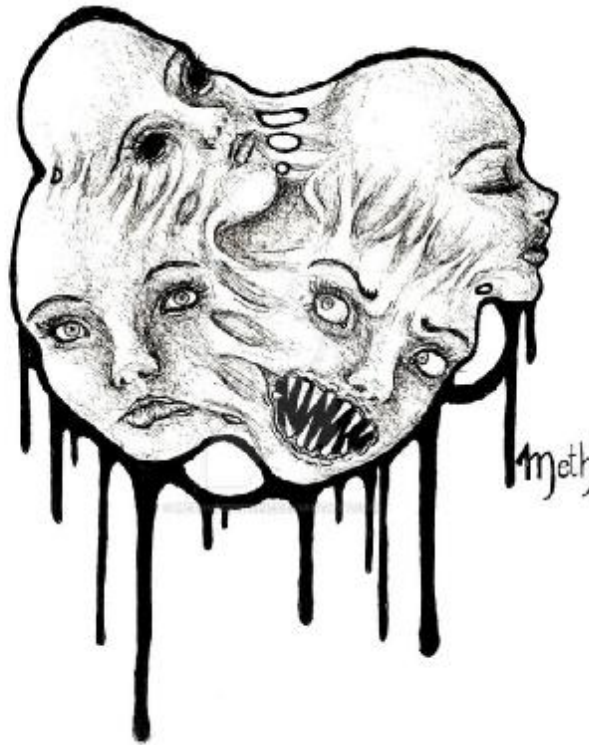


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΜΑΡΔΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΙΤΣΑ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΠΑΤΡΑ 2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	σελ.2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.4
ABSTRACT	σελ.7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.9

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	σελ.13
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	σελ.16
1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ	σελ.21
1.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ- ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	σελ.23
1.4.1 ΠΑΡΑΝΟΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ.....	σελ.23
1.4.2 ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ.....	σελ.24
1.4.3 ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ.....	σελ.25
1.4.4 ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ.....	σελ.26
1.4.5 ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ.....	σελ.27
1.5 ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ.....	σελ.27
1.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	σελ.28
1.6.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	σελ.30
1.6.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	σελ.32
1.6.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	σελ.32
1.6.4 ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ.....	σελ.33
1.6.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	σελ.34
1.6.6 ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΑΥΤΗ	σελ.35
1.6.7 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΕΠΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΣ ΨΥΧΩΣΗ.....	σελ.36
1.6.8 ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ.....	σελ.37
1.7 ΤΑ ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	σελ.38
1.7.1 ΤΑ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	σελ.39
1.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	σελ.40

1.8.1 ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	σελ.41
1.8.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMILL KRAEPELIN	σελ.43
1.8.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EUGEN BLEULER.....	σελ.44
1.9 ΠΡΟΛΗΨΗ	σελ.47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	σελ.48
2.2. ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	σελ.48
2.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	σελ.50
2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	σελ.52
2.5 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	σελ.54
2.6 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.56
2.7 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.56

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

3.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΑΝ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	σελ. 62
3.2 ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	σελ.63
3.3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.64
3.3.2 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	σελ.65
3.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	σελ.69
3.4.1 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	σελ.70
3.5 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ..σελ 77	
3.5.1 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ (ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ)	σελ.78
3.5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ.....	σελ.81
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	σελ.83
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.86
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.88
ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.90
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ.....	σελ.91

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος σχιζοφρένεια χρησιμοποιείται στην Ιατρική επιστήμη για να περιγράψει μια νόσο του εγκεφάλου άκρως πολύπλοκη και δυσνόητη. Πρόκειται δηλαδή, για μια κατάσταση, η οποία είναι χρόνια και αναπηρική, και έχει αποδειχθεί από τις πιο σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Τα αίτια της νόσου δεν έχουν εντοπιστεί πλήρως, ωστόσο, φαίνεται να είναι κυρίως βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως. Η κυρίως έρευνα που διεξάγεται για την σχιζοφρένεια επικεντρώνεται κυρίως στους βιολογικούς/γενετικούς παράγοντες. Επειδή λοιπόν είναι μια σύνθετη και ευρεία διαταραχή υπάρχουν λίγες γενικεύσεις που μπορούν να γίνουν για όσους πάσχουν από αυτή.

Η σχιζοφρένεια ανήκει στις ψυχικές διαταραχές και το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι αυτός που πάσχει από αυτή χάνει την επαφή με τη πραγματικότητα ή αδυνατεί να ξεχωρίσει το πραγματικό από τις ψευδαισθήσεις. Η νόσος προκαλεί την εσφαλμένη αντίληψη των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και ασκεί μεγάλη επιρροή στις σκέψεις του ίδιου του πάσχοντος, με αποτέλεσμα τα συμπεράσματά του για την εξωτερική πραγματικότητα και για τους άλλους ανθρώπους να είναι λανθασμένα. Η σχιζοφρένεια θεωρείται στις μέρες μας ως ένα από τα σοβαρότερα ψυχικά νοσήματα.

Ο όρος «σχιζοφρένεια» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του 20ου αιώνα, εντούτοις, η διαταραχή είναι γνωστή από την αρχαιότητα σε όλους τους τύπους της κοινωνίας. Στις δυτικές κοινωνίες η «τρέλα» δεν θεωρούταν ιατρικό πρόβλημα μέχρι τις απαρχές του 19ου αιώνα. Ύστερα, δημιουργήθηκε ένα αίσθημα «προστασίας», «φροντίδας» γι αυτούς που έπασχαν από αυτή, και έτσι δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την παροχή σ' αυτούς, πιο επιστημονικής-ιατρικής φροντίδας. Κάτω από τις νέες επικρατούσες συνθήκες, οι ψυχικά ασθενείς ελευθερώθηκαν από τα δεσμά και αφέθηκαν από τις φυλακές όπου κρατούνταν, ενώ ταυτόχρονα τους παρεσχέθη πιο ειδική-επιστημονική φροντίδα.

Αργότερα, αναγνωρίστηκαν πολλές ακόμα κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Τον 20^ο αιώνα η σχιζοφρένεια διαχωρίστηκε από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και διακρίθηκε σε διάφορες υποκατηγορίες. Το 1911, ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «η ομάδα των σχιζοφρενειών». Δημιουργήθηκαν πολλές

αντικρουόμενες απόψεις και διαφωνίες ανάμεσα στους επιστήμονες, για να προσδιορίσουνε το ποιες ακριβώς καταστάσεις πρέπει να περιλαμβάνει αυτή η ομάδα των διαταραχών. Την εποχή εκείνη ο όρος καθιερώθηκε και έκτοτε χρησιμοποιείται ως σήμερα.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα. Τα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή εκδηλώνουν έντονη εσωστρέφεια και γενική αποδιοργάνωση του «Εγώ». Κύριο γνώρισμα της νόσου είναι η ολοφάνερη έκπτωση γνωστικών και νευροψυχολογικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η προσοχή, το συναίσθημα. Είναι συνηθισμένο τα άτομα με σχιζοφρένεια να έχουν ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις, παρανοϊκές ψευδαισθήσεις και αποδιοργανωμένη ομιλία, σκέψη και αντίληψη γεγονός που τους προκαλεί σοβαρά προβλήματα στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση.

Όταν ένα άτομο εμφανίζει σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα τότε εκτιμάται ότι ο ασθενής πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος «Ψυχωτικός» χρησιμοποιείται για το άτομο που έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή γι αυτό που δεν δύναται να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του. Υπάρχουν διάφοροι τύποι σχιζοφρένειας όπως ο αποδιοργανωμένος, κατατονικός, αδιαφοροποίητος, υπολειμματικός, απλός κ ά.

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας στηρίζεται στην παρατηρούμενη συμπεριφορά του ασθενούς και τις αναφερθείσες εμπειρίες του. Υπάρχουν άνθρωποι που εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα ψυχωτικό επεισόδιο, ενώ άλλοι εμφανίζουν πάρα πολλά. Παρόλα αυτά, οι άνθρωποι αυτοί καταφέρνουν να ζουν σε ένα σχετικά καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέλθουν ποτέ πλήρως και γι αυτό απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, βασισμένη κυρίως σε αντιψυχωτικά φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Δυστυχώς, υπάρχει κάποιο ποσοστό ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια, οι οποίοι είναι δυνατόν να μην μπορέσουν ξανά να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων.

Η βασική θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα, όμως συχνά δρα πολύ θετικά και η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη. Υπάρχουν πολλές κοινοτικές υπηρεσίες υποστήριξης που ασχολούνται με ασθενείς που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και τους βοηθούν πολύ ψυχολογικά και πνευματικά. Και η ίδια η οικογένεια παίζει ουσιαστικό ρόλο για την γαλήνη και την ψυχική αρμονία του ασθενή, ύστερα από σωστή καθοδήγηση και εκπαίδευση.

Τέλος, οι στόχοι και οι σκοποί της ψυχιατρικής κοινοτικής νοσηλευτικής είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η πρόληψη και η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Για

αυτό το λόγο υπάρχουν οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Κέντρα ημέρας, οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία κ ά.. Αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται με κάποιες τεχνικές όπως είναι η εκπαιδευτική/διδασκτική. Η σχιζοφρένεια στις μέρες μας, σε αρκετές περιπτώσεις, θεωρείται ελέγξιμη διαταραχή και μέσω της κατάλληλης θεραπείας τα άτομα που πάσχουν έχουν πιθανόν την δυνατότητα να επανενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο.

ABSTRACT

The term schizophrenia in Medical Science is used to describe a brain disease highly complex and difficult for someone to understand. It is about a situation which is chronic and disabling, and has demonstrated the most severe psychiatric disorders. The causes of the disease have not been fully identified, however, seem to be mainly biological, psychological and social. The main research conducted for schizophrenia focused mainly on biological / genetic factors. Therefore, because it is a complex and broad disorder there are few generalizations that can be made for those who suffer from it.

Schizophrenia belongs to mental disorders and the main characteristic is that the person who suffers from it, loses his/her touch with reality or is unable to distinguish the real from the illusion. The disease causes the mistaken perception of environmental stimuli and exerts great influence on the thoughts of the patient. As a result, the patient creates wrong conclusions for the external reality and for other people. Nowadays, schizophrenia is considered as one of the most serious mental illnesses.

The term "schizophrenia" was first used in the early 20th century, however, the disorder is known since ancient times in all types of society. In Western societies, the "madness" is not considered a medical problem until the beginning of the 19th century. Then, it created a feeling of "protection"- "care" for those who suffered from it. Thus, it created the conditions for providing them the most scientific- medical care. Under the new prevailing conditions the mentally ill people were freed from the shackles and left the prisons where they were held, while in the most of them were given special-scientific care.

Later, many other categories of mental disorders were recognized. In the 20th century schizophrenia was separated from manic-depressive disorder and was distinguished in several subcategories. In 1911, the Swiss psychiatrist Eugen Bleuler first used the term "the group of schizophrenia." They created many conflicting opinions and disagreements among scientists to determine precisely what statements must be included in this group of disorders. At that time the term was introduced and has since been used to date.

The symptoms of schizophrenia fall into two broad categories, positive and negative symptoms. People suffering from this disorder have a strong self-absorption and general disorganization of the "Ego". The main feature of the disease is evident discount cognitive and neuropsychological functions such as memory, attention, emotion. It is common for people with schizophrenia to have auditory and visual hallucinations, paranoid delusions and disorganized speech, thought and perception which causes serious problems in social interaction.

When a person shows severe psychotic symptoms then estimated that the patient is suffering from acute schizophrenia. The term "psychotic" is used for the individual who has lost touch with reality or about him/her who can not distinguish the real from unreal experiences. There are several types of schizophrenia such as disorganized, catatonic, undifferentiated, residual, simple etc.

The diagnosis of schizophrenia based on the observed behavior of the patient and his/her experiences. There are people who show only once a psychotic episode, while others have too many. Nevertheless, these people manage to live in a relatively good level during the interval. Other individuals with chronic (ongoing or relapsing) schizophrenia may never recover fully and therefore requires long term treatment based primarily on antipsychotic pills for the control of their symptoms. Unfortunately, there is a percentage of patients with chronic schizophrenia who may not be able again to live without the assistance or care of other people.

The basic treatment of schizophrenia is antipsychotic medication, but often acts very positively and psychological and social support. There are many community support services dealing with patients suffering from a mental disorder and help a lot psychologically and spiritually. And the family itself plays an essential role for the peace and harmony of the mental patient, following correct guidance and education.

Finally, the objectives and purposes of Community psychiatric nursing is the promotion of mental health, prevention and nursing care of the patient. For this reason there are Psychosocial Rehabilitation Units, the day centers, hostels, Boarding houses etc. These objectives are achieved by some techniques such as educational / instructive. Schizophrenia nowadays, in several cases considered controllable disorder and people who suffering under appropriate treatment may have the opportunity to reintegrate into society.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ψυχική υγεία είναι *η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στο κοινωνικό σύνολο και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Η ψυχική υγεία είναι μέρος της γενικής υγείας του ατόμου και αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων που αφορούν τη φυσική, την ψυχική καθώς και την κοινωνική του κατάσταση.* (WHO, 2011)

Η ψυχική υγεία δεν είναι εφικτή σε όλους τους ανθρώπους, και αυτό βασίζεται στο ότι υπάρχει ένα ποσοστό ανθρώπων που εμφανίζει διαταραχές (7 % του συνολικού πληθυσμού). Πρόκειται για διαταραχές, οι οποίες συνήθως οφείλονται σε επιπλοκές ή άλλα αίτια κατά την κύηση (προγεννητικούς), ή κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου μπορεί να υπάρξει ένας λόγος που θα προκαλέσει την εκδήλωση της ενδεχόμενης προδιάθεσής τους (επίκτητη).

Ψυχωσικές ονομάζονται οι διαταραχές εκείνες που προσβάλλουν περισσότερο το γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με επίσημες στατιστικές μελέτες. Οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται από πλήρη σχεδόν (παροδική ή μόνιμη) αποδιοργάνωση του εγώ, η οποία μπορεί να καταλήξει σε ολοκληρωτική αποσύνθεσή του. Κατά τις διαταραχές αυτές εκείνος που πάσχει εμφανίζει ψυχωτικά συμπτώματα.

Όσον αφορά την ψύχωση, δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός, που να ασπάζεται όλους τους κλινικούς. Ωστόσο, οι περισσότεροι ορισμοί συγκλείνουν στο ότι η ψύχωση μπορεί να οριστεί ως *η διαστρέβλωση της πραγματικότητας συνοδευόμενη από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, κατακερματισμό των συνειρμών και διαταραχή του λόγου. Με αποτέλεσμα να μη μπορεί αυτός που πάσχει να αναγνωρίσει την πραγματικότητα και να χάσει την αίσθηση των ορίων ανάμεσα στο τι προέρχεται από το μυαλό και τι από τον εξωτερικό κόσμο.* (Sadock 2007)

Η ψυχική διαταραχή του ατόμου μπορεί να ενέχει αρνητικές επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο, αλλά και στο οικογενειακό ή στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του. Γι αυτό και υπάρχουν κάποια βοηθήματα, τα οποία βοηθούν να γίνεται αντιληπτή η συμπτωματολογία με προσδιοριστές μέσα από κατηγορίες, ώστε να υπάρχει μια έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση. Τα σημαντικότερα είναι το DSM και το ICD.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολείται με την ψυχική διαταραχή της «σχιζοφρένειας». Πρόκειται για ένα θέμα πτυχιακής αρκετά ασυνήθιστο (π.χ. καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις κλπ.), το οποίο κεντρίζει απόλυτα το ενδιαφέρον, καθώς είναι μια

διαταραχή αρκετά συνδεδεμένη με την νεολαία, με τις ανθρώπινες σχέσεις, με επιστημονικό ενδιαφέρον για πάνω από 100 χρόνια.

Η σχιζοφρένεια, όπως αναλύεται στην παρούσα πτυχιακή, είναι μια πολύπλοκη ψυχική νόσος, η οποία φαίνεται πως επηρεάζει πολλά διαφορετικά εγκεφαλικά κέντρα (Μάνος, 1997). Κυρίως, επηρεάζει ολοκληρωτικά το εγώ του ασθενούς, ο οποίος χάνει την ταυτότητα του και τον έλεγχο της υποκειμενικότητας του και αυτό που του ζητείται είναι η συμμόρφωση του στην προτεινόμενη θεραπεία. (Τζαβάρας Ν., κ.α. 2008). Ο ψυχωσικός «ζει με τη νόσο του» αισθάνεται αλλά και είναι ξένος με τον εαυτό του και το περιβάλλον του, έχει χάσει την ικανότητα εκτίμησης της πραγματικότητας, δεν έχει συναίσθηση της κατάστασής του, δεν πηγαίνει στο γιατρό, αλλά τον οδηγούν σε αυτόν οι συγγενείς του. (Γεωργαράς Α., 1996).

Η παρούσα εργασία, η οποία αποτελείται από δυο μέρη και συνολικά από τέσσερα κεφάλαια, έχει στόχο να μας παρουσιάσει όλες τις πτυχές της νόσου, να προβληματίσει, να πληροφορήσει, και να κάνει συνείδηση το γεγονός ότι με την ενεργή και υπεύθυνη παρέμβαση όλων μας μπορεί να επιτευχθεί η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής, συμβάλλοντας στη δημιουργία μιας υγιούς κοινωνίας. Για την συγγραφή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε τόσο ελληνική όσο και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, δικτυογραφία και αρθρογραφία.

Το πρώτο μέρος της πτυχιακής εργασίας αποτελείται από δυο κεφάλαια. Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή εμφάνισης του όρου σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια νόσος που εμφανίζεται τώρα, αντίθετα, είναι γνωστή σ' εμάς από την αρχαιότητα. Στη συνέχεια του ίδιου κεφαλαίου δίνεται ο ορισμός του όρου «σχιζοφρένεια» και η ετυμολογική ανάλυσή του, ενώ ακολουθούν και οι ορισμοί για το τι είναι ψυχική υγεία, ψυχική ασθένεια και παρουσιάζονται οι ψυχικές παθήσεις. Το πρώτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την ανάλυση των βασικότερων στοιχείων της νόσου (κάποια γενικότερα στοιχεία, αιτιοπαθογενετικά στοιχεία, συμπτώματα, υποκατηγορίες της νόσου, τα κριτήρια που χρησιμεύουν ως διαγνωστικό μέσο).

Το δεύτερο κεφάλαιο του πρώτου μέρους εστιάζει στη θεραπεία της νόσου, πώς ξεκινά η θεραπευτική αντιμετώπισή της, ποιους τρόπους θεραπείας έχουμε στη διάθεσή μας, τα προβλήματα που δημιουργούνται από την χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Οι θεραπευτικές μέθοδοι θεραπείας είναι τα ψυχοφάρμακα, το ηλεκτροσόκ, η λοβεκτομή, η ψυχοθεραπεία, η ινσουλινοθεραπεία, η ψυχολογική κινητοποίηση και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Το κεφάλαιο κλείνει με την εκτεταμένη ανάλυση των αντιψυχωτικών φαρμάκων, την ψυχο-εκπαίδευση, την ψυχοθεραπεία και την οικογενειακή εκπαίδευση. Όπως θα αναλυθεί, η ψυχο-εκπαίδευση στοχεύει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενή και εν γένει στη διατήρηση των ισορροπιών. Η μέθοδος αυτή τείνει να έχει κλινικό χαρακτήρα και παρέχεται από επαγγελματίες υγείας, όπως και η θεραπεία διαφόρων προσεγγίσεων. Τέλος, η συμβολή της οικογένειας στον ασθενή είναι μεγάλη γιατί βοηθά να μην υποτροπιάζει αυτός που νοσεί. Ωστόσο, για να επιτευχθεί μια αποτελεσματική παρέμβαση, πρέπει το οικογενειακό περιβάλλον να εκπαιδευτεί σωστά

Η παρέμβαση και η θεραπεία στην οικογένεια στοχεύει στο να αναγνωρίζονται οι δυσκολίες της νόσου, αλλά και στο να αξιοποιούνται στρατηγικές, οι οποίες με τη σειρά τους θα συμβάλλουν στη βελτίωση της ενδοοικογενειακής δυσλειτουργίας και στη εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων και συγκρούσεων. Η βελτίωση αυτών των πλευρών σηματοδοτεί τη μείωση των αρνητικών σχέσεων (κριτικά σχόλια, οικογενειακή εχθρικότητα) και συμβάλλει στην μείωση της οξύτητας της κατάθλιψης. Η εργασία με τις οικογένειες προσφέρει σημαντική βοήθεια στην ανάκαμψη του ασθενή και στην αποφυγή υποτροπής του.

Το δεύτερο μέρος απαρτίζεται από δύο κεφάλαια. Το πρώτο (κεφάλαιο τρία) ασχολείται με τη νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενή, δηλαδή παρουσιάζεται ο τρόπος φροντίδας των ατόμων με σχιζοφρένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό. Γίνεται εκτεταμένη περιγραφή στις νοσηλευτικές εργασίες παρέμβασης στις διαταραχές της νόσου με αναφορά σε συγκεκριμένα παραδείγματα. Η εργασία ολοκληρώνεται με το κεφάλαιο τέσσερα, το οποίο είναι ο επίλογος και οδηγεί σε κάποια συμπεράσματα.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

Η σχιζοφρένεια, είναι μια πολύτροπη ψυχική διαταραχή που ανήκει στις ψυχώσεις, η οποία προσβάλλει κυρίως νεαρά άτομα και νεαρούς ενήλικους αποδιοργανώνοντας άρδην την προσωπικότητά τους. (Sadock, B, 2007) Ετυμολογικά, η λέξη σχιζοφρένεια (Schizophrenie) σημαίνει το «διχασμό των φρένων του μυαλού» και προέρχεται από δύο λέξεις με αρχαιοελληνική ρίζα: "σχίζειν" που σημαίνει διαχωρισμός και "φρένα" που σημαίνει μυαλό. Όπως θα αναλυθεί και στη συνέχεια, η λέξη πρώτο επινοήθηκε από τον Eugen Bleuler το 1911, όταν ανασκεύασε προγενέστερες σπουδαίες παρατηρήσεις του και χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο.

Μέσα από μια στοιχειώδη ιστορική αναδρομή οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι συμπτώματα, που σήμερα θα μπορούσαν να ενταχθούν στο νοσολογικό πλαίσιο της σχιζοφρένειας, αναδύονται αποσπασματικά μέσα από κείμενα 3000 χρόνων. Περιγραφές τέτοιων συμπτωμάτων εντοπίζονται στις ινδουιστικές Βέδες (1400 π.Χ.), όπου περιγράφεται η «παράνοια» (ίσως όχι με τη σημερινή της διάσταση, αλλά ως μια προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών). Κατά το 2ο μ. Χ. αιώνα ο Γαληνός περιέγραψε την «παραφροσύνη». (Γιαννοπούλου Α., 2004)

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η διαταραχή αυτή ήταν γνωστή στην αρχαιότητα από τους Έλληνες γιατρούς του 2ου αιώνα μ.Χ. (από τον Αρεταίο τον Καππαδόκη και τον Σώρανο τον Εφέσιο). Κατά τους Μεσαιωνικούς χρόνους, λόγω των επικρατούντων κοινωνικών συνθηκών δεν υπάρχουν ανάλογες αναφορές τέτοιων παθολογικών καταστάσεων (PARITSIS, 2000).

Τον 18ο αιώνα ξεκινούν και πάλι οι περιγραφές σχιζοφρενικών συμπεριφορών, στις οποίες δίνονται διάφορα ονόματα. Ο Morel το 1856 στη Γαλλία δίνει στις συμπεριφορές αυτές το όνομα Dementia Praecox (πρώιμη άνοια). Το 1868 ο Kahlbaum περιγράφει την «κατατονία» και το 1870 ο Hecker την «ηβηφρένεια». Το 1898 ο Kraepelin σε μια ιστορική εργασία του για την Dementia Praecox προσθέτει σ' αυτήν όλες τις προηγούμενες περιγραφείσες με διάφορα ονόματα, κλινικές μορφές (Μαδιανός Γ. Μ., 2006). Ως κοινό παθογνωμονικό χαρακτηριστικό όλων αυτών, των φαινομενικά τόσο διαφορετικών κλινικών εικόνων, θεωρεί την έλλειψη δομής της προσωπικότητας, η οποία εκδηλώνεται

κυρίως σε νεαρά άτομα, χωρίς να οφείλεται κάποιος συγκεκριμένος εξωγενής παράγοντας και στην οποία κυριαρχούν οι αλλοπρόσαλλες συναισθηματικές διαταραχές. Αν και ο ίδιος ο Kraepelin θεωρεί ότι τουλάχιστον ένα 13% των παθόντων εμφανίζει αυτόματη ίαση χωρίς κάποια ισόβια διαταραχή της προσωπικότητάς του, διατηρεί τον όρο «πρώιμη άνοια» για τις περιπτώσεις αυτές. (Garrabé, 2003 Το 1911 έρχεται ο Bleuler στο βιβλίο του (πρώιμη άνοια ή η ομάδα των σχιζοφρενείων) για να καλύψει τις «ασάφειες» του όρου «πρώιμος άνοια», τις οποίες είχε διαπιστώσει συγγράφοντας το σχετικό κεφάλαιο στην ψυχιατρική του Aschaffenburg και χρησιμοποιεί έναν νέο όρο. Ο όρος Spaltung (σχάση, διαίρεση, ρωγμή, σχίσμα) δηλώνει μεταφορικά τις χαρακτηριστικές μεταβολές των διαφόρων ψυχικών δυσλειτουργιών που λαμβάνουν χώρα κατά τη νόσο. Έτσι, ο Bleuler θα δημιουργήσει την «ομάδα των σχιζοφρενείων», πρόκειται για την ομάδα όλων των ψυχικών διαταραχών, ενοποιημένων κλινικά, αλλά σαφώς διαφορετικών όσον αφορά την αιτιολογία και την αντιμετώπισή τους. Οι διαταραχές αυτές ανήκουν στην ομάδα των ψυχώσεων σαφώς χωρίς καμία συσχέτιση με τις νευρώσεις, τις ολιγοφρένειες και τις άνοιες. Η εξέλιξή τους είναι κατά κανόνα χρόνια, αλλά υπάρχει και η πιθανότητα μιας διαλείπουσας πορείας ή και επιστροφής σε προγενέστερο στάδιο της ασθένειας (Lanteri-Laura, G. & Gros, M., 1982).

Ο Bleuler επέλεξε τον ισχύοντα, μέχρι τις μέρες μας, όρο σχιζοφρένεια, γιατί διέκρινε σαν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των καταστάσεων αυτών το διχασμό των ψυχικών λειτουργιών. Η σκέψη, το συναίσθημα και η δραστηριότητα του ατόμου είναι έντονα διχασμένες. Η θέληση είναι «κομμένη» σε μια σειρά ισοδύναμων, αξιολογικά για τον ασθενή, πράξεων. Το άτομο είναι κομμένο στα δυο όσον αφορά την πραγματικότητα, η σκέψη του είναι κατακερματισμένη σε διάφορα μικρά ασύνδετα στοιχεία, οι συνειρμοί του δεν έχουν λογική συνέχεια από το παρελθόν του ασθενή, το συναίσθημα δεν παρουσιάζει αρμονία, το περιεχόμενο των σκέψεων και των πράξεων είναι και αυτό διχασμένο στη σχέση του μ' αυτές (Bercherie, P, 2004).

Επιπλέον, εισήγαγε τη διάγνωση της «λανθάνουσας σχιζοφρένειας», με την οποία εννοεί μια ιδιαίτερη σχιζοφρενική κλινική περίπτωση που στην έκφρασή της όμως κυριαρχούν «νευρωτικά συμπτώματα». Ο Bleuler περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα της νόσου, δηλαδή την ασυναρτησία, τη συναισθηματική απάθεια – ακαμψία – απροσφορότητα, την αμφιτιμία – αμφιβολία και τον αυτισμό, που είναι γνωστά ως «4 άλφα» στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία.

Σε αντίθεση με τους Kraepelin και Bleuler, που θεώρησαν ως συνηθισμένο σημείο των σχιζοφρενείων την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, ο Kurt Schneider (1887-

1967) επεξεργάστηκε μια σειρά συμπτωμάτων, τα οποία τα διαχώρισε σε δύο κατηγορίες: στα συμπτώματα α' βαθμού και στα συμπτώματα β' βαθμού, χαρακτηριστικά όλα σχιζοφρενικών διαταραχών. Από τα 11 κυριότερα συμπτώματα α' βαθμού (τα συμπτώματα «πρώτης τάξης» περιελήφθησαν στην International Pilot Study of Schizophrenia) ως πιο σημαντικά ξεχώρισε τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, την παραληρητική παραποίηση της πραγματικότητας και τη διάχυση των ορίων μεταξύ του ΕΓΩ και του εξωτερικού κόσμου. (Andreasen, C, 1997, p.106-109). Ωστόσο, ακόμα και αυτός ο διαχωρισμός δεν ικανοποίησε απόλυτα, γιατί κάποια από τα προαναφερθείσα συμπτώματα δεν θεωρούνται όλα παθογνωμικά της σχιζοφρένειας (Μαντωνάκης Ι., 1999).

Ο Jung (1903) περιέγραψε τις συνειρμικές διαταραχές της νόσου, ο Meyer (1905) έθεσε τις βάσεις για την ψυχοβιολογική προσέγγισή της. Ο Freud, ύστερα από μια προγενέστερη περιγραφή (1881) μιας περίπτωσης παρανοειδούς παραληρήματος, το 1915 δημοσιεύει σειρά δοκιμίων του για την «προβολή» και το «ναρκισσισμό», δομικών στοιχείων στην ψυχαναλυτική ερμηνεία της παραπάνω περίπτωσης. Κατά τη δεκαετία του 1920, ο Pavlov, στα πλαίσια της θεωρίας του για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά, σημείωσε την επικράτηση της αναστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και τη συνθήκη χρόνιας ύπωσης ως αιτιολογικού μηχανισμού, αντιλήψεων που υιοθετήθηκαν από το σύνολο των ψυχιάτρων της ανατολικής Ευρώπης κατά την τελευταία πενηκονταετία.

Ο Sake (1933) και οι Cerletti και Bini (1938) εισήγαγαν στις θεραπευτικές μεθόδους το ινσουλινικό κώμα και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αντίστοιχα, ενώ λίγο πριν ο v. Meduna (1935) και ο Moniz τη σπασμοθεραπεία, με χημικά μέσα, και την ψυχοχειρουργική αντιμετώπιση αντίστοιχα. Ο Langfeldt (1939) διαχώρισε τον «πυρηνικό» από τον «αντιδραστικό» τύπο της νόσου. Το 1952, οι Delay και Deniker εισήγαγαν στις θεραπευτικές μεθόδους τις φαινοθειαζίνες και σηματοδότησαν την εκκίνηση της σύγχρονης ψυχοφαρμακολογίας, παράλληλα το 1959 ο Leonhard περιέγραψε τα «άτυπα σχιζοφρενικά σύνδρομα» ως διακριτές κλινικές οντότητες.

Κλείνοντας, το 1980 δημοσιεύθηκε η τρίτη έκδοση του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM – III), στην οποία κατηγοριοποιούνται τα πιο στοχευμένα διαγνωστικά κριτήρια (προϊόν εκτεταμένης κλινική έρευνας) για τη νόσο και τις μορφές της μαζί με στοιχεία για την πορεία, τις κλινικές συσχετίσεις και την πρόγνωση της. (Χριστοδούλου Ν., κ.α. 2000).

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η διάγνωση της σχιζοφρενικής νόσου βασίζεται στην παρατηρούμενη αποκλίνουσα της φυσιολογικά αναμενόμενης συμπεριφοράς του ατόμου και τις αναφερθείσες εμπειρίες του ασθενούς. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται τόσο συχνά σε γυναίκες, όσο και σε άντρες. Μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι η ηλικία εμφάνισης των ψυχωτικών εκδηλώσεων.

Στις περισσότερες διεθνείς έρευνες, ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας ποικίλει από 0,05 – 2,38 περιπτώσεις ανά 100 κατοίκους. Σύμφωνα με τη μεγάλη, έγκυρη, επιδημιολογική έρευνα των τομεοποιημένων περιοχών στις ΗΠΑ, τα ποσοστά της σχιζοφρένειας που προέκυψαν κυμάνθηκαν μεταξύ 0,6% και 1,9%. Στη χώρα μας, τη δεκαετία του '80, μελέτη σε τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού ενηλίκων έδειξε επιπολασμό της σχιζοφρένειας που κυμαινόταν στο 1,2%, ενώ έρευνα σε δείγμα μεταναστών έδωσε μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού (1,37 – 3,5%). Συμβατικά, η μέση τιμή εξάπλωσης της σχιζοφρένειας ορίζεται στο 1%.

Η μέση τιμή επίπτωσης της σχιζοφρένειας, δηλαδή ο ετήσιος αριθμός νέων κρουσμάτων ανά 1000 άτομα του πληθυσμού, υπολογίζεται από έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο 0,67. Είναι χαρακτηριστικό στην έρευνα αυτή ότι, όσο πιο περιοριστικά είναι τα κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, τόσο μειώνονται οι διαφορές στη επίπτωση της νόσου μεταξύ των κρατών, αποτέλεσμα που αποτελεί ένδειξη για την οικουμενικότητα της νόσου. Η σχιζοφρένεια συχνά εκδηλώνεται στο τέλος της εφηβείας και στην αρχή της ενήλικης ζωής, ενώ σπάνια μπορεί να εμφανιστεί μετά τα 45. Προσβάλλει το 0,75%-1,5% του ενήλικου πληθυσμού. (Βαρβόγλη Λ., 2006).

Στην Ελλάδα, ο υπολογιζόμενος αριθμός ασθενών ηλικίας 15 – 65 ετών ανέρχεται στις 100.000. Από αυτόν τον αριθμό ασθενών εκτιμάται ότι το 10% έχει ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι 1:1 και η νόσος συνήθως εισβάλλει μεταξύ των ηλικιών των 15 – 35 ετών, σπάνια δε πριν από την ηλικία των 10 ετών ή μετά τα 40 έτη. Η έναρξη στους άνδρες προηγείται κατά μέσο όρο 3 – 5 χρόνια της έναρξης της νόσου στις γυναίκες. (Σολδάτος Κ. + Λύκουρας Λ., 2006).

Κατά τα πρώτα χρόνια της σχιζοφρένειας, ένα υψηλό ποσοστό ασθενών (21%-74%) παρουσιάζει κατάθλιψη, είτε στα πλαίσια της συμπτωματολογίας, είτε στην οξεία φάση, είτε στη φάση ύφεσης της συμπτωματολογίας. Σε πληθυσμό χρόνιων ασθενών με

σχιζοφρένεια έχει βρεθεί ότι η κατάθλιψη είναι αρκετά συχνή (11%-50%). (Χριστοδούλου Ν. κ.α., 2005).

Παράγοντες που έχουν διερευνηθεί κατά καιρούς ως προς την επιδημιολογία της νόσου είναι οι παρακάτω:

Δημογραφικοί παράγοντες

Ηλικία και φύλο: Η σχιζοφρένεια φαίνεται ότι προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δυο φύλων ως προς την έναρξη της νόσου, την κλινική πορεία, καθώς επίσης και ως προς την επίδραση διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Τα κλινικά συμπτώματα ξεκινούν από πιο μικρή ηλικία στους άνδρες (μέση ηλικία έναρξης τα 20 έτη) σε σχέση με τις γυναίκες (30 έτη) και η πρόγνωση είναι πιο δύσκολη σε αυτούς από ότι στις γυναίκες. Οι γυναίκες αντιδρούν καλύτερα στα αντιψυχωτικά φάρμακα από ότι οι άντρες.

Τα μονοζυγωτικά δίδυμα θηλυκού γένους έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης σχιζοφρένειας και στα δύο από ότι στα αρσενικά (Βαρβόγλη Λ., 2006). Οι παράγοντες επικινδυνότητας αφορούν σχεδόν αποκλειστικά στο άρρεν φύλο. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται κυρίως στις ηλικίες των 18-25 ετών για τους άνδρες και 26-45 ετών για τις γυναίκες. Είναι αρκετά σπάνιο η νόσος να ξεκινήσει πριν από τα 10 έτη ή μετά τα 50. Τα συμπτώματα ενός ατόμου είναι δυνατόν να βελτιωθούν σταδιακά στη μέση ηλικία και αργότερα. (Βαρβόγλη Λ., 2006). Γενικά θεωρείται ως αρρώστια που προσβάλλει τους νέους. (Γαρύφαλλος Γ. Δ., 2008).

Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή

Υπάρχουν διαφορές στην κατανομή των νοσούντων ανά περιοχή μιας χώρας. Για παράδειγμα στην Ελλάδα, έχει ελεγχθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί, απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας (κυρίως στους άνδρες). Επίσης, έκδηλο είναι ότι η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζεται στις μικρές.

Πίνακας 1: Παράγοντες επικινδυνότητας (προκλητοί ή προδιαθεσικοί)

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

(Χριστοδούλου, Ν. κ.α., 2000)

α) Κληρονομική επιβάρυνση: Ο ρόλος της κληρονομικότητας για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας αποτελεί αντικείμενο έρευνας τα τελευταία 60 χρόνια και η «γενετική υπόθεση» φαίνεται να έχει ουσιαστικές βάσεις αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου.

β) Προ και περιγεννητικές επιπλοκές: Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), καθώς και υποσιτισμός, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress και ιώσεις ανακαλύπτονται συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, οι σπασμοί, το μειωμένο βάρος του νεογνού, η μικρότερη περίμετρος του κρανίου και το μειωμένο βάρος της μητέρας έχουν αποδοθεί ως σημαντικοί παράγοντες επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια. Άλλοι παράγοντες όπως η υποξία και η μόλυνση, ή το άγχος και η κακή διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του εμβρύου, μεγενθύνουν τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας στη μετέπειτα ζωή του παιδιού.

γ) Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης: Έχει παρατηρηθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρενών έχει γεννηθεί κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης. Παρατήρηση η οποία δικαιολογείται από την αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις. Επίσης έχει ενοχοποιηθεί ο τόπος γέννησης (αστικό περιβάλλον), ενώ έχει επισημανθεί ότι η νόσος απαντά συχνότερα στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων. Δυστυχώς, μεθοδολογικά προβλήματα των σχετικών μελετών δεν επιτρέπουν την αξιολόγηση των παραπάνω ευρημάτων.

δ) Αναπτυξιακές ανωμαλίες: Έρευνες σε παιδιά αυξημένης επικινδυνότητας για σχιζοφρένεια (παιδιά σχιζοφρενικών γονιών), καθώς και μελέτες του ιστορικού γέννησης σε γενικό πληθυσμό, έδειξαν ότι ένα ποσοστό 25 – 50% των παιδιών αυξημένης επικινδυνότητας παρουσιάζουν υποτονία, καθυστέρηση των σταδίων ανάπτυξης, αβληχρά

νευρολογικά σημεία, καθώς και διαταραχές της προσοχής, της ομιλίας και της σχολικής επίδοσης.

ε) Φυλετικές διαφορές: Κάποιες έρευνες έδειξαν αυξημένη συχνότητα σε εθνικές μειονότητες ή σε φυλετικές ομάδες. Το γεγονός όμως ότι οι μελέτες αυτές δεν έθεσαν υπό τον έλεγχο κάποιους περιοριστικούς παράγοντες, μηδενίζει ουσιαστικά την αξιοπιστία τους, ενώ παράλληλα, παρατηρήσεις σε διάφορες χώρες και σε πολιτισμούς δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια είναι οικουμενική νόσος και σε συγκρίσιμα (μεταξύ εθνών και πολιτισμών) ποσοστά.

στ) Μετανάστευση: Έχει συμπεριληφθεί στους πιο κρίσιμους παράγοντες επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια, ο οποίος δεν εστιάζει σε κάποια ιδιαίτερη εθνική ομάδα. Ο ψυχοτραυματισμός της μετανάστευσης, καθώς και η πιθανότητα να μεταναστεύσουν από μια κοινωνία σε μια άλλη, περισσότερο «προ - σχιζοφρενικά» άτομα, έχουν αποδοθεί ως οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες.

ζ) Κοινωνική τάξη: Διάφορες μελέτες, που αφορούσαν κυρίως βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, έδειξαν ότι η σχιζοφρένεια υπέρ εκπροσωπείται δυσανάλογα από τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα του πληθυσμού. Οι σχετικές παρατηρήσεις οδήγησαν αρκετούς στο να υποστηρίζουν την «κοινωνικογενετική υπόθεση» για την αιτιολογία της νόσου, όπως πάρα πολλοί είναι και εκείνοι που θεώρησαν ως φαινομενικές τις παραπάνω παρατηρήσεις, υποστηρίζοντας ότι οι σχιζοφρενείς, λόγω της ασθένειας, δεν είναι δυνατόν να ανέλθουν κοινωνικά ή αν ανήκουν σε υψηλότερη τάξη είναι πιθανό να εκπέσουν σε χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα (θεωρία της κοινωνικής κατολίπησης).

η) Χρήση ουσιών, σωματικές νόσοι, οικογενειακή κατάσταση: Παρά το γεγονός ότι το 75% των σχιζοφρενών καπνίζουν ή ότι ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 30 – 50% κάνουν χρήση χασίς ή και άλλων ναρκωτικών ουσιών, η χρήση ουσιών γενικά δεν φαίνεται να προκαλεί πρωτεύοντα αίτιο επικινδυνότητας και πρόκειται μάλλον για επιφαινόμενο. Το ίδιο ισχύει και για το γεγονός ότι η πλειοψηφία των σχιζοφρενών (περίπου 80%) παρουσιάζει κατά τη διαδρομή της νόσου κάποιο σωματικό νόσημα, όπως επίσης και για την παρατήρηση ότι ένα μεγάλο ποσοστό σχιζοφρενών παραμένουν άγαμοι.

θ) Αναπαραγωγικότητα: Έχει ερευνηθεί ότι το 30% περίπου των σχιζοφρενών παρουσιάζουν μειωμένη αναπαραγωγικότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η παρατήρηση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα κοινωνικών, ψυχοπαθολογικών αλλά και γενετικών (θεωρία των αντιρροπιστικών στιγμάτων) παραγόντων. (Χριστοδούλου Ν., κ.α., 2000).

Πίνακας 2: Υπολογισμένος αριθμός ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ
Αφρική	4,5
Αμερική (Βόρεια – Νότια)	5.9
Ανατολική Μεσόγειος (Κύπρος, Αίγυπτος, Ιράν, Πακιστάν, Αραβικά Κράτη)	3.5
Ευρώπη (Δυτική και χώρες πρώην ΕΣΣΔ)	6.5
Νοτιοανατολική Ασία	11.9
Δυτικός Ειρηνικός	12.7
Σύνολο	45,0

ΠΗΓΗ: Π.Ο.Υ. 2001

Πίνακας 3: Μέσα ετήσια προτυπώμενα ποσοστά ανά 100.000 κατοίκους ως προς την ηλικία ανδρών και γυναικών που νοσηλεύθηκαν σε όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα δημόσια και ιδιωτικά με διάγνωση σχιζοφρένεια

ΈΤΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
1978	55	29
1981	56	27
1993	50	24

Όλοι οι νόμοι της χώρας. Μαδιανός Μ. (1996)

Πίνακας 4: Επιδημιολογικές μελέτες σε ελληνικούς πληθυσμούς επικράτησης της σχιζοφρένειας για όλη τη ζωή

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΧΡΟΝΟΣ	ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΗΛΙΚΙΕΣ	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
Δυο δήμοι ευρύτερης περιοχής Αθήνας	1981	Μαδιανός Τομαράς Καψάλης	1.574 Γενικός Πληθυσμός	19 – 64	ICD -9	1,2
Δυο δήμοι ευρύτερης περιοχής Αθήνας	1983	Γουρνάς Μαδιανός	251 Υπερήλικες	≥ 65-	ICD-9	0,8
Δυο δήμοι ευρύτερης περιοχής Αθήνας	1994	Μαδιανός Οικονόμου Παπαγεωργίου Χατζηανδρέου	178 Γενικός Πληθυσμός	≥ 35	DSM-III-R	1,1
Μετανάστες στην πόλη της Νέας Υόρκης	1976	Μαδιανός	225	19 – 64	ICD-9	1,34
Ελληνοκύπριοι στο Λονδίνο	1986	Μαυρέας	291	18 – 64	PSE CATEGO	1,37
Μετανάστες που επαναπατρίστηκαν	1992	Μπιλανάκης Μαδιανός	198	20 – 70	DSM-III-R	3,5

από Δ. Ευρώπη στο Ν. Ιωαννίνων						
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Πίνακας 5: Ετήσια προτυπώμενα ως προς την ηλικία ποσοστά χρήσης ψυχιατρικών υπηρεσιών ανά 100.000 κατοίκους σε δύο δήμους της ευρύτερης περιοχής Αθηνών με διάγνωση «σχιζοφρένεια»

	1979		1992	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Εσωτερικοί άρρωστοι	76.1	35.6	61,4	41,9
Εξωτερικοί άρρωστοι	605.5 (0,60%)	307,8 (0,30%)	841,7 (0,84%)	413,1 (0,41%)

Μαδιανός Μ. (1996). Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας στην Ελλάδα. ΜοΠΑΨΥ. ΕΠΙΨΥ.

Πίνακας 6: Επικράτηση (prevalence) της σχιζοφρένειας σε κατηγορίες πληθυσμού

Κατηγορίες πληθυσμού	Επικράτηση
Γενικός πληθυσμός	0,50 – 1,9%
Συγγενής πρώτου βαθμού (αδελφός σχιζοφρενούς, παιδιά με σχιζοφρενικό γονέα)	10 – 14%
Συγγενής δευτέρου βαθμού	5 – 7%
Παιδί με ένα γονέα σχιζοφρενικό και τον άλλο ψυχωσικό	20 – 30%
Παιδί με δύο σχιζοφρενικούς γονείς	40%
Διζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενικού αδελφού	11 – 15%
Μονοζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενικού αδελφού	45 – 60%

(Χριστοδούλου Γ .Ν. , 2000)

Πίνακας:1 Παραδείγματα επικράτησης της νόσου με ποσοστά
Πηγή: Χριστοδούλου Ν. κ.α., 2000

1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ

- ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ονομάζεται η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας. Δηλαδή η εναρμόνιση και η προσαρμογή του ανθρώπου στο περιβάλλον του ανάλογα τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτό κάθε φορά (Παπαγεωργίου Ε, 2004).
- ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: καλείται η διαταραχή της συμπεριφοράς του ατόμου, στην προσπάθεια του να ισορροπήσει τις διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές συγκρούσεις του (Γιαννοπούλου, 2007).

Οι ψυχικές παθήσεις διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Τις **νευρώσεις**: Η πρώτη σημαντική κατηγορία των ψυχικών παθήσεων είναι οι νευρώσεις, οι οποίες αφορούν κάποιες ψυχικές διαταραχές χωρίς οργανικό υπόστρωμα, βάσει των οποίων ο ασθενής κατέχει σε μεγάλο βαθμό την αντικειμενική σχέση με την πραγματικότητα και δεν συγχέει τα υποκειμενικά παθολογικά του ερεθίσματα, βιώματα και φαντασίες, μ' αυτή. Η συμπεριφορά μεταβάλλεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό, ωστόσο η προσωπικότητα παραμένει ακέραια (Παπαγεωργίου Ε, 2004).
- Τις **ψυχώσεις**: Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία των ψυχικών παθήσεων είναι οι ψυχώσεις, οι οποίες είναι σχετικά σοβαρότερο και τραχύτερο ψυχικό νόσημα από τις νευρώσεις. Ο ψυχωσικός ασθενής δεν έχει επίγνωση της κατάστασής του και παρουσιάζει διασπασμένη και αποδιοργανωμένη προσωπικότητα με ασυνάρτητη και μη αναμενόμενη συμπεριφορά. Τα άτομα αυτά πλάθουν ένα φανταστικό κόσμο στο μυαλό τους μέσα στον οποίο ζουν και κινούνται. Στις ψυχώσεις ανήκουν η σχιζοφρένεια, η μανία, η μελαγχολία και η υποστροφική μελαγχολία (Χριστοδούλου Γ, 2000).
- Τις **νοητικές καθυστερήσεις**: Σε αυτήν την κατηγορία υπάγονται τα άτομα εκείνα που διαθέτουν αρκετά χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, χαμηλή νοητική ανάπτυξη, τα



οποία δεν είναι σε θέση ακόμα και να αυτοεξυπηρετηθούν. Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας συνήθως οδηγούνται σε διάφορα ιδρύματα ή σε ψυχιατρεία λόγω της προβληματικής προσαρμογής τους στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (KRUGER T. et al, 2004).

Η **σχιζοφρένεια** είναι μια ψυχική διαταραχή ή σύνολο διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από την προβληματική λειτουργία της μορφής και του περιεχομένου της σκέψης, τις απροκάλυπτες διαταραχές του συναισθήματος, της αισθήσεως του εαυτού και των σχέσεων με

τον εξωτερικό κόσμο και της συμπεριφοράς (Dorland's, 1997). Βέβαια, πρέπει να τονιστεί

ότι έχει αποκλειστεί προηγουμένως οποιαδήποτε αιτία οργανικής βλάβης 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. Η αιτιολογία λοιπόν της νόσου αποτελεί έναν άλυτο γρίφο για την ιατρική μέχρι σήμερα!

1.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ- ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ



Το DSM-V (Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών) περιλαμβάνει πέντε κατηγορίες σχιζοφρένειας.

1.4.1 ΠΑΡΑΝΟΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Ο τύπος αυτός της σχιζοφρένειας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

α) αρχίζει αργότερα, συνήθως μετά τα 30

β) δεν αποδιοργανώνει την όλη λειτουργικότητα του ατόμου, δεδομένου ότι λόγω της όψιμης έναρξης έχει ήδη ολοκληρωθεί η προσωπικότητα και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου, ενώ οι αμυντικοί μηχανισμοί έχουν παγιωθεί. Επομένως, απουσιάζουν συμπτώματα διαταραχής της σκέψης, αποδιοργανωμένης ή κατατονικής συμπεριφοράς ή συναισθηματικής εξομάλυνσης

γ) χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων και ακουστικών παραισθήσεων.

Η νόσος μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά ή να εισβάλλει αιφνίδια. Επί σταδιακής εγκατάστασης τα συμπτώματα δεν δύναται να αναγνωριστούν εύκολα, λόγω του ότι είναι συνήθως άρτια εγκατεστημένα μέσα στη γενική λειτουργικότητα του ατόμου, που συνήθως τα εντάσσει σε φαινομενικά λογικά πλαίσια. Τα συμπτώματα συνήθως αποκαλύπτονται κάτω από ψυχοπίεση. Όταν η νόσος εισβάλλει αιφνίδια τότε το παραλήρημα αναδύεται «εκ κενού», καθημερινά γεγονότα αποκτούν αποκαλυπτικό περιεχόμενο, εντάσσονται μέσα σε ένα παράδοξο και οργανωμένο πλαίσιο και αφορούν συνήθως σε ένα κεντρικό θέμα, πάνω στο οποίο χτίζεται ένα σύστημα «αποδεικτικών» στοιχείων.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες και αφορούν όλες εκείνες τις διαταραχές που θα αναφερθούν στη συνέχεια στις διαταραχές της σκέψης. Ψευδαισθήσεις άλλοτε άλλης έντασης συνήθως συνυπάρχουν και συνάδουν με το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών, με το οποίο συντονίζεται εξάλλου και το συναίσθημα. Το άτομο είναι εφικτό να οδηγηθεί σε επιθετική ή και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Τα διαγνωστικά κριτήρια αυτού του τύπου σχιζοφρένειας είναι: α) έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. β) δεν προεξάρχει κανένα από τα ακόλουθα: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. (Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

1.4.2 ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Ο τύπος αυτός της σχιζοφρένειας ονομάζεται heberhrenic σχιζοφρένεια (ηβηφρενικός) στο ICD και παρουσιάζεται κυρίως σε άτομα από 15-25 χρονών. Δεν έχει πολλά χαρακτηριστικά. Η κύρια διαταραχή που παρουσιάζει είναι η διαταραχή της σκέψης. Αυτή η νόσος εμφανίζεται ύπουλα στην απόδοση του μαθητή στο σχολείο που ενώ, ίσως, ήταν καλός μαθητής οι βαθμοί του όλο και χειροτερεύουν μέχρι που υπάρχουν μαθητές που χάνουν την τάξη. Και γίνεται αυτό γιατί δεν μπορούν να διαβάσουν, υπάρχει ένα κενό στην σκέψη τους.

Αυτές οι διαταραχές της σκέψης που αποτελούν το πρώιμο και το κύριο σύμπτωμα του αποδιοργανωμένου τύπου εντυπωσιάζουν λιγότερο όταν προσβάλλουν ένα πολύ καλό

μαθητή ή όταν προσβάλλουν κάποιον που ασχολείται με χειρωνακτικές εργασίες. Οι διαταραχές της σκέψης συνοδεύουν επίσης ευερεθιστότητα, συνύπαρξη αντίθετων απρόσφορων συναισθημάτων και μια συμπεριφορά αντίδρασης προς το ευρύτερο περιβάλλον, αμφιταλαντευόμενη συμπεριφορά προς την οικογένεια, επιθετική παρόρμηση και απομονωτική συμπεριφορά, αλλά τα στοιχεία του βάθους είναι σχιζοφρενικού τύπου (Kaplan & Sadocs, 2004).

Ψευδαισθήσεις παρουσιάζονται επίσης σε κάπως πιο προχωρημένο στάδιο της αρρώστιας και είναι κυρίως ακουστικές. Υπάρχουν ορισμένοι που υποστηρίζουν ότι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις υπάρχουν από την αρχή και ότι οι πρωτογενείς διαταραχές της σκέψης, πιθανά να μην είναι πρωτογενείς, αλλά δευτερογενείς, δηλαδή να οφείλονται σε πρωτογενείς διαταραχές της αντίληψης που αλλοιώνουν και εμποδίζουν την λειτουργία της σκέψης. Εκείνο επίσης που είναι χαρακτηριστικό του ηβηφρενικού είναι η ανόητη συμπεριφορά, τα χασκόγελα, τα άκαιρα αστεία, οι διαταραχές του συνειρμού. Η χαλάρωση συνειρμών οδηγεί στις διαταραχές του λόγου (που εκδηλώνονται με την προσπάθεια του αρρώστου να βρει και να χρησιμοποιήσει καινούργιες λέξεις). Οι φράσεις είναι άσχετες με το νόημα που θέλει να εκφράσει. Υπάρχουν επίσης υποχονδριακά και αποπροσωποποιητικά στοιχεία. (Γεωργαράς Α., 1996).

1.4.3 ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Ο κατατονικός τύπος σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τον ψυχοκινητικό αρνητισμό και την ψυχοκινητική διέγερση. Ο ψυχοκινητικός αρνητισμός δύναται να ποικίλλει σε ένταση από ένα απλό εμποδισμό της κινητικής πράξης μέχρι πλήρης κατατονική εμβροντησία, η οποία αποτελεί την ακραία μορφή του κατατονικού αρνητισμού, ο άρρωστος είναι σε πλήρη ακινησία (πολλές φορές σε περιέργες και καθόλου άνετες στάσεις όπως π.χ. με το κεφάλι ψηλά σα να υπάρχει μαξιλάρι κάτω από αυτό). Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν καταληψία (η άκαμπτη διατήρηση της θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα) και κηρώδη ευκαμψία.(παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή , όταν αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακίνησε).

Ο κατατονικός έχει επίσης αφωνία, αρνείται να φάει και να πιεί, έχει τα μάτια του καθηλωμένα στο άπειρο, προβάλλει την πιο ισχυρή αντίδραση σε κάθε προσπάθεια τρίτου να τον σιτίσει ή να του αλλάξει τη θέση που αυτός επέλεξε. Ο άρρωστος έχει πλήρη

αντίληψη του περιβάλλοντος, όπως αποδεικνύεται από το γεγονός ότι μπορεί να διηγηθεί όλα τα συμβάντα όταν βγει από την κατατονική εμβροντησία.

Δεν είναι ανάγκη όμως ο άρρωστος να φτάσει μέχρι την κατατονική εμβροντησία για να χαρακτηριστεί σαν κατατονικός σχιζοφρενής. Άλλα συμπτώματα του κατατονικού τύπου είναι:

α. Στερεοτυπίες, π.χ. επανάληψη κινήσεων κατά μηχανικό τρόπο, μικροί ή μεγάλοι βηματισμοί εμπρός και πίσω μετά από ένα ορισμένο αριθμό βημάτων.

β. Υποβολιμότητα, που σαν αποτέλεσμα της είναι η ηχολαλία (επανάληψη του ότι λέει κάποιος τρίτος σαν ηχώ) και ηχωπραξία (επανάληψη πράξεων που γίνονται μπροστά του).

γ. Κηρώδεις ευκαμψία, ο άρρωστος διατηρεί για μεγάλο διάστημα, παράξενες παθητικές στάσεις. Οι κινητικές διαταραχές παρουσιάζονται σαν εγκεφαλικά συμπτώματα μιας εγκεφαλικής βλάβης (κυρίως εγκεφαλίτιδες) και για αυτό η κατατονική σχιζοφρένεια θεωρείται σαν η νευρολογική μορφή σχιζοφρένειας. Στην κατατονική σχιζοφρένεια τα κινητικά συμπτώματα αποτελούν την προέκταση της ψυχικής διαταραχής, δεν υπάρχει δηλαδή η απομόνωση, ο διαχωρισμός των κινητικών εκδηλώσεων από την ψυχική κατάσταση και συμπεριφορά που συμβαίνει στις εγκεφαλίτιδες. Η εξωπυραμιδική ακαμψία της κατατονικής σχιζοφρένειας είναι αυτόματη (π.χ. στις στάσεις που παίρνει ο ασθενής από μόνος του) ή προκλητή (του ανεβάζουμε π.χ. το χέρι πάνω από το κεφάλι του και το διατηρεί εκεί για πολύ ή και για ώρες).

δ. Η ψυχοκινητική διέγερση της κατατονίας είναι τρομερή σε ορμή και δεν μπορεί να συγκριθεί σε βιαιότητα με καμία άλλη μορφή διέγερσης εκτός από διεγέρσεις σε ορισμένες μορφές κροταφικής επιληψίας. Κατά την ψυχοκινητική διέγερση ο κατατονικός άρρωστος μπορεί να σκοτώσει ή να σκοτωθεί. Η ψυχοκινητική διέγερση μπορεί να έρθει ξαφνικά, χωρίς προηγούμενα συμπτώματα. Συνήθως λίγο πριν την διέγερση ο άρρωστος αρχίζει μερικές στερεοτυπίες όπως π.χ. μερικούς βηματισμούς, ελαφρά χτυπήματα με τα δάχτυλα.

Εκτός από τις πάνω διαταραχές που είναι τα κύρια συμπτώματα της κατατονικής μορφής σχιζοφρένειας, μπορεί να παρουσιαστούν και άλλα συμπτώματα, όπως π.χ. διαταραχές της σκέψης και της αντίληψης. (Γεωργαράς Α., 1996). Η πάθηση χρήζει εντατικής παρακολούθησης διότι αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή (Kaplan & Sadocs, 2004).

1.4.4 ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ

Ψυχωτικά συμπτώματα είναι παρόντα αλλά τα κριτήρια για παρανοϊκό, αποδιοργανωμένο, ή κατατονικό τύπο δεν έχουν συναντηθεί.

1.4.5 ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ

Ο τύπος αυτός αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ιστορικό του αρρώστου τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά. Αν υπάρχουν θετικά συμπτώματα της νόσου, τότε αυτά είναι εξαιρετικά μειωμένης έκτασης, διάρκειας και έντασης. Ο τύπος αυτός μπορεί να παριστά τον διάμεσο μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων της νόσου, συνήθως όμως διαρκεί επί μακρό χρονικό διάστημα με ή και χωρίς παροδικές εξάρσεις της συμπτωματολογίας.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του τύπου αυτού είναι:

α) απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Το άτομο αποσύρεται κοινωνικά και εκδηλώνει απρόσφορο συναίσθημα (Hogan M., 2012).

β) υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως αυτή φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων από αυτά που αναφέρονται στο κριτήριο 1 για την σχιζοφρένεια που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή. (Μαδιανός Γ. Μ., 2004; Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

1.5. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Το ICD-10 καθορίζει δύο πρόσθετες κατηγορίες

- Μετα-σχιζοφρενής κατάθλιψη: Καταθλιπτικό επεισόδιο που προκύπτει ως συνέπεια μιας σχιζοφρενούς ασθένειας όπου μερικά χαμηλού επιπέδου σχιζοφρενή συμπτώματα μπορούν ακόμα να είναι παρόντα.

- Απλή σχιζοφρένεια: Ύπουλη και προοδευτική εξέλιξη των προεξοχόντων αρνητικών συμπτωμάτων χωρίς ιστορικό ψυχωτικών επεισοδίων.

(Τα ICD-10 κριτήρια χρησιμοποιούνται χαρακτηριστικά στις Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ τα κριτήρια DSM-V χρησιμοποιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον υπόλοιπο κόσμο και επικρατούν στις ερευνητικές μελέτες. Τα ICD-10 κριτήρια δίνουν περισσότερη έμφαση στα πρώτης-κατηγορίας συμπτώματα όπως τα περιέγραψε ο Schneider. Στην πράξη, τα δύο συστήματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό. (World Health Organization, 1993).

Λόγω του ότι η σχιζοφρένεια διακρίνεται για την ποικιλομορφία της ως προς τα συμπτώματα, μόνο λίγες γενικεύσεις είναι αληθείς και επιτρεπτές για άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενή. Ορισμένες φορές, κάποιος μπορεί να εμφανίσει σχιζοφρενικά – ψυχωτικά συμπτώματα λόγω μιας άλλης νόσου εκτός της σχιζοφρένειας. Γι αυτό, οι ψυχίατροι, αρχικά παίρνουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό και ύστερα διενεργούν και τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις ώστε να αποκλείσουν όλες τις άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων προτού καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι ο ασθενής τους πάσχει από σχιζοφρένεια.

Στα χρόνια που πέρασαν, δυστυχώς, παρά τις εντατικές έρευνες και προσπάθειες δεν έγινε εφικτό να οδηγηθεί η επιστήμη σε διέξοδο για πολλά πράγματα που αφορούν τη μάστιγα αυτή, που εξακολουθεί να προσβάλλει άτομα και οικογένειες. Δεν είναι γνωστό ακόμα ούτε πώς μπορεί να θεραπευτεί εντελώς ούτε πώς να προφυλαχθεί κάποιος άνθρωπος από τη συγκεκριμένη ασθένεια. (Hogan M., 2012).

1.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ



Η πραγματική αιτία της σχιζοφρένειας παραμένει άγνωστη πτυχή της νόσου. Ωστόσο, σήμερα, τα αίτια της σχιζοφρένειας αποδίδονται κυρίως σε νευρολογικούς παράγοντες.

Η σχιζοφρένεια είχε αρχικά θεωρηθεί ως απότοκος νευρομεταβιβαστικής

δυσλειτουργίας εντοπισμένης μόνο στο ντοπαμινεργικό σύστημα, κυρίως λόγω της

φαρμακολογικής ιδιότητας των κλασικών αντιψυχωσικών φαρμάκων των οποίων η θεραπευτική ισχύς είναι ανάλογη προς την ισχύ της σύνδεσης τους με τους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς. Από το 1970 η αυξημένη ποσότητα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο θεωρήθηκε αιτία εμφάνισης της νόσου. Αυτή η θεωρία στηρίχθηκε στην αποτελεσματικότητα μερικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας λόγω της ανταγωνιστικής τους δράσης στους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς (Ευθυμίου Ε, κ.α., 2006). Όμως, η ακριβής φύση της προφανούς δυσλειτουργίας του ντοπαμινεργικού συστήματος δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί επαρκώς.

Σύμφωνα με ορισμένα ευρήματα στη σχιζοφρένεια παρατηρείται αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στον εγκέφαλο ενώ σύμφωνα με άλλα ευρήματα η δραστηριότητα αυτή φαίνεται να είναι μειωμένη. Η πιθανότερη ερμηνεία των αντικρουόμενων αυτών ευρημάτων είναι ότι υπάρχει τοπική διαφοροποίηση της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας, η οποία τείνει να είναι μειωμένη στις υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου.

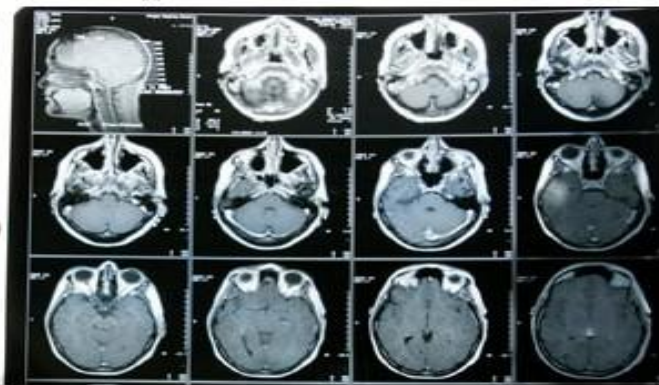
Μετά την εισαγωγή στη θεραπευτική πρακτική των αποκαλούμενων «άτυπων» αντιψυχωσικών φαρμάκων που εμφανίζουν μεγαλύτερη συγγένεια με τους υποδοχείς της σεροτονίνης παρά με αυτούς της ντοπαμίνης υποστηρίχθηκε ότι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει και σεροτονινεργικούς μηχανισμούς. Φυσικά οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ποικίλων νευρώνων και των διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων στο Κ.Ν.Σ. είναι τόσο πολύπλοκες, που είναι πολύ πιθανό να εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας ταυτοχρόνως ντοπαμινεργικοί, σεροτονινεργικοί όπως και άλλοι (π.χ. γλουταμινεργικοί μηχανισμοί.)

Εκτός από τις νευροχημικές διαταραχές του εγκεφάλου των σχιζοφρενών έχουν επίσης διαπιστωθεί και δομικές ανωμαλίες, δηλαδή ανατομικές και λειτουργικές διαφορές σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Τα κυριότερα νευροφυσιολογικά ευρήματα σε σχιζοφρενείς είναι :

- Μείωση της ροής του αίματος προς τα αριστερά ωχρά σφαιρίδια.
- Μειωμένη συμμετρία σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων κροταφικό μετωπιαίο και ινιακό λοβό.
- Πλευρική και τρίτη κοιλία επεκτείνονται. Οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια έχουν κοιλίες κατά μέσο όρο 15% μεγαλύτερες, σε σύγκριση με αυτές ενός μη πάσχοντα.
- Ο έσω κροταφικός λοβός είναι λεπτότερος, έχει αναφερθεί ότι περιέχει μειωμένο αριθμό νευρώνων (Hogan M., 2012) .

Παρόλο που οι μέθοδοι στην έρευνα έχουν εξελιχθεί, οι γνώσεις μας για τη λειτουργία του εγκεφάλου εξακολουθούν να μην είναι τόσο επαρκείς (Ευθυμίου Ε, κ.α., 2006). Σύμφωνα βέβαια με τις επικρατέστερες απόψεις, η σχιζοφρένεια είναι πιθανώς το αποτέλεσμα ορισμένων νευροαναπτυξιακών διαταραχών (που αφορούν την μετανάστευση, την απόπτωση και την δημιουργία συνάψεων των νευρώνων στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο) των οποίων η έναρξη χρονικά θα πρέπει να προσδιοριστεί πολύ πρώιμα, δηλαδή είτε στην ενδομήτριο περίοδο είτε στην αρχική εξωμήτριο ζωή. (Σολδάτος Κ., 2001). Έτσι το ερώτημα αν οι νευροβιολογικές διαταραχές είναι οι αιτίες ή το αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας δεν έχει ακόμη απαντηθεί (Ευθυμίου Ε, κ.α., 2006).

1.6.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ



Βασισμένοι στα πιο πρόσφατα επιστημονικά ευρήματα τείνουμε στο συμπέρασμα ότι το κάθε γονίδιο χωριστά ευθύνεται σε πολύ μικρό βαθμό για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας και δεν την προκαλεί από μόνο του. Δεν είναι επίσης δυνατόν να είναι προβλέψιμο ποια άτομα θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια μελετώντας το γενετικό τους υλικό. Είναι απαραίτητο να υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων και περιβάλλοντος προκειμένου να εκδηλωθεί η σχιζοφρένεια.

Πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν προταθεί ως λόγοι κινδύνου για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, όπως η έκθεση σε ιούς, η κακή διατροφή της μητέρας κατά την κύηση, πρόβλημα κατά τη γέννηση, που επηρεάζουν την παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο του μωρού (Τμήματα του εγκεφάλου του εμβρύου δεν αναπτύχθηκαν κανονικά ή συγγενές τραύμα) (Mcguffin P, 2004) και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως στρεσογόνες περιβαλλοντικές συνθήκες. Έτσι, για να μελετηθεί η γενετική βάση της σχιζοφρένειας, που

μελετήθηκε περισσότερο από κάθε άλλη ψυχιατρική νοσολογική οντότητα οι επιστήμονες βασίζονται α)σε μελέτες διδύμων β) σε μελέτες υιοθεσίας και γ) μελέτες σύνδεσης.

Μελέτες διδύμων

- Τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν 50% κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, τα διζυγωτικά δίδυμα έχουν το 15%, τα παιδιά με έναν γονέα με σχιζοφρένεια έχουν το 15% του κινδύνου, και 35% εάν και οι δύο γονείς είναι σχιζοφρενικοί.
- Οι άνθρωποι που έχουν κάποιο στενό συγγενή με σχιζοφρένεια έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν την διαταραχή από ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν συγγενείς με τη νόσο.
- Ο κίνδυνος της σχιζοφρένειας είναι αυξημένος για όσους έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού συγγένειας, με σχιζοφρένεια.
- 1 στους 10 ανθρώπους με σχιζοφρένεια έχει γονέα με την ασθένεια.
- Εμπλοκή πολλών γονιδίων, καθένα με μικρή δράση, η οποία ακόμα δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Πιθανότατα, πολλαπλά γονίδια είναι υπεύθυνα για την συγκεκριμένη διαταραχή (οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί στα γονίδια 6,13,18 και 22)

Επειδή όμως η εμφάνιση σχιζοφρένειας στα ομοζυγωτικά δίδυμα είναι πολύ μεγαλύτερη από ό,τι στα διζυγωματικά δίδυμα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα γονίδια παίζουν κάποιο ρόλο. (Βαρβόγλη Λ., 2006).

Μελέτες υιοθεσίας

Έρευνες που έγιναν σε άτομα που υιοθετήθηκαν σε πολύ μικρή ηλικία και στη συνέχεια εμφάνισαν σχιζοφρένεια έδειξαν ότι σε ποσοστό 13% οι βιολογικοί συγγενείς τους είχαν επίσης σχιζοφρένεια. Αντίθετα, σε υιοθετημένα παιδιά που δεν εμφάνισαν ποτέ σχιζοφρένεια το ποσοστό διαταραχής στους συγγενείς τους ήταν χαμηλό, της τάξης του 2%. (Βαρβόγλη Λ., 2006).

Μελέτες σύνδεσης

Μελετήθηκε η γενετική σύνδεση μεταξύ των σχιζοφρενικών ψυχώσεων και των πολυμορφικών γενετικών δεικτών (Genetic markers). Η γενετική σύνδεση (linkage) παρουσιάζεται όταν δύο γονίδια (που το καθένα από αυτά είναι υπεύθυνο για διαφορετικό κληρονομούμενο χαρακτηριστικό) τοποθετούνται πολύ κοντά σε ένα ζεύγος ομολόγων

χρωμοσωμάτων, με αποτέλεσμα αυτά τα δύο γονίδια να τείνουν να μεταβιβαστούν ως μονάδα στα μέλη μιας οικογένειας. Όταν διαπιστωθεί η γενετική σύνδεση μεταξύ ενός παθολογικού χαρακτηριστικού της σχιζοφρένειας και ενός πολυμορφικού χαρακτηριστικού γενετικού δείκτη στα μέλη οικογενειών, αυτό ερμηνεύεται πως ένα από τα υποτιθέμενα υπεύθυνα για τη σχιζοφρενική ψύχωση γονίδια βρίσκεται στο ίδιο χρωμόσωμα και σε κοντινή μάλιστα απόσταση από το γονίδιο το υπεύθυνο για το γενετικό αυτό δείκτη. (Βαρτζόπουλος Γ., 2005)

1.6.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν επίσης και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την πορεία της πάθησης. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που δέχεται κατάκριση και καταπίεση από την οικογένεια του, θα υποτροπιάσει περισσότερες φορές από τον ασθενή που ζει σε ένα προστατευμένο περιβάλλον όπου απολαμβάνει μια σχετική ελευθερία και νιώθει αποδεκτός. Επίσης, έρευνες που έχουν γίνει σε σχιζοφρενείς έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει ανώμαλες καταγραφές στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Στηριζόμενοι σε αυτό το εύρημα οι επιστήμονες κάνουν λόγο για ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου και εξηγούν γιατί πολλές οργανικές παθήσεις επηρεάζονται από αυτούς. (Μαδιανός Μ., 2006)

1.6.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η ανθρώπινη συμπεριφορά κατά ένα μέρος της διαμορφώνεται μέσω των αλληλεπιδράσεων με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, οι οποίες αλληλεπιδράσεις μπορεί να προκαλούν επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα για το άτομο. Ο τρόπος που το κάθε άτομο επεξεργάζεται και αφομοιώνει τις εμπειρίες του, το πώς δημιουργεί σχέσεις με τους άλλους, διαφέρει και αφορά το σύνολο της προσωπικότητάς του. (Γκιωνάκης Ν., 2001).

Από την σκοπιά της ψυχολογίας οι ψυχικές διαταραχές εκλαμβάνονται ως δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, την οποία το άτομο μαθαίνει είτε άμεσα είτε μέσω της παρατήρησης. Η ψυχολογία έχει δείξει ότι ορισμένοι από τους τύπους των ψυχικών διαταραχών μπορεί να είναι το αποτέλεσμα έλλειψης ικανότητας του ατόμου στο να προσαρμόζεται σε κάποιο στρεσογόνο παράγοντα.

Σε περίπτωση που το άγχος κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα το άτομο γενικεύει τα ερεθίσματα που δέχεται από τον εσωτερικό και τον εξωτερικό του κόσμο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση περισσότερου άγχους καθώς και σύγχυση στην αντίληψη. Το άτομο κάνει προσπάθειες να βρει τέτοιους συνειρμούς σκέψης ώστε να ελαττώσει το άγχος και την σύγχυση που αισθάνεται. Αυτό όμως έχει απρόσμενα αποτελέσματα και οδηγεί στην αποδιοργάνωση των λειτουργιών του, συναισθηματικών και νοητικών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Ο Mennia ακόμα τονίζει τον παράγοντα του άγχους και πώς αυτός μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της νόσου. Κατά τον Blouer δεν αναγνωρίζονται οι βιολογικές και οργανικές αιτίες της ασθένειας, αλλά τα γονίδια που κληρονομούνται και σχηματίζουν ένα μη αρμονικό σύστημα (δυσλειτουργικό), με αποτέλεσμα την ύπαρξη απόκλισης της προσωπικότητας του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον και από τις εμπειρίες που έχει αποκτήσει από αυτό.

Όταν το χάσμα αυτών των δύο παραγόντων αυξηθεί σε αξιοπρόσεκτο σημείο, τότε το άτομο δημιουργεί ένα φανταστικό κόσμο και απομονώνεται σε αυτόν, ενώ αποκόπτεται από κάθε ενέργεια για να αποκατασταθεί η ισορροπία ανάμεσα στο εξωτερικό του περιβάλλον και την προσωπικότητα του και έτσι οδηγείται στη ψύχωση. Ένα άλλο μοντέλο που έχει προταθεί δείχνει ότι άτομα που ζουν σε οικογένειες με ισχυρά εκφραζόμενο συγκινησιακό και στρεσογόνο περιβάλλον, παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπών.

Δηλαδή υπάρχει μεν ένα αίτιο που σχετίζεται με κάποιο συγκινησιακό stress αλλά το stress αυτό για να προκαλέσει τη νόσο θα πρέπει να δημιουργήσει σωματικές διαταραχές, οι οποίες και θα καθορίσουν την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας. Η σχιζοφρένεια δηλαδή προέρχεται από τις σωματικές διαταραχές που θα προκύψουν από το συγκινησιακό stress. (Γεωργαράς Α., 1996).

1.6.4 ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, αιτία της σχιζοφρένειας είναι η διαταραχή και ο αποπροσανατολισμός του Εγώ, αποτέλεσμα των οποίων είναι το άτομο να στραφεί στον εαυτό του, ενώ παράλληλα ελαττώνεται σημαντικά το ενδιαφέρον του για το περιβάλλον του. Η άποψη αυτή της ψυχαναλυτικής θεωρίας δεν αποκλείει την συνύπαρξη γενετικών παραγόντων και προδιάθεσης. Η θεωρία συνδέει την σχιζοφρένεια με την καθήλωση του

ατόμου σε ένα από τα στάδια ανάπτυξής του. Υποστηρίζει ότι τα άτομα έχουν βιώσει κατά την παιδική ηλικία κάποιες τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες παραμένουν στο ασυνείδητο έως ότου κληθούν στο συνειδητό, εφόσον βέβαια υπάρξουν και κατάλληλες συγκυρίες αφύπνισης.

Για να εκδηλωθεί ψύχωση εξαρτάται από την ηλικία που συνέβη το τραύμα ή οι διαταραχές. Η ψυχαναλυτική άποψη εστιάζει στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσει το παιδί με το άμεσο περιβάλλον του και κυρίως με τη μητέρα του. Δηλαδή, ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει σχιζοφρένεια, αν ως παιδί δεν προσανατολίζεται στην πραγματικότητα από την εικόνα της μητέρας του. Λόγου χάρη, αν δεν μπορεί να ελέγξει την πραγματικότητα αναφορικά με τις σκέψεις του, τα συναισθήματα και τις ενέργειές του.

Σήμερα, δεν γίνεται αποδεκτή η άποψη σύμφωνα με την οποία η συμπεριφορά των γονέων αποτελούσε αίτιο πρόκλησης της σχιζοφρένειας. Αυτό που έχει αποδειχθεί είναι ότι η γονική επιρροή δεν προξενεί τη νόσο αλλά μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πορεία της ασθένειας (π.χ. υποτροπή) (Γαρύφαλλος Δ., 2008). Κάνει λόγο για τη ψυχική ισορροπία που αποκτά μέσα από την καλή σχέση και την επαφή με την μητέρα του και για την τραυματική εμπειρία που βιώνει εάν συμβεί το αντίθετο και τις επιπτώσεις αυτής. Σε αυτές τις περιπτώσεις το Εγώ και η κρίση του ατόμου (μια από τις κυριότερες λειτουργίες του Εγώ) είναι αδύναμη, με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις να αναπτύξει ψυχωσικά συμπτώματα. (Μαδιανός Γ. Μ., 2005).

1.6.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Έρευνες έχουν αποδείξει την σύνδεση μεταξύ της σχιζοφρένειας και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής, η απομάκρυνση του ανθρώπου από την φύση, η έντονη εκβιομηχάνιση, η αστικοποίηση καθώς και η βίαιη είσοδος της τεχνολογίας στην ζωή, είναι λόγοι που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων. Οι θεωρίες που εκτιμούν ότι οι κοινωνικές αλλαγές και οι αλλαγές στις αξίες και τα ήθη των σημερινών κοινωνιών επηρεάζουν τρομερά την ψυχολογία των ατόμων καθώς και το ποσοστό προσαρμογής τους σε αυτές τις νέες συνθήκες, θεωρούν ότι αποτέλεσμα αυτού είναι το κλείσιμο του ατόμου στον εαυτό του, η εμφάνιση άγχους και άλλων επιπτώσεων ικανών να προκαλέσουν ψυχωτικά συμπτώματα στο άτομο. (Γκιωνάκης Ν.& Στυλιανίδης Σ., 2001).

1.6.6 ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΑΥΤΗ

Κάτω από τα φώτα της ψυχαναλυτικής ανάλυσης έχει αναπτυχθεί η θεωρία ότι ανεξάρτητα από τα ψυχολογικά τραύματα του ασθενούς, το περιβάλλον του και τους παράγοντες της κληρονομικότητας, η οικογένεια και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της μπορεί να έχει ενεργό ρόλο στην εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Με βάση την παραπάνω υπόθεση, η ανικανότητα των ψυχωτικών να αναπτύξουν σχέσεις και ό,τι συνεπάγεται αυτές (αίσθημα ασφάλειας, κάλυψη βασικών τους αναγκών) είναι απότοκος χρόνιων βιωμάτων και εμπειριών διαταραγμένων σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον. Η αδυναμία επικοινωνίας οδηγεί το άτομο στην δημιουργία ενός φαντασιακού κόσμου και στην συνέχεια στην απομόνωσή του σε αυτόν, σε μια αυτιστική συμπεριφορά και κατ' επέκταση σε εκδήλωση ψυχωτικών συμπτωμάτων. Οι ψυχοτραυματικές εμπειρίες που θα συμβούν στις πρώτες φάσεις της ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης του ατόμου, θα πυροδοτήσουν τον μηχανισμό γέννησης της σχιζοφρενικής ψύχωσης.

Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει τον πρώτο ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού. Μέσα στην οικογένεια δομούνται οι βάσεις της προσωπικότητας και οι αρχές της επικοινωνίας. Η οικογένεια είναι ο πρώτος φορέας που συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση του ατόμου και στην εκμάθηση κανόνων συμπεριφοράς και επικοινωνίας. Ένας από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με την οικογένεια και το πώς αυτή επηρεάζει ή συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων, είναι ο Ferenczi.

Ο Ferenczi, υποστήριξε ότι «η πραγματικότητα είναι αυτή που επιφέρει βλάβες στο παιδί και οι συνειδητές φαντασιώσεις είναι η συμβολική έκφρασή της». Δηλαδή η καθημερινή πραγματικότητα που βιώνει το παιδί μέσα από το οικογενειακό του περιβάλλον είναι αυτή που του δίνει τις βάσεις για επικοινωνία, κοινωνικοποίηση, ανάπτυξη δεξιοτήτων και διαπροσωπικών σχέσεων. Με βάση τα όσα βίωσε στην παιδική του ηλικία θα δημιουργήσει και θα αναπτύξει σχέσεις και τρόπους επικοινωνίας με τα άτομα του περιβάλλοντός του στην συνέχεια της ζωής του.

Έχει παρατηρηθεί συχνά σε οικογένειες που έχουν έναν άρρωστο από χρόνια ψυχική ασθένεια, μια επιβάρυνση ως αποτέλεσμα των επιδράσεών του στις συνήθειες, τις συναλλαγές, την επικοινωνία και την οικιακή οικονομία. Ως επιβάρυνση θεωρείται τα

προβλήματα, οι δυσκολίες ή τα ανεπιθύμητα γεγονότα που συμβαίνουν σε μέλη της οικογένειας του αρρώστου. Αφορά τις οικογενειακές καθημερινές συνήθειες, του ελεύθερου χρόνου, της εργασίας των μελών, τη σωματική και την ψυχική υγεία των μελών, τα οικονομικά της οικογένειας, τη φροντίδα του ασθενή.

Έχει αποδειχθεί ότι κατάλληλο για τη θεραπεία του ασθενή είναι η φροντίδα του να μην εξαρτάται μόνο από ένα άτομο, αλλά να μοιράζεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Επειδή η φροντίδα του ασθενή είναι μια επίπονη και απαιτητική διαδικασία αρκετά και επιβαρύνει συναισθηματικά και ψυχικά τα άτομα που ζουν μαζί του συστήνεται η συμμετοχή της οικογένειας σε ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα. Με αυτό τον τρόπο τα μέλη θα αποκτήσουν τόσο τις γνώσεις για τη φύση της ασθένειας αλλά και τις δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να φροντίζουν τον ασθενή και ταυτόχρονα να βελτιώσουν τη δική τους ζωή (Ευθυμίου Ε, κ.α., 2006). Για την αξιολόγηση αυτής της επιβάρυνσης έχουν αναπτυχθεί από διάφορους ερευνητές αρκετά όργανα που μπορούν να αποδώσουν το φαινόμενο ποσοτικά και ποιοτικά. (Μαδιανός Μ., 2005).

Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις δεν προκαλούν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας αλλά μπορούν να επηρεάσουν την εξέλιξή της, δηλαδή να βοηθήσουν στην υποτροπή της. Υπάρχει η άποψη ότι στις οικογένειες που είναι επικριτικές απέναντι στον ασθενή, και στις οποίες υπάρχουν εχθρότητα και συχνές συγκρούσεις, δημιουργείται ένα στρεσογόνο περιβάλλον, που επιβαρύνει την εύθραυστη ικανότητα προσαρμογής του σχιζοφρενή και προκαλεί την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. (Γεωργαράς Α., 1996).

1.6.7 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΕΠΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΣ ΨΥΧΩΣΗ

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας ή κάποιων υποκατηγοριών της σχετίζεται με ιογενείς και αυτοάνοσους παράγοντες, οι οποίοι προδιαθέτουν προς εκδήλωση ψύχωσης. Αυτό επιβεβαιώνεται από τις ακόλουθες παρατηρήσεις: Έχει βρεθεί ότι τα άτομα, τα οποία αναπτύσσουν σχιζοφρενική διαταραχή γεννιούνται συχνότερα το χειμώνα ή τις αρχές της άνοιξης. Έχει πιθανολογηθεί ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά, τα οποία τελικά αναπτύσσουν σχιζοφρένεια κατά την ενηλικίωση, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα επιβίωσης και έτσι κατά την έκθεση τους σε ιούς, οι οποίοι είναι δυνητικά θανατηφόροι και οι οποίοι εμφανίζονται πιο συχνά σε αυτή

την περίοδο του έτους, επιβιώνουν αφενός σε αντίθεση με άλλα βρέφη αλλά υφίστανται αφετέρου βλαπτική επίδραση στο ΚΝΣ, το οποίο καθίσταται ευάλωτο για μελλοντική ανάπτυξη της νόσου.

Κατά δεύτερο λόγο, στο ιστορικό ατόμων, τα οποία εμφανίζουν τελικά σχιζοφρένεια, υπάρχουν συχνές αναφορές αυξημένων περιγεννητικών επιπλοκών και επιπλοκών κύησης, οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα για ευπάθεια σε ιώσεις και λοιμώξεις, στα άτομα αυτά, οι οποίες ενδεχομένως παραβιάζουν το ΚΝΣ. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί αύξηση των κρουσμάτων σχιζοφρένειας, σε προγεννητική έκθεση σε επιδημίες γρίπης. Οροθετικές μητέρες για γρίπη τύπου Α στο πρώτο τρίμηνο κύησης έχουν επταπλάσια πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά, τα οποία θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια κατά την ενηλικίωση σε σχέση με τις οροαρνητικές. Εξάλλου, γρίπη στο 2ο τρίμηνο της κύησης, κυρίως στον 5ο μήνα, οδηγεί σε αύξηση του βαθμού θετικής σχιζοτυπίας. Έκθεση σε ψύχος την ίδια περίοδο συσχετίζεται με υψηλό βαθμό ανηδονίας. (Κονταξάκης Β., κ.α., 2008).

1.6.8 ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Η κατάχρηση ουσιών κυρίως κάνναβη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες (Puri BK, 2012) και η βλαβερή χρήση του αλκοόλ, μπορεί να δώσουν το εναρκτήριο λάκτισμα για την εκδήλωση της ψύχωσης σε άτομα που είναι ευάλωτα στο να παρουσιάσουν σχιζοφρένεια. Άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών παρουσιάζουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας και άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί λανθασμένα να εκληφθούν ως χρήστες ουσιών. Παρ' όλο που η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν προκαλεί τη σχιζοφρένεια, εν τούτοις συσχετίζεται ισχυρά με την υποτροπή της πάθησης.

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιο ευάλωτα στη χρήση ουσιών και αλκοόλ απ' ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός, και αυτό είναι επιζήμιο για τη θεραπευτική αγωγή. Τα διεγερτικά, όπως οι αμφεταμίνες, κοκαΐνη, μαριχουάνα μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ η χρήση ναρκωτικών γενικά καθιστά προβληματική για τον ασθενή τη συνέχεια της φαρμακευτικής του αγωγής. Ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με σχιζοφρένεια καπνίζουν, πράγμα που συντελεί στην κακή κατάσταση της σωματικής υγείας. (Γεωργαράς Α., 1996;)

Η βιαιότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια σε σχέση με την χρήση ναρκωτικών

Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν παρουσιάζουν βιαιότητα και προτιμούν την ησυχία τους. Έρευνες υποδεικνύουν ότι αν ένα άτομο δεν κάνει χρήση ουσιών και δεν έχει ποινικό μητρώο με βίαιες πράξεις πριν διαγνωστεί η σχιζοφρένεια, είναι απίστευτο να οδηγηθεί σε εγκληματική πράξη μετά τη διάγνωση. Τα περισσότερα βίαια εγκλήματα γίνονται από άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια. Αν κάποιος άτομο με παρανοϊκό τύπο σχιζοφρένειας γίνει βίαιος, η βία συνήθως κατευθύνεται προς την οικογένειά του και εκδηλώνεται στο σπίτι. (Γεωργαράς Α., 1996)

1.7 ΤΑ ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ



Τα πρόδρομα ευρήματα της σχιζοφρένειας αποτελούν μία μεγάλη ομάδα συμπτωμάτων που μπορεί να περιλαμβάνουν στοιχεία όπως:

- κοινωνική απόσυρση,
- απώλεια ενδιαφέροντος για το σχολείο ή την εργασία,
- έλλειψη πρωτοβουλίας και ενεργητικότητας,
- παραμέληση σωματικής υγιεινής και καθαριότητας,
- ήπιες μεταβολές συναισθηματικής απάντησης και ασυνήθιστες εκρήξεις οργής, περίεργες σκέψεις,
- μείωση της συγκέντρωσης και της προσοχής,
- μείωση της ενεργητικότητας και των κινήτρων,
- ανεργία, καταθλιπτική διάθεση,
- διαταραχές του ύπνου,
- άγχος,
- κοινωνική απόσυρση,

- καχυποψία,
- έκπτωση της λειτουργικότητας και ευερεθιστότητα.

Αυτά τα συμπτώματα είναι μη ειδικά. Μια άλλη ομάδα προδρόμων χαρακτηριστικών είναι πλησιέστερα στην ψυχωτική κατάσταση και περιλαμβάνει:

- κοιναισθητικά συμπτώματα,
- ψυχαναγκαστική εμμονή της σκέψης και παρεμβολή σκέψεων,
- μαγικό ιδεασμό,
- υπερακουσία και αισθητηριακές παρεκκλίσεις που εκδηλώνονται αρχικά με διαστρέβλωση της αντίληψης του σώματος και άλλων αντικειμένων.

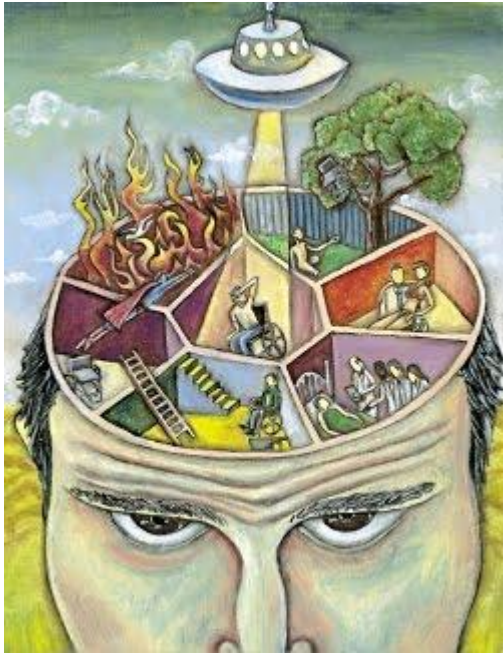
Επίσης, οι Cutting και Dunne ανέφεραν πρώιμες ποιοτικές αλλαγές στην οπτική αντίληψη, οι οποίες επηρεάζουν ιδιαίτερα τον τρόπο με τον οποίο έβλεπαν τα χρώματα, τους ανθρώπους, τον χώρο και τις εκφράσεις των προσώπων, καθώς και μια αίσθηση απροσδιόριστης αποξένωσης. (Βενέτης Χρ, 2013)

1.7.1 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ:

- 1)το άτομο ακούει ή βλέπει κάτι που δεν υπάρχει
- 2)έχει τη διαρκή αίσθηση ότι τον παρακολουθούν
- 3)έχει παράξενο τρόπο ομιλίας η γραφής που δεν βγάζει νόημα
- 4)έχει παράξενη στάση σώματος
- 5)δείχνει αδιαφορία ακόμα και για σημαντικά θέματα
- 6)παρουσιάζει πτώση στη σχολική η εργασιακή του απόδοση
- 7)εμφανίζει αλλαγές στην προσωπικότητά του
- 8)αποσύρεται από την κοινωνική δραστηριότητα
- 9)αντιδρά παράλογα, με θυμό ή τρόμο απέναντι σε αγαπημένα πρόσωπα
- 10)παρουσιάζει αδυναμία συγκέντρωσης και ύπνου
- 11)εκδηλώνει απρεπή ή παράξενη συμπεριφορά
- 12)έχει την τάση για ακραία ενασχόληση με τη θρησκεία ή τις σκοτεινές δυνάμεις

13)βιώνει το γεγονός ότι δεν μπορεί να σκεφτεί
(National mental health association,2006) (Cockerman C., 2000).

1.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ



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

Περιγραφικά διάλυση της προσωπικότητας που περιλαμβάνει:

1. Συμπτώματα πρώτης τάξης (Rajiv Tandon et al, 2013)

- α. Ηχηρή σκέψη
- β. Φωνές που συζητούν ή διαφωνούν ή και τα δύο
- γ. Φωνές σχολιασμού
- δ. Εμπειρίες κάποιας παθητικής σωματικής φθοράς
- ε. Απόσυρση της σκέψης και άλλες εμπειρίες επηρεασμού της σκέψης
- ζ. Παραληρητική αντίληψη

2. Συμπτώματα δεύτερης τάξης (Rajiv Tandon et al, 2013)

- α. Άλλες διαταραχές της αντίληψης
- β. Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες
- γ. Αμηχανία
- δ. Εναλλαγές της διάθεσης καταθλιπτικού και ευφορικού τύπου
- ε. Αισθήματα συναισθηματικής φτώχειας
- στ. Παραληρηματικές εκδηλώσεις συνοδευόμενες με ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις .

1.8.1 ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Θετικά συμπτώματα	Αρνητικά συμπτώματα
Παραληρητικές ιδέες	Συναισθηματική επιπέδωση
Ψευδαισθήσεις	Αλογία
Αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς	Αβουλία
	Ανηδονία

Πίνακας 7: Θετικά και αρνητικά συμπτώματα

Πηγή: Kaplan & Sadocs, 2004

Ο John Russell Reynolds (1828-1896), γιατρός στο Westminster Hospital του Λονδίνου, διεχώρισε τα συμπτώματα μιας νόσου σε θετικά και αρνητικά. Ο Reynolds το 1857 σε ανακοίνωσή του στην North London Medical Society με τίτλο «Σχετικά με την παθολογία των σπασμών» ανέφερε μεταξύ άλλων: «Κάποια συμπτώματα είναι αρνητικά, δηλαδή συνίστανται στην απάλειψη ζωτικών ιδιοτήτων. Τέτοια συμπτώματα είναι οι παραλύσεις και οι αναισθησίες [...] Άλλα συμπτώματα είναι θετικά δηλαδή συνίστανται σε έξαρση ή μεταβολή των ζωτικών ιδιοτήτων. Τέτοια συμπτώματα είναι οι κρίσεις, τα άλγη, οι σπασμοί και άλλα» (Reynolds, 1858). Σύμφωνα με την βιταλιστική θεώρηση, της οποίας θερμός υποστηρικτής ήταν ο Reynolds, οι μεταβολές στην «ζωτική ενέργεια» παρήγαγαν αντίστοιχα συμπτώματα τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Η σκέψη του Reynolds επηρέασε τον επίσης βρετανό νευρολόγο John Hughlings Jackson ο οποίος χρησιμοποίησε για πρώτη

φορά το 1875 τους όρους θετικά και αρνητικά συμπτώματα σε άρθρο του όπου μνημονεύει την σχετική ανακοίνωση του Reynolds (Berrios E.,1985, p.95-97). Ο διαχωρισμός αυτός, θα εκφραστεί απόλυτα από τον Jackson το 1889, και θα ενταχθεί ως αναπόσπαστο κομμάτι στο ιεραρχικό του μοντέλο για το νευρικό σύστημα. «Μόνο η αποδιοργάνωση (dissolution) οφείλεται στην αρρώστια με την έννοια της παθολογικής διαδικασίας. Πρόκειται για μια αρνητική λειτουργική κατάσταση που προκαλείται από μια παθολογική διαδικασία [...] Θετικά συμπτώματα σε όλες τις περιπτώσεις παραφροσύνης προκύπτουν από διευθετήσεις του εναπομείναντος υγιούς αλλά σε κατώτερο εξελικτικό επίπεδο λειτουργούντος νευρικού συστήματος (Jackson H, 1889, p. 490-500)».

Όλη αυτή η άποψη στηρίζεται σύμφωνα με τον Berrios σε τέσσερις συνιστώσες: (1) Τα αρνητικά συμπτώματα είναι απόρροια μιας «βλάβης» σε ένα υποθετικό επίπεδο λειτουργίας του νευρικού συστήματος η οποία (2) απελευθερώνει λειτουργικά το αμέσως κατώτερο κέντρο, το οποίο (3) μη ανασταλμένο πλέον και λειτουργικά υγιές παράγει τα θετικά συμπτώματα. (4) Τα θετικά συμπτώματα δεν μπορούν να παραχθούν, επομένως, εν απουσία της αρχικής βλάβης, δηλαδή των αρνητικών συμπτωμάτων (Berrios E.,1985, p.95-97).

Κατά το Μεσοπόλεμο, ο de Clerembault θα περιγράψει το σύνδρομο «*του ψυχονοητικού αυτοματισμού*» (Andreasen C, 1998) και θα χρησιμοποιήσει τους όρους θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Στα θετικά αναφέρει μεταξύ άλλων τις ψευδαισθήσεις, την ηχοποίηση της σκέψης και την συναισθηματική απροσφορότητα, ενώ στα αρνητικά εμπεριέχει την υποκλοπή της σκέψης, τις διαταραχές της προσοχής και τις ανακοπές του ειρμού, ερχόμενος σε αντίθεση με την θεώρηση του Jackson.

Η διάκριση σε θετικά και αρνητικά συμπτώματα και ο ορισμός αυτών συνεχίζεται για δεκαετίες. Σημαντική συμβολή ήταν αυτή του T. J. Crow (Crow J, 1989) γιατί χρησιμοποίησε τον χωρισμό αυτό των συμπτωμάτων για να προτείνει μια διάκριση της σχιζοφρένειας σε δύο τύπους, τον τύπο I με κυρίαρχη θετική συμπτωματολογία, καλή ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή επομένως καλή πρόγνωση, και με πιθανή αιτιολογία μία διαταραχή στην ντοπαμινεργική νευρομεταβίβαση. Και στον τύπο II, στον οποίο πρωτοστατούν τα αρνητικά συμπτώματα, κακή πρόγνωση και αλλοιώσεις στον απεικονιστικό έλεγχο.

Η Andreasen (Andreasen C, 2000) αφού αντιλήφθηκε ότι πράγματι το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών εμφανίζει και θετικά και αρνητικά συμπτώματα, διατύπωσε κριτήρια για τρεις ομάδες συμπτωμάτων: θετικά, μεικτά και αρνητικά. Επιπρόσθετα, ανέπτυξε δύο

κλίμακες (την SANS και την SAPS) για την αξιολόγηση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων.

Στις κλίμακες της Andreasen στα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνονταν, πέρα από τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις, οι θετικές διαταραχές της μορφής της σκέψης (ασυναρτησία), ενώ στα αρνητικά συμπτώματα η αλογία (φτωχεία του λόγου αλλά και του περιεχομένου του λόγου), η συναισθηματική αμβλύτητα, η ανηδονία (έλλειψη κοινωνικότητας, η έλλειψη βούλησης, η απάθεια), και οι διαταραχές της προσοχής.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90, διάφορες μελέτες που χρησιμοποίησαν την SANS και SAPS έδωσαν αποτελέσματα αποκλίνοντα μεταξύ τους, γεγονός που σύμφωνα με την Andreasen σήμαινε ότι η διάκριση των συμπτωμάτων σε θετικά και αρνητικά ήταν υπεραπλούστευση και ήταν αναγκαίο η διάκριση των συμπτωμάτων να γίνει σε τρεις κατηγορίες: τα συμπτώματα που θεωρούνταν παραδοσιακά ως θετικά μπορούσαν να διακριθούν στα ψυχωτικά συμπτώματα που περιελάμβαναν τις παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, και σε μία δεύτερη κατηγορία που αντιπροσωπεύει την αποδιοργάνωση και περιλαμβάνει τις παράξενες συμπεριφορές, τις διαταραχές της ροής του λόγου, τον αποδιοργανωμένο λόγο και την συναισθηματική απροσφορότητα. (Andreasen C, 2000) Τα αρνητικά συμπτώματα παρέμεναν τα ίδια.

1.8.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMIL KRAEPELIN

- Διαταραχές της προσοχής και της κατανόησης
- Ψευδαισθήσεις, ιδίως ακουστικές (φωνές)
- Ηχηρές σκέψεις
- Βιώματα επίδρασης στη σκέψη
- Διαταραχές της ροής της σκέψης, πρωτίστως χάλαση των συνειρμών
- Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και της κρίσης
- Συναισθηματική επιπέδωση

- Παθολογική συμπεριφορά

- Ελάττωση της πρωτοβουλίας

Αυτόματη υπακοή

Ηχολαλία, ηχωπραξία

Εκδραμάτιση

Κατατονική διέγερση

Στερεοτυπίες

Αρνητισμός

Αυτισμός (αυτιστική συμπεριφορά)

Διαταραχή της λεκτικής έκφρασης (Kaplan & Sadocs, 2004)

1.8.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EUGEN BLEULER

Βασικές ή θεμελιώδεις διαταραχές

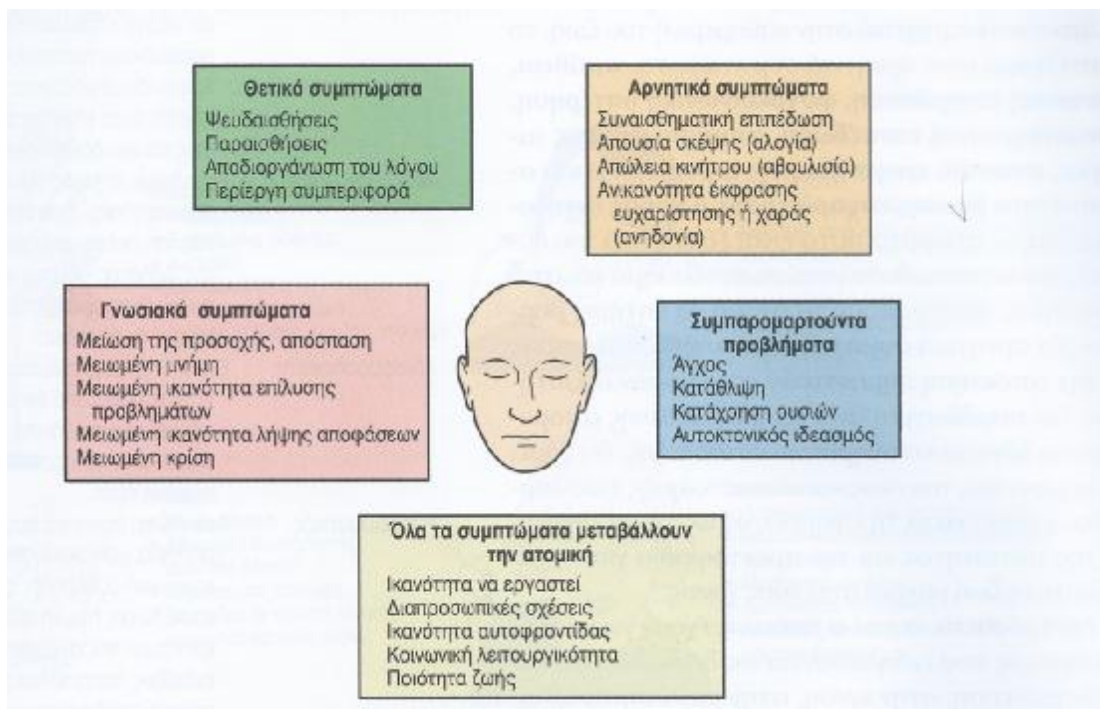
- Διαταραχές της δομής της σκέψης*
- Διαταραχές του συναισθήματος*
- Διαταραχές της υποκειμενικής βίωσης του εαυτού
- Διαταραχές της βούλησης και της συμπεριφοράς
- Αμφιτιμία*
- Αυτισμός*

Δευτερεύοντα συμπτώματα

- Διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις)
- Παραληρητικές ιδέες
- Ορισμένες διαταραχές της μνήμης
- Μεταβολή της προσωπικότητας
- Μεταβολές στον προφορικό και γραπτό λόγο
- Σωματικά συμπτώματα
- Κατατονικά συμπτώματα
- Οξύ σύνδρομο (όπως μελαγχολικό, μανιακό, κατατονικό και άλλα)

* Τα τέσσερα A του Bleuler: Association (συνειρμός), Affect (συναίσθημα), Ambivalence (αμφιτιμία) και Autism (αυτισμός) (Kaplan & Sadock, 2004)

Εικόνα 1: Συμπτώματα της σχιζοφρένειας



Πηγή: Dewit S., Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, 2009, σελ. 1621

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.

Υπό την κλασική μορφή της νόσου, όπως οριοθετήθηκε από τις εργασίες του Γάλλου F. Saslen και του Αυστριακού Eugen Bleuler, όπου και ομοφωνούν γενικά οι κλινικοί ιατροί, η σχιζοφρένεια δημιουργεί βαθιά μεταμόρφωση και ειδικότερα τη διάλυση της προσωπικότητας όπου και περιλαμβάνει:

1. Ασυμφωνία ιδεών, επιθυμιών, αισθημάτων, λόγου, χειρονομιών και πράξεων με αμφιθυμία (αλληλοσυγκρουόμενα αισθήματα).
2. Απώλεια επαφής, με την πραγματικότητα, αυτοαναδίπλωση σε φανταστικό εσωτερικό κόσμο (αυτισμός), με διαταραχή σχέσεων.
3. Σταθερή εξασθένηση προσαρμοστικότητας και κοινωνικής δραστηριότητας, έλλειψη πρωτοβουλίας, κάθε ενδιαφέροντος και παρόρμησης
4. Παραληρηματικές εκδηλώσεις, άνευ ειρμού, αφηρημένες, ανεξιχνίαστες, συνοδευόμενες συχνά με ψευδαισθήσεις.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-R) του Αμερικανικού Συνδέσμου Ψυχιάτρων, για να χαρακτηριστεί κάποιος ως πάσχων από σχιζοφρένεια θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω συμπτώματα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ένα μήνα:

- Ψευδαισθήσεις
- Παραληρητικές ιδέες
- Αποδιοργανωμένη ομιλία (π.χ. συχνές ασυνάρτητες ή αποδιοργανωμένες προτάσεις)
- Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά (π.χ. ακινησία, υπερδιέγερση)
- Αρνητικά συμπτώματα (π.χ. έλλειψη συναισθημάτων, αλογία)

Γενικά η σχιζοφρένεια προσβάλλει συνηθέστερα έφηβους και ενήλικους, και των δύο φύλων, και μέχρι 35 ετών. Σε παιδιά θεωρείται πολύ σπάνια ενώ σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών αποτελεί εξαίρεση (Hogan M., 2012).

1.9 ΠΡΟΛΗΨΗ

Απόδειξη για την αποτελεσματικότητα της πρόωρης παρέμβασης είναι ασαφής. Ενώ υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι η πρόωρη παρέμβαση σε άτομα με ψυχωτικό επεισόδιο μπορεί να βελτιώσει τις βραχυπρόθεσμες εκβάσεις, υπάρχει λίγο όφελος από αυτά τα μέτρα μετά από μια πενταετία. Η προσπάθεια αποτροπής της σχιζοφρένειας στην πρόδρομη φάση είναι αβέβαιου οφέλους και από το 2009 δεν συστήνεται. Η πρόληψη είναι δύσκολη δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένας αξιόπιστος δείκτης για την μετέπειτα εξέλιξη της ασθένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ



Για να γίνει εφικτή και αποτελεσματική η θεραπεία της σχιζοφρένειας απαιτείται χρόνος και σπουδαία προσπάθεια τόσο από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί,

εργοθεραπευτές, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, νοσηλευτικό προσωπικό), όσο και από την πλευρά του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου δεν στοχεύει στην πλήρη εξάλειψή της, καθώς κάτι τέτοιο τις περισσότερες φορές είναι ανέφικτο. Αντίθετα, οι όποιες παρεμβάσεις εστιάζουν περισσότερο στην ίαση των συμπτωμάτων του ασθενούς και την ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση. Η θεραπεία λειτουργεί σε δύο επίπεδα: α) στο σωματικό και β) στο ψυχοκοινωνικό. Τα θεραπευτικά εκείνα σχήματα που αφορούν συνδυασμό των δύο παραπάνω προσεγγίσεων μπορούν εν τέλει να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν τη λειτουργικότητά τους (Μάνος Ν, 1997).

Η πρόγνωση της εξαρτάται όχι τόσο από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, αλλά κυρίως από την ανταπόκριση του κάθε ασθενή στα αντιψυχωτικά φάρμακα. Μόνιμη ύφεση χωρίς υποτροπές μπορεί να προκύψει σε μερικές περιπτώσεις. Περίπου ένα 10% των σχιζοφρενών αυτοκτονεί. (Harrison, 2015).

2.2 ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Υπάρχουν αρκετά είδη θεραπείας που μπορούν να εφαρμοσθούν, αλλά πολλές φορές δεν προσφέρουν τίποτε. Η θεραπεία περιλαμβάνει:

1. Ψυχοφάρμακα: για την καταστολή των συμπτωμάτων.
2. E.C.T. Τα ηλεκτροσόκ σε συνδυασμό με ψυχοφάρμακα επιμηκύνουν το χρόνο επανεμφάνισης της νόσου. Έχουν την δυνατότητα να επιφέρουν αποτελέσματα εκεί όπου έχουν αστοχήσει όλες οι άλλες θεραπείες.
3. Χειρουργική θεραπεία (λοβεκτομή). Ο ασθενής μετατρέπεται σε φυτό.
4. Ψυχοθεραπεία. Εφαρμόζεται, αφού προηγηθεί η φαρμακοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να κρατήσει τον ασθενή σε επαφή με τον έξω κόσμο- το φυσιολογικό περιβάλλον.
5. Ινσουλινοθεραπεία.
6. Ψυχολογική κινητοποίηση (ατόμου, οικογένειας, κοινότητας) (Kato T, 2004)
7. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Η θεραπεία επιφέρει αποτελέσματα όταν η χορήγηση αντιψυχοσικών φαρμάκων συνοδεύεται παράλληλα από ψυχοκοινωνικού τύπου παρεμβάσεις. Δηλαδή:

1. **Θεραπεία συμπεριφοράς.** Οι επιθυμητές συμπεριφορές του ασθενούς επιβραβεύονται με συμβολικές ανταμοιβές, όπως άδειες εξόδου ή προνόμια. Σκοπός αυτής της θεραπείας είναι η συνέχιση της αρμονικής συμπεριφοράς και μετά την έξοδο του αρρώστου από την κλινική.
2. **Ομαδική θεραπεία.** Στόχος της είναι η υποστήριξη του αρρώστου και η ανάπτυξη των κοινωνικών του δεξιοτήτων (καθημερινές δραστηριότητες) πράγματα που στη σχιζοφρένεια διαταράσσονται. Οι ομάδες βοηθούν σημαντικά στην ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης και στη βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας (Φερεντίνος Π, 2003).
3. **Οικογενειακή θεραπεία.** Οι τεχνικές οικογενειακής θεραπείας δεν μπορούν να εξαλείψουν την ασθένεια και τα συμπτώματά της, εντούτοις μπορούν να μειώσουν σημαντικά τη συχνότητα των υποτροπών του πάσχοντος, μέλους της οικογένειας. Το είδος της θεραπείας αυτής μπορεί να μειώσει τα υψηλά επίπεδα εκπεφρασμένου συναισθήματος μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Ιδιαίτερα χρήσιμες έχουν αποδειχθεί οι ομάδες πολλών οικογενειών, μέσα στις οποίες τα μέλη των οικογενειών σχιζοφρενών ασθενών συζητούν και μοιράζονται τα προβλήματα τους (Χριστοδούλου Ν, κ.α., 2000).
4. **Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.** Περιλαμβάνει συμβουλευτική, ενθάρρυνση, εκπαίδευση, παροχή προτύπων, οριοθέτηση και βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Γενικά είναι πολύ καλό να παρέχεται στον κάθε ασθενή ο βαθμός της ευαισθησίας που επιθυμεί και που μπορεί να αντέξει. Μία μορφή

υποστηρικτικής θεραπείας, η προσωπική θεραπεία, βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη θεραπευτική σχέση, σ' αυτήν ο γιατρός εμπνέει ελπίδα στον άρρωστο και του παρέχει πληροφορίες. (Φερεντίνος Π, 2003). Τα τελευταία πέντε χρόνια έχουν γίνει πολύ σημαντικά βήματα στην ατομική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία της σχιζοφρένειας. Το άτομο αρχικά μαθαίνει για τη φύση της ασθένειάς του και σταδιακά διδάσκεται πώς να αντιμετωπίζει με πιο λειτουργικό τρόπο τα συμπτώματα και τις συνέπειες της σχιζοφρένειας.

5. **Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.** Προσπάθεια βελτίωσης των κοινωνικών ικανοτήτων και αντιμετώπισης των συναφών προβλημάτων που δημιουργούνται κατά τη νόσο. Τέτοια παραδείγματα είναι η πενιχρή βλεμματική επαφή, η έλλειψη ικανότητας για κοινωνικές σχέσεις, οι εσφαλμένες εκτιμήσεις για τους άλλους ανθρώπους και η κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά. Αυτό γίνεται με υποστηρικτικές θεραπείες, περισσότερο ή λιγότερο δομημένες (συχνά στα πλαίσια ομάδας), στις οποίες δίνεται εργασία για το σπίτι, χρησιμοποιούνται βιντεοταινίες και εφαρμόζονται τεχνικές παιξίματος ρόλων.
6. **Διαχείριση περιστατικού.** Μ' αυτή τη μέθοδο αντιμετωπίζονται οι πρακτικές ανάγκες του σχιζοφρενούς και συντονίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτός που έχει την ευθύνη της διαχείρισης του περιστατικού είναι συνήθως κοινωνικός λειτουργός, συμμετέχει στο συντονισμό του θεραπευτικού προγράμματος και συμμετέχει στην επικοινωνία ανάμεσα στις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, βοηθά τον άρρωστο στο κλείσιμο των ραντεβού, στις αιτήσεις για οικονομικά και οικιστικά θέματα και στη χρήση των διαφόρων διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικού περιεχομένου. Τέλος, παρέχει κατ' οίκον φροντίδα και παρέμβαση στην κρίση, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο, ώστε ο άρρωστος να βρίσκεται υπό θεραπεία (Φερεντίνος Π, 2003).
7. **Ομάδες υποστήριξης.** Στις ΗΠΑ, υπάρχει η Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς (National Alliance for the Mentally III), η Εθνική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας (National Mental Health Association) και παρόμοιες οργανώσεις, οι οποίες παρέχουν υποστήριξη, πληροφορίες και εκπαίδευση στους αρρώστους και τις οικογένειες τους. Αντίστοιχα στη χώρα μας ο οργανισμός γι αυτά τα άτομα είναι ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ).

2.3. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ



Ψυχοφάρμακα ονομάζουμε εκείνες τις ουσίες, που δρουν ευργετικά στις ψυχικές διαταραχές. Πρόκειται για ουσίες που τις περισσότερες φορές διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη δομή και τον τρόπο παραγωγής. Αληθεύει ότι μερικές προέρχονται από τα φυτά, άλλες είναι συνθετικές, άλλες προέρχονται ακόμα και από ανώτερους οργανισμούς.

Τα ψυχοφάρμακα που χρησιμοποιούνται στη ψυχιατρική είναι βασικά δύο τύπων: φάρμακα που ηρεμούν την ψυχή και φάρμακα που τη διεγείρουν. Τα μεν πρώτα λέγονται ψυχοκατασταλτικά και τα δεύτερα ψυχοαναληπτικά. Τα ψυχοκατασταλτικά φάρμακα διακρίνονται κυρίως σε βαριά και ελαφρά ηρεμιστικά με αυτό τον ορισμό, όμως, δεν εννοούμε τη δύναμη της δράσης τους, δηλαδή ότι τα πρώτα είναι πιο δυνατά από τα δεύτερα. Αν ο διαχωρισμός αφορούσε μόνο αυτό, τότε θα ήταν αρκετή μια μόνο κατηγορία και θα μπορούσε να χορηγηθεί μια μικρή δόση ενός μείζονος ηρεμιστικού, για να έχει τα αποτελέσματα που θα έδινε μια μεγάλη δόση ενός ελάσσονος ηρεμιστικού. Σε αντίθεση με αυτά, ο όρος μείζων αναφέρεται στο γεγονός ότι τα ηρεμιστικά αυτού του τύπου παρουσιάζουν, εκτός από την πρωτεύουσα δράση τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα του οργανισμού, δράση και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Για αυτόν τον λόγο αυτά τα φάρμακα λέγονται και νευρολυτικά. (Φερεντίνος Π, 2003).

Τα βαριάς μορφής ηρεμιστικά είναι η χλωροπρομαζίνη, τετραβεναζίνη, η ρεσεπρίνη και το αλοπεριδόλιο. Τα ελάσσονα ηρεμιστικά δεν πρέπει να μπλέκονται με τα κοινά ηρεμιστικά, γιατί διαφέρουν από αυτά στο ότι δε φέρουν τάση ύπνου, όπως τα κοινά ηρεμιστικά. Τα ελάσσονα ηρεμιστικά ονομάζονται και αγχολυτικά, λόγω της δυνατής αντιγώδους δράσης τους. Ανάμεσα τους ξεχωρίζουμε την υδροξυλίνη, τη μεφενεζίνη, η οποία έχει και μυοχαλαρωτική δράση, και τη διαζεπάμη (Φερεντίνος Π, 2003).

Τα ψυχοαναληπτικά χωρίζονται σε ψυχοδιεγερτικά και αντικαταθλιπτικά. Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται ευρέως στην ψυχιατρική. Μεταξύ των πρώτων αναφέρουμε τη βενζεδρίνη, την εφεδρίνη και την καφεΐνη. Μεταξύ των δευτέρων, που ονομάζονται και θυμοαναληπτικά ή θυμοδιεγερτικά επειδή δρουν στον τόνο της διάθεσης βελτιώνοντάς τον αναφέρουμε τους αναστολείς της μονο-αμινο-αξυδάσης και τα τρικυκλικά καταθλιπτικά. (Φερεντίνος Π, 2003).

Ένα ενδιάμεσο θεραπευτικό μέσο που μπορεί να θεωρηθεί μεταξύ της ψυχοφαρμακολογίας και της ψυχοθεραπείας είναι το πλασέμπο. Το πλασέμπο είναι ένα

εικονικό φάρμακο, είναι μια αδρανής και αθώα ουσία (ζάχαρη, άμυλο, νερό κτλ) που χορηγείται με την πρόθεση να αρέσει στον άρρωστο. Αυτό πρέπει να διαθέτει όλα τα εξωτερικά χαρακτηριστικά ενός πραγματικού φαρμάκου (χρώμα, γεύση, μορφή κτλ) εκτός από το θεραπευτικό. Οι εφαρμογές του συγκεκριμένου φαρμάκου είναι πολλαπλές. Χρησιμοποιείται όταν θέλουμε να πειραματισθούμε για την πραγματική επάρκεια ενός νέου φαρμάκου ή όταν χρειάζεται να διακοπεί μια θεραπεία χωρίς να το καταλάβει ο ασθενής ή ακόμα όταν θέλουμε να εκμεταλλευθούμε την επίδραση της υποβολής σε μερικούς ειδικά ευαίσθητους αρρώστους (Φερεντίνος Π, 2003).

Εισαγωγή στο νοσοκομείο απαιτείται για ασθενείς σε οξύ ψυχωτικό επεισόδιο, ειδικότερα για εκείνους που εμφανίζουν ακουστικές ψευδαισθήσεις προπυρεπτικού για βίαιη συμπεριφορά περιεχομένου, οι οποίοι μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο για τον εαυτό τους ή για άλλους. Η θεραπεία με κλασικά αντιψυχωσικά φάρμακα (όπως η χλωροπρομαζίνη (Thorazine), η φλουφαιναζίνη (Prolixin), η αλοπεριδόλη (Haldol), είναι αποτελεσματική για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας στο 60% των ασθενών, αλλά είναι λιγότερο χρήσιμη για τα αρνητικά συμπτώματα. Τα νεότερα αντιψυχωσικά φάρμακα- η ολανζαπίνη (Zyprexa), η κουατιεπίνη (Seroquel), η ρισπεριδόλη (Risperdal), η ζιπρασιδόνη (Zeldox) και άλλα- έχουν γίνει ο κύριος άξονας της θεραπείας, καθώς βοηθούν ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στα κλασικά νευροληπτικά και μπορεί επίσης να είναι χρήσιμα στα αρνητικά και γνωσιακά συμπτώματα. Οι ενέσιμες μορφές βραδείας δράσης αλοπεριδόλης και φλουφαιναζίνης είναι ιδανικές για μη συμμορφούμενους ασθενείς. Ψυχοκοινωνική παρέμβαση, αποκατάσταση και οικογενειακή υποστήριξη είναι επίσης απαραίτητες (Harrison, 2015).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) μπορεί να είναι αποτελεσματική στην οξεία ψύχωση και την κατατονική μορφή.(Σέργη Β, κ.α.).

2.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα (που επίσης είναι γνωστά και ως νευροληπτικά) κυκλοφορούν στην αγορά από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Από τότε που εμφανίστηκαν βελτίωσαν σημαντικά την εικόνα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα φάρμακα αυτά, έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν τα ψυχωτικά συμπτώματα και επιτρέπουν στα άτομα που νοσούν να λειτουργούν καλύτερα. Στις μέρες μας τα αντιψυχωσικά θεωρούνται η καλύτερη

θεραπεία που υπάρχει για την σχιζοφρένεια, χωρίς να σημαίνει ότι θεραπεύουν την σχιζοφρένεια ούτε εξασφαλίζουν ότι δεν θα υπάρξουν παρόμοια επεισόδια στο μέλλον (Ζήσης Α, 2001).

Μόνο οι ειδικευμένοι γιατροί στην ψυχιατρική μπορούν να επιλέξουν το κατάλληλο φάρμακο και την απαιτούμενη δοσολογία. Η δοσολογία δεν είναι σταθερή και διαφέρει από άτομα σε άτομο. Αυτό συμβαίνει επειδή οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που πρέπει να πάρουν για να μειωθεί η συχνότητα των συμπτωμάτων, αποφεύγοντας την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα δρουν αποτελεσματικά στη θεραπεία συγκεκριμένων συμπτωμάτων (λ.χ. ψευδαισθήσεων και παραληρηματικών ιδεών). Ένα μεγάλο ποσοστό αρρώστων εμφανίζει σημαντική βελτίωση. Μερικοί ασθενείς, βέβαια, δεν βοηθούνται τόσο από αυτά, ενώ κάποιοι δεν τα χρειάζονται καν. Δυστυχώς είναι πέρα για πέρα δύσκολο να ελεγχθεί ποιοι ασθενείς ανήκουν στις δυο τελευταίες κατηγορίες και να διακριθούν με αυτό τον τρόπο από τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που πραγματικά βοηθούνται από την θεραπεία με τα αντιψυχωτικά φάρμακα (Ζήσης Α, 2001).

Όσον αφορά τα φάρμακα, υπάρχει μια προβληματικότητα ως προς την εμπιστοσύνη που τους τρέφουν τόσο οι ασθενείς όσο και το οικογενειακό περιβάλλον. Αρκετές φορές, και οι δύο πλευρές, είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικοί με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Εκτός από την ανησυχία που εκφράζουν σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, τους απασχολεί και το ερώτημα μήπως τα φάρμακα αυτά είναι εξαρτισιογόνα. Για τους λόγους αυτούς, πρέπει να τονιστεί ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εξάρτηση όπως κάποια άλλα.

Μια άλλη εσφαλμένη αντίληψη σχετικά με τα φάρμακα αυτά είναι επίσης ότι κατά κάποιο τρόπο «ελέγχουν» χημικά το μυαλό των αρρώστων. Η πραγματικότητα είναι ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα σαφώς και δεν μπορούν να ελέγξουν τις σκέψεις των αρρώστων. Αντίθετα, συνήθως βοηθούν τους ασθενείς να διακρίνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που παρουσιάζουν και να τα ξεχωρίσουν από αυτά που συμβαίνουν στο πραγματικό κόσμο. Τα φάρμακα μειώνουν τις ψευδαισθήσεις, την διέγερση, την σύγχυση, την αλλοίωση της πραγματικότητας και τις παραληρηματικές ιδέες, και έτσι επιτρέπουν στον άρρωστο να λαμβάνει αποφάσεις πιο ορθολογικά. Σε αυτό το σημείο, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η σχιζοφρένεια είναι εκείνη που φαίνεται να παίρνει από τον άρρωστο την ικανότητα να ελέγχει τις σκέψεις του, ενώ τα φάρμακα επαναφέρουν τον έλεγχο αυτό και επιτρέπουν στον ασθενή να σκέφτεται πιο καθαρά και να παίρνει πιο ορθολογικές αποφάσεις (Ζήσης Α, 2001).

Μερικοί που πάσχουν από σχιζοφρένεια λαμβάνοντας τα φάρμακα αυτά, μπορεί να παρουσιάσουν υπνηλία και μειωμένη εγρήγορση, παρόλα αυτά, στις κατάλληλες δόσεις τα φάρμακα αυτά δεν αποτελούν χημικά μέσα περιορισμού. Συνήθως, με τη σωστή αξιολόγηση, οι δόσεις μπορούν να μειωθούν σταδιακά και έτσι να επαλειφθούν σημαντικά οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Η επικρατούσα άποψη στη σύγχρονη ψυχιατρική είναι να χρησιμοποιούνται οι ελάχιστες δόσεις που απαιτούνται για να ρυθμίσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα χωρίς να προκαλούνται παρενέργειες (Ζήσης Α, 2001).

2.5 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



Όσον αφορά το ρόλο της οικογένειας στην ψυχιατρική υπήρξαν αντικρουόμενες απόψεις. Όταν τα αίτια των ψυχικών διαταραχών επιρρίφτηκαν αποκλειστικά σε βιολογικούς παράγοντες, η οικογένεια θεωρήθηκε το «θύμα» μιας εγγενούς βιοχημικής δυσλειτουργίας και η θεραπεία θα μπορούσε να ήταν μόνο φαρμακευτική. Από την άλλη πλευρά, όταν δόθηκε προτεραιότητα στον οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα, η οικογένεια θεωρήθηκε ο βασικός υπεύθυνος της διαταραχής. Γι αυτό, ο ασθενής για να ιαθεί έπρεπε να απομακρυνθεί από το δυσλειτουργικό περιβάλλον και να ενταχθεί σε ένα υγιές. Στις μέρες μας, η οικογένεια δεν θεωρείται ούτε θύμα, ούτε θύτης, αλλά ένα συναισθηματικό και συμπεριφοριστικό σύστημα και ένας στοιχειώδης συντελεστής ολόκληρης της θεραπευτικής διαδικασίας (Οικονόμου κ.α., 2000, Kotrotsiou κ.α., 2006).

Οι διάσπαρτες και γενικόλογες προσεγγίσεις που προσπάθησαν να εντοπίσουν και να αντιμετωπίσουν μεμονωμένα τα παθολογικά ψυχικά φαινόμενα δεν κατάφεραν να δώσουν ικανοποιητικές απαντήσεις και αποτελέσματα. Η μόνη συντονισμένη παρέμβαση που μπορεί να εγγυηθεί μια πραγματική βελτίωση είναι η οικογένεια, συνάμα με την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου (Szmukler et al, 2003).

Η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση έχει προκύψει ως θεραπευτική προσέγγιση για τη σχιζοφρένεια, αλλά και για άλλες ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα αποτελεσματική όχι μόνο

για τους ασθενείς, αλλά και για την προσαρμοστικότητα των οικογενειών τους απέναντι στη διαταραχή. Συνήθως περιλαμβάνει συναισθηματική υποστήριξη, επιμόρφωση, κλινική υποστήριξη, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και τρόπων επίλυσης προβλημάτων, δεξιότητες επικοινωνίας και αποφυγή των υποτροπών του ασθενούς. Αφορά στους φροντιστές των ατόμων που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές. (Σέργη Β, κ.α.).

Κατά την προσέγγιση αυτή η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου, η οποία σχεδόν αποκλειστικά αντιμετωπίζεται με φαρμακοθεραπεία, χωρίς όμως να παραγνωρίζεται η σημασία της οικογένειας για τη θεραπεία της νόσου. Εγκαταλείποντας τεχνικές που στόχευαν να αλλάξουν τα προβληματικά σχήματα επικοινωνίας των οικογενειακών μελών και ενισχύοντας τους συγγενείς να συμμετέχουν στη θεραπεία των ασθενών, κατέληγαν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα όχι μόνο στην πορεία της νόσου, αλλά και στην προσαρμοστικότητα των συγγενών απέναντι στη διαταραχή.

Η εκπαίδευση της οικογένειας βοηθά τα μέλη, έτσι ώστε, οι οποιεσδήποτε παρεμβάσεις τους να έχουν απτά αποτελέσματα για τον ψυχικά ασθενή-μέλος τους. Η ψυχοεκπαίδευση είναι κλινικού χαρακτήρα και παρέχεται από επαγγελματίες υγείας, ενώ η εκπαίδευση οικογενειών στην κοινότητα παρέχεται από άλλες εκπαιδευμένες οικογένειες. Η εκπαίδευση οικογένειας είναι βραχείας διάρκειας (Dixon et al, 2001), βασίζεται στις θεωρίες για το άγχος, την αντιμετώπιση και την προσαρμογή και αποσκοπεί στη γαλήνη όλων των μελών (Solomon, 1996).

Με άλλα λόγια, ενισχύοντας θεραπευτικά και εκπαιδευτικά τους συγγενείς επιτυγχανόταν η αποφυγή υποτροπής. Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική ψυχοεκπαίδευση περιλαμβάνει τους παρακάτω στόχους:

- Φροντίδα των κοινωνικών και κλινικών αναγκών του ασθενούς
- Φαρμακευτική φροντίδα
- Συνεχής και προσεχτική ακρόαση των συγγενών
- Σεβασμός στο ρόλο των συγγενών και ισότιμη αντιμετώπιση
- Διαχείριση των συναισθημάτων απώλειας, ντροπής, ενοχής, αναξιότητας των συγγενών
- Παροχή οργανωμένου σχεδίου διαχείρισης των κρίσεων του ασθενούς
- Προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των οικογενειακών μελών
- Εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων
- Παρότρυνση να έρθει η οικογένεια σε επαφή με ομάδες παρόμοιων οικογενειών διευρύνοντας έτσι, το κοινωνικό υποστηρικτικό της δίκτυο

- Συνεχής επαφή των θεραπειών με την οικογένεια (McFarlane W, et al, 2003)

2.6 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική θεραπεία. Βασικά, ο ψυχοθεραπευτής βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειές της στη ζωή του και να

προσαρμοστεί κατά το δυνατόν καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Η δημιουργία, φυσικά, μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή-θεραπευτή είναι πρωταρχική. Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ταυτόχρονα στην αρχή ενδονοσοκομειακά και έπειτα εκτός νοσοκομείου, αποσκοπώντας στην κοινωνικοποίηση του ασθενή.

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική για την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς η σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση ακόμη και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας. Η οικογενειακή θεραπεία είναι ακόμη ένα σημαντικό κομμάτι στην ψυχοθεραπεία. Σε αυτήν, εκτός από τον ασθενή και τον προσωπικό, συμμετέχει και η οικογένεια του αρρώστου. Αυτού του είδους η θεραπεία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευεργετική όταν κανείς δουλεύει με παιδιά ή νεαρά άτομα. Μερικές φορές και ειδικά στην θεραπεία με ασθενή που αντιμετωπίζει προβλήματα γάμου, η οικογενειακή θεραπεία γίνεται σε μια ομάδα που αποτελείται από τον ασθενή, πολλούς από τους συγγενείς που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του, τον γιατρό, τις νοσηλεύτριες, την κοινωνική λειτουργό και οποιονδήποτε άλλο μέσα από τη θεραπευτική ομάδα που θα μπορούσε να βοηθήσει τον ασθενή (Παπαδοπούλου Ειρ, 2008).

2.7 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μία από τις θεραπευτικές μεθόδους της σχιζοφρένειας είναι η οικογενειακή θεραπεία. Πολύ συχνά, την φροντίδα των ασθενών μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο αναλαμβάνουν οι συγγενείς. Είναι απαραίτητο λοιπόν, τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος να έχουν σαφή γνώση και κατανόηση για τη νόσο της σχιζοφρένειας και με ποιο τρόπο μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα τον άνθρωπό τους. Αυτό παίζει μεγάλο ρόλο για την πρόληψη υποτροπιασμού. Μάλιστα, αρκετές έρευνες επισημαίνουν ότι άρρωστοι που ζουν σε οικογένειες, που είναι ιδιαίτερα επικριτικές προς αυτούς, και που δεν τους αφήνουν περιθώρια ελευθερίας και εμπλέκονται σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, υποτροπιάζουν πιο συχνά (Corradi R, 2004, Lemone P & Burke K, 2006)

Η βελτίωση της νόσου της σχιζοφρένειας συνδέεται άμεσα με την ενεργό συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος στη ζωή του σχιζοφρενούς ασθενούς. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να διευκολύνουν τις δυσκολίες αυτής της σοβαρής ψυχικής ασθένειας με τρόπους που άνθρωποι εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος αδυνατούν να κατανοήσουν. Βασίζεται στην υπόθεση ότι η οικογένεια δρα ως ένα σύστημα διατήρησης της σχιζοφρένειας ενοχοποιώντας παράγοντες όπως το εκφρασμένο συναίσθημα και την υπερβολική κριτική. Ο ρόλος του συγγενικού περιβάλλοντος στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της σοβαρής ψυχικής ασθένειας θεωρείται καταλυτικός, αφού η οικογένεια επωμίζεται το μεγαλύτερο φορτίο, αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή και τη βασική πηγή φροντίδας για αυτόν (Οικονόμου Μαρ, κ.α., 2014).

Θεραπεία οικογένειας

1. θα πρέπει να έχει ήδη ξεκινήσει από το πρώτο επεισόδιο, με στόχο την εξαρχής σωστή ενημέρωση για:

- τη βιολογική βάση της ασθένειας
- τη σημασία των φαρμάκων
- την αργή πορεία της βελτίωσης
- την αντιμετώπιση συχνών προβλημάτων, που προκύπτουν μετά το εξιτήριο (αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας, άρνηση λήψης φαρμάκων).

2. επανάληψη συναντήσεων επί εμφάνισης νέων προβλημάτων για την επίλυσή τους στον παρόντα χρόνο

3. μακροπρόθεσμη οικογενειακή θεραπεία: τεχνικές μείωσης άγχους και σταδιακής αυτονόμησης

Συμπεριφοριστική θεραπεία οικογένειας

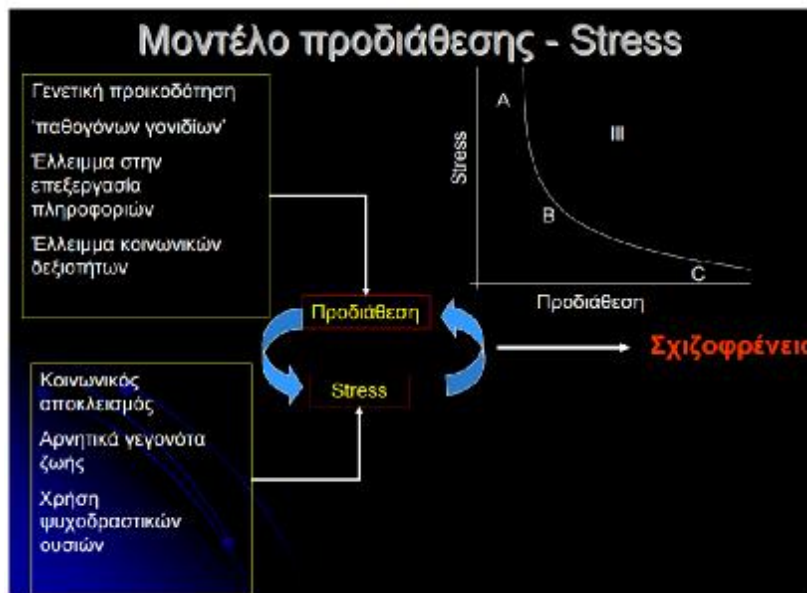
Βασίζεται στο θεωρητικό μοντέλο ευαλωτότητας στο stress που ανέπτυξαν οι Zubin και Spring (1977):

σχιζοφρένεια → οικογενειακή επιβάρυνση (burden) → άγχος → εκφραζόμενο συναίσθημα
→ συχνές υποτροπές

Ως οικογενειακή επιβάρυνση (burden) ορίζεται η αντίδραση μιας οικογένειας με τη μορφή άγχους, ενοχής, κατάθλιψης ή ακόμα και της επιθετικής συμπεριφοράς, που οφείλεται στο βάρος των προβλημάτων που προκαλεί ο ασθενής στην οικογένειά του.

Συνιστώσες εκφραζόμενου συναισθήματος:

1. κριτική
2. υπερεμπλοκή έχουν προγνωστική αξία
3. εχθρικότητα
4. εγκαρδιότητα
5. θετικά σχόλια



Εικόνα 2. Πηγή: Στεφανής Κ Νίκος, Επικ. καθ. Ψυχιατρικής Παν /μειο Αθηνών, ΕΠΙΨΥ, Institute of Psychiatry London, UK, σελ 15.

Πρότυπα ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων:

1. Leff – Vaughn Ξεχωριστές ομάδες για χαμηλό και υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα αφού προηγηθούν κοινές συναντήσεις αμέσως μετά το εξιτήριο και πραγματοποιηθεί εκπαίδευση στα θέματα της ψυχωσικής διεργασίας.
2. Faloon: Εστιάζει μετά από την αρχική εκτίμηση της οικογένειας στην εκπαίδευση σε σχέση με θέματα ψυχωσικής διεργασίας καθώς και σε τομείς επικοινωνίας, τοποθέτησης ορίων ή γενικότερα επίλυσης προβλημάτων. Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση υλοποιείται στο σπίτι της οικογένειας και το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει 4 ενότητες: α) Εκπαίδευση για τη νόσο (information about illness), β) εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες (communicationskills training), γ) εκπαίδευση στην αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων (problem solving) και επίτευξη στόχων (goal achievement), δ) εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης ειδικών προβλημάτων (specific coping strategies) (Faloon IRH et al, 1984).

Στόχοι (Βενέτης Χρ, 2013):

1. Υποστήριξη με παράλληλη διερεύνηση συναισθημάτων και πεποιθήσεων στην οικογένεια
2. Ενημέρωση για τη φύση και την πορεία της νόσου

3. Συμμόρφωση στην αγωγή
4. Έλεγχος θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων
5. Πρόληψη υποτροπών και αναγνώριση πρόδρομων συμπτωμάτων
6. Παρέμβαση σε περιπτώσεις κρίσης
7. Εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και μείωσης του στρες
8. Προσαρμογή των προσδοκιών της οικογένειας σχετικά με την κοινωνική λειτουργικότητα
9. Εξασφάλιση θεραπευτικής συνέχειας

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



3.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΑΝ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ανέκαθεν οι νοσηλευτές παρείχαν φροντίδα υγείας, όμως με το πέρασμα των χρόνων, οι νοσηλευτικές διεργασίες αναφορικά με τη φροντίδα του ασθενούς έχουν μεταβληθεί. Ήδη από τον 21^ο αι. παρατηρούνται διαφορές στη Νοσηλευτική. Από το 1900 έως και το 1960 υπήρχαν μόνο γυναίκες νοσηλεύτριες, οι οποίες παρείχαν προσωπική φροντίδα στον ασθενή ακολουθώντας αυστηρά τις ιατρικές οδηγίες. Τα τελευταία χρόνια αυτό δεν παραμένει ίδιο, λόγω της βελτίωσης της εκπαίδευσης, της ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας και της αναγνώρισής τους ως επαγγελματίες (Lemone P & Burke K, 2006).

Ο ρόλος των νοσηλευτών στις μέρες μας είναι συγκεκριμένος -όχι όμως και αυτόνομος εξ ολοκλήρου- αλλά φυσικά και υπάρχει συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές μπορούν να εκτιμούν και οι ίδιοι την κατάσταση του ασθενούς, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν τη φροντίδα του ασθενούς βασιζόμενοι στις δεξιότητές τους και στις γνώσεις τους. Επιπλέον, συνεργάζονται με όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να εφαρμοστεί και να αξιολογηθεί η παρεχόμενη φροντίδα (Lemone P & Burke K, 2006).

Η Νοσηλευτική ασκείται και ως επιστήμη και ως τέχνη. Ο νοσηλευτής, χρησιμοποιώντας την κριτική του σκέψη, παρέχει φροντίδα ώστε να καλυφθούν οι οργανικές ανάγκες, οι ψυχοκοινωνικές, οι πολιτισμικές, οι πνευματικές και οι περιβαλλοντικές του ιδίου του ασθενή και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Κατανοώντας όλες τις πλευρές της ασθένειας του αρρώστου επιτυγχάνει μια ολόπλευρη προσέγγιση στη νοσηλευτική φροντίδα. *Η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στη φιλοσοφία ότι τα αλληλεπιδρώντα σύνολα είναι τα μεγαλύτερα από το άθροισμα των επιμέρους στοιχείων που τα απαρτίζουν* (Lemone P & Burke K, 2006).

Για να επιτευχθεί η πλήρης και εξατομικευμένη φροντίδα, ο νοσηλευτής χρειάζεται την κριτική του ικανότητα σε συνδυασμό με τις γνώσεις από τις τέχνες και επιστήμες, τη νοσηλευτική έρευνα και τη θεωρία. Η επιστήμη της Νοσηλευτικής είναι μια τέχνη που πηγάζει από τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται. Η παροχή φροντίδας συντελεί στη δημιουργία σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς, και κάνει το νοσηλευτή να ενδιαφέρεται γι αυτόν που φροντίζει. Γι αυτό λοιπόν, ο νοσηλευτής, ως το άτομο που παρέχει φροντίδα, είναι εκπαιδευμένος, έχει προσόντα, δείχνει συναισθηματική κατανόηση και νοιάζεται για τον ασθενή του (Lemone P & Burke K, 2006).

3.2 ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Γενικά:

1. Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου
2. Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
3. Επιβεβαίωση της ταυτότητας του
4. Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα
5. Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός
6. Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
7. Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του
8. Προώθηση της συμμόρφωσής του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή
9. Βοήθεια στο να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες
10. Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας
11. Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπο/υπερκινητικότητα)
12. Ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς
13. Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειας
14. Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
15. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει, να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα. (Ραγιά Α., 2009).

16. Ενημέρωση σχετικά με τις συμβουλευτικές υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης.
17. Την ανάγκη θρησκευτικής υποστήριξης η οποία μπορεί να αποτελέσει πηγή δύναμης για τον ασθενή.
18. Πληροφορίες σχετικά με τις επιπλοκές της φαρμακευτικής αγωγής και ενημέρωση του ιατρού για πιθανή τροποποίηση της.
19. Δημιουργία υποστηρικτικής, κατευναστικής ατμόσφαιρας και αισθήματος εμπιστοσύνης που παρέχει τη βάση για μια θεραπευτική σχέση (Λαγός Δ., 1997).

3.3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από τη στιγμή που ο νοσηλεύτης συμμετέχει στη φαρμακευτική θεραπεία των ψυχικά ασθενών, είναι ζωτικής σημασίας να γνωρίζει βασικά πράγματα ψυχοφαρμακολογίας. Τα ψυχότροπα φάρμακα χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- ✂ Νευροληπτικά/αντιψυχωτικά
- ✂ Ηρεμιστικά/ αγχολυτικά
- ✂ Αντικαταθλιπτικά
- ✂ Ψυχοδιεγερτικά (Σπαντιδέας Αν, Γκέλης Δ, 1986)

Τα αντιψυχωτικά είναι κατάλληλα για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όπως: η σχιζοφρένεια, η μείζων κατάθλιψη, η μανία, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα με ψυχωτικά συμπτώματα. Όπως αναφέρθηκε διεξοδικά στο κεφ 2.4, τα αντιψυχωτικά επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους, το οποίο είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο της εισαγωγής, της επεξεργασίας και της αποστολής πληροφοριών διερχόμενων από τον εγκέφαλο. Με τη λήψη των φαρμάκων η διάθεση του ασθενούς αλλάζει, τροποποιείται η διεργασία των σκέψεων, η διαταραγμένη συμπεριφορά χωρίς να εμφανίζει υπερβολική καταστολή ή εθισμό (Appleton- Otong DL, 1989). Τα φάρμακα αυτά, αποτελούν αρκετές χημικές κατηγορίες, παρουσιάζουν παρεμφερή φαρμακολογικά και κλινικά αποτελέσματα.

Ανεπιθύμητες Ενέργειες ή Παρενέργειες:

- 1. Από το κεντρικό νευρικό σύστημα:** εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, ακαθισία, παρκινσονισμός, τρόμος, υποκινητικότητα, μυϊκές δυσκινησίες/ δυστονίες, όψιμη δυσκινησία ή νευροληπτικό κακόηθες σύνδρομο.
- 2. Από το αυτόνομο νευρικό σύστημα:** ξηροστομία, μυδρίαση, ρινική συμφόρηση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδίες, ορθοστατική υπόταση, εφίδρωση κ.α.
- 3. Άλλες παρενέργειες:** φωτοευαισθησία, αλλεργική δερματίτιδα, χολοστατικός ίκτερος, ανώμαλη χρώση του δέρματος κ.α. (Ραγιά Α., 2009)
(περισσότερα στον πίνακα 8)

Η ψυχοφαρμακοθεραπεία είναι μια σημαντική διαδικασία, στην οποία συνεργάζονται ιατρική και νοσηλευτική. Ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να ανανεώνει συνεχώς τις γνώσεις του με καινούριες, κατά τον προγραμματισμό της φαρμακοθεραπείας του αρρώστου, φροντίζοντας να παίρνει τις απαραίτητες πληροφορίες και να τις διακινεί έγκαιρα και με ακρίβεια μεταξύ ψυχιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Ραγιά Α., 2009).

3.3.2 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

A) Οι νοσηλευτικές ευθύνες πριν την φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνουν:

- Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του ασθενή.
- Συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.
- Εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές, θερμοκρασία.
- Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικά με: συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες.
- Διατύπωση πρωτοκόλλου με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλευτή, στο οποίο αναφέρονται οι εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης φαρμάκου (από το στόμα, με ένεση), επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα του

αρρώστου, οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης, πληροφόρηση του αρρώστου σχετικά με τα φάρμακα που θα του χορηγηθούν, ανάλογα με το διανοητικό και αμυντικό λειτουργικό του επίπεδο (διαφορετική πληροφόρηση χρειάζονται ο αρνητικός, ο καχύποπτος, ο δύσπιστος άρρωστος). (Ραγιά Α., 2009)

Β) Οι νοσηλευτικές ευθύνες κατά την διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής:

- Αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του ασθενή προς τα φάρμακα που παίρνει.
- Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης για όψιμες αντιδράσεις : ηπατικές, αιματολογικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα (χάλαση συνειρμών, καχυποψία, παραληρητικές ιδέες).
- Εφαρμογή της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου. (Ραγιά Α., 2009)

Γ) Οι νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της αντιψυχωτικής αγωγής περιλαμβάνουν:

- Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας.
- Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη ή πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος με δόση συντήρησης, με συνεχή παρακολούθηση του ασθενή.
- Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. Συνεργασία με τον άρρωστο ποια παρέμβαση πρέπει να γίνει για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο. (Ραγιά Α., 2009)

Δ) Η διδασκαλία του αρρώστου όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία :

- Η διδασκαλία του αρρώστου διευκολύνει και εξασφαλίζει τη συμμόρφωσή του στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Αρχικά, εκτιμώνται η ψυχική κατάσταση και το επίπεδο κατανόησης του ασθενή. Στη συνέχεια σχεδιάζεται ανάλογο εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας ,που περιλαμβάνει τα παρακάτω :

- Ø Πληροφόρηση του ίδιου του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του για τη φαρμακοθεραπεία που θα συνεχιστεί στο σπίτι.
- Ø Ψυχολογική υποστήριξη και βεβαίωσή τους ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη της θεραπείας στο σπίτι.
- Ø Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής ασθένειας, το όνομα, τη δόση, τις ώρες χορήγησης και την επιθυμητή δράση του φαρμάκου καθώς και τις **ανεπιθύμητες ενέργειες** του φαρμάκου, οι οποίες πρέπει να λέγονται αμέσως στον νοσηλευτή και τον γιατρό, μαζί με κάθε ασυνήθιστο υποκειμενικό αίσθημα. Ιδιαίτερα είναι σημαντικό να αναφέρονται: πόνος στο λαιμό, πυρετός, ασυνήθιστη αιμορραγία, δερματικό εξάνθημα, αδυναμία, μυικοί σπασμοί, διαταραχές της όρασης, σκούρο χρώμα των ούρων, άχρωμες κενώσεις, ίκτερος και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις. (Ραγιά Α., 2009)

Ε) Επιπλέον, στα πλαίσια της διδασκαλίας αυτής ο νοσηλευτής :

- Συμβουλεύει τον άρρωστο να μην μοιράζεται τα φάρμακά του με άλλους.
- Υπενθυμίζει στον άρρωστο να μην παραλείπει και να μην διπλασιάζει καμία δόση ούτε να παίρνει αργότερα μια ξεχασμένη δόση πέραν της ιατρικής οδηγίας.
- Να περιμένει να φθάσει η ώρα της επόμενης δόσης και να παίρνει μόνο εκείνη την προγραμματισμένη δόση.
- Τονίζει ότι ο άρρωστος δεν πρέπει να καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά, επειδή ήδη τα φάρμακα προκαλούν καταστολή του ΚΝΣ και δεν μπορούν να συνδυάζονται με άλλο κατασταλτικό όπως είναι το αλκοόλ.
- Συμβουλεύει τον ασθενή να μην παίρνει συγχρόνως άλλα φάρμακα (ασπιρίνη, αντιισταμινικά, καθαρτικά) εκτός ιατρικής οδηγίας. Αυτό γίνεται διότι αυτά τα φάρμακα ανταγωνίζονται τα ψυχοφάρμακα.
- Συμβουλεύει τον άρρωστο και την οικογένειά του να τηρούν το ραντεβού με τα εξωτερικά ιατρεία, καθώς η τακτική παρακολούθηση είναι μέρος της θεραπείας.
- Καθοδηγεί την οικογένεια να αναλάβει τη ευθύνη της χορήγησης των φαρμάκων στον άρρωστο της, αν ο ίδιος αδυνατεί να συμμορφωθεί (Ραγιά Α., 2009)

Στον παρακάτω πίνακα εκτίθενται οι συνήθειες παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και η σημασία τους για το νοσηλευτή.

Πίνακας 8 : Συνήθειες παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και η σημασία τους για το νοσηλευτή . (Dewit S, 2009, σελ 1625).

Συνήθειες Παρενέργειες	Σημασία για τη Νοσηλευτική
ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
Ξηροστομία	Παροχή μεγάλου όγκου υγρών. Σύσταση για σκληρές καραμέλες χωρίς ζάχαρη ή τσίχλες και καλή φροντίδα του στόματος.
Επίσχεση ούρων και καθυστερημένη έναρξη της ούρησης Δυσκοιλιότητα	Παρακολούθηση της ούρησης και των συνθηκών της κύστεως. Χορήγηση μαλακτικού κοπράνων. Ενθάρρυνση για λήψη υγρών και τροφών πλούσιων σε ίνες.
Θάμβος όρασης	Ενημέρωση του ασθενούς ότι το θάμβος της όρασης θα παύσει μόλις το σώμα ανταποκριθεί στο φάρμακο
Φωτοφοβία	Υπενθύμιση του ασθενούς να φορά γυαλιά ηλίου όταν εκτίθεται στον ήλιο
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Ενημέρωση του ασθενούς να απευθυνθεί στη θεραπευτική ομάδα για σεξουαλικές δυσκολίες
ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΞΟΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
<i>Ψευδοπαρκινονισμός:</i> Πρόσωπα σαν μάσκες, άκαμπτη και σκυφτή στάση σώματος, τρεμάμενο βάδισμα, απώλεια σιέ- λου από το στόμα, ελαφρύς τρόμος και κύλιση δισκίου στο χέρι	Μπορεί να απαιτείται αλληλαγή του αντιψυχωσικού Χορήγηση αντιχολινεργικού φαρμάκου όπως η τριεξυφαινουδύλη (Artane), ή η βενζοτροπίνη (Cogentin)
<i>Ακαθισία:</i> Χαρακτηρίζεται από συνεχή βόδιση και κινητική ανησυχία	Ενημέρωση του Ιατρού. Τα αντιψυχωσικά μπορεί να απαιτείται να αλληλάξουν ή να προστεθεί αντιχολινεργικό φάρμακο Τα συμπτώματα εξαφανίζονται με τη διακοπή του φαρμάκου
ΆΛΛΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
<i>Όψιμη δυσκινησία:</i> Τυπικά εμφανίζεται 6 με 12 μήνες ή περισσότερο από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Χαρακτηρίζεται από πρόπτωση της γλώσσας, δυνατούς ήχους από κτυπήματα των χειρῶν, θηλαστικές κινήσεις, μασητικές κινήσεις, ανοιγοκλείσιμο των οφθαλμών, ετερόπλευρες κινήσεις της γνάθου, μορφασμούς, ανύψωση των ώμων, ώθηση της πυέλου, κάμψη ή στρόφη των καρπών και των σφυρών, κτυπήματα των ποδιών και ταχείες, ανήσυχες και ακανόνιστες κινήσεις.	Πρόληψη μέσω της αξιολόγησης; Ενθάρρυνση για έλεγχο κάθε 3 μήνες. Η διακοπή του φαρμάκου δεν ανακουφίζει πάντα τα συμπτώματα Καμία ειδική θεραπεία δεν υπάρχει πέρα από τη διακοπή του φαρμάκου. Χορήγηση μαλακών τροφών Ο ασθενής πρέπει να φορά μαλακά υποδήματα ή παντόφλες
<i>Κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο:</i> Μια σπάνια αληθιά δυνητικά θανατηφόρα αντίδραση στα αντιψυχωσικά φάρμακα. Χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, ταχυκαρδία, ακαμψία των μυών, λήθαργο, εφιδρώσεις, υπερκαλιαιμία, ακράτεια, ηευκοκυττάρωση και νεφρική ανεπάρκεια	Η πρώιμη διάγνωση αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης. Διακοπή όλων των φαρμάκων Παροχή συμπτωματικής υποστηρικτικής φροντίδας Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος Ενυδάτωση (από το στόμα ή ενδοφλέβια) Διόρθωση των διαταραχών των ηλεκτρολυτών Χορήγηση φαρμάκων για τις αρρυθμίες, σύμφωνα με τις οδηγίες Αιμοκάθαρση για τη νεφρική ανεπάρκεια

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ορθοστατική υπόταση

Έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων πριν τη χορήγηση του φαρμάκου

Ταχυκαρδία

Ενημέρωση του ασθενούς να ταλαντώνει τα πόδια πριν κατέβει από το κρεβάτι για να προληφθούν οι πτώσεις

Η παλιπεριδόνη (Invega) μπορεί να προκαλέσει καρδιακές αρρυθμίες (όπως παράταση του διαστήματος QT)

Ενημέρωση του ασθενούς ότι η ανοχή αναπτύσσεται μετά από αρκετές εβδομάδες

Αναφορά στον ιατρό ή στον υπεύθυνο νοσηλεύτη αν υπάρχει ιστορικό καρδιακής νόσου πριν την έναρξη της αγωγής

Αύξηση της πρόσληψης υγρών για να αυξηθεί ο ενδαγγειακός όγκος σύμφωνα με τις οδηγίες

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Υπνηλία και κόπωση

Ενημέρωση του ασθενούς ότι θα αναπτύξει ανοχή στη δόση σε 1 με 2 εβδομάδες

Φωτοευαισθησία

Χορήγηση του φαρμάκου κατά τη βραδινή κατάκλιση

Αποφυγή της άμεσης έκθεσης στο ηλιακό φως. Χρησιμοποίηση προστατευτικής ένδυσης και αντηλιακών όταν βρίσκεται σε εξωτερικό περιβάλλον

Αύξηση του βάρους

Έλεγχος της διατροφής

Εξανθήματα και δερματίτιδα εξ επαφής

Ενημέρωση του ιατρού αν εμφανιστεί εξάνθημα. Μπορεί να απαιτηθεί διακοπή ή αλλαγή του φαρμάκου

3.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι γενικές νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη διαταραχή της σχιζοφρένειας είναι οι εξής (Dewit S, 2009):

- Διαταραγμένες διεργασίες σκέψης, όπως οι παραισθήσεις, σχετιζόμενες με το επίπεδο πανικού και άγχους.
- Διαταραγμένη αισθητηριακή αντίληψη, όπως οι ψευδαισθήσεις, σχετιζόμενη με τη βιοχημική ανισορροπία.
- Διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία. σχετιζόμενη με τη γνωσιακή διαταραχή.
- Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση σχετιζόμενη με την ογκώδη έλλειψη εμπιστοσύνης.
- Μη ικανότητα αυτοφροντίδας, μπάνιο, ένδυση, σίτιση, σχετιζόμενο με τη γνωσιακή διαταραχή.
- Μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική θεραπεία.
- Κίνδυνος για άσκηση βίας προς τους άλλους ή τον ίδιο του τον εαυτό, σχετιζόμενη με τις ψευδαισθήσεις.

3.4.1. ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις ειδικά για αρρώστους με σχιζοφρένεια, ανεξάρτητα από τον τύπο της σχιζοφρένειας που εκδηλώνουν σύμφωνα με την ιατρική διάγνωση, διατυπώνονται ως εξής :

1) **Αισθητηριακή /αντιληπτική διαταραχή (ακουστική, οπτική)** : Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις, η αίσθηση μη πραγματικότητας του εαυτού ή του περιβάλλοντος. Ο ασθενής που βιώνει μια τέτοια κατάσταση παρερμηνεύει τα πράγματα και η αντίδραση προς αυτά μπορεί να είναι υποτονική ή υπερβολική, παραποιημένη ή ανεπαρκής. Οι αιτίες μιας τέτοιας κατάστασης σχετίζονται με το άγχος σε επίπεδο πανικού, διαταραχή στη σκέψη, προσανατολισμό, μηδαμινή αυτοεκτίμηση, αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους. Ο ασθενής μιλά ή γελά με τον εαυτό του, υπάρχει αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, απότομες αλλαγές της συναισθηματικής του διάθεσης, αδυναμία λήψης απλών αποφάσεων (Dewit S, 2009).

Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης: Είναι να βρίσκεται σε θέση ο ασθενής να μιλήσει για 5 λεπτά χωρίς συζήτηση των ψευδαισθήσεων. Επιπλέον όταν άρει εξιτήριο από το νοσοκομείο να μπορεί να διακρίνει την πραγματικότητα, να μην ακούει εσωτερικές φωνές ή να μην τους δίνει σημασία, να υπάρξει καλύτερευση στις λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και στη συμπεριφορά του, να εποφθαλμιεί συζητήσεις με το προσωπικό όταν αισθάνεται άγχος ή όταν τον ενοχλούν ψευδαισθήσεις και να αναφέρει ρεαλιστικά σχέδια (π.χ. να παρακολουθήσει ένα μάθημα το επόμενο εξάμηνο στο Πανεπιστήμιο) (Dewit S, 2009).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Dewit S, 2009).

- Αξιολόγηση των θεμάτων των ψευδαισθήσεων
- Αξιολόγηση των λόγων που προκαλούν στρες και ανησυχία.
- Απεικόνιση της πραγματικότητας όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής
- Αποφυγή αντιπαράθεσης σχετικά με τις ψευδαισθήσεις
- Επανάραξη της συζήτησης με κατεύθυνση σε πραγματικά γεγονότα και πρόσωπα. Ενίσχυση της επαλήθευσης της πραγματικότητας (ο νοσηλευτής ομολογεί ειλικρινά

ότι δεν ακούει τις φωνές). Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου, των παρόντων προσώπων και γεγονότων σε κάθε περίπτωση.

- Χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων, σύμφωνα με τις οδηγίες και παρακολούθηση της θετικής πορείας και αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών.

2) Μη ικανότητα αυτοφροντίδας, μπάνιο, ένδυση, σίτιση, σχετιζόμενο με τη γνωσιακή διαταραχή. Σε αυτή την κατάσταση ο ασθενής είναι σε σύγχυση και απεριποίητος.

Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης: Ο ασθενής να είναι ικανός να περιποιείται τον εαυτό του σε μια εβδομάδα. Επιπλέον να είναι σε θέση να ντύνεται κατάλληλα και να διατηρεί την υγιεινή πριν βγει από το νοσοκομείο.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Dewit S, 2009):

Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, σύμφωνα με το επίπεδο των δεξιοτήτων του. Διάθεση των ενδυμάτων που θα φορέσει ο ασθενής. Όποτε ο ασθενής αδυνατεί να ολοκληρώσει την καθημερινή του περιποίηση, παρέμβαση του νοσηλευτή. Παροχή θετικής ενίσχυσης για κάθε επιτυχή δραστηριότητα της καθημερινής ζωής. Τέλος, παροχή βοήθειας στον ασθενή, για τη διαμόρφωση ενός σχεδίου αυτοφροντίδας, εάν είναι αναγκαίο.

3) Διαταραχές στην αισθητηριακή αντίληψη: Κατάσταση κατά την οποία οι διεργασίες της σκέψης σταματούν συνεχώς, αποδιοργανώνονται ή δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Στο σημείο αυτό ο ασθενής ακούει και φωνές. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται είναι άγχος σε επίπεδο πανικού, απωθημένοι φόβοι και ψυχολογικές συγκρούσεις, αποδιοργάνωση των ορίων της προσωπικής οντότητας του αρρώστου ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους και στο περιβάλλον. Ο ασθενής εκδηλώνει παραληρητικές ιδέες (μεγαλείου, δίωξης), χάλαση συνειρμών, έμμονες ιδέες, ανικανότητα λήψης αποφάσεων, λύσης προβλημάτων, λογικής σκέψης, ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά, διακεκομμένος ύπνος (Hogan M., 2012).

Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης: Ο ασθενής να μπορεί να αναγνωρίζει τις αλλαγές στην σκέψη και την συμπεριφορά του, να μπορεί να διακρίνει τις παραληρητικές ιδέες και την πραγματικότητα, να αντιμετωπίζει τις ψευδαισθήσεις, να διατηρεί τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα και να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Dewit S, 2009).

- Παρατήρηση της συμπεριφοράς που υποδηλώνει τις ψευδαισθήσεις που βιώνει.
- Αξιολόγηση του θέματος των ψευδαισθήσεων, συγκεκριμένα εκείνες που δίνουν εντολές («Σκότωσε τους άλλους»).
- Επαναφορά όταν συμβαίνουν οι ψευδαισθήσεις
- Βοήθεια στον ασθενή για να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που είναι παρόντα κατά τις ψευδαισθήσεις.
- Εκπαίδευση του ίδιου του ασθενούς, ώστε να αναγνωρίζει και να χρησιμοποιεί στρατηγικές για να διακόπτει τις ψευδαισθήσεις, π.χ. τραγούδι ή παίξιμο μουσικού οργάνου, διαταγή στις φωνές να φύγουν, απασχόληση με εργασία, αναφορά σε κάποιο μέλος του προσωπικού όταν οι φωνές γίνονται ενοχλητικές (αυτές οι τεχνικές αποσπών τον ασθενή από την ψευδαίσθηση και του δίνουν δύναμη ελέγχου).
- Χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων και παρακολούθηση για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες.

4) Κοινωνική απομόνωση: Κατάσταση απομόνωσης κατά την οποία ο άρρωστος έχει έλλειψη εμπιστοσύνης, παράξενη συμπεριφορά και δεν θέλει να συναναστρέφεται με άλλους ασθενείς και με το προσωπικό. Οι αιτιολογικοί-σχετιζόμενοι παράγοντες είναι διαταραγμένες διεργασίες της σκέψης με αποτέλεσμα έλλειψη της εμπιστοσύνης προς τους άλλους. Στέρηση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, «δρυματοποίηση», παλινδρόμηση (ως συνέπεια παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο). Ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία σύναψης σχέσεων με άλλους, αντιμετώπιση προβλημάτων με θυμό, εχθρικότητα και βίαιη συμπεριφορά, κοινωνική απόσυρση, σιωπηλότητα, αμβλύ συναίσθημα, ακατάλληλα ή ανώριμα για την ηλικία του ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (Dewit S, 2009).

Σκοπός των ενεργειών του προσωπικού : Είναι μέχρι να βγει ο άρρωστος από το νοσοκομείο είναι να είναι σε θέση να εκφράζει λεκτικά την επιθυμία του να κοινωνικοποιηθεί, δηλαδή να έρθει σε επαφή με τους άλλους, να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλα άτομα, να εκφράζει αισθήματα χαράς και ευχαρίστησης από κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Αξιολόγηση του βαθμού της θεληματικής απομόνωσης του αρρώστου, ώστε να οργανωθούν στρατηγικές διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνίες και δραστηριότητες.
- Διάθεση συγκεκριμένης ημερήσιας ώρας, και πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας με τον άρρωστο και ενδιαφέρουσα αλλά όχι απαιτητική επικοινωνία μαζί του.
- Καθορισμός ενδιαφερόντων ασθενούς.
- Επίδειξη κοινωνικής αλληλεπίδρασης και διαλόγου.
- Βοήθεια του αρρώστου να ξεχωρίζει τη διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας του να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο.
- Λειτουργία του νοσηλευτή ως πρότυπου υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς σε ατομικές και ομαδικές επικοινωνίες (ήρεμη και αξιοπρεπή στάση, μέτριος τόνος φωνής, κατάλληλη απόσταση, εναλλαγή ομιλίας και ακρόασης). Αυτό βοηθά τον άρρωστο να αναγνωρίσει και να θελήσει ο ίδιος να καλλιεργήσει κοινωνικές δεξιότητες.
- Συνεπής τήρηση όλων των προγραμματισμένων ωρών επικοινωνίας με τον ασθενή. Η συνέπεια αυτή αυξάνει την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με αποτέλεσμα την αύξηση της κοινωνικότητάς του.
- Δημιουργία ευκαιριών για κοινωνικοποίηση.
- Όταν ο ασθενής έρχεται σε επαφή ή σε συμμετέχει σε άλλες ομάδες, επιβράβευση.
- Παροχή αδειών εξόδου στον άρρωστο για να πάει π.χ. στην αγορά, σε κέντρα φροντίδας ημέρας, σε μουσεία με σκοπό την ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών επικοινωνίας έξω από το νοσηλευτικό τμήμα και την μείωση της κοινωνικής απομόνωσης.

5) Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας: Διαταραχή της ικανότητας του αρρώστου να εκφράζεται λεκτικά ή να επικοινωνεί λεκτικά με τους άλλους, κατά τρόπο κοινωνικά παραδεκτό. Οι αιτίες που οδηγούν σε μια τέτοια δυσλειτουργία είναι: διαταραχές της σκέψης (αυτισμός, παραληρητικές ιδέες), ανικανότητα διάκρισης του εαυτού του από πρόσωπα και αντικείμενα του περιβάλλοντος, έντονο άγχος μέχρι πανικού, απόσυρση από

το περιβάλλον και την πραγματικότητα. Απότοκος της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η ανικανότητα λογικής ομιλίας, λεκτικές εκφράσεις ασύνδετες όπως νεολοξίες, σαλάτα λέξεων λόγω χάλασης συνειρμών, φτώχεια λόγου, αλαλία. (Hogan M., 2012).

Οι κυριότεροι στόχοι που θέτει η νοσηλευτική παρέμβαση : Είναι ο ασθενής να δείχνει κατανόηση των προβλημάτων επικοινωνίας του, να χρησιμοποιεί κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους για να εκφράζεται λεκτικά, να αρχίζει να δοκιμάζει στρατηγικές για να ελαττώσει το άγχος του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Συνεχιζόμενη εκτίμηση του τύπου και του βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας (ο βαθμός διαταραχής της λεκτικής –μη λεκτικής επικοινωνίας επηρεάζει την ικανότητα του αρρώστου να επικοινωνεί με το προσωπικό που συμμετέχει στην φροντίδα του).
- Έκφραση αναγνώρισης της δυσκολίας που έχει ο άρρωστος να επικοινωνήσει. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής κατανοεί ότι υπάρχει, από την πλευρά του νοσηλευτή, συμπάθεια και του εμπνέει εμπιστοσύνη να επικεντρωθεί στην προσπάθειά του να επικοινωνήσει με κατανοητό τρόπο.
- Αποδοχή της χρησιμοποίησης από τον άρρωστο άλλων τρόπων έκφρασης εκτός από την ομιλία όπως ζωγραφική, γράψιμο, χειρονομίες, τραγούδι.
- Διδασκαλία του αρρώστου να ζητά τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού όποτε αισθάνεται διαταραχή της λεκτικής του επικοινωνίας (η επικοινωνία με πραγματικά, δηλαδή υπαρκτά πρόσωπα, η απασχόληση με κάποια εργασία, συμβάλλουν στη διακοπή των εξωπραγματικών, παράλογων σκέψεων και στην αντικατάστασή τους με άλλες βασισμένες στην πραγματικότητα).
- Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος, όχι απειλητικού για τον άρρωστο (όταν υπάρχει τέτοια ατμόσφαιρα που ο ασθενής αισθάνεται ελεύθερος να εκφραστεί, χωρίς φόβο κριτικής, τον βεβαιώνει ότι είναι παραδεκτός να δοκιμάσει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα και τους φόβους του και να επαληθεύσει ότι οι άλλοι τον κατανοούν).

6) Διαταραχή συμπεριφοράς: Κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει αμυντική και εχθρική συμπεριφορά στην προσπάθεια προστασίας της αυτοεκτίμησής του.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την συγκεκριμένη διάγνωση είναι η έλλειψη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων, το αίσθημα απειλής του ασθενή, η καχυποψία και δυσπιστία του σε πρόσωπα και καταστάσεις του περιβάλλοντος, η ανικανότητα ερμηνείας ή έκφρασης συναισθημάτων, η αδυναμία εκδήλωσης θυμού με παραδεκτό τρόπο, η διαταραχή επαφής με την πραγματική διάσταση των πραγμάτων. Επομένως, ο ασθενής, εκμεταλλεύεται την προβολή, ως αμυντικό μηχανισμό, για κατηγορίες, εχθρική συμπεριφορά και ατομική ευθύνη στους άλλους, παρουσιάζει υπερευαίσθησία στην παραμικρή κριτική από τους άλλους, εχθρικό γέλιο και κοροϊδία των άλλων, παρεμπόδιση στην εφαρμογή της θεραπείας με αμυντική ή διασπαστική συμπεριφορά, παραλήρημα δίωξης. (Hogan M., 2012).

Όλα τα κριτήρια των νοσηλευτικών ενεργειών αποσκοπούν στο να φτάσει ο ασθενής στο επίπεδο να χρησιμοποιεί τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του με λογικό και προσαρμοστικό τρόπο, να εκτονώνει την ενέργεια του άγχους του με σωματική άσκηση και ομαδικές δραστηριότητες και να επικοινωνεί δίχως υβριστικές εκφράσεις, εμπαιγμούς, απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά έναντι των άλλων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Συνεχιζόμενη εκτίμηση των δυσκολιών του ασθενή να επικοινωνήσει και να διατηρήσει κοινωνικές επαφές και να αποδεχτεί το θεραπευτικό πλαίσιο που απαιτείται για την βελτίωση της κατάστασής του.
- Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς, χωρίς απειλές και κριτική, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του ασθενή και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας.
- Αποφυγή επιθέσεων ή προκλήσεων στο παραλήρημα του αρρώστου (αυτή η στάση μπορεί να αποξενώσει τον άρρωστο, να μειώσει την εμπιστοσύνη του και να τον ωθήσει στην δικαιολογία, υπεράσπιση και υποστήριξη του παραληρήματος του για να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του.
- Απασχόληση του αρρώστου σε συχνές, σύντομες επικοινωνίες, αποφυγή ψιθυρισμών ή γέλιου, πληροφόρησή του για τυχόν αλλαγές του ημερησίου προγράμματος. Η τακτική αυτή συντελεί στη δημιουργία θεραπευτικής έμπιστης σχέσης και στην ελάττωση της καχυποψίας και άλλων αμυντικών συμπεριφορών.

- Αποφυγή αγγίγματος του αρρώστου με τα χέρια ως εκδήλωση φιλικότητας σε περιστάσεις άγχους, παράνοιας και διαταραχής της επαφής του με την πραγματικότητα. Η χειρονομία αυτή μπορεί να παρερμηνευθεί από πλευράς του ασθενή και να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις και επιθετικότητα.
- Αποφυγή επίπληξης, απειλής ή χρήσης δύναμης και βίας όταν ο άρρωστος υβρίζει και προσβάλλει τους γύρω του, διότι μπορεί να αντιδράσει με επίθεση προκειμένου να προστατεύσει το σύστημα του εγώ του (Ραγιά Α., 2009).

7) Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου : Κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά της οικογένειας ή άλλου σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική στο χειρισμό του αρρώστου και των συνεπειών της ψυχικής του διαταραχής. Γι αυτό το πρόβλημα οι σημαντικότεροι ιθύνοντες παράγοντες είναι: οι αμφίθυμες οικογενειακές σχέσεις, δηλαδή ταλάντευση μεταξύ απόσυρσης από τον άρρωστο και της φροντίδας του, η ανικανότητα των σημαντικών προσώπων να εξωτερικεύσουν αισθήματα ενοχής, θυμού, απογοήτευσης, απελπισίας, διασπασμένες σχέσεις αρρώστου και οικογένειας, αντίσταση ή άρνηση της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα και θεραπεία του άρρωστου μέλους της. Τα στοιχεία που επιβεβαιώνουν το προαναφερθέν πρόβλημα είναι η έλλειψη γνώσεων της οικογένειας για την αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου, η αποτυχία της οικογένειας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ασθενή για αγάπη και συντροφιά, ακατάλληλες αντιδράσεις της οικογένειας προς τον άρρωστο (αδιαφορία, απόρριψη, υπερπροστασία, ενοχές, εγκατάλειψη του αρρώστου), ανάπτυξη εκ μέρους του αρρώστου αδυναμίας, αδράνειας και εξάρτησης από την οικογένεια και την κοινότητα (Ραγιά Α., 2009).

Σκοπός είναι τα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα να φθάσουν στο σημείο να εκδηλώνουν: ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών του απέναντι στον ασθενή, να περιγράφουν ανοιχτά και συχνά τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση του επίπεδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα μέλος τους.
- Εκτίμηση και καλλιέργεια της θέλησης και της ετοιμότητας της οικογένειας να συμμετάσχει στην φροντίδα του αρρώστου. Πολλοί επιστήμονες εκφράζουν την

άποψη ότι ο σχιζοφρενικός άρρωστος εκπροσωπεί μια αποδιοργανωμένη «σχιζοφρενή» οικογένεια. Η μετανοδοκομειακή φροντίδα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και την οικογένεια και άλλα σημαντικά πρόσωπα του αρρώστου, για να ανυψωθεί το επίπεδο της διαπροσωπικής λειτουργίας.

- Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρικότητα, άγχος, υπερπροστασία. Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας επιδρά αποτελεσματικά στην ανάρρωσή του. Υποτροπές συμβαίνουν με μεγαλύτερη συχνότητα σε οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.
- Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για την φύση και τη βαρύτητα της ασθένειας και επιστράτευση της συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην κοινότητα. Η οικογένεια που ήδη έχει δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και τις επιπτώσεις μιας χρόνιας αρρώστιας
- Ενθάρρυνση της οικογένειας για συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς.
- Πληροφόρηση της οικογένειας για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα, καθώς και για το ειδικό προσωπικό που διαθέτουν ώστε να τους βοηθήσει όταν τα συμπτώματα του οξύνονται και είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα μόνωσης και αδυναμίας τόσο του αρρώστου αλλά και της οικογένειάς του. (Hogan M., 2012)

3.5 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι :

1. Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων
- 1.1 Νοσηλευτική διάγνωση
2. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας
3. Εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας

4. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων

3.5.1 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ (ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ)

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 1) Απομονωμένος ασθενής –σε απόσυρση :

Οι πράξεις μας ξεκινούν με οργανωμένο τρόπο χωρίς ιδιαίτερες απαιτήσεις από τον ασθενή. Προσπαθούμε να διατηρήσουμε μια συνεχή και ειλικρινή σχέση με τον ασθενή. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να επικοινωνεί με άτομα συνομήλικα , να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες που βελτιώνουν τις δεξιότητές του, δίνοντας έμφαση στο να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:

1. Στη αρχή έκανα μια εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και διάγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Διαπίστωσα λοιπόν ότι έχει έντονη την έλλειψη εμπιστοσύνης, παράξενη συμπεριφορά και δεν θέλει να συναναστρέφεται καθόλου με άλλους ασθενείς και με το προσωπικό της κλινικής. Αυτό προκύπτει από τις διαταραγμένες διεργασίες της σκέψης του.
2. Στη συνέχεια προγραμματίσα προσεκτικά την αντιμετώπιση του ασθενή με σκοπό να αποφύγω να τον τρομάξω και να χτίσω σχέση εμπιστοσύνης. Βασίστηκα στη συζήτηση, σε όμορφο και φιλικό διάλογο και ενθάρρυνση του ασθενή να ασχοληθεί με τη ζωγραφική, ώστε να ανέβει η αυτοεκτίμησή του. Προτεραιότητά μου ήταν να με εμπιστευτεί, έτσι ώστε να τον κάνω να αρχίσει, τουλάχιστον σιγά σιγά να εμπιστεύεται το προσωπικό.
3. Εφάρμοσα το πρόγραμμα φροντίδας στηριζόμενος στη νοσηλευτική διάγνωση.
4. Στο τέλος ο ασθενής κατάφερε να συνομιλεί, έστω και για λίγο, με μένα για τις ανάγκες του και να μην είναι τόσο εχθρικός όπως τις πρώτες μέρες. Δεν επιλύθηκε το πρόβλημα του ασθενή, όμως βελτιώθηκε αρκετά.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 2) Ασθενείς με μη ξεκάθαρη επικοινωνιακή συμπεριφορά :

Επικοινωνούμε με τον ασθενή με ξεκάθαρο και σαφή τρόπο. Η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία να ανταποκρίνεται στο επίπεδο του ασθενή . Προσπαθούμε να διευκρινίσουμε οποιοδήποτε σημείο στην επικοινωνία με τον άρρωστο.

Αποσαφηνίζοντας την επικοινωνία με τον ασθενή (ακολουθεί απόσπασμα συζήτησης μεταξύ ασθενή και νοσηλεύτη):

Ασθενής : οι φούστες στον ουρανό πέφτουν ψηλά και εγώ δεν πάω μαζί τους.

Νοσηλεύτης : προσπαθείς να μου πεις κάτι αλλά δεν καταλαβαίνω τι ακριβώς είναι αυτό.

Μπορείς να μου το εξηγήσεις διαφορετικά;

Ασθενής (δείχνοντας μια νοσηλεύτρια που περπατάει βιαστικά στον διάδρομο) : όλοι βιάζονται ...

Νοσηλεύτης : μου λες ότι όλοι είναι πολύ απασχολημένοι και νιώθεις ότι δεν σε προσέχουν;

Ασθενής : ναι, θέλω βοήθεια για να κάνω μπάνιο...

Επεξήγηση : σε αυτό το παράδειγμα, ο ασθενής χρησιμοποιεί συμβολική γλώσσα για να επικοινωνήσει. Ο νοσηλεύτης δείχνει πώς δεν καταλαβαίνει τι έχει ειπωθεί από τον ασθενή. Όταν ο ασθενής προσπαθεί να διευκρινίσει τι εννοεί, ο νοσηλεύτης νομίζει πώς κατανοεί τα λεγόμενα του αρρώστου και επαναλαμβάνει, απευθείας στον ασθενή, το μήνυμα ότι καταλαβαίνει την προσπάθειά του να επικοινωνήσει. Ο ασθενής επιβεβαιώνει το μήνυμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:

1. Στη αρχή έκανα μια εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και διάγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Διαπίστωσα λοιπόν ότι ο ασθενής δεν είναι σαφής και ξεκάθαρος.
2. Στη συνέχεια προγραμμάτισα προσεκτικά την αντιμετώπιση του ασθενή με σκοπό να καταφέρω να επικοινωνήσω μαζί του και να καταλάβω τι ακριβώς χρειάζεται. Χρησιμοποίησα τόσο την ομιλία όσο και χειρονομίες για να καταλάβω τι θέλει να μου πει. Προτεραιότητά μου ήταν να τον «ξεμπλοκάρω» και να μου πει τι του συμβαίνει.
3. Εφάρμοσα το πρόγραμμα φροντίδας στηριζόμενος στη νοσηλευτική διάγνωση.
4. Στο τέλος ο ασθενής κατάφερε να μου πει ότι χρειαζόταν τη βοήθεια μου για να κάνει μπάνιο κι εγώ τον βοήθησα. Έτσι επετεύχθη η ανάγκη του ασθενή.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 3) Εξαιρετικά καχύποπτοι και εχθρικοί ασθενείς

Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν με εχθρότητα το περιβάλλον τους, συχνά υβρίζουν και καταφέρονται κατά του προσωπικού του νοσοκομείου, ιδιαίτερα κατά των υψηλά ιστάμενων προσώπων, όπως διευθυντών. Όταν ο ασθενής αρχίζει να παραπονιέται για το προσωπικό, για την κακή μεταχείριση που του γίνεται, για την κακή θεραπεία, για την

άδικη παραμονή του στο νοσοκομείο δεν πρέπει σε καμία περίπτωση ο νοσηλευτής να προσπαθήσει να τον πείσει ότι οι ιδέες του είναι λανθασμένες. Ένας τέτοιος χειρισμός θα του προκαλέσει περισσότερο μίσος και θα αυξήσει την καχυποψία του. Η αποτελεσματικότερη προσέγγιση είναι ο νοσηλευτής να τον ακούσει με κατανόηση, χωρίς σχόλια, γιατί στην φάση αυτή δεν μπορεί να υπάρξει λογική συζήτηση μαζί του, εφόσον βρίσκεται υπό την επήρεια ισχυρών ψευδαισθήσεων. Οι ψευδαισθήσεις θα υποχωρήσουν, μόνο εάν ο ασθενής αισθανθεί ότι είναι ασφαλής. Απλή φιλικότητα και σεβασμός της προσωπικότητάς του είναι απαραίτητα για την δημιουργία τέτοιων αισθημάτων.

Εδραιώνουμε καθαρά επαγγελματική συμπεριφορά απέναντι σε αυτούς τους ασθενείς. Η ιδιαίτερα φιλική συμπεριφορά μπορεί να φανεί απειλητική για τον άρρωστο. Είμαστε προσεκτικοί με οποιαδήποτε σωματική επαφή, χειρονομία, επαφή καθώς υπάρχει ενδεχόμενο να θεωρηθεί από τον ασθενή ως απειλητικό στοιχείο απέναντι του. Επιτρέπουμε στον ασθενή μας να έχει όση περισσότερη αυτονομία είναι δυνατόν, μέσα στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας. Δημιουργούμε σχέση εμπιστοσύνης, δίνοντας πληροφορίες για όλες τις εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί ο ασθενής καθώς και για την φαρμακευτική του αγωγή. Αποφεύγουμε να επικεντρωθούμε σε καχύποπτες σκέψεις ή παραισθήσεις που έχει ο άρρωστος. Επεμβαίνουμε όταν διαπιστώνουμε ότι ο ασθενής δείχνει σημάδια αυξημένης νευρικότητας και μη παραδεκτής συμπεριφοράς.

(Ακολουθεί απόσπασμα από συζήτηση ασθενή -νοσηλευτή, όσον αφορά την ανταπόκριση σε καχύποπτες σκέψεις ή παραισθήσεις):

Ασθενής (στέκεται κοντά στην νοσηλευτική στάση και με πολύ επιφυλακτικό και καχύποπτο ύφος κοιτάζοντας ένα μαγνητόφωνο): αυτό το μαγνητόφωνο χρησιμοποιείται για να καταγράφει τις σκέψεις μου. Οι άνθρωποι εδώ είναι εναντίον μου.

Νοσηλευτής : εμένα δεν μου φαίνεται ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί αυτό το μαγνητόφωνο για να φτιάξει την απογευματινή αναφορά. Πιστεύω ότι εδώ είσαι ασφαλής.

Ασθενής : δεν νιώθω ασφαλής εδώ. Μπορώ να στέκομαι δίπλα στο γραφείο όσο θα είσαι εδώ;

Νοσηλευτής : ναι, θα είμαι εδώ για ακόμη 5 λεπτά, μέχρι να έρθει η τροφοδοσία. Ορίστε μια εφημερίδα για να διαβάσεις.

Ασθενής : θα κάτσω εδώ να διαβάσω την εφημερίδα.

Σε αυτό το παράδειγμα, ο ασθενής παρεξηγεί το περιβάλλον βγάζοντας ένα αβάσιμο συμπέρασμα για το μαγνητόφωνο που βρίσκεται στον σταθμό των νοσηλευτών. Ο νοσηλευτής απαντά παρουσιάζοντας την πραγματικότητα στον ασθενή. Παρόμοια, ο

νοσηλευτής απαντά σε αυτό που ουσιαστικά θέλει να πει ο ασθενής λέγοντας του ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ότι μπορεί να παραμείνει κοντά, χωρίς να κινδυνεύει.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:

1. Στη αρχή έκανα μια εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και διάγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Διαπίστωσα λοιπόν ότι ο ασθενής είναι αμήχανος και εκδηλώνει αμυντική και εχθρική συμπεριφορά. Είναι υπερβολικά καχύποπτος και δύσπιστος σε μένα και σε οτιδήποτε βλέπει γύρω του.
2. Στη συνέχεια προγραμματίσα προσεκτικά την αντιμετώπιση του ασθενή με σκοπό να καταφέρω να τον καθησυχάσω και να τον διαβεβαιώσω ότι δεν κινδυνεύει. Προτεραιότητά μου ήταν να νιώσει άνετα και ακίνδυνα όση ώρα βρισκόταν στο γραφείο.
3. Εφάρμοσα το πρόγραμμα φροντίδας στηριζόμενος στη νοσηλευτική διάγνωση.
4. Στο τέλος ο ασθενής κατάφερε να νιώσει ασφαλής και κάθισε να διαβάσει την εφημερίδα ήρεμος.

3.5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Ο νοσηλευτής μετά τις ενέργειές του αξιολογεί εάν:

- Ο ασθενής αναγνωρίζει τα συναισθήματα άγχους και χρησιμοποιεί τα απαραίτητα μέτρα για να μειώσει την ανησυχία του.
- Ο ασθενής αυξάνει την αυτοφροντίδα του.
- Ο ασθενής ακολουθεί το σχεδιασμένο πρόγραμμα όσον αφορά τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Ο ασθενής επικοινωνεί χωρίς ενδείξεις χαλαρών συνειρμών.
- Ο ασθενής θα συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό της θεραπείας του.
- Ο ασθενής διαφοροποιεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του που προέρχονται από τον εσωτερικό του κόσμο ή αυτών από το εξωτερικό περιβάλλον.
- Ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένο ή ελεγχόμενο βαθμό παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων.

- Ο ασθενής έχει βελτιωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και καλή συμπεριφορά με τα υπόλοιπα άτομα και μειώνει την κοινωνική απομόνωση.
- Ο ασθενής εκφράζει συναισθήματα που είναι κατάλληλα για την κάθε περίπτωση.
- Ο ασθενής δείχνει μειωμένη καχυποψία, αρνητικότητα και θυμό. Δείχνει εμπιστοσύνη προς τους άλλους.
- Ο ασθενής αναγνωρίζει θετικά στοιχεία στον εαυτό του.
- Ο ασθενής συμμετέχει σε θεραπευτικό πλάνο και συμφωνεί να ακολουθήσει την θεραπεία του.
- Ο ασθενής και η οικογένειά του χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για την ασθένεια, το θεραπευτικό πρόγραμμα, τα συμπτώματα και την διαχείριση των κρίσιμων φάσεων σε μια συνεχιζόμενη διαδικασία.
- Τα μέλη της οικογένειας θα μπορούν να περιγράψουν και να αναγνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματα της ασθένειας.
- Τα μέλη της οικογένειας θα επιδεικνύουν πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης.
- Τα μέλη της οικογένειας θα περιγράφουν τη φαρμακευτική αγωγή του πάσχοντος
- Τα μέλη της οικογένειας θα περιγράφουν με ποιο τρόπο και πότε είναι αναγκαίο να απευθυνθούν στις υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας (Dewit S, 2009, Hogan M., 2012).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια, είναι μια νόσος που επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο που νοσεί, αλλά και την οικογένειά του. Υπολογίζεται ότι προκαλεί μείωση του χρόνου ζωής κατά 12-15 χρόνια, επειδή συγγέεται η ασθένεια με την παχυσαρκία, τον στατικό τρόπο ζωής, το κάπνισμα και, σε μικρότερο βαθμό, με το αυξανόμενο ποσοστό αυτοκτονίας.

Στις μέρες μας η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στις πλέον σοβαρές και πιο επικίνδυνες ασθένειες, που προσβάλλουν σημαντικό αριθμό ασθενών και προκαλούν σοβαρά προβλήματα στα ίδια τα άτομα και στις οικογένειές τους. Η σχιζοφρένεια, καταπτοεί την προσωπικότητα του ατόμου και τον δυσκολεύει να λειτουργήσει με τον κατάλληλο τρόπο μέσα στην οικογένειά του αλλά και εν γένει ως μέλος της ευρύτερης κοινωνίας. Όπως είναι εύκολα αντιληπτό, λοιπόν, το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια υποφέρει!

Με την πάροδο των χρόνων, η συνολική προσέγγιση και αντιμετώπιση της νόσου έχει βελτιωθεί σημαντικά. Κυρίαρχη τάση πλέον στην Ψυχιατρική είναι η «κοινωνική ψυχιατρική». Αυτό σημαίνει ότι επιδιώκεται, κατά το δυνατόν, εκτός θεραπευτηρίου περίθαλψη με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, φαρμακευτική αγωγή και συμμετοχή της κοινότητας στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου. Ο θεσμός του εγκλεισμού, του κλειστού ψυχιατρείου-ασύλου σταδιακά εξαλείφεται, ενώ εμφανίζονται και λειτουργούν τοπικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας έχοντας θεραπευτικό και συνάμα συμβουλευτικό σκοπό. Δυστυχώς, λόγω της σφοδρής οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα μας, τα προβλήματα στην ψυχική υγεία του πληθυσμού αυξάνονται δραματικά και η χρηματοδότηση στις δημόσιες μονάδες παροχής υγείας καθίσταται προβληματική.

Παρά τον κοινωνικό στιγματισμό και τον κοινωνικό διαχωρισμό, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να βελτιώσουν τις συνθήκες ζωής τους και να κάνουν σημαντικά βήματα καλυτέρευσης ή τουλάχιστον ισορρόπησης της κατάστασής τους. Για παράδειγμα, πολλοί σχιζοφρενείς καταφέρνουν να ανακτήσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες μέσω των οποίων μπορούν να εκφραστούν, να αλληλεπιδράσουν στην κοινότητα, να ελέγχουν την συμπεριφορά τους, να ακολουθούν τη θεραπεία τους και να γίνουν πάλι ανεξάρτητοι.

Εκείνοι που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών με σχιζοφρένεια συχνά δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν σε σκέψεις και συμπεριφορές των ασθενών, που είναι εμφανώς εκτός πραγματικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί θα πρέπει να βάλουν στο μυαλό τους,

ότι οι ιδέες των ασθενών δεν είναι απλώς φαντασιώσεις, αλλά στο δικό τους μυαλό είναι απτή πραγματικότητα.

Τα μέλη της οικογένειας αντί να προσπαθούν να πείσουν τον άρρωστο για το αντίθετο, είναι πολύ καλύτερο να του λένε ότι δεν βλέπουν τα πράγματα όπως εκείνος και δεν συμφωνούν με τα συμπεράσματά του, αλλά την ίδια στιγμή να αναγνωρίζουν ότι στον ασθενή έτσι φαίνονται τα πράγματα.

Επιπλέον, μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στη νοσηρότητα που εμφανίζεται συχνά, λόγω της κατάχρησης ουσιών, (ειδικά νικοτίνης, αλκοόλ και άλλων διεγερτικών) κάτι που επιδεινώνει ή επισκιάζει το μέγεθος της νόσου. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι παρατηρείται ασθενείς με σχιζοφρένεια να έχουν τάσεις αυτοκαταστροφής. Γι αυτό το λόγο είναι αναγκαίο οι άνθρωποι που τους περιβάλλουν με ουραγό την οικογένειά τους να βοηθούν στη μείωση της ζημιάς, που μπορεί να προκληθεί στον ασθενή από τον ίδιο του τον εαυτό. Με το αρμόδιο ειδικό ιατρικό, ψυχιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αποφευχθεί μια τέτοια περίπτωση. Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια με τη σωστή θεραπεία και φροντίδα μπορούν να γίνουν αγαπητοί, αποδεκτοί και σημαντικοί. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να βελτιωθεί το γενικότερο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζούμε.

Είναι απαραίτητο λοιπόν, να υπάρχει συνεχής επικοινωνία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού με την οικογένεια, να παρέχεται ηθική υποστήριξη αλλά και να διδάσκονται στην οικογένεια οι καλύτεροι δυνατοί τρόποι για την αντιμετώπιση των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενούς, με την επανένταξή του στην κοινωνία. Ακόμα, χρειάζεται να είναι ενήμερο το περιβάλλον για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τον κίνδυνο που ελλοχεύει για μια ξαφνικής υποτροπής και τις υπηρεσίες υγείας που μπορεί να χρησιμοποιήσει, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Κλείνοντας, η μεθοδική πληροφόρηση – ευαισθητοποίηση – ενημέρωση και συμμετοχή του κράτους πρόνοιας, σε σύγχρονες μορφές κοινωνικής παθογένειας είναι ένας από τους παράγοντες Παιδείας και αναγκαία επένδυση ζωής. Αν μεταλαμπαδευτούν αρετές στους νέους, ειδικά πως να επικοινωνούν με το κοινωνικό σύνολο, πως να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές δυσκολίες, πως να επιτυγχάνουν τον αυτοέλεγχο και πως να αναζητούν το αληθινό νόημα της ζωής, τότε του έχουν δοθεί τα απαραίτητα εχέγγυα για να αντιμετωπίσει τους κινδύνους, οι οποίοι συχνά κάνουν τους ανθρώπους να εξαρτηθούν από ουσίες ή να εκδηλώσουν ψυχική νόσο. Αν μάθει τους ανθρώπους πως η οικογένεια δρα ως ένα σύστημα διατήρησης της σχιζοφρένειας ενοχοποιώντας παράγοντες όπως το εκφρασμένο συναίσθημα και την

υπερβολική κριτική, τότε, έχεις συμβάλει στη δημιουργία μιας κοινωνίας δρώντων πολιτών, στη δημιουργία μιας υγιούς κοινωνίας.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ANDREASEN N. C (1990), *EVALUATION CLINIQUE DES SYMPTOMS DEFICITAIRES ET PRODUCTIFS DES PSYCHOSES CARACTERISÉES ET DES PATHOLOGIES À SYMPTOMATOLOGIE APPARENTÉE*, NERVURE, 3, p: 8-14.
- ANDREASEN N. C (1997), *THE EVOLVING CONCEPT OF SCHIZOPHRENIA: FROM KRAEPELIN TO THE PRESENT AND FUTURE*, SCHIZOPHRENIA RESEARCH, 28, p: 106-109.
- ANDREASEN N. C (2000), *PSYCHOPATHOLOGIE ET DIAGNOSTIC DE LA SCHIZOPHRENIE: EVOLUTION DU CONCEPT*, IN *LES TROUBLES SCHIZOPHRENIES* (ED, DE CLERCQ M. & PEUSKENS J., DE BOECK: PARIS-BRUSSELS.
- BAROCCA A. ET AL (2004), *MESSY HOUSE SYNDROME*.
- BERCHERIE P. (2004), *HISTOIRE ET STRUCTURE DU SAVOIR PSYCHIATRIQUE, LES FONDEMENTS DE LA CLINIQUE 1*, PARIS : L' HARMATTAN.
- BERTRANDO P, BELTZ J, BRESSI C, CLERICI M, FARMA T, INVERNIZZI G, CAZZULLO C (1992), *EXPRESSED EMOTION AND SCHIZOPHRENIA IN ITALY.A STUDY OF AN URBAN POPULATION*, BR. J PSYCHIATRY, 161:223-9.
- BERRIOS G. E. (1985), *POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS AND JACKSON, A CONCEPTUAL HISTORY*, ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 42, p: 95-97.
- COCKERHAN W. C. (2000), *SOCIOLOGY OF MENTAL DISORDER*, PRENTICE HALL, LONDON, 42-46.
- DIXON L, STEWART B, BURLAND J, DELAHANTY J, LUCKSTED A, HOFFMAN, M (2001), *PILOT STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF THE FAMILY-TO-FAMILY EDUCATION PROGRAM*, PSYCHIATR. SERV, 52: 965-967.
- DORLAND'S (1997), *ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΞΙΚΟ: ΑΓΓΛΟΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΟΑΓΓΛΙΚΟ / ΠΡΟΛ, ΙΩΑΝΝΗΣ Δ., ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΜΕΤ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Κ., ΚΑΤΟΥΛΗΣ, ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ*.
- HOGAN A. M. (2012), *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ & ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ.

- FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL CW. (1984), *FAMILY CARE FOR SCHIZOPHRENIA: A PROBLEMS-SOLVING APPROACH TO THE TREATMENT OF MENTAL ILLNESS*, NEW YORK, USA: GUILDFORD PRESS.
- GARRABÉ J. (2003), *LA SCHIZOPHRÉNIE, UN SIÈCLE POUR COMPRENDRE, LES ÉMPÊCHEURS DE PENSER EN ROND*, PARIS : LE SEUIL.
- HARRISON (2015) *ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α,Ε ΑΘΗΝΑ.
- KATO T., (2004), *POLE OF MAGNESIOM ON THE REGULATIO OF A RECEPTOR – A PHARRMACOPATHOLOGY OF MEMANTINE CLIN CALCIUM*.
- KAPLAN & SADOCS (2004), ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΣΑΛΛΑΤΟΣ *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ.
- KRUGER T. ET AL (2004), *NEUROCOGNITION PSYCHOSOCIAL OUTCOME AND VOCATIONAL INTEGRATION PSYCHIATR, PRAX.*
- LANTERI-LAURA G. & GROS M. (1982), *HISTORIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE*, ENCYCL, MÉD, CHIR., PARIS, PSYCHIATRIE : 37281 C10.
- LÉMPÉRIÈRE T. & FÉLINE A. (1977), *PSYCHIATRIE DE L' ADULTE*, PARIS: MASSON.
- LEMON P, BURKE K (2006), *ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ*, ΤΟΜΟΣ Α', ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΛΑΓΟΣ Δ, ΑΘΗΝΑ.
- LINK, B. G., STRUENING, E. L., NEESE-TODD, S., ASMUSSEN, S., & PHELAN, J. C. (2001), *THE CONSEQUENCES OF STIGMA FOR THE SELF-ESTEEM OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES*, PSYCHIATRIC SERVICES, 52(12), 1621–1626.
- PURI BK. (2012), *MEDICATION- AND SUBSTANCE-INDUCED DISORDERS. TEXTBOOK OF CLINICAL NEUROPSYCHIATRY AND BEHAVIORAL NEUROSCIENCE*, LONDON, UNITED KINGDOM: HODDER ARNOLD;. 70(6): 786-804.
- SADOCK, B, SADOCK, V. (2007), *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ.

- SCHEFF, T. (1966), *BEING MENTALLY ILL: A SOCIOLOGICAL THEORY*, CHICAGO, IL: ALDINE.
- SOLOMON, S., GREENBERG, J., & PYSZCZYNSKI, T. (1991), *A TERROR MANAGEMENT THEORY OF SOCIAL BEHAVIOR: THE PSYCHOLOGICAL FUNCTIONS OF SELF-ESTEEM AND CULTURAL WORLDVIEWS*, IN M. ZANNA (ED), *ADVANCES IN EXPERIMENTAL SOCIAL PSYCHOLOGY* (VOL. 24, PP. 93-159). SAN DIEGO, CA: ACADEMIC PRESS.
- SMERUD, P. E, ROSENFARB I.S.(2011), *THE THERAPEUTIC ALLIANCE AND FAMILYPSYCHOEDUCATION IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA: AN EXPLORATORY PROSPECTIVE CHANGE PROCESS STUDY, COUPLE AND FAMILY PSYCHOLOGY: RESEARCH AND PRACTICE*, VOL 1(S), 85-91.
- SZMUKLER G, KUIPERS E, JOYCE J, HARRIS T, LEESE M, MAPHOSA W, STAPLES E. (2003), *AN EXPLORATORY RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF A SUPPORT PROGRAMME FOR CAREERS OF PATIENTS WITH A PSYCHOSIS*, SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR EPIDEMIOL, 38 (8):411-8.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΒΑΡΒΟΓΛΗ Λ. (2000), *ΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΛΑΒΥΡΙΝΘΟΥΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ Α.Ε., ΑΘΗΝΑ, 438-454, 467-468.
- ΓΕΩΡΓΑΡΑΣ Α., *ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, ΑΘΗΝΑ, 125, 136-142.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. (2007), *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 6^Η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α., ΑΘΗΝΑ.
- ΓΚΙΩΝΑΚΗΣ Ν., ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ., (2001), *ΟΔΗΓΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΣΥΜΒΙΩΣΗ*, ΑΘΗΝΑ, 18, 66-72.
- ΕΥΘΥΜΙΟΥ Ε., ΜΑΥΡΟΕΙΔΗ Α., ΠΑΥΛΑΤΟΥ Ε. ΚΑΙ ΚΑΛΑΤΖΗ-ΑΖΙΔΗ (2006), *ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ (ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ), ΑΘΗΝΑ, 40-51.
- ΖΗΣΗΣ Α. (2001), «*ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ – ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ*» ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟ 75.

- ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Π. Β., ΚΟΛΛΙΑΣ Θ. Κ. ΚΑΙ ΧΑΒΑΚΗ – ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ Ι. Μ., (2008), *ΠΡΩΙΜΕΣ ΨΥΧΩΣΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ. ΣΗΜΕΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ, 67-68.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Γ. Μ. (2006), *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, ΑΘΗΝΑ, 186-224.
- ΜΑΝΟΥ Ν. (1988), *ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*, Α ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.
- ΜΑΝΤΩΝΑΚΗΣ Ι. ΚΑΙ ΣΥΝ. (1999), *ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΑΘΗΝΑ.
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡ., ΠΑΛΛΗ ΑΛΕΞ., ΠΕΠΠΟΥ ΛΙΛΗ ΕΥ., ΛΟΥΚΗ ΕΛ., ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ ΑΘ, ΚΟΛΟΣΤΟΥΜΠΗΣ Δ., ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ν. (2014), *ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ*, ΓΝΩΣΙΑΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΤΟΜ. 1, ΤΕΥΧ. 1, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΨΥ, Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, σελ. 15-24.
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (1997), *ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ*, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΛΑΓΟΣ Δ.
- ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. (2004), *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ.
- ΡΑΓΙΑ Χ. Α. (2009), *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*, 7Η ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ, ΑΘΗΝΑ, 240-262, 268-269.
- ΣΟΥΡΑΣ Δ. (2008), *ΙΑΤΡΟΣ ΜΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΤΑ ΧΡΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΚΑΚΤΟΣ.
- ΤΟΜΑΡΑΣ, Β, ΣΟΛΔΑΤΟΥ, Μ. (2001), *Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ, ΣΤΟ : ΨΥΧΩΣΕΙΣ :ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ σελ. 142-151.
- ΦΕΡΕΝΤΙΝΟΣ Π., ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β. (2003), *ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ* , ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, ΑΘΗΝΑ.

- ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. Ν. ΚΑΙ ΣΥΝ. (2000), *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ*, 1ΟΣ ΤΟΜΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ.

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- JACKSON J. H. (1889), *ON POSTEPILEPTIC STATES: A CONTRIBUTION TO THE COMPARATIVE STUDY OF INSANITIES*, JOURNAL OF MENTAL SCIENCES, 34, p: 490-500.
- KOTROTSIOU E, PAPATHANASIOU I, KOTROTSIOU S (2006), *SCHIZOPHRENIA AND FAMILY ICUS AND NURSING* ,WEB JOURNAL, 27, AUGUST-OCTOB.
- MCFARLANE R. W, DIXON L, LUKENS E, LUCKSTED A (2003), *FAMILY PSYCHOEDUCATION AND SCHIZOPHRENIA: A REVIEW OF THE LITERATURE*, JOURNAL OF MARITAL AND FAMILY THERAPY, VOLUME 29, ISSUE 2, PAGES 223–245, APRIL 2003.
- RAJIV TANDON A, WOLFGANG GAEBEL B, DEANNA M. BARCH C,D,E, JUAN BUSTILLO F, RAQUEL E. GUR G,H,I (2013), *DEFINITION AND DESCRIPTION OF SCHIZOPHRENIA IN THE DSM-5*, SCHIZOPHRENIA RESEARCH.
- SADOCK, B, SADOCK, V. (2007), *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ.*
- *STEPHAN HECKERS J, DOLORES MALASPINA K,L, MICHAEL J. OWEN M, SUSAN SCHULTZ N, MING TSUANG O,P,Q, JIM VAN OS R,S, WILLIAM CARPENTER T,U*
- REYNOLDS J. R. (1858), *ON THE PATHOLOGY OF CONVULSIONS, WITH SPECIAL REFERENCE TO THOSE OF CHILDREN*, LIVERPOOL MEDICAL CHIR, JOURNAL; 2: 1-14.
- RIDGWAY, P. (2001), *RE STORYING PSYCHIATRIC DISABILITY: LEARNING FROM FIRST PERSON RECOVERY NARRATIVES. PSYCHIATRIC REHABILITATION*, JOURNAL, 24(4), 335-343.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1993), *THE ICD-10 CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS DIAGNOSTIC CRITERIA FOR RESEARCH*, GENEVA.

- ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977), *VULNERABILITY: A NEW REVIEW OF SCHIZOPHRENIA*, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, 86, 103-126.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ ΣΠ (2008), ΠΕΡΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ, [HTTP://WWW.PSYCHIATRY-PULSE.GR/YLIKO/SXIZOFRENEIA.PDF](http://www.psychiatry-pulse.gr/yliko/sxizofreneia.pdf)
- ΣΕΡΓΗ Β.,ΓΕΩΡΓΑΝΑ Ρ.,ΟΙΚΟΝΟΜΕΑ Ι : ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ , ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ, [HTTP://WWW.ASKITIS.GR/PSYCHICHEALTH/VIEW/SCHIZOPHRENEIA](http://www.askitis.gr/psychichealth/view/schizophrenia)
- ΧΡΗΣΤΟΣ ΒΕΝΕΤΗΣ,ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ,ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΔΕΥΤΕΡΑ, 1 ΙΟΥΝΙΟΥ 2015, [HTTP://VENETISMD.BLOGSPOT.GR/2013/04/BLOG-POST_516](http://venetismd.blogspot.gr/2013/04/blog-post_516)
- ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ ΝΙΚΟΣ. ΕΠΙΚ. ΚΑΘ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝ /ΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΕΠΨΥ, INSTITUTE OF PSYCHIATRY LONDON , UK, [FILE:///C:/USERS/USER/DOWNLOADS/SXIZOFRENIA_STEFANIS.PDF](file:///C:/users/user/downloads/sxizofrenia_stefanis.pdf)
- *Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΟΧΤΩ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΡΟΥΝ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ*, 2014, <http://www.e-saloniki.gr/el/top-menu/ygeia/h-sxizofreneia-ofeiletai-se-oxtw-diaforetikες-pathhseis-pou-droun-parallhla.html>
- ΚΟΤΑΝΙΔΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ, ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ, [HTTP://WWW.LIFEMAG.GR/DEFAULT.ASPX?ID=527&LANG=1&T=6#STHASH.XXTHTBEK.DPUF](http://www.lifemag.gr/default.aspx?id=527&lang=1&t=6#sthash.XXTHTBEK.DPUF),
- ΧΡΗΣΤΟΣ ΒΕΝΕΤΗΣ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΣΤΙΣ 09:28 [HTTP://VENETISMD.BLOGSPOT.GR/2013/04/BLOG-POST_3446.HTML](http://venetismd.blogspot.gr/2013/04/blog-post_3446.html)
- Δρ. Κυριάκος Βερεσιέ, ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΚΙΝΗΣΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ, [HTTP://WWW.VERESIES.COM/INDEX.PHP?OPTION=COM_CONTENT&VIEW=ARTICLE&ID=271&ITEMID=146&LANG=EL](http://www.veresies.com/index.php?option=com_content&view=article&id=271&Itemid=146&lang=el) ΟΔΗΓΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΨΥΧΩΣΗ
- ΚΟΡΝΑΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ.ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΘΕΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ [HTTP://SALOGRAIA.BLOGSPOT.GR/2013/02/BLOG-POST_23.HTML](http://salograia.blogspot.gr/2013/02/blog-post_23.html).. *Ο ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩΚΕΝΤΡΙΣΜΟΥ.*