους του αρρώστου.
5. Εντυπωσιακές εκφράσεις με ανεδαφική καθησύχηση του αρρώστου ότι όλα θα πάνε καλά και δεν πρέπει να ανησυχεί για τίποτε. Αυτές εκλαμβάνονται ως έλλειψη κατανόησης ή ως υποτίμηση των προσωπικών συναισθημάτων και προβλημάτων του αρρώστου, οπότε αποθαρρύνεται αυτοέκφρασή του.
6. Αυτόματες βιαστικές απαντήσεις, προβολή προσωπικών γνώμων, υπερβολική επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία, συμφωνία ή διαφωνία με τον άρρωστο ή απόρριψη των ιδεών ή της συμπεριφοράς του. Όλα αυτά αυξάνουν τη μόνωση και αποξένωση, ακόμη και τα νοσηρά συμπτώματα και αποθαρρύνουν τον άρρωστο να ζητήσει βοήθεια για

- να μη συναντήσει αποδοκιμασία, διαφωνία ή απόρριψη.
7. Συχνές συμβουλές και οδηγίες, λέγοντας στον άρρωστο τι να κάνει ή διήγηση προσωπικών εμπειριών ή έκφραση γνώμων και κρίσεων. Αυτά διατηρούν τον άρρωστο εξαρτημένο από τον νοσηλευτή και τον κάνουν να αισθάνεται ανίκανος για αυτοκατεύθυνση.
 8. Προκλητικές, επίμονες, άκαιρες ερωτήσεις. Αναγκάζουν τον άρρωστο να αμύνεται ή να προστατεύει τον εαυτό του δίδοντας όχι ειλικρινείς και ακριβείς απαντήσεις.
 9. Απαίτηση εξηγήσεων και αποδείξεων και μάλιστα για θέματα συναισθηματικά φορτισμένα με ερωτήσεις που αρχίζουν με το γιατί; ωθούν τον άρρωστο να επινοήσει λόγους και αιτίες και ελλειπείς απαντήσεις κι ακόμη μπορούν να τον αναγκάσουν σε εκλογικεύσεις και επέκταση των ψευδαισθήσεών του.
 10. Υποτίμηση των συναισθημάτων του αρρώστου λέγοντας ότι πολλοί άλλοι αισθάνονται έτσι. Ερμηνεύεται από τον άρρωστο σαν έλλειψη κατανόησης και δεν του προσφέρει οικοδομητική βοήθεια.
 11. Ερμηνεία, της συμπεριφοράς του αρρώστου με αναλυτικές έννοιες της συμπεριφοράς. Μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος, αρνητισμό ή απόσυρση και δείχνει, ότι ο νοσηλευτής δεν έχει εμπιστοσύνη στην ικανότητα του αρρώστου να κατανοήσει και αντιμετωπίσει τα προσωπικά του προβλήματα.
 12. Άρνηση ή μη παραδοχή ότι ο άρρωστος έχει κάποιο πρόβλημα.
 13. Διακοπή ή απότομη αλλαγή του θέματος που συζητείται με τον άρρωστο. Ανακόπτει τη ροή των ιδεών και τον αυθορμητισμό του αρρώστου και μπορεί να τον κάνει συγχυτικό, οπότε και οι πληροφορίες που δίνει μπορεί να μην είναι έγκυρες και γίνεται ανίκανος να ωφεληθεί από τη διδασκαλία ή άλλη βοήθεια που του παρέχεται.
 14. Έντονη υπεράσπιση κάποιου από το προσωπικό, τον οποίο κατηγορεί ο άρρωστος. Δείχνει άρνηση των συναισθημάτων και εμπειριών του. (Ραγιά Α., Αθήνα 1994).

5.4. Η κλινική συνέντευξη

Η συνέντευξη είναι νοσηλευτική επικοινωνία που αποβλέπει στη διατήρηση, προαγωγή ή αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι ιδιαίτεροι αντικειμενικοί σκοποί της συνέντευξης του νοσηλευτού με τον άρρωστο είναι:

1. Η ανάπτυξη μιας διαπροσωπικής σχέσης με τον άρρωστο που του ενισχύει το αίσθημα της αυτοαξίας και την αυτοεκτίμηση καθώς και τον βεβαιώνει για το ενδιαφέρον του νοσηλευτού να τον βοηθήσει.
2. Η ενθάρρυνση της έκφρασης ιδεών, συναισθημάτων και πληροφοριών από τον άρρωστο για την αναγνώριση των αμέσων και απότερων αναγκών υγείας του.
3. Η μεταβίβαση στον άρρωστο της διάθεσης του νοσηλευτού να κατανοήσει τις ιδέες, τα συναισθήματα και τις προσωπικές του πληροφορίες, ώστε με συνεργασία να φθάσουν σε κοινή επισήμανση των αναγκών υγείας του αρρώστου. Το κέντρο προσοχής είναι ο άρρωστος και το πρόβλημα υγείας του.
4. Η εξακρίβωση των αναγκών υγείας του αρρώστου και η πληροφόρησή του, σχετικά με γεγονότα, γνώσεις, πρόσωπα αναφοράς, σχετικές υπηρεσίες και μέσα, που θα τον βοηθήσουν να επιλέξει τρόπους αντιμετώπισης των αναγκών υγείας του.
5. Η κατεύθυνση της επικοινωνίας κατά τρόπο ώστε να δίνει την ευκαιρία στον άρρωστο να διερευνήσει και συζητήσει τις παρεχόμενες πληροφορίες και να καταλήγει στη δική του λύση για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του που επισημάνθηκαν.

Επιγραμματικά οι σκοποί της νοσηλευτικής συνέντευξης είναι:

1. Λήψη πληροφοριών
2. Παροχή πληροφοριών
3. Ενθάρρυνση της έκφρασης συναισθημάτων
4. Εξακρίβωση και αποσαφήνιση αναγκών και σκοπών
5. Διδασκαλία και άσκηση της συμβουλευτικής

Ο νοσηλευτής λειτουργεί κατά τη συνέντευξη με ολόκληρη την προσωπικότητά του, δηλαδή με το χαρακτήρα, τις αξίες, την προθυμία να βοηθήσει τον άλλον, με τη σκέψη, με το συναίσθημα και με ψυχοκινητικές ενέργειες, π.χ. γράφει, μιλά, χειρονομεί κλπ. Κάθε συνέντευξη είναι μοναδική στο χρόνο που πραγματοποιείται και σχετικά με τα πρόσωπα που συνομιλούν. Υπάρχουν όμως και ορισμένες αρχές που πρέπει να ακολουθούνται. Αναφέρονται οι πιο αντιπροσωπευτικές :

1. Δημιουργείτε ένα θερμό, δεκτικό κλίμα που εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη, ώστε ο άρρωστος να αισθανθεί ελεύθερος να μιλήσει για θέματα που τον απασχολούν.
2. Εξασφαλίστε ήσυχο ιδιαίτερο χώρο με επαρκή φωτισμό και αερισμό και άνετα καθίσματα. Φροντίστε να μην υπάρχουν περισπασμοί και διακοπές, ώστε να δοθεί απόλυτη προσοχή στη συνέντευξη.
3. Αρχίστε με εξήγηση του σκοπού της συνέντευξης ότι είναι η καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με την καλύτερη γνώριμία μαζί του. Επίσης συμφωνείτε με τον άρρωστο για τη διάρκεια της συνέντευξης.
4. Χρησιμοποιείτε λεξιλόγιο κατανοητό από τον άρρωστο. Αποφεύγετε επιστημονικούς όρους και αφηρημένες έννοιες που δεν είναι κατανοητές στο συνομιλητή είτε λόγω του επιπέδου μόρφωσης είτε λόγω της κατάστασης της υγείας του. Μιλάτε καθαρά, αργά και συγκεκριμένα.
5. Παραμερίζετε τυχόν προσχηματισμένες απόψεις και προκαταλήψεις. Μην επιβάλλετε τις προσωπικές σας αξίες στους άλλους.
6. Μιλάτε όσο μπορείτε λιγότερο για να διατηρείτε τη λειτουργία της συνέντευξης. Κάνετε ερωτήσεις επίκαιρες, ανοικτές, σχετικές με την περίπτωση. Ερωτήσεις χωρίς νόημα παίρνουν απαντήσεις χωρίς νόημα. Κάνετε ερωτήσεις που αρχίζουν με: «Τι...;», «Που...;», «Ποιός...;» και «Πότε...;» για να εξασφαλίσετε αντικειμενικές πραγματικές πληροφορίες. Ερωτήσεις που αρχίζουν με «πώς;», «γιατί;» και «για ποιο λόγο;» μπορεί να είναι δύσκολο να απαντηθούν ή δεν πρέπει να προκληθεί ο άρρωστος να απαντήσει. Ερωτήσεις που βομβαρδίζουν το άτομο παράγουν αναξιόπιστες πληροφορίες. Η επιλογή της κατάλληλης ώρας για μεταβίβαση συγκεκριμένων μηνυμάτων και

παροχή άνεσης χρόνου στον άρρωστο να καταλάβει το κάθε μήνυμα και να απαντήσει, είναι ουσιώδη στοιχεία της καλής νοσηλευτικής. Αν ένα θέμα συναντά αντίσταση αλλάζτε το. Να θυμάστε ότι αυτά που δεν λέει ο άρρωστος είναι εξίσου σημαντικά όπως αυτά που λέει.

7. Ακούτε τον άρρωστο με προσοχή. Δείχνετε το ενδιαφέρον σας με την έκφραση του προσώπου σας και με σύντομες εκφράσεις. Παραμένετε σιωπηλός. Όταν ο άρρωστος μιλά ψάξτε να βρείτε μη λεκτικές απαντήσεις στα εξής : Τι σημαίνει αυτή η εμπειρία για τον άρρωστο; Γιατί λέχθηκε αυτό στη συγκεκριμένη στιγμή; Ποια είναι η σημασία της επανάληψης ορισμένων λέξεων, του χαμηλώματος της φωνής, της διαταχτικής ή θυμωμένης ομιλίας, του θέματος που διάλεξε ο άρρωστος για συζήτηση; Ακούτε και τον συναισθηματικό τόνο, και όσα δεν συζητούνται. Μη βιάζεστε να απαντήσετε ή να κάνετε μια πρώιμη ερώτηση. Μη παρεμβαίνετε συνεχώς. Αφήνετε τον άρρωστο να ολοκληρώνει αυτό που θέλει να πει.
8. Παρατηρείτε προσεκτικά τα μη λεκτικά μηνύματα για σημεία άγχους, stress, θυμού, αισθήματος μόνωσης ή ενοχής. Ανιχνεύετε τυχόν αισθήματα ψυχικής πίεσης, καλυπτόμενα από την προσπάθεια του αρρώστου να φαίνεται ήρεμος.
9. Ενθαρρύνετε την ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων διότι τα συναισθήματα φέρουν μαζί τους γεγονότα. Η εξωτερικευση άλλωστε των συναισθημάτων είναι το κλειδί λύσης πολλών ψυχολογικών δυσκολιών και ανοίγει την πόρτα σε νέα δεδομένα και μεγαλύτερη κατανόηση του αρρώστου.
10. Επιδοκιμάζετε τον άρρωστο για την προσοχή και τις προσπάθειές του
11. Δείξτε ποτέ η συνέντευξη τελειώνει. Διαλέξτε ένα φυσικό τερματικό σημείο της συνέντευξης, π.χ. αν το πρόβλημα λύθηκε, αν οι αναγκαίες πληροφορίες λήφθηκαν ή δόθηκαν. Αν το άλλο άτομο αλλάζει το θέμα, μπορείτε να πείτε : «Υπάρχει άλλη μια ερώτηση που θα ήθελα να σας κάνω...», ή «Ακόμη δυο σημεία θα ήθελα να διευκρινίσω...», ή «Πριν τελειώσουμε, έχετε τίποτα που θέλετε να πείτε ή να ρωτήσετε;». Προγραμματίστε μαζί με τον άρρωστο ποτέ θα γίνει η επόμενη συνάντησή σας.
12. Γράφετε με συντομία και κρατάτε υπό εχεμύθεια τις εμπιστευτικές

πληροφορίες του. Τις λένε μόνο στα υπεύθυνα μέλη της ομάδας υγείας, αφού πρώτα ενημερώσετε τον άρρωστο τι ακριβώς και σε ποιόν θα το πείτε. Αποφεύγετε να διαβιβάζετε τις προσωπικές σας γνώμες και υποθέσεις ή ερμηνείες. Αν το κάνετε, πρέπει να διευκρινίσετε τι είπε ο άρρωστος και τι είναι δική σας γνώμη.

13. Αξιολογείτε τη συνέντευξη. Οι νοσηλευτικοί σκοποί εκπληρώθηκαν; Αξιολογείτε και τον εαυτό σας, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά σας σε κάθε συνέντευξη

Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί, ότι η νοσηλευτική δραστηριότητα της συνέντευξης αποτελείται από μια σειρά διαδοχικών πράξεων, που εκτελεί ο νοσηλευτής για, τον άρρωστο και μαζί του, με σκοπό τη διατήρηση, προαγωγή ή αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι νοσηλευτικές πράξεις της παρατήρησης, ακρόασης, λεκτικών και μη λεκτικών εκφράσεων, ερμηνείας και καταγραφής των πληροφοριών, αποτελούν τον πυρήνα των πράξεων κατά τη συνέντευξη. Οι πράξεις αυτές είναι προγραμματισμένες, κατευθύνονται από συγκεκριμένους σκοπούς αντιμετώπισης των συγκεκριμένων αναγκών του αρρώστου και στηρίζονται σε επιστημονικές αρχές.

Συμπεριφορές που πρέπει να αποφεύγονται από του νοσηλευτή κατά τη συνέντευξη είναι :

1. Λογομαχία, ή υποτίμηση ή πρόκληση του αρρώστου
2. Αστήρικτος έπαινος ή ψεύτικη εφυσύχαση του αρρώστου
3. Υποσχέσεις που δεν πρόκειται και δεν μπορούν να εκπληρωθούν
4. Ερμηνεία του προβλήματος που αναφέρει ο άρρωστος για λογαριασμό του
5. Αναφορά της ιατρικής διάγνωσης στον άρρωστο ακόμη και όταν επιμένει
6. Ερωτήσεις που αφορούν ευαίσθητες περιοχές της ζωής του αρρώστου
7. Συνέργεια με τον άρρωστο όταν κατηγορεί γονείς, σύζυγο, φίλους ή συναδέλφους, ακόμη και μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού (Ραγιά Α., Αθήνα 1993).

5.5. Φάσεις της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή – αρρώστου

Ως ενεργό μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας ο νοσηλευτής δημιουργεί ευκαιρίες για την ανάπτυξη μίας σχέσης με τον άρρωστο με σκοπό την αντιμετώπιση των ιδιαιτέρων φόβων, συμπτωμάτων και διαπροσωπικών προβλημάτων του.

Αναγνωρίζει ότι, αν και όλες οι επικοινωνίες του με αρρώστους δεν είναι θεραπευτικές συνεδρίες, κάθε επαφή του με άρρωστο έχει τη δυνατότητα να είναι θεραπευτική για την προώθηση της διαπροσωπικής ανάπτυξης, για αλλαγή συμπεριφοράς ή για ωφέλεια του αρρώστου κατά κάποιο τρόπο. Ο νοσηλευτής διαπιστώνει τις προσαρμοστικές δεξιότητες που χρησιμοποιεί ο άρρωστος για να ανακουφίζει το stress που δοκιμάζει, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα αυτών των δεξιοτήτων και τον βοηθεί να αναπτύξει νέες προσαρμοστικές δεξιότητες.

Η διαπροσωπική σχέση νοσηλευτού-αρρώστου κατευθύνεται από νοσηλευτικούς σκοπούς, είναι πεδίο εφαρμογής νοσηλευτικών αρχών και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και καλλιεργεί τις διαπροσωπικές δεξιότητες του αρρώστου για υγιή προσαρμογή και προώθηση της ψυχικής του υγείας. Η σχέση αυτή συνήθως πραγματοποιείται σε 3 φάσεις που χαρακτηρίζονται από ειδικούς θεραπευτικούς σκοπούς, θεραπευτικά έργα, σχεδιασμένες ευθύνες του νοσηλευτού και συμπεριφοράς του αρρώστου. Οι φάσεις αυτές είναι :

1. Η έναρκτήρια φάση ή φάση του προσανατολισμού που χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία διαπροσωπικής επαφής του νοσηλευτού με τον άρρωστο και τη νοσηλευτική εκτίμηση των αναγκών του για φροντίδα
2. Η φάση συνεργασίας που χαρακτηρίζεται από τη διατήρηση της επικοινωνίας και τη βοήθεια του αρρώστου στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του
3. Η τελική ή καταληκτική φάση που χαρακτηρίζεται από τη διακοπή της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτού - αρρώστου

Η υπεύθυνη συμπεριφορά του νοσηλευτού κατά τη σχέση αυτή με τον άρρωστο που είναι σχέση παροχής βοήθειας, χαρακτηρίζεται από τα

ακόλουθα :

Αξιοπιστία. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για τη διεύθυνση και τις συνέπειες της διαπροσωπικής νοσηλευτικής σχέσης του με τον άρρωστο

Πρωτείο στο συμφέρον του αρρώστου. Το συμφέρον, δηλαδή το καλό του αρρώστου - και όχι του νοσηλευτού ή του νοσοκομείου - έχει το πρωτείο. Ο νοσηλευτής επωμίζεται πάντα το ρόλο του προστάτου και συνηγόρου του αρρώστου

Επιστημονική κατάρτιση. Τα κριτήρια πάνω στα οποία ο νοσηλευτής στηρίζει τη συμπεριφορά του και την εργασία του είναι επιστημονικές αρχές, κατάλληλα επιλεγμένες σε κάθε ειδική περίπτωση καθώς και οι πιο πρόσφατες γνώσεις που παράγονται από έρευνες

Εποπτεία. Η επαλήθευση της ορθότητας και ποιότητας του έργου εξασφαλίζεται με προγραμματισμένες συνεδριάσεις εποπτείας. Η εποπτεία γίνεται είτε από έναν πιο πεπειραμένο κλινικό, είτε μεταξύ συναδέλφων σε προγραμματισμένες συζητήσεις τους με σκοπό τη διενέργεια της εποπτείας του έργου του καθενός.

Ακολουθεί αναλυτική παρουσίαση των 3 φάσεων που αναφέρθηκαν.

α) Εναρκτήρια φάση ή φάση του προσανατολισμού

Η φάση αυτή είναι κατ' εξοχή μια περίοδος αμοιβαίας γνωριμίας, διερεύνησης και προσανατολισμού. Ο νοσηλευτής δημιουργεί θετικό διαπροσωπικό κλίμα για επικοινωνία και μέσα σ' αυτό επισημαίνει τι χρειάζεται ο άρρωστος να μάθει γι' αυτόν. δηλαδή ποιο ρόλο θα παίξει κατά την προγραμματισμένη επικοινωνία τους, ποιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να κάνει στα προβλήματά του, ποια συμπεριφορά και ποια κλινική βοήθεια πρέπει να περιμένει απ' αυτόν. Επίσης ο νοσηλευτής τον ενημερώνει για το σκοπό, τον τόπο, την ώρα, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συναντήσεών τους. Ο άρρωστος με τη σειρά του αρχίζει να αναγνωρίζει τρόπους που θα μπορεί να εξαρτάται από τον νοσηλευτή για τη φροντίδα του και να εγκαταλείπει τυχόν παρεξηγημένες αντιλήψεις και προσδοκίες.

Η εναρκτήρια αυτή φάση μπορεί να θεωρηθεί και φάση δοκιμής για το αν πρέπει να συνεχισθεί η διαπροσωπική σχέση μεταξύ τους. Η απόφαση

του νοσηλευτού να συνεχίσει ή όχι, θα εξαρτηθεί από πολλούς παράγοντες όπως είναι :

1. Το χρονικό διάστημα για το οποίο προβλέπεται να παραμείνει ο άρρωστος στο τμήμα όπου τώρα νοσηλεύεται, εκτός αν η συνεργασία τους θα είναι ιδιωτική, εκτός νοσοκομείου ή θα πραγματοποιηθεί στο κέντρο ψυχικής υγείας, όπου παρακολουθείται ο άρρωστος
2. Το χρονικό διάστημα κατά το οποίο θα παραμείνει ο νοσηλευτής στο ίδιο τμήμα
3. Η θέληση, τα κίνητρα και η ικανότητα του αρρώστου να συμμετέχει σε θεραπευτική σχέση με καθορισμένους σκοπούς
4. Κατά πόσο η συνεργασία του νοσηλευτού με τον άρρωστο συμβιβάζεται με την όλη θεραπευτική αγωγή που εφαρμόζεται
5. Κατά πόσο ο νοσηλευτής παρουσιάζει ορισμένες ελλείψεις από άποψη γνώσεων ή κλινικής πείρας που τον εμποδίζουν να βοηθήσει αποτελεσματικά τον άρρωστο με τα συγκεκριμένα προβλήματα. Εξάλλου και ο άρρωστος με τη σειρά του μπορεί να αξιολογεί τον νοσηλευτή τόσο προσεκτικά όσο το κάνει ο νοσηλευτής γι' αυτόν. Δηλαδή παρατηρεί τον νοσηλευτή, ακούει τι λέει, πώς το λέει και με ποιο τόνο φωνής, παρακολουθεί τις εκφράσεις του προσώπου, τους μορφασμούς, τις χειρονομίες, τη γενική του εμφάνιση, ακόμη και τις αντιδράσεις του, αν φαίνεται ότι βαριέται να εργασθεί, αν δεν δίνει προσοχή, αν βιάζεται, αν τον απορρίπτει.

Μέχρις ότου ο άρρωστος αναπτύξει εμπιστοσύνη στον νοσηλευτή μπορεί να χρησιμοποιεί εχθρική, εξαρτημένη και γενικά αρνητική συμπεριφορά που δοκιμάζει την υπομονή και το χαρακτήρα του νοσηλευτού. Μπορεί να του προκαλεί θυμό, απελπισία, κόπωση ή αδυναμία. Εξάλλου, ο νοσηλευτής αν δεν προσέξει μπορεί να αντιδρά με τρόπο που προκαλεί παρόμοια αισθήματα στον άρρωστο ή ενισχύει τα αισθήματα που προκάλεσαν την αρχική του συμπεριφορά. (Αυτά τα φαινόμενα καλούνται: μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση).

Ο νοσηλευτής εξετάζει και συνειδητοποιεί τα τυχόν αντιδραστικά του συναισθήματα προς την προκλητική συμπεριφορά αντίστασης του αρρώστου και προσπαθεί να τα υπερβεί χωρίς ανταγωνισμούς και αντιπαραθέσεις

με τον άρρωστο, ενώ συνεχίζει να εκδηλώνει αμείωτο το θερμό ενδιαφέρον και την κατανόησή του. Έτσι βλέπει και αποδέχεται κάθε δυσκολία κατά την περίοδο αυτή ως ανάγκη του αρρώστου για πειραματισμό πριν μπορέσει να εμπιστευθεί στον νοσηλευτή. Επίσης θεωρεί κάθε διαπροσωπικό γεγονός εμπειρία μάθησης και για τον ίδιο και για τον άρρωστο. Αν ο άρρωστος μάθει ότι η δεκτικότητα του νοσηλευτού θα είναι σταθερή και ότι μπορεί να είναι σεβαστός παρά την αρνητική συμπεριφορά του, τότε θα μπορέσει να αισθανθεί εμπιστοσύνη και σεβασμό προς τον νοσηλευτή και κατά συνέπεια να χρησιμοποιήσει την εμπειρία αυτή εποικοδομητικά.

Στη φάση αυτή η εμπιστοσύνη του αρρώστου αυξάνει προοδευτικά καθώς αρχίζει να εξωτερικεύει τις δυσκολίες και τα προβλήματα του στον νοσηλευτή και ο νοσηλευτής τον ενημερώνει για το βαθμό εχεμύθειας που θα τηρηθεί, δηλαδή ποια υπεύθυνα πρόσωπα της ομάδας υγείας θα μάθουν και ποιοι άλλοι δεν θα μάθουν αυτά που εμπιστεύεται.

Τέλος, στην εναρκτήρια φάση της διαπροσωπικής σχέσης του νοσηλευτού με τον άρρωστο, εξακριβώνονται οι ανάγκες και τα προβλήματα υγείας του αρρώστου, προσδιορίζονται η νοσηλευτική διάγνωση, οι νοσηλευτικοί σκοποί και οι προτεραιότητες, και καταστρώνεται ένα δοκιμαστικό σχέδιο φροντίδας του αρρώστου με συνεργασία και συμφωνία μαζί του.

β) Φάση της συνεργασίας

Αφού δημιουργήθηκε η επαφή νοσηλευτού - αρρώστου και ο άρρωστος άρχισε να αντιλαμβάνεται ότι ο νοσηλευτής είναι άξιος εμπιστοσύνης και μπορεί να του είναι χρήσιμος, η πορεία της σχέσης επικεντρώνεται στη διατήρηση της επαφής και τη συνεργασία για τη βοήθεια του αρρώστου. Οι σκοποί είναι :

1. Αμοιβαία αναγνώριση και μελέτη των δυσλειτουργικών συμπεριφορών του αρρώστου
2. Συζήτηση και κατανόηση των επιδράσεων του περιβάλλοντος - ακόμη και του νοσοκομειακού - στη συμπεριφορά του αρρώστου
3. Κοινός σχεδιασμός πρακτικών συνεργασίας που θα διευκολύνουν θετικές αλλαγές συμπεριφοράς στον άρρωστο για μια υγιέστερη προσαρμογή στη ζωή.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφράζει τα συναισθήματά του και να δοκιμάσει νέες συμπεριφορές προσαρμογής, χωρίς κίνδυνο τιμωρητικής αντιμετώπισης και επιδοκιμάζει κάθε αποτελεσματική λύση των προβλημάτων του. Στη φάση αυτή ο άρρωστος είναι πιθανό να αισθάνεται πιο ασφαλής και να συζητά ανοικτά ορισμένα θέματα που δεν μπορούσε να τα συζητήσει προηγουμένως. Επίσης ο άρρωστος αναμένεται να μάθει νέες προσαρμοστικές υγιέστερες συμπεριφορές επειδή το επίπεδο του άγχους του ελαττώνεται όταν η εμπιστοσύνη του ενισχύεται με τη σταθερή αποδοχή του νοσηλευτού. Ο άρρωστος συνεχίζει να συζητά τα προβλήματά του και ο νοσηλευτής τον ενθαρρύνει να δοκιμάζει νέους τρόπους λύσης τους.

Τα θεραπευτικά έργα στη φάση συνεργασίας της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτού - αρρώστου περιλαμβάνουν τα παρακάτω :

1. Αύξηση της ενημερότητας και αντίληψης της πραγματικότητας ειδικών προσωπικών εμπειριών
2. Ανάπτυξη ρεαλιστικής αυτοιδέας και αύξηση της, αυτοπεποίθησης
3. Αναγνώριση περιστάσεων κατά τις οποίες ο άρρωστος δοκιμάζει συναισθήματα δυσφορίας και λεχτική ανακοίνωση αυτών των συναισθημάτων
4. Προσπάθεια του αρρώστου να συγκρίνει τη μη αποτελεσματική συμπεριφορά μέσα στη σχέση με τον νοσηλευτή και έξω από τη σχέση και να βγάλει συμπεράσματα
5. Ενθάρρυνση ενός προγράμματος πράξεων, εκτέλεσή του και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του προγράμματος, σχετικά με την αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς του αρρώστου και την εφαρμογή των αλλαγών αυτών στην καθημερινή ζωή του
6. Εκτίμηση της ετοιμότητας του αρρώστου για ανεξάρτητη λειτουργία και παροχή ευκαιριών γι' αυτό

Όταν ο άρρωστος αρχίζει να χρησιμοποιεί στρατηγικές λύσης προβλημάτων, να παίρνει μόνος του αποφάσεις και να αναπτύσσει υπευθυνότητα και προσαρμοστική συμπεριφορά, η θεραπευτική σχέση προχωρεί στην 3^η και τελευταία φάση της.

γ) Τελική ή καταληκτική φάση

Η τελική φάση, δηλαδή η λήξη της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτού - αρρώστου, προσδιορίζεται από τη χρονική οριοθέτηση που έγινε κατά τη φάση του προσανατολισμού. Και καθώς πλησιάζει ο καιρός για τη λήξη, ο νοσηλευτής την υπενθυμίζει στον άρρωστο, ενώ ταυτόχρονα τον βοηθεί να αναπτύσσει θετικές σχέσεις με πρόσωπα από το άμεσο περιβάλλον του, για να τον υποστηρίξουν ψυχολογικά και προοδευτικά να ανεξαρτητοποιείται από τον νοσηλευτή.

Οι λόγοι που υπαγορεύουν τη λήξη αυτής της σχέσης περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων και τους εξής:

1. Ανακούφιση των συμπτωμάτων του αρρώστου
2. Βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας
3. Μεγαλύτερη αίσθηση της προσωπικής ταυτότητας
4. Περισσότερες προσαρμοστικές άμυνες
5. Εκπλήρωση των σκοπών που τέθηκαν στην αρχική φάση
6. Αδιέξοδα στις εκδηλώσεις του αρρώστου που δεν μπορεί να τα χειρισθεί ο νοσηλευτής.

Λήξη σημαίνει διάλυση της σχέσης, κι αυτή μπορεί να δημιουργήσει ψυχοτραυματικές δυσκολίες στον άρρωστο. Αν αυτός αισθάνεται απορριμμένος, ανασφαλής και μη αγαπητός τον καιρό της λήξης, μπορεί να παλινδρομήσει. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει το stress του αρρώστου, δείχνει ευαισθησία στις ατομικές ανάγκες του για υποστήριξη και τον βοηθά να προσαρμοσθεί ενισχύοντας τις δυνατότητές του γι' αυτό. Επίσης τονίζει τις καλές προσπάθειες και την πρόοδο του αρρώστου στην καλλιέργεια προσαρμοστικών διαπροσωπικών δεξιοτήτων και την προσωπική του πεποίθηση ότι ο άρρωστος θα συνεχίσει την προσπάθεια και την πορεία προς την ψυχική υγεία σε συνεργασία με τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας

Κύρια έργα που εκτελεί ο νοσηλευτής κατά την τελική φάση :

1. Αραίωση και ελάττωση της χρονικής διάρκειας των συναντήσεων με τον συγκεκριμένο άρρωστο

2. Επικέντρωση των συζητήσεων στο μέλλον
3. Αποθάρρυνση αναφοράς σε νέα θέματα που χρειάζονται διερεύνηση
4. Παρότρυνση του αρρώστου - αν χρειάζεται - να απευθυνθεί σε άλλα μέλη της ομάδας υγείας.

Η τελική ή καταληκτική φάση μπορεί να είναι για τον άρρωστο ικανοποιητική εμπειρία μάθησης. Ο άρρωστος που δοκίμασε το προσωπικό, θερμό και ανεπηρέαστο ενδιαφέρον του νοσηλευτού κατά τη σχέση μαζί του, μπορεί να μάθει ότι είναι σημαντικό πρόσωπο τουλάχιστον σε έναν άλλο, όπως στον νοσηλευτή (Ραγιά Α. - Αθήνα 1993).

6. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα, υπό την επίδραση της Βικτωριανής ιδεολογίας, οικοδομήθηκαν πολυάριθμα ψυχιατρικά άσυλα, μακριά από τις πόλεις, συχνά σε ιδεώδη εξοχικά τοπία. Εκατοντάδες άνθρωποι πέρασαν σ' αυτά το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους - πολλοί εισήχθησαν εκεί ήδη από την εφηβική τους ηλικία - χάνοντας κάθε επικοινωνία με την οικογένεια τους, τους φίλους τους, τον έξω κόσμο.

Αν και οι σκοποί των εμπνευστών των ιδρυμάτων αυτών ήταν καθαρά ανθρωπιστικοί, τα άσυλα συνετέλεσαν στην παντελή απομάκρυνση των ψυχασθενών από την ευρύτερη κοινωνία. Το κοινό σπάνια ενδιαφερόταν γι' αυτούς και το πρόβλημά τους. Αυτό το είδος της φροντίδας οδηγούσε τα άτομα στην παθητικότητα και την εξάρτηση, ενίσχυε την ιδιόρρυθμη συμπεριφορά τους και κατέστρεφε κάθε αίσθηση ταυτότητας.

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

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

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

Κάνοντας λόγο για Κοινωνική Ψυχιατρική, δεν αναφερόμαστε απλά σε μια μονάδα περίθαλψης, αλλά σε ένα σύνολο συνεργαζόμενων υπηρεσιών, με μια από τις σπουδαιότερες την Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική.

Η πρώτη υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ιδρύθηκε στην Αγγλία, το 1954, από δυο νοσηλευτές του Warlingham Park Hospital. Αρχικά ο ρόλος τους ήταν περιορισμένος και η εργασία τους στον τομέα αυτό περιοδική, αφού κάθε νοσηλευτής έπρεπε μετά από έξι μήνες να επιστρέψει στην αρχική του εργασία, στο τμήμα. Με τη συνειδητοποίηση του ρόλου της κοινότητας στην αποκατάσταση του ψυχασθενούς, με τα συνεχώς αυξανόμενα πλεονεκτήματα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής έναντι της νοσηλευτικής φροντίδας που προσφερόταν στο νοσοκομείο και τις πρώτες επιτυχίες, ο κλάδος άρχισε να εξελίσσεται ανοδικά. Στο διάστημα 1954-1979 η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική περνά από την παιδική στην εφηβική της ηλικία, ενώ υπό το 1980 και εδώ αρχίζει η συστηματική οργάνωση των υπηρεσιών της και η εκπόνηση επιστημονικών εργασιών αναφορικά με τον κλάδο. Σήμερα η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική βρίσκεται σ' ένα καίριο σημείο στην ιστορία της. Στέκεται ανάμεσα στο ρόλο που της κληροδότησε το παρελθόν και τις προοπτικές που ανοίγονται στο μέλλον.

Παρεμβάσεις Πρόληψης

Με την ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής ελπίδες υπάρχουν και πολλές και σοβαρές. Οι παρεμβάσεις πρόληψης που μπορούν να γίνουν στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχιατρικής με στόχο της διατήρηση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και την έγκαιρη εντόπιση των κρουσμάτων της ψυχικής ασθένειας είναι:

α) Πρώιμες παρεμβάσεις πριν από τη σύλληψη, κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής και κατά την παιδική ηλικία. Αυτές συνίστανται σε ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική, συμβουλευτική της εγκύου ιδιαίτερα σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση για σχιζοφρένεια, παρακολούθηση και βελτίωση της σωματικής υγείας του παιδιού, που έχει μεγάλη σημασία για την ψυχική του υγεία, βελτίωση οικογενειακού περιβάλλοντος – το

κακό οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να τροποποιηθεί θετικά με κατάλληλη εκπαίδευση των γονέων ή να καταργηθεί – και τέλος βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος.

Το Μάιο του 1985 ξεκίνησε στην Αθήνα ένα πειραματικό πρόγραμμα με ειδική χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με την ευθύνη του Τμήματος Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία». Το πρόγραμμα είχε διάρκεια 18 μήνες.

Οι ειδικές παρεμβάσεις που έγιναν στα πλαίσια του προγράμματος αφορούσαν το σχολείο και την οικογένεια. Τελική επιδίωξη των ομάδων που εργάστηκαν στο χώρο του σχολείου ήταν:

- Η διερεύνηση των ορίων παρατήρησης του εκπαιδευτικού
- Η βελτίωση της δυνατότητας διαχείρισης της τάξης και της συμπεριφοράς των παιδιών στο σχολείο.
- Η θετικοποίηση των αρνητικών στάσεων των εκπαιδευτικών σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στόχος των ομάδων παρέμβασης στους γονείς ήταν η βελτίωση της σχέσης γονιού - παιδιού. Αν ο γονιός μπορέσει να είναι σε επικοινωνία με τα δικά του «παιδικά» συναισθήματα και άλυτες συγκρούσεις από την αντίστοιχη φάση της δικής του ανάπτυξης, θα μπορεί να έχει περισσότερη κατανόηση των αναγκών του παιδιού.

β) Παρέμβαση που αφορά στη βοήθεια των ατόμων με αγχογόνες καταστάσεις. Οι άνθρωποι πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι αγχώνονται επειδή αισθάνονται ανασφάλεια ή είναι καταθλιπτικοί λόγω των προβλημάτων τους. Για να ξεπεράσει το άτομο το stress ορισμένων γεγονότων χρειάζεται να αντικαταστήσει την αρνητική στάση, που παίρνει απέναντι στα γεγονότα που του προκαλούν άγχος ή κατάθλιψη, με μια θετική προσέγγιση. Αν κατανοήσουμε τα όρια μας κι αν αποδεχτούμε ότι δεν μπορεί ο καθένας να γίνει Λεονάρντο Ντα Βίντσι ή Μπετόβεν, μεγάλα ποσά stress θα υποχωρήσουν. Οι κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες και τα καθημερινά γεγονότα μας γεμίζουν άγχος. Ο καλύτερος κανόνας για να το ξεπεράσουμε είναι η φράση που βρίσκεται στα γραπτά του Μάρκου Αυρηλίου και στις προσευχές του Αγίου Φραγκίσκου: «Δώσε μου τη δύναμη να αλλάξω αυτά που μπορώ να αλλάξω, την υπομονή να δέχομαι αυτά που

δεν μπορώ να αλλάξω και την ικανότητα να καταλαβαίνω τη διαφορά τους»

γ) Παρέμβαση στην Τρίτη ηλικία. Ιδιαίτερα η παρέμβαση πρέπει να επεκταθεί στον ευαίσθητο τομέα της τρίτης ηλικίας, όπου η βιολογική φθορά, η μοναξιά, ο περιορισμός σε οίκους ευγηρίας, η κοινωνική απομόνωση και οι γενικότερες αλλαγές των αξιών στον μεταβαλλόμενο κόστος μας κλονίζουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

δ) Αντιμετώπιση του αλκοολισμού και της χρήσης τοξικών ουσιών. Είναι προβλήματα που απαιτούν ευρύτερο πολιτικό σχεδιασμό. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας με μια σειρά εκδόσεων προτείνει τρόπους πρόληψης και ελέγχου του προβλήματος.

Σε όλες τις παρεμβατικές διαδικασίες που αναφέρθηκαν σημαντικός είναι ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ο Κοινοτικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας. Δυστυχώς στην ελληνική πραγματικότητα ο ρόλος αυτός δεν έχει εκτιμηθεί. Και ενώ στη Μεγάλη Βρετανία τα κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής οργανώνονται και κατευθύνονται αποκλειστικά από νοσηλευτές, στην Ελλάδα δεν δημιουργούνται οργανικές θέσεις για τους νοσηλευτές σε τέτοια Κέντρα. Ωστόσο ο ρόλος του νοσηλευτού, τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπεία και αποκατάσταση, είναι καθοριστικός. Κανένα πρόγραμμα Ψυχικής Υγιεινής και Ψυχιατρικής στην Κοινότητα ή στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα δεν είναι δυνατόν να αποδώσει το maximum των δυνατοτήτων του, χωρίς την παρουσία του Κοινοτικού Νοσηλευτού Ψυχικής Υγείας, ως μέλους της υγειονομικής ομάδας. Ο νοσηλευτής με την συνεχή επικοινωνία του με τα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανένταξη του ατόμου στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Για να ανταποκριθεί όπως ο νοσηλευτής στο ρόλο του αυτό, που είναι διεθνώς αναγνωρισμένος, χρειάζεται τις ανάλογες γνώσεις και την κατάλληλη εκπαίδευση. Οι δυνατότητες, που ο ρόλος μας διεθνώς παρουσιάζει, πρέπει να μας οδηγήσουν σε εκ νέου συζήτηση, ίσως και αναθεώρηση των εκπαιδευτικών μας προγραμμάτων με προσανατολισμό την πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προτείνει η Ψυχική Υγεία να αποτελέσει ιδιαίτερο αντικείμενο στα εκπαιδευτικά μας προγράμματα,

αυτόνομο από τα μαθήματα της Ψυχιατρικής και της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, περιλαμβάνοντας θέματα όπως:

- Μελέτη της ανθρώπινης ψυχολογίας και της υγιούς συμπεριφοράς, ειδικότερα μελέτη των αναγκών, στάσεων, απόψεων και αισθημάτων του ανθρώπου, των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων, των καθημερινών γεγονότων της ζωής, εκτάκτων γεγονότων, όπως η ασθένεια, το ατύχημα, η αναπηρία.
- Μελέτη του πολιτισμικού υπόβαθρου, πώς δηλαδή ο συγκεκριμένος πολιτισμός βιώνει την υγεία και την ασθένεια.
- Μελέτη της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής: γέννηση, ανατροφή, σχολική περίοδος, εργασία, απομάκρυνση από την οικογένεια, γάμος, διαζύγιο, σύνταξη, θάνατος.
- Μελέτη τρόπων παρέμβασης στο άτομο, στην οικογένεια, στην κοινότητα. Η Ελληνική Νοσηλευτική βρίσκεται σε ένα οριακό σημείο. Η ανάγκη να ανταποκριθούμε στα διεθνή πρότυπα και στις νέες διαστάσεις του ρόλου μας έχει γίνει συνείδηση. Η γενιά μας θα σηκώσει στους ώμους της την ευθύνη της ιστορίας. (Γιαννοπούλου Χρ. Α., Αθήνα 1996).

6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή υγείας στην κοινότητα

Ποικίλοι παράγοντες επηρεάζουν το είδος της φροντίδας που προσφέρει ο Νοσηλευτής ψυχικής υγείας. Ο σπουδαιότερος από αυτούς είναι ίσως η ικανότητα αναγνώρισης των προβλημάτων από τον ασθενή, την οικογένεια και τον νοσηλευτή. Αν κάθε νοσηλευτής μπορεί να εφαρμόσει διάφορες μεθόδους στην εκτέλεση του έργου του, ανάλογα με τα ενδιαφέροντά του, τη φιλοσοφία ψυχικής υγείας που ακολουθεί και τις ικανότητές, πάντοτε πρέπει να βλέπει τον ασθενή μέσα από την οικογένειά του και τον κοινωνικό του περίγυρο. Μέσα απ' αυτή τη θεώρηση, ο νοσηλευτής θα παρέχει καλύτερη φροντίδα και πληροφόρηση στο άτομο (ασθενή). Πολύ συμβάλλει σ' αυτό και ο χαρακτηρισμός των ατομικών προβλημάτων, όχι ως «ασθενειών», αλλά μάλλον ως συμπτωμάτων και προβλημάτων που προκύπτουν από κάποια ιδιαίτερη ιδιομορφία. (Γιαννοπούλου Α, Αθήνα 1996).

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας διαμορφώνεται από τα εξής χαρακτηριστικά :

α. Ο ρόλος του παρατηρητή. Από αυτόν εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία του προγράμματος, ώστε να μπου οι ακριβείς στόχοι για τον κάθε άρρωστο και να εκτιμηθούν επακριβώς οι ανάγκες του.

Ο/Η Κ.Ν.Ψ.Υ. Παρατηρεί κάποια αλλαγή στα συμπτώματα της αρρώστιας – παρατηρεί πρακτικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και εργασίας (ποιες δραστηριότητες συγκροτήθηκαν και υπάρχουν, ποιες έχουν χαθεί, πόσες νέες δραστηριότητες έμαθε ο άρρωστος, τι άλλο χρειάζεται να μάθει) – παρατηρεί τις κοινωνικές δραστηριότητες του άρρωστου (π.χ. για τον τομέα «διαπροσωπικές σχέσεις» : τι έχει μάθει ο άρρωστος και το έχει διατηρήσει, τι έχει χαθεί, τι επιπλέον δραστηριότητες χρειάζεται να μάθει).

Τα αποτελέσματα των παρατηρήσεων και εκτιμήσεων αυτών συζητούνται συστηματικά με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

β. Ο ρόλος του εκπαιδευτή σε πρακτική, εργασιακά και κοινωνικά θέματα. Ο/Η Κ.Ν.Ψ.Υ. μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο με 2 τρόπους:

1. Ο άρρωστος για παράδειγμα, μπορεί να δει πως το προσωπικό έχει καθαρά και καλοχτενισμένα μαλλιά, καθαρά δόντια και καθαρά περιποιημένα ρούχα. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο, που εκτός από την τηλεόραση, ή το βοηθητικό προσωπικό, ο/η Κ.Ν.Ψ.Υ, είναι πρακτικά, η μόνη του σχεδόν επαφή με τον «έξω κόσμο». Ο άρρωστος μπορεί επίσης να παρατηρήσει την κοινωνική συμπεριφορά του / της Κ.Ν.Ψ.Υ., ότι χαμογελά όταν χαιρετά κάποιον, ότι λέει «ευχαριστώ» και «παρακαλώ» κλπ.
2. Εκπαίδευση με συμμετοχή. Ο/Η Κ.Ν.Ψ.Υ. αρχικά ενημερώνει τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο για το τι ακριβώς θα του μάθει, π.χ. «η κουβέρτα και τα σεντόνια του είναι μισά πάνω στο κρεβάτι και μισά κάτω». Ο /Η Κ.Ν.Ψ.Υ θα μπορούσε να συζητήσει μαζί του για το αν αισθάνεται άνετα έτσι στο κρεβάτι, και να τον βοηθήσει αρχικά να φτιάξουν μαζί το κρεβάτι, μέχρι όπου ο άρρωστος το φτιάχνει μόνος του.

Πολλές καθημερινές δραστηριότητες μπορεί να διδαχθούν από τους / τις

Κ.Ν.Ψ.Υ.:

- Βασικές δουλειές ρουτίνας (ξύπνημα, λήψη φαρμάκων, λήψη φαγητού κανονικά και με ήσυχο τρόπο)
- Βασική υγιεινή (πλύσιμο, ξύρισμα, φροντίδα εμφάνισης)
- Οικιακές δραστηριότητες (πλύσιμο και σιδέρωμα ρούχων, φροντίδα δωματίου, έτσι ώστε να είναι ευχάριστο σαν περιβάλλον)
- Οργάνωση ελεύθερου χρόνου / διασκέδασης και απλές κοινωνικές δραστηριότητες (διάβασμα εφημερίδων, τηλεόραση, εκδρομές, κοινωνικές συναντήσεις, καφετέριες, κινηματογράφοι)
- Άλλες δραστηριότητες (γράψιμο και διάβασμα, χρήση μεταφορικών μέσων, ψώνια, χρήση ταχυδρομείου, επίγνωση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των φαρμάκων)

γ) Ο/Η Κ.Ν.Ψ.Υ. μπορεί να έχει ακόμη ένα γονεϊκό (πατρικό ή μητρικό) ρόλο. Το πρόγραμμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι πολλές φορές παρόμοιο με την ανάπτυξη ενός ανθρώπου, μόνο που τα στάδιά του διαρκούν λιγότερο.

Αρχικά ο /η Κ.Ν.Ψ.Υ. ρυθμίζει σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο ζωής του αρρώστου και βάζει όρια στη συμπεριφορά του. Σιγά σιγά ο άρρωστος αναλαμβάνει αυτός ευθύνες και μαθαίνει τι είναι κοινωνικά αποδεκτό. Ο /Η Κ.Ν.Ψ.Υ υποστηρίζει τον άρρωστο σ' αυτές του τις προσπάθειες και ενθαρρύνει κάθε διάθεσή του για ανεξαρτησία.

Ο/Η Κ.Ν.Ψ.Υ. σέβεται την ατομικότητα και ιδιαιτερότητα του κάθε αρρώστου. Παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του κάθε αρρώστου.

Θα πρέπει και ο ίδιος ο/η Κ.Ν.Ψ.Υ. «να αποκατασταθεί» χρειάζεται να ξεχάσει έντονα εξουσιαστικούς και άκαμπτους τρόπους νοσηλευτικής παρέμβασης. Είναι χρήσιμο να εστιάζει τις προσπάθειές του / της σε δραστηριότητα που έμαθε ο/η ίδιος /α για να ζει στον κόσμο (Τετράδια ψυχιατρικής Νο 51, Αθήνα 1995).

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι στο ρόλο του Κ.Ν.Ψ.Υ. αποτελεί η Νοσηλευτική Διεργασία.

Νοσηλευτική Διεργασία

Εκτίμηση

Απαραίτητο στοιχείο της προσφοράς σωστής νοσηλευτικής φροντίδας είναι η σωστή εκτίμηση των μοναδικών προβλημάτων ενός μοναδικού ατόμου, της οικογένειας του και του τρόπου ζωής του. Αντίθετα από την ιατρική διάγνωση, ο νοσηλευτής θα προσπαθήσει να δει τα προβλήματα από τη σκοπιά του ασθενούς. Εναρκτήριο σημείο γι' αυτόν θα είναι πώς ο ασθενής και η οικογένεια του βλέπουν και κατανοούν το πρόβλημα κι όχι μια τελεσίδικη ιατρική διαπίστωση.

Με την εκτίμηση εστιάζεται το πρόβλημα και δίνεται περισσότερη προσοχή σε ορισμένες περιοχές παρά σε άλλες. Για να επιτευχθεί όμως και να ολοκληρωθεί το στάδιο της εκτίμησης, απαραίτητο είναι να αναπτυχθούν σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ κοινοτικού ψυχιατρικού νοσηλευτή - ασθενή.

Αν και το πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής είναι μοναδικό, εντούτοις θα τον βοηθούσε σημαντικά η ταξινόμηση του σε μια από τις παρακάτω κατηγορίες:

- προβλήματα διάθεσης
- ανώμαλες εμπειρίες
- ναρκωτικά ή αλκοολισμός
- διαπροσωπικές σχέσεις
- οικονομική - οικογενειακή κατάσταση
- διαταραχές συμπεριφοράς
- χωρισμός
- άγχος
- μη ψυχικό πρόβλημα

Παράλληλα με την ταξινόμηση σε κατηγορίες των προβλημάτων, εξίσου βοηθητική θα ήταν και η χρήση ενός οδηγού εκτίμησης.

Υπόδειγμα εκτίμησης

1. Πηγή αναφοράς.
2. Περιγραφή του κύριου προβλήματος από τον ασθενή:
Ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικές δυσκολίες που αντι-
μετωπίζει ο ασθενής.
Πληροφορίες για:
 - την κοινωνική του κατάσταση
 - την εργασία του
 - την οικογενειακή του κατάσταση
3. Προηγούμενα προβλήματα (νοσηλεία σε νοσοκομείο κ.ά.)
4. Οικογενειακό ιστορικό:
Ο τρόπος που ο ασθενής βλέπει την οικογένεια του
Η οικογένεια ως σύστημα
5. Προσωπικό ιστορικό:
παιδική και εφηβική ηλικία
πολιτισμικό υπόβαθρο
εκπαίδευση, εργασία
οικονομική κατάσταση - πηγή εισοδήματος
ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη
συζυγία παιδιά και άλλα σημεία
6. Η προσωπικότητα του:
ενδιαφέροντα και συνήθειες
αυτοεκτίμηση
συνήθης διάθεση τρόποι αντίδρασης
χρήση οινοπνεύματος ή ναρκωτικών
7. Παρατηρήσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης:
εμφάνιση, συμπεριφορά
διάθεση
ομιλία
σκέψεις, ιδέες, μνήμη
προσανατολισμός
κρίση, επίγνωση
αναφορά
8. Πληροφορίες από άλλες πηγές
9. Περίληψη (σύνοψη) των κυριότερων προβλημάτων.

Το τελικό στάδιο, στο οποίο καταλήγει η εκτίμηση, είναι η κατάρτιση

σχεδίου παροχής φροντίδας.

Στη φάση της εκτίμησης, ένα σημείο πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. Να μη συγχέουμε την ολιστική θεώρηση του ασθενούς ως ανθρώπου με μια τάση να μάθουμε τα πάντα γύρω απ' αυτόν. Σκοπός της εκτίμησης δεν είναι, παρά η προαγωγή της φροντίδας.

β) Νοσηλευτική παρέμβαση

Μετά την ολοκλήρωση της εκτίμησης, ο νοσηλευτής πρέπει να αποφασίσει ποιο είναι το κατάλληλο είδος της θεραπείας, στο οποίο πρέπει να υποβληθεί ο ασθενής, και να τον παραπέμπει ανάλογα.

Περιγράφοντας τη νοσηλευτική παρέμβαση, οι περισσότεροι νοσηλευτές την εστιάζουν στη «συμβουλευτική». Σκοπός της «συμβουλευτικής» είναι να προσφέρει στους ασθενείς τη δυνατότητα ασφάλειας και επικοινωνίας, να αυξήσει την αυτονομία τους, την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη τους.

Σε μελέτη που έγινε σε Ψυχικά ασθενείς, οι περισσότεροι τόνισαν τα οφέλη της «συμβουλευτικής» και ιδιαίτερα το γεγονός ότι βρήκαν κατανόηση, φιλική ατμόσφαιρα, υποστήριξη, ηρεμία. Περιέγραψαν τον νοσηλευτή ως «ένα πρόσωπο έτοιμο να τους ακούσει», ενώ εκείνο που τους δυσαρεστούσε ήταν όταν ένοιωθαν ότι «απλά ο νοσηλευτής έπαιζε ένα ρόλο».

Η μεγάλη συμβολή των κοινοτικών μεταρρυθμίσεων στη φροντίδα των ασθενών έγκειται στη δυνατότητα να δίνει νέους ορισμούς στις διάφορες ψυχώσεις, ώστε να σταματήσει ο κόσμος να τις αντιμετωπίζει ως ασθένειες, έτσι οι ασθενείς παύουν να βλέπουν τα συμπτώματα και τα προβλήματα τους ως στιγματισμένες παθήσεις που δεν μπορούν να ελέγξουν, δίνοντας τους έτσι τη δυνατότητα να κάνουν συνεχείς προόδους. Η κοινότητα με το έργο της παρέχει εναλλακτικές λύσεις στην παραμονή στο νοσοκομείο (ας μη ξεχνάμε ότι, αν είσαι στο νοσοκομείο, σημαίνει ότι είσαι ασθενής, αν είσαι σε Ψυχιατρείο, σημαίνει ότι είσαι τρελός).

Βέβαια δεν υποστηρίζεται ότι δεν πρέπει να δίνουμε σημασία στα ψυχικά συμπτώματα. Ακόμη και η κατάθλιψη πρέπει να, φροντίζεται ή στην κοινότητα ή σε ιδρυματικά πλαίσια. Ούτε πρέπει να μειώσουμε την αξία του δύσκολου έργου που γίνεται.

Ένας αυξανόμενος αριθμός νοσηλευτών και άλλων εργαζομένων προσπαθούν να βρουν νέους τρόπους να ελευθερώσουν τους ασθενείς από την τυραννική κατάσταση του ψυχιατρικού άγχους. Αλλά αυτοί είναι μια μειονότητα που επιβάλλεται να γενικευθεί, γιατί οι ασθενείς και οι οικογένειές τους αξίζουν καλύτερη μοίρα.

Έχουμε τη δυνατότητα, εμείς οι νοσηλευτές, να φανούμε πιο αποτελεσματικοί στη φροντίδα μας για τους ασθενείς μας, αλλά αυτό θα επιτευχθεί μόνο όταν μπορέσουμε να εξετάσουμε και να εκτιμήσουμε, το ρόλο και την ισχύ των απόψεών μας. Είναι λοιπόν ζωτικής σημασίας να συζητηθούν οι απόψεις μας και να διενεργηθεί η κατάλληλη έρευνα για το νόημα και το αποτέλεσμα της φροντίδας που παρέχουν οι νοσηλευτές, με ιδιαίτερη έμφαση στους ορισμούς, υποθέσεις, υποσχέσεις και απόψεις που έχουμε από μακρού χρόνου θεμελιώσει (Γιαννοπούλου Χρ. Α., Αθήνα 1996).

6.2. Τομείς του έργου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην κοινότητα

Χρόνιοι ασθενείς

Οι περισσότερες ομάδες νοσηλευτών Ψυχικής υγείας ιδρύθηκαν με σκοπό να προάγουν την φροντίδα των ασθενών εκείνων που, μετά από μια περίοδο νοσηλείας στο νοσοκομείο, έρχονταν να ενταχθούν και πάλι στην κοινότητα. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονταν υποστήριξη και παρακολούθηση. Αυτή η εργασία αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του έργου πολλών νοσηλευτικών ομάδων.

Ο Dr Douglas Bennett περιγράφει το σκοπό του νοσηλευτή ως θετικό και αρνητικό. Θετικό, καθώς οι ασθενείς με χρόνιες Ψυχικές παθήσεις, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, συνεχίζουν να χρειάζονται προστασία και υποστήριξη, δηλαδή εξάλειψη του στίγματος, της φτώχειας και της απομόνωσης.

Το έργο του νοσηλευτή στους χρόνιους ασθενείς περιγράφει ακριβέστατα ο όρος «τριτογενής πρόληψη». Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται σε άτομα με ήδη εξακριβωμένη ψυχική κατάσταση και περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασής τους και επανένταξής τους στην κοινότητα.

Δύο είναι οι κύριες ιδιότητες που πρέπει να χαρακτηρίζουν κάθε πρόγραμμα αποκατάστασης:

1) η συνέχεια και η σταθερότητα της παρακολούθησης, ώστε να μπορέσει ο ασθενής να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που του δημιουργεί η χρονιότητα.

2) η καταλληλότητα και η αποτελεσματικότητα, σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης.

Ειδικότερα η αποκατάσταση στοχεύει στην κάλυψη των κυριότερων αναγκών του ασθενούς, γιατί ο ασθενής:

- ζητάει αληθινές πληροφορίες
- βασανίζεται από τη σκέψη του μέλλοντος
- πρέπει να μάθει να καταπολεμά ανώμαλες εμπειρίες
- χρειάζεται φάρμακα και ιατρική παρακολούθηση
- χρειάζεται οικονομική κάλυψη
- πρέπει να μάθει να συνδιαλέγεται με τους εργοδότες
- αντιμετωπίζει διαπροσωπικά προβλήματα που ζητούν τη λύση τους
- αντιμετωπίζει κοινωνικά προβλήματα

Αν και θεωρητικά το πρόγραμμα αποκατάστασης παρουσιάζει μια ιδεώδη εικόνα, στην πράξη η εφαρμογή του συναντά τεράστιες δυσκολίες. Οι περισσότεροι ασθενείς, εξαιτίας της χρόνιας παραμονής τους στο νοσοκομείο, έχουν σχεδόν χάσει κάθε επικοινωνία με την οικογένειά τους και τους φίλους τους ή, όπου η επικοινωνία αυτή διατηρείται, είναι χαλαρή, γι' αυτό και δεν μπορεί να προσφέρει πραγματική υποστήριξη στον ασθενή.

Στους ανθρώπους αυτούς εκείνο που πρέπει επειγόντως να τακτοποιηθεί είναι το πρόβλημα της στέγης και της τροφής, γιατί διαφορετικά κανένα πρόγραμμα δεν μπορεί να καρποφορήσει.

Οξέα περιστατικά

Αντίθετα με τα χρόνια περιστατικά, στα οξέα απαιτείται διαφορετικού είδους νοσηλευτική παρέμβαση, καθώς οι ασθενείς συνήθως δεν έχουν

προγενέστερη επικοινωνία με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Το πρόβλημα εδώ είναι συνήθως μια κρίση στην πορεία της ζωής ή ένα συναισθηματικό τραύμα και εκείνο που χρειάζεται είναι βραχυπρόθεσμη αλλά αποτελεσματική βοήθεια για τη λύση του προβλήματος.

Το έργο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση οξέων περιστατικών περιγράφεται ως «δευτερογενής πρόληψη». Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται σε έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας. Στα πλαίσια αυτά ο νοσηλευτής λειτουργεί ως διόδος από την οποία ο ασθενής θα οδηγηθεί στο νοσοκομείο ή θα παραπεμφθεί σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες, ανάλογα με τις ανάγκες του. Στο σημείο αυτό έγκειται και η προσφορά της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή η χωρίς καθυστέρηση παραπομπή του ασθενούς στο νοσοκομείο και η χορήγηση πολύτιμων πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή από τις υπηρεσίες νοσηλευτών ψυχικής υγείας στο προσωπικό του νοσοκομείου.

Αλκοολισμός και ναρκωτικά

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αυξημένη χρήση οινοπνεύματος και ναρκωτικών, ειδικότερα ηρωίνης. Αν και τα προβλήματα αλκοολισμού δεν είναι συνήθως ορατά, λόγω της κοινωνικής αποδοχής της κατανάλωσης αλκοόλ, μεγάλο ποσοστό των ασθενών, που νοσηλεύονται σε γενικά νοσοκομεία, εισάγονται λόγω ασθένειας που προήλθε από τη χρήση αλκοόλ. Το πρόβλημα του αλκοολισμού παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις στο γυναικείο πληθυσμό.

Αιτίες που η γυναίκα στράφηκε στο αλκοόλ θεωρούνται η μείωση της τιμής του και η αποδοχή εκ μέρους της κοινωνίας. Το έργο του νοσηλευτή στους ασθενείς με προβλήματα αλκοολισμού και ναρκωτικών περιλαμβάνει έγκαιρη διαπίστωση, ενημέρωση - διαφώτιση, κατάλληλη θεραπεία, οικογενειακές συναντήσεις και υποστήριξη.

Ηλικιωμένοι

Η εργασία του νοσηλευτή με τους ηλικιωμένους είναι ο πιο διαδεδομένος τομέας του έργου στην κοινότητα. Τούτο δικαιολογείται από τη σοβαρότητα των προβλημάτων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, αν και μπορεί να πάσχουν από τις ίδιες ψυχικές ασθένειες από τις οποίες πάσχει κι ένας

νέος. Εδώ τα προβλήματα είναι περιπεπλεγμένα, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού ζει μόνο του, συνήθως απομονωμένο από την υπόλοιπη κοινωνία. Τα χρόνια φέρνουν μαζί τους πολλές αλλαγές και στην προσπάθεια να τις αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι κλείνονται όλο και περισσότερο στον εαυτό τους για να αποφύγουν νέες εμπειρίες έως ότου διευθετήσουν τις προηγούμενες. Εκτός τούτου, στην Τρίτη ηλικία τα ψυχικά προβλήματα παρουσιάζονται συνδεδεμένα με οργανικές ασθένειες. Οι σοβαρότερες διαταραχές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους είναι οι παρανοϊκές καταστάσεις και η άνοια. Και στους ηλικιωμένους, όπως και στις άλλες ομάδες του πληθυσμού, το έργο του νοσηλευτή θα στραφεί στην κάλυψη των αναγκών του ατόμου, στη μείωση της εξάρτησης και στη δυνατότητα εκλογής. Εντούτοις ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην περίπτωση των ηλικιωμένων θα ήταν η ταχεία εισαγωγή τους σε μια μονάδα οργανωμένης περίθαλψης ή στο νοσοκομείο.

Ειδικές κατηγορίες πληθυσμού που χρειάζονται ειδική νοσηλευτική φροντίδα.

- Πληθυσμοί χαμηλού εισοδήματος
- Τρόφιμοι φυλακών
- Άτομα που εργάζονται σε στρεσογόνα περιβάλλοντα
- Μειονότητες
- Μέλη κλειστών ομάδων (π.χ. ναρκομανείς, εγκληματίες).

Νοσηλευτής ψυχικής υγείας και Οικογένεια

Η ύπαρξη ατόμου με ψυχική ασθένεια μέσα στον οικογενειακό κύκλο επηρεάζει αναμφισβήτητα και τη ζωή των άλλων μελών της οικογένειας.

Έρευνα έδειξε ότι πολλές φορές τα άλλα μέλη απομονώνονται, δεν δημιουργούν κοινωνικές επικοινωνίες, δεν πηγαίνουν διακοπές. Σε περίπτωση που τα άλλα μέλη του οικογενειακού κύκλου είναι στενοί συγγενείς, αποδέχονται αυτόν τον τρόπο ζωής ως συνέπεια που απορρέει από τη συγγένεια. Όταν όμως οι συγγενείς που πλαισιώνουν τον ασθενή δεν είναι του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, τότε τον βλέπουν περισσότερο σαν βάρος και δυσανασχετούν για τη μοίρα τους.

Πώς θα μπορέσει ο νοσηλευτής να βοηθήσει και στις δυο περιπτώσεις

την «οικογένεια» του ασθενούς; Δίνοντας προσοχή στα μέλη της οικογένειας και την κατάσταση της ζωής της, όπως έχει διαμορφωθεί με την ύπαρξη ψυχασθενούς. Οι περισσότεροι συγγενείς έχουν συνηθίσει να ζητούν πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς, κανείς όμως δεν ασχολείται μ' αυτούς και τα προβλήματα τους. Το κενό αυτό καλείται να αναπληρώσει ο νοσηλευτής προσφέροντας υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας.

Οι δυνάμεις που αποδεδμεύονται μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο είναι αμφίδρομες. Κινούνται από τον ασθενή προς την οικογένεια, επηρεάζοντας θετικά ή αρνητικά την κατάστασή του. Άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας επιστρέφοντας στο οικογενειακό τους περιβάλλον, αντιμετώπισαν άλλα κριτική διάθεση και άλλα τάσεις υπερπροστασίας. Ο έντονος αυτός συναισθηματικός φορτισμός της οικογενειακής ατμόσφαιρας είχε ως αποτέλεσμα ο ασθενής να υποτροπιάσει. Ο νοσηλευτής έπρεπε επιτακτικά να μειώσει τον έντονο συναισθηματισμό. Ως μέσα προτάθηκαν, ενημέρωση των μελών της οικογένειας στην κατάρτιση σχεδίου φροντίδας του ασθενούς και οργάνωση συναντήσεων οικογενειών στις οποίες υπήρχαν ασθενείς με Ψυχικά προβλήματα. Στις συναντήσεις αυτές διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς δεχόταν περισσότερο και αφομοίωναν συμβουλές από τις άλλες οικογένειες, παρά από το ειδικό επιστημονικό προσωπικό.

Για να επιτευχθεί η μείωση του έντονου συναισθηματισμού μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, πρέπει οπωσδήποτε να μειωθούν οι ώρες επικοινωνίας του ασθενούς με τα άλλα μέλη της οικογένειάς του. Αν και ο ασθενής συνηθίζει να απομονώνεται από τα άλλα μέλη, να ζει στο δικό του κόσμο, να ζει τη δική του ζωή, με το να κλείνεται στο δωμάτιο του για ώρες ή για μέρες, να κοιμάται στη διάρκεια της ημέρας και να περιφέρεται άγρυπνος τη νύχτα, ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιήσει και ο ίδιος μια μέθοδο για να περιορίσει τις επικοινωνίες. Καλύτερη θεωρείται η απασχόληση του ασθενούς έξω από το σπίτι, είτε με μορφή εργασίας, είτε με μορφή παρακολούθησης σε νοσοκομείο ημέρας. Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται κυρίως για νέους ή άγαμους άνδρες που μένουν συνήθως με τους γονείς τους και όπου ο κίνδυνος έντονου συναισθηματισμού είναι ιδιαίτερα αυξημένος.

Συμπερασματικά ο νοσηλευτής αποτελεί ένα φυσικό και πολύ αποτελεσματικό αγωγό, τόσο για την ανακάλυψη νέων περιστατικών που

έχουν ανάγκη από ψυχιατρική φροντίδα, όσο και για τον τρόπο οργάνωσης και παροχής πολλών άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Ο νοσηλευτής έχει συνηθίσει να εργάζεται σε διάφορους χώρους και Κέντρα της Κοινότητας, με άτομα όλων των ηλικιών και κοινωνικών τάξεων. Η εργασία του:

- αγκαλιάζει ολόκληρη την οικογένεια
- περιλαμβάνει όλες τις φάσεις της φροντίδας:
 - προαγωγή υγείας
 - πρόληψη
 - έγκυρη διάγνωση
 - αντιμετώπιση .
 - συνεχή φροντίδα και
 - αποκατάσταση.

Επειδή ακριβώς ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας βρίσκεται κοντά στην οικογένεια, τη γειτονιά και την κοινότητα, είναι σε θέση, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο, να βοηθήσει και να λάβει ενεργό μέρος στην εργασία κάθε ψυχιατρικού Κέντρου. Μπορεί να διακρίνει κατά πόσο θα βοηθήσει ή θα βλάψει μια συγκεκριμένη οικογένεια η εισαγωγή κάποιου μέλους της στο Νοσοκομείο. Ακόμη γνωρίζει πώς τα συμπτώματα που παρουσιάζει το άτομο σχετίζονται με το χαρακτήρα του, καθώς και πόση υποστήριξη είναι σε θέση να δώσει η οικογένεια στο μέλος της που επιστρέφει στο σπίτι από το Νοσοκομείο.

Γνωρίζει τις οικογένειες αρκετά καλά, ώστε να είναι σε θέση να υπολογίσει κατά πόσο μπορούν να αντέξουν σε μια περίοδο κρίσης ή σε ένα έντονο στρες (π.χ. θάνατος, διαζύγιο, εξετάσεις κλπ.). Τέλος είναι σε θέση να επηρεάσει την κοινή γνώμη σε θέματα σχετικά με την ψυχική υγεία.

Πολλοί ψυχίατροι και άλλοι μελετητές, τονίζουν το σπουδαίο ρόλο που μπορεί να παίξει ο εξειδικευμένος νοσηλευτής στην Κοινωνική ψυχιατρική ως θεραπευτής, σε ατομική, ομαδική και οικογενειακή Ψυχοθεραπεία σε συνεργασία με τον Ψυχίατρο.

Ο εξειδικευμένος αυτός νοσηλευτής χρησιμεύει ως σύμβουλος σε θέματα

ψυχικής υγείας σε άλλους νοσηλευτές της Κοινότητας, σε δασκάλους, αρχηγούς ομάδων και εργαζόμενους.

Γενικά ο Ψυχιατρικός Νοσηλευτής στην Κοινότητα, επωμίζεται το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τις υπηρεσίες πρόληψης, την προνοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα. Ο θεσμός της Ψυχιατρικής της Κοινότητας επεκτείνεται συνέχεια, ιδιαίτερα με την προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τη δημιουργία κατάλληλα εξοπλισμένων Κέντρων Υγείας (Γιαννοπούλου Χρ. Α., Αθήνα, 1996).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η συγκεκριμένη μελέτη της διερεύνησης της στάσης του Ν/Π σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές αφορά μικρό μέρος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Π.Π.Γ.Ν.Π) και στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, ο «Άγιος Ανδρέας» (Π.Γ.Ν.Π).

Το δείγμα έχει μέγεθος 100. Τις συνεντεύξεις πραγματοποίησαν δύο ερευνητές. Έλεγχος πραγματοποιήθηκε κατά τις παραλαβές των ερωτηματολογίων.

Το μέσο συλλογής δεδομένων ήταν ένα ερωτηματολόγιο (παράρτημα) το οποίο αποτελείται από δύο μέρη:

Το 1^ο μέρος καταγράφει τα δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, φύλο, τόπος γέννησης, τόπος ανατροφής μέχρι την ηλικία των 18 ετών, τωρινή διαμονή, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός και ηλικία παιδιών, επίπεδο σπουδών, επαγγελματική ιδιότητα, ειδικότητα στην νοσηλευτική ψυχικής υγείας, επαφή με ψυχιατρική νόσο.

Στη σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι στις μεταβλητές του φύλου (άνδρες), επίπεδο σπουδών (ΑΕΙ), επαγγελματική ιδιότητα (Ν.Ψ.Τ.Γ.Ν), αν έχουν ειδικότητα στην νοσηλευτική ψυχικής υγείας (Ναι), επειδή είναι πολύ μικρός ο αριθμός στο δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικά. Συγκεκριμένα : Άνδρες (11%), ΑΕΙ (2%), Ν.Ψ.Τ.Γ.Ν (4%), Ναι (2%).

Παρόλα αυτά όπου υπήρχε συσχέτιση με τους παράγοντες της Κλίμακας, κρίναμε σκόπιμο να μην τα αποκλείσουμε.

Το 2^ο μέρος είναι η Κλίμακα Ο.Μ.Ι (Opinions about Mental Illness) των Cohen J. και Struening E., όπως αυτή μεταφράστηκε και σταθμίστηκε για χρήση στον Ελληνικό Πληθυσμό (51 ερωτήσεις, ομαδοποιούμενες σε 5 παράγοντες) από τον Μαδιανό Μ. το 1984.

Οι απαντήσεις των ερωτήσεων της Κλίμακας είναι διαμορφωμένες στον τύπο Likert (6 επιλογές, από το «συμφωνώ απόλυτα» ως το «διαφωνώ απόλυτα»).

Η βαθμολόγηση αντίστοιχα είναι 1 – 6.

Οι πέντε παράγοντες είναι:

- A. Κοινωνική Διάκριση (16 ερωτήσεις) : Ο παράγοντας αυτό καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν ένα ψυχικά άρρωστο ο οποίος περιγράφεται σαν άτομο κατώτερο σε σύγκριση με ένα φυσιολογικό. Περιλαμβάνει την ανάγκη για μια αυταρχική στάση προς τον ψυχικά άρρωστο.
- B. Κοινωνικός Περιορισμός (13 ερωτήσεις) : Η Κεντρική Ιδέα των ερωτήσεων που απαρτίζουν τον παράγοντα αυτό είναι, ότι η κοινωνία πρέπει να παίρνει προληπτικά μέτρα καταστολής της παθολογικής συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει τις έννοιες της απόρριψης, του καταναγκασμού και της επιβολής κοινωνικών περιορισμών στον Ψυχικά άρρωστο.
- Γ. Κοινωνική Φροντίδα (8 ερωτήσεις) : Οι ερωτήσεις αυτές εκφράζουν μια θετική άποψη απέναντι στην ιδεολογία της θεραπευτικής προσέγγισης και προτείνουν βελτίωση της ποιότητας της παροχής και κοινωνική υποστήριξη.
- Δ. Κοινωνική Ενσωμάτωση (8 ερωτήσεις) : Χαρακτηριστικό αυτών των ερωτήσεων είναι η ανάγκη για την ενσωμάτωση του ψυχικά άρρωστου στην Κοινωνική ζωή.
- Ε. Αιτιολογία (6 ερωτήσεις) : Ο παράγοντας αυτός διαφοροποιείται από τους άλλους τέσσερις μέσα από την έκφραση απόψεων για την προέλευση της ψυχικής αρρώστιας. Η πιο σημαντική είναι η άποψη για την επίδραση της οικογένειας.

Η συνολική βαθμολόγηση σε κάθε παράγοντα της κλίμακας έγινε με μία μαθηματική εξίσωση. Θετική βαθμολόγηση σε κάθε παράγοντα σημαίνει θετική στάση στον παράγοντα αυτό.

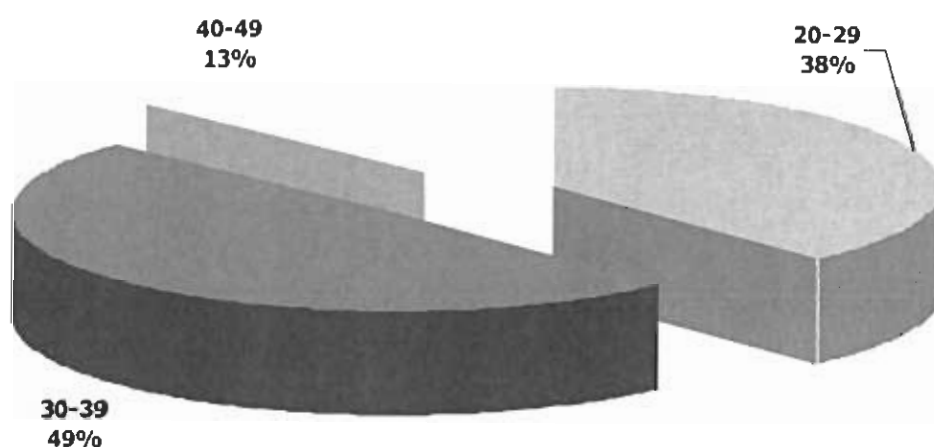
Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε με βάση το πρόγραμμα στατιστικών αναλύσεων SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με την ηλικία.

Από την ερώτηση: «Ηλικία»

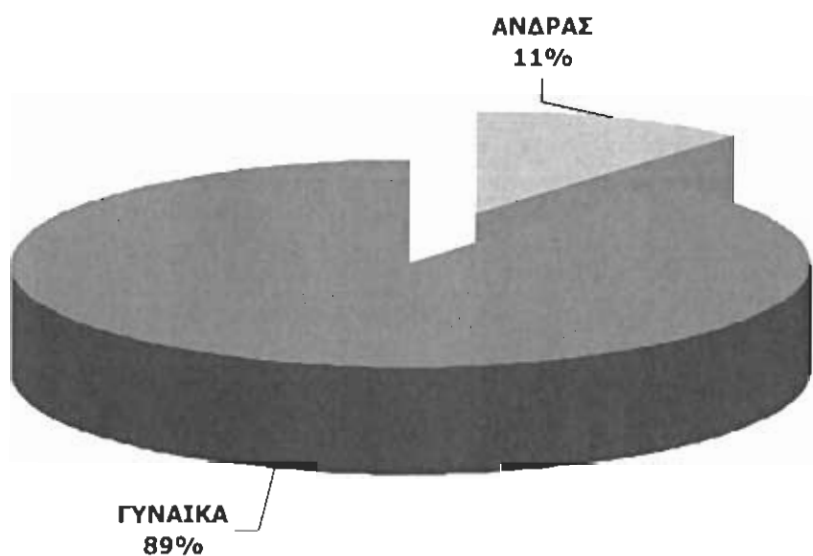


ΗΛΙΚΙΑ	%
20-29	38,0
30-39	49,0
40-49	13,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Η ηλικία του Ν.Π. κυμαινόταν από 20 έως 49 έτη. Το 49% του δείγματος του Ν.Π. τα αποτελούν άτομα ηλικίας από 30 έως 39 ετών.

2. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με το φύλο.

Από την ερώτηση: «Φύλο»

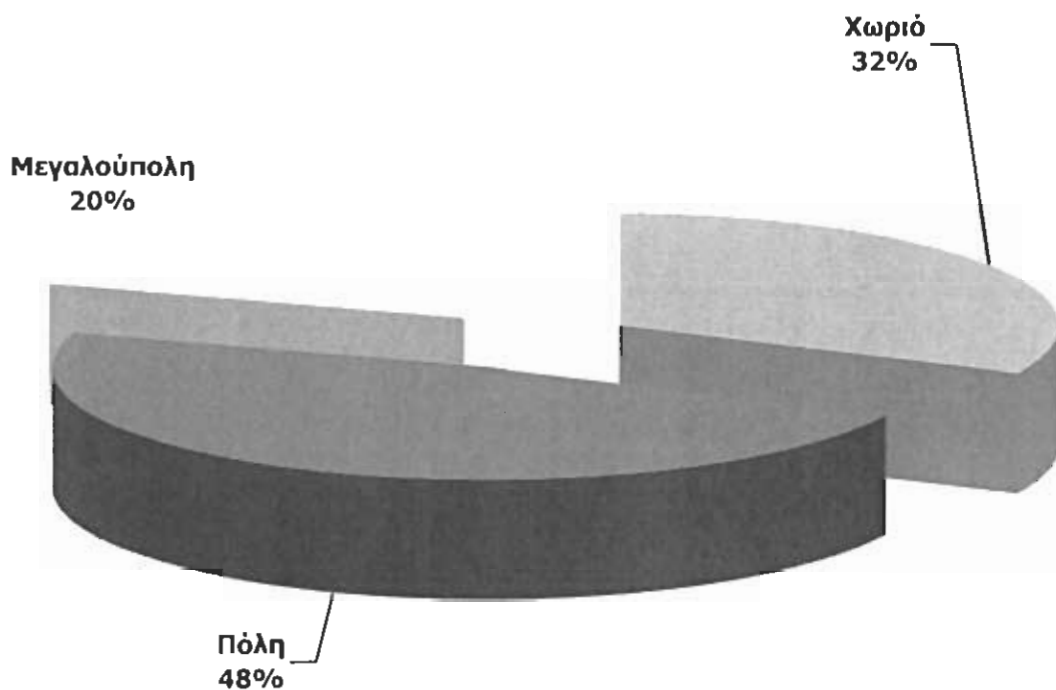


ΦΥΛΟ	%
ΑΝΔΡΑΣ	11,0
ΓΥΝΑΙΚΑ	89,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 89% του δείγματος του Ν.Π. το αποτελούν γυναίκες.

3. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με τον τόπο γέννησης.

Από την ερώτηση: «Τόπος γέννησης»

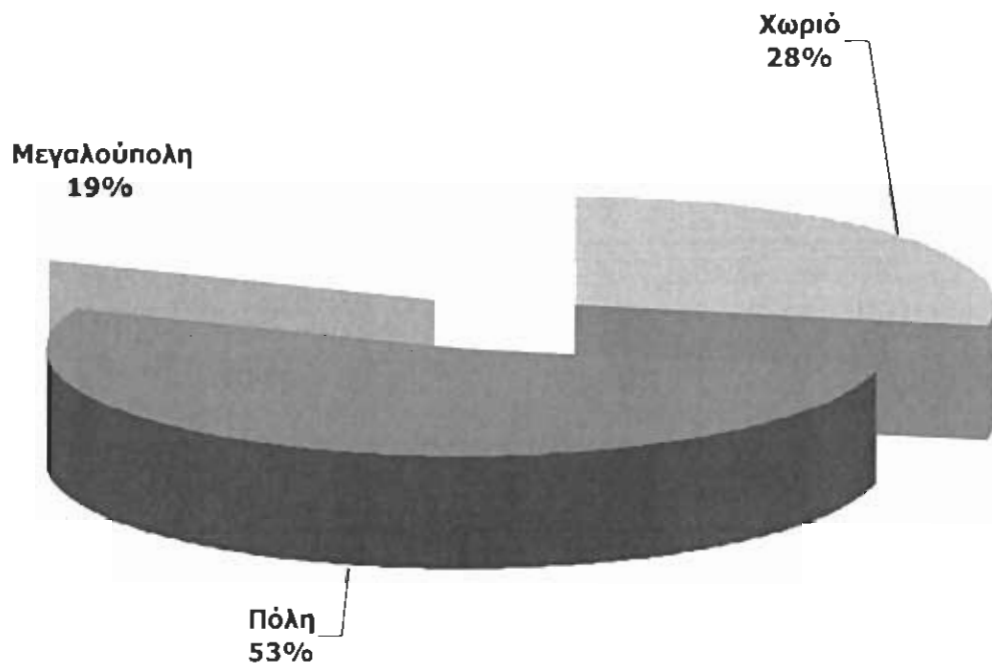


ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	%
Χωριό	32,0
Πόλη	48,0
Μεγαλούπολη	20,0
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Το 48% του δείγματος του Ν.Π. έχουν γεννηθεί σε πόλη.

4. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με τον τόπο ανατροφής μέχρι την ηλικία των 18 χρονών.

Από την ερώτηση: «Τόπος ανατροφής μέχρι την ηλικία των 18 χρόνων»

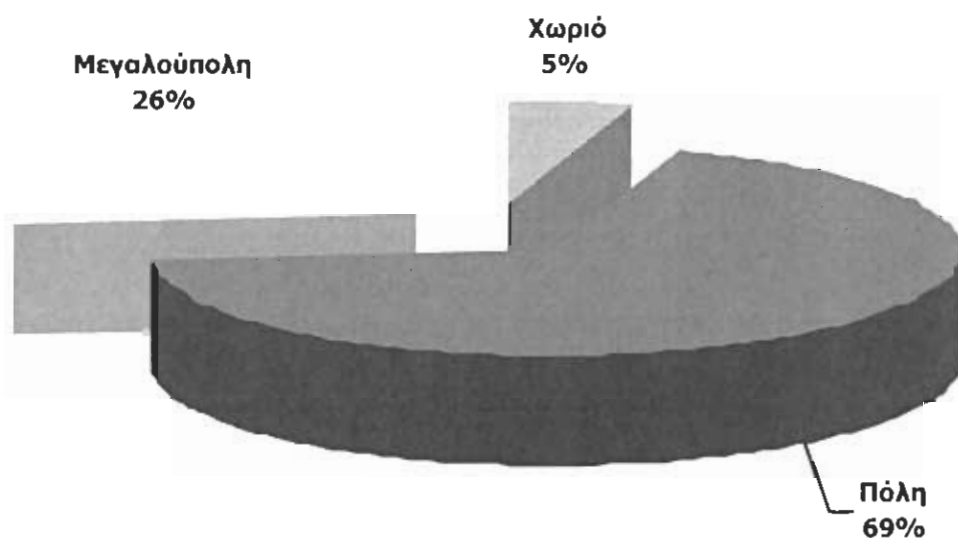


ΤΟΠΟΣ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΜΕΧΡΙ ΤΑ 18	%
Χωριό	28,0
Πόλη	53,0
Μεγαλούπολη	19,0
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Το 53% του δείγματος του Ν.Π. ανατράφηκαν σε πόλη μέχρι την ηλικία των 18 χρονών.

5. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με το τόπο της τωρινής διαμονής.

Από την ερώτηση: «Τωρινή διαμονή»

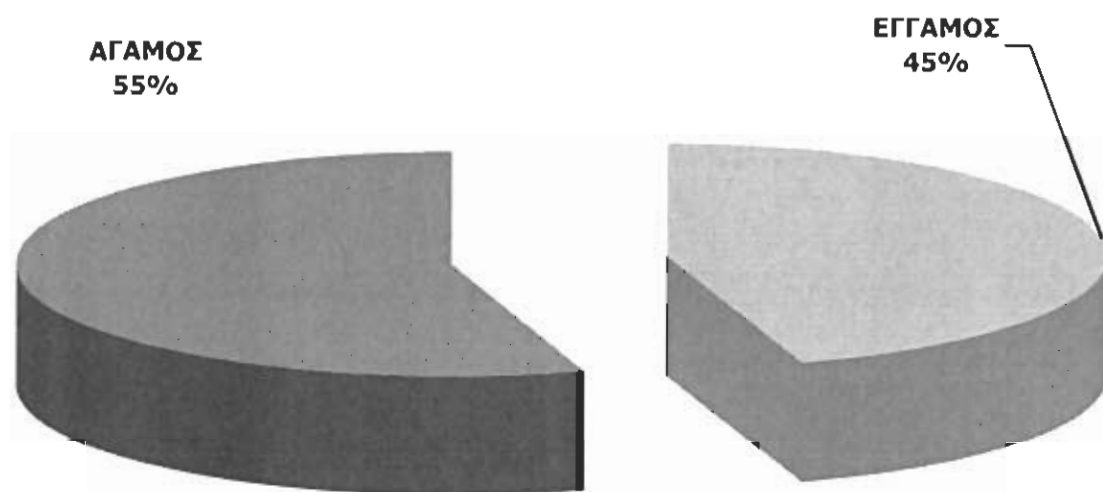


ΤΩΡΙΝΗ ΔΙΑΜΟΝΗ	%
Χωριό	5,0
Πόλη	69,0
Μεγαλούπολη	26,0
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Το 69% του δείγματος του Ν.Π. διαμένει σήμερα σε πόλη.

6. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

Από την ερώτηση: «Οικογενειακή κατάσταση»

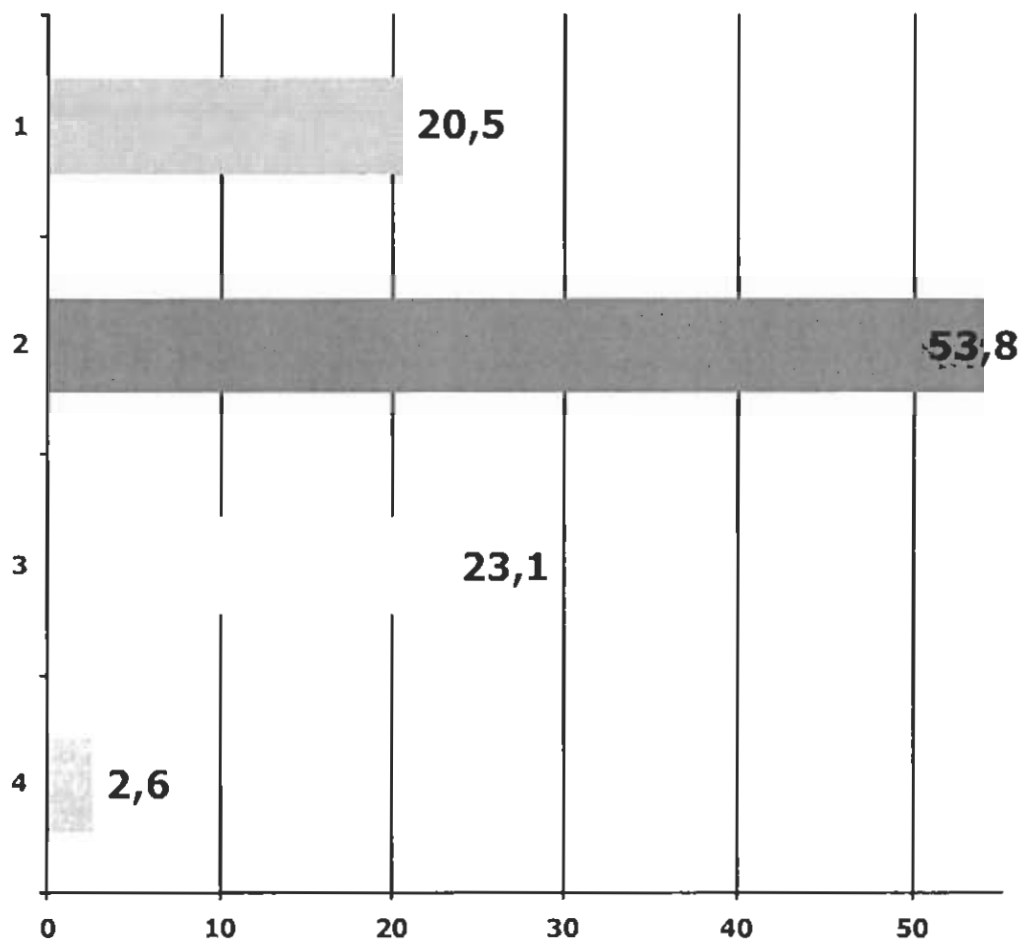


ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	%
ΕΓΓΑΜΟΣ	45,0
ΑΓΑΜΟΣ	55,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 55% του δείγματος του Ν.Π. είναι άγαμοι / ες.

7.α. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών τους.

Από την ερώτηση: «Αριθμός παιδιών»

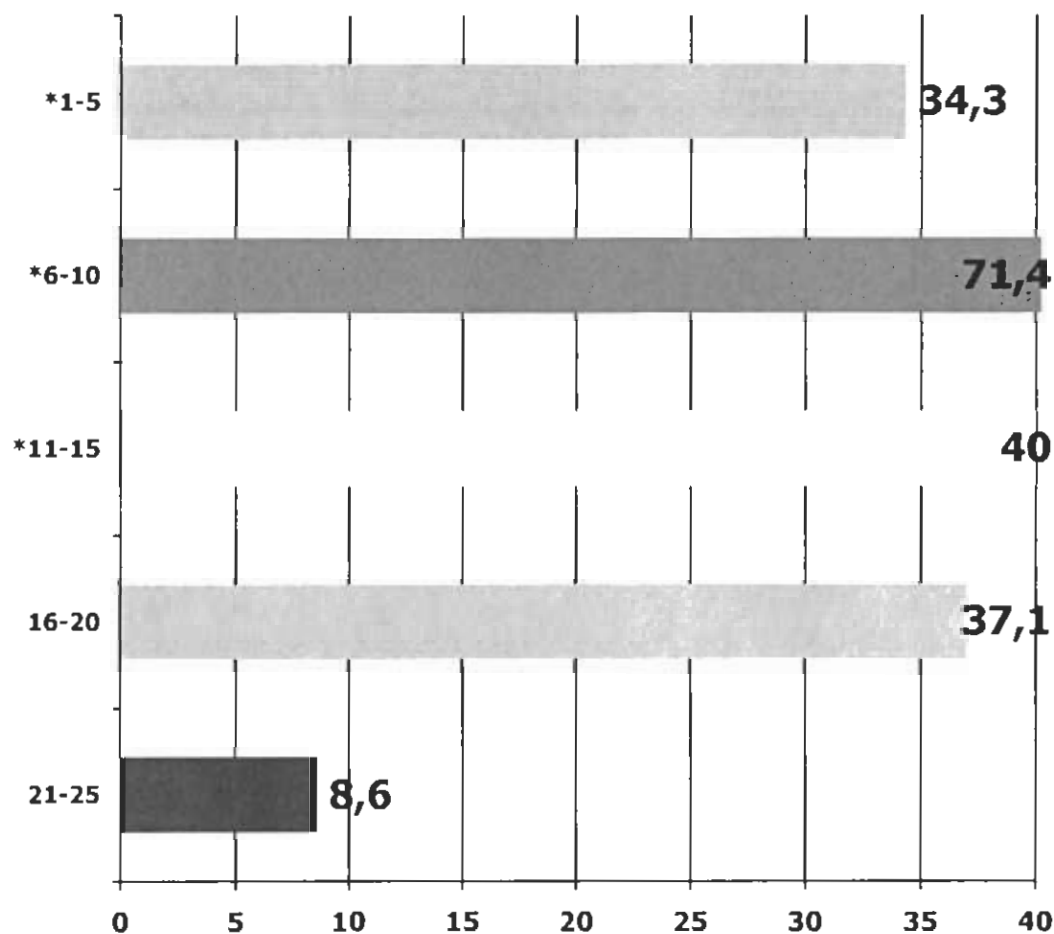


ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	%
1	20,5
2	53,8
3	23,1
4	2,6
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 53,8% του δείγματος του Ν.Π. έχουν δύο παιδιά.

7.β. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με την ηλικία των παιδιών τους.

Από την ερώτηση: «Ηλικία παιδιών»

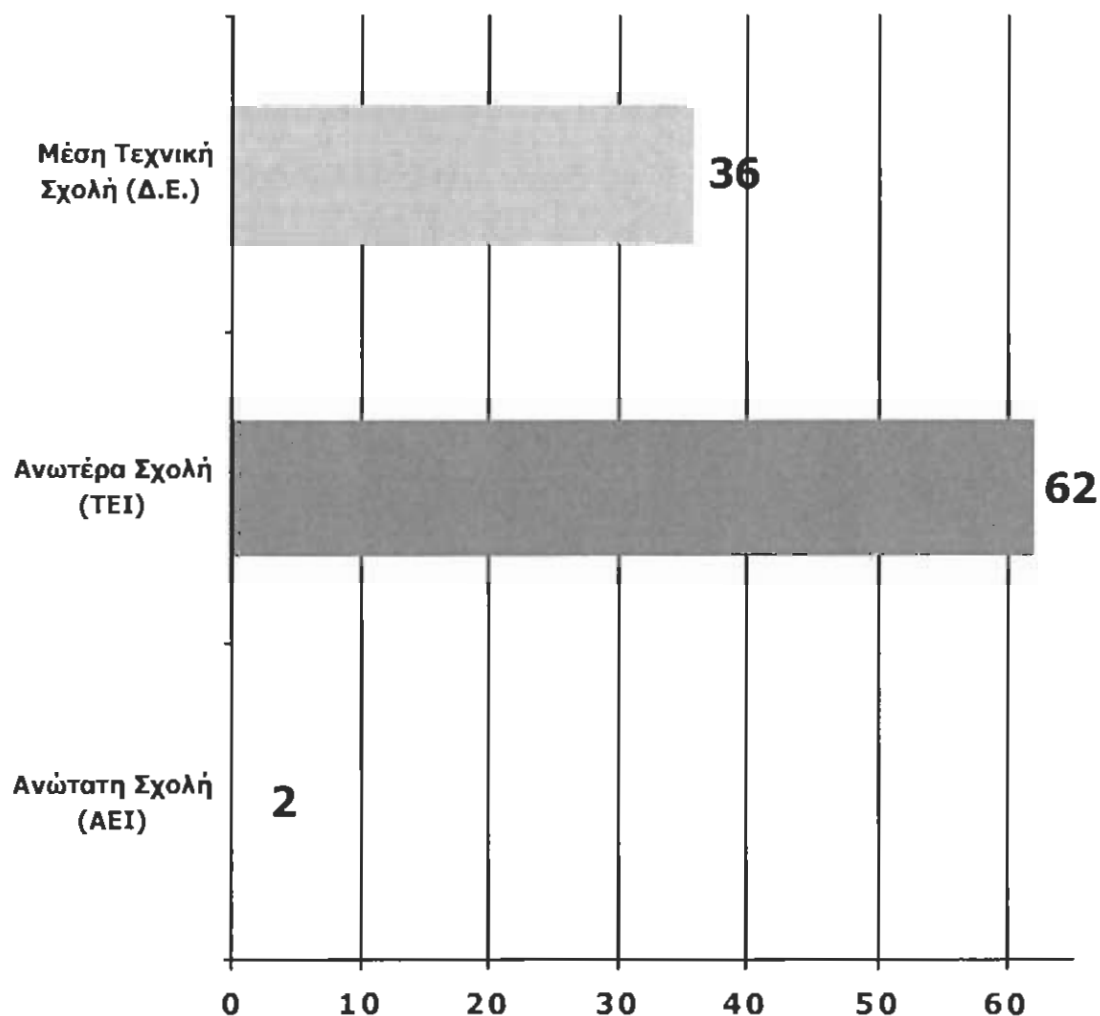


ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ	%	ΠΟΛΛΑΠΛΗ %
1-5	17,9	34,3
6-10	37,3	71,4
11-15	20,9	40,0
16-20	19,4	37,1
21-25	4,5	8,6
ΣΥΝΟΛΟ	100,0	

Η ηλικία των παιδιών του Ν.Π. κυμαίνεται από 1 έως 23 έτη. Το 71,4% του δείγματος του Ν.Π. έχει παιδιά ηλικίας από 6 έως 10 ετών.

8. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με το επίπεδο σπουδών.

Από την ερώτηση: «Επίπεδο σπουδών:»

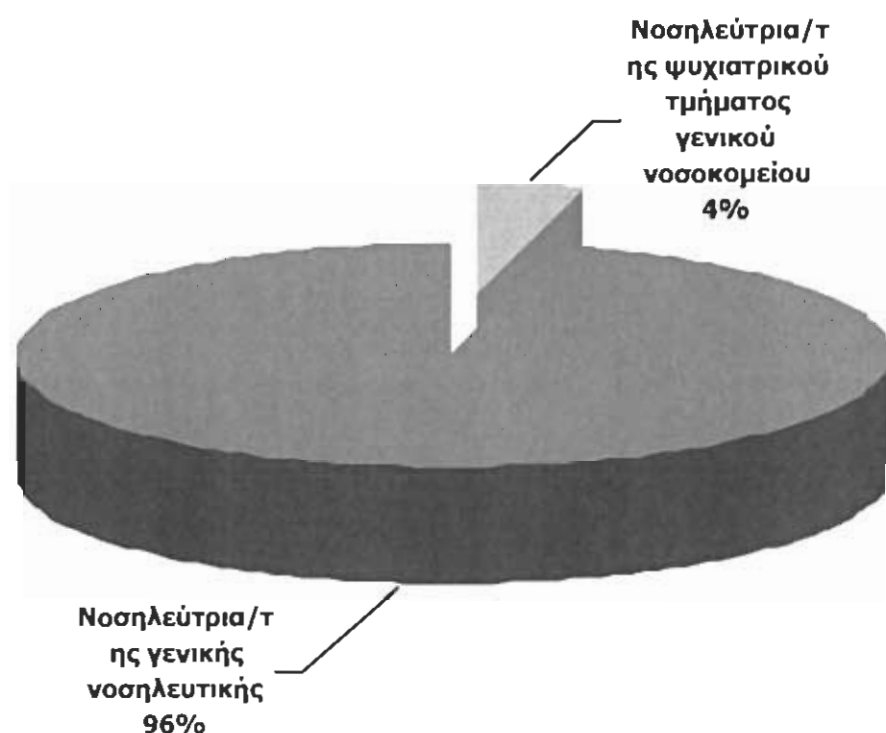


ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ	%
Μέση Τεχνική Σχολή (Δ.Ε.)	36,0
Ανωτέρα Σχολή (ΤΕΙ)	62,0
Ανώτατη Σχολή (ΑΕΙ)	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 62% του δείγματος του Ν.Π. είναι απόφοιτοι Ανωτέρας Σχολής (ΤΕΙ).

9. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με την επαγγελματική τους ιδιότητα.

Από την ερώτηση: «Επαγγελματική ιδιότητα»

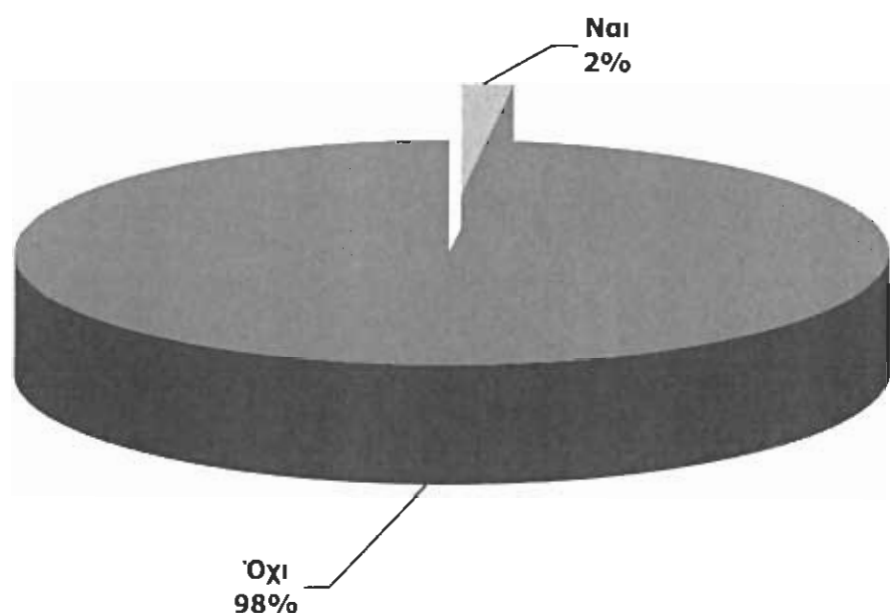


ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	%
Νοσηλεύτρια/της ψυχιατρικού τμήματος γενικού νοσοκομείου	4,0
Νοσηλεύτρια/της γενικής νοσηλευτικής	96,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 96% του δείγματος του Ν.Π. είναι Νοσηλεύτριες / ες γενικής Νοσηλευτικής.

10. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με το αν έχουν πάρει ειδικότητα στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

Από την ερώτηση: «Έχετε πάρει ειδικότητα στην νοσηλευτική ψυχικής υγείας;»

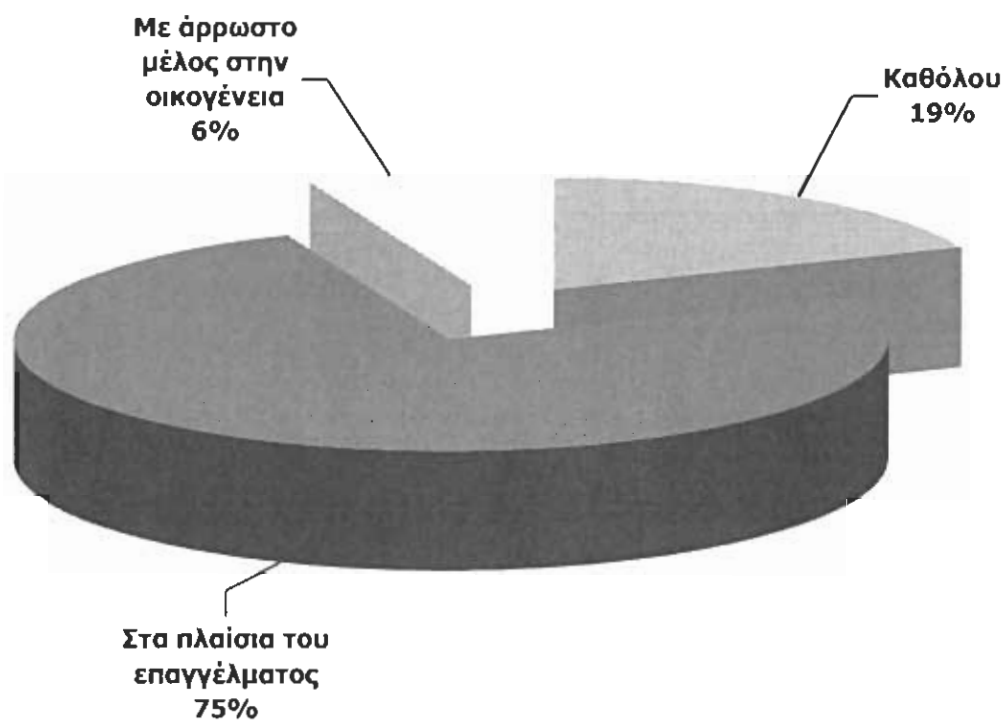


ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	%
Ναι	2,0
Όχι	98,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 98% του δείγματος του Ν.Π. δεν έχουν πάρει ειδικότητα στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

11. *Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. ανάλογα με αν έχουν επαφή με ψυχιατρική νόσο.*

Από την ερώτηση: «Επαφή με ψυχιατρική νόσο»



ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ	%
Καθόλου	19,0
Στα πλαίσια του επαγγέλματος	75,0
Με άρρωστο μέλος στην οικογένεια	6,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 75% του δείγματος του Ν.Π. έχουν επαφή με ψυχιατρική νόσο στα πλαίσια του επαγγέλματος.

Β. ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Πίνακας 1. Μέσες τιμές στους παράγοντες Α, Β, Γ, Δ, Ε στο συνολικό δείγμα.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	\bar{X}	Σ.Α.
Α	40,57	8,49
Β	18,72	9,15
Γ	22,92	3,74
Δ	13,98	4,63
Ε	11,94	4,19

Υποσημείωση – Επεξήγηση συμβόλων

N : Δείγμα

\bar{X} : Μέση τιμή

Σ.Α. : Συντελεστής Απόκλισης

Α.Τ. : Άθροισμα τετραγώνων των αποκλίσεων

Β.Ε. : Βαθμός ελευθερίας

Μ.Τ. : Μέσα τετράγωνα

F : Στατιστικό Τεστ

P : Σημαντική διαφορά

NS : Όχι σημαντική διαφορά

Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Α

4. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι έστω κι αν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται να είναι εντάξει δεν θα πρέπει να παντρεύονται.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	8,1
Συμφωνώ	17,2
Μάλλον συμφωνώ	19,2
Μάλλον διαφωνώ	21,2
Διαφωνώ	28,3
Διαφωνώ εντελώς	6,1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 28,3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι έστω και αν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται να είναι εντάξει δε θα πρέπει να παντρεύονται .

6. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική αρρώστια

	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,0
Συμφωνώ	19,0
Μάλλον συμφωνώ	32,0
Μάλλον διαφωνώ	16,0
Διαφωνώ	21,0
Διαφωνώ εντελώς	8,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 32% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν με την άποψη ότι είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε.

7. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κατευθύνουν ενώ τα κανονικά άτομα ελέγχουν την συμπεριφορά τους.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	10,1
Συμφωνώ	34,3
Μάλλον συμφωνώ	20,2
Μάλλον διαφωνώ	13,1
Διαφωνώ	17,2
Διαφωνώ εντελώς	5,1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 34,3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κατευθύνουν ενώ τα κανονικά άτομα ελέγχουν την συμπεριφορά τους.

9. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στεναχώρια το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται αλλά να απασχολείται με ποιο ευχάριστα πράγματα.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	17,2
Συμφωνώ	42,4
Μάλλον συμφωνώ	15,2
Μάλλον διαφωνώ	10,1
Διαφωνώ	12,1
Διαφωνώ εντελώς	3,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 42,4% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στεναχώρια το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται αλλά να απασχολείται με άλλα πράγματα.

11. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά αρρώστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	11,0
Συμφωνώ	44,0
Μάλλον συμφωνώ	25,0
Μάλλον διαφωνώ	10,0
Διαφωνώ	10,0
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 44% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά αρρώστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους.

14. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	9,0
Συμφωνώ	22,0
Μάλλον συμφωνώ	10,0
Μάλλον διαφωνώ	24,0
Διαφωνώ	24,0
Διαφωνώ εντελώς	11,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 24% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται.

15. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στην δουλειά τους οπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	2,0
Συμφωνώ	7,0
Μάλλον συμφωνώ	6,0
Μάλλον διαφωνώ	34,0
Διαφωνώ	35,0
Διαφωνώ εντελώς	16,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 35% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στην δουλειά τους οπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.

16. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι άνθρωποι δε θα αρρώσταιναν εάν απέφευγαν τις κακές οκέψεις.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,1
Συμφωνώ	11,1
Μάλλον συμφωνώ	23,2
Μάλλον διαφωνώ	19,2
Διαφωνώ	28,3
Διαφωνώ εντελώς	12,1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 28.3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι οι άνθρωποι δε θα αρρώσταιναν εάν απέφευγαν τις κακές οκέψεις.

17. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά

	%
Συμφωνώ απόλυτα	9,0
Συμφωνώ	54,0
Μάλλον συμφωνώ	25,0
Μάλλον διαφωνώ	5,0
Διαφωνώ	6,0
Διαφωνώ εντελώς	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 54% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.

19. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι ένας καρδιοπαθής έχει μόνο μια βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικά από τους άλλους.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	31,0
Συμφωνώ	52,0
Μάλλον συμφωνώ	11,0
Μάλλον διαφωνώ	2,0
Διαφωνώ	3,0
Διαφωνώ εντελώς	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 52% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι ένας καρδιοπαθής έχει μόνο μια βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικά από τους άλλους.

21. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι ψυχικά άρρωστοι ασθενείς δεν θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια

	%
Συμφωνώ απόλυτα	34,0
Συμφωνώ	33,0
Μάλλον συμφωνώ	9,0
Μάλλον διαφωνώ	6,0
Διαφωνώ	14,0
Διαφωνώ εντελώς	4,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 34% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα με την άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς δε θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια.

24. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρεύονταν έναν άντρα που έπασχε από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια έστω κι αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	10,0
Συμφωνώ	18,0
Μάλλον συμφωνώ	20,0
Μάλλον διαφωνώ	30,0
Διαφωνώ	19,0
Διαφωνώ εντελώς	3,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 30% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν με την άποψη ότι θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρεύονταν έναν άντρα που έπασχε από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια έστω κι αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.

35. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι εάν τα παιδιά υγιών γονέων αναλαμβάνονταν από ψυχικά άρρωστους γονείς θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	2,0
Συμφωνώ	16,2
Μάλλον συμφωνώ	37,4
Μάλλον διαφωνώ	23,2
Διαφωνώ	17,2
Διαφωνώ εντελώς	4,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 37,4% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν με την άποψη ότι εάν τα παιδιά υγιών γονέων αναλαμβάνονταν από ψυχικά άρρωστους γονείς θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι.

42. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνιση τους.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	12,1
Συμφωνώ	46,5
Μάλλον συμφωνώ	29,3
Μάλλον διαφωνώ	9,1
Διαφωνώ	3,0
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 46,5% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνιση τους.

45. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	7,1
Συμφωνώ	41,8
Μάλλον συμφωνώ	31,6
Μάλλον διαφωνώ	15,3
Διαφωνώ	4,1
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 41,8% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι.

48. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι μία από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	17,2
Συμφωνώ	49,5
Μάλλον συμφωνώ	26,3
Μάλλον διαφωνώ	2,0
Διαφωνώ	5,1
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 49,5% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι μία από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως.

Πίνακας Α.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Α

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ
4	5
6	3
7	2
9	2
11	2
14	5
15	5
16	5
17	2
19	2
21	1
24	4
35	3
42	2
45	2
48	2
ΣΥΝΟΛΟ	47

$\Sigma \text{ΚΟΡ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ } \Lambda = 82 - 47 = 35.$

Πίνακας 2

ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ: Περιληπτικός πίνακας (ηλικία x φύλο x τωρινή διαμονή x εκπαίδευση x επαγγελματική ιδιότητα x ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας x επαφή με ψυχιατρική νόσο) στον Παράγοντα Α (Κοινωνική Διάκριση)

ΠΗΓΗ	ΑΤ	ΒΕ	ΜΤ	F	P
ΗΛΙΚΙΑ					NS
ΦΥΛΟ					NS
ΤΩΡΙΝΗ ΔΙΑΜΟΝΗ					NS
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ					NS
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	279,743	7	39,963	0,537	NS
ΕΧΕΤΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ					NS
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ					NS
ΥΠΟΛΟΙΠΟ	6848	92	74,443		
ΣΥΝΟΛΟ	7128,510	99			

Δ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Β

26. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	10,0
Συμφωνώ	17,0
Μάλλον συμφωνώ	24,0
Μάλλον διαφωνώ	25,0
Διαφωνώ	21,0
Διαφωνώ εντελώς	3,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 25% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν με την άποψη ότι οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός.

29. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν πρέπει να ψηφίζει.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,1
Συμφωνώ	8,2
Μάλλον συμφωνώ	22,4
Μάλλον διαφωνώ	25,5
Διαφωνώ	29,6
Διαφωνώ εντελώς	10,2
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 29,6% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν πρέπει να ψηφίζει.

31. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες

	%
Συμφωνώ απόλυτα	-
Συμφωνώ	1,0
Μάλλον συμφωνώ	4,0
Μάλλον διαφωνώ	12,1
Διαφωνώ	36,4
Διαφωνώ εντελώς	46,5
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 46,5% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν εντελώς με την άποψη ότι ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.

32. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	-
Συμφωνώ	-
Μάλλον συμφωνώ	5,1
Μάλλον διαφωνώ	19,4
Διαφωνώ	48,0
Διαφωνώ εντελώς	27,6
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 48% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.

34. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι αν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	3,0
Συμφωνώ	7,1
Μάλλον συμφωνώ	9,1
Μάλλον διαφωνώ	29,3
Διαφωνώ	35,4
Διαφωνώ εντελώς	16,2
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 35.4% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι αν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει

36. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρεί ότι κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φυλακές.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,1
Συμφωνώ	9,2
Μάλλον συμφωνώ	9,2
Μάλλον διαφωνώ	15,3
Διαφωνώ	33,7
Διαφωνώ εντελώς	28,6
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 33.7% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φυλακές.

37. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι ο νόμος πρέπει να επιτρέπει μία γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική ασθένεια.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	7,1
Συμφωνώ	7,1
Μάλλον συμφωνώ	18,2
Μάλλον διαφωνώ	24,2
Διαφωνώ	33,3
Διαφωνώ εντελώς	10,1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 33,3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι ο νόμος πρέπει να επιτρέπει μία γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική ασθένεια.

39. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλετε σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,1
Συμφωνώ	15,3
Μάλλον συμφωνώ	18,4
Μάλλον διαφωνώ	24,5
Διαφωνώ	29,6
Διαφωνώ εντελώς	6,1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 29,6% του δείγματος του Ν.Π. απάντησε ότι διαφωνεί με την άποψη ότι η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλετε σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.

40. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι άσχετα με το πως το βλέπουν, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	1,0
Συμφωνώ	4,0
Μάλλον συμφωνώ	13,1
Μάλλον διαφωνώ	14,1
Διαφωνώ	37,4
Διαφωνώ εντελώς	30,3
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 37,4% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι άσχετα με το πως το βλέπουν, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι.

43. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι άνθρωποι των γραμμάτων, οι καθηγητές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	3,0
Συμφωνώ	14,1
Μάλλον συμφωνώ	25,3
Μάλλον διαφωνώ	27,3
Διαφωνώ	29,3
Διαφωνώ εντελώς	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 29,3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι οι άνθρωποι των γραμμάτων, οι καθηγητές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες.

46. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	2,0
Συμφωνώ	6,1
Μάλλον συμφωνώ	7,1
Μάλλον διαφωνώ	14,1
Διαφωνώ	32,3
Διαφωνώ εντελώς	38,4
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 38,4% του δείγματος του Ν.Π. διαφωνεί εντελώς με την άποψη ότι μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις.

49. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο εκτός από το ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	6,1
Συμφωνώ	8,1
Μάλλον συμφωνώ	9,1
Μάλλον διαφωνώ	16,2
Διαφωνώ	40,4
Διαφωνώ εντελώς	20,2
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 40,4% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο εκτός από το ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.

51. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά, με ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση).

	%
Συμφωνώ απόλυτα	5,1
Συμφωνώ	9,1
Μάλλον συμφωνώ	15,2
Μάλλον διαφωνώ	26,3
Διαφωνώ	26,3
Διαφωνώ εντελώς	18,2
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 26,3% του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά, με ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση).

Πίνακας Β.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Β

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ
26	4
29	5
31	6
32	5
34	5
36	5
37	5
39	5
40	5
43	5
46	6
49	5
51	5
ΣΥΝΟΛΟ	66

$$\text{ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Β} = 74 - 66 = 8.$$

Πίνακας 3

ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ: Περίληπτικός πίνακας (ηλικία x φύλο x τωρινή διαμονή x εκπαίδευση x επαγγελματική ιδιότητα x ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας x επαφή με ψυχιατρική νόσο) στον Παράγοντα Β (Κοινωνικός Περιορισμός)

ΠΗΓΗ	ΑΤ	ΒΕ	ΜΤ	F	P
ΗΛΙΚΙΑ					NS
ΦΥΛΟ					NS
ΤΩΡΙΝΗ ΔΙΑΜΟΝΗ					NS
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ					<0,05
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	805,322	7	115,046	1,414	NS
ΕΧΕΤΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ					NS
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ					NS
ΥΠΟΛΟΠΙΟ	7486,838	92	81,379		
ΣΥΝΟΛΟ	8292,160	99			

Πίνακας 4

Μέσες τιμές στον Παράγοντα Β των υποομάδων που καθορίζονται από την εκπαίδευση

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	N	\bar{X}
Δ.Ε.	36	22,56
Τ.Ε.Ι	62	16,37
Δ.Ε.Ι	2	22,50

Ε. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Γ

12. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς

	%
Συμφωνώ απόλυτα	59,0
Συμφωνώ	33,0
Μάλλον συμφωνώ	-
Μάλλον διαφωνώ	2,0
Διαφωνώ	1,0
Διαφωνώ εντελώς	5,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 59% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα με την άποψη ότι αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς.

18. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για την φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	37,0
Συμφωνώ	44,0
Μάλλον συμφωνώ	10,0
Μάλλον διαφωνώ	7,0
Διαφωνώ	2,0
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 44% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για την φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια.

22. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι καθένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλύτερεύσει τον εαυτό του αξίζει την προσπάθεια των άλλων

	%
Συμφωνώ απόλυτα	67,7
Συμφωνώ	31,3
Μάλλον συμφωνώ	-
Μάλλον διαφωνώ	1,0
Διαφωνώ	-
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 67.7% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα με την άποψη ότι καθένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλύτερεύσει τον εαυτό του αξίζει την προσπάθεια των άλλων.

23. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, πολλοί από τους άρρωστους θα γίνονταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	32,0
Συμφωνώ	27,0
Μάλλον συμφωνώ	25,0
Μάλλον διαφωνώ	6,0
Διαφωνώ	10,0
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 32% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα με την άποψη ότι εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, πολλοί από τους άρρωστους θα γίνονταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.

28. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν με φυλακές παρά με χώρους όπου άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν αναγκαίας φροντίδας

	%
Συμφωνώ απόλυτα	27,3
Συμφωνώ	48,5
Μάλλον συμφωνώ	15,2
Μάλλον διαφωνώ	6,1
Διαφωνώ	3,0
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 48,5% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν με φυλακές παρά με χώρους όπου άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν αναγκαίας φροντίδας.

33. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση

	%
Συμφωνώ απόλυτα	22,4
Συμφωνώ	55,1
Μάλλον συμφωνώ	11,2
Μάλλον διαφωνώ	5,1
Διαφωνώ	5,1
Διαφωνώ εντελώς	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 55,1% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση.

38. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργασθούν εξαιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	24,2
Συμφωνώ	52,5
Μάλλον συμφωνώ	18,2
Μάλλον διαφωνώ	2,0
Διαφωνώ	3,0
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 52,3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργασθούν εξαιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.

47. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται όσο το δυνατό σα να ζει στο σπίτι του.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	55,6
Συμφωνώ	36,4
Μάλλον συμφωνώ	6,1
Μάλλον διαφωνώ	1,0
Διαφωνώ	
Διαφωνώ εντελώς	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 55,6% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα με την άποψη ότι τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται όσο το δυνατό σα να ζει στο σπίτι του.

Πίνακας Γ.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Γ'

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ
12	1
18	2
22	1
23	1
28	2
33	2
38	2
47	1
ΣΥΝΟΛΟ	12

$$\text{ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Γ} = 38 - 12 = 26.$$

Πίνακας 5

ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ: Περιληπτικός πίνακας (ηλικία x φύλο x τωρινή διαμονή x εκπαίδευση x επαγγελματική ιδιότητα x ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας x επαφή με ψυχιατρική νόσο) στον Παράγοντα Γ (Κοινωνική Φροντίδα)

ΠΗΓΗ	ΑΤ	ΒΕ	ΜΤ	F	P
ΗΛΙΚΙΑ					NS
ΦΥΛΟ					<0,05
ΤΩΡΙΝΗ ΔΙΑΜΟΝΗ					NS
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ					NS
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	160,311	7	22,902	1,720	NS
ΕΧΕΤΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΝΗΣ					NS
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ					NS
ΥΠΟΛΟΙΠΟ	1225,049	92	13,316		
ΣΥΝΟΛΟ	1385,360	99			

Πίνακας 6

Μέσες τιμές στον Παράγοντα Γ των υποομάδων που καθορίζονται από το φύλο

ΦΥΛΟ	N	\bar{X}
ΑΝΔΡΑΣ	11	19,73
ΓΥΝΑΙΚΑ	89	23,31

ΣΤ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Δ

2. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι η ψυχική αρρώστια είναι μία αρρώστια σαν όλες τις άλλες

	%
Συμφωνώ απόλυτα	11,2
Συμφωνώ	21,4
Μάλλον συμφωνώ	10,2
Μάλλον διαφωνώ	12,2
Διαφωνώ	34,7
Διαφωνώ εντελώς	10,2
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 34,7% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι η ψυχική αρρώστια είναι μία αρρώστια σαν όλες τις άλλες.

3. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι επικίνδυνοι.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	2,0
Συμφωνώ	12,0
Μάλλον συμφωνώ	11,0
Μάλλον διαφωνώ	20,0
Διαφωνώ	48,0
Διαφωνώ εντελώς	7,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 48% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι επικίνδυνοι.

8. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	10,0
Συμφωνώ	36,0
Μάλλον συμφωνώ	17,0
Μάλλον διαφωνώ	20,0
Διαφωνώ	15,0
Διαφωνώ εντελώς	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 36% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο.

13. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με τον εάν θεωρούν ότι οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργαστούν

	%
Συμφωνώ απόλυτα	15,0
Συμφωνώ	43,0
Μάλλον συμφωνώ	23,0
Μάλλον διαφωνώ	10,0
Διαφωνώ	6,0
Διαφωνώ εντελώς	3,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 43% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργαστούν.

27. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένοι.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	8,0
Συμφωνώ	40,0
Μάλλον συμφωνώ	24,0
Μάλλον διαφωνώ	17,0
Διαφωνώ	8,0
Διαφωνώ εντελώς	3,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 40% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένοι.

41. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστευθούν να προσέχουν τα παιδιά τους (μπειμπι – οίτηρες) .

	%
Συμφωνώ απόλυτα	1,0
Συμφωνώ	2,0
Μάλλον συμφωνώ	8,2
Μάλλον διαφωνώ	31,6
Διαφωνώ	36,7
Διαφωνώ εντελώς	20,4
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 36,7% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι διαφωνούν με την άποψη ότι τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστευθούν να προσέχουν τα παιδιά τους (μπειμπι – οίτηρες) .

44. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά αρρώστους.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	11,1
Συμφωνώ	23,2
Μάλλον συμφωνώ	38,4
Μάλλον διαφωνώ	18,2
Διαφωνώ	9,1
Διαφωνώ εντελώς	-
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 38,4% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν με την άποψη ότι πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά αρρώστους.

50. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη και εάν οι πόρτες δεν είναι κλειδωμένες.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	4,0
Συμφωνώ	28,3
Μάλλον συμφωνώ	21,2
Μάλλον διαφωνώ	23,2
Διαφωνώ	18,2
Διαφωνώ εντελώς	5,1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 28,3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη και εάν οι πόρτες δεν είναι κλειδωμένες.

Πίνακας Δ.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Δ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ
2	5
3	5
8	2
13	2
27	2
41	5
44	3
50	2
ΣΥΝΟΛΟ	26

$$\text{ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Δ} = 41 - 26 = 15.$$

Πίνακας 7

ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΤΑΒΑΗΤΟΤΗΤΑΣ: Περιληπτικός πίνακας (ηλικία x φύλο x τωρινή διαμονή x εκπαίδευση x επαγγελματική ιδιότητα x ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας x επαφή με ψυχιατρική νόσο) στον Παράγοντα Δ (Κοινωνική ενσωμάτωση)

ΠΗΓΗ	ΑΤ	ΒΕ	ΜΤ	F	P
ΗΛΙΚΙΑ					<0,05
ΦΥΛΟ					NS
ΤΩΡΙΝΗ ΔΙΑΜΟΝΗ					NS
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ					NS
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	273,267	7	39,038	1,945	NS
ΕΧΕΤΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ					NS
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ					<0,05
ΥΠΟΛΟΙΠΟ	1846,693	92	20,073		
ΣΥΝΟΛΟ	2119,960	99			

Πίνακας 8

Μέσες τιμές στον Παράγοντα Δ των υποομάδων που καθορίζονται από την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	N	\bar{X}
20-29	38	12,18
30-39	49	15,16
40-49	13	14,77

Πίνακας 9

Μέσες τιμές στον Παράγοντα Δ των υποομάδων που καθορίζονται από την επαφή με ψυχιατρική νόσο

ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ	N	\bar{X}
ΚΑΘΟΛΟΥ	19	16,16
ΣΤΑ ΠΑΛΙΣΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	75	13,60
ΜΕ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕΛΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	6	11,83

Ζ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Ε

1. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται σκληρά.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	13,0
Συμφωνώ	39,0
Μάλλον συμφωνώ	21,0
Μάλλον διαφωνώ	9,0
Διαφωνώ	13,0
Διαφωνώ εντελώς	5,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 39% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται σκληρά.

5. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι αν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια

	%
Συμφωνώ απόλυτα	11,1
Συμφωνώ	25,3
Μάλλον συμφωνώ	18,2
Μάλλον διαφωνώ	20,2
Διαφωνώ	20,2
Διαφωνώ εντελώς	5,1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 25,3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι συμφωνούν με την άποψη ότι αν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια.

10. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι αν δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής

	%
Συμφωνώ απόλυτα	3,0
Συμφωνώ	25,0
Μάλλον συμφωνώ	34,0
Μάλλον διαφωνώ	11,0
Διαφωνώ	22,0
Διαφωνώ εντελώς	5,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 34% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν με την άποψη ότι αν δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής.

20. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	3,0
Συμφωνώ	17,0
Μάλλον συμφωνώ	32,0
Μάλλον διαφωνώ	21,0
Διαφωνώ	21,0
Διαφωνώ εντελώς	6,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 32% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν με την άποψη ότι οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους.

25. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων αναλαμβάνονται από υγιείς γονείς, πιθανώς δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	7,0
Συμφωνώ	11,0
Μάλλον συμφωνώ	27,0
Μάλλον διαφωνώ	34,0
Διαφωνώ	19,0
Διαφωνώ εντελώς	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 34% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν με την άποψη ότι εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων αναλαμβάνονται από υγιείς γονείς, πιθανώς δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά.

30. Κατανομή των 100 ατόμων του Ν.Π. σχετικά με το εάν θεωρούν ότι η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται στον χωρισμό ή το διαζύγιο των γονέων του στην παιδική ηλικία.

	%
Συμφωνώ απόλυτα	3,0
Συμφωνώ	21,2
Μάλλον συμφωνώ	29,3
Μάλλον διαφωνώ	22,2
Διαφωνώ	18,2
Διαφωνώ εντελώς	6,1
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Το 29,3% του δείγματος του Ν.Π. απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν με την άποψη ότι η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται στον χωρισμό ή το διαζύγιο των γονέων του στην παιδική ηλικία.

Πίνακας Ε.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Ε

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ
1	2
5	2
10	3
20	3
25	4
30	3
ΣΥΝΟΛΟ	17

$$\text{ΣΚΟΡ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Ε} = 32 - 17 = 15.$$

Πίνακας 10

ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ: Περιληπτικός πίνακας (ηλικία x φύλο x τωρινή διαμονή x εκπαίδευση x επαγγελματική ιδιότητα x ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας x επαφή με ψυχιατρική νόσο) στον Παράγοντα F (Λιτιολογία)

ΠΗΓΗ	ΑΤ	ΒΕ	ΜΤ	F	P
ΗΛΙΚΙΑ					NS
ΦΥΛΟ					NS
ΤΩΡΙΝΗ ΔΙΑΜΟΝΗ					NS
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ					NS
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	60,740	7	8,677	0,475	NS
ΕΧΕΤΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ					NS
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ					NS
ΥΠΟΛΟΙΠΟ	1678,900	92	18,249		
ΣΥΝΟΛΟ	1739,640	99			

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Α – Κοινωνική Διάκριση

Όπως βλέπουμε στον Πίνακα Α η στάση που διαμορφώνει το Ν/Π του δείγματος είναι θετική ως προς τον παράγοντα Α, δηλαδή, ότι ένα ψυχικά διαταραγμένο άτομο περιγράφεται σαν κατώτερο σε σύγκριση με ένα φυσιολογικό· περιλαμβάνει την ανάγκη για μια αυταρχική στάση προς τον ψυχικά πάσχοντα.

Ο Παράγοντας Α και η στάση που περικλείει φαίνεται να είναι κοινωνικά ανεπηρέαστοι, αφού στη διαμόρφωσή τους δεν συμβάλλουν οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές (Πίνακας 2).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Β – Κοινωνικός Περιορισμός

Παρατηρούμε στον Πίνακα Β, ότι η στάση του Ν/Π του δείγματος είναι θετική ως προς τον Παράγοντα Β, δηλαδή, η κοινωνία προληπτικά πρέπει να παίρνει μέτρα καταστολής της παθολογικής συμπεριφοράς· περιλαμβάνει τις έννοιες της απόρριψης του καταναγκασμού και της επιβολής κοινωνικών περιορισμών στον ψυχικά άρρωστο.

Η στάση προς τον ψυχικά πάσχοντα που εκφράζει την ανάγκη του κοινωνικού του περιορισμού αυξάνεται σημαντικά στο Ν/Π διευτούς εκπαίδευσης και μειώνεται στο Ν/Π Τ.Ε. (Πίνακας 4). Ουσιαστικά, το Ν/Π Τ.Ε. αρνείται σε μεγάλο βαθμό την ανάγκη κοινωνικού περιορισμού του ψυχικά νοσούντα.

Ερμηνεύοντας αυτή την διαφοροποίηση, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των Τ.Ε.Ι., σαφώς και δίνει τη δυνατότητα, για όσο το δυνατόν αρτιότερη επιστημονική κατάρτιση, καθώς η προσφορά τόσο θεωρητικής όσο και εργαστηριακής υποδομής, παρέχει γνώσεις για την ενδεδειγμένη νοσηλευτική παρέμβαση όταν και όπου απαιτείται. Είναι σαφές ότι αυτό ισχύει και για την ψυχική ασθένεια.

Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, δεν επηρεάζουν τη διαμορφωθείσα στάση προς τον Παράγοντα Β.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Γ – Κοινωνική Φροντίδα

Διαπιστώνουμε, ότι το Ν/Π εκφράζεται θετικά (Πίνακας Γ) στον Παράγοντα Γ, ο οποίος αναφέρεται σε μια θετική άποψη απέναντι στην ιδεολογία της θεραπευτικής προσέγγισης και σε μια πρόταση βελτίωσης της ποιότητας της παροχής και της κοινωνικής υποστήριξης.

Στις υποομάδες που καθορίζονται από το φύλο (Πίνακας 6) βλέπουμε, ότι οι γυναίκες σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι άνδρες, δέχονται την ανάγκη για παροχή κοινωνικής μέριμνας προς τον ψυχικά άρρωστο.

Δίνοντας μια ερμηνεία σ' αυτή την διαφοροποίηση, θα λέγαμε, ότι, ίσως οφείλεται στην ιδιουσυγκρασία και στην ευαισθησία της γυναίκας.

Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, δεν επηρεάζουν τη διαμορφωθείσα στάση προς τον Παράγοντα Γ.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Δ – Κοινωνική Ενσωμάτωση

Όπως βλέπουμε στον Πίνακα Δ, το Ν/Π του δείγματος διατυπώνει θετική άποψη ως προς τον Παράγοντα Δ, που αναφέρεται στην ανάγκη για την ενσωμάτωση του ψυχικά νοσούντα στην κοινωτική ζωή.

Παρατηρώντας τις ανεξάρτητες μεταβλητές, διαπιστώνουμε, ότι αυτές της ηλικίας και της επαφής με ψυχιατρική νόσο, επηρεάζουν (Πίνακας 7) την διατυπωθείσα άποψη του Ν/Π για τον Παράγοντα. Συγκεκριμένα, όπως βλέπουμε στον Πίνακα 8, οι ηλικίες 30-39 ετών ενστερνίζονται περισσότερο την ανάγκη για ένταξη του ψυχικά ασθενή στην κοινότητα, απ' ότι οι ηλικίες 40-49 και ιδιαίτερα 20-29.

Στον Πίνακα 9, παρατηρούμε, ότι το Ν/Π που ποτέ δεν ήρθε σ' επαφή με ψυχιατρική νόσο, εκφράζει την ανάγκη κοινωνικής ενσωμάτωσης του ασθενή, σε μεγαλύτερο βαθμό, απ' ότι το Ν/Π που επαγγελματικά ή στο οικογενειακό του περιβάλλον ήρθε σ' επαφή.

Αναφορικά με την διαφοροποίηση των υποομάδων της ηλικίας, θεωρούμε, ότι δεν μπορεί να δοθεί κάποια συγκεκριμένη ερμηνεία.

Σχετικά με την διαφοροποίηση των υποομάδων της επαφής με ψυχιατρική νόσο, δίνοντας μια ερμηνεία, θα λέγαμε, ότι κάποιος που ποτέ δεν έχει έρθει σ' επαφή με ψυχιατρικό ασθενή, ή έστω ήρθε επαγγελματικά, πιο εύκολα υιοθετεί την άποψη της ανάγκης, για ένταξη

του ψυχικά νοσούντα στην κοινότητα, απ' ότι κάποιος, που στο οικογενειακό του περιβάλλον αντιμετώπισε μια ανάλογη περίπτωση. Σαφώς αυτός, θεωρεί πιο δύσκολη την επανένταξη του ψυχικά πάσχοντα στην κοινωνία, γιατί έχει εμπειρίες και βιώματα που μερικές φορές καθιστούν ακόμα και τη συμβίωση μέσα στην οικογένεια δύσκολη.

Όμως, αυτή η στάση του Ν/Π που στο οικογενειακό περιβάλλον ήρθε σ' επαφή με ψυχικά πάσχοντα, ίσως απηχεί και απόψεις που έχουν να κάνουν με τον κοινωνικό στιγματισμό και την προκατάληψη για κάθε παρέκκλιση της συμπεριφοράς.

Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, δεν επηρεάζουν τη διαμορφωθείσα στάση προς τον Παράγοντα Δ.

Παράγοντας Ε – Αιτιολογία

Παρατηρούμε στον Πίνακα Ε, ότι η στάση του Ν/Π του δείγματος είναι θετική ως προς τον Παράγοντα Ε. Ο παράγοντας αυτός διαφοροποιείται από τους άλλους τέσσερις μέσα από την έκφραση απόψεων για την προέλευση της ψυχικής αρρώστιας. Η πιο σημαντική είναι η άποψη για την επίδραση της οικογένειας.

Η στάση που διαμορφώνεται δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές του παράγοντα (Πίνακας 10).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Θέλοντας να εξάγουμε τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας μας θα λέγαμε, ότι κατά την άποψή μας είναι τα ακόλουθα:

1. Με βάση τα συνολικά αποτελέσματα σε κάθε παράγοντα διαπιστώνουμε, ότι το μεγαλύτερο μέρος του Ν/Π του δείγματος υιοθετεί την άποψη για μια αυταρχική στάση προς τον ψυχικά άρρωστο και πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει κοινωνικός περιορισμός.
2. Μέσα από τις απαντήσεις που έδωσε το Ν/Π φαίνεται, ότι στο μεγαλύτερο μέρος του, θεωρεί απαραίτητη τη βελτίωση της κοινωνικής μέριμνας και της θεραπευτικής προσέγγισης, αλλά και την ανάγκη της κοινωνικής ενσωμάτωσης του ασθενούς.
3. Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις του Παράγοντα Ε, ο οποίος διαφοροποιείται από τους υπόλοιπους τέσσερις, συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του Ν/Π θεωρεί, ότι η οικογένεια αποτελεί σημαντική αιτία προέλευσης και εξέλιξης της ψυχικής νόσου.
4. Σχετικά με τις ανεξάρτητες μεταβλητές και την επίδραση τους στους παράγοντες διαπιστώνουμε, ότι:
 - α. Οι Παράγοντες Α και Ε δεν επηρεάζονται από καμία ανεξάρτητη μεταβλητή.
 - β. Το επίπεδο σπουδών (Παράγοντας Β), το φύλο (Παράγοντας Γ), η ηλικία και η επαφή με ψυχιατρική νόσο (Παράγοντας Δ) είναι οι μεταβλητές που φαίνεται να έχουν επίδραση στους παράγοντες.
5. Σε γενικές γραμμές οι ανεξάρτητες μεταβλητές δεν επιδρούν σημαντικά στους παράγοντες και στη στάση που αυτοί περικλείουν.

Οι προτάσεις που εμείς θα θέλαμε να κάνουμε με βάση την έρευνά μας είναι οι εξής:

1. Προτάσεις που αφορούν το Ν/Π:
 - α. Ποιοτική αναβάθμιση της εκπαίδευσης του Ν/Π σ' όλες τις βαθμίδες
 - β. Το Ν/Π των ψυχιατρικών τμημάτων και των ψυχιατρείων να αποτελείται από όσο το δυνατόν περισσότερους ειδικευμένους / ες

Νοσηλευτές / τριες Ψυχικής Υγείας.

- γ. Κυκλική μετακίνηση των ψυχιατρικών νοσηλευτών σε διαφορετικούς χώρους ειδικευμένης εργασίας για αποφυγή φαινομένων επαγγελματικής κόπωσης και μείωσης της επαγγελματικής ικανοποίησης και απόδοσης
2. Αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλες τις βαθμίδες ψυχιατρικής περίθαλψης, όχι μόνο από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και από την πλευρά της πολιτείας· σύγχρονες μονάδες νοσηλείας άρτια εξοπλισμένες, δημιουργία αποκαταστασιακών δομών σε ολόκληρη τη χώρα.
 3. Δημιουργία ενημερωτικών και παρεμβατικών προγραμμάτων σε οικογένειες πασχόντων, προκειμένου να αποτελέσουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που θα βοηθήσει αποτελεσματικά στην θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενούς, αλλά και στην ομαλότερη ενσωμάτωση του στην κοινωνία. Ακόμη τα προγράμματα αυτά σε διαφορετική μορφή βέβαια, θα πρέπει να λειτουργήσουν και στο πλαίσιο της κοινότητας, έτσι ώστε να αποφεύγεται η απόρριψη και ο κοινωνικός περιορισμός του ασθενούς. Πιστεύουμε, ότι η αλλαγή συμπεριφοράς και νοοτροπίας αποτελεί κλειδί για την κοινωνική επανένταξη και αποδοχή του ψυχικά ασθενούς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνάς μας είναι, η διερεύνηση της στάσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, όπως αυτή διαμορφώνεται σύμφωνα με την κλίμακα Ο.Μ.Ι. Ο πληθυσμός (υλικό) στον οποίο διενεργήθηκε η έρευνα ήταν μικρό μέρος του Ν/Π του Π.Π.Γ.Ν.Π και του Π.Γ.Ν.Π ο «Άγιος Ανδρέας». Το δείγμα που επιλέχθηκε έχει μέγεθος 100.

Η επεξεργασία έγινε με βάση το πρόγραμμα στατιστικών αναλύσεων SPSS.

Ολοκληρώνοντας την έρευνα καταλήξαμε στις ακόλουθες ουσιαστικές διαπιστώσεις: Πρώτον, το μεγαλύτερο μέρος του Ν/Π, ενώ θεωρεί τους ψυχικά ασθενείς ως υποδεέστερα κοινωνικά άτομα και συμφωνεί με τον κοινωνικό περιορισμό τους, υιοθετεί την άποψη, της ανάγκης για την κοινωνική ενσωμάτωσή τους και επιθυμεί την βελτίωση της κοινωνικής φροντίδας. Τα παραπάνω δείχνουν την ανάγκη:

α) για αρτιότερη εκπαίδευση του Ν/Π, β) για βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Δεύτερον, σύμφωνα με τις απαντήσεις που εδόθησαν, η οικογένεια αποτελεί σημαντικό γενεοιουργό αίτιο, αλλά και καταλυτικό παράγοντα στην εξέλιξη της ψυχικής νόσου.

Αυτό σημαίνει, ότι πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειες παρέμβασης και ενημέρωσης της οικογένειας για τους ψυχικά ασθενείς.

SUMMARY

The purpose of our research is to investigate the attitude of the Nursing staff towards mentally ill patients as this is formed according to the O.M.I scale.

The population (material) in which the research was realized was a small part of the N/S of the Provincial Academic General Hospital of Patras and of the Provincial General Hospital of Patras "Sant Andrews". The sample that was selected, has size 100. The elaboration of the elements was based on the program of statistics analysis SPSS.

Finishing the research we ended in to the following essential findings: First, the biggest part of the N/S, in spite of its point of view, that mentally ill patients are socially subordinate persons and must be socially limited, adopts the opinion, that mentally ill patients need to be socially embodied and wishes (the N/S) the improvement of the social care.

The above shows the need for : a) a whole education for the N/S, b) improvement of the supplied services.

Second, according to the answers that were given, the family compose a main underlying reason and a catalytic factor in the progress of mental illness.

This means, that the efforts for interference and information the family for mental illness must increase.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Επίτομος Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α. Νέα Έκδοση, Αθήνα 1996.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη. Επίτομος Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 1994.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. Εισαγωγή στην κοινωνική Ψυχιατρική. Επίτομος Εκδόσεις «Καστανώτη», Αθήνα 2000.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Επίτομος Εκδόσεις «Καστανιώτη», Αθήνα 2000.
- ΜΑΝΟΣ Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής. Επίτομος Εκδόσεις «University Studio Press», Θεσσαλονίκη 1988.
- ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. Ψυχιατρική. Επίτομος 3^η Έκδοση Εκδόσεις «Γραφικές Τέχνες», Αθήνα 1998.
- ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Γ. – ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΟΥ Α. Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική. Επίτομος Εκδόσεις «Ιατρικές Εκδόσεις Λίτοας», Αθήνα 1988.
- ΡΑΓΙΑ Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Επίτομος, ΑΘΗΝΑ [Χ.Ο.], 1993.
- ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ Π. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Επίτομος 2^η αναθεωρημένη έκδοση Εκδόσεις «Θεμέλιο», Αθήνα 1991.
- ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. και ΣΥΝ. Ψυχιατρική. Πρώτος Τόμος Εκδόσεις «ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις», Αθήνα 2000.
- ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. και ΣΥΝ. Ψυχιατρική. Δεύτερος Τόμος Εκδόσεις «ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις», Αθήνα 2000.
- ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ
- ΑΛΕΒΙΖΟΣ Α., ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. Η γνώμη πάνω στην Ψυχική αρρώστια μεταξύ διαφόρων επαγγελματικών ομάδων υπηρεσιών υγείας. Εγκέφαλος 20, 1983 σ. 59-63
- ΑΝΤΩΝΑΣ Α., ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Ε., ΔΟΥΛΓΕΡΙΔΟΥ Ε., ΜΠΟΣΚΟΥ Π., ΠΟΛΥΧΡΟΝΙΔΟΥ Ε., ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ Γ. Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής

Αποκατάστασης, σε ένα τμήμα Χρονίων Ψυχιατρικών Αρρώστων: Ο ρόλος του / της Νοσηλευτή - τριάς. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 51, 1995 σ. 61-62

ΚΛΗΜΗΣ Ε. Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας – Παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο του – Προτάσεις επίλυσης. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 66, 1999 σ.66-68

ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., ΜΑΔΙΑΝΟΥ Δ., ΒΛΑΧΟΝΙΚΟΛΗΣ Ι., ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. Η στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστια σε δύο δήμους της Αθήνας: Δημογραφικές και Κοινωνικές Επιδράσεις. Εγκέφαλος 21, 1984 σ. 162 – 167

ΜΑΝΤΗΣ Χ., ΛΙΟΝΤΟΣ Ν., ΥΦΑΝΤΗΣ Θ., ΛΙΑΚΟΣ Α. Η στάση του προσωπικού ενός Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου απέναντι στην ψυχική αρρώστια και τον ψυχικά άρρωστο και η σχέση της με τη λειτουργία εντός του Νοσοκομείου μιας Ψυχιατρικής Κλινικής. Εγκέφαλος 31, 1994 σ. 12-23

ΜΠΙΛΑΝΑΚΗΣ Ν., ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ Ν. Η γνώμη για την ψυχική αρρώστια ψυχιάτρων και νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 32, 1990 σ.19-22

ΤΡΙΠΟΔΙΑΝΑΚΗΣ Γ., ΣΑΡΑΝΤΙΔΗΣ Δ., ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Σ. Η στάση του προσωπικού ενός Γενικού Νοσοκομείου απέναντι στον ψυχικά άρρωστο. Εγκέφαλος 27, 1990 σ. 141-146

ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΗΣ Β., ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., ΠΑΝΤΕΛΗ Π., ΧΑΤΖΗΠΑΝΑΓΗ Γ. Η στάση απέναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών υγείας στην Κύπρο Ψυχιατρική 9, 1998 σ. 216-230

COHEN J., STRUENING E. Opinions about Mental Illness in the personnel of two large mental hospitals. J Abn Soc Psychology 1962, 64: 349-360

ΛΕΞΙΚΑ

ΜΑΝΟΣ Ν. Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων. ΑΓΓΛΟΕΛΛΗΝΙΚΟ – ΕΛΛΗΝΟΑΓΓΛΙΚΟ. Επίτομος, Β' Έκδοση Εκδόσεις «University Studio Press», Θεσσαλονίκη, 1987

ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Oxford Greek – English Learner's Dictionary,
Επίτομος, 3^η Έκδοση, Εκδόσεις Oxford «University Studio Press»,
ΑΘΗΝΑ, 1991

INTERNET

<http://www.edae.gr/infop.htm>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ηλικία [] ετών

2. Φύλο [] Άρρεν [] Θήλυ

3. Τόπος γέννησης
 - α) Χωριό
 - β) Πόλη
 - γ) Μεγαλούπολη

4. Τόπος ανατροφής μέχρι την ηλικία των 18 χρονών
 - α) Χωριό
 - β) Πόλη
 - γ) Μεγαλούπολη

5. Τωρινή διαμονή
 - α) Χωριό
 - β) Πόλη
 - γ) Μεγαλούπολη

6. Οικογενειακή κατάσταση

A) Έγγαμος

B) Άγαμος

7α. Αριθμός παιδιών

7β. Ηλικία παιδιών

8. Επίπεδο σπουδών

α) Μέση Τεχνική Σχολή (Δ.Ε.)

β) Ανωτέρα Σχολή (ΤΕΙ)

γ) Ανωτάτη Σχολή (ΑΕΙ)

9. Επαγγελματική ιδιότητα

α) Νοσηλεύτρια/ της ψυχιατρικού νοσοκομείου

β) Νοσηλεύτρια/της ψυχιατρικού τμήματος γενικού
νοσοκομείου

γ) Νοσηλεύτρια/της γενικής νοσηλευτικής

10. Έχετε πάρει ειδικότητα στην νοσηλευτική ψυχική υγείας;

α) Ναι

β) Όχι

11. Επαφή με ψυχιατρική νόσο (μπορείτε να σημειώσετε πάνω από ένα)

α) Καθόλου

β) Στα πλαίσια του επαγγέλματος

γ) Με άρρωστο μέλος στην οικογένεια

Διερεύνηση της στάσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές

	1. συμφωνώ απόλυτα	2. συμφωνώ	3. μάλλον συμφωνώ	4. μάλλον διαφωνώ	5. διαφωνώ	6. διαφωνώ εντελώς
1. Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά						
2. Η ψυχική αρρώστια είναι μία αρρώστια σαν όλες τις άλλες						
3. Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι επικίνδυνοι						
4. έστω κι αν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται να είναι εντάξει, δεν θα πρέπει να παντρεύονται						
5. Εάν οι γονείς αγαπούσαν τα παιδιά τους θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια						
6. Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική αρρώστια						
7. Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κατευθύνουν, τα κανονικά άτομα ελέγχουν την συμπεριφορά τους						
8. Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο						
9. Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στενοχώρια το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται αλλά να απασχολείται με πιο ευχάριστα πράγματα						
10. Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής						
11. Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά αρρώστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους.						
12. Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς.						
13. Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργαστούν.						
14. Τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν θα πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται.						
15. Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι						

Διερεύνηση της στάσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές

στην δουλειά τους σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.
16. Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν εάν απέφευγαν κακές σκέψεις.
17. Οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.
18. Περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για την φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια.
19. Ένας καρδιοπαθής έχει μία μόνο βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους.
20. Οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους.
21. Οι ψυχικά άρρωστοι ασθενείς δεν θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια.
22. Καθένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλύτερέψει τον εαυτό του, αξίζει τον σεβασμό των άλλων.
23. Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, πολλοί από τους αρρώστους θα γίνονταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.
24. Θα ήταν ανόητη μία γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από μία σοβαρή ψυχική ασθένεια έστω κι αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.
25. Εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων αναλαμβάνονται από υγιείς γονείς, πιθανώς δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά.
26. Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός.
27. Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και αν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένοι.
28. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν με φυλακές παρά με χώρους

1. συμφωνώ απόλυτα	2. συμφωνώ	3. μάλλον συμφωνώ	4. μάλλον διαφωνώ	5. διαφωνώ	6. διαφωνώ εντελώς

Διερεύνηση της στάσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές

όπου άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν της αναγκαίας φροντίδας.
29. Όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν θα πρέπει να ψηφίζει.
30. Η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται στον χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων του στην παιδική ηλικία.
31. Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.
32. Το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.
33. Στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτικής τους χρήση.
34. Εάν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον, θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει.
35. Εάν τα παιδιά υγιών γονέων αναλαμβάνονταν από ψυχικά άρρωστους γονείς θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι.
36. Κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες.
37. Ο νόμος πρέπει να επιτρέπει μια γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική ασθένεια.
38. Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργασθούν εξαιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.
39. Η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.
40. Άσχετα πως το βλέπετε, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι!
41. Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστεύονται να προσέχουν μικρά παιδιά (μπέιμπυ – σίττερς).
42. Οι περισσότεροι άρρωστοι στα

1. συμφωνώ απόλυτα	2 συμφωνώ	3. μάλλον συμφωνώ	4. μάλλον διαφωνώ	5. διαφωνώ	6. διαφωνώ εντελώς

	1. συμφωνώ απόλυτα	2 συμφωνώ	3. μάλλον συμφωνώ	4. μάλλον διαφωνώ	5. διαφωνώ	6. διαφωνώ εντελώς
ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνιση τους.						
43. Οι άνθρωποι των γραμμάτων, οι καθηγητές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες.						
44. Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά αρρώστους.						
45. Αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι.						
46. Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις.						
47. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται, όσο το δυνατόν σαν να ζει στο σπίτι του.						
48. Μια από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως.						
49. Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο εκτός να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.						
50. Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη και εάν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες.						
51. Όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδισθούν να έχουν παιδιά, με μία ανώδυνη εγχείριση (στείρωση)						

