

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ :

**ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΚΦΑΝΣΕΙΣ
ΤΟΥΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΓΟΥΒΗ ΝΙΚΗ

ΤΣΑΓΚΛΗ ΑΡΙΑΝΘΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : Κα. ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σε αυτό το σημείο, με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια κυρία Σαμαρτζή Κυριακή, για την καθοδήγηση και την βοήθεια που μας έδωσε κατά την διάρκεια υλοποίησης και εκπόνησης αυτής της εργασίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από τα αρχαία χρόνια, η διαταραγμένη ή η παράξενη συμπεριφορά ενός ατόμου αποτέλεσαν αντικείμενο φόβου και ενδιαφέροντος για τους συγγενείς και την κοινότητα. Η προσέγγιση των ψυχικών νοσημάτων από την ιατρική της Ελληνο- Ρωμαϊκής περιόδου μέχρι και της Μεσαιωνικής, εμπλουτίστηκε με παρατηρήσεις και θεραπευτικές μεθόδους, κατά βάση παρόμοιες με αυτές που εφαρμόστηκαν στις σωματικές νόσους. Τα ψυχικά νοσήματα, συνεπώς, δεν αποτέλεσαν μία διαχωρισμένη κατηγορία από ότι τα σωματικά νοσήματα. Τα πρώτα βήματα για την συγκρότηση της σύγχρονης ψυχιατρικής έγιναν στο τέλος του 18^{ου} αιώνα. Η πορεία της παράλληλης συγκρότησης της επιστήμης των νευρικών και ψυχικών νοσημάτων και της θεραπείας τους, με κύριο χαρακτηριστικό τον εγκλεισμό σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία (άσυλα), εκτείνεται σε ολόκληρο το 19^ο και τον 20^ο αιώνα (Εμμανουηλίδου- Καλαϊτζίδου, 2008).

Η ψυχοσύνθεση, σαν μία ψυχολογική θεωρία και πρακτική, αναπτύχθηκε από την ψυχανάλυση και εξελίχθηκε στην ανθρωπιστική- υπαρξιακή ψυχολογία, και ακολούθως στην υπερπροσωπική ψυχολογία. Εμπνευστής της υπήρξε ο Ιταλός ψυχίατρος Roberto Assagioli (1888-1974). Μέλος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, ο Assagioli απομακρύνθηκε σταδιακά από την φροϋδική σκέψη, που θεωρούσε δύσκαμπτη και περιορισμένη, σε σχέση με την ευρύτητα και πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ψυχισμού. Κεντρική και πρωτότυπη θέση της ψυχοσύνθεσης είναι, ότι η αναλυτική φάση της ψυχοθεραπείας πρέπει να ακολουθεί μία συνθετική, που να στοχεύει στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες ή διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η ψύχωση. Θα έλεγε κανένας ότι είναι η κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος ονομάζει τρέλα. Η ψύχωση ή, καλύτερα, οι ψυχώσεις και τα συμπτώματα που τις χαρακτηρίζουν, διακρίνουν τον ανώμαλο άνθρωπο από τον ομαλό όσο κανένα άλλο ψυχιατρικό φαινόμενο. Στην ουσία, ο άνθρωπος που παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα, ότι η σκέψη του, τα συναισθήματά του και εν γένει η συμπεριφορά του υπακούουν σε μια εξωπραγματική λογική, ότι είναι αποκυήματα μιας φανταστικής πραγματικότητας. Και, κάτι το παθογνωμικό, ο άνθρωπος που εκδηλώνει τέτοια συμπτώματα δεν έχει συνήθως συνείδηση του γεγονότος ότι ζει σε μία άλλη πραγματικότητα. Έχει με άλλα λόγια την πεποίθηση ότι ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται, ανταποκρίνεται σε αντικείμενα που υπάρχουν και γεγονότα που πραγματικά συμβαίνουν. Είναι τόσο βέβαιος για αυτό, ώστε κανένα επιχείρημα ή απόδειξη να μην μπορεί να τον πείσει ότι δεν είναι έτσι όπως εκείνος αισθάνεται και πιστεύει. Εμπειρίες ανάλογες με αυτό που λέγεται ψύχωση έχουμε όλοι μας από καιρό σε καιρό στη ζωή. Το όνειρο είναι μία τέτοια εμπειρία. Κι όταν παρασυρόμαστε από ένα μεγάλο θυμό, ενθουσιασμό ή ερωτικό πάθος μπορούμε να οδηγηθούμε σε σκέψεις και πράξεις ανάλογες με αυτές που χαρακτηρίζουν μια ψυχωτική κατάσταση (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στις ψυχώσεις ανήκουν η εξής κατηγορίες: σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, , σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, παραληρητική διαταραχή, βραχεία ψυχωτική διαταραχή, επιμενόμενη διαταραχή, ψυχωσική διαταραχή οφειλόμενη σε σωματική νόσο και ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε αλκοόλ ή άλλες ουσίες. Η προληπτική ψυχιατρική έχει στόχο τη μείωση: των περιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών στη κοινότητα (πρωτοβάθμια πρόληψη), τη διάρκεια, ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη), και την πτώση της λειτουργικότητας η οποία προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριτοβάθμια πρόληψη). Για την αντιμετώπιση των παραπάνω ψυχώσεων υπάρχουν οι εξής θεραπευτικές μέθοδοι: η λήψη ψυχοφαρμάκων, η ψυχοθεραπεία, ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Παλαιότερα συνηθιζόταν να χρησιμοποιούνται: το ηλεκτροσόκ και η χειρουργική θεραπεία, αλλά πλέον στη σύγχρονη ψυχιατρική έχουν καταργηθεί. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική διαδικασία αποτελείται από ηθικές υποχρεώσεις που πρέπει να ακολουθεί, σ' όλες τις φάσεις τις θεραπείας και επικοινωνίας του με τον ασθενή, και να είναι ειδικά καταρτισμένος πάνω στον ιδιαίτερο τομέα της ψυχιατρικής. Από την άλλη στην σύγχρονη κοινωνία το στίγμα για την ψυχική ασθένεια παραμένει καθολικό. Κάτι το οποίο σημαίνει πως τόσο οι απλοί πολίτες όσο και οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν μία στερεότυπη εικόνα αλλά και συμπεριφορά για το άτομο με ψυχική νόσο. Τέλος στη σύγχρονη εποχή η αντιμετώπιση των ψυχώσεων επικεντρώνεται στα πρώιμα στάδια της ψύχωσης αλλά και στην πρόληψη της. Παρ' όλες τις καινοτόμες ανακαλύψεις φαρμάκων και θεραπειών, η ψύχωση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί πλήρως θεραπεύσιμη ακόμη και σήμερα.

Περίληψη στην Αγγλική γλώσσα

Of all psychiatric illnesses or disorders the most impressive is the psychosis. It would appear that none is eminently psychiatric illness, what many people called madness. Psychosis or, better, psychosis and symptoms that characterize, distinguish man from the rough smooth like no other psychiatric phenomenon. In fact, the man who exhibits these symptoms gives the impression that he lives in another reality, that thoughts, feelings and general behavior obeys an unreal sense that it is an imaginary figment of reality. And something pathognomonic, the man who exhibits these symptoms are usually not aware of the fact that he lives in a different reality. In other words, has the belief that the way she thinks, feels and behaves, responds to objects that exist and events that actually occur. He is so sure of this, that no argument or evidence could not convince him that it is not so as he feels and thinks. Experiences similar to what is called psychosis we all have from time to time in life. The dream is one such experience. And when intimidated by a big anger, excitement or erotic passion can lead to thoughts and actions similar to those that characterize a psychotic state.

Psychoses belong to the following categories: schizophrenia, bipolar disorder, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, delusional disorder, brief psychotic disorder, epimenomeni disorder, psychotic disorder due to physical illness and psychotic disorder due to alcohol or other substances. Preventive psychiatry aims to reduce: the cases of mental disorders in the community (primary prevention), duration, detection and early diagnosis of mental disorders (secondary prevention), and drop functionality which comes from the chronicity of the disease (higher prevention). To address these psychoses are the following treatments: taking psychiatric drugs, psychotherapy, psychosocial treatments. Previously used to be used: electroshock therapy and surgery, but now in modern psychiatry have been removed. The role of the nurse in the treatment process consists of moral obligations to be followed, in all phases of treatment and communication with the patient, and be specifically trained on the particular field of psychiatry. The other in contemporary society, the stigma of mental illness remains universal. Which means that both ordinary citizens and health professionals maintain a standard image and behavior of the person with mental illness. Finally, in modern times, focused treatment of psychosis in the early stages of psychosis and prevent. Despite all the innovative drug discovery and therapies psychosis can not be described fully treatable today.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο – ΨΥΧΩΣΕΙΣ.....	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΩΣΗΣ.....	9
1.2 ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΗΣΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	10
1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	13
1.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΩΣΕΩΝ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο – Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ.....	34
2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ.....	34
2.2 ΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	38
2.4 ΦΑΣΕΙΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ- ΑΣΘΕΝΗ.....	41
2.5 ΗΘΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	43
2.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο – ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΩΣΕΩΝ.....	48
3.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ.....	49
3.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	50
3.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	56
3.4 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΥΝΤΩΝ.....	62
3.5 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	69
4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	69
4.1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	70

4.1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	71
4.1.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	72
4.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	73
4.3 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΚΦΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ	81
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψύχωση, είναι ένα πρόβλημα αρκετά περίπλοκο και σύνθετο, πάνω στο οποίο γίνονται μελέτες σε διάφορα επίπεδα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές και συγκρούσεις τόσο στην αντίληψη, όσο και στην αντιμετώπιση και επίλυση των διαφόρων προβλημάτων της ζωής και στον τρόπο εκπλήρωσης των καθημερινών ή μη, ατομικών βιοψυχοκοινωνικών αναγκών. Στην εργασία αυτή, θα παρακολουθήσουμε την εξέλιξη που έχει ακολουθήσει η ψύχωση και όλα όσα την αφορούν, από την πρώτη εμφάνισή της μέχρι και σήμερα. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται ο όρος «ψύχωση» καθώς και οι φάσεις στις οποίες διακρίνεται, πρόδρομη, ενεργός ή οξεία και υπολειμματική φάση. Στην συνέχεια, θα συναντήσουμε τα αίτια από τα οποία μπορεί να προκύψει αυτή η ασθένεια, τα οποία είναι κυρίως πολυπαραγοντικά, εμπλέκουν δηλαδή πολλούς παράγοντες του περιβάλλοντος ενός ατόμου. Ακόμη, θα δούμε και τα βασικά συμπτώματα που εμφανίζει, τα οποία διαφέρουν αναλόγως το είδος αλλά και το στάδιο της ψύχωσης. Επίσης, δίνονται συνοπτικά και όλες οι κατηγορίες της ψύχωσης, με κυρίαρχο στοιχείο την κλινική τους συμπτωματολογία. Αυτές είναι: η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η βραχεία διαταραχή, η επιμενόμενη διαταραχή, η ψυχωσική διαταραχή οφειλόμενη σε σωματική νόσο και η ψυχωσική διαταραχή οφειλόμενη στο αλκοόλ ή σε άλλες ουσίες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο ακολουθεί η θεραπεία των ψυχώσεων. Οι θεραπείες οι οποίες θα αναπτυχθούν στην εργασία αυτή, αποτελούν ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων. Κυρίαρχες μεθόδους αποτελούν η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή, οι οποίες είναι και το επίκεντρο της σύγχρονης ψυχιατρικής. Στο ίδιο κεφάλαιο, αναφέρεται και ο σχεδιασμός της θεραπευτικής προσέγγισης, που αφορά τόσο τους ειδικούς ιατρούς που έρχονται σε επαφή με έναν ψυχωσικό ασθενή, όσο και τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Επιπλέον, γίνεται λόγος σχετικά με την επανένταξη των χρόνια ψυχικά νοσούντων και παρατίθεται ο πίνακας με τα σημαντικότερα βήματα στην ψυχιατρική στην Ελλάδα. Παρακάτω, παρουσιάζονται ορισμένες ψυχιατρικές δομές, οι οποίες λειτουργούν στην κοινότητα. Το τρίτο κεφάλαιο, αναφέρεται στον ρόλο που κατέχει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας στην θεραπευτική διαδικασία, τις ηθικές υποχρεώσεις που τον δεσμεύουν απέναντι από τον ασθενή, τα απαραίτητα προσόντα που οφείλει να έχει ή ακόμη και να αποκτήσει, και τις σωστές βάσεις για να έχει μία καλή και λειτουργική επικοινωνία με τον ψυχικά ασθενή. Επιπρόσθετα, περιέχεται στο ίδιο κεφάλαιο, η νοσηλευτική διεργασία και δίνονται κάποια παραδείγματα των βημάτων που ακολουθεί ένας νοσηλευτής σε ορισμένες περιπτώσεις ψυχώσεων.

Όσον αφορά στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, την συναντάμε κατηγοριοποιημένη (πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή) στο τέταρτο κεφάλαιο. Η πρόληψη έχει σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αποφυγή κρουσμάτων ψύχωσης σε κοινοτικό επίπεδο. Τέλος, σε αυτό το τελευταίο κεφάλαιο, θα αναφερθούμε στο στίγμα που υπάρχει απέναντι στα άτομα με ψύχωση, το οποίο συνεχίζει και επικρατεί ακόμη και στην σύγχρονη κοινωνία. Επίσης, παρουσιάζονται και οι σύγχρονες εκφάνσεις των ψυχώσεων, σε σχέση με το πώς έχουν εξελιχθεί οι ίδιες μέσα στα χρόνια, αλλά και οι τρόποι για την αντιμετώπισή τους. Εν κατακλείδι, ο επίλογος αναφέρει τα συμπεράσματα της εργασίας και κάποιες προτάσεις για το μέλλον της ψυχιατρικής.

Σκοπός : στόχος αυτής της εργασίας αποτελεί η αναφορά στις ψυχώσεις και στο πως αυτές έχουν εξελιχθεί στην σημερινή εποχή. Επιπλέον, στα τελευταία κεφάλαια θα δούμε τις μεθόδους θεραπείας και τις προόδους που έχουν γίνει στην ψυχιατρική τα τελευταία χρόνια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

1.1 Ορισμός Ψύχωσης:

Ο όρος ψύχωση εισήχθη το 1845 από τον Von Feuchtersleben με την σημασία της νοητικής διαταραχής ή τρέλας. Εκφράζει μία ποικιλία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της αντίληψης (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, απτικές και γευστικές ψευδαισθήσεις), της διαδικασίας (ασυνέπεια, διαταραχή στη σύνδεση και τη ροή των σκέψεων, φυγή ιδεών) και του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες), με αποτέλεσμα την αλλοίωση της πραγματικότητας. Κατά συνέπεια, κάποιος που ασθενεί από κάποιου είδους ψύχωση, δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, να νιώσει αυθεντικά συναισθήματα προς άλλα πρόσωπα και να είναι λειτουργικός. Η συμπεριφορά του είναι παράξενη, αμυντική, αποδιοργανωμένη ή κατατονική. Συνήθως τα άτομα τα οποία βιώνουν ψυχωσικό επεισόδιο, δεν παραδέχονται και δεν συνειδητοποιούν ότι οι ίδιοι πάσχουν από πρόβλημα ψυχικής υγείας. Πιστεύουν πως είναι καλά και κάποιος άλλος ή κάποιος άλλοι επιδιώκουν με διάφορους τρόπους να τους κάνουν κακό (Εμμανουηλίδου, Καλαϊτζίδου, 2008).

Πολλοί επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μιλάνε για ύφεση και υποτροπή. Η ύφεση, αναφέρεται στη σταδιακή εξαφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως είναι οι φωνές, οι παραληρητικές ιδέες κ.α. Μετά από ένα επεισόδιο ψύχωσης, η ύφεση μπορεί να επέλθει σε λίγες μέρες, μπορεί όμως και σε λίγους μήνες και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως από το πόσο μεγάλο χρονικό διάστημα το άτομο δεν ήταν καλά, από την προθυμία του ατόμου να πάρει φάρμακα και από το περιβάλλον του. Οι πιθανότητες υποτροπής αυξάνονται όταν το άτομο που πάσχει:

- Δεν τηρεί με συνέπεια τις προκαθορισμένες επισκέψεις στο γιατρό του και δεν ακολουθεί πιστά την φαρμακευτική του αγωγή.
- Κάνει χρήση αλκοόλ παράλληλα με την φαρμακευτική του αγωγή, ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (χασίς, κοκαΐνη κλπ).
- Δέχεται συνεχώς έντονες αρνητικές επιδράσεις από το περιβάλλον του.
- Παραμένει συνεχώς κλεισμένος στο δωμάτιό του χωρίς δραστηριότητες και επικοινωνία. (DSM-IV).

Μία από τις βαρύτερες ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας είναι η παιδική ψύχωση. Παρουσιάζει μια πολύπλοκη κλινική εικόνα, που εκφράζεται με γνωσιακές, συναισθηματικές και συμπεριφεριολογικές διαταραχές. Δείχνει τη βαθιά διαταραχή της αντίληψης που έχει το παιδί για τον εαυτό του και των σχέσεων με το περιβάλλον του. Οι επιπτώσεις της είναι σοβαρές τόσο στη δόμηση της προσωπικότητας του παιδιού όσο και στη ζωή της οικογένειας. Η παιδική σχιζοφρένεια αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή της παιδικής ψύχωσης. Η κλινική εικόνα των παιδικών ψυχώσεων χαρακτηρίζεται από τη βαρύτητα αλλά και την πολυμορφία της ψυχοπαθολογίας. Η συμπτωματολογία διαφέρει ανάλογα με την ηλικία έναρξης. Έτσι, διακρίνουμε δύο κλινικές μορφές: τις πρώιμες παιδικές ψυχώσεις, με έναρξη πριν από την ηλικία των πέντε ετών, και τις ψυχώσεις με μεταγενέστερη έναρξη που αντιστοιχεί στη λανθάνουσα ηλικία (6-12 ετών). (Χατζηπαρασκευάς- Χρυσάφης, 2007). Τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων συνθέτουν μια ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ποικίλων προβλημάτων στην ψυχοκοινωνική

τους εξέλιξη και προσαρμογή, αν και αρκετά από αυτά κατορθώνουν να αντιμετωπίζουν με επάρκεια τις δυσκολίες που επιφέρει η ψυχική ασθένεια των γονέων τους. Σε αυτά τα παιδιά ανευρίσκεται αυξημένη συχνότητα ψυχοπαθολογίας, με το 1/3 τους να αναπτύσσει επίμονες ψυχικές διαταραχές και το 1/3 τους προσωρινές ψυχιατρικές δυσκολίες, ενώ τα υπόλοιπα δεν φαίνεται να εμφανίζουν συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές (Χατζηπαρασκευάς- Χρυσάφης, 2007). Ο τρόπος που εξελίσσεται η ψύχωση ποικίλει σημαντικά ανάλογα με την περίπτωση. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να διακρίνουμε τρεις φάσεις:

Πρόδρομη φάση:

Σε αυτή τη φάση παρατηρείται μια βαθμιαία αλλαγή στη διάθεσή και τη συμπεριφορά του ασθενή. Οι συγγενείς του μπορεί να ανησυχήσουν διότι απομακρύνεται από φίλους, παραμελεί την εργασία ή τις σπουδές του, δεν φροντίζει τον εαυτό του, δεν κοιμάται καλά το βράδυ. Όλα αυτά μπορεί να συμβαίνουν πριν από την πραγματική έναρξη της αρρώστιας αλλά είναι δύσκολο να συνειδητοποιήσει ότι κάτι δεν πάει καλά, γιατί συχνά αυτές οι συμπεριφορές χαρακτηρίζουν την εφηβεία ή την πρόιμη ενήλικη ζωή.

Ενεργός ή οξεία φάση:

Σε αυτή τη φάση εμφανίζονται συμπτώματα που δεν μπορεί να αγνοήσει, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης επιδεινώνονται και νιώθει ανησυχία. Μερικές φορές σε αυτή τη φάση ίσως χρειαστεί να παραμείνει για λίγες ημέρες στο νοσοκομείο, για να γίνουν εξετάσεις και να λάβει κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία.

Υπολειμματική φάση:

Σε αυτή τη φάση η κατάσταση έχει σταθεροποιηθεί και τα συμπτώματα της οξείας φάσης έχουν υποχωρήσει. Ενδέχεται να παραμένουν τα αρνητικά συμπτώματα, όπως ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων και η μειωμένη ενεργητικότητα. Αυτή η φάση μπορεί να έχει διάρκεια ετών και να διακόπτεται από υποτροπές.

1.2 Αίτια εμφάνισης νόσου:

Οι ψυχωτικές διαταραχές κάνουν συνήθως την εμφάνισή τους στην εφηβεία και την πρώτη νεότητα. Φαίνεται ότι οι ψυχώσεις αυτές που έχουν οξεία εμφάνιση, έχουν καλύτερη εξέλιξη από εκείνες που αρχίζουν ύπουλα και προοδευτικά. Επίσης, προσβάλλουν τουλάχιστον 1 στους 100 ανθρώπους κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η ψύχωση συναντάται σε όλο τον κόσμο, και τα ποσοστά νόσησης είναι παρόμοια από χώρα σε χώρα. Εκδηλώνεται σε άτομα από κάθε κοινωνική τάξη και προσβάλλει εξίσου συχνά, άντρες και γυναίκες. Ενώ οι περισσότεροι άνδρες εμφανίζουν τη νόσο μεταξύ 15 και 25 ετών, οι περισσότερες γυναίκες αναπτύσσουν συμπτώματα μεταξύ των ηλικιών 25 και 30. (Παπαδοπούλου, 2008). Τα πρώτα σημάδια ψύχωσης, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, συνήθως εμφανίζονται στην εφηβεία και γενικά σε νεαρή ηλικία, αλλά μπορεί και να εμφανιστούν και σε μεγαλύτερη ηλικία.

Η ψύχωση αποτελεί μία νόσο με σταδιακή εξέλιξη, η οποία μπορεί να έχει μία οργανική βάση αλλά οι περιβαλλοντολογικές συνθήκες είναι εκείνες που καθιστούν

δυνατή την εμφάνιση της νόσου στη ζωή ενός ατόμου, για αυτό και δεν έχει βρεθεί ένα και μοναδικό αίτιο ψύχωσης. Δεν είναι εξακριβωμένοι οι αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά είναι γενικά αποδεκτή η πολυπαραγοντική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Πιθανόν να κληρονομείται μία βιολογική ευαλωτότητα που, σε συνδυασμό με συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές πιέσεις, να οδηγεί στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς στο να αναπτύσσουν ψυχωτικά συμπτώματα, κάτω από ορισμένες συνθήκες από ότι άλλοι. Για παράδειγμα, ο κίνδυνος να παρουσιάσει κανείς ψύχωση αυξάνεται εάν στην οικογένειά του υπάρχει και κάποιο άλλο μέλος με ψύχωση. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι άνθρωποι που εμφανίζουν τελικά ψύχωση, αποδεικνύεται πως δεν έχουν προηγούμενο ιστορικό ψύχωσης στην οικογένειά τους. (Καραδήμας, 2005).

Τα αίτια των ψυχωσικών διαταραχών είναι ποικίλα και διαφορετικά για την κάθε διαταραχή. Επιπλέον, σε μεγάλο βαθμό δεν έχουν διευκρινιστεί και απλά υπάρχουν υποθέσεις γι' αυτά. Θα αναφέρουμε κάποιους παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί:

- Κληρονομικοί ή γενετικοί.
- Περιβαλλοντικοί, π.χ. οικογενειακές δομές-σχέσεις των μελών της οικογένειας.
- Ιογενείς- Περιγεννητικοί: π.χ. φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και τη γέννηση κατά τους χειμερινούς μήνες, όπως και ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και τις περιγεννητικές επιπλοκές.
- Ενδοκρινικοί- Νευροχημικοί: Διαταραχή των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων, κυρίως του ντοπαμινεργικού και δευτερευόντως των υπολοίπων (νοραδρενεργικού, σεροτονινεργικού κ.α.).
- Δομικές εγκεφαλικές βλάβες: π.χ. διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου, διεύρυνση των αυλάκων, παρεγκεφαλιδική ατροφία κ.α.
- Βέβαια για την αιτιολογία των ψυχωσικών διαταραχών υπάρχουν και οι ψυχογενετικές απόψεις, που περιλαμβάνουν την ψυχαναλυτική προσέγγιση, την συμπεριφορική προσέγγιση, τις απόψεις της διαταραγμένης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας κ.α.
- Επιπλέον δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να αναπτυχθούν στο πλαίσιο μιας άλλης ιατρικής κατάστασης: π.χ. νεοπλασμάτων, κροταφικής επιληψίας, ημικρανίας, λοιμώξεων του κεντρικού νευρικού συστήματος, υπογλυκαιμίας, υπέρ-ή υποθυρεοειδισμού, υπερκαπνίας κ.α.).
- Επίσης ψυχωτική διαταραχή μπορεί να προκληθεί από ουσίες, είτε κατά την τοξίκωση από αυτές, είτε κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου από αυτές. Τέτοιες ουσίες είναι: το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η κάνναβη, τα αγχολυτικά, τα υπνωτικά κ.α. Επιπλέον φάρμακα και τοξίνες μπορούν να προκαλέσουν αυτή τη διαταραχή. Τέτοια είναι: αναισθητικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αντιπαρκινσονικά, οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα, μογογίες κ.α. (DSM-IV).

1.3 Συμπτώματα:

Η ψύχωση παρόλο που φαίνεται να κάνει την εμφάνισή της ξαφνικά, στην πραγματικότητα έχει μία χρόνια εσωτερική εξέλιξη. Η αρχική φάση της νόσου εμπεριέχει μεγάλο φόβο, ο οποίος οδηγεί τα άτομα αυτά σε αποδόμηση και αποδιοργάνωση της ταυτότητάς τους. Κυριεύονται από φαντασιώσεις αφανισμού και φόβους καταστροφής, οι οποίοι οδηγούν τον ασθενή σε παλινδρόμηση σε κάποιο επίπεδο όπου να μπορεί να αναπτύξει κάποιες άμυνες. Οι φόβοι αυτοί, φανερώνονται μέσα από μία σειρά συμπτωμάτων όπως είναι οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις και οι παράνοιες.

Παραληρητικές ιδέες:

Οι σκέψεις μπερδεύονται και οι προτάσεις είναι ασαφείς, ή δεν βγάζουν νόημα. Κάποιοι ασθενείς ίσως νομίζουν ότι κάποιοι άλλοι τοποθετούν τις ιδέες στο κεφάλι τους και πως οι σκέψεις αυτές δεν είναι δικές τους. Ίσως εμφανίζονται ως μη συνεργάσιμοι. Οι ψευδείς αντιλήψεις φαίνονται ως αληθινές στο άτομο που πάσχει. Είναι συχνά πολύ τρομακτικές και δεν μπορούν να καταρριφθούν με λογικά επιχειρήματα διότι, για το άτομο που πάσχει είναι πραγματικές. Μπορεί, για παράδειγμα, να νομίζει ότι το φαγητό του είναι δηλητηριασμένο.

Ψευδαισθήσεις:

Το άτομο μπορεί να βλέπει, ακούει, γεύεται, μυρίζει, αισθάνεται κάτι που δεν υπάρχει. Μπορεί να ακούει φωνές ενώ βρίσκεται μόνο του. Αλλαγές στο συναίσθημα: Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται περίεργα και εντελώς αποκομμένοι από τον κόσμο. Οι απότομες αλλαγές στο συναίσθημα είναι συχνές. Από την άλλη, το άτομο μπορεί να έχει επίπεδο συναίσθημα. Δηλαδή, να είναι ανίκανοι να βιώσουν συναισθήματα. Τα συμπτώματα αυτά λειτουργούν σαν άμυνες, σαν ένας μηχανισμός επιβίωσης που αναπαριστά τη ζωή, σαν το μέσο σε μία προσπάθεια αιτίασης, ώστε να μειωθεί ο φόβος και να δομηθεί μία νέα ταυτότητα με τη δική της λογική, τη δική της γλώσσα, αυτό που αποκαλούμε ψύχωση.

1.4 Κατηγορίες Ψυχώσεων

Δύο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά των ψυχώσεων, η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο πραγματικό και το φανταστικό και η απώλεια λειτουργικότητας σε διάφορα επίπεδα. Ανάλογα με τα συμπτώματα υπάρχουν τα παρακάτω είδη ψυχώσεων :

- Σχιζοφρένεια.
- Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή.
- Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή.
- Διπολική Διαταραχή.
- Παραληρητική Διαταραχή.
- Βραχεία Ψυχωσική Διαταραχή.
- Επιμενόμενη Διαταραχή.
- Ψυχωσική Διαταραχή οφειλόμενη σε σωματική νόσο.
- Ψυχωσική Διαταραχή οφειλόμενη στο αλκοόλ ή άλλη ουσία.
- Ψυχωσική Διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς. (DSM-IV).

1.4.1 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια θεωρείται σήμερα ως ένα από τα σοβαρότερα ψυχικά νοσήματα. Παρότι ο όρος σχιζοφρένεια χρησιμοποιείται μόνο από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η διαταραχή είναι γνωστή εδώ και πολλούς αιώνες σε όλους τους τύπους της κοινωνίας. Ο όρος σχιζοφρένεια λοιπόν, προτάθηκε από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρόιμη άνοια, και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin (1896) το διέδωσε σε όλο τον κόσμο. Βέβαια, γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν επρόκειτο για άνοια, κι ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, από όπου και ο όρος σχιζοφρένεια. (Αδαμόπουλος- Λυράκου, 2011).

Ορισμός:

Η σχιζοφρένεια είναι μία βαριά ψυχωτική διαταραχή, της οποίας δεν έχει αναγνωριστεί μία συγκεκριμένη αιτία. Θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή του. Σημαντικό στοιχείο είναι η απουσία ελέγχου της πραγματικότητας. Η εμφάνιση της νόσου πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 έτη, είναι εξαιρετικά σπάνια. Παρόλα αυτά όμως, έχουν περιγραφεί περιπτώσεις σε παιδιά γύρω στην ηλικία των 5 ετών. (Παπαδοπούλου, 2008). Τα άτομα που εμφανίζουν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, συνήθως δεν κατανοούν τι τους συμβαίνει και αισθάνονται μπερδεμένοι. Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση είναι ζωτικής σημασίας. Το 20 με 25% των ατόμων, επανέρχονται πλήρως μετά το πρώτο επεισόδιο.

Η σχιζοφρένεια συχνά ακολουθεί μία πορεία με 3 φάσεις:

Η πρόδρομη φάση: η εμφάνιση της σχιζοφρένειας συνήθως γίνεται στα μετεφηβικά χρόνια και συχνά η λειτουργικότητα του ατόμου μειώνεται σταδιακά.

Η ενεργός φάση: Σε αυτή τη φάση το άτομο παρουσιάζει τα βασικά ψυχωτικά συμπτώματα. Αυτή η φάση μπορεί να κρατήσει κάποιες εβδομάδες ή και απροσδιόριστο χρόνο.

Η υπολειμματική φάση: στις περισσότερες περιπτώσεις η ανάρρωση είναι σταδιακή. Σε κάποιες περιπτώσεις η υπολειμματική φάση καταλήγει στην επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία, «πλήρης ύφεση», αν και αυτή δεν είναι η συνήθης πορεία.

Διαχρονικές έρευνες δείχνουν ότι περίπου το 10% των ατόμων παραμένουν σε ενεργό σχιζοφρένεια, το 25% επιστρέφουν σε πλήρη λειτουργικότητα, και το 50-65% ταλαντεύονται ανάμεσα σε υπολειμματικές και σε ενεργές φάσεις, συχνά με ολόένα και μειωμένη λειτουργικότητα στις υπολειμματικές φάσεις. Ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, λειτουργούν ως εκλυτικοί παράγοντες.

Αίτια:

Η ψυχική αυτή ασθένεια έχει αποτελέσει το αντικείμενο μακροχρόνιων ερευνών για την εξακρίβωση της αιτίας ή των αιτιών της δημιουργίας. Η αιτιολογία της αποτελεί αίνιγμα για την ιατρική. Η θεωρία ότι οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές, μεταβολικές ή βιοχημικές διαταραχές, αμφισβητήθηκε. Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι μία ενιαία διαταραχή, ή μία ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω της

πολυπλοκότητας της διαταραχής, λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια. Μερικές φορές, ασθενείς εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα λόγω κάποιας άλλης παθολογικής διαταραχής που δεν έχει ανιχνευτεί. Για το λόγο αυτό, πριν ένα άτομο διαγνωστεί ότι πάσχει από σχιζοφρένεια, πρέπει να έχουν αποκλειστεί άλλες παθολογικές διαταραχές που μπορεί να μιμούνται τη νόσο αυτή. Αυτό απαιτεί ένα πλήρη κλινικό και παρακλινικό έλεγχο κατά την διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών αυτών. (Αδαμόπουλος-Λυράκου, 2011).

Όπως και στα άλλα ψυχικά νοσήματα, τα αίτια της νόσου είναι βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά (βίο- ψυχοκοινωνικό μοντέλο). Ως κυριότερες αιτίες εμφάνισης της σχιζοφρένειας αναφέρονται οι εξής:

- Κληρονομικοί παράγοντες (συγγενείς ή εξωγενείς).

Τα παιδιά που έχουν ένα σχιζοφρενή γονέα, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν τα ίδια σχιζοφρενή, ακόμα και εάν υιοθετηθούν από άλλη οικογένεια από τα πρώτα χρόνια κίολας της ζωής τους. Αυτές αποτελούν δυνατές ενδείξεις, ότι η σχιζοφρένεια επηρεάζεται γενετικά. Από την άλλη όμως, ακόμη και όταν το ιστορικό της οικογένειας ενός παιδιού υποδηλώνει ότι μπορεί να υπάρχει μία τέτοια γενετική προδιάθεση, συνήθως χρειάζεται ένας συγκεκριμένος αριθμός καταστάσεων που περιλαμβάνουν στρες (για παράδειγμα, γονείς που απορρίπτουν, μία αποτυχία ή σειρά από αποτυχίες στο σχολείο, ή μία πιθανή διάλυση της οικογένειας οφειλόμενη σε διαζύγιο) για να πυροδοτήσει μία ψυχική ασθένεια. (Shaffer, 2004).

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Συναισθηματικοί παράγοντες.
- Η επίδραση κοινωνικών, ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων.
- Η αλληλεπίδραση παραγόντων γενετικής προδιάθεσης και περιβάλλοντος.

Συμπτώματα:

Η σχιζοφρένεια είναι μία διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο. Τα χαρακτηριστικότερα λοιπόν, συμπτώματα της νόσου είναι:

- Παραληρητικές ιδέες.
- Ψευδαισθήσεις.
- Αποδιοργανωμένος λόγος (συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία).
- Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.

Όσον αφορά στην βασική συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας, χωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες. Τα θετικά συμπτώματα και τα αρνητικά.

Θετικά συμπτώματα:

Τα θετικά συμπτώματα ονομάζονται έτσι γιατί προστίθενται στις καθημερινές εμπειρίες, ενώ κανονικά δεν θα έπρεπε να έχουν καμία θέση σε αυτές. Ο όρος «θετικά» δεν έχει την έννοια του «καλά». Διακρίνουμε τα εξής:

1. Παραληρητικές ιδέες. Πρόκειται για ιδέες (σκέψεις) που δεν ανταποκρίνονται στην κοινά αποδεκτή πραγματικότητα. Μπορεί να είναι ακραίες και υπερβολικές, ή πιο ρεαλιστικές και καθημερινές.
2. Ψευδαισθήσεις. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, πρόκειται για φαινόμενο της αντίληψης όπου κάποιος βλέπει, ακούει, μυρίζει ή αισθάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν.
3. Αποδιοργανωμένος λόγος. Είναι ο λόγος χωρίς λογική συνέπεια, ειρμό και ροή.
4. Διαταραγμένη συμπεριφορά. Πρόκειται για συμπεριφορές ακραίες, που δεν συναντά κανείς συχνά και είναι χωρίς λογική. Εμφανίζονται στον τρόπο κίνησης, στάσης του σώματος και γενικότερα εμφάνισης.

Αρνητικά συμπτώματα:

Τα αρνητικά συμπτώματα ονομάζονται έτσι γιατί μειώνουν την ικανότητα να κάνει κανείς πράγματα της καθημερινής ζωής. Χάνεται το ενδιαφέρον ή το κίνητρο για ζωή. Τα πάντα απαιτούν μεγάλη προσπάθεια για να γίνουν. Η οργάνωση και η τάξη της ζωής γίνεται πολύ δύσκολη καθώς και η επικοινωνία και η έκφραση συναισθημάτων. (ΕΠΙΨΥ, 2004). Διακρίνουμε τα εξής:

1. Συναισθηματική επιπέδωση. Πρόκειται για την δυσκολία να αισθανθεί κάποιος τα διάφορα συναισθήματα, να τα διαχωρίσει και να τα εκφράσει.
2. Φτωχό περιεχόμενο σκέψης και λόγου (αλογία, αβουλία). Περιορισμένος λόγος και σκέψη. Σαν να υπάρχει ένα κενό.
3. Έλλειψη κάθε επιθυμίας (ανηδονία). Καμία αναζήτηση, κανένα θέλω. Τίποτα δεν βιώνεται ως επιθυμία και φυσικά καμία διεκδίκηση.

Ø Τύποι Σχιζοφρένειας:

1. Παρανοϊκός τύπος

Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες, ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού, συνήθως παραβλέπεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου, και παρανοϊτικοί σχιζοφρενικοί μπορούν να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές/ επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους. Έτσι, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται. Άγχος, θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή, συχνά χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο, όπως και αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου, ή φόβος ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο, ή θα τον προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι.

Η έναρξη αυτού του τύπου τείνει να συμβαίνει αργότερα στην ζωή, από ότι των άλλων τύπων και τα χαρακτηριστικά του γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου. Οι παραληρητικές ιδέες είναι τυπικά δίωξης ή μεγαλείου, αν και παραληρητικές ιδέες με άλλα θέματα (π.χ. ζήλεια, θρησκεία) μπορεί να εμφανιστούν. Οι παραληρητικές ιδέες

μπορεί να είναι πολλαπλές, αλλά συνήθως συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, μπορεί να προδιαθέσουν το άτομο για αυτοκτονία και ο συνδυασμός παραληρητικών ιδεών και μεγαλείου μαζί με θυμό, μπορεί να προδιαθέσουν για βία.

2. Κατατονικός τύπος

Για να διαγνωστεί αυτός ο τύπος, θα πρέπει να πληρεί όλα τα κριτήρια της νόσου, και επίσης να μην υπάρχει άλλη αιτιολογία για την κατατονία, όπως κάποια ουσία (π.χ. νευροληπτικά), κάποια γενική ιατρική κατάσταση, ή κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο. Στην κλινική εικόνα του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας, κυριαρχούν τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Κινητική ακινησία, όπως γίνεται φανερό με καταληψία (άκαμπτη διατήρηση της θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα), και συμπεριλαμβάνεται επίσης η κηρώδης ευκαμψία (εντύπωση που δίνεται κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή, ότι αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στην θέση που τα μετακίνησε).
- Υπερβολική κινητική δραστηριότητα (η οποία είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα).
- Ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης, που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο, σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης, σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης), ή αλαλία.
- Ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων, όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες, απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότερες κινήσεις, έκδηλοι μορφασμοί.
- Ηχολαλία (επανάληψη σαν ηχώ από τον ασθενή, αυτών που λέει κάποιο άλλο άτομο), ή ηχοπραξία (επαναληπτική μίμηση από τον ασθενή, των κινήσεων ενός άλλου ατόμου).

3. Αδιαφοροποίητος τύπος:

Τύπος σχιζοφρένειας, στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα όπως η καταληψία και η κηρώδης ευκαμψία, αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του παρανοϊκού, αποδιοργανωμένου ή κατατονικού τύπου.

4. Υπολειμματικός τύπος:

Σε αυτόν τον τύπο ισχύουν τα παρακάτω συμπτώματα:

- Απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.
- Υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων, ή δύο και περισσότερων από τα παραπάνω, τα οποία είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Όπως φαίνεται, λοιπόν, από τα κριτήρια ο τύπος αυτός αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον επεισόδιο σχιζοφρένειας, αλλά στην τωρινή κλινική εικόνα δεν υπάρχουν έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν αρνητικά εξασθενημένα.

5. Αποδιοργανωμένος ή ηβηφρενικός τύπος:

Πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

- Αποδιοργανωμένος λόγος.
- Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
- Επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα (Παπαδοπούλου, 2008).

6. Απλός τύπος :

Η μορφή αυτή αρχίζει νωρίς στην ζωή του ασθενή και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Χαρακτηρίζεται από την βραδεία και ύπουλη μείωση των εξωτερικών ενδιαφερόντων, την απάθεια και την αδιαφορία, που οδηγούν σε περιορισμό και ρηχότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και προσαρμογή σε κατώτερα επίπεδα λειτουργικότητας. Από τα πρώτα συμπτώματα της απλής μορφής της σχιζοφρένειας, είναι η βαθμιαία μείωση της σχολικής επίδοσης, η τάση προς ονειροπόληση, ο περιορισμός των σχέσεων, η ελάττωση της πρωτοβουλίας, η παραμέληση της εμφάνισης και η υποβουλησία (αρνητικά συμπτώματα). Συνυπάρχει προοδευτική πτώση του συναισθήματος, που κλιμακώνεται από την απλή ρηχότητα και την άμβλυση μέχρι την πλήρη κατάργησή του. Στον εργασιακό χώρο, ο πάσχων μπορεί να αλλάζει διαδοχικά επαγγέλματα, το ένα κατώτερο από το άλλο, χωρίς να αιτιάζεται ανησυχία για την συμπεριφορά του και τις συνέπειές τις. Χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η έλλειψη της επίγνωσης του νοσηρού, καθώς και των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Πρόκειται για αμφιλεγόμενη διάγνωση, που προϋποθέτει αφενός τον αποκλεισμό ύπαρξης θετικών συμπτωμάτων στην έναρξη της νόσου (κάτι που συμβαίνει σπάνια), και αφετέρου τη μακροχρόνια παρακολούθηση του ασθενούς για επιβεβαίωση της σταδιακής έκπτωσης της λειτουργικότητάς του. (Σολδάτος- Λυκούρας, 2006).

1.4.2 Διπολική Διαταραχή (Μανιοκατάθλιψη)

Από τις συναισθηματικές διαταραχές συχνότερη είναι η διπολική, από την οποία νοσούν συχνότερα οι γυναίκες σε αναλογία 2:1 συγκριτικά με τους άνδρες. Επομένως περισσότερο οι γυναίκες ανήκουν στη ομάδα μεγάλου κινδύνου νόσησης. Οι διπολικές διαταραχές με επεισόδια μανίας και κατάθλιψης τείνουν να παρουσιάζονται με την ίδια περίπου ή ελαφρώς μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Κύριο χαρακτηριστικό των συναισθηματικών διαταραχών είναι η διαταραχή της διάθεσης, συνοδευόμενη από πλήρες ή μερικό μανιακό ή καταθλιπτικό σύνδρομο. Οι διαγνωστικές κατηγορίες τους κατά το DSM-III-R σύστημα είναι :

- Μείζων κατάθλιψη, μοναδικό επεισόδιο.
- Μείζων κατάθλιψη υποτροπιάζουσα.
- Δυσθυμία ή καταθλιπτική νεύρωση.
- Διπολική διαταραχή, μανιακή.

- Διπολική διαταραχή, καταθλιπτική.
- Διπολική διαταραχή, μεικτή.
- Κυκλοθυμία.

Ορισμοί :

Διπολική Διαταραχή: Η διπολική διαταραχή επικράτησε να αποκαλείται μανιοκατάθλιψη, στην επιστημονική ορολογία, για το λόγο ότι οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή περνούν από κύκλους ή φάσεις μανίας, οι οποίοι εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις βαθιάς κατάθλιψης.

Κατάθλιψη: η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων, που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Έτσι λοιπόν, η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί: α) μία φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, β) ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μία μορφή αντίδρασης στο στρες, ή μία δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, και γ) μία ψυχολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή ή οι διπολικές διαταραχές που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, τόσο σύμφωνα με το ICD-10 όσο και με το DSM-IV, στις διαταραχές της διάθεσης. Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ακόμη και οι ειδικοί δεν συμφωνούν σχετικά με την φύση της, ούτε και έχουν καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Σε ένα σημείο βέβαια, υπάρχει ομοφωνία: η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα μας μέχρι την βαριά κατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές πάντως, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μία κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. (Κλεφτάρας, 1998).

Μανία : Στη διπολική διαταραχή, στον αντίθετο πόλο της κατάθλιψης βρίσκεται η μανία. Η ευφορία, που είναι το χαρακτηριστικό συναίσθημα στη φάση της μανίας, ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού και γίνεται παθολογική. Η μανία ορίζεται όταν εμφανίζονται παθολογικά συμπτώματα στους τομείς του συναισθήματος, των γνωστικών λειτουργιών, των σωματικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς ταυτόχρονα και συνοδεύονται από «ανεβασμένη» ή «ευερέθιστη διάθεση». Τα περισσότερα συμπτώματα της μανίας είναι αντίθετα από αυτά της κατάθλιψης. Βασικό χαρακτηριστικό της διπολικής διαταραχής είναι η εναλλαγή συναισθηματικής διάθεσης του ατόμου για αυτό αποκαλείται και «διαταραχή διάθεσης». Αν και δεν υπάρχει καθαρή ομοφωνία σχετικά με το πόσα είδη διπολικής διαταραχής υπάρχουν, το DSM-IV-TR αναφέρει τρεις υποκατηγορίες της ασθένειας και μια που δεν μπορεί να καθοριστεί. Η διπολική διαταραχή λοιπόν μπορεί να διακριθεί στους εξής τύπους:

- **Διπολική I:** καταθλιπτικά-μανιακά επεισόδια.

Ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια. Υποκατηγορίες καθορίζουν αν έχουν υπάρξει πάνω από ένα επεισόδια και τον τύπο το πιο πρόσφατου επεισοδίου. Ένα καταθλιπτικό ή υπομανιακό επεισόδιο δεν χρειάζεται για τη διάγνωση αλλά συχνά συμβαίνει.

- **Διπολική II:** καταθλιπτικά-υπομανιακά επεισόδια.
Κανένα μανιακό αλλά ένα ή και περισσότερα υπομανιακά επεισόδια, καθώς και ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια. Τα υπομανιακά επεισόδια δεν φτάνουν τις ακραίες μορφές της μανίας (π.χ. συνήθως δεν προκαλούν σοβαρή κοινωνική δυσλειτουργία και δεν υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα) και αυτό μπορεί να κάνει την διπολική διαταραχή II δύσκολη να διαγνωσθεί έγκαιρα καθώς τα υπομανιακά επεισόδια μπορεί να φαίνονται ως μια περίοδος μεγάλης παραγωγικότητας και αναφέρονται σπανιότερα από τα καταθλιπτικά επεισόδια.
- **Κυκλοθυμική Διαταραχή:** υποθυμικά- υπομανιακά επεισόδια.
Ένα ιστορικό υπομανιακών επεισοδίων με περιόδους κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.. Υπάρχει μια ήπια κυκλική αλλαγή της διάθεσης η οποία φαίνεται στον παρατηρητή ως στοιχείο της προσωπικότητας και εμποδίζει την ομαλή κοινωνική και διαπροσωπική λειτουργία του ασθενούς.
- **Διπολική Διαταραχή, που δεν μπορεί να καθοριστεί.**
Αυτή η διάγνωση γίνεται όταν η διαταραχή δεν συμπίπτει με καμία από τις πιο πάνω κατηγορίες. Μπορεί να επηρεάσει πολύ αρνητικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Αίτια

Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει, φυσικά απομονωθεί ένας και μοναδικός, ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Η έρευνα που έγινε και συνεχίζει να γίνεται, απλά προτείνει ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που φαίνεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να ομαδοποιηθούν σε :

- Γενετικούς.
- Ψυχοκοινωνικούς.
- Νευροβιολογικούς.

Για να τεθεί η διάγνωση αρκεί ακόμη και ένα μανιακό επεισόδιο (κατά το διαγνωστικό σύστημα DMS-IV-TR) και τουλάχιστον δυο επεισόδια από τα οποία το ένα τουλάχιστον μανιακό (κατά το διαγνωστικό σύστημα ICD-10). Στο ICD-10, περιλαμβάνεται και η πρόσθετη διάγνωση του μοναδικού μανιακού επεισοδίου, για το πρώτο επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής εάν αυτό είναι μανιακό. Το ότι στο DSM-IV TR ήδη από το πρώτο μανιακό επεισόδιο η νόσος ορίζεται ως «διπολική» διαταραχή υποδηλώνει ότι η απάντηση στη θεραπεία, η εξέλιξη και η πορεία δεν διαφέρουν σημαντικά είτε όταν το μανιακό επεισόδια είναι μοναδικό είτε όταν ακολουθεί άλλο επεισόδιο (μανιακό ή καταθλιπτικό). Το ότι και στα δυο διαγνωστικά συστήματα η νόσος θεωρείται ως «διπολική» ακόμη και εάν έχουν εμφανιστεί μόνο μανιακά και κανένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (όπως συμβαίνει περίπου στο 10% των περιπτώσεων), αντανάκλα την επικρατούσα άποψη ότι η παρουσία η μη καταθλιπτικών επεισοδίων δεν τροποποιεί σημαντικά τα βασικά χαρακτηριστικά της νόσου. (Σολδάτος, Λυκούρας, 2006).

Τα αίτια της διπολικής διαταραχής δεν έχουν απόλυτα ξεκαθαριστεί. Σύμφωνα με το National Institute of Mental Health των ΗΠΑ δεν υπάρχει μια μεμονωμένη αιτία που προκαλεί τη διπολική διαταραχή, αλλά πολλοί παράγοντες που λειτουργούν συντονισμένα για να προκαλέσουν την ασθένεια. Η συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας είναι περίπου 1% και η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 30 έτη. Σ' ένα ποσοστό μόλις 10% εκδηλώνεται μόνο με μανιακά επεισόδια. Οι ερευνητές έχουν ψάξει για πιθανή γενετική συσχέτιση με προδιάθεση για τη διπολική διαταραχή καθώς τα 2/3 διπολικών ασθενών έχουν οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών. Ωστόσο έχει αποδειχθεί ότι η διπολική, όπως και άλλες ψυχιατρικές ασθένειες δεν προκαλείται από μόνο ένα γονίδιο. Υποθέσεις έχουν διατυπωθεί πως μπορεί να ευθύνονται ψυχοκοινωνικοί ή νευροβιολογικοί παράγοντες, π.χ. όπως που έχουν να κάνουν με την ατελή κατασκευή της μυελίνης (ουσία που περιβάλλει του άξονες των νευρικών κυττάρων με σκοπό την προστασία και τη μόνωση τους). Επίσης, είναι και αυτοί που έχουν να κάνουν με την παρουσία μεγάλων ποσοτήτων ασβεστίου στα νευρικά εγκεφαλικά κύτταρα, την ντοπαμίνη και άλλες χημικές ουσίες- νευροδιαβιβαστές μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα. Για την εμφάνιση διπολικής διαταραχής μεγάλο ρόλο παίζουν οι καταχρήσεις ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ. Τέλος, άλλες οργανικές παθολογικές καταστάσεις όπως νοσήματα του θυρεοειδούς, φάρμακα που χορηγούνται για άλλα νοσήματα όπως κορτιζόνη, μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση μανιακών επεισοδίων.

Συμπτώματα :

Οι ειδικοί κάνουν διάγνωση εξετάζοντας τα συμπτώματα και τα σημεία που παρουσιάζει το άτομο. Τα συμπτώματα προσδιορίζονται από το άτομο, ενώ τα σημεία αποτελούν ανεξάρτητες παρατηρήσεις που κάνουν οι άνθρωποι του περιβάλλοντος και ο ειδικός. Ο ειδικός για να φτάσει σε ασφαλή διάγνωση, έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει μια σειρά από μέσα : α) συνέντευξη από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο ή και την οικογένειά του, β) ψυχολογικές δοκιμασίες ή ερωτηματολόγια και γ) μέσα από κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις. Όπως έχει προαναφερθεί στη διπολική διαταραχή το άτομο περνά περιόδους μανίας και περιόδους κατάθλιψης.

Μανία : Η έναρξη του μανιακού επεισοδίου μπορεί να είναι απότομη ή να προηγείται μια περίοδος με υπερθυμία, υπεραπασχόληση, υπερδραστηριότητα και αϋπνία (υπομανία), ή με δυσθυμία, καταβολή, υποδραστηριότητα και διαταραχές του ύπνου. Άλλοτε, το μανιακό επεισόδιο διαδέχεται αμέσως ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Χαρακτηρίζεται από ευφορία που μπορεί να εξελιχθεί σε έξαρση ή και έκσταση ή να μεταβληθεί σε ευερεθιστότητα ή και επιθετική συμπεριφορά, όταν ο άρρωστος βρεθεί αντιμέτωπος με την πραγματικότητα. Η συναισθηματική εκτροπή συνοδεύεται από διογκωμένη αυτοεκτίμηση, άμετρη δραστηριότητα, πίεση λόγου και φυγή ιδεών, διάσπαση της προσοχής και άκριτη εμπλοκή σε δραστηριότητες που οδηγούν σε οδυνηρές συνέπειες (αλόγιστη οδήγηση, παράτολμα σχέδια για επενδύσεις, άσκοπες υπερβολικές δαπάνες, σεξουαλικές καταχρήσεις κ.α.). Ο άρρωστος διαχέει στον περίγυρο ευφορικό συναίσθημα, από την ευθυμία ως την έξαρση ή την έκσταση. Χαίρεται, τραγουδάει και προσπαθεί να μεταδώσει την υπεραισιοδοξία του στους γύρω. Η άμετρη οικειότητα προς γνωστούς και άγνωστους κάνει τον μανιακό ενοχλητικό και ανεπιθύμητο. Η προσπάθεια των άλλων να κρατούν τις αποστάσεις τον εξοργίζει και μεταβάλλει την συμπεριφορά του σε επιθετική. Η ψυχοκινητική συμπεριφορά, σύντονη

προς το ευφορικό συναίσθημα χαρακτηρίζεται από ζωνράδα και υπεραπασχόληση. Η δραστηριότητα κατευθύνεται από τυχαία γεγονότα. Ο μανιακός αρχίζει μια ασχολία και την εγκαταλείπει αμέσως για να ασχοληθεί με κάτι άλλο μη ολοκληρώνοντας ποτέ καμία εργασία.

Η εμφάνιση του είναι ζωντανή, το βλέμμα ζωνρό, οι εκφραστικές κινήσεις άφθονες και η ομιλία ακατάπαυστη. Ο λόγος εκφράζεται με πίεση. Η σκέψη, ακολουθώντας τον βαθμό της συναισθηματικής εκτροπής κατέχεται από τις ιδέες απλής υπερεκτίμησης των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων ως τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Ο μανιακός αυτοσυστήνεται σαν γνώστης θεμάτων που απαιτούν ειδικές γνώσεις (ταλαντούχος ποιητής, ζωγράφος ή συγγραφέας), ή αναφέρεται στις ειδικές αποστολές που του ανατέθηκαν από τους ισχυρούς της γης ή από τον ίδιο τον Θεό. Ο συνειρμός είναι επιταχυμένος. Η ταχύτητα παραγωγής των ιδεών παρασύρει τον συνειρμό σε επιτάχυνση, η οποία με την σειρά της οδηγεί σε απώλεια της οδηγού παράστασης και σε φυγή ιδεών. Στην ακμή της μανίας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις με πολλά ψυχωσικά στοιχεία, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί γνήσια ασυναρτησία. Η προσοχή προσηλώνεται δύσκολα σε συγκεκριμένα θέματα. Συνήθως διασπάται από τυχαία ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η ταυτόχρονη στρόφη της προσοχής σε πολλές πηγές ερεθισμάτων χαρακτηρίζεται ως υπερπροσεξία, μόνο που δεν συνεπάγεται αντίστοιχη ικανότητα κριτικής επεξεργασίας (διαχωρισμός ουσιώδους – επουσιώδους).

Κατάθλιψη: Η διαφορά ανάμεσα στην φυσιολογική θλίψη και στην νόσο κατάθλιψη έγκειται στο πλήθος των συμπτωμάτων, την ένταση, την σοβαρότητα και την διάρκεια τους. Προκειμένου να θέσουν την διάγνωση της κατάθλιψης, οι ειδικοί θεωρούν ότι το άτομο πρέπει να εμφανίζει παθολογικά συμπτώματα στις σωματικές και γνωστικές του λειτουργίες αλλά και στο συναίσθημα και την συμπεριφορά τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν σε καθημερινή βάση, ή για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Τα βασικά συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση, ή η απουσία ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος. Τα συμπτώματα αυτά αντιπροσωπεύουν μία εμφανή αλλαγή στην συνηθισμένη διάθεση του ατόμου. Μερικές φορές τα συμπτώματα αυτά είναι πιο έντονα το πρωί και υποχωρούν κατά την διάρκεια της ημέρας. Η κατάθλιψη δεν είναι μία αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση και η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στα αναμενόμενα «πεσμένη» διάθεση και το παθολογικό, βαρύ καταθλιπτικό συναίσθημα δεν είναι πάντα σαφής και ευδιάκριτη. Ο ειδικός μπορεί να καταλήξει στη σωστή διάγνωση μόνο ύστερα από λεπτομερή συζήτηση και πλήρη οργανική διερεύνηση.

Στη κατάθλιψη, υπάρχουν χρονικές περίοδοι, εβδομάδων ή και μηνών, όπου η κατάθλιψη είναι πιο βαριά και βαθιά και τις ονομάζουμε μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Εκτός από τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, παρουσιάζονται, σε διαφορετική χρονική περίοδο μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια όπου η συναισθηματική διάθεση του ατόμου είναι ιδιαίτερα ανεβασμένη η διέγερση. Κάποιες φορές έχουμε και τα μεικτά επεισόδια. Δηλαδή την ίδια χρονική περίοδο έχουμε καταθλιπτικά και μανιακά στοιχεία. Συχνότερα προηγείται μια υποθυμία, υποδραστηριότητα, αίσθημα σωματοψυχικής καταβολής και αϋπνία ή αντίθετα, με υπερθυμία, υπεραπασχόληση και υπερδραστηριότητα (υπομανία). Άλλοτε η κατάθλιψη διαδέχεται ένα κανονικό μανιακό επεισόδιο. Κύριο χαρακτηριστικό είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Επικρατεί ακεφία με αποθάρρυνση, λύπη με απογοήτευση, ή θλίψη με απελπισία. Χάνεται κάθε ικανότητα για ευχαρίστηση με τις συνηθισμένες χαρές της ζωής (ανηδονία), κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή (απόσυρση), και

κάθε προηγούμενη συμμετοχή στις συνηθισμένες δραστηριότητες (ανεέργεια). Προοδευτικά, εγκαθίσταται βαθύς ψυχικός πόνος, οι άρρωστοι αρνούνται την συμπάθεια των άλλων και κατέχονται από μόνιμη επιθυμία θανάτου. Η σκέψη φθίνει και ο συνειρμός επιβραδύνεται (λίμναση της σκέψης). Το περιεχόμενο αποτελούν σύντονες με το συναίσθημα καταθλιπτικές ιδέες, οι οποίες σε βαριές μορφές, παίρνουν παραληρητικό χαρακτήρα (ιδέες αυτοκατηγορίας, αναξιότητας, εξαπάτησης και αυτοκαταστροφής). Η βούληση και η τάση για ενέργεια (πρωτοβουλία) είναι επιβραδυμένη, ανασταλμένη ή καταργημένη. Οποιαδήποτε δραστηριότητα ή απόφαση αναβάλλεται. Στις βαριές καταστάσεις, κάθε ψυχοκινητική δραστηριότητα καταργείται και το πρόσωπο εκφράζει βαθιά θλίψη και ψυχικό πόνο (μελαγχολική εμβροντησία ή stupor).

Η ψυχοκινητικότητα είναι ανασταλμένη. Όταν όμως η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο άγχος, η ψυχοκινητικότητα είναι αυξημένη, η όψη ανήσυχη, οι κόρες διασταλμένες, η ομιλία διστακτική και η φωνή εξασθενημένη. Η αγχώδης κατάθλιψη, είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και η ανασταλμένη μορφή στους πιο νέους. Το επίπεδο της συνείδησης παραμένει φυσιολογικό, ακόμα και στην πιο βαριά κατάθλιψη. Συγγυτικά φαινόμενα, διαταραχές του προσανατολισμού και διαταραχές της μνήμης είναι συμπτώματα οργανικότητας, για αυτό παρατηρούνται σε ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη. Διαταραχές της αντίληψης και της συνειδητοποίησης δεν είναι συχνές. Όταν υπάρχουν επίμονες ψευδαισθήσεις, μη συμβατές με το συναίσθημα, η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής ή της οργανικής διαταραχής είναι πολύ πιθανή. Στην κατάθλιψη, τα βιώματα παραποίησης της αντίληψης και της συνειδητοποίησης συμβαδίζουν με το συναίσθημα και αποτελούν προέκταση των μελαγχολικών ιδεών.

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν συχνό παράπονο. Πρόκειται για υποκειμενική αίσθηση ή για αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, για αυτό η εξέταση της μνήμης δίνει συνήθως φυσιολογικά αποτελέσματα. Η αδυναμία στη συγκέντρωση και την καθήλωση της προσοχής είναι συχνή. Η απώλεια της ενεργητικότητας, ο καταθλιπτικός ιδεασμός της αναξιότητας, το βάρος και το βάθος του καταθλιπτικού συναισθήματος και η αίσθηση της αναποτελεσματικότητας δημιουργούν στον άρρωστο μια επώδυνη εμπειρία ανυπέρβλητης κατάπτωσης και αδυναμίας, από την οποία ούτε ο ύπνος, ούτε οι προσπάθειες για ανάπαυση μπορούν να τον λυτρώσουν. Ο βαθμός της απελπισίας και της παραίτησης από την ζωή, η άρνηση κάθε προσπάθειας ή προοπτικής για μελλοντική βελτίωση και ο ιδεασμός αυτομομφής και ενοχής οδηγούν συχνά στην απόφαση της αυτοκτονίας. Υπολογίζεται ότι από όλες τις απόπειρες αυτοκτονίας το 40%-50% γίνεται από αρρώστους με μέτρια και βαριά κατάθλιψη. Ιδέες αυτοκτονίας έχουν οι καταθλιπτικοί σε ποσοστό πάνω από 70%. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υπαρκτός σε κάθε περίοδο της κατάθλιψης, όμως είναι πολύ μεγαλύτερος στα πρώτα στάδια και στην αρχή της βελτίωσης, όταν η αναστολή υποχωρεί και αυξάνεται η ικανότητα για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση της αυτοκτονίας. Άρρωστοι με προηγούμενες απόπειρες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

Κάθε απόπειρα προειδοποιεί για την επόμενη που συχνά θα είναι και η αποτελεσματική. Η βία δεν είναι συνηθισμένη. Η παιδοκτονία, ή η δολοφονία αγαπημένων προσώπων (συζύγου, αδελφών) πριν από την αυτοκτονία, αποτελούν την τραγική επέκταση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στη βαριά ψυχωτική κατάθλιψη (διευρυμένη αυτοκτονία, σύνδρομο Μήδειας). Ο ύπνος είναι διαταραγμένος και τα όνειρα

εφιαλτικά. Γενικά συμπτώματα όπως, ανορεξία και μείωση του βάρους, σεξουαλική αδιαφορία και ανηδονία, καθώς και επίμονη δυσκοιλιότητα είναι πολύ συχνά. Οι κίνδυνοι της ασιτίας και η άρνηση του φαγητού σε βαριές καταθλιπτικές εμβροντησίες είναι δυνατό να αναγκάσουν σε σίτιση με καθετήρα. Οι σωματικοί πόνοι είναι συχνοί. Εμφανίζονται με τις μορφές χρόνιας κεφαλαλγίας, αυχεναλγίας, χαμηλής οσφυαλγίας, προκάρδιας θωρακαλγίας ή επιγαστραλγίας. Συχνά, τα γενικά σωματικά συμπτώματα καλύπτουν τη συναισθηματική διαταραχή (καλυμμένη κατάθλιψη).

1.4.3 Παραληρητική Διαταραχή

Η παραληρητική διαταραχή αποτελεί μια διαταραχή στην οποία η κύρια εκδήλωση (μπορεί να είναι και η μοναδική) είναι μια μη αλλόκοτη παραληρητική ιδέα που είναι σταθερή και ακλόνητη. Οι παραληρητικές ιδέες αφορούν συνήθως σε καταστάσεις που μπορούν να παρατηρηθούν και είναι πιθανές στην πραγματικότητα, όπως ότι το άτομο παρακολουθείται, ότι προσβάλλεται από λοίμωξη ή αγαπιέται από απόσταση. Οι αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες θεωρούνται απίθανες, όπως για παράδειγμα το να μείνει μια γυναίκα έγκυος από εξωγήινο. Είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες και οι περισσότερες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται στις ηλικίες μεταξύ 40-45 ετών, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί και σε νεαρούς ενήλικες.

Ορισμός :

Στην Παραληρητική Διαταραχή εμφανίζονται παραληρητικές ιδέες που όμως δεν είναι «αλλόκοτες», που σημαίνει ότι θα μπορούσαν και να ευσταθούν υπό συγκεκριμένες συνθήκες –πράγμα που βέβαια δε συμβαίνει. Όταν υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις το περιεχόμενό τους συνήθως είναι σαφώς σύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση. Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο είναι ασύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση.

Η παραληρητική διαταραχή χωρίζεται σε διάφορους υποτύπους αναλόγως της θεματολογίας του παραληρήματος :

- *Ερωτομανιακός τύπος*: παραληρητικές ιδέες στις οποίες ένα άλλο άτομο, συνήθως υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης, είναι ερωτευμένο μαζί του.
- *Μεγαλειώδης τύπος*: παραληρητικές ιδέες για διογκωμένη αξία. Δύναμη, γνώση, ταυτότητα ή ειδική σχέση με θεότητα ή διάσημο πρόσωπο.
- *Ζηλοτυπικός τύπος*: παραληρητικές ιδέες ότι το άτομο απατάται.
- *Διωκτικός τύπος* : παραληρητικές ιδέες ότι το άτομο (ή κάποιος κοντινός του άνθρωπος) αντιμετωπίζεται με εχθρικό τρόπο.
- *Σωματικός τύπος*: παραληρητικές ιδέες ότι το άτομο έχει κάποιο σωματικό ελάττωμα ή γενική σωματική νόσο.
- *Μικτός τύπος*: παραληρητικές ιδέες περισσότερων από έναν από τους ανωτέρω τύπους.
- *Απροσδιόριστος τύπος*.(Χριστοδούλου, 2004).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας για τη Παραληρητική Διαταραχή ισχύουν τα παρακάτω:

- Μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες, δηλαδή καταστάσεις που συναντώνται στη πραγματική ζωή, και που διαρκούν τουλάχιστον για ένα μήνα. Για παράδειγμα ότι το άτομο παρακολουθείται, ότι το δηλητηριάζουν, ότι το μολύνουν, ότι το αγαπούν από απόσταση, ότι απατάται από το σύζυγο ή τον ερωτικό σύντροφο, ότι έχει μια ασθένεια.
- Η λειτουργικότητα δεν είναι έντονα διαταραγμένη και η συμπεριφορά δεν είναι εμφανώς παράδοξη ή αλλόκοτη, εκτός από τον αντίκτυπο της παραληρητικής ιδέας και τις συνέπειές της.
- Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας ή γενικής σωματικής κατάστασης.

Όσο αφορά το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών, το DSM-IV περιλαμβάνει πέντε τύπους:

- Τύπος μεγαλείου.
- Διωκτικός τύπος.
- Τύπος ζηλοτυπίας.
- Ερωτομανής τύπος.
- Σωματικός τύπος.
- Μεικτός τύπος.

Αίτια :

Η παραληρητική διαταραχή είναι κυρίως ψυχοκοινωνικής προέλευσης και συνήθως περιλαμβάνονται ιστορικό συναισθηματικής ή σωματικής κακοποίησης, μια υπερβολικά απαιτητική ή τελειοθηρική ανατροφή και δεν αναπτύσσεται η βασική εμπιστοσύνη, οπότε το παιδί πιστεύει ότι το περιβάλλον είναι συνεχώς εχθρικό και δυνητικά επικίνδυνο. Σε οικογένειες ασθενών με παραληρητική διαταραχή, μπορεί να υπάρχει μια ελαφρά αύξηση της καχυποψίας και της παραληρητικής σκέψης, όμως οι γενετικές μελέτες υποδηλώνουν ότι δεν είναι ούτε υπότυπος, ούτε πρόδρομο στάδιο της σχιζοφρένειας ή της διαταραχής της διάθεσης. (Tolle- Windgassen, 2008).

Συμπτώματα:

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από μη αλλόκοτες, συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες, που διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες, χωρίς προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή άλλα συμπτώματα σχιζοφρένειας, στο πλαίσιο μίας αλώβητης προσωπικότητας που βρίσκεται σε σχετικά καλή λειτουργική κατάσταση. Η διαταραχή εισβάλλει κατά κανόνα στη μέση και όψιμη ενήλικη ζωή. (Σολδάτος- Λυκούρας, 2006).

1.4.4 Ψυχωσική Διαταραχή Οφειλομένη στο αλκοόλ ή σε άλλες ουσίες

Είναι γνωστό σε όλους ότι ο Σίγκμουντ Φρόιντ έκανε χρήση κοκαΐνης στα πρώτα χρόνια της καριέρας του. Πίστευε ότι η κοκαΐνη μπορούσε να θεραπεύσει την εξάρτηση από την ηρωίνη, μια λανθασμένη κρίση που του στοίχησε ακριβά. Αν και ο Φρόιντ αργότερα άλλαξε γνώμη σχετικά με την κοκαΐνη, στην αρχή ανέφερε ότι η χρήση της ήταν ευχάριστη και ότι δεν είχε καμία παρενέργεια από εκείνες που έχει η χρήση αλκοόλ. Η δική του εξάρτηση έγινε ιδιαίτερα μεγάλη μάλλον λόγω της προσπάθειάς του να πολεμήσει την κούραση, την κατάθλιψη και την άνοια. (Γεωργίου, 2011). Οι διαταραχές που συνδέονται με την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, όπως και το αλκοόλ, οι παράνομες ουσίες, τα φαρμακευτικά σκευάσματα, η νικοτίνη, περιγράφονται διεθνώς ως ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα με επιδημικές διαστάσεις. Αποτελούν μερικές από τις δυσκολότερες στην αντιμετώπισή τους ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και συνιστούν σημαντική απειλή για την κοινωνική συνοχή, την ευημερία και την ασφάλεια των πολιτών. (Σολδάτος- Λυκούρας, 2006). Σύμφωνα με τα διεθνή συστήματα ταξινόμησης ICD-10 και DSM-IV υπάρχουν 2 κατηγορίες διαταραχών που σχετίζονται με ουσίες. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, που διακρίνονται σε ουσιοεξάρτηση και κατάχρηση ουσιών, ενώ η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει ένα ξεχωριστό σύνολο διαταραχών που προκαλούνται από τις ουσίες, όπως τοξίκωση, απόσυρση, ψυχωσικές διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης.

Στο DSM-IV παρουσιάζονται περιγραφές των κλινικών φαινομένων που προκαλούνται από τη χρήση 11 παραγόντων: αλκοόλ, αμφεταμίνες ή παράγοντες με παρεμφερή δράση, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνες ουσίες, εισπνεόμενες ουσίες, νικοτίνη, οπιοειδή, φαινκυκλιδίνη (PCP) ή συναφείς παράγοντες, και ηρεμιστικά, υπνωτικά και αγχολυτικά. Θα μπορούσαμε να ορίσουμε την ουσιοεξάρτηση ως ένα πρότυπο συμπεριφοράς σύμφωνα με το οποίο δίνεται προτεραιότητα στη χρήση μιας συγκεκριμένης ψυχοτρόπου ουσίας ή ομάδας ουσιών, ενώ παράλληλα παραμελούνται καταστάσεις και συμπεριφορές που κάποτε ήταν σημαντικές για το άτομο. Το πρότυπο αυτό συμπεριφοράς προκύπτει μετά από τακτική χρήση της ουσίας και περιλαμβάνει ισχυρή επιθυμία για πρόσληψη της ουσίας, δυσκολίες ελέγχου της χρήσης της, επιμονή στη χρήση αν και βλάπτει την υγεία του ατόμου, αυξημένο βαθμό ανοχής στην ουσία. Τα ανωτέρω πρέπει να εμφανίζονται σε διάστημα ενός έτους. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διακρίνουμε με ακρίβεια την ουσιοεξάρτηση από την συχνή χρήση ουσιών που δεν έχει επιφέρει εξάρτηση, καθώς δεν υπάρχει ξεκάθαρο σημείο μετάβασης από τη μία κατάσταση στην άλλη. Το σύνδρομο εξάρτησης μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο έντονο, κρίνοντας πάντα απ' το βαθμό διάστασης της συμπεριφοράς του ατόμου από την προνοσηρή του συμπεριφορά.

Αίτια :

Ένα σύνολο παραγόντων που αλληλεπιδρούν μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη ουσιοεξαρτήσεων. Οι γνώσεις μας για τα αίτια που οδηγούν στην κατάχρηση και την εξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες είναι ακόμα περιορισμένες. Η επιστημονική κοινότητα αντιλαμβάνεται πλέον τον εθισμό ως μία πολύπλοκη διαταραχή της συμπεριφοράς, που σχετίζεται με τα συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα του εθισμένου ατόμου, καθώς επίσης και ως ασθένεια με σαφές βιολογικό υπόστρωμα σχετιζόμενο με την κληρονομικότητα ή τις νευροχημικές αλλαγές της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου λόγω της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών. Οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την κατάχρηση είναι ατομικοί και κοινωνικοί-

περιβαλλοντικοί. Στα ατομικά προδιαθεσικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας (διαταραχή προσωπικότητας), η κληρονομικότητα, βιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εγκατάσταση της κατάχρησης, μαθησιακοί και ιατρογενείς παράγοντες, που σχετίζονται κυρίως με την κατάχρηση συνταγογραφούμενων σκευασμάτων. Στους κοινωνικούς-περιβαλλοντικούς συντελεστές περιλαμβάνονται η ανεργία, η διαθεσιμότητα των ουσιών, η οικογένεια, η πίεση από τους φίλους, το νομικό πλαίσιο, οι πολιτισμικές επιδράσεις, δηλαδή οι στάσεις και αντιλήψεις της συγκεκριμένης κοινωνίας στο θέμα της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Όπως αναφέρθηκε, στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών σχετίζεται με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας. Πρόσφατες κλινικές παρατηρήσεις καταλήγουν στη διαπίστωση ότι τα άτομα αυτά καταφεύγουν στην χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο πλαίσιο της «αυτοθεραπείας». Οι χρήστες δεν επιλέγουν τυχαία την ουσία χρήσης, αλλά καταφεύγουν στην ουσία εκείνη που επιδρά ρυθμιστικά στα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματά τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του μηχανισμού αυτού αποτελεί η αυξανόμενη χρήση αλκοόλ στις περιπτώσεις κατάθλιψης. (Σολδάτος-Λυκούρας, 2006).

Συμπτώματα :

Η στέρηση ουσιών αφορά στα δυσάρεστα σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα που εμφανίζονται όταν τον άτομο διακόπτει τη χρήση του ναρκωτικού. Η αμφεραμινική στέρηση, για παράδειγμα, οδηγεί στη κατάθλιψη, στη κόπωση, στην υπερφαγία και στην υπερυπνοία. Οι ψυχολογικές μεταβλητές μπορεί να σχετίζονται τόσο με την έναρξη όσο και με τη διατήρηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Κάποιες ερευνητικές προσπάθειες αναζητούν κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που διακρίνουν τους πειραματικούς χρήστες και τα άτομα που κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, η ψυχολογική μεταβλητή, είναι η αιτία, και η κατάχρηση ναρκωτικών αποτελεί ένα σύμπτωμα της προσωπικής δυσπροσαρμοστικότητας. Όμως, εξετάζεται και το ενδεχόμενο η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών να μεταβάλλει τις γνωστικές λειτουργίες και τη λειτουργία της προσωπικότητας. Σε αυτήν την περίπτωση, η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών είναι η αιτία, και η αλλαγή στη ψυχολογική λειτουργία είναι το αποτέλεσμα. (Καραδήμας, 2005).

Εκτός από το γεγονός ότι οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες για ανάπτυξη ψύχωσης απ' ό,τι οι γυναίκες, παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη διαφορά εμφάνισης ψύχωσης από εκείνους που έκαναν μικρή ή καθόλου χρήση ουσιών. Επιπλέον, η συννοσηρότητα πιστεύεται ότι σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, παρορμητικής και επιθετικής συμπεριφοράς, καθώς και με περιορισμένη κλινική πρόγνωση, αφού η χρήση ουσιών επιδεινώνει την ψυχοπαθολογία, και συμβάλλει στην εμφάνιση σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής. (Γεωργίου, 2011).

Αλκοόλ και διαταραχές προσωπικότητας

Παρά το γεγονός ότι σήμερα είναι κοινώς αποδεκτό ότι δεν υπάρχει ένας τύπος της προσωπικότητας που να προδικάζει την ύπαρξη της αλκοολικής κατάχρησης, οι διαταραχές της προσωπικότητας φαίνεται να παίζουν σημαντικό διαμορφωτικό ρόλο και στην πρόγνωση των αλκοολικών καταστάσεων. Οι συχνότερες διαταραχές της προσωπικότητας που φαίνεται να συνδέονται με τον αλκοολισμό είναι:

- η παρανοειδής (4-44%)

- η αντικοινωνική (3-47%)
- η μεθοριακή (2-32%)
- η οιστρονική (6-34%)
- η αποφευκτική (2-32%) και
- η εξαρτητική (4-29%)

Οι αλκοολικοί ασθενείς με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας φαίνεται να έχουν νεώτερη ηλικία έναρξης της αλκοολικής εξαρτητικής συμπεριφοράς, περισσότερες παραβατικού τύπου συμπεριφορές σχετιζόμενες με το αλκοόλ, πιο πολλά εργασιακά και κοινωνικού τύπου προβλήματα, μεγαλύτερη ημερήσια κατανάλωση οινοπνεύματος καθώς και περισσότερες πιθανότητες κατάχρησης και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Αίτια :

Παρά τις αναφερόμενες σχέσεις μεταξύ του αλκοολισμού και των διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών, η ουσιαστική ποιότητα των σχέσεων αυτών δεν έχει ακόμη επαρκώς διευκρινιστεί. Στις περισσότερες μελέτες τα πολλά μεθοδολογικά προβλήματα που επισημαίνονται κάνουν τους ειδικούς να διατηρούν σημαντικές επιφυλάξεις αναφορικά με τα συμπεράσματα, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις είναι έως και αντικρουόμενα. Σε κάθε περίπτωση πάντως θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα εξής ζητήματα:

- Στην τυχόν ύπαρξη αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς, καθώς και γενικά σε επιθετικές ή αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορές.
- Σε περίπτωση ύπαρξης πρωτοπαθούς τύπου ψυχοπαθολογίας η θεραπευτική της αντιμετώπιση με φαρμακευτική ή και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της αλκοολικής διαταραχής.
- Απαιτείται συστηματική και μακρόχρονη παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας, ιδιαίτερα σε περιόδους αποχής από το αλκοόλ, προκειμένου να διαμορφωθεί μια πιο ξεκάθαρη άποψη για τη φύση της και την απαιτούμενη θεραπευτική προσέγγιση.

Συμπτώματα :

Τα συμπτώματα που προκαλούνται από την χρήση ουσιών μπορεί να μοιάζουν με πολλές ψυχικές διαταραχές, όπως οι συναισθηματικές, αγχώδεις ή ψυχωσικές διαταραχές. Η συννοσηρότητα, δηλαδή η συνύπαρξη δύο διαφορετικών διαταραχών (διπλή διάγνωση), πρέπει να λαμβάνεται πάντα σοβαρά υπόψη κατά την διαδικασία της αξιολόγησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης της κάθε περίπτωσης. Όταν μία ψυχική διαταραχή δεν ανταποκρίνεται στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, πρέπει να εκτιμηθεί η πιθανότητα χρήσης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Ιδιαίτερα σκόπιμο κρίνεται επίσης κατά την λήψη κάθε ιατρικού ή ψυχιατρικού ιστορικού, να εκτιμάται η πιθανότητα χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και κυρίως αλκοόλ, λόγω του υψηλού ποσοστού κατάχρησης και εξάρτησης από την ουσία αυτή. Στον τομέα της ταξινόμησης υπάρχουν δύο κυρίως συστήματα καταγραφής των διαταραχών από την χρήση ουσιών, το ICD-10

(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, WHO-1993), που χρησιμοποιείται κυρίως στην Ευρώπη, και το DSM-IV-TR (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, APA-2000), που χρησιμοποιείται στην Αμερική. Αυτά τα δύο συστήματα, αν και διαφέρουν σε κάποια σημεία, ουσιαστικά είναι παρόμοια. Κατά το DSM-IV-TR, που είναι και πιο πρόσφατο, οι διαταραχές που συνδέονται με τις ουσίες διακρίνονται σε :

- Διαταραχές χρήσης ουσιών (εξάρτηση, κατάχρηση).
- Διαταραχές που προκαλούνται από τις ουσίες (τοξίκωση, στέρηση).
- Διαταραχές που συνδέονται με το αλκοόλ. (Σολδάτος- Λυκούρας, 2006).

Η ψυχωσική αντίδραση εμφανίζεται με οπτικές ψευδαισθήσεις, παραλήρημα διωκτικού συνήθως περιεχομένου, ταχυκαρδία, απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας και προκαλείται από την λήψη παραισθησιογόνων, διεγερτικών του ΚΝΣ. Η αντίδραση αυτή, όταν συνδέεται με την λήψη ψυχοδραστικών ουσιών, είναι πλήρως αναστρέψιμη και διαρκεί μερικά 24ωρα. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο χαρακτηρίζεται από σύγχυση, μείωση των νοητικών λειτουργιών, διαταραχή του προσανατολισμού, ιδέες δίωξης, άγχος, φοβίες και διέγερση. Εμφανίζεται όταν ληφθούν υπερβολικές δόσεις ή διακοπεί απότομα κάθε ψυχοδραστική ουσία, αλλά παράμετροι όπως η ηλικία, η ύπαρξη άλλης νόσου ή η χρήση αλκοόλ, συμβάλλουν καθοριστικά στην εμφάνιση του συνδρόμου. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι μία σοβαρή κατάσταση, που μπορεί να οδηγήσει σε κώμα, ακόμη και σε θάνατο. Οι συναισθηματικές διαταραχές και κυρίως η κατάθλιψη μπορούμε να πούμε ότι σχεδόν συνυπάρχουν με την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Το αν η κατάθλιψη προϋπάρχει, συνοδεύει ή είναι επακόλουθο της χρήσης, αποτελεί ένα ερώτημα που έχει γίνει αντικείμενο πολλών ερευνητικών προσπαθειών.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ειδικότερα ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ συνυπάρχει με τις διαταραχές συναισθηματικού τύπου. Σε πολλές περιπτώσεις όπου η συναισθηματική διαταραχή σαφώς προϋπάρχει της χρήσης ουσιών, αναφέρεται από τους χρήστες ότι η χρήση ουσιών γίνεται για λόγους αυτοθεραπείας. Στους χρόνιους χρήστες, η δευτερογενής καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι μία αναμενόμενη παροδική διαταραχή, που πολύ συχνά χρήζει ειδικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοόλ προκαλεί στον οργανισμό ποικίλα συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Ανάλογα συμπτώματα εκδηλώνονται και στο πλαίσιο των ψυχωσικών διαταραχών. Μάλιστα τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των μελετών που συνδέουν τη χρήση κάνναβης με την εμφάνιση σχιζοφρένειας αυξάνεται. Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, συνδέεται με την εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων και σχιζοφρένειας. Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με την εμφάνιση σχιζοφρένειας διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Αντίθετα, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην χρήση αυτών και την εμφάνιση κάποιας ψύχωσης. (Γεωργίου, 2011).

Μάλιστα από μελέτες έχει φανεί ότι η αύξηση της συχνότητας και της ποσότητας της χρήσης ναρκωτικών, προκαλεί σημαντικό βαθμό διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών, όπως για παράδειγμα την εμφάνιση ψευδαισθήσεων, ενώ η χρήση της έχει ενοχοποιηθεί ακόμη και για την πυροδότηση νοσημάτων όπως η σχιζοφρένεια σε άτομα με ευπάθεια στη νόσο. Συμπερασματικά, υπάρχει μία ραγδαία αύξηση της χρήσης ουσιών η οποία εξαπλώνεται σε όλο τον παγκόσμιο πληθυσμό. Η ανεργία, το μειωμένο επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό κοινωνικό οικονομικό υπόβαθρο και άλλα εμφανές στοιχεία, οδηγούν τα άτομα σε χρήση ουσιών. Όλο και νεότεροι άνθρωποι ηλικιακά βρίσκουν σαν μία διέξοδο στο αδιέξοδο που αντιμετωπίζουν την χρήση απαγορευμένων ουσιών. Οι νέοι άνθρωποι τείνουν να είναι πιο επιρρεπείς στην χρήση ουσιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα

την κατάχρηση, η οποία αποτελεί επακόλουθη συνέπεια των ψυχικών νοσημάτων. (Γεωργίου, 2011).

1.4.5 Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την ταυτόχρονη ή σχεδόν ταυτόχρονη συνύπαρξη σαφώς σχιζοφρενικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων χωρίς την υπεροχή των μεν ή των δε. Απαιτείται, επιπλέον, να υπάρχει περίοδος της διαταραχής (διάρκειας τουλάχιστον 2 εβδομάδων) κατά την οποία να επικρατούν τα «παραγωγικά» σχιζοφρενικά συμπτώματα, καθώς επίσης η διάρκεια των συναισθηματικών συμπτωμάτων να καλύπτει ένα σημαντικό μέρος της πορείας της διαταραχής. Κατά το ICD-10, ανάλογα με τα συναισθηματικά συμπτώματα που υπερτερούν (μανιακά ή καταθλιπτικά), η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή διακρίνεται σε μανιακού, καταθλιπτικού και μεικτού τύπου. Η σχέση της διαταραχής προς τις ψυχώσεις παραμένει αδιευκρίνιστη. (Σολδάτος- Λυκούρας, 2006). Επιπλέον, όμως, για να μπει η διάγνωση θα πρέπει αφενός να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για 2 εβδομάδες με απουσία έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης, και αφετέρου τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης να είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής. Επίσης, πρέπει ν' αποκλεισθούν «οργανικές» αιτίες όπως διάφορες ουσίες (π.χ. κοκαΐνη) και γενικές ιατρικές καταστάσεις (π.χ. υπερθυρεοειδισμός ή κροταφική επιληψία). Η ελάχιστη διάρκεια ενός σχιζοσυναισθηματικού επεισοδίου είναι 1 μήνας.

Συμπτώματα :

Τα συμπτώματα διαταραχής του συναισθήματος αναπτύσσονται παράλληλα με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, σε κάποια φάση κατά την πορεία της νόσου θα πρέπει να υπάρχει μία περίοδος τουλάχιστον 2 εβδομάδων, κατά την οποία εμφανίζονται παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και να απουσιάζουν προεξάρχοντα συμπτώματα της συναισθηματικής διαταραχής. Η πρόγνωση είναι καλύτερη από αυτήν της σχιζοφρένειας και χειρότερη από την αντίστοιχη των διαταραχών του συναισθήματος.

1.4.6 Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή

Παρατηρείται ίδια εικόνα με την διαταραχή της σχιζοφρένειας, χωρίς όμως απαραίτητα να υπάρχει κοινωνική και λειτουργική έκπτωση. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ίδια με αυτά της σχιζοφρένειας, αλλά διαρκούν λιγότερο από 6 μήνες. Η έκπτωση είναι μικρότερη και η πρόγνωση καλύτερη. Τα δύο τρίτα των ασθενών μετέπειτα παίρνουν διάγνωση σχιζοφρένεια, το ένα τρίτο θεραπεύεται.

Αίτια:

Τα ακριβή της αίτια δεν είναι γνωστά, όμως είναι βέβαιο, σήμερα πια, ότι πρόκειται για μια διαταραχή με οργανικό υπόβαθρο. Διαπιστωμένα φαίνεται ότι διαταράσσεται η

λειτουργία σε 2 κυρίως περιοχές του εγκεφάλου: στο μεταιχμιακό σύστημα (limbic system) και στον προμετωπιαίο φλοιό (prefrontal cortex). (Tolle- Windgassen, 2005).

1.4.7 Βραχεία Ψυχωσική Διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η αιφνίδια έναρξη ενός ψυχωτικού επεισοδίου, που διαρκεί τουλάχιστον 1 μέρα και λιγότερο από 1 μήνα, με επάνοδο τελικά στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας. Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασυναρτησία, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, κατατονική εμβροντησία ή διέγερση, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και γενικά η εικόνα είναι έντονης αναστάτωσης με σύγχυση, αμηχανία και ταχεία εναλλαγή συναισθημάτων, και ελκύνονται από σαφώς αναγνωρίσιμους ψυχοκοινωνικούς και ψυχοπνευματικούς παράγοντες. Άτομα με Παρανοειδή, Δραματική, Нарκισσιστική, Σχιζότυπη ή Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας θεωρούνται ότι είναι πιο προδιατεθειμένα να παρουσιάσουν αυτή τη διαταραχή κάτω από συνθήκες έντονου στρες. Επίσης, παρουσιάζεται ψυχωτικό επεισόδιο με συμπτώματα σχιζοφρένειας που εκδηλώνεται απότομα.

1.4.8 Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες που οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση. Η διάγνωση αυτή δεν δίνεται αν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια ενός παραληρήματος, ή αν πρόκειται για άνοια τύπου Alzheimer, ή αγγειακή άνοια. Παραληρητικές Ιδέες: Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε από τις αισθήσεις, ορισμένες όμως αιτιολογικές καταστάσεις μπορεί να εκλύουν συγκεκριμένες ψευδαισθήσεις. Έτσι, οσφρητικές ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα αυτές που θυμίζουν τη μυρωδιά καμένου λάστιχου ή άλλες δυσάρεστες μυρωδιές προτείνουν κροταφική επιληψία. Σημειώνουμε, ότι γενικά η διάγνωση Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση δεν δίνεται αν το άτομο διατηρεί τον έλεγχο της πραγματικότητας και θεωρεί ότι οι ψευδαισθήσεις προέρχονται από τη γενική ιατρική κατάσταση. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι οποιουδήποτε τύπου, σωματικού, μεγαλείου, θρησκευτικές και πιο συχνά διωκτικές. Παραληρητικές ιδέες με θρησκευτικό περιεχόμενο παρατηρούνται ειδικά στην κροταφική επιληψία. (Λακάν, 2007).

Αίτια:

Για να προσδιορισθεί αν η ψυχωτική διαταραχή οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση θα πρέπει αφενός, να υπάρχει κάποια γενική ιατρική κατάσταση και αφετέρου, ν' αποδειχθεί ότι αυτή είναι η αιτία των συμπτωμάτων μέσα από κάποιο φυσιολογικό μηχανισμό. Για να γίνει η αιτιολογική αυτή σύνδεση πρέπει ν' αναζητηθούν διάφοροι παράγοντες όπως: η χρονική συσχέτιση γενικής ιατρικής κατάστασης και ψυχωτικής διαταραχής, η παρουσία ή όχι άτυπων χαρακτηριστικών που να μην ταιριάζουν για πρωτοπαθή Ψυχωτική Διαταραχή (π.χ. άτυπη ηλικία έναρξης, οπτικές ή

οσφρητικές ψευδαισθήσεις), βιβλιογραφικές αναφορές για την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στη συγκεκριμένη γενική ιατρική κατάσταση και την ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων. Επίσης, πρέπει να διασφαλισθεί ότι τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα από κάποια πρωτοπαθή ψυχωτική διαταραχή, κάποια ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες ή κάποια άλλη πρωτοπαθή ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή Προσαρμογής).

Γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν ψυχωτικά συμπτώματα είναι πολλές. Σ' αυτές περιλαμβάνονται νευρολογικές καταστάσεις (π.χ. νεοπλάσματα, αγγειακή νόσος του εγκεφάλου, νόσος του Huntington, κροταφική επιληψία, τραυματισμός του ακουστικού νεύρου, κώφωση, ημικρανία, λοιμώξεις του ΚΝΣ), ενδοκρινολογικές (π.χ. υπέρ- και υποθυρεοειδισμός, υπέρ- και υποπαραθυρεοειδισμός, υπολειτουργία των επινεφριδίων), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. υποξία, υπερκαπνία, υπογλυκαιμία), ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ηπατικές ή νεφρικές νόσοι και αυτοάνοσες διαταραχές με εμπλοκή του ΚΝΣ (π.χ. συστηματικός ερυθρεματοειδής λύκος). Σημειώνουμε, ότι οι νευρολογικές καταστάσεις που εμπλέκουν τις υποφλοιώδεις περιοχές ή τον κροταφικό λοβό πιο συχνά προκαλούν παραληρητικές ιδέες.

1.4.9 Επιμενόμενη Ψυχωτική Διαταραχή

Πρόκειται για την κατάσταση εκείνη όπου παραληρητική ιδέα, ή παραληρητικό σύστημα (η δευτεροπαθής περίπτωση) αναπτύσσονται στα πλαίσια μιας στενής σχέσης μ' ένα άλλο άτομο ή άτομα με εγκατεστημένες ήδη παραληρητικές ιδέες (η πρωτοπαθής περίπτωση).

Συμπτώματα:

Οι παραληρητικές ιδέες του δευτεροπαθούς ατόμου έχουν παρόμοιο περιεχόμενο με του πρωτοπαθούς. Παλιότερα η διαταραχή αυτή λεγόταν folie a deux (a trois, a quatre κ.ο.κ. αν περισσότερα άτομα είχαν προσβληθεί). Η πιο συνηθισμένη διάγνωση για την πρωτοπαθή περίπτωση είναι σχιζοφρένεια, μπορεί, όμως, να είναι και άλλες διαγνώσεις όπως παραληρητική διαταραχή ή διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία. Συνήθως, τα άτομα που αναπτύσσουν τη διαταραχή αυτή συνδέονται με άμεσο συγγενικό δεσμό αίματος ή γάμου και έχουν ζήσει για μακρό χρονικό διάστημα, μερικές φορές σε σχετική απομόνωση, με το άτομο της πρωτοπαθούς περίπτωσης, που επίσης συνήθως επικυριαρχεί σ' αυτά. (Shaffer, 2004).

1.4.10 Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ψυχωτική συμπτωματολογία, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο ή έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, για την οποία υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση για να μπει κάποια συγκεκριμένη διάγνωση ή η πληροφόρηση είναι αντιφατική ή διαταραχές με ψυχωτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Ψυχωτική Διαταραχή. *Παραδείγματα:*

1. Επιλόχεια ψύχωση, που δεν πληρεί τα κριτήρια για Διαταραχή της Διάθεσης Με Ψυχωτικά Στοιχεία, Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή, Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση ή Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες.
2. Ψυχωτικά συμπτώματα, με διάρκεια λιγότερο από 1 μήνα και που δεν έχουν ακόμα υποχωρήσει, ώστε να μην πληρούνται τα κριτήρια για Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή.
3. Επίμονες ακουστικές ψευδαισθήσεις, με απουσία οποιωνδήποτε άλλων στοιχείων.
4. Επίμονες μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες, με περιόδους επικαθήμενων επεισοδίων διαταραχής της διάθεσης που είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της παραληρητικής διαταραχής.
5. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει συμπεράνει ότι κάποια Ψυχωτική Διαταραχή είναι παρούσα, αλλά αδυνατεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκλήθηκε από κάποια ουσία. (Rice, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η νοσηλευτική επιστήμη στη θεραπεία των ψυχώσεων

Ορισμός :

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας ειδικός κλάδος της νοσηλευτικής. Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας είναι η παρεχόμενη φροντίδα στα άτομα που έχουν ψυχική ασθένεια, με σκοπό την ανεξαρτησία και την επαναφορά της αξιοπρέπειάς τους. (Γιαννοπούλου, 2000).

2.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Αντιμετώπιση των Ψυχώσεων

Είναι ευρέως γνωστό ότι η ψυχική υγεία αποτελεί πολυδιάστατο φαινόμενο, με ποικίλες παραμέτρους. Ένα ψυχικά υγιές και ισορροπημένο άτομο, με την ρεαλιστική αντίληψη των στοιχείων του περιβάλλοντος και του εαυτού του, καθίσταται ικανό να πραγματώσει όλους τους στόχους καθ' όλη την διάρκεια της πορείας του. Όταν μιλάμε για ψυχική ασθένεια, αναφερόμαστε στο σύνολο της προσωπικότητας του ατόμου. Συνεπώς, η νοσηλευτική προσέγγιση εφαρμόζει την ολιστική μέθοδο θεραπείας της νόσου. (Παπαδοπούλου, 2008). Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, είναι ένας πολύ υπεύθυνος και σημαντικός ρόλος, είτε είναι κύριος είτε δευτερεύων, και ο ίδιος ο νοσηλευτής πάντα αποτελεί ενεργό μέλος σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η φύση της ειδικότητας αυτής είναι αρκετά απαιτητική, καθώς ο νοσηλευτής επιβάλλεται να διατηρεί λεπτές και εύθραυστες ισορροπίες στη σχέση του με τους ασθενείς. Είναι επιφορτισμένος με το καθήκον της φροντίδας των ψυχικά ασθενών, οφείλει όμως παράλληλα να προστατεύσει και τον ίδιο. (Σκούρα- Παραπάνη, 2010).

Ο ρόλος αυτός λοιπόν, θεωρείται πολυδιάστατος και το εύρος των αρμοδιοτήτων του νοσηλευτή ψυχικής υγείας απαιτούν σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις, κλινικές δεξιότητες και θετικές στάσεις έναντι του ψυχικά αρρώστου και της φροντίδας του. Η πιο σημαντική όμως προϋπόθεση, είναι η προσωπική καλλιέργεια και η ακεραιότητα του χαρακτήρα του νοσηλευτή. Και αυτό διότι, καλείται διαρκώς να κάνει θεραπευτική χρήση, όχι οργάνων, ή μηχανημάτων, ή τυποποιημένων τεχνικών, αλλά του εαυτού του, δηλαδή της προσωπικότητάς του. Νοσηλεύει ψυχικά διαταραγμένους αρρώστους με εκδηλώσεις περίεργης, απροσάρμοστης, παθολογικής ή και κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς, η οποία θέτει σε δοκιμασία τις στάσεις, τις προσδοκίες, ακόμη και τις αξίες του και επίσης, τον δυσκολεύει στην εκπλήρωση του επαγγελματικού ρόλου. Βέβαια, η νοσηλευτική ψυχικής υγείας ως επιστήμη σπουδάζεται. Αλλά ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ή «γεννιέται» ή γίνεται. Όποιοι από εμάς δεν γεννηθήκαμε, πρέπει να γίνουμε.

Τονίζεται διεθνώς, ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα εκείνων που την προσφέρουν. Η προσωπικότητα του νοσηλευτή είναι σπουδαιότερη από οποιοδήποτε έργο κι αν παράγει. Αυτός ασκεί το έργο του ως πρόσωπο, όχι ως απλός ειδικευμένος επιστήμονας. Το έργο του επηρεάζεται από την προσωπικότητα και την πείρα της ζωής του (από τις ιδέες, τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα, τα προβλήματα της ζωής του), από τα πλαίσια αναφοράς, τα ιδανικά, τον πνευματικό του προσανατολισμό. Επομένως, για να επιτυγχάνει στη νοσηλεία του αρρώστου, η προσωπικότητα του νοσηλευτή πρέπει να είναι ακέραιη, άρτια, ώριμη, υγιής, καλλιεργημένη και πολιτισμένη. Το έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι κατ' εξοχή έργο καρδιάς. (Ραγιά, 2009). Για την άσκηση του έργου του ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας χρησιμοποιεί:

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

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες του ατόμου, να κατανοεί τις κοινωνικές και ψυχολογικές λειτουργίες του φυσιολογικές και μη, και να έχει την απαραίτητη ικανότητα να κατευθύνει ανάλογα τις δεξιότητές του. Ενώ ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτή ελαττώνεται σταθερά, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις που οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο παρά τη θέληση τους, για τη δική τους ασφάλεια αλλά και για την ασφάλεια της κοινωνίας. Πολλοί τέτοιοι ασθενείς κρατούνται τυπικά στα νοσοκομεία βάση του νόμου, όμως συχνά ένας ασθενής, που έχει εισαχθεί χωρίς τους τύπους, αποφασίζει, να φύγει παρά την ιατρική συμβουλή. Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, για να κρατήσουν έναν ασθενή που ακολουθεί τη τυπική οδό εισαγωγής, αλλά έχουν τη τάση να πιστεύουν ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα, για τον ασθενή που έχει εισαχθεί με τη βία. (Γιαννοπούλου, 2000).

Σ' αυτές τις περιπτώσεις οδηγός του νοσηλευτή πρέπει να είναι το συμφέρον του ασθενή. Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να σκοτώσει, να τραυματίσει ή να βλάψει κάποιον, αν βγει από το νοσοκομείο, έχει καθήκον να τον κρατήσει, μέχρις ότου τον δει ο γιατρός και αποφασίσει τι πρέπει να γίνει. Πολλές φορές αρκεί ο νοσηλευτής να του πει πως από ευγένεια πρέπει να περιμένει να δει το γιατρό. Αν με αυτό δεν πετύχει, θα πρέπει ο νοσηλευτής να μείνει μαζί του, ή ακόμα να τον κλειδώσει σ' ένα δωμάτιο μέχρι να έρθει ο γιατρός. Αυτά τα μέτρα λαμβάνονται μόνο αν ο ασθενής είναι πραγματικός κίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους. Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν, χωρίς να τους εμποδίσει, παραβαίνει το καθήκον του. Με λιγότερο δραματικούς τρόπους ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει και τους ασθενείς, που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν απόλυτα τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει όσο μπορεί τον εαυτό του, υπάρχουν φορές που χρειάζεται ειδική βοήθεια. (Γιαννοπούλου, 2000).

Εν κατακλείδι, είναι αναγκαίο ως νοσηλευτές, να έχουμε συνεχή επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, να του παρέχουμε ηθική υποστήριξη αλλά και να του διδάσκουμε τους καλύτερους δυνατούς τρόπους για την αντιμετώπιση των αναγκών και των προβλημάτων του με την επανένταξή του στην κοινωνική ζωή. Ακόμη χρειάζεται να ενημερώνουμε το περιβάλλον για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τον κίνδυνο μιας νέας υποτροπής, και τις υπηρεσίες υγείας που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ασθενής, όπως το ψυχιατρικό νοσοκομείο. (Αδαμόπουλος- Λυράκου, 2011).

2.2 Τα προσόντα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζει ένα ενεργό ρόλο στην θεραπεία, που μπορεί πραγματικά να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει τον βαθμό εξάρτησης του ασθενούς. Μπορούμε να υπογραμμίσουμε τα προσόντα που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής προκειμένου να ανταποκριθεί στην σύγχρονη αντίληψη της ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Τα προσόντα αυτά πρέπει να βασίζονται σε μία σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία. Οι τομείς του έργου του νοσηλευτή που θα φανούν τα προσόντα του είναι :

1. Παρατήρηση (παρακολούθηση).

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

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

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή, εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευσή του, όσο και από την έμφυτη ικανότητά του. Γιατί με την εκπαίδευσή του θα φτάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις. Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβής και πολύτιμες παρατηρήσεις, αν έχει

ικανοποιητικές θεωρητικές γνώσεις, αλλά και αν διατηρεί την διάνοια του ανεπηρέαστη σχετικά με την διάγνωση του ασθενούς. Διαφορετικά θα έχει ασυναίσθητα την τάση να τονίσει τις ενδείξεις που ταιριάζουν με την γνώμη που είχε προσχηματίσει, ενώ θα παραβλέπει τελείως εκείνες, που δεν ταιριάζουν. Ικανός παρατηρητής είναι εκείνος που μπορεί να ξεχωρίσει τις σημαντικές πλευρές της συμπεριφοράς, είτε συμφωνούν είτε αντιφάσκουν με την υποθετική διάγνωση. Οι παρατηρήσεις έχουν αξία μόνο αν τα αποτελέσματα μπορούν να δοθούν σε οποιονδήποτε ενδιαφέρεται για την θεραπεία του ασθενούς. Όταν σημειώνει ή όταν αναφέρει τις παρατηρήσεις του ο νοσηλευτής, πρέπει να προσέχει να ξεχωρίζει τις παρατηρήσεις του από τα συμπεράσματα που βγάζει από αυτές. Μπορεί το συμπέρασμά του να είναι σωστό, όμως υπάρχουν και άλλες πιθανές εξηγήσεις, το συμπέρασμα θα έπρεπε να βγει μόνο κάτω από το φως άλλων πλευρών της συμπεριφοράς του. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να σημειώνει την συμπεριφορά και όχι απλώς μόνο την εξήγησή της.

2. Τρόποι νοσηλείας.

3. Ψυχοθεραπεία, φροντίδα και προστασία του ασθενούς.

Μία από τις πιο ενδιαφέρουσες πλευρές της εργασίας του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι η δυνατότητα να ασχοληθεί με μία ποικιλία θεραπευτικών ρόλων παίρνοντας μέρος τη φροντίδα του ασθενή. Ο νοσηλευτής εκπληρώνει το ρόλο του δημιουργού ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όταν δίνει στους ασθενείς ευκαιρίες να δοκιμάσουν την αποδοχή τους στις κοινωνικές τους σχέσεις, όταν βοηθάει το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να προγραμματίσουν και να πάρουν μέρος σε δραστηριότητες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις του νοσοκομείου και του τμήματος. (Γιαννοπούλου, 2000).

Ο νοσηλευτής επιβάλλεται να αναλάβει τον ρόλο του συμβούλου, στην περίπτωση που οι ασθενείς χρειάζονται κάποιον να ακούσει με κατανόηση και συμπάθεια τα προβλήματα που τους απασχολούν. Ο καθαρά διδακτικός ρόλος, ο ρόλος του δασκάλου, που οφείλει να παίξει ο νοσηλευτής μερικές φορές, βοηθάει ουσιαστικά τους ασθενείς να μάθουν να ζουν με περισσότερο κοινωνικά αποδεκτό τρόπο. Συχνά ο νοσηλευτής, οφείλει να υποδυθεί τον ρόλο του υποκατάστατου της μητέρας, να δείχνει κατανόηση, να συμπαρίσταται συναισθηματικά, να κάνει τις εργασίες της μητέρας (π.χ. τάισμα ασθενή). Τέλος, είναι αναγκαίο να υπογραμμιστεί πως ο νοσηλευτής ποτέ δεν υποδύεται απλώς και μόνο ένα ρόλο σε μια οποιαδήποτε χρονική περίοδο, αλλά συνήθως υποδύεται όλους τους ρόλους ή μερικούς από αυτούς συγχρόνως.

1. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι γνώστης των διαφόρων θεραπειών και παρεμβάσεων.
2. Οι θεραπείες και παρεμβάσεις δεν χαρακτηρίζονται από αμοιβαίο περιορισμό. Το θεραπευτικό πρόγραμμα ενός ασθενή μπορεί να περιλαμβάνει ποικίλες ή συνδυαστικές θεραπείες και παρεμβάσεις.
3. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναπτύσσει προγράμματα νοσηλείας που θα αντανakλούν τους στόχους και τις μεθόδους της θεραπείας.

4. Σημαντικό για την άσκηση της ψυχιατρικής νοσηλευτικής είναι η συνέχιση της διαπροσωπικής σχέσης του ασθενή με το νοσηλευτή.
5. Στις θεραπευτικές σχέσεις, ο νοσηλευτής εργάζεται με κατεύθυνση προς ένα στόχο, ώστε να βοηθήσει τους ασθενείς να προβούν σε χρήσιμες για την ζωή τους αλλαγές.
6. Οι ψυχιατρικές παρεμβάσεις και θεραπείες μπορούν να εφαρμοστούν σε πλήθος νοσηλευτικών σημείων και σε μη ψυχιατρικό περιβάλλον, όπως την εκπαίδευση των ασθενών και την εξάλειψη του άγχους. (Κοτρώτσου, 2001).

2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάρκεια της θεραπείας

Η σημασία του ιστορικού προκύπτει από την χρησιμότητά του ως κύριου διαγνωστικού μέσου ζωής ή και μεγαλύτερης σημασίας, αλλά είναι η διαδικασία της λήψης του, η οποία αποτελεί το θεμέλιο της σχέσης νοσηλευτή- ασθενή με προφάσεις, όχι μόνο διαγνωστικές αλλά και θεραπευτικές και προγνωστικές επιπτώσεις. Το ποιες και πόσες πληροφορίες θα συλλέγουν και θα καταγραφούν στο ιστορικό, εξαρτάται από: α) τις ικανότητες του νοσηλευτή (προσωπική ευαισθησία, γενικές γνώσεις, ψυχιατρική εκπαίδευση, πείρα, αντιμετώπισης ψυχικών προβλημάτων). β) τις δυνατότητες επικοινωνίας του ασθενούς, επίπεδο συνείδησης, νοημοσύνη, γνωσιακές λειτουργίες. γ) τις συνθήκες της λήψης του ιστορικού. δ) την διαθεσιμότητα και καταλληλότητα ως πληροφοριοδοτών, άλλων προσώπων από το περιβάλλον του ασθενή. (Τσακανίκα-Καρυπίδου, 2007).

Η θεραπεία των ασθενών με ψυχικά προβλήματα γίνεται με μία ποικιλία από ιδρύματα: σπίτι, σχολείο, φυλακή, νοσοκομείο, ψυχιατρείο, εντατική μονάδα. Η λέξη «περιβάλλον» έχει πολύ πιο ευρεία έννοια από το μέρος που γίνεται η θεραπεία. Στην ευρύτερη έννοια του το περιβάλλον ορίζεται ως το σύνολο όλων αυτών που περιβάλλουν εξωτερικά τον ασθενή. Το περιβάλλον του ασθενή μπορεί να είναι πρόσωπα ή αντικείμενα, τα οποία όταν διαφοροποιηθούν, μπορούν να τροποποιήσουν το όλο σύστημα. Η ζωή είναι γεμάτη από εμπειρίες που επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι τα άτομα όλων των ηλικιών επηρεάζουν και επηρεάζονται από το περιβάλλον τους. Όταν ο ασθενής έρχεται σε επικοινωνία με το νοσηλευτή, ήδη φέρνει μαζί του τις εμπειρίες του περιβάλλοντος, που έχει ζήσει μέχρι τώρα και με την σειρά του επηρεάζεται από το νέο περιβάλλον. Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται στη συνειδητή εφαρμογή της γνώσης ότι καθετί που συμβαίνει στο περιβάλλον του ασθενή έχει τη δυνατότητα να είναι θεραπευτικό ή αντιθεραπευτικό. Ένα περιβάλλον χαρακτηρίζεται θεραπευτικό, όταν πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις. Ο ασθενής:

- Ø Είναι ασφαλής από φυσικό κίνδυνο και συναισθηματικό τραύμα.
- Ø Είναι ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του και να κάνει αυτό με τρόπο που είναι παραδεκτός από τον εαυτό του και από τους άλλους στο περιβάλλον.

- Ø Έχει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει τις δικές του ικανότητες για την λύση προβλημάτων.
- Ø Μπορεί να δοκιμάζει και να παρατηρεί αν του συμπεριφέρονται με σεβασμό και ακεραιότητα.
- Ø Έχει το δικαίωμα της προσωπικής μεταχείρισης και θεραπείας.

Ευκαιρίες για τους ασθενείς να αναλάβουν ευθύνη για τους εαυτούς τους, ερεθίσματα αντίληψης, δραστηριότητες για την αποφυγή οπισθοδρόμησης, αρκετή τροφή, ανάπαυση και άνεση καθώς επίσης και το πρόγραμμα επιστροφής στην κοινωνία, είναι τα συστατικά ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος. Στο ψυχιατρείο, η φιλική και ζεστή ατμόσφαιρα αυξάνει στο μέγιστο βαθμό την εξατομίκευση της θεραπείας, εξασφαλίζει συνέχεια στη θεραπεία και αναπτύσσει το αίσθημα ασφάλειας, που είναι σημαντικά στην ανάρρωση του ασθενή. Η δημιουργία μιας ζεστής σπιτικής ατμόσφαιρας πλήρους αποδοχής από τον ασθενή, είναι ένας από τους μεγαλύτερους θεραπευτικούς συντελεστές που μπορεί να δημιουργήσει ο νοσηλευτής. Η επιδεξιότητα του ψυχιάτρου δεν μπορεί να είναι πλήρως αποτελεσματική, εάν ο ασθενής ζει σε μια παγωμένη και απρόσωπη ατμόσφαιρα. Είναι αναγκαίο λοιπόν, να δίνονται ευκαιρίες για νέες και περισσότερο θετικές εμπειρίες επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους. Έτσι ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί να συμπεριφέρεται με πιο ώριμο τρόπο.

Παράλληλα με τις ευκαιρίες αυτές, είναι ανάγκη να υπάρχουν και μερικά άλλα στοιχεία στην όλη συναισθηματική ατμόσφαιρα. Αυτά είναι το ευγενές ενδιαφέρον και ο σεβασμός για τους ασθενείς από όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο πραγματικός σεβασμός για τους ασθενείς, τους δημιουργεί περισσότερη υπευθυνότητα για να αποφασίσουν μόνοι τους και να θέσουν υπό έλεγχο τον εαυτό τους και την συμπεριφορά τους. Ένα δεύτερο στοιχείο, απαραίτητο για τη δημιουργία θεραπευτικού κλίματος, είναι το αίσθημα ασφάλειας. Όταν εμπνέεται ο ασθενής από το κλίμα της συναισθηματικής ασφάλειας, τότε τα αισθήματα αποδοχής, φιλίας και ζεστασιάς, είναι φανερά. Πολλοί ψυχικά ασθενείς μπαίνουν στο νοσοκομείο επειδή είναι φοβισμένοι, έχουν άγχος ή αισθάνονται ανασφάλεια στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Το τρίτο στοιχείο είναι η άποψη ότι, για να είναι ένα κλίμα θεραπευτικό, πρέπει ο καθένας που εργάζεται με τους ασθενείς να ενθαρρύνει τη βελτίωση και τη θετική αλλαγή στη συμπεριφορά τους.

Η ακρόαση είναι μία άλλη σπουδαία πλευρά της ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Ίσως δεν υπάρχει περισσότερο σπουδαία εργασία από το να ακούει κανείς τον ασθενή με συμπάθεια και με ένα θετικό και δυναμικό τρόπο, χωρίς όμως να δίνει συμβουλές, να εκφέρει γνώμη ή να κάνει υποδείξεις. Αυτός ο τύπος της ακρόασης ενθαρρύνει τον ασθενή να σκέφτεται δια μέσου των προβλημάτων του και να αποφασίζει, πράγμα χρήσιμο για αυτόν. Τον βοηθά να αποβάλλει το άγχος και την ένταση. Του δίνει την βεβαιότητα ότι ο νοσηλευτής πραγματικά φροντίζει για αυτόν. Αυτού του είδους η ακρόαση απαιτεί από μέρος του νοσηλευτή χρόνο και ψυχικές δυνάμεις. Ο ρόλος του νοσηλευτή, είναι να βοηθήσει τον ασθενή στα προβλήματα που συνδέονται με την πραγματικότητα και που αφορούν την παρούσα για αυτόν κατάσταση. Ο νοσηλευτής

ζητάει την βοήθεια και την καθοδήγηση του ψυχιάτρου, όταν νομίζει ότι οι διαπροσωπικές του σχέσεις με τον ασθενή δεν είναι αρκετά ικανοποιητικές.

Αναπτύσσοντας μια σχέση συνεργασίας με τον ψυχίατρο, που ασχολείται με τον ασθενή, αυξάνει την δυνατότητα του θεραπευτικού αποτελέσματος που θα έχει η όλη εμπειρία του ασθενή στο νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του ο νοσηλευτής πρέπει να εκτελέσει ορισμένες εργασίες που αφορούν στη φροντίδα του ασθενούς, και μπορούν να εκτείνονται από την έρευνα και τη θεραπεία της ασθένειας μέχρι και την τακτοποίηση του θαλάμου. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται ότι μια τεχνική, που είναι συνηθισμένη για αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή. Πρέπει να θυμηθεί τη δική του ανησυχία και το φόβο του, όταν επιτέλεσε αυτή την εργασία για πρώτη φορά, και να σκεφτεί πόσο χειρότερα αισθάνεται ο ασθενής. Το πρώτο βήμα του νοσηλευτή είναι να εξηγήσει στον ασθενή το λόγο για τον οποίο γίνεται αυτή η εργασία και τον τρόπο που θα γίνει. Ο ασθενής, που καταλαβαίνει τι θα γίνει και γιατί, έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεργαστεί.

Η εξήγηση πρέπει να ταιριάζει στη προσωπικότητα του ασθενή. Να μη μιλάει αφ' υψηλού στον ασθενή και να χρησιμοποιεί ακαταλαβίστικους τεχνικούς όρους. Στις μέρες μας, χάρη στη τηλεόραση και το ραδιόφωνο, ο κόσμος γνωρίζει αρκετά πράγματα για την ιατρική και με μια καλή επικοινωνία μπορεί να κατανοήσει αρκετά καλά αυτά που θέλει να του εξηγήσει ο νοσηλευτής. Ταυτόχρονα όμως, ο νοσηλευτής να μη γελαστεί από τη φαινομενική κατανόηση του ασθενή, γιατί μπορεί να θέλει να κρύψει την άγνοια του και να μη δείξει ότι δεν κατάλαβε. Ας τον ρωτήσει να του πει με δικά του λόγια τι κατάλαβε και να τον ενθαρρύνει να κάνει ερωτήσεις. Να είναι ειλικρινής με τον ασθενή. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Γι' αυτό πρέπει, ο νοσηλευτής, να ειδοποιήσει τον ασθενή, όταν φτάσει στη φάση που ίσως πονέσει και να υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να το κάνει να πονέσει όσο τον δυνατόν λιγότερο. Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να επιδείξει τη δεξιότητα που χρειάζεται για να κρατήσει το λόγο που έδωσε.

Η διαβεβαίωση ότι «δεν θα πονέσει», αν ακολουθηθεί από έντονο πόνο, προκαλεί στον ασθενή ένα αίσθημα δυσπιστίας, με αποτέλεσμα να φοβάται περισσότερο, ίσως να μη γίνει συνεργάσιμος και η αντίστασή του αυτή να κάνει το έργο ακόμη πιο οδυνηρό. Για να είναι αποδοτικός ο νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει το σκοπό του τρόπου ενέργειας και το λόγο που γίνεται το κάθε βήμα. Να θυμάται ότι κάθε τρόπος ενέργειας έχει για το ασθενή ένα νόημα και ότι, με το τρόπο ενέργειας αυτόν, δίνεται στο νοσηλευτή η ευκαιρία να δημιουργήσει μια φιλική σχέση με τον ασθενή. Η κατάλληλη εκμετάλλευση αυτής της ευκαιρίας από το νοσηλευτή μπορεί αν έχει μεγάλη θεραπευτική αξία, ενώ, το αντίθετο μπορεί να απομακρύνει για πάντα τον ασθενή από αυτόν.

2.4 Φάσεις επικοινωνίας νοσηλευτή-ασθενή

Η σχέση νοσηλευτή- ασθενή είναι μία αμοιβαία επικοινωνία, η διάρκεια της οποίας ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες του νοσηλευτή και του ασθενή. Συνήθως διακρίνεται σε τέσσερις φάσεις, από τις οποίες η κάθε μία έχει δικά της χαρακτηριστικά. Σε όλες όμως διακρίνουμε στοιχεία τα οποία μπορούμε να θεωρήσουμε κοινά χαρακτηριστικά των φάσεων :

- Κατανόηση
- Σαφήνεια
- Σεβασμός
- Ευγένεια
- Ετοιμότητα
- Αντιμετώπιση της πραγματικότητας

Προκαταρκτική φάση

Για το νοσηλευτή, η σχέση αρχίζει πριν από την πρόσωπο προς πρόσωπο, επικοινωνία με τον ασθενή. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο νοσηλευτής γνωρίζει το όνομα του ασθενή, την διεύθυνσή του, την ηλικία του, την καταγωγή του από το ιατρικό ιστορικό του. Έτσι είναι δυνατό να έχει μία ιδέα για αυτόν πριν από την πρώτη επικοινωνία. Στη φάση αυτή, όπως και σε όλες τις φάσεις της σχέσης νοσηλευτή και ασθενή, ο στόχος αφορά και τα δύο πρόσωπα. Όσο αφορά στον ασθενή, ο νοσηλευτής συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το περιβάλλον του, πράγμα που θα τον βοηθήσει στην περαιτέρω επικοινωνία και την νοσηλευτική του φροντίδα. Κατά την φάση αυτή λοιπόν, ο νοσηλευτής έχει την ευκαιρία, με τα στοιχεία που γνωρίζει για τον ασθενή, να δει ποια είναι η προσωπική του γνώμη για αυτόν και ποια η πρώτη του αντίδραση. Δημιουργείται δηλαδή η κρίση του νοσηλευτή για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής μπορεί αν σχηματίσει άσχημη εικόνα για τον ασθενή του με ορισμένα χαρακτηριστικά που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την επικοινωνία. Η εντύπωση, για παράδειγμα, ότι οι ψυχοπαθείς δεν είναι ικανοί να συμπεριφέρονται υπεύθυνα και επομένως είναι επικίνδυνοι, αποτελεί στίγμα στην κοινωνία.

Γενικά, η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από άγχος, που έχει θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στην επικοινωνία. Θετικές μπορούν να θεωρηθούν από την άποψη ότι ένας ήπιος βαθμός άγχους μάλλον επιταχύνει τις διαπραγματεύσεις για την επικοινωνία. Αρνητικές από την πλευρά ότι το έντονο άγχος δυσκολεύει την προσπάθεια αυτή, και μερικές φορές ίσως χρειάζεται βοήθεια από τον γιατρό ή τον προϊστάμενο. Τέλος, στην φάση αυτή γίνεται ο προγραμματισμός για την πρώτη επικοινωνία με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής φροντίζει για τον χώρο συνάντησης. Αυτός πρέπει να είναι άνετος και, αν είναι δυνατόν, απομονωμένος. Ενημερώνει τον ασθενή για την ώρα της συνάντησης και με λίγα λόγια τον πληροφορεί τι πρόκειται να συζητήσουν. Αυτή είναι η μόνη φάση, στην οποία ο νοσηλευτής είναι το μοναδικό ενεργό μέλος της επικοινωνίας. Στις επόμενες φάσεις, ο ασθενής παίρνει μέρος ενεργά πλέον και αυτός είναι ο στόχος μας, να διατηρηθεί αυτή η συμμετοχή του μέχρι τέλους.

Εναρκτήρια φάση

Η πρώτη συνάντηση του νοσηλευτή και του ασθενή είναι πολύ σπουδαία, γιατί αυτή είναι η βάση της επιτυχίας για τις επόμενες. Σε κάθε προσωπική σχέση, είναι σπουδαίο να χρησιμοποιούμε το όνομα του άλλου. Η χρήση του ονόματος από το νοσηλευτή και τον ασθενή, μπορεί να είναι έκφραση φιλίας και αμοιβαίας προσπάθειας για επικοινωνία, όχι μόνο τώρα, αλλά και αργότερα. Αυτό βοηθά τον ασθενή όσον αφορά τις απαιτήσεις που μπορεί να έχει από το κάθε πρόσωπο που εργάζεται μαζί του. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο της φάσης αυτής είναι η συμφωνία που κάνει ο νοσηλευτής με τον ασθενή για τον χρόνο της συνάντησής τους, τις συζητήσεις τους, το σκοπό της επικοινωνίας τους και την αμοιβαία εμπιστοσύνη και εχεμύθεια. Ακόμη, ο νοσηλευτής μπορεί να ενημερώσει τον ασθενή, για το ποιες θα είναι οι ενδείξεις όσον αφορά στη λήξη αυτής της σχέσης τους. Οι σχέσεις με τον ασθενή που επιστρέφει στο σπίτι, θα λήξουν όταν αυτός παίρνει εξιτήριο ή όταν ο σκοπός της επικοινωνίας τους έχει επιτευχθεί πλήρως ή αρκετά ικανοποιητικά.

Φάση διατήρησης

Η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή στην φάση αυτή, χρονικά αφορά στην περίοδο κατά την οποία η επικοινωνία διατηρείται για να επιτευχθεί ο σκοπός που συμφωνήθηκε από κοινού. Νοσηλευτής και ασθενής αισθάνονται πιο άνετα, γιατί γνωρίζουν ο ένας τον άλλον και ο σκοπός της επικοινωνίας τους είναι επίσης γνωστός. Όμως η φάση αυτή είναι και περίοδος εντατικής εργασίας, κατά την οποία εκδηλώνεται η επιθυμία του ασθενή να αναλάβει ένα περισσότερο ενεργό ρόλο στην ανίχνευση του εαυτού του. Κατά την φάση αυτή ο νοσηλευτής και ο ασθενής μπορούν να αναλάβουν δραστηριότητες που σκοπό έχουν να βοηθήσουν ο δεύτερο, να αισθανθεί ότι είναι σε θέση να συμβιβαστεί ή να ωφεληθεί από την προβληματική αυτή εμπειρία του. Εάν η σχέση μεταξύ τους προχωρεί δημιουργικά, πρέπει οπωσδήποτε να παρατηρηθούν θετικές αλλαγές της συμπεριφοράς. Ένα σπουδαίο σημείο στο έργο του νοσηλευτή, κατά την φάση αυτή είναι και το να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει ελεύθερα τα αισθήματά του. Φυσικά διάφοροι κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν τον βαθμό με τον οποίο ο ασθενής εκφράζει τα αισθήματά του.

Εάν αυτό είναι μία νέα εμπειρία για αυτόν, χρειάζεται υπομονή και κατανόηση. Ο νοσηλευτής θα έχει υπόψη του, ότι το πρώτο που πρέπει να επιτευχθεί στη φάση αυτή είναι η ανίχνευση σε βάθος των αισθημάτων και η ανακάλυψη και δοκιμή των καταλληλότερων λύσεων για τις καταστάσεις της ζωής του ασθενούς. Διευκολύνει τον ασθενή όχι μόνο στην εξερεύνηση αλλά και στην έκφραση των αισθημάτων του με τη χρησιμοποίηση των μεθόδων της θεραπευτικής επικοινωνίας που αναφέραμε παραπάνω. Πολλοί μελετητές αναφέρουν την αντιμετώπιση αυτή ως μία ενέργεια που βοηθάει στην φάση αυτή. Ο νοσηλευτής μια τέτοια αντιμετώπιση στην περίπτωση που δεν υπάρχει συνοχή στην συμπεριφορά του ασθενή (άλλα συμφώνησαν και άλλα κάνει), τότε λέει στον ασθενή του τι παρατήρησε και τον βοηθάει να το καταλάβει και να το διορθώσει. Έτσι, η αντιμετώπιση γίνεται ένα από τα πλέον αξιόλογα μέσα που έχει στη διάθεσή του ο νοσηλευτής και που μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή του στη συμφιλίωση με τα

συναισθήματά του. Συναισθήματα, τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν κατά την φάση αυτή, είναι ο θυμός, η εχθρότητα, η δυσαρέσκεια, η λύπη, ο φόβος και άλλα. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι και στη φάση αυτή η κατανόηση, η σαφήνεια, η ετοιμότητα, ο σεβασμός και η ευγένεια είναι οι οδηγοί για τον νοσηλευτή.

Φάση λήξης

Οι αντιδράσεις του ασθενή εδώ επηρεάζονται από τη σημασία που έχει το γεγονός αυτό για τον ασθενή, τη διάρκεια της σχέσης τους και το βαθμό στον οποίο πέτυχαν τον σκοπό της σχέσης τους. Καθώς ο αποχωρισμός πλησιάζει, ο νοσηλευτής και ο ασθενής γίνονται ο ένας μέρος της ζωής και του παρελθόντος του άλλου, αλλά συγχρόνως ο καθένας προχωρεί προς ένα μέλλον στο οποίο ο άλλος δεν θα παίρνει μέρος. Η ικανοποίηση ότι οι σκοποί της επικοινωνίας έχουν με επιτυχία, ισοσταθμίζεται με την σκέψη, ότι ο καθένας θα χάσει το πρόσωπο με το οποίο είχε μοιραστεί τόσο σημαντικές εμπειρίες. Έτσι, η λήξη της σχέσης νοσηλευτή και ασθενή μπορεί να είναι συναισθηματικά οδυνηρή. (Ραγιά, 2009).

2.5 Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Οι νοσηλευτικοί σύνδεσμοι διαφόρων χωρών έχουν διατυπώσει ειδικούς κώδικες ηθικών καθηκόντων για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Αναφέρονται ορισμένες από τις αρχές που συνήθως περικλείουν αυτοί οι κώδικες. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει ευθύνη να :

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

- Συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας πώς, πότε και γιατί θα ληφεί από τον καθένα στους αρρώστους και την οικογένειά τους, ως ενημέρωση για τη θεραπευτική τους αγωγή, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις ενδεχόμενες παρενέργειες.
- Αναλαμβάνει ευθύνη ως ενδιαφερόμενος πολίτης για την οργάνωση, προσιτότητα και αξιολόγηση υπηρεσιών με σκοπό την αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας της κοινότητας.
- Ακολουθεί πιστά αρχές, κανονισμούς και νόμους που συσχετίζονται με την υπεύθυνη και αξιόπιστη άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- Αποφεύγει κάθε ανάμιξη σε πρακτικές που παραβιάζουν τον κώδικα των ηθικών καθηκόντων.

Τα ηθικά καθήκοντα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας στηρίζονται στα διεθνώς παραδεκτά νοσηλευτικά πρότυπα, αλλά συμβαδίζουν και με τις ιατρικές διακηρύξεις που περιέχουν οδηγίες επαγγελματικής ηθικής. (Ραγιά, 2009).

2.6 Νοσηλευτική Διεργασία

Η νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν. Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίοι βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

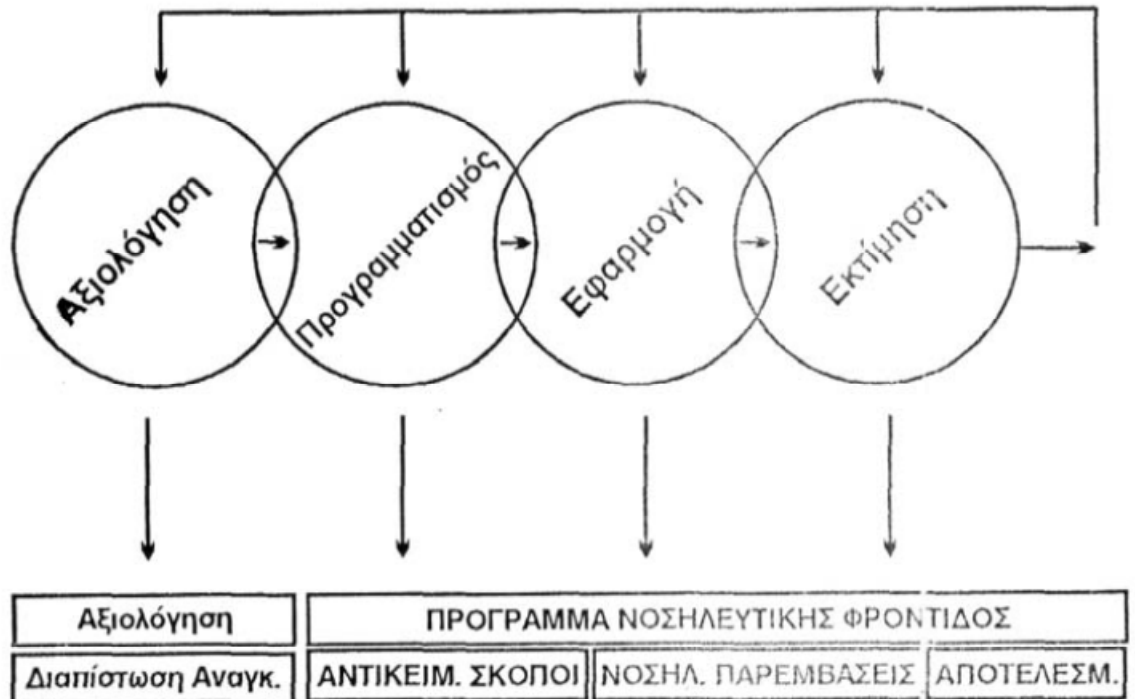
Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς με τη διαφορά ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:

- Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
- Η πρόληψη της νόσου.
- Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
- Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Το σύστημα είναι ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή εισαγωγή και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας και όχι νέα στη νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσηλευτών να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου. Η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν πέντε στάδια, άλλοι 4 και άλλοι 3. Το περιεχόμενο τους όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους. Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες που ασχολήθηκαν με τη Νοσηλευτική Διεργασία, την διακρίνουν σε 4 στάδια. Τα στάδια της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας (εκτίμηση και αποτελέσματα)

Διαγραμματικά φαίνονται τα 4 στάδια στο σχήμα 1.



Σχήμα 1. Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας (ΠΟΥ 1981).

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με τη Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις:

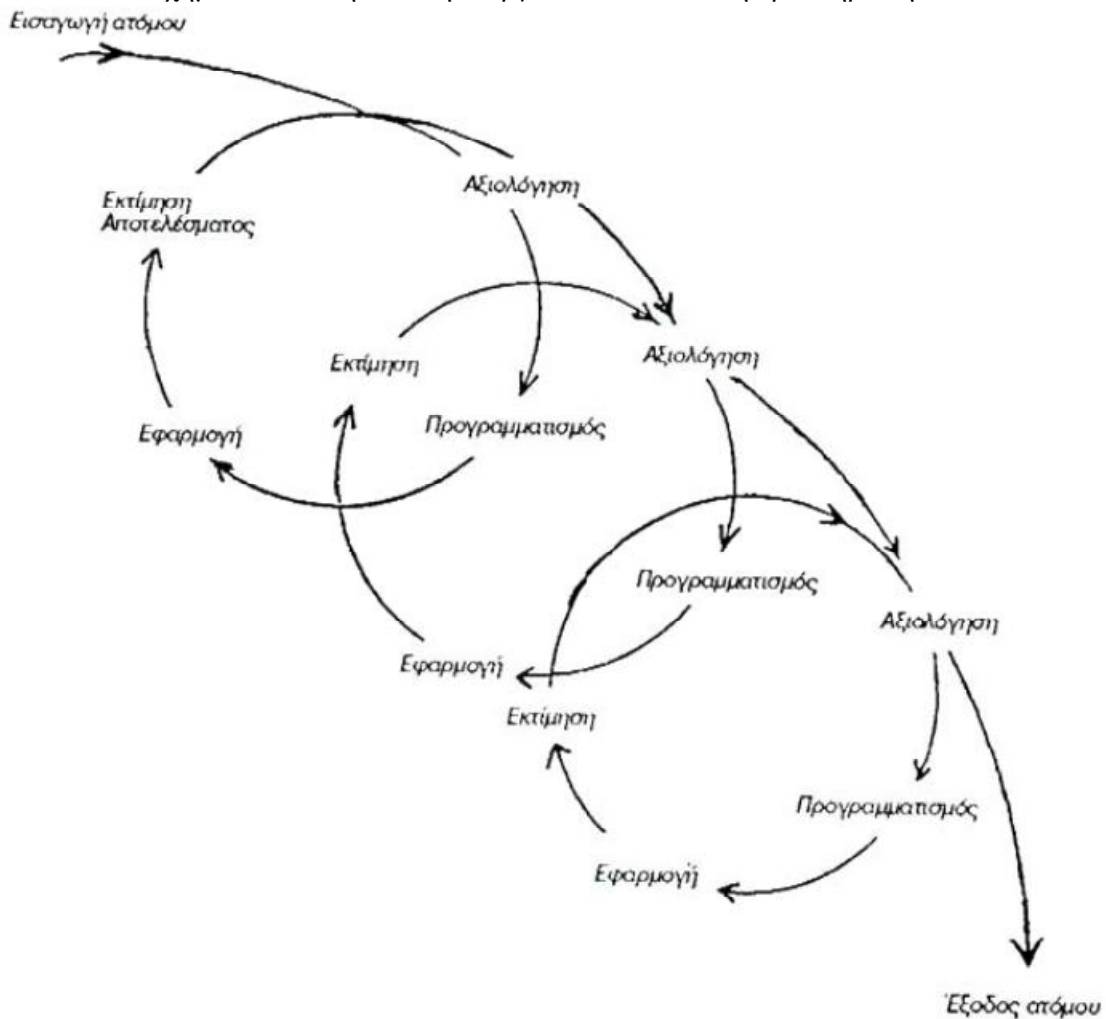
1. Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου (απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ στα ελληνικά δεδομένα) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν.
2. Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας. Ο κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί ακόμη σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον καταταμαχισμό της νοσηλευτικής

φροντίδας. (π.χ. κάποιος αναλαμβάνει τις ενέσεις, άλλος τα φάρμακα κ.λπ.). Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική διεργασία.

3. Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιστορικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι κυκλική ενέργεια, συνέχει επαναλαμβανόμενη μέχρι να επιτύχει τον τελικό σκοπό της που είναι η ολοκλήρωση της φροντίδας που χρειάζεται το άτομο.

Σχήμα 2. Η νοσηλευτική Διεργασία σαν κυκλική δραστηριότητα.



4. Η αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές καμία αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν οι ίδιοι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, δεν το αποδέχονται, τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με τη γνώση και την επιστημονική τους κατάρτιση.

Τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού έργου οπότε και η Νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες Επιστήμες Υγείας. (Βλαντή, Κρυστάλλα, Μελαδάκης, 2003).

Πίνακας νοσηλευτικής διεργασίας σε περίπτωση σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΓΝΩΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΙΣΟΦΡΕΝΕΙΑ	Παραληρητικές ιδέες. Ψευδαισθήσεις. Αποδιοργανωμένος λόγος. Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.	Μείωση φόβου και εξάλειψη παραληρητικών ιδεών. Επαναφορά του ασθενή στη πραγματικότητα. Βελτίωση της ασυναρτησίας του λόγου και της αποκλίνουσας συμπεριφοράς.	Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι κοντά στον ασθενή, να τον ενθαρρύνει και να συζητάει μαζί του για να τον καθησυχάζει.	Ο νοσηλευτής είναι κοντά στον ασθενή, τον καθησυχάζει και του χορηγεί τη φαρμακευτική αγωγή που χρειάζεται.	Ο ασθενής εμφανίζει σημάδια βελτίωσης. Ασυναρτησία και αλόγιστη συμπεριφορά έχουν εξαιρεθεί. Σημάδια βελτίωσης χωρίς φόβο και ψευδαισθήσεις.
ΤΟΛΙΚΗ ΑΤΑΡΑΧΗ	Μανιακό επεισόδιο. Εμφάνιση κατάθλιψης. Διαταραχές μνήμης. Υποτονικότητα.	Μείωση υπερβολικής ενεργητικότητας. Μείωση ψυχικού πόνου, ενθάρρυνση, τόνωση συναισθηματικής διάθεσης.	Ο νοσηλευτής πρέπει να καταστέλλει την υπερβολική διέγερση του ασθενούς. Να προλαμβάνει αυτοκτονικές συμπεριφορές και να καθησυχάζει τον ασθενή πως όλα είναι καλά.	Βρίσκεται κοντά στον ασθενή και τον καθησυχάζει. Συζητάει μαζί του. Φροντίζει να λαμβάνει σωστά την αγωγή του.	Ο ασθενής σταδιακά σταματάει να εμφανίζει μανιακά ή καταθλιπτικά επεισόδια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι σχεδόν αδύνατο να διαχωρίσουν τις επιπλοκές στον ψυχικά ασθενή και σε άλλους, καθώς η θεραπεία δεν αποσκοπεί μόνο στο να φροντίζουν τον άρρωστο, αλλά και στο να παρατηρούν και να εκτιμούν /αξιολογούν τις ανάγκες των κοντινών τους προσώπων, όπως σύζυγοι και παιδιά. Γι' αυτό και ο Fleck Henderson, αναφέρεται στο όρο «διπλή θέαση»: να μπορούν συγχρόνως να κρατούν κάποιες ενδείξεις και να βλέπουν τις ανάγκες των ενήλικων ασθενών και των παιδιών τους. Έτσι υπάρχει και εμπάθηση και ενδιαφέρον για τον ενήλικο, αλλά συγχρόνως ο ειδικός αναγνωρίζει και τις επιπτώσεις στα παιδιά ώστε να τα συμβουλεύουν ως μέλη της οικογένειας που είναι. (Χατζηπαρασκευάς- Χρυσάφης, 2007). Η βιολογική θεραπεία στην ψυχιατρική εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς και δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι ιστορικά έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αλλαγή του τύπου της ψυχιατρικής φροντίδας. Μέχρι πριν λίγα χρόνια οι ασθενείς που εισέρχονταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν δέχονταν τίποτα άλλο εκτός από την γενική νοσηλευτική φροντίδα που το προσωπικό ήταν ικανό να δώσει. Δίνοντας μεγάλη προσοχή αργότερα, στην σωματική υγεία του ασθενή και προσφέροντας μία γενική επιτήρηση, η ζωή στο νοσοκομείο έδινε στους ασθενείς την ευκαιρία για αυτόματη βελτίωση. (Κυζιρίδης, 2010). Η θεραπεία περιλαμβάνει:

1. Ψυχοφάρμακα: για την καταστολή των συμπτωμάτων. Η λήψη φαρμάκων είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση του ατόμου που βίωσε ψυχωτικό επεισόδιο, καθώς και για την πρόληψη μελλοντικών επεισοδίων.
2. E.C.T. Τα ηλεκτροσόκ σε συνδυασμό με ψυχοφάρμακα, μακραίνουν τον χρόνο επανεμφάνισης της νόσου. Μπορούν να φέρουν αποτέλεσμα εκεί όπου έχουν αποτύχει όλες οι άλλες θεραπείες.
3. Χειρουργική θεραπεία (λοβοτομή).
4. Ψυχοθεραπεία: εφαρμόζεται, αφού προηγηθεί η φαρμακοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να κρατήσει τον ασθενή σε επαφή με τον έξω κόσμο.
5. Ψυχολογική κινητοποίηση (ατόμου, οικογένειας, κοινότητας). Τόσο ο ασθενής όσο και τα άτομα που συναναστρέφονται μαζί του πρέπει να γνωρίζουν για τις αιτίες, τα συμπτώματα και την επίδραση που αυτά έχουν, στην σκέψη, στο συναίσθημα και στην συμπεριφορά του ασθενούς. Είναι σημαντικό να μπορούν να αναγνωρίσουν τα πρώιμα προειδοποιητικά σημάδια ώστε να μπορέσουν να αποφύγουν ένα ψυχωτικό επεισόδιο που έρχεται. Επιπλέον, ο ασθενής και οι γύρω πρέπει να μάθουν να διατηρούν το συναίσθημα τους σε χαμηλά επίπεδα, και αυτό διότι έχει βρεθεί ότι η αποφυγή έκφρασης πολύ έντονων αρνητικών συναισθημάτων, όπως κριτική, ή πολύ έντονων θετικών συναισθημάτων όπως υπερπροστατευτικότητα, μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση ψυχωτικού επεισοδίου.

6. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Τα άτομα με ψύχωση συχνά χρειάζονται βοήθεια και υποστήριξη σε θέματα εργασίας, στέγης, διαχείρισης των οικονομικών κ.α. (Αδαμόπουλος, Λυράκου, 2008).

3.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Η ψυχοθεραπεία της συμπεριφοράς έχει γίνει αποδεκτή από όλες σχεδόν τις ψυχιατρικές σχολές ως η θεραπεία «εκλογής» για ορισμένες κατηγορίες ασθενών (φοβικοί, ψυχαναγκαστικοί, ασθενείς με σεξουαλικά προβλήματα κτλ). Χωρίς να είναι πανάκεια, υπολογίζεται ότι ένα 10-15% των ψυχιατρικών ασθενών είναι δυνατόν να βελτιωθεί με την εφαρμογή σ' αυτούς μιας ποικιλίας θεραπευτικών τεχνικών (marks 1987). Στο θεωρητικό μέρος οι ακραίες θέσεις των συμπεριφερολόγων έχουν απορριφθεί σε βαθμό τέτοιο , που μερικοί δέχονται και τη συμμετοχή ασυνείδητων διεργασιών (Ellen 1982) στην εγκατάσταση μιας μαθημένης συμπεριφοράς. Οι σύγχρονες θεραπείες της συμπεριφοράς είναι ανοικτές προς κάθε κατεύθυνση, έχουν απομακρυνθεί από το μοντέλο της εξάρτησης «ερέθισμα- αντίδραση», δίνουν προτεραιότητα στις ατομικές διαφορές και στις συνθήκες (κοινωνικές κτλ) κάτω από τις οποίες εκδηλώνεται η παθολογική συμπεριφορά.

Δίνεται μεγάλη έμφαση στο πώς η αλλαγή, που επιτυγχάνεται με τη θεραπεία, μπορεί να διατηρηθεί και να γενικευθεί σε άλλες συμπεριφορές. Προσπάθειες γίνονται για το πώς θα μειωθούν οι αντιστάσεις και θα αυξηθούν τα κίνητρα συνεργασίας του ασθενή για αλλαγή με την εκμετάλλευση από το θεραπευτή των «προσδοκιών» του και με τη δημιουργία μιας ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και ζεστασιάς. Η αλλαγή μπορεί να είναι ποιοτική και δεν εντοπίζεται με τις καθιερωμένες ποσοτικές εκτιμήσεις που είναι απαραίτητες για κάθε στατιστική αξιολόγηση. Με την καθιέρωση του θεραπευτικού κριτηρίου, διαπιστώνουμε εάν η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι κλινικά και κοινωνικά σημαντική για τον ασθενή. Για την εκτίμηση της αλλαγής της συμπεριφοράς με τη θεραπεία που εφαρμόζουμε, έχει προταθεί να γίνεται η κοινωνική αξιολόγηση της αλλαγής. Αυτό γίνεται με εκτιμήσεις ανεξάρτητων κριτών σχετικά με το κατά πόσο η αλλαγμένη συμπεριφορά ευνοεί τώρα την καλύτερη απόδοση του ατόμου μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Η βελτίωση μετριέται ποιοτικά και ποσοτικά. Δεν έχει σημασία εάν η αλλαγή της συμπεριφοράς που έγινε με τη θεραπεία είναι μεγάλη. Εκείνο που έχει σημασία είναι α) τι σημαίνει η αλλαγή γι' αυτόν και β) πόσο αυτή, έστω και μικρή αλλαγή, είναι σημαντική ή όχι για την ζωή του. Η μαθησιακή διεργασία που συμβαίνει στην ψυχοθεραπεία της συμπεριφοράς, αλλά και σε κάθε ψυχοθεραπεία, επηρεάζεται από: 1) τη διάγνωση της ασθένειας, 2) τη φαρμακευτική αγωγή, 3) το προηγούμενο ιστορικό, 4) το γνωσιακό στυλ του συγκεκριμένου ατόμου, 5) το αναπτυξιακό στάδιο, στο οποίο βρίσκεται όταν κάνει ψυχοθεραπεία, 6) τη συναισθηματική του προσφορότητα καθώς και, 7) τις μεταβλητές που έχουν σχέση με το θεραπευτή του.

3.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά το πρώτο μισό του αιώνα, οι κλινικοί εκπαιδεύονταν ώστε να αποφεύγουν το σχεδιασμό ενός πλάνου της θεραπείας και απλά βιάζονταν ανάλογα με το τι θα πει ο ασθενής ώστε να δράσουν. Μετά την επίδραση της ψυχανάλυσης και της ψυχοδυναμικής και ροτζεριανής προσέγγισης, ο κλινικός αναμενόταν να ακολουθεί παθητικά τον ασθενή και να ερμηνεύει ή να αντιμετωπίζει μόνο. Επίσης, έπρεπε να περιορίζεται μόνο σε μια συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση, ανεξάρτητα από την διαφορετικότητα των ασθενών. Για λόγους που έχουν να κάνουν με την δική τους ιστορία, οι νευροεπιστήμονες και η ψυχανάλυση, δύο επιστημονικά πεδία που εξ' ορισμού έχουν λόγο για το συναίσθημα, διήνυσαν μια μακρά πορεία για να μπορέσουν να προσεγγίσουν τη φύση του συναισθήματος και να του αποδώσουν όσα αυτόνομα το χαρακτηρίζουν, ορίζοντας ταυτόχρονα και τις διαπλοκές του.

Από τη μία, η γνωσιακή επιστήμη στις απαρχές της εξόρισε τα συναισθήματα από το πεδίο μελέτης της θεωρώντας τα μέρος της συνείδησης και, όταν τα υιοθέτησε ως ερευνητικό αντικείμενο, ουσιαστικά τα εξομοίωσε με τις σκέψεις ταυτίζοντας το συναίσθημα με τη νόηση. Από την άλλη, η ψυχανάλυση, αν και εξ αρχής αναγνώρισε την ύπαρξη του affect (είναι ο δικός της όρος), σχετικά πρόσφατα, αφού διεύρυνε την κλινική της εμβέλεια σε χώρους πέραν της νευρώσεως, μπόρεσε να αναδείξει τη συνολικότερη λειτουργία του στον ψυχισμό αποδεσμευοντάς το από τον αποκλειστικό ρόλο του ως συνοδού της αναπαράστασης. (Βασιλόπουλος, 2008). Η επελευθέρωση της ενέργειας των συμπλεγμάτων του υποσυνειδήτου με τη χρήση της υποβολής και της ύπνωσης οδήγησε τον Φρόιντ στην ανακάλυψη της ψυχανάλυσης που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της μοντέρνας ψυχοθεραπείας. (Κούρος, 1994).

Ο βαθμός της νοημοσύνης ενός ανθρώπου, και το αν έχει επηρεαστεί λίγο ή πολύ από την ψύχωση, είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγων. Ακόμη και αν έχει επηρεαστεί μπορεί να αναπτυχθεί ιδιαίτερα, και πάλι, μέσω της ψυχοθεραπείας. Η νοημοσύνη μας δεν είναι κάτι το οποίο μένει στάσιμο, αλλά αναπτύσσεται, ιδιαίτερα όσο 'εκπαιδευόμε' τους διάφορους τομείς αυτού που αποκαλούμε συνολικά 'νοημοσύνη', με ειδικές ασκήσεις. Είναι πάρα πολλές οι περιπτώσεις σχιζοφρενικών ασθενών οι οποίοι κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ανέπτυξαν την ικανότητα να κάνουν απλές μαθηματικές πράξεις, τις οποίες πριν δεν μπορούσαν, καθώς και διάφορες άλλες παραμέτρους της νοημοσύνης, (μνημονική ικανότητα κλπ.). Η ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου, του αυξάνει ιδιαίτερα την αυτοεκτίμηση και το κάνει να νιώθει λειτουργικό και ισότιμο μέλος της κοινωνίας το οποίο δεν μειονεκτεί. Κατ' αυτό τον τρόπο, πρέπει να μη γίνεται ένα συχνό λάθος από το περιβάλλον του ατόμου, δηλαδή να γίνεται μόνο χρήση της φαρμακευτικής αγωγής και όχι αυτής σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία.

Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι στο αμβλύ, επίπεδο συναίσθημα, συχνό σύμπτωμα της ψύχωσης, η ψυχοθεραπεία μπορεί να αυξήσει επιπρόσθετα, το επίπεδο βελτίωσης που επιτυγχάνει η φαρμακευτική αγωγή. Το ίδιο επίσης παρατηρείται και στο επίπεδο της εναισθησίας του ατόμου (κατανόησης) και επομένως καλύτερης αντιμετώπισης από μέρους του, σκέψεων, συναισθημάτων, καταστάσεων που τυχόν μπορεί να προκαλούν την παλινδρόμηση του ατόμου σε συμπτώματα που είχαν υποχωρήσει.

3.2.1 Ορισμός:

Η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των προβλημάτων συναισθηματικής φύσεως, κατά την οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο δημιουργεί σκόπιμα μια επαγγελματική σχέση με τον ασθενή με σκοπό: 1) την αφαίρεση, μετατροπή ή επιβράδυνση της εξέλιξης υπαρχόντων συμπτωμάτων, 2) την μεταβολή διαταραγμένων διαδικασιών συμπεριφοράς και 3) την προαγωγή θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας. (Νεστόριος, 1996).

Η νοσηρή κατάσταση ενός ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί θεραπεύοντας πρώτα την εγκεφαλική διαταραχή και ταυτόχρονα τις συνέπειες της συμπεριφοράς, της γνωστικής κατάστασης και των συναισθηματικών αντιδράσεων του ασθενούς. Εκτός από την αντιμετώπιση με φάρμακα, συχνά για την επιτυχία των θεραπευτικών παρεμβάσεων απαιτείται άμεση θετική υποστήριξη. Η θεραπεία δεν θα πετύχει αν ο ασθενής δεν την υιοθετήσει, δεν την αποδεχθεί ή δεν την κατανοήσει. Σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής εξέλιξης πρέπει να παρακολουθούνται παράγοντες κουλτούρας, οικονομικοί και νομικοί παράγοντες. Όταν υποχωρήσει ένα οξύ επεισόδιο ο στόχος της θεραπείας μεταφέρεται από την κρίση του επεισοδίου στην αντιμετώπιση και στη βελτίωση των επίμονων, χρόνιων, ήπιων συμπτωμάτων, των φόβων και των συνηθειών που εμποδίζουν την εξέλιξη του ατόμου και ουσιαστικά στη βελτίωση των προσωπικών σχέσεων και της ποιότητας της ζωής. (Χατζηπαυλίδου- Σάμου, 2007).

Η έκφραση ισχυρού συναισθήματος στο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αποτελεί βασικό συστατικό όλων των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Η χρήση της συναισθηματικής έκφρασης όμως δεν θεωρείται πλέον θεραπευτική ως μέσο εκφόρτισης της συσσωρευμένης και καταπιεσμένης συναισθηματικής διέγερσης. Παρόλο που ο καθαρτικός της ρόλος αναγνωρίζεται και θεωρείται ως ένα βαθμό χρήσιμος, ο στόχος της έκφρασης έντονου συναισθήματος είναι η ενεργοποίηση των προτύπων ή των σχημάτων και η τροποποίησή τους. Επιπλέον, οι σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία συγκεκριμένων θεραπευτικών τεχνικών. Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία περιγράφεται πλέον με σαφή βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν, ενώ κάποια από τα ψυχοθεραπευτικά συγγράμματα έχουν την μορφή θεραπευτικού εγχειριδίου. Οι τεχνικές αυτές συνδέονται κυρίως με δύο τομείς: την πρόκληση ισχυρού συναισθήματος και τη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης.

Φαίνεται ότι για να είναι αποτελεσματικές οι παρεμβάσεις που αφορούν τη συναισθηματική έκφραση και για να αφηθεί ο ασθενής να εμβαθύνει στο συναισθηματικό του βίωμα, θα πρέπει να υπάρχει το κατάλληλο κλίμα ενσυναισθητικής κατανόησης, εμπιστοσύνης και αυθεντικότητας στη σχέση του με τον θεραπευτή. (Σταλίκας και συνεργάτες, 2004). Μία βασική διάσταση της έκφρασης έντονου συναισθήματος κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι η καθαρτική του δράση. Ο ασθενής έχει την ευκαιρία να φέρει στην επιφάνεια και να βιώσει συναισθήματα που είχε απωθήσει, καταπιέσει, αγνοήσει, μεταλλάξει. Τα συναισθήματα αυτά εκφορτίζονται, η ενέργεια που κατασπαταλιόταν για την συγκράτησή τους απελευθερώνεται και οι έμμεσες παρενέργειές τους στην συμπεριφορά του ατόμου εξαφανίζονται. Ορισμένες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική εκφόρτιση είναι επαρκής για να επαναφέρει την ψυχική ισορροπία του ατόμου, οπότε αποτελεί αυτοσκοπό της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι περισσότερες όμως δέχονται την καθαρτική ικανότητα της έκφρασης δυνατού συναισθήματος ως ένα πρώτο βήμα, απαραίτητο για να επακολουθήσουν περαιτέρω θεραπευτικά φαινόμενα, το ίδιο όμως δεν θεωρείται θεραπευτικό από μόνο του. (Σταλίκας και συνεργάτες, 2004). Τα παραδοσιακά ψυχοθεραπευτικά μοντέλα που έχουν εφαρμοστεί έως τώρα στους ασθενείς με διάγνωση ψυχώσεις δεν έχουν πετύχει ιδιαίτερα, καθώς επικεντρώνονται σε στόχους όπως, το να αποκτήσει ο ασθενής την ικανότητα της ενόρασης και να καταφέρει να χειρίζεται τις ενδοψυχικές συγκρούσεις. Κάποιες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις θεωρούν ότι η έκφραση συναισθήματος είναι απαραίτητη για να οδηγηθεί το άτομο στην ενόραση. Εμβαθύνοντας στο συναισθηματικό του βίωση, ο ασθενής ανακαλεί απωθημένα περιστατικά και κάνει μεταξύ τους συνδέσεις. Τελικά καταλήγει στη βαθύτερη κατανόηση καταστάσεων και προσωπική του ιστορία με διαφορετικό τρόπο. (Σταλίκας και συνεργάτες, 2004).

Ωστόσο, ο ασθενής ο οποίος βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, πολύ συχνά αδυνατεί να μπει στη διαδικασία της ενόρασης ώστε να καταφέρει να επιτύχει συμπεριφοριστικές αλλαγές. Κάποιες από τις προσεγγίσεις έχουν αξιοσημείωτες ομοιότητες, άλλες αλληλοσυμπληρώνονται, ενώ άλλες είναι αντιφατικές μεταξύ τους. Φαίνεται ωστόσο ότι όλες συγκλίνουν σε ένα σημείο: στη θεραπευτική χρησιμότητα της έκφρασης ισχυρού ή έντονου συναισθήματος κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Ο τρόπος με τον οποίο η συναισθηματική έκφραση γίνεται αντιληπτή ως θεραπευτική, διαμορφώνεται σε πέντε κατηγορίες:

- Η έκφραση συναισθήματος ως εκφόρτιση,
- η έκφραση συναισθήματος ως μέσο ενόρασης,
- η έκφραση συναισθήματος ως μέσο μάθησης,
- η έκφραση συναισθήματος ως μέσο γνωστικής αναδόμησης, και
- η έκφραση συναισθήματος ως προσαρμοστικός οδηγός. (Σταλίκας και συνεργάτες, 2004).

Επιπλέον, κατά την διάρκεια μιας ανάλυσης εκδηλώνονται πάσης φύσεως φαινόμενα, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της θεραπείας. Είθισται, μετά τον Φρόντ, να διακρίνουμε τα φαινόμενα αυτά, τα οποία αποτελούν πρόσκομμα στη θεραπεία, ως αντιστάσεις. Αυτές οι αντιστάσεις εμποδίζουν σε τέτοιο βαθμό την ψυχαναλυτική θεραπεία ώστε να την καθιστούν αδύνατη. Υπήρξε μία εποχή όπου οι ψυχαναλυτές προσπάθησαν να ορίσουν αυτά τα κριτήρια και να περιγράψουν λεπτομερώς αυτό που αποκαλούσαν προϋποθέσεις αναλυσιμότητας, τις προϋποθέσεις δηλαδή που κάνουν ένα υποκείμενο αναλύσιμο. Έπρεπε λοιπόν, αναμφίβολα να υπάρχει μεταβίβαση, αλλά επίσης και η ικανότητα να αναλύσεις τη μεταβίβαση. Έπρεπε να κυριαρχεί ο κανόνας, χωρίς τον οποίο δεν υπάρχει ούτε ελεύθερος συνειρμός, ούτε περιοδικές συναντήσεις, ούτε αποδοχή διακοπής των συνεδριών τις αργίες, το σαββατοκύριακο, τις διακοπές.

Εν ολίγοις, εάν δεν κυριαρχούσε ο κανόνας, θα απουσίαζε ο σεβασμός του πλαισίου, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει κι ότι ο κανόνας θα έπρεπε να αναχθεί σε ιεροτελεστία, δεδομένου ότι η βαριά ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση δεν κινητοποιείται τόσο εύκολα. Τρίτον, υπήρχαν οι προϋποθέσεις που έθετε η ηλικία. Δεν θα έπρεπε κανείς να είναι ούτε πολύ νέος αλλά ούτε και πολύ προχωρημένης ηλικίας. Τέλος, υπήρχαν πολιτισμικές προϋποθέσεις, χρειαζόταν μία επαρκής κατοχή της γλώσσας. Οι κατάλογοι είναι μακριοί και ποικίλλουν. Αυτές οι λίστες με τις προϋποθέσεις αναλυσιμότητας συγκλίνουν όλες στο ίδιο μείζον σημείο: τη δύναμη, την ισχύ του εγώ. Οι καθαρές ψυχώσεις, οι ψυχωτικοί χαρακτήρες, οι βαριές ψυχοπάθειες αποτελούσαν αντένδειξη για

την ψυχανάλυση. (Άλεν, 2007). Οι ψυχοθεραπείες των διαφορετικών παραδόσεων ανταλλάσσουν μεταξύ τους στοιχεία προκειμένου να γίνουν πιο αποτελεσματικές. Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου το θεωρητικό τους πλαίσιο διαφοροποιείται αρκετά, οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές είναι παρεμφερείς και επικεντρώνονται σε παραπλήσιους άξονες. (Σταλίκας, 2004).

3.2.2 Ειδικά χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας:

- **Θεραπευτική Σχέση:**
Θεραπευτική συμμαχία, συναισθηματική οικειότητα, πραγματικές ιδιότητες, μεταβίβαση, αναμεταβίβαση, φόβος της αλλαγής.
- **Ελάττωση Άγχους:**
Διορθωτική συναισθηματική εμπειρία, συστηματική από-ευαισθητοποίηση, σταδιακή έκθεση σε φοβογόνο παράγοντα, απελευθέρωση γνωστικών λειτουργιών, ελάττωση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.
- **Γνωστικό Πλαίσιο:**
Ερμηνεία και κατανόηση της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου και των άλλων, μάθηση (κλασσική, συντελεστική, παρατήρηση –μίμηση προτύπων, γνωστική).
- **Πειθώ και Υποβολή:**
Ανύψωση ηθικού, ενσυναίσθηση, ζεστασιά, γνησιότητα.
- **Ταύτιση με τον Θεραπευτή:**
Παρατήρηση –μίμηση, ενδοβολή του υπερεγώ του θεραπευτή, ταύτιση με σύστημα αξιών του θεραπευτή.
- **Απόκτηση Αυτοελέγχου και Αυτονομίας:**
Κυριαρχία, ανεξαρτησία, αυτοπαρατήρηση, έλεγχος σημάτων –ερεθισμάτων, παρεμβολή εναλλακτικών δραστηριοτήτων, μετατροπές της ίδιας συμπεριφοράς, αυτοενίσχυση.
- **Πρόβα και Αντιμετώπιση Πραγματικού Προβλήματος IN NIVO:**
Έλεγχος της πραγματικότητας, σταδιακή έκθεση στη φοβογόνο κατάσταση. (Νεστόριος, 1996).

3.2.3 Βραχυρόνιες Ψυχοθεραπείες

Ο ρόλος του κλινικού έχει μια τρισδιάστατη σύνθεση :διάγνωση θεραπεία, πρόγνωση. Θεραπεία και πρόγνωση εξασφαλίζονται ,καθορίζονται από την ακρίβεια της διάγνωσης. Είναι γνωστό ότι η ψυχοθεραπεία είναι ένα σύνολο από τεχνικές ,στοχεύοντας τη θεραπεία των νοητικών ασθενειών με «ψυχικής υφής» μεθόδους, όπως οι παιδαγωγικές μέθοδοι, η πειθώ, το counseling, οι διάφορες ψυχαναλυτικές μέθοδοι, τέλος η ψυχανάλυση. Η επιτυχία του ρόλου της ψυχοθεραπείας βρίσκεται για την ακρίβεια στην επιλογή της ψυχοθεραπείας κατά περίπτωση που θα ακολουθηθεί.

Στην κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνονται:

1. Η κοινωνική αποκατάσταση (έξω από το ψυχιατρείο στην κοινότητα) με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών.

2. Η επαγγελματική αποκατάσταση (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία). (Μαδιανός, 2005).

Ο στόχος του ψυχοθεραπευτή στην αντιμετώπιση της ψύχωσης είναι να βοηθήσει το άτομο το οποίο πάσχει από αυτή τη διαταραχή:

- Να κατανοήσει τη φύση των συμπτωμάτων, και να εφαρμόσει τακτικές καλύτερης διαχείρισής τους.
- Να συνειδητοποιήσει και να αποδεχθεί ότι η συνεργασία με τον ψυχίατρο και η χρήση φαρμακευτικής αγωγής είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την θεραπεία του.
- Να διαχειρίζεται σωστά και ψύχραιμα τις παρενέργειες των φαρμάκων.
- Να προσγειώνεται στην πραγματικότητα και να ανταποκρίνεται καλύτερα στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.
- Να επικοινωνεί εποικοδομητικά με τους άλλους.
- Να κατανοήσει τα λάθη που κάνει στον τρόπο που ερμηνεύει τα συναισθήματά του και τις συμπεριφορές των άλλων.

3.2.4 Στρατηγική Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία μπορεί να ονομαστεί στρατηγική, όταν ο θεραπευτής σχεδιάζει μία συγκεκριμένη τακτική προσέγγισης για κάθε πρόβλημα που προκύπτει. Αναγνωρίζει τα επιλύσιμα προβλήματα, θέτει στόχους, εξετάζει τις αντιδράσεις που δέχεται από τον θεραπευόμενο ώστε να βελτιώσει την προσέγγισή του. Επίσης, ερευνά τις συνέπειες της θεραπείας του, ώστε να δει τις επιδράσεις της και την αποτελεσματικότητά της όσον αφορά την πορεία του ασθενούς. Η στρατηγική ψυχοθεραπεία δεν είναι μία συγκεκριμένη προσέγγιση θεραπείας ή μία θεωρία, αλλά περιλαμβάνει όλες εκείνες τις μορφές θεραπείας στις οποίες ο θεραπευτής είναι υπεύθυνος για την άμεση επιρροή των θεραπευομένων. Μελετώντας την τακτική της άμεσης αντιπαράθεσης και τα χαρακτηριστικά της, βλέπουμε πως η αντιπαράθεση μέσα στην ψυχοθεραπεία δεν αποτελεί μία επιθετική μέθοδο αντιμετώπισης του χρόνιου ψυχωσικού αλλά πρόκειται για μία λεπτή και ευφυή μέθοδο.

Επιπλέον, μία παρέμβαση του θεραπευτή στην άρρωστη συμπεριφορά του ασθενή, με σκοπό να παράγει άλλες, κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές, αποτελεί μία μονόπλευρη παρέμβαση η οποία θα αποδιοργάνωνε όχι μόνο την ψύχωση του ασθενή, αλλά και τον ίδιο τον ασθενή. Άλλωστε, η αντιπαράθεση αφορά από τη μία πλευρά, την προσπάθεια του ασθενή να διατηρήσει την ψυχωσική ισορροπία του και από την άλλη πλευρά, την προσπάθεια του θεραπευτή να σπάσει αυτές τις άμυνες του ασθενή. Η αντιπαράθεση μπορεί να φανεί και μέσα από μία δυναμική παρέμβαση του ψυχοθεραπευτή, μέσα από ένα σχόλιό του, ώστε να βεβαιωθεί πως ο ασθενής ακούει πράγματι αυτό που εκείνος του λέει. Βέβαια, η παρέμβαση αυτή οφείλει να γίνεται μέσα στα πλαίσια πάντα της ιδιαιτερότητας του κάθε ασθενή. Ο όρος άλλωστε παρέμβαση, ακόμη και αν ακούγεται ενοχλητικός, δεν αφορά έναν καταχρηστικό χειρισμό ή την έλλειψη σεβασμού. Όταν ο θεραπευτής αντιπαρατίθεται, προσπαθεί ουσιαστικά να προκαλέσει μία αλλαγή.

Σε αυτή την αλλαγή, ο χρόνιος ψυχωσικός ασθενής αντιμάχεται, ακριβώς γιατί η ασθένειά του λειτουργεί σαν ένα σύστημα επιβίωσης, το οποίο μία αλλαγή θα κλόιζε και

θα το αποδομούσε. Έτσι, ο θεραπευτής οφείλει να χρησιμοποιήσει μία τέτοια γλώσσα, η οποία να δημιουργήσει μία αίσθηση πραγματικότητας για τον ασθενή. Δύναται μάλιστα να χρησιμοποιήσει λέξεις οι οποίες να σοκάρουν τον ασθενή, με σκοπό κυρίως να αποκαλύψει την άρνηση του ασθενή. Επίσης, ο θεραπευτής μπορεί να προβάλλει κάποιες επιθετικές συμπεριφορές, σαν αντιδράσεις, αντιμεταβιβάζοντας τις επιθετικές επιθυμίες και συμπεριφορές του ασθενή, προβάλλοντάς του με αυτό τον τρόπο τις επιδράσεις που μπορεί να έχουν αυτές, τόσο στους γύρω του όσο και στο θεραπευτή του. Θέτει λοιπόν τον ασθενή ενώπιό της ευθύνης του για τη συμπεριφορά του και τον έλεγχο των παρορμήσεών του. Μέσα από αυτές τις αντιπαραθετικές μεθόδους, ο θεραπευτής ενισχύει τον ασθενή ώστε να φανεί πιο δυνατός από τις σαρωτικές όψεις της ψύχωσης του.

Ωστόσο, η δομή του χαρακτήρα του ασθενή είναι αυτή που καθορίζει την αντίδρασή του προς την αντιπαράθεση που λαμβάνει δράση. Τέλος, ο θυμός του θεραπευτή, δεν θα πρέπει να κατανοείται μόνο στα πλαίσια της αντιμεταβίβασης αλλά και ως μία ανθρώπινη αντίδραση απέναντι σε μία μη αποδεκτή συμπεριφορά. Ένας θεραπευτής θα πρέπει να δέχεται την πραγματικότητα των συναισθημάτων του στο πλαίσιο της θεραπείας, με ένα τέτοιο τρόπο ώστε να αφήνει το θεραπευόμενο να καταλάβει το πώς νιώθει. Από αυτήν την άποψη, η αντιπαράθεση μέσα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, βοηθά να εγκαθιδρυθεί μία συμμαχική θεραπευτική σχέση και να αναδομηθούν οι άμυνες του ασθενούς, μία αναδόμηση των διαταραγμένων στρατηγικών άμυνας.

3.2.5 Ψυχοθεραπεία Ομάδας

Η εξέλιξη της ψυχαναλυτικής σκέψης, ιδιαίτερα υπό την επίδραση του έργου της Melanie Klein, επέτρεψε την ανάδειξη και τη μελέτη μιας άλλης διάστασης, της ασυνείδητης δια- ψυχικής επικοινωνίας. Ο Freud, θεμελιώνοντας την ψυχαναλυτική ψυχολογία των ομάδων, παρέμεινε πιστός στην αρχή της κάθετης αιτιότητας, την οποία ο ίδιος εισήγαγε στην ψυχολογία. Σύμφωνα με την αρχή της κάθετης αιτιότητας, το παρόν ενός ανθρώπου, τα συναισθήματά του, οι επιλογές του, οι σχέσεις του, διαμορφώνονται υπό την αιγίδα ασυνείδητων ψυχικών εμπειριών από το παιδικό παρελθόν του. Χρειάστηκε να περάσουν άλλα περίπου 20 χρόνια και να μεσολαβήσουν οι καινοτόμες κλινικές και θεωρητικές ανακαλύψεις της Melanie Klein για να καταδειχτεί στον ψυχαναλυτικό χώρο και η σημασία της λεγόμενης οριζόντιας αιτιότητας, εκείνης δηλαδή που συνδέεται με την άμεση διαπροσωπική και δια- ψυχική επικοινωνία.

Είναι πάρα πολύ σημαντική από αυτή την άποψη η συμβολή του Bion, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '40 (1961), και λίγο αργότερα του Foulkes (1948, 1964, 1975), οι οποίοι με τις πρωτοποριακές εμπειρίες τους αρχικά στο στρατιωτικό νοσοκομείο του Northfield και στη συνέχεια στην κλινική Tavistock του Λονδίνου, έβαλαν τις βάσεις της νεότερης ψυχαναλυτικής ψυχολογίας των μικρών ομάδων. Αυτή η μεταστροφή του ενδιαφέροντος από τη μεγάλη στη μικρή ομάδα συνδέθηκε με την επινόηση τεχνικών και μεθόδων, όπως η δουλειά με ομάδα, η έρευνα – δράση, η ομαδική ανάλυση ή η ομαδική θεραπεία, που βλέπουν, αφενός, τον ειδικό ως αναπόσπαστο μέρος της ομάδας την οποία εκείνος παρατηρεί και, αφετέρου, την έρευνα και τις παρατηρήσεις του να είναι αλληλένδετες και αλληλοεξαρτώμενες με τη δουλειά (θεραπεία, ανάλυση, ψυχοκοινωνική παρέμβαση, εκπαίδευση, κατάρτιση) που και ο ίδιος κάνει μέσα στην ομάδα. Στις ροτζεριανής έμπνευσης (Rogres, 1970) ομάδες συνάντησης ή γνωριμίας

(encounter groups), δίνεται η έμφαση στη σωματική έκφραση και επαφή, προσαρτώνται προοδευτικά η βιοενεργειακή (bio- energy) θεραπεία και το ραϊχιανό μασάζ, το ψυχόδραμα, η Gestalt therapy.

Σε σχέση με τη δυναμική της ομάδας, οι νέες θεραπείες ή αλλιώς το Κίνημα του Ανθρώπινου Δυναμικού (Potentiel Humain) παραμερίζουν την ομαδική διάσταση, δεν ασχολούνται με την αλληλεπίδραση, από- ομαδοποιούν θα λέγαμε την ομάδα. Οι συμμετέχοντες καλούνται να δουλέψουν ο καθένας για τον εαυτό του. Η ομάδα απλώς είναι εκεί, παρούσα. Βέβαια, η παρουσία της ομάδας έχει νόημα. Τόσο αυτή καθεαυτή όσο και ως ποιότητα. Θεωρείται ότι υποστηρίζει και ενισχύει τη δουλειά που γίνεται σε ατομικό επίπεδο. Επίσης, κάθε μέλος έχει κατ' επανάληψη την ευκαιρία να δουλέψει νοερά προσωπικά του θέματα, τόσες φορές όσοι και οι υπόλοιποι συμμετέχοντες, μέσα ακριβώς από τη δουλειά των άλλων και τις ταυτίσεις που μπορεί να κάνει με αυτούς και με στοιχεία από το υλικό που φέρνουν. Οι ενδο- ομαδικές όμως αλληλεπιδράσεις δεν ενδιαφέρουν κανέναν, ούτε αναλύονται. (Ναυρίδης, 2005).

3.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή των αντιψυχωσικών φαρμάκων στην κλινική πράξη της ψυχιατρικής θεραπευτικής εδώ και μισό αιώνα περίπου αποτέλεσε μια πραγματική επανάσταση. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα επαναπροσδιόρισαν την οργανική βάση των ψυχιατρικών νοσημάτων και έδωσαν επιτέλους μια σαφή θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών αρρώστων. Σταδιακά η εφαρμογή της χρήσης των συνετέλεσε στην αποϊδρυματοποίηση των αρρώστων και έκανε εφικτή την 4η επανάσταση της ψυχιατρικής, την κοινοτική και κοινωνική ψυχιατρική. Βέβαια τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν ήταν τελικά η πανάκεια για όλα τα προβλήματα των αρρώστων, παρά το γεγονός ότι με το πέρασμα του χρόνου ανακαλύφθηκαν και νεότερα σκευάσματα, τα οποία ήταν εξαιρετικά αποτελεσματικά και απαλλαγμένα από πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες που χαρακτήριζαν τα πρώτα φάρμακα. Σε κάθε περίπτωση τα αντιψυχωσικά φάρμακα μάλλον αξίζουν τον τίτλο της δεύτερης επανάστασης της ψυχιατρικής που τους έχει δοθεί.

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα (που επίσης είναι γνωστά και ως νευροληπτικά) είναι διαθέσιμα περίπου από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Από τότε που χρησιμοποιήθηκαν, βελτίωσαν σημαντικά την εικόνα των ασθενών. Τα φάρμακα αυτά αντιμετωπίζουν τα ψυχωσικά συμπτώματα και συνήθως επιτρέπουν στους ασθενείς να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και καλά. Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και η απαραίτητη δοσολογία πρέπει να γίνεται μόνο από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς, δηλαδή γιατρούς ειδικευμένους στην ψυχιατρική. Η δοσολογία δεν είναι σταθερή αλλά εξατομικεύεται για κάθε άρρωστο, διότι οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να μειώσει την ένταση των

συμπτωμάτων, χωρίς την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών. (Αδαμόπουλος, Λυράκου, 2011).

Η γνώση των βασικών αρχών της φαρμακολογικής τους δράσης, των ανεπιθύμητων ενεργειών τους, και των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης αυτών αποτελούν επιβεβλημένη γνώση για κάθε νοσηλευτή, καθώς έχουν ένα ευρύ πεδίο εφαρμογών τόσο σε ψυχιατρικά τμήματα όσο και στην αντιμετώπιση οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων που τόσο συχνά συναντώνται στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων. (Κυζιρίδης, 2010). Βεβαίως, η φαρμακευτική αγωγή έχει «παρεξηγηθεί» και υπάρχει μεγάλη προκατάληψη απέναντί της, οφειλόμενη κυρίως στην άγνοια για το πώς επιδρά στον άνθρωπο. Μπορούμε με απόλυτη βεβαιότητα να πούμε ότι όταν επιλεγεί από ψυχίατρο η σωστότερη επιλογή φαρμακευτικής αγωγής, αυτή ούτε «κοιμίζει», ούτε κάνει «φυτό» κάποιον άνθρωπο. Αντιθέτως αποτελεί μία υποστηρικτική βάση η οποία μπορεί να μειώσει ή και να εξαλείψει τα συμπτώματα του ασθενούς, ώστε να μπορεί μετέπειτα αυτός να «αναπτύξει» τις ικανότητες και δεξιότητες του σε συνεργασία με τον ψυχολόγο. Ο βαθμός της νοημοσύνης ενός ανθρώπου, και το αν έχει επηρεαστεί λίγο ή πολύ από την ψύχωση, είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγων.

Ακόμη και αν έχει επηρεαστεί μπορεί να αναπτυχθεί ιδιαίτερα, και πάλι, μέσω της ψυχοθεραπείας. Η νοημοσύνη μας δεν είναι κάτι το οποίο μένει στάσιμο, αλλά αναπτύσσεται, ιδιαίτερα όσο «εκπαιδευουμε» τους διάφορους τομείς αυτού που αποκαλούμε συνολικά «νοημοσύνη», με ειδικές ασκήσεις. Είναι πάρα πολλές οι περιπτώσεις σχιζοφρενικών ασθενών οι οποίοι κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπείας ανέπτυξαν την ικανότητα να κάνουν απλές μαθηματικές πράξεις, τις οποίες πριν δεν μπορούσαν, καθώς και διάφορες άλλες παραμέτρους της νοημοσύνης, (μνημονική ικανότητα κλπ.). Η ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου, του αυξάνει ιδιαίτερα την αυτοεκτίμησή και το κάνει να νιώθει λειτουργικό και ισότιμο μέλος της κοινωνίας το οποίο δεν μειονεκτεί. Κατά αυτό τον τρόπο, πρέπει να μην γίνεται ένα συχνό λάθος από το περιβάλλον του ατόμου, δηλαδή να γίνεται μόνο χρήση της φαρμακευτικής αγωγής και όχι αυτής σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία. (Βακόνδιος).

Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι στο αμβλύ, επίπεδο συναίσθημα, συχνό σύμπτωμα της ψύχωσης, η ψυχοθεραπεία μπορεί να αυξήσει επιπρόσθετα, το επίπεδο βελτίωσης που επιτυγχάνει η φαρμακευτική αγωγή. Το ίδιο επίσης παρατηρείται και στο επίπεδο της εναισθησίας του ατόμου (κατανόησης) και επομένως καλύτερης αντιμετώπισης από μέρους του, σκέψεων, συναισθημάτων, καταστάσεων που τυχόν μπορεί να προκαλούν την παλινδρόμηση του ατόμου σε συμπτώματα που είχαν υποχωρήσει. Πολύ συχνά η ψύχωση, «προσβάλλει» και επιβαρύνει (προκαλεί έκπτωση δηλαδή) των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου. Κατ' αυτόν τον τρόπο ο άνθρωπος μπορεί να παρουσιάζει αδυναμία ακόμα και σε απλά πράγματα όπως η φροντίδα του εαυτού του (καθαριότητα), η εργασία του, ακόμη και η διαπροσωπική επικοινωνία. Το οικογενειακό περιβάλλον είναι λογικό όταν παρατηρεί την έκπτωση των δεξιοτήτων αυτών, να απογοητεύεται και να θεωρεί ότι αυτές δεν μπορούν να αποκατασταθούν σε ένα πολύ καλό επίπεδο, κάτι το οποίο δεν ισχύει.

Συχνά λοιπόν παρατηρείται οι γονείς να αναλαμβάνουν ακόμα και την καθαριότητα του ατόμου (το μπάνιο του κλπ), μη γνωρίζοντας πως να το κινητοποιήσουν για να προσπαθήσει μόνο του. Καθώς το άτομο «συνηθίζει» την φροντίδα αυτή, αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι δεξιότητες του να «ατροφούν» περισσότερο. (Βακόνδιος). Η σωστή φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη και δίνεται από τον ψυχίατρο. Οι περισσότεροι

ψυχίατροι χορηγούν τη μικρότερη δυνατή δοσολογία ώστε το φάρμακο να είναι δραστικό και ωφέλιμο χωρίς να έχει πολλές παρενέργειες. Είναι μύθος ότι τα φάρμακα σε κάνουν φυτό ή ότι δεν θα μπορείς ποτέ να απεξαρτηθείς από αυτά ή ότι έχουν βαριές παρενέργειες. Η σωστή φαρμακευτική αγωγή μειώνει την ένταση των συμπτωμάτων ώστε να έχει το άτομο την δυνατότητα να συνεργάζεται σε ψυχοθεραπευτικό επίπεδο ώστε να οδηγηθεί σε μεγάλη βελτίωση. Μερικές φορές, τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικοί με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των ψυχώσεων. Εκτός από την ανησυχία τους σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, τους απασχολεί και το ερώτημα μήπως τα φάρμακα αυτά προκαλούν εξάρτηση. Μία άλλη λανθασμένη αντίληψη σχετικά με τα φάρμακα αυτά είναι επίσης ότι κατά κάποιο τρόπο ελέγχουν χημικά το μυαλό των αρρώστων. Η αλήθεια είναι ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν μπορούν να ελέγξουν τις σκέψεις των αρρώστων. Αντίθετα, συνήθως τους βοηθούν να διακρίνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που παρουσιάζουν και να τα ξεχωρίσουν από αυτά που συμβαίνουν στο πραγματικό κόσμο. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τις ψευδαισθήσεις, την διέγερση, την σύγχυση, την παραμόρφωση της πραγματικότητας και τις παραληρηματικές ιδέες, και έτσι επιτρέπουν στον άρρωστο να λαμβάνει αποφάσεις πιο ορθολογικά. Ο στόχος διαπαιδαγωγίσεως του ψυχωτικού ασθενή πρέπει να αποβλέπει στην ενημέρωσή του για το σκοπό, τη δράση, τις παρενέργειες και τις δόσεις, τον χρόνο και τον τρόπο λήψεως του φαρμάκου. Οι βασικές αρχές που έχουν σχέση με τη χορήγηση των φαρμάκων είναι:

1. Έλεγχος γνώσεων για τα φάρμακα.

- Ø Οι πληροφορίες που θα δίνονται πρέπει να είναι απλές και κατανοητές για το συγκεκριμένο άτομο.

2. Συνεχής επαγρύπνηση για παρενέργειες.

- Ø Να ενημερώνεται ο ασθενής για τα σημεία, τα συμπτώματα και τις παρενέργειες κάθε φαρμάκου.
- Ø Ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση νέων φαρμάκων ή στην αλλαγή των δόσεων.

3. Μελέτη του κόστους του φαρμάκου.

- Ø Να συζητείται με τον γιατρό το ενδεχόμενο χορηγήσεως φτηνών και αποτελεσματικών φαρμάκων, κυρίως όταν αντιμετωπίζονται οικονομικά προβλήματα. (Αδαμόπουλος- Λυράκου, 2011).

Με την εισαγωγή νέων φαρμάκων έχει αλλάξει όλη η ψυχιατρική αντιμετώπιση. Περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μορφή βιολογικής θεραπείας, η φαρμακοθεραπεία βασίζεται σε επιστημονική έρευνα. Τέτοιου είδους έρευνα μπορεί να γίνει μόνο με ικανό νοσηλευτικό προσωπικό. Η χορήγηση φαρμάκων εξαρτάται από την αξιόπιστη παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενή και την ακριβή αναφορά των αλλαγών της συμπεριφοράς του. Οποιοδήποτε και αν είναι το φάρμακο, είναι καθήκον του νοσηλευτή να εξοικειωθεί με όσα είναι γνωστά για τη δράση και τις δυνατότητές του. Πρέπει να γνωρίζει: 1) Την ακριβή δόση χορήγησης και τη μεγαλύτερη δόση που μπορεί να δοθεί κάτω από οποιοδήποτε συνθήκες. 2) Τον τρόπο χορήγησης και οτιδήποτε σχετίζεται με αυτόν. 3) Τις αναμενόμενες επιδράσεις του φαρμάκου 4) Τις ανεπιθύμητες ενέργειες που

θα μπορούσαν να εμφανισθούν. 5) Οποιαδήποτε πιθανή αρνητική επίπτωση θα μπορούσε να προκαλέσει το φάρμακο. (Κυζιρίδης, 2010).

Όλοι οι κλινικοί έχουν αντιμετωπίσει αρρώστους που δεν συμμορφώνονται με τη θεραπεία και έχουν απογοητευθεί, μπερδευτεί και θυμώσει με αυτούς, παρά το γεγονός ότι κατανοούν την κατάσταση των ασθενών. Οι προσπάθειες για την κατανόηση των αρρώστων που δεν συμμορφώνονται έχουν επικεντρωθεί στα χαρακτηριστικά του αρρώστου, του γιατρού, και της σχέσης τους, των πιστεύω του αρρώστου για την υγεία και την αρρώστια, τα χαρακτηριστικά της θεραπείας και πολυπαραγοντικές αλληλεπιδράσεις. Η έλλειψη συμμόρφωσης δεν σχετίζεται μόνο με την αποτυχία λήψης του φαρμάκου αλλά και την έλλειψη προσκόλλησης στο θεραπευτικό σχέδιο, περιλαμβανομένων απαραίτητων συμπεριφορικών αλλαγών. Η μη συμμόρφωση δεν είναι ένα φαινόμενο όλου ή τίποτα. Η συμμόρφωση με τη θεραπεία είναι σημαντική για πολλούς λόγους. Επηρεάζει το αποτέλεσμα αλλά και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Αν η κατάσταση του αρρώστου επιδεινωθεί, ο γιατρός μπορεί να υποθέσει ότι η αγωγή δεν είναι αποτελεσματική και είτε να την διακόψει ή να την αλλάξει. Μερικοί άρρωστοι βλέπουν τα φάρμακα με καχυποψία εξαιτίας της νόσου τους. Οι παρανοϊκοί υποπεύονται ότι ο γιατρός θέλει να τους κοροϊδέψει ή να τους κάνει κακό. Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών το επιβεβαιώνει. Οι διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας και της στύσης μπορεί να οδηγήσουν τον άρρωστο στη διακοπή της θεραπείας και την απώλεια εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του γιατρού. Οξεία δυστονία και εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνουν δραματικά παραληρητικές ιδέες δηλητηρίασης, και αν συγγενείς ή φίλοι είναι παρόντες κατά την εμφάνιση τέτοιων φαινομένων δίνουν την υποστήριξή τους στον άρρωστο, καθώς θεωρούν αυτά τα φαινόμενα ως σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια ή αντίδραση στην αγωγή.

Άρρωστοι με ναρκισσιστικά στοιχεία συχνά δεν αποδέχονται τα φάρμακα επειδή αισθάνονται ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους χωρίς τη βοήθεια των φαρμάκων. Παθητικοί- επιθετικοί άρρωστοι συχνά φαίνεται να συμμορφώνονται, αλλά αργότερα ανακαλύπτεται ότι ποτέ δεν ολοκλήρωσαν την αγωγή ή ότι διέκοψαν μετά από μία ή δύο δόσεις του φαρμάκου. Άρρωστοι που σωματοποιούν θα εκλάβουν ακόμη και τις μικρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ως μείζονα συμβάματα, αναφέροντας επί παραδείγματι την ήπια καταστολή ως σοβαρό πρόβλημα ή πλήρη αδυναμία συγκέντρωσης καθώς οι ανεπιθύμητες ενέργειες γίνονται καταστροφικές για αυτούς. Άρρωστοι όμως με ψυχαναγκαστικά- καταναγκαστικά στοιχεία τείνουν να συμμορφώνονται πλήρως αν και μπορεί να χάνονται σε έναν κυκεώνα λεπτομερειών για το πότε και πως ακριβώς να παίρνουν τα φάρμακα. (Κυζιρίδης, 2010).

Η αποτελεσματική θεραπεία των καταθλιπτικών, των μανιακών και των μικτών επεισοδίων που προκαλούνται από τη διπολική διαταραχή I και II καθώς και τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή απαιτεί τη χορήγηση και επίβλεψη ψυχοτρόπων φαρμάκων από ειδικούς. Η αποκατάσταση ξεκινά, όταν ο ασθενής κατανοήσει ότι τα συμπτώματα δεν είναι ψυχολογικές αυταπάτες που κρύβουν βαθιά, τραγικά μυστικά αυτό-προκαλούμενων συναισθηματικών τραυμάτων, αλλά ενδείξεις μιας σοβαρής και πραγματικής νόσου, η οποία χωρίς φάρμακα δεν θα βελτιωθεί. Ο κύριος θεραπευτικός στόχος για όλες τις διπολικές διαταραχές είναι να σταματήσουν τα καταστροφικά συμπτώματα και να επιστρέψουν οι ασθενείς στο συνηθισμένο επίπεδο λειτουργικότητας. Στο βιβλίο τους, οι Goodwin και Jamison τονίζουν τη σημασία της πρόωρης, έγκαιρης και επιθετικής θεραπείας των ασθενών με διπολική διαταραχή. Η καθυστέρηση της

θεραπείας και η ελπίδα ότι τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν με τον ίδιο μυστηριώδη τρόπο που εμφανίστηκαν μπορεί να καταλήξει σε καταστροφή.

Τα αθεράπευτα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια αυξάνουν την σοβαρότητα της νόσου. Ελαττώνουν τη διάρκεια του χρόνου μεταξύ των επεισοδίων, καταστρέφουν βιολογικές δομές του εγκεφάλου και αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αν και τα φάρμακα είναι το πρώτο βήμα της θεραπείας, ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχέδιο περιλαμβάνει:

- Ø Εκπαίδευση για τα φάρμακα.
- Ø Εκπαίδευση των ασθενών, των οικογενειών και των σημαντικών προσώπων για τις διπολικές διαταραχές.
- Ø Εκμάθηση αναγνώρισης των πρώιμων προειδοποιητικών σημείων και της διαφοράς μεταξύ των φυσιολογικών μεταβολών της διάθεσης και των διπολικών επεισοδίων.
- Ø Κατάλληλη ψυχοθεραπεία.
- Ø Υποστήριξη προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Το καθένα από αυτά τα 5 στοιχεία της θεραπείας είναι σημαντικό. Παρόλα αυτά, οποιαδήποτε θεραπεία για τις διπολικές διαταραχές που δεν τονίζει και δεν ξεκινά με άμεση φαρμακευτική θεραπεία, ως κύριο στοιχείο για την υποχώρηση των συμπτωμάτων, πρέπει να θεωρείται αμφισβητούμενη από τους ασθενείς. Σήμερα, καμία μορφή θεραπείας δεν μπορεί να θεραπεύσει τις διπολικές διαταραχές. Όπως συμβαίνει και με το διαβήτη, τα διπολικά συμπτώματα σε πολλούς ασθενείς μπορεί να υποχωρήσουν και να ελεγχθούν, επιτρέποντας στους ασθενείς να ζουν μία παραγωγική και ουσιαστική ζωή, αλλά δεν θεραπεύονται και δεν απαλλάσσονται από την εγκεφαλική νόσο. Στους περισσότερους ασθενείς με διπολική διαταραχή, I, I και με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να διατηρηθεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Έτσι, η εκπαίδευση και οι τεχνικές πληροφορίες χρειάζονται περιοδική αναθεώρηση.

Η ανάγκη για την κατάλληλη ψυχοθεραπεία υπαγορεύεται σε μεγάλο βαθμό από τα προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα του ασθενούς, τη δράση των φαρμάκων και από τα γεγονότα του περιβάλλοντος. Επειδή πρόκειται για μία χρόνια νόσο, το μέγεθος της υποστήριξης που απαιτείται από τον ασθενή, την οικογένεια ή άλλα σημαντικά πρόσωπα αυξομειώνεται. Η ανάγκη για Υποστήριξη μεταβάλλεται όχι μόνο με την έναρξη και την σοβαρότητα των επεισοδίων της νόσου, αλλά και με τις μεταβολές και τις αλλαγές στην εθνική και προσωπική οικονομική κατάσταση, τη διαθεσιμότητα μεταφορικών μέσων, το κόστος και τους κανόνες ενοικίασης, των σχέσεων, των νομικών προβλημάτων και πολλών περιβαλλοντικών καταστάσεων και οικολογικών συστημάτων που επηρεάζουν τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου. (Χατζηπαυλίδου- Στάμου, 2007).

Αντιψυχωσικά είναι τα φάρμακα με έγκριση στη θεραπεία των ψυχώσεων (σχιζοφρένια, μανία, παραληρητική κατάθλιψη κλπ). Οι εξελίξεις στα φάρμακα στην ψυχιατρική, ήταν ραγδαίες τα τελευταία χρόνια. Τα νεότερα άτυπα αντιψυχωσικά (Abilify, Zyprexa, Seroquel κά.) εκτοπίζουν γρήγορα τα παλαιότερα κλασσικά νευροληπτικά φάρμακα (Largactil, Haloperidol κ.ά). Ο λόγος της επικράτησης των νεότερων αντιψυχωσικών είναι η δραματική μείωση των παρενεργειών, που αυξάνει την ποιότητα της ζωής των ασθενών με συνέπεια την καλύτερη συμμόρφωση στη λήψη της θεραπείας, καλύτερη εξέλιξη της πάθησης, μείωση των υποτροπών, μείωση της καταστολής. Διάφορες χρήσεις ψυχοτρόπων ουσιών (νόμιμη και παράνομη) έχουν

ενοχοποιηθεί για την πρόκληση, γεγονός που επιδεινώνει, και / ή κατακρήμνιση κράτη ψυχωτικές και / ή διαταραχές σε χρήστες. Ορισμένα φάρμακα όπως βρωμοκρυπτίνη και φαινυλοπροπανολαμίνη μπορεί επίσης να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Αιτίες των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου ήταν συνήθως χαρακτηρίζονται ως «βιολογικά» ή «λειτουργικό». Οργανικά συνθήκες είναι κυρίως ιατρικές ή παθοφυσιολογικές, ενώ, λειτουργικές συνθήκες είναι κατά κύριο λόγο ψυχιατρική ή ψυχολογική. (Κυριζίδης, 2010).

3.3.1 Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

1. Ανηχολινεργικές αντιδράσεις.
2. Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
3. Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
4. Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
5. Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
6. Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μη οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
7. Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
8. Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
9. Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.
10. Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με AMAO (πχ. maplan, nardil, parnate) χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη.

Τέτοιες τροφές είναι τα οινοπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, σταφίδες, παστή ρέγγα κ.ά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία / εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της Α.Π., στηθαγικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της ΜΑΟ. (Χατζηπαυλίδου- Στάμου, 2007). Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως όλα τα φάρμακα, προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια, ωφέλιμη δράση τους. Κατά την έναρξη της θεραπείας οι άρρωστοι μπορεί να εμφανίζουν υπνηλία, κινητική ανησυχία, τρόμο, ξηροστομία, ή ανωμαλίες στην όραση. Οι περισσότερες από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν είτε με μείωση της δόσης είτε με χρήση άλλων φαρμάκων. Δεν εμφανίζουν όλοι οι άρρωστοι την ίδια απάντηση στην θεραπεία ή τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ένας άρρωστος μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο ε σχέση με κάποιον άλλο. Οι μακροχρόνιες συνέπειες της χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα στην αντιμετώπισή τους σε σχέση με τις προαναφερθείσες. Η όψιμη δυσκινησία, που είναι η σημαντικότερη, είναι μία διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ακούσιες κινήσεις κυρίως της περιοχής του στόματος, της γλώσσας και των χειλιών και μερικές φορές του κορμού ή και άλλων περιοχών του σώματος. Συμβαίνει συνήθως στο 15- 20% των αρρώστων που παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα για πολλά χρόνια αν και πιο σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί και σε αρρώστους που έχουν πάρει τέτοια φάρμακα για μικρότερο χρονικό διάστημα. (Αδαμόπουλος, Λυράκου, 2011).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόζεται στις βαριές καταθλίψεις με πλήρη αναστολή ή εμβροντησία, εκεί που τα αντικαταθλιπτικά δεν είχαν αποτέλεσμα ή η χορήγησή τους έχει απόλυτες αντενδείξεις και όταν ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι άμεσος. Μερικές φορές όμως μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στην οξεία μανία σαν μέσο δεύτερης γραμμής αν αποτύχει η αντιψυχωτική αγωγή ή το λίθιο ή αν αντενδείκνυνται (όπως π.χ. σε εγκύους και σε σοβαρή καρδιαγγειακή πάθηση), θα πρέπει, όμως, να χορηγηθεί ταυτόχρονα με λίθιο (το λίθιο πρέπει να διακοπεί προσωρινά) γιατί ο συνδυασμός τους και μπορεί να ελαττώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο νευροψυχολογικών παρενεργειών. (Σκούρα- Παραπάνη, 2010).

3.4 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΥΝΤΩΝ

Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν επίμονα και μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας που προκαλούν διαφόρου τύπου μειονεξίες που, με τη σειρά τους, επιφέρουν σημαντικότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητά τους αλλά και στη ζωή των ατόμων που τους περιβάλλουν. (Ζήση, 2002). Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο όπου εμπλέκονται χρόνια

ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, κοινωνικές δεξιότητες και αναπηρίες, η οικογένεια και η κοινότητα. Η οργάνωση των διαφόρων φάσεων της αποκατάστασης (από τη μεταβατική μορφή της ημερήσιας νοσηλείας στο προστατευόμενο εργαστήριο, έως το παραγωγικό έργο) βασίζεται σε συγκεκριμένη ιδεολογία, προγραμματισμένη κοινωνική πολιτική και υλοποίηση. Εμπλέκει τρία μέρη: το άτομο, που είναι αποδέκτης της αποκατάστασης, η ομάδα της αποκατάστασης και το κράτος. (Μαδιανός, 2005).

Ορισμός:

Ο πιο γνωστός ορισμός έχει διατυπωθεί από τον Goldman (1981), σύμφωνα με τον οποίο ως χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες ορίζονται τα άτομα εκείνα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας σε τρία ή περισσότερα πεδία της καθημερινής τους ζωής, όπως προσωπική υγιεινή και αυτοφροντίδα, δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας. Επιπλέον, οι περισσότεροι από αυτούς χρήζουν νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για 90 ή και περισσότερες μέρες, μέσα σε ένα διάστημα ενός χρόνου. Χαρακτηριστικά που διακρίνουν τον πληθυσμό των χρόνιων πασχόντων αφορούν: έλλειψη βασικών δεξιοτήτων ανταπόκρισης σε απαιτήσεις και ρόλους της καθημερινής ζωής, δυσκολίες στο να ικανοποιήσουν βασικές τους ανάγκες, έλλειψη κινήτρων ή ικανότητας για αναζήτηση βοήθειας και υψηλή ευαλωτότητα στο στρες. Αυτές οι δυσκολίες και οι μειονεξίες που φέρουν δεν αποκαθίστανται μέσα από μία θεραπεία σύντομης χρονικής διάρκειας. (Ζήση, 2002).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει αναπτυχθεί πολύ από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 στις περισσότερες δυτικές χώρες και σε κάποιες άλλες χώρες με διαφορετικά επίπεδα επιτευγμάτων, αλλά με ένα μοναδικό στόχο, εκείνο της ενσωμάτωσης των ατόμων που υποφέρουν από χρόνια ψυχική αρρώστια στην κοινότητα. (Μαδιανός, 2005). Παραδοσιακά η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα ήταν ιδρυματική, βασισμένη σε μερικά μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία ενώ οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν σχεδόν ανύπαρκτες, όπως επίσης, και οι δομές αποκατάστασης και τα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία. Αρκετές είναι οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν δείξει την ανεπάρκεια του ελληνικού συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στο να ανταποκριθούν σε ανάγκες που προκύπτουν από την ψυχιατρική νοσηρότητα. (Ζήση, 2002). Από την άλλη πλευρά, η έλευση του 21^{ου} αιώνα σημαδεύεται από τα φαινόμενα της παγκοσμιοποίησης και συνδέθηκε με σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές. Μεταξύ των πρώτων θυμάτων είναι οι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι, οι οποίοι στερούνται ακόμα και των βασικών θεραπειών. (Μαδιανός, 2005).

Οι εναλλακτικοί τύποι παροχής φροντίδας για τους χρόνιους ασθενείς, μετά την έξοδό τους και την συρρίκνωση ή το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, είναι το μοντέλο της διασποράς και το μοντέλο του κέντρου. Σύμφωνα με το μοντέλο της διασποράς (μοντέλο παροχής φροντίδας στους χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς, μετά την αποϊδρυματοποίησή τους), η τοποθέτησή τους γίνεται σε μικρές μονάδες –κατοικίες διεσπαρμένες στην κοινότητα, οι οποίες παράλληλα βρίσκονται σε στενή σχέση με άλλες κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες ή νοσοκομεία. Τα πλεονεκτήματα του μοντέλου της διασποράς, είναι η ενίσχυση της ατομικότητας των ασθενών, ο μειωμένος κίνδυνος ιδρυματοποιητικών πρακτικών, η αυξημένη πρόσβαση των ασθενών στην κοινότητα και η μείωση του στίγματος. Τα μειονεκτήματα του μοντέλου διασποράς, είναι το μεγάλο οικονομικό κόστος, η αντίσταση- αντίδραση της κοινότητας, τα ψυχιατρικά γκέτο σε

φθηνές περιοχές και προβλήματα εκπαίδευσης προσωπικού. Τα πλεονεκτήματα του μοντέλου κέντρου (μοντέλο παροχής φροντίδας στους χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς μετά την αποϊδρυματοποίησή τους), είναι το χαμηλό κόστος, η χρησιμοποίηση του έμπειρου προσωπικού και η αποδοχή της κοινότητας. Τα μειονεκτήματα του μοντέλου του κέντρου, είναι η διαίωσιση του είδους, η μείωση της ατομικότητας των ασθενών, η διαίωσιση των πρακτικών του ιδρύματος και η μειωμένη πρόσβαση των ασθενών στην κοινότητα. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ

Οι κυριότερες χρονολογίες στην εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα

1838	Ίδρυση του Ψυχιατρείου στην Κέρκυρα από τους Άγγλους
1886	Σκυλίτσειο Νοσοκομείο, Τμήμα Ψυχοπαθών στην Χίο
1887	Ίδρυση Δρομοκαΐτειου
1904	Η πρώτη ιδιωτική Κλινική (Αθήνα)
1905	Ίδρυση του Αιγινήτειου Πανεπιστημίου Νοσοκομείου
1908	Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς, Τμήμα Ψυχοπαθών
1914	Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών
1934	Ίδρυση Δαφνί
1936	Ίδρυση της Νευρολογικής- Ψυχιατρικής Εταιρείας Αθηνών
1946	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ)
1950	Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης στο ΨΝΘ
1954	Εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων
1958	Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης
1961	Ίδρυση του ΟΓΑ και δυνατότητα νοσοκομειακής κάλυψης των αγροτών
1964	Διαχωρισμός της έδρας της Νευρολογίας από την Ψυχιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών
1977	Ίδρυση του Νοσοκομείου Ημέρας στο Αιγινήτειο
1978	Νόμος 963 για την αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες
1979	Ίδρυση Αγροτικών Κέντρων Υγείας
1981	Διαχωρισμός των ειδικοτήτων της Ψυχιατρικής από τη Νευρολογία και αύξηση του χρόνου ειδίκευσης
1981	Οργάνωση της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης (Φωκίδα)

Παρατηρείται διεθνώς μία τάση για ανάπτυξη ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία. Η τάση αυτή απαντά αφενός στην προσπάθεια μείωσης των ψυχιατρικών κλινών στα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα και αφετέρου, στην ανάγκη παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στους αρρώστους των γενικών νοσοκομείων. Οι ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων απευθύνονται στους κατοίκους της περιοχής, ευθύνη που καλύπτει το νοσοκομείο. Μπορούν μάλιστα να καλύψουν όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, πλην ίσως αυτής της μακροχρόνιας νοσηλείας, η οποία εξακολουθεί να καλύπτεται αποκλειστικά από το ψυχιατρείο. (Αδαμόπουλος- Λυράκου, 2011).

3.5 Ψυχιατρικές Δομές Κοινότητας

- Μονάδες μερικής νοσηλείας –νοσοκομείο ημέρας – νυχτερινής νοσηλείας.
- Ψυχιατρική στον ψυχιατρικό τομέα του Γενικού νοσοκομείου.
- Κέντρα ψυχικής υγείας.
- Επαγγελματική εκπαίδευση.
- Προστατευόμενη εργασία.
- Υποστηριζόμενη εργασία.
- Στέγαση.
- Ξενώνες.
- Προστατευόμενα διαμερίσματα.
- Ανάδοχες οικογένειες.

Οι υπηρεσίες αυτές υποστηρίζονται από νοσηλευτική υπηρεσία, ψυχολογικό εργαστήριο και ομάδα κοινωνικών λειτουργών. Επιπλέον, η ψυχιατρική μονάδα μπορεί να οργανώσει νοσοκομείο ημέρας, κέντρα ψυχικής υγιεινής, ψυχιατρικούς ξενώνες και όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες που χρειάζεται η συγκεκριμένη κοινότητα στην οποία απευθύνεται και της οποίας τις ανάγκες καλύπτει. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων, με τα εξωτερικά ιατρεία που διαθέτουν και με τις διάφορες μονάδες νοσηλείας τους, παρέχουν ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες είναι πολύ πιο προσιτές στον άρρωστο και τον κοινωνικό του περίγυρο απ'ότι τα παλαιά κλασικά ψυχιατρεία. Η πρόσβαση και επαφή του ψυχικά αρρώστου και των συγγενών του με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του γενικού νοσοκομείου είναι ευκολότερη από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του ψυχιατρείου. Επιπλέον, η νοσηλεία ενός ψυχικά αρρώστου στο γενικό νοσοκομείο δεν προκαλεί τον κοινωνικό στιγματισμό, όπως δυστυχώς συμβαίνει με το ψυχιατρείο.

Μεταξύ των γιατρών του νοσοκομείου και του υπόλοιπου προσωπικού του νοσοκομείου, οι ψυχίατροι προωθούν την ψυχοσωματική άποψη της νόσου, υποστηρίζοντας μια ολιστική θεώρηση των προβλημάτων υγείας κάθε άρρωστου. Με την πρακτική τους δείχνουν ότι κάθε άρρωστο αποτελεί μια ιδιαίτερη βιοψυχοκοινωνική μονάδα, η οποία πάσχει. Επομένως, η σωστή αντιμετώπιση προϋποθέτει τη συνολική υποστήριξη του αρρώστου στο βιολογικό, το ψυχικό και το κοινωνικό επίπεδο. Η λειτουργία αυτής της ψυχιατρικής μονάδας εντάσσεται στη συμβουλευτική-διασυνδεδετική ψυχιατρική και ολοκληρώνεται με τη διασύνδεση των διαφόρων ειδικοτήτων της Ιατρικής, ώστε να αντιμετωπίζουν ενιαία και κατά τον δυνατόν πιο ολιστικά κάθε άρρωστο.

Νοσοκομείο ημέρας

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο, στα πρώτα στάδια της ιστορικής του εξέλιξης, ήταν μια υπηρεσία που είχε σκοπό να προστατεύσει την κοινότητα από άτομα που η συμπεριφορά τους, στο πλαίσιο της αρρώστιας τους, απειλούσε την ασφάλεια ή έστω την ισορροπία της. Η μεγάλη απόσταση του ψυχιατρικού νοσοκομείου από την πόλη, ο όγκος του κτιρίου, ίσως και η ηλικία του, είχαν συσχετιστεί με το αίσθημα ασφάλειας του

αστικού πληθυσμού. Βέβαια δεν υπήρχαν τότε επαρκή μέσα θεραπείας και επικρατούσαν διάφορες αντιλήψεις για την εξέλιξη της ψυχικής νόσου. Έτσι, η αντιμετώπιση του αρρώστου γινόταν σε επίπεδο εγκλεισμού και όχι αποκατάστασης. Το νοσοκομείο ημέρας χωρίς να παύει να εκπληρώνει τις απαιτήσεις ασφάλειας που το κοινωνικό σύνολο έχει από κάθε ψυχιατρική μονάδα, είναι μια από τις πρώτες μορφές ψυχιατρικής οργάνωσης που γίνεται φορέας κοινωνικοποίησης της ψυχιατρικής μέριμνας.

Ο Αρχές Θεραπευτικής Κοινότητας Νοσοκομείου Ημέρας

Συγκατάθεση του θεραπευόμενου για συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα:

- Ισότητα σε δικαιώματα και υποχρεώσεις.
- Συμμετοχή στις διοικητικές αποφάσεις.
- Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού.
- Χρησιμοποίηση ομαδικών διεργασιών με στόχο την κοινωνικοποίηση.
- Ενεργητική και συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ προσωπικού και θεραπευομένων.
- Συλλογική υπευθυνότητα στο θεραπευτικό έργο.
- Αποφυγή βίας και χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Συνέπεια στην παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος.

Άλλες μονάδες ψυχιατρικής φροντίδας

Δύο άλλοι τύποι ψυχιατρικών μονάδων που παρέχουν μερική νοσηλεία είναι το κέντρο ημέρας και το νοσοκομείο νυκτερινής νοσηλείας. Τα κέντρα ημέρας απευθύνονται κυρίως σε χρόνια περιστατικά και δίνουν έμφαση στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των αρρώστων και λιγότερο, ή καθόλου, στην ιατρική τους περίθαλψη. Βρίσκονται μέσα στην κοινότητα και είναι συνδεδεμένα με τις υπηρεσίες εξωτερικής παρακολούθησης των αρρώστων περισσότερο, παρά με τις μονάδες 24^h λειτουργίας. Ενώ δηλαδή το νοσοκομείο ημέρας μπορεί να προσφέρει κάθε είδος ψυχιατρικής θεραπείας και να αντιμετωπίσει ακόμη και οξείες καταστάσεις, τα κέντρα ημέρας θεωρούνται κατάλληλα για αρρώστους που έχουν ανάγκη μόνο από υποστηρικτική φροντίδα και για αρρώστους που χρειάζονται ένα μακράς διάρκειας πρόγραμμα κοινωνικής αποκατάστασης με στόχο την προαγωγή των επαγγελματικών και κοινωνικών τους ικανοτήτων. Η νυκτερινή νοσηλεία χρησιμοποιείται για να διευκολύνει ορισμένους αρρώστους, που νοσηλεύονται σε 24^h βάση. Με τον τρόπο αυτόν, ο άρρωστος προοδευτικά εξαρτάται λιγότερο από το νοσοκομείο, ενώ συγχρόνως αρχίζει να λειτουργεί ως επαγγελματίας ή ως σπουδαστής ενώ ψάχνει για δουλειά και στέγη. Η επιστροφή του στο νοσοκομείο τα βράδια του προσφέρει μια υποστήριξη, μέχρι να αισθανθεί αρκετή ασφάλεια για πλήρη έξοδο. Αυτή η διαδικασία δεν πρέπει να διαρκέσει περισσότερο από κάποιες βδομάδες.

Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

Το κέντρο ψυχικής υγιεινής είναι καθιερωμένος θεσμός, μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχιατρικής. Μέσα από την αποκέντρωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί η έγκαιρη

επισήμανση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη) ή να διατηρηθεί η λειτουργικότητα ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στη κοινότητα και η αποδοχή του από αυτή (τριτοβάθμια πρόληψη). Ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσφέρει επίσης τη δυνατότητα για την εφαρμογή όλων εκείνων των προληπτικών προγραμμάτων που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μια συγκριμένης γεωγραφικής περιοχής.

Στέγαση

Στη χώρα μας διαθέτουμε περιορισμένο αριθμό στεγαστικών μονάδων, οι οποίες είναι απαραίτητες στις εξής περιπτώσεις:

- Μετά από μακροχρόνια απώλεια κατοικίας ευαίσθητων ψυχικά αρρώστων.
- Σε οικογενειακά περιβάλλοντα με πολλές συγκρούσεις.
- Σε προοδευτική αυτονόμηση κάποιων αρρώστων.

Είναι απαραίτητη η σαφής διατύπωση, κατά την υποδοχή, των όρων στέγασης, ώστε αυτό το μέτρο να λειτουργήσει θεραπευτικά.

Ξενώνες

Η δυνατότητα υποδοχής 15-20 ατόμων θεωρείται άριστη, ώστε να υπάρχει κατά το δυνατόν «οικογενειακή ατμόσφαιρα». Ο χρόνος παραμονής είναι συγκεκριμένος, συνήθως 6-12 μήνες. Συνδυάζεται με προγράμματα κοινωνικοποίησης, αποκατάστασης ή εργασίας.

Οικοτροφεία

Έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τους ξενώνες, αλλά ο χρόνος παραμονής είναι μεγαλύτερος και οι φιλοξενούμενοι έχουν λιγότερη συμμετοχή στη λειτουργία τους.

Προστατευμένα Διαμερίσματα

Αφορούν τους πλέον αυτόνομους ψυχικά αρρώστους. Αυτοί οι ίδιοι αναλαμβάνουν τη λειτουργία του διαμερίσματος, με ορισμένη βοήθεια από κοινωνικούς λειτουργούς ή νοσηλευτές για τα σύνθετα προβλήματα και με επισκέψεις ανά τακτά διαστήματα στο διαμέρισμα.

Ανάδοχες Οικογένειες

Πρόκειται για μέθοδο που δοκιμάστηκε στη χώρα μας κυρίως από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, από το 1991 και μετά. Κεντρικό ρόλο παίζει η ομάδα στήριξης των αρρώστων και των οικογενειών, η οποία αποτελείται από επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας. Το 1998 θεσμοθετήθηκε και το 1999 άρχισε να εφαρμόζεται π θεσμός των ανάδοχων οικογενειών στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο. Με την επωνυμία «φιλοξενούσες οικογένειες» ο θεσμός αυτός περιλαμβάνεται στο νόμο 2716/17.5.1999, για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Αδαμόπουλος, Λυράκου, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η προληπτική ψυχιατρική, ως γνωστικό αντικείμενο, άρχισε να αναπτύσσεται όταν εμφανίστηκε το λεγόμενο «κίνημα ψυχικής υγείας» στην Αμερική, πριν από εκατό περίπου χρόνια. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004). Στην ψυχιατρική, όπως και σε άλλες ειδικότητες, η πρόληψη μελετάται και επιδιώκεται σε τρία επίπεδα. Αυτά είναι : η πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη. (Ραγιά, 2009). Η πρωτογενής πρόληψη των ψυχικών διαταραχών μπορεί να εφαρμοστεί με τη γενετική συμβουλευτική (π.χ. στην περίπτωση δύο συζύγων που πάσχουν από σχιζοφρενική ψύχωση, ή στην περίπτωση μιας συζύγου που πάσχει από μανιοκατάθλιψη), και με την προαγωγή της ψυχικής υγείας της κοινότητας, μέσα από την εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, γονέων, μαθητών, δασκάλων και άλλων, αποτελεί ένα παράδειγμα πρόληψης της ψυχικής νόσου και των επιπτώσεών της. (Μαδιανός, 2005). Σύμφωνα με τον Caplan (1964), ο όρος προληπτική ψυχιατρική αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που:

1. Μειώνουν την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτοβάθμια πρόληψη).
2. Μειώνουν την διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία.
3. Μειώνουν την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριτογενής πρόληψη), όπως, για παράδειγμα, η μείωση του χρόνου νοσηλείας, η δυνατότητα συστηματικής μετανοσοκομειακής παρακολούθησης και η επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων. (Αδαμόπουλος- Λυράκου, 2011).

Η κοινοτική εκπαίδευση και η υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας όπως είναι οι γενικοί γιατροί, οι κοινοτικοί νοσηλευτές που μπορούν να αναγνωρίζουν το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και η παροχή εύκολης πρόσβασης του ατόμου για εκτίμηση τις κατάστασής του σε συνδυασμό με ευρεία ενημέρωση του κοινού για τις κατάλληλες υπηρεσίες και τον τρόπο πρόσβασης σ' αυτές είναι παρεμβάσεις που μπορούν να μειώσουν την καθυστέρηση. Προσπάθειες να καλλιεργηθούν οι δεξιότητες αναγνώρισης των περιπτώσεων από πολλές επαγγελματικές ομάδες μπορούν να μειώσουν επιπλέον την καθυστέρηση, ωστόσο, η πιο αποτελεσματική παρέμβαση θα ήταν μια εκστρατεία πληροφόρησης του κοινού που στόχο έχει να μειώσει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και να επικεντρώσει το ενδιαφέρον στις αρχικές φάσεις όταν «κάτι δεν πάει τελείως καλά», παρέχοντας τη δυνατότητα για πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια και για έγκαιρη εντόπιση και παραπομπή. Προφανώς τέτοια καμπάνια θα απαιτούσε την υποστήριξη πολλών υπηρεσιών που θα πρέπει να είναι σε θέση να ανταποκριθούν άμεσα

και πλήρως στις νέες παραπομπές. Η έγκαιρη εντόπιση και παρέμβαση των ψυχιατρικών διαταραχών είναι μια μεγάλη πρόκληση για την ψυχιατρική. Φαρμακευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε άτομα που εμφανίζουν πρόδρομα σημεία και συμπτώματα συμβάλουν στην καλύτερη έκβαση της ασθένειας.

Το 1984 ο Falloon δημιούργησε ένα μοντέλο κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας στο Buckingham. Το πρόγραμμα παρέμβασης συνδυάζει προσέγγιση δυο σταδίων (1) την έγκαιρη εντόπιση των ψυχικών γνωρισμάτων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (εκπαίδευση του γενικού γιατρού, οικογενειακού γιατρού και νοσηλευτών δημόσιας υγείας να αναγνωρίσουν τα πρόδρομα συμπτώματα μειζόνων ψυχικών διαταραχών με (2) στενή διασύνδεσή τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (χωρίς καθυστέρηση, να παραπέμψουν τα άτομα αυτά σε άμεση εξειδικευμένη ψυχιατρική εκτίμηση). Το Κέντρο Πρόληψης και Παρέμβασης στην Πρώιμη Ψύχωση άρχισε να λειτουργεί στη Μελβούρνη, στην Αυστραλία, το 1992. Ο σκοπός του κέντρου είναι η έγκαιρη εντόπιση και παρέμβαση στους εφήβους και νέους ενήλικες που βιώνουν την αρχική έναρξη της ψύχωσης και η παροχή συνεχιζόμενης περίθαλψης κατά την κρίσιμη περίοδο δηλαδή τα πρώτα δυο χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας. Προσφέρει ένα μοντέλο αντιμετώπισης του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου που περιλαμβάνει έγκαιρη εντόπιση, φαρμακευτική αγωγή χαμηλής δοσολογίας και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε ένα λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον. (Ζαρταλούδη, Μαδιανός, 2010).

4.1.1 Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας, και καλύπτουν όλες τις φάσεις ενός ανθρώπου, από την προγεννητική, τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γέρας. (Αδαμόπουλος-Λυράκου, 2011). Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004). Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες, που αποβλέπουν στην μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων σ' ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους :

1. Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, με κίνδυνο αύξησης της επικινδυνότητας για ψυχική νόσηση.
2. Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις. (Ραγιά, 2009).

Η οργάνωση της πρόληψης αυτού του τύπου είναι κρατική, κοινωνική, πολιτική και αφορά άτομα ή οικογένειες υψηλού κινδύνου νόσησης, όπως είναι οι έγκυες με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής νόσου, οι ανήλικες έγκυες, οι οικογένειες με πολλαπλά προβλήματα, όπως γονείς ή άλλα μέλη που είναι ψυχικά άρρωστα, άτομα σε πένθος,

έφηβοι σε κρίση που εγκατέλειψαν το σπίτι. Βασικός στόχος των προληπτικών προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας, που εκπαιδεύεται συστηματικά σε θέματα ψυχικής υγείας. Οι ειδικές προσεγγίσεις των θεμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης περιλαμβάνουν ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα, με την επισήμανση προβλημάτων στην κύηση, την οργάνωση της μητρικής υγείας, την παροχή σωστής μαιευτικής φροντίδας, τον έλεγχο της διατροφής και το περιβάλλοντος, τον οικογενειακό προγραμματισμό, την οργάνωση κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και εναλλακτικών λύσεων στις ανήλικες μητέρες και την έγκαιρη επισήμανση συγγενών διαμαρτιών στα νεογνά.

Τα προγράμματα διαλογής που εφαρμόζονται στα δημοτικά σχολεία, αποκαλύπτουν έγκαιρα δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις και μαθησιακά προβλήματα, ενώ στις οικογένειες με πολλά προβλήματα δημιουργείται ένα νέο κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα. Στους εφήβους, δημιουργούνται προγράμματα ελεύθερου χρόνου, ή ειδικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων. (Αδαμόπουλος- Λυράκου, 2011). Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Συναντά άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η σωματική αρρώστια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατος αγαπημένου προσώπου, τάση αυτοκτονίας, απώλεια εργασίας, διαζύγιο, κακοποίηση παιδιού. Η νοσηλευτική έχει την δυνατότητα να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στην λύση του υποκείμενου προβλήματος με εκπαίδευση πώς να βγει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία.

Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις ψυχιατρικές θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης, παράκαμψης ή υπερνίκησης του στρες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Ραγιά, 2009). Σε χώρες ή περιοχές με μεγάλη έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναλαμβάνουν πλήρως το βάρος της έγκαιρης αναγνώρισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εκπονήσει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των έξι συχνότερων ψυχικών διαταραχών. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004).

4.1.2 Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη επιδιώκει την ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της στα μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους. (Ραγιά, 2009). Βασική αρχή της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ότι αποδίδει καλύτερα όταν

εφαρμόζεται μέσω υπηρεσιών που έχουν ως χαρακτηριστικό τους την εύκολη προσβασιμότητα του πληθυσμού σε αυτές, λειτουργούν δηλαδή στο πλαίσιο της κοινότητας. Πρώτη θέση κατέχουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), και οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στις πολύ σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπου απαιτείται νοσηλεία, υπάρχει μικρότερο πρόβλημα αναγνώρισης, αν και σε αυτές τις περιπτώσεις οι υπηρεσίες της κοινότητας (ΠΦΥ και ΚΚΨΥ) παίζουν σημαντικό ρόλο με τη σύντομη παραπομπή στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης.

Επίσης, και με τη συμβολή τους στην παρακολούθηση των ασυμπτωματικών αρρώστων για την πρόληψη των υποτροπών. Σε χώρες με μεγάλη έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι υπηρεσίες ΠΦΥ αναλαμβάνουν το βάρος της δευτεροβάθμιας πρόληψης, της έγκαιρης αναγνώρισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. (Αδαμόπουλος-Λυράκου, 2011). Στη δευτερογενή πρόληψη, η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με την ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής τόσο στους σωματικά αρρώστους, όσο και στους συνοδούς και στις οικογένειές τους. Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση. (Ραγιά, 2009).

4.1.3 Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτοβάθμια ψυχιατρική πρόληψη έχει ως σκοπό τη μείωση των συνεπειών που προκύπτουν από τη χρονιότητα της ψυχικής διαταραχής, και πραγματοποιείται μέσω προγραμμάτων αποκατάστασης. [Αποκατάσταση είναι η διαδικασία κατά την οποία ένας άρρωστος βοηθείται να προσαρμοστεί στους περιορισμούς που συνεπάγεται η δυσλειτουργία του (σωματική, ψυχική, επαγγελματική, κοινωνική), έχει ως στόχο να προσεγγίσει το άτομο το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και αυτονομίας]. (Αδαμόπουλος-Λυράκου, 2011). Περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά αρρώστων και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο. (Ραγιά, 2009). Τα προγράμματα αποκατάστασης αποσκοπούν στην ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του αρρώστου με την λειτουργία περιβαλλοντικών υποστηρικτικών συστημάτων για τον άρρωστο. (Αδαμόπουλος-Λυράκου, 2011).

Έτσι, ενθαρρύνεται η ανάληψη πρωτοβουλιών και επιδιώκεται η καταπολέμηση του ιδρυματισμού, προάγεται και η επαγγελματική αποκατάσταση και η κοινωνική επανένταξη του ασθενούς. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004). Επίσης, προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους αρρώστους, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς. Προς τον σκοπό αυτό

δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας ή νύχτας, οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, τα προστατευόμενα εργαστήρια, σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή 24 ώρες το 24ωρο. (Ραγιά, 2009). Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης, δηλαδή, ακολουθεί μία ιεραρχημένη διαδικασία σε τρεις, βασικά, τομείς: εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες. (Αδαμόπουλος-Λυράκου, 2011).

4.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η λέξη στίγμα είναι ελληνική και σημαίνει «τρύπημα» ή «σημάδι». Ο Goffman (1963) θεωρεί το στίγμα ως μια ανεπιθύμητα, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής συμμετοχής. Ο Goffman διακρίνει τρεις βασικές κατηγορίες στίγματος: το φυσικό στίγμα, το στίγμα της εκφραζόμενης συμπεριφοράς και το φυλετικό στίγμα. Ο εμφανής τύπος του φυσικού στίγματος μπορεί να προέρχεται από μια χρόνια αρρώστια ή αναπηρία με ορατά σημάδια όπως κάποια φυσική παραμόρφωση ενός ατόμου. Στην περίπτωση των ψυχωσικών αρρώστων ισχύει ότι σωματικές παραμορφώσεις από τις παρενέργειες των νευροληπτικών (όψιμη δυσκινισία, εξωπυραμιδικά) προκαλούν φυσικό στίγμα. (Μαδιανός, 2005). Τα περισσότερα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν να αντιμετωπίσουν μία διπλή δοκιμασία: από την μία πλευρά δίνουν άνιση μάχη με τα συμπτώματα και τις μειονεξίες που απορρέουν από τη νόσο και από την άλλη, δοκιμάζονται καθημερινά λόγω των διακρίσεων που προέρχονται από τους μύθους, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις γύρω από τις ψυχικές ασθένειες.

Έτσι τα άτομα με ψυχικές παθήσεις στερούνται τις ευκαιρίες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής: έναν ικανό αριθμό φίλων, μία καλή δουλειά, ασφαλή στέγη, ικανοποιητική ιατρική φροντίδα, ισότιμα δικαιώματα ως πολίτες και πλήρη κοινωνική ενσωμάτωση. (Παπαδοπούλου, 2008). Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνιστά «μια ιδιόμορφη διεργασία περιθωριοποιημένων κοινωνικών ομάδων και ατόμων, των οποίων η πρόσβαση στην αγορά εργασίας καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής». Αυτή η δύσκολη προσπέλαση στερεί από τα άτομα τη δυνατότητα απόλαυσης των δημοσίων αγαθών στα οποία η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η ιδιότητα του πολίτη επιβάλλουν την ελεύθερη πρόσβαση. (Ποτουρίδου- Προκοπίου, 2007). Στίγμα είναι ένα σημάδι, το αποτύπωμα που βάζουμε σε κάποιον για να ξεχωρίζει. Το στίγμα και η διαδικασία του στιγματισμού αποτελούνται από 2 θεμελιώδη στοιχεία: την αναγνώριση του «σημαδιού» της διαφορετικότητας και την ακολουθούμενη «μείωση» του ατόμου.

Στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι η αρνητική κοινωνική αντίδραση απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. (Παπαδοπούλου, 2008). Το στίγμα για την ψυχική ασθένεια είναι καθολικό και κανείς δεν μπορεί να υποστηρίξει ότι είναι απολύτως

ελεύθερος από μια τέτοια στάση προκατάληψης προς την ψυχική ασθένεια. (Σκούρα, Παραπάνη, 2010). Στίγμα σημαίνει ότι το ευρύ κοινό αλλά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για το άτομο με ψυχική νόσο και να συμπεριφέρονται ανάλογα. Για παράδειγμα, γειτονίες εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων για ψυχικά ασθενείς, επειδή οι κάτοικοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Αντίστοιχα, οι εργοδότες αρνούνται να τα προσλάβουν στις επιχειρήσεις τους. Ακόμα πιο λίγοι φυσικά οι άνθρωποι που θα ήθελαν να συνδέσουν τη ζωή τους με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια. (Παπαδοπούλου, 2008). Η εικόνα αυτή συνδέεται με μερικούς ή όλους από τους παραπάνω μύθους :

- Η ψύχωση είναι μία εικοσιτετράωρη αρρώστια.
- Οι οικογένειες είναι παθολόνες.
- Η ψύχωση είναι οπωσδήποτε μία χρόνια αρρώστια που χρειάζεται φάρμακα ίσως για μια ολόκληρη ζωή. Εκτός αυτού, τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση.
- Οι άρρωστοι δεν αποκτούν νέες δεξιότητες.
- Τα άτομα που νοσούν από κάποια μορφή ψύχωσης παρουσιάζουν, διχασμό της προσωπικότητάς τους.
- Τα άτομα που υποφέρουν από ψύχωση παρουσιάζουν νοητική καθυστέρηση ή νοητική έκπτωση.
- Οι άρρωστοι είναι επικίνδυνοι.
- Οι άρρωστοι είναι ικανοί μόνο για χαμηλού κύρους επαγγέλματα.
- Η αποδιοργάνωση/έκπτωση του αρρώστου σε μακροπρόθεσμη βάση είναι σίγουρη. (Μαδιανός, 2005).

Στη χώρα μας το στίγμα για την ψυχική ασθένεια είναι εντονότερο σε σχέση με τις δυτικές προηγμένες κοινωνίες. (Σκούρα, Παραπάνη, 2010). Πράγματι, κατά τον Sartorius (1998), το στίγμα και η διάκριση αποτελούν ίσως τα σημαντικότερα εμπόδια για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τη διασφάλιση της ποιότητας στη διαβίωση όσων πάσχουν από ψυχική νόσο. Οι αρνητικές στάσεις και οι παράλογοι φόβοι (λόγω άγνοιας) του κοινού και το στίγμα της ψυχικής νόσου προκαλούν σοβαρά εμπόδια στην κοινωνική επανένταξη των ψυχικά αρρώστων. Συνήθως υποστηρίζουν την άποψη ότι δομές για την αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να κατασκευάζονται μακριά από τη γειτονιά όπου ζουν άλλες οικογένειες . Υπάρχουν αρκετά τέτοια περιστατικά. Στην πόλη του Χόνγκ Κονγκ κάτοικοι αντέδρασαν στη δημιουργία ενός ξενώνα για ψυχικά ασθενείς και εξέφρασαν κίολας φόβο για τους φιλοξενούμενους του ξενώνα, ενώ περισσότεροι από το 80% πίστευαν ότι οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να υποτροπιάσουν οποτεδήποτε, θέτοντας σε κίνδυνο τους κατοίκους.

Παρόμοιες αντιδράσεις υπήρξαν και στην Ελλάδα κατά την υλοποίηση του προγράμματος "Ψυχαργώς" σε περιοχές της Χαλκίδας, της Αττικής, της Καρδίτσας, της Αίγινας, της Σπάρτης, της Άρτας. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις οι αντιδράσεις ξεπεράστηκαν. (Μαδιανός, 2005). Κοινωνικός αποκλεισμός , κοινωνική απομόνωση, προσωπικός και οικογενειακός στιγματισμός είναι στοιχεία ενός φαύλου κύκλου μεταξύ σημασιών, κυρίαρχων αντιλήψεων και μηχανισμών αναπαραγωγής τους, που εμείς οι ίδιοι ως κάτοικοι της γειτονιάς μας, μέλη της τοπικής κοινότητας ή της ευρύτερης εθνικής μας κοινωνίας υφαίνουμε και συντηρούμε σε δημόσιο ή ιδιωτικό επίπεδο. Συμμετέχουμε ή διευκολύνουμε με την ανοχή μας πίσω από κλειστά παράθυρα, την συντήρηση αυτής της φαυλότητας. Ο αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση περιγράφουν εκδοχές της ίδιας πραγματικότητας. Οι άνθρωποι που βιώνουν δυσκολίες στην ψυχική τους υγεία κινδυνεύουν να απομονωθούν στο περιθώριο της κοινωνίας μας, μιας κοινωνίας που η

ίδια τους βάφτισε «τρελούς» και τους έντυσε με πολλούς ακόμη αρνητικούς προσδιορισμούς.

Η θέση τους στην οικογένεια και ο ρόλος τους μέσα σε αυτή σταδιακά παύει να υφίσταται, στερούνται το δικαίωμα στην εργασία, στην απασχόληση, το δικαίωμα στην ελεύθερη μετακίνηση, το δικαίωμα στον έρωτα και την αγάπη, κι ακόμη χειρότερα, μέχρι πρόσφατα η θέαση τους και μόνο σε δημόσιο χώρο δεν ήταν κοινωνικά αποδεχτή κι υπήρχαν γι αυτούς τα γνωστά ιδρύματα ή άσυλα. Αρχικά επικρατεί η άρνηση από το οικείο περιβάλλον καθώς: α) Η ψυχική υγεία πρόσφατα εισήλθε στο νοητικό οπλοστάσιο της καθημερινής μας ζωής και β) σε πολλές περιπτώσεις, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αισθάνονται κάποιου είδους ευθύνη ή ντροπή αδυνατώντας να παραδεχτούν ότι κάτι συμβαίνει. Η προκατάληψη οδηγεί στην απόκρυψη και στην σιωπή. Ακριβώς για να μη μαθευτεί, οι άμεσα εμπλεκόμενοι αυτολογοκρίνονται και αυτοπεριθωριοποιούνται. Δηλαδή οδηγούν οι ίδιοι τους εαυτούς τους στη μοναξιά για να προλάβουν τους άλλους. Στη βάση αυτή αναζητούνται λύσεις που θα εμπεριέχουν τα χαρακτηριστικά της εχεμύθειας και της απομόνωσης.

Κατά συνέπεια, με την βοήθεια των ιατρών οι ασθενείς μέχρι πρόσφατα απομονώνονταν στον υλικό και κοινωνικό χώρο μιας κλειστής κλινικής μαχόμενοι να επιβιώσουν. (Πετράς). Οι μετρήσεις και τα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν με ικανοποιητική βεβαιότητα ότι οι ψυχικές διαταραχές στις μέρες μας είναι πάρα πολύ συχνές. Ο μισός περίπου πληθυσμός της γης, όπως αναφέρθηκε σε άλλο κεφάλαιο, θα παρουσιάσει σε κάποιο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της ζωής του τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή. Εξαιτίας του στίγματος ένας πολύ μεγάλος αριθμός των ατόμων αυτών, κυρίως άντρες, δεν θα απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, ώστε να ζητήσει βοήθεια για θεραπεία. (Σκούρα, Παραπάνη, 2010). Το στίγμα είναι ένα από τα κύρια εμπόδια για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της ψυχικής ασθένειας και συχνά οδηγεί σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν τα προβλήματα των ασθενών.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαθέσιμες θεραπείες, οι μύθοι που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια προκαλούν ντροπή και φόβο στους πάσχοντες και τις οικογένειες τους, με αποτέλεσμα να μην αναζητούν την θεραπεία που χρειάζονται. Ακόμη όμως και όταν αναζητούν θεραπεία η έκβαση και η πορεία της νόσου είναι κακή λόγω του στίγματος. Δυστυχώς ακόμη και οι ίδιοι οι ασθενείς αποδέχονται τα στερεότυπα που αναφέρονται στην κατάσταση τους και αυτοστιγματίζονται. (Παπαδοπούλου, 2008). Κάποιοι θα επισκεφθούν παθολόγο ή κάποιον γιατρό άλλης ειδικότητας θεωρώντας ότι παρουσιάζουν ένα ιατρικό σωματικό πρόβλημα, όμως πολύ σπάνια ο γιατρός της άλλης ειδικότητας θα διαγνώσει και σπανιότερα θα θεραπεύσει την ψυχική διαταραχή. Έτσι, η πλειονότητα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν μόνοι τους τα προβλήματά τους, επιβαρύνοντας μόνο τον εαυτό τους, αλλά συχνά και το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον τους. (Σκούρα- Παραπάνη, 2010).

Το στίγμα της ψυχικής νόσου δεν επηρεάζει δηλαδή μόνο το άτομο που νοσεί, αλλά και οτιδήποτε σχετίζεται με τον ασθενή, τη νόσο και την θεραπευτική αγωγή, όπως τα μέλη της οικογένειας, τους συγγενείς, τους φίλους που φροντίζουν τον ασθενή ή τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά και τις άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες. (Παπαδοπούλου, 2008). Επίσης, οι συνέπειες είναι εξαιρετικά άσχημες για τα παιδιά των ατόμων αυτών που επιβαρύνονται ψυχικά με άμεσο κίνδυνο να διαιωισθεί το πρόβλημα το πρόβλημα. Εξάλλου οι ψυχικές διαταραχές δεν κληρονομούνται μόνο μέσω των γονιδίων, αλλά και μέσα από τις στάσεις, τις απόψεις και τις συμπεριφορές που ακολουθούν οι γονείς. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται

υπεύθυνος για την πρόκληση της ψυχικής του νόσου αφού τα άτομα από το κοντινό περιβάλλον, μπορεί να του είπαν συμπερασματικά πως είναι υγιής και πως όλα είναι στο μυαλό του.

Όταν το περιβάλλον του αρρώστου του δημιουργεί την άποψη ότι όλα όσα του συμβαίνουν δεν είναι παρά η ιδέα του, συχνά συμπεραίνει ότι δεν είναι πραγματικά ασθενής, ότι υποκρίνεται και ότι αυτός προκαλεί με την σκέψη του την αρρώστια του και θα έπρεπε μάλιστα να μπορεί να την περιορίσει και να αλλάξει αυτόν τον τρόπο σκέψης. Αυτή η ενοχική στάση μπορεί να καταλήξει σε μια συμπεριφορά επιθετική ή αυταρχική προς το οικείο περιβάλλον στην προσπάθεια του να προστατεύσει τον εαυτό του από τον να τολμήσουν οι άλλοι να του χρεώσουν δυσκολίες και ανεπάρκειες εξαιτίας της ψυχικής του νόσου. (Σκούρα- Παραπάνη, 2010). Ένας αποτελεσματικός τρόπος περιορισμού του στίγματος για την ψυχική υγεία, αποτελεί η προσωπική αποκάλυψη ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων από τους ίδιους τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα μοντέλο στάσης και συμπεριφοράς που να εξοικειώσει τον μέσο άνθρωπο με την ψυχοπαθολογία του.

Μερικοί από τους διασημότερους ζωγράφους, συνθέτες, πολιτικούς, ποιητές, και συγγραφείς παγκοσμίως εντοπίστηκε ότι εμφανίζουν σημεία της διπολικής διαταραχής. Η μανία συνδέεται στενά με δημιουργικές και καλλιτεχνικές ικανότητες και πολλοί διάσημοι, δημιουργικοί άνθρωποι έχουν παραδεχθεί δημόσια ότι πάσχουν από διπολική διαταραχή. (Σκούρα, Παραπάνη, 2010). Τα περισσότερα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν να αντιμετωπίσουν μια διπλή δοκιμασία: από την μια πλευρά, δίνουν άνιση μάχη με τα συμπτώματα και τις μειονεξίες που απορρέουν από την νόσο και από την άλλη δοκιμάζονται καθημερινά λόγω των διακρίσεων που προέρχονται από τους μύθους, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις γύρω από τις ψυχικές ασθένειες. Έτσι, τα άτομα με ψυχικές παθήσεις στερούνται τις ευκαιρίες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής: έναν ικανό αριθμό φίλων, μια καλή δουλειά, ασφαλή στέγη, ικανοποιητική ιατρική φροντίδα, ισότιμα δικαιώματα ως πολίτες και πλήρη κοινωνική ενσωμάτωση.

Στίγμα είναι ένα σημάδι, το αποτύπωμα που βάζουμε σε κάποιον για να ξεχωρίζει. Το στίγμα και η διαδικασία του στιγματισμού αποτελούνται από 2 θεμελιώδη στοιχεία: την αναγνώριση του «σημαδιού» της διαφορετικότητας και την ακολουθούμενη «μείωση» του ατόμου. Στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι η αρνητική κοινωνική αντίδραση απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Στίγμα σημαίνει ότι το ευρύ κοινό αλλά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για το άτομο με ψυχική νόσο και να συμπεριφέρονται ανάλογα. Για παράδειγμα, γειτονιές εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων για ψυχικά ασθενείς, επειδή οι κάτοικοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Αντίστοιχα, εξαιτίας του μύθου ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν μπορούν να εργαστούν, οι εργοδότες αρνούνται να τα προσλάβουν στις επιχειρήσεις τους. Ακόμα πιο λίγοι είναι φυσικά οι άνθρωποι που θα ήθελαν να συνδέσουν τη ζωή τους με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια. (Παπαδοπούλου, 2008).

Το γεγονός ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή είναι ένα από τα κυριότερα εμπόδια για την βελτίωση της φροντίδας και της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από ψυχική ασθένεια αναγνωρίζεται πλέον παγκόσμια. Ειδικά για την ψύχωση, που θεωρείται η πιο σοβαρή και μυστηριώδης, το στίγμα εκφράζεται με συμπεριφορές έντονων διακρίσεων σε βάρος του ασθενή, που έχουν ως αποτέλεσμα την απόρριψη, την περιθωριοποίηση και την κοινωνική του απομόνωση, την πλημμελή θεραπευτική του αντιμετώπιση ή τον εγκλεισμό του σε ιδρύματα και εν τέλει τον

κοινωνικό του εξοβελισμό. Για τον λόγο αυτό, το 1996 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ) ξεκίνησε ένα πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη ψύχωση, με βασικούς στόχους:

- Την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης.
- Την βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού.
- Την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και διακρίσεων.

Την πρωτοβουλία, το σχεδιασμό και στη συνέχεια την καθοδήγηση του όλου προγράμματος είχε μια τετραμελής διεθνής επιτροπή, αποτελούμενη από τον καθηγητή και τον πρόεδρο της ΠΨΕ Κώστα Στεφανή, τον καθηγητή Narendra Wig, τον καθηγητή J..J Lopez-Ibor και τον καθηγητή Norman Sartorius ως πρόεδρο της επιτροπής. Αυτή η επιτροπή διαμόρφωσε ένα πλαίσιο φράσεων και ενεργειών και δημιούργησε ομάδες εργασίας με 76 επιστήμονες από όλο τον κόσμο, οι οποίοι κατήρτισαν το ενημερωτικό υλικό και σε συνεργασία με ειδικούς φορείς χάραξαν την επικοινωνιακή στρατηγική του προγράμματος. Αρχικά, επελέγησαν ως χώρες πιλοτικής εφαρμογής ο Καναδάς, η Αυστρία και η Ισπανία. Στην επόμενη ζώνη των χωρών, έπειτα από αιτιολογημένη και λεπτομερή αίτησή μας, επελέγη ως χώρα πιλοτικής εφαρμογής και η Ελλάδα. Η επιλογή της χώρας μας σε αυτή την προσπάθεια ήταν πού σημαντική, γιατί μας δόθηκε η ευκαιρία να ανασύρουμε στην επιφάνεια ένα θέμα που μέχρι τώρα καλυπτόταν και στη δική μας κοινωνία από ένα πέπλο μυστηρίου, ενδεδυμένο με πολλούς, μύθους, προκαταλήψεις και δοξασίες.

Παράλληλα, ήταν μια μοναδική ευκαιρία να αξιοποιήσουμε τη διεθνή εμπειρία, να την προσαρμόσουμε στην ελληνική πραγματικότητα και να οργανώσουμε τη δική μας εκστρατεία για την καταπολέμηση του στίγματος. Η ΠΨΕ ανέθεσε λοιπόν στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Ψύχωσης. Στα πρώτα βήματα του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος οργανώθηκε μια πανελλαδική έρευνα της γνώσης και των στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικά από σχιζοφρένεια. Η έρευνα αποκάλυψε ενδιαφέροντα στοιχεία για την ελληνική πραγματικότητα, από τα οποία ως πλέον σημαντικά θεωρούνται τα παρακάτω: το κοινό αναφέρεται στις σοβαρές ψυχικές ασθένειες κυρίως με όρους που χρησιμοποιεί στην καθημερινότητα όπως «τρέλα» και «ψυχοπάθεια». Η πλειοψηφία (65,8%) αναφέρει ότι δεν έχει ακούσει ή πληροφορηθεί κάτι σχετικό με την σχιζοφρένεια. Από αυτούς που έχουν κάποιες στοιχειώδεις γνώσεις επί του θέματος, ως βασική πηγή πληροφόρησης αναφέρεται η τηλεόραση, στην οποία όμως κυριαρχούν αρνητικές περιγραφές, που συνδέουν την νόσο με βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά. (Παπαδοπούλου, 2008). Στη στροφή του 21ου αιώνα ωστόσο, στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης τα πράγματα φαίνεται να αλλάζουν. Η ενσωμάτωση των ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία, η ανάπτυξη τοπικών δομών υποστήριξης και φιλοξενίας, οι νέες αρχές της από-ιδρυματοποίησης και της επιστροφής των ανθρώπων που βιώνουν μια ψυχιατρική κατάσταση στον κόσμο των «φυσιολογικών» αποτελούν τους βασικούς άξονες αυτής της αλλαγής. (Πετράς).

Στα ΜΜΕ και στην κοινή γνώμη, το άτομο που χαρακτηρίζεται ως ψυχικά ασθενής θεωρείται ταυτόχρονα και ικανό να διαπράξει ένα οποιοδήποτε έγκλημα αιφνίδια, χωρίς λόγο, ωθούμενο από τις επιταγές μιας ανεξέλεγκτης μυστηριακής δύναμης, της τρέλας, που το εξουσιάζει ολοκληρωτικά. Το στερεότυπο του επικίνδυνου ψυχασθενή, στέρεα θεμελιωμένο στην κοινή γνώμη, επιβεβαιώνεται συνεχώς μέσα από

τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον καθημερινό λόγο. Όταν μάλιστα ένα ψυχικά ασθενές άτομο διαπράξει μια σοβαρή εγκληματική πράξη, η αναστάτωση της κοινής γνώμης αγγίζει τα όρια ενός παροξυσμού, φρίκης και πανικού, υποδαυλισμένη από τα εντυπωσιακά αφιερώματα των ΜΜΕ και τις διογκωμένες, αυθαίρετες περιγραφές που συμβάλλουν στη δημιουργία μιας αλλοιωμένης εικόνας για τον ψυχασθενή, δικαιώνοντας την αρνητική στάση του κοινού απέναντί του. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, οι ψυχωσικοί ασθενείς που απειλούνται από τον κοινωνικό αποκλεισμό:

- Παρουσιάζουν έλλειψη βασικών επαγγελματικών προσόντων και δεξιοτήτων αναζήτησης εργασίας, και δεν επωφελούνται της βοήθειας από τους αρμόδιους φορείς των κοινωνικών υπηρεσιών γεγονός που οφείλεται στην ανεπαρκή τους ένταξη στο εκπαιδευτικό σύστημα.
- Αντιμετωπίζουν την προκατάληψη των εργοδοτών, γεγονός που δυσχεραίνει την ένταξή τους στην αγορά εργασίας.
- Στερούνται ή έχουν μειωμένα φυσικά προσόντα και άλλες δεξιότητες λόγω κακής ψυχικής υγείας.
- Αισθάνονται ότι βρίσκονται στο περιθώριο της ζωής ενώ συχνά αγνοούν τις υπηρεσίες παροχής βοήθειας, όταν βέβαια αυτές είναι διαθέσιμες.
- Δεν είναι ενημερωμένοι γύρω από τα εργασιακά τους δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.
- Η απομάκρυνσή τους από την αγορά εργασίας τους στερεί την ικανότητα να τα βγάλουν πέρα με επιτυχία με τις λειτουργίες του κρατικού μηχανισμού.
- Συχνά δείχνουν μια διάθεση παραίτησης στο να διεκδικούν τα δικαιώματά τους.

Από μια έρευνα που έγινε στο τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου διαταραχή 15-22 ετών, διαπιστώθηκε ότι είναι κοινωνικά απομονωμένα, έχουν ελλιπή επαγγελματικά προσόντα (εκπαίδευση, κατάρτιση, εμπειρία) και οικονομικά εξαρτώνται από τις οικογένειές τους. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην επαγγελματική τους προετοιμασία και ένταξης συνοπτικά είναι οι εξής:

1. Δυσκολίες εξαιτίας της φύσης της ίδιας της ασθένειας (άγχος, μειωμένη αντίληψη και αντανακλαστικά), επιβεβαιώνοντας την υπόθεση ότι στερούνται ή έχουν μειωμένα φυσικά προσόντα λόγω κακής ψυχικής υγείας.
2. Δυσκολίες σε προσωπικό επίπεδο (ελλιπής εκπαίδευση, ανεπαρκής επαγγελματική εμπειρία).
3. Κοινωνικά εμπόδια (ύπαρξη διακρίσεων και κοινωνικών προκαταλήψεων, ανυπαρξία υπηρεσιών εξυπηρέτησης των νέων).
4. Αισθάνονται ότι βρίσκονται στο περιθώριο της ζωής (εμάς θα πάρουν εμάς δε μας θέλουν) ενώ συχνά αγνοούν τις υπηρεσίες παροχής βοήθειας, όταν βέβαια αυτές είναι διαθέσιμες.
5. Δεν είναι ενημερωμένοι γύρω από τα εργασιακά τους δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.
6. Η απομάκρυνσή τους από την αγορά εργασίας τους στερεί την ικανότητα να τα βγάλουν πέρα με επιτυχία με τις λειτουργίες του κρατικού μηχανισμού.

7. Συχνά δείχνουν μία διάθεση παραίτησης στο να διεκδικούν τα δικαιώματά τους. (Ποτούριδου- Προκοπίου, 2007).

Χωρίς αμφιβολία, μια από τις πιο ριζοσπαστικές κινήσεις σε πολιτικο-κοινωνικό επίπεδο τον περασμένο αιώνα (τον 20ο) ήταν η αποασυλοποίηση και το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων, τουλάχιστον στις χώρες της δύσης. Στη Μ. Βρετανία, από το 1950 πάνω από 45 μεγάλα ψυχιατρεία έκλεισαν οριστικά. Στην Αμερική, ο πληθυσμός των χρόνιων ασθενών στα κρατικά ψυχιατρικά νοσοκομεία έπεσε περισσότερο από 90% τις τελευταίες 4 δεκαετίες. Στην Ιταλία ο περίφημος νόμος 180 που ψηφίστηκε το 1978 απαγόρευσε στην ουσία τις νέες εισαγωγές και προέβλεψε την δημιουργία καινούριων "δομών" στην κοινότητα. Παρόμοιες πρωτοβουλίες έλαβαν όλα τα κράτη της Δύσης. Στην χώρα μας, ύστερα από την δραματική δημοσιότητα που έλαβε η κατάσταση που επικρατούσε στην 'αποικία ψυχοπαθών της Λέρου', δημιουργήθηκε τα τελευταία 15 έτη μια σημαντική υποδομή που εγγυάται τόσο την συνέχεια και ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης όσο και την δημιουργία εναλλακτικών μορφών φροντίδας, που να είναι αφενός αποτελεσματικές και αφετέρου θα σέβονται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών.

Αυτή η μεταβολή του κέντρου βάρους της αντιμετώπισης, από το νοσοκομείο στην κοινότητα, συχνά αναφέρεται και στην χώρα μας ως 'Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση'. Ο όρος υποδηλώνει κάτι θετικό, ότι δηλαδή με την αλλαγή αυτή θα ικανοποιηθούν καλύτερα οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Είναι αλήθεια όμως αυτό; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό προϋποθέτει δυο τουλάχιστον πράγματα: Πρώτο, να ορίσουμε τι σημαίνει 'ψυχική διαταραχή' και δεύτερο να ξεδιαλύνουμε το επιδημιολογικό πρότυπο των ψυχικών διαταραχών ώστε να κατανοήσουμε την 'ανάγκη' για φροντίδα. Με μια διάθεση υπεραπλούστευσης, θα μπορούσαμε να ορίσουμε ως 'ψυχική διαταραχή' κάθε διαταραχή που επηρεάζει τις ανώτερες λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (προσοχή, συγκέντρωση, σκέψη, αντίληψη, συναίσθημα, κρίση, ικανότητα σχεδιασμού και εκτέλεσης κ.λ.π.) και γίνεται εμφανής στην συμπεριφορά του ατόμου ή επιδρά στο επίπεδολειτουργικότητά του.

Η αληθινή διάσταση του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών φάνηκε από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν στην κοινότητα και δευτερευόντως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) σε διάφορες χώρες του κόσμου. Το πρώτο σημαντικό επίτευγμα των μελετών αυτών ήταν η αναγνώριση ότι υπάρχουν πολλών ειδών ψυχικές διαταραχές. Αν και στις μέρες μας θεωρείται αυτονόητο να μιλάμε για 'ψυχικές διαταραχές' (στο πληθυντικό), πριν από λίγες δεκαετίες (αλλά και πιθανότατα ακόμα και σήμερα στην λαϊκή αντίληψη της 'ψυχασθένειας') η ιδέα αυτή δεν ήταν απόλυτα εδραιωμένη και ένα είδος συνεχούς που μπορούσε να οδηγήσει από την νεύρωση στην ψύχωση ήταν ευδιάκριτο στην επιστημονική γραφή της εποχής. Ήταν επιτυχία της Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας η κατάδειξη του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου ποικίλων ψυχικών διαταραχών, όσον αφορά τόσο τον επιπολασμό τους στην κοινότητα όσο και τους διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου και την φυσική τους ιστορία / πρόγνωση. Το δεύτερο σημαντικό επίτευγμα της ψυχιατρικής επιδημιολογίας ήταν η σωστή αποτύπωση της εικόνας που παρουσιάζουν οι ψυχικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό αλλά και στην Π.Φ.Υ. Σχεδόν όλες οι μελέτες στον κόσμο, έδειξαν ότι οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές είναι εκείνες που προκαλούν τη μεγάλη επιβάρυνση στη Δημόσια Υγεία. Σοβαρές διαταραχές όπως η Σχιζοφρένεια ή η Μανιοκατάθλιψη, αν και προκαλούν σημαντικό βαθμό ανικανότητα σε ατομικό

επίπεδο, λόγω της σπανιότητάς τους δεν επιβαρύνουν συνολικά την Δημόσια Υγεία στον βαθμό που το κάνουν οι συχνές ψυχικές διαταραχές.

Η επισήμανση αυτή είχε σημαντικές συνέπειες. Οι ψυχίατροι, παραδοσιακά ασχολούμενοι με την ψύχωση και γενικότερα με τον ασθενή που παρουσιάζει σοβαρή ψυχική διαταραχή, δεν ήταν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τα ήπια και πιθανότατα αυτό-περιοριζόμενα προβλήματα που απασχολούν τους πολλούς. Από την άλλη, η έλλειψη ερευνητικών δεδομένων ιδιαίτερα στον τομέα της διάγνωσης και της θεραπείας ήταν εμφανής. Αυτό το κενό έχει σήμερα περιοριστεί σημαντικά. Ένα μεγάλο ερευνητικό σώμα έχει ήδη συσσωρευτεί γι' αυτό που συνήθως αποκαλείται 'Κοινές Ψυχικές Διαταραχές' (Common Mental Disorders). Οι διαταραχές αυτές αφορούν περίπου το 15% έως 20% του γενικού πληθυσμού και το 25% των ασθενών στην Π.Φ.Υ. Οι κύριες διαφορές τους από τις σοβαρές φαίνονται στον πίνακα. Τονίζεται ιδιαίτερα, η σημαντική συμβολή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αιτιολογία, η συχνή αυτοϊαση, η σημαντικού βαθμού επικάλυψη με άλλες κοινές διαταραχές και η συχνή αντιμετώπιση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο χωρίς καταφυγή σε ειδικό ψυχίατρο. Οι πιο σημαντικές διαγνώσεις που απαρτίζουν τις κοινές ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού/ αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, οι ειδικές φοβίες, η χρόνια κόπωση ('νευρασθένεια'), και οι μη ψυχωτικές καταθλιπτικές διαταραχές.

Με ποιο τρόπο μπορούμε να ικανοποιήσουμε καλύτερα τις ανάγκες υγείας αυτών των ασθενών; Το πόσο επιτακτική είναι αυτή η ανάγκη το έδειξε η μεγάλη μελέτη 'Global Burden of Disease' που ανέδειξε τις κοινές ψυχικές διαταραχές ως τις δυνητικά πιο σημαντικές για την Δημόσια Υγεία κλινικές καταστάσεις, σχεδόν όσο οι καρδιοπάθειες και πάνω από νοσήματα όπως ο διαβήτης ή τα νοσήματα του αναπνευστικού σε επίπεδο συνολικής ανικανότητας στον πληθυσμό. Πιστεύουμε ότι δυο πρέπει να είναι οι βασικές προτεραιότητες για την χώρα μας: α) Περιεκτική καταγραφή του προβλήματος, όπως αυτή μπορεί να γίνει μέσω μιας μεγάλης επιδημιολογικής μελέτης σε πανελλήνια κλίμακα, για την διερεύνηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού και β) Αναμόρφωση του υπάρχοντος συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας ώστε να εξυπηρετούνται καλύτερα οι ανάγκες των ασθενών αυτών. Η προσπάθεια αντιμετώπισης των κοινών ψυχικών διαταραχών μέσα από υπηρεσίες που στοχεύουν κυρίως στην περίθαλψη ασθενών με σοβαρά ψυχωτικά προβλήματα φοβούμαστε ότι αποτελεί λανθασμένη επιλογή και θα οδηγήσει σε αποτυχία. Για να δώσουμε ένα ανάλογο παράδειγμα, κανένας δεν θα σκεφτόταν να δημιουργήσει έναν θάλαμο σε νοσοκομείο εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση των «λοιμωδών νοσημάτων», νοσηλεύοντας μαζί ασθενείς με μηνιγγίτιδα και οξεία αμυγδαλίτιδα ή κοινό κρυολόγημα.

Κανείς δεν αμφισβητεί την σημασία των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, και θα είμαστε οι τελευταίοι που θα υποστηρίζαμε ότι το κράτος δεν πρέπει να θέσει ως προτεραιότητά του και να χρηματοδοτήσει το κλείσιμο των ψυχιατρείων και την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών φροντίδας. Αν όμως δεν αναπτυχθεί παράλληλα ένα σύστημα για την ορθή αντιμετώπιση, σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, των κοινών ψυχικών διαταραχών, είναι βέβαιο ότι η επίδραση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην χώρα μας θα είναι μικρή. (Σκαπινάκης, Βενετσάνος, 2013). (<http://www.stress.gr/article.php?id=5>)

4.3 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΚΦΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Πολλοί ερευνητές επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στην αρχική πορεία των ψυχικών διαταραχών με σκοπό την έγκαιρη εντόπιση των ασθενών και την παρέμβαση σε πρώιμα στάδια. Σε αυτό το αρχικό στάδιο τα άτομα βιώνουν μια περίοδο μη ψυχωσικής διαταραχής, που στους περισσότερους ασθενείς γίνεται αντιληπτή ως αλλαγή του ατόμου από το σταθερό προνοσηρό τρόπο συμπεριφοράς και αίσθησης του εαυτού και του περιβάλλοντος, αλλά δεν πληρούν ακόμη τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής. Η έγκαιρη παρέμβαση θεωρείται όλο και περισσότερο ότι έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στην καλύτερη έκβαση αυτών των δυνητικά καταστροφικών καταστάσεων. Οι καθυστερήσεις στην έναρξη της θεραπείας είναι συχνά παρατεταμένες και η διάρκεια της περιόδου που η διαταραχή δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά συσχετίζεται με ουσιαστική λειτουργική έκπτωση και πιο φτωχή ποιότητα ζωής. Η σκέψη για θεραπευτική παρέμβαση πριν την έναρξη πλήρως εκδηλωμένης ψύχωσης προσέελκυσε την προσοχή της προηγούμενης αλλά και σύγχρονης γενιάς κλινικών.

Οι σύγχρονες μορφές θεραπείας δεν είναι επαρκείς σε πολλούς ασθενείς, ενήλικες και έφηβους, για να επιτευχθεί πλήρης ανάρρωση και παρατεταμένη ύφεση. Οι επαγγελματίες της υγείας που ασχολούνται με ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές παρέχουν θεραπευτική αντιμετώπιση που προσανατολίζεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Στις συναισθηματικές διαταραχές η εντόπιση των αρχικών σημείων και συμπτωμάτων επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση για να αποφευχθούν οι υποτροπές ή να μειωθούν οι συνέπειές τους στους ασθενείς. Οι περιορισμοί που επιβάλλουν οι σύγχρονες θεραπείες στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων οδήγησε τους ερευνητές να επικεντρώσουν το ενδιαφέρον τους στην αρχική πορεία της ψύχωσης, με σκοπό την έγκαιρη εντόπιση των ασθενών και την παρέμβαση σε πρώιμα στάδια, που σχετίζονται με την έναρξη της ασθένειας. Η προληπτική προσέγγιση των περιπτώσεων αυτών περιλαμβάνει παρεμβάσεις που προσανατολίζονται σε άτομα που εκδηλώνουν πρόδρομα σημεία και συμπτώματα και δεν πληρούν ακόμη τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής. Η αναγνώριση των ατόμων σε αυτό το αρχικό στάδιο σε συνδυασμό με την εφαρμογή φαρμακευτικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων μπορεί να προλάβει την ανάπτυξη της πλήρως εκδηλωμένης ψύχωσης. Η παρέμβαση στους ανθρώπους που πιθανώς βιώνουν την προ - ψυχωσική φάση της ασθένειας μπορεί να συμβάλει στη γρηγορότερη ύφεση των συμπτωμάτων, στην καθυστέρηση των υποτροπών και την πρόληψη της ψυχοκοινωνικής έκπτωσης. (Ζαρταλούδη, Μαδιανός, 2010).

Στο μεγάλο ερώτημα στο κατά πόσο οι ψυχιατρικές αντιδράσεις ενός ασθενούς είναι προϊόν βιοχημικών αντιδράσεων ή προϊόν του περιβάλλοντος πλέον σήμερα δεν υπάρχει καμία αμφιβολία για το δεύτερο. Ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο όπως είναι αυτό της πολύωρης ηλεκτροεγκεφαλογραφικής καταγραφής, δίνει πάντα συγκεκριμένες απαντήσεις ανάλογα με την κάθε περίπτωση στις περιπτώσεις αυτές. Πλέον σήμερα οφείλει κάθε νευρολόγος, πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε θεραπεία, σε κάθε νευροψυχιατρικό ασθενή να ξεκινάει με την εξέταση αυτή. Μέχρι στις αρχές του 1950 οτιδήποτε είχε σχέση με εγκεφαλική δυσλειτουργία, ή ψυχιατρική απόκλιση, σε γενικές γραμμές, εθεωρείτο ως «τρέλα» και οι ασθενείς που είχαν την ατυχία να εκδηλωθούν έτσι έπεφταν σε ένα κύκλο προκαταλήψεων και δεισιδαιμονίας. Το 1953 ήρθε η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης, η οποία χρησιμοποιήθηκε στους ψυχιατρικούς ασθενείς με απόλυτη επιτυχία. Η χλωροπρομαζίνη είναι το βασικό φάρμακο που άδειασε τα ψυχιατρεία «τρελοκομεία» από τους ψυχασθενείς. Ακόμη και σήμερα, από την εμπειρία

που έχουμε στη Βιονευρολογική, αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα και πλέον ανώδυνα αντιψυχιατρικά φάρμακα και είναι η λύση για πολλές ψυχιατρικές διαταραχές και καταστάσεις. (Κουντούρης, 2013).

Η μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο, δεν είναι πλέον τόσο συχνή όπως πριν από 20 ή 30 χρόνια. Παρά την τάση αυτή ωστόσο, λίγοι ψυχικά άρρωστοι φαίνεται ότι απαιτούν μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο. Για τους περισσότερους παράταση της νοσηλείας δεν συνίσταται διότι αυξάνει την εξάρτησή τους από την φροντίδα στο ίδρυμα και οδηγεί σε ελάττωση των κοινωνικών τους επαφών με την οικογένεια, τους γνωστούς και την κοινότητα. Βραχυχρόνια θεραπεία σε ειδικό ψυχιατρικό τμήμα μπορεί να ανακουφίσει τους αρρώστους από τα συμπτώματά τους, να παρέχει ένα προστατευτικό περιβάλλον για τον αποδιοργανωμένο άρρωστο, να επιτρέψει την επανέναρξη ή την ρύθμιση των φαρμάκων, και να μειώσει την πίεση που υφίστανται οι οικογένειες και ιδιαίτερα τα μέλη τους που αναλαμβάνουν την φροντίδα τους. Αρκετοί είναι αυτοί που μπορούν να ωφεληθούν από μερική παραμονή σε νοσοκομείο, ή από απλή παρακολούθηση σε εξωτερική βάση χωρίς την ανάγκη παραμονής σε κλινική. Άλλοι πάλι μπορεί να ωφεληθούν από την παραμονή τους σε ειδικά διαμορφωμένους ξενώνες. (Αδαμόπουλος, Λυράκου, 2008). Η κατανόηση και θεραπεία των διαταραχών στις ανώτερες νοητικές λειτουργίες που συνιστούν τις ψυχικές διαταραχές έχει αλλάξει επί το θετικότερο την κλινική εικόνα και την πρόγνωση των περισσότερων ψυχιατρικών νοσολογικών οντοτήτων, όπως της σχιζοφρένειας, της κατάθλιψης, των αγχώδων διαταραχών, ακόμα και των οργανικών διαταραχών. Παρά την απουσία έγκυρων και αξιόπιστων βιολογικών ή άλλων διαγνωστικών τεχνικών δοκιμασιών, η ακρίβεια της διάγνωσης ολοένα και πλησιάζει το 100%, ιδιαίτερα σε ορισμένες παθήσεις όπου η θέσπιση και αποδοχή κοινών διαγνωστικών κριτηρίων ενισχύει την ικανότητα του κλινικού ώστε να διαγιγνώσκει αξιόπιστα και έγκυρα, άρα να θεραπεύει αποτελεσματικότερα. Ο ψυχικά άρρωστος μπορεί να αντιμετωπίζει τα ψυχοπαθολογικά του προβλήματα στην κοινότητα, στο σπίτι του, αφού αμφισβητήθηκε ο εγκλεισμός του, ιδίως στο άσυλο, το οποίο σε πολλές χώρες καταργήθηκε. Στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας, νεότερα νευροληπτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν ελάχιστο βαθμό παρενεργειών, και ίδια ή καλύτερη αποτελεσματικότητα με τα κλασικά ψυχοφάρμακα. Για ένα 10% των ψυχικά ασθενών έχει αναπτυχθεί επιστημονικά τα τελευταία είκοσι χρόνια και ο τομέας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων αλλά και υπηρεσιών. Οι επαναστατικές εξελίξεις στη μοριακή βιολογία, στην ενδοκρινολογία και τη νευροχημεία και γενικότερα στη βιοτεχνολογία, αλλά και οι συνεχείς κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές αλλαγές θα συνεχίσουν να επιδρούν στην εξέλιξη της κατανόησης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών και στον 21^ο αιώνα. (μετά από αυτά τα αισιόδοξα μηνύματα υπάρχει ο παράγοντας της κοινωνικής αλλαγής, της οικονομικής ανάπτυξης, οι οποίες συντελούν θετικά αλλά και αρνητικά στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή ενσωμάτωση ή, αντίθετα, στην περιθωριοποίηση ατόμων τα οποία νοσούν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές. (Εμμανουηλίδου, Καλαϊτζίδου, 2008).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχωσική εμπειρία φαίνεται παράλογη μόνο στα μάτια αυτού που σκέπτεται με βάση την κοινή λογική. Αν προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε εκ των έσω την ψυχωσική εμπειρία παρακολουθώντας προσεκτικά τα ψυχολογικά δεδομένα, τις εξωτερικές συνθήκες αλλά και την πλοκή των παραληρητικών ιδεών και των ακατανόητων συμπεριφορών θα διαπιστώσουμε ότι διέπονται από μία ιδιαίτερη λογική. Η λογική της ψύχωσης δεν είναι αντικειμενική, ορθολογική. Θα μπορούσαμε να την ονομάσουμε ποιητική, ονειρική, μυθιστοριογραφική ή σεναριογραφική λογική. Η εσωτερική ζωή του «ψυχωσικού» δεν υπακούει σε κανόνες και δεν κλείνεται σε πλαίσια. Έχει τους δικούς της νοηματικούς άξονες, συμβολισμούς, μυθολογικά στοιχεία και έναν ιδιαίτερο τρόπο λειτουργίας. Το άτομο που πάσχει για μεγάλο χρονικό διάστημα ζει σε ένα κόσμο στον οποίο έχουν συμβεί και εξακολουθούν να συμβαίνουν τρομακτικές αλλαγές και μετασχηματισμοί. Αισθάνεται πληγωμένο, εγκαταλειμμένο, τραυματισμένο και χαμένο στους λαβυρίνθους της σκέψης, της φαντασίας, των αισθημάτων και των παρορμήσεων.

Το δικό μας έργο ως νοσηλευτές αλλά και συνάνθρωποι, είναι να το βοηθήσουμε με κατανόηση, σεβασμό και αγάπη να ακολουθήσει προσεκτικά το μονοπάτι που θα τον οδηγήσει και πάλι σε μια σωστή σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα. Στα χρόνια που πέρασαν, παρά τις εντατικές έρευνες και προσπάθειες, δεν μπορέσαμε να μάθουμε πολλά πράγματα για αυτή τη μάλιστα της ανθρωπότητας, που εξακολουθεί να ρημάζει άτομα και οικογένειες. Δεν ξέρουμε ακόμα ούτε πώς να την θεραπεύσουμε ολοκληρωτικά, ούτε πώς να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από τη συγκεκριμένη ασθένεια. (Παπαδοπούλου, 2008). Σύμφωνα με επιστημονικά δεδομένα, οι ψυχικές διαταραχές στις μέρες μας είναι πάρα πολύ συχνές. Ωστόσο, οι μελλοντικές κατευθύνσεις σχετικά με τις ψυχώσεις εστιάζονται σε τρία σημεία: στην έρευνα, στην δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης και στην εκπαίδευση.

Η έλευση του 21ου αιώνα, βρίσκει την ψυχιατρική περίθαλψη να εισέρχεται στη φάση του εκσυγχρονισμού της, αφού με το άρθρο Ν. 2716/1999, τέθηκαν οι βάσεις για την περιφερειακή οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Τομεακές Επιτροπές Υγείας, Τομεοποίηση), ενώ ο σεισμός του Σεπτεμβρίου του 1999 προκάλεσε τον αναγκαστικό αποίδρυματισμό 400 εγκλείστων από το ΨΝΑ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής). Πράγματι, η χώρα έχει ήδη τομεοποιηθεί σε 60 τομείς, ενώ παράλληλα έχουν καθοριστεί και οι αντίστοιχες ΤΕΨΥ (Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας). Η υλοποίηση της Α΄ φάσης του προγράμματος Ψυχαργός, καθώς και του ειδικού προγράμματος του Δρομοκαΐτειου (2000-2001), ολοκληρώθηκε με την τοποθέτηση σε 60 περίπου κοινότητες στεγαστικές δομές 850 χρόνιων εγκλείστων στα 9 ψυχιατρεία, ενώ ο αριθμός των κρεβατιών τους συρρικνώνεται στα 2.800.

Η δεύτερη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» (2001-2006) περιλαμβάνει την οργάνωση 467 νέων δομών από τις οποίες 34 είναι ΚΨΥ, 31 Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, 146 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, 277 Ξενώνες, Οικοτροφεία, διαμερίσματα με συνολικό προϋπολογισμό 250 δισεκατομμυρίων δρχ., από τα οποία τα 72 θα διατεθούν για την περίοδο 2001-2006 από το Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης. Παρά το φιλόδοξο αυτό προγραμματισμό, υφίστανται εγγενείς αδυναμίες και προβλήματα, όπως η στελέχωση, η οργάνωση, η διαχείριση και κυρίως η ιδεολογία του προσωπικού. Σε μία μεταβαλλόμενη κοινωνία όπου οι παραδοσιακοί θεσμοί

αμφισβητούνται ή αλλάζουν, όπου η οικονομία της αγοράς και το λιγότερο κοινωνικό κράτος δεν ευνοούν την ενσωμάτωση του ψυχικά άρρωστου στην κοινότητα, ενώ παράλληλα οι γενικότερες κοινωνικές συνθήκες καθίστανται δυσμενέστερες -π.χ. αύξηση της ανεργίας, αύξηση της κοινωνικής απομόνωσης, συρρίκνωση των διαπροσωπικών σχέσεων, αύξηση της εγκληματικότητας και πτώση της ποιότητας του περιβάλλοντος- το μέλλον της αποτελεσματικής ψυχιατρικής περίθαλψης δεν μπορεί να χαρακτηριστεί τόσο ευόιο.

Είναι προφανές, ότι η ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων της Κλινικής Ψυχιατρικής στη νέα χιλιετία, θα θεωρηθεί μάλλον ως μία κοινωνική αναγκαιότητα. (Εμμανουηλίδου- Καλαϊτζίδου, 2008). Η μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο δεν είναι πλέον τόσο συχνή όπως πριν από 20 ή 30 χρόνια. Παρά την τάση αυτή ωστόσο, λίγοι ψυχικά άρρωστοι φαίνεται ότι απαιτούν μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο. Για τους περισσότερους παράταση της νοσηλείας δεν συνιστάται διότι αυξάνει την εξάρτησή τους από την φροντίδα στο ίδρυμα και οδηγεί σε ελάττωση των κοινωνικών τους επαφών με την οικογένεια, τους γνωστούς και την κοινότητα. Πριν από την έναρξη της θεραπείας απαιτείται προσωπική, ψυχιατρική και ιατρική εξέταση. Πιθανή συνύπαρξη κατάχρησης ουσιών πρέπει να εκτιμηθεί και να αντιμετωπισθεί. Οι παράγοντες που καθοδηγούν την επιλογή της αγωγής περιλαμβάνουν την ικανότητα του εφήβου να συνεργαστεί τον κίνδυνο αυτοκτονικής ή φονικής συμπεριφοράς, την ύπαρξη ψυχοκοινωνικών στηριγμάτων και άλλες κλινικές παραμέτρους, την ύπαρξη ψυχοκοινωνικών στηριγμάτων και άλλες κλινικές παραμέτρους, που ενδεχομένως καθιστούν την εξωνοσοκομειακή νοσηλεία όχι ασφαλή ή μη αποτελεσματική.

Σε αυτή την περίπτωση η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία θεωρείται απαραίτητη για να προστατευτεί ο ασθενής και για να αντιμετωπισθεί με θεραπευτική επάρκεια. Η διάγνωση και η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχώσεων στα παιδιά και στους εφήβους απαιτούν περαιτέρω έρευνα. Επιπλέον χρειάζεται ανάπτυξη και εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων για να βελτιωθεί η τύχη των παιδιών που προέρχονται από γονείς με κάποια ψύχωση. (Χατζηπαυλίδου- Στάμου, 2007). Το στίγμα είναι παγκόσμιο φαινόμενο, όσον αφορά τις ψυχικές νόσους. Η ανάπτυξη δράσεων που θα σπάσουν το φαύλο κύκλο του στίγματος και θα αφυπνίσουν την κοινή γνώμη είναι επιτακτική. Μία από αυτές τις δράσεις είναι η ανάπτυξη σε πολλές χώρες, ανάμεσα σε αυτές και η Ελλάδα, του Διεθνούς Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν την σχιζοφρένεια. «το στίγμα είναι μια σφραγίδα. Και όταν σφραγίζεις, σημαδεύεις ανεξίτηλα. (Παπαδοπούλου, 2008).

Έχουν γίνει τεράστια βήματα για την κατανόηση των ψυχιατρικών διαταραχών. Υπάρχουν ακόμη πολλά που πρέπει να γίνουν. Η διάγνωση πρέπει να είναι πιο ακριβής και να στηρίζεται σε πιο ειδικούς δείκτες. Σήμερα, τα ήπια συμπτώματα αναμιγνύονται με αποδεκτές κοινωνικές συμπεριφορές, κάνοντας την πρόωπη ανίχνευση της διπολικής νόσου δύσκολη, αν όχι αδύνατη. Έτσι, στους περισσότερους ασθενείς, η διάγνωση της νόσου δεν γίνεται παρά όταν τα συμπτώματα οδηγήσουν σε ένα πλήρες και σοβαρό επεισόδιο. Σε συνδυασμό με τη βελτίωση της διάγνωσης, η έρευνα πρέπει να αποκαλύψει τους παράγοντες κινδύνου και τους αναπτυξιακούς δείκτες που έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα πρόβλεψης της έναρξης της νόσου. Οι γνώσεις μας για τους παράγοντες κινδύνου είναι τόσο γενικές, ώστε η δημιουργία ενός επιθετικού προγράμματος δημόσιας πρόληψης είναι αδύνατη. Αυτό οφείλεται εν μέρει στους περιορισμούς και στα ευρήματα της έρευνας και στην απουσία πολιτικής για τη δημόσια υγεία.

Μελλοντικά φάρμακα και γενετικές θεραπείες, διατηρούν την ελπίδα πλήρους θεραπείας, ή τουλάχιστον ελέγχου της ψύχωσης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και με λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Αναμένονται τεράστια θεραπευτική επανάσταση, καθώς η έρευνα προχωρά στην καταγραφή του DNA και στην ανακάλυψη των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για τη ψύχωση. Επίσης, η έρευνα με τα αρχέγονα κύτταρα δίνει νέες ελπίδες για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η δημόσια πολιτική, οι νόμοι και τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινωνίας αλλάζουν αργά, αλλά θετικά. Τα κυβερνητικά τμήματα που σχεδιάζουν τη δημόσια ψυχική υγεία ενημερώνονται ότι οι διπολικές διαταραχές προσβάλλουν τα παιδιά, τους εφήβους, τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους. (Χατζηπαυλίδου- Στάμου, 2007).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγοραστός Δ. Σχιζοφρένεια: μύθος ή πραγματικότητα (άρθρο, περιοδικό Ψυχολογείν), Φεβρουάριος 2009.
2. Αδαμόπουλος Κ. Λυράκου Π. Σχιζοφρένεια και Τρίτη Ηλικία (πτυχιακή εργασία), Ηράκλειο 2011.
3. Aien Z. Θεωρία της Ψυχαναλυτικής Θεραπείας. Εκδόσεις Εκκρεμές, Αθήνα 2007.
4. Αναγνωστοπούλου Τ. Βασικές Αρχές Δεοντολογίας στην Ψυχοθεραπεία. Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας, Θεσσαλονίκη 2002.
5. Βασιλόπουλος Δ. Συζητήσεις για τον Λόγο στο Αιγινήτειο. Νευρολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών ομάδα Νευροψυχολογίας, Αθήνα 2008.
6. Γεωργαράς Α. Συνοπτική Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2000.
7. Γεωργίου Ν. Εξαρτησιογόνες ουσίες: η κάνναβης πυροδοτεί την εμφάνιση της σχιζοφρένειας (πτυχιακή εργασία, Κύπρος, 2011).
8. Γιαννοπούλου Α. ψυχιατρική Νοσηλευτική (4^η έκδοση). Εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 2000.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 1994.
10. Dimatteo M. Martin L. εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2006.
11. Εμμανουηλίδου Ο. Καλαϊτζίδου Ε. Η ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα (πτυχιακή εργασία), Θεσσαλονίκη 2008.
12. Ευθυμίου Κ. Χαρίλα Ν. Ψυχοθεραπευτική Πράξη. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα 2006.
13. Ζήση Α. Επανάταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων (εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές). Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2002.
14. Καραδήμας Ε. Η Ψυχολογία της Υγείας. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2005.
15. Κλεφταράς Γ. Η κατάθλιψη σήμερα (περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα). Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1998.
16. Λακάν Ζ. Οι Ψυχώσεις (σεμινάριο 3^ο, 2^η έκδοση). Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 2007.
17. Μαδιανός Μ, Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005.
18. Μάνου Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ιατρικής (αναθεωρημένη έκδοση). Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997.
19. Μαρίνου Α. Κατάθλιψη (πτυχιακή εργασία). Θεσσαλονίκη 2008.
20. Mellon R. Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1998.
21. Μεσσήνης Λ. Ψυχολογία και παθολογική συμπεριφορά: μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση (Β' τόμος, 2^η έκδοση). Εκδόσεις Ελλήν, Αθήνα 2001.
22. Μεσσήνης Λ. Καστελλάκης Α. Γνωστική αποκατάσταση νευροψυχολογικών διαταραχών (επιστημονικός οδηγός). Εκδόσεις Φιλομάθεια, Πάτρα 2006.
23. Ναυρίδης Κ. Ψυχολογία των Ομάδων (κλινική ψυχοδυναμική προσέγγιση). Σειρά: Ψυχολογία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005.
24. Παπαδοπούλου Ε. Σχιζοφρένεια- νοσηλευτική παρέμβαση (πτυχιακή εργασία), Θεσσαλονίκη 2008.
25. Παπαχριστόπουλος Ν. Κλινικές δομές : νευρώσεις, ψυχώσεις, διαστροφές (2^η έκδοση). Εκδόσεις Orpoptuna, Πάτρα 2006.
26. Πετράς Χ. Ψυχιατρικές δυσκολίες, κοινωνική απομόνωση και μοναξιά (άρθρο).

27. Ποτουρίδου Δ. Προκοπίου Α. Ρατσισμός και ψυχοκοινωνική προσέγγιση (πτυχιακή εργασία). Θεσσαλονίκη 2007.
28. Ραγιά Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας- ψυχιατρική νοσηλευτική (7^η έκδοση βελτιωμένη), εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2009.
29. Rice P. Η ψυχολογία της υγείας (1^η έκδοση). Εκδόσεις Ελλήν, Αθήνα 2005.
30. Σολδάτος Κ. Λυκούρας Λ. Σύγγραμμα ψυχιατρικής (1^{ος} τόμος). Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006.
31. Σκούρα Α. Παραπάνη Π. Διπολική διαταραχή (πτυχιακή εργασία). Θεσσαλονίκη 2010.
32. Σταλίκας Α. Μπουτρή Α. Το συναίσθημα στην ψυχοθεραπεία (θεμελιώδη θέματα ψυχοθεραπείας). Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2004.
33. Σταλίκας Α. Θεραπευτικές παρεμβάσεις (θεμελιώδη θέματα ψυχοθεραπείας). Β' έκδοση. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2005.
34. Shaffer D. Εξελικτική ψυχολογία- παιδική, εφηβική. Εκδοτικός όμιλος Ίων, εκδόσεις Ελλήν, Αθήνα 2004.
35. Τζαβάρας Θ. Τζαβάρα Ε. Μαθήματα της ιατρικής- Παθήματα της ψυχής. Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 2004.
36. Tolle R. Windgassen K. Ψυχιατρική (13^η αναθεωρημένη έκδοση). Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005.
37. Τσακανίκα Μ. Καριπίδου Ε. Τεχνικές λήψης νοσηλευτικού ιστορικού σε ψυχωσικό ασθενή (πτυχιακή εργασία). Θεσσαλονίκη 2007.
38. Χαρτοκόλλης Π. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1989.
39. Χατζηπαρασκευάς Γ. Χρυσάφης Ν. Παιδιά και έφηβοι με γονείς με ψυχικές ασθένειες (πτυχιακή εργασία). Θεσσαλονίκη 2007.
40. Χριστοδούλου Γ. και συνεργάτες. Ψυχιατρική (συμπληρωματικό εκπαιδευτικό βοήθημα). Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004.
41. Yalow I. Θεωρία και πράξη της ομαδικής ψυχοθεραπείας. Εκδόσεις Άγρα, Αθήνα 2006.