

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ Θ (ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΚΡΑΒΑΡΙΩΤΗ ΦΩΤΕΙΝΗ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Καθ. Α. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΤΡΑ 2004

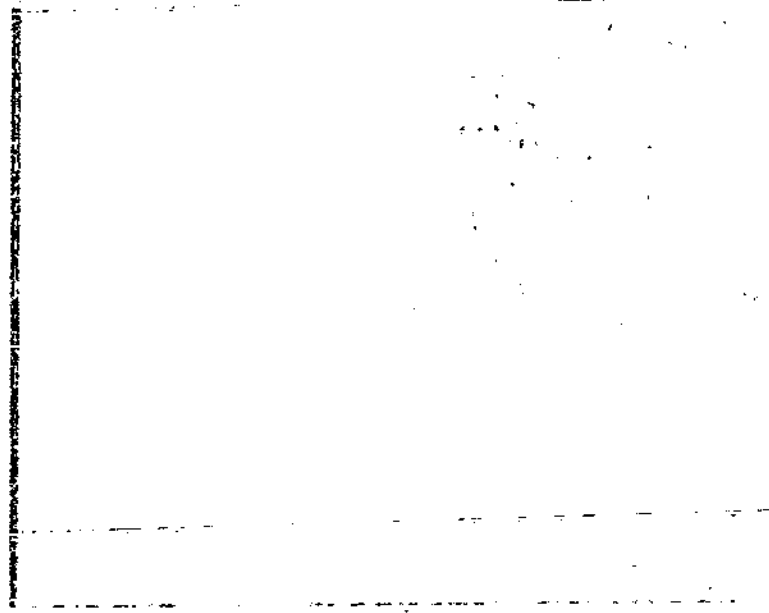
ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

6037

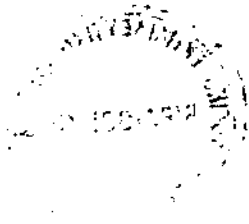
ΕΛΛΗΝΙΚΟ Θ (ΖΕΜΠΡΟ)
ΤΕΛΟΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ
ΤΕΛΟΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΘΕΜΑ: ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ



ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ



ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ

ΠΑΡΑ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ 4.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ 5.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	σελ 7.
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	9
1.2.1 Μανίας.....	9.
1.2.2 Κατάθλιψης.....	11.
1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	13.
1.3.1 Μανίας.....	13.
1.3.2 Κατάθλιψης.....	14.
1.3.3 Μηχανισμός γένεσης της μανιοκατάθλιψης.....	16.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	17
2.1.1 Μανίας.....	17
2.1.2 Διαγνωστικά κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.....	18
2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	19
2.2.1 Συμπτώματα Μανίας.....	19
2.2.2 Συμπτώματα Κατάθλιψης.....	20
2.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	24
3.1.1 Θεραπεία επειγουσών καταστάσεων.....	24
3.1.2 Φαρμακοθεραπεία /αντικαταθλιπτικά.....	25
3.1.3 Ψυχολογικά μέσα θεραπείας.....	26
3.1.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	28
3.1.5 Άλλες θεραπείες.....	29
3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΝΙΑΣ.....	30
3.2.1 Αντιψυχωτικά φάρμακα.....	31
3.2.2 Αντιμανιακά φάρμακα.....	32
3.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	34
3.4 Το περιεχόμενο της προληπτικής ψυχιατρικής.....	35

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Σχέση νοσηλευτή – αρρώστου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές.....37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κατάθλιψη – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	41
1.2. Πρόληψη της κατάθλιψης	42
1.3 Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	44
1.3.1. Χαμηλή αυτοεκτίμηση	45
1.3.2. Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον του εαυτού του.....	46
1.3.3. Εμφάνιση διαταραχής κοινωνικής επικοινωνίας	47
1.3.4. Κάλυψη σωματικών αναγκών	48
1.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών και ηλεκτροσπασμοθεραπείας	49
1.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχοθεραπεία	51
1.6. Σκοποί των Νοσηλευτικών παρεμβάσεων	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με μανία	54
2.2 Πρόληψη της μανίας	55
2.3 Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της μανίας – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	56
2.3.1. Παραλήρημα μεγαλείου	56
2.3.2. Κίνδυνος επιθετικής συμπεριφοράς	58
2.3.3. Αυξημένη δραστηριότητα, υπερκινητικότητα	61
2.3.4. Έλλειψη σωστής διατροφής – Αϋπνία	62
2.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη χορήγηση αντιμανιακών φαρμάκων	63
2.4.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη χορήγηση λιθίου	64

2.5 Σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων	65
2.6 Ακούσια νοσηλεία	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Αποκατάσταση των ψυχικών ασθενών	69
3.2. Το στίγμα της ψυχικά νόσου: Βασικός παράγοντας κοινωνικής του ασθενούς	70

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

73

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

75

ΒΙΒΙΟΓΡΑΦΙΑ

78

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αυτή η εργασία έχει σαν πρόθεση να καλύψει τις διάφορες πλευρές της ψυχιατρικής νοσηλευτικής, τις οποίες κάθε σπουδαστής/στρια της νοσηλευτικής θα χρειαστεί να μάθει κατά την εκπαίδευσή του.

Ειδικά στις μέρες μας οι ψυχικά ασθενείς ολοένα και πληθαίνουν. Είναι λοιπόν αναγκαίο, αν όχι επίκαιρο, να εφοδιαστούμε όσο το δυνατό περισσότερο για να μπορέσουμε να βοηθήσουμε ανθρώπους, που επιτρέψτε μου να πω, χρειάζονται το σπουδαιότερο αγαθό της ζωής, την ψυχική τους ισορροπία.

Υπάρχει η ελπίδα ότι ο σπουδαστής/στρια μπορεί να καταλάβει τους ασθενείς και τις αρχές της νοσηλευτικής ψυχιατρικής χωρίς ιδιαίτερες αναφορές σε διαγνωστικές κατηγορίες των ψυχικών παθήσεων. Η ψυχιατρική νοσηλευτική είναι η νοσηλευτική αντιμετώπιση των ανθρώπων, όχι των νόσων. Μια καλή ψυχιατρική νοσηλεύτρια πρέπει να μελετά τον κάθε άρρωστο και να τον σκέφτεται σαν ένα μοναδικό άτομο που χρειάζεται βοήθεια.

Σε αυτή την εργασία θα θέλαμε να δώσουμε έμφαση στον τρόπο που η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς της σε κάποιες από τις δυσκολίες που εμφανίζονται στη ψυχική νόσο. Το μεγαλύτερο προσόν της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας είναι ότι γνωρίζει τους ανθρώπους και ότι έχει σχέση με τους ανθρώπους. Για να αποκτήσει αυτή τη γνώση πρέπει να συναντά τους ανθρώπους, να τους μιλά και να τους ακούει. Μπορεί επίσης να αυξήσει τις γνώσεις της διαβάζοντας πλατιά, απληστα και με κριτικό πνεύμα. Κάθε καινούργια γνωριμία και κάθε καινούργιο βιβλίο θα οδηγήσει σε διεύρυνση του ενδιαφέροντός μας και βαθύτερη κατανόηση της ανθρώπινης φύσης.

Έχοντας κατανοήσει την βαρύτητα της γνώσης που δανείστηκα απασχολούμενη με αυτή την εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω το νοσηλευτικό, όσο και το ιατρικό προσωπικό του Π.Π.Γ.Ν.Π. της ψυχιατρικής κλινικής για τη βοήθεια που προσέφεραν και τη δυνατότητα να έρθουμε σε επαφή με ασθενείς της κλινικής τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασθένεια είναι γνωστή από την αρχαιότητα τόσο από τους ποιητές όσο και από τους επιστήμονες. Περιπτώσεις που αντιστοιχούν στη σημερινή νοσολογική έννοια των συναισθηματικών διαταραχών έχουν περιγραφεί από τον Ιπποκράτη και τον Αρεταίο, αναφέρονται στα ομηρικά έπη, π.χ. Βελεφερόντης, στο Αρχαίο Ελληνικό Δραματολόγιο- Αίας του Σοφοκλή- και στη Βίβλο- βασιλεύς Σαούλ, Άννα

Ενώ όμως από τόσο παλιά είχαν προσέξει την εναλλαγή των αντιθέτων νοσηρών φάσεων του θύμικου δηλ. της μανίας και της μελαγχολίας, ωστόσο μέχρι τα μέσα του περασμένου αιώνα, είχε επικρατήσει η άποψη να θεωρούνται χωριστά ψυχικά νοσήματα που συμπτωματικά εναλλάσσονται ή περιπλέκονται. Έτσι οι συγγραφείς της αρχής του περασμένου αιώνα χρησιμοποιούσαν μεν τους όρους μανία, μελαγχολία, λυπομανία αλλά η σημασία τους παρέμενε ακαθόριστη. Και μόνο το 1951 ο Farlet έδωσε τον όρο «Folie circulaire», κυκλική ψύχωση.

Το 1954 ο γάλλος Ballarger, κατέληξε στα ίδια συμπεράσματα και χαρακτήρισε αυτή τη διαδοχή ως «Folie a' doubleforme» ψύχωση με δύο μορφές, καθορίζοντας παράλληλα με περισσότερη ακρίβεια τις μεταξύ των δύο αυτών αντιδράσεων σχέσεις. Το 1882 ο Kathlbaum περιέγραψε καθαρά τη μανία και τη μελαγχολία ως δύο τύπους της νόσου αλλά ως στάδια της ίδιας νόσου. Ο ίδιος ονόμασε τη νόσο αυτή Vessania typical circularis, τυπική κυκλική ψύχωση και την πιο ελαφριά μορφή της που κατέληξε σε ύφεση, κυκλοθυμία.

Το 1899, ο Kraepelin συμπεριελαβε σε μια πάθηση που την ονόμασε μανιοκαταθλιπτική τρέλα- folie maniodepressive- όλες τις συναισθηματικές ψυχώσεις που είχαν περιγραφεί από τους προγενέστερους συγγραφείς. Σύμφωνα με τον Kraepelin η μανιοκαταθλιπτική τρέλα καθορίζεται από την προδιάθεση -ιδιοσυγκρασία, κληρονομικότητα- και έχει εννοϊκή προγνώση παρά την τάση επανάληψης των κρίσεων. Η άποψη ότι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση αποτελεί ενιαία κλινική οντότητα, έγινε παραδεκτή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ωστόσο διάφορες κλινικές και γενετικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη υποομάδων με διαφορετικό τύπο μεταβίβασης και εξέλιξης.

Αυτό οδήγησε τον Leonhard (1959) και αργότερα τους Angst & Pettis να προτείνουν μια πρώτη διαίρεση με βάση την πολικότητα σε:

- ❖ Διπολική ψύχωση, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνισή μανιακών και μελαγχολικών κρίσεων στο ίδιο άτομο και,
- ❖ Μονοπολική ψύχωση, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός μόνο τύπου κρίσεως π.χ. υποτροπιάζουσα μελαγχολία. Μερικές πρόσφατες έρευνες (Winokur, Menaewitz) οι οποίες όμως χρειάζονται επιβεβαίωση, προτείνουν διάφορες επιπλέον διαιρέσεις των δύο αυτών υποομάδων.⁴⁶

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Όλοι γνωρίζουμε ότι η ανθρώπινη ψυχή αποτελείται από διάφορα συναισθήματα για να μπορεί έτσι να εκφράσει αυτό που νιώθει την κάθε στιγμή. Έχουμε μια μεγάλη γκάμα συναισθημάτων για να εκφράζουμε με ακρίβεια αυτό που νιώθουμε. Όλα όμως πηγάζουν από δύο βασικά και αντίθετα συναισθήματα μεταξύ τους που είναι η λύπη και η χαρά. Τα δύο αυτά αντίθετα συναισθήματα αποτελούν και τα βασικά δομικά υλικά των διαταραχών που θα περιγράψουμε.

Είναι λοιπόν η χαρά και η λύπη παθολογικά συναισθήματα; ασφαλώς όχι. Μπορούμε μάλιστα με βεβαιότητα να πούμε ότι, αντιθέτως, η έλλειψη ή η μειωμένη έκφραση αυτών είναι παθολογική, όπως π.χ. συμβαίνει στη σχιζοφρένια.

Οι περιπτώσεις που τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι παθολογικά είναι:

- ✓ όταν έχουν μεγάλη ένταση και μακρά διάρκεια, όταν δηλαδή η χαρά και η λύπη είναι υπερβολικές σε ένταση και διαρκούν όχι ώρες ή μέρες αλλά μήνες.
- ✓ Όταν συνυπάρχουν συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα, όπως είναι οι διαταραχές του ύπνου, της όρεξης και της σεξουαλικής επιθυμίας.
- ✓ Όταν δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν οι καθημερινές ασχολίες και υποχρεώσεις είτε αυτές αφορούν το επάγγελμα και τις κοινωνικές συναναστροφές, είτε αφορούν διασκέδαση και προσωπικές άλλες ασχολίες.
- ✓ Όταν συνυπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.
- ✓ Όταν εξαιτίας της μεγάλης έντασης αυτών των συναισθημάτων, προκύπτει κίνδυνος για τη ζωή του ανθρώπου που τα βιώνει ή για τη ζωή των άλλων.

Τα κριτήρια αυτά δεν είναι απόλυτα. Σε πολλές περιπτώσεις η διάκριση των συναισθηματικών διαταραχών μεταξύ τους όπως και με άλλες είναι δύσκολη.

Πολύ απλά όπως προείπαμε οι συναισθηματικές διαταραχές είναι βασικά δύο: η μελαγχολία ή κατάθλιψη και η μανία. Όταν συμβαίνει να διαδέχονται η μια την άλλη, να εναλλάσσονται έχουμε την μανιοκατάθλιψη ή διπολική

διαταραχή.³⁷ Θέλοντας να αναφέρουμε τις προεκτάσεις των δύο αυτών συναισθηματικών διαταραχών και τους συνδυασμούς που γεννιούνται από αυτούς αρχίζουμε την περιγραφή τους από την βάση τους.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα όπως λύπη, θλίψη, απελπισία, τύψεις, συναισθήματα ενοχής, αϋπνία, ανορεξία, απώλεια ενεργητικότητας ακόμα και ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης.^{6,17}

Η μανία χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη έξαρση, διέγερση, υπερκινητικότητα, διαταραγμένη σκέψη κ.α.

Ασθενείς που εμφανίζουν μόνο καταθλιπτικά επεισόδια έχει οριστεί να ονομάζεται ότι νοσούν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ενώ αυτοί που εμφανίζουν και μανιακά επεισόδια νοσούν από διπολική διαταραχή. Ακόμα ανάλογα από την ένταση των συμπτωμάτων ή την διάρκειά τους όπως και την συχνότητα, έχουμε και άλλες διαταραχές διάθεσης. Αυτές οι κατηγορίες χρησιμοποιούνται τόσο για να δηλώσουν κάποιες μικρές διαφορές ανάμεσα στις διαταραχές της διάθεσης, όπως επίσης και διαφορές στη βαρύτητα της κατάστασης. Οι σημαντικότερες κατηγορίες αναφέρονται ονομαστικά.

1. μείζονα καταθλιπτική διαταραχή
2. διπολική διαταραχή I
3. διπολική διαταραχή II
4. κυκλοθυμική διαταραχή
5. δυσθυμική διαταραχή

Η διάθεση μπορεί να είναι φυσιολογική, εξηρμένη ή καταθλιπτική. Τα φυσιολογικά άτομα βιώνουν μεγάλο εύρος διαθέσεως και εμφανίζουν εξίσου μεγάλο εύρος συγκινησιακών εκφράσεων. Αισθάνονται να ελέγχουν λίγο-πολύ τις διαθέσεις και τις συγκινήσεις τους. Οι διαταραχές της διάθεσης αποτελούν ομάδα περιπτώσεων που χαρακτηρίζονται από απώλεια αυτού του ελέγχου και από ένα υποκειμενικό βίωμα μεγάλης δυσφορίας. Η μανία και η κατάθλιψη εκδηλώνονται με ποικίλη ένταση, ποιότητα, διάρκεια, συχνότητα, αλληλουχία και εξέλιξη στο χρόνο. Από την ποικιλία αυτή απορρέει και η ποικιλομορφία των κλινικών εικόνων και συνδρόμων που προκύπτουν.

Παρακάτω θα αναφερθούμε περισσότερο στα συμπτώματα και γενικότερα στην αντιμετώπιση των μείζονα καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων χωρίς να αναφερθούμε στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι διάφορες κατηγορίες των διπολικών διαταραχών.

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.2.1 MANIA

Η επιδημιολογία της μανίας είναι:

- Κίνδυνος νοσηρότητας
- Ηλικία
- Φύλο
- Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- Οικογενειακό ιστορικό

Κίνδυνος νοσηρότητας: Υπολογίζεται ότι το 0,4% και 1,6% του ενήλικα πληθυσμού πάσχουν από διπολική διαταραχή.¹⁷

Ηλικία: Το πρώτο μανιακό επεισόδιο είναι συνήθως στους άνδρες και συμβαίνει στην ηλικία των 20-25 ετών. Σπάνιο φαινόμενο είναι να εμφανίζεται το πρώτο μανιακό επεισόδιο μετά τα 50 εν τούτοις όμως υπάρχουν και αυτές οι περιπτώσεις.³³

Φύλο: Η διπολική διαταραχή είναι εξίσου συχνή στους άνδρες και στις γυναίκες αν και κάποιες μελέτες προτείνουν μια μικρή υπεροχή της νόσου στις γυναίκες.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Δεν υπάρχουν διαφορές, απλά φαίνεται να είναι συχνότερη στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Οικογενειακό ιστορικό: Βιολογικοί συγγενείς Α' βαθμού αυτών που έχουν την νόσο έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου από ότι στο γενικό πληθυσμό.³³

ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΣΗΜΟΤΗΤΕΣ



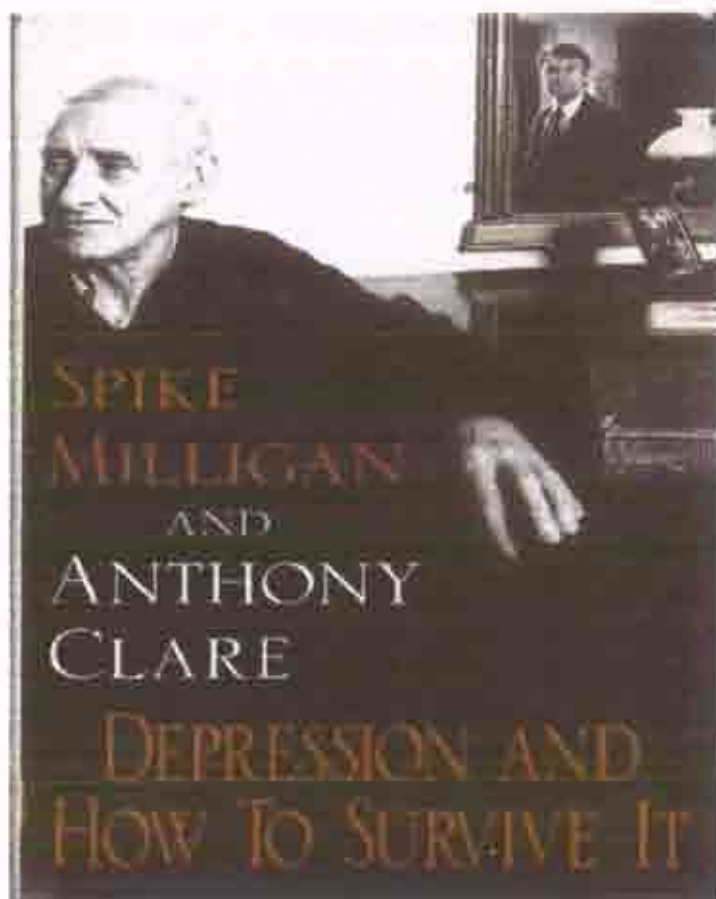
HONORE DE BALZAC



MARY SHELLEY



HERMANN HESSE



HANS CHR. ANDERSEN



F. SCOTT FITZGERALD



VICTOR HUGO

1.2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Είναι τα εξής:

- Φύλο
- Ηλικία
- Οικογενειακό ιστορικό
- κατάσταση
- Φυσιολογικά γεγονότα ή νοσήματα

Φύλο: Έρευνες έδειξαν ότι η καταθλιπτική διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Γίνεται λόγος για ορμονικές διαταραχές, στις επιπτώσεις από τη γέννηση παιδιών και στους διάφορους στρεσογόνους παράγοντες που δέχονται.^{37,38}

Ηλικία: Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές συχνότερη σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι σε έφηβους και ενήλικους άνδρες αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η εμφάνιση της νόσου ελαττώνεται και για τα δύο φύλα μετά τα 65.¹⁷

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι ακριβώς όπως προαναφέραμε και στη μανία.

Οικογενειακό ιστορικό: Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι 1.5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς Α' βαθμού από ότι στο γενικότερο πληθυσμό.¹⁷

Φυσιολογικά γεγονότα και σωματικά νοσήματα:

- όπως η τεκνογονία όπου κατά τη διάρκεια της λοχείας η γυναίκα μπορεί να πέσει σε βαριά κατάθλιψη λόγω της έντονης μεταβλητότητας των συναισθημάτων της.
- Μία εμπύρετη ασθένεια.³⁴

Οικογενειακή κατάσταση: Δεν υπάρχει κάποια διαφορά όσον αφορά παντρεμένους ή ανύπαντρους ή χωρισμένα άτομα. Δηλαδή δίνεται λίγο

περισσότερη προσοχή σε εκείνα τα άτομα που ζουν μόνα τους για διάφορους λόγους διότι είναι πιο "ευάλωτα" στα διάφορα προβλήματα.³⁸

Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι τα διαζευγμένα άτομα έχουν μεγάλη πιθανότητα να νοσήσουν από κάποια συναισθηματική διαταραχή.

Η πρώιμη αποστέρηση των γονέων λόγω θανάτου, καθώς και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή κατά την παιδική ηλικία επιδρούν αρνητικά και υπάρχουν πολλές πιθανότητες το παιδί να νοσήσει σε κάποια φάση της ζωής του.

Τα αρνητικά ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής όπως και η ύπαρξη stress έχουν σχέση με αυξημένο κίνδυνο νόσησης κάποιας διαταραχής. Η ανεργία, είναι πολύ σημαντικός παράγοντας γιατί πυροδοτεί συναισθηματικές διαταραχές. Ο τόπος μόνιμης κατοικίας, τα άτομα των αστικών περιοχών παρουσιάζουν περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές από τα άτομα της επαρχίας. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας παίζει σημαντικό ρόλο για την μετέπειτα εμφάνιση της κατάθλιψης.⁴⁵

Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία υπολόγισε τα ποσοστά των αρρώστων, ως προς την ηλικία, που νοσηλεύτηκαν σε όλα τα ψυχιατρεία, δημόσια και ιδιωτικά από το 1978 ως το 1993 με συναισθηματικές ψυχώσεις. Οι γυναίκες που νοσηλεύτηκαν με συναισθηματική ψύχωση ήταν περισσότερες από τους άνδρες. Ψυχιατρικές έρευνες από το 1978 με ειδικά όργανα και έγκυρα κριτήρια, σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού, έχουν προσφέρει πολλές πληροφορίες για τις συναισθηματικές διαταραχές. Οι έρευνες αυτές έφεραν κάποια συμπεράσματα. Ορισμένα από αυτά είναι: οι γυναίκες 18-64 ετών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι άνδρες της ίδιας ηλικίας. Οι έρευνες έγιναν από 1978 και 1984 και παρατηρήθηκε μια διαχρονική αύξηση των ποσοστών αυτών. Με την 9^η διεθνή ταξινόμηση της Π.Ο.Υ. έρευνα που έγινε σε δύο δήμους της Αθήνας οι συναισθηματικές ψυχώσεις βρέθηκαν στο 0.5% ενώ η νευρωτική κατάθλιψη και η καταθλιπτική αντίδραση στο 7.8%. σε τρεις ελληνικούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς, τα ποσοστά των ερευνών για τις συναισθηματικές διαταραχές έδειξαν το 7.7% στην έρευνα της Ν. Υόρκης, το 6.2% του Λονδίνου και το 15.2% στους επαναπατρισμένους μετανάστες των Ιωαννίνων. Η επανεξέταση για τη διαχρονική εξέλιξη των συναισθηματικών διαταραχών το 1994 έδειξαν ότι 2 άτομα από τα 20 που έπασχαν από καταθλιπτικό επεισόδιο το 1980/81, εμφάνισαν και το 1994 την ίδια νόσο. Οι γυναίκες που έπασχαν από δυσθυμία το 1980/81 το 1994 έπασχαν από οργανικές διαταραχές, δυσθυμία, αγχώδεις διαταραχές και το 40% είχε πέσει σε μείζονα κατάθλιψη.⁴⁵

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η πρόκληση των συναισθηματικών διαταραχών δημιουργείται από κάποια αίτια. Έρευνες που έγιναν και συνεχίζονται να γίνονται προτείνουν ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που φαίνεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διαταραχών της μανιοκατάθλιψης. Ουσιαστικά όμως τα αίτια της μανιοκατάθλιψης είναι άγνωστα.^{11,6,7}

1.3.1 ΑΙΤΙΑ ΜΑΝΙΑΣ

Αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση της μανίας είναι οι εξής:

Η κληρονομικότητα: Μελέτες σε οικογένειες διδύμων έδειξαν ότι ο βαθμός κληρονομικότητας είναι μεγαλύτερος στα μονοζυγωτικά δίδυμα από ότι στα διζυγωτικά δίδυμα. Επομένως συναισθηματικές διαταραχές είναι κληρονομικές και η πιθανότητα εμφάνισης της αρρώστιας είναι μεγαλύτερη σε συγγενείς Α' βαθμού.

Η σωματική διάπλαση: Χαρακτηριστικά ατόμων που πάσχουν από μανία είναι συνήθως άτομα κοντόχοντρα με φαρδύ στομάχι, θώρακα και λαιμό.³⁴

Τα πρώτα παιδικά βιώματα κατά τον Αγιετί, μπορεί να ερμηνεύσουν την ασθένεια με « υποκατάσταση των δήθεν βιοτυπολογικών παραγόντων ». Γεννάται δηλ. το ερώτημα αν και κατά πόσο οι διάφοροι τύποι σωματοδομής είναι αρχικά υπεύθυνοι για την ασθένεια ή δεν είναι αυτοί οι ίδιοι αποτέλεσμα των πρώτων ψυχικών ιδιοτήτων του διαπλασόμενου παιδιού, από τη στιγμή που είναι γνωστό, το πόσο τα ψυχολογικά γνωρίσματα του νηπίου – αποτέλεσμα των σχέσεων του με το περιβάλλον- επηρεάζουν την μελλοντική σωματική του κατασκευή, που παίρνει τις κατευθυντήριες γραμμές της τα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου.

Ιδιοπαθείς παράγοντες: Όπως έχει αναφερθεί είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας, όγκοι στον εγκέφαλο, τα διάφορα εγκεφαλικά επεισόδια, διάφορες ουσίες όπως αμφεταμίνες, αλκοόλ και άλλα είναι και αυτά υπαίτια για την εμφάνιση της μανίας. Τέλος πρέπει να πούμε ότι έχει διαπιστωθεί χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί ότι η μανία είναι αποτέλεσμα της αύξησης της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο.

1.3.2. ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Τα αίτια της κατάθλιψης διαχωρίζονται στους εξής παράγοντες:

- Γενετικούς
- Ψυχοκοινωνικούς
- Βιολογικούς
- Ψυχαναλυτικούς

Γενετικοί παράγοντες

Η συμβολή των γενετικών παραγόντων φαίνεται από τα αποτελέσματα των μελετών σε οικογένειες, σε δίδυμα και σε υιοθετημένα άτομα καθώς και από έρευνες μοριακής βιολογίας.^{17,6}

Οι μελέτες διδύμων έδειξαν ότι αν ο ένας μονοζυγωτής διδύμων έχει διαταραχή της διάθεσης είναι 4 φορές πιθανότητα να έχει και ο άλλος από ότι αν είναι διζυγωτής. Δηλαδή η αναλογία είναι 4:1.

Μελέτες υιοθετημένων παιδιών υποστηρίζουν την αιτιολογία στη γενετική συμμετοχή. Η ουσιαστική διαπίστωση αυτών των μελετών υιοθεσίας είναι ότι τα γνήσια παιδιά των προσβεβλημένων από κάποια διαταραχή της διάθεσης γονέων, εξακολουθούν να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διαταραχής της διάθεσης, ακόμη και εάν ανατραφούν σε μη προσβεβλημένες ανάδοχες οικογένειες.

Μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι γενικά στις διάφορες μορφές τις κατάθλιψης όπως Μείζων κατάθλιψη, Δυσθυμική διαταραχή, Διπολική I διαταραχή οι βιολογικοί συγγενείς Α' βαθμού έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης από ότι στο γενικότερο πληθυσμό. Σε παρόμοιες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η πιθανότητα ύπαρξης διαταραχής της διάθεσης μειώνεται, καθώς ο βαθμός συγγένειας γίνεται λιγότερο κοντινός. Για παράδειγμα, ένας συγγενής δευτέρου βαθμού (εξάδελφος) έχει λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσει διαταραχή της διάθεσης από ότι ένας συγγενής πρώτου βαθμού (αδελφός). Η κληρονομικότητα στη διπολική διαταραχή I φαίνεται επίσης από το γεγονός ότι το 50% περίπου του συνόλου των αρρώστων που εμφανίζουν διπολική διαταραχή I, έχει τουλάχιστον ένα γονέα που πάσχει από διαταραχή της διάθεσης, συχνότερα μάλιστα από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.³⁸

Έρευνες όσον αφορά τη *μοριακή βιολογία* έχουν δείξει ότι πολύ πιθανό να υπάρχει σύνδεση διαφορετικών μορφών Διπολικής διαταραχής με διαφορετικά χρωμοσώματα.

Ψυχοκοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες

Αυτοί οι παράγοντες αναφέρονται στα *στρεσογόνα γεγονότα* της ζωής στα οποία φαίνεται η συμμετοχή τους στην πρόκληση διαταραχών της διάθεσης είναι δεδομένη.

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μία συγκεκριμένη προσωπικότητα ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη ή την εξάρση της. Όλοι οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από την προσωπικότητά τους, μπορούν κάτω από ορισμένες συνθήκες να πάθουν κατάθλιψη.



Εντούτοις, ορισμένοι τύποι προσωπικότητας (στοματοεξαρτητικοί, ψυχαναγκαστικοί, υστερικοί) πιθανόν να κινδυνεύσουν περισσότερο από κατάθλιψη από ότι οι αντικοινωνικοί, οι παρανοϊκοί και ορισμένοι άλλοι τύποι προσωπικότητας, οι οποίοι χρησιμοποιούν την προβολή και άλλους μηχανισμούς άμυνας που χαρακτηρίζονται από εξωτερίκευση.³⁸

Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική είναι επιρρεπή στη κατάθλιψη. Επίσης η *γνωστική θεωρία* της κατάθλιψης απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λανθασμένη, εκτίμηση πού κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον.

Υποστηρίζουν ότι η αστάθεια και η ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας -παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία σε αποχωρισμούς αργότερα που οδηγούν σε κατάθλιψη.

Κάποιοι από τους μεγάλους ψυχολόγους έχουν δώσει την δική τους εκδοχή προσπαθώντας να κατανοήσουν την κατάθλιψη. Ο *Freud* diέκρινε τη μελαγχολία/ κατάθλιψη από το πένθος και πίστευε ότι ο άρρωστος αισθάνεται αυτοϋποτίμηση και είναι αυτομομφικός ενώ εκείνος που πενθεί όχι. Η *Klein Melanie* θεωρούσε τη μανία ως μία σειρά αμυντικών λειτουργιών που αποσκοπεί στην αποκατάσταση απολεσθέντων αντικειμένων αγάπης ή την άρνηση της όποιας επιθετικότητας ή καταστροφής προς τους άλλους. Ο *E. Bibring* θεωρούσε την κατάθλιψη συγκινησιακή κατάσταση που δημιουργείται όταν το άτομο βιώνει από τη μία το πάθος και από την άλλη την πραγματικότητα.⁶

Νευροβιολογικοί παράγοντες

Οι νευροβιολογικές μελέτες ακολουθούν τέσσερις περιοχές έρευνας:

1. τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης: Η προσοχή εστιάζεται στους νευροδιαβιβαστές δηλ. στις χημικές ουσίες που μεταβιβάζουν τη νευρική διέγερση από τον ένα νευρώνα στον άλλο στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα νορεπινεφρίνη, στη σεροτονίνη στην ακετυλοχολίνη κ.α.
2. Νευροφυσιολογική λειτουργία: Τα στοιχεία που προέκυψαν αφορούν τη χρήση του Η.Ε.Γ. ύπνου δείχνουν ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο Η.Ε.Γ. που παίρνεται κατά τον ύπνο των ασθενών αυτών.
3. Νευροενδοκρινική λειτουργία: Οι λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και άλλων ενδοκρινών αδένων έχουν μελετηθεί για την ανεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων με τις διαταραχές της διάθεσης. Ο υποθάλαμο-υποφυσιο-επινεφριδικός (ΥΥΕ) άξονας κίνησε το ενδιαφέρον των ερευνητών, ύστερα από το εμπειρικό εύρημα ότι ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόνης από τον επινεφριδικό φλοιό
4. νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου.

1.3.3. Μηχανισμός γένεσης της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης.

Θα μπορούσαμε να πούμε, χρησιμοποιώντας την ψυχαναλυτική ορολογία, ότι η μελαγχολία αποτελεί εκδήλωση υποταγής του εγώ στο Υπερεγώ, ενώ αντίθετα η μανία αποτελεί εκδήλωση εξέγερσης του εγώ και αφήφησης του Υπερεγώ, το οποίο υπερεγώ διαλύεται μέσα στο εγώ που βρίσκεται σε διαστολή. Κατά τον ύπνο δημιουργείται συγχώνευση του εγώ με το Υπερεγώ.

Η μανιακή λοιπόν κατάσταση είναι ο θρίαμβος των επιθετικών και σεξουαλικών ενορμήσεων του εγώ, η αποτίναξη των χαλιναριών και των φραγμών του Υπερεγώ σαν άμυνα κατά του άγχους και της δυσφορίας που δημιούργησε η καταθλιπτική κατάσταση που προηγήθηκε.

«Ο άνθρωπος φαίνεται να είναι ακούραστος ζητητής ηδονής για να μπορέσει να αντισταθμίσει τη λύπη, αυτό το τόσο συνηθισμένο, το τόσο βασικό, παρατεινόμενο και δυσβάστακτο συναίσθημα»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα διαγνωστικά κριτήρια για το Μανιακό επεισόδιο όπως δείχνουν μελέτες του

1988-1997-2001 σύμφωνα με το **DSM-III-R** είναι τα εξής:⁵

2.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΜΑΝΙΑΣ.

Ένα "Μανιακό Σύνδρομο" περιλαμβάνει τα κριτήρια Α, Β και Γ ενώ ένα υπομανιακό περιλαμβάνει τα Α και Β.

Α. Μια διακριτή περίοδος όπου η συναισθηματική διάθεση ήταν παθολογικά και επίμονα ανεβασμένη, ή ευερέθιστη.

Β. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής τουλάχιστον, τρία από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν επιμείνει και είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό.

1. διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
2. ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
3. μεγαλύτερη ομιλητικότητα από το συνηθισμένο ή πίεση να συνεχίσει να μιλά.
4. φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν. Διάσπαση της προσοχής, δηλαδή η προσοχή έλκεται από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα.
5. αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας είτε (κοινωνικά, σεξουαλικά, ή στο σχολείο) ή ψυχοκινητική διέγερση.
6. υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες.

Γ. Διαταραχή της διάθεσης αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει εκσεσημασμένη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό του ή στους άλλους.

Δ. Σε καμιά χρονική περίοδο κατά τη διάρκεια της διαταραχής δεν υπήρξαν παραληρητικές ιδέες τουλάχιστον για δύο εβδομάδες με απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης.

Ε. Δεν επικάθεται σε σχιζοφρένεια

ΣΤ. Δεν μπορεί να αποδειχθεί ότι κάποιος οργανικός παράγοντας άρχισε και συντήρησε τη διαταραχή.³⁵

2.1.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Α ΚΡΙΤΗΡΙΟ: Τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα υπάρχουν κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή στη προηγούμενη λειτουργικότητα του ατόμου. Ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης.

1. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε με τις παρατηρήσεις άλλων.
2. Εξεσημασμένη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε σχεδόν όλες τις δραστηριότητες της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα.
3. Σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση του βάρους όταν δε κάνει δίαιτα ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας.
7. Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής.
8. Ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί.
9. Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου,
-//- αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας.

Β. ΚΡΙΤΗΡΙΟ:

1. Δεν μπορεί να αποδεχθεί ότι κάποιος οργανικός παράγοντας άρχισε ή συντήρησε τη διαταραχή.
2. Η διαταραχή δεν είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου.

Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΟ: Ποτέ κατά τη διάρκεια της διαταραχής δεν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για 2 εβδομάδες με απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης³⁵

(ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ, 3^η ΕΚΔΟΣΗ, ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΟ, ΟΥΑΣΙΓΚΤΟΝ, D.C. ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, 1987)

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα συμπτώματα που μας δείχνουν σε τι κατάσταση είναι ο ασθενής, ποια η συμπεριφορά του και γενικά ποια εικόνα παρουσιάζει κατά τη διάρκεια του μανιακού επεισοδίου είναι

2.2.1 Τα συμπτώματα της μανίας όπως μας τα αναφέρει η ψυχιατρική είναι τα εξής:^{33,34,6}

1. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο: Τα άτομα αυτά νιώθουν γεμάτα ενέργεια και ενεργητικότητα με αποτέλεσμα να μην αισθάνονται κούραση και να κάνουν μέρες να ξεκουραστούν ή ακόμα να κοιμούνται ελάχιστες ώρες και να τους είναι αρκετό.

2. Πολλές φορές έχουν εξεζητημένο ντύσιμο ή ακατάλληλο.⁸

3. Η αυξημένη αυτοεκτίμηση και το αίσθημα μεγαλείου που νιώθουν αναπτύσσει μία υπερβολική αυτό εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για τον εαυτό τους που πολλές φορές φτάνει σε παραληρητικές ιδέες μεγαλείου όπως π.χ. ότι είναι εκλεκτοί του Θεού κ.ά.

4. Έχουμε εύκολη διάσπαση της προσοχής ενός μανιακού αρρώστου που εκδηλώνεται με γρήγορη αλλαγή στην ομιλία και στις δραστηριότητες που κάνει.

5. Φυγή ιδεών: Παρουσιάζεται με γρήγορες και απότομες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο χωρίς να έχουν νόημα αυτά που εκφράζει, βασιζόμενα πάντα σε εξωτερικά ερεθίσματα ή σε τυχαίους εξωτερικούς παράγοντες.

6. Αρνείται να συμμορφωθεί με τη φαρμακευτική αγωγή διότι όπως λέει αισθάνεται "καλά" και δεν υπάρχει λόγος να του χορηγήσουν φάρμακα.⁸

7. Αυξημένη υπερκινητικότητα σε δραστηριότητες κάθε είδους. Έχουν έντονη κινητική ανησυχία, κάνουν ταυτόχρονα πολλές δραστηριότητες, παίρνουν παλιούς φίλους τηλ. κ.ά. Με αποτέλεσμα να φαίνεται αισθητή η έλλειψη κριτικής ικανότητας.⁶

8. Παραβίαση κανόνων και περιορισμών.⁸

9. Μπορεί να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες που έχουν οδυνηρές συνέπειες λόγω μειωμένης κριτικής ικανότητας που αισθάνεται .

10. Παρουσιάζουν έντονη συναισθηματική αστάθεια. Η διάρκεια των συναισθηματικών διαταραχών μπορεί να κρατήσουν από λίγα λεπτά μέχρι και ώρες , πολύ σπάνια όμως περισσότερο. Οι ασθενείς περνούν από την ευφορία στο θυμό ή κατάθλιψη.⁶

11. Παραλληλικές ιδέες και ψευδαισθήσεις όπου το περιεχόμενό τους συνήθως είναι σύμφωνα με τη συναισθηματική τους διάθεση.⁶

12. Πίεση λόγου: οι μανιακοί ασθενείς μιλούν σαν να βρίσκονται κάτω από πίεση, δυνατά, γρήγορα και δύσκολα μπορείς να τους διακόψεις.⁶

13. κίνδυνος επιθετικής συμπεριφοράς. Οι παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις αποτελούν κίνητρα για επιθετική συμπεριφορά. Σε συνδυασμό με οργή και υπερκινητικότητα, προδιαθέτουν για έκρηξη.⁶⁸

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην επιθετικότητα του ασθενούς. Ειδικότερα, στους νοσηλευόμενους ψυχικά ασθενείς η εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς αναλογεί σε ποσοστό 15%-25%.

2.2.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι διαφορετικά από τα συμπτώματα της μανίας για αυτό άλλωστε είναι και "εύκολη" η διάγνωση εάν το άτομο πάσχει από μανία ή κατάθλιψη. Τέτοια συμπτώματα εμφανίζονται:^{17,6}

- Το συναίσθημα
- Αυτόνομο νευρικό σύστημα
Σωματικά ενοχλήματα
- Κινητοποίηση
- Σκέψη Αντίληψη



A. Συναίσθημα

1.Ο άρρωστος αισθάνεται καταθλιπτική διάθεση. Υποστηρίζει ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση και γενικότερα άγχος. Επιπρόσθετα πιστεύει ότι δεν αξίζει σαν άτομο.¹¹

2. ένα άλλο σύμπτωμα του καταθλιπτικού αρρώστου είναι η απώλεια ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος στις περισσότερες δραστηριότητες που κάνει σαν άτομο. Πρέπει να πούμε ότι χρειάζεται οπωσδήποτε η δική μας προσοχή και παρατηρητικότητα διότι το άτομο μπορεί να μην το αναφέρει.

3.Άγχος: Σε μορφή εσωτερικής δυσφορίας, ιδρώτες, αύξηση παλμών.

B. Α.Ν.Σ.:

1.Διαταραχή ύπνου. Μπορεί να παρουσιάζουν αϋπνία ή υπερυπνία. Συνήθως δυσκολεύεται να κοιμηθεί. Ξυπνά κατά τη διάρκεια της νύχτας και δύσκολα ξανακοιμάται., επίσης ξύπνα νωρίς το πρωί και δεν ξανακοιμάται.

2.Διαταραχή της όρεξης του αρρώστου που εμφανίζεται είτε με ανορεξία και έχουμε μείωση ή όχι του βάρους είτε είναι με βουλιμία και έχουμε αύξηση του βάρους.

3.Απώλεια ενέργειας με αποτέλεσμα να έχουμε εύκολη κόπωση και εξάντληση μη μπορώντας να κάνουν οτιδήποτε, σε αντίθεση με τους μανιακούς που αισθάνονται έντονη ενεργητικότητα.

4.Ψυχοκινητική επιβράδυνση στις σκέψεις, κινήσεις αλλά και στο λόγο τους. Ο λόγος τους είναι μονότονος, μιλούν αργά, οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και γενικότερα βρίσκονται σε καταστάσεις ατατονίας.^{17,34,6}

5.Ψυχοκινητική διέγερση:Ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν έντονη διέγερση περπατούν συνέχεια, στριφογυρίζουν, παρουσιάζουν εκνευρισμό και γενικότερα χάνουν το ενδιαφέρον τους.

6.Σωματικά προβλήματα:Όπως πονοκέφαλοι, ναυτία- εμετός, μυϊκοί σπασμοί, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, πόνοι στη μέση κ.α. καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι είναι ψυχολογικά.⁶

Γ. Κινητοποίηση:

1.έλλειψη ενδιαφέροντος να κάνουν τις συνήθειες ασχολίες που έκαναν.

2.Απόπειρες ή σκέψεις αυτοκτονίας:Η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι μεγάλη και πεθαίνουν συνήθως μέσα στους πρώτους 12 μήνες από τη στιγμή που εμφανίζεται το καταθλιπτικό επεισόδιο. Εκτιμάται ότι περίπου το 15%

των ατόμων που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές καταλήγουν αυτοκτονώντας.

Είναι γνωστό ότι η βούληση του καταθλιπτικού είναι μειωμένη. Θα περίμενε, λοιπόν κανείς να είναι μειωμένη και η ικανότητά του να αποφασίσει και να αυτοσχεδιάσει την αυτοκαταστροφή του. Δυστυχώς όμως αυτό γίνεται μόνο όταν η κατάθλιψη του έχει πολύ μεγάλο βάθος. Σε περιόδους όμως όπου το βάθος της κατάθλιψης δεν είναι μεγάλο, όπως κατά την έναρξη και κατά την αποδρομή της καταθλιπτικής φάσης, παραμένει άθικτη η ικανότητα για αυτοκτονία, την οποία ο ασθενής μπορεί να σχεδιάσει με απίθανες λεπτομέρειες.⁶⁹

Υποστηρίζεται ότι υπάρχει στενή σχέση (κοινή γενετική προδιάθεση) της αυτοκαταστροφικής με την επιθετική συμπεριφορά («δύο όψεις του ίδιου νομίσματος», σύμφωνα με την ψυχοδυναμική σχολή) , η οποία ενισχύεται από μια σειρά επιδημιολογικών και βιολογικών παρατηρήσεων, όπως:

- Η καταγραφή περιπτώσεων ανθρωποκτονιών που ακολουθούνται από αυτοκτονία του ανθρωποκτόνου.
- Το γεγονός ότι περίπου το 30% των ατόμων που πραγματοποιούν ετεροκαταστροφικές πράξεις έχουν ιστορικό αυτοκαταστροφικών ενεργειών.
- Το γεγονός ότι 10-20% των ατόμων με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές έχουν ιστορικό βίαιων συμπεριφορών εναντίον άλλων ατόμων.
- Το γεγονός ότι εντοπίζεται μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα, τόσο σε άτομα με αυτοκαταστροφική όσο και σε άτομα με επιθετική συμπεριφορά.⁶⁹

Δ. Σκέψη-Αντίληψη:

1 Αίσθημα ενοχής, χαμηλή αυτοεκτίμηση: Για παρελθούσες σχέσεις, αποτυχίες ή και λάθη. Αποδίδει περισσότερη ευθύνη στον εαυτό του από ότι του αναλογεί και γενικά τα γεγονότα για τα οποία κατηγορεί τον εαυτό του είναι μηδαμινά. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας που παρουσιάζουν αρκετοί ασθενείς δημιουργεί μια έντονη αρνητική εκτίμηση της αξίας του.¹¹

2.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα εργαστηριακά ευρήματα για **Μ.Κ.Ε.** δεν υπάρχουν. Σε άτομο με Μείζονα επεισόδια έχουν βρεθεί παθολογικά ευρήματα σύμφωνα με την ομάδα ελέγχου:

- Ανωμαλίες στο Η.Ε.Γ. ύπνου
- Αυξημένη έκκριση κορτιζόνης
- Απουσία της μη καταστολής με δεξαμεθαζόνη
- Διαταραχές των νευροδιαβιβαστών και της λειτουργίας των υποδοχέων τους.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των αρρώστων που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης θα πρέπει να κατευθύνεται προς ορισμένους στόχους. Πρώτον, θα πρέπει να διαφυλάσσεται η ασφάλεια του αρρώστου. Δεύτερον, θα πρέπει να γίνεται πλήρης διαγνωστική εκτίμηση του αρρώστου. Τρίτον, θα πρέπει να σχεδιάζεται και να τίθεται σε εφαρμογή θεραπεία, η οποία αποσκοπεί όχι μόνο στην άμεση ανακούφιση του αρρώστου, αλλά και σε μια γενικότερη μελλοντική κατάσταση ευεξίας. Αν και αυτή την εποχή η έμφαση δίνεται στη φαρμακοθεραπεία και στην ψυχοθεραπεία του αρρώστου σαν ατόμου, μιας και τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής έχουν επίσης συσχετιστεί με την αύξηση των υποτροπών, μεταξύ των αρρώστων που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης. Έτσι η θεραπεία θα πρέπει να μειώνει το πλήθος και τη βαρύτητα των στρεσογόνων παραγόντων στη ζωή των αρρώστων.

Υπάρχουν σήμερα ειδικές θεραπείες τόσο για τα μανιακά όσο και για τα καταθλιπτικά επεισόδια. Τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η προφυλακτική θεραπεία είναι ταυτόχρονα και αποτελεσματική. Ωστόσο επειδή οι διαταραχές της διάθεσης είναι χρόνιες, ο άρρωστος και η οικογένεια θα πρέπει να ενημερωθούν για τη θεραπευτική στρατηγική που θα ακολουθηθεί στο μέλλον.

Η μέχρι σήμερα θεραπευτικές τεχνικές της κατάθλιψης που εφαρμόζονται έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικότερα η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή.

3.1.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Η πρώτη και η πιο κρίσιμη απόφαση που πρέπει να πάρει ο γιατρός είναι αν θα νοσηλεύσει τον άρρωστο ή αν θα επιχειρήσει εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Οι αυτοκτονικές απόπειρες αποτελούν το μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε άτομο. Ο κίνδυνος ανθρωποκτονίας και η μειωμένη έλλειψη αυτοφροντίδας όπως και οι τάσεις ή σκέψεις αυτοκτονίας αποτελούν άμεσες ενδείξεις για την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Οι ενδείξεις νοσηλείας είναι:

- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας
- -//- -//- αυτοκτονίας
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις όπως(ανορεξία-αφυδάτωση)που είναι επικίνδυνες για την υγεία του ατόμου.
- Απώλεια της ικανότητας να φροντίζεται μόνος του είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης.
- Παθολογικές καταστάσεις που απαιτούν διάγνωση και θεραπεία όπως π.χ. καρδιακή νόσος.³³

3.1.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ / ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1950. η εισαγωγή τους στην ψυχιατρική αποτέλεσε σταθμό, γιατί μέχρι τότε, η κατάθλιψη αντιμετωπιζόταν αποτελεσματικά μόνο με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Τα φάρμακα που είχαν στη διάθεσή τους οι γιατροί ήταν αναποτελεσματικά και εξαρτησιογόνα. (αμφεταμίνες.)

Το πρώτο αντικαταθλιπτικό φάρμακο από την ομάδα των αναστολέων της ΜΑΟ ήταν η ιπρονιαζίδη, ένα φάρμακο που η χρήση του περιοριζόταν στη θεραπεία της φυματίωσης, που τυχαία διαπιστώθηκε ότι είχε αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, ενώ το πρώτο φάρμακο από την ομάδα τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών ήταν η ιμιπραμίνη, μια ουσία συγγενής προς τη χλωροπρομαζίνη, που τη δοκίμαζαν ως αντιψυχωτικό αλλά αποδείχθηκε αντικαταθλιπτικό. Ήταν λοιπόν, τυχαία η ανακάλυψη των πρωτοπόρων ουσιών και των δύο βασικών αντικαταθλιπτικών.⁴⁷

Α.Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενδείκνυνται:

Σε οξεία καταθλιπτικά επεισόδια, την ανακούφιση των χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων.^{6,11}

Τέτοια αντικαταθλιπτικά είναι :

Τρικυκλικά : Είναι τα πιο παλιά και τα πιο διαδεδομένα. Το 50%-80% των ασθενών που υποβάλλονται στη θεραπεία με τρικυκλικά φάρμακα έχουν δείξει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Ε.Α.Ε.Σ.). Αυτά είναι πιο νεότερα αντικαταθλιπτικά, ανεκτά ,ασφαλή και πολύ αποτελεσματικά.¹¹

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (Μ.Α.Ο) είναι ο δεύτερος τρόπος "επίθεσης" της κατάθλιψης. Δεν ενδείκνυται συχνά διότι είναι λιγότερο αποτελεσματικά και τα φάρμακα αυτά έχουν σοβαρές παρενέργειες στον αρρωστο.^{11,6}

Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) τα οποία χρησιμοποιούμε όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις πάντα σε συνδυασμό με τρικυκλικά ή ηλεκτροσοκ.¹¹

Συχνή αιτία αποτυχίας της αντικαταθλιπτικής θεραπείας είναι η ανεπαρκής δοσολογία και ο ανεπαρκής χρόνος θεραπείας.

Κατά την χορήγηση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται και να εφησυχάζεται για τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, που μπορεί να είναι ενοχλητικές, ιδίως στην αρχή της θεραπείας, καθώς και για τον απαιτούμενο χρόνο εμφάνισης θεραπευτικού αποτελέσματος (2-4 εβδομάδες).

Απαιτείται προσοχή όταν χορηγούνται τρικυκλικά σε ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας, λόγω καρδιοτοξικότητας, όταν ληφθούν σε μεγάλες δόσεις. Πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση για το ενδεχόμενο κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, τόσο στην αρχή, όσο και στην πορεία της θεραπείας. Οι ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας δεν πρέπει να διατηρούν οι ίδιοι μεγάλη ποσότητα φαρμάκου.

Μετά την υποχώρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας η θεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται για 4-6 μήνες περίπου, στην ίδια δοσολογία, ενώ στην περιοδική κατάθλιψη με συχνές υποτροπές η θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να συνεχίζεται για 5 περίπου χρόνια.⁴⁸

3.1.3. Ψυχολογικά μέσα θεραπείας.

Ατομική ψυχοθεραπεία.

Χρησιμοποιείται κυρίως σε ήπιες και χρόνιες μορφές κατάθλιψης. Βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές (δίνει έμφαση στο ρόλο των προηγούμενων εμπειριών και των μη συνειδητών κινήτρων στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς).

Η **βραχεία**, ψυχοδυναμικής έμπνευσης ψυχοθεραπεία, που δεν διαρκεί συνήθως περισσότερο από 20 συνεδρίες, έχει βραχυπρόθεσμους στόχους, δηλαδή υποστήριξη του ασθενούς, παρέμβαση σε περίοδο κρίσης και υποβοήθησης του ασθενούς στον τομέα της απόκτησης δεξιοτήτων επικοινωνίας με τους άλλους.

Η μακρά, ψυχοδυναμικής έμπνευσης ψυχοθεραπεία (ψυχανάλυση), που διαρκεί μήνες ή και χρόνια, έχει πιο φιλόδοξους στόχους, αποβλέποντας στην αποκάλυψη και επίλυση καταστάσεων εσωτερικής διαπάλης, που πολλές φορές ανάγονται σε βιώματα της παιδικής ηλικίας. Οι καταστάσεις αυτές, μέσα στις οποίες οι ψυχοδυναμικού προσανατολισμού ψυχίατροι περιλαμβάνουν και την κατάθλιψη, προκαλούν χρόνιες ψυχολογικές δυσλειτουργίες, που η μακρά ψυχοθεραπεία καλείται να επιλύσει.

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία.

Πρόκειται για μορφή ψυχοθεραπείας που απευθύνεται αποκλειστικά σε ασθενείς με κατάθλιψη. (Klerman & Weissman 1984) . Διαρκεί 12-16 συνεδρίες, δεν επικεντρώνεται στο χθες, όπως οι προηγούμενες ψυχοθεραπείες, αλλά στο σήμερα και έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό, αποβλέπει δηλαδή στο να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφόρηση για την πάθησή του και να τον βοηθήσει να διαμορφώσει τις στρατηγικές που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του.

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία προσφέρεται κυρίως για ήπιες μορφές κατάθλιψης.

Ομαδική ψυχοθεραπεία.

Συμβάλλει στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων (ή στη βελτίωση των υπαρχουσών) σε ένα αμοιβαίως υποστηρικτικό περιβάλλον, ένα περιβάλλον δηλαδή όπου ο ένας ασθενής βοηθάει τον άλλον να ξεπεράσει τις δυσκολίες του. Η ομαδική ψυχοθεραπεία δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης και βελτίωσης των τρόπων που επικοινωνεί ο ασθενής με τους άλλους.

Γνωσιακή - Συμπεριφορική θεραπεία

Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση, που διατυπώθηκε από τον Beck, αποβλέπει στην τροποποίηση των αρνητικών «γνώσεων» του ασθενούς για τον εαυτό του (π.χ. είμαι ανίκανος), και για τους άλλους (όλοι με σιχαίνονται) και την αντικατάσταση των «γνωσιών» αυτών με άλλες που εκφράζουν μια πιο θετική αντίληψη.

Σύμφωνα με την γνωσιακή θεραπεία, η κατάθλιψη οφείλεται σε αρνητικές «γνώσεις» και επομένως η θεραπεία συνίσταται στη θετικοποίηση των «γνωσιών» αυτών.

Υπάρχουν πολλοί που υποστηρίζουν ότι οι αρνητικές γνώσεις είναι μάλλον το αποτέλεσμα παρά η αιτία της κατάθλιψης, ενώ άλλοι εκφράζουν την άποψη ότι η όποια θεραπευτική αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης

δεν οφείλεται στην τροποποίηση των γνωσιών αλλά στην καλή συναισθηματική σχέση γιατρού-αρρώστου. Όπως και να έχουν τα πράγματα, η θεραπευτική αυτή μέθοδος έχει αξιόλογα αποτελέσματα.

Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπεία.

Η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν αποκλείει την ψυχοθεραπεία. Αντίθετα τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με συνδυασμό των δύο μεθόδων. Η φαρμακευτική αγωγή βοηθάει στην αντιμετώπιση κυρίως των βιολογικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ενώ η ψυχοθεραπεία στην άμβλυνση της ψυχικής οδύνης και στην προαγωγή της λειτουργικότητας του καταθλιπτικού ασθενούς.⁴⁷

3.1.4. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μία άλλη σωματική θεραπεία είναι η **ηλεκτροσπασμοθεραπεία** η οποία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη κατάθλιψη.⁴¹

Σπασμοθεραπεία ονομάζουμε την πρόκληση μιας σειράς από σύντομες γενικευμένες επιληπτικές εκφορτίσεις για θεραπευτικούς σκοπούς, σε ορισμένες μείζονες ψυχικές διαταραχές. Παρότι η εκφόρτιση των εγκεφαλικών νευρώνων μπορεί να προκληθεί με διάφορες φαρμακευτικές ουσίες, η χρήση σύντομου και μικρής έντασης ηλεκτρικού ερεθίσματος έχει επικρατήσει ως η πλέον ασφαλής, αξιόπιστη και καλά ανεκτή από τον ασθενή, μέθοδος.

Από το ηλεκτρικό ερέθισμα που χρησιμοποιείται προέρχεται η ονομασία **ηλεκτροσπασμοθεραπεία**. Στην κλινική πράξη η διαδικασία είναι γνωστή με την αγγλική συντομογραφία **E.C.T.**

Η ΗΣΘ σήμερα, εφαρμόζεται αποκλειστικά, με την συνεργασία αναισθησιολόγου, ως **τροποποιημένη ΗΣΘ** δηλαδή με την τροποποιητική επίδραση αναισθητικού, μυοχαλαρωτικού και συνεχή οξυγόνωση, που μετριάζουν κατά πολύ την ανησυχία του ασθενούς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Η ΗΣΘ, σύμφωνα με τις σύγχρονες διεθνείς προδιαγραφές, πρέπει να εφαρμόζεται με βάση αυστηρά καθορισμένες ενδείξεις, συνθήκες και τεχνικές, μετά από λεπτομερή ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Λόγω της αναισθησίας και της

μυοχαλάρωσης κατά της εφαρμογή της δεν προκαλούνται παρά υποτυπώδεις περιφερικοί σπασμοί, έτσι ώστε ο όρος ηλεκτροσπασμοθεραπεία να έχει καταστεί λιγότερο δόκιμος.

Περιγραφή.

Στα πρώτα χρόνια εφαρμογής της ΗΣΘ, η εικόνα της ήταν ανάλογη με εκείνη μιας γενικευμένης επίληπτικής κρίσης: ταυτόχρονα με την εφαρμογή του ηλεκτρικού ερεθίσματος επερχόταν απώλεια συνείδησης, το σώμα τεντωνόταν σε μια τονική σύσπαση και ακολουθούσαν οι κλονικοί σπασμοί. Σήμερα, με την αναισθησία και την μυοχαλάρωση, ο ασθενής είναι εντελώς χαλαρός και ακίνητος και μόνο υποτυπώδεις σπασμοί στα βλέφαρα και στα άκρα παρατηρούνται. Η χρονομέτρηση των σπασμών γίνεται σ' ένα μέλος (π.χ. στο χέρι), που έχει απομονωθεί με σφυγμομανόμετρο πριν από την χορήγηση του μυοχαλαρωτικού, ώστε να φαίνονται καθαρά οι σφυγμοί. Η διαδικασία είναι εντελώς ανώδυνη και γίνεται υπό συνεχή οξυγόνωση και παράλληλη παρακολούθηση ζωτικών σημείων. Ύστερα από λίγο ο ασθενής αφυπνίζεται, χωρίς να έχει αντιληφθεί τη διαδικασία που προηγήθηκε.⁴⁷

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται γενικά στις ακόλουθες καταστάσεις:

- ❖ Όταν ο άρρωστος δεν απαντά στην φαρμακοθεραπεία.
- ❖ Όταν δεν μπορεί να ανεχθεί την φαρμακοθεραπεία.
- ❖ Όταν η κλινική κατάσταση είναι τόσο σοβαρή, ώστε απαιτεί την ταχεία κλινική βελτίωση που παρατηρείται με το ECT³⁸.

3.1.5 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.

Φωτοθεραπεία: Η έκθεση του αρρώστου σε άφθονο τεχνητό φως κατά τη διάρκεια της ημέρας. Συνήθως αυτό εφαρμόζεται στην εποχιακή κατάθλιψη. Πιστεύουν ότι επιδρά στον ύπνο, στην ενεργητικότητα και στις νευροενδοκρινικές λειτουργίες.^{42,43}

Εφαρμόζεται στις καταθλίψεις που έχουν εποχιακή κατανομή και συμβαίνουν κατά το τέλος του φθινοπώρου και την αρχή του χειμώνα. Έχει υποστηριχθεί ότι η αντικαταθλιπτική δράση της φωτοθεραπείας οφείλεται σε αναστολή της έκκρισης μελατονίνης, η άποψη όμως αυτή τα τελευταία χρόνια έχει χάσει έδαφος.⁴⁷

Υπνική αποστέρηση: πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η αποστέρηση ύπνου μπορεί να έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα σε 2/3 των καταθλιπτικών ασθενών.

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές αυτής της μεθόδου. Οι κυριότερες είναι:

- Ολική υπνική αποστέρηση (στέρηση ύπνου επί 36 ώρες δύο φορές την εβδομάδα).
- Μερική υπνική αποστέρηση (ο ασθενής κοιμάται νωρίς, π.χ. στις 9μ.μ. και ξυπνάει μετά από 4 ώρες, έτσι ώστε, παράλληλα με την υπνική αποστέρηση, να υπάρχει και πρωιμότερη επέλευση του ύπνου, phase advance, που έχει και αυτή θεραπευτική δράση).

Η υπνική αποστέρηση είναι αποτελεσματική στην μείζονα κατάθλιψη και όχι στην δυσθυμία και χρησιμοποιείται είτε για να συνεπικουρήσει κάποια φαρμακευτική θεραπεία είτε στο αρχικό στάδιο μιας φαρμακευτικής θεραπείας, αφού τα φάρμακα δεν είναι δραστικά στο αρχικό αυτό στάδιο παρά μόνο μετά από κάποιες βδομάδες από την έναρξη της χορήγησής τους.⁴⁷

3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΝΙΑΣ

Ανάλογα με την βαρύτητά του ένα οξύ μανιακό επεισόδιο μπορεί να αποτελέσει μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση στην οποία χρειάζεται άμεση παρέμβαση.

Ενδείκνυται σε: Οξεία μανιακά επεισόδια
Διπολικές διαταραχές
Υποτροπιάζουσα μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Ενδειξεις για νοσηλεία είναι:

α) αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, απόπειρες αυτοκτονίας αλλά και πράξεις που δυνητικά είναι επικίνδυνες π.χ. αδέξιο οδήγημα.

β) τάσεις για βίαιες πράξεις διότι πολλές φορές πιστεύουν ότι βρίσκονται σε αυτοάμυνα και μπορεί να σκοτώσουν.

γ) αδυναμία φροντίδας του εαυτού τους.

δ) πρώτο μανιακό επεισόδιο για ιατρικό έλεγχο και προγραμματισμός θεραπείας.³⁴

Οποσδήποτε όμως ακόμα και στις πιο δύσκολες περιπτώσεις δεν πρέπει να αποκλείεται η δυνατότητα νοσηλείας στο σπίτι, ιδιαίτερα αν υπάρχει καλή συνεργασία και επαφή με τον ασθενή και την οικογένειά του.

Η θεραπεία του οξέος μανιακού επεισοδίου περιλαμβάνει κυρίως φαρμακοθεραπεία (αντιψυχωτικά, λίθιο, άλλα αντιμανιακά φάρμακα, βενζοδιαζεπίνες) και τοποθέτηση ορίων στη μανιακή συμπεριφορά. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η βαριά μανία συχνά τρομάζει τον ασθενή, γιατί του δείχνει την απώλεια του ελέγχου του. Η νοσηλεία σε ένα τμήμα που κλειδώνει ένα κλειδωμένο δωμάτιο απομόνωσης με ή όχι σωματική καθήλωση μπορεί να είναι απαραίτητη σε έντονη διέγερση γιατί καθησυχάζει τον ασθενή ότι άλλοι μπορούν να τον ελέγχουν (άρα μπορεί να νιώθει ασφαλής) και γιατί τον προφυλάσσει από το να κάνει κακό στον εαυτό του ή και στους άλλους. Και φυσικά, επικοινωνείται στον ασθενή ότι αυτοί είναι οι λόγοι της απομόνωσης και όχι η τιμωρία.

Τονίζουμε, όμως ότι καθώς οι μανιακοί είναι εξαιρετικά διεγέρσιμοι, ευερέθιστοι και με διασπώμενη προσοχή, η απλή ελάττωση των εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως γίνεται και με την απλή απομόνωση σ' ένα ήσυχο και ξεκλειδωτο δωμάτιο, μπορεί να φθάσει.³³

3.2.1 Αντιψυχωτικά φάρμακα.

Για την αντιμετώπιση ενός μανιακού επεισοδίου χρησιμοποιούμε αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία δίνουν τη δυνατότητα να καθησυχαστεί ο ασθενής μετά την χορήγησή τους μέσα σε λίγες μέρες. Αυτά είναι και η βάση για την ταχεία θεραπεία ενός οξέος επεισοδίου. Χορηγούνται από το στόμα ή ενδομυϊκά.

Τα αντιψυχωτικά (νευροληπτικά) έχουν σημαντική αντιαγχώδη δράση και η αντιψυχωτική τους δράση μπορεί να ελαττώσει αποτελεσματικά τον τρόμο, την επιθετικότητα, την παρανοϊκότητα και την σύγχυση του ασθενή. Αν το άγχος του ασθενή δεν φαίνεται να βελτιώνεται με τα νευροληπτικά, μπορεί να χορηγήσουμε για λίγες μέρες ενδομυϊκά ή από το στόμα βενζοδιαζεπίνες.³³

Οι μανιοκαταθλιπτικοί ασθενείς δεν χρειάζεται να συνεχίζουν την αντιψυχωτική θεραπεία όταν έχει υποχωρήσει η οξεία φάση και έχουν σταθεροποιηθεί στο λίθιο. Και αυτό γιατί η χρόνια θεραπεία έχει σημαντικούς κινδύνους, ιδιαίτερα της όψιμης δυσκινησίας. Γι' αυτό η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί μόνο αν υπάρχει σαφής ένδειξη ότι ο ασθενής χρειάζεται τέτοια θεραπεία.

3.2.2 Αντιμανιακά φάρμακα.

Τα αντιμανιακά φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα στην θεραπεία των διπολικών διαταραχών είναι το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο. Ακόμα μελετώνται η κλοναζεπαμίνη, η κλονιδίνη και φάρμακα που αποκλείουν τους διαύλους ασβεστίου.

Λίθιο.

Μολονότι οι αντιμανιακές ιδιότητες του ιόντος λιθίου περιγράφηκαν τον προηγούμενο αιώνα, μόλις τις τελευταίες δεκαετίες ξαπλώθηκε η χρήση του, ώστε σήμερα να μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι το λίθιο είναι ένας σημαντικότερος σταθμός στη θεραπεία της μανιοκαταθλιπτικής νόσου. Το λίθιο έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικό στα συμπτώματα της οξείας μανίας όπως και στην πρόληψη υποτροπών των διπολικών διαταραχών σε μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης.

Το 60-70% των οξέων μανιακών ασθενών απαντούν ευνοϊκά στο λίθιο μετά από 10-14 ημέρες. Ελαττώνει και την ένταση και την διάρκεια του μανιακού επεισοδίου εφόσον το επίπεδό του στο αίμα είναι αυτό που πρέπει. Ακόμα παίζει σπουδαίο ρόλο και στην πρόληψη της μανίας περισσότερο από την πρόληψη της κατάθλιψης.

Αν και το λίθιο στο μανιακό άτομο απομακρύνει το υποκειμενικό βίωμα της έξαρσης και ανακουφίζει την μανιακή ψύχωση και διέγερση, δεν έχει σχεδόν καμία επίδραση στο φυσιολογικό άτομο. Δεν υπάρχει καθόλου ή υπάρχει μόνον μια μικρή καταστολή και δεν υπάρχει καμία σημαντική επίδραση στις γνωστικές και κινητικές δραστηριότητες στο μη μανιακό άτομο. Ασθενείς, όμως, με μανιοκαταθλιπτική νόσο συχνά δεν αρέσουν στο φάρμακο αυτό, γιατί απομακρύνει την ευφορία που είναι η υποκειμενικά ευχάριστη πλευρά της μανίας.

Δηλητηρίαση με λίθιο.

Η τοξικότητα με λίθιο είναι συνηθισμένη. Συμβαίνει όταν το ποσό του λιθίου στο αίμα είναι μόνο 50% πάνω από τα θεραπευτικά επίπεδα. Ηπια τοξικότητα από λίθιο μπορεί να αποκατασταθεί απλά με την παράλειψη αρκετών δόσεων. Στη συνέχεια ξαναρχίζουμε με μια χαμηλότερη δοσολογία. Η σοβαρή τοξικότητα, όμως θα πρέπει να αντιμετωπίζεται στο νοσοκομείο, συνήθως ως οσμωτική διούρηση.

Συνηθισμένες αιτίες για την ανύψωση του επιπέδου λιθίου στο αίμα είναι:

- Λήψη υπερβολικής δοσολογίας.
- Απώλεια Na ή υγρών (π.χ. ιδρώτας, έμετο, διάρροια)
- Συνύπαρξη σωματικής ασθένειας.

Είναι πολύ σημαντικό τόσο ο γιατρός, όσο ο νοσηλευτής και ο ασθενής να είναι ενήμεροι των σημείων τοξικότητας από το λίθιο.

Πρώιμα σημεία

- I. Μπερδεμένη ομιλία.
- II. Ελαφρά υπνηλία.
- III. Μυϊκή αδυναμία.
- IV. Τρόμος και μυϊκές συσπάσεις.
- V. Ανορεξία.
- VI. Έμετος και διάρροια.
- VII. Αταξία.
- VIII. Σύγχυση.

Όψιμα σημεία

- I. Διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης-υπνηλία, σύγχυση, stupor.
- II. Υπέρταση μυών και δεσμιδικές συσπάσεις.
- III. Αύξηση των εν τω βάθει τενόντιων αντανακλαστικών.
- IV. Υπερέκταση των άνω και κάτω άκρων.
- V. Επιληπτικοί σπασμοί.
- VI. Κώμα.
- VII. Θάνατος.
- VIII.

Καρβαμαζεπίνη.

Η καρβαμαζεπίνη (tegretol) όπως και το βαλπροϊκό νάτριο (Depakine) ανήκουν στα αντιεπιληπτικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται για χρόνια στη θεραπεία των επιληπτικών διαταραχών. Σχετικά πρόσφατα χρησιμοποιούνται και σαν φάρμακα δεύτερης γραμμής ή επιπρόσθετα με το λίθιο στη θεραπεία των διπολικών διαταραχών.

Η καρβαμαζεπίνη είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της οξείας μανίας και μπορεί να είναι αποτελεσματική στη προφυλακτική θεραπεία των διπολικών διαταραχών. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη θεραπεία ασθενών που δεν απαντούν στη θεραπεία με λίθιο ή που παρουσιάζουν έντονες παρενέργειες στο λίθιο ή που παρουσιάζουν ταχείες εναλλαγές φάσεων.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει δείξει ότι είναι εξίσου αποτελεσματική στην θεραπεία της οξείας μανίας όπως και στην σοβαρή κατάθλιψη. Ειδικά σε ασθενείς που δεν απαντούν στη φαρμακοθεραπεία και κινδυνεύουν να βλάψουν τον εαυτό τους ή να εξαντληθούν ολοκληρωτικά, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να φέρει ταχεία βελτίωση.³³

3.3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ένα μανιακό επεισόδιο διαρκεί 3 περίπου μήνες και έχει κακή πρόγνωση ενώ ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί 6 μήνες περίπου. Η διάρκεια του μανιακού μπορεί να είναι από μέρες μέχρι και χρόνια.^{37,38}

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν, βρέθηκαν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι δημιουργήθηκαν μετά την εμφάνιση της νόσου και επέδειξαν ότι αποτελούν κακή πρόγνωση. **Αυτοί είναι:**

- α) εξάρτηση από αλκοόλ
- β) κακή επαγγελματική κατάσταση
- γ) ψυχωτικά χαρακτηριστικά κ.α.

Παράγοντες που βρέθηκαν στην καλή πρόγνωση είναι:

- α) η εμφάνιση της αρρώστιας σε μεγάλη ηλικία
- β) η όσο το δυνατό λιγότερες τάσεις αυτοκτονίας
- γ) τα λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα.

Ένα ποσοστό 10% εμφανίζει μια χρόνια νοσηρή κατάσταση όσον αφορά τα μανιακά επεισόδια. Ποσοστό 40% παρουσιάζουν ένα επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής και ένα ποσοστό 50% εμφανίζει ένα δεύτερο μανιακό επεισόδιο σε διάστημα 2 ετών.

Σε παρακολούθηση ασθενών παρατηρήθηκε ότι:

- α) 15% των ατόμων αισθάνονται καλά
- β) 45% αισθάνονται καλά και εμφανίζουν υποτροπές
- γ) 30% εμφανίζουν μερική ύφεση
- δ) 10% είναι χρόνιοι.

3.4. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.

Πρωτογενής πρόληψη: από τις τρεις βαθμίδες της πρόληψης είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων.⁷⁶

Τη μεγαλύτερη σημασία έχουν οι πρώιμες παρεμβάσεις που είναι:

1. παρέμβαση πριν από τη σύλληψη. Ψυχιατρική, γενετική συμβουλευτική, Οικογενειακός προγραμματισμός.
2. παρεμβάσεις κατά την εμβρυϊκή ζωή. Συμβουλευτική της εγκυμοσύνης.
3. παρεμβάσεις κατά την παιδική ηλικία. Ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί, βελτίωση της σωματικής υγείας του παιδιού, βελτίωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος.⁷⁷

Δευτερογενής πρόληψη: ο τύπος αυτός της πρόληψης στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα. Το βάρος της δευτερογενούς πρόληψης πέφτει στις αποκεντρωμένες υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά, την τακτική τους παρακολούθηση με πρόληψη των υποτροπών τους και τη 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 ασθένεια, έτσι ώστε να καταφεύγει ευκολότερα σε ψυχιατρική υπηρεσία.

Τριτογενής πρόληψη: την πρόληψη αυτού του τύπου αναλαμβάνει ο τομέας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η αποκατάσταση έχει στόχο όχι μόνο την εκπαίδευση του ατόμου για να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του, αλλά και την παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον του και την κοινότητα, με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής επανένταξής του.

Τα είδη της αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου είναι:

1. ψυχιατρική αποκατάσταση.
2. κοινωνική αποκατάσταση.
3. επαγγελματική αποκατάσταση.

Η τριτογενής πρόληψη έχει έντονες πολιτικές διαστάσεις που συνδέονται με την ιδεολογία του Αποϊδρυματισμού¹⁷, της διδασκαλίας δηλ. εξόδου χρόνιων ασθενών απ' τα μεγάλα Ψυχιατρικά Ιδρύματα, (μετά από κατάλληλη προετοιμασία τους) και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα.

Σήμερα, μετά από την πολύχρονη ανάπτυξη τόσων προληπτικών προγραμμάτων σε αρκετές χώρες, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών με την ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, έχει αναγνωριστεί ως η τέταρτη ψυχιατρική επανάσταση μετά την απελευθέρωση των ψυχικά αρρώστων από τον Pinel, την ανακάλυψη του υποσυνείδητου από τον Freud και την ψυχοφαρμακολογία.⁷⁷

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Σχέση νοσηλευτή – αρρώστου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές

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 τονίσουν τον παθητικό ρόλο του αρρώστου. Ο άρρωστος αντιμετωπίζεται σαν κάποιος που δέχεται φροντίδα, περιποίηση και θεραπεία χωρίς καμία προσπάθεια από μέρους του. Το μόνο που κάνει είναι να ακολουθεί οδηγίες χωρίς να το 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 τα οποία πρέπει να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να επιτευχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία.

Οι τομείς του έργου του νοσηλευτή όπου θα φανούν τα προσόντα του είναι:

- ✓ Παρατήρηση.
- ✓ Τρόποι νοσηλείας.
- ✓ Φροντίδα και προστασία του ασθενούς.
- ✓ Ψυχοθεραπεία.

Η νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας στη φροντίδα των αρρώστων.

Η επικοινωνία νοσηλεύτριας ή νοσηλευτή και αρρώστου είναι σημαντική στην εκπλήρωση οποιασδήποτε νοσηλευτικής παρέμβασης, προληπτικής, ανακουφιστικής, θεραπευτικής ή εκπαιδευτικής.

Η επικοινωνία στη Νοσηλευτική θεωρείται **νοσηλευτική πράξη** πόσο μάλλον στη ψυχιατρική νοσηλευτική όπου εδώ αυτό που πάσχει είναι η ψυχή και όχι πολλές φορές το σώμα.²³

Κάθε νοσηλευτής αναπτύσσει τον δικό του τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο ανάλογα με το χαρακτήρα του, την προσωπική του καλλιέργεια και φυσικά ανάλογα με την προσωπικότητα του αρρώστου. Εκτός αυτού, ο

νοσηλευτής υποχρεούται να είναι γνώστης μεθόδων και διαδικασιών που ενισχύουν την επικοινωνία αυτή. Αν μπορέσει ο νοσηλευτής να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ψυχικά αρρώστου και να δημιουργήσει μεταξύ τους ένα φιλικό κλίμα, τότε μπορούμε να πούμε ότι οι πιθανότητες του αρρώστου για θεραπεία και αποκατάσταση αυξάνουν θεαματικά.

Είναι χρήσιμο να αναφέρουμε πως η επικοινωνία κατανοείται με τη συμπεριφορά. Κάθε συμπεριφορά ενώπιον άλλων είναι επικοινωνία και κάθε επικοινωνία επηρεάζει τη συμπεριφορά. Το πώς χειρονομεί ένα πρόσωπο, πώς στέκεται, πώς είναι ντυμένο, πώς κινείται, πώς μιλά, αυτά μεταδίδουν μηνύματα προς ένα άλλο πρόσωπο.

Η επικοινωνία γίνεται με διάφορα μέσα: π.χ. με την ομιλία, τις διακυμάνσεις της φωνής, την παρατήρηση, τη μη λεκτική συμπεριφορά και έκφραση, τη σιωπή, την ακρόαση, το βλέμμα, τους μορφασμούς, τη μουσική, τα έργα τέχνης κ.α. Το ανθρώπινο σώμα είναι ομιλούν όργανο, ικανό να εκφράζει ιδέες και συναισθήματα. Οι άνθρωποι μιλούν ακόμα και όταν η γλώσσα τους σωπαίνει. Μιλούν με τη διάλεκτο του σώματος, η οποία μπορεί να επαληθεύει ή να διαψεύδει όσα εκφράζονται με λόγια. Αυτή είναι η γλώσσα της ευαισθησίας που αποκαλύπτει την αλήθεια σ' σ' όλες τις ανθρώπινες σχέσεις.^{24,25,26}

Ο νοσηλευτής ανεξάρτητα από την φάση που είναι ο άρρωστος (έξαρση ή ύφεση) οφείλει να του μεταβιβάζει ορισμένα στοιχεία προς αυτόν σαν αρχή και διατήρηση της σχέσης τους. Αυτά είναι τα εξής:

- Αποδοχή
- θερμό ενδιαφέρον
- σεβασμός
- ετοιμότητα για παροχή βοήθειας

Αποδοχή αρρώστου σημαίνει ενδιαφέρον γι' αυτόν χωρίς όρους και προϋποθέσεις, ανεξάρτητα από την κατάστασή του, τη συμπεριφορά του, τις αρνητικές ή θετικές διαθέσεις του στη δεδομένη στιγμή.²⁸ Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, εμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα, όπου ο άρρωστος δεν φοβάται μήπως κατακριθεί ή επιδοκιμασθεί. Η επιεικής αυτή

ατμόσφαιρα έχει σαν αποτέλεσμα να παραμεριστούν οι φόβοι του και να πέσουν οι άμυνές του. Επίσης συντελεί στο να ξαναβρεί την χαμένη του αυτοπεποίθηση και το θάρρος να μπορεί να συνεργαστεί για την λύση των προβλημάτων του.²⁹

Θερμό ενδιαφέρον για τον άρρωστο και για τους προσωπικούς τρόπους που βιώνει την αρρώστια του. Εκφράζεται σαν καλοσύνη και ανθρώπινη θαλπωρή, σαν αγάπη και ετοιμότητα για εξυπηρέτηση και υποστήριξη. Αυξάνει την αγάπη για τον εαυτό του και τους άλλους, την αυτοπεποίθησή του, την τόλμη να ζητήσει βοήθεια. Το θερμό ενδιαφέρον και η αγάπη του νοσηλευτή πρέπει να φθάνει στο σημείο να εκδηλώνεται ως μητρική μέριμνα και στοργή όταν ο άρρωστος έχει ανάγκη γι' αυτή ³⁰λόγω παλινδρόμησης, αυτισμού ή κατατονίας.

Σεβασμός προς τον άρρωστο ως αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Ο σεβασμός εκδηλώνεται ως λεπτή ευαισθησία έναντι των αδυναμιών και των δυνατοτήτων του αρρώστου. Ο σεβασμός του νοσηλευτή μεταβιβάζεται στον άρρωστο με την προσεκτική ακρόαση, την εξήγηση του σκοπού της επικοινωνίας, τη συζήτηση, τη συνεργασία μαζί του στην επιδίωξη κοινών σκοπών, το κάλεσμα με το όνομά του, τη συνέπεια στη συμφωνημένη ώρα συνάντησής τους και την τήρηση των υποχρεώσεων του νοσηλευτή.⁸

Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας. Αυτή σημαίνει παρουσία και διάθεση του νοσηλευτή να βοηθήσει τον άρρωστο να φθάσει σε ψυχική υγεία. Ο νοσηλευτής βεβαιώνει το άρρωστο ότι στην προσπάθειά του αυτή θα έχει την προστασία και ασφάλεια όταν ο ίδιος δεν θα μπορεί να ελέγχει τις τάσεις του, για να προλαμβάνεται η αποτυχία και η απογοήτευση.⁸

Ως συμπέρασμα, αναφέρονται επιγραμματικά τα προσόντα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, που τονίζονται στη σχέση του με τον ψυχικά άρρωστο

- Αγάπη άνευ όρων προς το ψυχικά πάσχοντα
- Θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, φιλοστοργία
- Συμπόνια, αντικειμενικότητα
- Κατανοούσα ακρόαση
- Ποτέ βιασύνη
- Ανοχή απογοητεύσεων

- Σεβασμός προς τον ψυχικά άρρωστο
- Ενσυνείδητη κατεύθυνση της προσωπικής συμπεριφοράς
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο
- Αποδοχή, δεκτικότητα, όχι κριτική στάση
- Δεξιότητα διατήρησης θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Γενναιότητα, ανδρεία, ηρωισμός
- Ευγένεια, λεπτότητα, αξιοπρέπεια
- Προσήνεια, προσιτότητα
- Εχεμύθεια
- Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας
- Αίσθημα ευθύνης, συναίσθηση του χρέους.^{31,32}

Οι αδελφοί νοσοκόμοι ψυχιατρικών παθήσεων « θα είναι εις θέσιν να βοηθήσουν καλύτερον και τον ασθενή και τον ψυχίατρο, εάν διδαχθούν και κατανοήσουν την δυναμική των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς των ψυχικώς νοσούντων ». (Noyes)¹⁶



Κεφάλαιο 1

1.1. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κατάθλιψη. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Η νοσηλευτική φροντίδα καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι :

A) Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. αυτοκτονία.

B) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο.

Γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή της έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισής της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.³

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος ζωής, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας και αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή του.^{1,2}

Το αίσθημα της κατάθλιψης δεν διαρκεί πάρα πολύ σ' έναν φυσιολογικό άνθρωπο. Ο ψυχικά άρρωστος άνθρωπος όμως μπορεί να συνεχίσει να αισθάνεται κατάθλιψη για αρκετό καιρό και ο νοσηλευτής πρέπει να συνεχίζει να τον ανακουφίζει πολύ πέρα από το σημείο που αυτή νομίζει ότι ο άρρωστος το χρειάζεται.

Η μοναδική ανακούφιση που μπορεί να δώσει ο νοσηλευτής στον άρρωστο είναι η συμπαράσταση, το ενδιαφέρον και η κατανόηση της διάθεσής του. Ο νοσηλευτής συνεχίζει έτσι χωρίς ποτέ να δώσει το παραμικρό δείγμα ανίας ή εκνευρισμού και αντιδρά θετικά και στην ελάχιστη ένδειξη υποχώρησης της κατάθλιψης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μπορεί να δώσει ζεστασιά ακόμη και αν δεν παίρνει καμία ανταπόκριση και θα πρέπει να μπορεί να εκτιμήσει την ικανότητα του άρρωστου να δέχεται την φροντίδα της χωρίς να κατακλύζεται από ακόμη μεγαλύτερα αισθήματα αναξιοσύνης. Στην ανάρρωση πολλοί ασθενείς σχολιάζουν το γεγονός ότι η προσοχή του

νοσηλευτή ήταν απελπιστικά απαραίτητη κατά την διάρκεια της βαθύτερης κατάθλιψης, αλλά ότι τους φαινόταν τελείως αδύνατο να κάνουν αυτή την ανάγκη τους γνωστή. Όποιος νοσηλευτής μπορεί να ανταποκριθεί στην ανάγκη του ασθενή για συντροφιά όταν ο ίδιος δεν μπορεί να κάνει την προσπάθεια να τη ζητήσει, εκτιμάται πάρα πολύ από τον ασθενή.⁴

1.2. Πρόληψη της κατάθλιψης.

Είναι δύσκολο να εφαρμοστεί μία επαρκής Πρωτογενή πρόληψη, καθώς η αποφυγή ψυχοπιεστικών συνθηκών δεν είναι πάντοτε εφικτή. Ωστόσο η διατήρηση μιας καλής σωματικής κατάστασης, με αποφυγή καταχρήσεων και εξαρτήσεων (όπως από αλκοόλ) και η επικοινωνιακή ευχέρεια με την οικογένεια και με φίλους μπορούν να προσφέρουν.

Σε κάθε άλλη περίπτωση, με την αναγνώριση κάποιων συμπτωμάτων, μεγάλη σημασία έχει η έγκαιρη επικοινωνία με τον ειδικό ψυχίατρο. Καθώς στο 50% - 60% των περιπτώσεων η νόσος είναι υποτροπιάζουσα, αναγκαία είναι σε κάποιες περιπτώσεις η μακρόχρονη παρακολούθηση του αρρώστου.

Η συνήθης αντιμετώπιση για την Ελληνική κοινωνία, που συνίσταται στο “ θα το ξεπεράσω μόνος μου” είτε “πρέπει να το παλέψεις” δεν αποφέρει κανένα όφελος, καθώς ο άρρωστος και η οικογένεια δε γνωρίζουν συνήθως τη φύση της κατάστασης που αντιμετωπίζουν, ενώ αθεράπευτη η νόσος διαρκεί 6 – 9 μήνες, περισσότερο από 50% υποτροπιάζει, και το 10% των περιπτώσεων καταλήγει στην χρονιότητα. Η έγκαιρη επέμβαση, υπό την καθοδήγηση του ειδικού, περιορίζει την διάρκεια σε λίγες εβδομάδες και ελέγχει αποτελεσματικά την μακροχρόνια πορεία της διαταραχής⁵.

Έχουμε αναφέρει το πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η επικοινωνία με τον άρρωστο καθ’ όλη την παραμονή του στο νοσοκομείο. Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι η σωστή επικοινωνία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα και την πρόληψη ενός σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου. Η παρατηρητικότητα του νοσηλευτή είναι αυτή που θα μας δώσει τα πρώτα στοιχεία σχετικά με την αλλαγή της διάθεσης του αρρώστου. Όσο πιο γρήγορα ανακαλύψει ο νοσηλευτής την υποτροπή του αρρώστου τόσο πιο εύκολα και γρήγορα αντιμετωπίζεται αυτή.

Η πρόληψη της κατάθλιψης πετυχαίνεται και με την φαρμακευτική αγωγή. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών εκτός από θεραπευτική δράση έχει και προληπτική.

Οι δραστηριότητες που αναθέτονται στον άρρωστο έχουν στόχο να απασχολείται και να δημιουργεί με αποτέλεσμα να αποφεύγονται οι σκέψεις αναξιοτήτας και μειονεξίας.



Εικόνα 15.1-2. Γυναίκα 38 ετών σε κατάσταση κατάθλιψης (Α) με βαριά ψυχοκινητική επιβράδυνση και (Β) 2 μήνες αργότερα, μετά την ανάρρωσή. Παρατηρείστε τις πεσομένες γωνίες του στόματος, την

κάμψη του σώματος προς τα εμπρός, τα παλιά ρούχα και το χτένισμα κατά τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου (παραχώρηση του Heinz E Lehmann, M.D.).



Εικόνα 15.1-3. Ο Ελβετός νευροψυχίατρος Otto Varaditi περιέγραψε μία ιδιόμορφη τριγωνική πτύχωση στη ρινική γωνία του άνω βλεφάρου. Αυτή η πτυχή συνδέεται συχνά με κατάθλιψη και ονομάζεται πτυχή του Varaditi. Στη φωτογραφία απεικονίζονται τα χαρακτηριστικά του προσώπου μίας γυναίκας 50 ετών, στη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Η πτυχή του Varaditi μπορεί να παρατηρη-

θεί επίσης και σε άτομα που δεν έχουν κλινική κατάθλιψη, συνήθως όταν αντιμετωπίζουν κάποιο ήπιο καταθλιπτικό συνάισθημα. Έχει δεχθεί, ηλεκτρομυογραφικά, ότι η κατάθλιψη συνοδεύεται από διακριτές αλλαγές του τόνου του επισπαστήρα και του ζυγώματικού μυός (παραχώρηση του Heinz E. Lehmann, M.D.).

Ακόμα οι ομάδες που λειτουργούν καθημερινά βοηθούν τον άρρωστο να εξωτερικεύει τα συναισθήματά του και τις σκέψεις του ώστε να αποκτήσει την δυνατότητα να αντιμετωπίζει μόνος του τα προβλήματά του και ταυτόχρονα να δίνει την δυνατότητα στον εαυτό του να δέχεται βοήθεια από το προσωπικό.

1.3 Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης – νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Το αίσθημα της απελισίας, της αθλιότητας και της απογοήτευσης που έχουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς εύκολα αναγνωρίζεται από τις νοσηλεύτριες. Οι χειρονομίες, η έκφραση του προσώπου, η στάση, όλα εκφράζουν τη θλίψη του ασθενή. Μπορεί να εκφράσει με λέξεις τα συναισθήματα αναξιότητας και ενοχής και να έχει την επιθυμία για τιμωρία, την οποία μπορεί να προσπαθήσει να επιβάλει στον εαυτό του.

Δεν έχουν όμως όλα τα καταθλιπτικά άτομα την εμπειρία της έκφρασης. Μερικά άτομα είναι αναισθητα, απαθή, άψυχα. Η απουσία συναισθημάτων κάνει για τον ασθενή περισσότερο δύσκολο να επικοινωνήσει την κατάθλιψή τους στους άλλους. Δοκιμάζει δυσκολία να σκεφτεί και δεν συγκεντρώνεται εύκολα σε ότι του λένε. Δεν είναι εύκολο έργο για τις νοσηλεύτριες να δώσουν συναισθηματική θερμότητα και προσωπική φροντίδα στον ασθενή που δεν έχει αντιδράσεις και που χρειάζεται ενδιαφέρον και στοργή και γνωρίζει καλά τη συναισθηματική στάση της νοσηλεύτριας, αλλά είναι ανίκανος να αντιδράσει σ' αυτήν. Σε αυτήν τη φάση δε βοηθείται με το να ωθηθεί σε κάποια δραστηριότητα και δεν μπορεί να ωφεληθεί από την επικοινωνία με πάρα πολύ κόσμο.⁴



1.3.1 Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας όμως είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ό,τι του αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.⁶

Οι νοσηλευτές μπροστά σε αυτό το σύμπτωμα παρεμβαίνουν ως εξής:

α) βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).

β) ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι στόχοι αυτοί είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερα αποτελέσματα.

γ) βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.⁸

δ) έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες αυτό-αξιολόγησης, αυτοελέγχου. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεσή του.⁷

ε) χορήγηση των αντικαταθλιπτικών με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και προσπάθειες να συνεργαστεί ο άρρωστος με τη θεραπεία του.

στ) παρότρυνση να παρακολουθεί ομάδες ή δραστηριότητες της μονάδας για να σπάσει το μοτίβο της αυτοκριτικής. Έτσι η προσοχή που εστιάζεται έξω από το άτομο θα μειώσει τις έμμονες ιδέες.⁹

ζ) συνέπεια του νοσηλευτή σε ότι προγραμματίζει σε σχέση με τον άρρωστο. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Το αντίθετο μπορεί ο άρρωστος να το πάρει προσωπικά και να σκεφτεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

η) αποφυγή εκδηλώσεων όπως γέλια, αστεία και υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση αυξάνει την αποξένωση και δημιουργεί σκέψεις πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.⁸

1.3.2 Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον του εαυτού του.

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να γίνονται για να προσελκύσουν την προσοχή κάποιου στην άθλια κατάσταση του ασθενούς. Εάν ο ασθενής πετύχει στην αναζήτηση βοήθειας και του δοθεί προσοχή μπορεί να μην το κάνει. Εάν η απόπειρά του αγνοηθεί ή ακόμη χειρότερα γίνει περιγελωσ, μπορεί να οδηγηθεί σε περισσότερο απελπισμένη πράξη.⁴ Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει κατά την συμπτωματική βελτίωση του ασθενούς, γεγονός που τον καθιστά ιδιαίτερα προσεκτικό σε αυτή τη φάση.⁶

Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει ως εξής:

α) Εξηγεί στον άρρωστο ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά του και θα βοηθήσει σε αυτό. Η παρέμβαση αυτή προσφέρει αίσθημα προστασίας.

β) στενή παρακολούθηση(συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωσή του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σε αυτούς τους χώρους.

Είναι αδύνατο να διατηρείται ένας άρρωστος κάτω από συνεχή παρατήρηση χωρίς να γνωρίζει ότι συμβαίνει αυτό. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει επομένως να απαντά στις ερωτήσεις του αρρώστου τελείως ξεκάθαρα και είτε η ίδια να εξηγεί την διαδικασία στον ίδιο, ή να βεβαιωθεί ότι το έχει κάνει αυτό ο γιατρός. Ο άρρωστος μπορεί να ρωτήσει το λόγο για την επιτήρηση, αλλά στην περίπτωση αυτή απλά περιμένει να επιβεβαιώσει σ' αυτόν η νοσηλεύτρια τους λόγους τους οποίους ξέρει πολύ καλά ο ίδιος. Με λίγο τακτ μπορεί συνήθως η νοσηλεύτρια να καταφέρει να πάρει από αυτόν την εξήγηση γιατί βρίσκεται υπό παρακολούθηση και έτσι να αποφύγει την αμηχανία να παριστάνει ότι δεν ξέρει⁴.

γ) προσοχή να μην χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ψαλίδια, ξυράφια, καθρέπτες, ιδιαίτερη προσοχή του υλικού)

δ) ιδιαίτερη φροντίδα και παρατήρηση κατά τη χορήγηση φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μην τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.

ε) νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά διαστήματα ιδιαίτερα τη νύχτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι απασχολημένο. Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει τον άρρωστο να προβλέψει πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιό του.⁸

Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.

Επικινδυνότητα

Είναι επικίνδυνος για τους άλλους ο καταθλιπτικός ασθενής. Εκ πρώτης όψεως το ερώτημα αυτό είναι αφελές. Πως είναι δυνατό να είναι επικίνδυνος κάποιος που είναι ανεξίκακος, ενοχικός, αυτοκατηγορείται για τα πάντα και τα φορτώνει όλα στον εαυτό του; Θυμηθείτε όμως, τη «Φόνισσα» του Παλαδιαμάντη. Μερικοί καταθλιπτικοί, που πάσχουν από βαριά κατάθλιψη, επιχειρούν να παρασύρουν προσφιλή τους πρόσωπα να αυτοκτονήσουν μαζί τους ή επιχειρούν να τα σκοτώσουν, όπως η «Φόνισσα», για να τα απαλλάξει από τα υποτιθέμενα βάσανά τους ή τις επικείμενες καταστροφές. Αυτή η μορφή αυτοκτονίας λέγεται «συλλογική» ή «κατ' επέκταση» αυτοκτονία. Δεν είναι συχνή, είναι όμως υπαρκτή.

1.3.3 Εμφάνιση διαταραχής κοινωνικής επικοινωνίας

Το καταθλιπτικό άτομο κλείνεται στον εαυτό του και χάνει κάθε είδος επικοινωνίας μένοντας με τις αρνητικές ανυπόφορες σκέψεις του. Σαν συνέπεια παρατηρείται έκπτωση της νοητικής λειτουργίας και δυσκολία στη συγκέντρωση όπως επίσης και απώλεια ενδιαφέροντος.¹⁰ Τα χαρακτηριστικά στοιχεία της κοινωνικής απομόνωσης είναι το θλιμμένο-επίπεδο συναίσθημα, μη ομιλητικός, αποσυρμένος, έλλειψη οπτικής επαφής, ενασχόληση με τις σκέψεις του, θέλει να μένει μόνος, αισθάνεται διαφορετικός από τους άλλους και υπάρχει έλλειψη σημαντικού σκοπού ζωής.⁹

Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει ως εξής:

α) συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι παραπάνω ενέργειες ελαττώνουν το άγχος του άρρωστου.

β) παραμονή δίπλα στον άρρωστο ακόμα και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία σχολιάζουμε κάτι ουδέτερο π.χ. τα κάδρα στον τοίχο. Όταν ο άρρωστος δεν είναι έτοιμος να μιλήσει δεν κάνουμε προσωπικές ερωτήσεις. Αυτό αυξάνει το άγχος.⁸

γ) χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση. Δίνουμε αρκετό χρόνο για απάντηση.

δ) αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση, όπως και ενθάρρυνση να εξωτερικεύει το θυμό λεκτικά. Έτσι καταφέρνουμε να ελαττώσουμε την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.

ε) αποφυγή κάθε είδους κριτικής διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει μόνο την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. το σχόλιο « μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα » ο καταθλιπτικός μπορεί να σκεφτεί « δεν ήμουν καλός χθες ». Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής « σήμερα αλλάξατε το χτένισμά σας ». Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.¹¹

στ) βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά πρόσωπα (φίλοι, οικογένεια). Ο άρρωστος παίρνει αξία από τις κοινωνικές επαφές και μέσα στην ομάδα δοκιμάζει την υποστήριξη από τους άλλους, θα του υπενθυμίζονται κοινωνικοί τρόποι και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.¹²

ζ) διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες σκέψεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού του αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές.¹³

1.3.4 Κάλυψη σωματικών αναγκών

Κατά την περίοδο ενός καταθλιπτικού επεισοδίου παρατηρείται στον άρρωστο μεγάλη αδιαφορία όσο αναφορά την σωματική του υγιεινή, διαταραχή της όρεξης και του ύπνου όπως επίσης έντονη κόπωση και εξάντληση. Ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει και να καλύψει τις ανάγκες εκείνες που ο άρρωστος δεν είναι σε θέση να φέρει εις πέρας.

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνεται στα εξής:

α) αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες σε μικρά τακτά χρονικά διαστήματα. Ο νοσηλευτής πιθανό να χρειαστεί να

σιτίσει ο ίδιος τον άρρωστο ή να το παρακολουθεί κατά τη διάρκεια. Το ίδιο και κατά την λήψη υγρών. Η συχνότητα και οι ποσότητες των γευμάτων αναγράφονται στην κάρτα νοσηλείας του αρρώστου.²¹

β) προσοχή στην προσωπική υγιεινή των ασθενών, συχνό μπάνιο και προσοχή στην υγιεινή του στόματος για την αποφυγή φλεγμονών του δέρματος και του στόματος

γ) στην οξεία φάση της κατάθλιψης μπορεί ο νοσηλευτής να χρειαστεί να ντύνει καθημερινά τον άρρωστο.

δ) οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο κρύο λόγω τις μειωμένης δραστηριότητας. Ο νοσηλευτής πρέπει να το γνωρίζει και να προμηθεύει με επιπλέον κουβέρτα τον άρρωστο ή με επιπλέον πουλόβερ.⁹

ε) τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο και σκοτεινό δωμάτιο όπως επίσης και εξάλειψη θορύβων για να εξασφαλίσουμε όσο το δυνατό πιο ομαλό και ξεκούραστο ύπνο. Χορήγηση υπνωτικών μετά από ιατρική εντολή.²²

1.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών και ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής.¹⁴

Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών παρεμβαίνει ως εξής:

α) ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.

β) θαμπή όραση. Ο άρρωστος καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.

γ) δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.

δ) ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια θέση.

ε) αύξηση ευαισθησίας επιληπτικών σπασμών. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση.

στ) ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμών.

ζ) σε άρρωστο που κάνει θεραπεία με ΜΑΟ (π.χ. mapran, nardil) και χρησιμοποιεί τροφές με τυραμίνη μπορεί να παρουσιαστεί υπερτασική κρίση. Ο νοσηλευτής διδάσκει τον άρρωστο ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της ΜΑΟ.¹⁵

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αρχικά γινόταν όταν ο ασθενής ήταν ξύπνιος και χωρίς προηγούμενη φαρμακευτική κάλυψη. Αυτό βέβαια προκαλούσε φόβο στους ασθενείς πριν την εφαρμογή της θεραπείας, καθώς και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων και εξαρθρώσεων στη διάρκεια των σπασμών. Τώρα οι περισσότερες ηλεκτροσπασμοθεραπείες γίνονται αφού προηγούμενα δοθούν τρεις τύποι φαρμακευτικής αγωγής.¹⁷

Πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εφαρμογή της, ο νοσηλευτής πρέπει να εφαρμόσει τα εξής:

α) επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου για την εφαρμογή της θεραπείας.

β) εξασφάλιση αποτελεσμάτων πρόσφατων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ΗΚΓ και ακτινογραφίας θώρακος.¹⁸

γ) ο άρρωστος πριν τη θεραπεία πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φορέσει πιζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα και να αφαιρέσει οδοντοστοιχίες, φουρκέτες, γυαλιά ή φακούς επαφής.

δ) λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων.

ε) χορήγηση θειικής ατροπίνης 30' πριν από την θεραπεία κατά την ιατρική οδηγία για ελάττωση των εκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού τον οποίο προκαλεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

στ) συνεργασία με τον ψυχίατρο ή τον αναισθησιολόγο στην ενδοφλέβια χορήγηση αναισθητικού, π.χ. Brevital, μαζί με ένα μυοχαλαρωτικό, π.χ. anectine.

ζ) χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκρίσεων αν χρειαστεί.

η) χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά από το ηλεκτρικό ερέθισμα.

θ) τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών ανά 15' κατά την πρώτη ώρα.⁸

Για την αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από την θεραπεία, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο όταν ξυπνά, τον βεβαιώνει ότι η απώλεια μνήμης είναι προσωρινή, του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο και στα πρόσωπα. Τον παρακολουθεί στενά τις επόμενες 48 ώρες.¹⁹

1.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχοθεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονα η ανάγκη εκπαίδευσης των ψυχιατρικών νοσηλευτριών σε διάφορους τύπους ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές είναι μια ομάδα επαγγελματιών οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις συγκεκριμένες τεχνικές κατά την παρέμβασή τους στον ασθενή, με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα.^{33,70}

Η πρώτη αναφορά για εφαρμογή των τεχνικών της γνωσιακής ψυχοθεραπείας από νοσηλευτές έγινε το 1959. Οι Ayllon και Michael δίδαξαν μια ομάδα νοσηλευτών με σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς χρόνιων ψυχικά ασθενών οι οποίοι παρέμεναν για μεγάλα χρονικά διαστήματα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.⁷⁰

Το 1975 ο Isaak Marks, ψυχίατρος και ερευνητής, ξεκίνησε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης νοσηλευτών στη ψυχοθεραπεία, διενεργώντας παράλληλα ελάχιστη εποπτεία. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής της θεραπείας από τους νοσηλευτές έδειξαν ότι :

- Οι νοσηλευτές είχαν εξίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας
- Οι ασθενείς οι οποίοι θεραπεύτηκαν από νοσηλευτές χρησιμοποίησαν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο^{71,72}.

Παράλληλα, παρόμοια εξέλιξη παρατηρήθηκε και στις ΗΠΑ, όπου δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση τόσο στην μείωση του χρόνου παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο όσο και στον περιορισμό των εξόδων του συστήματος υγείας. Σε συνδυασμό με τη σημαντική βελτίωση που παρατηρήθηκε στους ασθενείς στη φαρμακευτική συμμόρφωση και στη γενικότερη εξέλιξη και πορεία της ασθένειας, η εκπαίδευση των νοσηλευτών κρίθηκε αναγκαία.⁷²

Γνωσιακή ψυχοθεραπεία και νοσηλευτική διεργασία.

Η νοσηλευτική διεργασία ξεκινά από την αναγνώριση και καταγραφή των προβλημάτων του ασθενούς, με σκοπό να σχεδιάσει ένα σχέδιο φροντίδας που θα αφορά στην ανακάλυψη και διόρθωση εκείνων των μηχανισμών που παρεμβαίνουν στη ζωή και τις λειτουργίες του.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία ακολουθεί τα ίδια περίπου βήματα και συμπληρώνει και εμπλουτίζει τους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του ασθενούς.⁷³

Οι ομοιότητες μεταξύ τους είναι:

1. και οι δύο είναι εστιασμένες στον ασθενή.
2. θεωρούν τον ασθενή μια μοναδική οντότητα και όχι μια ψυχοπαθολογική κατάσταση.
3. δεν αντιμετωπίζουν τον ασθενή με καχυποψία για ασυνείδητα κίνητρα ή παράλογα υποκειμενικά δυναμικά.
4. οι συμπεριφορές του ασθενούς που είναι μη προσαρμοστικές, καταγράφονται και θεωρούνται ότι μπορούν να αλλάξουν μέσα από την διαδικασία της μάθησης.
5. οι θεραπευτές συνεργάζονται με τον ασθενή τόσο στην ανεύρεση των προβλημάτων όσο και στη πορεία της θεραπείας και του ελέγχου της περιόδου.
6. η γνησιότητα, η ζεστασιά, η συμπάθεια και η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης αποτελούν παραμέτρους στις οποίες δίνεται ιδιαίτερη έμφαση, γιατί επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
7. εστιάζονται στην αντικειμενική εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενή και στη διαρκή επανεκτίμηση της προόδου του.^{74,75}

Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές αποτελούν μια ομάδα ιδιαίτερα αποτελεσματική και δυναμική στο χώρο του νοσοκομείου, γιατί βρίσκονται σε άμεση σχέση με τον ασθενή από την στιγμή της εισαγωγής του στο νοσοκομείο έως τη στιγμή της εξόδου του.

1.6. Σκοποί των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή την ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή.

να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.²⁰

Οι σκοποί μπορούν να αναφερθούν πιο αναλυτικά με βάση και τη σειρά της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων που έχουν αναφερθεί παραπάνω.

Σε ψυχικό- προσωπικό επίπεδο του αρρώστου θέλουμε να φθάσουμε στο σημείο ώστε: ο άρρωστος να

- α) μειώσει τον αριθμό των αρνητικών δηλώσεων για τον εαυτό του
- β) επιστημάνει τα προτερήματά του και τα μειονεκτήματά του
- γ) να εκφράζει θετική αυτό-αντίληψη
- δ) να εκφράζει θετικές προσδοκίες για το μέλλον⁹
- ε) εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας
- στ) κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία⁸
- ζ) να φροντίζει μόνος του για την διατροφή του και την σωματική υγιεινή και γενικότερα για την εμφάνισή του
- η) να εξαφανιστούν τα σωματικά ενοχλήματα.(πονοκέφαλοι, ναυτία, δυσκολία στην αναπνοή κ.α.)

Σε κοινωνικό- διαπροσωπικό επίπεδο του αρρώστου θέλουμε να φθάσουμε στο σημείο ώστε: ο άρρωστος να

- α) παρακολουθεί ομάδες και γεύματα σύμφωνα με το πρόγραμμα
- β) αρχίζει να συναλλάσσεται με τους συνασθενείς και το προσωπικό της μονάδας
- γ) αύξηση τις κοινωνικές συναλλαγές του με φίλους και με την οικογένεια⁹
- δ) συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό
- ε) δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις)
- στ) εκδήλωση συνειδητοποίησης ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με τους άλλους⁸
- ζ) να αποκτηθεί εμπιστοσύνη σε κάποια ή έστω σε κάποιο πρόσωπο του νοσηλευτικού προσωπικού.

Κεφάλαιο 2

2.1.Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με μανία

Ο νοσηλευτής υποχρεούται να προγραμματίσει και εφαρμόσει κάποιες προτεραιότητες όσο αφορά την φροντίδα του αρρώστου. Γενικά μπορούμε να πούμε ότι ο μανιακός χρειάζεται:

- να προστατευθεί αυτός και οι γύρω του από τραυματισμούς
- να καλυφθούν οι σωματικές του ανάγκες (διατροφή, ανάπαυση, υγιεινή)
- να προσανατολιστεί στην πραγματικότητα και να αποκτήσει όσο το δυνατό αυτονομία και υπευθυνότητα
- να μπορέσει να συμμετέχει αυτός και η οικογένειά του στη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.⁸

Για να πετύχει νοσηλευτής τη σωστή επικοινωνία με τον μανιακό η οποία είναι απαραίτητη ιδιαίτερα στην οξεία φάση, πρέπει να ξέρει και να εφαρμόσει κάποιες αρχές. Σκοπός των αρχών είναι να μπορέσει ο νοσηλευτής μέσα από την επικοινωνία να εξασφαλίσει ομαλή διαβίωση του αρρώστου και κάλυψη των αναγκών του.

Οι αρχές περιλαμβάνουν:

α) χρησιμοποίησης σταθερής και ήρεμης προσέγγισης. Ο μανιακός πρέπει να νιώσει ότι κάποιος τον ελέγχει γιατί ο ίδιος είναι εκτός ελέγχου.

β) χρήση σύντομων και συγκεκριμένων φράσεων. Ο μανιακός παρουσιάζει διάσπαση της προσοχής οπότε η μέθοδος αυτή τον βοηθά στην κατανόηση.

γ) ουδέτερη στάση και καμία κριτική και επίδειξη δύναμης προς τον άρρωστο. Το αντίθετο μπορεί να το χρησιμοποιήσει ως δικαιολογία για λογομαχίες.

δ) ύπαρξη σταθερότητας στις συμφωνίες και στις προσδοκίες του αρρώστου. Ο μανιακός έχει την τάση να εκμεταλλεύεται το προσωπικό. Όταν δει σταθερότητα παίρνει το μήνυμα ότι αυτό δεν είναι εφικτό.

ε) ο νοσηλευτής δεν συμμετέχει σε αστεϊσμούς. Η συμμετοχή δείχνει έλλειψη σεβασμού προς τον άρρωστο και αυξάνει την έντασή του.

στ) τοποθέτηση ορίων και τήρηση αυτών από όλο το προσωπικό. Η παράκαμψη αυτών από κάποιο μέλος του προσωπικού μπορεί να προκαλέσει αναστάτωση σε όλο το προγραμματισμό.

ζ) γνωστοποίηση των ορίων στον άρρωστο όπως και οι συνέπειές τους αν δε τηρηθούν.

η) ο νοσηλευτής πρέπει να ανέχεται με ηρεμία την άσεμνη συμπεριφορά του μανιακού, η οποία μπορεί να περιέχει ωμά αστεία, χειρονομίες, απρεπή λόγια. Ο μανιακός έχει σκοπό να προκαλεί τον νοσηλευτή ώστε αυτός να θυμώσει και έτσι να διατηρήσει ο ίδιος τη μανιακή αμυντική συμπεριφορά.⁸

θ) ο μανιακός έχει έντονη ενεργητικότητα και όπως προαναφέραμε η προσοχή του διασπάται πολύ εύκολα. Αυτά είναι δύο στοιχεία που ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει για θεραπευτικούς σκοπούς. Μπορεί εύκολα να του τραβήξει την προσοχή και να βγάλει την ενέργειά του σε πιο επικδομητικές ασχολίες.¹¹

2.2 Πρόληψη της μανίας.

Η μανία όπως και η κατάθλιψη να πούμε ότι μπορούν να προληφθούν σε ένα αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο. Έχουν εντοπιστεί κάποιοι παράγοντες που αν δοθεί σε αυτούς η κατάλληλη προσοχή μπορούν να μεταθέσουν ή να αποτρέψουν πιο σπάνια, ένα μανιακό επεισόδιο.

Η πρώτη και η πιο αποδοτική μέθοδος πρόληψης (εκτός από θεραπευτική) είναι η φαρμακευτική αγωγή. Έχει αποδειχθεί ότι προφυλάσσει από τις υποτροπές της μανίας σε σημαντικό βαθμό – περίπου το 70-80% των ασθενών έχει ελάττωση της συχνότητας και τις έντασης μέχρι εξαφάνιση των υποτροπών.

Είναι πάρα πολύ σημαντικό να βοηθήσουμε τους ασθενείς και τις οικογένειά τους να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα υποτροπής, ώστε να ζητήσουν έγκαιρα βοήθεια και να μειωθεί έτσι η πιθανότητα ανάπτυξης του επεισοδίου ή έστω να αναπτυχθεί λίγο.¹⁷

Η νοσηλεύτρια θέλοντας να προλάβει μια υποτροπή πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή όταν παρατηρήσει μεγάλη δραστηριότητα και αϋπνία στον άρρωστο. Τα δύο αυτά στοιχεία είναι ικανά να γίνουν η αρχή ενός επεισοδίου. Δημιουργούν στον άρρωστο ένταση πράγμα που τον φέρνει πιο κοντά στο επεισόδιο.

Αυξημένη προσοχή πρέπει να υπάρχει και κατά την εποχική κατανομή. Σε αυτές τις περιπτώσεις ασθενείς που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό

γεγονός κάποια συγκεκριμένη περίοδο (π.χ. θάνατος γονιού το Μάρτιο), τότε κάθε χρόνο τον ίδιο μήνα μπορεί να υποτροπιάζει στη θύμηση του γεγονότος. (αυτό ισχύει και στην κατάθλιψη)

Η συχνή επαφή με τον ψυχίατρο έχει και αυτό σαν αποτέλεσμα την πρόληψη της μανίας. Ακόμα ο ψυχίατρος στις συχνές επισκέψεις καταφέρνει να τον κρατά στην πραγματικότητα και να τον βοηθά να συνειδητοποιεί την κατάστασή του πράγμα που του επιτρέπει να ζει μια πιο φυσιολογική ζωή.

2.3 Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της μανίας – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο μανιοκαταθλιπτικός είναι ένας άρρωστος που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και μεθοδικότητα κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Η παρατηρητικότητα και η διαίσθησή του είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένα πράγματα που δεν επιτρέπει στο προσωπικό απερίσκεπτες ενέργειες και απρεπείς εκφράσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να ξέρει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τη ψυχολογία του αρρώστου, όπως επίσης πώς να δημιουργήσει ένα κλίμα συνεργασίας και πώς να αποφύγει εντάσεις και εχθρότητες.

Ο μανιακός άρρωστος είναι ιδιαίτερα δύσκολος στην αντιμετώπισή του. Τον κύριο ρόλο για σωστό χειρισμό του έχει η τοποθέτηση ορίων, τόσο για την δική του συμμόρφωση και συνεργασία με το προσωπικό όσο και για την ομαλή συμβίωση των αρρώστων. Είναι γνωστό ότι ο μανιακός στην οξεία φάση μπορεί να αναστατώσει ολόκληρη την κλινική, οπότε είναι ευθύνη του νοσηλευτή να προστατέψει τους άλλους ασθενείς από αυτή την αναστάτωση.

2.3.1 Παραλήρημα μεγαλείου

Το παραλήρημα μεγαλείου είναι ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα που το συναντάμε μόνο στη μανία και στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Για να βοηθήσουμε τον άρρωστο με παραλήρημα μεγαλείου θα:

α) χρησιμοποιήσουμε το Mini-Mental Exam (Εικόνα 1). Αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο που μας δίνει στοιχεία για την ανικανότητα του μανιακού να εστιαστεί στις ερωτήσεις, για την αυξημένη ευερεθιστότητά του και την

ΚΛΙΜΑΚΑ Mini Mental State Examination

Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

Για κάθε σωστή απάντηση θα προστίθεται ένας βαθμός

1. Προσανατολισμός

Σας κάνω μερικές ερωτήσεις για να δούμε πως πάει η μνήμη σας. Μερικές είναι απλές, μερικές δυσκολότερες.

- 1. Τι έτος έχουμε;
- 2. Ποιά εποχή;
- 3. Τι μήνα;
- 4. Ποιά ημερομηνία;
- 5. Ποιά μέρα της εβδομάδας;
- 6. Σε ποιά χώρα βρίσκομαστε;
- 7. Σε ποιά πόλη;
- 8. Σε ποιά περιοχή ή διεύθυνση;
- 9. Σε ποιά νοσοκομείο;
- 0. Σε ποιά όροφο;

2. Καταγραφή

Σας πω 3 λέξεις που θέλω να επαναλάβετε μετά από ένα και να τις θυμάστε όταν σας ξαναρωτήσω

- 1. Λεμόνι
- 2. Κλειδί
- 3. Μολύβι

3. Συγκέντρωση / Δυνατότητα αριθμητικών πράξεων

Αφαιρέστε από το 100 διαδοχικά 7 μονάδες κάθε φορά αλλακτικά: γράψτε τη λέξη "πόρτα" ανάποδα

- 4. 93 -α-
- 5. 86 -τ-
- 6. 79 -ρ-
- 7. 72 -ο-
- 8. 65 -π-

4. Ανάκληση

Επαναλάβετε παρακαλώ τις 3 λέξεις που σας είχα ζητήσει προηγουμένως

- 9. Λεμόνι
- 0. Κλειδί
- 1. Μολύβι

5. Κατονομασία

Δείχνουμε στον ασθενή 2 αντικείμενα και ζητούμε να τα κατονομάσει - τι είναι αυτό;

- 22. Ρολόι
- 23. Μολύβι

6. Επανάληψη

Ζητήστε από τον ασθενή να επαναλάβει μετά από σας:

- 24. "Το 'να χέρι νίβει τ' άλλο"

7. Εκτέλεση εντολής τριών σταδίων

Δώστε στον ασθενή ένα λευκό χαρτί και πείτε του:

- 25. Πάρτε το χαρτί στο δεξιό σας χέρι
- 26. Διπλώστε το στη μέση
- 27. Αφήστε το στο πάτωμα

8. Αντίδραση

Δείξτε στον ασθενή ένα χαρτί που να γράφει με κεφαλαία: ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ και πείτε:

- 28. Παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χαρτί που σας δείχνω

9. Αυτόματη γραφή

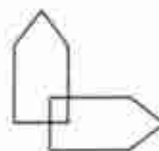
Δώστε στον ασθενή χαρτί και μολύβι και πείτε:

- 29. Παρακαλώ γράψτε μια ολοκληρωμένη πρόταση, όποια θέλετε. (πρέπει να περιέχει υποκείμενο-ρήμα)

10. Αντιγραφή

Ζητήστε από τον ασθενή να αντιγράψει ένα σχήμα από δύο πεντάγωνα που τέμνονται (πρέπει να διακρίνονται οι 10 γωνίες -εκ των οποίων οι δυο να τέμνονται - ο τρόμος αγνοείται -

- 30.



Συνολικό άθροισμα: _____

εμμονή του στο περιεχόμενο των ερωτήσεων.⁹ (αυτό συνήθως χρησιμοποιείται από τους γιατρούς αλλά μπορεί να εφαρμοστεί και σαν νοσηλευτική πράξη)

β) προσπαθούμε να φέρουμε τον άρρωστο όσο πιο κοντά γίνεται στην πραγματικότητα μέσω της συζήτησης. Δεν διαφωνούμε με το παραλήρημα ούτε όμως συμφωνούμε. Αν δημιουργηθούν εντάσεις ο νοσηλευτής φεύγει από το θάλαμο και επιστρέφει λίγο αργότερα με άλλο θέμα.

γ) χρησιμοποιούμε οικεία αντικείμενα του άρρωστου σαν εργαλεία για να τον βοηθήσουμε να προσανατολιστεί ως προς τα πρόσωπα, τον τόπο και τον χρόνο.

δ) ο νοσηλευτής δεν πρέπει να διαπληκτίζεται με τον άρρωστο για το περιεχόμενο του παραληρήματος. Δεν πρέπει να του φωνάζει και να αντιδρά έντονα.

2.3.2. Κίνδυνος επιθετικής συμπεριφοράς

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας σχεδόν καθημερινά καλείται να αντιμετωπίσει δυνητικά επικίνδυνες συμπεριφορές, όταν αυτές εκδηλώνονται.

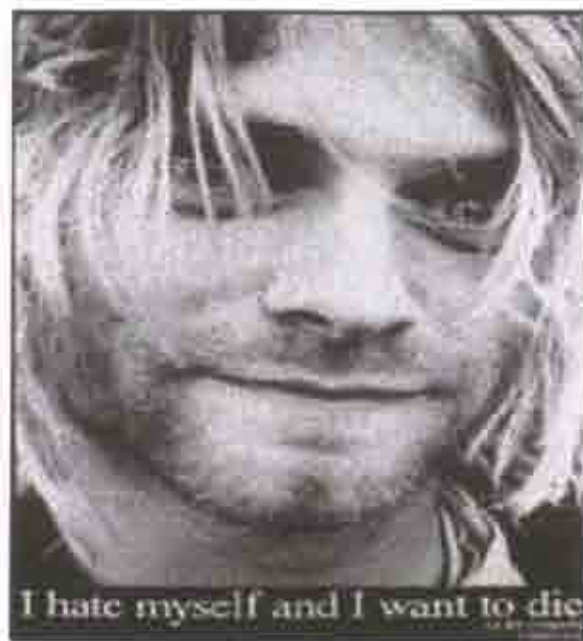
Οι παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις σε συνδυασμό με οργή και υπερκινητικότητα, προδιαθέτουν για έκρηξη. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τα ενδεικτικά σημεία που εγκυμονούν μια επιθετική συμπεριφορά.

Οι απειλές αποτελούν ενδεικτικό σημείο. Το διεγερτικό άτομο εκφράζει απειλές, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη ακόμη και όταν φαίνονται επιπόλαιες, γιατί είναι δυνατό να αποτελούν έναν έμμεσο τρόπο έκκλησης βοήθειας από τον άρρωστο. Αξιολογώντας την απειλή προλαμβάνουμε την επίθεση.

Ο άρρωστος προκειμένου να αισθανθεί ασφαλής επιδιώκει «αποστάσεις». Όταν παραβιάζεται ο προσωπικός του χώρος (απόσταση), ο φόβος προβάλλεται και απαντά με βία.

Ο εντοπισμός τυχόν τραυμάτων στο σώμα του αρρώστου αποτελεί επίσης ένδειξη για ιστορικό επιθετικότητας.⁴⁰

Ο νοσηλευτής πρέπει να υπερτιμά τον βαθμό επικινδυνότητας παρά να τον υποτιμά.^{33,49}



Αντιμετωπίζοντας των νοσηλευόμενο διεγερτικό ασθενή, οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή εστιάζονται στα εξής:

1. ο ασθενής να:

- μην τραυματιστεί σωματικά
- μην εξαντληθεί
- επανακτήσει την ηρεμία του

2. οι άλλοι ασθενείς να μην:

- διαταραχθούν από το περιστατικό
- τραυματιστούν

3. οι νοσηλευτές που εμπλέκονται να μην τραυματιστούν

4. να προστατευθεί, κατά το δυνατό, η υλική υποδομή.

Για να επανέλθει η ηρεμία στον ασθενή πρέπει η στάση του νοσηλευτή να του μεταβιβάζει ότι δεν κρίνονται συμπεριφορές ως λανθασμένες ή βλαβερές. Στόχος του είναι η προστασία του από ετερο-αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η αποδοχή του ως άτομο.⁴⁰

Προκειμένου να προστατευθούν οι άλλοι ασθενείς, είναι βασικό να γνωρίζει ο νοσηλευτής τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, έτσι ώστε, όταν αυτές οξυνθούν, να είναι άμεση η παρέμβαση για πρόληψη κάποιας έκρηξης.¹⁷

Ο νοσηλευτής για να προλαμβάνει τραυματισμούς δικούς του πρέπει να λειτουργεί ως ομάδα. Όταν βρεθεί μπροστά σε διέγερση ασθενούς είναι προτιμότερο να τον αφήσει μόνο του για λίγα δευτερόλεπτα, έως ότου εξασφαλίσει βοήθεια, παρά να το αντιμετωπίσει μόνος του, κινδυνεύοντας να τραυματιστεί.⁹

Πιο ειδικά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περικλείουν:

α) απλοποιείται το περιβάλλον του ασθενούς, έτσι ώστε να τον ηρεμεί και να τον καθησυχάζει. Στην φάση διέγερσης απομακρύνονται όλα τα αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης.

β) το προσωπικό σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης, τον πλησιάζει διακριτικά και, αν υπάρχει δυνατότητα εξασφαλίζεται η συναίνεσή του.

γ) όταν η ένταση ενισχύεται από θορύβους, ο ασθενής πρέπει να απομακρύνεται σε μοναχικό δωμάτιο, με παράλληλη επίβλεψή του. Στο δωμάτιο αυτό δεν πρέπει να υπάρχουν έντονες παραστάσεις όπως κάδρα, χρώματα στους τοίχους, γιατί διεγείρουν τόσο την φαντασία του όσο και την έντασή του.

δ) ο νοσηλευτής απαντά με κανονικό τόνο φωνής γιατί ο ασθενής στη φάση έκρηξης δεν μπορεί να κατανοήσει τις λέξεις και απαντά μόνο στον τόνο. Διατηρείται η βλεμματική επαφή. Κατά τον διάλογο μαζί του χρησιμοποιείται ομιλία αργή, συγκεκριμένη με απλές εκφράσεις.⁵⁰

ε) ο νοσηλευτής θέτει όρια στην συμπεριφορά του αρρώστου και κυρίως όταν κάθε πράξη του έχει αντίκτυπο σε συνασθενείς του ή είναι καταστροφική. Η θέσπιση ορίων αποτελεί έναν έμμεσο τρόπο για ανάνηψη αυτοελέγχου.^{20,33,51}

στ) σε περιπτώσεις που οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση είναι αναποτελεσματική χρησιμοποιείται η απομόνωση και ο περιορισμός με τα χέρια. Πριν την εφαρμογή της καθήλωσης ο ασθενής ενημερώνεται για τους λόγους αυτής.⁸ Προσεγγίζεται ο ασθενής και τοποθετείται στο κρεβάτι του σε θέση που να μην προκαλεί δυσφορία. Ακινητοποιούνται οι μεγάλες αρθρώσεις (ώμοι, γόνατα) και τα δύο από τα άνω ή τα κάτω άκρα όταν κρίνεται απαραίτητο. Όταν ηρεμήσει αφήνεται ελεύθερος και ενισχύεται η αυτοπεποίθησή του. Ο προσωπικός θεραπευτής δεν πρέπει να συμμετέχει στη

διαδικασία αυτή, γιατί δυσχεραίνεται η μετέπειτα θεραπευτική προσέγγιση και σχέση.⁴⁰

ζ) βοήθεια του αρρώστου σε ήρεμες ώρες να βρει τι του προκαλεί διέγερση ώστε να σχεδιαστούν εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.⁸

η) έχει παρατηρηθεί ότι έπειτα από ένα διεγερτικό περιστατικό ακολουθεί κατατονικό. Ο ασθενής έχοντας συναισθησία των πράξεων του, κυριαρχείται από αισθήματα ενοχής και προβαίνει σε απόπειρα αυτοκαταστροφής. Σε αυτή την περίπτωση τίθεται σε εφαρμογή διεργασία για πρόληψη αυτοκτονίας.⁴⁰

Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μην διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερή του μοναδικότητα και ολότητα.⁸

2.3.3 Αυξημένη δραστηριότητα - υπερκινητικότητα

Ο μανιακός λόγω της έντασης που βιώνει σε συνδυασμό με τις παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, θέλει, και πιστεύει ότι είναι ικανός να κάνει πολλά πράγματα μαζί. Έτσι αυξάνεται η ενεργητικότητά του σε σημείο να είναι δυνατό να φθάσει σε όρια εξάντλησης. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να φροντίσει έτσι ώστε να τον προφυλάξει από υπερβολές που μπορεί να αποβούν μοιραίες για την σωματική του ακεραιότητα, είτε ως εμφάνιση υπερκόπωσης, είτε ως πρόκληση κάποιου ατυχήματος με κάτι που καταπιάνεται.

Τα μέτρα που μπορούν να παρθούν είναι:

- ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει συναισθήματα που οδηγούν στην υπερκινητικότητα, φροντίζοντας ταυτόχρονα να επισημάνει έγκαιρα υπερκινητική συμπεριφορά.
- δημιουργεί ένα περιβάλλον με μειωμένα ερεθίσματα για τον άρρωστο, φροντίζει να βρίσκεται σε χώρους όπου υπάρχει ηρεμία και τάξη, και όχι σε χώρους με φόρτο εργασίας που θα τον προτρέπουν για απασχόληση. Π.χ. η πρωινή καθαριότητα του νοσηλευτικού τμήματος "ερεθίζει" τον άρρωστο με μανία, να σκουπίζει συχνά και ακατάπαυστα.
- μιλά στον άρρωστο και έχει την απαίτηση να κάνει και αυτός το ίδιο, χαμηλόφωνα και με βραδύ ρυθμό. Κάνει μαζί του περιπάτους με αργό βήμα.
- σχεδιάζει καθημερινό πρόγραμμα απασχόλησης, και φροντίζει έτσι ώστε οι δραστηριότητες του να μην τον εξαντλούν. Ο νοσηλευτής του προτείνει να κάνει καθιστική εργασία. π.χ. να φτιάχνει τολύπια από βαμβάκι.

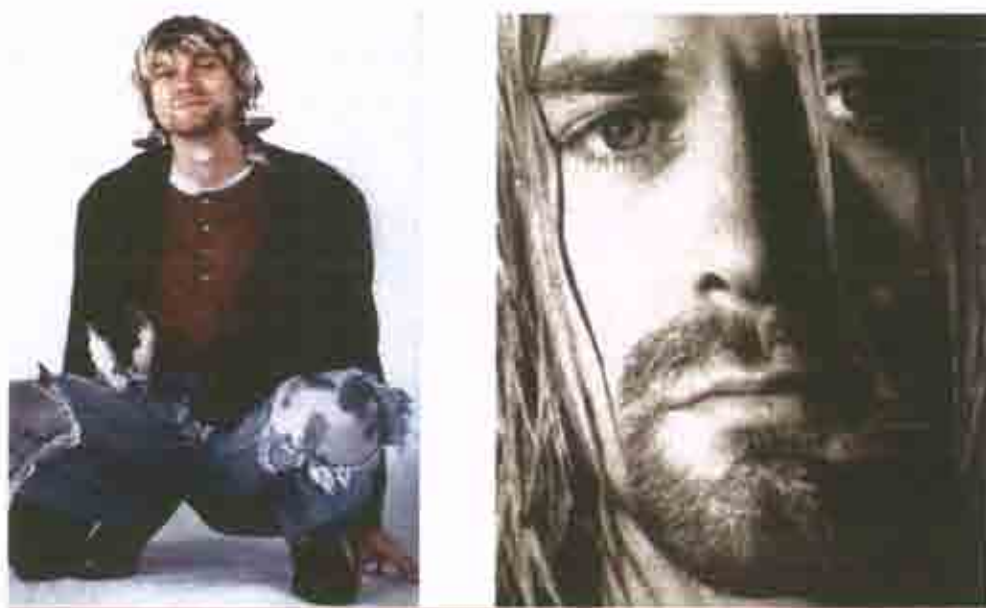
2.3.4. Έλλειψη σωστής διατροφής – Αϋπνία

Στον διεγερτικό ασθενή παρατηρείται απώλεια σωματικού βάρους και αφυδάτωση. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι με την αυξημένη ενεργητικότητα προκαλείται αυξημένη καύση θερμίδων και επομένως επιβάλλεται η επαρκής αντικατάσταση. Ο μανιακός χρειάζεται να λάβει τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, βιταμίνες και υγρά. Εκτός αυτού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι μπορεί ο ασθενής να μην μπορεί να καθίσει στην τραπέζα την συγκεκριμένη ώρα του φαγητού. Ακόμα ο άρρωστος στην μανιακή φάση μπορεί να διανύσει μέρες χωρίς ύπνο, επομένως οι ανάγκες αυτές πρέπει να αντιμετωπισθούν.

Η αντιμετώπιση αυτών εφαρμόζεται ως εξής:

- ο νοσηλευτής μεριμνά προσωπικώς για την σίτισή του και την ενυδάτωση. Ενίσχυση με υποκατάστατα διατροφής αν χρειαστεί.
- παρότρυνση του ασθενούς για χλιαρό μπάνιο, ζεστό ρόφημα ή χορήγηση υπναγωγού για την αϋπνία.

- ενίοτε παρατηρείται στον μανιακό μια στάση ασύμβατη των καιρικών συνθηκών, όπως για παράδειγμα σε ψύχος, ντύσιμο με ελαφρά ρούχα ή αφαίρεση αυτών όταν τον εμποδίζουν. Ο νοσηλευτής επεμβαίνει αναλόγως.^{40,52}



Μανιοκαταθλιπτικός ασθενής σε φάση μανίας και κατάθλιψης

2.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την χορήγηση αντιμανιακών φαρμάκων.

Τα αντιμανιακά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες τις οποίες πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής για να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει τις συνέπειες αυτών όπως επίσης να μεταφέρει σωστές πληροφορίες στο θεράπων ιατρό.

Τα συστήματα που προσβάλλονται με τα σύστοιχα συμπτώματα είναι:

- Νευρολογικές παρενέργειες: Τρόμος χεριών, μυϊκή αδυναμία, κόπωση, υπνηλία, διπλωπία.

Ο νοσηλευτής είναι έτοιμος να εξυπηρετήσει τον ασθενή στις καθημερινές ασχολίες που μπορεί να τον δυσκολεύουν στην παρούσα φάση π.χ. να του διαβάσει ένα βιβλίο αφού αυτός δυσκολεύεται, να τον σιτίσει αν ο τρόμος των χεριών του δεν του επιτρέπει να σιτιστεί μόνος του.

- Καρδιολογικές παρενέργειες: αρρυθμίες
Ο νοσηλευτής καθησυχάζει τον ασθενή, ενημερώνει τον γιατρό.
- Ουροποιητικές παρενέργειες: πολυουρία-πολυδιψία.
Αναπλήρωση των υγρών και ενημέρωση των γιατρών γιατί μπορεί να ακολουθήσει νεφρική βλάβη μη αναστρέψιμη.
- Γαστρεντερικές παρενέργειες: ανορεξία, ναυτία, έμετος.
Σωστή σίτιση και αντιμετώπιση των εμέτων με αντιεμετικά.
- Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες: εξανθήματα, αύξηση σωματικού βάρους.

2.4.1 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χορήγηση λιθίου.

Το φάρμακο επιλογής στη μανία είναι το ανθρακικό λίθιο, που πρέπει να φθάσει σε ορισμένο επίπεδο στο αίμα για να επιδράσει προληπτικά και θεραπευτικά στη συμπεριφορά. Από την έναρξη της θεραπείας μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων μεσολαβούν 1-2 εβδομάδες. Σ' αυτό το διάστημα χορηγούνται αντιψυχωτικά για την ελάττωση της υπερκινητικότητας. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης του δεν είναι γνωστός.

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις ενέργειες που απαιτούνται κατά την χορήγηση λιθίου καθώς και τις παρενέργειές του και να παρεμβαίνει αποτελεσματικά. Αυτές είναι:

- I. ο άρρωστος πρέπει να παίρνει το φάρμακο με τα γεύματα για να αποφεύγονται οι γαστρεντερικές διαταραχές και οι ναυτίες.
- II. το λίθιο προκαλεί δίψα και ξηροστομία όποτε είναι απαραίτητη η λήψη άφθονων υγρών και οι άγλυκες καραμέλες.
- III. γίνεται παρακολούθηση ζωτικών σημείων για τυχόν εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών. Αν διαπιστώσουμε αρρυθμίες ενημερώνουμε το γιατρό για ελάττωση της δόσης.
- IV. στον άρρωστο μπορεί να εμφανιστεί πολυουρία όμως συνήθως υποχωρεί μετά την πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα. Δεν παρεμβαίνουμε σε αυτή την παρενέργεια.

- V. προσέχουμε την διατροφή του γιατί είναι δυνατό να παρουσιάσει αύξηση βάρους. Ακόμα είναι απαραίτητη η λήψη νατρίου στη διαίτα για αποφυγή τοξικότητας, όπως και λήψη 2500-3000ml υγρών ημερησίως για τον ίδιο λόγο.
- VI. είναι άκρως απαραίτητη η εξέταση αίματος ιδιαίτερα την πρώτη εβδομάδα για την μέτρηση επιπέδων του λιθίου στο αίμα. Υπάρχει κίνδυνος τοξικότητας η οποία αναγνωρίζεται όταν ο άρρωστος παρουσιάσει θαιπή όραση, αταξικό βάδισμα, επίμονη ναυτία, εμβοές αυτιών και έντονη διάρροια. Η επόμενη δόση δεν πρέπει να χορηγηθεί. Σε περιπτώσεις που δεν παρατηρηθούν τα συμπτώματα αυτά και δεν αντιμετωπιστούν, ο άρρωστος θα παρουσιάσει σπασμούς, κόμα και βαθμιαία κατάληξη στο θάνατο.⁸

Το λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών.¹⁵

2.5. Σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ο νοσηλευτής στην προσπάθειά του να φροντίσει τον μανιακό ασθενή έχει σαν τελικό στόχο τα εξής:

Όσο αφορά τον ίδιο τον ασθενή:

- α) να εστιαστεί ο άρρωστος στην πραγματικότητά του, να απαλλαχθεί από το παραλήρημα μεγάλιου
- β) να βρει διέξοδο στο θυμό του και στο αρνητικά συναισθήματά του στο διάλογο και όχι στη βία
- γ) να αποκτήσει αυτοέλεγχο
- δ) να ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του αρρώστου και να εξαλειφθούν οι επικίνδυνες δραστηριότητες του
- ε) να μπορέσει να διατηρήσει την ηρεμία του για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα

Όσο αφορά την συναναστροφή του:

- α) να μην γίνεται επικίνδυνος και ανυπόφορος στους συνασθενείς και στο προσωπικό
- β) να μην προκαλεί υλικές ζημιές
- γ) να συνεργάζεται με το προσωπικό για τη νοσηλεία του.

πίνακες ζωγραφικής μανιοκαταθλιπτικών ασθενών.



The monster - Tim Oldham



Life Drawing - Tim Oldham



Eyes in the heart - J. Pollock

2.6. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.

Η ακούσια νοσηλεία είναι αποτέλεσμα της άρνησης των ασθενών με ψυχικές διαταραχές να δεχθούν τη νοσηλεία. Αυτή η άρνηση οφείλεται είτε στην αρρώστια των ασθενών είτε στην άρνηση της αρρώστιας.^{53, 54, 55} απαραίτητες προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι η ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα κρίσης του ασθενούς για το συμφέρον της υγείας του και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη μη υποβολή σε θεραπεία.

Η ακούσια νοσηλεία ως μέσο θεραπευτικής παρέμβασης έχει προκαλέσει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις τόσο σε ηθικό-πολιτικό επίπεδο όσο και επιστημονικό. Με την ακούσια νοσηλεία τίθεται σε άμεση δοκιμασία η ελευθερία του ατόμου και θεμελιώδη δικαιώματά του. Τα δικαιώματα που θίγονται είναι:

- ✓ η προσωπική ελευθερία
- ✓ η υγεία του ψυχασθενούς
- ✓ η ασφάλεια των τρίτων.

Ο ψυχασθενής είναι ταυτόχρονα πάσχων και πρόσωπο. Ως ασθενής έχει δικαίωμα στην περίθαλψη και ως πρόσωπο δικαίωμα στην ελευθερία. Ικανοποίηση απαιτούν ταυτόχρονα και τα δύο δικαιώματα.

Υπάρχει η πεποίθηση ότι η θεραπευτική πράξη υπό συνθήκες στέρησης της ελευθερίας είναι αναποτελεσματική, αφού είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικής σχέσης (εμπιστοσύνη, πειθώ) μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή. Μετά από μια αναγκαστική νοσηλεία προσωρινά φαίνεται να λύνονται κάποια προβλήματα (να αποτρέπεται ο κίνδυνος μιας βίαιης πράξης), μακροπρόθεσμα όμως μπορεί αυτά να επιδεινωθούν, αυξάνοντας την καχυποψία και την εχθρότητα του ασθενούς μετά από αυτόν τον εξαναγκασμό. Ακόμα οι ασθενείς αυτοί που έχουν υποστεί αυτή τη διαδικασία και μάλιστα συχνά κάτω από συνθήκες εξαπάτησης, προσβολής, σωματικής βίας και εξευτελισμού, εμφανίζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και υπευθυνότητα.⁵⁶

Πρέπει να επισημανθεί ότι αρκετοί ειδικοί επιμένουν ότι η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον εφαρμόζεται με σωστό τρόπο μπορεί να είναι αποδοτικό θεραπευτικό μέσο.^{11,57} υποστηρίζουν ότι βελτιώνεται σε λίγες εβδομάδες τα παραγωγικά συμπτώματα (περίπου το 70% των ασθενών) και συμβάλλει στο περιορισμό του άγχους και των συμπτωμάτων από τα οποία υποφέρουν, επιζητούν τη θεραπεία, φοβούνται όμως να αποδεχθούν μια

παρέμβαση , που μπορεί να ανατρέψει ριζικά τον τρόπο οργάνωσης της ψυχικής τους ζωής και των σχέσεών τους.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με ακούσια νοσηλεία είχαν πολύ μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας στο νοσοκομείο σε σχέση με τους εκούσια νοσηλευόμενους.^{58,59,60}

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που έχει μελετηθεί είναι η επίπτωση της ακούσιας νοσηλείας για τις επόμενες εισαγωγές του ασθενούς. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο άρρωστος θα έχει αρνητική στάση για τη νοσηλεία του και στο μέλλον μετά από μια ακούσια νοσηλεία.^{61,62,63,64,65}

Μια λύση στο πρόβλημα της ακούσιας νοσηλείας ίσως θα μπορούσε να δοθεί με την υποχρεωτική εξωνοσοκομειακή θεραπεία.^{66,67} όπως αυτή εφαρμόζεται στην Ιταλία και σε ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α. αλλά και άλλες αγγλοσαξονικές χώρες. Ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να επισκέπτεται τακτικά το υποδεικνυόμενο θεραπευτικό κέντρο και να υποβάλλεται στην δέουσα θεραπευτική αγωγή. Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης προς αυτή τη μορφή θεραπείας.

Κεφάλαιο 3

3.1. Αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Η αποκατάσταση των ψυχικών αρρώστων αναλύεται και πραγματοποιείται μέσω της τριτογενούς πρόληψης της νοσηλευτικής διεργασίας. Αυτή περιλαμβάνει προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η καλλιέργεια των κοινωνικών ικανοτήτων των ψυχικά αρρώστων και η επανένταξή τους στην κοινωνία όσο το δυνατό συντομότερα. Έτσι προλαμβάνεται η πιθανότητα να μονιμοποιηθεί η ψυχική ανικανότητα και να καταλήξει σε αναπηρία. Επίσης αποφεύγεται η ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια, τους κοινωνικούς δεσμούς και τις κοινωνικές συναναστροφές.⁴¹

Για την πραγματοποίηση αυτών των στόχων έχουν δημιουργηθεί κάποιες ενδιάμεσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτές είναι:

- α) τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέρας και νύχτας
- β) οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία
- γ) τα κέντρα ψυχικής υγείας
- δ) οι ξενώνες
- ε) τα προστατευόμενα εργαστήρια
- στ) οι σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 24 ώρες το 24ωρο.⁴²

Το μεγαλύτερο και το πιο οδυνηρό εμπόδιο που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς κατά την περίοδο της αποκατάστασης είναι η λεγόμενη "ταμπέλα" που τους συνοδεύει. Απασχολεί πολύ έντονα το νοσηλευτικό προσωπικό όπως και τους ίδιους τους ασθενείς, η στάση που κρατά η κοινωνία απέναντι στους ψυχικά αρρώστους. Η προκατάληψη στα πρόσωπα αυτών των αρρώστων συνεχίζεται έως και στις μέρες μας, με αξιοσημείωτη όμως ομολογουμένως μείωση αυτής. Είναι χρέος λοιπόν, του καθενός μας ξεχωριστά, να αναθεωρήσει τις προσωπικές του ιδέες και πιστεύω έναντι της πολυτιμότερης ύπαρξης της γης, της ανθρώπινης προσωπικότητας και ζωής.

Η επαρκής ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών ενός ατόμου και ο βαθμός στον οποίο θα στηριχθεί σε κρίσιμες περιόδους της ζωής του **εξαρτάται σημαντικά από τις σχέσεις του με την οικογένεια, τους φίλους και συναδέλφους**. Αυτά παίζουν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ανθρώπου και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό κατά πόσο είναι ή θα γίνει ψυχικά υγιής ή ψυχικά άρρωστος.⁴³

3.2 Το στίγμα της ψυχικής νόσου: Βασικός παράγοντας κοινωνικής απομόνωσης του ασθενούς.

Πριν αρχίσουν οι επιστήμονες να εφαρμόζουν περισσότερο αποτελεσματικές θεραπείες και πριν εμφανιστούν οι νέες διοικητικές τεχνικές που οδήγησαν με ικανοποιητικότερη διαχείριση των πόρων, το μέλλον των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες ήταν προδιαγραμμένο. Συνήθως κλείνονταν για όλη τους τη ζωή σε γεωγραφικά απομονωμένα ψυχιατρικά ιδρύματα και απομακρύνονταν, έτσι, από την υπόλοιπη κοινωνία. Αυτό, βέβαια, είχε ως συνέπεια τα άτομα αυτά να αντιμετωπίζονται μαζικά, χωρίς να δίνεται σημασία στις ιδιαιτερότητες και στις ανάγκες του καθενός. Όσοι είχαν μεγαλύτερο βαθμό λειτουργικότητας μπορούσαν να βγουν από τα ψυχιατρεία και να ζήσουν στην κοινωνία. Σε αυτή τη περίπτωση, σημασία είχε να μην αποκαλύψουν τη νοσηλεία τους στο ψυχιατρείο, γιατί το στίγμα το σχετιζόμενο με αυτές τις δομές ήταν τόσο μεγάλο, που ακόμα και αυτοί που μπορούσαν κάπως να αναρρώσουν ήταν συστηματικά απομονωμένοι από το σύστημα των νόμων και των θεσμών. Εξαιτίας του στίγματος, οι οικογένειες των ατόμων αυτών αναγκάζονταν να απομακρυνθούν από τον κοινωνικό τους περίγυρο, για να κρύψουν το γεγονός ότι είχαν ψυχικά άρρωστο άτομο στους κόλπους τους⁷⁸.

Σήμερα τα πράγματα έχουν αλλάξει και, χάρη σε μια ανθρωπιστική τάση που επικρατεί για την αποκατάσταση της υποτιμημένης ανθρώπινης αξίας, γίνονται προσπάθειες για την αποϊδρυματοποίηση και την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στη κοινότητα. Αυτό, όμως, το ιδανικό έγινε δίκικο μαχαίρι, γιατί, ενώ από τη μία πλευρά πολλοί ψυχικά ασθενείς που δεν χρειάζονται, τουλάχιστον στη πρώτη φάση, νοσηλεία σε ψυχιατρείο μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή σε δομές που λειτουργούν στην κοινότητα, από την άλλη πλευρά εκτίθενται περισσότερο έντονα στην κοινωνική κριτική τα άτομα των οποίων η συμπεριφορά διαφέρει από το φυσιολογικό⁷⁹. Έτσι το πρόβλημα του στίγματος εξακολουθεί να παραμένει ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους.

Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με καχυποψία και έλλειψη εμπιστοσύνης και υφίστανται μεγάλη αδικία σε διάφορους τομείς της δραστηριότητάς τους. Οι οικογένειες έρχονται αντιμέτωπες με την άγνοια, τον φόβο και τις προκαταλήψεις του κοινού, καθώς και με τα πολλαπλά και, πολλές φορές συγχυσισιγόνα μηνύματα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Έτσι, αισθάνονται μόνες στην προσπάθειά τους αφενός μεν να αντιμετωπίσουν τον ασθενή, αφετέρου δε τη κοινωνία. Αλλά και οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής

υγείας αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα εξαιτίας του στίγματος, στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τους ασθενείς να αποκτήσουν κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες^{80,81}.

Διαστάσεις του στίγματος.

Το στίγμα που βιώνουν οι ψυχικά ασθενείς στις δυτικές κοινωνίες είναι πολύ μεγάλο. Πολύ συχνά αντιμετωπίζουν την κοινωνική διάκριση όσον αφορά τη στέγαση και την εργασία, όπως επίσης και ένα διάχυτο φόβο ότι είναι επικίνδυνοι. Οι πολίτες αρνούνται τη δημιουργία θεραπευτικών δομών και καταλυμάτων για τους ψυχικά ασθενείς στις κατοικημένες περιοχές. Σύμφωνα με την έρευνα των απόψεων του αμερικανικού κοινού που έγινε το 1990 το φαινόμενο «όχι στη δική μου αυλή» αποτελεί τεράστιο εμπόδιο για την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Η θέση τους θεωρείται πολύ χαμηλή – χαμηλότερη από αυτή των πρώην καταδίκων ή όσων πάσχουν από νοητική καθυστέρηση. Ακόμα και οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι μερικές φορές, παρόμοιες με αυτές του κοινού, ή και ακόμη πιο αρνητικές.

Το τραγικό είναι πως και οι ίδιοι οι ψυχικά ασθενείς αποδέχονται τα στερεότυπα που επικρατούν για την κατάστασή τους. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι στάσεις τους απέναντι στην ψυχική νόσο είναι τόσο αρνητικές όσο και του κοινού⁸¹.

Στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη ψυχική ασθένεια.

Έχει βρεθεί πως αρνητικές στάσεις απέναντι στη ψυχική ασθένεια υπάρχουν ακόμη και μεταξύ τόσο των επαγγελματιών υγείας, γενικότερα, όσο και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ειδικότερα. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται πως έχουν σημαντικό μερίδιο στην πρόκληση του στίγματος, όσο και αν αυτό ακούγεται παράδοξο.

Η πατερναλιστική συμπεριφορά τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και, πολλές φορές, οι αρνητικές και απορριπτικές στάσεις τους αποθαρρύνουν τους ασθενείς περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, αφού και αυτοί ακόμη, που υποτίθεται ότι θα τους φροντίσουν, αντίθετα, τους απορρίπτουν. Συχνά, συμβαίνει στα ψυχιατρεία το προσωπικό να βάζει «ταμπέλες» σε κάποιους από τους ασθενείς και να τους «καταδικάζει» ως «κακούς», με αποτέλεσμα την απόρριψή τους και τη διαιώνιση του ιδρυματισμού τους⁸².

Έρευνες έχουν δείξει ότι το προσωπικό κατώτερης βαθμίδας διατηρεί περισσότερο αρνητικές και αυταρχικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, ενώ το προσωπικό που είναι καλύτερα εκπαιδευμένο δείχνει

μεγαλύτερη ανεκτικότητα και είναι περισσότερο αισιόδοξο όσον αφορά την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών. Έχει βρεθεί και εδώ πως οι στάσεις του προσωπικού καθορίζονται από μεταβλητές όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και η κοινωνική τάξη⁸³.

Γενικά, οι αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας δεν γίνονται αντιληπτές μόνο στα ψυχιατρεία αλλά και στην κοινότητα. Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές που λειτουργούν στην κοινότητα, όπως είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, μπορεί να έχουν την ίδια αρνητική συμπεριφορά απέναντι στους ψυχικά ασθενείς⁸².

Το σημαντικότερο όλης αυτής της αναφοράς είναι οι επιπτώσεις των αναφερομένων, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των ψυχικά νοσούντων. Είναι πραγματικά θλιβερό να ταλαιπωρούμε ακόμα περισσότερο ανθρώπους που ήδη ταλαιπωρούνται από κάτι το τόσο σοβαρό, την έλλειψη της ψυχικής τους ισορροπίας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μεσα απο αυτη την εργασία εγινε μια προσπάθεια να συλλεχθούν στοιχεία και να αποδοθεί μια όσο το δυνατό ικανοποιητική εικόνα για τη φύση της μανιοκατάθλιψης, όπως επίσης και για τη σωστή στάση των νοσηλευτών έναντι των μανιοκαταθλιπτικών ασθενών.

Είναι ειλικρινές έργο, να συμπεριληφθούν στις γνώσεις μας κάποια σημαντικά στοιχεία, που θα μας βοηθήσουν να αντιμετωπίσουμε, αν μας ζητηθεί, ένα περιστατικό συναισθηματικής διαταραχής. Γιατί οι ψυχικά ασθενείς είναι μια κατηγορία ασθενών που υπάρχει πιθανότητα να την αντιμετωπίσουμε και σε άλλους χώρους εκτός από το νοσοκομείο, εκτός από ασθενείς της κλινικής μας. Μπορεί να ερθουμε σε επαφή μαζί τους σε μια παρέα, στη δουλειά, ακόμη και στο στενό οικογενειακό μας περιβάλλον. Σκεπτόμενη αυτό, προχωρώ σε μια περιληπτική αναφορά του περιεχομένου.

Οι μανιοκαταθλιπτικοί, όπως όλοι οι ψυχιατρικοί ασθενείς χρειάζονται πρώτα απ' όλα το γνήσιο ενδιαφέρον μας, την αγάπη και το σεβασμό προς την προσωπικότητά τους. Αν μπορέσουμε να τους πείσουμε για αυτές τις τοποθετήσεις μας, έχουμε καταφέρει ένα πολύ σπουδαίο βήμα προς τη πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της αρρώστιάς τους.

Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί και στην αποκατάσταση αυτών των ανθρώπων. Είναι ένα κρίσιμο σημείο που και από αυτό θα εξαρτηθεί η υποτροπή της ασθένειας και το πέρασμά της στην χρονιότητα. Είναι κατανοητό ότι σε αυτό το σημείο ευθυνόμαστε και σαν νοσηλευτές και σαν άνθρωποι. Το κοινωνικό στίγμα που πλανάτε, είναι από μόνο του ικανό να γίνει η αιτία ώστε οι ψυχικά ασθενείς να μην μπορέσουν ποτέ να ενταχθούν στην κοινωνία σαν μέλη αυτής. Η ευαισθητοποίηση μας εδώ παίρνει διαστάσεις αναγκαιότητας.

Σαν επόμενο βήμα, ξέροντας και αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα της κάθε διαταραχής ξεχωριστά, μπορούμε να κινούμαστε μεθοδικά και με σιγουριά στις παρεμβάσεις που θα ακολουθήσουμε. Στα συμπτώματα της κατάθλιψης που περικλείουν **αισθήματα αναξιότητας, ενοχής, απελπισία, απώλεια ενδιαφέροντος και ενέργειας, αναποφασιστικότητα, δυσκολία στη συγκέντρωση και στη μνήμη όπως και σκέψεις αυτοκτονίας**, βοηθάμε με τους εξής τρόπους: μεταφέρουμε στον ασθενή την αξία της προσωπικότητάς του και τον βοηθάμε να έχει μια πιο ρεαλιστική γνώμη για τον εαυτό του. Τον παροτρύνουμε να συναναστρέφεται με τους συνανθρώπους του και τον διδάσκουμε πώς να αναπτύξει και να διατηρήσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Μια από τις πιο δύσκολες ενέργειες που καλούμαστε να πράξουμε είναι να αποτρέψουμε και την πιθανότητα της αυτοκτονίας. Η συμμόρφωσή του στην φαρμακευτική αγωγή παίζει και αυτή καθοριστικό ρόλο. Τέλος

αναλαμβάνουμε τη σωματική του φροντίδα, όταν ο ίδιος δεν μπορεί να το κάνει.

Στη μανία τα συμπτώματα που χρήζουν αναγκαίας αντιμετώπισης είναι: το παραλήρημα μεγαλείου, η επιθετική συμπεριφορά, η ανεύθυνη συμπεριφορά, η υπερβολική δραστηριότητα, η διογκωμένη αυτοεκτίμηση και η μειωμένη ανάγκη για ύπνο και τροφή. Η βοήθεια δίνεται εάν: προσανατολιστεί στην πραγματικότητα και αναλάβει ένα μέρος ευθύνης των πράξεων του, εάν δεν τραυματιστεί αυτός και οι γύρω του, εάν μπορέσει να επικοινωνεί πιο φυσιολογικά, δεν εξαντληθεί λόγω υπερκόπωσης και εάν καλυφθούν οι ανάγκες ύπνου και τροφής.

Η ψυχική υγεία είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας. Δεν χαρακτηρίζεται απλώς από την απουσία της αρρώστιας. Και δεν την αποκτά ο άνθρωπος μια για πάντα. Όποιος δεν προχωρεί μπροστά οπισθοχωρεί. Η σωματική, ψυχολογική και πνευματική υγεία δεν είναι σταθερό καταφύγιο απόλυτης ασφάλειας, αλλά καθημερινή μάχη όπου διαρκώς κινδυνεύουμε.⁴⁴

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Katie:

Αντιμέτωπη με την κατάθλιψη

Η Κατερίνα ήταν μια ελκυστική αλλά πολύ ντροπαλή 16χρονη κοπέλα. Για αρκετά χρόνια, η Κατερίνα είχε σπάνιες κοινωνικές σχέσεις με άτομα που δεν ανήκαν στο οικογενειακό της περιβάλλον λόγω του κοινωνικού της άγχους. Της ήταν εξαιρετικά δύσκολο ακόμα και το να πηγαίνει στο σχολείο και, καθώς οι κοινωνικές της επαφές διαρκώς ελαττώνονταν, οι μέρες της γινόταν πιο κενές και ανιαρές. Να πώς περιέγραψε η ίδια την κατάστασή της μετά από χρόνια:

«Η εμπειρία της κατάθλιψης είναι σαν να βουλιάζεις σε μια βαθιά, σκοτεινή τρύπα από την οποία δεν υπάρχει διέξοδος. Ουρλιάζεις καθώς πέφτεις, αλλά κανένας δεν σε ακούει. Μερικές φορές κατορθώνεις να ανέβεις προς την επιφάνεια χωρίς μεγάλη προσπάθεια. Κάποιες άλλες, εύχεται να χτυπήσεις στον πάτο ώστε να μην χρειαστεί να πέσεις ποτέ ξανά. Η κατάθλιψη επηρεάζει τον τρόπο που βλέπεις τα γεγονότα. Επηρεάζει τον τρόπο που βλέπεις τον εαυτό σου και τους άλλους. Θυμάμαι να κοιτάζομαι στον καθρέπτη και να σκέφτομαι ότι είμαι το ασχημότερο πλάσμα στον κόσμο. Προσπαθούσα να πιστέψω πως αύριο δεν θα έκανα τις ίδιες σκέψεις. Μοιάζει κάπως σαν να περιμένεις μια αλλαγή στον καιρό.»

Ωστόσο στα 16 της χρόνια, η Κατερίνα μέσα σε βαθιά απόγνωση δεν μπορούσε να σκεφτεί με αυτόν τον τρόπο. Έκλαιγε, συχνά για ώρες στο τέλος της ημέρας. Ένα χρόνο αργότερα είχε αρχίσει να πίνει αλκοολούχα ποτά. Ένα ποτήρι κρασί μετά το δείπνο λειτουργούσε καταπραυντικά στην Κατερίνα ενώ, μέσα στην απόγνωσή τους, η ίδια και οι γονείς της ήταν πρόθυμοι να δοκιμάσουν οτιδήποτε που θα μπορούσε να την κάνει να λειτουργήσει καλύτερα. Όμως το ένα ποτήρι κρασί έπαψε να είναι αρκετό. Άρχισε να πίνει έως ότου αποκοιμιόταν. Ήταν ένας τρόπος διαφυγής από αυτό που ένιωθε. Η ζωή της Κατερίνας συνέχιζε να ακολουθεί καθοδική πορεία.

Για αρκετά χρόνια η Κατερίνα σκεφτόταν την αυτοκτονία ως τη λύση της δυστυχίας της. Στην ηλικία των 13 ετών, με την παρουσία των γονιών της, ανέφερε αυτές τις σκέψεις σε έναν ψυχολόγο. Οι γονείς της ξέσπασαν σε κλάματα, γεγονός που την επηρέασε βαθιά. Από τότε δεν ξανά αναφέρθηκε στην αυτοκτονία, αλλά οι σκέψεις αυτές δεν έφυγαν ποτέ από το μυαλό της.

Στην ηλικία των 17 ετών, η ενασχόλησή της με σκέψεις θανάτου αυξήθηκε:

«Νομίζω ότι αυτό ήταν αποτέλεσμα της εξάντλησης. Είχα κουραστεί να αντιμετωπίζω καθημερινά το άγχος και την κατάθλιψη. Σύντομα διαπίστωσα ότι προσπαθούσα να διακόψω τις λίγες διαπροσωπικές σχέσεις που είχα με τους στενούς μου φίλους, τη μητέρα μου και με τον μεγάλο μου αδερφό. Ήταν σχεδόν αδύνατο να μου μιλήσουν. Ήμουν συνεχώς θυμωμένη κι απογοητευμένη. Μια μέρα ξεπέρασα τα όρια. Μετά από

μια σύγκρουση με τη μητέρα μου για κάτι ασήμαντο, ανέβηκα στο δωμάτιό μου, όπου κρατούσα ένα μπουκάλι βότκα. Ήπια όσο περισσότερο μπορούσα, έως ότου έφτασα στο σημείο να τσιμπάω τον εαυτό μου και να μην αισθάνομαι τίποτα. Μετά, πήρα ένα μαχαίρι που είχα κρύψει και έκοψα τις φλέβες μου. Δεν αισθάνθηκα παρά μόνο το ζεστό αίμα που κυλούσε από τον κομμένο μου καρπό.

Το αίμα έρεε στο πάτωμα κάτω από το κρεβάτι μου. Η ξαφνική σκέψη ότι είχα αποτύχει, ότι αυτό δεν ήταν αρκετό για να προκαλέσει τον θάνατό μου, με συνέφερε. Σηκώθηκα από το κρεβάτι και άρχισα να γελάω. Προσπάθησα να σταματήσω την αιμορραγία με πετσέτες. Έμεινα ήρεμη και ανησυχητικά χαρούμενη. Πήγα στην κουζίνα και φώναξα την μητέρα μου. Δεν μπορώ να φανταστώ πως ένιωσα βλέποντάς με γεμάτη αίματα. Θυμάμαι το γιατρό, καθώς μου χορηγούσε νοβοκαΐνη, να λέει, ότι είχα χρησιμοποιήσει κάποιο αναισθητικό πριν κόψω τον καρπό μου. Δεν ένιωσα ποτέ την ένεση ή τα ράμματα.

Μετά από αυτό οι σκέψεις της αυτοκτονίας έγιναν συχνότερες και πιο ρεαλιστικές. Ο πατέρας μου, ζήτησε να του υποσχεθώ ότι δεν θα ξανάκανα ποτέ κάτι τέτοιο και εγώ του έδωσα μια υπόσχεση που δεν σήμαινε τίποτα για μένα. Αυτή ήταν μια υπόσχεση που είχε σκοπό να ανακουφίσει το δικό του πόνο και φόβο και όχι τους δικούς μου και η ενασχόλησή μου με τις σκέψεις της αυτοκτονίας συνεχίστηκε».

Billy:

Ο καλύτερος σε όλα

Πριν ο Βασίλης φθάσει στην πτέρυγα της κλινικής μπορούσε κανείς να τον ακούσει να γελάει. Ακουγόταν σαν να διασκεδάζε. Καθώς η νοσηλεύτρια οδηγούσε τον Βασίλη στον διάδρομο για να τον συστήσει στο προσωπικό, το βλέμμα του έπεσε στο τραπέζι του πιγκ-πονγκ. Ο Βασίλης φώναξε δυνατά:

«Πινγκ-πονγκ! Τρελαίνομαι για πινγκ-πονγκ. Έχω παίξει μόνο δύο φορές, αλλά να τι θα κάνω όσο καιρό είμαι εδώ. Θα γίνω ο καλύτερος παίχτης του κόσμου! Και αυτό το τραπέζι είναι φοβερό! Θα αρχίσω αμέσως να το φτιάχνω και θα το κάνω το καλύτερο τραπέζι πινγκ-πονγκ στον κόσμο. Θα το διαλύσω σε κομματάκια και θα το ξαναφτιάξω μέχρι να γίνει τέλειο!»

Σύντομα ο Βασίλης άρχισε να μιλάει για κάτι άλλο που του απόσπασε την προσοχή.

Την προηγούμενη εβδομάδα, ο Βασίλης είχε πάρει όλα τα χρήματα από τον τραπεζικό λογαριασμό, τις πιστωτικές κάρτες του και εκείνες των γονιών του-με τους οποίους έμενε μαζί- και αγόρασε όλα τα μέρη ενός στερεοφωνικού συγκροτήματος που μπορούσε να βρει. Σκέφθηκε ότι θα έφτιαχνε το καλύτερο στούντιο στην πόλη και ότι θα έβγαζε εκατομμύρια

δολάρια νοικιάζοντάς το στους ανθρώπους που θα έρχονταν από μακριά. Το επεισόδιο αυτό ήταν και η αιτία που ο Βασίλης εισήχθηκε στο νοσοκομείο.

Αληθινά περιστατικά από το βιβλίο « Ψυχολογία & Παθολογική συμπεριφορά: Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση. »

Barlow Durand. Β' Τόμος Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ"

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Jambunathan J. Depression :Dealing with the darkness. *Perspect Psychiatr Care*,1996,32(1):26-29.
2. Macey JC. Depression : It Happened to me! *Perspect Psycjiatr Care*. 1987, 1:25 –30.
3. Maurer FA. Acute depression : Treatment and nursing strategies for this affective disorder. *Nurs North Am* 1986, 3 : 413-427.
4. Ψυχιατρική Νοσηλευτική Annie Altschul. Ruth Simson. Μετάφραση Αναστασία Καραστεργίου. Ψυχίατρος. Θεσ/κη 1988.
5. www.iatronet.gr/HMCpages/Mainpages/asth-psychiatr_Katathlipsi.htm
6. www.psychologia.gr/disorders/mmod%20disorders.htm
7. Shneidman ES. Some controversies in suicidology: Toward a mentalistic discipline. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 1993, 23 (4) : 292-298.
8. "Νοσηλευτική ψυχική υγείας " Αφροδίτη Χρ. Ραγιά. Γ Έκδοση, Αθήνα 2001.
9. " Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα" Marga Simon. Karen Goyette Vincent. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ".
10. www.stress.gr/disorders/diroliki.htm Πέτρος Σκαπινάκης, ψυχίατρος.
11. Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia : Saunders, 1990 : 446,476.
12. Doenges ME, Townsend MC, Moorhouse MF. Psychiatric care plans- Guidelines for client care. Philadelphia : Davis, 1989 : 249.
13. Fortinash KM, Holoday – Worret PA. Psychiatric nursing care plans. St. Louis : Mosby, 1991 : 46-47.
14. Χριστοδούλου ΓΝ. Ο ρόλος των ψυχοφαρμάκων στην προληπτική ψυχιατρική. *Ιατρική* 1987, 52:277-279.
15. Townsend MC. Nursing diagnoses in psychiatric nursing – A pocket guide for care plans construction. Philadelphia : Davis, 1989: 137-139, 155-157.
16. "Κλινική Ψυχιατρική" Γεώργιος Σ. Φύλιππόπουλος. Εκ.ΛΙΤΣΑΣ.
17. "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής" Νίκου Μάνου. Θεσ/νίκη 1997.
18. Cook KG. Electroconvulsive therapy for the affectively disordered. In: Rogers CA, Ulsafer – Van Lanen J, eds. *Nursing interventions in depression*, London: Grune & Stratton, 1985: 85-109.
19. Valente SM. Eletroconvulsive. *Arch Psychiatr Nurs* 1991, 5 (4) : 223-228.
20. Ραγιά Α. Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής – Πανεπιστημιακές παραδόσεις. Αθήνα. Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 1991: 63.
21. "ψυχικές διαταραχές 2° βάθμιας φροντίδας" εκδόσεις ΒΗΓΑ ΑCDM-10
22. Περιοδικό "Νοσηλεία" Τεύχος 4. Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2002.
23. Smith SF, Karasik DA, Meyer BJ. Psychiatric and psychosocial nursing. Los Altos, CA : National Nursing Review, 1984: 163.

24. Hall ET. The silent language. Greenwich, Conn. Fawcett Publications, 1959: 10.
25. Schefflen AE. Body language and social order. Englewood Cliffw, N.J: Prentice – Hall, 1972: 27-56.
26. Mackendrick P. The Greek stones speak : The story of archaeology in Greek lands. New York: The American Library, 1962: 402.
28. Rogers C. On becoming a person: A therapist' s view of psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin Co, 1961: 34.
29. Poletti R. Aspects psychiatriques des soins infirmiers. Paris : Centurion, 1973 : 53.
30. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York: GP Putnam' s Sons, 1952: 16,186.
31. Ραγιά Α. Η ψυχιατρική αδελφή. Η προσωπικότητα και τα ηθικά της προσόντα. Νοσηλευτική, 1985, 25(2): 47-60.
32. Bunch EH. Everyday reality of the psychiatric nurse. Doctoral dissertation. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 1983: 77-82.
33. "Κλινική ψυχιατρική". Νίκου Μάνου 1988. σελ. 198, 205-216, 238-239, 61,67, 571-585, 791-785, 817-820.
34. "Στοιχεία ψυχιατρικής". Ν.Κ. Ρασιδάκης, 1979. σελ. 96,108.
35. "Στοιχεία μοριακής νευροβιολογίας και βιολογικό υπόστρωμα." Ψ.Δ. Sammel Balonder 1997. σελ. 155,156.
36. Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία ». τόμος 4. σελ. 714.
37. « Εισαγωγή στην ψυχιατρική». Πέτρος Χαρτοκόλλης. Εκδόσεις Θεμέλιο.
38. Kaplan and Sadock' s 2000. σελ. 278,279,253-256.
39. Abraham, K.(1911). Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic- depressive insanity and allied conditions. In: Selected Papers on Psycho-Analysis. New York: basic book, 1953, pp.137-156.
40. Bunch EH. Everyday reality of the psychiatric nurse. Doctoral dissertation. 1983: 70-82.
41. Fromm E. The art of loving. New York: Bantam Books, 1963:22.
42. DeSalvo – Ranking EA. Psychiatric / Mental health nursing. Nurs Clin North Am 1986, 21(3): 381-385.
43. Hagerty BM, Williams RA, Coyne JC, Early MR. Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning. Arch Psychiatr Nurs 1992, 10 (4): 235-244.
44. Tournier P. The healing of pearson. Transl by Hudson E. New York: Harper & Row, 1965: 185.
45. Γ.Δ. Μαδιανός, 1996 σελ. 23-25.
46. Χ.Α.Χριστοφίδης «ψυχικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους» Λευκωσία 1981.
47. «Ψυχιατρική» Γεώργιος Χριστοδούλου 2001. σελ. 345, 706, 754,755.
48. Εθνικό συνταγολόγιο 2000. σελ. 204-205.

49. Longhorn E. Psychiatric care and condition, 2ed. Page 75-78.
50. Arnold-Boggs. International relationship- professional communication skill of nursing. Page 505-501.
51. Lego S. Psychiatric Nursing-A-comprehensive reference, 2ed Lippincot, 1994, page 218-473.
52. Ολύμπιος Κ. σημειώσεις ψυχιατρικής νοσηλευτικής για το πρόγραμμα της ειδικότητας νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Αιγινήτειο, Αθήνα 1994.
53. Appeibaum PS, Hoge SK. The right to refuse treatment what the research reveals, in The right to refuse treatment. Edited by Parry J Washington, DC, American Association 1986.
54. Marber SP, Swann E, Winslade WJ et al. A study of medication refusal by involuntary psychiatry 1984, page 724-726.
55. Van Putten T, Crumpton E, Yele C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. Arch Gen Psychiatry 1976. page 1443-1446.
56. Λειβαδίτης ΔΜ. Ψυχιατρική και Δίκαιο. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994. σελ. 421-438.
57. Isohanni M, N oeminen P, Moring J, Pyikanen K, Spaiding M. The dilemma of civil rights versus the right to treatment: Questionable involuntary admissions to the mental hospital. Acta Psychiatr 1991. page 256-261.
- 58 Hassenfeld IN, Grument B. A study of the right to refuse treatment. Bull Acad Psychiatry Law 1984,12:470-472.
59. Ziti JM, Craig TJ, Wandering J. New York under the Rivers decision: an epidemiologic study of drug treatment refusal. American Journal of Psychiatry 1991, 148:384-389.
60. Malla AK, Norman RM. Mental hospital and General Hospital Psychiatric Units. A comparison of services within the same geographic area. Psychological Medicine 1983,13:431-439.
61. Hoge SK, Appeibaum P, Lawlor T, Beck, Litman R, Greer A, Gutheil T, Kaplan E. A prospective multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. Archives of General Psychiatry 1990,47:949-956.
62. Cournos F, Mckinnon, Stanley B. outcome of involuntary medication in a State Hospital System. American Journal of Psychiatry 4 April 1991,148:25-35.
63. Heinssen R, McGlashan T. Predicting hospital discharge status for patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, and unhpolar affective disorder. Archives of General Psychiatry 1988,45(4):363-368.
64. Λαζαρίδης Κ. Αναγκαστική προσαγωγή για ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική νοσηλεία για αλλοδαπούς στο κρατίδιο της κάτω Σαξονίας/Γερμανία. Επιδημιολογική προσέγγιση και διαχωριστικά χαρακτηριστικά. Τετράδια ψυχιατρικής 1997,60: 69-78.

65. Μούγια Β. Η επίδραση της ακούσιας νοσηλείας στην κλινική εικόνα ψυχασθενών σε σύγκριση με τους εκούσια νοσηλευόμενους. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1999.
66. Sensky T, Hughes T, Hirsh S. Compulsory psychiatric treatment in the community: a controlled study of patients whom psychiatrists would recommend for compulsory treatment in the community. *British Journal of Psychiatry* 1991,158:799-804.
67. Dyer C. Compulsory treatment in the community for the mentally ill? *British Medical Journal* 1987,295:991-992.
68. Περιοδικό «Νοσηλευτική». Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2001.
69. «Ψυχιατρική». Γεώργιος Χριστοδούλου. Εκδόσεις 2000.
70. Persons JB. *Cognitive Therapy in practice*. WW Norton & Company, New York, 1989.
71. Davis MH & Casey DA. Utilizing Cognitive therapy on the Short Term Psychiatric Inpatient Unit. *General Hospital Psychiatric* 1990,12:170-176.
72. Stuart G, Sundeen S. *Principles & Practice of Psychiatric Nursing*. Mosby 1995,28:747-763.
73. Sullivan J. Cognitive Behavioural Nursing Therapy in paranoid psychosis. *Nursing Times* 1997, 93:28-30.
74. Lego S. *Psychiatric Nursing: A Comprehensive reference*, 2nd ed. Lippincott, N. York, 1996:121-129.
75. Schultz J, Videbeck S. *Manual of Psychiatric Nursing Care Plans*. 5th edition Lippincott, N. York, 1998:18-22.
76. Χριστοδούλου Γ., Μακρίδης Μ., Παπακώστας Γ., «Θεραπείες ψυχικών διαταραχών», εκτύπωση: Σ. Αθανασόπουλος- Σ. Παπαδάμης & ΣΙΑ Ε.Ε. Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1997.
77. Σολδάτος Κ, Ραμπαβίλας Α. Κοκκέβη Α. «Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και εφαρμογές στην ιατρική πράξη», Αθήνα 1991.
78. Frese FJ. Advocacy, recovery and the challenges of consumerism for schizophrenia. *The Psychiatric Clinic of North America* 1998,21(1):233-249.
79. Heginbotham Ch. UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. *The Lancet* 1998,352 (26):1052-1053.
80. Οικονόμου-Λαλιώτη Μ. Ψυχική ασθένεια: Στίγμα και οικογένεια. Στο: οικογένεια-Ευρώπη-21^{ος} αιώνας: όραμα και θεσμοί. Πρακτικά από το Ευρωπαϊκό Φόρουμ για την οικογένεια. Αθήνα, Νέα Σύνορα, 1998. σελ 509-510.
81. World Psychiatric Association (WPA). *Fighting Stigma*. Geneva, 1998:70-82.
82. Μαδιανός Μ. Η μηλιά κάτω από το μήλο. Άτομο από οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης. Αθήνα, Ελληνικά γράμματα, 1999.

83. Rosen C, Cowan C, Grandison R. The stigma of patienthood. In: Blom B, Asher S. Psychiatric Patient Rights and Patient Advocacy, Volume III: Community Psychiatry Series. New York, Human Science Press, 1982:59-82.
84. Οι φωτογραφίες πάρθηκαν από σελίδες του internet και απεικονίζουν ασθενείς που πάσχουν από μανιοκατάθλιψη .

http://www.livejournal.com/community/community_promo/2002/12/02/
<http://www.aimchange.com/upload/download.php?act=view&file=S3VydCBDb2JhaW4gcGljMi5naWY=&dir=store>
<http://info.onet.pl/885644,19,item.html>
<http://artprint.shoppingsavvy.com/85-Kurt-Cobain.html>
<http://artprint.shoppingsavvy.com/Kurt-Cobain-Nirvana.html>
http://www.facade.com/celebrity/Kurt_Cobain/
<http://anonymous00.webpark.pl/kurt.html>
<http://www.asc.upenn.edu/usr/cassidy/pix/studio/kurt.jpg>
http://ruv.net/Digital_Art_-_Kurt_Cobain_Portrait_kurtcobain.0.html
<http://www.prim> Tim Oldham. Me manic depression.
<http://www.timoldham.co.uk/portfolios.html> (210804)
<http://www.cetn.edu/pr/pictures/a-f/fitzgerald-f-scott/>
http://www.readliterature.com/c_fsfitzgerald.jpg
<http://www.npg.si.edu/exh/hemingway/fitz-essay.htm>
<http://mikeagnew123.tripod.com/spikemilliganshop/id16.html>

