

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ”

“SCHIZOPHRENIE”



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΙΧΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ : 2015

Ο ΧΟΡΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Η ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΖΕΙ ΤΗΝ ΨΥΧΗ ΑΠ' ΤΟ ΜΥΑΛΟ ΠΡΟΣΒΑΛΛΕΤΑΙ
ΠΟΙΚΙΛΟΤΡΟΠΩΣ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ -

ΚΑΠΟΙΟΙ ΧΑΝΟΥΝ ΟΛΟ ΤΟ ΜΥΑΛΟ ΚΑΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΨΥΧΗ:

ΤΡΕΛΟΙ.

ΚΑΠΟΙΟΙ ΧΑΝΟΥΝ ΟΛΗ ΤΗΝ ΨΥΧΗ ΚΑΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΜΥΑΛΟ:

ΔΙΑΝΟΟΥΜΕΝΟΙ.

ΚΑΠΟΙΟΙ ΤΑ ΧΑΝΟΥΝ ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΚΑΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ:

ΑΠΟΔΕΚΤΟΙ.

ΤΣΑΡΑΣ ΜΠΟΥΚΟΦΣΚΙ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	σελ.3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.5
ABSTRACT	σελ.7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1Ο ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	σελ.12
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	σελ.14
1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ	σελ.16
1.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ- ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	σελ.18
1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	σελ.19
1.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	σελ.24
1.7 ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	σελ.25
1.8 ΤΑ ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	σελ.26
1.8.1 ΤΑ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	σελ.28
1.9 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	σελ.28
1.9.1 ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	σελ.29
1.9.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMILL KRAEPELIN	σελ.32
1.9.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EUGEN BLEULER.....	σελ.33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ2 Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	
2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	σελ.36
2.2. ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	σελ.36
2.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	σελ.38
2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	σελ.40
2.5 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	σελ.41
2.6 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	
3.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.44
3.2 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ	σελ.47
3.3 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ Η ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ	σελ.48

3.4 ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....σελ.49	σελ.49
3.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΜΕΛΟΣ.....σελ.49	σελ.49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	
4.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΑΝ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	σελ. 51
4.2 ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	σελ.52
4.3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.53
4.3.2 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	σελ.54
4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	σελ.58
4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	σελ.60
4.5.1 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	σελ.61
4.6 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	σελ.68
4.6.1 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	σελ.68
4.6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ.....	σελ.68
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	σελ.73
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.75
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.77
ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.79
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ.....	σελ.80

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος σχιζοφρένεια χρησιμοποιείται στην Ιατρική επιστήμη για να περιγράψει μια άκρως σύνθετη και δυσνόητη κατάσταση, η οποία είναι χρόνια και αναπηρική, και είναι αποδεδειγμένα από τις πιο σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η νόσος μπορεί να είναι μια ενιαία διαταραχή, μπορεί όμως να είναι και ένα μεγάλο σύνολο διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Επειδή λοιπόν είναι μια σύνθετη και ευρεία διαταραχή υπάρχουν λίγες γενικεύσεις που μπορούν να γίνουν για όσους πάσχουν από αυτή.

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή και το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι αυτός που νοσεί χάνει την επαφή με τη πραγματικότητα ή αδυνατεί να αναγνωρίσει το πραγματικό από τις ψευδαισθήσεις. Η νόσος προκαλεί τη λανθασμένη αντίληψη των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και επηρεάζει τις σκέψεις του ίδιου του πάσχοντος, με αποτέλεσμα τα συμπεράσματά του για την εξωτερική πραγματικότητα και για τους άλλους ανθρώπους να είναι εσφαλμένα. Η σχιζοφρένεια θεωρείται σήμερα ως ένα από τα σοβαρότερα ψυχικά νοσήματα.

Ο όρος «σχιζοφρένεια» πρωτο χρησιμοποιήθηκε στις αρχές του 20ου αιώνα, εντούτοις, η διαταραχή είναι γνωστή εδώ και πολλούς αιώνες σε όλους τους τύπους της κοινωνίας. Στη δύση η «τρέλα» δεν θεωρούταν ιατρικό πρόβλημα μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα. Ύστερα, δημιουργήθηκε μια τάση «προστασίας», «φροντίδας» για τους ψυχικά ασθενείς και έτσι δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την παροχή, σ' αυτούς, πιο επιστημονικής-ιατρικής φροντίδας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, οι πάσχοντες από ψυχικά προβλήματα ελευθερώθηκαν από τα δεσμά και αφέθηκαν από τις φυλακές όπου κρατούνταν, ενώ ταυτόχρονα τους παρεσχέθη πιο ειδική φροντίδα.

Αργότερα, πολλές άλλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών αναγνωρίστηκαν. Στις αρχές του 20ου αιώνα η σχιζοφρένεια διαχωρίστηκε από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και διακριθεί σε διάφορες υποκατηγορίες. Το 1911 ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «η ομάδα των σχιζοφρενειών». Δημιουργήθηκαν πολλές διαφωνίες ανάμεσα στους επιστήμονες για να προσδιορίσουνε το ποιες ακριβώς καταστάσεις πρέπει να συμπεριλάβει η ομάδα αυτή των διαταραχών. Την εποχή αυτή, ο όρος καθιερώθηκε και έκτοτε χρησιμοποιείται ως σήμερα.

Όταν σε ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα τότε εκτιμάται ότι ο παθών έχει οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος «Ψυχωτικός» δηλώνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν δύναται να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές

εμπειρίες του. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο, άλλοι πάρα πολλά. Παρόλα αυτά, οι άνθρωποι αυτοί κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέλθουν ποτέ πλήρως και γι αυτό απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με αντιψυχωτικά φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Δυστυχώς, υπάρχουν μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια, οι οποίοι είναι δυνατόν να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων.

Η κύρια θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα, όμως συχνά λειτουργεί θετικά η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη. Υπάρχουν κοινοτικές υπηρεσίες υποστήριξης που ασχολούνται με τέτοιους ασθενείς και τους βοηθούν πολύ ψυχολογικά και πνευματικά. Και η ίδια η οικογένεια παίζει σπουδαίο ρόλο για την γαλήνη και την ψυχική αρμονία του ασθενή, με την σωστή καθοδήγηση και εκπαίδευση.

ABSTRACT

The term schizophrenia is used in Medical Science to describe a highly complex and tricky situation, which is chronic and disabling, and is proven by the most severe psychiatric disorders. The disease may be a single disorder, but may be a large set of disorders with diverse etiologies. Therefore, because it is a complex and broad disorder, there are few generalizations can be made for those who suffer from it.

Schizophrenia is a mental disorder, and the main characteristic is that the person who is sick, loses touch with reality or is unable to recognize the real things from illusions. The disease causes the mistaken perception of environmental stimuli and affect the thoughts of the patient's own. As a result, his conclusions on the external reality or for other people, be incorrect. Schizophrenia is now considered as one of the most serious mental illnesses.

The term "schizophrenia" first used in the early 20th century, however, the disorder has been known for many centuries in all types of society. In the West the "madness" is not considered a medical problem until the early 19th century. Then created a trend "protection", "care" for the mentally ill and thus created the conditions for providing them more scientific, medical care. Under these conditions, people with mental problems were freed from the shackles and left the prisons where they were held, while simultaneously the most special care was provided.

Later, several other categories of mental disorders recognized. In the early 20th century schizophrenia was separated from schizoaffective disorder and divided into various subcategories. In 1911 the Swiss psychiatrist Eugen Bleuler first used the term 'the group of schizophrenia. " They created a lot of controversy among scientists to identify exactly which situations should include this group of disorders. At that time, the term was introduced and has since been used to date.

When in a person is severely psychotic symptoms appear, it is estimated that the victim has acute schizophrenia. The term "psychotic" indicates that the individual has lost touch with reality, or that he or she can not distinguish the real from unreal experiences. Some people show only once such a psychotic episode, others too much. Nevertheless these people manage to live on a good level during the interval. Other individuals with chronic (ongoing or relapsing) schizophrenia may never recover fully, and therefore requires long term therapy, usually with antipsychotic medications to control their symptoms. Unfortunately, there are some patients with chronic schizophrenia, who may never be again able to live without the assistance or care of other people.

The primary treatment for schizophrenia is antipsychotic medication, but often works positive psychological and social support. There are community services dealing with such patients and help a lot psychologically and spiritually. And the family itself plays an important role in the peace and harmony of the mental patient, with the right guidance and education.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι η κατάσταση της υγείας, κατά την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του και μπορεί να αντεπεξέρχεται στο άγχος που προκύπτει από την καθημερινότητα, ώστε να είναι παραγωγικό και να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο. (WHO, 2011)

Η ψυχική υγεία δεν είναι σίγουρη σε όλους, και αυτό συμβαίνει επειδή υπάρχει ένα ποσοστό ανθρώπων που εμφανίζει διαταραχές (7 % του συνολικού πληθυσμού). Οι διαταραχές αυτές συνήθως οφείλονται σε επιπλοκές ή άλλα αίτια κατά την κύηση (προγεννητικούς) ή κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου μπορεί να υπάρξει ένας λόγος που θα προκαλέσει την εκδήλωση της ενδεχόμενης προδιάθεσής τους (επίκτητη).

Ψυχωσικές είναι οι διαταραχές εκείνες που προσβάλλουν πιο πολύ το γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με επίσημες στατιστικές μελέτες. Οι διαταραχές στις οποίες γίνεται αναφορά είναι εκείνες που όταν κάποιος πάσχει από αυτές εμφανίζει ψυχωτικά συμπτώματα. Όσον αφορά την ψύχωση, δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός, που να ασπάζεται όλους τους κλινικούς. Ωστόσο, οι περισσότεροι ορισμοί συμφωνούν πως η ψύχωση μπορεί να ορισθεί ως η διαστρέβλωση της πραγματικότητας συνοδευόμενη από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, κατακερματισμό των συνειρμών και διαταραχή του λόγου. Με αποτέλεσμα να μη μπορεί αυτός που πάσχει να αναγνωρίσει την πραγματικότητα και να χάσει την αίσθηση των ορίων ανάμεσα στο τι προέρχεται από το μυαλό και τι από τον εξωτερικό κόσμο. (Sadock 2007)

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

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται την ψυχική διαταραχή της «σχιζοφρένειας». Πρόκειται για ένα θέμα, το οποίο ξεφεύγει από τα συνήθη θέματα (π.χ. καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις κλπ.) και κεντρίζει απόλυτα το ενδιαφέρον, καθώς είναι συνδεδεμένο με την νεολαία, με τις ανθρώπινες σχέσεις, με επιστημονικό ενδιαφέρον για πάνω από 100 χρόνια. Η σχιζοφρένεια, όπως αναλύεται στην παρούσα πτυχιακή, είναι μια ψυχική νόσος και χαρακτηρίζεται από την πολύπλοκη φύση της, η οποία φαίνεται πως επηρεάζει πολλά διαφορετικά εγκεφαλικά κέντρα (Μάνος, 1997).

Η παρούσα εργασία, η οποία αποτελείται από πέντε κεφάλαια, έχει σκοπό να μας παρουσιάσει όλες τις πτυχές της νόσου, να προβληματίσει, να ενημερώσει, και να κάνει συνείδηση το γεγονός ότι μόνο με την ενεργή και υπεύθυνη συμμετοχή όλων μας μπορεί να επιτευχθεί η

αναβάθμιση της ποιότητας ζωής, συμβάλλοντας στη δημιουργία μιας κοινωνίας ενεργών πολιτών, στη δημιουργία μιας υγιούς κοινωνίας. Για την συγγραφή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε τόσο ελληνική όσο και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, δικτυογραφία και αρθρογραφία.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή εμφάνισης του όρου σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια νόσος που εμφανίζεται τώρα, αντίθετα, είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Στη συνέχεια του κεφαλαίου αυτού δίνεται ο ορισμός του όρου «σχιζοφρένεια» και η ετυμολογική ανάλυσή του, ενώ ακολουθούν και οι ορισμοί για το τι είναι ψυχική υγεία, ψυχική ασθένεια και παρουσιάζονται οι ψυχικές παθήσεις. Προχωρώντας, το πρώτο κεφάλαιο εστιάζει στα βασικότερα στοιχεία της νόσου (κάποια γενικότερα στοιχεία, αιτιοπαθογενετικά στοιχεία, συμπτώματα, υποκατηγορίες της νόσου, τα κριτήρια που χρησιμεύουν ως διαγνωστικό μέσο).

Το δεύτερο κεφάλαιο της πτυχιακής ασχολείται με την θεραπεία της νόσου, πώς ξεκινά η θεραπευτική αντιμετώπισή της, ποιους τρόπους θεραπείας έχουμε, τα προβλήματα από την χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Οι θεραπευτικές μέθοδοι θεραπείας είναι τα ψυχοφάρμακα, το ηλεκτροσόκ, η λοβεκτομή, η ψυχοθεραπεία, η ινσουλινοθεραπεία, η ψυχολογική κινητοποίηση και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Το κεφάλαιο κλείνει με την εκτεταμένη ανάλυση των αντιψυχωτικών φαρμάκων, την ψυχοεκπαίδευση και την ψυχοθεραπεία. Όπως θα αναλυθεί, η ψυχοεκπαίδευση αποσκοπεί στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενή και κατ'επέκταση στη διατήρηση των ισορροπιών. Η ψυχο-εκπαίδευση τείνει να έχει κλινικό χαρακτήρα και παρέχεται από επαγγελματίες υγείας, όπως και η θεραπεία διαφόρων προσεγγίσεων

Το τρίτο κεφάλαιο στοχεύει να αναδείξει το ρόλο της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία. Η συμβολή της οικογένειας στον ασθενή είναι μεγάλη γιατί βοηθά να μην υποτροπιάζει αυτός που νοσεί. Περεταίρω σκοπός λοιπόν της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει και την ενεργό εμπλοκή της οικογένειας, σε όλη την πορεία της νόσου, κυρίως λόγω της μακροχρόνιας αλληλεπίδρασης και φροντίδας των ασθενών μελών. Η οικογένεια για να επιτύχει τους στόχους της, που είναι η ευεξία όλων των μελών, εκπαιδεύεται σωστά. Η εκπαίδευση της οικογένειας βοηθά τα μέλη να είναι πιο «αποτελεσματικά» στις παρεμβάσεις για τον ψυχικά ασθενή-μέλος τους. Καλύτερα αποτελέσματα παρατηρούνται όταν γίνεται ομαδικά, γιατί έτσι προάγεται η ανταλλαγή απόψεων και η αμοιβαία ενίσχυση.

Η εκπαίδευση οικογενειών στην κοινότητα παρέχεται από άλλες εκπαιδευμένες οικογένειες και είναι βραχείας διάρκειας. Η παρέμβαση και θεραπεία στην οικογένεια εστιάζεται στην αναγνώριση των δυσκολιών και στο νόημα της νόσου, αλλά και στην αξιοποίηση στρατηγικών, οι οποίες με τη σειρά τους θα συμβάλλουν στη βελτίωση της ενδοοικογενειακής λειτουργίας και στη

λείανση των αρνητικών συναισθημάτων και συγκρούσεων. Η βελτίωση αυτών των πτυχών σηματοδοτεί τη μείωση των αρνητικών σχέσεων (κριτικά σχόλια, εχθρικότητα) και συμβάλλει στην μείωση της έντασης της κατάθλιψης. Η εργασία με τις οικογένειες προσφέρει σημαντική βοήθεια στην ανάκαμψη του ασθενή. Κλείνοντας, στο κεφάλαιο τρία προβάλλονται και αρκετά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, όπως ο στιγματισμός του από την κοινωνία.

Το κεφάλαιο τέσσερα ασχολείται με τη νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενή, δηλαδή παρουσιάζεται ο τρόπος φροντίδας των ατόμων με σχιζοφρένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό. Γίνεται αναφορά στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των νοσηλευτικών ενεργειών. Η εργασία ολοκληρώνεται με το κεφάλαιο πέντε, το οποίο είναι ο επίλογος και οδηγεί σε κάποια συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

Η σχιζοφρένεια, είναι μια ψυχική διαταραχή που ανήκει στις ψυχώσεις, η οποία εμφανίζεται κυρίως σε εφήβους και νεαρούς ενηλίκους αποδιοργανώνοντας ριζικά την προσωπικότητα τους. (Sadock, B 2007) Η λέξη σχιζοφρένεια (Schizophrenie) ετυμολογικά σημαίνει το «διχασμό των φρένων του μυαλού» και προέρχεται από δύο λέξεις με ελληνική ρίζα: "σχίζειν" που σημαίνει διαχωρισμός και "φρένα" που σημαίνει μυαλό. Όπως αναλύεται και στη συνέχεια, η λέξη επινοήθηκε από τον Eugen Bleuler το 1911, όταν ανασκεύασε πρώιμες σπουδαίες παρατηρήσεις του και χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο.

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια ενιαία νόσος, αλλά ένα «μπουκέτο» παθήσεων, γενετικά διαφορετικές, η κάθε μία με το δικό της «προφίλ» συμπτωμάτων, σύμφωνα με μια νέα αμερικανική επιστημονική έρευνα. (Χωρίς συγγραφέα, <http://www.e-saloniki.gr/el/top-menu/ygeia/h-sxizofreneia-ofeiletai-se-oxtw-diaforetikes-pathhseis-pou-droun-parallhla.html>).

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

Οι περιγραφές σχιζοφρενικών συμπεριφορών ξεκινούν πάλι τον 18ο αιώνα, στις οποίες δίνονται διάφορα ονόματα. Το 1856 ο Morel στη Γαλλία δίνει στις καταστάσεις αυτές το όνομα Dementia Praecox (πρώιμη άνοια). Το 1868 ο Kahlbaum περιγράφει την «κατατονία» και το 1870 ο Hecker την «ηβηφρένεια». Το 1898 ο Kraepelin σε μια ιστορική εργασία του για την Dementia Praecox προσθέτει σ' αυτήν όλες τις προηγούμενες περιγραφείσες με διάφορα ονόματα, κλινικές μορφές. Ως κοινό παθογνωμονικό σημείο όλων αυτών, των φαινομενικά τόσο διαφορετικών κλινικών εικόνων, θεωρεί την έλλειψη της δομής της προσωπικότητας, η οποία εμφανίζεται κυρίως σε νεαρά άτομα, χωρίς να υπάρχει κάποιος ουσιαστικός εξωγενής παράγοντας και στην οποία κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος. Αν και ο ίδιος ο Kraepelin θεωρεί ότι τουλάχιστον ένα 13% των ασθενών εμφανίζει αυτόματη ίαση χωρίς κάποια μόνιμη διαταραχή της προσωπικότητάς του, διατηρεί τον όρο «πρώιμη άνοια» για τις περιπτώσεις αυτές. (Garrabé, 2003).

Το 1911 ο Bleuler στο βιβλίο του (πρώιμη άνοια ή η ομάδα των σχιζοφρενιών) για να παρακάμψει τις «ασάφειες» του όρου «πρώιμος άνοια», τις οποίες είχε διαπιστώσει συγγράφοντας το σχετικό κεφάλαιο στην ψυχιατρική του Aschaffenburg, χρησιμοποιεί έναν νέο όρο. Ο όρος Spaltung (σχάση, διαίρεση, ρωγμή, σχίσμα) δηλώνει μεταφορικά τις χαρακτηριστικές μεταβολές

των διαφόρων ψυχικών λειτουργιών που συμβαίνουν κατά τη νόσο. Έτσι, θα δημιουργήσει την «ομάδα των σχιζοφρενικών», την ομάδα δηλαδή των ψυχικών διαταραχών ενοποιημένων κλινικά αλλά σαφώς διαφορετικών στο επίπεδο της αιτιολογίας και της αντιμετώπισής τους. Οι διαταραχές αυτές ανήκουν στην ομάδα των ψυχώσεων σαφώς αφοριζόμενη από τις νευρώσεις, τις ολιγοφρένιες και τις άνοιες. Η εξέλιξή τους είναι κατά κανόνα χρόνια, αλλά υπάρχει η πιθανότητα και μιας διαλείπουσας πορείας ή και επιστροφής σε προγενέστερο στάδιο της ασθένειας (Lanteri-Laura, G. & Gros, M., 1982).

Ο Bleuler επέλεξε τον ισχύοντα, μέχρι σήμερα, όρο σχιζοφρένεια, γιατί θεώρησε σαν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των καταστάσεων αυτών το διχασμό των ψυχικών λειτουργιών. Η σκέψη, το συναίσθημα και η δραστηριότητα του ατόμου είναι έντονα διχασμένες. Η θέληση είναι «κομμένη» σε μια σειρά ισοδύναμων, αξιολογικά για τον ασθενή, πράξεων. Το άτομο είναι διχασμένο όσον αφορά την πραγματικότητα, η σκέψη του κατακερματισμένη σε αλλοπρόσαλλα μικρά στοιχεία, οι συνειρμοί του δεν έχουν λογική συνέχεια από το παρελθόν του ασθενή, το συναίσθημα δεν διακρίνεται από αρμονία, το περιεχόμενο των σκέψεων και των πράξεων είναι και αυτό διχασμένο στη σχέση του μ' αυτές (Bercherie, P, 2004). Επιπλέον, εισήγαγε τη διάγνωση της «λανθάνουσας σχιζοφρένειας», με την οποία χαρακτήρισε μια ιδιαίτερη κλινική περίπτωση σχιζοφρενικής μορφής που στην έκφραση της όμως κυριαρχούν «νευρωτικά συμπτώματα». Περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα της νόσου, δηλαδή την ασυναρτησία, τη συναισθηματική απάθεια – ακαμψία – απροσφορότητα, την αμφιτιμία – αμφιβολία και τον αυτισμό, που είναι γνωστά ως «4 άλφα» στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία.

Αντίθετα με τους Kraepelin και Bleuler, που θεώρησαν ως κυριότερο χαρακτηριστικό των σχιζοφρενικών την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, ο Kurt Schneider (1887-1967) επεξεργάστηκε μια σειρά συμπτωμάτων, τα οποία τα διαχώρισε σε δύο κατηγορίες: στα συμπτώματα α' βαθμού και στα συμπτώματα β' βαθμού, χαρακτηριστικά όλα σχιζοφρενικών διαταραχών. Από τα 11 κυριότερα συμπτώματα α' βαθμού (τα συμπτώματα «πρώτης τάξης» περιελήφθησαν στην International Pilot Study of Schizophrenia) ως πιο σημαντικά θεώρησε τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, την παραληρητική παραποίηση της πραγματικότητας και τη διάχυση των ορίων μεταξύ του ΕΓΩ και του εξωτερικού κόσμου. (Andreasen, C, 1997, p.106-109). Ωστόσο ούτε και αυτός ο διαχωρισμός δεν ικανοποίησε απόλυτα, γιατί τα προαναφερθείσα συμπτώματα δεν θεωρούνται όλα παθογνωμικά της σχιζοφρένειας (Μαντωνάκης Ι., 1999).

Ο Jung (1903) περιέγραψε τις συνειρμικές διαταραχές της νόσου, ο Meyer (1905) έθεσε τις βάσεις για την ψυχοβιολογική προσέγγισή της. Ο Freud, ύστερα από μια προγενέστερη περιγραφή (1881) μιας περίπτωσης παρανοειδούς παραληρήματος, το 1915 δημοσιεύει σειρά δοκιμίων του για την «προβολή» και το «ναρκισσισμό», δομικών στοιχείων στην ψυχαναλυτική ερμηνεία της

παραπάνω περίπτωσης. Κατά τη δεκαετία του 1920, ο Ραβλιν, στα πλαίσια της θεωρίας του για τα εξαρτημένα αντανεκλαστικά, σημείωσε την επικράτηση της αναστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και τη συνθήκη χρόνιας ύπνωσης ως αιτιολογικού μηχανισμού, αντιλήψεων που υιοθετήθηκαν από το σύνολο των ψυχιάτρων της ανατολικής Ευρώπης κατά την τελευταία πενηκονταετία.

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

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

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η διάγνωση της νόσου αυτής βασίζεται στην παρατηρούμενη αποκλίνουσα της φυσιολογικά αναμενόμενης συμπεριφοράς και τις αναφερθείσες εμπειρίες του ασθενούς. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται τόσο συχνά σε γυναίκες και άντρες. Μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι η ηλικία εμφάνισης των ψυχωτικών εκδηλώσεων, καθώς οι άντρες νοσούν περισσότερο όταν βρίσκονται σε ηλικία 15 και 25 ετών ενώ οι γυναίκες ανάμεσα στα 25 και τα 35 τους χρόνια (Barocca A. et al, 2004). Η εμφάνιση της νόσου πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Παρόλα αυτά έχουν περιγραφεί κρούσματα σε παιδιά γύρω στην ηλικία των 5 ετών (Παπαγεωργίου Ε., 2004). Στους έφηβους τα πρώτα σημεία περιλαμβάνουν αλλαγές φίλων, πτώση των βαθμών τους, προβλήματα του ύπνου και ευερεθιστότητα. Στην χώρα μας, ο υπολογιζόμενος αριθμός αρρώστων ηλικίας 15-64 ετών ανέρχεται στις 100.000 εκ των οποίων το 10% αυτών έχει ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Φαίνεται ότι αυξάνονται τα ποσοστά εμφάνισης της σχιζοφρένειας, όσο αυξάνεται ο βαθμός συγγένειας με αποκορύφωμα εκείνο των 2 γονέων που νοσούν από σχιζοφρένεια ή των μονοζυγωτικών διδύμων,

ευρήματα που ενισχύουν την γενετική υπόθεση Στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται η επικράτηση της σχιζοφρένειας σε κάποιες κατηγορίες πληθυσμού.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ
ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	0.50-1,9%
ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ (ΑΔΕΛΦΟΣ ΑΣΘΕΝΗ, ΠΑΙΔΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΥ ΓΟΝΕΑ)	10-14%
ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ	5-7%
ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΓΟΝΕΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΛΛΟ ΨΥΧΩΣΙΚΟ	20-30%
ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΔΥΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	40%

Πίνακας:1 Παραδείγματα επικράτησης της νόσου με ποσοστά

Πηγή: Χριστοδούλου Ν. κ.α., 2000

Συγγραφείς	Χώρα	Ηλικιακό φάσμα (έτη)	Διαγνωστικά κριτήρια	Ορισμός έναρξης	Μέση ηλικία εμφάνισης (έτη)	
					Γυναίκες	Άνδρες
Munk-Jergebsen (1986) Hafner et al., (1993)	Δανία Γερμανία	Χωρίς ηλικιακό όριο 12-59	ICD-8 ICD-9	Πρώτη εισαγωγή	33,7	27,4
				Πρώτο σύμπτωμα	27,5	24,3
				ψυχικής διαταραχής	30,6	26,5
				Πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα	31,7	27,8
Castle et al., (1993)	M. Βρετανία	16+	ICD – 9 Σχιζοφρένεια και σχετικές διαταραχές	Πρώτη επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες	41,7	31,2
Susser&Wanderling (1994)	Αναπτυσσόμενες χώρες (Ινδία, Κολομβία, Νιγηρία) Αναπτυγμένες χώρες (Δώρα, Ιαπωνία, UK, USA, Δημοκρατία Τσεχίας)	15 -54	ICD-9	Πρώτη επαφή με υπηρεσίες	25,7	23,0
		15-54	ICD-9	Πρώτη επαφή με υπηρεσίες	30,7	26,0
Faraone et al., (1994) Szymanski et al., (1995)	USA USA	Χωρίς όριο ηλικίας 16-40	DSM-III RDC	Πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα	31,1	26,2
				Πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα	24,0	21,0
				Πρώτη νοσηλεία	24,0	22,0

Πίνακας:2 Οι διαφορές των δύο φύλων στην ηλικία εμφάνισης της σχιζοφρένειας (επιλεγμένες μελέτες)

Πηγή: David J, 2003

1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ

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

Οι ψυχικές παθήσεις διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Τις **νευρώσεις**: Η πρώτη σημαντική κατηγορία είναι οι νευρώσεις, οι οποίες αποτελούν κάποιες ψυχικές διαταραχές χωρίς οργανικό υπόστρωμα, βάσει των οποίων ο ασθενής διατηρεί σε μεγάλο βαθμό την αντικειμενική σχέση με την πραγματικότητα και δεν μπερδεύει τα υποκειμενικά παθολογικά του ενοχλήματα, βιώματα και φαντασίες, μ' αυτή. Η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάζεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό, ωστόσο η προσωπικότητα παραμένει ακέραια (Παπαγεωργίου Ε, 2004).
- Τις **ψυχώσεις**: Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία των ψυχικών διαταραχών είναι οι ψυχώσεις, οι οποίες είναι σχετικά βαρύτερο ψυχικό νόσημα από τις νευρώσεις. Ο ψυχωσικός ασθενής δεν έχει επίγνωση της κατάστασής του και παρουσιάζει διασπασμένη και αποδιοργανωμένη προσωπικότητα με ακατάληπτη και μη αναμενόμενη συμπεριφορά. Τα άτομα αυτά πλάθουν ένα φανταστικό κόσμο μέσα στον οποίο ζουν και κινούνται. Στις ψυχώσεις υπάγονται η σχιζοφρένια, η μανία, η μελαγχολία και η υποστροφική μελαγχολία (Χριστοδούλου Γ, 2000).
- Τις νοητικές **καθυστερήσεις**: Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν τα άτομα εκείνα που διαθέτουν αρκετά χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, χαμηλή νοητική ανάπτυξη, τα οποία δεν δύνανται να αυτοεξυπηρετηθούν. Τα άτομα αυτά συνήθως οδηγούνται σε διάφορα ιδρύματα ή σε ψυχιατρεία λόγω της δύσκολης προσαρμογής τους στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (KRUGER T. et al, 2004).



Η **σχιζοφρένια** είναι μια ψυχική νόσος ή σύνολο διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από διαταραχές της μορφής και του περιεχομένου της σκέψης, του συναισθήματος, της αισθήσεως του εαυτού και των σχέσεων με τον εξωτερικό κόσμο και της συμπεριφοράς (Dorland's, 1997). Βέβαια πρέπει να επισημανθεί ότι έχει αποκλειστεί προηγουμένως οποιαδήποτε οργανική βλάβη του νευρικού συστήματος σε κάθε νέο ασθενή, πλην όμως όλες οι επιστημονικές εργασίες επί του αντικειμένου αφήνουν να εννοηθεί την ύπαρξη μιας λεπτής νευροφυσιολογικής και χημικής

δυσλειτουργίας. Η αιτιολογία λοιπόν αποτελεί αίνιγμα για την ιατρική μέχρι σήμερα.

1.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ- ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

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

- Παρανοϊκός τύπος: Συχνές ψευδαισθήσεις ή ακουστικές παραισθήσεις, αλλά η διαταραχή της σκέψης, η αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή η συναισθηματική εξομάλυνση δεν υπάρχουν. Οι ψευδαισθήσεις είναι διωκτικές ή/και πομπώδεις, αλλά εκτός από αυτές, άλλα θέματα όπως η ζηλοτυπία, θρησκευτικότητα ή η σωματοποίηση μπορεί επίσης να είναι παρούσα. Εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία και συνήθως δεν προκαλεί σοβαρές αλλοιώσεις της προσωπικότητας και της διανοητικής ικανότητας (ΜΑΝΟΣ Ν, 1988).
- Αποδιοργανωτικός τύπος: Ονομάζεται heberhrenic σχιζοφρένεια στο ICD. Η Ηβηφρενική σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συμπεριφοράς. Παρουσιάζει χαλάρωση συνειρμών, ευερεθιστότητα, συνύπαρξη αντίθετων απρόσφορων συναισθημάτων και μια συμπεριφορά αντίδρασης προς το ευρύτερο περιβάλλον, αμφιταλαντευόμενη συμπεριφορά προς την οικογένεια, επιθετική παρόρμηση και απομονωτική συμπεριφορά, αλλά τα στοιχεία του βάθους είναι σχιζοφρενικού τύπου (Kaplan & Sadocs, 2004).
- Κατατονικός τύπος: Σε αυτή τη μορφή εμφανίζεται μια έντονη ψυχοκινητική διαταραχή ή μια πλήρης ανακοπή κάθε δραστηριότητας Το άτομο μπορεί να είναι σχεδόν ακίνητο ή να χαρακτηρίζεται από ταραγμένες και άσκοπες κινήσεις. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν καταληψία (η άκαμπτη διατήρηση της θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα) και κηρώδη ευκαμψία.(παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή , όταν αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακίνησε). Η πάθηση χρήζει εντατικής παρακολούθησης διότι αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή (Kaplan & Sadocs, 2004).
- Αδιαφοροποίητος τύπος: Ψυχωτικά συμπτώματα είναι παρόντα αλλά τα κριτήρια για παρανοϊκό, αποδιοργανωμένο, ή κατατονικό τύπο δεν έχουν συναντηθεί.
- Υπολειμματικός τύπος: Θετικά συμπτώματα σε χαμηλό όμως βαθμό είναι παρόντα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται απουσία των ψυχωσικών συμπτωμάτων, υπάρχει ένα είδος εκκεντρικής συμπεριφοράς, πολλές φορές λείπει το ενδιαφέρον και το κίνητρο για ενέργειες. Το άτομο αποσύρεται κοινωνικά και εκδηλώνει απρόσφορο συναίσθημα (Hogan M., 2012).

Το ICD-10 καθορίζει δύο πρόσθετες κατηγορίες

- Μετα-σχιζοφρενής κατάθλιψη: Καταθλιπτικό επεισόδιο που προκύπτει ως συνέπεια μιας σχιζοφρενούς ασθένειας όπου μερικά χαμηλού επιπέδου σχιζοφρενή συμπτώματα μπορούν ακόμα να είναι παρόντα.
- Απλή σχιζοφρένεια: Ύπουλη και προοδευτική εξέλιξη των προεξεχόντων αρνητικών συμπτωμάτων χωρίς ιστορικό ψυχωτικών επεισοδίων.

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

Λόγω του πολυμορφισμού των συμπτωμάτων της πάθησης, μόνο λίγες γενικεύσεις είναι αληθείς και επιτρεπτές για άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενή. Μερικές φορές, μπορεί κάποιος να εμφανίσει σχιζοφρενικά – ψυχωτικά συμπτώματα εξ αιτίας μιας άλλης νόσου εκτός της σχιζοφρένειας. Γι αυτό, οι ψυχίατροι, αφού πάρουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό διενεργούν και τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, για να αποκλείσουν όλες τις άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων προτού φθάσουν στο συμπέρασμα ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια.

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

1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πραγματική αιτία της σχιζοφρένειας παραμένει άγνωστη. Ωστόσο, τα αίτια της σχιζοφρένειας στις μέρας μας αποδίδονται σε νευρολογικούς παράγοντες. Αίτια που αποδίδονται στη νόσο είναι βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως. Έχουν ενοχοποιηθεί περιγεννητικές επιπλοκές, ιώσεις κατά την κύηση, νευροπαθολογικές διαταραχές, νευροχημικές αλλοιώσεις, που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αυτής της ψυχικής διαταραχής. (Dewit S, 2009)

Αν και δεν υπάρχει ομοφωνία για την αιτιολογία και τη φύση της σχιζοφρένειας, γενικά θεωρείται μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή του εγκεφάλου, η οποία μοιράζεται κοινούς παράγοντες κινδύνου, τόσο περιβαλλοντικούς, όσο και γενετικούς, με άλλες παρεμφερείς διαταραχές, όπως ο αυτισμός. (Χωρίς συγγραφέα, <http://www.e-saloniki.gr/el/top-menu/ygeia/h-sxizofreneia-ofeiletai-se-oxtw-diaforetikες-pathhseis-pou-droun-parallhla.html>).



ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ:

1) Περιβαλλοντικά αίτια και Κατάχρηση Ουσιών: (Αντωνάτος, Σπ, 2008)

- ι Το περιβάλλον διαβίωσης : ανεργία, κακές συνθήκες στέγασης
- ι παιδικές εμπειρίες κακοποίησης ή τραύματα
- ι Κοινωνική απομόνωση και μετανάστευση, φυλετικές διακρίσεις
- ι Χρήση ναρκωτικών (κάνναβη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες) (Puri BK, 2012).

2) Περιγεννητικές επιπλοκές

Υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ ιστορικού των αρρώστων με σχιζοφρένεια ως νεογνών με χαμηλό βάρος σώματος, προωρότητα και εργώδους τοκετού. Έτσι, γίνεται προσπάθεια να ερμηνευτεί το συχνό ακτινογραφικό εύρημα της διεύρυνσης των κοιλιών του εγκεφάλου. (Παπαδοπούλου Ειρ, 2008)

3) Προγεννητικά αίτια

Προβλήματα κατά τη γέννηση, που επηρεάζουν την παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο του μωρού (Τμήματα του εγκεφάλου του εμβρύου δεν αναπτύχθηκαν κανονικά ή συγγενές τραύμα). (Mcguffin P, 2004.) Η υποξία, η μόλυνση, το άγχος και η κακή διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του εμβρύου αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας

4) **Ιώσεις κατά την κύηση**

Η περίπτωση της επιδημίας γρίπης έχει συσχετιστεί κατά την κύηση με το σκεπτικό ότι υπάρχει μια μεγαλύτερη συχνότητα περιπτώσεων σχιζοφρένειας σε άτομα που γεννιούνται συχνότερα το χειμώνα ή τις αρχές της άνοιξης. Άρα, πρέπει να υπήρχε κάποια επιδημία γρίπης κατά το δεύτερο τρίμηνο του έτους πριν την γέννηση. Έχουν βρεθεί επίσης αντικά αντισώματα στο ΕΝΥ κάποιων ασθενών. (Χαβάκη – Κονταξάκη Μ., 2008).

5) **Ιογενείς λοιμώξεις** που εξασθενούν τη νευρική ανάπτυξη κατά το δεύτερο και τρίτο μήνα μετά τη γέννηση.

6) **Κληρονομικότητα (Orgen - Rhein C. et al 2004)** . Παρότι:

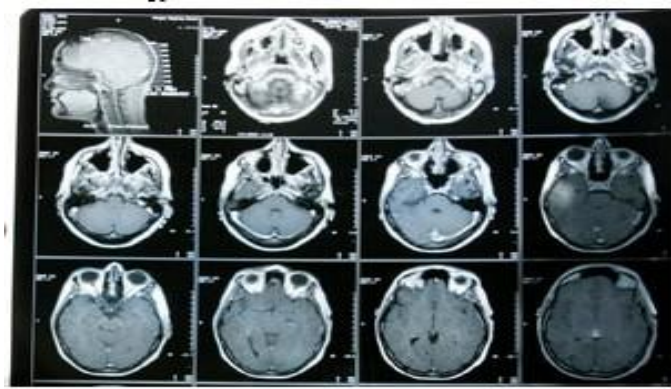
Ä ο τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης της σχιζοφρένειας είναι αρκετά περίπλοκος

Ä η μεταβίβαση δεν είναι αποτέλεσμα της επίδρασης ενός μεμονωμένου γονιδίου

Ä ο συνδυασμός και η αλληλοεπίδραση πολλών γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών είναι πλέον αποδεκτή θεώρηση.

As αναφερθούμε λίγο στους κληρονομικούς-γενετικούς παράγοντες.

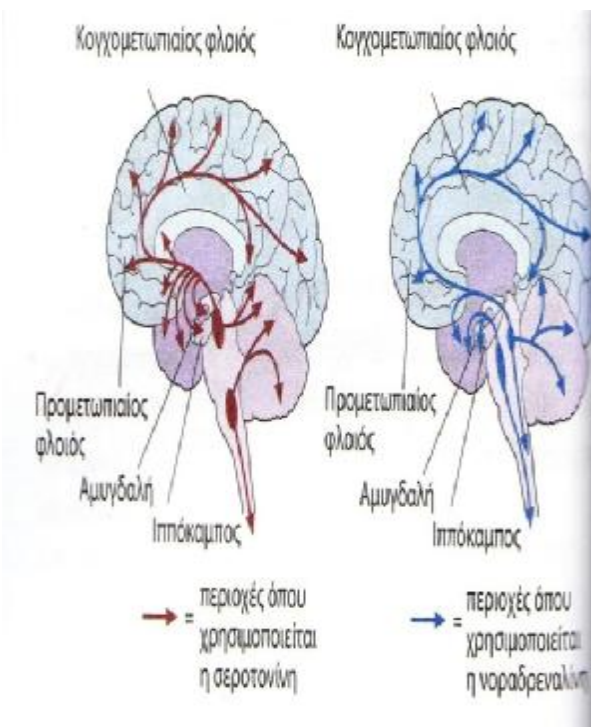
Κληρονομικοί-γενετικοί παράγοντες (Βαρβόγλη Λ., 2006):



Οι γενετικοί παράγοντες μπορεί να ερευνηθούν με μελέτες σε διδύμους:

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

7) Νευροπαθολογικές διαταραχές



Όπως βλέπουμε στο διπλανό σχήμα υπάρχουν ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται ιδιαίτερα με τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και την προσωπικότητα μας.

Η αμυγδαλή
Ο ιππόκαμπος
Κορχομετωπιαίος φλοιός
Προμετωπιαίος φλοιός

Σχήμα:1,
Πηγή:(Σέργη Β.,κ.α.)

Η σχιζοφρένεια λοιπόν είναι μια ασθένεια του εγκεφάλου. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι τα συμπτώματά της προκαλούνται από ανωμαλίες στη μεταβίβαση και επεξεργασία πληροφοριών στον εγκέφαλο. Τα νευρικά κύτταρα στον εγκέφαλο επικοινωνούν μεταξύ τους εκλύοντας χημικές

ουσίες από τις νευρικές τους απολήξεις. Αυτές οι χημικές ουσίες ονομάζονται νευροδιαβιβαστές. Πολλά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν συσχετισθεί με ανώμαλη δραστηριότητα συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών. (Παπαδοπούλου Ειρ, 2008, σελ.8) .

Όσοι έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν αλλαγές τόσο στη δομή του εγκεφάλου όσο και στη χημεία. Μελέτες που χρησιμοποιούν νευροψυχολογικές δοκιμασίες και τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου όπως MRI και PET έδειξαν ότι εμφανίζονται διαφορές κυρίως στο μετωπιαίο λοβό, τον ιππόκαμπο και τον κροταφικό λοβό. (Σεργή Β, κ.α.)

Λειτουργικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (SPECT, PET) έχουν δείξει ελαττωμένη ροή του αίματος ή ελαττωμένη κατανάλωση της γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου όπως π.χ. στον προμετωπιαίο λοβό. Νευροψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν διάφορες δυσλειτουργίες, όπως δυσκολία στον εστιασμό της προσοχής, δυσκολία στην αφαιρετική σκέψη ή δυσκολία στην αλλαγή του πλαισίου απάντησης. Νευροφυσιολογικές δοκιμασίες δείχνουν επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, προβλήματα στην παρακολούθηση με το βλέμμα κ.ά. Ορισμένα άτομα με Σχιζοφρένεια πίνουν πολύ νερό («τοξίκωση από νερό») και μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές στο ειδικό βάρος των ούρων ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές.(Κοτανίδης Αλέξανδρος, <http://www.lifemag.gr/Default.aspx?id=527&lang=1&t=6>)



Σχήμα : 2.Μαγνητική τομογραφία

8) Νευρολογικά αίτια

Η βελτίωση στις τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου έχει επιβεβαιώσει τις ανωμαλίες σε συγκεκριμένα νευρικά κύτταρα. Τα εν λόγω νευρικά κύτταρα έχουν 2 διαφορετικούς νευροδιαβιβαστές, που ονομάζονται σεροτονίνη και ντοπαμίνη, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην σχιζοφρένεια. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στηρίζεται στα φάρμακα. Τα πιο σημαντικά φάρμακα ή δραστικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας ονομάζονται αντιψυχωσικά. Αυτά τροποποιούν τα αποτελέσματα αυτών των δύο νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. (Ευθυμίου Ε. & Μαυροειδή Α. & Παυλάτου Ε., 2006).

Η σχιζοφρένεια θεωρείται ως μια νευροαναπτυξιακή νόσος και έχουμε:

- Διαφορές στο μετωπιαίο, κροταφικό λοβό και τον ιππόκαμπο
- αυξημένη παραγωγή ντοπαμίνης

9) Δομικές βλάβες

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

10) Νευροχημικές ανωμαλίες

Η υπόθεση ότι νευροχημικές ανωμαλίες εμπλέκονται στη σχιζοφρένεια έχει μακρά ιστορία (Andreasen, 1995). Η ντοπαμίνη αυξάνει την ευαισθησία των εγκεφαλικών κυττάρων στα διάφορα ερεθίσματα και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την αύξηση της εγρήγορσης του ατόμου σε περιόδους στρες και κινδύνου. Παρόλα αυτά σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια, η προσθήκη της ντοπαμίνης μπορεί να οδηγήσει στην ψύχωση σε ένα ήδη υπερδραστήριο εγκέφαλο. (Ευθυμίου Ε. & Μαυροειδή Α. & Παυλάτου Ε., 2006).

1.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

- **Αναπτυξιακές θεωρίες** : Επιστήμονες όπως ο Freud, ο Sullivan και ο Erikson, ανέφεραν ότι η έλλειψη στοργής και φροντίδας στα πρώτα χρόνια της ζωής οδηγεί στην έλλειψη της ταυτότητας του ατόμου, της παρερμηνεία της πραγματικότητας και της απόσυρσης σε άτομα με σχιζοφρένεια.
- **Οικογενειακές θεωρίες** : Οι θεωρίες που σχετίζονται με τον ρόλο της οικογένειας στην εμφάνιση της νόσου, δεν έχουν εμπεριστατωθεί από τις έρευνες. Στα πλαίσια της

ψυχαναλυτικής άποψης έχει αναπτυχθεί η θεωρία ότι πέρα από τα ψυχολογικά τραύματα, το περιβάλλον και τους παράγοντες της κληρονομικότητας, η οικογένεια και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της μπορεί να επιδράσει σημαντικά στην εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων. Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις δεν ωθούν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας όμως επηρεάζουν την πορεία της. Θεωρείται ότι στις οικογένειες που ασκούν κριτική στον ασθενή, και στις οποίες επικρατεί εχθρότητα και συχνές συγκρούσεις, δημιουργείται ένα στρεσογόνο περιβάλλον, που επιβαρύνει την εύθραυστη ικανότητα προσαρμογής του σχιζοφρενή και προκαλεί την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. (Γεωργαράς Α., 1996). Άτομα που ζουν σε οικογένειες με ισχυρά εκφραζόμενο συναίσθημα, παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπών. Οι οικογένειες αυτές περιγράφονται ως υπερπροστατευτικές, εχθρικές και κριτικές.

- **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:** έρευνες έχουν αποδείξει την σύνδεση μεταξύ της σχιζοφρένειας και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής, η απομάκρυνση του ανθρώπου από την φύση, η έντονη εκβιομηχάνιση, η αστικοποίηση καθώς και η βίαιη είσοδος της τεχνολογίας στην ζωή, είναι λόγοι που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων. Οι θεωρίες που εκτιμούν ότι οι κοινωνικές αλλαγές και οι αλλαγές στις αξίες και τα ήθη των σημερινών κοινωνιών επηρεάζουν τρομερά την ψυχολογία των ατόμων καθώς και το ποσοστό προσαρμογής τους σε αυτές τις νέες συνθήκες, θεωρούν ότι αποτέλεσμα αυτού είναι το κλείσιμο του ατόμου στον εαυτό του, η εμφάνιση άγχους και άλλων επιπτώσεων ικανών να προκαλέσουν ψυχωτικά συμπτώματα στο άτομο. (Γκιωνάκης Ν.& Στυλιανίδης Σ., 2001).
- **Το μοντέλο της επιρρέειας στο στρες :** ένα μοντέλο που έχει προταθεί δείχνει ότι άτομα με σχιζοφρένεια έχουν μια γενετική, βιολογική επιρρέεια στην νόσο. Αυτή η επιρρέεια, όταν συνοδεύεται από έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες της ζωής, τότε μπορεί να παράγει συμπτώματα της νόσου στο άτομο. (Μαδιανός Μ., 2006).

1.7 ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Άρρωστοι που ζουν σε οικογένειες με εκφραζόμενο συναίσθημα σε υψηλό βαθμό παρουσιάζουν συχνότερα ποσοστά υποτροπών από ότι οι άρρωστοι που ζουν σε «ήρεμες» οικογένειες. Όταν η ένταση τροποποιείται στην οικογένεια, τότε μειώνονται και τα αντίστοιχα ποσοστά των υποτροπών της νόσου. Και στην περίπτωση της υπόθεσης του εκφραζόμενου συναισθήματος ισχύει το ότι η

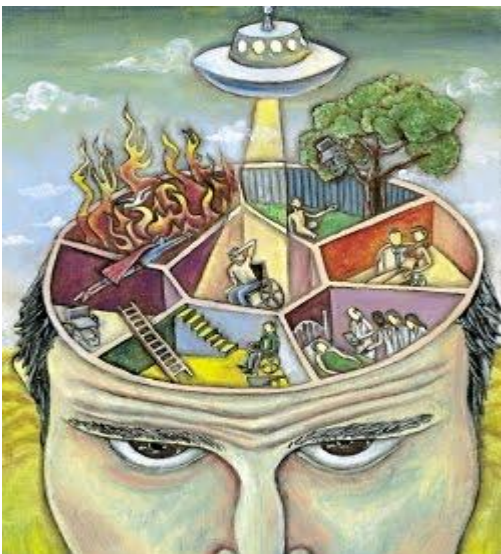
διαταραχή της οικογενειακής ατμόσφαιρας είναι αποτέλεσμα της διαδρομής της σχιζοφρένειας μέσα στην οικογένεια (Παπαδοπούλου Ειρ, 2008).

Ανεξάρτητα από τη βασιμότητα ή όχι των παραπάνω υποθέσεων, έχουν περιγραφεί τα ακόλουθα χαρακτηριστικά προβλήματα που παρατηρούνται στις οικογένειες των οποίων ένα μέλος παρουσιάζει την νόσο:

- Έλλειψη κατανόησης της φύσης της ασθένειας και των συνεπειών στη ζωή και την λειτουργικότητα του ατόμου.
- Έλλειψη δεξιοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των χρόνιων και οξέων συμπτωμάτων σχιζοφρένειας .
- Δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων στον άρρωστο.
- Δυσκολία στην μείωση της έντασης μέσα στην οικογένεια με το πάσχον μέλος.
- Δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων.
- Διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία.
- Βιώματα στιγματισμού και περιορισμός των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο.

Η καταγραφή των χαρακτηριστικών αυτών και η κατανόησή τους αποτελούν την βάση για την οργάνωση της ψυχοεκπαιδευτικής διεργασίας με τις οικογένειες αυτές. (Παπαδοπούλου Ειρ, 2008, σελ.9).

1.8 ΤΑ ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ



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

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

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

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

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

1.8.1 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ:

- 1)το άτομο ακούει ή βλέπει κάτι που δεν υπάρχει
 - 2)έχει τη διαρκή αίσθηση ότι τον παρακολουθούν
 - 3)έχει παράξενο τρόπο ομιλίας η γραφής που δεν βγάζει νόημα
 - 4)έχει παράξενη στάση σώματος
 - 5)δείχνει αδιαφορία ακόμα και για σημαντικά θέματα
 - 6)παρουσιάζει πτώση στη σχολική η εργασιακή του απόδοση
 - 7)εμφανίζει αλλαγές στην προσωπικότητά του
 - 8)αποσύρεται από την κοινωνική δραστηριότητα
 - 9)αντιδρά παράλογα, με θυμό ή τρόμο απέναντι σε αγαπημένα πρόσωπα
 - 10)παρουσιάζει αδυναμία συγκέντρωσης και ύπνου
 - 11)εκδηλώνει απρεπή ή παράξενη συμπεριφορά
 - 12)έχει την τάση για ακραία ενασχόληση με τη θρησκεία ή τις σκοτεινές δυνάμεις
 - 13)βιώνει το γεγονός ότι δεν μπορεί να σκεφτεί
- (National mental health association,2006) (Cockerman C., 2000).

1.9. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

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

Περιγραφικά διάλυση της προσωπικότητας που περιλαμβάνει:

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

α. Ηχηρή σκέψη

β. Φωνές που συζητούν ή διαφωνούν ή και τα δύο

γ. Φωνές σχολιασμού

δ. Εμπειρίες κάποιας παθητικής σωματικής φθοράς

ε. Απόσυρση της σκέψης και άλλες εμπειρίες επηρεασμού της σκέψης

ζ. Παραληρητική αντίληψη

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

α. Άλλες διαταραχές της αντίληψης

β. Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες

γ. Αμηχανία

δ. Εναλλαγές της διάθεσης καταθλιπτικού και ευφορικού τύπου

ε. Αισθήματα συναισθηματικής φτώχειας

στ. Παραληρηματικές εκδηλώσεις συνοδευόμενες με ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις .

1.9.1 ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ



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

Πίνακας 3: Θετικά και αρνητικά συμπτώματα
 Πηγή: Kaplan & Sadocs, 2004

Ο John Russell Reynolds (1828-1896), γιατρός στο Westminster Hospital του Λονδίνου, διεχώρισε τα συμπτώματα μιας νόσου σε θετικά και αρνητικά. Ο Reynolds το 1857 σε ανακοίνωσή του στην North London Medical Society με τίτλο «Σχετικά με την παθολογία των σπασμών» ανέφερε μεταξύ άλλων: «Κάποια συμπτώματα είναι αρνητικά, δηλαδή συνίστανται στην απάλειψη ζωτικών ιδιοτήτων. Τέτοια συμπτώματα είναι οι παραλύσεις και οι αναισθησίες [...] Άλλα συμπτώματα είναι θετικά δηλαδή συνίστανται σε έξαρση ή μεταβολή των ζωτικών ιδιοτήτων. Τέτοια συμπτώματα είναι οι κρίμπες, τα άλγη, οι σπασμοί και άλλα» (Reynolds, 1858). Σύμφωνα με την βιταλιστική θεώρηση, της οποίας θερμός υποστηρικτής ήταν ο Reynolds, οι μεταβολές στην «ζωτική ενέργεια» παρήγαγαν αντίστοιχα συμπτώματα τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Η σκέψη του Reynolds επηρέασε τον επίσης βρετανό νευρολόγο John Hughlings Jackson ο οποίος χρησιμοποίησε για πρώτη φορά το 1875 τους όρους θετικά και αρνητικά συμπτώματα σε άρθρο του όπου μνημονεύει την σχετική ανακοίνωση του Reynolds (Berríos E., 1985, p.95-97). Ο διαχωρισμός αυτός, θα εκφραστεί απόλυτα από τον Jackson το 1889, και θα ενταχθεί ως αναπόσπαστο κομμάτι στο ιεραρχικό του μοντέλο για το νευρικό σύστημα. «Μόνο η αποδιοργάνωση (dissolution) οφείλεται στην αρρώστια με την έννοια της παθολογικής διαδικασίας. Πρόκειται για μια αρνητική λειτουργική κατάσταση που προκαλείται από μια παθολογική διαδικασία [...] Θετικά συμπτώματα σε όλες τις περιπτώσεις παραφροσύνης προκύπτουν από διευθετήσεις του εναπομείναντος υγιούς αλλά σε κατώτερο εξελικτικό επίπεδο λειτουργούντος νευρικού συστήματος (Jackson H, 1889, p. 490-500)».

Όλη αυτή η άποψη στηρίζεται σύμφωνα με τον Berríos σε τέσσερις συνιστώσες: (1) Τα αρνητικά συμπτώματα είναι απόρροια μιας «βλάβης» σε ένα υποθετικό επίπεδο λειτουργίας του νευρικού συστήματος η οποία (2) απελευθερώνει λειτουργικά το αμέσως κατώτερο κέντρο, το οποίο (3) μη ανασταλμένο πλέον και λειτουργικά υγιές παράγει τα θετικά συμπτώματα. (4) Τα

θετικά συμπτώματα δεν μπορούν να παραχθούν, επομένως, εν απουσία της αρχικής βλάβης, δηλαδή των αρνητικών συμπτωμάτων (Berrios E.,1985, p.95-97).

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

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

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

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

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

1.9.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMIL KRAEPELIN

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

Αυτόματη υπακοή

Ηχολαλία, ηχωπραξία

Εκδραμάτιση

Κατατονική διέγερση

Στερεοτυπίες

Αρνητισμός

Αυτισμός (αυτιστική συμπεριφορά)

Διαταραχή της λεκτικής έκφρασης (Kaplan & Sadocs, 2004)

1.9.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EUGEN BLEULER

Βασικές ή θεμελιώδεις διαταραχές

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

Δευτερεύοντα συμπτώματα

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

* Τα τέσσερα A του Bleuler: Association (συνειρμός), Affect (συναίσθημα), Ambivalence

(αμφιτιμία) και Autism (αυτισμός) (Kaplan & Sadoes, 2004)

Πίνακας 4: Θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας

Παραληρητικές ιδέες	Περιεχόμενο:διωκτικό, μεγαλείου, θρησκευτικό, ζηλοτυπικό.
Διαταραχή σκέψης	Σχολιασμός των σκέψεων, ασυναρτησία, απόσυρση της σκέψης, ασχετολογία, εκτραχειασμός και πλατειασμός λόγου, παραλογία.
Ψευδαισθήσεις	Ακουστικές, σχολιασμός και συνομιλία μεταξύ «φωνών».Οπτικές, άμορφες ή σχηματισμένες, γευστικές,οσφρητικές, σεξουαλικές.
Διαταραχή βούλησης/παράδοξη συμπεριφορά	Εμφάνιση, καθαριότητα, ένδυση.Κατατονικά στοιχεία, επιθετικότητα.

Πίνακας 5:Αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (από 5 διεθνείς έρευνες)

Υποδραστηριότητα, απουσία ενεργητικότητας, σιωπές.	Venables (1957)
Χαμηλός τόνος φωνής, έλλειψη ενδιαφέροντος, επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα	Wing(1970)
Έλλειψη λόγου, ανηδονία, αβουλισία, έλλειψη προσοχής.	Andreansen(1982)
Φτωχό περιεχόμενο λόγου, επίπεδο συναίσθημα, ψυχοκινητική καθυστέρηση.	Pogue-Geile & Harrow(1984)
Συναισθηματική απόσυρση, απάθεια, στερεοτυπική σκέψη ,φτωχή ανταποκριτικότητα , έλλειψη αυθορμητισμού.	Kay,Fiszbein &Oppler(1987)

Πηγή:Παπαδοπούλου,Ειρ.(2008).σελ.13

Η έρευνα δείχνει ότι τα αρνητικά συμπτώματα συμβάλλουν περισσότερο στην κακή ποιότητα ζωής, την λειτουργική ανικανότητα, και το βάρος στους άλλους από ότι τα θετικά συμπτώματα.

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

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

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ



Για την αποτελεσματική θεραπεία της σχιζοφρένειας απαιτείται χρόνος και μεγάλη προσπάθεια τόσο από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, νοσηλεύτριες), όσο και από την πλευρά του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου δεν εστιάζεται στην εξάλειψή της, καθώς κάτι τέτοιο τις περισσότερες φορές είναι ανέφικτο. Αντίθετα, οι παρεμβάσεις που γίνονται έχουν στόχο περισσότερο την ίαση των συμπτωμάτων του ασθενούς και την ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση. Η θεραπεία λειτουργεί σε δύο επίπεδα: α) στο σωματικό και β) στο ψυχοκοινωνικό. Τα θεραπευτικά εκείνα σχήματα που αφορούν συνδυασμό των δύο παραπάνω προσεγγίσεων μπορούν τελικά να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν τη λειτουργικότητά τους (Μάνος Ν, 1997).

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

2.2 ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

1. Ψυχοφάρμακα: για την καταστολή των συμπτωμάτων.
2. Ε.Σ.Τ. Τα ηλεκτροσόκ σε συνδυασμό με ψυχοφάρμακα επιμηκύνουν το χρόνο επανεμφάνισης της νόσου. Έχουν την δυνατότητα να επιφέρουν αποτελέσματα εκεί όπου έχουν αστοχήσει όλες οι άλλες θεραπείες.
3. Χειρουργική θεραπεία (λοβεκτομή). Ο ασθενής μετατρέπεται σε φυτό.

4. Ψυχοθεραπεία. Εφαρμόζεται, αφού προηγηθεί η φαρμακοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να κρατήσει τον ασθενή σε επαφή με τον έξω κόσμο- το φυσιολογικό περιβάλλον.
5. Ινσουλινοθεραπεία.
6. Ψυχολογική κινητοποίηση (ατόμου, οικογένειας, κοινότητας) (Kato T, 2004)
7. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

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

1. **Θεραπεία συμπεριφοράς.** Οι επιθυμητές συμπεριφορές του ασθενούς επιβραβεύονται με συμβολικές ανταμοιβές, όπως άδειες εξόδου ή πρόνοια. Σκοπός αυτής της μεθόδου είναι η συνέχιση της ευοδωθείσας συμπεριφοράς και μετά την έξοδο του αρρώστου από την κλινική.
2. **Ομαδική θεραπεία.** Εστιάζει στην υποστήριξη του αρρώστου και στην ανάπτυξη των κοινωνικών του δεξιοτήτων (καθημερινές δραστηριότητες). Οι ομάδες βοηθούν σημαντικά στην ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης και στη βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. (Φερεντίνος Π, 2003).
3. **Οικογενειακή θεραπεία.** Οι τεχνικές οικογενειακής θεραπείας μπορούν να μειώσουν σημαντικά τη συχνότητα των υποτροπών του πάσχοντος, μέλους της οικογένειας. Το είδος της θεραπείας αυτής μπορεί να μειώσει τα υψηλά επίπεδα εκπεφρασμένου συναισθήματος μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Ιδιαίτερα χρήσιμες έχουν αποδειχθεί οι ομάδες πολλών οικογενειών, μέσα στις οποίες τα μέλη των οικογενειών σχιζοφρενών ασθενών συζητούν και μοιράζονται τα προβλήματα τους.
4. **Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.** Περιλαμβάνει συμβουλευτική, ενθάρρυνση, εκπαίδευση, παροχή προτύπων, οριοθέτηση και βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Γενικά είναι πολύ καλό να παρέχεται στον κάθε ασθενή ο βαθμός της ευαισθησίας που επιθυμεί και που μπορεί να αντέξει. Μία μορφή υποστηρικτικής θεραπείας, η προσωπική θεραπεία, βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη θεραπευτική σχέση, σ' αυτήν ο γιατρός εμπνέει ελπίδα στον άρρωστο και του παρέχει πληροφορίες. (Φερεντίνος Π, 2003).
5. **Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.** Προσπάθεια βελτίωσης των κοινωνικών ικανοτήτων και αντιμετώπισης των συναφών προβλημάτων που δημιουργούνται κατά τη νόσο. Τέτοια παραδείγματα είναι η πενιχρή βλεμματική επαφή, η έλλειψη ικανότητας για κοινωνικές σχέσεις, οι εσφαλμένες εκτιμήσεις για τους άλλους ανθρώπους και η κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά. Αυτό γίνεται με υποστηρικτικές θεραπείες, περισσότερο ή λιγότερο δομημένες (συχνά στα πλαίσια ομάδας), στις οποίες δίνεται εργασία για το σπίτι, χρησιμοποιούνται βιντεοταινίες και εφαρμόζονται τεχνικές παιξίματος ρόλων.

6. **Διαχείριση περιστατικού.** Μ' αυτή τη μέθοδο αντιμετωπίζονται οι πρακτικές ανάγκες του σχιζοφρενούς και συντονίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτός που έχει την ευθύνη της διαχείρισης του περιστατικού είναι συνήθως κοινωνικός λειτουργός, συμμετέχει στο συντονισμό του θεραπευτικού προγράμματος και συμμετέχει στην επικοινωνία ανάμεσα στις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, βοηθά τον άρρωστο στο κλείσιμο των ραντεβού, στις αιτήσεις για οικονομικά και οικιστικά θέματα και στη χρήση των διάφορων διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικού περιεχομένου. Τέλος, παρέχει κατ' οίκον φροντίδα και παρέμβαση στην κρίση, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο, ώστε ο άρρωστος να βρίσκεται υπό θεραπεία (Φερεντίνος Π, 2003).
7. **Ομάδες υποστήριξης.** Στις ΗΠΑ, υπάρχει η Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς (National Alliance for the Mentally III), η Εθνική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας (National Mental Health Association) και παρόμοιες οργανώσεις, οι οποίες παρέχουν υποστήριξη, πληροφορίες και εκπαίδευση στους αρρώστους και τις οικογένειες τους. Αντίστοιχα στη χώρα μας ο οργανισμός για αυτά τα άτομα είναι ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ).

2.3. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα (που επίσης είναι γνωστά και ως νευροληπτικά) κυκλοφορούν στην αγορά από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Από τότε που εμφανίστηκαν βελτίωσαν σημαντικά την εικόνα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα φάρμακα αυτά, έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν τα ψυχωτικά συμπτώματα και επιτρέπουν στα άτομα που νοσούν να λειτουργούν καλύτερα. Τα αντιψυχωτικά, θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι αποτελούν την καλύτερη θεραπεία που υπάρχει σήμερα για την σχιζοφρένεια, αλλά πρέπει να καταστεί σαφές ότι δεν θεραπεύουν την σχιζοφρένεια ούτε εξασφαλίζουν ότι δεν θα υπάρξουν παρόμοια επεισόδια στο μέλλον (Ζήσης Α, 2001).

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

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

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

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

2.5 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



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

συντελεστής ολόκληρης της θεραπευτικής διαδικασίας (Οικονόμου κ.α., 2000, Kotrotsiou κ.α., 2006).

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

Η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση έχει προκύψει ως θεραπευτική προσέγγιση για τη σχιζοφρένεια, αλλά και για άλλες ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα αποτελεσματική όχι μόνο για τους ασθενείς, αλλά και για την προσαρμοστικότητα των οικογενειών τους απέναντι στη διαταραχή. Συνήθως περιλαμβάνει συναισθηματική υποστήριξη, επιμόρφωση, κλινική υποστήριξη, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και τρόπων επίλυσης προβλημάτων, δεξιότητες επικοινωνίας και αποφυγή των υποτροπών του ασθενούς. Αφορά στους φροντιστές των ατόμων που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές. (Σέργη Β, κ.α.).

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

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

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

- Φροντίδα των κοινωνικών και κλινικών αναγκών του ασθενούς
- Φαρμακευτική φροντίδα
- Συνεχής και προσεχτική ακρόαση των συγγενών
- Σεβασμός στο ρόλο των συγγενών και ισότιμη αντιμετώπιση

- Διαχείριση των συναισθημάτων απώλειας, ντροπής, ενοχής, αναξιότητας των συγγενών
- Παροχή οργανωμένου σχεδίου διαχείρισης των κρίσεων του ασθενούς
- Προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των οικογενειακών μελών
- Εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων
- Παρότρυνση να έρθει η οικογένεια σε επαφή με ομάδες παρόμοιων οικογενειών διευρύνοντας έτσι, το κοινωνικό υποστηρικτικό της δίκτυο
- Συνεχής επαφή των θεραπειών με την οικογένεια (McFarlane W, et al, 2003)

2.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική θεραπεία. Βασικά, ο ψυχοθεραπευτής βοηθά τον

ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειές της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατόν καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Η δημιουργία, φυσικά, μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή-θεραπευτή είναι πρωταρχική. Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ταυτόχρονα στην αρχή ενδονοσοκομειακά και έπειτα εκτός νοσοκομείου, αποσκοπώντας στην κοινωνικοποίηση του ασθενή.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 30 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



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

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

υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή και τη βασική πηγή φροντίδας για αυτόν (Οικονόμου Μαρ, κ.α., 2014).

Θεραπεία οικογένειας

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

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

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

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

Συμπεριφοριστική θεραπεία οικογένειας

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

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

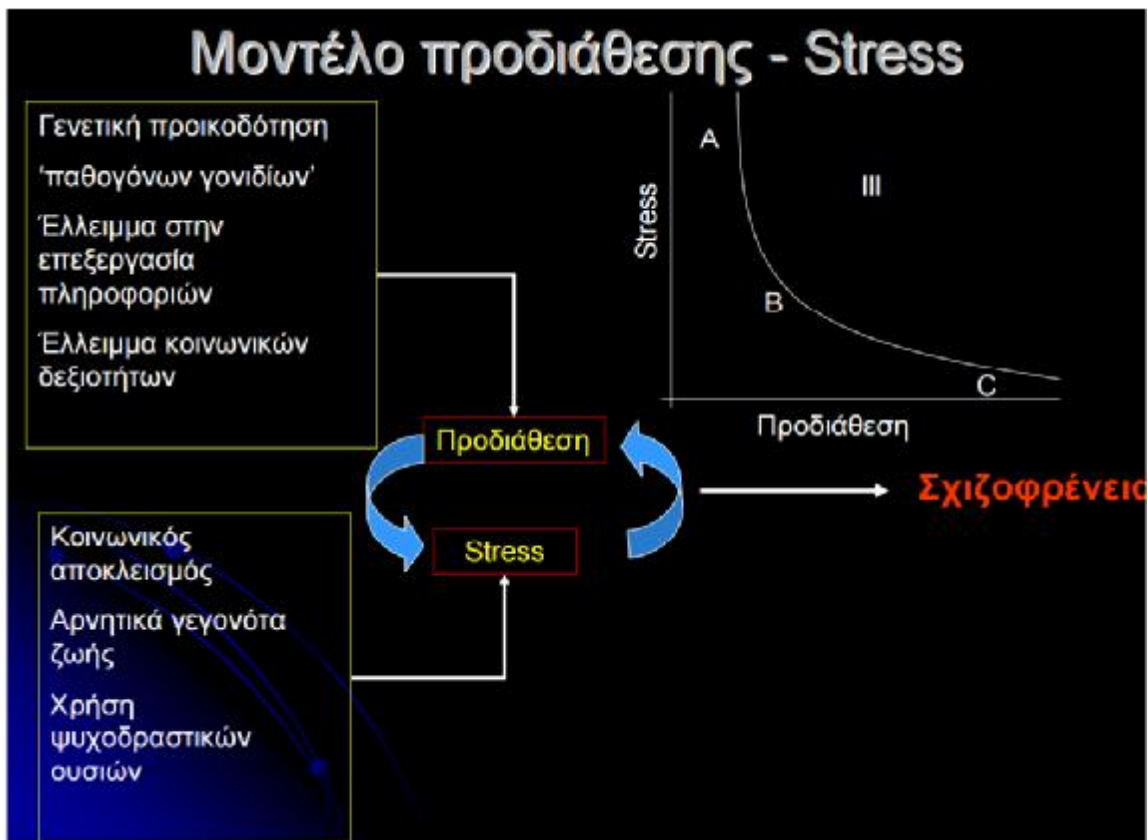
Ως οικογενειακή επιβάρυνση (burden) ορίζεται η αντίδραση μιας οικογένειας με τη μορφή άγχους, ενοχής, κατάθλιψης ή ακόμα και της επιθετικής συμπεριφοράς, που οφείλεται στο βάρος των προβλημάτων που προκαλεί ο ασθενής στην οικογένειά του.

Συνιστώσες εκφραζόμενου συναισθήματος:

1. κριτική
2. υπερεμπλοκή έχουν προγνωστική αξία
3. εχθρικότητα

4. εγκαρδιότητα

5. θετικά σχόλια



Σχεδιάγραμμα 1^ο

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

Πρότυπα ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων:

1. Leff – Vaughn Ξεχωριστές ομάδες για χαμηλό και υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα αφού προηγηθούν κοινές συναντήσεις αμέσως μετά το εξιτήριο και πραγματοποιηθεί εκπαίδευση στα θέματα της ψυχωσικής διεργασίας.
2. Faloon: Εστιάζει μετά από την αρχική εκτίμηση της οικογένειας στην εκπαίδευση σε σχέση με θέματα ψυχωσικής διεργασίας καθώς και σε τομείς επικοινωνίας, τοποθέτησης ορίων ή γενικότερα επίλυσης προβλημάτων. Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση υλοποιείται στο σπίτι της οικογένειας και το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει 4 ενότητες: α) Εκπαίδευση για τη νόσο (information

about illness), β) εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες (communicationskills training), γ) εκπαίδευση στην αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων (problem solving) και επίτευξη στόχων (goal achievement), δ) εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης ειδικών προβλημάτων (specific coping strategies) (Falloon IRH et al, 1984).

Στόχοι (Βενέτης Χρ, 2013):

1. Υποστήριξη με παράλληλη διερεύνηση συναισθημάτων και πεποιθήσεων στην οικογένεια
2. Ενημέρωση για τη φύση και την πορεία της νόσου
3. Συμμόρφωση στην αγωγή
4. Έλεγχος θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων
5. Πρόληψη υποτροπών και αναγνώριση πρόδρομων συμπτωμάτων
6. Παρέμβαση σε περιπτώσεις κρίσης
7. Εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και μείωσης του στρες
8. Προσαρμογή των προσδοκιών της οικογένειας σχετικά με την κοινωνική λειτουργικότητα
9. Εξασφάλιση θεραπευτικής συνέχειας

3.2 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ

Αυτή η «ψυχοαναλυτική» προσέγγιση εξηγείται μέσω της θεωρίας της διαταραγμένης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας. Η θεωρία περί οικογενειακών σχέσεων δείχνει ότι τα παιδιά τα οποία δέχονται συχνά αντιφατικά μηνύματα από τους γονείς τους είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν σχιζοφρένεια. Προτείνει, επίσης, ότι οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, η κριτική, η εχθρική διάθεση, ή η έντονη έκφραση συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει στη νόσο. Η ψυχική ασθένεια μέσα στην οικογένεια είναι ίσως η αιτία των εξουθενωτικών κοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν στη σχιζοφρένεια. Ένας γονέας με σχιζοφρένεια δεν μπορεί να αναπτύξει ασφαλείς σχέσεις με το παιδί του, ή ένας γονέας με διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, ή άγχος μπορεί να μην είναι σε θέση να παρέχει στο παιδί ένα υγιές και σταθερό περιβάλλον να μεγαλώσει.

Οι πρώτες εμπειρίες της στέρησης και της κακοποίησης στην παιδική ηλικία κάνουν πιο πιθανή την ανάπτυξη της ασθένειας. Συχνές εντάσεις μέσα στην οικογένεια. Παραδείγματα σε

μονογονεϊκές οικογένειες, στις οποίες λαμβάνουν χώρα μεγάλες περιόδους διαχωρισμού από τους δύο γονείς. Καθώς και περιπτώσεις, απώλειας γονέα, επιδεινώνουν τη σχιζοφρένεια αφού δημιουργούν έντονα αρνητικά συναισθήματα και αυξημένα επίπεδα άγχους. (Σέρρη Β., κ.α.).

3.3 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ Η ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ.

- **Το κοινωνικό στίγμα:** Ένας από τους ορισμούς που δόθηκε για να κατανοηθεί η κοινωνική στιγματώση του ασθενή ήταν από την Crocker και τους συνεργάτες της. Οι ερευνητές αυτοί θεωρούν 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). Θεωρείται το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ανάρρωση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Σε ένα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα σε μία μελέτη του 1991, το 12,8% των Αμερικανών πίστευαν πως οι σχιζοφρενείς ήταν «πολύ πιθανό» να κάνουν κάτι βίαιο σε άλλους και το 48,1% ότι ήταν «κάπως πιθανό». Πάνω από το 74% θεωρούσε ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να λάβουν αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους και το 70,2% τους θεωρούσε ανίκανους και να διαχειριστούν τα οικονομικά τους. Η άποψη ότι τα άτομα με ψύχωση είναι βίαια έχει διπλασιαστεί από το 1950 σύμφωνα με μία μεταγενέστερη έρευνα. Σύμφωνα με τους Solomon, Greenberg και Pyszczynski (1991), *«οι άνθρωποι στιγματίζουν ανθρώπους ή ομάδες ανθρώπων που έχουν μία άλλη κοσμοθεωρία, αποφεύγοντας με τον τρόπο αυτό να θέσουν σε κίνδυνο την εύθραυστη αίσθηση βεβαιότητας και ασφάλειας που τους παρέχει η δική τους αντίληψη για τα πράγματα»*.
- **Κοινωνικός διαχωρισμός** Scheff (1966) Τα παιδιά που για οποιονδήποτε λόγο αποσύρονται σε έναν «εσωτερικό κόσμο» στιγματίζονται, λόγω της παράξενης συμπεριφοράς τους. Αυτό οδηγεί στην υπερβολική φροντίδα τους, συνήθως από οίκτο, η οποία ενισχύει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και το άτομο αναζητώντας περαιτέρω προσοχή συμπεριφέρεται ακόμη πιο παράξενα. (Σέρρη Β., Γεωργανά Ρ., Οικονομέα Ι).
- **Ετικέτα του «ψυχικά αρρώστου»:** Ο κοινωνικός στιγματισμός έχει ως συνέπεια την ετικέτα του «ψυχικά αρρώστου», πρόκειται για μια ρατσιστική λεκτική συμπεριφορά. Τα άτομα, τα οποία «χρεώνονται» την ετικέτα του «ψυχικά άρρωστου», σημαδεύονται από μία βαθιά απαξίωση (Goffman 1963), η οποία συνοδεύεται από αρνητικά στερεότυπα, απόρριψη, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και βεβαίως έντονες κοινωνικές και ατομικές

διακρίσεις. Στη θεωρία περί απόδοσης ετικέτας ο Scheff (1966) υποστήριξε ότι *ο τρόπος συμπεριφοράς του κοινού προς τα πρόσωπα που εκλαμβάνονται ως «διαφορετικά» δεν εξαρτάται από τη συμπεριφορά τους αλλά από τα χαρακτηριστικά της ετικέτας που τους έχουν αποδοθεί από την κοινωνία*. Γίνεται αντιληπτό ότι η ετικέτα δρα πέρα και πάνω από την όποια συμπεριφορά των ατόμων. Επεκτείνοντας τη συγκεκριμένη θεωρία, ο Link και κάποιοι συνεργάτες του υποστήριξαν *ότι η ύπαρξη ετικέτας, η οποία εγείρει αντιλήψεις για την υποτιθέμενη επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή, ενισχύει τις τάσεις του κοινού προς στιγματισμό* (Link et al., 2001). Όταν μία κοινωνία αναπαράγει μη προοδευτικές αντιλήψεις χωρίς να κατανοεί τα προβλήματα των ανθρώπων που ζουν μέσα σε αυτή, δεν είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν οι πάγιες προκαταλήψεις. Μία από τις πιο δύστυχες επιπτώσεις της ετικέτας του ψυχικά αρρώστου, που υφίσταται το άτομο μέσα από το σύστημα ψυχικής υγείας, είναι ότι το ίδιο το άτομο βλέπει τον εαυτό του σύμφωνα με τη διάγνωση που του δόθηκε (Ridgway, 2001), γεγονός που συμβάλει άμεσα στον αυτο-στιγματισμό του.

3.4 ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η απρόσκοπτη, χωρίς υποτροπές, διαμονή των χρόνιων σχιζοφρενικών ασθενών στην κοινότητα έχει αποδειχθεί από αρκετούς ερευνητές ότι επηρεάζεται από την ύπαρξη των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής.

Στην ικανότητα αντιμετώπισης του στρες παρεμβαίνουν ιδιοσυστατικές ιδιότητες, η ευαλωσιμότητα του ατόμου και η αντοχή του. Αν δεχθούμε ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα έχουν συσσωρευτική δράση, τότε ο συνολικός όγκος των ερεθισμάτων του στρες ασκεί σημαντική επίδραση στην αύξηση της ευαλωσιμότητας του αρρώστου ώστε να υποτροπιάσει. Υπάρχει όμως και η αντίστροφη περίπτωση ψυχοπιεστική κατάσταση ή επιβάρυνση (burden), το να υποφέρει δηλαδή ή ίδια η οικογένεια από τη συνύπαρξη με το ψυχωτικό άρρωστο μέλος της. (Παπαδοπούλου Ειρ, 2008).

3.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΜΕΛΟΣ

Οι ειδικοί σε θέματα ψυχικής υγείας μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα:

- Επαρκής ενημέρωση της οικογένειας για την φύση της σχιζοφρένειας και τις υπάρχουσες θεραπείες: αντιψυχωτική αγωγή η οποία καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό είναι απολύτως απαραίτητο να λαμβάνεται από τον ασθενή. Οι παρενέργειες εμφανίζονται συχνά και μπορούν να ελεγχθούν , εφόσον αναφερθούν στον θεράποντα.. Στόχος είναι να κατανοηθεί από το περιβάλλον ολοκληρωτικά η ψυχική αυτή νόσος και οι τρόποι αντιμετώπισής της.
- Εκπαίδευση με σκοπό την απόκτηση δεξιοτήτων καταπολέμησης του άγχους και δυσλειτουργικής επικοινωνίας.
- Παροχή στήριξης στα μέλη της οικογένειας για αντιμετώπιση προβλημάτων που ανακύπτουν λόγω φόβου ή αίσθησης κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν.
- Εκπαίδευση μελών της οικογένειας για καλύτερη αντιμετώπιση του πάσχοντα από την ψυχική νόσο, μέσα από την απόκτηση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων.
- Προαγωγή ενεργοποίησης δικτύου οικογενειών ψυχικά πασχόντων, με σκοπό την αποφυγή της; κοινωνικής απομόνωσης και στιγματισμού.
- Ενημέρωση των συγγενών του ασθενή για το πώς να χειριστούν τα συμπτώματα της νόσου : είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνεται καταγραφή των παραγόντων που αυξάνουν το άγχος του ασθενή, ούτως ώστε να εφαρμόζονται τα κατάλληλα μέτρα για την μείωση του στρες. Δεν πρέπει να συμφωνούν οι συγγενείς με τις παράλογες ιδέες του αρρώστου αλλά να τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.
- Επιπλέον πληροφορίες : ενθάρρυνση των οικογενειών να εκφράζουν τα συναισθήματα τους με τους ειδικούς καθώς και το πώς να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Με αυτόν τον τρόπο, θα είναι σε θέση να προσφέρουν περισσότερα πράγματα στο πάσχον μέλος. (Παπαδοπούλου Ειρ, 2008, σελ.9).

Τα παραπάνω, αλληλεπικαλύπτονται χρονικά και αλληλοσυμπληρώνονται κατά τη διάρκεια της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης (Bertrando, 1992 , Τομαράς κ.α., 2001, Smerud et al, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

4.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΑΝ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

Για να επιτευχθεί η πλήρης και εξατομικευμένη φροντίδα, ο νοσηλευτής χρειάζεται την κριτική του ικανότητα σε συνδυασμό με τις γνώσεις από τις τέχνες και επιστήμες, τη νοσηλευτική έρευνα και τη θεωρία. Η επιστήμη της Νοσηλευτικής είναι μια τέχνη που πηγάζει από τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται. Η παροχή φροντίδας συντελεί στη δημιουργία σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς, και κάνει το νοσηλευτή να ενδιαφέρεται γι αυτόν που φροντίζει. Γι αυτό λοιπόν, ο νοσηλευτής, ως το άτομο που παρέχει φροντίδα, είναι εκπαιδευμένος, έχει

προσόντα, δείχνει συναισθηματική κατανόηση και νοιάζεται για τον ασθενή του (Lemone P & Burke K, 2006).

4.2. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Γενικά:

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

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

4.3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

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

Ανεπιθύμητες Ενέργειες ή Παρενέργειες:

1. **Από το κεντρικό νευρικό σύστημα:** εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, ακαθισία, παρκινσονισμός, τρόμος, υποκινητικότητα, μυϊκές δυσκινησίες/ δυστονίες, όψιμη δυσκινησία ή νευροληπτικό κακόηθες σύνδρομο.
 2. **Από το αυτόνομο νευρικό σύστημα:** ξηροστομία, μυδρίαση, ρινική συμφόρηση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδίες, ορθοστατική υπόταση, εφίδρωση κ.α.
 3. **Άλλες παρενέργειες:** φωτοευαισθησία, αλλεργική δερματίτιδα, χολοστατικός ίκτερος, ανώμαλη χρώση του δέρματος κ.α. (Ραγιά Α., 2009)
- (περισσότερα στον πίνακα 7)**

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

4.3.2 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

A) Οι νοσηλευτικές ευθύνες πριν την φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνουν:

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

επίπεδο(διαφορετική πληροφόρηση χρειάζονται ο αρνητικός, ο καχύποπτος, ο δύσπιστος άρρωστος). (Ραγιά Α., 2009)

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

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

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

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

Δ) Η διδασκαλία του αρρώστου όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία :

- Η διδασκαλία του αρρώστου διευκολύνει και προάγει τη συμμόρφωση του στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Στην αρχή εκτιμώνται η ψυχική κατάσταση και το επίπεδο κατανόησης του ασθενή. Στη συνέχεια καταστρώνεται ανάλογο εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας ,που περιλαμβάνει τα παρακάτω :
- Ø Πληροφόρηση του ίδιου του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του για τη φαρμακοθεραπεία που θα συνεχιστεί στο σπίτι.
- Ø Ψυχολογική υποστήριξη και βεβαίωσή τους ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη της θεραπείας στο σπίτι.
- Ø Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής ασθένειας , το όνομα , τη δόση, τις ώρες χορήγησης και την επιθυμητή δράση του φαρμάκου καθώς και τις **ανεπιθύμητες ενέργειες**

του φαρμάκου, οι οποίες πρέπει να αναφέρονται στον νοσηλευτή και τον γιατρό μαζί με κάθε ασυνήθιστο υποκειμενικό αίσθημα. Ιδιαίτερα είναι σημαντικό να αναφέρονται : πόνος στο λαιμό, πυρετός, ασυνήθιστη αιμορραγία, δερματικό εξάνθημα, αδυναμία, μυικοί σπασμοί, διαταραχές της όρασης, σκούρο χρώμα των ούρων, άχρωμες κενώσεις, ίκτερος και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις. (Ραγιά Α., 2009)

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

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

Στον παρακάτω πίνακα εκθέτουμε τις συνήθεις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και τη σημασία τους για το νοσηλευτή.

Πίνακας:7 Συνήθεις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και η σημασία τους για το νοσηλευτή . (Dewit S, 2009, σελ 1625).

Συνήθεις Παρενέργειες**Σημασία για τη Νοσηλευτική****ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Ξηροστομία

Παροχή μεγάλου όγκου υγρών. Σύσταση για σκληρές καραμέλες χωρίς ζάχαρη ή τσίχλες και καλή φροντίδα του στόματος.

Επίσχεση ούρων και καθυστερημένη έναρξη της ούρησης
Δυσκοιλιότητα

Παρακολούθηση της ούρησης και των συνθηκών της κύστεως.
Χορήγηση μαλακτικού κοπράνων. Ενθάρρυνση για λήψη υγρών και τροφών πλούσιων σε ίνες.

Θάμβος όρασης

Ενημέρωση του ασθενούς ότι το θάμβος της όρασης θα παύσει μόλις το σώμα ανταποκριθεί στο φάρμακο

Φωτοφοβία

Υπευθύμιση του ασθενούς να φορά γυαλιά ηλίου όταν εκτίθεται στον ήλιο

Σεξουαλική δυσλειτουργία

Ενημέρωση του ασθενούς να απευθυνθεί στη θεραπευτική ομάδα για σεξουαλικές δυσκολίες

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ψευδοπαρκινσониζμός: Πρόσωπα σαν μάσκες, άκαμπτη και σκυφτή στάση σώματος, τρεμάμενο βάδισμα, απώλεια σιέλου από το στόμα, ελαφρύς τρόμος και κύλιση δισκίου στο χέρι

Μπορεί να απαιτείται αλληλαγή του αντιψυχωσικού
Χορήγηση αντιχολινεργικού φαρμάκου όπως η τριεξυφαινουδύλη (Artane), ή η βενζοτροπίνη (Cogentin)

Ακαθισία: Χαρακτηρίζεται από συνεχή βάδισμα και κινητική ανησυχία

Ενημέρωση του ιατρού.
Τα αντιψυχωσικά μπορεί να απαιτείται να αλληλάξουν ή να προστεθεί αντιχολινεργικό φάρμακο
Τα συμπτώματα εξαφανίζονται με τη διακοπή του φαρμάκου

ΆΛΛΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ψιμνη δυσκινησία: Τυπικά εμφανίζεται 6 με 12 μήνες ή περισσότερο από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Χαρακτηρίζεται από πρόπτωση της γλώσσας, δυνατούς ήχους από κτυπήματα των χειλέων, θηλαστικές κινήσεις, μασητικές κινήσεις, ανοιγοκλείσιμο των οφθαλμών, ετερόπλευρες κινήσεις της γνάθου, μορφασμούς, ανύψωση των ώμων, ώθηση της πυέλου, κάμψη ή στρόφη των καρπών και των σφυρών, κτυπήματα των ποδιών και ταχείες, ανήσυχες και ακανόνιστες κινήσεις.

Πρόληψη μέσω της αξιολόγησης; Ενθάρρυνση για έλεγχο κάθε 3 μήνες.
Η διακοπή του φαρμάκου δεν ανακουφίζει πάντα τα συμπτώματα
Καμία ειδική θεραπεία δεν υπάρχει πέρα από τη διακοπή του φαρμάκου.
Χορήγηση μαλακών τροφών
Ο ασθενής πρέπει να φορά μαλακά υποδήματα ή παντόφλες

Κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο: Μια σπάνια αληθώς δυνητικά θανατηφόρα αντίδραση στα αντιψυχωσικά φάρμακα. Χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, ταχυκαρδία, ακαμψία των μυών, λήθαργο, εφιδρώσεις, υπερκαλιαιμία, ακράτεια, ηευκυκτώρηση 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

Ταχυκαρδία

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

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

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 ενδογγειακός όγκος σύμφωνα με τις οδηγίες

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Υπνηλία και κόπωση

Φωτοευαισθησία

Αύξηση του βάρους

Εξανθήματα και δερματίτιδα εξ επαφής

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

Χορήγηση του φαρμάκου κατά τη βραδινή κατάκλιση

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

Έλεγχος της διατροφής

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

4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Όσον αφορά τώρα τις διαταραχές της νόσου και τη νοσηλευτική φροντίδα αυτών αναφερόμαστε περιληπτικά στο παρακάτω πίνακα:

Πίνακας: 5 Διαταραχές της νόσου και νοσηλευτική φροντίδα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ
Διαταραχές σκέψης (παρατηρείται διαταραχή του ειρμού της σκέψης, χάλαση συνειρμών, ασυναρτησία	Βελτίωση της ασυναρτησίας και μείωση ή αποφυγή της διαταραχής του ειρμού και περιεχομένου των σκέψεων.	Συνεχής εκτίμηση των διεργασιών του ασθενή. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος επικοινωνίας με τον ασθενή. Έκφραση κατανόησης από την πλευρά του νοσηλευτή. Επαναφορά του ασθενή όταν αναφέρει παραληρητικές σκέψεις, με τον κατάλληλο τρόπο.

<p>Διαταραχές αντίληψης (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, απώλεια της πραγματικής διάστασης των στοιχείων του περιβάλλοντος)</p>	<p>Αποφυγή ή μείωση των παραισθήσεων ή των ψευδαισθήσεων του ασθενή. Αναγνώριση από τον ασθενή της πραγματικότητας στην οποία διαβιεί.</p>	<p>Τοποθέτηση ορίων στον ασθενή, όταν αναφέρει ότι π.χ. ακούει φωνές ή ότι βλέπει κάτι το οποίο δεν υφίσταται. Διδασκαλία του ασθενή για το πώς να σταματήσει τις ψευδαισθήσεις του (να απασχολείται με κάτι άλλο, να ακούει μουσική).</p>
<p>Διαταραχές συναισθήματος (απουσία συναισθήματος, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα).</p>	<p>Μείωση της Συναισθηματικής απουσίας έκφρασης του ασθενή.</p>	<p>Προσεκτική ακρόαση του ασθενή, εκδήλωση ήρεμης και υπομονετικής συμπεριφοράς, ακόμη και αν ο ασθενής μας παραμείνει αμίλητος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Παρατήρηση της μη λεκτικής του συμπεριφοράς (μορφασμοί, στάση σώματος). Όταν υπάρχει ομιλία, επεξεργασία των διακυμάνσεων και του τόνου φωνής , των εκφράσεων του προσώπου του αρρώστου.</p>
<p>Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφοράς (αμυντική ή εχθρική συμπεριφορά του ασθενή</p>	<p>Έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων με παραδεκτό τρόπο από την πλευρά του ασθενή. Αποφυγή ή μείωση της εχθρικότητας προς το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή.</p>	<p>Επιβεβαίωση του ασθενή ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές. Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς, χωρίς αρνητική κριτική από την πλευρά του νοσηλευτή.</p>

Επίσης , παρατηρούνται και οι ακόλουθες διαταραχές (Hogan M., 2012):

- Έλλειψη αυθορμητισμού στην ομιλία και τις κινήσεις
- Παραμέληση εμφάνισης, ατομικής καθαριότητας, καλλωπισμού και τρόπων ευγένειας.
- Αμφιθυμία (αντίθετες σκέψεις, συναισθήματα, κίνητρα συμβαίνουν στο ίδιο άτομο ταυτόχρονα). Ο άρρωστος δεν μπορεί να αποφασίσει, να διαλέξει μεταξύ 2 πραγμάτων.
- Ηχοπραξία : μίμηση των χειρονομιών και κινήσεων των άλλων.
- Κηρώδης ευκαμψία : διατήρηση ενός μέλους του σώματος , επί ώρες σε κάποια θέση, στην οποία μπήκε από κάποιον άλλον σαν να είναι από κερί.
- Εμβροντησία (stupor) : ακινησία για ημέρες ή και εβδομάδες. Μετά από ένα οξύ επεισόδιο, ο άρρωστος συνήθως εμφανίζει έλλειψη ενεργητικότητας και πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων και κινήτρων και δείχνει αυτόματη υπακοή (διαταραχή της βούλησης).

4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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

- Διαταραγμένες διεργασίες σκέψης, όπως οι παραισθήσεις, σχετιζόμενες με το επίπεδο πανικού και άγχους.
- Διαταραγμένη αισθητηριακή αντίληψη, όπως οι ψευδαισθήσεις, σχετιζόμενη με τη βιοχημική ανισορροπία.
- Διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία. σχετιζόμενη με τη γνωσιακή διαταραχή.
- Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση σχετιζόμενη με την ογκώδη έλλειψη εμπιστοσύνης.
- Μη ικανότητα αυτοφροντίδας, μπάνιο, ένδυση, σίτιση, σχετιζόμενο με τη γνωσιακή διαταραχή.
- Μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική θεραπεία.

- Κίνδυνος για άσκηση βίας προς τους άλλους ή τον ίδιο του τον εαυτό, σχετιζόμενη με τις ψευδαισθήσεις.

4.5.1. ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

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

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Dewit S, 2009).

- Αξιολόγηση των θεμάτων των ψευδαισθήσεων
- Αξιολόγηση των λόγων που προκαλούν στρες και ανησυχία.
- Απεικόνιση της πραγματικότητας όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής

- Αποφυγή αντιπαράθεσης σχετικά με τις ψευδαισθήσεις
- Επανάραξη της συζήτησης με κατεύθυνση σε πραγματικά γεγονότα και πρόσωπα. Ενίσχυση της επαλήθευσης της πραγματικότητας (ο νοσηλευτής ομολογεί ειλικρινά ότι δεν ακούει τις φωνές). Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου, των παρόντων προσώπων και γεγονότων σε κάθε περίπτωση.
- Χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων, σύμφωνα με τις οδηγίες και παρακολούθηση της θετικής πορείας και αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών.

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Dewit S, 2009):

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

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

Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης: είναι ο ασθενής να αναγνωρίζει τις αλλαγές στην σκέψη και την συμπεριφορά του, να μπορεί να διακρίνει τις παραληρητικές ιδέες και την πραγματικότητα,

να αντιμετωπίζει τις ψευδαισθήσεις, να διατηρεί τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα και να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Dewit S, 2009).

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

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

5) Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας : διαταραχή της ικανότητας του αρρώστου να εκφράζεται λεκτικά ή να επικοινωνεί λεκτικά με τους άλλους, κατά τρόπο κοινωνικά παραδεκτό. Οι παράγοντες που δημιουργούν αυτή τη δυσλειτουργία είναι : διαταραχές της σκέψης (αυτισμός , παραληρητικές ιδέες), ανικανότητα διάκρισης του εαυτού του από πρόσωπα και αντικείμενα του περιβάλλοντος, έντονο άγχος μέχρι πανικού, απόσυρση από το περιβάλλον και την πραγματικότητα. Τα αποδεικτικά στοιχεία που είναι χαρακτηριστικά είναι η ανικανότητα λογικής ομιλίας ,λεκτικές εκφράσεις ασύνδετες όπως νεολοξίες, σαλάτα λέξεων λόγω χάλασης συνειρμών, πτωχεία λόγου, αλαλία. (Hogan M., 2012).

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

6) Διαταραχή συμπεριφοράς : κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει αμυντική και εχθρική συμπεριφορά στην προσπάθεια προστασίας της αυτοεκτίμησής του. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την συγκεκριμένη διάγνωση είναι η έλλειψη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων, το αίσθημα απειλής του ασθενή, η καχυποψία και δυσπιστία του σε πρόσωπα και καταστάσεις του περιβάλλοντος, η ανικανότητα ερμηνείας ή έκφρασης συναισθημάτων, η αδυναμία εκδήλωσης θυμού με παραδεκτό τρόπο, η διαταραχή επαφής με την πραγματική διάσταση των πραγμάτων. Συνεπώς, ο ασθενής , χρησιμοποιεί την προβολή , ως αμυντικό μηχανισμό, για κατηγορίες, εχθρική συμπεριφορά και ατομική ευθύνη στους άλλους, παρουσιάζει υπερευαίσθησία στην παραμικρή κριτική από τους άλλους, εχθρικό γέλιο και κοροϊδία

των άλλων, παρεμπόδιση στην εφαρμογή της θεραπείας με αμυντική ή διασπαστική συμπεριφορά, παραλήρημα δίωξης. (Hogan M., 2012).

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Συνεχιζόμενη εκτίμηση των δυσκολιών του ασθενή να επικοινωνήσει και να διατηρήσει κοινωνικές επαφές και να αποδεχτεί το θεραπευτικό πλαίσιο που απαιτείται για την βελτίωση της κατάστασής του.
- Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς, χωρίς απειλές και κριτική, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του ασθενή και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας.
- Αποφυγή επιθέσεων ή προκλήσεων στο παραλήρημα του αρρώστου (αυτή η στάση μπορεί να αποξενώσει τον άρρωστο, να μειώσει την εμπιστοσύνη του και να τον ωθήσει στην δικαιολογία, υπεράσπιση και υποστήριξη του παραληρήματος του για να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του.
- Απασχόληση του αρρώστου σε συχνές, σύντομες επικοινωνίες, αποφυγή ψιθυρισμών ή γέλιου, πληροφόρησή του για τυχόν αλλαγές του ημερησίου προγράμματος. Η τακτική αυτή συντελεί στη δημιουργία θεραπευτικής έμπιστης σχέσης και στην ελάττωση της καχυποψίας και άλλων αμυντικών συμπεριφορών.
- Αποφυγή αγγίγματος του αρρώστου με τα χέρια ως εκδήλωση φιλικότητας σε περιστάσεις άγχους, παράνοιας και διαταραχής της επαφής του με την πραγματικότητα. Η χειρονομία αυτή μπορεί να παρερμηνευθεί από πλευράς του ασθενή και να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις και επιθετικότητα.
- Αποφυγή επίπληξης , απειλής ή χρήσης δύναμης και βίας όταν ο άρρωστος υβρίζει και προσβάλλει τους γύρω του, διότι μπορεί να αντιδράσει με επίθεση προκειμένου να προστατεύσει το σύστημα του εγώ του (Ραγιά Α., 2009).

6) Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου : κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά της οικογένειας ή άλλου σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική στο χειρισμό

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση του επίπεδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα μέλος τους.
- Εκτίμηση και καλλιέργεια της θέλησης και της ετοιμότητας της οικογένειας να συμμετάσχει στην φροντίδα του αρρώστου. Πολλοί επιστήμονες εκφράζουν την άποψη ότι ο σχιζοφρενικός άρρωστος εκπροσωπεί μια αποδιοργανωμένη «σχιζοφρενή» οικογένεια. Η μετανοσοκομειακή φροντίδα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και την οικογένεια και άλλα σημαντικά πρόσωπα του αρρώστου, για να ανυψωθεί το επίπεδο της διαπροσωπικής λειτουργίας.
- Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα , όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρικότητα, άγχος, υπερπροστασία. Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας επιδρά αποτελεσματικά στην ανάρρωσή του. Υποτροπές συμβαίνουν με μεγαλύτερη συχνότητα σε οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.
- Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για την φύση και τη βαρύτητα της ασθένειας και επιστράτευση της συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην

κοινότητα. Η οικογένεια που ήδη έχει δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και τις επιπτώσεις μιας χρόνιας αρρώστιας

- Ενθάρρυνση της οικογένειας για συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς.
- Πληροφόρηση της οικογένειας για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα, καθώς και για το ειδικό προσωπικό που διαθέτουν ώστε να τους βοηθήσει όταν τα συμπτώματα του οξύνονται και είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα μόνωσης και αδυναμίας τόσο του αρρώστου αλλά και της οικογένειάς του.

(Hogan M., 2012)

4.6 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

4.6.1 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

1) Απομονωμένος ασθενής –σε απόσυρση :

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

2) Ασθενής με παλίνδρομη –παράξενη συμπεριφορά :

Πλησιάζουμε τον ασθενή με τρόπο που να μην συντελούμε στην ενίσχυση των περιέργων-εκκεντρικών ιδεών του. Φερόμαστε στον ασθενή σαν ενήλικα, παρά την παλινδρομική του συμπεριφορά. Βοηθούμε τον ασθενή όσον αφορά την προσωπική του υγιεινή , μόνο όταν ο ασθενής δεν είναι ικανός να αναλάβει αυτά τα καθήκοντα από μόνος του. Δίνουμε ιδιαίτερη προσοχή στην σωματική επαφή –άγγιγμα , καθώς ο ασθενής μπορεί να το εκλάβει ως απειλητικό. Όταν ο ασθενής παρουσιάζει αμφιθυμία, δίνουμε απλές επιλογές ανάμεσα σε 2 πράγματα, ώστε να μην του δημιουργούμε περαιτέρω σύγχυση.

3) Ασθενείς με μη ξεκάθαρη επικοινωνιακή συμπεριφορά :

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

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

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

Νοσηλεύτης : προσπαθείς να μου πεις κάτι αλλά δεν καταλαβαίνω τι ακριβώς είναι αυτό. Μπορείς να μου το εξηγήσεις διαφορετικά;

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

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

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

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

4) Εξαιρετικά καχύποπτοι και εχθρικοί ασθενείς

Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν με εχθρότητα το περιβάλλον τους, συχνά υβρίζουν και καταφέρνται κατά του προσωπικού του νοσοκομείου, ιδιαίτερα κατά των υψηλά ιστάμενων προσώπων, όπως διευθυντών. Όταν ο ασθενής αρχίζει να παραπονιέται για το προσωπικό, για την κακή μεταχείριση που του γίνεται , για την κακή θεραπεία, για την άδικη παραμονή του στο νοσοκομείο δεν πρέπει σε καμία περίπτωση η νοσηλεύτρια να προσπαθήσει να τον πείσει ότι οι ιδέες του είναι λανθασμένες. Ένας τέτοιος χειρισμός θα του προκαλέσει περισσότερο μίσος και θα αυξήσει την καχυποψία του. Η αποτελεσματικότερη προσέγγιση είναι η νοσηλεύτρια να τον ακούσει με κατανόηση, χωρίς σχόλια, γιατί στην φάση αυτή δεν μπορεί να υπάρξει λογική συζήτηση μαζί του, εφόσον βρίσκεται υπό την επήρεια ισχυρών ψευδαισθήσεων. Οι ψευδαισθήσεις θα υποχωρήσουν , μόνο εάν ο ασθενής αισθανθεί ότι είναι ασφαλής. Απλή φιλικότητα και σεβασμός της προσωπικότητάς του είναι απαραίτητα για την δημιουργία τέτοιων αισθημάτων.

Εδραιώνουμε καθαρά επαγγελματική συμπεριφορά απέναντι σε αυτούς τους ασθενείς. Η ιδιαίτερα φιλική συμπεριφορά μπορεί να φανεί απειλητική για τον άρρωστο. Είμαστε προσεκτικοί με οποιαδήποτε σωματική επαφή, χειρονομία, επαφήκαθώς υπάρχει ενδεχόμενο να θεωρηθεί από τον ασθενή ως απειλητικό στοιχείο απέναντι του. Επιτρέπουμε στον ασθενή μας να έχει όση περισσότερη αυτονομία είναι δυνατόν, μέσα στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Δημιουργούμε σχέση εμπιστοσύνης , δίνοντας πληροφορίες για όλες τις εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί ο ασθενής καθώς και για την φαρμακευτική του αγωγή. Αποφεύγουμε να επικεντρωθούμε σε καχύποπτες σκέψεις ή παραισθήσεις που έχει ο άρρωστος. Επεμβαίνουμε όταν διαπιστώνουμε ότι ο ασθενής δείχνει σημάδια αυξημένης νευρικότητας και μη παραδεκτής συμπεριφοράς.

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

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

Νοσηλεύτρια : εμένα δεν μου φαίνεται ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει. Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί αυτό το μαγνητόφωνο για να φτιάξει την απογευματινή αναφορά.

Πιστεύω ότι εδώ είσαι ασφαλής.

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

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

Ασθενής : θα κάτσω εδώ να διαβάσω την εφημερίδα.

Σε αυτό το παράδειγμα, ο ασθενής παρεξηγεί το περιβάλλον βγάζοντας ένα αβάσιμο συμπέρασμα για το μαγνητόφωνο που βρίσκεται στον σταθμό των νοσηλευτών. Η νοσηλεύτρια απαντά παρουσιάζοντας την πραγματικότητα στον ασθενή. Παρόμοια, νοσηλεύτρια απαντά σε αυτό που ουσιαστικά θέλει να πει ο ασθενής λέγοντας του ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ότι μπορεί να παραμείνει κοντά, χωρίς να κινδυνεύει.

5) Ασθενείς με ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις :

Κατά την διάρκεια του φαγητού, το περιβάλλον πρέπει να είναι ευχάριστο. Οι ψυχικά ασθενείς, όπως όλοι οι άνθρωποι , χρειάζονται να τους σερβίρονται τα φαγητά καλά ετοιμασμένα, σε μια σπιτική ατμόσφαιρα. Η θρέψη του ασθενή με σωλήνα πρέπει να αποφεύγεται και να γίνεται μόνο σε περίπτωση που παρουσιάζεται κίνδυνος για την ζωή του ασθενή, επειδή αρνείται την λήψη τροφής για αρκετές μέρες.

6) Ασθενής που παρουσιάζει έντονο εκνευρισμό και δείχνει σημάδια βίαιης συμπεριφοράς :

Σε αυτήν την περίπτωση , προσπαθούμε να παρατηρήσουμε για σημεία θυμού σε πρώτο στάδιο και να παρέχουμε ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή, μειώνοντας τα ερεθίσματα. Τα κάδρα, οι έγχρωμες εικόνες και οι πολύχρωμες ταπετσαρίες πρέπει να αποφεύγονται, γιατί διεγείρουν την

φαντασία του αρρώστου. Χρησιμοποιούμε χαμηλό, ήρεμο τόνο μιλώντας και αποφεύγουμε να έρθουμε σε αντιπαράθεση με τον ασθενή μας, όταν γίνεται βίαιος λεκτικά. Επίσης, σημαντικό είναι να μην υπάρχουν αιχμηρές γωνίες τις οποίες ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει για να τραυματισθεί ή άλλα αντικείμενα, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει για να επιτεθεί εναντίον οποιουδήποτε άλλου ατόμου. Ακολουθούμε το πρωτόκολλο του νοσοκομείου, παρεμβαίνοντας σε περίπτωση που η κατάσταση εκτραχυνθεί. Βεβαιωνόμαστε ότι τα μέλη του προσωπικού είναι διαθέσιμα όταν προσπαθήσουμε να καταστείλουμε τον ασθενή. Αν χρειαστεί να περιοριστεί ο ασθενής, (π.χ. να καθηλωθεί ή να απομονωθεί σε κάποιο δωμάτιο), παίρνουμε όλα τα μέτρα που εγγυώνται την ασφάλεια του αρρώστου, χωρίς να προβούμε σε ακραίες και επιθετικές ενέργειες. (ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ, 2008, ΣΕΛ 47-51)

4.6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Ο νοσηλευτής μετά τις ενέργειές του αξιολογεί εάν:

- Ο ασθενής αναγνωρίζει τα συναισθήματα άγχους και χρησιμοποιεί τα απαραίτητα μέτρα για να μειώσει την ανησυχία του.
- Ο ασθενής αυξάνει την αυτοφροντίδα του.
- Ο ασθενής ακολουθεί το σχεδιασμένο πρόγραμμα όσον αφορά τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Ο ασθενής επικοινωνεί χωρίς ενδείξεις χαλαρών συνειρμών.
- Ο ασθενής θα συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό της θεραπείας του.
- Ο ασθενής διαφοροποιεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του που προέρχονται από τον εσωτερικό του κόσμο ή αυτών από το εξωτερικό περιβάλλον.
- Ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένο ή ελεγχόμενο βαθμό παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων.
- Ο ασθενής έχει βελτιωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και καλή συμπεριφορά με τα υπόλοιπα άτομα και μειώνει την κοινωνική απομόνωση.
- Ο ασθενής εκφράζει συναισθήματα που είναι κατάλληλα για την κάθε περίπτωση.
- Ο ασθενής δείχνει μειωμένη καχυποψία, αρνητικότητα και θυμό. Δείχνει εμπιστοσύνη προς τους άλλους.

- Ο ασθενής αναγνωρίζει θετικά στοιχεία στον εαυτό του.
- Ο ασθενής συμμετέχει σε θεραπευτικό πλάνο και συμφωνεί να ακολουθήσει την θεραπεία του.
- Ο ασθενής και η οικογένειά του χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για την ασθένεια, το θεραπευτικό πρόγραμμα, τα συμπτώματα και την διαχείριση των κρίσιμων φάσεων σε μια συνεχιζόμενη διαδικασία.
- Τα μέλη της οικογένειας θα μπορούν να περιγράψουν και να αναγνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματα της ασθένειας.
- Τα μέλη της οικογένειας θα επιδεικνύουν πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης.
- Τα μέλη της οικογένειας θα περιγράψουν τη φαρμακευτική αγωγή του πάσχοντος
- Τα μέλη της οικογένειας θα περιγράψουν με ποιο τρόπο και πότε είναι αναγκαίο να απευθυνθούν στις υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας (Dewit S, 2009, Hogan M., 2012).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

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

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

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

Εκείνοι που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών με σχιζοφρένεια αρκετές φορές δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν σε σκέψεις και συμπεριφορές των ασθενών, που είναι εμφανώς εκτός πραγματικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί θα πρέπει να βάλουν στο μυαλό τους, ότι οι ιδέες των ασθενών δεν είναι απλώς φαντασιώσεις, αλλά στο δικό τους μυαλό είναι απτή πραγματικότητα.

Τα μέλη της οικογένειας αντί να προσπαθούν να πείσουν τον άρρωστο για το αντίθετο, είναι προτιμότερο να του λένε ότι δεν βλέπουν τα πράγματα όπως εκείνος και δεν συμφωνούν με τα

συμπεράσματά του, αλλά την ίδια στιγμή να αναγνωρίζουν ότι στον ασθενή έτσι φαίνονται τα πράγματα.

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

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

Τελειώνοντας, η συστηματική πληροφόρηση – ευαισθητοποίηση – ενημέρωση και συμμετοχή του κράτους πρόνοιας, σε σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα είναι ένας από τους παράγοντες Παιδείας και αναγκαία επένδυση ζωής. Αν μάθεις σε ένα νέο πως να επικοινωνεί με το κοινωνικό σύνολο, πως να αντιμετωπίζει τις καθημερινές δυσκολίες, πως να επιτυγχάνει τον αυτοέλεγχο και πως να αναζητά το αληθινό νόημα της ζωής, τότε του έχεις δώσει τα απαραίτητα εφόδια για να αντιμετωπίσει τους κινδύνους, οι οποίοι συχνά κάνουν τους ανθρώπους να εξαρτηθούν από ουσίες ή να εκδηλώσουν ψυχική νόσο. Αν μάθεις τους ανθρώπους πως η οικογένεια δρα ως ένα σύστημα διατήρησης της σχιζοφρένειας ενοχοποιώντας παράγοντες όπως το εκφρασμένο συναίσθημα και την υπερβολική κριτική, τότε, έχεις συμβάλει στη δημιουργία μιας κοινωνίας δρώντων πολιτών, στη δημιουργία μιας υγιούς κοινωνίας.

**Καινα θυμόμαστε πως.... η χρήση μηχανικού περιορισμού πραγματικά δεν σώζει ζωές αλλά κοστίζει ζωές.... να θυμόμαστε πως.... δεν το εξορκίζεις το κακό... το θεραπεύεις.....
...η ψυχοθεραπεία μπορεί να σώσει -και να αλλάξει- ζωές.....**

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ANDREASEN N. C (1990), *EVALUATION CLINIQUE DES SYMPTOMS DEFICITAIRES ET PRODUCTIFS DES PSYCHOSES CARACTERISÉES ET DES PATHOLOGIES À SYMPTOMATOLOGIE APPARENTÉE*, NERVURE, 3, p: 8-14.
- ANDREASEN N. C (1997), *THE EVOLVING CONCEPT OF SCHIZOPHRENIA: FROM KRAEPELIN TO THE PRESENT AND FUTURE*, SCHIZOPHRENIA RESEARCH, 28, p: 106-109.
- ANDREASEN N. C (2000), *PSYCHOPATHOLOGIE ET DIAGNOSTIC DE LA SCHIZOPHRENIE: EVOLUTION DU CONCEPT, IN LES TROUBLES SCHIZOPHRENIES* (ED, DE CLERCQ M. & PEUSKENS J., DE BOECK: PARIS-BRUSSELS.
- BAROCCA A. ET AL (2004), *MESSY HOUSE SYNDROME*.
- BERCHERIE P. (2004), *HISTOIRE ET STRUCTURE DU SAVOIR PSYCHIATRIQUE, LES FONDEMENTS DE LA CLINIQUE 1*, PARIS : L' HARMATTAN.
- BERTRANDO P, BELTZ J, BRESSI C, CLERICI M, FARMA T, INVERNIZZI G, CAZZULLO C (1992), *EXPRESSED EMOTION AND SCHIZOPHRENIA IN ITALY.A STUDY OF AN URBAN POPULATION*, BR. J PSYCHIATRY, 161:223-9.
- BERRIOS G. E. (1985), *POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS AND JACKSON, A CONCEPTUAL HISTORY*, ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 42, p: 95-97.
- COCKERHAN W. C. (2000), *SOCIOLOGY OF MENTAL DISORDER*, PRENTICE HALL, LONDON, 42-46.
- DIXON L, STEWART B, BURLAND J, DELAHANTY J, LUCKSTED A, HOFFMAN, M (2001), *PILOT STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF THE FAMILY-TO-FAMILY EDUCATION PROGRAM*, PSYCHIATR. SERV, 52: 965-967.
- DORLAND'S (1997), *ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΞΙΚΟ: ΑΓΓΛΟΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΟΑΓΓΛΙΚΟ / ΠΡΟΛ, ΙΩΑΝΝΗΣ Δ., ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΜΕΤ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Κ., ΚΑΤΟΥΛΗΣ, ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ.*
- ΗΟΓΑΝ Α. Μ. (2012), *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ & ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ.
- FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL CW. (1984), *FAMILY CARE FOR SCHIZOPHRENIA: A PROBLEMS-SOLVING APPROACH TO THE TREATMENT OF MENTAL ILLNESS*, NEW YORK, USA: GUILDFORD PRESS.

- GARRABÉ J. (2003), *LA SCHIZOPHRÉNIE, UN SIÈCLE POUR COMPRENDRE, LES ÉMPÊCHEURS DE PENSER EN ROND*, PARIS : LE SEUIL.
- HARRISON (2015) *ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α,Ε ΑΘΗΝΑ.*
- ΚΑΤΟ Τ., (2004), *POLE OF MAGNESIOM ON THE REGULATIO OF A RECEPTOR – A PHARRMACOPATHOLOGY OF MEMANTINE CLIN CALCIUM.*
- ΚΑΡΛΑΝ & ΣΑΔΟΚΣ (2004), ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΣΑΛΔΑΤΟΣ *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ.
- KRUGER T. ET AL (2004), *NEUROCOGNITION PSYCHOSOCIAL OUTCOME AND VOCATIONAL INTEGRATION PSYCHIATR, PRAX.*
- LANTERI-LAURA G. & GROS M. (1982), *HISTORIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE*, ENCYCL, MÉD, CHIR., PARIS, PSYCHIATRIE : 37281 C10.
- LÉMPÉRIÈRE T. & FÉLINE A. (1977), *PSYCHIATRIE DE L' ADULTE*, PARIS: MASSON.
- LEMON P, BURKE K (2006), *ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ*, ΤΟΜΟΣ Α΄, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΛΑΓΟΣ Δ, ΑΘΗΝΑ.
- LINK, B. G., STRUENING, E. L., NEESE-TODD, S., ASMUSSEN, S., & PHELAN, J. C. (2001), *THE CONSEQUENCES OF STIGMA FOR THE SELF-ESTEEM OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES*, PSYCHIATRIC SERVICES, 52(12), 1621–1626.
- PURI BK. (2012), *MEDICATION- AND SUBSTANCE-INDUCED DISORDERS. TEXTBOOK OF CLINICAL NEUROPSYCHIATRY AND BEHAVIORAL NEUROSCIENCE*, LONDON, UNITED KINGDOM: HODDER ARNOLD;. 70(6): 786-804.
- SADOCK, B, SADOCK, V. (2007), *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ.
- SCHEFF, T. (1966), *BEING MENTALLY ILL: A SOCIOLOGICAL THEORY*, CHICAGO, IL: ALDINE.
- SOLOMON, S., GREENBERG, J., & PYSZCZYNSKI, T. (1991), *A TERROR MANAGEMENT THEORY OF SOCIAL BEHAVIOR: THE PSYCHOLOGICAL FUNCTIONS OF SELF-ESTEEM AND CULTURAL WORLDVIEWS*, IN M. ZANNA (ED),

ADVANCES IN EXPERIMENTAL SOCIAL PSYCHOLOGY (VOL. 24, PP. 93-159).
SAN DIEGO, CA: ACADEMIC PRESS.

- SMERUD, P. E, ROSENFARB I.S(2011), *THE THERAPEUTIC ALLIANCE AND FAMILYPSYCHOEDUCATION IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA: AN EXPLORATORY PROSPECTIVE CHANGE PROCESS STUDY, COUPLE AND FAMILY PSYCHOLOGY: RESEARCH AND PRACTICE*, VOL 1(S), 85-91.
- SZMUKLER G, KUIPERS E, JOYCE J, HARRIS T, LEESE M, MAPHOSA W, STAPLES E. (2003), *AN EXPLORATORY RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF A SUPPORT PROGRAMME FOR CAREERS OF PATIENTS WITH A PSYCHOSIS*, SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR EPIDEMIOL, 38 (8):411-8.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΒΑΡΒΟΓΛΗ Λ. (2000), *ΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΛΑΒΥΡΙΝΘΟΥΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ Α.Ε., ΑΘΗΝΑ, 438-454, 467-468.
- ΓΕΩΡΓΑΡΑΣ Α., *ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, ΑΘΗΝΑ, 125, 136-142.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. (2007), *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 6^Η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α., ΑΘΗΝΑ.
- ΓΚΙΩΝΑΚΗΣ Ν., ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ., (2001), *ΟΛΗΓΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΣΥΜΒΙΩΣΗ*, ΑΘΗΝΑ, 18, 66-72.
- ΕΥΘΥΜΙΟΥ Ε., ΜΑΥΡΟΕΙΔΗ Α., ΠΑΥΛΑΤΟΥ Ε. ΚΑΙ ΚΑΛΑΤΖΗ-ΑΖΙΔΗ (2006), *ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ (ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ), ΑΘΗΝΑ, 40-51.
- ΖΗΣΗΣ Α. (2001), «*ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ – ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ*» ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟ 75.
- ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Π. Β., ΚΟΛΛΙΑΣ Θ. Κ. ΚΑΙ ΧΑΒΑΚΗ – ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ Ι. Μ., (2008), *ΠΡΩΙΜΕΣ ΨΥΧΩΣΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ. ΣΗΜΕΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ, 67-68.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Γ. Μ. (2006), *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, ΑΘΗΝΑ, 186-224.

- ΜΑΝΟΥ Ν. (1988), *ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*, Α ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.
- ΜΑΝΤΩΝΑΚΗΣ Ι. ΚΑΙ ΣΥΝ. (1999), *ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΑΘΗΝΑ.
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡ., ΠΑΛΛΗ ΑΛΕΞ., ΠΕΠΠΟΥ ΛΙΑ Η ΕΥ., ΛΟΥΚΗ ΕΛ., ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ ΑΘ, ΚΟΛΟΣΤΟΥΜΠΗΣ Δ., ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ν. (2014), *ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ*, ΓΝΩΣΙΑΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΤΟΜ. 1, ΤΕΥΧ. 1, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΨΥ, Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, σελ. 15-24.
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (1997), *ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ*, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΛΑΓΟΣ Δ.
- ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. (2004), *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ.
- ΡΑΓΙΑ Χ. Α. (2009), *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*, 7Η ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ, ΑΘΗΝΑ, 240-262, 268-269.
- ΣΟΥΡΑΣ Δ. (2008), *ΙΑΤΡΟΣ ΜΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΤΑ ΧΡΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΚΑΚΤΟΣ.
- ΤΟΜΑΡΑΣ, Β, ΣΟΛΔΑΤΟΥ, Μ. (2001), *Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ, ΣΤΟ : ΨΥΧΩΣΕΙΣ :ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ σελ. 142-151.
- ΦΕΡΕΝΤΙΝΟΣ Π., ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β. (2003), *ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ* , ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, ΑΘΗΝΑ.
- ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. Ν. ΚΑΙ ΣΥΝ. (2000), *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ*, 1ΟΣ ΤΟΜΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ.

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- JACKSON J. H. (1889), *ON POSTEPILEPTIC STATES: A CONTRIBUTION TO THE COMPARATIVE STUDY OF INSANITIES*, JOURNAL OF MENTAL SCIENCES, 34, p: 490-500.
- KOTROTSIOU E, PAPATHANASIOU I, KOTROTSIOU S (2006), *SCHIZOPHRENIA AND FAMILY ICUS AND NURSING* ,WEB JOURNAL, 27, AUGUST-OCTOB.
- MCFARLANE R. W, DIXON L, LUKENS E, LUCKSTED A (2003), *FAMILY PSYCHOEDUCATION AND SCHIZOPHRENIA: A REVIEW OF THE LITERATURE*, JOURNAL OF MARITAL AND FAMILY THERAPY, VOLUME 29, ISSUE 2, PAGES 223–245, APRIL 2003.
- RAJIV TANDON A, WOLFGANG GAEBEL B, DEANNA M. BARCH C,D,E, JUAN BUSTILLO F, RAQUEL E. GUR G,H,I (2013), *DEFINITION AND DESCRIPTION OF SCHIZOPHRENIA IN THE DSM-5*, SCHIZOPHRENIA RESEARCH.
- SADOCK, B, SADOCK, V. (2007), *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ.
- *STEPHAN HECKERS J, DOLORES MALASPINA K,L, MICHAEL J. OWEN M, SUSAN SCHULTZ N, MING TSUANG O,P,Q, JIM VAN OS R,S, WILLIAM CARPENTER T,U*
- REYNOLDS J. R. (1858), *ON THE PATHOLOGY OF CONVULSIONS, WITH SPECIAL REFERENCE TO THOSE OF CHILDREN*, LIVERPOOL MEDICAL CHIR, JOURNAL; 2: 1-14.
- RIDGWAY, P. (2001), *RE STORYING PSYCHIATRIC DISABILITY: LEARNING FROM FIRST PERSON RECOVERY NARRATIVES*. *PSYCHIATRIC REHABILITATION*, JOURNAL, 24(4), 335-343.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1993), *THE ICD-10 CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS DIAGNOSTIC CRITERIA FOR RESEARCH*, GENEVA.
- ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977), *VULNERABILITY: A NEW REVIEW OF SCHIZOPHRENIA*, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, 86, 103-126.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ,ΘΕΜΑ: *ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ*, ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΖΙΩΓΟΥ ΘΕΟΛΟΓΙΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008.
http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/637/pap_main.pdf?sequence=1
- ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ ΣΠ (2008), ΠΕΡΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ, [HTTP://WWW.PSYCHIATRY-PULSE.GR/YLIKO/SXIZOFRENEIA.PDF](http://www.psychiatry-pulse.gr/yliko/schizofreneia.pdf)
- ΣΕΡΓΗ Β.,ΓΕΩΡΓΑΝΑ Ρ.,ΟΙΚΟΝΟΜΕΑ Ι : ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ *ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ* , *ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ*, [HTTP://WWW.ASKITIS.GR/PSYCHICHEALTH/VIEW/SCHIZOPHRENEIA](http://www.askitis.gr/psychichealth/view/schizophreneia)
- ΧΡΗΣΤΟΣ ΒΕΝΕΤΗΣ,ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ,ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΔΕΥΤΕΡΑ, 1 ΙΟΥΝΙΟΥ 2015, [HTTP://VENETISMD.BLOGSPOT.GR/2013/04/BLOG-POST_516](http://venetismd.blogspot.gr/2013/04/blog-post_516)
- ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ ΝΙΚΟΣ. ΕΠΙΚ. ΚΑΘ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝ /ΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΕΠΙΨΥ, INSTITUTE OF PSYCHIATRY LONDON , UK, [FILE:///C:/USERS/USER/DOWNLOADS/SXIZOFRENIA_STEFANIS.PDF](file:///C:/Users/user/downloads/schizofrenia_stefanis.pdf)
- *Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΟΧΤΩ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΡΟΥΝ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ*, 2014, <http://www.e-saloniki.gr/el/top-menu/ygeia/h-schizofreneia-ofeiletai-se-oxtw-diaforetikes-pathhseis-pou-droun-parallhla.html>
- ΚΟΤΑΝΙΔΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ, ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ, [HTTP://WWW.LIFEMAG.GR/DEFAULT.ASPX?ID=527&LANG=1&T=6#STHASH.XXTHTB EK.DPUF](http://www.lifemag.gr/default.aspx?id=527&lang=1&t=6#sthash.xxthtbEK.DPUF),
- ΧΡΗΣΤΟΣ ΒΕΝΕΤΗΣ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΣΤΙΣ 09:28 [HTTP://VENETISMD.BLOGSPOT.GR/2013/04/BLOG-POST_3446.HTML](http://venetismd.blogspot.gr/2013/04/blog-post_3446.html)
- Δρ. Κυριάκος Βερεσιέ, ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΚΙΝΗΣΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ, [HTTP://WWW.VERESIES.COM/INDEX.PHP?OPTION=COM_CONTENT&VIEW=ARTICLE &ID=271&ITEMID=146&LANG=EL](http://www.veresies.com/index.php?option=com_content&view=article&id=271&Itemid=146&lang=el) ΟΔΗΓΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΨΥΧΩΣΗ
- ΚΟΡΝΑΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ.ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΘΕΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ [HTTP://SALOGRAIA.BLOGSPOT.GR/2013/02/BLOG-POST_23.HTML](http://salograia.blogspot.gr/2013/02/blog-post_23.html).. *Ο ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩΚΕΝΤΡΙΣΜΟΥ.*