



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΩΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ
ΕΦΗΒΟΥΣ. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ
ΡΟΛΟΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΜΠΑΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΛΙΑΝΟΥ ΠΑΥΛΙΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΤΖΕΝΑΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2020

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιλογή του παρόντος θέματος σχετίζεται με την επιθυμία μας να ασχοληθούμε με την ψυχική υγεία σαν επαγγελματίες νοσηλευτές. Ειδικότερα η παιδική και εφηβική ψυχοπαθολογία είναι ένα σύγχρονο θέμα με το οποίο ασχολείται η διεθνής αρθρογραφία αλλά και η σύγχρονη νοσηλευτική επιστήμη.

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον εποπτεύοντα καθηγητή μας κύριο Τζεναλή Αναστάσιο για την πολύτιμη βοήθεια του και την υποστήριξη του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι καθοριστικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας και των ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνουν όχι μόνο ατομικές ιδιότητες όπως η ικανότητα να διαχειρίζονται τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις συμπεριφορές και τις αλληλεπιδράσεις με άλλους, αλλά και τους κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως οι εθνικές πολιτικές, της διαβίωσης, των συνθηκών εργασίας και της κοινοτικής υποστήριξης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η θεωρητική προσέγγιση σε διαταραχές ψυχωσικού τύπου που εντοπίζονται σε παιδιά και εφήβους και η νοσηλευτική διεργασία σε τέτοιου είδους περιστατικά.

Μεθοδολογία: Για την υλοποίηση της παρούσας ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκε σύγχρονη βιβλιογραφία που λήφθηκε από έγκυρες και έγκριτες διεθνείς βάσεις δεδομένων όπως το “PubMed” το “Science direct” και πηγές ενημερωμένων ακαδημαϊκών βιβλιοθηκών.

Συμπεράσματα : Η αντιμετώπιση της διαταραχής ψυχωσικού τύπου περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικές πτυχές, συμπεριλαμβανομένου του εντοπισμού παραγόντων άγχους, όπως είναι τα οικονομικά προβλήματα, οι δυσκολίες στην εργασία ή σωματική ή διανοητική κακοποίηση, καθώς και ζωτικές πηγές υποστήριξης, όπως τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι. Η συντήρηση ή η επανενεργοποίηση των κοινωνικών δικτύων και των κοινωνικών δραστηριοτήτων είναι σημαντική.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική υγεία, σύνδρομα, ψυχωσικού τύπου διαταραχή, παιδιά, έφηβοι, νοσηλευτική

ABSTRACT

Introduction: The determinants of mental health and mental disorders include not only individual attributes such as the ability to manage thoughts, feelings, behaviors and interactions with others, but also social, cultural, economic, political and environmental factors such as national policies, living, working conditions and community support.

Purpose: The purpose of the present work is to provide a theoretical approach to psychotic disorders found in children and adolescents and the nursing process in such cases.

Methodology: For the purpose of this review, up-to-date bibliography from valid and reputable databases and up-to-date academic libraries was used.

Conclusions: The treatment of psychotic disorder includes psychosocial aspects, including the identification of stressors such as financial problems, difficulties at work or physical or mental abuse, as well as sources of support, such as family members and friends. Maintaining or reactivating social networks and social activities is important.

Keywords: mental health, syndromes, psychotic disorder, children, adolescents, nursing

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΨΥΧΩΣΗ.....	8
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ.....	8
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	8
1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	9
1.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	13
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΩΣΕΩΝ.....	13
2.1 ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ.....	13
2.2 ΣΥΝΤΟΜΗ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	16
2.3 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΨΥΧΩΣΗ.....	17
2.4 ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	18
2.5 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	21
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	21
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	21
3.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ	21
3.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	22
3.4 ΑΙΤΙΕΣ.....	24

3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	25
3.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	30
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	30
4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	30
4.1.1 ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	33
4.1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.....	34
4.2 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	36
4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	37
4.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ.....	38
4.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	39
4.6 ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	39
4.6.1 Θεραπευτική χρήση του εαυτού	40
4.6.2 Διαπροσωπική επικοινωνία.....	40
4.6.3 Περιεχόμενο της θεραπευτικής επικοινωνίας.....	41
4.7 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	41
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	43
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	43
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄	43
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄	47
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχωσικού τύπου διαταραχή χαρακτηρίζεται από θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος ή απόλαυσης, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραγμένο ύπνο ή όρεξη, κόπωση και κακή συγκέντρωση. Τα άτομα με ψυχωσικού τύπου διαταραχή μπορεί επίσης να έχουν πολλαπλές σωματικές καταγγελίες χωρίς εμφανή σωματική αιτία. Η ψυχωσικού τύπου διαταραχή μπορεί να είναι μακροχρόνια ή επαναλαμβανόμενη, μειώνοντας ουσιαστικά την ικανότητα των ανθρώπων να λειτουργούν στην εργασία ή το σχολείο και να αντιμετωπίζουν την καθημερινή ζωή. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία.

Τα προγράμματα πρόληψης έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν την ψυχωσικού τύπου διαταραχή, τόσο για τα παιδιά όσο και για ενήλικες .

Ο κληρονομικός παράγοντας έχει διαφορετικής βαρύτητας ρόλο στις διάφορες μορφές ψύχωσης και χρειάζεται συνηθέστατα, αν όχι πάντα, και η συνέργεια διάφορων περιβαλλοντικών παραγόντων για να εκδηλωθεί η νόσος, όπως, για παράδειγμα, διάφορες τραυματικές συναισθηματικά καταστάσεις, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η διαβίωση σε μεγαλούπολη, η ελλιπής κοινωνική ένταξη κ.ά.

Το άγχος, η γενετική, η διατροφή, οι περιγεννητικές λοιμώξεις και η έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους συμβάλλουν επίσης σε ψυχωσικού τύπου διαταραχές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΩΣΗ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Ο όρος ψύχωση χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ιατρική κατάσταση που επηρεάζει τον εγκέφαλο, έτσι ώστε υπάρχει απώλεια επαφής με την πραγματικότητα. Όταν κάποιος ασθενεί κατ' αυτό τον τρόπο, αυτό ονομάζεται ψυχωσικό επεισόδιο. Η ψύχωση έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστεί στους νέους ενηλίκους και είναι αρκετά κοινή ασθένεια. Περίπου 3 από κάθε 100 ανθρώπους θα βιώσουν ένα ψυχωσικό επεισόδιο, που καθιστά την ψύχωση πιο κοινή από το διαβήτη. Οι περισσότεροι άνθρωποι επανέρχονται πλήρως μετά από μία τέτοια εμπειρία. Η ψύχωση μπορεί να προκύψει στον καθένα και όπως οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, μπορεί να αντιμετωπιστεί (Ahmadi, 2016).

Η ψύχωση χαρακτηρίζεται από την εξασθενημένη σχέση με την πραγματικότητα. Οι άνθρωποι που βιώνουν ψύχωση μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις και αυταπάτες. Οι ψευδαισθήσεις είναι αισθητικές εμπειρίες που συμβαίνουν μέσα στην απουσία ενός πραγματικού γεγονότος. Για παράδειγμα, ένα άτομο που έχει ακουστική ψευδαίσθηση μπορεί να ακούει τη μητέρα του να του φωνάζει, όταν η μητέρα του δεν είναι εκεί. Ή κάποιος που έχει μια οπτική ψευδαίσθηση μπορεί να δει κάτι, όπως ένα πρόσωπο μπροστά του, το οποίο δεν είναι στην πραγματικότητα εκεί. Το άτομο που πάσχει από ψύχωση μπορεί επίσης να έχει σκέψεις που είναι αντίθετες με τα πραγματικά στοιχεία. Αυτές οι σκέψεις είναι γνωστές ως αυταπάτες. Μερικοί άνθρωποι με ψύχωση μπορεί επίσης να βιώσουν κοινωνική απόσυρση (Economou et.al. 2013).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιδημιολογική έρευνα πολλών δεκαετιών έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η κυριότερη ψυχωτική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, έχει σχετικά χαμηλή επίπτωση (incidence) και υψηλή επικράτηση (prevalence). Σε δύο μεταγενέστερες μετα-

αναλύσεις επιδημιολογικών μελετών, η μέση επίπτωση της σχιζοφρένειας υπολογίστηκε σε 15,2 (εύρος 7,7–43) νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού, ενώ η επικράτηση ζωής ήταν 4 περιπτώσεις ανά 1.000 άτομα και ο κίνδυνος νόσησης του πληθυσμού ήταν της τάξης του 7,2/1.000. Στη μοναδική έως τώρα μελέτη στην Ελλάδα, στην περιοχή των νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας, σε διάστημα μιας διετίας, η επίπτωση όλων των ψυχωτικών διαταραχών βρέθηκε να είναι 30 νέα περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα των ψυχωτικών διαταραχών είναι οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές), ο αποδιοργανωμένος λόγος και η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Κανένα από τα συμπτώματα δεν είναι παθολογιομονικό και απαιτείται συνδυασμός συμπτωμάτων, ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση. Αν και τα παραγωγικά συμπτώματα της ψύχωσης συχνά είναι θορυβώδη και εντυπωσιακά, τα αρνητικά συμπτώματα και τα γνωστικά ελλείμματα είναι που ανθίστανται στις συνήθεις θεραπείες και επηρεάζουν δυσμενώς την αποκατάσταση των ασθενών και την έκβαση των ψυχωτικών διαταραχών. Ακόμη, οι διαταραχές της επικοινωνιακής δραστηριότητας των ασθενών μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην κοινωνική προσαρμογή και στη λειτουργικότητα (Hensel et.al. 2014).

1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική ευαλωτότητα και, ως εκ τούτου, διαφορετικές πιθανότητες να εμφανίσει κάποια μορφή ψύχωσης εξαιτίας μιας ξαφνικής ή πιο μακρόχρονης αγχογόνου κατάστασης.

Η ιδιοσυστασιακή ευαλωτότητα και το ταμπεραμέντο με τα οποία γεννιέται κάποιο παιδί μπορεί να προκαλέσουν μια σειρά από επιβαρυντικές συναισθηματικά καταστάσεις (π.χ. δυσκολίες στις σχέσεις με φίλους και συμμαθητές, μαθησιακές δυσκολίες κ.ά.) που να πυροδοτήσουν αργότερα στη ζωή μια ψύχωση. Για κάποιους άλλους, δεν υπάρχουν ιδιαίτερες δυσκολίες από την αρχή αλλά δημιουργούνται πολύ αργότερα (Ifanti et.al. 2013).

Οι δύσκολες συνθήκες ζωής μπορεί να επιταχύνουν την εκδήλωση μιας ψύχωσης και, αντίστροφα, ένα ασφαλές και προστατευτικό περιβάλλον μπορεί να επιβραδύνει την εμφάνιση της νόσου ή/και να συμβάλει στο να έχει πιο ήπια μορφή.

Τα συμπτώματα της ψύχωσης περιλαμβάνουν:

- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Καταθλιπτική διάθεση
- Κοιμάται πάρα πολύ ή δεν αρκεί ο ύπνος
- Ανησυχία
- Καχυποψία
- Απομάκρυνση από την οικογένεια και τους φίλους
- Ψευδαισθήσεις
- Αυταπάτες
- Αποδιοργανωμένη ομιλία
- Κατάθλιψη
- Αυτοκτονικές σκέψεις ή ενέργειες (Malliori et.al. 2013).

Οι ψευδαισθήσεις και οι αυταπάτες είναι δύο πολύ διαφορετικά συμπτώματα τα οποία αντιμετωπίζουν άτομα με ψύχωση. Οι ψευδαισθήσεις και οι αυταπάτες φαίνονται πραγματικές στο άτομο που τις βιώνει.

Μια ψευδαίσθηση είναι μια ψεύτικη πεποίθηση ή μια εντύπωση που πιστεύει σταθερά, αν και αντικρούεται με την πραγματικότητα και αυτό που θεωρείται συνήθως αλήθεια. Υπάρχουν παραληρητικές παρανοήσεις, ιδέες μεγαλείου και σωματικές αυταπάτες.

Οι άνθρωποι που βιώνουν μια ψευδαίσθηση μπορεί να πιστεύουν ότι τους ακολουθούν συνεχώς. Κάποιος με μεγάλη δόξα θα έχει υπερβολική αίσθηση

σπουδαιότητας. Η σωματική ψευδαίσθηση είναι όταν ένα άτομο πιστεύει ότι έχει μία σοβαρή ασθένεια, αλλά στην πραγματικότητα είναι υγιής.

Μια ψευδαίσθηση είναι μια αισθητηριακή αντίληψη με απουσία εξωτερικών ερεθισμάτων. Αυτό σημαίνει ότι βλέπει, ακούει, αισθάνεται ή μυρίζει κάτι που δεν υπάρχει. Ένα άτομο που παρουσιάζει ψευδαισθήσεις μπορεί να δει πράγματα που δεν υπάρχουν ή να ακούσουν ανθρώπους να μιλούν όταν είναι μόνοι (Rayanm et.al 2015).

1.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι εργαζόμενοι στον χώρο της ΠΦΥ που θα έλθουν σε επαφή με ψυχωτικούς ασθενείς, καλό είναι να γνωρίζουν το φαινόμενο της ελλιπούς συμμόρφωσης με τη θεραπεία και να ελέγχουν αν τα φάρμακα λαμβάνονται, καθώς και αν οι ασθενείς βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση από κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν τρόποι οι οποίοι με απόλυτη αξιοπιστία να ελέγχουν τη σωστή λήψη της αγωγής, εκτός από την άμεση επίβλεψη. Ένας αδρός τρόπος εκτίμησης της συμμόρφωσης είναι η παρακολούθηση της συνταγογράφησης και αυτή θα πρέπει να γίνεται σε κάθε επίσκεψη. Ένας από τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής είναι η χρησιμοποίηση των ενέσιμων αντιψυχωσικών μακράς δράσης. Με τον τρόπο αυτόν η ελλιπής συμμόρφωση γίνεται άμεσα αντιληπτή (Rayan et.al. 2016).

Στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται τρία μοντέλα παροχής υπηρεσιών για τη θεραπεία της συννοσηρότητας:

1. Διαδοχική θεραπεία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών θεραπεύονται διαδοχικά και η επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών είναι ελάχιστη. Συνήθως, οι ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπεία για τα σοβαρότερα προβλήματα πρώτα και, μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία αυτή, υποβάλλονται σε θεραπεία για τα υπόλοιπα προβλήματά τους. Ωστόσο, το μοντέλο αυτό ενδέχεται επίσης να έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή παραπομπή των ασθενών σε διάφορες υπηρεσίες, χωρίς να μπορεί καμία υπηρεσία να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους.

2. Παράλληλη θεραπεία. Η θεραπεία των δύο διαφορετικών διαταραχών πραγματοποιείται ταυτόχρονα. Οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνεργάζονται για την ταυτόχρονη παροχή υπηρεσιών. Οι ανάγκες των δύο θεραπειών αντιμετωπίζονται συχνά με διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και το ιατρικό μοντέλο της ψυχιατρικής ενδέχεται να έρχεται σε σύγκρουση με τον ψυχοκοινωνικό προσανατολισμό των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων.

3. Ολοκληρωμένη θεραπεία. Η θεραπεία παρέχεται σε ψυχιατρική υπηρεσία ή υπηρεσία θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή στο πλαίσιο ειδικής υπηρεσίας ή προγράμματος συννοσηρότητας. Η διασταυρούμενη παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες αποφεύγεται. Οι θεραπείες περιλαμβάνουν παρωθητικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, πρόληψη της υποτροπής, φαρμακοθεραπεία και κοινωνικές προσεγγίσεις (Shuler et.al. 2014).

Η πραγματικότητα της θεραπείας της συννοσηρότητας στην ΕΕ, όπως περιγράφεται στις εθνικές εκθέσεις, δεν είναι εύκολο να κατηγοριοποιηθεί στις τρεις προαναφερθείσες ομάδες. Η ολοκληρωμένη θεραπεία θεωρείται το ιδανικό μοντέλο, αλλά ως πρότυπο είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Η σχετική έρευνα συνήθως προέρχεται από χώρες εκτός της Ευρώπης. Κατόπιν επισκόπησης της βιβλιογραφίας, το Εθνικό Σχέδιο της Αυστραλίας για τη συννοσηρότητα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι προσεγγίσεις όσον αφορά το χειρισμό και την περίθαλψη των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά ούτε έχουν αξιολογηθεί με αυστηρότητα, εν μέρει επειδή είναι δύσκολο να μελετηθούν άνθρωποι στους οποίους συνυπάρχουν ψυχικές νόσοι και διαταραχές χρήσης ουσιών, μεταξύ άλλων λόγω του ασταθούς τρόπου ζωής τους. Μια άλλη επισκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η ολοκληρωμένη θεραπεία για τα άτομα με διπλή διάγνωση είναι επωφελής τόσο για την ψυχική υγεία όσο και για την αντιμετώπιση των προβλημάτων χρήσης ουσιών. Μία μόνον μελέτη συνέκρινε την ολοκληρωμένη και την παράλληλη προσέγγιση, χωρίς όμως να διαπιστώσει οποιαδήποτε σημαντική διαφορά. Καμία μελέτη δεν συνέκρινε την ολοκληρωμένη και τη διαδοχική προσέγγιση (Sin et.al. 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

2.1 ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

Η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή είναι μια ψυχική νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογικές διαδικασίες σκέψης και απορυθμιζόμενα συναισθήματα. Η διάγνωση πραγματοποιείται όταν το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα από τη σχιζοφρένεια και τις διαταραχές διάθεσης. Κατέχει, με άλλα λόγια, μια ενδιάμεση θέση στο συνεχές των παραπάνω ασθενειών. Ο διπολικός τύπος παρουσιάζει συμπτώματα μανίας, υπομανίας και μεικτά επεισόδια, ενώ ο καταθλιπτικός τύπος παρουσιάζει μόνο συμπτώματα κατάθλιψης. Επιπλέον συμπτώματα της ασθένειας αποτελούν οι ψευδαισθήσεις, παρανοϊκού τύπου παραισθήσεις, και αποδιοργανωμένος λόγος και σκέψη. Οι γνωστικές δυσλειτουργίες είναι συχνές, όπως οι δυσκολίες στη συγκέντρωση και την προσοχή. Η μείωση στη διαπροσωπική λειτουργικότητα του ατόμου, όπως και η κοινωνική του απομόνωση, είναι αναπόφευκτες συνέπειες της ασθένειας.

Σύμφωνα με το ανανεωμένο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-V τα κριτήρια διάγνωσης είναι τα εξής:

1. Συνύπαρξη για ένα συνεχές χρονικό διάστημα καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου με τουλάχιστον δύο ψυχωτικά συμπτώματα από τα εξής:

- Παραληρητικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις
- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Αποδιοργανωμένη/κατατονική συμπεριφορά

2. Σε κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (τουλάχιστον 2 εβδομάδων ή και περισσότερο) της εξέλιξης της διαταραχής υπήρξαν μόνο ψυχωτικά συμπτώματα και όχι καταθλιπτικά ή μανιακά.

3. Συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου παρόντος για το μεγαλύτερο κομμάτι της συνολικής διάρκειας της διαταραχής (CDC, 2014).

Η εμφάνιση της ασθένειας ξεκινά από την ενηλικίωση και υπολογίζεται ότι το 1% του πληθυσμού σε ποσοστό από 0,5 έως 0,8 εμφανίζουν σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

Η διαταραχή δεν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου.

Στο πρώτο στάδιο αξιολογείται η φυσική κατάσταση του ατόμου για τυχόν σωματικά αίτια. Δεν υπάρχουν εργαστηριακά τεστ για τη διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Χρησιμοποιούνται κυρίως τεστ αίματος ή απεικόνισης εγκεφάλου (όπως το MRI) προκειμένου να διαγνωστούν τα σωματικά αίτια. Αν δεν υπάρχουν σωματικά αίτια, τότε μέσω κλινικών συνεντεύξεων και τεστ αξιολογήσεων αξιολογείται η εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Γενετικοί, νευροβιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της ασθένειας. Επίσης, η ασθένεια μπορεί να είναι αποτέλεσμα φαρμάκων. Εμφανίζονται ανισορροπίες στα επίπεδα της ντοπαμίνης και του γλουταμινικού οξέως. Οι ασθενείς είναι πιθανόν να εμφανίζουν συμπτώματα αγχώδους διαταραχής. Κοινωνικοί παράγοντες όπως ανεργία και φτώχεια είναι σύνθητες. Ο μέσος όρος ζωής των ασθενών είναι λιγότερος εξαιτίας της έλλειψης υγιεινής και των υψηλών ποσοστών αυτοκτονιών (Lando et.al. 2006).

Βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τα γονίδια του ατόμου με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξάνεται ή να μειώνεται το ρίσκο εμφάνισης της διαταραχής. Δεν είναι γνωστό ακόμη πώς γίνεται αυτό. Οι διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, στο οποίο είναι μέρος η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, έχουν συνδεθεί με την πατρική ηλικία κατά τη στιγμή της σύλληψης, που θεωρείται μια γνωστή αιτία γενετικών μεταλλάξεων. Η φυσιολογία των ατόμων με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι παρόμοια, αλλά όχι εξολοκλήρου ίδια, με τη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή (National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

Σύνδεση έχει βρεθεί μεταξύ της κατάχρησης ουσιών και της εμφάνισης σχιζοσυνασθηματικής διαταραχής. Στην ειδική περίπτωση της κάνναβης και της μαριχουάνας επιβεβαιώνεται ο ρόλος τους στην πρόωρη εμφάνιση ψυχωσικής νόσου.

Όσο πιο συχνά η κάνναβη χρησιμοποιείται, ιδίως στην αρχή της εφηβείας, τόσο πιο πιθανό είναι το άτομο να αναπτύξει ψυχωτική ασθένεια. Η συχνή χρήση συσχετίζεται με διπλό τον κίνδυνο ψύχωσης και σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (Ferrari, 2015).

Παρόλα αυτά, η χρήση κάνναβης ως αιτία εμφάνισης της ασθένειας παραμένει αμφιλεγόμενη, δεδομένου ότι δεν αναπτύσσουν ψύχωση όλοι οι νέοι που κάνουν χρήση κάνναβης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα δύο μεγαλύτερα κανναβινοειδή συστατικά της κάνναβης έχουν διαφορετικά αποτελέσματα: Η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) μπορεί να αυξήσει την τάση για ψύχωση, ενώ η κανναβιδιόλη μπορεί να έχει νευροπροστατευτικές επιδράσεις, δηλαδή, να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης της ψύχωσης και να αποφέρει σταθεροποιητικά αποτελέσματα. Περίπου οι μισοί από αυτούς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή κάνουν χρήση υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει περιστασιακά την ανάπτυξη μιας χρόνιας ψυχωτικής διαταραχής, όπως τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (Murray et.al. 2002).

Η θεραπεία της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής συχνά αντιμετωπίζεται με ένα συνδυασμό φαρμάκων και ψυχοθεραπείας. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της (Kieling et.al. 2011).

Οι ψυχίατροι θα συνταγογραφήσουν συχνά φάρμακα για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της ψύχωσης, τη σταθεροποίηση της διάθεσης και τη θεραπεία της κατάθλιψης. Το μόνο φάρμακο που έχει εγκριθεί για τη θεραπεία της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής είναι το αντιψυχωσικό φάρμακο παλιπεριδόνη. Ωστόσο, ορισμένα φάρμακα έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία άλλων καταστάσεων ψυχικής υγείας, τα οποία μπορούν να χρησιμεύσουν στη θεραπεία της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (Prince et.al. 2007).

Αυτά τα φάρμακα περιλαμβάνουν:

- Αντιψυχωσικά: Για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της ψύχωσης, όπως παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις.
- Αντικαταθλιπτικά: Όταν η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι καταθλιπτικού τύπου μπορούν να ανακουφίσουν τα συναισθήματα της θλίψης, απελπισίας και τα πρόβλημα συγκέντρωσης.

- Σταθεροποιητές της διάθεσης: Όταν η ασθένεια είναι διπολικού τύπου, τότε οι σταθεροποιητές της διάθεσης μπορούν να βοηθήσουν να μειωθούν τα συναισθηματικά скаμπανεβάσματα.(Walker et.al. 2007).

2.2 ΣΥΝΤΟΜΗ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Όπως υποδηλώνει το όνομα, η σύντομη ψυχωτική διαταραχή είναι μια βραχυπρόθεσμη ασθένεια με ψυχωτικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα συχνά εμφανίζονται ξαφνικά, αλλά διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα, μετά την οποία το άτομο συνήθως ανακάμπτει πλήρως. Υπάρχουν τρεις βασικές μορφές σύντομης ψυχωτικής διαταραχής:

Σύντομη ψυχωτική διαταραχή με προφανή στρεσογόνο (που ονομάζεται επίσης σύντομη αντιδραστική ψύχωση): Αυτό το είδος, που ονομάζεται επίσης σύντομη αντιδραστική ψύχωση, εμφανίζεται λίγο μετά και συχνά σε απόκριση προς ένα τραύμα ή στρες μείζονα, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ένα ατύχημα, προσβολή, ή μια φυσική καταστροφή. Οι περισσότερες περιπτώσεις της σύντομης ψυχωτικής διαταραχής συμβαίνουν ως αντίδραση σε ένα πολύ ενοχλητικό γεγονός.

Σύντομη ψυχωτική διαταραχή άγχους χωρίς προφανή: Με αυτό τον τύπο, δεν υπάρχει εμφανές τραύμα ή στρες που προκαλεί την ασθένεια.

Σύντομη ψυχωτική διαταραχή με έναρξη μετά τον τοκετό: Αυτός ο τύπος παρουσιάζεται στις γυναίκες, συνήθως εντός 4 εβδομάδες μετά τη γέννα. (Wicks et.al. 2010).

Τα πιο εμφανή συμπτώματα της σύντομης ψυχωτικής διαταραχής περιλαμβάνουν:

Ψευδαισθήσεις

Αυταπάτες: Είναι ψευδείς πεποιθήσεις που το άτομο αρνείται να παραιτηθεί, ακόμη και στο πρόσωπο των αντιφατικών γεγονότων.

Άλλα συμπτώματα της σύντομης ψυχωτικής διαταραχής περιλαμβάνουν:

Αποδιοργάνωση της σκέψης

Ομιλία ή γλώσσα που δεν έχει νόημα

Ασυνήθιστη συμπεριφορά

Προβλήματα με τη μνήμη

Αποπροσανατολισμός ή σύγχυση

Αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες ύπνου, ή επίπεδο ενέργειας, ή βάρος
Αδυναμία να λαμβάνουν αποφάσεις (Zhang et.al. 2010).

2.3 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΨΥΧΩΣΗ

Η Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας (Paranoid Personality Disorder, PPD) χαρακτηρίζεται από έντονη δυσπιστία σχετικά με τις προθέσεις των άλλων. Η παρανοϊκή καχυποψία οδηγεί τα άτομα που την εμφανίζουν στο να παρερμηνεύουν «αθώες» ενέργειες ως τεχνάσματα των άλλων, προκειμένου να τους βλάψουν (Kaplan et.al. 1998).

Προκειμένου να αποδείξει ότι κάποιος συνωμοτεί εναντίον του, το άτομο με παρανοειδή προσωπικότητα μπορεί να οδηγηθεί σε ακρότατα σημεία της εμμονής/ψύχωσης -π.χ. συγκεκριμένα να έχει σε στενό «μαρκάρισμα» (παρακολουθώντας, για παράδειγμα, το προφίλ του στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης) το άτομο το οποίο θεωρεί εχθρικό, προκειμένου να στοιχειοθετήσει ψευδείς αποδείξεις της συνωμοσίας.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, η παρανοειδής προσωπικότητα αναδύεται μέσα από την ανάγκη αναζήτησης ψυχικής ηρεμίας. Το άτομο ασυνείδητα θα απομονώσει και θα διαχωρίσει τη δυσάρεστη εμπειρία από την ευχάριστη, δείχνοντας θυμό και επιθετικότητα σε άλλα άτομα (Bergin, 2015).

Ο πάσχων από Παρανοειδή Διαταραχή τοποθετεί τον εαυτό του συνεχώς στη θέση του θύματος. Μέσα από την διαδικασία της προβολής αποδίδει αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις σε τρίτους ανθρώπους διαστρεβλώνοντας, διασαλεύοντας και διαστρέφοντας την πραγματικότητα, δημιουργώντας εχθρούς, σκιαμαχίες σε ένα ατέρμονο πλέγμα καχυποψίας, δυσπιστίας και εχθροπάθειας τεκμηριώνει και παγιώνει την πεποίθησή του με απόλυτη βεβαιότητα και περίσσια πειθώ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τέτοιες συμπεριφορές δεν αποτελούν μια μεθοδευμένη συμπεριφορά, αλλά μια ένδειξη ψυχοπαθολογίας!

– Απόκρυψη προσωπικών δεδομένων (Changhui, 1998).

2.4 ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι ψυχωτικοί ασθενείς μπορεί προφανώς να παρουσιάσουν οποιοδήποτε από τα οξέα προβλήματα υγείας που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ιατροί της ΠΦΥ. Ιδιαίτερα συχνά είναι τα καρδιαγγειακά συμβάματα, που μπορεί να εκδηλωθούν οξέως ως έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κ.λπ. Ένα ζήτημα που έχει από χρόνια απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία είναι η αντίληψη του πόνου από τους ψυχωτικούς ασθενείς. Παλαιότερες μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο, με άγνωστη κλινική σημασία. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση 14 μελετών το συμπέρασμα ήταν ότι στους ασθενείς με σχιζοφρένεια η συχνότητα και η ένταση του πόνου είναι μικρότερες όταν πρόκειται για κάποια επεμβατική εξέταση, π.χ. κεφαλαλγία μετά από οσφυονωτιαία παρακέντηση, ενώ σε άλλες κλινικές καταστάσεις η αντίληψη του πόνου είναι όμοια με αυτή του γενικού πληθυσμού. Επίσης, σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση 14 μελετών με 242.703 ασθενείς και 4.259.221 άτομα ως ομάδα ελέγχου βρέθηκε ότι πόνος κλινικής σημασίας εμφανιζόταν στο 33% των ασθενών. Αν και δεν παρατηρήθηκαν διαφορές με την ομάδα ελέγχου, δεν έχει διευκρινιστεί αν η συχνότητα εμφάνισης πόνου είναι ίδια λόγω περιορισμένης αναφοράς από τους ψυχωτικούς ασθενείς, καθυστέρησης στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ή υψηλότερου ουδού αντίληψης του πόνου. Σε μια

ακόμη πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση 17 πειραματικών και όχι κλινικών μελετών, οι ψυχωτικοί ασθενείς βρέθηκε ότι είχαν υψηλότερο ουδό αντίληψης του πόνου και μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Το εν λόγω εύρημα ίσχυε τόσο για εκείνους που λάμβαναν αντιψυχωσική αγωγή, όσο και για εκείνους που δεν λάμβαναν φάρμακα. Η ένταση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων φάνηκε να αυξάνει τον ουδό αντίληψης του πόνου. Ορισμένες από τις επείγουσες καταστάσεις που παρουσιάζονται σε ασθενείς με ψυχώσεις σχετίζονται με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η σοβαρότερη είναι το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο (neuroleptic malignant syndrome, NMS) με χαρακτηριστικά συμπτώματα που περιγράφονται στον πίνακα . Σε περίπτωση υποψίας NMS, καλό είναι να γίνεται διερεύνηση πιθανών παραγόντων που προδιαθέτουν στην ανάπτυξή του. Ας σημειωθεί ότι δύο από αυτούς, η κατάχρηση οινόπνευματος και η απότομη διακοπή της αντιψυχωσικής αγωγής, είναι συνήθεις στους ασθενείς με ψύχωση. Η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης σε ψυχωτικούς ασθενείς μπορεί να είναι το αποτέλεσμα υπονατριάμιας, που είναι αρκετά συχνή (έως 10%) σε χρόνιους ασθενείς. Η πρόκληση της υπονατριάμιας μπορεί να γίνει με δύο μηχανισμούς, είτε λόγω του προκαλούμενου από αντιψυχωσικά φάρμακα συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, είτε λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης νερού, ως αποτέλεσμα ψυχογενούς πολυδιψίας. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν συγχορηγούνται αντικαταθλιπτικά, όπως συχνά συμβαίνει σε ασθενείς με ψυχώσεις (Davidson et.al. 1995).

2.5 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι στόχοι στη θεραπεία των ψυχωσικών διαταραχών περιλαμβάνουν τη στόχευση των συμπτωμάτων, την πρόληψη της υποτροπής και την αύξηση της προσαρμοστικής λειτουργίας έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να ενσωματωθεί ξανά στην κοινότητα. Δεδομένου ότι οι ασθενείς δύσκολα επανέρχονται στο αρχικό τους επίπεδο της προσαρμοστικής λειτουργίας, αμφότερες οι μη φαρμακολογικές και φαρμακολογικές θεραπείες πρέπει να χρησιμοποιηθούν για τη βελτιστοποίηση μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Η φαρμακοθεραπεία είναι ο βασικός πυρήνας της διαχείρισης των ψυχιατρικών προβλημάτων, αλλά τα υπολειπόμενα συμπτώματα

μπορεί να παραμείνουν. Για το λόγο αυτό, οι μη φαρμακολογικές θεραπείες, όπως η ψυχοθεραπεία, είναι επίσης σημαντικές. Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες: ατομική, ομαδική και γνωστική συμπεριφορά. Η ψυχοθεραπεία είναι ένας συνεχώς εξελισσόμενος θεραπευτικός χώρος. Οι νεοεμφανιζόμενες ψυχοθεραπείες περιλαμβάνουν τη μεταγνωστική εκπαίδευση, τις αφηγηματικές θεραπείες και τη θεραπεία με προσοχή. Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως προσθήκη στα φάρμακα και όχι ως υποκατάστατο αυτών όταν κρίνονται απαραίτητα από το θεράποντα ιατρό (De Hert et.al. 2010).

Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες όχι μόνο συμπληρώνουν τα κενά στις φαρμακολογικές θεραπείες και μπορούν να βοηθήσουν να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς παραμένουν προσκολλημένοι στα φάρμακά τους. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές τείνουν να είναι λιγότερο προσκολλημένα για διάφορους λόγους. Μπορούν να αρνηθούν την ασθένειά τους, μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις που τους αποθαρρύνουν από τη λήψη περισσότερων φαρμάκων, μπορεί να μην αντιλαμβάνονται την ανάγκη τους για φαρμακευτική αγωγή ή μπορεί να έχουν μεγαλοπρεπή συμπτώματα ή παράνοια (Fisher et.al. 2009) .

Εκτός από την εστίαση στον ασθενή, τα προγράμματα θεραπείας που ενθαρρύνουν την οικογενειακή υποστήριξη έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν την επανένωση και τη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργίας. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να διδαχθούν πώς να παρακολουθούν τον ασθενή και τότε να αναφέρουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας στον κλινικό ιατρό. Οι περισσότερες ψυχοθεραπείες προωθούν την οικογενειακή συμμετοχή (Golba, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή στην οποία οι άνθρωποι ερμηνεύουν ασυνήθιστα την πραγματικότητα. Η σχιζοφρένεια μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο συνδυασμό ψευδαισθήσεων, αυταπάτων και εξαιρετικά διαταραγμένων σκέψεων και συμπεριφορών που εμποδίζουν την καθημερινή λειτουργία και μπορεί να είναι απενεργοποιημένες σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια χρειάζονται δια βίου θεραπεία. Η πρόιμη θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα συμπτώματα να υποβληθούν σε έλεγχο πριν αναπτυχθούν σοβαρές επιπλοκές και μπορεί να συμβάλουν στη βελτίωση των μακροπρόθεσμων προοπτικών (Jenkins, 2001).

3.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια που παρεμβαίνει στην ικανότητα ενός ατόμου να σκεφτεί καθαρά, να διαχειριστεί συναισθήματα, να πάρει αποφάσεις και να συνδεθεί με άλλους. Είναι μια σύνθετη, μακροχρόνια ασθένεια. Ο ακριβής επιπολασμός της σχιζοφρένειας είναι δύσκολο να μετρηθεί, αλλά εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 0,25% έως 0,64% των ενηλίκων παγκοσμίως και 0,15 έως 0,5% των ανηλίκων. Αν και η σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, η μέση ηλικία εμφάνισης τείνει να είναι στα τέλη της εφηβείας στις αρχές των 20 ετών για τους άνδρες και στις αρχές των 25 ετών έως 30 ετών για τις γυναίκες. Είναι ασυνήθιστο η διάγνωση της σχιζοφρένειας σε άτομο ηλικίας κάτω των 12 ετών ή άνω των 40 ετών (Kazdin, 2017).

3.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει μια σειρά προβλημάτων με τη σκέψη (γνώση), τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα. Τα σημεία και τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν, αλλά συνήθως περιλαμβάνουν αυταπάτες, ψευδαισθήσεις ή αποδιοργανωμένο λόγο και αντικατοπτρίζουν μια μειωμένη ικανότητα λειτουργίας. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Παραληρησίες. Αυτές είναι ψευδείς πεποιθήσεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα. Για παράδειγμα, το άτομο νομίζει ότι βλάπτεται ή παρενοχλείται, ορισμένες χειρονομίες ή σχόλια απευθύνονται σε αυτόν, έχει εξαιρετική ικανότητα ή φήμη, άλλο πρόσωπο είναι ερωτευμένο μαζί του ή μια μεγάλη καταστροφή πρόκειται να του συμβεί. Οι παραληρητικές διαταραχές εμφανίζονται στους περισσότερους ανθρώπους με σχιζοφρένεια.
- Ψευδαισθήσεις. Αυτά συνήθως περιλαμβάνουν την εμφάνιση ή ακρόαση πραγμάτων που δεν υπάρχουν. Ωστόσο, για το άτομο με σχιζοφρένεια, έχουν την πλήρη δύναμη και την επίδραση μιας φυσιολογικής εμπειρίας. Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι σε οποιαδήποτε από τις αισθήσεις, αλλά η ακρόαση των φωνών είναι η πιο κοινή ψευδαίσθηση.
- Αποδιοργανωμένη σκέψη (ομιλία). Η αποδιοργανωμένη σκέψη απορρέει από την αποδιοργανωμένη ομιλία. Η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να αποδυναμωθεί και οι απαντήσεις σε ερωτήσεις μπορεί να είναι εν μέρει ή εντελώς άσχετες. Σπάνια, η ομιλία μπορεί να περιλαμβάνει τη συγκέντρωση λέξεων που δεν μπορούν να γίνουν κατανοητές.
- Εξαιρετικά αποδιοργανωμένη ή μη φυσιολογική συμπεριφορά του κινητήρα. Αυτό μπορεί να εμφανιστεί με διάφορους τρόπους, από την παιδική ανοησία μέχρι την απρόβλεπτη διέγερση. Η συμπεριφορά δεν επικεντρώνεται σε έναν στόχο, γι' αυτό είναι δύσκολο να εκτελούνται εργασίες από το άτομο. Η συμπεριφορά μπορεί να περιλαμβάνει ακατάλληλη ή παράξενη στάση, πλήρη έλλειψη ανταπόκρισης ή άσκοπη και υπερβολική κίνηση.

- Αρνητικά συμπτώματα. Αναφέρεται στη μειωμένη ή στην έλλειψη ικανότητας κανονικής λειτουργίας. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να παραβλέπει την προσωπική υγιεινή ή να φαίνεται ότι στερείται συγκίνησης (δεν έχει επαφή με τα μάτια, δεν αλλάζει τις εκφράσεις του προσώπου ή μιλάει μονότονα). Επίσης, το άτομο μπορεί να χάσει το ενδιαφέρον για καθημερινές δραστηριότητες, να αποσυρθεί κοινωνικά ή να μην έχει την ικανότητα να απολαύσει την ευχαρίστηση (Killaspy, 2014).

Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν ως προς τον τύπο και τη σοβαρότητα με την πάροδο του χρόνου, με περιόδους επιδείνωσης και ύφεσης των συμπτωμάτων. Ορισμένα συμπτώματα μπορεί πάντα να είναι παρόντα.

Στους άνδρες, τα συμπτώματα σχιζοφρένειας συνήθως ξεκινούν από τα πρώτα έως τα μέσα της δεκαετίας του '20. Στις γυναίκες, τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν στα τέλη της δεκαετίας του '20. Είναι ασυνήθιστο τα παιδιά να διαγιγνώσκονται με σχιζοφρένεια και σπάνια σε άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών (Klingberg, 2014).

Τα συμπτώματα σχιζοφρένειας στους εφήβους είναι παρόμοια με αυτά των ενηλίκων, αλλά η κατάσταση μπορεί να είναι πιο δύσκολο να αναγνωριστεί. Αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι ορισμένα από τα πρώιμα συμπτώματα της σχιζοφρένειας στους εφήβους είναι κοινά για την τυπική ανάπτυξη κατά τη διάρκεια των εφήβων ετών, όπως:

- Απόσυρση από τους φίλους και την οικογένεια
- Μια πτώση της απόδοσης στο σχολείο
- Δυσκολία στον ύπνο
- Ευερεθιστότητα ή καταθλιπτική διάθεση
- Έλλειψη κινήτρου

Επίσης, η χρήση ψυχαγωγικών ουσιών, όπως η μαριχουάνα, οι μεθαμφεταμίνες ή το LSD, μπορεί μερικές φορές να προκαλέσει παρόμοια σημεία και συμπτώματα.

Σε σύγκριση με τα συμπτώματα σχιζοφρένειας στους ενήλικες, οι έφηβοι μπορεί να είναι:

- Λιγότερο πιθανό να έχουν παραληρητικές ιδέες
- Είναι πιθανότερο να έχουν οπτικές ψευδαισθήσεις (Klinkenberg et.al. 2006)

3.4 ΑΙΤΙΕΣ

Η έρευνα δείχνει ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να έχει διάφορες πιθανές αιτίες:

- **Γενετική.** Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από μία μόνο γενετική παραλλαγή, αλλά μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση της γενετικής και των περιβαλλοντικών επιρροών. Η κληρονομικότητα διαδραματίζει έναν ισχυρό ρόλο - η πιθανότητά ανάπτυξης σχιζοφρένειας είναι περισσότερο από έξι φορές υψηλότερη με την ύπαρξη ενός στενού συγγενή, όπως έναν γονέα ή έναν αδελφό, με τη διαταραχή.
- **Περιβάλλον.** Η έκθεση σε ιούς ή ο υποσιτισμός πριν από τη γέννηση, ιδιαίτερα κατά το πρώτο και το δεύτερο τρίμηνο, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο σχιζοφρένειας. Πρόσφατη έρευνα προτείνει επίσης μια σχέση μεταξύ των αυτοάνοσων διαταραχών και της ανάπτυξης της ψύχωσης.
- **Χημεία εγκεφάλου.** Προβλήματα με ορισμένες χημικές ουσίες του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων των νευροδιαβιβαστών που ονομάζονται ντοπαμίνη και γλουταμίνη, μπορεί να συμβάλουν στη σχιζοφρένεια. Οι νευροδιαβιβαστές επιτρέπουν στα κύτταρα του εγκεφάλου να επικοινωνούν μεταξύ τους. Δίκτυα των νευρώνων πιθανόν να εμπλέκονται επίσης.
- **Χρήση ουσιών.** Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι η λήψη φαρμάκων που αλλάζουν μυαλό κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων και της νεαρής ενηλικίωσης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο σχιζοφρένειας. Ένα αυξανόμενο σύνολο στοιχείων υποδεικνύει ότι η καπνιστική μαριχουάνα αυξάνει τον κίνδυνο ψυχωτικών περιστατικών και τον κίνδυνο συνεχιζόμενων ψυχωσικών εμπειριών. Όσο πιο νεαρή και συχνότερη είναι η χρήση, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος (Li et.al. 2014).

3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δεν είναι γνωστό τι προκαλεί σχιζοφρένεια, αλλά οι ερευνητές πιστεύουν ότι ένας συνδυασμός γενετικής, χημείας του εγκεφάλου και περιβάλλοντος συμβάλλει στην ανάπτυξη της διαταραχής.

Προβλήματα με ορισμένες φυσικές χημικές ουσίες του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων των νευροδιαβιβαστών που ονομάζονται ντοπαμίνη και γλουταμικό, μπορεί να συμβάλλουν στη σχιζοφρένεια. Οι μελέτες νευροαπεικόνισης παρουσιάζουν διαφορές στη δομή του εγκεφάλου και στο κεντρικό νευρικό σύστημα των ατόμων με σχιζοφρένεια. Ενώ οι ερευνητές δεν είναι σίγουροι για τη σημασία αυτών των αλλαγών, δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος του εγκεφάλου (Morgan et.al. 2014).

3.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια απαιτεί δια βίου θεραπεία, ακόμη και όταν τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει. Η θεραπεία με φάρμακα και ψυχοκοινωνική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση της κατάστασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία.

Ένας ψυχίατρος με εμπειρία στη θεραπεία της σχιζοφρένειας συνήθως καθοδηγεί τη θεραπεία. Η ομάδα θεραπείας μπορεί επίσης να περιλαμβάνει έναν ψυχολόγο, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχιατρικό νοσηλευτή και ενδεχομένως ένα διευθυντή περιπτώσεων για τον συντονισμό της περίθαλψης. Η προσέγγιση πλήρους ομάδας μπορεί να είναι διαθέσιμη σε κλινικές με εμπειρία στη θεραπεία σχιζοφρένειας (Phutane, 2012).

Φάρμακα

Τα φάρμακα αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας με σχιζοφρένεια και τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα. Έχουν

θεωρηθεί ότι ελέγχουν τα συμπτώματα επηρεάζοντας τον νευροδιαβιβαστή εγκεφάλου ντοπαμίνη.

Ο στόχος της θεραπείας με αντιψυχωτικά φάρμακα είναι η αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων στη χαμηλότερη δυνατή δόση. Ο ψυχίατρος μπορεί να δοκιμάσει διαφορετικά φάρμακα, διαφορετικές δόσεις ή συνδυασμούς με την πάροδο του χρόνου για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Άλλα φάρμακα μπορεί επίσης να βοηθήσουν, όπως τα αντικαταθλιπτικά ή τα φάρμακα κατά του άγχους.

Επειδή τα φάρμακα για τη σχιζοφρένεια μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες, τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί να είναι απρόθυμα να τα πάρουν. Η επιθυμία να συνεργαστεί με τη θεραπεία μπορεί να επηρεάσει την επιλογή φαρμάκων. Για παράδειγμα, κάποιος που είναι ανθεκτικός στη λήψη φαρμάκων με συνέπεια θα χρειαστεί να λάβει ενέσεις αντί να πάρει ένα χάπι (Poon et.al. 2017).

Αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς

Αυτά τα νεότερα φάρμακα δεύτερης γενιάς προτιμώνται γενικά επειδή παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο σοβαρών παρενεργειών από ότι τα αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς. Τα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς περιλαμβάνουν:

- Aripiprazole (Abilify)
- Ασenaπίνη (Σαφρής)
- Brexpiprazole (Rexulti)
- Καρπραζίνη (Vraylar)
- Κλοζαπίνη (Clozaril, Versacloz)
- Ηλοπεριδόνη (Fanapt)
- Λουρασιδόνη (Latuda)
- Ολανζαπίνη (Zyprexa)
- Παλιπεριδόνη (Invega)

- Quetiapine (Seroquel)
- Ρισπεριδόνη (Risperdal)
- Ζιπρασιδόνη (Geodon) (Rangaswamy et.al. 2012)

Αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς

Τα αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς έχουν συχνές και δυνητικά σημαντικές νευρολογικές παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας εμφάνισης διαταραχής κίνησης (όψιμη δυσκινησία) που μπορεί να είναι ή όχι αναστρέψιμη. Τα αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς περιλαμβάνουν:

- Χλωροπρομαζίνη
- Φλουφαιναζίνη
- Αλοπεριδόλη
- Περφенаζίνη

Αυτά τα αντιψυχωτικά είναι συχνά φθηνότερα από τα αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς, ειδικά στις γενικές εκδόσεις, τα οποία μπορεί να είναι σημαντικά όταν χρειάζεται μακροπρόθεσμη θεραπεία (Silverstein et.al. 2009) .

Μακράς δράσης ενέσιμα αντιψυχωτικά

Ορισμένα αντιψυχωτικά μπορεί να χορηγηθούν ως ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση. Συνήθως χορηγούνται κάθε δύο έως τέσσερις εβδομάδες, ανάλογα με το φάρμακο. Αυτό μπορεί να είναι μια επιλογή εάν κάποιος έχει προτίμηση για λιγότερα χάπια και μπορεί να βοηθήσει με την τήρηση της θεραπείας.

Τα κοινά φάρμακα που διατίθενται ως ένεση περιλαμβάνουν:

- Αριπιπραζόλη (Abilify Maintena, Aristada)
- Δεκανοϊκή φλουφαιναζίνη
- Η δεκανοϊκή αλοπεριδόλη
- Η παλιπεριδόνη (Invega Sustenna, Invega Trinza)

- Η ρισπεριδόνη (Risperdal Consta, Perseris) (Tarasenko et.al. 2013)

Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Όταν η ψύχωση υποχωρήσει, εκτός από τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής, οι ψυχολογικές και κοινωνικές (ψυχοκοινωνικές) παρεμβάσεις είναι σημαντικές. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Ατομική θεραπεία. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην ομαλοποίηση των σκελών της σκέψης. Επίσης, η μάθηση για την αντιμετώπιση του στρες και ο εντοπισμός των σημείων έγκαιρης προειδοποίησης για υποτροπή μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με σχιζοφρένεια να διαχειριστούν την ασθένειά τους.
- Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων. Επικεντρώνεται στη βελτίωση της επικοινωνίας και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και στη βελτίωση της δυνατότητας συμμετοχής σε καθημερινές δραστηριότητες.
- Οικογενειακή θεραπεία. Παρέχει υποστήριξη και εκπαίδευση σε οικογένειες που έχουν κάποιο μέλος τους με σχιζοφρένεια.
- Επαγγελματική αποκατάσταση και υποστηριζόμενη απασχόληση. Εστιάζει στη βοήθεια των ανθρώπων με σχιζοφρένεια να προετοιμάζονται, να βρίσκουν και να διατηρούν δουλειές (Wang et.al. 2002)

Τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια χρειάζονται κάποια μορφή καθημερινής υποστήριξης διαβίωσης. Πολλές κοινότητες έχουν προγράμματα για να βοηθήσουν τα άτομα με σχιζοφρένεια με θέσεις εργασίας, στέγαση, ομάδες αυτοβοήθειας και καταστάσεις κρίσης. Ένας διαχειριστής περιπτώσεων ή κάποιος στην ομάδα θεραπείας μπορεί να βοηθήσει στην εύρεση πόρων. Με την κατάλληλη θεραπεία, οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια μπορούν να διαχειριστούν την ασθένειά τους (Tarasenko et.al. 2013) .

Νοσηλεία σε νοσοκομείο

Κατά τη διάρκεια περιόδων κρίσης ή χρόνων σοβαρών συμπτωμάτων, η νοσηλεία μπορεί να είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί η ασφάλεια, η σωστή διατροφή, ο επαρκής ύπνος και η βασική υγιεινή.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Για τους ενήλικες με σχιζοφρένεια που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική θεραπεία, μπορεί να εξεταστεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT). Η ECT μπορεί να είναι χρήσιμη για κάποιον που έχει επίσης κατάθλιψη (Poorn et.al. 2017).

.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ψυχική υγεία υπέστη δραστηρές αλλαγές στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Οι ρυθμίσεις που βασίζονται στην Κοινότητα παρέχουν όλο και περισσότερο φροντίδα σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι που δικαιολογούν την αποδοχή ψυχιατρικών ασθενών σε ένα περιβάλλον εσωτερικού νοσηλείας: δυνατότητα να βλάψουν τον εαυτό τους ή άλλους, οξεία προσωπική κρίση και / ή συμπτωματική συμπεριφορά σε σχέση με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν στην κοινότητα, ελλείψεις αυτοεξυπηρέτησης που απαιτούν υποστήριξη σε διαφορετικές ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας, απαιτώντας ιατρικές θεραπείες που μπορούν να χορηγηθούν μόνο σε νοσοκομειακή περίθαλψη (π.χ. υποχρεωτικά μέτρα, έλεγχος των φαρμακευτικών αγωγών ή των αποτελεσμάτων τους). Για παράδειγμα, οι γονείς πρέπει να γνωρίσουν την ηλικία τους και να τους βοηθήσουν (Bellfield & Catalano, 2012).

Η καθημερινή εργασία των ψυχιατρικών νοσηλευτών χαρακτηρίζεται από τρεις βασικές παραμέτρους: φροντίδα, παρακολούθηση και υπεράσπιση των ασθενών. Οι νοσηλευτές επικεντρώνονται -με βάση προσωπικές αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς- στην επίλυση διανοητικών, συναισθηματικών και δυσλειτουργικών πτυχών των κρίσεων της ζωής, καθώς και στη διαχείριση και ανακούφιση ή ανακούφιση των επώδυνων συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, υποστηρίζουν τους ασθενείς στη βελτίωση της συνολικής λειτουργίας και στη μείωση των προσωπικών και κοινωνικών συνεπειών της ψυχικής ασθένειας (Estevam et al., 2011).

Όταν ο νοσηλευτής εξετάζει την συγκεκριμένη συμπεριφορά ενός ασθενούς, είναι πολύτιμο να διερευνήσει τα ακόλουθα:

- Κατάσταση που προκάλεσε αυτή τη συμπεριφορά
- Τι σκέφτηκε ο ασθενής τη στιγμή εκείνη;
- Αν η συμπεριφορά αυτή έχει νόημα στο πλαίσιο αυτό;
- Η συμπεριφορά ήταν προσαρμοστική ή δυσλειτουργική;
- Είτε απαιτείται αλλαγή;

Εάν ο νοσηλευτής πρέπει να πάρει συνέντευξη από τον ασθενή, θα πρέπει να επιλέξει έναν ιδιωτικό χώρο, χωρίς θόρυβο και απόσπαση της προσοχής και η συνέντευξη θα πρέπει να κατευθύνεται προς το στόχο. Παρόλο που ο ασθενής θεωρείται ως πηγή επικύρωσης, ο νοσηλευτής πρέπει επίσης να είναι έτοιμος να συμβουλευτεί τα μέλη της οικογένειάς της ή άλλα άτομα που γνωρίζουν τον ασθενή. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν ο ασθενής αδυνατεί να παράσχει αξιόπιστες πληροφορίες λόγω των συμπτωμάτων της ψυχιατρικής ασθένειας. Θα πρέπει να συγκεντρώνει πληροφορίες από άλλες πηγές πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων των φακέλων υγειονομικής περίθαλψης, κύκλων νοσηλείας, αλλαγής βάρδιας, προγραμμάτων νοσηλευτικής φροντίδας και αξιολόγησης άλλων επαγγελματιών του τομέα υγείας (Bellfield & Catalano, 2012).

Μετά τη συλλογή όλων των δεδομένων ο νοσηλευτής συγκρίνει τις πληροφορίες και στη συνέχεια αναλύει τα δεδομένα και παράγει μια νοσηλευτική διάγνωση. Μια νοσηλευτική διάγνωση είναι μια δήλωση του νοσηλευτικού προβλήματος του ασθενούς που περιλαμβάνει τόσο την προσαρμοστική όσο και την μη προσαρμοστική απάντηση στην υγεία και την συμβολή των στρεσογόνων παραγόντων. Αυτά τα νοσηλευτικά προβλήματα αφορούν τις πτυχές υγείας του ασθενούς που μπορεί να χρειαστεί να προωθηθούν ή με τις οποίες ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια. Μια νοσηλευτική διάγνωση μπορεί να είναι ένα πραγματικό ή πιθανό πρόβλημα υγείας, ανάλογα με την κατάσταση (Estevam et al., 2011).

Μια διαγνωστική δήλωση νοσηλευτικής αποτελείται από τρία μέρη:

- Πρόβλημα υγείας
- Παράγοντες που συνεισφέρουν

- Ορισμός χαρακτηριστικών

Τα καθοριστικά χαρακτηριστικά είναι χρήσιμα διότι αντικατοπτρίζουν τη συμπεριφορά που είναι ο στόχος της νοσηλευτικής παρέμβασης. Παρέχουν επίσης συγκεκριμένους δείκτες για την αξιολόγηση του αποτελέσματος των ψυχιατρικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων και για τον καθορισμό του κατά πόσο πληρούνται οι αναμενόμενοι στόχοι της νοσηλευτικής περίθαλψης (Estevam et al., 2011).

Ως εκπαιδευτικοί και σύμβουλοι, οι νοσηλευτές έχουν την ευκαιρία να συνεργαστούν με τους ασθενείς και να τους ενημερώνουν σχετικά με την αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την παροχή πληροφοριών σχετικά με τις επιλογές για τις μεθόδους χορήγησης (π.χ., από του στόματος), τον μηχανισμό δράσης των φαρμάκων και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Βασική θεωρείται η συζήτηση των ασθενών με το νοσηλευτή ως προς τις επιλογές για τη λήψη φαρμάκων και των αρνητικών επιπτώσεων της μη συμμόρφωσης της θεραπείας (Kirk Morton & Zubek, 2013).

Για να είναι επιτυχείς οι στρατηγικές για τη βελτίωση της παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να στοχεύουν στις αρνητικές επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης (Haddad et al., 2014). Σε περιπτώσεις ασθενών με ελάχιστη κοινωνική υποστήριξη το νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκεται και παρέχει εκπαίδευση στα μέλη της οικογένειας, ενώ παράλληλα προωθεί τους ασθενείς να ενταχθούν σε ομάδες υποστήριξης (Haddad et al., 2014).

Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στη βελτίωση της παρακολούθησης των φαρμάκων μέσω της συνεργασίας με τους ασθενείς για τον εντοπισμό εμποδίων και των μελών της οικογένειας και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να εντοπίσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για τη βελτίωση της παρακολούθησης των φαρμάκων (Shuler, 2014). Επειδή οι νοσηλευτές συχνά έχουν εκτεταμένη και επαναλαμβανόμενη επαφή με τους ασθενείς τους, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο μέσω της συζήτησης σχετικά με τη σημασία της παρακολούθησης των φαρμάκων και μπορεί να είναι οι πρώτοι που ανιχνεύουν ενδείξεις μη συμμόρφωσης (Shuler, 2014).

4.1.1 ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι νοσηλευτές ψυχιατρικής φροντίδας χρησιμοποιούν ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ολιστικής φροντίδας, το οποίο περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ασθενών και την ενθάρρυνση της αυτοδιαχείρισης και της ψυχολογικής υποστήριξης για τους εξαρτημένους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή στην οποία τονίζεται η σημασία της προοπτικής του ασθενούς στις αποφάσεις θεραπείας (Higashi et al., 2013).

Η ψυχιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει από την απλή εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση, στη συζήτηση των προτιμήσεων των ασθενών, ενεργώντας ως σύμβουλος και στην ενθάρρυνση των επιθυμητών επιπέδων ανεξαρτησίας τους. Η επιλογή των κατάλληλων φαρμάκων και θεραπειών με τη χρήση κοινών αποφάσεων είναι μια στρατηγική που μπορεί να βελτιώσει την παρακολούθηση της θεραπείας. Η κοινή λήψη αποφάσεων δημιουργεί ένα συνεργατικό στυλ επικοινωνίας για την εισαγωγή κλινικών πληροφοριών σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές στο πλαίσιο των πεποιθήσεων και των προτιμήσεων των ασθενών (Haddad et al., 2014).

Η κοινή λήψη αποφάσεων είναι μια διαδικασία που επιτρέπει στους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά και με νόημα στη θεραπεία τους παρέχοντάς τους προσβάσιμες πληροφορίες και επιλογές. Πρόκειται για ένα μοντέλο που επιτρέπει στους ασθενείς και τους παρόχους να συνεργαστούν για να αξιολογήσουν τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας ως μέρος ενός σχεδίου θεραπείας. Η κοινή λήψη αποφάσεων εξουσιοδοτεί τους ασθενείς με τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων μαζί με την ομάδα θεραπείας τους και για τη συμμετοχή τους ως ενεργών συμμετεχόντων στο θεραπευτικό τους πρόγραμμα (Haddad et al., 2014).

Όταν πραγματοποιείται κοινή λήψη αποφάσεων προκειμένου να υπάρξει η καταλληλότερη θεραπεία υπάρχει μεγαλύτερη προσκόλληση ή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Παρόλο που τα ψυχιατρικά φάρμακα και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν σαφώς διαπιστώσει αποτελεσματικότητα και έχουν δημιουργηθεί κατευθυντήριες γραμμές για τη χρήση τους, μόνο το 15% των ατόμων με κάποια ψυχωτική διαταραχή λαμβάνει σωστά τη φαρμακευτική αγωγή του (Haddad et al., 2014).

Τα ποσοστά παρακολούθησης των φαρμάκων σε ψυχωτικούς εξαρτημένους ασθενείς παραμένουν στο 40% τους πρώτους 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Οι γιατροί υποδεικνύουν ότι, κατά μέσο όρο, οι ασθενείς λαμβάνουν μόνο το 51% έως 70% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους. Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι η έλλειψη παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής, νοσηλείας, αυτοκτονίας και ποινικής σύλληψης (Higashi et al., 2013). Αυτό συχνά οδηγεί σε διαταραχές στις σχέσεις και στη στέγαση και συνεπώς συμβάλλει στην κακή ποιότητα ζωής (Haddad et al., 2014).

Η μη συμμόρφωση των εξαρτημένων ασθενών με ψυχωτική διαταραχή οφείλεται κατά κύριο λόγο σε κάποιους συγκεκριμένους παράγοντες οι οποίοι είναι: η έλλειψη γνώσεων, η κακή εκπαίδευση, η έλλειψη ευαισθητοποίησης για την ασθένεια, η έλλειψη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η κακή οικονομική κατάσταση και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Shuler, 2014).

Επιπλέον παράγοντες θα μπορούσαν να είναι η μη αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής, οι παρενέργειες, η στάση απέναντι στη θεραπεία και η ελλιπής συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Haddad et al., 2014, Shuler, 2014).

4.1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές ψυχιατρικής εργάζονται μαζί με τα άτομα, την οικογένεια και την κοινωνία για να αξιολογήσουν τις ψυχολογικές ανάγκες, να διαγνώσουν και να εφαρμόσουν την νοσηλευτική φροντίδα. Η προστασία της ψυχικής υγείας, ο έλεγχος και η αξιολόγηση, η διαχείριση του θεραπευτικού περιβάλλοντος, η παροχή βοήθειας σε ασθενείς με δραστηριότητες φροντίδας, η ψυχολογική εκπαίδευση, η παρέμβαση κρίσης και η παροχή συμβουλών είναι η κύριοι ρόλοι για τους νοσηλευτές. (Rayan, Jaradat, 2016)

Στη θεραπεία του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου η κύρια εστίαση είναι να απαλλαγούμε από τα συμπτώματα γρήγορα και χωρίς μεγάλη επίδραση στη ζωή του ασθενούς. Στην οξεία φάση, οι κύριοι στόχοι του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να

φροντίζουν τις βασικές ανάγκες του ασθενούς όπως η ασφάλεια του περιβάλλοντος, της διατροφής, της προσωπικής φροντίδας και την παρακολούθηση του ιστορικού του ασθενούς (Shuler, 2014).

Οι ψυχωτικές διαταραχές που προκαλούνται από κατάχρηση ουσιών, μπορούν να συγγέονται εύκολα με σοβαρές ψυχικές νόσους. Σε αυτό το πρώιμο στάδιο, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει πολύ σημαντικό ρόλο λαμβάνοντας ακριβές ιστορικό του ασθενούς. Ταυτόχρονα, αναφέρεται ότι οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες για τους ασθενείς και η εκπαίδευση για τον ασθενή και την οικογένεια είναι τουλάχιστον εξίσου σημαντικές με τη φαρμακευτική αγωγή (Shuler, 2014).

Πολλές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς. Παραδείγματα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που βασίζονται σε τεκμήρια περιλαμβάνουν την αυτοδιαχείριση των ασθενειών, τη διαχείριση των περιπτώσεων / την επίμονη κοινοτική θεραπεία, την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, την ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια και την υποστηριζόμενη απασχόληση. Τα προγράμματα αυτόνομης διαχείρισης βοηθούν τους ασθενείς να αναπτύξουν δεξιότητες για να διαχειριστούν τις ιατρικές, κοινωνικές και συναισθηματικές πτυχές τους (Ahn et al., 2013).

Οι παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης βελτιώνουν την συμπεριφορά της υγείας των ασθενών και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και μειώνουν το μακροπρόθεσμο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η διαχείριση των περιπτώσεων είναι μια προσέγγιση εντατικής θεραπευτικής οργάνωσης που συνήθως αφορά σε ασθενείς με τα πιο σοβαρά συμπτώματα και ψυχοκοινωνικές ανάγκες, όπως ιστορικό έλλειψης στέγης ή απόσυρση από ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα. Η διαχείριση της υπόθεσης απαιτεί υψηλή συχνότητα επαφής (μερικές φορές 24ωρη κάλυψη) και χαμηλή αναλογία προσωπικού προς τον ασθενή για την παροχή εντατικής ιατρικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας και επιτρέπει στους διαχειριστές περιπτώσεων να παρακολουθούν άμεσα τον ασθενή (Shuler, 2014).

Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στη βελτίωση της παρακολούθησης των φαρμάκων μέσω της συνεργασίας με τους ασθενείς για τον εντοπισμό εμποδίων και την εργασία με τους ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να εντοπίσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για τη βελτίωση της παρακολούθησης των φαρμάκων. Επειδή οι νοσηλευτές συχνά έχουν εκτεταμένη και επαναλαμβανόμενη επαφή με τους ασθενείς τους, οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό

ρόλο στην εξήγησή τους σχετικά με τη σημασία της παρακολούθησης των φαρμάκων και μπορεί να είναι οι πρώτοι που ανιχνεύουν ενδείξεις μη συμμόρφωσης, όπως ένα ραντεβού που παραλείφθηκε (Higashi et al., 2013).

4.2 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η εξατομικευμένη φροντίδα ξεκινά με μια λεπτομερή αξιολόγηση μόλις ο ασθενής γίνει δεκτός. Στη φάση Αξιολόγησης, οι πληροφορίες αποκτώνται στον ασθενή με άμεσο και δομημένο τρόπο μέσω παρατήρησης, συνεντεύξεων και εξέτασης. Η αρχική συνέντευξη περιλαμβάνει μια αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, όπου ο ασθενής είναι πάρα πολύ άρρωστος για να συμμετάσχει ή να ολοκληρώσει τη συνέντευξη, μπορεί να επιτευχθεί η συμπεριφορά που ο ασθενής εκθέτει για καταγραφή και αναφορές από τα μέλη της οικογένειας εάν είναι δυνατόν. Ακόμη και όταν ολοκληρωθεί η αρχική αξιολόγηση, κάθε επαφή με τον ασθενή συνεπάγεται μια συνεχή αξιολόγηση. Η συνεχής αξιολόγηση περιλαμβάνει αυτό που ο ασθενής λέει ή κάνει εκείνη τη στιγμή.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας προσδιορίζει τα αναμενόμενα αποτελέσματα εξατομικευμένα στον ασθενή. Στο πλαίσιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, ο τελικός στόχος είναι να επηρεάσει τα αποτελέσματα της υγείας και να βελτιώσει την κατάσταση υγείας του ασθενούς. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να προσδιορίζονται αμοιβαία με τον ασθενή και θα πρέπει να προσδιορίζονται με σαφήνεια και σαφήνεια και να καθορίζουν την αποτελεσματικότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεών τους (Bellfield & Catalano, 2012).

Πριν από τον ορισμό των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, ο νοσηλευτής πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι ο ασθενής συχνά αναζητά θεραπεία με δικούς του στόχους. Αυτοί οι στόχοι μπορούν να εκφραστούν ως συμπτώματα ανακούφισης ή βελτίωσης της λειτουργικής ικανότητας. Επίσης, πρέπει να κατανοεί την ανταπόκριση του ασθενούς και τους παράγοντες που τον επηρεάζουν. Ορισμένες από αυτές τις δυσκολίες στον καθορισμό των στόχων είναι οι εξής:

- Ο ασθενής μπορεί να δει ένα προσωπικό πρόβλημα ως συμπεριφορά κάποιου άλλου.
- Ο ασθενής μπορεί να εκφράσει ένα πρόβλημα ως αίσθημα, όπως "Είμαι μοναχικός" ή "Είμαι τόσο δυσαρεστημένος".

Ο σαφής στόχος είναι ένα ουσιαστικό βήμα στη θεραπευτική διαδικασία. Επομένως, η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς θα πρέπει να βασίζεται σε αμοιβαία συμφωνημένους στόχους. Μόλις οι στόχοι είναι απληστία, πρέπει να δηλώνονται γραπτώς. Οι γκολ πρέπει να γράφονται με όρους συμπεριφοράς και πρέπει να περιγράφουν ρεαλιστικά όσα επιθυμεί να πετύχει η νοσοκόμα μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα και οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι θα πρέπει να αναπτυχθούν με βραχυπρόθεσμους στόχους που θα συμβάλουν στα μακροπρόθεσμα αναμενόμενα αποτελέσματα (Estevam et al., 2011).

4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Μόλις εντοπιστούν τα προβλήματα του ασθενούς, γίνεται διάγνωση νοσηλευτικής, αρχίζει ο σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο σχεδιασμός αποτελείται από:

- Καθορισμός προτεραιοτήτων
- Θέτοντας στόχους
- Επιλογή ενεργειών νοσηλείας
- Ανάπτυξη / γραπτό σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας

Κατά τον σχεδιασμό της φροντίδας ο νοσηλευτής μπορεί να εμπλέξει τον ασθενή, την οικογένεια, τα μέλη της ομάδας υγείας. Μόλις επιλεγούν οι στόχοι, το επόμενο καθήκον είναι να περιγράψουμε το σχέδιο επίτευξής τους. Με βάση μια ανάλυση, ο νοσηλευτής αποφασίζει ποιο πρόβλημα απαιτεί προτεραιότητα ή άμεση προσοχή. Οι στόχοι που δηλώνονται υποδεικνύουν τι πρέπει να επιτευχθεί αν ληφθεί μέριμνα για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Αυτά μπορεί να είναι άμεσοι

βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι. Η επιλεγείσα τεχνική νοσηλευτικής δράσης θα επιτρέψει στη νοσοκόμα να ανταποκριθεί στους στόχους ή στους επιθυμητούς στόχους (Bellfield & Catalano, 2012).

4.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Η φάση υλοποίησης της νοσηλευτικής διαδικασίας είναι η πραγματική έναρξη του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα / οι στόχοι του ασθενούς επιτυγχάνονται με την εκτέλεση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Κατά τη διάρκεια της φάσης η νοσοκόμα συνεχίζει να αξιολογεί τον ασθενή για να καθορίσει εάν οι παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές. Ένα σημαντικό μέρος αυτής της φάσης είναι η τεκμηρίωση. Η τεκμηρίωση είναι απαραίτητη για νομικούς λόγους, διότι σε νομική διαμάχη "εάν δεν καταγράφηκε, δεν έγινε." (Estevam et al., 2011).

Οι παρεμβάσεις νοσηλευτικής φροντίδας προορίζονται για την πρόληψη της ψυχικής και σωματικής ασθένειας και την προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Μπορεί να επιλέξει παρεμβάσεις ανάλογα με το επίπεδο της πρακτικής τους και μπορεί να επιλέξει συμβουλευτική, θεραπευτική αγωγή, δραστηριότητες αυτοσυντήρησης, ψυχολογικές παρεμβάσεις, διδασκαλία υγείας, διαχείριση περιπτώσεων.

Για την υλοποίηση των ενεργειών, οι νοσοκόμες πρέπει να έχουν πνευματικές, διαπροσωπικές και τεχνικές δεξιότητες.

Οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι δύο τύπων

Εξαρτημένη νοσηλευτική δράση: Δράση που προέρχεται από τη συμβουλή του ψυχιάτρου.

Ανεξάρτητες νοσηλευτικές ενέργειες: Βασίζονται στη νοσηλευτική διάγνωση και το σχέδιο περίθαλψης, επιδιώκοντας τον ασθενή να παρακολουθήσει την προσωπική του υγιεινή.

4.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η συνεχής ή συνεχής φάση της νοσηλευτικής διαδικασίας είναι η αξιολόγηση. Η νοσηλευτική φροντίδα είναι μια δυναμική διαδικασία που συνεπάγεται την αλλαγή της κατάστασης υγείας του ασθενούς με την πάροδο του χρόνου, προκαλώντας την ανάγκη για νέα δεδομένα, διαφορετική διάγνωση και τροποποιήσεις στο σχέδιο περίθαλψης. (Estevam et al., 2011).

Κατά την αξιολόγηση της περίθαλψης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επανεξετάσει όλες τις προηγούμενες φάσεις της νοσηλευτικής διαδικασίας και να καθορίσει εάν έχει επιτευχθεί το αναμενόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή. Αυτό μπορεί να γίνει με έλεγχο - έχω κάνει τα πάντα για τον ασθενή; Είναι καλύτερος ο ασθενής μετά την προγραμματισμένη περίθαλψη;. Η αξιολόγηση είναι ένας μηχανισμός ανάδρασης για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Η αξιολόγηση της προόδου του ασθενούς υποδηλώνει ποια προβλήματα του ασθενούς έχουν λυθεί, τα οποία πρέπει να αξιολογούνται εκ νέου, να ανασυγκροτούνται, να εφαρμόζονται και να επαναξιολογούνται (Bellfield & Catalano, 2012).

4.6 ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς είναι το θεμέλιο στο οποίο εγκαθίσταται η ψυχιατρική περίθαλψη. Η θεραπευτική διαπροσωπική σχέση είναι η διαδικασία με την οποία οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα σε πελάτες που χρειάζονται ψυχοκοινωνική παρέμβαση. Οι πάροχοι ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζουν πώς να κερδίζουν την εμπιστοσύνη και να συλλέγουν πληροφορίες από τον ασθενή, την οικογένεια του ασθενούς, τους φίλους και τις σχετικές κοινωνικές σχέσεις και να τους εμπλέκουν σε ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό σχέδιο. Η θεραπευτική χρήση του εαυτού είναι το μέσο για την παροχή φροντίδας σε πελάτες που χρειάζονται

ψυχοκοινωνική παρέμβαση. Οι τεχνικές διαπροσωπικής επικοινωνίας είναι τα «εργαλεία» ψυχοκοινωνικής παρέμβασης. Οι θεραπευτικές σχέσεις είναι προσανατολισμένες στο στόχο και κατευθύνονται στην προώθηση της μάθησης και της ανάπτυξης (O'Donovan, 2007).

4.6.1 Θεραπευτική χρήση του εαυτού

Η θεραπευτική χρήση του εαυτού είναι η ικανότητα χρήσης της προσωπικότητας του ατόμου συνειδητά και με πλήρη επίγνωση σε μια προσπάθεια να καθιερωθεί συγγένεια και να δομηθούν παρεμβάσεις νοσηλείας. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν αυτογνωσία, αυτογνωσία και φιλοσοφική πίστη για τη ζωή, το θάνατο και τη συνολική ανθρώπινη κατάσταση για αποτελεσματική θεραπευτική χρήση του εαυτού.

Οι Απαιτήσεις για Θεραπευτική Σχέση είναι:

1. Συμπάθεια
2. Εμπιστοσύνη
3. Σεβασμός
4. Γνησιότητα
5. Ενσυναίσθηση (Doane & Varcoe, 2005).

4.6.2 Διαπροσωπική επικοινωνία

Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι μια συναλλαγή μεταξύ του αποστολέα και του δέκτη. Και τα δύο άτομα συμμετέχουν ταυτόχρονα. Στο μοντέλο συναλλαγής, και οι δύο συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται ο ένας τον άλλον, ακούνε ο ένας τον άλλον και ταυτόχρονα συμμετέχουν στη διαδικασία δημιουργίας νοήματος σε μια σχέση, εστιάζοντας στα θέματα των ασθενών και βοηθώντας τους να μάθουν νέες δεξιότητες αντιμετώπισης. Τόσο ο αποστολέας όσο και ο παραλήπτης φέρνουν ορισμένες προϋπάρχουσες συνθήκες στην ανταλλαγή που επηρεάζουν το προτεινόμενο μήνυμα και τον τρόπο ερμηνείας του μηνύματος (O'Donovan, 2007).

4.6.3 Περιεχόμενο της θεραπευτικής επικοινωνίας

1. Αξίες, στάσεις και πεποιθήσεις: οι στάσεις της προκατάληψης εκφράζονται με αρνητικά στερεότυπα.
2. Πολιτισμός ή θρησκεία: Τα πολιτισμικά πράγματα, οι κανόνες, οι ιδέες και τα έθιμα αποτελούν τη βάση για τρόπους σκέψης.
3. Κοινωνική θέση: Τα άτομα υψηλής θέσης μεταδίδουν συχνά τη θέση τους με υψηλή δύναμη με χειρονομίες χεριών στους γοφούς, εξουσία, υψηλότερο ύψος και μεγαλύτερη απόσταση όταν επικοινωνούν με άτομα που θεωρούνται ότι έχουν χαμηλότερη κοινωνική θέση.
5. Ηλικία ή αναπτυξιακό επίπεδο: Η επίδραση του αναπτυξιακού επιπέδου στην επικοινωνία είναι ιδιαίτερα εμφανής κατά την εφηβεία, με λέξεις όπως "δροσερό", "φοβερό" και άλλες.
6. Το περιβάλλον: Η επικαιρότητα, η πυκνότητα και η απόσταση είναι πτυχές του περιβάλλοντος που μεταδίδουν μηνύματα (Doane & Varcoe, 2005).

4.7 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Πολλές ψυχοκοινωνικές επεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είναι διαθέσιμες για τους εξαρτημένους ασθενείς με κάποια ψυχωτική διαταραχή. Παραδείγματα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που βασίζονται σε τεκμήρια περιλαμβάνουν την αυτοδιαχείριση των ασθενειών, τη διαχείριση των περιπτώσεων, την κοινοτική θεραπεία, την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, την ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια και την υποστηριζόμενη απασχόληση (Ahn et al., 2013).

Τα προγράμματα αυτόνομης διαχείρισης ασθενειών βοηθούν τους ασθενείς να αναπτύξουν δεξιότητες για να διαχειριστούν τις ιατρικές, κοινωνικές και συναισθηματικές πτυχές μιας χρόνιας ασθένειας. Οι παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης

βελτιώνουν την συμπεριφορά της υγείας των ασθενών και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και μειώνουν το μακροπρόθεσμο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Ahn et al., 2013). Η διαχείριση των περιπτώσεων είναι μια προσέγγιση εντατικής θεραπευτικής προσέγγισης που συνήθως εφαρμόζεται σε ασθενείς με τα πιο σοβαρά συμπτώματα και ψυχοκοινωνικές ανάγκες όπως την απόσυρση από ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα (Ahn et al., 2013).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την κατάρτιση για κοινωνικές δεξιότητες η οποία στοχεύει στα κοινωνικο-γνωστικά ελλείμματα και περιλαμβάνει πτυχές όπως η αναγνώριση και η κατανόηση των κοινωνικών παραγόντων. Ο αντίκτυπος μπορεί να εκτείνεται πέρα από τις βελτιώσεις στις κοινωνικές δεξιότητες. Η κατάρτιση στις κοινωνικές δεξιότητες βελτιώνει σημαντικά τα λειτουργικά αποτελέσματα στους εξαρτημένους ασθενείς με κάποια ψυχωτική διαταραχή. Τα λειτουργικά αποτελέσματα μπορεί επίσης να βελτιωθούν μέσω της υποστηριζόμενης απασχόλησης (Kurtz & Richardson, 2012).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄

Ασθενής ηλικίας 14 χρονών υποβλήθηκε σε αρχική ψυχιατρική αξιολόγηση επειδή ήταν ψυχωτικός (ακούγοντας φωνές), παραληρητικός (πίστευε ότι ήταν ψυχωτικός), παρανοϊκός (πίστευε ότι υπήρχε μια κάμερα εγκατεστημένη στο κεφάλι του) και δεν ήταν σε θέση να επικεντρωθεί. Ο ασθενής άρχισε να ακούει φωνές πριν από 5 χρόνια και είχε το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο λίγο αργότερα.

Πιστεύει ότι έχει ψυχικές δυνάμεις. Ο ασθενής αναφέρει μερικές φορές ότι μυρίζει βλέπει "φώτα". Ακούει φωνές και παραδέχεται την παράνοια, υποδεικνύοντας ότι οι άνθρωποι τον κατασκοπεύουν και τον παρακολουθούν. Πίστευε επίσης ότι μια βελόνα εμφυτεύτηκε στον εγκέφαλό του για να παρακολουθήσει τις σκέψεις του.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Ακουστικές ψευδαισθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> Μετριασμός συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> Φροντίδα ασθενούς με σκοπό τον μετριασμό των ακουστικών ψευδαισθήσεων Συζήτηση με τον ψυχίατρο για το περιεχόμενο των ακουστικών ψευδαισθήσεων 	<ul style="list-style-type: none"> Αφήνουμε τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια. Πλήρης ενημέρωση για τη θεραπευτική αγωγή κατά την έξοδο του ασθενή από την κλινική. 	<ul style="list-style-type: none"> Μετριασμός των ακουστικών ψευδαισθήσεων.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Ψυχωτικά συμπτώματα (έντονες φωνές, ανησυχία) 	<ul style="list-style-type: none"> Μετριασμός διαταραχών ανησυχίας ασθενούς. Μετριασμός διαταραχών στο περιεχόμενο της σκέψης. 	<ul style="list-style-type: none"> Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου για τα συμπτώματα που παρουσιάζει η ασθενής. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση amp. stedon ½ x 1 κατόπιν οδηγίας του ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Υποχώρηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων και ήπια καταστολή της ασθενούς

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Παραληρητικές ιδέες 	<ul style="list-style-type: none"> Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε να εξαλειφθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> Φροντίδα ασθενούς με σκοπό την μείωση της παραμορφωμένης αίσθησης της πραγματικότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> Τονίζουμε ότι θα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη. Χορήγηση ρισπεριδόνης σε δοσολογία 6 mg μέσα σε τρεις ημέρες κατόπιν οδηγίας ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση των παραληρητικών ιδεών και εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Ασθενής ηλικίας 17 ετών κάνει κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και ιδιαίτερα παραισθησιογόνων και ινδικής κάνναβης. Παρουσιάζει ψύχωση λόγω εξάρτησης και ειδικότερα ψυχωτικά συμπτώματα όπως αντιληπτικές διαταραχές, υπερθυμική διάθεση, εγρήγορση, κοινωνική απόσυρση. Ο ασθενής δεν έχει την ανάγκη για ύπνο, έχει έντονη διέγερση, και ψυχωτικά συμπτώματα. Ταυτόχρονα ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία προσαρμογής στο περιβάλλον του. Έχει εμφανίσει κρίσεις πανικού στο παρελθόν, αλλά όχι πρόσφατα. Δεν επιθυμεί να συμμετέχει σε δραστηριότητες.

Στο οικογενειακό ιστορικό όλοι στην οικογένεια έχουν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών. Επίσης, όσον αφορά την κατάσταση στο οικογενειακό του περιβάλλον ο πατέρας του άφησε τη μητέρα του, και αργότερα ξαναπαντρεύτηκε και ο ίδιος μένει στη μητέρα του.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Αντιληπτικές διαταραχές 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανίχνευση παράδοξων αντιληπτικών διαταραχών • Προσδιορισμός/ κατανόηση σκέψεων ασθενούς • Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς • Χορήγηση Zyprexa μετά από ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετριασμός ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Αυξημένη ενεργητικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης 	<ul style="list-style-type: none"> Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου Βιοχημικός έλεγχος για παθολογικά και τοξικολογικά ευρήματα (θετική τοξικολογική ούρων 340 mg βενζοδιαζεπίνες) 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση akineton 1/2x3 μετά από ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> Υποχώρηση υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Κοινωνική απόσυρση 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων κοινωνικής απόσυρσης • Ενθάρρυνση ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με τους γονείς του ασθενούς με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του ασθενούς • Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με τον ασθενή και τους γονείς 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση της εικόνας του ασθενούς στον εαυτό του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φύση της ψύχωσης απαιτεί συνεχή δέσμευση μεταξύ των ασθενών και των μελών της ομάδας θεραπείας. Η ανταλλαγή πληροφοριών και η σαφής επικοινωνία είναι απαραίτητες για τη λήψη αποφάσεων θεραπείας που στηρίζουν τους ασθενείς για τους προσωπικούς τους στόχους. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο. Μέσω της γνώσης και της ικανότητας χρήσης κοινών εργαλείων λήψης αποφάσεων, διευκολύνουν την ενσωμάτωση κοινών αποφάσεων στην κλινική πρακτική για τη βελτίωση της παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής. Οι νοσηλευτές σαν αξιόπιστοι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν δεξιότητες και επάρκεια στην αναζήτηση των αξιών και των προτιμήσεων των ασθενών για το σχέδιο περίθαλψης που είναι ουσιαστικής σημασίας και οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βρίσκονται σε κεντρική θέση για να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σχετικά με τη χρήση κοινών εργαλείων λήψης αποφάσεων για χρήση στη συνεργασία τους με τον κλινικό ιατρό τους.

Συμμετοχή της οικογένειας, ψυχοκοινωνικές στρατηγικές, αμοιβαία υποστήριξη, ψυχοθεραπεία και ολοκληρωμένη φροντίδα για τη συνυπάρχουσα κατάχρηση ουσιών μπορούν όλα να είναι μέρος ενός εξατομικευμένου πλάνου υποστήριξης. Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) συμβάλλει στην αλλαγή της αρνητικής σκέψης και συμπεριφοράς που σχετίζεται με τα συναισθήματα της κατάθλιψης. Ο στόχος αυτής της θεραπείας είναι η αναγνώριση των αρνητικών σκέψεων και η διδασκαλία στρατηγικών αντιμετώπισης. Δεδομένου ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή εμφανίζει συμπτώματα ψύχωσης, επιπλέον γνωστική θεραπεία προστίθεται στο βασικό μοντέλο (CBTp). Το CBTp βοηθά τους ανθρώπους να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης για επίμονα συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται στην ιατρική.

Η θεραπεία των ψυχωτικών διαταραχών βασίζεται στη χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων. Τα εν λόγω φαρμακευτικά σκευάσματα είναι πολύ αποτελεσματικά στον έλεγχο των παραγωγικών συμπτωμάτων και λιγότερο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων και της γνωστικής δυσλειτουργίας. Σήμερα χρησιμοποιούνται κυρίως τα δεύτερης γενιάς (άτυπα)

αντιψυχωσικά, τα οποία έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ως προς την πρόκληση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και όψιμης δυσκινησίας, αλλά ορισμένα από αυτά σχετίζονται με αύξηση σωματικού βάρους και πρόκληση σακχαρώδους διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και μεταβολικού συνδρόμου. Η αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών δυσχεραίνεται από την ελλιπή τήρηση της θεραπείας από τους ασθενείς και από την απομάκρυνση από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το φαινόμενο είναι πολυπαραγοντικό και σχετίζεται τόσο με την έλλειψη εναισθησίας, όπως προαναφέρθηκε, όσο και με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντιψυχωσικής θεραπείας.

Μελέτες δείχνουν ότι στη θεραπεία ψυχικών διαταραχών, θεραπείες που αποκλείουν την οικογένεια είναι ανεπαρκείς. Η αναγνώριση των δυσκολιών του ασθενούς καθώς και οι δυσκολίες του ασθενούς και η παροχή υποστήριξης είναι οι κυριότερες σκοποί του νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Όταν οι φροντιστές αισθάνονται ότι υποστηρίζονται, μπορούν να ασχοληθούν περισσότερο με τα προβλήματα που δημιουργούνται από τους ασθενείς ή με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Η μείωση του άγχους του ασθενούς είναι ένα από τα σημαντικότερα αρχικά μέτρα του νοσηλευτή. Ο ασθενής με οξεία ψύχωση νιώθει μεγάλο φόβο. Ο φόβος είναι το επικρατέστερο πρόβλημα στην αρχική φάση της θεραπείας, όσο πιο έντονος είναι ο φόβος, τόσο πιο έντονα είναι τα ψυχωτικά συμπτώματα. Όσο περισσότερο ο ασθενής μιλάει για τις αυταπάτες, τόσο πιο έντονες είναι οι ψευδαισθήσεις και τόσο πιο φοβισμένος και ανήσυχος είναι. Η καλύτερη προσέγγιση σε έναν ασθενή του οποίου η ψύχωση φαίνεται να αυξάνεται είναι να μειώσει το άγχος του. Εκτός από τη μείωση του άγχους, οι ασθενείς πρέπει να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους (Shuler, 2014).

Η αποτελεσματική θεραπεία που βασίζεται σε στοιχεία είναι η διαρκής και αξιόπιστη απάντηση στην ψυχική κατάσταση που προκαλείται από την ουσία. Η ιατρική απεξάρτηση από ιατρικά φάρμακα αποτελεί βασικό συστατικό αυτού του είδους θεραπείας. Η επίβλεψη από έμπειρους επαγγελματίες υγείας μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της χειρότερης ψύχωσης. Στη συνέχεια, καθώς περνάει ο καιρός, η θεραπεία και η ομαδική υποστήριξη είναι σημαντικές για να βοηθήσουν την ανάκαμψη του εξαρτημένου να αντισταθεί στην ανάγκη για υποτροπή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmadi, J. (2016). Cannabis Induced Psychosis Treatment: An Original Approach. *J Addict Depend* 2(2): 1- 2.

Bellfield, B. & Catalano, J.T. (2012). Developments in current nursing practice. In J.T. Catalano (Ed.), *Nursing now! Today's issues, tomorrow's trends* (6th ed.). Philadelphia: F.A. Davis, 450–466.

Bergin N. (2015) Cops increasingly the first call for mental health episodes. *Lincoln Journal Star* November 10

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). National Center for Injury Prevention and Control (NCIP). Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS) [Internet]. Atlanta: CDC

Changhui C, (1998) Epidemiology investigation for Schizophrenia in seven areas of China. *Chin J Psychiatry*. 31(2):72–74.

Davidson L, Strauss JS. (1995) Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry*. 58:44–55.

De Hert M, Detraux J, Peuskens J. (2010) Practice of and services for psychosocial rehabilitation of people with schizophrenia in Belgium. *Giorn Ital Psicopat*. 16:255–265.

Doane, G. & Varcoe, C. (2005). *Family nursing as relational inquiry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Paletakis, A., Stefanis, C. (2013). "Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece." *Journal of Affective Disorders* 145: 308-314

Estevam MC, Marcon SS, Antonio MM, Munari DB, Waidman MAP. (2011). Living with mental disorders: family members' perspective have on primary care. *Rev Esc Enferm USP*.;45(3):674-86.

Ferrari O. (2015). The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE*.

Fisher WH, Geller JL, Pandiani JA.(2009) The changing role of the state psychiatric hospital. *Health Aff (Millwood)*. 28:676–684.

Golba KL.(2015) Services for people with serious mental illness: the impact of national, state and local policy and practice [dissertation]. Lincoln, NE: Psychology, University of Nebraska—Lincoln.

Hensel JM, Banayan DJ, Cheng C, Langley J, Dewa CS. (2014) Client and key worker ratings of need in first-episode psychosis early intervention programmes. *Early Interv Psychiatry* , Aug 12.

Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., Kalofonos, H. (2013). "Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care." in press.

Jenkins R. (2001) Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatr Scand*. 103:2–14.

Kaplan, H.I., and Sadock B. J.. (1998).Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences–Clinical Psychiatry. Eighth edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Kazdin AE. (2017) Addressing the treatment gap: a key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behav Res Ther*. 88:7–18

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I. et al. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525.

Killaspy H. (2014) Contemporary mental health rehabilitation. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2014;24(3):89.

Klingberg S. (2014) Cognitive behavior therapy for positive symptoms. In: Schaub A, Falkai P, editors. , eds. *Cognitive Dysfunction in Schizophrenia: Origins and Cutting-Edge Innovative Treatments*. Munich, Germany.

Klinkenberg WD, Calsyn RJ (2006) . Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv.* 47(5):487–496.

Lando J, Marshall Williams S, Sturgis S, et al. (2006). A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Prev Chronic Dis.* April;3(2):A61.

Li D, Tsui MC, Yuan GZ. (2014) (China's new Mental Health Law needs to tackle manpower imbalance of professionals in schizophrenia psychosocial rehabilitation. *Int J Soc Psychiatry.* 60(4):410–411.

Malliori, M., Golna, C., Souliotis, K., Hatzakis, A. (2013). "Managing opioid dependence treatment and controlling for HIV incidence among injecting drug users in Greece: A case study of optimism in the face of adversity". *Addiction* 108 (6): 1174-1175.

Morgan C, Lappin J, Heslin M, Donoghue K, Lomas B, Reininghaus U, (2014). Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study. *Psychol Med.* ;44:2713–2716.

Murray C., Lopez A. (2002). *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

National Research Council and Institute of Medicine. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities [Internet]. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Washington: National Academies Press;. p. 18.

O'Donovan A. (2007). Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* ;14(6):542–548.

Phutane VH, (2012) Barriers to discharge of patients from a government-run day-care psychiatric rehabilitation center in India. *Asian J Psychiatry.* 5(1):34–37.

Poon A, Joubert L, Mackinnon A, Harvey C. (2017) A longitudinal population-based study of carers of people with psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 26:265–275.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370: 859-877.

Rangaswamy T, Sujit J.(2012) Psychosocial rehabilitation in developing countries. *Int Rev Psychiatry.* 24(5):499–503.

Rayan, A., Dadoul, A. (2015). Decrease the length of hospital stay in depressed cancer patients: Nurses should be involved. *Am J Nursing Res* 3(1) 4-7.

Rayan, A., Jaradat, A. (2016). Stigma of Mental Illness and Attitudes Toward Psychological Help-seeking in Jordanian University Students. *Psychol Behav Sci* 4 (1).

Shuler K. M. (2014). Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Patient Preference and Adherence.*;8:701–714.

Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA, (2009) Attention shaping: a reward-based learning method to enhance skills training outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 35:222–232.

Sin J, Norman I. (2013) Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry* 74:1145-62.

Tarassenko M, Sullivan M, Ritchie AJ, Spaulding WD.(2013) Effects of eliminating psychiatric rehabilitation from the secure levels of a mental-health service system. *Psychol Serv.* 10:442–451

Walker S, Wachs TD, Meeks Gardner J, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Careter JA and the International Child Development Steering Group (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369: 145-157.

Wang PS, Demler O, Kessler RC. (2002) Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health*.92(1):92–98.

Wicks, S., Hjern, A., & Dalman, C. (2010). Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1240-1246.

Zhang, J., Xiao, S., & Zhou, L. (2010). Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 773-781.