

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.ΥΠ.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ : ΠΡΟΣΠΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΑΝΟΥ

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής
ΠΑΤΡΑ



ΑΡΙΘΜΟΣ	503 2'
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u>	1
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	2
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
1.1 - Ιστορική Αναδρομή	3
1.2 - Θεσμός αποκατάστασης	5
1.3 - Προγράμματα επανένταξης στην Ευρώπη	6
1.4 - Προγράμματα επανένταξης στην Ελλάδα	11
1.5 - Επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση	15
1.6 - Επανένταξη μέσα από το Νοσοκομείο	18
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
2.1 - Ψυχιατρικά Ιδρύματα	21
2.2 - Ιδρυματισμός - Αποιδρυματοποίηση	23
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</u>	
3.1 - Φαρμακευτική Θεραπεία	24
3.2 - Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	28
3.3 - Χειρουργική Θεραπεία	29
3.4 - Ψυχοθεραπεία	30
3.5 - Εργασιοθεραπεία - Απασχολησιοθεραπεία	33
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</u>	
4.1 - Η αντιμετώπιση ιδιαίτερων Νοσηλευτικών προβλημάτων απ' την αδελφή σ' ένα ψυχιατρικό τμήμα	35
4.2 - Ο νοσηλευτής και οι θεραπευτικοί ρόλοι του	40
4.3 - Προϋποθέσεις επιτυχούς επικοινωνίας Νοσηλευτή - αρρώστου	43
4.4 - Η Νοσηλεία του ψυχικά αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	44
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</u>	
5.1 - Ο ρόλος της οικογένειας στην επανένταξη των ψυχασθενών	50
5.2 - Η αντίδραση της Κοινότητας	54
5.3 - Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικά αρρώστων	56
5.4 - Ο ψυχιατρικός Νοσηλευτής στην Κοινότητα	59
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	61
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	62

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή με θέμα "η επανένταξη του ψυχικά ασθενή στην κοινωνία" γράφτηκε με σκοπό να εκθέσω τα προγράμματα επανένταξης στην Ελλάδα, τις δυσκολίες και τα προβλήματα που υπάρχουν στην υλοποίησή τους, όπως επίσης και τον ρόλο του Νοσηλευτή και του επιστημονικού προσωπικού γενικότερα, στα προγράμματα αυτά.

Πρόκειται λοιπόν για μια έκθεση όλων εκείνων που έχουν σχέση με την αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την επανένταξή τους στην κοινωνία.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής εκτός απ' την προσωπική κατάρτιση και ενημέρωση για ένα θέμα που θεωρώ κοινωνικά σημαντικό είναι και η προσπάθεια κατανόησης των προβλημάτων των ανερώπων αυτών, οι οποίοι παρεξηγημένοι εδώ και πολλούς αιώνες, ζουν στο περιθώριο της ζωής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα αυτό της εργασίας αναφέρεται σε όλα τα στοιχεία και τις προϋποθέσεις που παίζουν ρόλο στην επανένταξη του ψυχικά ασθενή στο κοινωνικό σύνολο και την τελική (όσο γίνεται) αποδοχή του απ' αυτό.

Ψυχικά ασθενής ονομάζεται ο ασθενής που πάσχει από κάποια ψυχική νόσο, ενώ ψυχική νόσος είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει.

Η επανένταξη ατόμων με ψυχικά προβλήματα στο κοινωνικό σύνολο είναι, τελικά η δημιουργία αυτών ακριβώς των προϋποθέσεων που θα τους επιτρέψουν να επιβιώσουν και να συμβιώσουν αρμονικά με τα υπόλοιπα (βασικά υγιή) μέλη της κοινότητας. (Φυσική αποκατάσταση: περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και διορθωτικές επεμβάσεις και την εφαρμογή ειδικών θεραπειών. Επαγγελματική αποκατάσταση: περιλαμβάνει την εκπαίδευση, την επαγγελματική κατάρτιση και την τοποθέτηση σε εργασία. Κοινωνική αποκατάσταση: χρησιμοποιεί ορισμένες τεχνικές, όπως ομάδες συζήτησης, κοινωνιοθεραπείας, ψυχαγωγικά προγράμματα. Ψυχολογική αποκατάσταση: αποτελείται από ατομική συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, όταν χρειαστεί και υποστηρικτικά μέτρα που αποβλέπουν στην ενίσχυση της αποδοχής του ατόμου από τον ίδιο τον εαυτό του και στην συμμετοχή του στην όλη προσπάθεια).

Ασχολούμαι μ' αυτό το θέμα γιατί το θεωρώ πολύ σημαντικό γιόφτα άτομα στα οποία αναφέρεται, για τους ανθρώπους εκείνους που υφίστανται, καλά ή άσχημα, περισσότερο ή λιγότερο, τις συνέπειες των δικών μας επιλογών πάνω στη δική τους ζωή.

Θα αναφερθώ, λοιπόν στο παρελθόν και στο παρόν, για κάποια προγράμματα και κάποιες προσπάθειες αποκατάστασης των ψυχασθενών στη χώρα μας και σε μερικές άλλες χώρες, στην προετοιμασία τους για την επιστροφή στην κοινότητα και στην αγωγή που θα πρέπει να ακολουθήσουν, στην επαναπόκτηση του αυτοσεβασμού και της δραστηριότητας τους. Επίσης, στην εκπαίδευση και τους τρόπους επαγγελματικής αποκατάστασης τους και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες είναι δυνατό να εργάζονται, τις κρατικές παροχές και υποστήριξη, στο ρόλο της οικογένειας και πως η οικογένειά τους μπορεί να τους βοηθήσει, στη σχέση της κοινότητας με τον ψυχασθενή, στη στάση της απέναντι σ' αυτόν, στις δυνατότητες ευαισθητοποίησης του καινού, στην οργάνωση της εξωνοσοκομειακής νοσηλείας και βέβαια μέσα σ' όλα αυτά τι μπορούμε εμείς οι ίδιοι μέσω του επαγγέλματος μας να κάνουμε και ποια η συμμετοχή και η προσφορά μας σ' αυτές τις πιο ουσιαστικές προσπάθειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

I) Αρχαίοι χρόνοι

(Από τις αρχές του πολιτισμού μέχρι και τον Β' αιώνα μ.Χ.)

Οι μέχρι του Ιπποκράτη χρόνοι είναι περίοδοι άγνοιας και δεισιδαιμονίας. Τον 5ο αιώνα ο Ιπποκράτης διακήρυξε ότι οι ψυχικές παθήσεις δεν έχουν καμία σχέση με τις υπερφυσικές δυνάμεις και απέρριψε με ενθουσιασμό τη δαιμονική αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων. Η ψυχική ασθένεια κατ'αυτόν είναι διαταραχή τεσσάρων παραγόντων : της θερμότητας, του ψύχους, της υγρασίας και της ξηρασίας. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε τρεις κατηγορίες : τη μανία, τη μελαγχολία και τη φρενίτιδα. Αυτός και οι μαθητές του υπήρξαν οι πρώτοι γιατροί που ασχολήθηκαν επιστημονικά με τις ψυχοπάθειες, δίνοντας έμφαση στις φυσικές αιτίες, την κλινική παρατήρηση και την παθολογία του εγκεφάλου. Στη συνέχεια πολλοί γιατροί ασχολήθηκαν σοβαρά με την ψυχιατρική, ακολουθώντας το παράδειγμα τους.

II) Μεσαίωνας και Αναγέννηση

Μόνο κατόπιν αποφάσεως της Γαλλικής Βουλής το 1660 άρχισαν να εισάγονται οι ψυχοπαθείς της Γαλλίας στο HOTEL DIEU όπου διατέθηκαν γι αυτούς δυο μικρές σάλες, αλλά αν εντός ορισμένου χρόνου δεν θεραπευόντουσαν, τους θεωρούσαν ανίατους και τους μετέφεραν σε ειδικά οικήματα, όπου κακώς τρφόμενοι, δεμένοι με αλυσίδες, ρακένδυτοι, ζούσαν ζωή άθλια, έκθετοι στη θεία και τους εμπαιγμούς του κοινού.

Με την ανατολή του 16ου αιώνα όμως, με την επίδραση μιας ομάδας φιλοσόφων με πρώτο τον Βάκωνα, κάνει πάλι την εμφάνισή της η επιστημονική έρευνα στον χώρο της Ιατρικής.

III) 1ος αιώνας

Παράλληλα με την επανεμφάνιση της επιστημονικής έρευνας και την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης βελτιώνεται η στάση της κοινής γνώμης απέναντι στους ψυχοπαθείς. Αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την ίδρυση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και την χρήση πιο ανερηπιστικών μεθόδων θεραπείας.

IV) 20ος αιώνας

Ψυχανάλυση - Φροϋδική εποχή : 1909 - 1945

Την εποχή αυτή η φροντίδα των ψυχοπαθών δέχεται την επίδραση της διδασκαλίας του FREUD του "πατέρα της ψυχανάλυσης" που με τις νέες απόψεις του και τη νέα θεραπεία που εφαρμόζει ανανεώνονται οι ελπίδες για τους ασθενείς αυτούς. Στην Αμερική έχουμε τη δημιουργία κέντρων ψυχανάλυσης και προγραμμάτων άσκησης αυτών. Για πρώτη φορά στα 1920 ανοίχτηκαν οι πόρτες ενός ψυχιατρείου στη Γαλλία.

2) Ιατρική Θεραπευτική αγωγή : 1945 - 1960

Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο η ανανέωση του ενδιαφέροντος της κοινωνίας για τους ψυχοπαθείς προήλθε από διάφορες αιτίες :

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

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

γ) Κριτική της πρωτόγονης και μερικές φορές απάνθρωπης θεραπείας των ψυχοπαθών. Το 1946 ψηφίζεται στην Αμερική ο πρώτος νόμος περί ψυχικής υγείας. Τώρα αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική σαν κλινική ειδικότητα. Η πορεία της αποκατάστασης υπήρξε αργή μέχρι τον Α' Παγκόσμιο πόλεμο. Τότε αναπτύχθηκε σημαντικά αλλά κάτω από το πρίσμα της ιατρικής. Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο στην έννοια της λειτουργικής αποκατάστασης προστέθηκε και η έννοια της επαγγελματικής αποκατάστασης για να φτάσουμε σήμερα στην ολική αντιμετώπιση του θέματος.

3) Κοινωνική ψυχική υγεία 1960 μέχρι σήμερα

Η ιδέα της Κοινωνικής ψυχικής υγείας σημείωσε μια σημαντική αλλαγή. Η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος ασθενούς μεταφέρθηκε από τα ιδρύματα σε ψυχιατρικές υπηρεσίες της Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας. Στην Αμερική το 1963 ψηφίζεται ο νόμος που προβλέπει τη δημιουργία και λειτουργία των Κοινωνικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Σ' αυτά τα κέντρα δίνεται έμφαση στη συνεχή φροντίδα, τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και στη χρήση της θεραπευτικής ομάδας.

1.2 ΘΕΣΙΜΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αποκατάσταση είναι η επαναφορά ενός ατόμου όσο το δυνατόν στη φυσιολογική λειτουργία που είχε πριν υποστεί κάποια σωματική ή ψυχική βλάβη.

Στόχοι της αποκατάστασης

Οι στόχοι της αποκατάστασης αφορούν από τη μια μεριά την αξιοποίηση και την ενίσχυση του δυναμικού που διαθέτει ο καθένας, πράγμα που επιτυγχάνεται με την εκπαίδευση και την υποστήριξη και από την άλλη μεριά την μείωση των πιέσεων που προέρχονται από το περιβάλλον με τη χρήση τεχνικών βοηθημάτων, την κατάλληλη προσαρμογή του χώρου και των συνθηκών καθώς και με την καταπολέμηση των προκαταλήψεων με την σωστή πληροφόρηση του κοινού.

Είναι απαραίτητη προϋπόθεση να εξασφαλιστούν η συνεργασία και η συμμετοχή των ίδιων των ενδιαφερομένων. Πολύ σημαντικό είναι να δημιουργηθούν κίνητρα για την κινητοποίηση τους και να ξεπεραστούν η ηττοπάθεια ή η εξάρτηση που είναι κοινά φαινόμενα. Η διαδικασία αποκατάστασης αρχίζει με την εξατομικευμένη αξιολόγηση των περιορισμών και των αναγκών του ατόμου. Στη συνέχεια αφορά ένα ή περισσότερους από τους ακόλουθους τομείς: την φυσική αποκατάσταση, την επαγγελματική αποκατάσταση, την κοινωνική και την ψυχολογική αποκατάσταση.

1.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

ΙΤΑΛΙΑ

Οι πρώτες προσπάθειες για αλλαγή στην κατάσταση των ψυχιατρείων αρχίζουν στην Τεργέστη στις αρχές της δεκαετίας του 60. Ιδιαίτερες προσπάθειες αρχίζουν το 1971, όταν ο BASAGLIA αναλαμβάνει τη διεύθυνση του ψυχιατρείου της Τεργέστης και αρχίζει μια τάση αναμόρφωσης του με απώτερο σκοπό το κλείσιμο του. Σ' αυτόν οφείλεται κύρια και η ψήφιση του σχετικού νόμου γνωστού σαν ν.180 του 1971 ή "νόμου BASAGLIA" που προέβλεπε την απο-ιδρυματοποίηση των ψυχικά πασχόντων. Το νέο θεσμικό πλαίσιο έδωσε νέες ελπίδες για την δικαιότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του αρρώστου. Έκανε :

1) έρευνες τόσο για τις συνθήκες που επικρατούν στα ψυχιατρεία όσο και για το τι υπάρχει πριν από την εισαγωγή των ασθενών και μετά την έξοδο του από αυτά 2) συγιέντρωνε αρρώστους, γιατρούς και το προσωπικό των νοσοκομείων και προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα απογυμνωμένο από τους μύθους που το περιβάλλον για να φτάσουν στις βαθύτερες αιτίες του προβλήματος, με απώτερο σκοπό, όχι μόνο να διορθώσει τα κακώς κείμενα αλλά και να αλλάξει τις δομές του συστήματος. Το 1973 δημιουργείται μια πρώτη συνεταιριστική ομάδα ασθενών για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της δουλειάς. Επίσης ιδρύθηκε ένας αγροτικός συνεταιρισμός και ένας σε συνεργασία με την υπηρεσία που ασχολείται με τους ναρκομανείς. Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να οργανώνονται γιορτές μέσα και έξω από το νοσοκομείο όπως και εκδρομές στο βουνό ή τη θάλασσα. Ολ' αυτά ήταν ευκαιρίες για επαφές, ανταλλαγές πληροφοριών, συμμετοχή και βοηθούσαν στο να ξεπεραστούν οι φοβίες και οι προκαταλήψεις των "λογικών". Επίσης οδήγησαν στην άμεση ανάμιξη της διοίκησης, καθώς και των τοπικών αρχών και σε αύξηση των ανάλογων κονδυλίων. Ένα πρόβλημα πάντως που από νωρίς παρατηρήθηκε ήταν η παρουσία "επισκεπτών". Αυτοί ήταν άτομα που αν και είχαν πάρει εξιτήριο και ήταν ικανοί να ζήσουν έξω, γύριζαν πίσω στο ίδρυμα γιατί δεν μπορούσαν να βρουν κατάλυμα και δουλειά. Το 1978 ψηφίζεται ο νόμος για το κλείσιμο του ψυχιατρείου και για την δημιουργία των κέντρων ψυχικής υγείας. Διατηρείται μόνο η πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική, ένα ψυχιατρικό τμήμα για παιδιά. Δημιουργείται μια υπηρεσία για τους γηροντότερους ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και τώρα ζουν σε ατομικά και κοινά διαμερίσματα. Σ' αυτούς η ψυχιατρική επίβλεψη είναι συνεχής και ικανοποιητική. Τα κέντρα είναι ανοιχτά 24 ώρες το 24ωρο , 7 μέρες τη βδομάδα. Ο μέσος όρος παραμονής είναι 65 μέρες. Μετά τη δημιουργία των κέντρων παρατηρήθηκε μια αλλαγή στη συμπεριφορά των ασθενών, η οποία έγινε σαφώς φιλικότερη. Αυτό αποδίδεται στην εξάλειψη του φόβου που ένοιωθαν πολλοί ασθενείς κατά την εισαγωγή τους στο κλασικό ψυχιατρείο, όπου έπρεπε να αντιμετωπίσουν γραφειοκρατικές, απρόσωπες και συχνά βίαιες μεθόδους. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι χάρη σ' αυτό το

μοντέλο δουλειάς από τον Μαι του 1978 έως τον Απρίλη του 1984 υπήρξαν μόνο 18 περιπτώσεις αναγκαστικής εισαγωγής και θεραπείας σε μια πόλη 280.000 κατοίκων.

Το κάθε κέντρο παρέχει τους εξής τύπους φροντίδας :

- α) Συνεχής φροντίδα (ο ασθενής μένει σ' αυτό μέρα και νύχτα)
- β) Φροντίδα τη νύχτα (ο ασθενής μόνο κοιμάται εκεί)
- γ) Φροντίδα την ημέρα (ο ασθενής περνά τη μέρα του εκεί)
- δ) Επισκέψεις στο σπίτι, (το προσωπικό επισκέπτεται ασθενείς που έχουν πια πάει στα σπίτια τους)
- ε) Επισκέψεις από εξωτερικούς ασθενείς (ο ασθενής μένει στο κέντρο μόνο για λίγες ώρες και όχι σε τακτά διαστήματα)

Παράλληλα με τα κέντρα άρχισε να λειτουργεί και μια επείγουσα ψυχιατρική μονάδα που παρείχε ψυχιατρική φροντίδα 24 ώρες το 24ωρο.

Σ' ένα ασθενή όταν έρθει ή τον φέρουν στη Μονάδα, μετά από μια διακριτική προσπάθεια γνωριμίας και φαρμακολογική βοήθεια, δίνεται η ευκαιρία να επιστρέψει στην περιοχή της πόλης απ' όπου προέρχεται και του είναι πιο οικεία. Μέσα σε 24 ώρες το αργότερο ο ασθενής στέλνεται στο κέντρο της περιοχής του. Αυτό το σύστημα στην πράξη δημιούργησε ένα σημαντικό πρόβλημα, τουλάχιστον στην αρχή της εφαρμογής του. Οποιαδήποτε καθυστέρηση επέμβασης από τη μεριά του προσωπικού, οποιοδήποτε πρόβλημα στην κοινωνία δημιουργόταν εξ' αιτίας ασθενών, το εκμεταλλευόταν ο τύπος και οι πολιτικοί για να δείξουν ότι το πρόγραμμα είναι καταδικασμένο σε αποτυχία και πρέπει να φρουρείται σαν επικύνδινο για την κοινωνική ασφάλεια.

ΙΡΛΑΝΔΙΑ

Στην Ιρλανδία το Ινστιτούτο αποκατάστασης ιδρύθηκε το 1950. Μετά το 1970 αναπτύχθηκε σημαντικά με την επιδότηση του Ε.Κ.Τ. Είναι το κέντρο που εκπροσωπεί την Ιρλανδία στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κέντρων Αποκατάστασης. Δέχθηκε, αρχικά άτομα με σωματικές αναπηρίες, αργότερα άτομα με διανοητική καθυστέρηση και τέλος άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Η λειτουργία των κέντρων αποκατάστασης και επαγγελματικής κατάρτισης είναι άμεσα συνδεδεμένη με την οικονομική ζωή του τόπου, την οικονομική πραγματικότητα και τις απαιτήσεις της τεχνολογικής εξέλιξης των νέων επαγγελμάτων. Η δομή των κέντρων είναι επιχειρησιακή και το επίπεδο λειτουργίας είναι πολύ ψηλό. Υπάρχει τέλεια, μηχανοτεχνική οργάνωση, εξοπλισμός πολύ σύγχρονος, συχνά ηλεκτροκίνητος. Η επιλογή του προσωπικού γίνεται με αυστηρά κριτήρια και απαιτήσεις για υψηλά τυπικά και ουσιαστικά προσόντα σε όλες τις θέσεις. Οι στόχοι της εκπαίδευσης είναι ρεαλιστικοί. Εκτός της τεχνικής κατάρτισης ασχολούνται ιδιαίτερα με την απόκτηση συνθηκών και ικανοτήτων σε ότι αφορά τα άτομα, για μια αυτόνομη ζωή. Η επιδίωξη για την τοποθέτηση σε εργασία βασίζεται στο ψηλό

επίπεδο κατάρτισης αυτών των ατόμων και όχι στην φιλανθρωπία.

Το πρότυπο ψυχιατρικό πρόγραμμα χρηματοδοτείται από το ΕΚΤ της ΕΟΚ. Η ιδέα του προγράμματος ξεπήδησε μέσα απ' την προσπάθεια για μια ριζική αλλαγή. απαραίτητα προϋπόθεση γι' αυτή την αλλαγή αποτελεί η αποεξάρτηση από το σύνδρομο του Ίδρυματισμού, που δημιουργείται στα άτομα μέσα στα χρόνια της αναγκαστικής του προσαρμογής, στο άκαμπτο περιβάλλον του ψυχιατρικού ιδρύματος. Η συνειδητοποίηση της διαδικασίας της ιδρυματοποίησης που σπρώχνει στην κοινωνική κατάρρευση και η διαπίστωση της έλλειψης αποτελεσματικότητας της ψυχιατρικής θεραπείας αποτελούν τη βάση της φιλοσοφίας του προγράμματος επανακοινωνικοποίησης. Η θεραπεία συνίσταται σε αγωγή με την παιδαγωγική έννοια δηλ. την απόκτηση ικανοτήτων που βοηθούν το άτομο να ανταπεξέρχεται στην καθημερινή κοινωνική ζωή. Το πρόγραμμα είναι ζετές και επειδή στόχος είναι να μάθει ο μαθητευόμενος να ζει ανεξάρτητα όταν θα βγει απ' το νοσοκομείο, ο καθένας έχει δικό του χωριστό δωμάτιο. Το δείγμα των μαθητευόμενων προέρχεται από τον γενικό πληθυσμό του νοσοκομείου βάσει ορισμένων κριτηρίων επιλογής (ηλικία κάτω των 50, παραμονή στο νοσοκομείο πάνω από 2 χρόνια κλπ). Η αρχική επιλογή συνίσταται σ' ένα σύντομο ερωτηματολόγιο και μια κλίμακα παρατήρησης και συμπεριφοράς. Βγαίνει ένα δείγμα από ασθενείς που ικανοποιούν τα κριτήρια και κατόπιν ακολουθεί μια βδομάδα συστηματικής αξιολόγησης κατά την οποία συγκεντρώνονται στοιχεία για τις σωματικές, γνωστικές, κοινωνικές και περιβαντολλογικές ανάγκες του κάθε μαθητευόμενου. Με βάση τις ανάγκες αυτές προσδιορίζεται το προσωπικό πρόγραμμα του κάθε μαθητευόμενου.

Οι βασικοί τομείς εκπαίδευσης είναι :

Ο γνωστικός : Ανάγνωση, γραφή, αριθμητική. Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Δημιουργικό θεατρικό παιχνίδι με αυτοσχεδιασμό. Θεραπεία μέσω της τέχνης.

Ο σωματικός : Χαλάρωση και τεχνικές σωματογωγίας.

Η ψυχαγωγία : Κινηματογράφος, μουσική, τηλεόραση, περίπατος, εκδρομές, ανάγνωση βιβλίων, δομημένες κοινωνικές εκδηλώσεις.

Οι ικανότητες ζωής : Σε προσωπικό επίπεδο π.χ. φροντίδα του εαυτού, αυτοεξυπηρέτηση, περιποίηση σώματος, ιματισμός, εμφάνιση.

Φροντίδες επιβίωσης : διατροφή, υγιεινή. Σε διαπροσωπικό επίπεδο, συζήτηση και κοινωνικοσυναισθηματική επικοινωνία.

Σε επίπεδο κοινότητας : Χρήση των υπηρεσιών και εν γένει των πηγών της κοινότητας : καταστήματα, μέσα συγκοινωνίας, τράπεζες, ταχυδρομείο, τηλέφωνο.

Σε επίπεδο εργασίας : Σχέσεις με εξουσία, στάσεις έναντι της εργασίας : συνέπεια και σωστή χρήση του χρόνου, συγκέντρωση κλπ.

Σκοπός του προγράμματος εκπαίδευσης είναι να εφοδιαστούν οι μαθητευόμενοι μ' ένα εκτεταμένο ρεπερτόριο ικανοτήτων, δεξιοτήτων και συνηθειών που θα τους χρησιμεύσουν για τη ζωή στην κοινότητα και την κοινωνική συνύπαρξη. Επίσης ν' αποκτήσουν εμπιστοσύνη και αυτοεκτίμηση, προϋπόθεση για την

κοινωνική τους επανενομήτωση και αυτονομία.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Η μέριμνα για τους ψυχασθενείς άρχισε μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, κατά τη διάρκεια του οποίου οι "τρελλοί" καίγονταν ή σκοτώνονταν ομαδικά σε θαλάμους αερίων. Τώρα υπάρχουν κάποια προγράμματα επανένταξης, όμως και αυτά δεν βρίσκονται ακόμα στο ποθητό επίπεδο. Θετική είναι η συμμετοχή ορισμένων εργοδοτών που συμβάλλουν στην επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχασθενών. Έτσι, ακόμη και γνωστές πολυεθνικές, βιομηχανίες παραγωγής ηλεκτρικών συσκευών, δίνουν δουλειά σ'αυτά τα άτομα χωρίς πιεστικούς όρους παραγωγικότητας ή σταθερού ωραρίου. Κάποιοι άρρωστοι, σε πρώτο στάδιο, απλά και μόνο βρίσκονται στο χώρο δουλειάς και ενημερώνονται σχετικά μέχρι να είναι έτοιμοι να ακολουθήσουν ένα μειωμένο ή και ελεύθερο ωράριο εργασίας, με ανάλογη βέβαια αμοιβή.

Ακόμα στη Γερμανία, την Αγγλία και την Σουηδία υπάρχουν εργοστάσια στα οποία η εργασία είναι σχετικά απλή και σ'αυτά εργάζονται (με επίβλεψη) αποκλειστικά ασθενείς.

ΑΓΓΛΙΑ

Ο Ντέιβιντ Κούπερ διήυθυνε (από το Γενάρη του 1962 ως το 1966, μια "πειραματική" κλινική για σχιζοφρενικούς, τη γνωστή με το όνομα "Περίπτερο 21" και εγκαινίασε μια νέα μορφή ψυχιατρικής κατάστασης, όχι με καινούρια τεχνική ή πρόγραμμα αλλά με τα κατάλληλα πρόσωπα. Κατά τη γνώμη του δεν ήταν σωστό, έφηβοι με παρορμητικές διαταραχές και νέοι σχιζοφρενικοί που βρίσκονταν στην πρώτη τους οξεία κρίση να θεραπεύονται σε θαλάμους όπου οι περισσότεροι άρρωστοι είχαν κιόλας εμφανίσει επαναληπτικές ψυχωτικές κρίσεις ή σε τμήματα που χρησιμοποιούνται για μακροχρόνιες θεραπείες ή πολύ σοβαρές διαταραχές. Στο πρόγραμμα του τμήματος υπήρχαν ομάδες "οργανωμένες" ή "αυθόρμητες".

Οι οργανωμένες ομάδες περιλάμβαναν :

- α) την καθημερινή συγκέντρωση της κοινότητας όπου ήταν παρόντες όλοι οι άρρωστοι και το προσωπικό και ασχολούνταν με προβλήματα που αφορούσαν όλο το τμήμα
- β) τις δύο περισσότερο τυπικές θεραπευτικές ομάδες : στην κάθε μια απ'αυτές οι μισοί άρρωστοι συναντούσαν από τις 10:30 ως τις 11:30 έναν από τους γιατρούς και ένα από τους νοσοκόμους που φρόντιζαν την ομάδα αυτή
- γ) τις ομάδες εργασίας, δηλαδή δυο ομάδες που συγκεντρώνονταν από τις 2:00 ως τις 4:30 κάθε απόγευμα, η κάθε ομάδα αναλάμβανε ένα ιδιαίτερο έργο : τα δυο πιο μακρόχρονα έργα του πρώτου έτους ήταν η εσωτερική διακόσμηση και η κατασκευή παιχνιδιών

δ) τις συγκεντρώσεις του προσωπικού : το προσωπικό συγκεντρωνόταν κάθε μέρα, ανεπίσημα και για λίγο, πριν και ύστερα από τη συγκέντρωση της κοινότητας, και συνήθως ακόμα μια φορά αργά το απόγευμα.

Οι "αυθόρμητες" ομάδες σχηματίζονταν οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ή της νύχτας, και μαζεύονταν για να συζητήσουν ένα ιδιαίτερο θέμα - λόγου χάρη, από ένα πρόγραμμα της τηλεόρασης, ως τον τρόπο που θα αντιμετώπιζαν μια "παρορμητική πράξη" κάποιου αρρώστου. Οτιδήποτε συνέβαινε στις αυθόρμητες ομάδες, ήταν βέβαιο ότι θα κοινοποιόταν από κάποιον στις συγκεντρώσεις της κοινότητας.

Σύμφωνα με πιο πρόσφατες πληροφορίες σχετικά με την επανένταξη των ψυχασθενών στην Αγγλία, όπως και στην Αμερική υπάρχουν ειδικά ιδρύματα με εργαστήρια που λειτουργούν κανονικά με την επιστασία 2-3 μαστόρων και τους αρρώστους, οι οποίοι εργάζονται σταθερά. Στην Αγγλία ειδικά για τα αυτιστικά άτομα, υπάρχει το SAMERSET COURT το οποίο βρίσκεται υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

1.4 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στη χώρα μας αρχικά ο ΟΑΕΔ έθεσε σε εφαρμογή κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης για άτομα με ειδικές ανάγκες, ενώ οι αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής άρχισαν να μπαίνουν επίσημα στα ψυχιατρικά πράγματα της χώρας στις αρχές του 1980. [Η κοινωνική ψυχιατρική δίνει έμφαση στη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον και ερευνά τους παθολογικούς παράγοντες μέσα στην κοινωνία, που εννοούν την ανάπτυξη της ψυχικής ασθένειας].

Αργότερα το 1984 ιδρύθηκαν για πρώτη φορά στην Ελλάδα υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.) που υπάγονταν στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής με δίκτυο στην Αθήνα, Πειραιά, Θεσ/νική και Κρήτη. Στο Αιγινίτειο Ψυχιατρείο άρχισε να λειτουργεί από το 1987 κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Η επιλογή γίνεται μεταξύ ψυχωσιών ατόμων κάτω των 40 ετών. Έχει τμήματα τρίμηνης εκπαίδευσης που είναι : Ξυλουργικής, πλεκτομηχανής, οικιακών δραστηριοτήτων (μαγείρεμα, ζαχαροπλαστική κλπ), γραμματιακής υποστήριξης (γραφομηχανή, φωτοτυπίες, αριθμομηχανή). Στο Αιγινήτειο λειτουργεί νοσοκομείο ημέρας όπου γίνεται η νοσηλεία από το πρωί ως το μεσημερι και έπειτα οι άρρωστοι επιστρέφουν στα σπίτια τους. Στη διάρκεια που βρίσκονται στο ψυχιατρικό ίδρυμα γίνεται η φαρμακευτική νοσηλεία και υπάρχουν και ομάδες λογοθεραπείας και εργασιοθεραπείας. Επίσης για τους ψυχασθενείς που κρίνονται ικανοί για επανένταξη αλλά δεν έχουν οικονομικούς πόρους για να επιβιώσουν στην κοινωνία υπάρχουν εκτός από προγράμματα επαγγελματικής προεργασίας, κατάρτισης και επαγγελματικής αποκατάστασης και ξενώνες για την επίλυση του προβλήματος της κατοικίας τους. Οι ξενώνες αυτοί χωρίζονται στους μετανοσοκομειακούς, που είναι ενδιάμεση δομή ανάμηση στο νοσοκομείο ημέρας και την κοινότητα και στους ξενώνες μακράς διάρκειας που έχουν σκοπό την αποασυλοποίηση και υποστήριξη των ψυχασθενών, έτσι ώστε να μπορέσουν να επανενταχθούν στην κοινωνία.

Τέλος ο ΟΑΕΔ μόλις από 1/1/1988 άρχισε την εφαρμογή κάποιου προγράμματος αποκατάστασης ειδικά για ψυχασθενείς.

Μια πηγή χρηματοδότησης των προγραμμάτων αποκατάστασης είναι η ΕΟΚ. Η χρηματοδότηση γίνεται με διάφορους μηχανισμούς, ο κυριότερος των οποίων είναι το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο. Το ΕΚΤ ήταν ευθύς εξ αρχής ένα όργανο άσκησης κοινωνικής πολιτικής που εστιαζόταν στο θέμα της επαγγελματικής

εκπαίδευσης. Από το 1971 και στο εξής το ΕΚΤ αναθεωρείται κάθε πέντε χρόνια. Ανακεφαλαιώνοντας το ΕΚΤ είναι σύνολο ρυθμίσεων ενός χρηματοδοτικού μηχανισμού που λειτουργεί σαν όργανο άσκησης πολιτικής της επαγγελματικής εκπαίδευσης, αλλά είναι επίσης και μια υπηρεσία της επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Εκτός από επαγγελματική εκπαίδευση χρηματοδοτεί

και τον επαγγελματικό προσανατολισμό, την πρόσληψη και την μισθολογική υποστήριξη. Δηλαδή υπάρχει πρόβλεψη, για την περίπτωση προσλήψεων σε θέσεις εργασίας, να επιδοτείται το ημερομίσθιο. Οι υπηρεσίες του ΕΚΤ έχουν το δικαίωμα να έρθουν και να κάνουν κάποιους ελέγχους, όπως αν πράγματι, υπάρχει κάποια υποδομή για να γίνει επαγγελματική εκπαίδευση κλπ. Με βάση την ανάλυση των μελετών επανεξέτασης κάθε ψυχοκοινωνική προσπάθεια για την επιστροφή χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα επικεντρώνεται στους εξής στόχους :

- α) Στην επανακοινωνικοποίηση (ανάπτυξη της αυτοεξυπηρέτησης της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης και των δεξιοτήτων επικοινωνίας)
- β) Στη μείωση ή εξαφάνιση των υπερβολικών συμπεριφορών (κατάλληλες αλλαγές στη συχνότητα, ένταση, ποιότητα και διάρκεια ορισμένων ατομικών συμπεριφορών, οι οποίες ενοχλούν τον ίδιο τον ασθενή, ή αναγνωρίζονται ως ενοχλητικές από το περιβάλλον του
- γ) Στην ανάπτυξη σημαντικών γνωστικών δεξιοτήτων (αυτοεκτίμηση, αυτοβεβαίωση, στρατηγική λύση προβλημάτων)
- δ) Στην εκτέλεση οργανικών ρόλων (δεξιότητες εργασίας, οικιακής οικονομίας και επαγγελματικές)
- ε) Στην κοινωνική υποστήριξη στην κοινότητα (λήψη μέτρων αναγκαίων για την εξασφάλιση ενός συστήματος υποστήριξης μέσα στην κοινότητα)

Η συμμετοχή στα προγράμματα μετά από την αξιολόγηση και καταγραφή του πληθυσμού του νοσοκομείου, εντάσσεται σε μια προσπάθεια συστηματικής και σταδιακής εφαρμογής μιας πολιτικής αποασυλοποίησης και δε σημαίνει διάκριση ανάμεσα σε αποκαταστάσιμους και μη αποκαταστάσιμους ασθενείς. Η παραμονή των ασθενών στα προγράμματα είναι μεταβατική : προετοιμάζεται σταδιακά η επανένταξη (αποιδρυματοποίηση στον κοινωνικό χώρο--οικογένεια, κατοικίες ασθενών, προσωρινή παραμονή σε ξενώνες) και παράλληλα συνεργάζεται με τον κοινωνικό χώρο και τους αντίστοιχους φορείς και υπηρεσίες (ευαισθητοποίηση, επίλυση καθημερινών προβλημάτων, όπως εύρεση κατοικίας, εργασίας, προβλήματα στη γειτονιά). Η επαγγελματική αποκατάσταση προωθείται κύρια με τη δημιουργία συνεταιριστικών οργανώσεων ασθενών για καλύτερη ποιότητα εργασιακών σχέσεων (αγροτικός-ξυλουργικός συνεταιρισμός, συνεργατικές προσφορές υπηρεσιών).

Οι ελάχιστες προσπάθειες σχεδιασμού ολοκληρωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης του πληθυσμού αυτού βρίσκονται αντιμέτωπες με τα πολλαπλά επίπεδα χρηματοδότησης καθώς και τα πολλαπλά επίπεδα προγραμματισμού και απόδοσης ευθυνών. Επιπλέον υπάρχει έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού

που θα ασχοληθεί με το έργο της θεραπείας, οργάνωσης και αξιολόγησης. Τα περισσότερα προγράμματα κοινωνικής ψυχικής υγείας δεν έχουν την υποδομή τους οικονομικούς πόρους και τον προσανατολισμό ώστε να απασχοληθούν αποτελεσματικά με τον πληθυσμό αυτό. Ο φόβος της οικογένειας και της κοινότητας για την τρέλα, η απάθεια και η μοιρολατρική αντιμετώπιση από διαφορες πλευρές, εμποδίζει να μεταβληθεί η κλινική αποκατάσταση σε κοινωνική. Ένα άλλο εμπόδιο στην εφαρμογή

αποτελεσματικών προγραμμάτων είναι ότι ο ίδιος ο πληθυσμός δεν έχει υψώσει, όπως αλλού κάποια φωνή διεκδίκησης του δικαιώματος στη θεραπεία και την αποκατάσταση.

1.5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση είναι βασικός στόχος όλων των θεραπευτικών προσπαθειών από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο μέχρι το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Η επαγγελματική αποκατάσταση απαιτεί συχνά εκπαίδευση ή επανεκπαίδευση ποικίλης διάρκειας. Η εκπαίδευση στους χρόνιους ιδιαίτερα αρρώστους, στρέφεται στους εξής τομείς : α) προσωπική ανεξαρτησία β) κοινωνικές επιδεξιότητες γ) εργασιακές επιδεξιότητες δ) προσαρμογή στο οικογενειακό περιβάλλον ε) εκμάθηση ορισμένης τέχνης ή επαγγέλματος.

Οι μονάδες που την παρέχουν είναι :

- α) Το κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι ολιγόμηνη. Χρηματοδοτείται κατά 55% από την ΕΟΚ και κατά 45% από την Ελλάδα.
- β) Το κέντρο επαγγελματικής εκπαίδευσης. Το πρόγραμμα διαρκεί γύρω στο ένα έτος. Παραπομπές στα Κέντρα εκπαίδευσης γίνονται απ'όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και από την Κοινότητα. Προηγείται της ένταξης, αξιολόγηση.

Απ'τις μονάδες αυτές τα άτομα κατευθύνονται :

- α) Στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Η άσκηση ειδικών νομοθετικών μέτρων είναι κατά κανόνα απαραίτητη.
- β) Σε συνεργατικές παραγωγικές μονάδες που υποστηρίζονται από το κράτος και τις διαχειρίζονται τα ίδια τα άτομα και στις οποίες αμείβονται ανάλογα με την ποσότητα που παράγουν και τη διάθεση της στην αγορά.
- γ) Σε προστατευόμενα εργαστήρια. Αυτά είναι δυνατό να έχουν εκτός από παραγωγικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Η αμοιβή είναι και εδώ ανάλογη της παραγωγής του κάθε ατόμου.

Για την λειτουργία όλων των προαναφερόμενων μονάδων είναι απαραίτητη η συνεργασία τόσο με τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, όσο και με τα Κέντρα Κοινωνικής Πολιτικής, υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας, του ΟΑΕΔ, τις εργοδοτικές και επαγγελματικές ενώσεις.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η εξεύρεση θέσεων εργασίας στη (στις) κοινότητα (κοινότητες). Αυτοί είναι δυνατό να έχουν εκτός από παραγωγικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Η αμοιβή είναι και εδώ ανάλογη της παραγωγής του κάθε ατόμου.

Για τη λειτουργία όλων των προαναφερόμενων μονάδων είναι απαραίτητη η συνεργασία τόσο με τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, όσο και με τα Κέντρα Κοινωνικής Πολιτικής, υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας, τον ΟΑΕΔ, τις εργοδοτικές και επαγγελματικές ενώσεις.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η εξεύρεση θέσεων εργασίας στη (στις) κοινότητα (κοινότητες) στις οποίες αντιστοιχούν οι προαναφερόμενες μονάδες.

Α. Επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές Δυνατότητες-περιορισμοί

Στη διαδικασία αποκατάστασης και την εφαρμογή προγραμμάτων μεταρρύθμισης δημιουργούνται αναπόφευκτες αντιστάσεις. Οι αντιστάσεις προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον ή την πολιτεία και από τους ίδιους τους ασθενείς. Στην Ελλάδα βρίσκομαστε ακόμη στο στάδιο ανταλλαγής απόψεων σε ότι αφορά την αποκατάσταση και επαγγελματική εκπαίδευσης των ψυχικά αρρώστων, απόψεων που στηρίζονται κύρια σε εμπειρίες άλλων χωρών (Ιταλία, Αγγλία κλπ). Δεν μπορεί να υπάρξει κοινωνική επανένταξη χωρίς την επαγγελματική αποκατάσταση για τις δεδομένες κοινωνικές συνθήκες. Η θέση του ατόμου όμως στη σημερινή κοινωνία απαιτεί την ένταξή του στην παραγωγική διαδικασία για να γίνει αποδοτικό από το στενό του περιβάλλον και το κοινωνικό σύνολο. Από την άλλη όμως μπορεί να υπάρξει επαγγελματική αποκατάσταση, εκμάθηση εργασιακών ικανοτήτων ή ακόμα συμμετοχή σε παραγωγική διαδικασία χωρίς να είναι το άτομο κοινωνικά ενταγμένο, περιορίζοντας έτσι την άσκηση επαγγέλματος σε έναν κάποιο ιδρυματικό χώρο. Η "εργασία" στο ψυχιατρείο δεν είναι κάτι καινούριο για τα ελληνικά ψυχιατρεία. Παρατηρούμε, στις αρχές της ιδρυματικής ψυχιατρικής, την αποδοχή τάσεων της Ευρώπης της εποχής, που αποσκοπούσαν στην χρησιμοποίηση της εργασίας ως μέσο για την καταπολέμηση της παθητικότητας των ασθενών μέσα στο ίδρυμα (SIMON 1927). Η εργασία στα ψυχιατρεία έχει κατά πολύ ξεφύγει από τις αντιλήψεις αυτές και έχει εξελιχθεί σε μια αναγκαστική λειτουργία, στα πλαίσια της ιδρυματικής λογικής.

Με την απασχόληση ασθενών σε διάφορες βοηθητικές θέσεις γίνεται οικονομία απασχόλησης προσωπικού και ελαχιστοποιούνται τα έξοδα του ιδρύματος. Πρακτικά η εργασία των ασθενών κάτω απ' τις δεδομένες συνθήκες είναι αντιθεραπευτική γιατί με το πρόσχημα της καταπολέμησης της παθητικότητας των ασθενών οδηγούνται με την παράλληλη ανυπαρξία οποιουδήποτε προγράμματος ή προοπτικής επανένταξης, σε μια κατάσταση εξάρτησης, εκμετάλλευσης και μεγαλύτερης προσαρμογής στις υπάρχουσες αναχρονιστικές δομές. Ο τρόπος και οι συνθήκες εφαρμογής της εργασίας και το ξέκομά της από οποιοδήποτε πρόγραμμα επανένταξης οδηγεί στη διατήρηση των ιδρυματικών δομών, προωθεί τον ιδρυματισμό και εμποδίζει κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτούν τα προγράμματα που εφαρμόστηκαν στην Ιταλία σε Δημόσια Ψυχιατρεία που ένταξαν, με την εφαρμογή εναλλακτικών μορφών απασχόλησης, την επαγγελματική εργασιακή ανασυγκρότηση των ασθενών στη γενικότερη παρέμβαση (BASAGLIA 1974, 1980).

Παράλληλα παρατηρούμε ότι όταν ένας νοσηλευόμενος σε δημόσιο ψυχιατρείο ενταχθεί σε προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης, ασκείται σε συγκεκριμένα πάντοτε επαγγέλματα (συναρμολόγηση, ξυλουργική, ραπτική κλπ). Η επιλογή τους σίγουρα δεν είναι τυχαία και έχει άμεση σχέση με τον πληθυσμό

των ιδρυμάτων, δηλ. τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Υπάρχουν περιορισμοί που σχετίζονται και με την ίδια την πάθηση ή και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.

Κατά γενική αποδοχή περιορισμό θέτουν και τα ίδια τα προγράμματα (π.χ. αυτά που χρηματοδοτεί ή ΕΟΚ) δηλ. θα πρέπει να κινηθεί κανείς σε ορισμένα πλαίσια, να συνεργαστεί με μια ορισμένη κατηγορία ασθενών και με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και τέλος η χρονικά περιορισμένη χρηματοδότηση τους. Μόνο μια πλατύτερη εφαρμογή προγραμμάτων επανένταξης θα επέτρεπε να γίνουν συσχετίσεις και συγκρίσεις για διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Παρατηρείται μια σχετική επιβολή της μεταρρυθμιστικής αναγκαιότητας, χωρίς ο ψυχιατρικός κόσμος να είναι προετοιμασμένος γι αυτή, χωρίς να υπάρχει η ανάλογη υποδομή.

Υπάρχει λοιπόν μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια που δεν είναι αποτέλεσμα μιας εσωτερικής διεργασίας η ενός κινήματος στο χώρο της περίθαλψης ούτε κτάληξη αυτοδύναμης εξέλιξης στην ψυχιατρική περίθαλψη. Αυτό διαπιστώνεται και στο πόρισμα της μικτής Επιτροπής Ελλάδας-ΕΟΚ για την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Β. Στόχοι, περιεχόμενο, μέσα και μέθοδοι ειδικής επαγγελματικής κατάρτισης

Εκείνα που πρέπει να περλαμβάνει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης θα είναι οι βάσιμες αρχές και οι βασικές συνήθειες εργασίας τις οποίες έχει ανάγκη οποιοσδήποτε όπου και να εργασθεί .

Πρώτη αρχή είναι η συνεργασία του ατόμου (ασθενούς) με τα άλλα άτομα στο χώρο της δουλειάς του. Όταν το άτομο μπορεί να συνεργάζεται με τη μικρή ομάδα, είναι το πρώτο στάδιο για την ένταξή του στην κοινότητα.

Μια δεύτερη αρχή είναι η κατανόηση των εντολών που δίνονται από τον εκπαιδευτή ή εργοδηγό και η δυνατότητα εφαρμογής αυτών των εντολών έτσι που η δουλειά του να γίνεται αρκετά

καλά. Οι εντολές πρέπει να δίνονται με σαφήνεια. Η μη κατανόηση τους μπορεί να δώσει αντίθετο αποτέλεσμα με επακόλουθο μια απογοήτευση του ατόμου και σαν συνέχεια την αποτυχία του όλου προγράμματος εκπαίδευσης για τα συγκεκριμένα άτομα. Το πρόγραμμα, θα πρέπει να είναι ρεαλιστικό, να υπάρχουν ορισμένοι κανόνες απαραίτητοι για να μπορέσει το άτομο και η εκπαίδευση που κάνει να πετύχει. Αυτό δε σημαίνει πως το πρόγραμμα μπορεί να κρατήσει για απεριόριστο χρόνο.

- 1) Πρώτα πρώτα η εκπαίδευση δεν πρέπει να γίνεται με πίεση ή ένταση 2) Η εκπαίδευση πρέπει να είναι συνεχής 3) Κάθε προσπάθεια που γίνεται στο χώρο της εκπαίδευσης πρέπει να αμοιβάται μ'ένα "μπράβο" μέχρι μια οικονομική αμοιβή, χωρίς αυτή η αμοιβή να είναι ούτε υπερβολική ούτε και ελάχιστη 4) Πρέπει να δοθούν εκτός από τεχνικές γνώσεις

και άλλες γνώσεις ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής να κερδίσει και να αναπτύξει την προσωπικότητα του. Στόχος δεν είναι μόνο η επαγγελματική κατάρτιση και ένταξη αλλά θα πρέπει να είναι η κοινωνικο-επαγγελματική του ένταξη. Πρέπει να βοηθηθεί ο ασθενής για να μπορέσει να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις και έτσι να ξανάρθει και να μπει στην κοινότητα. Το πρόγραμμα πρέπει να καταρτίζεται από την ομάδα των ειδικών : Ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, παιδαγωγό, τεχνίτη και το ίδιο το άτομο.

1.6 ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο-άσυλο όπως είναι παγιόσμια αποδεκτό έχει μετατραπεί σε χώρο εγκλεισμού και κοινωνικής απομόνωσης. Μια πραγματικότητα βαθειά επηρεασμένη από κοινωνικές και οικονομικές αιτίες. Ο ασθενής ζει εξωραϊσμένος από τον φυσικό του χώρο, όχι εξαιτίας της κατάστασης του, αλλά άλλων κοινωνικοοικονομικών δεδομένων, που η αναγκαιότητα ικανοποίησης τους, υποβαθμίζει το παρεχόμενο έργο των διάφορων υπηρεσιών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, από θεραπευτικό σε τεχνικό έλεγχο καταστολής και φύλαξης των νοσηλευομένων (BASAGLIA).

Οι μονάδες της μορφής κοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης, εγκατεστημένες στο χώρο του θεραπευτηρίου, αποβλέπουν σε ένα μακροχρόνιο προγραμματισμό που πρωταρχικά αναφέρεται σε εκείνα τα άτομα που αποκλείστηκαν από τον κοινωνικό χώρο και την κοινωνική δράση, λόγω κοινωνικών και οικονομικών (κύρια) συνθηκών, δέχθηκαν τα αποτελέσματα του ιδρυματισμού και διαταράχθηκαν οι προσωπικές τους σχέσεις και ικανότητες από την αλληλεπίδραση αποκλεισμού και πάθησης, καταστάσεις που συνιστούν ένα τεχνητό κατασκευάσμα του συστήματος περίθαλψης (GIOMBI 1984).

Από πολλούς ειδικούς θεωρείται αυτονόητο ότι η Αποκατάσταση ξεκινάει μέσα από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και με την παράλληλη δημιουργία των κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών, τείνει να επεκταθεί προς άλλες κατευθύνσεις, σε άμεση συνεργασία με τις υπάρχουσες ή δημιουργούμενες υπηρεσίες (BENNET 1975 - BASAGLIA 1971).

Ο BENNET τονίζει κατηγορηματικά ότι η αποκατάσταση πρέπει να αρχίζει από τα πιο καθυστερημένα τμήματα (χρόνιοι) του Νοσοκομείου για να βοηθήσει κανείς τους ασθενείς εκείνους των οποίων τις δυσκολίες η παλαιότερη μορφή αντιμετώπισης δεν έπαιρνε πάντοτε υπόψιν (BENNET 1975). Η καινούρια μορφή αντιμετώπισης έχει σαν βάση τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η κοινωνική ψυχιατρική προσανατολισμό έχει αφ'ενός μεν την ανταλλαγή των μεγάλων ψυχιατρικών ασύλων από χώρους εγκλεισμού και κοινωνικής απομόνωσης σε τόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης και αφ'ετέρου την περίθαλψη του ασθενούς στον κοινωνικό του χώρο (έξω από το άσυλο).

Η Μονάδα αποκατάστασης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσ/νίκης αναγνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητες της Ελληνικής πραγματικότητας και αξιολογώντας πρότυπα του εξωτερικού, προσπάθησε να οργανώσει το δικό της μοντέλο δράσης.

Ετσι ιεράρχησε τα βασικά στάδια υλοποίησης του Προγράμματός της με την εξής σειρά : α) Σωστή επιλογή των ψυχικά πασχόντων β) Ορθή διαλογή του προσωπικού. Η ποιότητα -κι όχι η ποσότητα - της παρεχόμενης εργασίας, το είδος των διαπροσωπικών

σχέσεων με τους συναδέλφους, η αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντος -όχι λύπη ή οίκτος- αλλά παραδοχή της ισοτιμίας του συνανθρώπου, η άρνηση κάθε μορφής ιεραρχίας και η αποδοχή των αρχών του προγράμματος καθορίζουν το βασικό άξονα κριτηρίων της επιλογής γ) Διαμόρφωση υπάρχοντος κτιρίου στηριγμένη πάνω στις σύγχρονες απαιτήσεις της Αρχιτεκτονικής των Ψυχιατρικών χώρων δ) Πλήρη και εμπαιδομένη εκπαίδευση των μελών της Μονάδας, πάνω στις αρχές λειτουργίας τέτοιων προγραμμάτων ε) Καθορισμό των διαδοχικών ενεργειών επίτευξης του όλου έργου.

Εμπειρίες από το πρόγραμμα επανένταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσ/νίκης

Το πρόγραμμα επανένταξης χρόνιων ψυχασθενών του Ψ.Θ.Ν. άρχισε να λειτουργεί την 1η Μαρτίου του 1986. Κατ'αρχήν πραγματοποιήθηκε η αξιολόγηση των ασθενών του Ψ.Θ.Ν. με την καταγραφή κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών, δημοσιογραφικών στοιχείων οικονομικών και επαγγελματικών γνωρισμάτων, ψυχιατρικής διάγνωσης και θεραπείας, σωματικής-φυσικής κατάστασης και ιδιαιτεροτήτων συμπεριφοράς όλων των ασθενών του Ψυχιατρείου. Αυτό επιτεύχθηκε με ειδικά Ερωτηματολόγια που απευθυνόταν στις υπηρεσίες του Ψ.Θ.Ν (Ιατρική-Νοσηλευτική-Κοινωνική και Απασχολησιοθεραπεία).

Σ'ένα πρώτο στάδιο οι συμμετέχοντες επαναδραστηριοποιήθηκαν σε βασικές δεξιότητες (αίσθηση του χρόνου, προσωπική υγιεινή, οικιακές εργασίες) ενώ ταυτόχρονα λειτουργούσαν τόσο σε ατομικό όσο και ομαδικό επίπεδο συναντήσεις προσωπικού-ασθενών και ασθενών-ασθενών για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Στο ίδιο στάδιο άρχισε η οργάνωση του ελεύθερου χρόνου και η επανεκπαίδευση σε βασικές

δεξιότητες (ατομικά ή ομαδικά με κάποια αμοιβή) και εξωνοσοκομειακή κινητοποίηση.

Σ'ένα δεύτερο στάδιο εφαρμόστηκε η προεπαγγελματική εκπαίδευση (βασικές κατευθύνσεις προς ορισμένα επαγγέλματα -αστικού ή γεωργικού τύπου) με αμοιβές που καθορίστηκαν στη συνέλευση των ασθενών.

Σαν συνέχεια εφαρμόζεται το πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης (εξειδικευμένες επαγγελματικές γνώσεις -συγκρότηση των πρώτων ομάδων εργασίας συνεργατικού τύπου -ανάληψη συγκεκριμένων καθηκόντων με αμοιβή). Έτσι άρχισε να λειτουργεί η συνεργατική μονάδα του ξυλουργείου, των αγρών και τέλος του ραφείου.

Όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών, αφ'ενός υπολογίστηκαν τα παγκόσμια δεδομένα στην αγορά εργασίας (π.χ. ανεργία) και αφ'ετέρου λήφθηκαν μέτρα για την αντιμετώπιση κινδύνων, όπως η αλλοτροίωση του εργαζόμενου ψυχοπαθή, ο ανταγωνισμός του ελεύθερου επαγγέλματος. Έτσι υιοθετήθηκε η λύση της ανάπτυξης αυτοδιαχειριζόμενων μονάδων (αγροτικού ή αστικού χαρακτήρα) χωρίς να απορρίπτονται άλλες

μορφές εργασίας.

Ακόμα αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα κατοικίας. Εγιναν προσπάθειες (πολλές φορές με θετικά αποτελέσματα) για την επιστροφή στην οικογενειακή στέγη αν και η αποδοχή από την οικογένεια είναι στόχος επιθυμητός και όχι υποχρεωτικός. Διερευνήθηκε τυχόν ύπαρξη περιουσιακών στοιχείων και τέλος νοικιάστηκαν διαμερίσματα. Οι εργαζόμενοι στην μονάδα πιστεύουν ότι τα διαμερίσματα ασθενών αποτελούν την καλύτερη λύση στο πρόβλημα κατοικίας, γιατί αντανακλούν μια κοινωνική πραγματικότητα. Όσον αφορά τους εξερχόμενους ψυχοπαθείς ο τρόπος κάλυψης του είναι τριπλός. Κατά τα αρχικά προετοιμαστικά στάδια στη μονάδα οι εργαζόμενοι ανέλαβαν σαν πρόσωπα αναφοράς συγκεκριμένους ασθενείς με τους οποίους δημιούργησαν διαπροσωπικές σχέσεις εμπιστοσύνης. Ακόμα ορίστηκαν τοπογραφικά 4 τομείς παρέμβασης στους οποίους εντάχθηκαν, οι νοσηλευόμενοι με βάση το χώρο κατοικίας και οι εργαζόμενοι εθελοντικά. Οποτε λοιπόν δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα στον χώρο δουλειάς, στον τόπο κατοικίας ή αλλού Ομάδες Παρέμβασης που αποτελούνται από Πρόσωπα Αναφοράς επεμβαίνουν για την αντιμετώπιση του ενώ πολλές φορές η παρέμβαση τους είναι προληπτική. Μελλοντικά οι ομάδες αυτές θα έχουν διαφορετική συγκρότηση εργαζομένων και θα είναι υπεύθυνες ειδικά για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων.

Ακόμα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ευαισθητοποίησης της κοινότητας με διαλέξεις, αφισοκολλήσεις, συμμετοχή στα φεστιβάλ νεολαίας, επαφές με πολιτικούς-πολιτιστικούς-συνδικαλιστικούς φορείς, συζητήσεις με δημοτικές ή κρατικές αρχές κλπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

2.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

A. Ψυχιατρείο

Το Ψυχιατρείο είναι ένα Ίδρυμα-θεσμός εγχειρισμού των ψυχικά άρρωστων ατόμων και παροχής σ'αυτά Υπηρεσιών που εντάσσονται σ'ένα πρόγραμμα θεραπείας με κύριο στόχο τη διόρθωση της συμπεριφοράς. Στην Ελλάδα η Ιστορία της Ψυχιατρικής Περίθαλψης ταυτίζεται ουσιαστικά με την Ιστορία του Ασύλου.

Η πρώτη Ψυχιατρική μονάδα εμφανίστηκε στην Κέρκυρα. Το Ψυχιατρείο αυτό δόθηκε στην Ελλάδα με την προσάρτηση των Επτανήσων το 1864. Τα Ίδρύματα-κληροδοτήματα μεγαλοαστών, το Δρομοκαίτειο (1887) και το Αιγινήτειο (1905) μαζί με ορισμένες Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, που άρχισαν να λειτουργούν απ'το 1904 περίπου, καλύπτουν στις αρχές του αιώνα τις ανάγκες Ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Το Δαφνί σα συνδυασμός Ψυχιατρείου - Ασύλου, δημιουργήθηκε σε μια δύσκολη περίοδο της Ελληνικής Ιστορίας, που εκτείνεται από τη Μικρασιατική καταστροφή μέχρι τη Μεταξική δικτατορία. Ίδρύθηκε αρχικά όχι σαν Ψυχιατρείο, αλλά σαν Ασυλο -παράρτημα του Ασύλου της Αγίας Ελεούσας για την αποσυμφόρηση εκείνου. Πενήντα λοιπόν τρόφιμοι του Ασύλου της Αγίας Ελεούσας δούλεψαν για το στήσιμο των πρώτων παραγικών στο Δαφνί όπου εγκαταστάθηκαν το καλοκαίρι του 1923. Το 1934 δημοσιεύτηκε ο Νόμος 6.077 "περι οργάνωσης Δημοσίων Ψυχιατρείων" τότε άρχισε η δημιουργία των μόνιμων κτιριακών εγκαταστάσεων του Ψυχιατρείου, που λειτουργούσε παράλληλα με τις παράγκες. Στο διάστημα 1938-40 το Δημόσιο Ψυχιατρείο αποκτά και κάποιο επιστημονικό προσωπικό. Μια χαρακτηριστική εικόνα της κατάστασης, σχετικά με τον αριθμό των κρεβατιών δίνεται από την Εθνική Στατιστική του 1939 :

Αθήνα	1809
Κέρκυρα	325
Θεσσαλονίκη	250
Χανιά	309
Δρομοκαίτειο	645
Κοινοτ.Ψυχ.Χιρς Θεσ/νικης	75
Σκυλίτσειο Χίου	63
Αιγινήτειο	112
Φιλανθ.Ίδρ.Βέγειο Κεφ.	100
Ασυλο Σύρου	60

Σύνολο

3.740

Ο Μεταξικός Νόμος 965 του 1937 "περί οργάνωσης των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ίδρυμάτων" καθιέρωσε επίσημα το

ψυχιατρείο σαν Νοσηλευτική μονάδα. Ηρθε να συμπληρώσει το Νόμο 6.077 του 1934 "περί οργάνωσης των Δημοσίων Ψυχιατρείων" και άλλους αναγκαστικούς νόμους και διατάγματα. Μέσα σ' αυτό το νομικό πλαίσιο με φοβερούς περιορισμούς και τρομερές δυσκολίες, με τεράστια οικονομικά προβλήματα, με ελάχιστο Νοσηλευτικό προσωπικό και λίγους γιατρούς, το Δημόσιο Ψυχιατρείο υποχρεώθηκε να καλύψει τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες Ψυχιατρικής. Το 1957 ιδρύθηκε η "Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου" για την αποσυμφόρηση του Δημοσίου Ψυχιατρείου και των άλλων Ψυχιατρείων της Αθήνας. Η σημερινή πραγματικότητα του Δημοσίου Ψυχιατρείου και των άλλων ψυχιατρείων της Αθήνας.

Η σημερινή πραγματικότητα του Δημοσίου ψυχιατρείου, συμπυκνώνει στον ψηλότερο βαθμό όλες τις αντιφάσεις και τα προβλήματα της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Β. ~~ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ~~ Κ ΚΡΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Προτείνεται :

- 1) Η κατάρτιση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων του προσωπικού τόσο στις πρότυπες μονάδες, όσο και στα τμήματα των ψυχιατρείων.
- 2) Η σταδιακή αναπροσαρμογή του ρόλου του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις νέες κατευθύνσεις, η οποία είναι μια διαδικασία που εξελίσσεται παράλληλα με την εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμμάτων και συνοδεύεται με δυσκολίες στην μετάβαση από το σημερινό ρόλο σ' ένα διαφορετικό.
- 3) Η συστηματική αξιολόγηση της καθημερινής πράξης στις κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας (Κ.Ψ.Υ. επαγγελματικά εργαστήρια κλπ) θα πρέπει να γίνεται και με το κριτήριο χρησιμοποίησης της στην επιμόρφωση του προσωπικού.

2.2 ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ - ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Ιδρυματισμός είναι το φαινόμενο κατά το οποίο, άτομα που μένουν για πολύ καιρό σε κάποιο ίδρυμα (συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού) παρουσιάζουν μη περιποίηση και φροντίδα του εαυτού τους και των προσωπικών τους αντικειμένων, μη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και αποφυγή επικοινωνίας, άρνηση εκτέλεσης κάθε εργασίας, με τελικό στάδιο την ολοκληρωτική νωχέλεια, απάθεια, έλλειψη δραστηριότητας ή πρωτοβουλίας και την πλήρη εξάρτηση απ'το ίδρυμα. Έτσι, αποιδρυματοποίηση είναι η αποφυγή και διαφυγή από την κατάσταση του ιδρυματισμού.

Η αποιδρυματοποίηση στοχεύει στην σταδιακή κατάργηση της ιδρυματικής περίθαλψης και την αντιμετώπιση του προβλήματος της ιδρυματικής χρονιότητας γιατί το ψυχιατρικό άσυλο από την φύση του οδηγεί στην χρονιότητα, λειτουργεί αντιθεραπευτικά και όπως αποδεικνύεται και για τα Ελληνικά δεδομένα αποτελεί χώρο συγκέντρωσης ψυχασθενών από τα κατώτερα κύρια οικονομικά κοινωνικά στρώματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

3.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Ψυχοφάρμακα

Κατά τη δεκαετία 1950-1960 ένας καινούριος παράγοντας πήρε θέση στο χώρο της ψυχιατρικής με την εισαγωγή των "θειαζινών" στη θεραπευτική των ψυχικών νοσημάτων και ανωμαλιών. Η ανακάλυψη μιας ένωσης της ομάδας των φαινοθειαζινών, της "χλωροπρομαζίνης" έδωσε στην κυκλοφορία το πρώτο σκεύασμα με το όνομα LARGACTIL. Η δοκιμή του προϊόντος αυτού για την καταβολή διεγερτικών καταστάσεων, έδωσε θεαματικά αποτελέσματα. Έτσι η ευρεία χρησιμοποίηση του σκευάσματος σε παγκόσμια κλίμακα ήταν ταχύτατη. Τα ψυχοφάρμακα επικράτησαν στο χώρο της ψυχιατρικής θεραπευτικής και διαμορφώθηκαν οι ιδιαίτερες θεραπευτικές ενδείξεις τους ανάλογα με τη σύνθεσή τους, τις κύριες ιδιότητες του καθενός και τα δραστικά συστατικά που περιέχουν. Ήδη χρησιμοποιούνται σ' όλη την κλίμακα των ψυχικών παθήσεων, από τις βαρύτερες ψυχώσεις μέχρι και τις πιο ελαφριές νευρώσεις. Όσο αφορά τα αποτελέσματα της ψυχο-φαρμακοθεραπείας, η πλατειά του χρήση επί σειρά ετών απέδειξε ότι η θεραπεία έχει στο ενεργητικό της αξιολογικά "θετικά" στοιχεία χωρίς βέβαια να λείπουν και τα "αρνητικά".

2. Νευροληπτικά φάρμακα

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, λέγονται νευροληπτικά. Όλα ασκούν τη δράση τους στον εγκέφαλο, ελαττώνοντας τη διάδοση μιας ουσίας του εγκεφάλου που λέγεται ντοπαμίνη. Η ελάττωση της ντοπαμίνης έχει σαν αποτέλεσμα λιγότερες ψευδαισθήσεις, εξωπραγματικές ιδέες και παράλογες σκέψεις. Είναι αρκετά δύσκολο να προβλέψει κανείς σε ποιο νευροληπτικό και σε ποια δόση θα αντιδράσει καλύτερα το άτομο. Πολλές φορές η εκλογή του κατάλληλου νευροληπτικού εξαρτάται και από τη φύση των παρενεργειών που προκαλεί. Τα νευροληπτικά φάρμακα προκαλούν μερικές φορές παρενέργειες όπως καταστολή, θάμπωμα της όρασης, ξηρότητα στο στόμα. Άλλες πάλι φορές μπορεί να προκαλούν τρόμο, μυϊκή δυσκαμψία, μυϊκούς σπασμούς και κινητική ανησυχία.

Οι περισσότερες απ' τις παρενέργειες αυτές είναι "αναστρέψιμες" δηλαδή παύουν όταν ελαττωθεί ή διακοπεί το φάρμακο ή προστεθεί κάποιο άλλο που βοηθά στην εξάλειψή τους. Η απόφαση για το πότε θα σταματήσουν τα νευροληπτικά

είναι πολύ δύσκολη. Πολλοί γιατροί προτείνουν μια σταδιακή ελάττωση της δόσης μαζί με συχνή παρακολούθηση και καταγραφή του πως αισθάνεται ο άρρωστος. Οι συμβουλές του γιατρού πρέπει να ακολουθούνται πιστά.

3. Φάρμακα για τις νευρομυϊκές παρενέργειες από τα νευροληπτικά (αντιπαρκινσονικά ή αντιχολινεργικά φάρμακα)

Τα νευροληπτικά φάρμακα, όπως αναφέρθηκε, προκαλούν ορισμένες παρενέργειες, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται μια κατάσταση που μοιάζει με τη νόσο του Πάρκινσον, δηλαδή : τρόμος, δυσκαμψία, ανησυχία, ανέκφραστο πρόσωπο και μερικές φορές μυϊκοί σπασμοί. Όλες αυτές οι παρενέργειες διαρκούν συνήθως για λίγο και εξαφανίζονται με τη χρήση ορισμένων φαρμάκων, που λέγονται ανιπαρκινσονικά ή αντιχολινεργικά. Η δεύτερη αυτή ονομασία, αντιχολινεργικά, οφείλεται στο ότι ελαττώνουν μια ουσία του εγκεφάλου που λέγεται ακετυλοχολίνη και βρίσκεται αυξημένη όταν δίνονται νευροληπτικά.

Αντιχολινεργικά φάρμακα που κυκλοφορούν στο εμπόριο και είναι αρκετά γνωστά, είναι τα "Ακινετόν", "Αρτάν", "Κοζεντίν", "Ντιζιπάλ", κ.α. Τα φάρμακα αυτά δεν δίνονται για τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ή για την πρόληψη κάποιας υποτροπής, αλλά για τις παρενέργειες από τα νευροληπτικά. Αν ένας άρρωστος δεν παίρνει νευροληπτικά, τότε δεν χρειάζεται τα φάρμακα αυτά. Αν τυχόν συνεχίζει να παίρνει νευροληπτικά αλλά ως συνήθως οι αρχικές νευρομυϊκές παρενέργειες εξαφανισθούν τότε το αντιχολινεργικό φάρμακο μπορεί να διακοπεί.

4. Άλλα φάρμακα

Κατά την κρίση του γιατρού αν υπάρχουν άτομα με ειδικές δυσκολίες, μπορεί να δοθούν συμπληρωματικά και άλλα είδη φαρμάκων, όπως υπνωτικά, αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά κ.α.

Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηράς συμπτωματολογίας.
 - α) Ελαττώνονται οι διεγέρσεις
 - β) Τα παραληρήματα ατονούν
 - γ) Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται
 - δ) Τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται
 - ε) Οι τάσεις αυτοκτονίας, οι παρορμήσεις περιορίζονται
2. Το πλησίασμα του αρρώστου και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται σημαντικά
3. Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο
4. Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι

Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Πέρα από την άμβλυωση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων καμιά επίδραση δεν ασκεί στην ίδια τη νόσο
2. Αν διακοπεί η θεραπεία, η νόσος επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη
3. Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους, π.χ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο
4. Τοξικομανείς που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά
5. Μεγάλη οικονομική επιβάρυνση
6. Η συνέχισή της γίνεται χωρίς διακοπή και τέρμα

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Φαρμακοθεραπεία

Προκειμένου να χορηγήσει η αδελφή ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη της :α) τις ενέργειες του φαρμάκου β) τις παρενέργειες του φαρμάκου γ) την ακριβή δόση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία δ) τον τρόπο και τον χρόνο χορήγησης. Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται, ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακα τους. Η άρνηση λήψης φαρμάκων είναι πολύ συχνό πρόβλημα των ψυχωσικών ασθενών, δεδομένου ότι οι περισσότεροι δεν πιστεύουν στην ύπαρξη νόσου. Έτσι οι ασθενείς αυτοί δε θέλουν να λαμβάνουν τα φάρμακα τους. Όταν όμως υπάρχουν τέτοιες ενδείξεις (κι αυτό η αδελφή το διαπιστώνει από τη μη βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης, την έλλειψη συνεργασίας, την έλλειψη παρενεργειών κλπ) ο ασθενής παρακολουθείται πιο στενά, ώστε η αδελφή να πεισθεί, ότι ο ασθενής κάνει σωστή θεραπεία. Σε περιπτώσεις μη ελεγχόμενες απόλυτα, δίνονται τριμμένα με μαρμελάδα, γίνεται παρεντερική χορήγηση κλπ. Όμως σκοπός της ψυχιατρικής αδελφής είναι να διδάξει τον ασθενή να παίρνει τα φάρμακά του, να του γίνει συνήθεια, να πεισθεί ο ασθενής ότι η αποκατάσταση του και η απόδοση του στην κοινωνία είναι συνάρτηση της σωστής φαρμακοθεραπείας. Αντίθετα στη φαρμακομανία μερικοί ασθενείς, για λόγους που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, νομίζουν ότι παίρνοντας πολλά και ποικίλα φάρμακα μπορούν να γίνουν καλά. Έτσι πολλές φορές προσπαθούν να ξεφύγουν της προσοχής και να αφαιρέσουν μερικά φάρμακα την ώρα της διανομής τους. Αυτό έχει πολλές φορές δυσάρεστες επιπτώσεις για τον ασθενή αλλά και δημιουργεί άμεσα ηθικά και ποινικά θέματα για την αδελφή. Παρενέργειες από τα ψυχοφάρμακα, είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζεται πολύ συχνά στους ψυχωσικούς ασθενείς και αποτελούν πολύ δυσάρεστες εμπειρίες γι αυτούς (βολβόδρομες κινήσεις, τρόμος φωνής, πτώσης προς τα έξω της γλώσσας, δυσκαμψίες, σπαστικό ρεβόκρανο, ακαθυσία, υπερκινητικότητα, επωδυνες μυϊκές συσπάσεις κλπ). Η αδελφή πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει οποιανδήποτε από αυτές τις παρενέργειες και να γνωρίζει και να τις αντιμετωπίζει σίγουρα και σταθερά για να βοηθάει τον ασθενή όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Παρενέργειες, όπως η πτώση της Α.Π., η ταχυκαρδία, ο τρόμος,

η αυπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα κλπ παρακολουθούνται στενά, αναφέρονται στο θεράποντα γιατρό και αντιμετωπίζονται ανάλογα. Από τις σωστές και λεπτομερείς παρατηρήσεις της αδελφής θα εξαρτηθεί η αλλαγή ή μη του φαρμάκου ή της δόσεως (π.χ. πόσες ώρες κοιμήθηκε, αν κοιμήθηκε αργά, αν σηκώθηκε νωρίς, τι Α.Π. είχε, είχε

ευελιξία, είχε κατάθλιψη κλπ.

Επειδή οι ασθενείς κάνουν ορθοστατική υπόταση, παίρνει την Α.Π. και σε όρθια θέση. Επίσης προσέχει την κένωση του εντέρου λόγω της δυσκοιλιότητας που προκαλείται. Ορισμένα φάρμακα προκαλούν ευαισθησία στο ηλιακό φως. Οι ασθενείς που τα παίρνουν δεν πρέπει να εκτίθενται στο ηλιακό φως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν και εγκαύματα ακόμη. Τέτοιο φάρμακο είναι η θοραζίνη. Μερικά φάρμακα προκαλούν αύξηση του βάρους, γι αυτό ζυγίζει τους ασθενείς αυτούς και προσεχει το διαιτολόγιο τους. Απαγορεύεται η λήψη οινοπνευματωδών ποτών ταυτόχρονα με τη λήψη φαρμάκων. Σε περίπτωση λιθίου, επειδή αποβάλλεται από του νεφρούς, επιβάλλεται ο έλεγχος της ποσότητας του φαρμάκου στο αίμα, γιατί κάθε υπέρβαση της ανεκτής ποσότητας δημιουργεί δηλητηρίαση. Σε περίπτωση χορήγησης αναστολέων της ΜΑΟ δεν χορηγούνται τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, γιατί ενισχύουν τη δράση των βιογενών αμυνών και κάνουν την υπέρταση.

3.2 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το ηλεκτροσόκι (E.C.T.) συνίσταται στη δημιουργία μεγάλου επιληπτικού σπασμού με την εφαρμογή δυο ηλεκτροδίων στις κροταφικές χώρες του ασθενούς και διέλευση (σε κλειστό κύκλωμα) από τον εγκέφαλο συνεχούς και εναλλασσόμενου ρεύματος. Ένα από τα αποτελέσματα της ευρείας χρήσεως της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι και το ότι πολλοί από τους ασθενείς έχουν ήδη ακούσει γι αυτή πριν ακόμη μπου στο νοσοκομείο. Γι αυτό τα αισθήματα τους χρωματίζονται ανάλογα με ότι έχουν ακούσει από τους άλλους.

Υπογραφή του ασθενούς, αν είναι σε θέση, και των συνοδών είναι απαραίτητη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Μερικοί άρρωστοι φοβούνται τον πόνο ή τον κίνδυνο από τη θεραπεία. Όσο και αν προετοιμασθεί ο άρρωστος, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλος φόβος και χρειάζεται συμπαράσταση. Πέρα από την ψυχολογική ενίσχυση χρειάζεται, από οργανικής πλευράς να έχει γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και αν είναι δυνατό της σπονδυλικής στήλης.

Είναι θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται πλατιά γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική.

Επιπλοκές της ηλεκτροσπασμοθεραπείας

1. Κατάγματα οστών και μάλιστα σπονδυλικής στήλης.
2. Παρατεταμένη άπνοια.
3. Διαταραχές του νευρικού συστήματος.
4. Αγγειακού τύπου εγκεφαλικά επεισόδια.

Ενδείξεις E.C.T.

1. Υποστροφική μελαγχολία :αποτελεί θεραπεία εκλογής και ποσοστό μεγαλύτερο του 50% έχει ταχεία ανάρρωση.
2. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση.
3. Σχιζοφρένεια
 - α) στην κατατονική μορφή
 - β) στα οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια
 - γ) στις διεγερτικές καταστάσεις
 - δ) στις σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις

Αντενδείξεις

1. Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν :
 - α) Ογκος εγκεφάλου
 - β) Θρομβοφλεβίτιδα
 - γ) Εξόφθαλμος βρογχοκήλη
 - δ) Οξεία σπειραματονεφρίτιδα
2. Σχετικές αντενδείξεις
 - α) Μεγάλη ηλικία
 - β) Κύηση
 - γ) Πνευμονικές παθήσεις (αποφεύγουμε την αναισθησία με βαρβιτουρικά)
 - δ) Σπονδυλαρθροπάθεια
 - ε) Πεπτικό έλκος

3.3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (Λοβεκτομή - Λευκοτομή)

Η χειρουργική επέμβαση εγκεφάλου σε ψυχικές παθήσεις έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Μεγάλη διαφωνία υπάρχει τόσο μεταξύ των γιατρών, όσο και μεταξύ του κοινού, γύρω από τις ηθικές επιπτώσεις της δραστηκής αυτής επέμβασης. Μερικοί πιστεύουν, ότι μόνο σε ασθενείς με απελπιστική πρόγνωση, όταν όλες οι άλλες θεραπείες αποτύχουν, θα πρέπει να γίνεται χειρουργική επέμβαση. Άλλοι πιστεύουν ότι η πρόγνωση είναι καλλίτερη αν επέμβουμε όσο το δυνατό νωρίτερα χειρουργικά. Η επέμβαση σπάνια γίνεται χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς και των συγγενών. Ο-γιατρός εξηγεί την επέμβαση στον ασθενή και προσπαθεί να ελαττώσει τους φόβους του σχετικά με αυτή. Στην προεγχειρητική αγωγή η καθαριότητα του τριχωτού της κεφαλής καλό είναι να γίνεται όσο το δυνατό πιο αργά, γιατί αυτό επιδρά πολύ άσχημα ψυχολογικά, ιδίως στις γυναίκες. Καλό είναι να συνοδεύει τον ασθενή στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια, που έκανε την προεγχειρητική προετοιμασία και που γνωρίζει ο ασθενής.

Αλλαγές προσωπικότητας μετά την επέμβαση
Η εξυπνάδα του ασθενούς συνήθως δεν επηρεάζεται, όπως έχει αποδειχθεί από διάφορα TEST νοημοσύνης. Οι πιο εμφανείς αλλαγές παρουσιάζονται στη συναισθηματική σφαίρα του αρρώστου. Η επέμβαση γίνεται συνήθως για να ανακουφίσει τον ασθενή από το αίσθημα της ψυχικής καταπίεσεως, άγχους, αγωνίας. Μετά την επέμβαση όμως, ο ασθενής μπορεί να γίνει τελείως αδιάφορος τόσο προς τα δικά του συναισθήματα, όσο και προς τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων. Είναι δυνατό να παρουσιάσει αντικοινωνική συμπεριφορά χωρίς να αισθάνεται ντροπή ή ανησυχία. Η απάθεια είναι δυνατό να παρουσιαστεί σαν το μεγαλύτερο πρόβλημα στον ασθενή.

3.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ψυχοθεραπεία είναι η χρησιμοποίηση και η εφαρμογή ψυχοφυσικών μεθόδων για την έμμεση επίδραση στην ψυχή, στο πνεύμα, στο συναίσθημα, στον ψυχισμό του ασθενούς με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς του. Η ψυχοθεραπεία θεωρείται ότι είναι κατάλληλη θεραπεία, όταν η παθολογική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα δυσμενών περιβαλλοντικών επιδράσεων του παρελθόντος στην ανατροφή και στις παιδικές εμπειρίες του ασθενή.

Η εκλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπείας εξαρτάται :

1. Από την ηλικία του ασθενή
2. Από το διανοητικό επίπεδο του ασθενή και τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής
3. Από την επαγγελματική κατάρτιση του ψυχοθεραπευτή και την αντίληψη του σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας
4. Από την "αιτιολογία" της διαταραχής
5. Από τους στόχους στους οποίους σκοπεύει ο ψυχοθεραπευτής, που βέβαια εξαρτώνται από το σύστημα αξιών που έχει υιοθετήσει, σχετικά με τον ιδανικό τύπο ανθρώπινης συμπεριφοράς
6. Από ειδικές αντικειμενικές συνθήκες, τόπο, χρόνο, κοινωνικούς παράγοντες, οικονομικούς παράγοντες κλπ.

Μερικές απ' τις μορφές ψυχοθεραπείας είναι : η Ατομική ψυχοθεραπεία, η Ομαδική ψυχοθεραπεία, η Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία Συμπεριφοράς κλπ.

Α. Ατομική Ψυχοθεραπεία

Είναι ένα είδος ανθρώπινης διαπροσωπικής σχέσεως και επικοινωνίας που μέσα στα πλαίσια της και το κλίμα της, δημιουργούνται βελτιωμένες εμπειρίες και βιώματα που

τροποποιούν ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Στόχος του ψυχοθεραπευτή είναι να κατορθώσει την πλήρη απελευθέρωση του ατόμου απ' το ψυχικό του μαρτύριο και την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του. Αποβλέπει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων μέχρι τον μετριασμό, μέχρι την θετική προαγωγή της ψυχικής υγείας, την ωριμότητα της προσωπικότητας. Η ψυχοθεραπεία δεν είναι ένα είδος θεραπείας που ο γιατρός συμβουλεύει ενεργητικά και ο ασθενής υπακούει παθητικά. Στην πραγματικότητα ο ασθενής κάνει όλη την ενεργητική εργασία της συζήτησης, της σκέψης, της αναδιτύπωσης και της ανασκέψης. Η ατομική ψυχοθεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες την εβδομάδα από 30-50 λεπτά κάθε φορά. Η διάρκεια είναι από δυο χρόνια μέχρι 25 χρόνια και μπορεί να προσφερθεί σαν μια σειρά εντατικής ψυχοθεραπείας ή σαν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

Β. Εντατική Ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιείται κυρίως σε περιόδους κρίσεως των ασθενών. Συνίσταται σε πολλές ομαδικές συνεντεύξεις, πιθανόν τρεις ως τέσσερις φορές την εβδομάδα για μερικά χρόνια. Ο σκοπός μιας τέτοιας θεραπείας είναι μια βασική αναμόρφωση της προσωπικότητας του ασθενή. Η εντατική ψυχοθεραπεία είναι παραγωγική ανησυχίας και πολύ αργεί για να δείξει χειροπιαστά αποτελέσματα. Επειδή σπαταλάται πολύς χρόνος και για τον ψυχίατρο και για τον ασθενή, είναι πολύ δαπανηρό είδος θεραπείας. Ασχετα από το αν ο ασθενής ανέχεται το κόστος ο ίδιος, ή η θεραπεία εκτελείται κάτω από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία υγείας, η απόφαση να αρχίσει μια διαδικασία με τόσο μακρινό τέρμα πρέπει να παρθεί μεταξύ όλων των συντελεστών με πολύ προσεκτική σκέψη.

Γ. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Είναι ένα είδος θεραπείας της οποίας σκοπός είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η μείωση του Stress. Αποσκοπεί στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς με την μεταβολή των συμθηκών του περιβάλλοντος που αιτιολογούν ή εννοούν την παθολογική συμπεριφορά. Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται πάντα το υγιές μέρος της προσωπικότητας που ενισχύεται με κάθε τρόπο. Πολύ βοηθάει τον ασθενή η επίδειξη ενδιαφέροντος για τα προβλήματα του και τις συνθήκες ζωής.

Δ. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Κατά τον Corsini (1957), ομαδική ψυχοθεραπεία είναι μια διαδικασία, που εφαρμόζεται σε προστατευμένες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και που έχει

προγραμματισθεί έτσι ώστε επιφέρει σύντομα βελτίωση στην προσωπικότητα και στην συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας με αλληλοεπιδράσεις στην ομάδα που προσδιορίζονται και ελέγχονται από πριν.

Στην Ομαδική ψυχοθεραπεία ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει σ' αυτόν τον κόσμο. Δέχεται παραινέσεις από πολλές μεριές, δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς, συνομιλητές κλπ. Είναι κατάλληλη για αλκοολικούς, τοξικομανείς, νευρωτικούς, καταθλιπτικούς και μερικούς σχιζοφρενείς. Με την ομαδική ψυχοθεραπεία εξοικονομούμε χρόνο, γιατί με τα ίδια μέσα, πολλά προβλήματα κοινά σε διάφορους ασθενείς μπορούν να ξεκαθαριστούν μαζί. Οι θεραπευτικές ομάδες (6-8 άτομα) είναι συνήθως "στενές" δηλαδή όλοι οι ασθενείς αρχίζουν και τελειώνουν μαζί τη θεραπεία. Καινούρια μέλη δεν γίνονται δεκτά. Τα θέματα που διαπραγματεύεται η ομάδα σχετίζονται με την ιδιότητα του μέλους του γκρουπ, όσο επίσης και με τα ειδικά προβλήματα

μεμονωμένων μελών.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας βρίσκεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις θεραπευτικές επιρροές ο ένας στον άλλον.

Ε. Θεραπεία της Συμπεριφοράς

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Είναι πιο αποτελεσματική, όταν ο σκοπός της θεραπείας είναι να αλλάξει κάποια μεμονωμένη συνήθεια, όπως η φοβία κλειστών χώρων ή η φοβία να ανέβει κανείς σε αυτοκίνητο, σε ηλεκτρικές σκάλες κλπ. Απευθύνεται δηλαδή στο σύμπτωμα και όχι στην ψυχική διαταραχή. Ο πιο σπουδαίος παράγοντας ή μάλλον το μέσον που χρησιμοποιείται, είναι η ενίσχυση και η βράβευση κατά τον Skinner. Με τη θεραπεία αυτή γίνεται προσπάθεια να βραβευθεί και να ενισχυθεί η σωστή ενέργεια και να αποφευχθεί η παθολογική συμπεριφορά.

3.5 ΕΡΓΑΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Αναγνωρίζεται σαν πολύτιμη βοηθητική θεραπεία της ψυχιατρικής, επειδή προσφέρει στον ασθενή παρακίνηση, ψυχική διέξοδο, ή κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον και επειδή με τα επιτεύγματά της προσφέρει μέσα δημιουργικής ικανοποίησης του ασθενούς. Προσφέρει επίσης ένα μέσο αποκτήσεως ορθών πληροφοριών σχετικά με τις αντιδράσεις, τις ικανότητες, τις επιδεξιότητες, τις δυνατότητες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς.

Σκοποί της απασχολησιοθεραπείας

Η απασχολησιοθεραπεία αποβλέπει :

1. Στο να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοστεί στα συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα και πεδία.
2. Στο να διατηρήσει, ξαναβρεί ή αναπτύξει καλές συνήθειες εργασίας.
3. Στο να βοηθήσει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας μετά από σωματικό ατύχημα ή νόσο στην περίπτωση των αναπήρων.

Τομείς απασχολησιοθεραπείας

1. Χειρωνακτικές τέχνες όπως κατεργασία ξύλου, μετάλλου, πλαστικών υλών, δέρματος, υφαντική, τέχνη της βελόνας, σχέδιο, κεραμική, ζωγραφική, κηπουρική κλπ.
2. Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως βοήθεια στο τμήμα, στο μαγειρείο, στο διοικητικό κτίριο του ιδρύματος.
3. Επαγγελματική προπαρασκευή όπως ξυλουργική, βιβλιοδετική, τυπογραφία.
4. Επαγγελματική διεύρυνση.
5. Ψυχαγωγία και κοινωνικές δραστηριότητες όπως σωματικές ασκήσεις, μουσική, διασκεδάσεις, αθλοπαιδιές και κοινωνικά γεγονότα.

Υποπροϊόντα της απασχολησιοθεραπείας

Τα έργα των ασθενών είναι υποπροϊόντα της απασχολησιοθεραπείας. Σκοπός δεν είναι η παραγωγή αλλά η ανάπτυξη συναισθήματος ικανοποίησης και υπερηφάνειας για το ωραίο που δημιούργησαν. Τα έργα, αν θέλει ο ασθενής, μπορεί να τα κρατήσει ή να πωληθούν στο κοινό και τα χρήματα να προστεθούν στο κονδύλιο του τμήματος.

Πρακτικές συμβουλές

1. Πρέπει να κριθούν οι άρρωστοι από πολλές πλευρές :

- α) Την αρρώστεια που πάσχουν και τα συμπτώματα που απαιτούν θεραπεία. β) Τα εργαλεία που επιτρέπεται να χρησιμοποιήσουν.
- γ) Τις διανοητικές ικανότητες του αρρώστου την ώρα της απασχολησιοθεραπείας, π.χ. αν σε έναν με κατάθλιψη δώσουμε αρκετή δουλειά που για την ώρα δεν είναι άξιος να φέρει σε πέρας, θα γίνει πιο θλιμμένος και θα χάσει το ενδιαφέρον του. Πρέπει λοιπόν να δίνεται στον άρρωστο κάτι που να του τραβά όλη του την προσοχή και ολοένα να κάνουμε δυσκολότερο το είδος της δουλειάς, όσο ο άρρωστος βελτιώνεται.

Περιπτώσεις εφαρμογής απασχολησιοθεραπείας

Μελαγχολία

Ο σκοπός του απασχολησιοθεραπευτή είναι να βρεί κάποια εργασία που θα διεγείρει το ενδιαφέρον του αρρώστου σε κάτι που βρίσκεται έξω απ' αυτόν. Εδώ ειδικά είναι μεγάλη βοήθεια η γνώση του ιστορικού, της κατάστασης του σπιτιού του, των γούστων του κλπ. Όλοι οι μελαγχολικοί τείνουν να βρίσκονται διαρκώς απομονωμένοι και ακοινωνήτοι και γι αυτό, αν είναι δυνατόν, πρέπει να εργάζονται μαζί με πολλούς άλλους που είναι ευχάριστοι και συμπαθητικοί.

Μανία

Ο σκοπός του απασχολησιοθεραπευτή είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να αναλάβουν τις δυνάμεις τους για συγκέντρωση. Εδώ η εργασία πρέπει να έχει μικρή ποικιλία και μεγάλη απόδοση π.χ. πλέξιμο, καλαθοπλεκτική, κέντημα κλπ. Αυτοί οι ασθενείς είναι ανεύθυνοι για τις πράξεις τους και αποφεύγουμε να

χειρίζονται εργαλεία με τα οποία θα μπορούν να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Ακόμη, επειδή είναι ανησυχιοί και υπερκινητικοί, ο χρόνος απασχόλησης πρέπει να είναι μικρός.

Σχιζοφρένεια

Ο απασχολησιοθεραπευτής, θα αποτραβήξει τον άρρωστο από τον κόσμο της φαντασίας και θα τον φέρει ξανά πίσω στην πραγματικότητα. Επειδή όμως ο κόσμος της φαντασίας είναι περισσότερο ευχάριστος, ο ασθενής θα προβάλλει αντίσταση και γι αυτό χρειάζεται απέραντη επιμονή και υπομονή. Πολλοί απ' αυτούς δεν θέλουν να συνεργαστούν, εύκολα παίρνουν όμως μέρος σε λαϊκούς χορούς, χορωδίες κλπ.

Συγχυτικές ή τοξικές καταστάσεις

Η απασχολησιοθεραπεία θα αρχίσει μόλις οι άρρωστοι συνέλθουν από τη συγχυτική κατάσταση. Σκοπός του απασχολησιοθεραπευτή αυτή τη φορά είναι να αφαιρέσει το άγχος από το πνεύμα των αρρώστων και να τους αποδείξει την πρόοδο τους κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης.

Παρανοϊκές καταστάσεις

Πολλοί απ' αυτούς τους αρρώστους είναι ικανοί για απασχολησιοθεραπεία αλλά πιστεύουν πως δεν είναι άρρωστοι και επομένως παραπονούνται για το κλείσιμο τους στο νοσοκομείο

και είναι απρόθυμοι για δουλειά. Ο απασχολησιοθεραπευτής θα τους κινήσει το ενδιαφέρον παρουσιάζοντας τους την εργασία σαν κάτι χρήσιμο να το ξέρουν ή σαν κάτι που θα τους ευχαριστήσει.

Ψυχονευρώσεις

Η απασχόληση δίνει ψυχική ανάπαυση και κάνει τον άρρωστο να μην σκέπτεται διαρκώς τα ενοχλήματα του. Εκείνο που προέχει είναι να βρεθεί μια δουλειά που ν' απορροφά ολόκληρη την προσοχή του.

Αντενδείξεις απασχολησιοθεραπείας

1. Υπερβολική ψυχοκινητική ενεργητικότητα που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα.
2. Καταπληξία, λήθαργος.
3. Ιδιωτία.
4. Πλήρης άρνηση από τον ασθενή.
5. Ισχυρές τάσεις προς αυτοκτονία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 0

4.1 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΔΙΑΙΤΕΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ ΣΕ ΕΝΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Τα ψυχιατρικά τμήματα ενός θεραπευτηρίου, είναι νοσηλευτικά τμήματα που διέπονται από τελείως διαφορετικές συνθήκες και κανόνες λειτουργίας εκείνων των νοσηλευτικών τμημάτων των Γενικών Νοσοκομείων.

Η ιδιαιτερότητα αυτή οφείλεται στην ιδιομορφία της ψυχικής νόσου στις θεραπείες αυτών των ψυχικών νόσων, στο μακροχρόνιο της παραμονής των ασθενών και στην ιδιαιτερότητα που παρουσιάζουν οι νοσηλευόμενοι σαν διαταραχές σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς. Επιγραμματικά ο ψυχικά ασθενής είναι άνθρωπος με

- α) μειωμένα ενδιαφέροντα, έλλειψη στόχων και σχεδίων για την ζωή,
- β) απόσυρση και ελαττωμένη ή παντελώς ελλείπουσα επαφή με την πραγματικότητα,
- γ) αλλοίωση των ηθικών αξιών και
- δ) ψυχοπαθολογικά ευρήματα, νοητική και ηθική παραμόρφωση του αντικειμενικού κόσμου.

Η αδελφή πρέπει να αποκτά πολύ καλή επαφή με κάθε ασθενή της σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Η θετική και ιδιαίτερα προσεκτική της στάση απέναντι του, το ενδιαφέρον της, η προσοχή της και όλες οι ενέργειες της να μεταδίδουν εμπιστοσύνη, ασφάλεια για να μπορέσει να την εμπιστευθεί και να προσαρμοστεί πιο ομαλά στο κλίμα του θεραπευτηρίου. Θερμή και ανθρώπινη υποδοχή, απλότητα χωρίς επιτήδευση, μεταβίβαση πραγματικού ενδιαφέροντος και αγάπης θα μαλακώσουν τον ασθενή, θα αισθανθεί πιο ασφαλής και θα αφεθεί με εμπιστοσύνη στην αδελφή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ
Ανησυχία	Ιδέες διώξεως εκνευρισμός	Μετάδοση συναισθήματος ασφάλειας & εμπιστοσύνης στον ασθενή	Επικοινωνία αδελφής - ασθενή για την σωστή διάγνωση & καταπολέμηση της ανησυχίας
Αϋπνία	Εκνευρισμός αλλοίωση συμπεριφοράς	Παρακολούθηση και λεπτομερειακή περιγραφή της αϋπνίας (ύπνος διακεκομμένος, ημερήσιος, φυγής απ' την πραγματικότητα	Ρύθμιση του ύπνου του ασθενή
Αρση Αναστολών - Προβλήματα από τη συμβίωση	Χυδαιολογίες παραμελημένη & προσβάουσα τη δημόσια αιδώ εμφάνιση ούρηση μέσα στον θάλαμο κλοπές	Φροντίδα ώστε να αισθάνονται ασφαλείς όλοι οι ασθενείς. Επανεκπαίδευση στην συμπεριφορά & στον τρόπο εμφάνισης τους. Επαναφορά της τάξης σε περίπτωση κλοπής. Σημαντικό ρόλο παίζει η αντικειμενικότητα της αδελφής	Οι ασθενείς πρέπει να μάθουν να σέβονται το περιβάλλον τους & τους συνασθενείς τους
Υπερκινητικότητα	Συνεχής βηματισμός μέσα ή έξω από τον θάλαμο με συνέπεια απώλεια βάρους, σωματική & ψυχική καταπόνηση του ασθενούς	Εντοπισμός της αιτίας που προκαλεί αυτή την κατάσταση	Καταπολέμηση της υπερκινητικότητας με διάφορους τρόπους, όπως π.χ. η απασχόλησή του σε κάποια εργασία που χρειάζεται κίνηση ή ενέργεια
Βουλιμία - Πνιγμονή	Υπερβολική όρεξη λόγω μείωσης κρίσης & λογικής ελάττωση των αντανεκλαστικών της κατάποσης	Σε περίπτωση πνιγμονής πρέπει να απελευθερωθεί ο λάρυγγας του ασθενή από τις αμάσητες τροφές πριν είναι πολύ αργά	Προφύλαξη και πρόταξια του ασθενή

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ
Κατατονική εμβροντησία	Στη βαρειά μορφή παρατηρείται πλήρης ακινητοποίηση. Δεν υπάρχει αντίδραση κινητικά ή λεκτικά σε κανένα ερέθισμα. Αυτό μπορεί να κρατήσει λίγα λεπτά ή & μέρες κατά τη διάρκεια αυτή ο ασθενής δεν τρώει, δεν πίνει, μπορεί να έχει ακράτεια ούρων ή επίσχεση	Φροντίδα για την όσο είναι δυνατό καλύτερη σίτιση του ασθενούς (διασωλήνωση) όπως επίσης φροντίδα για τις λειτουργίες του, την καθαριότητά του, την αποφυγή συνεπειών από τη συνεχή κατάκλιση	Έχοντας γνώση της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς καταβάλεται κάθε προσπάθεια & παρέχεται κάθε δυνατή βοήθεια για να ζήσει
Κατατονική διέγερση	Παρατηρείται στον ασθενή ακατανόητη συμπεριφορά & επιθετικότητα. Κατά τη διάρκεια της διέγερσης μπορεί ο ασθενής να τραυματίσει, να σκοτώσει ή να αυτοκτονήσει. Υπάρχει άμεσος κίνδυνος εκπαρεούρωσης	Απομόνωση του ασθενούς & αφαίρεση όλων των επικινδύνων αντικειμένων από τον θάλαμό του σε περίπτωση ανάγκης για την προφύλαξη σοβαρών τραυματισμών	Παρακολούθηση του ασθενή για να προβλεφθεί αν είναι δυνατό η επερχόμενη διέγερση
Παραμέληση ατομικής υγιεινής	Από την έλλειψη καθαριότητας είναι δυνατό να εμφανιστούν φθειρίδα, ερυσίπελας & άλλες μικροβιακές λοιμώξεις	Παρότρυνση από πλευράς της ψυχιατρικής αδελφής για την ατομική καθαριότητα & επανεκπαίδευση με την επανάληψη καθημερινών φροντίδων ατομικής περιποίησης (πλύσιμο προσώπου, χεριών, δοντιών)	Επαναφορά του ενδιαφέροντος του ασθενή για τα θέματα ατομικής υγιεινής με σεβασμό στην προσωπικότητά του ή στις αναστολές του

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ
Παλινδρόμηση	Ανάλογα με τις βαθμίδες της παλινδρόμησης, παρατηρείται από ελαφρά παιδόμορφη συμπεριφορά μέχρι το στάδιο της εμβρυϊκής στάσης & συμπεριφοράς του ασθενούς	Βοήθεια στον ασθενή με μητρική αγάπη σε περιπτώσεις βαριάς παλινδρόμησης σχετικά με την καθαριότητα του ή τη διατροφή του	Βοήθεια από την αδελφή ώστε με την συμπεριφορά & τη στάση της να παροτρύνει τον ασθενή να μεγαλώνει & να συμπεριφέρεται σαν ενήλικος
Τάσεις αυτοκτονίας	Μελαγχολία Κατάληψη Ψευδαισθήσεις	Στενή παρακολούθηση του ασθενούς με προσεκτική φαρμακευτική αγωγή & συμπαράσταση. Καλή & πλήρη ενημερωμένη λογοδοσία όλο το 24ωρο Ψυχική στήριξη με απεριόριστη διάθεση χρόνου & αφαίρεση οποιουδήποτε αντικειμένου που θα μπορούσε να χρησιμεύσει για το σκοπό αυτό	Επικοινωνία αδελφής - ασθενή & σωστή ερμηνεία των λεγομένων του & των πράξεων του για την πρόληψη αυτοκτονίας
Κλινοφιλία	Παραμονή στο κρεβάτι σχεδόν όλες τις ώρες του 24ώρου, καμία επικοινωνία με το περιβάλλον, κυρίως οι αυτιστικοί	Προσπάθεια κινητοποίησης αυτών των ασθενών, ανάθεση διάφορων μικροεργασιών σε συνδυασμό με εργασιοθεραπεία ανάλογα με τα ενδιαφέροντα & τις ικανότητες τους	Δημιουργία κινήτρων για την κινητοποίηση των ασθενών
Επιθετικότητα	Οξεία αντίδραση	Σταθερή στάση από μέρους της αδελφής, έλλειψη εκνευρισμού, αγάπη & ενδιαφέρον για το πρόβλημα των ασθενών που προκάλεσε αυτή την αντίδραση	Βοήθεια για να ξεπεραστεί η οξεία αντίδραση του ασθενή

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ
<p>Τάσεις δραπέτευσης ή δραπέτευση</p>	<p>Μελαγχολία Επιθετικότητα Σύγχυση</p>	<p>Σωστή & καλή παρακολούθη- ση από μέρους της αδελφής για τη διάγνωση υποτροπών της νόσου Καλή επικοινωνία για την εκμυστήρευση των βαθέτερων επιθυμιών του ασθενή</p>	<p>Προνοητικό- τητα & προφύλαξη αυτών των ασθενών στην ανάγκη περιο- ρίζοντας τους μέσα στο τμήμα</p>
<p>Σωματικά προβλήματα & συνέπειες εκ της συναίσθημα- τικής έκπτωσης</p>	<p>Ψυχοσυγκινη- τική αδιαφορία με αποτέλεσμα η εγκατάσταση & η εξέλιξη μιας νόσου να γίνεται αθόρυβα Πολλές φορές κατάγματα γίνονται αντιληπτά τυχαία ή μετά από πολλές ημέρες</p>	<p>Παρατήρηση της συμπεριφο- ράς του ασθενή, της εμφά- νισης, της όψης του & γενικά των αντιδράσεων του. Πολλές φορές η τυπική χειραψία αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο για υψηλό πυρετό όπως & η εφίδρωση, η ερυρότης του προσώπου, η ταχύπνοια, η δυσκολία στη βάρδιαση, η ωχρότητα, η παραμονή στο κρεβάτι κ.λ.π.</p>	<p>Προφύλαξη & προστασία του ασθενή</p>

4.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ

Μία από τις πιο ενδιαφέρουσες πλευρές της εργασίας του ψυχιατρικού νοσηλευτή είναι η δυνατότητα να ασχοληθεί με μια ποικιλία θεραπευτικών ρόλων παίρνοντας μέρος στην φροντίδα του ασθενούς.

Θεραπευτικό Περιβάλλον

Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται στη συνειδητή εφαρμογή της γνώσης ότι κάθετι που συμβαίνει στο περιβάλλον του ασθενούς έχει την δυνατότητα να είναι θεραπευτικό ή αντιθεραπευτικό.

Ένα περιβάλλον χαρακτηρίζεται θεραπευτικό όταν πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

- Ο ασθενής είναι ασφαλής από φυσικό κίνδυνο και συναισθηματικό τραύμα.
- Είναι ελεύθερος να εκφράσει τα συναισθήματά του και κάνει αυτό με τρόπο που είναι παραδεκτός από τον εαυτό του και από τους άλλους στο περιβάλλον.
- Έχει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει τις δικές του ικανότητες για την λύση προβλημάτων.
- Μπορεί να δοκιμάζει και να παρατηρεί αν του συμπεριφέρονται με σεβασμό και ακεραιότητα.
- Έχει το δικαίωμα της κατ' ιδίαν μεταχείρισης και θεραπείας.

A. Ο νοσηλευτής ως δημιουργός θεραπευτικού περιβάλλοντος

Η δημιουργία μιας ζεστής σπιτικής ατμόσφαιρας πλήρους αποδοχής για τον ασθενή είναι ένας από τους μεγαλύτερους θεραπευτικούς συντελεστές που μπορεί να δημιουργήσει ο νοσηλευτής για να βελτιώσει την εμπειρία παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η επιδεξιότητα του ψυχιάτρου δεν μπορεί να είναι πλήρως αποτελεσματική, αν 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. Κάτι άλλο απαραίτητο για την δημιουργία θεραπευτικού κλίματος είναι το αίσθημα ασφάλειας. Πολλοί ψυχικά ασθενείς μπαίνουν στο νοσοκομείο επειδή είναι φοβισμένοι, έχουν άγχος ή αισθάνονται ανασφάλεια στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Επίσης για να είναι ένα κλίμα θεραπευτικό πρέπει ο καθένας που εργάζεται με τους ασθενείς να ενθαρρύνει την βελτίωση και τη θετική αλλαγή στην συμπεριφορά.

B. Ο νοσηλευτής ως σύμβουλος

Η ακρόαση είναι μια 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 σκέπτεται δια μέσου των προβλημάτων του και να αποφασίζει, πράγμα χρήσιμο γι αυτόν. Τον βοηθάει να αποβάλλει το

άγχος και την ένταση. Του δίνει την βεβαιότητα ότι ο νοσηλευτής πραγματικά φροντίζει γι αυτόν. Αυτού του είδους η ακρόαση απαιτεί από μέρος του νοσηλευτή χρόνο και ψυχικές δυνάμεις. Ο ρόλος του είναι να βοηθήσει τον ασθενή στα προβλήματα που συνδέονται με την πραγματικότητα, που αφορούν την παρούσα γι αυτόν κατάσταση.

Γ. Ο νοσηλευτής ως δάσκαλος

Αν ο ασθενής απλώς ζει στο νοσοκομείο για την ασφάλεια της οικογένειάς του και της κοινωνίας και βασίζεται εξ ολοκλήρου στην θεραπεία του γιατρού, διερρωτάται κανείς για την αξία που μπορεί να έχει η εμπειρία αυτή στο νοσοκομείο. Τα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνουν οι ψυχικά ασθενείς άνθρωποι είναι ποικίλα και διάφορα. Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια: α) για να μάθουν να ντύνονται κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις, β) να αναλάβουν υπευθυνότητα για την εργασία που τους ανατίθεται, γ) να φροντίσουν για τις φυσικές τους ανάγκες ούτως ώστε να γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους, δ) να τρώνε με κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους, ε) να δέχονται την δικαιολογημένη αλλαγή του προγράμματος στο φαγητό, τον ύπνο, την καθαριότητα, στ) να αποφεύγουν να πληγώνουν τους άλλους ανθρώπους, ζ) να συμβιβάζονται με άλλες πλευρές της ομαδικής συμβίωσης. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής στο ρόλο του ως δασκάλου βοηθάει τον ασθενή να μάθει να παίρνει μέρος σε κοινωνικά παραδεκτές και ικανοποιητικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Δ. Η νοσηλεύτρια ως υποκατάστατο μητέρας

Από την παράδοση η νοσηλεύτρια θεωρείται σαν ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης που υπηρετεί τον άρρωστο άνθρωπο. Πολλές από αυτές τις υπηρεσίες της μοιάζουν με της μητέρας. Η νοσηλεύτρια, όπως η μητέρα, θεωρεί ότι είναι σπουδαίο για τον ασθενή να αναλάβει υπευθυνότητα για τις δικές του φυσικές ανάγκες όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Η ψυχιατρική νοσηλεύτρια δεν υποδύεται το ρόλο της μητέρας μόνο όσο αφορά τις φυσικές ανάγκες του ασθενούς, αλλά όπως η μητέρα ασχολείται με την διοίκηση του σπιτιού έτσι αναλαμβάνει και την όλη διοίκηση του τμήματος στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς ζώντας με άλλους ασθενείς στο νοσοκομείο μπορούν να αντιδρούν μεταξύ τους σαν να είναι μέλη της ίδιας οικογένειας. Η νοσηλεύτρια στο ρόλο της αυτό έχει την ευκαιρία να τους δώσει και υγιή εμπειρία στον τομέα των συναισθηματικών σχέσεων, που μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική για όλη την θεραπευτική εμπειρία του ασθενούς.

Ε. Επικοινωνία

Υπάρχουν τρία είδη επικοινωνίας:

1. Ενδοπροσωπική επικοινωνία, 2. Διαπροσωπική επικοινωνία,
3. Κοινωνική επικοινωνία.

Ενδοπροσωπική επικοινωνία συμβαίνει μέσα στο ίδιο το άτομο π.χ. ο νοσηλευτής σχεδιάζει μια σειρά από ενέργειες για να πετύχει κάτι. "πρώτα θα πάω μέσα να συναντήσω τον ασθενή, μετά θα ζητήσω την άδεια να τον φροντίσω, μετά θα κάνω αξιολόγηση...". Αυτό είναι ένα παράδειγμα ενδοπροσωπικής επικοινωνίας χωρίς λόγια.

Διαπροσωπική επικοινωνία συμβαίνει μεταξύ δύο προσώπων. Είναι αυθόρμητη και πάντοτε σύνθετη. Τα μηνύματα - με λίγα λόγια και χωρίς λόγια - στέλνονται αυθόρμητα.

Κοινωνική επικοινωνία συμβαίνει μεταξύ τριών ή περισσότερων ατόμων. Περιέχει στοιχεία και της με λόγια και της χωρίς λόγια επικοινωνίας.

4.3 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ο νοσηλευτής πρέπει πρωταρχικά να αποδείξει στον ασθενή ότι μπορεί να τον εμπιστευτεί. Η προσπάθειά του αυτή φέρνει πολλές φορές τον ίδιο σε δίλημμα. Για να καρποφορήσει απαιτούνται χρόνος, υπομονή, γνώσεις και επιδεξιότητα. Στα πρώτα στάδια η συζήτηση με τον ασθενή σπάνια αγγίζει προσωπικά προβλήματα. Οι περισσότεροί ασθενείς έχουν ανάγκη από συζήτηση ουδέτερων θεμάτων πριν φθάσουν σε ουσιαστικά θέματα. Οτιδήποτε ενδιαφέρει τον ασθενή είναι ένα καλό σημείο για αρχή, π.χ. τα ρούχα, τα σπαρ, η απασχόλησή του, το ραδιοφωνικό και τηλεοπτικό πρόγραμμα, το περιεχόμενο της εφημερίδας. Πατέ ο νοσηλευτής δεν πρέπει να κάνει κατευθείαν ερωτήσεις ή να φαίνεται ότι κατασκοπεύει. Η ακρόαση συνεπάγεται σιωπή, αλλά όχι παθητικότητα. Ο ακροατής μπορεί και πρέπει να είναι ενεργητικός, ξύπνιος και με ενδιαφέρον παρότι μπορεί να λέει λίγες κουβέντες. Ο νοσηλευτής δείχνει το ειλικρινές ενδιαφέρον του με την έκφραση του προσώπου του, τον τρόπο με τον οποίο σαν ακροατής βλέπει τον ομιλητή - ασθενή και με τα κίνηματά του που του δίνει. Όταν ο ασθενής συζητάει δεν πρέπει να βλέπει στο πρόσωπο του νοσηλευτή σημεία παραδοχής ή αποδοκιμασίας. Ούτε η παραδοχή ούτε η αποδοκιμασία βοηθούν. Αν ο νοσηλευτής επιδοκιμάζει υπάρχει πάντα ο κίνδυνος ότι αργά ή γρήγορα θα αποδοκιμάσει. Στην επικοινωνία του με τον ασθενή ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει περιόδους σιωπής. Συχνά ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι πιέζεται, για να βρει λόγια που να διατηρούν αμείωτο το ενδιαφέρον του νοσηλευτή. Λέγοντας με λόγια και ακόμα περισσότερο χωρίς λόγια, ότι δεν είναι υποχρεωτικό να μιλάει, μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του. Το μήνυμα που ο νοσηλευτής προσπαθεί να στείλει είναι "Είσαι ένα πρόσωπο με αξία. Όταν θα είσαι έτοιμος να μιλήσεις θα είμαι εδώ. Τα λόγια δεν είναι ο μόνος τρόπος επικοινωνίας". Κάποια στιγμή η επαφή νοσηλευτή και ασθενούς πρέπει να φθάσει στο τέλος της. Καλό είναι ο νοσηλευτής να ενημερώνει εκ των προτέρων τον ασθενή για τον χρόνο επαφής, εκτός βέβαια αν και οι δύο ξέρουν πόσος χρόνος είναι διαθέσιμος. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός πως θα διακόψει την συνομιλία. "Μ' ενδιαφέρει πολύ αυτό που λέτε και ελπίζω ότι θα μπορέσουμε να συνεχίσουμε μια άλλη φορά, γιατί αυτή τη στιγμή με περιμένουν κάποια άλλα καθήκοντα", είναι μια ωραία λύση.

Η βάση όλων των σχέσεων προς βοήθεια του ασθενούς είναι η αποδοχή. Αποδοχή σημαίνει ότι ο νοσηλευτής βλέπει τον ασθενή σαν ένα σπουδαίο πρόσωπο και όχι σαν μια διαγνωστική οντότητα ή σαν ένα σύνολο ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Αποδοχή σημαίνει ότι ο νοσηλευτής προσπαθεί να κατανοήσει την έννοια και την σημασία της συμπεριφοράς του ασθενούς. Αναγνωρίζει ότι η συμπεριφορά του είναι εκδήλωση της ασθένειάς του και ότι οι παρατηρήσεις και οι συστάσεις του μπορεί να μην απευθύνονται σε αυτόν προσωπικά. Η επικοινωνία θα επιτύχει τον σκοπό της σαν μέρος του όλου θεραπευτικού προγράμματος όταν έχει σαν αποτέλεσμα το να αποκτήσει ο ασθενής εμπιστοσύνη στον εαυτό του.

4.4 Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Εισαγωγή

Η Νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματοποίηση των γνωστικών σημάτων που εξασφαλίζουν την βάση για την νοσηλευτική εφαρμογή. Είναι μια μέθοδος προσεκτικής αντίληψης, παρατήρησης, κριτικής σκέψης και ανάλυσης, η οποία οδηγεί σε ένα νοσηλευτικό πλάνο για δράση με τον άρρωστο. Η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στο ψυχιατρικό νοσοκομείο εξασφαλίζει ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα, ανεβάζει την ποιότητα νοσηλείας, την ποιότητα της ψυχιατρικής σκέψης.

Ποιός είναι ο ψυχικά άρρωστος;

Ο ψυχικά άρρωστος είναι ο άρρωστος με τις διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών, διαταραχές στη σκέψη και την επικοινωνία, διαταραχές της αντίληψης, του συναισθήματος, της συμπεριφοράς, της κρίσης, της προσοχής, του προσανατολισμού στο χώρο και το χρόνο. Ο άρρωστος με την αθόρυβη κλινική παρουσία, που δεν ζητά, δεν διαμαρτύρεται, αλλά απειλείται από ψευδαισθήσεις, έχει άγχος, φόβους, πιέζεται από ιδέες, χάνει την επαφή με την πραγματικότητα. Ο ψυχικά άρρωστος δηλαδή αναγνωρίζεται από τις διαταραχές που γίνονται αισθητές στις διαπροσωπικές του σχέσεις, ακόμα και από αυτό που νιώθει ενδοπροσωπικά (στη σχέση του με τον εαυτό του) που δημιουργείται και εκφράζεται στα πλαίσια των διαπροσωπικών του σχέσεων. Οι διαταραχές σ' αυτές τις σχέσεις εμφανίζονται στο δυαδικό επίπεδο, στο επίπεδο της οικογένειας ή της ομάδας ή και στο ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο.

Με τη φροντίδα και τη νοσηλεία του ψυχικά αρρώστου ασχολείται ο κλάδος της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, που ενδιαφέρεται για την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, την προσέγγιση, την αντιμετώπιση, την αποκατάσταση του αρρώστου, την πρόληψη της ψυχικής νόσου, την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Η ψυχιατρική νοσηλευτική ασκείται και δρα θεραπευτικά μέσω της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ αδελφής και αρρώστου. Πρωταρχική θέση στη νοσηλευτική φροντίδα του ψυχικά αρρώστου έχει η επικοινωνία, το θερμό ενδιαφέρον, η ηθική συμπαράσταση, η κατανόηση. Η νοσηλευτική φροντίδα για να δράσει θεραπευτικά, επεκτείνεται στα πλαίσια των διαπροσωπικών σχέσεων, ανεξάρτητα από τον χώρο όπου γίνεται η νοσηλεία (ψυχιατρικό νοσοκομείο, κοινοτικό κέντρο, σπίτι). Είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε ότι ο άρρωστος επηρεάζει και επηρεάζεται από όλα τα επίπεδα σχέσεων (οικογένεια, ομάδα, κοινωνία) και αυτό λαμβάνεται υπόψη σε κάθε ενέργεια όπως στην επανεκπαίδευση, στην κινητοποίηση, τη μάθηση, την αποκατάσταση, την αποδοχή από την οικογένεια και την κοινωνία. Η αντιμετώπιση και η φροντίδα του ψυχικά αρρώστου απαιτεί την ανθρωπινή παρουσία και η σπουδαιότερη ανθρωπινή παρουσία είναι αυτή της ψυχιατρικής αδελφής η οποία πρέπει να είναι: Αισιόδοξη, δεκτική, λεπτολόγος,

ευαίσθητη, φιλική, ήρεμη.

A. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η νοσηλευτική εκτίμηση αντιπροσωπεύει την προσπάθεια της αδελφής να πλησιάσει, να γνωρίσει, να κατανοήσει και στη συνέχεια, να νοσηλεύσει τον άρρωστο (Α. Ραγιά)

Οι πληροφορίες που χρειάζονται για τη νοσηλευτική εκτίμηση του ψυχικά αρρώστου είναι α) Ιατρική διάγνωση και θεραπεία, β) Παρούσα ψυχολογική κατάσταση (νόσος), γ) Ψυχικές διαταραχές (π.χ. επικοινωνίας, σκέψης, συμπεριφοράς), δ) Συναισθηματικές αντιδράσεις, ε) Εκτίμηση σωματικής υγείας, στ) Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη, ζ) Οικογενειακή κατάσταση, η) Μορφωτικό επίπεδο. Πρωταρχικής σημασίας είναι η γνωριμία της αδελφής με τον άρρωστο. Μέσα από αυτή την γνωριμία, την προσωπική, την θερμή, την ανθρώπινη εκτιμούνται οι ανάγκες και τα προβλήματα του αρρώστου.

Πηγές πληροφοριών

Πηγές πληροφοριών είναι ο ίδιος ο άρρωστος και η οικογένειά του, όλοι όσοι ασχολούνται με τον άρρωστο (ψυχίατρος, εργασιοθεραπεύτρια, κοινωνική λειτουργός, υπόλοιπο προσωπικό του τμήματος).

Η συλλογή δεδομένων γίνεται με την επικοινωνία, την παρατήρηση, τη μελέτη του ατομικού φακέλλου, του ιατρικού ιστορικού, με τη συνεχή προσπάθεια προσέγγισης, γνωριμίας και μελέτης του ψυχικά αρρώστου. Η νοσηλευτική αξιολόγηση απαιτεί θεωρητικές γνώσεις, σχολαστική παρατήρηση, διαπροσωπικές δεξιότητες, γνώσεις νοσολογίας.

Αξιολόγηση του ψυχικά αρρώστου σημαίνει αποκρυπτογράφηση σε όσα κρύβονται στη σιωπή, στην άρνηση, στην κίνηση, στην έκφραση, στην ομιλία, στην συμπεριφορά του.

Περιοχές αναζήτησης πληροφοριών

Ποιός είναι ο άρρωστος και συγκεκριμένα: α) Πότε άρχισε το πρόβλημα της υγείας του, β) Ποιά γεγονός επέσπευσε την εμφάνιση της αρρώστιας του, γ) Πώς επηρεάζει τη ζωή του και τέλος δ) Πώς επηρεάζει το περιβάλλον του.

Εξετάζεται η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη. Συγκεκριμένα η ανατροφή, η οικογενειακή ατμόσφαιρα, η σχολική επίδοση, η απώλεια προσφιλών προσώπων, οι αποτυχίες στη ζωή ή και πιθανή αναπηρία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Εξετάζονται στοιχεία όπως: α) αφή της πραγματικότητας, β) συναισθηματικές αντιδράσεις, γ) διαπροσωπικές σχέσεις, δ) αντίληψη, κρίση, ευαίσθηση, ε) περιεχόμενο σκέψης, στ) εκτίμηση σωματικής υγείας.

Οι περιοχές που αναφέρθηκαν προσφέρουν τα παρακάτω στοιχεία για αξιολόγηση: α) Την επίδραση του προβλήματος του ψυχικά αρρώστου στην οικογενειακή του ζωή και αντίστροφα, β) Τα προβλήματα της προσωπικότητας του, γ) Τη δυνατότητα του ψυχικά αρρώστου να αντιληφθεί και να εκτιμήσει μια κατάσταση, δ) Προσαρμογή και προσανατολισμός στον χώρο και στον χρόνο, ε) Τη διάθεση του ψυχικά αρρώστου, στ) Πώς αντιλαμβάνεται την αρρώστια του, τις δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις και ποιά στοιχεία τις χαρακτηρίζουν (π.χ. αγάπη, εχθρικότητα), ζ) Το περιεχόμενο της σκέψης (π.χ. παραλήρημα), η) Παρακολούθηση παρενεργειών των ψυχοφαρμάκων.

Τυπικά Συμπτώματα ψυχικά αρρώστου

Τυπικά Συμπτώματα ενός ψυχικά αρρώστου υπάρχουν ψυχικά και σωματικά. Ψυχικά συμπτώματα όπως: απόσυρση, αυτισμός, αβουλησία, αλαλία, αρνητισμός, αμφιθυμία, ηχωλαλία, αλλοτριοπροσωπία, αλλοιοπροσωπία.

Σωματικά συμπτώματα όπως: ανορεξία - απώλεια βάρους, Ξηροστομία, σωματική αδυναμία, σιδήματα κάτω άκρου, ορθοστατική υπόταση.

B. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας περιλαμβάνει: α) ιεράρχηση των αναγκών, β) διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών, γ) επιλογή ενεργειών και μεθόδων παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας λαμβάνονται υπόψη: α) ο άρρωστος με την προσωπική έκφραση της αρρώστιας του β) οι αρχές της ψυχιατρικής και της ψυχιατρικής νοσηλευτικής γ) οι γνώσεις, η ικανότητα, οι δεξιότητες, η κλινική πείρα, η εφευρετικότητα και η ευαισθησία της ψυχιατρικής αδελφής δ) το περιβάλλον που θα νοσηλευτεί ο άρρωστος (νοσοκομείο, σπίτι, κέντρο υγείας)

Η ιεράρχηση των αναγκών του αρρώστου κατευθύνει τις νοσηλευτικές ενέργειες. Παρότι ο άρρωστος εισέρχεται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο για προβλήματα ψυχικής υγείας, η νοσηλεία περιλαμβάνει και την σωματική του υγεία. Είναι δυνατόν να δοθεί προτεραιότητα σε σωματικό πρόβλημα, π.χ. από το κυκλοφορικό ή το αναπνευστικό. Προκειμένου για καταθλιπτικό άρρωστο θα είναι η λήψη μέτρων για την πρόληψη αυτοκτονίας. Οι ανάγκες του ψυχικά αρρώστου μεταβάλλονται ανάλογα με τις αντιδράσεις, τις εκδηλώσεις και την πορεία της αρρώστιας του, αυτό προϋποθέτει ανασκόπηση του νοσηλευτικού σχεδίου.

Νοσηλευτικοί Σκοποί στη Νοσηλεία του Ψυχικά Αρρώστου

Οι Νοσηλευτικοί σκοποί στη νοσηλεία του ψυχικά αρρώστου είναι:

- α) Ανακούφιση του αρρώστου από φόβο - άγχος
- β) Παρακολούθηση της δράσης των ψυχοφαρμάκων
- γ) Περιγραφή μονολόγου ή διαλόγου του αρρώστου για εξακρίβωση ψευδαισθήσεων και παρανοϊκών ιδεών
- δ) Παρακολούθηση της αντίδρασης μετά από νέα θεραπευτική αγωγή

- ε) Κινητοποίηση και συμμετοχή σε δραστηριότητες
- στ) Φροντίδα και διδασκαλία ατομικής υγιεινής
- ζ) Επικοινωνία με την οικογένεια
- η) Προετοιμασία για την έξοδο από το ψυχιατρικό νοσοκομείο
- θ) Ενίσχυση της επικοινωνίας του αρρώστου με άλλους αρρώστους, με το υπόλοιπο προσωπικό, με την οικογένεια.

Γ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα δεν είναι απλές τεχνικές διαδικασίες, αλλά σύνθεση νοσηλείων από τεχνικές νοσηλείες και θεραπευτικές στάσεις μέχρι θεραπευτικούς ρόλους και τρόπους συμπεριφοράς. Η αγάπη και η συμπάθεια, η αποδοχή, η καλοσύνη και η ειλικρίνεια αναφέρονται ως οι σπουδαιότερες θεραπευτικές στάσεις. Οι στάσεις αυτές επεκτείνονται πέρα από τον άρρωστο και στο σύνολο του προσωπικού του τμήματος. Θεραπευτικοί ρόλοι είναι ο ρόλος της συμβολικής μητέρας, του δασκάλου, του συμβούλου. Η νοσηλευτική φροντίδα εφαρμόζεται σε κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον. Είναι η ανθρωπίνη παρουσία που εξασφαλίζει ψυχική άνεση, προστασία και ασφάλεια. Η ψυχιατρική αδελφή μεταφράζει σε καθημερινή δραστηριότητα τους νοσηλευτικούς στόχους. Η όλη νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει και την οικογένεια του αρρώστου. Η ψυχιατρική αδελφή αναλαμβάνει σημαντικό μέρος στην εκπαίδευση της οικογένειας στο θέμα της συναισθηματικής απεμπλοκής, ώστε να μην πιέζεται τόσο πολύ ο άρρωστος από την ανησυχία των γονιών ή των άλλων συγγενών. Αυτό σημαίνει αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο.

Η ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα γίνεται σε συνεργασία με την ψυχιατρική ομάδα και το υπόλοιπο προσωπικό του τμήματος.

Τυπικά Παραδείγματα Νοσηλευτικών Εφαρμογών

- 1) Προγραμματισμένη παρακολούθηση ζωτικών σημείων και φυσιολογικών λειτουργιών του αρρώστου.
- 2) Προστασία από βλάβη στον εαυτό του και στους άλλους.
- 3) Ενεάρρυνση και συμπαράσταση του αρρώστου για συμμετοχή του σε διάφορες εκδηλώσεις.
- 4) Χορήγηση των παραγγελεθέντων ψυχοφαρμάκων.
- 5) Γραπτή και προφορική ενημέρωση της ψυχιατρικής ομάδας για την κατάσταση του αρρώστου.
- 6) Πρατροπή για απασχόληση και παροχή υλικού γι αυτήν.
- 7) Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας του.
- 8) Παρακολούθηση καθημερινών συναισθηματικών εκδηλώσεων.

Δ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι μία συνεχής διεργασία σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας. Αφορά την παρακολούθηση εκπλήρωσης των ειδικών σκοπών της νοσηλευτικής φροντίδας για το συγκεκριμένο άρρωστο. Εκτιμάται ο βαθμός και η έκταση της επιτυχίας, τυχόν παραλήψεις ή ανεπαρκής επίδραση ορισμένων νοσηλευτικών σκοπών. Εξετάζεται η πρόοδος του αρρώστου σε όλα τα επίπεδα, αλλά και η

προσπάθεια της ψυχιατρικής αδελφής σε αυτή την πρόοδο. Η αξιολόγηση προϋποθέτει αλλαγές που βασίζονται στην αναγνώριση νέων ψυχιατρικών προβλημάτων ή μη επίλυση των προηγούμενων, νέες μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου, νέες γνώσεις, την αυξανόμενη κλινική πείρα, την ωριμότερη ψυχιατρική σκέψη, την ευαισθητοποίηση της ψυχιατρικής αδελφής.

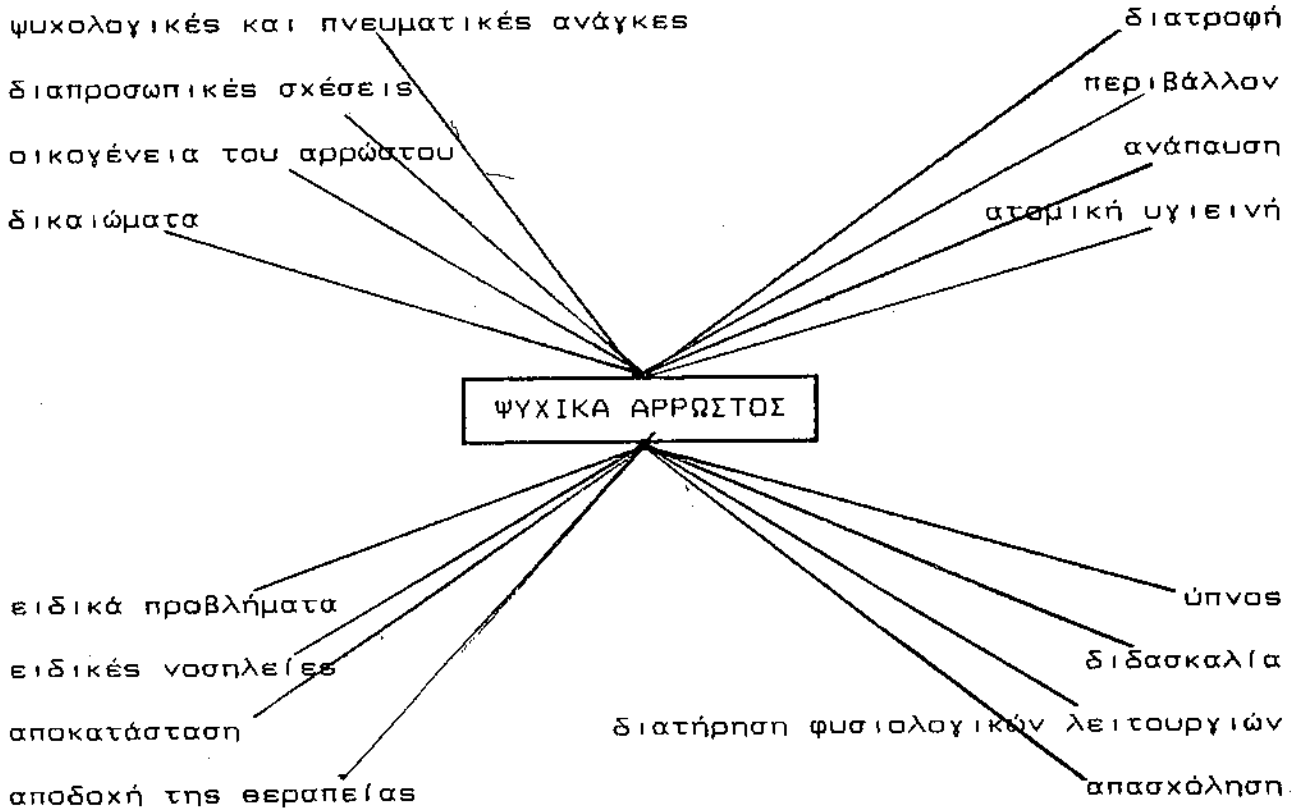
Ε. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Βασικό κριτήριο για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι ο βαθμός, στον οποίο εκπληρώθηκαν οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας. Κατά την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας του ψυχικά αρρώστου βάσει ορισμένων κριτηρίων η ψυχιατρική αδελφή οφείλει:

- α) Να αναγνωρίζει τον άρρωστο ως ολοκληρωμένη ψυχοσωματική ενότητα.
- β) Να επισημάνει και να εξακριβώνει τις ψυχικές διαταραχές.
- γ) Να επαληθεύει το βαθμό που επιτυγχάνονται οι νοσηλευτικοί σκοποί.
- δ) Να εκτιμά τις θετικές πλευρές της προσωπικότητας του.
- ε) Να δημιουργεί και να διατηρεί το θεραπευτικό περιβάλλον.
- στ) Να επισημαίνει και να εξακριβώνει τυχόν οικογενειακά προβλήματα και το βαθμό που επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση του αρρώστου.
- ζ) Να ανακαλύπτει ιδιαίτερες ανάγκες και δυσκολίες του αρρώστου.

Ολοκληρωμένη ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα

Σεβασμός της προσωπικότητας του αρρώστου



Εξοδος από το ψυχιατρικό νοσοκομείο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ

Η οικογένεια που αποδέχεται σωστά τον ψυχασθενή μπορεί να είναι ένας πολύ θετικός παράγοντας για την επανένταξή του στην κοινότητα. Δυστυχώς, σύμφωνα με ομολογίες στο Ψυχιατρείο Δαφνίου, οι περισσότερες οικογένειες απορρίπτονται και δεν δέχονται το μέλος τους που έχει ψυχικά προβλήματα. Αυτό είναι αποτέλεσμα της γενικότερης κοινωνικής αντιμετώπισης και του στιγματισμού αυτών των ανερώπων με τον χαρακτηρισμό του "τρελού". Η απροθυμία της οικογένειας να δεχτεί τον ψυχασθενή είναι ένα πραγματικά μεγάλο πρόβλημα. Συνήθως τον εγκαταλείπει σταδιακά και στο τέλος εξαφανίζεται. Το καλό οικογενειακό περιβάλλον έχει μεγάλη σημασία για την επανένταξη των ψυχασθενών. Όταν αυτοί είναι δυνατόν να ζήσουν με την οικογένεια τους, είναι απαραίτητη η ενημέρωση των συγγενών για την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθούν καθώς και τακτικές επισκέψεις στον ψυχίατρο. Η αποδοχή του ψυχασθενή από την οικογένεια είναι ουσιαστική, γιατί τότε αναγκαστικά ακολουθεί και η αποδοχή του από την κοινωνία.

Όταν ο άρρωστος βρίσκεται στο ψυχιατρικό ίδρυμα

Οι επισκέψεις από τους συγγενείς επιτρέπονται σχεδόν ελεύθερα στα περισσότερα ψυχιατρικά τμήματα, εκτός ίσως όταν αυτές γίνονται στη διάρκεια των γευμάτων, θεραπευτικών συγκεντρώσεων και δραστηριοτήτων ή όταν ο άρρωστος είναι ακόμη πολύ διαταραγμένος. Το προσωπικό μπορεί να πληροφορήσει τους συγγενείς και τον άρρωστο για τα πράγματα που ίσως χρειασθούν για την παραμονή του στο ψυχιατρείο (ατομικά είδη υγιεινής, κ.λ.π.). Οι συγγενείς είναι συχνά τα μόνα άτομα που μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την κατάσταση του αρρώστου και τα συμπτώματά του και να βοηθήσουν έτσι στην διάγνωση.

Όταν ο άρρωστος εξέρχεται από το ψυχιατρικό ίδρυμα

Όταν πια έχει γίνει η διάγνωση και ο άρρωστος και οι συγγενείς του μπορεί να αισθάνονται απελπισμένοι, είναι πολύ σημαντικό να γίνει αποδεκτό, ότι παράλο που μπορεί να υπάρχουν καθημερινά προβλήματα, η λειτουργικότητα του ατόμου δε θα πρέπει να εξαρτάται από την ασθένεια. Συνήθως δε μπορούμε να μιλήσουμε για "ίαση" γιατί μερικά συμπτώματα μπορεί να επανέλθουν αργότερα. Ωστόσο είναι δυνατό, να χρησιμοποιηθεί ο όρος "κοινωνική ανάρρωση" που σημαίνει καλή λειτουργικότητα σε όλες τις πλευρές της ζωής (σχολείο, επάγγελμα, διαπροσωπικές σχέσεις) όσο συνεχίζεται η θεραπεία. Το πιο σημαντικό πράγμα που πρέπει να κάνει ο συγγενής είναι να δείξει στον άρρωστο ότι υπάρχει μπροστά του ένα ενδιαφέρον μέλλον, έστω κι αν δεν είναι αυτό που ονειρευόταν.

Θα πρέπει να ασκείται πίεση στον ψυχασθενή:

Πριν ακόμη από την εκμάθηση ενός επαγγέλματος, θα πρέπει το άτομο να αποκτήσει αυτοεπάρκεια, δηλαδή να μάθει να φροντίζει μόνο του την προσωπική του υγιεινή, την τροφή και το ντύσιμό του. Οι συγγενείς θα πρέπει να τον βοηθούν και να τον ενθαρρύνουν σε αυτό. Πόση θα είναι αυτή η πίεση, εξαρτάται από την φάση στην οποία βρίσκεται η αρρώστεια και από το τι είναι αυτό που πιέζεται το άτομο να κάνει. Αν εξακολουθούν να υπάρχουν εμφανή σημεία της αρρώστειας η οικογένεια θα πρέπει να αποφασίσει ποιο είναι το πιο σημαντικό και ποιο είναι το λιγότερο σημαντικό, για να γίνει. Για παράδειγμα αν εξακολουθεί να έχει ενεργά συμπτώματα της αρρώστιας, το να τον ενθαρρύνει κανείς να παίρνει κανονικά τα φάρμακά του, είναι πιο σημαντικό από το να πιέζεται να στρώνει το κρεβάτι του. Μερικές φορές οι συγγενείς στην προσπάθειά τους να επαναφέρουν τα πάντα στον προηγούμενο ρυθμό όσο το δυνατό πιο γρήγορα, προσδοκούν πάρα πολλά σε σύντομο χρονικό διάστημα. Συχνά οδηγεί πιο εύκολα στην επιτυχία η απόφαση για το τι είναι σημαντικό να γίνει και η παρακολούθηση ότι αυτό έγινε. Τα υπόλοιπα μπορεί να περιμένουν. Πιθανά ο πιο εύκολος τρόπος για να ξεκινήσει κανείς είναι να περιμένει από τον άρρωστο να φέρει σε πέρας κάποιες δραστηριότητες που τον ευχαριστούν. Αυτό εγγυάται την επιτυχία και μικρές επιτυχίες αυξάνουν την ευχαρίστηση και την εμπιστοσύνη στην αξία του εαυτού του. Θα ήταν καλύτερα να υπήρχε συμφωνία με όλα τα μέλη της οικογένειας έτσι ώστε να μην αναπτύσσονται ανταγωνισμοί και ζήλεια. Μπορεί επίσης ο συγγενής να συζητήσει με τον ίδιο ή τον θεραπευτή του για το τι είναι κατάλληλο για τον ίδιο τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Φροντίδα ενός σχιζοφρενούς

Ο σχιζοφρενής δεν είναι το μόνο άτομο στην οικογένεια και δε θα ήταν σωστό να φροντίζει κανείς αποκλειστικά και μόνο τον ίδιο. Οι απαιτήσεις και τα αισθήματα και των άλλων μελών της οικογένειας πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη. Θα πρέπει να τονιστεί στην οικογένεια ότι όταν η κατάσταση βελτιωθεί θα αναλάβει και πάλι τις υποχρεώσεις του. Ίσως υπάρξει κίνδυνος όταν ο σχιζοφρενής προτιμά για πολύ χρόνο αυτή την "ιδιαιτέρη μεταχείριση". Η κατάσταση τότε θα πρέπει να συζητηθεί με όλα τα μέλη της οικογένειας και τον υπεύθυνο γιατρό.

Σχιζοφρένεια και απόκτηση παιδιού

Υπάρχει περίπου 1% πιθανότητα για ένα παιδί που γεννιέται οπουδήποτε στον κόσμο να αναπτύξει σχιζοφρένεια όταν μεγαλώσει. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει στο 10% περίπου αν κάποιος από τους γονείς είναι σχιζοφρενής. Αν μάλιστα και οι δύο γονείς είναι σχιζοφρενείς η πιθανότητα είναι περίπου 40% να αναπτύξει το παιδί σχιζοφρένεια.

Η απόκτηση ενός παιδιού μπορεί να είναι δοκιμασία και ταλαιπωρία για τον σχιζοφρενή γονέα. Ο τοκετός αυτός καθ' αυτός μπορεί να προκαλέσει κάποια ένταση. Επειδή χρειάζεται να γίνει διακοπή των λαμβανόμενων φαρμάκων στο πρώτο τρίμηνο της κύησης για την προστασία του εμβρύου η νόσος στη μητέρα μπορεί να επιδεινωθεί.

Αλλά και οι συνεχείς απαιτήσεις του βρέφους και η διαρκής υπευθυνότητα των γονέων είναι συχνά δυσβάσταχτες για πολλά άτομα με σχιζοφρένεια. Το να είσαι γονέας είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη αποστολή για άτομα που έχουν νοσήσει από σχιζοφρένεια και χρειάζεται να υπάρχει βοήθεια και υποστήριξη από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον καθώς και η σχετική οικονομική άνεση.

Βοήθεια σ' ένα μελαγχολικό - καταθλιπτικό άρρωστο

Συμπτώματα κατάθλιψης δεν θα πρέπει ποτέ να αφεθούν απαρατήρητα και θάταν καλύτερο να αναφερθούν στον υπεύθυνο γιατρό. Κατάθλιψη σημαίνει αισθήματα απελπισίας, ανημπόριας, ενοχής και αυτοκατηγορίας. Μπορεί επίσης να υπάρχουν απάθεια, αϋπνία, απώλεια ενδιαφέροντος για τα ενδιαφέροντα και ιδέες αυτοκτονίας. Οι συγγενείς προσπαθούν να βρίσκονται σε επιφυλακή και κοντά στον άρρωστο τους και δεν τον κατηγορούν επειδή έγινε καταθλιπτικός. Ίσως να μην μπορεί να πει τι έχει μέσα στο μυαλό του. Πρέπει να λένε και να κάνουν πράγματα που θα τον βοηθήσουν να αισθανθεί καλύτερα. Ενεργούν τη σωματική άσκηση, το καλό φαγητό, τον κανονικό ύπνο και τις κοινωνικές σχέσεις, αλλά δεν πρέπει να απόγοητευτούν αν δεν ακολουθήσει τις συμβουλές τους. Δεν πρέπει να αφεθούν να μελαγχολήσουν και εκείνοι.

Αποτελεί η ψυχασθένεια λόγο για διαζύγιο;

Αν η αρρώστεια υπήρχε πριν από το γάμο, η σύζυγος ξέρει ίσως τι μπορεί να συμβεί και έτσι είναι ανεκτική και αποδέχεται καλύτερα την κατάσταση. Αν όμως η αρρώστεια εμφανισθεί μετά τον γάμο είναι συχνά πολύ δύσκολο για τη σύζυγο. Συχνά ο ασθενής και η οικογένεια του ρίχνουν το φταίξιμο στην σύζυγο και αυτή στον εαυτό της. Όταν υπάρχουν μικρά παιδιά στην οικογένεια, αυτό αποτελεί αιτία και αφορμή ιδιαίτερης έντασης και επιβάρυνσης. Ένα άτομο που πάσχει από ψυχική νόσο μπορεί να είναι ανίκανο να εκπληρώσει το ρόλο του σαν γονέας και τότε η σύζυγος μπορεί να αισθάνεται και σαν μοναδικός γονέας και σαν νοσοκόμα και σαν το μοναδικό άτομο που συντηρεί οικονομικά το σπίτι. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκαλέσει απογοήτευση, μνησικακία και να οδηγήσει τελικά στο διαζύγιο. Θα χρειασθούν, για να βρεθεί μια λύση, συζητήσεις με τον ασθενή, την οικογένεια του και τους φίλους του. Επίσης η σύζυγος μπορεί να μιλήσει με τους δικούς του συγγενείς και φίλους, τον γιατρό του, την κοινωνική λειτουργό, ένα δικηγόρο κα πιθανό με ένα παπά. Καλό θα είναι οι συζητήσεις να γίνονται με ανθρώπους που καταλαβαίνουν.

Βοήθεια σε περίπτωση έξαρσης των συμπτωμάτων

Την περίοδο που τα συμπτώματα έχουν λίγο ή πολύ εξαφανιστεί την ονομάζουμε "ύφεση". Όταν τα συμπτώματα ξαναπαρουσιασθούν σε σημαντικό βαθμό, τότε μιλούμε για υποτροπή. Οι υποτροπές ανησυχούν και τον άρρωστο και τους συγγενείς του. Είναι καλύτερα οι συγγενείς να μην περιμένουν μέχρι που η κατάσταση επιβαρυνθεί πολύ, αλλά να δράσουν γρήγορα. Θα πρέπει να ανησυχούν όταν ο άρρωστος τους αρχίζει να συμπεριφέρεται έτσι όπως φερόταν λίγο πριν αρρωστήσει. 1) Το πρώτο που πρέπει να κάνουν είναι να τον ρωτήσουν τι είναι αυτό που τον στενοχωρεί, 2) Το δεύτερο βήμα

είναι να ενημερώσουν τον ψυχίατρο, τον οικογενειακό ή αγροτικό γιατρό που τον παρακολουθεί. Μπορούν να απευθυνθούν σε νοσοκομείο της περιοχής τους ή σε κέντρα υγείας, όπου υπάρχει ψυχίατρος ή και να απευθύνονται τα πρωινά εργάσιμων ημερών στα εξωτερικά ιατρεία, 3) Όταν η κατάσταση αντιμετωπισθεί στα αρχικά της στάδια, υπάρχουν περισσότερες ελπίδες για καλύτερη συνεργασία με τον άρρωστο και μεγαλύτερη επιτυχία στη θεραπεία.

5.2 Η ΑΝΤΙΩΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Γενικά:

Η κοινωνία κινδυνεύει αδιάκοπα να διαπράξει μια καλοπροαίρετη προδοσία απέναντι στα μέλη εκείνα της κοινωνίας που απορρίχτηκαν από αυτή, σαν άρρωστοι μέσα στην ψυχιατρική κατάσταση. Η κοινωνία αποκλείει πράξεις, θεωρίες, συμπεριφορές και άτομα. Άτομα που ανήκουν στην ανάρμοστη τάξη, στην ανάρμοστη φυλή, στο ανάρμοστο σχολείο, στην ανάρμοστη οικογένεια, στον ανάρμοστο σεξουαλισμό, στην ανάρμοστη νοστροπία. Ο ψυχασθενής που έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο δυσκολεύεται λίγο πολύ να προσαρμοστεί στις συνηθισμένες κοινωνικές συνθήκες. Έχοντας λοιπόν κατά νου τις δυσκολίες αυτές είναι ανάγκη να έχει ένα κατάλληλο κοινωνικό πλαίσιο. Ένας από τους σκοπούς των κέντρων αποκατάστασης είναι η πρόληψη και διαφώτιση του κοινού για τον ψυχικά άρρωστο και η προσφορά βοήθειας για να ξεφύγει από το στίγμα του "τρελού". Ακόμα και στις πόλεις υπάρχει γενικά ο φόβος του κόσμου για τον "τρελό". Διάφορες διαλέξεις έχουν σαν σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, γιατί οι περισσότεροι ψυχασθενείς είναι ικανοί να ζήσουν στην κοινότητα αλλά ωστόσο είναι πολύ ευάλωτοι (υποτροπές της αρρώστιας). Κύρια αρχή της κοινωνικής ψυχιατρικής είναι ότι ο ψυχασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται στο κοινωνικό περιβάλλον. Αυτό που οι ψυχασθενείς χρειάζονται είναι η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο και όχι σίκτο και φιλανθρωπία.

Εμείς και οι ψυχασθενείς

Με την κατάλληλη πολιτική στήριξη και κοινωνική υποστήριξη, είναι δυνατό ένα ξεκίνημα σε συγκεκριμένους ιδρυματικούς χώρους για την επανένταξη χρονίων ψυχασθενειών. Αν θέλει να ασχοληθεί κανείς με το πρόβλημα της κοινωνικής επανένταξης των αναπήρων και όλων εκείνων που για άλλους λόγους βρίσκονται στο περιθώριο της κοινωνίας, τότε πρέπει να ανατρέξει πρώτα στις βασικότερες φάσεις της πορείας μέσα στην οποία προξενήθηκε και καθορίστηκε η απόκλισή τους από το κανονικό, όπως επίσης και η αντίστοιχη ταξινόμησή τους σε κατηγορίες "αναπηρίας" (FRANCO BASAGLIA). Όπως η αποιδρυματοποίηση προωθείται με την επανένταξη της προσωπικής ιστορίας κάθε πάσχοντα, έτσι και το ξεπέρασμα της ασυλιακής λογικής και η σταδιακή κατάργηση της ιδρυματικής περιεαλψης προϋποθέτει την επανεξέταση της πορείας εξέλιξης της και των παραγόντων που τη διαμόρφωσαν. Συνεχίζουμε να ψάχνουμε την εξουσία έξω από εμάς, να αεώνουμε εκ των προτέρων - στο όνομα μιας προσδευτικότητας - τους εαυτούς μας από την συνεργεία στον κοινωνικό αποκλεισμό μειονεκτούντων ατόμων και την συνήθεια να καταγγέλλουμε τον κοινωνικό φασισμό χωρίς να βλέπουμε την καθημερινή άσκηση του από εμάς τους ίδιους. Η προσπάθεια ανασεώρησης του ρόλου μας και η τοποθέτηση της καθημερινότητας στο επίκεντρο της αναφοράς μας θα αποδεσμεύσει δυνατότητες ουσιαστικής συμμετοχής στο ξεπέρασμα του αποκλεισμού. Χωρίς την ιδεολογική αιόσυρη και αναβολή στην αναμονή της μεγάλης

παρέμβασης, αλλά με τις καθημερινές μικροπαρεμβάσεις και εναλλακτικές δομές.

5.3 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

Η προσπάθεια παροχής βοήθειας στην κοινότητα είναι βασικό τμήμα του γενικότερου προγράμματος της κοινωνικής ψυχιατρικής και αποβλέπει στην δημιουργία μιας συνέχειας και αλληλοεξαρτήσεως των διαφόρων υπηρεσιών που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση όλου του φάσματος της ψυχικής νόσου, δια μέσου Κ.Ψ.Υ. και κινητών Μονάδων Ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου.

A. Κ.Ψ.Υ.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) είναι ίδρυμα για την εξυπηρέτηση του κοινού στον τομέα της ψυχικής υγείας και επιχορηγείται και ελέγχεται από τα Ε.Κ.Τ. της Ε.Ο.Κ. όσον αφορά στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης. Τα Κ.Ψ.Υ. στην Ελλάδα λειτουργούν με πρότυπο τη σχετική έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η οποία με τη σειρά της στηρίζεται στο Γαλλικό πρότυπο που ισχύει για τις μονάδες ημερήσιας περίθαλψης "PARIS-FRANCE, ASSOCIATION LE LAN RETRAIRE".

Το Κ.Ψ.Υ. έχει σαν σκοπό α) την πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών και ψυχολογικών προβλημάτων και β) την ενημέρωση του κοινού και ομάδων ειδικών ενδιαφερομένων στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγιεινή. Γενικότερος σκοπός του είναι μια προσπάθεια αποφυγής της ασυλοποίησης των ψυχασθενών.

Το Κ.Ψ.Υ. συνδέεται με α) τους φορείς της κοινότητας (δήμος ή δήμοι, πολιτιστικοί φορείς, σύλλογοι γονέων, σχολεία, κ.λ.π.). Ιδιαίτερα στον τομέα της πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης η ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας είναι απόλυτα αναγκαία, β) τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης της περιοχής (Κέντρα Υγείας κ.λ.π.), γ) τις μονάδες κλειστής ψυχιατρικής περίθαλψης που αντιστοιχούν στο Κ.Ψ.Υ. (ψυχιατρικός τομέας, ψυχιατρείο), δ) τις μονάδες αποκατάστασης που αντιστοιχούν στο Κ.Ψ.Υ. (επαγγελματικό και προστατευμένο εργαστήριο), ε) Ξενώνες. Το Κ.Ψ.Υ. τείνει να καλύψει τις ανάγκες της περιοχής του σε 24ωρη βάση. Ένα Κ.Ψ.Υ. με περιοχή ευθύνης 150.000 στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα που την αποτελούν: 4 ψυχίατροι, 2-3 ψυχολόγοι, 4 κοινωνικοί λειτουργοί, 2 επισκέπτριες αδελφές, 1 εργοθεραπευτής, 2 διοικητικοί υπάλληλοι, 1 υπάλληλος που ανήκει στο βοηθητικό προσωπικό. Στο Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί παιδοψυχιατρικό τμήμα που στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα με: 2-3 παιδοψυχίατρους, 2 ψυχολόγους, 2 κοινωνικούς λειτουργούς, 1 λογοπεδικό, 1 ειδικό στις μαθησιακές δυσκολίες (ειδικός παιδαγωγός).

Επίσης το Κ.Ψ.Υ. περιλαμβάνει τα εξής τμήματα:

- α) Συμβουλευτικό Σταθμό που αποβλέπει να είναι η ψυχιατρική μέριμνα και προστασία πιο κοντά στον πληθυσμό
- β) Κέντρο εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και παρακολούθησης.

Δέχεται τα άτομα αυτά που μπορεί να παραπέμπονται από τις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων μετά τη νοσηλεία τους ή από τα Νοσοκομεία Νύχτας και Ημέρας. Ταύτο έχει την πλήρη ψυχοφαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική ευθύνη των ασθενών του.

- γ) Νοσοκομείο Ημέρας: Τα άτομα που έχουν αποθεραπευτεί ικανοποιητικά έχουν την ευκαιρία να εργαστούν στη διάρκεια της μέρας στο υγιές ψυχοθεραπευτικό και ψυχοπροφυλακτικό περιβάλλον του Νοσοκομείου Ημέρας.
- δ) Νοσοκομείο Νύχτας: Επιτρέπει την παραμονή στα άτομα που στερούνται το οικογενειακό τους περιβάλλον και δεν είναι δυνατόν να μείνουν μόνα, ωστόσο εργάζονται στο Νοσοκομείο Ημέρας και απασχολούνται με κάποια επαγγελματική δραστηριότητα μέσα στην κοινότητα.
- ε) Τμήμα Κοινωνικής Αποκατάστασης: Από το κέντρο αυτό συνεχίζεται η μέριμνα για τον ψυχικά άρρωστο με την επανένταξη στην κοινότητα και στον προηγούμενο από την ψυχική διαταραχή τρόπο ζωής.

Ακόμα περιλαμβάνει:

1) Ξενώνες, 2) Θεραπευτικές Λέσχες, 3) Προστατευτικά Εργαστήρια και τέλος χώρους απασχόλησης ενηλίκων και παιχνιδιοθεραπείας για τα παιδιά του παιδοψυχιατρικού τμήματος.

Τα Κ.Ψ.Υ. που θα καλύπτουν ημιαστικές - αγροτικές περιοχές θα έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: α) Μικρότερη σύνθεση διεπιστημονικής ομάδας, β) Στενότερη σύνδεση με τα Κέντρα Υγείας, γ) Ανάπτυξη κινητών μονάδων, όταν το απαιτούν ειδικοί γεωγραφικοί και πληθυσμιακοί λόγοι μέσα στα πλαίσια του έργου τους.

Β. Κινητές μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου

Κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου στο νομό Φωκίδας λειτουργεί από το 1981 και καλύπτει με το έργο της τις ανάγκες του Νομού σε :

1. Πρόληψη

α. Εκπαίδευση του πληθυσμού για την αλλαγή της στάσης απέναντι στην ψυχική νόσο και για την διευκόλυνση της κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.

β. Ειδικά σεμινάρια και συνεργασία με άτομα ορισμένων κλάδων που έχουν άμεση σχέση με τα θέματα ψυχικής υγείας: Αγροτικοί γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, χωροφυλακή, κλήρος, δικαστικές αρχές, κ.λ.π.

γ. Εργασίες πρόληψης με δασκάλους και γονείς για την κοινή αντιμετώπιση παιδιών με ψυχολογικά και μαθησιακά προβλήματα.

2. Περίθαλψη

α. Αντιμετώπιση οξέων περιπτώσεων ή ψυχωσικών υποτροπών

β. Συστηματική παρακολούθηση και νοσηλεία χρόνιων περιστατικών για την αποφυγή υποτροπής

γ. Γενικές δραστηριότητες στην κατεύθυνση του σκοπού ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας

3. Αποκατάσταση

Εργασία με την οικογένεια, την κοινότητα, την εργασία ή άλλους

φορείς για την κοινωνική αποκατάσταση και επαγγελματική επανένταξη ψυχικά ασθενών ή αναπήρων ατόμων.

4. Το όλο έργο έχει και ερευνητικό χαρακτήρα εκτίμησης αναγκών και παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών και συνδυάζεται με ένα πρόγραμμα επιδημιολογικής μελέτης (νοσηρότητα και στάση απέναντι στην ψυχική νόσο)

5. Ένας επιπλέον στόχος είναι η μετεκπαίδευση με υποτροφίες των στελεχών της κινητής μονάδας και η συνεχής εκπαίδευση σε στελέχη ψυχικής υγείας.

Το πρόγραμμα ενός ψυχασθενή που παραμένει στην κοινότητα (εκτός Ψυχιατρείου) θα πρέπει να περιλαμβάνει όσο το δυνατό περισσότερες διασυνδέσεις με άτομα και υπηρεσίες του περιβάλλοντος που ζει. Η ομάδα επιστημόνων που παρακολουθεί τον άρρωστο έρχεται σε συνεχή επαφή με την οικογένειά του, τους δασκάλους ή καθηγητές του, τον οικογενειακό γιατρό, γραφεία εξευρέσεως εργασίας, κοινωνικούς ασφαλιστικούς φορείς και κρατικές υπηρεσίες με προγράμματα απασχόλησης και οικονομικής βοήθειας κ.α.

Βασικός σκοπός είναι να παραμείνει το άτομο στην κοινότητα, χωρίς η αρρώστειά του να επηρεάζει τις σχέσεις του με τους άλλους και τις δραστηριότητες του γενικότερα. Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες ψυχιατρικής είναι πολύ αναπτυγμένες και βοηθούν στο να αποφευχθεί η επάνοδος του ατόμου στο Ψυχιατρείο. Στην Ελλάδα η ανάπτυξη παρόμοιων υπηρεσιών έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Σκοπός είναι πάντα να κρατηθεί ο ψυχοδιανοητά άρρωστος έξω από το ψυχιατρείο, κοντά στην οικογένειά του.

5.4 Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η Νοσηλεύτρια στην κοινότητα αποτελεί ένα φυσικό και πολύ αποτελεσματικό αγωγό, τόσο για την ανακάλυψη νέων περιστατικών που έχουν ανάγκη από ψυχιατρική φροντίδα, όσο και για τον τρόπο οργάνωσης και παροχής πολλών άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η Νοσηλεύτρια έχει συνηθίσει να εργάζεται σε διάφορους χώρους και Κέντρα της κοινότητας, με άτομα κάθε ηλικίας και κοινωνικής τάξης. Η εργασία της αγκαλιάζει ολόκληρη την οικογένεια και περιλαμβάνει όλες τις φάσεις της φροντίδας - προαγωγής υγείας, πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση συνεχή φροντίδα και αποκατάσταση. Επειδή η Νοσηλεύτρια βρίσκεται κοντά στην οικογένεια, τη γειτονιά και την κοινότητα είναι σε θέση, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον να βοηθήσει και να λάβει ενεργό μέρος στην εργασία κάθε Ψυχιατρικού Κέντρου. Μπορεί να διακρίνει κατά πόσο θα βοηθήσει ή θα βλάψει μια συγκεκριμένα οικογένεια, η εισαγωγή κάποιου μέλους της στο Νοσοκομείο. Ακόμη γνωρίζει πως τα συμπτώματα που παρουσιάζει το άτομο σχετίζονται με τον χαρακτήρα του, καθώς και πόση υποστήριξη είναι σε θέση να δώσει η οικογένεια στο μέλος της που επιστρέφει στο σπίτι από το Νοσοκομείο. Γνωρίζει τις οικογένειες αρκετά καλά, ώστε να είναι σε θέση να υπολογίσει κατά πόσο μπορούν να αντέξουν σε μια περίοδο κρίσης ή σε ένα έντονο STRESS. Τέλος είναι σε θέση να επηρεάσει την κοινή γνώμη σε θέματα σχετικά με την ψυχική υγεία. Η εξειδικευμένη αυτή νοσηλεύτρια χρησιμεύει σαν σύμβουλος σε θέματα ψυχικής υγείας σε άλλες νοσοκόμους της κοινότητας, σε δασκάλους, αρχηγούς ομάδων και εργαζόμενους. Γενικά η ψυχιατρική νοσηλεύτρια στην κοινότητα, επωμίζεται το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τις υπηρεσίες πρόληψης, την Προνοσοκομειακή και Μετανοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα. Ο εσμός της Ψυχιατρικής της κοινότητας επεκτείνεται συνέχεια, ιδιαίτερα με την προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την δημιουργία κατάλληλα εξοπλισμένων Κέντρων Υγείας.

I) Πώς μπορεί να αναγνωρισθεί η επανεμφάνιση της αρρώστειας

Η ψυχική νόσος έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα και όταν πρωτοπαρουσιάζεται και όταν επανεμφανίζεται. Πολλά άτομα αναφέρουν ότι η αρχική αρρώστεια εμφανίστηκε απροειδοποίητα, "στα καλά καθούμενα". Ωστόσο, μετά από το πρώτο επεισόδιο, τα άτομα ευαισθητοποιούνται και μπορούν πια εύκολα να αναγνωρίσουν προειδοποιητικά σημεία. Μερικά απ' τα συνηθέστερα είναι: ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, ανεξέλεγκτα συναισθήματα, δυσκολίες στη σκέψη, κοινωνική απομόνωση, αυξημένη καχυποψία για πράξεις άλλων ανδρών, προβλήματα στον ύπνο κ.λ.π. Μεγάλες και γρήγορες αλλαγές στη ζωή μπορούν να επισπεύσουν την εμφάνιση της αρρώστειας.

II) Πώς μπορεί να ελεγχθεί η επανεμφάνιση της αρρώστειας

Ο έλεγχος συνίσταται στο να εξαλειφθεί ο παράγοντας που συνδέθηκε με την επανεμφάνιση, και να αυξηθούν τα φάρμακα. Αν η

επανεμφάνιση της αρρώστειας αναγνωριθεί γρήγορα, μπορεί η εξέλιξή της να σταματήσει με την προσωρινή αύξηση της δόσης των φαρμάκων και την προσωρινή επίσης απομάκρυνση του ατόμου από το περιβάλλον, που προκαλεί πολλά και άσχημα ερεθίσματα στον άρρωστο.

Το άτομο με σχιζοφρένεια θα πρέπει να μάθει να αποφεύγει και συνεήκες ή καταστάσεις όπου δεν υπάρχουν ερεθίσματα, γιατί αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απάθεια και χάσιμο κάθε πρωτοβουλίας. Η ισορροπία αυτή ανάμεσα στα πολλά κι στα λίγα ερεθίσματα από το περιβάλλον είναι βέβαια κάπως δύσκολο να επιτευχθεί, ωστόσο το άτομο πρέπει να διδάσκεται για να μπορεί να την πραγματοποιεί. Όταν αρχίσουν να εμφανίζονται έντονα συμπτώματα της αρρώστειας, τότε θα πρέπει να περιορίζεται ο φόρτος εργασίας, οι πολλές κοινωνικές σχέσεις και οι απαιτήσεις από τις δραστηριότητες του ατόμου. Αν αυτά αρχίσουν να εφαρμόζονται σχετικά γρήγορα, υπάρχουν πολλές ελπίδες να αποφευχθεί η είσοδος στο ψυχιατρείο. Όλοι αυτοί οι περιορισμοί αποτελούν βέβαια προσωρινές καταστάσεις που διακόπτονται όταν η κρίση έχει πια περάσει.

III) Είναι απαραίτητη κάποια ειδική διαίτα:

Δεν συνίσταται κάποια ειδική διαίτα, αλλά είναι απαραίτητο να συνεχίζει το άτομο να τρέφεται κανονικά. Η καλή θρέψη βοηθά στην βελτίωση της αρρώστειας. Δεν πρέπει βέβαια κανείς να στηριχθεί μόνο στο φαγητό, για να γίνει καλύτερα. Μερικές φορές, η γενική απάθεια του ατόμου, σημαίνει και περιορισμένα ενδιαφέρον στη λήψη τροφής. Έτσι, οδηγείται σε κακή θρέψη, εύκολη κούραση και ακόμα περισσότερη απώλεια ενεργητικότητας.

Η επιπλέον λήψη βιταμινών πάντως δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμη. Όταν κάποιος παίρνει φάρμακα για ψυχική νόσο, δεν θα πρέπει παράλληλα να πίνει σινοπνευματώδη ποτά (ούζο, κονιάκ, ρετσίνα, κ.κ.) γιατί μπορεί να προκληθούν παρενέργειες και κίνδυνοι για τη ζωή του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι τελικά φανερό ότι τα προγράμματα επανένταξης των ψυχικά ασθενών είναι κάτι που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, η οποία σ' αυτόν τον τομέα, βασίζεται κυρίως σε πρότυπα ξένων χωρών.

Θα πρέπει λοιπόν να βαδίσουμε σ' αυτά, με ενθουσιασμό αλλά και φρόνηση έχοντας υπόψη την ελληνική πραγματικότητα.

Κάθε άτομο χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση, πολύ περισσότερο ένας ψυχικά ασθενής. Η νοσηλευτική βοήθεια μπορεί να είναι σημαντική και η προσφορά μεγάλη αρκεί ο νοσηλευτής να κατανοήσει ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ένα άτομο με προσωπικότητα και σε καμιά περίπτωση δεν είναι υποδεέστερος σε σχέση με μας. Έχει κάθε δικαίωμα στην κρατική κοινωνική πρόνοια, στην περίθαλψη, στο επάγγελμα (πάντα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του), στην οικογενειακή στοργή, στις διαπροσωπικές σχέσεις και φυσικά έχει κάθε δικαίωμα να ζήσει ανάμεσα μας.

Όλοι λίγο πολύ κρατάμε στα χέρια μας τις προϋποθέσεις για να γίνει αυτό. Αυτοί οι άνθρωποι μέσα από τα μισοειπωμένα τους λόγια και το χαμένο βλέμα δεν μας ζητάνε τίποτα παραπάνω από αυτά που δικαιωματικά τους ανήκουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελίδης Γεώργιος: "Ζώντας με τη σχιζοφρένεια στο σπίτι και στη δουλειά", **Κατερίνη 1987**
- Ανδρουλάκη Ο.: "Η νοσηλεία του ψυχικά αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας", 18 Πανελλήνιο Συνέδριο, Αθήνα 14-16 Μαΐου 1985
- Βένιου Ξ.: "Αναφορές σε εμπειρίες από τον εξωτερικό χώρο: Ιταλικό πρόγραμμα πιλότος που εφαρμόστηκε από το 1974 μέχρι 1980 από τη Χριστιανική οργάνωση εργαζομένων (A.C.C.I.) στα πλαίσια του Οργανισμού εκπαίδευσης και απασχόλησης των αναπήρων ατόμων (E.I.N.A.P.)", Εκδοση Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987
- Γιαννοπούλου Αθηνά: "Ψυχιατρική Νοσηλευτική", Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1990
- Κεσσονόπουλος Α.: "Στόχοι, περιεχόμενο, μέσα και μέθοδοι ειδικής επαγγελματικής κατάρτισης", Εκδοση Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987
- Κογκίδου Δ.: "Αναφορές σε εμπειρίες από τον ελληνικό χώρο: Προσπάθεια εφαρμογής ενός θεραπευτικού ψυχοκοινωνικού προγράμματος. Εμπειρίες και διαδικασία", Εκδοση Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987
- Κολημένου Κ.: "Η προσπάθεια του BASAGLIA στην Ιταλία", Εκδοση Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987
- Κούπερ Ντέιβιντ: "Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική", Εκδόσεις Ράππα, Αθήνα 1974
- Κρυστάλλη Α.: "Ιδιαίτερα νοσηλευτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η αδελφή σ' ένα ψυχιατρικό τμήμα ασθενών και βάσει ποιων αρχών ενεργεί για την αντιμετώπισή τους", 18 Πανελλήνιο Συνέδριο, 14-16 Μαΐου, Αθήνα 1985
- Κωνσταντινίδου: "Ο θεσμός της αποκατάστασης", Εκδοση Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987
- Λεούση Χ.: "Ευρωπαϊκό υποδειγματικό πρόγραμμα κοινωνικής αποκατάστασης (επανακοινωνικοποίησης) για χρόνιους ψυχικά πάσχοντες του ψυχιατρικού νοσοκομείου ST Brendans (DEMONSTRATION RESOCIALISATION PILOT PROJECT) Ιρλανδίας, Εκδοση Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987
- Μαδιανός Μ. και Στεφανής Κ.: "Ψυχιατρική στην κοινότητα: προοπτικές για ένα κέντρο κοινοτικής ψυχικής υγιεινής", Εγκέφαλος, τεύχος 17: 54-58, Αθήνα 1980

Μπαϊρακτάρης Κώστας: "Αποϊδρυματοποίηση και κοινωνική επανένταξη
χρόνιων ψυχασθενών"; Τετράδια Ψυχιατρικής, Θεσ/νίκη 1985

Μπαϊρακτάρης Κώστας: "Επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική
ένταξη", Τετράδια Ψυχιατρικής, Θεσ/νίκη 1985

Μπαϊρακτάρης Κώστας: "Επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ψυχικές
διαταραχές, δυνατότητες - περιορισμοί", Εκδοση Κ.Ψ.Υ., Αθήνα
1985

Μπρισίμη Γ., Βασιλειάδου Δ., Δότσιου Μ., Σιώρη Α., Καριώτη Α.:
"Πρότυπα προγράμματα επανένταξης χρόνιων ψυχασθενών", 15ο
Πανελλήνιο Συνέδριο, 17-19 Μαΐου, Κύπρος 1988

Ράλλη - Τριάντου Χ.: "Το πλούσιο του ΕΚΤ της ΕΟΚ, χρηματοδότηση
προγραμμάτων από τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες", Εκδοση Κ.Ψ.Υ.,
Αθήνα 1987

Σίδα - Κιτσοπούλου Β.: "Ο ψυχικά άρρωστος και η αντιμετώπιση του
στη σύγχρονη κοινωνία", 18 Πανελλήνιο Συνέδριο, 14-16 Μαΐου,
Αθήνα 1985

Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις ΚΒΨΠΑ, Νο 3-4, σελ. 73-90, Αθήνα
1984

Τετράδια Ψυχιατρικής, Εκδόσεις ΚΒΨΠΑ, Νο 6, σελ. 5-36, Αθήνα
1987

