

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

Οργανικά Ψυχοσύνδρομα

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑ Γ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ



ΠΑΤΡΑ 2003

ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ



ΠΑΤΡΑ 2003

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΓΕΝΙΚΟ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	7
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	11
ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	11
ΑΝΤΙΛΗΨΗ	11
ΜΝΗΜΗ	11
ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ	12
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ	12
ΠΡΟΣΟΧΗ	12
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ	12
ΣΚΕΨΗ	13
ΒΟΥΛΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	13
ΣΥΝΕΙΡΜΟΣ	13
ΚΡΙΣΗ	13
ΦΑΝΤΑΣΙΑ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	15
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ- ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	15
Α. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	15
Β. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	15
Γ. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	18
4.1 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ	18
Α. Ολιγοφρένειες και άνοιες	18
Β. Οργανοψυχικές ασθένειες (οργανικά ψυχοσύνδρομα)	18
Γ. Νευρώσεις	18
Δ. Ψυχώσεις	19
Ε. Ψυχανωμαλίες	19
ΣΤ. Ψυχοσωματικές διαταραχές	19
4.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ	19
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	21
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	21
ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	23
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	24
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	24
3.1 Οργανικά ψυχοσύνδρομα απότοκα προγεροντικών, γεροντικών και αγγειακών ανοιών.	24
3.1.1 Νόσος Alzheimer	24
Νευροπαθολογικά ευρήματα στη νόσο του Alzheimer	24

3.1.2 Άνοια σε υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης	27
3.1.3 Νόσος Pick	27
3.1.4 Άνοια μετωπιαίου λοβού	28
3.1.5 Αρτηριοσκληρωτική άνοια	28
3.1.6 Νόσος Creutzfeldt – Jacob	28
3.2 Οργανικά ψυχοσύνδρομα αιτίοκα νευρολογικών ή άλλων σωματικών διαταραχών.	29
3.2.1 Νόσος Huntington	29
3.2.2 Νόσος Parkinson	30
3.2.3 Νόσος H.I.V.	30
3.2.4 Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας	31
Αιτιολογία	31
Παθογένεια	31
Κλινική εικόνα - Συμπτώματα	31
3.2.5 Νεοπλάσματα εγκεφάλου	32
3.2.6 Νευροσύφιλη	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	34
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	34
4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	34
4.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	36
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ /ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	36
5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	36
Α. Διανοητική σύγχυση (ή συγχυτική κατάσταση)	36
Β. Συγχυτικός ονειρισμός	37
Γ. Οξύ συγχυτικό παραλήρημα ή οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο	37
Δ. Συγχυτική εμβρόντησια (stupor)	37
5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	39
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	39
6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	39
6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	41
7.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΟΞΕΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	41
7.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	41
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΕΙΔΙΚΟ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	43
ΠΡΟΛΗΨΗ	43
ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	43
ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	43
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	44
ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	45
2.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	45
2.2 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	47
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	48
4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	48

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

4.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	48
4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	50
4.3.1 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ (παρακολούθηση)	50
4.3.2 ΤΡΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Νοσηλευτικές δεξιότητες)	51
4.3.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	51
4.3.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	52
4.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	54
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	54
5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΤΟΜΟΥ	54
5.2 ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΣΤΗ ΠΑΡΟΧΗ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	55
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	56
5.4 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	56
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε μέρα, κάθε ώρα, κάθε στιγμή της ζωής μας παίρνουμε αποφάσεις, διακατεχόμαστε από εναλλακτικά συναισθήματα, προβαίνουμε σε πράξεις – άσχετα αν αυτά τα κάνουμε συνειδητά ή υποσυνείδητα και μηχανικά – υπακούοντας στους νόμους της συνήθειας, της μάθησης.

Ταυτόχρονα σε κάθε φάση συνδιαλλαγής μας με αλλά άτομα μπορούμε και συχνά αξιολογούμε τόσο τη δική μας συμπεριφορά όσο και τη συμπεριφορά τρίτων. Κρίνουμε πράγματα και καταστάσεις ως σωστά, τίμια, ηθικά ή ανήθικα, έξυπνα ή κουτά, νορμάλ ή παθολογικά.

Σε ό,τι αφορά τις κρίσεις μας για την ψυχο-διανοητικο-συναισθηματική κατάσταση του εαυτού μας ή των άλλων, μολονότι μπορούμε να διακρίνουμε το νορμάλ από το παθολογικό, είναι εντούτοις δύσκολο – για το μέσο άνθρωπο και τους ειδικούς – να ορίσουμε με ευδιάκριτα σύνορο τη διαφορά μεταξύ πρώτου και δεύτερου.

Με λίγα λόγια, το πρόβλημα της διαφοροποίησης της νορμάλ ή ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς είναι τόσο πολύπλοκο ώστε δεν επιδέχεται ένα απλό ορισμό. Είναι όντως ευκολότερο να παρατηρήσει κανείς την ψυχοπαθολογική συμπεριφορά παρά να την ορίσει.

Με την διαρκώς αυξανόμενη ένταση και συχνότητα κάνουμε τώρα αναφορές σε ψυχοπαθολογική συμπεριφορά, νευρωτικές καταστάσεις και ψυχασθένειες.

Στην εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων για την εντόπιση των αιτιών της ανώμαλης ή ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς, είναι φυσικό οι μεν νευρολόγοι – ψυχίατροι να εμμένουν στις οργανικές θεωρίες τους, οι δε ψυχολόγοι – ψυχαναλυτές – ψυχοθεραπευτές να προτιμούν την εντόπιση δυσλειτουργιών στην προσωπικότητα, τη συμπεριφορά και τις μεθόδους προσαρμογής του ατόμου στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του.

Ο εγκέφαλος του ανθρώπου, ο ρυθμιστής των σωματικών και ψυχοπνευματικών λειτουργιών, παραμένει ακόμη μια άγνωστη περιοχή με τρομακτικές δυνατότητες. Η δυνατότητα σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων – ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα, ακτίνες Χ, αξονικοί τομογράφοι και βιοχημικές αναλύσεις – μας βοηθούν να εντοπίσουμε βλάβες που δημιουργούν ενδογενή ή εξωγενή αίτια και να εφαρμόσουμε την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Φυσικά ΔΕΝ υπάρχουν θεραπείες για κάθε πρόβλημα, αλλά σε σύγκριση με πραγματέστερες εποχές σώζονται πολλά άτομα και βοηθούνται να επανενταχθούν – έστω μερικά – στο κοινωνικοοικονομικό τους περιβάλλον.¹

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΓΕΝΙΚΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί χρονικά πότε εμφανίστηκε ο πρώτος «ψυχιατρικός ασθενής». Είναι πολύ πιθανόν από τον πρώτο κίονας καιρό, που οι άνθρωποι άρχισαν να σχηματίζουν μικρές κοινωνίες να υπήρξαν ορισμένοι που με τη «διαφορετική» συμπεριφορά τους να 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 μυστήριό του και ίσως αυτό να εξηγεί τη συνέχεια της Ψυχιατρικής, σε όλες τις περιόδους.¹⁸ Είναι σημαντικό ότι η Ψυχιατρική, ο κλάδος εκείνος της ιατρικής που ασχολείται με την αιτιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών παθήσεων και διαταραχών, μια οντότητα ασχολούμενη με εξαιρετικά μεγάλο αριθμό ασθενών, υπήρξε η τελευταία ειδικότητα που ενσωματώθηκε στο φάσμα της Ιατρικής πριν από ενάμιση περίπου αιώνα. Πριν από την περίοδο αυτή οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν αντικείμενο της φιλοσοφίας, κι ακόμα πιο παλιά και δια μέσου του Μεσαίωνα, ο ψυχικά άρρωστος, εάν δεν αγνοούνταν, θα «φροντίζονταν» (δηλαδή θα φυλακίζονταν, θα τιμωρούνταν ή θα εξορκίζονταν) από «γιατρούς» και κληρικούς.^{4,1}

Οι ψυχικές αρρώστιες δια μέσου των αιώνων - και άσχετα εάν άλλοτε το πνεύμα θεωρήθηκε ξεχωριστό και άλλοτε ενωμένο με το σώμα. Υπήρξαν πάντοτε δύσκολες και στην κατανόηση τους και στη θεραπεία τους.

Ας αρχίσουμε όμως την αναδρομή από τον *τρυπανισμό*, ο οποίος ανήκει στην Νεολιθική περίοδο (4.000 ή 5.000 χρόνια π.Χ.) και ο οποίος τράβηξε αρκετά την προσοχή του Broca πριν ένα αιώνα, με αποτέλεσμα να γράψει ένα βιβλίο γι' αυτόν. Ο τρυπανισμός, σύμφωνα με τους ανθρωπολόγους, είναι ίσως η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί της ψυχικής αρρώστιας και σκοπό είχε αυτή ακριβώς την απελευθέρωση του ασθενή από τα πνεύματα που τον τυραννούσαν.⁸ Ήταν ευρύτατα διαδεδομένος και συνεχίστηκε μέχρι και το Μεσαίωνα. Αλλά αν ο τρυπανισμός σιγά – σιγά εγκαταλείφθηκε, ο σαμανισμός εξακολουθεί να εξασκείται ακόμη και σήμερα.

Ο *Σαμανισμός* προέρχεται από τη λέξη «σαμάν» που σημαίνει κάτι ανάλογο προς «άνθρωπος, μάγος της ιατρικής», στη γλώσσα Tugus της Β. Σιβηρίας, είναι δε η μέσω του shaman θεραπεία του ασθενή από κακά πνεύματα. Διάφορες μορφές μαγείας ή επικοινωνίας με το υπερπέραν ή και ψυχοθεραπείας, που βασίζονται στις εξαιρετικές ιδιότητες του shaman, έχουν την προέλευση τους στην πανάρχαια αυτή λειτουργία.

Και ερχόμαστε στην αρχαία Αίγυπτο, Ινδίες και Κίνα. Από το 2000 π.Χ. υπάρχουν πολλά τεκμήρια ότι και οι τρεις αυτοί πολιτισμοί γνωρίζουν τις ψυχικές ασθένειες τις περιγράφουν και τις θεραπεύουν είτε με εξορκισμούς, είτε με

φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία) ή βελονισμό (Κίνα), κ.λ.π. Όσον αφορά τον Ιουδαϊκό πολιτισμό, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνται σταλμένες από το Θεό, όπως του Σαούλ που μοιάζει με μανιοκαταθλιπτική ψύχωση και του Ναβουχοδονόσωρα (Βαβυλώνα) που περιγράφεται ως λυκανθρωπία (φαντάζεται τον εαυτό του λύκο-μορφή μελαγχολίας).⁸

Στην αρχαία Ελληνική Μυθολογία αλλά και στο δράμα μπορούμε να διακρίνουμε ψυχοπαθολογικές διαταραχές.

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

Μια από τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους στη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων. Τον 5^ο αιώνα π.χ. ο Ιπποκράτης διακήρυξε ότι οι ψυχικές παθήσεις δεν έχουν καμία σχέση με τις υπερφυσικές δυνάμεις και απέρριψε με ενθουσιασμό την δαιμονική αιτιολογία τους.¹⁹ Θεωρεί ότι η ψυχική ασθένεια προέρχεται από την διαντίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών - αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα, που με τη σειρά τους προέρχονται από τις τέσσερις βασικές ιδιότητες της φύσης - θερμότητα, ψύχος, υγρασία και ξηρασία. Οι άνθρωποι κατατάσσονται σε τέσσερις ιδιοσυγκρασίες - αιματώδη, χολερική, μελαγχολική και φλεγματική. Ειδικά η μαύρη χολή θεωρείται υπεύθυνη για ψυχική ασθένεια οπότε και χορηγείται κατάλληλο καθαρτικό.

Περιέγραψε τις βροσικές ψυχικές διαταραχές - τις λεγόμενες «φρενίτιδες» - με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα: «υστερία», «μελαγχολία», «μανία», «άνοια», «παράνοια». Ειδικά την υστερία, που τη θεώρησε αποκλειστική πάθηση των γυναικών, την απέδιδε σε υπερκινητικότητα της μήτρας συνδεδεμένη με σεξουαλική διαταραχή γι' αυτό συνιστούσε ως θεραπεία το γάμο.⁸

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. Στην συνέχεια πολλοί γιατροί ακολουθώντας το παράδειγμα τους ασχολήθηκαν σοβαρά με την ψυχιατρική.

Ο Αριστοτέλης τόνιζε τη σημασία της μουσικής, του οίνου και της καθαρσης για την θεραπεία των ψυχασθενειών και ιδίως της μελαγχολίας. Οι Ελληνορωμαϊκοί χρόνοι συνδέονται άμεσα με τα ονόματα του Ασκληπιάδη, ο οποίος αναγνώρισε τη σημασία των συγκινήσεων στη δημιουργία των ψυχικών διαταραχών και πρότεινε για την αντιμετώπισή τους μεθόδους ψυχολογικές, του Κέλσου, του Αρεταίου, του Σωρανού, του Σέλιου 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 έδρα της ψυχής. Συσχέτιζε τη μανία με την κατάθλιψη. Με την εργασία του η ιατρική σκέψη φθάνει σε μεγάλο βαθμό. Αυτός ανακάλυψε ότι η ύπαρξη ενός συμπτώματος δε 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 στη 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. Ίσως η πιο ση-

μαντική προσφορά των Ρωμαίων στην ψυχιατρική ήταν η δημιουργία νόμων για τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για την ψυχική ασθένεια και επί Ιουστινιανού (483-565 μ.Χ.) και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και ασθενείς.¹⁸

Μετά το 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 το 19^ο αιώνα.

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 δύο τονίζουν την αναγκαιότητα ανθρωπίνης μεταχείρισης των ψυχασθενών. Με την ανατολή του 16^{ου} αιώνα όμως, κάνει πάλι την εμφάνιση της η επιστημονική έρευνα στο χώρο της ιατρικής.

Ο Johan Weyer θεωρείται και δίκαια ο πρώτος ψυχίατρος.⁷ Στα βιβλία του περιέγραψε συστηματικά ψυχικές ασθένειες.

Στις αρχές του 17^{ου} αιώνα ο Άγγλος γιατρός Edward Jorden υποστήριξε ότι η υστερία είναι μια ψυχοσωματική και όχι αποκλειστικά σωματική διαταραχή. Την εποχή αυτή οι συνθήκες διαβίωσης των ψυχοπαθών είναι αξιοθρήνητες. Παράλληλα με την επανεμφάνιση της επιστημονικής έρευνας και την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, βελτιώνεται η στάση της κοινής γνώμης απέναντι στους ψυχοπαθείς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ίδρυση ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη 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 με ευήλια δωμάτια. Διαχώρισε τους ψυχοπαθείς ανάλογα με την βαρύτητα της πάθησης.

Το ψυχαναλυτικό κίνημα αποτέλεσε οπωσδήποτε τη μεγάλη επανάσταση στην ψυχιατρική του αιώνα μας. Ιδρυτής ήταν ο Sigmund Freud (1856-1939), που το 1900 έγραψε την Ερμηνεία των Ονείρων, το σημαντικότερο ίσως έργο του. Με τις νέες απόψεις του και τη νέα θεραπεία που εφαρμόζει ανανεώνει τις ελπίδες για τους ψυχοπαθείς.

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

- Βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό νέων κατά τη διάρκεια του πολέμου ήταν συναισθηματικά ακατάλληλο για να προσέλθει στις τάξεις του στρατού.
- Στρατιώτες με ψυχικά προβλήματα επιστρέφοντας από τον πόλεμο είχαν ανάγκη καινούργιας θεραπευτικής αγωγής και αποκατάστασης.
- Ασκείται κριτική στη συνεχιζόμενη πρωτόγονη και μερικές φορές απάνθρωπη θεραπεία των ψυχοπαθών.

Το 1946 ψηφίζεται στην Αμερική ο πρώτος νόμος περί ψυχικής υγείας. Σ' αυτήν τη 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 φενο-

διαζνών 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, δε 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.¹⁸

Η μεγάλη κοινωνική αλλαγή της τελευταίας εικοσαετίας σε συνδυασμό με την έκπτωση των παραδοσιακών αρχών, την αλλαγή των ηθών και την αναζήτηση νέων αξιών επηρέασε και επηρεάζει σημαντικά την ψυχιατρική.

Η ομοφυλοφιλία παύει να θεωρείται επίσημα ασθένεια στην Αμερική (1973), οι Masters και Johnson ανατρέπουν τα κρατούντα στο σεξουαλικό τομέα, ο Laing και ο Szasz με την «αντιψυχιατρική» τους ταράζουν τις καθιερωμένες αντιλήψεις και γίνονται αντικείμενα σφοδρών επιθέσεων, ταυτόχρονα όμως οι Kernberg & Kohut προωθούν την ψυχαναλυτική θεωρία προς νέες πιο συνθετικές διαστάσεις και η έννοια του εαυτού έρχεται σιγά -σιγά να αντικαταστήσει το εγώ: Η ψυχοθεραπεία και μάλιστα η ομαδική επεκτείνεται σε νέα πεδία.

Ταυτόχρονα η ταυτότητα του ψυχιάτρου γίνεται ασαφής. Περισσότερο από ποτέ καλείται να συνδυάσει πολλαπλά συστήματα αναφοράς, την ολοένα αυξανόμενη βιολογική γνώση των συναισθηματικών διαταραχών π.χ. με την υπαρξιακή αντιμετώπιση του αρρώστου.

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα στην ψυχοφαρμακολογία και στην ψυχοβιολογία όπως και στην νευροφυσιολογία, νευροβιοχημεία, νευροψυχολογία κ.λ.π. με τις θεραπευτικές εφαρμογές της, φέρνει πάλι στο προσκήνιο τη βιολογική πλευρά της ψυχιατρικής. Ταυτόχρονα η νέα ταξινόμηση της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM - III, 1980, DSM - III - R, 1987) εισάγει την περιγραφική ψυχιατρική (ειδικά συμπτώματα με σκοπό την εφαρμογή ειδικής θεραπείας), τολμώντας να προτείνει την απόλειψη όρων που δηλώνουν αιτιολογία που όμως δεν αποδείχθηκε (π.χ. νεύρωση).

Έτσι η Ψυχιατρική βρίσκεται τα τελευταία δέκα χρόνια σε αναταραχή. Μια επιστημονολογία για αποδείξεις των αποτελεσμάτων των θεραπειών και ανεύρεση των ακριβών αιτιών των παθήσεων έχει καταλάβει την ψυχιατρική. Πιθανώς απ' αυτό να βγει μια σύνθεση των διαφόρων απόψεων (βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών) γιατί δεν υπάρχει μια θεωρία, ούτε θα υπάρξει ποτέ, που να εξηγήσει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης ψυχής. Η Ψυχιατρική, άλλωστε, ήταν και είναι κάτι ανάμεσα σε επιστήμη, σε τέχνη και όπως λένε πολλοί και σε «μαγεία».

Στην Ελλάδα, η ψυχιατρική περίθαλψη και η ψυχιατρική γενικότερα, πολύ πρόσφατα άρχισαν να κινούνται προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των άλλων χωρών. Έτσι μόλις στη δεκαετία του 1980, η ψυχιατρική σαν ειδικότητα χώρισε από την νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη ειδικότητα, η πολιτεία ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία και η νομοθεσία επιτέλους δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, κέντρων ψυχικής υγείας κ.λ.π.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Οι ψυχικές λειτουργίες, αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο που κατευθύνει την συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του ατόμου στην καθημερινή ζωή. Ο διαχωρισμός των ψυχικών λειτουργιών σε ξεχωριστές οντότητες, είναι κατά κάποιο τρόπο τεχνητός αλλά έχει προκτική σημασία στην ψυχιατρική για την διαγνωστική αξιολόγηση του αρρώστου. Διακρίνουμε τις εξής:

ΑΝΤΙΛΗΨΗ

«Αντίληψη είναι η διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των αισθητικο-αισθητηριακών δεδομένων δια του συνδυασμού αυτών προς τα αποτελέσματα της προηγούμενης εμπειρίας».

Η αντίληψη αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία, που συνθέτουν τον ψυχικό μας βίο. Είναι επίσης η βασική λειτουργία που:

- Εξασφαλίζει την πληροφόρηση του οργανισμού για αυτά τα οποία συμβαίνουν στο εξωτερικό και εσωτερικό του περιβάλλον.
- Αποτελεί την προϋπόθεση για την ανάπτυξη πλείστων άλλων ψυχικών λειτουργιών (όπως η μνήμη, η σκέψη, η κρίση, η μάθηση κ.α.)
- Εξασφαλίζει τους όρους της ενεργητικής παρουσίας του ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του.

Χωρίς αντίληψη, δηλαδή ικανότητα γνώσης του αντικειμενικού κόσμου και της υπομονετικής κατάστασης - η προσαρμογή, και τελικά η επιβίωση είναι ανέφικτη.

ΜΝΗΜΗ

«Είναι η ικανότητα ενός οργανισμού να διαφυλάττει το παρελθόν του εντός του εαυτού του» ή σύμφωνα με άλλον ορισμό «η λειτουργία με την οποία το άτομο συγκρατεί και ανάλογα κινητοποιεί προϋπάρχουσες εντυπώσεις». Σχηματικά τη μνημονική διαδικασία τη χωρίζουμε σε τρεις φάσεις:

- Φάση πρόσληψης και εγχάραξης (φάση προσήλωσης).
- Φάση διατήρησης και παγίωσης (φάση συγκράτησης ή μνημοποίησης).
- Φάση ανάκλησης και αναγνώρισης.

Η μνήμη πιστεύεται ότι έχει έδρο τους κροταφικούς λοβούς και επηρεάζεται από: α) το συναίσθημα, β) την αντίληψη και κατανόηση και γ) το ενδιαφέρον. Η κυτταρική βάση της μνήμης αποδείχθηκε ότι είναι μεταβολές του RNA των νευρικών κυττάρων. Σαν παθολογικές διαταραχές της μνήμης χαρακτηρίζουμε εκείνες, που συνεπάγονται την απορύθμισή της σε βαθμό που να μην γίνεται εφικτή ή να δυσχεραίνεται η διαδικασία εγχάραξης, παγίωσης ή ανάκλησης

πληροφοριακού υλικού, που εξυπηρετεί τις ανάγκες βιολογικής και κοινωνικής προσαρμογής του ατόμου.

ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ

«Συνείδηση είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού, που επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τις λειτουργίες που είναι απαραίτητες, ώστε να γνωρίζει το περιβάλλον του, τα συμβαίνοντα γύρω του και μέσα στον ίδιο τον εαυτό του».

Με άλλα λόγια «το άτομο έχει συνείδηση επειδή γνωρίζει ότι γνωρίζει και γιατί γνωρίζει ότι δρα». Το επίπεδο συνείδησης του φυσιολογικού ατόμου κυμαίνεται από την πλήρη εγρήγορση μέχρι το βαθύ ύπνο. Ανάμεσα σ' αυτές τις καταστάσεις τοποθετούνται η ονειροπόληση και η υπναγωγική κατάσταση.

ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

«Είναι η ειδική αίσθηση που μας βοηθά να μπορούμε να εξακριβώσουμε τη θέση μας στο χώρο και στον χρόνο».

Χαρακτηρίζουμε σαν διαταραχή του προσανατολισμού την αδυναμία του ατόμου να έχει συνείδηση εαυτού σε σχέση με:

το χρόνο (αδυναμία σωστής τοποθέτησης στη ροή του χρόνου)

το φυσικό χώρο (αδυναμία σύνδεσης με τον περιβάλλοντα χώρο τοπογραφικά)

τον κοινωνικό χώρο

τους ανθρώπους (αδυναμία αναγνώρισης των προσώπων του περιβάλλοντος και των σχέσεων που το συνδέουν μαζί τους).

Σε βαριές διαταραχές του προσανατολισμού χάνεται και η ικανότητα αναγνώρισης του εαυτού. Την κατάσταση αυτή τη χαρακτηρίζουμε σαν αυτοαποπροσανατολισμό ή απώλεια προσωπικής ταυτότητας ή απώλεια αυτοψυχικού προσανατολισμού.

ΠΡΟΣΟΧΗ

«Αποτελεί το όργανο που εστιάζει τις συνειδητές λειτουργίες εκλεκτικά σε κάποιο ερέθισμα. Στην ουσία αντιπροσωπεύει μια πλευρά της αντιληπτικής λειτουργίας και δεν είναι αυτόνομη, αλλά εξαρτάται από όλες τις βασικές ψυχικές λειτουργίες ευρισκόμενη σε συσχέτιση κυρίως με το επίπεδο της συνείδησης.

Ανάλογα με το βαθμό συμμετοχής της βούλησης, την προσοχή τη διακρίνουμε σε:

1. Πρωτοπαθή ή παθητική ή ακούσια ή αντανακλαστική ή αυτοματική
2. Δευτεροπαθή ή ενεργητική ή εκούσια προσοχή.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Το συναίσθημα (ακριβέστερα «συναισθηματικότητα» ή «θυμικό») είναι η λειτουργία, που καθορίζει την ψυχική διάθεση. Η δυνατότητα που έχει κανείς να νιώθει τη χαρά ή τη λύπη είναι συναρτημένη με την εύρυθμη λειτουργία του συναισθήματος. Το ευχάριστο ή το δυσάρεστο συναίσθημα μπορούν να αφορούν είτε το «εγώ» του ατόμου (συναίσθημα αξίας, μειονεκτικότητας), είτε άλλα άτομα (μίσος, συμπάθεια), είτε ομάδες ατόμων (κοινωνικά συναισθήματα).

Είναι δυνατόν ακόμη να προκαλούνται από τις λειτουργίες των αισθήσεων (γεύσης, όσφρησης) καλούμενα κατ' αίσθηση συναισθηματικά, από ορισμένα αισθήματα (δίψα, πείνα), καλούμενα ζωικά ή να συνοδεύουν σκέψεις και ιδέες καλούμενα διανοητικά συναισθήματα (θρησκευτικά, φυλετικά, ηθικά, καλαισθητικά).

Το συναίσθημα εκτός από την ποιότητα (ευχάριστο ή δυσάρεστο) καθορίζεται και από την ένταση, τη διάρκεια, και τη σταθερότητα. Διαταραχή μιας ή περισσότερων από τις παραπάνω μεταβλητές συνεπάγεται κάποια διαταραχή του συναίσθηματος.

ΣΚΕΨΗ

Θεωρείται σαν πλέον πολύπλοκη ανώτερη νοητική λειτουργία του ανθρώπου και «χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία και χρήση συμβόλων, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα διάφορα αντικείμενα και γεγονότα, ως και τις μεταξύ τους σχέσεις». Προϋπόθεση της λειτουργίας της σκέψης είναι η αναφορά των διαφόρων γεγονότων, πραγμάτων ή σχέσεων, τα οποία το άτομο φαντάζεται, συνδέει ή βιώνει κάθε στιγμή, σε σύμβολα. Τα διάφορα σύμβολα με την χρήση της γλώσσας αποκτούν εννοιολογική σημασία με τη λειτουργία της μάθησης.

Στη συνέχεια επιτελούνται στον εγκέφαλο πολύπλοκες γνωστικές επεξεργασίες ώστε τα σύμβολα αυτά μαζί με τις αντίστοιχες έννοιες να χρησιμοποιούνται πλέον για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων του ατόμου, τη διερεύνηση του περιβάλλοντος και την καλύτερη προσαρμογή του. Για το σκοπό αυτό το άτομο αυτό χρησιμοποιεί την κατευθυνόμενη σκέψη (δηλαδή τη σκέψη που αποσκοπεί σ' ένα τεχνικό σκοπό) ή τη συνειρμική σκέψη (δηλαδή τη σκέψη άνευ συγκεκριμένου σκοπού).

Η κατευθυνόμενη σκέψη περιλαμβάνει την κριτική και την δημιουργική σκέψη. Η πρώτη αναφέρεται στην προσπάθεια απόδειξης μιας αλήθειας με σειρά συλλογισμών, ενώ η δεύτερη στην προσπάθεια ανακάλυψης νέων σχέσεων για εξερεύνηση νέων λύσεων σε διάφορα προβλήματα με την ανεύρεση διαφόρων μεθόδων ή τεχνικών.

ΒΟΥΛΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

«Βούληση είναι η ψυχοδιανοητική ικανότητα του ατόμου να παίρνει αποφάσεις και να τις εκτελεί κινητικώς».

ΣΥΝΕΙΡΜΟΣ

«Είναι το ψυχικό φαινόμενο κατά το οποίο μια ιδέα, που κατέχει το πεδίο της συνείδησης έλκει προς αυτήν μια άλλη, σχετική προς την προηγούμενη ιδέα ή πολλές ιδέες, αυτόματα και ανεξάρτητα από την θέληση του ατόμου». Π.χ. ιατρική - πρόληψη - υγιεινή - υγεία. Η θέληση, επηρεάζει το συνειρμό στην επιλογή, στην χρήση και στην αξιοποίηση των συνειρμικών ιδεών.

ΚΡΙΣΗ

«Είναι η ικανότητα του ατόμου να συγκρίνει ιδέες ή γεγονότα, να αντιλαμβάνεται τις σχέσεις τους με άλλες ιδέες ή γεγονότα και από τη σύγκριση τους να βγάλει σωστά συμπεράσματα».

Η κρίση επηρεάζεται από τις τοξικές ουσίες, από συγγενείς ή επίκτητες οργανικές παθήσεις του εγκεφάλου (όγκοι, εγκεφαλοπάθειες) και από παθολογικές διακυμάνσεις του συναισθήματος.

ΦΑΝΤΑΣΙΑ

«Είναι η ψυχική λειτουργία που μας επιτρέπει να ζούμε αυτό το οποίο δεν υπάρχει». Μόνο η φαντασία δεν υποτάσσεται βαθμιαία στην αρχή της πραγματικότητας και παραμένει στην υπηρεσία της αρχής της ηδονής, και διατηρεί κατά κάποιο τρόπο στο ασυνείδητο του ατόμου τις δυνατότητες ευτυχίας του, άσχετα από χρονικές και χωρικές αντιφάσεις.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ- ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

A. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σαν «ψυχική υγεία» θεωρείται « η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματα τους».

Κατά καιρούς έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες για να οριοθετηθούν οι προϋποθέσεις αυτές που η εκπλήρωσή τους θα κατοχύρωνε την κατάσταση αυτή της ψυχικής υγείας. Οι προϋποθέσεις αυτές θα αποτελούν θεωρητικά, τα ιδιαίτερα εκείνα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της έκφρασης της συμπεριφοράς του ψυχικά υγιή.

Μερικά από τα περισσότερα αποδεκτά αυτά χαρακτηριστικά είναι:

- Η επίγνωση του ατόμου για την ταυτότητα του
- Η δυνατότητά του για αυτοδυναμία
- Η ικανότητα για αντίσταση σε καταπιεστικές συνθήκες
- Η ενεργητική παρουσία του και η ανεξαρτησία του από ξένες επιρροές
- Η άσκηση ελέγχου στο περιβάλλον
- Η δυνατότητα να αγαπάει και να διασκεδάζει
- Η ικανότητα να αντιμετωπίζει και να δίνει λύσεις στα προβλήματα του

B. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Δεν υπάρχει, ίσως, πιο παρεξηγημένη έννοια από αυτή της ψυχικής νόσου. Καταστάσεις της καθημερινότητας χαρακτηρίζονται, από άτομα που δεν γνωρίζουν, σαν «σχιζοφρενικές», άτομα ή κοινωνικές εκφράσεις σαν «υστερικές» κ.λ.π.

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.

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 τη 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 τα στοιχεία αυτά.

3) **Κοινωνιογενετικό πρότυπο**, με το οποίο η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Βασική δομική υπόθεση του κοινωνιογενετικού προτύπου είναι η θεώρηση του οργανισμού ως μιας κοινωνιοψυχοσωματικής ενότητας, που διαμορφώνεται κυρίως από το περιβάλλον.⁸

Γ. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Στη σύντομη αναφορά στις έννοιες *ψυχική υγεία* και *ψυχική νόσος* δεν είναι δυνατόν να εξαντληθεί το θέμα. Αν «φυσιολογικότητα» στον άνθρωπο είναι το αποτέλεσμα μιας συμπεριφοράς ενός ψυχικά υγιή, ακόμα και η αναφορά των τίτλων, των μελετών και συγγραμμάτων που έχουν γραφτεί γύρω από το θέμα αυτό, θα γέμιζε ένα πολυσέλιδο βιβλίο.

Το τι είναι «φυσιολογικό» και τι όχι, όσον αφορά την ανθρώπινη συμπεριφορά, είναι εξάλλου ένα ερώτημα που με την απάντησή του, ασχολούνται και επιστήμες όπως η φιλοσοφία, η κοινωνιολογία, η βιολογία κ.ά. Ακόμα στην ίδια την ψυχιατρική οι «γνώμες» ποικίλουν, από την «απουσία κάθε φυσιολογικής ανθρώπινης συμπεριφοράς, πράγμα που οφείλεται φυσικά στην απομάκρυνση του ανθρώπου από τη φύση του και τον εκούσιο εγκλεισμό του στο ζωολογικό κήπο των πόλεων» - και κατ' ακολουθία όλοι είμαστε λίγο -πολύ «ψυχικά άρρωστοι» - μέχρι και το ότι «δεν υπάρχει ψυχική ασθένεια» και ότι «οι ψυχικά άρρωστοι δεν είναι τίποτε άλλο παρά διαβαθμίσεις του φυσιολογικού κάτω από ορισμένες ιδιαίτερες συνθήκες».

Παρ' όλα αυτά στην καθημερινότητα χρησιμοποιούνται διάφορες έννοιες του φυσιολογικού από τις οποίες, για την ύπαρξη, οι περισσότεροι αξιόλογες είναι:

Το ιδανικά φυσιολογικό, που ταυτίζεται στην ψυχαναλυτική γλώσσα με την έννοια του «ιδονικού ΕΓΩ».

Το ηθικά φυσιολογικό, που τους κανόνες και αξίες του καθορίζουν ο κοινωνικός περίγυρος, η οικογένεια κ.λ.π.

Το στατιστικά φυσιολογικό, που καθορίζεται από τις αξίες και τον τρόπο λειτουργίας της πλειονότητας των μελών μιας κοινωνικής ομάδας.

Το κοινωνικά φυσιολογικό, που καθορίζεται από τις κοινωνικές αξίες που επικρατούν σε κάποια συγκεκριμένη κοινωνία.

Τέλος, **το εμπειρικά ή κλινικά φυσιολογικό**, που ίσως καθορίζει καλύτερα από οτιδήποτε άλλο τη φυσιολογικότητα. Τα στοιχεία που το συνιστούν είναι:

- Απουσία έκδηλης ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας.
- Ανυπαρξία σωματικής ή πνευματικής αναπηρίας.
- Ικανότητα συντήρησης των βιωμάτων και χρήσης της εμπειρίας που απορρέει από αυτά.
- Ικανότητα για ομαλές και εύκαμπτες συναισθηματικές σχέσεις με το περιβάλλον.
- Αίσθημα ταυτότητας με κάποια κοινωνική ομάδα.
- Ικανότητα ενεργητικής προσαρμογής στο περιβάλλον, ούτε εγκατάλειψη και απόσυρση, ούτε στείρα εξέγερση, αλλά δημιουργική συμμετοχή για την καλύτερησή του.
- Εφαρμογή του «γνώθι σ' αυτόν» και της αντικειμενικής πραγματικότητας, άσκηση αυτοελέγχου και αυτοσυγκρότησης.
- Επίγνωση ενός σκοπού στη ζωή και του κοινωνικού ρόλου.
- Επίγνωση των αναγκών των άλλων, ομαλές συναισθηματικές και ετερόφυλες σχέσεις που προσδιορίζουν ικονοποίηση.
- Αντοχή σε κοταπιεστικές συνθήκες του περιβάλλοντος.

Η έννοια του φυσιολογικού σύμφωνα με αυτήν την τελευταία κατηγορία φαίνεται να είναι πιο κοντά στην πραγματικότητα και τη λογική σκέψη. Ωστόσο, μόνο η αρμονική σχέση των παραπάνω προϋποθέσεων προσδιορίζει τη «φυσιολογικότητα» του ατόμου και όχι μεμονωμένα ή υπερτονισμένα, μερικές απ' αυτές, που σ' αυτή την περίπτωση θα μπορούσαν να αποτελούν τα χαρακτηριστικά παθολογικών συμπεριφορών.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Η κατάταξη της ασθένειας είναι χρήσιμη όσο βοηθάει στο να ταξινομούμε ιδέες για τη φύση της διαταραχής, πράγμα που συντελεί στη σωστή θεραπεία. Ωστόσο η λεπτομερής γνώση του παρελθόντος του ασθενούς και της προσωπικότητάς του είναι πιο χρήσιμα στην ψυχιατρική από κάθε προσπάθεια για ανεύρεση της ονομασίας μιας ειδικής ασθένειας.

Έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις από τις οποίες η πιο έγκυρη πιστεύεται ότι είναι η εξής: (από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία APA).

A. Ολιγοφρένειες και άνοιες

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

B. Οργανοψυχικές ασθένειες (οργανικά ψυχοσύνδρομα)

Στα οργανικά ψυχοσύνδρομα περιλαμβάνουμε το σύνολο των ψυχικών ασθενειών και των παθολογικών καταστάσεων, των οποίων η γένεση οφείλεται σε μια σωματική ασθένεια ή βλάβη είτε του εγκεφάλου είτε του λοιπού οργανισμού, χωρίς την οποία δεν θα ήταν δυνατό να εκδηλωθεί.

Σ' αυτές, σωματικές διαταραχές ποικίλης απιολογίας δημιουργούν ψυχοδιανοητικές διαταραχές.

Αίτια:

- Λαιμώξεις (εγκεφολίπιδες, ιλαρά, οστρακιά) με έντονες ψυχικές διαταραχές
- Τοξικές ουσίες (δηλητήρια, ναρκωτικά κ.λ.π.)
- Χωροκατακτητές επεξεργασίες (όγκοι, αιματώματα)
- Μεταβολικά αίτια (έλλειψη βιταμινών, ορμονών κ.λ.π.)
- Αγγειακά (αρτηριοσκλήρυνση)

Γ. Νευρώσεις

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

Διακρίνουμε τις εξής:

- Υστερική νεύρωση
- Αγχώδης νεύρωση
- Φοβική νεύρωση

- ο Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση

Δ. Ψυχώσεις

Είναι παθολογικές καταστάσεις της ψυχικής σφαίρας στις οποίες επηρεάζεται σοβαρά η εκτίμηση και η αυτογνωσία του ατόμου. Γίνονται φανερές εξαιτίας της διαταραγμένης συμπεριφοράς του. Χαρακτηρίζονται από τέλεια αποδιοργάνωση του εγώ, που σε βαριές μορφές μπορεί να καταλήξει σε τέλεια αποσύνθεσή του.

Εδώ ανήκουν:

- Οι σχιζοφρένειες
- Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση
- Η παράνοια

Ε. Ψυχανωμαλίες

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

ΣΤ. Ψυχοσωματικές διαταραχές

Περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις περιπτώσεις, που επώδυνα ψυχικά βιώματα μετατρέπονται σε σωματικά ενοχλήματα, σε αντίθεση με τις οργανοψυχικές, όπου προηγείται το σωματικό αίτιο.

Εδώ ανήκουν:

- Η ψυχογενής ανορεξία - βουλιμία
- Η κλεπτομανία
- Ο καρδιοσπασμός
- Η ημικρανία - κεφαλαλγία
- Το βρογχικό άσθμα
- Οι ψυχογενείς έμμετοι
- Η σπαστική κολίτιδα κ.λ.π.¹⁸

4.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Οι διαταραχές του συναισθήματος είναι από τις συχνότερο παρατηρούμενες ψυχικές διαταραχές τόσο στην ψυχιατρική πρακτική όσο και στην καθημερινή επαγγελματική δραστηριότητα του γενικού ιατρού. Οι ποιοτικά ή ποσοτικά παθολογικές μεταβολές του θυμικού κυμαίνονται από τη βοθητή κατάθλιψη ως την μανιακή έξαρση. Η καταθλιπτική δυσθυμική κατάσταση είναι πολύ πιο συχνή από το διαχεόμενο ευφορικό θυμικό της μανίας.²²

Οι φάσεις αυτές που παραυσιάζονται σε άλλοτε άλλα χρονικά διαστήματα στον ίδιο ασθενή και συνοδεύονται από μεσοδιαστήματα φυσιολογικής ηρεμίας

έδωσαν και το όνομα στο χαρακτηριστικότερο εκπρόσωπο των συναισθηματικών ψυχώσεων, τη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση.

Η ψυχωτική ποιότητα της διαταραχής είναι ιδιαίτερα εμφανής και συνιστάται στην έντονη αλλαγή της συναισθηματικής διάθεσης χωρίς κάποια αιτία, καμιά αντικειμενική σχέση με την επικρατούσα πραγματικότητα κατανοητή για το περιβάλλον του ασθενή και γι' αυτό χωρίς δυνατότητα μετάδοσής της στους άλλους. Στα υψηλότερα σημεία της διαταραχής η σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα διαταράσσεται πλήρως, η αντικειμενική επιχειρηματολογία είναι αδύνατο να επηρεάσει την κατάσταση του ασθενή, ο οποίος συμπεριφέρεται πια μόνο κατ' επιταγή της συναισθηματικής του κατάστασης χωρίς να λαμβάνει υπόψη του το περιβάλλον του.

Οι συναισθηματικές ψυχώσεις εξελίσσονται σε φάσεις που μπορεί να παρουσιάζονται αιφνίδια, τις περισσότερες όμως φάρες αναπτύσσονται σταδιακά. Η χρονική διάρκεια των φάσεων αυτών ποικίλει από ημέρες μέχρι εβδομάδες και μήνες. Επίσης ποικίλουν τα ελεύθερα συμπτωμάτων μεσοδιαστήματα που μπορεί να είναι μήνες μέχρι και δεκαετίες ζωής.

Πολλές φορές δεν εμφανίζονται φάσεις μανίας σε εναλλαγή με φάσεις μελαγχολίας (διπολική φάση) αλλά φάσεις μανίας που εναλλάσσονται με περιόδους ηρεμίας ή φάσεις μελαγχολίας χωρίς παρεμβολή μανιακών περιόδων, (μονοπολικές φάσεις).

Ατιοπαθογενετικά, ισχύει για τις συναισθηματικές ψυχώσεις ό,τι και για τις ψυχωτικές διαταραχές γενικότερα. Οι απόψεις χωρίζονται στις Βιολογικές και τις ψυχοδυναμικές. Πέρα όμως απ' τις γενικότερες ερμηνευτικές θεωρήσεις θα πρέπει να αξιολογηθούν ιδιαίτερα καταστάσεις που φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο «εκλυτικής αφορμής» για την εμφάνιση μανιακών ή καταθλιπτικών φάσεων. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι τέτοιες φάσεις δεν εμφανίζονται χωρίς κάποια σχέση με τυχόν «εκλυτικές αφορμές».

Συνήθεις αφορμές έκλυσης μιας ανάλογης φάσης είναι η εγκυμοσύνη ή η λοχεία, απώλεια αγαπημένων προσώπων ή άλλα έντονα συναισθηματικά ερεθίσματα, κοινωνικές καταστάσεις όπως αλλαγές κατοικίας ή μετανάστευση κ.λ.π. Οι συναισθηματικές ψυχώσεις εμφανίζονται συχνότερα στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις.⁸

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Στην κατηγορία αυτή ανήκει ένα πλήθος ψυχικών διαταραχών, με κοινή ψυχωτική συμπτωματολογία, η οποία ευθύνεται σε συγκεκριμένη βλάβη της εγκεφαλικής ουσίας. Έχουν δηλαδή οργανικό υπόστρωμα, σε αντίθεση με τις άλλες ψυχώσεις για τις οποίες δεν μπορεί να συγκεκριμενοποιηθεί κάποια τέτοια βλάβη. Με την έννοια αυτή, κάθε αιτία που θα μπορούσε να προξενήσει βλάβη της υφής ή της λειτουργίας της εγκεφαλικής ουσίας θα ήταν δυνατό να προκαλέσει κάποια μορφή οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Ευνόητο είναι ότι η βλάβη της εγκεφαλικής ουσίας θα προκαλέσει και καθαρά νευρολογικά συμπτώματα, τα οποία εξετάζει η νευρολογία. Στην ψυχιατρική αναφέρονται συνήθως οι συνήθεστερες ψυχιατρικές εικόνες από τέτοιες βλάβες του εγκεφάλου, χωρίς αυτό να αποκλείει και την εμφάνιση έντονης ψυχικής διαταραχής και σε κλινικές εικόνες που συνήθως κυριαρχεί η νευρολογική συμπτωματολογία .

Οργανικά ψυχοσύνδρομα ονομάζονται οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που συνδέονται αιτιοπαθογενετικά με οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου, είτε πρωτοπαθείς είτε δευτεροπαθείς.⁵

Οργανικά ψυχοσύνδρομα είναι οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που οφείλονται σε οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου.²

Οι οργανικές ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε μια γενικευμένη εγκεφαλική παθολογία, με επιπτώσεις στη νόηση, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά.⁹

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Κατά τη δεκαετία του '70 στα οργανικά ψυχοσύνδρομα υπάγονταν: η διανοητική σύγχυση, το σύνδρομο Korsakov, η νευροσύφιλη, (πρωιούσα γενική παράλυση), η σκλήρυνση κατά πλάκας οι ψυχικές διαταραχές λόγω όγκων του εγκεφάλου ή λόγω επιληψίας, τα κρανιοεγκεφαλικά τραύματα, οι ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση, τον τοκετό και την λοχεία, οι ψυχικές διαταραχές επί νεφραπαθειών, η κοιλοπυλκία εγκεφαλοπάθεια, τέλος η προϊούσα διανοητική έκπτωση (γεροντική, праγεροντική και αρτιοσκληρωτική άνοια).⁴

Στη σύγχρονη εποχή και ταυτόχρονα με την πρόοδο της επιστήμης πραγματοποιήθηκε διάκριση των οργανικών ψυχοσυνδρόμων σε οξεία (που είναι κατά κανόνα και αναστρέψιμα) και σε χρόνια (που είναι μερικώς μόνο αναστρέψιμα ή μη αναστρέψιμα).²

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

Και στις δυο περιπτώσεις υπάρχει κάποιο αίτιο, που προκαλεί διαταραχές του μεταβολισμού των εγκεφαλικών νευρώνων. Αν το αίτιο δεν είναι αρκετά σοβαρό και δε δράσει για πολύ χρονικό διάστημα, ώστε να προκαλέσει κυτταρικές νεκρώσεις, τότε η κατάσταση είναι αναστρέψιμη (οξεία οργανικά ψυχοσύνδρομα), ενώ όταν έχουν προκληθεί νεκρώσεις, είναι μη αναστρέψιμη (χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα).⁵

Ένα οξύ και ένα χρόνιο οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι δυνατό να συνυπάρχουν, όταν ένα αίτιο προκαλεί διαταραχές σε ορισμένα εγκεφαλικά κύτταρα ενώ έχει ήδη προξενήσει μόνιμη βλάβη σε άλλα εγκεφαλικά κύτταρα.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Οι καταστάσεις αυτές εμφανίζονται συχνότατα στην εποχή μας εξαιτίας:

- Της αύξησης της συχνότητας των εγκεφαλικών κακώσεων που προκύπτουν από τροχαία και βιομηχανικά ατυχήματα
- Της προοδευτικά αυξανόμενης μόλυνσης του περιβάλλοντος με τοξικές ουσίες που προέρχονται από ποικίλες πηγές.

Οι ιατρικές τεχνολογικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που έχουν επισυμβεί κατά τον 20^ο αιώνα, είχαν ως αποτέλεσμα την αλμστώδη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ένας στους 100 ανθρώπους, όμως με ηλικία άνω των 60 ετών αντιμετωπίζει με μια ή περισσότερες χρόνιες οργανικές παθήσεις, όπως νευρολογικές νόσους, καρδιαγγειακές και μεταβαλικές διαταραχές, ενδοκρινοπάθειες, νεοπλασματα (κακοήθη ή καλοήθη) κ.α. Όλες αυτές οι καταστάσεις έχουν επίδραση στην εγκεφαλική λειτουργία και ως τούτου, μπορεί να προκαλέσουν ψυχιατρική συμπτωματολογία μέσω διαφόρων παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

Τόσο οι ψυχιατρικές όσο και οι οργανικές παθήσεις είναι συνήθεις στους ηλικιωμένους:

Το ποσοστό συνύπαρξης σωματικής και ψυχικής νόσου υπολογίζεται σε 40-50%. Επίσης, ένα στα δέκα άτομα ηλικίας μεταξύ 75 και 85 ετών χρειάζεται συνεχή φροντίδα. Η ύπαρξη και ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ηλικιωμένους αντανακλά το πολιτισμικό επίπεδο της κοινωνίας.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1 Οργανικά ψυχοσύνδρομα απότοκα προγεροντικών, γεροντικών και αγγειακών ανοιών.

Πρακτικά, ανάμεσα στις σχετικά γνωστές άνοιες ξεχωρίζουμε συνήθως τις πρωτογενείς εκφυλιστικές φλοιώδεις άνοιες (γεροντικές και προγεροντικές, στις οποίες ανήκει και η νόσος Alzheimer), τις άνοιες αγγειακής και αρτηριακής αιτιολογίας τις μεικτές άνοιες (εκφυλιστικές και αγγειακές) και τέλος τις δευτεροπαθείς άνοιες (οφειλόμενες σε άλλες αιτίες εκτός από νευρωτικές ή αγγειακές).¹⁰

3.1.1 Νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer είναι μια πρωτοπαθής εκφυλιστική νόσος του εγκέφαλου, με χαρακτηριστικά νευροχημικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, η αιτία της οποίας εξακολουθεί να παραμένει άγνωστη.

Η νόσος μπορεί να αρχίσει εκδηλούμενη στη μέση ενήλικη ζωή, γεγονός που καταλήγει στις προγεροντικές άνοιες.²

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Π.Ο.Υ. (1987) προτείνονται οι παρακάτω παράγοντες κίνδυνου για τη Ν. Α.:

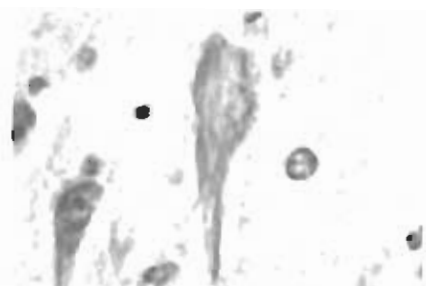
Ηλικία
Γυναικείο φύλο
Εθνότητα
Κοινωνική τάξη και μόρφωση
ΓΕΝΕΤΙΚΗ
Σύνδρομα Down σε συγγενείς
Λέμφωμα σε συγγενείς
Αγγειακή άνοια
Θυρεοειδική νόσος
Τραύματα κεφαλής
Ιστορικό ψυχικής διαταραχής
Συνθήκες θανάτου¹¹

Νευροπαθολογικά ευρήματα στη νόσο του Alzheimer

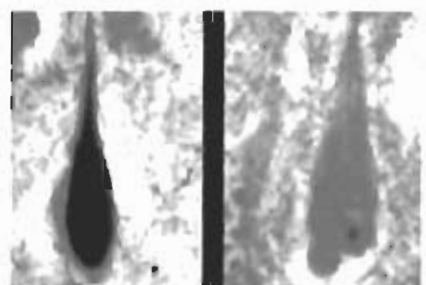
- Ενδοκυττάριος εκφυλιστικός σχηματισμός (κυτταρόπλασμα)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

- Αποτελούνται κυρίως από ανώμαλα φωσφορυλιωμένη T πρωτεΐνη (μια πρωτεΐνη που είναι το κύριο συστατικό των νευρωνικών μικροσωληνίσκων)
- Βρίσκονται γενικά στους νευρώνες του εγκεφαλικού φλοιού αλλά πιο συχνά στις κροταφικές δαμές (ιππόκαμπος, αμυγδαλή)



Νευροϊνδιακή εκφύλιση (χρώση αιματοξυλίνης-εωσίνης)



Χρώση αργύρου (αριστερό) και αιματοξυλίνης-εωσίνης (δεξιά)



Χρώση ερυθρού Congo

- Στα πυραμιδικά κύτταρα του φλοιού έχουν ένα φλογοειδές σχήμα ενώ σε άλλα κύτταρα η εμφάνισή τους είναι σφαιρική ή σφαιροειδής
- Στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο φαίνονται να αποτελούνται από ζεύγη νηματίων (διαμέτρου της τάξης των 10 nm) τυλιγμένα το ένα γύρω από το άλλο σε μια ελικοειδή διάταξη (paired helical filaments)



Paired helical filaments

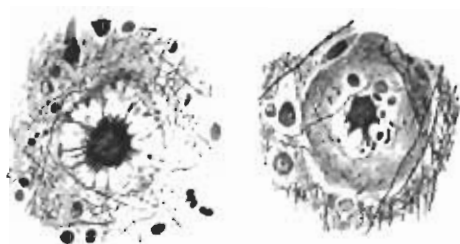
■ Βρίσκονται επίσης:

1. Στον παρκινσονισμό μετά από εγκεφαλίτιδα (μέλαινα ουσία)
2. Στο σύμπλεγμα παρκινσονισμός-άνοια-ALS (σε όλο το νευρικό σύστημα)

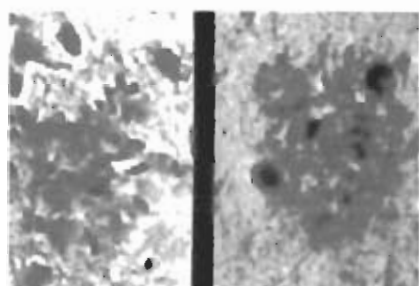
3. Στην "άνοια των πυγμάχων" (dementia pugilistica ή punch-drunk syndrome) (φλοιός)
4. Στην προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση (Steele-Richardson-Olszewski) (στέλεχος και θάλαμος)

Γεραντικές Πλάκες (Alzheimer Neuritic Plaques)

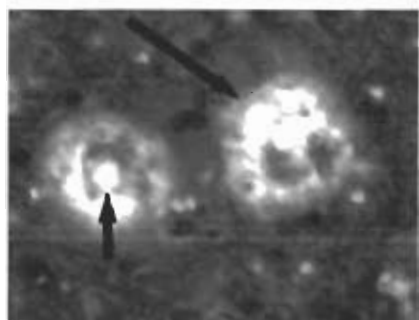
- *Εξωκυττάρια* εκφυλιστικοί σχηματισμοί
- Πυκνός κεντρικός πυρήνας από β/A4 αμυλοειδές
- Δακτύλιος από ανώμαλους νευρίτες ("δυστροφικοί νευρίτες", δηλ. που περιέχουν νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις)
- Δεν παρατηρούνται σε άλλες εκφυλιστικές παθήσεις



Γεραντικές πλάκες (σχέδιο)

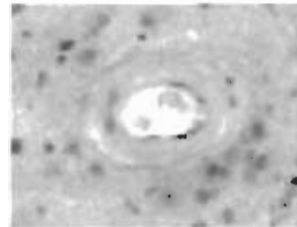
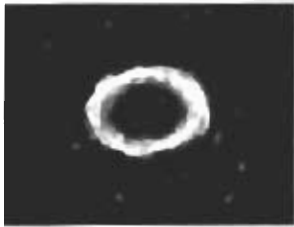


Γεραντικές πλάκες, αιματοξυλίνη-εωσίνη (αριστερά), άργυρος (δεξιά)



Φθορίζουσα χρώση (θειοφλαβίνη-S) που χρωματίζει το β-A4 αμυλοειδές

- Βρίσκονται γενικά σε όλον τον εγκεφαλικό φλοιό, αλλά μπορεί να τις βρούμε επίσης στην αμυγδαλή, την ανώνυμη ουσία, τον υποθάλαμο, το προτείχισμα, την καλύπτρα του μεσεγκεφάλου και της γέφυρας και τον παρεγκεφαλιδικό φλοιό
- Γεραντικές πλάκες συχνά παρατηρούνται δίπλα σε τριχοειδή ή μεγαλύτερα αγγεία που έχουν συσσωρευμένο β/A4 αμυλοειδές στα τοιχώματά τους (Cerebral Amyloid Angiopathy)



β/A4 αμυλοειδές σε τοιχώματα αγγείων, χωρίς χρώση (αριστερά) και με φθορίζουσα χρώση (δεξιά)

3.1.2 Άνοια σε υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης

Ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1956, προκαλείται από παρεμπόδιση της κυκλοφορίας του ΕΝΥ στην κυρτή επιφάνεια του εγκεφαλικού φλοιού. Τα κλινικά του χαρακτηριστικά είναι προοδευτική άνοια, διαταραχές της βάδισης και ακράτεια ούρων. Είναι ιάσιμη κατάσταση και σπάνια αιτία άνοιας.

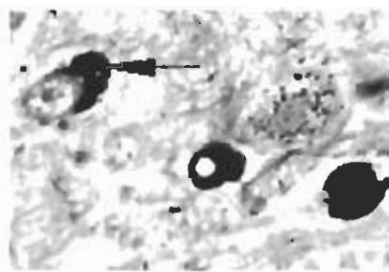
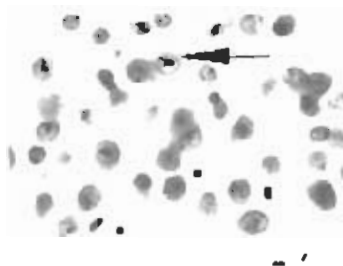
Οι ασθενείς με υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης εμφανίζουν επιπλέον οίδημα γύρω από τις κοιλίες, λόγω διαποτισμού του εγκεφαλικού παρεγχύματος από το ΕΝΥ. Η θεραπεία εκλογής συνίσταται στην παροχέτευση του ΕΝΥ από τα χώρα των κοιλιών, είτε προς τον περιτοναϊκό χώρο. Η αποκατάσταση της άνοιας και των συνοδών συμπτωμάτων είναι κάποιες φορές εντυπωσιακή μετά από τη θεραπεία.¹²

3.1.3 Νόσος Pick

Σε αντίθεση με τη βρεγματοκροταφική διασπορά της παθολογίας στη νόσο Alzheimer, η νόσος του Pick χαρακτηρίζεται από προεξέχουσα ατροφία των μετωποκροταφικών περιοχών. Στις περιοχές αυτές παρατηρείται απώλεια νευρώνων, γλοιώση και παρουσία των νευρωνικών σωματιδίων του Pick, που αποτελούνται από μάζες κυτταροσκελετικών στοιχείων.

Η αιτία της νόσου δεν είναι γνωστή. Τη συναντάμε σε διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία από την προγεροντική άνοια και με βαρύτερη συμπτωματολογία. Το προσδόκιμο επιβίωσης κυμαίνεται μεταξύ 2-8 έτη.^{6,8}

Σωματία Pick: σφαιρικά έγκλειστα στους νευρώνες του φλοιού, των βασικών γαγγλίων και του στελέχους



Αιματοξυλίνη-εωσίνη (αριστερά), άργυρος (δεξιά)

3.1.4 Άνοια μετωπιαίου λοβού

Η άνοια του μετωπιαίου λοβού, με κλινικούς χαρακτήρες όμοιους με αυτούς της νόσου Alzheimer, αφορά το 10% του συνόλου των ανοϊκών συνδρόμων και στο ήμισυ των περιπτώσεων εμφανίζεται μεταξύ συγγενών πρώτου βαθμού, γεγονός που υποδηλώνει τον ισχυρό ρόλο της κληρονομικότητας και μάλιστα με τα χαρακτηριστικά του επικρατικού αυτοσωμικού τύπου.

Πρόσφατα εντοπίστηκε το παθογόνο γονίδιο στο χρωμόσωμα 3, σε απόγονους μιας μεγάλης οικογένειας με οικογενειακή άνοια του μετωπιαίου λοβού.⁷

3.1.5 Αρτηριοσκληρωτική άνοια

Η αρτηριοσκληρωτική ασθένεια παρασιιάζεται σ' άτομα ηλικίας πάνω από 50 ετών. Παράγοντες που σημαντικά συμβάλλουν στην εμφάνιση της αρρώστιας είναι το αλκοόλ, η σύφιλη, η έντονη διανοητική εργασία και η κακή διατροφή.

Η νόσος έχει συνήθως τυπική κλινική εικόνα. Η μνήμη αρχίζει να έχει μικρές διαταραχές που αφορούν τα κύρια ονόματα και τους αριθμούς, ύστερα όμως επεκτείνονται και σε γεγονότα: στην αρχή μόνο σε πρόσφατα, αργότερα και σε περασμένα.

Η επιδείνωση δεν αργεί να εμφανιστεί.

Παρουσιάζονται ξαφνικοί θυμοί και εκρήξεις οργής που εναλλάσσονται χωρίς σοβαρή αφορμή με κλάματα και γέλια. Η τελική έκβαση είναι γενικά η ανία, στην οποία δεν αργούν να καταλήξουν οι αρρωσταί.³

3.1.6 Νόσος Creutzfeldt – Jacob

Είναι γνωστή ως υποξεία σπογγιομορφη εγκεφαλοπάθεια. Η νόσος οφείλεται σε ιό (prion) και αρχίζει συνήθως μετά την ηλικία των 60 ετών, οδηγώντας ταχέως στο θάνατο (σε 1-2 έτη).

Χαρακτηριστική είναι η τριάδα των συμπτωμάτων: ταχέως εξελισσόμενη άνοια, πυραμιδική και εξωπυραμιδική συμπτωματολογία (μυοκλονίες, σπαστική παράλυση άκρων, εξωπυραμιδικά σημεία, χορειασθετωσικές κινήσεις).

Στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα συχνά ανευρίσκονται χαρακτηριστικές αλλοιώσεις.

Τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνουν διάφορες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, όπως άγχος, εύκολη κόπωση, ανορεξία, υπνηλία, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, προβλήματα όρασης και δυσχέρεια στη βάρδιση.²

3.2 Οργανικά ψυχοσύνδρομα απότοκα νευρολογικών ή άλλων σωματικών διαταραχών.

A. Η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων που εκδηλώνεται και με τα δύο

(1). Έκπτωση της μνήμης (έκπτωση στην ικανότητα να μαθαίνει καινούργιες πληροφορίες ή να ανακαλεί στη μνήμη πραγματούμενες πληροφορίες που έμαθε.

(2). Μια (ή περισσότερες) από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές:

α. αφασία (διαταραχή του λόγου)

β. απραξία (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες παρά την άθικτη κινητική λειτουργία)

γ. αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίσει ή να προσδιορίσει αντικείμενα παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία)

δ. διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία (να κάνει σχέδια, να οργανώσει, να βάζει σε σειρά, να λειτουργεί αφαιρετικά.)

B. Το κάθε ένα από τα γνωστικά ελλείμματα (στα κριτήρια A1 και A2) προκαλεί σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και αντιπροσωπεύει μείωση από πραγματούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Γ. Υπάρχει απόδειξη από ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας από τις γενικές ιατρικές καταστάσεις.

3.2.1 Νόσος Hunqinton

Η νόσος Hunqinton έχει κλασικά συνδεθεί με την ανάπτυξη άνοιας υποφλοιώδους τύπου, ο οποίος χαρακτηρίζεται από περισσότερες κινητικές ανωμαλίες και λιγότερες διαταραχές του λόγου σε σχέση με το φλοιώδη τύπο άνοιας. Η άνοια της νόσου Hunqinton χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητική επιβράδυνση και δυσκολία στις πολύπλοκες πράξεις, ενώ η μνήμη, ο λόγος και η ευαισθησία παραμένουν σχετικά ανέπαφα στα πρώιμα και ενδιάμεσα στάδια της νόσου.⁶

3.2.2 Νόσος Parkinson

Όπως και στη νόσο Huntington, ο παρκινσονισμός είναι μια νόσος των βασικών γαγγλίων που συνήθως συνοδεύεται από άνοια και κατάθλιψη. Υπολογίζεται ότι 20-30% των άρρωστων με νόσο Parkinson έχει άνοια και ένα επιπρόσθετο ποσοστό 30-40% έχει μετρήσιμη έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. Οι αργές κινήσεις του αρρώστου με νόσο Parkinson παραλληλίζονται με την αργή σκέψη μερικών προσβεβλημένων ατόμων, χαρακτηριστικό που ορισμένοι κλινικοί ονομάζουν βραδυφρενεία.

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από την τριάδα: τρόμος, δυσκαμψία, βραδυκίνηση.

Τα ψυχιατρικά συμπτώματα της νόσου Parkinson μπορεί να συμπεριλαμβάνουν αλλαγές στην προσωπικότητα (καχυποψία, ευερεθιστότητα ή εγωκεντρισμό), άγχος, καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία, ανοϊκές εκδηλώσεις, συγχυτικό παραλήρημα.

Η θεραπεία των ψυχιατρικών εκδηλώσεων είναι συμπτωματική.

Όλα τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται προσεκτικά, λόγω αυξημένης ευαισθησίας του εγκεφάλου σ' αυτά.

Τα ψυχωσικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται επιτυχώς με μικρές δόσεις κλοζαπίνης.^{2,6}

3.2.3 Νόσος Η.Ι.Υ.

Η μόλυνση με τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Η.Ι.Υ), συνήθως οδηγεί σε άνοια και άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα. Οι μολυσμένοι με Η.Ι.Υ. άρρωστοι παρουσιάζουν άνοια με ετήσια αναλογία περίπου 14%. Υπολογίζεται ότι το 75% των αρρώστων με σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) εμφανίζει προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος κατά την νεκροψία. Η ανάπτυξη της άνοιας σε μολυσμένους με Η.Ι.Υ ασθενείς παραλληλίζεται συχνά με την ανάπτυξη παρεγχυματικών ανωμαλιών στο MRI.

Μια ευρεία ποικιλία νοσηρών διεργασιών μπορεί να επιδράσει στον εγκέφαλο του μολυσμένου με Η.Ι.Υ. άρρωστου. Η σημαντικότερη νόσος για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι η εγκεφαλοπάθεια από Η.Ι.Υ., που συνοδεύεται από υποφλοιώδης τύπου άνοια και η οποία σε κάποιο βαθμό εμφανίζεται στο 50% των ατόμων με Η.Ι.Υ. Στη διαφορική διάγνωση των αρρώστων με νευραψυχιατρικά συμπτώματα από Η.Ι.Υ. πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη και άλλες νόσοι και επιπλοκές της θεραπείας. Συμπτώματα όπως φωταφοβία, κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, κινητική αδυναμία, απώλεια αισθητικότητας και μεταβολές του επιπέδου συνείδησης θα πρέπει να θέτουν σε εγρήγορση τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, όσον αφορά την εξέταση του αρρώστου για πιθανή ανάπτυξη ευκαιριακής λοίμωξης ή νεοπλάσματος του ΚΝΣ. Η λοίμωξη Η.Ι.Υ. μπορεί επίσης να προκαλέσει μια ποικιλία περιφερικών νευροπαθειών που θα πρέπει να κάνουν τον επαγγελματία ψυχικής υγείας να αναθεωρήσει την έκταση της εμπλοκής του ΚΝΣ.¹²

3.2.4 Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας

Η ασθένεια συνήθως επηρεάζει αρχικά τους νέους με πρώτα συμπτώματα μεταξύ 20 και 40 και υπάρχει μικρή υπεροχή στις γυναίκες.

Η περιοχή που συχνά περιλαμβάνεται είναι η περικοιλιακή λευκή ουσία στα ημισφαίρια, όχι τραύμα (παθολογικές ή πάσχουσες περιοχές) που συνήθως εμφανίζονται στο εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα, το οπτικό νεύρο και το νωτιαίο μυελό.¹³

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη. Τα έως τώρα επιστημονικά δεδομένα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μια διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος το οποίο αντιδρά ανώμαλα στην προσπάθειά του να εξουδετερώσει κάποιον εξωτερικό παράγοντα. Πιθανολογείται ότι ο παράγοντας αυτός είναι ένας ή περισσότεροι ιοί.

Παθογένεια

Πρόκειται για μια αυτοάνοση διαταραχή που έχει σαν τελικό αποτέλεσμα την δημιουργία αντισωμάτων ενάντια στην βασική πρωτεΐνη της μυελίνης του ΚΝΣ. Τα αυτοαντισώματα αυτά δεν καταστρέφουν το σύνολο της μυελίνης του ΚΝΣ αλλά συγκεκριμένες περιοχές κάθε φορά, οι οποίες ονομάζονται εστίες ή πλάκες απαμυελίνωσης. Δεδομένου ότι η μυελίνη στο ΚΝΣ παίζει ουσιαστικό ρόλο στην μετάδοση της πληροφορίας από τον ένα νευρώνα στον άλλο (Πηγή 1), η καταστροφή της προκαλεί διακοπή της επικοινωνίας των διαφόρων τμημάτων του ΚΝΣ με αποτέλεσμα την δυσχερή λειτουργία του.

Κλινική εικόνα - Συμπτώματα

Η συμπτωματολογία της ΣΚΠ (σκλήρυνσης κατά πλάκας) διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, αλλά μπορεί να διαφέρει και από ώση σε ώση του ίδιου ασθενούς. Εξαρτάται από την περιοχή όπου προέκυψε η εστιακή βλάβη της μυελίνης. Π.χ. αν η βλάβη αυτή αφορά τις αισθητικές οδούς, η συμπτωματολογία θα είναι αιμωδίες (μουδιάσματα), παραισθησίες (μυρμηγκιάσματα). Αν αφορά τις κινητικές οδούς τότε θα έχουμε σαν αποτέλεσμα μείωση ή κατάργηση της μυϊκής ισχύος του ασθενούς (πάρεση ή παράλυση). Βέβαια, η βλάβη μπορεί να αφορά και οποιαδήποτε άλλη ανατομική δομή του ΚΝΣ με συμπτωματολογία ανάλογη της λειτουργίας του κάθε ανατομικού σχηματισμού. Π.χ. αν η βλάβη αφορά την παρεγκεφαλίδα τότε θα έχουμε δυσαρθρία, αστάθεια βάδισης, ασυνεργία κινήσεων κ.ά. Επίσης, η κλινική εικόνα μπορεί να διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Διακρίνουμε τις περιπτώσεις όπου η νόσος εξελίσσεται με ώσεις ενώ στα μεσοδιαστήματα ο ασθενής είναι φαινομενικά υγιής. Αντίθετα σε άλλες περιπτώσεις εγκαθίσταται μία συμπτωματολογία η οποία επιδεινώνεται με το πέρασμα του χρόνου (πρωϊούσα μαρφή). Τέλος, συχνή είναι η προσβολή του οπτικού νεύρου με αποτέλεσμα θάμβος οράσεως (οπισθοβαλική νευρίτις).^{28,29}

Η σοβαρότητα της ασθένειας ποικίλει πολύ και απρόβλεπτα ανάμεσα στους ασθενείς με λίγες αξιόπιστες ενδείξεις πρόγνωσης.¹³

3.2.5 Νεοπλάσματα εγκεφάλου

Η ανάπτυξη χωροκατακτητικών επεξεργασιών στον εγκέφαλο συνοδεύεται συχνά και από ψυχικές διαταραχές που δεν είναι καθορισμένες για την τοποθεσία του όγκου. Σε περίπτωση συνύπαρξης νευρολογικής συμπτωματολογίας η διάγνωση είναι ευχερής. Ιδιαίτερη προσοχή, όμως, χρειάζεται σε περίπτωση ύπαρξης μόνο ψυχικών διαταραχών που πολύ συχνά οφείλονται σε τέτοιου είδους επεξεργασίες. Η μη έγκαιρη διάγνωση μπορεί σ' αυτές τις περιπτώσεις να αποβεί μοιραία για τον ασθενή. Οι όγκοι του εγκεφάλου, χωρίς νευρολογική συμπτωματολογία προκαλούν συνήθως καταθλιπτικές ψυχιατρικές εικόνες. Ακόμα, μπορούν να εμφανισθούν βραδυψυχισμός, απρόσφορο συναίσθημα, έκπτωση νοητικών, αγχώδεις εκδηλώσεις και αλλαγή στην προσωπικότητα.⁸

Βέβαια η ψυχιατρική συμπτωματολογία ασθενούς με νεόπλασμα του εγκεφάλου εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την εντόπισή του.

Τα νεοπλάσματα του μετωπιαίου λοβού εκδηλώνονται κυρίως με βραδυψυχισμό, διαταραχές της μνήμης και της κρίσης, μειωμένη συγκέντρωση, διαταραχές του προσανατολισμού, άρση αναστολών, απάθεια, παρορμητισμό.

Τα νεοπλάσματα του μεσολόβιου εκδηλώνονται με συμπτωματολογία ψυχωσικής τάξης και ιδίως κατατονικού τύπου.

Τα νεοπλάσματα του κροταφικού λοβού εκδηλώνονται με γνωσιακές διαταραχές, παροξυσμικά σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και αλλαγές της προσωπικότητας, ευερεθιστότητα, άγχος, ευφορία ή κατάθλιψη.

Τα νεοπλάσματα του βρεγματικού λοβού μπορεί να εκδηλωθούν με συμπτωματολογία άνοιας ή σωματομετατροπής.

Τα μεταστατικά νεοπλάσματα του εγκεφάλου έχουν συνήθως πολλαπλή εντόπιση. Το 1/5 των νεοπλασμάτων του εγκεφάλου είναι μεταστατικά.²

3.2.6 Νευροσύφιλη

Η ολοκληρωμένη εικόνα στην προϊούσα γενική παράλυση έχει γίνει σήμερα πολύ σπάνια.

Η αρρώστια αρχίζει συνήθως 10 έως 15 χρόνια ύστερα από τη συφιλιδική μόλυνση, και είναι περισσότερες φορές πιο συχνή στους άντρες από τις γυναίκες.

Τα πρώτα κλινικά σημεία της, είναι η μεταβολή της συμπεριφοράς που σχεδόν πάντα παρουσιάζεται αιφνίδια. Ο άρρωστος αρχίζει να κάνει πράξεις που είναι αντίθετες με τη δημόσια αιδώ και το ηθικό συναίσθημα. Ένας ήσυχος και γαλήνιος άνθρωπος γίνεται ξαφνικά απότομος και βάνουσος. Λίγο αργότερα αρχίζουν να παρουσιάζονται τα φαινόμενα της άνοιας: μια καθολική έκπτωση σε όλες τις διανοητικές λειτουργίες, προπαντός στην κρίση, στη βούληση, στη μνήμη, στη συγκέντρωση και στην προσοχή.

Οι νευρολογικές εκδηλώσεις της νευροσύφιλης είναι: δυσαρθρία, τρόμος χειλέων και γλώσσας, αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά με συνωδά πυραμιδι-

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

κά σημεία, παροδικές ή μόνιμες παρέσεις ή παραλύσεις των άκρων – εγκεφαλικά επεισόδια, σημείο Argyll – Robertson. Η πρόγνωση της ασθένειας είναι καλή όταν εφαρμοσθεί έγκαιρα θεραπεία. Χωρίς θεραπεία, η νευροσύφιλη καταλήγει σε άνοια. Η θεραπεία περιλαμβάνει μεγάλες δόσεις πενικιλίνης και νευροληπτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών εκδηλώσεων.^{3,8}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στο Εγχειρίδιο Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών του ΠΟΥ (ICD-10), η ενότητα των Οργανικών Ψυχικών Διαταραχών (Οργανικά Ψυχοσύνδρομα) περιλάμβανε διαταραχές που αποδίδουν σε εγκεφαλική νόσο ή τραυματισμό ή άλλη σωματική βλάβη και που οδηγούν σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία αυτή μπορεί να είναι πρωτοπαθής (π.χ. σε νεοπλάσματα του εγκεφάλου) ή δευτεροπαθής (όπου η προσβολή του εγκεφάλου αποδίδεται σε συστηματικά νοσήματα ή διαταραχές).

Εξάλλου σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV), μια ψυχική διαταραχή προκαλείται από κάποια σωματική νόσο ή διαταραχή «όταν η παρουσία των ψυχικών συμπτωμάτων κρίνεται ότι έχει άμεση αιτιολογική σχέση με τη σωματική νόσο». Η αιτιολογική αυτή σχέση πρέπει να στηρίζεται στο ιστορικό, στη σωματική εξέταση ή σε εργαστηριακά ευρήματα και να μην είναι ψυχολογική αντίδραση σε κάποιο νόσημα. Ο κλινικός πρέπει να αποδώσει σε κάποιο σωματικό νόσημα την αιτία των ψυχιατρικών συμπτωμάτων όταν:

- Διαπιστώνει χρονική σχέση μεταξύ της εμφάνισης, της υποτροπής ή της ύφεσης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και της αντίστοιχης συμπτωματολογίας του σωματικού νοσήματος,
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σωματικού νοσήματος συνεπάγεται υποχώρηση της συμπτωματολογίας της ψυχικής διαταραχής.
- Η ψυχική διαταραχή εμφανίζεται με άτυπα χαρακτηριστικά, π.χ. άτυπη ηλικία έναρξης, σοβαρότερη κλινική έκφραση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων.
- Είναι γνωστή η σχέση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και σωματικού νοσήματος, π.χ. κατάθλιψης και υποθυρεοειδισμού.
- Δεν υπάρχει προηγούμενο ατομικό ή οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό.
- Υπάρχει μικρή ανταπόκριση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στη θεραπευτική προσπάθεια.
- Συνυπάρχει διαταραχή των γνωσιακών λειτουργιών και ιδιαίτερα της μνήμης και του επιπέδου συνείδησης.⁵

4.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει κυρίως από τα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα. Η ολιγοφρενία (υπάρχει πρωτογενής διανοητική ανεπάρκεια) και η μελαγχολία δεν αποτελούν δύσκολα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.

Η λεπτομερής νευρολογική και ψυχιατρική εξέταση είναι επιβεβλημένη, αλλά ο εργαστηριακός και παρακλινικός έλεγχος φαίνεται ότι είναι απαραίτητος για την αρχική επιβεβαίωση της διάγνωσης. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη διαγνωστική διαδικασία.

Επειδή η πρώτη ένδειξη ύπαρξης νεοπλάσματος, σε κάποιο μέρος του σώματος, μπορεί να είναι η ενδοκρανία μετάσταση, πρέπει να αναζητηθεί η εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας, με την κατάλληλη διερεύνηση, όπως με την ακτινογραφία θώρακος, μαστογραφία, έλεγχο για μακροσκοπική αιμορραγία από το πεπτικό κ.α.

Τα νεοπλάσματα με υψηλή κακοήθεια, όπως το πολύμορφο γλοιοβλάστωμα, αλλά και τα μεταστατικά νεοπλάσματα, εξελίσσονται ραγδαία εντός μερικών μηνών. Αντιθέτως τα αστροκυτώματα και τα μηνιγγιώματα εξελίσσονται εντός πολλών μηνών ή ακόμη και ετών. Αλλά όπως τα πολύ χαμηλής κακοήθειας γλοιώματα, μπορεί να μη δώσουν ποτέ γλοιώματα.^{2,5}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Τα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα εκφράζονται κλινικά με:

- Τη διανοητική σύγχυση (ή συγχυτική κατάσταση)
- Το συγχυτικό ονειρισμό
- Το οξύ παρολήρημα (ή οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο)
- Τη συγχυτική εμβροντησία (stupor)

A. Διανοητική σύγχυση (ή συγχυτική κατάσταση)

- Της συνείδησης
- Του προσανατολισμού (αρχικά στο χρόνο και στη συνέχεια στον τόπο και στις συνθήκες του περιβάλλοντος)
- Της προσοχής (ενεργητικής και παθητικής)
- Της μνήμης (στα αρχικά στάδια μόνο της πρόσφατης)
- Της ψυχοκινητικής δραστηριότητας (άλλοτε αδράνεια και παθητικότητα και άλλοτε παρορμητική συμπεριφορά και διεγέρσεις)
- Του συναισθήματος (απάθεια ή άγχος, ανησυχία, φόβος)
- Του ύπνου (μένει ο άρρωστος άγρυπνος τη νύχτα, μισοκοιμάται την ημέρα)
- Στην αναγνώριση προσώπων (ο άρρωστος παραγνωρίζει, δηλαδή θεωρεί άγνωστά του πρόσωπα σαν συγγενείς ή φίλους του).

Η κατάσταση του αρρώστου χειροτερεύει τις απογευματινές ώρες ή όταν αλλάξει περιβάλλον (γιατί έτσι δυσκολεύεται ακόμη περισσότερο ο προσανατολισμός του).

Στα αρχικά στάδια ο άρρωστος, προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος ή αρνείται τις δυσκολίες του ή προσπαθεί να τις αποκρύψει. Σε πιο προχωρημένα στάδια η επικοινωνία με τον άρρωστο είναι δύσκολη (δεν αντιλαμβάνεται και δεν εκτελεί τις παραγγελίες του γιατρού, το πρόσωπό του εκφράζει απορία, φαίνεται σαν «χαμένος». Πολλές φορές μάλιστα εκνευρίζεται και θυμώνει.

Αν η κατάσταση του βελτιωθεί δε θυμάται καλά την περίοδο που βρισκόταν σε σύγχυση.⁵

Β. Συγχυτικός ονειρισμός

Είναι η κατάσταση που προκύπτει όταν στην προπεριγραφείσα κλινική εικόνα της διανοητικής σύγχυσης προστεθούν και διαταραχές της αντίληψης (παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις κυρίως οπτικές). Ο άρρωστος δηλαδή, βλέπει ανύπαρκτα αντικείμενα και πρόσωπα (οπτική ψευδαισθηση) ή τα βλέπει παροπιοημένα (οπτική παραίσθηση). Πολλές φορές συμμετέχει σε αυτά τα βιώματα, γεγονός που είναι δυνητικά επικίνδυνο για τον ίδιο (π.χ. εκπαραθύρωση) ή για τους άλλους (π.χ. τρουματισμοί).

Πολλές φορές, οι ψευδαισθήσεις του αρρώστου παίρνουν το χαρακτήρα «εξωπεδιακών» ψευδαισθήσεων («βλέπουν», δηλαδή, αντικείμενα ή ανθρώπους που βρίσκονται έξω από το αισθητηριακό τους πεδίο), αντανάκλαστικών ψευδαισθήσεων (π.χ. με το άκουσμα ενός ήχου βλέπουν συγχρόνως κάποιο χρώμα) ή μικροψιών (βλέπουν αντικείμενα ή πρόσωπα σε μικρό μέγεθος) και ζωοψιών (βλέπουν ζώα ή έντομα)-(όπως συμβαίνει συχνά στους αλκοολικούς).²

Γ. Οξύ συγχυτικό παραλήρημα ή οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο

Εμφανίζεται σαν επιπλοκή σε χειρουργικές επεμβάσεις συνήθως ηλικιωμένων ατόμων ή μετά από τοκετό. Πιθανόν οφείλεται σε διαταραχή των ηλεκτρολυτών. Η εκδήλωσή του μπορεί να είναι αιφνίδια ή να προηγούνται ορισμένα πρόδρομα συμπτώματα όπως αϋπνία, υπερκινητικότητα, δυσφορική διάθεση κ.λ.π. Ακολουθεί η εμφάνιση ψυχωτικής συμπτωματολογίας με παραλήρημα, ψευδαισθήσεις κ.α.

Έχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης, τόσο με νευροληπτικά φάρμακα όσο και με διόρθωση των ηλεκτρολυτικών ή άλλων μεταβολικών διαταραχών, λόγω του κινδύνου για τη ζωή του ασθενή.

Παραλήρημα: Και σε αυτό υπάρχει έκπτωση της μνήμης. Υπάρχει όμως θόλωση της συνείδησης. Επίσης το παραλήρημα αναπτύσσεται γρήγορα και η πορεία του είναι ταχεία. Τα συμπτώματα στο παραλήρημα τυπικά παρουσιάζουν διακυμάνσεις. Μπορεί να συνυπάρχει όμως Παραλήρημα και Άνοια, οπότε μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις (εφόσον υπάρχει σαφές ιστορικό προϋπάρχουσας Άνοιας). Και όπως ήδη αναφέραμε σε αμφιβολία καλύτερο να μπει προσωρινή διάγνωση Παραληρήματος και να μπει ο ασθενής σε παρακολούθηση.^{7,8}

Δ. Συγχυτική εμβροντησία (stupor)

Είναι βαρεία μορφή κλινικής έκφρασης των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Ο ασθενής είναι απροσανατόλιστος, η ψυχοκινητική δραστηριότητα και η λεκτική επικοινωνία είναι ανασταλμένες, ενώ συχνά παροτρύνονται απώλειες ούρων και κοπράνων.²

5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Τα χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα εκφράζονται κλινικά με την προϊούσα διανοητική έκπτωση, που κατά κανόνα οδηγεί με άλλοτε ρυθμό σε άνοια.

Η προϊούσα διανοητική έκπτωση χαρακτηρίζεται με:

- Διαταραχές της μνήμης εξελισσόμενες προοδευτικά (αρχικά αφορούν μόνο την πρόσφατη, αλλά αργότερα και την παλαιά μνήμη).
- Διαταραχές του προσανατολισμού (αρχικά αφορούν το χρονικό, αργότερα το χωρικό προσανατολισμό και στη συνέχεια την αναγνώριση προσώπων).
- Διαταραχές του συναισθήματος (ευερεθιστότητα, άγχος, κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια).
- Βραδύτητα, εμμονή και διαταραχές της αφηρημένης σκέψης.
- Διαταραχές της ικανότητας μάθησης και της κρίσης.
- Μείωση της αυτοκριτικής και κατάργηση των ηθικών αναστολών (άτοπες σεξουαλικές απαιτήσεις, αγενής, ανόητη, παραρμητική ή παιδαριώδης συμπεριφορά).
- Μείωση των ενδιαφερόντων, της πρωτοβουλίας και του λεξιλογίου και βοθημαία εγκατάλειψη από τον άρρωστο των φροντίδων για την ευπρεπή εμφάνιση και την καθαριότητά του.

Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής θα αντιδράσει στην προϊούσα διανοητική έκπτωση θα εξαρτηθεί από πολλούς παράγοντες, κυρίως όμως από την προσωπικότητά του («όπως ζει κανείς έτσι γερνάει»). Επίσης από το ρυθμό της έκπτωσης, από τις κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες, που τον περιβάλλουν και από τον υποστηρικτικό ή όχι ρόλο των συγγενών και της οικογένειας.

Στα αρχικά στάδια της προϊούσας διανοητικής έκπτωσης τα μόνα αντιληπτά στο περιβάλλον συμπτώματα, μπορεί να είναι μια «αφηρημάδα» και μια «δυσκολία» στη λήψη αποφάσεων. Σε πιο προχωρημένα στάδια γίνεται αντιληπτή η μείωση των νοητικών του ικανοτήτων, κάνει συνεχώς λάθη, εκνευρίζεται εύκολα, δημιουργεί δυσκολίες στους συνεργάτες του και έτσι αποφασίζει (ή συνθηθέστερα αναγκάζεται) να εγκαταλείψει την εργασία του, με όλες τις ψυχολογικές επιπτώσεις.

Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος μπορεί να αρχίσει να εκφράζει παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου σε σχέση με τους προϊστάμενους ή τους συναδέλφους του.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Η θεραπεία των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων έχει αιτιολογικό, συμπτωματικό και υποστηρικτικό σκέλος.

Α) Αιτιολογικό: Συνίσταται στην αντιμετώπιση και στην αποτελεσματική καταπολέμηση του αιτίου που προκαλεί το ψυχοσύνδρομο αυτό.

1) Καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων: με χορήγηση αντιβιοτικών τα οποία παρέχονται για μακρό χρονικό διάστημα εφόσον τα πτύελα εξακολουθούν να είναι πυώδη και ο ασθενής δεν παρουσιάζει παρενέργειες από τα αντιβιοτικά. Τα αντιβιοτικά χορηγούνται επίσης κατά τη διάρκεια εμπύρετων καταστάσεων. Ο συνδυασμός σουλφαμεθομαζόλης και τριμεθοπρίμης ή αμπικιλίνη και κεφαλοσπορίνες είναι αυτά που ενδείκνυνται περισσότερο.¹⁴

2) Καταπολέμηση των φλεγμονωδών καταστάσεων του Κ.Ν.Σ: Το φάρμακο εκλογής είναι η πενικιλίνη και η χλωραμφανικόλη. Προληπτικά χορηγείται ρικφαμπικίνη. Συνίσταται σε ενυδάτωση, διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ενίσχυση του κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος, χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων. Αποφεύγονται τα βαρβιτουρικά, που πολλές φορές επιτείνουν τη σύγχυση του ασθενούς, ενώ τα φαινοθειαζινικά παράγωγα καλό είναι να χορηγούνται σε συνδυασμό με διαζεπάμη ή με αντισπασμικά φάρμακα για την αποφυγή επιληπτοειδών κρίσεων. Τα νοοτρόπα φάρμακα χορηγούνται στις περιπτώσεις τόσο οξέων όσο και χρόνιων οργανικών ψυχοσυνδρόμων, είναι όμως αμφίβολης αποτελεσματικότητας.^{2,15}

3) Καταπολέμηση μη φλεγμονωδών εγκεφαλικών βλαβών: Άτομα τα οποία πάσχουν από εγκεφαλικές βλάβες είναι δυνατόν να παρουσιάσουν παραμορφώσεις. Η κινησιοθεραπεία και η φυσικοθεραπεία είναι από τα βασικότερα μέσα θεραπείας. Ορισμένες φορές είναι δυνατόν να παρατηρηθούν νευροτομές ή τενοτοτομές ή άλλες διορθωτικές εγχειρήσεις των παραμορφώσεων. Ένα ήσυχο, ήρεμο και ευχάριστο περιβάλλον αποτελεί σημαντικό παράγοντα της θεραπείας.¹⁵

β) Συμπτωματικό: Η συμπτωματική θεραπεία συνίσταται στην ενυδάτωση του ασθενούς και στη διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών σε τυχόν αφυδάτωση. Ο άρρωστος πρέπει να σπίζεται πολύ καλά. Σημαντικό επίσης είναι η έγκαιρη αποφυγή επιπλοκών από το κυκλοφορικό σύστημα το οποίο τίθεται συχνά σε μεγάλη δοκιμασία.⁵

γ) Υποστηρικτικό: Στις ήπιες συγχυτικές καταστάσεις ο γιατρός μπορεί να καθησυχάσει τον άρρωστο τροποποιώντας το περιβάλλον του ώστε να μειωθεί η δικαιολογημένη ανασφάλεια του αρρώστου (π.χ. δίνοντας εντολή να είναι πάντα φωτισμένο το δωμάτιό του).

6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Στα χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία, καθώς η βλάβη έχει ήδη εγκατασταθεί και δεν είναι αναστρέψιμη. Υπάρχει μόνο συμπτωματική θεραπεία συναρτημένη με τα συγκεκριμένα συμπτώματα που εμφανίζονται. Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει ψυχοκινητική διέγερση, παρορμητική συμπεριφορά ή παραληρητικές ιδέες θα χορηγηθούν μείζονα ηρεμιστικά. Όταν έχει καταθλιπτικό συναίσθημα χορηγούνται τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, ενώ σε παιδιά με χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα (ιδιαίτερα, όταν παρουσιάζουν έντονες διαταραχές της συμπεριφοράς) είναι χρήσιμα κυρίως τα διεγερτικά του Κ.Ν.Σ.^{2,5}

Τόσο η ψυχοσωματική όσο και η συμπεριφερειολογική ιατρική ασχολούνται με την αλληλεπίδραση της ψυχής και του σώματος. Παραδοσιακά, η ψυχανάλυση και η ψυχοθεραπεία έχουν χρησιμοποιηθεί για θεραπεία ψυχοσωματικών διαταραχών. Μέσα στις τελευταίες δύο δεκαετίες, ένα μεγάλο ενδιαφέρον έχει αναπτυχθεί στη χρήση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς (μαθησιακή θεωρία) για τη θεραπεία αυτών των διαταραχών. Ανάμεσα στις θεραπευτικές τεχνικές που δίνουν έμφαση στην τροποποίηση συμπεριφοράς είναι η θεραπεία μιμικής χαλάρωσης, η βιοανάδραση, η ύπνωση, η ελεγχόμενη αναπνοή, η γιόγκα και το μασάζ. Ο σκοπός τόσο των συμπεριφερειολογικών τεχνικών είναι να βελτιώσει την ψυχοσωματική ισορροπία.

Σε όλες τις περιπτώσεις χρόνιων οργανικών ψυχοσυνδρόμων, παράλληλα με τη φαρμακευτική και την ψυχολογική αντιμετώπιση, πρέπει να γίνεται προσπάθεια κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης του ασθενούς (λαμβάνοντας, όμως, πάντα υπόψη τους περιορισμούς που απορρέουν από τις μειωμένες δυνατότητες και την ηλικία του ασθενούς).⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΟΞΕΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Η πρόγνωση των οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων είναι εξ' ορισμού καλή, μια που τα σύνδρομα αυτά είναι κατά κανόνα αναστρέψιμα, αρκεί να βρεθεί το αίτιο και να υποβληθεί ο ασθενής εγκαίρως στην κατάλληλη θεραπεία.

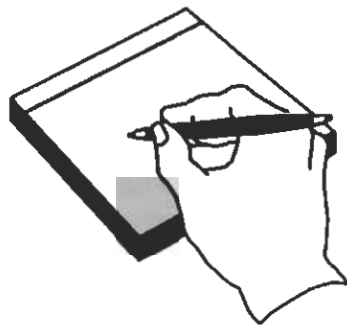
Εξαιρέση σε αυτόν τον κανόνα αποτελούν οι καταστάσεις που δεν είναι επιδεκτικές θεραπείας.

7.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Η πρόγνωση των χρόνιων οργανικών ψυχοσυνδρόμων είναι κακή, καθώς δεν είναι αναστρέψιμα ή είναι μερικώς μόνο αναστρέψιμα. Οι καταστάσεις αυτές οδηγούν αργά ή γρήγορα σε άνοια.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΕΙΔΙΚΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΡΟΛΗΨΗ

Όταν μιλούμε για πρόληψη ψυχικών διαταραχών είναι απαραίτητο να αναφέρουμε μερικές βασικές απόψεις για την παθογένεση και την αιτιολογία. Η παλιά αντιμαχία μεταξύ των οπαδών της κληρονομικότητας και των οπαδών του περιβάλλοντος (η περίφημη *nature versus nature* των Αγγλοσαξόνων) δεν έχει πια την ένταση, την αδιαλλαξία και τον δογματισμό που είχε παλαιότερα. Οι πρόοδοι της Γενετικής, της Μοριακής Βιολογίας, της Νευροψυχολογίας και της Νευροφυσιολογίας δεν αφήνουν καμιά αμφιβολία, ότι ο άνθρωπος, ως βιολογικό ον δέχεται σοβαράτατες επιδράσεις από το βιολογικό του υπόστρωμα και την κληρονομικότητά του. Οι πρόοδοι της Ψυχοφαρμακολογίας μας έδωσαν και μας δίνουν καθημερινά εξαιρετικά δραστικά φάρμακα να αντιμετωπίσουμε θεραπευτικά πολλά από τα σοβαρά και οδυνηρά συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής.

Ο άνθρωπος όμως είναι εκτός από βιολογική και μια ψυχολογική και κοινωνική ύπαρξη. Και η μεγάλη προσφορά της ψυχανάλυσης ήταν να ρίξει για πρώτη φορά φως στην αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών και να στηρίξει έτσι επιστημονικά μια αιτιολογική, ριζική και μονιμότερη θεραπευτική αντιμετώπιση και όχι απλά μια παροδική βελτίωση των συμπτωμάτων.

ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Απ' τις τρεις βαθμίδες της πρόληψης η πρωτογενής είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων²³. Τη μεγαλύτερη σημασία έχουν οι πρώιμες παρεμβάσεις που είναι:

1. Παρεμβάσεις πριν από τη σύλληψη
Ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική
Οικογενειακός προγραμματισμός
2. Παρεμβάσεις κατά την εμβρυϊκή ζωή
Συμβουλευτική της εγκύου.
3. Παρεμβάσεις στην παιδική ηλικία
Ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί
Βελτίωση της σωματικής υγείας του παιδιού
Βελτίωση του οικογενειακού περιβάλλοντος
Βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος²⁴

Η κοινοτική παρέμβαση με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας, αποτελεί την πιο ουσιαστική προσέγγιση, αφού καλύπτει μεγάλο μέρος του πληθυσμού και έχει ποικίλες μορφές²³.

Επίσης συνίσταται στη δυνατότητα δημιουργίας μιας καλής οικογένειας π.χ. ομαδική θεραπεία ή θεραπεία ζευγαριών σε μελλονύμφους που έχουν ήδη παρουσιάσει δυσκολίες στην ψυχική τους ζωή. Ή ακόμη καλύτερα με ειδικής μορφής μαθήματα και εμπειρίες που θα γίνονται σε όλη τη διάρκεια της σχολικής εκπαίδευσης, μαθήματα ζωής, όπως τα αποκαλώ.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο τύπος αυτός της πρόληψης στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα. Το βάρος της δευτερογενούς πρόληψης πέφτει στις αποκεντρωμένες υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παροπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά, την τακτική τους παρακολούθηση με πρόληψη των υποτροπών τους και η λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία. Με ειδικά προγράμματα το κοινό ευαισθητοποιείται στην έγκαιρη αντίληψη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και τροποποιεί τη στάση του απέναντι στην ψυχιατρική αρρώστια, έτσι ώστε να καταφεύγει ευκολότερα σε ψυχιατρική υπηρεσία.

Επίσης εδώ θα χρειαστεί να επέμβουμε στην οικογένεια με οικογενειακή θεραπεία όταν τα παιδιά εμφανίσουν κάποια προβλήματα που δείχνουν ότι η οικογένεια δυσλειτουργεί. Συζυγική θεραπεία ή ατομική θεραπεία του παιδιού μπορεί να είναι σε ορισμένες περιπτώσεις η αναγκαία επιλογή.

ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Εδώ τα συμπτώματα ή η ψυχική διαταραχή έχουν ήδη εκδηλωθεί. Η ριζικότερη θεραπεία και η πρόληψη υποτροπών είναι και εδώ η ψυχοθεραπεία, που θα βοηθήσει σε μια πιο ουσιαστική κατανόηση και αναδόμηση των ψυχικών μηχανισμών που προκάλεσαν και προκαλούν την ανατροπή της ψυχικής ομοιόστασης όταν επισυμβαίνουν εξωτερικά στρεσογόνα γεγονότα.

Αυτά τα πολύ περιληπτικά ισχύουν περισσότερο για τις νευρωτικές διαταραχές, τις διαταραχές της προσωπικότητας και τις δυσλειτουργίες της οικογενειακής ζωής.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Ο σχεδιασμός της θεραπευτικής τακτικής για την όσο το δυνατόν, αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ασθενούς, απαιτεί πολύμορφη δράση σε όλα τα επίπεδα διαταραχής του. Γνωρίζοντας ότι τα οργανικά ψυχοσύνδρομα αποτελούν τη συνολική έκφραση διαταραχών που βρίσκονται τόσο στο βιολογικό υπόστρωμα του ασθενούς, όσο και στα δυναμικά στοιχεία της προσωπικότητας του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, στην επιρροή και τη σχέση του με την οικογένεια, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον, έχουν τις ρίζες τους στο ιστορικό παρελθόν του, και εκφράζεται σε άμεση σχέση, με τις επίκαιρες ανάγκες του, βλέπουμε ότι η προσπάθεια για θεραπευτική αντιμετώπιση μιας τέτοιας διαταραχής δεν μπορεί να είναι ιδιαίτερα πολύμορφη.

Έτσι, ο σχεδιασμός της θεραπευτικής τακτικής θα περιλαμβάνει θεραπευτικές προσπάθειες που θα απευθύνονται τόσο στον ασθενή, εξατομικευμένες ανάλογα με την ιδιομορφία του, όσο και στο στενότερο ή ακόμα και ευρύτερο περιβάλλον του.

Οι θεραπευτικές αυτές προσπάθειες θα είναι μακροχρόνιες όπως μακροχρόνια είναι τις περισσότερες φορές και η πορεία της νόσου. Οι θεραπευτικές αυτές προσπάθειες δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατες π.χ. φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, μια και η νόσος απαιτεί συχνά συνδυασμό περισσότερων από μια θεραπευτικών μεθόδων.⁸

2.2 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Εδώ τίθεται το ερώτημα. Ποιοι είναι οι σκοποί της εφαρμοσμένης ψυχολογίας; Σε ποιο αποτέλεσμα απασκοπεί η εφαρμογή των θεωριών και αρχών της ψυχολογίας; Πιστεύουμε ότι οι σκοποί της εφαρμογής των θεωριών και των αρχών της ψυχολογίας είναι δύο: η προώθηση ανάπτυξης και η παρέμβαση στη δυσλειτουργία. Με την έννοια ανάπτυξη εννοούμε ότι ο κύριος στόχος της εφαρμοσμένης ψυχολογίας είναι να προωθήσει την ευρύτερη αξιοποίηση των γνωστικών ικανοτήτων, την πληρέστερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, την πιο αποτελεσματική επικοινωνία στις διαπροσωπικές του σχέσεις, την αρμονικότερη προσαρμογή του ατόμου στον κοινωνικό του περίγυρο. Με την έννοια παρέμβαση στη δυσλειτουργία εννοούμε ότι ένας παράλληλος στόχος της ψυχολογίας είναι να ενισχύσει και να βοηθήσει με συγκεκριμένες ψυχολογικές μεθόδους και τεχνικές το άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα ανάπτυξης στους ταμείς αυτούς.

Παρόλο που οι κλάδοι της εφαρμοσμένης ψυχολογίας έχουν ως σκοπό την ανάπτυξη και την αποκατάσταση (σε περίπτωση δυσλειτουργίας) των ψυχολογικών ιδιοτήτων του ατόμου, πιστεύουμε ότι ορισμένοι κλάδοι δίνουν περισσότερο βάρος στην αποκατάσταση (όπως η κλινική ψυχολογία) και άλλοι κλάδοι δίνουν περισσότερο βάρος στην ανάπτυξη (όπως η σχολική ψυχολογία, η αθλητική ψυχολογία, η οργανωτική ψυχολογία). Ο κύριος στόχος της κλινικής ψυχο-

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

λογίας είναι η παρέμβαση με ψυχολογικές μεθόδους σε άτομα που παρουσιάζουν ψυχοπαθολογική συμπεριφορά. ¹⁶



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Αποκατάσταση είναι η πλήρης ή μερική ανάρρωση από την ασθένεια, δηλαδή η επανάκτηση της σωματικής και ψυχολογικής ισορροπίας, η επιστροφή του αρρώστου στον αγώνα της ζωής, από τον οποίο είχε απομακρυνθεί για μεγάλο ή μικρό χρονικό διάστημα.

Αποκατάσταση είναι μια δημιουργική διεργασία, με την οποία το άτομο επιτυγχάνει τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχολογική, πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοσή του έπειτα από μια ασθένεια, ατύχημα ή αναπηρία.

Οι σκοποί του προγράμματος αποκαταστάσεως είναι:

- ✓ Η ανάκτηση της λειτουργικότητας που χάθηκε
- ✓ Η μεγιστοποίηση των ικανοτήτων που απέμειναν
- ✓ Η πρόληψη επιδεινώσεως της αναπηρίας
- ✓ Η ψυχολογική ενεργητική προσαρμογή του ατόμου στους περιορισμούς της αναπηρίας και η ένταξή του στην κανονική ζωή.

Κριτήρια της καλής πορείας του αναπήρου προς την επιτυχία των παραπάνω σκοπών θεωρούνται η ανάληψη από τον ίδιο της ευθύνης για την εξυπηρέτηση του εαυτού του με βοήθεια ή χωρίς βοήθεια, η πρόληψη δευτερογενών ανικανοτήτων και η πρόδοός του στην ανεξαρτητοποίηση από την άμεση φροντίδα των άλλων.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς και τη συνεργασία και προσφορά υπηρεσιών από εκπροσώπους πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι κυριότεροι των οποίων είναι:

- ✦ Γιατροί όλων των ειδικοτήτων και ψυχίατροι
- ✦ Νοσοκόμοι όλων των ειδικοτήτων
- ✦ Φυσιοθεραπευτής, Γυμναστής
- ✦ Θεραπευτής λόγου
- ✦ Κοινωνική λειτουργός
- ✦ Ψυχολόγος
- ✦ Σύμβουλος επαγγελματικού προσανατολισμού
- ✦ Επαγγελματικός εκπαιδευτής αναπήρων
- ✦ Θρησκευτική υπηρεσία
- ✦ Εθελοντική υπηρεσία ¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας / ψυχιατρική νοσηλευτική αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση ή οπτική γωνία της γενικής νοσηλευτικής και νοσηλευτική ειδικότητα. Σε γενικές γραμμές, περιλαμβάνεται στη σπουδή της γενικής νοσηλευτικής και συντελεί στην άσκησή της παντού και πάντοτε, ως νοσηλευτικής του όλου ανθρώπου. Η σπουδή της βοηθά τον φοιτητή να αποκτήσει γνώσεις, δεξιότητες διαθέσεις και αρχές, ώστε να γίνει ικανός να συμβάλλει στην:²¹

Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

Προσωπική ολική νοσηλευτική φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων

Διατήρηση και βελτίωσης της ψυχικής υγείας

Αγωγή ψυχικής υγείας του κοινού

Υποστήριξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας όλων των σωματικά πασχόντων

Προσαρμογή και εφαρμογή των αρχών της ψυχικής υγείας σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής.

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

Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ανθρώπου, υγιούς ή αρρώστου, ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.

Πίστη στην ατίμητη οντολογική αξία του ανθρώπου, της υγείας και της ζωής του.

Εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ανθρώπου και της υγείας του με σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον.

Ο αξιολογικός αυτός προσανατολισμός μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη και αρτιότερη χρησιμοποίηση όλων των επιστημονικών γνώσεων και όλης της κλινικής πείρας, αλλά και στην έρευνα, ώστε να αναδειχθεί η νοσηλευτική ψυχικής υγείας πράγματι θεραπευτική.²¹

4.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ψυχιατρική και ψυχιατρική νοσηλευτική χρησιμοποιούνται διάφορα θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση των ψυχιατρικών διαταραχών και για την επιλογή της νοσηλευτικής και θεραπευτικής αγωγής. Τα συνηθέστερα είναι: Το βιολογικό (ιατρικό), το ψυχολογικό, το συμπεριφοριστικό, το κοινωνικό πλαίσιο.

Το βιολογικό πλαίσιο- μοντέλο (Kraepelin) θεωρεί την ψυχική αρρώστια όπως και τη σωματική. Ενδιαφέρεται για την αιτιολογία, την παθογένεση, τα σημεία και συμπτώματα, τη διαφορική διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση.

Το ψυχολογικό πλαίσιο- μοντέλο (Freud, Sullivan, Fromm, Reichmann, Erikson, υπαρξιστές κ.ά.), ερευνά τα ψυχολογικά γεγονότα που επισπεύδουν μια ψυχική διαταροχή, π.χ. τυχόν μητρική αποστέρηση στην πρώτη παιδική ηλικία, ανεπαρκείς ή διαταρογμένες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ γονιών και παιδιού, το ψυχολογικό νόημα των γεγονότων, συναισθημάτων και τρόπων συμπεριφοράς για το συγκεκριμένο άτομο. Ως κύρια θεραπεία προτείνεται η ψυχοθεραπεία και ως νοσηλεία εκλογής ο νοσηλευτικός διάλογος νοσηλευτή - αρρώστου.

Το πλαίσιο- μοντέλο της συμπεριφοράς (Pavlov, Watson, Guthrie), θεωρεί τις ψυχολογικές διαταραχές ως εκδηλώσεις παθολογικής συμπεριφοράς που το άτομο τις έμαθε σαν αποτέλεσμα δυσάρεστων γεγονότων και τις διατηρεί επειδή οδηγούν σε εξυπηρετικά για το ίδιο αποτελέσματα ή προλαμβάνουν κάποιες ανεπιθύμητες επιβαρύνσεις και συνέπειες. Επομένως τα έκδηλα συμπτώματα - η παθολογική εξαρτημένη συμπεριφορά του ατόμου- και όχι ενδοψυχικές ή ασυνείδητες συγκρούσεις πρέπει να θεραπευθούν αφού αυτά αποτελούν το πρόβλημα.

Η θεραπεία συμπεριφοράς, που εφαρμόζεται στο παραπάνω πλαίσιο - μοντέλο, χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σύντομης θεραπείας και σε αρρώστους με ποικιλία ψυχικών διαταραχών. Γενικά ενισχύει τις προσαρμογές της συμπεριφοράς ώστε να είναι συμβατή με την ψυχική υγεία ή παθολογική συμπεριφορά. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο όταν διδάσκεται και η οικογένεια πώς να ενισχύει την υγιή συμπεριφορά και να μην υποθάλπει την παθολογική.

Το κοινωνικό πλαίσιο - μοντέλο (Tuke, Meyer, Sullivan) μελετά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ζει και κινείται μέσα στην κοινωνία. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα αποδίδονται όχι σε εξωτερικές συγκρούσεις ούτε σε εκδηλώσεις της ψυχικής αρρώστιας, αλλά στη σχέση του ατόμου με τον τρόπο λειτουργίας του στις κοινωνικές περιστάσεις, π.χ. στον τύπο και την ποιότητα του συνδέσμου του με το προσωπικό του περιβάλλον. Τα συμπτώματα θεωρούνται ως δείκτες κοινωνικής διαταραχής και δυσλειτουργίας. Το ψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου θεωρείται θεραπευτικό κοινωνικό σύστημα και κρίνεται απαραίτητο να μη χωρίζεται ο ψυχικά άρρωστος από το κοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι αναπτύσσεται η οικογενειακή και ομαδική ψυχοθεραπεία και οργανώνονται τα ψυχιατρεία ημέρας, τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας κ.λ.π.

Ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια γνωρίζουν τα θεωρητικά πλαίσια - μοντέλα που επικρατούν στη σύγχρονη ψυχιατρική για να τα χρησιμοποιούν μεμονωμένα ή συνθετικά στις διάφορες νοσηλευτικές περιστάσεις. Η νοσηλευτική επιλογή του ανάλογου πλαισίου σε μία συγκεκριμένη περίπτωση, εξαρτάται από την εκπαίδευση, την κλινική πείρα του νοσηλευτή, τη διάγνωση της διαταραχής του αρρώστου, την εφαρμοζόμενη ψυχιατρική θεραπεία, την ψυχολογική συγκρότηση και λειτουργικότητα του αρρώστου, τη διαθεσιμότητα και προστότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή καθώς και τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας στο συγκεκριμένο ψυχιατρικό τμήμα.

Γενικά η κλινική ψυχιατρική νοσηλευτική εφαρμόζει εκλεκτική προσέγγιση. Χρησιμοποιεί αρχές απ' όλα τα θεωρητικά πλαίσια φροντίδας της ψυχικής υγείας με σκοπό να επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα στον συγκεκριμένο άρρωστο.²¹

4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αν ερωτηθούν να καθορίσουν το ρόλο του νοσηλευτή, οι περισσότεροι άνθρωποι θα απαντήσουν «περιποιείται τους ασθενείς», «φροντίζει τους ασθενείς», ή κάτι παρόμοιο. Οι ορισμοί είναι βασικά σωστοί, αλλά έχουν τάση να τονίζουν τον παθητικό ρόλο του ασθενούς. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν κάποιος που δέχεται φροντίδα, περιποίηση και θεραπεία χωρίς καμία προσπάθεια από μέρους του. Το μόνο που κάνει είναι να ακολουθεί τις οδηγίες, χωρίς να τις συζητά.

Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζει έναν ενεργό ρόλο στη θεραπεία, που μπορεί πραγματικά να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς.

Μπορούμε να υπογραμμίσουμε τα προσόντα που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής προκειμένου να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, τα προσόντα αυτά πρέπει να βασίζονται σε μία σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία. Οι τομείς του έργου του νοσηλευτή όπου θα φανούν τα προσόντα του είναι:¹⁸

- Παρατήρηση
- Τρόποι νοσηλείας
- Ψυχοθεραπεία²⁶
- Φροντίδα και προστασία του ασθενούς

4.3.1 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ (παρακολούθηση)

Ένας από τους λόγους που επιβάλλουν την εισαγωγή των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι η «παρακολούθηση». Ο νοσηλευτής, που είναι κοντά τους τον περισσότερο χρόνο, είναι ο πιο κατάλληλος γι' αυτό το έργο. Για να το κάνει σωστά, πρέπει να καταλάβει το λόγο της παρακολούθησης - παρατήρησης, να ξέρει τι να προσέξει, να το αναγνωρίσει, όταν το δει και να είναι σε θέση να καταγράψει τις παρατηρήσεις του με ακρίβεια και επιστημονικότητα. Οι λόγοι για τους οποίους γίνεται η παρατήρηση των ασθενών συνοψίζονται στους εξής:

- i. Επιβεβαίωση ενδείξεων και συμπτωμάτων, για να γίνει η διάγνωση.
- ii. Σημείωση της βελτίωσης ή της χειρατέρευσης του ασθενούς από τη θεραπεία καθώς και των παρενεργειών των φαρμάκων ή των μεταβαλών στο περιβάλλον του.
- iii. Αντίληψη κάθε νέας σωματικής ή ψυχικής ασθένειας που εμφανίζεται.
- iv. Αναγνώριση συμπτωμάτων που σημαίνουν ότι η συμπεριφορά του ασθενούς θα είναι ίσως επικίνδυνη για τον εαυτό του ή για τους άλλους.
- v. Εκτίμηση των παραγόντων εκείνων στην προσωπικότητα του ασθενούς που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του.

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευσή του όσο και από την έμφυτη ικανότητά του. Γιατί με την εκπαίδευσή του θα

φθάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαισθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις.

Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και πολύτιμες παρατηρήσεις, αν έχει ικανοποιητικές θεωρητικές γνώσεις, αλλά και αν διατηρήσει τη διάνοιά του ανεπηρέαστη σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς. Ικανός παρατηρητής είναι εκείνος που μπορεί να ξεχωρίσει τις σημαντικές πλευρές της συμπεριφοράς, είτε συμφωνούν είτε αντιφάσκουν με την υποθετική διάγνωση. Όταν σημειώνει ή όταν αναφέρει τις παρατηρήσεις του ο νοσηλευτής πρέπει να ξεχωρίζει τις παρατηρήσεις του από τα συμπεράσματα που βγάζει από αυτές.

Τέλος, είναι προτιμότερο να περιγράψει τις παρατηρήσεις του στην καθημερινή γλώσσα, παρά να χρησιμοποιήσει λέξεις που δεν είναι σωστές. Γιατί ή λανθασμένη χρήση λέξεων, όχι μόνο δείχνει άγνοια, αλλά μπορεί και να προκαλέσει σύγχυση.

4.3.2 ΤΡΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Νοσηλευτικές δεξιότητες)

Κατά την διάρκεια της υπηρεσίας του ο νοσηλευτής πρέπει να εκτελέσει ορισμένες εργασίες που αφορούν στην φροντίδα του ασθενούς και μπορούν να εκτείνονται από την έρευνα και τη θεραπεία της ασθένειας μέχρι και την τακτοποίηση του θαλάμου.

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται ότι μια τεχνική που είναι συνηθισμένη γι' αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή. Πρέπει να θυμηθεί τη δική του ανησυχία και το φόβο του, όταν εκτέλεσε αυτή την εργασία για πρώτη φορά, και να σκεφθεί πόσο χειρότερα αισθάνεται το «θύμα».

Το πρώτο βήμα του νοσηλευτή είναι να εξηγήσει στον ασθενή το λόγο για τον οποίο γίνεται αυτή η εργασία και τον τρόπο που θα γίνει. Ο ασθενής που καταλαβαίνει τι θα γίνει και γιατί, έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεργασθεί. Ταυτόχρονα όμως ο νοσηλευτής να μην γελαστεί από τη φαινομενική κατανόηση του ασθενούς, γιατί μπορεί να θέλει να κρύψει την άγνοιά του και να μη δείξει ότι δεν κατάλαβε.

Να είναι ειλικρινής με τον ασθενή. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Γι' αυτό πρέπει ο νοσηλευτής, να ειδοποιήσει τον ασθενή, όταν φθάσει στην φάση που ίσως πονέσει και να υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να τον κάνει να πονέσει όσο το δυνατόν λιγότερο.

Για να είναι αποδοτικός ο νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει το σκοπό του τρόπου ενέργειας και το λόγο που γίνεται το κάθε βήμα. Να θυμάται ότι κάθε τρόπος ενέργειας έχει για τον ασθενή ένα νόημα και ότι με τον τρόπο ενέργειας αυτόν, δίνεται στο νοσηλευτή η ευκαιρία αν δημιουργήσει μια φιλική σχέση με τον ασθενή. Η κατάλληλη εκμετάλλευση αυτής της ευκαιρίας από το νοσηλευτή μπορεί να έχει μεγάλη θεραπευτική αξία ενώ, το αντίθετο μπορεί να απομακρύνει για πάντα τον ασθενή απ' αυτόν.

4.3.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σημερινή τάση είναι να τονίζεται αυτή η πλευρά του νοσηλευτικού ρόλου σε βάρος όλων των άλλων. Η βάση της θεωρίας είναι πολύ απλή.

Ο κάθε άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσης με έναν άλλο άνθρωπο. Μερικά άτομα όμως, λόγω των εμπειριών τους από την πρώτη περίοδο της ζωής τους, δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να σχηματίσουν τέτοιες σχέσεις. Άλλοι χάνουν την ικανότητα αυτή, λόγω ασθένειας ή τραυματισμού. Αλλά χωρίς αυτές τις σχέσεις είναι δύσκολο να εξακολουθούν να δρουν με ένα φυσιολογικό τρόπο μέσα στην κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μη μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο ή, αν φύγουν, να παθαίνουν γρήγορα νευρικό κλονισμό και να γυρίζουν πίσω. Για να μάθει ο ασθενής πώς να δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, πρέπει να του δοθεί η ευκαιρία γι' αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί από αυτό.

Αυτός είναι ο θεωρητικός ρόλος του νοσηλευτή. Πολλοί νοσηλευτές τον εκτελούν οδηγούμενοι από το ένστικτό τους. Μερικοί το καταφέρνουν καλά, άλλοι πολύ άσχημα. Όλοι μπορούν να γίνουν καλύτεροι, αν μάθουν να καταλαβαίνουν τη φύση των ενστικτωδών πράξεων τους, ώστε να αναπτύξουν αυτές που είναι χρήσιμες και να αποφύγουν τις άλλες.

4.3.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ενώ ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτή ελαττώνεται σταθερά, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις που οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο, παρά τη θέλησή τους, για την δική τους ασφάλεια και για την ασφάλεια της κοινωνίας.

Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, για να κρατήσουν έναν ασθενή που ακολουθεί την τυπική οδό εισαγωγής, αλλά έχουν την τάση να πιστεύουν ότι δε μπορούν να κάνουν τίποτα, για τον ασθενή που έχει εισαχθεί με τη βία.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις οδηγός του νοσηλευτή πρέπει να είναι το συμφέρον του ασθενούς. Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να σκοτώσει, να τραυματίσει, ή να βλάψει κάποιον, αν βγει απ' το νοσοκομείο, έχει καθήκον να τον κρατήσει, μέχρις ότου τον δει ο γιατρός και αποφασίσει τι πρέπει να γίνει. Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν χωρίς να τους εμποδίσει, παραβαίνει το καθήκον του.

Με λιγότερο δραματικούς τρόπους ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει και τους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν απόλυτα τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει όσο μπορεί τον εαυτό του, υπάρχουν φορές που χρειάζεται ειδική βοήθεια.¹⁸

4.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Ο πολυδιάστατος ρόλος και το εύρος των αρμοδιοτήτων του νοσηλευτή ψυχικής υγείας απαιτούν σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις, κλινικές δεξιότητες και θετικές στάσεις έναντι του ψυχικά αρρώστου και της φροντίδας του. Η πιο σημαντική όμως προϋπόθεση είναι η προσωπική καλλιέργεια και η ακεραιότητα του χαρακτήρα του νοσηλευτή. Κι αυτό επειδή συνεχώς καλείται να κάνει θεραπευτική χρήση όχι οργάνων ή μηχανημάτων ή τυποποιημένων τεχνικών (cliches) αλλά του εαυτού του, δηλ. της προσωπικότητάς του.²¹

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, όπως και οι άλλοι λειτουργοί υγείας, έχει το δικό του σύστημα αξιών και τις δικές του στάσεις. Το γεγονός όμως ότι νοσηλεύει ψυχικά διαταραγμένους αρρώστους με εκδηλώσεις περιεργής απροσαρμοστικής, παθολογικής ή και κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς, θέτει σε δοκιμασία τις στάσεις, τις προσδοκίες ακόμη και τις αξίες του και τον δυσκολεύει στην εκπλήρωση του επαγγελματικού του ρόλου. Επομένως, για να επιτυγχάνει στη νοσηλεία του αρρώστου, η προσωπικότητα του νοσηλευτή πρέπει να είναι ακέραιη, άρτια, ώριμη, υγιής, καλλιεργημένη, πολιτισμένη, χαριτωμένη, φωτισμένη και ακόμη δημιουργική και ηρωική. Τα κυριότερα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για να ασκεί αποτελεσματικά το έργο του είναι:

- Αγάπη άνευ όρων προς τον ψυχικά πάσχοντα
- Θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, φιλοστοργία
- Συμπόνια, αντικειμενικότητα
- Κατανοούσα ακρόαση
- Ποτέ βιασύνη
- Ανοχή απογοητεύσεων
- Αυτοκατανόηση, αυτοσυνειδησία
- Αίσθημα ψυχικής ασφάλειας και δύναμης.
- Σεβασμός προς τον ψυχικά άρρωστο¹⁸
- Ενσυνείδητη κατεύθυνση της προσωπικής συμπεριφοράς
- Θετική χρήση της ίδιας προσωπικότητας
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο²
- Αποδοχή των ιδεών, των αισθημάτων και της συμπεριφοράς του ασθενούς, όχι κριτική στάση¹⁸
- Δεξιότητα διατήρησης θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Γενναιότητα, ανδρεία, ηρωισμός
- Ευγένεια, λεπτότητα, αξιοπρέπεια
- Προσήνεια, προσιτότητα.
- Εχεμύθεια
- Ψυχική υγεία, συναισθηματική σταθερότητα
- Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας
- Αίσθημα ευθύνης, συναισθηση του χρέους²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΤΟΜΟΥ

Στην εποχή μας παρατηρείται αύξηση στον αριθμό των ασθενών με παθήσεις που χρειάζονται μακρόχρονη νοσηλευτική φροντίδα. Αυτοί είναι οι λεγόμενοι χρόνιοι άρρωστοι.

Πράγματι, πολλοί είναι οι χρόνιοι ασθενείς και πολλά και περίπλοκα τα προβλήματά τους.

Η σύγχρονη νοσηλευτική εκπαίδευση, ευτυχώς, δεν περιορίζεται σε μια μόνο άποψη του αρρώστου, δηλαδή μόνο στα συμπτώματα της ασθένειάς του. Σήμερα αναγνωρίζεται, ότι, ενώ οι γνώσεις των λειτουργικών και παθολογοανατομικών αλλοιώσεων λόγω της ασθένειας είναι σημαντική στη νοσηλευτική, αυτή μόνο δεν αρκεί ώστε οι νοσηλευτές να προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας στο χρόνιο άρρωστο.

Οι χρόνιοι άρρωστοι ανεξάρτητα από την ασθένεια που ελαττώνει τις ικανότητές τους σε πολλά επίπεδα, έχουν ορισμένες κοινές ανάγκες. Εκτός της νοσηλευτικής φροντίδας και επιβλέψεως μπορεί να χρειάζονται οικονομική βοήθεια, υπηρεσίες αποκαταστάσεως και ενίσχυση για να υπερνικήσουν τυχόν συναισθηματικές διαταραχές, αποτέλεσμα της παρατεταμένης νοσοκομειακής περιθάλψεως και της υποτιμητικής στάσεως του κοινού προς τους αρρώστους με παρατεταμένη ασθένεια.

Στο σημείο αυτό πρέπει να διευκρινιστεί ότι η χρόνια ασθένεια περιλαμβάνει όλες τις βλάβες ή αποκλίσεις από το φυσιολογικό, που έχουν ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά από τα ακόλουθα:

- ✓ Είναι μόνιμες
- ✓ Εγκαταλείπουν υπολειμματική ικανότητα
- ✓ Προκαλούνται από μη ανατάξιμη παθολογική αλλοίωση
- ✓ Απαιτούν ειδική εκπαίδευση του αρρώστου για αποκατάσταση
- ✓ Δημιουργούν την ανάγκη μακροχρόνιας επιβλέψεως, παρακολουθήσεως ή φροντίδας.

Το στοιχείο του χρόνου επηρεάζει καθοριστικά τις σχέσεις μεταξύ νοσηλευτή και χρόνιου αρρώστου. Η παραμέληση των λεπτομερειών της φροντίδας, η μη πρόβλεψη των αναγκών ή η έλλειψη προγραμματισμού για την έξοδο από το νοσοκομείο, μπορούν να γίνουν ανεκτά από τον ασθενή κατά την διάρκεια μιας οξείας αρρώστιας. Όταν όμως η σχέση νοσηλευτή-αρρώστου διαρκεί το λιγότερο τριάντα μέρες στο νοσοκομείο ή τρεις μήνες στο σπίτι, η ποιότητα της επικοινωνίας και της νοσηλείας είναι ουσιαστική για την άσκηση θεραπευτικής νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές πρέπει να πλησιάζουν τον ασθενή σαν ολότητα ώστε όλες οι σημαντικές διαστάσεις της φροντίδας να πραγματοποιούνται και να

πραγματοποιούνται σαν μια ενότητα και όχι σαν μια σειρά ασχέτων μεταξύ τους έργων που πρέπει να εκτελεστούν.¹⁷

5.2 ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΣΤΗ ΠΑΡΟΧΗ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τα απαραίτητα προσόντα για την αποτελεσματική άσκηση της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι:

- Άρτια επιστημονική κατάρτιση και συνεχής επιμόρφωση
- Κλινικές και διαπροσωπικές δεξιότητες
- Αγάπη, ευγένεια, υπομονή, ελπίδα
- Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ασθενή
- Νοσηλευτική ευαισθησία και ετοιμότητα για αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων.

Νοσηλευτικές κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι η εξατομικευμένη νοσηλεία επηρεάζει ευνοϊκά το επίπεδο προσανατολισμού και τη δυνατότητα για αυτοφροντίδα. Επίσης το περιβάλλον, όταν δημιουργεί ευκαιρίες οικοδομητικών διαπροσωπικών σχέσεων, προκαλεί θετική βιοψυχοκοινωνική αλλαγή. Αντίθετα, το φτωχό σε διαπροσωπικές ευκαιρίες περιβάλλον αναστέλλει παρόμοια ψυχολογική ανάπτυξη.

Κατά τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, κύριος σκοπός πρέπει να είναι η διατήρηση, η ενίσχυση και αύξηση των σωματικών, ψυχολογικών και διαπροσωπικών δυνατοτήτων. Για αυτό σχεδιάζεται και επιδιώκεται ειδική διαπροσωπική σχέση μεταξύ νοσηλευτού και αρρώστου που μπορεί να ονομαστεί ψυχοκοινωνικό σύστημα.¹⁶

Οι νοσηλευτές με τις επιστημονικές τους γνώσεις, με όλα τα νοσηλευτικά μέσα και μέτρα με υπομονή και προσωπικό ενδιαφέρον βοηθούν τον ασθενή να εναρμονίσει και να συντονίσει τις δυνάμεις του για να επιτελέσει τα ακόλουθα σημαντικά έργα:

- ✓ Αποδοχή της ασθένειας με τις αλλαγές που προξένησε
- ✓ Υπέρβαση της απώλειας της συγκεκριμένης λειτουργίας
- ✓ Καθορισμό σκοπών για να επιδιωχθούν μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα ανάλογα με τις ικανότητες και τις προσωπικές του αξίες
- ✓ Μάθηση τρόπων για τη μεγιστοποίηση των δεξιοτήτων που απέμειναν
- ✓ Ανοικοδόμηση μιας αποδεκτής, ιδεατής εικόνας του εαυτού του
- ✓ Ανάπτυξη νέων ή τροποποιημένων διαπροσωπικών σχέσεων με την οικογένεια, φίλους, θεραπευτές
- ✓ Προσαρμογή στο φυσικό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον ανάλογα με το είδος της ασθένειας.¹⁷

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοούν πρώτα τα δικά τους συναισθήματα και τις αντιδράσεις τους προς ανθρώπους και καταστάσεις, ώστε να μπορούν να κατανοούν πως είναι δυνατόν να αισθάνεται και να αντιδρά ο χρόνιος ασθενής. Η απώλεια ιδιοτήτων και λειτουργιών με διάφορες μορφές και έννοιες είναι συνηθισμένη συνέπεια της χρόνιας ασθένειας.

Μια εποικοδομητική προσέγγιση του ασθενούς επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους:

- ✓ Ακούν με θερμό ενδιαφέρον τα προβλήματα του ασθενούς χωρίς να επιχειρούν να αποδείξουν ότι τα παράπονά του είναι αδικαιολόγητα και αβάσιμα. Ο τρόπος αυτός περιλαμβάνει και τη θετική χρησιμοποίηση της σιωπής
- ✓ Δίνουν άνεση και εμπνέουν αίσθημα ασφάλειας στο άτομο που θλίβεται. Απλές προσφορές όπως είναι ένα χαρτομάντιλο όταν κλαίει ή ένα αναψυκτικό εκτιμούνται ιδιαίτερα
- ✓ Αναγνωρίζουν την πραγματικότητα της απώλειας και των συναισθηματικών αντιδράσεων και εκφράζουν την αναγνώρισή αυτή με απλά λόγια
- ✓ Επισημαίνουν και υποστηρίζουν τις υγιείς δυνάμεις και τις δυνατότητες του ατόμου
- ✓ Διατηρούν ανοικτό διάλογο με το άτομο ακόμη και κατά τις πλέον κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις που περνά.¹⁷

5.4 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του χρόνιου αρρώστου.

Οι σκοποί της νοσηλείας διατυπώνονται και επιδιώκονται σε συνεργασία με τον ασθενή, τόσο μέσα όσο και έξω από το νοσοκομείο. Μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται και οι εξής:

- Πρόληψη οργανικών κρίσεων της ασθένειας και αντιμετώπισή τους όταν συμβαίνουν
- Περιορισμός της εντάσεως των συμπτωμάτων και ανακούφισή τους όταν παρουσιάζονται
- Συστηματική εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών και της θεραπευτικής αγωγής καθώς και αντιμετώπιση των αναφυόμενων προβλημάτων (π.χ. παρενέργειες φαρμάκων)
- Πρόληψη της κοινωνικής απομόνωσης που προκύπτει από την αραιώση των επαφών του αρρώστου με τους άλλους ή συμφιλίωση με την πραγματικότητα αυτής της μονώσεως.
- Προσαρμογή στις δυσάρεστες εξελίξεις της ασθένειας
- Προσπάθειες προγραμματισμού του τρόπου ζωής του αρρώστου και συχνής επικοινωνίας του με άλλα πρόσωπα

- Έρευνα για την εξεύρεση των απαραίτητων πόρων για την πληρωμή των εξόδων λόγω της ασθένειας ή για την επιβίωση του αρρώστου και της οικογένειάς του παρά τη μερική ή πλήρη απώλεια της εργασίας.

Για τον χειρισμό των διαφόρων προβλημάτων δεν αρκεί η συνεργασία νοσηλεύτη και αρρώστου. Απαιτείται η βοήθεια της οικογένειας, των φίλων ακόμη και ξένων προς τον άρρωστο ατόμων, και εκπροσώπων των διαφόρων επιστημών υγείας.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να θυμούνται ότι ποτέ δυο άνθρωποι δεν αντιδρούν κατά τον ίδιο τρόπο, σε καμιά περίπτωση, ούτε ακόμη και στο φόβο του θανάτου. Είναι δύσκολο να περιορίσει κανείς τη μελαγχολία του αρρώστου και να διαλύσει το φόβο του θανάτου, ο οποίος φόβος μπορεί να μεταβληθεί σε επιθυμία θανάτου όταν ο πόνος και η αδυναμία γίνονται μόνιμοι σύντροφοί του.

Μπορούν και τότε οι νοσηλευτές να ανακουφίσουν τον ασθενή όταν βρίσκουν τρόπους να διατηρούν την πεποίθησή του ότι η κατάρρευση της σωματικής του υγείας δεν επηρεάζει καθόλου την ανθρώπινη αξία και σπουδαιότητά του. Τέτοιοι τρόποι είναι η οκρόαση των ανησυχιών του με κατανόηση, το ενδιαφέρον για την ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων του, η άριστη νοσηλευτική φροντίδα του παρά το προχωρημένο στάδιο της αρρώστιας.¹⁷

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Η θεωρία, η κλινική εφαρμογή και η φιλοσοφία της νοσηλευτικής εκπέμπει προς όλους όσους την σπουδάζουν, τη διδάσκουν ή την ασκούν, τα εξής νοσηλευτικά μηνύματα:

- ✓ Ο ασθενής-άνθρωπος ως μοναδική και ανεπανάληπτη βιοψυχοκοινωνική ύπαρξη χρειάζεται ολική προσέγγιση
- ✓ Η νοσηλευτική φροντίδα είναι χρέος, τιμή και προνόμιο. Μπορεί να προσφέρει ανακούφιση, χαρό και ελπίδα και να αναζωπυρώνει το νόημα της ζωής ακόμη και στο τελικό της στάδιο
- ✓ Οι γνώσεις, μέθοδοι και εφαρμογές της νοσηλευτικής διευρύνουν τα όρια και τις δυνατότητές της, την εμπλουτίζουν και την ολοκληρώνουν ως επιστήμη, ως έργο και ως λειτουργήμα.^[16]

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μέσα από την παρούσα εργασία, θα μπορούσαμε να παρομοιάσουμε τον άνθρωπο με ένα σχοινοβάτη που περπατά πάνω σε ένα τεντωμένο σχοινί. Η ψυχική υγεία του καθένα είναι ρευστή και ευμετάβολη τη σημερινή εποχή. Πολλοί παράγοντες επιδρούν δυσμενώς στο άτομο εξωτερική ή εσωτερική, παθολογική ή μη οι οποίοι διαταράσσουν τη ψυχική γαλήνη και ηρεμία. Από τους παθολογικούς παράγοντες αυτός που ενοχοποιείται για πολλές οργανικές ψυχικές βλάβες είναι κατά κύριο λόγο ο εγκέφαλος.

Το ερώτημα όμως είναι κατά πόσο μια βλάβη στην εγκεφαλική ουσία μπορεί να προκαλέσει στα άτομα μια ψυχική διαταραχή. Το μόνο σίγουρο είναι πως οι αλλαγές που έχουν επέλθει στη σημερινή κοινωνία, ιατρικές κοινωνικοοικονομικές και τεχνολογικές έχουν μεταβάλει το επίπεδο ζωής του ανθρώπου. Το άτομο απειλείται τόσο από τις ψυχοπαθολογικές παθήσεις όσο και από τις ψυχοσωματικές όπως είναι το άγχος, το stress.

Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα και ειδικότερα τα παθολογικά οργανικά ψυχοσύνδρομα είναι ένα μεγάλο κεφάλαιο που για πολλούς ακόμα και σήμερα στην αυγή του εικοστού αιώνα αποτελούν ένα μυστήριο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ: «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα», Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 1994, σελ. 46,51
2. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Ν. ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ : «Ψυχιατρική» Τόμος Α', Εκδόσεις «Βήτα», Αθήνα 2002, σελ. 178,183,185, 167,200,206,180,181
3. ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ Ν.: «Στοιχεία Ψυχιατρικής», Υπεύθυνοι Εκδόσεων: Μ. ΜΩΡΑΪΤΟΥ-ΣΙΔΕΡΗ, Ε' Έκδοση, Αθήνα 1979, σελ. 117,119, 122
4. ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ Σ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ: «Κλινική Ψυχιατρική» Β' Έκδοση, Αθήνα 1980, σελ. 31
5. ΝΕΣΤΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ - ΒΑΛΛΙΑΝΑΤΟΣ Γ. ΝΟΝΙΑΣ: «Συνθετική ψυχοθεραπεία – Με στοιχεία ψυχοθεραπείας», εκδ. «Ελληνικά Γράμματα, Β' Έκδοση, σελ. 165,156,198,171,168,170
6. KAPLAN & SADOCK'S: «Ψυχιατρική» Τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις «ΛΙΤΣΑΣ», 7^η Έκδοση, Αθήνα 2000, σελ. 515,516,517, 1097,1098
7. ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ: «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Εκδόσεις «Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 482,487
8. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ: «Ψυχιατρική» εκδ. «Γραφικές Τέχνες», 3^η Έκδοση, Αθήνα 1998, σελ. 260,265,266,256,282
9. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ: «Εισαγωγή στην ψυχιατρική», εκδ. «Θεμέλιο», 2^η Έκδοση, Αθήνα 1991, σελ. 227
10. RUBINSTEIN HENRI: «Η νόσος του Alzheimer», εκδ. «Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000, σελ. 108
11. ΜΕΝΤΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ: « Η νόσος του Alzheimer», Εκδόσεις «Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών», Β' Έκδοση, Θεσσαλονίκη 1999, σελ. 18

12. KAPLAN & SADOCK'S: «Ψυχιατρική» Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις «ΛΙΤΣΑΣ», 7^η Έκδοση, Αθήνα 2000, σελ. 138,558
13. DE SOUZA LORRAINE: «Θεραπευτική προσέγγιση της σκληρυνοσης κατά πλάκας», εκδ. «Έλλην», Αθήνα 1997, σελ. 35
14. Κ.Δ.ΓΑΡΔΙΚΑ : «Ειδική νοσολογία», εκδ. «Επιστημονικές Εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα, σελ. 191
15. Μ.Α.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ : «Νοσηλευτική-παθολογική χειρουργική» Β' Τόμος-2^ο Μέρος, εκδ. «Ταβιθά», 18^η Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ. 234,297
16. Γ.Ν.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ – Β.Π.ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ : «Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής», Α' Τόμος, Αθήνα 1994 σελ. 41,43,48,167
17. Δρ. ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΧΡ. ΡΑΓΙΑ: «Βασική νοσηλευτική» Αθήνα 1987, σελ. 264,265,318,269,320,327
18. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α., «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», εκδ. «Η Ταβιθά», Αθήνα 1996, σελ. 36,68,104
19. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε., «Κοινωνική Νοσηλευτική», Αθήνα 1995, σελ. 20,70,95,176
20. ΓΕΩΡΓΑΡΑΣ Α., «Συνοπτική Ψυχιατρική», εκδ. «Πασχαλίδης», Αθήνα 1972, σελ. 39,64,70
21. ΡΑΓΙΑ Α., «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», Αθήνα 1996, σελ. 121,135,146
22. LEMPERIERE T.- FELINE ΚΑΙ ΣΥΝ., «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων- Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής», Υπεύθυνος έκδοσης ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π., Τόμος Β', εκδ. «Παπαζήσης», Αθήνα 1995, σελ. 206,230,280
23. ΣΟΛΔΑΤΟΣ Κ.- ΡΑΜΠΑΒΙΛΑΣ Α.- ΚΟΚΚΕΒΗ Α., «Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις και Εφαρμογές στην Ιατρική Πράξη», Αθήνα 1991, σελ. 63,179,234,261
24. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.-ΜΑΚΡΙΔΗΣ Μ.-ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Γ., «Θεραπείες ψυχικών διαταραχών», εκτύπωση: Σ. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ-Σ

- ΠΑΠΑΔΑΜΗΣ και ΣΙΑ Ε.Ε, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1997, σελ. 210
25. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Φ., «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.», Ιατρικές Εκδόσεις «ΛΙΤΣΑΣ», Αθήνα 1974, σελ. 107
26. ΜΑΚΡΙΔΗΣ Μ.-ΒΑΣΣΑΜΑΤΖΗΣ Γ., «Ψυχανάλυση και ψυχαναλυτικής έμπνευσης ψυχοθεραπείες» στο «Ψυχιατρική» των ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ, Τόμος Β', εκδ. «Βήτα», Αθήνα 2000, σελ. 183
27. Οι εικόνες είναι από την ιστοσελίδα του Diagnostic Center for Alzheimer's Disease, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma <http://w3.ouhsc.edu/>
28. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. Νευρολογία, 2η Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ. 113,168
29. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Κ. Νευρολογία. Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 1992, σελ. 35,42,75

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α.Ε, χρ. γεν. 1903, στην Ηλεία. Ελάχιστες πληροφορίες υπάρχουν για το οικογενειακό του ιστορικό, το αναμνηστικό, καθώς και την προνοσηρή προσωπικότητα της ασθενούς. Ουδέποτε φοίτησε στο Σχολείο. Παντρεύτηκε σε ηλικία 35 χρόνων. Δεν απέκτησε παιδιά, άλλα η συζυγική της ζωή ήταν ομαλή. Τωρ. Ασθέν.: άρχισε το 1961 και εκδηλώθηκε κυρίως με μεταβολή της συμπεριφοράς της. Έπαψε να εργάζεται και οργιζόταν εύκολα. Φαινόταν να «τά' χει χαμένα» και κινιόταν διαρκώς. Παρουσίαζε μεγάλες διαταραχές στη μνήμη, πολλές φορές παραληρούσε, ενώ άλλοτε έκλαιγε ή γελοούσε χωρίς λόγο. Κάποτε έκανε μια πράξη και μετά την επαναλάμβανε πολύ συχνά. Κατά καιρούς έδειχνε επιθετικές τάσεις. Είσοδος στο Γ.Ν.Ν.Α.: είναι ψυχοκινητικά ήσυχη. Σπαταλά μεγάλο μέρος από την ημέρα της περιφερόμενη άσκοπα μέσα στους κοινόχρηστους χώρους του Περιπτέρου. Όταν της υποβληθεί κάποια ερώτηση από το προσωπικό ή από τις συνασθενείς της αντιδρά κατά τον ίδιο στερεότυπο τρόπο: χαμογελά ψυχρά και προφέρει την ίδια άσχετη με το ερώτημα φράση. Δεν έρχεται μόνη να πάρει το φαγητό της και γι' αυτό το προσωπικό πρέπει να μεριμνά για τη διατροφή της. Το ίδιο συμβαίνει και με την εμφάνισή της. Ερχόταν για εξέταση και χαμογελούσε επαναλαμβάνοντας στερεότυπα τη φράση, «θα κάτσω στην καρέκλα, τίποτα δεν κάνω». Όσο προχωρούσε η εξέταση επαναλάμβανε άσκοπες και ανόητες φράσεις: όπως, «ο γέρος τίποτα δεν κάνει. Τι να κάνει;» ή «η καημένη, δεν έχω κάλτσες, τι να κάνω;» Και την ίδια στιγμή χαμογελούσε. «Κάλτσες έχω πάνω στο βουνό». «Τι να κάνω, τίποτα δεν κάνω». Στην ερώτηση, «πως ονομάζεστε;» απαντά αναφέροντας μόνο το όνομά της χωρίς το επώνυμο. Αυτό το τελευταίο δεν μπόρεσε να το ανακαλέσει στη μνήμη της. Όταν ρωτήθηκε για το όνομα του χωριού της λέει, «Βελιμάχη». Της ζητήθηκε να ονομάσει την πόρτα και απάντησε, «Αριστομένης» (πρόκειται για το όνομα του συζύγου της). Η εξέταση για τη μνήμη, τον προσανατολισμό, την προσοχή και τη συγκέντρωση δεν είναι δυνατή. Όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις ήταν αρνητικές.



Δ.Δ., γυν., 1906, στη Σύμωρη Μ.Α. Πατέρας ναυτικός, φιλόστοργος κι εργατικός. Η μητέρα επίσης περιγράφεται σαν ήρεμη και στοργική για τα παιδιά της. Δεν αναφέρονται ψυχικά νοσήματα στα μέλη της οικογένειας. Ατ. Αναμν.: Συνθήκες στην κύηση και στον τοκετό, φυσιολογικές. Ανάπτυξη, επίσης, μέσα στο φυσιολογικά όρια. Εκπαίδ.: εφάιτησε μέχρι την ΣΤ' του Δημοτικού Σχολείου.

Σεξ. Ζωή: Εμμ. ρύση, έναρξη σε ηλικία 15 χρόνων. Έδειχνε ενδιαφέρον για το αντίθετο φύλο. Παντρεύτηκε το 1929 κι απέκτησε 3 παιδιά. Προ ν. Προσ.: Σύμφωνα με τις πληροφορίες που υπάρχουν η άρρωστη ήταν ήρεμη και φιλήσυχη, και δεν της άρεσαν οι κοινωνικές συναναστροφές και διασκεδάσεις. Πολ-

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ

λές φορές ήθελε να μένει μόνη. Τωρ. Ασθέν.: Από δυο χρόνια άρχισε να παραπονιέται για «ζάλη» και «σκοτούρα». Έκανε με αισθητή δυσκολία τα καθήκοντα της στο σπίτι, δεν τρεφόταν αρκετά, κι ο ύπνος της είχε γίνει προβληματικός. Βαθμιαία άρχισε να παραμελεί την εμφάνιση της. Πολλές φορές έλεγε στους δικούς της: «κάποιος με σπρώχνει να κάνω κακό». Η άρρωστη υποβλήθηκε σε θεραπεία αλλά η κατάστασή της επιδεινώθηκε. Άρχισε να περιφέρεται στους δρόμους και να κατηγορεί την κόρη της ότι ήθελε να της κάνει κακό. Μπήκε στο Γ.Ν.Ν.Α. τον Οκτ. 1962. Κατά το χρόνο της παραμονής της στο Τμήμα περιφερόταν άσκοπα στους κοινόχρηστους χώρους του Περιπτέρου κι ερχόταν σε περιορισμένη επαφή με τις υπόλοιπες νοσηλευόμενες. Κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής εξέτασης παραπονιόταν για αδιάκοπη αύπνια, «πόνους στα διάφορα μέρη του σώματός της, κεφαλαλγία και συνεχές αίσθημα κόπωσης. Η εξέταση διαπίστωσε επίσης διαταραχές της μνήμης, λιγότερα της πρόσφατης και περισσότερα της παρωχημένης. Ο προσανατολισμός της ήταν ελαφρά διαταραγμένος, κυρίως στο χρόνο. Η άρρωστη παρουσίασε επίσης σημαντική μείωση της κριτικής ικανότητας. Η νευρολογική εξέταση έδειξε την ύπαρξη του σημείου Babinski και η οφθαλμολογική, αρτηριοσκληρωτικό βυθό με μικροαλλοιώσεις στην ωχρή κηλίδα.

