

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η σχιζοφρένεια στους ενήλικες
και η σύγχρονη νοσηλευτική παρέμβαση**

Όνοματεπώνυμο σπουδάστριας:

Χαρτσένκο Νάντια

Εποπτεύουσα Καθηγήτρια:

Σαμαρτζή Κυριακή

Πάτρα - 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την εποπτεύουσα καθηγήτριά μου, κυρία Σαμαρτζή Κυριακή, αρχικά για την ευκαιρία που μου πρόσφερε να εκπονήσω την παρούσα πτοχιακή εργασία μαζί της, καθώς και για την σημαντική της καθοδήγηση, με σχόλια και παρατηρήσεις, χωρίς τα οποία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί με επιτυχία η συγγραφή της εργασίας αυτής. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για την αμέριστη συμπαράστασή τους από κάθε άποψη, τόσο κατά την διάρκεια της εργασίας αυτής, όσο και καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

«Ένωσα ένα Σχίσιμο στο Νου μου

Σαν ο Εγκέφαλός μου να είχε χωρίσει στα δύο

Προσπάθησα να τον συνταιριάξω

Ραφή προς Ραφή

Μα τα δυο κομμάτια δεν ταίριαζαν πια»

Emily Dickinson

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια, θεωρείται λανθασμένα από πολλούς ανθρώπους ως μια «διχασμένη προσωπικότητα», εξαιτίας του ονόματός της. Η συγκεκριμένη πάθηση ονομάζεται «σχιζο» (προερχόμενο από το ρήμα «σχίζω», δηλαδή κατακερματισμένος ή χωρισμένος στα δύο) «φρένεια» (προερχόμενο από το «φρην», δηλαδή νους), διότι εξαιτίας της, τα άτομα βιώνουν μεγάλη δυσκολία στο να σκεφθούν με διαύγεια, αλλά και να νιώσουν τα φυσιολογικά συναισθήματα.

Προσβάλλει τους ανθρώπους τη στιγμή ακριβώς που ετοιμάζονται να μπουν στη φάση εκείνη της ζωής τους στην οποία μπορούν να πετύχουν τη μεγαλύτερη ανάπτυξη και παραγωγικότητα, κατά κανόνα, στην εφηβεία ή στις αρχές της τρίτης δεκαετίας, δηλαδή λίγο μετά τα είκοσι έτη καθιστώντας τους περισσότερους από αυτούς πλέον ανίκανους να επιστρέψουν στη φυσιολογική ζωή ενός νέου ενήλικα.

Αυτό έχει σαν συνέπεια, να αντιμετωπίζουν προβλήματα στο να συνεχίσουν τις σπουδές, να βρουν μια εργασία ή να παντρευτούν και να αποκτήσουν παιδιά. Σύμφωνα με τη μελέτη «Το Συνολικό Φορτίο της Νόσου» (*The Global Burden of Disease*), που έγινε υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και αφορούσε στην αξιολόγηση του κόστους των ιατρικών παθήσεων παγκοσμίως, η σχιζοφρένεια κατατάσσεται μεταξύ των δέκα κυριότερων αιτιών αναπηρίας παγκοσμίως, σε άτομα ηλικίας 15 έως 44 ετών.

Μολονότι η σχιζοφρένεια είναι αναμφισβήτητα η πλέον σημαντική ψυχωτική διαταραχή, στην παρούσα μελέτη, συμπεριλαμβάνονται και κάποιες άλλες, λιγότερο συνήθεις, ψυχωτικές διαταραχές. Σε αυτές περιλαμβάνονται η χρόνια παραληρητική διαταραχή, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η βραχεία ψυχωτική διαταραχή και η ψυχωτική διαταραχή κατηγορία, «*ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς*» χρησιμοποιείται για τα περιστατικά που δεν εμπίπτουν ακριβώς σε κάποιες από τις ανωτέρω σαφέστερα προσδιοριζόμενες κατηγορίες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ιδιαίτερα σοβαρή ασθένεια του εγκεφάλου που προκαλεί διαταραχές στην σκέψη, την αντίληψη, την συναισθηματική κατάσταση και την συμπεριφορά του ασθενή με σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινή προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική του ζωή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της σχιζοφρένειας στους ενήλικες και των συμπτωμάτων της, η πορεία της νόσου, η θεραπεία της, καθώς και η φροντίδα που πρέπει να παρέχεται από τους νοσηλευτές για την θεραπεία, την αποκατάσταση και την βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε κριτική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar καθώς και στη βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν από επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κυρίως από το 2010 και μετά. Κατά την αναζήτηση στο διαδίκτυο χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως «σχιζοφρένεια» (schizophrenia), «νοσηλευτική» (nursing), «ψυχική υγεία» (mental health), «ψυχική νόσος» (mental illness), «φροντίδα» (care).

Αποτελέσματα: Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή και ιδιαίτερα συχνή ασθένεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία και την καθημερινή ζωή του ασθενή. Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων που έχουν να κάνουν με διαταραχές στην αντίληψη, την σκέψη, την συμπεριφορά και την λειτουργικότητα των ασθενών. Οι ασθενείς βιώνουν ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, αποδιοργάνωση σκέψης. Με την έγκαιρη και σωστή θεραπεία καθώς και με τις σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν την εκπαίδευση, τη φροντίδα και την βοήθεια για ανάκτηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ασθενών, μπορούν να καταπολεμηθούν τα περισσότερα από τα συμπτώματα και να επανέλθει κατά έναν μεγάλο βαθμό η λειτουργικότητα του ατόμου.

Συμπεράσματα: Με τις κατάλληλες ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ώστε ο ασθενής να μπορέσει να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, παρά την ασθένειά του. Λαμβάνοντας την σωστή φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη, η πορεία της σχιζοφρένειας μπορεί να βελτιωθεί σε σημαντικό βαθμό. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο έχουν η έγκαιρη διάγνωση και η νοσηλευτική φροντίδα μετά από κάθε επεισόδιο, καθώς και το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενή.

Λέξεις-κλειδιά: Σχιζοφρένεια, Νοσηλευτική, Ψυχική υγεία, Ψυχική νόσος, Φροντίδα.

Abstract

Background: Schizophrenia is a serious brain illness that causes disturbances in thinking, perception, emotional state and behavior of the patient with serious impact on his/her everyday personal, social and professional life.

Aim: The purpose of this thesis is to review schizophrenia and its symptoms, its course and treatment as well as the nursing care during treatment and recovery and how nurses can help the patient gain his/ her functionality.

Methodology: A critical review of the literature's data has been conducted through the electronic databases PubMed and Google Scholar and at the library of TEI of Western Greece. Information was selected from books and articles, published since 2010. The keywords that were used are «schizophrenia», «nursing», «mental health», «mental illness», «care».

Results: Schizophrenia is a serious and very frequent illness with bad effects on patient's health and life. It manifests itself in a set of symptoms like disturbances in perception, thinking and behavior. Patients experience hallucinations, delusions, disorganized thinking. With timely and proper treatment and with major nursing interventions related to education, care and recovery of communication skills of patients, can eliminate most of the symptoms can be eliminated and disappear and the patient's functionality can be gained to a great extent.

Conclusions: Medical and nursing interventions can relieve the patients from their symptoms, so that they can live a normal, life despite their illness. Receiving the appropriate medication in conjunction with psychosocial support, schizophrenia can be treated significantly. Early diagnosis and nursing care after each episode, as well as a supporting environment for the patient play a particularly important role on the disease's course.

Key words: Schizophrenia, Nursing, Mental health, Mental illness, Care.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Πρόλογος.....	3
Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Εισαγωγή.....	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Ιστορική αναδρομή του όρου Σχιζοφρένεια.....	10
1.1. Ορισμοί σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών.....	10
1.2. Τύποι της σχιζοφρένειας.....	10
1.2.1. Χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας.....	12
1.2.2. Συμπτώματα της σχιζοφρένειας.....	12
1.2.3. Αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.....	13
1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	13
1.4. Αιτιολογία και πορεία.....	14
1.5. Κλινικά ευρήματα.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

2. Γενετικοί παράγοντες.....	17
2.1. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	17
2.2. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	18
2.3. Ψυχολογικές διαταραχές και χρήση ουσιών.....	18
2.3.1. Χρήση και ασφάλεια αντιψυχωτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης..	18
2.3.2. Φάρμακα.....	19
2.3.3. Χρήση Κάνναβης και αλκοολικών ουσιών.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3. Διάγνωση.....	22
3.1. Διάγνωση ψυχωτικής διάστασης.....	22
3.1.1. Διάγνωση της αποδιοργάνωσης.....	24
3.1.2. Διάγνωση διάστασης των αρνητικών συμπτωμάτων.....	26
3.2. Διαγνωστικά κριτήρια με το σύστημα DSM-V.....	26
3.3. Τύποι της Σχιζοφρένειας.....	27
3.4. Θεραπεία.....	28
3.4.1. Αντιψυχωσικά φάρμακα.....	29
3.4.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	29
3.4.3. Διαχείριση της ασθένειας.....	29
3.4.4. Επανένταξη.....	30
3.4.5. Ο ρόλος της οικογένειας στην θεραπεία της σχιζοφρένειας.....	30
3.4.6. Ομάδες αυτοβοήθειας.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΧΡΟΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών.....	32
4.1. Εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης.....	32
4.1.1. Εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών.....	32
4.1.2. Καταγραφή των διαταραχών στην κινητική συμπεριφορά και στην λειτουργικότητα.....	33
4.1.3. Καταγραφή λήψης φαρμάκων και οικογενειακού ιστορικού.....	33
4.1.4. Αξιολόγηση περιβάλλοντος.....	33
4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.....	34
4.2.1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με υπερδιέγερση.....	34
4.2.2. Νοσηλευτική φροντίδα κατατονικού ασθενούς.....	34
4.2.3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις.....	35
4.2.4. Νοσηλευτική φροντίδα διαταραχών στην σκέψη και την επικοινωνία.....	35
4.2.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φαρμακευτική αγωγή.....	36
4.2.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινωνική αλληλεπίδραση.....	36

4.2.7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των υποτροπών.....	37
4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην κοινότητα.....	37
4.3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.....	38
4.3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινωνία.....	38
4.4. Νοσηλευτική εκτίμηση περιστατικών με σχιζοφρένεια.....	39
4.4.1. Ανάλυση πρώτου περιστατικού.....	39
4.4.2. Ανάλυση δεύτερου περιστατικού.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	46

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία πρόκειται να αναλυθεί η ασθένεια της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις σοβαρότερες και ιδιαίτερα συχνές διαταραχές της εποχής μας, με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, την αντίληψη και την λειτουργικότητα των ασθενών. Η νόσος εκδηλώνεται με μια σειρά συμπτωμάτων, με κυριότερα και πιο χαρακτηριστικά τις ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες, το επίπεδο συναίσθημα, την αβουλησία και την κοινωνική απόσυρση. Σύμφωνα με έρευνες, 1 στα 100 άτομα παγκοσμίως, θα νοσήσει κάποια στιγμή από σχιζοφρένεια. Η ασθένεια συναντάται σε όλο τον κόσμο, ανεξαρτήτως φυλής, θρησκευτικών πεποιθήσεων και κοινωνικο-οικονομικής τάξης.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την ασθένεια της σχιζοφρένειας και το ρόλο του νοσηλευτή στην προαγωγή της ανάρρωσης και τη φροντίδα των ασθενών. Αρχικά αναλύεται ο όρος σχιζοφρένεια, ορίζονται τα συμπτώματά της και επεξηγούνται τα κριτήρια με τα οποία γίνεται η τελική διάγνωση της νόσου. Στη συνέχεια, εξηγούνται οι αιτίες και οι προδιαθέσεις που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου, καθώς και η συχνότητα και η επιδημιολογία της στα διάφορα κοινωνικά στρώματα και στις περιοχές ανά τον κόσμο. Αμέσως μετά, διατυπώνονται όλες οι έγκαιρες, σύγχρονες και αποτελεσματικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου των ασθενών. Επιπλέον, διευκρινίζεται ο ιδιαίτερα, σημαντικός ρόλος που έχουν οι νοσηλευτές σε όλη την πορεία της ανάρρωσης και της αποκατάστασης των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα:

Στο 1^ο Κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα γενικά στοιχεία της σχιζοφρένειας όπως για παράδειγμα είναι η επιδημιολογία, οι αιτιολογικοί παράγοντες καθώς επίσης και τα κλινικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας.

Στο 2^ο Κεφάλαιο εξετάζονται οι αιτιολογικοί παράγοντες της σχιζοφρένειας στα ενήλικα άτομα. Αρχικά, επισημαίνονται οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι ψυχολογικές διαταραχές, τα φάρμακα, η χρήση κάνναβης καθώς επίσης και η χρήση αλκοολικών ουσιών.

Το 3^ο Κεφάλαιο επικεντρώνεται στις διαγνωστικές προσεγγίσεις της σχιζοφρένειας σύμφωνα με το DSM 5 και τους τύπους από τους οποίους αποτελείται. Επίσης εστιάζει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, σύμφωνα με τα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα.

Στο 4^ο Κεφάλαιο τονίζεται η σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση στα σχιζοφρενή άτομα. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή με σχιζοφρένεια και ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομειακό χώρο. Επίσης, το ενδιαφέρον στρέφεται στη σωστή χορήγηση των αντιψυχωτικών φαρμάκων καθώς και στις ευθύνες του νοσηλευτικού προσωπικού στον χώρο εργασίας. Συγκεφαλαιώνοντας, αναφέρεται η νοσηλευτική διεργασία στην φροντίδα σχιζοφρενών ασθενών.

Συμπερασματικά, στο 5^ο Κεφάλαιο η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία επιχειρεί να διαφωτίσει όσο το δυνατόν περισσότερο τα προαναφερθέντα ζητήματα έχοντας ως στόχο τη βαθύτερη κατανόηση και γνώση της Σχιζοφρένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Ιστορική αναδρομή του όρου Σχιζοφρένεια

Σύμφωνα με τον Γρηγόριο Καζαντζή, οι ψυχικές διαταραχές, αναγνωρίστηκαν ως ασθένειες, κατά το δεύτερο μισό του 18ου αιώνα, χάρη στο κίνημα του διαφωτισμού (Heinz, 2014). Η σχιζοφρένεια στη συνέχεια πέρασε από διάφορα στάδια, ως ψυχιατρική νοσολογική ασθένεια. Οι Pinel (1745-1826) και Morel (1860), ήταν οι πρώτοι ψυχίατροι που περιέγραψαν τις πρώτες κλινικές εικόνες.

Πιο συγκεκριμένα, ο δεύτερος δημιούργησε τον όρο «dementia praecox», δηλαδή «πρώιμη άνοια» και διαχώρισε μια μεγάλη ομάδα σχιζοφρενικών ψυχώσεων, σε ηλικιακά πρώιμες και όψιμες. Στη συνέχεια, ο Kraepelin, δημιούργησε μία συστηματική περιγραφή των βασικών μορφών σχιζοφρένειας: αυτισμός (autism), αμφιθυμία (ambivalence), άμβλυνση του συναισθήματος (blunted affect) ασυναρτησία (loose of associations) (Heinz, 2014). Κατά τα επόμενα χρόνια, πρόβαλε η ανάγκη μιας ταξινόμησης, για τη διαφοροποίηση κλινικών τύπων, με βάση τόσο τη συμπτωματολογία, όσο και την πορεία, με σκοπό την αναγνώριση ιάσιμων μορφών, με ευνοϊκή πρόγνωση.

1.1. Ορισμοί σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια νόσος του εγκεφάλου που προσβάλλει περίπου το 1% των ανθρώπων παγκοσμίως. Είναι ελάχιστα κατανοητή από το ευρύ κοινό και συνδυάζεται με πολλές παρανοήσεις και διαστρεβλώσεις που δημιουργούν προβλήματα στους πάσχοντες και στις οικογένειές τους.

Η σχιζοφρένεια αναφέρεται σε μια ψυχωτική πάθηση κατά την οποία οι αλλαγές στη συμπεριφορά ή στα συμπτώματα εξακολουθούν να υπάρχουν τουλάχιστον για έξι μήνες αν και αυτό διαφέρει από άτομο σε άτομο. Αντίθετα με παλιότερες πεποιθήσεις, άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή καταφέρνουν και αναρρώνουν πλήρως έχοντας μια ολοκληρωμένη και ευτυχισμένη ζωή (EPPIC, 2000). Πρόκειται για σύνδρομο κατά το οποίο υφίσταται έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με βλαβερό τρόπο για τη ζωή του. Παρατηρούνται διαταραχές στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και την ψυχοκινητικότητα (Owen, 2014).

1.2. Τύποι της σχιζοφρένειας

Οι τύποι της σχιζοφρένειας είναι οι εξής:

1) Παρανοϊκός τύπος

Η παρανοϊκή σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ακραία καχυποψία για τους άλλους και από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις διακτικού ή μεγαλοπρεπή χαρακτήρα, αλλά και συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις ή προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες. Το άτομο μπορεί να είναι συχνά τεταμένο, διαλεκτικό, εχθρικό και επιθετικό. Αυτό είναι αρκετά δύσκολο για

αυτούς, ιδιαίτερα επειδή δεν μπορούν να κρατήσουν μια δουλειά, να έχουν φίλιες, ή ακόμη και να πάνε στο γιατρό. Αρχίζει συνήθως μετά την ηλικία των 30 ετών. Αν και είναι μια δια βίου ασθένεια, η λήψη φαρμάκων και η αναζήτηση κατάλληλης βοήθειας μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή να κάνουν τη ζωή τους πιο εύκολη. Η λειτουργικότητα του ασθενή στον παρανοϊκό τύπο επηρεάζεται συνήθως λιγότερο από ό,τι στον κατατονικό ή στον αποδιοργανωτικό τύπο και οι πάσχοντες μπορεί να λειτουργούν καλά σε κοινωνικές και επαγγελματικές καταστάσεις. Έτσι, μπορεί ακόμα και να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται.

2) Αποδιοργανωτικός τύπος

Η συμπεριφορά είναι συνήθως οπισθοδρομική και πρωτόγονη. Κοινά χαρακτηριστικά είναι η ανοησία, το άτοπο ασύμβατο γέλιο με το περιεχόμενο των λεγόμενων του, οι γκριμάτσες του προσώπου, και η ακραία κοινωνική απόσυρση. Η επικοινωνία είναι σταθερά ασυνάρτητη. Εμφανίζεται συνήθως σε ηλικίες από 15 έως 25 έτη. Το βασικό χαρακτηριστικό που τον διαφοροποιεί από τους άλλους τύπους είναι η ιδιαίτερα παράξενη και ανάρμοστη συμπεριφορά, που αποδεικνύεται να είναι άσκοπη, όπως για παράδειγμα να περπατάει γύρω στο δωμάτιο.

3) Κατατονικός τύπος

Η κατατονική σχιζοφρένεια εκδηλώνεται με δύο ακραίες μορφές, αντίθετες μεταξύ τους: με λήθαργο ή με διέγερση. Στην πρώτη περίπτωση, σημειώνεται ψυχοκινητική καθυστέρηση, αλαλία, ποζάρισμα, αρνητισμός, ακαμψία και μείωση της κινητικότητας του ατόμου σε σημείο που να μην κάνει καμία κίνηση. Στη δεύτερη περίπτωση σημειώνεται υπερδιέγερση, που οδηγεί σε εξάντληση ή σε βλάβη του εαυτού τους ή άλλων σε περίπτωση που δεν κατασταλεί. Μπορεί να παρατηρηθεί ηχολαλία με επανάληψη όσων ακούει ή και μίμηση των κινήσεων.

4) Αδιαφοροποίητος τύπος

Διαγιγνώσκονται οι περιπτώσεις όπου υπάρχει έλλειψη κατατονίας, παράνοιας ή αποδιοργανωμένου λόγου που συχνά μοιάζει με άλλες ασθένειες. Χαρακτηρίζεται από έντονα αποδιοργανωμένες συμπεριφορές και ψυχωτικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, ασυναρτησία, που μπορεί να εμφανίζονται στις άλλες κατηγορίες.

5) Υπολειμματικός τύπος

Η συμπεριφορά είναι εκκεντρική, αλλά τα ψυχωτικά συμπτώματα, αν υπάρχουν, δεν είναι εμφανή. Τα θετικά συμπτώματα έχουν εξαλειφθεί εντελώς ενώ τα αρνητικά συνεχίζουν να υπάρχουν. Ακόμα και αν επανέλθουν είναι σε πολύ ήπια μορφή. Χαρακτηριστικά στοιχεία είναι η κοινωνική απόσυρση και η ανάρμοστη συμπεριφορά. Ο ασθενής έχει ιστορικό από τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας στο οποίο τα ψυχωτικά συμπτώματα ήταν εμφανή (Κούκια, 2015).

1.2.1. Χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας

Τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας είναι τα εξής:

1. Συνήθως τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται στο τέλος της εφηβείας και στην αρχή της ενήλικης ζωής.
2. Οι γυναίκες και οι άνδρες νοσούν στον ίδιο βαθμό.
3. Η πορεία της ποικίλει από την πλήρη ίαση στη χρονιότητα με πολλαπλές υποτροπές.
4. Μπορεί να συνδυάζεται με χρήση ουσιών και καταθλιπτικά συμπτώματα.
5. Η επικράτηση στον γενικό πληθυσμό είναι 1%.
6. Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες βιολογικούς και ψυχοδυναμικούς. Η υπόθεση της ντοπαμίνης (η σχιζοφρένεια ως αποτέλεσμα αυξημένης βιοδιαθεσιμότητας της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο) αποτελεί την πιο διαδεδομένη αιτιολογική υπόθεση.
7. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν κύριο τρόπο αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας (Hui et al., 2016).

1.2.2. Συμπτώματα της σχιζοφρένειας

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι τα εξής:

Τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας δηλώνουν διαταραχή στην ομαλή λειτουργία ενός ατόμου και αποτελούν τα αρχικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας που έχουν ανάγκη για νοσηλεία. Αρχικά πρόκειται για παραληρητικές ιδέες διάφορων ειδών (μεγαλείου, δικωτικές κ.τ.λ.), ενώ χαρακτηριστική είναι και η εκπομπή, η παρεμβολή και ο έλεγχος των σκέψεων στα οποία ο ασθενής πιστεύει ότι ο περίγυρός του μπορεί να διαβάσει και να ελέγξει τις σκέψεις του.

Άλλα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι οι ψευδαισθήσεις και η ψύχωση, κατάσταση στην οποία ο ασθενής δεν μπορεί να διαχωρίσει την πραγματικότητα από τις προσωπικές του αντιλήψεις. Ο ασθενής έχει παράξενη αλλά και επιθετική συμπεριφορά και παρουσιάζει διαταραχές στην δομή της σκέψης. Μπορεί να επαναλαμβάνει λέξεις άλλων ανθρώπων χωρίς κάποιο λογικό σκοπό (ηχωλαλία), να μιμείται άσκοπα τις κινήσεις των άλλων (ηχωπραξία), να παρουσιάζει παράλογο τρόπο σκέψης και να χρησιμοποιεί λέξεις που ο ίδιος έχει επινοήσει (νεολογισμοί) και τέλος να συνδυάζει τις λέξεις σε μια πρόταση με τέτοιο τρόπο που να μην έχουν κανένα νόημα (γλωσσική σαλάτα).

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας δηλώνουν απώλεια μιας φυσιολογικής ψυχικής λειτουργίας που αναπτύσσονται προοδευτικά και περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Το άτομο παρουσιάζει ανηδονία, δηλαδή μειωμένη ικανότητα να βιώνει ευχαρίστηση και αλογία, δηλαδή να έχει φτωχό λόγο. Μπορεί το άτομο να διακατέχεται από αβουλησία, δηλαδή απουσία κινήτρων και στόχων και αμφιθυμία, δηλαδή αδυναμία του ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις. Στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνονται και οι διαταραχές του

συναισθήματος, η κοινωνική απόσυρση, η εξάρτηση από άλλα άτομα και τέλος η απουσία ορίων του εαυτού και διαταραχές στον ύπνο (Cioffi, 2013).

1.2.3. Αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας

Η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας είναι η εξής (Heinz, 2014):

1. Μικρής διάρκειας ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.
2. Μεγάλης διάρκειας ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.
3. Κοινωνική φροντίδα:
 - Ξενώνες- οικοτροφείο- προστατευμένο διαμέρισμα.
 - Νοσοκομείο ημέρας.
 - Ψυχο-εκπαιδευτικά προγράμματα.
 - Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
 - Επαγγελματική αποκατάσταση.
4. Ψυχοθεραπεία:
 - Ατομική ψυχοθεραπεία.
 - Ομαδική ψυχοθεραπεία.
 - Συμπεριφορική θεραπεία.
5. Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.
6. Οικογενειακή θεραπεία.
7. Θεραπεία περιβάλλοντος.
8. Αντιψυχωσικά φάρμακα.

1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία

Την τελευταία δεκαετία, έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην κατανόηση των επιδημιολογικών στοιχείων της νόσου. Η επίπτωση της σχιζοφρένειας στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%. Ίσως η πιο ολοκληρωμένη μελέτη που το αποδεικνύει προέρχεται από τη Φινλανδία, όπου σύμφωνα με τα κριτήρια του συστήματος DSM-V υπολογίστηκε ότι η εκτιμώμενη επικράτηση είναι 0,87% για τη σχιζοφρένεια, και 0,32% για την σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (Doran, 2013). Για πολλά χρόνια κυριαρχούσε η άποψη ότι η συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας ήταν σταθερή τόσο γεωγραφικά όσο και χρονικά. Ωστόσο, τώρα ξέρουμε ότι αυτό δεν ισχύει, καθώς μια μελέτη έδειξε ότι οι τιμές για τη συχνότητα της σχιζοφρένειας κυμαίνονται από 7,7 έως 43,0 ανά 100.000 άτομα, ποσοστά που εμφανίζουν σχεδόν πενταπλάσια διαφορά.

Παρόλο που δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά στα ποσοστά εμφάνισης μεταξύ των δύο φύλων, οι άνδρες έχουν μικρότερη μέση ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων

σε σχέση με τις γυναίκες, γεγονός που τους κάνει πιο ευάλωτους. Πιο συγκεκριμένα, η μέση ηλικία εμφάνισης για τους άνδρες είναι από τα 20-24 έτη ενώ για τις γυναίκες από τα 29-32 έτη. Επίσης, στους άνδρες τα συμπτώματα είναι εντονότερα, πιθανά λόγω αυξημένης ευαισθησίας του εγκεφάλου τους σε νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Doran, 2013). Σε ό,τι αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, μελέτες έδειξαν ότι στις αστικές περιοχές τα ποσοστά εμφάνισης σχιζοφρένειας είναι πιο υψηλά. Η πιθανή εξήγηση σε αυτό είναι ότι στις πόλεις υπάρχει περισσότερο άγχος στην καθημερινότητα, γεγονός που φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα που εμφανίζουν τη νόσο είναι πιο πιθανό να μετακινηθούν σε μία μεγάλη πόλη προκειμένου να αναζητήσουν θεραπεία ή να διατηρήσουν την ανωνυμία τους (Heinz, 2014).

1.4. Αιτιολογία και πορεία

Τα αίτια που προκαλούν την σχιζοφρένεια δεν είναι γνωστά, ακόμα και η ιατρική αδυνατεί να την περιγράψει με ακρίβεια. Σε αυτό το κεφάλαιο θα μελετηθούν λεπτομερώς τα αίτια που πιθανολογούνται στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Επιπλέον, έχουν αναφερθεί και θεωρίες για την ντοπαμίνη, έχουν γίνει μελέτες υιοθεσίας ενώ ακόμα και οι ιογενείς λοιμώξεις έχουν χαρακτηριστεί ως πιθανό αίτιο σχιζοφρένειας όπως και οι διαταραχές στην δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου (Owen et al., 2014).

Η σχιζοφρένεια ξεκινά από την εφηβική ή νεανική ηλικία και εμφανίζεται πρώτα στους άντρες και μετά στις γυναίκες. Η έναρξη της ασθένειας μπορεί να είναι οξεία και άμεση ή ήπια και ύπουλη και μπορεί να επισπευστεί από γεγονότα που δεν μπορούν να διαχειριστούν οι άνθρωποι, όπως οι εισαγωγικές εξετάσεις για το πανεπιστήμιο. Η σχιζοφρένεια διακρίνεται σε τρεις φάσεις: την πρόδρομη φάση που είναι η έναρξη των πρόδρομων συμπτωμάτων, την ενεργό φάση που είναι η φάση που εκδηλώνεται η ασθένεια και τέλος την υπολειμματική φάση που ακολουθεί την ενεργό φάση.

Τόσο στην πρόδρομη όσο και στην υπολειμματική φάση τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας συνεχίζουν να υπάρχουν χωρίς ωστόσο να επηρεάζουν την επαφή του ατόμου με την πραγματικότητα. Μετά το τέλος ενός επεισοδίου ακολουθεί μια περίοδος ύφεσης που δεν εμφανίζεται κανένα σύμπτωμα της ασθένειας και η έναρξη ενός νέου κύκλου επεισοδίου, δηλαδή έχουμε υποτροπή της ασθένειας. Στα πρώτα δύο χρόνια, οι πιθανότητες υποτροπής για ασθενείς που λαμβάνουν κανονικά την φαρμακευτική τους αγωγή ανέρχονται στο 40%, σε αντίθεση με όσους διακόπτουν την αγωγή και το ποσοστό φτάνει το 80%. Η διάρκεια ζωής των ασθενών είναι μικρότερη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό και ένα ποσοστό των ασθενών καταλήγει στην αυτοκτονία (Doran, 2013).

Η πορεία της σχιζοφρένειας, χαρακτηρίζεται ως χρόνια, όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων (πρόδρομης, ενεργής ή υπολειμματικής φάσης) είναι μεγαλύτερη από δύο χρόνια και ως υποχρόνια αν είναι μικρότερη. Η Σύγχρονη Ψυχιατρική, αναφέρει πως η ασθένεια χαρακτηρίζεται ως «σε παρόξυνση» ή «σε ύφεση», ανάλογα με την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων ή την εξάλειψη προϋπαρχόντων αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων της νόσου, οι ασθενείς, είτε γίνονται ασυμπτωματικοί στους πρώτους τρεις μήνες, είτε ζουν εξωνοσοκομειακά. Μικρό ποσοστό (30%) παρουσιάζουν οι ασθενείς που διακινούνται μεταξύ του νοσοκομείου και των φροντίδων της κοινότητας και ακόμη μικρότερο (10%), ζει μόνιμα ενδονοσοκομειακά (Doran, 2013).

1.5. Κλινικά ευρήματα

Η έναρξη της νόσου μπορεί να είναι οξεία ή ύπουλη και προοδευτική. Στην οξεία έναρξη της ασθένειας παρατηρείται μια μορφή παραληρητικού συνδρόμου και ο ασθενής παρουσιάζει κυρίως ακουστικές ψευδαισθήσεις. Πρόδρομο σημάδι εμφάνισης της ασθένειας είναι οι νύχτες που ο ασθενής παραμένει ξάγρυπνος. Στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας, η διάγνωση γίνεται γρηγορότερα ενώ στην προοδευτική και ύπουλη φάση καθυστερεί αρκετά. Οι ασθενείς παρουσιάζουν προοδευτικά έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, αλλάζει ο χαρακτήρας τους και συχνά εγκαταλείπουν ασχολίες που παλαιότερα τους άρεσαν. Σε αυτήν την φάση αυξάνεται το ενδιαφέρον των ατόμων για μεταφυσικά φαινόμενα ενώ μπορεί να εμφανιστούν και συμπτώματα νευρώσεων όπως το άγχος και η υστερία. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Δεν βιώνουν όλοι οι ασθενείς τα συμπτώματα με την ίδια ένταση και δεν είναι απαραίτητο να βιώσουν όλα τα συμπτώματα του σχιζοφρενικού φάσματος (Shah, 2013).

Στην Ελλάδα, ο υπολογιζόμενος αριθμός ασθενών ηλικίας 15-65 ετών ανέρχεται στις 100.000. Από τους ασθενείς αυτούς εκτιμάται ότι το 10% έχουν ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι 1,4:1 και η νόσος συνήθως εισβάλλει μεταξύ των ηλικιών 15-35 ετών, σπάνια 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 ασθένειας στις γυναίκες. Με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση να έχει μείνει ατελής, στην Ελλάδα και τα επιδόματα και τις συντάξεις αναπηρίας που συνεχώς μειώνονται, η κοινωνική επανένταξη των πασχόντων από σχιζοφρένεια διέρχεται κρίση.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια πεθαίνουν 15-20 χρόνια νωρίτερα από τον γενικό πληθυσμό, καθώς η νόσος αποτελεί μια από τις 10 συχνότερες αιτίες αναπηρίας. Όπως εξηγεί ο καθηγητής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και πρόεδρος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ψυχικής Υγείας, Γεώργιος Χριστοδούλου, «είναι σκανδαλώδες το γεγονός ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν τυγχάνουν της ίδιας φροντίδας με όλους εμάς. Αντιμετωπίζονται ως παιδιά ενός κατώτερου Θεού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η υγεία τους να είναι παραμελημένη και τελικά να πεθαίνουν πρόωρα». Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν μικρό προσδόκιμο ζωής. Αυτό κυρίως αποδίδεται στα εξής:

- Στην αυτοχειρία, καθώς το 50% κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ το 5-10% τελικά αυτοκτονεί.
- Στην υποδιάγνωση των συνοδών σωματικών παθήσεων, αφού σπάνια υποβάλλονται σε θεραπεία για καρδιαγγειακά νοσήματα και σπάνια νοσηλεύονται για επιπλοκές του διαβήτη, ενώ δεν προφυλάσσονται από τη χρήση ουσιών.
- Στο κάπνισμα, καθώς το 88% των πασχόντων στις Η.Π.Α. είναι καπνιστές, όπως και το 65% των Βρετανών ασθενών.
- Στην παχυσαρκία.
- Στις κακές συνθήκες προσωπικής υγιεινής.
- Στην ελλιπή πρόσβαση σε δομές ψυχικής και σωματικής υγείας.
- Στις παρενέργειες των φαρμάκων.

Εκτός από τους ασθενείς, κοινωνικό αποκλεισμό και ψυχικό πόνο βιώνουν και οι οικογένειές τους, αλλά και οι επαγγελματίες της Ψυχικής Υγείας. Το 90% των γονέων ασθενών με σχιζοφρένεια ανησυχεί, τι θα απογίνει το παιδί τους, όταν εκείνοι θα έχουν φύγει από τη ζωή. Στόχος, λοιπόν, της Σύγχρονης Ψυχιατρικής είναι η επίτευξη της αυτονομίας του ασθενή μέσω φαρμακευτικής αγωγής και συμπεριφορικών παρεμβάσεων. Μάλιστα, έχει αποδειχθεί ότι το κόστος της θεραπείας είναι σαφώς μικρότερο από τις νοσηλείες.

Ο αναπληρωτής καθηγητής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Πρόεδρος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, Δημήτρης Πλουμπίδης, συμπληρώνει ότι *«αν και στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έμεινε ημιτελής, οι ασθενείς έχουν καταφέρει πλέον να ζουν εντός της κοινότητας, λόγω των φαρμάκων, τα οποία δεν είναι τόσο ακριβά και έχουν λιγότερες παρενέργειες»* (Κούκια, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

2. Γενετικοί παράγοντες

Ο πιο ευρέως συζητήσιμος παράγοντας κινδύνου για τη σχιζοφρένεια είναι ένα οικογενειακό ιστορικό της διαταραχής με πάσχοντα κάποιο συγγενή πρώτου βαθμού. Μελέτες διδύμων και μελέτες υιοθεσίας έχουν δείξει ότι ο βαθμός επιρροής των γενετικών παραγόντων είναι μεγαλύτερος από του οικογενειακού περιβάλλοντος. Υποθέτοντας ένα μοντέλο στο οποίο τα γονίδια και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δρουν προσθετικά, η οικογενής μορφή της σχιζοφρένειας υπολογίζεται να είναι μεταξύ 66% και 83%.

Το γεγονός όμως ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι δεν εμφανίζουν στο 100% των περιπτώσεων και οι δύο την σχιζοφρένεια, είναι η απόδειξη πως δεν πρόκειται για καθαρά νόσο με κληρονομικό χαρακτήρα. Θεωρείται ότι εμπλέκεται ένας μεγάλος αριθμός γονιδίων με πολύ μικρή επίδραση το καθένα.

Έχουν γίνει πολυάριθμες προσπάθειες για την ταυτοποίηση των εμπλεκόμενων γονιδίων μέσω μελετών σύνδεσης, μελετών υποψηφίων γονιδίων και ολογονιδιωματικών μελετών σύνδεσης (Owen, 2014).

2.1. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το πότε συμβαίνουν (Doran, 2013):

- Πρώιμα γεγονότα της βρεφικής ή παιδικής ηλικίας που επηρεάζουν την εγκεφαλική ανάπτυξη (π.χ. περιγεννητική υποξία).
- Γεγονότα που προκύπτουν αργότερα, ειδικότερα στη διάρκεια της εφηβείας, και επομένως εγγύτερα στην έναρξη της σχιζοφρένειας (π.χ. θάνατος στην οικογένεια, αποχωρισμός από την οικογένεια). Είναι ξεκάθαρο ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας δεδομένου ότι ο γενετικός κίνδυνος ανάπτυξης σχιζοφρένειας είναι μικρότερος από τον θεωρητικά αναμενόμενο κίνδυνο. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν βιολογικά, σωματικά και ψυχοκοινωνικά γεγονότα τα οποία το άτομο αντιλαμβάνεται από τη στιγμή της σύλληψης μέσω της προγεννητικής ανάπτυξης, γέννησης κι επακόλουθης ανάπτυξης. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Κάποιοι από αυτούς είναι:
 - Οι επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό.
 - Οι προγεννητικές και παιδικές λοιμώξεις.
 - Η εποχή γέννησης.
 - Ο τόπος γέννησης και η διαμονή σε αστικό περιβάλλον.
 - Διάφοροι άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

2.2. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Μελέτες έχουν δείξει ότι όσοι γεννήθηκαν ή μεγάλωσαν σε πόλεις έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν σχιζοφρένεια, και πιο συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερη είναι η πόλη, τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι η κοινωνική απομόνωση -στέρηση που σημειώνεται στα μεγάλα αστικά κέντρα.

2.3. Ψυχολογικές διαταραχές και χρήση ουσιών

2.3.1. Χρήση και ασφάλεια αντιψυχωτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Η σχιζοφρένεια επιδρά γενικότερο στο πλήθος από 1-2%. Ασκει επιδράσεις και στα δύο φύλα το ίδιο συχνά και παρουσιάζεται σε κάθε κοινωνία και πολιτισμό. Συνηθίζει να εμφανίζεται σε ηλικία 25-35 ετών, στην οποία περιλαμβάνονται τα χρόνια αναπαραγωγής. Ο γυναικείος πληθυσμός που πάσχει από διαταραχές ψυχικού χαρακτήρα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να εγκυμονήσει ανεπιθύμητα συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό των γυναικών. Η αντιψυχωτική αγωγή φαρμάκων παρέχεται πέρα από τη σχιζοφρένεια και σε άλλες ψυχικές διαταραχές.

Συνεπώς, όσες γυναίκες δέχονται φαρμακευτική αγωγή εξαιτίας των ψυχικών διαταραχών που τις διακατέχουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να εγκυμονήσουν. Παίζει σημαντικό ρόλο η εκτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια που εγκυμονούν αυτές οι γυναίκες, καθώς δεν είναι δυνατή η διακοπή της φαρμακευτικής τους αγωγής, διότι κάτι τέτοιο θα επιδράσει αρνητικά στην καθημερινότητα τους και στην έγνοια για το βρέφος (Gill et al., 2016).

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα τελευταία στοιχεία σχετικά με το πόσο ασφαλή είναι τα φάρμακα αντιψυχωτικού τύπου που παρέχονται σε εγκύους που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή. Περιεχόμενο αυτών είναι τα πρώτης γενιάς αντιψυχωτικά: (π.χ. χλωροπρομαζίνη, προμεθαζίνη, αλοπεριδόλη, περφεναζίνη, τριφλουπεραζίνη, προχλωροπεραζίνη, λοξαπίνη, φλουπενθιζόλη, φλουφεναζίνη, τριοριδαζίνη) και τα δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικά (π.χ. ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, κλοζαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπρασιδόνη, παλιπεριδόνη). Έως τώρα δεν έχει παρατηρηθεί να έχει φέρει αρνητικά αποτελέσματα η αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή κατά την εγκυμοσύνη. Όμως, δεν παρέχονται πολλά στοιχεία λόγω της μη ύπαρξης κατάλληλα οργανωμένων ερευνών.

Συνεπώς, τα στοιχεία που παρέχονται έως τώρα δεν πρέπει να θεωρηθούν απόλυτα αξιόπιστα, διότι χρειάζεται να πραγματοποιηθούν και άλλες μελέτες. Ο γυναικείος πληθυσμός που πρέπει να δεχθεί φαρμακευτική αγωγή οφείλει να ενημερώνεται από το γιατρό του για την θετικά και τα αρνητικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει η φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια που εγκυμονεί και κατά πόσο πρέπει να συνεχίζεται αυτή η αγωγή, τα στοιχεία που δίνονται εδώ ίσως αποτελέσουν βοήθεια για την απόφαση που θα ληφθεί. (Mestdagh et al., 2013).

2.3.2. Φάρμακα

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας εμπίπτουν γενικά σε δύο κατηγορίες:

- Τυπικά αντιψυχωτικά (παλαιότερα αναφέρονταν ως νευροληπτικά).
- Νεότερα αντιψυχωτικά (αναφέρονται επίσης και ως δεύτερης γενιάς ή ‘άτυπα’ αντιψυχωτικά).

Τα πρώτα τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα εισήχθησαν στην κλινική πρακτική από τις αρχές μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '50. Ο όρος ‘τυπικά’ (ή ‘παραδοσιακά’ ή ‘συμβατικά’) αντιψυχωτικά, χρησιμοποιείται για όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα που παρήχθησαν πριν την εισαγωγή της κλοζαπίνης. Αυτά τα αντιψυχωτικά ονομαζόνταν στο παρελθόν νευροληπτικά, εξ αιτίας των χαρακτηριστικών εξωπυραμιδικών παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένης της δυστονίας, του παρκινσονισμού, της δυσκινησίας και της ακαθισίας. Αυτά τα φάρμακα έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για την μείωση και μερικές φορές την απάλειψη των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η διαταραχή της σκέψης, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες. Μπορούν επίσης να μειώσουν και άλλα σχετικά συμπτώματα όπως η διέγερση, οι παρορμήσεις και η επιθετικότητα. Δυστυχώς δεν φαίνεται να είναι το ίδιο αποτελεσματικά και στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση και η πενία ιδεών. Αν αυτά τα φάρμακα λαμβάνονται με συνέπεια μπορούν επίσης να ελαττώσουν τον κίνδυνο υποτροπών.

Η εισαγωγή αποτελεσματικών αντιψυχωτικών φαρμάκων κατέστησε πολύ πιο εφικτή την αντιμετώπιση ασθενών με σχιζοφρένεια μέσα στην κοινότητα, ενώ ταυτόχρονα αποφεύγεται η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. Η αντιψυχωτική αγωγή διευκολύνει τα άτομα με σχιζοφρένεια να ωφεληθούν ακόμα και από τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Ενώ τα προηγούμενα χρόνια η παραγωγή φαρμάκων εστίαζε στον περιορισμό των θετικών συμπτωμάτων όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, πιο πρόσφατα οι ερευνητές εργάζονται για την παραγωγή αντιψυχωτικών φαρμάκων με βελτιωμένη αποτελεσματικότητα και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά κατά των αρνητικών αλλά και των θετικών συμπτωμάτων και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, παράγοντες που είναι καθοριστικοί για τις νέες θεραπείες και τις προσπάθειες αποκατάστασης.

Η κλοζαπίνη ήταν το πρώτο αντιψυχωτικό που παρήχθη και προκαλεί πολύ λίγες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ΕΠΣ). Την κλοζαπίνη ακολούθησαν πολλά νέα φάρμακα που μοιράζονται το ίδιο πλεονέκτημα. Οι όροι ‘νεότερα’, ‘δευτέρας γενιάς’ ή ‘άτυπα’ αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται για τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας, με τον όρο ‘νέα’ να επικρατεί μιας και το ‘άτυπο’ είναι δύσκολο να περιγραφεί. Ο χαμηλότερος κίνδυνος πρόκλησης εξωπυραμιδικού συνδρόμου (ΕΠΣ) είναι το ορόσημο που χαρακτηρίζει τα νεότερα αντιψυχωτικά. Εμφανίζονται επίσης να υπερέχουν έναντι των παραδοσιακών αντιψυχωτικών στην μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων και την χαμηλότερη πρόκληση ή την ασήμαντη αύξηση των επιπέδων προλακτίνης (Doran, 2013).

2.3.3. Χρήση Κάνναβης και αλκοολικών ουσιών

Σημαντικές εγκεφαλικές βλάβες, μέσω των οποίων είναι πολύ πιθανό να οδηγηθούν στη σχιζοφρένεια, προκαλεί η συστηματική χρήση κάνναβης από έφηβους, όπως αποκάλυψε μεγάλη έρευνα που διεξήγαγε πανεπιστήμιο στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Οι ερευνητές δήλωσαν κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων τους, πως το ποσοστό εκτοξεύεται για τα άτομα που έχουν ούτως ή άλλως προδιάθεση λόγω του DNA τους. Ο Ασάφ Κέλερ, επικεφαλής του ινστιτούτου ερευνών του Ιατρικού Πανεπιστημίου στο Μέριλαντ, δήλωσε πως τα ποσοστά είναι πολύ υψηλά και οι συνέπειες είναι άμεσες, καθώς εκδηλώνονται τα αμέσως επόμενα χρόνια της ζωής των εφήβων.

Ειδικότερα, όπως ανέφερε, τα παιδιά που ξεκινούν να κάνουν χρήση μαριχουάνας πριν από τα 16 τους, παρουσιάζουν πολύ μεγάλες εγκεφαλικές αλλαγές, καταλήγοντας τα περισσότερα από αυτά σε διάφορες μορφές σχιζοφρένειας, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία βιώνει μία εικονική πραγματικότητα.

Η έρευνα έγινε σε ποντίκια επί 20 ημέρες, καθώς απαγορεύεται από το νόμο να χρησιμοποιηθούν άνθρωποι και ειδικότερα ανήλικοι. Τα συμπεράσματα, ωστόσο αναφέρονται σε ανθρώπους κατ' αναλογία και στόχος είναι να αναδείξει τις επιπτώσεις του ναρκωτικού, το οποίο είναι το πιο διαδεδομένο στην καθημερινότητα των ανθρώπων και έχει εντοπιστεί σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό στα σχολεία και στα κολέγια (Έρευνα: Η χρήση κάνναβης οδηγεί τους έφηβους στη σχιζοφρένεια).

Νέες ανακαλύψεις σχετικά με τη σχιζοφρένεια έγιναν τις τελευταίες μέρες. Αμερικανοί επιστήμονες έριξαν περισσότερο φως στο γενετικό υπόβαθρο της νόσου, ανακαλύπτοντας νέα πιθανώς εμπλεκόμενα γονίδια. Ταυτόχρονα, Δανοί επιστήμονες -σε δύο ξεχωριστές μελέτες- έδειξαν ότι τα ναρκωτικά και το αλκοόλ αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης σχιζοφρένειας ακόμη και πολύ αργότερα στη ζωή, καθώς επίσης ότι τα παιδιά που γεννιούνται από γονείς με τη νόσο, είναι πιθανότερο να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές έως την ηλικία των επτά ετών.

Οι ερευνητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια-Λος Άντζελες (UCLA), με επικεφαλής τον καθηγητή νευρολογίας και ψυχιατρικής Ντάνιελ Γκέρσουιντ, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό "Nature", έκαναν ένα περαιτέρω σημαντικό βήμα για την κατανόηση της βιολογίας της σχιζοφρένειας. Χρησιμοποιώντας εξελιγμένες τεχνικές ανάλυσης του DNA, εντόπισαν δεκάδες γονίδια και δύο σημαντικά βιολογικά «μονοπάτια», που πιθανώς εμπλέκονται στη νόσο.

Η σχιζοφρένεια πλήττει σχεδόν το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού, πάνω από 50 εκατομμύρια ανθρώπους. Οι αιτίες της δεν έχουν κατανοηθεί καλά μέχρι στιγμής (πιθανώς πηγάζουν από την αφύσικη ανάπτυξη του εγκεφαλικού φλοιού) και οι υπάρχουσες θεραπείες ανακουφίζουν τα συμπτώματα, αλλά δεν θεραπεύουν τη νόσο.

Θεωρείται κληρονομική πάθηση, που εμφανίζεται συχνά στα μέλη της ίδιας οικογένειας. Η νέα γενετική έρευνα συνέδεσε τη νόσο με μια σειρά από γονίδια που ρυθμίζουν υποδοχείς των εγκεφαλικών κυττάρων, οι οποίοι ενεργοποιούνται από το νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη. Επίσης, τη συσχέτισε με άλλα γονίδια που ρυθμίζουν την παραγωγή εγκεφαλικών κυττάρων, από τα οποία δημιουργείται ο εγκεφαλικός φλοιός στα πρώτα στάδια της ζωής. Τα γονίδια αυτά θα μελετηθούν πλέον περαιτέρω.

Η πρώτη δανική μελέτη, με επικεφαλής την καθηγήτρια Μερέτε Νόρντεντοφτ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Κοπεγχάγης, που παρουσιάστηκε στο ετήσιο συνέδριο της Διεθνούς Ένωσης Πρώιμης Ψύχωσης στο Μιλάνο, δείχνει ότι το αλκοόλ, η κάνναβη και άλλες παράνομες ναρκωτικές ουσίες μπορούν να αυξήσουν σημαντικά τον κίνδυνο σχιζοφρένειας.

Η ανάλυση των ιατρικών στοιχείων 3,13 εκατ. Δανών πολιτών, δείχνει ότι η χρήση κάνναβης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο διάγνωσης για σχιζοφρένεια κατά 5,2 φορές, του αλκοολισμού κατά 3,4 φορές, των παραισθησιογόνων ναρκωτικών κατά 1,9 φορές, των ηρεμιστικών κατά 1,7 φορές και των αμφεταμινών κατά 1,2 φορές.

Ο κίνδυνος για εκδήλωση σχιζοφρένειας είναι αυξημένος ακόμη και 10 έως 15 χρόνια μετά τη χρήση των παραπάνω ουσιών. Οι ερευνητές δεν απέκλεισαν πάντως ότι σε ορισμένες περιπτώσεις οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια τείνουν να κάνουν χρήση ουσιών και δεν είναι οι ουσίες που αποτελούν την αιτία για τη νόσο.

Μια άλλη έρευνα από τους ίδιους ερευνητές δείχνει ότι η χρήση κάνναβης από τη μητέρα ή τον πατέρα σχετίζεται με περίπου εξαπλάσιο κίνδυνο σχιζοφρένειας για το παιδί. Ο κίνδυνος για το παιδί είναι σχεδόν εξίσου μεγάλος ακόμη και αν οι γονείς άρχισαν να κάνουν χρήση κάνναβης μετά τη γέννησή του. *«Η παθητική έκθεση στην κάνναβη προφανώς συνδέεται με τη σχιζοφρένεια»*, σύμφωνα με τους ερευνητές.

Επίσης, αν η μητέρα ή ο πατέρας είχε πρόβλημα αλκοολισμού πριν τη γέννηση του παιδιού, το παιδί έχει περίπου πενταπλάσιο κίνδυνο σχιζοφρένειας.

Η δεύτερη δανική ερευνητική ομάδα, με επικεφαλής την επίκουρη καθηγήτρια Αν Θόρουπ του Πανεπιστημίου της Κοπεγχάγης, που έκαναν ανακοίνωση στο ίδιο ψυχιατρικό συνέδριο, δείχνει ότι τα παιδιά που γεννιούνται από έναν ή και από τους δύο γονείς με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή, είναι πιθανό τα ίδια να εμφανίσουν έως την ηλικία των επτά ετών ψυχικές διαταραχές, όπως άγχος, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς και καθυστέρηση στη νευρογνωσιακή ανάπτυξή τους (Θέμα, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3. Διάγνωση

Η διάγνωση της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής χρησιμοποιείται για ασθενείς που παρουσιάζουν τα τυπικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αλλά για χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών. Στο DSM-V-TR, ο ορισμός της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής απαιτεί την παρουσία των παρακάτω χαρακτηριστικών συμπτωμάτων:

- 1) ο ασθενής εμφανίζει τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας,
- 2) τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια ουσία ή γενική ιατρική κατάσταση,
- 3) έχουν αποκλειστεί η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία και
- 4) η διάρκεια της διαταραχής είναι μεγαλύτερη του ενός μήνα και μικρότερη των 6 μηνών.

Η διάγνωση αλλάζει σε σχιζοφρένεια από τη στιγμή που η διάρκεια των συμπτωμάτων υπερβεί τους 6 μήνες, ακόμα και αν τα μόνα συμπτώματα που παραμένουν είναι υπολειμματικά, όπως η συναισθηματική επιπέδωση. Η διάγνωση πρέπει να θεωρείται προσωρινή σε ασθενείς που δεν έχουν αναρρώσει πλήρως, διότι πολλά άτομα που πληρούν επί του παρόντος τα κριτήρια της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής θα καταλήξουν κάποια στιγμή να πληρούν τα κριτήρια της σχιζοφρένειας (Ling et al., 2014).

3.1. Διάγνωση ψυχωτικής διάστασης

Η ψυχωτική διάσταση αφορά στις ψευδαισθήσεις και στις παραληρητικές ιδέες, δύο ομάδες κλασικών «ψυχωτικών» συμπτωμάτων που αντανακλούν τη σύγχυση του ασθενούς από την απώλεια των ορίων μεταξύ του εαυτού του και του εξωτερικού κόσμου. Οι ψευδαισθήσεις, συνιστούν αντιληπτικά βιώματα από τα αισθητήρια όργανα χωρίς την παρουσία εξωτερικού ερεθίσματος και έχουν μια ποιότητα παρόμοια με αυτήν μιας αληθούς αντίληψης.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αναφέρουν συχνά ακουστικές, οπτικές, απτικές, γευστικές ή οσφρητικές ψευδαισθήσεις ή έναν συνδυασμό αυτών. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι συνηθέστερες. Κατά κανόνα, έχουν τη μορφή ομιλίας («φωνές»). Οι φωνές μπορεί να είναι ψιθυριστές ή να ακούγονται ευκρινώς, αι είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν λέξεις, φράσεις ή προτάσεις. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι απλές (στοιχειώδεις) ή σύνθετες και να περιλαμβάνουν λάμπεις φωτός, πρόσωπα, ζώα ή πράγματα. Οι οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις βιώνονται συχνά από κοινού, κυρίως ως δυσάρεστες οσμές ή γεύσεις, αντιστοίχως. Οι απτικές ψευδαισθήσεις είναι δυνατόν να βιώνονται ως αίσθηση αγγίγματος ή νυγμού, ως ηλεκτρικοί ερεθισμοί ή ως αίσθημα κίνησης εντόμων κάτω από το δέρμα, κάτι που περιγράφεται ως *σύνδρομο δερματοζωνφίων* (Ko et al., 2014).

Οι παραληρητικές ιδέες αποτελούν κυρίως μια διαταραχή στη σκέψη παρά στην αντίληψη- συνιστούν αναληθείς (εξωπραγματικές) και αντίθετες προς το μορφωτικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενούς πεποιθήσεις, τις οποίες

ο ασθενής υποστηρίζει ακλόνητα. Οι παραληρητικές ιδέες που εμφανίζονται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι δυνατόν να έχουν περιεχόμενο μεγαλείου, σωματικό, θρησκευτικό, μηδενιστικό, σεξουαλικό ή διωκτικό. Το είδος και η συχνότητα των παραληρητικών ιδεών τείνουν να εξαρτώνται από το πολιτισμικό πλαίσιο του ασθενούς. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. ένας ασθενής μπορεί να ανησυχεί πιστεύοντας ότι είναι θύμα παρακολούθησης από το FBI ή τη CIA, ενώ στις υποσαχάριες αφρικανικές χώρες, ένας ασθενής της φυλής των Bantu ή των Zulu θα ήταν πιθανότερο να πιστεύει ότι είναι θύμα καταδίωξης από δαίμονες ή κακά πνεύματα.

Μολονότι οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι πολύ πιο συχνές στη σχιζοφρένεια, εμφανίζονται και σε άλλες διαταραχές, όπως οι άνοιες ή οι διαταραχές διάθεσης. Ωστόσο, ένας Γερμανός ψυχίατρος των αρχών του 20^{ου} αιώνα, ο Kurt Schneider, υποστήριξε ότι κάποιες συγκεκριμένες μορφές ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών αποτελούν «πρώτης τάξης» συμπτώματα, θεωρώντας τα ως εξαιρετικώς χαρακτηριστικά ή, αλλιώς, παθογνωμονικά της σχιζοφρένειας. Στα «πρώτης τάξης» συμπτώματα περιλαμβάνονται, για παράδειγμα, η αίσθηση του ασθενούς ότι εξαναγκάζεται σε πράξεις αντίθετες προς τη θέλησή του (ιδέες εξωτερικού ελέγχου) ή ότι οι σκέψεις του είτε υφαρπάσσονται είτε τοποθετούνται στο μυαλό του από έξω (ιδέες υφαρπαγής/υποκλοπής/αφαίρεσης της σκέψης και ιδέες τοποθέτησης/προσθήκης σκέψης, αντιστοίχως). Όλα αυτά τα συμπτώματα αντανakλούν αυτήν ακριβώς την προαναφερθείσα σύγχυση του ασθενούς όσον αφορά στα όρια μεταξύ του εαυτού του και του εξωτερικού κόσμου (Ling et al., 2014).

Η περίπτωση που περιγράφεται ακολούθως αναφέρεται σε μια ασθενή που προσήλθε για εκτίμηση σε ένα νοσοκομείο και αποτυπώνει κάποια συμπτώματα χαρακτηριστικά του παρανοειδούς τύπου σχιζοφρένειας:

Η Jane, μια 55χρονη γυναίκα, προσήλθε στο νοσοκομείο για εκτίμηση της διέγερσης και των παρανοϊκού τύπου ιδεών που εμφάνιζε. Ήταν δασκάλα στο παρελθόν και είχε ζήσει σε πολλά ενοικιαζόμενα διαμερίσματα, ενώ τα τελευταία 10 χρόνια εργαζόταν μόνο περιστασιακά. Ήταν κοινωνικά απομονωμένη και η μόνη της επικοινωνία με άλλους ανθρώπους ήταν στην εκκλησία.

Γεννήθηκε με υπερωιοσχιστία, η οποία αποκαταστάθηκε χειρουργικά στην ηλικία των τεσσάρων ετών. Ως παιδί ήταν αντικείμενο ανηλεούς περιπαικτικής συμπεριφοράς, εξαιτίας της εμφάνισής της, παρά τα καλά αισθητικά αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης αποκατάστασης. Ήταν συνεσταλμένη και κοινωνικά αμήχανη ή αδέξια, αλλά είχε ένα ακόρεστο ενδιαφέρον για το διάβασμα και ήταν υπόδειγμα μαθήτριας. Έδειχνε ελάχιστο ενδιαφέρον για τα αγόρια, δεν είχε βγει ποτέ ραντεβού και μετά την αποφοίτησή της από το γυμνάσιο έμεινε σε μια γυναικεία μονή για πολύ μικρό χρονικό διάστημα μέχρι την είσοδό της στο κολέγιο. Πήρε, τελικά, το πτυχίο παιδαγωγικής αποφοιτώντας από το κολέγιο, αλλά συνέχισε να ζει με τη μητέρα της.

Νοσηλεύθηκε για πρώτη φορά στην ηλικία των 25 ετών, μετά την ανάπτυξη της πεποίθησης ότι οι γείτονές της την παρενοχλούσαν. Για τα επόμενα 20 χρόνια, πίστευε ότι ήταν το επίκεντρο μιας κυβερνητικής πλεκτάνης που αποσκοπούσε να της αλλάξει την ταυτότητα. Το FBI, το δικαστικό σύστημα, η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία, το προσωπικό του νοσοκομείου και, προφανώς, οι περισσότεροι από τους γείτονές της εμπλέκονταν σε αυτή τη δολοπλοκία. Πίστευε ότι οι γείτονές της είχαν τερατολογηθεί για να την κατασκοπεύουν, να την παρενοχλούν και, γενικά, να την κάνουν δυστυχισμένη. Συχνά κρυφάκουγε τις συνομιλίες τους, καθώς εκείνοι μηχανορραφούσαν για να της επιτεθούν ή να τη βιάσουν. Σε ηλικία 49 ετών, είχε

νοσηλευθεί ξανά αφότου ο σπιτονοικοκύρης της ανακάλυψε ότι ήταν εκείνη που χτυπούσε με μια σκούπα την οροφή και τους τοίχους του διαμερίσματός της ουρλιάζοντας, σε μια προσπάθεια να σταματήσει την παρενόχληση που θεωρούσε ότι υφίσταται από τους γείτονές της.

Κατά την εν λόγω εισαγωγή της, η Jane ανέφερε ότι απλώς απαντούσε στην τλαιπωρία που της προκαλούσαν ο σπιτονοικοκύρης και οι γείτονές της με το να την «στοχεύουν και να την ελέγχουν» με ηλεκτρονικές ακτίνες, όπως «αλλάζει κανείς σταθμούς στην τηλεόραση με ένα τηλεχειριστήριο». Πίστευε ότι ηλεκτρομαγνητικά κύματα χρησιμοποιούνταν για να ελέγχουν τις πράξεις και τις σκέψεις της και περιέγραφε μια αλλόκοτη αίσθηση ηλεκτρισμού που μετακινούνταν σε όλο της το σώμα, όταν ο σπιτονοικοκύρης της βρισκόταν κοντά της.

Η Jane συνεργάστηκε καλά με τη θεραπευτική ομάδα και δεν εμφάνιζε στοιχεία καταθλιπτικής διάθεσης. Ωστόσο, ήταν σαφώς αναστατωμένη από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο, την οποία θεωρούσε μη αναγκαία. Εμφάνιζε αξιοσημείωτη περιστασιακή λεπτολογία, αλλά μιλούσε με καθαρή και δυνατή φωνή, κάτι που θα περίμενε κανείς από κάποιον με πολύχρονη εμπειρία διδασκαλίας. Μετά από έναν μήνα θεραπείας με αντιψυχωτικά, η Jane δεν είχε εγκαταλείψει το παραλήρημα της, αλλά φαινόταν να ανησυχεί λιγότερο για την υποτιθέμενη παρενόχληση. Εξαιτίας της έλλειψης αναισθησίας και του ιστορικού ανεπαρκούς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή, της χορηγήθηκε ένα μακράς δράσης αντιψυχωτικό ενδομυϊκό πριν από την έξοδό της από το νοσοκομείο.

3.1.1. Διάγνωση της αποδιοργάνωσης

Η διάσταση της αποδιοργάνωσης περιλαμβάνει τον αποδιοργανωμένο λόγο, την αποδιοργανωμένη ή αλλόκοτη συμπεριφορά και το απρόσφορο συναίσθημα.

Ο αποδιοργανωμένος λόγος, που αντανακλά τη διαταραχή της σκέψης, θεωρείτο από τον Eugen Bleuler, έναν Ελβετό ψυχίατρο ο οποίος εισήγαγε τον όρο *σχιζοφρένεια*, ως το πιο σημαντικό σύμπτωμα, για να τονίσει τη σημασία του κατακερματισμού της σκέψης. Έχουν αναπτυχθεί συγκεκριμένοι ορισμοί για τις διάφορες μορφές των διαταραχών της σκέψης οι οποίοι αφορούν σε αντικειμενικές όψεις του λόγου και της επικοινωνίας (που αποτελούν εμπειρικούς δείκτες της «σκέψης»), όπως ο εκτροχιασμός, η πενία λόγου, η πενία του περιεχομένου του λόγου και η περιστασιακή λεπτολογία. Αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται συχνά τόσο στη σχιζοφρένεια όσο και στις διαταραχές της διάθεσης. Οι ασθενείς με μανία εμφανίζουν συχνά διαταραχή σκέψης που χαρακτηρίζεται από περιστασιακή λεπτολογία, εκτροχιασμό και παραλογισμό. Οι ασθενείς με κατάθλιψη εκδηλώνουν διαταραχές της σκέψης λιγότερο συχνά σε σύγκριση με τους ασθενείς με μανία, αλλά συχνά εμφανίζουν πενία λόγου, περιστασιακή λεπτολογία ή κατ' εφαπτομένη λόγο. Άλλες μορφές διαταραχής της οργάνωσης της σκέψης αποτελούν η εμμονή, ο εύκολα διασπώμενος λόγος, ο ηχητικός συνειρμός, οι νεολογισμοί/νεολεξίες, η ηχολαλία και η ανακοπή της σκέψης. Καμία από αυτές, ωστόσο, δεν φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό μιας συγκεκριμένης διαταραχής, με εξαίρεση τον ηχητικό συνειρμό για τη μανία (Ohayon et al., 2016).

Πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν διαφόρων μορφών αποδιοργανωμένη κινητική και κοινωνική συμπεριφορά, που αποτελούν επίσης κάποιες άλλες όψεις της διάστασης της αποδιοργάνωσης.

Στις παθολογικές κινητικές συμπεριφορές περιλαμβάνονται οι παρακάτω (Schlier et al., 2016):

- *Κατατονική εμβροντησία (stupor)*: Ο ασθενής είναι ακίνητος, αμίλητος και δεν ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα, μολονότι τελεί εν πλήρη συνείδησης.
- *Κατατονική διέγερση*: Ο ασθενής εκδηλώνει ανεξέλεγκτη και άσκοπη κινητική δραστηριότητα. Οι ασθενείς λαμβάνουν, ενίοτε, παράξενες ή άβολες στάσεις σώματος (π.χ. οκλαδόν) τις οποίες διατηρούν επί μακρόν.
- *Στερεοτυπία*: Ο ασθενής εμφανίζει επαναλαμβανόμενες αλλά μη στοχο-κατευθυνόμενες κινήσεις, όπως συνεχείς ταλαντεύσεις του κορμού εμπρός-πίσω.
- *Μανιερισμοί*: Ο ασθενής εμφανίζει στοχο-κατευθυνόμενες μεν δραστηριότητες οι οποίες, ωστόσο, είτε είναι εμφανώς παράξενες, είτε δεν συνάδουν με το όλο πλαίσιο ή τα συμφραζόμενα, όπως π.χ. οι μορφασμοί.
- *Ηχοπραξία*: Ο ασθενής μιμείται κινήσεις και χειρονομίες κάποιου άλλου ατόμου.
- *Αυτόματη υπακοή (υποβολιμότητα)*: Ο ασθενής εκτελεί απλές εντολές εντελώς μηχανικά (σαν ρομπότ).
- *Αρνητισμός*: Ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί σε απλές προτροπές, χωρίς προφανή λόγο.

Η επιδείνωση της κοινωνικής συμπεριφοράς εμφανίζεται συχνά σε συνδυασμό με κοινωνική απόσυρση. Οι ασθενείς παραμελούν τον εαυτό τους, εμφανίζονται ατημέλητοι και ρυπαροί, φορούν βρώμικα ή αταίριαστα ρούχα. Αδιαφορούν για τον προσωπικό τους χώρο, ο οποίος καταλήγει να είναι φορτωμένος με διάφορα αντικείμενα και ακατάστατος.

Οι ασθενείς εκδηλώνουν ενίοτε παράδοξες συμπεριφορές που αντιβαίνουν στις κοινωνικές συμβάσεις, όπως το να ψάχνουν για τροφή σε κάδους απορρίμματα ή να βωμολοχούν. Πολλοί από τους ανθρώπους που ζουν σήμερα στους δρόμους πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Το απρόσφορο συναίσθημα είναι η τρίτη συνιστώσα της διάστασης της αποδιοργάνωσης. Οι ασθενείς ενδέχεται να χαμογελούν απρόσφορα, όταν μιλούν για ουδέτερα ή ακόμη και δυσάρεστα θέματα, ή να γελούν χωρίς λόγο (American Psychiatric Association, 2000).

3.1.2. Διάγνωση διάστασης των αρνητικών συμπτωμάτων

Το DSM- V- TR περιλαμβάνει τρία αρνητικά συμπτώματα ως χαρακτηριστικά σχιζοφρένειας: την αλογία, τη συναισθηματική επιπέδωση και την αβουλία. Ένα ακόμη αρνητικό συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι η ανηδονία. Τα αρνητικά αυτά συμπτώματα περιγράφονται παρακάτω:

- Η *αλογία* χαρακτηρίζεται από ελαχιστοποίηση του όγκου του αυθόρμητου λόγου ή από λόγο κενό ή πτωχό σε περιεχόμενο, ακόμη και όταν ο όγκος του είναι επαρκής.
- Η *συναισθηματική επιπέδωση ή αμβλύτητα* συνίσταται σε μείωση της συναισθηματικής έκφρασης και ανταπόκρισης. Εκδηλώνεται ως απουσία μεταβολών στην έκφραση του προσώπου, μείωση των αυθορμήτων κινήσεων, μείωση των εκφραστικών κινήσεων και χειρονομιών, πτωχή βλεμματική αφή, απώλεια των εκφραστικών διακυμάνσεων της φωνής και επιβράβευση στη ροή του λόγου.
- Η *αβουλία* συνίσταται στην απώλεια της ικανότητας έναρξης μιας στοχο-κατευθυνόμενης συμπεριφοράς και συνέχισής της μέχρι την ολοκλήρωσή της. Οι ασθενείς μοιάζουν σαν να έχουν χάσει τη βουλευτική τους ικανότητα και ~ τάση τους για ενέργεια ή τις θεμελιώδεις ορμές τους (Wiesjahn et al., 2016).

3.2. Διαγνωστικά κριτήρια με το σύστημα DSM-V

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία καθώς δεν υπάρχει ένα σίγουρο σύμπτωμα που θα καθορίσει την συγκεκριμένη διαταραχή. Για αυτό τον λόγο, δημιουργήθηκαν δύο κύρια συστήματα που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) και η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD-10).

Για την διάγνωση της σχιζοφρένειας συνήθως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποιούν τα 100-110 κριτήρια, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον υπόλοιπο κόσμο καθώς και στις ερευνητικές μελέτες οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας βασίζονται στα DSM-V κριτήρια. Στην πράξη, τα δύο αυτά συστήματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό.

Σύμφωνα λοιπόν με το DSM-V τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια είναι τα εξής (American Psychiatric Association, 2013):

A. Χαρακτηριστικά Συμπτώματα: Δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, το καθένα από τα οποία είναι παρόν κατά την διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός ή λιγότερο αν έχει αντιμετωπιστεί επιτυχώς.

- Ψευδαισθήσεις.
- Παραληρητικές Ιδέες.
- Αποδιοργανωμένος Λόγος (συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία).
- Έντονα Αποδιοργανωμένη ή Κατατονική Συμπεριφορά.
- Αρνητικά Συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση, αλογία, αβουλησία).

Β. Επαγγελματική - Κοινωνική Δυσλειτουργία: Για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα από την στιγμή της έναρξης της διαταραχής, παρατηρείται πτώση σε μία ή περισσότερες περιοχές της λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και η ικανότητα αυτοσυντήρησης.

Γ. Διάρκεια: Τα προειδοποιητικά σημεία της διαταραχής συνήθως επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα μήνα συμπτωμάτων από τα παραπάνω και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά την διάρκεια αυτών των περιόδων, τα σημεία της διαταραχής μπορούν να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή να είναι παρόντα σε μια πιο εξασθενημένη μορφή δύο ή περισσότερα συμπτώματα από τα παραπάνω.

Δ. Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής ή Διαταραχή Διάθεσης: Η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή ή Διαταραχή Διάθεσης με ψυχωτικά επεισόδια αποκλείονται είτε όταν δεν υπάρχει κάποιο μείζον καταθλιπτικό, μανιακά, μεικτό επεισόδιο ταυτόχρονα με την ενεργά φάση των συμπτωμάτων, είτε αν υπήρχε παρουσία επεισοδίων διάθεσης κατά την διάρκεια της ενεργούς φάσης των συμπτωμάτων, με βραχεία διάρκεια σε σχέση με την διάρκεια της ενεργού και υπολειμματικής περιόδου.

Ε. Αποκλεισμός ουσιών - Γενικής Σωματικής Κατάστασης: Ταυτόχρονα μπορεί να απαιτηθούν γενικότερες ιατρικές και νευρολογικές εξετάσεις έτσι ώστε να αποκλειστούν κάποιες ιατρικές ασθένειες που μπορούν σπάνια να παραγάγουν ψυχωτικά συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας, όπως η μεταβολική διαταραχή, η συστηματική μόλυνση, η σύφιλη, η μόλυνση με HIV, η επιληψία, και τα τραύματα του εγκεφάλου.

ΣΤ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή: Αν υπάρχει ιστορικά αυτιστικής διαταραχής ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής η διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο αν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον ένα μήνα.

3.3. Τύποι της Σχιζοφρένειας

Το DSM-V-TR διακρίνει πέντε κλινικές μορφές; (υποτύπους) της σχιζοφρένειας: τον παρανοειδή, τον αποδιοργανωμένο, τον κατατονικό, τον αδιαφοροποίητο και τον υπολειμματικό τύπο. Η χρησιμότητα της διάκρισης αυτής είναι κυρίως περιγραφική, καθώς η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της δεν έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς. Σε πρακτικό, κλινικό επίπεδο, πολλοί ασθενείς φαίνεται να εμπίπτουν σε περισσότερους από έναν υποτύπους κατά την πορεία της πάθησης. Οι υπότυποι αυτοί περιγράφονται αμέσως παρακάτω (Velikovsky et al., 2015):

- *Παρανοειδής:* Ο υπότυπος αυτός χαρακτηρίζεται από την έντονη ενασχόληση του ασθενούς με μία ή περισσότερες συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Στον τύπο αυτό αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά, κατατονική συμπεριφορά και επιπεδωμένο ή αμβλύ συναίσθημα όταν υπάρχουν, δεν προεξάρχουν. Σε σύγκριση με τους ασθενείς με αποδιοργανωμένο υπότυπο, οι ασθενείς με παρανοειδή υπότυπο είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας κατά την έναρξη πάθησης και είναι πιθανότερο να είναι έγγαμοι, να έχουν παιδιά και να

εργάζονται. Τόσο η προνοσηρή τους λειτουργικότητα όσο και η πρόγνωση νόσου είναι συνήθως καλύτερη (SANE, 2016).

- *Αποδιοργανωμένος*: Ο υπότυπος αυτός χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά, καθώς και επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα. Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις όταν υπάρχουν, είναι συνήθως αποσπασματικές, σε αντίθεση με τις καλά οργανωμένες και συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες των ασθενών με παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια. Η έναρξη της πάθησης επισυμβαίνει σε νεαρή, σχετικά ηλικία και εκδηλώνεται με την ανάπτυξη αρνητικών συμπτωμάτων, όπως αβουλία, συναισθηματική επιπέδωση και γνωστική έκπτωση. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν συχνά ανόητη ή παιδόμορφη συμπεριφορά που, ενίοτε, συνοδεύεται από μορφασμούς ή απρόσφορους γέλωτες, ενώ μοιάζουν απορροφημένοι στον εαυτό τους.
- *Κατατονικός*: Ο υπότυπος αυτός χαρακτηρίζεται από δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω: ακινησία (π.χ. καταληψία, εμβροντησία), υπερβολική κινητική δραστηριότητα, ακραίο αρνητισμό, ιδιομορφίες των εκούσιων κινήσεων (π.χ. στερεοτυπίες, μανιερισμούς, μορφασμούς) και ηχολαλία ή ηχοπραξία. Ο υπότυπος αυτός είναι λιγότερο συχνός σήμερα από ό,τι στο παρελθόν, αλλά μεμονωμένα κατατονικά συμπτώματα μπορεί να εκδηλώνονται σποραδικά στην πορεία της νόσου.
- *Αδιαφοροποίητος*: Ο υπότυπος αυτός αποτελεί μια κατηγορία στην οποία εντάσσονται ασθενείς που πληρούν μεν τα γενικά κριτήρια της σχιζοφρένειας, αλλά όχι τα ειδικά κριτήρια ενός από τους προαναφερθέντες τρεις υποτύπους (παρανοειδής, αποδιοργανωμένος, κατατονικός).
- *Υπολειμματικός*: Η υπολειμματική σχιζοφρένεια είναι μία διάγνωση που τίθεται σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν πλέον προεξάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα, αλλά κατά το παρελθόν πληρούσαν τα κριτήρια της σχιζοφρένειας και την παρούσα περίοδο εξακολουθούν να εμφανίζουν συμπτώματα της πάθησης, όπως είναι η συναισθηματική επιπέδωση ή η εκκεντρική συμπεριφορά.

3.4. Θεραπεία

Δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμα θεραπεία που να εξαλείφει πλήρως την σχιζοφρένεια αλλά όλες οι θεραπείες αποσκοπούν στην μείωση των συμπτωμάτων. Η θεραπεία μπορεί να γίνει είτε με φάρμακα, είτε με διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, είτε με συνδυασμό αυτών των δύο που είναι και ο αποτελεσματικότερος τρόπος. Η κάθε θεραπεία έχει διαφορετική επίδραση σε κάθε άτομο και μέχρι να βρεθεί η καταλληλότερη θεραπεία μπορεί να χρειαστεί να γίνει δοκιμή πολλών θεραπειών. Υπολογίζεται ότι μέχρι την 6η εβδομάδα τα συμπτώματα θα έχουν μειωθεί αισθητά (Ling et al., 2014).

Εκτός όμως από την χορήγηση φαρμάκων πολύ σημαντικό ρόλο στην μείωση των συμπτωμάτων αποτελεί και η ψυχοθεραπεία καθώς και άλλες ενέργειες μας. Αυτές αφορούν την διαχείριση της ασθένειας, την επανένταξη στην κοινότητα, την ενημέρωση της οικογένειας, τις ομάδες αυτοβοήθειας κτλ. (Pratt, 2013).

3.4.1. Αντιψυχωσικά φάρμακα

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα διακρίνονται σε τυπικά, άτυπα και τρίτης γενιάς αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα τυπικά ή νευροληπτικά αντιψυχωσικά φάρμακα εμφανίστηκαν για πρώτη φορά την δεκαετία του '50. Σύμφωνα με την Hogan (2008) βοηθούν στην αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας αλλά δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα στα αρνητικά συμπτώματα. Αυτά τα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν διάφορες παρενέργειες στο άτομο όπως μυϊκούς σπασμούς, ακαμψία και τρόμο (Pratt, 2013).

Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα κυκλοφόρησαν στην αγορά την δεκαετία του '90 και μπορούν να αντιμετωπίσουν τα θετικά αλλά και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Οι πιθανότητες για παρενέργειες μπορεί να είναι μικρές, ωστόσο τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν αύξηση του σωματικού βάρους ή διάφορες μεταβολικές διαταραχές (Ling et al., 2014).

Παρόμοια φάρμακα με τα άτυπα αντιψυχωσικά είναι και αυτά της τρίτης γενιάς, τα οποία δεν προκαλούν ακοκκιοκυττάρωση αλλά διάφορες άλλες επιπλοκές όπως σακχαρώδη διαβήτη. Τέλος, σε περίπτωση παρενεργειών χορηγούμε τα κατάλληλα φάρμακα όπως τα αντιπαρκινσονικά για την αντιμετώπιση του παρκινσονισμού, οι β' αναστολείς και οι βενζοδιαζεπίνες για την αντιμετώπιση της ακαθυσίας ή τα αντιχολινεργικά.

3.4.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Είναι μια μέθοδος που δεν χρησιμοποιείται αρκετά στην Ελλάδα σε σχέση με το εξωτερικό. Έχει αποτέλεσμα κυρίως σε ασθενείς που έχουν την ασθένεια για λιγότερο από ένα χρόνο και μπορεί να αντιμετωπίσει τα θετικά συμπτώματα της ασθένειας ακόμα και όταν τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν έχουν αποτέλεσμα. Πλεονέκτημα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας αποτελεί το γεγονός ότι μπορεί να δράσει ταυτόχρονα με την φαρμακευτική αγωγή και δεν έχει πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η κυριότερη ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η έκπτωση της μνήμης και άλλων γνωστικών λειτουργιών που όμως παύουν μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Η διαδικασία είναι απλή. Γίνεται με την παρουσία αναισθησιολόγου, ο οποίος εξασφαλίζει την βραχεία νάρκωση του ασθενή και την χαλάρωση των μυών του. Γίνονται 10 με 15 ηλεκτροσόκ 2-3 φορές την εβδομάδα. Υπάρχει όμως και η μέθοδος του μονόπλευρου ηλεκτροσόκ που γίνεται μόνο στον δεξιό μετωπιαίο λοβό για να μην επηρεαστούν οι βασικές γνωστικές λειτουργίες του ατόμου που εξαρτούνται από τον αριστερό μετωπιαίο λοβό. Αυτή η μέθοδος ωστόσο απαιτεί περισσότερες συνεδρίες και δεν έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

3.4.3. Διαχείριση της ασθένειας

Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι κάθε άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να έχει ενεργητικό ρόλο στην αντιμετώπιση της και όχι παθητικό. Πρέπει αυτά τα άτομα να αποκτήσουν γνώσεις για την σχιζοφρένεια καθώς και για την θεραπεία αυτή. Αν τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις τότε είναι σε θέση να αποφασίζουν μόνοι τους για την

φροντίδα τους. Παράδειγμα όταν εμφανιστούν κάποια σημάδια υποτροπής ο ασθενής θα μπορεί να τα αναγνωρίζει έγκαιρα και να προλαβαίνει την παλινδρόμηση.

3.4.4. Επανένταξη

Σκοπός της θεραπείας είναι το άτομο με σχιζοφρένεια να μπορεί να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο. Έτσι δίνουμε έμφαση στην κοινωνική εκπαίδευση με στόχο τα άτομα να αρχίσουν να λειτουργούν πιο εποικοδομητικά μέσα στην κοινότητα. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε μικρές ηλικίες, τότε δηλαδή που το άτομο αρχίζει τις σπουδές του, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μην έχουν καταφέρει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις για εργασία.

Στόχος μας λοιπόν είναι να παρέχουμε συμβουλευτική θεραπεία για την επαγγελματική σταδιοδρομία του ατόμου, να τον προετοιμάσουμε κατάλληλα ώστε να είναι σε θέση να εργαστεί, να τον μάθουμε πώς να διαχειρίζεται τα οικονομικά του και τέλος να τον μάθουμε και πιο απλά πράγματα όπως η μετακίνηση με τα μέσα μαζικής μεταφοράς. (Ling et al.,2014).

3.4.5. Ο ρόλος της οικογένειας στην θεραπεία της σχιζοφρένειας

Η οικογένεια μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Αρχικά επειδή τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια δεν παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο αλλά αντίθετα βγαίνουν και συνεχίζουν την θεραπεία τους στο σπίτι, τα άτομα της οικογένειας τους είναι αυτά που αναλαμβάνουν την ευθύνη της φροντίδας τους. Σύμφωνα με την Βάρβογλη (στο Ling et al., 2014) και την Hogan (στο Ling et al., 2014) πρέπει να βοηθήσουμε την οικογένεια ενός ασθενή να αποκτήσει γνώσεις σχετικά με την χρονιότητα της νόσου, τις επιπτώσεις της στην ζωή του ασθενή, τον τρόπο διαχείρισης της και τα συμπτώματα υποτροπής της. Επίσης, τα μέλη της οικογένειας πρέπει να ανακαλύψουν έναν τρόπο για να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, αλλά και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν ώστε να αποφεύγουν την ενδοοικογενειακή ένταση. Η ενδοοικογενειακή ένταση συμβάλλει στην υποτροπή των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Τέλος, η ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα με σχιζοφρένεια είναι πολύ σημαντική.

3.4.6. Ομάδες αυτοβοήθειας

Τα τελευταία χρόνια, ένα νέο είδος θεραπείας έχει γίνει αρκετά διαδεδομένο. Πρόκειται για τις ομάδες αυτοβοήθειας. Στις ομάδες αυτές δεν συμμετέχουν θεραπευτές αλλά άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Έτσι δημιουργείται μια ομάδα με πολλά άτομα με σχιζοφρένεια που έχει θεραπευτικό ρόλο. Τα άτομα αυτά γνωρίζουν, ότι δεν είναι οι μόνοι με αυτό το πρόβλημα και παύουν να νιώθουν απομονωμένοι. Αντίθετα μέσω της συζήτησης παίρνουν δύναμη και αντιμετωπίζουν περισσότερο αισιόδοξα την σχιζοφρένεια.

Σημαντικό ρόλο για την θεραπεία αυτών των ατόμων αποτελεί και το διαδίκτυο, όπου έρχονται σε επαφή με άλλα άτομα. Επίσης, μπορούν να δρουν ομαδικά και οι οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρένεια και να αναζητήσουν νέες μορφές θεραπείας.

Τέλος, οι ομάδες αυτοβοήθειας εκτός από την θεραπεία του ασθενούς, έχουν στόχο να κάνουν πιο ευσυνείδητη την κοινή γνώμη, ώστε να μην τους αντιμετωπίζουν υποτιμητικά (Ling et al.,2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΧΡΟΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών

Η νοσηλευτική εκτίμηση παίζει σημαντικό ρόλο στην εντόπιση και αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών. Σε αντίθεση με την ιατρική διάγνωση που είναι τελεσίδικη, η νοσηλευτική διάγνωση είναι πιο σημαντική, καθώς ο νοσηλευτής εστιάζει στα προβλήματα των ασθενών όπως τα βιώνουν και τα περιγράφουν οι ίδιοι. Έτσι είναι σε θέση να εστιάσουν περισσότερο σε συγκεκριμένες πτυχές των προβλημάτων. Για να είναι όμως επιτυχημένη μια νοσηλευτική εκτίμηση, πρέπει να υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών.

Για την σωστή εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών, οι νοσηλευτές προχωρούν σε λήψη του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού των ασθενών, καταγράφουν τους στρεσογόνους παράγοντες αν υπάρχουν, καθώς και την ύπαρξη ψυχιατρικής ασθένειας στο παρελθόν ή την χρήση ουσιών από τους ασθενείς (Κούκια, 2015). Κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής εκτίμησης, οι νοσηλευτές πρέπει να προχωρούν σε: εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης και των γνωστικών λειτουργιών, καταγραφή των διαταραχών στην κινητική συμπεριφορά και λειτουργικότητα, σε καταγραφή λήψης φαρμάκων και οικογενειακού ιστορικού και σε αξιολόγηση του περιβάλλοντος (Ling et al., 2014).

4.1. Εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης

Οι νοσηλευτές, παρατηρούν συστηματικά την ομιλία και την συμπεριφορά των ασθενών και ελέγχουν αν έχουν ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες και κάνουν ερωτήσεις που αφορούν τις κινήσεις, την διάθεση και τον τρόπο ομιλίας των ασθενών. Για να αξιολογήσει ο νοσηλευτής αυτές τις διαταραχές, πρέπει να προσέχει την συμπεριφορά των ασθενών και να τους ρωτά τι νιώθουν. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθούν διάφορες διαταραχές των συναισθημάτων του ασθενή. Πολλές φορές το λεκτικό περιεχόμενο δεν ταιριάζει με το εκφραζόμενο συναίσθημα. Για παράδειγμα ο ασθενής περιγράφει ένα δυσάρεστο γεγονός αλλά γελάει (Ling et al., 2014).

4.1.1. Εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών

Οι νοσηλευτές πρέπει να καταγράφουν τις διαταραχές στην σκέψη και στην έκφραση. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν αποδιοργάνωση και ανακοπή της σκέψης, δηλαδή οι απαντήσεις που δίνουν δεν είναι σχετικές με το θέμα ή διακόπτουν μια πρόταση στην μέση χωρίς να την ολοκληρώσουν. Επίσης, υπάρχουν διαταραχές στην ποιότητα και τον ρυθμό του λόγου και οι ασθενείς αδυνατούν να επεξεργαστούν αφηρημένες έννοιες.

Οι νοσηλευτές εξετάζουν αυτές τις διαταραχές με διάφορους τρόπους. Για την εξέταση της βραχυπρόθεσμης μνήμης ζητούν από τον ασθενή να θυμάται 3 λέξεις και ρωτάνε εκ νέου σε διάστημα δέκα λεπτών αν τις θυμάται. Για την εξέταση της μακροπρόθεσμης

μνήμης οι νοσηλευτές ζητούν από τον ασθενή να διηγηθεί ένα περιστατικό που του συνέβη στο παρελθόν. Τέλος, για την εκτίμηση της αφαιρετικής σκέψης οι νοσηλευτές ζητούν από τον ασθενή να αναλύσει μια παροιμία. Αν ο ασθενής προχωρήσει μόνο σε κυριολεκτική ερμηνεία και όχι σε μεταφορική, τότε η αφαιρετική σκέψη έχει επηρεαστεί (Ling et al., 2014).

4.1.2. Καταγραφή των διαταραχών στην κινητική συμπεριφορά και στην λειτουργικότητα

Οι νοσηλευτές παρατηρούν τους ασθενείς αν εμφανίζουν αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και κατατονία. Μπορεί δηλαδή ο ασθενής να παρουσιάζει άσκοπη συμπεριφορά, αλλά και να παίρνει περίεργες στάσεις σώματος ή να παραμένει ακίνητος για μεγάλο χρονικό διάστημα (Kneisl et al, 2004).

Οι νοσηλευτές αξιολογούν την λειτουργικότητα του ασθενή, χρησιμοποιώντας ένα ολοκληρωμένο ιστορικό, στο οποίο καταγραφούν τις διάφορες εργασίες που ολοκλήρωσε ο ασθενής. Επίσης, οι νοσηλευτές αξιολογούν τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής εκπληρώνει τις υποχρεώσεις του στην οικογένεια, στην εργασία και σε άλλες δραστηριότητες (Ling et al., 2014).

4.1.3. Καταγραφή λήψης φαρμάκων και οικογενειακού ιστορικού

Οι νοσηλευτές πρέπει να παίρνουν ένα λεπτομερές ιστορικό λήψης φαρμάκων, είτε από τον ίδιο, είτε από την οικογένειά του. Αυτό είναι απαραίτητο καθώς, πολλά φάρμακα προκαλούν συμπτώματα και συμπεριφορές που είναι κοινές με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως οι ψευδαισθήσεις. Έτσι, οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να αξιολογήσουν αν τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα της ασθένειας ή της λήψης των φαρμάκων.

Οι νοσηλευτές εκτιμούν την οικογένεια του ασθενή. Αρχικά, αναζητούν το οικογενειακό ιστορικό για να εντοπίσουν μήπως η ασθένεια είναι κληρονομική. Στην συνέχεια επικεντρώνονται στις σχέσεις των ασθενών με την οικογένειά τους και στην επικοινωνία που υπάρχει ανάμεσά τους (Ling et al., 2014).

4.1.4. Αξιολόγηση περιβάλλοντος

Οι νοσηλευτές αναζητούν προγράμματα ψυχικής υγείας που αφορούν συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών με σχιζοφρένεια και να αναζητήσουν διαθέσιμα υποστηρικτικά δίκτυα πέρα από την οικογένεια (Ling et al., 2014).

4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας

Αφού λοιπόν ο νοσηλευτής έχει κάνει μια εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, στην συνέχεια προχωράει στην δημιουργία σχεδίων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί και να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους για την βελτίωση των ασθενών τους. Η επέμβαση του νοσηλευτή γίνεται σε τομείς που θεωρείται αναγκαία η επέμβασή του (Ohayon et al., 2016).

4.2.1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με υπερδιέγερση

Στην φάση της υπερδιέγερσης, οι ασθενείς είναι πολύ ευαίσθητοι και θυμώδεις και μπορούν να παρουσιάσουν βίαιη συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές πρέπει να πλησιάζουν τους ασθενείς με ηρεμία και να αποφεύγουν οποιαδήποτε σωματική επαφή μαζί τους, καθώς αυτό θεωρείται απειλή για τους ασθενείς. Το περιβάλλον του νοσοκομείου πρέπει να είναι ασφαλές και ήσυχο, χωρίς αιχμηρά αντικείμενα που μπορεί να χρησιμοποιήσουν οι ασθενείς για να βλάψουν τον εαυτό τους. Οι νοσηλευτές πρέπει να παρακολουθούν τους ασθενείς για την ύπαρξη πρώιμων σημείων βίαιης συμπεριφοράς και να επεμβαίνουν έγκαιρα. Μπορεί ένας ασθενής να μην έχει ιστορικό βίαιων συμπεριφορών αλλά να παρουσιάζει ψευδαισθήσεις που του δίνουν εντολές για άσκηση βίας (Ohayon et al., 2016).

Οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εκφράζουν τις σκέψεις τους αλλά χρειάζεται και να τους προειδοποιούν για τις επιπτώσεις, που θα έχουν οι ασθενείς αν ασκήσουν μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Μπορούν να ζητήσουν από τους ασθενείς να συμμετέχουν σε ομαδικές εργασίες της κλινικής ή να συμμετέχουν σε θεραπευτικές ομάδες αν χρειαστεί. Επίσης, οι νοσηλευτές φροντίζουν να χορηγούν ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. Ο στόχος αυτών των παρεμβάσεων είναι οι ασθενείς να μην βλάψουν τον εαυτό τους ή τους άλλους (Κούκια, 2015).

4.2.2. Νοσηλευτική φροντίδα κατατονικού ασθενούς

Ο κατατονικός ασθενής υποφέρει από αισθήματα ενοχής και υποτίμησης του εαυτού του. Οι νοσηλευτές πρέπει να δείχνουν κατανόηση και να συμπεριφέρονται στους ασθενείς με φιλικότητα. Επειδή οι κατατονικοί ασθενείς δεν μπορούν να πάρουν αποφάσεις μοναχοί τους, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν να ενισχύσουν την οργανωμένη συμπεριφορά τους. Με ηρεμία, δίνοντας απλές δραστηριότητες στους ασθενείς τους μαθαίνουν πώς μπορεί η κάθε πράξη τους να έχει κάποιο στόχο. Έπειτα, οι νοσηλευτές φροντίζουν να ενδυναμώσουν την ικανότητα των ασθενών για προσωπική φροντίδα και υγιεινή. Οι νοσηλευτές μαθαίνουν στους ασθενείς πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους και θεσπίζουν ένα πρόγραμμα αυτοφροντίδας.

Στα νοσοκομεία υπάρχουν άρτια οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα που έχουν στόχο να ενισχύσουν όλα τα στάδια της αυτοφροντίδας. Είναι πιο αποδοτικό να ενθαρρύνουν τον ασθενή, να εκπληρώσει μόνος του το πρόγραμμα, αλλά η επέμβαση των νοσηλευτών,

μπορεί να είναι είτε προφορική είτε σωματική. Όταν οι ασθενείς τα καταφέρνουν τότε πρέπει να τους επαινούμε. Τέλος, βοηθούν τους ασθενείς να αποβάλλουν οποιεσδήποτε εχθρικές σκέψεις για τον εαυτό τους (Ohayon et al., 2016).

4.2.3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις

Οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις είναι καταστάσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς έχουν διαφορετική αντίληψη της πραγματικότητας. Οι νοσηλευτές πρέπει να μην εστιάζουν την συζήτηση με τους ασθενείς στις διαταραχές των σκέψεων αλλά να τους βοηθούν να επικεντρωθούν σε υπαρκτούς ανθρώπους και γεγονότα. Δεν είναι ωφέλιμο να διαφωνούν μαζί τους για τις παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις τους αλλά να τους ρωτούν ευθέως σχετικά με αυτές. Επίσης, πρέπει να δείξουν ότι πιστεύουν τους ασθενείς σχετικά με τις εμπειρίες που περιγράφουν αλλά δεν τις συμμαρίζονται.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να παρατηρούν την συμπεριφορά των ασθενών, καθώς μέσω κάποιων κινήσεων φαίνεται ότι βιώνουν ψευδαισθήσεις. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που αποφεύγει την επαφή με τα μάτια κατά την διάρκεια μιας συζήτησης ή εστιάζει το βλέμμα του σε κάποιο κενό σημείο του δωματίου είναι πολύ πιθανόν να βιώνει ψευδαισθήσεις.

Οι νοσηλευτές προσπαθούν να διακόψουν αυτές τις παραισθήσεις οριοθετώντας τον χρόνο συζήτησης σχετικά με αυτές τις εμπειρίες των ασθενών και παρακινώντας τους ασθενείς να συμμετέχουν σε δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες πρέπει να έχουν στόχο την συγκέντρωση των ασθενών σε αυτό που κάνουν και δεν πρέπει να είναι ανταγωνιστικές. Επιπλέον, οι νοσηλευτές διδάσκουν στους ασθενείς ότι οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις είναι συμπτώματα της ασθένειάς τους και να τους διδάσκουν τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να τα αντιμετωπίζουν. Για παράδειγμα, προτρέπουν τους ασθενείς να διαβάζουν με δυνατή φωνή ένα βιβλίο, να περπατάνε ή να διατάζουν τις φωνές που ακούνε να σταματήσουν (Κούκια, 2015).

Τέλος, σύμφωνα με την Kneisl (στο Ohayon et al., 2016) ο στόχος των νοσηλευτών είναι να μπορούν να προστατέψουν τους ασθενείς από τις σωματικές βλάβες, σε περιπτώσεις κυρίως που οι ψευδαισθήσεις περιέχουν διαταγές, και να χορηγούν ψυχοτρόπα φάρμακα σε έκτακτες περιπτώσεις.

4.2.4. Νοσηλευτική φροντίδα διαταραχών στην σκέψη και την επικοινωνία

Σύμφωνα με τις Eby & Brown (στο Ohayon et al., 2016) οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση των διαταραχών της σκέψης. Αρχικά, η αντιμετώπιση γίνεται με την χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να συζητούν μαζί τους ακόμη και πράγματα της καθημερινότητάς τους, ώστε να τους αποσπούν την προσοχή από τις αποδιοργανωμένες σκέψεις ενώ πρέπει να ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα φόβου και άγχους και να κατανοούν τα συναισθήματά του.

Όσον αφορά την επικοινωνία των ασθενών, πρέπει να γνωρίζουν ότι οι ασθενείς έχουν αυξημένη ευαισθησία ως προς τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Μπορεί δηλαδή να αντιλαμβάνονται καταστάσεις τις οποίες δεν αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές και για αυτόν τον λόγο πρέπει οι νοσηλευτές να σέβονται και να ακούν με προσοχή τα λεγόμενα των ασθενών (Kneisl στο Ohayon, et al., 2016).

Κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικά συναισθήματα σε σχέση με τα λεγόμενά τους, που σε αυτήν την περίπτωση βοηθάει η κατανόηση από μεριάς νοσηλευτών, ενώ κάποιοι άλλοι ασθενείς παρουσιάζουν αμφιθυμία, την ταυτόχρονη δηλαδή βίωση αντίθετων συναισθημάτων για ένα άτομο ή ένα αντικείμενο. Σε αυτήν την περίπτωση οι νοσηλευτές πρέπει να ονοματίζουν δυνατά τα συναισθήματα που βιώνουν οι ασθενείς για να τους απαλύνουν (Kneisl et al, 2004). Η συνομιλία με τους ασθενείς πρέπει να γίνεται χωρίς ασάφειες και κρυφά νοήματα και οι ασθενείς πρέπει να προσανατολίζονται στην πραγματικότητα. Τέλος, είναι προτιμότερο να συμμετέχει ο ασθενής σε ατομικές δραστηριότητες, όπως η ζωγραφική παρά σε ομαδικές, γιατί αυτές μπορεί να του προκαλέσουν μεγαλύτερο άγχος (Κούκια, 2015).

4.2.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φαρμακευτική αγωγή

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα παίζουν σημαντικό ρόλο στην μείωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, για αυτό πρέπει οι νοσηλευτές να πείσουν τους ασθενείς να ακολουθήσουν κατά γράμμα την φαρμακευτική αγωγή. Πολλοί ασθενείς σταματάνε την φαρμακευτική αγωγή όταν τα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν για διάφορους λόγους. Είτε, δεν καταλαβαίνουν τις οδηγίες χορήγησης, είτε οι παρενέργειες των φαρμάκων είναι πολύ δυσάρεστες, είτε δεν θέλουν να στιγματιστούν ότι έχουν σχιζοφρένεια, ενώ κάποιοι αδυνατούν να έχουν πρόσβαση σε φαρμακεία. Επειδή όμως, η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπές των συμπτωμάτων της ασθένειας, οι νοσηλευτές οφείλουν να παρατηρούν τους ασθενείς για την τήρηση της αγωγής αλλά και να αποκτήσουν μια θετική στάση απέναντι στα φάρμακα.

Τέλος, πρέπει να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς για τον σωστό τρόπο λήψης των φαρμάκων και να τους πείσουν, ότι πρέπει να ακολουθούν την αγωγή και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Kneisl στο Ohayon et al., 2016).

4.2.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινωνική αλληλεπίδραση

Οι αποτυχίες που είχαν οι ασθενείς με τις προσωπικές τους σχέσεις στο παρελθόν είχαν σαν αποτέλεσμα να τους δημιουργήσουν τον φόβο της απόρριψης και την απόσυρσή τους από τις κοινωνικές επαφές. Έτσι, οι νοσηλευτές οφείλουν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να συναναστρέφονται με τους γύρω τους με επιτυχία ξεκινώντας στην αρχή με αλλαγές μικρού βαθμού όπως η καθημερινή εξάσκηση έναρξης μιας συζήτησης.

Οι νοσηλευτές πρέπει να ενισχύσουν τις κοινωνικές δεξιότητες των ασθενών, αυτές δηλαδή που είναι υπεύθυνες για την συναναστροφή με άλλους ανθρώπους, όπως η έναρξη μιας συζήτησης ή η ολοκλήρωσή της. Κάθε φορά που εκπληρώνει με επιτυχία κάποια δεξιότητα πρέπει να επιβραβεύεται από τους νοσηλευτές.

Έπειτα, οι νοσηλευτές οφείλουν να ενισχύσουν την επιθυμία των ασθενών να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες που είναι ωφέλιμες για αυτούς και ανταποκρίνονται στις ικανότητές τους. Για αυτό είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να γνωρίζουν τα προσωπικά ενδιαφέροντα των ασθενών ώστε να γίνεται με ευχαρίστηση η ενασχόληση των ασθενών με μια δραστηριότητα (Kneisl στο Ohayon et al., 2016).

Σύμφωνα με τις Eby & Brown (Ohayon et al., 2016) οι νοσηλευτές πρέπει να προσεγγίζουν τους ασθενείς με μια στάση αποδοχής και οι προθέσεις τους να είναι τίμιες και

ειλικρινείς. Έπειτα, επειδή οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν έχουν κοινωνικές δεξιότητες, οι νοσηλευτές ενεργώντας σαν πρότυπο πρόσφορης κοινωνικής συμπεριφοράς, μπορούν να τους διδάξουν. Όταν οι ασθενείς καταφέρουν να ολοκληρώνουν τις αλληλεπιδράσεις τους με άλλα άτομα τότε οι νοσηλευτές πρέπει να τους επιβραβεύουν. Τέλος, οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες του νοσοκομείου.

4.2.7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των υποτροπών

Μετά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας οι ασθενείς παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο και συνεχίζουν την φαρμακευτική αγωγή στο σπίτι. Όμως πολλές φορές υπάρχει ο κίνδυνος η κατάσταση του ασθενή να χειροτερεύσει για αυτό οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την πρόληψη των υποτροπών.

Αρχικά, οφείλουν να ενημερώσουν τον ασθενή και την οικογένειά του για τα προειδοποιητικά σημάδια της επερχόμενης υποτροπής έτσι ώστε να είναι σε θέση να τα αντιμετωπίσουν έγκαιρα πριν επιδεινωθεί η κατάσταση. Στη συνέχεια, πρέπει να πείσουν τον ασθενή ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι σημαντική για την βελτίωση της κατάστασής του και ότι δεν πρέπει να την διακόψει. Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να υποτροπιάσει τα συμπτώματα είναι το στρες, για αυτό οι νοσηλευτές μαθαίνουν στους ασθενείς τεχνικές για να το αποβάλλουν.

Οι ασθενείς με την βοήθεια των νοσηλευτών πρέπει να αναζητήσουν τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας και να τις αξιοποιήσουν προς όφελός τους. Αυτές οι πηγές μπορεί να προέρχονται από την οικογένειά του, τους φίλους του και γενικά από τους ανθρώπους με τους οποίους συναναστρέφονται. Επίσης, είναι πολύ ωφέλιμο οι ασθενείς να προσθέσουν στο καθημερινό τους πρόγραμμα πράγματα που τους φτιάχνουν την διάθεση, όπως είναι η βόλτα ή η ζωγραφική και να αποφεύγουν παρακινδυνευμένες καταστάσεις που αυξάνουν το στρες όπως άτομα που τους κατακρίνουν ή τους παροτρύνουν να κάνουν χρήση ναρκωτικών.

Τέλος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμβουλεύουν τους ασθενείς να διατηρούνται υγιείς ακολουθώντας υγιεινή διατροφή, κάνοντας γυμναστική και να μην χάνουν την ελπίδα τους (Eby & Brown, 2009 στο Ohayon et al., 2016).

4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην κοινότητα

Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων μιας κοινότητας εκτός νοσοκομείου. Η ψυχική ασθένεια δεν είναι μια κατάσταση με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά αλλά επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες για αυτόν τον λόγο δεν πρέπει να αξιολογείται μόνο το άτομο αλλά και ο κοινωνικός του περίγυρος όπως η οικογένεια και η κοινότητα. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι δισδιάστατος και άλλοι νοσηλευτές λειτουργούν ως εκπαιδευτές και ακτιβιστές ενώ άλλοι ως επαγγελματίες και συντονιστές.

Ο ρόλος των εκπαιδευτών είναι να πληροφορήσουν το κοινό για την ψυχική ασθένεια και τους τρόπους αντιμετώπισής της και να διαψεύδουν όλους τους μύθους και τις ανακρίβειες γύρω από την ψυχική υγεία. Επίσης, προασπίζονται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών ασκώντας επιρροή στην νομοθεσία. Οι νοσηλευτές που δρουν ως συντονιστές αντίθετα, εργάζονται άμεσα με τους ασθενείς και τον περίγυρό τους. Ο ρόλος τους επικεντρώνεται να βοηθήσουν τον ασθενή να προσαρμοστεί στους διάφορους οργανισμούς

και φορείς ψυχικής υγείας καθώς και να φροντίσουν για την συνέχεια και ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.

Επομένως, οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν ικανότητες επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένειά του. Επίσης, οι νοσηλευτές προάγουν την πρόληψη μελλοντικών κρίσεων και φροντίζουν για την ομαλή επικοινωνία των ασθενών με διάφορους πολιτισμικά ευαίσθητους φορείς (Nies & McEwen, 2001 στο Ohayon et al., 2016).

4.3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο

Μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο ακολουθεί μια φάση αποκατάστασης και ανάρρωσης κατά την οποία ο νοσηλευτής επιδιώκει την εκπαίδευση και την ενσωμάτωση του ασθενούς στην κοινωνία.

Αρχικά, οι νοσηλευτές πρέπει να διδάξουν στους ασθενείς την αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και τον τρόπο που αυτή θα γίνεται. Έπειτα εκπαιδεύουν τους ασθενείς να αντιμετωπίζουν τα ψυχωτικά συμπτώματα όταν εμφανίζονται. Ένας τρόπος να γίνει αυτό είναι να αποσπάται η προσοχή τους με δραστηριότητες όπως το διάβασμα με δυνατή φωνή, η μουσική ή η περιγραφή αντικειμένων. Επειδή οι ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους διέκοψαν τις κοινωνικές επαφές που είχαν οι νοσηλευτές οφείλουν να επιλύσουν αυτό το πρόβλημα ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να συμμετέχουν σε κοινοτικά προγράμματα κοινωνικοποίησης, σε προγράμματα ημερήσιας θεραπείας και σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Eby & Brown, 2009 στο Ohayon et al., 2016).

Επίσης, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι να εκπαιδεύσουν την οικογένεια των ασθενών ενημερώνοντας για την ασθένεια και τους τρόπους χειρισμούς της και τονίζοντας ότι απαιτείται υπομονή και χρόνος για την επιτυχή αντιμετώπισή της. Η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας και του ασθενή είναι πολύ σημαντική και οι νοσηλευτές λειτουργούν σαν διαμεσολαβητές όταν υπάρχει σύγκρουση ανάμεσά τους. Όλα αυτά στοχεύουν στην μείωση των υποτροπών, στην εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής και στην αποφυγή εκ νέου εισόδου στο νοσοκομείο (Lakoff, 2015).

4.3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινωνία

Οι ασθενείς μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο και πρέπει να ενσωματωθούν στην κοινωνική ζωή με την βοήθεια των νοσηλευτών, για αυτό είναι αναγκαίο να δημιουργηθεί αποτελεσματική σχέση ανάμεσά τους. Μετά την ανάπτυξη αποτελεσματικής σχέσης με τους ασθενείς, οι νοσηλευτές ακολουθούν διάφορες στρατηγικές σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο ώστε να ενσωματωθούν οι ασθενείς στην κοινωνία.

Αρχικά σε συλλογικό επίπεδο οι νοσηλευτές συγκεντρώνουν πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες και τις υποδομές που υπάρχουν σε μια κοινότητα και την δημιουργία διασυνδέσεων για να γίνεται ευκολότερα η πρόσβαση των ασθενών σε αυτά. Σε ατομικό επίπεδο, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν να ενημερώνουν τους ασθενείς για αυτές τις υποδομές, να τους εκπαιδεύουν και να τους καθοδηγούν για την χρήση αυτών των υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια, φροντίζουν να αναπτύξουν διάφορες δεξιότητες που θα βοηθήσουν τον ασθενή να ολοκληρώσει αυτό που επιθυμεί. Είναι ωφέλιμο να έρχεται ο ασθενής αντιμετώπος με

διάφορους στρεσογόνους παράγοντες για να αναπτύξει την ικανότητα να τους αντιμετωπίζει μοναχός του.

Έπειτα οι ασθενείς αναλαμβάνουν διάφορους ρόλους και δραστηριότητες ενώ για να μπορέσουν να αποφασίζουν μόνοι τους τι επιθυμούν πρέπει να έρχονται σε επαφή με διάφορες εμπειρίες όπως η εύρεση εργασίας ή η παρακολούθηση κάποιου μαθήματος. Η δημιουργία ειδικών ομάδων, όπως αθλητικοί σύλλογοι, βοηθάει τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να συναναστρέφονται και να εκτελούν εργασίες μαζί με άλλα άτομα.

Τέλος, οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να έρχονται σε επαφή με άτομα που κατάφεραν να ενσωματωθούν στην κοινωνία και να δημιουργούν νέες φιλίες, συμμετέχοντας σε δραστηριότητες που απαιτούν συναναστροφή με άλλα άτομα (Hannigan & Coffey, 2003).

4.4. Νοσηλευτική εκτίμηση περιστατικών με σχιζοφρένεια

4.4.1. Ανάλυση πρώτου περιστατικού

Κλινική περίπτωση

Ο νοσηλευτής αναφέρει κατά την κλινική επίσκεψη ότι ο κος Ν ετών 50, παραμένει απομονωμένος, κάθεται πάντα στο καθιστικό του τμήματος μόνος του, δεν μιλάει με συν ασθενείς του και με δυσκολία αποκρίνεται στους νοσηλευτές. Το πρόσωπό του είναι ανέκφραστο και κοιτάζει αρκετή ώρα τα χέρια του. Διαγνώστηκε με σχιζοφρένεια πριν 20 χρόνια και όλο αυτό το διάστημα εμφάνισε πολλές υποτροπές και ως επακόλουθο αρκετές νοσηλείες.

Νοσηλευτική Διάγνωση / Αξιολόγηση Ατόμου – Ασθενούς (προβλήματα, ανάγκες)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση / Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Απομόνωση-προβλήματα κοινωνικοποίησης.	Αντιμέτωπιση της απομόνωσης του ασθενούς.	Εξασφάλιση φιλικού περιβάλλοντος και προσπάθεια προσέγγισης του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, με	Διαβεβαίωση του ασθενή ότι είναι ασφαλής στο χώρο. Ο ασθενής παραπέμπεται σε ομαδική ψυχοθεραπεία, ώστε να μπορεί	Με τη σωστή θεραπεία που ακολουθήθηκε και το ήρεμο περιβάλλον που εξασφαλίστηκε, ο ασθενής εμπιστεύτηκε το

<p>Αλόγα/ Ανηδονία/ Αμφιβολία.</p>	<p>Αντιμετώπιση αρνητικών συμπτωμάτων.</p>	<p>σκοπό ο άρρωστος να εκφράζει τις ανησυχίες του.</p> <p>Χορήγηση άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων πάντα σύμφωνα με ιατρική οδηγία, που καλύπτουν τα θετικά αλλά και τα αρνητικά συμπτώματα.</p>	<p>να παρακολουθήσει και άλλους ασθενείς.</p> <p>Τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες, όπως αύξηση βάρους και διάφορες μεταβολικές διαταραχές.</p>	<p>νοσηλευτή, απέκτησε αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση στο επιθυμητό επίπεδο. Έμαθε να κοινωνικοποιείται και να δημιουργεί φιλίες.</p> <p>Χορηγήθηκαν αντιψυχωσικά φάρμακα και τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει. Έλεγχος στις παρενέργειες.</p>
<p>Διαταραχές του ύπνου.</p>	<p>Αντιμετώπιση αυπνίας.</p>	<p>Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p>	<p>Χορήγηση κατάλληλων υπνωτικών φαρμάκων και γίνονται ασκήσεις χαλάρωσης.</p>	<p>Ο ασθενής με την βοήθεια κατάλληλων μέτρων θεραπείας νιώθει πολύ καλύτερα</p>
<p>Πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας.</p>	<p>Πρόληψη πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας.</p>	<p>Να γίνει έλεγχος από το νοσηλευτικό προσωπικό, να συμμετέχει στις δραστηριότητες της κλινικής και να ξεκινήσει ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.</p>	<p>Εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα παρακολούθησης του ασθενή κάθε 10-15 λεπτά. Επιβεβαιώθηκε ότι ο ασθενής ξεκίνησε τις συνεδρίες του.</p>	<p>Ο ασθενής μέσα σε ένα μεγάλο χρονικό διάστημα δεν έπραξε καμία απόπειρα αυτοκτονίας. Ο ασθενής συνέχισε κανονικά τη θεραπεία του.</p>
<p>Άρνηση λήψης τροφής / φαρμάκων λόγω φόβου.</p>	<p>Αντιμετώπιση αιτίων φόβου - άρνηση λήψης τροφής και φαρμάκων.</p>	<p>Να γίνει λήψη πληροφοριών από το νοσηλευτικό προσωπικό για το λόγο που ο ασθενής αρνείται να λαμβάνει τροφή και φάρμακα.</p>	<p>Προσέγγιση του ασθενή με ευγενικό τρόπο. Να γίνει δοκιμή φαγητού από το νοσηλευτή μπροστά του για τυχών 'δηλητηριασμένη' τροφή.</p>	<p>Μετά από όλες τις ενέργειες του νοσηλευτή, ο ασθενής τον εμπιστεύτηκε και τηρεί σωστό ωράριο φαγητού</p>

			Επιβεβαίωση ότι ο νοσηλευόμενος καταπίνει όλα τα φάρμακα που χορηγούνται σε μορφή χαπιών, καψουλών.	στην τραπεζαρία. Παρακολουθείται από εμάς στην σωστή λήψη φαρμάκων. Η λειτουργικότητά του βελτιώθηκε στο επιθυμητό επίπεδο.
--	--	--	---	---

4.4.2. Ανάλυση δεύτερου περιστατικού

Κλινική περίπτωση

Ο Νίκος είναι 19 ετών. Προσήλθε στο ψυχιατρικό τμήμα με τη συνοδεία των γονιών του. Κατά την κλινική συνέντευξη λέει ότι όλοι οι συμφοιτητές του τον παρακολουθούν. Τον τελευταίο καιρό υποψιάζεται ότι και οι γονείς του είναι μέλη αυτής της «συμμορίας» που θέλει σίγουρα το κακό του. Παραμένει κλεισμένος στο δωμάτιό του και κανείς δεν τολμάει να του χτυπήσει την πόρτα. Σήμερα συμφώνησε να έλθει στο νοσοκομείο μαζί τους μήπως έτσι «γλιτώσει» από τη «συνομοσία» τους.

Νοσηλευτική Διάγνωση / Αξιολόγηση Ατόμου – Ασθενούς (προβλήματα, ανάγκες)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση / Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Καχυποψία – Εχθρότητα.	Να νιώσει ο άρρωστος ασφαλής και να μην εκδηλώνει εχθρότητα προς το περιβάλλον.	Επαγγελματική σχέση νοσηλευτή-αρρώστου. Προσφορά αυτονομίας και ελέγχου στον	Δεν εστιάζουμε στις διαταραχές σκέψης. Συζητάμε μαζί του για υπαρκτούς ανθρώπους και πραγματικές	Επιδεικνύει κατάλληλη συμπεριφορά. Ακολουθεί τις καθημερινές δραστηριότητες.

<p>Προβλήματα κοινωνικοποίησης λόγω φόβου.</p>	<p>Αντιμέτωπιση της απομόνωσης του ασθενούς.</p>	<p>άρρωστο σε μερικό βαθμό.</p> <p>Εδραίωση εμπιστοσύνης με τους άλλους ανθρώπους της κλινικής. Να συμμετέχει στις καθημερινές ασχολίες.</p>	<p>καταστάσεις.</p> <p>Συμμετέχει ενεργά στις εργασίες της κλινικής. Προάγει τις κοινωνικές του δεξιότητες με τους γύρω ανθρώπους.</p>	<p>Ο ασθενής με την βοήθεια των κοινωνικών δραστηριοτήτων που υποβλήθηκε καθημερινά, φέρει μεγάλους προόδους.</p>
<p>Επιθετική συμπεριφορά λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης.</p>	<p>Άμεση αντιμετώπιση στην μείωση επιθετικότητας-φιλικό περιβάλλον.</p>	<p>Αποφεύγουμε το άγγιγμα, το υπερβολικό γέλιο, το ψιθύρισμα όταν παρίσταται ο ασθενής.</p> <p>Να γίνει χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων, σύμφωνα με την οδηγία γιατρού.</p> <p>Εξασφαλίζουμε ήρεμο περιβάλλον.</p>	<p>Χρησιμοποιούμε την απόσπαση προσοχής και ο νοσηλευτής πλησιάζει με ηρεμία στον ασθενή και του χορηγεί απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>Μόλις περάσει η έντονη επιθετικότητά του, προτείνουμε να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες.</p>	<p>Αλληλοεπιδρά επιτυχώς με τα άλλα άτομα.</p> <p>Ο ασθενής εξέφρασε τις εμπειρίες του μέσα από τις δραστηριότητες και εμπιστεύτηκε τον νοσηλευτή.</p>
<p>Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.</p>	<p>Απαλλαγή του ασθενή από παραληρητικές ιδέες, να ξεχωρίζει την πραγματικότητα από ψευδαισθήσεις.</p>	<p>Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος.</p> <p>Να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία ώστε να ξεχωρίσει την πραγματική από παθολογική σκέψη.</p> <p>Επεξήγηση της θεραπείας και των</p>	<p>Προσοχή στον χειρισμό της λανθασμένης αντίληψης (αναφέρουμε ότι δεν συμεριζόμαστε την παραισθησιακή εμπειρία του αρρώστου αλλά πιστεύουμε ότι ο ίδιος τη βιώνει ως πραγματική). Δεν διαφωνούμε με</p>	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και η εξασφάλιση άνετου , φιλικού περιβάλλοντος, οδήγησε στην σταδιακή υποχώρηση των συμπτωμάτων.</p>

<p>Κοινωνική απομόνωση λόγω ανασφάλειας και φόβου.</p>	<p>Αντιμετώπιση της απομόνωσης του ασθενή με ασφάλεια.</p>	<p>διαδικασιών.</p> <p>Άμεση παρέμβαση στο αυξανόμενο άγχος της ανασφάλειας και του φόβου. Να επικοινωνεί με τους άλλους ανθρώπους της κλινικής.</p>	<p>τον άρρωστο για τις παραισθήσεις ή τις ψευδαισθήσεις του. Τον ρωτάμε ευθέως για την ύπαρξή τους π.χ. «ακούς φωνές; τι σου λένε;», «ποιος προσπαθεί να σε σκοτώσει;», «ποιος σε παρακολουθεί;»</p> <p>Παρακολουθούμε τον άρρωστο για συμπεριφορές που υποδηλώνουν την ύπαρξη διωκτικού χαρακτήρα π.χ. έχει πεποίθηση ότι κάποιος τον κακομεταχειρίζεται ή τον παρακολουθεί. Συζητάμε για τα συναισθήματα που νιώθει.</p>	<p>Αποφεύχθηκαν οι παραισθήσεις και το άγχος.</p> <p>Ο ασθενής με την βοήθεια ατομικής ψυχοθεραπείας, έχει κάνει σημαντικά βήματα στην βελτίωση θεραπείας.</p>
--	--	--	--	--

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις πλέον σοβαρές ασθένειες της εποχής μας η οποία πλήττει έναν ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό ασθενών. Κατά τα τελευταία χρόνια, γίνονται πολλές ερευνητικές προσπάθειες για να αποσαφηνιστούν αρκετά σημεία αυτής της διαταραχής ώστε να μπορούν να κατανοηθούν καλύτερα τα αίτια της και να γίνει πιο αποτελεσματική η θεραπεία της.

Σήμερα, όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση δίνεται έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή, στη ψυχοκοινωνική εκπαίδευση και στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες ώστε να βελτιωθεί η κοινωνικότητα και η λειτουργικότητα των ασθενών. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι οι ασθενείς αυτοί μπορούν να βελτιώσουν τη ποιότητα της ζωής τους σε σημαντικό βαθμό γι' αυτό και η συμμετοχή των νοσηλευτών στην εκπαίδευση και ανάκτηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, μέσω των οποίων μπορούν να εκφραστούν και να γίνουν πάλι ανεξάρτητοι, είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Ο νοσηλευτής συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της υποτροπής, εφόσον γνωρίζει τα αίτια που την προκάλεσαν. Για τον λόγο αυτόν θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή και την οικογένειά του για τους βλαπτικούς παράγοντες που οδηγούν σε μια υποτροπή. Θα πρέπει να εκπαιδεύει τον ασθενή να τηρεί τις οδηγίες του ιατρού ως προς την λήψη των φαρμάκων, την υποστήριξη που πρέπει να του παρέχεται και την αντιμετώπιση των πιθανών επεισοδίων.

Ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι η επανένταξη του ασθενή στην κοινωνία. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, θα πρέπει να γίνουν κάποιες παρεμβάσεις. Στα πλαίσια αυτά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συζητάει με τον ασθενή, να του εξηγεί και να τον στηρίζει ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο μιας επερχόμενης υποτροπής. Ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει όλα τα σημάδια της επερχόμενης αυτής, υποτροπής ώστε να τα αναγνωρίσει και να τα αναφέρει άμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να θέσει στόχους για το μέλλον και να αντιληφθεί πως απαραίτητη προϋπόθεση για να τους υλοποιήσει είναι να ακολουθήσει πιστά την αγωγή του.

Ως υποτροπή (relapse) χαρακτηρίζεται η επανεμφάνιση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, κατά τη διάρκεια ή μετά το τέλος της θεραπείας της. Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδηγούν σε μια υποτροπή, με κυριότερο τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας. Πολλοί ασθενείς δεν αισθάνονται πως είναι άρρωστοι, δεν αποδέχονται τη διάγνωση και δεν θεωρούν πως υπάρχει λόγος να παίρνουν τα φάρμακα. Επίσης, πολύ συχνός παράγοντας διακοπής της φαρμακοθεραπείας είναι οι παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα. Κάποιες από τις συχνότερες είναι η υπνηλία, τρόμος των άκρων, παρκινσονισμός, αύξηση της όρεξης, ζάλη, ξηρότητα του στόματος. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή ο σημαντικός ρόλος που παίζουν τα φάρμακα, στην πορεία, της θεραπείας της νόσου. Πρέπει να εξηγηθούν, εκ των προτέρων, οι παρενέργειες ώστε ο ασθενής να τις γνωρίζει και να είναι προετοιμασμένος. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να εξηγηθεί πως δεν θα πρέπει να λαμβάνονται δόσεις ή συνδυασμός φαρμάκων που αυξάνουν την εμφάνιση των παρενεργειών.

Κάποιοι ακόμα παράγοντες που οδηγούν σε υποτροπή είναι η ακαταλληλότητα του προγράμματος θεραπείας για τον συγκεκριμένο ασθενή, η αρνητική υποστηρικτική στάση της οικογένειας, η διακοπή της θεραπείας λόγω μη συχνής παρακολούθησης από την θεραπευτική ομάδα, κάποιο ισχυρό, τραυματικό σοκ (θάνατος αγαπημένου προσώπου, αποχωρισμός) ή τέλος του θεραπευτικού προγράμματος. Οι επιπτώσεις ωστόσο μιας υποτροπής είναι ιδιαίτερα σοβαρές και δυσμενείς για την πορεία του ασθενή, καθώς μειώνεται η λειτουργικότητά του και αναβιώνονται οι εμπειρίες των συμπτωμάτων της νόσου.

Μια ακόμα σημαντική αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι να εξηγήσει στον ασθενή πόσο βλαβερό είναι, γι' αυτόν το στρες και να προσπαθήσει να το αποβάλλει όσο το δυνατόν περισσότερο, από τη ζωή του. Εξίσου σημαντικό με' αυτό είναι να έχει κοντά του άτομα που τον στηρίζουν, που αισθάνεται άνετα μαζί τους και μπορεί να συζητάει για τα άγχη, τις ανησυχίες και τα προβλήματα του, καθώς επίσης να ανακαλύψει ασχολίες και ενδιαφέροντα που τον ευχαριστούν, αποφεύγοντας όμως άτομα που θεωρεί πως τον επηρεάζουν αρνητικά (σε χρήση ουσιών, αλκοόλ). Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συστήσει στον ασθενή να γυμνάζεται, να τρέφεται υγιεινά, να φροντίζει τον εαυτό του και την υγεία του και πιο σημαντικό από όλα, να παραμένει αισιόδοξος και να μην εγκαταλείπει τις ελπίδες του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed). Washington, DC.:American Psychiatric Publishing.

Cioffi, CL. (2013) *Modulation of NMDA receptor function as a treatment for schizophrenia*. Bioorg Med Chem Lett.

Doran, C. (2013) *Prescribing Mental Health Medication: The practitioner's guide*. New York: Taylor & Francis Group.

Gill, F., Butler, S. & Pistrang, N. (2016) The experience of adolescent inpatient care and the anticipated transition to the community: Young people's perspectives. *Journal of Adolescence*, 46, p. 57-65.

Heinz, H. (2014) *The Concept of Schizophrenia: From Unity to Diversity*. Advances in Psychiatry.

Hui Chien Ong et al. (2016) *Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia*. Psychology Research and Behavior Management.

Θέμα (2017) *Έρευνα: Η χρήση κάνναβης οδηγεί τους έφηβους στη σχιζοφρένεια* <https://www.protothema.gr/zoi/article/657553/ereuna-i-hrisi-kannavis-odigei-tous-efivous-sti-shizofreneia/>, Ημερομηνία πρόσβασης 10/6/2018

Θέμα (2017) *Ναρκοτικά και αλκοόλ αυξάνουν τον κίνδυνο σχιζοφρένειας*, <https://www.protothema.gr/ugeia/article/622072/narkotika-kai-alkool-auxanoun-ton-kinduno-shizofreneias/>, Ημερομηνία πρόσβασης 10/6/2018

Ko, CJ. et al. (2014) Searching for reintegration: life experiences of people with schizophrenia. *Journal of clinical nursing*, 23 (3-4), p. 394-401.

Κούκια, Ε. (2015) *Ψυχιατρική νοσηλευτική: Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Lakoff, A. (2015) *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value* Global Psychiatry. Cambridge: University Press.

Lin, H. H. et al. (2014) A Pilot Study of the Effect of an Illness Management Group on Patients With Schizophrenia Living in Community. *Journal of Nursing & Healthcare Research*, 10 (1), p. 15-22.

Ling, Y. et al. (2014) Characteristics linked to the reduction of stigma towards schizophrenia: a pre-and-post study of parents of adolescents attending an educational program. *BMC Public Health*, 14 (18), p. 258.

Mestdagh, A. & Hansen, B. (2013) Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 49 (1), p.79-87.

Ohayon, H. I. et al. (2016) Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8 (1).

Owen, G., Wessely, S. & Murray, R. (2014) *Handbook of Practical Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.

Owen R. (2014), *Schizophrenia – From devilry to disease*, *Journal of the Royal Medical society*, Volume 22, Issue p.24-32.

Pratt, K. (2013) Empathy and Social Functioning for People with Schizophrenia: Early Intervention. Online at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24636245>
Ημερομηνία πρόσβασης 25/9/2018

SANE (2016) It's Time to Break Down the Myths About Schizophrenia, Says SANE Australia. Online at <https://www.sane.org/mental-health-and-illness/facts-and-guides/schizophrenia>
Ημερομηνία πρόσβασης 25/9/2018

Schlier, B. et al. (2016) The effect of educational information about treatments for schizophrenia on stigmatizing perceptions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 52 (24), p.11-16.

Shah STH et al. (2013) Psychological distress among caregivers of patients with schizophrenia. *J Ayub Med Coll Abbottabad*.

Spitzer, M., Uehlein, F. A., Schwartz, M. A., & Mundt, C. (eds.) *Phenomenology, Language and Schizophrenia*. New York: Springer-Verlag.

Τσιώλης, Γ. (2014) *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Velikovsky, L. L. et al. (2015) From hospital admission to independent living: Is prediction possible? *Psychiatry Research*, 226 (2-3), p. 499-506.

Vigod, N. S. et al., (2013) Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (3), p. 187-194.

Wiesjahn, M. et al. (2016) The potential of continuum versus biogenetic beliefs in reducing stigmatization against persons with schizophrenia: An experimental study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, p.231-237.

Warren, C. A. B. (2013) *Gender Issues Field Research*. Newbury Park: Sage

Watters, E. (2016). *The Globalization of the American Psyche: Crazy Like Us*. New York: Free Press.

Webster, I. (2013) *Sydney Morning Herald*. 6th March. As cited Puckett (1993). *Community Mental Health*. Marrickville: Harcourt Brace & Company. 415.

White, J., & Drew, S. (2014) *Collecting Data or Creating Meaning?. Qualitative Research Journal*. 11(1), 3-12

Wiggins, O. P., Schwartz, M. A. & Spitzer, M. (2013) *Phenomenological/Descriptive Psychiatry: The Methods of Edmund Husserl and Karl Jasper*.

Williams, C. C. (2014) *Insight, Stigma and Post-Diagnosis Identities Schizophrenia. Psychiatry: Journal of the Biology and the Pathology of Interpersonal Relations*, 71(3), 246-256.