



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ :Επιστημών αποκατάστασης υγείας

ΤΜΗΜΑ:Νοσηλευτική

Τίτλος Πτυχιακής Εργασίας
Άτομα με σχιζοφρένεια, ο ρόλος του νοσηλευτή στην
αποκατάσταση τους

Αρχάκη Κατερίνα

Εποπτεύων Καθηγητής:Αντιγόνη Μιχαλοπούλου

Πάτρα-2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται την ασθένεια της σχιζοφρένειας. Πρόκειται για μία βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσα από την οποία επιδιώκεται να γίνει κατανοητή η ψυχική διαταραχή της σχιζοφρένειας, με σημείο αναφοράς τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού. Η εργασία χωρίζεται σε τέσσερα επιμέρους κεφάλαια, στο πρώτο εκ των οποίων γίνεται αναφορά στην έννοια της ψυχικής υγείας και στο περιεχόμενο της ψυχικής διαταραχής. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη σχιζοφρένεια και στις διαστάσεις της, ενώ στο τρίτο κεφάλαιο στο ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει το νοσηλευτικό προσωπικό για την ορθή νοσηλεία και βοήθεια των ασθενών. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται δύο περιστατικά σχιζοφρενών ασθενών και οι ενέργειες που διενεργήθηκαν από τους νοσηλευτές, κατά την παραμονή των ασθενών στις δομές ψυχικής υγείας. Η εργασία ολοκληρώνεται με μία σειρά συμπερασμάτων και προτάσεων για το εξεταζόμενο θέμα.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	4
Κεφάλαιο 1 ^ο	7
1.1 Προσδιορίζοντας την Έννοια της Ψυχικής Υγείας.....	7
1.2 Παράγοντες Διαταραχής της Ψυχικής Υγείας	8
1.3 Η Έννοια της Ψυχικής Διαταραχής	12
1.4 Οι Κατηγορίες των Ψυχικών Διαταραχών.....	14
Κεφάλαιο 2 ^ο	19
2.1 Προσεγγίζοντας την Σχιζοφρένεια	19
2.2 Ιστορική Αναδρομή της Σχιζοφρένειας	20
2.3 Είδη Σχιζοφρένειας	22
2.4 Επιδημιολογική Κατάσταση της Σχιζοφρένειας.....	25
2.5 Αιτιολογικοί Παράγοντες της Σχιζοφρένειας	26
2.6 Κλινική Εικόνα Ασθενή με Σχιζοφρένεια	30
2.7 Διάγνωση Σχιζοφρένειας & Πρόγνωση.....	36
2.8 Θεραπεία της Σχιζοφρένειας.....	38
2.9 Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες	41
Κεφάλαιο 3 ^ο	44
3.1 Το Επιστημονικό Πεδίο της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας	44
3.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στην Περίπτωση του Ασθενή με Σχιζοφρένεια.....	48
3.3 Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στη Φαρμακευτική Αγωγή	52
3.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή σε Χρόνιες Περιπτώσεις Σχιζοφρένειας.....	56
3.5 Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στον Περιορισμό του Κοινωνικού Στίγματος	58
3.6 Νοσηλευτική Διεργασία Ασθενή με Σχιζοφρένεια.....	59
3.7 Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στην Κάλυψη των Αναγκών του Ασθενή με Σχιζοφρένεια	61

Κεφάλαιο 4 ^ο	66
4.1 Μελέτη 1 ^ο Περιστατικού	66
4.2 Μελέτη 2 ^ο Περιστατικού	76
Συμπεράσματα	88
Προτάσεις	90
Βιβλιογραφία	91

Εισαγωγή

Η ψυχική υγεία, αποτελεί μία από τις δύο σημαντικές συνιστώσες στη ζωή κάθε ανθρώπου, η οποία μαζί με τη σωματική υγεία του εξασφαλίζει ευημερία και ισορροπία. Συνεπώς το άτομο έχει τη δυνατότητα να ικανοποιεί με επιτυχία τις ανάγκες του, να κατανοεί τον εαυτό του και όλα όσα λαμβάνουν χώρα γύρω του. Ωστόσο όλα τα άτομα δεν έχουν την προαναφερόμενη δυνατότητα, αφού η ψυχική τους υγεία σε αρκετές περιπτώσεις κλονίζεται λόγω διαφόρων ψυχικών διαταραχών.

Η σχιζοφρένεια, είναι μια χρόνια και περίπλοκη νευροψυχιατρική διαταραχή, που προκαλεί σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, στο κοινωνικό περιβάλλον και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στατιστικά δεδομένα 1 στα 100 άτομα νοσεί από σχιζοφρένεια, χωρίς ωστόσο η εμφάνιση της ασθένειας να επηρεάζεται από παράγοντες όπως το φύλο, τη φυλή, την κοινωνική ή την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής. Το άτομο που πάσχει από τη συγκεκριμένη σοβαρή ασθένεια αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα σε επίπεδο υγείας, όσον αφορά στην ικανότητα αντίληψης και σε επίπεδο λειτουργικότητας, ειδικότερα λόγω της ύπαρξης ψευδαισθήσεων, παραληρητικών ιδεών, αβουλίας, εξαιτίας της συναισθηματικής του κατάστασης, λόγω διαταραχών στην σκέψη του.

Η εμφάνιση της ασθένειας είναι συχνότερη στην εφηβεία, με το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο να εμφανίζεται είτε αστραπιαία, είτε προοδευτικά, δίνοντας κάποια προειδοποιητικά σημάδια αρχικά. Κατά την έξαρση της ασθένειας συνήθως ο ασθενής παρουσιάζει τα περισσότερα, αν όχι όλα τα συμπτώματα της ασθένειας, ενώ ακολουθεί η περίοδος ύφεσης, χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ασθενείς που παραμένουν συνεχώς σε κατάσταση έξαρσης. Όταν περάσει το πρώτο ψυχωτικό σοκ, περιορίζεται σημαντικά η λειτουργικότητα του ατόμου, ο οποίος μπορεί να επανέλθει μόνο εν μέρει στην αρχική του κατάσταση, ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας, με την ίαση να μην αποτελεί εφικτό στόχο. Συνήθως οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν την ίδια ανταπόκριση στην θεραπεία, με την τελευταία το μόνο που να καταφέρνει, είναι να περιορίσει τα συμπτώματα της ασθένειας.

Αν και οι υπάρχουσες φαρμακευτικές αγωγές λειτουργούν ως ένα βαθμό στην διαχείριση της ασθένειας, ωστόσο το πιθανότερο είναι η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Συνήθως το 50% των ασθενών δεν έχει καλή πρόγνωση, το 30%

παρουσιάζει μία λειτουργικότητα σε ικανοποιητικό επίπεδο και το 20% εμφανίζει κάποια συμπτώματα της ασθένειας, τα οποία ωστόσο δεν απομακρύνουν τους ασθενείς από την προσωπική ζωή τους. Από τα άτομα που νοσούν από σχιζοφρένεια, μόνο το 60% των ασθενών υποβάλλονται σε φαρμακευτική αγωγή λόγω οικογενειακών και οικονομικών παραγόντων, με αποτέλεσμα ένα σημαντικό μέρος των ασθενών να περιθωριοποιούνται σε κοινωνικό επίπεδο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι μέσα από τα στοιχεία που θα παραθέσει να κατανοηθεί καλύτερα η ασθένεια της σχιζοφρένειας καθώς και να διαφανεί ο ρόλος τον οποίο μπορεί να διαδραματίσει το κατάλληλα εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στην καλύτερη διαχείριση της νόσου. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί μία κατάσταση εν μέρει αναστρέψιμη στη καλύτερη περίπτωση για τον ασθενή, όπως επίσης και το γεγονός ότι παρουσιάζει αυξητική τάση περιστατικών, γίνεται κατανοητό πόσο αναγκαία είναι η διερεύνηση της, ειδικότερα για την καλύτερη αντιμετώπιση των πασχόντων ατόμων.

Η εργασία δομείται σε τέσσερα βασικά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της ψυχικής υγείας, στους παράγοντες που μπορούν να τη διαταράξουν, προσδιορίζεται εννοιολογικά η έννοια της ψυχικής διαταραχής, όπως και παραθέτονται οι κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια και το περιεχόμενο της σχιζοφρένειας, γίνεται μία σύντομη ιστορική αναδρομή, αναφέρονται οι μορφές της, η επιδημιολογική κατάσταση της ασθένειας τα τελευταία έτη, οι παράγοντες που θεωρούνται ως αιτίες εμφάνισης της νόσου, η κλινική εικόνα του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια, πληροφορίες που αφορούν τη διάγνωση και την πρόγνωση της ασθένειας καθώς και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις, φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πεδίο της νοσηλευτικής της ψυχικής υγείας, στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην περίπτωση των ασθενών με σχιζοφρένεια, στον ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή, στην κοινωνική αποκατάσταση, στην έννοια της νοσηλευτικής διεργασίας και τον τρόπο με τον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό παρεμβαίνει στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών με σχιζοφρένεια. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται δύο περιστατικά ασθενών με σχιζοφρένεια και παραθέτεται το ατομικό ιστορικό του ασθενή, η διάγνωση εισόδου, το ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό, η πορεία της ασθένειας και οι

παρεμβάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Η εργασία ολοκληρώνεται με μία σειρά συμπερασμάτων και με κάποιες προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση της νόσου.

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Προσδιορίζοντας την Έννοια της Ψυχικής Υγείας

Όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 2011) η ψυχική υγεία κατανοείται ως η ευημερούσα κατάσταση όπου το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να ανταποκριθεί στις πιέσεις που δέχεται στην καθημερινότητα του και εργάζεται παραγωγικά και γόνιμα, ώστε να συμβάλει στην κοινωνία. Αλλιώς, η ψυχική υγεία ορίζεται ως η ικανότητα του μεμονωμένου ατόμου ή μίας ομάδας ατόμων να αλληλοεπιδρά με άλλα άτομα ή ομάδες και με το περιβάλλον τους, με τρόπο που προωθείται η υποκειμενική ευημερία, η όσο το δυνατόν περισσότερη ανάπτυξη των ικανοτήτων τους σε γνωστικό, συναισθηματικό και σχεσιακό πλαίσιο, η πραγματοποίηση στόχων ατομικής και συλλογικής φύσεως με βάση τις ηθικές αξίες και το πλαίσιο της δικαιοσύνης.

Τα ψυχικά υγιή άτομα χαρακτηρίζονται από ευεξία σωματική, συναισθηματική και κοινωνική, απόρροια της οποίας είναι η πραγματοποίηση δραστηριοτήτων παραγωγικής φύσεως, η ικανότητα τους να εκπληρώνουν και να εμπλέκονται σε σχέσεις με άλλα άτομα, η δυνατότητα προσαρμογής τους στις αλλαγές και η αντιμετώπιση προκλήσεων. Η ψυχική υγεία θεωρείται προαπαιτούμενο για να μπορεί το άτομο να ευημερεί σε προσωπικό, οικογενειακό και διαπροσωπικό επίπεδο, καθώς και να είναι ικανό να αποτελεί ενεργό κοινωνικό υποκείμενο. Όπως γίνεται κατανοητό από τα προαναφερόμενα, η ψυχική υγεία δεν πραγματώνεται μόνο με την απουσία οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής, αλλά αφορά την πολυεπίπεδη ευημερία του ανθρώπου. Δεν αντιπροσωπεύει αποκλειστικά μία έννοια ιατρική, αλλά είναι ενταγμένη σε ένα «φιλοσοφικό» πλαίσιο, περιλαμβάνοντας οτιδήποτε σχετίζεται με την έννοια της «καλής ζωής» του ατόμου (Τριανταφύλλου, Οικονόμου & Χριστοδούλου, 2010).

Ο όρος ψυχική υγεία συνδέεται με ένα σύνολο από στοιχεία όπως είναι για παράδειγμα αυτό της υποκειμενικής ευημερίας, η αυτοαποτελεσματικότητα, το αίσθημα της αυτονομίας, το πλαίσιο των ικανοτήτων του ατόμου καθώς και η δυνατότητα του να κατανοεί την διανοητική, αλλά και τη ψυχική κατάσταση του. Η ψυχική υγεία σχετίζεται άμεσα με την βελτίωση της ικανότητας του ατόμου και της κοινότητας μέσα στην οποία δραστηριοποιείται, ώστε να θέσει τον εαυτό του σε κατάσταση ενεργοποίησης και να επιδιώξει την πραγμάτωση της

αυτοπροσδιορισμένης στοχοθεσίας του. Η ψυχική υγεία είναι μία κατάσταση που δεν πρέπει να αποτελεί αντικείμενο ενασχόλησης μόνο των ατόμων που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές, αλλά και του συνόλου της κοινωνίας, αφού επιδρά στα κοινωνικά υποκείμενα. Συνεπώς η ύπαρξη ψυχικής υγείας θεωρείται σημαντική πρόκληση για την διεθνή κοινωνία. Τα ευάλωτα κοινωνικά τμήματα, όπως είναι για παράδειγμα οι οικονομικά ασθενέστεροι, οι άνεργοι, οι άστεγοι, τα άτομα με περιορισμένο γνωστικό κεφάλαιο, όσοι έχουν πέσει θύματα βία, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι και οι γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί, παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο να διαταχθεί η ψυχική υγεία τους (Patel, Cherian, Gohil & Atkinson, 2014).

Η ψυχική υγεία συνδέεται στενά με σημαντικές πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης, αφού όταν απουσιάζει, τόσο το άτομο, όσο και το κοινωνικό περιβάλλον δεν ευημερεί. Η κατάσταση της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής φύσης των ατόμων αλληλεξαρτώνται, ενώ όλα τα ζητήματα που αφορούν το πλαίσιο της υγείας θα πρέπει να διερευνώνται, λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο ανάπτυξης και το πολιτιστικό πλαίσιο της κοινωνίας που εντάσσονται. Σημαντική επιρροή στην ψυχική υγεία των ατόμων ασκούν ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες και το πεδίο των εμπειριών τους, στοιχεία που αφορούν την κληρονομικότητα τους, τις φάσεις εξέλιξης της ζωής τους, εξωγενείς παράγοντες, το οικογενειακό περιβάλλον και τις συνθήκες που επικρατούν στο κοινωνικό περιβάλλον τους (Garrabe, 2011).

1.2 Παράγοντες Διαταραχής της Ψυχικής Υγείας

Για να κατανοηθούν οι συνθήκες που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την κατάσταση της ψυχικής υγείας των ατόμων και κατά συνέπεια τις ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανίσουν, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο «κύκλος ζωής» του ατόμου. Μέσω του προαναφερόμενου μοντέλου, επιδιώκεται να χαρτογραφηθούν εκείνοι οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των ατόμων κατά την ανάπτυξη τους, αλλά και να καθορισθούν οι δια βίου κίνδυνοι. Με τον όρο δια βίου κίνδυνοι νοούνται το γενετικό πλαίσιο του ατόμου, προβλήματα που είναι συσχετισμένα με την ανάπτυξη του, τη υγεία του σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, την απώλεια των ατόμων που του παρείχαν φροντίδα, την απουσία ψυχοκοινωνικών δομών, το εκπαιδευτικό περιβάλλον του, την επαφή του με βλαπτικές ουσίες για τον

οργανισμό του, τη πιθανή σωματική κακοποίηση που μπορεί να έχει υποστεί, την ανισότητα, τη βία κ.α.

Η ψυχική υγεία των ατόμων υπάρχει πιθανότητα να επηρεαστεί από την περίοδο της βρεφικής ηλικίας. Σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα το περιβάλλον του εμβρύου μπορεί να ασκήσει σημαντική επιρροή στην μεταγενέστερη ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή του. Αναλυτικότερα, ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου έχει οριστεί το στρες για παράδειγμα που βιώνει μία έγκυος γυναίκα, όπως επίσης και οι ψυχικές διαταραχές από τις οποίες αυτή μπορεί να πάσχει, ακόμη και το χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννα. Η περιορισμένη ανάπτυξη του βρέφους ενώ βρίσκεται ακόμη στη μήτρα της μητέρας του, αυξάνει τον κίνδυνο να παρουσιάσει νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα δε, με πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα, εάν το βρέφος είναι αγόρι, παρουσιάζει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αυτισμού, ενώ εάν είναι κορίτσι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη. Επίσης έχει διαφανεί ότι η εμφάνιση υπερκινητικότητας καθώς και διατροφικών διαταραχών είναι άμεσα συσχετισμένη με το περιβάλλον του ανθρώπου. Στην περίπτωση για παράδειγμα που μία εγκυμονούσα δε επιθυμεί την εγκυμοσύνη, ή αυτή συμβαίνει κατά την περίοδο της εφηβείας υπάρχουν σημαντικοί κίνδυνοι για το έμβρυο να βρεθεί εκτεθειμένο σε πληθώρα επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως είναι για παράδειγμα η κατανάλωση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών από την πλευρά της μητέρας, οι οποίες μπορεί να επιδράσουν καθοριστικά στην εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στο παιδί (Kieling, Baker-Henningham, Belfer, Conti, Pmighbodun & Ertem, 2011).

Η βρεφική και η πρώιμη παιδική ηλικία είναι η χρονική περίοδος που αναπτύσσεται ο εγκέφαλος του ατόμου και δημιουργούνται εκείνα τα διαχειριστικά πρότυπα, τα οποία επιδρούν στην ψυχική υγεία του σε όλη την πορεία του. Όσα παιδιά κάτω των 5 ετών δεν καταφέρνουν να αποκτήσουν με βάση την ηλικία τους ένα συγκεκριμένο αναπτυξιακό πλαίσιο επειδή είναι εκτεθειμένα σε δύσκολες συνθήκες ή σε ακατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, κατά την εφηβεία ή την ενηλικίωση τους, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Όσα παιδιά δεν είναι δέκτες από την πλευρά των μητέρων τους της κατάλληλης φροντίδας και προσοχής, βιώνουν οικογενειακές δυσλειτουργίες, δεν παρακολουθούν το σχολείο αλλά εργάζονται από πολύ μικρή ηλικία, είναι θύματα σεξουαλικής ή οικογενειακής κακοποίησης, ή έχουν υποστεί ψυχική βία στο οικογενειακό ή

κοινωνικό περιβάλλον, είναι πιο επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές (Beneet, 2010). Όσα παιδιά βιώνουν αγχογόνες καταστάσεις και ζουν στην ανασφάλεια, επίσης εκδηλώνουν αρνητικές συμπεριφορές. Συνεπώς τόσο η ψυχική, όσο και η σωματική υγεία των ανθρώπων δεν διαιρείται, ενώ η έκθεση τους σε κακές συνθήκες, σε μολυσματικές ασθένειες, σε λάθος πρακτικές μαιευτικής, σε νοσηρά περιβάλλοντα, δεν τους δίνει τη δυνατότητα να διεγερθούν σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, επηρεάζουν την ανάπτυξη τους, το γνωστικό κεφάλαιο τους, καθώς και την κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση τους. Αντιθέτως εάν το περιβάλλον του παιδιού είναι ασφαλές, εάν του παρέχονται τα απαραίτητα εφόδια σε γνωστικό επίπεδο, εάν οι γονείς του είναι υποστηρικτικοί, τότε η ψυχική υγεία του είναι σε σημαντικό βαθμό προστατευμένη (Hannigan & Coffey, 2010).

Εκτός των προαναφερόμενων, σημαντικοί παράγοντες επιρροής της ψυχικής υγείας αποτελούν οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες εντός των οποίων μεγαλώνουν τα άτομα κατά την παιδική ηλικία τους. Οι συνθήκες αυτές επηρεάζουν τις επιλογές που θα κάνει το άτομο τόσο ως έφηβος, όσο και ως ενήλικας. Εάν ένα παιδί ζει σε άσχημες συνθήκες διαβίωσης, εάν αισθάνεται ότι βιώνει ταπεινωτικές καταστάσεις, εάν νιώθει ότι περιορίζεται όσον αφορά στις συνθήκες παραγωγικής μάθησης ή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, ή εκτίθεται σε συνθήκες ασθενειών ή τραυματισμών, τότε η τάση απόκτησης ψυχικών διαταραχών μεγαλώνει (Howes & Murray, 2014).

Η ψυχική υγεία του ατόμου μπορεί να διαταραχθεί κατά την περίοδο της εφηβείας, όπου θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμο χρονικό διάστημα για την εξέλιξη του, αφού λαμβάνουν χώρα σημαντικές βιολογικές και περιβαλλοντικές ανακατατάξεις. Σε αυτή την ηλικία για παράδειγμα τα άτομα είναι δυσαρεστημένα με το σώμα τους, χαρακτηρίζονται από έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, ενώ συμβαίνουν επίσης σημαντικές ορμονικές αλλαγές, με συνέπεια να παρουσιάζουν βουλιμικές ή ανορεξικές τάσεις. Το άτομο βιώνει σημαντική εσωτερική σύγκρουση προσπαθώντας να καθορίσει την ταυτότητα του. Εάν σε αυτή τη φάση της ζωής του το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον δεν το υποστηρίζει, τότε το άτομο βιώνει υπερβολικό άγχος που μπορεί με τη σειρά του να επηρεάσει την ψυχική υγεία του. Σύμφωνα μάλιστα με τους επιστήμονες η περίοδος της εφηβείας θεωρείται ως μία ιδιαίτερα γόνιμη περίοδος όπου μπορεί το άτομο να παρουσιάσει την πρώτη ψυχική διαταραχή του (Sawyer, Afifi, Bearinger, Blakemore, Dick, Ezeh & Patton, 2012).

Όπως επισημαίνουν οι επιστήμονες τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο κατά την περίοδο της εφηβείας θεωρούνται προγνωστικά του κινδύνου εμφάνισης ψυχικών διαταραχών κατά την ενηλικίωση, ειδικότερα στην περίπτωση της κατάθλιψης. Η ύπαρξη άγχους κατά την περίοδο της προεφηβείας και της εφηβείας καθώς και η πιθανότητα εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών, συνδέονται στενά με την οικογενειακή κατάσταση του. Επίσης κατά την ενήλικη ζωή του, γεγονότα που μπορεί να το έχουν σημαδέψει όπως είναι για παράδειγμα η ανεργία, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου, η οικονομική κρίση, δύσκολες συνθήκες εργασίας, μπορεί να διαταράξουν σημαντικά την ψυχική υγεία του (Patel. et al., 2014).

Όταν το άτομο φτάσει στη περίοδο της τρίτης ηλικίας και σε αυτή τη χρονική περίοδο, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εκδηλώσει κάποια ψυχική διαταραχή. Τα ηλικιωμένα άτομα αντιμετωπίζουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και την κοινωνική απομόνωση, καθώς απομακρύνονται από την αγορά εργασίας, με αποτέλεσμα να περιορίζονται σημαντικά και οι οικονομικές απολαβές τους, ενώ αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες. Η απομόνωση οδηγεί τους ηλικιωμένους σε δύσκολες συναισθηματικές καταστάσεις, που επιτείνονται εξαιτίας του θανάτου του συζύγου ή της συζύγου, του φιλικού περιβάλλοντος και της αδιαφορίας που πολλές φορές εισπράττουν από το οικογενειακό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν κάποιου είδους διαταραχή. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, το πένθος που βιώνει το άτομο σε αυτή την ηλικία και η απομόνωση θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι η παρουσία χρόνιων νοσημάτων λειτουργεί βοηθητικά στον επιπολασμό ασθενειών όπως είναι οι ψυχικές.

Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχικής ασθένειών θεωρούνται επίσης και κοινωνικοδημογραφικά γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν τα άτομα, όπως για παράδειγμα είναι η εθνική ομάδα στην οποία ανήκουν, η περιοχή διαμονής τους, ρατσιστικές διακρίσεις ή άλλης μορφής προκαταλήψεις που έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του επιπέδου άγχους και κατά συνέπεια την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Παραδείγματος χάριν, ο ρόλος των γυναικών σε πολλά κοινωνικά περιβάλλοντα αποτελεί παράγοντα έκθεσης τους σε πληθώρα πιέσεων, που σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως είναι η οικογενειακή βία, ή η κακοποίηση, τους οδηγεί σε καταστάσεις όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Όσα άτομα είναι εκτεθειμένα στη βία είτε λόγω φυσικών καταστροφών, πολεμικών συγκρούσεων, είτε

εκτοπίζονται για τους προαναφερόμενους ή άλλους λόγους, θεωρούνται επίσης επιρρεπή να διαταραχθεί η ψυχική υγεία τους (Reed, Fazel, Jones, et al., 2011). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η φτώχεια είναι άμεσα συνδεδεμένη με της ψυχικές διαταραχές, καθώς επίσης η κουλτούρα και ο πολιτισμός μπορεί να λειτουργήσουν υπέρ αυτών (ΠΟΥ, 2011). Ολοκληρώνοντας διαφαίνεται από τα όσα αναφέρθηκαν ότι η ψυχική υγεία είναι ένας τομέας της ανθρώπινης ύπαρξης που επιδρά καθοριστικά και πολυδιάστατα τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην κοινωνία γενικότερα.

1.3 Η Έννοια της Ψυχικής Διαταραχής

Η έννοια της ψυχικής διαταραχής αφορά την κατάσταση εκείνη όπου η υγεία του ατόμου παρουσιάζει εκτροπές όσον αφορά στον τρόπο που σκέπτεται, που συμπεριφέρεται, στη διάθεση του, με συνέπεια να επικρατεί δυσφορία ή περιορισμένη λειτουργικότητα. Η εμφάνιση μίας ψυχικής διαταραχής συνδέεται, αλλά και επιτείνει ένα σύνολο από προβλήματα που οδηγούν στην αναπηρία του ατόμου, στον ψυχικό ή σωματικό πόνο, κατευθύνοντας το σε κάποιες περιπτώσεις έως και στο θάνατο. Στην έννοια της ψυχικής διαταραχής εντάσσονται όλες οι διαταραχές ψυχικής ή διαγνωστικής μορφής. Οι αιτίες των ψυχικών διαταραχών συνδέονται με τον εγκέφαλο, ενώ οι παράγοντες πρόκλησης τους είναι ποικίλες, όντας στηριγμένες σε ένα ιδιαίτερα σύνθετο πλέγμα από αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιδίων του ασθενούς και του περιβάλλοντος (Robin, Koksai, Jean-Michel & Fernando, 2015).

Το ψυχικά διαταραγμένο άτομο έχει συνήθως ένταση, παρουσιάζει συναισθηματική αστάθεια, εμφανίζει διαταραχές στη συμπεριφορά του, εκπτώσεις στη μνήμη, η επίγνωση του είναι περιορισμένη όσον αφορά στην πραγματικότητα και διακατέχεται από ψευδαισθήσεις ή παραληρήματα. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο μία από τις σημαντικότερες μορφές αναπηρίας, ενώ η εκδήλωσή τους στην ενήλικη ζωή του ατόμου συνδέεται άμεσα με όσα έχει βιώσει κατά τα παιδικά και τα εφηβικά χρόνια του (Howes & Murray, 2014). Σύμφωνα με τους επιστήμονες στην εφηβεία εκδηλώνεται το 1/2 των ψυχικών διαταραχών, ωστόσο δεν ανιχνεύονται εύκολα γιατί το άτομο στην εφηβική ηλικία διστάζει να μεταδώσει τα προβλήματα του στο

περιβάλλον του. Όπως αναφέρει το Centres for Disease Control and Prevention, (2014) σε έρευνα που διεξήγαγε, το 20% των ατόμων κατά την εφηβεία τους θα διαγνωστούν με κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή, με την κατάθλιψη να αποτελεί την πιο συχνή από αυτές. Άλλη έρευνα έχει καταδείξει ότι 1 στα 5 άτομα του γενικού πληθυσμού κάποια στιγμή στη ζωή τους θα εμφανίζουν ψυχική διαταραχή. Αυτή η πιθανότητα αφορά και τα δύο φύλα, όπως και όλη την ηλικιακή κλίμακα, καθώς και το σύνολο των κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Επίσης 1 στα 6 άτομα κάποια στιγμή στη ζωή του, θα πραγματοποιήσουν απόπειρα αυτοκτονίας (Λαζαρίδου, 2018).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι διαταραχές νευροψυχιατρικού χαρακτήρα είναι μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας, αφού αντιπροσωπεύει το 18,7% του συνόλου των ψυχικών διαταραχών. Στις χώρες του αναπτυγμένου κόσμου και ειδικότερα όσες έχουν υψηλό εισόδημα, το 90% των ανθρώπων που αυτοκτονούν οφείλεται στην ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής. Επίσης τα αποτελέσματα άλλων ερευνών έχουν καταδείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή, ζουν λιγότερο κατά 8 - 17,5 έτη και η ποιότητα ζωής τους είναι χαμηλή (Ferrari, Iozzino, Clarissa, Large, Nielssen, & Girolamo, 2015).

Οι ψυχικές διαταραχές προσεγγίζονται με τρεις διαφορετικούς τρόπους, με βάση τα τρία μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί στον τομέα της ιατρικής, το βιο-ιατρικό, το βιοψυχοκοινωνικό και το μοντέλο της ετικετοποίησης. Αναλυτικότερα το βιο-ιατρικό μοντέλο θεωρεί ότι η ψυχική ασθένεια θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως η σωματική, επιχειρηματολογώντας ότι οι αιτίες της είναι βιολογικές. Το βιοψυχοκοινωνικό διαφοροποιούμενο από το βιο-ιατρικό, αναφέρει ότι το ψυχικά ασθενές άτομο πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ολότητα, όπου η σωματική, η διανοητική και η συναισθηματική διάσταση του έχουν ενιαίο χαρακτήρα. Οι τρεις προαναφερόμενες διαστάσεις αλληλοεπιδρούν διαρκώς μεταξύ τους, δημιουργώντας μία δυναμική ισορροπία, με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Το μοντέλο της ετικετοποίησης εξετάζει την ψυχική διαταραχή όχι ως ασθένεια, αλλά ως μίας μορφής ετικέτα όπου από την οποία εκπορεύεται μία συγκεκριμένη συμπεριφορά (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2010).

Από τα τρία μοντέλα που αναφέρθηκαν το βιοψυχοκοινωνικό θεωρείται ως το πιο κατάλληλο σύμφωνα με τους επιστήμονες όσον αφορά στον τρόπο χειρισμού των ατόμων που είναι ψυχικά διαταραγμένα. Βασική αρχή του συγκεκριμένου μοντέλου

είναι ότι ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται με βιοψυχοκοινωνικά κριτήρια και μέσα σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να εφαρμόζεται η θεραπεία του, παραμένοντας το άτομο εντός της κοινότητας. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο βοηθά στην ανάπτυξη της συνεργασίας της κλασικής με την κοινοτική ψυχιατρική, καθώς επίσης και τη συμμετοχή εναλλακτικών ιατρικών μεθόδων, χωρίς ωστόσο να παραγκωνίζεται η βιολογική διάσταση της ασθένειας. Το άτομο αντιμετωπίζεται ολιστικά, με σκοπό να υπάρξει άμβλυνση της ψυχικής διαταραχής που βιώνει, παραμένοντας στο κοινωνικό περιβάλλον και αποτελώντας ενεργό μέλος του.

1.4 Οι Κατηγορίες των Ψυχικών Διαταραχών

Οι ψυχικές διαταραχές διαχωρίζονται σε διάφορες κατηγορίες οι οποίες συνδέονται με τις αιτίες όπως και με τον τρόπο που εκδηλώνονται. Η πρώτη κατηγορία αφορά τις **Αγχώδεις Διαταραχές (Anxiety Disorders)**. Τα άτομα που θα εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές διακρίνονται για την υπερβολική ένταση που έχουν και το άγχος στην καθημερινή τους ζωή. Αντιμετωπίζουν την πλειοψηφία των καταστάσεων που τους περιβάλλουν με δισταγμό, με φόβο, πανικό και καχυποψία. Αυτής της κατηγορίας οι διαταραχές συνήθως συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα όπως είναι η ταχυπαλμία, η υπερδρωσία, διαταραχές στον ύπνο, δυσκολία αναπνοής ή σε κάποιες περιπτώσεις και λαχάνιασμα. Οι κρίσεις άγχους που βιώνουν αυτά τα άτομα εκδηλώνονται είτε με κρίσεις πανικού στην καθημερινή ζωή τους, είτε και μέσω της ύπαρξης φοβιών, ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές συνήθως νιώθουν αισθήματα έντονης θλίψης για μεγάλο χρονικό διάστημα σε σημείο που μπορεί να φτάνει στην κλινική κατάθλιψη, παρουσιάζουν συνεχείς εναλλαγές διάθεσης, αισθάνονται γενικευμένο φόβο και ανασφάλεια. Η συγκεκριμένη μορφή διαταραχών θεωρείται η πιο συνήθης και επηρεάζει το 13,6% - 28,8% των ενηλίκων ατόμων κατά την πορεία της ζωής τους. Η διαταραχή γενικευμένου άγχους, θεωρείται από τις συνηθέστερες διαταραχές αυτής της κατηγορίας, με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της να αποτελούν το γενικευμένο άγχος και την έντονη ανησυχία του ατόμου σε ποικίλες πτυχές της ζωής του. Σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα η συχνότητα της συγκεκριμένης μορφής διαταραχής αυξάνεται καθώς το άτομο μεγαλώνει, ενώ είναι ιδιαίτερα συχνή στην

περίπτωση των γυναικών. Κυρίως εκδηλώνεται στα μέσα της 5^{ης} δεκαετίας της ζωής του ατόμου (Weems & Silverman, 2013)

Η δεύτερη κατηγορία αφορά τις **Διατροφικές Διαταραχές (Eating Disorders)**. Η συγκεκριμένη κατηγορία διαταραχών συναντάται στον δυτικό κόσμο ευρέως και αφορά όλη την ηλικιακή κλίμακα των ανθρώπων. Όπως κάθε είδους διαταραχή, έτσι και οι διατροφικές διαταραχές κρύβουν αρκετούς κινδύνους οδηγώντας σε κάποιες περιπτώσεις τον ασθενή ακόμη και στον θάνατο. Η εκδήλωσή τους γίνεται μέσω ακραίων συναισθημάτων, συμπεριφορών και αντιδράσεων, που σχετίζονται με κάποιον τρόπο με την τροφή. Οι πιο συνήθεις μορφές είναι η βουλιμία και η ανορεξία, η ορθορεξία, η ευκαιριακή άμετρη διαταραχή. Το άτομο που νοσεί δεν ελέγχει τα συναισθήματά του και κατά συνέπεια τις διατροφικές του παρορμήσεις, επιδιώκοντας μέσω αυτών να καλύψει το συναισθηματικό κενό που αισθάνεται. Τα πάσχοντα άτομα έχουν εθιστεί σε ένα συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο και το ακολουθούν πιστά. Σε περίπτωση παρέκκλισης από τις διατροφικές τους συνήθειες, αισθάνονται τύψεις, ενοχές ντροπή, θυμό, αποστροφή και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Δεν μπορούν να αναπτύξουν το αίσθημα της ευθύνης και αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Petre & Legg, 2019).

Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τις **Ψυχωσικές Διαταραχές (Psychotic Disorders)**. Τα άτομα που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές, διακατέχονται από μία λανθασμένη εικόνα για τον εαυτό τους, αλλά και της πραγματικότητας. Χαρακτηρίζονται από ακραίες αντιδράσεις και η σκέψη τους είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις είναι εμπλουτισμένη με ψευδαισθήσεις και φαντασιώσεις. Βλέπουν εικόνες που δεν υπάρχουν και ακούν ήχους που δεν υφίστανται, νομίζοντας ότι είναι καταστάσεις υπαρκτές. Σε αυτή την κατηγορία των διαταραχών εντάσσεται η σχιζοφρένεια. Οι ψυχωσικές διαταραχές παρουσιάζουν πολλά και διαφορετικά συμπτώματα με το άτομο άλλοτε να φαίνεται ότι κατανοεί τις παράλογες πεποιθήσεις του και άλλοτε να θεωρεί ότι ο φανταστικός κόσμος που έχει δημιουργήσει είναι πραγματικός (Burns & Roos, 2016). Το άτομο μπορεί να εκδηλώσει ψυχαναγκασμούς ή και καταναγκασμούς, ενώ ένα ακόμη σύνηθες σύμπτωμα είναι ο αποδιοργανωμένος λόγος, ο οποίος μπορεί να φτάνει μέχρι την ασυναρτησία.

Η τέταρτη κατηγορία αφορά τις **Διαταραχές Μετατραυματικού Στρες (Post Traumatic Disorders – PTSD)**. Πρόκειται για μία κατάσταση η εκδήλωση της οποίας λαμβάνει χώρα μετά από ένα ισχυρό σοκ που βιώνει το άτομο ή ένα τραυματικό γεγονός που έζησε, που του προκάλεσε έντονα συναισθήματα. Η εκδήλωση αυτής της διαταραχής λαμβάνει χώρα κυρίως σε άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση, άτομα που ήταν θύματα πολέμου, που έχασαν κάποιο αγαπημένο πρόσωπο τους, άτομα που επιβίωσαν μετά από κάποιο ατύχημα, φυσική καταστροφή ή ληστεία. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από απουσία συναισθήματος, από απουσία ενδιαφερόντων κ.α. Τα άτομα που βιώνουν μετατραυματικό στρες έχουν τραυματικές αναμνήσεις, βρίσκονται συνεχώς σε κατάσταση υπερδιέγερσης, αρνητικής διάθεσης, ενώ έχουν την τάση να αναβιώνουν το τραύμα, μέσα από ενοχλητικές εικόνες, αναμνήσεις και εφιάλτες. (Bisson, Cosgrove, Lewis, Roberts, 2015).

Η πέμπτη κατηγορία αφορά τις **Ιδεοψυχαναγκαστικές Διαταραχές (Obsessive Compulsive Disorders – OCD)**. Οι ασθενείς που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία διακατέχονται από σκέψεις που είναι επίμονες και διαρκείς. Η κυριαρχία των φόβων τους οδηγεί τα πάσχοντα άτομα να μην μπορούν να πραγματοποιήσουν τις καθημερινές τους ρουτίνες. Οι σκέψεις που κάνουν είναι πάντα αρνητικές και οδηγούν τα άτομα να ακολουθήσουν συγκεκριμένες τελετουργίες που ονομάζονται ψυχαναγκασμοί. Οι εμμονές που έχουν τα άτομα δεν τους επιτρέπουν να είναι ήρεμα, με συνέπεια να τα κυριεύει συνεχώς παράλογος φόβος. Για παράδειγμα η μικροβιοφοβία αποτελεί μία χαρακτηριστική περίπτωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, όπου το άτομο πλένει τα χέρια του συνεχώς, δεν θέλει να αγγίξει καμία επιφάνεια και δεν θέλει να έρχεται σε σωματική επαφή με άλλα άτομα .

Μία ακόμη κατηγορία αποτελούν οι **Διαταραχές Προσωπικότητας (Personality Disorders)**. Ο ασθενής αυτής της κατηγορίας, αν πρόκειται για παιδί συνήθως δημιουργεί προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον, ενώ εάν είναι ενήλικας προκαλεί προβλήματα στην εργασία του και γενικότερα στις διαπροσωπικές σχέσεις του (Rizeanu, 2015). Εκτιμάται ότι το 10-20% του γενικού πληθυσμού θα εκδηλώσει κάποιας μορφής διαταραχή προσωπικότητας κάποια στιγμή στη ζωή του. Σε αυτή την κατηγορία διαταραχών εντάσσονται οι παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας, η σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας, η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας, η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, η μεταιχμιακή

διαταραχή της προσωπικότητας, η δραματική διαταραχή της προσωπικότητας, η ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας, η αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας, η εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας και η ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας (Ανωγειανάκης, Καραγιαννίδου, Παπαλιάγκας, 2018)

Επίσης υπάρχει η κατηγορία που αφορά τις Διαταραχές της Διάθεσης (Mood Disorders). Οι διαταραχές αυτές σχετίζονται με τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών. Οι πιο κοινές ασθενείς αυτής της κατηγορίας είναι η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή και η κυνοπανυμική διαταραχή. Τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι η θλίψη και το αίσθημα της παραίτησης, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις το άτομο μεταβαίνει πολύ γρήγορα από τη χαρά στη λύπη και από τη λύπη στη χαρά (DeRubies, Strunk, Lorenzo-Luaces, 2016).

Δίπλα στις παραπάνω διαταραχές θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και μία υποομάδα από δευτερεύουσες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Αναλυτικότερα πρόκειται για τις **Διαταραχές Προσαρμογής (Adjustment Disorders).** Αυτής της κατηγορίας οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται με την ύπαρξη έντονων συμπτωμάτων συναισθηματικής ή συμπεριφορικής φύσεως, τα οποία αποτελούν αντίδραση απέναντι σε ένας στρεσογόνο γεγονός ή μία συναισθηματική κατάσταση με την οποία ήρθε αντιμέτωπο το άτομο. Συνήθως εξωγενείς κατατάσεις αποτελούν τις αιτίες αυτών των διαταραχών, όπως για παράδειγμα ένα δυστύχημα αυτοκινήτου, ή ένα καταστροφικό φυσικό γεγονός. Ωστόσο η εκδήλωση τους μπορεί να οφείλεται σε ζητήματα διαπροσωπικού χαρακτήρα που πάλι εκδηλώνονται ως αντίδραση για παράδειγμα σε ένα ξαφνικό θάνατο, σε ένα διαζύγιο, σε έναν εθισμό.

Μία ακόμη κατηγορία αποτελούν οι **Διαταραχές Πολλαπλής Ταυτότητας (Dissociative Disorders).** Αυτές οι διαταραχές είναι γνωστές με την ονομασία διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας. Τα άτομα που πάσχουν από αυτής της κατηγορίας τις διαταραχές, παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα που συνδέονται με την συνείδηση της ταυτότητας ή της μνήμης. Το άτομο δεν έχει τη δυνατότητα να έχει επίγνωση του εαυτού του, αλλά ούτε και του περιβάλλοντος του. Συνοδά στοιχεία αυτής της διαταραχής αποτελούν το έντονο άγχος το οποίο είναι συνέπεια κάποιου τραυματικού γεγονότος (Brand & Loewenstein, 2010).

Η τρίτη κατηγορία αφορά τις **Σωματικές Συμπτωματικές Διαταραχές (Somatic Symptom Disorders)**. Πρόκειται για εκείνες τις διαταραχές που εκδηλώνονται μέσα από σωματικά συμπτώματα με υψηλή ένταση. Βασική αιτία των διαταραχών είναι κάποιος παράγοντα ψυχολογικής ή συναισθηματικής φύσεως, ο οποίος δεν έχει ιατρική αιτιολογία. Το άτομο εκδηλώνει σωματικές ενοχλήσεις που του προκαλούν επίπονες καταστάσεις, βιώνει ανησυχία και αναστάτωση, χωρίς ωστόσο όλα τα προαναφερόμενα να δικαιολογούνται από κάποια παθολογική αιτία. Οι σωματικοί πόνοι πολλές φορές διαρκούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα και στην ουσία δεν σχετίζονται με πραγματικές ασθένειες. Σύμφωνα με έρευνες 1 στα 4 άτομα κάποια στιγμή στη ζωή του θα παραπονεθεί για πόνους και συμπτώματα χωρίς ωστόσο να βασίζονται σε πραγματική αιτία. Ένα από τα γνωρίσματα των σωματικών συμπτωματικών διαταραχών είναι ότι το άτομο πριν την ηλικία των 30 ετών θα εκδηλώσει για πρώτη φορά δυσφορία. Επίσης άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που ως ενήλικες διαμαρτύρονται για έντονους σωματικούς πόνους, όντας παιδιά στο οικογενειακό περιβάλλον γίνονταν συχνά συζητήσεις για υπερβολικούς πόνους ή για προβλήματα υγείας (Tagwerker & Walitza, 2016).

Η τελευταία κατηγορία αφορά τις **Διαταραχές με Tik (Tic Disorders)** που εκδηλώνονται μέσα από γρήγορες και επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή ήχους, που είναι ανεξέλεγκτοι και συμβαίνουν ακούσια. Αν και ο χαρακτήρας τους είναι ακούσιος, ωστόσο υποστηρίζεται ότι υπάρχει η πιθανότητα καταστολής μέσω συνειδητής προσπάθειας, αν και η ύφεση αυτή έχει περιοδικό χαρακτήρα. Οι μορφές αυτών των διαταραχών έχουν πολλές εκδηλώσεις για παράδειγμα ανασήκωμα των ώμων, σύνθετες κινήσεις, μυϊκές συσπάσεις κ.α. Τις περισσότερες φορές οι διαταραχές εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία γνωρίζουν μία περίοδο καταστολής και στη συνέχεια επιστρέφουν. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, εκμηδενίζονται συνήθως γύρω στην ηλικία των 7 ετών, σε ποσοστό 6-18% στα αγόρια και 3-11 % στα κορίτσια. Συνήθως διαρκούν κατά μέσο όρο 1 έτος ενώ οι χρόνιες περιπτώσεις υπολογίζονται στο 0.5-3% του γενικού πληθυσμού (Tagwerker & Walitza, 2016).

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Προσεγγίζοντας την Σχιζοφρένεια

Η λέξη σχιζοφρένεια προέρχεται από τις λέξεις της αρχαίας ελληνικής «Σχίζειν» που σημαίνει διαχωρισμός και «φρένα» που σημαίνει μυαλό. Όπως διαφάνηκε από την κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών, αυτές διαχωρίζονται σε πολλές κατηγορίες, σε μία από τις οποίες περιλαμβάνονται και οι ψυχώσεις. Με όρο ψυχώσεις ορίζονται οι καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό όσον αφορά στην δυνατότητα του να εκτιμά πράγματα και καταστάσεις που του συμβαίνουν, καθώς επίσης και το «γνώθι σαύ τόν», με συνέπεια η συμπεριφορά του να διαταράσσεται και να βρίσκεται σε πλήρη αποδιοργάνωση.

Η σχιζοφρένεια είναι μία μορφή ψυχικής πάθησης που εντάσσεται στην ομάδα των ψυχώσεων. Πρόκειται για μία σύμπλοκη νοσολογική οντότητα βάση της οποίας αποτελεί η ουσιαστική μεταβολή που υφίσταται το άτομο, όσον αφορά στην πραγματικότητα εσωτερικής και εξωτερικής φύσεως, η οποία εκδηλώνεται μέσα από ένα σύνολο διαταραχών που συνδέονται με τον τρόπο σκέψης, την αντίληψη του ατόμου, την βούληση του καθώς και τη συμπεριφορά του (Tamminga, 2010).

Η σχιζοφρένεια παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ασθενών, ενώ η εμφάνιση της μπορεί να γίνει με διάφορες μορφές διαταραχών, όπως είναι για παράδειγμα η διαταραχή της σκέψης ή η συναισθηματική διαταραχή (Hogan, 2012). Πολλοί είναι οι επιστήμονες που επισημαίνουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μία ασθένεια όπου ο ασθενής έχει χαμηλό βαθμό αυτοεκτίμησης, είναι αδιάφορος απέναντι στη ζωή και δεν επιδιώκει την προσωπική ή επαγγελματική επιτυχία. Το άτομο διακατέχεται από φοβικά συναισθήματα, συγκρίσεις, ενώ έχει συνεχώς την αίσθηση ότι όσα άτομα το περιβάλλουν συνωμοτούν εναντίον του. Επισημαίνεται ότι πολλοί ασθενείς διακατέχονται από την φαντασία τους, ενώ έχει

την τάση να αποξενώνεται από το οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον (RKoksal, Jean-Michel & Fernando, 2015).

Η εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων λαμβάνει χώρα κυρίως όταν το άτομο βρίσκεται σε νεαρή ηλικία, με το ποσοστό του πληθυσμού που επηρεάζεται να κυμαίνεται από 0,4%-0,6%. Τα σχιζοφρενή άτομα είναι ιδιαίτερα εσωστρεφή και βρίσκονται σε μια κατάσταση αποδιοργάνωσης του «Εγώ». Ο επιπολασμός της ασθένειας υπολογίζεται στο 0,3 έως 0,7% του πληθυσμού.

Όσον αφορά στην αιτιολογία της ασθένειας αυτή δεν είναι πλήρως προσδιορισμένη, αλλά σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία οφείλεται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι επιστήμονες κυρίως εστιάζουν στα βιολογικά - γενετικά αίτια, τα οποία φαίνεται ότι διαδραματίζουν τον καθοριστικότερο ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξη της ασθένειας.

Στη σύγχρονη εποχή πολλές εκφάνσεις της ασθένειας είναι ελέγξιμες και μέσω των κατάλληλων θεραπευτικών σχημάτων, οι ασθενείς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να επανενταχθούν στο κοινωνικό περιβάλλον. Κυρίως η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει αντιψυχωσικά φάρμακα, τα οποία καταστέλλουν τη δράση των υποδοχέων της ντοπαμίνης. Συνάμα με την φαρμακευτική αγωγή ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η συμβολή της ψυχοθεραπείας (Νηματούδης, 2015).

2.2 Ιστορική Αναδρομή της Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μία νέα ψυχική διαταραχή, αφού γυρνώντας πίσω στο χρόνο και παρατηρώντας την ιστορία του ατόμου μπορούν να εντοπιστούν στο νοσολογικό πλαίσιο αναφορές ήδη σε κείμενα 3.000 ετών. Για παράδειγμα αναφορές συμπτωμάτων για τη σχιζοφρένεια εντοπίζονται στις Βέδες των Ινδουιστών το (1400 π.Χ.), όπως επίσης και στην Ιπποκράτους Συλλογή (5^{ος} π.Χ. αιώνας) όπου υπάρχει περιγραφή της παράνοιας. Το 2^ο μ.Χ. αιώνα ο Γαληνός αναφέρθηκε στην παραφροσύνη, ο Αρεταίος ο Καππαδόκης προχώρησε στον διαχωρισμό των μανιακών συμπτωμάτων από αυτά που αφορούν την σχιζοφρένεια και στις περιγραφές του αναφέρθηκε επίσης σε περιπτώσεις παραληρήματος, ενώ ο Σωρανός ο Εφέσιος μέσα από τα όσα έγραφε αναφέρθηκε σε καταστάσεις που έχουν κατατονικό και παραληρηματικό χαρακτήρα.

Στη συνέχεια η σχιζοφρένεια όπως και πλήθος άλλων ψυχικών διαταραχών συνδέθηκε με αντιλήψεις που σχετίζονταν με τη θρησκεία, χαρακτηρίζοντας την ύπαρξη της ως δείγμα κυριαρχίας των δαιμονίων στον άνθρωπο, με συνέπεια τα άτομα αυτά να θανατώνονται μέσω της πυράς. Στην περίοδο της Αναγέννησης οι θεοκρατικές αντιλήψεις αντικαταστάθηκαν από πιο επιστημονικές αντιλήψεις, ενώ επανήλθαν στο προσκήνιο οι αντιλήψεις του Ιπποκράτη. Κατά τον 18^ο αιώνα οι επιστήμονες Arnold, Pinel και Haslam, περιέγραψαν με εξαιρετικό τρόπο μερικά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ ο Morel χρησιμοποίησε τον όρο πρώιμη άνοια προκειμένου να περιγράψει την σταδιακή ψυχοτονική έκπτωση που αποτελούσε χαρακτηριστικό γνώρισμα της ασθένειας (Jablensky, 2010).

Προοδευτικά έγιναν προσπάθειες να ενταχθούν σε νοσολογικό επίπεδο τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας εντός συγκεκριμένων κλινικών οντοτήτων, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο τις κατάλληλες συνθήκες ώστε η νόσος να οριοθετηθεί, διαδικασία που επιτεύχθηκε μέσω του Kraepelin το 1896. Την ίδια περίοδο ο Diem προσέθεσε στην προαναφερόμενη ταξινόμηση την απλή μορφή της ασθένειας, ο Jung έκανε περιγραφή των συνειρμικών διαταραχών της και ο Meyer προσέγγισε την ασθένεια από ψυχοβιολογικής άποψης. Ο Bleuer εν συνεχεία ήταν αυτός που χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο σχιζοφρένεια περιγράφοντας τα αρχικά συμπτώματα της ασθένειας, αναφερόμενος στην ασυναρτησία, στην ύπαρξη συναισθηματικής απάθειας / ακαμψίας, απροσφορότητας / αμφιβουλησίας, αμφιθυμίας και αυτισμού, οι οποίες έχουν γίνει γνωστά ως τα τέσσερα «Α» σύμφωνα με την αγγλοσαξωνική βιβλιογραφία (Νηματούδης, 2015).

Ο Langfeldt, προχώρησε στον πυρηνικό και αντιδραστικό τύπο της ασθένειας και ο Scgbeider αναφέρθηκε σε συγκεκριμένα κριτήρια διάγνωσης που συνέβαλαν στην διαδικασία διάγνωσης της. Ολοκληρώνοντας το 1980 η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (DSM -III) προχώρησε στη δημοσίευση της τρίτης έκδοσης του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών, στην οποία συμπεριλαμβανόταν η οριοθέτηση καθορισμένων κριτηρίων διάγνωσης για την ασθένεια, οι μορφές της και στοιχεία που αφορούσαν την εξέλιξη της, οι διάφορες κλινικές συσχετίσεις και η πρόγνωση (Jablensky, 2010).

2.3 Είδη Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια όπως αναφέρθηκε παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία από ασθενή σε ασθενή, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα να διαχωρίζεται σε επιμέρους κατηγορίας αναλόγως των χαρακτηριστικών που εμφανίζει. Ωστόσο πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν κάποιο κοινά χαρακτηριστικά της ασθένειας με κυρίαρχο ότι ο ασθενής δεν έχει επίγνωση τα κατάστασης που βιώνει. Θεωρεί ότι οι σκέψεις και οι ενέργειες του είναι λογικές και δεν θέλει να έρθει σε επαφή με ειδικούς επιστήμονες. Οι κατηγορίες της σχιζοφρένειας είναι η απλή, η κατατονική, η παρανοειδής, η ηβηφρενική, η οξεία και η χρόνια (PRN, 2016).

Η **απλή σχιζοφρένεια** εμφανίζεται σε μικρή ηλικία αν και εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς. Η ύπουλη και αργή ελάττωση των ενδιαφερόντων του ατόμου η οποία συνδυάζεται με απάθεια και αδιαφορία, αποτελούν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της μορφής. Το άτομο προοδευτικά παρουσιάζει πτωτική συναισθηματική τάση και περιορίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις του. Το άτομο αρχικά βρίσκεται σε μία κατάσταση ονειροπόλησης και σταματά το διάβασμα, με αποτέλεσμα τις μειωμένες σχολικές επιδόσεις. Προοδευτικά ο πάσχων απομονώνεται και περιορίζει τις κοινωνικές σχέσεις του. Παραμελεί την εξωτερική εμφάνιση του, ενώ μπορεί επίσης η συμπεριφορά του να είναι απρεπής αφού περιορίζονται οι ηθικές αναστολές, με αποτέλεσμα να απομονωθεί τελείως από τον κοινωνικό περίγυρο. Σε αυτή τη μορφή σχιζοφρένειας συνήθως δεν εκδηλώνονται παραγωγικά συμπτώματα της νόσου, όπως είναι για παράδειγμα οι ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα (Bishara, 2018).

Η **κατατονική σχιζοφρένεια** εκδηλώνεται στο άτομο μέσω της κινητικής και ψυχικής έντασης του ασθενή. Αναλόγως των ειδικότερων συμπτωμάτων που παρουσιάζει διακρίνεται σε δύο φάσεις, η πρώτη ονομάζεται κατατονική εμβροντησία και η δεύτερη κατατονική διέγερση. Στην κατατονική εμβροντησία το άτομο προοδευτικά περιορίζει την ψυχοκοινωνική δραστηριότητα όπως επίσης και την απόλυτη ακινησία. Ο ασθενής δεν εκτελεί καθημερινές λειτουργίες όπως για παράδειγμα, δεν τρώει, δεν ντύνεται, δεν μιλάει και γενικότερα παρουσιάζει αδιαφορία για τον περίγυρο του. Επίσης δεν αισθάνεται άνετα όταν είναι ξαπλωμένος, με αποτέλεσμα οι στάσεις που παίρνει πολλές φορές να είναι αλλόκοτες και να παραμένει ακίνητος σε αυτές για πάρα πολύ ώρα. Είναι σύνηθες ο ασθενής να πραγματοποιεί ακούσιες κινήσεις χεριών ή σώματος τις οποίες επαναλαμβάνει

διαρκώς ενώ, έχει την τάση να εμφανίζει προκλητική υποβολιμότητα όπως για παράδειγμα να μιμείται ήχους. Η κυρώδης ευκαμψία είναι επίσης άλλη μία εκδήλωση της ασθένειας, δηλαδή οι πάσχοντες μπορούν να πάρουν μία θέση και να παραμείνουν σε αυτή για ώρες, όπως για παράδειγμα να μιμούνται τον νεκρό (PRN, 2016).

Η **κατατονική διέγερση** εκδηλώνεται με άλλα χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα ο ασθενής μεταβαίνει είτε αστραπιαία, είτε σταδιακά από τη φάση της ακινησίας στην πλήρη διέγερση. Επίσης χωρίς καμία αιτία μπορεί να προκαλέσει καταστροφή αντικειμένων που υπάρχουν στο περιβάλλον του. Ο αρνητισμός και η αλαλία είναι γνωρίσματα αυτής της μορφής σχιζοφρένειας, ενώ αρκετές φορές το άτομο διακατέχεται από ψευδαισθήσεις και παραλήρηματα. Η αυτοκτονία επίσης αποτελεί μία συνήθης αντίδραση, χωρίς ιδιαίτερη αιτιολογία. Οι πάσχοντες ωστόσο δεν αυτοκτονούν επειδή είναι απελπισμένοι, αλλά συνήθως ακούν τη φωνή τους να τους οδηγεί σε αυτή την πράξη.

Η **παρανοειδής σχιζοφρένεια** θεωρείται από τις πιο συχνές μορφές εκδήλωσης της ασθένειας, έχοντας μάλιστα κακή πρόγνωση. Η προσωπικότητα του ασθενή μετατρέπεται σε νοσηρή, ενώ οι πιθανότητες θεραπείας είναι αρκετά περιορισμένες. Η έναρξη αυτής της μορφής παρατηρείται μετά την ηλικία των 30 ετών, ενώ προοδευτικά, αλλά αρκετά γρήγορα παρατηρείται εκδήλωση των συμπτωμάτων. Τα άτομα με τη συγκεκριμένη μορφή σχιζοφρένειας κινούνται σε ένα τυπικό πλαίσιο διαπροσωπικών σχέσεων, έχουν εμμονές, είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικά, καχύποπτα, ζηλόφθονα και εκφράζουν υπεροπτική διάθεση. Οι διαταραχές σε επίπεδο σκέψης και συναισθήματος είναι συνήθεις, όπως επίσης και οι ψευδαισθήσεις, ιδίως αυτές που είναι ακουστικής φύσεως. Το βασικό γνώρισμα της συγκεκριμένης μορφής σχιζοφρένειας είναι το παραλήρημα το οποίο λαμβάνει διάφορες μορφές, όπως για παράδειγμα η προσήλωση προς τη θρησκεία, το μεγαλείο ή τη δίωξη. Ο ασθενής πολλές φορές παρερμηνεύει την πραγματικότητα, είναι καχύποπτος κάνοντας συσχετισμούς με διάφορα γεγονότα. Αν και στην αρχή όσα λέει μπορεί να είναι λογικοφανή, καθώς εξελίσσεται η ασθένεια, το παραλήρημα γίνεται ακραίο. Ο ασθενής έχει την τάση να παρατηρεί στα λεγόμενα του συνομιλητή του την κάθε λεπτομέρεια όπως επίσης και τις κινήσεις που τα συνοδεύουν, ενώ θεωρούν ότι τους εχθρεύονται όσοι δεν πιστεύουν αυτά που λένε. Εάν αισθανθούν ότι δεν τους καταδιώκει κάτι, είναι ήρεμοι (PRN, 2016).

Η **οξεία σχιζοφρένεια** είναι μία ακόμη μορφή της ασθένειας με χαρακτηριστικότερο γνώρισμα το αιφνίδιο της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της, ενώ μετά από ένα χρονικό διάστημα το άτομο έρχεται πάλι στη φυσιολογική κατάσταση του. Σε αρκετές περιπτώσεις ωστόσο η υποτροπή των συμπτωμάτων είναι κάτι σύνηθες. Η διάρκεια της συγκεκριμένης μορφής σχιζοφρένειας μπορεί να λάβει από κάποιες εβδομάδες έως κάποιους μήνες. Μαζί με τα συμπτώματα ο ασθενής εμφανίζει σύγχυση, είναι απαθής ή και αμήχανος. Η διάγνωση γίνεται μέσα από την ύπαρξη κοινών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα ο ασθενής εμφανίζει διαταραχή στον τρόπο που σκέπτεται, στις αντιλήψεις του, ενώ έχει και παραισθήσεις. Η αντίληψη του για τον κόσμο είναι διαφορετική και μπορεί να ακούει, να βλέπει και να μυρίζει πράγματα τα οποία δεν υποπίπτουν στην αντίληψη άλλων ανθρώπων, έχοντας ουσιαστικά ψευδαισθήσεις. Οι διαταραχές βούλησης αλλά και συναισθήματος, είναι σε πολλές περιπτώσεις επίσης συνήθεις καταστάσεις. Σε αυτή τη μορφή σχιζοφρένειας το άτομο καταλήγει να έχει δύσκολες σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον του, έχοντας την τάση να διακόπτει φιλίες που είχε και δεν επιδιώκει τη δημιουργία νέων. Αν και θεωρείται μία ιδιαίτερα σοβαρή μορφή σχιζοφρένειας, ωστόσο με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή τα συμπτώματα μπορεί να ελεγχθούν. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία μόνο το 1/3 των ασθενών αυτής του τύπου σχιζοφρένειας θα αναρρώσει πλήρως, με τους εναπομείναντες να υποτροπιάζουν, παρουσιάζοντας μάλιστα μακροχρόνια προβλήματα (Tamminga, 2010).

Η **χρόνια σχιζοφρένεια** έχει ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα τις διαταραχές όσον αφορά στη σκέψη, στη συμπεριφορά και στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, ενώ προοδευτικά το άτομο στερείται των ικανοτήτων του. Ο ασθενής γίνεται ληθαργικός, απαθής και αποσύρεται από τα εγκόσμια, δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του σε μία συγκεκριμένη διαδικασία και αδιαφορεί για τον εαυτό του. Το περιβάλλον του θεωρεί ότι προσπαθώντας μπορεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση, παρουσιάζοντας αδυναμία να αντιληφθεί ότι δεν έχει το έλεγχο. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια, θεωρώντας ως πιο ωφέλιμη τακτική να ενταχθούν σε συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα που να ταιριάζει στις ανάγκες τους (Olivares, Alptekin, Azorin, Cañas, Dubois & Emsley, 2013).

2.4 Επιδημιολογική Κατάσταση της Σχιζοφρένειας

Με βάση έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει διαπιστωθεί ότι διεθνώς 1 στα 100 άτομα θα αναπτύξει σχιζοφρένεια σε κάποια περίοδο της ζωής του, το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα μεγάλο και ανησυχητικό αν συνυπολογιστεί ότι το 1% του παγκοσμίου πληθυσμού ήδη έχει νοσήσει από σχιζοφρένεια, ενώ εκτιμάται ότι σε ετήσια βάση νοσούν από τη συγκεκριμένη ασθένεια περίπου 2.000.000 άτομα. Αναλυτικότερα με βάση τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών ο επιπολασμός της ασθένειας κυμαίνεται από 0,05 -2,38 περιπτώσεις ανά 100 άτομα. Στην περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ), τα ποσοστά της ασθένειας κυμαίνονται από 0,6% - 1,9%, ενώ σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της Ελλάδας, η ασθένεια αγγίζει το 1,2% του πληθυσμού. Αντίστοιχα στην περίπτωση των μεταναστών η ασθένεια κυμαίνεται από 1,37 -3,5% (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Ως ηλικιακή περίοδος εμφάνισης της νόσου θεωρείται το χρονικό διάστημα από 15 έως 35 έτη, με το 25% των περιστατικών να εμφανίζονται πριν την ηλικία των 25 ετών. Ως πρώιμη μορφή σχιζοφρένειας ονομάζεται η πιθανότητα εμφάνισης της πριν την ηλικία των 10 ετών, ενώ ως όψιμη σχιζοφρένεια η εμφάνιση της μετά τα 45 έτη. Η όψιμη μορφή της ασθένειας θεωρείται σπάνια περίπτωση. Αν και η νόσος επηρεάζει τον πληθυσμό σε παγκόσμιο επίπεδο, χωρίς να φανερώνει γεωγραφικές προτιμήσεις, ωστόσο κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν κάποιες κοινωνικές ομάδες που εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν (Sadock & Sadock, 2012). Στην Ελλάδα οι ασθενείς από 15-60 ετών που νοσούν από σχιζοφρένεια υπολογίζονται στις 100.000, εκ των οποίων μόνο το 10% έχει απευθύνει στις μονάδες ψυχοκοινωνικής στήριξης (Παπαδημητρίου και συν, 2013).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών η ασθένεια εμφανίζει μία κληρονομική βάση, αν και δεν θεωρείται απόλυτο. Αν για παράδειγμα ένας από τους δύο γονείς της οικογένειας νοσήσει από σχιζοφρένεια, το παιδί παρουσιάζει 12% πιθανότητες να νοσήσει και αυτό από την ίδια ασθένεια. Εάν και οι δύο γονείς νοσήσουν από σχιζοφρένεια, η πιθανότητα να νοσήσει το παιδί φτάνει στο 40% .

Η σχιζοφρένεια δεν φαίνεται να παρουσιάζει κάποιο προτίμηση σε σχέση με το φύλο, αφού εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες, σε μία αναλογία 1,4 προς 1, ωστόσο δεν έχει αποσαφηνιστεί γιατί η ασθένεια εμφανίζεται στην περίπτωση των γυναικών σε μεγαλύτερη ηλικία, σε σχέση με τους άνδρες κατά

3-5 έτη. Οι άνδρες εμφανίζουν την ασθένεια μεταξύ των 10-24 ετών, ενώ οι γυναίκες μεταξύ των 29-32 ετών, ενώ τα συμπτώματα στην περίπτωση των ανδρών εμφανίζονται με πιο μεγάλη ένταση, κάτι που σύμφωνα με τους επιστήμονες οφείλεται στην μεγαλύτερη ευαισθησία που παρουσιάζει ο εγκέφαλος τους σε επίπεδο νευροαναπτυξιακών διαταραχών (et al., 2010). Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι όσα άτομα ανήκουν σε ασθενείς κοινωνικές και οικονομικές ομάδες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από σχιζοφρένεια. Για παράδειγμα η σχιζοφρένεια παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά στην περίπτωση των μεταναστών οι οποίοι δεν υποστηρίζονται από τους αρμόδιους φορείς. Αν και φαίνεται να επηρεάζει η ασθένεια τις ευάλωτες οικονομικές και κοινωνικές ομάδες περισσότερο, ωστόσο οι επιπτώσεις της είναι ίδιες για όλα τα άτομα που πλήττει (Kaplan & Sadock's, 2012).

Σε ετήσια βάση σύμφωνα με τον ΠΟΥ υπολογίζεται ότι εμφανίζονται 1000 νέα περιστατικά, με την ασθένεια να μην κάνει διακρίσεις μεταξύ των ατόμων των αναπτυγμένων και των αναπτυσσόμενων χωρών. Ωστόσο θεωρείται από τους επιστήμονες ότι το στοιχείο της οικουμενικότητας της παρουσιάζει διακυμάνσεις, εμφανίζονται μάλιστα σε κάποιες περιοχές έως και πενταπλάσιους αριθμούς σε σχέση με κάποιες άλλες περιοχές, κάτι που οδήγησε την επιστημονική κοινότητα σε περεταίρω διερεύνηση (Παπαδημητρίου και συν., 2013). Οι ασθενείς σε σχιζοφρένεια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών, αφού 1 στους 3 κάνει απόπειρα και 1 στους 10 αυτοκτονεί (Black & Andreasen, 2011).

2.5 Αιτιολογικοί Παράγοντες της Σχιζοφρένειας

Όπως προαναφέρθηκε τα αίτια της σχιζοφρένειας δεν έχουν τυποποιηθεί, με την ιατρική επιστήμη να μην έχει καταφέρει μέχρι στιγμής να τα περιγράψει όλα επακριβώς. Ωστόσο οι επιστήμονες έχουν καταφέρει να δημιουργήσουν κάποιες κατηγορίες αιτιών με σκοπό να οροθετήσουν το πλαίσιο της ασθένειας. Αναλυτικότερα οι κατηγορίες των αιτιών διαχωρίζονται σε γενετικές, κοινωνικές και ψυχολογικές. Δίπλα σε αυτές έχουν αναφερθεί η θεωρία για ντοπαμίνη, μελέτες που αφορούν την υιοθεσία, ενώ ακόμη και κάποιες ιογενείς λοιμώξεις σύμφωνα με κάποιους επιστήμονες ευθύνονται για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας.

Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες μελέτες έχουν δείξει ότι η σχιζοφρένεια σχετίζεται με γονίδια του DNA, της αποδίδουν δηλαδή κληρονομικό

χαρακτήρα (Hogan, 2012). Τα άτομα που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού διαγνωσμένο με σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν, ενώ φαίνεται ότι η κληρονομικότητα δεν αφορά μόνο τον υποτύπο της νόσου, αλλά το σύνολο αυτής. Συνέπεια της παραπάνω κατάστασης είναι η σχιζοφρένεια να εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο στην επόμενη γενιά σε σχέση με την προηγούμενη. Γίνεται κατανοητό επομένως ότι όσα περισσότερα κοινά γονίδια μοιράζεται κάποιος σε σχέση με το σχιζοφρενή άτομο, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος της νόσου. Η παραπάνω άποψη επιβεβαιώνεται μέσα από τα αποτελέσματα των υπαρχόντων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία τα μονοζυγωτικά δίδυμα υπάρχει πιθανότητα να νοσήσουν κατά 48% σε σχέση με τα διζυγωτικά που το ποσοστό φτάνει στο 17%. Το 80% των περιστατικών σχιζοφρένειας φαίνεται ότι σχετίζεται με γενετική αιτιολογία. Οι επιστήμονες έχουν συνδέσει την εμφάνιση της ασθένειας με τα γονίδια, 6,13,18 και 22 (Γάνου, 2015).

Στους γενετικούς παράγοντες οι επιστήμονες συμπεριλαμβάνουν και προγενετικές δυσκολίες, όπως για παράδειγμα τον ενδομήτριο υποσιτισμό ή λοιμώξεις ιογενούς χαρακτήρα, προγεννητικές επιπλοκές και στρεσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Αναλυτικότερα όταν παρουσιάζονται επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως είναι εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη, η προεκλαμψία, ή αιμορραγία, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες ο απόγονός να νοσήσει. Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι η ασφυξία που προκαλεί ο ομφάλιος λώρος κατά τη διάρκεια της γέννησης ή εάν πραγματοποιηθεί επείγουσα καισαρική τομή, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της ασθένειας (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης και η άποψη ότι σημαντικός παράγοντας εμφάνισης της ασθένειας είναι η ηλικία στην οποία θα προσβληθεί ο πατέρας. Σύμφωνα με υπάρχουσες μελέτες όταν η ηλικία του πατέρα είναι κάτω των 25 ετών τότε 1 στα 141 παιδιά θα νοσήσει, ωστόσο όταν η ηλικία του πατέρα κυμαίνεται μεταξύ των 25-55 ετών τότε η πιθανότητα ο απόγονος να νοσήσει από σχιζοφρένεια αυξάνεται σημαντικά σε 1 στα 47 παιδιά. Αν και δεν έχουν αποσαφηνιστεί οι της παραπάνω εικόνας, ωστόσο οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι οι αιτίες είναι βιολογικές λόγω της μετάλλαξης που παρατηρείται κατά τη φάση της μίτωσης των γαμετών, που παρουσιάζονται κυρίως στα προγονικά κύτταρα του σπέρματος στους άνδρες πιο μεγάλης ηλικίας (Stilo, & Murray 2010).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες με την ασθένεια λειτουργούν ενθαρρυντικά κυρίως της εξέλιξης της. Η σχιζοφρένεια συνδέεται με το εκπεφρασμένο συναίσθημα. Για παράδειγμα εάν το άτομο με σχιζοφρένεια εξέλθει από τη νοσοκομειακή μονάδα υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να υποτροπιάσει εάν είτε δεχθεί επικρίσεις, είτε το περιβάλλον του τον αντιμετωπίσει υπεπροστατευτικά. Επίσης ο Hogan (2012) επισημαίνει ότι εάν τα επίπεδα του άγχους που βιώνει το άτομο είναι ιδιαίτερα υψηλά, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να χειροτερεύσει. Και οι δύο προαναφερόμενοι ωστόσο συμφωνούν για τα ψυχολογικά αίτια ότι μπορεί σε γενετικό επίπεδο το άτομο να έχει την τάση να αναπτύξει σχιζοφρένεια λόγω των γονιδίων του, ωστόσο εάν βιώσει δύσκολες καταστάσεις τις οποίες δεν μπορεί να διαχειριστεί, ή τραυματικά γεγονότα, όπως για παράδειγμα είναι η απώλεια ενός προσώπου, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αναπτυχθεί η ασθένεια άμεσα.

Κάποιοι επιστήμονες επισημαίνουν ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την εκδήλωση ή μη της ασθένειας. Για παράδειγμα έχει υποστηριχθεί ότι τα άτομα τα οποία έχουν γεννηθεί τον χειμώνα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν την ασθένεια σε σχέση με αυτά που γεννήθηκαν το καλοκαίρι. Όσοι υποστηρίζουν την παραπάνω άποψη επιχειρηματολογούν επισημαίνοντας ότι οι εγκέφαλος του ατόμου εκτίθεται σε ιούς κατά την πρώτη περίοδο της ζωής του, κατάσταση που επιδρά στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας (Hogan, 2012), ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι η παραπάνω άποψη δεν έχει επιβεβαιωθεί επιστημονικά, ευρισκόμενη ακόμη στο στάδιο της έρευνας. Επιπροσθέτως άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι όσες εγκυμονούσες ανέπτυξαν τον ιό της γρίπης κατά τη διάρκεια της κύησης, τα παιδιά τους παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο να νοσήσουν από σχιζοφρένεια. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι επειδή κατά το 3^ο τρίμηνο της κύησης το έμβρυο αναπτύσσει το κεντρικό νευρικό σύστημα, οι οποιεσδήποτε φύσεως επιπλοκές σε αυτό το χρονικό διάστημα μπορεί να επιφέρουν σημαντικά δομικά ελλείματα. Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες πρέπει να αναφερθεί και η παρατήρηση των επιστημόνων ότι τα άτομα των αστικών περιοχών, έχουν την τάση να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της ασθένειας σε σχέση με τις αγροτικές περιοχές, κάτι που έχει συσχετιστεί με το άγχος που βιώνουν τα άτομα των πόλεων, σε σχέση με τα άτομα της υπαίθρου. Μία ακόμη εξήγηση που σχετίζεται με την προαναφερόμενη κατάσταση είναι ότι υπάρχει η τάση μετακίνησης των ασθενών

με σχιζοφρένεια προς της πόλεις, ώστε να δεχθούν την ανάλογη θεραπεία ή να αποκρύψουν το πρόβλημα τους μέσω της ανωνυμίας τους (Heinz, 2014).

Η θεωρία της ντοπαμίνης είναι μία ακόμη προσέγγιση η οποία είναι ευρέως γνωστή αν και πολλοί επιστήμονες την αμφισβητούν. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι ο εγκέφαλος του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια παράγει περισσότερο ποσοστό ντοπαμίνης, σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα. Αυτή η έκκριση επιπλέον ποσότητας θεωρείται ως η αιτία πρόκλησης της σχιζοφρένειας. Όσοι υποστηρίζουν την παραπάνω άποψη ισχυρίζονται ότι η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται με σκοπό τον περιορισμό της ποιότητας της ντοπαμίνης επηρεάζει και τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Όσοι από την άλλη πλευρά δεν ενστερνίζονται τη συγκεκριμένη θεωρία, αναφέρουν ότι τα φάρμακα που λειτουργούν παρεμποδιστικά στους υποδοχείς της ντοπαμίνης, ωστόσο επιδρούν αργά στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (Janicak Marder, Tandon & Goldman, 2014).

Όσον αφορά στις μελέτες υιοθεσίας αυτές επιδιώκουν να αποδείξουν εάν οι περιβαλλοντικές αιτίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας, σε σχέση με παράγοντες γεννητικούς ή το αντίστροφο. Οι μελέτες αυτές πραγματοποιούνται στις σκανδιναβικές κυρίως χώρες όπου οι οικογένειες είναι μεγάλου μεγέθους και είναι πλήρως καταγεγραμμένοι οι γάμοι, τα ψυχικά νοσήματα και οι υιοθεσίες. Συγκρίνοντας τα βιολογικά και τα υιοθετημένα παιδιά όσον αφορά τα ποσοστά συμπτωμάτων, επιδιώκουν να καταδείξουν εάν οι γενετικοί παράγοντες ή όχι, συνδέονται με την εμφάνιση της ασθένειας ή το περιβάλλον.

Κάποιοι επιστήμονες στις αιτίες της ασθένειας αναφέρουν και την ανωμαλία που μπορεί να υπάρχει στην εγκεφαλική δομή του ατόμου. Ο Hogan (2012) τονίζει ότι η σχιζοφρένεια σχετίζεται με τις ανωμαλίες του εγκεφάλου όσον αφορά στη δομή του. Ως αρχικές αιτίες έχουν αναφερθεί οι μεταβολές που παρατηρούνται στις βασικές γαγγλίες, αλλά και άλλες μεταβολές όπως για παράδειγμα η εγκεφαλική ατροφία, η περιορισμένη αιματική ροή και η ύπαρξη διευρυμένων κοιλίων. Επίσης έχουν υποστηριχθεί ως σημαντικές αιτίες της σχιζοφρένειας ο περιορισμένος μεταβολισμός της γλυκόζης στην περιοχή του μετωπιαίου και του κροταφικού λοβού και η διαταραγμένη ισορροπία που παρατηρείται στο σύστημα των νευροδιαβιβαστών.

2.6 Κλινική Εικόνα Ασθενή με Σχιζοφρένεια

Η έναρξη της ασθένειας μπορεί να έχει ύπουλο και προοδευτικό χαρακτήρα ή να εκδηλωθεί με οξεία μορφή. Σε περίπτωση που η ασθένεια εκδηλωθεί μέσω της οξείας μορφής της, το άτομο παρουσιάζει παραληρητικό σύνδρομο και ακουστικού χαρακτήρα ψευδαισθήσεις. Ένα από τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας είναι ότι ασθενής παραμένει ξάγρυπνος. Συνήθως όταν η ασθένεια εμφανιστεί στην οξεία φάση, τότε η διάγνωση της είναι αμεσότερη, ωστόσο εάν ο χαρακτήρας της είναι ύπουλος και προοδευτικός τότε συνήθως η διάγνωση καθυστερεί. Σταδιακά ο ασθενής θα παρουσιάσει έκπτωση στις νοητικές του λειτουργίες, μεταβάλλεται ο χαρακτήρας του, ενώ απομακρύνεται από ασχολίες που κατά το παρελθόν προτιμούσε. Στην πρώιμη φάση της ασθένειας το άτομο εμφανίζει ενδιαφέρον για φαινόμενα μεταφυσικού χαρακτήρα, ενώ συχνά παρουσιάζει νευρώσεις όπως είναι το άγχος και η υστερία. Κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετικά συμπτώματα, αφού δεν βιώνουν όλοι τα συμπτώματα της ασθένειας με την ίδια ένταση, όπως και δεν βιώνουν ακριβώς τα ίδια συμπτώματα.

Όσον αφορά στα πρόδρομα συμπτώματα της ασθένειας αυτά αφορούν τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται πριν ξεκινήσει η ενεργή φάση της νόσου. Εκτιμάται σύμφωνα με τους επιστήμονες ότι η μέση διάρκεια των πρόδρομων συμπτωμάτων είναι τα 5 έτη, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών, μπορεί τα πρόδρομα συμπτώματα να εμφανιστούν και 15 έτη νωρίτερα από την ενεργή φάση. Αυτή η περίοδος έχει ως χαρακτηριστικό γνώρισμα τα ελλείματα γνωστικής φύσεως, αρνητικά συμπτώματα, συμπτώματα διάθεσης και έκπτωσης λειτουργικότητας. Αναλυτικότερα τα συμπτώματα που έχουν καταγραφεί είναι η κοινωνική απομόνωση του ατόμου και η καχυποψία που αισθάνεται, η έλλειψη ενδιαφερόντων, δεν έχει ενέργεια και δεν παίρνει πρωτοβουλίες. Παρατηρούνται αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση του, είναι ευερέθιστο, εμφανίζει κάποια πρώτα ξεσπάσματα οργής και κάνει περίεργες σκέψεις. Παρουσιάζει αδυναμία προσοχής και συγκέντρωσης, καταθλιπτική διάθεση, μεταβάλλεται το πρόγραμμα του ύπνου του και οι αντιλήψεις του τόσο για τον ίδιο τον εαυτό του, όσο και για τα πράγματα. Παρατηρείται αλλαγή στην ταυτότητα του και έχει την τάση να ασχολείται με υπαρξιακά θέματα (Σκόκου, 2012).

Όσον αφορά στα προειδοποιητικά σημεία της νόσου, αυτά σχετίζονται με την κοινωνική απομόνωση που αναφέρθηκε, δεν ενδιαφέρεται το άτομο για τις

επαγγελματικές ή σχολικές υποχρεώσεις, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα και να σκεφθεί, έχει αυπνίες ή υπνηλία, ασχολείται με ζητήματα πνευματικά ή θρησκευτικά, σε αρκετές περιπτώσεις η στάση του σώματος είναι παράξενη, παρουσιάζει διαταραχές στο λόγο και τη γραφή, δεν δίνει σημασία σε σημαντικά γεγονότα της ζωής του, αδιαφορεί για την προσωπική υγιεινή του, κάνει κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικά), η συμπεριφορά του είναι ανάρμοστη, παρουσιάζει εναλλαγές στην προσωπικότητα του, η στάση του είναι επιθετική ειδικότερα όσον αφορά πρόσωπα που αγαπά, δεν μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματα του, βλέπει ή ακούει πράγματα τα οποία δεν υφίστανται, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις πιστεύει ότι το παρακολουθούν (Ανδρούτσος, 2012 · Κογεώργος, 2010).

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει κατά κύριο λόγο όπως έχει λεχθεί την ψυχική κατάσταση του ατόμου προκαλώντας του διαταραχές στη συναισθηματική κατάσταση του, στην αντίληψη, στη βούληση, στη σκέψη, στις διαπροσωπικές λειτουργίες, στην αίσθηση που έχει για τον εαυτό του και στην αίσθηση που σχηματίζει για τον έξω κόσμο. Αναλυτικότερα ως συμπτώματα πρώτης τάξης θεωρούνται η ηχηρή σκέψη, φωνές που παρουσιάζουν συμφωνία, διαφωνία ή σχολιασμό, εμπειρίες κάποιας μορφής παθητικής σωματικής φθοράς, απόσυρση του ατόμου σε επίπεδο σκέψης καθώς και άλλες εμπειρίες που την επηρεάζουν, παραληρητικές αντιλήψεις. Τα συμπτώματα δεύτερης τάξης είναι άλλες διαταραχές που παρουσιάζει το άτομο ως προς την αντίληψη, διάφορες παραληρητικές ιδέες αφνίδιου τύπου, αμηχανία, παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στη διάθεση του που κινούνται από την κατάθλιψη έως την ευφορία, εμφανίζεται συναισθηματική πενία, παραληρητικές ιδέες οι οποίες συνδέονται με παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις (Tandon et al., 2013).

Όσον αφορά στις διαταραχές της σκέψης (Legg & Eyvazzadeh, 2020), αυτές αφορούν την κατηγορία, **Διαταραχές Δομής και Οργάνωσης της Σκέψης**. Αυτή η κατηγορία διαταραχών έχει χαρακτηριστεί από τον Bleuler ως ασυναρτησία, με τον ασθενή να παρουσιάζει διάσπαση σκέψης. Ο λόγος είναι ασυνάρτητος, ασαφής και με ελλειμματικό νοηματικό περιεχόμενο. Σε κάποιες περιπτώσεις οι ασθενείς κάνουν χρήση δικών τους λέξεων με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται η επικοινωνία με τον περίγυρο τους. Επίσης σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται και ο εκτροχιασμός της σκέψης με το άτομο να μην μπορεί να συζητήσει ένα θέμα αποκλειστικά και να πλατειάζει χωρίς λόγο, με αποτέλεσμα η επικοινωνία να είναι αναποτελεσματική.

Η δεύτερη κατηγορία αφορά τις **Διαταραχές Ροής Σκέψης**. Αυτή η κατηγορία διαταραχών ανήκει στα πρώιμα συμπτώματα, όπου οι σκέψεις του ατόμου διακόπτονται με απότομο και ξαφνικό τρόπο, με αποτέλεσμα να διακόπτεται και η ομιλία. Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τις **Διαταραχές Ελέγχου Σκέψης**, όπου εντάσσεται η απώλεια της σκέψης, με το άτομο να πιστεύει ότι οι σκέψεις του υποκλέπτονται ή χάνονται. Επίσης αισθάνεται ότι παρεμβάλλονται στη σκέψη του ξένες σκέψεις, με το άτομο να θεωρεί ότι αποτελεί δέκτη ιδεών από άλλα άτομα και συνεπώς κάποιοι άλλοι σκέφτονται γι' αυτό και όχι το ίδιο. Επίσης παρατηρείται απώλεια στεγανότητας της σκέψης με το άτομο να πιστεύει ότι οι σκέψεις του γνωστοποιούνται στους γύρω του.

Η τέταρτη κατηγορία αναφέρεται στις **Διαταραχές Περιεχόμενο Σκέψης**. Το άτομο παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες, ιδέες παθητικότητας ή αυτοαναφοράς. Οι παραληρητικές ιδέες αφορούν λανθασμένες αντιλήψεις που δεν έχουν λογική και κατηγοριοποιούνται σε διωκτικές, σε αντιλήψεις μεγαλείου, σε σωματικές, σε αποκαλυπτικές, σε ερωτομανιακές, και σε ζηλοτυπικές. Το είδος των παραληρητικών ιδεών, αλλά και η συχνότητα τους εξαρτώνται από την πολιτισμική διάσταση του ασθενή σύμφωνα με τους επιστήμονες. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα αρκετοί σχιζοφρενείς ασθενείς ανησυχούν γιατί θεωρούν ότι τους παρακολουθεί το FBI ή η CIA, ενώ στις περιπτώσεις ασθενών που ζουν σε υποσαχάρειες περιοχές της Αφρικής αρκετοί ασθενείς θεωρούν ότι καταδιώκονται από δαίμονες ή από πνεύματα του κακού. Χαρακτηριστικό γνώρισμα των διωκτικών διαταραχών είναι ότι το άτομο πιστεύει ότι κάποια από τα άτομα που βρίσκονται κοντά του συνωμοτούν εναντίον του, έχουν ως στόχο να τον εξαπατήσουν, τον κατασκοπεύουν, τον ενοχλούν, τον ακολουθούν, διάκεινται δυσφημιστικά για αυτόν, θέλουν να τον δηλητηριάσουν, να τον εμποδίσουν να πραγματοποιήσει μακροπρόθεσμους στόχους του. Οι ερωτομανείς διαταραχές αφορούν εκείνους τους σχιζοφρενείς ασθενείς που πιστεύουν ότι κάποιο άτομο ανώτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης είναι ερωτευμένο μαζί τους. Οι διαταραχές μεγαλείου αφορούν εκείνη την κατηγορία διαταραχών όπου το άτομο έχει σχηματίσει για τον εαυτό του μία διογκωμένη προσωπική αξία, όσον αφορά στη δύναμη που κατέχει, τη γνώση ή την ταυτότητα του. Θεωρεί ότι είναι ένα άτομο ξεχωριστό, ή για παράδειγμα παριστάνει ότι είναι ένα πρόσωπο διάσημο, πιστεύει ότι ξεχωρίζει για κάποιο ταλέντο, ή διορατικότητα, ότι έχει κάνει κάποια σημαντική ανακάλυψη, ή ότι έχει κάποια ιδιαίτερη σκέψη με τον θεό ή με ένα διάσημο

πρόσωπο. Ο τύπος της ζηλοτυπίας θεωρεί ότι ο σύντροφος του τον εξαπατά, κάτι που δεν βασίζεται στην ύπαρξη αποδείξεων, αλλά σε διάφορες άλλες συνθήκες όπως για παράδειγμα ότι μπορεί κατά τη γνώμη του να φορά προκλητικά ρούχα. Ο σωματικός τύπος περιλαμβάνει αυταπάτες όσον αφορά στη σωματική κατάσταση, για παράδειγμα πιστεύει ότι έχει κάποιο σημαντικό σωματικό ελάττωμα ή ότι βιώνει κάποια άλλη σημαντική σωματική κατάσταση. Σε κάποιες περιπτώσεις οι διαταραχές των κατηγοριών που αναφέρθηκαν μπορεί να συναντιούνται σε έναν ασθενή, οπότε σε αυτή την περίπτωση ο τύπος της διαταραχής είναι μεικτός. Ενώ ως απροσδιόριστος, χαρακτηρίζεται ο τύπος που δεν μπορεί να ταξινομηθεί σε καμία από τις προαναφερόμενες κατηγορίες.

Η πέμπτη κατηγορία αφορά τις **Διαταραχές Αντίληψης**. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ψευδαισθήσεις, όπως και οι παραισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις συνδέονται με λανθασμένες αντιλήψεις από τις οποίες διακρίνεται ο ασθενής, χωρίς ωστόσο να υπάρχει κάποιο ερέθισμα από το περιβάλλον. Αν και αφορούν όλες τις αισθήσεις του ατόμου, ωστόσο κατά κύριο λόγο φαίνεται ότι επηρεάζουν την ακοή, πιστεύοντας ότι ακούει διάφορες φωνές ή ήχους που μπορεί να έχουν είτε εξωτερική προέλευση, είτε να πιστεύει ότι ακούγονται εντός του κεφαλιού του, αισθάνεται ότι συνομιλούν μεταξύ τους ή του δίνουν διαταγές. Ειδικότερα στην περίπτωση που ο ασθενής πιστεύει ότι κάποια φωνή του δίνει εντολές, μπορεί να προβεί σε ενέργειες πολύ καταστροφικές τόσο για τον ίδιο τον εαυτό του, όσο και για τα άτομα με τα οποία συναναστρέφεται. Η σχιζοφρένεια ωστόσο επηρεάζει όλες τις αισθήσεις, με τους ασθενείς σε αρκετές περιπτώσεις να παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία σε ήχους, σε οσμές ή στο φως (Kaplan & Sadock's, 2012). Οι παραισθήσεις σχετίζονται με λανθασμένες αντιλήψεις που έχει το άτομο από αληθινά ερεθίσματα που λαμβάνει από το περιβάλλον του. Θεωρούνται βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας και συνήθως είναι συνδεδεμένες με παραληρητικές ιδέες (Παπαδημητρίου και συν., 2013).

Η επόμενη κατηγορία αφορά τις **Συναισθηματικές Διαταραχές**. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται η αμφιθυμία, οι συναισθηματικές εκπτώσεις, η συναισθηματική δυσαρμονία που αισθάνεται το άτομο καθώς και άλλες διαταραχές συναισθηματικής φύσεως. Η αμφιθυμία θεωρείται ένα βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας όπου ο ασθενής διακατέχεται από αντιθετικές συναισθηματικές καταστάσεις για τον ίδιο άτομο ή την ίδια χρονική περίοδο. Για παράδειγμα μπορεί

να αισθάνεται αγάπη ή μίσος για το ίδιο άτομο. Η συναισθηματική δυσαρμονία αφορά την κατάσταση εκείνη που το άτομο δε έχει ορθές αντιδράσεις σε διάφορα ερεθίσματα που δέχεται. Μπορεί να δίνει μεγάλη σημασία σε ασήμαντα γεγονότα, ή να έχει αντίθετες αντιδράσεις σε σχέση με τις αναμενόμενες, όσον αφορά ένα γεγονός. Η συναισθηματική έκπτωση αφορά εκείνη την κατάσταση όπου το άτομο παρουσιάζει συναισθηματική απομάκρυνση από τους οικείους του, δεν νιώθει φιλικά αισθήματα και παρουσιάζει συναισθηματική απάθεια. Σε αυτή την κατηγορία διαταραχών θα πρέπει να συμπεριλάβουμε επίσης και άλλες όπως είναι το άγχος, η αμηχανία, η ευφορία, η κατάθλιψη και η ακαμψία συναισθηματικής φύσεως (Παπαδημητρίου & συν., 2013).

Ακολουθεί η κατηγορία των **Διαταραχών Βούλησης & Ψυχοκινητικής Φύσεως**. Οι διαταραχές βούλησης έχουν ποιοτική, αλλά και ποσοτική διάσταση. Για παράδειγμα ο ασθενής θέλει να παραμένει στο κρεβάτι και να μην έχει κάποια συγκεκριμένη ασχολία, ενώ ταυτοχρόνως θεωρεί ότι αυτή η κατάσταση είναι φυσιολογική. Δεν θέλει να συμμετέχει σε δραστηριότητες και δεν λαμβάνει πρωτοβουλίες, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις αφήνει ανολοκλήρωτες δραστηριότητες. Σε αρκετές περιπτώσεις πιστεύει ότι η βούληση του ελέγχεται από άλλα άτομα και πως καθοδηγείται από αυτά. Οι διαταραχές βούλησης χαρακτηρίζονται από κατατονικό σύνδρομο, το οποίο διακρίνεται για τις σημαντικές αντιθέσεις του. Αναλυτικότερα, το κατατονικό σύνδρομο κατηγοριοποιείται στην κατατονική εκβροντησία και στην κατατονική διέγερση, η συμπτωματολογία των οποίων έχει προαναφερθεί. Ο ασθενής δεν υπακούει τις εντολές που του δίνουν, είτε τις ακολουθεί πιστά. Οι Bleuler & Kraepelin ήταν οι πρώτοι που αναφέρθηκαν στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνοντας τα σε θετικά και αρνητικά. Όπως επεσήμαναν εάν τα θετικά συμπτώματα είναι πιο έντονα, θεωρούνται ως καλύτερος δείκτης πρόγνωσης για τον ασθενή και γενικότερα για την πορεία της ασθένειας. Αντιθέτως εάν τα αρνητικά συναισθήματα είναι πιο έντονα τότε ο ασθενής εμφανίζει συνήθως ανοχή όσον αφορά στην φαρμακευτική αγωγή. Δίπλα στα παραπάνω πρέπει να αναφερθεί ότι στα θετικά συναισθήματα παρατηρείται σταθεροποίηση μεταξύ 5-10 ετών, ενώ στα αρνητικά δεν παρατηρείται συνήθως σταθεροποίηση του ασθενή, με τον τελευταίο να παρουσιάζει επιδείνωση με την πάροδο των ετών (Παπαδημητρίου & συν., 2013).

Μία ακόμη κατηγορία αποτελεί αυτή που αφορά τις **Διαταραχές Ενστίκτων**. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσεται η διαταραχή του ενστίκτου της αυτοσυντήρησης, το οποίο παρουσιάζει σημαντικές εκπτώσεις. Η παραπάνω κατάσταση οδηγεί τα άτομα σε αυτοτραυματισμούς ή απόπειρες αυτοκτονίας. Το άτομο όχι μόνο δεν αισθάνεται τον πόνο, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις νιώθει από αυτόν ευχάριστα συναισθήματα. Συχνά ο ασθενής δεν καταναλώνει οποιαδήποτε τροφή ή παρουσιάζει αποστροφή όσον αφορά συγκεκριμένα είδη τροφών. Επίσης παρατηρείται διαταραχή κοινωνικών ενστίκτων με αποτέλεσμα πολλές φορές το άτομο να προβαίνει σε άσεμνες ενέργειες ή ακόμη και ανήθικες τις οποίες όμως δεν θεωρεί λανθασμένες (Παπαδημητρίου & συν., 2013).

Η **Εναισθησία** είναι η κατάσταση όπου το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματική κατάσταση ως προς τον εαυτό του. Ωστόσο ο σχιζοφρενής ασθενής συνήθως παρουσιάζει απώλεια όσον αφορά στη συγκεκριμένη ιδιότητα, είτε μερικώς, είτε πλήρως. Όταν η απώλεια είναι πλήρης το άτομο δεν μπορεί να αντιληφθεί από τι ακριβώς πάσχει. Τα άτομα που παρουσιάζουν έλλειψη της προαναφερόμενης ιδιότητας σε ένα βαθμό αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους, ωστόσο σε αρκετές περιπτώσεις δεν δέχονται να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, ακόμη και αν πιστεύουν ότι οι ψευδαισθήσεις που έχουν είναι συνέπεια της ασθένειάς τους. Θεωρείται απαραίτητο για τον θεράποντα ιατρό να προσδιορίζει το επίπεδο της εναισθησίας για να μπορεί ο ασθενής να λάβει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Επίσης ο σχιζοφρενής ασθενής εμφανίζει διαταραχές που σχετίζονται με τον τρόπο αντίληψης του εαυτού, παρουσιάζοντάς διαταραχές που αφορούν τα όρια του «εγώ» η εκδήλωση των οποίων γίνεται με παραληρητικές ιδέες και με συγχύσεις που αφορούν την προσωπική ταυτότητα του ατόμου (Παπαδημητρίου & συν., 2013).

Ολοκληρώνοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι στα θετικά συμπτώματα συγκαταλέγονται οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η περίεργη και επιθετική συμπεριφορά, η διαταραχή σκέψης όσον αφορά στην δομή αλλά και τη ροή της. Στα αρνητικά συμπτώματα εμπεριέχονται η ανηδονία, η αλογία, η αβουλησία, η ανεργία, η αμφιθυμία, οι συναισθηματικές διαταραχές, οι διαταραχές ύπνου, η απουσία ορίων ως προς τον εαυτό και η κοινωνική απομόνωση (Hogan, 2012).

2.7 Διάγνωση Σχιζοφρένειας & Πρόγνωση

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας λαμβάνει χώρα είτε με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Οργανισμού (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V), είτε με βάση την Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10). Τα προαναφερόμενα κριτήρια κάνουν χρήση των εμπειριών και των διαταραχών συμπεριφοράς του ατόμου στις οποίες και βασίζεται η ψυχιατρική αξιολόγηση.

Το 1952 δημιουργήθηκε η πρώτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών (DSM) το οποίο και συνέταξε η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση. Με την πάροδο των ετών πραγματοποιήθηκαν πολλές αναθεωρήσεις με την τελευταία να πραγματοποιείται το 2013, αποτελώντας στην ουσία την 5^η αναθεώρηση του εργαλείου (DSM-V, 2013). Αν και ο ορισμός της σχιζοφρένειας δεν μεταβλήθηκε σε σχέση με την αναθεώρηση που έλαβε χώρα το 2000, ωστόσο η τελευταία έκδοση παρουσιάζει μία σειρά αλλαγών. Αναλυτικότερα έγινε αφαίρεση υποτύπων της ασθένειας όπως της κατατονικής ή παρανοειδούς μορφής, η κατατονία δεν θεωρείται σύμπτωμα μόνο ως αναφορά τη σχιζοφρένεια, ενώ κατά την περιγραφή της ασθένειας δίνεται σημασία στο διαχωρισμό μεταξύ της τρέχουσας κατάστασης και της εξέλιξης της. Δεν συνίσταται η λήψη θεραπείας από το άτομο όταν τα συμπτώματα είναι πρωταρχικά, ενώ πλέον έχει αναφερθεί με σαφήνεια η διαφοροποίηση ανάμεσα στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και στη σχιζοφρένεια. Η αξιολόγηση οκτώ τομέων που αφορούν την ψυχοπαθολογία όπως είναι για παράδειγμα η ύπαρξη ψευδαισθήσεων, ή η μανία λειτουργεί βοηθητικά για τις κλινικές αποφάσεις. Επίσης η νέα έκδοση κατέργησε το πολυαξονικό σύστημα διάγνωσης, καθώς η εφαρμογή του στην πράξη θεωρείται αμφίβολη (DSM-V, 2013).

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν βασίζεται μόνο στην σχιζοειδή προσωπικότητα του ατόμου, αλλά απαιτεί την ύπαρξη βασικών συμπτωμάτων τα οποία είναι υπεύθυνα για την πρόκληση διαταραχών στην προσωπικότητα του. Η διάγνωση γίνεται από ψυχίατρο, ο οποίος με τη συμβολή της οικογένειας του ατόμου προσδιορίζει τα ακριβή συμπτώματα καθώς και την χρονική αφετηρία τους. Σύμφωνα με το DSM-V η διάγνωση της σχιζοφρένειας στηρίζεται στα ακόλουθα κριτήρια. Καταρχήν το άτομο θα πρέπει να φέρει 2 ή περισσότερα συμπτώματα για παραπάνω

από ένα μήνα, με το ένα να είναι οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις ή ο αποδιοργανωμένος λόγος. Αναλυτικότερα τα συμπτώματα είναι οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις οι οποίες διαρκούν είτε όλη τη μέρα ή παρατηρούνται πολλές φορές την εβδομάδα για πολλές εβδομάδες, η ασυνάρτητος ή εκτροχιασμένος λόγος, η συμπεριφορά κατατονικού ή αποδιοργανωμένου χαρακτήρα και αρνητικά συμπτώματα όπως είναι η ανηδονία, η αλογία, η αβουλισία ή το απρόσφορο συναίσθημα (DSM-V, 2013).

Το δεύτερο κριτήριο του DSM-V (2013) αναφέρεται στο ότι με την εξέλιξη της ασθένειας το άτομο δεν επιδιώκει την αυτοφροντίδα, δεν θέλει να πραγματοποιήσει σχολικές ή επαγγελματικές υποχρεώσεις, ενώ διαταράσσονται και οι κοινωνικές σχέσεις του. Τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν χρονική διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών, ενώ θα πρέπει να υπάρξει σαφής προσδιορισμός ότι τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα σχιζοφρένειας και όχι σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Επίσης θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι τα συμπτώματα δεν είναι αποτέλεσμα κατανάλωσης ουσιών ή παρενεργειών φαρμακευτικής αγωγής, ενώ όταν υπάρχουν στην οικογένεια περιπτώσεις αυτισμού ή επικοινωνιακών διαταραχών θα πρέπει το άτομο να έχει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για 1 μήνα (Γκοτζαμάνης, 2015). Η πορεία της ασθένειας αξιολογείται εφόσον το άτομο παρουσιάζει διαταραχή για τουλάχιστον 1 χρόνο και εφόσον παρατηρούνται συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια που να τεκμηριώνουν την ασθένεια.

Όσον αφορά στην πρόγνωση, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά εκείνους τους ασθενείς που παρουσιάζουν μεγάλη λειτουργικότητα, η δεύτερη αφορά αυτούς τους ασθενείς που αν και παρουσιάζουν συμπτώματα, η λειτουργικότητα τους βρίσκεται σε καλό επίπεδο γιατί υποστηρίζονται ενεργά από το περιβάλλον τους και η τρίτη κατηγορία αφορά αυτούς τους ασθενείς που έχουν πολύ μειωμένη λειτουργικότητα. Από την τρίτη κατηγορία ασθενών το 10% χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση με τις γυναίκες να παρουσιάζουν καλύτερο ποσοστό πρόγνωσης σε σχέση με τους άνδρες (Παπαδημητρίου και συν, 2013).

Όσοι ασθενείς σταθεροποιήσουν την ασθένεια με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, υποτροπιάζουν σε ποσοστό 40%, το ποσοστό διπλασιάζεται σε όσους δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ενώ υπάρχει μεγάλη πιθανότητα όσοι

δεν λαμβάνουν θεραπεία να εκδηλώσουν βίαιες συμπεριφορές. Από το 30-40% των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν το 10% επιτυγχάνει τον στόχο του. Όσον αφορά στο προσδόκιμο ζωής αυτό είναι αρκετά πιο μικρό σε σχέση με τα υγιή άτομα κάτι που είναι αποτέλεσμα του γεγονότος ότι οι σχιζοφρενείς ασθενείς πεθαίνουν πιο εύκολα από παθολογικά αίτια (Παπαδημητρίου και συν, 2013).

2.8 Θεραπεία της Σχιζοφρένειας

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν επί του παρόντος την κύρια φαρμακολογική θεραπεία της σχιζοφρένειας. Τα φάρμακα αυτά εμπεριέχουν την ικανότητα απόκλισης των μετασυναπτικών D₂ υποδοχέων της ντοπαμίνης στις μεταιχμιακές περιοχές που βρίσκονται στη πρόσθιο τμήμα του εγκεφάλου. Ο προαναφερόμενος αποκλεισμός οδηγεί σε πρόκληση νευροχημικών μεταβολών που με τη σειρά τους έχουν σαν συνέπεια την άμεση, αλλά και μεταγενέστερη θεραπευτική δράση της φαρμακευτικής αγωγής (Black & Andreasen, 2011).

Τα μεγαλύτερα σε συχνότητα φάρμακα που προτιμώνται στην θεραπευτική αγωγή είναι η χλωροπρομαζίνη, η αλκοπεριδόλη και η κλοζαπίνη. Και τα τρία εμπεριέχουν ηρεμιστική δράση ενώ ταυτοχρόνως επιδρούν άμεσα έναντι των συμπτωμάτων που προκαλούνται από τις ψευδαισθήσεις, αλλά και από τις παραληρητικές ιδέες. Τόσο η χλωροπρομαζίνη όσο και η αλοπεριδόλη, θεωρούνται τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα, επιδρώντας μόνο θετικά στα συμπτώματα της ασθένειας. Αντιθέτως η κλοζαπίνη θεωρείται άτυπο αντιψυχωσικό και είναι περισσότερο αποτελεσματικό και στην περίπτωση των αρνητικών συμπτωμάτων της ασθένειας (Bennet, 2010).

Αν και τα προαναφερόμενα φάρμακα μπορεί να επιδράσουν σε λίγη ώρα αφού έχουν κατασταλτική και αντιψυχωσική δράση από τη στιγμή που θα ξεκινήσει η θεραπεία, ωστόσο χρειάζεται να περάσουν περίπου 6 εβδομάδες για να αποδώσουν το μέγιστο της αποτελεσματικότητας τους. Η ημερήσια δόση που λαμβάνει ο κάθε ασθενής διαφοροποιείται αναλόγως του επιπέδου της ασθένειας του και τις ουσίες που εμπεριέχει το κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα. Σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες έχει διαφανεί ότι η λήψη αντιψυχωσικών φαρμάκων θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική στην περίπτωση αντιμετώπισης των θετικών συμπτωμάτων της νόσου, σε σχέση με τα αρνητικά. Δίπλα τα προαναφερόμενα φάρμακα πρέπει να προστεθούν η ρισπεριδόνη, η κουετιαπίνη και η ολανζαπίνη που θεωρούνται

φάρμακα δεύτερης γενιάς, τα οποία φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας, ενώ έχει διαφανεί ότι έχουν και λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα προαναφερόμενα φάρμακα (Κυριαζίδης, 2017).

Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα συμβάλλουν στην βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών με σχιζοφρένεια, ωστόσο όταν η χρήση τους είναι χρόνια υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες στην καθημερινότητα των ασθενών, την επαγγελματική και σεξουαλική τους ζωή. Παραδείγματος χάριν η χλωροπρομαζίνη δημιουργεί ξηροστομία και ξηρολαιμία, διαταραχές στην όραση, στο βάρος του ασθενή, δυσκοιλιότητα, ζάλη ακόμη και κατάθλιψη, μέχρι και ακοκκιοκυττάρωση η οποία εξασθενεί το ανοσοποιητικό. Εκτός των προαναφερόμενων παρενεργειών η νευροληπτική θεραπεία προκαλεί και πολύ σοβαρότερες συνέπειες, οι οποίες παραιτούνται σε περισσότερους από το ¼ των ασθενών, όπως είναι ο παρκινσινισμός και η δυσκινησία (Bennet, 2010· Katona et al. 2015).

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας οδηγούν αρκετούς ασθενείς να παρέμβουν μόνοι τους στη δοσολογία και να την περιορίσουν ή να τη διακόψουν. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στατιστικά δεδομένα μόνο το ¼ των ασθενών φαίνεται ότι παραμένει πιστό στην χορηγούμενη θεραπεία. Η παραπάνω κατάσταση δεν σχετίζεται ούτε με δημογραφικά, ούτε με κοινωνικά στοιχεία, αλλά συνδέεται περισσότερο με τη στάση του πάσχοντος ατόμου, τις πιθανές προσδοκίες που έχει από την φαρμακευτική αγωγή όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της και το διαθέσιμο υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον.

Σε μία προσπάθεια οι ασθενείς να συμμορφωθούν με την φαρμακευτική αγωγή προάγεται η εκπαίδευση τους και η προσπάθεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, καθώς και να γίνεται χρήση μνημονικών στρατηγικών, προκειμένου να θυμάται ο ασθενής να λαμβάνει τη θεραπεία του. Ως εναλλακτική επιλογή επίσης προτείνεται και η ενέσιμη θεραπεία η οποία απελευθερώνει προοδευτικά τη φαρμακευτική ουσία, με αποτέλεσμα το άτομο να μην χρειάζεται να λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή από μόνο του (Bennet, 2010) .

Όσοι ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία σε συνεχή βάση από την πρώτη εκδήλωση του ψυχωτικού επεισοδίου παρουσιάζουν πλήρη ύφεση στα συμπτώματα στον πρώτο χρόνο της θεραπείας. Ωστόσο σε περίπτωση διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής υπάρχει μεγάλη πιθανότητα υποτροπιασμού. Αν και τα

αντιψυχωτικά φάρμακα δεν μπορούν να θεραπεύσουν πλήρως την αρρώστια, ωστόσο φαίνεται ότι συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση της, με συνέπεια οι ασθενείς να φιλοξενούνται στο νοσοκομείο μετά την εμφάνιση του ψυχωτικού επεισοδίου για περίοδο μικρότερη των 2 εβδομάδων, εν αντιθέσει με το παρελθόν που παρέμεναν για μήνες, χρόνια ή ακόμη και για το υπόλοιπο της ζωής τους (Bennet, 2010).

Οι ιατροί τις τελευταίες δεκαετίες προσπαθούν να περιορίζουν όσο το δυνατόν περισσότερο τη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων, διατηρώντας εκείνη τη δοσολογία η οποία κρατά τους ασθενείς σε κοινωνικά λειτουργικό επίπεδο, ελέγχοντας τα συμπτώματα, αλλά παράλληλα έχοντας όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες. Σε κάποιες περιπτώσεις επιδιώκεται και η αυτορρύθμιση δηλαδή του προσφέρεται η δυνατότητα να ρυθμίζει από μόνος του ο ασθενής τη συνιστώμενη δόση φαρμάκου που χρειάζεται.

Παρόλο που πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν τη δυνατότητα να επιτύχουν μακροχρόνια ύφεση και λειτουργική ανάρρωση υπό κατάλληλη θεραπεία, οι περισσότεροι ασθενείς, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, υποφέρουν από υποτροπές που χαρακτηρίζονται από επιδείνωση της ψύχωσης, οι οποίες συχνά απαιτούν επείγουσες επισκέψεις σε δωμάτιο και νοσηλεία. Οι υποτροπές μπορεί επίσης να προκαλέσουν επακόλουθη ανθεκτικότητα στην αντιψυχωτική θεραπεία και απώλεια λειτουργικών κερδών (Hargarter, Cherubin, Bergmans, Keim, Rancans & Bez, 2015).

Σε κάποιες περιπτώσεις επιδιώκεται η ενισχυτική φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Αυτή η επιλογή λαμβάνει χώρα εάν έχουν αποτύχει όλες οι προσπάθειες με τουλάχιστον έναν ανταγωνιστή των υποδοχέων της ντοπανμίνης. Ως συμπληρωματικά φάρμακα της βασικής φαρμακευτικής αγωγής είναι το λίθιο, οι βενζοδιαζεπίνες καθώς και τα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία το λίθιο παρουσιάζει αποτελεσματικότητα στο 50% των ψυχωτικών συμπτωμάτων των ασθενών, ενώ προτείνεται επίσης στις περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει επιθετικές ή παρορμητικές τάσεις.

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνα τους, είτε σε συνδυασμό με αντιψυχωτικά φάρμακα. Αν και δεν φαίνεται ότι επιδρούν καθοριστικά στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ασθένειας, ωστόσο σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα έχει αποδειχθεί ότι περιορίζουν τα επεισόδια βίας στους σχιζοφρενείς ασθενείς. Σε αρκετές περιπτώσεις όταν παρέλθει το πρώτο σοκ

του ψυχωτικού επεισοδίου, οι ασθενείς παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Η εμφάνιση κατάθλιψης θεωρείται ως μία αμυντική αντίδραση του οργανισμού, ώστε ο ασθενής να μην χρειαστεί να έρθει αντιμέτωπος με τις δυσκολίες της καθημερινότητας, ειδικότερα σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων ή στον επαγγελματικό τομέα. Ο ασθενής μετά την υποχώρηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων βιώνει μία περίοδο πένθους ψάχνοντας την χαμένη του ταυτότητα. Σε αυτή την περίπτωση τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα λειτουργούν βοηθητικά, ώστε ο ασθενής να διαχειριστεί την κατάσταση που βιώνει (Black & Andreasen, 2011). Σε αρετές περιπτώσεις τα αγχολυτικά φάρμακα βοηθούν στην αντιμετώπιση έντονων συμπτωμάτων άγχους που βιώνει ο ασθενής ειδικότερα κατά την οξεία φάση της ασθένειας, τα οποία μπορεί να συνδυαστούν με την αντιψυχωτική αγωγή.

2.9 Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες

Εκτός από τις φαρμακευτικές θεραπείες πολλοί επιστήμονες προκρίνουν και μία σειρά άλλων θεραπειών οι οποίες συνήθως λειτουργούν συμπληρωματικά της φαρμακευτικής αγωγής. Η πρώτη θεραπεία αφορά την ηλεκτροθεραπεία, μέσω της εφαρμογής της οποίας χορηγείται στον ασθενή με μικρής διάρκειας επιληπτικές εκφορτίσεις ηλεκτρικό ρεύμα, το οποίο έχει μικρή ένταση, αποσκοπώντας να προκαλέσει εκφότιση στους νευρώνες του. Η συγκεκριμένη μέθοδος θεωρείται αποτελεσματική στην περιπτώσεις που οι ασθενείς βρίσκονται στην οξεία φάση ή σε φάση υποτροπής ή σε κατατονία. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν κλείσει ένα έτος από την περίοδο της διάγνωσης της ασθένειας, ενώ πιστεύεται ότι συμβάλλει στα αποτελέσματα της αντιψυχωτικής αγωγής, ή εάν ο ασθενής πάσχει από επίμονα θετικά συμπτώματα. Η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας προτιμάται στις περιπτώσεις που τα φάρμακα είναι αναποτελεσματικά ή όταν πρέπει να αντιμετωπιστούν κάποια άμεσα συμπτώματα της ασθένειας (Owen, Wessely & Murray, 2014).

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις προάγονται με σκοπό ο ασθενής να φτάσει στο μέγιστο σημείο λειτουργικότητας του, ώστε να μπορεί να επιτελεί τις καθημερινές τους ενασχολήσεις όπως τα υγιή άτομα. Ωστόσο η αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας εξαρτάται και από τη συμβολή του ίδιου του ασθενή. Στην

κατηγορία των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων εντάσσεται καταρχήν η ψυχοθεραπεία, η οποία μπορεί να έχει ατομική, ομαδική ή συμπεριφοριστική μορφή.

Η ατομική ψυχοθεραπεία μέσα από τη σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσει ο ασθενής με το ψυχοθεραπευτή, συμβάλλει ώστε ο θεραπευμένος να αντιληφθεί την κατάσταση του, του παρέχονται συμβουλές και ενθαρρύνεται, όπως και εκπαιδεύεται να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα που επικρατούν στη ζωή του. Η ομαδική ψυχοθεραπεία βοηθά τον ασθενή να συμμετέχει σε καθημερινές δραστηριότητες, να θυμηθεί ή να μάθει εκ νέου νέες κοινωνικές δραστηριότητες, ώστε να μην απομονώνεται από τα άλλα άτομα, καθώς επίσης και να ελέγχει αποτελεσματικά τον εαυτό του. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η σχιζοφρένεια προκαλεί πολλές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου, ειδικότερα σε θέμα δεξιοτήτων, η συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία βοηθά ώστε το άτομο να βελτιώσει τις επιθυμητές συμπεριφορές του, οι οποίες όταν λαμβάνουν χώρα, το άτομο ανταμείβεται, αποσκοπώντας μετά το τέλος της θεραπείας να συνεχίσουν να πραγματοποιούνται (Kaplan & Sadoc's, 2012).

Η οικογένεια του ασθενή αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών για τον προσδιορισμό της κλινικής εικόνας του. Οι ιατροί και νοσηλευτές που κουράρουν τον ασθενή θα πρέπει να στηρίζουν την οικογένεια του, εκπαιδεύοντας και ενθαρρύνοντας την να έχει ενεργό ρόλο στη ζωή του. Η οικογένεια μπορεί να επιτελέσει ρόλο αρωγού ώστε να αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις της νόσου, προσεγγίζοντας το άτομο με τρόπο διαφορετικό σε σχέση με τους θεράποντες ιατρούς. Η αποτελεσματική συμβολή της οικογένειας στην θεραπεία του ασθενή για να λάβει χώρα θα πρέπει τα μέλη της να έχουν ενημερωθεί για την ασθένεια και πως αυτή επηρεάζει τις εγκεφαλικές λειτουργίες του ατόμου στην καθημερινή ζωή του. Θα πρέπει να εκπαιδευτούν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας, αλλά και στον τρόπο συμπεριφοράς τους στον ασθενή, ώστε να μην τους προκαλούν πίεση και άγχος, χωρίς ωστόσο να αναγκάζονται να συμφωνούν μαζί του πάντα. Θα πρέπει να γνωστοποιούν τη συναισθηματική τους κατάσταση καθώς και τις ανησυχίες τους, ώστε να αισθάνονται ήρεμοι για να βοηθούν με τη στάση τους τον ασθενή και θα ήταν ωφέλιμο να συμμετέχουν και τα μέλη της οικογένειας σε ομάδες ψυχοθεραπείας (Κούκια, 2014).

Η θεραπεία περιβάλλοντος αναφέρεται στο περιβάλλον που δημιουργείται εντός των νοσοκομειακών μονάδων, κατάσταση που θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική

για την εξέλιξη του ασθενή. Για την καλύτερη πορεία του ασθενή συνίσταται η ύπαρξη μόνιμου προσωπικού φροντίδας, το οποίο θα δημιουργούσε εκείνες τις συνθήκες, ώστε να αναπτύξει μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Μέσω της δημιουργίας μίας εποικοδομητικής σχέσης ανάμεσα σε ασθενή και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ο θεραπευμένος αλληλοεπιδρά καλύτερα με τον περίγυρο του, δεν απομονώνεται σε κοινωνικό επίπεδο, πραγματοποιώντας με πιο μεγάλη ευκολία καθημερινές ασχολίες, λαμβάνει αποφάσεις, πραγματοποιεί ενέργειες αυτοφροντίδας (Σολδάτος & Λύκουρας, 2010).

Αρκετοί είναι οι επιστήμονες που αναφέρουν την ψυχοεκπαίδευση ως μία ακόμη μη φαρμακευτική θεραπεία, η οποία αποσκοπεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή όσον αφορά στη θεραπεία του. Ο εκπαιδευτής - νοσηλευτής ενημερώνει το άτομο για τη διαταραχή που βιώνει και πόσο σημαντική είναι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής όπως επίσης ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες, πως μπορεί να αποφύγει την πιθανότητα υποτροπής, πως να περιορίζει το άγχος του, πως να φροντίζει τον εαυτό τους και να διατηρεί τη λειτουργικότητα του (Παπαδημητρίου και συν., 2013).

Δίπλα στα παραπάνω πρέπει να αναφερθεί επίσης και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η οποία αποσκοπεί οι ασθενείς με σχιζοφρένεια να φτάσουν στο μέγιστο επίπεδο λειτουργικότητας με σκοπό να επιτυγχάνεται η επικοινωνία, η λήψη πρωτοβουλιών, η απόλαυση, η χαρά, η εργασία και η ενεργοποίηση τους ως χρήσιμα μέλη μέσα στην κοινωνία. Σκοπός της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να αναπτύξει το άτομο όλες τις δεξιότητες και να πραγματοποιηθούν όλες οι απαραίτητες αλλαγές του κοινωνικού περιγύρου, ώστε ο ασθενής να μπορεί να ζει και να δρα, όσο το δυνατόν πιο αρμονικά με τους συνανθρώπους του.

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Το Επιστημονικό Πεδίο της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Όπως αναφέρει η Αμερικάνικη Εταιρεία Νοσηλευτών (American Nurses Association - ANA) η νοσηλευτική ψυχικής υγείας, αποτελεί εκείνον τον ειδικότερο κλάδο της νοσηλευτικής επιστήμης που σκοπό έχει να προάγει την ψυχική υγεία των ατόμων που φαίνεται ότι πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, μέσα από νοσηλευτικές αξιολογήσεις, διαγνώσεις και θεραπείες. Στους ασθενείς ανήκουν μεμονωμένα άτομα, ένα σύνολο ατόμων, ακόμη και ολόκληρες κοινότητες (Παπαδημητρίου και συν., 2013).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας προάγεται σε επίπεδο ψυχικό, κοινωνικό, βιολογικό και φυσικό όπου και μελετά εις βάθος την ανθρώπινη συμπεριφορά, αλλά και τα ιδιαίτερα στοιχεία της κάθε προσωπικότητας των ατόμων από τα οποία και καθορίζονται οι εκάστοτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Stuart, 2013).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας χαρακτηρίζεται από μία σειρά θεμελιωδών αρχών, οι οποίες αφορούν τόσο τον την κλινική άσκηση, όσο και την επιστημονική έρευνα. Οι αρχές αυτές είναι η προσέγγιση κάθε ασθενούς ως μία μοναδική οντότητα από βιολογικής, κοινωνικής, ψυχικής αλλά και πνευματικής άποψης, η προσοχή και η

σημασία στην έννοια σε κάθε ανθρώπινη ύπαρξη καθώς και η σπουδαιότητα της ζωής αλλά και της υγείας κάθε ατόμου, η παροχή εξειδικευμένης, αλλά και ολιστικής παροχής φροντίδας, η οποία παρέχεται με σεβασμό στον κάθε ασθενή.

Η νοσηλευτική επιστήμη συμβάλει σημαντικά στον τομέα της ψυχικής υγείας, με τον κάθε εργαζόμενο του κλάδου να επιδιώκει τη δημιουργία μίας μοναδικής σχέσης με τον ασθενή, αποσκοπώντας μέσω της χρήσης των κατάλληλων γνώσεων του σε θεωρητική και πρακτική βάση, να βοηθήσει στην θεραπεία και όσο το δυνατόν ευρύτερη αποκατάσταση του ασθενή. Όσον αφορά στους σχιζοφρενείς ασθενείς ο θεραπευτικός τρόπος προσέγγισης τους λαμβάνει κυρίως χώρα μέσω της ανάπτυξης διαπροσωπικών διαδικασιών, που φέρουν την ονομασία της νοσηλευτικής διεργασίας (Ζύγα, 2013).

Η προαναφερόμενη προσέγγιση βασίζεται στη δυνατότητα του νοσηλευτή να συλλέγει πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή, να τις μελετά, να αξιολογεί την κατάσταση του, να διατυπώνει τα προβλήματα που εντοπίζει και να τα ιεραρχεί, να σχεδιάζει τις απαραίτητες νοσηλευτικές ενέργειες για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, να εφαρμόζει τις απαραίτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και να επαναξιολογεί την κατάσταση του ασθενή. Μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας προσφέρεται η δυνατότητα στον ασθενή, αλλά και στο νοσηλευτικό προσωπικό να διαμορφώσουν μία σχέση που θα βασίζεται στην εμπιστοσύνη και στη ομαλή συνεργασία, ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο εξατομικευμένο, αλλά και ολιστικό πρόγραμμα θεραπείας για τον ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένο και να έχει εκείνες τις δεξιότητες, ώστε να συλλέξει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενή με σχιζοφρένεια από τον ίδιο, από τον οικογενειακό και τον κοινωνικό περίγυρο, ακόμη και από τους θεράποντες ιατρούς, προβαίνοντας εν συνεχεία στην ιεράρχηση των αναγκών του, αναλόγως με την σοβαρότητα του και πραγματοποιώντας τις κατάλληλες παρεμβάσεις νοσηλευτικού χαρακτήρα που θα βοηθήσουν τον ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει συνεχώς να επαναξιολογεί τις ανάγκες των ασθενών και να επιδιώκει να εντάσσει στο θεραπευτικό πρόγραμμα καινοτόμες και αποτελεσματικές θεραπείες.

Μία από τις βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελεί η χορήγηση στον ασθενή της φαρμακευτικής αγωγής που πρέπει να ακολουθήσει σύμφωνα με τις

οδηγίες των θεραπόντων ιατρών. Σημαντική παράμετρος για την απρόσκοπτη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής από την πλευρά του ασθενή, αποτελεί η σχέση εμπιστοσύνης που θα έχει αναπτύξει με αυτόν καθώς και το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενή. Βοηθητικά προς αυτή την παρέμβαση μπορεί να λειτουργήσει η συνεργασία των νοσηλευτών, των θεραπόντων ιατρών και γενικότερα των φροντιστών των ασθενών. Θα πρέπει κάθε παρέμβαση νοσηλευτικού και ιατρικού περιεχομένου να καταγράφεται πλήρως και λεπτομερώς, ώστε το σύνολο των επαγγελματιών που κουράρουν τον ασθενή να μπορεί να πληροφορηθεί ανά πάσα στιγμή για την κατάσταση της υγείας του (Ζύγα, 2013).

Κάθε νοσηλευτής πρέπει να ενεργοποιεί τον ασθενή να συμμετέχει στο νοσηλευτικό σχέδιο που εφαρμόζεται σε αυτόν, διαδικασία που όπως έχει αποδειχθεί συμβάλλει στην ενεργοποίηση του ασθενή και επηρεάζει θετικά τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τις παρεμβάσεις. Σε περίπτωση που αυτό για πρακτικούς λόγους δεν μπορεί να γίνει, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να εμπλέκει στη νοσηλευτική διεργασία άτομα από την οικογένεια ή το φιλικό περιβάλλον του. Η προαναφερόμενη διαδικασία ανταποκρίνεται στην ολιστική φροντίδα που πρέπει να παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας στους ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί ότι για μπορέσει να επιτευχθεί ο προαναφερόμενος σκοπός θα πρέπει ο νοσηλευτής να διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες και τις ικανότητες, ώστε να μπορεί καταρχήν να συνεργαστεί με τον ασθενή, να βοηθήσει στη βελτίωση της υγείας του, να αντιληφθεί και να αντιμετωπίσει έγκαιρα της υποτροπές και να συμβάλλει στην μεγαλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή (Παπαγεωργίου, 2012).

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς ψυχικής υγείας, αναλυτικότερα αφορά τη δυνατότητα να παρέχει τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του στους ασθενείς, στην οικογένεια καθώς και σε κάθε άλλο μέλος της κοινότητας. Να χρησιμοποιεί το περιβάλλον στον οποίο δρα, για θεραπευτικούς σκοπούς, να εκπαιδεύει τον ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, να συνεργάζεται με όλους τους επαγγελματίες και τους φορείς υγείας και να διαφυλάττει τα ανθρώπινα δικαιώματα τόσο των ασθενών, όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Επίσης να έχει ενεργό ρόλο στον τομέα της πρωτοβάθμιας βαθμίδας πρόληψης, να παρέχει τις νοσηλευτικές του υπηρεσίες έχοντας ως σημείο αναφορά τον άνθρωπο, να συμβάλλει στην εκπαίδευση νέων επαγγελματιών του κλάδου, να παίρνει μέρος σε ερευνητικά προγράμματα, να προάγει και να διατηρεί την υγεία του ασθενή, να αξιολογεί και να

επαναξιολογεί διαρκώς την κατάσταση του ασθενή, να παρέχει σε κάθε ασθενή εξατομικευμένη φροντίδα και να παρεμβαίνει εγκαίρως σε κάθε κρίση που μπορεί να βιώνει ο ασθενής (Hogan, 2012· Παπαδημητρίου, 2013).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όσον αφορά στους ασθενείς ψυχικής υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις επιμέρους κατηγορίες που είναι οι βιολογικές, οι ψυχοθεραπευτικές και οι κοινωνικές. Η πρώτη κατηγορία αφορά παρεμβάσεις που σχετίζονται με τον ύπνο, τη διατροφή, την ενίσχυσης, την αυτοφροντίδα και την άσκηση του ασθενή. Η δεύτερη κατηγορία αφορά παρεμβάσεις όπως για παράδειγμα είναι η ψυχοεκπαίδευση, η συμπεριφορική θεραπεία, ή η αγωγή της υγείας. Η τρίτη κατηγορία σχετίζεται με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος για τον ασθενή, τη δημιουργία κλίματος ασφάλειας κτλ. (Παπαδημητρίου, 2013).

Εκτός των παραπάνω πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό και στον τομέα της πρόληψης της ψυχικής υγείας. Παρά το γεγονός ότι οι αιτίες της σχιζοφρένειας δεν έχουν καθοριστεί με σαφήνεια, ωστόσο ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να θεωρείται μείζονος σημαίας όσον αφορά στην πρόληψη της ασθένειας. Το νοσηλευτικό προσωπικό ως ενεργός παράγοντας της κοινωνίας θα πρέπει να παρεμβαίνει στο κοινωνικό σύνολο μέσω προγραμμάτων αγωγής της υγείας και να επιδιώκει να περιορίσει τα ποσοστά εμφάνισης ψυχικών διαράχων, αλλά και να βοηθά τους ασθενείς για την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους. Οι παρεμβάσεις αυτές αναφέρονται στην πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια πρόληψη. Στον τομέα της πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα από επιστημονικά δεδομένα επιδιώκεται να εντοπιστούν εκείνες οι πληθυσμιακές ομάδες που είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης να περιοριστεί αυτός ο κίνδυνος. Συνήθως πρόκειται για άτομα που είναι οικονομικά ή κοινωνικά περιθωριοποιημένα (Θεοχάρης, 2016). Το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορούσε να ευαισθητοποιήσει τα μέλη της κοινωνίας προς την πρόληψη μέσω της παρακολούθησης ειδικών προγραμμάτων αγωγής της υγείας (Παπαδημητρίου, 2013).

Στον τομέα της δευτεροβάθμιας πρόληψης το νοσηλευτικό προσωπικό επιδιώκει να άρει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εξέλιξη των ψυχικών διαράχων και στην υποτροπή των ασθενών, διαδικασία που επιτυγχάνεται όταν η

διάγνωση γίνεται έγκαιρα, όταν επιλέγεται η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για τον ασθενή, όταν υποστηρίζεται τόσο ο ίδιος, όσο και το περιβάλλον του σε ψυχολογικό επίπεδο (Θεοχάρης, 2016).

Στην τριτοβάθμια πρόληψη, προωθείται η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή, ώστε να αποτελεί ενεργό κοινωνικό μέλος. Επιδιώκεται ο ασθενής να αναπτύξει τις δεξιότητες για την αντιμετώπιση των καθημερινών αναγκών και προβλημάτων και να διαχειρίζεται επιτυχώς όλους εκείνους τους παράγοντες που του δημιουργούν άγχος (Θεοχάρης, 2016). Μέσω αυτής της διαδικασίας το νοσηλευτικό προσωπικό βοηθά τον ασθενή να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο (Παπαδημητρίου, 2013).

3.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στην Περίπτωση του Ασθενή με Σχιζοφρένεια

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην περίπτωση της σχιζοφρένειας όπως και σε κάθε άλλη ψυχική διαταραχή είναι πολυποίκιλος και πολύπλευρος κάτι που φανερώνει και τη σπουδαιότητα του. Ξεκινώντας με τις ενδείξεις όσον αφορά στην περίπτωση της νοσηλείας σε ασθενείς σε σχιζοφρένεια, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει μία σειρά καθορισμένων συμπτωμάτων για να προβεί στη συγκεκριμένη ενέργεια. Αναλυτικότερα η νοσηλεία του σχιζοφρενή ασθενή συνίσταται όταν εμφανίζεται η ασθένεια για πρώτη φορά και πρέπει ο ασθενής να λάβει την απαραίτητη θεραπεία για να σταθεροποιηθεί η κατάσταση του καθώς επίσης και να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ότι ο ασθενής πάσχει από κάποια άλλη ψυχική ασθένεια. Όταν ο ασθενής χρειάζεται συγκεκριμένη θεραπεία που δεν γίνεται να παρασχεθεί εξωνοσοκομειακά, όταν είναι επιθετικός και θεωρείται επικίνδυνος τόσο για τον εαυτό του, όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Επίσης όταν υπάρχει κίνδυνος κα κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, όταν δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του και όταν τα φάρμακα έχουν σημαντικές παρενέργειες, με αποτέλεσμα να είναι απαραίτητο επιβλέπεται από επαγγελματίες υγείας (Black & Anderson, 2011).

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο και κατά την εισαγωγή του ψυχασθενούς ασθενή στην ψυχιατρική κλινική. Αναλυτικότερα εκτιμά αν ο ασθενής έχει ψευδαισθήσεις, παραισθησίες, παραληρήματα, αν είναι

αποδιοργανωμένος και αποπροσανατολισμένος, ή εάν εμφανίζει αβουλία. Για την διαπίστωση των προαναφερόμενων θα πρέπει ο νοσηλευτής να τον παρακολουθεί στενά, να βλέπει τη συμπεριφορά του και τον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον του.

Θα πρέπει να λαμβάνεται ορθά το ιστορικό του ασθενούς και με κάθε λεπτομέρεια. Για παράδειγμα θα πρέπει να καταγράφονται παλαιότερα επεισόδια αν υπάρχουν, αν γίνεται ή έχει γίνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, εάν ήταν αποδέκτης ο ασθενής βίαιων συμπεριφορών κατά το παρελθόν. Κατά την εισαγωγή του ασθενή στην κλινική το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με κάποια βίαιη αντίδραση, γι' αυτό θα πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένο και να εντοπίζει τα προειδοποιητικά σημάδια. Για παράδειγμα οι ασθενείς πριν κάποιο ξέσπασμα έχουν την τάση να έχουν θυμωμένη όψη ή να κάνουν τα χέρια τους γροθιές. Σε κάθε περίπτωση σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να είναι η διαμόρφωση ενός ήρεμου κλίματος, στο οποίο δεν θα υπάρχουν ερεθίσματα που θα μπορούσαν να πυροδοτήσουν κάποιο ξέσπασμα του ασθενούς. Δίπλα στα παραπάνω πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι ο ασθενής θα πρέπει να συγκεντρώνει πληροφορίες για το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον του ασθενούς, ώστε να εξεταστούν οι συνθήκες του περιβάλλοντος του, η εξέλιξη της προσωπικότητάς του, τα ερεθίσματα που δέχθηκε καθώς και κάθε άλλη πληροφορία που θα μπορούσε να βοηθήσει στην βελτίωση της κατάστασης του.

Κατά την παραμονή του ασθενούς στην κλινική το νοσηλευτικό προσωπικό μαζί με το ιατρικό πρέπει να συνεργάζονται, ώστε να επιλεγεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, για να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της νόσου όπως και να προαχθεί η υγεία του. Σε αυτή τη χρονική στιγμή το νοσηλευτικό προσωπικό ευθύνεται να ακολουθεί ο ασθενής τη φαρμακευτική αγωγή του όπως και πρέπει να προάγει την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή του. Θα πρέπει να βρίσκεται σε διάλογο με τον ασθενή, ώστε να έχει εικόνα των συμπτωμάτων που βιώνει. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει αναπτυγμένες τις δεξιότητες της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας, αφού δια μέσου της σωστής επικοινωνίας αναπτύσσεται μία αποτελεσματική θεραπευτική σχέση. Μέσω της επικοινωνίας ο ασθενής θα μπορέσει να εκφράσει τους φόβους του, τις αγωνίες του, να κάνει ερωτήσεις σχετικά με τη θεραπεία, αλλά και την ασθένειά του. Σε κάθε περίπτωση το προσωπικό θα πρέπει να είναι διακριτικό, να σέβεται τον ασθενή και να μην τον αποδοκιμάζει σε καμία

περίπτωση (Φουντούκη & Θεοφανίσης, 2012). Επίσης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος να κατανοεί το νοσηλευτικό προσωπικό το πλαίσιο τις βιολογικές, τις ψυχολογικές και της κοινωνικοπολιτικές πτυχές του ασθενή, οι οποίοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη συμπεριφορά του.

Η αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων του ασθενούς θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των νοσηλευτών, ειδικότερα των ψευδαισθήσεων. Θα πρέπει επίσης να περιορίζουν οι νοσηλευτές σημαντικά τα εξωτερικά ερεθίσματα, όπως τη φασαρία η οποία θα μπορούσε να χειροτερέψει την κατάσταση του ασθενούς. Όσον αφορά στις ψευδαισθήσεις θα πρέπει ο νοσηλευτής να αναφέρεται σε αυτές με τη λέξη «φωνές», ώστε να αντιλαμβάνεται ο ασθενής ότι δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα. Επίσης θα πρέπει οι νοσηλευτές να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στις κινήσεις τους γιατί οι ασθενείς με ψευδαισθήσεις μπορεί να τις εκλάβουν ως επιθετική συμπεριφορά με απρόβλεπτα αποτελέσματα για τους ίδιους, αλλά και για τους νοσηλευτές. Η ανάθεση εργασιών προς τον ασθενή και η συζήτηση, αποτελούν δύο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των ψευδαισθήσεων. Στην περίπτωση παραληρηματικών καταστάσεων το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να επαναφέρει τον ασθενή προσανατολίζοντας του τη προσοχή σε κάποιο έργο. Επίσης λαμβάνοντας υπόψη ότι τα παραληρήματα είναι απόρροια άγχους, οι νοσηλευτές μπορεί να διδάξουν τους ασθενείς τεχνικές αντιμετώπισης τους.

Κατά την πρώτη συνάντηση του νοσηλευτή με τον ασθενή, ο πρώτος πρέπει να προσπαθήσει να δημιουργήσει μία ευχάριστη ατμόσφαιρα, κάτι που με τη σειρά της θα συμβάλλει σημαντικά στην θεραπευτική εξέλιξη του θεραπευμένου. Είναι σκόπιμο το νοσηλευτικό προσωπικό να παρουσιάζει τον εαυτό του, την ιδιότητα του και να εξηγεί στον ασθενή για ποιο λόγο έρχεται σε επαφή μαζί του. Να επιδιώξει να μάθει πως αισθάνεται ο ασθενής, για το γεγονός ότι βρίσκονται σε κατάσταση νοσηλείας. Όλα τα προαναφερόμενα συμβάλλουν σημαντικά να γίνει μία καλή αρχή στη μεταξύ τους σχέση (Wolfgang, 2011). Ακολούθως το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την διαδικασία που θα ακολουθεί στο πλαίσιο της νοσηλείας τους, ενώ είναι ωφέλιμο να πραγματοποιεί στον ασθενή κλειστές ερωτήσεις, ώστε να μην μονοπωλεί αυτός τη συζήτηση.

Η ορθή συμπλήρωση του ιστορικού του ασθενή είναι μία πολύ σημαντική διαδικασία που πρέπει να γίνεται με μεγάλο αίσθημα ευθύνης και υπευθυνότητας.

Καταρχήν θα πρέπει να καταγράφονται δημογραφικές πληροφορίες του ασθενή, η χρονική περίοδος έναρξης τη νόσου, εάν είχε νοσήσει από κάποια άλλη ψυχική ασθένεια. Επίσης θα πρέπει να γίνεται πλήρης καταγραφή ιατρικών στοιχείων, όπως να καταγράφονται τα χρόνια προβλήματα υγείας, οι φαρμακευτικές αγωγές που λάμβανε ή λαμβάνει, κάποιες αλλεργίες που μπορεί να έχει σε φάρμακα ή τροφές. Θα πρέπει επίσης ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή να καταγράφονται κάποιες πρόσθετες πληροφορίες. Για παράδειγμα σε περίπτωση που ο ασθενής είναι γυναίκα να καταγράφεται αν υπάρχει πιθανότητα κύησης, στοιχεία που αφορούν τον κύκλο της κ.α. Επίσης είναι χρήσιμο να καταγράφονται και κάποια δευτερεύοντα στοιχεία όπως πληροφορίες όσον αφορά στην παιδική ηλικία, το υπόβαθρο εκπαίδευσης, την άποψη του ασθενή για την κατάσταση τους ή τη φαρμακευτική αγωγή που παίρνει (Doran, 2013).

Σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος του νοσηλευτή και για την αντιμετώπιση των οξέων ψυχωτικών επεισοδίων του ασθενή, ειδικότερα του πρώτου. Κατά τη διάρκεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου ο ασθενής έχει επιθετική συμπεριφορά λεκτικού ή σωματικού χαρακτήρα προς την οικογένεια ή τρίτα πρόσωπα. Επίσης υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά, παραίτηση ως προς την αυτοφροντίδα του, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να αρνηθεί να λάβει τροφή. Θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η αντιμετώπιση του πρώτου οξέος ψυχωτικού επεισοδίου, αφού ο μη αποτελεσματικός χειρισμός του μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση αλληπάλληλων υποτροπών. Οι προαναφερόμενες υποτροπές προοδευτικά περιορίζουν την λειτουργικότητα του ασθενή δυσκολεύοντας ακόμη περισσότερο την αποτελεσματική αντιμετώπιση των μελλοντικών επεισοδίων που θα έχει (Παπαδημητρίου και συν, 2013).

Για την ορθή αντιμετώπιση ενός ψυχωτικού επεισοδίου θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει μία σειρά γνώσεων που θα το βοηθήσουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επικεντρώνει την προσοχή του σε καταστάσεις όπου φαίνεται ότι ο ασθενής βιώνει σύγχυση, που παρουσιάζει αλλαγές στη συνείδηση του, εμφανίζει διαταραχές όσον αφορά στην ομιλία του, βιώνει απώλεια συνείδησης. Επίσης θα πρέπει να παρατηρεί τον ασθενή όταν εμφανίζει παραληρητικές ιδέες οι οποίες να καταγράφονται αναλυτικά. Οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής αποτελούν ακόμη μία σημαντική παράμετρο που θα πρέπει να συνυπολογίζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Για

παράδειγμα αν ο ασθενής βρίσκεται συνεχώς σε κατάσταση καταστολής, τότε θα πρέπει να περιοριστεί η φαρμακευτική αγωγή. Αν αντιθέτως βρίσκεται σε κατάσταση ανησυχίας θα πρέπει να αυξηθεί. Θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να γνωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό εάν ο σχιζοφρενής ασθενής έχει προβεί κατά το παρελθόν σε βίαιη συμπεριφορά τόσο όσον αφορά στον εαυτό του, όσο και σε τρίτους. Ιδιαίτερα αναπτυγμένη θα πρέπει να είναι η δεξιότητα της ενσυναίσθησης από την πλευρά των νοσηλευτών, ώστε να μπαίνουν στη θέση των ασθενών και να κατανοούν τα αισθήματα φόβου, μοναξιάς ή γενικότερα αποδιοργάνωσης που μπορεί να νιώθουν (Hogan, 2012).

Θα πρέπει επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την πιθανότητα απόπειρας αυτοκτονίας από την πλευρά του ασθενή. Προτεραιότητα των νοσηλευτών θα πρέπει να είναι η εξασφάλιση τη σωματικής ακεραιότητας του ασθενή και να περιορίσει τις πιθανές συνέπειες των πράξεων του δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει οι νοσηλευτές να δρουν τιμαριωτικά απέναντι στους ασθενείς, αλλά να τους προσεγγίζουν δείχνοντας το ενδιαφέρον τους και το σεβασμό τους, ώστε να δημιουργήσουν μία ισχυρή θεραπευτική σχέση, όπου ο ασθενής θα έχει μεταξύ άλλων και την ηθική στήριξη του νοσηλευτή για να ξεπεράσει το πρόβλημα του. Θα πρέπει επίσης ο νοσηλευτής να βρίσκεται συνεχώς σε κατάσταση επαγρύπνησης, ώστε να προλάβει μία νέα απόπειρα αυτοκτονίας, η οποία ωστόσο αν λάβει χώρα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο ιστορικό του και να ενημερώνονται οι θεράποντες ιατροί (Σολδάτος & Λύκουρας, 2010).

3.3 Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στη Φαρμακευτική Αγωγή

Όπως έχει αναφερθεί μία από τις βασικές προτεραιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η όσο το δυνατόν μέγιστη λειτουργικότητα του ασθενή, γι' αυτό και θεωρείται καίριος ο ρόλος τους όσον αφορά στις γνώσεις του γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή που αποτελεί το βασικό μέσο περιορισμού της ασθένειας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει συνεχώς να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του όσον αφορά στα φάρμακα, να είναι ιδιαίτερα παρατηρητικός στη συμπεριφορά του ασθενή, να ελέγχει τις παρενέργειες από τα φάρμακα, αλλά και να είναι σίγουρος ότι ο

θεραπευμένος λαμβάνει τα φάρμακα του στη σωστή δόση και στη σωστή χρονική στιγμή. Στόχος του νοσηλευτή θα πρέπει να είναι η παρουσίαση των λιγότερων δυνατών παρενεργειών από τη φαρμακευτική αγωγή ώστε να μην επηρεάζεται η καθημερινότητα του, η κοινωνική πτυχή της ζωής του και να μην επιδιώκει να τη διακόψει. Η συμμόρφωση του ασθενή με τη φαρμακευτική αγωγή βοηθά των ασθενή όχι μόνο να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της νόσου, αλλά να παραμείνει ενεργό κοινωνικό υποκείμενο και να μην βιώσει την περιθωριοποίηση και το στιγματισμό (Παπαγεωργίου, 2012).

Ο νοσηλευτής έχει σημαντικές αρμοδιότητες τόσο πριν, κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής. Όσον αφορά πριν τη λήψη, θα πρέπει να έχει λάβει το ιστορικό του ασθενή, να γνωρίζει τις πιθανές αλλεργίες που μπορεί να έχει όπως επισημάνθηκε. Επίσης είναι υπεύθυνος για την πραγματοποίηση των απαραίτητων διαγνωστικών και αιματολογικών εξετάσεων, τη λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση κ.α.), να έχει συλλέξει πληροφορίες για τις συνήθειες του για παράδειγμα ως προς τον ύπνο, τη διατροφή, να καταγράφει τις απόψεις του ασθενή για την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει, να έχει καταγεγραμμένες τις ενέργειες στις οποίες θα πρέπει να προβεί σε περίπτωση που ο ασθενής βιώσει κάποια κρίση, καθώς και να έχει ενημερώσει τον ασθενή για τη διαδικασία που θα ακολουθήσει στο πλαίσιο της θεραπείας του (Κούκια, 2014).

Κατά τη διάρκεια της λήψης των φαρμάκων το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ελέγχει διαρκώς της σωματικές και ψυχωτικές αντιδράσεις του ασθενή, ως προς τη αγωγή, να προγραμματίζει την επανάληψη των απαραίτητων εξετάσεων ανά τακτά χρονικά διαστήματα, να επιδιώκει την ολιστική στήριξη του ασθενή η οποία θα πρέπει να συνδυάζεται και με ψυχολογική στήριξη. Να γίνεται ενδελεχής καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει στο σχετικό φύλλο νοσηλείας και να παρακολουθεί συστηματικά της φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις εάν αυτές υπάρχουν. Θα πρέπει επίσης να μεριμνά ώστε τα φάρμακα να φυλάσσονται σε ασφαλές μέρος για να μην έχει πρόσβαση ο ασθενής και να ελέγχει αν όντως έχει γίνει η λήψη των φαρμάκων, γιατί εμφανίζεται συχνά η τάση οι ασθενείς θα κρύβουν τα φάρμακα μέσα στη στοματική κοιλότητα με σκοπό να τα απορρίψουν (Κούκια, 2014).

Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εκπαίδευση του ασθενή ως προς την φαρμακευτική αγωγή. Μέσω της εκπαίδευσης επιδιώκεται η ενεργή συμμετοχή του ασθενή στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, κάτι που με τη σειρά του συμβάλλει στην δέσμευση του και στην αποδοχή της. Για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η εκπαίδευση του ασθενή αυτός θα πρέπει να βρίσκεται σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας, ώστε να μπορεί να κατανοήσει τη διαδικασία. Εφόσον διαπιστωθεί ότι ο ασθενής βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση, ακολούθως διαμορφώνεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα που αποσκοπεί στην ενημέρωση του, διαδικασία που θα πρέπει να πραγματοποιηθεί με ιδιαίτερη προσοχή.

Ο νοσηλευτής καλείται εκτός από τον ασθενή να εκπαιδεύσει και το οικογενειακό περιβάλλον για τη σπουδαιότητα λήψης των φαρμάκων, χωρίς να γίνεται παράλειψη δόσεων. Επίσης θα πρέπει να υπάρξει εκπαίδευση και όσον αφορά στις παρενέργειες των φαρμάκων, όπως είναι για παράδειγμα ο χρόνιος πόνος, η μη δυνατότητα ενεργούς σεξουαλικότητας, η σιελόρροια και πως μπορούν αυτά να τα διαχειριστούν αποτελεσματικά (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Συνεπώς το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να βοηθά τόσο τον ασθενή, όσο και την οικογένεια όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή, να δίνει σαφείς και ξεκάθαρες οδηγίες για την ασθένεια, τα φάρμακα, τη δοσολογία, το χορήγησή τους αλλά και το αποτέλεσμα που επιθυμεί. Να εκπαιδεύσει τόσο τον ασθενή, όσο και το οικογενειακό περιβάλλον για τα ανησυχητικά συμπτώματα που θα πρέπει να τους οδηγήσουν σε επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό. Να εφιστά την προσοχή ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να μοιράζεται τη θεραπεία του με άλλα άτομα και πως δεν πρέπει να παίρνει άλλα φάρμακα εκτός των όσων έχουν επισημάνει οι θεράποντες ιατροί. Να εκπαιδεύσει το οικογενειακό περιβάλλον στις ενέργειες που πρέπει να προβεί εάν δεν λαμβάνει τα φάρμακα του ο ασθενής. Να ενημερώσει τόσο τον ασθενή, όσο και την οικογένεια ότι μπορεί τα βασικά συμπτώματα να υποχωρήσουν σε διάστημα μίας εβδομάδας από την ημέρα που έλαβε τη φαρμακευτική αγωγή, ωστόσο πρέπει να περάσει πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ώστε η δράση τους να είναι αποτελεσματική. Να δώσει τις ανάλογες συμβουλές όσον αφορά στη ορθή διατροφή αλλά και τη σωματική άσκηση που θα πρέπει να ακολουθηθεί ο ασθενής, όπως και η αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών, αφού αυτά σε συνδυασμό με τα φάρμακα προκαλούν καταστολή. Αν και είναι δύσκολη η διαχείριση όλων των προαναφερόμενων παραμέτρων, η εκπαίδευση των ασθενών και

της οικογένειας έχει αποδειχθεί σε πολλές περιπτώσεις αποτελεσματική (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Εξίσου σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού και κατά τη λήξη της φαρμακευτικής αγωγής. Αναλυτικότερα θα πρέπει να έχουν εξασφαλιστεί διακεκριμένα κριτήρια σχετικά με τη λήξη της φαρμακευτικής αγωγής, να προάγεται ένα πρόγραμμα όπου αυτή θα λαμβάνει χώρα σταδιακά, είτε διακόπτοντας για κάποια χρονικά διαστήματα τη θεραπεία, είτε χορηγώντας δόσεις συντήρησης. Θα πρέπει να επαναλαμβάνονται οι απαραίτητες εξετάσεις, γίνεται συνεχής έλεγχος για να διαπιστωθεί η πιθανότητα υποτροπής και να επιδιωχθεί συστηματικά η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Όσον αφορά στην πρόληψη των υποτροπών, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι συνήθως οι υποτροπές είναι αποτέλεσμα της διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, είτε γιατί πιστεύει ότι είναι υγιής, είτε γιατί έχει παρενέργειες από τα φάρμακα με αποτέλεσμα να θέλει να τα σταματήσει. Σε αυτή την περίπτωση ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός όσον αφορά στην πρόληψη των υποτροπών. Σε αυτό το πλαίσιο ο νοσηλευτής θα πρέπει να προβαίνει σε ενημέρωση τόσο του ασθενή, όσο και της οικογένειας για τους παράγοντες εκείνους που μπορούν να τον οδηγήσουν σε υποτροπή, να εκπαιδεύει τον ασθενή να εφαρμόζει την φαρμακευτική αγωγή, να επιδιώκει να τον επανεντάξει στο κοινωνικό πλαίσιο, διαδικασία που μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη συζήτηση και τη στήριξη του. Να εκπαιδεύσει τον ασθενή στην αναγνώριση των συμπτωμάτων που τον οδηγούν στην υποτροπή και να τον ενημερώνει ότι θα πρέπει να απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας που τον κουράρουν, νοσηλευτές και ιατρούς. Να ενθαρρύνει τον ασθενή να θέσει μελλοντική στοχοθεσία, να την κατανοήσει και να την πραγματοποιήσει ακολουθώντας πιστά ωστόσο τις οδηγίες των γιατρών όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή του. Να επιδιώκει ο ασθενής να περιορίζει το άγχος που αισθάνεται και να του διδάσκει τεχνικές ώστε να παραμένει ήρεμος. Επίσης στο πλαίσιο της ψυχολογικής στήριξης θα πρέπει να τον παρακινεί να είναι αποδέκτης της αγάπης των φίλων και της οικογένειας του και να ασχολείται με δραστηριότητες που τον κάνουν να αισθάνεται όμορφα. Τέλος να τον παροτρύνει να γυμνάζεται, να τρέφεται σωστά και να πιστεύει στον εαυτό του ότι η κατάσταση της υγείας του θα βελτιωθεί (Robin et al., 2014).

3.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή σε Χρόνιες Περιπτώσεις Σχιζοφρενείας

Το νοσηλευτικό προσωπικό πολλές φορές έρχεται αντιμέτωπο με χρόνιες καταστάσεις σχιζοφρενίας τις οποίες καλείται να διαχειριστεί και για όλη τη ζωή του ασθενή. Σε αυτή την περίπτωση δύο είναι οι βασικοί σκοποί που πρέπει να επιδιώκουν οι νοσηλευτές, ώστε να βοηθήσουν ολιστικά τον ασθενή. Εκτός από τη νοσηλευτική φροντίδα στο πλαίσιο της θεραπείας του ασθενή, πρέπει να επιδιώκεται η πρόληψη της ιδρυματοποίησης του ασθενή, καθώς και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του.

Οι παράγοντες που οδηγούν έναν σχιζοφρενή ασθενή στην ιδρυματοποίηση είναι η απάθεια, η απουσία ενδιαφέροντος και λήψης πρωτοβουλιών, καθώς και η ανάθεση ευθυνών που τον αφορούν σε άλλα άτομα (Κούκια, 2015). Επίσης σημαντικά συμβάλλει προς αυτή την κατεύθυνση η μη ύπαρξη εξωτερικών επαφών. Οι σχιζοφρενείς ασθενείς που παραμένουν για μεγάλα διαστήματα σε ψυχιατρικές κλινικές ή εισάγονται συχνά, προοδευτικά χάνουν την επαφή με τον έξω κόσμο, ενώ σταδιακά αποξενώνονται από τους φίλους και τους συγγενείς τους. Οι νοσηλευτές σε αυτό το πλαίσιο καλούνται να καταβάλλουν προσπάθεια και να ενθαρρύνουν το κοινωνικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών να πείσουν τους συγγενείς να διατηρήσουν επαφή μαζί τους. Επίσης πρέπει να προτρέπουν τον ασθενή να πληροφορείται για ότι συμβαίνει στην καθημερινότητα, να διαβάζει εφημερίδες, να τον παρακινούν να συζητά ομαδικά και να παρακολουθεί ενημερωτικές εκπομπές. Η ιδρυματοποίηση σύμφωνα με τους Φερεντίνο και Κονταξάκη, (2014) μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε επιδείνωση της κατάστασης τους και συνεπώς σε μεγαλύτερη διάρκεια της νοσηλείας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να χαρακτηρίζεται από μεγάλη υπομονή και κατά τη διαμόρφωση της σχέσης του με τον χρόνια πάσχοντα τουλάχιστον στην αρχή, πρέπει να του δώσει την ικανότητα να βάλει τους δικούς του όρους. Θα πρέπει κάθε νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια να επικοινωνεί με τον κάθε ασθενή με σημείο αναφοράς τις ανάγκες του, με την επικοινωνία να αυξάνεται προοδευτικά έως ότου επιτευχθεί η συνεννόηση και η συνεργασία. Εκτός από μεγάλη υπομονή, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να επιδεικνύει και ιδιαίτερη παρατηρητικότητα (Κοτρώτσιου, 2011).

Θα πρέπει οι νοσηλευτές να βρίσκονται διαρκώς κοντά στον ασθενή και να λαμβάνουν ενεργή συμμετοχή στις δραστηριότητες που επιτελεί. Θα πρέπει ωστόσο να δίνεται στον ασθενή ο χρόνος που χρειάζεται, να μην επιτελεί ο ίδιος τις δραστηριότητες του πάσχοντος ατόμου και προφορικά να τον ενθαρρύνει συνεχώς. Θα πρέπει να παρακινεί τον ασθενή να συζητά για τις ιδέες και τις εμπειρίες του και κατά τη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης, τότε να επιδιώκει μέσα από διακριτικές ερωτήσεις να αντιληφθεί γιατί πιστεύει ότι βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση (Κούκια, 2015).

Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει ότι οι εμπειρίες που θεωρεί ότι είναι πραγματικές στην ουσία αποτελούν συνέπεια της πάθησης του. Όταν καταφέρει να κατανοήσει την προαναφερόμενη άποψη του νοσηλευτή, τότε θα μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα τις εμπειρίες του, να μην τρομάζει και να τον απασχολούν λιγότερο και προοδευτικά να αυξηθεί το ενδιαφέρον του για τον έξω κόσμο. Καθώς ο ασθενής αυξάνει το ενδιαφέρον του για τον έξω κόσμο και τις δραστηριότητες που επιτελεί, περιορίζονται οι μη πραγματικές εμπειρίες, καταφέροντας ακόμη να συμβιβαστεί με την ασθένεια του (Φουντούκη και Θεοφανίδης, 2012).

Ως προς τον στόχο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ο ασθενής θα πρέπει να επιδιώξει ώστε το οικογενειακό περιβάλλον να κατανοήσει κάποιες συμπεριφορές του ασθενή, να τον χειρίζεται με θετική διάθεση, να περιορίζει την αρνητική κριτική καθώς και το εκφραζόμενο συναίσθημα όπως και να εκπαιδεύει τον πάσχοντα να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι παρόν και να βοηθά τον ασθενή σε όλες τις ενέργειες που αποσκοπούν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του. Για παράδειγμα πρέπει να συμμετέχει στην ομαδική ψυχοθεραπεία που ακολουθεί ο ασθενής, ώστε να αναπτύξει αυτονομία, στις διαπροσωπικές σχέσεις του, σε κάθε προσπάθεια του ασθενή να αντιμετωπίσει κάθε είδους δυσλειτουργία και ματαίωση, στη εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, σε όλες τις θεραπείες που εμπεριέχουν την τέχνη και συμβάλλουν ώστε ο ασθενής να εκφράσει τη συναισθηματική κατάσταση του. Ο νοσηλευτής κατά τις δράσεις κοινωνικής αποκατάστασης θα πρέπει να διατηρεί τον ασθενή σε λειτουργικότητα, να επιδιώκει την σταθερότητα της συναισθηματικής κατάστασης του και τη διαμόρφωση του απαραίτητου θεραπευτικού περιβάλλοντος (Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2012).

3.5 Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στον Περιορισμό του Κοινωνικού Στίγματος

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα τα άτομα με σχιζοφρένεια, πρέπει να αντιμετωπίσουν εκτός από τις μειονεξίες που τους προκαλεί η ασθένεια του, τις διακρίσεις, τις προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και τον κοινωνικό στιγματισμό. Ο στιγματισμός αφορά το γεγονός ότι ένα άτομο έχει κάποια κοινωνικά γνωρίσματα τα οποία δεν είναι επιθυμητά από το κοινωνικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα τον παραγκωνισμό του λόγω της διαφορετικότητας του. Ως στίγμα της ψυχικής ασθένειας ορίζεται η αρνητική κοινωνική αντίδραση των ατόμων απέναντι στα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές (Ρούκας και συν., 2010).

Το στίγμα λόγω της ψυχικής ασθένειας έχει σημαντικές επιπτώσεις στο πάσχοντα άτομο αφού ακόμη και αν υποχωρήσουν τα συμπτώματα της ασθένειας του, ακόμη και αν το άτομο ανταποκρίνεται στον κοινωνικό ρόλο του, ωστόσο εξακολουθεί να υπάρχει προς το πρόσωπο του δυσπιστία και απόρριψη πολλές φορές. Οι επιπτώσεις διευρύνονται και στον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο του ασθενή.

Το στίγμα θεωρείται σημαντικό εμπόδιο ώστε να αντιμετωπίσει επιτυχώς η σχιζοφρένεια, ενώ σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση του ασθενή. Επίσης είναι σύνηθες ο πάσχοντας να αποδέχεται τα κοινωνικά στερεότυπα και να αυτοστιγματίζεται (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Εκτός από τη συμβολή της πολιτείας στον περιορισμό του στίγματος λόγω της ύπαρξης ψυχικής ασθένειας, σημαντικός θεωρείται και ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι ώστε να είναι ευαισθητοποιημένοι και να μπορούν να εντοπίζουν, αλλά και να αναγνωρίζουν στάσεις που οφείλονται σε στερεότυπα και συμπεριφορές, οι οποίες λειτουργούν παρεμποδιστικά τόσο για τη θεραπεία, όσο και για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Οι στερεοτυπικές στάσεις και συμπεριφορές μπορεί να εντοπίζονται στο νοσηλευτικό προσωπικό, σε όλους τους εμπλεκόμενους

επαγγελματίες υγείας με τους ασθενείς, στους ασθενείς, στο οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό συνήθως αναπτύσσει εξισωτικές αντιλήψεις για το σύνολο των ασθενών με σχιζοφρένεια χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που φέρει ο κάθε ένας. Είναι σύνηθες να κατηγοριοποιεί τους στους σχιζοφρενείς ασθενείς ως άτομα τα οποία δεν σκέπτονται, δεν νιώθουν και δεν έχουν δικαιώματα, αντιμετωπίζοντας τους από απόσταση. Επίσης σε κάποιες περιπτώσεις λόγω της ψυχικής ασθένειας αντιμετωπίζονται υποβαθμισμένα, είτε με φόβο και απόρριψη αφού θεωρούνται επικίνδυνοι.

Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τις υποχρεώσεις τους και να υπερασπίζονται τα δικαιώματα των ψυχικά νοσούντων ατόμων. Τα δικαιώματα αυτά αφορούν την αξιοπρεπή περίθαλψη, την ισότητα, την ενημέρωση, την προστασία των προσωπικών δεδομένων, την αποκατάσταση και την εμπλοκή με την κοινότητα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο κάθε νοσηλεύτης ή νοσηλεύτρια θα πρέπει να διευκολύνει τους σχιζοφρενείς ασθενείς να έχουν πρόσβαση στις δομές ψυχικής υγείας και να νοσηλεύει κάθε ασθενή στην αρχή της ισότητας, προσφέροντας του ταυτόχρονα εξατομικευμένη θεραπεία (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Θα πρέπει να εκπαιδεύει τον ασθενή ακόμη να ζητά βοήθεια, να μπορεί να υπερασπιστεί τα δικαιώματα του και να συμμετέχει ενεργά στην θεραπευτική αγωγή του. Επίσης ως έργο του νοσηλευτή θεωρείται η αποτροπή των αρνητικών στάσεων των άλλων επαγγελματιών υγείας προς τον σχιζοφρενή ασθενή, ώστε να μην γίνεται εις βάρος του κανενός είδους διάκριση. Ακόμη να τηρείται το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων του ασθενή, όπως και της οικογένειάς του. Σε κάθε περίπτωση πρέπει ο νοσηλεύτης να επιδιώκει ο σχιζοφρενής ασθενής να μείνει εντός της κοινότητας και να μην φιλοξενείται σε ψυχικά ιδρύματα, εάν δεν είναι απαραίτητο και να λειτουργεί διαρθρωτικά προς το κοινωνικό περιβάλλον που τον απορρίπτει (Ρούκας και συν., 2010).

3.6 Νοσηλευτική Διεργασία Ασθενή με Σχιζοφρένεια

Η νοσηλευτική διεργασία πραγματώνεται σε έξι βασικά στάδια, τα οποία είναι η εκτίμηση της κατάστασης του σχιζοφρενή ασθενή, η νοσηλευτική διάγνωση, ο

προσδιορισμός της έκβασης της υγείας του, ο σχεδιασμός νοσηλευτικού σχεδίου και η αξιολόγηση του. Στην ουσία η νοσηλευτική διεργασία είναι μία διαδικασία που έχει συνεχή, κυκλικό και δυναμικό χαρακτήρα, η οποία διαρκεί έως ο ασθενής θεωρηθεί σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο υγείας (Townsend, 2015). Βασικό προσόν που πρέπει να διαθέτει το νοσηλευτικό προσωπικό για να είναι αποτελεσματική η νοσηλευτική διεργασία, είναι η παρατηρητικότητα του. Με το να παρατηρεί ο νοσηλευτής τις γνωστικές λειτουργίες, τα συναισθήματα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη συμπεριφορά του ασθενή, έχει την δυνατότητα να τον προσεγγίσει αποτελεσματικότερα. Επίσης οι ψυχωσικές καταστάσεις αντιμετωπίζονται καλύτερα μέσω της ψυχοκοινωνικής αξιολόγησης, η οποία συμβάλλει σημαντικά στο να καταγράφεται η αντίληψη ενός προβλήματος τόσο από τον ασθενή, όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον (Hogan, 2012).

Όσον αφορά τη νοσηλευτική εκτίμηση, αυτή επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες κατηγορίες οι οποίες είναι οι διαταραχές σκέψης, αντίληψης, συναισθημάτων, και διαταραχές στην συμπεριφορά και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η νοσηλευτική διάγνωση του ασθενή με σχιζοφρένεια αφορά την αρμοδιότητα που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό να αναγνωρίζει τις ανάγκες των ασθενών και να επιλέγει την κατάλληλη θεραπευτική στοχοθεσία, ώστε να καλύψει τις ανάγκες του (Hogan, 2012).

Οι διαγνώσεις που αφορούν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η διαταραχή που σχετίζεται με την αισθητηριακή αντίληψη, η διαταραχή που αφορά τη διεργασία της σκέψης, εάν ο ασθενής έχει βίαιη συμπεριφορά, εάν είναι κοινωνικά απομονωμένος, η διαταραχή σε επίπεδο λεκτικής επικοινωνίας, η ανεπάρκεια σε επίπεδο αυτοφροντίδας, η διαταραχή όσον αφορά τον ύπνο του, το χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, η μη καλή αντιμετώπιση από την πλευρά της οικογένειας του (Robin et al, 2015).

Σημαντικό παράγοντας της νοσηλευτικής διεργασίας αποτελεί η επιθυμητή έκβαση, που σχετίζεται με τα θετικά στοιχεία της πορείας του ασθενή τα οποία μπορούν και να καθορίσουν τη λήψη εξιτηρίου από την ψυχιατρική κλινική. Για να θεωρηθεί η έκβαση ασθενή με σχιζοφρένεια θετική θα πρέπει να μπορεί να ανταποκριθεί στην πραγματικότητα, να μην απειλεί ούτε τον ίδιο τον εαυτό του, ούτε τον περίγυρο του, να μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά το άγχος του, να μπορεί

να παίρνει τα φάρμακα του, να διεξάγει ένα σύνολο από συγκεκριμένες δραστηριότητες, να επικοινωνεί αποτελεσματικά με την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον του. Σημαντικό παράγοντα στην εξέλιξη του ασθενή με σχιζοφρένεια αποτελεί το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση θα πρέπει να έχει την ικανότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων εμφάνισης ψυχωτικού επεισοδίου, να μπορεί να το αντιμετωπίσει αποτελεσματικά, να προβεί σε περιγραφή των επιπτώσεων της ασθένειας, να γνωρίζει τα φάρμακα που πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής καθώς και τις πιθανές παρενέργειες αυτών (Hogan, 2012· Ρούκας και συν. 2010).

3.7 Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στην Κάλυψη των Αναγκών του Ασθενή με Σχιζοφρένεια

Απώτερος στόχος των ενεργειών του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον ασθενή με σχιζοφρένεια, είναι να μπορέσει σε μελλοντικό χρόνο να βγει από την κλινική που φιλοξενείται, να έχει επίγνωση της πραγματικότητας, να θέτει ρεαλιστικούς στόχους για το μέλλον του, να μπορεί σε στρεσογόνες καταστάσεις να έρχεται σε επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό και να βελτιώνει τις διεργασίες όσον αφορά τη σκέψη, την αντίληψη και το συναίσθημα.

Οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών προκειμένου να διαχειριστεί ο ασθενής τις αισθητηριακές και τις αντιληπτικές διαταραχές αφορούν αρχικά την εκτίμηση από μέρους τους των καταστάσεων εκείνων που του προκαλούν άγχος και τον κάνουν να αισθάνεται ανήσυχος. Μέσα από την ανάπτυξη του διαλόγου με τον ασθενή ο τελευταίος θα καταφέρει αρχικά να εκφράσει τους φόβους του και συνεπώς να περιορίσει τις διαταραχές αισθητηριακής και αντιληπτικής φύσεως. Οι νοσηλευτές επίσης θα πρέπει να αξιολογούν τις ψευδαισθήσεις που έχουν οι ασθενείς όσον αφορά στο περιεχόμενο τους, όπως επίσης και στο πως αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα. Θα πρέπει επίσης οι νοσηλευτές να αφιερώνουν χρόνο στους ασθενείς επισημαίνοντας την πρόοδο που έχουν κάνει, ώστε να περιορίζεται το άγχος που αισθάνονται και οι φόβοι τους, στοιχεία που θεωρούνται υπαίτια για τις διαταραχές αντιληπτικής και αισθητηριακής φύσεως. Επίσης θα πρέπει να περιορίζονται οι εντάσεις ανάμεσα σε νοσηλευτές και ασθενείς, οι οποίες μπορεί να προκαλούν στον ασθενή την εντύπωση ότι δεν έχει τον έλεγχο της κατάστασης. Συστηματικά θα

πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να προσανατολίζει τον ασθενή προς την πραγματικότητα, ώστε να μπορεί να προβαίνει σε ορθή ερμηνεία των ερεθισμάτων που δέχεται από περιβάλλον του. Να παρακολουθείται στενά ο ασθενής ώστε να εντοπίζονται οι παρορμήσεις εκείνες που συνδέονται με την λάθος ερμηνεία του περιβάλλοντος. Προκειμένου μάλιστα ο ασθενής να μπορέσει να αποσπάσει την προσοχή του σχιζοφρενή ασθενή, μπορεί για παράδειγμα να κάνει χρήση της μουσικής ή της ζωγραφικής. Επίσης προτείνεται να εφαρμόζει το νοσηλευτικό προσωπικό τεχνικές εξωτερικού ελέγχου όπως για παράδειγμα να απομονώνει τον ασθενή σε ήρεμο περιβάλλον, ή να περιορίζει την φαρμακευτική υποστήριξη. Θα πρέπει να εκπαιδεύσει τον ασθενή να κάνει χρήση τεχνικών ώστε να περιορίζει το άγχος του και να ενδυναμώνει την αυτοπεποίθησή του, να τον ενθαρρύνει να λαμβάνει μέρος σε δραστηριότητες ομαδικού χαρακτήρα και να αναπτύσσει τις κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ για μία ακόμη φορά πρέπει να επισημανθεί η ανάγκη να ακολουθεί ο ασθενής την φαρμακευτική αγωγή του (Robin et al., 2015).

Επιπροσθέτως το νοσηλευτικό προσωπικό αποσκοπεί ο ασθενής κατά την έξοδο του από την κλινική να έχει την δυνατότητα διάκρισης των παραληρητικών ιδεών και της πραγματικότητας, την ορθή διαχείριση των πρώτων και την διαμόρφωση κοινωνικών σχέσεων. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που θα συμβάλλουν προς την παραπάνω κατεύθυνση αφορούν αρχικά να μπορεί ο νοσηλευτής να εντοπίζει και να ενισχύει τις ικανότητες του ασθενή ώστε να διαχειριστεί με επιτυχία δύσκολες καταστάσεις που θα αντιμετωπίσει. Θα πρέπει να ελέγχει ανά τακτά χρονικά διαστήματα εάν ο ασθενής έχει κάποια οργανικά συμπτώματα, αφού για παράδειγμα οι σχιζοφρενείς ασθενείς λόγω της αποδιοργανωμένης σκέψης τους δεν μπορούν σε αρκετές περιπτώσεις να δηλώσουν τα οργανικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Να καταγράφει την ένταση της διαταραχής όσον αφορά στην επιρροή που ασκεί στη σκέψη του ασθενή, να διαμορφώνει ένα ασφαλές περιβάλλον παράλληλα με τη χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας ως προς τον ασθενή, καθώς επίσης να δείχνει και ενδιαφέρον προς τον ασθενή όσον αφορά στις σκέψεις που κάνει. Μπορεί να βοηθά τον ασθενή στις διαταραχές της σκέψης μέσω της τήρησης ενός σταθερού προγράμματος ύπνου, ο οποίος πολλές φορές λόγω των φοβιών και των ανασφαλειών του δεν μπορεί να κοιμηθεί. Η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος να μάθει επίσης τεχνικές που θα βοηθούσαν τον ασθενή να έχει ένα σταθερό πρόγραμμα

ύπνου όπως επίσης θα πρέπει να είναι η φαρμακευτική αγωγή σταθερή και να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση του ασθενή για τυχόν παρενέργειες (Bishara, 2014).

Όσον αφορά στις διαταραχές συμπεριφοράς και σε αυτή την περίπτωση οι παρεμβάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να φανούν ιδιαίτερα σημαντικές. Είναι ωφέλιμο οι νοσηλευτές να αποφεύγουν την άμεση σωματική επαφή με τον ασθενή ειδικότερα εάν αυτός βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης, καθώς θα μπορούσε να θεωρήσει ότι δέχεται κάποια απειλή και να αντιδράσει επιθετικά. Επίσης σε καμία περίπτωση το νοσηλευτικό προσωπικό δε θα πρέπει να έχει επιθετική συμπεριφορά προς τον ασθενή, γιατί τέτοιου είδους συμπεριφορά θα μπορούσε να οδηγήσει σε τόνωση των παραληρημάτων. Ακόμη και όταν ο ασθενής βρίσκεται σε διέγερση θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να επιδιώκει αρχικά τη συμμόρφωση του λεκτικά, να προσπαθεί να του αποσπάσει την προσοχή και να τον απομονώσει σε ήρεμο περιβάλλον. Μόνο όταν όλα τα προαναφερόμενα μέτρα δεν αποδώσουν θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να προσφύγει στο σωματικό περιορισμό. Επίσης θα πρέπει συνεχώς να εκτιμάται το επίπεδο δυσκολίας του ασθενή όσον αφορά στη διαμόρφωση κοινωνικών σχέσεων, όπως και η επικοινωνία με τον ασθενή δεν θα πρέπει να εμπεριέχουν ψιθύρους, γέλια ή χειρονομίες γιατί μία τέτοια συμπεριφορά θα μπορούσε να θεωρηθεί από τον ασθενή ως επιθετική. Δωρικώς το νοσηλευτικό προσωπικό να δημιουργεί ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον για τον ασθενή και να απομακρύνεται κάθε ενέργεια που θα μπορούσε να πυροδοτήσει τις ψευδαισθήσεις, τα παραληρήματα ή οποιαδήποτε άλλη ψυχοκινητική διέγερση. Να παροτρύνεται συνεχώς ο ασθενής και εκφράσει τους φόβους του, τη συναισθηματική κατάσταση του μέσα από συζητήσεις καθώς και ποιοι παράγοντες κατά τη γνώμη του θεωρεί ενεργοποιούν τα προαναφερόμενα και να τον εκπαιδεύσει να τα ξεπερνά (Hogan, 2012).

Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει ελλιπή αυτοφροντίδα, επίσης η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να φανεί πολύτιμη. Για παράδειγμα μπορεί να ενθαρρύνεται ο ασθενής να πραγματοποιήσει την αυτοφροντίδα του αναλόγως των δυνατοτήτων του, να του παραδίδει τα ενδύματα που θα φορέσει, να παρεμβαίνει εάν βλέπει ότι ο ασθενής δυσκολεύεται να ολοκληρώσει μία δραστηριότητα, να τον επευφημεί για κάθε επιτυχημένη

δραστηριότητα αυτοφροντίδας που ολοκληρώνει και να διαμορφώνει από κοινού με τον ασθενή ένα πρόγραμμα δράσης όσον αφορά την αυτοφροντίδα. (Robin, 2015).

Σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να μην είναι απομονωμένος κοινωνικά ο ασθενής. Για παράδειγμα μπορεί να τον ενθαρρύνει να λαμβάνει μέρος σε κοινές δραστηριότητες που γίνονται στην κλινική που φιλοξενείται, όταν περάσει το χρονικό διάστημα της οξείας φάσης. Επίσης να προτείνει στον ασθενή για να τον παρακινήσει, τις πρώτες μέρες να τον συνοδεύει στις δραστηριότητες. Να αναγνωρίζει και να αξιολογεί την ηθελημένη απομόνωση, ώστε να δημιουργηθεί ένα σχέδιο το οποίο να αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της. Να επιδιώκει το νοσηλευτικό προσωπικό να έχει καθημερινή επικοινωνία με τον ασθενή, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του και να τον παροτρύνει τα άτομα από το οικογενειακό, το φιλικό και το επαγγελματικό περιβάλλον να τον επισκέπτονται όσο το δυνατόν συχνότερα. Να μπορεί να αντιληφθεί το νοσηλευτικό προσωπικό τη διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης του ασθενή και της ανάγκης να μείνει μόνος του για ένα χρονικό διάστημα. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αποτελεί υγιές κοινωνικό πρότυπο για τον ασθενή, ώστε να τον βοηθήσει στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Πρέπει να παροτρύνεται ο ασθενής να έχει κοινωνικές συναναστροφές με άλλους νοσηλευόμενους με τους οποίους έχει κοινά ενδιαφέροντα. Να επευφημείται ο ασθενής όταν κάνει προσπάθεια να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες ώστε να ενθαρρυνθεί να συνεχίσει τη προσπάθεια του. Εάν ο ασθενής διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ή ψυχαναγκασμό πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να βρίσκεται δίπλα του απασχολώντας σε κοινωνικό επίπεδο και φανερώνοντας την κατανόηση του ως προς την κατάσταση που αντιμετωπίζει.

Οι παρεμβάσεις που αφορούν τον κίνδυνο αυτοκτονίας εστιάζουν στο να εντοπίζονται τα άτομα που έχουν τάση αυτοκτονίας και να ενημερώνεται όλη η ομάδα των θεραπόντων επαγγελματιών υγείας, ώστε να εστιάσουν σε αυτές τις περιπτώσεις ασθενών. Πρέπει να δημιουργείται ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον για να περιορίζεται ο κίνδυνος της απόπειρας αυτοκτονίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να επαγρυπνά όλο το εικοσιτετράωρο για βεβαιωθεί για την ασφάλεια του ασθενή. Να επιδιώκεται επίσης η δημιουργία μίας θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή, ώστε να προληφθεί πιθανή απόπειρα του ασθενή. Να ελέγχονται τόσο τα προσωπικά, όσο και τα κοινά αντικείμενα που

υπάρχουν στον χώρο της κλινικής, για να περιορίζονται τα μέσα που μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του και να τοποθετείται κάθε ασθενής με άλλον στο ίδιο δωμάτιο. Να ελέγχεται συστηματικά εάν όντως ο ασθενής λαμβάνει τα φάρμακα του (Hogan, 2012).

Επίσης σημαντική πρέπει να είναι η παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού στις δυσλειτουργίες της οικογενειακής συμπεριφοράς. Θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να προβαίνει στην εκτίμηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, τόσο πριν, όσο και μετά την εμφάνιση της ασθένειας, να ελέγχει εάν υπάρχουν αρνητικά ή υπερβολικά συναισθήματα όπως είναι για παράδειγμα η υπερπροστασία, άγχος, εχθρικότητα. Να πληροφορεί και να εκπαιδεύει την οικογένεια όσον αφορά στην ασθένεια και της επιπτώσεις της και να ενθαρρύνει τα μέλη της να επιδιώκουν να συμμετέχουν σε θεραπευτικές τεχνικές, ώστε να γνωρίζουν πως να αντιμετωπίζουν την κατάσταση του ασθενή (Hogan, 2012).

Ολοκληρώνοντας το ζήτημα των παρεμβάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τις διαταραχές πρέπει να αναφερθεί και το ζήτημα των διαταραχών λεκτικής επικοινωνίας. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να επανεκτιμά συνεχώς τον βαθμό της λεκτικής επικοινωνίας του ασθενή, ώστε να προσδιορίζει το επίπεδο της δυσλειτουργίας του. Να αποδέχεται τους εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, να εκπαιδεύει τον ασθενή ως προς την ανάπτυξη της λεκτικής επικοινωνίας και να τον παροτρύνει να επικοινωνήσει αποτελεσματικά.

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Μελέτη 1^ο Περιστατικού

Ατομικό Ιστορικό Ασθενή

Όνοματεπώνυμο : Χ.Α.

Φύλο : Άρρεν

Ηλικία :58

Τόπος Διαμονής : Επαρχιακή Πόλη Λακωνίας

Οικογενειακή Κατάσταση : Άγαμος διαμένει με τον αδερφό του

Βάρος: 83kg

Ύψος : 1.85 cm

Εκπαίδευση : Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Επάγγελμα : Συνταξιούχος

Θρήσκευμα : Χ.Ο.

Ημερομηνία Εισαγωγής : 15/6/2019

Διάγνωση εισόδου: Παρουσία διαταραχών συμπεριφοράς εξαιτίας της αποδιοργάνωσης, η οποία επήλθε μετά από διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής που περιλάμβανε κλοζαπίνη, ώστε να αντιμετωπίσει το ζήτημα της σχιζοφρένειας. Ο Χ.Α. προσήλθε στην ψυχιατρική κλινική συνοδεία του αδερφού του λόγω μη δυνατότητας διαχείρισης του ασθενούς στο οικογενειακό περιβάλλον.

Ιατρικό Ιστορικό : Η ασθένεια της σχιζοφρένειας εμφανίστηκε σε ηλικία 22 ετών κατά την περίοδο των σπουδών του. Από τότε νοσηλεύεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε ψυχιατρική κλινική όταν παρουσιάζει υποτροπή, ώστε να ρυθμιστεί αναλόγως η φαρμακευτική αγωγή. Κατά την παρουσία των υποτροπών ο ασθενής παρουσιάζει παραληρήματα τα οποία έχουν θρησκευτική βάση, ιδέες καταδίωξης, ότι τον παρακολουθούν και εμφανίζει αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Γενικότερα

ακολουθεί τη φαρμακευτική αγωγή και επιτηρείται σχεδόν πάντα από το οικογενειακό περιβάλλον. Όταν η ασθένεια παρουσιάζει ύφεση παρατηρείται ότι ο ασθενής παρουσιάζει πλήρη εναισθησία και έντονο θρησκευτικό παραλήρημα. Παρακολουθείται από ιδιώτη ψυχίατρο και κατά τα τελευταία χρόνια έπαιρνε του χορηγούσε κλοζαπίνη την οποία διέκοψε λόγω παρουσίας λευκοπενίας. Ο ασθενής δεν ακολούθησε τη νέα φαρμακευτική αγωγή που του προτάθηκε με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει εκ νέου.

Κοινωνικό Ιστορικό : Λόγω της εμφάνισης της ασθένειας σε πολύ μικρή ηλικία ο ασθενής δεν είχε ποτέ μία κανονική επαγγελματική πορεία. Το κράτος του χορηγεί αναπηρική σύνταξη από την ηλικία των 25 ετών. Όταν η ασθένεια παρουσιάζει ύφεση μπορεί να λαμβάνει μέρος στο μαγαζί με οπωροκηπευτικά που διατηρεί ο αδερφός του. Ο αδερφός του είναι μεγαλύτερος κατά 5 έτη και πάντα έμεναν μαζί. Παράλληλα είναι αρκετά θρησκευόμενος, συμμετέχει σε δράσεις της εκκλησίας και εκκλησιάζεται κάθε Κυριακή.

Πορεία Ασθενείας

Στις 15/6/2019 ο ασθενής εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική. Τα ρούχα του ήταν καθαρά, ωστόσο δεν ήταν ξυρισμένος και χτενισμένος, όπως και τα νύχια του ήταν ιδιαίτερα μακριά. Ο λόγος του ήταν ακατάληπτος, διακρινόταν από υπερκινητικότητα, φαινόταν αρκετά αγχωμένος, ενώ δεν μπορούσε να επικοινωνήσει στοιχειωδώς με το περιβάλλον του. Διακατεχόταν από ψυχοκινητική διέγερση και δεν συνεργαζόταν, ενώ παρουσίαζε λεκτική και σωματική επιθετικότητα σε τρίτους, με αποτέλεσμα να αναγκαστούν οι θεράποντες ιατροί να λάβουν περιοριστικά μέτρα στο κρεβάτι φιλοξενίας.

Ακολούθησε ο έλεγχος των ζωτικών σημείων, με τον ασθενή να παρουσιάζει αρτηριακή πίεση 150/75 mmHg, σφύξεις 102/min και θερμοκρασία : 26.6 C. Οι θεράποντες ιατροί του χορήγησαν άμεσα φαρμακευτική αγωγή σε ενέσιμη μορφή αν και με μεγάλη δυσκολία. Συγκεκριμένα του χορηγήθηκε 1 amp αλοπεριδόλη και από ½ amp βιπεριδένη και διαζεπάμη. Η προαναφερόμενη αγωγή συστήθηκε να του χορηγείται 3 φορές την ημέρα. Παράλληλα τοποθετήθηκε ενδοφλέβια ενυδάτωση με 1000cc φυσιολογικό ορό γιατί ο αδελφός του πληροφόρησε ότι το τελευταίο χρονικό διάστημα δεν σιτιζόταν καλά, ενώ αρνούσαν σε σημαντικό βαθμό να λάβει υγρά. Ο

ασθενής τέθηκε κάτω από εντατική παρακολούθηση από το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής σύμφωνα με το πρωτόκολλο παρακολούθησης που υπάρχει για τους περιορισμένους ασθενείς.

16.6.2019 : Η ανησυχία του ασθενή έχει περιοριστεί και συνεργάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με το νοσηλευτικό προσωπικό γι' αυτό και άρθηκε το περιοριστικό μέτρο του ενός άκρου. Η χορήγηση της ενέσιμης αγωγής εφαρμόζεται, ωστόσο μιλά δυνατά και φανερώνεται από τα όσα λέει ότι διακατέχεται από παραληρήματα και ιδίες καταδίωξης, οι οποίες περιέχουν έντονα το θρησκευτικό στοιχείο. Το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τον ασθενή ως προς τη σίτιση, την ενυδάτωση, την ούρηση και αφόδευση, καθώς και την ασφάλεια του.

20/6/2019 : Η σκέψη του είναι ακόμη αποδιοργανωμένη όπως και ο λόγος του. Η ομιλία του δεν έχει ειρμό και νοηματικό περιεχόμενο, ενώ παρουσιάζει επίσης ξεσπάσματα γέλιου. Τροποποιήθηκε η φαρμακευτική αγωγή από αλοπεριδόλη, σε αριπιπραζόλη amp 7.5, δύο φορές το 24ώρο.

28/6/2019 : Διεκόπη η ενέσιμη διαζεπάμη και ξεκίνησε η από στόματος θεραπεία λοραζεπάμης tb 2,5 mg 0.5, 3 φορές το 24ώρο. Έγινε άρση των περιοριστικών μέτρων, παρατηρείται κινητοποίηση του ασθενούς, αλλά η συμπεριφορά του εξακολουθεί να είναι αποδιοργανωμένη, ειδικότερα το βράδυ. Προκειμένου να μην προκαλέσει κακό στον εαυτό του κατά την ώρα της νυχτερινής κατάκλισης περιορίζεται στο ένα άκρο στη κλίνη του και το πρωί αποπεριορίζεται.

Νοσηλευτική Διάγνωση των Προβλημάτων που Παρουσιάζει ο Ασθενής	Αντικειμενικοί Στόχοι της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων του Νοσηλευτικού Προγράμματος
1. Λεκτική και σωματική επιθετική συμπεριφορά προς τρίτους, λόγω των	1. Ο ασθενής θα πρέπει να αισθανθεί ασφαλής εντός του περιβάλλοντος	1. Δημιουργία περιβάλλοντος ασφάλειας με περιορισμένους κινδύνους και παροχή	1.Α. Τοποθέτηση ασθενούς σε μονό θάλαμο έως την παρουσίαση περιορισμού της επιθετικής	1. Α. Ο ασθενής είναι ήρεμος μετά από το πέρασμα μερικών ημερών, με την περίδεση να είναι

<p>παραληρημάτων καταδίωξης</p>	<p>που φιλοξενείται, ώστε να μην εκφράζει λεκτική και σωματική επιθετική συμπεριφορά</p>	<p>ερεθισμάτων, τα οποία θα μπορούσαν να τον οδηγήσουν σε βίαη συμπεριφορά</p>	<p>συμπεριφοράς. Θεώρηση αναγκαιότητας περιορισμού των άκρων</p> <p>2.A. Χορήγηση 1 amp αλοπεριδόλη και από ½ amp βιπεριδένη και διαζεπάμη 3 φορές τη μέρα και τοποθέτηση ενδοφλέβιας ενυδάτωσης με 1000cc φυσιολογικό ορό</p> <p>1.B. Έλεγχος των αντικειμένων προσωπικής φύσεως καθώς και του συνόλου των αντικειμένων που βρίσκονται στο δωμάτιο του, ώστε να απομακρυνθεί κάθε επικίνδυνο αντικείμενο (κορδόνια, καθρέπτης) το οποίο θα</p>	<p>περιορισμένη μόνο στο αριστερό άκρο. Η επιθετική συμπεριφορά έχει περιοριστεί.</p> <p>1 B. Δεν έχει στο δωμάτιο του κανένα αντικείμενο που θα τον έθετε σε κίνδυνο και το περιβάλλον του διακρίνεται από ασφάλεια τόσο για τον ίδιο, όσο και για τρίτους</p>
---------------------------------	--	--	---	---

	<p>2. Ο ασθενής να πρέπει να καταλάβει ότι ο νοσηλευτής επιδιώκει να τον βοηθήσει, δημιουργώντας με αυτόν μία θεραπευτική σχέση η οποία θα στηρίζεται σε κλίμα εμπιστοσύνης</p>	<p>2. Προοδευτική προσέγγιση του ασθενή μέσω της χρήσης επικοινωνιακών θεραπευτικών τεχνικών</p>	<p>μπορούσε να προκαλέσει σωματική βλάβη</p> <p>1.Γ. Περιορισμός των εξωτερικών ερεθισμάτων με σκοπό τη διατήρηση ησυχίας, περιορισμός φωνών και θορύβων, επαρκής φυσικός φωτισμός, όχι έντονη σωματική επαφή που θα μπορούσε να οδηγήσει σε παραληρηματικές ιδέες</p> <p>2. Α. Η λεκτική επικοινωνία του νοσηλευτή είναι σαφής, ξεκάθαρη και λιτή, διατηρώντας σταθερή τη φωνή του. Αναφέρεται στον ασθενή στο Β' πληθυντικό πρόσωπο και τον</p>	<p>1.Γ. Η ύπαρξη ησυχίας και ο περιορισμός των εξωτερικών ερεθισμάτων τόσο στο περιβάλλον, όσο και από τρίτα άτομα, έχουν συμβάλει στον προοδευτικό περιορισμό των παραληρηματικών ιδεών</p> <p>2.Α. Ο ασθενής δεν ενοχλείται από την παρουσία του νοσηλευτή, αισθάνεται ικανοποιημένος από τη συμπεριφορά τους με αποτέλεσμα να είναι και ο ίδιος ευγενικός</p>
--	---	--	---	--

			<p>αποκαλεί με το επώνυμο του, ενώ του αποδίδει τον ενδεδειγμένο σεβασμό. Δεν πραγματοποιεί μορφασμούς, ή νοήματα το περιεχόμενο των οποίων θα μπορούσε να παρερμηνευθεί.</p> <p>2.Β. Ο νοσηλευτής βρίσκεται τακτικά κοντά στον ασθενή ώστε καταρχήν να πραγματοποιηθούν οι βιοτικές ανάγκες, δείχνοντας ενδιαφέρον για αυτά που βιώνει και πως αισθάνεται. Παράλληλα ενθαρρύνει λεκτικά τον ασθενή αλλά και μη λεκτικά να εκφράζει τη συναισθηματική</p>	
			<p>2.Β. Ο νοσηλευτής βρίσκεται τακτικά κοντά στον ασθενή ώστε καταρχήν να πραγματοποιηθούν οι βιοτικές ανάγκες, δείχνοντας ενδιαφέρον για αυτά που βιώνει και πως αισθάνεται. Παράλληλα ενθαρρύνει λεκτικά τον ασθενή αλλά και μη λεκτικά να εκφράζει τη συναισθηματική</p>	<p>2. Β. Ο Ασθενής φαίνεται πως εμπιστεύεται προοδευτικά τους νοσηλευτές εκφράζοντας τους τη συναισθηματική κατάσταση του, ενώ επικοινωνεί με το νοσηλευτή όποτε αισθανθεί ότι τον χρειάζεται</p>

			κατάσταση του. Επίσης του παρέχει τον κατάλληλο χρόνο για να εκφραστεί	
--	--	--	--	--

Νοσηλευτική Διάγνωση των Προβλημάτων που Παρουσιάζει ο Ασθενής	Αντικειμενικοί Στόχοι της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων του Νοσηλευτικού Προγράμματος
Π. Άγχος ως απόρροια των παραληρητικών ιδεών καταδίωξης που αισθάνεται	1. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι δεν απειλείται στο περιβάλλον της κλινικής και να εκπαιδευτεί στον τρόπο αντιμετώπισης του άγχους του	1. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με περιορισμένα ερεθίσματα και κινδύνους, τα οποία θα αύξαναν το άγχος του ότι κάποιος των καταδιώκει	1.Α. Τοποθέτηση του ασθενούς μόνο, μέχρι να υποχωρήσουν τα αισθήματα καταδίωξης. Επίσης αποφεύγονται πρόσωπα από τα οποία αισθάνεται φόβο. 2.Α. Τροποποίηση φαρμακευτικής αγωγής από αλοπεριδόλη, σε αριπιπραζόλη amp 7.5, δύο	1. Α. Ο ασθενής φαίνεται ήρεμος καθώς περνούν οι ημέρες, δεν νιώθει ότι καταδιώκεται από κάποιον και το άγχος του προοδευτικά υποχωρεί

			<p>φορές το 24ώρο. Διεκόπη η ενέσιμη διαζεπάμη και ξεκίνησε η από στόματος θεραπεία λοραζεπάμης tb 2,5 mg 0.5, 3 φορές το 24ώρο.</p> <p>1. B. Περιορισμός εξωτερικών ερεθισμάτων με σκοπό τη διατήρηση της ησυχίας. Περιορισμός των έντονων θορύβων και των φωνών, επαρκής φυσικός φωτισμός, περιορισμός σωματικής επαφής ώστε να μην πυροδοτούνται τα παραληρήματα του ασθενή και να αυξάνεται το άγχος του</p>	<p>1.B. Η διατήρηση του ήρεμου περιβάλλοντος φαίνεται να έχει θετική επίδραση στον ασθενή, του προκαλεί ασφάλεια, του επιτρέπει να κοιμάται χωρίς φόβο και περιορίζεται το άγχος του κατά τη διάρκεια της ημέρας</p>
--	--	--	---	---

			<p>1. Γ. Τακτική παρουσία του νοσηλευτή ώστε να μην αισθάνεται μόνος του ο ασθενής και να αντιλαμβάνεται ότι εάν παραστεί ανάγκη μπορεί να ζητήσει τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού</p>	<p>1. Γ. Επικοινωνεί με τον νοσηλευτή όταν χρειάζεται τη βοήθεια του και φαίνεται ότι τον εμπιστεύεται αφού του εκμυστηρεύεται τη συναισθηματική κατάσταση του</p>
		<p>2. Χρησιμοποίηση κατάλληλων τεχνικών για να περιοριστεί το άγχος</p>	<p>2. Παρακίνηση του ασθενή να πραγματοποιεί καθημερινή άσκηση στον περιβάλλοντα χώρο της κλινικής, ακρόαση μουσικής, κατάλληλη διατροφή πριν τον ύπνο, αποφυγή καφεΐνης, νικοτίνης και</p>	<p>2. Ακολουθεί τις συμβουλές των νοσηλευτών και έχει διαμορφώσει κατάλληλα τη διατροφή του, συνηθίζει να ακούει εκκλησιαστική μουσική που του προκαλεί χαλάρωση. Ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή σε χρονικό</p>

			<p>άλλων ουσιών ψυχοδιεγερτικής φύσεως που θα μπορούσαν να του προκαλέσουν περισσότερο άγχος</p> <p>3. Παρακίνηση ασθενή να λαμβάνει μέρος σε ψυχοθεραπεία ατομική και ομαδική για την απόκτηση εναισθησίας λόγω του άγχους που αισθάνεται</p>	<p>πλαίσιο αλλά και σε δοσολογία, ενώ ο ύπνος δεν παρουσιάζει σημαντικές διακοπές. Ωστόσο δεν θέλει να κυκλοφορεί αρκετά στον περιβάλλοντα χώρο της κλινικής καθώς όπως αναφέρει δεν νιώθει ασφάλεια λόγω των άλλων ασθενών</p> <p>3. Ο ασθενής συμμετέχει σε ατομική ψυχοθεραπεία καθώς δεν νιώθει ασφάλεια με τους άλλους νοσηλευόμενους και δεν θέλει να βρίσκεται σε επικοινωνία μαζί τους</p>
--	--	--	--	--

4.2 Μελέτη 2^ο Περιστατικού

Ατομικό Ιστορικό Ασθενή

Όνοματεπώνυμο : Κ. Ν.

Φύλο : Θήλυ

Ηλικία : 51

Τόπος Διαμονής : Επαρχιακή Πόλη Λακωνίας

Οικογενειακή Κατάσταση : Άγαμη, μένει με τον υπερήλικα πατέρα της, αλλά βρίσκεται υπό την επίβλεψη του αδερφού της ο οποίος μένει σε κοντινή απόσταση

Βάρος: 67kg

Ύψος : 1.65 cm

Εκπαίδευση : Απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης

Επάγγελμα : Συνταξιούχος

Θρήσκευμα :Χ.Ο.

Ημερομηνία Εισαγωγής : 10/9/2019

Διάγνωση Εισόδου : Διαταραχές συμπεριφοράς – Υποτροπή σχιζοφρένειας

Παρούσα Κατάσταση : Η ασθενής εισήχθη στη ψυχιατρική κλινική συνοδευόμενη από τον αδερφό της και τον ανιψιό της οι οποίοι παρά το γεγονός ότι δεν διαμένουν μαζί της, ωστόσο φροντίζουν για την φαρμακευτική αγωγή της σε καθημερινή βάση. Αναφέρουν ότι η ασθενής βγήκε στο μπαλκόνι και προσπάθησε να πέσει στο κενό. Τις τελευταίες 5 μέρες δεν έχει καταναλώσει φαγητό, ενώ πίνει πολύ περιορισμένη ποσότητα νερού. Είναι εμφανώς καταβεβλημένη και παρουσιάζει ατημέλητη εμφάνιση. Παρουσιάζει αναστάτωση και φόβο. Ανέφεραν ότι κυκλοφορούσε μέσα στο σπίτι χωρίς προορισμό, επειδή φοβόταν ότι κάποιος την καταδιώκει. Πάντα φαίνεται ότι λάμβανε φαρμακευτική αγωγή αφού οι συγγενείς της, την είχαν υπό επίβλεψη.

Ιατρικό Ιστορικό : Η ασθενής παρουσιάζει ήπιου βαθμού νοητική υστέρηση η οποία έχει διαγνωστεί από την παιδική ηλικία της και επίσης πάσχει από σχιζοφρένεια η οποία εμφανίστηκε στην ηλικία των 25 ετών. Ωστόσο φαίνεται ότι η ασθένεια της σχιζοφρένειας προϋπήρχε αλλά λόγω της νοητικής κατάστασης της δεν μπορούσε να εκφράσει μέσω της επικοινωνίας όσα ένιωθε, ώστε να γίνει αντιληπτή και να αντιμετωπιστεί. Από την περίοδο της διάγνωσης έχει νοσηλευτεί κάποιες φορές σε ψυχιατρική κλινική όταν υποτροπίαζε λόγω του γεγονότος ότι βίωνε κάποιο ψυχοπιεστικό περιστατικό, όπως για παράδειγμα όταν πέθανε η μητέρα της. Ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή της, ενώ την επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα ιδιώτης ψυχίατρος. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει tb σερτραλίνη 150 mg/24ώρο tb. αριπιπραζόλη 20 mg/24ώρο και tb αριπιπραζόλη mg/24ώρο.

Κοινωνικό Ιστορικό : Λόγω της κατάστασης της ήπιας νοητικής υστέρησης δεν εργάστηκε ποτέ συστηματικά, αν και απασχολούταν σε ειδικό πολυχώρο για άτομα με νοητική υστέρηση κάποιες ώρες την εβδομάδα, κάνοντας χειροτεχνίες και γυμναστική. Πραγματοποιούσε εύκολες οικιακές εργασίες υπό την επίβλεψη του πατέρα της, δεν κυκλοφορεί μόνη της και πάντα την ακολουθούσε κάποιος από την οικογένεια της. Λόγω τω κινητικών προβλημάτων που παρουσιάζει ο υπερήλικας πατέρας της το τελευταίο χρονικό διάστημα η ασθενής παραμένει για μεγάλες περιόδους στο σπίτι. Ο αδερφό της τη συνοδεύει εάν πρέπει να επισκεφθεί κάποιον γιατρό. Παίρνει αναπηρική σύνταξη.

Πορεία Ασθένειας

10/9/2019 : Η ασθενής έχει παραληρητικές ιδέες καταδίωξης, πιστεύοντας ότι μία γυναίκα την κυνηγάει για να της κάνει κακό. Φαίνεται πολύ αγχωμένη και ανασφαλής. Πιστεύει ότι την κυνηγούν για να την δηλητηριάσουν κι γι' αυτό δεν θέλει να σιτιστεί. Προκειμένου να φάει έστω και ελάχιστα το προσωπικό της άνοιξε μπροστά της ένα γιαούρτι. Δεν θέλει να απομακρύνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό και κοιμάται σε κλίνη με φωτισμό. Κατά την ώρα του ύπνου το σώμα της παρουσιάζει περίεργη στάση. Δεν έχει επικοινωνία με κάποιον, παρά μόνο απαντά εάν της απευθύνει κάποιος τον λόγο. Της χορηγείται αντικαταθλιπτική αγωγή με σερτραλίνη 150 mg και λοραζεπάμη 2.5 mg για τον περιορισμό του άγχους.

Παρακολουθείται συχνά σύμφωνα με το πρωτόκολλο παρακολούθησης αυτοκτονικού ασθενή.

17/9/2019: Δεν παρουσιάζει τη δεδομένη στιγμή αυτοκτονικό ιδεασμό, αλλά εξακολουθεί να είναι απομονωμένη και να μην θέλει να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες, δεν θέλει να επικοινωνεί με κανέναν παρά μόνο με το προσωπικό της κλινικής. Φαίνεται ότι ο φόβος της έχει περιοριστεί. Με μεγάλη παρακίνηση από το νοσηλευτικό προσωπικό τρώει αλλά δεν γίνεται να φροντίσει τον εαυτό της, με αποτέλεσμα να παρακινείται να κάνει μπάνιο από το νοσηλευτικό προσωπικό και με τη βοήθεια του. Έγινε έναρξη της βενλαφαζίνης στο πλαίσιο της αντικαταθλιπτικής αγωγής και μειώθηκε σταδιακά η σερτραλίνη και η αριπραζόλη. Η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων παραμένει σταθερή.

27/9/2019 : Παρουσιάζει βελτίωση στη συμπεριφορά, είναι περισσότερο χαρούμενη και δεν έχει πλέον παραληρητικές ιδέες καταδίωξης. Επικοινωνεί περισσότερο αν και παρουσιάζει μία καθυστέρηση λόγω της ήπιας νοητικής υστέρησης που έχει. Κινείται πλέον στον περιβάλλοντα χώρο της κλινικής, πηγαίνει για φαγητό στην τραπεζαρία, φροντίζει την προσωπική υγιεινή και τον προσωπικό της χώρο. Επίσης έχει αναπτύξει κοινωνική επαφή με άλλους δύο ασθενείς που βρίσκονται στον ίδιο όροφο. Συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες και κατά την επίσκεψη των οικιών της φαίνεται ότι επικοινωνεί μαζί τους, ενώ φαίνεται ότι επιθυμεί να πάει σπίτι της. Όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή περιορίζεται η λοραζεπάμη και η βενλαφαζίνη, ενώ η ολανζαπίνη δε μεταβάλλεται.

10/10/2019: Παρουσιάζει σταθερή βελτίωση με αποτέλεσμα να λάβει εξιτήριο διατηρώντας τη φαρμακευτική αγωγή ως έχει, ωστόσο θα παρακολουθείται εξωνοσκομεικά από τον ιδιώτη γιατρό που την παρακολουθούσε και πριν την εισαγωγή της. Στο εξιτήριο τη συνόδευε ο αδερφός της με τον ανιψιό της.

Νοσηλευτική Διάγνωση των Προβλημάτων που Παρουσιάζει ο Ασθενής	Αντικειμενικοί Στόχοι της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων του Νοσηλευτικού Προγράμματος
<p>1. Η ασθενής παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά (απόπειρα αυτοκτονίας), η οποία είναι άμεσα συσχετισμένη με τα παραληρήματα καταδίωξης που έχει</p>	<p>1. Η ασθενής πρέπει να αισθανθεί άμεσα ασφάλεια στο περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται, το οποίο θα αποκλείει την πιθανότητα να πραγματοποιήσει μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας</p>	<p>1. Δημιουργία ενός περιβάλλοντος το οποίο θα προκαλεί ασφάλεια στην ασθενή, θα μειώνει τους κινδύνους και τα εξωτερικά ερεθίσματα που θα μπορούσαν να ενεργοποιήσουν μία νέα απόπειρα αυτοκτονίας</p>	<p>1.Α. Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θάλαμο με άλλη νοσηλευόμενη, ώστε να δυσκολευτεί να κάνει νέα απόπειρα</p> <p>2.Α. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει tb σερτραλίνη 150 mg/24ώρο tb. αριπιπραζόλη 20 mg/24ώρο και tb αριπιπραζόλη mg/24ώρο.</p>	<p>1.Α Η ασθενής παρουσιάζει ηρεμία μετά από το πέρασμα κάποιων ημερών και δεν έχει επιχειρήσει να πραγματοποιήσει νέα απόπειρα. Παρόλ' αυτά φαίνεται ότι δεν είναι ευτυχισμένη λόγω της ύπαρξης και άλλης συγκατοίκου στο δωμάτιο, με την οποία δεν έχει καμία επαφή, αγνοώντας την μάλιστα επιδεικτικά.</p>

1.B.
Πραγματοποιείται έλεγχος των αντικειμένων της ασθενούς για να απομακρυνθούν όσα θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για να βλάψει τον εαυτό της. Επίσης πραγματοποιείται έλεγχος ανά τακτά χρονικά διαστήματα στα αντικείμενα που διαθέτει η κλινική, ώστε να απομακρυνθούν τα επικίνδυνα αντικείμενα, αλλά και να επιβεβαιωθεί το ασφαλές περιβάλλον της ασθενούς.

1.B. Η ασθενής δεν διαθέτει κανένα επικίνδυνο αντικείμενο που θα μπορούσε να τη βλάψει, κατά συνέπεια το περιβάλλον της είναι απολύτως ασφαλές

1.Γ. Η ασθενής ελέγχεται συνεχώς ιδιαίτερα τα πρώτα εικοσιτετράωρα της εισδοχής της στην κλινική, ώστε να μην εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά. Το πρόγραμμα διαμορφώνεται και εφαρμόζεται ανά 20- 25 λεπτά από τον νοσηλευτή για να γνωρίζει συνεχώς που βρίσκεται η ασθενής. Επίσης πραγματοποιείται έλεγχος ώστε να διαπιστωθεί ότι έλαβε τα φάρμακα της

1.Γ. Η ασθενής δεν πραγματοποίησε καμία απόπειρα. Με την πάροδο των ημερών το νοσηλευτικό προσωπικό έλεγχε την ασθενή για να έχει επίγνωση της κατάστασης της, που ακριβώς βρίσκεται και εάν παίρνει τα φάρμακα της. Η ασθενής παρουσίαζε ηρεμία και ήταν ιδιαίτερα συνεργάσιμη όσον αφορά στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης φαινόταν ότι δεν ενοχλείται από την παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού και μάλιστα πολλές φορές συζητούσε μαζί τους

	<p>2. Η ασθενής θα πρέπει να καταλάβει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει ως σκοπό να τη βοηθήσει για να μπορέσει να δημιουργηθεί με αυτό μία σχέση θεραπευτικού χαρακτήρα, η οποία θα στηρίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη</p>	<p>2. Προοδευτική προσέγγιση της ασθενούς μέσω επαναλαμβανόμενων ατομικών συναντήσεων, επιδιώκοντας μέσα από αυτές η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της προς το νοσηλευτικό προσωπικό</p>	<p>2Α. Πραγματοποιείται λεκτική επικοινωνία μέσω χρήσης σαφών, ξεκάθαρων και λιτών εκφράσεων, διατηρώντας ο νοσηλευτής τη φωνή καθαρή και σταθερή. Μιλά στην ασθενή στο Β' ενικό πρόσωπο και την αποκαλεί με το επώνυμο της αποδίδοντας την τον απαραίτητο σεβασμό. Επίσης αποφεύγει τους μορφασμούς και τα νοήματα που θα μπορούσαν να παρερμηνευθούν</p>	<p>2.Α Η ασθενής έχει συνηθίσει την παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού και δείχνει ότι είναι ευχαριστημένη από τον τρόπο που της συμπεριφέρονται με αποτέλεσμα και η ίδια να συμπεριφέρεται ευγενικά</p> <p>2.Β. Προοδευτικά</p>
--	--	--	--	--

<p>2B. Ο νοσηλευτής έχει τακτική παρουσία στο πλευρό της ασθενούς με σκοπό να ικανοποιούνται οι βιοτικές ανάγκες της και συγχρόνως φανερώνει το πραγματικό ενδιαφέρον του για το πως αισθάνεται η ασθενής. Συγχρόνως την ενθαρρύνει συνεχώς μέσω λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας να εκφράσει τα συναισθήματά της, ενώ της δίνει και τον απαιτούμενο χρόνο για να εκφραστεί.</p>	<p>η ασθενής δείχνει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό και τις 4 τελευταίες μέρες γνωστοποιεί τη συναισθηματική κατάσταση της, ειδικότερα για τα συναισθήματα του φόβου που νιώθει. Επίσης καλεί το νοσηλευτή όποτε νιώσει ότι τον χρειάζεται</p>
---	---

Νοσηλευτική Διάγνωση των Προβλημάτων που Παρουσιάζει ο Ασθενής	Αντικειμενικοί Στόχοι της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων του Νοσηλευτικού Προγράμματος
<p>Π. Η ασθενής εμφανίζει κοινωνική απόσυρση, η οποία είναι συνέπεια των παραληρημάτων καταδίωξης και του γεγονότος ότι πιστεύει ότι κάποιος θέλει να την δηλητηριάσει</p>	<p>1. Η ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι μέσα στην κλινική δεν κινδυνεύει και πρέπει να εκπαιδευτεί, ώστε να αναπτύξει κοινωνικές συναναστροφές με τους υπόλοιπους ασθενείς χωρίς να αισθάνεται ότι θέλουν να της κάνουν κακό. Θα πρέπει να της προσφερθούν ευκαιρίες ώστε να περιοριστεί η απομόνωση της και να εκφράσει τα συναισθήματά της</p>	<p>1. Θα πρέπει να ενθαρρυνθεί η ασθενής να έχει καθημερινή και ενεργή συμμετοχή στις δραστηριότητες της κλινικής, συνεργαζόμενη με τους άλλους νοσηλευτές χωρίς να πιστεύει ότι θα συμβεί κάτι. Θα πρέπει η επικοινωνία με τα άλλα μέλη της κλινικής να είναι ουσιαστική όπως επίσης και τα πρόσωπα από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της</p>	<p>1. Τοποθετήθηκε η ασθενής σε γυναικείο θάλαμο με τρία άτομα προηγήθηκε η σταθεροποίηση της κατάστασης της, ώστε να εκπαιδευτεί να επικοινωνεί με τους γύρω της και να διαμορφώνει κοινωνικές σχέσεις</p> <p>1Α. Έναρξη της βενλαφαξίνης στο πλαίσιο της αντικαταθλιπτικής αγωγής και σταδιακή μείωση της σερτραλίνης</p>	<p>1. Αρχικά η ασθενής δεν φάνηκε να αισθάνεται καλά με τη μεταφορά της σε θάλαμο με τρία άτομα. Κατά την πρώτη χρονική περίοδο ήταν απόμακρη και δεν συναναστρεφόταν με τις συγκατοίκους της. Δεν μπορούσε να κοιμηθεί το βράδυ γιατί δεν ένιωθε ασφάλεια. Ωστόσο στην πορεία ανέπτυξε καλύτερη σχέση με τη μία εξ αυτών με την οποία πλέον συναναστρέφεται σε καθημερινή βάση</p>

			<p>και της αριπραζόλης. Η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων παραμένει σταθερή.</p> <p>1.Β. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής και συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα να παρακολουθεί ταινία, να πραγματοποιεί περίπατο, να ακούει ραδιόφωνο και να δημιουργεί χειροτεχνίες</p> <p>1Γ.Παροτρύνεται η ασθενής αλλά και τα άτομα που εντάσσονται στο</p>	<p>1.Β. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να προσπαθεί αρκετά, η ασθενής δεν θέλει αυτοβούλως να πάρει μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες με τους άλλους νοσηλευόμενους. Δεν θέλει να συμμετέχει σε δραστηριότητες αν δεν είναι παρόν κάποια από τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού γιατί μόνο τότε αισθάνεται ασφαλής</p> <p>1.Γ. Η ασθενής είναι πολύ χαρούμενη κατά τη συνάντησή με τους οικείους της και</p>
--	--	--	---	--

			<p>υποστηρικτικό δίκτυο της να έχουν καθημερινές συναντήσεις όσο αυτή παραμένει στην κλινική. Με αυτό τον τρόπο η ασθενής αισθάνεται ότι δεν είναι απομονωμένη από το οικείο περιβάλλον της.</p>	<p>αδημονεί να τους συναντήσει κάθε φορά. Συνηθίζει να περνά ποιοτικό χρόνο μαζί τους και τους εκφράζει την επιθυμία της να επιστρέψει στο σπίτι</p>
		<p>2. Να ενθαρρύνεται η ασθενής να συμμετέχει σε ομαδικές συναντήσεις με ψυχολόγο που διαθέτει η ψυχιατρική κλινική ώστε να βοηθηθεί να εκφράσει τους φόβους της και όσα νιώθει τόσο σε προσωπικό επίπεδο, όσο και με την παρουσία των υπολοίπων</p>	<p>2. Συμμετέχει η ασθενής σε συναντήσεις με τον ψυχολόγο ατομικές αλλά και ομαδικές, αρχικά με την παρουσία ατόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό και στην πορεία μόνη της.</p>	<p>2. Στην αρχή η ασθενής δεν είχε καθόλου λεκτική επικοινωνία ούτε κατά τη διάρκεια των ομαδικών, αλλά ούτε κατά τη διάρκεια των ατομικών συνεδριών γιατί δεν ένιωθε ασφάλεια. Καθώς όμως περνούσαν οι μέρες και με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού ξεκίνησε να εκφράζει τη συναισθηματική</p>

		νοσηλευόμενων		κατάσταση της, για τους φόβους που ένιωθε στην ψυχολόγο χωρίς πλέον να χρειάζεται να είναι παρόν και άτομο από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο εξακολουθεί να μην θέλει να μιλήσει μπροστά σε άλλους νοσηλευόμενους και προτιμά να έχει τον ρόλο της ακροάτριας.
--	--	---------------	--	---

Συμπεράσματα

Η σχιζοφρένεια θεωρείται μία από τις πιο σοβαρές ψυχικές ασθένειες για τους επαγγελματίες υγείας, αφού αποτελεί μία από τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές. Ο βαθμός που αλλοιώνει η σχιζοφρένεια τον ψυχισμό του ασθενή είναι πολύ μεγάλος αφού επηρεάζεται τόσο η εξωτερική, όσο και η εσωτερική πραγματικότητα, με αποτέλεσμα το άτομο να οδηγείται σε πολύ επικίνδυνες καταστάσεις. Οι διαταραχές επηρεάζουν την ομιλία, τη συναισθηματική κατάσταση, τη σκέψη, την συμπεριφορά και την αντίληψη του ασθενή. Υπολογίζεται ότι όσα άτομα πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν πιο μικρό προσδόκιμο ζωής από τα υγιή άτομα, αφού η ασθένεια είναι συνδεδεμένη με το κάπνισμα, την παχυσαρκία, την αυτοκτονία κ.α. Ωστόσο οι συνέπειες δεν αφορούν μόνο το άτομο αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον, καθώς ο ασθενής δεν μπορεί να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του και να έχει μία φυσιολογική ζωή με συνέπεια να απομονώνεται κοινωνικά.

Αν και οι ακριβείς αιτίες της ασθένειας δεν είναι καθορισμένες, οι επιστήμονες θεωρούν ότι υπάρχουν πάρα πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της όπως είναι η κληρονομικότητα, οι δύσκολες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, η κακοποίηση, η μετανάστευση κ.α. Η διάγνωση της ασθένειας ξεκινά μέσω της αναγνώρισης ότι δεν λειτουργεί φυσιολογικά ο εγκέφαλος του ατόμου μετά από την αξιολόγηση μέσω διαγνωστικών τεστ όπως είναι το DSM-V. Όταν γίνει εκτίμηση της κατάστασης τότε θα πρέπει να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπεία από τον ιατρό για τον ασθενή.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια έρχονται αντιμέτωπα με πολλά προβλήματα στην καθημερινότητα τους. Γι' αυτό το λόγο και θεωρείται απαραίτητο να χορηγείται μία δυναμική θεραπευτική αγωγή, να γίνεται έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών, να υπάρχει σημαντικό υποστηρικτικό και οικογενειακό περιβάλλον που να στηρίζει τον ασθενή, να γίνεται η ανάλογη εκπαίδευση τόσο του οικείου περιβάλλοντος, όσο και του ίδιου του ασθενή και να επιδιώκεται επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.

Πολλοί είναι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που επιδιώκουν να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της θεραπείας τους, ωστόσο για να γίνει κάτι τέτοιο θα πρέπει ο ασθενής να βρίσκεται στο κατάλληλο επίπεδο λειτουργικότητας. Για παράδειγμα εάν ο ασθενής βιώνει το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ή εάν έχει υποτροπές δεν είναι

εύκολη η συμμετοχή του. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει αυτά τα άτομα να περιθωριοποιούνται από το κοινωνικό σύνολο.

Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σε όλη την πορεία των ασθενών με σχιζοφρένεια. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει έναν ασθενή με σχιζοφρένεια από το στάδιο της εισαγωγής του στην ψυχιατρική κλινική έως και την έξοδο του από αυτή όπως και μετά όταν θα βρεθεί ξανά σε οικείο περιβάλλον. Οι νοσηλευτές πραγματοποιούν πληθώρα δραστηριοτήτων όσον αφορά στον ασθενή με σχιζοφρένεια συμβάλλοντας από το στάδιο της διάγνωσης της ασθένειας, τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, παρατηρούν την πορεία της νόσου και την εξέλιξη του ασθενή, φροντίζουν για την ασφάλεια του, για την ικανοποίηση των βιοτικών και κοινωνικών αναγκών, με απώτερο στόχο να καταφέρει ο ασθενής να είναι όσο το δυνατόν πιο λειτουργικός και να αποτελεί ενεργό μέρος της κοινωνίας.

Ολοκληρώνοντας ακόμη και τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως είναι η σχιζοφρένεια πρέπει να θεωρούνται ισότιμα μέλη στην κοινωνία να τους παρέχεται η κατάλληλη στήριξη σωματική, ψυχική και κοινωνική για έχουν όσο το δυνατό ίσες ευκαιρίες με τους υγιείς συνανθρώπους τους και μία λειτουργική καθημερινότητα.

Προτάσεις

Σίγουρα η ασθένεια της σχιζοφρένειας χρειάζεται ακόμη μεγαλύτερη διερεύνηση ειδικότερα ως προς τις αιτίες της, ώστε να δοθούν απαντήσεις και σε ζητήματα που σχετίζονται με την ιδανικότερη θεραπεία, αναλόγως την μορφή και το επίπεδο της σε κάθε ασθενή. Επίσης θα πρέπει να εστιάσει η επιστημονική κοινότητα στους παράγοντες που πυροδοτούν την εμφάνιση της ασθένειας της μετά από το πρώτο ψυχωτικό σοκ, όπως επίσης και σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας που θα συμπληρώνουν την φαρμακευτική αγωγή.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδεύεται διαρκώς, σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο αναπτύσσοντας την ενσυναίσθηση, την κατανόηση, την συμπόνια προς τους ασθενείς. Η ισορροπία στον επαγγελματικό τομέα είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με δύσκολες καταστάσεις ψυχικής υγείας, οι οποίες ειδικότερα στην περίπτωση της σχιζοφρένειας είναι άλυτες και γνωρίζουν υφέσεις και εξάρσεις. Η ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευτών σε ασθενείς με ψυχικές ασθένειες πρέπει να αποτελέσει ακόμη ένα σημείο στο οποίο πρέπει να εστιάσει η επιστημονική κοινότητα. Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και η ψυχοπιεστικές καταστάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι προσωπικοί φροντιστές των ατόμων σε σχιζοφρένειας θα πρέπει επίσης να εξεταστούν αναλυτικότερα.

Σημαντική πρέπει να είναι η μέριμνα του κράτους για την κοινωνική αποκατάσταση αυτών των ατόμων, δημιουργώντας τις κατάλληλες δομές που θα μπορούσαν να απασχοληθούν και να κοινωνικοποιηθούν. Η δημιουργία χώρων απασχόλησης εντός των κλινικών αλλά και εκτός αυτών θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα κάθε χώρας που θέλει να είναι δίκαιη και δημοκρατική.

Βιβλιογραφία

- Ανδρούτσος, Χ. (2012). Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους : Συνάφεια και ετερότητα προς την σχιζοφρένεια των ενηλίκων. *Ψυχιατρική*, 23 82-93.
- Ανωγειανάκης, Γ. Καραγιαννίδου, Μ. & Παπαλιάγκας Β. *Διαταραχές Προσωπικότητας. Κοινοτική Πρωτοβουλία INTERREG III/CARDS Ελλάδα – Αλβανία ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιάνου Α.Ε/
- Austin, S. Mors. O. Secher, R.G. Hjorthoj, C.R. Albert, N. Bestrlsen, M. Jensen, H. Jepperen, P. Petersen, L. Randers, L. Thorup, A. & Nordentoft, M. (2013). Predictions of recovery in the first episode psychosis. The OPUS cohort at 10 year follow up. *Schizophrenia Research*, 150, 1, 163-168.
- Bennett, P. (2010). *Κλινική ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα : Πεδίο .
- Bishara, D. Jayakumar, S. Zalewshah, K. Shiers, D. Crawford, M.J. & Cooper, S.J. (2014). Quality of prescribing for schizophrenia. Evidence from a national audit in England and wales. *Royal College of Psychiatrists, European Necropsy Cho pharmacology* 24, 4, 499-509.
- Bisson, J. Cosgrove, S. Lewis, L. & Roberts, N. (2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ.*, 351: h6161.
- Black, D. & Andreasen, N. (2011). *Introduction Textbook of Psychiatry*. USA : American Psychiatric Publishing.
- Brand, B. & Loewenstein, R. (2010). Dissociative Disorders: An Overview of Assessment, Phenomonology and Treatment. *Psychiatric Times*, 1-9.
- Burns, J. & Roos, L. (2016). *Textbook of Psychiatry*. South Africa : Oxford University Press South Africa.
- Γάνου, Μ. (2015). Αντιληπτική γνωστική και κινητική ασυμμετρία σε άτομα με σχιζοφρένεια και αυτισμό :διερεύνηση του γενετικού μοντέλου της Αννέτ (1972-

- 1985). Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
- Centres for Disease Control and Prevention, (2014). State Indicator Report on Physical Activity, 2014. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. *Adv Nutr.*, 5(6), 762–763.
- Cioffi, C.L. (2013). Modulation of NMDA receptor function as a treatment for schizophrenia. *Bioorganic & Medical Chemistry Letters*, 23(18), 5034-5044.
- Γκοτζαμάνης, Κ. (2015). *Διαγνωστικά κριτήρια από το DSM-IV*. Αθήνα: Βήτα.
- DeRubeis, R. J. Strunk, D. R. & Lorenzo-Luaces, L. (2016). «Mood disorders». Στο J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & N. Pole (Eds.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health* (p. 31–59).
- Donald, W. Black, M.D & Nancy, C. Andreasen M.D.(2011). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. Αθήνα : Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.
- Doran C. (2013). *Prescribing Mental Health Medication. The practioner's guide*. New York, America: Taylor & Francis Group Editions.
- DSM -V (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*. USA: American Psychiatric Association.
- Φερεντίνος, Π. Π. & Κονταξάκης, Β. Π. (2014). Ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια. *Ψυχιατρική*, 14(4), 263.
- Ferrari, C. Iozzino, L. Large, M. Nielssen, O. & Girolamo. G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis, *PLoS One* 10;10(6), e0128536.
- Φουντούκη Α. & Θεοφανίδης, Δ. (2012). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 11, 1, 503-522.
- Garrabe Z. (2011). *Η σχιζοφρένεια. 100 χρόνια για να την κατανοήσουμε, κοινός τόπος ψυχιατρικής, νευροεπιστημών και επιστημών του ανθρώπου*. Αθήνα: Συναψεις.
- Hannigan, B. & Coffey M. (2010). *Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

- Hargarter, L. Cherubin, P. Bergmans, P. Keim, S. Rancans, E. & Bez Y. (2015). Intramuscular long-acting paliperidone palmitate in acute patients with schizophrenia unsuccessfully treated with oral antipsychotics. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*, 58, 1–7
- Heinz, H. (2014). The concept of schizophrenia: From unity to diversity *Advances in Psychiatry*, 1-39.
- Hogan, M. (2012). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα : Πασχαλίδης.
- Howes, O. & Murray, P. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet* 10, 383(9929), 1677–1687.
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci.*, 12(3), 271–287.
- Janicak, P.G. Marder, S.R. Tandon, R. & Goldman, M. (2014). *Schizophrenia*. *Dialogues Clin Neurosci.*, 12(3), 271–287.
- Θεοχάρης, Μ. (2016). Κέντρο ψυχικής υγείας – Οι αρχές λειτουργίας και ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και προαγωγή της ψυχικής υγείας. *Εγκέφαλος*, 53 (1), 26-32.
- Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. & Σουρτζή. Π. (2012). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Katona C., Cooper C. & Roberston M. (2015). *Η ψυχιατρική με μία ματιά*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Kieling, C. Baker-Henningham, H. Belfer, M., Conti, G. Pmighbodun, O. Ertem, I. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Global Mental Health*, 378, 9801, 1515-1525.
- Κογεώργος, Ι. (2010). Το πρόβλημα της ημερίσιας κόπωσης και υπνηλίας στον ψυχιατρικό ασθενή. *Ψυχιατρική*, 17(1), 10.
- Κούκια, Ε. & Γκόνης, Ν. (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας, σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(3), 344.
- Κούκια, Ε. (2014). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα : Βήτα.

- Κούκια, Ε. (2015). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Κοτρώτσου, Ε. (2011). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα : Έλλην.
- Κυριαζίδης, Θ. (2017). Αντιψυχωσικά φάρμακα πρώτη γενιάς και παράταση του QT διαστήματος με βραχεία αναφορά. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 16 (2), 11-121.
- Λαζαρίδου, Μ. Μαργαρίτη, Μ. Χατζούλη, Μ. Αγγελίδης, Γ.Φ. Φωτόπουλος, Β. Μαρκάκη, Α. Κουλούρη, Φ. (2018). Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (II): Υπηρεσίες στην κοινότητα και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Ψυχιατρική*, 29, 118–129
- Legg., T. & Eynvazzadeh, A. (2020). What Is a Thought Disorder? . Ανακτήθηκε 13 Δεκεμβρίου 2020 από : <https://www.healthline.com/health/thought-disorder>
- Νηματούδης, Ι. (2015). Ασθενείς με σχιζοφρένεια ανθεκτική στη θεραπεία. *Ψυχιατρική* 25(4), 241-242.
- Οικονόμου, Μ. Πάλλη, Α. Πέππου, Α.Ε. Λούκη, Ε. Πανελάκης, Α. Κολοστούπης, Δ. & Παπαδημητρίου Ν. (2014). Ψυχοεκπαίδευση και συμπεριδορική θεραπεία οικογένειας στη σχιζοφρένεια : κλινική εφαρμογή στην Ελλάδα. *Α΄ Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών*, 1, 15-24.
- Olivares, J. Alptekin, K. Azorin, J. Cañas, F. Dubois, V. & Emsley, R. (2013). Psychiatrists 'awareness of adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: results from a survey conducted across Europe, the Middle East and Africa. *Patient Prefer Adherence*, 7, 121–132.
- Owen G., Wessely S. & Murray R. (2014). *Handbook of practical psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Παπαγεωργίου, - Βσιλοπούλου (2012). *Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη*. Αθήνα : Βήτα.
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2010). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα : Χ.Ε.
- Παπαδημητρίου, Γ.Ν. Λιάππας, Ι & Ε. Λύκουρας (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα : Βήτα.

- Patel, K. Cherian, J. Gohil, K. Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P T*, 39 (9), 638-45
- ΠΟΥ, 2011 World Health Organization (2011), «Schizophrenia». Διαθέσιμο στο : https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia_treatment [Πρόσβαση 20 Νοεμβρίου 2020].
- Petre, A. & Legg, T. (2019). 6 Common Types of Eating Disorders (and Their Symptoms). Ανακτήθηκε 13 Δεκεμβρίου 2020 από [:https://www.healthline.com/nutrition/common-eating-disorders](https://www.healthline.com/nutrition/common-eating-disorders)
- PRN, (2018). Schizophrenia Symptoms, Types, Causes, and Treatment. Ανακτήθηκε 13 Δεκεμβρίου 2020 από : https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia_treatment
- Robin, E., Koksai, A., Jean-Michel, A., Fernando, C., (2015). Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Ther Adv Psychopharmacol*, 5(6) 339–350.
- Reed, R. Fazel, M. Jones, L. Panter- Brick, C. (2011). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 250-65.
- Rizeanu, S. (2015). Personality Disorders. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 6(4), 60-65.
- Ρούκας, Δ.Α. Κονταξάκης, Β.Π. & Χριστοδούλου Γ.Ν. (2010). «Στιγματισμός και ψυχικές διαταραχές». Στο Κονταξάκης, Β.Π. Χαβάκη- Κονταξάκης, Μ.Ι. Χριστοδούλου Γ.Ν. *Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή*. Αθήνα : Βήτα (σ. 183-190).
- Ζύγα, Σ. (2013). *Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη*. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις.
- Sawyer, S. Afifi, R. Bearinger, L. Blakemore, S. Dick, B. Ezeh, A. Patton, G. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379(9826), 1630-40.
- Σικελιανού, Δ. (2010). *Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων*. Αθήνα : Διόνικος.
- Stilo, S. & Murray, R. (2010), «The epidemiology of schizophrenia replacing dogma with knowledge», *Dialogue in clinical Neuroscience*, 12 (3), 308-315.
- Σκόκου, Μ. 2012, Συγκριτική μελέτη παρανοϊκής μορφής σχιζοφρένειας και όψιμης έναρξης. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

- Σολδάτος, Κ. & Λύκουρας, Λ. (2010). *Σύγγραμμα ψυχιατρικής*. Αθήνα: Βήτα.
- Stuart Gail W. (2013). *Principles and practice of psychiatric Nursing*. America: El Selvier Health Books Editions, Missouri.
- Tagwerker, F. Walitza, S. (2016). Tic Disorders and Tourette Syndrome: Current Concepts of Etiology and Treatment in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 47 (2), 1-12.
- Tamminga, C.A, Stan, A.D. & Wanger A.D. (2010), «The hippocampal formation in schizophrenia». *The American Journal of Psychiatry*, 167 (10), 1178-1193.
- Tandon, R. Gaebel, W. Barch, D.M. Bustillo, J. Gur, R.E. Heckers, S., Malaspina, D. Owen, M.J. Schultz, S. Tsuang, M. Van, O.J. & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150 (1), 1-10.
- Townsend M. (2011). *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care plans and psychotropic Medications*. Oklahoma: F.A Davis Company,
- Townsend M.C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in evidence based practice*. Philadelphia: F.A Davis Company Editions.
- Τριανταφύλλου, Ε.Σ. Οικονόμου Μ.Π. Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2010). *Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή*. Αθήνα : Βήτα.
- Weems, C. & Silverman, W. (2013). Anxiety Disorders. Ανακτήθηκε 13 Δεκεμβρίου 2020 από :https://www.researchgate.net/publication/280840012_Anxiety_Disorders
- Wolfgang G. (2011). *Schizophrenia – Current science and clinical Practice*. Germany : John Willey & Sons, Ltd Editions.