

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Σχιζοφρένεια: νοσηλευτική παρέμβαση στην
οικογένεια και τον ασθενή**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΨΑΡΡΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 11/2/2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	11
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	12
1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ	17
1.3 ΟΡΟΛΟΓΙΑ.....	21
1.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	24
1.4.1 ΒΑΣΙΚΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	24
1.4.2 ΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	29
1.5. ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	30
1.5.1. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	33
1.5.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	35
1.5.3 ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	37
1.6. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	38
1.7. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	40
1.7.1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMIL KRAEPELIN ΚΑΙ ΤΟΥ EUGEN BLEULER	42
1.7.2 ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	44
1.7.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD- 10.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	49
2.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	50
2.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	54
2.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	59
3.1 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΣΤΟΧΟΙ.....	60
3.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	61
3.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΑΚΡΟΓΩΝΙΑΙΟΣ ΛΙΘΟΣ	62
3.3 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ..	67
4.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΠΑΡΟΧΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	68
4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	69

4.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΣΧΙΟΦΡΕΝΕΙΑ	70
4.3 ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	71
4.3.1 ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	71
4.3.2 ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	73
4.3.3 ΕΥΘΥΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΛΗΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	73
4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	74
4.5 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ.....	82
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	84
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	84
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	84
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.....	84
4.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ.....	86
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια, αποτελεί μια άκρως πολύπλοκη ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από βαθιές διαταραχές της γνώσης και των συναισθημάτων, που συχνά οδηγούν σε προοδευτική απώλεια της αυτο-φροντίδας και της κοινωνικής λειτουργίας στα άτομα που έχουν προσβληθεί. Η νόσος, δεν είναι απαραίτητο να αφορά μια ενιαία διαταραχή, αλλά ένα ολόκληρο σύνολο διαταραχών με διαφορετική αιτιολογία. Γι' αυτό το λόγο, λίγες είναι οι επιτρεπτές γενικεύσεις. Μερικά από τα δείγματα της νόσου είναι η ύπαρξη ψευδαισθήσεως και το παραλήρημα: το άτομο βυθίζεται στο «εγώ» του, επηρεάζεται η σκέψη του και αδυνατεί να ξεχωρίσει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις.

Η νόσος, είναι γνωστή σε εμάς από την αρχαιότητα, αλλά από το 19ο αι. έγιναν οι ενέργειες, ώστε να ξεκινήσουν πια να λαμβάνονται μέτρα προστασίας των ατόμων που πάσχουν απ' αυτή. Από τον 20ο αι. η σχιζοφρένεια διαχωρίστηκε από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και χωρίστηκε σε διάφορες κατηγορίες. Το 1911, ο Eugen Bleuler υιοθέτησε για πρώτη φορά τον όρο «ομάδα των σχιζοφρενειών» και ακολούθησε πληθώρα ορισμών, ώστε να καθοριστεί αυτή η ομάδα. Ύστερα, ο όρος καθιερώθηκε ως σήμερα.

Τα άτομα που πάσχουν από την σχιζοφρένεια, μπορεί να βρίσκονται σε οξεία φάση και να εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα. Υπάρχουν και άτομα τα οποία μπορούν όμως να ζουν σε καλό επίπεδο. Άλλοι πάλι υποφέρουν χρόνια από συνεχή ή υποτροπιάζουσα σχιζοφρένεια και μπορεί να επανέλθουν λίγο ή να μην επανέλθουν ποτέ πλήρως και να χρειάζονται τη φροντίδα άλλων ανθρώπων.

Παρόλο που η ψυχοφαρμακολογική θεραπεία είναι απαραίτητη και θεωρείται η βάση για την επίτευξη καλύτερης φυσικής και νοητικής λειτουργίας στη σχιζοφρένεια, αρκετοί περιορισμοί, όπως οι αναπόφευκτες δυσμενείς επιδράσεις (π.χ. οξεία εξωπυραμιδικά συμπτώματα και άλλες νευρογνωστικές διαταραχές στη μακροχρόνια θεραπεία με αυτά τα φάρμακα) και άρνηση χορήγησης φαρμάκων ή η μη συμμόρφωση, έχουν μειώσει την αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία της σχιζοφρένειας.

Η πεποίθηση ότι η χρήση αντιψυχωσικώνφαρμάκων από μόνη της μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ανάκτηση, πρόωρη απόρριψη ή μειωμένο κίνδυνο υποτροπής, δεν μπορεί να είναι πραγματική σε πολλές περιπτώσεις. Οι πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία και τη φροντίδα της σχιζοφρένειας, συνέστησαν στους ασθενείς (ή / και τους φροντιστές της οικογένειας) να αποκτήσουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με την ασθένεια και τις θεραπείες της και άλλες στρατηγικές σε ψυχοκοινωνικές και / ή επικεντρωμένες στον άνθρωπο παρεμβάσεις, ώστε να μεγιστοποιηθεί η αποδοχή και η ικανοποίησή τους με τις θεραπείες και τη βελτίωση της εμπειρίας και των αποτελεσμάτων της περίθαλψης για αυτούς τους ασθενείς.

Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να συνεργαστούν με τους ασθενείς και τους φροντιστές τους, προσφέροντας θεραπεία, εκπαίδευση, υποστήριξη και ψυχοκοινωνική φροντίδα σε ένα κλίμα ελπίδας και αισιοδοξίας. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, η κλινική έρευνα έχει δείξει όλο και περισσότερο ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με βάση την κοινότητα μπορούν να βελτιώσουν τις μακροπρόθεσμες εκβάσεις ασθενών με σχιζοφρένεια και άλλες σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όταν αποτελούν συμπλήρωμα των φαρμάκων ή της συνήθους ψυχιατρικής περίθαλψης. Μπορούν να μειώσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα και την υποτροπή και να βελτιώσουν τις μακροπρόθεσμες εκβάσεις των ασθενών, όπως η ανάκαμψη, η ύφεση και η εξέλιξη της νόσου.

ABSTRACT

Schizophrenia is a highly complex mental illness characterized by profound disorders of knowledge and emotions, which often lead to a progressive loss of self-care and social functioning in the affected individuals. The disease does not need to be a single disorder, but a whole set of disorders with different etiologies. For this reason, there are few permissible generalizations. Some of the examples of the disease are the existence of an illusion and the delusion: the person sinks into his "ego" thinking is affected and he is unable to distinguish reality from the illusions.

The disease has been known to us since antiquity, but since the 19th century actions have been taken to begin taking protective measures for those suffering from it. From the 20th century schizophrenia was separated from the depressive disorder and divided into several categories. In 1911, Eugen Bleuler first adopted the term "schizophrenia group" but followed a variety of definitions to define that group. Later, the term was introduced to this day.

People with schizophrenia may be in an acute phase and may have severe symptoms. There are also people who can live well. Others still suffer from years of recurrent or recurrent schizophrenia and may come back shortly or never fully and need the care of other people.

Although psychopharmacological treatment is essential and is considered the basis for achieving better physical and mental function in schizophrenia, several limitations such as unavoidable adverse effects (eg acute extrapyramidal symptoms and other neurodegenerative disorders in the long term) and drug refusal or non-compliance have reduced their efficacy in the treatment of schizophrenia.

The belief that the use of antipsychotic drugs alone can lead to complete recovery, early rejection or reduced risk of relapse may not be true in many cases. Recent guidelines for the treatment and care of schizophrenia have recommended that patients (and / or family caregivers) acquire sufficient knowledge of the disease and its treatments and other strategies in psychosocial and / or human-centered

interventions. to maximize their acceptance and satisfaction with treatments and improve the experience and outcomes of care for these patients.

Health professionals and especially nursing staff need to work with patients and their caregivers, offering treatment, education, support and psychosocial care in a climate of hope and optimism. Over the past three decades, clinical research has increasingly shown that community-based psychosocial interventions can improve the long-term outcomes of patients with schizophrenia and other serious mental illnesses when supplemented with medication or routine psychiatry. They can reduce psychotic symptoms and relapse and improve patients' long-term outcomes, such as recovery, remission, and disease progression.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας –WorldHealthOrganization, ως ψυχική υγεία καλείται *η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας του ατόμου κατά τη διάρκεια της οποίας το ίδιο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση εντός της κοινότητας και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του επιτεύγματα. Αποτελεί κομμάτι της γενικής υγείας και συναποτελείται από την ψυχική, κοινωνική και φυσική κατάσταση του ατόμου* (WHO, 2011).

Σύμφωνα με τη Jahoda (1958, στο: Οικονόμου και συν., 2001), στην Joint Commission on Mental Illness and Health, η θετική ψυχική υγεία είναι μία κατάσταση ισορροπίας. Για να υπάρχει σ' ένα άτομο θα πρέπει το ίδιο να έχει επίγνωση της ταυτότητάς του, να είναι αυτοδύναμο, να αντιστέκεται στο στρες, να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές, να έχει την ιδιαιτερότητα να ελέγχει το περιβάλλον, να αγαπά και να εργάζεται, να διασκεδάζει και να επιλύει μόνο του τα προβλήματά του. Επομένως, η ψυχική υγεία είναι ένα αναπόσπαστο μέρος που εμπλέκει τόσο το άτομο όσο και την κοινωνική αποκατάσταση του.

Κατά το DSM-IV, ως ψυχική διαταραχή ορίζεται η κατάσταση εκείνη του ατόμου που χαρακτηρίζεται από διάφορες ψυχολογικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις που διακατέχονται από έντονη δυσφορία αλλά και έκπτωση της λειτουργικότητας του. Τα αίτια μπορεί να είναι βιολογικά, γενετικά, φυσικά ή χημικά, ψυχολογικά και κοινωνικά. Εν γένει, η ψυχική διαταραχή αποτελεί μία κατάσταση που αποκλίνει από την φυσιολογική(Σολδάτος & Λύκουρας, 2007).

Αυτές οι διαταραχές μπορεί να είναι ψυχωσικές, δηλαδή να χαρακτηρίζονται από απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας· το άτομο εμφανίζει παραληρητικές ιδέες ή αντιληπτικές διαταραχές,νευρωσικές,όπου το άτομο χάνει τον αυτοέλεγχο του, τον έλεγχο της πραγματικότητας, διατηρεί άγχος, ανησυχία και φοβίες, λειτουργικές, όταν το άτομο πάσχει από μία διαταραχή που δεν μπορεί να αποδοθεί σε κάποια δομική βλάβη ή βιολογική δυσλειτουργία, οργανικές, οι οποίες συνήθως προκαλούνται από εγκεφαλικές αλλοιώσεις δομικής φύσεως,πρωτοπαθείς, οι οποίες είναι άγνωστης αιτιολογίας και δευτεροπαθείς, οι οποίες αφορούν εκδηλώσεις εγκεφαλικής ή παθολογικής διαταραχής.Τα σημαντικότερα διαγνωστικά εργαλεία είναι το DSMκαι το ICD (Παπαδημητρίου, Λιάππας,Λύκουρας, 2013).

Για τις ψυχωσικές διαταραχές, δεν υπάρχει κάποιος οικουμενικά αποδεκτός ορισμός. Εντούτοις, όλοι οι διατυπωμένοι ορισμοί καταλήγουν ότι ως ψύχωση καλείται η *διαστρέβλωση της πραγματικότητας με ταυτόχρονη εμφάνιση παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων, κατακερματισμό των συνειρμών και διαταραχή του λόγου. Το άτομο, αδυνατεί να ξεχωρίσει την πραγματικότητα από τη μη πραγματικότητα και χάνει την αίσθηση των ορίων ανάμεσα στο τι προέρχεται από το μυαλό και τι από τον εξωτερικό κόσμο* (Sadock, 2007).

Η παρούσα εργασία ασχολείται με μία ψυχική διαταραχή και συγκεκριμένα με την σχιζοφρένεια, η οποία από τον 20ο αι. και μετά έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της επιστήμης της κλινικής ψυχιατρικής και όχι μόνο, δεδομένου ότι αποτελεί μία διαταραχή που προσβάλλει και νεαρά μέλη αλλά και ενήλικες, επηρεάζοντας διάφορες πτυχές της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής. Ο Junk, ανέφερε ότι η σχιζοφρένεια είναι μία πολύ σοβαρή κατάσταση, συχνά μη αναστρέψιμη και μοιάζει με έναν καθρέφτη, ο οποίος σπάει σε διάφορα θραύσματα που δεν είναι εφικτό να ξανά γίνουν ένα σώμα ξανά. Έτσι και στη νόσο αυτή, η ενότητα της προσωπικότητας του ανθρώπου χάνεται και ο ίδιος μοιάζει να παλεύει συνεχώς με το ΕΓΩ του (Οικονόμου και συν., 2001).

Μέσα από την ενδελεχή έρευνα και το πλήθος των ορισμών, προκύπτει ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί μία διάχυτη ψυχική νόσο, το σοβαρότερο ψυχικό νόσημα. Η ίδια, έχει ως ιδιαίτερο σήμα κατατεθέν της το ότι ο ασθενής χάνει την επαφή με την πραγματικότητα, με αποτέλεσμα να ερμηνεύει τα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον με λάθος τρόπο, ενώ αποδιοργανώνεται εντελώς η σκέψη του. Συνεπώς, τα συμπεράσματα του για την πραγματικότητα να μην είναι πραγματικά. Η σχιζοφρένεια, δεν αποτελεί μία πρόσφατη ενέργεια έρευνας, αλλά το ενδιαφέρον προς αυτήν εδράζεται ήδη από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα (Τζαβάρας και συν., 2008).

Η πτυχιακή εργασία αποτελείται από τέσσερα μέρη με σκοπό να αναδείξει κάθε πτυχή της νόσου, να προβληματίσει αλλά ταυτόχρονα και να πληροφορήσει τόσο το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό όσο τους πάσχοντες αλλά και το περιβάλλον που τους πλαισιώνει, καθώς η έννοια της ποιότητας ζωής έχει απασχολήσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της υγείας και ειδικά της ψυχικής υγείας τα τελευταία χρόνια (Fayers & Machin, 2000). Αποτελεί λοιπόν και σκοπό της εργασίας η ανάδειξη διαφόρων προοπτικών αναβάθμισης της ποιότητας ζωής και εν γένει όλης της κοινωνίας.

Για τη συγγραφή της παρούσας πτυχιακής χρησιμοποιήθηκαν ξενόγλωσσα και ελληνόγλωσσα άρθρα και συγγράμματα. Το εικονιστικό περιεχόμενο προέρχεται από σελίδες του διαδικτύου. Πιο ειδικά, στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει η προσπάθεια ανάδειξης της ιστορικής αναδρομής και της ετυμολογικής προσέγγισης του όρου. Θα αναλυθεί η σχιζοφρένεια ανά τα βάθη των αιώνων και οι διάφοροι ορισμοί που δόθηκαν για εκείνη. Στο ίδιο κεφάλαιο, θα γίνει αναφορά στα στοιχεία επιδημιολογίας, σε συγκεκριμένες ορολογίες, όπως ψυχώσεις, νευρώσεις κλπ., που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της σχιζοφρένειας. Ακόμη, θα δοθούν στοιχεία για την κλινική εικόνα των σχιζοφρενών ατόμων και για τους υπότυπους- κατηγορίες της. Το πρώτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με πληροφορίες για τους αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της νόσου (γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί κλπ.) και η συμπτωματολογία με τα πρόδρομα σημάδια της.

Το δεύτερο κεφάλαιο, κινείται γύρω από τη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου και πιο συγκεκριμένα θα δοθούν αρκετές πληροφορίες για τη θεραπεία (ψυχοφάρμακα, ινσουλινοθεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς κλπ.). Αναφέρονται επίσης και τα διάφορα κριτήρια για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας. Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για τον νοσηλευτή και πως αυτός καλείται να παρέμβει στην οικογένεια των ασθενών με σχιζοφρένεια. Εκεί, θα αναδειχτεί πόσο μεγάλη είναι η συμβολή της οικογένειας στην θεραπευτική αντιμετώπιση, ποια είναι τα ψυχωτικά γεγονότα που πυροδοτούν τη σχιζοφρένεια και πως μπορεί μέσα από διάφορες στρατηγικές να εκπαιδευτεί η οικογένεια σχιζοφρενών ατόμων για να διασφαλιστεί η άρση της ενδοοικογενειακής δυσλειτουργίας, των αρνητικών συναισθημάτων και των συγκρούσεων. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στο κομμάτι της οικογένειας, δεδομένου ότι πολλές φορές τα άτομα με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζουν πολλές αρνητικές συμπεριφορές και οι σχέσεις με τα συγγενικά τους πρόσωπα διέρχεται κρίση.

Η εργασία ολοκληρώνεται με το τελευταίο κεφάλαιο που ασχολείται με την νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενούς. Πιο ειδικά, θα παρουσιαστεί ο νοσηλευτής ως πάροχος φροντίδας των ασθενών με σχιζοφρένεια, τις ευθύνες που έχει για την φαρμακευτική θεραπεία και στις νοσηλευτικές ενέργειες που προβαίνει. Κλείνοντας, ακολουθεί ο επίλογος συγκεφαλαιώνει τα συμπεράσματα, ενώ παρέχεται όλη η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε τόσο για τη συγγραφή όσο και για τις εικόνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Το μοναδικό είδος που πάσχει από την ασθένεια της σχιζοφρένειας είναι το ανθρώπινο. Η λέξη σχιζοφρένεια ως γενίκευση χρησιμοποιείται με σκοπό να εξηγήσει μία μη φυσιολογική αντίδραση, στάση ή συμπεριφορά, όπως την καθορίζει το εκάστοτε υποκείμενο. Εννοείται, δηλαδή, ότι δεν πρόκειται για μία κοινωνική διαταραχή (Sadock, 2007). Ωστόσο, ο όρος χρησιμοποιείται διεθνώς για να εξηγήσει μία ομάδα ψυχικών παθήσεων πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, οι οποίες εμφανίζουν ένα κοινό και βασικό σύμπτωμα, τη διάσχιση. Ως διάσχιση, εννοείται η αποδιοργάνωση της ενότητας μεταξύ διαφόρων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως για παράδειγμα η βούληση, η σκέψη, το συναίσθημα κλπ. (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Συνήθως, στο σύνολο των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας περιλαμβάνονται οι διαταραχές στη σκέψη, στην αντίληψη, στη συμπεριφορά, καθώς και ένα ιδιαίτερο και ανεξήγητο συναίσθημα συγκριτικά με την πραγματικότητα. Το σύνολο αυτών των ψυχικών διαταραχών, επηρεάζει βασικές λειτουργίες της ανθρώπινης ύπαρξης, που σε τελική ανάλυση προκαλεί μία αλλοίωση του συναισθήματος, της ατομικότητας, της μοναδικότητας, του ελέγχου του εαυτού και εν γένει αποδιοργανώνει την προσωπικότητα του ασθενούς (Sadock, 2007).

Σύμφωνα με μελέτες στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, η σχιζοφρένεια βάλει τις ανώτερες περίπλοκες ψυχικές λειτουργίες του ανθρώπου, οι οποίες το διαχωρίζουν και το κάνουν να διαφέρει από τα άλλα είδη του ζωικού βασιλείου. Ακολούθως, ο Γάλλος ψυχίατρος Ανρί Ε. θέτει ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί μία *χρόνια πάθηση*, η οποία σε τελική ανάλυση διακρίνεται για τον *βαθύ και προοδευτικό μετασχηματισμό της προσωπικότητάς του ασθενούς και είναι μία εκδήλωση μιας στάσης του ασθενούς να διακόψει την οικοδόμηση του κόσμου του, μέσω της αλληλεπίδρασης με τους άλλους, για να χαθεί τελικά μέσα στην αυτιστική σκέψη του, μέσα στις φαντασιώσεις του* (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Ετυμολογικά, η λέξη σχιζοφρένεια είναι σύνθετη και προέρχεται από την αρχαία ελληνική ρίζα. Το πρώτο συνθετικό της «σχιζέιν» σημαίνει διαχωρισμός και το δεύτερο συνθετικό «φρην» σημαίνει το μυαλό, ο νους. Για αιώνες, ο όρος χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την αδυναμία των γιατρών να χειριστούν

περιπτώσεις ασθενών με «παραφροσύνη» και «τρέλα» (Allen, 1990). Για πρώτη φορά, ο όρος χρησιμοποιήθηκε ως νεολογισμός δικής του κατασκευής από τον ψυχίατρο Eugen Bleuler το 1911 σαν ένασιατρικός όρος. Ο Eugen Bleuler υιοθέτησε τον όρο δεδομένου ότι δε θα μπορούσε να περιγραφεί καλύτερα η συγκεκριμένη ασθένεια που χαρακτηρίζεται από μία αποσύνδεση, μια ρωγμή, ένα σχίσσιμο μεταξύ των λειτουργιών του συναισθήματος και των λειτουργιών της σκέψης και της γνώσης. Με άλλα λόγια, το διχασμό των φρένων του μυαλού. Επομένως, η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα σύμπλεγμα ψυχικών διαταραχών που ανήκει στην «ομπρέλα» των ψυχώσεων και προσβάλλει κυρίως νεαρά άτομα και ενηλίκους. Αξιοσημείωτα της νόσου, είναι η δυσκολία του πάσχοντος να διακρίνεται πραγματικά γεγονότα από τα μη επηρεάζοντας τη σκέψη, τη λογική, τη συμπεριφορά και το συναισθηματικό κόσμο και οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες (Βαρτζόπουλος και συν., 2002).

Πραγματοποιώντας ένα ταξίδι μέσα στο χρόνο, θα έρθουν στο φως στοιχεία που δείχνουν ότι συμπτώματα που σήμερα αποδίδουν την σχιζοφρένεια, κάνουν την εμφάνισή τους διαδοχικά εδώ και 3000 χρόνια. Ο πατέρας της Ιατρικής Επιστήμης, Ιπποκράτης, εισάγει την έννοια της ψυχικής νόσου, όταν αναφέρεται στην ύπαρξη ατόμων με ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και φρενίτιδα στην εποχή του (460- 375 π.Χ.). Τέτοια συμπτώματα περιγράφονται στις ιστορικές Βέδες το 1400 π.Χ. με τον όρο «παράνοια», αλλά με ελαφριές παρεκκλίσεις από τη σημερινή σημασία με κοινό την εξελικτική έκπτωση των λειτουργιών του νου. Παράλληλα, οι γιατροί του 2ου αι. μ.Χ., Αρεταίος Καππαδόκης, Σωρανός Εφέσιος, κάνουν λόγο για τη νόσο και την περιγράφουν. Με την επικράτηση των σκοτεινών αιώνων του Μεσαίωνα, ένα πέπλο μυστηρίου καλύπτει ανάλογες παθολογικές καταστάσεις (Γιαννοπούλου, 2007).

Έτσι, πριν τον 19ο αι. εκλείπουν παθήσεις όμοιες της σχιζοφρένειας και γίνεται λόγος μόνο για κάποιες συμπεριφορές ασθενών ως παράλογες, μη ελέγξιμες και ακατανόητες. Η πρώτη ολοκληρωμένη παρουσίαση μελέτης περίπτωσης είναι του James Tilly Matthews, η οποία γίνεται το 1797, όπου και δημοσιεύονται τα πρώτα κείμενα με αναφορές στη νόσο του Phillipe Pinel (1809), σηματοδοτώντας την απαρχή της ιστορίας της σχιζοφρένειας στην ιατρική και ψυχιατρική βιβλιογραφία (Μαδιανός, 2006).

Κατά τις απαρχές του 19ου αι. ο John Haslam περιέγραψε μια τυπική περίπτωση της σχιζοφρένειας, όπως στο ICD-10, αλλά κανείς δεν έδωσε προσοχή

(Haslam, 1810). Τότε, κάνουν την εμφάνισή τους διάφοροι όροι που προσπαθούν να περιγράψουν σχιζοφρενικές συμπεριφορές, όπως "démence précoce" (πρώιμη άνοια), από τον Benedict Morel το 1856 στη Γαλλία. Με τον όρο αυτό, αναγνώρισε την σχιζοφρένεια ως ξεχωριστό σύνδρομο που βάλλει εφήβους και ενήλικους, για να αναφερθεί σε καταστάσεις γνωστικού ελλείμματος. Στο δεύτερο μισό του 19ου αι. εμφανίζεται ο όρος «κατατονία» από τον Kahlbaum (1874) και «ηβηφρένεια» (hebeephrenia) από τον Hecker (1871) (Uno & Coyle, 2019).

Στο τέλος του αιώνα (1899), ο Emil Kraepelin ουσιαστικά «ανακάλυψε» την ασθένεια φέρνοντας μαζί με τις δύο προηγούμενες (μερικές) περιγραφές (ηβηφρένεια, κατατονία) και προσθέτοντας μία από τις δικές του, την «παρανοϊκή άνοια». Ο ψυχίατρος Kraepelin, βασισμένος στην εμπειρική παρατήρηση, αναφέρεται σε χιλιάδες κλινικές μορφές, οι οποίες σήμερα αποτελούν υπότυπους της σχιζοφρένειας και τις οποίες αναγράφει σε μια ιστορική εργασία του για την Dementia Praecox. Ο Kraepelin, διαχωρίζει την παρανοϊκή άνοια από την μανιακή καταθλιπτική παραφροσύνη, καθώς ήταν διαφορετικές σε συμπτώματα, πορεία και έκβαση (Uno & Coyle, 2019).

Κοινό σύμπτωμα όλων των περιπτώσεων που εντάσσεται στο παθογνωμονικό πλαίσιο της νόσου, είναι η έλλειψη δομής της προσωπικότητας με κυρίαρχη την αλλοπρόσαλλη συναισθηματική διαταραχή που εμφανίζεται κυρίως σε νεαρά άτομα, χωρίς να μπορεί να εξηγηθεί ως αποτέλεσμα κάποιου εξωγενούς παράγοντα. Εντούτοις, ο Kraepelin θεωρούσε την πρώιμη άνοια ως ασθένεια του εγκεφάλου, όπως είναι το Alzheimer που βάλλει μεγάλες ηλικίες. Ο ίδιος, αποτελεί θεμελιωτή της φαινομενολογικής θεώρησης και διαχωρίζει τη σχιζοφρένεια από τις συναισθηματικές διαταραχές (Σολδάτος & Λύκουρας, 2007). Συγκεκριμένα, προχώρησε στο διαχωρισμό των διανοητικών διαταραχών σε πρώιμη άνοια (σχιζοφρένεια) και σε διαταραχή της διάθεσης (μανιακή κατάθλιψη, μονοπολική και διπολική κατάθλιψη) (Μαδιανός, 2006). Από την άλλη βεβαία, θεωρούσε ότι το 13% των περιπτώσεων αυτών ήταν ιάσιμες χωρίς να προκαλείται μια μόνιμη βλάβη στην προσωπικότητα (Garrafé, 2003).

Λίγο αργότερα, περί το 1911, στο βιβλίο «Πρώιμη άνοια ή η Ομάδα των Σχιζοφρενειών» ο Eugen Bleuler προσπαθεί να εξηγήσει όλες τις ασάφειες που προέκυψαν από τον όρο του «πρώιμος άνοια», τις οποίες είχε διαπιστώσει όταν συνέγραφε το σχετικό κεφάλαιο στην ψυχιατρική του Aschaffenburg. Μέχρι τότε ο όρος που είχε δώσει παρερμηνεύτηκε και θεωρήθηκε ότι αφορά τα άτομα εκείνα που

πάσχουν από διχασμένη προσωπικότητα, με αποτέλεσμα να γίνεται υπερ-χρήση του όρου. Θεωρώντας ότι ο σχιζοφρενής είναι διχασμένη προσωπικότητα ο όρος πήρε ανεξέλεγκτη πορεία (Uno&Coyle, 2019).

Με την μεταφορική χρήση του όρου «Spaltung», διαίρεση, ρωγή, σχίσμα σημαίνει τις μεταβολές εκείνες των διαφόρων ψυχικών δυσλειτουργιών που συμβαίνουν κατά την εμφάνισή της νόσου. Επομένως, ο Bleuler παρατηρώντας ότι δεν πρόκειται για μια νοσολογική ύπαρξη αλλά ολόκληρη ομάδα, ουσιαστικά δημιουργεί μία ομάδα σχιζοφρενικών που περικλείει όλες τις ψυχικές διαταραχές, ενοποιημένες κλινικά, ωστόσο ενέχουν σε διαφορετική αιτιολογία και αντιμετώπιση. Οι διαταραχές αυτές ανήκουν στις ψυχώσεις και δεν έχουν καμία σχέση με τις νευρώσεις, τις ολιγοφρένιες και τις άνοιες. Όλες αυτές είναι χρόνιες νόσοι, με εξαίρεση κάποιες περιπτώσεις διαλείπουσας πορείας ή επιστροφής στο προγενέστερο στάδιο της ασθένειας (Lanteri-Laura & Gros, 1982).

Ο ψυχίατρος Bleuler διατήρησε τον όρο σχιζοφρένεια, όπως επικρατεί στις μέρες μας, διότι διέκρινε το ξεχωριστό και μοναδικό χαρακτηριστικό των κλινικών περιπτώσεων που αφορά το διαχωρισμό των ψυχικών λειτουργιών: αποδιοργανωμένη σκέψη (ροή, ειρμός, περιεχόμενο), διαταραχή στο συναίσθημα, στην αντίληψη, στη συμπεριφορά, στις διαπροσωπικές σχέσεις και σε όλη τη δραστηριότητά του, κρίνοντας όλα αυτά ιδιαίτερα και ανησυχητικά. Πιο ειδικά, η θέληση του πάσχοντος είναι κομμένη, όπως και το ίδιο όσον αφορά την πραγματικότητα. Η σκέψη του φαίνεται σαν να είναι κομμένη σε μικρά και ασύνδετα κομματάκια, οι συνειρμοί του δεν παρουσιάζουν λογική, το συναίσθημα δεν έχει αρμονία αλλά μεταλλάσσεται συνεχώς με απρόβλεπτο τρόπο και το περιεχόμενο των σκέψεων και των πράξεών του είναι εξίσου διχασμένο (Bercherie, 2004).

Επιπρόσθετα, ο Ελβετός ψυχίατρος, αναφέρθηκε και στη διάγνωση της «λανθάνουσας σχιζοφρένειας» μία σχιζοφρενική κλινική περίπτωση με ιδιαίτερο χαρακτήρα, στην οποία όμως είναι εμφανή περισσότερο «νευρωτικά συμπτώματα». Ο ψυχίατρος, ύστερα από ενδελεχή μελέτη και παρατήρηση, κατέληξε στα «4 άλφα», τα τέσσερα κύρια συμπτώματα της ασθένειας: την Ασυναρτησία, τη συναισθηματική Απάθεια- ακαμψία- απροσφορότητα, την Αμφιθυμία- αμφιβολία και τον Αυτισμό (Σολδάτος & Λύκουρας, 2007).

Στον αντίποδα αυτών των ερμηνειών που θεώρησαν ως βασικό στοιχείο των σχιζοφρενών την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, Kurt Schneider (1887- 1967) (Dammann, 2004), μελέτησε ενδελεχώς τα συμπτώματα διαχωρίζοντας τα σε

συμπτώματα πρώτου βαθμού και δεύτερου βαθμού που αφορούν σχιζοφρενικές διαταραχές. Από τα 11 κυριότερα συμπτώματα του πρώτου βαθμού, της πρώτης τάξης, παρουσιάζουν ιδιαίτερη μνεία οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και παραποιήσεις της πραγματικότητας και η διάχυση των ορίων μεταξύ του εγώ και του εξωτερικού κόσμου (Andreasen, 1997, p.106-109). Παρόλα αυτά, ο διαχωρισμός του δεν εξέφρασε απόλυτα τους ερευνητές, καθώς μερικά από τα συμπτώματα που ανέφερε δεν θεωρούνταν όλα παθογνωμικά της σχιζοφρένειας.

Έπειτα, ο Jung (1903) μίλησε ενδελεχώς για τις συνειρμικές διαταραχές της νόσου, ενώ ο Adolph Meyer το 1905 θεμελίωσε την ψυχολογική προσέγγιση της σχιζοφρένειας. Έπειτα, το 1881, ο Freud μελετώντας και περιγράφοντας περιπτώσεις ανθρώπων με παρανοειδές παραλήρημα, το 1915 δημοσιεύει αρκετά δοκίμια με θέμα την *προβολή* και τον *ναρκισσισμό*, πτυχές απαραίτητες για την ψυχαναλυτική ερμηνεία των παραπάνω περιπτώσεων. Αργότερα, το 1920 ο Pavlov υπό το πρίσμα της θεωρίας του για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά, προβάλλει την πληροφορία ότι αναστέλλεται η λειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και επικρατεί χρόνια ύπνωση, αποδίδοντας αυτά ως αιτιολογικούς παράγοντες για τη σχιζοφρένεια. Οι πληροφορίες του και τα θεωρήματά του υιοθετήθηκαν από το σύνολο των ψυχιάτρων της ανατολικής Ευρώπης (Μαντωνάκης, 1999).

Έπειτα, προστέθηκαν και κάποιες πληροφορίες αναφορικά με την θεραπεία της νόσου. Ο Sake το 1993, οι Meduna και Moniz το 1935 και οι Cerletti και Bini το 1938 πρότειναν το ινσουλινικό κώμα, τη σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα, την ψυχοχειρουργική αντιμετώπιση και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αντίστοιχα. Οι Delay και Deniker πρόσθεσαν σε αυτές το 1952 τις φαινοθειαζίνες, που σηματοδότησαν ουσιαστικά την δημιουργία ψυχοφαρμάκων. Τέλος, το εγχειρίδιο ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών της αμερικανικής ψυχιατρικής εταιρείας DSM-III το 1980 (American Psychiatric Association), δημοσιεύει και κατηγοριοποιεί τα πιο στοχευμένα διαγνωστικά κριτήρια για τη νόσο της σχιζοφρένειας, τις μορφές της, πληροφορίες για την πορεία, τις κλινικές συσχετίσεις και την πρόγνωση της, ύστερα από εκτεταμένη κλινική έρευνα (Χριστοδούλου, 2012). Ωστόσο, το DSM IV μπορεί ουσιαστικά να περιγράψει με τον ορισμό του μόνο τις κλινικές απόψεις χωρίς να εξηγεί ορολογίες, συμπεριφορές και έννοιες που προτάθηκαν τον 19ο αι. (Berrios, Luque & Vilagran, 2003).

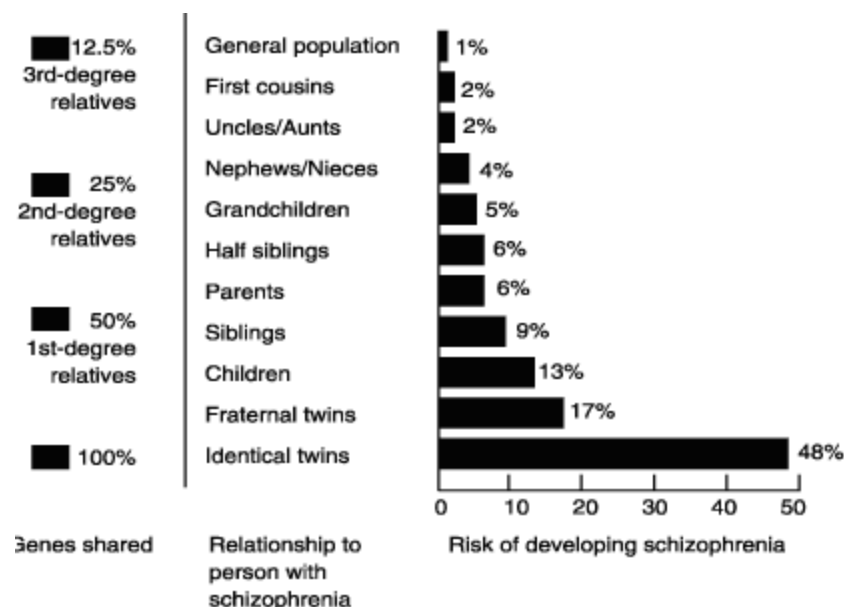
1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

Υπάρχει ένα σεβαστό πλήθος δεδομένων σχετικά με τα επιδημιολογικά στοιχεία της σχιζοφρένειας, το οποίο αντισταθμίζει τη σημαντικότητα και το διάχυτο της νόσου. Αυτό που προκύπτει από τα στοιχεία είναι ότι τουλάχιστον η σχιζοφρένεια φαίνεται να κατανέμει το βάρος της δίκαια, αφού επηρεάζει όλους τους ανθρώπους εξίσου, ανεξάρτητα από φύλο, φυλή, χρώμα, υπηκοότητα ή πίστη (McGrath, 2005). Ωστόσο διαφοροποιείται ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με την ηλικία εμφάνισης των ψυχωτικών εκδηλώσεων και αυτό είναι που αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα και κλινικά σημαντικά θέματα έρευνας στη σχιζοφρένεια (Abel, Drake & Goldstein, 2010).

Η σχιζοφρένεια, ως μια οικουμενική νόσος, βάζει όλες τις κοινωνίες, ανεπτυγμένες και μη, αν και κάποια συμπτώματά της διαφοροποιούνται σε κάποιους πολιτισμούς, αλλά η μορφή της παραμένει ίδια. Κάποιοι ερευνητές επισημαίνουν ότι ο αριθμός των ανθρώπων που εμφανίζει σχιζοφρένεια κάθε στιγμή είναι πιο χαμηλός στον αναπτυσσόμενο κόσμο, αλλά πιο υψηλός αναφορικά με τον κίνδυνο να εμφανίσει κάποιος την ασθένεια σε κάποια φάση της ζωής του (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Σύμφωνα με την ενδελεχή έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε 10 έθνη, τα περισσότερα κρούσματα της νόσου αφορούν νεαρά άτομα και ενήλικες, λόγω του ότι τα άτομα αυτά έχουν γενετική προδιάθεση (Βαρβόγλη Λ., 2006). Βέβαια υπάρχουν και κάποια ορόσημα που πυροδοτούν την εξέλιξη μιας τέτοιας νόσου. Πιο συγκεκριμένα, εάν το άτομο δεν έχει κάποιο ανάλογο ιστορικό από τους γονείς του, τότε οι πιθανότητες να προσβληθεί από την σχιζοφρένεια είναι 1% περίπου. Εάν όμως ένας από τους 2 γονείς έχει σχιζοφρένεια, τότε το ποσοστό επικείμενης εμφάνισης ανεβαίνει στο 13%. Εάν και οι 2 γονείς έχουν σχιζοφρένεια, τότε το ποσοστό σκαρφαλώνει στο 34 % περίπου (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006). Συνοπτικά (πίνακας 1), παρατηρείται ότι εάν πρόκειται για ασθενή με σχιζοφρένεια στον πρώτο βαθμό συγγένειας, το ποσοστό επικείμενης εμφάνισης αγγίζει το 50%, στο δεύτερο βαθμό το 25% και στον τρίτο βαθμό 12,5 % (Gottesman, 1991).

Πίνακας 1: Ο βαθμός συγγένειας σημαντικός παράγοντας εμφάνισης σχιζοφρένειας (Gottesman,1991).



Επιπλέον, φαίνεται ότι στα μονοζυγωτικά δίδυμα στα κορίτσια υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας αμφότερα απ' ότι θα συνέβαινε στα αρσενικά μονοζυγωτικά δίδυμα. Ο παράγοντας κληρονομικότητα, μελετάται εκτενώς τα τελευταία 60 χρόνια και η όποια σχέση αποδίδεται στην «γενετική υπόθεση». Επιπρόσθετα, εξετάζοντας τις προ και περιγεννητικές επιπλοκές της μητέρας, φαίνεται ότι οι περιπτώσεις προεκλαμψίας, υποσιτισμού, το προγεννητικό στρες, οι ιώσεις, η ασυμβατότητα Rh στη μητέρα, δεν εκλείπουν από το ιστορικό παιδιών με σχιζοφρένεια σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Ακόμα, οι σπασμοί, το λιποβαρές νεογνό, η μικρότερη περίμετρος του κρανίου, το ελάχιστο βάρος και της μητέρας, ηυποξία, η μόλυνση, η κακή διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια που αναπτύσσεται το έμβρυο αποτελούν και αυτά σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας (Χριστοδούλου, 2012).

Ο ετήσιος αριθμός ανθρώπων που αντιμετωπίζουν σχιζοφρένεια στα 1000 άτομα, υπολογίζεται στο 0,67%, ενώ προσβάλλει το 0,75%-1,5% των ενηλίκων (Βαρβόγλη Λ., 2006). Στην μετα-ανάλυση της περιόδου 1965- 2001 φαίνεται ότι το ποσοστό είναι στο 15,2% ανά 100,000 και στους μετανάστες 4,7 % ανά 100,00 (McGrath, 2005). Η ηλικία εμφάνισης της σχιζοφρένειας έχει αρκετό ενδιαφέρον (πίνακας 2), δεδομένου ότι τα ¾ των ανθρώπων με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν τη νόσο από τα 16- 25 έτη της ζωής τους και η έναρξη των συμπτωμάτων δεν

συνηθίζεται μετά τα 40, ενώ σπανίζει μετά τα 50 και πριν τα 10. Από την άλλη, αξίζει να επισημανθεί, ότι οι ποσοστάσεις επιδεικνύουν ότι οι άνδρες πλήττονται πολύ περισσότερο από τις γυναίκες κατά τα 16- 25 έτη, ενώ οι γυναίκες από τα 25-30 έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν (Σολδάτος & Λύκουρας, 2007).

Ωστόσο, έχει αναφερθεί ότι στις γυναίκες υπάρχει καλύτερη πορεία της ασθένειας, αντιπροσωπεύει μια λιγότερο επιθετική ασθένεια και επιτρέπει καλύτερα αποτελέσματα (Abel, Drake & Goldstein, 2010). Προστίθεται μάλιστα σε αυτό, ότι στους άνδρες παρατηρείται αυξημένη γνωσιακή διαταραχή, ανατομικές και νευροφυσιολογικές διαταραχές. Οι γυναίκες έχουν περισσότερο συναισθηματικές διαταραχές, ακουστικές ψευδαισθήσεις, ενώ ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία με αντιψυχωτικά φάρμακα, κυρίως στην προ-εμμηνόπαυση. Εντούτοις, δεν υπάρχει κάποια αναφορά για διαφορές στο οικογενειακό ιστορικό των 2 φύλων. Οι διαφορές των 2 φύλων φαίνεται να αποδίδονται στην ύπαρξη διαφορών στις ορμόνες και σε άλλες νευροαναπτυξιακές και ψυχοκοινωνικές διαφορές (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Στη χώρα μας, ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας κινείται αναλογικά με τις υπόλοιπες χώρες. Υπολογίζεται ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια μεταξύ 15 και 65 ετών είναι στις 100.000. Από αυτούς, το 10% φαίνεται πως χρειάζεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη και αποκατάσταση. Κατά τα πρώτα χρόνια της νόσου ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών περί το 21- 74% εμφανίζει και κατάθλιψη, είτε ως αναμενόμενο σύμπτωμα, είτε στην οξεία φάση, είτε στη φάση ύφεσης της συμπτωματολογίας. Μάλιστα στους μακροχρόνια ασθενείς με σχιζοφρένεια φαίνεται ότι η κατάθλιψη είναι ακόμα πιο συχνό φαινόμενο κατά 11- 50% (Χριστοδούλου, 2012).

Ακόμα, παρατηρείται γενικά διαφορά στην κατανομή των ασθενών από περιοχή σε περιοχή εντός της χώρας. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα κάποιοι νομοί, κυρίως ορεινοί και δυσπρόσιτοι, οι οποίοι στηρίζονται στην κτηνοτροφία κι έχουν υιοθετήσει το ενδογαμικό σύστημα εμφανίζουν ισχυρότερα ποσοστά σχιζοφρένειας και κυρίως το αρρεν φύλο. Παράλληλα, η συχνότητα εμφάνισης της νόσου φαίνεται να επηρεάζεται και από την αστικοποίηση (Χριστοδούλου, 2012).

Κλείνοντας, έχει μελετηθεί ακόμα και η εποχή και το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης σχιζοφρένειας παρατηρείται κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης και αυτό γιατί αυτές τις περιόδους το μωρό εκτίθεται περισσότερο σε ιώσεις. Επιπλέον, έχει επισημανθεί ότι η σχιζοφρένεια βάζει περισσότερο τους

πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή τα μικρότερα παιδιά στις πολύτεκνες οικογένειες. Ωστόσο, η ελλιπής έρευνα σε αυτούς τους τομείς δεν επιτρέπει την ενδελεχή αξιολόγηση αυτών των ευρημάτων. Η έρευνα επισημαίνει επίσης και τάτες φυλετικές διαφορές, με αυξημένη επικινδυνότητα εμφάνισης στις μειονότητες ή σε φυλετικές ομάδες, ενώ βλάπτει και ο παράγοντας της μετανάστευσης. Οι χαμηλές κοινωνικές τάξεις, έχει παρατηρηθεί ότι προσβάλλονται πιο πολύ από τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα του πληθυσμού (Χριστοδούλου, 2012).

Συνάμα, η χρήση ουσιών παίζει σημαντικό ρόλο καθώς φαίνεται ότι το 75% των ατόμων με σχιζοφρένεια καπνίζουν ή το 30 με 50% κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, χωρίς να είναι ξεκάθαρο αν τελικά αποτελεί πρωτεύοντα λόγο επικινδυνότητας. Τέλος, το 30% των ατόμων με σχιζοφρένεια έχει μειωμένη παραγωγικότητα συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό και αυτό δικαιολογείται εν μέρει από την άποψη ότι συντρέχουν και άλλοι κοινωνικοί, ψυχοπαθολογικοί και γενετικοί παράγοντες (Χριστοδούλου, 2012).

1.3 ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Η κακή υγεία που χαρακτηρίζεται από παρουσία νόσων και άλλων λοιμωδών παραγόντων, έχει καταπολεμηθεί σε μεγάλο βαθμό στις μέρες μας. Ωστόσο, αρκετά συχνά είναι τα κρούσματα των διαταραχών της ψυχικής υγείας που πλήττουν το 7 % περίπου των πολιτών στον ανεπτυγμένο κόσμο και στις ΗΠΑ σε σημείο που τα κάνει να είναι μια από τις σοβαρότερες ασθένειες μετά τον καρκίνο. Οι διαταραχές αυτές βάλουν το 25% των ανθρώπων κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής, ενώ το 20% των ανθρώπων που εξετάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν μια ή παραπάνω διαταραχές (WHO, 2011).

Ως **υγεία**, ορίζεται η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία που διέπει τον άνθρωπο, καθώς και η απουσία οιασδήποτε αναπηρίας ή νόσου (WHO, 2011). Η **ψυχική υγεία**, αποτελεί την κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο έχει ισορροπημένη λειτουργία όλης της προσωπικότητάς του. Μπορεί δηλαδή και αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του σύμφωνα με τις εκάστοτε συνθήκες που προκύπτουν (Παπαγεωργίου Ε, 2004). Από την άλλη, **ψυχική ασθένεια** είναι η κλινική κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από διαταραχή συμπεριφοράς που εμφανίζει το άτομο, όταν προσπαθεί να θέσει σε μια ισορροπη γραμμή τις διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές του συγκρούσεις. Στις ψυχικές διαταραχές παρατηρείται έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου και προσωπική δυσφορία (Γιαννοπούλου, 2007).



Οι ψυχικές διαταραχές διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: στις ψυχώσεις, τις νευρώσεις, της νοητικές διαταραχές. Οι **ψυχώσεις**, είναι οι διαταραχές εκείνες κατά τις οποίες παρατηρούνται δυσχέρειες στον εγκέφαλο που συνεπάγονται με απώλεια επαφής με την πραγματικότητα. Εμφανίζεται κυρίως σε νέους ενήλικες και αποτελεί κοινή ασθένεια της σύγχρονης εποχής. Ο ψυχωσικός ασθενής, παρουσιάζει **αποδιοργανωμένη σκέψη**. Συγκεκριμένα, αδυνατεί να συγκεντρώσει τις σκέψεις του, μοιάζουν σαν να είναι «σκόρπιες», να μην συνδέονται σωστά, να παρουσιάζουν ασάφειες (Χριστοδούλου, 2012).

Επιπλέον, ο ασθενής με ψύχωση έχει **παραισθήσεις**, δηλαδή βλέπει ή ακούει, αισθάνεται, γεύεται ή μυρίζει πράγματα που δεν ανήκουν στην πραγματικότητα. Για παράδειγμα, εκφράζουν έντονη ανησυχία στους γύρω τους όταν λένε ότι ακούνε φωνές ή τους συμβαίνουν γεγονότα που στην ουσία δεν τους συμβαίνουν. Μάλιστα, επιμένουν και κανείς δεν μπορεί να τους αλλάξει γνώμη σε αυτό. Ακόμη, τα συναισθήματά τους είναι αμβλυμμένα. Για όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, οι ψυχώσεις αποτελούν το σοβαρότερο και δυσκολότερο ψυχικό νόσημα, ακόμη και από τις νευρώσεις (Χριστοδούλου, 2012).

Οι **νευρώσεις**, είναι μια πολύ σημαντική κατηγορία ψυχικών παθήσεων. Τα αίτια είναι κυρίως ψυχογενετικά χωρίς οργανικό υπόστρωμα. Συνήθως, πηγάζουν από το άγχος. Σε αντίθεση με τις ψυχώσεις, στις νευρώσεις ο ασθενής έχει επαφή με την πραγματικότητα και δεν μπλέκει την πραγματικότητα με τα δικά του υποκειμενικά παθολογικά ερεθίσματα, βιώματα ή φαντασίες. Ως προς την συμπτωματολογία, το άτομο έχει διαταραχή της συμπεριφοράς του, η οποία μεταβάλλεται διαρκώς, ωστόσο η προσωπικότητα του διατηρείται σταθερή (Παπαγεωργίου, 2004).

Νοητική καθυστέρηση ονομάζεται εκείνη η κατάσταση του ατόμου, όπου έχει ως κυρίαρχο γνώρισμα σοβαρούς περιορισμούς στη νοητική λειτουργία και στην προσαρμοστική συμπεριφορά. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο δεν παρουσιάζει την αναμενόμενη ανάπτυξη των συνομηλίκων πριν τα 18 έτη, ενώ δεν μπορεί να προσαρμοστεί στις συμβάσεις και στις απαιτήσεις της φυσικής και κοινωνικής του ζωής. Επομένως, το άτομο εμφανίζει σημαντικά προβλήματα στον ψυχικό τομέα, στη σωματική του ευεξία με αποτέλεσμα να μη μπορεί να είναι αυτόνομο και να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα και σε διάφορα περιβάλλοντα. Μάλιστα, αδυνατεί να αναλάβει κοινωνικούς ρόλους, να κοινωνικοποιηθεί, να εργαστεί. Συνεπώς, η κατάσταση και οι δυσχέρειες που βιώνει ένας ασθενής με νοητική καθυστέρηση απαιτεί πολλές φορές την ένταξή του σε κάποιο ίδρυμα ή ψυχιατρείο (Heward, 2011).

Η **σχιζοφρένεια**, είναι μια διάχυτη ψυχική διαταραχή ή σύνολο διαταραχών που ανήκει στις ψυχώσεις. Τοποθετείται κλινικά στην ύστερη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Χαρακτηρίζεται από παραμόρφωση της σκέψης και της αντίληψης και από απρόσφορο συναίσθημα. Η νόσος, αποδιοργανώνει βασικές λειτουργίες του ατόμου που το μεταβάλουν σε ένα άτομο που δεν μπορεί να έχει τον έλεγχο του εαυτού του, χάνει την ατομικότητα, τον αυτοπροσδιορισμό του. Η

συμπεριφορά του μπορεί να προκαλεί κοινωνική δυσaráσκεια και να κατευθύνεται από παραληρήματα. Κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά την ασθένεια και μόνο το 1/3 των περιπτώσεων μπορεί να οδηγηθεί σε μια ολοκληρωτική ανάρρωση. Στη χειρότερη μορφή της, η σχιζοφρένεια εμμένει για μια ζωή και συνήθως τέτοια άτομα βρίσκονται σε ψυχιατρεία (WHO, 2011).

1.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Δεδομένης της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, δεν μπορούν να γίνουν παρά ελάχιστες γενικεύσεις ως προς αυτά. Πολλές φορές τα συμπτώματα είναι απόρροια άλλων ασθενειών εκτός της σχιζοφρένειας. Επομένως, οι ψυχίατροι απαραίτητως συλλέγουν πλήρες ιατρικό ιστορικό και πραγματοποιούν και τις ανάλογες εργαστηριακές εξετάσεις με σκοπό να αποκλείσουν οποιαδήποτε άλλη πιθανή αιτιολογία εμφάνισης της συμπτωματολογίας πριν διαγνώσουν σχιζοφρένεια (Hogan, 2012).

1.4.1 ΒΑΣΙΚΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ



Το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-V διακρίνει την σχιζοφρένεια σε πέντε επιμέρους υπότυπους:

➤ Παρανοειδής

τύπος: Σε αυτό τον τύπο

σχιζοφρένειας, για να καταστεί έγκυρη η διάγνωση θα πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις. Αρχικά, δεν παρατηρείται αποδιοργανωμένος λόγος ή αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, κατατονία, απρόσφορο ή επίπεδο συναίσθημα ή διαταραχή της σκέψης. Αντίθετα, το άτομο έχει έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες, χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από ψευδαισθήσεις και ακουστικές παραισθήσεις. Όλα αυτά αναπτύσσονται συνήθως μετά την ηλικία των 30. Επομένως, δεν αποδιοργανώνεται άρδην η λειτουργικότητα του ατόμου, δεδομένου της ηλικίας έναρξης, αφού έχει επιτελεστεί ήδη η διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου και έχει επιτευχθεί η κοινωνική του προσαρμογή (Townsend, 2011· Kaplan & Sadock, 2007).

Δηλαδή, στον παρανοϊκό τύπο, το άτομο μπορεί να εργάζεται και να δρα κανονικά στο κοινωνικό περιβάλλον. Μπορεί να είναι παντρεμένο και να έχει οικογένεια. Αυτό το είδος σχιζοφρένειας μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά ή να προσβάλει με αιφνίδιο τρόπο το άτομο. Συνηθίζεται κατά την πρώτη περίπτωση τα συμπτώματα να μην μπορούν να είναι εύκολα ευδιάκριτα και εξηγούνται σύμφωνα με την καθημερινότητα του ατόμου και θεωρούνται πραγματικά. Μάλιστα τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα σταθεροποιούνται με το πέρασμα του χρόνου. Επί της ουσίας, ο τρόπος με τον οποίο ενσωματώνονται στην καθημερινότητα του ατόμου γίνεται με τόσο ομαλό τρόπο που δεν μπορούν να θορυβήσουν τον κοινωνικό περίγυρο (Χριστοδούλου, 2012).

Στη δεύτερη περίπτωση, όμως, όταν το άτομο προσβάλλεται αιφνίδια, τότε οι παραληρητικές ιδέες πηγάζουν «εκ κενού», τα διάφορα γεγονότα της καθημερινότητας αποκτούν «αποκαλυπτικό περιεχόμενο», ενσωματώνονται μέσα σε ένα παράδοξο, αλλοπρόσαλλο, αλλά οργανωμένο πλαίσιο. Συχνά σχετίζονται με ένα κεντρικό θέμα πάνω στο οποίο δημιουργείται ένα σύστημα «αποδεικτικών στοιχείων». Οι παραληρητικές ιδέες του ατόμου είναι παράξενες και σχετίζονται με τις διαταραχές της σκέψης, πολλές φορές παράλληλα συνυπάρχουν με τις ψευδαισθήσεις. Κάτω από αυτές τις συνθήκες το άτομο είναι πολύ πιθανόν να έχει εχθρική, επιθετική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή θυμό (Χριστοδούλου, 2012).

- **Κατατονικός Τύπος:** Ο κατατονικός τύπος σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από δύο κυρίαρχα σημεία: τον ψυχοκινητικό ερεθισμό και την ψυχοκινητική διέγερση. Μάλιστα, αξίζει να επισημανθεί ότι κατά την ψυχική διέγερση αυτού του υπότυπου, το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στο φόνο ή την αυτοκτονία. Πιο ειδικά, για να διαγνωστεί κάποιος ασθενής με αυτό τον τύπο σχιζοφρένειας θα πρέπει να κυριαρχούν σε εκείνον τουλάχιστον 2 από τα αναφερόμενα συμπτώματα (Townsend, 2011· Μαδιανός, 2003):

1. Ηχολαλία ή ηχοπραξία: Στην πρώτη περίπτωση επιτυγχάνεται η επανάληψη -σαν ηχώ- των λόγων κάποιου άλλου, μοιάζει με ομιλία παπαγάλου. Στη δεύτερη περίπτωση το άτομο μιμείται τις κινήσεις ενός άλλου ατόμου.

2. Καταληψία, Κηρώδης Ευκαμψία και Εμβροντησία: το άτομο δεν αντιδρά στα ερεθίσματα, διατηρεί μια συγκεκριμένη στάση του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα και χαρακτηρίζεται από έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση ή έντονη ψυχοκινητική διέγερση. Επιπλέον, η κηρώδης ευκαμψία, προκύπτει από την κλινική εξέταση του σώματος του ασθενή, όπου τα μέλη του μοιάζουν με κερί, αφού παραμένουν στην ίδια θέση από εκεί που τα μετακίνησε. Στην πλήρη εμβροντησία ο σχιζοφρενής μιμείται το νεκρό και δεν ανταποκρίνεται σε κανένα ερέθισμα. Αυτό μπορεί να το διατηρεί για μέρες. Επίσης, στην εμβροντησία αρνείται να μιλήσει, να φάει ή να πιεί και εστιάζει στο άπειρο. Γενικά, οι κινητικές διαταραχές φαίνονται σαν να πηγάζουν από κάποια εγκεφαλική δυσλειτουργία και αυτό κάνει τον τύπο αυτό να έχει νευρολογική μορφή.
3. Υπερβολική κινητική δραστηριότητα, η οποία δεν εξηγείται από κάποιον παράγοντα πρόκλησής της.
4. Έντονος αρνητισμός ή αδυναμία λόγου: προβολή αντίστασης που δεν υποκινείται από κάποιο προφανές κίνητρο. Το άτομο αντιστέκεται σε εντολές ή προβάλλει αντίσταση με το σώμα του σε κάθε προσπάθεια να το μετακινήσουν.
5. Ακατάλληλες, παράδοξες στάσεις του σώματος: παρατηρούνται στερεότυπες κινήσεις, στερεότυποι manierισμοί, συστροφή χεριών-δακτύλων, μορφασμοί, αλλόκοτες στάσεις του σώματος (π.χ. έχει το κεφάλι ψηλά λες και υπάρχει μαξιλάρι από κάτω).

Σε αυτό τον τύπο είναι επικίνδυνο να εκδηλωθούν αυτοκτονικές τάσεις ή επιθετικότητα και γι αυτό ο ασθενής χρήζει συστηματικής παρακολούθησης ή ιατρικής, επειδή μπορεί να αντιστέκεται στην σίτιση. Ο τύπος αυτός είναι πιο σπάνιος.



➤ Αδιαφοροποίητος

Τύπος: Για να διαγνωστεί ένα άτομο σε αυτό τον τύπο σχιζοφρένειας θα πρέπει να

παρατηρούνται είτε αποδιοργανωμένη συμπεριφορά είτε να έχει ψυχωσικά συμπτώματα στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις(Berrios, Luque & Vilagran, 2003).

- **Αποδιοργανωμένος Τύπος:**Στον αποδιοργανωμένο τύπο σχιζοφρένειας ή αλλιώς hebephrenic (ηβηφρενικός) σύμφωνα με το ICD εμφανίζεται κυρίως σε ηλικίες 15 έως 25 ετών. Σε αυτόν, δεν συναντιούνται πολλαπλά χαρακτηριστικά, αλλά προεξέχοντα σημάδια είναι κυρίως ο αποδιοργανωμένος λόγος και η συμπεριφορά και το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα, ιδιορρυθμίες στη συμπεριφορά του , ενώ δεν πληρούνται σε καμία περίπτωση τα κριτήρια κατατονικού τύπου(Berrios, Luque & Vilagran, 2003).

Όταν το άτομο εμφανίζει αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ή λόγο μπορεί ταυτόχρονα να διακατέχεται από μία ανόητη συμπεριφορά, κυρίως από μορφασμούς, κάνει αστείες γκριμάτσες, έχει αναίτιο γέλιο και παρουσιάζει ιδιοτροπισμούς ή αποσύρεται κοινωνικά σε μέγιστο βαθμό. Πολλές φορές η επικοινωνία του κρίνεται παράλογη, η συμπεριφορά του είναι οπισθοδρομική έως και πρωτόγονη.Σε άλλες περιπτώσεις, το άτομο στον αποδιοργανωμένο τύπο μπορεί να κινείται χωρίς σταματημό, να δείχνει διάφορα αντικείμενα χωρίς να υπάρχει προφανής λόγος αυτής της συμπεριφοράς(Kaplan &Sadock, 2007).

Η μορφή αυτή σχιζοφρένειας έχει ύπουλο τρόπο εμφάνισης.Κυρίως όταν εμφανιστεί σε μαθητές, παρατηρείται το αξιοπερίεργο ενώ ο μαθητής έχει καλά δείγματα επιδόσεων, ξαφνικά ξεκινάει μία καθοδική πορεία, χωρίς προηγούμενο που μπορεί να του κοστίσει ακόμα και τη φοίτηση στην τάξη. Αυτόαιτιολογείταιλόγω του ότι το άτομο δεν μπορεί να διαβάσει, καθώς υπάρχει ένα κενό στη σκέψη του. Μάλιστα αυτό είναι και το πρόδρομο και προεξέχον χαρακτηριστικό του τύπου αυτού (Kaplan &Sadock, 2007).

Τέλος, παρατηρούνται και παραληρητικές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις . Πάνω σε αυτό, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι μπορεί οι ψευδαισθήσεις να είναι το πρωτογενές χαρακτηριστικό της διαταραχής και ότι η διαταραχή της σκέψης να είναι δευτερογενές(Berrios, Luque&Vilagran, 2003).

- **Υπολειμματικός Τύπος:** Σύμφωνα με το DSM-V, στον υπολειμματικό τύπο σχιζοφρένειας, η διάγνωση βασίζεται στην κυριαρχία 2 ή περισσότερων συμπτωμάτων του κριτηρίου 1. Επιπλέον, υπάρχει απουσία έντονων ψυχωσικών συμπτωμάτων, παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, αποδιοργανωμένου λόγου ή αποδιοργανωμένης και κατατονικής συμπεριφοράς. Το άτομο εμφανίζει κοινωνική απόσυρση και απρόσφορο συναίσθημα, έχει τουλάχιστον εκκεντρική συμπεριφορά, έλλειψη ενδιαφερόντων και κινήτρων, ενώ υπάρχει στο ιστορικό του τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας. Κυρίως, ανιχνεύονται αρνητικά συμπτώματα και τα θετικά είναι εξασθενημένα ή μικρής έκτασης, διάρκεια ή έντασης (Hogan, 2012). Στον πίνακα 2 αναγράφονται τα στατιστικά στοιχεία συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στην σχιζοφρένεια (Σταμούλη, 2010).

Πίνακας 2: Συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στην σχιζοφρένεια (Σταμούλη, 2010).

	<i>Πρώτο σύμπτωμα (%)</i>	<i>Πρόδρομη φάση (%)</i>
Άγχος	23,2	88,1
Νευρικότητα	21,9	88,3
Καταθλιπτικό συναίσθημα	20,6	84,9
Ανησυχία	19,2	74,6
Δυσκολίες στη συγκέντρωση	17,1	93,8
Διαταραχή όρεξης & ύπνου	15	93,8

1.4.2 ΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με το εργαλείο ICD-10, η σχιζοφρένεια διακρίνεται και σε δύο επιπρόσθετες κατηγορίες, στην **μετα- σχιζοφρενή κατάθλιψη** και στην **απλή σχιζοφρένεια**. Στην πρώτη περίπτωση πρόκειται για επεισόδιο κατάθλιψης που είναι αποτέλεσμα σχιζοφρενούς ασθένειας σε συνδυασμό με χαμηλού επιπέδου συμπτώματα σχιζοφρένειας. Στη δεύτερη περίπτωση πρόκειται για μια ύπουλη μορφή με σταδιακή εξέλιξη, στην οποία προεξάρχοντα συμπτώματα είναι τα αρνητικά και δεν παρατηρείται ιστορικό ψυχωτικών επεισοδίων (Hogan, 2012· Σταμούλη, 2010).

1.5. ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Δεν υπάρχει μία κοινή αιτιολογία σχετικά με την πρόκληση της σχιζοφρένειας, δεδομένου ότι οι επιστήμονες δεν έχουν καταλήξει σε μία σαφή και μοναδική αιτία. Σε αυτό το οποίο συμφωνεί και κλείνει η επιστημονική κοινότητα είναι ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας είναι πολυπαραγοντική, υπονοώντας δηλαδή ότι είναι πολλοί οι παράγοντες που την προκαλούν, χωρίς όμως να είναι και απολύτως σίγουροι για τον καθένα. Βέβαια, όπως θα αναλυθεί, φαίνεται πως η σχιζοφρένεια αποδίδεται κυρίως σε νευρολογικούς παράγοντες, ενώ και οι γενετικοί παράγοντες δημιουργούν μία ευαισθησία προς την ασθένεια, σε συνδυασμό με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλουν κάθε φορά σε διαφορετικό βαθμό, οδηγούν ωστόσο στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Σε κάποιες περιπτώσεις σχιζοφρένειας φαίνεται πως μεγάλο ρόλο παίζει και ο παράγοντας της κληρονομικότητας (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Εάν σκεφτεί κανείς πως και στο ίδιο το άτομο -στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του- εμπλέκονται διάφοροι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί παράγοντες, η κουλτούρα και η ιδιοσυγκρασία του, έτσι και όταν αποδιοργανώνεται το εγώ του, όπως στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, προφανώς και είναι ένα αποτέλεσμα μιας γενικότερης αλληλεπίδρασης πολλών στοιχείων. Έως τα σημερινά δεδομένα των επιστημόνων φαίνεται πως δεν έχει ανιχνευτεί μία και μοναδική χημική λειτουργική διαταραχή ή εγκεφαλική βλάβη που να θεωρείται αποκλειστικά υπεύθυνη για την εμφάνιση της νόσου. Δεν υπάρχει κάποιο ιδιαίτερο ή παθολογικό γονίδιο, μία βιοχημική διαταραχή ή έλλειψη κάποιας ουσίας που να θεωρούνται υπεύθυνες (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

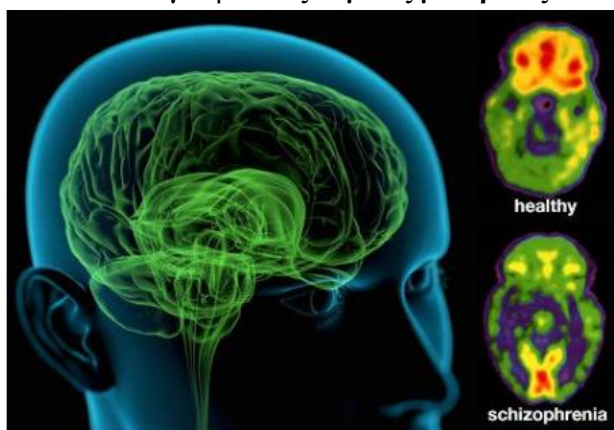
Μάλιστα, παρόλο που διατίθενται γνώσεις σχετικά με τη χημεία του εγκεφάλου, καμία νευροχημική αιτία δεν επιβεβαιώνεται ως μοναδική αιτία. Αν και οι νευροδιαβιβαστές συμμετέχουν στη διαδικασία εμφάνισης της νόσου, υποστηρίζεται ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να προκαλείται από έλλειψη ισορροπίας πολλών χημικών συστημάτων του εγκεφάλου. Επίσης, δεν εντοπίζεται κανένα ψυχολογικό τραύμα που θα μπορούσε από μόνο του να είναι αρκετό για να διαταράξει την ψυχική ισορροπία του ασθενούς π.χ. μία σχολική αποτυχία κατά την εφηβεία ή μία ερωτική απογοήτευση. Τέλος, η σχιζοφρένεια δεν μπορεί να εμφανίζεται παράλληλα με κάποια άλλη σωματική ασθένεια ή να οφείλεται σε αβιταμίνωση (Dewit, 2009).

Αρχικά, αξίζει να επισημανθεί ότι εκ πρώτης απόψεως η σχιζοφρένεια θεωρήθηκε αποτέλεσμα μιας δυσλειτουργίας νευρομεταβιβαστικής φύσεως, η οποία σχετίζεται με το σύστημα ντοπαμίνης (DA). Αυτό προέκυψε εξαιτίας της φαρμακολογικής επιρροής στον εγκέφαλο που έχουν τα αντιψυχωσικά φάρμακα σε αυτούς τους τομείς. Συγκεκριμένα, από τη δεκαετία του 1970 τα αυξημένα ποσοστά ντοπαμίνης στον εγκέφαλο θεωρήθηκαν υπαίτια για την εκδήλωση σχιζοφρένειας παρανοειδούς μορφής, στηριζόμενοι στην αποτελεσματικότητα που έχουν αυτά τα φάρμακα (όπως η αμφεταμίνες) για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, λόγω του ότι ανταγωνίζονται τη δράση των ντοπαμινεργικών υποδοχέων (Uno&Coyle, 2019).

Ωστόσο, παρά αυτές τις παρατηρήσεις, δεν έχει διευκρινιστεί με σαφήνεια το ποιόν της λειτουργίας του συστήματος της ντοπαμίνης. Σύμφωνα με κάποια ευρήματα των επιστημόνων, φαίνεται πως ενώ άλλοι ισχυρίζονται ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, άλλα ευρήματα την θεωρούν μειωμένη και αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι υπάρχει τοπική διαφοροποίηση της εν λόγω δραστηριότητας, η οποία συνηθίζεται να έχει μειωμένη δραστηριότητα στις υποφλοιώδης περιοχές του εγκεφάλου (Benson&Zarcone, 2005).

Αργότερα, όταν εισήχθησαν στην φαρέτρα της θεραπείας της σχιζοφρένειας τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα, υποστηρίχθηκε ότι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της σχιζοφρένειας συμπεριλαμβάνει και τη σεροτίνη όσο και τη νορεπινεφρίνη με το γλουταμινικό οξύ. Ωστόσο, και αυτό αποδόθηκε στο γεγονός ότι το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι τόσο περίπλοκο και πολυδιάστατο που δεν είναι καθόλου απίθανο να εμπλέκει διάφορους τομείς της παθοφυσιολογίας που μπορεί να είναι και ντοπαμινεργικοί και σεροτονινεργικοί και γλουταμινεργικοί (Uno&Coyle, 2019).

Εικόνα 2: Εγκεφαλικές δομικές μεταβολές.



Πέρα από τις νευροχημικές διαταραχές του εγκεφάλου έχουν μελετηθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες ορισμένες δομικές ανωμαλίες που σχετίζονται με την σύσταση και τη μορφή του εγκεφάλου και κάποιες λειτουργικές διαφορές που

παρατηρήθηκαν σε σύγκριση με υγιή άτομα όμοιας ηλικίας. Έτσι λοιπόν, τανευροφυσιολογικά ευρήματα από τις αξονικές τομογραφίες φανερώνουν ότι στα άτομα με σχιζοφρένεια υπάρχει μειωμένηροή αίματος προς τα αριστερά ώχρα σφαιρίδια και μειωμένη εγκεφαλική συμμετρία σε πολλά σημεία(κυρίως στον κροταφικό μετωπιαίο και ινιακό λοβό) και γενικά μείωση του συνόλου του εγκεφάλου. Επιπλέον, παρουσιάζουν διευρυμένη πλευρική και τρίτη κοιλία -κατά μέσο όρο ένα 15% μεγαλύτερη κοιλία σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό-. Τέλος, ο έσω κροταφικός λοβός είναι πιο λεπτός από τον υγιή πληθυσμό και διατηρεί μειωμένο αριθμό νευρώνων (Hogan, 2012), ενώ υπάρχουν ευρήματα για πλήρη απώλεια φαιάς ουσίας. Οι μελέτες λειτουργικής απεικόνισης έχουν παρατηρήσει μειωμένο μεταβολισμό στον μετωπιαίο φλοιό, καθώς και δυσλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου(Benson&Zarcone, 2005).

Αν και στις μέρες μας διατίθενται πιο σύγχρονες μέθοδοι για τη μελέτη του εγκεφάλου, εντούτοις τα πορίσματα που προκύπτουν δεν είναι επαρκή για να παρουσιαστεί με ακρίβεια η κατάσταση που επικρατεί και διαφοροποιεί τον σχιζοφρενή από τον υγιή πληθυσμό. Με βάση τα πιο πρόσφατα δεδομένα,ως επικρατέστερη άποψη θεωρείται ότι η σχιζοφρένεια πιθανόν να είναι απότοκοςνευροαναπτυξιακής διαταραχής με κυρίαρχο αίτιο τη μετανάστευση, την απόπτωση και τη δημιουργία συνάψεων των νευρώνων στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, κάτι το οποίο γίνεται πρώιμα, δηλαδή κατά την ενδομήτριο περίοδο ή κατά την αρχική εξωμήτρια ζωή (Σολδάτος & Λύκουρας, 2007). Πιο συγκεκριμένα, μελέτη σε έμβρυα θηλυκού γένους έδειξε ότι τα έμβρυα είχαν εκτεθεί σε λοίμωξη με influenza 5 μήνες πριν την γέννηση και κατά την ενηλικίωση εμφάνισαν σχιζοφρένεια. Οι ερευνητές κατέληξαν στην σύνδεση της σχιζοφρένειας με νευροαναπτυξιακή διαταραχή (Benson&Zarcone, 2005).

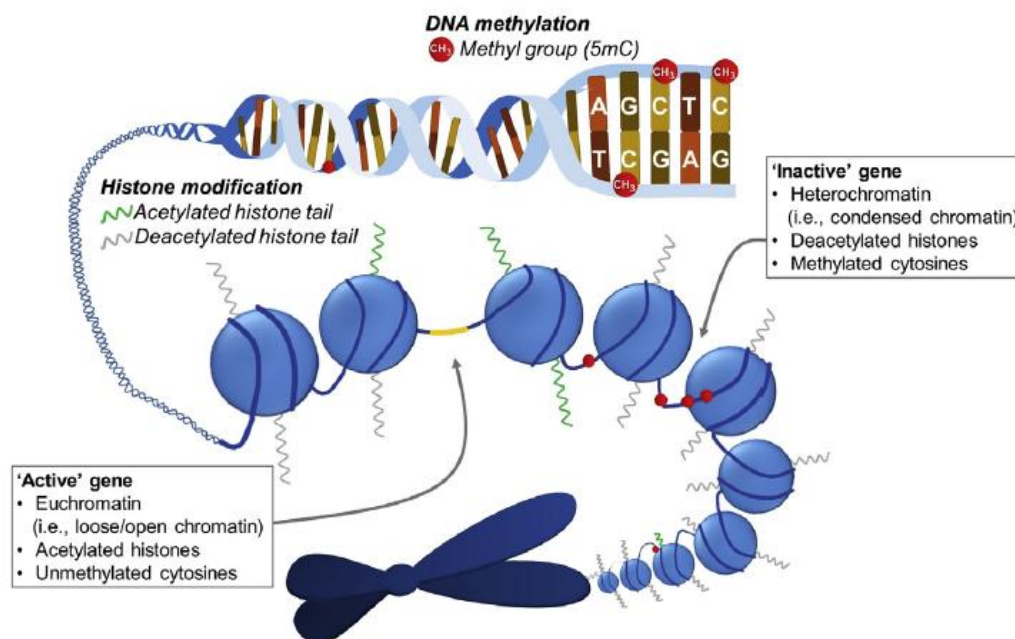
1.5.1. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η κληρονομικότητα και η οικογενειακή μετάδοση της σχιζοφρένειας είναι γνωστές εδώ και αρκετές δεκαετίες. Παρόλα τα σαφή στοιχεία για μια γενετική συνιστώσα, ήταν πολύ δύσκολο να εντοπιστούν συγκεκριμένα αιτιολογικά γονίδια που να αρκούν από μόνα τους για την εκδήλωση της νόσου. Επιπλέον, είναι αδύνατον να προβλεφθεί αποκλειστικά από το γενετικό υλικό ποια άτομα θα εμφανίσουν τη νόσο. Η πρόσφατη εμφάνιση επιγενετικών μελετών που στοχεύουν στο να ρίξουν φως στους βιολογικούς μηχανισμούς στους οποίους βασίζεται η σχιζοφρένεια, έχει παράσχει ένα άλλο επίπεδο πληροφοριών στη διερεύνηση αλληλεπιδράσεων γονιδίων και περιβάλλοντος (Van de Leemput et al., 2016).

Μερικές περιβαλλοντικές αιτίες είναι το περιβάλλον διαβίωσης, πιθανότητα κακής στέγασης, έλλειψη οικονομικής δυνατότητας, ανεργία. Επιπρόσθετα, η έκθεση σε ιούς, η μόλυνση, η υποξία, η ανθυγιεινή διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης, κάποια περιγεννητικά προβλήματα, όπως η έλλειψη οξυγόνου στον εγκέφαλο του μωρού μπορεί να δημιουργήσει μη φυσιολογική ανάπτυξη σε δομές του εγκεφάλου, το χαμηλό βάρος του μωρού, η πρόωρη γέννα κλπ.(Mcguffin, 2004).

Αξίζει ωστόσο να επισημανθεί, ότι οι πολλές γενετικές και γονιδιακές μελέτες μέχρι σήμερα έχουν φέρουν στο φως ισχυρή ένδειξη ότι η σχιζοφρένεια είναι πολυγενής διαταραχή. Η ερμηνεία των επιγενετικών δεδομένων περιπλέκεται εξαιτίας του συμπλέγματος αλληλεπίδρασης μεταξύ μοτίβων μεθυλίωσης του DNA και έκφρασης γονιδίων που παρατηρήθηκε σε πολλές μελέτες. Ακόμη, ητροποποίηση της ιστόνης προσθέτει ένα άλλο επίπεδο πολυπλοκότητας ρύθμισης της γονιδιακής έκφρασης. Ωστόσο, φαίνεται πως οι διεργασίες μεθυλίωσης ιστόνης φέρουν ένα πιθανό ρόλο για τους επιγενετικούς μηχανισμούς στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας (Van de Leemput et al., 2016).

Εικόνα 2: Επιγενετικοί μηχανισμοί: Μεθυλίωση του DNA και τροποποίηση της ιστόνης.(Van de Leemput et al., 2016).



Όπως προαναφέρθηκε στην επιδημιολογική μελέτη (κεφ. 1.2), οι μελέτες σε διδύμους έδειξαν ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν έναν κίνδυνο εμφάνισης περίπου 50%, ενώ τα διζυγωτικά φτάνουν το 15% για την εμφάνιση της νόσου. Τα παιδιά που ο ένας από τους δύο γονείς έχει σχιζοφρένεια εμφανίζουν ένα ποσοστό του 13% να εμφανίζουν και τα ίδια, ενώ, αν έχουν και οι δύο γονείς, τότε το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 34%. Επιπλέον, τα άτομα που στο στενό συγγενικό περιβάλλον έχουν κάποιον συγγενή με σχιζοφρένεια έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν και τα ίδια απ' ότι τα άτομα που δεν έχουν κανέναν συγγενή με σχιζοφρένεια. Ο κίνδυνος επιτείνεται όταν ο συγγενής αυτός ανήκει στον πρώτο βαθμό συγγένειας. Οι μελέτες επιδεικνύουν ότι εμπλέκονται πάρα πολλά γονίδια, καθένα με τη δική του δραστηριότητα και ένταση, χωρίς να έχει πλήρως διευκρινιστεί το συγκεκριμένο θέμα. Το πιο πιθανό σενάριο είναι να εμπλέκονται πολλαπλά γονίδια για τη συγκεκριμένη διαταραχή με τις έρευνες να εστιάζουν κυρίως στα γονίδια 6,13, 18 και 22 (Βαρβόγλη, 2006).

Μελετώντας τον παράγοντα υιοθεσίας, οι έρευνες εκτιμούν ότι τα άτομα που υιοθετήθηκαν σε μικρή ηλικία και εμφάνισαν σχιζοφρένεια, φαίνεται πως οι βιολογικοί γονείς είχαν την νόσο. Αντίθετα, παιδιά που υιοθετήθηκαν και δεν εμφάνισαν διόλου σχιζοφρένεια, βρέθηκε πολύ μικρό ποσοστό της διαταραχής στο συγγενικό περιβάλλον. Τέλος, η μελέτη της γενετικής σύνδεσης, *linkage*, μεταξύ των ψυχώσεων στην σχιζοφρένεια και των γενετικών δεικτών, *Genetic markers*, αποκάλυψε την περίπτωση του όταν 2 γονίδια με διαφορετικό κληρονομικό

χαρακτηριστικό, βρίσκονται πολύ κοντά σε κάποιο ομόλογο ζεύγος χρωμοσώματος , μεταβιβάζονται ως σύνολο μονάδας στα μέλη μιας οικογένειας. Με άλλα λόγια, όταν σε κάποιο μέλος υπάρχει παθολογικό σύμπτωμα σχιζοφρένειας και πολυμορφικό χαρακτηριστικό του γενετικού δείκτη είναι απότοκος αυτής της κατάστασης · ένα από τα υπεύθυνα γονίδια για τη σχιζοφρένεια βρέθηκε στο ίδιο χρωμόσωμα, πολύ κοντά στο υπεύθυνο γονίδιο για τον γενετικό δείκτη (Van de Leemput et al., 2016).

1.5.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Έχει αναλυθεί, ότι υπάρχουν και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συνδράμουν αρνητικά στην εκδήλωση της νόσου ή στην υποτροπή της σε συνδυασμό με την γενετική αιτία. Σύμφωνα με αυτούς, παράγοντες, όπως οι στρεσογόνες περιβαλλοντικές συνθήκες μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Επιπρόσθετα, παίζει ιθύνοντα ρόλο η κακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του περιβάλλοντος του ατόμου. Συγκεκριμένα, η ψυχολογία του ατόμου επηρεάζεται σθεναρά, όταν το άτομο βρίσκεται σε ένα περιβάλλον με στερήσεις. Η κατάσταση αυτή χειροτερεύει, όταν πρόκειται για μια ζωή έντονης αστικοποίησης. Πιο αναλυτικά, το άτομο δεν μπορεί να επεξεργαστεί και να συμβιβαστεί με τις γρήγορες αλλαγές και τους αστραπιαίους ρυθμούς της ζωής κυρίως σε μια μεγαλούπολη. Συνάμα η απομάκρυνση από το φυσικό περιβάλλον, η εκβιομηχάνιση και η έντονη τεχνολογική κυριαρχία ωθούν το άτομο στην απομόνωση και στην εξέλιξη ψυχωτικών συμπτωμάτων (Γκιωνάκης, Στυλιανίδης, 2001).

Τέλος, ο Freud και άλλοι επιστήμονες έθεσαν στην ομάδα των παραγόντων και έναν ουσιαστικό παράγοντα: την έλλειψη στοργής και φροντίδας κατά της βρεφικής ηλικίας. Η θεωρία του Lizard προσθέτει και τις διαταραγμένες σχέσεις των γονέων- συζυγικό χάσμα/ έκτροπο ζεύγος στην επίδραση της εξέλιξης της σχιζοφρένειας, καθώς δεν αποδεικνύεται η ψυχαναλυτική αυτή θεωρία ως αιτία. Γενικά, φαίνεται πως η οικογένεια δεν φέρει κεντρικό ρόλο στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, αλλά και στην εξέλιξη της πορείας της και στην πιθανή υποτροπή της. Το οικογενειακό περιβάλλον που είναι πειστικό και ασκεί κριτική στον ασθενή ή

επικρατεί εχθρικότατα και γενικώς επεμβαίνει σε οτιδήποτε κάνει ο ασθενής πυροδοτεί την ανώμαλη και μη επιθυμητή εξέλιξη της νόσου. Μάλιστα, φαίνεται πως στις οικογένειες με έντονο εκφραζόμενο συναίσθημα κυριαρχούν τα μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπής(Μαδιανός, 2006).

Τα πιο λανθασμένα γεγονότα εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι η έλλειψη κατανόησης του γενικότερου πλαισίου της ασθένειας, δηλαδή της φύσης και των συνεπειών στην λειτουργικότητα του ασθενούς που γεννά αυτή η νοσηρή κατάσταση. Τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος, πολλές φορές, αδυνατούν να διαχειριστούν τα μακροχρόνια και βαριά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, είτε λόγω άγνοιας είτε λόγω έλλειψης υπομονής. Επιπρόσθετα, το οικογενειακό περιβάλλον δυσκολεύεται να εκφράσει τα συναισθήματα του στον ασθενή, ενώ δεν είναι καθόλου εύκολο να κατευνάσει τις οξείες εντάσεις της με τον πάσχοντα (Μαδιανός, 2006).

Άλλες δυσκολίες που επιζητούν άμεση λύση είναι ότι τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν μπορούν να λύσουν τα ενδοοικογενειακά προβλήματα που προκύπτουν από αυτή τη δυσμενή κατάσταση και συχνά η επικοινωνία καταλήγει δυσχερής. Τέλος, το ήδη δυσχερές κλίμα επιβαρύνεται από τα βιώματα αστιγματισμού και περιθωριοποίησης που κάνουν το περιβάλλον να μην συμμετέχει στα κοινωνικά και σε άλλες συναναστροφές. Όλες αυτές οι δυσκολίες, είναι αναγκαίο να εξαλείφονται , θεμελιώνοντας με αυτό τον τρόπο την έναρξη της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης αυτών των οικογενειών (Μαδιανός, 2006).

1.5.3 ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Έχοντας μελετήσει σθεναρά τους αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, οι επιστήμονες μελέτησαν και την οποιαδήποτε επιρροή ασκούν οι ναρκωτικές ουσίες, το αλκοόλ και τα φάρμακα (κάνναβη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες, έκσταση κλπ.). Αν και δεν έχει επιβεβαιωθεί η χρήση ουσιών ως αιτία εμφάνισης της νόσου, φαίνεται πως οδηγεί όμως στην υποτροπή της. Μάλιστα τα άτομα με προδιάθεση σε ψυχωσική ασθένεια, όπως η σχιζοφρένεια, η χρήση κάνναβης μπορεί να προκαλέσει το πρώτο επεισόδιο. Παράλληλα, μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως στεροειδή και ψυχοδιεγερτικά, μπορούν να προκαλέσουν ψύχωση (Nestler & Hyman, 2010).

Πιο αναλυτικά, τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιο επιρρεπή στον εθισμό απ' ό,τι ο υγιής πληθυσμός. Ο εθισμός στους ψυχοδιεγέρτες χαρακτηρίζεται από τρεις φάσεις: (1) συνεχιζόμενη χρήση μιας ουσίας παρά τις δυσμενείς συνέπειες, (2) μειωμένη αποτελεσματικότητα της ουσίας με την πάροδο του χρόνου ή ανάγκη για μεγαλύτερες δόσεις για να επιτευχθεί το ίδιο επιθυμητό αποτέλεσμα (ανοχή) και (3) σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα κατά τη μείωση ή παύση χρήσης ουσιών. Αυτές οι φάσεις εθισμού σχετίζονται με δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο και επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Όλες οι νέες αλλαγές είναι υπεύθυνες για την εξάρτηση και τον εθισμό που δημιουργούν (Multani et al., 2012).

Η αμφεταμίνη, η μεθαμφεταμίνη, οι μεθυλενοδιοξυσυγγενείς και το MDMA ή η έκσταση, είναι τα πιο γνωστά ψυχοδιεγερτικά που ανήκουν στην κατηγορία των "αμφεταμινών". Η μεθαμφεταμίνη είναι – λόγω του χαμηλού της κόστους – η πιο ευρεία σε χρήση ουσία περισσότερο και από την ηρωίνη και την κοκαΐνη. Η κατάχρησή της φέρει ως αποτέλεσμα την έλλειψη προσοχής και μνήμης, επιθετική συμπεριφορά, διέγερση, άγχος, παράνοια, υπέρταση, υποθερμία και αδυναμίες στις εκτελεστικές λειτουργίες στον άνθρωπο (Nestler & Hyman, 2010).

Η κοκαΐνη διεισδύει στα μιτοχόνδρια, οδηγώντας σε νευροτοξικές επιδράσεις. Η επαναλαμβανόμενη χρήση κοκαΐνης, φαίνεται πως ευθύνεται για την κατάθλιψη, την ευερεθιστότητα, το άγχος και την αυτοκτονία σε άτομα με εθισμό. Από την άλλη,

το όπιο φαίνεται πως είναι υπεύθυνο για την εμπόδιση της λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών στην σχιζοφρένεια. Τέλος, κανένα δείγμα δεν υπάρχει που να επισημαίνει ότι τα άτομα που δεν είναι χρήστες ή εθισμένα, με σχιζοφρένεια είναι πιο επιρρεπή στο να εγκληματήσουν. Κάθε άλλο, τα άτομα παραμένουν απομονωμένα και συνήθως στον παρανοϊκό τύπο η οποιαδήποτε βιαιότητα στρέφεται προς τα οικεία άτομα, την οικογένεια (Nestler & Hyman, 2010).

1.6.ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που εμφάνισαν αιφνίδια την σχιζοφρένεια και περιπτώσεις ασθενών όπου αυτό έγινε σταδιακά. Ωστόσο, η σχιζοφρένεια δεν «χτυπάει την πόρτα» χωρίς πριν να έχει εκδηλωθεί κάποιο προειδοποιητικό σημάδι για την εξέλιξη της. Όπως διαφαίνεται από έρευνες, ένα διάστημα πριν την εκδήλωση της ασθένειας προηγείται μία σταδιακή επιδεινούμενη αλλαγή της προσωπικότητας του ασθενούς και της συμπεριφοράς του. Γονείς εφήβων υποστήριξαν ότι οι έφηβοι πριν την εκδήλωση σχιζοφρένειας είχαν περίεργη συμπεριφορά, σχεδόν ανεξήγητη, την οποία όμως απέδιδαν σε κάποια ερωτική απογοήτευση, στην πίεση των καθηγητών ή στον απόηχο των πανελλαδικών εξετάσεων. Όμως, οι περισσότερες απόψεις συγκλίνουν ότι υπάρχουν κάποια πρώιμα σημάδια τα οποία σηματοδοτούν ότι κάτι συμβαίνει και κάτι αναμένετε. Έτσι λοιπόν, τα πρώιμα σημάδια της σχιζοφρένειας μπορεί να αφορούν τα εξής (Brown, 2010· Nationalmentalhealthassociation,2006 ·Cockerman, 2000):

- ✚ Αδυναμία του ατόμου να κοιμηθεί, συνήθως παραμένει ξύπνιο σε ασυνήθιστες ώρες. Γενικά, παρατηρούνται διαταραχές του ύπνου.
- ✚ Κοινωνική απομόνωση και αδιαφορία για τη σύναψη κοινωνικών δεσμών και σχέσεων.
- ✚ Υπερδραστηριότητα ή υπο-δραστηριότητα ή εναλλαγή των δύο καταστάσεων.
- ✚ Το άτομο αδυνατεί να συγκεντρωθεί και έχει ελλειμματική προσοχή, εμφανίζει δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και στα παιδιά υπάρχει μείωση των σχολικών επιδόσεων.
- ✚ Μειωμένη ενεργητικότητα και κίνητρα.

- ✚ Απώλεια ενδιαφέροντος για το σχολείο ή την εργασία, πολλές φορές μένει άνεργο.
- ✚ Καταθλιπτική διάθεση.
- ✚ Ασυνήθιστη ενασχόληση με τη θρησκεία ή με διάφορες αιρετικές θρησκευτικές ομάδες.
- ✚ Διακατέχεται από εχθρότητα και διαρκείς υποψίες ότι συνωμοτούν εναντίον του (καχυποψία).
- ✚ Πολλές φορές υπάρχει έλλειψη φόβου ή υπερβολικός φόβος.
- ✚ Το άτομο συμπεριφέρεται και αντιδρά υπερβολικά απέναντι στο οικογενειακό περιβάλλον ή στον-στην σύντροφο.
- ✚ Το άτομο παραμελεί τη σωματική του υγιεινή και καθαριότητα.
- ✚ Πραγματοποιεί άσκοπες μετακινήσεις ή συνεχή ταξίδια με ασαφή αιτία.
- ✚ Η γραφή του ατόμου παρουσιάζει παραξενιές, πολλές φορές είναι δυσνόητη ή το άτομο παιδιαρίζει χωρίς νόημα.
- ✚ Το άτομο προχωρά σε ατελείωτες ονειροπολήσεις και εκφράζει παράδοξες ιδέες.
- ✚ Ακραία αντίδραση στην κριτική.
- ✚ Το βλέμμα του είναι ανέκφραστο.
- ✚ Αδυναμία να φωνάζει ή να εκφράσει χαρά ή ακατάλληλο γέλιο ή κλάμα.
- ✚ Παρατηρείται έκπτωση της λειτουργικότητας και ευερεθιστότητα (π.χ. στο θόρυβο, το φως κλπ.).
- ✚ Μυρίζει και χαίρεται τις ουσίες με διαφορετικό τρόπο από τον υπόλοιπο πληθυσμό.
- ✚ Κάνει χρήση των λέξεων και των γραμματικών και συντακτικών κανόνων με περίεργο τρόπο.
- ✚ Αδιαφορεί για την καθημερινότητα.
- ✚ Διακατέχεται από ήπιες μεταβολές συναισθηματικής απάντησης.
- ✚ Έχει ασυνήθιστες εκρήξεις οργής κάνει περίεργες σκέψεις.
- ✚ Γενικά η συμπεριφορά του είναι περίεργη μπορεί να αρνείται για παράδειγμα να αγγίζει τους άλλους ή σε χειρότερο βαθμό αυτοτραυματίζεται.

1.7. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τον ψυχίατρο Kurt Schneider (1887- 1967), ο οποίος μελέτησε ενδελεχώς τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, τα διαχώρισε σε συμπτώματα πρώτου και δεύτερου βαθμού(Dammann, 2004).

Στην πρώτη τάξη περιλαμβάνονται όλες οι μορφές της αλλοτρίωσης της σκέψης, της παραληρηματικής αντίληψης, της παθητικότητας και των ακουστικών ψευδαισθήσεων τρίτου προσώπου με τη μορφή είτε σχολιασμού είτε φωνής που μιλάνε για τον ασθενή μεταξύ τους:

1. Συμπτώματα πρώτης τάξης (Rajiv Tandon etal, 2013)

- ✓ Ακουστικές σκέψεις

Ο ασθενής εμφανίζει ψευδαισθήσεις που αντηχούν ή μιλούν τις σκέψεις του φωναχτά.

- ✓ Φωνές Συζητήσεις ή διαφωνίες

Ο ασθενής εμφανίζει ψευδαισθήσεις, φωνές που συμμετέχουν σε συζητήσεις ή επιχειρήματα, συχνά για τον εαυτό του.

- ✓ Φωνές Σχολιάζοντας

Ο ασθενής έχει ψευδαισθήσεις που σχολιάζουν τη δράση του.

- ✓ Σωματική παθητικότητα

Ο ασθενής πιστεύει ότι η αίσθηση επιβάλλεται στο σώμα του από μια εξωτερική δύναμη.

- ✓ Απόσυρση της σκέψης

Ο ασθενής βιώνει τις σκέψεις του που αποσύρονται ή αποσύρονται από το μυαλό του από μια εξωτερική δύναμη.

- ✓ Σκέψη που μεταδίδεται

Ο ασθενής βιώνει τις σκέψεις του που διαδίδονται στον κόσμο γύρω του.

- ✓ Εισαγωγή της σκέψης

Οι σκέψεις του ασθενούς βιώνουν στο μυαλό του μια εξωτερική δύναμη.

- ✓ "Κατασκευασμένο" Αίσθημα

Ο ασθενής έχει την εμπειρία ότι τα συναισθήματά του δεν είναι δικά του, έχουν επιβληθεί σε αυτόν.

- ✓ Κατασκευασμένη ώθηση

Ο ασθενής βιώνει και ενεργεί εν γένει σε μια συναρπαστική ώθηση που πιστεύει ότι δεν είναι δική του.

- ✓ Πράξεις "κατασκευασμένες"

Ο ασθενής βιώνει τη δράση του και τη θέλησή του να βρίσκεται υπό τον έλεγχο μιας εξωτερικής δύναμης.

- ✓ Παρανοϊκή δίωξη

Ο ασθενής παίρνει μια εντολή και αποδίδει μια ιδιοσυγκρασιακή αξία σε αυτό. Οι αντιλήψεις εξελίσσονται σε αυταπάτες.

Ορισμένοι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν παρουσιάζουν ποτέ συμπτώματα πρώτης τάξης. Τα συμπτώματα δεύτερης τάξης είναι κοινά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αλλά συχνά εμφανίζονται και σε άλλες μορφές ψυχικής ασθένειας. Περιλαμβάνουν αυταπάτες αναφοράς, παρανοϊκές και παραληρητικές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις:

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

- Άλλες διαταραχές της αντίληψης
- Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες

- Αμηχανία
- Εναλλαγές της διάθεσης καταθλιπτικού και ευφορικού τύπου
- Αισθήματα συναισθηματικής φτώχειας
- Παραληρηματικές εκδηλώσεις συνοδευόμενες με ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις

1.7.1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMIL KRAEPELIN ΚΑΙ ΤΟΥ EUGEN BLEULER

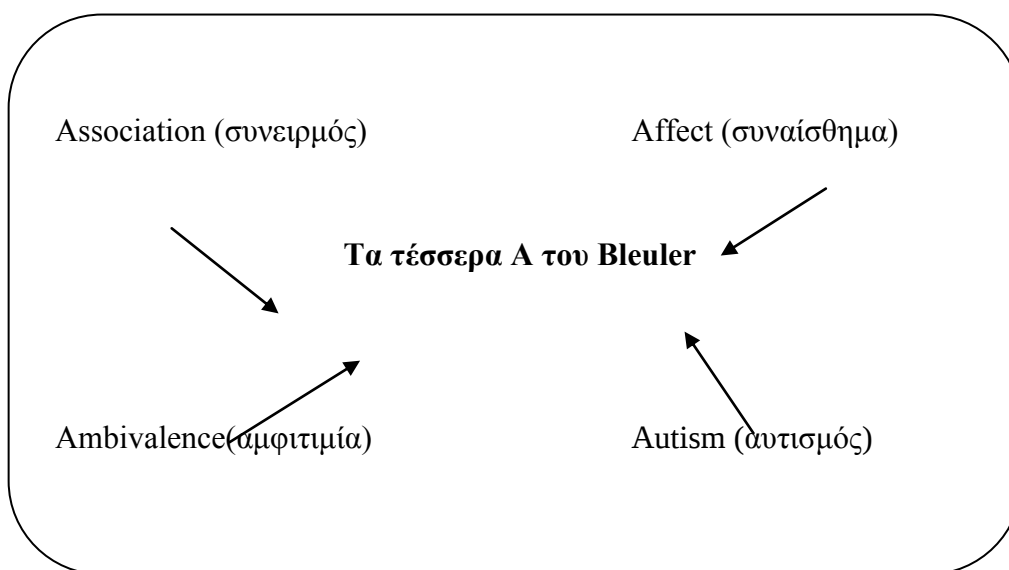
Τα κριτήρια των ψυχιάτρων Kraepelin– Bleuler με διαγνωστική αξία:

EMIL KRAEPELIN	EUGEN BLEULER
Διαταραχές της προσοχής και της κατανόησης	Βασικές διαταραχές: Διαταραχές της σκέψης Διαταραχές συναισθήματος Διαταραχές της υποκειμενικής βίωσης του εαυτού Διαταραχές της βούλησης και της συμπεριφοράς Αμφιτιμία Αυτισμός
Ψευδαισθήσεις, ιδίως ακουστικές (φωνές)	
Ηχηρές σκέψεις	
Βιώματα επίδρασης στη σκέψη	
Διαταραχές της ροής της σκέψης, πρωτίστως χάλαση των συνειρμών	
Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και της κρίσης	
Συναισθηματική επιπέδωση	Δευτερεύοντα συμπτώματα: Διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις) Παραληρητικές ιδέες
Παθολογική συμπεριφορά	
Ελάττωση της πρωτοβουλίας	

Αυτόματη υπακοή	Διαταραχές της μνήμης Μεταβολή της προσωπικότητας Μεταβολές στον προφορικό και γραπτό λόγο Σωματικά συμπτώματα Κατατονικά συμπτώματα Οξύ σύνδρομο (μελαγχολικό, μανιακό, κατατονικό κλπ.)
Ηχολαλία, ηχοπραξία Εκδραμάτιση	
Κατατονική διέγερση	
Στερεοτυπίες	
Αρνητισμός	
Αυτισμός (αυτιστική συμπεριφορά)	
Διαταραχή της λεκτικής έκφρασης	

(Kaplan &Sadocks, 2007)

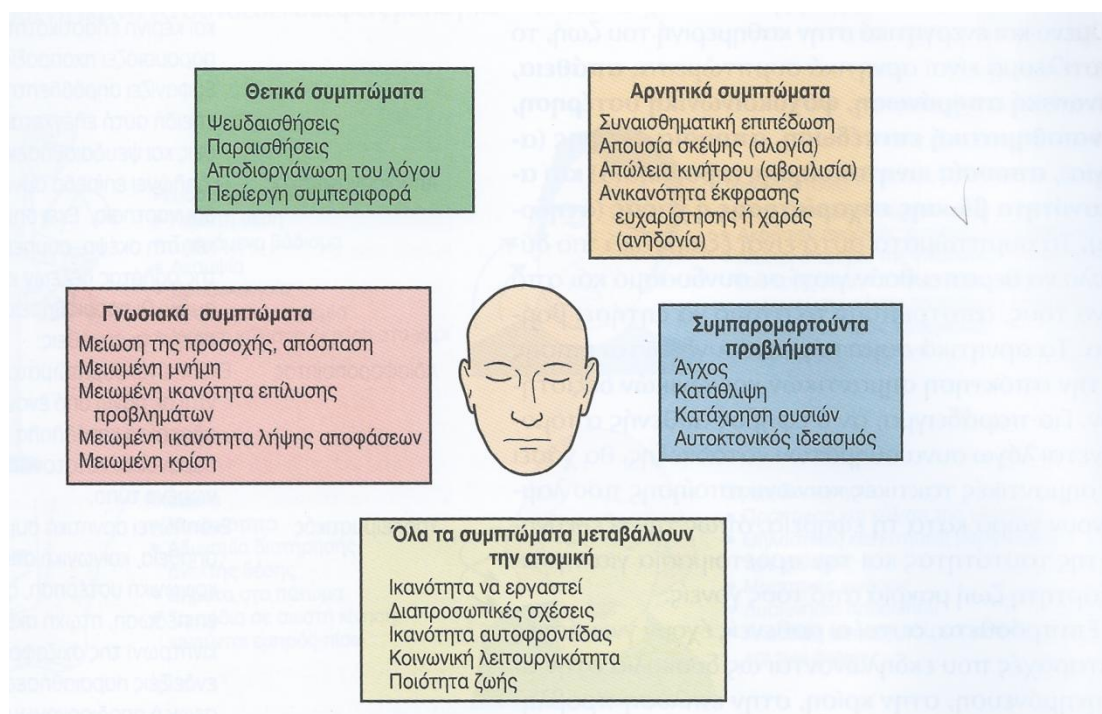
Ομάδα κλασικών συμπτωμάτων του **Bleuler**:



(Kaplan &Sadocks, 2004)

1.7.2 ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Εικόνα 3: Συμπτώματα σχιζοφρένειας



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

Στις μέρες μας, οι ψυχίατροι, συνηθίζουν να διακρίνουν τα συμπτώματα της νόσου σε θετικά και αρνητικά. Αυτό βέβαια, είναι κάτι που τοποθετείται χρονολογικά δεκαετίες πριν. OJ. Reynolds(1828-1896), προέβη στον διαχωρισμό αυτό το 1857, αναφέροντας ότι κάποια από τα συμπτώματα συντελούσαν στην απάλειψη των ζωτικών ιδιοτήτων (αρνητικά) και κάποια οδηγούσαν σε έξαρση ή μεταβολή τους (θετικά). Στην πρώτη περίπτωση περιελάμβανε τις παραλύσεις και τις αναισθησίες και στη δεύτερη τις κρίσεις, τα άλγη, τους σπασμούς (Reynolds, 1858).

Η θεώρηση αυτή, επηρέασε τον βρετανό νευρολόγο J. Jackson, ο οποίος χρησιμοποίησε για πρώτη φορά την διάκριση αυτή, μιλώντας περί θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων σε άρθρο του:

«Μόνο η αποδιοργάνωση (dissolution) οφείλεται στην αρρώστια με την έννοια της παθολογικής διαδικασίας. Πρόκειται για μια αρνητική λειτουργική κατάσταση που προκαλείται από μια παθολογική διαδικασία [...] Θετικά συμπτώματα σε όλες τις περιπτώσεις παραφροσύνης προκύπτουν από διευθετήσεις του εναπομείναντος υγιούς αλλά σε κατώτερο εξελικτικό επίπεδο λειτουργούντος νευρικού συστήματος (Jackson, 1889, p. 490-500)».

Προσπαθώντας να φθάσει σε μια κατανόηση των συμπτωμάτων ο Crow υποθέτει ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο τύποι σχιζοφρένειας: ο τύπος I και ο τύπος II (Crow, 1980). Επιπλέον, προσπάθησε να συσχετίσει τις δύο ομάδες συμπτωμάτων και την έκβαση και τις υποκείμενες φυσιολογικές αλλαγές τους. Έτσι, ο Crow προτείνει την κατηγοριοποίηση των σημείων και τα συμπτώματα σε θετικά (του τύπου I) και αρνητικά (του τύπου II). Στην πρώτη περίπτωση ανήκουν τα άτομα με παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και παραλογισμό της σκέψης (ασυνάρτητη ομιλία) και στη δεύτερη περίπτωση τα σημάδια είναι η φτώχεια του λόγου (αλογία), η ισοπέδωση των επιπτώσεων και η κοινωνική απόσυρση (ανηδονία). Παράλληλα, στην πρώτη περίπτωση το άτομο ανταποκρίνεται στην φαρμακευτική αγωγή και ως αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης δίνεται η διαταραχή στο μηχανισμό ντοπαμίνης ή στον νευροδιαβιβαστή. Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή. Στην δεύτερη περίπτωση, αντίθετα, εντοπίζονται αλλοιώσεις στον απεικονιστικό έλεγχο και η πρόγνωση της νόσου είναι κακή.

Ο Andreasen (1979), συνεχίζοντας, θεώρησε ότι πράγματι υπάρχουν θετικά και αρνητικά συμπτώματα, προσθέτοντας όμως και την κατηγορία των μεικτών συμπτωμάτων. Ανέπτυξε μάλιστα την κλίμακα SANS και την κλίμακα SAPS, ώστε να γίνεται η αξιολόγηση των συμπτωμάτων αυτών. Στα αρνητικά συμπτώματα, ο Andreasen, προσθέτει σε αυτά του Crow, την έλλειψη βούλησης, την απάθεια και την διαταραχή της προσοχής. Μεταγενέστερα ωστόσο, οι ερευνητές που χρησιμοποίησαν τις κλίμακες αυτές, κατέληξαν ότι πρόκειται για υπεραπλούστευση των συμπτωμάτων με αυτό τον τρόπο και ότι ήταν δόκιμο να επιτευχθεί η διάκριση σε 3 κατηγορίες: τα παραδοσιακά συμπτώματα που λαμβάνονταν ως θετικά μπορούσαν να ταξινομηθούν ως ψυχωτικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες), στη δεύτερη κατηγορία εντάσσονταν η αποδιοργάνωση (αλλόκοτες συμπεριφορές, διαταραχή λόγου και αποδιοργάνωση και συναισθηματική απροσφερότητα) και τα αρνητικά συμπτώματα ως είχαν (Andreasen, 2000).

Ο διαχωρισμός αυτός, συνέβαλε και συμβάλει βοηθητικά στη σωστή διάγνωση και στην υιοθέτηση αποτελεσματικής θεραπείας, ακόμη και στην πρόβλεψη της έκβασης της ασθένειας. Μέχρι πρότινος, συνηθιζόταν η διάγνωση να βασίζεται στα θετικά συμπτώματα, δεδομένου ότι τα αρνητικά στο πρώιμο στάδιο της ασθένειας είναι λιγότερα εύληπτα και αναγνωρίσιμα, αφού μπορεί να γίνεται επικάλυψή τους από τα θετικά. Ωστόσο, σήμερα οι ψυχίατροι κλείνουν στο ότι τα αρνητικά συμπτώματα προηγούνται. Στον πίνακα 3 υπάρχουν συγκεντρωτικά τα συμπτώματα.

Πίνακας 3: Θετικά και αρνητικά συμπτώματα (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006)

Τα θετικά συμπτώματα	Τα αρνητικά συμπτώματα
<u>Ψευδαισθήσεις</u> ✓ Ακουστικές ✓ Φωνές που σχολιάζουν ✓ Φωνές που συνδιαλέγονται ✓ Σωματικές – απτικές ✓ Οσφρητικές ✓ Οπτικές <u>Παραληρητικές ιδέες</u> ✓ Διωκτικές ✓ Ζηλοτυπικές ✓ Ενοχικές ✓ Μεγαλομανιακές ✓ Θρησκευτικές ✓ Σωματικές ✓ Ιδέες αναφοράς ✓ Ιδέες ελέγχου	<u>Ανέκφραστο πρόσωπο</u> ✓ Μειωμένες αυθόρμητες κινήσεις ✓ Σπάνιες εκφραστικές χειρονομίες ✓ Φτωχή βλεμματική επαφή ✓ Συναισθηματική μη απαντητικότητα ✓ Απρόσφορο συναίσθημα ✓ Έλλειψη συναισθηματικής χροιάς της φωνής ✓ Φτωχό περιεχόμενο του λόγου ✓ Ανακοπές ✓ Αυξημένος λανθάνων χρόνος απαντήσεων

Παραληρητικές ιδέες

- ✓ Ιδέες διαβάσματος του μυαλού
- ✓ Εκπομπής της σκέψης
- ✓ Παρεμβολής στη σκέψη
- ✓ Απόσυρσης της σκέψης

Εξωπραγματική συμπεριφορά

- ✓ Ένδυση, εμφάνιση
- ✓ Κοινωνική, σεξουαλική συμπεριφορά
- ✓ Επιθετική συμπεριφορά – ψυχοκινητική ανησυχία
- ✓ Επαναληπτική – στερεότυπη συμπεριφορά

Θετικές δομικές διαταραχές της σκέψης

- ✓ Εκτροχιασμός
- ✓ Κατ'εφαπτομένη σκέψη
- ✓ Ασυναρτησία
- ✓ Παραλογία
- ✓ Περιφερικότητα
- ✓ Πίεση ομιλίας
- ✓ Απρόσεκτη ομιλία
- ✓ Εκρηκτική ομιλία

Αβουλησία – απάθεια

- ✓ Καθαριότητα και υγιεινή
- ✓ Χωρίς διάρκεια απασχόληση ή σχολική παρακολούθηση

Σωματική ανεργησία

- ✓ Ενδιαφέρον για αναψυχή, δραστηριότητες
- ✓ Ενδιαφέρον για σεξ, δραστηριότητα
- ✓ Ενδιαφέρον για κοντινές σχέσεις
- ✓ Σχέσεις με φίλους και συνομηλίκους

Ανηδονία - ακοινωνικότητα

- ✓ Ενδιαφέρον για αναψυχή, δραστηριότητες
- ✓ Ενδιαφέρον για σεξ, δραστηριότητα
- ✓ Ενδιαφέρον για κοντινές σχέσεις
- ✓ Σχέσεις με φίλους και συνομηλίκους

Προσοχή

- ✓ Κοινωνική απροσεξία
- ✓ Απροσεξία κατά τη εξέταση

1.7.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD- 10

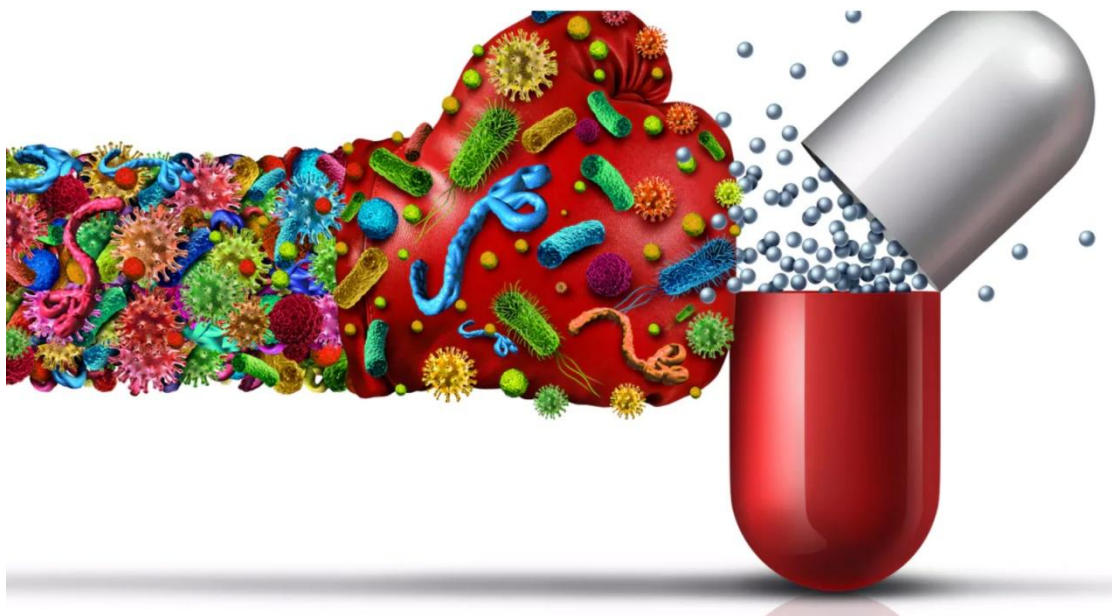
Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα διάγνωσης ICD- 10 τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι τα κάτωθι :

Εικόνα 4: Συμπτώματα σύμφωνα με το ICD- 10 (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

- ✓ Ηχώ της σκέψης, παρεμβολή στη σκέψη, απόσυρση της σκέψης και εκπομπή της σκέψης.
- ✓ Παραληρητικές ιδέες ελέγχου, επίδρασης ή παθητικότητας, που σαφώς αναφέρονται στις κινήσεις του σώματος ή των άκρων ή σε ιδιαίτερες σκέψεις, πράξεις ή αισθήσεις, παραληρητική αντίληψη.
- ✓ Ακουστικές ψευδαισθήσεις που βιώνονται ως φωνές που σχολιάζουν τη συμπεριφορά του ασθενούς ή συζητούν μεταξύ τους για τον ασθενή ή άλλοι τύποι ακουστικών ψευδαισθήσεων που έρχονται με τη μορφή φωνών από κάποια περιοχή του σώματος.
- ✓ Επίμονες παραληρητικές ιδέες άλλων τύπων που είναι πολιτισμικά απαράδεκτες και τελείως απίθανες, όπως θρησκευτικής ή πολιτικής ταυτότητας ή υπεράνθρωπων δυνάμεων και ικανοτήτων (π.χ. δυνατότητα ελέγχου του καιρού ή επικοινωνία με εξωγήινους).
- ✓ Επίμονες ψευδαισθήσεις παντός τύπου, όταν συνοδεύονται από παροδικές ή σταθερές παραληρητικές ιδέες, χωρίς να υπάρχει σαφές συναισθηματικό περιεχόμενο ή από επίμονες ιδέες υπερεκτίμησης ή όταν συμβαίνουν συνεχώς κάθε μέρα επί αρκετές εβδομάδες ή μήνες.

- ✓ Ανακοπές ή παρεμβολές στη ροή της σκέψης.
- ✓ Κατατονική συμπεριφορά, όπως διέγερση, λήψη παράξενων στάσεων ή κηρώδης ευκαμψία, αρνητισμός, αλαλία και εμβρόντησία.
- ✓ «Αρνητικά» συμπτώματα, όπως έντονη απάθεια, διακοπή της ομιλίας και αμβλύτητα ή ασυμβατότητα των συναισθηματικών αντιδράσεων, που συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα την κοινωνική απόσυρση και τη μείωση της απόδοσης στις κοινωνικές σχέσεις.
- ✓ Έντονη και συνεχής μεταβολή στη συνολική ποιότητα κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικής συμπεριφοράς, που εκδηλώνονται ως απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη σκοπού, οκνηρία, στάση που δείχνει αυτοενασχόληση και κοινωνική απόσυρση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ



2.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νόσος της σχιζοφρένειας, έχει διάφορες θεραπευτικές μεθόδους που μπορούν να οδηγήσουν σε ένα –όσο το δυνατόν- άρτιο αποτέλεσμα. Κάθε άτομο που νοσεί, θα πρέπει να λαμβάνει εξατομικευμένη θεραπευτική φροντίδα. Πιο ειδικά, το θεραπευτικό σχέδιο που θα δομηθεί, θα πρέπει να αφορά τη δική του περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη όσα συντελούν στην διαμόρφωση της κατάστασης του ασθενούς. Επομένως, είναι δόκιμο, να εξηγείται τόσο στον ίδιο τον ασθενή (όταν αυτό μπορεί να γίνει) όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον του με κάθε λεπτομέρεια. Είναι πολύ βοηθητικό να υπάρχει κατανόηση και αντίληψη του θεραπευτικού πλαισίου και είναι μεγάλης σημασίας η συμμετοχή της οικογένειας (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Υπάρχουν τρία βασικά σημεία για την θεραπευτική προσέγγιση της σχιζοφρένειας: τα αντιψυχωτικά φάρμακα (κυρίως για την καταστολή της συμπτωματολογίας), η αγωγή και η αποκατάσταση και η κοινωνική υποστήριξη και η ψυχοθεραπεία. Πέραν των προαναφερθέντων θεραπειών, υιοθετούνται και οι έξεις: E.C.T., ηλεκτροσόκ μαζί με αντιψυχωτικά για να παρατείνουν το χρόνο επανεμφάνισης της νόσου, η λοβοτομή με χειρουργική θεραπεία – ωστόσο ο ασθενής μεταβάλλεται σε «φυτό», η ινσουλινοθεραπεία (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Οι πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία και τη φροντίδα της σχιζοφρένειας συνέστησαν ότι για να έχει αποτέλεσμα η όποια θεραπευτική μέθοδος, είναι απαραίτητο να διατίθεται χρόνος από τον ασθενή και το περιβάλλον του / και από τους φροντιστές της οικογένειας (ψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσηλευτικό προσωπικό, εργοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός, επαγγελματίας αποκατάστασης) και να αποκτήσουν επαρκή γνώση σχετικά με την ασθένεια, τις θεραπευτικές αγωγές της και άλλες στρατηγικές ψυχοκοινωνικών και / ή προσωπικών παρεμβάσεων, ώστε να μεγιστοποιηθεί η αποδοχή και η ικανοποίηση της θεραπείας και η βελτίωση των αποτελεσμάτων της περίθαλψης για αυτούς τους ασθενείς (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Αξίζει να επισημανθεί, ότι όποια θεραπευτική απόπειρα, δεν στοχεύει στην εξαφάνιση της σχιζοφρενικής νόσου- δεδομένου ότι αυτό είναι ανέφικτο- αλλά στην

δημιουργία κατάλληλων προδιαγραφών για την βελτίωση των συμπτωμάτων και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η θεραπεία αφορά 2 επίπεδα: ψυχοκοινωνικό και σωματικό. Ο συνδυασμός αυτών των 2 στην παρέμβαση μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα, στην επανάκτηση της λειτουργικότητας του ασθενούς (Μάνος, 1997).

Πρόσφατες έρευνες και συστηματικές αναθεωρήσεις έχουν αναδείξει ότι και η φαρμακολογική θεραπεία, καθώς και η ψυχοκοινωνική που παρέχεται έγκαιρα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωσικές διαταραχές, μπορούν να δράσουν βελτιωτικά στην πρόγνωση και την πρόληψη χρόνιας εξέλιξης. Μάλιστα, ερευνητικά επισημαίνεται ότι οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες δρουν αποτελεσματικά στην ανακούφιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων και στην καλυτέρευση της λειτουργίας τους. Ως εκ τούτου, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις κερδίζουν υψηλή θέση στην θεραπευτική φαρέτρα του ειδικού προσωπικού. Προτείνεται μάλιστα ότι δεν αφορούν αυτές οι παρεμβάσεις σε ένα ευρύ φάσμα αναγκών υγείας των ασθενών, όπως ελαχιστοποίηση συμπτωμάτων, υποτροπή και προσκόλληση της θεραπείας, αλλά συμβάλλουν επίσης σε μια πιο αποτελεσματική από οικονομική πλευρά παρέμβαση από την τυπική θεραπεία για τη σχιζοφρένεια (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Για την κοινοτική θεραπεία των σχιζοφρενών ασθενών, έχουν υιοθετηθεί 5 κατηγορίες ψυχοκοινωνικής παρέμβασης με τελεσφόρες ενδείξεις στην πρόληψη υποτροπών και στον έλεγχο των συμπτωμάτων: γνωστική θεραπεία (γνωσιακή συμπεριφοριστική και γνωστική θεραπεία αποκατάστασης), προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, οικογενειακή παρέμβαση, κοινωνικές δεξιότητες (και άλλες ικανότητες αντιμετώπισης), προγράμματα κατάρτισης και μερικές άλλες παραδοσιακές προσεγγίσεις στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, όπως η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2010).

Η γνωσιακή θεραπεία, αποτελεί μια δομημένη και τυποποιημένη θεραπεία, η οποία για να έχει αποτέλεσμα και να βοηθήσει τους ασθενείς με σχιζοφρένεια να αντιμετωπίσουν τα ψυχωτικά τους συμπτώματα, θα πρέπει να εξετάζει και να επαναξιολογεί τις σκέψεις και τις αντιλήψεις τους για τις εμπειρίες. Μπορεί να είναι επιτυχής μόνο αν ο θεραπευτής αποδέχεται την αντίληψη του ασθενούς για την πραγματικότητα (και την ασθένεια και τα συμπτώματά της) και αν καθορίζει πώς να χρησιμοποιήσει αυτή την "παρερμηνεία" για να βοηθήσει τον ασθενή να διαχειριστεί σωστά τα προβλήματα αυτά. Ουσιαστικά, στοχεύει στην αμφισβήτηση των συνηθισμένων προτύπων σκέψης και στην ανάδειξη επιθυμητών συμπεριφορών από τον ασθενή, οι οποίες επιβραβεύονται. Στη θεραπεία συμπεριφοράς, το άτομο

εξοπλίζεται με διάφορες κοινωνικές δεξιότητες. Σκοπός είναι να μπορεί το άτομο να έχει την επιθυμητή συμπεριφορά και μακροπρόθεσμα (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Ενδεικτικά, αναφέρεται ένα άλλο είδος θεραπείας, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η οποία ενσωματώνει την συμβουλευτική, την ενθάρρυνση, την παροχή προτύπου, την τοποθέτηση ορίων, τον αυτοέλεγχο και την εκπαίδευση. Μορφή της θεραπείας αυτής είναι η θεραπεία που εστιάζει στον ασθενή μέσω της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας, που προαναφέρθηκε (Φερεντίνος, Κονταξάκης, 2003).

Τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, σχεδιάζονται και καθοδηγούνται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. είναι κυρίως μεσοπρόθεσμα, διάρκειας μεταξύ 9 μηνών και 2 ετών και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας του ασθενούς, μαζί με τα φάρμακα και τις άλλες ψυχιατρικές θεραπείες. Μπορούν να παραδοθούν μεμονωμένα ή συλλογικά στο σπίτι του ασθενούς ή σε κλινικό περιβάλλον και περιλαμβάνουν κυρίως τον ασθενή αλλά και τα μέλη της οικογένειάς του κατά τη διάρκεια των συνεδριών παρέμβασης. Έμφαση των προγραμμάτων δίνεται στην τωρινή κατάσταση του ασθενούς και στη βελτίωση του μέλλοντος. Στόχος είναι η δημιουργία συνεργατικού πνεύματος με τον ασθενή και / ή την οικογένεια και 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 (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Χρησιμοποιείται ποικιλία όρων για να περιγραφούν οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στην οικογένεια στη σχιζοφρένεια. Οι Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, (2010), πρότειναν ότι οι όροι ψυχοκοινωνική, ψυχοεκπαίδευση και συμπεριφορική διαχείριση των προσεγγίσεων στις οικογενειακές επεμβάσεις γενικά αναφέρονται σε αυτές τις παρεμβάσεις σε ατομική ή ομαδική μορφή, όπου οι ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας συναντώνται -εμπεριέχοντας και ένα στοιχείο διδακτικής διδασκαλίας- με στόχο τη μείωση της υποτροπής των ασθενών και της επανεισδοχής. Ωστόσο, η οικογενειακή εκπαίδευση, η διαβούλευση, η υποστήριξη και η παροχή συμβουλών και οι ομάδες οικογενειών με σχιζοφρένεια 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. Η οικογενειακή θεραπεία, αποτελεί πολύ σπουδαίο λιθαράκι στην θεραπευτική

αντιμετώπιση και μπορεί να συνδράμει ουσιαστικά στην ελαχιστοποίηση των υποτροπών και του εκπεφρασμένου συναισθήματος.

Η ομαδική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον πάσχοντα να αναπτύξει τις κοινωνικές του δεξιότητες συμβάλλοντας θετικά στην αποφυγή της κοινωνικής απόσυρσης και στην βελτίωση του αυτοελέγχου. Από την άλλη, η έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων είναι μία από τις σημαντικότερες ελλείψεις στην ψυχοκοινωνική λειτουργία των ατόμων με σχιζοφρένεια. Είναι δυνατόν να επιφέρει έντονες αλληλεπιδράσεις με το κοινωνικό περιβάλλον και να οδηγήσει σε κοινωνική απόσυρση και απομόνωση. Η κατάρτιση στην κοινωνική δεξιότητα -που ασκείται κυρίως σε ομάδες-, στοχεύει στην ενίσχυση της κοινωνικής ικανότητας των ασθενών αναφορικά με τις διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, τη διαχείριση ασθενειών, την επανένταξη στην κοινότητα, και τις οργανικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Kurtz&Mueser, 2008).

Τέλος, υπάρχει και η μέθοδος διαχείρισης περιστατικού. Ουσιαστικά, πρόκειται για την διαμεσολάβηση του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση πρακτικών ζητημάτων, στον συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στο κλείσιμο ραντεβού, στη γραφειοκρατία και στην παροχή κατ' οίκον φροντίδας και παρέμβασης(Φερεντίνος, Κονταξάκης, 2003).

2.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Σύμφωνα με μελέτες, έχει αναδυθεί η πληροφορία ότι μόνο ένα 10% των ασθενών με σχιζοφρένεια μπορεί να ανταπεξέλθει ατομικά και κοινωνικά, χωρίς να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακοθεραπεία, πρωτοστατεί στη θεραπεία της νόσου και πιο

συγκεκριμένα στην καταστολή ή την επιτυχή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Βέβαια, όπως προαναφέρθηκε στην ενότητα 2.1, είναι αναγκαίο η οποιαδήποτε θεραπευτική μέθοδος να συνδυάζει κι άλλες, όπως την ψυχοθεραπεία κλπ., δεδομένου ότι πρόκειται για μια ασθένεια ιδιάζουσα, η οποία εμπλέκει διάφορες παραμέτρους (οργανικές, κοινωνικές, ψυχικές κλπ.)(Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

2.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κατά το 1950, εμφανίζονται τα πρώτα φάρμακα, τα αντιψυχωτικά, τα οποία έχουν δραστική λειτουργία στη μείωση των θετικών συμπτωμάτων. Σήμερα, αυτά χρησιμοποιούνται και αποκαλούνται συμβατικά αντιψυχωτικά φάρμακα και υπάρχουν και τα άτυπα που συνήθως έχουν δραστική λειτουργία στα αρνητικά συμπτώματα και στα γνωστικά ελλείμματα. Παρόλο που σήμερα τα φάρμακα αυτά θεωρούνται ως η καλύτερη δυνατή λύση για τους νοσούντες με σχιζοφρένεια, εντούτοις δεν αποτελούν πανάκεια άρδην της σχιζοφρένειας, ούτε εγγύηση ότι στο μέλλον δεν θα υπάρξουν πάλι ανάλογα συμπτώματα και επεισόδια (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Αξίζει να τονιστεί ότι δεν έχουν όλα τα φάρμακα την ίδια δράση και αποτελεσματικότητα. Κάποια ενδείκνυνται περισσότερο για συγκεκριμένα σχιζοφρενικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις). Πιο συγκεκριμένα, για τα αρνητικά και γνωσιακά συμπτώματα (απόσυρση και κλείσιμο στον εαυτό κλπ.) ενδείκνυνται η ολανζαπίνη (Zyprexa), η κουατιεπίνη (Seroquel), η ρισπεριδόλη (Risperdal), η ζιπρασιδόνη (Zeldox) κ.α., για τα θετικά η χλωροπρομαζίνη (Thorazine), η φλουφαιναζίνη (Prolixin), η αλοπεριδόλη (Haldol). Τα ενέσιμα φάρμακα βραδείας δράσης είναι η αλοπεριδόλη και η φλουφαιναζίνη. Ακόμη, κάθε κλινική περίπτωση αντιδρά διαφορετικά και γι αυτό διαφορετική είναι και η δοσολογία, η οποία είναι μεταβαλλόμενη. Οι ατομικές διαφορές εξαρτιούνται από την ηλικία, το φύλο, το μεταβολισμό, τη συνολική υγεία, την οξύτητα και τη βαρύτητα της κατάστασης, το φύλο και το βάρος του ασθενούς (Harrison, 2015· Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας λαμβάνεται υπόψη το κατά πόσο αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις υποδείξεις του ειδικού θεραπευτή- ψυχιάτρου και από το κατά πόσο ο ασθενής συνεργάζεται με τους θεράποντες. Κάποιοι ασθενείς δεν επωφελούνται καθόλου από την φαρμακευτική αγωγή, άλλοι στο στάδιο που βρίσκονται δεν την χρειάζονται και ένα μεγάλο ποσοστό βλέπει βελτίωση με την πάροδο του χρόνου. Παράλληλα, τα αντιψυχωσικά, συνήθως χορηγούνται από το στόμα (δισκία), είναι σε μορφή σταγόνας ή ενέσιμα (στις περιπτώσεις ασθενών με οξέα επεισόδια). Πριν από την χορήγησή τους, ενδείκνυται η κλινική εξέταση του ασθενούς μέσα από αιματολογικές, βιοχημικές και παρακλινικές εξετάσεις (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Προστίθεται ακόμα ότι τα φάρμακα αυτά, όπως όλα τα φάρμακα που λαμβάνει ένας άνθρωπος, κρύβουν παρενέργειες. Αυτό, προβληματίζει συνήθως το άτομο και το περιβάλλον του, προσθέτοντας σε αυτό το άγχος πιθανού εθισμού. Ωστόσο δεν φαίνεται να είναι τόσο εξαρτισιογόνα, όσο άλλα. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις το περιβάλλον αναρωτιέται ένα τα φάρμακα μπορούν να «ελέγξουν» το νου του ασθενούς, ωστόσο κάθε άλλο τα φάρμακα όχι μόνο δεν ελέγχουν το μυαλό, αλλά χρησιμοποιούνται για να μειώσουν τα σχιζοφρενικά συμπτώματα και να αντιληφθεί το άτομο την πραγματικότητα. Συνήθως, μειώνουν την απομόνωση, την αλλοίωση της πραγματικότητας, τις ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες, τη διέγερση, τη σύγχυση και του επιτρέπουν να αποκτήσει αυτοέλεγχο και να λαμβάνει ορθές αποφάσεις. Δυστυχώς, οι κίνδυνοι των ενοχλητικών παρενεργειών, όπως η

αύξηση βάρους, η υπερλιπιδαιμία, δυσανεξία στη γλυκόζη, διαβήτης τύπου 2 και μεταβολικό σύνδρομο μειώνουν τις τρέχουσες θεραπείες (Uno & Coyle, 2019).

Τα συμβατικά αντιψυχωτικά, έχουν ως παρενέργεια τις αντιχολινεργικές δράσεις (ξηροστομία, εξάψεις, επίσχεση ούρων, δυσκοιλιότητα, ορθοστατική υπόταση, υπνηλία, κόπωση, σεξουαλική δυσλειτουργία, φωτοφοβία, θάμβος όρασης, αύξηση βάρους κλπ.), αλλά και εξωπυραμιδικές παρενέργειες (εικ. 6), όπως ακαθισία (κινητική ανησυχία, προκαταβολικό άγχος και ευερεθιστότητα), οξεία δυστονία (σύσπαση μυών και ειδικά της γλώσσας, του προσώπου, του αυχένα και της ράχης, οφθαλμοπεριστροφική κρίση), ψευδοπαρκινσονισμό (τρεμάμενο βάδισμα, ατονία, αργές κινήσεις, επιπέδωση συναισθήματος, τρόμος, σιελόρροια) και όψιμη δυσκινησία (μη αναστρέψιμα χαρακτηριστικά: πρόπτωση γλώσσας, δυνατός ήχος από το χτύπο των χειλιών, θηλαστικές ή μασητικές κινήσεις, μορφασμοί, ανύψωση ώμων, ώθηση πυέλου, κάμψη, συστροφή καρπών, χτυπήματα ποδιών, άσκοπες και ακανόνιστες κινήσεις κλπ.) (Dewit, 2009).

Εικόνα 6: Χαρακτηριστικά παρενέργειας αντιψυχωσικών φαρμάκων (Dewit, 2009).

Συνήθειες Παρενέργειες	Σημασία για τη Νοσηλευτική
ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
Ξηροστομία	Παροχή μεγάλου όγκου υγρών. Σύσταση για σκληρές καραμέλλες χωρίς ζάχαρη ή τσίχλες και καλή φροντίδα του στόματος.
Επίσχεση ούρων και καθυστερημένη έναρξη της ούρησης	Παρακολούθηση της ούρησης και των συνθηκών της κύστεως.
Δυσκοιλιότητα	Χορήγηση μαλακτικού κοπράνων. Ενθάρρυνση για λήψη υγρών και τροφών πλούσιων σε ίνες.
Θάμβος όρασης	Ενημέρωση του ασθενούς ότι το θάμβος της όρασης θα παύσει μόλις το σώμα ανταποκριθεί στο φάρμακο
Φωτοφοβία	Υπενθύμιση του ασθενούς να φορά γυαλιά ηλίου όταν εκτίθεται στον ήλιο
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Ενημέρωση του ασθενούς να απευθυνθεί στη θεραπευτική ομάδα για σεξουαλικές δυσκολίες
ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΞΟΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
<i>Ψευδοπαρκινσονισμός:</i> Πρόσωπα σαν μάσκες, άκαμπτη και σκυφτή στάση σώματος, τρεμάμενο βάδισμα, απώλεια σιέ- λου από το στόμα, ελαφρύς τρόμος και κύλισμα δισκίου στο χέρι	Μπορεί να απαιτείται αλλαγή του αντιψυχωσικού Χορήγηση αντιχολινεργικού φαρμάκου όπως η τριεξυφαινυδύλη (Artane), ή η βενζοτροπίνη (Cogentin)
<i>Ακαθισία:</i> Χαρακτηρίζεται από συνεχή βόδιση και κινητική ανησυχία	Ενημέρωση του Ιατρού. Τα αντιψυχωσικά μπορεί να απαιτείται να αλληλόξουν ή να προστεθεί αντιχολινεργικό φάρμακο Τα συμπτώματα εξαφανίζονται με τη διακοπή του φαρμάκου
ΆΛΛΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
<i>Όψιμη δυσκίνησία:</i> Τυπικά εμφανίζεται 6 με 12 μήνες ή περισσότερο από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Χαρακτηρίζεται από πρόπτωση της γλώσσας, δυνατούς ήχους από κτυπήματα των χειρών, θηλαστικές κινήσεις, μαστικές κινήσεις, ανοιγοκλείσιμο των οφθαλμών, ετερόπλευρες κινήσεις της γνάθου, μορφασμούς, ανύψωση των ώμων, ώθηση της πυέλου, κάμψη ή στρόφη των καρπών και των σφυρών, κτυπήματα των ποδιών και ταχείες, ανήσυχες και ακανόνιστες κινήσεις.	Πρόληψη μέσω της αξιολόγησης. Ενθάρρυνση για έλεγχο κάθε 3 μήνες. Η διακοπή του φαρμάκου δεν ανακουφίζει πάντα τα συμπτώματα Καμία ειδική θεραπεία δεν υπάρχει πέρα από τη διακοπή του φαρμάκου. Χορήγηση μαλακών τροφών Ο ασθενής πρέπει να φορά μαλακά υποδήματα ή παντόφλες
<i>Κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο:</i> Μια σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρα αντίδραση στα αντιψυχωσικά φάρμακα. Χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, ταχυκαρδία, ακαμψία των μυών, λήθαργο, εφιδρώσεις, υπερκαλιαιμία, ακράτεια, λευκοκυττάρωση και νεφρική ανεπάρκεια	Η πρώιμη διάγνωση αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης. Διακοπή όλων των φαρμάκων Παροχή συμπτωματικής υποστηρικτικής φροντίδας Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος Ενυδάτωση (από το στόμα ή ενδοφλέβια) Διόρθωση των διαταραχών των ηλεκτρολυτών Χορήγηση φαρμάκων για τις αρρυθμίες, σύμφωνα με τις οδηγίες Αιμοκάθαρση για τη νεφρική ανεπάρκεια
ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
Ορθοστατική υπόταση	Έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων πριν τη χορήγηση του φαρμάκου
Ταχυκαρδία	Ενημέρωση του ασθενούς να ταλαντώνει τα πόδια πριν κατέβει από το κρεβάτι για να προληφθούν οι πτώσεις Ενημέρωση του ασθενούς ότι η ανοχή αναπτύσσεται μετά από αρκετές εβδομάδες Αναφορά στον Ιατρό ή στον υπεύθυνο νοσηλεύτη αν υπάρχει ιστορικό καρδιακής νόσου πριν την έναρξη της αγωγής Αύξηση της πρόσληψης υγρών για να αυξηθεί ο ενδαγγειακός όγκος σύμφωνα με τις οδηγίες
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	
Υπνηλία και κόπωση	Ενημέρωση του ασθενούς ότι θα αναπτύξει ανοχή στη δόση σε 1 με 2 εβδομάδες Χορήγηση του φαρμάκου κατά τη βραδινή κατάκλιση
Φωτοευαισθησία	Αποφυγή της άμεσης έκθεσης στο ηλιακό φως. Χρησιμοποίηση προστατευτικής ένδυσης και αντηλιακών όταν βρίσκεται σε εξωτερικό περιβάλλον
Αύξηση του βάρους	Έλεγχος της διατροφής
Εξανθήματα και δερματίτιδα εξ επαφής	Ενημέρωση του Ιατρού αν εμφανιστεί εξάνθημα. Μπορεί να απαιτηθεί διακοπή ή αλλαγή του φαρμάκου



Τα φάρμακα αυτά, ουσιαστικά ωθούν στον αποκλεισμό του υποδοχέα της ντοπαμίνης D2 (D2R), ο οποίος ενοχοποιείται για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Πρόκειται για δραστηριότητα όλων των αντιψυχωσικών που αναπτύχθηκαν από την ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης (Thorazine). Η εισαγωγή αντιψυχωσικών συνδέθηκε με τη δραματική μείωση του αριθμού των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια και συναφείς ψυχωσικές διαταραχές σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με την εισαγωγή της 5-υδροξυτρυπταμίνης₂ (5-HT₂), αναπτύχθηκε σημαντικά μειωμένη τάση για την πρόκληση εξτραπυραμιδικής νευρολογικής παρενέργειας. Κλινικές μελέτες δείχνουν ότι οι καθυστερήσεις στη θεραπεία μετα αντιψυχωσικά συσχετίζονται με φτωχότερα αποτελέσματα. Έτσι, η προσέγγιση αποκλεισμού της ντοπαμίνης προσέφερε σημαντικά οφέλη στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ωστόσο, τα αρνητικά και γνωστικά συμπτώματα είναι ανθεκτικά στα φάρμακα αυτά και συνδέονται με την επιμονή της νόσου (Uno & Coyle, 2019).

Οι μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι η κλοζαπίνη επιφέρει σχετικά πιο σταθερά και καλύτερα αποτελέσματα από όλα τα άλλα αντιψυχωσικά και φαίνεται να επηρεάζει τα αρνητικά συμπτώματα. Ο μηχανισμός της δράσης της κλοζαπίνης παραμένει ασαφής. Η κλοζαπίνη αλληλεπιδρά με αρκετούς υποδοχείς εκτός από το D2R, συμπεριλαμβανομένων υποδοχείς μουςκαρινικής, ισταμίνης και σεροτονίνης (Uno & Coyle, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ



3.1 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΣΤΟΧΟΙ

Στις οικογένειες εκείνες που ένα μέλος πάσχει από σχιζοφρένεια είναι κοινότοπο να δημιουργούνται κάποια καθημερινά προβλήματα όπως:

- ❖ Έντονη παρουσία στρες και εντάσεις.
- ❖ Δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων.
- ❖ Διαταραγμένη επικοινωνία.
- ❖ Έλλειψη κατανόησης από την πλευρά της οικογένειας για τη φύση της σχιζοφρένειας και τις συνέπειες για τη ζωή και την λειτουργικότητα του πάσχοντος.
- ❖ Τάση για το αίσθημα του στιγματισμού.
- ❖ Περιορισμός κοινωνικών επαφών εκτός οικογενειακού κύκλου.

Η ύπαρξη όλων αυτών των προβλημάτων καταδεικνύουν ότι πρέπει η οικογένεια να έχει ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία του πάσχοντος και να συνδράμει σημαντικά και να συνεργάζεται μέσω διαφόρων παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές καλούνται ως ψυχοεκπαιδευτικές, λόγω των ψυχοεκπαιδευτικών αρχών από τις οποίες χαρακτηρίζονται και έχουν στόχο:

- 🌍 Την εκπαίδευση της οικογένειας, έτσι ώστε να αποκτήσει τις δεξιότητες διαχείρισης του στρες.
- 🌍 Την ενημέρωση της για την ψυχική ασθένεια έτσι ώστε να κατανοηθούν όλοι οι παράμετροί της (φύση- αντιμετώπιση).
- 🌍 Ενημέρωση για τις υπάρχουσες θεραπείες και τις παρενέργειες.
- 🌍 Τη βελτίωση των τρόπων επικοινωνίας μεταξύ όλων των μελών της, έτσι ώστε να είναι εφικτό να επιλύονται πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα που αφορούν την οικογένεια.
- 🌍 Υιοθέτηση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων.
- 🌍 Τη δημιουργία συνεργασίας στη φαρμακευτική αγωγή και εν γένει στη θεραπεία.
- 🌍 Τη μείωση των μη ρεαλιστικών προσδοκιών για ολοκληρωτική θεραπεία και γρήγορη επάνοδο του ασθενούς.

- Την ενίσχυση της αντιμετώπισης με στόχο την απόκτηση ενεργού ρόλου του ασθενούς και της οικογένειας στην αντιμετώπιση της νόσου.
- Ενημέρωση του συγγενικού περιβάλλοντος για τον τρόπο διαχείρισης των συμπτωμάτων. Είναι επιθυμητή και η καταγραφή των παραγόντων αύξησης του άγχους με σκοπό την εφαρμογή κατάλληλων μέτρων επαναφοράς του.
- Επαναφορά του ασθενούς στην πραγματικότητα και όχι συμφωνία με τις παραληρητικές ιδέες του.
- Ενθάρρυνση οικογένειας να εκφράζει τα συναισθήματά της και τους προβληματισμούς της στους ειδικούς.
- Παροχή πληροφοριών για το πώς η ίδια η οικογένεια θα φροντίζει τον εαυτό της.
- Την υποστήριξη για την αντιμετώπιση του στιγματισμού και της κοινωνικής απομόνωσης που συνήθως κυριαρχούν τόσο στον ασθενή όσο και την οικογένεια (Smerud et al, 2011 · Χριστοδούλου, 2006).

3.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει η οικογένεια αλλά και τα ίδια τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι το κοινωνικό στίγμα. Ένας από τους ορισμούς που δόθηκε έτσι ώστε να αποδοθεί η έννοια του κοινωνικού στίγματος αναφέρει ότι *«Τα στιγματισμένα άτομα διαθέτουν (ή πιστεύεται ότι διαθέτουν) κάποια ιδιότητα ή κάποιο χαρακτηριστικό που εκφράζει μια κοινωνική ταυτότητα, η οποία όμως απαξιώνεται μέσα σε ένα ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο»* (Crocker, Major & Steele, 1998, σ. 505). Μέσα από μία ερευνητική ανασκόπηση γίνεται φανερό ότι στα άτομα με σχιζοφρένεια αποτελεί τροχοπέδη στη θεραπεία ο στιγματισμός. Τα άτομα τα οποία φέρουν την ετικέτα των ψυχικά ασθενών έχουν ως συνέπεια να αντιμετωπίζονται ρατσιστικά από τον κοινωνικό περίγυρο, να συνοδεύονται από μία απαξία, από μία στερεότυπη απόρριψη και κοινωνικές διακρίσεις. Αυτό συνεπάγεται μείωση των πόρων αντιμετώπισης της ασθένειας, μη διαθεσιμότητα χώρων στέγασης. Επιπλέον, στα άτομα αυτά δεν παρέχονται ίσες ευκαιρίες εργασίας και κοινωνικής συναναστροφής. Αξίζει να επισημανθεί ότι το

στίγμα ακολουθά όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και την οικογένειά του. Είναι αναγκαίο, οι άνθρωποι να ενημερωθούν για την φύση και το ποιον της σχιζοφρένειας, ώστε να αγκαλιάσουν αυτές τις υπάρξεις στον κόλπο της κοινωνίας (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

3.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΑΚΡΟΓΩΝΙΑΙΟΣ ΛΙΘΟΣ

Η σχιζοφρένεια μπορεί να προκαλέσει αναπηρία και δυσφορία τόσο στα ίδια τα άτομα με σχιζοφρένεια όσο και στις οικογένειές τους. Δεδομένου ότι τα μέλη της οικογένειας είναι οι κύριοι φροντιστές για τους ασθενείς στην κοινότητα, η φροντίδα για τους ασθενείς περιγράφεται συχνά ως επαχθής και περιλαμβάνει διάφορες υποκειμενικές και αντικειμενικές πτυχές σωματικών, συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων υγείας. Σύμφωνα με τους Pharoah et al (2010), οι οικογενειακές παρεμβάσεις αφορούν ψυχοκοινωνική, ψυχοεκπαίδευση και συμπεριφορική διαχείριση των προσεγγίσεων σε ατομική ή ομαδική μορφή, στην οποία συναντώνται οι ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας.

Σκοπός του προγράμματος είναι η μείωση της υποτροπής του ασθενούς και της επανεισδοχής στο κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, η οικογενειακή εκπαίδευση, η παροχή συμβουλών, η υποστήριξη και οι συγγενείς ομάδες συνήθως αναφέρονται σε παρεμβάσεις που απευθύνονται αποκλειστικά σε μέλη της οικογένειας (με εξαίρεση τον ασθενή) και η κύρια εστίασή τους αφορά τις ανάγκες των μελών της οικογένειας. Από τις αρχές της δεκαετίας του '60 υπήρξε καλύτερη κατανόηση των επιδράσεων του οικογενειακού συναισθήματος στην πορεία της ασθένειας και των υποτροπών, με αποτέλεσμα την αυξημένη μελέτη της σημασίας των οικογενειών στη φροντίδα της σχιζοφρένειας τις τελευταίες τρεις δεκαετίες (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Σύμφωνα με μελέτες από το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας, την Εθνική Υπηρεσία Υγείας στην Αγγλία και την Ουαλία, καθώς και τα Schizophrenia Treatment and Research Programs Schizophrenia Patient Outcomes Research Team στις Ηνωμένες Πολιτείες, συνιστούν να ενσωματωθούν και άλλες ψυχολογικές, κοινωνικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στη θεραπεία, ενώ η συνεργασία με τις οικογένειες φαίνεται να είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για την

παροχή κοινοτικής παρέμβασης σε αυτούς τους ασθενείς (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Βέβαια, υπάρχουν πολλοί άλλοι λόγοι για την παροχή παρεμβάσεων σε οικογένειες ατόμων με σχιζοφρένεια. Πρώτον, οι μελέτες σχετικά με το εκφρασμένο συναίσθημα που αναφέρεται στις κρίσιμες ή συναισθηματικά συγκλονισμένες συμπεριφορές και συμπεριφορές που εμφανίζονται από τα μέλη της οικογένειας σε σχέση με τη σχιζοφρένεια, έφεραν στο φως ότι η οικογενειακή δυναμική και το συναισθηματικό κλίμα επηρεάζουν την επανεμφάνιση των θετικών συμπτωμάτων και συνεπώς την πορεία της ασθένειας. Παρόλο που ένα οικογενειακό περιβάλλον υποστήριξης και φροντίδας μπορεί να ενεργοποιηθεί μέσω της οικογενειακής εκπαίδευσης και των σχέσεων συνεργασίας στον προγραμματισμό και στην εφαρμογή της θεραπείας, η ενίσχυση των ικανοτήτων και της ικανότητας των οικογενειών να ανιχνεύουν και να ενημερώνουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τυχόν προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη υποτροπών. Επίσης, είναι σημαντική για να αποφευχθεί η συμβολή σε μεγάλες καθυστερήσεις στη θεραπεία και για να επιτευχθεί πρόωρη ανάκαμψη (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Δεύτερον, η στενή σχέση με έναν συγγενή με τη σχιζοφρένεια και η φροντίδα ενός τέτοιου ατόμου μπορεί να επιβαρύνει σημαντικά τα μέλη της οικογένειας. Η μείωση του βάρους του φροντιστή είναι ένας σημαντικός στόχος της οικογενειακής υποστήριξης και φροντίδας που με τη σειρά του μπορεί να βοηθήσει αυτούς τους φροντιστές να φροντίσουν καλύτερα τους αγαπημένους τους, διατηρώντας παράλληλα τη δική τους υγεία και ευεξία (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Τέλος, τα υψηλά επίπεδα εκφρασμένης συναισθηματικής συμπεριφοράς και το αντιληπτό βάρος σε μια οικογένεια μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στην ασθένεια ενός ασθενούς, αυξάνοντας την ευαισθησία τους στην υποτροπή. Η στενή σχέση και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια και των μελών της οικογένειάς τους δικαιολογούν τις παρεμβάσεις εφαρμογής για τη βελτίωση της ικανότητας των οικογενειών και των ασθενών να αντιμετωπίσουν τη διαχείριση της νόσου (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Οι πρόσφατες ανασκοπήσεις περισσότερων από 50 ελεγχόμενων δοκιμών (4.800 ασθενών) με διαφορετικούς τρόπους οικογενειακής παρέμβασης από το 1980 έως το 2010, όπως προγράμματα οικογενειακής συμπεριφοράς και ψυχοεκπαίδευσης, αποκαλύπτουν ότι η οικογενειακή παρέμβαση, ως συμπλήρωμα της θεραπείας των

αντιψυχωσικών μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη γνώση των μελών της οικογένειας σχετικά με την ασθένεια, να μειώσει την οικογενειακή επιβάρυνση και την υποτροπή των ασθενών έως 2 χρόνια και να βελτιώσει τη συμμόρφωση των ασθενών με φαρμακευτική αγωγή. Τόσο τα προγράμματα μονογονεϊκής οικογένειας όσο και / ή πολλαπλών οικογενειών, που διαρκούν από 3 μήνες έως 3 έτη και αποτελούνται από μια πληθώρα ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, συσχετίστηκαν με λιγότερες υποτροπές ασθενών και με επανεισηγγλίσσεις, με ποσοστά περίπου μισών ασθενών που έλαβαν ψυχιατρική περίθαλψη. Παρόλο που αυτές οι οικογένειες μπορεί να έχουν διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες υγείας σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας, έχουν αρκετές κοινές ανάγκες για ψυχοεκπαίδευση, συμπεριλαμβανομένης της κατανόησης της φύσης της ασθένειας, των τρόπων αντιμετώπισης των ψυχωτικών συμπτωμάτων, των μεθόδων χορήγησης φαρμάκων και της διαχείρισης ασθενειών, ψυχολογική στήριξη και πρακτική βοήθεια σε περιόδους κρίσης και μέσα για τη σύνδεση με κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

3.3 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση, η οποία προέρχεται από μοντέλα μείωσης και αντιμετώπισης του στρες και άλλες ψυχολογικές θεωρίες, όπως θεωρίες γνωσιακής συμπεριφοράς, κοινωνικής μάθησης και κρίσης, είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μοντέλο οικογενειακής παρέμβασης για άτομα με σχιζοφρένεια και στις δυτικές και στις ασιατικές χώρες. Καθώς αυτά τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης επικεντρώνονταν κυρίως στην ψυχική κατάσταση του ασθενούς, οι μελέτες έδιναν λίγη προσοχή στο βάρος της οικογένειας ή στις αντιλήψεις των μελών της οικογένειας για τα προβλήματα και τις ανάγκες τους. Οι ομάδες θεραπείας επιδιώκουν να καθιερώσουν μια συνεργατική σχέση με την οικογένεια για να μοιραστούν το βάρος της διαχείρισης της ασθένειας και να εργαστούν προς την αποκατάσταση των ασθενών (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Η συμπεριφορική διαχείριση της οικογένειας είναι μια άλλη συχνά χρησιμοποιούμενη προσέγγιση στην οικογενειακή παρέμβαση για τη σχιζοφρένεια. Αναπτύχθηκε από τους McFarlane et al (2003), στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το πρόγραμμα χρησιμοποιεί την οικογενειακή εκπαίδευση, την κατάρτιση στις

δεξιότητες επικοινωνίας και την πρακτική στην επίλυση προβλημάτων και έχει παραδοθεί επιτυχώς σε όλες τις χώρες στο πλαίσιο ομάδων πολλαπλών οικογενειών μέσω 10 συνεδριών κατά τη διάρκεια περιόδου 3 μηνών. Έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικό στη μείωση των συμπτωμάτων των ασθενών, στην προώθηση της ύφεσης, στην ενίσχυση της κοινωνικής λειτουργίας και στη μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης.

Άλλες προσεγγίσεις στην οικογενειακή παρέμβαση για την περίθαλψη της σχιζοφρένειας, περιλαμβάνουν επαγγελματική καθοδηγούμενη ή εκπαιδευτική ομάδα πολλαπλών οικογενειών και εκπαιδευτικών ομάδων (με στόχο την παροχή συνεχούς εκπαίδευσης, κατάρτισης δεξιοτήτων φροντίδας και υποστήριξης για αυτές τις οικογένειες), οικογενειακή βοήθεια ACT (παρέμβαση κρίσης και διαχείριση περιπτώσεων για άτομα με χρόνια ή σχιζοφρένεια ανθεκτική στη θεραπεία) και συμβουλευτική για την οικογένεια ή συμβουλευτική υποστήριξη (χρησιμοποιώντας μια εξατομικευμένη προσέγγιση υποστήριξης και κατάρτισης προσαρμογής για ένα μέλος της οικογένειας ή για ολόκληρη την οικογένεια) (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Οι περισσότερες μέθοδοι οικογενειακής εκπαίδευσης υιοθετούν μια προοπτική δυνατοτήτων, στην οποία οι οικογένειες ενθαρρύνονται και βοηθούνται στην ανάπτυξη της ικανότητας αντιμετώπισης του άγχους και αντιμετώπισης των διαταραχών και στη βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας και της ικανότητάς τους να προσαρμοστούν στην αντιμετώπιση της ασθένειας των συγγενών τους. Συγκρίνοντας τις επιδράσεις διαφορετικών μοντέλων οικογενειακής παρέμβασης σε αποτελέσματα ασθενών και οικογενειών, μελέτες έχουν αποδείξει με συνέπεια ότι η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση και / ή συμπεριφορικές προσεγγίσεις στην παρέμβαση που καλύπτουν τουλάχιστον 10 συνεδρίες κατά τη διάρκεια των 6 μηνών είναι πιο αποτελεσματικές και έχουν σχετικά μακρόχρονη επίδραση (δηλαδή, 2 έτη) όσον αφορά την πρόληψη υποτροπή από την ατομική ψυχοκοινωνική θεραπεία ή από το φάρμακο μόνο (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Ωστόσο, οι μέθοδοι ψυχοεκπαίδευσης και συμπεριφοράς στην παρέμβαση, όπως περιγράφουν οι ερευνητές σε προηγούμενες μελέτες, εξέφρασαν ποικιλία περιεχομένου, μορφής και τεχνικών. Τα κοινά στοιχεία σε πολλά από τα αποτελεσματικότερα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης στην οικογένεια περιλαμβάνουν την κοινωνική υποστήριξη, την εκπαίδευση για την ασθένεια και τη θεραπεία, την καθοδήγηση κατά τη διάρκεια μιας κρίσης και την κατάρτιση στην

επίλυση προβλημάτων. Όμως, λίγα είναι γνωστά για τα κύρια θεραπευτικά συστατικά της ψυχοεκπαίδευσης και άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που βασίζονται στην οικογένεια για τη σχιζοφρένεια. Με την καλύτερη κατανόηση αυτών των κρίσιμων θεραπευτικών στοιχείων στην παρέμβαση της οικογένειας, μπορεί να είναι δυνατή η ανάπτυξη ενός πιο συνεκτικού, αξιόπιστου και αποτελεσματικού προγράμματος οικογενειακής παρέμβασης για άτομα με σχιζοφρένεια. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της οικογενειακής παρέμβασης στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των μελών της οικογένειας, όπως η οικογενειακή λειτουργία, η ψυχολογική δυσχέρεια και το βάρος της περίθαλψης και της φροντίδας των ασθενών στο σπίτι, δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Επομένως, τα δεδομένα είναι λίγα και αμφιλεγόμενα (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Από την άλλη, οι ομάδες πολλαπλών οικογενειών μπορεί να έχουν πολύ υψηλά ποσοστά μη συμμόρφωσης ή θνησιμότητας, που απορρέουν από τους χρονικούς περιορισμούς των μελών του ομίλου για τις ομάδες που παρακολουθούν λόγω της εργασίας τους και της καθημερινής τους ζωής, καθώς και την ταλαιπωρία των χρόνων μεταφοράς και συνάντησης. Επιπλέον, ενδέχεται να μην είναι σε θέση να οργανώσουν εναλλακτική περίθαλψη για τον ασθενή όταν παρευρίσκονται στην ομάδα και η λειτουργία μιας οικογενειακής ομάδας απαιτεί έναν εξειδικευμένο και πεπειραμένο θεραπευτή για αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων και των ενοχλητικών συμπεριφορών των ασθενών (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

Κλείνοντας, μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση στην οικογενειακή παρέμβαση που αποτελείται από πολλαπλές συνιστώσες, όπως η φαρμακοθεραπεία, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες κλπ. επιτυγχάνουν μεγαλύτερη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης και της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας των ατόμων με σχιζοφρένεια, αυξάνοντας την ποιότητα ζωής στους φροντιστές της οικογένειάς τους (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ



4.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΠΑΡΟΧΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από πολύ παλιά, το νοσηλευτικό προσωπικό παρείχε φροντίδα υγείας. Ωστόσο, από τον 21ο αιώνα και μετά, έχουν παρατηρηθεί αλλαγές στη φροντίδα των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, από το 1900 έως το 1960 το επάγγελμα του νοσηλευτή ασκούσαν σχεδόν πάντα οι γυναίκες, στις οποίες έβλεπαν το άτομο που παρέχει προσωπική φροντίδα στον κάθε ασθενή και εκτελεί τις ιατρικές αποδείξεις. Τα τελευταία χρόνια, όμως, αυτός ο ρόλος εξάρτησης έχει μεταβληθεί και γι' αυτό το λόγο έχει συντελεστεί και η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών, η ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας και η αναγνώριση του επαγγέλματος του νοσηλευτή ως αυτόνομα και άρτια ενημερωμένου επαγγελματία (Lemone & Burke, 2006).

Στις μέρες μας, το επάγγελμα ασκείται και από άνδρες και γυναίκες. Ο νοσηλευτής, είναι ανεξάρτητος, αλλά ταυτόχρονα και συνεργατικός, καθώς έχει τη δυνατότητα να εκτιμά, να σχεδιάζει και να εφαρμόζει τη φροντίδα του ασθενούς βασιζόμενος στην επαγγελματική και εκπαιδευτική κατάρτιση και γνώση. Παράλληλα, όμως, ο νοσηλευτής συνεργάζεται και με τα υπόλοιπα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, δηλαδή τους γιατρούς προκειμένου να παρέχουν, να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν την παρεχόμενη φροντίδα (Lemone & Burke, 2006).

Αξίζει να δοθεί ιδιαίτερη μνεία στο γεγονός ότι η Νοσηλευτική δεν είναι μόνο επιστήμη αλλά αποτελεί και μία σπουδαία τέχνη. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν την κριτική τους ικανότητα, με σκοπό να παρέμβουν κατάλληλα και να καλύψουν όχι μόνο τις οργανικές ανάγκες ενός ασθενή, αλλά και τις ψυχοκοινωνικές, πολιτισμικές, πνευματικές, περιβαλλοντικές, τόσο του ιδίου όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Επομένως, αφού ο νοσηλευτής λαμβάνει υπόψη του όλες τις πλευρές της ασθένειας του ασθενούς, επιτυγχάνει μία ολιστική προσέγγιση. Η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα, *βασίζεται στη φιλοσοφία, ότι τα αλληλεπιδρώντα σύνολα είναι τα μεγαλύτερα από το άθροισμα των επιμέρους στοιχείων που τα απαρτίζουν* (Lemone

& Burke, 2006, σ. 5). Ουσιαστικά, η ολιστική προσέγγιση δίνει ιδιαίτερη σημασία στην μοναδικότητα της κάθε κλινικής περίπτωσης.

Για να γίνει εφικτή η παροχή πλήρης και εξατομικευμένης φροντίδας, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί την ικανότητα της κριτικής σκέψης, για να αναλύσει τα δεδομένα της εκάστοτε κλινικής περίπτωσης και να συνθέσει τις γνώσεις που προέρχονται από τις τέχνες, τις επιστήμες, τη νοσηλευτική έρευνα και τη θεωρία. Η έννοια της τέχνης προκύπτει από την μετατροπή της επιστήμης στην πράξη, δηλαδή στη νοσηλευτική φροντίδα. Η νοσηλευτική φροντίδα ουσιαστικά είναι το κομμάτι εκείνο που συνδέει τον νοσηλευτή με τον ασθενή και εκδηλώνεται με το ενδιαφέρον του για εκείνον. Επομένως, ο νοσηλευτής δεν είναι αυτός που παρέχει μόνο φροντίδα και είναι εκπαιδευμένος γι' αυτό με τα ανάλογα προσόντα, αλλά είναι και το άτομο που δείχνει συναισθηματική κατανόηση, νοιάζεται για τον ασθενή και την νόσο του, αλλά και για την ενίσχυση της ψυχικής του υγείας (Lemone & Burke, 2006).

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί έναν τρόπο σκέψης και δράσης βασισμένο στην επιστημονική μεθοδολογία, με σκοπό την επίλυση προβλημάτων. Η διεργασία αυτή, αποτελεί εργαλείο και μια οργανωμένη μέθοδο για τον προσδιορισμό των προβλημάτων για την επακόλουθη ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Αυτή, απαρτίζεται από πέντε βήματα, τα οποία αλληλοσυνδέονται και αλληλοεξαρτώνται. Πρόκειται για την εκτίμηση της κατάστασης, τη νοσηλευτική διάγνωση, τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση του αποτελέσματος. Τα βήματα αυτά, συνήθως έχουν κυκλική μορφή και είναι γενικώς αποδεκτά από τον Αμερικάνικο Σύνδεσμος Νοσηλευτών ως πρότυπα της νοσηλευτικής πρακτικής και αποτελούν εδραιωμένες θέσεις της νοσηλευτικής επιστήμης. Αυτά, χρησιμοποιούνται στις εξετάσεις για την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος (Dewit, 2001).

4.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΣΧΙΣΟΦΡΕΝΕΙΑ

- ✓ Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου.
- ✓ Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης.
- ✓ Επιβεβαίωση της ταυτότητας του.
- ✓ Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα.
- ✓ Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία, με σκοπό να καταλαβαίνει τον εαυτό του και τους άλλους, αλλά και να τον καταλαβαίνουν και αυτοί.
- ✓ Μείωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων που προέρχονται από το περιβάλλον του.
- ✓ Βοήθεια στη διαχείριση του άγχους.
- ✓ Προώθηση της προσαρμογής του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή.
- ✓ Βοήθεια στην τέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων.
- ✓ Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας (κοινωνικοποίηση).
- ✓ Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπο/υπερκινητικότητα).
- ✓ Ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς.
- ✓ Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειας.
- ✓ Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του.
- ✓ Διδασκαλία του ασθενή για το πώς να εντοπίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να αναγνωρίζει, να διαχειρίζεται και να προλαβαίνει τα συμπτώματα.
- ✓ Πληροφόρηση αναφορικά με τις διαθέσιμες συμβουλευτικές υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης.
- ✓ Την ανάγκη θρησκευτικής υποστήριξης η οποία μπορεί να αποβεί κοιτίδα δύναμης για τον άρρωστο.
- ✓ Παροχή πληροφοριών αναφορικά με τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και ενημέρωση του θεράποντα ιατρού για ενδεχόμενη τροποποίησή της.
- ✓ Δημιουργία υποστηρικτικής, κατευναστικής ατμόσφαιρας και αισθήματος εμπιστοσύνης που αποτελεί θεμέλιο για μια θεραπευτική σχέση (Ραγιά, 2009).

4.3 ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεδομένου ότι ο νοσηλευτής ανήκει στην θεραπευτική ομάδα των ασθενών με σχιζοφρένεια και μετέχει ενεργά στη φαρμακευτική θεραπεία, έχει χρέος να διαθέτει γνώσεις επάνω σε ζητήματα ψυχοφαρμακολογίας. Όπως αναπτύχθηκε στο κεφάλαιο 2.2.1., τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτελούν την κύρια μέθοδο αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας, τα οποία δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα στον μηχανισμό της ντοπαμίνης. Τα φάρμακα αυτά, αποτελούνται από διάφορες χημικές κατηγορίες και παρουσιάζουν διάφορες ανεπιθύμητες ενέργειες. Επομένως, η αντιμετώπιση ενός ασθενούς μέσω των φαρμάκων απαιτεί τη συνεργασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Ως εκ τούτου, προκύπτει το γεγονός ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να εμπλουτίζει συνεχώς τις γνώσεις του κατά το σχεδιασμό της φαρμακοθεραπείας του αρρώστου και θα πρέπει να μεριμνά, ώστε να λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες και να τις διακινεί σωστά, τόσο ως προς το χρόνο, όσο και ως προς την ακρίβεια μεταξύ του ψυχιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Ραγιά, 2009).

4.3.1 ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Για να είναι επιτυχής η φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει ο ασθενής να συμμετέχει ενεργά και να ενισχυθεί η υπευθυνότητά του για τη λήψη των φαρμάκων του. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της διδασκαλίας του. Βέβαια, η διδασκαλία μπορεί να καρποφορήσει μόνο έναν ο ασθενής έχει διαύγεια, δηλαδή είναι σε θέση να καταλαβαίνει τη διαδικασία. Επομένως, θα πρέπει να εκτιμηθεί όσο το δυνατόν η ψυχολογική, ψυχική και βιολογική του κατάσταση. Έπειτα, δημιουργείται ένα ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα εξατομικευμένο για την εκάστοτε Κλινική Περίπτωση ώστε να ενημερωθεί και το ίδιο το άτομο, αλλά και η οικογένειά του. Πρέπει η οικογένεια και το άτομο να λάβουν σοβαρά υπόψη πόσο σημαντική είναι η φαρμακευτική αγωγή και αν είναι σε θέση να αναλάβουν αυτό το έργο με υπευθυνότητα στο σπίτι. Ενδεικτικά, ο νοσηλευτής ενημερώνει :

- ✓ για τη δοσολογία και για το ποια φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται και το χρόνο χορήγησής τους, για την απαγόρευση διπλασιασμού της δόσης ή την αποφυγή λήψης φαρμάκου μετά το πέρας της ιατρικής οδηγίας,
- ✓ για την λήψη ενός φαρμάκου μόνο στην προγραμματισμένη ώρα,
- ✓ για το πότε πρέπει να επικοινωνήσουν με το γιατρό σχετικά με ενδείξεις παρενέργειας,
- ✓ για το μη συνδυασμό των φαρμάκων αυτών με άλλα εκτός ιατρικής οδηγίας, όπως ασπιρίνη, αντι-ισταμινικά, καθαρτικά (ανταγωνιστικά φάρμακα),
- ✓ για το ότι θα πρέπει να γίνονται τακτικές επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία,
- ✓ για το ότι απαγορεύεται τα φάρμακα αυτά να δοθούν σε κάποιον άλλο,
- ✓ για το ότι η οικογένεια έχει χρέος να χορηγήσει τα φάρμακα, όταν ο ασθενής δεν μπορεί να συμμορφωθεί με τη θεραπευτική μέθοδο,
- ✓ για τη σωστή διατροφή και άσκηση που πρέπει να κάνει ο ασθενής και το τι δεν πρέπει να κάνει (π.χ.αλκοόλ) κλπ. (Ραγιά, 2009).

Αξίζει να τους επισημανθεί επίσης:

- ✓ το πόσο σημαντικό είναι να μην παραλείπεται καμία δόση φαρμάκων,
- ✓ το πόσο βοηθητικό είναι να λαμβάνονται όλα τα φάρμακα που προβλέπονται
- ✓ οι πιθανές παρενέργειες που μπορεί να έχουν αυτά τα φάρμακα όπως η σιελόρροια, η σεξουαλική ανικανότητα κλπ.(Κουκιά & Γκόνης, 2010).

Για να γίνουν όλα αυτά εφικτά, θα πρέπει ο νοσηλευτής πριν τη φαρμακευτική αγωγή να λάβει το ιστορικό φαρμακοθεραπείας και τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να έχει ο ασθενής. Επίσης, να προχωρήσει σε συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του ασθενούς έτσι ώστε να μπορεί να δημιουργήσει μία στερεή βάση πάνω στην οποία θα μπορεί να παρατηρεί τις αλλαγές και να τις συγκρίνει. Επιπλέον, θα πρέπει να επιβάλλει τον ασθενή σε εργαστηριακές εξετάσεις, όπως για παράδειγμα εξετάσεις αίματος, ηπατικές εξετάσεις, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Ακόμη, θα πρέπει να μετρηθούν τα ζωτικά του σημεία, όπως για παράδειγμα η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία, οι αναπνοές και οι σφίξεις. Είναι επίσης σημαντικό, ο νοσηλευτής να αποκομίσει πληροφορίες, οι οποίες αφορούν το φαγητό, τις ώρες ύπνου, τη λειτουργία του εντέρου, την κατάσταση του δέρματος και το βάρος του ασθενούς, το επίπεδο δραστηριότητας, την πιθανή λήψη φαρμάκων ή την πιθανότητα εγκυμοσύνης για τις γυναίκες που έχουν σχιζοφρένεια και το ιστορικό επιληπτικών κρίσεων (Ραγιά, 2009).

Παράλληλα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προχωρήσει στη διατύπωση του πρωτοκόλλου με τη συνεργασία όμως και του ψυχιάτρου, στο οποίο αναφέρονται και οι εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης φαρμάκου, δηλαδή είτε σε ενέσιμη μορφή είτε από στόματος, την επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων -ανάλογα με την θετική απόδοση και συνεργατικότητα του ασθενούς. Το πρωτόκολλο αυτό, θα περιλαμβάνει και οδηγίες για την έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση που ο ασθενής ξεσπάσει σε κάποια κρίση, πληροφορίες του ατόμου για τα χορηγηθέντα φάρμακα, ανάλογα βέβαια το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται, διότι διαφορετική αντιμετώπιση χρειάζεται ένας αρνητικός και καχύποπτος ασθενής και άλλη ένας ασθενής ο οποίος έχει διαύγεια και είναι θετικός (Ραγιά, 2009).

4.3.2 ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί τις παρατηρούμενες ψυχολογικές και οργανικές αλλαγές του ασθενή με βάση τα φάρμακα που του έχουν χορηγηθεί. Επίσης, θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά για τις όψιμες αντιδράσεις π.χ. ηπατικές, αιματολογικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα π.χ. χάλαση συνειρμών, καχυποψία, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις. Τέλος θα πρέπει να εφαρμόζεται η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα και η συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς (Ραγιά, 2009).

4.3.3 ΕΥΘΥΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΛΗΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Όταν η φαρμακευτική αγωγή λάβει τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίσει διατυπωμένα κριτήρια για τη λήξη της φαρμακευτικής θεραπείας και συνάμα θα πρέπει να δημιουργήσει ένα πρόγραμμα σταδιακής διακοπής των φαρμάκων με μικρά διαστήματα που να μη γίνεται χρήση φαρμάκων ή με τη χορήγηση φαρμάκων με τη μορφή συντήρησης. Ακόμη, θα πρέπει να επαναξιολογηθεί ο ασθενής μέσω εργαστηριακών εξετάσεων και να παρακολουθείται. Επιπρόσθετα, πρέπει να γίνεται προετοιμασία του περιβάλλοντος και του ασθενούς για πιθανότητα υποτροπής και θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία με τον άρρωστο για το είδος της παρέμβασης που πρέπει να γίνει για να προληφθεί η

εισαγωγή του στο νοσοκομείο και να αποτραπεί. Τέλος, είναι σημαντικό να δομηθεί ένα σύστημα με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή (Ραγιά, 2009).

4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

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 απαραίτητο ο νοσηλευτής να απευθυνθεί στην οικογένεια και σε σημαντικούς ανθρώπους, καθώς και σε κλινικά αρχεία όταν υπάρχουν. Αρχικά πρέπει να γίνει μια διανοητική εξέταση, προσδιορίζοντας την παρούσα συμπτωματολογία, όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αποδιοργάνωση και αρνητική συμπτωματολογία. Προκειμένου να διεξαχθεί μια κατάλληλη αξιολόγηση, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις χαρακτηριστικές συμπεριφορές αυτής της διαταραχής.

Σύμφωνα με την Dewit (2009), οι τυπικές διαγνώσεις των νοσηλευτών για τις διαταραχές της σκέψης είναι οι ακόλουθες και περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Διαταραγμένες διεργασίες σκέψης –παραισθήσεις- σχετιζόμενες με το επίπεδο πανικού ή άγχους:** Ο ασθενής διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες ψευδαισθήσεις ή παρερμηνεύει την πραγματικότητα για τον εαυτό του ή το περιβάλλον. Συνήθως, ο ασθενής αυτής της κατάστασης παρερμηνεύει τα πράγματα που συμβαίνουν γύρω του και αντιδρά είτε υποτονικά είτε υπερβολικά, παραποιώντας τα γεγονότα. Ο λόγος εμφάνισης μιας τέτοιας κατάστασης, έγκειται στο υψηλό επίπεδο άγχους ή πανικού, στη διαταραχή της σκέψης και του προσανατολισμού, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση που συνήθως σχετίζεται με απόσυρση στον εαυτό, τις περιορισμένες δεξιότητες κοινωνικοποίησης. Ο ασθενής της κατάστασης αυτής συνήθως μιλάει ή γελάει με τον εαυτό του, αδυνατεί να συγκεντρώσει την προσοχή του,

εμφανίζει απότομες συναισθηματικές αλλαγές και αδυνατεί να λάβει απλές αποφάσεις (για παράδειγμα ο ασθενής κατηγορεί τους άλλους ότι είναι πράκτορες μυστικών υπηρεσιών). Συνήθως αυτό παρατηρείται λίγο πριν την έξοδο το νοσοκομείο.

Σκοπός παρέμβασης: Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής θα μπορεί να μιλήσει για πέντε λεπτά χωρίς να συζητάει για τις ψευδαισθήσεις. Ακόμη, επιδιώκεται, όταν πάρει το εξιτήριο από το νοσοκομείο, να είναι σε θέση να διακρίνει το πραγματικό από το μη πραγματικό, να μην ακούει ή να μη δίνει σημασία στις εσωτερικές φωνές, να μπορεί να βελτιωθεί η λειτουργία της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του, να επιδιώκει τη σύναψη συζητήσεων με το προσωπικό φροντίδας, όταν πιστεύει ότι το άγχος αυξάνεται ή οι ψευδαισθήσεις τον ενοχλούν και να αναφέρει ρεαλιστικά σχέδια.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Παροχή ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος στον ασθενή σε οξεία κατάσταση σύγχυσης. Ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί τα θέματα των ψευδαισθήσεων και τους λόγους που εντείνουν την άνοδο των επιπέδων άγχους και στρες. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής οφείλει να αποδείξει στους ασθενείς ότι δέχονται ότι ο ασθενής έχει αυτή την πεποίθηση, αν και δεν μοιράζονται την πίστη. Είναι σημαντικό να μην συζητά ή να απορρίπτει τις πεποιθήσεις του ασθενούς, ώστε να μην διακινδυνεύσει την εμπιστοσύνη. Ως λογική θεραπευτική τεχνική πρέπει επομένως να χρησιμοποιηθεί η λογική αμφιβολία. Για παράδειγμα, θα ήταν βοηθητικό ο νοσηλευτής να εκφραστεί ως: «καταλαβαίνω ότι πιστεύετε ότι αυτό είναι αλήθεια, αλλά δεν σκέφτομαι το ίδιο». Δηλαδή θα ήταν βοηθητικό να απεικονίσει την αλήθεια όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος. Θα πρέπει επίσης να ενισχύσει την πραγματικότητα και να μιλήσει για πράγματα και ανθρώπους που είναι πραγματικοί.

- **Έλλειμμα αυτοφροντίδας, μπάνιο, ένδυση, σίτιση σχετιζόμενο με τη γνωσιακή διαταραχή:** Σε αυτή την κατάσταση ο ασθενής αποσύρεται στον εαυτό του, παρατηρείται παλινδρόμηση σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης ή έκπτωση της αντιληπτικής και γνωστικής του λειτουργίας. Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση και είναι απεριποίητος.

Σκοπός παρέμβασης: Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι ο ασθενής να είναι σε θέση να περιποιηθεί τον εαυτό του σε μία εβδομάδα και συνάμα να μπορεί να ντύνεται με κατάλληλο τρόπο και να διατηρεί την υγιεινή του πριν βγει από το νοσοκομείο.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Ο νοσηλευτής πρέπει 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 έχει δηλητηριαστεί. Έτσι, μπορεί να χρειαστεί να επιβεβαιωθεί εάν ο ασθενής έχει πάρει το φάρμακο. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής πρέπει να ενθαρρύνει το άτομο να κάνει όλες τις απαραίτητες καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. πλύσιμο προσώπου, χεριών κλπ.) – ανάλογα το επίπεδό του. Θα πρέπει επίσης, να δίνει στον ασθενή τα ρούχα που πρέπει να φορά. Όταν ο ασθενής αδυνατεί να ολοκληρώσει την καθημερινή του δραστηριότητα, τότε ο νοσηλευτής οφείλει να παρέμβει βοηθητικά. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να παρέχεται θετική ενίσχυση. Τέλος, ο νοσηλευτής είναι καλό να βοηθά τον σχιζοφρενή ασθενή του για τη δημιουργία ενός σχεδίου αυτό-φροντίδας, εάν αυτό κρίνεται σημαντικό.

➤ **Διαταραγμένη αισθητηριακή αντίληψη –ψευδαισθήσεις- σχετική με τη βιοχημική ανισορροπία:** Στην κατάσταση αυτή ο ασθενής εμφανίζει παραισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, αποσύρεται στον εαυτό του και θεωρεί και αντιλαμβάνεται ότι το περιβάλλον είναι απειλητικό για εκείνον. Συγκεκριμένα, η σκέψη αποδιοργανώνεται και σταμάτα και δεν ανταποκρίνεται καθόλου στην πραγματικότητα. Ο ασθενής ακούει φωνές. Οι λόγοι συνήθως εμφάνισης μιας τέτοιας κατάστασης είναι και πάλι το υψηλό επίπεδο άγχους και πανικού, ψυχολογικές συγκρούσεις, η αποδιοργάνωση των ορίων της προσωπικής οντότητας του αρρώστου ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους και στο περιβάλλον. Συνήθως, ο ασθενής εκδηλώνει παραληρητικές ιδέες σχετικές (μεγαλείου, δίωξης)χάλασμα συνειρμών, εμμονές, ανικανότητα λήψης αποφάσεων ή επίλυσης προβλημάτων, διαταραχή της λογικής σκέψης, ακατάλληλη κοινωνική προσαρμογή και συμπεριφορά και διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με απωθημένους φόβους, ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.

Σκοπός παρέμβασης: Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι ο ασθενής να διαθέτει λιγότερο χρόνο για να παρακολουθεί τις ψευδαισθήσεις του,

δηλαδή να περνά λιγότερο χρόνο μιλώντας στον εαυτό του ή ακούγοντας αυτές τις φωνές πριν από την έξοδο στο νοσοκομείο. Θα πρέπει να αναγνωρίζει ο ίδιος τις αλλαγές στη σκέψη και στη συμπεριφορά του και να διακρίνει τις ιδέες που είναι παραληρητικές από αυτές που είναι πραγματικές. Σκοπός επίσης είναι να αντιμετωπίζει τις ψευδαισθήσεις αυτές ,να διατηρεί τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα και να συνάπτει διαπροσωπικές σχέσεις. Εν γένει είναι η προαγωγή της ασφάλειας, της άνεσης του ασθενούς προς την πραγματικότητα.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι πιο συχνές, οπότε ο νοσηλευτής πρέπει να παρατηρεί ορισμένα σημάδια στη συμπεριφορά του ασθενή, όπως η λήψη μιας στάσης ακρόασης, το μη γοητευτικό γέλιο, η ομιλία στον εαυτό του, η, έλλειψη προσοχής και η απόσπαση. Υπό την παρουσία αυτών των ενδείξεων, ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει να αγγίζει τον ασθενή χωρίς προειδοποίηση, καθώς η αφή μπορεί να θεωρηθεί ως απειλή. Αντίθετα, πρέπει να εμφανίζει μια στάση αποδοχής για να βοηθήσει 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 («Σκότωσε τους άλλους»). Ο ασθενής θα πρέπει να βοηθηθεί για να αναγνωρίζει τα συναισθήματα που είναι παρόντα κατά την εκδήλωση των ψευδαισθήσεων.

Η ψευδαίσθηση δεν πρέπει να ενισχυθεί και η λέξη "φωνές" θα πρέπει να χρησιμοποιείται για να την αναφέρει. Είναι επίσης σημαντικό ο ασθενής να εκπαιδευτεί και να συνειδητοποιήσει ότι ο νοσηλευτής δεν μοιράζεται την αντίληψη λέγοντας: "Ξέρω ότι οι φωνές για σας είναι πραγματικές, αλλά δεν ακούω οποιεσδήποτε φωνές." Είναι σημαντικό ότι ο ασθενής καταλαβαίνει ότι οι φωνές είναι εξωπραγματικό και αποτελούν μέρος της ασθένειας και οι τεχνικές αποσπάσματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να κατευθύνουν τον ασθενή προς την πραγματικότητα. Η ακρόαση 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. Τέλος, ενδείκνυται ο νοσηλευτής να χορηγεί αντιψυχωτικά φάρμακα και να παρακολουθεί τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.

➤ **Κίνδυνος για εμφάνιση βίας προς τους άλλους ή τον εαυτό σχετιζόμενη με τις ψευδαισθήσεις:** Σε αυτή την κατάσταση, ο ασθενής συνήθως δεν έχει δημιουργήσει σχέση εμπιστοσύνης με το προσωπικό ή με τους άλλους με αποτέλεσμα να έχει υψηλά επίπεδα άγχους, πανικού και λόγω των ψευδαισθήσεων- εντολών να αντιλαμβάνεται ότι το περιβάλλον είναι απειλητικό για εκείνον και μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στη συγκεκριμένη κατάσταση είναι το γεγονός ότι το άτομο δεν διαθέτει προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης διαφόρων προβλημάτων, διακατέχεται συνεχώς από το αίσθημα της απειλής, της καχυποψίας, της δυσπιστίας στα πρόσωπα και στις καταστάσεις που το περιβάλλουν, αδυνατεί να ερμηνεύσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του ή δεν εκδηλώνει το θυμό με τον αποδεκτό τρόπο για το περιβάλλον. Ως εκ τούτου, σαν αμυντικό μηχανισμό το άτομο προβάλλει συνήθως κατηγορίες ή εχθρική συμπεριφορά, επιρρίπτει ευθύνες στους άλλους, εμφανίζει υπερευαισθησία στην οποιαδήποτε κριτική που δέχεται, έχει εχθρικό γέλιο ή και κοροϊδία, παρεμποδίζει πολλές φορές τη θεραπεία και εκδηλώνει παραλήρημα δίωξης.

Σκοπός παρέμβασης: Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι ο ασθενής να φτάσει στο επίπεδο να μην προκαλεί βλάβη στον εαυτό του ή στους άλλους, αλλά να χρησιμοποιεί αποδεκτούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του, με κριτήριο τη λογική. Επίσης, να εκτονώνει τα επίπεδα άγχους και ενέργειας μέσω της σωματικής άσκησης ή μέσα από διάφορες ομαδικές δραστηριότητες και να μπορεί να επικοινωνεί χωρίς να χρησιμοποιεί διάφορες εκφράσεις υβριστικές, απειλές ή σωματική επίθεση στους άλλους.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Ο νοσηλευτής σε μία τέτοια κατάσταση ασθενούς θα πρέπει συνεχώς να αξιολογεί τις δυσκολίες του ασθενή να επικοινωνεί και να διατηρεί τις κοινωνικές επαφές με τους άλλους ανθρώπους, καθώς και να αποδεχθεί το πλαίσιο θεραπείας που έχει επιλεγεί για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να μεριμνά καθημερινά για τη διατήρηση της ήρεμης συμπεριφοράς του ασθενούς, χωρίς να τον απειλεί ή να ασκεί κριτική, ώστε να εδραιώσει κλίμα εμπιστοσύνης αλλά και να λειτουργήσει προληπτικά στην ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του ασθενή και να ενθαρρύνει ουσιαστικά την

προσαρμοστική προσπάθεια. Παράλληλα, θα πρέπει να αποφεύγεται κάθε μορφή επίθεσης και πρόκλησης στο παραλήρημα του ασθενούς, καθώς μία τέτοια συμπεριφορά μπορεί να αποξενώσει τον ασθενή, να μειώσει την εμπιστοσύνη του και να του αφήσει περιθώρια καλλιέργειας της δικαιολογίας της υπεράσπισης του εαυτού του. Ουσιαστικά και την υποστήριξη του παραληρήματος του για να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του.

Καλό θα ήταν το άτομο να απασχολείται σε σύντομες επικοινωνίες, να αποφεύγονται οι ψίθυροι ή το γέλιο και να πληροφορείται για τυχόν αλλαγές στο ημερήσιο πρόγραμμα. Η τακτική αυτή μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην δημιουργία της εμπιστοσύνης στο θεραπευτικό κομμάτι έτσι ώστε να ελαττωθεί η καχυποψία του ασθενούς και η υιοθέτηση αμυντικών συμπεριφορών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποφεύγει να αγγίζει τον ασθενή με τα χέρια με φιλική διάθεση, όταν εκείνος βρίσκεται σε κατάσταση άγχους, παράνοιας ή δεν μπορεί εν κατακλείδι να επικοινωνήσει με την πραγματικότητα. Μία τέτοια χειρονομία θα μπορούσε να παρερμηνευθεί και να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις και επιθετικότητα των ασθενών. Τέλος, ο νοσηλευτής οφείλει να αποφεύγει τις επιπλήξεις ή τις απειλές χρησιμοποιώντας δύναμη και βία, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση όπου προσβάλει και βρίζει τους γύρω του, διότι μπορεί να αντιδράσει για να προστατεύσει το «ΕΓΩ» του μέσω της επιθετικής συμπεριφοράς.

➤ **Διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία σχετιζόμενη με τη γνωσιακή διαταραχή:** Σε αυτή την κατάσταση, ο ασθενής αδυνατεί να εκφραστεί λεκτικά και να επικοινωνήσει με το περιβάλλον γύρω του κατά τρόπο αποδεκτό στην κοινωνία. Οι λόγοι που συνήθως οδηγούν σε αυτή την παλινδρόμηση συνήθως οφείλονται στη διαταραχή της σκέψης (αυτισμός, παραληρητικές ιδέες), στην ανικανότητα διάκρισης του εαυτού του από τους άλλους ή τα αντικείμενα, στα υψηλά επίπεδα άγχους, πανικού στην κοινωνική απόσυρση από το περιβάλλον και την πραγματικότητα. Ως αποτέλεσμα αυτής της διαταραχής είναι η ανέφικτη λογική ομιλία, οι ασύνδετες λεκτικές εκφράσεις, όπως νεολοξίες, σαλάτα λέξεων λόγω χάλασης συνειρμών, φτώχεια λόγου, αλαλία κλπ.

Σκοπός παρέμβασης: Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι ο ασθενής να δείχνει ότι καταλαβαίνει τα προβλήματα επικοινωνίας του και να

χρησιμοποιεί κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους για να εκφράζεται λεκτικά και να ξεκινήσει να υιοθετεί στρατηγικές για τη μείωση του άγχους του.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί συνεχώς τον τύπο και τον βαθμό της διαταραχής της επικοινωνίας του ασθενή ως προς τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και κατά πόσο αυτή επηρεάζει την ικανότητα του αρρώστου να επικοινωνεί με το προσωπικό και να συμμετέχει στη θεραπεία του. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκφράζει στον ασθενή ότι αντιλαμβάνεται τις δυσκολίες που έχει στην επικοινωνία, ώστε να κατανοείται ότι υπάρχει συμπάθεια και να του εμπνεύσει εμπιστοσύνη για να συγκεντρωθεί στην προσπάθεια να επικοινωνήσει με κατανοητό τρόπο. Είναι σημαντικό, ο ασθενής να είναι σε θέση να χρησιμοποιεί και άλλους μορφές έκφρασης πέραν της λεκτικής επικοινωνίας, όπως ζωγραφική, τραγούδι, γλώσσα του σώματος και γράψιμο.

Παράλληλα, θα ήταν εξίσου βοηθητικό να διδαχθεί ο ασθενής ώστε να ζητά βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό όποτε αισθάνεται ότι διαταράσσεται η λεκτική επικοινωνία, με σκοπό την επικοινωνία δηλαδή με υπαρκτά πρόσωπα, να απασχολείται σε δραστηριότητες, έτσι ώστε να διακόπτονται οι εξωπραγματικές παράλογες σκέψεις και να αντικαθίστανται με άλλες που βασίζονται στην πραγματικότητα. Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να προσπαθεί στη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος, όχι απειλητικού ή στρεσογόνου, διότι μέσα σε ένα τέτοιο κλίμα ο ασθενής μπορεί να είναι ελεύθερος να εκφραστεί, χωρίς φόβους κριτικής ή απειλών, για να μπορέσει να σταθεί σε ένα στερεό έδαφος να δοκιμάσει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα και τους φόβους του και να επαληθεύσει ότι η άλλοι τον καταλαβαίνουν.

- **Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση σχετιζόμενη με την έλλειψη εμπιστοσύνης:** Στην κατάσταση αυτή ο ασθενής δεν διαθέτει εμπιστοσύνη προς τους άλλους και γενικά εμφανίζεται παλινδρόμηση σε πρώιμο επίπεδο λειτουργικότητας, η οποία έχει ως συνέπεια την παρατεταμένη παραμονή του ανθρώπου στο νοσοκομείο, παραληρητικές ιδέες ή παρελθούσες εμπειρίες δυσχέρειας στην αλληλεπίδραση με τους άλλους. Γι' αυτό το λόγο, ο ασθενής έχει περίεργη συμπεριφορά και δεν θέλει να συναναστρέφεται με άλλους ασθενείς ή το προσωπικό. Συνήθως, οι λόγοι εμφάνισης είναι οι διαταραγμένες διεργασίες της σκέψης. Ακόμη, ο ασθενής, έχει προβληματική

σχέση με τους άλλους και εμφανίζει βία και εχθρική συμπεριφορά, κοινωνική απόσυρση, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα με ηρεμία αλλά με θυμό, γενικότερα επιθυμεί να παραμένει σιωπηλό, έχει αμβλύ συναίσθημα, ακατάλληλα ή ανώριμα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες.

Σκοπός παρέμβασης: Όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στη δημιουργία μιας σχέσης ενσυναίσθησης και εμπιστοσύνης με τον ασθενή, προκαλώντας τον ασθενή να αρχίσει να είναι συνεργάσιμος και υπεύθυνος για την ασθένειά, ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν νέες στρατηγικές παρέμβασης. Επίσης, επιδιώκεται το άτομο να συμμετέχει και να επικοινωνεί καλύτερα για τις βασικές του ανάγκες, να εκφράζεται λεκτικά όταν επιθυμεί να κοινωνικοποιηθεί ή συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, ή όταν θέλει να εκφράσει τα συναισθήματά του (χαρά, ευχαρίστηση) κλπ.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Ο νοσηλευτής οφείλει να αξιολογήσει το βαθμό στον οποίο ο άρρωστος εσκεμμένα απομονώνεται, με σκοπό να οργανώσει στρατηγικές διακοπής αυτής της απομόνωσης. Επιπλέον, θα πρέπει να διαθέτει συγκεκριμένες ώρες ημερησίως - και πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας- έτσι ώστε να έρχεται σε επαφή με το άτομο και να επικοινωνούν, όχι με ιδιαίτερες όμως απαιτήσεις. Επίσης, είναι αναγκαίο να καθορίζει τα ενδιαφέροντα του ασθενούς. Ακόμη, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει το πρότυπο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και του διαλόγου και να το προωθήσει τον ασθενή, ενώ θα πρέπει να βοηθά και τον ίδιο να ξεχωρίζει τη διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας του να μείνει κανείς λίγο μόνος του στον ιδιωτικό του χώρο. Ως πρότυπο, ο νοσηλευτής μπορεί να επιτύχει κάτι τέτοιο μέσα από συμπεριφορές σε ατομικές ή ομαδικές επικοινωνίες με την ήρεμη και αξιοπρεπή στάση του, το μετρικό τόνο φωνής του, την κατάλληλη απόστασή από το συνομιλητή, την εναλλαγή ρόλων ομιλίας και ακρόασης. Αυτό, βοηθά τον ασθενή να αντιληφθεί τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης και να αναγνωρίσει και να θελήσει ο ίδιος να καλλιεργήσει αυτές τις δεξιότητες.

Επιπρόσθετα, είναι απαραίτητο να υπάρχει συνέπεια στην τήρηση όλων των προγραμματισμένων ωρών επικοινωνίας του νοσηλευτή με τον σχιζοφρενή ασθενή του, καθώς αυτή ενισχύει την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα κοινωνικότητας του. Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργεί ευκαιρίες

για κοινωνικοποίηση του ασθενούς και να παρέχονται άδειες εξόδου του ασθενή, ώστε να πάει στην αγορά, σε κέντρα φροντίδας ημέρας, σε μουσεία, με σκοπό να αυξηθούν οι εμπειρίες επικοινωνίας έξω από το νοσηλευτικό τμήμα για τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης.

➤ **Μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική φροντίδα:** Σε αυτή την κατάσταση ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με την φαρμακευτική αγωγή, δεν λαμβάνει τα φάρμακά του, πιστεύει ακόμη πως οι άλλοι θέλουν να τον δηλητηριάσουν.

Σκοπός παρέμβασης: Είναι να αναγνωρίζει τις 3 μεθόδους που βοηθούν στη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Δεδομένου ότι τα άτομα σε αυτή την κατάσταση ή άτομα που έχουν τάση για απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να κρύβουν τα φάρμακα ή να μη τα καταπίνουν, θα πρέπει ο νοσηλευτής να ελέγχει τη στοματική κοιλότητα για να δει εάν ο ασθενής έχει καταπιεί τα φάρμακά του. Επιπλέον, είναι σημαντικό να ελέγχονται μέρη που μπορεί ο ασθενής να φυλάσσει τα χάπια του, όπως κάτω από το μαξιλάρι κλπ. Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να διδάξει στον ασθενή την φαρμακευτική αγωγή του (βλ. 4.3.1- 4.3.3).

(Pinho, Pereira, Chaves, 2017·Hogan, 2012·Dewit, 2009, Ραγιά, 2009).

4.5 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ

Παράδειγμα νοσηλευτικής διεργασίας

Κλινική Περίπτωση Α

Ο Jay είναι ένας άνδρας 29 ετών, ο οποίος διαγνώστηκε με σχιζοφρένεια πριν από 8 χρόνια. Ο άνδρας μεταφέρθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών χθες το βράδυ, αφού είχε καταστρέψει το τροχόσπιτο σπίτι στο οποίο διέμενε. Ο ίδιος δηλώνει ότι υπήρχαν δαίμονες στους τοίχους. Βρίσκεται σε σύγχυση, είναι απεριποίητος και απρόθυμος να έρθει σε επαφή με το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. Φαίνεται ότι ακούει φωνές και λέει το εξής: «Είμαι ο Χριστός που θα σας σώσει. Ακούστε τους δαίμονες. Εσείς όλοι είστε δαίμονες, οι εαυτοί σας είναι δαίμονες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
• Λήψη ιστορικού • Διάγνωση σχιζοφρένειας. • Παραληρητικές ιδέες(ύπαρξη δαιμόνων). • Σύγχυση. • Αδιαφορία για την σωματική του υγιεινή. • Ακουστικές ψευδαισθήσεις. • Απροθυμία για συνεργασία.	• Διατήρηση σωματικής ακεραιότητας τόσο του ίδιου όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού. • Απόκτηση κλίματος εμπιστοσύνης • Ο ασθενής να είναι ικανός να μιλήσει για πέντε λεπτά χωρίς συζήτηση των ψευδαισθήσεων. • Ο ασθενής να είναι ικανός να διακρίνει την πραγματικότητα πριν την έξοδο από το νοσοκομείο. • Θετική ανταπόκριση στην χορήγηση των φαρμάκων. • Καθοδήγηση και ενεργή συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπεία του.	• Αξιολόγηση των θεμάτων των ψευδαισθήσεων. • Αξιολόγηση των καταστάσεων που προκαλούν ανησυχία και στρες. • Παρακολούθηση αντίδρασης των αντιψυχωσικών φαρμάκων. • Παρότρυνση για καθημερινή ενασχόληση με την υγιεινή του. • Αξιολόγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος.	• Απεικόνιση της πραγματικότητας, όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής. • Αποφυγή διαφωνίας σχετικά με τις ψευδαισθήσεις του ασθενούς. • Επανακατεύθυνση της συζήτησης σε πραγματικά πρόσωπα και γεγονότα. • Χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες. • Καθημερινή επαφή για την επίτευξη οικειότητας και εμπιστοσύνης . • Συζήτηση παρουσίας όλων των μελών της οικογένειας για την διαχείρισή του και την έκβαση της πορείας του. • Εκπαίδευση .	• Έχει την πεποίθηση ότι καταδιώκεται από δαίμονες. • Είναι πολύ αγχωμένος και με ενεργητικές ψευδαισθήσεις. • Η αξιολόγηση για σχετικά ερεθίσματα συνεχίζεται. • Ο ασθενής κάνει συνεχείς αναφορές σε δαίμονες, παρουσιάζεται καχύποπτος και φοβισμένους. • Βεβαιώθηκε ότι νοσοκομείο είναι ασφαλές μέρος, αλλά συνεχίζει να είναι φοβισμένος. • Περιστασιακά ο ασθενής φαίνεται να αναγνωρίζει συγκεκριμένα μέλη του προσωπικού, αλλά γενικά είναι κατακλυσμένος από παραληρηματικές ιδέες. • Συνεχίζει ακλόνητος τις απόψεις του για τους δαίμονες. • Αποκρίνεται όταν λέμε

				το όνομα του. • Παρόλα αυτά συνεχίζει να εκφράζει την πεποίθηση του ότι είναι ο Χριστός. • Συμφωνεί να λάβει ρισπεριδόνη εάν χορηγηθεί από συγκεκριμένους νοσηλευτές. • Οι αναμενόμενοι στόχοι δεν επιτεύχθηκαν το σχέδιο συνεχίζεται.
--	--	--	--	---

Κλινική περίπτωση Β

Γυναίκα ετών 27 με σχιζοφρένεια. Εισήχθη στο νοσοκομείο έπειτα από παρότρυνση της οικογένειάς της, διότι παρουσιάζει αποχή από τις καθημερινές δραστηριότητες, κοινωνική απομόνωση, έλλειψη αυτοφροντίδας και βρισκόταν σε σύγχυση . Επιπλέον, αρνείται να πάει στον χώρο εργασίας της.

ΑΞΙΟΛΟΓΗ ΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚ ΌΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ- ΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
---	---------------------------	--	---	-------------------------------

• Λήψη ιστορικού ,από τον ασθενή και την οικογένεια. • Παρουσιάζει κοινωνική απομόνωση. • Έλλειψη αυτό-φροντίδας . • Βρίσκεται σε σύγχυση. • Αποχή και άρνηση για εργασία .	• Ο ασθενής θα είναι σε θέση να πραγματοποιεί μόνος του την υγιεινή του. • Θα μπορεί να ντύνεται. • κατάλληλα και να πραγματοποιεί την υγιεινή του χωρίς βοήθεια από το νοσηλευτικό ,οικογενειακό περιβάλλον. • Να επικοινωνεί καθημερινά με το νοσηλευτικό και εξειδικευμένο. ιατρικά προσωπικό. • Σχεδιασμός πλάνου αυτοφροντίδας σε ημερήσια βάση. • Εκπαίδευση της οικογένειας .	• Εξασφάλιση οικειότητας και εμπιστοσύνης. • Ανάπτυξη επικοινωνιακού δεσμού. • Περιορισμός διάθεσης επιπλέον ρούχων ,που αποφέρουν σύγχυση. • Παρότρυνση για την ολοκλήρωση της ενδυμασίας του ακόμα και αν η προσπάθειά του είναι μικρή. • Επιβράβευση στην ολοκλήρωση στόχων. • Δημιουργία πίνακα καθημερινών στόχων. • Συζήτηση με την οικογένεια για την αναγνώριση των στόχων που επιδιώκονται χρονικά μεχρι την επανένταξή του στην καθημερινότητα.	• Καθημερινή συζήτηση και καταγραφή των φόβο. του και των ανησυχιών του. • Ορισμός μικρών στόχων κάθε φορά. • Βοήθεια όταν ο ασθενής δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει τον στόχο του. • Ορισμός πλάνου με καθημερινές υποχρεώσεις. • Επικοινωνία με ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. • Αναγνώριση της πραγματοποίησης των στόχων του και επιβράβευση.	• Αδυναμία ολοκλήρωσης μπάνιου. • Αντίθετα ,σύντομη ολοκλήρωση καθημερινών Καθηκόντων(πλύσιμο προσώπου). • Καθημερινή αλλαγή του ρουχισμού. • Αντίσταση τόσο λεκτική όσο και σωματική στην ανακοίνωση του ντους (βοήθεια από συγγενικό πρόσωπο). • Επιτυχής βοήθεια της οικογένειας. • Οι αναμενόμενοι στόχοι δεν πραγματοποιήθηκαν.
---	---	---	--	--

(Dewit, 2009).

4.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Ο νοσηλευτής ύστερα από τις ενέργειές του αξιολογεί αν:

- ⊙ Ο ασθενής αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα άγχους και υιοθετεί τις κατάλληλες στρατηγικές για να ελαττώσει την ανησυχία του.
- ⊙ Ο ασθενής εφαρμόζει τα κατάλληλα για την αυτό-φροντίδα του.
- ⊙ Ο ασθενής συμμορφώνεται με το διαμορφωμένο πρόγραμμα σχετικά με τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- ⊙ Ο ασθενής επικοινωνεί λεκτικά δίχως να εμφανίζει δείγματα χαλαρών συνειρμών.
- ⊙ Ο ασθενής έχει ενεργό συμμετοχή στο σχεδιασμό του θεραπευτικού του προγράμματος.
- ⊙ Ο ασθενής ξεχωρίζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του που είναι απόρροια του εσωτερικού του κόσμου από αυτά που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον.
- ⊙ Ο ασθενής εμφανίζει ελαττωμένο ή ελεγχόμενο βαθμό παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων.
- ⊙ Ο ασθενής έχει βελτιώσει την κοινωνική του αλληλεπίδραση και φέρεται αποδεκτά στα υπόλοιπα άτομα και μειώνει την κοινωνική απόσυρσή του.
- ⊙ Ο ασθενής εκφράζει συναισθήματα που είναι αρμοστά στην εκάστοτε περίπτωση.
- ⊙ Ο ασθενής έχει μειωμένη καχυποψία, αρνητικότητα και θυμό. Έχει αναπτύξει εμπιστοσύνη προς τους άλλους.
- ⊙ Ο ασθενής διαβλέπει τα θετικά στοιχεία του εαυτού του.
- ⊙ Ο ασθενής συμμετέχει σε θεραπευτικό πλάνο και συμφωνεί να ακολουθήσει την θεραπεία του.

- Ο ασθενής και το οικογενειακό περιβάλλον χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για την ασθένεια, το θεραπευτικό πρόγραμμα, τα συμπτώματα και την διαχείριση των κρίσιμων φάσεων σε μια συνεχιζόμενη διαδικασία.
- Τα μέλη της οικογένειας είναι ικανά να περιγράφουν και να αναγνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματα της ασθένειας.
- Τα μέλη της οικογένειας προτείνουν πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης.
- Τα μέλη της οικογένειας περιγράφουν τη φαρμακευτική αγωγή του πάσχοντος
- Τα μέλη της οικογένειας περιγράφουν με ποιο τρόπο και πότε είναι αναγκαίο να απευθυνθούν στις υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας (Dewit, 2009,Hogan, 2012).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία ψυχική νόσο με ιστορία ετών, η οποία προσβάλλει άτομα νεαρής ηλικίας και ενήλικες και προκαλεί επιπτώσεις τόσο στα ίδια όσο και στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. Δεδομένου των σοβαρών προβλημάτων που επιφέρει στους ασθενείς, η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στις πλέον σοβαρές και επικίνδυνες ασθένειες. Πιο συγκεκριμένα, αποδιοργανώνει την προσωπικότητα του ατόμου και το εμποδίζει να δρα λειτουργικά και με σωστή συμπεριφορά μέσα στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον, κάνοντάς το πολλές φορές να υποφέρει.

Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον γύρω από την προστασία και τη φροντίδα των ατόμων αυτών γίνεται φανερό μέσω της κυριαρχίας της κοινωνικής ψυχιατρικής για τη βελτίωση της νόσου. Πιο ειδικά, στις μέρες μας γίνονται ενέργειας έτσι ώστε να παρέχεται τόσο στο ίδιο το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια όσο και στην οικογένειά του εκτός από τη νοσοκομειακή περίθαλψη και περίθαλψη στο ίδιο το περιβάλλον του ασθενούς. Μέσα από διάφορες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους πέραν της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται προσπάθεια για την πρόληψη και τη βελτίωσης της νόσου. Γι' αυτό το λόγο, στις μέρες μας, λειτουργούν αρκετά τοπικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας με θεραπευτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα.

Όπως είναι εύλογα κατανοητό, η οικονομική κρίση που έπληξε και αφήνει υπολείμματα στη χώρα μας, δημιουργεί προβλήματα στην ψυχική υγεία, καθώς η χρηματοδότηση από τις δημόσιες μονάδες παροχής υγείας έχει περιορισμούς. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα άτομα αυτά αν και υποφέρουν από το κοινωνικό στίγμα, υπάρχουν ευρήματα που αποδεικνύουν ότι μέσω της παροχής ψυχοθεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής κατάφεραν να βελτιώσουν αρκετά τις συνθήκες διαβίωσης τους και να κάνουν σημαντικά βήματα στην επικοινωνία τους και μάλιστα, σε μερικές περιπτώσεις, κατάφεραν να είναι και πολύ λειτουργικά στην έκφραση, στην αλληλεπίδραση, στον αυτό-έλεγχο της συμπεριφοράς, στην ανεξαρτησία.

Βέβαια, κρίνεται πλέον ερευνητικά και πρακτικά απαραίτητη η συνδρομή της οικογένειας στην αντιμετώπιση της νόσου. Μέχρι πρότινος το οικογενειακό περιβάλλον αντιμετώπιζε πάρα πολλά προβλήματα στη διαβίωση με σχιζοφρενή

μέλη, καθώς τα υπόλοιπα μέλη αδυνατούσαν να κατανοήσουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές των ανθρώπων αυτών. Με τη διδασκαλία όμως της οικογένειας, την παροχή πληροφοριών, έχει γίνει ένα άλμα στην αντιμετώπιση της νόσου. Τα μέλη της οικογένειας είναι σημαντικό να στέκονται αρωγοί δίπλα στα άτομα αυτά σε συνεργασία με το κατάλληλο ειδικό ιατρικό, ψυχιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Με τη σωστή φροντίδα και προσέγγιση οι σχιζοφρενείς μπορούν να γίνουν αποδεκτοί από την κοινωνία και να νιώσουν αγάπη. Για να γίνουν όμως τα άτομα αυτά αποδεκτά και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον θα πρέπει να τελείται συστηματική πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινωνίας για τις ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, έτσι ώστε οι υγιείς πολίτες να μελετήσουν τη φύση της νόσου και να κατανοήσουν τη συμπεριφορά των ατόμων αυτών και να τα αποδεχτούν και όχι να τα περιθωριοποιούν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abel, K., Drake, R., Goldstein, J. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 417–428
- Allen, F. (1990). *Autour du Palais Somptueux. Contribution à l'étude du mot «schizophrénie»*. University of Paris-VII, Thesis de DEA.
- Andreasen, C. (2000). *Psychopathologie et diagnostic de la schizophrénie: evolution du concept*, In *Les Troubles Schizophrenies*, De Boeck: Paris-Brussels.
- Andreasen, C. (1997). The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future, *Schizophrenia research*, 28, 106-109.
- Andreasen, C. (1979). Thought, language and communication disorders. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1315-1330.
- Βαρβόγλη, Α. (2000), *Ερευνώντας τους λαβύρινθους του εγκεφάλου*, εκδόσεις Αθήνα: Καστανιώτη.
- Βαρτζόπουλος, Γ. , Διαλλινά, Μ., Μαλαγάρης, Εμ., Πλουμπίδης, Δ., Τζαβάρας, Ν. (2002). *Σχιζοφρένεια. Φαινομενολογική Και Ψυχαναλυτική Προσέγγιση*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Benson, K., Zarcone, V. (2005). Schizophrenia. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 113, 1327-1336. DOI: <https://doi.org/10.1016/B0-72-160797-7/50120-8>.
- Bercherie, P. (2004). *Histoire et structure du savoir psychiatrique, Les fondements de la clinique*, Paris : L' Harmattan.

- Berrios, G., Luque, R., Villagrán, J. (2003). Schizophrenia: a conceptual history. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 111-140.
- Brown, E. (2010). *Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία* (ομάδα εκδόσεων), Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
- Chien, W., Leung, S., Yeung, F., Wong, W. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9, 1463–1481.
- Cockerhan, C. (2000). *Sociology of Mental Disorder*, London: Prentice Hall.
- Γιαννοπούλου, Χρ. (2007). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα: εκδόσεις: «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α.
- Γκιωνάκης, Ν., Στυλιανίδης, Σ., (2001). *Οδηγός Ψυχικής Υγείας – από την προκατάληψη στην συμβίωση*, 18, 66-72.
- Crow, J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia. More than one dimension of Pathology? *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Dammann, G. (2004). Differential diagnosis between borderline personality disorder and schizophrenic illness in adolescents with psychotic symptoms. In: Bürgin D, & Meng H, editors. *Childhood and adolescent psychosis*. Basel: Karger, 94-108.
- Dewit, S. (2009). *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική: έννοιες και πρακτικές*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- Dewit, S. (2001). *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Fayers, P., Machin, D. (2000). *Quality of life- Assessment, Analysis and Interpretation*. England: John Wiley and Sons.
- Garrabé, J. (2003). *La schizophrénie, Un siècle pour comprendre, Les empêcheurs de penser en rond*, Paris : Le Seuil.
- Gottesman, I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. Washington: APA.
- Haslam, J. (1810). *Illustrations of Madness*. London: G. Hayden.
- Heward, L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μία εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. Α. Δαβάζογλου & Κ. Κόκκινος (επιμ.), (Χ. Λυμπεροπούλου, μεταφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1980).
- Hogan, M. (2012). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, ανασκοπήσεις & αιτιολογήσεις*, Αθήνα: εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Jackson, H. (1889). On postepileptic states: A contribution to the comparative study of insanities, *Journal of Mental Sciences*, 34, 490-500.
- Κανδύλης, Δ., Καπρίνης, Στ., Καπρίνης, Γ. (2006). *Σχιζοφρένεια: Τι πρέπει να γνωρίζει η οικογένεια και ο οικογενειακός ιατρός*. Λάρισα: Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας- Περίθαλψης- Αποκατάστασης.
- Kaplan, V., Sadock, B. (2007). *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (Synopsis of psychiatry)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Κούκια, Ε., Γκόνης, Ν. (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας, σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9 (3), 334.
- Lanteri-Laura, G., Gros, M. (1982). *Historique de la schizophrénie*, Encycl, Méd, Chir., Paris, Psychiatrie : 37281 C10.
- Lemon, P., Burke, K. (2006). *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική: κριτική σκέψη και φροντίδα του ασθενούς*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Μαδιανός, Μ. (2006). *Κλινική Ψυχιατρική*, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 186-224.
- Μαδιανός, Μ. (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις: Καστανιώτη.
- Μαντωνάκης, Ι., Καρακατσάνης, Ν., Σπηλιώτη, Ε., Καρανικολή, Ε., Στεντούμης, Χ., Στεφανής, Κ. (1999), *Το νοσοκομείο ημέρας*, Αθήνα: Κ.Ψ.Υ.
- McFarlane, W., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature, *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 223–245.
- McGrath, J. (2005). Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology– the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 4–11.
- Nestler, J., & Hyman, E. (2010). Animal models of neuropsychiatric disorders. *Nat Neurosci*, 13, 1161-1169.
- McFarlane, WR., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J. Marital Fam Ther.*, 29(2):223–245.
- Multani, K., Hodge, R., & Este'vez, T., Abel H., Kung, M., Alter, B., Brookshire, I., Lucki, H., Nall, K., Talbot, A., Doyle, W., Lohoff A. (2012) . VMAT1 deletion

- causes neuronal loss in the hippocampus and neurocognitive deficits in spatial discrimination. *Neuroscience*, 29, 32-44.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), 239- 253.
- Παπαγεωργίου, Ε. (2004). Ψυχιατρική, Αθήνα: εκδόσεις Παρισιανού.
- Παπαδημητρίου, Γ., Λιάππας, Ι., Λύκουρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.
- Pinho L., Pereira A., Chaves C. (2017). Nursing interventions in schizophrenia: the importance of therapeutic relationship. *Nurse Care Open Acces*, 3(6), 331-333. DOI: [10.15406/ncoaj.2017.03.00090](https://doi.org/10.15406/ncoaj.2017.03.00090) .
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.*, 12, CD000088.
- Ραγιά, Α. (2009). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.
- Rajiv, T., Wolfgang, G., Deanna, M., Juan, B., Raquel, E. Gur, G. (2013). *Definition and description of schizophrenia in the DSM-5*, Schizophrenia Research.
- Reynolds, R. (1858). On the pathology of convulsions, with special reference to those of children, *Liverpool Medical Chir, Journal*; 2: 1-14.
- Sadock, B, Sadock, V. (2007). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Σολδάτος, Κ, Λύκουρας, Λ. (2007). *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.

Smerud, E., Rosenfarb, S. (2011). The therapeutic alliance and familypsychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study, *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1, 85-91.

Σταμούλη, Σ. (2010). Η κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια: διάγνωση, επιδημιολογία, προδιαθεσικοί παράγοντες. *Psychiatriki*, 21 (1), 68-75.

Townsend, M. (2011). *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing : Care Plans and Psychotropic Medications*. Oklahoma : F.A. Davis Company.

Uno, Y., & Coyle, J. (2019). Glutamate hypothesis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73, 204–215.

Van de Leemput, J., Hessx, J., Glattx, S., Tsuang, M. (2016). Genetics of Schizophrenia: Historical Insights and Prevailing Evidence. *Advances in Genetics*, 96, 99-141.

Φερεντίνος, Π., Κονταξάκης, Β. (2003). *Θεραπεία στη Σχιζοφρένεια*, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα: εκδ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ.

Χριστοδούλου, Γ. (2012). *Ψυχιατρική(I)*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Χριστοδούλου, Γ. (2006). *Ψυχιατρική(II)*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Αρχή φόρμας

ΠΗΓΕΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Ανωγειανάκης,Γ., Καραγιαννίδου, Μ., Παπαλιάγκας, Β. (2019). *Σχιζοφρένεια*.

Interreg. Ανακτήθηκε

από:

<http://www.experimentalphysiology.gr/UserFiles/Research/psyYgeia/Sxizofrenia.pdf>.

Βάθης, Α. (2019). Σχιζοφρένεια. Ανακτήθηκε από:
<https://www.therapia.gr/psychiatry/sxizofreneia-psyxosi/> .

Healthpharma. (2019). *Αντιβιοτικά και μικροβιακή αντοχή κοστίζουν 1,83 δις. ευρώ στην Ελλάδα*. Διαθέσιμο στο: <https://www.healthpharma.gr/prevention/antiviotika-kai-mikroviaki-antochi-kostizoyn-1-8-dis-eyro-stin-ellada/> .

Moria, A. (2019). *Identifying Schizophrenia in Children*. Retrieved from:
<https://www.verywellmind.com/identifying-schizophrenia-in-children-4155780> .

Stoika, M. (2019). *Vector - Splitpersonality. The conflict of consciousness. Schizophrenia is a vector illustration*. Retrieved from:
https://www.123rf.com/photo_91804492_stock-vector-splitpersonality-the-conflict-of-consciousness-schizophrenia-is-a-vector-illustration-.html .

Τσώλη, Θ. (2019). *Η ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά απειλεί την παγκόσμια υγεία. Το Βήμα*. Διαθέσιμο στο: <https://www.tovima.gr/2012/03/16/science/i-anthektikotita-sta-antibiotika-apeilei-tin-pagkosmia-ygeia/> .

Χ.Σ. (2019). *Κάπως έτσι είναι η σχιζοφρένεια (ΦΩΤΟ)*.
<https://www.paraskhnio.gr/kapos-etsi-einai-i-sxizofreneia-foto/> .