

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις»



Εισηγήτρια

Θεοδωρακοπούλου Γεωργία

Σπουδάστρια

Ραπανάκη

Ελένη

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2883

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

Ιστορική ανασκόπηση της Ψυχιατρικής σελ. 7-12

Κεφάλαιο 2^ο

Ψυχικές λειτουργίες σελ.13-17

Κεφάλαιο 3^ο

I Ψυχική υγεία – Ψυχική νόσος σελ.18-22

II Η έννοια της φυσιολογικότητας στον άνθρωπο σελ.22-23

Κεφάλαιο 4^ο

I Κατάταξη ψυχικών ασθενειών σελ.24-26

II Συναισθηματικές ψυχώσεις σελ.27-28

Κεφάλαιο 5^ο

I ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ – ιστορία της νόσου σελ.29-30

II Επιδημιολογία της νόσου σελ.30-31

III Αιτιολογία της νόσου σελ.31-32

IV Μηχανισμός γένεσης της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης σελ. 32

Κεφάλαιο 6^ο

I Μανιακή κρίση – Μορφές έναρξης σελ.33-34

II Κλινική εικόνα της μανιακής κατάστασης σελ.34-38

III Κλινικές μορφές σελ.39

IV Διαφορική διάγνωση σελ.40-41

V Εξέλιξη μανιακής φάσης σελ.41

Κεφάλαιο 7°

- | | |
|--------------------------------------|-----------|
| I Μελαγχολική κρίση – μορφές έναρξης | σελ.42 |
| II Κλινική εικόνα της μελαγχολίας | σελ.43-46 |
| III Κλινικές μορφές | σελ.47-48 |
| IV Διάγνωση της μελαγχολίας | σελ.48 |
| V Εξέλιξη της μελαγχολίας | σελ.48-49 |

Κεφάλαιο 8°

- | | |
|--|--------|
| Μικτές μορφές μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης | σελ.50 |
|--|--------|

Κεφάλαιο 9°

- | | |
|--|-----------|
| I Θεραπευτική αγωγή της μανιακής κρίσης | σελ.51-52 |
| II Θεραπευτική αγωγή των καταθλιπτικών καταστάσεων | σελ.52-55 |
| III Η πρόληψη των κρίσεων της μανιοκαταθλιπτικής
Ψύχωσης – ΤΟ ΛΙΘΙΟ | σελ.56-57 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**Κεφάλαιο 1°**

- | | |
|--|-----------|
| I Νοσηλευτική ψυχικής υγείας | σελ.58 |
| II Θεωρητικά πλαίσια της νοσηλευτικής της ψυχικής υγείας | σελ.59-60 |

Κεφάλαιο 2°

- | | |
|--|-----------|
| I Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας | σελ.61-64 |
| II Χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει | σελ.64-66 |

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας

Κεφάλαιο 3°

- | | |
|---|-----------|
| I Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χορήγηση
Αντικαταθλιπτικών φαρμάκων | σελ.67-69 |
| II Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την ηλεκτοσπασμο- | |

Θεραπεία	σελ.69-71
<u>III</u> Νοσηλευτική φροντίδα κατά την θεραπεία με λίθιο	σελ.71-72

Κεφάλαιο 4°

I Η νοσηλευτική διεργασία στη φροντίδα ψυχικά αρρώστου	σελ.73
II Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας	σελ.73-77

Κεφάλαιο 5°

I Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με μανία	σελ.78-82
<u>II</u> Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κατάθλιψη	σελ.82-90
III Περιστατικά νοσηλευτικής φροντίδας με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.	σελ.91-99

Κεφάλαιο 6°

<u>I</u> Το πρόβλημα της αυτοκτονίας στην ψυχιατρική	σελ.100
<u>II</u> Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με τάση αυτοκτονίας	σελ.101-104

Κεφάλαιο 7°

I ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	σελ.105
II Το περιεχόμενο της προληπτικής ψυχιατρικής	σελ.106-107
III Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας	σελ. 108

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	ΣΕΛ. 109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΣΕΛ. 110-111

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τις πολύτιμες πληροφορίες που μου προσέφερε για να ολοκληρώσω την εργασία μου, ευχαριστώ πολύ την Κα. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία, καθηγήτρια στα Τ.Ε.Ι Πατρών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης είναι ομάδα διαγνωστικών κατηγοριών με ένα εύρος συμπτωμάτων που συνοψίζονται σε δύο : τις διπολικές διαταραχές με αντιπροσωπευτική τη μανιοκαταθλιπτική και τη μείζουσα ή μονοπολική κατάθλιψη. Αν και δεν έχει εντοπιστεί μια ειδική αιτιολογία για τις συναισθηματικές διαταραχές, επικρατεί η άποψη ότι προκαλούνται από συνδυασμό προδιαθεσικών και συντελεστικών βιολογικών, γενετικών, βιοχημικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων.¹

Υπολογίζεται ότι μεταξύ 0,4 και 1,2% του ενήλικα πληθυσμού έχουν διαγνωσθεί ότι πάσχουν από διπολική διαταραχή².

Παρουσιάζεται στο 20% του συνόλου των νοσηλευομένων για διαταραχές της διάθεσης³, και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον κίνδυνο αυτοκτονίας, τόσο εντός όσο και εκτός του νοσοκομειακού χώρου.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να δείξει πως ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει στη φροντίδα των ατόμων με μανιοκαταθλιπτική ψύχωση και στην πρόληψη της αυτοκτονίας αναγνωρίζοντας έγκαιρα τις διάφορες ενδείξεις, αλλά και πως θα συμβάλλει στην ομαλή κοινωνική τους επανένταξη, προετοιμάζοντας τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και το κοινωνικό περιβάλλον που θα τα δεχθεί.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κεφάλαιο 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

Είναι δύσκολο να προσδιορισθεί χρονικά πότε εμφανίστηκε ο πρώτος «ψυχιατρικός ασθενής». Είναι πολύ πιθανόν από τον πρώτο κιόλας καιρό, που οι άνθρωποι άρχισαν να σχηματίζουν μικρές κοινωνίες να υπήρξαν ορισμένοι που με τη «διαφορετική» συμπεριφορά τους να τράβηξαν την προσοχή των άλλων, των περισσότερων, που ίσως αντέδρασαν με δέος μπροστά στο ακατανόητο. Αυτό το ακατανόητο (με την έννοια του μη ακόμη κατανοητού) κρατάει μέχρι σήμερα πολύ από το μυστήριο του και ίσως αυτό να εξηγεί τη συνέχεια της Ψυχιατρικής, σε όλες τις περιόδους.⁴

Είναι σημαντικό ότι η Ψυχιατρική, ο κλάδος εκείνος της ιατρικής που ασχολείται με την αιτιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών παθήσεων και διαταραχών, μια οντότητα ασχολούμενη με εξαιρετικά μεγάλο αριθμό ασθενών, υπήρξε η τελευταία ειδικότητα που ενσωματώθηκε στο φάσμα της Ιατρικής πριν από ενάμιση περίπου αιώνα. Πριν από την περίοδο αυτή οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν αντικείμενο της φιλοσοφίας, κι ακόμα πιο παλιά και δια μέσου του Μεσαίωνα, ο ψυχικά άρρωστος, εάν δεν αγνοούνταν, θα «φροντίζονταν» (δηλαδή θα φυλακιζόταν, θα τιμωρούνταν ή θα εξορκιζόταν) από «γιατρούς» και κληρικούς.^{2,5}

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

Ας αρχίσουμε όμως την αναδρομή από τον τρυπανισμό, ο οποίος ανήκει στην Νεολιθική περίοδο (4.000 ή 5.000 χρόνια πριν) και ο οποίος τράβηξε την προσοχή του Broca πριν ένα αιώνα, αρκετά για να γράψει ένα βιβλίο γι' αυτόν. Ο

τρυπανισμός, σύμφωνα με τους ανθρωπολόγους, είναι ίσως η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί της ψυχικής αρρώστιας και σκοπό είχε αυτή ακριβώς την απελευθέρωση του ασθενή από τα πνεύματα που τον τυραννούσαν. Ήταν ⁶ ευρύτατα διαδεδομένος και συνεχίστηκε μέχρι και το Μεσαίωνα. Αλλά αν ο τρυπανισμός σιγά – σιγά εγκαταλείφθηκε, ο σαμανισμός εξακολουθεί να εξασκείται ακόμη και σήμερα.

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

Και ερχόμαστε στην αρχαία Αίγυπτο, Ινδίες και Κίνα. Από το 2000 π.χ. υπάρχουν πολλά τεκμήρια ότι και οι τρεις αυτοί πολιτισμοί γνωρίζουν τις ψυχικές ασθένειες τις περιγράφουν και τις θεραπεύουν είτε με εξορκισμούς, είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία) ή βελονισμό (Κίνα), κ.λ.π. Όσον αφορά τον Ιουδαϊκό πολιτισμό, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνται σταλμένες από το Θεό, όπως του Σαούλ που μοιάζει με μανιοκαταθλιπτική ψύχωση και του Ναβουχοδονόσωρα (Βαβυλώνα) που περιγράφεται ως λυκανθρωπία (φαντάζεται τον εαυτό του λύκο – μορφή μελαγχολίας)².

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

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

Μια από τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους στη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων.

Τον 5^ο αιώνα π.χ. ο Ιπποκράτης διακήρυξε ότι οι ψυχικές παθήσεις δεν έχουν καμία σχέση με τις υπερφυσικές δυνάμεις και απέρριψε με ενθουσιασμό την δαιμονική αιτιολογία τους.⁴

Θεωρεί ότι η ψυχική ασθένεια προέρχεται από την διαντίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών – αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή, και φλέγμα, που με τη σειρά

τους προέρχονται από τις τέσσερις βασικές ιδιότητες της φύσης – θερμότητα, ψύχος, υγρασία και ξηρασία. Οι άνθρωποι κατατάσσονται σε τέσσερις ιδιοσυγκρασίες – αιματώδη, χολερική, μελαγχολική και φλεγματική. Ειδικά η μαύρη χολή θεωρείται υπεύθυνη για ψυχική ασθένεια οπότε και χορηγείται κατάλληλο καθαρτικό.

Περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές – τις λεγόμενες «φρενίτιδες» – με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα : «υστερία», «μανία», «μελαγχολία», «άνοια», «παράνοια». Ειδικά την υστερία, που τη θεώρησε αποκλειστική πάθηση των γυναικών, την απέδιδε σε υπερκινητικότητα της μήτρας συνδεδεμένη με σεξουαλική διαταραχή γι' αυτό και συνιστούσε ως θεραπεία το γάμο.²

Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές του υπήρξαν οι πρώτοι γιατροί που ασχολήθηκαν επιστημονικά με τις ψυχοπάθειες, δίνοντας έμφαση στις φυσικές αιτίες, την κλινική παρατήρηση και την παθολογία του εγκεφάλου. Στην συνέχεια πολλοί γιατροί ακολουθώντας το παράδειγμα τους ασχολήθηκαν σοβαρά με την ψυχιατρική.

Ο Αριστοτέλης τόνιζε τη σημασία της μουσικής, του οίνου και της κάθαρσης για την θεραπεία των ψυχασθενειών και ιδίως της μελαγχολίας.

Οι Ελληνορωμαϊκοί χρόνοι συνδέονται άμεσα με τα ονόματα του Ασκληπιάδη, ο οποίος αναγνώρισε τη σημασία των συγκινήσεων στη δημιουργία των ψυχικών διαταραχών και πρότεινε για την αντιμετώπιση τους μεθόδους ψυχολογικές, του Κέλσου, του Αρεταίου, του Σωρανού, του Σέλιου Αυρηλιανού. Ο τελευταίος εκπρόσωπος αυτής της εποχής υπήρξε ο Γαληνός. Όπως και ο Πλάτωνας, ο Γαληνός δεχόταν ότι ο εγκέφαλος και όχι η καρδιά είναι έδρα της ψυχής. Συσχέτιζε τη μανία με την κατάθλιψη. Με την εργασία του η ιατρική σκέψη φθάνει σε μεγάλο βαθμό. Αυτός ανακάλυψε ότι η ύπαρξη ενός συμπτώματος δε σημαίνει απαραίτητα ότι το όργανο ή το μέρος του σώματος στο οποίο εκδηλώθηκε το σύμπτωμα είναι το προσβεβλημένο. Τα πειράματα του και οι μελέτες του πάνω στις διανοητικές διαταραχές τον οδήγησαν στη δημιουργία της θεωρίας περί των δύο μερών της ψυχής, ενός εξωτερικού και ενός εσωτερικού.

Το εξωτερικό συνιστούσαν οι πέντε αισθήσεις, ενώ οι λειτουργίες του εσωτερικού ήταν η φαντασία, η κρίση, η αντίληψη και η κίνηση.⁴ Ίσως η πιο σημαντική προσφορά των Ρωμαίων στην ψυχιατρική ήταν η δημιουργία νόμων για

τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για την ψυχική ασθένεια και επί Ιουστινιανού (483 – 565 μ.χ.) και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και ασθενείς.²

Μετά το θάνατο του Γαληνού, η πρωτόγονος περί της ψυχοπάθειας αντίληψη επέστρεψε. Η μαγεία και η δαιμονολογία κυριάρχησαν στην ιατρική σκέψη του Μεσαίωνα και συνέχισαν να ασκούν επίδραση μέχρι και το 19^ο αιώνα.

Η πρώτη περίοδος της Αναγέννησης χαρακτηρίζεται σαν η κωδικοποίηση της δαιμονολογίας. Από τους πρωτοπόρους του κινήματος κατά της δαιμονολογίας αναφέρεται ο Ισπανός Jean Luis Vives και ο σύγχρονος του Παράκελσος. Και οι δύο τονίζουν την αναγκαιότητα ανθρώπινης μεταχείρισης των ψυχασθενών. Με την ανατολή του 16^{ου} αιώνα όμως, κάνει πάλι την εμφάνιση της η επιστημονική έρευνα στο χώρο της ιατρικής.

Ο Johan Weyer θεωρείται και δίκαια – ο πρώτος ψυχίατρος.⁴ Στα βιβλία του περιέγραψε συστηματικά ψυχικές ασθένειες.

Στις αρχές του 17^{ου} αιώνα ο Άγγλος γιατρός Edward Jorden υποστήριξε ότι η υστερία είναι μια ψυχοσωματική και όχι αποκλειστικά σωματική διαταραχή. Την εποχή αυτή οι συνθήκες διαβίωσης των ψυχοπαθών είναι αξιοθρήνητες. Παράλληλα με την επανεμφάνιση της επιστημονικής έρευνας και την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, βελτιώνεται η στάση της κοινής γνώμης απέναντι στους ψυχοπαθείς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ίδρυση ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη χρήση πιο ανθρωπιστικών μεθόδων θεραπείας. Η πρόοδος αυτή συντελέστηκε κυρίως χάρη στους αγώνες του Γάλλου γιατρού Pinel (1745 – 1826), ο οποίος κατάργησε τις αλυσίδες και τα υπόλοιπα βάνουσα μέσα και αντικατέστησε τις σκοτεινές φυλακές με ευήλια δωμάτια. Διαχώρισε τους ψυχοπαθείς ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης.

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

Ο Alfred Adler (1870 – 1937), μαθητής του Freud, εκφράζει υπαρξιστικές απόψεις στην ψυχιατρική.

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

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

Το 1946 ψηφίζεται στην Αμερική ο πρώτος νόμος περί ψυχικής υγείας.

Σ' αυτήν τη χρονική περίοδο αναπτύσσεται η Ψυχιατρική Νοσηλευτική ως κλινική ειδικότητα. Η έρευνα επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα των ασθενών, και τις θεραπευτικές μεθόδους. Η παραγωγή και η αποτελεσματική χρήση των φενοθειαζινών και των ηρεμιστικών δίνουν την ελπίδα ότι τα σοβαρότερα συμπτώματα των ψυχώσεων θα μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο. Όπως εύστοχα είχε αναφέρει ασθενής με ψυχικές διαταραχές, «τα φάρμακα σε κρατούν στην επιφάνεια του νερού, δε σε μαθαίνουν να κολυμπάς». Πράγματι η χρήση των φαρμάκων αυτών βοήθησε στη βελτίωση της συμπεριφοράς του ασθενούς και, καθώς ο ασθενής έγινε λιγότερο επικίνδυνος για τους γύρω του, επιτράπηκε η ελεύθερη διακίνηση ασθενών και επισκεπτών στο νοσοκομείο και έγινε αποδεκτή η ιδέα της θεραπευτικής ομάδας στο νοσοκομείο.⁴

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

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

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

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

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

Στην Ελλάδα, η ψυχιατρική περίθαλψη ειδικά και η ψυχιατρική γενικότερα μόνο πολύ πρόσφατα, επιτέλους άρχισαν να κινούνται προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των άλλων χωρών. Έτσι μόλις στη δεκαετία του 1980, η ψυχιατρική σαν ειδικότητα χώρισε από τη νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη ειδικότητα, η πολιτεία ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία και η νομοθεσία επιτέλους δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, κέντρων ψυχικής υγείας κ.λπ.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Οι ψυχικές λειτουργίες, αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο που κατευθύνει την συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του ατόμου στην καθημερινή ζωή.

Ο διαχωρισμός των ψυχικών λειτουργιών σε ξεχωριστές οντότητες, είναι κατά κάποιο τρόπο τεχνητός αλλά έχει πρακτική σημασία στην ψυχιατρική για την διαγνωστική αξιολόγηση του αρρώστου.

Διακρίνουμε τις εξής :

1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ

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

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

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

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

2. ΜΝΗΜΗ

«Είναι η ικανότητα ενός οργανισμού να διαφυλάττει το παρελθόν του εντός του εαυτού του» ή σύμφωνα με άλλον ορισμό «η λειτουργία με την οποία το άτομο συγκρατεί και ανάλογα κινητοποιεί προϋπάρχουσες εντυπώσεις».

Σχηματικά τη μνημονική διαδικασία τη χωρίζουμε σε τρεις φάσεις :

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

Η μνήμη πιστεύεται ότι έχει έδρα τους κροταφικούς λοβούς και επηρεάζεται από :
 α) το συναίσθημα, β) την αντίληψη και κατανόηση και γ) το ενδιαφέρον. Η κυτταρική βάση της μνήμης αποδείχθηκε ότι είναι μεταβολές του RNA των νευρικών κυττάρων. Σαν παθολογικές διαταραχές της μνήμης χαρακτηρίζουμε εκείνες, που συνεπάγονται την απορύθμιση της σε βαθμό που να μη γίνεται εφικτή ή να δυσχεραίνεται η διαδικασία εγχάραξης, παγίωσης ή ανάκλησης πληροφοριακού υλικού, που εξυπηρετεί τις ανάγκες βιολογικής και κοινωνικής προσαρμογής του ατόμου.

3. ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ

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

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

4. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

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

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

- το χρόνο (αδυναμία σωστής τοποθέτησης στη ροή του χρόνου)
- το φυσικό χώρο (αδυναμία σύνδεσης με τον περιβάλλοντα χώρο – τοπογραφικά)
- τον κοινωνικό χώρο – τους ανθρώπους (αδυναμία αναγνώρισης των προσώπων του περιβάλλοντος και των σχέσεων που το συνδέουν μαζί τους).

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

5.ΠΡΟΣΟΧΗ

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

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

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

6.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Το συναίσθημα (ακριβέστερα «συναισθηματικότητα» ή «θυμικό») είναι η λειτουργία, που καθορίζει την ψυχική διάθεση. Η δυνατότητα που έχει κανείς να νιώθει τη χαρά ή τη λύπη είναι συναρτημένη με την εύρυθμη λειτουργία του συναισθήματος.

Το ευχάριστο ή το δυσάρεστο συναίσθημα μπορούν να αφορούν είτε το «εγώ» του ατόμου (συναίσθημα αξίας, μειονεκτικότητας), είτε άλλα άτομα (μίσος, συμπάθεια), είτε ομάδες ατόμων(κοινωνικά συναισθήματα). Είναι δυνατόν ακόμη να προκαλούνται από τις λειτουργίες των αισθήσεων (γεύσης, όσφρησης) καλούμενα κατ' αίσθηση συναισθήματα, από ορισμένα αισθήματα (δίψα, πείνα), καλούμενα ζωικά ή να συνοδεύουν σκέψεις και ιδέες καλούμενα διανοητικά συναισθήματα (θρησκευτικά, φυλετικά, ηθικά, καλαισθητικά).

Το συναίσθημα εκτός από την ποιότητα (ευχάριστο ή δυσάρεστο) καθορίζεται και από την ένταση, τη διάρκεια, τη σταθερότητα και την προσφορότητα. Διαταραχή

μιας ή περισσότερων από τις παραπάνω μεταβλητές συνεπάγεται κάποια διαταραχή του συναισθήματος.

7.ΣΚΕΨΗ

Θεωρείται σαν η πλέον πολύπλοκη ανώτερη νοητική λειτουργία του ανθρώπου και «χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία και χρήση συμβόλων, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα διάφορα αντικείμενα και γεγονότα, ως και τις μεταξύ τους σχέσεις». Προϋπόθεση της λειτουργίας της σκέψης είναι η αναφορά των διαφόρων γεγονότων, πραγμάτων ή σχέσεων, τα οποία το άτομο φαντάζεται, συνδέει ή βιώνει κάθε στιγμή, σε σύμβολα. Τα διάφορα σύμβολα με την χρήση της γλώσσας αποκτούν εννοιολογική σημασία με τη λειτουργία της μάθησης. Στη συνέχεια επιτελούνται στον εγκέφαλο πολύπλοκες γνωστικές επεξεργασίες, ώστε τα σύμβολα αυτά μαζί με τις αντίστοιχες έννοιες να χρησιμοποιούνται πλέον για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων του ατόμου, τη διερεύνηση του περιβάλλοντος και την καλύτερη προσαρμογή του. Για το σκοπό αυτό το άτομο χρησιμοποιεί την κατευθυνόμενη σκέψη (δηλαδή τη σκέψη που αποσκοπεί σ' ένα τεχνικό σκοπό) ή τη συνειρμική σκέψη (δηλαδή τη σκέψη άνευ συγκεκριμένου σκοπού). Η κατευθυνόμενη σκέψη περιλαμβάνει την κριτική και τη δημιουργική σκέψη. Η πρώτη αναφέρεται στην προσπάθεια απόδειξης μιας αλήθειας με σειρά συλλογισμών, ενώ η δεύτερη στην προσπάθεια ανακάλυψης νέων σχέσεων για εξεύρεση νέων λύσεων σε διάφορα προβλήματα με την ανεύρεση διαφόρων μεθόδων ή τεχνικών.

8.ΒΟΥΛΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.

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

9.ΣΥΝΕΙΡΜΟΣ

«Είναι το ψυχικό φαινόμενο κατά το οποίο μια ιδέα, που κατέχει το πεδίο της συνείδησης έλκει προς αυτήν μια άλλη, σχετική προς την προηγούμενη ιδέα ή πολλές ιδέες, αυτόματα και ανεξάρτητα από τη θέληση του ατόμου».

Π.χ, ιατρική – πρόληψη – υγιεινή – υγεία. Η θέληση, επηρεάζει το συνειρμό στην επιλογή, στη χρήση και στην αξιοποίηση των συνειρμικών ιδεών.

10. ΚΡΙΣΗ

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

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

11. ΦΑΝΤΑΣΙΑ

«Είναι η ψυχική λειτουργία που «μας επιτρέπει να ζούμε αυτό το οποίο δεν υπάρχει». Μόνο η φαντασία δεν υποτάσσεται βαθμιαία στην αρχή της πραγματικότητας και παραμένει στην υπηρεσία της αρχής της ηδονής, και διατηρεί κατά κάποιο τρόπο στο ασυνείδητο του ατόμου τις δυνατότητες ευτυχίας του, άσχετα από χρονικές και χωρικές αντιφάσεις.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ι. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

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

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

Μερικά από τα περισσότερο αποδεκτά αυτά χαρακτηριστικά είναι :

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

Σύμφωνα με τον καθ. Στεφανή, για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ψυχικής υγείας, θα πρέπει να εφαρμοσθούν βασικά και συμπληρωματικά κριτήρια.

Σαν βασικά κριτήρια θεωρούνται τα παρακάτω :

α) Το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με το κριτήριο αυτό, σαν μη υγιής θεωρείται αυτός που η συμπεριφορά του αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά της πλειοψηφίας των μελών μιας κοινωνίας. Είναι ωστόσο ένα κριτήριο ανεπαρκές για την ψυχιατρική πράξη, αφού όχι μόνο δεν ορίζει σαφή όρια μεταξύ φυσιολογικού και

παθολογικού, αλλά ακόμα γιατί είναι πολύ σχετικό με την κοινωνία ή την κοινωνική ομάδα έτσι ώστε να υπόκειται σε μια διαρκή μετάλλαξη στο χρόνο.

b) Το κριτήριο της απουσίας ψυχικής νόσου κλινικά διαπιστωμένης.

Είναι ένα κριτήριο που ορίζει αρνητικά την ψυχική υγεία, με την απουσία ψυχικής νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Θεωρείται σαν το ασφαλέστερο κατά τον καθ. Στεφανή, επειδή «συμπυκνώνει τα πλεονεκτήματα όλων των άλλων κριτηρίων και είναι ικανό να συμπεριλάβει στην εφαρμογή του το σύνολο των μεταβλητών που καθορίζουν την ατομική ζωή».

c) Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής, το οποίο δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς του ατόμου, αγνοώντας όμως τις υποκειμενικές ψυχολογικές αιτιάσεις της συμπεριφοράς αυτής. Είναι πολύ λίγο χρήσιμο λόγω της σχετικότητας του με την κοινωνική ομάδα, εκτός του ότι δεν αποκλείεται και το αντίθετο, η κοινωνική ομάδα να αποδέχεται ένα κατ' εξοχήν παθολογικό άτομο.

d) Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας, το οποίο είναι αρκετά ενδεικτικό για την ύπαρξη κάποιου ενδοψυχικού προβλήματος οποιασδήποτε μορφής.

Σαν συμπληρωματικά κριτήρια θεωρούνται διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου στο συγκεκριμένο κοινωνικό χώρο και χρόνο όπως : (α) η ικανότητα ενεργητικής προσαρμογής στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, (β) η επίγνωση προσωπικής ταυτότητας, (γ) η επίγνωση ενός στόχου και σκοπού στη ζωή κ.α.

Τη φυσιολογική συμπεριφορά ενός υγιούς ατόμου σύμφωνα με τον καθ. Στεφανή θα πρέπει να τη χαρακτηρίζουν : η αισιοδοξία, η ανεξαρτησία, η οργάνωση και συστηματικότητα, η συναγωνιστικότητα και συνεργατικότητα, η δυνατότητα έκφρασης και ελέγχου των συγκινήσεων, η ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων, η συναισθηματική ασφάλεια, η αυτοεκτίμηση και η ικανότητα λήψης αποφάσεων. Είναι κατανοητό λοιπόν ότι η «ψυχική υγεία» δε μπορεί απλά να οριστεί σαν «η απουσία ψυχικής νόσου», αλλά προϋποθέτει την εκπλήρωση ενός πλήθους παραγόντων που με τη σειρά τους, σε αρμονική σχέση, μεταξύ τους και χωρίς υπεραξιολόγηση του ενός σε βάρος του άλλου συνιστούν αυτό που θα

ονομάζαμε φυσιολογική – «υγιεινή» – ψυχική κατάσταση. Οι προϋποθέσεις αυτές θα πρέπει να είναι γενικότερου χαρακτήρα και να έχουν όσο το δυνατόν λιγότερη σχέση με περιστασιακές κοινωνικές ή πολιτιστικές αξίες. Ακόμα η ψυχική υγεία – ή φυσιολογικότητα – δε θα πρέπει να συγχέεται με την «ομαλότητα» ή «ομαλή» συμπεριφορά ενός ατόμου σε μια δοσμένη κοινωνία. Κάτι τέτοιο θα αφορούσε μια αυστηρά οριοθετημένη κατάσταση μέσα από κάποιες προτιμήσεις, ιδεολογίες, συμβατικούς τρόπους συμπεριφοράς και παροδικές κοινωνικοπολιτιστικές αξίες. Κοινωνικά ομαλός όμως δε σημαίνει και ψυχικά υγιής.⁶

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

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

Από την άλλη πλευρά, οι «αρνητές» των ψυχικών νοσημάτων θεωρούν τα άτομα φυσιολογικά, ακόμα και του ψυχικά ασθενείς («παραλλαγές του φυσιολογικού») ενώ χαρακτηρίζουν την κοινωνία σαν «ψυχικά άρρωστη».

Η πολυμορφία των ψυχικών νοσημάτων και σε ακολουθία, η δυνατότητα πολύπλευρης προσέγγισης ευνοούν τέτοιου είδους συνειδητές ή ασυνειδητές συγχύσεις. Ανεξάρτητα όμως από όλα αυτά σαν ψυχική ασθένεια θεωρείται εξ' αρχής μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας.

Αυτό ανεξάρτητα από την αιτιολογία της και όπου η λειτουργική ατέλεια των ψυχικών μηχανισμών είναι το καθοριστικό κριτήριο και όχι οι απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής – πολιτιστικής ομάδας, οι οποίες σχετική μόνο αξία έχουν.

Σήμερα, στο χώρο της ψυχιατρικής έχουν επικρατήσει τρεις μορφές προσέγγισης της ψυχικής νόσου.

- 1) **Το ιατρικό πρότυπο**, αναφέρεται στις μορφές αυτές προσέγγισης και αναζήτησης των αιτίων της ψυχικής νόσου σε οργανικούς παράγοντες όπως η ανατομία του Ν.Σ., η νευροφυσιολογία, η γενετική και η βιοχημική σύσταση του οργανισμού.
- 2) **Ψυχογενετικό πρότυπο**, είναι αυτό που υποστηρίζει ότι οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές οφείλονται σε ενδοψυχικά αίτια. Η ψυχοδυναμική σχέση ενδοψυχικών στοιχείων και παραγόντων είναι αυτή που δημιουργεί την ψυχική νόσο. Πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, κατά τη διάρκεια της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, ανωμαλίες στη συναισθηματική – σεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου, ο τρόπος του βιώνει και η μορφή των ερεθισμάτων που δέχεται από το περιβάλλον είναι μερικά από τα στοιχεία αυτά.

3) **Κοινωνιογενετικό πρότυπο**, με το οποίο η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Βασική δομική υπόθεση του κοινωνιογενετικού προτύπου είναι η θεώρηση του οργανισμού ως μιας κοινωνιοψυχοσωματικής ενότητας, που διαμορφώνεται κυρίως από το περιβάλλον.⁶

II. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Απουσία έκδηλης ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας.
2. Ανυπαρξία σωματικής ή πνευματικής αναπηρίας.
3. Ικανότητα συντήρησης των βιωμάτων και χρήσης της εμπειρίας που απορρέει από αυτά.
4. Ικανότητα για ομαλές και εύκαμπτες συναισθηματικές σχέσεις με το περιβάλλον.
5. Αίσθημα ταυτότητας με κάποια κοινωνική ομάδα.
6. Ικανότητα ενεργητικής προσαρμογής στο περιβάλλον, ούτε εγκατάλειψη και απόσυρση, ούτε στείρα εξέγερση, αλλά δημιουργική συμμετοχή για την καλυτέρευση του.
7. Εφαρμογή του «γνώθι σ' αυτόν» και της αντικειμενικής πραγματικότητας άσκηση αυτοελέγχου και αυτοσυγκράτησης.
8. Επίγνωση ενός σκοπού στη ζωή και του κοινωνικού ρόλου
9. Επίγνωση των αναγκών των άλλων, ομαλές συναισθηματικές και ετερόφυλες σχέσεις που να προσδίδουν ικανοποίηση.
10. Αντοχή σε καταπιεστικές συνθήκες του περιβάλλοντος.

Η έννοια του φυσιολογικού σύμφωνα με αυτή την τελευταία κατηγορία φαίνεται να είναι πιο κοντά στην πραγματικότητα και τη λογική σκέψη.

Ωστόσο, μόνο η αρμονική σχέση των παραπάνω προϋποθέσεων προσδιορίζει τη «φυσιολογικότητα» του ατόμου και όχι μεμονωμένα ή υπερτονισμένα, μερικές απ' αυτές, που σ' αυτή την περίπτωση θα μπορούσαν να αποτελούν τα χαρακτηριστικά παθολογικών συμπεριφορών.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ι. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

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

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

1. Ολιγοφρένειες και άνοιες

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

2.Οργανοψυχικές ασθένειες (οργανικά ψυχοσύνδρομα)

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

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

Αίτια :

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

3. Νευρώσεις

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

Διακρίνουμε τις εξής:

- Υστερική νεύρωση
- Αγχώδης νεύρωση
- Φοβική νεύρωση
- Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση.

4. Ψυχώσεις

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

Εδώ ανήκουν :

- Οι σχιζοφρένειες
- Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση
- Η παράνοια

5. Ψυχανωμαλίες

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

6. Ψυχοσωματικές διαταραχές

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

Εδώ ανήκουν :

- Η ψυχογενής ανορεξία – βουλιμία

- Η κλεπτομανία
- Ο καρδιάσπασμος
- Η ημικρανία – κεφαλαλγία
- Το βρογχικό άσθμα
- Οι ψυχογενείς έμμετοι
- Η σπαστική κολίτιδα κ.λ.π.⁴

II. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Οι διαταραχές του συναισθήματος είναι από τις συχνότερα παρατηρούμενες ψυχικές διαταραχές τόσο στην ψυχιατρική πρακτική όσο και στην καθημερινή επαγγελματική δραστηριότητα του γενικού ιατρού. Οι ποιοτικά ή ποσοτικά παθολογικές μεταβολές του θυμικού κυμαίνονται από τη βαθιά κατάθλιψη ως τη μανιακή έξαρση. Η καταθλιπτική δυσθυμική κατάσταση είναι πολύ πιο συχνή από το διαχεόμενο ευφορικό θυμικό της μανίας.³

Οι φάσεις αυτές που παρουσιάζονται σε άλλοτε άλλα χρονικά διαστήματα στον ίδιο ασθενή και συνοδεύονται από μεσοδιαστήματα φυσιολογικής ηρεμίας έδωσαν και το όνομα στο χαρακτηριστικότερο εκπρόσωπο των συναισθηματικών ψυχώσεων, τη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση.

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

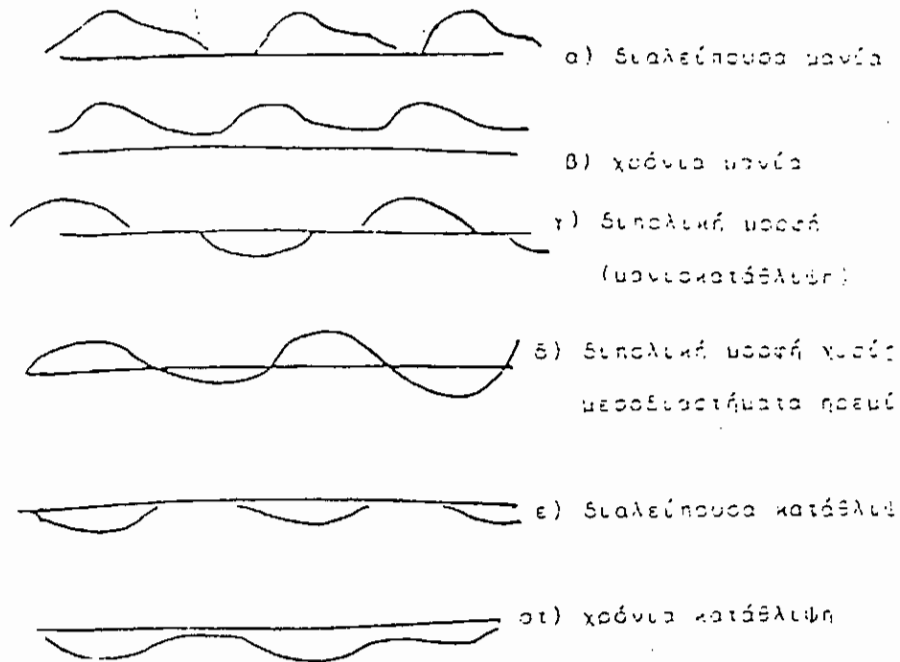
Οι συναισθηματικές ψυχώσεις εξελίσσονται σε φάσεις που μπορεί να παρουσιάζονται αιφνίδια, τις περισσότερες όμως φορές αναπτύσσονται σταδιακά. Η χρονική διάρκεια των φάσεων αυτών ποικίλλει από ημέρες μέχρι εβδομάδες και μήνες. Επίσης ποικίλλουν τα ελεύθερα συμπτώματων μεσοδιαστήματα που μπορεί να είναι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

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

Αιτιοπαθογενετικά, ισχύει για τις συναισθηματικές ψυχώσεις ότι και για τις ψυχωτικές διαταραχές γενικότερα. Οι απόψεις χωρίζονται στις Βιολογικές και τις

ψυχοδυναμικές. Πέρα όμως από τις γενικότερες ερμηνευτικές θεωρήσεις θα πρέπει να αξιολογηθούν ιδιαίτερα καταστάσεις που φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο «εκλυτικής αφορμής» για την εμφάνιση μανιακών ή καταθλιπτικών φάσεων. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι τέτοιες φάσεις δεν εμφανίζονται χωρίς κάποια σχέση με τυχόν «εκλυτικές αφορμές».

Συνήθεις αφορμές έκλυσης μιας ανάλογης φάσης είναι η εγκυμοσύνη ή η λοχεία, απώλειες αγαπημένων προσώπων ή άλλα έντονα συναισθηματικά ερεθίσματα, κοινωνικές καταστάσεις όπως αλλαγές κατοικίας ή μετανάστευση κ.λ.π. Οι συναισθηματικές ψυχώσεις εμφανίζονται συχνότερα στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις.⁶



ΣΧΗΜΑ : Α. Διαλείπουσα μανία. Β. Χρόνια μανία. Γ. Διπολική μορφή (μανιοκατάθλιψη).

Δ. Διπολική μορφή χωρίς μεσοδιαστήματα ηρεμίας. Ε. Διαλείπουσα κατάθλιψη.

ΣΤ. Χρόνια κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση είναι μια ψυχοπαθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από :

- A. Διαταραχές στην εκτίμηση της πραγματικότητας και κυρίως από,
- B. Διαταραχές του συναισθήματος, είτε από τη μορφή της έξαρσης του (μανιακή φάση), είτε από τη μορφή μείωσης του (μελαγχολική φάση).⁵

Ιστορία της νόσου

Η ασθένεια αυτή είναι γνωστή απ' την αρχαιότητα τόσο από ποιητές όσο και από επιστήμονες. Ενώ όμως από τόσο παλιά είχαν προσέξει την εναλλαγή των αντιθέτων νοσηρών φάσεων του θυμικού (δηλ. της μανίας και της μελαγχολίας), ωστόσο μέχρι τα μέσα του περασμένου αιώνα, είχε επικρατήσει η άποψη να θεωρούνται χωριστά ψυχικά νοσήματα που συμπτωματικά εναλλάσσονταν ή περιπλέκονταν. Έτσι οι συγγραφείς της αρχής του περασμένου αιώνα χρησιμοποιούσαν μεν τους όρους «μανία», «μελαγχολία», «λυπομανία» αλλά η σημασία τους παρέμεινε πολύ ακαθόριστη. Και μόνο το 1851 ο Falret πρώτος έδωσε τον όρο «Folie circulaire» (κυκλική ψύχωση).

Το 1854 ο Γάλλος Baillarger, κατέληξε στα ίδια συμπεράσματα και χαρακτήρισε αυτή τη διαδοχή ως «Folie a' doubleforme» (ψύχωση με δύο μορφές), καθορίζοντας παράλληλα με περισσότερη ακρίβεια τις μεταξύ των δύο αυτών αντιδράσεων σχέσεις. Το 1882 ο Kahlbaut περιέγραψε καθαρά τη μανία και τη μελαγχολία όχι σαν δύο τύπους της νόσου αλλά ως στάδια της ίδιας νόσου. Ο ίδιος ονόμασε τη νόσο αυτή *Vesania tyrica circularis* (τυπική κυκλική ψύχωση) και την πιο ελαφρά μορφή της, που κατέληγε σε ύφεση, κυκλοθυμία.⁸

Το 1899, ο Kraepelin συμπεριέλαβε σε μια πάθηση που την ονόμασε μανιοκαταθλιπτική τρέλα (*folie maniodepressive*) όλες τις συναισθηματικές ψυχώσεις που είχαν περιγραφεί από τους προγενέστερους συγγραφείς. Σύμφωνα με τον Kraepelin, η μανιοκαταθλιπτική τρέλα καθορίζεται από την προδιάθεση (ιδιοσυγκρασία, κληρονομικότητα) και έχει ευνοϊκή πρόγνωση παρά την τάση

επανάληψης των κρίσεων. Η άποψη ότι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση αποτελεί ενιαία κλινική οντότητα, έγινε παραδεκτή για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Ωστόσο διάφορες κλινικές και γενετικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη υποομάδων με διαφορετικό τύπο μεταβίβασης και εξέλιξης.

Αυτό οδήγησε το Leonhard (1959) και στη συνέχεια τους Angst & Perris να προτείνουν μια πρώτη διαίρεση με βάση την πολικότητα σε :

- (a) Διπολική ψύχωση, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση μανιακών και μελαγχολικών κρίσεων στο ίδιο άτομο και,
- (b) μονοπολική ψύχωση, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός μόνο τύπου κρίσεων (π.χ. υποτροπιάζουσα μελαγχολία). Μερικές πρόσφατες έρευνες (Winokur, Mendlewitz), οι οποίες όμως χρειάζονται επιβεβαίωση, προτείνουν διάφορες επιπλέον διαιρέσεις των δύο αυτών υποομάδων.³

II

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κίνδυνος νοσηρότητας. Υπολογίζεται ότι μεταξύ 0,4 και 1,2% του ενήλικα πληθυσμού έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από Διπολική διαταραχή. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση της Διπολικής Διαταραχής σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου είναι περίπου 1%. Στις ΗΠΑ η ετήσια επίπτωση της διπολικής διαταραχής (νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής) είναι 0,009 – 0,15% για τους άντρες και 0,004 – 0,011% για τις γυναίκες, ενώ ο επιπολασμός περιόδου είναι 0,4 ως 0,8% για τους άντρες και 0,4 ως 0,9 για τις γυναίκες.

Ηλικία : το πρώτο μανιακό επεισόδιο στη Διπολική διαταραχή συνήθως συμβαίνει στην ηλικία 20 – 25 . Αν και είναι σχετικά σπάνιο να εμφανισθεί το πρώτο επεισόδιο μετά τα 50, (οπότε καλό είναι ο κλινικός να υποπτευθεί στην περίπτωση αυτή οργανικές αιτίες (π.χ. φάρμακα, όγκο του ΚΝΣ), εν τούτοις υπάρχουν και αυτές οι περιπτώσεις.²

Η ύπαρξη μανίας στην παιδική ηλικία είναι σπάνια. Ο Kraepelin (1921) αναφέρει ότι 0,4% των ασθενών του με μανιοκαταθλιπτική ψύχωση παρουσίαζαν επεισόδια μανιοκατάθλιψης πριν την ηλικία των 10 ετών.⁹

Φύλο. Η διπολική διαταραχή είναι περίπου εξίσου συχνή στους άντρες και τις γυναίκες, αν και ορισμένες μελέτες προτείνουν μια μικρή υπεροχή της νόσου στις

γυναίκες (άντρες : γυναίκες = 1,0 :1,5). Αυτό έρχεται σε αντίθεση βέβαια με τις (μονοπολικές) καταθλιπτικές Διαταραχές που είναι πολύ πιο συχνές στις γυναίκες παρά στους άντρες.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Αν και υπάρχουν έντονες διαφορές, εν τούτοις φαίνεται ότι υπάρχει κάποια μεγαλύτερη συχνότητα της Διπολικής διαταραχής στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Οικογενειακή κατάσταση. Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία.²

III

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Δεν υπάρχει προσδιορισμένη αιτιολογία για την ασθένεια ούτε σαφής παθογενετικός μηχανισμός με τον οποίο όλοι συμφωνούν. Αναφέρονται οι πιο παραδεκτές θεωρίες:

A. Κληρονομική προδιάθεση. Έρευνες πάνω σε μονογενή δίδυμα δείχνουν ότι σε αρρώστια του ενός αδελφού αρρωσταίνει και ο άλλος αδελφός σε αναλογία 70 – 99%, ενώ στους δυοογενείς διδύμους 25,5%. Αυτή η συμφωνία "Concordance" αποδεικνύει τη γενετική βάση της νόσου. Πιθανά πρόκειται για προδιάθεση στην ασθένεια και όχι για απ' ευθείας κληρονομική μεταβίβαση.

B. Ιδιοσυστασιακή επιρρέπεια : υποστηρίχθηκε από τον Kretschmer, ο οποίος απέδωσε τη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση στον πυκνικό σωματότυπο, ο οποίος χαρακτηρίζεται από την κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία, (temperament) και από τον Sheldon ο οποίος τη συσχετίζει με το μεσόμορφο τύπο του. **Εικόνα 1.**



Γ. Ψυχογενείς, κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτιστικοί παράγοντες.

Τα πρώιμα παιδικά βιώματα κατά τον Arieti, μπορεί να ερμηνεύσουν την ασθένεια με «υποκατάσταση» των δήθεν βιοτυπολογικών παραγόντων. Γεννάται δηλ. το ερώτημα αν και κατά πόσο οι διάφοροι τύποι σωματοδομής είναι αρχικά

υπεύθυνοι για την ασθένεια ή δεν είναι αυτοί οι ίδιοι αποτέλεσμα των πρώτων ψυχικών ιδιοτήτων του διαπλασσόμενου παιδιού, από τη στιγμή που είναι γνωστό, το πόσο τα ψυχολογικά γνωρίσματα του νηπίου (αποτέλεσμα των σχέσεων του με το περιβάλλον) επηρεάζουν την μελλοντική σωματική του κατασκευή, που παίρνει τις κατευθυντήριες γραμμές της στα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου.

Τελευταία έντονα έχει επισημανθεί ο ρόλος των μονοαμινών (σεροτονίνη, και κατεχολαμίνη) και η σημασία της διαταραχής του μεταβολισμού τους στη γέννηση των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων ιδιαίτερα στην κατάθλιψη. Χωρίς φυσικά να είναι βέβαιο κατά πόσο η διαταραχή του μεταβολισμού των μονοαμινών είναι το αίτιο ή το αποτέλεσμα της ασθένειας. Η γνωστή ομάδα των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης (NIAMID), με αναστολή της απαμίνωσης οδηγεί στην αύξηση του επιπέδου της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, η οποία προφανώς σχετίζεται με την κλινική βελτίωση των καταθλιπτικών ασθενών. Η ρεσερπίνη εξάλλου μειώνει το επίπεδο των μονοαμινών και είναι γνωστό ότι προκαλεί κατάθλιψη.

IV ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΝΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

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

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

«Ο άνθρωπος φαίνεται να είναι ακούραστος ζητητής ηδονής για να μπορέσει να αντισταθμίσει τη λήθη, αυτό το τόσο συνηθισμένο, το τόσο βασικό, παρατεινόμενο και δυσβάστακτο συναίσθημα».⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

I. ΜΑΝΙΑΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η οξεία μανία αποτελεί μια κατάσταση διέγερσης, η οποία χαρακτηρίζεται από :

- Έξαρση του θυμικού με ευφορική χροιά
- Επιτάχυνση των ψυχικών λειτουργιών και ιδεοφυγή
- Ανοργάνωτη υπερδραστηριότητα
- Διαταραχή ορισμένων βιολογικών λειτουργιών και ιδιαίτερα του ύπνου.

ΜΟΡΦΕΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Στις μισές περιπτώσεις, η μανιακή κρίση διαδέχεται μια καταθλιπτική φάση. Άλλοτε πρόκειται για μια σαφή μελαγχολική κρίση και η μανία εμφανίζεται είτε αυτόματα είτε κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η μεταστροφή του θυμικού συχνά είναι ταχεία. Άλλοτε πρόκειται για μια υποκαταθλιπτική κατάσταση που διαρκεί για εβδομάδες ή και μήνες και αντικαθίσταται σταδιακά από μια υποδιεγερτική κατάσταση με ευερεθιστότητα και συναισθηματική έξαρση.

Όταν η μανιακή κρίση αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου, η έναρξη της μπορεί να είναι αιφνίδια ή προοδευτική. Το άτομο κατακλύζεται από συναίσθημα ευφορίας, αίσθηση ευχέρειας και νιώθει μια συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη να μιλάει και να παρεμβαίνει στα πάντα. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα η διέγερση επιτείνεται. Η διάρκεια του νυχτερινού ύπνου βραχύνεται και ο άρρωστος επιδίδεται από τις πρώτες πρωινές ώρες σε δραστηριότητες, που γίνονται κάθε μέρα όλο και πιο ασυνάρτητες. Σε κάθε νέα κρίση εμφανίζονται πανομοιότυπες διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες προειδοποιούν το περιβάλλον για την υποτροπή : αλόγιστες σπατάλες, αστόχαστες ενέργειες. Η ευερεθιστότητα και η άρση των αναστολών (σεξουαλική υπερδραστηριότητα, υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών), σε συνδυασμό με τη διέγερση, καταλήγουν σε συχνά επεισόδια διατάραξης της κοινής ησυχίας, προσβολή της δημοσίας αιδούς και σκάνδαλα σε δημόσιους χώρους. Η νοσηλεία σε ειδικό περιβάλλον, είναι συχνά δύσκολο να πραγματοποιηθεί, επειδή ο

άρρωστος δεν αναγνωρίζει την αναγκαιότητα ιατρικής περίθαλψης, ακόμα και όταν έχει κάποια επίγνωση του παθολογικού χαρακτήρα της κατάστασης του.³

II ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

1^ο Εμφάνιση

Ο ασθενής είναι εύθυμος και ομιλητικός, η διέγερση του είναι εμφανής και τα συμπτώματα του εξωτερικεύονται αυθόρμητα. Η υπερμιμία εκδηλώνεται με τη ζωντάνια του προσώπου του, των ματιών του που λάμπουν και με την υπερεκφραστικότητα της φυσιογνωμίας του.

Προκαλεί εντύπωση η ακαταστασία του δωματίου του και η ατημέλητη και κραυγαλέα ενδυμασία του.³ Μπορεί να έχει σηκωμένα τα ρεβέρ, να έχει δεμένη τη γραβάτα του από πίσω κ.λ.π.⁷

Υποδέχεται τους άλλους με τρόπο θορυβώδη και δείχνει υπερβολική οικειότητα. Μιλάει υψηλόφωνα, επιδεικνύει την άνεση του, αστειεύεται ή εξανίσταται, διανθίζοντας τα λόγια του με καυστικές παρατηρήσεις και ατελείωτες περιπτολογίες. Η επαφή είναι εύκολη, αλλά επιφανειακή. Ο μανιακός είναι σύντονος με το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται και αντιδρά ανάλογα με τις αντιδράσεις της ομήγυρης. Ακόμα, κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής συνέντευξης, δεν είναι δυνατό να μείνει ήσυχος. Περιφέρεται στο δωμάτιο, μουντζουρώνει χαρτιά, μετακινεί διάφορα αντικείμενα. Εάν ο χρόνος της συνεδρίας παραταθεί κάπως περισσότερο, ο τόνος της φωνής του ανεβαίνει, η διέγερση αυξάνει και η διατάραξη της σκέψης του γίνεται εμφανέστερη.

2^ο Διαταραχές του θυμικού και των ενστίκτων

A) Η ευφορική έξαρση του θυμικού, είναι το πρωταρχικό στοιχείο της μανιακής κρίσης. Όλες οι αισθήσεις είναι οξυμένες και έχουν ευχάριστη χροιά. Ο άρρωστος έχει την εντύπωση ότι ζει έντονα και αισθάνεται ανάλαφρος, ακαταπόνητος, «σε πολύ καλή φόρμα». Έχει συνεχώς μια αίσθηση οικειότητας απέναντι σε πρόσωπα και πράγματα και τίποτα δεν τον φοβίζει. Ο εξωτερικός κόσμος είναι γι' αυτόν πηγή αστείρευτων απολαύσεων, οι ήχοι και τα αρώματα τον μαγεύουν. Καταστρώνει μεγαλεπίβολα σχέδια και θεωρεί τον εαυτό του ικανό να ασχοληθεί με όλα και να

πετύχει τα πάντα. Με ένα νεύμα οι αντιρρήσεις παραμερίζονται, οι δυσκολίες και οι αντιξοότητες ξεπερνιούνται.

Β) Η ευμεταβλητότητα του θυμικού είναι εξίσου χαρακτηριστική με την εξέγερση του. Ενώ το μελαγχολικό συναίσθημα είναι καθηλωμένο, ομοιόμορφα καταθλιπτικό και οδυνηρό, το μανιακό συναίσθημα είναι ευμετάβλητο. Βέβαια η αισιοδοξία υπερτερεί σαφώς, όμως η μανιακή κρίση Δε βιώνεται ως μια κατάσταση ανέμελης ευτυχίας. Σύντομες φάσεις άγχους ή οργής εναλλάσσονται με φάσεις έξαρσης και ενθουσιασμού. Ανυπόμονος και ευέξαπτος ο μανιακός εκνευρίζεται με την παραμικρή αντιξοότητα και μπορεί χωρίς καμιά εξωτερική παρεμβολή να περάσει από τη μια στιγμή στην άλλη από το γέλιο στο κλάμα, από την ξεγνοιασιά στην πρόσκαιρη αποθάρρυνση, από τη γενναιοδωρία στην κακόβουλη επιθετικότητα.

Γ) Η αποχαλίνωση των ενστίκτων, συνεπάγεται και χαλάρωση των ηθικών και των κοινωνικών αναστολών, λαιμαργία, αυξημένη σεξουαλική επιθυμία. Οι καταστάσεις αυτές μαρτυρούν την ξέφρενη αναζήτηση της ηδονής και επιτρέπουν τη σύγκριση της μανιακής κρίσης με το κλίμα μιας οργιαστικής βακχικής γιορτής. Αυτός ο εκτραχηλισμός έρχεται σε αντίθεση με τη συνήθη συμπεριφορά του ατόμου πριν από την κρίση.

3^ο Διαταραχές της σκέψης

Η μανιακή σκέψη χαρακτηρίζεται από έλλειψη τάξης, βιασύνη, στείριότητα. Οι ψυχικές διαδικασίες βρίσκονται σε έξαρση και επιταχύνονται (ταχυψυχισμός, tachypsychie). Η φαντασία υπερλειτουργεί, παρατηρείται υπερμνησία, συρροή ιδεών και παραστάσεων.

Η ιδεοφυγή (fuite des idées) συνιστά το βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο της μανιακής σκέψης, που είναι ασταθής και άγονη παρά το φαινομενικό της πλούτο. Οι εικόνες ξετυλίγονται ασταμάτητα, οι αναμνήσεις ξεπηδούν ακατάστατα, οι λέξεις συνωστίζονται με μορφή ακατάσχετης λογόρροιας.³

Ωστόσο, η ιδεοφυγή αυτή δεν είναι ασυνάρτητη όπως του σχιζοφρενικά αρρώστου, κάτι που αποτελεί χρήσιμο διαφορικό στοιχείο.¹⁰

Ο άφθονος γραπτός λόγος χαρακτηρίζεται από ανάλογη έλλειψη συνέχειας και συνοχής (προχειρογραφία, γραφόρροια). Ο ασθενής πηδάει από το ένα θέμα στο

άλλο και οι φυσιολογικές νοητικές λειτουργίες της κατεύθυνσης προς ένα στόχο και της επιλογής των σκέψεων, αχρηστεύονται. Η προσοχή διαχέεται παραπαίοντας ανάμεσα στα διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα, ώστε ο στοχασμός και η σύνθεση καθίστανται αδύνατα. Ο άρρωστος παίζει με τις λέξεις, κάνει με μεγάλη ταχύτητα επιφανειακούς κατά συνήχηση συνειρμούς και λογοπαίγνια, ανακαλεί στη μνήμη του και απαγγέλλει με τρόπο που μοιάζει αυτοματικός, ανέκδοτα και σχολικά κείμενα, για να προκαλέσει γέλιο.

Η έξαρση της φαντασίας εκφράζεται συχνά ως ψευδοπαραλητική μυθοπλασία (fabulation pseudo – delirante). Η ευφορία κυριαρχεί και οδηγεί σε ιδέες μεγαλείου και θρησκευτικής ή ανθρωπιστικής αποστολής. Η πραγματικότητα εξωραϊζεται. Ο μανιακός «διογκώνει» την κοινωνική του αξία και επινοεί αλάνθαστους και παιδαριώδεις τρόπους για να αποκτήσει περιουσία ή να καλυτερεύσει το μέλλον της ανθρωπότητας. Ωστόσο, πρόκειται περισσότερο για φαντασιοπληξία και «παραλήρημα λέξεων», παρά για βαθύτερη διαταραχή της σκέψης. Ο μανιακός δεν πιστεύει, παρά μονάχα ως ένα βαθμό, σε αυτές τις ιδέες και συχνά μπορεί να τις πάρει στ' αστεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, η μανιακή κρίση συνοδεύεται από πραγματικές παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθητικές εμπειρίες.

Αυτή η παραληρητική μανία είναι δυνατό να περιλαμβάνει ιδέες με μυστικιστικό ή πρακτικό περιεχόμενο και ιδέες επίδρασης («Ο Θεός με κατευθύνει και μιλάει με το στόμα μου» , «είμαι Η Παναγία»), καθώς και ιδέες με διωκτικό, διεκδικητικό και ερωτομανιακό περιεχόμενο.

4° Διαταραχές της δραστηριότητας

Ο μανιακός έχει έντονη ανάγκη για δράση. Η υπερδραστηριότητα του εκδηλώνεται αρκετές φορές απ' την αρχή της κρίσης με αλληπάλληλα διαβήματα, αποστολές επιστολών και αλόγιστες σπατάλες.

Η ψυχοκινητική ανησυχία δεν απουσιάζει ποτέ κατά τη διάρκεια της κρίσης. Ο μανιακός ζει με ταχύ ρυθμό, μέσα στο θόρυβο και την ακαταστασία. Περπατάει συνέχεια, χειρονομεί, μετακομίζει από δωμάτιο σε δωμάτιο, ανακατεύει διάφορα αντικείμενα. Αυτή η ακατάπαυστη και διασπαρμένη δραστηριότητα έχει φιλοπαίγμονα χαρακτήρα. Ο μανιακός αρέσκεται στις μεταμφιέσεις και στην υιοθέτηση διάφορων ρόλων. Οι επισκέψεις γίνονται συχνά αφορμή για επιδείνωση

της διέγερσης και για τάση προς επίδειξη. Ο άρρωστος κάνει το γελοιοποιό, ρητορεύει και τραγουδάει. Αυτή η συμπεριφορά με τη συνεχή διάθεση παιχνιδιού δεν είναι απλώς έκφραση οιστριονισμού. Για το μανιακό είναι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται την εξωτερική πραγματικότητα μεταμορφώνοντας τη σύμφωνα με τις διαθέσεις της αισιόδοξης φαντασίας του. Μερικές φορές συνεχίζει να χορεύει και να γελάει ακόμα και μόνος στο δωμάτιο του.

Σπάνια παρατηρείται στην εποχή μας η μεγάλη μανιακή διέγερση που περιλαμβάνει υπερ κινητικότητα, κραυγές, άρνηση λήψης τροφής, προκλητικές αντιδράσεις (φτυσίματα, δαγκώματα), πλήρη αϋπνία, φοβερή καταστρεπτική βιαιότητα (μανιακό μένος, *feur maniaque*). Η κατάσταση αυτή παλαιότερα, ήταν δυνατό να εξελιχθεί σε οξύ υπερπυρετικό θανατηφόρο παραλήρημα.

5° Σωματικά συμπτώματα

Η αϋπνία είναι σταθερό εύρημα. Εμφανίζεται πρώιμα, δεν υπακούει στα συνηθισμένα υπνωτικά και δεν υποχωρεί παρά με το τέλος της κρίσης. Δεν πρόκειται για επίπονη αϋπνία. Παρά την απουσία ανάπαυσης, ο άρρωστος δε δείχνει ούτε κουρασμένος ούτε αποκαμωμένος και η φυσική του αντοχή φαίνεται να έχει αυξηθεί.

Η θερμοκρασία είναι φυσιολογική, ο σφυγμός μάλλον ταχύς και η αρτηριακή πίεση, μερικές φορές, χαμηλή. Το αίσθημα της πείνας και της δίψας είναι έντονο. Παρά την αδηφαγία, η πέψη επιτελείται ομαλά. Η απίσχναση είναι συνηθισμένη κατά τη φάση της κρίσης και το βάρος επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα προς το τέλος της. Παρατηρείται επίσης πάντοτε αύξηση των εκκρίσεων : άφθονες επιδρώσεις, σιελόρροια. Στις γυναίκες παρατηρείται συνήθως αμηνόρροια, κατά τη διάρκεια της κρίσης.³

Πίνακας Νο 1

Διαγνωστικά κριτήρια μανιακού επεισοδίου (κατά DSM III – R)

- A. Μια διακριτή περίοδος μιας παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης διαχυτικής ή ευερέθιστης συναισθηματικής διάθεσης, που κρατά τουλάχιστον μια εβδομάδα (ή οποιαδήποτε διάρκεια σαν νοσοκομειακή περίθαλψη είναι αναγκαία).

Β. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης, τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν επιμείνει (τέσσερα αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη), και είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό:

- 1) Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
- 2) Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ. νιώθει ότι αναπαύθηκε ύστερα από τρεις μόνο ώρες ύπνου).
- 3) Περισσότερο ομιλητικός απ' ό,τι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά
- 4) Φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
- 5) Διάσπαση της προσοχής, δηλ. η προσοχή πολύ εύκολα έλκεται από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα.
- 6) Αύξηση της δραστηριότητας που κατευθύνεται σε κάποιο στόχο (είτε κοινωνικά, στην δουλειά, ή στο σχολείο ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση
- 7) Υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες (π.χ. το άτομο ανακατεύεται σε απεριόριστες άκριτες αγορές, σε σεξουαλικές αδιακρίσιες ή σε ανόητες επιχειρησιακές επενδύσεις).

Γ. Τα συμπτώματα δεν απαντούν κριτήρια για ένα μικτό επεισόδιο.

Δ. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει εκσεσημασμένη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή σε συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους ή υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.

Ε. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε επίδραση μιας κατάστασης όπως π.χ. υπερθυρεοειδισμός.

ΣΗΜ: Σωματική αντικαταθλιπτική θεραπεία, φάρμακα, ηλεκτροσπασμο θεραπεία, φωτοθεραπεία) που φανερά εκλύει μια διαταραχή της διάθεσης, δεν πρέπει να θεωρηθεί ως αιτιολογικός οργανικός παράγοντας.¹¹

III.**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ****1^ο Υπομανιακή κρίση**

Αποτελεί ελάχισσα μορφή της μανιακής κρίσης και παρατηρείται συχνότερα από τη μεγάλη κρίση οξείας μανίας. Η διάγνωση της είναι εύκολη, όταν παρουσιάζεται σε κάποιο γνωστό μανιοκαταθλιπτικό ασθενή. Άλλοτε πρόκειται για ήπιο ισοδύναμο μανιακής κρίσης και άλλοτε για επεισόδιο υπερθυμίας που έχει μειωμένη ένταση εξαιτίας της θεραπείας, όπως συμβαίνει για παράδειγμα σε ορισμένους μανιοκαταθλιπτικούς που δεν καλύπτονται επαρκώς με λίθιο.

Η διάγνωση είναι πιο δύσκολη, όταν πρόκειται για πρωτοεμφανιζόμενη παθολογική κατάσταση.

Υποβάλλεται στην ίδια θεραπεία, όπως και η μανιακή κρίση. Το δυσκολότερο είναι να πεισθεί ο ασθενής για την αναγκαιότητα της.³

2^ο Παραληρητική μανία (Μανία του Bell)

Στη μορφή αυτή, που θεωρείται η βαρύτερη μορφή μανίας, παρατηρούνται και συμπτώματα διανοητικής σύγχυσης. Ο πάσχων είναι απροσανατόλιστος σε Τόπο και χρόνο, κάνει παραγνωρίσεις προσώπων, έχει διαταραχές της αντίληψης του τύπου των οπτικών και ακουστικών παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων και εκφράζει παραληρητικές ιδέες.

Είναι τέτοια η εξάντληση από την αδιάκοπη υπερκινητικότητα του ώστε να δημιουργούνται σοβαροί κίνδυνοι για τη ζωή του. Παλαιότερα (πριν από την εισαγωγή στην Ψυχιατρική της Θεραπευτικής των φαινοθειαζινών) πολλοί ασθενείς κατέληγαν σε θάνατο.

3^ο Χρόνια μανία

Εμφανίζεται κατά την τέταρτη ή Πέμπτη δεκαετία της ζωής. Θεωρείται σαν το μανιακό αντίστοιχο της υποστροφικής μελαγχολίας.⁷

IV ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γίνεται από :

- Την κινητικο-διεγερτική μέθη. Η διαφοροδιάγνωση αφορά κυρίως τα επείγοντα περιστατικά, όπου τίθεται πρόβλημα διάκρισης ανάμεσα σε υπομανία συνδυαζόμενη με κατανάλωση οινόπνευματών και σε διεγερτική μέθη της οποίας όμως η διάρκεια είναι βραχύτερη. Όλες οι καταστάσεις τοξικής μέθης, ανεξάρτητα από την ουσία που τις προκάλεσε(οινόπνευμα, χασίς, κοκαΐνη,) μπορεί να εμφανίσουν παροδική μανιακόμορφη κλινική εικόνα.
- Την άτυπη διέγερση στα πλαίσια μιας σχιζοφρένειας. Ο ασθενής είναι α' αυτή την περίπτωση, λιγότερο σύντονος με το περιβάλλον, ο λόγος του πιο ασαφής, η ευφορία του πιο απρόσφορη και πικρόχολη, η διέγερση του παρουσιάζει πιο στερεοτυπικές εκδηλώσεις. Μερικές φορές, η πρώτη κρίση παραληρητικής μανίας σε εφήβους είναι δυνατό να πάρει τη μορφή των παραληρητικών εμπειριών, ομοίων με αυτές που παρουσιάζονται στη σχιζοφρένεια. Στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση ανασκευάζεται από την εξέλιξη (δράση λιθίου, περιοδικότητα των κρίσεων).
- Το μετωπιαίο σύνδρομο. Εξαιτίας όγκου ή φλοιώδους ατροφίας (νόσος Pick). Η μωρία του μετωπιαίου συνδρόμου είναι μια κατάσταση διέγερσης με παιδαριώδη και περιπαικτική φαιδρότητα. Ο ασθενής είναι λιγότερο σύντονος με το περιβάλλον και πολύ περισσότερο εκπτωτικός από το μανιακό.
- Τις δευτεροπαθείς μανιακές καταστάσεις. Που εμφανίζονται στα πλαίσια ενδοκρινολογικών παθήσεων (νόσος Cushing), παθήσεων του διεγκεφάλου και του υποθαλάμου (όγκοι, εγκεφαλίτιδες) καθώς και κατά τη διάρκεια ορισμένων φαρμακευτικών θεραπειών (κορτιζόνη, κυκλοσερίνη, Rimifon, 4 – Dora).³

Πίνακας Νο 2. Στοιχεία που αφορούν την διαφοροδιάγνωση Διπολικής διαταραχής από Σχιζοφρένεια.

<u>Ευνοεί τη Διπολική διαταραχή</u>	<u>Ευνοεί τη Σχιζοφρένεια</u>
Προηγούμενο επεισόδιο μανίας ή κατάθλιψης	Έλλειψη προηγούμενου ιστορικού διαταραχής της διάθεσης
Ιστορικό πλήρους αποκατάστασης ανάμεσα σε οξεία επεισόδια της νόσου.	Ιστορικό υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα σε οξείες υποτροπές της νόσου.
Καλή προνοσηρή λειτουργικότητα	Προοδευτική χειροτέρευση και κακή προνοσηρή λειτουργικότητα
Οικογενειακό ιστορικό θετικό για υποτροπιάζουσα ψυχωτική νόσο	Οικογενειακό ιστορικό αρνητικό για υποτροπιάζουσα ψυχωτική νόσο.
Ιστορικό καλής θεραπευτικής απάντησης σε λίθιο και/ή ηλεκτροσόκ	Κακή απάντηση σε θεραπεία με λίθιο και / ή ηλεκτροσόκ

V ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΑΝΙΑΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

Χωρίς θεραπεία, η μανιακή φάση υποχωρεί πλήρως σε 5 – 6 μήνες κατά μέσο όρο. Όμως, οι κρίσεις μπορεί να είναι και πολύ βραχείες (μερικές εβδομάδες) ή παρατεταμένες (μέχρι και αρκετά χρόνια). Οι παρατεταμένες κρίσεις, συνεχείς ή διαλείπουσες, παρατηρούνται κυρίως μετά την ηλικία των 50 ετών. Με την βοήθεια της φαρμακοθεραπείας, η διάρκεια των κρίσεων έχει περιοριστεί στους δύο μήνες κατά μέσο όρο. Η βελτίωση γίνεται σταδιακά .

Αρκετά γρήγορα η παραληρητική μυθοπλασία υποχωρεί και η διέγερση μειώνεται, ενώ η λογόρροια και η πολυδιάσπαση των δραστηριοτήτων ελαττώνονται με βραδύτερο ρυθμό. Η εξομάλυνση του ύπνου αποτελεί καλό σημείο βελτίωσης. Η φαρμακοθεραπεία, σε δόσεις συντήρησης, πρέπει να συνεχιστεί για αρκετούς μήνες. Συχνά, τη μανιακή κρίση διαδέχεται καταθλιπτική φάση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Ι. ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η μελαγχολία είναι μια καταθλιπτική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από :

- Βαθιά ψυχική οδύνη
- Ψυχική και ψυχοκινητική αναστολή με επιβράδυνση ενεργειών και αβουλία
- Διαταραχή των βιολογικών λειτουργιών : αϋπνία και ανορεξία

Η αυτόματη εξέλιξη της μελαγχολικής κρίσης βαίνει προς την ίαση. Η πρόγνωση της εξαρτάται σχεδόν αποκλειστικά από τον κίνδυνο αυτοκτονίας, ο οποίος είναι παρών σε όλη τη διάρκεια της κρίσης και επιβάλλει προσεκτική επιτήρηση.³

ΜΟΡΦΕΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Η κρίση εξελίσσεται προοδευτικά με πρώτα κλινικά ευρήματα την αϋπνία και την κόπωση. Η συμπτωματολογία ολοκληρώνεται σε μερικές εβδομάδες ή μήνες και περιλαμβάνει αισθήματα ανικανότητας και αυτοϋποτίμησης, αυξανόμενη αναποφασιστικότητα, προοδευτική απώλεια του ενδιαφέροντος για τις συνηθισμένες απασχολήσεις και τα οικεία πρόσωπα, αγχώδεις ιδεομηρυκασμούς γύρω από την υγεία και το μέλλον, ιδέες ή απόπειρες αυτοκτονίας. Μερικές φορές, η μελαγχολική κρίση έπεται του μανιακού επεισοδίου και η μεταστροφή του θυμικού μπορεί να είναι πολύ γρήγορη. Στο ένα τέταρτο των περιπτώσεων, η εμφάνιση της μελαγχολικής κρίσης φαίνεται να ευνοείται από ψυχολογικά αίτια (πένθος, συνταξιοδότηση, οικονομικές δυσχέρειες) και σπανιότερα από οργανικά (λοιμώδη νόσος, χειρουργική επέμβαση, λοχειία) ή τοξικά αίτια (αγωγή με παράγωγα ρεζερπίνης, κορτιζόνη, Rimifon κ.λ.π.)

II ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑΣ

1^ο Εμφάνιση

Το πρόσωπο είναι ωχρό και φαίνεται γερασμένο, η μιμική είναι περιορισμένη, τα χαρακτηριστικά άτονα, το βλέμμα καθλωμένο, η έκφραση συνοφρυωμένη. Οι ρυτίδες του μετώπου σχηματίζουν στη ρίζα της μύτης το λεγόμενο μελαγχολικό ωμέγα.

Ο άρρωστος είναι αδρανής και καταβεβλημένος. Οι αυθόρμητες κινήσεις του μειώνονται στο ελάχιστο και οι χειρονομίες του είναι αργές, ανολοκλήρωτες, σαν να προκαλούν πόνο. Είναι δυνατό να μείνει καθισμένος για ώρες, ακίνητος με το κεφάλι σκυφτό σε στάση οδυνηρής περισυλλογής. Η αυθόρμητη ομιλία είναι πολύ περιορισμένη. Όταν του απευθύνουμε το λόγο, απαντάει με βραδύτητα και προφέρει αδύναμα μονοσύλλαβες απαντήσεις με ύφος μονότονο. Τα λόγια του διακόπτονται από αναστεναγμούς και γογγυσμούς. Συχνά ο μελαγχολικός είναι επιφυλακτικός και προσπαθεί να συγκαλύψει τα συμπτώματα του ή να τα ελαχιστοποιήσει (χαμογελαστή κατάθλιψη, *depression souriante*). Μερικές φορές, όταν πρόκειται για αγχώδη μελαγχολία, προεξάρχουν ανησυχία και η διέγερση.

2^ο Η αναστολή και η επιβράδυνση

- Διανοητική αναστολή. Η παραγωγή ιδεών είναι αργή (βραδυψυχισμός) και φτωχή. Οι αναμνήσεις ανακαλούνται με δυσκολία και κάθε προσπάθεια συγκέντρωσης της προσοχής και της σκέψης είναι αδύναμη. Ο ασθενής δεν είναι δυνατό να παρακολουθήσει μια συζήτηση ούτε να συγκεντρωθεί στο διάβασμα. Η λεκτική παραγωγή είναι επίσης αργή και μερικές φορές εμφανίζεται σχεδόν αλαλία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο προσανατολισμός και οι αντιληπτικές λειτουργίες επιτελούνται φυσιολογικά. Ωστόσο, ο ασθενής είναι απορροφημένος από την ψυχική του οδύνη και δεν δίνει προσοχή στον εξωτερικό κόσμο, παρά μόνο για να αντλήσει τα στοιχεία εκείνα που τροφοδοτούν τους καταθλιπτικούς του ιδεομηρυκασμούς.

- Αναστολή της βούλησης. Η αναποφασιστικότητα και το αίσθημα της ανικανότητας που εμφανίζονται από την έναρξη του επεισοδίου επιδεινώνονται,

ως το βαθμό της πλήρους αβουλίας. Κάθε μορφή δραστηριότητας αναστέλλεται ή επιβραδύνεται. Οι πράξεις της καθημερινής ζωής απαιτούν υπέρμετρη προσπάθεια και ο ασθενής παραμελεί τη φροντίδα του σώματος του και το ντύσιμο του.

- Αναστολή της συναισθηματικής ζωής. Υπάρχει μια «συναισθηματική αναισθησία» που απελπίζει τον ασθενή(«με τίποτα πια δε συγκινούμαι», «δεν αισθάνομαι τίποτα για τα αγαπητά μου πρόσωπα», «τίποτα δεν με αγγίζει»).

3° Ψυχική οδύνη (douleur morale).

Ο άρρωστος χάνει το ενδιαφέρον του για τη ζωή. Το πεδίο της συνείδησης του κατακλύζεται από απροσμέτρητη θλίψη, που ταυτόχρονα εμπερικλείει ανία, τύψεις και απελπισία. Πρόκειται για βαθιά και μόνιμη θλίψη, ανεξάρτητα από τις εξωτερικές συνθήκες. Τίποτα δε μπορεί να παρηγορήσει το μελαγχολικό που βουλιάζει στη «συμφορά του».

- Υπάρχουν δυσάρεστα κοινωνισθητικά βιώματα. Ο ασθενής νιώθει ότι το κεφάλι του είναι άδειο, αισθάνεται διάχυτη δυσφορία και εντονότατη κόπωση. Συχνά, η ανησυχία του επιτείνεται από αίσθηση θωρακικής σύσφιγξης, εντερικών σπασμών, και πόνων με μεταβαλλόμενη εντόπιση.
- Ο μελαγχολικός βιώνει οδυνηρά τη ζωική ασθενία (asthenie vitale), που τον κατέχει. Αισθάνεται πολύ αδύναμος και ανίκανος να σκεφθεί, να αποφασίσει και να αντιδράσει. Οι προτροπές του περιβάλλοντος του, που προσπαθεί να τον διασκεδάσει ή να τον τονώσει, δεν επιτυγχάνουν παρά να αυξήσουν τα αισθήματα ανικανότητας και αυτοϋποτίμησης. Ο μελαγχολικός κάνει ανασκόπηση των ανεπαρκειών του και συχνά αυτοκατηγορείται : «εγώ είμαι υπαίτιος για την αρρώστια μου», «η αρρώστια μου οφείλεται σε έλλειψη θέλησης», «είναι τερατώδες να μην αγαπάει κανείς την οικογένεια του». Εξομολογείται περασμένα σφάλματα, τα οποία δεν τον είχαν απασχολήσει ιδιαίτερα μέχρι εκείνη τη στιγμή και διογκώνει τις συνέπειες τους. Το μέλλον του φαίνεται σκοτεινό, αδιέξοδο. Εάν θεωρεί τον εαυτό του άρρωστο, είναι πεισμένος ότι η τιμωρία του είναι αναπόφευκτη. Ότι και να γίνει «δεν υπάρχει λύση, κανείς δεν μπορεί να κάνει τίποτα για μένα».

4° Επιθυμία του θανάτου και αυτοκτονική συμπεριφορά

Η συνείδηση του μελαγχολικού κυριαρχείται από την ιδέα του θανάτου. Ο ασθενής βιώνει το θάνατο ως λύτρωση και τον επιζητεί ως υποχρέωση, ως αναγκαία τιμωρία, ως τη μόνη δυνατή λύση.

- Η άρνηση λήψης τροφής. Είναι ένας τρόπος για να εκφράσει την άρνηση του να ζήσει. Πριν από την εισαγωγή των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων, οι θάνατοι μελαγχολικών από ασιτία δεν ήταν σπάνιο φαινόμενο.
- Η αυτοκτονικού τύπου συμπεριφορά. Είναι συχνή, σοβαρή και δικαιολογεί τα μέτρα συνεχούς επιτήρησης, που αναγκαζόμαστε να πάρουμε μπροστά σε κάθε μελαγχολική κρίση. Δεν πρέπει να αμφιβάλλουμε για την αυθεντικότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των μελαγχολικών. Η επιλογή «αποτελεσματικών μεθόδων» αποδεικνύει την αποφασιστικότητα του αρρώστου, που τίποτα δεν τον σταματά μπροστά στην αναζήτηση του θανάτου, ούτε οι οικογενειακοί δεσμοί, ούτε το θρησκευτικό συναίσθημα, ούτε ο φόβος του σωματικού πόνου.

5° Σωματικά συμπτώματα και διαταραχές του κερκάρδιου κύκλου

- Η αϋπνία, αποτελεί σταθερό εύρημα, είναι ανθεκτική στα φάρμακα, επίπονη και δεν έχει σταθερά επίμονη μορφή.³ Συχνά παρατηρείται σημαντική μείωση του ολικού χρόνου του ύπνου. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται σημαντική αύξηση του λανθάνοντος χρόνου για την επέλευση του ύπνου η οποία συνήθως υπερβαίνει τα 30 λεπτά. (αϋπνία τύπου επελεύσεως). Ο ύπνος είναι κατακερματισμένος με συχνές αφυπνίσεις ενώ σε αρκετές περιπτώσεις χαρακτηριστική είναι η αφύπνιση πολύ νωρίς τις πρώτες πρωινές ώρες (αϋπνία τύπου πρώιμου αφυπνίσεως). Σε μια υποομάδα των καταθλιπτικών ασθενών παρατηρείται αύξηση του συνολικού χρόνου του ύπνου. (υπερυπνία).

Όμως η υπερυπνία αυτή των καταθλιπτικών συνοδεύεται από το αίσθημα ότι «δεν κοιμήθηκαν ικανοποιητικά» και «δεν νιώθουν ξεκούραστοι όταν ξυπνούν». Τελικά η ποιότητα του ύπνου τους συνήθως είναι το ίδιο κακή όπως και εκείνων που παραπονούνται για αϋπνία.¹²

- Οι πεπτικές διαταραχές, είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Εκδηλώνονται με ανορεξία, άλλες διαταραχές του πεπτικού συστήματος, καθώς και

δυσκοιλιότητα. Η απίσχυανση είναι συχνή. Μπορεί να παρατηρηθούν νευροφυτικές διαταραχές, κρίσεις επιδρώσεων, υπερευαισθησία στο ψύχος. Συνήθως υπάρχει μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και η αμηνόρροια είναι σχεδόν σταθερό εύρημα.

- Η καταθλιπτική συμπτωματολογία, παρουσιάζει πολύ συχνά αυτόματες διακυμάνσεις στη διάρκεια της ημέρας. Παρατηρείται πρωινή επιδείνωση και βελτίωση προς το βράδυ. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις διαταραχές του ύπνου, οδηγεί στην υπόθεση μιας διαταραχής του κερκάρδιου κύκλου των βιολογικών λειτουργιών. Αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τις μελέτες του ρυθμού αποβολής των ηλεκτρολυτών και των επιπέδων της κορτιζόνης στο αίμα.³

Πίνακας : Συμπτώματα της κατάθλιψης

Συναίσθημα	Κινητοποίηση
Καταθλιπτική διάθεση	Απώλεια του ενδιαφέροντος
Ανηδονία	Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας
Άγχος	Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
Φυτικό (αυτόνομο) Νευρικό σύστημα	Σκέψη – Αντίληψη
Διαταραχή του ύπνου	Αισθήματα – σκέψεις ενοχής ή και αναξιότητας
Διαταραχή της όρεξης	Χαμηλή αυτοεκτίμηση
Κόπωση, εξάντληση(απώλεια ενέργειας)	Δυσκολία στη συγκέντρωση
Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)	Ψύχωση (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κ.λ.π.)
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Σωματικά ενοχλήματα ²
Ψυχοκινητική διέγερση	

III ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

1^ο Απλή μελαγχολία

Πρόκειται για ελάσσονα μορφή και παρατηρείται πολύ συχνά. Η συμπτωματολογία είναι ήπια είτε εξαιτίας της φύσης της ίδιας της πάθησης είτε εξαιτίας της μακροχρόνιας προφυλακτικής θεραπευτικής αγωγής, ιδίως με λίθιο.³

2^ο Μελαγχολία με εμβροντησία

Χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητική αναστολή. Ο ασθενής είναι ακίνητος και σιωπηλός, παρακολουθεί όμως με το βλέμμα του αυτά που συμβαίνουν γύρω του. Δεν σιτίζεται και παρουσιάζει πολλές φορές απώλειες ούρων και κοπράνων.⁷

3^ο Διεγερτική μελαγχολία

Το άγχος κυριαρχεί και εκδηλώνεται με αίσθημα σύσφιξης στο θώρακα και ασφυξίας, πολλές κοιναισθητικές παραισθήσεις και συγκινησιακά ξεσπάσματα. Ο θεατρινίστικος χαρακτήρας αυτών των εκδηλώσεων δεν πρέπει να μας κάνει να υποτιμήσουμε την αυθεντικότητα της ψυχικής οδύνης. Κατά τους παροξυσμούς άγχους, ο ασθενής μπορεί να προβεί σε αστραπιαίες παρορμητικές πράξεις, όπως φυγή, απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοακρωτηριασμό.

4^ο Παραληρητική μελαγχολία

Η ψυχική οδύνη βιώνεται και εκφράζεται με την μορφή παραληρήματος. Το παραλήρημα αυτό, που έχει κάτι το σπαρακτικό, τροφοδοτείται από παρερμηνείες, φαντασιοπληξίες και είναι φτωχά επεξεργασμένο. Παρατηρούνται παραισθήσεις και εσφαλμένες αναγνώσεις.

Τα θέματα της παραληρητικής μελαγχολίας είναι συνήθως τα εξής :

- Ιδέες ενοχής και αναξιότητας
- Ιδέες πένθους και ολέθρου
- Υποχονδριακές ιδέες
- Ιδέες επίδρασης και δαιμονοκατοχής
- Ιδέες καταδίωξης

5° Συγκαλυμμένη κατάθλιψη

Η δυσθυμία επικαλύπτεται από τη σωματική συμπτωματολογία και ο άρρωστος εκφράζει το καταθλιπτικό του συναίσθημα ως σωματική δυσφορία. Προεξάρχουν η αϋπνία και η κόπωση. Μερικές φορές οι σωματικές αιτιάσεις εντοπίζονται :

- a) Στο πεπτικό σύστημα
- b) Στο καρδιοαναπνευστικό σύστημα
- c) Σε διάφορα άλγη, άτυπα και επίμονα.

Η συμπτωματική θεραπεία των σωματικών αιτιάσεων δεν έχει κανένα αποτέλεσμα, ενώ αντίθετα η φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά είναι πολύ αποτελεσματική.

IV. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑΣ

Η διάγνωση της κλασσικής μελαγχολικής κρίσης δε θέτει ιδιαίτερα προβλήματα. Στις άτυπες όμως ή ελάσσονες μελαγχολικές κρίσεις χρειάζεται προσοχή, για να αποφευχθούν ορισμένα λάθη :

1. Να μη συγχέουμε την αγχώδη νεύρωση και την κατάθλιψη.
2. Να μην παραβλέψουμε μια κατάθλιψη συγκαλυμμένη με σωματικές εκδηλώσεις.
3. Να μην ξεχνάμε ότι η κατάθλιψη μπορεί να είναι δευτεροπαθής, δηλαδή να αποτελεί εκδήλωση άλλης πάθησης.

V ΕΞΕΛΙΞΗ

Η χωρίς θεραπεία εξέλιξη καταλήγει σε ίαση μέσα σε διάστημα 6 – 7 μηνών κατά μέσο όρο. Μπορεί να παρατηρηθούν βραχεία επεισόδια μερικών εβδομάδων και παρατεταμένα επεισόδια διάρκειας πολλών ετών. Οι μακροχρόνιες κρίσεις είναι δυνατό να διαδράμουν χωρίς διακοπή. Άλλοτε πάλι υπάρχουν περίοδοι ύφεσης, εντελώς ασυμπτωματικά, χωρίς μεσοδιαστήματα.

Η φαρμακοθεραπεία ελάττωσε σημαντικά τη διάρκεια των κρίσεων.(ένος μήνας νοσηλείας κατά μέσο όρο). Η βελτίωση είναι συνήθως σταδιακή. Πρώτα

επανέρχεται η ικανότητα για δραστηριότητα και ή όρεξη, ενώ η εξομάλυνση του θυμικού καθυστερεί περισσότερο. Η επάνοδος του ύπνου και η ανάκτηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους αποτελούν έγκυρα σημεία βελτίωσης.

Ο άρρωστος θεωρείται αποθεραπευμένος μόνο όταν ξαναβρεί της «φυσιολογική χαρά της ζωής». Θα πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί με τις ατελείς βελτιώσεις και τις συναισθηματικές ταλαντεύσεις κατά τη φάση της ανάρρωσης (μελαγχολικό υπόλειμμα), επειδή ο κίνδυνος αυτοκτονίας παραμένει σημαντικός. Η φαρμακοθεραπευτική αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα (συνήθως για πολλούς μήνες).³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΜΙΚΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη μελαγχολικών και μανιακών συμπτωμάτων :

- 1) Μανιακή εμβροντησία
- 2) Μη παραγωγική μανία
- 3) Καταθλιπτική μανία
- 4) Κατάθλιψη με ιδεόρροια
- 5) Ακίνητική μανία⁷

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΑΣΕΩΝ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Καταθλιπτική φάση	Μανιακή φάση
1. καταθλιπτικό συναίσθημα	1. Ευφορικό συναίσθημα
2. μείωση της ταχύτητας της σκέψης (βραδεία κολλώδης)	2. διέγερση της ταχύτητας της σκέψης (ιδεόρροια, ιδεοφυγή)
3. ψυχοκινητική καταστολή	3. ψυχοκινητική διέγερση
4. διαταραχές ζωικών συναισθημάτων	4. διέγερση ζωικών συναισθημάτων
5. καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες (αυτομομφής, αναξιοτήτας κ.λ.π)	5. μανιακές καταθλιπτικές ιδέες (μεγαλείου, παντοδυναμίας κ.λ.π.)
6. σωματικά συμπτώματα και ψυχοσωματικές διαταραχές.	6. σωματικά συμπτώματα απουσιάζουν ⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

I. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η νοσηλεία είναι απαραίτητη κατά την έντονη μανιακή κρίση, τόσο για να εξασφαλισθεί η συμμόρφωση με την αγωγή, όσο και για να αποφευχθούν οι επιζήμιες συνέπειες των διαταραχών της συμπεριφοράς. Όταν ο ασθενής είναι σε διέγερση, η μεταφορά του σε ψυχιατρική μονάδα είναι δυνατό να παρουσιάσει δυσκολίες. Η ενδομυϊκή έγχυση (Largactil, 25 – 50 mg), σε συνδυασμό με βουτυροφαινόνης ταχείας κατασταλτικής δράσης, διευκολύνει την επίτευξη μίας παροδικής καταστολής, η οποία διευκολύνει την μεταφορά του.

- Συνήθως αρχίζουμε τη φαρμακοθεραπεία με παρεντερική χορήγηση νευροληπτικών σε υψηλές δόσεις, ταυτόχρονη κάλυψη με αντιπαρκινσονικά και αν χρειάζεται, με καρδιαγγειακά αναληπτικά. Χρησιμοποιούμε, κατά προτίμηση, αλοπεριδόλη (Aloperidin, 5 έως 15 mg), μόνη, ή σε συνδυασμό με χλωροπραμαζίνη (Largactil, 200 έως 600mg). Μπορούμε επίσης να χρησιμοποιήσουμε θειοπεραζίνη (Majeptil). Η βελτίωση εμφανίζεται σε λίγες ημέρες με καταστολή της διέγερσης και μείωση των παραληρητικών εκδηλώσεων. Η υπερθυμία ελαττώνεται πολύ πιο αργά. Η δοσολογία μειώνεται αργά και προοδευτικά, ανάλογα με τη βελτίωση των συμπτωμάτων και ιδιαίτερα με το βαθμό αποκατάστασης του ύπνου. Η αγωγή συντήρησης πρέπει να διαρκεί πολλούς μήνες προς αποφυγή υποτροπής. Η προσεκτική παρακολούθηση κατά την ανάρρωση είναι αναγκαία, εξαιτίας των διακυμάνσεων του θυμικού και του κινδύνου μεταστροφής σε κατάθλιψη.

Τα άλατα λιθίου προτάθηκαν το 1949 από τον Cade, ως θεραπευτική αγωγή της μανιακής κρίσης και η αποτελεσματικότητά τους έγινε γρήγορα ευρέως αποδεκτή (ποσοστό ικανοποιητικών αποτελεσμάτων 70 έως 80%). Η δράση του λιθίου διαφέρει από αυτή των νευροληπτικών. Εμφανίζεται πιο αργά, περί την 8^η ημέρα της θεραπείας, παράλληλα με την επίτευξη ικανοποιητικών επιπέδων λιθίου στο αίμα (λιθαιμία, μεταξύ 0,70 και 1,20 meq/lit). Το λίθιο βελτιώνει κυρίως τις διαταραχές του θυμικού, επιφέροντας περιορισμό της υπερθυμίας και της διαχυτικότητας, κατά τη δεύτερη εβδομάδα της αγωγής. Η δράση του

λιθίου αποδεικνύεται ανεπαρκής στις μεγάλες μανιακές διεγέρσεις και στις έντονα παραληρητικές μορφές. Σε αυτές τις μορφές, τα νευροληπτικά είναι περισσότερο αποτελεσματικά.

Ο συνδυασμός νευροληπτικών και λιθίου θεωρείται σήμερα θεραπεία εκλογής. Τα νευροληπτικά επιφέρουν αξιοσημείωτη μείωση της διέγερσης από τις πρώτες μέρες της αγωγής. Παράλληλα, αφού γίνουν οι απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις, αρχίζουμε να χορηγούμε λίθιο σε προοδευτικά αυξανόμενες δόσεις, ελέγχοντας τα επίπεδα του στο αίμα. Η επενέργεια του λιθίου εκδηλώνεται κατά τη δεύτερη εβδομάδα αγωγής, οπότε μπορούμε να ελαττώσουμε τα νευροληπτικά, γεγονός που έχει ως πλεονέκτημα τη μείωση των παρενεργειών και την επίτευξη της συνεργασίας του ασθενούς στη θεραπεία. Το σχήμα αυτό επιτρέπει επίσης την έναρξη της θεραπείας συντήρησης με λίθιο, η οποία ενδείκνυται εφόσον υπάρχει μανιοκατάθλιψη. Ο συνδυασμός νευροληπτικών – λιθίου κατάργησε ουσιαστικά τις θεραπείες εφόδου (ηλεκτροσπασμοθεραπεία) τις οποίες χρησιμοποιούσαμε παλαιότερα για την αντιμετώπιση των μανιακών κρίσεων. Στις υπομανιακές εξάρσεις και στις υπομανιακού τύπου μεταβολές του θυμικού που συμβαίνουν ενώ χορηγείται αγωγή με λίθιο, είναι δυνατό να αποφευχθεί η νοσηλεία σε νοσοκομείο, εάν ο ασθενής αποδεχθεί τη φαρμακοθεραπεία με χλωροπρομαζίνη, (Largactil, 50 – 100mg), αλοπεριδόλη (Aloperidin, 2 – 5 mg), λεβοπρομαζίνη (Nozinan, 50 mg) και τεθεί υπό τακτική θεραπευτική παρακολούθηση.³

II. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Η καταθλιπτική κρίση εξελίσσεται ακόμα και χωρίς αγωγή προς την ίαση. Ο χρόνος διάρκειας της ποικίλλει («ενίστε», μερικές εβδομάδες, συνηθέστερα πολλούς μήνες, όμως μερικές φορές ακόμα και χρόνια). Σκοπός της θεραπευτικής αγωγής είναι : 1) να βραχύνει τη διάρκεια της κρίσης και

2) να αποτρέψει την αυτοκτονία. Είναι γνωστό ότι 40% των επιτυχημένων αυτοκτονιών αποδίδονται σε γνωστή κατάθλιψη.

ΑΚΟΛΟΥΘΗΤΕΑ ΤΑΚΤΙΚΗ

Θα νοσηλεύουμε συστηματικά : 1) όλους τους ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρό μελαγχολικό επεισόδιο, 2) όλους του καταθλιπτικούς, στους οποίους υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας, 3) τους καταθλιπτικούς που παρουσιάζουν έντονες και επίμονες διαταραχές του ύπνου ή σημαντικά προβλήματα στη γενική τους κατάσταση, 4) τους ηλικιωμένους καταθλιπτικούς ή αυτούς των οποίων η σωματική κατάσταση απαιτεί στενή θεραπευτική παρακολούθηση, 5) τους ασθενείς , στους οποίους η κατάθλιψη εμμένει παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες εξωνοσοκομειακής αγωγής. Οι ελαφρότερες μελαγχολικές καταστάσεις είναι δυνατό να αντιμετωπισθούν χωρίς νοσηλεία. Θα πρέπει πάντως να χορηγήσουμε στον ασθενή αναρρωτική άδεια, να τον απαλλάξουμε από τις υπευθυνότητες του και να τον παρακολουθούμε τακτικά για να είμαστε βέβαιοι ότι η κατάσταση του εξελίσσεται ευνοϊκά. Η νοσηλεία είναι προτιμότερη, ακόμα και αν πρόκειται για κρίση περιορισμένης έντασης, για τους ασθενείς που είναι απομονωμένοι ή ζουν υπό δυσμενείς συνθήκες, καθώς και για τα άτομα το περιβάλλον των οποίων δε δείχνει ιδιαίτερη κατανόηση ή ανεκτικότητα. Όταν πρόκειται για νευρωσικούς ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία, είμαστε πιο επιφυλακτικοί σε ότι αφορά τη νοσηλεία. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο δεν είναι πάντοτε επωφελής, γιατί διευκολύνει την παλινδρόμηση. Η νοσηλεία πρέπει να είναι βραχείας διάρκειας και να συνοδεύεται από τη λήψη των κατάλληλων μέτρων, ώστε να κατορθώσει ο ασθενής να αναλάβει γρήγορα την ευθύνη του εαυτού του.

Κατά την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής των μελαγχολικών καταστάσεων, η στάση του ιατρού πρέπει να είναι ευθέως καθοδηγητική

Σε ασθενείς με αβουλία, ίσως χρειασθεί να επιβάλλουμε την αναρρωτική άδεια ή τη νοσηλεία, δεδομένου ότι συχνά ο μελαγχολικός θεωρεί τον εαυτό του σκνηρό και ανίκανο μάλλον, παρά άρρωστο. Εάν μπορούμε να δημιουργούμε κλίμα εμπιστοσύνης, συνήθως επιτυγχάνουμε τη συναίνεση του ασθενή. Υπάρχουν, ωστόσο, μελαγχολικοί που αρνούνται πεισματικά τη νοσηλεία, επειδή παρεμποδίζει την πραγματοποίηση της αυτοκτονίας την οποία σχεδιάζουν. Έτσι, ενώ τις προηγούμενες ημέρες είχαν μιλήσει για αυτοκτονία και ίσως είχαν ήδη κάνει συγκεκριμένα σχέδια γύρω από αυτήν, στη συνέχεια

τους και αρνούνται την ύπαρξη οποιουδήποτε σχετικού προβληματισμού. Σε αυτές τις ειδικές περιπτώσεις, μπορεί να χρειασθεί η λήψη μέτρων ακούσιας νοσηλείας. Δεν πρέπει ποτέ να χρονοτριβούμε σε περίπτωση εμφανούς κινδύνου αυτοκτονίας σε μελαγχολικό ασθενή.

ΕΚΛΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Εξαρτάται από τη συνολική εκτίμηση της σοβαρότητας του καταθλιπτικού συνδρόμου, τη μορφή των συμπτωμάτων, πιθανόν και την αιτιολογία. Θα λάβουμε επίσης υπόψη την ηλικία και τη σωματική κατάσταση του ασθενούς, το βαθμό της συνεργασίας του και τις συνθήκες της ζωής του.

1°. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Μέχρι το 1957, ήταν η μόνη θεραπευτική αγωγή κατά της μελαγχολίας.

Εξακολουθεί να είναι η πιο σίγουρη θεραπεία (έχει θετικά αποτελέσματα, σε ποσοστό 70 έως 80%). Η αγωγή περιλαμβάνει 6 έως 12 συνεδρίες, υπό γενική αναισθησία και χορήγηση κουραρίου, με συχνότητα τρεις ανά εβδομάδα. Εξαιτίας των παρενεργειών η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται μόνο :

στις αγχώδεις και παραληρητικές μελαγχολίες με άμεσο κίνδυνο αυτοκτονίας. 2) στις μορφές της νόσου με εμβροντησία, 3) στις μορφές που ανθίστανται στη φαρμακοθεραπεία, 4) όταν υπάρχει αντένδειξη για φαρμακοθεραπεία.

2°. Φαρμακοθεραπεία

Συνήθως χρησιμοποιούμε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Είναι χρήσιμα φάρμακα, πρέπει όμως, όταν τα χορηγούμε να τηρούμε τους συγκεκριμένους κανόνες όσον αφορά την δοσολογία και την παρακολούθηση του ασθενούς.

Η αποτελεσματικότητά τους καλύπτει το 60 έως 70% των περιστατικών. Στη Γαλλία, υπάρχουν δώδεκα περίπου αντικαταθλιπτικά αυτού του τύπου. Τα περισσότερα χρησιμοποιούμενα είναι : η ιμιπραμίνη (Tofranil), η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), που είναι ταυτόχρονα αντικαταθλιπτικά και ψυχοδιεγερτικά, η αμιτριπτυλίνη (Tryptizol, Saroten), η δοξεπίνη (Sinequan), που είναι ταυτόχρονα αντικαταθλιπτικά και κατευναστικά.

τα αντικαταθλιπτικά αναστολείς της ΜΑΟ (ΙΜΑΟ).

Έχουν ασταθή αλλά, μερικές φορές, πολύ αξιόλογη δράση. Είναι λιγότερο εύχρηστα από τα τρικυκλικά. Η χρήση τους απαιτεί προφυλάξεις (υπάρχουν πολλές ασυμβατότητες με άλλες ουσίες) και αυστηρή ιατρική επίβλεψη.

3° Ψυχοθεραπεία

Η αγωγή με αντικαταθλιπτικά είναι μια εύχρηστη θεραπευτική μέθοδος, αυτό όμως δε σημαίνει ότι πρέπει να παραμελήσουμε την ψυχοθεραπεία, η οποία αποδεικνύεται πάντα χρήσιμη ακόμα και στις περιπτώσεις, όπως η μελαγχολία, όπου η φαρμακοθεραπεία αποτελεί τη βασική θεραπεία.

Στην πολύ μεγάλη πλειοψηφία των ελαφρότερων καταθλιπτικών καταστάσεων που παρατηρούνται στην τρέχουσα ιατρική πρακτική, ο ιατρός μπορεί να εφαρμόσει την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Απαιτείται από αυτόν να ακούει και να κατανοεί. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζεται λιγότερο επιφανειακή ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι ποικίλλουν : ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου, ομαδική ψυχοθεραπεία, μυοχαλάρωση κ.λ.π. Μερικές φορές, ενδείκνυται μια ψυχαναλυτική θεραπεία. Στις «μεθοριακές καταστάσεις» (etats limites), οι οποίες αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό των ψυχογενών καταθλιπτικών καταστάσεων, η θεραπευτική αγωγή πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιομορφίες της κάθε περίπτωσης.

4° Στέρηση ύπνου (αγρυπνία, agrypnie)

Στηριζόμενος σε παρατηρήσεις μελαγχολικών, οι οποίοι παρουσίαζαν βελτίωση, όταν διάφορες τυχαίες εξωτερικές συνθήκες τους εμπόδισαν να κοιμηθούν, ο Schulte και στη συνέχεια οι Pflug & Tolle, πρότειναν την υπνική αποστέρηση ως μέθοδο θεραπευτικής αγωγής των καταθλιπτικών. Η τεχνική αυτή, η οποία συνίσταται στην στέρηση του ύπνου του ασθενούς επί μια ολόκληρη νύχτα, έδωσε ενδιαφέροντα αποτελέσματα, άλλοτε μακροχρόνια και άλλοτε πρόσκαιρα που είναι δυνατό να σταθεροποιηθούν με την επανάληψη των συνεδρίων στέρησης ύπνου. Όπως και με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία και τις φαρμακοθεραπείες, τα καλύτερα αποτελέσματα παρατηρούνται στις ενδογενείς καταθλίψεις.³

III. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΤΗΣ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ : ΤΟ ΛΙΘΙΟ.

Μετά της αρχικές δημοσιεύσεις των Hartigan, Baastrup & Schou, πολυάριθμες έγκυρες μελέτες επιβεβαιώνουν την επίδραση των αλάτων του λιθίου στην εξελικτική πορεία της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Η αγωγή αυτή, όταν χορηγείται χρονίως στην κατάλληλη δόση (λίθιο αίματος μεταξύ 0,70 και 1,20 meq/lit), επιφέρει στατιστικά σημαντική μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας των κρίσεων. Το αποτέλεσμα είναι ανεξάρτητο από την ηλικία του κατά την πρώτη κρίση, από το φύλο του και από τον αριθμό των προγενέστερων επεισοδίων. Η λιθοθεραπεία είναι δυνατό να αρχίσει κατά τη διάρκεια μιας μανιακής ή καταθλιπτικής κρίσης ή κατά τα ασυμπτωματικά μεσοδιαστήματα. Το λίθιο έχει ισχυρή αντιμανιακή δράση, η αντικαταθλιπτική του δράση είναι ασθενέστερη. Ωστόσο η προφυλακτική του δράση, αφορά εξίσου την αποτροπή των καταθλιπτικών και των μανιακών φάσεων.

Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς απαντούν ευνοϊκά, το λίθιο οδηγεί σε εξαφάνιση των κρίσεων ή σε μείωση της συχνότητας, της σοβαρότητας και της διάρκειας τους. Σε ορισμένους ασθενείς που εμφανίζουν βελτίωση, παρατηρείται διατήρηση σχετικά εμφανών διακυμάνσεων του θυμικού, οι οποίες όμως είναι δυνατό να αντιμετωπισθούν με συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή, χωρίς να υπάρχει ανάγκη ενδοноσοκομειακής νοσηλείας. Η διακοπή της λιθοθεραπείας συνεπάγεται επανεμφάνιση των κρίσεων. Η θεραπεία με λίθιο ενδείκνυται ιδίως για ασθενείς με κρίσεις τόσο πολύ συχνές, ώστε να οδηγούν σε μόνιμη αναπηρία. Το ποσοστό εμφάνισης ικανοποιητικών αποτελεσμάτων, είναι περισσότερο υψηλό στις διπολικές μορφές (περίπου 70%) από ότι στις μονοπολικές καταθλιπτικές μορφές (περίπου 50%). Οι κλινικές μορφές με βραχυχρόνιους και πολύ συχνούς κύκλους (4 ή περισσότεροι κύκλοι τον χρόνο), συνήθως δεν ελέγχονται ικανοποιητικά από το λίθιο. Το λίθιο τροποποιεί και την εξέλιξη των άτυπων κυκλικών ψυχώσεων (κυκλοειδείς ή σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις).

Στους μανιοκαταθλιπτικούς με αραιές κρίσεις, η ένδειξη λιθοθεραπείας πρέπει να συζητείται ιδιαίτερα σε κάθε περίπτωση, αφού ληφθεί υπόψη και η σοβαρότητα

των κρίσεων, ο τύπος τους, η διάρκεια των ασυμπτωματικών μεσοδιαστημάτων και η διάθεση του ασθενούς να υποβληθεί σε μακροχρόνια θεραπευτική αγωγή υπό ιατρική παρακολούθηση.

Η θεραπεία με λίθιο, παρά την αναγκαιότητα τακτικού εργαστηριακού ελέγχου, σπάνια προκαλεί στους μανιοκαταθλιπτικούς την αίσθηση του καταναγκασμού. Η χορήγηση του λιθίου δίνει την ευκαιρία να ενημερώσουμε αντικειμενικά τον ασθενή και την οικογένεια του σχετικά με την αρρώστια του. Αυτό τον καθησυχάζει, τον αποενοχοποιεί και βοηθάει το περιβάλλον να υιοθετήσει θετικότερη στάση απέναντι του.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

I. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας / ψυχιατρική νοσηλευτική αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση ή οπτική γωνία της γενικής νοσηλευτικής και νοσηλευτική ειδικότητα. Σε γενικές γραμμές, περιλαμβάνεται στη σπουδή της γενικής νοσηλευτικής και συντελεί στην άσκηση της παντού και πάντοτε, ως νοσηλευτικής του όλου ανθρώπου. Η σπουδή της βοηθά τον φοιτητή να αποκτήσει γνώσεις, δεξιότητες, διαθέσεις και αρχές, ώστε να γίνει ικανός να συμβάλλει στην :¹

Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών ⁶

Προσωπική ολική νοσηλευτική φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων

Διατήρηση και βελτίωση της ψυχικής υγείας

Αγωγή ψυχικής υγείας του κοινού

Υποστήριξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας όλων των σωματικά πασχόντων

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

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

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

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

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

Ο αξιολογικός αυτός προσανατολισμός μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη και αρτιότερη χρησιμοποίηση όλων των επιστημονικών γνώσεων και όλης της κλινικής πείρας, αλλά και στην έρευνα, ώστε να αναδειχθεί η νοσηλευτική ψυχικής υγείας πράγματι θεραπευτική.¹

II. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

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

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

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

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

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

Το κοινωνικό πλαίσιο – μοντέλο (Tuke, Meyer, Sullivan) μελετά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ζει και κινείται μέσα στην κοινωνία. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα αποδίδονται όχι σε εξωτερικές συγκρούσεις ούτε στις εκδηλώσεις της ψυχικής

αρρώστιας, αλλά στη σχέση του ατόμου με τον τρόπο λειτουργίας του στις κοινωνικές περιστάσεις, π.χ. στον τύπο και την ποιότητα του συνδέσμου του με το προσωπικό του περιβάλλον. Τα συμπτώματα θεωρούνται ως δείκτες κοινωνικής διαταραχής και δυσλειτουργίας. Το ψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου θεωρείται θεραπευτικό κοινωνικό σύστημα και κρίνεται απαραίτητο να μη χωρίζεται ο ψυχικά άρρωστος από το κοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι αναπτύσσεται η οικογενειακή και ομαδική ψυχοθεραπεία και οργανώνονται τα ψυχιατρεία ημέρας, τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας κ.λ.π.

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

Γενικά η κλινική ψυχιατρική νοσηλευτική εφαρμόζει εκλεκτική προσέγγιση. Χρησιμοποιεί αρχές απ' όλα τα θεωρητικά πλαίσια φροντίδας της ψυχικής υγείας με σκοπό να επιφέρει το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα στον συγκεκριμένο άρρωστο.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ι. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

Μπορούμε να υπογραμμίσουμε τα προσόντα που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής προκειμένου να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, τα προσόντα αυτά πρέπει να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία. Οι τομείς του έργου του νοσηλευτή όπου θα φανούν τα προσόντα του είναι :⁴

Παρατήρηση

Τρόποι νοσηλείας

Ψυχοθεραπεία¹

Φροντίδα και προστασία του ασθενούς

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ (παρακολούθηση)

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

- Επιβεβαίωση ενδείξεων και συμπτωμάτων, για να γίνει η διάγνωση.

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

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευση του όσο και από την έμφυτη ικανότητα του. Γιατί με την εκπαίδευση του θα φθάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις.

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

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

- ΤΡΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Νοσηλευτικές δεξιότητες)

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

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται ότι μια τεχνική που είναι συνηθισμένη γι' αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή. Πρέπει να θυμηθεί τη δική του ανησυχία και το φόβο του, όταν

εξετέλεσε αυτή την εργασία για πρώτη φορά, και να σκεφθεί πόσο χειρότερα αισθάνεται το «θύμα».

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

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

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

- ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

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

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

δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, πρέπει να του δοθεί η ευκαιρία γι' αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σ' αυτό.

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

- ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

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

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

Με λιγότερο δραματικούς τρόπους ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει και τους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν απόλυτα τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει όσο μπορεί τον εαυτό του, υπάρχουν φορές που χρειάζεται ειδική βοήθεια.⁴

II. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Ο πολυδιάστατος ρόλος και το εύρος των αρμοδιοτήτων του νοσηλευτή ψυχικής υγείας απαιτούν σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις, κλινικές δεξιότητες και

θετικές στάσεις έναντι του ψυχικά αρρώστου και της φροντίδας του. Η πιο σημαντική όμως προϋπόθεση είναι ή προσωπική καλλιέργεια και η ακεραιότητα του χαρακτήρα του νοσηλευτή. Κι αυτό επειδή συνεχώς καλείται να κάνει θεραπευτική χρήση όχι οργάνων ή μηχανημάτων ή τυποποιημένων τεχνικών (cliches) αλλά του εαυτού του, δηλ. της προσωπικότητάς του.¹

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

- Αγάπη άνευ όρων προς τον ψυχικά πάσχοντα.
- Θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, φιλοστοργία.
- Συμπόνια, αντικειμενικότητα.
- Κατανοούσα ακρόαση.
- Ποτέ βιασύνη.
- Ανοχή απογοητεύσεων.
- Αυτοκατανόηση, αυτοσυνειδησία.
- Αίσθημα ψυχικής ασφάλειας και δύναμης.
- Σεβασμός ⁴ προς τον ψυχικά άρρωστο.
- Ενσυνείδητη κατεύθυνση της προσωπικής συμπεριφοράς.
- Θετική χρήση της ίδιας προσωπικότητας.
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο.¹
- Αποδοχή των ιδεών, των αισθημάτων και της συμπεριφοράς του ασθενούς, ⁴ όχι κριτική στάση.
- Δεξιότητα διατήρησης θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- Γενναιότητα, ανδρεία, ηρωισμός.
- Ευγένεια, λεπτότητα, αξιοπρέπεια.

- Προσήνεια, προσιτότητα.
- Εχεμύθεια.
- Ψυχική υγεία, συναισθηματική σταθερότητα.
- Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.
- Αίσθημα ευθύνης, συνείδηση του χρέους.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

I. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων :

Προκειμένου να χορηγήσει ο νοσηλευτής αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να έχει υπόψη του τις παρακάτω αρχές που ισχύουν για τη χορήγηση των ψυχοφαρμάκων γενικότερα.

Θα πρέπει να γνωρίζει :

- Τις ενέργειες του φαρμάκου.
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου.
- Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Τον τρόπο και το χρόνο χορήγησης. ⁴

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρούν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται /βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης.

Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες.

- Αντιχολινεργικές αντιδράσεις.
- Ξηροστομία : Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, ¹ συχνές μικρές λήψεις υγρών με μερικές σταγόνες λεμόνι και αυστηρή υγιεινή στόματος. ⁴
- Θαμπή όραση :το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες. ¹
- Δυσκοιλιότητα : λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών, ⁴
- Κατακράτηση ούρων : διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στο νοσηλεύτη.
- Καταστολή : ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με το γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- Ορθοστατική υπόταση : ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. ¹ Συχνή μέτρηση της αρτηριακή πίεσης και σε όρθια θέση ⁴ για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
- Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών : Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
- Ταχυκαρδία, αρρυθμίες : Συστηματική μέτρηση της ΑΠ και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με το γιατρό.
- Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO) : Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με AMAO, χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οينوπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες κ.ά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία /εμέτους, αυχενική δυσκαμψία, αύξηση της ΑΠ, στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο, ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού

φαρμάκου που δρα αμέσως, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά τη διάρκεια θεραπείας με αναστολείς της ΜΑΟ.

Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων :

Υπερευαισθησία, καρδιαγγειακό νόσημα, διαταραχή νεφρικής ή ηπατικής λειτουργίας, ταυτόχρονη λήψη περισσότερων από ένα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.¹

Θα πρέπει να το τονίσουμε ότι η διδασκαλία και η ενθάρρυνση του ασθενούς για τη συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι πάντα καθήκον και ευθύνη του νοσηλεύτη.⁴

II. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Σπασμοθεραπεία (convulsive therapy), ονομάζουμε την πρόκληση γενικευμένης νευρωνικής εκφόρτισης (επιληπτικού τύπου) για θεραπευτικούς σκοπούς σε ορισμένες μείζονες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Παρότι αυτή μπορεί να προκληθεί και με χημικά μέσα (π.χ. καμφορά, πεντυλενοτετραζόλη, εισπνοή φλουραιθυλίου, κ.λ.π.), η χρήση ηλεκτρικού ερεθίσματος έχει επικρατήσει σαν η πλέον ασφαλής, αξιόπιστη και καλά ανεκτή από τον ασθενή μέθοδος εκφόρτισης των εγκεφαλικών νευρώνων. Από το ηλεκτρικό ερέθισμα που χρησιμοποιείται και τον τονικοκλονικό σπασμό (convulsion) που αποτελεί την περιφερική έκφραση της εκφόρτισης (seizure), προέρχεται και η ονομασία Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ) πιο γνωστή με την αγγλική συντομογραφία της «ECT» (Electroconvulsive therapy). Ο όρος «ηλεκτροσόκ» (electroshock , ECS) χρησιμοποιείται μόνο όταν αναφέρεται κανείς σε πρόκληση σπασμών σε πειραματόζωα για ερευνητικούς σκοπούς.¹³

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε E.C.T.

- Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου,¹ αν είναι σε θέση, και των συνοδών πριν από την έναρξη της θεραπείας.⁴
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων προσφάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.¹

- Ο άρρωστος προ της θεραπείας πρέπει να είναι νηστικός για 12 περίπου ώρες,⁴ να ουρήσει, να φορέσει νυχτικό ή πιζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα, και να αφαιρέσει τις τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες και γυαλιά ή φακούς επαφής.
- Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση θειϊκής ατροπίνης 30' πριν από τη θεραπεία κατά την ιατρική οδηγία, για ελάττωση των εκκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού τον οποίο προκαλεί η E.C.T.
- Συνεργασία με τον ψυχίατρο ή και τον αναισθησιολόγο στην iv χορήγηση αναισθητικού μαζί με ένα μυοχαλαρωτικό. Μερικά πρωτόκολλα προβλέπουν και χορήγηση φαρμάκου που προκαλεί αμνησία, ώστε να μη θυμάται ο άρρωστος την εμπειρία.
- Χορήγηση O₂ και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, αν χρειαστεί.
- Εφαρμογή των ηλεκτροδίων από το καθορισμένο υπεύθυνο πρόσωπο στους κροτάφους του αρρώστου και παροχή ηλεκτρικού ρεύματος.¹ (1 – 2 δευτερόλεπτα) ικανού να προκαλέσει μια γενικευμένη νευρωνική εκφόρτιση διάρκειας 30 – 60 δευτερολέπτων που μετράται περιφερικά απ' τους σπασμούς ενός μέλους (π.χ. χεριού) στο οποίο δεν έχει περάσει μυοχαλαρωτικό δεδομένου ότι έχει αποκλεισθεί με σφυγμομανόμετρο πριν χορηγηθεί το μυοχαλαρωτικό.¹³
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15' κατά την πρώτη ώρα.

Για την αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από τη θεραπεία, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο όταν ξυπνά, τον βεβαιώνει ότι η απώλεια μνήμης είναι προσωρινή, του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον παροτρύνει να χρησιμοποιεί σημειωματάριο και μολύβι, τηλεφωνικό κατάλογο κ.ά. τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο και πρόσωπα. Τον ενισχύει να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του.

Προγραμματίζει μαζί του τη ρουτίνα της ημέρας για ελαχιστοποίηση της σύγχυσης και τον παρακολουθεί στενά τις επόμενες 48 ώρες.

Ο νοσηλευτής δεν παραλείπει να ενημερώνει την οικογένεια του αρρώστου, ποια συμπεριφορά να περιμένουν μετά την εφαρμογή της ECT και προσπαθεί να ανακουφίσει το άγχος τους. ¹

III. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη θεραπεία με λίθιο.

Το ανθρακικό λίθιο χρησιμοποιείται στην πρόληψη και θεραπεία της μανίας, υπομανίας και γενικά των διπολικών διαταραχών. Από την έναρξη της θεραπείας με λίθιο μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων της μανίας μεσολαβούν 1 – 2 εβδομάδες. Σ' αυτό το διάστημα χορηγούνται αντιψυχωτικά για την ελάττωση του επιπέδου της υπερκινητικότητας.

Παρενέργειες του λιθίου και νοσηλευτικές ευθύνες.

- Ξηροστομία, δίψα : Ανακουφίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, συχνά μικρά πόματα υγρών.
- Γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία : Συνιστάται η λήψη του φαρμάκου με τα γεύματα.
- Λεπτός τρόμος χεριών : Σταματά με την ελάττωση της δόσης του φαρμάκου μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Καρδιακές αρρυθμίες : Παρακολουθούνται με λήψη των ζωτικών σημείων σε τακτά διαστήματα και συνεννόηση με το γιατρό για δυνατή ελάττωση της δόσης.
- Πολυουρία : Συνήθως δεν αποτελεί σοβαρό ενόχλημα για τον άρρωστο. Μπορεί να υποχωρήσει μετά την πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα. Δε χορηγείται κανένα αντίδοτο.
- Αύξηση βάρους του σώματος : Ο άρρωστος διδάσκεται να εφαρμόσει υποθερμιδική διαίτα και να χρησιμοποιεί επαρκή ποσότητα νατρίου (αλάτι).
- Τοξικότητα : Μικρό είναι το περιθώριο μεταξύ των θεραπευτικών και τοξικών επιπέδων του ανθρακικού λιθίου. Το συνηθισμένο εύρος της θεραπευτικής του συγκέντρωσης στον ορό του αίματος είναι 0,5 – 1,5 mEq / L. Πρέπει να γίνεται

μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα μια – δύο φορές κατά την πρώτη εβδομάδα μέχρις ότου η δόση και τα επίπεδα στο αίμα είναι σταθερά.

Τα συμπτώματα της τοξικότητας του λιθίου αρχίζουν να φαίνονται όταν τα επίπεδα τους στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1,5 mEq / L. Είναι :

- Θαμπή όραση
- Αταξικό βάδισμα
- Εμβοές αυτιών
- Επίμονη ναυτία
- Έμετοι
- Έντονη διάρροια

Η επόμενη δόση δεν πρέπει να χορηγηθεί και να συζητηθεί με το γιατρό αν κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα διαπιστωθεί κατά την εξέταση και την παρατήρηση ή αναφερθεί απ' τον άρρωστο. Αν δεν αντιμετωπισθούν και συνεχίσουν να αυξάνουν τα επίπεδα λιθίου στο αίμα, ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει σπασμούς, κώμα και βαθμιαία κατάληξη στο θάνατο.

Το λίθιο, στη χημική του δομή είναι όμοιο με το νάτριο, συμπεριφέρεται στον οργανισμό κατά τον ίδιο τρόπο και συναγωνίζεται με το νάτριο σε διάφορες περιοχές του σώματος. Αν ελαττωθεί η λήψη νατρίου ή αν το σώμα χάσει το φυσιολογικό του νάτριο – π.χ. λόγω υπερβολικών εφιδρώσεων, πυρετού και αυξημένης διούρησης – τότε το λίθιο επαναρροφάται από τους νεφρούς αυξάνοντας τη δυνατότητα τοξικής επίδρασης. Συνεπώς έχει μεγάλη σημασία ο άρρωστος να παίρνει επαρκή ποσότητα νατρίου με τα γεύματα του και να πίνει 2500 – 3000 ml υγρά ημερησίως. Συνιστάται ακριβής καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και μέτρηση του βάρους του σώματος του αρρώστου κάθε μέρα για την έγκαιρη αναγνώριση τυχόν σημείων τοξικής κατάστασης.

Αντενδείξεις χορήγησης λιθίου: Λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη, καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

I. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.¹⁴

Η νοσηλευτική διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.¹⁵

II. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι :

1. Νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση των προβλημάτων του αρρώστου ως ενιαίας και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. Προγραμματισμός των ενδεικνυόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με διατυπωμένους σκοπούς, προτεραιότητες και επιστημονικές αιτιολογήσεις, στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου.
3. Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας που στηρίχθηκε στη νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου και καταστρώθηκε σε συνεργασία μαζί του.
4. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας βάσει προδιατυπωμένων κριτηρίων, υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων και με εξέταση κατά

πόσο εκπληρώθηκαν οι νοσηλευτικοί σκοποί και λύθηκαν τα προβλήματα του αρρώστου.¹

Ολική Νοσηλευτική Εκτίμηση του Αρρώστου

Η νοσηλευτική εκτίμηση μελετά τον ασθενή σ' όλες τις διαστάσεις του : την πνευματική, την ψυχολογική, την διανοητική ή γνωστική, την κοινωνική και την πνευματική. Η νοσηλευτική εκτίμηση επικεντρώνεται στο τι συμβαίνει σήμερα. Ποιο τελευταίο γεγονός οδήγησε το συγκεκριμένο ασθενή στην υπηρεσία ψυχικής υγείας, πως ο ίδιος το αντιλαμβάνεται και το εξηγεί, ποια προβλήματα έχει τώρα? Στη συνέχεια διερευνώνται οι αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με το πρόβλημα, ο βαθμός της ικανότητας του ατόμου να το αντιμετωπίσει και τέλος εξετάζεται ποια θετικά χαρακτηριστικά, υγιείς δεξιότητες και στηρίγματα διαθέτει ο ίδιος, ώστε να επιστρατευθούν και να τον βοηθήσουν να αναπτύξει ικανότητα λειτουργικής υγιούς προσαρμογής στη ζωή.

Πιο συστηματικά, η νοσηλευτική εκτίμηση της ψυχικής υγείας ενός ατόμου, επισημαίνει :

- Υπαρκτά και έκδηλα ή επικείμενα και προβλεπόμενα προβλήματα υγείας, που περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του.
- Πρόσφατες ή τρέχουσες ψυχολογικές κρίσεις και στρεσογόνες εμπειρίες που βιώνει το άτομο.
- Δυσκολίες εκπλήρωσης ευθυνών και ρόλων στην καθημερινή ζωή.
- Σωματικά συμπτώματα, δυσλειτουργίες ή αναπηρίες, που σχετίζονται αμφίδρομα με ψυχολογικά / ψυχιατρικά προβλήματα.
- Πρόσφατες αλλαγές / διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα ή τις σχέσεις με τους άλλους.
- Τρόποι συμπεριφοράς που παρεκκλίνουν από τα συνηθισμένα φυσιολογικά όρια.
- Ενδιαφέροντα, δεξιότητες, ικανότητες και άλλα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου.
- Ύπαρξη και ποιότητα υποστηρικτικών προσώπων ή συστημάτων για το συγκεκριμένο άτομο, π.χ. ενδιαφερόμενη οικογένεια.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί η νοσηλευτική εκτίμηση είναι : η συνέντευξη με τον άρρωστο, τεχνικές παρατηρήσεις, συμπλήρωμα ερωτηματολογίων, μελέτη του φακέλου υγείας του, συνεργασία με τους συγγενείς του και με το προσωπικό του νοσηλευτικού τμήματος. Ευρύτερη και πιο συνολική εκτίμηση της ψυχικής υγείας ενός ατόμου επιτυγχάνεται με τις συντονισμένες προσπάθειες της διεπιστημονικής ομάδας, και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική εκτίμηση, την ψυχιατρική εξέταση, ψυχολογικά tests, το κοινωνικό ιστορικό και τη σωματική κλινική εξέταση. Ο νοσηλευτής μελετά τις πληροφορίες που συνέλεξε, τις επαληθεύει, τις αναλύει, τις ταξινομεί και εξετάζει την επικαιρότητα τους για νοσηλευτική φροντίδα. Έπειτα, προχωρά στη διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική διάγνωση ως βάση για τον προγραμματισμό και την εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων και για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων τους.¹

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας ψυχικής υγείας.

Με τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής προσδιορίζει από τα δεδομένα και τη διάγνωση του αρρώστου, τι πρέπει να γίνει, με ποια σειρά, πως θα γίνει, ποιος θα το κάνει, σε ποιο χρονικό πλαίσιο και ποιος είναι ο κύριος υπεύθυνος για την εκπλήρωση του προγράμματος φροντίδας. Το στάδιο του προγραμματισμού περιλαμβάνει :

- Διατύπωση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων σκοπών.
- Καθορισμό προτεραιοτήτων στα προβλήματα που εντοπίστηκαν.
- Ταξινόμηση των προβλημάτων, ποια θα αντιμετωπισθούν με νοσηλευτική παρέμβαση, ποια θα χειριστεί ο άρρωστος και η οικογένεια του και ποια χρειάζονται παραπομπή σε άλλα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας.
- Προσδιορισμό των ειδικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων σκοπών.
- Καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων και περιγραφή των πράξεων και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου. Καταγράφεται επίσης πότε πρέπει να γίνει η κάθε πράξη και με ποιο τρόπο, ώστε

όλο το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί να συμμετέχει στην εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας. ¹

Εφαρμογή του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας.

Η εφαρμογή περιλαμβάνει ποικιλία νοσηλευτικών παρεμβάσεων που αποβλέπουν στην προαγωγή, διατήρηση ή αναστήλωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, στην πρόληψη υποτροπών και περαιτέρω δυσλειτουργιών, στη φροντίδα του αρρώστου και στην επιτυχία της αποκατάστασης.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καλύπτουν έξι ευρείες περιοχές :

- Ψυχοθεραπευτικές ενέργειες
- Αγωγή ψυχικής υγείας
- Προώθηση της αυτοφροντίδας (ενθάρρυνση, διδασκαλία, επίβλεψη, πρακτική βοήθεια)
- Χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων και συνεργασία στην εφαρμογή άλλων βιολογικών θεραπειών.
- Δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

Το στάδιο αυτό τελειώνει όταν οι νοσηλευτικές πράξεις έχουν συμπληρωθεί και καταχωρηθεί στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου. ¹

Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.

Το στάδιο αυτό αφορά τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου. Γίνεται ακόμη επανεκτίμηση των αποφάσεων που ελήφθησαν στα προηγούμενα στάδια και κριτική μελέτη των νοσηλευτικών ενεργειών που πραγματοποιήθηκαν. Εξετάζονται οι σκοποί που τέθηκαν στην αρχή, αν ήταν πραγματοποιήσιμοι, κατά πόσο εκπληρώθηκαν και μήπως έγιναν παραλήψεις. Όπως και στα άλλα στάδια έτσι και σ' αυτό συμμετέχει ο άρρωστος κατά το μέτρο των δυνατοτήτων του.

Τα στοιχεία που πρέπει να διερευνηθούν είναι :

1. Ποια ήταν η αναμενόμενη θετική συμπεριφορά ?
2. Η αναμενόμενη συμπεριφορά ήταν ρεαλιστική ?
3. Ποια συμπεριφορά παρατηρήθηκε ?
4. Ποιοι σκοποί εκπληρώθηκαν ?
 - ποιοι παράγοντες επέδρασαν στην εκπλήρωση των σκοπών ?
 - ποιοι παράγοντες εμπόδισαν την εκπλήρωση των σκοπών ?
5. Ποιες επιπρόσθετες πληροφορίες χρειάζονται και από ποιον πρέπει να ζητηθούν ?
6. Υπάρχουν προβλήματα που εν μέρει λύθηκαν ?
7. Αν η συμπεριφορά του αρρώστου δείχνει ότι δε λύθηκαν ορισμένα προβλήματα, ποιοι ήταν οι λόγοι ?
8. Η νοσηλευτική φροντίδα με την ιατρική συγκρούονται ή αλληλοσυμπληρώνονται ?
9. Υπάρχουν έκδηλα νέα προβλήματα?
10. Οι νοσηλευτικές πράξεις είχαν βασιστεί σε αρχές από τις φυσικές, βιολογικές και συμπεριφοριστικές επιστήμες ?

Ανάλογα με αυτά που εκπληρώθηκαν και αυτά που απομένουν να γίνουν, ξαναρχίζει πάλι η νοσηλευτική διεργασία, της οποίας όλα τα στάδια βρίσκονται σε συνεχή λειτουργία και κίνηση.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ι. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ.

Νοσηλευτικές προτεραιότητες :

- Προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του αρρώστου και των άλλων απ' τις συνέπειες της υπερκινητικής συμπεριφοράς.
- Εκπλήρωση των βασικών αναγκών του (διατροφή, ανάπαυση, υγιεινή).
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστική πρόληψη ή λύση των προβλημάτων του καθώς και ενίσχυση της αυτονομίας και υπευθυνότητας.
- Υποστήριξη της συμμετοχής του αρρώστου και της οικογένειας του στη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στην κοινότητα.

Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο.

Χρησιμοποίηση σταθερής και ήρεμης προσέγγισης. Π.χ. κύριε Χ. Ελάτε μαζί μου, φάτε απ' αυτό το σάντουϊτς. Η προσέγγιση αυτή παρέχει οργάνωση και έλεγχο για τον άρρωστο που είναι εκτός ελέγχου. Μπορεί να εμπνεύσει αίσθημα σιγουριάς, ότι «κάποιος ελέγχει την κατάσταση».

Χρήση σύντομων και συγκεκριμένων εξηγήσεων ή φράσεων. Η ικανότητα σύντομης μόνο προσοχής περιορίζει την κατανόηση σε σύντομες πληροφορίες.

Διατήρηση ουδετερότητας – αποφυγή αντιπαράθεσης με επίδειξη δύναμης και κριτικής. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί της ασυνέπειες και τα κριτικά σχόλια ως δικαιολογία για λογομαχίες και κλιμάκωση της μανίας.

Σταθερότητα στην προσέγγιση και τις προσδοκίες. Τα σταθερά όρια και οι προσδοκίες ελαχιστοποιούν τη δυνατότητα χειρισμού / εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον άρρωστο. Αποφυγή εμπλοκής σε αστεϊσμούς και ετοιμολογίες. Διατήρηση ηρεμίας και ουδετερότητας. Έτσι ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση. Οι αστεϊσμοί και τα γέλια με τον μανιακό άρρωστο δείχνουν έλλειψη σεβασμού των αναγκών του.

Συχνές συναντήσεις του προσωπικού για προγραμματισμό κοινής σταθερής γραμμής και συμφωνία στην τοποθέτηση ορίων. Χρειάζεται συνέπεια όλων των

μελών του προσωπικού στην τήρηση ορίων για να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον άρρωστο.

Όταν αποφευχθούν ορισμένα όρια από το προσωπικό, πρέπει να λεχθούν στον άρρωστο με απλές συγκεκριμένες εκφράσεις, μαζί με τις συνέπειες αν δεν τηρηθούν : π.χ. «κύριε Χ μη ξεφωνίζετε και μη κτυπάτε τον κ. Ψ. Αν δεν μπορείτε να περιορίσετε τον εαυτό σας, θα το κάνουμε εμείς.» Ή «το ήσυχο δωμάτιο θα σας βοηθήσει να αισθανθείτε μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και θα σας προστατεύσει από πρόκληση βλάβης στον εαυτό σας και στους άλλους.»

Οι σαφείς προσδοκίες βοηθούν τον άρρωστο να αισθανθεί τον εξωτερικό έλεγχο και να κατανοήσει τους λόγους για τη λήψη φαρμάκων, τον αποκλεισμό σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο και τα άλλα περιοριστικά μέτρα, αν δεν είναι ικανός να ελέγξει τη συμπεριφορά του.

Νόμιμα παράπονα πρέπει να εισακούονται και να γίνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα της αδυναμίας και μπορεί να αυξήσει την αυτοεκτίμηση.

Αποδοχή με ηρεμία την ανεύθυνη συμπεριφοράς (π.χ. άσεμνα και άπρεπα λόγια, ωμά αστεία και χειρονομίες). Η αποδοχή αντικρούει την ασυνείδητη προσπάθεια του αρρώστου να προκαλέσει τον νοσηλευτή να θυμώσει και να ενεργήσει παράλογα (εκτός ελέγχου), με συνέπεια τη διατήρηση της μανιακής συμπεριφοράς. Σταθερή ανακατεύθυνση της ενεργητικότητας του αρρώστου σε πιο κατάλληλα και οικοδομητικά κανάλια. Η εύκολη διάσπαση της προσοχής του μανιακού αρρώστου αποτελεί το πιο αποτελεσματικό εργαλείο στη διάθεση του νοσηλευτού για θεραπευτική παρέμβαση.²⁶

Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μανία όλων των τύπων.

- Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή των άλλων.
- Μεγάλος κίνδυνος τραυματισμού ή άλλης βλάβης.
- Διαταραχή διεργασιών της σκέψης
- Αμυντική αντιμετώπιση δυσκολιών
- Διαταραχή διατροφής : υποσιτισμός
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα

Νοσηλευτική διάγνωση / νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Νοσηλευτική διάγνωση : μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή άλλων.

Κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει ανεύθυνη και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, που μπορεί να προκαλέσει σωματική βλάβη στον ίδιο ή στους άλλους.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

Ευερεθιστότητα και παρορμητική συμπεριφορά

Παραληρητικές ιδέες

Αντιδράσεις θυμού όταν οι ιδέες αναιρούνται και οι ανάγκες του δεν ικανοποιούνται.

Χαρακτηριστικά – αποδεικτικά στοιχεία

Δυσκολία υπολογισμού των συνεπειών των πράξεων του

Επιθετικές πράξεις

Εχθρικές, απειλητικές εκφράσεις

Ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να :

- Δείχνει αυτοέλεγχο με ελαττωμένη την υπερκινητικότητα του.
- Εξωτερικεύει τον θυμό του και άλλα αρνητικά του συναισθήματα με κατάλληλο κοινωνικά παραδεκτό τρόπο.
- Χρησιμοποιεί τεχνικές λύσης των προβλημάτων του αντί της επιθετικής συμπεριφοράς, των απειλών και εκφοβισμών.
- Εκδηλώνει αυξημένη αυτοεκτίμηση.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ελάττωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, αποφυγή έκθεσης του αρρώστου σε περιστάσεις προβλεπόμενων εντόνων ερεθισμάτων και απομάκρυνση των ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άνθρωπος γίνεται διεγερτικός. Επειδή είναι ανίκανος να προσέξει μόνο τα ερεθίσματα, που τον ενδιαφέρουν και αντιδρά προς όλα όσα συμβαίνουν.

Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης. Οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και η υπερκινητικότητα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καταστρεπτικές πράξεις.

Παρέμβαση όταν η διέγερση αρχίζει να αναπτύσσεται. Λεκτική καθοδήγηση σε πιο παραδεκτή συμπεριφορά, απομάκρυνση του αρρώστου από την προκλητική περίσταση, τοποθέτηση σε ήσυχο δωμάτιο με τη συμφωνία του, εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, βάσει του ειδικού πρωτοκόλλου του τμήματος. Πάντοτε όμως με σχετικές εξηγήσεις στον άρρωστο. Η νοσηλευτική παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθεί τον άρρωστο να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία με το λιγότερο περιοριστικό τρόπο.

Αποφυγή λογομαχίας όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες μεγαλείου. Αποφεύγεται έτσι η διέγερση.

Αποφυγή της χωρίς λόγο καθυστέρησης στην εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου. Σύσταση εναλλακτικής λύσης. Π.χ. «δεν υπάρχει καφές. Θα θέλατε μια πορτοκαλάδα?» Ο υπερκινητικός δεν μπορεί να περιμένει και οι αδικαιολόγητες καθυστερήσεις προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Η απόσπαση όμως της προσοχής του σε κάτι άλλο ελαττώνει το στρες που του δημιουργεί η άρνηση εκπλήρωσης της επιθυμίας του.

Συζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών λύσης προβλημάτων όταν ο άρρωστος δεν είναι εκνευρισμένος. Θα τα συγκρατήσει καλύτερα. Διότι ότι ακούει σε κατάσταση διέγερσης, δεν το θυμάται αργότερα.

Ενθάρρυνση του αρρώστου, σε ήσυχες ώρες, να επισημάνει τι προηγείται και τι τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του αναπτυσσόμενου προβλήματος τον βοηθά να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.

Επιδοκιμασία του αρρώστου όταν προσπαθεί να χειρισθεί στρεσογόνα περιστατικά, χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος αυξάνει το αίσθημα της επιτυχίας και την πιθανότητα επανάληψης της σχετικής συμπεριφοράς.

Ομαδική συζήτηση με το προσωπικό του τμήματος πάνω στα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς του αρρώστου για τη διαπίστωση των ερεθισμάτων που

προηγήθηκαν, των παραγόντων που την προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων της αρχόμενης διέγερσης. Η κλινική αυτή ενημέρωση βοηθά κάθε μέλος του προσωπικού να παρεμβαίνει εξοικονομημένα και έγκαιρα ώστε να προλαμβάνεται η έκρηξη της επιθετικότητας.

Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των παραγγελθέντων φαρμάκων και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για τη ρύθμιση τους.

Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μη διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερη του μοναδικότητα και ολότητα.¹

II. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.

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

A) άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.

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

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

Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μείζονα κατάθλιψη.

- Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού
- Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
- Απελπισία
- Αίσθημα αδυναμίας
- Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις

Νοσηλευτική διάγνωση : μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον του εαυτού.

Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας κατά την περίοδο καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής (αυτο – τραυματισμοί, προσπάθειες απαγχονισμού)
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του : «δεν θέλω να ζήσω πια. Θα πάρω μεγαλύτερη δόση φαρμάκων για να πεθάνω».
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης ή σκοπού στη ζωή : «τίποτε δεν μου δίνει καμιά χαρά». «η ζωή δεν αξίζει πλέον να τη ζω». «Όλα είναι απελπισία».
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων και φροντίδας.
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα. Συχνά κλαίει, είναι κατηφής, διεγείρεται.
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον.
- Το συναισθημα δεν ξανοίγει (δεν γίνεται πιο χαρούμενο) καθώς η μέρα προχωρεί.
- Δυνητικά θετικές περιστάσεις, γεγονότα ή επικοινωνίες δεν αλλάζουν τον ιδεασμό του αρρώστου.
- Άρνηση συμφωνίας με τον νοσηλευτή ότι δεν θα αυτοκτονήσει.
- Απώλεια αυτο – εκτίμησης, αισθήματος προσωπικής αξίας (Υποκειμενικά : «Δεν αξίζω τίποτα. Δεν αξίζει να ζω». Αντικειμενικά : ελλειμματική αυτοφροντίδα, π.χ. παραμελημένη υγιεινή και εμφάνιση, απομόνωση και απόσυρση).
- Αμφιταλάντευση, αμφιγνωμία (βιώνει δύο αντίθετα συναισθήματα, σκέψεις ή κίνητρα ή επιθυμίες ταυτόχρονα π.χ. θέλει να ζήσει και δεν θέλει να ζήσει την ίδια ώρα)
- Εκδηλώνει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα (μπορεί να δείχνει ανακούφιση παό αμφίγνωμες

σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας).

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε :

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την κατάσταση.
- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας – δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.

Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαίτερως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί. Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.

Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί η διακοπή ή βλαπτική συμπεριφορά.

Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό

γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό.

Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.

Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμα και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.

Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύχτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή που είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.

Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.

Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τι ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του. Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειάς του να ρωτήσουν ότι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.

Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμηση του (γνωστική θεραπεία). Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι

κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.

Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή, και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.

Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.

Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτο – αξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.

Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.

Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πως να τις αντιμετωπίζουν.

Νοσηλευτική διάγνωση. Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας

Ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Διαταραχή της αυτο – ιδέας (χαμηλή αυτοεκτίμηση και εικόνα του εαυτού)
- Έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών.
- Απελπισία, αδυναμία, αίσθημα αναξιότητας.
- Αρνητικοί γνωστικοί μηχανισμοί (δυσπιστία, αμφιγνωμία, παραληρητικές ιδέες δίωξης).
- Ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων.
- Ιστορικό ψυχοτραυματικών και μη ικανοποιητικών σχέσεων.
- Ανεπαρκής ενεργητικότητα για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.

- Πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες ή στρεσογόνες καταστάσεις (διακοπή μιας σημαντικής σχέσης, αλλαγή ή απώλεια εργασίας / κοινωνικής θέσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, αλλαγή εικόνας σώματος / σωματικής ακεραιότητας, απώλεια οικονομικών πόρων κ.ά)
- Πρόσφατο ψυχοτραυματικό γεγονός (αρρώστια απειλητική της ζωής)
- Απουσία σημαντικών προσώπων ή συνομηλίκων.
- Δυσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση ρόλου σε μια σχέση.
- Κοινωνική απομόνωση.

Αποδεικτικά – χαρακτηριστικά στοιχεία

- Ελαττωμένη ή καθόλου συμμετοχή σε δραστηριότητες.
- Αποτυχία συμμετοχής σε συζήτηση με άλλους αρρώστους ή με το προσωπικό.
- Μη ανταπόκριση στις προσπάθειες των άλλων να αρχίσουν συζήτηση ή να τον συμπεριλάβουν σε δραστηριότητες.
- Παραμονή στο δωμάτιο τις περισσότερες ώρες της ημέρας και το βράδυ.
- Έκφραση δυσφορίας στις κοινωνικές περιστάσεις. «Καλύτερα να παραμείνω στο δωμάτιο μου παρά να πάω στην ομαδική συνάντηση».
«Μη με ενοχλείτε, θέλω να μείνω μόνος».
- Παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές περιστάσεις (κυρτωμένη στάση, σκυμμένο κεφάλι, αποφυγή οπτικής επαφής, ανησυχία, νευρικότητα).
- Άρνηση / απώθηση επισκέψεων από σημαντικά πρόσωπα.
- Αποτυχία των άλλων αρρώστων όταν ζητούν τη συντροφιά του.
- Απόρριψη από τους άλλους αρρώστους.
- Λεκτική αναφορά ότι είναι ανάξιος για το χρόνο των άλλων και για συντροφιά.
- Ισχυρισμός ότι οι προσπάθειες του για κοινωνικές επαφές αποτυγχάνουν : «Δεν μ' ευχαρίστησαν καθόλου οι δραστηριότητες.....Η συνάντηση της κοινότητας στο τμήμα ήταν χαμένη ώρα...Εγώ είμαι διαφορετικός».
- Έκφραση ανικανότητας να επιτύχει ένα αμοιβαίο αίσθημα αποδοχής, ενδιαφέροντος ή κατανόησης δια μέσου κοινωνικών επαφών. «Δεν τα πήγα καθόλου καλά...Δεν υπήρχε κατανόηση μεταξύ μας...Η συνομιλία μας ήταν χαμένος χρόνος».
- Άρνηση δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το προσωπικό.

- Εκδήλωση δυσφορίας και αντίστασης όταν επικοινωνεί με το προσωπικό.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής :

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5' – 10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.

Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.

Συνέπεια του νοσηλευτού στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτού. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτού τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα

στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.

Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.

Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.

Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτού αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με την σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.

Αποφυγή εκφράσεων όπως : τα πράγματα θα διορθωθούν.....Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε – κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.

Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτού. Η λογομαχία ή η αυτο – υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτού.

Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσης τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους. Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή

ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.

Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής : Δεν ήμουν καλός χθές. Αν χτενιστώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής : φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμα σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του.

Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.

Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.

Διδασκαλία του αρρώστου πως να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές.¹

ΙΙΙ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Α.ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η Σ.Κ. 69 ετών, παρουσίασε το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο τον Ιανουάριο του 1998. Εξαιτίας όμως της ελλειπούς ανταπόκρισης της στη θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή της στην ψυχιατρική κλινική.

Προσήλθε στην κλινική συνοδευόμενη απ' την κόρη της. Ήταν ήσυχη και συνεργάσιμη. Αποδέχθηκε εύκολα τους κανονισμούς της κλινικής. Πήρε τα φάρμακα της χωρίς δυσκολία. Ωστόσο δε θεωρεί ότι αντιμετωπίζει μεγάλο πρόβλημα ώστε να χρειάζεται να παραμείνει στην κλινική.

Αναφέρεται στο γεγονός του χωρισμού του παιδιού της που την πείραξε όπως λέει πολύ.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας που οφείλεται στην απομόνωσης της.</p>	<p>Λήψη μέτρων ώστε η άρρωστη να αρχίζει να επικοινωνεί με τους συνασθενείς και το προσωπικό.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - έγιναν συχνές και σύντομες συναντήσεις με άρρωστη για επικοινωνία. - Ενθαρρύνθηκε να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματα της. 	<ul style="list-style-type: none"> - η άρρωστη ανταποκρίθηκε - αναφέρθηκε στο λόγο απομόνωσης της, νόμιζε ότι θα επιβαρυνόταν από τα προβλήματα των άλλων.
		<ul style="list-style-type: none"> - ενθαρρύνθηκε να δεχθεί τις επισκέψεις της καθώς και να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> - παρέμεινε με τους επισκέπτες της το απόγευμα. - κάθησε με τους συνασθενείς της και άκουσε με ενδιαφέρον τα προβλήματα τους. Προσπάθησε να τους δώσει κουράγιο.
<p>Κίνδυνος απώλειας βάρους εξαιτίας της ανορεξίας της.</p>	<p>Φροντίδα για λήψη τροφής.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -δόθηκαν μικρά και ευπαρουσίαστα γεύματα. -Εξηγήθηκε η αξία της τροφής για την διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας. 	<ul style="list-style-type: none"> - η ασθενής άρχισε να λαμβάνει την τροφή της κανονικά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	Προγραμματισμός Νοσηλ. Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλ. Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Στοματίτιδα	Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της στοματίτιδας.	Τέθηκε γει σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. -έγινε στοματικός έλεγχος που δεν έδειξε κάτι παθολογικό. - έγινε διδασκαλία της άρρωστης για τη σωστή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.	τα μέτρα απέδωσαν. Η στοματίτιδα άρχισε να υποχωρεί.
Δυσκοιλιότητα	Λήψη μέτρων για αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.	Δόθηκαν φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. -χορηγήθηκαν τροφές με υπόλειμμα. -Ενθαρρύνθηκε η άρρωστη να κινητοποιείται.	- η λειτουργία του εντέρου αποκαταστάθηκε.
Παραμελημένη εμφάνιση.	Λήψη μέτρων για τη φροντίδα της εμφάνισής της.	-η άρρωστη βοηθήθηκε να κάνει λουτρό καθαριότητας. -της δόθηκε να καταλάβει πως η καθαριότητα του σώματος θα τη βοηθήσει να νιώσει	-Η άρρωστη δήλωσε ότι το λουτρό την έκανε να νιώσει ανακούφιση. - Είπε πως από δω και στο εξής θα προσπαθεί να κάνει μόνη της.

		καλύτερα.	
--	--	-----------	--

B. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο Κ.Ν., 25 ετών, πριν ένα περίπου χρόνο παρουσίασε κατάθλιψη εξαιτίας ενός ατυχήματος που είχε. Η κατάθλιψη αντιμετωπίστηκε φαρμακευτικά και τα συμπτώματα υποχώρησαν. Ωστόσο, παρουσίασε επεισόδιο μανίας και κρίθηκε σκόπιμη η εισαγωγή του στην ψυχιατρική κλινική, στην οποία εισήλθε συνοδευόμενος απ' τη μητέρα του, η οποία ήταν πολύ ανήσυχη. Παρουσίαζε παραλήρημα : «έχω υπερφυσικές ικανότητες, είμαι ζωγράφος, αθλητής, μουσικός, έχω ικανότητες απ' το Θεό».

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλ. φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς	Λήψη μέτρων ώστε ο άρρωστος να φθάσει στο σημείο να δείχνει αυτοέλεγχο.	<p>-χορηγήθηκαν φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>-δημιουργήθηκε ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον, με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων.</p> <p>-καθοδηγήθηκε με ήρεμο τρόπο στην ανάπτυξη μιας πιο παραδεκτής συμπεριφοράς.</p> <p>-ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του.</p> <p>-αποφεύχθηκε η λογομαχία μαζί του.</p>	<p>-ο ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση στη συμπεριφορά του.</p>
Παραλήρημα μεγαλείου.	Εφαρμογή μέτρων ώστε ο άρρωστος να φθάσει στο σημείο να αντιληφθεί τον	-Σ' ένα ήσυχο περιβάλλον πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τον ασθενή.	

	<p>εαυτό του μέσα στο περιβάλλον.</p>	<p>-Αποφεύχθηκε η λογομαχία μαζί του.</p> <p>-Η συζήτηση στράφηκε σε άλλο θέμα. Έτσι ο ασθενής κατάλαβε πως δεν ενισχύουμε τις ιδέες του.</p> <p>-Χορηγήθηκαν φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, για την καταστολή της διέγερσης.</p>	<p>- το παραλήρημα άρχισε να υποχωρεί.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	Προγραμματισμός Νοσηλ. Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλ. Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Αϋπνία.	- Λήψη μέτρων για αντιμετώπιση της αϋπνίας.	Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. -Δημιουργία ενός ήρεμου περιβάλλοντος. -Τονίστηκε η αναγκαιότητα του ύπνου για τη σωματική και ψυχική υγεία.	- Ο ασθενής χαλάρωσε και αργότερα κοιμήθηκε.
Απώλεια βάρους εξαιτίας της έλλειψης σωστής διατροφής.	Φροντίδα για λήψη τροφής.	-Δόθηκαν μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε υδατάνθρακες και βιταμίνες. - Τονίστηκε η σημασία της σωστής διατροφής για την υγεία.	- Ο άρρωστος κατανόησε την αξία της σωστής διατροφής. - Η εικόνα του βελτιώθηκε σημαντικά.
Άρνηση λήψης φαρμάκων.	Παρεμβάσεις με σκοπό τη λήψη των φαρμάκων.	-Δόθηκαν τα φάρμακα απ' το προσωπικό. -Εξηγήθηκε στον ασθενή η αναγκαιότητα της λήψης φαρμάκων. -καθορίστηκε να	-Φαίνεται ότι κατανόησε την αναγκαιότητα της λήψης φαρμάκων για τη θεραπεία

		γίνεται διακριτική παρακολούθηση στο εξής για το αν ο ασθενής λαμβάνει τα φάρμακα του.	του. - Τα παίρνει μόνος του χωρίς να χρειάζεται να πιεστεί.
--	--	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	Προγραμματισμός Νοσηλ. Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλ. Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων.
Δυσκοιλιότητα	Λήψη μέτρων για την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.	-χορηγήθηκαν φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. -χορηγήθηκαν τροφές με υπόλειμμα.	- Τα μέτρα Απέδωσαν. Επανήλθε η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ι. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.

Η αυτοκτονία συμβαίνει ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση σε προβληματικές περιστάσεις της ζωής σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό πλαίσιο¹ και μπορεί να οριστεί ως ο Θάνατος, ο οποίος προκαλείται από μια εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του του εαυτού.

Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στην ψυχιατρική και σχεδόν ο μόνος κίνδυνος για τη ζωή που δημιουργείται εξαιτίας μιας ψυχικής πάθησης. Είναι σαφής η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονία και ψυχιατρικές παθήσεις. Πολυάριθμες αναδρομικές έρευνες, καταλήγουν στη διαπίστωση ότι τουλάχιστον 40% των αυτοκτονιών πραγματοποιούνται από ψυχωσικούς ασθενείς, ότι 30 έως 40% των περιπτώσεων συνδέονται με σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας και ότι μονάχα 10 – 15% των αυτοκτονιών δεν έχουν σχέση με κάποιο σοβαρό ψυχοπαθολογικό αίτιο.

Εξάλλου, τα ποσοστά αυτοκτονιών σε ιδρυματικούς ψυχιατρικούς αρρώστους είναι διπλάσια ως τριπλάσια σε σύγκριση με εκείνα του γενικού πληθυσμού. Η αυτονόητη σχέση αυτοκτονίας – κατάθλιψης φαίνεται καθαρά στη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση.³ Ο κίνδυνος είναι σημαντικός, ιδιαίτερα κατά το χρόνο της εναλλαγής κατάθλιψης – μανίας.¹⁶

Η πρόληψη των υποτροπών με λίθιο μετριάζει το μέγεθος του κινδύνου.³

II. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.

Η αυτοκτονία ως πρόωρη έξοδος απ' τη ζωή προκαλεί σύγχυση όχι μόνο στην οικογένεια και τους φίλους του ατόμου που την δοκιμάζει, αλλά και σε πολλούς γιατρούς και νοσηλευτές.

Η αυτοκτονία, με την απειλή της στο περιβάλλον του νοσοκομείου χαρακτηρίζεται ως η «καρδιακή ανακοπή του ψυχιατρικού τμήματος».

Αυτοκτονικές ιδέες, απειλές και πράξεις συναντά ο νοσηλεύτης καθημερινά στην επικοινωνία του με αρρώστους των ψυχιατρικών τμημάτων. Δεν υπάρχει ακριβής μέθοδος πρόβλεψης ποιοί άρρωστοι πράγματι θ' αυτοκτονήσουν.

Υπάρχουν βέβαια στατιστικά και δημογραφικά δεδομένα που δίνουν ένα πλαίσιο για την αναγνώριση των επιρρεπών ατόμων. Αποτελεσματική όμως πρόληψη και θεραπεία αρχίζει μόνο με την κατανόηση του νοήματος και της αξίας που δίνει ο αυτοκτονικός άρρωστος στη ζωή και τις εμπειρίες του. Και η κατανόηση αυτή επιτυγχάνεται με την προσωπική γνωριμία νοσηλεύτη και αρρώστου, με την μεταβίβαση ενδιαφέροντος και σεβασμού, με την ουσιαστική υποστήριξη του.

Ο νοσηλεύτης κατά την εκτίμηση του αρρώστου εξετάζει τους εξής παράγοντες :

Την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας, τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια, το αυτοκτονικό σχέδιο, την ψυχική του κατάσταση, τα υποστηρικτικά του πρόσωπα και τον τρόπο ζωής του. Στον προγραμματισμό της φροντίδας συμμετέχουν ο ίδιος ο άρρωστος, το προσωπικό του ψυχιατρικού τμήματος και τα σημαντικά πρόσωπα που ενδιαφέρονται. Η φροντίδα επικεντρώνεται στην προστασία του αρρώστου, την αύξηση της αυτοεκτίμησης, την ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών, την αναγνώριση του υποκειμένου προβλήματος, την ενεργοποίηση του περιβάλλοντος και την εκπαίδευση του αρρώστου.¹

Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου.

- Λαμβάνετε κάθε απειλή στα σοβαρά. Αξιολογείτε την απειλή πριν την παραμερίσετε.

- Μιλάτε για την αυτοκτονία ανοικτά και απευθείας. Η ερώτηση γι' αυτή δεν θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του αρρώστου.
- Εφαρμόζετε τα προφυλακτικά μέτρα κατά της αυτοκτονίας που μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν έλεγχο του αρρώστου κάθε 15' ή ζήτηση απ' αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους.
- Αναμένετε ότι θα αισθανθεί ο άρρωστος ντροπή και βοηθείστε τον να αποδεχθεί τον εαυτό του.
- Απομακρύνετε τον άρρωστο από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του ή μετακινήστε τον ίδιο σε ασφαλές περιβάλλον.
- Ανακουφίστε την έκδηλη δυσφορία. Μήπως ο άρρωστος χρειάζεται ένα μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο?
- Βρείτε ποιά είναι η πιο πειστική ανάγκη του αρρώστου κατά τη γνώμη του. Ίσως είναι να δει κάποιο φιλικό πρόσωπο ή μέλος της οικογενείας του ή να συνεννοηθεί με κάποιον για να παραλάβει τα παιδιά του απ' το σχολείο.
- Κρατήστε στάση όχι κατάκρισης αλλά ενδιαφέροντος, που δεν προκαλεί τον άρρωστο να οικτίρει τον εαυτό του.
- Ρωτήστε γιατί ο άρρωστος διάλεξε να αυτοκτονήσει την ιδιαίτερη αυτή στιγμή. Η απάντηση θα χύσει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον άρρωστο και ίσως δώσει πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις.
- Φροντίζετε την ασφάλεια του αρρώστου με στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση.
- Ελέγχετε συχνά την ασφάλεια του περιβάλλοντος.
- Ερευνάτε το δωμάτιο του αρρώστου, ιδιαίτερα αν ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Έχετε υπόψη ότι σε καμιά περίπτωση δεν απαλλάσσετε από την υποχρέωση να συμπεριφέρεστε με ευγένεια, διάκριση και σεβασμό προς τον άρρωστο ως πρόσωπο και να ζητάτε την άδεια του για έλεγχο των ατομικών του πραγμάτων.
- Αποφασίστε με τους συνεργάτες σας αν θα ζητήσετε από τον άρρωστο να κάνετε συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας.
- Τοποθετήστε τον άρρωστο σε δωμάτιο προσιτό για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και μαζί με ένα ακόμη άρρωστο.

- Προσέχετε να μην ενθαρρύνετε συμπεριφορά του προσωπικού που ελαττώνει αστήρικτα την ένταση της προσοχής.
- Οργανώστε σχέδιο φροντίδας για τον άρρωστο. Συζητήστε όλα τα σοβαρά προβλήματα. Ιεραρχήστε τα και κάνετε κατάλογο εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε πρόβλημα. Γράψτε το σχέδιο σημειώνοντας ποιός είναι υπεύθυνος και για ποιές ενέργειες.
- Μη δίνετε υπερβολικές υποσχέσεις. Π.χ. «Μην ανησυχείτε, δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας. Να είσθε ειλικρινής αλλά και να δίνετε ελπίδα. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτού.
- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο πιο πολύ μπορεί. Αναθέτετε σ' αυτόν εργασίες που αποσπούν την προσοχή χωρίς να τον κουράζουν.
- Αποφασίστε μαζί με τον άρρωστο, με ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα έρχεται σε επαφή.
- Ετοιμασθείτε να αντιμετωπίσετε τα μέλη της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.
- Προσπαθείτε να κρατάτε ουδετερότητα και μη κάνετε υποθέσεις για την συμπεριφορά της οικογένειας.
- Αξιολογείτε την ανάγκη του αρρώστου για λήψη φαρμάκων και συνεργάζεστε γι' αυτό με τον γιατρό.
- Συζητάτε το σχέδιο φροντίδας που καταστρώσατε μαζί με τον άρρωστο και προγραμματίζετε τη συνέχιση της παρακολούθησης.
- Εξετάζετε τα δικά σας συναισθήματα για τον άρρωστο και πως επηρεάζουν την κλινική σας εργασία.
- Συνεργάζεστε με όλα τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων. Ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει πάντα όλα τα στοιχεία του γρίφου.
- Κάνετε σωματική εξέταση του αρρώστου. Μια άρρωστη είχε τραυματίσει το σώμα της σοβαρά πριν έλθει στο νοσοκομείο, αλλ' αυτό δεν ανακαλύφθηκε μέχρι την ημέρα που της έγινε σωματική εξέταση.
- Φαντασθείτε ότι οι άνθρωποι μπορούν να αυτοκτονήσουν χρησιμοποιώντας κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια, εργαλεία.

- Οι άρρωστοι ενδέχεται να πνιγούν στη μπανιέρα, να βάλουν φωτιά στον εαυτό τους ή να καταπιούν χλωρίνη βρίσκοντας την στο τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας.

Στο νοσηλευτικό τμήμα κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού αρρώστου είναι η διάσωση της ζωής του. Αν και το προσωπικό μπορεί να είναι άριστο στις τεχνικές παρεμβάσεις, είναι δυνατό όμως να αισθανθεί ή και να εκφράσει περιφρόνηση για το άτομο που επανέλαβε την απόπειρα και μάλιστα όχι με σοβαρό τρόπο. Ο άρρωστος χρειάζεται μη τιμωρητική προσέγγιση και ομαλή μεταφορά σε άλλες υπηρεσίες. Το να τον αφήσει κανείς μόνον ή κοντά σε βλαβερά αντικείμενα είναι κίνδυνος που πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα σ' ένα πολυάσχολο τμήμα.

Η νοσηλευτική, δεν ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη διεύρυνση, όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Το ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από νέο πνεύμα. ¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Ι. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧ. ΥΓΙΕΙΝΗ.

Σύμφωνα με τον G. Carlan (1964) ο όρος «Προληπτική Ψυχιατρική» αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων για :

A) τη μείωση της επίπτωσης δηλ. των νέων περιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτογενής πρόληψη)

B) τη μείωση της διάρκειας επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (Δευτερογενής πρόληψη), με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων και

Γ) τη μείωση της έκπτωσης της λειτουργικότητας που προέρχεται απ' τη χρονιότητα της νόσου (τρίτογενές πρόληψη), π.χ. η μείωση του χρόνου νοσηλείας, η δυνατότητα συστηματικής μετανοδομειακής παρακολούθησης και η επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων.

Κατά τον G. Carlan, μέσα απ' την απουσία μιας γνώσης για μια συγκεκριμένη αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων, η πρωτογενής πρόληψη πρέπει να κατευθύνεται στην προαγωγή των υποστηρικτικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στην κοινότητα, για τη μείωση των συνθηκών ή παραγόντων κινδύνου που μπορεί να ευθύνονται για τη δημιουργία μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης.

Κι εδώ τίθεται το θέμα της οργάνωσης του υποστηρικτικού συστήματος στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη των κρίσεων και των ψυχικών διαταραχών που επακολουθούν. Το έργο αυτό διεξάγεται απ' την ψυχιατρική Πρωτοβάθμια περίθαλψη τη λεγόμενη Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή – Ψυχιατρική που περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες πρόληψης.¹⁷

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής¹⁶ είναι ο καθιερωμένος θεσμός μέσα στον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών απ' την οποία μπορεί να επιτευχθούν και οι 3 βαθμίδες της πρόληψης. Περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών.

II. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.

Πρωτογενής πρόληψη : απ' τις τρεις βαθμίδες της πρόληψης η πρωτογενής είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων. ¹⁷

Τη μεγαλύτερη σημασία έχουν οι πρώιμες παρεμβάσεις που είναι :

1. Παρεμβάσεις πριν από τη σύλληψη.

Ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική
Οικογενειακός προγραμματισμός

2. Παρεμβάσεις κατά την εμβρυϊκή ζωή.

Συμβουλευτική της εγκύου.

3. Παρεμβάσεις στην παιδική ηλικία

Ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί
Βελτίωση της σωματικής υγείας του παιδιού
Βελτίωση του οικογενειακού περιβάλλοντος
Βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος. ¹³

Η κοινοτική παρέμβαση με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας, αποτελεί την πιο ουσιαστική προσέγγιση, αφού καλύπτει μεγάλο μέρος του πληθυσμού και έχει ποικίλες μορφές. ¹⁷

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

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

Τα είδη της αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου είναι :

1. Ψυχιατρική αποκατάσταση
2. Κοινωνική αποκατάσταση
3. Επαγγελματική αποκατάσταση.

Η τριτογενής πρόληψη έχει έντονες πολιτικές διαστάσεις που συνδέονται με την ιδεολογία του Αποϊδρυματισμού,¹⁷ της διαδικασίας δηλ. εξόδου χρόνιων ασθενών απ' τα μεγάλα Ψυχιατρικά Ιδρύματα, (μετά από κατάλληλη προετοιμασία τους) και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα.¹³

Σήμερα, μετά απ' την πολύχρονη ανάπτυξη τόσων προληπτικών προγραμμάτων σε αρκετές χώρες, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών με την ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, έχει αναγνωριστεί ως η τέταρτη ψυχιατρική επανάσταση μετά την απελευθέρωση των ψυχικά αρρώστων απ' τον Pinel, την ανακάλυψη του ασυνείδητου απ' τον Freud και την ψυχοφαρμακολογία.¹⁷

III. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Σ' όλες τις παρεμβατικές διαδικασίες που αναφέρθηκαν σημαντικός είναι ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ο Κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή, τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία και αποκατάσταση, είναι καθοριστικός. Κανένα πρόγραμμα Ψυχικής Υγιεινής και Ψυχιατρικής στην Κοινότητα ή στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα δεν είναι δυνατόν να αποδώσει το μέγιστο των δυνατοτήτων του, χωρίς την παρουσία του Κοινοτικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας, ως μέλους της υγειονομικής ομάδας.

Ο νοσηλευτής με την συνεχή επικοινωνία του με τα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα, μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση και επανένταξη του ατόμου στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, με την προϋπόθεση βέβαια ότι κατέχει τις ανάλογες γνώσεις και την κατάλληλη εκπαίδευση.⁴



ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι σημαντική η προσπάθεια που γίνεται τα τελευταία χρόνια από τις αρμόδιες υπηρεσίες του κράτους για την ένταξη των ψυχιατρικών αρρώστων στην κοινωνία ως ενεργό μέρος της.

Ωστόσο, προϋπόθεση γι' αυτό το σκοπό αποτελεί μια κοινωνία σωστά ενημερωμένη και ευαισθητοποιημένη.

Σ' αυτό τον τομέα ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καταλυτικός. Οι γνώσεις και η φροντίδα για το συνεχή εμπλουτισμό τους απ' τη μια, αλλά και η πραγματικά καλή διάθεση και φιλοτιμία απ' την άλλη, θα βοηθήσουν στο να ξεπεραστούν όποιες δυσκολίες υπάρχουν ώστε η διεργασία προσαρμογής του αρρώστου στο κοινωνικό σύνολο, να είναι όσο το δυνατό πιο εύκολη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ραγιά, «Νοσηλευτική ψυχικής υγείας», Αθήνα 1993
2. Μάνος Ν. «βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», ΕΚΔΟΣΕΙΣ University studio press, Θεσσαλονίκη 1988.
3. T. Lemperiere – A. Feline και συν. «εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων - στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής», υπεύθυνος έκδοσης Σακελλαρόπουλος Π. Τόμος Β', εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995
4. Γιαννοπούλου Α. «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1996.
5. ΓΕΩΡΓΑΡΑΣ Α. «Συνοπτική ψυχιατρική», ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1972.
6. Παπαγεωργίου Ε. «Ψυχιατρική», εκδόσεις Ν. Αργυρού.
7. Οικονόμου Φ. «Εγχειρίδιον Ψυχιατρικής για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.», ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
8. Παπαδημητρίου Γ. «Σύγχρονη Ψυχιατρική», τόμος Β', εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1974.
9. Τσιάντης Γ. Μανωλόπουλος Σ. «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», τόμος Β', μέρος Β', εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1988.
10. Χαρτοκόλλης Πέτρος «Εισαγωγή στην ψυχιατρική», εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991
11. Kaplan Η. Sadak Β. "Pocket handbook of primary care psychiatry", 1996.

12. Σολδάτος Κ. Λυκουρας Ε., Παπαδημητρίου Γ. «Βιολογικοί συντελεστές στην αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών», ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1996.
13. Χριστοδούλου Γ., Μακρίδης Μ, Παπακώστας Γ., «θεραπείες ψυχικών διαταραχών», εκτύπωση : Σ. Αθανασόπουλος – Σ. Παπαδάμης & ΣΙΑ Ε.Ε, Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1997.
14. Ραγιά Α. «Βασική Νοσηλευτική», Β' έκδοση, Αθήνα 1991.
15. Κυριακίδου Ε. «Κοινωνική Νοσηλευτική», Αθήνα 1995.
16. Χριστοδούλου Γ. Κονταξάκης Π. «θέματα προληπτικής ψυχιατρικής», τόμος Α', κέντρο ψυχικής υγιεινής, Αθήνα 1994
17. Σολδάτος Κ, Ραμπαβίλας Α. Κοκκέβη Α. «Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και εφαρμογές στην ιατρική πράξη», Αθήνα 1991.