

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



Φοιτήτρια: Ευγενία Σταματοπούλου

Εποπτεύων Καθηγητής: Κυριακή Σαμαρτζή

ΠΑΤΡΑ- Σεπτέμβριος 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| |
|-------------------------------|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....σελ. 2 – 4 |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ. 5 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ. 6 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....σελ.7 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

| |
|---|
| 1.1 Τι είναι η σχιζοφρένεια-Ιστορική αναδρομή.....σελ. 8 - 9 |
| 1.2 Επιδημιολογία της σχιζοφρένειας.....σελ. 9 - 10 |
| 1.3 Αιτιολογία.....σελ. 10 |
| 1.3.1 Βιολογικοί Παράγοντες.....σελ. 10 - 11 |
| 1.3.2 Ψυχαναλυτική Άποψη.....σελ. 12 |
| 1.3.3 Θεωρίες επικοινωνίας-Παθολογική επικοινωνία στην οικογένεια.....σελ. 12 - 13 |
| 1.3.4 Κοινωνικά Αίτια.....σελ. 13 |
| 1.4 Διαγνωστικά Κριτήρια.....σελ. 13 - 15 |
| 1.4.1 Κριτήρια του Emil Kraepelin.....σελ. 15 |
| 1.4.2 Κριτήρια του Eugen Bleuler.....σελ. 15 - 17 |
| ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΠΟΡΕΙΑ-ΕΚΒΑΣΗ.....σελ. 17 - 18 |
| 1.5 Κατηγορίες σχιζοφρένειας |
| 1.5.1 Παρανοειδής σχιζοφρένεια.....σελ. 19 |
| 1.5.2 Αποδιοργανωτική ή ηβηφρενική σχιζοφρένεια.....σελ. 19 - 20 |
| 1.5.3 Κατατονική σχιζοφρένεια.....σελ. 20 - 21 |
| 1.5.4 Αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια.....σελ. 21 |
| 1.5.5 Υπολειμματική σχιζοφρένεια.....σελ. 21 - 22 |
| 1.6 Πρόσθετες κατηγορίες.....σελ. 22 - 23 |

Κεφάλαιο 2^ο

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

| |
|--|
| 2.1 Λίγα ιστορικά στοιχεία.....σελ. 24 |
| 2.2 Εισαγωγικά στοιχεία.....σελ. 25 - 26 |
| 2.3 Φαρμακοθεραπεία-Αντιψυχωτικά Φάρμακα.....σελ. 26 |
| 2.4 Παρενέργειες αντιψυχωτικών-Συμμόρφωση ασθενούς.....σελ. 27 - 28 |
| 2.5 Ενισχυτική φαρμακοθεραπεία.....σελ. 29 |
| 2.6 Θεραπεία με ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....σελ. 30 |
| 2.7 Η Θεραπεία της Οξείας Φάσης και της Φάσης Σταθεροποίησης της Σχιζοφρένειας |
| 2.7.1 Η θεραπεία της οξείας φάσης.....σελ. 30 |
| 2.7.2 Η θεραπεία στη φάση της σταθεροποίησης.....σελ. 31 |
| 2.8 Ψυχοκοινωνική υποστήριξη.....σελ. 31 - 32 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

| |
|---|
| 3.1 Ορισμός νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.....σελ. 33 |
|---|

| | |
|---|----------------|
| 3.2 Ρόλοι του νοσηλευτή.....σελ. | 34 |
| 3.3 Επικοινωνία νοσηλευτή με τον ψυχικά ασθενή.....σελ. | 34 - 35 |
| 3.4 Νοσηλευτικές Ευθύνες στη Φαρμακοθεραπεία των Ασθενών.....σελ. | 35 - 36 |
| 3.4.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την περίοδο χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων.....σελ. | 36 |
| 3.4.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων.....σελ. | 36 - 37 |
| 3.4.3 Παρεμβάσεις νοσηλευτικού προσωπικού στις παρενέργειες των ψυχωτικών φαρμάκων.....σελ. | 37 |
| 3.4.4 Ευθύνες νοσηλευτών κατά τον τερματισμό φαρμακοθεραπείας.....σελ. | 37 - 38 |
| 3.5 Ενδείξεις νοσηλείας στη σχιζοφρένεια.....σελ. | 38 - 39 |
| 3.6 Νοσηλευτική διεργασία φροντίδας ασθενούς με σχιζοφρένεια.....σελ. | 39 - 40 |
| 3.7 Νοσηλευτική εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.....σελ. | 40 |
| 3.8 Νοσηλευτικές διαγνώσεις-επιθετικές εκβάσεις του ψυχικά ασθενούς | |
| 3.8.1 Νοσηλευτικές διαγνώσεις.....σελ. | 41 - 42 |
| 3.8.2 Επιθυμητές εκβάσεις ασθενούς με σχιζοφρένεια.....σελ. | 42 |
| 3.9 Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με σχιζοφρένεια.....σελ. | 42 - 43 |
| 3.10 Νοσηλευτική φροντίδα στις διαταραχές του ασθενούς με σχιζοφρένεια | |
| 3.10.1 Στις αισθητηριακές διαταραχές.....σελ. | 43 - 44 |
| 3.10.2 Στις διαταραχές των διεργασιών των σκέψεων.....σελ. | 44 - 46 |
| 3.10.3 Στις διαταραχές συμπεριφοράς.....σελ. | 46 - 47 |
| 3.10.4 Στην ελλιπή αυτοφροντίδα.....σελ. | 47 |
| 3.10.5 Στην κοινωνική απομόνωση.....σελ. | 47 - 48 |
| 3.10.6 Στους κινδύνους αυτοκτονίας.....σελ. | 49 - 50 |
| 3.11 Συμπερασματική αξιολόγηση-επαναξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας.....σελ. | 50 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

| | |
|---|---------|
| 4.1 Αποιδρυματοποίηση.....σελ. | 51 |
| 4.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στον τομέα της ψυχικής υγείας.....σελ. | 51 - 52 |
| 4.3 Βασικές αρχές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....σελ. | 52 - 53 |
| 4.4 Μετανοσοκομειακή φροντίδα-αποκατάσταση ασθενούς με σχιζοφρένεια.....σελ. | 54 - 55 |
| 4.5 Υποτροπή των ασθενών με σχιζοφρένεια-ο ρόλος των κοινοτικών νοσηλευτών στην πρόληψή τους.....σελ. | 55 - 58 |
| 4.6 Στεγαστική αποκατάσταση ψυχικά ασθενών – δομές στέγασης | |
| 4.6.1 Μετανοσοκομειακοί ξενώνες.....σελ. | 59 |
| 4.6.2 Οικοτροφεία.....σελ. | 59 – 60 |
| 4.6.3 Προστατευόμενα διαμερίσματα.....σελ. | 60 - 61 |

| | |
|--|----------------|
| 4.7 Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια.....σελ. | 61 - 63 |
| 4.8 Ο ρόλος της εργασίας στην αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια.....σελ. | 63 - 64 |
| 4.9 Στίγμα και κοινωνική απομόνωση ασθενούς με σχιζοφρένεια – Αντιμετώπιση.....σελ. | 64 - 65 |
| 4.10 Μύθοι και αλήθειες γύρω από την σχιζοφρένεια.....σελ. | 65 - 67 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ. | 68 - 69 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ.....σελ. | 69 - 70 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ. | 70 - 74 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της σχιζοφρένειας ως προς την αιτιολογία, την κλινική εικόνα, τις κατηγορίες, τα συμπτώματά καθώς και την διάγνωση, την πορεία και την έκβαση της ασθένειας. Κρίνεται απαραίτητο να εξεταστεί η θεραπευτική αντιμετώπιση της με διάφορου τύπου «θεραπευτικά εργαλεία». Ακόμα, θεωρείται σημαντικό να εξεταστεί από την σκοπιά της νοσηλευτικής φροντίδας για την αποτελεσματικότερη αποκατάσταση και βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή σε όλους τους τομείς της ζωής του. Τέλος, καίριας σημασίας ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν είναι τα εξής: Υπάρχουν νοσηλευτικές ευθύνες ως προς την χορήγηση φαρμάκων των ψυχικά ασθενών και αν ναι ποιες είναι οι κατάλληλες παρεμβάσεις από τη μεριά του νοσηλευτή; Ποιες είναι οι ενδείξεις νοσηλείας στην σχιζοφρένεια, πώς διαγιγνώσκονται και ποιος ο τρόπος αντιμετώπισής τους από τη μεριά του νοσηλευτικού προσωπικού; Ποια η νοσηλευτική φροντίδα στις διαταραχές και τα προβλήματα των ασθενών με σχιζοφρένεια; Με ποιους τρόπους είναι δυνατό να γίνει η αποκατάσταση των ασθενών στη κοινότητα;

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις περιπλοκότερες ασθένειες, που προσβάλλει το 1% του πληθυσμού. Αποτελεί σοβαρή ασθένεια του εγκεφάλου και προκαλεί διαταραχές στη σκέψη, στην αντίληψη, στη συμπεριφορά και στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή με σοβαρές επιπτώσεις σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου (προσωπική, κοινωνική, επαγγελματική ζωή).

Κάνει την εμφάνισή της στην πρώιμη ενήλικη ζωή και εμφανίζει θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Ανάμεσα στα θετικά περιλαμβάνονται οι οπτικές, απτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις, η αποδιοργανωμένη ομιλία και σκέψη, οι παραληρητικές ιδέες καθώς και οι διαταραχές της συμπεριφοράς. Στα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται η φτώχεια του λόγου, το επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα, ανηδονία καθώς και έλλειψη επιθυμίας για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.

Χωρίς να έχουν εξακριβωθεί πλήρως τα αίτια, περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς, ψυχολογικούς και γενετικούς παράγοντες. Η διάγνωση, στηρίζεται σε κριτήρια του ICD-10 και του DSM-IV για Ευρώπη και Αμερική αντίστοιχα. Υπάρχουν στοιχεία που αναφέρουν ότι ανάμεσα στους πάσχοντες που βιώνουν το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, οι πιθανότητες για επιτυχής έκβαση της νόσου αναγράφεται περίπου στο 42%, για ενδιάμεση έκβαση περίπου στο 35% και για αρνητική έκβαση στο 27%. Η θεραπεία βασίζεται κυρίως σε αντιψυχωτικά φάρμακα αλλά και σε γνωστική και συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Όσον αφορά τα αντιψυχωτικά φάρμακα μπορούν να μειώσουν κυρίως τα θετικά συμπτώματα σε περίπου δύο εβδομάδες σε αντίθεση με τα αρνητικά που δεν βελτιώνονται σε σημαντικό βαθμό.

Ωστόσο με την έγκαιρη και σωστή θεραπεία αλλά και με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν να κάνουν με την εκπαίδευση και τη βοήθεια για ανάκτηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ασθενών, υπάρχει η δυνατότητα καταπολέμησης αρκετών συμπτωμάτων και η επαναφορά της λειτουργικότητας του ατόμου κατά ένα μεγάλο βαθμό.

Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό, πέρα από τη γενικότερη φροντίδα και τη χορήγηση φαρμάκων στους ασθενείς του, πρέπει να επικοινωνεί μαζί τους με τέτοιο τρόπο ώστε να κατανοεί πιο ουσιαστικά τις βαθύτερες ανάγκες και τα συναισθήματα τους. Τέλος, το κοινοτικό νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να μεριμνήσει, ώστε τα άτομα αυτά να μπορούν να διαμένουν σε σπίτι, να εργάζονται στην κοινότητα πάνω απ' όλα με ασφάλεια, όπως επίσης και να αναπτύσσουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τις ικανότητες τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ετυμολογική προέλευση της λέξης σχιζοφρένεια αναφέρεται στις αρχαίες Ελληνικές λέξεις «σχίζειν» (διαχωρισμός) και «φρένα» (μυαλό, λογική), η οποία αποτελεί μια νευροψυχιατρική νόσο και ανήκει στην κατηγορία των ψυχώσεων. Ο όρος προήλθε από τον Ελβετό ψυχολόγο Eugen Bleuler το 1908, όπου περιέγραψε το πώς βασικές νοητικές λειτουργίες (μνήμη, σκέψη, αντίληψη), χάνουν τη μεταξύ τους επικοινωνία. Για να διαγνωστεί η ασθένεια της σχιζοφρένειας πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο οργανικής βλάβης του νευρικού συστήματος καθώς πιθανόν να παρουσιάζουν κοινή συμπτωματολογία.

Πολλές είναι οι φορές όπου η κοινωνία στιγματίζει τους ασθενείς της συγκεκριμένης νόσου με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η ανάρρωσή τους. Μάλιστα από τη δεκαετία του '50 και μετά έχει διπλασιαστεί η άποψη ότι τα άτομα αυτά είναι βίαια. Παρόλα αυτά οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, γύρω στο 10% του μέσου όρου, είναι αρκετά δύσκολο να επιχειρήσουν απόπειρα αυτοκτονίας κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Μάλιστα πιο συχνά να εμφανιστεί μια τάση για αυτοκτονία παρουσιάζεται κατά την περίοδο όπου ξεκινά να εκδηλώνεται η ασθένεια ή ύστερα από την πρώτη εισαγωγή του πάσχοντα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να κατανοηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα τόσο το ιατρικό κομμάτι της νόσου αυτής όσο και αυτό της νοσηλευτικής φροντίδας. Στο πρώτο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί η επιδημιολογία, οι παράγοντες που ίσως ευθύνονται για την ασθένεια, τα συμπτώματα, οι διάφοροι κλινικοί τύποι, τα διαγνωστικά κριτήρια, όπως επίσης και η πρόγνωση της ασθένειας. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται οι σωματικές θεραπείες της νόσου, οι παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων αλλά και οι διάφορου τύπου ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού, από την χορήγηση των αντιψυχωτικών φαρμάκων μέχρι και την επικοινωνία και την ψυχολογική υποστήριξη του ψυχικά ασθενή. Ακόμα γίνεται αναφορά στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις των προβλημάτων και των αναγκών των ασθενών αλλά και τα δικαιώματά τους σε ηθικό και νομικό πλαίσιο. Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, θα παρουσιαστεί η μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενή, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή, οι δομές στέγασης των ατόμων αυτών, οι βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η αντιμετώπιση των υποτροπών στις δομές στέγασης, ο ρόλος της οικογένειας αλλά και της εργασίας στην βοήθεια της αποκατάστασής τους, καθώς και στους μύθους της παρεξηγημένης αυτής ασθένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ψυχική διαταραχή η οποία ανήκει στις ψυχώσεις, ιδιαίτερα σοβαρή με λειτουργικές και ανατομικές βλάβες του εγκεφάλου και εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε εφήβους και νεαρούς ενήλικους με πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς τους (Kaplan & Sadock' s, 2012 – Sadock, B. 2007).

Στον Χριστοδούλου και Συν. (2000) αναφέρεται ως μια σύνθετη - περίπλοκη ανοσολογική οντότητα η οποία χαρακτηρίζεται από μια ουσιαστική μεταβολή τόσο της εσωτερικής όσο και της εξωτερικής πραγματικότητας, που εκδηλώνεται με μια σειρά διαταραχών: τόσο της σκέψης, της αντίληψης, όσο και της βούλησης και της συμπεριφοράς.

Σε κείμενα εδώ και πάνω από 3.000 χρόνια συναντάμε αποσπασματικά κάποια χαρακτηριστικά συμπτώματα της ασθένειας, που θα μπορούσαμε να τα εντάξουμε σήμερα στο ανοσολογικό πλαίσιο της σχιζοφρένειας. Χαρακτηριστικές αναφορές αναδύονται στις ινδουιστικές Βέδες (1400 π.χ.) και στην Ιπποκράτους Συλλογή (5^{ος} αιώνας π.χ.), με τον όρο παράνοια ως μια έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, η οποία γίνεται προοδευτικά. Επίσης, ο Γαληνός περιέγραψε την παράνοια και ο Σωρανός ο Εφέσιος έκανε αναφορά για παραληρηματικές και κατατονικές καταστάσεις (2^{ος} αι.).

Κατά τον μεσαίωνα, η νόσος αναφέρεται ως δείγμα δαιμονοκατοχής, όπου χαρακτηριστικά παραδείγματα συναντάμε στο Malleus Maleficarum, των μοναχών Kramer και Spenger (1486).

Προοδευτικές και ανθρωπιστικές αντιλήψεις σχετικά με τον όρο σχιζοφρένεια έχουμε κατά την Αναγέννηση και στις αρχές του δέκατου όγδοου αιώνα αρχίζουν να εμφανίζονται οι πρώτες κλινικές παρατηρήσεις. Λίγο αργότερα, ο Arnold (1780), ο Pinel (1801) και ο Haslam (1809), περιέγραψαν με εξαιρετική επιτυχία μερικά σχιζοφρενικά συμπτώματα.

Η ασθένεια περιγράφηκε για πρώτη φορά με τον όρο πρώιμη άνοια (dementia praecox) από τον Kraepelin (1883) για να υποδηλώσει μια νόσο με προοδευτική επιδείνωση όπου δεν υπάρχει εξ' ολοκλήρου επαναφορά του ασθενή στην αρχική του κατάσταση. Λίγο αργότερα ο Bleurel (1919) αναφέρεται στην σχιζοφρένεια ως χάλαση του νου (σχίζω και φρην) και περιγράφει τα πρώτα συμπτώματα της νόσου, την αμφιθυμία, την ασυναρτησία, την συναισθηματική απάθεια και τον αυτισμό, γνωστά και ως τέσσερα άλφα (associational disturbances, affective disturbances, ambivalence autism).

Ακόμα ο Schneider (1942) περιέγραψε κάποια συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια όπου θεωρήθηκαν σταθμός στη διαγνωστική διαδικασία. Τέλος, στην τρίτη έκδοση του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM- III , 1980) υπάρχει οριοθέτηση συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων για τη νόσο, τις μορφές της, την πορεία, την πρόγνωση της και τις κλινικές συσχετίσεις (Χριστοδούλου και Συν. 2000).



1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, 1 στους εκατό σε παγκόσμια κλίμακα, θα αναπτύξει τη νόσο κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι αρκετά μεγάλο, αν αναλογιστούμε ότι το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει ήδη από την ασθένεια και κάθε χρόνο κάνουν την εμφάνισή τους περίπου 2 εκατομμύρια καινούργια περιστατικά. Ένα 25% των περιστατικών εκδηλώνει την σχιζοφρένεια πριν τα 25 έτη, ενώ τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας εκδηλώνονται συνήθως στην ηλικία των 15 έως των 35 ετών. Παρόλα αυτά υπάρχει και η περίπτωση της πρώιμης εκδήλωσης των συμπτωμάτων πριν από την ηλικία των 10 ετών καθώς και η όψιμη εκδήλωση μετά τα 45 έτη. Ωστόσο η όψιμη έναρξη φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σπάνια. Ορισμένες έρευνες έχουν δείξει ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία ενοχοποιούν κοινωνικές ομάδες για πιθανότητα ανάπτυξης της ασθένειας, όμως η σχιζοφρένεια συναντάται σε κάθε γεωγραφική περιοχή, σε κάθε κοινωνική ομάδα και σε όλο τον κόσμο (Kaplan & Sadock's, 2012).

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει κληρονομική προδιάθεση της ασθένειας χωρίς αυτό να είναι απόλυτο. Για παράδειγμα αν ένας από τους δύο γονείς πάσχει από τη νόσο, τότε το

παιδί φέρει ένα 12 % ποσοστό να νοσήσει και το ίδιο, ενώ αν και οι δύο γονείς πάσχουν από σχιζοφρένεια, τότε οι πιθανότητες αυξάνονται στο 40% (Παπανικολάου, 2009).

Ακόμα έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν γεννηθεί χειμώνα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν την ασθένεια, από τα άτομα που έχουν γεννηθεί άνοιξη ή καλοκαίρι, ενώ η μητέρα που πάσχει με τον ιό της γρίπης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιο επικίνδυνο να νοσήσει. Η ασθένεια εκδηλώνεται συχνά τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες, ωστόσο έχει παρατηρηθεί μια πρόιμη ηλικιακά έναρξη των συμπτωμάτων όσον αφορά τους άντρες. Τέλος, φαίνεται ότι τα ποσοστά της σχιζοφρένειας κάνουν την εμφάνισή τους σε υψηλό ποσοστό στις χαμηλότερες κοινωνικό-οικονομικές ομάδες, όμως οι επιπτώσεις της σχιζοφρένειας παραμένουν οι ίδιες σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. (Kaplan & Sadock' s, 2012).

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Εδώ και αρκετά χρόνια πραγματοποιούνται συνεχώς έρευνες για τον προσδιορισμό των παραγόντων που προκαλούν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, δεν υπάρχει σαφής προσδιορισμός των αιτιών. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν υποδείξει κάποιους παράγοντες που ίσως προδιαθέτουν την ανάπτυξη της συγκεκριμένης νόσου. Κάποιους απ' αυτούς θα τους δούμε παρακάτω. (Bennett, 2010).

1.3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3α) Υπόθεση ανατομικής εγκεφαλικής βλάβης

Έχει να κάνει με μια παλιά υπόθεση του Kraepelin, η οποία έπεσε σε αδράνεια και αναζωπυρώθηκε τα τελευταία χρόνια εξαιτίας κάποιων πρόσφατων μελετών, οι οποίες δεν φαίνεται να είναι επαρκείς ώστε να στηρίξουν την υπόθεση του αιτιολογικού ρόλου της ανατομικής βλάβης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος στη συγκεκριμένη νόσο.

4β) Κληρονομικοί παράγοντες

Η υπόθεση της κληρονομικής προδιάθεσης βασίστηκε στη μεγάλη συχνότητα της ασθένειας σε ορισμένες οικογένειες, ενώ ο Kalmaan έπειτα από μεθόδους που ανέπτυξε κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η νόσος είναι κληρονομική και μεταβιβάζεται μ' ένα συγκεκριμένο γενετικό τύπο. Βέβαια κάποιοι αμφισβήτησαν τις μεθόδους που ανέπτυξε και τα συμπεράσματα στα οποία οδηγήθηκε.

4γ) Βιοχημικοί παράγοντες

Διάφοροι ερευνητές, κυρίως Η.Π.Α και Σοβιετική Ένωση, έχουν απομονώσει από το πλάσμα των ασθενών με σχιζοφρένεια, μια λιποπρωτεΐνη (α2- σφαιρίνη) με μεγάλο μοριακό βάρος, που είναι συμβατή και με τη γενετική υπόθεση της ασθένειας. (διαταραχή πρωτεϊνών του πλάσματος). Επίσης ουσίες όπως η αλδολάση και η CPK χρήζουν προσοχής καθώς η τελευταία βρίσκεται αυξημένη στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ωστόσο, η αυξημένη αυτή τιμή δεν συνδέεται τόσο με σχιζοφρενικού τύπου ψυχώσεις.

Επίσης η ισταμίνη φαίνεται ότι συνδέεται με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας για διάφορους λόγους, με γενικότερο λόγο τη μεγάλη ανθεκτικότητα των ασθενών σ' αυτήν. Σύμφωνα με μία εργασία μιας ομάδας του Pffeifer σε χρόνιους ασθενείς έδειξε ότι κάποιοι είχαν υψηλό ποσοστό ισταμίνης και άλλοι χαμηλό. Αυτό δείχνει ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μια ενιαία νόσος, τουλάχιστον από βιοχημικής πλευράς.

4.γ.1) Παραισθησιογόνες ουσίες

Ελάχιστες ποσότητες ορισμένων ουσιών όπως LSD, μεσκαλίνη κ.λ.π. προκαλούν σχιζοφρενικού τύπου καταστάσεις και ενισχύεται η άποψη ότι η σχιζοφρενική συμπτωματολογία είναι προϊόν δράσης παρόμοιων ουσιών. Άλλα δεδομένα έχουν δείξει ότι το ντοπαμινεργικό σύστημα ενοχοποιείται στη βιοχημική διαταραχή της ασθένειας.

4.γ.2) Ψυχοφάρμακα

Φαίνεται ότι η αποτελεσματικότητά τους είναι πιο μεγάλη σε σχέση με άλλα μέσα καθώς δρουν διορθωτικά σε κάποιο βιοχημικό υπόστρωμα. Σκοπός είναι να μαθευτεί περισσότερο η δράση τους, ώστε να μάθουμε περισσότερα στο υπόστρωμα πάνω στο οποίο δρουν.

1.3.2. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ένα κοινό χαρακτηριστικό των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι μια άλυτη ενδοψυχική διαμάχη στα πρώιμα κυρίως στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξής τους. Δηλαδή έχουμε μια αποδιοργάνωση του Εγώ, όπου υπάρχει χαλαρή επαφή με την πραγματικότητα και διαταράσσονται οι λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης, της προσοχής, του συνειρμού. Υπάρχει ακόμα η επαναγωγή και τα συμπτώματα αποκατάστασης, όπου η επαναγωγή συνδέεται και συνοδεύεται με μια τάση επανάκτησης κάποιας εσωτερικής οργάνωσης του Εγώ στην πραγματικότητα, έχοντας τα συμπτώματα της ασθένειας (ψευδαισθήσεις κ.λ.π.). Τέλος όσον αφορά την παθολογική χρήση μη προσαρμοστικών μηχανισμών άμυνας του Εγώ, έχουμε υποκατάσταση των πρόσφατων μηχανισμών από αρχαϊκούς.

1.3.3 ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Από παλιά υπάρχουν κάποιες απόψεις ότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος με κληρονομικές βάσεις δηλαδή οικογενής ή ψευδοκληρονομική, όπου οι ψυχοπαθολογική προσωπικότητα των γονέων δημιουργεί τις προϋποθέσεις για κατοπινή εκδήλωση της ασθένειας. Στο πλαίσιο αυτών των ευρύτερων απόψεων έχουν διαμορφωθεί κάποιες θεωρίες της επικοινωνίας, όπως είναι η θεωρία του διπλού δεσμού του Bateson και η θεωρία των διασυζυγικών σχέσεων του Lidz.

Η πρώτη θεωρία αναφέρεται στην αντιφατική σχέση παιδιού – μητέρας όπου δίνεται η εντολή στο παιδί να πραγματοποιήσει κάτι, ενώ εξωλεκτικά εκπέμπεται κάτι άλλο με αποτέλεσμα το παιδί να οδηγείται σε αδιέξοδο, να επιλέγει αντιδράσεις που αποσκοπούν στη μείωση συνεπειών και να μένει στην απάθεια, χωρίς πολλές φορές να ανταποκρίνεται ούτε στο ένα ούτε στο άλλο μήνυμα. Παρόλα αυτά είναι λίγες οι περιπτώσεις παιδιών που αναπτύσσουν ψύχωση κάτω από τέτοιες συνθήκες.

Η θεωρία του Litz (1963) αναφέρεται σε δύο υποθέσεις: 1) Την υπόθεση του σχισμικού ζεύγους, όπου έπεται από ένα συναισθηματικό διαζύγιο μεταξύ των γονέων, το παιδί γίνεται εργαλείο επιθετικότητας του ενός προς τον άλλο γονέα. 2) Την υπόθεση του εκτρόπου ζεύγους, όπου ο ένας γονιός έχει αδύναμη προσωπικότητα και ο άλλος απαιτητική. Κατά τον Litz και οι δύο περιπτώσεις είναι παθογόνες για το παιδί, ωστόσο τα συμπεράσματά του φαίνεται να έχουν αδυναμίες.

1.3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Οι μελέτες που έχουν γίνει μέχρι τώρα πάσχουν από μεθοδολογικές αδυναμίες. Για το λόγο αυτό η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει αναλάβει συστηματική και σε εύρος κλίμακα μελέτη. Μέχρι να γίνουν γνωστά τα αποτελέσματα της μελέτης υπάρχουν τα εξής δεδομένα: Η σχιζοφρένεια είναι μια οικογενειακή νόσος. Ο πολιτισμός δεν οδηγεί στην αύξηση της συχνότητας. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει σημαντικές διαφορές στη συχνότητα μεταξύ διάφορων κοινωνικών τάξεων, κάποιες άλλες δεν έδειξαν τέτοιες διαφορές. Η αμφισβήτηση έγκειται κυρίως στην αιτιολογική σχέση των ευρημάτων των μελετών αυτών, τα οποία ερμηνεύτηκαν με την « υπόθεση κατολισθήσεως».

Η υπόθεση αυτή αναφέρει ότι οι σχιζοφρενείς πέφτουν στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα εξαιτίας της αρρώστιας. Ωστόσο αν ο γενετικός παράγοντας κρινόταν σημαντικός, θα δικαιολογούσε τη συγκέντρωση των ασθενών στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, επειδή οι οικογένειες που είναι επιβαρυνμένες γενετικά και με μειωμένες δυνατότητες, βολεύονται καλύτερα σ' αυτές. (Οικονόμου, 1992).

Ωστόσο εξακολουθούν να πραγματοποιούνται έρευνες και μελέτες για τον ακριβή προσδιορισμό των αιτιών της σχιζοφρένειας. Παρ' όλα αυτά δεν θεωρείται ότι οφείλεται σε κάποιον μεμονωμένο παράγοντα, αλλά ο ασθενής έχοντας την προδιάθεση, εκδηλώνει τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας, έπειτα από ένα ιδιαίτερα έντονο αλλά και στρεσογόνο παράγοντα (Kaplan & Sadock's, 2012).

1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται μέσα από την παρατήρηση των συμπτωμάτων της νόσου. Στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα διαγνωστικά συμπτώματα που εκδηλώνονται από τους ασθενείς χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα. Σ' ένα γενικό πλαίσιο τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τις έντονες διαταραχές της σκέψης και της αντίληψης που βιώνουν οι σχιζοφρενείς, ενώ τα αρνητικά έχουν να κάνουν με το συναίσθημα και την ψυχολογία των ασθενών και πολλές φορές θεωρούνται συνέπεια των θετικών. Αναλυτικά αναφέρουμε ότι στα **θετικά συμπτώματα** περιλαμβάνονται (Μαδιανός, 2005):

- Ψευδαισθήσεις: ακουστικές, γευστικές, οπτικές, οσφρητικές, σεξουαλικές.

- Παραληρητικές ιδέες: ιδέες μεγαλείου με διωκτικό περιεχόμενο, παρερμηνείες.
- Διαταραχές της σκέψης: ηχηρές σκέψεις και σχολιασμός, ασχετολογία, ασυναρτησία.
- Διαταραχές της βούλησης: κατατονική ή παράδοξη συμπεριφορά, επιθετικότητα, κατατονικά στοιχεία.

Τα **αρνητικά συμπτώματα** περιλαμβάνουν: έλλειψη ενδιαφέροντος, απουσία ενεργητικότητας, επίπεδο συναίσθημα, υποδραστηριότητα, αβουλησία, απάθεια, συναισθηματική απόσυρση, έλλειψη λόγου, ψυχοκινητική καθυστέρηση.

(Μαδιανός, 2005).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM- IV TR για να διαγνωστεί ένας ασθενής με σχιζοφρένεια πρέπει να εκδηλώσει για τουλάχιστον ένα διάστημα 2 μηνών, έστω και ένα από τα παραπάνω θετικά συμπτώματα. Ένα δεύτερο κριτήριο που βοηθά στη διάγνωση είναι, σε ποιο βαθμό έχει μειωθεί η λειτουργικότητα του ασθενή, παρουσία αυτών των συμπτωμάτων (Bennett, 2010).

Ωστόσο για να μπορέσει να γίνει σωστή διάγνωση της νόσου πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί με διαταραχές που εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα με εκείνα της σχιζοφρένειας (Μαδιανός, 2005).

1. Ασθένειες: ανεπάρκεια βιταμίνης β12, όγκος εγκεφάλου, κροταφική επιληψία, νόσος του Huntington, εγκεφαλίτιδα
2. Ναρκωτικές ή ψυχοδραστικές ουσίες: LCD, PCP, κοκαΐνη, αμφεταμίνες
3. Άλλες ψυχικές διαταραχές: τυπική ψυχωσική διαταραχή, διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές της προσωπικότητας, νοητική καθυστέρηση, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή (Μαδιανός, 2005).

Σύμφωνα με τον Παπανικολάου, 2009, ο ασθενής δεν παρουσιάζει ολοκληρωμένη κλινική εικόνα των συμπτωμάτων, κατά την έναρξη της νόσου. Αισθάνεται ότι αλλάζει κάτι στον ψυχισμό του αλλά δεν ξέρει τι ακριβώς είναι αυτό. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται ως βραδεία πορεία της σχιζοφρένειας. Σ' ένα ποσοστό 30%, η κατάσταση αυτή οδηγεί σε μια «εισαγωγική κατάθλιψη». Όμως υπάρχει και άλλη περίπτωση όπου η νόσος κάνει την εμφάνισή της ξαφνικά και επιδεινώνεται ραγδαία. Όλη η πορεία χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται ως οξεία πορεία της σχιζοφρένειας.

| ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ |
|---------------------|---------------------|
| Παραληρητικές ιδέες | Αλογία |
| Ψευδαισθήσεις | Αβουλία |

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Αποδιοργανωμένη Συμπεριφορά | Ανηδονία |
| | Συναισθηματική Επιπέδωση |

Πίνακας 7: Θετικά και αρνητικά συμπτώματα

Πηγή: Kaplan & Sadock's, 2004.

1.4.1 Κριτήρια του EMIL KRAEPELIN

- ✓ Ψευδαισθήσεις κυρίως ακουστικές
- ✓ Ηχηρές σκέψεις
- ✓ Διαταραχές της προσοχής και της κατανόησης
- ✓ Διαταραχές στη ροή σκέψης, χάλαση των συνειρμών
- ✓ Έκπτωση γνωσιακών λειτουργιών και της κρίσης
- ✓ Συναισθηματική επιπέδωση
- ✓ Παθολογική συμπεριφορά
- ✓ Μείωση πρωτοβουλίας

Ηχωλαλία – ηχοπραξία, αυτόματη υπακοή, εκδραμάτιση, στερεοτυπίες, αρνητισμός, κατατονική διέγερση, αυτιστική συμπεριφορά, στερεοτυπίες, διαταραχή λεκτικής έκφρασης.(Kaplan & Sadock's, 2004).

1.4.2 Κριτήρια του EUGEN BLEULER

Βασικές ή θεμελιώδεις διαταραχές

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

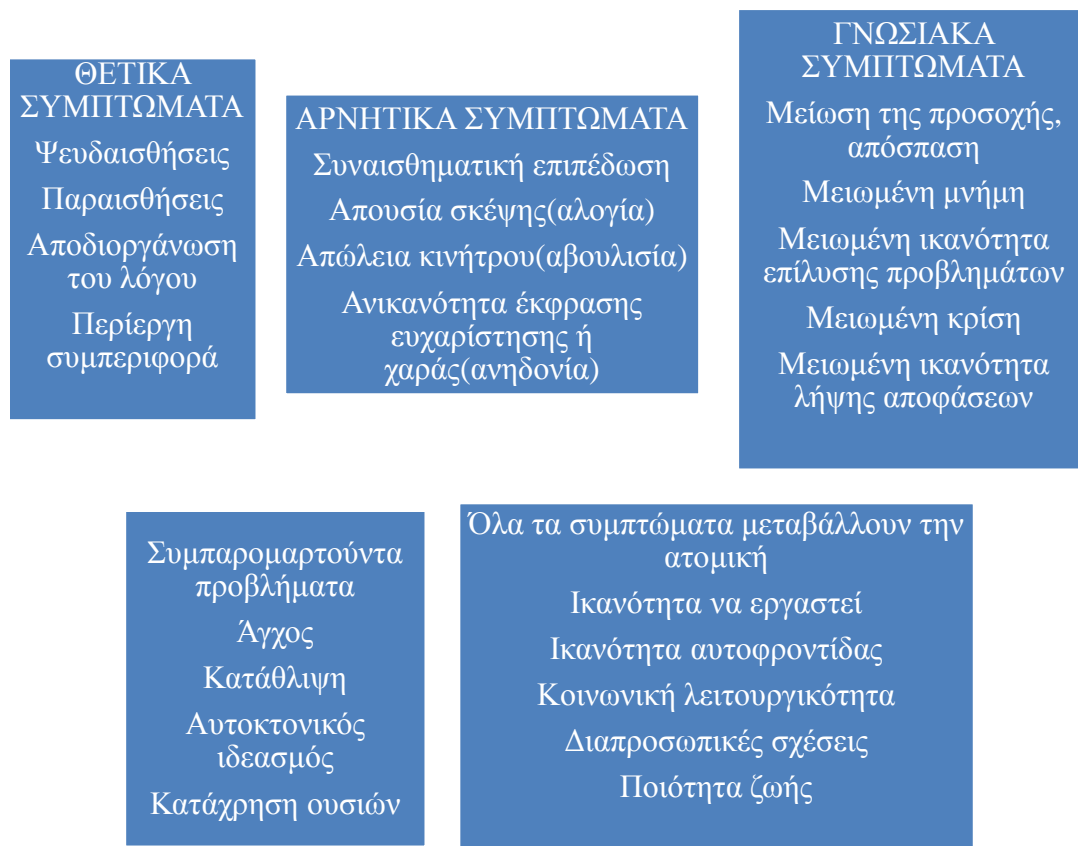
■ Διαταραχές της υποκειμενικής βίωσης του εαυτού

Δευτερεύοντα συμπτώματα

- Παραληρητικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις
- Ορισμένες διαταραχές της μνήμης
- Μεταβολές στον προφορικό και γραπτό λόγο
- Μεταβολή της προσωπικότητας
- Σωματικά συμπτώματα
- Κατατονικά συμπτώματα
- Οξύ σύνδρομο(μανιακό, μελαγχολικό, κατατονικό κ.α.).

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

Εικόνα 1: Συμπτώματα της σχιζοφρένειας



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

ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΠΟΡΕΙΑ-ΕΚΒΑΣΗ

Ποια προβλέπουμε ότι θα είναι η πορεία-εξέλιξη μιας ψυχικής παθολογικής κατάστασης σαν τη σχιζοφρένεια στη ζωή ενός ανθρώπου που προσβάλλεται από αυτή; Θα γίνει το άτομο αυτό ποτέ καλά, θα καλυτερέψει ή θα χειροτερέψει η κατάστασή του και πότε; Ποιοι είναι οι πιθανοί παράγοντες καλύτερευσης ή χειροτέρευσης της νόσου; Τα ερωτήματα αυτά δύσκολο να απαντηθούν γιατί, αφενός αφορούν κάτι μελλοντικό αφετέρου χρειάζονται στατιστικούς υπολογισμούς για να βασιστούν και αφορούν πολλές παραμέτρους. Και συγκεκριμένα για τη σχιζοφρένεια, υπάρχει το πρόσθετο πρόβλημα μιας πολύπλοκης ασθένειας(σε αιτιολογία).

Με αρκετές επιφυλάξεις, προγνωστικές μελέτες από όλο τον κόσμο έχουν δείξει ότι: πέντε χρόνια μετά την εμφάνιση της νόσου, ένα περίπου 40% των ασθενών έχουν βρει ξανά την ισορροπία τους-παραμένουν ψυχωτικοί, ωστόσο μπορούν να αυτοσυντηρηθούν σε σπίτια ή σε ανοιχτούς θαλάμους ειδικών νοσοκομείων- και ένα 10% χρειάζεται μια διαρκής εντατική νοσηλεία. Μετά από είκοσι χρόνια, περισσότεροι από 20% έχουν συνέλθει εντελώς και ένα 30% έχει καλύτερέψει σε σημαντικό βαθμό, με κίνδυνο όμως να παρουσιάσει καινούργια ψυχωτικά επεισόδια. Τέλος, ένα 30% παραμένει σε χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση και ένα 10% βρίσκεται σε χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

Ανάλογα με τις περιπτώσεις των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουμε και διαφορετική εξέλιξη της διαταραχής. Συνήθως παρατηρείται μια πορεία με ψυχωτικές και ισορροπημένες φάσεις στις μισές περιπτώσεις των ασθενών, ενώ στο 1/3 η κατάσταση είναι χρόνια με λίγες πιθανότητες βελτίωσης. Το πιο αποτελεσματικό στοιχείο για την πρόγνωση της ασθένειας είναι η παρατήρηση της στην αρχή της εκδήλωσής της. Όταν αρχίζει με οξέα συμπτώματα μπορεί να γίνει μια καλύτερη πρόγνωση. Έλλειψη νοσοκομειακής φροντίδας, κακό περιβάλλον, απομόνωση έχουν άσχημη επίδραση στο μέλλον του ασθενούς, από ένα καλό, ήρεμο περιβάλλον, ειδικά όταν υπάρχει και η βοήθεια από την οικογένεια, που ευνοεί την πρόγνωση. Παρόλα αυτά, καμία στατιστική πρόγνωση δεν μπορεί να αποκλείσει ή όχι το ενδεχόμενο ο ασθενής να καλύτερέψει και να ξαναβρεί την χαμένη του ισορροπία.(Χαρτοκόλλης, 1991).

Η πορεία της νόσου μπορεί να έχει οξεία έναρξη με πλήρη ανάρρωση, να έχει επαναλαμβανόμενα οξέα επεισόδια ή βραδέα έναρξη, να παρουσιάζεται με επανειλημμένα οξέα επεισόδια . Μια ακόμα περίπτωση είναι και η αυτοκτονίας του ασθενούς, που αφορά ένα 10% των ασθενών. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι το προσδόκιμο ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι 15% μικρότερο των υγιών. Ένα 16% έχει πλήρη ανάρρωση, ένα 32% εμφανίζει πολλαπλά επεισόδια, ένα 43% εμφανίζει προοδευτική πτώση και ένα 9% «πέφτει σε αχρηστία» με σταθερή χρονιότητα.



1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

1.5.1 Παρανοειδής σχιζοφρένεια

Η πλέον συχνή και γνήσια μορφή της σχιζοφρένειας. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης, με τη μορφή παραληρητικών ιδεών, διαταραχές της σκέψης, όπως υφαρπαγή και εκπομπή της σκέψης και διαταραχές της αντίληψης, κυρίως με ακουστικές ψευδαισθήσεις. Οι παραληρητικές ιδέες έχουν διωκτικό περιεχόμενο και μπορούν να πάρουν τη μορφή παραληρήματος κατασκόπευσης, δηλητηρίασης ή και σεξουαλικής υφής.

Επίσης υπάρχει το ερωτομανιακό ή ζυλοτυπικό παραλήρημα, το θρησκευτικό ή το παραλήρημα του μεγαλείου. Οι ψευδαισθήσεις αυτές είναι κατά κύριο λόγο ακουστικές και συνήθως υβριστικές. Πολλές φορές μπορεί να είναι καθοδηγητικές, ακόμα και προτρεπτικές.

Τα αρνητικά συμπτώματα δεν κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, όμως υπάρχουν συχνά. Όσον αφορά το συναίσθημα στα αρχικά στάδια «δονείται» σε φυσιολογικά πλαίσια, ενώ στα όψιμα στάδια βαθμιαία δεν συντονίζεται πλέον με τα παραληρηματικά και ψευδαισθησιακά βιώματα και έτσι ο ασθενής με ένα προοδευτικό ρυθμό γίνεται αδιάφορος και απαθής.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά υπάρχει συντονισμός με τις παραληρητικές ιδέες και δεν παρουσιάζεται αποδιοργάνωση της προσωπικότητας όπως εμφανίζεται σε άλλες μορφές της σχιζοφρένειας. Εισβάλλει με βραδύ ρυθμό και εγκαθίσταται ραγδαία. Η πορεία της μπορεί να είναι επεισοδιακή, με χρόνια, μερική ή πλήρη αποδρομή, χωρίς ευρείες διακυμάνσεις.

1.5.2 Αποδιοργανωτική ή ηβηφρενική σχιζοφρένεια

Ο χαρακτηρισμός ως ηβηφρενική σχιζοφρένεια έχει να κάνει με την πρόωμη έναρξη της στην εφηβική ηλικία. Χαρακτηριστικά αυτής της κατηγορίας είναι η αποδιοργάνωση της δομής της σκέψης, το ρηχό συναίσθημα, η παράδοξη και φαιδρή συμπεριφορά.

Οι διαταραχές που έχουν να κάνουν με τη σκέψη είναι φευγαλέες και σπάνια συγκροτούμενες σε οργανωμένο παραλήρημα. Το συναίσθημα παρουσιάζεται ρηχό έως απρόσφορο και περνάει όλες τις κλίμακες των ποικίλων διαταραχών πριν καταλήξει σε ένα επίπεδο απάθειας και αδιαφορίας.

Η συμπεριφορά είναι ασυντόνιστη, με επιτηδευμένες κινήσεις μορφασμούς, αστεϊσμούς, άκαιρα γέλια αλλά και προοδευτική άρση των αναστολών.

Ψευδαισθήσεις παρουσιάζονται κυρίως σε ένα προχωρημένο στάδιο της ασθένειας και είναι κατά κύριο λόγο ακουστικές. Ωστόσο ορισμένοι υποστηρίζουν ότι οι ακουστικές

ψευδαισθήσεις υπάρχουν από την αρχή και ότι οι πρωτογενείς διαταραχές της σκέψης, πιθανό να είναι δευτερογενείς, δηλαδή να οφείλονται σε πρωτογενείς διαταραχές της αντίληψης, οι οποίες αλλοιώνουν τη λειτουργία της σκέψης. Επίσης η χαλάρωση των συνειρμών οδηγεί σε διαταραχές του λόγου. Οι φράσεις που χρησιμοποιεί δεν είναι σχετικές με το νόημα που θέλει να εκφράσει. Τέλος υπάρχουν υποχονδριακά και αποπροσωποποιητικά στοιχεία. (Γεωργαράς, Α. 2009).

1.5.3 Κατατονική σχιζοφρένεια

Αυτού του τύπου η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητικό αρνητισμό και ψυχοκινητική διέγερση. Ο ψυχοκινητικός αρνητισμός περιέχει από τον απλό εμποδισμό της κινητικής πράξης μέχρι την πλήρη κατατονική εμβροντησία, κατά την οποία ο άρρωστος είναι σε πλήρη ακινησία (περίεργες και άβολες στάσεις π.χ. με το κεφάλι ψηλά σαν να υπάρχει μαξιλάρι κάτω απ' αυτό. Τα συμπτώματα που μπορεί να περιλαμβάνει είναι η καταληψία (άκαμπτη διατήρηση της θέσης για μεγάλο διάστημα) και η κηρώδη ευκαμψία (παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή που παραμένουν στη θέση τους όταν τα μετακίνησε).

Η κατατονική σχιζοφρένεια περιέχει επίσης αφωνία, μάτια καρφωμένα στο κενό, άρνηση κατάποσης τροφής και νερού, προβολή ισχυρής αντίδρασης σε τρίτο πρόσωπο να σιτίσει τον άρρωστο αλλά και να τον μετακινήσει από τη θέση που ο ίδιος έχει επιλέξει. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται πλήρως το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται και μπορεί να διηγηθεί όλα τα περιστατικά και συμβάντα όταν βγει από την κατατονική εμβροντησία.

Ωστόσο για να χαρακτηριστεί κάποιος ως κατατονικός σχιζοφρενής δεν είναι ανάγκη να φτάσει στην κατατονική εμβροντησία. Υπάρχουν και άλλα συμπτώματα που είναι τα εξής:

α) Στερεοτυπικές κινήσεις, δηλαδή επαναλαμβανόμενες κινήσεις που γίνονται με τρόπο μηχανικό, βηματισμοί εμπρός πίσω, είτε μικροί είτε μεγάλοι ύστερα από έναν συγκεκριμένο αριθμό βημάτων.

β) Υποβολιμότητα, που έχει σαν αποτέλεσμα την ηχολαλία και την ηχωπραξία. (επανάληψη σαν ηχώ κάτι που λέει κάποιο τρίτο πρόσωπο και επανάληψη πράξεων που γίνονται μπροστά στον ασθενή).

γ) Κηρώδης ευκαμψία, διατήρηση παράξενων παθητικών στάσεων για μεγάλο χρονικό διάστημα από τον ασθενή. Οι διαταραχές αυτές που έχουν να κάνουν με την κίνηση παρουσιάζονται σαν εγκεφαλικά συμπτώματα μιας βλάβης του εγκεφάλου (κυρίως εγκεφαλίτιδες) και γι' αυτό το λόγο η κατατονική σχιζοφρένεια θεωρείται σαν η νευρολογική μορφή σχιζοφρένειας. Σε αυτού του τύπου την σχιζοφρένεια τα κινητικά συμπτώματα που παρουσιάζονται αποτελούν προέκταση της ψυχικής διαταραχής, δηλαδή δεν διαχωρίζονται οι κινητικές εκδηλώσεις από την ψυχική κατάσταση και συμπεριφορά, όπως στις εγκεφαλίτιδες. Η εξωπυραμιδική ακαμψία αυτού του τύπου της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι αυτόματη,

π.χ. στις στάσεις που παίρνει από μόνος του ο ασθενής ή προκλητή, π.χ. του βάζουμε το χέρι πίσω από την πλάτη και το διατηρεί εκεί πολύ ή για ώρες.

Κατά την ψυχοκινητική διέγερση ο ασθενής μπορεί να σκοτώσει ή να σκοτωθεί, Είναι αρκετά ορμητική και βίαιη και δεν συγκρίνεται με καμία άλλη μορφή διέγερσης εκτός από ορισμένες μορφές κροταφικής επιληψίας. Επίσης μπορεί να έρθει ξαφνικά χωρίς να έχουν προηγηθεί άλλα συμπτώματα. Συνήθως λίγο πριν ξεκινήσει η ψυχοκινητική διέγερση ο ασθενής ξεκινά μερικές στερεοτυπίες όπως ελαφρύ χτύπημα δαχτύλων.

Εκτός από τα παραπάνω συμπτώματα που είναι τα κύρια της κατατονικής μορφής σχιζοφρένειας, υπάρχει περίπτωση να παρουσιαστεί διαταραχή της σκέψης και της αντίληψης. (Γεωργαράς Α., 2009). Η συγκεκριμένη μορφή σχιζοφρένειας χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και εντατικής παρακολούθησης καθώς αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή. (Kaplan & Sadock's, 2004).

1.5.4 Αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια

Χαρακτηρίζεται από οποιοδήποτε συνδυασμό συμπτωμάτων, από αυτά που αναφέρονται στα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια για παρανοϊκό, αποδιοργανωμένο ή κατατονικό τύπο. Για να δίνει διάγνωση της συγκεκριμένης μορφής σχιζοφρένειας πρέπει να έχει γίνει επαρκής προσπάθεια ώστε να ταξινομηθεί η συμπτωματολογία της σε μια από τις τρεις μορφές.

1.5.5 Υπολειμματική Σχιζοφρένεια

Η μορφή αυτή αναφέρεται σε ένα τουλάχιστον σχιζοφρενικό επεισόδιο στο ιστορικό του ασθενή αλλά στην κλινική του εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά. Αν υπάρχουν κάποια θετικά συμπτώματα τότε αυτά θα είναι μειωμένης έκτασης, έντασης και διάρκειας. Η μορφή αυτή μπορεί να παριστά το διάμεσο ανάμεσα σε εξάρσεις και υφέσεις της νόσου, όμως διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα με ή χωρίς παροδικές εξάρσεις της συμπτωματολογίας. (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της μορφής αυτής είναι α) ότι απουσιάζουν οι παραληρητικές ιδέες, ο αποδιοργανωμένος λόγος, οι ψευδαισθήσεις, και η έντονα κατατονική συμπεριφορά. Έχουμε κοινωνική απόσυρση και απρόσφορο συναίσθημα (Hogan M., 2012) και β) υπάρχουν κάποια σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται με την παρουσία των αρνητικών

συμπτωμάτων αλλά και με ένα ή περισσότερα συμπτώματα απ' αυτά που αναφέρονται στο κριτήριο 1 για τη νόσο με εξασθενημένη μορφή. (Μαδιανός, Γ.Μ, 2004 - Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες 2000).



1.6 ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Σύμφωνα με το ICD- 10 έχουμε άλλες δύο πρόσθετες κατηγορίες:

Μετα-σχιζοφρενής κατάθλιψη: Καταθλιπτικό επεισόδιο ως συνέπεια μιας σχιζοφρενούς ασθένειας όπου είναι πιθανό να είναι παρόντα κάποια σχιζοφρενή συμπτώματα χαμηλού επιπέδου.

Απλή σχιζοφρένεια: Αρχίζει νωρίς στη ζωή του ασθενούς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Τα χαρακτηριστικά της είναι: βραδεία και ύπουλη μείωση εξωτερικών ενδιαφερόντων, αδιαφορία και απάθεια που έχουν σαν αποτέλεσμα σε περιορισμό των διαπροσωπικών σχέσεων, προσαρμογή σε χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας. Όσον αφορά τα συμπτώματα, από τα πρώτα που παρατηρούνται είναι η τάση ονειροπόλησης, ο περιορισμός των σχέσεων, η μείωση της σχολική επίδοσης, η παραμέληση της εμφάνισης, η κλινοφιλία, η υποβουλησία και η ελάττωση της πρωτοβουλίας.

Επίσης υπάρχει προοδευτική πτώση του συναισθήματος, όπου έχουμε κλιμάκωση από την απλή ρηχότητα και την άμβλυνη μέχρι την πλήρη κατάργησή του.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της μορφής αυτής είναι η έλλειψη της επίγνωσης του νοσηρού και των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Η διάγνωση είναι αμφιλεγόμενη καθώς πρέπει

πρώτα απ' όλα να αποκλειστεί η ύπαρξη θετικών συμπτωμάτων κατά την έναρξη της νόσου (σπάνιο), αλλά και ο ασθενής να παρακολουθείται σ' ένα βάθος χρόνου ώστε να επιβεβαιωθεί η σταδιακή έκπτωση της λειτουργικότητάς του.

Λόγω του ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ποικιλόμορφη νόσος ως προς τα συμπτώματά της, λίγες είναι οι γενικεύσεις που είναι αληθείς και επιτρεπτές για τα άτομα με διαγνωσμένη την συγκεκριμένη ασθένεια. Ορισμένες φορές, κάποιος μπορεί να εμφανίσει ψυχωτικά συμπτώματα λόγω μιας άλλης νόσου που δεν αναφέρεται στην σχιζοφρένεια. Για το λόγο αυτό, οι ψυχίατροι παίρνουν ένα πλήρες ιστορικό και έπειτα διενεργούν και τις απαραίτητες εξετάσεις ώστε να αποκλείσουν άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων προτού καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι ο ασθενής πάσχει από τη νόσο.

Παρά τις προσπάθειες και τις εντατικές έρευνες που έχουν γίνει όλα αυτά τα χρόνια, για να βρεθεί μια διέξοδος για πολλά πράγματα που αφορούν την ασθένεια αυτή, δεν έχει γίνει ακόμα εφικτό και εξακολουθεί να προσβάλλει άτομα και οικογένειες. Ακόμα δεν είναι γνωστό ούτε πώς μπορεί κάποιος να προφυλαχθεί από τη νόσο αυτή, ούτε πώς μπορεί να θεραπευτεί εντελώς (Hogan, M., 2012).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΕΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.1 ΛΙΓΑ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ιστορικά, η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών της νόσου στηρίζονταν σε βιοψυχοκοινωνικές αρχές, με χαρακτήρα κυρίως παρηγορητικό αλλά και με την εφαρμογή βάρβαρων σωματικών τεχνικών π.χ. τρυπανισμός κρανίου (εφαρμογή και στην αρχαιότητα).

Έπειτα στις αρχές του 20ού αιώνα, έκαναν την εμφάνισή τους σωματικές θεραπείες της νόσου όπως η προμετωπιαία λευκοτομή, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, το ινσουλινικό και βαρβιτουρικό κόμα. Ωστόσο οι συγκεκριμένες θεραπείες είχαν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα και αμφισβητήθηκαν για την επιστημονικότητα και την αποτελεσματικότητα των παραπάνω μεθόδων που παρείχαν.

Ωστόσο η μεγάλη επανάσταση στη διαχείριση των ψυχωτικών συμπτωμάτων αλλά και στην εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής, έγινε με την εισαγωγή της χλωροπρομαζίνης το 1952, με την απόδειξη των αντιψυχωτικών της ιδιοτήτων. (Gelder et. al.,2007).

Παρόλα αυτά πλήρης θεραπεία και ίαση δεν υπάρχει, καθώς πολλοί ισχυρίστηκαν ότι βρήκαν τη ριζική θεραπεία της νόσου, όμως καμία δεν αποδείχθηκε πλήρως αποτελεσματική για να θεραπεύει ολοκληρωτικά τη νόσο. Γι' αυτό εκεί που πρέπει να εστιάσουμε, κατά τη θεραπευτική μας προσέγγιση, είναι σε τρία πράγματα: α) στην αντιμετώπιση των κύριων συμπτωμάτων της οποιαδήποτε μορφής σχιζοφρένειας, κυρίως κατά την οξεία φάση, β) στην ομαλή και όσο το δυνατόν καλύτερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή και γ) στην ενίσχυση της προσαρμοστικής του ικανότητας.(Μάνου, 1997).

Κλείνοντας, είναι επιτακτική ανάγκη η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή της σχιζοφρένειας σε επίπεδο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό, η συνεργασία όλων των θεραπειών υγείας, ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών, εργοθεραπευτών αλλά και του ασθενή και της οικογένειάς του. (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

2.2 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει το συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας, όπου η τελευταία μπορεί να περιλαμβάνει τη συμπεριφορική, την οικογενειακή, την ατομική, την ομαδική θεραπευτική παρέμβαση, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και την επαγγελματική αποκατάσταση. Οι θεραπείες αυτές μπορούν αν παρέχονται είτε ενδονοσοκομειακά είτε εξωνοσοκομειακά ανάλογα με τις περιπτώσεις και τις ανάγκες που υπάρχουν. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά, αυτοκαταστροφικές και αυτοκτονικές ιδέες ή άλλα σοβαρά συμπτώματα κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία του ασθενή καθώς δεν υπάρχει δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης. (Kaplan & Sadock's, 2012).

Η επιτυχημένη, λοιπόν, έκβαση της νόσου οφείλεται σε ένα 50% από την αγωγή φαρμάκων και σε ένα 50% στην ψυχολογική υποστήριξη αλλά και στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα του ασθενή. Για να υπάρξει μια θετική πορεία της νόσου πρέπει η έναρξή της να γίνει σε μεγάλη ηλικία, η εισβολή των συμπτωμάτων να είναι οξεία, να υπάρχουν τα θετικά συμπτώματα της ασθένειας και τέλος το περιβάλλον των ασθενών να είναι ιδιαίτερα ισχυρό και υποστηρικτικό. Σε αντίθεση περίπτωση, μια αρνητική πορεία της νόσου, προϋποθέτει την πρόωμη έναρξη της ασθένειας, την βραδεία εκδήλωση των συμπτωμάτων, την υπερίσχυση των αρνητικών συμπτωμάτων, το ανύπαρκτο υποστηρικτικό περιβάλλον καθώς και να υπάρχει στην οικογένεια του ασθενή άλλο άτομο με σχιζοφρένεια. (Παπανικολάου, 2009).

Κατά την εμφάνιση του πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου, κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία του ασθενή. Αυτό γίνεται είτε με συναίνεση του ίδιου, είτε με παρέμβαση εισαγγελέα, σε περίπτωση που ο ασθενής γίνει επιθετικός ή δεν μπορεί να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του. Η διαδικασία αυτή προφυλάσσει τον ίδιο και τους γύρω του, καθώς η συμπεριφορά του ελέγχεται από τους ειδικούς και μπορεί να ξεκινήσει σωστά και με συνέπεια τη θεραπεία του. (Katona & Robertson, 2002).

Σύμφωνα με το Μαδιανό, (2005), οι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή έναρξη θεραπείας είναι:

- ✓ Η δημιουργία κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης – δεσμού μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου.
- ✓ Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού για τη σωστή διάγνωση της ασθένειας.
- ✓ Η εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενή.
- ✓ Η εξατομικευμένη θεραπεία.

Για να θεωρηθεί μια θεραπεία επιτυχημένη πρέπει πρώτα απ' όλα να υπάρξει συναίνεση και αποδοχή από τον ίδιο τον ασθενή και αυτό είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί με εκπαίδευση για τη σημαντικότητα των θεραπευτικών μεθόδων που θα αναπτυχθούν. Παρ' όλα αυτά η διαδικασία της νοσηλείας θα πρέπει να αποφεύγεται και να γίνεται μόνο όταν υπάρχει ανάγκη, αντίθετα θα αποτελέσει μια δυσάρεστη εμπειρία για τον ασθενή. (Μαδιανός, 2005).

Παρακάτω θα αναλύσουμε τις δύο θεραπευτικές μεθόδους παρέμβασης, τη φαρμακευτική αγωγή και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση που πρέπει να λαμβάνουν οι ασθενείς.

2.3 Φαρμακοθεραπεία – Αντιψυχωτικά φάρμακα:

Η θεραπεία με αγωγή φαρμάκων διακρίνεται αφενός σε αγωγή καταπολέμησης των υποτροπών, αφετέρου σε αγωγή συντήρησης . Η αγωγή συντήρησης δίνεται κυρίως στις περιόδους ανάμεσα στα επεισόδια και η δοσολογία είναι μικρότερη από της αγωγής για την καταπολέμηση των υποτροπών. Σε περιόδους ύφεσης, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί και να διακόπτεται.(Παπανικολάου, 2009).

Η χλωροπρομαζίνη, η αλοπεριδόλη και η κλοπαζίνη αποτελούν τα τρία πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Οι φαρμακευτικές αυτές ουσίες έχουν αξιοσημείωτη ηρεμιστική δράση ενώ παράλληλα επιδρούν άμεσα στα συμπτώματα των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών. Η χλωροπρομαζίνη και η αλοπεριδόλη ως τυπικά αντιψυχωτικά, επιδρούν μόνο στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ η κλοπαζίνη ως άτυπο αντιψυχωτικό, αντιμετωπίζει αποτελεσματικά και τα δύο είδη συμπτωμάτων της νόσου.(Bennett, 2010).

Μολονότι η κατασταλτική δράση των φαρμάκων είναι δυνατό να είναι εμφανής σε λίγες ώρες, εντούτοις η μέγιστη αποτελεσματικότητα της δράσης των συγκεκριμένων φαρμάκων θα φανεί μετά το διάστημα των έξι εβδομάδων.(Μάνου, 1997).

Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν δείξει πως γενικά η αγωγή με τα τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα είναι πιο αποτελεσματική στον έλεγχο των θετικών συμπτωμάτων της νόσου παρά στα αρνητικά συμπτώματα και στις διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις που δημιουργεί η νόσος.

Παρόλα αυτά, της 2^{ης} γενιάς αντιψυχωτικά, όπως είναι η ολανζαπίνη, η κουετιαπίνη, η ρισπεριδόνη και η κλοπαζίνη, θεωρούνται πιο αποτελεσματικά για την καταπολέμηση των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου, έχοντας ταυτόχρονα και λιγότερες παρενέργειες, κάτι που είναι εξίσου σημαντικό.(Gabbard, 2006).

2.4 Παρενέργειες αντιψυχωτικών – συμμόρφωση ασθενούς

Οι φαρμακευτικές ουσίες σήμερα είναι αρκετά αποτελεσματικές αν αναλογιστούμε ότι η μέση διαμονή των ασθενών σε κλινικές είναι περίπου στις 13 μέρες, σε αντίθεση με το παρελθόν όπου οι ασθενείς μπορεί να έμεναν μέσα για χρόνια ή για όλη τους τη ζωή. Παρ' όλο που γενικά τα αντιψυχωτικά έχουν επιφέρει θετική επίδραση στη ζωή και στη λειτουργικότητα των ασθενών, λόγω της χρόνιας χρήσης τους, δύναται να επιφέρει αρκετές ανεπιθύμητες παρενέργειες. Ενδεικτικά το 40% των ασθενών φαίνεται να υποτροπιάζει κατά τον πρώτο χρόνο θεραπείας και ένα 15% κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών. Οι υποτροπές αυτές ενδεχομένως να οφείλονται σε παρενέργειες των φαρμάκων, που οδηγούν τους ασθενείς σε διακοπή της θεραπείας τους. Για παράδειγμα, η χλωροπρομαζίνη, προκαλεί μια σειρά συμπτωμάτων όπως ξηροστομία, ζάλη, ξηρολαιμία, αύξηση ή απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα, ακόμα και κατάθλιψη.

Πιο επικίνδυνα και προβληματικά θεωρούνται τα γνωστά εξωπυραμидικά συμπτώματα, όπως ο ψευδοπαρκινσониσμός και η οξεία δυστονία. Η θεραπεία πάντως με κλοζαπίνη ή άλλα άτυπα αντιψυχωτικά δεν εμφανίζει τον ίδιο κίνδυνο σε αυτό τον βαθμό, αν και όσοι λαμβάνουν το φάρμακο αυτό κινδυνεύουν να εμφανίσουν τη λεγόμενη ακοκκιοκυττάρωση, η οποία είναι υπεύθυνη για την εξασθένηση του ανοσοποιητικού (Bennett, 2010).

| ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ |
|---|
| ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ: Οξεία δυστονία, ακαθισία, όψιμη δυσκινησία, ψευδοπαρκινσониσμός. |
| ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ: Ξηροστομία, ξηροφθαλμία, φωτοφοβία, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, σεξουαλική ανικανότητα. |
| ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ: Ταχυκαρδία, υπόταση. |
| ΣΠΛΑΝΙΕΣ: Χολοστατικός ίκτερος, ακοκκιοκυτταραιμία. |
| ΆΛΛΕΣ: Αύξηση σωματικού βάρους, δερματολογικές, καταστολή, ενδοκρινικές παρενέργειες. |

(Κυζιρίδης, 2010)

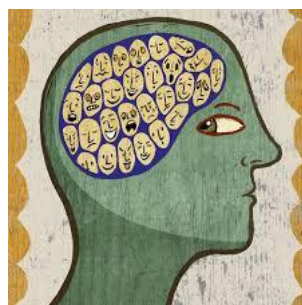
Λόγω των ανεπιθύμητων αυτών παρενεργειών, πολλές φορές οι ασθενείς κόβουν από μόνοι τους ή μειώνουν τη θεραπεία τους. Από τα άτομα που ζουν στην κοινότητα, φαίνεται ότι ένα μικρότερο ποσοστό του 25% τηρεί πιστά τη φαρμακευτική του αγωγή. Η στάση αυτή του πάσχοντα που αντικατοπτρίζεται στο χαμηλό αυτό ποσοστό, δείχνει τις προσδοκίες του σχετικά με την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, τη διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας ανάμεσα σ' αυτόν και τον θεραπευτή του.

Στις στρατηγικές που αναπτύσσονται ώστε ο ασθενής να συμμορφώνεται με τη φαρμακοθεραπεία του, συμπεριλαμβάνονται η εκπαίδευσή του, η ανάπτυξη μιας ισχυρής συμμαχίας μαζί του αλλά και η χρήση βοηθημάτων για τη μνήμη. Ακόμα η χορήγηση σε ενέσιμη μορφή βραδείας απελευθέρωσης του αντιψυχωτικού φαρμάκου (depot), μπορεί να φανεί ιδιαίτερα ωφέλιμη, λόγω της σχετικά μακροχρόνιας θεραπευτικής δράσης του και έτσι ο ασθενής δεν χρειάζεται να ανησυχεί για την καθημερινή λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής.(Bennett, 2010).

Η σημασία, λοιπόν, της φαρμακευτικής αγωγής έγκειται στο γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν χωρίς διακοπή την αγωγή τους, έχουν ύφεση των συμπτωμάτων τους μετά από περίπου ένα χρόνο και στο ότι η διακοπή της, σημαίνει αυτόματα υψηλή υποτροπή της νόσου.(Σολδάτος- Λυκούρας, 2006).

Αν και η θεραπευτική αντιμετώπιση με τα αντιψυχωτικά, δεν μπορεί να θεραπεύσει πλήρως την ασθένεια, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου, καθώς ο μέσος όρος παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο έχει μειωθεί αισθητά (λιγότερο από δύο βδομάδες), σε σχέση με παλαιότερα χρόνια που μπορεί να παρέμεναν μήνες, χρόνια ή και ολόκληρη τη ζωή τους.(Bennett, 2010).

Σήμερα η προσπάθεια που καταβάλλεται είναι να χρησιμοποιείται λιγότερη δόση του φαρμάκου, ώστε ο ασθενής να παραμένει λειτουργικός, να ελέγχει τα συμπτώματα του και να υπάρχουν λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Τέλος, αν είναι εφικτό, πρέπει να γίνει προσπάθεια ώστε ο ίδιος ο ασθενής ,μόνος του, να μπορέσει φτάσει στο σημείο να ρυθμίζει την δόση του φαρμάκου που χρειάζεται. Αυτό θα μπορέσει να πραγματοποιηθεί τόσο μέσα από τη λεπτομερή εκπαίδευση και ενημέρωση του ασθενή, όσο και από την ισχυρή θεραπευτική σχέση συμμαχίας και εμπιστοσύνης που θα αναπτύξει ο θεραπευτής μαζί του.(Μάνου, 1997).



2.5 Ενισχυτική φαρμακοθεραπεία

Κάποιες φορές ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται καλά έως καθόλου στην φαρμακευτική αγωγή. Αν τα θετικά συμπτώματα υπερισχύουν τότε ελέγχεται ο βαθμός συμμόρφωσης του ασθενή στη θεραπεία, αλλιώς τροποποιούνται οι δόσεις και οι είσοδοι λήψης των φαρμάκων. Μια άλλη εναλλακτική λύση, είναι η προσθήκη κάποιων άλλων ουσιών που βελτιώνουν το αποτέλεσμα. Τα συμπληρωματικά φάρμακα για τα οποία υπάρχουν θετικά αποτελέσματα είναι το λίθιο, τα αντιεπιληπτικά και η βενζοδιαζεπίνες.(Μαδιανός, 2005).

Το λίθιο μπορεί να μειώσει τα ψυχωτικά συμπτώματα στο 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια.(Kaplan & Sadock's, 2000). Επίσης εκεί που βοηθάει είναι όταν δεν υπάρχει σίγουρη διάγνωση, και υπάρχει επιθετική συμπεριφορά ή είναι έντονο το συναισθηματικό στοιχείο.(Μάνου,1997).

Από την άλλη, τα αντιεπιληπτικά, όπως η καρβαμαζεπίνη, μπορούν είτε να χρησιμοποιηθούν από μόνα τους, είτε σε συνδυασμό με λίθιο ή κάποιο αντιψυχωτικό. Βέβαια, αν και κανένα από τα αντιεπιληπτικά δεν έχει δείξει ότι είναι αποτελεσματικά στον έλεγχο των αντιψυχωτικών συμπτωμάτων, ωστόσο κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι μειώνουν τα βίαια επεισόδια κάποιων ασθενών με σχιζοφρένεια.(Kaplan & Sadock's, 2000).

Μια άλλη εναλλακτική μορφή φαρμάκων, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν αρκετά τον ασθενή σε έντονα καταθλιπτικά επεισόδια είναι τα αντικαταθλιπτικά.(Black & Andreasen,2011). Κάποιες φορές οι ασθενείς μετά από ένα ψυχωτικό επεισόδιο, εμφανίζουν έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα.(Μάνου, 1997). Ίσως η ψύχωση να είναι μια αμυντική λειτουργία για τους ασθενείς, ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται και να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα των κοινωνικών σχέσεων τους και γενικότερα όλο το νόημα της ίδιας τους της ύπαρξης.

Τέλος, κάποιοι άλλοι ασθενείς που παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα άγχους, πανικού ή υπερδιέγερσης, η χορήγηση αγχολυτικών σε συνδυασμό με την αγωγή τους, μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα ωφέλιμη για τους ίδιους.(Μάνου, 1997).

2.6 Θεραπεία με ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ)

Για πολλούς θεωρείται μια άλλη εναλλακτική και αποτελεσματική λύση, ιδιαίτερα κατά την οξεία φάση έναρξης ή υποτροπής της νόσου και κυρίως στην κατατονική μορφή της σχιζοφρένειας. Είναι μια πολλά υποσχόμενη θεραπεία για τα ανθεκτικά συμπτώματα της νόσου και παρουσιάζει συνεργική δράση με τα αντιψυχωτικά. (Σολδάτος- Λυκούρας, 2006).

Βέβαια στις μέρες μας, τα αντιψυχωτικά θεωρούνται περισσότερο αποτελεσματικά στη θεραπεία της νόσου αλλά και προτιμώνται περισσότερο μαζί και με τις ψυχοκοινωνικές μορφές αντιμετώπισης. Ωστόσο πολλοί την προτιμούν, όταν κάποιος ασθενής δεν μπορούν για κάποιο λόγο να πάρουν ψυχοφάρμακα ή όταν άλλες θεραπείες αποδεικνύονται ατελέσφορες.(Sadock's & Kaplan, 2000), (Bennett, 2010).

2.7 Η θεραπεία της οξείας φάσης και της φάσης σταθεροποίησης της σχιζοφρένειας

2.7.1 Η θεραπεία της οξείας φάσης

Ως οξεία φάση χαρακτηρίζουμε την οποιαδήποτε υποτροπή της νόσου καθώς και την έναρξή της(αρχική φάση), όταν τα συμπτώματα παρουσιάζονται σε έντονη μορφή και σε έξαψη. Βασική γραμμή στη θεραπεία αυτής της φάσης, είναι να μειωθούν τα θετικά συμπτώματα και να οδηγηθεί ο ασθενής όσο το δυνατόν γρηγορότερα σ' ένα καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας.(Αγγελόπουλος, 2009).

Η χορήγηση των αντιψυχωτικών σε αυτή τη φάση της νόσου, πρέπει να χορηγείται άμεσα ώστε να προλάβουμε τις όποιες πιθανές αντιστάσεις των ασθενών στην προβλεπόμενη θεραπεία. Κατά τις πρώτες μέρες της θεραπείας πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση πολύ υψηλών δόσεων και στις περιπτώσεις μείωσης του άγχους και της διέγερσης πρέπει να χορηγούνται παράλληλα και βενζοδιαζεπίνες.(Αγγελόπουλος, 2009).

Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στην φαρμακευτική αγωγή, κατά την παρούσα φάση της νόσου. Τόσο τα τυπικά αντιψυχωτικά, όσο και τα άτυπα θεωρούνται αρκετά βοηθητικά και αποτελεσματικά στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας. Μάλιστα σε ασθενείς με υψηλές τάσεις αυτοκτονίας, η κλοπαζίνη έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα ωφέλιμη.(Black & Adreasen, 2011).

2.7.2 Η Θεραπεία στη φάση σταθεροποίησης

Στη φάση της συντήρησης ανήκουν οι ασθενείς που η βραχυπρόθεσμη θεραπεία με αντιψυχωτικά κατά την οξεία φάση, τους ωφέλησε σε ικανοποιητικό επίπεδο. Η φάση, λοιπόν, της σταθεροποίησης έχει ως σκοπό τον έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων των ασθενών.(Black & Adreasen, 2011).

Στη συγκεκριμένη φάση, στόχοι της θεραπείας είναι να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα πρόκλησης υποτροπής, να ενισχυθεί η δυνατότητα κοινωνικοποίησης του ασθενούς και να σταθεροποιηθεί η ύφεση των συμπτωμάτων. Αν ο θεραπευόμενος βελτιώνεται σε ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό σχήμα, πρέπει να συνεχίσει την ίδια δόση φαρμάκων και τα ίδια φάρμακα, για το διάστημα των επόμενων έξι μηνών.(Αγγελόπουλος, 2009).

Στην περίπτωση πολλαπλών επεισοδίων αλλά και εξαιτίας του φόβου για κίνδυνο υποτροπών, συνίσταται θεραπεία τουλάχιστον 5 χρόνων. Επιπλέον, αν και τα δεδομένα από τις έρευνες είναι ανεπαρκή, πιθανότατα απαιτείται δια βίου θεραπεία του ασθενούς με σχιζοφρένεια. Κάτι που βοηθάει τον πάσχοντα, όπως αναφέραμε και παραπάνω, ώστε να βελτιωθεί η μακροχρόνια συμμόρφωσή του με τη θεραπεία, είναι η μακράς δόσης ενέσιμες μορφές διάφορων αντιψυχωτικών φαρμάκων.(Black & Adreasen, 2011).

2.7.3 Ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Αρκετά σημαντικό κομμάτι στη θεραπεία της σχιζοφρένειας αλλά και για να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα στην όλη διαδικασία, πρέπει να υπάρχει συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στη θεραπεία της νόσου και περιλαμβάνει την ομαδική, την οικογενειακή, τη συμπεριφορική και την ψυχοθεραπεία.(Kaplan & Sadock's, 2012).

Ομαδική: Η ομαδική υποστήριξη περιλαμβάνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και δραστηριοτήτων της καθημερινότητας. Μέσα από την ομάδα ο ασθενής αποβάλλει το αίσθημα της κοινωνική απόσυρσης και μπορεί να ελέγξει καλύτερα τις εξελίξεις της πραγματικότητας.

Οικογενειακή: Ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση της ασθένειας, καθώς δύναται να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή, να συζητήσει μαζί του τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να τον βοηθήσει σε οτιδήποτε έχει ανάγκη ώστε να αποτραπεί μια πιθανή υποτροπή της ασθένειας του.

Συμπεριφορική: Η συμπεριφορική υποστήριξη αποτρέπει τις αρνητικές συμπεριφορές και ενισχύει τη θετική συμπεριφορά, ώστε οι συμπεριφορές αυτές να συνεχίζονται και μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

Ψυχοθεραπεία: Ο ψυχοθεραπευτής εκπαιδεύει και βοηθάει τον ασθενή να μπορεί να ελέγχει τις καταστάσεις και τα συμβάντα της καθημερινής του ζωής, δίνει συμβουλές και ενθαρρύνει. Ο τυπικός τρόπος της ψυχοθεραπείας δεν συνίσταται καθώς το ΕΓΩ των ασθενών είναι ιδιαίτερα ευερέθιστο.

Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες: Προσπάθεια να βελτιωθούν οι κοινωνικές σχέσεις και ικανότητες του πάσχοντα. Αντιμετώπιση συναφών προβλημάτων που δημιουργεί η νόσος, όπως είναι η κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά ή έλλειψη ικανότητας για κοινωνικές σχέσεις. Η βελτίωση των συναφών προβλημάτων γίνεται με υποστηρικτικές θεραπείας, στα πλαίσια της ομάδας π.χ. τεχνικές παιχνιδιού ρόλων ή σε λιγότερο δομημένα πλαίσια π.χ. εργασία για το σπίτι.

Διαχείριση περιστατικού: Αντιμετώπιση των πρακτικών αναγκών του ασθενούς και συντονισμός παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνήθως υπεύθυνος για τη διαχείριση περιστατικού την έχει ο κοινωνικός λειτουργός, βοηθά τον πάσχοντα στο κλείσιμο των ραντεβού ή στις αιτήσεις για θέματα οικιστικά. Επιπλέον, προσφέρει φροντίδα στο σπίτι και παρέμβαση στην κρίση, όποτε κριθεί απαραίτητο, ώστε ο ασθενής να υπόκειται σε θεραπεία. (Φερεντίνος Π, 2003).

Ομάδες υποστήριξης: Ενδεικτικά αναφέρουμε υπηρεσίες υποστήριξης, όπως είναι η Εθνική Ένωση για Ψυχικά Ασθενείς (National Alliance for the Mentally III) και η Εθνική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας (National Mental Health Association) στις ΗΠΑ. Παρέχουν πληροφορίες, υποστήριξη και εκπαίδευση στους ασθενείς αλλά και στις οικογένειές τους. Στην Ελλάδα αντίστοιχος οργανισμός είναι ο (ΣΟΨΥ), ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ



3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (2007), η νοσηλευτική ψυχική υγεία είναι ένας κλάδος ειδικός της νοσηλευτικής πρακτικής και είναι υπεύθυνος για την προώθηση της ψυχικής υγείας στα άτομα που πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές, μέσω της νοσηλευτικής διάγνωσης, της αξιολόγησης και της παρέμβασης.

Η ψυχιατρική νοσηλευτική μέσα από τις ψυχοκοινωνικές και βιοφυσικές θεωρίες που αφορούν την ανθρώπινη συμπεριφορά και προσωπικότητα του ατόμου, αντλεί τις θεωρητικές βάσεις και κατευθύνσεις πάνω στις οποίες θα βασιστεί εν συνεχεία η νοσηλευτική πρακτική(Stuart,2013).

Εν κατακλείδι, η επιστήμη της νοσηλευτικής ψυχιατρικής, κατευθύνεται και διαποτίζεται από τρεις θεμελιώδεις αρχές: 1) η προσέγγιση του ασθενούς μέσα από μια ολιστική θεώρηση καθώς αποτελεί μια μοναδική ψυχοκοινωνικό – πνευματική οντότητα, 2) πίστη στην πολύτιμη οντολογική αξία του ανθρώπου, της ζωής και της υγείας του, 3) στην αδιάσπαστη και εξατομικευμένη φροντίδα του ατόμου και της υγείας του με εκτίμηση και ειλικρινή ενδιαφέρον.(Ραγιά, 2009).

3.2 Ρόλοι του νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει κάποιους κύριους ρόλους αλλά και σκοπούς που είναι οι εξής παρακάτω:

- Προαγωγή – διατήρηση της υγείας των ψυχικά σθενών
- Αξιολόγηση – επαναξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή
- Ειδική μεταχείριση της κάθε περίπτωσης
- Διαμόρφωση κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Εκπαίδευση ασθενών
- Κατάλληλη παρέμβαση σε δύσκολες καταστάσεις π.χ. κρίσεις
- Συμμετοχή για τη γενικότερη ανάπτυξη του τομέα ψυχικής υγείας(Hogan, 2012).

Εξίσου σημαντικό είναι ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας, μέσα από την ειδική του επιμόρφωση να είναι ικανός να παίζει και ρόλους συμβουλευτικούς με σκοπό τη φροντίδα του ασθενούς αλλά και να μπορεί να οργανώνει και να συμμετέχει σε οικογενειακές παρεμβάσεις, σε ομάδες ψυχοθεραπείας, σε θεραπείες ζεύγους και σε ατομικές θεραπείες, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.(O' Brien et al. 2008).

3.3 Επικοινωνία νοσηλευτή με τον ψυχικά ασθενή

Η επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή και θεραπευόμενου είναι λεκτική και μη λεκτική και μπορεί είτε να διευκολύνει να αναπτυχθεί μια υγιής σχέση μεταξύ τους, είτε όχι. Ο άνθρωπος από τη στιγμή που γεννιέται έχει την ανάγκη να επικοινωνήσει και όλες οι προσπάθειες του για επικοινωνία, επηρεάζουν εντέλει τις αντιλήψεις του αλλά και τη συμπεριφορά του.

Εν προκειμένω, η επικοινωνία που δύναται να αναπτυχθεί μεταξύ νοσηλευτή και ψυχικά ασθενή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για τη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης ανάμεσά τους, ώστε ο νοσηλευτής να μπορέσει να επηρεάσει τη συμπεριφορά του πάσχοντα και να «οδηγήσει» σε ένα θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα την όλη νοσηλευτικής τους παρέμβαση. (Stuart, 2013).

Στη σχέση αυτή, ο νοσηλευτής είναι το πρόσωπο που πάντα επικοινωνεί ως νοσηλευτής. Η στολή του δίνει ένα συγκεκριμένο ρόλο, ότι πρέπει να σκέφτεται και να πράττει με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Αυτό είναι κάτι που υφίσταται και του έχει αποδοθεί από την κοινωνία. Εξάλλου, και ο ίδιος ασθενής ζητά από το νοσηλευτή ένα συγκεκριμένο τρόπο επικοινωνίας και συμπεριφοράς.

Οι επικοινωνίες του νοσηλευτή είναι ένα δύσκολο κομμάτι, καθώς πάντα υπάρχει ο φόβος της αποτυχίας αλλά ταυτόχρονα έχει και την αποκλειστική και δύσκολη ευθύνη, να ρυθμίζει αυτός το πώς θα αρχίζει, το πώς θα τελειώνει η μεταξύ τους επικοινωνία, ποιοι θα είναι οι όροι της . Πρόκειται, ως επί το πλείστον για μια δομημένη συζήτηση, αφού από πριν έχουν τεθεί οι στόχοι, οι σκοποί, και τα βήματα που πρέπει να γίνουν στο επικοινωνιακό κομμάτι.(Γιαννοπούλου,2000).

Τέλος, ένα τελευταίο σημαντικό κομμάτι στη θεραπευτική αυτή επικοινωνία, είναι οι νοσηλευτές να γνωρίζουν κάποιες ειδικές θεραπευτικές τεχνικές όπως: ακρόαση, άνοιγμα διαλόγου, επαναδιατύπωση, πληροφόρηση, διευκρίνιση, συμβουλές. Ειδικότερα:

Ακρόαση: Ενεργητική διαδικασία κατά την οποία ο νοσηλευτής λαμβάνει πληροφορίες από τον πάσχοντα ενώ παράλληλα του δείχνει ενδιαφέρον. Αποτελεί μια από τις κύριες αρμοδιότητες του νοσηλευτή.

Άνοιγμα διαλόγου: Ενθάρρυνση των ασθενών για άνοιγμα διαλόγου πάνω σε ένα θέμα που τους ενδιαφέρει, δείχνοντας παράλληλα την αποδοχής τους προς αυτούς.

Επαναδιατύπωση: Ο νοσηλευτής επαναλαμβάνει την κύρια σκέψη του ασθενή, δείχνοντας έτσι ότι ακούει με προσοχή.

Πληροφόρηση: Ο νοσηλευτής παρέχει πληροφορίες εκπαιδεύοντας τον ασθενή σχετικά με τη θεραπεία του, την αυτοφροντίδα του και πώς μπορεί να πετυχαίνει προσωπική ευφορία.

Διευκρίνιση: Διευκρινίσεις ασαφών σκέψεων ή εκφράσεων από τη μεριά του νοσηλευτή ώστε να είναι σε θέση να αποσαφηνίζει συναισθήματα, ιδέες, αντιλήψεις του ασθενούς και να μπορεί να τα συσχετίζει με βάση τις πράξεις του αρρώστου.

Συμβουλές: Ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλές με εναλλακτικές ιδέες στον ασθενή για τη λύση συγκεκριμένων προβλημάτων του.(Stuart, 2013).

3.4 Νοσηλευτικές ευθύνες στη φαρμακοθεραπεία των ασθενών

Ο νοσηλευτής οφείλει να έχει στοιχειώδεις γνώσεις στη φαρμακοθεραπεία, αφού αυτός σε συνεργασία με το γιατρό έχει την ευθύνη για τη χορήγηση φαρμάκων στους ψυχικά ασθενείς. Ακόμα, έχει την κύρια υποχρέωση του εκσυγχρονισμού των γνώσεων του για τα ψυχοτρόπα φάρμακα, αφού είναι ο κύριος συντονιστής για τον προγραμματισμό της φαρμακοθεραπείας του ασθενή, φροντίζοντας να εξασφαλίζει τις απαραίτητες πληροφορίες.(Καλαντζή- Αζίζι, 1990).

Για να χορηγηθούν σωστά τα ψυχοφάρμακα στους ψυχικά ασθενείς, ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει τις ενέργειες των φαρμάκων, τις παρενέργειες, την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική συνταγή, αλλά και τον τρόπο και χρόνο χορήγησης.(Γιαννοπούλου, 2000).

3.4.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων

Παραλαβή λεπτομερούς ιστορικού λήψης φαρμάκων από τον ασθενή ή την οικογένεια του. Αυτό κρίνεται απαραίτητο, αφενός για την αποφυγή τυχόν αλλεργιών, αφετέρου διότι πολλά φάρμακα προκαλούν τα ίδια συμπτώματα με αυτά διάφορων ψυχώσεων. Ο συγκεκριμένος τρόπος βοηθά το νοσηλευτή να κρίνει εάν τα συμπτώματα του ψυχικά ασθενή οφείλονται όντως στην ασθένεια ή στη λήψη των φαρμάκων.(Kneisl et. Al. 2004).

Εργαστηριακές εξετάσεις π.χ. εξετάσεις αίματος, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα κ.τ.λ.

Συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του ασθενή για κατόπιν σύγκριση των αλλαγών

Μέτρηση ζωτικών σημείων του σώματος: αρτηριακή πίεση, αναπνοές, θερμοκρασία

Συλλογή πληροφοριών σχετικά με συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργία εντέρου, κατάσταση δέρματος, βάρος σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων ,κινητικές ανωμαλίες, αλλεργίες, τυχόν λήψεις φαρμάκων για τις έγκυες γυναίκες.(Ραγιά,2009)

3.4.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων:

Συνεχής αξιολόγηση ψυχολογικών- οργανικών αντιδράσεων των φαρμάκων που παίρνει ο ασθενής

Συστηματική παρακολούθηση για όσιμες αντιδράσεις π.χ. αιματολογικές, ηπατικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, καχυποψία

Εκπαίδευση ασθενή για το πώς να παίρνει μόνος του τα φάρμακά του- πώς να παρακολουθεί τον εαυτό του

Συνεχή νοσηλευτική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή για ελάττωση συμπτωμάτων, δοσολογία φαρμάκων και μεγιστοποίηση θετικών αποτελεσμάτων κατά τη θεραπεία(Ραγιά, 2009).

Κατάλληλη μέριμνα για να παίρνει ο ασθενής τα φάρμακά του, καθώς πολλοί είναι αυτοί που τα κρύβουν είτε κάτω από τη γλώσσα, είτε στα ρούχα τους, ώστε να τα χρησιμοποιήσουν σε πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας.(Γιαννοπούλου,2000).

Απαραίτητα καταγραφή και ενυπόγραφη τεκμηρίωση στο φύλλο νοσηλείας για τη χορήγηση φαρμάκων, τις παρενέργειες κτλ. Έτσι, ολόκληρη η θεραπευτική ομάδα ενημερώνεται για οτιδήποτε αφορά τον άρρωστο και μπορεί να συνεχιστεί απρόσκοπτα η νοσηλευτική φροντίδα. Η αμέλεια αυτής της διαδικασίας αποτελεί και ποινική ευθύνη του νοσηλευτή.(Ραγιά, 2009).

3.4.3 Παρεμβάσεις νοσηλευτικού προσωπικού στις παρενέργειες των ψυχοτικών φαρμάκων

Στην πιθανή εμφάνιση εξωπυραμιδικών αντιδράσεων ή δυσκινησίας, νοσηλευτής και ψυχίατρος αποφασίζουν για το αν θα ελαττώσουν τη δόση του φαρμάκου ή πρέπει να προσθέσουν αντιπαρκινσονικό φάρμακο.

Η ξηροστομία μπορεί να αντιμετωπιστεί με μάσημα τσίχλας, λήψη υγρών, καλή υγιεινή στόματος .

Η δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται με λήψη υγρών, δίαιτα με άφθονες ίνες, υποτακτικά φάρμακα.

Αν ο άρρωστος αντιμετωπίζει ορθοστατική υπόταση πρέπει να μένει ξαπλωμένος στο κρεβάτι και να διδάσκεται από τον νοσηλευτή πώς να αλλάζει θέσεις αργά, όπως και για να σηκωθεί όρθιος πρέπει να κατεβάζει πρώτα τα πόδια του για πέντε λεπτά, ώστε να προλάβουμε τάση λιποθυμίας ή πτώσης.

Σε περίπτωση φωτοφοβίας συστήνονται σκούρα γυαλιά ή χαμηλός φωτισμός στο θάλαμο.(Βιδάλης, 2001).

3.4.4 Ευθύνες νοσηλευτή κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας

- Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για διακοπή φαρμακοθεραπείας.
- Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής φαρμάκου με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη

- Πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος με δόση συντήρησης και συνεχή παρακολούθηση ασθενή
- Επανεκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων, με συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς, εκπαίδευση στο να αναγνωρίζει ο ασθενής την όψιμη δυσκινησία (ακούσιες κινήσεις δαχτύλων, γλώσσας).
- Οργάνωση σταθερού προγράμματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης
- Προετοιμασία για τυχόν υποτροπής. Συνεργασία με άρρωστο για παρέμβαση που πρέπει να γίνει ώστε να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο(Ραγιά, 2009).



3.5 Ενδείξεις νοσηλείας στη σχιζοφρένεια

Κατά τον **Black and Adreasen** (2011), η νοσηλεία για έναν ασθενή που έχει εμφανίσει συμπτώματα σχιζοφρένειας συνίσταται όταν:

Υπάρχει επιθετική ή απειλητική συμπεριφορά, που συνιστά κίνδυνο για τον ασθενή και τους γύρω του

Υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Ο ασθενής δεν μπορεί να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του(τροφή, υγιεινή)

Απαιτούνται ειδικές θεραπείες

Υπάρχει περίπτωση πρωτοεμφανιζόμενης σχιζοφρένειας, με σκοπό τον αποκλεισμό άλλων διαγνώσεων

Προκαλούνται σοβαρές παρενέργειες από την πρόσληψη φαρμάκων, που είναι επικίνδυνες για τη ζωή π.χ. κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο.

3.6 Νοσηλευτική διεργασία φροντίδας ασθενούς με σχιζοφρένεια

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από 6 βασικά στάδια τα οποία είναι τα εξής:

1. Εκτίμηση προβλημάτων ασθενή
2. Νοσηλευτική διάγνωση για τυχόν διαταραχές
3. Προσδιορισμός αναμενόμενων εκβάσεων
4. Σχεδιασμός πλάνου φροντίδας
5. Εφαρμογή πλάνου
6. Αξιολόγηση – Επαναξιολόγηση αποτελεσματικότητας σχεδίου που εφαρμόστηκε

Με βάση τα παραπάνω φαίνεται ότι η νοσηλευτική διεργασία είναι μια δυναμική και συστηματική διαδικασία και συνεχίζεται έως ότου η αλληλεπίδραση νοσηλευτή – ασθενή, επιφέρει σωματική και ψυχική βελτίωση του τελευταίου κατά την ολιστική πάντα θεώρηση.(Townsend, 2015).

Ο επαγγελματίας νοσηλευτής πρέπει να παρατηρεί τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, τη συμπεριφορά του, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και γενικότερα όλη τη φυσιολογία του ατόμου. Η παρατήρηση είναι ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό και χρήσιμο εργαλείο στα χέρια του νοσηλευτή κατά την αξιολόγηση της κατάστασης των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο. Ακόμα, η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση δεν πρέπει να ξεχνιέται καθώς αποτελεί αναγκαιότητα στη θεραπεία της νόσου, αφού καταγράφει τους τρόπους που το άτομο και η οικογένειά του ερμηνεύουν και αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο πρόβλημα.(Hogan, 2012).

Σε όποια φάση και αν βρίσκεται η νοσηλευτική διεργασία του αρρώστου που πάσχει από τη νόσο, οι νοσηλευτές πρέπει να τηρούν κάποιες βασικές αρχές. Οι αρχές αυτές είναι:

1. Η διατήρηση σωματικής υγείας και ασφάλειας του ασθενούς
2. Η ανάπτυξη μιας έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης και επικοινωνίας μαζί του
3. Ο προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα
4. Η επιβεβαίωση της ταυτότητάς του όταν αυτό χρειάζεται
5. Η παροχή βοήθειας στην επικοινωνία για αποτελεσματικότερη κατανόηση του εαυτού του και των γύρων του
6. Η ενθάρρυνση της συμμόρφωσης του ασθενή με τη θεραπευτική του αγωγή
7. Η βοήθεια στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων όταν είναι απαραίτητο
8. Η ενίσχυση της κατανόησης της οικογένειάς του

9. Η ενθάρρυνση για ανάληψη ευθυνών για τον εαυτό του
10. Ο έπαινος και προώθηση της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς (Ραγιά, 2009).

3.7 Νοσηλευτική εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του αρρώστου

Κατά τη διαδικασία της νοσηλευτικής εκτίμησης της ψυχικής κατάστασης των αρρώστων, οι νοσηλευτές καλούνται να παρατηρήσουν συστηματικά την ομιλία αλλά και τη γενικότερη συμπεριφορά τους, ώστε να εκτιμηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα το περιεχόμενο των σκέψεών τους. (Eby and Brown, 2010).

Υπάρχουν 4 βασικές περιοχές όπου ο νοσηλευτής πρέπει να εστιάσει για μια σωστή νοσηλευτική εκτίμηση, πέρα από την ολική μελέτη της βιοψυχοκοινωνικής λειτουργίας του και είναι οι ακόλουθες:

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΚΕΨΗΣ: Διαταραχή του ειρμού ή της πορείας της σκέψης με ασυναρτησίες, χάλαση των συνειρμών, σαλάτα λέξεων ή αυτοδημιούργητες λέξεις από τον άρρωστο που μόνο για τον ίδιο βγάζουν νόημα, κάτι που δείχνει διάσπαση της λειτουργικότητας από την πραγματικότητα. Ακόμα έχουμε την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών δίωξης ή μεγαλείου ή ζυλοτυπίας, όπου ο ασθενής πιστεύει ότι άλλοι άνθρωποι αναφέρονται σ' αυτόν, απειλώντας τον.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ: Κυριαρχούν οι ακουστικές ψευδαισθήσεις χωρίς να υπάρχουν εξωτερικά αντικειμενικά ερεθίσματα. Ο ασθενής ακούει φωνές που συνήθως τον προτρέπουν για αυτοκαταστροφή. Επίσης υπάρχουν και παραισθήσεις, όπου παρερμηνεύονται υπαρκτά εξωτερικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: Έντονη απουσία συναισθήματος ή αμβλύ και αταίριαστο συναίσθημα με το περιεχόμενο της συζήτησης.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: Εδώ έχουμε απόσυρση από την πραγματικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή λόγω συναισθηματικής αδιαφορίας, φόβου, άγχους, παράλογων ιδεών και φαντασιών. Χάνεται η αντικειμενικότητα. Ο σχιζοφρενής δεν αποσύρεται μόνο από τις διαπροσωπικές του σχέσεις αλλά και από τις δραστηριότητες της ζωής του, ζώντας χαμένος σε ένα δικό του φανταστικό κόσμο.

Όπως αναφέρει η Ραγιά (2009), στις συμπεριφορικές διαταραχές έχουμε: απρόβλεπτη-παρορμητική συμπεριφορά, έντονη διέγερση, παρορμητικότητα, αλλόκοτες στάσεις, μορφασμούς, επιθετικότητα απέναντι στους άλλους, ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, παραμέληση της εμφάνισης και της καθαριότητας, έλλειψη αυθορμητισμού στην ομιλία και τις κινήσεις, αμφιθυμία, έλλειψη ενεργητικότητας ειδικά μετά από ένα οξύ επεισόδιο και τέλος μια συχνή τάση να πράττει ο ψυχικά ασθενής το αντίθετο από αυτό που του λένε.

3.8 Νοσηλευτικές διαγνώσεις – επιθυμητές εκβάσεις του ψυχικά ασθενούς

3.8.1 Νοσηλευτικές διαγνώσεις

Σε γενικές γραμμές η διάγνωση του ασθενούς με σχιζοφρένεια είναι η αναγνώριση των τρόπων και των αναγκών για τη φροντίδα υγείας του ασθενούς από όλο το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και η επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων και στόχων.(Hogan, 2012).

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις για τον ψυχικά ασθενή, ανεξάρτητα από τον τύπο σχιζοφρένειας που εκδηλώνεται είναι:

Η Διαταραχή των Διεργασιών της Σκέψης: Παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, παρερμηνεία περιβάλλοντος. Σχετίζονται με πιθανούς κληρονομικούς παράγοντες.

Η Διαταραγμένη Αισθητηριακή Αντίληψη: Ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, απόσυρση στον εαυτό του, αντίληψη περιβάλλοντος ως απειλητικού

Η κοινωνική απομόνωση: Έλλειψη εμπιστοσύνης, παραληρητικές ιδέες, παρελθούσες εμπειρίες δυσκολίας αλληλεπίδρασης με τους άλλους, παλινδρόμηση σε πρώιμο στάδιο λειτουργικότητας.

Η Διαταραγμένη Λεκτική Επικοινωνία: Παλινδρόμηση σε πρώιμο επίπεδο ανάπτυξης, διαταραγμένες διεργασίες σκέψεων, μπορεί να σχετιστεί και με την αδυναμία εκδήλωσης εμπιστοσύνης.

Ο Κίνδυνος Βίαιης Συμπεριφοράς: Η βίαιη συμπεριφορά εκδηλώνεται είτε προς τον εαυτό του σχιζοφρενή, είτε προς τους άλλους. Σχετικά συμπτώματα: άγχος πιθανότατα με τη μορφή πανικού, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις εντολών, έλλειψη εμπιστοσύνης, αντίληψη περιβάλλοντος ως απειλητικό

Η Διαταραχή ύπνου: Σχετίζεται με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, απωθημένους φόβους.

Το Έλλειμμα Αυτοφροντίδας: Σχετίζεται με την έκπτωση αντιληπτικής ή γνωστικής λειτουργίας, απόσυρση στον εαυτό.

Η Χρόνια Χαμηλή Αυτοεκτίμηση: Έλλειψη εμπιστοσύνης και απόσυρσης στον εαυτό, περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες και το χρόνια νόσημα(Hogan, 2009).

Η Προβληματική Οικογενειακή Αντιμετώπιση: Δυσλειτουργική συμπεριφορά από την πλευρά της οικογένειας, ως προς το χειρισμό του ασθενούς και των συνεπειών που απορρέουν από την διαταραχή(Ραγιά, 2009).

3.8.2 Επιθυμητές εκβάσεις ασθενούς με σχιζοφρένεια

Κατά τον *Eby and Brown,(2010)*, σχετικά με τις επιθυμητές γενικά εκβάσεις του ασθενούς που παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, θετικά ή μη, και καθορίζουν την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο κάποια στιγμή, περιλαμβάνουν τα εξής παρακάτω:

1. Ο άρρωστος δεν θα κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους και θα επιδεικνύει σκέψη που θα βασίζεται στην πραγματικότητα.
2. Χρησιμοποίηση υγιών δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των δυσκολιών και του άγχους.
3. Κανονική λήψη φαρμακευτικής αγωγής.
4. Ημερήσιο και εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων – ψυχαγωγία.
5. Τακτική επικοινωνία με οικογένεια και φίλους.

Τα κριτήρια των επιθυμητών εκβάσεων δεν εξατομικεύονται μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου. Η ενεργή συμμετοχή των μελών της οικογένειας του πάσχοντος, κατά τη διάρκεια νοσηλείας αλλά και στη συνέχεια, είναι απαραίτητη και περιλαμβάνει να γνωρίζουν τις επιπτώσεις της σχιζοφρένειας και τα πρώιμα σημάδια και συμπτώματα της νόσου, να περιγράφουν τη φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς, να επιδεικνύουν αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης και τέλος, να είναι σε θέση να γνωρίζουν τις εξωπυραμδικές παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων.(Hogan, 2012).

3.9 Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με σχιζοφρένεια

Πριν υλοποιηθεί ο προγραμματισμός είναι αναγκαίο να αξιολογηθούν όλες οι πληροφορίες που υπάρχουν για τον πάσχοντα, οι αρχικές εκτιμήσεις και οι πιθανές διαγνώσεις των προβλημάτων του ασθενούς. Κρίνεται απαραίτητο, όλοι οι θεραπευτές να αναλύσουν με διεξοδικότητα τα προβλήματα, ώστε το πρόγραμμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων να γίνει ρεαλιστικότερο και πιο κατανοητό. Η καλή συνεργασία του ασθενούς με την οικογένεια προϋποθέτει και έναν σωστό θεραπευτικό σχεδιασμό.

Για έναν σωστό, λοιπόν, σχεδιασμό νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να θέσουμε όσο το δυνατόν καθαρούς στόχους και σκοπούς για την αποφυγή συγχύσεων μεταξύ των μελών της

θεραπευτικής ομάδας. Ακόμα, οι στόχοι πρέπει να μπορούν να πραγματοποιούνται εύκολα και να είναι για αρχή βραχυπρόθεσμοι. Όταν κατακτάται ένας βραχυπρόθεσμος στόχος, τότε μπορούμε να επεκταθούμε και να θέσουμε μακροπρόθεσμους στόχους. Με αυτή τη διαδικασία, υπάρχει η δυνατότητα καλύτερης εκτίμησης της βελτίωσης του σχιζοφρενικού ασθενούς, ενώ παράλληλα ο πάσχων ενθαρρύνεται με θετικό τρόπο κάθε φορά που πετυχαίνει ένα βήμα. (Γιαννοπούλου, 2000).

3.10 Νοσηλευτική φροντίδα στις διαταραχές του ασθενούς με σχιζοφρένεια

3.10.1 Στις αισθητηριακές διαταραχές

Στις συγκεκριμένες διαταραχές, τα αισθητηριακά ερεθίσματα του ασθενή παρερμηνεύονται και τα αποτελέσματά τους μπορεί να είναι υποτονικά, υπερβολικά, ανεπαρκή ή παραποιημένα. Οι νοσηλευτικοί σκοποί σε αυτού του είδους τα προβλήματα έχουν να κάνουν με την ένταση των συμπτωμάτων, τη διάγνωση και την πρόγνωση του ασθενούς. Ο άρρωστος πρέπει, πριν εγκαταλείψει το νοσοκομείο, να είναι σε θέση να μην ακούει εσωτερικές φωνές, να διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον, να εκδηλώνει βελτίωση της αντιληπτικής ικανότητάς του και σκέψης και τέλος, να μην προβάλλει δισταγμό στη συζήτηση με το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την έναρξη των ψευδαισθήσεών του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να εκτιμάει τη βαρύτητα των αντιληπτικών διαταραχών του ασθενούς και να επισημαίνει τους παράγοντες που προκαλούν την εμφάνισή τους, που συνήθως είναι η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, το άγχος, ο πυρετός ή άλλες οργανικές διαταραχές. Μέσω, λοιπόν, αυτών των αξιολογήσεων, το νοσηλευτικό προσωπικό εξασφαλίζει τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε ο ασθενής να μπορεί να εκτελεί την καθημερινή του αυτοφροντίδα και την πιθανή επικινδυνότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, ύστερα από παραληρητικές ιδέες, που μπορεί να τον ωθήσουν σε αυτοκτονία ή σε βλάβη απέναντι στους άλλους.

Η επιδίωξη της καθημερινής επικοινωνίας του νοσηλευτικού προσωπικού με τον άρρωστο, ακούγοντας με ενδιαφέρον, και υποστηρίζοντας τις όποιες θετικές προόδους του ασθενή, αποτελεί θετικό αντίκτυπο. Μέσω αυτής της αποδοχής, ο ασθενής δύναται να ελαττώσει το όποιο άγχος και τους φόβους του, αλλά και να μειώσει τη διαταραγμένη αντίληψη των ερεθισμάτων που δέχεται.

Ακόμα, ευεργετική για τη θεραπευτική κατάληξη του ασθενούς αποτελεί και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος ηρεμίας, με την αποφυγή λογομαχιών ή γελοιοποίησης του αρρώστου. Οι παρερμηνείες των ερεθισμάτων τρομάζουν τον ασθενή με αποτέλεσμα να χάνει τον έλεγχο και να αντιλαμβάνεται αυτή την παραποίηση ως πραγματικότητα. Γι' αυτό, καλό θα είναι να αποφεύγονται οι εντάσεις μέσα στο θάλαμο, αφού το πιθανότερο είναι ο ασθενής να αναπτύξει αμυντική στάση και να υποτροπιάσει.

Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής πρέπει να επαληθεύει και να προσανατολίζει τον ασθενή στην πραγματικότητα με σαφή ομιλία και να διευκρινίζει την ώρα, τον τόπο, τα παρόντα πρόσωπα και γεγονότα. Ο σωστός αυτός προσανατολισμός, οδηγεί τον ασθενή σε μια σωστή ερμηνεία των ερεθισμάτων που λαμβάνει από το περιβάλλον.

Η οριοθέτηση των παρορμητικών αντιδράσεων του αρρώστου αποτελεί άλλο ένα σημαντικό κομμάτι στη σωστή θεραπευτική προσέγγιση. Ο νοσηλευτής πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή αποσπώντας του την προσοχή, όταν υπάρχουν αυτές οι αντιδράσεις. Με αυτό τον τρόπο, ο ασθενής αυτοελέγχεται περισσότερο και υπάρχει καλύτερη ρύθμιση των παρορμητικών του αντιδράσεων.

Επίσης, ο ασθενής πρέπει να εκφράζει τους φόβους και το άγχος του, όταν επισημανθεί δυνητική εκδήλωση επιθετικότητας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί, με την καθοδήγηση και την εκπαίδευση από το νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να μπορεί να εξωτερικεύει με λόγια και όχι με πράξεις την επιθετικότητά του. Έτσι θα είναι σε θέση να επικεντρώνει την προσοχή του στην πραγματικότητα και να μειώνει το άγχος του.

Πολλές φορές, το νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να αντιμετωπίσει τα παραπάνω προβλήματα, εφαρμόζει κάποιες τεχνικές εξωτερικού ελέγχου ή μηχανικών και φαρμακευτικών περιοριστικών μέτρων. Αυτές οι τεχνικές, πρέπει να χρησιμοποιούνται έως ότου ανακτηθεί ο εσωτερικός έλεγχος έναντι των ψευδαισθήσεων. Δηλαδή τα μέτρα αυτά χρησιμοποιούνται ως έκτακτη, έσχατη και σύντομη λύση, κατά τη διάρκεια της οποίας ο νοσηλευτής οφείλει να συνεχίζει να μιλά με ευγενικό τρόπο στον ασθενή και να βρίσκεται κοντά του. Ωστόσο, η διδασκαλία του ασθενή ως προς τις τεχνικές που πρέπει να χρησιμοποιεί ο ίδιος για να σταματά τις παραισθήσεις του, κρίνεται πολύ σημαντικός, καθώς αυτό θα του προσφέρει τη δυνατότητα αυτοελέγχου και την αυτοπεποίθηση.(Ραγιά, 2009).

3.10.2 Στις διαταραχές των διεργασιών σκέψεων

Κατά τις διαταραχές των διεργασιών των σκέψεων, οι σκέψεις διακόπτονται, αποδιοργανώνονται και δεν βασίζονται στην πραγματικότητα. Οι σκοποί που θα πρέπει ο νοσηλευτής να αποβλέπει, μέχρι να φύγει ο ασθενής από το νοσοκομείο, είναι στο να τον μάθει να κάνει διάκριση μεταξύ παραληρητικών ιδεών και πραγματικότητας, να μπορεί να διαχειρίζεται τις παράλογες ιδέες του καθώς και να είναι ικανός να συνάπτει διαπροσωπικές σχέσεις.(Ραγιά, 2009).

Αρχικά, αρκετά σημαντικό στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι να αναζητηθούν από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού, οι ικανότητες και τα δυνατά σημεία τους και εν συνεχεία να ενδυναμωθούν. Ακόμα και ο ψυχωτικός ασθενής διαθέτει ικανότητες για να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες, και αυτό μπορεί να τον ωφελήσει, ώστε να μπορέσει να θεραπευτεί και να αποκατασταθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα.(Eby and Brown, 2010).

Εν συνεχεία, οι σχιζοφρενείς με αυτές τις διαταραχές παρουσιάζουν πρόβλημα στη λεκτική αναφορά των οργανικών συμπτωμάτων τους, έτσι θα πρέπει να πραγματοποιούνται από τους νοσηλευτές συχνές εξετάσεις ρουτίνας, ώστε να παρακολουθούνται και να αναγνωρίζονται πιθανά προβλήματα υγείας. Επιπλέον, πρέπει να αξιολογούνται οι καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών, η λειτουργικότητα τους και τέλος οι κοινωνικές δεξιότητες των αρρώστων, ώστε προοδευτικά να ενισχύονται.(Dewit, 2009).

Το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι υπεύθυνο να επισημαίνει τη μορφή που μπορεί να έχουν οι διαταραχές αυτές. Έχουν μορφή διασπασμένη, αυτιστική ή συμβολική; Είναι συγκεκριμένη ή χαλαρή; Επίσης, οι σκέψεις αυτές έχουν περιεχόμενο παραληρητικών ιδεών δίωξης ή μεγαλείου;

Επιπρόσθετα, το προσωπικό πρέπει να προσπαθεί να κατανοήσει τι κρύβεται πίσω από το περιεχόμενο ασαφών εκφράσεων του ψυχικά ασθενούς. Μέσω της ενεργητικής ακρόασης, οι νοσηλευτές μπορούν να κατανοήσουν πιο καλά τον τρόπο σκέψης των ασθενών, δείχνοντας ενδιαφέρον, ώστε να κατευθύνουν τη ροή της σκέψης όταν είναι απαραίτητο, για να παροτρυνθεί ο ασθενής να επικοινωνήσει και να συγκεντρωθεί με μεγαλύτερη σαφήνεια.

Με το να ενισχυθούν οι συγκροτημένες σκέψεις των ασθενών, αυτόματα ελαττώνονται οι ασύνδετες και παραληρητικές του σκέψεις. Όταν ο ασθενής αντιδρά παρορμητικά προς τη διαταραγμένη του σκέψη, είναι αναγκαία η τοποθέτηση ορίων από το προσωπικό, για να διασφαλιστεί η ασφάλεια του ατόμου και των άλλων.

Πολύ συχνά οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες αποτελούν εμπόδιο για τον ύπνο του ασθενούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να εκδηλώνονται συμπεριφορές απόσυρσης και σύγχυσης. Γι' αυτό το λόγο, οι νοσηλευτικές εκτιμήσεις σχετικά με τον ύπνο βοηθάνε τους νοσηλευτές να εξακριβώσουν της διάφορες διαταραχές της σκέψης του ατόμου αλλά και να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Πολλές είναι οι φορές, που οι διαταραγμένες διεργασίες σκέψεων, επηρεάζουν και την ικανότητα του ασθενή να απασχολείται. Με την παρατεταμένη περίθαλψη στο νοσοκομείο, έχει σαν αποτέλεσμα την αποστέρηση, την μείωση της βούλησης και κατεπέκταση την ακινησία, κάτι που οδηγεί σε ανεπάρκεια της απασχόλησης του ασθενή. Ο νοσηλευτής από τη μεριά του, πρέπει να εκτιμάει τόσο το βαθμό της επίδρασης των παθολογικών διεργασιών της σκέψης στις καθημερινές ασχολίες των ασθενών, όσο και το βαθμό που αυτές επηρεάζουν την λειτουργικότητά του.

Τέλος, στις διαταραχές αυτές σχεδόν πάντα πρέπει να χορηγείται φαρμακευτική αγωγή. Ο νοσηλευτής πρέπει να προσέχει ώστε να χορηγηθεί σωστά η δοσολογία των φαρμάκων, να παρακολουθεί τη θεραπευτική δράση των αντιψυχωτικών φαρμάκων και ταυτόχρονα να

σημειώνει τυχόν παρενέργειες, όπως είναι η καταστολή, η ορθοστατική υπόταση, οι ενδοκρινικές παρενέργειες ή τα εξωπυραμидικά συμπτώματα.(Ραγιά,2009).

3.10.3 Στις διαταραχές συμπεριφοράς

Στις διαταραχές αυτές, συνήθως, οι ασθενείς εκδηλώνουν εχθρικές και αμυντικές συμπεριφορές στην προσπάθειά τους να προστατέψουν την εκτίμηση προς τον εαυτό τους. Μέσω των νοσηλευτικών τεχνικών και παρεμβάσεων, ο ασθενής πρέπει να μάθει να χρησιμοποιεί αποδεκτές στρατηγικές αντιμετώπισης των διάφορων προβλημάτων του, να δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς, να εκτονώνει την εσωτερική του ενέργεια με σωματικές ασκήσεις, να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του, να ερμηνεύει τις συμπεριφορές των άλλων με βάση την πραγματικότητα, να περιορίζει την καχυποψία απέναντι στους άλλους και τέλος, να μάθει να επικοινωνεί χωρίς επιθετικές πράξεις.(Ραγιά,2009).

Κατά την εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών από τη μεριά του ασθενούς, ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει τη σωματική επαφή μαζί του. Αυτό συμβαίνει διότι, ο ασθενής αντιλαμβάνεται αυτή την απτική επαφή ως ψευδαίσθηση με απειλητικό περιεχόμενο και στην προσπάθειά του να προστατέψει τον εαυτό του, θα επιτεθεί. Κατά την ανάρμοστη συμπεριφορά του ασθενή, ο νοσηλευτής πρέπει να επιβεβαιώσει στον ασθενή ότι είναι ασφαλής, να του δείξει με ήρεμο τρόπο ότι η συμπεριφορά αυτή δεν είναι αποδεκτή και να στρέψει την ένταση του αρρώστου σε άλλη δραστηριότητα. Τις περισσότερες φορές, ο ασθενής δεν καταλαβαίνει την ανάρμοστη συμπεριφορά του και αντιδρά στη βία με βία. Γι' αυτό το λόγο, το προσωπικό πρέπει να μεταδίδει στάσεις αυτοελέγχου και με ηρεμία να κατευνάσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Οι παρεμβάσεις που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να είναι όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικές.

Επιπρόσθετα, σημαντική στην αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς, όπως και σε άλλες διαταραχές, είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος με μειωμένα ερεθίσματα. Τα πολλαπλά εξωτερικά ερεθίσματα οδηγούν σε έντονη ψυχοκινητική διέγερση και αισθητηριακή υπερφόρτωση, με αποτέλεσμα στη δυσκολία επεξεργασίας τους από τους ασθενείς. Η σωστή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή βοηθά, ώστε να βρίσκονται οι παράγοντες πυροδότησης αυτών των συμπτωμάτων και τελικά να διορθώνονται. Ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει και να αξιοποιήσει αποδεκτούς μηχανισμούς αντιμετώπισης τους άγχους που βιώνει ο ασθενής, για να προλάβει βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές.

Οι ασθενείς με τέτοιες διαταραχές έχουν συχνά περιορισμένη ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης και γι' αυτό δείχνουν και παρορμητική συμπεριφορά. Για την μελλοντική, λοιπόν, αντιμετώπιση των επεισοδίων αυτών οι συμπεριφορικές και γνωστικές θεραπείες, μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να τις αντιμετωπίσει με αποτελεσματικότερο τρόπο.

Τέλος, οι νοσηλευτές πρέπει να παρατηρούν στενά τα άτομα που βιώνουν ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παράνοια και να θυμάται ότι όταν ένα άτομο με σχιζοφρένεια φερθεί με βίαιο τρόπο, η πράξη αυτή από τη μεριά του ασθενή έχει χαρακτήρα αυτοάμυνας.(Eby and Brown, 2010).

3.10.4 Στην ελλιπή αυτοφροντίδα-υγιεινή

Στις περιπτώσεις αυτές, συνήθως, οι αντιληπτικές και γνωστικές λειτουργίες του ασθενούς απουσιάζουν. Οι ασθενείς εκδηλώνουν ανικανότητα να πλύνουν το σώμα τους, να βρουν το χώρο του μπάνιου αλλά και να ρυθμίσουν τη θερμοκρασία του νερού που θα χρησιμοποιήσουν για να πλυθούν. Έτσι, ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει, ώστε ο ασθενής να αυξήσει τις δεξιότητες υγιεινής για να μπορεί να ολοκληρώνει την πλήρη αυτοφροντίδα του σε καλό επίπεδο ανεξαρτησίας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, οφείλει να τεκμηριώνει τα ελλείμματα αυτοφροντίδας του αρρώστου καθώς και να επισημαίνει τα αίτια που δυσκολεύουν την εκπλήρωση των καθημερινών αναγκών φροντίδας του. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές εφαρμόζουν εξατομικευμένη φροντίδα στον κάθε άρρωστο, με στόχο την υποστήριξη της λειτουργικότητας και της ανεξαρτησίας του, στην εκτέλεση των καθημερινών προγραμμάτων καθαριότητας.

Για να διατηρηθούν σταθερά τα επίπεδα υγιεινής και καθαριότητας αλλά και να αυξηθεί σταδιακά η ανεξαρτησία του αρρώστου, πρέπει να τεθεί από τον νοσηλευτή ένα σύστημα αξιολόγησης για την επίτευξη των ημερήσιων στόχων αυτοφροντίδας του ασθενούς.

Τελειώνοντας, ο άρρωστος πρέπει να εκπαιδευτεί για να μάθει το ατομικό και κοινωνικό όφελος της καθαριότητας, γιατί με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα να ενισχυθεί το πρόγραμμα φροντίδας του αρρώστου από το νοσηλευτή αλλά και να εντοπιστούν οι εξατομικευμένες ανάγκες του.(Vincent and Coler, 2001).

3.10.5 Στην κοινωνική απομόνωση

Στις καταστάσεις αυτές, ο άρρωστος έρχεται αντιμέτωπος με την αρνητική εμπειρία της μοναξιάς, που θεωρεί ότι του έχει επιβληθεί από τους άλλους. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενθαρρύνει τους ασθενείς στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες με άλλους, σε γεύματα, σε χειροτεχνίες, σε περιπάτους. Επίσης, ο ασθενής

είναι απαραίτητο να μάθει να εκφράζει λεκτικά την επιθυμία που έχει να σχετίζεται με τους άλλους, να ομολογεί ότι πιστεύει στη θετική συμβολή του στις κοινωνικές επαφές αλλά και να δηλώνουν ευχαρίστηση στις καθημερινές κοινωνικές συναναστροφές και απασχολήσεις τους. (Ραγιά,2009).

Ο νοσηλευτής στα προβλήματα της κοινωνικής απομόνωσης, ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες έξω από το δωμάτιο. Αν κρίνεται απαραίτητο, στην αρχή το προσωπικό μπορεί να συνοδεύει τον άρρωστο σε αυτές τις δραστηριότητες. Αν κάποιος ασθενής αρνείται να συμμετέχει σε αυτές τις δραστηριότητες, μπορεί να το κάνει σε κάποιον που εμπιστεύεται. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η εμπιστοσύνη είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια (Eby and Brown, 2010).

Κάθε μέρα, μπορούν να υπάρχουν στο πρόγραμμά του ασθενούς επικοινωνιακές δραστηριότητες, ώστε να βοηθιέται να οργανώνει ώρες επαφής με τους άλλους, όπως επίσης και να αντιλαμβάνεται ότι είναι ένα σημαντικό μέλος της νοσοκομειακής κοινότητας.

Για να αντιμετωπιστεί κατάλληλα η κοινωνική απομόνωση του ασθενούς, πρέπει μέσω της καθημερινής τους επικοινωνίας να εξακριβώνονται τα σημαντικά για τον άρρωστο πρόσωπα και να ενθαρρύνονται να επικοινωνούν μαζί τους και να τους επισκέπτονται συχνά. Η επικοινωνία και η επαφή με πρόσωπα οικογενειακά ή και φίλους, μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές επαφές και το αίσθημα της προσωπικής τους αξίας, βοηθώντας τους να αναρρώσουν γρηγορότερα.

Ο σωστός νοσηλευτής πρέπει πάντα να είναι υπόδειγμα καλής κοινωνικής συμπεριφοράς, ώστε να καλλιεργήσει στον άρρωστο τις κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες και σταδιακά να αυξήσει και την αυτοπεποίθηση των ασθενών του. Η παρότρυνση του νοσηλευτή, ώστε ο ασθενής να πλησιάζει άλλα άτομα του τμήματος με πιθανά κοινά ενδιαφέροντα, αποτελεί θετικό σημάδι ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων.

Όταν ολοκληρώνονται οι κοινωνικές συναναστροφές του ασθενούς, καλό είναι να επαινείται η προσπάθειά του και βαθμιαία να προωθείται από απλές ομαδικές δραστηριότητες σε πιο περίπλοκες, ανάλογα πάντα με την ανοχή του αλλά και τη διανοητική και ψυχολογική του λειτουργικότητα.

Τέλος, όταν ο άρρωστος εκδηλώσει ψυχαναγκαστικές ιδέες ή παραισθήσεις, καλό είναι ο νοσηλευτής παραμένει δίπλα του και να τον απασχολήσει με ήρεμες κοινωνικές επαφές, ώστε να αναπληρωθεί ομαλά το κοινωνικό κενό τη δεδομένη στιγμή. (Ραγιά, 2009).

3.10.6 Στους κινδύνους αυτοκτονίας

Σύμφωνα με τη Γιαννοπούλου (2000), περισσότερο επιρρεπείς σε αυτοκτονικές συμπεριφορές είναι οι κατατονικοί ασθενείς με αισθήματα ενοχής, αυτουποτίμησης ή αυτομομφής. Συχνά τα άτομα αυτά αισθάνονται απομονωμένα, λόγω της σωματικής τους απόστασης από το περιβάλλον και της διάστασης των απόψεων που μπορεί να έχουν με άλλα άτομα. Επίσης βιώνουν έντονα αισθήματα αδυναμίας, αναξιότητας και απελπισίας, με τον τελευταίο αίσθημα να αποτελεί βασικό παράγοντα στην εκδήλωση αυτοκτονικού περιστατικού.

Ο ασθενής, μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο, πρέπει να είναι σε θέση να συζητά με το νοσηλευτή για τις αυτοκτονικές ιδέες αλλά και για τον περιορισμό ή την απουσία των ιδεών της αυτοκτονίας, εκφράζοντας την θέληση του για ζωή παραθέτοντας συγκεκριμένους λόγους.(Hogan, 2012).

Όταν ο νοσηλευτής αντιληφθεί κάποια απόπειρα αυτοκτονίας οφείλει να ενημερώσει όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Υπάρχουν ασθενείς που πριν εκδηλώσουν αυτά τα αυτοκτονικά αισθήματα, θα κάνουν συζητήσεις σχετικά με το περιεχόμενο του θανάτου ή θα έχουν κρύψει αιχμηρά αντικείμενα, προκειμένου να τα χρησιμοποιούσουν αργότερα. Άλλοι ασθενείς δεν φανερώνουν τις σκέψεις τους σχετικά με αυτό, λόγω του ότι στο παρελθόν έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και τώρα επιθυμούν να είναι πιο προσεχτικοί.

Η παρακολούθηση των ασθενών σε στενό κύκλο είναι απαραίτητη αλλά και προσεχτική καθώς πάντα ενέχει ο κίνδυνος ο ασθενής να την αντιληφθεί και να δημιουργήσει επιπρόσθετα προβλήματα.(Γιαννοπούλου, 2000). Η δημιουργία ενός ήσυχου και ασφαλούς περιβάλλοντος μπορεί να μειώσει τις τάσεις αυτές. Το προσωπικό πρέπει να γνωρίζει, ανά πάσα στιγμή, που βρίσκεται ο ασθενής, μέχρι να μειωθεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας.

Η ανάπτυξη μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, βοηθά αφενός στην πρόληψη της απόπειρας, αφετέρου στη γενικότερη ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση. Η απομάκρυνση και η εξέταση των προσωπικών ειδών του ασθενούς, κρίνεται απαραίτητη. Επίσης, τα σφαιλισμένα παράθυρα και οι πόρτες, καθώς και ο έλεγχος των ασθενών, κατά την είσοδο και έξοδο από το θάλαμο, απαιτεί απαραίτητη προϋπόθεση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η θεραπεία σε σχιζοφρενείς με τάσεις αυτοκτονίας είναι τα φάρμακα. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να βεβαιώνονται ότι οι ασθενείς καταπίνουν τα φάρμακά τους κανονικά και δεν τα κρατούν στην στοματική τους κοιλότητα. Το προσωπικό δεν πρέπει να ξεχνά πως συχνά οι ασθενείς στη συνέχεια φυλάσσουν τα χάπια αυτά σε κάποιο κρυφό μέρος, προκειμένου να τα χρησιμοποιήσουν αργότερα σε κάποια πιθανή απόπειρά τους.

Τελειώνοντας, αυτό που πρέπει να γνωρίζουν οι νοσηλευτές είναι ότι παρ' όλα τα μέτρα ασφαλείας που μπορεί να χρησιμοποιήσουν για την προστασία των ασθενών τους, μετά το πέρας της νοσηλείας τους, είναι πιθανό να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Η απόφαση αυτή,

ανήκει αποκλειστικά στον ίδιο τον ασθενή και ο νοσηλευτής δεν πρέπει να καταληφθεί από το αίσθημα ενοχής, αν τελικά δεν αποφευχθεί το μοιραίο γεγονός.(Hogan, 2012).

3.11 Συμπερασματική αξιολόγηση-επαναξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας

Η συμπερασματική αξιολόγηση-επαναξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια δυναμική και εξελικτική διαδικασία τροποποίησης, επέκτασης και διατήρησης του νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας, η οποία καθορίζει το βαθμό που επιτεύχθηκαν οι αρχικοί στόχοι του σχεδιασμένου προγράμματος.(Hogan, 2012).

Η συγκεκριμένη φάση είναι πολύ σημαντική, αφού τονίζει το σημείο ή τα σημεία που χρειάζονται βελτίωση και αναδιάρθρωση. Η αξιολόγηση, λοιπόν, και η επαναξιολόγηση πρέπει να γίνεται με αντικειμενικές μετρήσεις, με βάση τα αντικειμενικά κριτήρια που έχουν τεθεί από πριν αλλά και με την καθημερινή επικοινωνία και με τον ασθενή, την οικογένεια του καθώς και με την καθημερινή επαφή και παρατήρηση μαζί του.(Σαπουντζή, 1998). Οι αξιολογήσεις που θα προκύψουν, μια πιθανή τροποποίηση του προγράμματος από το νοσηλευτικό προσωπικό και ο σχεδιασμός του ασθενούς από το νοσοκομείο, στηρίζονται σε μια θετική ή όχι αξιολόγηση του προγράμματος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.(Ραγιά, 2009).

Η εκπαίδευση της οικογένειας στην αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων μιας πιθανής υποτροπής, είναι εξίσου σημαντική με αυτήν του ασθενούς, διότι κατά την επιστροφή στο νοσοκομείο δεν θα επιστρέψει πλήρως αποδιοργανωμένος. Κατά την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο, του δίνεται η απαραίτητη υποστήριξη διαβίωσης έξω απ' αυτό και ένα προστατευμένο εργασιακό περιβάλλον. Ακόμα υπάρχει η δυνατότητα παραπομπής του ασθενούς σε υποστηρικτικά προγράμματα, σε συνδέσμους επισκεπτών νοσηλευτών αλλά και σε διάφορες ομάδες οικογενειακής υποστήριξης.(Vincent and Coler, 2001).

Τέλος, αν ο ασθενής με σχιζοφρένεια παρουσιάσει θετική έκβαση κατά την αξιολόγηση, το προσωπικό τον ενθαρρύνει, όταν φύγει από το νοσοκομείο, να συμμετέχει στο νοσοκομείο ημέρας και στα ημερήσια θεραπευτικά προγράμματα, ενώ παράλληλα του δίνονται οδηγίες για την προσωπική χρήση των φαρμάκων του αλλά και για τη σπουδαιότητα της φαρμακοθεραπείας, γενικά, στην πρόληψη των υποτροπών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

4.1 ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Αποιδρυματοποίηση ονομάζεται η διαδικασία εξόδου των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα, μετά από μια μακροχρόνια παραμονής τους σ' αυτά και η εγκατάστασή τους στην κοινότητα υπό την επίβλεψη ψυχιατρικών μονάδων, μέσω εξειδικευμένου προσωπικού που τις πλαισιώνουν. Για να πούμε ότι η αποιδρυματοποίηση είναι μια επιτυχημένη διαδικασία και οι ασθενείς παραμένουν στην κοινότητα με ασφάλεια και με μια ποιότητα ζωής, χρειάζεται μακροχρόνια φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών από ανάλογες εξειδικευμένες υπηρεσίες, με κατάλληλο προσωπικό.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αλλάξει κατά πολύ η φιλοσοφία στις πρακτικές αντιμετώπισης όλων των ψυχιατρικών διαταραχών και έγινε μια προσπάθεια μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη της κοινότητας. Όλη αυτή η διεργασία ονομάζεται ψυχιατρική μεταρρύθμιση. (Βασιλοπούλου-Παπαγεωργίου, 2005). Κατά την δεκαετία του '80, στην Ελλάδα υπήρξε η εποχή σημαντικών αλλαγών στο χώρο της ψυχικής υγείας και γι' αυτό το λόγο έχουμε την ανάπτυξη δομών ψυχοκοινωνικής μέριμνας και ανοικτής περίθαλψης. (Χριστοδούλου κ.α. 2005).

4.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στον τομέα της ψυχικής υγείας

Οι προκλήσεις για μια αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι πολλαπλές και αυτό συμβαίνει διότι, υπάρχει ακόμα ο στιγματισμός αλλά και η ένδεια που συμβάλλουν σε μια δυσπιστία ως προς την μεριά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Ακόμα, η έλλειψη ολοκληρωμένων υπηρεσιών για την ψυχική υγεία, η συννοσηρότητα, η έλλειψη κατανόησης από τα άτομα που φέρουν μια ψυχική νόσο αλλά και τα πολύπλοκα συμπτώματα των

ψυχώσεων, πολλές φορές απαγορεύουν την αποτελεσματική αξιοποίηση των υπηρεσιών από τους ασθενείς και αυτό τείνει να δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα.

Παρά την πολλαπλότητα των προκλήσεων, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή μπορεί να είναι αποτελεσματικός. Η καθιέρωση υποστηρικτικών σχέσεων αποτελεί σημαντικό στοιχείο και το πρώτο βήμα στο ρόλο των νοσηλευτών, ως εκπαιδευτών που προάγουν την ψυχική υγεία. Η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ νοσηλευτή και πάσχοντα θεωρείται υψίστης σημασίας.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να θεωρούν την ψυχική νόσο ως μια διαδικασία δυναμική και να την τοποθετούν μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινότητα και το πολιτιστικό περιβάλλον των ασθενών. Συχνά, οι παράγοντες στους παραπάνω τομείς είναι δυνατό να αλλάζουν με αποτέλεσμα να υπάρχει μεταβολή στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας και στα επακόλουθά της. Η δυναμική αυτή συντηρεί τη σημασία της συνεχούς αξιολόγησης των αναγκών των ψυχικά ασθενών από τον κοινοτικό νοσηλευτή.

Επιπλέον, οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να καταρρίπτουν συνέχεια τους μύθους γύρω από τις ψυχικές διαταραχές, με το να παρέχουν τις σωστές πληροφορίες αλλά και να στηρίζουν τα άτομα που βιώνουν κοινωνικές διακρίσεις. Ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να επιλύει ένα άμεσο πρόβλημα αλλά και να παρεμβαίνει για να εξασφαλίζει ασφάλεια και ποιότητα στην περίθαλψη των ασθενών.(Nies and Meewen, 2013).

Ανάμεσα στα καθήκοντα του κοινοτικού νοσηλευτή περιλαμβάνεται και η σωστή ενημέρωση του ασθενούς για τα δικαιώματά του στις καταστάσεις παθολογίας του, π.χ. η ακούσια νοσηλεία του, όπως επίσης και η αίτηση συναίνεσης του για ζητήματα που τον αφορούν, αν φυσικά η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει.

Ανακεφαλαιώνοντας, για την αποτελεσματική, λοιπόν, διεκπεραίωση του έργου των κοινοτικών νοσηλευτών, απαιτείται αυστηρός συντονισμός και προγραμματισμός όλου του πλαισίου της νοσηλευτικής φροντίδας, ικανότητα ποσοτικής και ποιοτικής αξιολόγησης, προθυμία συνεργασίας με όλα τα μέλη της ομάδας και τέλος, ετοιμότητα για αυτόνομη δράση, όταν αυτό είναι απαραίτητο. Εκτός λοιπόν, των τυπικών προσόντων που πρέπει να έχει ο κοινοτικός νοσηλευτής, οφείλει και να επιμορφώνεται σε συνεχή βάση.(Βασιλοπούλου-Παπαγεωργίου, 2005).

4.3 Βασικές αρχές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, αποτελεί τρίτοβάθμια στρατηγική πρόληψης της αναπηρίας που προέρχεται από την χρόνια ψυχική ασθένεια. Τα προγράμματα

που αναπτύσσονται για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύουν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων του ψυχικά ασθενούς αλλά και στους τρόπους υποστήριξης της κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης του.(Χριστοδούλου, 2005).

Σύμφωνα με τον Bennet (2010), η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών περιέχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:





1. Την επαγγελματική αποκατάσταση-απασχόληση των ψυχικά ασθενών.
2. Την προσπάθεια να μετριαστούν τα χαρακτηριστικά της ψυχικής ασθένειας και την ανάπτυξη άλλων ικανοτήτων των ασθενών ώστε να χρησιμοποιηθούν αυτές οι ικανότητες στο κοινωνικό του περιβάλλον.
3. Την επαναφορά του αρρώστου στην πρότερη του κατάσταση.
4. Την ανάπτυξη-βελτίωση των δυνατοτήτων του ασθενή.

Ενδεικτικά, ο Π.Ο.Υ (1995), αναφέρει ότι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων, όπου δίνεται η ευκαιρία στους ψυχικά ασθενείς να φθάσουν σε ένα καλό επίπεδο αυτονομίας στην κοινότητα. Για να επιτευχθεί αυτό, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων αλλά και αλλαγές στο περιβάλλον των ψυχικά ασθενών. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο από ενέργειες και όχι απλώς μια τεχνική.(Βασιλοπούλου-Παπαγεωργίου, 2005).

Όσο αφορά το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης πρέπει να πληροί τις εξής προϋποθέσεις:

1. Να επικεντρώνεται στις ανάγκες των χρόνιων ασθενών.
2. Να καλύπτει όλες τις λειτουργικές ανάγκες του ασθενούς, με βάση τις ρεαλιστικές του δυνατότητες.
3. Να ταιριάζει στην κοινωνική και πολιτιστική κατάσταση του ασθενούς.
4. Να είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών.
5. Το προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο και ευαισθητοποιημένο για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες υλοποίησης του προγράμματος αποκατάστασης.
6. Το πρόγραμμα αποκατάστασης να είναι διασυνδεδεμένο με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο.
7. Να υπάρχει σύνδεση του προγράμματος με άλλο ψυχιατρικό τομέα νοσοκομείου, για τη δυνατότητα κάλυψης επανεισαγωγής σε περίπτωση υποτροπής του αρρώστου.

Οι κατευθύνσεις κοινωνικής ένταξης που έχουν να κάνουν με τον ψυχωσικό ασθενή επικεντρώνονται στις παρακάτω παραμέτρους:

-  Να μην επικαλείται τον ρόλο του εύθραυστου.
-  Να μάθει να ξαναζεί με την οικογένειά του και τους γύρω του.
-  Να συνεργάζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας του.
-  Να αποδέχεται την συνεργασία με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και το προσωπικό.

- ✚ Να συνάπτει σχέσεις σε επίπεδο κοινωνικό και επαγγελματικό(Χριστοδούλου κ.α. 2005).



4.4 Μετανοσοκομειακή φροντίδα-αποκατάσταση ασθενούς με σχιζοφρένεια

Λόγω της ιδιαίτερης φύσης της συγκεκριμένης ψυχικής ασθένειας, όταν ο ασθενής πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο, απαιτείται και η κατάλληλη μετανοσοκομειακή φροντίδα έξω στην κοινότητα.(Μαδιανός,2005). Όσο περισσότερος χρόνος παραμένει ο ασθενής στην κλινική, τόσο πιο επίπονη και έντονη γίνεται η προσπάθεια αποκατάστασης.(Μάνου, 1997). Σχετικές υπηρεσίες που μπορούν να στηρίζουν τους ασθενείς είναι το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και το Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας.(Σικελιανού, 2010).

Το ποιος θα είναι ο βαθμός της μετανοσοκομειακής φροντίδας για έναν ασθενή, εξαρτάται από το βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου και ποικίλλει, καθώς κάποιοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα, ενώ άλλοι χρειάζονται υποστήριξη και επίβλεψη στις καθημερινές τους ανάγκες όπως η διαχείριση χρημάτων ή η προσωπική τους υγιεινή. Ακόμα κάποιοι ζουν με τις οικογένειές τους με μεγαλύτερη ή μικρότερη ατομική ή οικογενειακή υποστήριξη από μια μονάδα μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν μαζί με άλλους νοικιασμένα από τους ίδιους και τέλος, υπάρχουν ασθενείς που διαμένουν σε ξενώνες ή οικοτροφεία.

Όπως αναφέρει ο Μάνου (1997), σημαντικής σημασίας στη μετανοσοκομειακή φροντίδα αποτελούν και οι μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε στα νοσοκομεία, είτε στα κέντρα ψυχικής υγείας. Στις μονάδες αυτές αποφεύγεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο, γίνεται ταχεία έξοδος απ' αυτά, εάν ο ασθενής εισαχθεί και γενικά εξασφαλίζει μια ποιοτικότερη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα. Επίσης, οι μονάδες αυτές διαθέτουν οργανωμένες δραστηριότητες, τις οποίες παρακολουθούν οι ασθενείς και συμβάλλουν στην καλύτερη κοινωνικοποίησή τους και στην απόκτηση εργασίας, σε όσους τελικά τα καταφέρουν.

Όπως έχει αναφερθεί, κάποιος που νοσεί από κάποια σχιζοφρενική διαταραχή παρουσιάζει κάποια συμπτώματα όπως παρορμητικότητα, διαταραχές της προσοχής, μειωμένο επίπεδο ανοχής σε ματαιώσεις, επιθετικότητα, παθητική στάση, κοινωνική απόσυρση, παραληρητικές ιδέες, προβληματική συμβίωση με άλλους κλπ.

Κάθε δραστηριότητα, λοιπόν, που έχει ως σκοπό την αποκατάσταση για ένα ασθενή που εμφανίζει τα παραπάνω συμπτώματα, στοχεύει στη μείωση αυτών των συμπεριφορών μέσω από δομημένες δραστηριότητες και τήρηση ενός οργανωμένου προγράμματος αλλά και με ομαδικές διαδικασίες με σκοπό την έκφραση των συναισθημάτων του ασθενούς κλπ.








Η χρήση νευροληπτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται σε σημείο που να βοηθά την όλη διαδικασία της αποκατάστασης. Ίσως, το άτομο πρέπει να παίρνει τη δόση των φαρμάκων σε ανεκτό επίπεδο- π.χ. παραισθήσεων- και να μην του χορηγείται έντονη αγωγή που θα οδηγήσει σε σημαντική μείωση της λειτουργικότητάς του λόγω των παρενεργειών.

Τελειώνοντας, όπως έχει αναφερθεί πολλές φορές, βασική προϋπόθεση για μια επιτυχημένη αποκατάσταση ενός ασθενούς είναι η ανάπτυξη μιας ουσιαστικής συναισθηματικής σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου. Συνήθως, μετά το τέλος αυτών των προγραμμάτων ακολουθούν η ανασφάλεια και η πιθανότητα για μια περίοδο ανεργίας, δύο παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση υποτροπών.(Μαδιανός, 2005).

4.5 Υποτροπή των ασθενών με σχιζοφρένεια – ο ρόλος των κοινοτικών νοσηλευτών στην πρόληψή τους

Βασικό και σύνηθες κλινικό πρόβλημα στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών αποτελεί η υποτροπή της νόσου. Ως υποτροπή, εννοούμε την εμφάνιση ή επιδείνωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων που υπήρχαν από πριν χωρίς ή να συνεπάγεται η επανεισαγωγή του ασθενούς στο ψυχιατρείο. Η επανεμφάνιση και αναβίωση όλων αυτών των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ασθενούς μέχρι και σε σημείο μη συμμετοχής του στο πρόγραμμα αποκατάστασης.(Μαδιανός, 2005).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2005), στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες πρόκλησης των υποτροπών και είναι οι εξής:

| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ |
|---|
|  Διακοπή αγωγής - Ψευδοεनावισθησία |
|  Διακοπή αγωγής λόγω μη ψυχιατρικής παρακολούθησης. |
|  Ξαφνικό μετατραυματικό περιστατικό. |
|  Παρενέργειες από την αγωγή και την ξαφνική διακοπή της. |
|  Ακατάλληλο πρόγραμμα για την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. |
|  Αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα. |
|  Τέλος προγράμματος αποκατάστασης. |

Εν συνεχεία, οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα και την ευκαιρία να συμβάλλουν στην πρόληψη των αλλά και στον έλεγχο των συμπτωμάτων των υποτροπών και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον θετικό επηρεασμό των ασθενών, στη μείωση του αριθμού των ημερών της νοσηλείας, στον περιορισμό των άσχημων κοινωνικών συνεπειών των υποτροπών.

Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θέλουν να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότερα για την ασθένειά τους και να έχουν λόγο στις σχετικές αποφάσεις για την αντιμετώπιση της κατάστασής τους. Όσον αφορά την πρόληψη και τον έλεγχο των υποτροπών, βασίζονται στην ανάπτυξη τεχνικών αυτοδιαχείρισης από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών. Η εκδήλωση των υποτροπών πρέπει να αναγνωρίζονται σε ολόκληρο το φάσμα τους, τόσο από τους χρήστες των υπηρεσιών όσο και από τους κοινοτικούς νοσηλευτές για να μπορέσουν να περιοριστούν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα οι συνέπειές τους. (Hannigan and Coffey, 2010).

Παρακάτω θα παρουσιαστούν οι θεμελιώδεις κανόνες - αρχές του σχεδίου πρόληψης των υποτροπών, από τον Hannigan and Coffey, 2010).

ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ – ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ

✚ Πρέπει να διευκολύνει την απόκτηση ικανοτήτων – δεξιοτήτων – γνώσεων.

✚ Πρέπει πρωτίστως να βασίζεται στην εμπειρία του ίδιου του ασθενούς-χρήστη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

✚ Πρέπει να γίνεται αντικείμενο συζητήσεων – διαπραγματεύσεων – συνεργασίας.

✚ Πρέπει να είναι ενημερωμένο και να μην περιορίζεται από τα εμπειρικά ευρήματα.

✚ Πρέπει να διευκολύνει τον έλεγχο της νόσου από τον ίδιο τον χρήστη – ασθενή.

Ένα ακόμα κομμάτι που πρέπει να ειπωθεί, είναι ότι πολλές φορές οι κοινοτικοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι ασθενείς τους δεν θα καταφέρουν πολλά από μόνοι τους, με αποτέλεσμα να απαισιοδοξούν και αυτή η σκέψη αυτόματα περιορίζει και τις επιλογές που αισθάνονται ότι διαθέτουν. Σήμερα, πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι ψυχικές ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια μπορεί να μην παρουσιάζουν τη χρόνια σταθερή πορεία όπως πίστευαν παλιά. Αυτό είναι ένα δεδομένο που δίνει ελπίδα όχι μόνο στους κοινοτικούς νοσηλευτές αλλά και στους ίδιους τους ασθενείς.

Κάτι που θεωρείται εξίσου σημαντικό στην πρόληψη πιθανών υποτροπών είναι να μάθουν οι νοσηλευτές να αναγνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματά τους και να παρεμβαίνουν άμεσα όταν αυτά εμφανιστούν, έτσι ώστε να προληφθεί η αποφυγή περαιτέρω επιδείνωσης των συμπτωμάτων της υποτροπής. Επίσης, ο ασθενής είναι απαραίτητο να βοηθιέται από τους κοινοτικούς νοσηλευτές να αναγνωρίζει και ο ίδιος τα συμπτώματα αυτά, πριν προχωρήσουν σε ολοκληρωτική εγκατάστασής τους και αποδιοργανώσουν πλήρως τον ψυχισμό του ατόμου.

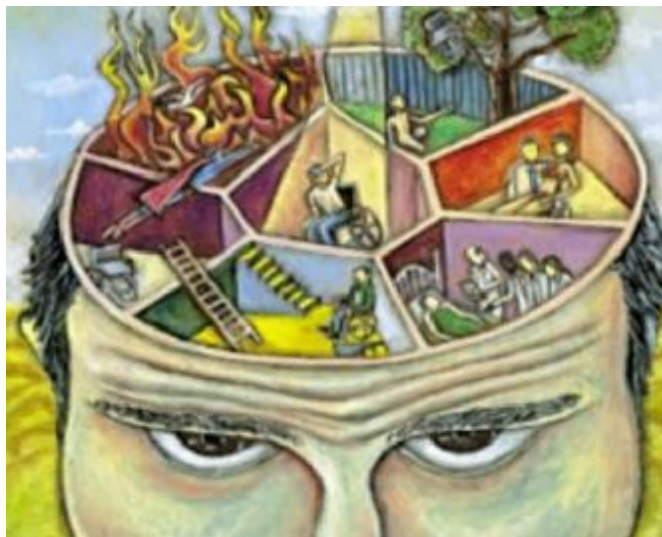
Επιπλέον, καθώς τα πρώιμα σημάδια της υποτροπής ποικίλουν από άτομο σε άτομο, η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς πρέπει να κρίνονται από τους νοσηλευτές με αυστηρό εξατομικευμένο τρόπο. Αυτός ο εξατομικευμένος τρόπος αξιολόγησης έχει λάβει συγκεκριμένη ονομασία- relapse signature- και μπορεί να γίνει μέσω μιας συνέντευξης, όπου δίνεται η δυνατότητα να εντοπιστούν οι αλλαγές στον τρόπο σκέψης και στη συμπεριφορά του ατόμου και οδηγούν σε μια ακόμα υποτροπή της συγκεκριμένης νόσου. (Hannigan and Coffey, 2010).

Οι στρατηγικές, λοιπόν, που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της ασθένειας είναι οι εξής:

- Αναγνώριση προειδοποιητικών σημαδιών επερχόμενης υποτροπής.
- Αναγνώριση εκλυτικών παραγόντων της υποτροπής.
- Υιοθέτηση κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης της κατάστασης.
- Κατάλληλος σχεδιασμός δράσης για ανατροπή της κατάστασης
- Δόσιμο σαφών οδηγιών. (Hannigan and Coffey, 2010).

Πολλές φορές, οι ασθενείς λόγω του ότι έχουν βιώσει με δυσάρεστο τρόπο την τελευταία υποτροπή της νόσου, η περίπτωση να ζήσουν ξανά την ίδια κατάσταση τους αποτρέπει στο να αναφέρουν με ακρίβεια τα συμπτώματα που τους κάνει να αισθάνονται ότι κάτι δεν πάει καλά και ότι ξανακυλούν πάλι στη νόσο. Γι' αυτό το λόγο, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να αναγνωρίζει αυτές τις ανησυχίες και να τους παρέχει στήριξη εξηγώντας τις επιλογές που έχουν για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης.

Τέλος, οι κοινοτικοί νοσηλευτές για να πετύχουν όλα τα παραπάνω οφείλουν μα κατανοήσουν αλλά και να μάθουν καλύτερα για την υποτροπή και την πρόληψη της νόσου, με το να προσδιορίσουν τους παράγοντες που οφείλονται στην πυροδότηση τυχόν υποτροπών αλλά και αυτούς που παρεμποδίζουν τη διαδικασία ανάρρωσης ενός ατόμου που υποφέρει από τη νόσο. Το να γίνουν όλα τα παραπάνω πράξη, μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα δύσκολη και προβληματική διαδικασία, ωστόσο δεν πρέπει να σταθεί εμπόδιο στην προσπάθεια να υπερνικηθούν όλα τα εμπόδια προκειμένου να οδηγηθούμε στα επιθυμητά αποτελέσματα. (Hannigan and Coffey, 2010).



4.6 ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΔΟΜΕΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ

Οι υφιστάμενες δομές στεγαστικής κάλυψης θεωρούνται πολύ σημαντικό στοιχείο ύπαρξης, καθώς αποτελούν τον πυρήνα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς. Στις περιπτώσεις που στα προγράμματα αποκατάστασης που πραγματοποιήθηκαν δεν υπήρξε στεγαστική κάλυψη των πασχόντων, παρατηρήθηκε αύξηση των παραμελημένων-άστεγων ασθενών αλλά και αύξηση των προβλημάτων διαταραχών συμπεριφοράς των ασθενών.(Χριστοδούλου κ.α., 2005). Βασικοί φορείς της στεγαστικής αποκατάστασης θεωρούνται ο μετανοδοκομειακός ξενώνας, τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα.

4.6.1 Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες

Οι μετανοσοκομειακοί ξενώνες χρησιμοποιούνται ως εναλλακτική λύση διαμονής των ασθενών σε περίπτωση που υπάρχει ή δεν υπάρχει οικογένεια. Ο χρόνος παραμονής τους εκεί δεν είναι μεγάλος, αφού δεν ξεπερνά τους έξι μήνες. Στους ξενώνες αυτούς τοποθετούνται τα άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο ή από κάποια άλλη νοσηλευτική μονάδα. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι υπάρχει διαχωρισμός των ξενώνων ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες, όπως επίσης και με τις διαγνωστικές κατηγορίες. Ο αριθμός των μελών που διαμένουν εκεί δεν ξεπερνά τα 20 άτομα και περιλαμβάνει προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την λειτουργία του σε 24ωρη βάση. Τέλος, οι ασθενείς που διαμένουν σε τέτοιους ξενώνες έχουν την ευθύνη της εύρυθμης τήρησης των κανονισμών λειτουργίας του, μέσα από καθημερινές δραστηριότητες.

4.6.2 Οικοτροφεία

Η συγκεκριμένη δομή στέγασης αποτελεί μια μονάδα μακροχρόνιας διαμονής, όπου περιλαμβάνει ασθενείς με χρόνια ψυχικά νοσήματα. Τα μέλη της μονάδας αυτής δεν υπερβαίνει τα 20 άτομα και δεν υπάρχει η δυνατότητα ανεξάρτητης διαμονής τους στην κοινότητα. Λόγω του ότι η παραμονή εκεί είναι μακρόχρονη, για να λειτουργήσει εύρυθμα απαιτείται να διέπεται από τις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας. Σύμφωνα με τις αρχές αυτές πρέπει:







1. Κάθε σχέση που αναπτύσσεται στην κοινότητα είναι ευκαιρία προσωπικής ανάπτυξης και αλλαγής του ενοίκου.

2. Όλοι οι ένοικοι έχουν δικαίωμα ίσης μεταχείρισης και προσωπικής ανάπτυξης.
3. Μέσα από τη ζωή στο οικοτροφείο η προσωπικότητα των ασθενών εξελίσσεται και τα άτομα βοηθούνται στην προσαρμογή τους στο κοινωνικό σύστημα.
4. Όλα τα μέλη μοιράζονται μεταξύ τους τις θεραπευτικές και διαχειριστικές αποφάσεις.
5. Ανάπτυξη της ανεκτικότητας σε μεγάλο βαθμό στην προβληματική συμπεριφορά των άλλων, κάτι που βοηθά τους ασθενείς να εκφράζουν ελεύθερα τις δυσκολίες της συμπεριφοράς τους, με ελευθερία και έλεγχο προς τους άλλους και αυτό έχει σημαντική θεραπευτική σημασία.
6. Ενδυνάμωση των ρόλων κοινωνικής συμμετοχής και ευθύνης, καθώς μέσα στο οικοτροφείο ενισχύονται οι φιλικές σχέσεις και η ειλικρινής έκφραση των συναισθημάτων ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας.

4.6.3 Προστατευόμενα Διαμερίσματα

Τα διαμερίσματα αυτά είναι συνήθως μισθωμένα από ψυχιατρικές μονάδες, νοσοκομεία, μπορεί να έχουν παραχωρηθεί από κάποιο νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή να έχουν δωριστεί ή κληροδοτηθεί. Συνήθως στα προστατευόμενα διαμερίσματα διαμένουν δύο έως έξι άτομα με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο έως μια φορά την εβδομάδα. Οι ένοικοι που διαμένουν στο διαμέρισμα μπορούν να στηριχτούν στις δυνάμεις τους και να φροντίσουν οι ίδιοι τη ζωή και την υγεία τους.

Οι ασθενείς που επιθυμούν να διαμείνουν σε μια τέτοια δομή μελετούν τον κανονισμό λειτουργίας τους και αφού συμφωνήσουν, υποβάλλουν την αίτησή τους. Όπως σε κάθε στεγαστική δομή έτσι και εδώ υπάρχουν κάποιες βασικές αρχές:

| ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΟΥ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ | |
|---|---|
|  | Ο ένοικος του διαμερίσματος δεν λαμβάνει δεσμεύσεις για σοβαρά ζητήματα της διαμονής του χωρίς τη σύμφωνη γνώμη όλης της θεραπευτικής ομάδας. |
|  | Χρειάζεται απαραίτητη συναίνεση του ενοίκου με τις οδηγίες του γιατρού ως προς την φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί. |
|  | Ο ένοικος συμμετέχει στην καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων και του υπνοδωματίου του. |
|  | Ο ένοικος συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις. |
|  | Ο ένοικος σέβεται τους κανόνες της κοινής ζωής. |
|  | Η διανυκτέρευση άλλων προσώπων ή κάποιου ενοίκου χωρίς άδεια από τη θεραπευτική ομάδα δεν επιτρέπεται. |

Τελειώνοντας, ο ένοικος αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι μόνος αλλά κατοικεί μαζί με άλλους. Μαζί μαθαίνουν να συμβιώνουν και να μοιράζονται μια κοινή ζωή και πρέπει με τη συμπεριφορά τους και τη στάση τους να προσπαθούν να δώσουν σε αυτή την κοινή ζωή το «χρώμα» και τα χαρακτηριστικά μιας συνηθισμένης οικογενειακής συμβίωσης. Οι ένοικοι αυτών των διαμερισμάτων μπορεί να εργάζονται είτε σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες, είτε συμμετέχουν σε άλλου είδους προγράμματα και πιο σπάνια εργάζονται στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Κάτι που είναι αξιοσημείωτο προσοχής, είναι να μην μετατραπούν αυτές οι στεγαστικές δομές σε μικρά άσυλα -νεοιδρυματισμός-, γιατί κάτι τέτοιο θα οδηγήσει τους ασθενείς σε μια σχέση απόλυτης εξάρτησης με τις υπηρεσίες και την ομάδα υποστήριξης. (Μαδιανός, 2005).

4.7 Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια

Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια αποτελεί σημαντικό παράγοντα, αφού η οικογένεια θεωρείται ο κύριος υποστηρικτικός πυρήνας για τον ασθενή και πολλές φορές μπορεί να είναι και η μοναδική πηγή φροντίδας για αυτόν. Όπως είναι γνωστό, η χρόνια και σοβαρή αυτή ψυχική διαταραχή έχει σημαντικές επιπτώσεις και συνέπειες σε όλο το φάσμα της οικογένειας αλλά και σε όλες τις οικογενειακές σχέσεις.

Μια αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα είναι σίγουρο ότι θα οδηγήσει στην επιδείνωση της συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών, με αυξημένη συχνότητα στις υποτροπές και επανεισαγωγές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Έτσι κατανοούμε, πως μια οικογένεια που βρίσκεται κοντά στον ασθενή θα βοηθήσει πολύ στην γενικότερη ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση, ώστε να αποτραπούν οι αρνητικές συνέπειες που αναφέρθηκαν παραπάνω στην αντίθετη περίπτωση.

Στις οικογένειες που ένα μέλος τους πάσχει από την ασθένεια, έχει παρατηρηθεί η ύπαρξη κάποιων προβλημάτων. Αυτά τα προβλήματα είναι:

- Ø Έντονη παρουσία stress και έντασης.
- Ø Δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων.
- Ø Διαταραγμένη επικοινωνία.
- Ø Έλλειψη κατανόησης της φύσης της σχιζοφρένειας και των συνεπειών της στη ζωή και τη λειτουργικότητα του ασθενούς.
- Ø Τάση για αίσθημα στίγματος.
- Ø Περιορισμός κοινωνικών επαφών εκτός οικογενειακού κύκλου.

Η ύπαρξη των συγκεκριμένων προβλημάτων αλλά και η σημασία του καλού κλίματος μέσα στην οικογένεια και της συναισθηματικής επιβάρυνσης από πλευράς οικογένειας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για όσους ασθενείς μένουν με τις οικογένειές τους, η ενεργός συμμετοχή

της ίδιας στη θεραπευτική διαδικασία θεωρείται βαρυσήμαντη τόσο στη θεραπεία όσο και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου.

Για την ενεργοποίηση, λοιπόν, της οικογένειας σε μια καλή συνεργασία κατά την περίοδο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ασθενούς αλλά και για να υποστηριχτούν οι ανάγκες της ίδιας, αναπτύχθηκαν διάφορες παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές ονομάστηκαν ψυχοεκπαιδευτικές, λόγω των ψυχοεκπαιδευτικών αρχών από τις οποίες διέπονται και παρουσιάζουν τους παρακάτω στόχους:

- 🌍 Εκπαίδευση της οικογένειας στην απόκτηση δεξιοτήτων διαχείρισης του stress.
- 🌍 Ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια για διευκόλυνση της κατανόησης της.
- 🌍 Βελτίωση τρόπων επικοινωνίας μεταξύ των μελών για αποτελεσματικότερη επίλυση των προβλημάτων που αφορούν την οικογένεια.
- 🌍 Επίτευξη συνεργασίας στη φαρμακευτική αγωγή και στη γενικότερη θεραπεία.
- 🌍 Μείωση μη ρεαλιστικών προσδοκιών για πλήρη θεραπεία και γρήγορη επάνοδο του ασθενούς.
- 🌍 Ενίσχυση της αυτοαντιμετώπισης, με σκοπό την απόκτηση ενεργητικού ρόλου ασθενούς και οικογένειας, στην αντιμετώπιση της νόσου.
- 🌍 Υποστήριξη για την αντιμετώπιση του στιγματισμού και της κοινωνικής απομόνωσης που συνοδεύει τον ασθενή και την οικογένειά του.

Οι ολοκληρωμένες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις που διέπονται από τις αρχές των ψυχοεκπαιδευτικών προσεγγίσεων, αποτελούν ένα αρκετά σημαντικό κομμάτι στο πακέτο που υπάρχει για τις παρεμβάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Όλα τα οικογενειακά μοντέλα των ψυχοεκπαιδευτικών προσεγγίσεων έχουν επιφέρει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα στη μείωση των υποτροπών αλλά και στη βελτίωση της πορείας της ασθένειας. Αποτελούν έτσι ένα πολύ βασικό εργαλείο παρεμβάσεων στην εφαρμογή της

θεωρίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην πράξη, έχοντας φυσικά ως σύμμαχο και συνεργάτη το οικογενειακό περιβάλλον.(Χριστοδούλου κ.α. 2005).



4.8 Ο ρόλος της εργασίας στην αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια

Η εργασία φαίνεται από νωρίς να αποτελεί ένα βασικό στοιχείο στο σχεδιασμό του προγράμματος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Είναι ένα βασικό εργαλείο τόσο ως μέσο όσο και σαν σκοπός στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Πλήθος ερευνών έχουν δείξει ότι ενισχύει το αίσθημα της ταυτότητας, της πραγματοποίησης επιτευγμάτων, της προσμονής για την εκτέλεση κάποιας συγκεκριμένης δραστηριότητας αλλά επίσης αυξάνει και το αίσθημα της αυτοεκτίμησης και του αυτοπροσδιορισμού του ατόμου.

Πιο παλιά, οι ασθενείς με χρόνιες ψυχικές διαταραχές δούλευαν στο πλαίσιο προστατευμένων εργαστηρίων, με μειωμένες απαιτήσεις και συνήθως βρίσκονταν μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο, χωρίς να υπάρχει προοπτική να αποκτήσουν κάποιο βαθμό οικονομικής ανεξαρτησίας ή να μπορέσουν να ενταχθούν ξανά μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον. Όμως μια σειρά από έρευνες, των τελευταίων 30 ετών, έχουν δείξει ότι η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με σχιζοφρένεια, συμβάλλει θετικά στη βελτίωση της λειτουργικότητας τους, στην καλύτερη ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα και στην μείωση των συμπτωμάτων τους. Αυτό, λοιπόν, δείχνει ότι η εργασία είναι αναγκαία στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών.

Όμως στην πραγματικότητα, τα άτομα αυτά σπάνια βιώνουν τις ευεργετικές συνέπειες της εργασίας. Αυτό φαίνεται και μέσα από τους δείκτες επαγγελματικής αποκατάστασης για τα άτομα αυτά, που κυμαίνονται από 0% - 3%. Ωστόσο οι συγκεκριμένοι δείκτες δεν έχουν να κάνουν μόνο με την ψύχωση αυτή καθεαυτή αλλά με άλλα συνοδά προβλήματα. Πάντως ερευνητικές εργασίες που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω στην αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων, έχουν δείξει ότι μια επιτυχημένη αποκατάσταση των ατόμων, βασίζεται περισσότερο στην ικανότητα χειρισμού των κοινωνικών σχέσεων παρά στην ανάπτυξη και απόκτηση εργασιακών δεξιοτήτων.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, φαίνεται ότι δεν μπορούν να εξασφαλίσουν ή να διατηρήσουν μια δουλειά, λόγω του ότι αναπτύσσουν φτωχές κοινωνικές σχέσεις με συναδέλφους, έχουν χαμηλά κίνητρα και δεν παίρνουν πρωτοβουλίες. Όπως φαίνεται, το θέμα της εργασίας δεν έχει να κάνει με τυχόν φτωχές εργασιακές επιδόσεις των ασθενών και γι' αυτό το λόγο αρχίζει να ορίζεται περισσότερο ως κοινωνική δραστηριότητα.

Τέλος, για να πούμε ότι η επαγγελματική αποκατάσταση και εκπαίδευση του ασθενούς είναι επιτυχημένη, πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες της κοινότητας στην οποία το άτομο θα εργαστεί, να προσαρμόζεται στις δυνατότητες του ατόμου αλλά και να ακολουθεί ένα μοντέλο προοδευτικού πλαισίου επαγγελματικής ένταξης – επαγγελματική προεργασία, προστατευμένη εργασία, ελεύθερη αγορά εργασίας - .(Χριστοδούλου κ.α. , 2005).

4.9 Στίγμα και κοινωνική απομόνωση ασθενούς με σχιζοφρένεια – Αντιμετώπιση

Ο αποκλεισμός και η απομόνωση των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι ένα συχνό φαινόμενο και όχι κάτι καινούργιο. Στις μεγάλες απομονωμένες κλινικές που υφίστατο μέρος του αποκλεισμού έχει δοθεί ένα τέλος σε μεγάλο βαθμό, από πρωτοβουλίες φορέων κοινωνικής φροντίδας. Ωστόσο, τα αισθήματα απόρριψης που βιώνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια συνεχίζουν να υπάρχουν. Μπορεί τα άτομα αυτά να ζουν στην κοινότητα, όμως δεν συνυπολογίζονται ως ενεργά μέλη αυτής. Είναι γεγονός, ότι τα άτομα με βαριές ψυχικές διαταραχές ανήκουν και στα πιο απομονωμένα στις περισσότερες κοινωνίες.(Hannigan and Coffey, 2010).

Ο στιγματισμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αλλά και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος εξακολουθεί να είναι έντονος και να επηρεάζει όλα τα επίπεδα της κοινωνικότητας. Ο στιγματισμός αυτός επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και της ευρύτερης κοινωνικής τους ζωής, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι ευκαιρίες που δικαιούνται σαν πολίτες και να μειώνεται η αυτοεκτίμησή τους.

Οι δυσκολίες που παρουσιάζονται από τον στιγματισμό αυτό είναι πολλαπλές. Τα άτομα αυτά δεν μπορούν να κάνουν νέες φιλίες,, να βρουν μια αξιοπρεπή δουλειά, να νοικιάσουν ένα διαμέρισμα να μείνουν ή να ζητήσουν τη στήριξη της κοινότητας. Έτσι, ο στιγματισμός αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για τη γενικότερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς και για την προώθηση μιας καλύτερης ψυχιατρικής φροντίδας.(Κονταξάκης κ.α. 2005).

Τώρα, όσον αφορά τις παρεμβάσεις απέναντι στο κοινωνικό στίγμα και τον αποκλεισμό που βιώνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όλη η επαγγελματική ομάδα που εργάζεται στον τομέα της ψυχικής υγείας, πρέπει να έχει ως βασικό της σκοπό και στόχο την κοινωνική ενημέρωση για τη φύση της σχιζοφρένειας, τις συνέπειές της και τη θεραπευτική της

αντιμετώπιση, προωθώντας παράλληλα την κοινωνική προσέγγιση των ασθενών με όλα τα μέλη του κοινωνικού περίγυρου της κοινότητας.

Τέλος, οι παρεμβάσεις του προσωπικού ψυχικής υγείας πρέπει να εστιαστούν στην ενίσχυση του εκάστοτε νομικού πλαισίου, ώστε να προστατεύονται τα δικαιώματα των ατόμων αυτών και να περιορίζονται οι διακρίσεις που γίνονται σε βάρος τους. Ωστόσο περισσότερο θεραπευτική αλλά και ιδανική προσέγγιση είναι να εμπλέκονται ενεργά τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς και ο ίδιος ο ασθενής στη διαδικασία αντιμετώπισης των διακρίσεων είτε σε προσωπικό είτε σε συλλογικό επίπεδο, δηλαδή μέσα από δράσεις συλλόγων που ασχολούνται με τέτοια θέματα. (Κονταξής κ.α. 2005).

4.10 Μύθοι και αλήθειες γύρω από τη σχιζοφρένεια

1. **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο.
2. **Αλήθεια:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο το χρειάζονται.

Όταν κυριαρχούν τα οξεία συμπτώματα της νόσου και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση, πρέπει το άτομο να νοσηλεύεται. Όμως, σήμερα η σχιζοφρένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά σε εξωνοσοκομειακές ψυχιατρικές δομές π.χ. Κέντρα Ημέρας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Η ένταξη σε τέτοιες δομές βοηθά στην καλύτερη έκβαση της νόσου. Η σύγχρονη Ψυχιατρική, θεωρεί ότι ο ασθενής μπορεί να θεραπευτεί πιο αποτελεσματικά εκτός ψυχιατρικού ασύλου, αφού ο εγκλεισμός σ' αυτό τον οδηγεί στην περιθωριοποίηση και του στερεί τα κοινωνικά ερεθίσματα.

1. **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική υστέρηση.
2. **Αλήθεια:** Σχιζοφρένεια και νοητική υστέρηση διαφέρουν μεταξύ τους.

Η σχιζοφρένεια και η νοητική υστέρηση είναι δύο τελείως διαφορετικές καταστάσεις, αν και πολλές φορές τα άτομα που φέρουν τη νόσο συγχέονται με τα άτομα που έχουν νοητική υστέρηση. Ωστόσο, οι δύο διαταραχές έχουν διαφορετική ηλικία έναρξης, με τη σχιζοφρένεια να ξεκινά τις περισσότερες φορές στο τέλος της εφηβείας, αρχές ενήλικης ζωής και η νοητική υστέρηση εμφανίζεται αρχές παιδικής ηλικίας. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει τα άτομα ανεξάρτητα από το νοητικό τους επίπεδο.

1. **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διχασμένη ή διπλή προσωπικότητα.
2. **Αλήθεια:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν ούτε διχασμένη ούτε διπλή προσωπικότητα.

Συχνά συγχέεται ο όρος σχιζοφρένεια, λόγω της σημασίας του, δηλαδή σχάση των φρένων, διχασμένος νους. Όμως η σημασία αυτή χρησιμοποιείται με την έννοια της αντιφατικής συμπεριφοράς και αναντιστοιχίας σ' αυτά που λένε και σ' αυτά που εκφράζουν και όχι επειδή έχουν διχασμένη προσωπικότητα. Η διχασμένη προσωπικότητα πρόκειται για μια νευρωσικού τύπου διαταραχή, όπου το άτομο λειτουργεί με δύο αυτόνομες προσωπικότητες σε διαφορετικούς χρόνους της ζωής του.

1. **Μύθος:** Κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια.
2. **Αλήθεια:** Κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη.

Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια με διαφορετικό τρόπο έναρξης, έχει πολλές μορφές, έχει διαφορετική πορεία και έκβαση και διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση. Σύμφωνα με στατιστικά αποτελέσματα, το 30% των ασθενών διατηρούν μια σημαντική λειτουργικότητα,

ένα ποσοστό 20%-30% παρουσιάζουν συμπτώματα που τους επιτρέπουν να ζουν παραγωγικά, αυτόνομα και ικανοποιητικά μέσα στην κοινότητα. Περίπου το 1/3 των ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν συχνές εξάρσεις, συχνές νοσηλείες και χρειάζονται συνεχή φροντίδα και υποστήριξη.

1. **Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν.
2. **Αλήθεια:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμα και αν εμφανίζουν συμπτώματα.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή, βελτιώνονται σε πολλούς τομείς όταν εργάζονται, είτε αυτό είναι σε κάποιο πρόγραμμα προστατευμένης εργασίας ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας, ανάλογα βέβαια και με τις δυνατότητες τους. Η εργασία για τα άτομα αυτά έχει αρκετά οφέλη, όπως την αύξηση πιθανοτήτων για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και επαφή με «υγιή» άτομα.

1. **Μύθος:** Οι άρρωστοι δεν είναι ικανοί να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους.
2. **Αλήθεια:** Αρκετοί ασθενείς μπορούν και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους.

Βέβαια, η ικανότητα τους αυτή δεν είναι πάντα ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Όταν ο ασθενής υποτροπιάσει ή βρίσκεται στην έναρξη της νόσου, η ικανότητα αυτή περιορίζεται. Ωστόσο υπάρχουν και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική του διαδικασία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια σοβαρή ψυχική ασθένεια και αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας σε όλο τον κόσμο, αφού ένα στα εκατό άτομα θα νοσήσουν κάποια στιγμή της ζωής τους με σχιζοφρένεια. Γενετικοί παράγοντες έχουν δείξει ότι διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου, αφού άτομα που έχουν στην οικογένειά τους κάποιον που έχει νοσήσει με σχιζοφρένεια έχουν αρκετές πιθανότητες να νοσήσουν και οι ίδιοι. Όμως, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν και αυτοί με την σειρά τους την ανάπτυξη της νόσου.

Η εκδήλωση των συμπτωμάτων ξεκινά συνήθως στην πρώιμη ενήλικη ζωή και επηρεάζει πολλές πτυχές της ζωής του ασθενούς. Η σχιζοφρένεια διαταράσσει την ικανότητα σκέψης, αντίληψης, συμπεριφοράς. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 50% ή και παραπάνω δεν έχει καλή έκβαση λόγω ασθένειας και πολλοί φτάνουν και στο σημείο της αυτοκτονίας. Όμως δεν έχουν όλοι οι ασθενείς την ίδια εκπωτική πορεία καθώς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που εξετάζονται στην πρόγνωση π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακό περιβάλλον, τύπος πάθησης κλπ.

Σήμερα, η κατεύθυνση προς την περίθαλψη των ασθενών στην κοινότητα προσανατολίζεται μέσω των κέντρων υγείας, νοσοκομείων, κέντρα ημέρας ή ψυχιατρικών τμημάτων μέσα στο νοσοκομείο. Μετά το πέρασμα από την οξεία φάση της νόσου, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμες για την αποκατάσταση των ασθενών αλλά και για την ενίσχυση της λειτουργικότητάς τους. Αυτές οι παρεμβάσεις βοηθούν μέσα από την εκπαίδευση των ασθενών αλλά και την εκπαίδευση της οικογένειας, να ενισχυθεί η κοινωνικότητά τους, οι γνωστικές τους ικανότητες, η επαγγελματική τους κατάρτιση και εν τέλει να προληφθούν τυχόν υποτροπές.

Οι έρευνες για την ανακάλυψη φαρμάτων με λιγότερες παρενέργειες πρέπει να είναι συνεχιζόμενη, αν και τα τελευταία 25 χρόνια είναι αρκετά αποτελεσματικά για πολλούς ασθενείς και δεν έχουν τόσες ανεπιθύμητες παρενέργειες σε σχέση με παλαιότερα αντιψυχωτικά. Επειδή η ακριβής αιτιολογία της νόσου δεν είναι ακριβής, πρέπει η επιστημονική έρευνα να συνεχίσει τις προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση, ώστε να μάθουμε που ακριβώς οφείλεται. Στόχος, επίσης, των ψυχοθεραπευτών είναι και η ανάπτυξη και η εφαρμογή καινούργιων ψυχοθεραπευτικών μεθόδων.

Όλο το προσωπικό επαγγελματικής υγείας που ασχολείται με άτομα που έχει σχιζοφρένεια, οφείλει να καταπολεμά το στίγμα που οδηγεί στην απομόνωση και αποτελεί εμπόδιο για την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Ακόμα, και οι ίδιοι επαγγελματίες υγείας πολλές φορές διακατέχονται από προλήψεις σχετικά με τα άτομα αυτά και οφείλουν να ελευθερωθούν απ' αυτές διότι εμποδίζουν την ποιότητα του θεραπευτικού τους έργου.

Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ελέγχει συχνά για το αν πετυχαίνει τους σκοπούς και τους στόχους της παρεχόμενης φροντίδας που προσφέρει. Με αυτόν τον τρόπο, πετυχαίνεται η συνεχής βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται και αυξάνεται το αίσθημα υπευθυνότητας και συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.

Τέλος, το προσωπικό ψυχική υγείας οφείλει να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τους ασθενείς και το οικογενειακό περιβάλλον για ότι σχετίζεται με την ψυχική αυτή νόσο, με σκοπό την καλύτερη έκβαση της, μεγαλύτερες πιθανότητες ίασης του αρρώστου και ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

| Νοσηλευτική Διάγνωση | Αντικειμενικός Σκοπός | Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας | Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας | Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας |
|----------------------------|--|---|---|--|
| Παραληρητικές Ιδέες | Ανακούφιση του ασθενούς και μείωση των παραληρητικών ιδεών όσο το δυνατόν καλύτερα | Απομόνωση του ασθενούς σε ήσυχο και ήρεμο μέρος | Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με βάση την ιατρική οδηγία | Η επικοινωνία του ασθενούς επανήλθε σε ικανοποιητικά επίπεδα |
| | | Απομάκρυνση από τα εξωτερικά ερεθίσματα | Παρακολούθηση της εικόνας του ασθενούς και καταγραφή της εξέλιξής του | Η κατάστασή του βελτιώθηκε όσο το δυνατόν καλύτερα |
| | | Συχνή επικοινωνία και διάλογος με τον ασθενή | Προσέγγιση ασθενούς με διάλογο | |

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

| Νοσηλευτική Διάγνωση | Αντικειμενικός Σκοπός | Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας | Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας | Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας |
|----------------------|--|--|---|--|
| Ψευδαισθήσεις | Ανακούφιση ασθενούς από ψευδαισθήσεις όσο το δυνατόν περισσότερο | Τήρηση ήρεμου περιβάλλοντος | Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής(αντικαταθλιπτικά- ανασταλτικά) κατόπιν ιατρικής οδηγίας | Η επικοινωνία ασθενούς επανήλθε όσο η συγκεκριμένη ασθένεια το επιτρέπει |
| | | Απομόνωση από εξωτερικά ερεθίσματα | Συχνή παρακολούθηση ασθενούς και καταγραφή της εξέλιξής του | Η κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε σε ικανοποιητικό επίπεδο |
| | | Συχνή επικοινωνία και διάλογος με ασθενή | Προσέγγιση ασθενούς με διάλογο | |

\

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adreasen Nancy, Black Donald, Εισαγωγή στην ψυχιατρική, 5^η έκδοση, εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα, 2011.
- Adreasen N. C., Psychopathologie et diagnostic de la Schizophrenie: Evolution du concept, in les troubles Schizophrenies(ED, DE CLERCQM. & PEUSKENS J., DE BOECK: PARIS – BRUSSELS, 2000.
- Adreasen N. C., The evolving concept of Schizophrenia: From Kraepelin to the present and future, Schizophrenia Research, 1997.
- Kaplan, HI., & Sadock, BJ., Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2012.
- Hogan A.M., Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2012.

- Kaplan & Sadock's, Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Σολδάτος, Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα, 2004.
- Sadock B., Sadock V., Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2007.
- Bennet Paul, Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, 2^η έκδοση, εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2010.
- Castle David, M.s. Tran Nga, Πληροφορίες ψυχιατρικών φαρμάκων – οδηγός για ασθενείς και φροντιστές, Τμήμα ψυχικής υγείας, St. Vincent's, Μελβούρνη, 2008.
- Dewit Susan C., Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική – έννοιες και πρακτική, Τόμος 2, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.
- Vincent Karen G., Coler Marga, Ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2001.
- Gelder Michael C., Lopez- Ibor Joan J., Adreasen Nancy, Σύγχρονη Ψυχιατρική, Τόμος I, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007.
- Gabbard Glen O., Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη, 3^η έκδοση, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2006.
- Hogan Mary, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας – Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2012.
- Hannigan Ben, Coffey Michael, Κοινωνική νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2010.
- Kaplan Harold & Sadock A. Virginia & Sadock J. Benjamin, Ψυχιατρική, Τόμος Β, έκδοση 7^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000.
- Kring A. M., Davison G. C., Neale I., M., Johnson S. L., Ψυχοπαθολογία, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2000.
- Kneisl R., C., Wilson S.H., Trigoboff E., Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2004.
- Linda Eby, Brown Nancy, Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, 2^η έκδοση, Αθήνα, 2010.
- O' Brien Patricia G., Kennedy Winifred Z., Ballard Karen A., Psychiatric Mental Health Nursing – An introduction to theory and practice, Jones and Barlett Editions, Canada, 2008.
- Nies Mary A., McEwen Melanie Κοινωνική νοσηλευτική – Νοσηλευτική δημόσιας υγείας – Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα, 2013.

- Townsend Mary C., Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in Evidence based practice, 8th Edition, F.A. Davis Company Editions, Philadelphia, 2015.
- Stuart Gail W., Principles and practice of Psychiatric Nursing, 10th Edition, El selvier Health Books Editions, Missouri, America, 2013.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γιαννοπούλου Χ. Αθηνά, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Ταβιθά, 4^η Έκδοση, Αθήνα, 2000.
- Παπανικολάου Π., Νευρολογία- Ψυχιατρική, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα, 2009.
- Γεωργαράς Α., Συνοπτική Ψυχιατρική, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2009.
- Φερεντίνος Π., Κονταξάκης Β., Θεραπεία στη σχιζοφρένεια, Ψυχιατρική κλινική Παν/μιου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2003.
- Χριστοδούλου Γ., Ν. και Συν., Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1^{ος} Τόμος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000.
- Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής φροντίδας, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δ., 1997.
- Καλαντζή – Αζίζι Αναστασία, Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Γ΄ Έκδοση Αθήνα, 1990.
- Αγγελόπουλος Νικηφόρος Β., Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία – Μια σύγχρονη ψυχιατρική, Τόμος Β, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2009.
- Κονταξάκης Βασίλης, Χαβάκη – Κονταξάκη Μπεάτα, Χριστοδούλου Γιώργος, Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2005.
- Βιδάλης Αθανάσιος και Συνεργάτες, Θέματα ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο, Σύγχρονες Εκδόσεις, Αθήνα, 2001.
- Μαδιανός Μιχάλης Γ., Ψυχιατρική και αποκατάσταση, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2005.
- Οικονόμου Φ., Εγχειρίδιον της Ψυχιατρικής για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992.
- Μάνου Νίκου, Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 1997.

- Κυριζίδης Χ., Θεοχάρης – Ειδικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας – Ιατρός, Ειδικό Άρθρο: Βασικές αρχές χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων και το πρόβλημα της συμμόρφωσης των ασθενών, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9^{ος}, Τεύχος 2^ο, Απρίλιος-Ιούνιος Θεσσαλονίκη, 2010.
- Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Αλεξάνδρα, Κοινωνική – Κοινοτική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2005.
- Σαπουντζή – Κρέπια Δέσποινα, Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα – Μια ολιστική προσέγγιση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1998.
- Παπαδημητρίου Γ. Ν., Λιάπας Ι. Α., Λύκουρας Ε., Σύγχρονη Ψυχιατρική, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2013.
- Ραγιά Αφροδίτη, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., 7^η Έκδοση, Αθήνα, 2009.
- Σολδάτος Κ., Λυκούρας Λ., Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Τόμος Ι, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2006.
- Σικελιανού Δέσποινα, Κλινική Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2010.
- Χαρτοκόλλης Πέτρος, Εισαγωγή στην ψυχιατρική, 2^η Έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Πάτρα, 1991.
- Χριστοδούλου Γ. Ν., Τομαράς Δ., Οικονόμου Μ.Π, Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα – Το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005.
- Χριστοδούλου Γ. Ν, και Συνεργάτες, Ψυχιατρική, Τόμος Ι, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2000.
- Οικονόμου Μαρίνα-Επίκουρη καθηγήτρια ψυχιατρικής, Μύθοι και αλήθειες για τη σχιζοφρένεια, 28 Ιουνίου, 2010
- Τομαράς Β., Σολδάτου Μ., Η προσέγγιση της οικογένειας κατά την αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών ψυχώσεων, στο: Ψυχώσεις: Διάγνωση και Αντιμετώπιση, Εκδόσεις Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, 2001.
- Μαδιανός Γ. Μ., Κλινική Ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2006.
- Μάνου Ν., Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής, Α΄ Έκδοση, εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1998.

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Sadock B., Sadock, V., Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2007.

Macfarlane R., W., Dixon L., Lukens E., Lucksted A., Family Psychoeducation and Schizophrenia: A review of the Literature, Journal of Marital and Family Therapy, Volume, 29, Issue 2, April 2003.

Kotrotsiou E., Papanthanasidou E., Kotrotsiou S., Schizophrenia and family Icus and nursing, Web journal, 27 August-October, 2006.

World Health Organization, The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders diagnostic criteria for research, Geneva, 1993.

Ridway P., Restoring Psychiatric Disability: Learning from the past first person recovery narrative. Psychiatric rehabilitation, Journal, 24(4).

Zubin J., & Spring B., Vulnerability: A new review of Schizophrenia, Journal of abnormal psychology, 1997, 86.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

Αντωνάτος Σπ., ΠΕΡΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ, [HTTP://WWW.PSYCHIATRY-PULSE.GR/YLIKO/SXIZOPRENEIA.PDF](http://www.psychiatry-pulse.gr/yliko/schizophrenia.pdf), 2008.

Σέρρη Β., Οικονομέα Ι., Γεωργανά Ρ., Επιμέλεια Παρουσίασης Ψυχικές Διαταραχές, Κατάθλιψη, Σχιζοφρένεια, [HTTP://ASKITIS.GR/PSYCHICHEALTH/VIEW//SCHIZOPRENEIA](http://askitis.gr/psychichealth/view//schizophrenia)

Η σχιζοφρένεια οφείλεται σε 8 διαφορετικές παθήσεις που δρουν παράλληλα, 2014, <http://www.e-saloniki.gr/el/tot-menu-diaforetikes-pathseis-pou-droun-parallhla.html>