



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΚΩΤΣΙΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΑ

Πάτρα, 2020

Ευχαριστίες

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δρ Μιχαλοπούλου Ελένη για την υποστήριξή της, καθώς και για τις καίριες παρατηρήσεις και τις πολύτιμες επισημάνσεις της, κατά την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω την πτυχιική μου εργασία στους γονείς μου για την υποστήριξη τους κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι ένα σημαντικό ζήτημα υγείας, το οποίο πλήττει σχεδόν το 1% του πληθυσμού, συχνά με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. περίπου 16,5 εκατομμύρια ασθενείς στην ΕΕ χρειάζονται αντιψυχωσικά σε καθημερινή βάση. Αυτό δημιουργεί σημαντικό κόστος για την υγειονομική περίθαλψη, καθώς οι διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) συγκαταλέγονται στις πιο δαπανηρές ιατρικές καταστάσεις (386 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως στην ΕΕ) (Kingdon et al., 2011; Dickerson and Lehman, 2011).

Καθώς τα θεραπευτικά εργαλεία καθίστανται διαθέσιμα, οι κλινικοί ιατροί είναι πιο πιθανό να κάνουν τις κατάλληλες επιλογές σχετικά με τη χρήση αυτών των εργαλείων εάν έχουν μια ακριβή κατανόηση της διαταραχής που αντιμετωπίζουν. Τα τρέχοντα στοιχεία υποδηλώνουν ότι το συνήθη εννοιολογικό μοντέλο της σχιζοφρένειας πρέπει να αναθεωρηθεί. Η σχιζοφρένεια είναι μια σύνθετη διαταραχή με διάφορες εκδηλώσεις εκτός του εγκεφάλου και, συχνά, νευροψυχιατρικές καταστάσεις (Gründer et al., 2016).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σχιζοφρένεια αναφέρεται σε μια ομάδα σοβαρών, ανασταλτικών ψυχιατρικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από απόσυρση από την πραγματικότητα, παράλογη σκέψη, πιθανές παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, συναισθηματική συμπεριφορά ή διανοητική διαταραχή. Τα πιο κοινά σημάδια έγκαιρης προειδοποίησης της σχιζοφρένειας ανιχνεύονται συνήθως μέχρι την εφηβεία.

Σκοπός: σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να μελετηθεί η ψυχική νόσος σχιζοφρένεια και να αναλυθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν.

Μέθοδος: Οι ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις Google Scholar, NCBI, χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των άρθρων χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά nursing interventions, Schizophrenia, mental illness. Υπήρξε τυχαιοποιημένη επιλογή μελετών.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές στη σημερινή κοινωνία καλούνται να βρουν τρόπους να χρησιμοποιήσουν τις θεραπευτικές σχέσεις και να επιφέρουν συνεργατικά οφέλη για την υγεία με τους ασθενείς τους. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένων των παραισθήσεων, παραληρητικών ιδεών, παράνοιας ή αποδιοργανωμένων σκέψεων. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν τεράστια γνώση για τον εαυτό τους και την ασθένεια, γνωρίζοντας τα όριά τους και εξαλείφοντας οποιοδήποτε υπάρχον στίγμα σε σχέση με τον ασθενή.

Λέξεις-Κλειδιά: νοσηλευτικές παρεμβάσεις, σχιζοφρένεια, ψυχική ασθένεια

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia refers to a group of serious, inhibitory psychiatric disorders characterized by withdrawal from reality, irrational thinking, possible delusional ideas and hallucinations, emotional behavior or mental disorder. The most common early warning signs of schizophrenia are usually detected until adolescence.

Purpose: The purpose of this thesis is to study schizophrenia mental illness and to analyze the nursing interventions that can be applied.

Method: Google Scholar online bibliographic databases, NCBI, were used to search for articles using the keywords nursing interventions, Schizophrenia, mental illness. There was a randomized selection of studies.

Conclusions: Nurses in today's society are called upon to find ways to use therapeutic relationships and to bring collaborative health benefits to their patients. The nurse should recognize the symptoms of schizophrenia, including hallucinations, delusions, paranoid or disorganized thoughts. Nurses need to be extremely knowledgeable about themselves and the disease, knowing their limits and eliminating any existing stigma regarding the patient.

Keywords: nursing interventions, schizophrenia, mental illness

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	9
Η ΨΥΧΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	9
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	10
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	11
1.4 ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	17
ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	17
2.1 ΑΙΤΙΑ.....	17
2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	23
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	23
3.1 ΠΡΟΩΡΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	23
3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	24
3.3 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	25
3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
3.3.1 Φαρμακευτικές θεραπείες	26
3.3.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	30
3.3.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	35
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	35

4.1 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	35
4.2 ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	37
4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	39
4.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	43
4.5 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	46
4.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	47
4.7 ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	52
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	52
5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄	52
5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι τρέχουσες θεραπείες της σχιζοφρένειας έχουν σημαντικούς περιορισμούς:

Πρώτον, είναι αποτελεσματικές μόνο για τους μισούς ασθενείς που τους παρέχουν τη δυνατότητα ανεξάρτητης ζωής. Δεύτερον, βελτιώνουν κυρίως τα θετικά συμπτώματα (π.χ. ψευδαισθήσεις και διαταραχές της σκέψης που αποτελούν τον πυρήνα της νόσου), αλλά τα αρνητικά συμπτώματα (π.χ. ομαλή επίδραση και κοινωνική απόσυρση) και οι γνωστικές (π.χ. διαταραχές μάθησης και προσοχής) παραμένουν ανεπεξέργαστα. Τρίτον, περιλαμβάνουν σοβαρές νευρολογικές και μεταβολικές παρενέργειες και μπορεί να οδηγήσουν σε σεξουαλική δυσλειτουργία ή σε ακοκκιοκυτταραιμία (κλοζαπίνη) (Beck et al., 2008).

Λόγω της σοβαρότητάς της ασθένειας, της πρώιμης ηλικίας εμφάνισης και της επικράτησης, η σχιζοφρένεια είναι η πηγή τεράστιου ανθρώπινου και οικονομικού κόστους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τη χαρακτήρισε μία από τις δέκα πρώτες αιτίες αναπηρίας στις αναπτυγμένες χώρες παγκοσμίως. Για τη σχιζοφρένεια -όπως και για άλλες διαταραχές- το εννοιολογικό μοντέλο που χρησιμοποιούν οι κλινικοί γιατροί καθορίζει άμεσα και η αξιολόγηση περιορίζει τις παρεμβάσεις που θα προσφέρονται στον ασθενή (Miller et al., 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΨΥΧΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ψυχιατρική διαταραχή με ένα ετερογενές γενετικό και νευροβιολογικό υπόβαθρο που επηρεάζει την πρόωρη ανάπτυξη του εγκεφάλου και εκφράζεται ως συνδυασμός ψυχωτικών συμπτωμάτων - όπως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και αποδιοργάνωση - και κινητικές και γνωστικές δυσλειτουργίες. Ο μέσος όρος επικράτησης της διαταραχής σε όλη τη ζωή είναι λίγο κάτω από το 1%, αλλά οι μεγάλες περιφερειακές διαφορές στα ποσοστά επικράτησης είναι εμφανείς λόγω των ανισοτήτων στην αστικότητα και τα πρότυπα μετανάστευσης (Kingdon et al., 2011).

Αν και η γενική παθολογία εγκεφάλου δεν είναι χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας, η διαταραχή περιλαμβάνει λεπτές παθολογικές μεταβολές σε συγκεκριμένους πληθυσμούς νευρικών κυττάρων και στην επικοινωνία κυττάρου-κυττάρου. Η σχιζοφρένεια, ως γνωστική και συμπεριφορική διαταραχή, είναι τελικά για το πώς ο εγκέφαλος επεξεργάζεται τις πληροφορίες. Πράγματι, οι μελέτες νευροαπεικόνισης έχουν δείξει ότι η επεξεργασία πληροφοριών είναι λειτουργικά ανώμαλη σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο και χρόνια σχιζοφρένεια (Beck et al., 2008).

Αν και οι φαρμακολογικές θεραπείες για τη σχιζοφρένεια μπορούν να ανακουφίσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα, τέτοια φάρμακα γενικά δεν οδηγούν σε ουσιαστικές βελτιώσεις στην κοινωνική, γνωστική και επαγγελματική λειτουργία. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις όπως η νοητική-συμπεριφορική θεραπεία, η νοητική αποκατάσταση και η υποστηριζόμενη εκπαίδευση και απασχόληση έχουν προσθέσει αξία θεραπείας, αλλά εφαρμόζονται ασυνεπώς (Miller et al., 2002).

Δεδομένου ότι η σχιζοφρένεια ξεκινάει πολλά χρόνια πριν γίνει συνήθως μια διάγνωση, είναι καθοριστικής σημασίας η ταυτοποίηση των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο και εκείνων που βρίσκονται σε πρώιμες φάσεις της διαταραχής και η διερεύνηση προληπτικών προσεγγίσεων. Αν και οι φαρμακολογικές θεραπείες για τη

σχιζοφρένεια μπορούν να ανακουφίσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα, τέτοια φάρμακα γενικά δεν οδηγούν σε ουσιαστικές βελτιώσεις στην κοινωνική, γνωστική και επαγγελματική λειτουργία. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις όπως η νοητική-συμπεριφορική θεραπεία, η νοητική αποκατάσταση και η υποστηριζόμενη εκπαίδευση και απασχόληση έχουν προσθέσει αξία θεραπείας, αλλά εφαρμόζονται ασυνεπώς (Kingdon et al., 2011).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η έννοια της νόσου της σχιζοφρένειας είναι σχετικά πρόσφατης προέλευσης, σε σύγκριση με διαταραχές όπως η μελαγχολία, η μανία ή η γενική «παραφροσύνη», όλα γνωστά από την αρχαιότητα. Μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα, οι Ευρωπαίοι ψυχίατροι άρχισαν να περιγράφουν διαταραχές άγνωστων αιτιών, που συνήθως επηρεάζουν τους νέους και συχνά προχωρούν σε χρόνια επιδείνωση. Στη Γαλλία, ο Morel αναφέρεται σε τέτοιες περιπτώσεις, ενώ στη Σκωτία ο Clouston εφεύρε τον όρο "εφηβική παραφροσύνη". Στη Γερμανία, ο Kahlbaum χαρακτήρισε το κατατονικό σύνδρομο (Beck et al., 2008).

Ωστόσο, ο Emil Kraepelin (1856-1926) πρότεινε την ενσωμάτωση αυτών των ποικίλων κλινικών εικόνων σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα με την ονομασία «dementia praecox», με βάση τις διαχρονικές παρατηρήσεις του για μεγάλο αριθμό κλινικών περιπτώσεων που παρουσιάζουν ένα κοινό σχέδιο η οποία τελικά οδήγησε σε σοβαρή γνωστική και συμπεριφορική παρακμή. Εξετάζοντας την περιγραφή της διαταραχής σε διαδοχικές εκδόσεις του εγχειριδίου του ο Kraepelin αναγνώρισε την ποικιλομορφία των κλινικών εικόνων που ανήκουν στην άνοια και περιλάμβανε εννέα διαφορετικές «κλινικές μορφές» (Phillips et al., 2003).

Αν και τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής δεν μπορούσαν πάντοτε να προσδιοριστούν αξιόπιστα στην διατομή της κλινικής παρουσίας, ο Kraepelin υπογράμμισε ότι «συναντάμε παντού τις ίδιες βασικές διαταραχές στις διάφορες μορφές άνοιας, παρόλο που η κλινική εικόνα μπορεί να φαίνεται εκ πρώτης όψεως τόσο διαφορετική» (Miller et al., 2002).

Οι «θεμελιώδεις διαταραχές» που υποστήριζαν την έννοια της νοσηρής οντότητας ήταν γνωστικές ανεπάρκειες («γενική αποσύνθεση της ψυχικής αποδοτικότητας») και εκτελεστική δυσλειτουργία («απώλεια της κυριαρχίας έναντι της βολικής δράσης»). Ο Kraepelin δεν μπορούσε να καταλογίσει την αιτιολογική σημασία των κλινικών παραλλαγών που περιέγραψε και θεώρησε το ζήτημα μιας ενιαίας διαδικασίας έναντι πολλαπλών καταστάσεων ασθένειας στο πλαίσιο της άνοιας. Η προσέγγισή του στον ορισμό και την ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών βασίστηκε ουσιαστικά σε περιεκτικές κλινικές παρατηρήσεις και φυσιολογικές περιγραφές μεγάλου αριθμού μεμονωμένων περιπτώσεων (Phillips et al., 2003).

Ο Eugen Bleuler (1857-1939) τροποποίησε σημαντικά την αρχική ιδέα του Kraepelin προσθέτοντας στο πεδίο εφαρμογής του κλινικές ασθένειες που δεν εξελίχθηκαν στο είδος της "τερματικής κατάστασης" της υποβάθμισης, που θεωρείται από το Kraepelin ως χαρακτηριστικό της νόσου. Έχοντας επεξεργαστεί τον όρο "σχιζοφρένεια" για να αντικαταστήσει την άνοια, το Bleuler δήλωσε ότι η σχιζοφρένεια "δεν είναι ασθένεια με τη στενή έννοια, αλλά φαίνεται να είναι μια ομάδα ασθενειών (Bartζόπουλος και συν., 2002).

Κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών, αρκετοί ευρωπαίοι και Αμερικανοί κλινικοί γιατροί πρότειναν περαιτέρω υπονοσολογικές διακρίσεις εντός του φαινοτύπου διεύρυνσης της σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, σχιζοφρενεργικών ψυχώσεων, μη επεξεργασμένων διαδικασιών, και παρανοειδούς και μη παρανοειδούς σχιζοφρένειας (Mukhopadhaya et al., 2008).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας είναι μεταξύ 0,6% και 1,9% στον πληθυσμό των ΗΠΑ. Επιπλέον, μια ανάλυση έχει υπολογίσει ότι η ετήσια επικράτηση των διαγνωστέι σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ είναι 5,1 ανά 1.000 ζωές. Ο επιπολασμός της διαταραχής φαίνεται να είναι ίσος σε άνδρες και γυναίκες, αν και η έναρξη των συμπτωμάτων εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία στους άνδρες από ό, τι στις γυναίκες. Οι άνδρες τείνουν να βιώνουν το πρώτο επεισόδιο της σχιζοφρένειας στις αρχές της

δεκαετίας του '20, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν συνήθως το πρώτο τους επεισόδιο στις αρχές των 30 ετών (Miller et al., 2011).

Μελέτη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε 10 χώρες διαπίστωσε ότι η σχιζοφρένεια συνέβη με συγκρίσιμες συχνότητες μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικά καθορισμένων πληθυσμών. Από την άλλη, μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση, η οποία περιελάμβανε δεδομένα από 33 χώρες, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συχνότητα της σχιζοφρένειας διέφερε ανάλογα με τη γεωγραφική θέση (Mukhopadhyaya et al., 2008; Chong et al., 2016).

1.4 ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Υπάρχουν πέντε τύποι σχιζοφρένειας (που συζητούνται στις ακόλουθες διαφάνειες). Κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τους τύπους συμπτωμάτων που εκδηλώνει το άτομο κατά την αξιολόγηση: (Patel et al., 2014)

- **Παρανοϊκή σχιζοφρένεια:** Η σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου διακρίνεται από παρανοϊκή συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένων αυταπάτων και ακουστικών παραισθήσεων. Η παρανοϊκή συμπεριφορά εκδηλώνεται από τα αισθήματα της δίωξης, από την παρακολούθηση, ή μερικές φορές αυτή η συμπεριφορά συνδέεται με ένα διάσημο ή αξιοσημείωτο πρόσωπο διασημότητα ή πολιτικό ή μια οντότητα όπως μια εταιρία. Τα άτομα με σχιζοφρένεια τύπου παρανοϊκού τύπου μπορεί να εμφανίσουν θυμό, άγχος και εχθρότητα. Το άτομο συνήθως έχει σχετικά κανονική πνευματική λειτουργία και έκφραση επηρεασμού (Patel et al., 2014).
- **Αποδιοργανωμένη σχιζοφρένεια:** Ένα άτομο με σχιζοφρένεια αποδιοργανωμένου τύπου θα παρουσιάσει συμπεριφορές που είναι αποδιοργανωμένες ή λόγια που μπορεί να είναι περίεργα ή δύσκολα κατανοητά. Μπορεί να εμφανίζουν ακατάλληλα συναισθήματα ή αντιδράσεις που δεν σχετίζονται με την κατάσταση στο χέρι. Οι καθημερινές δραστηριότητες όπως η υγιεινή, το φαγητό και η εργασία μπορούν να διαταραχθούν ή να παραμεληθούν από τα αποδιοργανωμένα σκεύη σκέψης τους (Miller et al., 2011).

- Κατατονική σχιζοφρένεια: Οι διαταραχές της κίνησης χαρακτηρίζουν τη σχιζοφρένεια τύπου κατατονικού τύπου. Οι άνθρωποι με αυτό το είδος της σχιζοφρένειας μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των άκρων: μπορεί να παραμείνουν ακίνητοι ή να μετακινηθούν σε όλο τον χώρο. Μπορούν να μην λένε τίποτα για ώρες, ή να επαναλάβουν ό, τι λέτε ή κάνετε. Αυτές οι συμπεριφορές θέτουν αυτούς τους ανθρώπους με σχιζοφρένεια τύπου catatonic σε υψηλό κίνδυνο, επειδή συχνά δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους ή να ολοκληρώσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Patel et al., 2014)
- Μη διαφοροποιημένη σχιζοφρένεια: Η σχιζοφρένεια μη διαφοροποιημένου τύπου είναι μια ταξινόμηση που χρησιμοποιείται όταν ένα άτομο παρουσιάζει συμπεριφορές που ταιριάζουν σε δύο ή περισσότερους από τους άλλους τύπους σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένων συμπτωμάτων όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία ή συμπεριφορά, κατατονική συμπεριφορά.
- Υπολειμματική σχιζοφρένεια: Όταν ένα άτομο έχει ιστορικό τουλάχιστον ενός επεισοδίου της σχιζοφρένειας, αλλά αυτή τη στιγμή δεν έχει συμπτώματα (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος ή συμπεριφορά) θεωρείται ότι έχει σχιζοφρένεια υπολειμματικού τύπου. Το άτομο μπορεί να είναι σε πλήρη ύφεση, ή μπορεί σε κάποιο σημείο να συνεχίσει τα συμπτώματα (Miller et al., 2011).

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διαφορετική ψυχοπαθολογία. Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι θετικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις και ψευδαισθήσεις, λεγόμενα ψυχωτικά συμπτώματα στα οποία υπάρχει απώλεια επαφής με την πραγματικότητα), αρνητικά συμπτώματα (ιδιαίτερα μειωμένο κίνητρο, μείωση αυθόρμητου λόγου και κοινωνική απόσυρση) και γνωστική εξασθένηση μια ομάδα ασθενών με σχιζοφρένεια εκτελεί πιο ανεπαρκώς από τους ελέγχους σε ένα ευρύ φάσμα γνωστικών λειτουργιών αν και υπάρχει μεγάλη ατομική μεταβλητότητα) (Βαρτζόπουλος και συν., 2002; Patel et al., 2014).

Τα θετικά συμπτώματα τείνουν να υποτροπιάζουν και να υποχωρούν, αν και μερικοί ασθενείς εμφανίζουν υπολειμματικά μακροχρόνια ψυχωτικά συμπτώματα. Τα αρνητικά και γνωστικά συμπτώματα τείνουν να είναι χρόνια και σχετίζονται με

μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην κοινωνική λειτουργία. Το πρώτο επεισόδιο της ψύχωσης συνήθως εμφανίζεται στην ύστερη εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση, αλλά συχνά ακολουθεί προδρομική φάση ή «ψυχική κατάσταση σε κίνδυνο» και σε μερικές περιπτώσεις πρόωρες βλάβες στη γνωστική και / ή κοινωνική λειτουργία επανέρχονται πολλά χρόνια πίσω (Mukhopadhaya et al., 2008).

Η σχιζοφρένεια είναι η πιο κοινή λειτουργική ψυχωσική διαταραχή και τα άτομα με τη διαταραχή μπορούν να παρουσιάσουν μια ποικιλία εκδηλώσεων. Σε αντίθεση με τις απεικονίσεις της ασθένειας στα μέσα ενημέρωσης, η σχιζοφρένεια δεν περιλαμβάνει μια «διαχωρισμένη προσωπικότητα». Αντίθετα, είναι μια χρόνια ψυχωτική διαταραχή που διαταράσσει τις σκέψεις του ασθενούς και τον επηρεάζει. Η ασθένεια συνήθως παρεμβαίνει στην ικανότητα του να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις και να δημιουργεί σχέσεις (Patel et al., 2014).

Η κοινωνική απόσυρση, μεταξύ άλλων συμπεριφορών, συνήθως προηγείται του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου ενός ατόμου. Ωστόσο, ορισμένα άτομα μπορεί να μην παρουσιάζουν καθόλου συμπτώματα. Ένα ψυχωτικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από σημεία και συμπτώματα συγκεκριμένων ασθενών (ψυχωτικά χαρακτηριστικά) που αντικατοπτρίζουν την «ψευδή πραγματικότητα» που δημιουργείται στο μυαλό του ασθενούς (Mukhopadhaya et al., 2008).

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ταξινομούνται ως θετικά, αρνητικά ή γνωστικά. Κάθε σύμπτωμα είναι ζωτικής σημασίας καθώς ο κλινικός ιατρός επιχειρεί να διακρίνει τη σχιζοφρένεια από άλλες ψυχωσικές διαταραχές, όπως η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωσικά χαρακτηριστικά και η διπολική διαταραχή με ψυχωσικά χαρακτηριστικά (Crismon et al., 2014).

Τα θετικά συμπτώματα είναι τα πιο εύκολα εντοπιζόμενα και μπορούν να ταξινομηθούν απλώς ως «ψυχωσικές συμπεριφορές που δεν παρατηρούνται σε υγιείς ανθρώπους». Τέτοια συμπτώματα περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και μη φυσιολογική συμπεριφορά κινητήρα σε ποικίλους βαθμούς σοβαρότητας (Patel et al., 2014).

Τα αρνητικά συμπτώματα είναι πιο δύσκολα στη διάγνωση, αλλά σχετίζονται με υψηλή νοσηρότητα καθώς διαταράσσουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά

του ασθενούς. Τα συνηθέστερα αρνητικά συμπτώματα είναι η μειωμένη συναισθηματική έκφραση και η αφαίρεση (μειωμένη έναρξη της συμπεριφοράς που κατευθύνεται από το στόχο). Οι ασθενείς μπορεί επίσης να παρουσιάσουν αλόγια και ανδεονία. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι τα αρνητικά συμπτώματα μπορεί να είναι είτε πρωτεύοντα σε μια διάγνωση σχιζοφρένειας είτε δευτερεύοντα σε μια ταυτόχρονη ψυχωτική διάγνωση, φαρμακευτική αγωγή ή περιβαλλοντικό παράγοντα (Crismon et al., 2014).

Τα γνωστικά συμπτώματα είναι η νεότερη ταξινόμηση στη σχιζοφρένεια. Αυτά τα συμπτώματα είναι μη ειδικά. Επομένως, πρέπει να είναι αρκετά σοβαρές ώστε κάποιος άλλος να τις παρατηρήσει. Τα γνωστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αποδιοργανωμένο λόγο, σκέψη ή / και προσοχή, που τελικά βλάπτουν την ικανότητα επικοινωνίας του ατόμου (Patel et al., 2014).

Οι ασθενείς με συμπτώματα σχιζοφρένειας μπορεί να εμφανίσουν επιπλέον περιορισμούς και αρνητικές συνθήκες. Οι διαταραχές της κατάχρησης ουσιών εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ αυτών των ασθενών. αυτές οι διαταραχές μπορούν να περιλαμβάνουν μια ποικιλία ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, του καπνού και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Άγχος, κατάθλιψη, πανικός και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι επίσης εμφανείς σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και μπορούν να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της διαταραχής τους (Chong et al., 2016).

Αυτοί οι ασθενείς έχουν επίσης μια γενική έλλειψη συνειδητοποίησης της ασθένειάς τους. Αυτή η νοοτροπία έχει συνδεθεί με υψηλά ποσοστά μη συμμόρφωσης, υποτροπή, κακή ψυχοκοινωνική λειτουργία, κακή υγιεινή και χειρότερα αποτελέσματα της νόσου (Patel et al., 2014).

Τα βασικά συμπτώματα και οι συνωστωμένες καταστάσεις που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια μπορεί τελικά να οδηγήσουν σε κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία. Οι λειτουργικές συνέπειες περιλαμβάνουν ανεπαρκή ή ελλιπή εκπαίδευση, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασθενούς να αποκτήσει και να διατηρεί σταθερή δουλειά. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια τυπικά καλλιεργούν λίγες κοινωνικές σχέσεις και χρειάζονται καθημερινή υποστήριξη για τη διαχείριση υποτροπών και επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων. Η πρόγνωση για ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι γενικά απρόβλεπτη. Μόνο το 20% των ασθενών αναφέρουν

θετικά αποτελέσματα θεραπείας. Οι υπόλοιποι ασθενείς βιώνουν πολλές ψυχωτικά επεισόδια, χρόνια συμπτώματα, και μια φτωχή απάντηση στα αντιψυχωσικά. (Crismon et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.1 ΑΙΤΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι ένας όρος που περιγράφει μια ομάδα διαταραχών που προκαλούνται από γενετικούς και μη γεννητικούς παράγοντες. Παρόλο που τα ακριβή αίτια δεν έχουν εντοπιστεί, η έρευνα ενέχει έντονα τη γενετική. Μπορούν επίσης να διαδραματίσουν ρόλο μη γεννητικοί παράγοντες όπως ιογενής λοίμωξη της μητέρας ή κακή διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και των τραυματισμών κατά τη γέννηση που στερούν το βρέφος από το οξυγόνο.

Παρά την έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί η ακριβής αιτία της σχιζοφρένειας συνεχίζει να «ξεφεύγει» από τους ερευνητές. Ωστόσο, είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι διάφοροι φαινότυποι της ασθένειας προκύπτουν από πολλαπλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της γενετικής και των περιβαλλοντικών επιρροών (Beck et al., 2009).

Τα επιστημονικά στοιχεία υποστηρίζουν την ιδέα ότι οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση της σχιζοφρένειας. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος ασθένειας είναι περίπου 10% για έναν πρώτο βαθμό συγγένειας και 3% για έναν δεύτερο βαθμό. Στην περίπτωση των μονοζυγωτικών διδύμων, ο υπάρχουν 48% πιθανότητες εάν ο ένας έχει τη διαταραχή να αποκτήσει και ο άλλος ενώ ο κίνδυνος σε διζυγωτικούς διδύμους είναι 12% έως 14%. Εάν και οι δύο γονείς έχουν σχιζοφρένεια, ο κίνδυνος να αποκτήσουν ένα παιδί με σχιζοφρένεια είναι περίπου 40% (Crismon et al., 2014).

Έχουν διεξαχθεί μελέτες υιοθετημένων παιδιών για να καθοριστεί εάν ο κίνδυνος σχιζοφρένειας προέρχεται από τους βιολογικούς γονείς ή από το περιβάλλον στο οποίο γεννάται το παιδί. Αυτές οι έρευνες τείνουν να δείξουν ότι οι αλλαγές στο περιβάλλον δεν επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης σχιζοφρένειας σε παιδιά που γεννιούνται από βιολογικούς γονείς με την ασθένεια. Μια γενετική βάση για τη σχιζοφρένεια υποστηρίζεται περαιτέρω από τα ευρήματα ότι τα αδέλφια με σχιζοφρένεια συχνά εμφανίζουν την εμφάνιση της διαταραχής στην ίδια ηλικία (Beck et al., 2009).

Οι περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες μπορούν επίσης να διαδραματίσουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας, ειδικά σε άτομα που είναι ευάλωτα. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες άγχους που συνδέονται με τη σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν τραύματα παιδικής ηλικίας, εθνοτικές μειονότητες, διαμονή σε αστική περιοχή και κοινωνική απομόνωση. Επιπρόσθετα οι διακρίσεις ή οι οικονομικές αντιξοότητες, μπορεί να προδιαθέτουν τα άτομα για ψευδαίσθηση ή παρανοϊκή σκέψη (Lavretsky, 2008).

Αρκετές μελέτες υποθέτουν ότι η ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είναι αποτέλεσμα ανωμαλιών σε πολλαπλούς νευροδιαβιβαστές, όπως η ντοπαμινεργική, η σεροτονινεργική και η άλφα-αδρενεργική υπερδραστηριότητα ή η γλουταμινεργική και η υπο-ενεργότητα του GABA. Η γενετική διαδραματίζει επίσης θεμελιώδη ρόλο - υπάρχει ένα ποσοστό συμμόρφωσης 46% στα μονοζυγωτικά δίδυμα και ένας κίνδυνος ανάπτυξης της σχιζοφρένειας κατά 40% εάν επηρεάζονται και οι δύο γονείς. Η γονιδιακή νευρεγκουλίνη (NGR1) που εμπλέκεται στη σηματοδότηση του γλουταμικού και στην ανάπτυξη του εγκεφάλου έχει εμπλακεί, παράλληλα με την dysbindin (DTNBP1) που βοηθά στην απελευθέρωση γλουταμινικού και τον πολυμορφισμό της Ο-μεθυλ τρανσφεράσης (COMT) της κατεχολαμίνης, που ρυθμίζει τη λειτουργία της ντοπαμίνης (Miller et al., 2011; Schwartz and Javitch, 2013).

Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχουν και αρκετοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου:

- Ανώμαλη ανάπτυξη εμβρύου και χαμηλό βάρος γέννησης
- Διαβήτη κύησης
- Προεκλαμψία
- Επείγουσα καισαρική τομή και άλλες επιπλοκές
- Μητρικό υποσιτισμό και ανεπάρκεια βιταμίνης D

Η επίπτωση είναι επίσης μέχρι δέκα φορές μεγαλύτερη στα παιδιά των μεταναστών της Αφρικής και της Καραϊβικής σε σύγκριση με τους Καυκάσιους, σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στη Βρετανία. Η συσχέτιση μεταξύ χρήσης κάνναβης και ψύχωσης έχει μελετηθεί ευρέως, με πρόσφατες διαχρονικές μελέτες που

υποδηλώνουν αύξηση του κινδύνου κατά 40%, ενώ υποδεικνύει επίσης μια σχέση δόσης-αποτελέσματος μεταξύ της χρήσης του φαρμάκου και του κινδύνου ανάπτυξης σχιζοφρένειας (Mukhopadhaya et al., 2008).

2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα σημεία και τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ταξινομούνται ως θετικά και αρνητικά. **Τα θετικά συμπτώματα** της σχιζοφρένειας είναι υπερβολή ή παραμόρφωση της κανονικής λειτουργίας και περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: (Varcarolis et al., 2006)

- Οι ψευδαισθήσεις είναι αντιληπτικές παραμορφώσεις που προκύπτουν από οποιαδήποτε από τις αισθήσεις. Ακρόαση φωνές από τα εσωτερικά ερεθίσματα είναι ο πιο κοινός τύπος.
- Οι παράξενες συμπεριφορές περιλαμβάνουν ασυνήθιστες κοινωνικές συμπεριφορές, αναταραχή και επιθετικότητα ή στερεότυπες ενέργειες (συμπεριφορά κινητήρα που κάποτε είχε νόημα για τον ασθενή, όπως πλύσιμο παραθύρων ή σκούπισμα του δαπέδου, αλλά τώρα χωρίς νόημα και χωρίς σκοπό) (Varcarolis et al., 2006).
- Οι διαταραχές στις διαδικασίες σκέψης μπορεί να εκδηλωθούν ως αποδιοργανωμένη ομιλία, πτήση ιδεών, πεποίθηση ότι τα περιστασιακά γεγονότα αναφέρονται ειδικά στον ασθενή, χωρίς νόημα ομοιοκαταληξία, ή να συνθέτουν νέες λέξεις (νεολογισμοί).

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι η μείωση της φυσιολογικής λειτουργίας. Περιλαμβάνουν:

- αδυναμία εμφάνισης συναισθημάτων
- ανηδονία
- κοινωνική αδυναμία δηλαδή να διατηρήσει κοινωνικές επαφές
- απάθεια, έλλειψη συναισθημάτων, συναισθημάτων, ενδιαφέροντος ή ανησυχίας

- έλλειψη βούλησης , έλλειψη κίνησης ή πρωτοβουλίας ή μειωμένο ενδιαφέρον για τον έξω κόσμο
- αδυναμία λήψης αποφάσεων λόγω αντίθετων συγκρουόμενων συναισθημάτων (Varcarolis et al., 2006).

Η σχιζοφρένεια επηρεάζει επίσης τη γνωστική λειτουργία, η οποία συμβαίνει σε δύο επίπεδα:

Το επίπεδο ρουτίνας βασίζεται σε μαθησιακές απαντήσεις. Ένας ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι σε θέση να λειτουργήσει όταν απαιτούνται επαναλαμβανόμενες γνωστικές λειτουργίες. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να επισκεφτεί καθημερινά ένα κέντρο θεραπείας με την ίδια διαδρομή λεωφορείου προς και από το σπίτι. Οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια δυσκολεύονται με τις λειτουργίες εποπτικού επιπέδου, όπως η καθιέρωση σχεδίων με στόχο το στόχο και η συνέχιση της εκτέλεσης ενός έργου όταν διακόπτεται (Mukhopadhaya et al., 2008).

Η σχιζοφρένεια έχει τρεις φάσεις: οξεία, συντήρηση και σταθεροποίηση. Στην οξεία φάση, το άτομο βιώνει τα θετικά συμπτώματα των ψευδαισθήσεων και παραληρηματικών ιδεών, καθώς και τα αρνητικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών ελλειμμάτων. Στη φάση συντήρησης , τα οξεία συμπτώματα μειώνονται στη σοβαρότητα. Στη φάση σταθεροποίησης, τα οξεία συμπτώματα είναι σε ύφεση, αν και ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ήπια, επίμονα συμπτώματα (Stuart, Laria, 2009).

Παρόλο που η σχιζοφρένεια τείνει να είναι μια διαρκής διαταραχή, η πρόγνωση ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Η προσκόλληση με τη φαρμακευτική αγωγή και την πρόληψη της υποτροπής είναι πολύ σημαντική επειδή ο ασθενής με σχιζοφρένεια χάνει περισσότερη ικανότητα να λειτουργεί με κάθε οξύ επεισόδιο (Mukhopadhaya et al., 2008).

Αν και τα γνωστικά ελλείμματα αποτελούν μέρος της ασθένειας και αυξάνονται με κάθε οξύ επεισόδιο, ο ασθενής μπορεί ακόμα να μάθει και να κατανοεί συνοπτικές εξηγήσεις για τις διαδικασίες. Μια σημαντική παρεμβατική νοσηλευτική είναι η προώθηση της αγωγής υγείας με τον ασθενή, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένους και συνοπτικούς όρους που θα τον βοηθήσουν να καταλάβει (Varcarolis et al., 2006).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα συμπτώματα από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών 5 (DSM-5)

Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών 5 (DSM-5)

Δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια περιόδου ενός μηνός:

- Παραληρησίες
- Ψευδαισθήσεις
- Αποδιοργανωμένη ομιλία
- Ακατάλληλα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα.

Πρέπει επίσης να υπάρξει κοινωνική / επαγγελματική δυσλειτουργία, ενώ τα σημάδια της διαταραχής πρέπει να παραμείνουν για τουλάχιστον έξι μήνες, συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον ενός μηνός συμπτωμάτων (Miller et al., 2011; Crismon et al., 2014; American Psychiatric Association, 2013).

Διεθνής Ταξινόμηση των Νοσημάτων (ICD-10)

Ο ασθενής πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα, για περίοδο μεγαλύτερη ή ίση με ένα μήνα:

- Ενσωμάτωση της σκέψης, ηχώ, εκπομπή ή απόσυρση
- Παραλήψεις ελέγχου, επιρροής ή παθητικότητας
- Ψευδαισθήσεις φωνές που παρέχουν ένα τρέχον σχόλιο του ασθενούς
- Οι επίμονες αυταπάτες που είναι πολιτιστικά ακατάλληλες ή απίθανες
- Ή, πρέπει να τηρούνται τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα συμπτώματα, για διάστημα μεγαλύτερο ή ίσο με ένα μήνα:

- Συνεχείς ψευδαισθήσεις σε οποιαδήποτε μορφή όταν συνοδεύονται από φευγαλέες παραληρητικές ιδέες
- Διακοπές παρεμβολών στη σκέψη που οδηγούν σε ασυνέπεια ή νεολογισμούς
- Κατατονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συναισθήματα
- Σημαντικός και συνεπής μετασχηματισμός στη συνολική ποιότητα συμπεριφοράς που εκδηλώνεται ως ανηδονία και κοινωνική απόσυρση (Miller et al., 2012).

Το πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας συμβαίνει συνήθως κατά την πρώιμη ενηλικίωση ή την εφηβική ηλικία. Τα άτομα συχνά στερούνται γνώσης σε αυτό το στάδιο. Ως εκ τούτου, λίγοι θα παρουσιαστούν άμεσα για να ζητήσουν βοήθεια για τα ψυχωτικά συμπτώματά τους. Οι κοινές παρουσιάσεις περιλαμβάνουν μια σχετική παρατήρηση της κοινωνικής απόσυρσης, των αλλαγών της προσωπικότητας (Crismon et al., 2014; American Psychiatric Association, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

3.1 ΠΡΟΩΡΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, μεγάλο ενδιαφέρον έχει χορηγηθεί με την εικόνα που, στην ψύχωση, η πρώτη επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας προηγείται συχνά από μια περίοδο εξελισσόμενη διαταραχή των οποίων η διάρκεια είναι από αρκετά χρόνια. Η έγκαιρη αναγνώριση και η έγκαιρη παρέμβαση επέτρεψαν την πρόληψη ή την αναβολή της εμφάνισης της ψύχωσης, τη μείωση της σοβαρότητας της ασθένειας ή τουλάχιστον τη βελτίωση των προσωπικών και κοινωνικών συνεπειών (American Psychiatric Association, 2013).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες αναπτύχθηκε μια σειρά μέσων για την έγκαιρη αναγνώριση της σχιζοφρένειας. Σκοπός τους ήταν ο εντοπισμός ατόμων με αρκετά υψηλό κίνδυνο ψύχωσης για να επιτρέψουν διαγνωστικές διακρίσεις και να δικαιολογήσουν την έγκαιρη παρέμβαση. Επειδή οι προοπτικές μελέτες σχετικά με την εμφάνιση και την πρόωμη ασθένεια δεν είναι πρακτικές, λόγω του χαμηλού ποσοστού εμφάνισης της σχιζοφρένειας και της υψηλής συχνότητας ενός μη χαρακτηριστικού τύπου εμφάνισης, τα όργανα αυτά αναπτύχθηκαν βάσει αναδρομικών μελετών (Beck et al., 2009).

Τα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για έγκαιρη διαγνωστική διάκριση και / ή για την πρόβλεψη της έναρξης ενός ψυχωτικού επεισοδίου στην πράξη περιλαμβάνουν:

- α) χαρακτηριστικά πρόδρομα σημεία και συμπτώματα,
- β) νευροψυχολογικά ελλείμματα που αξιολογήθηκαν σε γνωστικές εξετάσεις
- γ) τα χαρακτηριστικά της πορείας ασθένειας (American Psychiatric Association, 2013).

3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας επιτυγχάνεται μέσω της εκτίμησης των σημείων και συμπτωμάτων των ασθενών, όπως περιγράφεται στο *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών*, πέμπτη έκδοση (*DSM-5*). Το *DSM-5* δηλώνει ότι "τα διαγνωστικά κριτήρια [για τη σχιζοφρένεια] περιλαμβάνουν την επιμονή δύο ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα ενεργητικής φάσης, το καθένα από τα οποία διαρκεί για σημαντικό χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός: ψευδαισθήσεις, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά και αρνητικά συναισθήματα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα πρέπει να είναι ψευδαισθήσεις ή αποδιοργανωμένη ομιλία (Crismon et al., 2014).

Επίσης, για να δικαιολογηθεί μια διάγνωση σχιζοφρένειας, ο ασθενής πρέπει να εμφανίζει μειωμένο επίπεδο λειτουργίας όσον αφορά την εργασία, τις διαπροσωπικές σχέσεις ή την αυτο-φροντίδα. Πρέπει επίσης να υπάρχει συνεχής σημάδια της σχιζοφρένειας για τουλάχιστον έξι μήνες, συμπεριλαμβανομένης της περιόδου του ενός μηνός από συμπτώματα ενεργού φάσης (Beck et al., 2009).

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα: θετικά συμπτώματα, αποδιοργανωμένο λόγο, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά και αρνητικά συμπτώματα. Τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, παράνοια, ενώ τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν επηρεασμό των επιπέδων (έλλειψη συναισθημάτων), αλόγια (έλλειψη ομιλίας), ανδεονία (έλλειψη ευχαρίστησης), αβεβαιότητα (έλλειψη κινήτρων) (Crismon et al., 2014).

Προκειμένου να επιτευχθεί η διάγνωση, ένα από τα δύο συμπτώματα πρέπει να είναι αυταπάτες, ψευδαισθήσεις ή αποδιοργανωμένη ομιλία. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι συνεχώς παρόντα για τουλάχιστον έξι μήνες με ενεργά συμπτώματα για τουλάχιστον ένα μήνα. Η παρουσίαση της σχιζοφρένειας δεν πρέπει να οφείλεται σε άλλο ψυχιατρικό, ιατρικό ή προκαλούμενο από την ουσία αιτία. Οι ψευδαισθήσεις ορίζονται ως σταθερές ψευδείς πεποιθήσεις που διατηρούνται παρά τις πειστικές ενδείξεις αλλιώς και οι ψευδαισθήσεις είναι συνήθως ακουστικές και οπτικές, σπάνια γευστικές, απτικές ή οσφρητικές. Οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια θα παρουσιάσουν αυτά τα συμπτώματα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους με ποικίλους βαθμούς σοβαρότητας (American Psychiatric Association, 2013).

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται τόσο με την εξαίρεση άλλων ιατρικών διαταραχών που μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα συμπεριφοράς (αποκλεισμό) όσο και με την παρατήρηση της ύπαρξης χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της διαταραχής. Ο γιατρός θα αναζητήσει την παρουσία ψευδαίσθησης, ψευδαισθήσεων, αποδιοργανωμένου λόγου ή συμπεριφοράς ή / και αρνητικών συμπτωμάτων, μαζί με την κοινωνική απόσυρση ή / και δυσλειτουργία στην εργασία ή σε καθημερινές δραστηριότητες για τουλάχιστον έξι μήνες. Ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει φυσική εξέταση, ψυχολογική αξιολόγηση, εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ανιχνεύσεις απεικόνισης για να παράγει μια πλήρη εικόνα της κατάστασης του ασθενούς. (Malaspina et al., 2013).

3.3 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η σχιζοφρένεια μαζί με άλλες ψυχωσικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από πολλούς ψυχοπαθολογικούς τομείς, ο καθένας με διακριτά μαθήματα, πρότυπα θεραπείας-απόκρισης και προγνωστικές επιπτώσεις. Η σχετική σοβαρότητα αυτών των διαστάσεων των συμπτωμάτων ποικίλλει μεταξύ των ασθενών, καθώς και στους ασθενείς σε διαφορετικά στάδια της ασθένειάς τους (Malaspina et al., 2013).

Χαρακτηρισμός των ασθενών με δύο ψυχωσικά και διάθεση συμπτώματα, είτε ταυτόχρονα ή σε διαφορετικά σημεία κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους ήταν πάντα μια νοσολογική πρόκληση. Στο DSM-5, καταβάλλεται προσπάθεια να βελτιωθεί η αξιοπιστία αυτής της κατάστασης με την παροχή πιο συγκεκριμένων κριτηρίων. Οι αλλαγές γίνονται στο κριτήριο Γ, με την προϋπόθεση ότι υπάρχει ένα «μεγάλο επεισόδιο διάθεσης» για «την πλειοψηφία της συνολικής διάρκειας της ασθένειας» προκειμένου να γίνει μια διάγνωση ψυχωσικής διαταραχής σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια με συμπτώματα διάθεσης. Αυτή η αλλαγή θα δώσει έναν σαφέστερο διαχωρισμό μεταξύ της σχιζοφρένειας και των συμπτωμάτων της διάθεσης. Αυτό πιθανότατα θα μειώσει τους ρυθμούς διάγνωσης της ψυχωσικής διαταραχής, αυξάνοντας παράλληλα τη σταθερότητα αυτής της διάγνωσης. Επιπλέον, το DSM-5 διευκρινίζει ρητά ότι οι ψυχωσικές διαταραχές είναι μια διάγνωση διάρκειας και όχι επεισοδίου. Αυτό θα πρέπει επίσης να βελτιώσει σημαντικά τη

σταθερότητα της διάγνωσης καθώς επίσης να ενισχύσει την κλινική χρησιμότητα της (Gaebel et al., 2013; Malaspina et al., 2013).

Ο έλεγχος και η αξιολόγηση της διανοητικής υγείας αποτελεί σημαντικό μέρος της διαδικασίας διάγνωσης της σχιζοφρένειας. Πολλές άλλες ψυχικές ασθένειες όπως η διπολική διαταραχή, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, οι διαταραχές άγχους, η σοβαρή κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών μπορεί να μιμούνται τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ο γιατρός θα προβεί σε αξιολόγηση για να αποκλείσει αυτούς τους άλλους όρους (Malaspina et al., 2013).

3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.3.1 Φαρμακευτικές θεραπείες

Στους περισσότερους ασθενείς με σχιζοφρένεια, είναι δύσκολο να εφαρμοστούν αποτελεσματικά προγράμματα αποκατάστασης χωρίς αντιψυχωσικούς παράγοντες. Η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας με φάρμακα είναι ζωτικής σημασίας, ειδικά εντός πέντε ετών μετά το πρώτο οξύ επεισόδιο, καθώς συμβαίνει όταν συμβαίνουν οι περισσότερες αλλαγές που σχετίζονται με την ασθένεια στον εγκέφαλο. Προγνωστικοί παράγοντες της κακής πρόγνωσης περιλαμβάνουν την παράνομη χρήση αμφεταμινών και άλλα διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ και των ναρκωτικών. Το αλκοόλ, η καφεΐνη και η νικοτίνη έχουν επίσης τη δυνατότητα να προκαλέσουν αλληλεπιδράσεις φαρμάκων (Raedler, 2010).

Σε περίπτωση ψυχωσικού επεισοδίου, η φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να χορηγείται αμέσως. Κατά τη διάρκεια των πρώτων επτά ημερών θεραπείας, ο στόχος είναι να μειωθεί η εχθρότητα και να επιχειρηθεί η επιστροφή του ασθενούς στην κανονική λειτουργία (π.χ. ύπνο και φαγητό). Κατά την έναρξη της θεραπείας, η κατάλληλη δοσολογία πρέπει να τιτλοδοτείται με βάση την ανταπόκριση του ασθενούς (Keshavan et al. 2013).

Η θεραπεία κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας ακολουθείται από τη θεραπεία συντήρησης, η οποία θα πρέπει να στοχεύει στην

αύξηση της κοινωνικοποίησης και στη βελτίωση της αυτοεξυπηρέτησης και της διάθεσης. Η θεραπεία συντήρησης είναι απαραίτητη για να αποτρέψετε την υποτροπή. Η επίπτωση της υποτροπής μεταξύ των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία συντήρησης, σε σύγκριση με εκείνους που δεν λαμβάνουν τέτοια θεραπεία, είναι 18% έως 32% έναντι 60% έως 80%, αντίστοιχα. Η φαρμακευτική θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί για τουλάχιστον 12 μήνες μετά την λήξη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου (Argo et al., 2008).

Το πρώτο αντιψυχωσικό, αρχικά ονομαζόμενο «νευροληπτικό», χρησιμοποιήθηκε στη δεκαετία του 1950. Έκτοτε, πολλά άλλα αντιψυχωσικά έχουν αναπτυχθεί και συνταγογραφηθούν στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Τα αντιψυχωσικά χωρίζονται σε δύο κύριες ομάδες: πρώτη γενιά ή τυπικά αντιψυχωσικά και δεύτερης γενιάς ή άτυπα αντιψυχωσικά. Αν και τα άτυπα αντιψυχωσικά συνιστώνται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη σχιζοφρένεια, τα τυπικά αντιψυχωσικά έχουν δείξει συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και εξακολουθούν να είναι ευρέως συνταγογραφούμενα. Τα αρνητικά συμπτώματα και η γνωστική εξασθένηση της σχιζοφρένειας είναι πιο δύσκολα στη θεραπεία και λιγότερο ανταποκρίνονται τόσο στα τυπικά όσο και στα άτυπα αντιψυχωσικά (Macaluso, McKnight, 2013, Schultz et al., 2007).

Τέσσερα νέα άτυπα αντιψυχωσικά αναπτύχθηκαν τα τελευταία πέντε χρόνια, όπως η παλιπεριδόνη (Invega), η ασεναπίνη (Saphris), η λοπεριδόνη (Fanapt) και η λαρασιδόνη (Latuda). Αυτοί οι τέσσερις νέοι παράγοντες είναι παρόμοιοι ως προς την αποτελεσματικότητα και την ανεκτικότητα σε σύγκριση με τα υπάρχοντα άτυπα αντιψυχωσικά. Ως εκ τούτου, ένα αντιψυχωσικό επιλέγεται συχνότερα με βάση το προφίλ των παρενεργειών του (Argo et al., 2008, Macaluso, McKnight, 2013).

Οι στόχοι της αντιψυχωσικής αγωγής περιλαμβάνουν τη μείωση της συμπτωματολογίας, την πρόληψη ή την καθυστέρηση της υποτροπής, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη μείωση της κοινωνικής ανεπάρκειας, την ελαχιστοποίηση των παρενεργειών των φαρμάκων και την πρόληψη της αυτοκτονίας. Τα πρώιμα συμπτώματα που βελτιώνονται γρήγορα μετά την έναρξη της θεραπείας περιλαμβάνουν αϋπνία, εχθρότητα, παραισθήσεις και κακή αυτο-φροντίδα, ενώ

παραληρητικές ιδέες, παράνοια, αρνητικά συμπτώματα, γνωστικές διαταραχές και κοινωνικές διαταραχές μπορεί να είναι πιο αργές (Schultz et al., 2007).

Επειδή η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια διαταραχή και οι ασθενείς θα αναπτύξουν συννοσηρές ιατρικές και ψυχιατρικές ασθένειες, είναι σημαντικό να αναζητήσουμε διαταραχές που προκαλούνται από φάρμακα και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων-φαρμάκων. Υπάρχουν διαφορετικές συνθέσεις πολλών διαθέσιμων αντιψυχωσικών, συμπεριλαμβανομένων των ενέσιμων φαρμάκων βραχείας και μακράς δράσης, των δια του στόματος διαλυμάτων και των δισκίων που αποσυντίθενται από του στόματος. (Macaluso, McKnight, 2013)

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτέλεσαν το επίκεντρο της θεραπείας της σχιζοφρένειας από την εισαγωγή της χλωροπρομαζίνης, με επίκεντρο τη μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας των ψυχωσικών επεισοδίων καθώς και τη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας των ατόμων με σχιζοφρένεια. Ωστόσο, οι ανεπιθύμητες ενέργειες και τα υποβλέποντα αποτελέσματα που σχετίζονται με τα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς (FGAs) οδήγησαν στην ανάπτυξη αντιψυχωσικών φαρμάκων δεύτερης γενιάς (SGAs), τα οποία λόγω του ανταγωνιστή τους 5HT-2A σχετίζονται γενικά με μειωμένα εξωπυραμιδικά συμπτώματα (EPS) σε σύγκριση με FGAs (Ivleva et al., 2010).

Ωστόσο, υπάρχει διαμάχη σχετικά με την κατηγοριοποίηση των FGA και SGAs. κάποια βιβλιογραφία τα διαφοροποιεί με βάση την ικανότητά τους να προκαλούν EPS, ενώ άλλες μελέτες βασίζονται στον ανταγωνισμό τους στους υποδοχείς της D-2 ντοπαμίνης. Η πρώτη και πιο αποτελεσματική SGA για τη θεραπεία της ανθεκτικής σχιζοφρένειας, της κλοζαπίνης, περιορίζεται από τον κίνδυνο της ακοκκιοκυτταραιμίας, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη χρήση περιοδικής παρακολούθησης των αριθμών των κυττάρων του αίματος. Τα EPS είναι χαμηλότερα με την κλοζαπίνη και τα υψηλότερα με την αλοπεριδόλη. Όλα τα φάρμακα εκτός από την αλοπεριδόλη, τη ζιπρασιδόνη και τη λαρασιδόνη παράγουν περισσότερο κέρδος βάρους, με την ολανζαπίνη και την κλοζαπίνη να παράγουν το μεγαλύτερο κέρδος βάρους (Keshavan et al. 2013).

Διάφορες έρευνες μεγάλης κλίμακας δεν υποδηλώνουν σαφή υπεροχή των SGAs έναντι των FGAs μεταξύ ασθενών πρώτου επεισοδίου ή χρόνιων ασθενών όσον αφορά τις θετικές, γνωστικές ή κοινωνικές εκβάσεις. Επιπλέον, και οι δύο FGAs

και SGAS δεν στοχεύουν επαρκώς αρνητικά συμπτώματα (με μόνο ολανζαπίνη και ασεναπίνη δείχνοντας μέτριες επιδράσεις και μερικές φορές ανεπαρκώς θεραπεία θετικών συμπτωμάτων. Η κλοζαπίνη φαίνεται να είναι το πιο αποτελεσματικό φάρμακο, ενώ η αποτελεσματικότητα της ολανζαπίνης και της ρισπεριδόνης έναντι άλλων αντιψυχωσικών παραμένει αμφιλεγόμενη. Όσον αφορά την πρόληψη των υποτροπών, τα ΣΕΑ έχουν ένα μέτριο όφελος σε σύγκριση με τα ΑΟΦ. Νεότερες αντιψυχωσικά όπως η ασεναπίνη, ιλοπεριδόνη, lurasidone, και παλιπεριδόνη δεν φαίνεται να είναι σημαντικά καλύτερη από αλοπεριδόλη και για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας πυρίμαχων, η κλοζαπίνη έχει αποδειχθεί ότι είναι σημαντικά πιο αποτελεσματική από άλλους παράγοντες. Ωστόσο, αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έναντι άλλων αντιψυχωσικών, αλλά αυτό παραμένει αμφιλεγόμενο και χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα αυτό. Επιπλέον, η αμισουλπρίδη, η ολανζαπίνη, η κλοζαπίνη, η παλιπεριδόνη και η ρισπεριδόνη δείχνουν σημαντικά χαμηλότερη διακοπή κάθε αιτίας από ότι πολλοί άλλοι παράγοντες (Crismon et al., 2014).

Έρευνες κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας διερεύνησαν περαιτέρω παράγοντες που διεγείρουν τον υποδοχέα γλουταμινικού NMDA, συμπεριλαμβανομένων μερικών και πλήρων αγωνιστών στη θέση γλυκίνης και αγωνιστές υποδοχέα γλουταμινικού 2/3 και διαπίστωσαν ότι μπορεί να βελτιώνουν αρνητικά συμπτώματα με κάποια επιτυχία εάν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με αντιψυχωσικά. Ωστόσο, το PORT καταλήγει στο συμπέρασμα ότι εξακολουθούν να υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικών φαρμακολογικών παραγόντων καθώς και τη θεραπεία της ταυτόχρονης κατάχρησης ουσιών. Κανένας από τους φαρμακολογικούς παράγοντες μέχρι σήμερα δεν βελτιώνει αποτελεσματικά τα γνωστικά ελλείμματα, τα οποία αποτελούν βασικό χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας. απαιτούνται μεγαλύτερες και αυστηρότερες μελέτες για την εξέταση των πιθανών προγνωστικών επιδράσεων των φαρμάκων που επηρεάζουν τους ντοπαμινεργικούς, νικοτινεργικούς, γλουταμινεργικούς, GABAergic και άλλους νέους στόχους (Keshavan et al. 2013; Miyamoto and Wolfgang, 2012).

Τα μακροχρόνια ενέσιμα αντιψυχωσικά είναι χρήσιμα στη θεραπεία ασθενών με κακή προσκόλληση φαρμάκων και έχουν πιο ελεγχόμενες διανομές στο σώμα. για αυτούς τους λόγους, είναι ανώτεροι από τα από του στόματος αντιψυχωσικά στην πρόληψη των νοσηλείων και μπορεί να προωθήσουν μια καλύτερη θεραπευτική

συμμαχία. Και τα φάρμακα FGA (αλοπεριδόλη και φλουφαιναζίνη) και SGA (ρισπεριδόνη, παλιπεριδόνη, ολανζαπίνη και αριπιπραζόλη) είναι τώρα διαθέσιμα ως παρασκευάσματα μακράς δράσης. Πρόσφατες προκαταρκτικές έρευνες υποδεικνύουν μια θεραπευτικά ευεργετική απόκριση στη μείωση της δόσης και την εναλλακτική ημερήσια δοσολογία στα αρχικά στάδια της πρώτης επεισοδιακής ψύχωσης. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να επιβεβαιωθούν αυτές οι παρατηρήσεις (Miyamoto and Wolfgang, 2012).

3.3.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν απαραίτητη αλλά όχι επαρκή θεραπεία για τη σχιζοφρένεια. Οι ευρείς στόχοι της θεραπείας πρέπει να είναι η μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας των επεισοδίων ψυχωτικής παροξυσμού καθώς και η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από την ασθένεια. Έτσι, παράλληλα με την έρευνα κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η επειγόντως αναγκαία πολυτροπική φροντίδα συνέχισε να εξελίσσεται. Οι ψυχαναλυτικές θεραπείες που άρχισαν στις αρχές του 20ου αιώνα φαινόταν να μην αντιμετωπίζουν επαρκώς το βάρος που προκαλείται από την ασθένεια (Goldin et al. 2012).

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 εισήχθη μείζων θεραπεία ρόλων και οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση με βάση τις διαπροσωπικές και οικογενειακές θεωρίες της ψύχωσης. Με την περαιτέρω έρευνα στον τομέα και την αύξηση της γνώσης σχετικά με τη φύση των συγκεκριμένων ελλειμμάτων (γνωστικές, κοινωνικές και συναισθηματικές), περισσότερες ψυχοθεραπείες που σχετίζονται με την ασθένεια άρχισαν να αναπτύσσονται στη δεκαετία του '80 και του '90. Αυτές οι θεραπείες στοχεύουν τόσο στην παθοφυσιολογία όσο και σε άλλες βασικές εκδηλώσεις της νόσου (Horan et al., 2011).

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) βασίζεται στη θεωρία ότι ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύουμε τα γεγονότα έχει γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές συνέπειες, οι οποίες οδηγούν στη δημιουργία και διατήρηση μη χρήσιμων απαντήσεων. Το CBT υπήρξε μια επιτυχημένη προσέγγιση για άλλες ψυχικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Πιο πρόσφατα, το CBT έχει εφαρμοστεί στη θεραπεία θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων. Η έρευνα δείχνει ότι η CBT μπορεί να βελτιώσει τα θετικά συμπτώματα αλλά είναι λιγότερο συνεπής με

τη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων. Μια πρόσφατη ανασκόπηση δείχνει ότι η CBT μπορεί να είναι ως επί το πλείστον αποτελεσματική βραχυπρόθεσμα (δηλαδή περισσότερο από 12 μήνες).

Η κατάρτιση για τις κοινωνικές δεξιότητες (SST) βασίζεται σε ένα μοντέλο συμπεριφοράς που στοχεύει στη βελτίωση της ικανότητας ενός ατόμου να λειτουργεί με επιδεξιότητα σε κοινωνικές καταστάσεις (δηλαδή αλληλεπιδράσεις). Το SST προέκυψε μεταξύ των πιθανών θεραπειών για τη σχιζοφρένεια για την αντιμετώπιση των ελλείψεων κοινωνικής δεξιοτεχνίας που είναι πρωταρχικές σε αναπτυξιακούς εκτροχιασμούς, αλλά και δευτερογενείς λόγω θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων. Το SST έχει βρεθεί ότι βελτιώνει τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συμπτώματα ενώ ορισμένες από τις βελτιώσεις ενδέχεται να συνεχιστούν κατά την παρακολούθηση (Horan et al., 2011).

Η οικογενειακή θεραπεία βασίζεται σε ένα μοντέλο που υποδηλώνει ότι οι προβληματικές συμπεριφορές διατηρούνται και δημιουργούνται από μοτίβα στα συστήματα (π.χ. εγγύς ή μακρινή οικογένεια). Η θεωρία του συστήματος στηρίζει την προσέγγιση της θεραπείας πολλαπλών οικογενειών που περιλαμβάνει τις συστάσεις αντιμετώπισης, την επίλυση προβλημάτων, την παρέμβαση κρίσεων, τη μείωση των παθογόνων αλληλεπιδράσεων όπως τα υψηλά "εκφρασμένα συναισθήματα" (π.χ. κριτική, εχθρότητα) και (στην πυρήνα) ψυχοεκπαίδευση. Η ψυχοεκπαίδευση επιτρέπει όχι μόνο στον ασθενή, αλλά και στην οικογένεια και σε άλλους να αναγνωρίζουν τα σήματα έγκαιρης προειδοποίησης, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε μια ασθένεια που παρουσιάζει τόσο μεγάλη ευπάθεια στο άγχος (Elis et al., 2013).

Η ισχυρή κοινοτική θεραπεία (ACT) προσφέρει μια πολυεπιστημονική προσέγγιση που συνδυάζεται συνήθως με το SST, το CBT ή οποιαδήποτε προσωπική υποστήριξη. Οι ομάδες περιλαμβάνουν ειδικούς υποστήριξης από ομότιμους και ειδικούς με ειδίκευση στην ψυχιατρική, θεραπεία κατάχρησης ουσιών και απασχόληση. Αν και η ACT μειώνει το χρόνο στο νοσοκομείο για ψυχικές ασθένειες εν γένει, φαίνεται να βελτιώνει ειδικά τη σταθερότητα της στέγασης και να μειώνει τα ποσοστά νοσηλείας, ειδικά σε ασθενείς με υψηλότερα βασικά ποσοστά νοσηλείας.

Η προσωπική θεραπεία είναι μία από τις ελάχιστες προσεγγίσεις που σχεδιάστηκαν ειδικά για τους ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια και

συνδυάζει το SST με ορισμένα κοινά στοιχεία της CBT. Η προσωπική θεραπεία διαμορφώνεται στις φάσεις της ανάρρωσης. Επομένως, πρόκειται για μια μακροπρόθεσμη προσπάθεια και φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα υποτροπής (Remington et al., 2010).

Η γνωστική θεραπεία αποκατάστασης (CRT) είναι μια βασισμένη στον υπολογιστή επέμβαση που σχεδιάστηκε αρχικά για να βελτιώσει τις ελλείψεις γνωστικές ικανότητες (π.χ. προσοχή, μνήμη και εκτελεστική λειτουργία) σε άτομα με τραυματικό εγκεφαλικό τραυματισμό, αλλά από τότε έχει αποδειχθεί ότι βοηθά σε άτομα με κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές και σχιζοφρένεια. Ενώ το CRT από μόνο του δεν έχει καμία επίδραση στη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων, ο συνδυασμός του CRT με το SST, τις ομάδες και την επίλυση προβλημάτων έχει βρεθεί ότι υποσκάπτει. Αν και τα προκαταρκτικά αποτελέσματα δείχνουν βελτιώσεις στην ταχύτητα επεξεργασίας, την προσοχή, τη μνήμη εργασίας, την εκτελεστική λειτουργία και την κοινωνική γνώση σε μια θεραπεία γνωστικής ενίσχυσης (CET) σε σύγκριση με μια ομάδα ατομικής θεραπείας, απαιτείται αυστηρή επικύρωση και η ανθεκτικότητα αυτών των βελτιώσεων παραμένει έρευνα (Elis et al., 2013).

Για πολλούς ασθενείς η ικανότητα επαναφοράς της εργασίας ή του σχολείου είναι ο τελικός στόχος. Έτσι, οι υποστηριζόμενες παρεμβάσεις απασχόλησης έχουν μεγάλη σημασία - το πιο συχνά μελετημένο είναι το μοντέλο ατομικής τοποθέτησης και υποστήριξης (IPS). Μια σημαντική αρχή του μοντέλου IPS είναι ότι παρέχεται ελάχιστη προ-επαγγελματική κατάρτιση και η ίδια η δουλειά γίνεται το κύριο περιβάλλον κατάρτισης. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι οι υποστηριζόμενες στρατηγικές απασχόλησης συμβάλλουν στην επιστροφή των ανθρώπων με σχιζοφρένεια στην εργασία, ακόμη και για τους νέους με το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης (Goldin et al. 2012).

Δεδομένης της κλινικής ετερογένειας της σχιζοφρένειας, είναι σημαντικό να επιλεγεί η σωστή θεραπεία για τον κατάλληλο ασθενή. Έτσι, παρόλο που η υποστηρικτική θεραπεία μπορεί να ωφελήσει όλους τους τομείς συμπτωμάτων, η CBT μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευεργετική για εκείνους με υπολειμματικά ψυχωτικά συμπτώματα και νοητική αποκατάσταση, SST για άτομα με νοητικά ή κοινωνικά ελλείμματα γνωστικής λειτουργίας ή και για τα δύο και ACT για όσους κινδυνεύουν για συχνές νοσηλείες είχαν πρόσφατα άστεγους. Υπάρχει αυξανόμενη έμφαση στην

προσαρμογή των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στη φάση της ασθένειας (π.χ. προσωπική θεραπεία), αφού οι πρωταρχικοί στόχοι της παρέμβασης ενδέχεται να ποικίλλουν μεταξύ των φάσεων. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη έρευνα (Goldin et al. 2012).

3.3.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές

Τα φάρμακα της σχιζοφρένειας μπορούν να προκαλέσουν μια ποικιλία άλλων ανεπιθύμητων ενεργειών, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

- Τα αντιψυχωσικά φάρμακα με αντιχολινεργικά αποτελέσματα έχουν αποδειχθεί ότι δημιουργούν και οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται κατάλληλα. Λόγω του κινδύνου καταρράκτη, συνιστώνται οφθαλμικές εξετάσεις σε ασθενείς που λαμβάνουν quetiapine (Li et al., 2008).
- Η κλοζαπίνη έχει συσχετιστεί με τη συγκράτηση των ούρων.
- Η ρισπεριδόνη έχει την τάση να προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία
- Η θεραπεία με αντιψυχωσικά μπορεί να προκαλέσει παροδική λευκοπενία. (Flanagan & Dunk, 2008).
- Τα τρία αντιψυχωσικά με τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αιματολογικών επιπλοκών είναι η κλοζαπίνη, η χλωροπρομαζίνη και η ολανζαπίνη.
- Σε σπάνιες περιπτώσεις, εμφανίστηκαν δερματολογικές αλλεργικές αντιδράσεις περίπου οκτώ εβδομάδες μετά την έναρξη της αντιψυχωσικής θεραπείας.
- Η κλοζαπίνη έχει αναφερθεί ότι προκαλεί σιαλόρροια σε περίπου 54% των ασθενών με σχιζοφρένεια (Li et al., 2008).

Οι πιθανές επιπλοκές για τη σχιζοφρένεια κυμαίνονται από περισσότερες ιατρικές παθήσεις (νοσηρότητα) ή συντομότερη διάρκεια ζωής (θνησιμότητα) σε αρνητικές επιπτώσεις και στα μέλη της οικογένειάς τους. Για παράδειγμα, τα άτομα

με σχιζοφρένεια που συνεχίζουν να υποφέρουν από υπολειμματικά συμπτώματα έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να σκεφτούν από εκείνα των οποίων τα αρνητικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται επαρκώς με τη θεραπεία. Οι γυναίκες με σχιζοφρένεια πιστεύεται ότι είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, κατά την παράδοση και κατά τη διάρκεια της νεογέννητης περιόδου των παιδιών τους (Flanagan & Dunk, 2008).

Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν περισσότερο από το διπλάσιο του ποσοστού θανάτου από όσους δεν έχουν τη διαταραχή. Σχεδόν οι μισοί άνθρωποι με σχιζοφρένεια θα υποφέρουν από διαταραχή χρήσης ναρκωτικών (για παράδειγμα, αλκοόλ, μαριχουάνα ή άλλο φάρμακο) κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Τέλος, τα άτομα με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, όταν τα μέλη της οικογένειάς τους τείνουν να είναι πιο υποστηρικτικά και λιγότερο επικριτικά απέναντί τους (Li et al., 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας είναι εξειδικευμένος κλάδος νοσηλευτικής, με επίκεντρο τη φροντίδα ατόμων με ψυχική ασθένεια. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας συνεργάζονται με τους ασθενείς τους για την προώθηση της ψυχικής ευεξίας, της συναισθηματικής υγείας και της σωματικής ευεξίας, για να κατανοήσουν τις συνθήκες ψυχικής υγείας τους, να μάθουν πώς να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους και να γνωρίζουν τι μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση της ψυχικής υγείας τους (Frost et al., 2017).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαπίστωσε ότι ένας στους τέσσερις ανθρώπους θα βιώσει μια ψυχική διαταραχή σε κάποιο σημείο της ζωής τους και, ως τέτοιοι, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας εργάζονται με ανθρώπους από όλους τους πολιτισμούς, τις θρησκείες και το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Η συνεργασία είναι απαραίτητη για την καλή πρακτική της ψυχικής υγείας, έτσι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας συνεργάζονται με μια σειρά άλλων επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων άλλων νοσηλευτών, γιατρών, ψυχολόγων και άλλων συμμαχικών επαγγελματιών υγείας, ως μέρος μιας διεπιστημονικής ομάδας (Thibeault, 2016).

Οι περίπλοκες ανάγκες υγείας των ασθενών με σχιζοφρένεια μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής, παρά τον καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων με τις πρόσφατες εξελίξεις στη φαρμακολογία και την αυξημένη διαθεσιμότητα διαφορετικών επιπέδων φροντίδας. Η καλή ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια και η συνυπάρχουσα ασθένεια απαιτεί εξατομικευμένη, διαδραστική και συνεργατική φροντίδα. Οι ίδιοι οι ασθενείς, σε πρόσφατες μελέτες, έχουν εκφράσει την επιθυμία τους για μεγαλύτερη αλληλεπίδραση με νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας γύρω από τα ζητήματα ζωής και υγείας που αντιμετωπίζουν (Frost et al., 2017).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει να δίνουν αξία στα θεραπευτικά οφέλη της αλληλεπίδρασης νοσηλευτή-ασθενούς. Θα πρέπει να είναι σωστά

«εξοπλισμένοι» για να παρέχουν συνεργατική, εξατομικευμένη φροντίδα στους ρόλους τους. Ωστόσο, καθώς το ιατρικό μοντέλο αναπτύσσεται θέτει προκλήσεις στις θεραπευτικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών με σχιζοφρένεια. Η σχέση είναι ένα μοναδικό και αξιόλογο θεμέλιο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής πρακτικής από τη δεκαετία του 1950. Σήμερα, οι χρονικοί περιορισμοί, τα αυξημένα καθήκοντα και οι σύντομες παραμονές για νοσηλεία μπορεί να περιορίσουν τη διαθεσιμότητα του νοσηλευτή να συνεργαστεί με τον ασθενή. Οι πτυχές του ρόλου του σύγχρονου νοσηλευτή μπορεί να παρεμποδίσουν την οικοδόμηση εμπιστοσύνης, όπως η ανάγκη να διαχειρίζονται τα φάρμακα για λόγους ασφαλείας (Thibeault, 2016).

Οι νοσηλευτές που αναζητούν καθοδήγηση για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις για αποτελεσματικές θεραπευτικές σχέσεις μπορεί να μην είναι διαθέσιμες. Το επάγγελμα ασχολείται όλο και περισσότερο με τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Τα φαινόμενα που είναι πιο δύσκολο να αξιολογηθούν εμπειρικά μελετώνται λιγότερο, με αποτέλεσμα τις λιγότερες γνώσεις. Υπάρχουν οφέλη για τις θεραπευτικές σχέσεις, αλλά είναι δύσκολο να επιτευχθούν σε πρακτικά περιβάλλοντα. Προτρέπουν τη δημιουργία μιας σαφέστερης βάσης τεκμηρίων για τη χρήση θεραπευτικών σχέσεων (Frost et al., 2017).

Στο πλαίσιο της θεραπευτικής συμμαχίας, οι νοσηλευτές έχουν έναν ανεκτίμητο ρόλο. Οι νοσηλευτές δεν είναι μόνο καθοριστικοί για την παρακολούθηση της προόδου του ασθενούς και τη βελτίωση της σωματικής του υγείας, αλλά μελέτες υποδεικνύουν ότι μπορεί να είναι σημαντικές για τον έλεγχο των συμπτωμάτων των ασθενών. Οι νοσηλευτές είναι ιδανικά τοποθετημένοι για να παρακολουθούν τα μακροπρόθεσμα μοτίβα προσκόλλησης και να εμπλέκουν τους ασθενείς σε στρατηγικές για τη βελτίωση της προσκόλλησης στη θεραπεία όπως προδιαγράφεται.

Πράγματι, η ικανότητα σε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων διαχείρισης φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να εμπλέξουν τους ασθενείς στην από κοινού λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία τους. Θεωρείται ότι η προσκόλληση είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ασθενών που συζητούν επιλογές που σχετίζονται με τη φροντίδα τους με έναν επαγγελματία, δεδομένου ότι ανήκουν προσωπικά και έχουν νόημα (Gray et al., 2010).

4.2 ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Μόλις καθοριστεί η θεραπευτική σχέση, εκτός από τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής, είναι σημαντικό να εφαρμοστεί ψυχοεκπαίδευση για τον ασθενή και την οικογένεια σχετικά με τη σχιζοφρένεια, τη συμπτωματολογία και τη σημασία της προσκόλλησης στη θεραπεία. Η ψυχοεκπαίδευση είναι μια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που υπερβαίνει την απλή μετάδοση της γνώσης. Εκτός από την κατανόηση της ψυχικής ασθένειας, ο στόχος της είναι να παρέχει την ικανότητα αντιμετώπισης της. Επομένως, τα ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα θα πρέπει να ενημερώσουν για την ασθένεια και την εξέλιξή της, καθώς και να επιτρέψουν τη χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης για να προσαρμοστούν στην ασθένεια, να αφυπνίσουν τον ασθενή στα προειδοποιητικά σημάδια μιας ψυχωτικής κρίσης και να αποτρέψουν την υποτροπή. Ένας άλλος στόχος είναι η πρόληψη ή η μείωση του οικογενειακού βάρους, αποφεύγοντας την εμφάνιση μιας παθολογίας στην οικογένεια. Η ψυχοεκπαίδευση, όταν συνδυάζεται με την προσκόλληση και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην πρόληψη υποτροπών και νοσηλείας (Sitzman, Eichelberger, 2011; Bonsack et al., 2015).

Το ψυχοπαιδαγωγικό μοντέλο της φροντίδας των ασθενών επικεντρώθηκε στη δυσχερή κατάσταση των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, ιδιαίτερα για τον υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής και επανένωσης και το σημαντικό κόστος για τον ασθενή και την κοινωνία στο σύνολό της και γι αυτό το ρόλο θεωρείται σημαντική η φροντίδα του νοσηλευτή στον συγκεκριμένο τομέα (Rathod et al., 2008).

Αν και η ψυχοεκπαίδευση χρησιμοποιείται ευρέως για να χαρακτηρίσει μια σειρά από προσεγγίσεις της εκπαιδευτικής παρέμβασης για ασθενείς με σχιζοφρένεια, υπάρχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά για τα αποτελεσματικά, συμπεριλαμβανομένων των δομικών στοιχείων, των φιλοσοφικών προοπτικών και των στόχων και του περιεχομένου των προγραμμάτων. Τα προγράμματα σχεδιάζονται και καθοδηγούνται από επαγγελματίες του τομέα υγείας και είναι κυρίως μεσοπρόθεσμα, διάρκειας μεταξύ 9 μηνών και 2 ετών, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του θεραπευτικού σχεδίου του ασθενούς, μαζί με φάρμακα και άλλες ψυχιατρικές θεραπείες και μπορούν να εφαρμοστούν σε απλούς ή πολλαπλούς

συμμετέχοντες στο σπίτι του ασθενούς ή σε κλινικό περιβάλλον. Περιλαμβάνουν κυρίως τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του κατά τη διάρκεια των συνεδριών παρέμβασης (Tungprunkom et al., 2012).

Η ομάδα θεραπείας επιδιώκει να δημιουργήσει μια συνεργατική σχέση με τον ασθενή ή / και την οικογένεια να μοιραστεί το βάρος της διαχείρισης της ασθένειας και εργάζονται προς την κατεύθυνση αποκατάστασης των ασθενών. Τέλος, όσον αφορά τους στόχους και το περιεχόμενο των προγραμμάτων, όλα εστιάζουν στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια και τη μεταχείρισή της, τη διαχείριση της συμπεριφοράς των ασθενών, την επίλυση προβλημάτων και τις ικανότητες αντιμετώπισης των ασθενειών και την πρόσβαση στις κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας. Οι πληροφορίες αυτές είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να μπορέσουν αυτοί οι ασθενείς να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και τη διαχείρισή του (Rathod et al., 2008).

Επίσης, η ψυχο-εκπαίδευση για τα μέλη της οικογένειας αυτών των ασθενών είναι χρήσιμη και αποτελεσματική στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών επειδή ένα θετικό και υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον και συμπεριφορές μπορούν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς και να τους επιτρέψουν να βελτιώσουν τη λειτουργία τους και την αυτοδιαχείριση της ασθένειας, την πιθανότητα υποτροπής. Με τις στρατηγικές και τις δεξιότητες που διδάσκονται στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα μέλη της οικογένειάς τους έχουν συγκεντρώσει πολλά θετικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους. στη συνολική ψυχική κατάσταση. Συνεπώς προτείνεται να ενταχθούν σε μια ψυχοκοινωνική παρέμβαση με βάση την οικογένεια ή με πολλαπλές συνιστώσες (συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης της ασθένειας, και της κατάρτισης διαπροσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους) (Tungprunkom et al., 2012).

Η διδασκαλία των ασθενών (και των οικογενειών τους) σε ποικίλες μορφές ανάλογα με την ικανότητα και το ενδιαφέρον του ατόμου ή της ομάδας ασθενών με σκοπό τη βελτίωση της συμμόρφωσης της θεραπείας και της διαχείρισης της ασθένειας είναι ο κύριος στόχος της φροντίδας ψυχικής υγείας για την ελαχιστοποίηση της υποτροπής και τη βελτιστοποίηση την κατάσταση της υγείας των ασθενών (Turkington et al., 2006).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν στρατηγικές όπως η διαχείριση του άγχους, οι αυτοκατευθυντικές δεξιότητες, η πρόληψη των υποτροπών και η ψυχοεκπαίδευση. Περιλαμβάνουν επίσης ψυχολογικές θεραπείες, όπως γνωστικές στρατηγικές συμπεριφοράς ή κινητικές τεχνικές συνεντεύξεων. Η έλλειψη δεξιοτήτων και γνώσεων σε αυτές τις επεμβάσεις έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσει αυτή την κατάσταση (Tungpunkom et al., 2012).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις των νοσηλευτών μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών και την προσκόλλησή τους. Μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους φροντιστές αυξάνοντας την κατανόηση της σχιζοφρένειας, βελτιώνοντας την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν, μειώνοντας το βάρος τους ή βελτιώνοντας την ψυχική τους υγεία (Manuel Montes et al., 2011).

4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν επίσης να παρέχουν πρακτική υποστήριξη σε άτομα με σχιζοφρένεια. Ένα σταθερό περιβάλλον διαβίωσης, υποστηρικτικές σχέσεις και σημαντική εργασία ή δραστηριότητα είναι απαραίτητα συστατικά για την ανάκαμψη. Μερικοί άνθρωποι με σχιζοφρένεια μπορεί να χρειαστούν αποκατάσταση και κατάρτιση δεξιοτήτων για να τους βοηθήσουν να επιστρέψουν στην εργασία ή στην εκπαίδευση (Drake et al., 2001).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα μοντέλο που παρέχει ένα ολιστικό, ολοκληρωμένο και απρόσκοπτο σχέδιο περίθαλψης για ασθενείς με σοβαρές και επίμονες ψυχικές ασθένειες. Τα κύρια συστατικά της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που διευκολύνουν τη διαχείριση των συμπτωμάτων, διευκολύνουν την κατάρτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων και βελτιώνουν τις γνωστικές επιδόσεις. Ο στόχος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχει εξελιχθεί από τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και τη μείωση της νοσηλείας ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει ανεξαρτησία, απασχόληση, ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις και βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Τελικά, αυτοί οι στόχοι διευκολύνουν το υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας σε όλες τις σφαίρες, την

αυτο-αποτελεσματικότητα και την ευημερία των ασθενών με σοβαρές και επίμονες ψυχικές διαταραχές (Malla et al., 2002).

Με την επίτευξη αυτών των στόχων, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες σοβαρές και επίμονες ψυχικές διαταραχές μπορούν να βιώσουν ελάχιστη παρέμβαση από τα συμπτώματα και τα νευρογνωστικά ελλείμματα. Προφανώς η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων ενισχύεται από τη συμμετοχή οικογενειών και σημαντικών άλλων. Η επίτευξη αυτών των στόχων απαιτεί ολοκλήρωση από το διεπιστημονικό μοντέλο ομάδας που περιλαμβάνει την παροχή ολοκληρωμένων, συντονισμένων και άψογων υπηρεσιών που είναι φιλικές προς τον καταναλωτή και προσβάσιμες στον ασθενή, τους φροντιστές και το πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον (Tungpunkom et al., 2012).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με βάση την τεκμηρίωση και αποτελούν σημαντικά μέλη διεπιστημονικών ομάδων που παρέχουν ολιστικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, από τη διαχείριση των συμπτωμάτων έως τη διευκόλυνση της επαγγελματικής αποκατάστασης. Είναι επίσης υπεύθυνοι για το σχεδιασμό και την υλοποίηση αυτών των υπηρεσιών. Αυτό το άρθρο επικεντρώνεται στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ως μοντέλο πρακτικής που βασίζεται στην τεκμηρίωση για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και άλλων σοβαρών και επίμονων ψυχικών διαταραχών. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στο σχεδιασμό και την εφαρμογή διεπιστημονικών παρεμβάσεων που προάγουν τη διαχείριση των συμπτωμάτων, την αυτο-αποτελεσματικότητα, την αφοσιωμένη κοινοτική θεραπεία, την ψυχοεκπαίδευση και την επαγγελματική αποκατάσταση (Drake et al., 2001).

Θεωρείται πολύ σημαντική η σημασία της διαχείρισης των συμπτωμάτων, η οικοδόμηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η ενίσχυση της γνωστικής λειτουργίας για την προετοιμασία των ασθενών για τις υπηρεσίες αποκατάστασης. Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για τη μείωση ή την κατάσβεση των συμπτωμάτων και παρέχουν ευκαιρίες στον ασθενή να αναπτύξει και να επιτύχει αποκατάσταση της κοινωνικής και ψυχικής υγείας και βέλτιστο επίπεδο λειτουργίας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την κατανόηση της βάσης της φαρμακευτικής αγωγής, της παρακολούθησης για τις επιθυμητές αντιδράσεις και των οξείων και χρόνιων ανεπιθύμητων ενεργειών και της ψυχοεκπαίδευσης σχετικά με τις

ψυχικές ασθένειες και τις επιλογές θεραπείας. Ανεξάρτητα από την κατάσταση του ασθενούς, είναι επιτακτική ανάγκη να εντοπίσει τα συμπτώματα και τις επιλογές θεραπείας και να ενσωματώσει τις ατομικές και πολιτιστικές ανάγκες του ασθενούς σε προγραμματισμό θεραπείας (Malla et al., 2002).

Η αρχική φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρχίζει κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, οπότε ο πρωταρχικός στόχος είναι ο έλεγχος και η σταθεροποίηση των συμπτωμάτων σοβαρών ψυχικών διαταραχών, συχνά με φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Ανάλογα με τη φύση των συμπτωμάτων, χρησιμοποιούνται διάφορα φάρμακα. Η βασική θεραπεία για σοβαρές και χρόνιες ψυχικές ασθένειες είναι η φαρμακοθεραπεία. Προβλεπτικά τα συμπτώματα παρουσίας του ασθενούς καθορίζουν το ακριβές φάρμακο. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι αντιψυχωσικοί ή οι νευροληπτικοί παράγοντες είναι τα κύρια φάρμακα της οξείας και της χρόνιας ψύχωσης. Νέοι νευροληπτικοί παράγοντες έχουν αποδειχθεί ότι έχουν κλινική αποτελεσματικότητα στη θεραπεία ανθεκτικών στη θεραπεία ψύχωσης, παρόλο που έχουν παρενέργειες που σχετίζονται με τη δόση παρόμοιες με τους συμβατικούς παράγοντες εκτός από την κλοζαπίνη. Τα αντικαταθλιπτικά και τα αγχολυτικά φάρμακα ή τα φάρμακα κατά της ανησυχίας είναι πρωτογενή φάρμακα για συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Αν και προτιμούνται οι νέες αντιψυχωσικές ουσίες για τη θεραπεία συντήρησης ψυχωτικών διαταραχών, οι συμβατικοί παράγοντες είναι πιθανόν να χρησιμοποιηθούν για τη διαχείριση οξέων συμπτωμάτων, ιδιαίτερα όταν απαιτείται παρεντερική οδός (Tungpunkom et al., 2012).

Λόγω των αξιοσημείωτων πλεονεκτημάτων των νέων φαρμακολογικών παραγόντων, οι ασθενείς με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές ασθένειες είναι πιο πιθανό να επιτύχουν το βέλτιστο επίπεδο λειτουργίας όταν η προσέγγιση αυτή ενσωματώνεται στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Ιδιαίτερη σημασία για τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής είναι η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας και του ασθενούς. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να εισέλθουν σε θεραπεία με οξεία ψύχωση. Οι προσπάθειες για την εκτίμηση της υποκείμενης αιτίας των οξέων συμπτωμάτων πρέπει να περιλαμβάνουν τη διενέργεια διαφορικής διάγνωσης (Okrokoro et al., 2014).

Οι νοσηλευτές συχνά εμπλέκονται και συγκεντρώνουν κρίσιμα δεδομένα, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης των ζωτικών σημείων, των τοξικολογικών οθονών φαρμάκων και των προφίλ χημείας. διεξάγοντας μια εξέταση ψυχικής κατάστασης. και την απόκτηση ενός εκτεταμένου ιστορικού κατάχρησης ουσιών που παρέχει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα, τη διάρκεια, την προηγούμενη θεραπεία και την τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή (Malla et al., 2002).

Οι πολιτισμικοί προβληματισμοί πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της διαδικασίας αξιολόγησης για τη μείωση της λανθασμένης διάγνωσης και τελικά ακατάλληλου σχεδιασμού θεραπείας. Οι πολιτισμικοί προβληματισμοί πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν τη συμμετοχή της οικογένειας, τις προτιμήσεις των ασθενών και τον ρόλο της θρησκείας και άλλων πνευματικών συνιστωσών. Όταν διαπιστωθεί οριστική διάγνωση, η θεραπεία της οξείας ψύχωσης περιλαμβάνει παρεντερική ή από του στόματος χορήγηση νευροληπτικού, όπως αλοπεριδόλη (Haldol) και βενζοδιαζεπίνη, όπως η λοραζεπάμη (Ativan). Ένα άλλο παράδειγμα είναι η οξεία μανία σε έναν ασθενή με ιστορικό διπολικής διαταραχής I. Η θεραπεία είναι συχνά παρόμοια για αυτούς τους δύο ασθενείς. Αντίθετα, ένας ασθενής που παρουσιάζει έντονο άγχος μπορεί να παραπονιέται για πόνο στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή και περίεργες σωματικές αισθήσεις και απαιτεί δόση βενζοδιαζεπίνης για τη μείωση του άγχους. Ανεξάρτητα από την παρουσίαση, αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται άμεση προσοχή και ψυχοθεραπευτικές και φαρμακολογικές παρεμβάσεις για τη μετάβαση από την οξεία φάση στην αποκατάσταση (Tungprunkom et al., 2012).

Η οξεία αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ασθενούς μπορεί να συνεπάγεται οξεία και βραχυπρόθεσμη νοσηλεία ώστε να σταθεροποιηθούν τα ιατρικά και ψυχιατρικά συμπτώματα ή η παραπομπή σε ημερήσιο νοσοκομειακό πρόγραμμα ή μεμονωμένο ψυχοθεραπευτή. Ιδιαίτερη σημασία για τη νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης είναι η ακριβής διάγνωση και η έναρξη κατάλληλων παρεμβάσεων και παραπομπών. Οι κοινοτικές παραπομπές πρέπει να περιλαμβάνουν οικογενειακή θεραπεία και συμμετοχή και ένα ολοκληρωμένο, απρόσκοπτο σχέδιο περίθαλψης (Addington et al., 2011).

Καθώς οι ασθενείς μεταβαίνουν από το στάδιο της οξείας αντιμετώπισης συμπτωμάτων, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας πρέπει να παρακολουθούν την ανταπόκρισή τους στη θεραπεία και να παρέχουν ευκαιρίες για επιτυχία. Καθώς

χορηγεί κατόπιν ιατρικής εντολής νευροληπτικούς παράγοντες, είναι επιτακτική η εκπαίδευση του ασθενούς και σημαντικών άλλων για τη σχιζοφρένεια ή άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές, τους λόγους για τα φάρμακα και τις πιθανές παρενέργειες. Αυτή η διαδικασία διευκολύνει την κατανόηση των συμπτωμάτων και της ασθένειας και προάγει την αυτο-αποτελεσματικότητα καθώς ο ασθενής μετακινείται μέσω του συνεχούς θεραπείας. Ασφαλώς, η ψυχιατρική αποκατάσταση εξελίσσεται κατά τη διάρκεια των οξείων σταδίων μιας ψυχιατρικής διαταραχής και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να παρουσιάζουν παράλληλα στάδια των συμπτωμάτων στο σύνολο της θεραπείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών (Tungrunkom et al., 2012).

Η αυτοδιαχείριση της ασθένειας απαιτεί συχνά δομημένες παρεμβάσεις που προωθούν την αυτο-αποτελεσματικότητα, την ανεξαρτησία, την απασχόληση, τις διαπροσωπικές σχέσεις ποιότητας και την καλή ποιότητα ζωής. Η αυτο-αποτελεσματικότητα και η διαχείριση των συμπτωμάτων είναι ζωτικής σημασίας για τη μετάβαση από το νοσοκομείο σε ρυθμίσεις που βασίζονται στην κοινότητα. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών πρέπει να αξιολογούνται διεξοδικά, ώστε να μπορούν να καθοδηγούν τον προγραμματισμό της θεραπείας και να διευκολύνουν την ικανότητα διαχείρισης των συμπτωμάτων και της ευθύνης για τα αποτελέσματα της θεραπείας (Addington et al., 2011).

4.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η σχιζοφρένεια μπορεί να προκαλέσει αναπηρία και δυσφορία τόσο σε άτομα με σχιζοφρένεια όσο και στις οικογένειές τους. Επειδή τα μέλη της οικογένειας είναι οι κύριοι φροντιστές για τους ασθενείς στην κοινότητα, η επίδραση της φροντίδας των ασθενών περιγράφεται συχνά ως επαχθή και περιλαμβάνει τις διάφορες υποκειμενικές και αντικειμενικές πτυχές των σωματικών, συναισθηματικών ή ψυχολογικών και κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων υγείας. Οι όροι ψυχοκοινωνική, ψυχοεκπαίδευση και συμπεριφορική διαχείριση των προσεγγίσεων στις οικογενειακές παρεμβάσεις γενικά αναφέρονται σε αυτές τις παρεμβάσεις σε ατομική ή ομαδική μορφή, όπου οι ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας συναντιούνται μαζί και υπάρχει ένα στοιχείο απόκτησης δεξιοτήτων πέρα από ένα

διδασκαλίας. Ο πρωταρχικός στόχος του προγράμματος είναι η μείωση της υποτροπής των ασθενών και της επανεισδοχής (Addington et al., 2011

Ωστόσο, η οικογενειακή εκπαίδευση, η διαβούλευση, η υποστήριξη και η παροχή συμβουλών και οι συγγενείς ομάδες συνήθως αναφέρονται σε παρεμβάσεις που απευθύνονται αποκλειστικά σε μέλη της οικογένειας (με εξαίρεση τον ασθενή) και το κύριο μέλημά τους είναι οι ανάγκες των μελών της οικογένειας (Lecomte et al., 2008).

Οι κοινωνικές και συναισθηματικές επιπτώσεις για τις οικογένειες και τους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι επιβλαβείς, με αποτέλεσμα την εξασθένηση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας. Η ανάληψη ενός ρόλου φροντίδας είναι σημαντικό κόστος για το άτομο, ο οποίος χάνει μια σειρά ευκαιριών για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη. Έτσι, η δημιουργία μιας ψυχωτικής διάγνωσης έχει συχνά αρνητικό αντίκτυπο στα κοινωνικά δίκτυα των φροντιστών, καθιστώντας τους απομονωμένους και μοναχικούς, με αισθήματα στιγματισμού, ιδιαίτερα αν ο συγγενής τους έχει εμπλακεί σε αντικοινωνική συμπεριφορά. Η φροντίδα αυτών των ασθενών στην οικογένεια έχει διάφορες συνέπειες: μεμονωμένες κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές γνωστές ως επιδράσεις φροντίδας. Η σωματική υγεία και η ψυχική υγεία των βασικών φροντιστών έχουν θεωρηθεί ως οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών (Okroko et al., 2014).

Η παρέμβαση συνίσταται σε ένα συνδυασμό ψυχοθεραπευτικών στρατηγικών για τη συνεργασία με τους συγγενείς των ατόμων που πάσχουν από ψύχωση και στοχεύει στην ανάπτυξη μιας συνεργατικής σχέσης μεταξύ της οικογένειας και της θεραπευτικής ομάδας προκειμένου να βοηθήσει τους ασθενείς να σημειώσουν πρόοδο προς την ανάκαμψη. Η οικογενειακή θεραπεία εστιάζει όχι μόνο στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια και τη διαχείρισή της, αλλά και στην προώθηση θετικών στάσεων όπως η ενσυναίσθηση και η συναισθηματική υποστήριξη και η αλλαγή των προφορικών ομιλιών επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας (Okroko et al., 2014).

Η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη σχιζοφρένεια δεν εξαρτάται μόνο από την απόδοση των ασθενών, αλλά και από τη συμμετοχή ολόκληρης της οικογένειας και της κοινωνίας. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό στη

διαδικασία ανάκτησης. Για το σκοπό αυτό, μια πολυτομεακή και δικτυωμένη προσπάθεια είναι ζωτικής σημασίας. Έτσι, η ικανότητα του νοσηλευτή για ομαδική εργασία είναι επίσης ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά. (Addington et al., 2011).

Υπάρχουν πολλές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που ξεκινούν από μονάδες νοσηλείας και συνεχίζονται σε εξωτερικούς ασθενείς. Έχει καθιερωθεί ένα πρόγραμμα για την ψύχωση του πρώτου επεισοδίου και έχει ένα 1-year, φάση-συγκεκριμένη, κοινώς προσανατολισμένη κατάσταση θεραπείας. Κύριοι στόχοι είναι η ενίσχυση της καθημερινής ζωής των ασθενών, η βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας και η παροχή αμοιβαίας υποστήριξης κατά τη διάρκεια της μεταβατικής φάσης ανάκαμψης από οξεία ψύχωση (Addington et al., 2011).

Όπως συμβαίνει με τα περισσότερα μοντέλα, η παρέμβαση της οικογένειας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος αυτής της κατάρτισης. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη συνεργασία με τον ασθενή με σοβαρές ψυχικές διαταραχές από το οξύ στάδιο έως τη μετάβαση σε ρυθμίσεις οικογένειας και κοινότητας. Καθ' όλη τη διαδικασία επεξεργασίας, οι ασθενείς πρέπει να έχουν την εξουσία και να ενθαρρύνονται να αναλάβουν την ευθύνη για την αποκατάστασή τους (Okroko et al., 2014).

Μέσω δραστηριοτήτων αυτο-αποτελεσματικότητας, συμμετοχής της οικογένειας και ψυχοεκπαίδευσης, ο ασθενής αποκτά αίσθημα ανεξαρτησίας και εμπιστοσύνης για να αναζητήσει και να διαμορφώσει ποιοτικές διαπροσωπικές σχέσεις, αρχικά με το νοσηλευτή και αργότερα μέσω οικογενειακών αλληλεπιδράσεων (Addington et al., 2011).

Οι νοσηλευτές πρέπει να προσφέρουν ευκαιρίες στον ασθενή και στην οικογένεια να εντοπίζουν και να εκφράζουν τις ανησυχίες τους ως καταναλωτές και να προάγουν μια καλή ποιότητα ζωής. Καθώς εξελίσσονται αυτές οι δεξιότητες, το ίδιο ισχύει και για την εμπιστοσύνη που ωθεί τον ασθενή να συμμετάσχει σε εργαστήρια και άλλη κοινοτική απασχόληση (Okroko et al., 2014).

4.5 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η φροντίδα των ασθενών με αυτοκτονική συμπεριφορά είναι ένα από τα πιο δύσκολα καθήκοντα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας σε ψυχιατρικά τμήματα και η πρόληψη της αυτοκτονίας μπορεί να είναι δύσκολη. Η πρόληψη αυτοκτονιών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνει αξιολογήσεις κινδύνου αυτοκτονίας που δεν πρέπει να βασίζονται μόνο σε τυπικούς παράγοντες κινδύνου (Paterson et al., 2008).

Οι νοσηλευτές παρέχουν την περισσότερη άμεση φροντίδα των ασθενών και έχουν την ευκαιρία να εντοπίσουν προειδοποιητικά σημάδια αυτοκτονίας και να αποτρέψουν την αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές αξιολογούν τον κίνδυνο αυτοκτονίας των ασθενών μέσω προσεκτικής παρατήρησης, αναγνωρίζουν προειδοποιητικά σημάδια, χρησιμοποιώντας τις ικανότητές τους για συνέντευξη και συγκεντρώνουν πληροφορίες για τα προειδοποιητικά σημάδια (Bolster et al., 2015). Η αξιολόγηση των ασθενών συνεχώς κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο φαίνεται σημαντική για την καταγραφή της μεταβαλλόμενης κατάστασης του ασθενούς. Ωστόσο, ορισμένοι νοσηλευτές δεν είναι κατάλληλα μορφωμένοι και εκπαιδευμένοι σε αξιολογήσεις αυτοκτονιών (Aflague and Ferszt, 2010).

Η αναγνώριση του κινδύνου αυτοκτονίας των ασθενών θα πρέπει να οδηγήσει σε σημαντικές παρεμβάσεις. Έχει επισημανθεί η σημασία των νοσηλευτών να εμπλέκονται σε στενή σχέση με τον αυτοκτονικό ασθενή όπου ο ασθενής αισθάνεται σημαντικός άνθρωπος και μετακινείται από μια θέση «προσανατολισμένη στον θάνατο» σε μια θέση «προσανατολισμένη στη ζωή» μέσω της διαδικασίας «επανασύνδεσης με την ανθρωπότητα». Παρόλα αυτά, οι ασθενείς έχουν αναφέρει ότι οι εμπειρίες από την έλλειψη επαρκούς φροντίδας (π.χ. έλλειψη επιβεβαίωσης, που δεν παρατηρείται) τους έχει οδηγήσει σε αυξημένη αυτοκτονική συμπεριφορά ενώ νοσηλεύονται (Paterson et al., 2008).

Έχει προταθεί ότι οι νοσηλευτές μπορούν να αποστασιοποιηθούν σε συναντήσεις με αυτοκτονικούς ασθενείς για να προστατευθούν από συναισθηματικές δυσκολίες. Για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα δυνητικά αυτοκτονικών ασθενών, η βιβλιογραφία τόνισε την ανάγκη επαρκούς εκπαίδευσης, κατάρτισης, επίβλεψης και υποστήριξης (Aflague and Ferszt, 2010).

4.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση του ατόμου με σχιζοφρένεια είναι μια πολύπλοκη διαδικασία στις περισσότερες περιπτώσεις, απαιτώντας τη συλλογή δεδομένων από διάφορες πηγές, δεδομένου ότι στην οξεία φάση της νόσου το άτομο σπάνια μπορεί να δώσει αξιόπιστες πληροφορίες. Είναι απαραίτητη η συνεργασία με την οικογένεια. Αρχικά πρέπει να πραγματοποιηθεί εξέταση, προσδιορίζοντας την παρούσα συμπτωματολογία, όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αποδιοργάνωση και αρνητική συμπτωματολογία. Για να γίνει μια κατάλληλη αξιολόγηση, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις χαρακτηριστικές συμπεριφορές αυτής της διαταραχής (Kvrgic et al. 2013).

Ως νοσηλευτική διάγνωση παρουσία παραληρηματικών συμπεριφορών ορίζεται ως η παροχή ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος στον ασθενή σε οξεία κατάσταση σύγχυσης. Έτσι, με την παρουσία αυταπάτων, οι νοσηλευτές πρέπει να αποδείξουν στους ασθενείς ότι δέχονται ότι ο ασθενής έχει αυτή την πίστη, αν και δεν μοιράζονται την πίστη. Είναι σημαντικό να μην απορρίπτουν τις πεποιθήσεις, ώστε να μην διακινδυνεύετε η εμπιστοσύνη (Sitzman, Eichelberger (2011).

Ως λογική θεραπευτική τεχνική πρέπει επομένως να χρησιμοποιηθεί η λογική αμφιβολία. Για παράδειγμα, «καταλαβαίνω ότι πιστεύετε ότι αυτό είναι αλήθεια, αλλά δεν σκέφτομαι το ίδιο». Θα πρέπει επίσης να ενισχύεται η πραγματικότητα και να συζητούν για πράγματα και ανθρώπους που είναι πραγματικοί, αποφεύγοντας τις ψευδείς πεποιθήσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει επίσης να είναι προσεκτικός κατά τη διάρκεια της σίτισης και της λήψης φαρμάκων, καθώς μπορεί να υπάρχει το παραλήρημα δηλητηρίασης και ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι το φαγητό ή το φάρμακο πρέπει να το δηλητηριάσει. Έτσι, μπορεί να είναι απαραίτητο να επιβεβαιωθεί εάν ο ασθενής έχει πάρει το φάρμακο (Kvrgic et al. 2013).

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι πιο συχνές, οπότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρατηρεί ορισμένα σημάδια, όπως η λήψη μιας στάσης ακρόασης, η ομιλία στον εαυτό του, η έλλειψη προσοχής και η απόσπαση της προσοχής. Υπό την παρουσία αυτών των ενδείξεων, πρέπει να αποφεύγει να αγγίζει τον ασθενή χωρίς προειδοποίηση, καθώς η αφή μπορεί να θεωρηθεί ως απειλή. Επίσης πρέπει να εμφανίζουν μια στάση αποδοχής για να βοηθήσουν τον ασθενή να μοιραστεί το περιεχόμενο της ψευδαίσθησης. Αυτή η κοινή χρήση είναι σημαντική για την

αποφυγή ανεπιθύμητων αντιδράσεων απέναντι στον εαυτό ή σε άλλους, εάν υπάρχουν παραισθήσεις εντολών (Kvrgic et al. 2013).

Η ψευδαίσθηση δεν πρέπει να ενισχυθεί. Είναι επίσης σημαντικό να βοηθηθεί ο ασθενής να συνειδητοποιήσει ότι ο νοσηλευτής δεν μοιράζεται την αντίληψη λέγοντας, «Ξέρω ότι οι φωνές για σας είναι πραγματικές, αλλά δεν ακούω φωνές». Είναι σημαντικό ότι ο ασθενής καταλαβαίνει ότι οι φωνές είναι εξωπραγματικές και αποτελούν μέρος της ασθένειας και οι τεχνικές αποσπάσματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να κατευθύνουν τον ασθενή προς την πραγματικότητα. Η ακοή της μουσικής ή η παρακολούθηση της τηλεόρασης μπορεί να είναι μια καλή τεχνική που αποσπά την προσοχή του ασθενούς από την προσοχή που δίνεται στις ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Αυτές οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στη δημιουργία μιας σχέσης ενσυναίσθησης και εμπιστοσύνης με τον ασθενή, προκαλώντας τον ασθενή να αρχίσει να είναι κρίσιμος για την ασθένεια, ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν νέες στρατηγικές παρέμβασης (Sitzman, Eichelberger (2011).

Η κατανόηση και η υπομονή είναι τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της φροντίδας αυτού του ατόμου. Οι ψευδαισθήσεις και η παράνοια είναι κάτι που τρομάζει τους ασθενείς. Η καλή επικοινωνία είναι πολύ σημαντική. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα πρέπει να προσποιείται ότι ακούει ή βλέπει αυτά που λέει ο ασθενής ούτε και θα πρέπει να συμφωνεί με τις παραληρητικές ιδέες αλλά θα πρέπει να έχει υπομονή και ηρεμία (Halter, 2014, Sorrentino & Remmert, 2012). Η φράση που μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή είναι: "Ξέρω ότι οι φωνές είναι πραγματικές σε εσάς αλλά δεν τις ακούω". Με αυτό τον τρόπο επιτρέπει στον δότη της φροντίδας να είναι ειλικρινής και μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να δεχτεί ότι οι φωνές δεν είναι πραγματικές. Αυτό επιτρέπει στον ασθενή να αποκτήσει τον έλεγχο της ψευδαισθήσεως (Townsend, 2014, Halter, 2014).

Η επικοινωνία με τον ασθενή μπορεί να είναι δύσκολη, καθώς μπορεί να αναμίξει τις λέξεις ή να αναπτύξει τη δική του γλώσσα. Βασικό είναι ότι ο ασθενής σκέφτεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να τον καταλάβει. Είναι σημαντικό να προσανατολίζεται ο ασθενής στην πραγματικότητα χρησιμοποιώντας το όνομά του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθεί να αποκωδικοποιεί Προσπαθήστε να αποκωδικοποιήσετε τη συζήτηση προβλέποντας τις ανάγκες τους με τη φράση: «Δεν είμαι σίγουρος τι εννοείτε ή δεν είμαι σίγουρος τι προσπαθείτε να μου πείτε. Μπορείτε να προσπαθήσετε να μου το εξηγήσετε και πάλι;» (Halter, 2014). Η ευθύνη

για την κατανόηση του ασθενούς τοποθετείται στο νοσηλευτή και αυτό βοηθά τον ασθενή να κατανοεί τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτός. Ο ασθενής μπορεί επίσης να παρουσιάζει συγκεκριμένη σκέψη ή κυριολεκτική σκέψη (Townsend, 2014).

Το ερώτημα αν ο ασθενής ακούει φωνές μπορεί να είναι μια πρόωμη παρέμβαση. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει παραισθήσεις, θα πρέπει να αναφερθούν οι παρατηρήσεις στον ιατρό. Ο ασθενής μπορεί να γελάει στον εαυτό του, να μιλάει στον εαυτό του, να μετακινεί τα μάτια γύρω από το δωμάτιο ή να κοιτάζει σε μια συγκεκριμένη περιοχή (Townsend, 2014). Η συμμετοχή σε δραστηριότητες μπορεί να συμβάλει στη μείωση της κοινωνικής απόσυρσης καθώς και σε ακατάλληλες συμπεριφορές και στην αύξηση των κινήτρων (Halter, 2014). Βασικό είναι η δραστηριότητα να βρίσκεται στο επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς. Ορισμένες δραστηριότητες είναι η ανάγνωση, η ακρόαση μουσικής ή το περπάτημα (Halter, 2014). Κρατώντας τον ασθενή επικεντρωμένο στις δραστηριότητες που βασίζονται στην πραγματικότητα είναι σημαντικό να βοηθηθεί να αντιμετωπίσει αυτά τα συμπτώματα.

Ομοίως, όταν ένας ασθενής εμφανίζει αυταπάτες, είναι σημαντικό να επικεντρωθεί στην πραγματικότητα. Ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιεί αυταπάτες ως μια προσπάθεια να κατανοήσει το περιβάλλον τους. Εάν ο ασθενής είναι ύποπτος, θα πρέπει να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη και η ειλικρίνεια με τον ασθενή. Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι το φαγητό του είναι δηλητηριασμένο ή ελεγχόμενο. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να υπάρχουν τρόφιμα που μπορούν να ανοίξουν με επιτήρηση ή να τους επιτρέψουν να επιλέξουν μεταξύ των ενεργειών, έτσι ώστε να αισθάνονται κάποιο έλεγχο στο περιβάλλον τους. Εάν ο ασθενής αναστατωθεί, ο νοσηλευτής πρέπει πρώτα να λάβει μέτρα για να προστατευθεί. Όταν αλληλεπιδρά με τον ασθενή, θα πρέπει η πόρτα να είναι πιο κοντά (Townsend, 2014).

Μια άλλη σημαντική πτυχή της φροντίδας είναι η μη λεκτική επικοινωνία του νοσηλευτικού προσωπικού. Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει τον τόνο της φωνής, τη στάση, την επαφή με τα μάτια, τις εκφράσεις του προσώπου και τις κινήσεις. Όταν ο νοσηλευτής αλληλεπιδρά με τον ασθενή θα πρέπει να διατηρεί την επαφή με τα μάτια, να στέκεται κοντά στο άτομο αλλά όχι πολύ κοντά, οι εκφράσεις του προσώπου να δείχνουν το ενδιαφέρον ή την ανησυχία και να μιλάει αργά και ήρεμα. Είναι επίσης σημαντικό να επαναλαμβάνονται ενέργειες ή φράσεις αρκετές

φορές διότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να έχουν δυσκολία στη μνήμη (Townsend, 2014).

4.7 ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ορισμένοι παράγοντες του ασθενούς, του πάροχου και του συστήματος υγείας παρουσιάζουν σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε άτομα με σχιζοφρένεια. Η διαταραχή της σκέψης και η γνωστική δυσλειτουργία μπορεί να αποκρύψει την εκτίμηση του ασθενούς για το κύριο σύμπτωμα ή το ιατρικό ιστορικό του, ενδεχομένως καθιστώντας επιτακτική τη χρήση των παράπλευρων πηγών πληροφοριών (Palmer et al., 2009).

Τα αρνητικά συμπτώματα όπως η αποθάρρυνση μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο στην επιτυχή παρακολούθηση των ραντεβού ή στην τήρηση των σχεδίων θεραπείας. Μέχρι το ήμισυ των ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν μια διαταραχή χρήσης ουσιών, η οποία μπορεί να παρεμποδίσει την προσκόλληση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να αυξήσει ουσιαστικά το βάρος της ιατρικής ασθένειας (Townsend, 2014).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να αισθάνονται άβολα τη θεραπεία ασθενών με σχιζοφρένεια λόγω περιορισμένης εμπειρίας ή πόρων. Ο στιγματισμός της σχιζοφρένειας είναι κοινός μεταξύ του ευρέος κοινού και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, ανακριβή απόδοση των παρόχων των σωματικών συμπτωμάτων του ασθενούς με την ψυχική ασθένεια του, γνωστή ως “διαγνωστικό επισκίαση”, μπορεί να επηρεάσει τους ασθενείς που λαμβάνουν κατάλληλη διάγνωση και θεραπεία για την ιατρική ασθένεια. Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ότι ο γιατρός τους παίρνει τα σωματικά τους συμπτώματα λιγότερο σοβαρά μόλις αποκαλύψουν την ψυχιατρική τους διάγνωση (Palmer et al., 2009).

Ένα άλλο εμπόδιο στην αποτελεσματική φροντίδα είναι η υποτίμηση των ασθενών από τους πάροχους ως ικανών εταίρων στη δική τους φροντίδα. Μια τέτοια προοπτική μπορεί να οδηγήσει σε «θεραπευτικό μηδενισμό», όπου δεν παρέχονται αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα ή θεραπείες στους ασθενείς. Σε περιπτώσεις όπου η θεραπευτική αγωγή είναι αναπόφευκτα πολύπλοκη ή μια κατάσταση που απαιτεί

στενή παρακολούθηση τα μέλη της ομάδας ψυχιατρική θεραπεία θα πρέπει να κινητοποιηθούν ανάλογα με την περίπτωση και να συμβάλλουν στην εξασφάλιση ευνοϊκών αποτελεσμάτων (Townsend, 2014).

Περιορισμοί του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μπορούν επίσης να παρεμποδίσουν την παροχή αποτελεσματικής ιατρικής περίθαλψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι τρόποι πρόσβασης στην ψυχιατρική εξωτερική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων προγραμματισμού των ραντεβού, μπορεί να είναι περιττό περίπλοκο και δύσκολο για τους ασθενείς (και τους παρόχους) να πλοηγηθούν. Μείωση αυτών των εμποδίων μέσω της χρήσης των διαχειριστών φροντίδας μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ο κατακερματισμός της φροντίδας στα συστήματα ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθιστά την επικοινωνία και τον συντονισμό της φροντίδας ιδιαίτερα δύσκολο (Carr et al., 2004, Palmer et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄

Ασθενής ηλικίας 32 ετών έχει χρόνια σχιζοφρένεια. Ο ασθενής έχει νοσηλευτεί 5 φορές στην ψυχιατρική κλινική. Κάθε φορά που ο ασθενής έπαιρνε εξιτήριο από τη νοσοκομειακή μονάδα υποτροπίαζε καθώς δεν συμμορφωνόταν με το πλάνο θεραπείας, σταματούσε να παρακολουθεί τις συνεδρίες, αρνούνταν να δεχτεί τη φαρμακευτική αγωγή που του είχε συστήσει ο θεράπων ιατρός του με αποτέλεσμα να εισάγεται ξανά.

Η μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής του ήταν τρεις μήνες. Στην ψυχιατρική μονάδα χορηγήθηκαν αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία βοήθησαν, ώστε ο ασθενής να επανέλθει. Την τελευταία φορά που εισήχθη ο ασθενής στην ψυχιατρική κλινική παρουσίαζε έλλειψη αυτοεξυπηρέτησης (καλλωπισμού, επίδεσμος και διατροφή) κάτι το οποίο αφορά τη μανιακή υπερκινητικότητα. Η νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ήταν η εξής:

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη αυτοεξυπηρέτησης 	<ul style="list-style-type: none"> • Σκοπός είναι ο ασθενής να μάθει να αυτοεξυπηρετείται καθώς ο ασθενής λόγω της ψυχικά διαταραγμένης κατάστασης δεν είναι συγκεντρωμένος στο να αυτοεξυπηρετηθεί 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσφορά βοήθειας για την επιλογή ρούχων και καλλωπισμού • Φροντίδα υγιεινής σώματος • Ο ασθενής να βοηθηθεί να τρώει και να πίνει επαρκώς για να διατηρήσει την ισορροπία των υγρών και την σωστή διατροφή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιλέγονται τα κατάλληλα ρούχα του ασθενούς • Ενθάρρυνση του ασθενούς να πλένει το σώμα του ώστε να διατηρήσει την υγιεινή του • Ενθάρρυνση του ασθενούς να πίνει υγρά και να τρώει σωστά για να αποφευχθεί η αφυδάτωση και αστία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής αρχίζει μετά από μέρες να αυτοεξυπηρετείται και να προσέχει περισσότερο την υγιεινή του και τη διατροφή του.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων λόγω μη συμμόρφωσης της φαρμακευτικής αγωγής 	<ul style="list-style-type: none"> • Σκοπός είναι ο ασθενής να παροτρυνθεί να παίρνει τα φάρμακα του ώστε να συγκεντρώνεται και να μην αποσπάται η προσοχή του λόγω παραληρητικών ιδεών 	<ul style="list-style-type: none"> • Να Ενημερωθεί ο ιατρός για την κατάσταση του ασθενούς • Να δημιουργηθεί σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και στον ασθενή • Παρατήρηση της συμπεριφορά του ασθενούς κατά τη συνήθη φροντίδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο ιατρός για την πιθανή λήψη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής • Συζήτηση με τον ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα για το πώς νιώθει και για τα συναισθήματα που νιώθει εκείνη τη στιγμή • Παρατηρείται η συμπεριφορά του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να εξαλειφθούν οι πιθανές ενδείξεις να βλάψει τον εαυτό του ο ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής αρχίζει μετά από μέρες να παρουσιάζει λογική στη σκέψη του και στη λήψη αποφάσεων και να συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Αγχός λόγω υποτροπής της ασθένειας. Ο ασθενής παρατηρείται υπερκινητικός.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση κινητικότητας του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ηρεμια προσέγγιση του ασθενούς • Κατανόηση αναγκών και συζήτηση με τον ασθενή • Εκπαίδευση ασκήσεων για σωστές αναπνοές. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με τον ασθενή για τις ανάγκες του • Ενίσχυση αυτοεκτίμησης ασθενούς • Διδασκαλία διοχέτευσης άγχους μέσω αργών και βαθιών αναπνοών 	<ul style="list-style-type: none"> • Μειώθηκε το άγχος του ασθενούς και η υπερκινητικ ότητα του

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Κίνδυνος βίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Σκοπός είναι να μειωθεί η επιθετική συμπεριφορά του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Βοήθεια στον ασθενή για την εξάλειψη των επιθετικών συμπεριφορών • Ενημέρωση ιατρού για τα συμπτώματα • Παρακολούθηση του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίδα ασθενούς ώστε να βρίσκεται σε ήρεμο περιβάλλον εντός της νοσοκομειακής μονάδας • Συνεχής προσπάθεια συνομιλίας με την ασθενή • Εφαρμογή ψυχοθεραπείας κατ εντολήν ιατρού 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη των επιθετικών τάσεων

5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Ασθενής ηλικίας 26 χρονών μετά την αποφοίτησή του αρχίζει να συμπεριφέρεται περίεργα και να απομονώνεται κοινωνικά από τα άτομα γύρω από το περιβάλλον του. Άρχισε να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις και αυταπάτες. Οι ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και γνωστικές αντιδράσεις παρεμπόδισαν τη λειτουργία του. Ο ασθενής ανέφερε ότι δεν είναι καλός, δεν κάνει για τίποτα ενώ παράλληλα είχε άγχος που σχετιζόνταν με τις διαπροσωπικές καταστάσεις και τα καθήκοντα και το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και αυταπατών. Ήταν αδρανής, ανίκανος να εργαστεί ή να ζήσει ανεξάρτητα.

Η ψυχοκοινωνική λειτουργία του ασθενούς επηρεάστηκε σημαντικά από την αλληλεπίδραση της ασθένειας και των μεθόδων της αντιμετώπισης. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης της αποφευχθείσας συμπεριφοράς έναντι των καθηκόντων και των διαπροσωπικών καταστάσεων και η αύξηση των αρνητικών συμπτωμάτων (απάθεια) για την αντιμετώπιση του στρες με τη σειρά τους, αύξησαν το άγχος, τις αρνητικές συνειδητοποιήσεις και τα ψυχωτικά συμπτώματα. Η βασική αυτο-φροντίδα ήταν αυστηρά περιορισμένη.

Ο ασθενής στην ηλικία των 20 ετών εισήχθη για πρώτη φορά στο νοσοκομείο για ένα μήνα ενώ έκτοτε νοσηλεύτηκε άλλες 3 φορές. Η διάγνωση ήταν σχιζοφρένεια χωρίς να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό.

1. Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2. Αντικειμενικός Σκοπός • Σκοπός είναι να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του	3. Προγραμματισμός Επιλογή του Νοσηλευτικής Φροντίδας ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα	4. Εφαρμογή Διεξαγωγή Νοσηλευτικής Φροντίδας επιτέθηκε ανά μισή ώρα	5. Εκτίμηση Αποτελέσματος παρουσιάζει σημάδια
	ασθενούς σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση του ασθενούς να αυτοσυντηρείται ώστε να βελτιώσει τη λειτουργικότητα του • Ενίσχυση αυτοεκτίμησης του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με τον ασθενή να φροντίζει τον εαυτό του, να ντύνεται, να τρώει, να πλένεται • Ενθάρρυνση του ασθενούς να συζητάει για τον εαυτό του και να αναφέρει τους λόγους που δεν θέλει να περιποιείται τον εαυτό του. 	βελτίωσης και μέσα από τη συζήτηση και την εκπαίδευση βελτιώνει τη λειτουργικότητα του.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Άγχος και φόβος του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Να μειωθούν τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία έχουν δημιουργηθεί από τις ψευδαισθήσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> Συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να μην υπάρχουν αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση της νόσου του και ενθάρρυνση να την αντιμετωπίσει. Ο ασθενής καθησυχάστηκε ότι με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής θα έχει ομαλή και φυσιολογική ζωή. 	<ul style="list-style-type: none"> Σταδιακή μείωση του άγχους και του φόβου

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Κοινωνική Απομόνωση 	<ul style="list-style-type: none"> Σκοπός είναι ο ασθενής να κοινωνικοποιηθεί 	<ul style="list-style-type: none"> Διατήρηση ηρεμίας ασθενούς Ενθάρρυνση ασθενούς εκπαίδευση για την ασθένειά 	<ul style="list-style-type: none"> διατηρήθηκε το περιβάλλον του ασθενούς ήρεμο ενθάρρυνση ασθενούς να συζητήσει ενημέρωση του ασθενούς για την ασθένεια του και τι θα πραγματοποιηθεί για να αντιμετωπίσει τα αρνητικά συμπτώματα εκπαίδευση ασθενούς να εντοπίσει τα θετικά χαρακτηριστικά 	<ul style="list-style-type: none"> βελτιώθηκε η κοινωνική απομόνωση και ο ασθενής ξεκίνησε να συζητάει περισσότερο και να έρχεται σε επαφή με περαιτέρω άτομα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολύπλοκη διαταραχή που απαιτεί άμεση θεραπεία στις πρώτες ενδείξεις ενός ψυχωτικού επεισοδίου. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο μη συμμόρφωσης και των ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τη θεραπεία κατά την εκπόνηση ενός ολοκληρωμένου σχεδίου θεραπείας. Αν και οι ασθενείς μπορούν να αυξήσουν την προσαρμοστική λειτουργία μέσω των διαθέσιμων επιλογών φαρμακολογικής και μη φαρμακολογικής θεραπείας, θεωρείται ότι περαιτέρω έρευνα θα αντιμετωπίσει τα κενά στη θεραπεία και ενδεχομένως θεραπεία για τη σχιζοφρένεια.

Σχεδόν 3.2 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως διαγιγνώσκονται με σχιζοφρένεια. Τα φάρμακα, ψυχιατρικά και μη ψυχιατρικά, έχουν καταστεί αποτελεσματικότερα τις τελευταίες δεκαετίες. Οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με σχιζοφρένεια είναι πιθανό να εμπλακούν σε επικίνδυνη συμπεριφορά, όπως το κάπνισμα, η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, η μη συμμόρφωση φαρμάκων κλπ

Οι νοσηλευτές στη σημερινή κοινωνία καλούνται να βρουν τρόπους να χρησιμοποιήσουν τις θεραπευτικές σχέσεις και να επιφέρουν συνεργατικά οφέλη για την υγεία με τους ασθενείς τους. Η έλλειψη ερευνητικών και εκπαιδευτικών πόρων προστίθεται στην πρόκληση. Ο απώτερος στόχος είναι να παρέχονται σχετικοί και αποτελεσματικοί πόροι σε νοσηλευτές που δεσμεύονται να χρησιμοποιούν τη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενούς για να παράγουν συνεργατικά αποτελέσματα υγείας με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Η έλλειψη κατανόησης της σχιζοφρένειας οδηγεί σε κακή φροντίδα και κακή διαχείριση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένων των παραισθήσεων, παραληρητικών ιδεών, παράνοιας ή αποδιοργανωμένων σκέψεων. Η γνώση του τι πρέπει να αναμένεται από τον ασθενή και τι προκαλεί τα συμπτώματα είναι επίσης σημαντική για τη φροντίδα του. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίζει εάν ο ασθενής είναι αναστατωμένος, ανήσυχος ή άγχος. Επιπλέον, είναι σημαντικό να γνωρίζει τι μπορεί να γίνει για να βοηθήσει στην ανακούφιση της δυσφορίας του ασθενούς.

Η καθιέρωση μιας θεραπευτικής σχέσης με το άτομο με σχιζοφρένεια είναι μια διαρκής πρόκληση και πρέπει να συνοδεύει τα διάφορα στάδια της νόσου σε συνεργασία με την οικογένεια και την κοινότητα. Πριν από τη δέσμευση σε αυτή τη

σχέση, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν τεράστια γνώση για τον εαυτό τους και την ασθένεια, γνωρίζοντας τα όριά τους και εξαλείφοντας οποιοδήποτε υπάρχον στίγμα σε σχέση με τον ασθενή. Προκειμένου η νοσηλευτική φροντίδα να παράγει αποτελέσματα στη διαδικασία ανάκτησης αυτών των ασθενών, είναι απαραίτητο να καθιερωθεί μια σταθερή και συνεχής θεραπευτική σχέση με τη συνεχή παρακολούθηση όχι μόνο του ασθενούς, αλλά και το περιβάλλον που περιβάλλει την οικογένεια και την κοινότητα στη διαδικασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res.* 125(1):54–61.

Aflague JM, Ferszt GG. (2010). Suicide assessment by psychiatric nurses: A Phenomenographic study. *Issues in Mental Health Nursing.* 31, 248-256.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;. Schizophrenia and other psychotic disorders, 19(8):89–122.

Argo TR, Crimson ML, Miller AL, et al. (2008). *Schizophrenia Treatment Algorithms Texas Medication Algorithm Project procedural manual.* Austin, Texas: Texas Department of State Health Services.

Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy.* New York, New York: Guilford Press;. Biological Contributions; 30–61.

Beck T.A., Grant P., Rector N.A., Stolar N. (2008). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy.* Εκδόσεις: Guilford Press

Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique.* 173(1):79–84.

Bolster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M. (2015). Suicide assessment and nurses: What does the evidence show? *Online J Issues Nurs.* 20(1), 10-15.

Carr, V.J., Lewin, T.J., Barnard, R.E. et al. (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 39: 78–84

Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.*12:357-73.

Crismon L, Argo TR, Buckley PF. (2014). *Schizophrenia.* In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, et al., editors. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic.* New York: McGraw-Hill. 1019–1046.

Crismon L, Argo TR, Buckley PF. (2014). *Schizophrenia.* In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, et al., editors. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach.* 9th ed. New York, New York: McGraw-Hill, 1019–1046.

Dickerson FB, Lehman AF. (2011). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: update. *J Nerv Ment Dis.* 199(8):520–526.

Drake, R.E., Goldman, H.H., Leff, H.S. et al. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatr Serv.* 52: 179–182.

Elis O, Caponigro JM, Kring AM. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clin Psychol Rev.* 33:914–28.

Flanagan RJ, Dunk L. (2008). Haematological toxicity of drugs used in psychiatry. *Hum Psychopharmacol.* 23(suppl 1):27–41.

Frost B.G., Turrell M., Sly K.A., Lewin T.J., Conrad A.M., Johnston S. (2017). Implementation of a recovery-oriented model in a sub-acute Intermediate Stay Mental Health Unit (ISMHU). *BMC Health Care Services Journal.* 17 (2), 2-12.

Gaebel W, Zielasek J, Cleveland HR. (2013). Psychotic disorders in ICD-11. *Asian J Psychiatr.* 6:263–5.

Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Werner K, Kraemer H, Heimberg RG, Gross JJ. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol.* 80:1034–40.

Gray R., White J., Schulz M., Abderhalden C. (2010). Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research. *Intl J Ment Health Nurs.* 19: 36–44

Gründer G, Heinze M, Cordes J, Mühlbauer B, Juckel G, Schulz C, Rütther E, Timm J. (2016). Effects of first-generation antipsychotics versus second-generation antipsychotics on quality of life in schizophrenia: a double-blind, randomised study. *Lancet Psychiatry.* 3(8):717-729.

Halter, M. J. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 7th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier.

Horan WP, Kern RS, Tripp C, Helleman G, Wynn JK, Bell M, Marder SR, Green MF. (2011). Efficacy and specificity of social cognitive skills training for outpatients with psychotic disorders. *J Psychiatr Res*. 45:1113–22.

Ivleva EI, Morris DW, Moates AF, Suppes T, Thaker GK, Tamminga CA. (2010). Genetics and intermediate phenotypes of the schizophrenia--bipolar disorder boundary. *Neurosci Biobehav Rev*. 34: 897–921

Keshavan MS, Clementz BA, Pearlson GD, Sweeney JA, Tamminga CA. (2013). Reimagining psychoses: an agnostic approach to diagnosis. *Schizophr Res*. 146(7):10–6

Kingdon David G., Douglas Turkington, (2011). *Γνωστική θεραπεία της σχιζοφρένειας*. Εκδόσεις: Πατάκη, Αθήνα

Kvrgic S, Cavelti M, Beck EM, et al. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Res*. 209(1):15–20.

Lavretsky H. (2008). *History of Schizophrenia as a Psychiatric Disorder*. In: Mueser KT, Jeste DV, editors. *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York, New York: Guilford Press, 3–12.

Lecomte T, Leclerc C, Corbière M, Wykes T, Wallace CJ, Spidel A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis.* 196(12):866–875.

Li J, Tripathi RC, Tripathi BJ. (2008). Drug-induced ocular disorders. *Drug Saf.* 31(2):127–141.

Macaluso, M., McKnight, S. (2013). Overcoming medication nonadherence in schizophrenia: Strategies that can reduce harm. *Current Psychiatry*, 12:15-20.

Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, Schultz S, et al. (2013). Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophr Res.* 150:21–5.

Malla, A.K., Norman, R.M., Manchanda, R. et al. (2002). Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase specific community-oriented treatment. *Psychiatr Serv.* 53: 454–463

Manuel Montes J, Maurino J, Diez T, Saiz-Ruiz J. (2011). Factors associated with the effectiveness of a telephone-based nursing strategy for enhancing medication adherence in schizophrenia. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 7(6):117-9.

Miller BJ, Buckley P, Seabolt W, Mellor A, Kirkpatrick B. (2011). Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. *Biol Psychiatry.* 70(7):663–671.

Miller BJ, Culpepper N, Rapaport MH, Buckley P. (2012). Prenatal inflammation and neurodevelopment in schizophrenia: a review of human studies. *Prog Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry*. 42:92–100.

Miller R., Mason S. E. (2002). *Diagnosis, Schizophrenia*. Εκδόσεις: Columbia University Press

Miyamoto S, Wolfgang W. (2012). Pharmacologic Treatment of Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management. 15–20

Mukhopadhyaya K, Krishnaiah R, Taye T, Nigam A, Bailey A, Sivakumaran T, et al. (2008). Obsessive-compulsive disorder in UK clozapine-treated schizophrenia and schizoaffective disorder: a cause for clinical concern. *J Psychopharmacol*. 23(1):6–13.

Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. (2014). Family intervention (brief) for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 5(3): 980-2.

Palmer, B.W., Dawes, S.E., and Heaton, R.K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia?. *Neuropsychol Rev*. 19: 365–384.

Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P T*.39(9):638-45.

Phillips J.E., Ketelsen D.P. (2003). *Schizophrenia*. Enslow Publishers

Raedler TJ. (2010). Cardiovascular aspects of antipsychotics. *Curr Opin Psychiatry*. 23(6):574–581.

Rathod S, Kingdon D, Weiden P, Turkington D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract*. 14(1):22–33.

Remington G, Foussias G, Agid O. (2010). Progress in defining optimal treatment outcome in schizophrenia. *CNS Drugs*. 24:9–20.

Schultz, S.H., North, S.W., Shields, C.G. (2007). Schizophrenia: A review. *American Family Physician*, 75:1821-1829.

Schwartz JH, Javitch JA. (2013). *Neurotransmitters*. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, et al., editors. *Principles of Neural Science*. 5th ed. New York, New York: McGraw-Hill, 289–305.

Sitzman KL, Eichelberger LW. (2011). *Understanding the work of nurse theorists- a creative beginning*. 2nd ed. Sudbury, Massachusetts, USA: Jones and Bartlett Publishers. 147–151.

Sorrentino, S. A., & Remmert, L. (2013). *Mosby's Textbook for Nursing Assistants-Soft Cover Version*. Elsevier Health Sciences.

Stuart GW, Laria MT. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9th ed. St. Louis, MO: Elsevier.

Thibeault C. (2016). An interpretation of nurse–patient relationships in inpatient psychiatry: Understanding the mindful approach. *Global Qualitative Nursing Research*. 3(2), 1-10

Townsend, M. C. (2014). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. FA Davis.

Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. (2012). Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 1, 381.

Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 163(3):365–373.

Varcarolis EM, Carson VB, Shoemaker NC. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier.

Βαρτζόπουλος Ι., Διαλλινά Μ., Μαλλαγάρης Ε., κ.α, (2002). *Σχιζοφρένεια. Φαινομενολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση*. Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.