

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θ Ε Μ Α : ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΗΣ :
ΚΑΡΑΜΠΕΤΣΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :
ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΑΝΟΥ



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

134

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην μελέτη αυτή θα προσπαθήσω να δώσω την εικόνα ενός ανθρώπου που πονά. Ενός ανθρώπου που αντιλαμβάνεται, σκέπτεται, αισθάνεται, εκφράζεται και συμπεριφέρεται, αλλά με έναν πόνο που είναι διάχυτος σε κάθε του κίνηση, έκφραση, αίσθημα, σκέψη, ομιλία, αντίληψη και συμπεριφορά.

Ενός ανθρώπου που πονά όχι όμως σωματικά αλλά ψυχικά. Ίσως είναι δύσκολο να διευκρινισθεί ο ψυχικός πόνος αν και οι περισσότεροι άνθρωποι τον νιώθουν καθημερινά.

Η ψυχική πλευρά είναι η άλλη όψη του νομίσματος πόνου και προσωπικά πιστεύω είναι και η πιο επώδυνη. Μπορεί να εξαφανισθεί ο σωματικός πόνος, μέχρις ενός σημείου. Ο ψυχικός πόνος όμως, είναι δύσκολο, αν όχι ακατόρθωτο, να εξαφανισθεί, πολλές φορές ακόμα και να χαλιναγωγηθεί γιατί προέρχεται από ένα τραύμα που η επούλωσή του απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια και πολλές φορές αν και φαίνεται ότι απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια και πολλές φορές αν και φαίνεται ότι η πληγή επουλώθηκε, ανοίγει απότομα, πλημμυρίζοντας στο "αίμα" και στον πόνο τον άνθρωπο.

Τον πόνο αυτού του τραύματος θα προσπαθήσω να περιγράψω σε αυτήν την μελέτη και την αντανάκλασή του πάνω στον άνθρωπο, που πονά πιο πολύ από όλους. Αυτός που αναφέρεται ως σχιζοφρενής.

Θα προσπαθήσω να διερευνήσω τον τρόπο με τον οποίο έγινε το τραύμα αυτό και το πως κατέληξε να γίνει μια μόνιμη ανοικτή πληγή αναβλύζοντας ένα διαρκή πόνο. Το

πως μπορεί να επουλωθεί αυτό το τραύμα αλλά και το πως μπορεί να αποφευχθεί, γιατί, ως γνωστόν, η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία. Το πως μπορεί να μετριασθεί ο πόνος που προκαλεί, καθώς ο τρόπος που ο διαρκής αυτός πόνος μετατρέπει τελικά τον άνθρωπο που νοσεί σε αυτόν που συνηθίζεται να αποκαλείται τρελλός, όχι σχιζοφρενής.

Ίσως καταλάβουμε μέσω αυτής της μελέτης γιατί η χειρότερη αυτή μορφή πόνου είναι συνώνυμη της τρέλλας. Και επειδή η λέξη "τρέλλα" ακούγεται κάπως άσχημα θα αναφέρεται ως σχιζοφρένεια....

Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει :

Κεφάλαιο 1ο : Την ιστορική ανασκόπηση, τα αίτια και την φύση των ψυχώσεων.

Κεφάλαιο 2ο : Την σχιζοφρένεια, διάφορες θεωρίες και την θεραπεία της σχιζοφρένειας.

Κεφάλαιο 3ο : Την νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που πάσχει από σχιζοφρένεια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ανάμεσα στους μείζονες κλάδους της ιατρικής η ψυχιατρική άρχισε να αναγνωρίζεται, να διδάσκεται και να εξασκείται ως αυτοτελής ειδικότητα τελευταία από όλες. Και κατά την κοινή αντίληψη είναι ακόμα λίγο-πολύ ταυτόσημη με την νευρολογία, αφού κάποιος που παρουσιάζει μια ψυχιατρική διαταραχή θεωρείται ότι πάσχει "από τα νεύρα του".

Η ειρωνεία του πράγματος είναι ότι η ψυχιατρική μπορεί να θεωρηθεί ως η μητέρα της ιατρικής. Η πρώτη ιατρική, που ήταν στα χέρια των ιερέων και των μάγων, είχε ουσιαστικά το χαρακτήρα της ψυχιατρικής. Εφόσον οι άνθρωποι αντιμετώπιζαν την αρρώστεια, σωματική ή ψυχική, σαν το αποτέλεσμα μιας θεϊκής βουλήσεως ή μοίρας κάθε ιατρική επέμβαση απευθυνόταν πρώτιστα στην ψυχολογία του αρρώστου. Η θεραπευτική αποτελεσματικότητα ως και της πιο πρωτόγονης ιατρικής πράξης, όπως μιας απλής χειρουργικής επέμβασης, βασιζόταν περισσότερο στο κύρος που έδινε στον ιερέα-γιατρό η ταύτισή του με την θεότητα, παρά οι επιστημονικές του γνώσεις ή η εμπιστοσύνη του αρρώστου στην ιατρική επιστήμη.

Αλλά και χωρίς μυστικοπάθεια ή προλήψεις, μπορεί να πει κανείς ότι η ψυχιατρική, από όλες τις επιστήμες που ασχολούνται με την υγεία του ανθρώπου, είναι ακόμα η λιγότερο επιστημονική. Το γεγονός ότι ο όρος ψυχιατρική περιλαμβάνει μια τόσο υπερβατική έννοια όπως η ψυχή υπογραμμίζει το πρόβλημά της, που είναι η υποκειμενικότητα

και η δυσκολία να αντιμετωπιστεί το αντικείμενό της με επιστημονικά, εμπειρικά, έγκυρα από τα πράγματα και όχι από το κύρος των λειτουργών της κριτήρια.

Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με την σπουδή, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών ή, πιο διαφοροποιημένα, ο κλάδος της ιατρικής για τον οποίο ψυχολογικά φαινόμενα έχουν πρωταρχική σημασία στη διάγνωση και θεραπεία.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

- Πρωτόγονες κοινωνίες : Η ψυχιατρική γεννήθηκε στην εκδήλωση ενός μαγικοθρησκευτικού συστήματος, με το οποίο οι πρωτόγονοι άνθρωποι προσπαθούσαν να εξηγήσουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, σαν έκφραση κακοποιών πνευμάτων ή των προγόνων, που αναγγέλλουν την παρουσία τους με την συμπεριφορά των διανοητικά ασθενών. Η εξήγηση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας αφήνεται στον μάγο, που την ερμηνεύει, ενώ όλη η φυλή πέφτει προοδευτικά σε μια κατάσταση έκστασης. Τέλος, μέσα στην απόλυτη σιγή του χωριού, ο μάγος εκφράζει το νόημα των διάφορων συμπτωμάτων. Ο διανοητικά ασθενής αντιμετωπίζεται με εξαιρετική καλοσύνη από την φυλή, γιατί εκφράζει την κατάσταση αρχέγονης αθωότητας και τον άμεσο σύνδεσμο με όλο τον τρομερό κόσμο των δαιμόνιων και πνευματων, με τα οποία η φυλή πρέπει να έχει επαφή, γιατί είναι ο μοναδικός τρόπος με τον οποίο ελπίζει να επιζήσει σε έναν κόσμο πολύ εχθρικό.

- Μεσοποταμία και αρχαία Αίγυπτος : Στον αρχαίο πολιτισμό της Μεσοποταμίας και τον Αιγυπτιακό, η εικόνα του διανοητικά ασθενή παρουσιάζει ένα διπλό τρόπο ερμηνείας,

άγνωστο στο προηγούμενο πρωτόγονο. Πράγματι, σύμφωνα με την αντίληψη αυτών των λαών, η εικόνα του διανοητικά ασθενή, από την μία πλευρά αντιπροσωπεύει το ενδιαμέσο με τον υπερφυσικό κόσμο, αλλά από την άλλη πλευρά, είναι και μια έκφραση μια σοβαρής διαταραχής της φυσικής τάξης. Η ερμηνεία των ονείρων του διανοητικά ασθενή έχει μεγάλη σημασία για τους πολιτισμούς αυτούς.

- Ελληνικός πολιτισμός : Η διανοητική πάθηση αρχίζει να χάνει τις μαγικοθρησκευτικές ερμηνείες της, για να ερμηνευτεί σαν μια καθαυτό διαταραχή του Οργανισμού. Για τον Ιπποκράτη η διανοητική πάθηση προκαλείται από την μεταβολή της ισορροπίας μεταξύ των τεσσάρων χυμών που ελέγχουν ολόκληρη την ανθρώπινη δραστηριότητα : το αίμα, το φλέγμα, την κίτρινη και την μαύρη χολή. Για τον Πλάτωνα υπάρχουν τέσσερα είδη τρέλλας : προφητική, τελετουργική ή τελεστική, ποιητική, ερωτική. Η ιατρική θεραπεία ήταν πολύ σύνθετη και είχε τρεις φάσεις : την τελετουργική κάθαρση, την ερμηνεία των ονείρων, την απελευθέρωση των παθών.

- Ρωμαϊκός πολιτισμός : Η ρωμαϊκή κοινωνία χαρακτηρίζεται κύρια από την δημιουργία της "νομικής ψυχιατρικής". Για πρώτη φορά ο διανοητικά ασθενής, αντιμετωπίζεται από το δίκαιο και καθορίζονται οι αστικές ευθύνες. Ο Κικέρωνας υπογραμμίζει την σπουδαιότητα της "LIBIDO" (αυτός ο όρος χρησιμοποιείται για πρώτη φορά από εκείνον) στην δημιουργία των "παθών" και της διανοητικής διαταραχής.

- Μεσαίωνας : Στην πρώτη περίοδο του Μεσαίωνα οι διανοητικά ασθενείς θεωρούνται μόνο σαν μια ειδική έκφραση της φυσικής τάξης που εξαρτάται από την θέληση του θεού.

Η τρέλλα θεραπεύεται διαμέσου της μεσολάβησης των αγίων. Ο διανοητικά ασθενής δεν υφίσταται διωγμούς ή ειδική μεταχείριση. Σε αυτή την περίοδο έχει θεμελιώδη σπουδαιότητα η αραβική ιατρική που παρουσιάζει μια πραγματικά επαναστατική θεραπεία των διανοητικών παθήσεων και, από πολλές απόψεις, αρκετά όμοια με εκείνη που γίνεται προσπάθεια να εφαρμοστεί σήμερα στα πιο πρωτοπόρα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Πράγματι, οι διανοητικά ασθενείς νοσηλεύονται σε ειδικά κατασκευασμένες κλινικές και θεραπεύονται με κατάλληλες δίαιτες, μπάνια, φάρμακα, αρώματα, μουσική.

Η Αναγέννηση : Το 1400 κυριαρχείται από μαζικά φαινόμενα που αποκαλύπτουν την ύπαρξη σοβαρών ψυχικών και κοινωνικών εντάσεων. Η Δυτική Ευρώπη αναστατώνεται από θρησκευτικές αιρέσεις διαφόρων τύπων. Επίσης υπάρχει η γέννηση της μαγείας και το κυνήγι των μαγισσών. Σ'αυτήν την παράλογη μάχη, που δικαιολογείται μόνο από τον άγνοια και την πρόληψη, συμπαρασύρονται και διανοητικά ασθενείς και επιληπτικοί, που θεωρούνται ότι κατέχονται από δαμόνια και οδηγούνται στην πυρά χωρίς οίκτο, σε όλες τις πλατείες της Ευρώπης. Το 1409 κατασκευάζεται στην VALENZA το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Ο 16ος αιώνας : Όπως στην Αναγέννηση, ο ασθενής (όταν δεν καίγεται) φυλακίζεται ή νοσηλεύεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία που, στην πραγματικότητα είναι φυλακές στις οποίες σβήνει αργά μετά από χρόνια ταπεινώσεων, οδυνών και βασανιστηρίων. Αναφέρεται για πρώτη φορά, από τον Παράκελσο η έννοια του "υποσυνείδητου".

Ο 17ος και 18ος αιώνας : Είναι η πιο γόνιμη περίοδος

για την ανάπτυξη της ψυχιατρικής. Κυριαρχούν τρεις μεγάλες μορφές : ο CHIARUGI, ο TURKE και κυρίως ο PINEL που βάζουν τις θεωρητικές και πρακτικές βάσεις για την θεραπεία των διανοητικά ασθενών.

Το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα : Η ψυχιατρική γίνεται καθαρά οργανικιστική. Η διανοητική πάθηση θεωρείται απόλυτα φυσιολογικής προέλευσης και ανεξάρτητη από προσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αυτό προκαλεί μια πλήρη αναθεώρηση του τρόπου μεταχείρισης αυτών των ασθενών. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία γίνονται "άσυλα" και παίρνουν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Στατιστικά στοιχεία

Όλες οι έρευνες οι σχετικές με την επιδημιολογία της σχιζοφρένειας πάσχουν από μια βασική αδυναμία. Στηρίζονται σε διαγνωστικά κριτήρια που δεν είναι απόλυτα καθορισμένα, δεν έχουν καθολική ισχύ και δεν υπόκεινται σε αντικειμενικό έλεγχο. Η αδυναμία αυτή μας επιβάλλει : α) την ανάγκη να δεχόμαστε προκαταβολικά την πιθανότητα λάθους που το εύρος του διακυμαίνεται ανάλογα με το αντικείμενο και τις συνθήκες της έρευνας και β) μας επιτρέπει ως ένα βαθμό να εξηγήσουμε γιατί μελέτες με φαινομενικά κοινή μεθοδολογία καταλήγουν σε διαφορετικά επιδημιολογικά συμπεράσματα. Πέρα από αυτήν την βασική αδυναμία πολλές μελέτες για την σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται και από πρόσθετες μεθοδολογικές ελλείψεις με αποτέλεσμα η αξία τους να είναι περισσότερο ανεκδοτική παρά επιστημονική.

Η Οικουμενικότητα της σχιζοφρένειας

Το 1919 ο ΚΡΑΕΡΕΛΙΝ μετά από προσωπική έρευνα σε ψυχιατρεία της Σιγκαπούρης και της Ινδονησίας διαπίστωσε πως ανάμεσα στους νοσηλευόμενους υπήρχαν και άτομα που έπασχαν από τυπική "πρώιμο άνοια" (σχιζοφρένεια) και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος οικουμενική. Την άποψη του ΚΡΑΕΡΕΛΙΝ ενίσχυσαν οι ανθρωπολογικές παρατηρήσεις της ΜΑΡΓΑΡΕΤ ΜΕΑΔ σε πρωτόγονους πολιτισμούς (των νήσων SAMO) το 1949 και την καθιέρωσε η μελέτη των ΒΕΝΕΔΙΚΤ και ΤΖΑΚΣΟΝ το 1950 με τίτλο "Η Ψυχική αρρώστεια στις πρωτόγονες κοινωνίες". Οι μέχρι σήμερα σχετικές μελέτες δεν αφήνουν καμμία αμφιβολία πως η σχιζοφρένεια απαντάται παντού, από τους πιο πολιτισμένους και τεχνολογικά εξελιγμένους λαούς μέχρι τους πιο πρωτόγονους και "κλειστούς" που δεν έχουν υποστεί εξωτερικές πολιτιστικές επιδράσεις.

Επίπτωση και επιπολασμός της σχιζοφρένειας

Συστηματικές και σχετικά μεθοδολογικά άριστες μελέτες είναι μέχρι τώρα γνωστές μόνο από δυτικοευρωπαϊκού τύπου πολιτιστικές περιοχές. Με βάση αυτές τις μελέτες που όμως, ως επί το πλείστον, εξάγουν τα στατιστικά τους αποτελέσματα συγκρίνοντας τον πληθυσμό μιας ορισμένης περιοχής σε σχέση με τον αριθμό των νοσηλευόμενων σχιζοφρενών, μπορούμε να δεχθούμε ως πιο αξιόπιστα τα ακόλουθα δεδομένα : α) Στους δέκα χιλιάδες κάτοικους και για διάστημα ενός χρόνου 5 μέχρι 25 άτομα προσβάλλονται από σχιζοφρένεια. Ο μέσος όρος είναι γύρω στα 15 άτομα στους δέκα χιλιάδες κατοίκους. Ο επιπολασμός δηλ. ο αριθμός των σχιζοφρενικών σε κάθε δεδομένη στιγμή στον

πληθυσμό είναι 30 στους δέκα χιλιάδες κατοίκους και απ' αυτούς οι μισοί, οι 15 δηλαδή, νοσηλεύονται.

β) Υπολογίζεται ότι 15-20 νεογέννητα στα χίλια θα νοσηλευθούν κάποτε στην ζωή τους για σχιζοφρένεια. Τα ποσοστά αυτά, ιδιαίτερα εκείνα που αναφέρονται στην νοσηλεία, έχουν τελευταία με την επέκταση της εξωνοσοκομειακής θεραπείας τροποποιηθεί και υπολογίζεται πως η πιθανότητα νοσηλείας για σχιζοφρένεια σε κάθε άτομο, που θα ζήσει μέχρι τα 45 χρόνια είναι περίπου 1%.

γ) Στις περισσότερες χώρες, και σε κάθε δεδομένη στιγμή, περίπου τα 25% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών καταλαμβάνονται από αρρώστους νοσηλευόμενους για σχιζοφρένεια. Ένας στους τέσσερεις αρρώστους που εισάγεται για πρώτη φορά σε νοσοκομείο για ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζεται ως σχιζοφρενής.

Στα παραπάνω αποτελέσματα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα ακόλουθα :

α) Ένα ποσοστό σχιζοφρενικών όχι μόνο δεν νοσηλεύεται αλλά είναι και δύσκολο να επισημανθεί. Πολλοί απ' αυτούς βρίσκονται σε φυλακές, σε οίκους ανοχής ή χαρακτηρίζονται ιδιότροποι ή ψυχανώμαλοι.

β) Ένα ποσοστό διαφεύγει την στατιστική αξιόλογα γιατί παρουσιάζει παροδικά μόνο επεισόδια αντιμετωπιζόμενα με επιτυχία σε βραχύ χρονικό διάστημα με τα υπάρχοντα σήμερα μέσα.

γ) Η σχιζοφρένεια εξακολουθεί να αποτελεί κοινωνικό στίγμα και οι προσπάθειες από την οικογένεια για απόκρυψη είναι σε σημαντικό ποσοστό επιτυχείς.

Φύλο-ηλικία

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει με ίση συχνότητα και τα δύο

φύλα. Διαπιστώθηκε όμως πως σε ορισμένες περιοχές (Αγγλία π.χ.) τα συμπτώματα παρουσιάζονται νωρίτερα στον άρρενα πληθυσμό. Η σχιζοφρένεια είναι νόσος της νεότητας. Το 60% των νοσηλευόμενων είναι κάτω από την ηλικία των 35 χρόνων και λιγότεροι από 1% υπερβαίνουν την ηλικία των 65 χρόνων. Σχεδόν το σύνολο των αρρώστων, όταν πρωτοεισάγονται σε νοσοκομεία, έχουν ηλικία 15 μέχρι 40 χρονών. Στις περισσότερες περιπτώσεις μεσολαβεί ικανό χρονικό διάστημα από την εκδήλωση των συμπτωμάτων μέχρι την εισαγωγή σε νοσοκομείο.

ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Στην αιτιολογία γενικά των ψυχικών νόσων επηρεάζονται παράγοντες κληρονομικού, ψυχογενούς και οργανικού χαρακτήρα, που δρουν αυτοτελώς ή σε συνδυασμό μεταξύ τους.

Ιδιαίτερη έμφαση για τον ρόλο του κληρονομικού παράγοντα δίνεται στην σχιζοφρένεια, την μανιοκαταθλιπτική ψύχωση και σε άλλες ψυχικές καταστάσεις, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και οι ανωμαλίες της προσωπικότητας.

Στην ομάδα των ψυχογενών αιτιολογικών παραγόντων συμπεριλαμβάνονται εξωγενείς και ενδογενείς.

Εξωγενείς παράγοντες απορρέουν κυρίως από δυσμενείς συνθήκες στην οικογένεια κατά την αρχική περίοδο ανάπτυξης του ατόμου, και μετέπειτα από δυσμενείς επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ψυχογενείς παράγοντες ενδογενούς αρχής απορρέουν από τα ίδια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου.

Στην ομάδα των οργανικών παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη ψυχικών νόσων, συμπεριλαμβάνονται όλες οι γνωστές παθολογικές καταστάσεις, τραυματικής,

αγγειακής, ταξικής, φλεγμονώδους, εκφυλιστικής μεταβολικής, ενδοκρινικής, νεοπλασματικής και συγγενούς αιτιολογίας.

Με την επίδραση των ανωτέρω παραγόντων, του κληρονομικού, ψυχογενούς και οργανικού που δρουν αυτοτελώς ή σε συνδυασμό μεταξύ των, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ψυχικής νόσου. Για την αποφυγή αυτής αναπτύσσονται αμυντικοί (αντισταθμιστικοί) μηχανισμοί, οι οποίοι αποβλέπουν στο να προστατεύσουν την προσωπικότητα του ατόμου, να ικανοποιήσουν συναισθηματικές ανάγκες, να εναρμονίσουν ανταγωνιστικές τάσεις και να μειώσουν το άγχος.

Ανάπτυξη της ψυχικής νόσου θα επέλθει εάν αυτοί οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι ικανής εντάσεως απ'αρχής και προκαλέσουν την νόσο άσχετα αν αναπτυχθούν οι αντισταθμιστικοί παράγοντες.

Η ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

Από όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες ή διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η ψύχωση. Θα έλεγε κανένας ότι είναι η κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος ονομάζει τρέλλα. Η ψύχωση ή, καλύτερα, οι ψυχώσεις και τα συμπτώματα που τις χαρακτηρίζουν, διακρίνουν τον ανώμαλο άνθρωπο από τον ομαλό όσο κανένα άλλο ψυχιατρικό φαινόμενο. Στην ουσία, ο άνθρωπος που παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα, ότι η σκέψη του, τα συναισθήματά του και εν γένει η συμπεριφορά του υπακούουν σε μια εξωπραγματική λογική, ότι είναι αποκυήματα μιας φανταστικής πραγματικότητας. Και, κάτι το παθογνωμικό, ο άνθρωπος που εκδηλώ-

νει τέτοια συμπτώματα, δεν έχει συνήθως συνείδηση του γεγονότος ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα. Έχει με άλλα λόγια την πεποίθηση ότι ο τρόπος με τον οποίο σκέπτεται, αισθάνεται, και συμπεριφέρεται, ανταποκρίνεται σε αντικείμενα που υπάρχουν και γεγονότα που πραγματικά συμβαίνουν. Είναι τόσο βεβαίος γι' αυτό, ώστε κανένα επιχείρημα ή απόδειξη να μην μπορεί να τον πείσει ότι δεν είναι έτσι όπως εκείνος αισθάνεται και πιστεύει.

Οι ψυχωτικές διαταραχές διακρίνονται σε οργανικές και σε λειτουργικές. Εκείνο που διακρίνει τις μεν από τις δε είναι η παρουσία ή όχι κάποιας συγκεκριμένης βλάβης στην ουσία του εγκεφάλου, θεωρητικά, οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή, ψυχωτική ή μη, θα μπορούσε να αποδοθεί σε κάποια οργανική, βιοχημική ή άλλη εγκεφαλική δυσλειτουργία. Αλλά εφόσον δεν υπάρχει ιστοπαθολογική ανωμαλία, η διαταραχή θεωρείται ως λειτουργική. Όταν σε μια λειτουργική ψύχωση κυριαρχεί το νοητικό στοιχείο, δηλαδή όταν η ψυχική διαταραχή αφορά την σκέψη του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του, γίνεται λόγος για σχιζοφρένεια. Όταν κυριαρχεί το συναισθηματικό στοιχείο, δηλαδή όταν η διαταραχή αφορά τα συναισθήματα του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται τον κόσμο γύρω του, τότε μιλάμε για μια συναισθηματική ψύχωση - κατάθλιψη, μανία ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Κατά κανόνα, τόσο μια σχιζοφρενική όσο και μια συναισθηματική ψύχωση συνοδεύονται από διαταραχές συμπεριφοράς. Αλλά, όπως είναι φυσικό, η συμπεριφορά αυτή καθοδηγείται ή χρωματίζεται από τις ιδέες και τα συναισθήματα που κυριαρχούν στην εμπειρία του αρρώστου.

Ο διαχωρισμός των λειτουργικών ψυχώσεων στις δύο μεγάλες αυτές κατηγορίες - σχιζοφρενικές και μανιοκαταθλιπτικές διαταραχές - είναι μάλλον πρόσφατος. Και είναι συχνά δύσκολο να γίνει ένας τέτοιος διαχωρισμός, τουλάχιστον στην αρχή της αρρώστειας, ώσπου το ένα ή το άλλο στοιχείο, το νοητικό ή το συναισθηματικό, να επικρατήσει στην κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο άρρωστος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

Σ Χ Ι Ζ Ο Φ Ρ Ε Ν Ε Ι Α

Ορισμός

Η μεγάλη αυτή κατηγορία περιλαμβάνει μια ομάδα απο ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζονται απο διαταραχές της σκέψης, εκφράζονται με μεταβολές στο σχηματισμό εννοιών που οδηγούν σε παρερμηνίες της πραγματικότητας και μερικές φορές σε παραγωγή παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων που πολύ συχνά φαίνεται να ασκούν έναν ψυχολογικό προστατευτικό ρόλο. Οι συμπαραμαρτούσες μεταβολές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν, αμφιθυμικές μειωμένες και απρόσφορες συναισθηματικές απαντήσεις, και απώλεια της ψυχοσυναλλακτικότητας.

Την συμπεριφορά την χαρακτηρίζει πολλές φορές η απόσυρση, η επαναγωγή, (σε παιδικά πρότυπα) και παραδοξότητα. Οι σχιζοφρένεις στις οποίες η παρούσα ψυζική κατάσταση (η συμπτωματολογία) αποδίδεται κατά κύριο λόγο σε διαταραχές της σκέψης διαχωρίζονται απο τις μείζονες συναισθηματικές παθήσεις, στις οποίες κυριαρχούν του συναίσθηματος. Οι παρανοειδείς καταστάσεις διακρίνονται απο την σχιζοφρένεια απο το γεγονός ότι χαρακτηρίζονται απο την περιορισμένη αλλοίωση της πραγματικότητας και απο την απουσία άλλων συμπτωμάτων.

Αυτός είναι ο ορισμός που τελικά επέλεξε η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία στην τελευταία αναθεώρηση του πίνακα των ψυχικών νόσων του 1968.

Αιτιολογία

α) Γενετική υπόθεση

Με βάση στατιστικές μελέτες ανθρώπων που έχουν στενή συγγένεια αίματος με σχιζοφρενικούς αρρώστους, συνήθως γονέων και αδελφών, υποστηρίζεται ότι υπάρχει ένας κληρονομι-

κός παράγοντας που, χωρίς να είναι ούτε ο μόνος ούτε ο πιο σημαντικός, προδιαθέτει στην εμφάνιση της σχιζοφρενικής διαταραχής.

Αξιοσημείωτη ως μεθοδος για την διερεύνηση της γενετικής υποθέσεως είναι η μελέτη μονοζυγωτικών διδύμων, που εφαρμόσθηκε απο τον Κάλμαν στην Γερμανία. Ακόμα πιο αξιόπιστη είναι η μελέτη βιολογικών και θετών συγγενών σχιζοφρενικών αρρώστων που υιοθετήθηκαν σε βρεφική ηλικία και μεγάλωσαν μακριά απο τους βιολογικούς γονείς τους, όπως εφαρμόστηκε πιο πρόσφατα απο τους Αμερικανούς ερευνητές Κέτυ, Ρόζενθαλ και Ουέντερ στην Δανία. Με βάση ληξιαρχικά έγγραφα, που επιτρέπουν τον έλεγχο της τυχόν παθογόνου επιδράσεως ανατροφής και γενικά του περιβάλλοντος η έρευνα αυτή έδειξε ότι εκείνο που μεταδίδεται δεν είναι η σχιζοφρένεια, αλλά ένα φάσμα ψυχοπαθολογίας, που αρχίζει απο την σχιζοφρένεια και καλύπτει μια σειρά οριακών διαταραχών ως τον αλκοολισμό.

Υπάρχει η άποψη ότι η διαταραχή οφείλεται σε ένα μοναδικό γονίδιο ενδιάμεσης διεισδυτικότητας ή σε μια ποικιλία απο γονίδια με διαφορετική ισχύ (πολυγονιδική θεωρία). Κατά την άποψη αυτή, ο γονότυπος χαρακτηρίζεται απο κάποιο μεταβολικό λάθος, που δεν έχει ακόμα αποκαλυφθεί και που οδηγεί στην σχιζοφρενική διαταραχή. Υπάρχει, άλλωστε, η άποψη ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μία συγκεκριμένη αρρώστια, αλλά διάφορες αρρώστιες ή τύποι αρρώστιας, που οφείλονται σε διαφορετικά γονίδια.

β) Οργανικές ή Παθοφυσιολογικές Υποθέσεις

Η ιδέα ότι η σχιζοφρένεια είναι μία σωματική αρρώστια στην αιτιολογία της υποστηρίχθηκε αρχικά απο τον Ιπποκράτη και παρά τη μακράιωνη επικράτηση της δαιμονολογίας, δια-

τηρήθηκε στην ιατρική συνείδηση κυριαρχώντας σχεδόν απόλυτα στην ευρωπαϊκή ψυχιατρική του περασμένου αιώνα, για να υποβαθμιστεί στον αιώνα μας με την επίδραση του Φρόντ και του Μέγερ, προπάντων στην Αμερική. Αλλά πρόσφατα, η εντυπωσιακή αναπτυξη της βιοχημίας και της νευροφυσιολογίας την ξανάφερε στο προσκήνιο.

Υπάρχουν διάφορες παθοφυσιολογικές υποθέσεις, περισσότερο ή λιγότερο λογικοφανείς, που ζητούν να εξηγήσουν το φαινόμενο της σχιζοφρένειας ως εδήλωση κάποιας μορφολογικής ή λειτουργιακής ανωμαλίας οργάνου ή οργανικού συστήματος του ατόμου. Ιστοπαθολογικές και ηλεκτροεγκεφαλικές έρευνες αποσκοπούν στην αναγνώριση κάποιας λοιμώξεως ή στην διαπίστωση κάποιας τραυματικής, κυκλοφοριακής ή εκφυλιστικής αλλοίωσης του εγκεφαλου. Απο την άλλη μεριά, βιοχημικές αναλύσεις ζητούν να εντοπίσουν τα αίτια της σχιζοφρενικής δυσλειτουργίας σε κάποια ποσοτική ή ποιοτική διακύμανση ενζυματικών, ορμονικών ή αναλογων ουσιών, που επιδρούν πάνω στους νευροποδοχείς και γενικά στο μηχανισμό της συναπτικής μεταβιβάσεως.

Πρόσφατα, υποστηρίζεται περισσότερο ήντοπαμνική υπόθεση, που αποδίδει μερικές τουλάχιστον μορφές της σχιζοφρένειας σε μια συσσώρευση ντοπαμίνης, μονοαμινικών προδρόμου της νοραδρεναλίνης, στους νευροποδοχείς του εγκεφαλου.

Άλλες, λιγότερο επεξεργασμένες βιολογικές υποθέσεις αναφέρονται σε ενζυματικές ανωμαλίες ή στην παραγωγή κάποιας σχιζοφρενογόνου πρωτεΐνης, στην δράση των ενδορφινών ή σε κάποια αυτοανοσιολογική ανεπάρκεια.

Υποστηρίζεται επίσης ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε νευροψυχολογικές ανωμαλίες ή ιδιομορφίες, που αντανακλούν

στην ικανότητα για συγκέντρωση της προσοχής και γενικά, στην προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου.

γ) Ψυχολογικές θεωρίες

Χαρακτηριστική είναι η θεωρία του Μέντνικ, κατά την οποία η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μια αγχώδη διάθεση, που ο εθισμός δεν καταφέρνει να την αποδυναμώνει αρκετά γρήγορα. Η διάθεση αυτή μπορεί να είναι είτε κληρονομική είτε επίκτητη. Όταν το άγχος βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, τα ερεθίσματα του εξωτερικού και εσωτερικού κόσμου ενός τέτοιου ατόμου γενικεύοντας, παύοντας να ξεχωρίζουν το ένα από το άλλο, κάτι που προκαλεί περισσότερο άγχος και μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψη του ατόμου. Μια τέτοια κλιμακωση άγχους και γενικεύσεως ερεθισμάτων οδηγεί τελικά σε μια σχιζοφρενική κρίση. Με την απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου να βρεί απομακρυσμένους συνειρμούς σκέψης, έτσι ώστε να αποφύγει ή να μειώσει το άγχος του, επέρχεται μια απύνδεση των νοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών του δηλαδή μια κατάσταση που χαρακτηρίζει τη χρόνια σχιζοφρένεια.

Ουσιαστικά ψυχολογική στην αντίληψή της είναι η άποψη του Μάνφρεντ Μπλούλερ, για πολλά χρόνια διευθυντή της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Ζυρίχης όπως και ο πατέρας του. Κατά την άποψη αυτή δεν υπάρχουν οργανικές βλάβες, παθολογικά γονίδια ή ειδικά παράγοντες στο περιβάλλον του αρρώστου που να εξηγούν την διαταραχή. Η βάση για την σχιζοφρένεια σε ένα οποιοδήποτε άτομο υπάρχει στα κληρονομημένα του γονίδια, που αν και ομαλά καθεαυτά σχηματίζουν ένα δυσάρμοστο σύνολο έτσι ώστε, καθώς το άτομο αναπτύσσεται, να δημιουργείται μια ασυμφωνία μεταξύ της προσωπικότητάς του και της κοινωνικής του εμπειρίας. Όταν η

ασυμφωνία αυτή φτάσει σε ένα κρίσιμο επίπεδο, ο άρρωστος εγκαταλείπει την προσπάθεια να τη διορθώσει, στρεφόμενος προς τον κόσμο της φαντασίας και του αυτισμού που χαρακτηρίζουν την σχιζοφρένεια.

δ) Ψυχαναλυτική άποψη

Χωρίς να αποκλείει το ενδεχόμενο μιας γενετικής προδιάθεσης, η ψυχαναλυτική άποψη υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια είναι μιά ψυχογενής λειτουργική διαταραχή, συγκεκριμένα μια διαταραχή των λειτουργιών του εγώ, που έψει ως αποτέλεσμα την απόσυρση του ενδιαφέροντος του ατόμου από το περιβάλλον του στον εαυτό του.

Κατά την ψυχαναλυτική θεωρία κάθε ψυχογενής διαταραχή έχει την προέλευση της σε κάποια τραυματική εμπειρία η ενδοψυχική διαμάχη της παιδικής ηλικίας, που υποβόσκει μέσα στο ασυνείδητο, χωρίς να προξενεί φανερές ή σοβαρές ενοχλήσεις, ως τη στιγμή που ειδικές συγκυρίες, βασικά οι αυξημένες βιολογικές και κοινωνικές αποκτήσεις που αντιμετωπίζει το άτομο με το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην εφηβεία, θα την αναζωπυρώσουν, προκαλώντας άγχος και σε αντιπερισπασμό, ψυχιατρικά συμπτώματα.

ε) Οικογένεια και Επικοινωνία

Βασικά ψυχαναλυτική στη σύλληψή της η άποψη αυτή θεωρεί την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος αποφασιστική στην δημιουργία ενός σχιζοφρενικού ατόμου, ανεξάρτητα από τον κληρονομικό παράγοντα και πέρα από ψυχολογικά τραύματα ή διαμάχες στην νηπιακή ηλικία. Το πρόβλημα έγκειται στη δομή της οικογένειας, ειδικότερα στην σχέση του ατόμου που θα εξελιχθεί σε σχιζοφρενή με τα άλλα μέρη της

οικογενείας του, προπάντων τους γονείς στον ρόλο τους ως γονέων, όπως υπαγορεύεται από την αναμεταξύ τους σχέση.

Εχει παρατηρηθεί ότι μητέρες σχιζοφρενικών ατόμων ασκούν μία κυρίαρχη επιρροή πάνω στις υποθέσεις της οικογένειας, υποσκελίζοντας τον πατέρα στα παραδοσιακά καθήκοντά του.

στ) Κοινωνιολογικές θεωρίες

Συναφής με τις θεωρίες του περιβάλλοντος είναι η κοινωνιολογική άποψη, που αποδίδει τη σχιζοφρένεια στις πιέσεις μίας καταναλωτικής και ανταγωνιστικής χωρίς σταθερές ηθικές αξίες κοινωνίας, στην ανάγκη προσαρμογής στους απρόσωπους όρους ζωής ενός βιομηχανικού τεχνοκρατικού πολιτισμού, στον αγώνα για μια ατομική κοινωνική υπόσταση, που συμβαίνει να είναι ακόμα πιο προβληματική για τις γυναίκες ιδίως των κατωτέρων κοινωνικών τάξεων. Χαρακτηριστικά η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις πιο φτωχές και αποργανωμένες συνοικίες βιομηχανικών πόλεων, παρατήρηση που είχε κάνει από τις αρχές του αιώνα ο Μπλούερ, ο οποίος όμως θεώρησε ένα τέτοιο περιβάλλον ως το αποτέλεσμα μάλλον παρά την αιτία της διαταραχής.

Κατά μία άλλη, πιο ακραία κοινωνιολογική άποψη, η σχιζοφρένεια αντιπροσωπεύει μια ατομική διαμαρτυρία εναντίον των απανθρώπων και αντιφατικών όρων που επιβάλλει η παραδοσιακή κοινωνία στα μέλη της, μ' άλλα λόγια ότι δεν πρόκειται για μία αρρώστια, αλλά για μία ατομική επαναστατική πράξη.

Το σύνδρομο σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο, όπως άλλωστε οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, για τις οποίες δεν έχει εντο-

πιστεί κάποια οργανική αιτιολογία. Τα συμπτώματα που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Χαρακτηριστικά, υπάρχουν ανωμαλίες ή διαταραχές τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και στο περιεχόμενό της, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στην βούληση, στην προσωπική ταυτότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και στην εν γένει συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλουν ανάλογα με την σοβαρότητα, την εξελικτική φάση και τις συνθήκες, προσωπικές και περιβαλλοντολογικές, κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή.

α. Ιδιομορφία της Σκέψης

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

ψία), η συνάρτηση λέξεων που απλώς έχουν την ίδια κατάληξη ή άλλη ηχητική ομοιότητα χωρίς λογική σχέση (ηχολαλία), το απότομο σταμάτημα μιας σκέψης στη μέση χωρίς προσπάθεια να διατυπωθεί αλλιώς (ανακοπή), η στερεότυπη επανάληψη μιας υποδείξεως ή ενός ερωτήματος (στερεοτυπία) είναι μερικά ακόμα παραδείγματα του παθολογικού φαινομένου που ονομάζουμε βασική διαταραχή της σκέψης.

β. Παραλήρημα

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

Πρόκειται για μια προσωπική φαντασίωση, που εκείνος που την κάνει την πιστεύει για αληθινή, μόλο που είναι φανερό ή αποδεδειγμένο ότι δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα και δεν υπάρχει ως κοινή, λίγο-πολύ αναγνωρισμένη από το περιβάλλον του δοξασία. Τέτοιες ανυπόστατες πεποιθήσεις αναφέρονται, συνήθως, στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιος μας έχουν επισημάνει και μας ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές (παραλήρημα καταδιώξεως) στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιος, συχνά μέσα από το ραδιοφωνο ή την τηλεόραση, προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα μας, τις σκέψεις μας ή τις ενέργειές μας (παραλήρημα ελέγχου) στην ιδέα ότι είμαστε προικισμένοι με κάποια μοναδική ιδιότητα ή ότι ενοσρκώνουμε κάποια ιστορική προσωπικότητα (παραλήρημα μεγαλείου) στην ιδέα ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό στο σώμα μας (σωματικό παραλήρημα) και άλλες παρόμοια απίθανες ιδέες.

Η ύπαρξη του παραληρήματος υποδηλώνει μια ανασφάλεια του εγώ, ένα άτομο που αισθάνεται πως κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι, και την αμυντική πρόθεση να αποφευχθεί

ο κίνδυνος ή να ενισχυθεί η συνοχή του εγώ.

γ. Ψευδαισθήσεις

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

Η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποιά προσφέρεται καλύτερα στην έκφραση του ψυχολογικού προβλήματος, που απασχολεί το υποκείμενο. Συναισθήματα ενοχής εκφράζονται πιο εύκολα με την ομιλία, γι' αυτό ο ψυχωτικός άρρωστος ακούει φωνές που τον ψέγουν ή τον κατηγορούν ότι είναι ομοφυ-

λόφιλος, ερωτομανής και ανήθικος - φωνές που αντανακλούν τα λόγια των γονέων του όπως έχουν καταγραφεί στο υπερεγώ του, επικρίνοντάς τον για απαράδεκτες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προσδίδουν μια σύγχυση ανάμεσα στον εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο του ατόμου, που οφείλεται στην αποσύνθεση του υπερεγώ.

Οι οπτικές ψευδαισθήσεις αντιπροσωπεύουν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του αρρώστου.

δ. Συναίσθημα

Είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανένας την σκέψη από το συναίσθημα ή το θυμικό. Και όσο παράδοξο κι αν ακούγεται δεν ξέρει κανένας ποιο έρχεται πρώτο, η σκέψη ή το συναίσθημα.

Στην σχιζοφρένεια η σχέση συναισθήματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά, ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, καθώς η μορφή του παραμένει ανέκφραστη ή καθρεφτίζει κάτι το ουδέτερο, το αινιγματικό, το απροσπέλαστο. Ο ίδιος συχνά παραπονείται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται, ότι δεν του κάνει τίποτα εντύπωση, ότι δεν αισθάνεται ούτε χαρά, ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται σαν να αισθάνεται το αντίθετο από εκείνο που λέει πως αισθάνεται.

Σε μια πιο προχωρημένη φάση της αρρώστειας, παρατηρείται μια απουσία ή φτώχεια συναισθήματος, που συνοδεύεται συνήθως από μία ανάλογη διαταραχή στο συναίσθημα του χρόνου. Ο άρρωστος παραπονιέται ότι ο καιρός σταμάτησε να κυλάει, ότι τα λεπτά, οι ώρες, οι ημέρες της ζω-

ής του είναι σαν να διαρκούν χρόνια, αιώνες.

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

ε. Βούληση

Όπως είναι επόμενο, η συναισθηματική άμβλυση που φέρνει η χρόνια σχιζοφρένεια αντανακλά στην ικανότητα του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία και ενδιαφέρον σε οτιδήποτε έξω από τον εαυτό του, εμποδίζοντας τον να συμμετέχει ενεργά σε κοινές ασχολίες και γενικά να κάνει την δουλειά του σωστά, με συνέπεια και αποτελεσματικότητα. Σιγά-σιγά τον κυριεύει μια μεγάλη αμφιθυμία, που στο τέλος παραλύει τη θέλησή του και την ικανότητα να πάρει οποιαδήποτε απόφαση.

στ. Συμπεριφορά

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αρχικές εκδηλώσεις της κακοήθους σχιζοφρένειας είναι μια προϊούσα διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων. Κατά κανόνα, οι σχέσεις

του αρρώστου με τους άλλους δεν είναι ποτέ καλές. Ο άρρωστος εμφανίζει μια νευρικότητα, μια υπερκινητικότητα ή υποκινητικότητα, οι ώρες αναπαύσεως και η διάρκεια του ύπνου μικραίνουν ή μακραίνουν αντίστοιχα.

Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους συνανθρώπους του, τα διάφορα μέλη της οικογενείας του, τους φίλους του, τους συμμαθητές του ή τους συνεργάτες του γίνονται δύσκολες, προβληματικές. Και, από μια στιγμή κι έπειτα, μπορεί να διακοπούν εντελώς. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, ζώντας με την φαντασία του, αγνοώντας τους πάντες και τα πάντα γύρω του. Σ' αυτή την κατάσταση ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να χάσει κάθε συναίσθημα ευθύνης ή ντροπής, αυνανιζόμενος και, γενικά, ικανοποιώντας τις σωματικές του ανάγκες δημόσια, χωρίς κανένα ενδοιασμό, σε σημείο που να αποπατεί στο πάτωμα, και να τρώει τα ίδια τα απορρίμμάτα του. Στην εποχή μας, με την συστηματική χρήση των ψυχοφαρμάκων, το έσχατο αυτό στάδιο του αυτισμού έχει γίνει σπάνιο.

ΕΙΔΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Κλινικές μορφές

Η μακρόχρονη κλινική εμπειρία επέβαλε ένα διαχωρισμό του πλήθους των περιπτώσεων σε κατηγορίες. Αναγνωρίστηκαν από πολύ νωρίς τέσσερις κλινικές μορφές, οι λεγόμενες κλασσικές, που είναι η απλή, η ηβηφρενική, η κατατονική και η παρανοειδής σχιζοφρένεια. Αργότερα προστέθηκε και μία πέμπτη η Σχιζοσυναίσθηματική και τα τελευταία χρόνια πολλές άλλες που ονομάστηκαν ιδιαίτερες μορφές της σχιζοφρένειας.

Η απλή σχιζοφρένεια

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (Α.Ψ.Ε.) "η ψύχωση αυτή χαρακτηρίζεται κυρίως από την βραδεία και ύπουλο μείωση των εξωτερικών ενδιαφερόντων, την απάθεια και την αδιαφορία που οδηγούν σε περιορισμό και τυγχότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, σε ψυχική αποργάνωση και σε προσαρμογή σε κατώτερα επίπεδα λειτουργίας.

Γενικά η κατάσταση αυτή έχει λιγότερο εντυπωσιακά γνωρίσματα της ψυχώσεως, απ'ότι η ηβηφρενική, η κατατονική και η παρανοειδής σχιζοφρένεια. Επίσης, διαχωρίζεται σαφώς από την σχιζοειδική προσωπικότητα όπου δεν υπάρχει, η μόλις υποσημαίνεται, προοδευτική εξέλιξη της διαταραχής".

Η ηβηφρενική σχιζοφρένεια

Το εγχειρίδιο ταξινομήσεως των ψυχικών νόσων της Α.Ψ.Ε., δίνει τον ακόλουθο ορισμό.

"Η ψύχωση αυτή χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης από ρηχό και απρόσφορο συναίσθημα, απρόβλεπτα χασκόγελα και παλινδρομικού τύπου συμπεριφορά, επιτηδευμένους τρόπους και κινήσεις και συχνές υποχονδριακές αιτιάσεις. Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις όταν υπάρχουν είναι παροδικές και όχι συστηματοποιημένες".

Η κατατονική σχιζοφρένεια

Το εγχειρίδιο ταξινομήσεως της Α.Ψ.Ε. τη διακρίνει :

α) στον "διεγερτικό" και β) στον "ανεσταλμένο" τύπο και δικαιολογεί αυτή τη διάκριση με τα ακόλουθα :

"Είναι συχνά και εφικτό και χρήσιμο να διακρίνουμε 2 τύπους κατατονικής σχιζοφρένειας.

Ο ένας χαρακτηρίζεται από υπερβολική κι μερικές φορές

βίαιη κινητική δραστηριότητα και διέγερση και ο άλλος από αναστολή που εκδηλώνεται με εμβροντησία, αρνητισμό ή κηρώδη ευκαμψία. Με την πάροδο του χρόνου μερικές περιπτώσεις περιπίπτουν σε φυτική κατάσταση".

Η παρανοειδής σχιζοφρένεια

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο ταξινομήσεως της Α.Ψ.Ε. η παρανοειδής σχιζοφρένεια "χαρακτηρίζεται από την παρουσία παραληρητικών ιδεών διώξεως και μεγαλείου που συχνά συνδέονται με ψευδαισθήσεις.

Μερικές φορές η νόσος συνδυάζεται με υπερβολική θρησκευτικότητα. Η στάση του αρρώστου είναι συχνά εχθρική και επιθετική και η συμπεριφορά του συντονίζεται με τις παραληρητικές του ιδέες. Γενικά η διαταραχή δεν παρουσιάζει την αποργάνωση της προσωπικότητας που χαρακτηρίζει την ηβηφρενική ή κατατονική μορφή, ίσως γιατί ο άρρωστος χρησιμοποιεί τον μηχανισμό της προβολής που του επιτρέπει να αποδίδει στους άλλους τις ιδιότητες που δεν αποδέχεται ο ίδιος. Με βάση το κυρίαρχόν σύμπτωμα είναι σε μερικές περιπτώσεις δυνατή η διάκριση της μορφής αυτής σε τρεις τύπους, τον πρώτο, όπου κυριαρχεί η εχθρική, τον ~~δεύτερο, όπου κυριαρχούν οι ιδέες μεγαλείου και τον τρίτο,~~ όπου κυριαρχούν οι ψευδαισθήσεις".

Η ΑΠΛΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Κλινική εικόνα

Η αρρώστεια αρχίζει από πολύ νωρίς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Από τα πρώτα συμπτώματα είναι η βαθμιαία πτώση της σχολικής επιδόσεως, ο περιορισμός των σχέσεων, η μείωση των φιλητικών συναισθημάτων ιδιαίτερα προς τους

γονείς, η τάση για ονειροπόληση, η μείωση της πρωτοβουλίας, η αδικαιολόγητη τεμπελιά (ανεργία), η κλινοφιλία, η πτώση της ορμής για την ζωή, η μείωση των αναστολών. Η τελευταία αυτή διαταραχή εκδηλώνεται με απρεπή συμπεριφορά στο σπίτι ή στο σχολείο, με αναίτιες εκδηλώσεις βίας, με ατημέλητη εμφάνιση, με τάση για βωμολοχία, με επιδεικτικό αυνανισμό ή ακόμα με συμμετοχή σε αντικοινωνικές πράξεις που συνεπάγονται ποινικές κυρώσεις. Χαρακτηριστικό και κοινό γνώρισμα όλων των περιπτώσεων είναι ότι λείπει η επίγνωση του νοσηρού. Με την προοδευτική έκπτωση της συναισθηματικής του απαντητικότητας αναδιπλώνεται περισσότερο στον εαυτό του, αποσύρει και τις τελευταίες επενδύσεις του από την κοινωνική ζωή και περιορίζει την δραστηριότητά του στην ικανοποίηση των ζωτικών βιολογικών του αναγκών. Πολλές φορές καταλήγει στην αλητεία, στους οίκους ανοχής ή στις φυλακές για αντικοινωνική συμπεριφορά.

Συχνότητα

Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η συχνότητα της απλής μορφής της Σχιζοφρένειας. Οι πάσχοντες δεν νοσηλεύονται κατά κανόνα στα Νοσοκομεία, ούτε καν επισκέπτονται γιατρό. Τους βρίσκει κανένας στις οικογένειες ψυχωσικών, στον υπόκοσμο, στις αποικίες των HIPPIES ή ανάλογων ομάδων, στις φυλακές ή στους άστατους επαγγελματίες, εργάτες του "ποδαριού". Όταν προέρχονται από ανώτερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα και απολαμβάνουν σχετική προστασία, κυκλοφορούν σαν άνεργοι εκκεντρικοί, σαν "μουσικόφιλοι", σαν ποιητές που δεν δημοσιεύουν τα ποιήματά τους κ.λ.π. Ακριβώς γι' αυτό το λόγο άλλοι ισχυ-

ρίζονται πως η απλή σχιζοφρένεια είναι η πιο συχνή μορφή κι άλλοι πως είναι τόσο σπάνια ώστε να 'χει ακαδημαϊκό μόνο ενδιαφέρον.

Διαφοροδιάγνωση

Διαφοροδιαγνωστικό θέμα δημιουργείται κυρίως όταν προκύψουν ψυχιατροδικαστικά προβλήματα. Η διάκριση γίνεται από : 1. τις ψυχανωμαλίες.

Κοινές και στις δύο περιπτώσεις εκδηλώσεις είναι η αντικοινωνική συμπεριφορά, οι σεξουαλικές διαστροφές και το παγερό συναίσθημα. Η προοδευτική πτώση του συναισθήματος και γενικά η βαθμιαία υποβάθμιση της προσωπικότητας συνηγορούν υπέρ της απλής σχιζοφρένειας. 2. Την σχιζοειδική προσωπικότητα.

Έχει πολλά κοινά με την απλή σχιζοφρένεια αλλά διαφορίζεται από το γεγονός, ότι ενώ η απλή μορφή έχει σαφή εξελικτική πορεία, αυτή είναι μία πάγια σχεδόν κατάσταση. 3. Την ηβηφρένεια.

Το πρόβλημα προκύπτει όταν τα παραγωγικά συμπτώματα της ηβηφρένειας δεν είναι έκδηλα από την αρχή ή όταν και η αρρώστεια μετά μακρά πορεία κατασταλάζει σε μη παραγωγική φάση ανάλογη με την εικόνα της απλής.

Η ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ο χαρακτηρισμός αυτής της μορφής ως ηβηφρενικής υποδηλώνει την πρώιμη έναρξη της στην εφηβική ηλικία. Τα έκδηλα συμπτώματα πρωτοπαρουσιάζονται ανάμεσα στο 13ο και 22ο χρόνο της ζωής.

Η αρρώστεια εισβάλλει βαθμιαία, με ποικίλα αρχικά συμπτώματα, με δεσπάζοντα εκείνα που προέρχονται από την διαταραχή της σκέψης. Πρώιμο σύμπτωμα είναι η προοδευτική

δυσχέρεια στην συγκέντρωση της σκέψης και η μείωση της αφομοιωτικής ικανότητας τόσο του γραπτού όσο και του προφορικού λόγου.

Οι διαταραχές αυτές στην λειτουργία της σκέψης δημιουργούν πολλές φορές αίσθημα δυσφορίας που παίρνει την μορφή ποικίλου τύπου υποχονδριακών ενοχλημάτων. Ιδιαίτερα συχνές είναι οι ενασχολήσεις των ηβηφρενικών γύρω από τον αυνανισμό.

Άλλη πηγή στην οποία αποδίδονται τα αρχικά συμπτώματα είναι "οι αποτυχημένοι έρωτες". Πρόκειται για τους χαρακτηριστικούς εξωπραγματικούς έρωτες των ηβηφρενικών. Το ερωτικό αντικείμενο είναι μια απλή φιλική γνωριμία ή γνωριμία "εξ αποστάσεως".

Οι διαταραχές του συναισθήματος και ιδιαίτερα η κατάθλιψη δεν είναι σπάνιες στα αρχικά στάδια. Το αντίθετο συναίσθημα, το σχιζοευφορικό, εμφανίζεται επίσης στο προσκήνιο, κι όταν εναλλάσσεται γρήγορα και άνευ λόγου με το καταθλιπτικό, επιτείνει το αίσθημα αμηχανίας στο οικογενειακό περιβάλλον.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μεταμφιέζει η νόσος την παρουσία της στα αρχικά στάδια είναι η τροπή του αρρώστου σε ενδιαφέροντα που δεν σχετίζονται άμεσα με τις κοινωνικές του υποχρεώσεις.

Πρώιμα κάνουν την εμφάνισή τους και διαταραχές του τύπου της αποπροσωποποίησεως και αποπραγματοποιήσεως.

Με την πρόοδο της ψυχωσικής διαταραχής διευρύνεται ο κύκλος των συμπτωμάτων. Οι διαταραχές στην δομή και την οργάνωση της σκέψης παίρνουν διαρκώς και μεγαλύτερες διαστάσεις. Τα νοηματικά όρια σιγά-σιγά ασαφοποιούνται,

ο λόγος αλλοιώνεται, περιορίζεται η επικοινωνιακή του αξία και γίνεται προοδευτικά ακατάληπτος. Παράλληλα αυξάνει προοδευτικά ο αυτισμός. Η φαντασία υποκαθιστά την πραγματικότητα και ο άρρωστος ζει σε "δικούς του" κόσμους.

Το συναίσθημα περνάει όλες τις κλίμακες των ποικίλων διαταραχών του, πριν εκπέσει στο επίπεδο της τέλει απάθειας και αδιαφορίας.

Η συμπεριφορά του ηβηφρενικού πριν ακόμα συντονιστεί με τον έντονο αυτισμό είναι περίεργη και παιδικόμορφη. Επιτηδεύσεις στις κινήσεις και στον λόγο, μορφασμοί, άκαιρα γέλια, ανόητη αστειολογία και μωρολογία.

Όσο αυξάνεται ο αυτισμός και όσο πέφτει το συναίσθημα τόσο η συμπεριφορά του ξεφτίζει σε αποσπασματικές, απρόσφορες και χωρίς στόχο εκδηλώσεις.

Οι παραληρητικές ιδέες εμπλουτίζουν συχνά την κλινική εικόνα της ηβηφρένειας. Όμως είναι επιπόλαιες και φευγαλέες, σπάνια συγκροτούμενες σε σταθερό, οργανωμένο παραλήρημα.

Στα τελικά στάδια της νόσου καταργείται κάθε συναισθηματική δόνηση και συναλλακτική σχέση. Ο άρρωστος παραμελεί τον εαυτό του. Δεν ντύνεται, δεν πλένεται, φτάνει ακόμα στο σημείο να ουρεί και να αφοδεύει πάνω του και στις περιπτώσεις της έσχατης παλινδρομήσεως να τρώει τα κόπρανά του (κοπροφαγία).

Η ηβηφρένεια όπως είναι ευνόητο δημιουργεί ποικίλα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα συναρτημένα με την ποικιλόμορφη συμπτωματολογία που χαρακτηρίζει τα διάφορα εξελικτικά της στάδια. Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαφοροδιάγνωσή της στα αρχικά της στάδια οπότε και πρέπει να λη-

φθούν υπ' όψη οι ακόλουθες καταστάσεις που έχουν μαζί της μεγάλη σημειολογική συγγένεια. α) υποχονδριακές αιτιάσεις, που αποτελούν σύμπτωμα πολλών άλλων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. β) κατάθλιψη-μελαγχολία : στην εφηβική ηλικία έχουμε συχνές παροδικές διαταραχές του συναίσθηματος που διακρίνονται από τις γνήσιες ηθωφρενικές διαταραχές από το γεγονός ότι το συναίσθημα διατηρεί ανέπαφη την δονητική του απαντητικότητα και η σκέψη την δομική της ακεραιότητα, γ) Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, στοιχεία της οποίας έχει και η αρχόμενη ηθωφρενική κλινική εικόνα. δ) Οι ψυχανωμαλίες στις οποίες υπάρχει ένα συνεχές στην συμπεριφορά, δεν μπορεί δηλ. να επισημανθεί χρόνος έναρξης της παθολογικής συμπεριφοράς, ε) Άλλες μορφές σχιζοφρένειας όπως η παρανοειδής και η σχιζοσυναίσθηματική που τα αρχικά τους στάδια μοιάζουν με της ηθωφρένειας. Στα προχωρημένα της στάδια η ηθωφρένεια συγχέεται με την απλή και αυτό γιατί τα τυχόν παραγωγικά συμπτώματά της (ψευδαισθήσεις, παραλήρημα) παύουν να είναι εμφανή και κυριαρχεί η συναίσθηματική έκπτωση όπως κι στην απλή μορφή της σχιζοφρένειας. Όταν η αμιγής ηθωφρενική συμπτωματολογία συνδυάζεται με κατατονικού τύπου συμπτώματα ονομάζεται ηθωφρενικοκατατονική.

Η ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η κατατονική σχιζοφρένεια καλύπτει ένα σχετικά ευρύ ηλικιακό φάσμα επεκτεινόμενο σε σχέση με τη ηθωφρένεια στις μεγαλύτερες ηλικίες. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που πρωτοπαρουσιάζεται και μετά τα τριάντα. Η εγκατάσταση των συμπτωμάτων πραγματοποιείται μέσα σε σύντομο χρόνο και σε πολλές περιπτώσεις σχεδόν αστραπιαία. Και

σε αυτές όμως τις "κεραυνοβόλες" περιπτώσεις προηγείται κάποιο στάδιο κινητικής ανησυχίας, ευερεθιστότητας, ανυπομονησίας, με καταθλιπτικόμορφο συναίσθημα ή με τάση για απόσυρση.

Στην συμπτωματολογία κυριαρχούν τα κατατονικά συμπτώματα που συνδυάζονται όμως με διαταραχές από τις άλλες ψυχικές λειτουργίες. Συχνές είναι οι ψευδαισθήσεις.

Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα της κατατονικής μορφής της σχιζοφρένειας είναι η κατατονική εμβροντησία που ποικίλει σε ένταση από άρρωστο σε άρρωστο αλλά και στον ίδιο άρρωστο μέσα στο χρόνο. Διακυμαίνεται από την παροδική και μερική μέχρι την πλήρη ανακοπή της κινητικότητας.

Ο άρρωστος πριν περιπέσει στην πλήρη, "νεκρική" εμβροντησία περιορίζει προοδευτικά την ψυχοκινητική του δραστηριότητα. Δεν μιλάει, δεν εκτελεί συνηθισμένες πράξεις όπως το ντύσιμο, το πλύσιμο ακόμα και την λήψη τροφής. Παίρνει αλλόκοτες θέσεις. Η μιμική του προσώπου δεν προδίνει συναισθηματική συμμετοχή σε ότι συμβαίνει γύρω του. Άλλοτε πάλι ενεργεί ως αυτόματο, υπακούοντας μόνο στην εντολή. Μορφάζει περίεργα και στερεότυπα και παρουσιάζει συμπτώματα προκλητής υποβολιμότητας (ηχωπραξία, ηχωλαλία, ηχωμιμία, κηρώδη ευκαμψία κ.α.). Συχνά συγκρατεί τα ούρα και τα κόπρανα, ακόμα και το σάλιο του. Η ακαμψία και η υποκινητικότητα του δίνουν όψη παρκίνσωνικού σε κάπως προχωρημένο στάδιο της αρρώστειας του.

Στην πλήρη εμβροντησία ο άρρωστος κυριολεκτικά μιμείται τον νεκρό. Πρόκειται για μια εντυπωσιακή σκηνή εκδραμα-

τίσεως του θανάτου. Τίποτα δεν κινείται (εκτός από το διάφραγμα και τους βολβούς μερικές φορές). Σε τίποτα δεν αντιδρά. Ένα τέλειο άγαλμα. Πολλές φορές μια τέτοια κατάσταση όταν επέρχεται αιφνίδια δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα μ'όλες εκείνες τις καταστάσεις που συνεπάγονται παρατεταμένη απώλεια της συνείδησης. Το πρόσωπο είναι ωχρό, τα άκρα ψυχρά, η Α.Π. κατά κανόνα χαμηλή και το δέρμα κáθιδρο (για τον ιδρώτα των κατατονικών λέγεται πως έχει ειδική οσμή). Σ'αυτήν την κατάσταση ο άρρωστος μπορεί να μείνει μέρες ολόκληρες. Με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε όμως σήμερα η πλήρης κατατονική εμβροντησία λύεται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πάντως και χωρίς αυτά τα μέσα οι παλιότεροι άρρωστοι συνήθιζαν να βγαίνουν από μόνιμοι τους από αυτή την κατάσταση άλλοτε σιγά-σιγά κι άλλοτε αιφνιδιαστικά σαν να είχε κάποιος γυρίσει τον διακόπτη. Με την άρση της καθολικής κινητικής ανακοπής ο άρρωστος επανέρχεται στο φυσιολογικό σαν να μην συνέβη τίποτα το ιδιαίτερο. Πολλές φορές μάλιστα είναι σε θέση να αναφέρει όλα τα διατρέξαντα γύρω του στο διάστημα της "νεκροφάνειας".

Το άλλο σκέλος της κατατονίας είναι τα διεγερτικά κατατονικά συμπτώματα που κορυφώνονται στην μείζονα κατατονική διέγερση. Ο άρρωστος φθάνει εκεί, άλλοτε σταδιακά, ανεβαίνοντας σιγά-σιγά την κλίμακα των μικροδιεγερτικών κατατονικών εκδηλώσεων (εναντίωση, στερεοτυπίες, αλόγιστη ευερεθιστότητα, αρνητισμός κ.λ.π.) κι άλλοτε αστραπιαία.

Η κατατονική διέγερση συνίσταται σε ανοργάνωτη και έξαλλη κινητική δραστηριότητα που στρέφεται με άσκοπη καταστροφικότητα εναντίον παντός προσώπου ή αντικειμένου

που βρίσκεται στο περιβάλλον του αρρώστου. Ο άρρωστος δίνει την εντύπωση "ρομπότ" που καταστρέφει τα πάντα στον σχετικό περιορισμένο χώρο που απλώνει την επιθετική του δραστηριότητα. Άλλοτε τα πάντα εκτυλίσσονται χωρίς να βγαίνει από το στόμα του λέξη, σαν σκηνή βίας σε βουβό κινηματογράφο, κι άλλοτε συνοδεύονται από ένα λεκτικό συνοθύλευμα που δεν έχει καμμία νοηματική σαφήνεια. Πάνω στην διεγερτική κρίση ο άρρωστος μπορεί να διαπράξει φόνο ή αντίθετα να αυτοκτονήσει ο ίδιος. Στην ουσία δεν πρόκειται για γνήσια αυτοκτονία. Δεν καταλήγει σ' αυτή ο κατατονικός από απελπισία, γιατί κυριαρχείται από την ανάγκη τερματισμού της ζωής. Κατατονικοί που επέζησαν από αυτοεκπαράθυρωση δίνουν τις πιο αντιφατικές αναφορές σχετικά με τα κίνητρα της πράξης τους. Άλλοι αναφέρουν πως δεν ξέρουν γιατί το έκαναν "ίσως θόλωσε το μυαλό". Άλλοι γιατί ήταν ο μόνος τρόπος να γλυτώσουν από τους παριστάμενους εχθρούς (συνήθως τρομοκρατημένους οικείους), άλλοτε για να "πετάξουν" κι άλλοτε γιατί "τους το 'πε" μια φωνή.

Υπάρχει και η περίπτωση που ο άρρωστος ούτε σκοτώνει, ούτε πηδά από το παράθυρο αλλά πάνω στην έξαρση της έξαλλης και ασταμάτητης υπερκινητικότητας του πέφτει ξερός και άπνους. Τέτοιοι αιφνίδιοι θάνατοι κατατονικών είναι βέβαια σπάνιοι σήμερα και ο λόγος είναι ότι έχουμε τα μέσα να τερματίσουμε έγκαιρα την διέγερση.

Ο συνηθισμένος κατατονικός άρρωστος είναι κατά βάση σχιζοφρενικός που κυριαρχούν στην συμπτωματολογία του είτε συνεχώς είτε κατά φάσεις οι κατατονικές ανασταλτικο - διεγερτικές εκδηλώσεις.

Σοβαρά προβλήματα διαφοροδιαγνωστικά δεν θέτει συνήθως η κατατονία παρά μόνο στα αρχικά στάδια της νόσου και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που κυριαρχούν τα διεγερτικά κατατονικά συμπτώματα. Διαγνωστική δυσχέρεια προκύπτει τότε σε σχέση με 1. την μανιακή διέγερση (δύσκολα φτάνει στην αδιάκριτη επιθετικότητα που χαρακτηρίζει τον κατατονικό. Εξ άλλου στην μανιακή διέγερση, η κινητική δραστηριότητα δεν είναι αποσυνδεδεμένη από το συναίσθημα. Επί πλέον ο "ακατάληπτος" λόγος έχει διαφορετική υφή στον μανιακό και τον κατατονικό. Στον πρώτο είναι αποτέλεσμα επαλληλίας. Στον δεύτερο προκύπτει από την αποργάνωση του μηχανισμού σχηματισμού εννοιών). 2. την ψυχοκινητική επιληψία (είναι εμφανές στον επιληπτικό η κάποιου βαθμού διαταραχή της συνείδησης. Εξ άλλου οι κρίσεις εισβάλλουν και λύνονται απότομα και συνήθως έχουν βραχεία διάρκεια). 3. τις συμπτωματικές κατατονικές διεγέρσεις (συνυπάρχουν τα συμπτώματα της βασικής νόσου (λοιμώξεις, όγκος κ.λ.π.) καθώς και συγχυτικά στοιχεία). Με τις κατατονικές διεγερτικές εκδηλώσεις συνδέεται επίσης το λεγόμενο "οξύ παραλήρημα" ή οξεία θανατηφόρος κατατονία. Πρόκειται για την πιο άγρια στο γνωστό φάσμα της ανθρώπινης συμπεριφοράς εκδήλωση αναίτιας και άσκοπης επιθετικότητας.

Η ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η παρανοειδής σχιζοφρένεια θεωρείται ως η πιο τυπική και γνήσια μορφή σχιζοφρένειας. Είναι η πιο "οργανωμένη" η πιο συνεκτική και η πιο σταθερή τόσο στην κλινική φυσιογνωμία της όσο και στην εξέλιξη.

Η σχετική ομοιογένεια της κλινικής εικόνας αποτελεί

παράγοντα που ευνοεί την προσπάθεια διερευνήσεως ορισμένων επιδημιολογικών και άλλων χαρακτηριστικών της.

1. Σε σχέση με την ηλικία έναρξεως : με τις προηγούμενες μορφές, αρχίζει πολύ πιο αργά, συνήθως μετά τα τριάντα. Καλύπτει σχεδόν το σύνολο των σχιζοφρενικών ψυχώσεων που αρχίζουν από τη μέση ηλικία και πάνω. Για το γεγονός αυτό διατυπώθηκαν οι ακόλουθες ερμηνείες :

α) Η ιδιαίτερη κλινική εικόνα της παρανοειδούς σχιζοφρένειας προκύπτει κατά κύριο λόγο από το γεγονός ότι προσβάλλει τα άτομα σε χρόνο που έχουν ήδη ολοκληρώσει την κοινωνική τους προσαρμογή κι έχουν ήδη ισχυροποιήσει με την εμπειρία τους αμυντικούς τους μηχανισμούς. Έτσι "αντέχουν" περισσότερο στη βασική σχιζοφρενική διαταραχή "εγκυστώνοντας" τις βλαπτικές της επιπτώσεις σε περιορισμένο μόνο τμήμα της προσωπικότητας, β) η βασική διαταραχή η υπεύθυνη για την κλινική εικόνα της παρανοειδούς ψυχώσεως διαφέρει απ'την αντίστοιχη των άλλων μορφών της σχιζοφρένειας. Παρατηρείται στις μεγαλύτερες ηλικίες γιατί αυτές προσφέρονται στην ανάπτυξή της.

2. Σε σχέση με τη συχνότητα : καλύπτει ποσοστό που μόλις υπερβαίνει το 1/3 των περιπτώσεων σχιζοφρένειας. Μάλιστα, ο αριθμός των κατατονικών βρέθηκε (σε μία σχετική μελέτη) διπλάσιος από τον αριθμό των παρανοϊκών.

3. Σε σχέση με το φύλο : Υπάρχει μια μικρή υπεροχή στις γυναίκες που καλύπτουν περίπου το 60% των περιπτώσεων.

4. Σε σχέση με τη προηγούμενη προσωπικότητα : είχε ανέκαθεν συνδεθεί με την λεγόμενη σχιζοειδή προσωπικότητα. Ως κύρια γνωρίσματα της προνοσηρής προσωπικότητας

των παρανοϊκών σχιζοφρενών αναφέρονται τα ακόλουθα : Περιορισμένες και τυπικές διαπροσωπικές σχέσεις, εμμονή, συνέπεια και αφοσίωση σε ορισμένες αρχές και κανόνες, επιφυλακτικότητα και αμυντικότητα που φθάνει μέχρι την καχυποψία, ζηλόφθονη, εχθρική, ειρωνική και αμφισβητική διάθεση, δύσκαμπτο συναίσθημα.

Δύο είναι οι βασικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την ιδιαίτερη συμπτωματολογία της παρανοειδούς σχιζοφρένειας στο κάθε άτομο : Ο ένας είναι ο τρόπος που εγκαθίσταται η ψύχωση (σταδιακή - αιφνίδια), ο άλλος η προηγούμενη προσωπικότητα (σχιζοειδική - μη σχιζοειδική).

Στην βραχεία, σταδιακή εγκατάσταση τα αρχικά συμπτώματα περνούν ως συμπεριφορές συναρτημένες με τον ήδη "δύσκολο" άκαμπτο ζηλόφθονο και καχύποπτο χαρακτήρα, στο έδαφος μιας σχιζοειδικής προσωπικότητας, ενώ όταν η ψύχωση αναπτύσσεται σε μη σχιζοειδική προσωπικότητα τα αρχικά συμπτώματα γίνονται αμέσως αντικείμενο ανησυχίας από το περιβάλλον.

Στην αιφνίδια εγκατάσταση, συνηθισμένα γεγονότα της καθημερινής ζωής, τυχαίες διευθετήσεις αντικειμένων στο περιβάλλον και αποκτούν "αποκαλυπτικό" περιεχόμενο. Μηνυματοδοτούν την επέλευση γεγονότων κοσμογονικής σημασίας, αποκωδικοποιούν το μυστήριο της ζωής. Σε αυτήν την περίπτωση ο άρρωστος μετά από θεραπευτική αγωγή (ηλεκτροσπασμοθεραπεία και φάρμακα) μπορεί να επανέλθει πλήρως στην προνοσηρή του κατάσταση χωρίς να παρουσιάσει άλλο επεισόδιο.

Τα βασικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον παρανοειδή άρρωστο που έχει προχωρήσει πέρα από τα αρχικά στάδια

της νόσου είναι : α) το παραλήρημα. Αυτό τις περισσότερες φορές είναι ασαφές και ασυστηματοποίητο. Διακρίνουμε το διωκτικό παραλήρημα, το διεκδικητικό, το σεξουαλικού περιεχομένου διωκτικό παραλήρημα (όταν το θεωρούν ομοφυλόφιλο), το ζηλοτυπικό (συχνό αίτιο των συζυγοκτόνων), το ερωτομανιακό (όταν το άτομο κατέχεται από την αυταπάτη του "αγαπάσαι"), το παραλήρημα μεγαλείου, το θρησκευτικό παραλήρημα. β) Οι ψευδαισθήσεις (κατά κανόνα ακουστικές), γ) οι διαταραχές στην δομή και οργάνωση της σκέψης (εμποδισμοί, βαθμιαία ασαφοποίηση των νοηματικών ορίων, νεολογισμοί, ασχετολογία), δ) το συναίσθημα (ο άρρωστος γίνεται προοδευτικά αδιάφορος ώσπου να φθάσει στην συναισθηματική επιπέδωση), ε) οι διαταραχές της συμπεριφοράς (γίνεται διαρκώς και περισσότερο αυτιστική).

Η παρανοειδής σχιζοφρένεια θέτει ποικίλλου τύπου διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα εξαρτημένα από την ειδική συμπτωματολογία που εμφανίζει στα διάφορα εξελικτικά της στάδια. Στα αρχικά στάδια της νόσου με βραδεία εγκατάσταση των συμπτωμάτων δημιουργείται διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με τα σχιζοειδικά ή παρανοειδή άτομα, με τα υπερθρησκευόμενα φυσιολογικά άτομα, με τις φανατικές προσωπικότητες με τους διεκδικητικούς νευρωσικούς, με τους ζηλότυπους πότες κ.λ.π. (λείπει το στοιχείο της προοδευτικής εξέλιξης των συμπτωμάτων). Ενώ στα αρχικά στάδια της νόσου με αιφνίδια εγκατάσταση δημιουργείται διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με τα οργανικά ψυχοσύνδρομα και με τα ψυχωσικά επεισόδια από λήψη ψευδαισθησιογόνων ουσιών (π.χ. L.S.D.)

Στα προχωρημένα στάδια διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα

ουσιαστικά δεν τίθενται παρά μόνο σε σχέση με τις άλλες μορφές της σχιζοφρένειας και με τις παρανοειδείς καταστάσεις. Ιδιαίτερη πρακτική σημασία έχει η διαφοροδιάγνωση της Π.Σ. από την παρανοειδή μορφή της ενελεκτικής (υποστροφικής) ψύχωσης.

ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Εκτός από τις 4 κλασικές μορφές σχιζοφρένειας υπάρχουν και άλλες που θα δούμε στην συνέχεια.

Το οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο

Πριν μερικά χρόνια ήταν γνωστό με τον όρο "οξεία αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια". Σύμφωνα με το τελευταίο εγχειρίδιο της Α.Ψ.Ε. "Η διάγνωση της μορφής αυτής δεν εφαρμόζεται παρά σε σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές που δεν περιγράφηκαν στις προηγούμενες. Διακρίνεται για την οξεία εγκατάσταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων που συνοδεύονται συχνά από σύγχυση, αμηχανία, ιδέες συσχετίσεως, συναισθηματική αναταραχή, ονειροειδείς διχαστικές εκδηλώσεις, διέγερση, κατάθλιψη ή φόβο. Η οξεία εγκατάσταση διαφορίζει αυτή την μορφή από την απλή σχιζοφρένεια. Με τον καιρό οι άρρωστοι μπορεί να αναπτύξουν κλινική εικόνα που χαρακτηρίζει την κατατονική, την ηβηφρενική ή την παρανοειδή σχιζοφρένεια οπότε και η διάγνωση πρέπει να προσαρμοστεί ανάλογα. Σε πολλές περιπτώσεις ο άρρωστος αποκαθίσταται στο φυσιολογικό μέσα σε εβδομάδες αλλά μερικές φορές η αποργανωτική εξεργασία παίρνει εξελικτικό χαρακτήρα. Πολύ συχνά σημειώνονται υποτροπές".

Η λανθάνουσα σχιζοφρένεια

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο της Α.Ψ.Ε. "η μορφή αυτή πε-

ριλαμβάνει αρρώστους που έχουν σαφή συμπτώματα σχιζοφρένειας αλλά χωρίς ψυχωσικό σχιζοφρενικό επεισόδιο στο ιστορικό τους. Εδώ περιλαμβάνονται οι διαταραχές εκείνες που χαρακτηρίζονται ως ψευδονευρωσικές, ψευδοψυχοπαθητικές ή ως μεταιχμιακή σχιζοφρένεια. Στην μορφή αυτή περιλαμβάνονται επίσης και μερικοί άρρωστοι που στις παλιότερες εκδόσεις του εγχειριδίου υπαγόntonταν στην κατηγορία της "σχιζοφρενικής αντιδράσεως του χρόνιου αδιαφοροποίητου τύπου".

Η υπολειμματική σχιζοφρένεια

Σύμφωνα με τον ορισμό της Α.Ψ.Ε. η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει αρρώστους "που παρουσιάζουν σημεία σχιζοφρένειας αλλά οι οποίοι αφού είχαν στο παρελθόν σχιζοφρενικά επεισόδια δεν είναι πλέον ψυχωσικοί".

Η σχιζοσυναισθηματική ψύχωση

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο ταξινομήσεως της Α.Ψ.Ε. η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει : "αρρώστους που παρουσιάζουν ένα μίγμα από σχιζοφρενικού τύπου συμπτώματα και έκδηλη ευφορία η κατάθλιψη. Διακρίνουμε στην κατηγορία αυτή δύο τύπους : Τον διεγερτικό σχιζοσυναισθηματικό και τον καταθλιπτικό σχιζοσυναισθηματικό".

Η παιδική σχιζοφρένεια

Ορίζεται από το εγχειρίδιο ταξινομήσεως της Α.Ψ.Ε. ως η διαγνωστική κατηγορία που περιλαμβάνει : "περιπτώσεις στις οποίες τα σχιζοφρενικά συμπτώματα εμφανίζονται πριν από την εφηβεία. Η ψυχοπαθολογική κατάσταση εκδηλώνεται : Με απόσυρση και αυτιστική άτυπη συμπεριφορά. Με αποτυχία στην ανάπτυξη ανεξάρτητης (από την

μητέρα) ταυτότητας. Με γενική ανισομέρεια, σημαντική ανωριμότητα και ανεπάρκεια στην ανάπτυξη. Οι αναπτυξιακές αυτές βλάβες μπορούν να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση".

Η χρόνια, αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια

Είναι η διαγνωστική κατηγορία που περιλαμβάνει "αρρώστους που παρουσιάζουν μικτά σχιζοφρενικά συμπτώματα και που έχουν οπωσδήποτε διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς που δεν έχουν περιληφθεί στους άλλους τύπους της σχιζοφρένειας. Διαφορίζεται από την σχιζοειδική προσωπικότητα".

Επίσης υπάρχουν μορφές σχιζοφρένειας που δεν περιλαμβάνονται στον πίνακα της Α.Ψ.Ε. και που πρόκειται μάλλον για ιδιαίτερες κλινικές εικόνες παρά για ειδικές διαγνωστικές κατηγορίες. Ονομαστικά θα αναφέρουμε την σχιζο-ολιγοφρένεια (επιπωματική ψύχωση), την όψιμη σχιζοφρένεια, το παραλήρημα συσχετίσεως των ευαισθητών του KRETSCHMER, την μεταδοτική ψύχωση (επακτική, μολυσματική κ.λ.π.), και τις παρανοσειδείς καταστάσεις (χρόνια συστηματικά παραληρήματα).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένειά του, τον γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή-ψυχίατροι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, εργοθεραπευτές κ.λ.π.

Κατά καιρούς, πολλοί ισχυρίσθηκαν ότι βρήκαν την θερα-

πεία της Σχιζοφρένειας. Καμμία, όμως, δεν αποδείχθηκε αποτελεσματική. Δεν υπάρχει θεραπεία για αυτή την χιλιάδων ετών καταστροφική αρρώστεια, γι' αυτό η θεραπευτική μας παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Έτσι, η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θα περιγραφεί κάτω από δύο μεγάλες διαστάσεις - σωματικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές θεραπείες - που οπωσδήποτε όμως έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα (και δυνητικά μπορούν να αποβούν και βλαβερές). Παρόλα αυτά προσεκτικά σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα που συνθέτουν τις δύο διαστάσεις μπορούν να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν την χαμένη τους λειτουργικότητα και ψυχολογική ακεραιότητα και υγεία.

Αυτό πάντως, που πρέπει να θυμόμαστε είναι ότι θεραπευτική αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών σημαίνει μακρόχρονη παροχή συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που είναι η βάση για την εξασφάλιση ποιότητας στην ζωή τους.

Σωματικές Θεραπείες

1. α) Αντιψυχωτικά φάρμακα

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στο θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητά τους να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση, όσο και με την δυνατότητα τους να θεραπεύουν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Δεν μπορούν, βέβαια, να θεραπεύσουν την αρρώστεια, αλλά μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν την ψυχωτική σύγχυση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, σε κάποιο βαθμό την κοινωνική απομόνωση και άλλα συμπτώματα της σχιζο-

φρένειας.

Μολονότι η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εν τούτοις, το μέγιστο ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες. Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης, που είναι περίπου 20-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάσθηκε στην οξεία κρίση. Και φυσικά, η μείωση γίνεται προσεκτικά σε διάρκεια εβδομάδων, με στενή παρακολούθηση μήπως χρειασθεί και πάλι αύξηση λόγω επανόδου των συμπτωμάτων. Για άτομα που δεν είμαστε σίγουροι ότι ακολουθούν πιστά τις εντολές για λήψη του φαρμάκου από το στόμα σε εξωνοσοκομειακή βάση, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε θεραπεία συντήρησης, με δεκανοϊκή φλοϋφαιναζίνη κάθε 10-30 μέρες. Ασθενείς που εμφανίζουν πλήρη ύφεση για έξι μήνες ή περισσότερο και αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση συντήρησης αξίζει να δοκιμάσουν μήπως δεν χρειάζονται φάρμακα, καθώς υπάρχει και ο φόβος της όψιμης δυσκινησίας.

Σήμερα, προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε την μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό. Επίσης να τον οδηγήσουμε στην αυτορύθμιση δηλαδή αυτός να κανονίζει πόσο φάρμακο χρειάζεται.

2. Λίθιο

Κατά πάσα πιθανότητα το λίθιο δεν έχει ένδειξη, αν η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι σίγουρη. Οποτεδήποτε

όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, είναι καλό να δοκιμάζεται.

3. Αντικαταθλιπτικά

Όπως ήδη αναφέρθηκε οι σχιζοφρενικοί ασθενείς παρουσιάζουν μερικές φορές κατάθλιψη. Τότε προσθέτουμε ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό στην θεραπεία του. Χρειάζεται όμως ιδιαίτερη προσοχή και παρακολούθηση γιατί τα τρικυκλικά μπορεί να επιφέρουν αναζωπύρωση της ψύχωσης.

4. Το ηλεκτροσόκ

Πριν από τα αντιψυχωσικά ψυχοφάρμακα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η ινσουλινοθεραπεία ήταν τα μοναδικά μέσα θεραπείας της σχιζοφρένειας. Η σημερινή του θέση στην θεραπευτική της σχιζοφρένειας δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική και ο λόγος δεν είναι μόνο γιατί τα ψυχοφάρμακα τα αντικατέστησαν σε πολλές από τις ενδείξεις του αλλά και γιατί είναι σε μεγάλο βαθμό "κοινωνικά στιγματισμένο". Παρά ταύτα με βάση τα κλινικά, και όχι τα κοινωνικά, κριτήρια, εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό όπλο στην θεραπεία της σχιζοφρένειας με ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα στις ακόλουθες περιπτώσεις :

α) στην κατατονική μορφή, β) στα οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια, γ) στις σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις, δ) σε διεγερτικές καταστάσεις.

Περιορισμένη είναι η αποτελεσματικότητά του στις ηβηφρενικές και στις παρανοειδείς ψυχώσεις, ενώ στην απλή μορφή της σχιζοφρένειας το ηλεκτροσόκ δεν φαίνεται να ασκεί καμμία ευνοϊκή επίδραση.

5. Η Ινσουλινοθεραπεία

Η εφαρμογή της θεραπείας αυτής έχει σήμερα θέση μόνο σε περιπτώσεις που η συστηματική εφαρμογή όλων των άλλων θεραπευτικών μέσων έχει αποτύχει.

1.β) Τα πρώτα αποτελεσματικά ψυχοφάρμακα εμφανίσθηκαν το 1952. Ήταν οι φαινοθειαζίνες και ειδικότερα χλωροπρομαζίνη (LARGACTIL). Από τότε μια πληθώρα από νευροληπτικά φάρμακα κατέκλυσαν τον κόσμο. Ανάμεσα στα πιο σημαντικά που αποτελούν και το βασικό μας οπλοστάσιο στον αγώνα κατά της σχιζοφρένειας συγκαταλέγονται οι φαινοθειαζίνες του τύπου της θειοριδαζίνης (MELLERIL), της τριφλουπεραζίνης (STELAZINE), της περφαίναζίνης, της οινανθίνης και δεκα οϊκής φθοριοφαίναζίνης (MODITEN, MODECATE), η κλοζαπίνη και τα παράγωγα του θειοξανθινίου. Όλα τα "αντισχιζοφρενικά" φάρμακα προκαλούν πλήθος από βιοχημικές και άλλες βιολογικές μεταβολές. Και είναι δύσκολο να συσχετισθεί μία από αυτές με την αντιψυχωσική του ενέργεια. Πάντως είναι βέβαιο ότι όλα σχεδόν ασκούν μια αντιαδρενεργική και βασικά αντιποπαμινεργική δράση αποκλείοντας τους νεοπαμινεργικούς υποδοχείς. Με βάση το ότι η σχιζοφρένεια συνδέεται με την αναστολή των σεροτονονεργικών μηχανισμών η ερευνητική προσπάθεια προσανατολίζεται στην ανακάλυψη ουσιών που θα "αφυπνίσουν" τους σεροτονινεργικούς, είτε αντίθετα θα "υπνωτίσουν" τους αδρενεργικούς και ντοπαμινεργούς μηχανισμούς στον εγκέφαλο. Το μεγάλο όμως πρόβλημα είναι ότι ξέρουμε περισσότερα για τα συμπτώματα και την απαντητικότητα των ασθενών στα διάφορα φάρμακα και πολύ λιγότερα για την σχιζοφρένεια την ίδια.

6. Ψυχοχειρουργική

α) Λοβοτομία ή Δευκοτομία

Η χειρουργική επέμβαση στην λευκή ουσία του εγκεφάλου εφαρμόστηκε σε αρκετά ευρεία κλίμακα από τα μέσα του 1930 ως τις αρχές του 1950. Η εγχείρηση που αποσκοπούσε στην μερική ή ολική διακοπή της επικοινωνίας του μετωπιαίου λοβού με τον θάλαμο, είχε ενθαρρυντικά στις αρχές αποτελέσματα. Γρήγορα, όμως αποδείχθηκε ότι οι θετικές αυτές αλλαγές ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις πρόσκαιρες, ενώ δημιουργούνταν καινούργια προβλήματα, που τελικά άφηναν τον άρρωστο σε μια εντελώς αποδιοργανωμένη κατάσταση.

β) Στερεοτακτική Ψυχοχειρουργική

Η ψυχοχειρουργική είχε απαγορευθεί στην πρώην Σοβ. Ένωση από τις αρχές της δεκαετίας του 1950, αλλά στον υπόλοιπο κόσμο συνεχίζεται με κυμαινόμενη συχνότητα αν και με λίγη δημοσιότητα. Η χειρουργική επέμβαση, που γίνεται με στερεοτακτικές μεθόδους, αποσκοπεί στην εξουδετέρωση συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου όπως οι κροταφικοί λοβοί, το οπίσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγίου και οι αμυγδαλοειδείς πυρήνες.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Η κλασσική ψυχανάλυση

Αρκετές περιπτώσεις σχιζοφρένειας, κυρίως ψευδονευρωσικού τύπου έχουν ψυχαναλυθεί. Ορισμένες ψυχαναλυτικές σχολές όπως του KLEIN και του ROSEN υποστηρίζουν πως η ψυχανάλυση των σχιζοφρενικών είναι και τεχνικώς εφικτή και έχει ευνοϊκά αποτελέσματα. Οι ψυχαναλυτικού προσδιορισμού θεραπείες, δεν αποσκοπούν στην αναδόμηση της προσωπικότητας αλλά στην ενίσχυση του εγώ που εξ ορισμού

στον σχιζοφρενικό άρρωστο είναι ανίσχυρο και ευάλλωτο στις αντίξοες περιβαλλοντολογικές συνθήκες. Μεγάλη έμφαση δίνεται στην αξιοποίηση των υγιών ψυχολογικών μηχανισμών του ατόμου.

Η υποστηρικτική ατομική θεραπεία

Είναι η κατεξοχήν εφαρμοζόμενη και κατά μερικούς η μόνη ενδεικνυόμενη για τον σχιζοφρενικό άρρωστο μέθοδος ατομικής ψυχοθεραπείας. Βασικά της συστατικά : βαθεία γνώση του περιστατικού, καθώς και των συνθηκών (οικογενειακών - κοινωνικών) κάτω από τις οποίες αναπτύχθηκε η νόσος.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

Είναι αρκετά διαδεδομένη μέθοδος εντός και εκτός του νοσοκομείου. Υποστηρίζεται ότι υπερέχει των ατομικών ψυχοθεραπειών.

ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο σχιζοφρενικός που βγαίνει από το νοσοκομείο χρειάζεται σταθερή και πολύπλευρη περίθαλψη για να περιορισθούν οι πιθανότητες υποτροπής της νόσου.

Βασικός παράγοντας στην μετανοσοκομειακή φροντίδα είναι η συνεπής και προσαρμοσμένη σε ατομικές ανάγκες του κάθε αρρώστου φαρμακοθεραπείας. Συμπληρωματικό ρόλο διαδραματίζουν η ατομική υποστηρικτική θεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία ρόλων, η θεραπεία οικογενείας κ.λ.π.

Τα στατιστικά δεδομένα είναι περίπου τα ακόλουθα. Ο άρρωστος χωρίς μετανοσοκομειακή περίθαλψη μέσα στον πρώτο χρόνο έχει τέσσερεις τουλάχιστον φορές περισσότε-

ρες πιθανότητες επανεισαγωγής στο νοσοκομείο σε σχέση με τον άρρωστο που έχει σταθερή και άρτια περίθαλψη.

Ο άρρωστος που παίρνει μόνο φάρμακα αλλά δεν υποστηρίζεται ψυχολογικά με μια από τις ψυχολογικές θεραπείες έχει κατά 10-20% πιθανότητες επανεισαγωγής στο νοσοκομείο σε σχέση με αυτόν που συνδυάζει φάρμακα και ψυχολογική θεραπεία.

Και τέλος ο άρρωστος που καλύπτεται μετανοσοκομειακά μόνο από ψυχολογικές θεραπείες και δεν παίρνει φάρμακα έχει περίπου τις ίδιες πιθανότητες επανεισαγωγής συγκριτικά με εκείνον που μένει χωρίς μετανοσοκομειακή περίθαλψη.

Το συμπέρασμα είναι ότι ο συνδυασμός φάρμακα και ψυχολογική αντιμετώπιση αποτελεί το καλύτερο μέσο αποτροπής των επανεισαγωγών και πως οποιουδήποτε τύπου αγωγή που δεν περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Βασικές αρχές και κατευθύνσεις

Η αξιολόγηση της κατάστασεως του ασθενούς είναι η αρχή της διεργασίας.

Αυτή προσφέρει τις βασικές πληροφορίες για τον προγραμματισμό της νοσηλείας του συνιστά το περιεχόμενο της πρώτης συναντήσεως μεταξύ αδελφής και ασθενούς. Αλλά αποτελεί και μέρος των επόμενων συναντήσεων καθ'όλην την περίοδο της φροντίδας του ασθενούς, εφόσον η κατάστασή του χρειάζεται αναθεώρηση και προσαρμογή.

Η ψυχιατρική νοσηλευτική αξιολόγηση αντιπροσωπεύει την προσπάθεια της αδελφής να πλησιάσει, να γνωρίσει, να κατανοήσει και εν συνεχεία να νοσηλεύσει τον ασθενή σαν ολότητα, σαν βιο-ψυχοκοινωνική και πνευματική, μοναδική ύπαρξη. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται, σκέπτεται, αισθάνεται, ενεργεί και αντιδρά μέσα στο φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον του.

Ο ψυχικός ασθενής, όπως όλοι οι άνθρωποι, έχει την προσωπική και μοναδική ιστορία του. Παρουσιάζει ψυχοσωματικές και κοινωνικές ανάγκες. Έχει δικές του αναμνήσεις, οραματισμούς, φόβους για το μέλλον, οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς. Επομένως ο νοσηλευτής ο οποίος βλέπει αποκλειστικά και μόνο τα ψυχιατρικά συμπτώματα του ασθενούς τα επισημαίνει ίσως με μεγάλη ακρίβεια, αλλά δεν γνωρίζει το πρόσωπο το οποίο πάσχει και ζητάει ουσιαστική βοήθεια. Και είναι αμφίβολο κατά πόσο μπορεί να τον νοσηλεύσει αποτελεσματικά, ακόμα και αν έχει την αριώτερη και ευρύτερη θεωρητική κατάρτιση.

Τα βασικά νοσηλευτικά προσόντα είναι η παρατηρητικότητα και οι διαπροσωπικές δεξιότητες.

Η παρατήρηση είναι ενεργητική και σύνθετη λειτουργία, εκλεκτική θεώρηση των στοιχείων, τα οποία γίνονται αντιληπτά με όλες τις αισθήσεις. Η παρατήρηση είναι υπεύθυνη αρμοδιότητα του νοσηλευτή, η δε ανάπτυξή της αποκτεεί πλατειά γνώση θεωρητικών αρχών απο τις φυσικές και κοινωνικές επιστήμες, σχετιζόμενες με τον άνθρωπο, καθώς και γνώσεις νοσολογίας. Ο νοσηλευτής κατά την παρατήρηση του ασθενούς πρέπει να γνωρίζει τι ζητάει ο ίδιος πότε να το περιμένει και ποιά νοσηλευτικά μέτρα θα εφαρμόσει, όταν εμφανισθεί. Παρατηρητικότητα δεν σημαίνει απλός αναζήτηση σημαντικών στοιχείων και ανεύρεση αυτών. Σημαίνει και συσχέτιση των παρατηρήσεων μεταξύ τους και με όσα λέει ο ασθενής. Δηλώνει ακόμα την αναγνώριση της παρουσίας ή της απουσίας ορισμένων καταστάσεων, διάκριση των κρίσιμων σημείων απο τους φυσιολογικούς παράγοντες και βάση αυτών διαπιστώνει τα υπάρχοντα προβλήματα.

Εξ'άλλου οι διαπροσωπικές δεξιότητες επαληθεύουν και συμπληρώνουν τις νοσηλευτικές παρατηρήσεις. Ιδιαίτερα η ακρόαση, συνδιασμένη με ανοικτές ερωτήσεις οι οποίες ενθαρρύνουν τον ασθενή να περιγράψει τις δυσκολίες του, είναι ο καλύτερος τρόπος για να γνωρίσει ο νοσηλευτής τον ασθενή σαν μοναδικό πρόσωπο.

Άξιο ιδιαίτερης προσοχής είναι και το εξής: μολονότι η αξιολόγηση του ασθενούς αποτελεί το θέμα συζήτησης κατά τις πρώτες συναντήσεις του νοσηλευτή και του ασθενούς η όλη διεργασία της συνέντευξης είναι μιά δυναμική και μοναδική διαπροσωπική συναλλαγή. Σκοπός της η ελάτ-

τωση του άγχους του ασθενούς και η ανάπτυξη θετικού διαλόγου μαζί του.

Αυτή είναι η φάση του προσανατολισμού, κατά την οποία ο νοσηλευτής και ο ασθενής, ξέννοι μεταξύ τους, συναντιώνται για να γνωριστούν και προχωρούν σε μιά συνεργασία προς όφελος πάντοτε του ασθενούς. Συνεπώς οι πρώτες επαφές ασκούν αποφασιστική επίδραση στην ανάπτυξη διαλόγου νοσηλευτή ασθενή.

Πραγματικά η φάση του προσανατολισμού θεωρείται κατάλληλη περίοδος για την θεμελίωση της θεραπευτικής συμφωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς.

Ο νοσηλευτής βρίσκει την ευκαιρία να διαβιβάσει ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση. Κατ'αυτό τον τρόπο ο ασθενής δεν αισθάνεται ότι χρησιμοποιείται σαν πηγή πληροφοριών για εξερεύνηση ή μεταβάλλεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα κάτω απο το μικροσκόπιο προς μελέτη για την μορφωτική ωφέλεια των άλλων.

Άλλο σπουδαίο σημείο είναι η περίπτωση κατά την οποία η αρχική αξιολόγηση του ασθενούς έχει γίνει απο ψυχίατρο προ ή κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο.

Συνεπώς υπάρχουν ήδη πληροφορίες γύρω απο τα προβλήματα του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις υπάρχουσες πληροφορίες για να κατατοπισθεί, και δεν επαναλαμβάνει τη λήψη πληροφοριών οι οποίες ήδη συγκεντρώθηκαν απο άλλους. Στρέφει την νοσηλευτική του αξιολόγηση προς τις τρέχουσες ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενούς.

Τα στοιχεία της δυνατόν να συμπληρώσουν, να διασταυρώσουν ή να αποσαφηνίσουν τις δυνατότητες και αδυναμίες του ασθενούς.

Ταυτότητα του ασθενούς.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί η γνωριμία του ασθενούς: όνομα φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση, επάγγελμα, θρησκεία, καταγωγή.

Πέραν όμως απο τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενούς είναι ανάγκη να διερευνηθεί το παρόν πρόβλημά του. Τόσο οι υποκειμενικές όσο και οι αντικειμενικές πληροφορίες είναι χρήσιμες για την κατανόηση των δυσκολιών του ασθενούς. Τα σπουδαιότερα ερωτήματα τα οποία πρέπει να τεθούν είναι:

Πότε άρχισε το πρόβλημα της υγείας του;

Ποιό γεγονός ή ποιά κατάσταση επέσπευσε την εμφάνιση ή υποτροπή του αυτή την φορά;

Κατά ποιό τρόπο το πρόβλημα επηρεάζει την ζωή του ατόμου και το περιβάλλον του;

Για να βρούμε όλες αυτές τις απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα, απαραίτητη είναι η προσωπική συνέντευξη με τον ασθενή, καθώς και η συνάντησή του με παρουσία της οικογενειάς του, η οποία μπορεί να επιβεβαιώσει, να συμπληρώσει, να διευκρινήσει, ή να διαψεύσει πληροφορίες τις οποίες έδωσε ο ασθενής. Επιπλέον κατά την ευκαιρία αυτή η επικοινωνία του ασθενή με την οικογένειά του είναι δυνατόν να αποκαλύψει στοιχεία σχετικά με την επίδραση του προβλήματος του ασθενή στην οικογένεια ή και αντιθέτως.

Ο νοσηλευτής πρέπει ακόμα να γνωρίζει ότι όσα αναφέρει ο ασθενής είναι δυνατόν να μην εκφράζουν την κατάσταση,

την οποία περιγράφει. Και τούτο λόγω διαταραχής της αντιλήψεως, παρεμβάσεως μηχανισμών αμύνης του εγώ, ελλείψεως γνώσεων γύρω απο το ότι ποιό σημείο είναι σημαντικό και άξιο περιγραφής.

Επίσης ο φόβος των συνεπειών των αποκαλύψεων τις οποίες θα κάνει για τον εαυτό του και της συμπεριφοράς των άλλων προς αυτόν, είναι δυνατόν να επηρεάσει όσα λέει και όσα αποφεύγει να πει.

αρομοίως τα μέλη της οικογένειας ή οι συνάδελφοι των οποίων οι πληροφορίες κρίνονται απαραίτητες για την διασταύρωση, σύγκριση και επικύρωση των αναφερομένων απο τον ασθενή πολλές φορές δεν είναι ικανοί να διευκρινίσουν την κατάσταση για ορισμένους λόγους π.χ. λόγω υπέρμετρης ανοχής της ψυχοπάθειας του ασθενή, ή σκοπίμων επιφυλάξεων, προσωπικών και λανθασμένων ερμηνειών των γεγονότων.

Άλλη σημαντική διάσταση στην ζωή του ασθενή είναι η ψυχοκοινωνική ανάπτυξή του. Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται να γνωρίσει πως ο ασθενής ανατράφηκε και αν δοκίμασε ψυχοτραυματικές εμπειρίες κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Ποιά ήταν η οικογένειά του όταν ζούσε μέσα σε αυτή. Ποιά ήταν τα χαρακτηριστικά της μαθητικής του ζωής ή και η ακαδημαϊκή του επίδοση καθώς και οι σχέσεις του με άλλα πρόσωπα κατά την σχολική του περίοδο και μετά απ' αυτή, τόσο στο ξένο όσο και στον ευρύτερο κύκλο του. Αυτά αποτελούν σημαντικές πληροφορίες. Επιπλέον και η πείρα σοβαρής ασθένειας, μεγάλης εγχειρήσεως ή τυχόν αναπηρίας ή μακρά νοσηλεία στο νοσοκομείο ή οποιοσδήποτε αποχωρισμός απο την οικογένεια ή απώλεια προσφιλών και οι επανειλημμένες αποτυχίες πρέπει να ανιχνεύονται

με προσοχή. Πραγματικά η διερεύνηση παρομοίων περιστατικών παρέχει χρήσιμα δεδομένα για τις ψυχικές καταπονήσεις και κρίσεις στη ζωή του ασθενή προ της εκδηλώσεως της παρούσης νόσου.

Οι παραπάνω πληροφορίες προσφέρουν αντιπροσωπευτικό υλικό για την προσωπική ζωή του ασθενούς.

Άρα οδηγούν στην επισήμανση ειδικών προβληματικών πλευρών, πιθανόν δε και στην αιτιολογική αρχή της νόσου.

Η παρούσα ψυχολογική κατάσταση παρουσιάζει μεγάλη σημασία για τον προγραμματισμό της νοσηλείας του. Σ'αυτή την περίπτωση περιλαμβάνονται τα ακόλουθα.

Αφή της πραγματικότητας.

Η έννοια αναφέρεται στην ορθή αντίληψη και εκτίμηση μίας καταστάσεως, την δυνατότητα προσαρμογής σε καθημερινές εμπειρίες και σχέσεις και στη δυνατότητα διακρίσεως μεταξύ αυτού και του περιβάλλοντος. Επίσης ο προσανατολισμός στον χρόνο, το χώρο και τα πρόσωπα, αποδεικνύει την αντίληψη της πραγματικότητας. Διαταραχές σ'αυτήν την περιοχή είναι δυνατόν να είναι ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, σύγχυση ταυτότητας κλπ.

Συναισθηματικές αντιδράσεις.

Περιλαμβάνουν την διάθεση του ασθενή, την παρουσία ή απουσία άγχους, υπερκινητικότητα, απόσυρση, μελαγχολία ευφορική διάθεση κλπ. Ιδιαίτερη σημασία έχει η παρατήρηση κατά πόσο οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή είναι αντίλογες προς εκείνα που λέει π.χ. πρέπει να σημειωθεί, εάν ο ασθενής γελά ενώ μιλάει για καταθλιπτικά γεγονότα ή αντιθέτως.

Αντίληψη, κρίση, συναίσθηση.

Οι λειτουργίες αυτές πρέπει να αξιολογούνται σε συνά-

ριση προς άλλες λειτουργικές πλευρές του ασθενούς. Όταν λόγου χάρη ο ασθενής ενθαρρύνεται να μιλήσει για τις δυσκολίες του, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει πως αντιλαμβάνεται την ασθένειά του. Και κατά πόσο δηλαδή έχει συναίσθηση της ψυχικής του διαταραχής ή πιστεύει ότι δεν είναι ασθενής, αλλά η οικογένειά του τον θεωρεί ασθενή ή έχει ψευδαισθήσεις. Επίσης η κρίση του διαφαίνεται στα λόγια στα οποία αποδίδει την ασθένειά του ή την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Οι λειτουργίες αυτές συχνά υφίστανται διαταραχή στους ψυχικούς πάσχοντες και σοβαρότερα στους σχιζοφρενείς.

Διαπροσωπικές σχέσεις.

κατά την αξιολόγηση σχέσεων του ασθενούς με την οικογένειά του και το περιβάλλον του αναζητούνται τα στοιχεία εκείνα όπως: αγάπη, στενή επαφή, εξάρτηση, εχθρότητα, απόσταση ή απόσυρση.

Ακόμα πρέπει να διερευνηθεί, πως ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σε σύγκριση προς τους άλλους. Τον θεωρεί όμοιο, ανώτερο, κατώτερο, ανεπαρκή ή ανίκανο και επι ποιάς βάσης εκλογικεύει την αντίληψή του. Η διαταραχή στις διαπροσωπικές σχέσεις συνήθως είναι εξωτερική εκδήλωση και στην σχιζοφρένεια.

Διεργασία της σκέψης και περιεχόμενο αυτής.

Οι τρόποι αναζήτησης διαφόρων θεμάτων απο τον ασθενή είναι δυνατόν να αποκαλύψουν κατά πόσο σκέπτεται λογικά ή μεταπηδά απο την μιά ιδέα στην άλλη χωρίς συνοχή. Η σκέψη του σχιζοφρενή απέχει πολύ απο τα λόγια του. Είναι τόσο αποδιοργανωμένη και χωρίς νόημα ώστε χαρακτηρίζεται σαν "σαλάτα λέξεων". Ο ασθενής δυνατόν να έχει παραλήρημα. Μπορεί ακόμα να πιστεύει ότι οι άνθρωποι τον καταδιώκουν.

Άλλη άποψη προς μελέτη είναι η γενική εμφάνιση και συμπεριφορά του ασθενούς, οι διαθέσεις, τα συναισθήματα και οι σκέψεις αντικατοπτρίζονται στην στάση του σώματος, τις χειρονομίες, την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής και τους τρόπους εκδήλωσης του ατόμου. Σημασία έχει η παρατήρηση και κατά πόσο ο ασθενής φοράει καθαρά ρούχα, επιμελείται την εμφάνισή του ή είναι ατημέλητος. Μήπως τυχόν είναι υπερκινητικός ή ανήσυχος ή παραμένει ακίνητος. Αν κάνει χειρονομίες και πράξεις ασύμφωνα προς ότι λέει. μήπως φαίνεται ότι ακούει ψευδαισθητικές φωνές ή η έκφραση του προσώπου του αποκαλύπτει φόβο, άγχος, μελαγχολία ή απάθεια. Αν η ομιλία του είναι ταχεία ή βραδεία, συνεσταλμένη και απολογητική ή ακόμα και ασυνάρτητη. Η εμφάνιση και η συμπεριφορά εκφράζουν περισσότερο απο την προφορική περιγραφή της κατάστασής του. Γι' αυτό άνευ λόγων επικοινωνία έχει ιδιαίτερη σημασία στην αξιολόγηση του σχιζοφρενούς.

Η εκτίμηση της σωματικής υγείας του ασθενή απο άποψη παθολογικής αποτελεί αναμφιβόλως απαραίτητο μέρος της όλης αξιολόγησής του. Η αναζήτηση τυχόν δυσκλειτουργιών και συμπτωμάτων πρέπει να στρέφεται ιδιαίτερα στα εξής συστήματα: αισθητήρια όργανα, αναπνευστικό, κυκλοφορικό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό, γεννητικό, νευρομυϊκό σύστημα.

Τα στοιχεία αυτά χρειάζονται για την ανίχνευση πιθανών αιτίων και παραγόντων, οι οποίοι επισπεύδουν ή περιπλέκουν την ψυχική νόσο συμπεριλαμβανομένων και των ψυχοσωματικών εκδηλώσεών της.

Η αναγνώριση δε αυτή χρησιμεύει για τον προγραμματισμό της φροντίδας της σωματικής υγείας σαν μέρος μιάς

ολοκληρωμένης νοσηλείας του ασθενούς και στη συστηματική παρακολούθηση πιθανών παρενεργειών των ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Υπάρχουν όμως και υγιείς δυνατότητες του ασθενή και της οικογένειάς του οι οποίες πρέπει να αξιολογηθούν και να ερευνηθούν.

Αν ο ασθενής συναισθάνεται ότι πάσχει ψυχικώς, εξωτερικεύει την δυσφορία του και ενδιαφέρεται για την θεραπεία του, τότε τα γεγονότα αυτά αποτελούν υγιείς δυνάμεις οι οποίες πρέπει να επισημανθούν και να χρησιμοποιηθούν από τον νοσηλευτή κατά την εξάσκηση του νοσηλευτικού του έργου.

Άλλωστε σχιζοφρένεια σαν ψυχική νόσος δεν καταστρέφει ολόκληρη την προσωπικότητα εντελώς και δια μιάς αλλά προβάλλει μεγαλύτερα ή μικρότερα τμήματα αυτής. Ορισμένες περιοχές παραμένουν εντελώς ή σχετικά υγιείς, έστω τεμαχισμένες και διάσπαρτες. Οι περιοχές αυτές αφορούν μερικά βαθύτερα στοιχεία της προσωπικότητας τα οποία συμβαίνει να είναι σθεναρά της καταστροφικές εισβολές της νόσου. Καθήκον του νοσηλευτή είναι να ανακαλύψει και να αξιοποιήσει όλες αυτές τις υγιείς πτυχές της προσωπικότητάς του.

Άλλη ευθύνη και καθήκον του νοσηλευτή είναι η προσπάθεια να διακρίνει στο σχιζοφρενή άρρωστο μία τυχόν ύπαρξη κάποιου καλλιτεχνικού ταλέντου. Ειδικά αυτό παρουσιάζει την μεγαλύτερη ανθεκτικότητα και αντίσταση σε σύγκριση με άλλες ιδιότητες της προσωπικότητας κατά την ψυχική ασθένεια. Αυτό εξηγεί ακόμα, γιατί ο καλλιτέχνης έστω και σχιζοφρενής μπορεί να παράγει υγιεί τέχνη.

Ο νοσηλευτής πρέπει να κατανοήσει ότι το καλλιτεχνικό ταλέντο χρησιμεύει σαν εκφραστικό μέσο για την εξωτερική έκφραση της ψυχικής οδύνης και την αίτηση βοήθειας. Είναι δυνατόν το καλλιτεχνικό ταλέντο του ασθενή να γίνει το βιοποριστικό του επάγγελμα.

Υγιείς θετικές δυνάμεις πρέπει να αναζητήσει ο νοσηλευτής, όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του. Η ελληνική οικογένεια έχει σημαντικές δυνατότητες οι οποίες πρέπει, και μπορεί να αξιοποιηθούν, για την νοσηλευτική και θεραπευτική φροντίδα του ασθενή.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΠΟΥ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΘΗΚΑΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Το επόμενο βήμα του νοσηλευτή, έπειτα από την συγκέντρωση των πληροφοριών είναι η εξακρίβωση αυτών των πληροφοριών με δικές του παρατηρήσεις.

Παρατηρεί από κοντά την συμπεριφορά του ασθενή και την συγκρίνει πάντα με τα λεγόμενά του. Κατόπιν κάνει σύγκριση στις παρατηρήσεις του με την συμπεριφορά του ασθενή και καταλήγει σε ορθά συμπεράσματα ενδεικτικά για την πραγματική κατάσταση.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας προϋποθέτει διατύπωση των νοσηλευτικών σκοπών και επιλογή των τρόπων και μεθόδων εκπλήρωσής τους, από της βάσης της αξιολόγησης του ασθενούς.

Οι παράγοντες οι οποίοι λαμβάνονται υπ' όψη κατά την λήψη αποφάσεων στην νοσηλεία του ασθενή, είναι οι εξής:

- Ο ασθενής σαν ολότητα και η προσωπική έκφραση της ασθενείας του.

- Οι ειδικές πληροφορίες, που παίρνουμε από τον ασθενή

για ανάγκες τα προβλήματα και τις δυνατότητές του.

- Η μόρφωση, οι δεξιότητες, η πείρα, η φαντασία, η δημιουργικότητα και η αφοσίωση του νοσηλευτή στην νοσηλεία του ασθενή.

- Η ικανότητα του νοσηλευτή να συγκεντρώνει κατάλληλες και ακριβείς πληροφορίες να εφαρμόζει την θεωρία στην παρατήρηση, να ερμηνεύει τις παρατηρήσεις, να λαμβάνει νοσηλευτικές αποφάσεις, να χρησιμοποιεί δε και άλλες βοηθητικές πηγές στην φροντίδα του ασθενή.

- Το ειδικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ασθενής πρόκειται να νοσηλευτεί π.χ. οικογένεια, νοσοκομείο κλπ.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΑΝ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΟ

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ψυχικές προβληματικές καταστάσεις πάντοτε αποτελεί δυναμική διαπροσωπική διεργασία. Η σχέση νοσηλευτή ασθενή είναι σημαντική. Ο νοσηλευτής έχει θέση άξονος στην εκπλήρωση οποιασδήποτε νοσηλευτικής ενέργειας, η οποία συντελεί στην πρόληψη, αναστολή ή θεραπεία της παθολογικής κατάστασης, του ασθενούς και γενικά στην επιτυχία των νοσηλευτικών σκοπών.

Στην διαπροσωπική σχέση που έχει ο νοσηλευτής με τον ασθενή τον γνωρίζει σαν πρόσωπο σαν αδιαίρετη και ολοκληρωμένη ολότητα, εξακριβώνει και εντοπίζει το πρόβλημα της υγείας του, επισημαίνει και επιβεβαιώνει τις προσωπικές του δυνατότητες για την αντιμετώπιση της ασθενειάς του και τις νοσηλευτικές ανάγκες του για να προχωρήσει στην αποκατάσταση της υγείας του.

ρογραμματίζει και εξατομικεύει την νοσηλεία του ασθενή σε στενή συνεργασία μαζί του, αξιολογεί και επιβεβαιώνει με τον ασθενή το αποτέλεσμα της νοσηλευτικής

φροντίδας.

νοσηλευτική, όταν θεωρείται και πραγματοποιείται σαν διαπροσωπικό έργο προάγει την εκτίμηση, την επαλήθευση και αντιμετώπιση των προβλημάτων και αναγκών της υγείας του σχιζοφρενή. Επηρεάζει θετικά την ψυχική του υγεία τον ενθαρύνει να εξωτερικεύει τις ανάγκες, επιθυμίες ανησυχίες, αγωνίες και φόβους του.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΛΟΓΙΑ

Η ομιλία δεν είναι απλώς μία λειτουργία μεταξύ πολλών άλλων ψυχολογικών λειτουργιών.

Κατέχει Κεντρική θέση στον άνθρωπο. Ανοίγει νέες προοπτικές. Ευρύνει και εμπλουτίζει την συγκεκριμένη πείρα του ανθρώπου. Διευκολύνει τον σχηματισμό εννοιών και αρχών και την ανύψωση σε αφηρημένα επίπεδα. Χωρίς ομιλίαν δεν υπάρχει αντικειμεντική τάξη πραγματικότητας.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον λόγο ποικιλοτρόπως στις σχέσεις του με τον σχιζοφρενή. Με τους λόγους του νοσηλεύει και θεραπεύει. Μεταβιβάζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία ή άλλες. Ερμηνεύει την Νοσηλευτική ή Ιατρική αγωγή. Μπορεί να διατηρεί τον προσανατολισμό του σχιζοφρενή στα πλαίσια της πραγματικότητας με την αμοιβαία επιβεβαίωση, επαλήθευση. Διαλύει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο σαν σύμβουλος της υγείας του. Ενθαρρύνει τον φοβισμένο καταπραΰνει τον αγχώδη ασθενή. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΝΕΥ ΛΟΓΩΝ

Πέραν απο την ομιλία, συνεχώς μεταβιβάζουμε τα πραγματικά συναισθήματα με την συμπεριφορά.

Ο νοσηλευτής έχει ανάγκες να γνωρίζει τα σιωπηλά σύμβολα της επικοινωνίας (όπως οι κινήσεις του σώματος, οι διακυμάνσεις της φωνής, η τηρούμενη απόσταση μεταξύ των συνομιλούντων προσώπων και η ερμηνεία αυτής).

Κατ'αυτό τον τρόπο θα είναι σε θέση να κατανοεί την κατάσταση του σχιζοφρενή και τον εαυτό του βαθύτερα και πληρέστερα στις διάφορες διαπρατυπικές περιστάσεις.

Τελευταία μελετάται και η ειδική σημασία της χρησιμοποίησης του χώρου κατά την επικοινωνία. Ο άνθρωπος με την επίδραση του περιβάλλοντος, στο οποίο ανατράφηκε, αναπτύσσει ειδική αίσθηση του "προσωπικού χώρου", δηλαδή της απόστασης στην οποία τοποθετεί τον εαυτό του, όταν επικοινωνεί με τους άλλους. Η αλλαγή απόστασης μεταξύ δύο προσώπων, κατά την διάρκεια της συνομιλίας τους δίνει τόνο στην επικοινωνία ή ματαιώνει τα λεγόμενα.

Ο φυσικός χώρος μεταβιβάζει προς τους ασθενείς σήματα άνευ λόγων. Όπως είναι: η γεωγραφική θέση ενός νοσοκομείου, η αρχιτεκτονική του, το ύψος και πλάτος των παραθύρων, η τοποθέτηση γραφείων κ.λ.π. Όλα αυτά επηρεάζουν τον τρόπο της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Βεβαίως ο προσωπικός χώρος δεν έχει ορατά σύνορα. Ο νοσηλευτής καλείται να διακρίνει στην συγκεκριμένη περίπτωση τι μεταβιβάζει ο προσωπικός χώρος του ασθενή.

Συχνά η κατάλληλη τοποθέτηση των επίπλων και η σχετική βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος αυξάνουν την δυνατότητα επικοινωνίας των ασθενών. Υπάρχει ασφαλώς διαφορά μεταξύ της μόνιμης τοποθέτησης των καθισμάτων κατά μήκος του τοίχου σε ένα εντευκτήριο και της

τοποθέτησης αυτών ανά μικρούς κύκλους. Δημιουργείται δε θερμότερη ατμόσφαιρα, όταν οι ασθενείς ενθαρρύνονται και είναι ελεύθεροι να τοποθετούν το κάθισμά τους όπου επιθυμεί ο καθένας σε μία δεδομένη περίσταση.

ΣΥΜΒΟΛΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το ανθρώπινο σώμα μιλάει. Μιλάνε οι κινήσεις μας, το ύψος της φωνής μας. Οι άνθρωποι μιλούν και όταν ακόμα η γλώσσα τους σωμαίνει. Μιλούν με την διάλεκτο του σώματος. Είναι η κινητική συμπεριφορά, η οποία περιλαμβάνει ειδικούς ομιλητικούς τρόπους στάσεως, χειρονομιών και μορφασμών. Η ικανότητα αναγνώρισης και ορθής ερμηνείας αυτών, στις συνομιλίες του με τον ασθενή, αποτελεί σπουδαίο προσόν για τον νοσηλευτή.

Η πρώτη παρατήρηση των χειρονομιών, των μορφασμών και της γενικής εμφάνισης του ασθενή εκφράζουν πολλά για αυτόν. Μέχρι ενός σημείου μπορούμε να αντιληφθούμε, τις σκέψεις του, να εκτιμήσουμε τα συναισθήματά του και την ιδέα για τον εαυτό του, να κρίνουμε κατά πόσο έχει καλό προσανατολισμό ή σύγχυση, να προσδιορίσουμε κατά πόσο έχει παλινδρόμηση ή απόσυρση από την πραγματικότητα και αν είναι αγλώδης.

Ο νοσηλευτής καλείται να εφαρμόσει στην συνέχεια την μέθοδο της απλής αναγνώρισης. Λέει π.χ. στον ασθενή πως ο ίδιος βλέπει την εμφάνιση και τις εκδηλώσεις του, και ζητά διευκρίνηση ή επικύρωση εκ μέρους του με την επέκταση και μελέτη του περιεχομένου της επικοινωνίας.

Ο νοσηλευτής μπορεί να αποτύχει όταν είναι βιαστικός, όταν μεταβιβάζει χωρίς λόγια αρνητικά συναισθήμα-

ματα στον ασθενή π.χ. κατακράτιση, υποβιβασμό, υποτίμηση.

Η κατανόηση της χωρίς λόγια επικοινωνίας αυξάνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα της σχέσης νοσηλευτή ασθενή.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΣΘΕΝΗ

α) Διαπροσωπικό κλίμα

Χαρακτηριστικό στοιχείο του διαπροσωπικού κλίματος του θεραπευτικού διαλόγου είναι η αποδοχή. Αποδοχή του ασθενή σημαίνει θερμό ενδιαφέρον γι' αυτόν χωρίς όρους, ανεξάρτητα από την κατάστασή του, την συμπεριφορά, τα αισθήματα και τις αρνητικές ή θετικές διαθέσεις του στην δεδομένη στιγμή.

Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα. Επίσης έχει ιδιαίτερη θεραπευτική σημασία στο κάθε στάδιο της ασθένειάς του. Αποτελεί αφετηρία για τον προγραμματισμό της προσωπικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η αποδοχή είναι ενεργητική διεργασία. Περιλαμβάνει σειρά θετικών ενεργειών, οι οποίες αποσκοπούν να μεταβιβάσουν στον ασθενή το αίσθημα, ότι είναι σεβαστός σαν πρόσωπο αξίας και αξιοπρέπειας. Επίσης, βεβαιώνουν τον ασθενή ότι έχει το δικαίωμα και την ελευθερία να πειραματίζεται και να εκλέγει τρόπους συμπεριφοράς ακόμα δε και να διορθώνει λάθη.

β) Ακρόαση και ομιλία

Ο νοσηλευτής ακοράται. Στον θεραπευτικό διάλογο νοσηλευτή-ασθενή, η ακρόαση υπερβαίνει στην αξία την απλή ακοή. Η ακρόαση είναι σκόπιμη πράξη. Προβάλλει σαν ευσυνείδητη χρήση της σιωπής με αληθινό ενδιαφέρον και προθυμία συμπάρστασης του άλλου προσώπου όταν

μάλιστα αυτό αισθάνεται έντονη την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιο άνθρωπο. Η ακρόαση είναι αγάπη. Αποτελεί ειδική μορφή προσφοράς γιατί απαιτεί κόπο.

Η ακρόαση είναι νοσηλεία με ψυχοθεραπευτικές ιδιότητες για δύο λόγους: α) μεταβιβάζει προσοχή, σεβασμό και ενθάρρυνση. β) ενθαρύνει τον ασθενή στο να μιλήσει. Η δε ομιλία συμβάλλει στην θεραπεία κατά πολλούς τρόπους.

Γενικά, αναγνωρίζεται ότι ο καλός ακροατής είναι ο καλύτερος γιατρός για τον πάσχοντα κατά την σκέψη και το συναίσθημα.

Η ομιλία του νοσηλευτή με τον ασθενή είναι άμεση νοσηλεία. Ενσωματώνει την υπεύθυνη, ευσυνείδηση και κατευθυνόμενη χρησιμοποίηση των λόγων. Κέντρο της συνομιλίας είναι ο ασθενής, η εμπειρία της ασθένειας. Οι ανάγκες και τα προβλήματα του, οι διαπροσωπικές δυσκολίες και το ενδιαφέρον του για μάθηση.

Κύριος και απώτερος σκοπός του θεραπευτικού διαλόγου είναι η βοήθεια του ασθενή: α) να κατανοήσει την πείρα της αρρώστιας του.

β) να αποκτήσει καθαρή αντίληψη του εαυτού του και των σχέσεων του με τους άλλους.

γ) Να γίνει ικανότερος στην δημιουργία διαπροσωπικών επαφών και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Γενικά, ο νοσηλευτής μιλάει λίγο. Ενθαρύνει τον ασθενή με μικρή συμβουλή και τον αφήνει να κατευθύνει ο ίδιος τον διάλογο και να εκφράζεται ελεύθερα.

Ο νοσηλευτής διατηρεί τον διάλογο ανοικτό με το αντροφοδοτικό σύστημα. Δηλαδή, επαναλαμβάνει στον ασθενή όσα άκουσε, για να τον βοηθήσει στην διευκρίνιση,

ολοκλήρωση ή και μεταβολή της αρχικής του ιδέας. Όταν ο ασθενής πληροφορείται ποιά απήχηση είχαν τα λόγια του, παρακινείται στην διόρθωσή τους.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή στην αποσαφήνιση των αισθημάτων που εκφράζει, παροτρύνει τον ασθενή να αποκαλύψει ότι αισθάνεται σκέφτεται ή προσπαθεί να εκφράσει στην ανάλογη περίπτωση.

Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την πρωτοβουλία του διαλόγου, όταν ο ασθενής αποπροσανατολίζεται, με σκοπό να τον ξαναφέρει στο θέμα που συζητούν.

Ο ασθενής αναλαμβάνει την πρωτοβουλία του διαλόγου με σκοπό να δείξει αν μπορεί να αποδεχθεί ή να απορρίψει την πρόταση του νοσηλευτή. Μαθαίνει πως να αντιμετωπίζει δυσκολίες και σύγχυση μέσα του με την κατάρτιση ενός σχεδίου για ενέργειες.

υχνά ρωτάει για την προσωπική ζωή και τις ατομικές υποθέσεις του νοσηλευτή. Ίσως με αυτόν τον τρόπο να αποφεύγει την συζήτηση για τον εαυτό του, δοκιμάζει την ικανότητα και την προτίμηση του νοσηλευτή να συγκεντρώνει την προσοχή στις ανάγκες του, ή ακόμη να προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές ανάγκες του νοσηλευτή, ώστε να μπορεί να ελπίζει ότι θα έχει σαν αντάλλαγμα την βοήθειά του. Ο νοσηλευτής όμως δεν είναι υποχρεωμένος να απαντήσει στις προσωπικές ερωτήσεις. Μπορεί να πει: "η ώρα αυτή είναι για σας" ή "ας διαθέσουμε την ώρα αυτή για συζήτηση των προβλημάτων σας".

Σκοπός της ομιλίας του νοσηλευτή με τον ασθενή είναι, η βοήθεια του νοσηλευτή προς τον ασθενή να δει τον εαυτό του σαν ενεργό μέτοχο της πραγματικής περιστάσεις της ζωής. Να αισθανθεί πως επιδρά πάνω στους άλλους

και πως επηρεάζεται ο ίδιος απο την συμπεριφορά τους. Να προχωρήσει σε βαθύτερη κατανόηση και βελτίωση των τρόπων επικοινωνίας του μετά των άλλων.

Σαν συμπέρασμα, πρέπει να λεχθεί ότι η εκπαίδευση του νοσηλευτή στην ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου με τον ασθενή είναι πολύ δύσκολο και επίπονο έργο.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

α) Η διεργασία της ομάδας

Η σύγχρονη ψυχιατρική ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιεί την ομαδική ψυχοθεραπεία. Κύρια, γιατί η ψυχιατρική συμπτωματολογία έχει την αρχή της και εκδηλώνεται σε διαταραγμένες πολύ-συναλλακτικές-διεργασία μεταξύ ενδοψυχικών, διαπροσωπικών, διομαδικών και κοινωνικών μεταβλητών.

Επίσης κλινικές παρατηρήσεις ενισχύουν την άποψη ότι η ψυχική λειτουργία μπορεί να βελτιωθεί με τις αμοιβαίες ψυχολογικές επιδράσεις πολλών προσώπων.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι κύρια κοινωνική και ψυχολογική διεργασία. Σε αυτή ορισμένα πρόσωπα συναντιώνται σε καθορισμένο τόπο και χρόνο για ορισμένη περίοδο με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας με ψυχολογικά μέσα.

Η μέθοδος αυτή αποβλέπει στην ταυτόχρονη θεραπεία πολλών προσώπων, τα οποία επικοινωνούν μέσα στην ομάδα.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ομαδικής ψυχοθεραπείας, όπως, η οικογενειακή θεραπεία, το ομαδικό ψυχόγραμμα κ.α.

Κύριος θεραπευτικός της σκοπός είναι η διαπροσωπική μάθηση με πολλές διαστάσεις. Όπως είναι: η ευστάλλαξη ελπίδας, η αντίληψη, της γενικότητας ορισμένων προβλημάτων, η καλλιέργεια της φιλαλληλίας και η μιμική συμπεριφορά.

Οι θεραπευτικοί παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στην ομαδική θεραπεία συνήθως κινητοποιούνται όχι απο τον νοσηλευτή-αρχηγό της ομάδας αλλά απο τους ίδιους τους ασθενείς.

Η ομάδα της ψυχοθεραπείας μετά την αρχική φάση του προσανατολισμού, μπαίνει στην φάση της συνεργασίας δηλαδή "εξελιίσεται σε ένα κοινωνικό μικροσκόπιο" στο οποίο επιτυγχάνεται μεγαλύτερη επικοινωνία μεταξύ των μελών. Μέσα στην ομάδα συντελείται η αμοιβαία επιβεβαίωση για το ποιόν και το αποτέλεσμα των λόγων και της συμπεριφοράς του κάθε μέλους και καλλιεργείται η αυτοπαρατήρηση.

Ο ασθενής οδηγείται στην επίγνωση των απαράδεκτων πλευρών της συμπεριφοράς του, όχι τόσο απο το θέμα της συζήτησης, αλλά κύρια απο τον συναισθηματικό τόνο αυτής.

Ανεξάρτητα απο τα επιφανειακά χαρακτηριστικά, η ομαδική επικοινωνία είναι φορτισμένη με συναισθήματα, τα οποία ασκούν έντονη επίδραση στο άτομο και ενισχύουν την μάθηση.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι για να πετύχει το πρόγραμμα των ομαδικών εμπειριών πρέπει να είναι ελαστικό. Να επιτρέπει δηλαδή αλλαγές και αυθορμητισμό, να συμπεριλαμβάνει τις προτάσεις των μελών, να είναι πρακτικό και να προσφέρει ποικίλες και ικανοποιητικές εμπειρίες.

β) Το έργο του αρχηγού της ομάδας.

Κατά την πρώτη συνάντηση της ομάδας, ο νοσηλευτής, αρχηγός προσανατολίζει τα μέλη προς τους σκοπούς της ομαδικής θεραπείας. Δίνει γενικές πληροφορίες και απαντά στις ερωτήσεις των μελών.

Με τον θεωρητικό αυτό προσανατολισμό αποβλέπει στην καταστολή του άγχους των ασθενών, σχετικά με την στάση μέσα στην ομάδα και τις δυσκολίες, τις οποίες ίσως συναντήσουν.

Ο αρχηγός είναι η κύρια δύναμη της ομάδας. Έργο του είναι η βοήθεια της ομάδας να αναπτυχθεί σε συνεκτική μονάδα.

Ο αρχηγός ενεργεί σαν καταλύτης. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, πληροφορίες και επικύρωση της πραγματικότητας. Δεν κυβερνά, αλλά κατευθύνει τη συζήτηση και διευκολύνει την ψυχοσυναλλαγή μέσα στην ομάδα. Μεταβιβάζει αποδοχή και επιείκεια, βάζει ερωτήσεις, που δεν απειλούν, αλλά παροτρύνουν προς οικοδομητική συζήτηση. Προφυλάσσει τα μέλη από ψυχοτραυματισμούς μεταξύ τους.

Μεταξύ άλλων, ο αρχηγός της ομάδας μπορεί να προτείνει στην ομάδα ένα πρακτικό σκοπό για εκπλήρωση, π.χ. ομαδικό σχέδιο μίας εικόνας πάνω στον μαυροπίνακα. Η τεχνική αυτή ανοίγει, απρόσωπη επικοινωνία, που διευκολύνει την διαχείτευση εντάσεων, συμπληρώνει και επαυξάνει τις διαπροσωπικές συναλλαγές.

Τέλος, τα μέλη της ομάδας φτάνουν στην φάση της λήξης της ομαδικής θεραπείας, όταν σημειώνουν πρόοδο στην κατανόηση των δυσκολιών τους στην επικοινωνία. Ενδιαφέρονται να αναπτύξουν περισσότερο αποτελεσματικούς τρόπους διαπροσωπικής συναλλαγής με σχετική αυτονομία και ανεξαρτησία από το υποστηρικτικό θεραπευτικό περιβάλλον. Επομένως, η εμπειρία της ομαδικής θεραπείας μπορεί να τερματισθεί.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί ευθύνη του νοσηλευτή. Κύριος σκοπός της αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η δημιουργία αλλαγών, βασιζομένων επι νέων γνώσεων και επι του βαθμού επιτυχίας των σκοπών της νοσηλείας του ασθενή. Μεταβολές στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας μπορούν να προέλθουν όχι μόνο απο αλλαγές της κατάστασης και των αντιδράσεων του ασθενή, αλλά και απο αλλαγές στις αντιλήψεις ή τις γνώσεις του νοσηλευτή.

Η περιγραφείσα διαπροσωπική νοσηλευτική διεργασία επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη θερμού διαλόγου μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο διάλογος λήγει, όταν ο ασθενής μπει στη φάση της ανάρρωσης, κατά την οποία μπορεί να συμπεριφέρεται ικανοποιητικά χωρίς την υποστήριξη απο μέρους του νοσηλευτή. Όλοι οι νοσηλευτικοί διάλογοι έχουν όρια. Και τα όρια αυτά καθορίζονται απο την εκπλήρωση ειδικώς νοσηλευτικών σκοπών και απο τις περιστάσεις. Την αλήθεια αυτή πρέπει να κατανοήσει ο νοσηλευτής ώστε να ετοιμάζει συναισθηματικά τον εαυτό του και τον ασθενή του για την λήξη της θεραπευτικής σχέσης.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Κατά την διάρκεια της στρατιωτικής μου θητείας στην Ψυχιατρική Κλινική του ΓΝΑ σαν νοσηλευτής, απέκτησα αρκετή εμπειρία για να μου θέσει πολλά ερωτήματα σχετικά με την σχιζοφρένεια.

Είδα ανθρώπους, φίλους μου, που κάναμε μαζί την βασική εκπαίδευση στην Τρίπολη να κατακλύζουν τα κρεβάτια της Ψυχιατρικής του ΓΝΑ. Αγνώριστους και αποκομμένους από την πραγματικότητα χωρίς να με αναγνωρίζουν οι περισσότεροι ενώ μαζί τρέχαμε, κοιμόμασταν, τρώγαμε, δουλεύαμε και γενικά εκπαιδευόμασταν στο στρατιωτικό κέντρο βασικής εκπαίδευσης της Τρίπολης. Ανθρώπους που από την απότομη αλλαγή της πραγματικότητας και της παρανοϊκής πίεσης στην εκπαίδευση, μετατράπηκαν σε "φυτά".

Τότε σχημάτισα και τον δικό μου ορισμό της σχιζοφρένειας που είναι δύσκολο να μου τον τροποποιήσει κανείς : Σχιζοφρένεια είναι ο αμυντικός μηχανισμός των ευαίσθητων ανθρώπων με κύριο το σύνδρομο της "επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας του Εγώ".

Προσωπικά κάπου με ενοχλεί όταν αποκαλείται ο σχιζοφρενής "τρελλός". Δεν έχω παρά να παρακολουθήσω τις ειδήσεις στην τηλεόραση για να σιγουρευτώ για την διαφορά της σχιζοφρένειας και της τρέλλας.

Είναι, πιστεύω, άδικος ο στιγματισμός του σχιζοφρενή σαν "τρελλού". Μπορείτε να το διαπιστώσετε και σεις. Παρακολουθείστε, οποιαδήποτε μέρα τις ειδήσεις στην τηλεόραση. Δείτε την παράνοια του κόσμου στην πρώην Γιουγκοσλαβία, Σοβ. Ένωση, Ανατολική Γερμανία κι αλλού. Την ανελέητη σφαγή με πρωτοφανές μίσος μεταξύ των ανθρώπων. Τις καθη-

μερινές σφαγές για μικροδιαφορές. Την πρωτοφανή βαρβαρότητα κατά της φύσης και την εγκληματική στάση του ανθρώπου για το περιβάλλον που ζει. Την αδιαφορία του ανθρώπου για τους χιλιάδες συνανθρώπους τους που πεθαίνουν μαζικώς από την πείνα στην Αιθιοπία, Σομαλία και αλλού. Δεν είναι τρέλλα το ότι τα χρήματα που φθάνουν για βοήθεια στις χώρες αυτές, χρησιμοποιούνται για αγορά όπλων για μια πιο οργανωμένη σφαγή μεταξύ των ανθρώπων; Μήπως τελικά υποτιμάται ο σχιζοφρενής όταν αποκαλείται "τρελλός", αφού του δίνεται ένας τίτλος που είναι κύριο χαρακτηριστικό της "υγιούς" κοινωνίας μας ;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Μάνος Ν. : Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής
UNIVERSITY STUDIO PRESS
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988

Ραγιά Α : Ψυχιατρική Νοσηλευτική - Θεμελιώδεις αρχές
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΔΕΛΦΟΤΗΤΟΣ "ΕΥΝΙΚΗ"
ΑΘΗΝΑ 1978

Στεφανής Κ.
και συνεργ-
γάτες : Θέματα Ψυχιατρικής
ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ - ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ - ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ
ΑΘΗΝΑΙ

Υγεία : Ιστορική ανασκόπηση ψυχιατρικής - 4^{ος} Τόμος
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΟΜΙΚΗ
ΑΘΗΝΑ 1989

Χαρτοκόλ-
λης Π : Εισαγωγή στην Ψυχιατρική
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΕΙΟ
ΑΘΗΝΑ 1986

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
Πρόλογος	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Το γνωστικό αντικείμενο της Ψυχιατρικής	4
Ιστορική ανασκόπηση	5
Επιδημιολογικά δεδομένα	8
Η φύση των ψυχώσεων	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Ορισμός σχιζοφρένειας	15
Αιτιολογία σχιζοφρένειας	15
Το σύνδρομο σχιζοφρένεια	20
Είδη σχιζοφρένειας	26
Η απλή σχιζοφρένεια	28
Η ηβηφρενική σχιζοφρένεια	30
Η κατατονική σχιζοφρένεια	33
Η παρανοειδής σχιζοφρένεια	37
Άλλες μορφές σχιζοφρένειας	41
Θεραπεία σχιζοφρένειας	43
Σωματικές θεραπείες	44
Ψυχολογικές θεραπείες και θεραπείες περιβάλλοντος	48
Μετανοσοκομειακή φροντίδα	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Νοσηλευτική φροντίδα	51
Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας	60
Προγραμματισμός εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας	60
Η Νοσηλευτική σαν διαπροσωπικό έργο	61
Επικοινωνία με λόγια	62

	Σελίδα
Επικοινωνία άνευ λόγων	62
Συμβολική επικοινωνία	64
Θεραπευτικός διάλογος Νοσηλεύτη-Ασθενή	65
Θεραπευτική ομαδική επικοινωνία	68
Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.	71
Επίλογος	72

