

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

---

ΘΕΜΑ:

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**  
**“SCIZOPHRENIA AND THIRD AGE”**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Κα. ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΚΟΥΡΤΕΣΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

ΜΠΑΚΑΛΟΓΛΟΥ ΖΑΜΠΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2015



*...παιδί ακόμα, στην δύσιν του ηλίου, έτρεχα ωσάν τρελός να προφτάσω να κλέψω, πριν νυχτώσει, τα λησμονημένα σκίαστρα μέσα από τα χωράφια. Και όμως την έχασα, μπορώ να πω μέσα από τα χέρια μου, ωσάν να μην ήταν ποτέ παρά 'να απατηλών όραμα, παρά ένα κοινότατο σφυρί. στην θέση της βρέθηκε μονάχα ένας καθρέφτης . και όταν έσκυψα να δω μέσα σε αυτόν τον καθρέφτη , δε είδα άλλο τίποτα παρά μόνο δύο μικρά λιθάρια το ένα ελέγετο Πολυξένη και το άλλο, Πολυξένη επίσης .*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... Σελ.4

**ΠΡΟΛΟΓΟΣ**.....Σελ. 6

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός της σχιζοφρένειας.....Σελ.7

1.2 Ιστορική αναδρομή.....Σελ.8

1.3 Κοινωνία και πολιτισμός.....Σελ.9

1.4 Αίτια σχιζοφρένειας.....Σελ.9

1.5 Συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας..... Σελ. 15

1.6 Θετικά και αρνητικά συμπτώματα.....Σελ.15

1.7 Διαγνωστικά κριτήρια.....Σελ.16

1.8 Διαφορική διάγνωση.....Σελ.19

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Επιδημιολογία της σχιζοφρένειας.....Σελ.22

2.2 Πρόγνωση.....Σελ.23

2.3 Ψυχοκοινωνική διαχείριση.....Σελ.24

2.4 Πρόληψη.....Σελ.25

2.5 Κλινικές εκδηλώσεις.....Σελ.30

2.6 Θεραπεία.....Σελ.33

2.7 Νοσηλευτικές ευθύνες στην  
φαρμακοθεραπεία..... Σελ.38

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Η Τρίτη ηλικία.....	Σελ.40
3.2 Οι θεωρίες του γήρατος και οι αλλαγές μέσα στο χρόνο.....	Σελ.41
3.3 Νοσηλευτική φροντίδα στους ηλικιωμένους.....	Σελ.44
3.4 Τα ψυχιατρικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας.....	Σελ.46
3.5 Αρχές φαρμακολογικής θεραπείας στους ηλικιωμένους.....	Σελ.59
3.6 Ψυχιατρικές δομές και κοινότητες.....	Σελ.62
3.7 Η έννοια της ποιότητας ζωής.....	Σελ.73

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Γενικές αρχές προσέγγισης ασθενών με ψυχικά νοσήματα.....	Σελ.75
4.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με τάσεις αυτοκτονίας.....	Σελ.76
4.3 Νοσηλευτική διεργασία στους ηλικιωμένους με σχιζοφρένεια.....	Σελ.76
4.4 Σχιζοφρένεια και κοινωνικός αποκλεισμός.....	Σελ.79
4.5 Νομικά και ηθικά δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων.....	Σελ.81
4.6 Αντίσταση στη ψυχοδυναμική θεραπεία.....	Σελ.83
4.7 Συμπεριφορά προς τους ηλικιωμένους.....	Σελ.84
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>Σελ.86</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>Σελ.88</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η «*Σχιζοφρένεια*» είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στην ιατρική. Μια ιδιαίτερα περίπλοκη και όχι κατανοητή κατάσταση, τη πιο χρόνια αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Λόγω της πολυπλοκότητας της λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Η νόσος αυτή προκαλεί τη λανθασμένη ερμηνεία των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και των σκέψεων του ίδιου του πάσχοντος, με αποτέλεσμα τα συμπεράσματα του για την εξωτερική πραγματικότητα να είναι μη πραγματικά, ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχουν αποδείξεις για το αντίθετο.

Ακόμη και στη εποχή μας, αν και έχει επιτευχθεί σημαντική τεχνολογική πρόοδος, δεν έχουν εξαληφθεί οι πάγιες προκαταλήψεις για τα στερεότυπα που αφορούν τη διαφορετικότητα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται κοινωνικός αποκλεισμός, σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες όπως είναι η Τρίτη ηλικία και οι ψυχικά άρρωστοι άνθρωποι.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αναδειχθεί το φαινόμενο της σχιζοφρένειας στη «*Τρίτη Ηλικία*» που είναι μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα, καθώς τα προβλήματα της ψυχικής υγείας αυξάνουν με τη πάροδο της ηλικίας. Αυτό το φαινόμενο είναι συνέπεια των οργανικών αλλαγών της γήρανσης, της αύξησης των σωματικών νοσημάτων που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου, αλλά είναι και συνέπεια των περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών εντάσεων που θλίβουν τους ηλικιωμένους συχνότερα από τους νέους. Όπως η απώλεια της αυτονομίας, η απομόνωση και τέλος η αποστέρηση.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας γίνεται λόγος για τη φύση της ψυχικής ασθένειας, την αιτιολογία της, την ιστορική αναδρομή και τη συμπτωματολογία της. Στη συνέχεια αναλύεται η θεραπευτική μέθοδος, οι κλινικές εκδηλώσεις και οι νοσηλευτικές ευθύνες στην θεραπεία των ασθενών.

Επιπλέον αναλύεται η Τρίτη ηλικία, οι θεωρίες του γήρατος, τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η έννοια της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, τα νομικά και ηθικά δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, ο λόγος που αντιστέκονται στη ψυχοθεραπεία και τέλος την ολιστική νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με ψυχικά προβλήματα, αλλά και λόγω ηλικίας είναι αναγκαίο να αντιμετωπίσουμε και οργανικά προβλήματα. Ως νοσηλευτές οφείλουμε να υπηρετούμε και να σεβόμαστε τον άνθρωπο.

Είναι καθήκον όλων μας να απομακρύνουμε οποιεσδήποτε προκαταλήψεις και να συμβάλουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, στοιχείο που επιφέρει τη βελτίωση του γενικότερου κοινωνικού πλαισίου που ζούμε με τους συνανθρώπους μας.

## SUMMARY

"*Schizophrenia*" is a term used in medicine to describe a particularly complex and not understood situation, what years wheel from serious psychiatric disorders. Due to the complexity of the disorder have only a few of the generalizations about this force, for all people diagnosed to suffer from schizophrenia.

The disease that causes the incorrect interpretation of environmental stimuli and thoughts of the diseased, resulting in its conclusions on external reality is not real, even if there is evidence to the contrary.

Even in our time, though it has largely achieved significant technological progress, have not erased the standing prejudices for the stereotypes that relating to dissimilarity resulting in social exclusion in vulnerable population groups, such us the elderly and mentally sick people.

The purpose of this study is to highlight the phenomenon of schizophrenia in old age that is a vulnerable social group, as mental health problems increase with advancing age. This phenomenon is a consequence of environmental and psychosocial tensions that depress the elderly more often than young people. Such as a loss of autonomy, isolation and deprivation.

In the first chapter of our work talks about the nature of mental illness, the etiology, the throwback and symptomatology. Next detailed the therapeutic method, clinical manifestations and the nursing responsibilities in the treatment of patients.

Furthermore discusses the "*Third age*", the theories of old age, the problems of third age, the concept of quality of life of older people, the legal and moral rights of the mentally ill, the reason of they resist in psychotherapy and finally the holistic nursing care of patients with mental diseases and aging we should face and organic problems. As nurses we should serve and respect human.

It is the duty of us all to eliminate any prejudice and to contribute to improving the quality of life of patients, which result in the improvement of the overall social context in which we live with our fellow human.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ.

Από όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες ή διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η **ψύχωση**. Είναι κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που πολύς κόσμος το ονομάζει τρέλα. Οι ψυχώσεις και τα συμπτώματα που τις χαρακτηρίζουν διακρίνουν τον ανώμαλο άνθρωπο από τον ομαλό. Στην ουσία ο άνθρωπος που παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μίαν άλλη πραγματικότητα, ότι η σκέψη του, τα συναισθήματά του και η συμπεριφορά του υπακούουν σε μια εξωπραγματική λογική και είναι αποκυήματα της φανταστικής πραγματικότητας.

Εμπειρίες ανάλογες με αυτό που λέγεται ψύχωση έχουμε όλοι μας . Το όνειρό είναι μία τέτοιά εμπειρία , καθώς επίσης και όταν παρασυρόμαστε από ένα μεγάλο θυμό , ενθουσιασμό ή ερωτικό πάθος μπορούμε να οδηγηθούμε σε σκέψεις και πράξεις που χαρακτηρίζουν μία ψυχωτική κατάσταση.

Οι ψυχωτικές διαταραχές διακρίνονται σε οργανικές και λειτουργικές . Εκείνο που διακρίνει τις μεν από τις δε είναι η παρουσία ή όχι κάποιας συγκεκριμένης βλάβης του εγκεφάλου. Θεωρητικά οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή θα μπορούσε να αποδοθεί σε κάποια οργανική ή εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Όταν σε μία λειτουργική ψύχωση κυριαρχεί το νοητικό στοιχείο , δηλαδή όταν η ψυχική διαταραχή αφορά την σκέψη του αρρώστου και τον τρόπο τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του γίνεται λόγος για σχιζοφρένεια. Όταν κυριαρχεί το συναισθηματικό στοιχείο , δηλαδή όταν η διαταραχή αφορά τα συναισθήματα του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται τον κόσμο γύρω του, τότε μιλάμε για μία συναισθηματική ψύχωση.

Η σχιζοφρένεια είναι βαριά ψυχωτική διαταραχή, χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Από επιδημιολογική άποψη, εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα στις γυναίκες και στους άνδρες. Αρχίζει από την εφηβική ή νεανική ηλικία. Συχνά γίνεται χρόνια με σοβαρές οικογενειακές και οικονομικές επιπτώσεις , οι οποίες προσθέτουν επιπλέον ψυχική ένταση τόσο στους ίδιους τους αρρώστους όσο και στα αγαπημένα τους πρόσωπα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Από τον καιρό του *Crepelin* , που υιοθέτησε τον όρο πρώιμη άνοια , εως τις μέρες μας , που έχει επικρατήσει ο όρος του *Blueler* "Σχιζοφρένεια" , γίνεται λόγος για μιαν ορισμένη αρρώστια , ενώ κατά τα φαινόμενα πρόκειται για διάφορες παθολογικές καταστάσεις , με διαφορετική προελεύση αλλά και με σημαντικές διαφορές στην συμπτωματολογία τους και τη εξελιγή τους.

Η σχιζοφρένεια (ορθότερα σχιζοφρενία, -σύνθετη λέξη από τις αρχαίες ελληνικές λέξεις "σχίζειν" (=διαχωρισμός) και "φρένα" (=λογική, μυαλό) αποτελεί νευροψυχιατρική νόσο που ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων και παρατηρείται κυρίως σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες. Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της αντίληψης της πραγματικότητας. (*google βικιπαίδεια σχιζοφρένεια*)

Βέβαια έχει αποκλειστεί προηγουμένως οποιαδήποτε οργανική βλάβη του νευρικού συστήματος σε κάθε νέο ασθενή, πλην όμως όλες οι επιστημονικές εργασίες επί του αντικειμένου αφήνουν να εννοηθεί την ύπαρξη μιας λεπτής νευροφυσιολογικής και χημικής δυσλειτουργίας μάλλον άγνωστης μέχρι σήμερα. Μάλιστα με τον όρο σχιζοφρένεια καλύπτεται ένα σύνολο νόσων με διαφορετικούς μηχανισμούς. Για παράδειγμα υφίστανται τέτοιες χρόνιες ψυχώσεις που δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ειδικότερα ούτε ως σχιζοφρένεια αλλά και ούτε ως χρόνια παραληρήματα.

Η τελευταία ταξινόμηση της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας αναφέρεται στις σχιζοφρενικές ψυχώσεις , ενώ η ανάλογη ταξινόμηση της αμερικανικής ψυχιατρικής εταιρείας τις αποκαλεί σχιζοφρενικές διαταραχές. Για ευκολία , ωστόσο , θα μεταχειριστούμε και εμείς τον όρο στον ενικό ως «Σχιζοφρένεια». Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο όρος σχιζοφρένεια αντιπροσωπεύει μία αυτοδύναμη έννοια , μία ιδέα με την πλατωνική σημασία της λέξης , δηλαδή κάτι που υπάρχει ανεξάρτητα από την περίπτωση του ενός ή του άλλου ψυχιατρικού αρρώστου.

Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας αυξάνουν με την πάροδο του χρόνου . Αυτό το φαινόμενο είναι συνέπεια οργανικών αλλαγών της γήρανσης, της αύξησης σωματικών νοσημάτων που επηρεάζουν τον εγκέφαλο. Ακόμη είναι συνέπεια των περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών εντάσεων που θλίβουν τους ηλικιωμένους , όπως απώλεια αυτονομίας , αποστέρησης, φτώχεια και απομόνωση . (*Βικιπαίδεια, Σχιζοφρένεια*)



## 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Ο ψυχίατρος Kurt Schneider (1887-1967) απαρίθμησε τις μορφές των ψυχωτικών συμπτωμάτων, που διακρίνουν την σχιζοφρένεια από άλλες ψυχωτικές διαταραχές. Αυτά λέγονται πρώτης τάξεως συμπτώματα του Schneider. Αυτά περιλαμβάνουν παραλυτικές ιδέες του να ελέγχονται από μία εξωτερική δύναμη, την πεποίθηση ότι οι σκέψεις ενσωματώνονται ή αποσύρονται από το συνειδητό μυαλό. Την πεποίθηση ότι οι σκέψεις κάποιου μεταδίδονται σε άλλους ανθρώπους, παραισθησιογόνες φωνές ή ενέργειες.

Η σχιζοφρένεια έγινε γνωστή στην αρχαιότητα, του 2ου αιώνα, από τους Έλληνες Γιατρούς και συγκεκριμένα από τον **Αρεταίο, Καππαδόκη** και τον **Σωρανό τον Εφέσιο** που πρώτοι την περιέγραψαν. Αργότερα έφερε το όνομα «πρωτογόνως άνοια» που της δόθηκε από τον Γάλλο **Augustin Morel** και τον Γερμανό **Emil Kraepelin**, παρότι δεν πρόκειται για άνοια αφού η πρωταρχική διαταραχή της δεν επιφέρει προοδευτική εξασθένηση της νοημοσύνης.

Παθήσεις με σχιζοφρένεια σπάνια έχουν αναφερθεί τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, παρά μόνο παράλογες και ανεξέλεγκτες συμπεριφορές ασθενών. Η λεπτομερής παρουσίαση μιας περίπτωσης το 1797 σχετικά με τον **James Tily Matthews** καθώς και τα κείμενα του **Pinel** που είχαν δημοσιευτεί το 1809, θεωρούνται ως οι πρώτες αναφορές στην ιστορία της ιατρικής και ψυχιατρικής βιβλιογραφίας.

Η σχιζοφρένεια αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστό σύνδρομο από τον **Morel** που εμφανίζεται σε εφήβους και ενήλικες με τον όρο «πρόωρη άνοιά». Ο **Kraepelin** πίστευε ότι η πρόωρη άνοια (σχιζοφρένεια) ήταν κατά κύριο λόγο, μία ασθένεια του εγκεφάλου, ξεχωριστή από τις μορφές άνοιας **Alzheimer** που εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η λέξη σχιζοφρένεια ετυμολογικά σημαίνει «σχίσσιμο του μυαλού» και προέρχεται από δύο λέξεις με ελληνική ρίζα: η πρώτη είναι η λέξη "σχίζω" (σκίζω) και η δεύτερη είναι η λέξη "φρένα" (μυαλό). Η λέξη επινοήθηκε από τον **Eugen Bleuler** το 1908 για να περιγράψει το πώς βασικές νοητικές λειτουργίες όπως η προσωπικότητα, η σκέψη, η μνήμη και η αντίληψη χάνουν την μεταξύ τους επικοινωνία.

Ο **Bleuler** περιέγραψε τα 4 κύρια συμπτώματα: διαταραχές ισορροπίας, αυτισμός, διαταραγμένη σκέψη και κυκλοθυμία. Ο **Bleuler** συνειδητοποίησε ότι η ασθένεια δεν κατατασσόταν στις άνοιες, καθώς μερικοί από τους ασθενείς του βελτιώνονταν αντί να χειροτερεύουν και έτσι αντ' αυτού, πρότεινε τον όρο σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εμφανίστηκε στις αρχές του 1950 με την ανακάλυψη μιας χημικής ένωσης της χλωροπρομαζίνης.

Ο όρος σχιζοφρένεια συνήθως παρεξηγείται καθώς εννοεί ότι τα άτομα πάσχουν από μια «διχασμένη προσωπικότητα». Παρόλο που τα άτομα πολύ συχνά ακούνε φωνές και μπορεί να τις θεωρούν σαν ξεχωριστές προσωπικότητες, αυτό δεν σημαίνει ότι ο σχιζοφρενής είναι ένα άτομο που αλλάζει προσωπικότητες. Η πρώτη γνωστή κατάχρηση του όρου όπου θεωρούσε τον σχιζοφρενή «διχασμένη προσωπικότητα», ήταν σε ένα άρθρο του ποιητή T.S.Eliot το 1933. (Βικιπαίδεια, σχιζοφρένεια)

### 1.3 ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

Το κοινωνικό στίγμα θεωρείται το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ανάρρωση των ασθενών. Σε ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα, σε μία μελέτη του 1991, το 12% των Αμερικάνων πιστεύαν πως η σχιζοφρένεια ήταν «πολύ πιθανό» να κάνουν κάτι βίαιο σε άλλους, το 48,1% «κάπως πιθανό», πάνω από το 74% θεωρούσε ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να λάβουν αποφάσεις και το 70% θεωρούσε ανίκανους να χειριστούν τα οικονομικά τους. Η άποψη ότι τα άτομα με ψύχωση είναι βίαια είχε διπλασιαστεί το 1950 σύμφωνα με μία μετανάλυση.

Το 2002 ο όρος σχιζοφρένεια στην Ιαπωνία άλλαξε από Seishin-Bunretsu (ασθένεια με διαχωρισμένο εγκέφαλο) σε Tōgō-shitchō-shō (διαταραχή ολοκλήρωσης) για να περιοριστεί το στίγμα. Το νέο όνομα ήταν εμπνευσμένο από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και αύξησε το ποσοστό των ασθενών που ενημερώθηκε για τη διάγνωση από 37% σε 70% σε τρία χρόνια.[116] A similar change was made in South Korea in 2012.

Στις ΗΠΑ το κόστος της σχιζοφρένειας – τα άμεσα έξοδα (εξωτερικά ιατρεία, νοσηλεία, φάρμακα, και η μακροχρόνια περίθαλψη) και μη δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (επιβολή του νόμου, μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας και η ανεργία)-εκτιμάται σε \$ 62.7 δισεκατομμύρια το 2002. Το βιβλίο και η ταινία ένας Υπέροχος Άνθρωπος εξιστορεί τη ζωή του Τζων Φορμπερ Νας, ενός μαθηματικού με βραβείο Νόμπελ ο οποίος είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια. (Μαδιανός 2000 σελ. 95-97)

### 1.4 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Πριν μιλήσουμε για τα αίτια της σχιζοφρένειας πρέπει να αποσαφηνίσουμε κάποιους όρους.

**ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ** καλείται η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας. Δηλαδή η εναρμόνιση και η προσαρμογή του ανθρώπου στο περιβάλλον του ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά.

**ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ** καλείται η διαταραχή της συμπεριφοράς του ατόμου, στην προσπάθεια του να ισορροπήσει τις διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές συγκρούσεις του.

Οι ψυχικές παθήσεις διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- **ΤΙΣ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ:** Οι οποίες αποτελούν ψυχικές διαταραχές χωρίς οργανικό υπόστρωμα κατά τις οποίες ο ασθενής διατηρεί σε μεγάλο βαθμό την αντικειμενική σχέση με την πραγματικότητα και δεν συγχέει τα υποκειμενικά παθολογικά του ενοχλήματα, βιώματα και φαντασίες με αυτή. Η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, η προσωπικότητα όμως παραμένει ακέραια.
- **ΤΙΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ:** Οι οποίες αποτελούν την δεύτερη μεγάλη κατηγορία και είναι σχετικά βαρύτερο ψυχικό νόσημα από τις νευρώσεις. Ο ψυχωσικός ασθενής δεν έχει επίγνωση της κατάστασης του και παρουσιάζει διασπασμένη και αποδιοργανωμένη προσωπικότητα με ακατανόητη και απρόσμενη συμπεριφορά. Τα άτομα αυτά δημιουργούν ένα φανταστικό κόσμο μέσα στον οποίο ζουν και κινούνται. Στις ψυχώσεις υπάγονται η *σχιζοφρένεια*, η *μανία* και η *μελαγχολία*.
- **ΤΙΣ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ:** Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν τα άτομα με πολύ χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, με χαμηλή νοητική ανάπτυξη τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Τα άτομα αυτά συνήθως οδηγούνται σε διάφορα ιδρύματα ή σε ψυχιατρεία λόγω της δύσκολης προσαρμογής στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας σήμερα επικρατούν **δύο κύριες ομάδες θεωριών:**

- Οι βιολογικές θεωρίες που αποδίδουν την σχιζοφρένεια σε γενετικές , βιοχημικές και νευροανατομικές επιδράσεις.
- Οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες που επικεντρώνονται στις ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της ανάπτυξης και των οικογενειακών βιωματικών εμπειριών του ατόμου ως υπεύθυνες για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας.

Υπάρχει και μία άλλη επίσης προσπάθεια θεωρητικής εξήγησης της ανάπτυξης της σχιζοφρένειας που συσχετίζει τις δύο προηγούμενες , την βιολογική και την ψυχοκοινωνική. Αυτή υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται στην αλληλεπίδραση της βιολογικής ροπής , του στρες ή της αλλαγής στο περιβάλλον και των κοινωνικών δεξιοτήτων και υποστηρικτικών συστημάτων του ατόμου.

Οι ερευνητικές μελέτες για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας συνεχίζονται, εξετάζοντας την αλληλεπίδραση διάφορων παραγόντων, *βιολογικών* , *ψυχολογικών*, *κοινωνικών* και *οικολογικών*.

-Γενετική (κληρονομικοί)

-Περιβάλλον

- Κατάχρηση ουσιών
- Προγεννητικά
- Μεταβολές στην δομή και λειτουργία του εγκεφάλου
- Αστικοποίηση
- Μηχανισμοί
- Ψυχολογικοί
- Νευρολογικοί

### **ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Οι εκτιμήσεις της κληρονομικότητας ποικίλουν λόγω της δυσκολίας στον διαχωρισμό των επιπτώσεων της γενετικής και του περιβάλλοντος . Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είναι να έχει μία συγγένεια πρώτου βαθμού. Περισσότερο από το 40% των μονοζυγοτικών διδύμων των ατόμων με σχιζοφρένεια επίσης επηρεάζονται .

Είναι πολύ πιθανό να εμπλέκονται πολλά γονίδια κάθε ένα με μικρή επίδραση. Πολλοί πιθανοί υποψήφιοι έχουν προταθεί συμπεριλαμβανομένου των ειδικών αντιγραφών NOTCH4 και εστιών πρωτεϊνών ιστονών, φαίνεται να υπάρχει σημαντική επικάλυψη στην γενετική της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής.

Υποθέτοντας μία κληρονομική βάση, μια ερώτηση από την εξελικτική ψυχολογία είναι γιατί γονίδια που αυξάνουν την πιθανότητα της ψύχωσης να εξελιχθεί, αν υποθεθεί ότι η κατάσταση θα ήταν δυσσοπρασμοτική από μία εξελικτική σκοπιά. Τα τελευταία 25 χρόνια, δύο ομάδες ιδιαίτερα εκλεπτυσμένων ερευνών κατέδειξαν την σημασία των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας.

Η πρώτη ομάδα ερευνών, μελέτησε την συχνότητα σχιζοφρένειας σε πανομοιότυπους και μη πανομοιότυπους διδύμους (μελέτες διδύμων). Οι πανομοιότυποι δίδυμοι προέρχονται από το ίδιο ωάριο (μονοωογενείς) και γι' αυτό έχουν 100% ίδιο γενετικό υλικό. Οι δίδυμοι που προέρχονται από δύο διαφορετικά ωάρια (διωογενείς) δεν μοιάζουν περισσότερο από ότι δύο κανονικοί αδερφοί: έχουν κοινό το 50% του γενετικού υλικού.

Όλες οι έρευνες δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση, αλλά ο βαθμός της γενετικής επίδρασης παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστος. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η ευπάθεια προς τη νόσο, μια κληρονομική προδιάθεση η οποία σε συνδυασμό με κάποιους άλλους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει στη σχιζοφρένεια.

Αυτή η προδιάθεση μπορεί να έχει την μορφή κάποιας βιοχημικής ή ενζυμικής ανωμαλίας, μιας λεπτής νευρολογικής βλάβης, ή κάποια άλλη μορφή ή ακόμη και

συνδυασμό τους. Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε πως μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση και έτσι δεν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε με ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι. Σε μερικούς ανθρώπους, ο γενετικός παράγοντας μπορεί να είναι κρίσιμος για την ανάπτυξη της νόσου, σε άλλους μπορεί να μην είναι.

Σχιζοφρένεια-Κληρονομικότητα	
Πληθυσμός	Συχνότητα
Γενικός πληθυσμός	1%
Αδέλφια σχιζοφρενών ασθενών	8%
Παιδιά με έναν σχιζοφρενή γονέα	12%
Δίδυμοι σχιζοφρενούς από διαφορετικό ωάριο	12%
Παιδιά με δύο σχιζοφρενείς γονείς	40%
Δίδυμοι σχιζοφρενών από το ίδιο ωάριο	48%

## ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας, περιλαμβάνουν το περιβάλλον διαβίωσης, την χρήση των ναρκωτικών και τους προγεννητικούς παράγοντες του άγχους. Το στυλ ανατροφής των παιδιών φαίνεται να μην έχει καμία επίδραση, αν και οι άνθρωποι με υποστηρικτικούς γονείς τα καταφέρνουν καλύτερα από εκείνους με επικριτικούς γονείς.

Το να ζεις σε αστικό περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία ή ως ενήλικας έχει επανειλημμένα βρεθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο της σχιζοφρένειας κατά ένα παράγοντα διπλό, ακόμα και αφού ληφθεί υπόψη η χρήση των ναρκωτικών, η εθνική ομάδα, και το μέγεθος της κοινωνικής ομάδας.

Άλλοι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο περιλαμβάνουν την κοινωνική απομόνωση και την μετανάστευση που σχετίζονται με την κοινωνική αντιξοότητα, τις φυλετικές διακρίσεις, την ανεργία και τις κακές συνθήκες στέγασης. Υπάρχουν στοιχεία ότι οι παιδικές εμπειρίες, κακοποίησης ή τραύματα είναι παράγοντες κινδύνου για την διάγνωση με σχιζοφρένεια αργότερα στην ζωή τους.

## ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Ένας αριθμός φαρμάκων έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη σχιζοφρένειας όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες. Οι μισοί περίπου ασθενείς με σχιζοφρένεια κάνουν υπερβολική χρήση ναρκωτικών ή και αλκοόλ. Η κάνναβη μπορεί να αποτελεί αιτία της ασθένειας, ενώ άλλα ναρκωτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μηχανισμοί αντιμετώπισης της κατάθλιψης, του άγχους, της ανίας, και της μοναξιάς. Η κάνναβη σχετίζεται με δοσοεξαρτώμενη αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης ψυχωτικής διαταραχής. Η συχνή χρήση σχετίζεται με διπλάσιο κίνδυνο ψύχωσης και σχιζοφρένειας, ωστόσο αυτή η αιτία τίθεται υπό αμφισβήτηση. Οι

αμφεταμίνες, η κοκαΐνη και σε λιγότερο βαθμό το αλκοόλ μπορούν να οδηγήσουν σε ψύχωση, η οποία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με τη σχιζοφρένεια. Παρόλο που δεν είναι αποδεκτό ως αίτιο της σχιζοφρένειας τα άτομα που πάσχουν από αυτή παρατηρείται ότι χρησιμοποιούν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό νικοτίνη από ότι ο γενικός πληθυσμός.

## **ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ**

Παράγοντες όπως η υποξία, η μόλυνση, το άγχος και η κακή διατροφή της μητέρας, κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του εμβρύου, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας αργότερα στην ζωή. Άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια είναι πιθανό να έχουν γεννηθεί το χειμώνα ή την άνοιξη εξαιτίας της αυξημένης έκθεσης της μήτρας.

## **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

Απεικονιστικές μελέτες έχουν δείξει δομικές ανωμαλίες όπως μεταβολές στη κυτταρική δομή του υπόκαμπου, της αμυγδαλής, της παραϊπποκάμπειας έλικας και μείωση του μεγέθους του μεταϊχμιακού συστήματος. Επίσης το βάρος του εγκεφάλου ατόμου με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί να είναι μικρότερο κατά 5-8%.

## **ΑΣΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Τα άτομα που έχουν γεννηθεί ή έχουν μεγαλώσει σε αστικές περιοχές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας. Η συχνότητα γέννησης ατόμων με σχιζοφρένεια στη πόλη είναι δύο φορές μεγαλύτερη από ότι στις αγροτικές περιοχές. Και ένα άλλο γεγονός είναι ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια τείνουν να μετακινούνται προς τις πόλεις.

## **ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ**

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για να εξηγηθεί η σχέση μεταξύ της αλλοιωμένης εγκεφαλικής λειτουργίας και της σχιζοφρένειας. Μία από τις πιο συνήθεις εξηγήσεις είναι η υπόθεση της ντοπαμίνης η οποία αποδίδει την ψύχωση στην λανθασμένη ερμηνεία από τον εγκέφαλο των διαλείψεων των ντοπαμινεργικών νευρώνων.

[Οι μηχανισμοί διακρίνονται σε Ψυχολογικοί και Νευρολογικοί:](#)

### **Ø ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ**

Πολλοί ψυχολογικοί μηχανισμοί εμπλέκονται στην ανάπτυξη και τη συντήρηση της σχιζοφρένειας. Γνωστικά ελλείματα προσδιορίστηκαν σε εκείνους που έχουν διαγνωστεί και σε εκείνους που είναι σε κίνδυνο, ειδικότερα όταν βρίσκονται υπό πίεση ή σε καταστάσεις σύγχυσης. Ορισμένα γνωστικά χαρακτηριστικά αντανακλούν γενικές ελλείψεις όπως η απώλεια μνήμης, ενώ άλλα σχετίζονται με συγκεκριμένα θέματα και εμπειρίες.

Παρά την αποδεδειγμένη εμφάνιση του «αμβλέος συναισθήματος», πρόσφατα ευρήματα έδειξαν ότι όσοι έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ανταποκρίνονται

συναισθηματικά ειδικότερα σε αγχώδη ή αρνητικά ερεθίσματα και ότι αυτή η ευαισθησία τους κάνει ευάλωτους στη διαταραχή. Στοιχεία δείχνουν ότι το περιεχόμενο των παραισθήσεων και των ψυχωτικών εμπειριών αντανακλούν τα συναισθηματικά αίτια της διαταραχής και το πώς ένα άτομο ερμηνεύει αυτές τις εμπειρίες μπορεί να επηρεάσει τη συμπτωματολογία.

Οι «συμπεριφορές ασφάλειας» για την αποφυγή φανταστικών απειλών συμβάλλουν στη χρονιότητα των παραισθήσεων. Περισσότερα στοιχεία για το ρόλο των ψυχολογικών μηχανισμών προέρχονται από τις επιδράσεις της ψυχοθεραπείας στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

## **Ø ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ**

Αυτοί έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και παρουσιάζουν αλλαγές τόσο στη δομή του εγκεφάλου όσο και στη χημεία. Μελέτες που χρησιμοποιούν νευροψυχολογικές δοκιμασίες και τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου όπως fMRI και PET έδειξαν ότι εμφανίζονται διαφορές κυρίως στο μετωπιαίο λοβό, τον ιππόκαμπο και τον κροταφικό λοβό. Έχει παρατηρηθεί μείωση του όγκου του εγκεφάλου, μικρότερη από αυτή που παρατηρείται στη νόσο του Alzheimer, στο μετωπιαίο φλοιό και τον κροταφικό λοβό.

Δεν έχει επιβεβαιωθεί εάν αυτές οι ογκομετρικές αλλαγές είναι προοδευτικές ή προϋπάρχουν της έναρξης της ασθένειας. Αυτές οι διαφορές συνδέονται με τις ψυχομετρικές ελλείψεις που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Διότι τα νευρικά κυκλώματα μεταβάλλονται και έχει προταθεί εναλλακτικά ότι η σχιζοφρένεια θα πρέπει να θεωρηθεί ως μία συλλογή νευροαναπτυξιακής διαταραχής.

Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στη λειτουργία της ντοπαμίνης στη μεσομεταιχμιακή οδό του εγκεφάλου. Αυτό προέκυψε από την τυχαία διαπίστωση ότι η φαινοθειαζίνη, η οποία εμποδίζει τη λειτουργία της ντοπαμίνης, θα μπορούσε να μειώσει τα ψυχωτικά συμπτώματα.

Ακόμη οι αμφεταμίνες που προκαλούν απελευθέρωση της ντοπαμίνης μπορούν να επιδεινώσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια. Η υπόθεση της ντοπαμίνης πρότεινε ότι η υπερβολική δραστηριότητα των D2 υποδοχέων ήταν η αιτία (των θετικών συμπτωμάτων) της σχιζοφρένειας. Παρόλο που για περίπου 20 χρόνια πίστευαν ως κοινό αποτέλεσμα των αντιψυχωτικών φαρμάκων τον αποκλεισμό των D2 υποδοχέων, δεν υπήρχαν αποδείξεις μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990 χάρη στις PET και SPET μελέτες απεικόνισης.

Η υπόθεση της ντοπαμίνης θεωρείται τώρα πιο απλή, αφενός μεν επειδή τα νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα (άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα) είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα παλιότερα (τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα), αφετέρου δε επηρεάζει τη λειτουργία της σεροτονίνης και μπορεί να περιορίζει ελαφρώς το αποτέλεσμα του μπλοκαρίσματος της ντοπαμίνης.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρατηρείται στο νευροδιαβιβαστή του γλουταμινικού και τη μειωμένη δραστηριότητα των υποδοχέων NMDA γλουταμινικού στη

σχιζοφρένεια κυρίως εξαιτίας των μη φυσιολογικών χαμηλών επιπέδων των υποδοχέων γλουταμινικού που βρέθηκαν μεταθανάτια στους εγκεφάλους ατόμων που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια καθώς και η ανακάλυψη ότι τα φάρμακα που μπλοκάρουν το γλουταμινικό όπως η φαινκυκλιδίνη και η κεταμίνη μπορούν να μιμούνται τα συμπτώματα και τα γνωστικά προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο. (Παπαγεωργίου 2004 σελ. 75-87)

## 1.5 ΣΥΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Υπό την κλασική μορφή της νόσου, όπως οροθετήθηκε από τις εργασίες του Γάλλου Saslen και του Αυστριακού Blueler, όπου και ομοφωνούν γενικά οι κλινικοί γιατροί, η σχιζοφρένεια δημιουργεί βαθιά μεταμόρφωση και ειδικότερα την διάλυση της προσωπικότητας όπου και περιλαμβάνει:

- 1) Ασυμφωνία ιδεών, επιθυμιών, αισθημάτων, λόγου, χειρονομιών, και πράξεων με αμφιθυμία, (αλληλοσυγκρουόμενα συναισθήματα).
- 2) Απώλεια επαφής, με την πραγματικότητα, αυτοαναδίπλωση σε φανταστικό εσωτερικό κόσμο, (αυτισμός), με διαταραχή σχέσεων.
- 3) Σταθερή εξασθένηση της πραγματικότητας, και κοινωνικές δραστηριότητες, έλλειψη πρωτοβουλίας κάθε ενδιαφέροντος και παρορμήσεις.
- 4) Παραληρηματικές εκδηλώσεις, άνευ ειρμού, αφηρημένες συνοδευόμενες συχνά με ψευδαισθήσεις.

Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών του αμερικάνικου συνδέσμου ψυχιάτρων για να χαρακτηριστεί κάποιος ως πάσχον από σχιζοφρένεια, πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω συμπτώματα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ένα μήνα.

- **ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ**
- **ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ**
- **ΑΠΟΔΙΩΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΟΜΙΛΙΑ**
- **ΑΠΟΔΙΩΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**
- **ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ** (π.χ. έλλειψη συναισθημάτων).

*Γενικά η σχιζοφρένεια προσβάλλει συνηθέστερα εφήβους και ενήλικες και των δύο φύλων ως 35 ετών. (Παπαγεωργίου 2004 σελ. 55-62)*

## 1.6 ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια συχνά περιγράφεται από την άποψη των *θετικών* και *αρνητικών* συμπτωμάτων.

Τα **θετικά συμπτώματα** είναι αυτά που τα περισσότερα άτομα φυσιολογικά δεν αντιμετωπίζουν, αλλά υπάρχουν σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Μπορούν να περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη σκέψη και ομιλία, απτικές,



ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις, τυπικά θεωρούνται ως εκδηλώσεις της **ψύχωσης**. Οι ψευδαισθήσεις είναι επίσης τυπικά συνδεδεμένες με το περιεχόμενο του παραληρητικού θέματος. Τα θετικά συμπτώματα γενικά ανταποκρίνονται καλά στην φαρμακευτική αγωγή.

Τα **αρνητικά συμπτώματα** είναι ελλείμματα των κανονικών συναισθηματικών αντιδράσεων ή άλλων διαδικασιών σκέψης, και ανταποκρίνονται λιγότερο καλά στη φαρμακευτική αγωγή. Αυτά περιλαμβάνουν συνήθως επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα και συγκίνηση, φτώχεια του λόγου, αδυναμία να νιώσουν ευχαρίστηση (αηδονία), έλλειψη της επιθυμίας να δημιουργήσουν σχέσεις (ακοινωνία), και αβουλησία (avolition).

Η έρευνα δείχνει ότι τα αρνητικά συμπτώματα συμβάλλουν περισσότερο στην κακή ποιότητα ζωής, την λειτουργική ανικανότητα, και το βάρος στους άλλους από ότι τα θετικά συμπτώματα. Οι άνθρωποι με εμφανή τα αρνητικά συμπτώματα έχουν συχνά μια ιστορία κακής προσαρμογής πριν από την έναρξη της ασθένειας, και η ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή είναι συχνά περιορισμένη. (Παπαγεωργίου 2004 σελ.66-67)

## 1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Γενικά παραδεχόμαστε ότι η σχιζοφρένεια είναι μία από τις ψυχώσεις που διατηρούν διαυγή την συνείδηση και δεν έχουν άμεση σχέση με οργανική εγκεφαλική βλάβη ή ανεπάρκεια. Χαρακτηρίζεται από μια αποδιοργανωμένη σκέψη, ένα ανάρμοστο συναίσθημα, και μίαν ασυνεπή συμπεριφορά. Η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια.

Αλλά στις μέρες μας η διαφορά αναφέρεται σε κάτι ποιο ουσιαστικό, αφού έχει φτάσει να ταυτίζεται με μία καλοήθη και μία κακοήθη μορφή της διαταραχής, γνωστές ως **διαδικαστική** σχιζοφρένεια και **αντιδραστική** σχιζοφρένεια. Η διαδικαστική σχιζοφρένεια είναι αργή, ύπουλη στη έναρξή της, βαθμιαία στην εξέλιξη των συμπτωμάτων και καταλήγει σε μία χρόνια κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από μία **πνευματική ή συναισθηματική** αναπηρία.

Κατά την πορεία της διαταραχής, η λειτουργικότητα στην εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις και η αυτοφροντίδα μειώνεται σημαντικά κάτω από το επίπεδο που έχει επιτευχθεί πριν από την έναρξη της διαταραχής.

### Τι είναι το DSM

Στο χώρο της ψυχικής υγείας έχει διατυπωθεί ως «Η Βίβλος της Ψυχοπαθολογίας». Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM), εκδίδεται από τον Αμερικάνικο Ψυχιατρικό Σύλλογο και είναι η τυποποιημένη

ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών που χρησιμοποιούνται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

**Σκοπός του DSM** είναι αυτή η ταξινόμηση να είναι εφαρμόσιμη σε ένα ευρύ φάσμα πλαισίων και να χρησιμοποιείται από τους κλινικούς ιατρούς και ερευνητές από πολλές διαφορετικές κατευθύνσεις ( π.χ βιολογικά, ψυχοδυναμική, γνωσιακή, συμπεριφορική, διαπροσωπική).

**Το DSM αποτελείται από τρία βασικά συστατικά:**

- Τη διαγνωστική ταξινόμηση.
- Τα διαγνωστικά σύνολα κριτηρίων.
- Το περιγραφικό κείμενο.

Έχει σχεδιαστεί για χρήση σε κλινικές (νοσηλείας, εξωτερικά ιατρεία, ιδιωτικό ιατρείο και την πρωτοβάθμια φροντίδα), με τους πληθυσμούς της κοινότητας. Είναι επίσης ένα απαραίτητο εργαλείο για τη συλλογή και την επικοινωνία ακριβών στατιστικών για τη δημόσια υγεία.

**Τι είναι το DSM-V**

Η 5<sup>η</sup> έκδοση του DSM-V είναι η ανανεωμένη έκδοση που κυκλοφόρησε στις αρχές Μαΐου και βάζει νέα διευρυμένα κριτήρια στην κατηγοριοποίηση όλων των ψυχικών διαταραχών. Είναι μια έκδοση η οποία "διχάζει" τους ειδικούς διότι διαφαίνεται ότι κατατάσσει τους ανθρώπους σε μια ψυχική διαταραχή. Το DSM-V συμπεριλαμβάνει παλιότερες αλλά και νέες κατηγορίες ψυχοπαθολογίας.

Τα κριτήρια DSM-V χρησιμοποιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον υπόλοιπο κόσμο και επικρατούν στις ερευνητικές μελέτες. Στην πράξη, τα δύο συστήματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό.

Σύμφωνα με την αναθεωρημένη πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V), για να διαγνωστεί σχιζοφρένεια, δύο διαγνωστικά κριτήρια πρέπει να εντοπιστούν μέσα στη χρονική περίοδο ενός μήνα, με σημαντική κοινωνική ή επαγγελματική δυσλειτουργία για τουλάχιστον έξι μήνες.

Το άτομο πρέπει να έχει ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες ή αποδιοργανωμένη ομιλία, η οποία είναι εκδήλωση τυπικής διαταραχής της σκέψης. Ένα δεύτερο σύμπτωμα μπορεί να είναι αρνητικό, η πολύ αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.

**Το DSM-V προχώρησε σε μερικές αλλαγές:**

- Η κατηγοριοποίηση με βάση υπό τύπους, όπως κατατονική ή παρανοειδής σχιζοφρένεια, αφαιρέθηκε. Διατηρήθηκαν σε προηγούμενες εκδόσεις κυρίως για λόγους παράδοσης και αποδείχθηκε στη συνέχεια ότι είχε μικρή αξία.

- Η κατατονία δεν σχετίζεται πλέον ισχυρά με τη σχιζοφρένεια.
- Στην περιγραφή της σχιζοφρένειας, συνίσταται να γίνει καλύτερη διάκριση ανάμεσα στη τρέχουσα κατάσταση και την πρόοδό της, ώστε να επιτευχθεί καλύτερος συνολικά χαρακτηρισμός.
- Δεν συνίσταται πλέον θεραπεία για τα πρώτης τάξεως συμπτώματα του Schneider. Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ορίζεται καλύτερα για να διαφοροποιείται πιο καθαρά από τη σχιζοφρένεια.

### Διακρίνονται τρεις κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας σύμφωνα με το DSM-V:

- 1) **ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ** (ηβηφρενικός). Με χαρακτηριστικά συμπτώματα, ασυναρτησία, χάλαση συνηρμών, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
- 2) **ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ** με χαρακτηριστικά συμπτώματα, κατατονική συμπεριφορά, μείωση αντίδρασης προς το περιβάλλον, αρνητισμός, κατατονική δυσκαμψία, διέγερση, παράξενες στάσεις.
- 3) **ΠΑΡΑΝΟΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ**. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι, οι ψευδαισθήσεις ή οι ακουστικές παραισθήσεις είναι παρούσες, αλλά η διαταραχή της σκέψης, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ή η συναισθηματική εξομάλυνση δεν είναι. Οι ψευδαισθήσεις είναι διωκτικές ή/και πομπώδεις, αλλά εκτός από αυτές, άλλα θέματα όπως η ζηλοτυπία, θρησκευτικότητα ή η σωματοποίηση μπορεί επίσης να είναι παρούσα.

Η "αξιολόγηση" η οποία καλύπτει οχτώ τομείς της ψυχοπαθολογίας, όπως την ύπαρξη ψευδαισθήσεων ή μανίας, βοηθάει στις κλινικές αποφάσεις.

Εάν τα σημεία της διαταραχής είναι παρόντα για περισσότερο από ένα μήνα αλλά λιγότερο από έξι μήνες, γίνεται η διάγνωση σχιζοφρενικό - μορφής διαταραχής. Ψυχωτικά συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα μπορούν να εντοπιστούν ως βραχεία ψυχωτική διαταραχή καθώς και διάφορες καταστάσεις που μπορούν να ταξινομηθούν ως ψυχωτικές διαταραχές που δεν ανήκουν σε ειδική κατηγορία.

Η σχιζοφρένεια δεν μπορεί να διαγνωστεί εάν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι ουσιαστικά παρόντα (αν και σχιζο -συναισθηματική διαταραχή θα μπορούσε να εντοπιστεί), ή εάν τα συμπτώματα διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής είναι παρόντα εκτός αν οι προεξέχουσες ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις είναι επίσης παρούσες, ή εάν τα συμπτώματα είναι το άμεσο φυσιολογικό αποτέλεσμα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή ουσίας, όπως η κατάχρηση ενός φαρμάκου ή θεραπεία.

Μια ψυχιατρική διάγνωση αποτελεί "ορόσημο" στη ζωή ενός ανθρώπου. Αν γίνει σωστά, η ακριβής διάγνωση είναι η αρχή της αυξημένης κατανόησης του εαυτού, μια έναρξη για την αποτελεσματική θεραπεία και ένα καλύτερο

μέλλον. Αν γίνει λανθασμένα μπορεί να είναι μια παρατεταμένη καταστροφή για τον ίδιο τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. (Kaplan & Sadocs 2004 σελ. 120-128)

## 1.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν επίσης να είναι παρόντα σε διάφορες άλλες διανοητικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου της διπολικής διαταραχής, της μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας, της φαρμακευτικής δηλητηρίασης. Ψευδαισθήσεις επίσης συναντώνται στην παραληρητική διαταραχή, την κοινωνική απομάκρυνση, την αγχώδη κοινωνική διαταραχή και την διαταραχή προσωπικότητας.

Η σχιζοφρένεια συν ότι νοσηρά με την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Μια γενικότερη ιατρική και νευρολογική εξέταση μπορεί να απαιτηθεί για να αποκλειστούν ιατρικές ασθένειες που μπορεί σπάνια να παράγουν ψυχωτικά συμπτώματα, παρόμοια με της σχιζοφρένειας, όπως μεταβολική διαταραχή, συστηματική μόλυνση, επιληψία, τραύματα του εγκεφάλου.

### Παράγοντες που βοηθούν στην διαφορική διάγνωση είναι ακόμη:

- Ø **Παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις.** Υπάρχουν διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού, γνωσιακές διαταραχές, οπτικές ψευδαισθήσεις και σημεία βλάβης του ΚΝΣ. Πολλές παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις μπορεί να εμφανιστούν με συμπτώματα όπως αυτά τις σχιζοφρένειας. Τέτοιες παθήσεις είναι: η τοξίκωση από ουσίες (λ.χ. από κοκαΐνη, ή προκαλούμενη από ουσίες ψυχωτική διαταραχή, λοιμώξεις του ΚΝΣ (π.χ ερπητική εγκεφαλίτιδα), αγγειακές διαταραχές (π.χ. συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος), σύνθετες εστιακές κρίσεις (π.χ. κροταφική επιληψία) και εκφυλιστικά νοσήματα.
- Ø **Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή.** Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ίδια μ' αυτά της σχιζοφρένειας, αλλά διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Η έκπτωση είναι μικρότερη και η πρόγνωση καλύτερη.
- Ø **Βραχεία ψυχωτική διαταραχή.** Τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από 1 μήνα και εκλύονται από σαφώς αναγνωρίσιμους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες.
- Ø **Διαταραχές της διάθεσης.** Τόσο τα μανιακά όσο και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια της διπολικής διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται με ψυχωτικά συμπτώματα.

Η διαφορική διάγνωση έχει ιδιαίτερη σημασία, καθότι υπάρχουν ειδικά και αποτελεσματικά θεραπευτικά μέσα για τις διαταραχές της διάθεσης.

Άλλοι παράγοντες που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης είναι: το οικογενειακό ιστορικό, η προ νοσηρή προσωπικότητα και λειτουργικότητα, η πορεία της νόσου (π.χ. ηλικία έναρξης), η πρόγνωση (π.χ. η απουσία υπολειμματικής έκπτωσης μετά την αποδρομή του ψυχωσικού επεισοδίου) και η ανταπόκριση στη θεραπεία. Άρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να προσβληθεί από μεταψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή (δηλ. μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την υπολειμματική φάση της σχιζοφρένειας).

- Ø **Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.** Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης αναπτύσσονται παράλληλα με συμπτώματα σχιζοφρένειας ωστόσο, σε κάποια φάση κατά την πορεία της νόσου, να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Η πρόγνωση αυτής της διαταραχής είναι καλύτερη από την πρόγνωση της σχιζοφρένειας και χειρότερη από την πρόγνωση των διαταραχών της διάθεσης.
- Ø **Ψυχωσική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.** Άτυπη ψύχωση με κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία δημιουργούν αμηχανία ως προς τη διάγνωση (π.χ. επίμονες ακουστικές ψευδαισθήσεις χωρίς άλλα συμπτώματα - εδώ ανήκουν πολλές συνδεδεμένες με το πολιτισμικό περιβάλλον ψυχώσεις).
- Ø **Παραληρητική διαταραχή.** Μη αλλόκοτες, συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες που διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες, χωρίς προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή άλλα συμπτώματά σχιζοφρένειας, στα πλαίσια μιας αλώβητης προσωπικότητας που βρίσκεται σε σχετικά καλή λειτουργική κατάσταση.
- Ø **Διαταραχές προσωπικότητας.** Σε γενικές γραμμές δεν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα, όταν υπάρχουν, είναι συνήθως παροδικά και δεν προεξάρχουν. Οι διαταραχές της προσωπικότητας που κατά κύριο λόγο υπεισέρχονται σ' αυτή τη διαφορική διάγνωση είναι η σχιζοτυπική, η σχιζοειδική, η μεθοριακή και η παρανοειδής.
- Ø **Προσποιητή διαταραχή - Υπόκριση.** Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή δοκιμασία ή κάποιος βιοχημικός δείκτης που να τεκμηριώνει αντικειμενικά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ως εκ τούτου, ένα άτομο μπορεί να προσποιηθεί ότι έχει συμπτώματα σχιζοφρένειας, είτε αποσκοπώντας σε σαφές δευτερογενές όφελος (υπόκριση) είτε κινούμενο από ψυχολογικά κίνητρα (προσποιητή διαταραχή).
- Ø **Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.** Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. αυτιστική διαταραχή) συνήθως διαγιγνώσκονται πριν την ηλικία των 3 ετών. Μολονότι η συμπεριφορά μπορεί να είναι αλλόκοτη και αποδιοργανωμένη, δεν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή σαφή διαταραχή της δομής της σκέψης (π.χ. χάλαση του συνειρμού).

- Ø **Νοητική καθυστέρηση.** Διαταραχές της νόησης, της συμπεριφοράς και της διάθεσης που μπορεί να δίνουν την εικόνα σχιζοφρένειας. Εντούτοις, η νοητική καθυστέρηση αφενός δεν εκδηλώνεται με σαφή ψυχωσικά συμπτώματα και αφετέρου δεν οδηγεί σε προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας, αλλά μάλλον σε μόνιμα χαμηλή λειτουργικότητα. Αν ο ασθενής έχει ψυχωσικά συμπτώματα, μπορεί να τεθεί εκ παραλλήλου και διάγνωση της σχιζοφρένειας.
- Ø **Κοινές πεποιθήσεις πολιτισμικών ομάδων.** Κάποιες φαινομενικά παράδοξες πεποιθήσεις που αποτελούν τα πιστεύω μιας πολιτισμική ομάδας και τυγχάνουν αποδοχής από αυτήν δεν θεωρούνται ψυχωσικές. (Χαρτοκόλλης 1999 σελ.45-56)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Χωρίς αμφιβολία , η σχιζοφρένεια αποτελεί το ποιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική. Η δυσκολία αρχίζει από την διάγνωση της διαταραχής , και οφείλεται κυρίως στο μυστήριο της αιτιολογίας της , και περνάει στην εκτίμηση της εκτάσεως του προβλήματος – την επιδημιολογία του- για να καταλήξει στην δυσκολία να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά και κοινωνικά.

Ειδικότερα το ερώτημα για την έκταση του προβλήματος , αναφέρεται στον προσδιορισμό της συχνότητας της διαταραχής .Θα βοηθούσε να γνωρίζαμε την αναλογία των σχιζοφρενικών περιπτώσεων μέσα στον γενικό πληθυσμό , και τον επιπολασμό της, την αναλογία των περιπτώσεων μέσα σε ορισμένα χρονικά γεωγραφικά , εποχικά ή άλλα όρια.

Πρόσφατα επικρατούσε η εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του πολιτισμού .Αλλά κατά τα φαινόμενα , η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτικό επίπεδο, και την βιομηχανική ανάπτυξη της χώρας. Η αλήθεια είναι ότι η έκφρασή της ποικίλει από κοινωνία σε κοινωνία, και σε μερικές είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί ως αρρώστια.

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας , είναι δύσκολη όχι μόνο γιατί η διάγνωση της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα, και επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες , αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία και ο άρρωστος να μην νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο.

Η σχιζοφρένεια επηρεάζει τις ζωές περίπου του 0.3-0.7% των ανθρώπων, δηλαδή περίπου 24 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως, στο έτος 2011. Εμφανίζεται 1,4 φορές περισσότερο στους άντρες απ' ότι τις γυναίκες και συνήθως εμφανίζεται νωρίτερα στους πρώτους. Οι ηλικίες στις οποίες κατά μέσο όρο αρχίζει η ασθένεια είναι **20-28 χρονών για τους άντρες** και **26-32 χρονών για τις γυναίκες**.

Η εμφάνιση της ασθένειας στην παιδική ηλικία είναι πολύ σπανιότερη, απ' ότι είναι στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους. Παρόλο που λέγεται ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται ομοιογενώς σε όλο τον κόσμο, η αλήθεια είναι ότι η εμφάνισή της ποικίλλει από χώρα σε χώρα, αλλά και σε πιο τοπικό επίπεδο, από περιοχή σε περιοχή. Σ' αυτήν οφείλεται το 1% της αναπηρίας παγκοσμίως. Το ποσοστό της εμφάνισης της σχιζοφρένειας ποικίλλει και μπορεί να φτάσει μέχρι και στο τριπλάσιο αν καθορισθεί με διαφορετικά (πιο χαλαρά) κριτήρια.

*Οι ακόλουθοι παράγοντες έχουν διερευνηθεί για την επιδημιολογία της νόσου.*

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ηλικία και το φύλο.

**ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΙ ΠΛΥΘΙΣΜΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ.** Παρά το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια παρουσιάζει συγκρίσιμα ποσοστά συχνότητας στο γενικό πληθυσμό παγκοσμίως, εντούτοις φαίνεται πως υπάρχουν διαφορές στην κατανομή των ασθενών στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα, π.χ., έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί, απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας (κυρίως στους άνδρες). Ακόμη, στις ΗΠΑ, τη Σουηδία, την Κροατία κ.ά. έχουν επισημανθεί διαφορές ως προς την κατανομή της νόσου, όχι μόνο στις διάφορες περιοχές των χωρών αυτών αλλά και μεταξύ του είδους του πληθυσμού και του μεγέθους των πόλεων.

Ακόμη μία έρευνα συνδέει την παιδική κακοποίηση με την σχιζοφρένεια. Άτομα που έχουν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν μακροπρόθεσμα συμπτώματα σχιζοφρένειας. *Αυτό υποστηρίζει μία έρευνα ομάδας ψυχολόγων από την Νέα Ζηλανδία.*

Επιστήμονες αναφέρουν ότι η μελέτη τους προέκυψε από μία σειρά στοιχείων που αποδεικνύουν υψηλή αντιστοιχία της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης με την σχιζοφρένεια. Ακόμη βρέθηκε πως οι μεταβολές που παρατηρούνται στον εγκέφαλο κακοποιημένων παιδιών είναι παρόμοιες με εκείνες των ενήλικων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. (Karth 2004:45-52)

## 2.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η σχιζοφρένεια έχει μεγάλες επιπτώσεις τόσο στο άνθρωπο, όσο και στην οικονομία, οδηγεί την μείωση του προσδόκιμου της ζωής κατά 10-25 χρόνια, κυρίως λόγω της συσχέτισης της ασθένειας με την παχυσαρκία, το στατικό τρόπο ζωής, το κάπνισμα, τον αυξανόμενο αριθμό αυτοκτονίας.

Η σχιζοφρένεια είναι μία σημαντική **μορφή αναπηρίας** που θεωρείται ως τρίτη χειρότερη κατάσταση μετά την τετραπληγία και την άνοια. Περίπου τα τρία τέταρτα των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχουν είδη αναπηρία και υποτροπιάζει. Μερικοί από αυτούς αναρρώνουν εντελώς. Οι περισσότεροι άνθρωποι ζουν ανεξάρτητοι με μία μικρή βοήθεια από τους κοντινούς τους ανθρώπους.

Επικρατεί ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας σε όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια συγκριτικά με τον μέσο όρο. Η διαφορά αυτή είναι γύρω στο 10%, αλλά πιο πρόσφατες μελέτες και στατιστικές εκτιμούν το ποσοστό αυτό γύρω στο 4.9% και πιο συχνά η τάση για αυτοκτονία εμφανίζεται στην περίοδο μετά την έναρξη της ασθένειας ή μετά από την πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλές φορές (20- 40%) οι σχιζοφρενείς επιχειρούν να



αυτοκτονήσουν και περισσότερες από μία φορές. Υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο αυτό, όπως η κατάθλιψη, το συχνά υψηλό επίπεδο νοημοσύνης, ακόμη και το φύλο.

Χρειάζεται ωστόσο να τονιστεί ότι οι γνώσεις μας μέχρι σήμερα δεν επιτρέπουν την ακριβή πρόληψη της πορείας και της πρόγνωσης σε ατομική βάση.

Την καλύτερη πρόγνωση έχει η κατατονική μορφή και κυρίως όταν χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εγκατάσταση και εξελίσσεται κατά κρίσεις. Η παρανοειδής, όταν εισβάλλει αιφνίδια, έχει εξίσου καλή πρόγνωση. Δυσμενής πρόγνωση έχει η ηβηφρενική και κυρίως η απλή, που λίγο πολύ επηρεάζεται από τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα.

Η εξέλιξη της διαταραχής είναι διαφορετική από περίπτωση σε περίπτωση. Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις σχιζοφρενών ακολουθούν μία πορεία με ψυχωτικές και ισορροπημένες φάσεις, ενώ σε ένα τρίτο των περιπτώσεων η κατάσταση είναι χρόνια, με λίγες πιθανότητες για βελτίωση.

Το πιο αποφασιστικό στοιχείο για την πρόγνωση είναι ο τρόπος με τον οποίο πρωτοεμφανίζεται η διαταραχή. Όταν αρχίζει απότομα, με οξεία, παραγωγικά συμπτώματα, έχει καλύτερη πρόγνωση από μία περίπτωση που η αρχή της είναι αργή και ύπουλη. Αλλά καμία στατιστική πρόγνωση δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να καλυτερέψει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως τη ισορροπία του. (Παπαγεωργίου 2004 σελ.38-39)

## 2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ

Ένας αριθμός ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων μπορεί να είναι χρήσιμος στην θεραπεία της οικογένειας και συμπεριλαμβάνει οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία που βασίζεται στην κοινοτική υποστήριξη, υποστηριζόμενη απασχόληση, γνωστική αποκατάσταση, δεξιότητες κατάρτιση, γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Η οικογενειακή θεραπεία ή εκπαίδευση που εξετάζει όλο το οικογενειακό σύστημα ενός ατόμου, ή αλλιώς συστημική θεραπεία, μπορεί να μειώσει τις υποτροπές και τις εισαγωγές στο νοσοκομείο. Η θεραπεία μέσω της τέχνης ή του δράματος δεν έχει ερευνηθεί.

Η διαφορετικότητα είναι μέρος της καθημερινής μας ζωής. Καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή, με ανθρώπους που φέρουν κάποια χαρακτηριστικά, τα οποία τους διαφοροποιούν από το λεγόμενο << φυσιολογικό μέσο όρο >>. Στα πλαίσια της κοινωνικής Ζώης η διαφορετικότητα, η διαφορετικότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την έννοια του <<στίγματος >>, και οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων.

Στην εποχή μας το στίγμα είναι ένας έντονος μειωτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον, και μετά είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγθεί από αυτό. Ο τυπικός ορισμός του στίγματος αναφέρεται στο εξής, το άτομο

χάνει την κοινωνική του υπόσταση , και υφίσταται διακρίσεις λόγω της διαφορετικότητας του. Υπάρχουν διάφορα είδη στίγματος , που αναφέρονται σε ψυχικά γνωρίσματα και στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Τα στιγματισμένα άτομα αντιμετωπίζονται αρνητικά από την κοινωνία , και συχνά τους αποδίδεται άμεσα η ευθύνη για την κατάστασή τους χωρίς να εξετάζονται άλλοι παράγοντες. Τα άτομα που αποτελούν μέλη κοινωνικών ομάδων πέρα από τις προσωπικές τους δυσκολίες έχουν να αντιμετωπίσουν και μία δεύτερη, το κοινωνικό στίγμα.

Στην εποχή μας οι ομάδες αυτές των ανθρώπων έχουν περιθωριοποιηθεί, και κατατάσσονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Άτομα με αναπηρία
- Άτομα με ψυχικές παθήσεις
- Ανέργους
- Μετανάστες
- Αποφυλακισμένοι
- Θύματα βίας
- Μονογονεϊκές οικογένειες κ.α.

Μέλος μιας κοινωνίας θεωρείται αυτός που συμμετέχει στην:

- A) Αστική ενσωμάτωση.
- B) Οικονομική ενσωμάτωση.
- Γ) Κοινωνική ενσωμάτωση.
- Δ) Διαπροσωπική ενσωμάτωση.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τέσσερις μορφές κοινωνικού αποκλεισμού:

- 1) Η μία είναι η μορφή της εξορίας από μία δεδομένη ανθρώπινη κοινότητα.
- 2) Κοινωνικός αποκλεισμός μέσα σε όρια δεδομένης κοινότητας .
- 3) Απόρριψη του ατόμου από την ομάδα που λειτουργούσε.
- 4) Παρενόχληση ως μορφή επίδοξης κοινωνικού αποκλεισμού. (Παπαγεωργίου 2005 σελ.82-83)

## 2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Απόδειξη για την αποτελεσματικότητα της πρόωρης παρέμβασης είναι σαφής. Ενώ υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι η πρόωρη παρέμβαση , σε άτομο με ψυχωτικό επεισοδίο , μπορεί να βελτιώσει τις βραχυπρόθεσμες εκβάσεις. Η πρόληψη είναι δύσκολη δεδομένου ότι δεν υπάρχει ένας αξιόπιστος δείκτης για την μετέπειτα εξέλιξη της ασθένειας.

**Πρωτοβάθμια πρόληψη.**

Η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου, από την προγεννητική, τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γήρας.

Η οργάνωση της πρόληψης αυτού του τύπου είναι κρατική, κοινωνική, πολιτική και αφορά άτομα ή οικογένειες υψηλού κίνδυνου νόσησης όπως είναι οι έγκυος με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής νόσου, οι ανήλικες έγκυος, οι οικογένειες με πολλαπλά προβλήματα, όπως γονείς ή άλλα μέλη που είναι ψυχικά άρρωστα, άτομα σε πένθος, σε κρίση έφηβοι που εγκατέλειψαν το σπίτι.

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

Τα προγράμματα διαλογής που εφαρμόζονται στα δημοτικά σχολεία αποκαλύπτουν έγκαιρα δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις και μαθησιακά προβλήματα ενώ στις οικογένειες με πολλά προβλήματα δημιουργείται ένα νέο κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα. Στους έφηβους δημιουργούνται προγράμματα ελεύθερου χρόνου ή ειδικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων.

Η **γενετική συμβουλευτική** σε άτομα που νοσούν από σχιζοφρενική διαταραχή βοηθά σημαντικά στη μείωση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Οι κοινοτικές υπηρεσίες που ανιχνεύουν και προσεγγίζουν άτομα υψηλού κίνδυνου προλαμβάνουν την εκδήλωση μιας ψυχικής αρρώστιας με την επίλυση της κρίσης.

Η **κοινωνική παρέμβαση** που έχει στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και αποτελεί την ουσιαστική προσέγγιση, αφού καλύπτει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και έχει ποικίλες μορφές, όπως τα προγράμματα αγωγής υγείας σε σχολεία, τις σχολές γονέων και τις ομάδες ευαισθητοποίησης και άλλες εκπαιδευτικές εκδηλώσεις.

**Αγωγή υγείας** είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που έχει στόχο τη διαμόρφωση συμπεριφοράς με αντικείμενο τη μείωση της επίπτωσης ή τη βελτίωση της πρόγνωσης ενός ή περισσότερων νοσημάτων (πρωτοβάθμια πρόληψη).

Η πρωτοβάθμια ψυχιατρική προληπτική εργασία απαιτεί συντονισμό και συνεργασία πολλών υπηρεσιών, φορέων κρατικών και εθελοντικών, ώστε να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική.

Σύμφωνα με τον Caplan (1964), ο όρος *Προληπτική Ψυχιατρική* αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που:

- α)** μειώνουν την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτοβάθμια πρόληψη),
- β)** μειώνουν τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) ,με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία.
- γ)** μειώνουν την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριτογενής πρόληψη), π.χ. η μείωση του χρόνου νοσηλείας, η δυνατότητα συστηματικής μετανοσοκομειακής παρακολούθησης και η επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων.

Κατά τον Caplan όταν απουσιάζει η γνώση για μια συγκεκριμένη αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων, η πρωτοβάθμια πρόληψη πρέπει να κατευθύνεται στην προαγωγή των υποστηρικτικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στην κοινότητα για τη μείωση των συνθηκών και παραγόντων κινδύνου που μπορεί να ευθύνονται για τη δημιουργία μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης 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 από την πρωτοβάθμια πρόληψη, τη λεγόμενη *Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, που περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες της πρόληψης.

*Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, είναι ένας όρος που καθιερώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 60, εμπεριέχει την έννοια «Υγιεινή», αφού απευθύνεται σε υγιείς πληθυσμούς με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας στη κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες της προσπάθειες της κοινότητας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών.

Η έννοια της Προληπτικής Ψυχιατρικής είναι ενσωματωμένη στην Κοινοτική Ψυχιατρική και κατ' άλλους συνώνυμη με την Ψυχιατρική της Δημόσιας Υγείας. Φορέας των προληπτικών δραστηριοτήτων είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) στο οποίο πρέπει να σχεδιάζονται και να οργανώνονται συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Η επίτευξη των στόχων της πρωτοβάθμιας πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας απαιτεί οργανωμένη, συντονισμένη προσπάθεια ενός συνόλου υπηρεσιών και φορέων.

## **Δευτεροβάθμια πρόληψη.**

Η Δευτεροβάθμια Πρόληψη αφορά την πρόωρη διάγνωση τους και χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, με τελικό σκοπό τη μείωση της σοβαρότητας και διάρκειας τους και τον περιορισμό των χρόνιων επακολουθών που είναι δυνατό να προκύψουν.

Βασική αρχή της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ότι αποδίδει καλύτερα όταν εφαρμόζεται μέσω υπηρεσιών που έχουν ως χαρακτηριστικό τους την εύκολη προσβασιμότητα του πληθυσμού σε αυτές, λειτουργούν δηλαδή στο πλαίσιο της κοινότητας.

Πρώτη θέση κατέχουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η σημασία των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έγκειται στο ότι αυτές είναι οι υπηρεσίες που βρίσκονται πιο κοντά στον πληθυσμό και σε αυτές πηγαίνουν αρχικά τα άτομα όταν αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας.

Σε αυτές τις υπηρεσίες υπάγονται στη χώρα μας τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία, τα αγροτικά ιατρεία, αλλά και πολλοί από τους ιατρούς που εξασκούν ιδιωτικά την ιατρική στην κοινότητα, όπως είναι συνήθως οι παθολόγοι αλλά και οι γενικοί ιατροί είτε εργάζονται στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα.

Στους ιατρούς αυτών των υπηρεσιών φαίνεται ότι απευθύνεται αρχικά το μεγαλύτερο ποσοστό αρρώστων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Στατιστικά στοιχεία από τη Μ. Βρετανία δείχνουν ότι πάνω από το 90% των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα επισκέφθηκαν το γενικό ιατρό τους στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Εντούτοις, από αυτούς που έπασχαν από ψυχιατρικά προβλήματα, πάνω από 50% δεν αναγνωρίστηκαν από τους γενικούς ιατρούς.

Αυτό συμφωνεί σε γενικές γραμμές με τα δεδομένα διαφόρων ερευνών, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχικών διαταραχών, δεν αναγνωρίζονται και δεν λαμβάνουν θεραπεία για το πρόβλημά τους.

Στις πολύ σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπου απαιτείται νοσηλεία, υπάρχει μικρότερο πρόβλημα αναγνώρισης, αν και σε αυτές τις περιπτώσεις οι υπηρεσίες της κοινότητας (ΠΦΥ και ΚΚΨΥ) παίζουν σημαντικό ρόλο με τα σύντομη παραπομπή στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, αλλά και με τη συμβολή τους στην παρακολούθηση των ασυμπτωματικών αρρώστων για την πρόληψη των υποτροπών.

Σε χώρες με μεγάλη έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι υπηρεσίες ΠΦΥ αναλαμβάνουν το βάρος της δευτεροβάθμιας πρόληψης, της έγκαιρης αναγνώρισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών.

*Η πρώτη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας.*

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε υπηρεσίες ΠΦΥ σε διάφορες χώρες του κόσμου δείχνουν ότι το 20-30% των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ για οποιοδήποτε λόγο πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της μεγαλύτερης έως σήμερα έρευνας που διεξήχθη σε υπηρεσίες ΠΦΥ.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, φαίνεται ότι η ψυχική διαταραχή είναι πολύ συχνή σε αρρώστους που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Οι πολύ υψηλές τιμές (επιπολασμού) των ψυχικών διαταραχών σε ορισμένα κέντρα (π.χ Χιλή) οφείλονται στο ότι η έρευνα διεξήχθη σε περιοχές με πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα, που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.

Στην έρευνα αυτή, αποδείχθηκε ότι η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών είναι καλύτερη στις χώρες με καλά αναπτυγμένα συστήματα ΠΦΥ και με επαρκή εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την αναγνώριση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Οι υπηρεσίες με την καλύτερη αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών χαρακτηρίζονται από την προσωπική φροντίδα του αρρώστου (προσωπικός ιατρός που γνωρίζει τον άρρωστο, ύπαρξη συστήματος ραντεβού, τήρηση ατομικών αρχείων των αρρώστων και παρακολούθηση του αρρώστου από τον ίδιο ιατρό).

Αντίθετα, στα κέντρα εκείνα όπου το σύστημα χαρακτηρίζεται από τη «μη προσωποποιημένη» φροντίδα (μη προσωπικός ιατρός, έλλειψη συστήματος ραντεβού, έλλειψη παρακολούθησης του αρρώστου από τον ίδιο ιατρό), η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών ήταν μικρότερη. Το άλλο ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι η θεραπευτική παρέμβαση σε αυτούς που αναγνωρίζονται ως πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές στην ΠΦΥ είναι ανεπαρκής.

### **Τριτοβάθμια πρόληψη**

Η τριτοβάθμια ψυχιατρική πρόληψη έχει ως σκοπό τη μείωση των συνεπειών που προκύπτουν από τη χρονιότητα της ψυχικής διαταραχής. Πραγματοποιείται μέσω προγραμμάτων αποκατάστασης. *Αποκατάσταση* είναι η διαδικασία κατά την οποία ένας άρρωστος βοηθιέται να προσαρμοστεί στους περιορισμούς που συνεπάγεται η δυσλειτουργία του (σωματική, ψυχική, επαγγελματική, κοινωνική), έχει ως στόχο να προσεγγίσει το άτομο το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και αυτονομίας.

Τα προγράμματα αποκατάστασης αποσκοπούν στην ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του αρρώστου με την λειτουργία

περιβαλλοντικών υποστηρικτικών συστημάτων για τον άρρωστο. Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία σε τρεις, βασικά, τομείς: *εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες.* (Καραχάγιος 2004 σελ. 130-137)

## 2.5 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

α) Παραληρητικές Ιδέες: Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθασμένες πεποιθήσεις, οι οποίες δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία. Δεν συνοδεύονται από διαταραχές της συνείδησης. Είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες και το περιεχόμενό τους επηρεάζεται από την ατομική πολιτισμική εμπειρία του ατόμου.

**Αναλόγως του περιεχομένου τους διακρίνονται σε:**

- Διωκτικές (όπου το άτομο πιστεύει ότι βρίσκεται υπό συνεχή και οργανωμένη δίωξη από άτομα ή οργανώσεις που στοχεύουν στην εξόντωσή του).
- Μεγαλείου (όπου το άτομο είναι πεπεισμένο ότι έχει κάποιο – υπερβολικό για τα πραγματικά δεδομένα – προορισμό, όπως π.χ. να γίνει πρωθυπουργός, να ιδρύσει νέα ιδεολογία, να μεταφέρει θεϊκά μηνύματα, να κάνει κάποια σημαντική ανακάλυψη κ.ά.).
- Υποχονδριακές (όπου το άτομο κατακλύζεται από σωρεία παραδόξων σωματικών ενοχλημάτων).
- Αποκαλυπτικές – κοσμογονικές (όπου κυριαρχούν προφητικού τύπου ιδέες κοσμοκαταστροφής, επικείμενης έλευσης της δευτέρας παρουσίας κ.ά.).
- Ερωτομανιακές (όπου το άτομο πιστεύει ότι το έχουν ερωτευθεί σημαντικές προσωπικότητες).
- Ζηλοτυπικές (όπου κυριαρχούν οι πεποιθήσεις απιστίας του συντρόφου). Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια είναι συνήθως πρωτογενές στην προέλευσή τους (πρωτογενές ή αυτόχθον παραλήρημα) και χαρακτηρίζονται από την αιφνίδια, εκ κενού, ανάδυσή τους, την άμεση αποδοχή τους από το άτομο, το ανεξήγητο και απρόβλεπτο της εμφάνισής τους την πρώτη φορά και το «αποκαλυπτικό» του περιεχομένου τους.

Μια άλλη κατηγορία παραληρητικών ιδεών είναι οι *δευτερογενείς* (δευτερογενές ή επεξηγηματικό παραλήρημα), που η προέλευσή τους πρέπει να αναζητηθεί στην προσπάθεια του αρρώστου να εξηγήσει τα παθολογικά του βιώματα (π.χ. να εξηγήσει τις ακουστικές του ψευδαισθήσεις με την παραληρητική ιδέα ότι του έχουν εμφυτεύσει έναν πομπό στον εγκέφαλο).

β) Ψευδαισθήσεις: Ο κόσμος του σχιζοφρενικού αρρώστου μπορεί να κυριαρχεί ψευδαισθήσεις, δηλαδή μπορεί να αντιλαμβάνεται πράγματα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Για παράδειγμα, μπορεί να ακούει φωνές που να του λένε να κάνει συγκεκριμένα πράγματα, να βλέπει ανθρώπους ή αντικείμενα που στην πραγματικότητα δεν είναι μπροστά του ή να αισθάνεται αόρατα χέρια να αγγίζουν το σώμα του.

Οι ψευδαισθήσεις αυτές μπορεί να είναι αρκετά τρομακτικές. Το άκουσμα φωνών που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν είναι ο πιο συχνός τύπος ψευδαισθήσης στη σχιζοφρένεια. Οι φωνές αυτές μπορεί να σχολιάζουν τις ενέργειες του αρρώστου, να μιλούν μεταξύ τους για τον άρρωστο, να τον προειδοποιούν για επερχόμενους κινδύνους ή να δίνουν εντολές στο άτομο για το τι να κάνει.

γ) Αποδιοργανωμένη Σκέψη: Συχνά, η σκέψη του σχιζοφρενικού αρρώστου επηρεάζεται από την ασθένεια, μπορεί για ώρες να μην μπορεί να σκεφτεί «κανονικά». Οι σκέψεις μπορεί να έρχονται και να φεύγουν πολύ γρήγορα από το μυαλό του και να μην μπορεί να τις πιάσει.

Ο άρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι σε θέση να ξεχωρίσει τι είναι σχετικό και τι όχι σε μια κατάσταση. Επίσης μπορεί να μην είναι σε θέση να συνδέσει τις σκέψεις του με τρόπο λογικό, και έτσι αυτές χάνουν τον φυσιολογικό τους ειρμό και γίνονται ακατανόητες και αποσπασματικές.

Αυτή η έλλειψη φυσιολογικού ειρμού, που αποτελεί διαταραχή στην δομή και οργάνωση της σκέψης, μπορεί να κάνει τη συνομιλία με ένα σχιζοφρενικό άρρωστο πραγματικά δύσκολη και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινωνική απομόνωση του ατόμου. Όταν οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να καταλάβουν τι λέει ο συνομιλητής τους είναι πιθανότερο να μην αισθάνονται άνετα μαζί του και να έχουν την τάση να τον αφήσουν μόνο του.

δ) Διαφορετική Πραγματικότητα: Όπως ακριβώς οι φυσιολογικοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται στο κόσμο με τον δικό τους τρόπο, έτσι και οι σχιζοφρενικοί άρρωστοι έχουν την δική τους αντίληψη για την πραγματικότητα. Η οπτική όμως αυτή είναι συχνά εντυπωσιακά διαφορετική από αυτήν των ανθρώπων γύρω τους. Ζώντας σε έναν κόσμο που μπορεί να εμφανίζεται παραμορφωμένος, ευμετάβλητος και χωρίς τα στοιχεία εκείνα που όλοι χρησιμοποιούμε για να δεθούμε με την πραγματικότητα, ο άρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζεται εξαιρετικά ανήσυχος και συγχυσμένος.

Μπορεί να φαίνεται απόμακρος, ξεκομμένος, απορροφημένος από τις ιδέες του, ή ακόμη να μένει ακίνητος για ώρες χωρίς να βγάζει ούτε έναν ήχο. Ή μπορεί να κινείται ασταμάτητα και να βρίσκεται σε υπερδιέγερση και εγρήγορση. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να εμφανίζει πολλές διαφορετικές συμπεριφορές σε διαφορετικούς χρόνους.

ε) Συναίσθηματική Έκφραση: Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια μερικές φορές εμφανίζουν αυτό που έχει ονομαστεί «απρόσφορο συναίσθημα». Αυτό σημαίνει ότι



το συναίσθημά του αρρώστου δεν είναι συμβατό με αυτά που λέει, ότι καταδιώκεται από δαίμονες και ταυτόχρονα να γελάει. Αυτή η συμπεριφορά δεν πρέπει να συγχέεται με εκείνη που παρουσιάζουν φυσιολογικά άτομα όταν, π.χ. γελούν νευρικά ύστερα από κάποιο μικροατύχημα. Μερικές φορές οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν το λεγόμενο «επίπεδο» ή «αμβλύ» συναίσθημα. Ο όρος υποδηλώνει μια σοβαρή μείωση της συναισθηματικής ροής να τις «πιάσει».

ζ) Η πτωχή σκέψη και ομιλία: Χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα που έχει ο καθένας που συζητάει με έναν σχιζοφρενή άρρωστο ότι δεν πήρε καμιά πληροφορία παρόλη την καλή προσπάθεια να ακούσει προσεκτικά και για αρκετό χρονικό διάστημα.

η) Η Ψυχοκινητική διέγερση: εκφράζει εξωτερικά την εσωτερική ανησυχία του αρρώστου, που εκδηλώνεται κυρίως με υπερκινητικότητα, που δεν αποσκοπεί σε συγκεκριμένη ενέργεια, δεν μπορεί να καθίσει ήρεμος σε ένα μέρος, περπατάει πάνω- κάτω, αλλάζει συνέχεια θέση κλπ.

θ) Ο ελαττωμένος αυθορμητισμός: φαίνεται από την μη ύπαρξη πρόθεσης από την πλευρά του αρρώστου να αρχίσει οποιουδήποτε είδους επικοινωνία, τόσο με το γιατρό αλλά και με οποιονδήποτε άλλο άνθρωπο γνωστό, συγγενή ή άγνωστο.

Τα **θετικά συμπτώματα** δεν υποδηλώνουν ότι είναι «καλά» για τον άρρωστο αλλά υποδηλώνουν ότι είναι συμπεριφορές ή φαινόμενα επιπρόσθετα στη γενική συμπεριφορά του αρρώστου, όπως αυτή ήταν πριν εκδηλωθεί η νόσος. Σ' αυτά περιλαμβάνονται οι *παραληρητικές ιδέες*, οι *ψευδαισθήσεις*, η *διαταραγμένη σκέψη* και η *ψυχοκινητική διέγερση*.

Ως **αρνητικά συμπτώματα** χαρακτηρίζονται αυτά που εκφράζουν σημαντική ελάττωση ή και πλήρη απουσία φυσιολογικών κατά τα άλλα λειτουργιών του ανθρώπου και σ' αυτά ανήκουν:

- Το αμβλύ συναίσθημα
- Η πτωχή σκέψη και ομιλία
- Το μειωμένο ενδιαφέρον και ενεργητικότητα
- Η κοινωνική απόσυρση
- Ο μειωμένος αυθορμητισμός και επικοινωνίας (Χριστοδούλου 2000 σελ.90-95)



## 2.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα είδη θεραπείας που μπορούν να εφαρμοστούν είναι τα παρακάτω:

- Α) φαρμακοθεραπεία
- Β) ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία
- Γ) θεραπεία του περιβάλλοντος
- Δ) συνεργασία με την οικογένεια
- Ε) αποθεραπεία

Η **φαρμακοθεραπεία** συνίσταται κατά πρώτο λόγο στα ψυχοφάρμακα, συγκεκριμένα στα νευροληπτικά, που ενεργώντας πάνω στους ντοπαμινικούς νευρουποδοχείς του εγκεφάλου βελτιώνουν την ικανότητα , προσοχής του αρρώστου , και την προσαρμοστικότητα του στο κοινωνικό περιβάλλον. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ανάγκη να συνεχιστεί , με την δόση και το ωράριο που προβλέπονται από το γιατρό, για ένα αρκετά μακρύ χρονικό διάστημα.

Τα **αντιψυχωτικά** φάρμακα (που επίσης είναι γνωστά και ως νευροληπτικά) είναι διαθέσιμα περίπου από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Από τότε που χρησιμοποιήθηκαν βελτίωσαν σημαντικά την εικόνα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα φάρμακα αυτά αντιμετωπίζουν τα ψυχωτικά συμπτώματα και συνήθως επιτρέπουν στους ασθενείς να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά.

Τα **ψυχοφάρμακα** είναι η καλύτερη θεραπεία που έχουμε σήμερα για την σχιζοφρένεια, αλλά δεν θεραπεύουν την σχιζοφρένεια ούτε εξασφαλίζουν ότι δεν θα υπάρξουν άλλα τέτοια επεισόδια στο μέλλον. Η επιλογή του κατάλληλου

φαρμάκου και η απαραίτητη δοσολογία πρέπει να γίνεται μόνο από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς, δηλαδή γιατρούς ειδικευμένους στην ψυχιατρική.

Η δοσολογία δεν είναι σταθερή αλλά εξατομικεύεται για κάθε άρρωστο, διότι οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων χωρίς την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι πάρα πολύ αποτελεσματικά στην θεραπεία συγκεκριμένων συμπτωμάτων (π.χ. ψευδαισθήσεων και παραληρηματικών ιδεών). Η μεγάλη πλειοψηφία των αρρώστων εμφανίζει σημαντική βελτίωση. Μερικοί άρρωστοι, ωστόσο, δεν βοηθούνται αρκετά από αυτά ενώ λίγοι φαίνεται ότι δεν τα έχουν ανάγκη καθόλου.

Δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο να προβλέψουμε τους ασθενείς που ανήκουν σε μια από τις τελευταίες δύο κατηγορίες και να τους διακρίνουμε από τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που πραγματικά βοηθούνται από την θεραπεία με τα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Μερικές φορές τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειες τους είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικοί με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Εκτός από την ανησυχία τους σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, τους απασχολεί και το ερώτημα μήπως τα φάρμακα αυτά προκαλούν εξάρτηση. Για τους λόγους αυτούς, τονίζεται ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εξάρτηση όπως κάποια άλλα.

Πρέπει ακόμη να επισημανθεί η τάση του σχιζοφρενικού αρρώστου να παραμελεί ή και ηθελημένα να διακόπτει την φαρμακοθεραπεία του, είτε γιατί αισθάνεται πως τα φάρμακα τον ενοχλούν, είτε γιατί ελπίζει ότι δεν θα ξαναγυρίσουν τα συμπτώματα της αρρώστιας .

### ***Οι παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων.***

Πρέπει επίσης να δοθεί προσοχή στις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων , που εκτός από τα δυσάρεστα συμπτώματά τους μπορεί να γίνουν αιτία ατυχημάτων. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως όλα τα φάρμακα, προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια, ωφέλιμη, δράση τους. Κατά την έναρξη της θεραπείας οι άρρωστοι μπορεί να εμφανίζουν υπνηλία, κινητική ανησυχία, τρόμο, ξηροστομία, ή ανωμαλίες στην όραση. Οι περισσότερες από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν είτε με μείωση της δόσης είτε με χρήση άλλων φαρμάκων.

Δεν εμφανίζουν όλοι οι άρρωστοι την ίδια απάντηση στην θεραπεία ή τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ένας άρρωστος μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο σε σχέση με κάποιον άλλο. Οι μακροχρόνιες συνέπειες της χρήσης των φαρμάκων αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα στην αντιμετώπιση τους σε σχέση με τις προαναφερθείσες.

Η όψιμη δυσκινησία, που είναι η σημαντικότερη, είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ακούσιες κινήσεις κυρίως της περιοχής του στόματος, της γλώσσας και των χειλιών και μερικές φορές του κορμού ή και άλλων περιοχών του σώματος. Συμβαίνει συνήθως στο 15-20% των αρρώστων που παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα για πολλά χρόνια αν και πιο σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί και σε αρρώστους που έχουν πάρει τέτοια φάρμακα για μικρότερο χρονικό διάστημα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά είναι ήπια και οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν καν αντιληφθεί την ύπαρξη τους. Στην θεραπεία της σχιζοφρένειας το ζήτημα της στάθμισης των πιθανών κινδύνων σε σχέση με τις πιθανές ωφέλειες της θεραπείας είναι εξαιρετικά σημαντικό.

Στο πλαίσιο αυτό, ο κίνδυνος της όψιμης δυσκινησίας, όσο ανησυχητικός και αν είναι, πρέπει να σταθμιστεί σε σχέση με τον κίνδυνο πιθανών υποτροπών χωρίς θεραπεία, οι οποίες μπορεί να καταστρέψουν ανεπανόρθωτα τις προσπάθειες των αρρώστων να επιστρέψουν στο σχολείο, ή την δουλειά τους, και την ικανότητα τους να ζήσουν στο σπίτι τους ή στην κοινότητα. Για τους αρρώστους εκείνους που εμφανίζουν όψιμη δυσκινησία, η χρήση των φαρμάκων πρέπει να επαναξιολογηθεί.

Ακόμη, όσον αφορά τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων συνδέονται με εξωπυραμιδικές παρενέργειες, ενώ τα άτυπα συνδέονται με κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου όπως αύξηση βάρους, διαβήτη. Όταν τα αντιψυχωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, μπορούν να βελτιώσουν την θεραπεία.

Ερευνητές στο πανεπιστήμιο της Δανίας σε συνεργασία με το τεχνολογικό ινστιτούτο της Δανίας έχουν διεξάγει επιτυχημένες δοκιμές σε αρουραίους στους οποίους χορηγήθηκε φαινικλιδίνη. Οι ερευνητές τώρα πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια βρίσκεται σε κάποιες συγκεκριμένες μετρήσιμες πρωτεΐνες, γνωρίζοντας αυτές τις πρωτεΐνες μπορεί να γίνει δυνατή η ανάπτυξη ποιο αποτελεσματικών φαρμάκων για την σχιζοφρένεια.

#### **Οι θεραπευτικοί στόχοι της φαρμακευτικής θεραπείας είναι:**

- 1) Η ελάττωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων.
- 2) Βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων.
- 3) Πρόληψη των υποτροπών και των ψυχωτικών επεισοδίων μελλοντικά.
- 4) Βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ασθενή.

## ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο Ελβετός **Μέγερ** αντίκρισε τις ψυχωτικές διαταραχές ως αμυντικές , και ελάχιστα προσαρμοστικές αντιδράσεις στις καθημερινές συνθήκες της ζωής .

Με βάση την ψυχαναλυτική θεωρία , ψυχοθεραπευτές όπως η **Φρίντα Φρομ-Ραιχμαν**, ο **Χάρολντ Σερλς** και ο **Ότο Ούιλ** επιχειρούν να δημιουργήσουν μία στενά προσωπική σχέση με τον σχιζοφρενικό άρρωστο, κάτι που φτάνει στα όρια της συμβίωσης, φιλοδοξώντας να προσφέρουν την δυνατότητα μιας καινούργιας εμπειρίας με ένα μητρικό αντικείμενο συναισθηματικά ποιο ευαίσθητο από την σχιζοφρενή μητέρα 'ώστε ο άρρωστος να ανάπτυξιν μία ακέραιη και σταθερή προσωπικότητα.

### Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται είναι:

**Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση:** Περιλαμβάνει προγράμματα σχετικά με την κοινωνική και επαγγελματική εκπαίδευση των ασθενών. Τα προγράμματα αυτά είναι απαραίτητα για την επιτυχία της θεραπείας της σχιζοφρένειας στην κοινότητα (εκτός δηλαδή των ιδρυμάτων), διότι τους παρέχουν τις επιδεξιότητες εκείνες που είναι απαραίτητες για να ζήσουν παραγωγικά και εκτός των

τειχών των ειδικών ιδρυμάτων.

**Ατομική ψυχοθεραπεία:** Οι άρρωστοι με το να μοιράζονται τις εμπειρίες τους με έναν ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία Ψυχικής Υγείας, μπορούν σταδιακά να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους και τα προβλήματα τους. Μπορούν επίσης να μάθουν να ξεχωρίζουν πιο εύκολα το *πραγματικό* από το μη *πραγματικό* και *παραμορφωμένο*.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχοθεραπείες που βοηθούν πιο πολύ είναι η *υποστηρικτική* και εκείνες που επικεντρώνονται στην επίλυση των πρακτικών ζητημάτων. Αντίθετα οι ψυχαναλυτικού τύπου δυναμικές θεραπείες δεν φαίνεται να βοηθούν ιδιαίτερα.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Μια τέτοια θεραπεία εφαρμόζεται μαζί με φαρμακευτική αγωγή. Και όταν η κατάσταση του αρρώστου είναι οξεία ή υπάρχει κίνδυνος να γίνει χρόνια ενδείκνυται η περιβαλλοντική θεραπεία σε ένα ψυχοθεραπευτικό ίδρυμα. Μέσα από την συναισθηματική μεταβίβαση που δημιουργείται με τον ψυχοθεραπευτή καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό , γίνεται μία συντονισμένη προσπάθεια να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας του.

## **ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Από την αρχή οι συγγενείς θα πρέπει να κατατοπιστούν πάνω στην φύση της ψυχιατρικής ασθένειας , γενικά και να καταλάβουν πως η δική τους συμπεριφορά και τα δικά τους προβλήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής του αρρώστου.

Θα πρέπει οι συγγενείς να καταλάβουν ότι η συνεργασία τους κατά την διαρκείας της νοσηλεία του, αρχίζοντας από- χωρίς επιφύλαξη-αναφορά στο προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του και συνεχίζοντας με τακτική συμμετοχή σε κοινές ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις με το άρρωστο και τον γιατρό του.

**Οικογενειακή θεραπεία:** Πολύ συχνά, την φροντίδα των αρρώστων μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο αναλαμβάνουν οι οικογένειες του. Είναι απαραίτητο λοιπόν, τα μέλη της οικογένειας να έχουν σαφή γνώση και κατανόηση για το τι είναι σχιζοφρένεια καθώς και με ποιο τρόπο μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα τον αρρωστό τους. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη υποτροπών, αφού έχει βρεθεί από μελέτες ότι άρρωστοι που ζουν σε οικογένειες, που είναι ιδιαίτερα επικριτικές προς αυτούς και που δεν τους αφήνουν ελεύθερο χώρο «να αναπνεύσουν» εμπλεκόμενες σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, υποτροπιάζουν πιο συχνά.

**Ομαδική θεραπεία:** Στόχος της θεραπείας αυτής είναι οι άρρωστοι να μάθουν από τις εμπειρίες των άλλων αρρώστων και να διορθώσουν πιθανές παραμορφώσεις και δυσλειτουργικές διαπροσωπικές συμπεριφορές. Όταν το οξύ στάδιο έχει περάσει, η συμμετοχή στην ομάδα μπορεί να τους βοηθήσει στην προετοιμασία να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στην ζωή έξω από το νοσοκομείο.

## **ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Προκειμένου για την αποκατάσταση σχιζοφρενικών αρρώστων που δεν έχουν την δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένειά τους , ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθογόνος , είναι αναγκαίο να βρεθεί ένα περιβάλλον για την αποκατάσταση του ασθενούς .Η ύπαρξη φορέων ανοιχτής περιθάλψεως , όπως ιατρεία αποθεραπείας , νοσοκομεία, εργαστήρια προστατευμένης εργασίας θα μπορούσε να προσφέρει μια εναλλακτική λύση. (Χαρτοκόλλης 1999 σελ. 187-193)

## 2.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στοιχειώδεις γνώσεις *ψυχοφαρμακολογίας* είναι απαραίτητες στον νοσηλευτή αφού συμμετέχει υπεύθυνα στην φαρμακευτική θεραπεία των ψυχικά αρρώστων.

Τα **ψυχοτρόπα φάρμακα** ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες .

- Ø Νευροληπτικά
- Ø Ηρεμιστικά
- Ø Αντικαταθλιπτικά
- Ø Ψυχοδιεγερτικά

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

- A) Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του ασθενή.
- B) Συστηματική παρακολούθηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του ασθενή, για να γίνει σύγκριση αλλαγών αργότερα.
- Γ) Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων όπως ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες.
- Δ) Λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, σφίξεις, αρτηριακή πίεση, αναπνοές)
- Ε) *Λήψη των εξής πληροφοριών:* συνήθειες φαγητού, ύπνου, το επίπεδο δραστηριότητας, την λειτουργία του εντέρου, την κατάσταση του δέρματος, το σωματικό βάρος, το ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, την πρόσφατη λήψη φαρμάκων, και τυχόν ενδεχόμενο εγκυμοσύνης.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Παρακολούθηση και αξιολόγηση των *ψυχολογικών* και *οργανικών* αντιδράσεων του ασθενή προς τα φάρμακα που παίρνει.

- 1) Κατάρτιση προγράμματος συνεχούς επίβλεψης για αιφνίδιες αντιδράσεις, όπως ηπατικές ή αιματολογικές.
- 2) Εφαρμογή πλήρους νοσηλευτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένου και ψυχολογικής υποστήριξης του αρρώστου.
- 3) Στα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει πάντοτε να χορηγούνται σε χαμηλότερες δόσεις.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

- A) Η εξασφάλιση τεκμηριωμένων κριτηρίων για τον τερματισμό της θεραπείας.
- B) Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής των φαρμάκων, με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη, ή με μια μικρή δόση φαρμάκων αν κριθεί απαραίτητο και πάντα με συνεχή παρακολούθηση.
- Γ) Προετοιμασία και συστηματική επαγρύπνηση για τυχόν υποτροπές.
- Δ) Οργάνωση σταθερού συστήματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τον άρρωστο.

## ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΚΟΠΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

Η διδασκαλία του αρρώστου διευκολύνει και προάγει τη συμμόρφωσή του στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Αρχικά πρέπει να εκτιμηθούν η ψυχική κατάσταση και το επίπεδο κατανόησης του ασθενή και στη συνέχεια καταστρώνεται ανάλογο *εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας* και πλήρους ενημέρωσης.

### **Ο νοσηλευτής πρέπει:**

- 1) Να πληροφορήσει πρώτα από όλα τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του για την αναγκαιότητα της λήψης της φαρμακοθεραπείας στο σπίτι.
- 2) Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον άρρωστο και την οικογένειά του, και να εξακριβώσει αν είναι βέβαιοι ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη της θεραπείας στο σπίτι.
- 3) Να ενημερώσει σχετικά με τη φύση της ψυχικής ασθένειας, το όνομα, τη δόση, τις ώρες χορήγησης, και το επιθυμητό αποτέλεσμα του φαρμάκου.
- 4) Να εξηγήσει στον ασθενή και την οικογένεια, ότι πρέπει να αναφέρει αμέσως, αν παρουσιάσει τυχόν από τα παρακάτω συμπτώματα: πονόλαιμο, πυρετό, ασυνήθιστη αιμορραγία, δερματικό εξάνθημα, αδυναμία, μυϊκοί σπασμοί, διαταραχές στην όραση, σκούρα χροιά των ούρων, άχρωμες κενώσεις και ίκτερο.
- 5) Να συμβουλέψει τον άρρωστο, να μην μοιράζεται τα φάρμακά του με άλλους.
- 6) Να του υπενθυμίζει να μην παραλείπει και να μη υπερβαίνει τις δόσεις του αλλά να είναι πιστός στο πρόγραμμά του.
- 7) Να καθοδηγήσει την οικογένεια να αναλάβει αυτή την ευθύνη της χορήγησης των φαρμάκων, σε περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής αδυνατεί να συμμορφωθεί.
- 8) Να τον πληροφορήσει σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων συμπεριλαμβανομένου και των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και πότε



πρέπει να ενημερώνει τον νοσηλευτή ή τον γιατρό τους ώστε να του χορηγείται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για την μείωση αυτών.

- 9) Να τον ενημερώσει ότι πρέπει να αποφεύγεται η χρήση αλκοολούχων ποτών, όσο δυσάρεστα και αν είναι τα συμπτώματα, γιατί ήδη τα φάρμακα προκαλούν καταστολή του ΚΝΣ, και δεν μπορούν να συνδυάζονται με άλλο κατασταλτικό όπως είναι το αλκοόλ.
- 10) Να συμβουλεύσει τον ασθενή να μη παίρνει ταυτόχρονα και άλλα φάρμακα.
- 11) Να τον συμβουλεύσει να βάζει τα φάρμακά του κλεισμένα σε μέρος που δεν φτάνουν τα παιδιά.

Η υπεύθυνη λήψη των ατομικών φαρμάκων από τον ίδιο τον άρρωστο αυξάνει το αίσθημα αυτοελέγχου, την αυτοπεποίθηση και τον αυτοσεβασμό, ενώ ελαχιστοποιείται η παθολογική εξάρτηση από το περιβάλλον. Πάντως η προθυμία ή απροθυμία του αρρώστου να παίρνει τα φάρμακά του πρέπει να αναφέρεται στην συνολική νοσηλευτική εκτίμηση των προβλημάτων του και των δυνατοτήτων του. (Παπαγεωργίου 2005 σελ. 196-199)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η "Τρίτη ηλικία" συνδέεται με μύθους, στερεότυπα και παρεξηγήσεις. Κοινός παρονομαστής όλων αυτών είναι η απώλεια της αυτονομίας, η επιδείνωση της ποιότητας ζωής και η περιθωριοποίηση. Οι αλλαγές στον οργανισμό με την πάροδο της ηλικίας μπορούν να ταξινομηθούν σε μεταβολές στον γνωστικό τομέα, στην προσωπικότητα, και στην προσαρμογή.

Όσον αφορά το πρώτο παρατηρείται αδυναμία απόκτησης νέας γνώσης, αλλά και το γεγονός αυτό αντισταθμίζεται από την αύξηση της κριτικής ικανότητας, και την ευχέρεια αξιοποίησής της εμπειρίας της ζωής του. Τελευταίες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η απώλεια της μνήμης είναι επιλεκτική και δεν αφορά την μακροπρόθεσμη αλλά και την βραχυπρόθεσμη μνήμη.

Τα νέα για αυτούς ερεθίσματα, πρέπει να παρουσιάζονται με αργότερους ρυθμούς, ενώ οι ασκήσεις απομνημόνευσης, αποτρέπουν το φαινόμενο. Η εσωστρέφεια αυξάνεται κατά την Τρίτη ηλικία αλλά ταυτόχρονα μειώνεται ο νευρωτισμός. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι διατηρούν την υγεία τους και ζουν ικανοποιητική ζωή πέρα από τις κοινωνικές προσδοκίες.

Η Τρίτη ηλικία είναι ένα στάδιο ψυχολογικής ανάπτυξης στην ζωή του ανθρώπου. Το κυριότερο έργο ανάπτυξης του ηλικιωμένου είναι η απόκτηση

της ικανότητας να διακρίνει , να διευκρινίζει , να καλλιεργεί σε βάθος και να βρίσκει τρόπους πώς να χρησιμοποιεί ότι έχει κατορθώσει στην ζωή του. Και το σπουδαιότερο να συνεχίζει να αγαπά. << η αγάπη ουδέποτε εκπίπτει>>. (Παπάνης 2013 σελ. 98)

### 3.2 ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ

Οι θεωρίες που ασχολούνται με τη γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αυξάνουν σε αριθμό. Προς το παρόν όλες οι θεωρίες βρίσκονται στη φάση σχεδιασμού ,ο οποίος προσφέρει ποικίλου βαθμού εγκυρότητα και αξιοπιστία. Στη συνέχεια αναφέρονται ορισμένες από τις πιο γνωστές θεωρίες.

Πολλοί θεωρητικοί στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν τη βιολογική γήρανση έχουν ενστερνιστεί την επίδραση «εξωγενών και ενδογενών παραγόντων». Στους **ενδογενείς παράγοντες** περιλαμβάνονται τα γεννητικά προγράμματα, οι κυτταρικές μεταλλάξεις, οι αυτοάνοσες αντιδράσεις και άλλες εγγενείς διεργασίες .Στους **εξωγενείς παράγοντες** περιλαμβάνονται οι επιδράσεις του περιβάλλοντος όπως η δίαιτα, η ακτινοβολία κ.α. (Φωτίου *et al* 2003 σελ. 110-112)

**Παρακάτω αναφέρονται οι βιολογικές αλλαγές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου:**

#### **ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

- Αλλαγές στις δομές του κυτταρικού DNA: Εκφύλιση των ενδοκυττάρων οργανιδίων.
- Νευρονική εκφύλιση του Κ.Ν.Σ. κυρίως άνω πρόσθια κεντρική κροταφική έλικα.
- Πυρήνες εγκεφαλικού στελέχους σταθεροί.
- Αλλαγές στον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων.
- Αύξηση κολλαγόνου μεταξύ των κυττάρων.

#### **ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- Αυξάνεται η λειτουργία των αυτοάνοσων κυττάρων.
- Αυξάνεται η επιρρέπεια του ατόμου στις λοιμώξεις και τις νεοπλασίες.
- Μειώνονται τα T-λεμφοκύτταρα, αμετάβλητα τα λευκοκύτταρα.
- Αυξάνεται η ταχύτητα καθιζήσεως των ερυθροκυττάρων.

#### **ΣΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- Μειώνεται το ύψος(κατά 2cm) εξαιτίας της βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης και στα δυο φύλα, μεταξύ 2ης και 3ης δεκαετίας. Μειώνεται η αμιγής μυϊκή μάζα και η μυϊκή ισχύς.
- Αυξάνεται το βάθος της θωρακικής κοιλότητας.
- Αυξάνεται ο λιπώδης ιστός. Ελαττώνεται η μεσοκυττάρια ουσία των οστών με συνέπεια την οστεοπόρωση.

- Φθείρονται οι επιφάνειες των αρθρικών χόνδρων με κίνδυνο την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας.

#### **ΣΤΟ ΚΑΛΥΠΤΥΡΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- Το δέρμα εμφανίζει ρυτίδες.
- Τα μαλλιά λευκαίνουν.
- Η μελανίνη ουσία μειώνεται.
- Ο ρυθμός αύξησης των νυχιών επιβραδύνεται.
- Το υποβλεννογόνιο λίπος μειώνεται.
- Η λειτουργία των ιδρωτοποιών αδένων περιορίζεται.

#### **ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- 1) Η νεφρική λειτουργία μειώνεται.
- 2) Ο ρυθμός της σπειραματικής διηθήσεως μειώνεται.

#### **ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ**

- Οι φακοί των ματιών κιτρινίζουν και μειώνεται η περιφερική όραση.
- Η προσαρμοστικότητα στο φως-σκοτάδι μειώνεται.
- Η οξύτητα της γεύσης ,όσφρησης και αφής μειώνονται.
- Η δυνατότητα ακοής υψηλής συχνότητας μειώνεται.

#### **ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ**

- Ο δείκτης ευφυΐας παραμένει σταθερός μέχρι 80 ετών.
- Η λεκτική ικανότητα παραμένει.
- Η ψυχοκινητική δυνατότητα μειώνεται.
- Η εκμάθηση νέου υλικού επιβραδύνεται, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει πλήρης μάθηση-μνήμη.
- Μετατόπιση προσοχής με δυσκολία.
- Ικανότητα κωδικοποίησης μειωμένη.
- Δυνατότητα αναγνώρισης σωστής απάντησης παραμένει άθικτη.
- Ανάκληση μειωμένη.

#### **ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ**

- Μειωμένο βάρος εγκεφάλου κατά 17% και στα δύο φύλα.

- Αυξημένο εύρος αυλάκων, οι έλικες μικραίνουν και ατροφούν.
- Αυξημένος ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός.
- Μειωμένη η αιματική ροή του εγκεφάλου.
- Μειωμένη η οξυγόνωση του εγκεφάλου.

#### **ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- Αύξηση μεγέθους και βάρους καρδιάς, εμφάνιση κοκκίων λιποφουσκίνης.
- Μείωση ελαστικότητας καρδιακών βαλβίδων.
- Αύξηση κολλαγονικού ιστού στα αιμοφόρα αγγεία.
- Αυξημένη τάση για αρρυθμίες.
- Αλλοίωση ομοιόστασης ενδοαγγειακής πίεσεως.

#### **ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- Μείωση αιματικής ροής ήπατος και χοληδόχου.
- Μείωση ροής σιέλου.
- Μεταβολή απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα.

#### **ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- Μείωση επιπέδων οιστρογόνων στις γυναίκες.
- Μείωση επινεφριδίων ανδρογόνων.
- Μείωση παραγωγής τεστοστερόνης στους άνδρες.
- Αύξηση ορμόνων FSH και LH.
- Μείωση της T3.

#### **ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- Μείωση ζωτικής χωρητικότητας.
- Μείωση του αντανακλαστικού του βήχα.
- Μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου.

### 3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Τα "γηρατειά" δεν αποτελούν ασθένεια αλλά μια φυσιολογική εξέλιξη της ανθρώπινης ζωής και κατά κανόνα παρουσιάζονται στη πορεία τους προβλήματα υγείας.

Τα ανθρώπινα γεράματα είναι ένα πολύπλευρο και πολυσύνθετο θέμα που καμιά φορά προκαλεί φόβο και μελαγχολία.

Πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια λοιπόν ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός. Είναι όμως γεγονός πως χρειάζεται δυνατά κίνητρα, υπομονή, κατανόηση και ψυχικό σθένος για να προσφέρει στον ηλικιωμένο βοήθεια και νοσηλευτική φροντίδα.

Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη το παρελθόν του ηλικιωμένου, τις ανάγκες και τις επιδιώξεις, τα ήθη, τους κοινωνικούς θεσμούς και τη κουλτούρα του ηλικιωμένου.

#### Ο νοσηλευτής έχει καθήκον:

- Να ακούει τις ατελείωτες ανησυχίες που περιβάλλουν το ηλικιωμένο άτομο.
- Να εξηγεί όσο μπορεί πιο αναλυτικά για τις απορίες της θεραπευτικής του αγωγής, τα συμπτώματα και ενοχλήματα που ίσως παρουσιάζει.
- Να ενθαρρύνει τον ηλικιωμένο στην αντιμετώπιση δυσκολιών σε ρεαλιστική βάση.
- Να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών με σκοπό και στόχο την υγεία και την καλύτερη ποιότητα ζωή του ηλικιωμένου.

Είναι χρέος λοιπόν του νοσηλευτή να βοηθήσει έναν μεσήλικα να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας και στην αποκατάσταση της σε περίπτωση αρρώστιας.

*Στη φροντίδα λοιπόν του ηλικιωμένου υπάρχουν τρεις σπουδαίοι παράγοντες που είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της "Νοσηλευτικής φροντίδας":*

#### **1) Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου:**

Στη σημερινή εποχή ο καθένας τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα. Ο ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτή την ατομικότητα για δύο κυρίως λόγους: Διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που τον συνοδεύουν

αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι δύο αυτοί λόγοι πρέπει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά ώστε ο ηλικιωμένος να μπορέσει να διατηρήσει την ατομικότητα και αξιοπρέπεια του.

**Για να μπορέσει όμως να διατηρήσει αυτή την ανεξαρτησία είναι απαραίτητο να εξασφαλιστούν οι εξής προϋποθέσεις:**

- Ισορροπία στην υγεία του ώστε να μην χρειάζεται 24ωρη εντατική φροντίδα.
- Κατάλληλο περιβάλλον το οποίο να προσαρμόζεται στις αδυναμίες του.
- Κοινωνική υποστήριξη ειδικότερα εάν ο ηλικιωμένος ζει μόνος του.

## **2)Ενθάρρυνση και αυτοφροντίδα:**

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες σε σχέση με τη κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών. Δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου θα υπάρχουν τόσο από τη πλευρά του ίδιου όσο και από τη πλευρά του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος. Διότι ο οικογενειακός περίγυρος δεν έχει την υπομονή να περιμένει τον ηλικιωμένο να αυτοεξυπηρετηθεί έστω και με "αργούς ρυθμούς" και προτιμούν να τον εξυπηρετήσουν εκείνοι πιο γρήγορα με αποτέλεσμα η δυνατότητα του ίδιου του ατόμου να περιορίζεται.

Έτσι λοιπόν πάνω σε αυτό το θέμα τόσο ο μεσήλικας όσο και η οικογένεια χρειάζονται ενημέρωση από τον νοσηλευτή.

## **3)Διδασκαλία-Αγωγή υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας:**

Το πρώτο βήμα στην οργάνωση προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια αποτελεί η αξιολόγηση της της ετοιμότητας για μάθηση. Χωρίς αποδοχή του προβλήματος της χρόνιας αδυναμίας ή αναπηρίας δεν είναι δυνατό να είναι έτοιμος να δεχθεί αποτελεσματικά το πρόγραμμα διδασκαλίας. Χρειάζεται λοιπόν προσαρμογή και από τις δυο πλευρές στη νέα κατάσταση. Τόσο οι συγγενείς όσο και το ίδιο το άτομο μπορεί να δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν η να περιποιηθούν τη κολοστομία ή τον μόνιμο τραχειοσωλήνα ή να κάνουν οποιαδήποτε άλλη νοσηλεία χρειαστεί.

Το δεύτερο βήμα αποτελεί η αξιολόγηση της δυνατότητας για μάθηση. Παράγοντες που συντελούν σε αυτό είναι το μορφωτικό επίπεδο, η επίδραση της αρρώστιας στο επίπεδο αντίληψης του ατόμου και το

ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Με βάση λοιπόν τις υπάρχουσες γνώσεις ο νοσηλευτής προχωρεί στην επιπλέον ενημέρωση που κρίνει ότι είναι απαραίτητη, προσφέροντας στην αρχή βασικές εξηγήσεις του μηχανισμού και της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Η διδασκαλία-ενημέρωση έχει τρεις βασικούς σκοπούς:

- Την διατήρηση ισορροπίας στην υγεία του ηλικιωμένου.
- Την πρόληψη των διάφορων επιπλοκών τόσο από την αρρώστια, όσο και από τα διάφορα φάρμακα-θεραπείες.
- Την πρόληψη ατυχημάτων μέσα στο χώρο του σπιτιού και εκτός αυτού.
- Ομαδική εργασία και συνεργασία το νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας.

Ο νοσηλευτής είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του Ιδρύματος και των Υπηρεσιών Υγείας και της Κοινότητας με στόχο τη προσφορά για καλύτερη ποιοτικά αποδεκτή φροντίδα του "γέρατος".(Ραφτόπουλος 2011 σελ.8-14)

### 3.4 ΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ



Η "Τρίτη Ηλικία" έχει πλέον καθιερωθεί σαν μια φάση στη ζωή του ανθρώπου με τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Χαρακτηριστικά που έχουν να κάνουν όχι

μόνο με τη σωματική φυσιολογική εξασθένηση ή και την ύπαρξη τυχόν περιστασιακών ή χρόνιων νοσημάτων, αλλά και με αλλαγές της κοινωνικής ζωής, των σχέσεων με τους συνανθρώπους, τις δυνατότητες διατήρησης των δραστηριοτήτων και άλλα.

Το ηλικιωμένο άτομο καλείται καθημερινά να αποδεικνύει ότι "δεν έχει αρχίσει να τα χάνει", ότι μπορεί να διαλογίζεται και να συμμετέχει στην καθημερινή ζωή σαν φυσιολογικό, ότι έχει και αυτό, ίσως, όνειρα και επιθυμίες να πραγματοποιήσει ακόμη στη ζωή του. Σε αντίθεση, στα νέα άτομα η οποιαδήποτε ανικανότητα πρέπει να αποδειχθεί, οι επιθυμίες και τα όνειρα είναι απόλυτα φυσιολογικά, η συμμετοχή στις αποφάσεις δεδομένη.

Η ηλικία αυτή, ίσως είναι η μόνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου χωρίς υποχρεώσεις. Η μόνη φάση της ζωής του που, ελεύθερος από τη δουλειά του, τις υποχρεώσεις απέναντι στα παιδιά του, τους δικούς του ώριμους ή ανώριμους φαντασιωτικούς στόχους στη ζωή του, είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τις όποιες απωθημένες επιθυμίες του, όπως να γράψει, να ζωγραφίσει, να ταξιδέψει κλπ.

Ακόμα και η απλή έκφραση όμως κάποιων, τέτοιων σκέψεων, συνήθως αντιμετωπίζεται σαν "πρώτο σύμπτωμα" ότι κάτι δεν πάει καλά. Μέσα λοιπόν στη μοναξιά του - συχνά έχει χαθεί ο σύντροφος και τα παιδιά έχουν πλέον απομακρυνθεί - μαθαίνει με τον καιρό το νέο του ρόλο, να αισθάνεται άχρηστος ή βάρος για συγγενείς και φίλους. Το υπόστρωμα για την εκδήλωση μίας ψυχικής διαταραχής ή της επιβάρυνσης οποιασδήποτε σωματικής ασθένειας από τη μείωση της ψυχοσωματικής άμυνας του ατόμου, έχει διαμορφωθεί.

Συνοψίζοντας τους παράγοντες που θα μπορούσαν να επιδράσουν αιτιολογικά και παθογονικά, στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στην "*Τρίτη ηλικία*", θα μπορούσαμε να τους ταξινομήσουμε σε δύο κατηγορίες:

### **1) Παράγοντες που έχουν να κάνουν με το ίδιο το άτομο.**

- α. Προ υπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.
- β. Οργανικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου.
- γ. Συχνές σωματικές ασθένειες ή χρόνια νοσήματα.
- δ. Χρόνια χρήση διαφόρων φαρμάκων που μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχιατρική συμπτωματολογία.
- ε. Αναζωπύρωση παλαιών ασθενειών.

### **2) Παράγοντες που έχουν να κάνουν με το κοινωνικό περιβάλλον.**

- α. Σε μια κοινωνία που τη χαρακτηρίζουν η απόδοση και ο καταναλωτισμός, ο αδύναμος και μη αποδοτικός είναι λιγότερο αποδεκτός.



β. Ο ρόλος των ηλικιωμένων είναι προκαθορισμένος και οφείλουν να προσαρμοσθούν σ' αυτόν.

γ. Η συνταξιοδότηση είναι γενικά καλύτερα ανεκτή, ενώ η απώλεια του/της συντρόφου οδηγεί συχνά σε καταθλιπτικές καταστάσεις.

δ. Οι συνθήκες διαβίωσης της εποχής δεν αφήνουν περιθώρια ελεύθερης κίνησης των ηλικιωμένων και λόγω κρίσης .

ε. Η χρόνια μοναξιά μπορεί να οδηγήσει και αυτή σε ψυχιατρικά προβλήματα. Στις περιπτώσεις αυτές η εισαγωγή σε ένα ίδρυμα μπορεί να λειτουργήσει και θεραπευτικά. Με την προϋπόθεση βέβαια, ότι θα πρόκειται για ένα ίδρυμα στο οποίο, ο ηλικιωμένος θα μπορεί να αναπτύξει κάποιες δραστηριότητες και να επικοινωνήσει με άλλους της ηλικίας του.

στ. Τα διάφορα ιδρύματα όμως, είναι στην πλειοψηφία τους ανεπιθύμητα και από τους ίδιους μια και για τη ψυχική υγεία δεν φθάνει μόνο η σωματική φροντίδα αλλά και η διατήρηση οποιασδήποτε μορφής αυτόνομης δραστηριότητας ή δημιουργικής απασχόλησης.

ζ. Στις περισσότερες περιπτώσεις, στο ίδρυμα, χάνει ακόμη και την πολυτέλεια της μοναξιάς του, με το να γίνει ένας από τους πολλούς ανώνυμους ενοίκους του.

Το ψυχιατρικά διαταραγμένο ηλικιωμένο άτομο σπάνια αναζητά ιατρική βοήθεια από μόνο του. Συχνά μάλιστα το ίδιο το περιβάλλον του θεωρεί φυσιολογικά φαινόμενα γήρανσης ακόμη και τα συμπτώματα μιας προχωρημένης ψυχιατρικής πάθησης ή τα πρώτα σημεία ενός οργανικού ψυχοσυνδρόμου, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι ασθενείς να φθάνουν σε αρκετά προχωρημένες καταστάσεις στην αναζήτηση ειδικευμένης ιατρικής βοήθειας.

Υπολογίζεται ότι σχεδόν κάθε τρίτος ασθενής που εισάγεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι άνω των 65 ετών, ενώ οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι κατά σειρά συχνότητας οι διαγνώσεις εισαγωγής είναι:

- **Οργανικό ψυχοσύνδρομο.**
- **Καταθλιπτικό σύνδρομο.**
- **Οργανικές ψυχώσεις.**
- **Ψυχοαντιδραστικές καταστάσεις.**
- **Ασθένειες εξάρτησης.**

#### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΟ ΓΗΡΑΣ.

#### 1) ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΕ ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

## **A. Οι νευρωτικές διαταραχές**

Εμφανίζονται στη 2η - 3η δεκαετία της ζωής και κάποιες μορφές στην 4η μέχρι 5η με εγκλητικούς παράγοντες γεγονότα ή βιώματα στις αντίστοιχες φάσεις. Οι νευρωτικές διαταραχές, ίσως και λόγω της σχέσης τους με εγκλητικούς περιστασιακούς παράγοντες, μειώνονται συνήθως σε ένταση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Γίνονται περισσότερο ανεκτές και με λιγότερη σπουδαιότητα για το άτομο που, κατά κάποιο τρόπο, έχει μάθει να ζει με αυτές. Συχνά μάλιστα "ξεχνιούνται" σε βαθμό που να μπορούν να θεωρηθούν σαν ιαθείσες.

## **B. Οι διαταραχές της προσωπικότητας.**

Με προϋπόθεση ένα σχετικά σταθερό περιβάλλον, χάνουν με το χρόνο σε ένταση, χρώμα και δραματοποίηση των χαρακτηριστικών τους. Σε πολλές όμως περιπτώσεις, τα άτομα αυτά γίνονται ιδιαίτερα προβληματικά, όταν λόγω της εγκεφαλικής ατροφίας και της συνεπακόλουθης εξασθένησης του ανασταλτικού ελέγχου της λογικής οδηγούνται σε μία, χωρίς όρια, έκφραση της ψυχοπαθολογίας τους. Σε αυτήν την περίπτωση γίνονται βασανιστικά για το περιβάλλον τους.

## **Γ. Οι συναισθηματικές ψυχώσεις.**

Εμφανίζουν με το πέρασμα του χρόνου μια, φαινομενικά, ηπιότερη συμπτωματολογία, τουλάχιστον όσον αφορά την ένταση των συμπτωμάτων. Οι καταθλιπτικές φάσεις είναι λιγότερο δραματικές, διαρκούν όμως περισσότερο και είναι πιο ανθεκτικές στην φαρμακευτική τους αντιμετώπιση. Συνήθως παρατηρούμε μια αλλαγή της ψυχοπαθολογικής εικόνας με "*σωματοποίηση*" της συμπτωματολογίας και "*υποχονδριακό*" ιδεασμό.

Οι καταθλιπτικές σκέψεις αποκτούν αυξημένο παρανοϊκό περιεχόμενο, ιδιαίτερα συχνά σε μοναχικά άτομα. Οι αυτοκτονικές πράξεις εμφανίζονται αυξημένες σε σχέση με το μέσο όρο των άλλων πληθυσμιακών ομάδων. Οι διπολικές διαταραχές (**μανιοκατάθλιψη**) εμφανίζουν μια ανάλογη εξέλιξη. Σε μεγάλες ηλικίες, οι μανιακές φάσεις εμφανίζουν εντονότερη συγχυτική συμπτωματολογία και υπερκινητικότητα.

## **Δ. Οι ψυχωτικές διαταραχές σχιζοφρενικού τύπου.**

Παρατηρείται μια καλύτερευση της κλινικής εικόνας με το πέρασμα της ηλικίας. Η οποιασδήποτε μορφής αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, όπου αυτή υφίσταται, φαίνεται να σταματάει διαμορφώνοντας μια εικόνα που συχνά χαρακτηρίζεται σαν "*υπολειμματικό σύνδρομο*". Έχει παρατηρηθεί ακόμη ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην κλινική εικόνα της αρχικής φάσης και την τελική πρόγνωση ή την εικόνα της διαταραχής σε προχωρημένη ηλικία.

Ακόμη, οι μέθοδοι βιολογικής θεραπείας που θα χρησιμοποιηθούν στις αρχικές φάσεις δεν φαίνεται να έχουν καμία επίδραση στην τελική πορεία της νόσου (που σημαίνει ότι δεν θεραπεύουμε αιτιολογικά). Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχουν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που έγιναν κατά τη διάρκεια της πορείας της

νόσου σε συγκεκριμένα άτομα με στόχο την καλλιέργεια των όποιων υγιών, εις βάρος των παθολογικών, στοιχείων του ασθενή.

Στα πλαίσια αυτά παρατηρήθηκε ότι όσο μικρότερες είναι οι περίοδοι εγκλεισμού του ασθενή σε ψυχιατρικά ιδρύματα, τόσο καλύτερη είναι και η τελική πρόγνωση. Μια παρατήρηση στην οποία εξάλλου οφείλεται και η αλλαγή της ονομασίας της νόσου από "πρώιμη άνοια" (Dementia Praecox) σε σχιζοφρένεια. Εδώ βέβαια δεν θα πρέπει να παραγνωρισθούν βαριές νοσηρές καταστάσεις των οποίων ο εγκλεισμός είναι, έστω και για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, αναπόφευκτος.

Ισχύει επίσης ότι οι καθαρές σχιζοφρενικές ψυχώσεις έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση από τις συναισθηματικές διαταραχές, έτσι ώστε και η τελική εικόνα τους να είναι βαρύτερη. Συνοψίζοντας τους παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την τελική εξέλιξη μιας σχιζοφρενικής διαταραχής θα τους ταξινομούσαμε σε παράγοντες που έχουν σχέση με:

- Τη δομή της προσωπικότητας.
- Το κοινωνικό περιβάλλον.
- Τη γενικότερη σωματική υγεία.

Ιδιαίτερα οι δύο τελευταίοι θα καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό και την εικόνα της νόσου στους ηλικιωμένους ασθενείς. Τέλος, σε αντίθεση με τις αρχικές υποθέσεις ότι οι σχιζοφρένιες οδηγούν σε πρώιμη άνοια, σήμερα είναι γνωστό ότι οι σχιζοφρενείς δεν εμφανίζουν συχνότερα ανοϊκές διαταραχές απ' ότι ο γενικότερος πληθυσμός, μια και δεν πρέπει να συγχέεται η άνοια με το σχιζοφρενικό υπολειμματικό σύνδρομο.

## **2) ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΜΕΓΑΛΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ.**

- *Οργανικά ψυχοσυνδρόμα.*
- *Καταθλιπτικά ψυχοσυνδρόμα.*

*Και σε μικρότερο βαθμό.*

- *Ψευδαισθητικές καταστάσεις .*
- *Νευρωτικές εικόνες με κυρίαρχη συμπτωματολογία το στρες .*

## **ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ**

Πρόκειται για διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών που οφείλονται σε αλλοιώσεις της εγκεφαλικής ουσίας. Οι συνηθέστερες αιτίες οργανικών ψυχοσυνδρόμων σε μεγάλες ηλικίες είναι αυτές που οδηγούν σε σταδιακή εκφύλιση του εγκεφαλικού κυττάρου, είτε λόγω γήρατος, είτε λόγω αγγειακών διαταραχών, μεταβολικών νόσων ή χρόνιας χρήσης τοξικών ουσιών. Το μεγαλύτερο

μέρος των οργανικών ψυχοσυνδρόμων στις μεγάλες ηλικίες καλύπτουν διάφορες μορφές άνοιας με κυριότερο είναι η νόσος του *Alzheimer*.

### **Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ Alzheimer.**

Οφείλει το όνομά της στο γερμανό γιατρό ALOIS ALZHEIMER (γεν. 1864) που περιέγραψε πρώτος τις χαρακτηριστικές αλλοιώσεις της νόσου στον εγκέφαλο του ασθενούς Auguste D. Το 1906. Πρόκειται για μία προοδευτικά εξελισσόμενη νευροεκφυλιστική νόσο του ΚΝΣ που αρχίζει με διαταραχές της πρόσφατης μνήμης και φθάνει μέχρι την πλήρη διακοπή της επαφής με την πραγματικότητα.

#### **Ανάλογα με την ηλικία έναρξης διακρίνουμε:**

- Την άνοια τ. Alzheimer με πρώιμη έναρξη (<65 ετών)
- Την γεροντική άνοια τ. Alzheimer με όψιμη έναρξη (>65 ετών)
- Την άτυπη ή μικτής μορφής άνοια που η κλινική της εικόνα δεν είναι η τυπική της νόσου Alzheimer ή είναι εμφανής και η συμμετοχή αγγειακών διαταραχών στην εμφάνιση της νόσου (μικτού τύπου άνοια).

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.**

#### **Σαν κυριότεροι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση της νόσου θεωρούνται:**

- Α)** Η κληρονομικότητα, με την έννοια της αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης της νόσου, όταν νοσεί κάποιος πρώτου βαθμού συγγενής.
- Β)** Πιθανή γονιδιακή βλάβη που σχετίζεται με τα χρωμοσώματα 21, 19, 14. Έχουν απομονωθεί επίσης γονίδια φορείς της νόσου χωρίς όμως να σημαίνει ότι ο φέρων τα γονίδια θα νοσήσει (υπολειπόμενο γονίδιο).
- Γ)** Η μείωση της δραστηριότητας της ακετυλοχολινεστεράσης, βασικού ενζύμου για τη σύνθεση της χολινεστεράσης, με αποτέλεσμα την απενεργοποίηση των αντίστοιχων κυττάρων.
- Δ)** Πιθανή ιογενής λοίμωξη από ιό βραδείας δράσεως.
- Ε)** Τοξική βλάβη των κυττάρων από ουσίες όπως ο μόλυβδος. Πιθανός αυτοάνοσος μηχανισμός.
- Ζ)** Η εναπόθεση β-αμυλοειδούς πρωτεΐνης σε μορφή πλακών στο Κ.Ν.Σ. και βέβαια η συμμετοχή διαφόρων παραγόντων όπως:

- η μεγάλη ηλικία
- το φύλο (οι γυναίκες νοσούν 13% περισσότερο από τους άνδρες)
- η μείωση διάφορων αντιοξειδωτικών παραγόντων στον οργανισμό.

Νόσος του κυκλοφορικού συστήματός, όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσεως κranioεγκεφαλικές κακώσεις.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΥ.**

- Ø Σταδιακή έκπτωση της πρόσφατης - βραχύχρονης μνήμης που εξελίσσεται σε γενικότερη διαταραχή της μνήμης.
- Ø Έκπτωση της κρίσης, αδυναμία έκφρασης σύνθετων λογισμών, αφύσικες, απραξικές ή και αγνωσιακές διαταραχές.
- Ø Διαταραχές του προσανατολισμού στο χώρο, το χρόνο και τον ίδιο του τον εαυτό.
- Ø Συναισθηματική αστάθεια, ευ συγκινησία ή και εκρήξεις επιθετικότητας ή ακόμη απάθεια, αδιαφορία ή καχυποψία μέχρι παρανοϊκού βαθμού
- Ø Ψυχωτική συμπτωματολογία με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, κυρίως διωκτικού περιεχομένου.
- Ø Ακράτεια, φυγές και πλανήσεις.

Το σύνολο αυτό των συμπτωμάτων εμφανίζεται σταδιακά και η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από τη χρονική ταχύτητα επιβάρυνσης της κλινικής εικόνας. Για το λόγο αυτό έχουν περιγράψει επτά στάδια της νόσου με διαφορετικά βασικά χαρακτηριστικά για κάθε ένα από αυτά. Τα στάδια αυτά είναι:

**Στάδιο 1:** Χωρίς διαταραχές ανωτέρων λειτουργιών και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις.

**Στάδιο 2:** Υποκειμενικές αιτιάσεις για διαταραχή της μνήμης χωρίς αντικειμενικές ενδείξεις κατά την κλινική εξέταση.

**Στάδιο 3:** Ήπια νοητική ανεπάρκεια, εμφάνιση άρνησης, αντικειμενικές ενδείξεις μόνο σε συστηματική κλινική συνέντευξη.

**Στάδιο 4:** Μέτρια νοητική ανεπάρκεια, αδυναμία για σύνθετες εργασίες, άμβλωση συναισθήματος, η άρνηση γίνεται βασικός μηχανισμός άμυνας.

**Στάδιο 5:** Αρχή άνοιας, ο ασθενής δεν μπορεί να επιζήσει χωρίς βοήθεια και κατά τη συνέντευξη δεν μπορεί να ανακαλέσει βασικά στοιχεία.

**Στάδιο 6:** Μέτρια άνοια, χρειάζεται συνεχή φροντίδα στην καθημερινή ζωή, εμφάνιση ακράτειας, διαταραχές συναισθήματος και χαρακτήρα, άσκοπες τάσεις φυγής.

**Στάδιο 7:** Βαριά άνοια, απώλεια κάθε λεκτικής δραστηριότητας και βασικών ψυχοκινητικών λειτουργιών σαν να μη μπορεί το μυαλό να συνδυασθεί με τη σωματική κινητικότητα.

Η διαφορική διάγνωση της άνοιας θα γίνει από την κατάθλιψη χωρίς να αποκλείεται η συνύπαρξη των δύο κλινικών εικόνων, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου, όπου ο ασθενής έχει αρχίσει να βιώνει τις πρώτες δυσκολίες στη λειτουργικότητά του, γεγονός που επηρεάζει και τη γενικότερη συναισθηματική του κατάσταση αρνητικά.

**Συγκεκριμένη θεραπεία δεν υπάρχει. Φαρμακευτικά χορηγούνται κυρίως:**

- Αναστολείς της χολινεράσης
- Χολινεργικοί ανταγωνιστές
- Παράγοντες απελευθέρωσης ακετυλοχολίνης
- Ουσίες πρόδρομες της ακετυλοχολίνης.

**Η φαρμακευτική αγωγή συχνά συνδυάζεται με:**

- Χορήγηση βιταμινών
- Χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών και
- Υγιεινή διατροφή.

Βασικό όμως ρόλο φαίνεται να αποτελεί η *ψυχοκοινωνική φροντίδα* και η συνεχής προσπάθεια διατήρησης των όποιων ικανοτήτων εξακολουθεί να διαθέτει ο ασθενής. Για το λόγο αυτό δεν θα πρέπει ποτέ να παραλείπεται η εμπεριστατωμένη πληροφόρηση και καθοδήγηση των συγγενών ή φροντιστών του ασθενή για να μην "παραμελούν" τον άρρωστο και τις ανάγκες του.



## ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ

Οφείλεται σε μια γενικευμένη εγκεφαλική ατροφία η οποία δημιουργείται εξελικτικά και γίνεται εμφανής μετά το 65ο έτος της ηλικίας. Η έκπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι σταδιακή και προοδευτική, χωρίς οξείες φάσεις.

Χαρακτηριστική είναι η πρώιμη εξασθένηση της πρόσφατης μνήμης που συχνά αποτελεί και το πρώτο σύμπτωμα της νόσου.

Η ψυχική συμπτωματολογία συνοδεύεται συχνά και από ελαφρές διαταραχές του νευρικού συστήματος όπως εξωπυραμιδικός τρόμος, στοματικοί, αυτοματισμοί, ανωμαλίες του μυϊκού τόνου κλπ. Η αξονική τομογραφία έχει γίνει το βασικότερο διαγνωστικό μέσο και χαρακτηρίζεται από στοιχεία εσωτερικού και εξωτερικού υδροκέφαλου και γενικότερα σημεία εγκεφαλικής ατροφίας.

## **Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PICK**

Τη συναντάμε σε διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία από την προ γεροντική άνοια και με βαρύτερη συμπτωματολογία. Η κατάσταση αυτή οδηγεί γρηγορότερα από τις άλλες μορφές άνοιας στην πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Το προσδόκιμο επιβίωσης κυμαίνεται μεταξύ 2-8 ετών. Η ατροφία του εγκεφάλου έχει περιγραφεί στους κροταφικούς και μετωπιαίους λοβούς και πιο σπάνια στην ινιακή περιοχή ή τους πυρήνες και το στέλεχος.

## **ΤΟ ΟΞΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΕΙΟ.**

Εμφανίζεται σαν επιπλοκή σε χειρουργικές επεμβάσεις, συνήθως ηλικιωμένων ατόμων ή μετά από τοκετό. Πιθανόν οφείλεται σε διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Η εκδήλωσή του μπορεί να είναι αιφνίδια ή να προηγούνται ορισμένα πρόδρομα συμπτώματα όπως αϋπνία, υπερκινητικότητα, δυσφορική διάθεση κλπ. Ακολουθεί η εμφάνιση ψυχωτικής συμπτωματολογίας με παραλήρημα, ψευδαισθήσεις κ.ά. Έχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης, τόσο με νευροληπτικά φάρμακα.

## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙ ΧΩΡΟΚΑΤΑΚΤΗΤΙΚΩΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ.**

Η ανάπτυξη χωροκατακτητικών επεξεργασιών στον εγκέφαλο συνοδεύεται συχνά και από ψυχικές διαταραχές που δεν είναι καθορισμένες από την τοπογραφία του όγκου. Σε περίπτωση συνύπαρξης νευρολογικής διαταραχής η διάγνωση είναι ευχερής. Ιδιαίτερη προσοχή, όμως, χρειάζεται σε περίπτωση ύπαρξης μόνο ψυχικών διαταραχών που πολύ συχνά οφείλονται σε τέτοιου είδους εξεργασίες. Η μη έγκαιρη διάγνωση μπορεί σ' αυτές τις περιπτώσεις να αποβεί μοιραία για τον ασθενή. Οι όγκοι του εγκεφάλου χωρίς νευρολογική συμπτωματολογία προκαλούν συνήθως καταθλιπτικές ψυχιατρικές εικόνες. Ακόμα, μπορούν να εμφανισθούν βραδυψυχισμός, απρόσφορο συναίσθημα, έκπτωση νοητικών λειτουργιών κ.ά.

## **ΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ**

Ένας μεγάλος αριθμός φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται χρόνια από τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να προκαλέσουν διάφορες ψυχιατρικές κλινικές εικόνες. Σ' αυτό συντελεί και η μειωμένη πρωτεϊνική σύνθεση διαφόρων σκευασμάτων στις προχωρημένες ηλικίες, ενώ η αποβολή από τους νεφρούς περιορίζεται είτε λόγω κάποιας νεφρικής διαταραχής, ή μπορεί λόγω ηλικίας. Ακόμη, οι μεταβολικές και αιματολογικές διαταραχές στον εγκέφαλο κάνουν τα εγκεφαλικά κύτταρα πιο ευαίσθητα.

Μερικά από αυτά είναι τα σκευάσματα που περιέχουν κορτικοστεροειδή (ευφορικές καταστάσεις με ψυχωσικά στοιχεία, κατάθλιψη), σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου του Parkinson (συγχυτική διέγερση, παρανοϊκές καταστάσεις, κατάθλιψη ανησυχία, άγχος, αϋπνίες), ορισμένα αντιυπερτασικά, ιδιαίτερα τα περιέχοντα ρεζερπίνη (κατάθλιψη, απώλεια ενδιαφερόντων, ψυχοσωματική διέγερση, διαταραχές του ύπνου, τάσεις αυτοκτονίας), αναλγητικά, ιδιαίτερα τα σύνθετα σκευάσματα που περιέχουν αναλγητικό ηρεμιστικό και καφεΐνη, που προκαλούν εθισμό και επιτείνουν το άγχος (παράδοση δράση), καρδιοτονωτικά (π.χ. Digitalis) που στην περίπτωση παραπάνω δόσης, παράλληλα με τις καρδιαγγειακές ανωμαλίες, προκαλούν ναυτία, κεφαλαλγίες, δυσφορία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, σύγχυση κλπ., όπως ακόμη και τα ψυχοφάρμακα, τα οποία θέλουν ιδιαίτερη προσοχή στη δοσολογία τους λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών.

#### ***Τέτοια ψυχοφάρμακα είναι:***

- 1) Ηρεμιστικά τα οποία προκαλούν εθισμό με αποτέλεσμα στερητικά συμπτώματα κατά την διακοπή τους.
- 2) Νευροληπτικά, που προκαλούν μείωση της βούλησης, κατάθλιψη, συγχυτικές ή και ψυχωτικές καταστάσεις.
- 3) Αντικαταθλιπτικά, που προκαλούν συγχυτικές καταστάσεις, ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή κ.ά.

*Γενικά, οποιαδήποτε φαρμακευτικά σκευάσματα θα πρέπει να χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή στα ηλικιωμένα άτομα και πάντα με συνεχή έλεγχο της δράσης τους σ' αυτά. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία με τους συγγενείς ή φροντιστές των ατόμων αυτών.*

#### **Η ΝΟΣΟΣ του Parkinson.**

Λόγω της εκφυλιστικής φύσεως της νόσου, μπορεί αυτή να συνδυάζεται με σχετική διαταραχή διαφόρων ψυχικών διαταραχών, την οποία ενισχύει και η χρόνια φαρμακευτική αγωγή με διάφορα σκευάσματα που επηρεάζουν τον ψυχισμό των ασθενών. Συχνότερα παρατηρούμε έναν βραδυψυχισμό και μία καταθλιπτική διάθεση. Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις ανοϊκές καταστάσεις και την υποστροφική μελαγχολία.



## ΤΑ ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ.

Οι κλινικές εικόνες της κατάθλιψης σε προχωρημένες ηλικίες έχουν όλα τα χαρακτηριστικά της μελαγχολίας σε βαρύτερη μορφή. Οι διάφορες απώλειες σε πρόσωπα, εργασία κλπ. σε συνδυασμό με την περιθωριοποίηση, την έλλειψη στόχων και σκοπού στη ζωή, την απομόνωση από τους νεότερους και τη σταδιακή μείωση των σωματικών δυνατοτήτων φτιάχνουν ένα ρόλο που διαθέτει όλες τις προϋποθέσεις για να οδηγήσει κάποιον σε μία καταθλιπτική κατάσταση.

Η μείωση των δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων αυξάνει το άγχος θανάτου που επιβαρύνει, πολλές φορές ιδιαίτερα, την όποια καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα καταθλιπτικά σύνδρομα στα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να εμφανισθούν σαν πρωτογενής διαταραχή, είτε με την εικόνα μιας μείζονος κατάθλιψης, με όλα τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου (απώλεια ενδιαφέροντος, αβουλία, ενοχοποιητικές σκέψεις και αίσθημα μηδαμινότητας, διαταραχές του ύπνου, ψυχοκινητικές διαταραχές, μείωση της όρεξης κ.α. είτε σαν μία χρόνια δυσθυμία με παρόμοια συμπτωματολογία, φαινομενικά όμως σημαντικά ελαφρύτερη, γι' αυτό και πιο ανεκτή από το περιβάλλον.

Στις περιπτώσεις αυτές το περιβάλλον του ασθενή θεωρεί μία τέτοια κατάσταση "φυσιολογική" γι' αυτόν και την ηλικία του, συχνά δεν φροντίζει για ιατρική βοήθεια και όταν το κάνει, αυτό γίνεται μετά μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς οποιαδήποτε στοιχεία χαράς ή ευχαρίστησης από κάποια δραστηριότητα του ασθενή.

Συχνή είναι όμως και η εμφάνιση ψευδονευρωτικών εικόνων, όπως μίας υποχονδριακής συμπεριφοράς, διαφόρων σωματικών ενοχλημάτων ή λειτουργικών διαταραχών, χωρίς την εμφανή παρουσία καταθλιπτικού συναισθήματος. Στις περισσότερες των περιπτώσεων αυτών πρόκειται για συγκαλυμμένες καταθλίψεις που χαρακτηρίζονται σαν άτυπες.

Στα καταθλιπτικά σύνδρομα των ηλικιωμένων δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει ότι συχνά συνοδεύονται από μία φαινομενική μείωση των νοητικών λειτουργιών, παρόμοια με αυτή της άνοιας. Στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για μία μορφή ψευδοάνοιας, που συχνά μπορεί να διαχωρισθεί από την πραγματική άνοια από τη στάση του ασθενή. Στην άνοια ο ασθενής προσπαθεί να συμμετάσχει αλλά δεν μπορεί, ενώ στην κατάθλιψη είναι χαρακτηριστική η αδιαφορία συμμετοχής του ασθενή. Καταθλιπτικά σύνδρομα που συνοδεύουν άλλες πρωτογενείς διαταραχές χαρακτηρίζονται σαν δευτερογενή.

Τέτοια είναι τα καταθλιπτικά σύνδρομα που συνοδεύουν τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, χρόνιες σωματικές παθήσεις, την νόσο του Parkinson, όπως και αυτά που εμφανίζονται μετά από χρόνια χρήση κάποιων φαρμάκων ή συνοδεύουν ορμονικές διαταραχές (θυρεοειδής, επινεφρίδια, σακχαρώδη διαβήτη), νεοπλασίες ή άλλα συστηματικά νοσήματα (από το καρδιαγγειακό, αναπνευστικό κλπ).

Τέλος, δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει τυχόν άλλη ή άλλες, ίσως λιγότερο έντονες, καταθλιπτικές φάσεις του ασθενή στο παρελθόν, στα πλαίσια αναζωπύρωσης μίας μονοφασικής διαταραχής. Η διαγνωστική διαδικασία θα πρέπει λοιπόν να περιλαμβάνει όλες αυτές τις εξετάσεις που θα μας αποκλείσουν την οργανικότητα της κατάθλιψης όπως και το λεπτομερές ψυχιατρικό ιστορικό.

## **ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ**

Πολλές φορές παρατηρούμε σε ηλικιωμένα άτομα μια σταδιακή αλλαγή στον τρόπο σκέψης τους με εμμονές στο περιεχόμενό της και χαρακτηριστική ακαμψία στον τρόπο έκφρασής της, που φθάνει να αποκλίνει από τη λογική συσχέτιση των γεγονότων ή των καταστάσεων. Έτσι, η διαμόρφωση αυτή του τρόπου σκέψης μπορεί να αποκτήσει περιστασιακά ή σταδιακά παρανοϊκό χαρακτήρα, όσον αφορά αποφάσεις πράξεις ή ερμηνεία γεγονότων από πλευράς των ηλικιωμένων.

Συχνά, η κατάσταση αυτή μπορεί να συνοδεύεται από ψευδαισθητικά βιώματα που έχουν σχέση είτε με τη σωματική κατάσταση του ηλικιωμένου (αποτέλεσμα της αγωνίας και του άγχους θανάτου), είτε με εμπειρίες ψευδαισθητικής αντίληψης γεγονότων από το παρελθόν, κυρίως, ή το μέλλον.

Οι καταστάσεις αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα τους και στερούνται συχνά και της ελάχιστης επικοινωνίας με τους συνανθρώπους τους. Η καθημερινότητα αυτή μειώνει την ποσότητα των αντιληπτικών εικόνων αφήνοντας τον ηλικιωμένο στον κόσμο της σκέψης και των βιωμάτων του, με αποτέλεσμα τα τελευταία να κυριαρχούν στον τρόπο αντίληψης της πραγματικότητας.

Στη δημιουργία της κατάστασης αυτής οπωσδήποτε συντελούν και η εξασθένηση των μηχανισμών άμυνας συνεπεία του γήρατος. Είναι χαρακτηριστική όμως η αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων αυτών, όταν βρεθούν σε περιβάλλον που τους παρέχει περισσότερα ερεθίσματα, όπως θα μπορούσε να είναι ένα καλά οργανωμένο ίδρυμα ή η συμμετοχή τους σε ένα ΚΑΠΗ, όταν η οικογενειακή τους κατάσταση δεν επιτρέπει την επανένταξή τους στον οικογενειακό ιστό (έλλειψη παιδιών ή κοντινών συγγενών κλπ).

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση, δηλαδή, θα είχε πολύ καλύτερα και σταθερότερα αποτελέσματα από οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή, που θα πρέπει να αναζητείται μόνο σε ιδιαίτερα προχωρημένες ή βαριές καταστάσεις όπου το παρανοϊκό περιεχόμενο της σκέψης ή οι ψευδαισθητικές καταστάσεις είναι ιδιαίτερα συχνές και κυριαρχούν στη συμπεριφορά του ασθενή, συνιστώντας πια λόγω της συχνότητας και της έντασης της εμφάνισής τους, ψυχιατρική διαταραχή.

## ΝΕΥΡΩΤΙΚΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ ΜΕ ΚΥΡΙΑΡΧΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ .

Ο άνθρωπος είναι το μοναδικό ον που γνωρίζει ότι κάποτε θα πεθάνει. Η απάντηση στο άγχος της συνειδητοποίησης του γεγονότος αυτού είναι η δημιουργία. Το ηλικιωμένο άτομο όχι μόνο συνειδητοποιεί το γεγονός του θανάτου, αλλά τις περισσότερες φορές στερείται και της δυνατότητας δημιουργίας ή ακόμη και του συναισθήματος ότι εξακολουθεί να είναι χρήσιμο για κάτι.

Οι διάφορες μελέτες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι το νοητικό άγχος είναι τρεις φορές συχνότερο σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών απ' ό,τι σε ηλικίες 21-44 ετών και ότι η συχνότητα του σωματικού άγχους σε σύγκριση με τις ηλικίες αυτές είναι επταπλάσια. Το άγχος μπορεί να εκφράζεται σαν τέτοιο, μπορεί όμως, ανάλογα και με τη δομή της προσωπικότητας του ηλικιωμένου, να σωματοποιείται ή να εκφράζεται σε μία υποχονδριακή συμπεριφορά. Ακόμη είναι δυνατόν να συνοδεύεται από κάποιο καταθλιπτικό συναίσθημα ή να καλύπτει μία κατάθλιψη.

Τα σχετικά συμπτώματα θα πρέπει να εμφανίζουν μία διάρκεια πέραν του εξαμήνου για να αξιολογηθούν σαν παθολογικά. Δεν θα πρέπει να συγχέονται δηλαδή με τυχόν περιστασιακές αγχωτικές καταστάσεις που είναι φυσιολογικές στα πλαίσια της ζωής κάθε ανθρώπου.

Στην αιτιοπαθογένειά του θα συντελούν τόσο οργανικοί, όσο και κοινωνικοί παράγοντες. Συχνή είναι η εικόνα του "άγχους εξάντλησης", σαν αντίδραση στην απώλεια εξωτερικών ερεθισμάτων ή αντικειμένων συναισθηματικής επένδυσης. Κάτι που μοιάζει με την "ανακλητική κατάθλιψη των βρεφών" (Spitz). Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στη χρήση αντικαταθλιπτικών σε μικρές δόσεις ή αγχολυτικών, αλλά οπωσδήποτε σε συνδυασμό με προσπάθειες ψυχολογικής υποστήριξης.

## Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.

Όλες οι στατιστικές δείχνουν ότι οι αυτοκτονίες στην τρίτη ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα απ' ό,τι σε νεότερες περιόδους της ζωής. Σε ηλικίες άνω των 65 ετών είναι σχεδόν διπλάσιες, ενώ σε ηλικίες άνω των 80 ετών τετραπλάσιες του υπολοίπου ανδρικού πληθυσμού.

### **Η αυτοκτονική επικινδυνότητα αυξάνει σε περιπτώσεις:**

- Ø Σωματικών ή ψυχικών ασθενειών
- Ø Όπου υπάρχει συναίσθημα εγκατάλειψης

### **Άλλα στοιχεία επικινδυνότητας που θα πρέπει να αξιολογηθούν για την πιθανή πρόγνωση μιας τέτοιας πράξης είναι:**

- Ø Η μη αναστρέψιμη καταθλιπτική διάθεση ενός ηλικιωμένου
- Ø Το έντονο συναίσθημα μοναξιάς και γήρατος που φαίνεται να κυριαρχεί στη μέση συναισθηματική διάθεση του ηλικιωμένου.

- Ø Απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν, παρ' όλο που οι τότε πιθανοί λόγοι (εκλυτικές αφορμές), πρακτικά έχουν εκλείψει.
- Ø Σωματικές ασθένειες με πιθανό κίνδυνο για τη ζωή του ηλικιωμένου ή χρόνιες βασανιστικές για τον ίδιο παθολογικές καταστάσεις.
- Ø Εξάρτηση από αλκοόλ ή φαρμακευτικά σκευάσματα
- Ø Διαχρονική απόσυρση των ενδιαφερόντων, ακόμη και από αγαπημένες δραστηριότητες του παρελθόντος.

Οι αυτοκτονικές πράξεις των ηλικιωμένων είναι σπάνια παρορμητικές. Τις περισσότερες φορές είναι καλά σχεδιασμένες, αφού ο ηλικιωμένος θέλει σχεδόν πάντα να πεθάνει. Η αυτοκτονική πράξη δεν έχει, δηλαδή, το στοιχείο της έκλυσης της προσοχής των άλλων (ποιών;), στοιχείο που χαρακτηρίζει συχνά τις αυτοκτονικές πράξεις νεότερων σε ηλικία ατόμων. Ο ηλικιωμένος που σχεδιάζει την αυτοκτονία του, έχει κάνει τον απολογισμό του, είναι κουρασμένος και ο θάνατος έχει την προσδοκία της απελευθέρωσης από τη βασανιστική του καθημερινότητα.

Όταν έχουμε το συναίσθημα της αυτοκτονικής διάθεσης ενός ηλικιωμένου, θα πρέπει να προσέξουμε δύο πράγματα στην προσπάθεια αντιμετώπισής του:

- Ø Οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν μια γενικότερη βελτίωση του ψυχισμού τους, μετά από διάστημα κατάθλιψης με αυτοκτονικό ή όχι ιδεασμό, ίσως έχουν πάρει την τελική τους απόφαση. Δεν θα πρέπει δηλαδή η βελτίωση αυτή να μας ανακουφίσει, αλλά αντίθετα να αυξήσει την προσοχή μας στον ασθενή.
- Ø Πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα συναίσθημα ενεργητικότητας σε πρώτη φάση, ενώ η αντικαταθλιπτική τους δράση ακολουθεί μετά από ημέρες. Έτσι, μπορούν να "σπρώξουν" έναν ηλικιωμένο στην αυτοκτονική του πράξη παρέχοντάς του την ενέργεια για αυτήν. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει τα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα να δίνονται με μεγάλη προσοχή, υπό επιτήρηση και με συγχορήγηση κατασταλτικών που θα εμποδίζουν την εμφάνιση της ενέργειας μέχρι να εξασφαλισθεί η αντικαταθλιπτική δράση του σκευάσματος. (Φωτίου et al 2003 σελ.122-133)

### 3.5 ΑΡΧΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Ο στόχος διαπαιδαγώγησης του ηλικιωμένου πρέπει να αποβλέπει στην ενημέρωσή του για το σκοπό, τη δράση, τις παρενέργειες του και τη δόση, τον χρόνο και τον τρόπο λήψεως του.

**Οι βασικές αρχές που έχουν σχέση με τη χορήγηση των φαρμάκων είναι:**

**1) Έλεγχος γνώσεων για τα φάρμακα.**

Να ελέγχεται τις γνώσεις του ηλικιωμένου για τα φάρμακα τόσο συχνά όσο χρειάζεται. Οι πληροφορίες που θα δίνονται πρέπει να είναι απλές και κατανοητές για το συγκεκριμένο άτομο.

**2) Συνεχής επαγρύπνηση για παρενέργειες.**

Να ενημερώνεται τον ηλικιωμένο για τα σημεία, τα συμπτώματα και τις παρενέργειες του κάθε φαρμάκου. Να τον προ τρέπεται να σας ενημερώνει για τα σημεία και τα συμπτώματα που ενδέχεται να παρατηρήσει. Να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στη χορήγηση νέων φαρμάκων ή στην αλλαγή της δόσης του φαρμάκου.

**3) Απλούστευση του τρόπου χορηγήσεως**

Να συνεργάζεστε με τον ηλικιωμένο για τον καθορισμό ενός κατορθωτού σχήματος λήψεως φαρμάκων. Να συνεργάζεστε με τον γιατρό για τον καθορισμό εφικτού χρόνου χορηγήσεως του φαρμάκου. Να προτείνετε συνδυασμούς φαρμάκων, αλλαγές ή διακοπές όπου είναι δυνατό.

**4) Μελέτη του κόστους των φαρμάκων**

Να συζητείτε με το γιατρό το ενδεχόμενο χορηγήσεως φτηνών και αποτελεσματικών φαρμάκων, κυρίως όταν εντοπίζονται οικονομικά προβλήματα.

**5) Διευθέτηση φυσικών εμποδίων**

Να αποφεύγετε, αν είναι δυνατόν, συσκευασίες φαρμάκων που δυσκολεύουν τον ηλικιωμένο άρρωστο.

**6) Έλεγχος βοηθητικών μέσων μνήμης**

Να συγκεντρώνετε πληροφορίες για το τρέχον σύστημα μνήμης που χρησιμοποιείται από τον ηλικιωμένο.

**7) Καθιέρωση καταλόγου**

Να καταγράφετε σε κατάλογο το φάρμακο με το εμπορικό του όνομα, τη μορφή, τη δόση και το χρόνο με τις σχετικές οδηγίες. Το ημερολόγιο να παραμένει δίπλα στο φάρμακο, για να σημειώνεται εύκολα η κάθε χορήγησή του γραπτώς ή με κάποιο σημάδι.

**8) Τοποθέτηση φαρμάκων σε ειδικά κουτάκια**

Να χρησιμοποιείτε ειδικά κουτιά για την τοποθέτηση του φαρμάκου σε μια θήκη για την ημερήσια δόση ή σε επτά θήκες για ολόκληρη την εβδομάδα. Όταν χορηγούνται περισσότερα από ένα φάρμακα να χρησιμοποιείται θήκη με υποδιαιρέσεις.

**9) Τοποθέτηση κωδικών στα ειδικά κουτάκια**

Για την αποφυγή λάθους και την διευκόλυνση του ηλικιωμένου να τοποθετείτε κωδικούς στα κουτάκια, που μπορεί να είναι χρωματιστά πλαστικά σύμβολα, γράμματα με τα αρχικά των ημερών της εβδομάδας, π.χ. Κ.Δ.Τ.Τ.Π.Π.Σ., και ολογράφως ή με αριθμούς σε αντιστοιχία με τις μέρες της εβδομάδας, π.χ. 1,2,3,4,5,6, και 7. Ακόμα είναι δυνατό να προσδιορίζεται η ημερήσια δόση με τα σύμβολα πρωί, μεσημέρι, απόγευμα και βράδυ ή 1,2,3, και 4.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες φαρμακολογικές αντιδράσεις. Η ανταπόκριση στα φάρμακα αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας, σαν αποτέλεσμα μεταβολών στη διακίνησή τους από τον οργανισμό και την ευαισθησία λόγω των επιδράσεων που ασκούν οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

Η απορρόφηση των φαρμάκων ελαττώνεται και η κατανομή τους επηρεάζεται προφανώς από τις γνωστές μεταβολές στη σύσταση του οργανισμού. Ιδιαίτερα ο ρυθμός και η αποτελεσματικότητα της αποβολής τους ελαττώνεται σε μεγάλο βαθμό στην προχωρημένη ηλικία. Κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί είναι λιγότερο αποτελεσματικοί, επειδή οι λειτουργίες ομοιόστασης στους ηλικιωμένους εξασθενούν.

Λόγω των αυξημένων κινδύνων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, η φαρμακολογική τους θεραπεία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Πρέπει να γίνει σαφές ότι η φαρμακολογική θεραπεία δεν είναι απαραίτητη για όλες τις παθολογικές καταστάσεις των ηλικιωμένων.

Για τον καθορισμό του είδους και της δόσεως των φαρμάκων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ηλικία και η γενική κατάσταση των ηλικιωμένων.

Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερη δοσολογία από τους νέους. Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη, επειδή τα σφάλματα και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις αυξάνονται με την υπερβολική χρήση τους. Απλά σχήματα απομακρύνουν τα λάθη στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βοήθεια συγγενικού, γειτονικού ή φιλικού προσώπου πρέπει να γίνεται ευχαρίστως δεκτή, επειδή συμβάλλει στη καλύτερη προσαρμοστικότητα του ηλικιωμένου στη φαρμακευτική αγωγή.

## **ΑΞΙΟΛΟΓΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ**

Η αξιολόγηση στον τρόπο που θα λαμβάνει τα φάρμακα ο άρρωστος περιλαμβάνει τα ακόλουθα ερωτήματα.

- 1) Για πιο σκοπό χορηγήθηκε το φάρμακό?
- 2) Εκπλήρωσε τον σκοπό για τον οποίο χορηγήθηκε?
- 3) Χρειάζεται να συνεχιστεί η χορήγησή του?
- 4) Η δόση είναι ενδεδειγμένη?
- 5) Μπορεί το φάρμακο ή η δόση του να προξενήσουν παρενέργειες?
- 6) Όταν εντοπίστηκαν παρενέργειες πάρθηκαν τα αναγκαία μέτρα, άλλαξε η δόση ή το φάρμακο?
- 7) Από τη λήψη ενός φαρμάκου προκλήθηκαν αντιδράσεις με άλλα φάρμακα που παίρνει ο ηλικιωμένος?
- 8) Τα σημεία ή τα συμπτώματα άρχισαν αμέσως μετά τη λήψη του φαρμάκου?
- 9) Από τη λήψη ενός ή περισσότερων φαρμάκων παρατηρήθηκαν αλλεργικά φαινόμενα?

- 10) Παίρνει κανονικά τα φάρμακα το άτομο ως προς το χρόνο και τη δόση?
- 11) Είναι τα φάρμακα τοποθετημένα σε κατάλληλο μέρος?
- 12) Συνέβησαν πρόσφατες αλλαγές στα φάρμακα του ηλικιωμένου κι αν ναι γιατί?
- 13) Παρουσιάζει το άτομο νέα συμπτώματα κι αν ναι έχουν καμιά σχέση με τη χορήγηση των φαρμάκων?
- 14) Αλλάζουν προοδευτικά τα χρόνια συμπτώματα?
- 15) Παίρνει το άτομο φάρμακα ή κάνει άλλες θεραπείες που δε γράφτηκαν ή εγκρίθηκαν από το γιατρό?
- 16) Υπάρχουν πληροφορίες που δεν αναφέρθηκαν, όπως φάρμακα που παίρνει το άτομο μόνο του χωρίς ιατρική εντολή ή δεν είναι συνεπής στη θεραπευτική του αγωγή?
- 17) Ποιος είναι ο τρόπος παρακολούθησής του ηλικιωμένου από τους νοσηλευτές?
- 18) Υπάρχουν οικονομικά προβλήματα ή φυσικά εμπόδια για την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων?(Ραγια 2004 σελ.76-83)

### 3.6 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ

Συμφώνα με την θεωρία της απόσυρσης , οι ηλικιωμένοι αποστερούνται μεγάλου μέρους των κοινωνικών τους ρόλων, αλλά και η ίδια η κοινωνία τους περιθωριοποιεί . Κοινωνικά αίτια αναγκάζουν τους ηλικιωμένους , να αποδεχθούν ρόλους εξάρτησης , που πολλές φορές είναι γενεσιουργοί παράγοντες κατάθλιψης .

*Η κοινωνική συμμετοχή επιτυγχάνεται*

- 1) Με τις διαπροσωπικές σχέσεις
- 2) Με την διαρκή αναζήτηση νέων ενδιαφερόντων.
- 3) Με την απασχόληση και μετά την σύνταξη , μέσω κοινωνικών προγραμμάτων δραστηριοποίησης.
- 4) Με την αναγνώριση των ηλικιωμένων ως ενεργών πολιτών και φορέων εμπειρίας .

**Προγράμματα για ηλικιωμένους . Μονάδες φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ).**

Παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας και παρέχεται κυρίως από δημοσίους φορείς και από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου. Κεντρικός προσανατολισμός είναι η θεραπεία και η αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Στις μονάδες αυτές παρέχεται περίθαλψη σε ηλικιωμένα άτομα που είναι μόνα τους και δεν αυτοεξυπηρετούνται. Στόχος τους είναι η εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης και η διατήρησης ως ενεργά κοινωνικά μέλη.(Παπάνης 2013 σελ.101-102)

**Λέσχες φιλίας .**

Οι λέσχες φιλίας είναι μία πρωτοβουλία του δήμου Αθηναίων . είναι χώροι που μπορούν οι ηλικιωμένοι να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά , επαφή με τους συνομήλικους , κοινωνική υποστήριξη και ψυχαγωγία. Το πρόγραμμα προβλέπει στην δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, ημερήσιες εκδρομές , επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους. Στόχος τους είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της ηλικίας και προσαρμογή στις καινούργιες συνθήκες ζωής .

#### **Πρόγραμμα <<βοήθεια στο σπίτι>>.**

Σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον , η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας , η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας , ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους .

Στόχος του προγράμματος είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη , όπως και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας σε ηλικιωμένους , άτομα με αναπηρίες , με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβαίνουν μονοί τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης , ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή , μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν την μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία.

#### **Ακόμη υπάρχουν και άλλες δομές όπως:**

- Μονάδες μερικής νοσηλείας - νοσοκομείο ημέρας - νυχτερινής νοσηλείας
- Ψυχιατρική στον Ψυχιατρικό Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου
- Κέντρα ψυχικής υγείας
- Επαγγελματική εκπαίδευση
- Προστατευόμενη Εργασία
- Υποστηριζόμενη εργασία
- Στέγαση
- Ξενώνες
- Προστατευόμενα διαμερίσματα
- Ανάδοχες οικογένειες

Παρατηρείται διεθνώς μια τάση για ανάπτυξη ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία. Η τάση αυτή απαντά αφενός στην προσπάθεια μείωσης των ψυχιατρικών κλινών στα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα και αφετέρου στην ανάγκη παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στους αρρώστους των γενικών νοσοκομείων.



Οι ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων απευθύνονται στους κατοίκους της περιοχής ευθύνης που καλύπτει το νοσοκομείο. Μπορούν μάλιστα να καλύψουν όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, πλην ίσως αυτής της μακροχρόνιας νοσηλείας, η οποία εξακολουθεί να καλύπτεται αποκλειστικά από το ψυχιατρείο.

Η ψυχιατρική μονάδα συνήθως περιλαμβάνει:

- Ψυχιατρική κλινική κλειστής ή και ανοικτής νοσηλείας.
- Εξωτερικά ιατρεία.
- Υπηρεσία Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής.

Οι υπηρεσίες αυτές υποστηρίζονται από νοσηλευτική υπηρεσία, ψυχολογικό εργαστήριο και ομάδα κοινωνικών λειτουργών. Επιπλέον, η ψυχιατρική μονάδα μπορεί να οργανώσει νοσοκομείο ημέρας, κέντρα ψυχικής υγιεινής, ψυχιατρικούς ξενώνες και όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες που χρειάζεται η συγκεκριμένη κοινότητα στην οποία απευθύνεται και της οποίας τις ανάγκες καλύπτει.

Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων, με τα εξωτερικά ιατρεία που διαθέτουν και με τις διάφορες μονάδες νοσηλείας τους, παρέχουν ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες είναι πολύ πιο προσιτές στον άρρωστο και τον κοινωνικό του περίγυρο απ' ό,τι τα παλαιά κλασικά ψυχιατρεία. Η πρόσβαση και επαφή του ψυχικά αρρώστου και των συγγενών του με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του γενικού νοσοκομείου είναι ευκολότερη από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του ψυχιατρείου.

Επιπλέον, η νοσηλεία ενός ψυχικά αρρώστου στο γενικό νοσοκομείο δεν προκαλεί τον κοινωνικό του στιγματισμό, όπως δυστυχώς συμβαίνει με το ψυχιατρείο. Εκτός όμως από την προσφορά ψυχιατρικών υπηρεσιών στο γενικό πληθυσμό, οι ψυχιατρικές αυτές μονάδες καλύπτουν και τις ανάγκες για ψυχιατρική υποστήριξη των νοσηλευμένων του γενικού νοσοκομείου. Εξίσου σημαντική λειτουργία των ψυχιατρικών μονάδων είναι και η διερεύνηση και αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων στους αρρώστους που προσέρχονται για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία των παθολογικών και χειρουργικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου. Μεταξύ των γιατρών και του υπόλοιπου προσωπικού του νοσοκομείου, οι ψυχίατροι προωθούν την ψυχοσωματική πορεία της νόσου .

Με τη λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία αποκαλύφθηκε η μεγάλη αναγκαιότητα που υπάρχει για παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στους αρρώστους των υπολοίπων κλινικών των γενικών νοσοκομείων. Έρευνες που έγιναν διεθνώς, στους νοσηλευόμενους σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, έδειξαν ότι σε 20 - 30% από αυτούς υπήρχε ενεργός ψυχοπαθολογία που απαιτούσε ψυχιατρική παρέμβαση. Ακόμα, ένα ανάλογο ποσοστό αρρώστων με ψυχιατρικά

προβλήματα ζητά ιατρική βοήθεια στα εξωτερικά ιατρεία άλλων ειδικοτήτων.

Συνήθως είναι άρρωστοι που πάσχουν από κρίσεις άγχους, κρίσεις πανικού, σωματοποιητική, υποχονδριακή ή μετατρεπτικού τύπου διαταραχή. Κάθε γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει έρθει επανειλημμένως αντιμέτωπος με αγχώδεις αρρώστους, οι οποίοι έχουν κεφαλαλγία, προκάρδιο άλγος, ταχυκαρδία, αίσθημα πνιγμονής ή συμπτώματα από το γαστρεντερικό ή το ουροποιητικό. Τα συμπτώματα προκαλούν έντονη δυσφορία στον άρρωστο και κινητοποιούν το περιβάλλον του. Ο γιατρός πιέζεται να παραγγείλει όλο το εύρος των διαθέσιμων παρακλινικών εξετάσεων, οι οποίες βέβαια δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα πλην της προσωρινής καθυσύχασης του αρρώστου.

Από το ιστορικό προκύπτει ότι οι κρίσεις αυτές εμφανίζονται μετά από κάποιο πιεστικό γεγονός στη ζωή του αρρώστου. Είναι μάλιστα πολύ πιθανό να επαναληφθούν όταν δημιουργηθεί νέο ανάλογο γεγονός. Έτσι, από αυτή την κατηγορία των αρρώστων γίνεται δυσανάλογα μεγάλη σπατάλη υπηρεσιών υγείας.

Στην αντιμετώπιση και ουσιαστική θεραπεία αυτών των αρρώστων παίζει σημαντικό ρόλο η *Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*. Ο ψυχίατρος τοποθετεί το πρόβλημα του αρρώστου στο σωστό του πλαίσιο τον πείθει ότι η αρρώστια του είναι ψυχική και μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, μόνο με ψυχιατρική θεραπεία. Η θεραπεία αυτών ώθησε διεθνώς όσους σχεδιάζουν τις υπηρεσίες υγείας, να ιδρύουν συνεχώς νέες ψυχιατρικές μονάδες και ειδικότερα μονάδες συμβουλευτικής διασυνδεδετικής ψυχιατρικής .

Τέλος, ο ψυχιατρικός τομέας ασχολείται και με την ψυχική υγεία των γιατρών, των νοσηλευτών και του προσωπικού του νοσοκομείου. Στα πλαίσια αυτής της φροντίδας, έχει διαπιστωθεί ότι εργαζόμενοι σε τομείς του νοσοκομείου που έχουν μεγάλο συναισθηματικό φορτίο, όπως σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή σε μονάδες νοσηλείας καρκινοπαθών και αρρώστων τελικού σταδίου, εμφανίζουν άτυπα σωματικά ενοχλήματα, τα οποία οδηγούν σε συχνές αποχές από την εργασία. Η νοσολογική αυτή οντότητα ονομάστηκε σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης και αποτελεί αντικείμενο μελέτης και θεραπείας από τη Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Ψυχιατρική.

### **Νοσοκομείο ημέρας.**

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

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

#### **ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΜΕΡΑΣ**

- Ø Συγκατάθεση του θεραπευόμενου για συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Ø Ισότητα σε δικαιώματα και υποχρεώσεις.
- Ø Συμμετοχή στις διοικητικές αποφάσεις—Αυτοδιοίκηση.
- Ø Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού.
- Ø Χρησιμοποίηση ομαδικών διεργασιών με στόχο την κοινωνικοποίηση.
- Ø Ενεργητική και συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ προσωπικού και θεραπευμένων.
- Ø Συλλογική υπευθυνότητα στο θεραπευτικό έργο.
- Ø Αποφυγή βίας και χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Συνέπεια στην παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος, επιλογή των αρρώστων που θα νοσηλευθούν στο νοσοκομείο ημέρας γίνεται με κριτήριο τόσο την ψυχοπαθολογία τους, όσο τη διάθεση του αρρώστου και του περιβάλλοντος του για συμμετοχή στη θεραπεία. Η διάθεση αυτή εκφράζεται ήδη με την καθημερινή ελεύθερη προσέλευση του στο νοσοκομείο.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι είναι κατάλληλο για αρρώστους των οποίων η νοσηλεία σε κλειστό τμήμα δεν είναι αναγκαία, η δε αντιμετώπιση τους στο εξωτερικό ιατρείο δεν είναι επαρκής. Όσον αφορά το ποσοστό των αρρώστων που μπορεί να καλύψει το νοσοκομείο ημέρας σε σχέση με το σύνολο των εισαγομένων στα παραδοσιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπως βρέθηκε σε μελέτες στον πληθυσμό της Αγγλίας το 40% των αρρώστων που κρίθηκε ότι έχουν ανάγκη 24ωρης νοσηλείας μπορούσαν να αντιμετωπιστούν εξίσου καλά σε νοσοκομείο ημέρας. Ενδιαφέρουσα είναι ακόμη η διαπίστωση ότι πολύ περισσότεροι άρρωστοι - τα 2/3 του συνόλου των εισαγομένων μπορούν να αντιμετωπιστούν σε νοσοκομείο ημέρας εάν, σε ορισμένους από αυτούς, η νοσηλεία αυτή συνδυαστεί, για βραχύ χρονικό διάστημα που δεν ξεπερνά την εβδομάδα, με 24ωρη νοσηλεία.

## **Κέντρο ψυχικής υγιεινής (ΚΨΥ)**

Το κέντρο ψυχικής υγιεινής είναι καθιερωμένος θεσμός, μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Μέσα από την αποκέντρωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί η έγκαιρη επισήμανση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη) ή να διατηρηθεί η λειτουργικότητα ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτή (τριτοβάθμια πρόληψη).

Ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσφέρει επίσης τη δυνατότητα για την εφαρμογή όλων εκείνων των προληπτικών προγραμμάτων που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής. Η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών άρχισε να πραγματοποιείται τις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες.

Το βασικότερο στοιχείο αυτής της αποκέντρωσης θεωρήθηκε ο θεσμός του κέντρου κοινωνικής ψυχικής υγιεινής, που λειτουργεί εναρμονισμένο μέσα στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που αποτελείται, επίσης, από την ψυχιατρική μονάδα στο γενικό νοσοκομείο, το κέντρο ημέρας, το κέντρο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και το μετανοσοκομειακό ξενώνα.

Ένα **Κέντρο Ψυχικής Υγείας** συνήθως περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών, όπως κλινική άμεσης προσπέλασης και επανεξετάσεων τμήμα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπειών, μονάδα ημερήσιας περίθαλψης και αποκατάστασης, παιδοψυχιατρική υπηρεσία και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαθέτει μικρό αριθμό κρεβατιών. Είναι διασυνδεδεμένο με ενδονοσοκομειακή μονάδα και άλλες υπηρεσίες όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα εργαστήρια ή διαμερίσματα, που συνήθως καλύπτουν τις ανάγκες χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.

Πρέπει να τονιστεί ότι, από την οργανωτική φύση τους, τα κέντρα ψυχικής υγιεινής είναι υποχρεωμένα να ενσωματώνουν ένα σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας και της ποσότητας του έργου που παράγουν. Όπως είναι επόμενο, στο ΚΨΥ εργάζεται ένας αριθμός ατόμων διαφόρων επαγγελματιών στο χώρο της ψυχικής υγείας .

Ένα **Κέντρο Ψυχικής Υγείας** πρέπει να περιλαμβάνει ένα σύστημα κλινικής παρακολούθησης χρόνιων ψυχικά αρρώστων ή ατόμων υψηλού κινδύνου. Χρειάζεται να αναπτύσσει κοινοτικά υποστηρικτικά συστήματα για τα άτομα αυτά, με την εκμετάλλευση κάθε πόρου της κοινότητας.

**Βασικά προβλήματα στην Κοινωνική Ψυχιατρική και επομένως και στη λειτουργία του ΚΨΥ είναι:**

- Ø Ο συντονισμός μέσα στο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας.
- Ø Η συμμετοχή της κοινότητας στη λειτουργία του ΚΨΥ.
- Ø Η ισορροπία ανάμεσα στις ψυχιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες πρόνοιας
- Ø Η αξιολόγηση του πολυδιάστατου έργου του ΚΨΥ.

Από το 1982 έχει δημιουργηθεί η επιτροπή ψυχικής υγείας, με μέλη εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης, των σχολείων και των τοπικών κοινωνικών οργανώσεων. Έργο της είναι ο προγραμματισμός και ο συντονισμός των προγραμμάτων κοινοτικής παρέμβασης του Κέντρου με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας της κοινότητας (πρωτογενής πρόληψη). Η συνεχής αξιολόγηση του έργου του ΚΨΥ προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του. *(Λειβαδίτης 1998 σελ.45-55)*

#### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .**

Εξαιτίας των συνεπειών της νόσου, του κοινωνικού στιγματισμού και της περιθωριοποίησης, οι βαριά πάσχοντες ψυχικά άρρωστοι βρίσκονται συχνά τελείως απομονωμένοι και με πολύ φτωχή κοινωνική ζωή. Οι σχιζοφρενείς μπορούν να βρίσκονται, επιπλέον, αποκλεισμένοι στον παραληρητικό τους κόσμο. Η κοινωνικοποίηση γίνεται κατά στάδια, ανάλογα με την ψυχική αντοχή του αρρώστου, και περιλαμβάνει:

- Ø *Την εκμάθηση του κοινωνικού χώρου (π.χ. ψώνια, χρήση δημόσιων υπηρεσιών, συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις).*
- Ø *Ομάδες δραστηριοτήτων (π.χ. έκφρασης συναισθημάτων, επίλυσης συγκεκριμένων προβλημάτων, ψυχαγωγίας κλπ.).*
- Ø *Δραστηριότητες από τους ίδιους τους αρρώστους, με τη βοήθεια κάποιων από τα μέλη του προσωπικού (π.χ. κοινωνικές εκδηλώσεις, κυλικείο κλπ.).*

Οι ψυχικά άρρωστοι εκπαιδεύονται στην τήρηση ενός ωραρίου, στην προσήλωση σε ένα αντικείμενο εργασίας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, στη συνεργασία με τους άλλους εκπαιδευόμενους και με τον επικεφαλής εκπαιδευτή. Επιλογή και εξοικείωση με ένα αντικείμενο εργασίας. Το αντικείμενο εργασίας χρειάζεται να είναι κοντά στα ενδιαφέροντα αλλά και στις ικανότητες του αρρώστου.

Γίνεται άσκηση στις συγκεκριμένες δεξιότητες που απαιτεί το επιλεγόμενο αντικείμενο (π.χ. πληκτρολόγιο ηλεκτρονικού υπολογιστή, σωστή κοπή και συγκόλληση υλικών).

## **ΣΤΕΓΑΣΗ.**

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

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

Είναι απαραίτητη η σαφής διατύπωση, κατά την υποδοχή, των όρων στέγασης (π.χ. για πόσο χρόνο και με ποιες υποχρεώσεις του στεγαζομένου), ώστε αυτό το μέτρο να λειτουργήσει θεραπευτικά.

## **Ξενώνες**

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

## **Οικοτροφεία**

Έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τους ξενώνες, αλλά ο χρόνος παραμονής είναι μεγαλύτερος και οι φιλοξενοούμενοι έχουν λιγότερη συμμετοχή στη λειτουργία τους (π.χ. μαγείρεμα, καθαριότητα).

## **Προστατευμένα διαμερίσματα**

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

## **Ανάδοχες οικογένειες**

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

## **ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Οι βασικοί στόχοι των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι:

- Ενημέρωση για την ψυχική νόσο και τις σύγχρονες θεραπείες.
- Εκπαίδευση, για την απόκτηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων μέσα στην οικογένεια.
- Υποστήριξη, για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού, εκπαίδευση στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

Οι ειδικοί στόχοι των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι:

- Να διευκολυνθεί η κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και να δοθεί ένα σκεπτικό για την αντιμετώπιση της.
- Να αποκαλυφθούν και να διορθωθούν οι παρανοήσεις γύρω από την ψυχική νόσο.
- Να μεταδοθούν γνώσεις για τις αιτίες, τη θεραπεία, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου.
- Να μειωθούν οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες για πλήρη θεραπεία και γρήγορη επάνοδο στο προ νοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας.
- Να επιτευχθεί «συμμόρφωση» στη φαρμακευτική αγωγή και συνεργασία στη γενικότερη θεραπεία.
- Να ενισχυθεί η αυτό-αντιμετώπιση, να βοηθηθεί δηλαδή ο άρρωστος και η οικογένεια ώστε να αποκτήσουν ενεργητικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου.

### **ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Η πρώτη περιγραφή συμπεριφορικής θεραπείας οικογένειας στη σχιζοφρένεια έγινε από τον R.P. Liberman το 1970. Μορφοποιήθηκε αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του '80 και απέκτησε τη μορφή του συγκεκριμένου μοντέλου της συμπεριφορικής θεραπείας οικογένειας στη σχιζοφρένεια από τον Ian R.H. Falloon .

Στο συγκεκριμένο μοντέλο, η θεραπεία γίνεται στο σπίτι της οικογένειας και αναμένεται όλα τα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένου και του αρρώστου, να παρακολουθούν τις συνεδρίες, θεωρείται ότι οι άρρωστοι και οι οικογένειες τους είναι πιο χαλαροί στο γνώριμο σ' αυτούς περιβάλλον του σπιτιού τους και πιο πρόθυμοι να μάθουν νέες συμπεριφορές.

Οι συμπεριφορές αυτές, που θα ασκηθούν κυρίως στο σπίτι της οικογένειας στην καθημερινή ζωή, έχουν τάση να διατηρούνται περισσότερο στο χρόνο. Η συνολική διάρκεια της θεραπείας είναι **2 περίπου χρόνια**. Συνήθως απαιτούνται 12-15 συνεδρίες με συχνότητα 1 συνεδρία την εβδομάδα, που ακολουθούνται από 1 συνεδρία ανά δεκαπενθήμερο επί 6-9 μήνες και 1 συνεδρία το μήνα για τους υπόλοιπους μήνες.

Επίσης, εκτός από τις θεραπευτικές συνεδρίες, κανονίζεται μια συνάντηση, ανά εβδομάδα, όλων των μελών της οικογένειας, διάρκειας μισής ώρας. Ο στόχος αυτής της οικογενειακής συνάντησης είναι να συζητήσει η οικογένεια τους στόχους και τα προβλήματα όλων των μελών της και να χρησιμοποιηθούν στην πράξη οι δεξιότητες που διδάχθηκαν στις συνεδρίες. Κάθε άρρωστος με σχιζοφρένεια που ζει με την οικογένεια του, που έχει ξεπεράσει ένα οξύ επεισόδιο της νόσου του, που παίρνει σταθερή δόση φαρμάκων με επαρκή συμμόρφωση και που μπορεί να προσλάβει και να επεξεργαστεί πληροφορίες κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης 60 περίπου λεπτών, μπορεί να συμμετάσχει σε πρόγραμμα συμπεριφερολογικής θεραπείας οικογένειας.

Απόλυτη ένδειξη αποτελούν οι οικογένειες με δύσκολη επικοινωνία, υψηλά επίπεδα έντασης και επιβάρυνσης από τη νόσο του άρρωστου μέλους, ανεπάρκεια στην επίλυση των προβλημάτων τους και διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις.

*Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει 4 φάσεις:*

- 1) . Εκπαίδευση για τη νόσο.
- 2). Εκπαίδευση για την επικοινωνία.
- 3). Εκπαίδευση για την επίλυση προβλημάτων.
- 4). Εκπαίδευση σε θεραπευτικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων.

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ**

Η συμπεριφορική προσέγγιση στη θεραπεία οικογένειας υποστηρίζει ότι είναι ανάγκη να δίνεται στον άρρωστο και την οικογένεια του όλο το γνωστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα μπορούν να καταλάβουν την αρρώστια και τη λογική για τη θεραπεία. Στη φάση αυτή της εκπαίδευσης για τη νόσο ακολουθούνται οι αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης. Παράλληλα, ενθαρρύνεται ο άρρωστος να περιγράψει στην οικογένεια του την εμπειρία του από τη σχιζοφρένεια.

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Οι βασικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη διδασκαλία δεξιοτήτων επικοινωνίας, είναι οι εξής:

- Ο θεραπευτής θεωρείται δάσκαλος, που βοηθά τις οικογένειες να μάθουν νέες δεξιότητες.



- Ο θεραπευτής δίνει έμφαση στη δοκιμή (πρόβα) νέων απαντήσεων, όχι στην αναισθησία.
- Ο θεραπευτής δίνει έμφαση στη θετική ενίσχυση των ειδικών επιθυμητών συμπεριφορών, όχι στην επιθετική κριτική και προσπαθεί να διδάξει τα μέλη της οικογένειας να αυξήσουν τη θετική ενίσχυση μεταξύ τους για τις επιθυμητές συμπεριφορές, μέσα και έξω από τη θεραπεία.

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.**

Ένας από τους βασικούς στόχους είναι να βοηθηθούν οι οικογένειες να πετύχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην επίλυση των προβλημάτων τους και στην επίτευξη των προσωπικών στόχων κάθε μέλους της οικογένειας. Έτσι, ενθαρρύνονται οι οικογένειες να υιοθετήσουν μια δομημένη μέθοδο στις συζητήσεις τους για την επίλυση των προβλημάτων τους .

Οι βασικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος είναι οι ίδιες με αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στην εκπαίδευση για την επικοινωνία .Ενδεικτικά, αναφέρονται τα στάδια εκμάθησης της δεξιότητας για την επίλυση προβλημάτων, έτσι όπως αυτά περιγράφονται στο φύλλο υπενθύμισης που δίνεται στην οικογένεια.

- Καθορίστε ακριβώς το πρόβλημα και το στόχο.
- Βρείτε τις πιθανές λύσεις.
- Διερευνήστε όλες τις πιθανές λύσεις και τις πιθανές συνέπειες τους.
- Συμφωνήστε στην «καλύτερη λύση».
- Σχεδιάστε και εφαρμόστε αυτό που σχεδιάσατε.
- Συζητήστε τα αποτελέσματα.

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.**

Μερικές φορές προκύπτουν ορισμένα προβλήματα, για τα οποία ο θεραπευτής πρέπει να επιλέξει ειδικές θεραπευτικές στρατηγικές και να καταστρώσει ειδικό σχέδιο παρέμβασης. Οι σημαντικότερες από αυτές τις στρατηγικές είναι:

- Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Εκπαίδευση στη χαλάρωση και άλλες τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους .
- Τεχνικές αντιμετώπισης της κρίσης.

Για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της συμπεριφορικής θεραπείας οικογένειας στη σχιζοφρένεια σχεδιάστηκε και διενεργήθηκε μια συγκριτική

μελέτη παρέμβασης, που έδειξε ότι η **συμπεριφορική** θεραπεία οικογένειας είναι πιο αποτελεσματική από την ατομική **υποστηρικτική** θεραπεία:

**α.** στην πρόληψη των υποτροπών και επομένως στη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο.

**β.** στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας του αρρώστου.

**γ.** στην ανακούφιση της οικογένειας από το βάρος της φροντίδας του αρρώστου και στη μείωση του stress και της έντασης μέσα στην οικογένεια.

Επίσης, παρά το ότι το κόστος σε χρόνο και έξοδα μετακίνησης του θεραπευτή στο σπίτι ήταν υψηλότερο στη συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, το όφελος από το μικρότερο αριθμό και τη μικρότερη διάρκεια των νοσηλείων, από τη μεγαλύτερη βελτίωση και επομένως τη μείωση της χρήσης των κλινικών υπηρεσιών ήταν τέτοιο, που τελικά αποδείχθηκε ότι το συνολικό κόστος του συγκεκριμένου μοντέλου ήταν μικρότερο από το κόστος της παραδοσιακής ατομικής υποστηρικτικής προσέγγισης με βάση το ιατρείο ή το νοσοκομείο. (Γλουμπίδης 2001 σελ. 188-199)

### 3.7 Η ΕΝΝΟΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Ο όρος 'ποιότητα ζωής' έχει περάσει πολλές ιστορικές φάσεις και έχει λάβει πολλές ερμηνείες. Έχει απασχολήσει από αρχαιότατους χρόνους τους Έλληνες φιλοσόφους. Ο **Αριστοτέλης**, ο μεγαλύτερος στοχαστής της αρχαιότητας, φιλόσοφος, θεμελιωτής πολλών επιστημών και δημιουργός της Λογικής, με τη λέξη «ευδαιμονία», όπως την ανέλυε στις φιλοσοφικές του μελέτες, απέδιδε προφανώς ό,τι και ο όρος «ποιότητα ζωής».

Στο σύγγραμμά του «*Ηθικά Νικομάχεια*» αναπτύσσεται από τον Αριστοτέλη η φιλοσοφική ανάλυση της λέξης ευδαιμονία και ορίζεται ως «*ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής*». Δηλαδή, στην έννοια αυτή υπάρχει συγκερασμός της συναισθηματικής-ψυχικής κατάστασης του ατόμου και ενός είδους «*λογικής ενέργειας*» (Yfantopoulos, 2001a).

Θεωρείται από τον φιλόσοφο η ευδαιμονία ως το «τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Ο φιλόσοφος υποστηρίζει ότι «οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι και το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι παραδέχονται ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής (ευ ζην) και η ευημερία (ευ πράττειν) είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία».

Ο όρος «*ποιότητα της ζωής*» αναδείχθηκε μέσα από τις έρευνες για τις συνθήκες ζωής που αναπτύχθηκαν προς τα τέλη του 19ου και στις πρώτες

δεκαετίες του 20ου αιώνα στις προηγμένες χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική, αγκαλιάζοντας τελικά στη δεκαετία του '30 ένα φάσμα φαινομένων που οδήγησε στη χρησιμοποίηση του όρου.

Με αυτή την έννοια η έρευνα για την ποιότητα της ζωής εμφανίσθηκε αρχικά στις Η.Π.Α. Το 1929 ιδρύθηκε στις Η.Π.Α. η πρώτη προεδρική επιτροπή για την καταγραφή των συνθηκών της ζωής διαφόρων στρωμάτων της αμερικανικής κοινωνίας και των τάσεων διαφοροποίησής τους. Ακολούθησαν κι άλλες μελέτες, κυρίως στις Η.Π.Α. στη δεκαετία του '30 για να συνεχισθούν, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, στη δεκαετία του '50 και στις άλλες προηγμένες χώρες του κόσμου. Από το 1970 και πέρα έχουν γίνει πολλές επιστημονικές συζητήσεις και έχουν γραφεί αρκετές μελέτες με θέμα την ποιότητα της ζωής .

Διάφορες άλλες ψυχολογικές μεταβλητές έχουν υποτεθεί επίσης ως βασικοί προφητικοί παράγοντες της αντιληπτής ποιότητας ζωής, αυτοί περιλαμβάνουν το επίπεδο προσαρμογής, την αυτοκυριαρχία, το ηθικό και τον αυτοσεβασμό, την αντίληψη για τον έλεγχο κατά τη διάρκεια της ζωής, των κοινωνικών συγκρίσεων και των προσδοκιών της ζωής, των προκαταλήψεων, των κοινωνικών αξιών αισιοδοξία-απαισιοδοξία, των πεποιθήσεων, των φιλοδοξιών και των κοινωνικών προτύπων σύγκρισης (Lawton, 1996. Baltes & Baltes, 1990; Day, 1991. Wenger, 1992 in Bowling et al., 2002).

Είναι κατά ένα μεγάλο μέρος άγνωστο που μεσολαβούν αυτές οι κοινωνικές και ψυχολογικές μεταβλητές. Ο Bowling (1995a, 1995b, 1996) χρησιμοποίησε ένα στερεότυπο για την εθνική καθολική στατιστική έρευνα για να μετρήσει ποια θεώρησαν οι ενήλικοι ότι είναι τα σημαντικά πράγματα στη ζωή, και ποιες οι προτεραιότητές τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αν και υπήρξαν κοινοί τομείς της ζωής που εκτιμήθηκαν από τους περισσότερους ανθρώπους, οι άνθρωποι είχαν τις διαφορετικές προτεραιότητες. Παραδείγματος χάριν, οι ηλικιωμένοι ήταν πιθανότερο να δώσουν προτεραιότητα στην υγεία, ενώ οι νέοι ήταν πιθανότερο να δώσουν προτεραιότητα στην εργασία. Οι τρέχουσες κλίμακες μέτρησης δεν είναι ευαίσθητες στις διάφορες αξίες των ανθρώπων, ή στον τρόπο που οι προτεραιότητες αλλάζουν με την αυξανόμενη ηλικία. (Βαλάσση 2001 σελ.33-35)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- Ø **Αποδοχή των ιδεών**, των αισθημάτων και τη συμπεριφοράς του ασθενούς από τον νοσηλευτή ή οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας, ανεξάρτητα αν εκείνος έχει την δυνατότητα να τα ελέγχει ή όχι και συγχρόνως ο νοσηλευτής να έχει την ικανότητα να ανακαλύπτει τι πυροδοτεί αυτές τις εκδηλώσεις και να τηρεί ουδέτερη στάση.
- Ø **Τιμιότητα** στα συναισθήματα του νοσηλευτή απέναντι του ασθενούς. Να μπορεί να λέει «δεν ξέρω» στον ασθενή, και να μην απειλεί τον ασθενή ή να μπορεί να του υποσχεθεί κάτι, αν δεν είναι σε θέση να επιβάλλει την απειλή του ή να εκπληρώσει την υπόσχεσή του.
- Ø **Ηρεμία και προγραμματισμός**. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τόσο τι θέλει να μεταδώσει στον ασθενή και τι ελπίζει να πετύχει στη συγκεκριμένη στιγμή, όσο και πώς να παρουσιάζει το γεγονός με τρόπο ήρεμο, σίγουρος για τον εαυτό του.
- Ø **Διαβεβαίωση** του ασθενούς με τα λόγια και την όλη συμπεριφορά μας ότι είναι προφυλαγμένος και ασφαλής, και ότι θα βοηθηθεί και θα προστατευθεί από κάθε κίνδυνο, για όσο βρίσκεται στο χώρο του νοσοκομείου.
- Ø **Συνέπεια** στη συμπεριφορά του νοσηλευτή και στάση θετική που να ελαττώνει την σύγχυση του ασθενή, χωρίς προκατειλημμένη διάθεση, και να κάνει προσπάθειες να αντιμετωπίσει με ρεαλιστικό τρόπο τα προβλήματα του αρρώστου.
- Ø **Ζεστασιά και φροντίδα** που αυτά τα δύο κάνουν τον ασθενή να νιώθει άνεση και προάγουν την εμπιστοσύνη, προς όλο το περιβάλλον του νοσοκομείου.
- Ø **Ανοχή** προς την συμπτωματολογία και τις διάφορες συχνά συγκρουόμενες εκδηλώσεις συμπεριφοράς, επικοινωνίας, και τρόπων του ασθενούς.
- Ø **Αντικειμενική** παρακολούθηση της όλης συμπεριφοράς του ασθενούς, και διαπίστωση του τι επίδραση έχει αυτή στο γύρω περιβάλλον του.
- Ø **Σεβασμός** στον κάθε ασθενή ως προσωπικότητα, με δικαιώματα και προνόμια, που αξίζει την θεραπεία που του προσφέρεται και την φροντίδα από όλους.
- Ø **Προσφορά προτύπου**. Η σωστή συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας, η αξιοπρεπής του εμφάνιση, η αυτοκυριαρχία του και η

καλή του διάθεση, θα αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για τον ασθενή. (Moore 2004:155-157)

#### **4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

Οι κατατονικοί ασθενείς έχουν μεγαλύτερη επιρρέπεια σε απόπειρα αυτοκτονίας, γι' αυτό και είναι πολύ βασικό το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι κατάλληλα εξειδικευμένο, προκειμένου να μπορεί να διακρίνει τις αλλαγές διάθεσης του αρρώστου. Οι ασθενείς συνήθως εμφανίζουν τα πρώτα συμπτώματα αυτοκτονίας μέσω συζητήσεων περί θανάτου, ή κρύβοντας κάποια αντικείμενα, όπως π. χ. κομμάτι γυαλί.

Υπάρχουν όμως και πάσχοντες που μπορούν να έχουν πολύ απόκρυφες τις σκέψεις τους, και εάν μάλιστα είχαν κάνει προηγούμενη απόπειρα και σώθηκαν, τώρα είναι περισσότερο προσεκτικοί και προσπαθούν να ξεγελάσουν, έχοντας χαρούμενο παρουσιαστικό, λαμβάνοντας περισσότερη τροφή, κ.τ.λ.

Όταν ο νοσηλευτής καταλάβει ότι έχει τάσεις αυτοκτονίας, πρέπει ευθύς αμέσως να ενημερώσει όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Ο ασθενής με τις τάσεις αυτές χρήζει ιδιαίτερης συναισθηματικής βοήθειας και κατανόησης. Πρέπει να του δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα τον χαροποιούν και θα τον ικανοποιούν. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση μέχρι να επέλθει αυτή η κατάσταση.

Η παρακολούθηση όμως πρέπει να γίνεται με προσοχή γιατί, αν ο ασθενής το αντιληφθεί, είναι δυνατόν να επέλθει το αντίθετο αποτέλεσμα. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί τρόπος μέσα σε ένα νοσοκομείο ώστε ο ασθενής να παρακολουθείται στενά, να είναι ασφαλής, αλλά και να μη του στερηθεί η ελευθερία του. Σε περίπτωση που η απόπειρα γίνει παρά την όλη προσπάθεια του νοσηλευτικού, δεν θα πρέπει να αισθάνεται ενοχές. (Πλουμπίδης 2001 σελ.162-163)

#### **4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Όταν νοσηλεύεται ένας ασθενής ηλικιωμένος με σχιζοφρένεια πρέπει να εφαρμόζονται γενικές αρχές όπως:

- Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου.
- Ανάπτυξη εμπιστοσύνης.
- Επιβεβαίωση της ταυτότητας του.
- Προσανατολισμός του αρρώστου στη πραγματικότητα.
- Φροντίδα της καθημερινής του υγιεινής.
- Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος.

- Ενθάρρυνση ευθύνης για τον εαυτό του.
- Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας.

### Νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου.

Η νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση των ηλικιωμένων σχιζοφρενών εκτός από τη μελέτη της βιοψυχοκοινωνικής κατάστασης του και λειτουργίας του εστιάζεται στις:

- 1) Διαταραχές σκέψεις
- 2) Διαταραχές αντίληψης
- 3) Διαταραχές συμπεριφοράς

#### Διαταραχές Σκέψεις

Διαταραχή του ειρμού των σκέψεων του, που εκδηλώνεται ως χάλαση των συνειρμών του. Εξωπραγματική φανταστική σκέψη, ηχολαλία.

#### Διαταραχές Αντίληψης

Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, προβλήματα εαυτού όπου ο άρρωστος δεν είναι βέβαιος για τα όρια του εαυτού του.

#### Διαταραχές του Συναισθήματος

Απουσία συναισθήματος, φαινομενική έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και η απάθεια στο ύφος του αρρώστου μπορεί να εκληφθεί ως αδιαφορία για τον εαυτό του.

#### Διαταραχές Συμπεριφοράς

Απόσυρση από τη πραγματικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων λόγω φόβου, άγχους, συναισθηματικής αδιαφορίας. Παρατηρούνται επίσης και ψυχοκινητικές διαταραχές όπως μορφασμοί, αλλόκοτες στάσεις, παρορμητική συμπεριφορά, επιθετικότητα και ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.

Ακόμη παρατηρούνται οι ακόλουθες διαταραχές: Παραμέληση εμφάνισης και ατομικής καθαριότητας, έλλειψη πρωτοβουλίας, έλλειψη ενεργητικότητας, αμφιθυμία.

Επιπλέον μέσα στη νοσηλευτική εκτίμηση των ηλικιωμένων ασθενών συγκαταλέγεται:

- 1) Το ιστορικό υγείας.
- 2) Η φυσική εκτίμηση.
- 3) Οι διαγνωστικές εξετάσεις.

#### Τα προβλήματα του αρρώστου:

Τα προβλήματα του Ηλικιωμένου Σχιζοφρενή είναι δύο:

A) Η Σχιζοφρένεια

B) Η σωματική του κατάσταση που λόγω ηλικίας συνυπάρχουν και οργανικά προβλήματα.

#### Σκοποί της Φροντίδας είναι:

- Η άμεση αποκατάσταση του ασθενούς από οργανικές λειτουργίες του οργανισμού, καλύτερευση της υγείας του.
- Να αναγνωρίζει αλλαγές στην σκέψη και στη συμπεριφορά του.
- Να διατηρεί το προσανατολισμό του στη πραγματικότητα.
- Να δημιουργεί διαπροσωπικές σκέψεις.

Και γενικά ο άρρωστος ηλικιωμένος να φτάσει στη μέγιστη αποκατάσταση σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο.

#### Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:

- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ηλικιωμένο ασθενή.
- Διάθεση χρόνου για επικοινωνία και ακρόαση.
- Φροντίδα στην ατομική υγιεινή του.
- Οριοθέτηση στη παρορμητική αντίδραση.
- Συνεχής εκτίμηση της παρούσας κατάστασης.
- Θετική ενίσχυση του αρρώστου.
- Συνεπής τήρηση της φαρμακευτικής του αγωγής.
- Παρέμβαση όταν ο άρρωστος ηλικιωμένος παρουσιάζει επιθετική ή ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.

#### Αξιολόγηση:

Κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο ο ηλικιωμένος ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να:

- Μπορεί να αυτοεξυπηρετείται.
- Λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή.
- Έχει επαφή με τη πραγματικότητα.
- Να έχει αποκτήσει κοινωνικές σχέσεις.
- Να έχει αποκατασταθεί η υγεία του ασθενούς στο βέλτιστο βαθμό.

#### 4.4 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

*Τα περισσότερα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν να αντιμετωπίσουν μια διπλή δοκιμασία: από την μια πλευρά, δίνουν άνιση μάχη με τα συμπτώματα και τις μειονεξίες που απορρέουν από την νόσο, και από την άλλη δοκιμάζονται καθημερινά λόγω των διακρίσεων που προέρχονται από τους μύθους, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις γύρω από τις ψυχικές ασθένειες.*

Έτσι, τα άτομα με ψυχικές παθήσεις στερούνται τις ευκαιρίες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής: έναν ικανό αριθμό φίλων, μια καλή δουλειά, ασφαλή στέγη, ικανοποιητική ιατρική φροντίδα, ισότιμα δικαιώματα ως πολίτες και πλήρη κοινωνική ενσωμάτωση. Στίγμα είναι ένα σημάδι, μια ταμπέλα, το αποτύπωμα που βάζουμε σε κάποιον για να ξεχωρίζει.

Το στίγμα και η διαδικασία του στιγματισμού αποτελούνται από 2 θεμελιώδη στοιχεία: την αναγνώριση του «σημαδιού» της διαφορετικότητας και την ακολουθούμενη «μείωση» του ατόμου. Στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι η αρνητική κοινωνική αντίδραση απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Στίγμα σημαίνει ότι το ευρύ κοινό αλλά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για το άτομο με ψυχική νόσο και να συμπεριφέρονται ανάλογα.

Για παράδειγμα, γειτονιές εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων για ψυχικά ασθενείς, επειδή οι κάτοικοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Αντίστοιχα, εξαιτίας του μύθου ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν μπορούν να εργαστούν, οι εργοδότες αρνούνται να τα προσλάβουν στις επιχειρήσεις τους. Ακόμα πιο λίγοι είναι φυσικά οι άνθρωποι που θα ήθελαν να συνδέσουν τη ζωή τους με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια.



Το στίγμα είναι ένα από τα κύρια εμπόδια για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της ψυχικής ασθένειας και συχνά οδηγεί σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν τα προβλήματα των ασθενών. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαθέσιμες θεραπείες, οι μύθοι που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια προκαλούν ντροπή και φόβο στους πάσχοντες και στις οικογένειές τους, με αποτέλεσμα να μην αναζητούν την θεραπεία που χρειάζονται.

Ακόμη όμως και όταν αναζητούν θεραπεία, η έκβαση και η πορεία της νόσου είναι κακή λόγω του στίγματος. Το στίγμα της ψυχικής νόσου δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που νοσεί, αλλά και οτιδήποτε ή οποιονδήποτε σχετίζεται με τον ασθενή, όπως τα μέλη της οικογένειας, τους συγγενείς, τους φίλους που φροντίζουν τον ασθενή, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά και τις άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες. Δυστυχώς, ακόμη και οι ίδιοι οι πάσχοντες αποδέχονται τα στερεότυπα που αναφέρονται στην κατάστασή τους και στιγματίζονται μόνοι τους.

### **ΚΑΘΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΜΩΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ:**

Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λάβει θεραπεία πάντα με όσο το



δυνατό λιγότερες περιοριστικές παρεμβάσεις. Σε κάποια ιδρύματα όμως εκμεταλλεύονται την ασθένεια και κατάσταση του ατόμου και προβαίνουν απευθείας στις τελευταίες ενέργειες, για δική τους ευκολία. Αυτές είναι η *απομόνωση*, που σημαίνει ότι ο ασθενής περιορίζεται σε ένα δωμάτιο μόνος του.

Ο θάλαμος απομόνωσης συνήθως είναι επιπλωμένος με ένα κρεβάτι ή ένα στρώμα για λόγους ασφαλείας. Από την άλλη η *καθήλωση*, είναι μια δυνητικά στρεσογόνος εμπειρία που προκαλεί φόβο και αίσθημα ανημποριάς. Η καθήλωση αναφέρεται σε εφαρμογή δερμάτινων ή άλλων ιμάντων ή άλλων μέσων σε όλα τα άκρα και γύρω από τον κορμό του ασθενή, για την αποφυγή τραυματισμού του εαυτού του και των άλλων, και όταν εφαρμόζεται, ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται κάθε 15 λεπτά.

Ασθενείς σε ψυχιατρικά τμήματα όμως, έχουν τραυματιστεί, ή ακόμα και καταλήξει από καθήλωση, γι' αυτό δεν πρέπει ποτέ να εφαρμόζεται για διευκόλυνση του προσωπικού ή για να τιμωρηθεί ο ασθενής. Πρέπει να εξαντλούνται πρώτα οι λιγότερο περιοριστικές εναλλακτικές παρεμβάσεις για να μειωθεί η διέγερση του ασθενή και μετά να προχωράει κανείς στην καθήλωση.

Οι ασθενείς που είχαν την εμπειρία της καθήλωσης με δερμάτινους ιμάντες, ανέφεραν ότι ένιωθαν ευάλωτοι και αβοήθητοι και ότι τους φέρονταν απάνθρωπα. Σε μια μελέτη της εμπειρίας των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε καθήλωση λόγω επειγουσών ψυχιατρικών καταστάσεων, οι ασθενείς ρωτήθηκαν πώς θα προτιμούσαν να αντιμετωπιστούν αν δεν μπορούσαν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους. Περίπου 70% απάντησε ότι θα προτιμούσε να αντιμετωπιστεί με χορήγηση φαρμάκων, περίπου 20% θα προτιμούσε την απομόνωση, και περίπου 10% θα προτιμούσε την καθήλωση.

Αν εφαρμοστεί καθήλωση σε ασθενή, αφού ηρεμήσει, μπορεί να κατανοήσει καλύτερα την κατάσταση αν του εξηγήσει ο νοσηλευτής ότι καθλώθηκε για την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς του και όχι για τιμωρία. Η επακόλουθη συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τα συναισθήματά του μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του ψυχολογικού αντίκτυπου αυτού του τρόπου. (Παπαδοπούλου 2002 σελ 120-126)



#### 4.5 ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Οι ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, αποτελούν ευάλωτη ομάδα σε εκμετάλλευση και κακομεταχείριση. Όσον αφορά τα αστικά τους

δικαιώματα, ένας ασθενής που εισάγεται με τη δική του θέληση για ψυχιατρική νοσηλεία διατηρεί όλα τα αστικά του δικαιώματα. Έχει τα δικαιώματα να εξασκεί το δικό του επάγγελμα, να έχει διάφορες επιχειρήσεις, να ψηφίζει, να κατέχει αξιώματα.

Η πολιτεία μπορεί να περικόψει τα δικαιώματα του ασθενή με εισαγγελική εντολή. Ο ασθενής έχει, τόσο το δικαίωμα για εφαρμογή της θεραπείας, όσο και το δικαίωμα να υποβληθεί σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστική θεραπεία. Φυσικά, ψυχιατρική θεραπεία μπορεί να παρέχεται σε ένα εξωτερικό ιατρείο στη κοινότητα, σε προγράμματα ημερήσιας νοσηλείας, σε ξενώνες, κατ' οίκον, ή σε νοσοκομειακό χώρο.

Σε νοσοκομειακό χώρο οι αποφάσεις θεραπείας πρέπει να λαμβάνονται πάντα με βάση τον κανόνα της λιγότερο περιοριστικής εναλλακτικής θεραπείας. Όσον αφορά την ικανότητα δικαιοπραξίας, είναι η νομική παραδοχή ότι ένα άτομο είναι νοητικά ικανός να κρίνει, να λαμβάνει λογικές αποφάσεις και έτσι ένα άτομο, που είναι νοητικά ικανό να αντιληφθεί τις πληροφορίες που του παρέχονται, προτού δώσει συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, θεωρείται ότι έχει την ικανότητα δικαιοπραξίας για τους σκοπούς της παροχής ιατρικής φροντίδας.

Ο ασθενής που εισάγεται με εισαγγελική εντολή σε μια ψυχιατρική κλινική θεωρείται ότι έχει την ικανότητα δικαιοπραξίας και γι' αυτό διατηρεί τα αστικά του δικαιώματα. Από την άλλη, η ανικανότητα για δικαιοπραξία, καθορίζεται με δικαστική απόφαση και αναφέρεται στην αδυναμία του ατόμου, να κρίνει, να παίρνει ορθολογικές αποφάσεις και να είναι υπεύθυνος γι' αυτές. Όταν ένα δικαστήριο κρίνει ότι ένα άτομο είναι ανίκανο για δικαιοπραξία, του αφαιρεί ορισμένα δικαιώματα, όπως το δικαίωμα να ψηφίζει, να συνάπτει συμβάσεις, και να κατέχει δίπλωμα οδήγησης.

Ο ασθενής επίσης έχει το δικαίωμα να συναινέσει αφού ενημερωθεί πλήρως από τον γιατρό (δικαίωμα για συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης). Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός έχει εξηγήσει την θεραπεία με όρους που ο ασθενής έχει κατανοήσει πλήρως, συμφωνεί, και επιτρέπει την εφαρμογή του. Ο ασθενής έχει επίσης έχει το δικαίωμα να συναινέσει αφού ενημερωθεί πλήρως από τον γιατρό (δικαίωμα για συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης). Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός έχει εξηγήσει την θεραπεία με όρους που ο ασθενής έχει κατανοήσει πλήρως, συμφωνεί, και επιτρέπει την εφαρμογή του.

*Ο ασθενής έχει επίσης το δικαίωμα να αλλάξει γνώμη και να ζητήσει να διακοπεί η αγωγή που έχει ήδη αρχίσει. Πριν δώσει την συγκατάθεσή του για θεραπεία, ο ασθενής πρέπει να κατανοεί πλήρως τα εξής:*

- 1) Τη διάγνωση
- 2) Τα χαρακτηριστικά και τον σκοπό της θεραπείας

- 3) Τους κινδύνους και τα οφέλη της
- 4) Τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές (συμπεριλαμβανομένης της μη χορήγησης καμιάς θεραπείας) και τους κινδύνους και τα οφέλη τους.

Αυτά όλα είναι απόλυτη ευθύνη του γιατρού, να δώσει δηλαδή στον ασθενή τις απαραίτητες πληροφορίες για να αποφασίσει αν θέλει να λάβει την θεραπεία. Όταν ο ασθενής υπογράφει το έντυπο της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης μπορεί να είναι παρών και ο νοσηλευτής ως μάρτυρας. Αλλά η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης αυτή καθαυτή είναι απόλυτη ευθύνη του γιατρού.

Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει κριθεί ανίκανος για δικαιοπραξία, τη συναίνεση για τη θεραπεία μπορεί να δώσει ο νόμιμος κηδεμόνας του. Αν ο ασθενής έχει βαριά συμπτώματα και δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τις πληροφορίες για τη θεραπεία, αλλά δεν έχει νόμιμο κηδεμόνα, μπορεί να ζητηθεί η συναίνεσή του πλησιέστερου συγγενή.

Επιπλέον, ο ασθενής έχει και το δικαίωμα να αρνηθεί την θεραπεία (*δικαίωμα άρνησης της θεραπείας*). Ο ασθενής έχει ανάμεσα στα άλλα, να αρνηθεί να δώσει τη συγκατάθεσή του και να αρνηθεί τη θεραπεία ακόμα και αν ο γιατρός θεωρεί ότι η θεραπεία θα τον ωφελήσει. Ένας νοσηλευτής μπορεί να κατηγορηθεί για βιαιοπραγία εάν αγγίξει έναν ασθενή για μια θεραπεία που ο ασθενής αρνείται να λάβει.

Αν απειλήσει ότι θα χορηγήσει τη θεραπεία με τη βία, μπορεί να κατηγορηθεί για προσβολή της προσωπικότητας υπάρχουν φορές, που ο ασθενής δεν θέλει να πάρει φάρμακα, αλλά η νόσος του δεν του επιτρέπει να αντιληφθεί την ανάγκη για θεραπεία. Από την άλλη όμως, ο ασθενής θα γίνει διεγερτικός και επιθετικός αν δεν πάρει τα φάρμακα.

Εδώ έρχεται η κατάσταση, στην οποία τα δικαιώματα του ασθενή (αυτονομία), έρχονται σε σύγκρουση με τα δικαιώματα των άλλων (δικαίωμα για ασφάλεια). Σε περίπτωση όμως επείγουσας ανάγκης που ο ασθενής αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους είναι δυνατή η χορήγηση φαρμάκων στον ασθενή παρά τη θέλησή του.

Τέλος ο ασθενής έχει και το δικαίωμα για *εμπιστευτικότητα*. Πιο συγκεκριμένα, ακόμα και το γεγονός ότι ένα άτομο επισκέπτεται ένα κέντρο ψυχικής υγείας, είναι εμπιστευτικό. Ο νοσηλευτής φέρει την απόλυτη ευθύνη να προστατεύει το δικαίωμα του ασθενή για εμπιστευτικότητα. Ο ασθενής πρέπει να είναι σίγουρος ότι οι πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία τους θα κοινοποιηθούν μόνο στα άτομα που γνωρίζουν για τους σκοπούς της θεραπείας τους. αντίθετα όμως, ο κανόνας της εμπιστευτικότητας έχει και κάποιες εξαιρέσεις.

Ο κανόνας Tarasoff, ή υποχρέωση προειδοποίησης κατά Tarasoff, απαιτεί από τον επαγγελματία υγείας να αξιολογεί την πιθανότητα βίαιης

συμπεριφοράς από τον ασθενή, και αν κάποιος βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, να προβεί σε κάποιας μορφής ενέργειες για την προστασία του. Άλλες καταστάσεις που ο νοσηλευτής μπορεί να δώσει πληροφορίες για τον ασθενή σε τρίτο πρόσωπο είναι επείγουσες καταστάσεις παροχής φροντίδας, δικαστικά εντάλματα για παροχή πληροφοριών ή διαδικασίες για την εκδίκαση περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης. (Barry 1999:88-90)

#### 4.6 Η ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αναφορά στην γένεση και την διαδρομή της αντίστασης, εκτός από την ιστορική σημασία που έχει, αναμένεται να συμβάλει και σε ένα ακόμη σκοπό, στη ανάδειξη των σημείων εκείνων που κατά καιρούς έχουν αποτελέσει ερείσματα στην κριτική για την έννοια της αντίστασης και παράλληλα στην ανάδειξη των στοιχείων τα οποία έχουν επικρατήσει ως και σήμερα στον επιστημονικό διάλογο αναφορικά με την αντίσταση.

Η έννοια της αντίστασης είναι τόσο παλαιά όσο και η ψυχανάλυση. Οι αναφορές στην αντίσταση διανθίζουν σε όλα σχεδόν τα κείμενα του ιδρυτή της ψυχανάλυσης Freud. Ως αποτέλεσμα, ο θεμελιώδης χαρακτήρας στην δημιουργία και ανάπτυξη, της ψυχαναλυτικής θεραπείας καθιστά την αντίσταση αποδέκτη όχι μόνο της κριτικής για αυτές καθεαυτές τις εννοιολογικές και πρακτικές της διάστασης (όπως θα συνέβαινε με κάθε άλλη έννοια), αλλά και της κριτικής που έχει δεχθεί η ίδια η ψυχανάλυση συνολικά ως θεωρία και μέθοδος θεραπείας.

Ο Freud όπως περιγράφεται στο λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης συνοπτικά << οι αναμνήσεις μπορούν να θεωρηθούν ως ομαδοποιημένες, σύμφωνα με το βαθμό αντιστάσεως που διαθέτουν, σε ομόκεντρα στρώματα γύρω από κεντρικό παθογόνο πυρήνα. Κατά την διάρκεια της θεραπείας, κάθε μετάβαση από τον ένα κύκλο στον άλλον, πλησιέστερα προς τον πυρήνα, θα αυξήσει την αντίσταση κατά την διαφορά μεταξύ τους >>. (Laplace – Pontalis, 1986, σελ.59)

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη υπόθεση, όσο ο αναλυτής πλησιάζει περισσότερο στον πυρήνα του προβλήματος τόσο θα αυξάνεται η αντίσταση του ασθενούς. ωστόσο στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η αύξηση της αντίστασης με την ολοένα μεγαλύτερη προσέγγιση του ασυνειδήτου δεν σημαίνει ότι η αντίσταση προέρχεται από το ασυνείδητο. Η αντίσταση κατά την διάρκεια της θεραπείας προέρχεται από τα ίδια ανώτερα στρώματα και συστήματα της ψυχικής ζωής τα οποία κάποτε είχαν προκαλέσει απώθηση. (Γιωτσίδα 2013 σελ. 60-69)

**Τα πέντε είδη αντίστασης κατά τον Freud:**

[Αντιστάσεις προερχόμενες από το εγώ.](#)

- 1) Αντίσταση της απώθησης. Όταν το υποκείμενο απωθεί συνειδητά σκέψεις συναισθήματα και εμπειρίες που του προκαλούν πόνο.
- 2) Αντίσταση της μεταβίβασης .η μεταβίβαση αποτελεί μία ιδιαίτερη έκφραση του μηχανισμού της απώθησης , καθώς αντί της ανάμνησης επικρατεί η αναβίωση.
- 3) Δευτερογενές όφελος από την ασθένεια . σχετίζεται περισσότερο με ικανοποιήσεις ναρκισσιστικής φύσεως .

#### Αντιστάσεις προερχόμενες από το εκείνο.

- 4) Ψυχαναγκασμός για επανάληψη και προσκολλητικότητα στην λίμπιντο

#### Αντίσταση από το υπερεγώ .

- 5) Ασυνείδητη ενοχή και ανάγκη τιμωρίας .

### 4.7 Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Αν κάποιο πρόγραμμα για το γήρας πρόκειται να πετύχει, συνεπάγεται ότι η συμπεριφορά των επαγγελματιών πρέπει να είναι σωστή. Γενικώς, η συμπεριφορά προς τους ηλικιωμένους στη κοινωνία τείνει να γίνει αρνητική. Σε μμία εποχή όπου τα τεχνολογικά επιτεύγματα τοποθετούνται πάνω από όλα, η γνώση των πατροπαράδοτων επιτευγμάτων φθίνει από γενιά σε γενιά και έχει χάσει την αξία της

Ο σεβασμός για το γήρας άλλαξε και σε πολλές περιπτώσεις δημιουργεί προκατάληψη ενάντια σε αυτό. Ένα από τα σταθερά κριτήρια του γήρατος είναι κάποια αρρώστια, κούραση, αδιαφορία στο σεξουαλικό τομέα και διανοητική καθυστέρηση (ηλιθιότητα), (McTavish 1971).

Οι ηλικιωμένοι όμως, μπορεί στη πραγματικότητα να είναι και μορφωμένοι, υγιείς δημιουργώντας μμία διαφορετική εικόνα από τη συνηθισμένη. Μια αμερικάνικη μελέτη αποκάλυψε ότι το ενδιαφέρον των φοιτητών της ιατρικής στα προβλήματα του γήρατος ελαττώθηκε, όταν το φοιτητικό τους τμήμα προόδευσε.

Ένα μέρος της παρακμής του ενδιαφέροντος τους οφείλεται στην αρνητική συμπεριφορά των εκπαιδευτών και περισσότερο θετικές θα λέγαμε συμπεριφορές εμφανίστηκαν σε φοιτητές που είχαν ένα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης στην ιατρική που αφορούσε την τρίτη ηλικία (National Academy of Sciences 1978). Ο Rowlings (1981) αναγνώρισε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να έχουν βαθιά ριζωμένες προκαταλήψεις σχετικά με την τρίτη ηλικία.

Το ίδιο ο Mills (1972) ανακάλυψε ότι οι Αμερικάνοι φοιτητές που ασχολούνται με τη θεραπεία αποκαταστάσεων είχαν ελλιπείς γνώσεις για την πρόοδο του γήρατος και γενικώς δεν ενδιαφέρονταν να

εργαστούν με τους ασθενείς της γηριατρικής (γεροντολογίας). Ο Peach (1978) ανακάλυψε ομοίως αρνητικές συμπεριφορές σε μμία μμελέτη τελειόφοιτων σε οχτώ σχολές φυσιοθεραπείας στην Αγγλία.

Η Finn (1986) μμελέτησε τις συμπεριφορές των φυσιοθεραπευτών που εξασκούνται το επάγγελμά προς τους γηριατρικούς ασθενείς και τη γηριατρική ιατρική στην Ιρλανδία. Ανακάλυψε ότι γενικά οι φυσιοθεραπευτές είχαν μια θετική συμπεριφορά προς τους γέροντες βρίσκοντάς τους ενδιαφέροντες, ευχάριστους, καλούς και ικανούς να αλλάξουν. Οι συμπεριφορές προς τα ηλικιωμένα άτομα ως ασθενείς ήταν λιγότερο εμφανής.

Συμφώνησαν ότι το γηραιότερο άτομο παρουσίασε μια ικανότητα προς την αποκατάσταση, αλλά όμως ανακάλυψαν απροθυμία του να αναλάβει αυτή την ευκαιρία. Μόνο ένα 3,4% λάμβανε υπόψη τη γεροντολογική φυσιοθεραπεία σαν τη πρώτη εκλογή της καριέρας τους. Τα πορίσματα αυτά μμπορούν να υποδηλώσουν ότι η επαγγελματική διδασκαλία των φυσιοθεραπευτών δεν έχει εξοπλιστεί επαρκώς ούτως ώστε να δεχτεί ότι ο ρόλος της στη θεραπεία και τη φροντίδα των ασθενών, δεν βρίσκεται αποκλειστικά μμέσα στο βασίλειο της άμεσης θεραπείας.

Αυτό αναφέρεται στα πορίσματα των Wagstaff, Jackson και Wheeler (1985) σε μια μμελέτη των φοιτητών φυσιοθεραπευτών και επαγγελματιών με την οποία ανακάλυψαν ότι η θεραπεία έδωσε υπεροχή στη φροντίδα. Η κλινική εμπειρία η οποία αποκτάται στα νοσοκομεία όπου γίνεται η κατάλληλη εκπαίδευση, τόσο σε εκείνους που είχαν προηγούμενη κλινική εμπειρία και σε εκείνους που δεν είχαν έχει πολύ σημασία για την αύξηση των γνώσεων και την κατανόησή των προβλημάτων του ηλικιωμένου ασθενή. (Μαδιανός 2003 σελ. 173-175)

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Όλα τα είδη θεραπευτικής αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας, κατά την παραμονή του αρρώστου μέσα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο αποτέλεσαν έναν καθημερινό αγώνα για την καταπολέμηση και υπερνίκηση της νόσου. Η μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο δεν είναι πλέον τόση συχνή όπως πριν από 20 ή 30 χρόνια.

Παρά την τάση αυτή ωστόσο, λίγοι ψυχικά άρρωστοι φαίνεται ότι απαιτούν μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο. Για τους περισσότερους παράταση της νοσηλείας δεν συνιστάται διότι αυξάνει την εξάρτησή τους από την φροντίδα στο ίδρυμα και οδηγεί σε ελάττωση των κοινωνικών τους επαφών με την οικογένεια, τους γνωστούς και την κοινότητα. Βραχυχρόνια θεραπεία σε ειδικό ψυχιατρικό τμήμα μπορεί να ανακουφίσει τους αρρώστους από τα συμπτώματά τους, να παρέχει ένα προστατευτικό

περιβάλλον για τον αποδιοργανωμένο άρρωστο, να επιτρέψει την επανέναρξη ή την ρύθμιση των φαρμάκων, και να μειώσει την πίεση που υφίστανται οι οικογένειες και ιδιαίτερα τα μέλη τους που αναλαμβάνουν την φροντίδα τους.

Αρκετοί είναι αυτοί που μπορούν να ωφεληθούν από μερική παραμονή σε νοσοκομεία (αυτό που αποκαλείται «νοσοκομείο ημέρας»), ή από απλή παρακολούθηση σε εξωτερική βάση χωρίς την ανάγκη παραμονής σε κλινική. Άλλοι πάλι μπορεί να ωφεληθούν από την παραμονή τους σε ειδικά διαμορφωμένους ξενώνες.

Η συνέχιση της φαρμακευτικής θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη των υποτροπών. Οι άρρωστοι μπορεί για διάφορους λόγους να διακόψουν την θεραπεία τους και έτσι να υποτροπιάσουν σχετικά σύντομα.

Ο ρόλος της οικογένειας στην ενθάρρυνση του αρρώστου να συνεχίσει την θεραπεία και στο σπίτι του μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη των υποτροπών. Δεν πρέπει κανείς να ξεχνάει ότι χωρίς θεραπεία μερικοί άρρωστοι μπορεί να γίνουν τόσο ψυχωτικοί και αποδιοργανωμένοι που να μην μπορούν να φροντίζουν ούτε για τις βασικές τους ανάγκες ένδυσης, τροφής ή στέγης.

Εκείνοι που αναλαμβάνουν την φροντίδα αρρώστων με σχιζοφρένεια πολλές φορές δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν σε σκέψεις και πράξεις των αρρώστων που είναι εμφανώς εκτός πραγματικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι ιδέες αυτές των ασθενών δεν

είναι απλώς φαντασιώσεις τους αλλά στο νου τους μοιάζουν απόλυτα πραγματικές και σωστές. Τα μέλη της οικογένειας αντί να προσπαθούν να πείσουν τον άρρωστο περί του αντιθέτου, είναι προτιμότερο να του λένε ότι δεν βλέπουν τα πράγματα όπως τα βλέπει εκείνος και ότι δεν συμφωνούν με τα συμπεράσματά του, αλλά ταυτόχρονα να αναγνωρίζουν ότι σ' αυτόν έτσι φαίνονται τα πράγματα.

Τέλος είναι αναγκαίο να έχουμε συνεχή επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, να του παρέχουμε ηθική υποστήριξη αλλά και να του διδάσκουμε τους καλύτερους δυνατούς τρόπους για την αντιμετώπιση των αναγκών και των προβλημάτων του με την επανένταξη του στη κοινωνική ζωή, ακόμη χρειάζεται να ενημερώνουμε το περιβάλλον για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τον κίνδυνο μιας νέας υποτροπής και τις υπηρεσίες υγείας που μπορεί να χρησιμοποιηθούν.

Είναι καθήκον όλων μας να απομακρύνουμε οποιοσδήποτε προκαταλήψεις και να συμβάλλουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών, στοιχείο που θα επιφέρει βελτίωση του γενικότερου κοινωνικού



πλαisiου στο οποίο ζούμε και αλληλοεπιδρούμε με τους συνανθρώπους μας. Και εμείς ως νοσηλευτές πρέπει να συμβάλλουμε σε αυτό.



#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ Π ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΙΟ 1999
2. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ 2004.
3. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. και συν. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ 1ος ΤΟΜΟΣ ΕΚΔΟΣΗ ΒΗΤΑ ΑΘΗΝΑ 2000.
4. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΑΘΗΝΑ 2002.
5. BAROCCA A. et al MESSY HOUSE SYNDROME 2004.
6. DAVID J. ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΖΕΡΒΑΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΟΝΕΙΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ 2003.
7. KARTH J. EPIDEMIOLOGY OF SHIZOPHRENIA NEW SCIENSTIST 2004.
8. ΓΚΙΩΝΑΚΗΣ Ν.ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Κ. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 31, 1990.

9. ΚΑΡΑΧΑΓΙΟΣ Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α. 2004 Νο 83)
10. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β. και συν ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ. ΑΘΗΝΑ 2005.
11. ΚΑΓΚΕΛΑΡΗΣ Φ. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΠΡΩΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 2004)
12. ΦΩΤΙΟΥ Φ., ΚΑΠΡΙΝΗΣ, ΠΑΠΑΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ ΚΑΙ ΚΟΝΤΟΠΑΓΓΕΛΟΣ Κ. 1ο
13. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ 2003.
14. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ ΑΘΗΝΑ 2005.
15. ΚΑΡΛΑΝ & ΣΑΔΟCS ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΣΑΛΔΑΤΟΣ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΥ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ 2004.
16. ΒΑΚΑΛΙΟΣ Θ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ-ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ ΚΕΠΕ 1984.
17. ΒΑΛΑΣΣΗ-ΑΔΑΜ (2001) ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 18(216-217)
18. ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΓΙΩΤΣΙΔΗ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ 2013 ΤΟΠΟΣ ΣΕΛ 37-39
19. ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ ΠΑΠΑΝΗΣ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΟΧΥ BOOKS , ΙΟΥΝΙΟΣ 2013.
20. ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΧΡ. ΡΑΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ , ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Δ ΕΚΔΟΣΗ ΑΘΗΝΑ 2004.
21. ΜΟΟΡΕ R. GENETIC COUNSELING IN THE MENTAL HEALTH RESEARCH CENTER – ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES NEURAL PSYCHIATRY 2004.
22. ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ. και συν «Η ΠΡΟ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ». ΑΠΟ ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ. ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΧΡΙΣΤΟΥΔΟΥΛΟΥ, ΤΟΜΑΡΑΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ. ΑΘΗΝΑ. 2001.

23. BRADSLY G., et al THE CONCEPT AND MEASUREMENT OF A DEPENDENT VARIABLE IN EVALUATION OF MENTAL HEALTH SERVICES NEW YORK ACADEMIC PRESS, 2000.
24. ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ Μ. ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ, ΑΘΗΝΑ, 1998).
25. ΤΣΙΛΙΚΑΣ Σ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Γ.Ν.Π. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΖΟΛΩΤΑΣ Ε. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, 1<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΛΕΠΤΟΚΑΡΙΑ ΠΙΕΡΙΑΣ, 23-24/10/1998. «ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΩΝ ΚΨΥ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ»
- 26.. BARRY M. et al, METHODOLOGICAL ISSUES IN EVALUATING THE STAY RHYCHIATRIC PATIENTS. JOURNAL OF MENTAL HEALTH 1999.
27. ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΘΗΝΑ, 2003.
28. ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. ΚΑΙ ΣΥΝ. ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ.
29. GOOGLE ΒΙΚΙΠΑΙΔΙΑ, ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΕΣ
30. ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ –ΣΑΜΑΡΤΖΗ (2010) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΝΕΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΓΟΝΕΙΚΟΤΗΤΑΣ.
31. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ(2002) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΜΕΡΙΖΟΥΜΕ.
32. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΑΘΗΝΑ 2011