

Α.Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σ . Ε . Υ . Π . ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

## ***Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ***



***ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:*** Κος *Μαρνέρας Χρήστος*

***ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :*** *Γιαννίκου Μαρία*

*Θόμο Ανίσα*

ΠΑΤΡΑ 2015

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη σύγχρονη κοινωνία, η σημαντικότερη και η πιο βαριά ψυχωτική διαταραχή που καταρρακώνει την προσωπικότητα του ατόμου, λέγεται σχιζοφρένεια, και μαζί με τον καρκίνο και τις ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, αποτελούν την τριάδα των νόσων που συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ερευνητικό και ιατροκοινωνικό ενδιαφέρον, γιατί αποτελούν την μάλιστα της σημερινής κοινωνίας. Η σχιζοφρένεια λοιπόν, που διαταράσσει όλες τις πτυχές της προσωπικότητας του ατόμου, προσβάλλει 1 στα 100 άτομα του γενικού πληθυσμού.

Το 50% όλων των ψυχιατρικών κλινικών καταλαμβάνεται από σχιζοφρενικούς αρρώστους, αν δεν λάβουμε υπόψη ότι τα ψυχιατρικά κρεβάτια αντιπροσωπεύουν το 50% όλων των νοσηλευτικών, ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει τον άνθρωπο στη πιο παραγωγική του ηλικία, και ότι αποτελεί αρρώστια χρόνια, τότε συνειδητοποιείται η σημασία που έχει η σχιζοφρένεια από όλες τις πλευρές.

Είναι ύψιστης σημασίας, το νοσηλευτικό προσωπικό να βοηθήσει τους πάσχοντες να αναρρώσουν και να επιτύχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, μέσω σωστής ενημέρωσης σχετικά με τη σχιζοφρένεια, και μέσω προσφοράς ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο στον ίδιο, όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κάποια άτομα που η βοήθεια τους ήταν πολύ χρήσιμη και συνετέλεσαν με το δικό τους μοναδικό τρόπο στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Αρχικά , ευχαριστούμε τον κ. Μαρνέρα Χρήστο, προϊστάμενο Ψυχιατρικής Κλινικής του Π.Γ.Ν.Π. και υπεύθυνο καθηγητή μας , για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του. Επίσης , ευχαριστούμε την κ. Ντουμάνη Ευαγγελία , προϊσταμένη Ψυχιατρικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Βοστανείο, που μας προσέφερε σημαντικές πληροφορίες.

Τέλος , θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το οικογενειακό και φιλικό μας περιβάλλον για την αμέριστη στήριξή τους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από την αρχαιότητα η σχιζοφρένεια , η σημαντικότερη και η πιο βαριά ψυχωσική διαταραχή, κατάφερε να απασχολήσει το μεγαλύτερο ερευνητικό και ιατροκοινωνικό ενδιαφέρον. Προσβάλλει περίπου το 1% των ανθρώπων , όμως δεν έχει αναγνωστεί μέχρι σήμερα μια συγκεκριμένη αιτία εμφάνισης της νόσου. Οι μελέτες, έδειξαν πως για την διαταραχή μπορεί να οφείλεται : η κληρονομικότητα, κάποια διαταραχή οργανικού συστήματος, το άγχος ακόμα και κάποια ψυχογενή διαταραχή.

Ανήκει στις ψυχώσεις και το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η επαφή του ασθενούς με την πραγματικότητα. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR η ασθένεια αυτή παρουσιάζει ανάλογα με τα συμπτώματα πέντε υπότυπους : τον παρανοειδή , αποδιοργανωμένο, κατατονικό, αδιαφοροποίητο και υπολειμματικό τύπο. Όσον αφορά την κλινική εικόνα μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές της σκέψης, αντίληψης ,συναισθήματος ,βούλησης και της ψυχοκινητικότητας, και άλλες διαταραχές ειδικής προέλευσης( π.χ. ανηδονία , αντικοινωνικότητα).

Για να γίνει η διάγνωση σημαντικό ρόλο παίζουν το ψυχιατρικό ιστορικό, η ψυχιατρική συνέντευξη και η εξέταση των ψυχικών λειτουργιών. Αφού διαγνωστεί ,σειρά έχει το θεραπευτικό σχήμα, που για τον κάθε ασθενή είναι διαφορετικό. Περιλαμβάνει την φαρμακευτική θεραπεία , ηλεκτροσπασμοθεραπεία και τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της , στην αναγνώριση και ρύθμιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, στην εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και στη διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του για την φαρμακοθεραπεία.

Τέλος, είναι ύψιστης σημασίας, το νοσηλευτικό προσωπικό να βοηθάει τους πάσχοντες να αναρρώσουν και να επιτύχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης αυτών και των οικογενειών τους και ενημερώνοντάς τους για την φύση της σχιζοφρένειας.

## ABSTRACT

From ancient years schizophrenia was the most important and heavy psychotic disorder and always attracted serious medical interest and research. It affects about 1% of the population, but yet the main reason causing the disease hasn't been identified. Reports show that some of the causes of schizophrenia may be heredity, some kind of malfunction of the genetic makeup, stress or even some other psychogenic disorder.

Schizophrenia belongs to psychoses and its basic feature is that it affects patient's contact with reality. According to DSM-IV-TR schizophrenia regarding its characteristics' has five subtypes ; paranoid , disorganized , catatonic , undifferentiated and residual. Moreover the clinical picture may involve disorders related to thinking, perception , emotion, will , psychomotricity and other kind of disorders ( such as anhedonia , unsociability ) .

Psychiatric history, psychiatric interview and examination of mental functions play an important role in order to diagnose schizophrenia. After the disease is diagnosed we proceed to regimens which differ from patient to patient and may involve medical treatment, electrospasmotherapy and psychosocial treatment as well. Nursing part is important in administering medication and evaluating its effectiveness as well as recognizing and adjusting medication's side effects. Nursing also involves evaluating patients' situation and teaching them and their families how to apply medical treatment.

Finally, it is of great importance that the nursing staff helps patients recover and achieve better quality of life by providing them and their families with psychological support and information about schizophrenia's nature.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολύπλοκη, σοβαρή και αινιγματική πλέον νόσος που προσβάλλει τον άνθρωπο. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που κύριο χαρακτηριστικό του έχει την εσωτερική και εξωτερική αλλοίωση της πραγματικότητας. Η αλλοίωση αυτή της πραγματικότητας αποτελεί και τον πυρήνα αυτής της ψυχωτικής νόσου. Επηρεάζει αρνητικά την οργάνωση της σκέψης, το συναίσθημα και την συμπεριφορά, με συνέπεια την απώλεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων και διαταραχή στην επαγγελματική, αλλά και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

Η νόσος αυτή αναφέρθηκε για πρώτη φορά στην ιστορία της από τον Philippe Pinel (1745-1826), αλλά στην συνέχεια ορίστηκε ως Dementia Praecox ή αλλιώς πρόιμη άνοια από τον Γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin –πατέρα της σύγχρονης ψυχιατρικής νοσολογίας. Περίπου το 1% του γενικού πληθυσμού θα εκδηλώσει σχιζοφρένεια στην διάρκεια της ζωής του. Η ηλικία έναρξης είναι συνήθως μεταξύ του τέλους της εφηβικής ηλικίας και του μέσου της τέταρτης δεκαετίας, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και όψιμα μετά τα 45 έτη. Η διαταραχή αυτή παρατηρείται πιο συχνά στις γυναίκες. Παρολ' αυτά η σχιζοφρένεια είναι νόσος διαχρονική και οικογενική και απαντάται τόσο σε ανεπτυγμένους λαούς, όσο και σε λαούς με υπό-ανάπτυξη.

Παρακάτω θα αναφερθούν η αιτιοπαθογένεια της, η κλινική της εικόνα, η πορεία και η εξέλιξη της που χαρακτηρίζονται από μεγάλη ετερογένεια, η θεραπευτική της αντιμετώπιση, αλλά κυρίως δίνουμε ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο που καλείται ο νοσηλευτή-τρια να εκτελέσει σε αυτή την ψυχική ασθένεια.

,

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>1</b>
<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>2</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>3</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
1.1 Ιστορική εξέλιξη της Ψυχιατρικής.....	9
1.2 Συστήματα ταξινόμησης.....	12
1.3 Η αιτιολογία του προβλήματος ψυχικής υγείας.....	13
1.4 Ορισμός της ψυχικής υγείας και τι είναι ψυχική ασθένεια.....	16
1.5 Κατηγορίες ψυχικών ασθενών και τα δικαιώματά τους.....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
2.1 Ορισμός ψυχώσεων και η ταξινόμησή τους.....	26
2.1.1 Σχιζοφρένεια.....	27
2.1.2 Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή.....	28
2.1.3 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.....	29
2.1.4 Παραληρητική διαταραχή.....	30
2.1.5 Βραχεία ψυχωτική διαταραχή.....	31
2.1.6 Επινεμόμενη ψυχωσική διαταραχή.....	33
2.1.7 Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση.....	34
2.1.8 Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες .....	35
2.1.9 Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς.....	36
2.2 Σχιζοφρένεια	
2.2.1 Επιδημιολογία.....	36
2.2.2 Αιτιολογία.....	38
2.2.3 Κλινικοί τύποι.....	40
2.2.4 Κλινική εικόνα .....	42
2.2.5 Διαφορική διάγνωση.....	49
2.2.6 Πρόγνωση και πορεία .....	50
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
3.1 Ψυχιατρικό ιστορικό .....	53
3.2 Ψυχιατρική συνέντευξη.....	55
3.3 Εξέταση των ψυχιατρικών λειτουργιών .....	58
3.4 Εργαστηριακές εξετάσεις.....	61

3.5Θεραπεία	
3.5.1Φαρμακευτική θεραπεία	62
3.5.2Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	65
3.5.3Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	66

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Νοσηλευτική εκτίμηση	70
4.2 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις	71
4.3 Αξιολόγηση των παρεμβάσεων	77
4.4 Νοσηλευτικές ευθύνες στη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων	79
4.4.1 Πριν την έναρξη	79
4.4.2 Κατά την περίοδο χορήγησης	79
4.4.3 Κατά τον τερματισμό	80
4.4.4 Παρεμβάσεις στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων	80
4.5 Γενικές αρχές για την νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων με σχιζοφρένεια	81
4.6 Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία	81
4.7 Εκπαιδύοντας οικογένειες στις οποίες υπάρχει σχιζοφρενικό μέλος	82
4.8 Δεοντολογικές και ηθικές αξίες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας	83

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Η νοσηλεία στη ψυχιατρική κλινική	87
5.2 Διαχείριση επιθετικού ασθενή στο ψυχιατρείο	88
5.3 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	92
5.4 Η υποτροπή στους χρόνιους ψυχικού αρρώστους που συμμετέχουν σε αποκαταστασιακά προγράμματα	93

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Μύθοι και αλήθειες γύρω από την σχιζοφρένεια	97
6.2 Προσωπικές εμπειρίες	98
6.3 Νοσηλευτική διεργασία 1	99
6.4 Νοσηλευτική διεργασία 2	101

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>104</b>
---------------------	------------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>106</b>
---------------------	------------



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σίγουρα δεν είναι εύκολο να πει κάποιος από πότε υπάρχει ψυχιατρική. Δεν είναι δυνατό να προσδιορισθεί χρονικά η εμφάνιση του πρώτου ψυχιατρικού ασθενή. Ωστόσο πιθανώς να υπήρχαν από τότε που σχηματίστηκαν οι πρώτες κοινωνίες. Από τα αρχαία χρόνια η διαταραγμένη ή η παράξενη συμπεριφορά ενός ατόμου αποτέλεσαν αντικείμενο φόβου και ενδιαφέροντος για τους συγγενείς και την κοινότητα. Ο **τροπανισμός** των κρανίων ίσως είναι η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί ψυχικής αρρώστιας, που εμφανίζεται κατά την Νεολιθική περίοδο (4.000 ή 5.000 έτη πριν). Σύμφωνα με την όποια στόχος της ήταν να απομακρυνθούν τα κακά πνεύματα, τα οποία η «πρωτόγονη» αντίληψη θεωρούσε ότι προκαλούσαν τις ψυχιατρικές διαταραχές, μέσω μιας χειρουργικής επέμβασης.

Από τις πρωτόγονες μαγικές πρακτικές ο **Σαμανισμός** έχει επιζήσει έως και σήμερα. Ο Σαμανισμός προέρχεται από την λέξη σαμάν (shaman) που υποδηλώνει ένα άτομο προικισμένο, το λεγόμενο σαμάνα, ο οποίος έχει την ικανότητα να πέφτει σε μια κατάσταση εκστάσεως κατά την οποία επικοινωνεί με τα πνεύματα και τα υποχρεώνει να εγκαταλείψουν το σώμα του ασθενούς. Διάφορες μορφές μαγείας-επικοινωνίας με το υπερπέραν ή ψυχοθεραπείες του σήμερα προέρχονται από αυτήν την αρχαία μέθοδο.

Από το 2.000 π.Χ υπάρχουν αρκετά τεκμήρια ότι οι πολιτισμοί της Αρχαίας Αιγύπτου, της Κίνας και της Ινδίας γνώριζαν τις ψυχικές ασθένειες και τις θέρπευαν είτε με εξορκισμούς, είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία τραγουδιού ή βελονισμό. Ενώ ο Ιουδαϊκός πολιτισμός θεωρούσε τις ψυχικές ασθένειες σταλμένες από τον Θεό.<sup>1</sup>

Στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχαν τρεις απόψεις για την ψυχική ασθένεια: η λαϊκή άποψη, η ιατρική γνώση και η φιλοσοφική άποψη. Σύμφωνα με την **λαϊκή άποψη** οι ασθενείς καταλαμβάνονται από κακά πνεύματα, όπως οι Θεές του Τρόμου, Μανία και Λύσσα που τους κάνουν να περιπλανιούνται ή να είναι βίαιοι, βασικά στοιχεία που χαρακτήριζαν τους ψυχικά ασθενείς. Σχετικά με αυτήν την άποψη οι ασθενείς αλυσοδένονται και περιφρονούνται ή γελοιοποιούνται.

Σύμφωνα με την **Ιατρική γνώση** (4<sup>ος</sup> αιώνας π.Χ) στην αρχαία Ελλάδα την τελετουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του Θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα, που ονομάζονταν Ασκληπιεία, ανάμεσα στα οποία τα πιο σπουδαία ήταν της Θεσσαλικής Τρίκκης, της Επιδαύρου και της Κω. Στα κέντρα αυτά κατέφευγαν όλων των ειδών οι άρρωστοι, αλλά προπάντων άτομα με παθήσεις που δεν μπορούσαν να θεραπευτούν με τα μέσα που διέθεταν οι κοινοί γιατροί. Τέτοιες παθήσεις συμβαίνει συχνά να είναι ψυχιατρικές, κατά κανόνα σωματόμορφες και γενικότερα παθήσεις στις οποίες ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Κλασικό παράδειγμα η υστερία, η ψυχική διαταραχή που δυσκολεύεται κανένας να την ξεχωρίσει από παθήσεις που οφείλονται σε οργανικές αιτίες.<sup>2</sup>

Μία από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του. Ονείρων που χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή ονείρων που αντανάκλουν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία. Με βάση αυτήν την αντίληψη ο ασθενής οδηγείται σε έναν κατάλληλο χώρο, τον ναό όπου μέσα από μια διαδικασία αυτοκάθαρσης και αυτοσυγκέντρωσης και με τη βοήθεια της υποβολής και την συμβολή διάφορων διουρητικών, καθαρτικών και υπνωτικών αφεψημάτων φτάνει σε μια κατάσταση ύπνου που κάνει δυνατή την επικοινωνία με το θεό. Αυτή η κυρίαρχη αντίληψη αρχίζει να τροποποιείται γύρω στον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ σε μια προσπάθεια να ανάγουμε τη μη-αποδεκτή συμπεριφορά σε νοσολογική οντότητα. Εμπνευστής αυτής της προσπάθειας είναι ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης, οπού κατά τον ίδιο οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των τεσσάρων «χυμών»

του σώματος: το αίμα, τη λέμφο (φλέγμα-σάλιο), την κίτρινη και την μαύρη χολή. Η αναλογία των χυμών αυτών προσδιόριζε τον ανθρώπινο χαρακτήρα, σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, που διακρίνονται σε «αιματώδη», «λεμφατικό» και «χολερικό». Ειδικά η μαύρη χολή θεωρούταν υπεύθυνη για ψυχική ασθένεια, οπότε χορηγείται το κατάλληλο καθαρτικό.

Πρώτος ο Ιπποκράτης διακήρυξε, πως όλες οι αρρώστιες οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος, αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας. Δεν ενστερνιζόταν την άποψη των ιερέων του Ασκληπιού, πως οι ψυχικές νόσοι οφείλονται σε υπερφυσικές δυνάμεις. Περιέγραψε πρώτος τις «φρενίτιδες» (βασικές ψυχικές διαταραχές) υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια και παράνοια, τις οποίες χρησιμοποιούμε ακόμη και σήμερα, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως. Επιπροσθέτως, για την υστερία, την οποία θεώρησε πάθηση των γυναικών και την απέδιδε σε υπερκινητικότητα της μήτρας, συνιστούσε ως θεραπεία τον γάμο.<sup>1</sup>

Κατά την **φιλολογική-φιλοσοφική άποψη** του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη η κάθαρση χρησιμοποιούταν ως μέσο θεραπείας στις ψυχικές ασθένειες. Σύμφωνα με τον Πλάτωνα, στα θέματα των ψυχικών ασθενειών δεν επικρατεί η αντικειμενικότητα του φυσικού κόσμου και η λειτουργικότητα του οργανισμού του ανθρώπινου σώματος, αλλά η θεολογική τελεολογία του και τα ηθικά κριτήρια. Κατά τον ίδιο, κάθε κατάσταση παραληρήματος και μανίας έχει θεϊκή προέλευση, δέχεται την θεϊκή παρέμβαση όχι μόνο στην εκδήλωση της ασθένειας αλλά και στην θεραπεία της. Πίστευε στην ύπαρξη τριών πνευμάτων ή ψυχών στον άνθρωπο, την θρεπτική με έδρα το ήπαρ, την ζωτική με έδρα την καρδιά και την λογική με έδρα τον εγκέφαλο. Σε αντίθεση με τον Αριστοτέλη που υποστήριζε πως η καρδιά είναι η έδρα των ψυχικών λειτουργιών και θεωρούσε την κάθαρση, ως φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη. Ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές λειτουργίες με τρόπο αναλυτικό ως σκέψη, θυμικό, και βούληση.

Κατά την **Ελληνορωμαϊκή εποχή** σημαντική πρόοδος επιτελεί τον 1<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ ο Ασκληπιάδης ο οποίος άρχισε ως ρήτορας για να καταλήξει γιατρός και μάλιστα ψυχίατρος. Ο Ασκληπιάδης αναγνώρισε τον ρόλο που διαδραματίζουν οι συγκινήσεις στην δημιουργία ψυχικών διαταραχών, διαχώρισε ψευδαισθήσεις από παραισθήσεις και ενθάρρυνε τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών. Έτσι έχουμε την πρώτη αντίθεση ανάμεσα στην οργανογένεση και την ψυχογένεση της ψυχικής νόσου. Τον 1<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ ο Κέλσος ήταν ο πρώτος που τόνισε την σημασία σχέσης ιατρού με ασθενή και πρότεινε ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για να μπορέσουν να ευθυμήσουν οι μελαγχολικοί και να ηρεμήσουν οι μανιακοί. Κατά τον 2<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ αξιοσημείωτη ήταν η συμβολή του Sorano που χρησιμοποίησε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους με έμφαση στο ανθρώπινο στοιχείο( συμπάθεια, ησυχία, ψυχόδραμα, διάβασμα κτλ), περιέγραψε τις παραλητικές ιδέες μεγαλείου, το stupor και απέφυγε την χρήση φαρμάκων και καταπιεστικών μέσων. Η περίοδος ακμής της ελληνορωμαϊκής εποχής.<sup>3</sup>

κλείνει με τον Γαληνό (13<sup>ο</sup> -20<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ), ο οποίος πρότεινε ότι η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία μεταξύ λογικού, παράλογου και ηδονιστικού τμήματος της(που μοιάζει με το εγώ, το εκείνο και το υπερεγώ του Freud). Η πιο σημαντική συμβολή των Ρωμαίων στη ψυχιατρική ήταν η δημιουργία νόμων για τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για τη ψυχική ασθένεια και επί Ιουστινιανού και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχοασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς.

Κατά τον **Μεσαίωνα** οι αντιλήψεις που επικρατούσαν προωθούσαν την δαιμονολογία, την αστρολογία και την θεραπεία με εξορκισμό, με αποτέλεσμα την συνέχιση της παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τους ψυχικά ασθενείς. Πολύ ανεκτική ωστόσο και ανθρωπιστική ήταν η αντιμετώπιση των ψυχιατρικά αρρώστων από τους Άραβες ψυχίατρος. Οι ψυχιατρικοί άρρωστοι αντιμετωπίζονταν ως άγιοι, άξιοι μάλλον λατρείας παρά οίκτου, κατατρεγμού ή φόβου, καθώς με βάση την Μωαμεθανική αντίληψη-πίστη οι

ψυχασθενείς είναι αγαπητοί και διαλεγμένοι από τον Θεό(ο θεός αγαπάει τον τρελό, τον οποίο έχει επιλέξει για να λέει την αλήθεια).

Παρότι η ενασχόληση με την μαγεία άρχισε τον Μεσαίωνα, η αποκορύφωση της έφθασε κατά τον 15<sup>ο</sup> αιώνα, στην **Αναγέννηση**. Δυο Γερμανοί μοναχοί, ο Γιόχαν Σπρένγκερ και ο Χαινριχ Κρέμερ, έγραψαν το βιβλίο «Το σφυρί των μαγισσών» κωδικοποιώντας την θεωρία και τους κανόνες της δαιμονολογίας, βιβλίο που υιοθετήθηκε από την Ιερή Εξέταση. Χρησιμοποιήθηκε ως επίσημος οδηγός αποφάσεων για άτομα με ψυχιατρικές ασθένειες, τα οποία τα κατηγορούσαν ότι είναι όργανα του διαβόλου, αγνοώντας τελείως την πιθανότητα ότι το πρόβλημα θα μπορούσε να είναι ιατρικό. Έντονη αντίδραση εκφράστηκε από τον ιατρικό κόσμο. Από τους πιο πρωτότυπους και προοδευτικούς αντιπροσώπους του κινήματος αυτού ήταν ο Ισπανός Χουαν Λουίς Βίβες και ο σύγχρονός του Παράκελσος(16<sup>ος</sup> αιώνας) από την Ελβετία, οι οποίοι περιέγραψαν τον άνθρωπο ως ένα ψυχοβιολογικό σύνολο και υποστήριξαν την ανάγκη παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας στους ψυχικά αρρώστους.<sup>2</sup>

Ο Γιόχαν Βέγερ έγραψε ένα πραγματικό εγχειρίδιο ψυχιατρικής προκειμένου να καταπολεμήσει το βιβλίο της Ιερής Εξέτασης. Υπεραμύνθηκε των μαγισσών εξηγώντας τα φαινόμενα τους από ψυχιατρικής απόψεως και περιέγραψε την συστηματική ψυχολογική θεραπεία, γνωστή ως σήμερα ανθρωπιστική ψυχοθεραπεία. Δικαίως, επομένως, θεωρείται ο πρώτος ψυχίατρος.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί, ότι από τον10ο-11οαι.μ.Χ. δημιουργούνται νοσοκομεία αν και μέσα σε αυτά θα υπάρχουν παραμελημένοι και αλυσοδεμένοι ασθενείς. Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο δημιουργήθηκε στη Βαλέντσια το1409 («Νοσοκομείο ΣέναΝΤΑ ΜαρίαD είναι Inconcents») από τον ιερέα Jofre. Ανάλογα ιδρύματα σταδιακά δημιουργήθηκαν σε όλη την Ευρώπη, όπως ήταν το νοσοκομείο Bethleem στο Λονδίνο. Στα ιδρύματα αυτά συσσωρεύονταν οι φτωχοί, οι άνεργοι, οι ζητιάνοι, οι αλήτες, οι απόκληροι και οι τρελοί. Η φιλοσοφία των ιδρυμάτων αυτών συνιστά την επίσημη σύνδεση της φτώχειας και της τρέλας.

Το **13<sup>ο</sup> αιώνα** δυο φιλόσοφοι της Δυτικής εκκλησίας, ο Γερμανός Αλβέρτος και ο Ιταλός Θωμάς Ακινάτος υποστήριξαν πως η ψυχή εξαρτάται από οργανικούς παράγοντες και μπορεί να αρρωστήσει, επομένως πρόκειται για μια σωματική διαταραχή.

Γύρω στον **16ο αιώνα** ανάπτυσεται η ιατρική με τον A.Vesalius και πλέον ο εγκέφαλος γίνεται το κέντρο της νοήσεως και σε αυτόν αποδίδονται οι βλάβες και οι ανωμαλίες που οδηγούν στις ψυχικές διαταραχές. Η θέση αυτή θα σηματοδοτήσει μια αντίληψη οργανικού χαρακτήρα για την ψυχική αρρώστια. Το πρώτο στάδιο της βιομηχανοποίησης της ψυχιατρικής έρχεται με τον Thomas Willis που απέδωσε την υστερία στην δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος και τον Philippe Pinel με την ελευθέρωση των έγκλειστων από τις αλυσίδες στο άσυλο ψυχοπαθών της Bicetre.<sup>1</sup>

Στις αρχές του **17ου αιώνα** ο Εντουαρντ Τζόρντεν αναγνώρισε πως οι «μάγισσες» ήταν στην πραγματικότητα θύματα της υστερίας και υποστήριξε πως η υστερία είναι μια ψυχοσωματική διαταραχή και όχι απλώς σωματική. Κατά την Ψυχιατρική Αναγέννηση οι ερευνητικές προσπάθειες επεκτείνονται και στην θεραπεία των ψυχιατρικών παθήσεων και όχι μόνο στην αιτία. Το 1662 στην Αγγλία προτείνεται ως θεραπεία τη μελαγχολίας η μετάγγιση αίματος από αρτηρίες βοδιού. Καινούργιες μέθοδοι θεραπείας δοκιμάζονται με βάση επιστημονικές εικασίες όπως καυτηριάσεις, εσωτερική και εξωτερική χρήση ξυδιού, αλάτων και σαπουνιού. Τέλος, η ανθρώπινη, ψυχολογική προσέγγιση του αρρώστου και πάλι αναγνωρίζεται. Ανεξάρτητα από οποιαδήποτε σωματική θεραπεία τονίζεται η σημασία που έχει η πειθώ, η επιχειρηματολογία και ο διάλογος μεταξύ γιατρού και αρρώστου. Η ψυχολογική αυτή αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου συντελεί στην αναμόρφωση των ψυχιατρικών ασύλων και την ανάπτυξη της θεραπείας του περιβάλλοντος στην Ευρώπη και την Αμερική μέσα στον 19ο αιώνα. Επιπροσθέτως άξιοι να αναφερθούν είναι ο φιλόσοφος

Gockel (1547-1628), ο οποίος πρώτος εισήγαγε τον όρο *ψυχολογία* και ο Άγγλος ιατρός Gullen (1710-1790) που εισήγαγε πρώτος το 1777 τον όρο *νεύρωση*.

Στα μέσα του **19<sup>ου</sup> αιώνα** για πρώτη φορά εμφανίζεται η ψυχιατρική σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα και η σκυτάλη της περνάει στον Γερμανικό χώρο, η οποία ακόμη διέπεται από το πνεύμα της φιλοσοφίας και της θεολογίας. Προσπαθώντας να αποκτήσει πιο επιστημονική ταυτότητα προσανατολίζεται στην οργανική, σωματική άποψη και δίνεται προτεραιότητα στην έρευνα και την θεωρία. Σε αυτή λοιπόν την περίοδο διακρίνεται ο Βίλχελμ Γκρισινγκερ, διευθυντής της πανεπιστημιακής κλινικής της Ζυρίχη, υποστήριξε πως οι ψυχιατρικές νόσοι οφείλονται σε οργανικούς παράγοντες, που θα έπρεπε να αναζητηθεί η αιτία στην φυσιολογία του εγκεφάλου.

Ο Sigmund Freud επηρέασε βαθιά την ψυχιατρική. Ξεκίνησε ως νευροανατόμος ερευνητής, αλλά τον κατέκτησε η ψυχοπαθολογία των νευρώσεων και η ψυχοθεραπεία. Η ψυχανάλυση ολοκληρώθηκε από μαθητές του, Κάρλ Γιούνγκ, ο Άντλερ, ο Όττο Ράνγκ και πολλοί άλλοι.

Τον **20<sup>ο</sup> αιώνα** ένα σημαντικό γεγονός σημειώνεται στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, η εισαγωγή της ψυχοφαρμακολογίας. Το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο, η χλωροπρομαζίνη, έρχεται στην επιφάνεια από τους Γάλλους Pierre Deniker, Henri Leborit και Jean Delay το 1952. Από εκείνη την ανακάλυψη και προχωρώντας προς το σήμερα ανακαλύφθηκαν και αλλά ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αποφεύγουν την είσοδο τους στα νοσοκομεία ή να μένουν για ελάχιστο χρονικό διάστημα. Ο 20<sup>ος</sup>, επομένως, αιώνας έφερε την ανάπτυξη καινούργιων διαστάσεων στην ψυχιατρική, με την ψυχανάλυση, την κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική, τις ψυχοθεραπείες και την δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα νοσοκομεία και κέντρα ψυχικής υγείας.<sup>2,3</sup>

## **1.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ**

Ο ορισμός και η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών είναι ζήτημα κλειδί για τους επαγγελματίες υγείας, όπως και για όσα άτομα έχουν ήδη διαγνωσθεί. Τα συστήματα ταξινόμησης με τις έννοιες και τους ορισμούς που εμπεριέχουν αποτελούν πολύτιμο εργαλείο για την διαχώριση των ασθενειών. Τα κύρια συστήματα για τους δείκτες υγείας είναι τα παρακάτω:<sup>4</sup>

- Η *Διεθνής στατιστική ταξινόμηση των νόσων και των συναφών προβλημάτων υγείας (ICD) από τον ΠΟΥ το 1994 (στατιστικές θνησιμότητας και νοσηρότητας)*
- *Ο Ευρωπαϊκός πίνακας με 65 αιτίες θανάτου της Eurostat που βασίζεται στην ICD10.*
- *Η Διεθνής ταξινόμηση νόσων και αναπηριών υγείας (ICF) που δημοσιεύτηκε από τον ΠΟΥ το 2001 και εγκρίθηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας. Πρόκειται για ένα σύστημα που έχει ως βάση ένα βιολογικό και ψυχοκοινωνικό μοντέλο ασθενειών.*

Επιπροσθέτως, πιο συγκεκριμένα υπάρχουν δυο ευρέως εδραιωμένα συστήματα που ταξινομούν τις ψυχικές διαταραχές και παρέχουν σταθερά κριτήρια για την διάγνωση τους. Πρόκειται για:

- Το ICD-10, το οποίο δημιουργήθηκε από τον ΠΟΥ το 1945.
- Το Διαγνωστικό Σύστημα του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο **Diagnostic and Statistical Manual**, που δημοσιεύτηκε το 1952 επηρεασμένο από προηγούμενα συστήματα ταξινόμησης. Πρόκειται για μια κοινή γλώσσα τυποποιημένων κριτηρίων. Το 1994 δημοσιεύτηκε το DSM-IV αναθεωρημένο. Το 2000 ακολουθεί ακόμη μια έκδοση αναθεώρησης και ελαφρώς αλλαγμένου κειμένου DSM-IV-TR, στο οποίο εμπεριέχει νέα ευρήματα των ερευνών που έχουν σχέση με τον επιπολασμό, την πορεία και τα αίτια των διαταραχών-ασθενειών. Το DSM-IV-TR εστιάζεται σε θέματα που έχουν πολιτισμικό υπόβαθρο αλλά και σε άξονες για την εκτίμηση των ασθενών. Οργανώθηκε σε πέντε άξονες-μέρη ταξινόμησης:



**Άξονας I :** Όλες ψυχικές διαγνωστικές κατηγορίες, εκτός από τη νοητική καθυστέρηση και τη διαταραχή της προσωπικότητας. Οι κοινές διαταραχές του Άξονα I περιλαμβάνουν κατάθλιψη , αγχώδεις διαταραχές, διπολική διαταραχή, νευρική ανορεξία, νευρική βουλμία, και σχιζοφρένεια . **Άξονας II :** Διαταραχές της προσωπικότητας και νοητική υστέρηση. Πιο συγκεκριμένα στον Άξονα II περιλαμβάνονται διαταραχές της προσωπικότητας: παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας , σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας , σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας , μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας , ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας και διανοητικές αναπηρίες . Οι Άξονες III, IV και V καλύπτουν το ευρύτερο πλαίσιο του προσώπου, στο οποίο εντάσσεται η διαταραχή. **Άξονας III :** Γενική ιατρική κατάσταση, οξείες ιατρικές συνθήκες και φυσικές διαταραχές. Περιλαμβάνονται βλάβες του εγκεφάλου και άλλων ιατρικών / σωματικών διαταραχών που μπορούν να επιδεινώσουν τις υπάρχουσες ασθένειες ή παρουσιάζουν συμπτώματα παρόμοια με άλλες διαταραχές. **Άξονας IV :** Ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαταραχή. **Άξονας V :** Παγκόσμια εκτίμηση της κοινωνικής, εργασιακής και ατομικής λειτουργικότητας του ατόμου.<sup>5,4</sup>

Σε κάθε ανανεωμένη έκδοση του DSM πραγματοποιείται προσπάθεια για πιο έγκυρες και διαγνωστικές κατηγορίες. Έτσι οι βελτιώσεις που έχουμε παρατηρήσει είναι τα ειδικά διαγνωστικά κριτήρια, οι εκτενέστερη και λεπτομερής περιγραφή των Αξόνων I και II όπου αναφέρονται για κάθε διαταραχή τα χαρακτηριστικά της, εργαστηριακά ευρήματα της και τα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων. Επιπλέον, είναι φανερό, ότι τα διαγνωστικά κριτήρια αυξάνονται σε κάθε αναθεώρηση. Τέλος, από το DSM-IV και μετέπειτα υπάρχει μια ενότητα για τα διαγνωστικά κριτήρια και τους Άξονες αμφιβόλου τμήματος του διαγνωστικού συστήματος, που χρειάζονται περαιτέρω έρευνα.

Αξίζει να αναφερθεί η Πέμπτη Έκδοση του DSM-5 εγκρίθηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας την 1η Δεκεμβρίου του 2012 και δημοσιεύθηκε στις 18 Μαΐου του 2013. Το DSM-V περιέχει αναθεωρήσεις και εκτενώς διαγνώσεις ,όπου σε ορισμένες περιπτώσεις, διευρύνει διαγνωστικά ορισμούς, ενώ στενεύει ορισμούς σε άλλες. Μια σημαντική μεταβολή στην πέμπτη έκδοση είναι η διαγραφή των υποτύπων σχιζοφρένεια . Όλες οι υπότυποι της σχιζοφρένειας απομακρύνθηκαν από το DSM-5 ( παρανοϊκή, αποδιοργανωμένη, κατατονική, αδιαφοροποίητη και υπολειμματική ).<sup>4</sup>

### **1.3 Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

***Ο άνθρωπος είναι το προϊόν των τραυμάτων της παιδικής του ηλικίας.( Sigmund Freud )***

Στην ψυχιατρική χρησιμοποιούνται διάφορα θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση των ψυχιατρικών διαταραχών .Επίσης, υπάρχουν αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τους παράγοντες επικινδυνότητας που οδηγούν στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Τα πιο γνωστά πλαίσια είναι : το γενετικό ,το βιολογικό, το ψυχολογικό και το βιοψυχολογικό, όπου θα αναφερθούμε παρακάτω αναλυτικά. Υπάρχουν όμως και τα εξής μοντέλα :

Η κοινωνικοπολιτισμική προσέγγιση επικεντρώνεται στον ρόλο που παίζουν οι πολιτισμικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες στις ψυχικές διαταραχές. Θεωρεί ότι στην εμφάνιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας συμβάλλουν και οι εξωτερικοί παράγοντες, που μπορεί να ξεκινούν από την οικογένεια και να φτάνουν έως και τους ευρύτερους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Τα συστημικά μοντέλα ενδιαφέρονται για τον ρόλο των μικρότερων κοινωνικών συστημάτων εντός των οποίων λειτουργεί το άτομο. Η οικογένεια ανήκει σε ένα από αυτά τα συστήματα που επηρεάζουν πολύ την ψυχική υγεία του ατόμου, διότι μεταξύ των μελών της σχηματίζεται αμοιβαία αλληλεπίδραση. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται συνέπεια στρεσογόνων και δυσλειτουργικών αλληλεπιδράσεων στο πλαίσιο της οικογένειας.<sup>6,7</sup>

### Γενετικά μοντέλα

Αρκετά συχνά τίθεται το ερώτημα εάν κάποιες ψυχικές διαταραχές είναι κληρονομικές ή πόσο κινδυνεύουν τα παιδιά κάποιου στου οποίου την οικογένεια υπάρχει άτομο με ψυχιατρικό πρόβλημα. Δεν έχει δοθεί κάποια σαφής απάντηση πάνω σ' αυτή την ερώτηση, διότι οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών είναι αρκετοί και συχνά αλληλοεπηρεάζονται. Είναι γνωστό όμως ότι οι γενετικοί παράγοντες εμπλέκονται σε μεγάλο αριθμό παθήσεων, όπως η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και η νόσος του Αλτσχάιμερ.

Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από 100 τρισεκατομμύρια κύτταρα, εάν εξαιρέσουμε το ωάριο, το σπερματοζώαριο και τα ερυθρά αιμοσφαίρια, το καθένα από αυτά περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Το κάθε ζεύγος χρωμοσώματος περιέχει ένα πατρικής προέλευσης χρωμόσωμα και ένα μητρικής. Κάθε ομάδα χρωμοσωμάτων φέρει τα 60.000-80.000 γονίδια που καθορίζουν τόσο τα οργανικά όσο και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Κάθε γονίδιο μιας σειράς ζευγών γονιδίων που επηρεάζει τις ίδιες διεργασίες είναι γνωστό ως <<αλληλόμορφο>>. Οι εντολές στην ομάδα των γονιδίων από τον κάθε γονέα μπορεί να είναι ίδιες ή αρκετά διαφορετικές. Όταν τα αλληλόμορφα γονίδια είναι ίδια, το άτομο ονομάζεται ομοζυγωτικό, ενώ ετεροζυγωτικό όταν διαφέρουν. Η έκφραση των δύο ανταγωνιστικών γονιδίων καθορίζεται από το αν αυτά είναι κυρίαρχα ή υπολειπόμενα. Τα κυρίαρχα γονίδια υπερισχύουν ακόμα κι αν συνδεθούν με γονίδιο το οποίο φέρει διαφορετικές εντολές. Με την ανάπτυξη των ψυχικών προβλημάτων συνδέονται τα υπολειπόμενα γονίδια, τα οποία εκδηλώνονται μόνο όταν συνδεθούν με άλλα υπολειπόμενα γονίδια που φέρουν τις ίδιες εντολές.<sup>7</sup>

Οι γενετικές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει διάφορες μεθόδους όπως οι μελέτες σε οικογένειες, όπου εξετάζουν άτομα που οι γονότυποι τους μπορεί να μοιάζουν με τους γονότυπους αυτών που νοσούν, για να ανακαλύψουν εάν διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν τη διαταραχή. Αν υπάρχει γενετική σύνδεση σε κάποια πάθηση, τότε ένα άτομο που έχει πανομοιότυπο γονότυπο έχει περισσότερες πιθανότητες να την εμφανίσει από οποιοδήποτε άλλο άτομο. Πολλές μελέτες σε οικογένειες επικεντρώθηκαν στον βαθμό στον οποίο τόσο οι μονοζυγωτικοί όσο και οι διζυγωτικοί δίδυμοι αναπτύσσουν την ίδια

διαταραχή. Όμως τα ποιο κοντινά άτομα στην οικογένεια εκτός από τα ίδια γονίδια μοιράζονται και το ίδιο περιβάλλον. Υπάρχει όμως μια τάση μέσα στις οικογένειες ,που φέρονται με τον ίδιο τρόπο στους μονοζυγωτικούς διδύμους σε αντίθεση με τους διζυγωτικούς. Οπότε καταλήγουν στο ότι εν μέρη παίζει ρόλο και το περιβάλλον του ατόμου εκτός από τα γονίδια, στην ανάπτυξη ψυχικών προβλημάτων. Οι έρευνες πλέον έχουν αρχίσει να μετρούν γενετικούς, περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς και άλλους στρεσογόνους παράγοντες της ζωής τους. Από στατιστική επεξεργασία υποβάλλονται όλα τα δεδομένα, για να καθοριστεί ο βαθμός στον οποίον γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της μελετώμενης διαταραχής. Καταλήγοντας πρέπει να αναφέρουμε ότι μελέτες έδειξαν ότι οι περισσότερες διαταραχές πιθανώς να είναι αποτέλεσμα ενός αριθμού γονιδίων , ενώ σε πολλές περιπτώσεις οφείλονται στην απουσία ενός γονιδίου παρά στην παρουσία του. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλά άτομα με ψυχική διαταραχή δεν είναι φορείς του σχετικού γονιδίου παρά το γεγονός ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης της μπορεί να είναι αποτέλεσμα γενετικών παραγόντων.<sup>7</sup>

### **Βιολογικά μοντέλα**

Η διάθεση και η συμπεριφορά του ατόμου ρυθμίζεται από κάποιες χημικές ουσίες γνωστές ως νευροδιαβιβαστές, εκεί εστιάζουν τα βιολογικά μοντέλα .Εξετάζει επίσης βλάβες και αλλοιώσεις στον εγκέφαλο , που μπορεί να επέλθουν ως αποτέλεσμα ψυχικών διαταραχών.

Όπως πρωτοαναφέρθηκε οι νευροδιαβιβαστές ρυθμίζουν κάποια συστήματα του εγκεφάλου που ευθύνονται για τη διάθεση και την συμπεριφορά . Μέσα από αυτά τα συστήματα δεχόμαστε τις πληροφορίες , που τις απαρτιώνουμε με παρελθούσες αναμνήσεις και με άλλους βασικούς παράγοντες, και στην συνέχεια να εκδηλώνουμε συναισθήματα και συμπεριφορικές αντιδράσεις. Εκτός από τους νευροδιαβιβαστές υπάρχουν και ορμόνες όπως είναι η μελετονίνη που μπορεί να οφείλεται για εποχικές συναισθηματικές διαταραχές τύπου κατάθλιψης . Άλλες διαταραχές μπορεί να απορρέουν από προβλήματα στην ανατομία του εγκεφάλου , όπως είναι η σχιζοφρένεια όπου κάποια συμπτώματα της μπορεί να προκληθούν από τον εκφυλισμό ή την ελλιπή ανάπτυξη του εγκεφάλου. Έτσι οδηγούν σε θεμελιώδη λάθη στην επεξεργασία των πληροφοριών καθώς και σε διαταραγμένες σκέψεις και συμπεριφορές . Τελειώνοντας αξίζει να σημειωθεί ότι τα βιοχημικά μοντέλα θεωρούνται αντίπαλος των ψυχολογικών εξηγήσεων που θα δούμε παρακάτω.<sup>6</sup>

### **Ψυχολογικά μοντέλα**

Τα ψυχικά προβλήματα είναι είτε ψυχολογικής αιτιολογίας είτε βιολογικής αιτίας. Το ψυχολογικό μοντέλο επικεντρώνεται στις εσωτερικές ψυχικές διεργασίες που επηρεάζουν τη διάθεση και τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Σε αντίθεση με το γενετικό ή το βιοχημικό μοντέλο, δεν προτείνει ένα και μοναδικό επιστημονικό ερμηνευτικό <<παράδειγμα>>. Απεναντίας , προσφέρει πολλές εξηγήσεις των ψυχικών προβλημάτων , με τις ποιο γνωστές την ψυχανάλυση, την ανθρωπιστική, τη συμπεριφοριστική και τη γνωστική-συμπεριφοριστική .



- Η *ψυχανάλυση* υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά και το συναίσθημα επηρεάζονται από τραύματα του παρελθόντος. Την θεμελίωσε ο *Sigmund Freud*, είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας, που δίνει ιδιαίτερο βάρος στις παιδικές εμπειρίες και στα πρώιμα ψυχικά τραύματα του ατόμου και αφορά την κατανόηση της ψυχικής ζωής του κάθε ατόμου.
- Οι *ανθρωπιστικές* βασίζονται στην υπόθεση ότι η συμπεριφορά καθοδηγείται από τις προσδοκίες για το μέλλον και ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα αυτοπραγμάτωσης.
- Η *συμπεριφοριστική* αμφισβήτησε την ιδέα των ψυχικών διεργασιών που επηρεάζουν το συναίσθημα και τη συμπεριφορά, καθώς και τη μη επιστημονική φύση της ψυχανάλυσης.
- Η *γνωστική-συμπεριφοριστική* στηρίζεται στην άποψη ότι οι γνωστικές καταστάσεις ή οι γνωσίες του ατόμου καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά και τη διάθεση του. Είναι η ευρέως εφαρμοζόμενη θεωρία, που δεν κάνει υποθέσεις σχετικά με παρελθόντα τραύματα ή με προσδοκίες για το μέλλον, ούτε βασίζεται σε ένα μοντέλο προσωπικότητας, όπως συμβαίνει με τις ψυχαναλυτικές και τις ανθρωπιστικές θεραπείες, αλλά ενδιαφέρεται για το πώς οι σκέψεις που κάνουμε ανά πάσα στιγμή επηρεάζουν το συναίσθημα και τη συμπεριφορά μας. Η θεραπεία αυτή έχει σκοπό να αλλάξει τις γνωσίες και να δημιουργήσει πιο λειτουργικές και κατάλληλες μέσω της εφαρμογής ορισμένων εκπαιδευτικών και θεραπευτικών στρατηγικών.<sup>6</sup>

### Βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση επιχειρεί τη σύνθεση των παραπάνω παραγόντων σε ένα ολιστικό αιτιολογικό μοντέλο. Γενετικοί ή άλλοι βιολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να αυξήσουν τον κίνδυνο που διατρέχει ένα άτομο να αναπτύξει κάποια ψυχική διαταραχή. Το κατά πόσο όμως θα αναπτυχθεί αυτή η διαταραχή εξαρτάται από το εάν το άτομο <<που διατρέχει τον κίνδυνο >>θα εκτεθεί σε κάποιους παράγοντες, όπως το κοινωνικό ή το οικογενειακό στρες, καθώς και ή από το εάν διαθέτει τα αποθέματα και τις δυνάμεις να αντεπεξέλθει σε αυτές τις πιέσεις.<sup>7</sup>

## 1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η έννοια της Ψυχικής Υγείας δεν είναι εύκολο να ορισθεί με σαφήνεια. Γενικά, η Υγεία κάποτε οριζόταν ως η απουσία κάποιας ασθένειας ή νόσου, μέχρι το 1946 όπου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) την αντικατέστησε, δίνοντας στην έννοια αυτή έναν νέο ορισμό. Ο ΠΟΥ έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του, και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, και ο οποίος αναφέρει ότι η Υγεία αποτελεί «μια πλήρη κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας». Με βάση αυτό, αντιλαμβάνεται κανείς ότι η Υγεία δεν είναι μονό βιολογικής ή ιατρικής φύσεως, αλλά εξαρτάται από πολλούς σημαντικούς παράγοντες: ψυχοσωματικούς και βιοψυχοκοινωνικούς

που έχουν σχέση με το περιβάλλον του ατόμου, την εργασία του, την οικονομία και γενικώς θέματα που αποτελούν ύψιστη σημασίας στην καθημερινότητα του.

Η Ψυχική Υγεία αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και αναπόσπαστο κομμάτι της γενικότερης κατάστασης της υγείας ενός ατόμου. Ορίζεται με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το εκάστοτε κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Δεν μπορούμε λοιπόν να ορίσουμε με απόλυτη σαφήνεια τον ορισμό της Ψυχικής Υγείας, ωστόσο ο ΠΟΥ, το 1948, προσδιόρισε την Ψυχική Υγεία ως **«μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στη κοινότητα του»**. Επομένως, φαίνεται να επηρεάζεται τόσο από εσωτερικούς παράγοντες (ατομικούς-ενδοψυχικούς που σχετίζονται συνήθως με την διαμόρφωση της προσωπικότητας), όσο και από εξωτερικούς (περιβαλλοντικούς: ψυχολογικές πιέσεις, στρες, αρνητικά ή και θετικά γεγονότα ζωής).<sup>7</sup>

Ένα άτομο θεωρείται ψυχικά υγιές, όταν κατέχει μια ρεαλιστική εικόνα του εαυτού του, των ισχυρών, αλλά και των αδύνατων σημείων του. Αφορά το βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να προσαρμοστεί στις τρέχουσες κοινωνικές απαιτήσεις και πιέσεις, τον βαθμό της αυτοεπίγνωσης του σχετικά με τις ανάγκες του και τους στόχους του, την αυτονομία ενεργειών του, ούτως ώστε η συμπεριφορά του να υποκινείται από τον ίδιο του τον εαυτό και όχι από διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα, τους διάφορους κοινωνικούς ρόλους που καλείται κάθε φορά να αναλάβει (βαθμό προσαρμοστικότητας), τα συναισθήματά του (π.χ να αγαπά) και την ικανότητα ρεαλιστικής αντίληψης της αντικειμενικής πραγματικότητας. Επομένως, όλα αυτά αντικατοπτρίζουν την δομή της προσωπικότητας του ατόμου, η οποία όσο πιο ισχυρά οργανωμένη είναι, τόσο πιο εύκολα μπορεί να προσαρμοστεί και ανταποκριθεί το άτομο σε αυτό που καλείται να κάνει.

Παρά τις παραπάνω δυσχέρειες πού προκύπτουν από τη πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, και το πολλαπλό της προσδιορισμό από ποικίλους παράγοντες (γενετικούς, ψυχολογικούς, ιδιοσυστασιακούς, ατομικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς) η ανάγκη για το προσδιορισμό και τη γνώση των βασικών παραμέτρων που διαφοροποιούν τη φυσιολογική από τη παθολογική συμπεριφορά είναι σημαντική. **Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, έχουν αναφερθεί τα εξής κριτήρια:**

- 1) το στατιστικό κριτήριο ή κριτήριο μέσης συμπεριφοράς (με βάση αυτό το κριτήριο, εννοείται η συμπεριφορά του μέσου ανθρώπου)
- 2) το κλινικό κριτήριο ή αλλιώς το κριτήριο της απουσίας ψυχικής νόσου (με βάση αυτό το κριτήριο, ψυχικά υγιές χαρακτηρίζεται το άτομο, του οποίου η συμπεριφορά του δεν εμπίπτει στο πλαίσιο κάποιας καθιερωμένης ψυχικής νόσου)
- 3) το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας (όταν το άτομο υιοθετεί μια παθολογική συμπεριφορά η οποία αποτελεί πηγή δυσφορίας για αυτόν)
- 4) το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής ή αλλιώς της κοινωνικής συμπεριφοράς
- 5) το κριτήριο της άριστης λειτουργικότητας (το άτομο που εξασφαλίζει σε όλες τις δραστηριότητες, που καλείται να αναλάβει, άριστη λειτουργικότητα)
- 6) το αναπτυξιακό κριτήριο (το άτομο διέρχεται ομαλά όλα τα στάδια ανάπτυξης και ωρίμανσης της προσωπικότητάς του: βρεφική, νηπιακή, προσχολική, σχολική, πρώιμης ηλικίας, μέσης ηλικίας και όψιμης ηλικίας).<sup>3</sup>

Τα κριτήρια αυτά, δυστυχώς, δεν είναι απόλυτα. Η Νοσηλευτική θεώρηση της Ψυχικής Υγείας αποτελεί μια εκλεκτική προσέγγιση στο θέμα και για τον λόγο αυτό γίνεται ένας καθορισμός της ψυχικής υγείας με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά του συνολικού τρόπου ζωής του ανθρώπου. Αυτά είναι τα εξής:

- Ωριμη φιλοσοφική θεώρηση της ζωής-επίγνωση του σκοπού της ζωής
- Θετική και δυναμική βιοψυχοκοινωνική και ηθική ευεξία
- Επαρκής διαπροσωπικές σχέσεις
- Ικανότητα για προσφορά αγάπης και εκδήλωσης ενδιαφέροντος για τους γύρω του.
- Ικανότητα χειρισμού των ψυχολογικών πιέσεων και κρίσεων στην καθημερινή ζωή, με αποτέλεσμα την ισχυροποίηση των εσωτερικών δυνάμεων.
- Δυνατότητα προσαρμογής στην ζωή και δημιουργία αρμονίας μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών απαιτήσεων.

Η γνώση αυτών των κριτηρίων βοηθούν το νοσηλευτικό προσωπικό της ψυχικής υγείας, να κατανοήσουν ότι η ψυχική υγεία είναι μια πολυδιάστατη και εφ' όρου ζωής διεργασία. Οποιοσδήποτε παράγοντας επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία αντιπροσωπεύει μια σημαντική απειλή τόσο για την οικονομική όσο και για την κοινωνική ζωή στην κοινωνία. Η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της συνολικής υγείας και της ευημερίας για το άτομο και για το σύνολο και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με τον ίδιο επείγοντα χαρακτήρα, όπως η σωματική υγεία.<sup>7</sup>

Η έννοια της Ψυχικής Ασθένειας διαφέρει από κλάδο σε κλάδο. Η ψυχική ασθένεια στην ψυχιατρική είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία και την ασφάλεια του ατόμου. Με άλλα λόγια η ψυχική αρρώστια είναι ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα. Ως κριτήρια της ψυχικής αρρώστιας θεωρούνται οι διαταραχές στην αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, τη βούληση, την κρίση, τον προσανατολισμό στον χώρο, χρόνο και πρόσωπα, τη συνείδηση, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά. Ακόμα, βασικά κριτήρια της ψυχικής ασθένειας μπορεί να είναι η απώλεια του νοήματος της ζωής καθώς και η διαταραχή στην ενδοψυχική ισορροπία του προσώπου στις διαπροσωπικές του σχέσεις, η προσαρμοστικότητα του στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον και τέλος η απώλεια επαφής με την πραγματικότητα. Όλα αυτά τα σημεία πρέπει να εξεταστούν σε συνδυασμό και όχι μεμονωμένα διότι θα βγει λάθος διάγνωση.

Ψυχικά άρρωστος χαρακτηρίζεται αυτός που αποτυγχάνει να προσαρμοσθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει. Η κοινωνική προσαρμογή ενός ψυχικά υγιούς ανθρώπου περιλαμβάνει τα εξής :

- I. Τη φροντίδα του σώματος του ( πλένει τα δόντια του, πλένεται τακτικά, κόβει τα νύχια του κοκ).
- II. Την προσαρμογή στην εργασία.
- III. Τη χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
- IV. Την καλή προσαρμογή στις κοινωνικές επαφές.
- V. Την προσαρμογή του στο άλλο φύλο.

Επομένως, τα άτομα που δεν μπορούν να ανταποκριθούν σ' αυτές τις απαιτήσεις, θεωρούνται ψυχικά άρρωστα.<sup>3</sup>

## **1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥΣ**

Η κατάταξη της ασθένειας είναι χρήσιμη όσο βοηθάει στο να ταξινομούμε ιδέες για τη φύση της διαταραχής, πράγμα που συντελεί στη σωστή θεραπεία. Αρχικά το πρώτο βήμα στην κατάταξη είναι η λεπτομερής περιγραφή των συμπτωμάτων σε ολόκληρη την πορεία τους. Αυτή η περιγραφική μορφή γνωστοποιεί τη φάση και την εντόπιση του συμπτώματος και βοηθάει στην ανεύρεση της αιτίας. Κάθε έρευνα όμως για τα αίτια της ψυχικής ασθένειας παραμένει χωρίς αποτέλεσμα. Στην ψυχιατρική η λεπτομερής γνώση του παρελθόντος και της προσωπικότητας του ασθενούς είναι πιο χρήσιμα από κάθε προσπάθεια για ανεύρεση της ονομασίας μιας ειδικής ασθένειας.<sup>3</sup>

*Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία APA η κατάταξη ψυχικών ασθενειών είναι η εξής :*

- ✚ **Ολιγοφρένιες και άνοιες.** Οι πρώτες είναι συνήθως συγγενείς ή επίκτητες περιπτώσεις διανοητικής ανεπάρκειας που εμφανίζονται στα παιδιά. Ενώ οι άνοιες αποτελούν την προοδευτική έκπτωση της διάνοιας σε ώριμα πιο διανοητικά άτομα.
- ✚ **Οργανοψυχικές ασθένειες.** Λέγονται αλλιώς οργανικά ψυχοσύνδρομα, όπου περιλαμβάνουμε το σύνολο των ψυχικών ασθενών και των παθολογικών καταστάσεων. Η γένεση τους οφείλεται σε μια σωματική ασθένεια ή βλάβη είτε του εγκεφάλου είτε του λοιπού οργανισμού, όπου χωρίς αυτή δεν θα εκδηλωνόταν.
- ✚ **Νευρώσεις .** Οι νευρώσεις είναι ήπιες ψυχικές διαταραχές με κύριο χαρακτηριστικό τους το υπερβολικό άγχος , την εσωτερική ανησυχία, τον εκνευρισμό, τον φόβο και τον πανικό. Αποτελούν παθολογικές αντιδράσεις της προσωπικότητας ανώριμων ατόμων , δεν έχουν οργανική βάση και οφείλονται σε ασυνείδητα αίτια. Ο ασθενής διατηρεί αντίληψη της νοσηρότητας και της πραγματικότητας, όμως τους παρουσιάζονται ψυχοσυγκρούσεις όταν πρέπει να αντιμετωπίσουν προβλήματα στην ζωή τους. Έχουν διαφορές από τις ψυχώσεις διότι στις νευρώσεις η προσωπικότητα βλάπτεται πολύ λιγότερο. Η κύρια ψυχική διαταραχή τους αφορά στο συναίσθημα ,ενώ στις ψυχώσεις επηρεάζονται πολλές ψυχικές λειτουργίες συγχρόνως, με αποτέλεσμα να διαταράσσονται διαπροσωπικές και δυσκολεύονται στην κοινωνική προσαρμογή. Στις νευρώσεις ανήκουν :
  - ✓ Η υστερική νεύρωση
  - ✓ Η αγχώδης νεύρωση
  - ✓ Η φοβική νεύρωση
  - ✓ Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση
- ✚ **Ψυχώσεις .** Οι ψυχώσεις είναι παθολογικές καταστάσεις της ψυχικής σφαίρας στις οποίες επηρεάζεται σοβαρά η εκτίμηση και η αυτογνωσία του ατόμου. Ένα άτομο με ψύχωση μπορεί να χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, γεγονός που χαρακτηρίζεται από αλλαγές στον τρόπο σκέψης του, τις πεποιθήσεις του, τις αντιλήψεις ή και την συμπεριφορά του. Χαρακτηρίζεται και από τέλεια αποδιοργάνωση του εγώ,

που σε βαριές μορφές μπορεί να καταλήξει σε τέλεια αποσύνθεση του. Στις ψυχώσεις ανήκουν :

- ✓ Οι σχιζοφρένειες
- ✓ Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση
- ✓ Η παράνοια

✚ **Ψυχανωμαλίες.** Είναι ενδιάμεσες ψυχώσεων και ψυχονευρώσεων. Τα άτομα αυτά αστοχούν στην εκτέλεση καθηκόντων της ζωής.

✚ **Ψυχοσωματικές διαταραχές.** Περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις περιπτώσεις, που επώδυνα ψυχικά βιώματα μετατρέπονται σε σωματικά ενοχλήματα, σε αντίθεση με τις οργανοψυχικές, όπου προηγείται το σωματικό αίτιο. Σ' αυτές τις διαταραχές ανήκουν:

- ✓ Η ψυχογενής ανορεξία-βουλιμία
- ✓ Η κλεπτομανία
- ✓ Ο καρδιόσπασμος
- ✓ Η ημικρανία-κεφαλαλγία
- ✓ Το βρογχικό άσθμα
- ✓ Οι ψυχογενείς έμετοι
- ✓ Η σπαστική κολίτιδα

### Παρακάτω θα αναπτύξουμε τα δικαιώματα που έχει κάθε ψυχωτικός ασθενής.

*«Όσο για μένα δεν θα έλεγα ότι θα επέλεγα την τρέλα αν είχα επιλογή. Αυτό που με παρηγορεί είναι ότι αρχίζω να θεωρώ τη τρέλα σαν μια αρρώστια όπως όλες τις άλλες και έτσι ξεκινώ να την αποδέχομαι». Vincent Van Gogh, 1889*

Το 1991 η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, παίρνει την βασική απόφαση 46/119 η οποία αποτελείται από 25 Αρχές οι οποίες ορίζουν τις βασικές ελευθερίες και δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, την προστασία των ανηλίκων, τα κριτήρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής ασθένειας, την προστασία του ιατρικού απόρρητου, τις προϋποθέσεις περίθαλψης, όπως το δικαίωμα για κατάλληλη και αναγκαία φροντίδα της υγείας, για ανάλογη θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, της απαιτούμενης κατά περίπτωση συναίνεσης του ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία, την γνωστοποίηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στους χώρους περίθαλψης, τους πόρους για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τη δημιουργία σωμάτων ελέγχου, τις διαδικαστικές εγγυήσεις και ασφαλιστικές δικλίδες που πρέπει να λαμβάνονται για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, την πρόσβαση του ασθενούς σε πληροφορίες που αφορούν την υγεία του και την προστασία των δικαιωμάτων των ποινικών παραβατών ψυχικά ασθενών.<sup>2</sup>

### Γενικότερα, οι θεμελιώδεις ελευθερίες αλλά και τα βασικά δικαιώματα των ψυχικά ασθενών είναι τα ακόλουθα:

I. Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή φροντίδα, που παρέχεται ως τμήμα του συστήματος υγείας και κοινωνική φροντίδας.



- II. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, θα τους παρέχεται φροντίδα με την ανθρωπιά και το σεβασμό που αρμόζει στην έμφυτη αξιοπρέπεια του ανθρώπου.
- III. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, έχουν το δικαίωμα της προστασίας από οικονομική, σεξουαλική και άλλους τύπους εκμετάλλευσης, από φυσική ή άλλη κακοποίηση και από υποτιμητική/ εξευτελιστική συμπεριφορά.
- IV. Δεν θα γίνεται καμία διάκριση λόγω της ψυχικής νόσου.
- V. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να ασκεί όλα τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα που του έχουν αναγνωριστεί από την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Πολιτικά και Πολιτειακά Δικαιώματα και από άλλα αρμόδια όργανα, όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων και το Σώμα των Αρχών για την Προστασία Όλων των Ατόμων από Οποιαδήποτε Μορφή Κράτησης ή Φυλάκισης.
- VI. Οποιαδήποτε απόφαση ανάθεσης κηδεμονίας ή νομικής εκπροσώπησης σε τρίτο πρόσωπο, λόγω ψυχικής νόσου εξαιτίας της οποίας το άτομο στερείται νομικής ικανότητας, θα γίνεται μόνο έπειτα από δίκαιη ακροαματική διαδικασία από ένα ανεξάρτητο και αμερόληπτο δικαστήριο σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται δικαιούται να εκπροσωπείται από συνήγορο, ενώ σε περίπτωση που το ίδιο δεν μπορεί να εξασφαλίσει μια τέτοια εκπροσώπηση, θα διατίθεται άνευ πληρωμής από τη στιγμή που δεν διαθέτει επαρκή μέσα να πληρώσει για αυτήν. Δεν είναι δυνατόν να εκπροσωπούνται από τον ίδιο συνήγορο και στην ίδια ακροαματική διαδικασία η υπηρεσία ψυχικής υγείας ή το προσωπικό της ή ακόμα και άλλα μέλη της οικογένειας του ατόμου του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται παρά μόνον αν το δικαστήριο αποφασίσει ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφέροντος. Τέτοιου τύπου αποφάσεις θα πρέπει να αναθεωρούνται σε τακτικά και λογικά χρονικά διαστήματα που καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται, το άτομο που αναλαμβάνει τη νομική εκπροσώπηση και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, θα έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση σε ανώτατο δικαστήριο ενάντια οποιασδήποτε τέτοιας απόφασης.
- VII. Σε περίπτωση που το δικαστήριο ή άλλο αρμόδιο δικαστήριο κρίνει ότι το άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν είναι σε θέση να χειριστεί τις υποθέσεις του/ της, θα αναλαμβάνονται τα αναγκαία και κατάλληλα για την περίσταση μέτρα για τη διασφάλιση των συμφερόντων του/ της.<sup>2</sup>

### **Τα δικαιώματα (ειδικότερα) των ψυχικά ασθενών είναι τα ακόλουθα:**

- **Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).**

Το δικαίωμα αυτό συνίσταται στη δυνατότητα κάθε προσώπου για το οποίο γίνεται διάγνωση ψυχικής νόσου, να προσεγγίσει τους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ανθρώπινες συνθήκες και να λάβει υπηρεσίες που με βάση τα επιστημονικά και ιατρικά δεδομένα και παραδοχές που είναι οι πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του. Η περίθαλψη διακρίνεται σε εκούσια (όταν η αναγκαιότητα προσφυγής σε φορείς ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας κρίνεται καταρχήν από τον ίδιο τον πάσχοντα συνειδητά ή με

γνώση του προβλήματος και παρότρυνση) και σε ακούσια (όταν για την περίθαλψη δεν προηγείται αναγκαία η συναίνεση του πάσχοντα). Στην περίπτωση τόσο της εκούσιας όσο και της ακούσιας νοσηλείας ο πάσχων δικαιούται ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε συνθήκες κατάλληλης διαμονής και αποτελεσματικής διοικητικής και τεχνικής εξυπηρέτησης. Περαιτέρω, ο πάσχων δικαιούται αναγνωρισμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων, φαρμακευτικών αγωγών και άλλων. Άλλο επιμέρους δικαίωμα του ψυχικά πάσχοντα, και περιττό να αναφέρουμε ταυτόχρονη υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αποτελεί ο σεβασμός της προσωπικότητας του ψυχικά πάσχοντα. Ανεξάρτητα από την ένταση της νόσου, είναι επιβεβλημένη η αποφυγή θεραπευτικών μεθόδων που απομακρύνουν τον ασθενή από το κοινωνικό περιβάλλον και τον τόπο διαμονής του και η εφαρμογή μεθόδων βίαιων μηχανικών περιορισμών που διαρκούν επί μακρόν και επιφέρουν κακώσεις και βλάβες της σωματικής του υγείας, η νοσηλεία σε συνθήκες κακής σωματικής ή χωρικής υγιεινής, διατροφής, ένδυσης και υπόδησης.<sup>3</sup>

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ), οι οικογένειες των ασθενών και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, οφείλουν να εντάξουν στις όποιες δικές τους διεκδικήσεις και τη διεκδίκηση και προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, των δικών τους ανθρώπων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας.

- **Το δικαίωμα στην ισότητα.**

Η εφαρμογή της αρχής της ισότητας με την εκδήλωσή της ως απουσία διακρίσεων με βάση ειδικότερα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, χρώμα, θρησκεία, ιδεολογία κλπ) αποτελεί κατάκτηση του σύγχρονου πολιτισμού. Η αρχή της ισότητας επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που τελούν υπό ουσιαδώς όμοιες συνθήκες, όπως επίσης, επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που για λόγους υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις πολλαπλών αποκλεισμών από τις κοινωνικές δομές. Απόρροια της αρχής της ισότητας είναι η ρητή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να συμπεριφέρονται σε όλους τους ασθενείς που προστρέχουν εκούσια ή ακούσια στην υποστήριξή τους με ισότιμο τρόπο και κατ' εφαρμογή των αναγνωρισμένων μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα χαρακτηριστικά τους, όπως η οικονομική κατάσταση, η φυλετική καταγωγή, η θρησκευτική πίστη, το μορφωτικό επίπεδο και η εν γένει η κοινωνική τους θέση. Είναι επιβεβλημένο να επισημανθεί ότι ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας όχι μόνο έχει υποχρέωση να τηρεί τις αρχές της ίσης μεταχείρισης αλλά θα πρέπει να καταβάλλει ιδιαίτερη προσπάθεια (πολλές φορές και με προσωπικό κόστος) για τη γενικευμένη εφαρμογή της. Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και γεννά υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού από την νομολογία των Δικαστηρίων μας θεωρείται ως αδικοπραξία.<sup>2</sup>

- **Το δικαίωμα στην ενημέρωση.**

Σε κάθε περίπτωση εξέτασης ή νοσηλείας (εκούσιας ή ακούσιας) ο ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στην αναλυτική ενημέρωσή του για την κατάσταση της υγείας του, η οποία πρέπει να γίνεται κατά τρόπο ανταποκρινόμενο στο μορφωτικό του επίπεδο και την εν γένει αντίληψή του κατά τρόπο σαφή και μη επιδεχόμενο μεταγενέστερων αμφισβητήσεων. Η χορήγηση γραπτών αναλυτικών γνωματεύσεων και οδηγιών αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτού. Στις περιπτώσεις που κρίνεται ως αναγκαίο και για το συμφέρον του

ασθενή η μη ενημέρωσή του, αυτή θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικά και με τον ίδιο αναλυτικό τρόπο στο άμεσα συγγενικό του περιβάλλον και σε αυτούς που επιφορτίζονται την καθημερινή αποκαταστασιακή του μέριμνα και φροντίδα. Ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας, η ενημέρωση και μάλιστα γραπτά του ψυχικά πάσχοντα και των συγγενών του αναφορικά με τα δικαιώματά του αποτελούν αναγκαίο πρωτογενή όρο για την επιτυχή έκβαση του θεσμού. Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι αναγκαία για την εξασφάλιση της συγκατάθεσής τους στην θεραπεία. Από την άποψη αυτή είναι υποχρέωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας να απαντά σε συγκεκριμένα ερωτήματα που γεννώνται από την ενημέρωσή του προς τον ασθενή και την οικογένειά του και φυσικά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να τους αποθαρρύνει από την διατύπωση ερωτημάτων με υπεκφυγές και ασάφειες.<sup>2</sup>

- **Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων.**

Η προστασία των προσωπικών δεδομένων του ψυχικά ασθενούς αποτελεί ρητή νομική επιταγή, προασπίζεται από θεσμοθετημένα όργανα και αποτελεί βασική υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Το ιατρικό απόρρητο καταρχήν καθιερώθηκε ρητά με τον Α.Ν. 1565/1939 «Κώδικας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος» και επαναοριοθετήθηκε με το Β.Δ. 25/1955 «Κανονισμός ιατρικής δεοντολογίας». Ρητή αναφορά του δικαιώματος αυτού γίνεται στον Ν. 2071/1992 ο οποίος στο άρθρο 47 παρ. 6, ορίζει ότι ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχόμενου των εγγράφων που αφορούν τον ασθενή, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος. Η διάταξη αυτή που έχει θετικό προσανατολισμό συμπληρώνεται από την απαγορευτική διάταξη του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα σύμφωνα με την οποία τιμωρείται όποιος ανακοινώνει σε τρίτους ιδιωτικά απόρρητα που του έχουν εμπιστευθεί λόγω του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς του. Ειδικά για τα θέματα της προστασίας των πολιτών από τη διακίνηση των προσωπικών τους δεδομένων έχει ήδη συσταθεί και λειτουργεί υπό το καθεστώς του Ν. 2472/1997 η Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, η οποία έχει επιληφθεί για θέματα που ανάγονται στο χώρο της υγείας (Αποφάσεις 18-734/2000, 61/2003, 47/2004, 49/2004 και 54/2004).

Επιστημονική δημόσια χρήση ψυχιατρικών περιστατικών είναι επιτρεπτή υπό την αναγκαία προϋπόθεση της μη αποκάλυψης της ταυτότητας του ασθενούς και για ερευνητικούς αποκλειστικά και μόνο σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να υπάρχει η συγκατάθεση του προς ανακοίνωση των προσωπικών του δεδομένων προσώπου με την έννοια της ελεύθερης, ρητής και ειδικής δήλωσης βούλησης, η οποία εκφράζεται με τρόπο σαφή και σε πλήρη επίγνωση, μετά από προηγούμενη ενημέρωσή του, ο οποίος βεβαίως διατηρεί πάντοτε το δικαίωμα της ανάκλησης οποτεδήποτε της συγκατάθεσής του.

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες επιτρέπεται κατ' εξαίρεση η άρση του ιατρικού απορρήτου. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή τη ζωή άλλων, γεγονός που κρίνει μόνο ο επαγγελματίας ιατρός. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές ο επαγγελματίας οφείλει να έχει ενημερώσει πρωτίστως τον ασθενή για τις ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσει.<sup>3</sup>

- **Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.**

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα, έχουν πρόσθετες και πολλαπλούς χαρακτήρα δυσκολίες στην κοινωνικοοικονομική τους ένταξη έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται από τα ισχύοντα στην εποχή μας οικονομικά και κοινωνικά πρότυπα. σε συνδυασμό με το



στίγμα που απευθύνεται στα άτομα αυτά δημιουργούν ένα κοινωνικό αίτημα και αξίωση των ψυχικά πασχόντων για τη λήψη ουσιαστικών και αποτελεσματικών μέτρων που θα υποβοηθούν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία ενισχύει τις ευκαιρίες στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Συμβάλλει τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή αλλαγών στο ευρύτερο περιβάλλον, ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες για μια ποιοτική ζωή για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχική διαταραχή. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να συνεισφέρει στην ανάπτυξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας των ατόμων, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, και στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που προέρχονται είτε από την ψυχική νόσο είτε από τον κοινωνικό περίγυρο, συμβάλλοντας με θετικό τρόπο στην επιλογή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ενταχθούν επιτυχώς στην κοινότητα. Έχει ως μέλημα της την εξάλειψη του στίγματος και προάγει την ισότητα και τις ευκαιρίες.<sup>2</sup>

- **Το δικαίωμα στην ζωή στην κοινότητα.**

Αφορά τον αποιδρυματισμό και καταπολέμηση του στίγματος, δηλαδή την κατάργηση των ιδρυμάτων που φροντίζουν τους ψυχικά ασθενείς και την προοδευτική εκκένωση τους. Το δικαίωμα αυτό σημαίνει ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να μένει σε ένα σπίτι όπως όλοι οι άνθρωποι. Στην περίπτωση έλλειψης αυτής της δυνατότητας, ο ψυχικά ασθενής μπορεί να κάνει χρήση στεγαστικών δομών ( όπως ξενώνες με βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα) και παράλληλης υποστήριξης στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο με την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών καθημερινής ζωής.

- **Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων.**

Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001 και απορρέουν από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος όπου ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας.

# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2***

## 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΩΣΕΩΝ ΚΑΙ Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥΣ

Ο όρος ψύχωση χρησιμοποιείται στην Ψυχιατρική για να περιγράψει μια ψυχική διαταραχή κατά την οποία επηρεάζεται η φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου και αναγκάζει το άτομο να αλλάξει τρόπο σκέψης, αντίληψης και συμπεριφοράς. Ο εγκέφαλος παίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη της ψύχωσης, καθώς έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς αλλοιώσεις στην δομή, λειτουργία, και χημεία του. Όταν κάποιος ασθενεί με αυτόν τον τρόπο χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας, καθώς και από απώλεια λειτουργικότητας. Το ψυχωσικό άτομο έχει απώλεια των ορίων του εγώ, δεν είναι σε θέση να κατανοήσει την διαφορά ανάμεσα στην πραγματικότητα και τον εσωτερικό του κόσμο-φαντασία του. Όταν αναφερόμαστε στην ψύχωση, εννοούμε ένα σύμπτωμα και όχι μια κατάσταση από μόνη της. Είναι πιθανόν να είναι αποτέλεσμα κάποιων σωματικών ασθενειών, όπως νόσος του Πάρκινσον, ή προκαλούμενη από κατάχρηση αλκοόλ και κατανάλωση διάφορων ναρκωτικών ουσιών (Οξεία ψύχωση). Επίσης, ο κληρονομικός παράγοντας κατέχει υψηλής βαρύτητας ρόλο. Οι πιθανότητες που έχει κάποιο άτομο να εμφανίσει ψύχωση σε κάποια στιγμή της ζωής του έχουν υπολογιστεί 1 προς 100 και εμφανίζεται συνήθως για πρώτη φορά στο διάστημα μεταξύ της όψιμης εφηβικής και πρώιμης μέσης ηλικίας με συχνότητα εμφάνισης ίδια και στα δύο φύλα.<sup>8</sup>

Ένα ψυχωτικό επεισόδιο έχει τα εξής χαρακτηριστικά συμπτώματα:

**Ψευδαισθήσεις(Hallucination)**-Πρόκειται για εσφαλμένη αισθητηριακή αντίληψη που μπορεί να αφορά οποιαδήποτε από τις πέντε αισθήσεις(ακοή, όσφρηση, αφή, όραση, γεύση). Ο ασθενής αντιλαμβάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα, τα εκλαμβάνει ως αληθινά παρά τα στοιχεία για το αντίθετο. Αποτελούν σταθερά συμπτώματα διαφόρων τύπων ψύχωσης.

Ακουστικές ψευδαισθήσεις: Ο ασθενής μπορεί να ακούσει δυσάρεστες, θυμωμένες ή σαρκαστικές φωνές.

Όσφρητικές ψευδαισθήσεις: Ο ασθενής μπορεί να μυρίζει πράγματα που δεν υπάρχουν.

Απτικές ψευδαισθήσεις: Ο ασθενής υπάρχει πιθανότητα να νομίζει πως κάτι σέρνεται κάτω από το δέρμα του.

Οπτικές ψευδαισθήσεις: Ο ασθενής βλέπει πράγματα τα οποία δεν υπάρχουν.

Γενστικές ψευδαισθήσεις: Μερικοί ασθενείς αισθάνονται μια δυσάρεστη γεύση στο στόμα τους.

**Παραισθήσεις ή αλλιώς αυταπάτες(illusion)**-Ανακριβής αντιλήψεις ή παραποίηση αισθητηριακών ερεθισμάτων. Πρόκειται επομένως για λανθασμένες πεποιθήσεις ή ιδέες για τον εαυτό του ατόμου και το περιβάλλον του. Οι δύο βασικοί τύποι είναι η εξής:  
1)Παρανοειδής παραισθήσεις: το άτομο είναι αβάσιμα πεπεισμένο ότι οι γύρω του επιθυμούν να το βλάψουν ή ακόμη και να το σκοτώσουν. Η συμπεριφορά του ασθενή μπορεί να επηρεασθεί και να γίνει εχθρικός, καχύποπτος και επιθετικός.

2)Παραισθήσεις μεγαλείου: άτομο διακατέχεται από ιδέες υπερβολικής σημαντικότητας και επιρροής στους άλλους, δηλαδή φαντάζεται ότι έχει κάποια δύναμη ή εξουσία που δεν υπάρχει.<sup>9</sup>

**Αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά-** Ο ασθενής διακατέχεται από κάποιες ασυνάρτητες σκέψεις τις οποίες εκδηλώνει προς το εξωτερικό του περιβάλλον. Ο λόγος του δεν μπορεί να γίνει κατανοητός καθώς μετακινείται από το ένα θέμα στο άλλο πολύ γρήγορα και μερικές φορές είναι σύνηθες να σταματάει στα μέσα της φράσης, χάνοντας τον ειρμό του. Επιπροσθέτως, ο ασθενής έχει έλλειψη αυτογνωσίας και διορατικότητας καθώς συμπεριφέρεται με ασυνήθιστο τρόπο προς τους γύρω του, αλλά ο ίδιος δεν έχει επίγνωση αυτού. Θεωρεί τις ψευδαισθήσεις του πέρα για πέρα αληθινές και δεν συνειδητοποιεί τον εξωπραγματικό τους χαρακτήρα. Τα άτομα με ψύχωση συμπεριφέρονται διαφορετικά από ότι συνήθως. Είναι πιθανόν να είναι εξαιρετικά δραστήρια, ή το εντελώς αντίθετο, να βρίσκονται σε λήθαργο (κατατονία) μένοντας καθισμένοι όλη την ημέρα, μπορούν να γελάσουν σε ακατάλληλη στιγμή ή να φερθούν άπρεπα και να θυμώσουν χωρίς προφανή αιτία.

**Τα στάδια μιας ψύχωσης: 1<sup>ο</sup> στάδιο-Πρόδρομος.** Τα συμπτώματα είναι ασαφή και αόριστα, ο ασθενής αλλάζει τον τρόπο που σκέφτεται και αντιλαμβάνεται. Τα πρώιμα σημάδια ενός επερχόμενου επεισοδίου γίνονται όλο και πιο εμφανή. Δεν κατανοεί τι είναι αυτό που βιώνει, με αποτέλεσμα το άτομο να βρίσκεται σε διαρκή σύγχυση και απόγνωση. Το **2<sup>ο</sup> στάδιο αποτελείται από την οξεία ψύχωση.** Σε αυτήν την φάση το πρόσωπο βιώνει τα σαφή ψυχωσικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις και αποδιοργανωμένη σκέψη). Μία οξεία ψύχωση μπορεί να έχει πυροδοτηθεί από κάποιας μορφής λοίμωξης, σε λήψη ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ, σε κάποιο έντονο στρες ή συναισθηματικό σοκ-έντονη συναισθηματική φόρτιση. Το **3<sup>ο</sup> στάδιο χαρακτηρίζεται από την φάση της αποκατάστασης,** όπου η ψύχωση θεραπεύεται και τα περισσότερα άτομα επανέρχονται και δεν σημειώνουν άλλο ψυχωτικό επεισόδιο στην μετέπειτα ζωή τους.<sup>10</sup>

Σημαντικό ρόλο παίζει λοιπόν η θεραπευτική αντιμετώπιση μιας ψύχωσης, η οποία περιλαμβάνει τόσο φαρμακευτική, όσο και ιατρική παρέμβαση. Είναι αναγκαίο η θεραπεία του κάθε ασθενούς να προσαρμόζεται στις ανάγκες του, ανάλογα με την ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασής του και η θεραπευτική αγωγή θα πρέπει να χορηγείται εγκαίρως για καλύτερα αποτελέσματα στην έκβαση της ψύχωσης. Στους ασθενείς με ψύχωση ένας στους τρεις παρουσιάζει βελτίωση, εφόσον λαμβάνει την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία. Αξίζει να αναφερθεί, ότι μια αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή μπορεί να γίνει αρωγός στην μείωση και εξάλειψη των συμπτωμάτων, όμως υπάρχει πιθανότητα να μην θεραπεύσει και την ίδια την ψύχωση. Για τον λόγο αυτό, είναι εξίσου απαραίτητη και η ψυχοθεραπευτική δουλειά, έτσι ώστε να βοηθήσει το ίδιο το άτομο να επανενταχθεί στην κοινότητα.

Όταν κάποιος υποφέρει από μια ψύχωση, πραγματοποιείται διάγνωση μιας συγκεκριμένης ψυχωτικής διαταραχής μέσα από τα βασικά ψυχωτικά συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής. Στην κατηγορία των ψυχώσεων υπάγονται οι ακόλουθες ψυχωτικές διαταραχές:

### **2.1.1 Σχιζοφρένεια**

Η σχιζοφρένεια θεωρείται ως μια μορφή ψυχωσικής διαταραχής του εγκεφάλου, της οποίας η κλινική εικόνα εμφανίζει ποικιλομορφία και χαρακτηρίζεται από αρνητικά και θετικά συμπτώματα. Πρόκειται για έναν συνδυασμό διαταραχών της σκέψης, της αντίληψης, της συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του ατόμου. Ο ασθενής με σχιζοφρένεια

κατέχεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά. Τα συμπτώματα είναι παρόντα για μια περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών. Πιο αναλυτική προσέγγιση της σχιζοφρένειας θα παρουσιασθεί στις μετέπειτα σελίδες.<sup>12</sup>

### 2.1.2 Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Οι ασθενείς με αυτή την μορφή ψύχωσης παρουσιάζουν παρόμοια ψυχωτικά συμπτώματα (βασικά) με αυτά της σχιζοφρένειας, σε πιο ήπια όμως μορφή και δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από έκπτωση της κοινωνικής και εργασιακής καθημερινότητας. Το άτομο έχει τα συμπτώματα αυτά για τουλάχιστον 1 μήνα ή για λιγότερο από 6 μήνες, όπου συνήθως υποχωρούν και επιστρέφει στην βασική λειτουργικότητα.

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοφρενικόμορφης Διαταραχής κατά DSM-IV είναι :

- ✚ Πληρούνται τα κριτήρια A, Δ, και Ε της σχιζοφρένειας.
- ✚ Ένα επεισόδιο αυτής της διαταραχής έχει διάρκεια τουλάχιστον ένα μήνα, αλλά λιγότερο από 6 μήνες. Η διάγνωση της είναι προσωρινή, καθώς είναι απαραίτητο να παρέλθει το χρονικό διάστημα των 6 μηνών για την τελική της διάγνωση. Θεωρείται μέρος του νοσολογικού φάσματος της σχιζοφρένειας ή αλλιώς πρόδρομος της, διότι μπορεί να εμφανιστεί πριν την έναρξη της.

Προσδιορίστε αν:

**Χωρίς Καλά Προγνωστικά στοιχεία**

**Με Καλά Προγνωστικά στοιχεία** → από δύο η περισσότερα των αναφερόμενων

παρακάτω:

- ✓ Έναρξη προεξαρχόντων ψυχωτικών συμπτωμάτων μέσα σε 4 εβδομάδες από την πρώτη αλλαγή στην συμπεριφορά και λειτουργικότητα.
- ✓ Σύγχυση-αμηχανία στην κορύφωση του επεισοδίου
- ✓ Καλή προνοσηρή κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα
- ✓ Απουσία αμβλέος ή επίπεδου συναισθήματος

Στην **πορεία** της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής υπολογίζεται ότι μετά την παρέλευση των 6 μηνών το 1/3 περίπου των ασθενών με αυτήν την διάγνωση ανακύπτει και τα υπόλοιπα 2/3 συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα και προχωρούν στην διάγνωση της σχιζοφρένειας ή την Σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής.

Η **διαφορική της διάγνωση** από την Σχιζοφρένεια και την Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή βασίζεται κατά κύριο λόγο στην διάρκεια της διαταραχής( περισσότερο από 6 μήνες στην πρώτη, λιγότερο από 1 μήνα στην δεύτερη) .

Η **θεραπεία** της διαταραχής αυτής αποτελείται από ψυχωτικά φάρμακα, αλλά και ψυχοθεραπεία που είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση και αντιμετώπιση των ψυχωτικών εμπειριών του ασθενή.<sup>8</sup>

### 2.1.3 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ( σχιζοθυμική διαταραχή)

Πρόκειται για μια διαταραχή η οποία διακατέχεται τόσο από κλινικές εκδηλώσεις σχιζοφρένειας, όσο και διαταραχής της διάθεσης, χωρίς όμως να μπορεί να διαγνωσθεί μόνο η μία από τις δύο. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας που μπορούν να συνυπάρχουν είτε με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είτε με μανιακό επεισόδιο είναι: οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, ο αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά, καθώς και τα αρνητικά συμπτώματα. Ο πάσχων έχει έκπτωση στην κοινωνική και εργασιακή του λειτουργικότητα, δυσκολία σε θέματα αυτοφροντίδας και συχνά υποφέρει από αυτοκτονικό ιδεασμό.

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής κατά DSM-IV είναι :

- ✚ Μία μη διακοπτόμενη περίοδος ασθένειας στην διάρκεια της οποίας υπάρχει σε μία χρονική περίοδο είτε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, είτε ένα μανιακό επεισόδιο, είτε ένα μεικτό επεισόδιο ταυτόχρονα με συμπτώματα του κριτηρίου Α της σχιζοφρένειας.
- ✚ Κατά την διάρκεια της ίδιας περιόδου έχουν υπάρξει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 2 εβδομάδες με τα προεξάρχοντα συμπτώματα της διαταραχής της διάθεσης απόντα.
- ✚ Συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης είναι παρόντα σε ένα σημαντικό μέρος της συνολικής διάρκειας των ενεργών υπολειμματικών περιόδων της ασθένειας.
- ✚ Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης ουσιών ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Προσδιορίστε τύπο:

- ✓ Διπολικός Τύπος, εάν η διαταραχή περιλαμβάνει Μανιακό ή Μεικτό επεισόδιο
- ✓ Καταθλιπτικός Τύπος, εάν η διαταραχή περιλαμβάνει μόνο Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

**Διαφορική διάγνωση:** θα γίνει από Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα ή Άνοια (από το ιστορικό, φυσική εξέταση, εργαστηριακές εξετάσεις), Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες ή Παραλήρημα Προκαλούμενο από Ουσίες (με την ανεύρεση της υπεύθυνης ουσίας, του φαρμάκου ή της τοξίνης ), Σχιζοφρένεια, Διαταραχή της Διάθεσης Με Ψυχωτικά στοιχεία, Παραληρητική Διαταραχή (δεν πληρούται το κριτήριο Α) και τέλος από την Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έχει καλύτερη **πρόγνωση** από την σχιζοφρένεια, όμως χειρότερη πρόγνωση από τις διαταραχές διάθεσης.

**Θεραπεία :** κρίνεται αναγκαίο να χορηγείται αντικαταθλιπτική ή αντιμανιακή αγωγή, υποστηρικτική θεραπεία, αλλά και αντιψυχωσικά φάρμακα για τον έλεγχο της ψυχωσικής σημειολογίας. <sup>12</sup>

### 2.1.4 Παραληρητική διαταραχή (Παράνοια)

Είναι μια κατάσταση κατά την οποία εκδηλώνονται μια ή περισσότερες μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες για το χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα, χωρίς να παρατηρούνται άλλες ψυχωσικές εκδηλώσεις. Οι μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες θα ήταν δυνατόν να υπάρχουν στην καθημερινή ζωή και μπορεί να είναι διωκτικού, ζηλοτυπικού, ερωτομανιακού, μεγαλομανιακού ή μεικτού περιεχομένου. Έχει ψυχοκοινωνική προέλευση, καθώς το κοινωνικό υπόβαθρο των ασθενών συχνά περιλαμβάνει ιστορικό σωματικής ή συναισθηματικής κακοποίησης και ανάρμοστης συμπεριφοράς γονέων. Οι πάσχοντες από αυτή την διαταραχή έχουν την ικανότητα να λειτουργήσουν πολύ καλά σε όλους τους τομείς της ζωής τους, που βρίσκονται έξω από το πλαίσιο των παραληρητικών ιδεών. Η συμπεριφορά αλλάζει και γίνεται αλλόκοτη όταν ο ασθενής έρθει σε επαφή με δραστηριότητες που σχετίζονται με τις παραληρητικές ιδέες.<sup>8</sup>

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια της Παραληρητικής Διαταραχής κατά DSM-IV είναι :

- ✚ Μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες διάρκειας τουλάχιστον 1 μηνός
- ✚ Δεν πληροί το κριτήριο A για την Σχιζοφρένεια
- ✚ Δεν υπάρχει αξιολογούμενη έκπτωση της λειτουργικότητας και η συμπεριφορά δεν είναι εμφανώς αλλόκοτη
- ✚ Εάν επεισόδια διαταραχής της διάθεσης έχουν συμβεί ταυτόχρονα με τις παραληρητικές ιδέες, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με την διάρκεια των παραληρητικών περιόδων
- ✚ Η διαταραχή δεν οφείλεται σε κάποια ουσία ή γενική ιατρική κατάσταση

Προσδιορίστε τύπο:

- ✓ Ερωτομανής Τύπος (παραληρητικές ιδέες ότι κάποιο άλλο άτομο, συνήθως ανώτερης οικονομικής και κοινωνικής τάξης, είναι ερωτευμένο μαζί του.)
- ✓ Τύπος Μεγαλείου (παραληρητικές ιδέες διογκωμένης προσωπικής αξίας, δύναμης, γνώσης, ταυτότητας ή ειδικής σχέσης με μια θεότητα ή διασημότητας.)
- ✓ Τύπος Ζηλοτυπίας (παραληρητικές ιδέες ότι ο σεξουαλικός σύντροφος του ατόμου τον απατά)
- ✓ Διωκτικός Τύπος (παραληρητικές ιδέες ότι το άτομο αντιμετωπίζεται κακόβουλα κατά κάποιον τρόπο)
- ✓ Σωματικός Τύπος (παραληρητικές ιδέες ότι το άτομο έχει κάποιο ελάττωμα στο σώμα του ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση)
- ✓ Μεικτός Τύπος (παραληρητικές ιδέες περισσότερων του ενός των προαναφερθέντων)
- ✓ Απροσδιόριστος Τύπος

Εμφανίζεται στην μέση και στο τέλος της ενήλικης ζωής. Όσον αφορά την **πορεία** της ποικίλει. Μπορεί να είναι χρόνια με αυξομειώσεις με παρουσία των παραληρητικών ιδεών, μπορεί και να υπάρχουν περίοδοι ύφεσης και υποτροπών ή ύφεση χωρίς υποτροπή.



Η **διαφορική διάγνωση** της Παραληρητικής Διαταραχής θα γίνει από την Ψυχωτική Διαταραχή οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα ή Άνοια (μέσα από την φυσική εξέταση, το ιστορικό και τις εργαστηριακές εξετάσεις), την Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες (με χρονολογική συσχέτιση με την λήψη της ουσίας και της εμφάνισης των παραληρητικών ιδεών), την Σχιζοφρένεια, την Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή (απουσία χαρακτηριστικών του κριτηρίου Α), την Διαταραχή της Διάθεσης Με Ψυχωτικά Στοιχεία, την Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς συνοδευόμενη από την διάγνωση είτε της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς είτε της Διπολικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς , την Επιμενόμενη Ψυχωτική Διαταραχή, την Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή (διαρκεί λιγότερη από 1 μήνα), την Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, την Υποχονδρίαση, την Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, την Παρανοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας (οπού δεν υπάρχουν πεποιθήσεις παραληρητικού επιπέδου)

**Θεραπεία :** Το άτομο με αυτή την ψυχωσική διαταραχή καταφεύγει συνήθως για θεραπεία μετά από προτροπή δικών του προσώπων και σημειώνεται δυσκολία στην δημιουργία επαφής, διότι φοβάται και παρουσιάζει εχθρικότητα. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει αυτοκαταστροφικές τάσεις είναι αναγκαία η νοσηλεία του και η χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων.<sup>11,12</sup>

### **2.1.5 Βραχεία ψυχωτική διαταραχή**

Η βραχεία ψυχωτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα οξύ και παροδικό ψυχωτικό σύνδρομο, στο οποίο τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα και έπονται ενός σοβαρού και εμφανούς στρεσογόνου γεγονότος της ζωής του ασθενούς. Οι ψυχωσικές συναισθηματικές διαταραχές, η σχιζοφρένεια, η χρήση ουσιών και η ύπαρξη γενικής ιατρικής νόσου πρέπει να έχουν αποκλειστεί ως αιτίες των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά που συναντάμε στη σχιζοφρένεια συμπεριλαμβανομένων των ψευδαισθήσεων , των παραληρητικών ιδεών και της σοβαρά αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς. Άτομα με Παρανοειδή, Δραματική, Ναρκισσιστική, Σχιζότυπη ή Μαιτεχμιακή διαταραχή της Προσωπικότητας θεωρούνται ότι είναι πιο προδιατεθειμένα να παρουσιάσουν αυτή τη διαταραχή κάτω από συνθήκες έντονου στρες.

Ειδικότερα, τα *διαγνωστικά κριτήρια της Βραχείας Ψυχωτικής Διαταραχής κατά DSM-IV* είναι :

- ✚ Παρουσία ενός( ή περισσότερων) από τα παρακάτω συμπτώματα :
  1. Παραληρητικές ιδέες
  2. Ψευδαισθήσεις
  3. Αποδιοργανωμένος λόγος ( συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία )
  4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- ✚ Η διάρκεια ενός επεισοδίου της διαταραχής είναι τουλάχιστον 1 μέρα αλλά λιγότερο από 1 μήνα με πλήρη επιστροφή τελικά στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας.



- ✚ Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά στοιχεία, ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή ή ως Σχιζοφρένεια και δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης της ουσίας (π.χ φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.<sup>12</sup>

Προσδιορίστε αν :

**Με σαφή(-είς) στρεσογόνο (-ους) παράγοντα(-ες)** (βραχεία αντιδραστική ψύχωση) αν τα συμπτώματα εμφανίζονται λίγο μετά και προφανώς ως απάντηση σε γεγονότα που, μόνα ή από κοινού, θα μπορούσαν να είναι σαφώς στρεσογόνα σχεδόν στον καθένα σε παρόμοιες περιστάσεις στο πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου.

**Χωρίς σαφή(-είς) στρεσογόνο (-ους) παράγοντα(-ες)** : αν τα ψυχωτικά συμπτώματα δεν εμφανίζονται λίγο μετά ή δεν είναι προφανές ότι αποτελούν απάντηση σε γεγονότα που, μόνα ή από κοινού, θα μπορούσαν να είναι σαφώς στρεσογόνα σχεδόν στον καθένα σε παρόμοιες περιστάσεις στο πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου.

**Και μη επιλόχεια έναρξη** : έναρξη μέσα στις 4 πρώτες εβδομάδες της λοχείας.

**Επιδημιολογία** : Περισσότερο συχνή σε άτομα με προϋπάρχουσες διαταραχές της προσωπικότητας ή που έχουν παλαιότερα βιώσει μείζονες στρεσογόνους παράγοντες, όπως φυσικές καταστροφές ή δραματικές πολιτισμικές αλλαγές. Η έναρξη συνήθως παρατηρείται στην ηλικία των 20 με 35 ετών, με ελαφρά υψηλότερη επίπτωση στις γυναίκες.

**Αιτιολογία** : Οι διαταραχές της διάθεσης είναι συχνότερες στις οικογένειες αυτών των ασθενών. Το ψυχοκοινωνικό στρες πυροδοτεί το ψυχωτικό επεισόδιο . Η ψύχωση κατανοείται ως μια αμυντική αντίδραση σε ένα άτομο με ανεπαρκείς μηχανισμούς αντιμετώπισης.

**Διάγνωση σημεία και συμπτώματα** : Παρόμοια με εκείνων των υπόλοιπων ψυχωτικών διαταραχών, με αύξηση της συναισθηματικής αστάθειας, παράξενη ή παράδοξη συμπεριφορά , σύγχυση, αποπροσανατολισμό και μεταβλητότητα της διάθεσης, η οποία κυμαίνεται από υπερθυμία μέχρι αυτοκτονικότητα .

**Διαφορική διάγνωση** : Θα πρέπει να αποκλειστούν τα παθολογικά αίτια-ιδιαίτερα η τοξίκωση και η στέρηση ουσιών. Θα πρέπει επίσης να εξετάζεται το ενδεχόμενο επιληπτικής διαταραχής. Ακόμα, θα πρέπει να αποκλειστούν οι διαταραχές προσποίησης , υπόκρισης, η σχιζοφρένεια , οι διαταραχές της διάθεσης και τα παροδικά ψυχωτικά επεισόδια που σχετίζονται με μαιχμιακή και σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας.

**Πορεία και πρόγνωση** : Εξ' ορισμού, η πορεία της διαταραχής είναι μικρότερη του ενός μηνός. Ανάρρωση παρατηρείται στο 80 % των περιπτώσεων με θεραπεία.

**Θεραπεία** : Μπορεί να απαιτηθεί βραχυπρόθεσμη νοσηλεία, τα αντιψυχωτικά φάρμακα μπορεί να μην είναι απαραίτητα, επειδή συχνά τα συμπτώματα παρέχονται ταχύτατα μόνα τους. Αν απαιτηθεί φαρμακευτική αγωγή, χρησιμοποιήστε την χαμηλότερη δυνατή δόση και διακόψτε την όσο το δυνατό γρηγορότερα. Η ψυχοθεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντική για την αντιμετώπιση της φύσης και της σημασίας του ειδικού κοινωνικού στρεσογόνου παράγοντα, που πυροδότησε το ψυχωτικό επεισόδιο. Οι ασθενείς θα πρέπει να οικοδομήσουν

περισσότερο προσαρμοστικούς και λιγότερο καταστροφικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης των μελλοντικών στρες.<sup>8</sup>

### 2.1.6 Επινεμόμενη ψυχωσική διαταραχή

Το χαρακτηριστικό της επινεμόμενης ψυχωσικής διαταραχής είναι η μεταφορά των παραληρητικών ιδεών από ένα άτομο σε άλλο. Οι παραληρητικές ιδέες του δευτεροπαθούς ατόμου έχουν παρόμοιο περιεχόμενο με του πρωτοπαθούς. Παλιότερα η διαταραχή αυτή λεγόταν folie a deux , ένας γαλλικός όρος που σημαίνει <<διπλή φρενοβλάβεια>>.

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια της Επινεμόμενης Ψυχωτικής Διαταραχής κατά DSM-IV είναι :

- ✚ Μια παραληρητική ιδέα αναπτύσσεται σ' ένα άτομο στο πλαίσιο μιας στενής σχέσης με ένα άλλο (α)που έχει ήδη εγκατεστημένη μια παραληρητική ιδέα.
- ✚ Η παραληρητική ιδέα είναι παρόμοια στο περιεχόμενο μ' αυτήν του ατόμου που έχει ήδη την εγκατεστημένη παραληρητική ιδέα.
- ✚ Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη Ψυχωτική Διαταραχή (π.χ Σχιζοφρένεια )ή ως Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία και δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ( π.χ κατάχρηση ουσιών ή φαρμάκων ) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

**Επιδημιολογία :** Η διαταραχή είναι σπάνια , εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και σε άτομα με σωματικές αναπηρίες, που τα καθιστούν εξαρτημένα από άλλα άτομα. Μέλη της ίδιας οικογένειας, συνήθως δυο αδερφές, εμπλέκονται στο 95% των περιπτώσεων.

**Αιτιολογία :** Το αίτιο είναι κυρίως ψυχολογικό, ωστόσο, είναι πιθανή μια γενετική προδιάθεση, επειδή η διαταραχή προσβάλλει συνήθως άτομα της ίδιας οικογένειας,. Στους ψυχολογικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες περιλαμβάνονται μια κοινωνικά απομονωμένη σχέση, στην οποία το ένα άτομο είναι υποταγμένο και εξαρτημένο και το άλλο είναι κυρίαρχο, με εγκαταστημένη ψυχωτική διαταραχή.

**Διάγνωση σημεία και συμπτώματα :** Συχνότερες είναι οι διωκτικές παραληρητικές ιδέες και η κύρια εικόνα είναι η τυφλή αποδοχή και ο επιμερισμός αυτών των παραληρητικών ιδεών ανάμεσα στα δυο άτομα. Μπορεί να υπάρχουν αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές συμμαχίες.<sup>11,12</sup>

**Διαφορική διάγνωση :** Αποκλείστε τις διαταραχές προσωπικότητας, την υπόκριση και τις διαταραχές προσποίησης στο υποταγμένο άτομο. Θα πρέπει πάντοτε να διερευνώνται οργανικά αίτια.

**Πορεία και πρόγνωση :** Τα ποσοστά ανάρρωσης ποικίλουν, συνήθως το ποσοστό φτάνει 10 με 40 τις εκατό. Παραδοσιακά ο υποταγμένος σύντροφος απομακρύνεται από τον κυρίαρχο, ψυχωτικό σύντροφο με ιδανικό αποτέλεσμα την ταχεία υποχώρηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρούν, τότε το υποταγμένο άτομο μπορεί να νοσεί από κάποια άλλη ψυχωτική διαταραχή, όπως σχιζοφρένεια ή παραληρητική διαταραχή.

**Θεραπεία :** Βοηθάμε τον περισσότερο υποταγμένο και εξαρτημένο σύντροφο να αναπτύξει άλλους τρόπους στήριξης, οι οποίοι να αναπληρώνουν την απώλεια της σχέσης. Ακόμα

πρέπει να απομακρύνουμε τα άτομα . Το να λαμβάνουν αντιψυχωτικά φάρμακα είναι ευεργετικό και για τους δύο.

### **2.1.7 Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση.**

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η προϋπάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες που οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση.

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχωτικής Διαταραχής Οφειλόμενης Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση κατά DSM-IV είναι :

- ✚ Προϋπάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες
- ✚ Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι άμεση συνέπεια μιας ιατρικής κατάστασης.
- ✚ Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.
- ✚ Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά της πορείας ενός παραληρήματος.<sup>12</sup>

Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε από τις αισθήσεις, ορισμένες όμως αιτιολογικές καταστάσεις μπορεί να ελκύουν συγκεκριμένες ψευδαισθήσεις. Έτσι, οσφρητικές ψευδαισθήσεις ιδιαίτερα αυτές που θυμίζουν τι μυρωδιά καμένου λάστιχου ή άλλες δυσάρεστες μυρωδιές προτείνουν κροταφική επιληψία. Γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν ψυχωτικά συμπτώματα είναι πολλές . Σ' αυτές περιλαμβάνονται νευρολογικές καταστάσεις ( π.χ. αγγειακή νόσος του εγκεφάλου, νεοπλάσματα, νόσος του huntington, κροταφική επιληψία, τραυματισμός του ακουστικού νεύρου, κώφωση, ημικρανία, λοιμώξεις του ΚΝΣ ), ενδοκρινολογικές (π.χ. υπερ- και υποθυρεοειδισμός ,υπερ- και υποπαραθυρεοειδισμός ,υπολειτουργία των επινεφριδίων) , ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ηπατικές ή νεφρικές νόσοι, μεταβολικές διαταραχές (π.χ. υποξία, υπερκαπνία, υπογλυκαιμία ) και αυτοάνοσες διαταραχές με εμπλοκή το ΚΝΣ ( π.χ συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος) .<sup>8</sup>

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από : Παραλήρημα ( όπου υπάρχουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες ) ή Άνοια Τύπου Alzheimer ή Αγγειακή , με παραληρητικές ιδέες , Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από ουσίες , με την ανεύρεση της ουσίας στα ούρα ή στο αίμα και τι χρονική συσχέτιση ανάμεσα στη λήψη και την εμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων μέσα σε 4 βδομάδες από τη λήψη –μπορεί όμως να συνυπάρξουν και οι δύο διαγνώσεις : πρωτοπαθή Ψυχωτική διαταραχή( π,χ Σχιζοφρένεια, Παραληρητική διαταραχή, Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ) ή πρωτοπαθή διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά στοιχεία, με την αξιολόγηση παραγόντων που είτε προτείνουν την Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση (π,χ ανεύρεση αιτιολογικής φυσιολογικής συσχέτισης με κάποια γενική ιατρική κατάσταση, Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς όταν η πληροφόρηση είναι ανεπαρκής για να προσδιορισθεί αν η ψυχωτική διαταραχή είναι πρωτοπαθής, προκαλούμενη από ουσίες ή οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση,

υπναγωγικές ή υπνοπομπικές ψευδαισθήσεις, που δεν σημαίνουν αναγκαστικά ύπαρξη ψυχικής διαταραχής.

Πέρα από την αντιψυχωτική αγωγή και την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η βασική προσπάθεια θ' απευθυνθεί στην αντιμετώπιση της υπεύθυνης για τα ψυχικά συμπτώματα γενικής ιατρικής κατάστασης.<sup>12</sup>

### **2.1.8 Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη Από Ουσίες .**

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, που προκαλούνται από κάποια ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη και που το άτομο δεν τις αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία. Τοξίκωση ή Στερητική διαταραχή από ουσίες, με διαταραχές της Αντίληψης λέγεται η διάγνωση όταν το άτομο αναγνωρίζει ότι προέρχονται από τις ουσίες .

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχωτικής Διαταραχής Προκαλούμενης Από Ουσίες κατά DSM-IV είναι :

- A) Προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.  
B) Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα είτε του (1) είτε του (2) :

1. Τα συμπτώματα του κριτηρίου A αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια ή μέσα σ' ένα μήνα από την Τοξίκωση ή τη Στερητική Διαταραχή από ουσίες.
2. Χρήση φαρμάκων συνδέεται αιτιολογικά με τη διαταραχή.

Γ) Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως Ψυχική Διαταραχή που δεν προκαλείται από ουσίες. Εάν τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης χρήσης της ουσίας ( ή χρήση του φαρμάκου ) ή τα συμπτώματα επιμένουν για ένα ικανό χρονικό διάστημα ( π.χ περίπου ένα μήνα) μετά τη λήψη οξέος στερητικού συνδρόμου ή σοβαρής τοξίκωσης ή ξεπερνούν σημαντικά τα αναμενόμενα δεδομένου του τύπου ή της ποσότητας της ουσίας που χρησιμοποιήθηκε ή της διάρκειας της χρήσης. Αυτά είναι η απόδειξη, ότι τα συμπτώματα εξηγούνται καλύτερα ως μια Ψυχωτική Διαταραχή που δεν προκαλείται από ουσίες.

Δ) Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος. Για την ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες πρέπει να προσδιοριστούν αν :

- Με την έναρξη κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης : αν πληρούνται τα κριτήρια για Τοξίκωση από την ουσία και τα συμπτώματα αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια του συνδρόμου της τοξίκωσης.
- Με έναρξη κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου : αν πληρούνται τα κριτήρια Στερητικής Διαταραχής από την ουσία και τα συμπτώματα αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά ένα στερητικό σύνδρομο. <sup>11</sup>

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως αναφέρουμε διάφορες ουσίες κατάχρησης μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή είτε κατά την Τοξίκωση από αυτές είτε κατά τη διάρκεια του Στερητικού Συνδρόμου από αυτές. Στις πρώτες υπάγονται το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες και σχετιζόμενες με αυτές ουσίες, ή κάνναβη, ή κοκαΐνη, τα ψευδαισθησιογόνα, οι εισπνεόμενες ουσίες, τα οπιοειδή ( μεπεριδίνη), η φαινκυκλιδίνη και σχετιζόμενες με αυτήν ουσίες, τα καταπραϋντικά, υπνωτικά η αγχολυτικά και άλλες ή άγνωστες ουσίες. Η ταχύτητα έναρξης της διαταραχής διαφέρει από ουσία σε ουσία και ποικίλλει π.χ. μια μεγάλη δόση κοκαΐνης μπορεί να προκαλέσει ψύχωση μέσα σε λίγα λεπτά, ενώ μπορεί να χρειαστούν μέρες ή βδομάδες μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ ή καταπραϋντικών για να την προκαλέσουν.

Σημειώνουμε ότι οι ψυχωτικές διαταραχές που προκαλούνται από αμφεταμίνες, κοκαΐνη η φαινκυκλιδίνη μπορούν να επιμένουν για βδομάδες παρά τη διακοπή της λήψης της ουσίας και τη χορήγηση νευροληπτικών και να καθιστούν έτσι δύσκολη στην αρχή τη δ.δ από άλλες ψυχωτικές διαταραχές που δεν προκαλούνται από ουσίες.

Τα **φάρμακα** που μπορεί να ευθύνονται για την εκδήλωση αυτής της διαταραχής μπορεί να είναι αναισθητικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αντιεπιληπτικά, αντιισταμινικά, αντιυπερτασικά και καρδιαγγειακά, αντιμικροβιακά, αντιπαρκινσονικά, χημειοθεραπευτικά (π.χ. κυκλοσπορίνη και προκαρβαζίνη), κορτικοστεροειδή, γαστρεντερικά, μυοχαλαρωτικά, μη στεροειδή αντιγλεμονώδη, άλλα φάρμακα που χορηγούνται χωρίς συνταγή (π.χ. φαινυλεφρίνη, ψευδοεφεδρίνη), αντικαταθλιπτικά, δισουλφιράμη.

Τέλος **τοξίνες** που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή περιλαμβάνουν την αντιχολινεστεράση, οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα, αέρια που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα, το μονοξείδιο και το διοξείδιο του άνθρακα και πτητικές ουσίες όπως καύσιμα ή μπογιές.<sup>12</sup>

**Θεραπευτικά**, εκτός από την αντιψυχωτική αγωγή και την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, θα πρέπει, βέβαια, να φροντίσουμε για τη διακοπή της ουσίας.

### 2.1.9 Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς.

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ψυχωτική συμπτωματολογία, όπως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένο λόγο ή έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, για την οποία υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση για να μπει κάποια διάγνωση ή η πληροφόρηση είναι αντιφατική ή διαταραχές με ψυχωτική συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Ψυχωτική Διαταραχή.<sup>12</sup>

## 2.2 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

### 2.2.1 Επιδημιολογία

Η σχιζοφρένεια είναι η συχνότερη ψυχωσική διαταραχή ,και συχνά αποκτά χρονιότητα . Επηρεάζει τις ζωές περίπου του 0,3 – 0,7 % των ανθρώπων, δηλαδή περίπου 24 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως, στο έτος 2011. Από τη μεγάλη έγκαιρη επιδημιολογική έρευνα των τομεοποιημένων περιοχών στις ΗΠΑ, τα ποσοστά της σχιζοφρένειας που προέκυψαν κυμάνθηκαν μεταξύ 0,6 και 1,9 %. Στη χώρα μας , τη δεκαετία του '80 , τα ποσοστά από μελέτη τυχαίου δείγματος πληθυσμού κυμαινόταν στο 1,2%. Συμβατικά , η μέση τιμή επιπολασμού της σχιζοφρένειας ορίζεται στο 1 %. Όμως πρέπει να τονισθεί ότι παρά τη σοβαρότητα της νόσου , ένας ακόμα αδιευκρίνιστος αριθμός αρρώστων δεν είναι δυνατό να καταγραφεί στατιστικά, είτε γιατί διαβιεί στο περιθώριο (λόγω της νόσου ) ή γιατί οι οικείοι του δεν επιζητούν την ιατρική βοήθεια φοβούμενοι τον κοινωνικό στιγματισμό.<sup>9</sup>

### **Οι ακόλουθοι παράγοντες έχουν κατά καιρούς διερευνηθεί ως προς την επιδημιολογία:**

#### **Δημογραφικοί παράγοντες**

- **Ηλικία και φύλο** . Η σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε και σε γενικές γραμμές προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Είναι γεγονός ότι υφίστανται διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την έναρξη της νόσου ,την κλινική της πορεία , καθώς και ως προς την επίδραση διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Έτσι , έχει διαπιστωθεί ότι η κλινική συμπτωματολογία αρχίζει πρωιμότερα στους άντρες ( μέση ηλικία έναρξης τα 21 έτη ) σε σχέση με τις γυναίκες ( μέση ηλικία έναρξης τα 27 έτη )και προγνωστικά ευνοούνται περισσότερο οι γυναίκες. Από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια , 9 στους 10 άντρες, αλλά μόνο 2 από 3 γυναίκες , εμφανίζουν τη νόσο μέχρι την ηλικία των 30ετών.
- **Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή**. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζει συγκρίσιμα ποσοστά συχνότητας στο γενικό πληθυσμό παγκοσμίως, όμως έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχουν διαφορές στην κατανομή των νοσούντων στις διάφορες περιοχές μιας χώρας . Παρουσιάστηκαν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας σε ορισμένους νομούς, ορεινούς, απομονωμένους, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων. Επίσης ,στις ΗΠΑ, Σουηδία , την Κροατία επισημάνθηκαν διαφορές στην κατανομή των νόσων , όχι μόνο στις διάφορες περιοχές των χωρών αυτών αλλά και μεταξύ του είδους του πληθυσμού ( αγροτικός-αστικός ) καθώς και του μεγέθους των πόλεων. Επομένως καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι υψηλότερη από αυτή που παρουσιάζεται σε μικρές πόλεις ή σε αγροτικές περιοχές. <sup>8</sup>

#### **Παράγοντες επικινδυνότητας**

- **Κληρονομική επιβάρυνση**. Έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας τα τελευταία 60 χρόνια και έχουν επικεντρωθεί σε τέσσερα επίπεδα: 1) μελέτες διδύμων 2)



μελέτες οικογενειών 3) μελέτες παιδιών σχιζοφρενικών γονέων 4) αναζήτηση γενετικών δεικτών. Οι μελέτες διδύμων έδειξαν ομοφωνία ως προς τη νόσο σε ποσοστό που κυμαίνονται από 35-78% των μονοζυγωτών σε σύγκριση με το 8-28% των ετεροζυγωτών. Οι μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών έχουν μέχρι και διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου. Παιδιά σχιζοφρενών γονέων έχουν 40% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, σε σύγκριση με το 1% πιθανότητα που έχουν παιδιά μη σχιζοφρενών. Οι πλέον πρόσφατες μελέτες στοχεύουν στην αναζήτηση σε σχιζοφρενείς συνδυασμών γενετικών δεικτών ή πιθανών γονιδίων καθώς και ιδιαίτερων συνδέσεων χρωμοσωμικών θέσεων με τη βοήθεια της μοριακής βιολογίας. Καταλήγουμε στο ότι, ο τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης της νόσου είναι αρκετά περίπλοκος. Φαίνεται πάντως ότι η μεταβίβαση δεν είναι αποτέλεσμα της επίδρασης ενός μεμονωμένου γονιδίου μεταβιβαζόμενου με κάποιον από τους γνωστούς τρόπους (επικρατητικά, ενδιάμεσα ή υπολειπόμενα). Το πλέον αποδεκτό πρότυπο είναι ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση πολλών γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών.<sup>8</sup>

- **Προ- και περιγεννητικές επιπλοκές.** Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), καθώς και τροφική στέρηση, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress και ιώσεις ανευρίσκονται συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ακόμα έχουν σημειωθεί ως σημαντικοί παράγοντες επικινδυνότητας, οι σπασμοί, το μειωμένο βάρος του νεογνού και η μικρότερη περίμετρος του κρανίου.
- **Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης.** Έχει παρατηρηθεί ότι τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης γεννιέται το μεγαλύτερο ποσοστό των σχιζοφρενών λόγω της αυξημένης πιθανότητας έκθεσης των νεογνών σε ιώσεις. Επίσης έχει ενοχοποιηθεί το αστικό περιβάλλον, ενώ έχει βρεθεί ότι η νόσος απαντάται συχνότερα στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων.
- **Μετανάστευση.** Έχει καταχωριστεί ως σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια. Ο ψυχοτραυματισμός της μετανάστευσης (απώλεια πολιτισμικής ταυτότητας, προσαρμογή σε νέες και άγνωστες συνθήκες), καθώς και η πιθανότητα να μεταναστεύουν από μια κοινωνία σε μια άλλη περισσότερο προ-σχιζοφρενικά άτομα, συζητιούνται ως οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες. Έχει όμως βρεθεί ότι οι μετανάστες δεύτερης γενιάς παρουσιάζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την ανάπτυξη της νόσου από ότι αυτοί της πρώτης, γεγονός που δεν συνάδει με την προηγούμενη υπόθεση.

*Συμπερασματικά καταλήγουμε στο ότι κανένας από τους παραπάνω παράγοντες επικινδυνότητας δεν μπορεί από μόνος του να οδηγήσει σε κάποιο ασφαλές και προεξάρχον επιδημιολογικό συμπέρασμα, εντούτοις η κατ'επανάληψη επισήμανση των περισσότερων από αυτούς σε σχιζοφρενικούς πληθυσμούς οδηγεί αναπόδραστα στην αλληλεπιδραστική θεώρηση της σημασίας τους, καθώς και στη διαμόρφωση του περιγράμματος ενός προφίλ ατόμου με επικινδυνότητα για σχιζοφρένεια.<sup>1,4</sup>*

### 2.2.2 Αιτιολογία

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας παραμένει ακόμα και σήμερα άγνωστη, ωστόσο δεν μπορεί να αγνοηθεί η αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων όπως έχουμε αναφέρει για τα

προβλήματα ψυχικής υγείας γενικά. Οι ερευνητές έχουν κάνει μεγάλες προσπάθειες για να βρουν την γενεσιουργό αιτία της διαταραχής, ψάχνοντας στις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο , στις διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία , στις μεταβολικές διαταραχές , στις νευροχημικές ανωμαλίες χωρίς όμως καμία επιτυχία . Μετά στράφηκαν στην πιθανή αλληλεπίδραση της γενετικής προδιάθεσης και το περιβάλλον. Στην συνέχεια παρουσιάζονται κάποια από τα πιο πιθανά αίτια της διαταραχής.<sup>10</sup>

A) Σύμφωνα με έρευνες γενετικής προσέγγισης που πραγματοποιήθηκαν σε συγγενικά πρόσωπα σχιζοφρενικών ασθενών, υποστηρίζεται ότι υπάρχει άμεση σχέση **κληρονομικότητας** και ασθένειας. Η σχιζοφρένεια δεν είναι απόλυτα μια κληρονομική νόσος αλλά σύμφωνα με έρευνες έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα :

**Πίνακας 1. Επικράτηση της σχιζοφρένειας σε δείγματα πληθυσμού.<sup>8</sup>**

<i>Πληθυσμός</i>	<i>Επικράτηση %</i>
<i>Γενικός πληθυσμός</i>	<i>1</i>
<i>Αδερφός σχιζοφρενούς</i>	<i>8</i>
<i>Παιδί με ένα σχιζοφρενικό γονέα</i>	<i>12</i>
<i>Διζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενούς</i>	<i>12</i>
<i>Παιδί και με τους δύο γονείς σχιζοφρενείς</i>	<i>40</i>
<i>Μονοζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενούς</i>	<i>47</i>

B) Σύμφωνα με οργανικούς και παθοφυσιολογικούς παράγοντες γίνεται προσπάθεια να εξηγηθεί η νόσος της σχιζοφρένειας σαν εκδήλωση **μορφολογικής ή λειτουργικής ανωμαλίας οργάνου ή ολόκληρου οργανικού συστήματος**. Υποστηρίζεται ότι κάποια από τα αίτια της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι κάποια λοίμωξη (από την ενδομήτρια ζωή) , κάποια τραυματική, κυκλοφορική ή εκφυλιστική αλλοίωση του εγκεφάλου.

Γίνονται βιοχημικές αναλύσεις για την εντόπιση δυσλειτουργίας σε κάποια ποσοτική ή ποιοτική αναλογία ενθυματικών, ορμονικών ή άλλων ουσιών που επηρεάζουν τους νευροποδοχείς . Ακόμα υπάρχει φόβος για την παραγωγή κάποιας συγκεκριμένης σχιζοφρενογόνου πρωτεΐνης που μπορεί να ευθύνεται για την νόσο .<sup>6</sup>

Μέσα από μελέτες θεωρήθηκε ότι η συσσώρευση της ντοπαμίνης καθώς και μονοαμινικού προδρόμου της νοραδρεναλίνης στους νευροποδοχείς του εγκεφάλου ,έχουν άμεση σχέση με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Η υπόθεση αυτή στηρίχθηκε στο γεγονός ότι η ψυχωτικομιμητικές ουσίες ( αμφεταμίνη και φαινσυκλιδίνη), μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση της ντοπαμίνης και αυτή η αύξηση να επιφέρει νευρωνική υπερδραστηριότητα , ενώ αντίθετα αντιψυχωτικές ουσίες προκαλούν καταστολή της υπερδραστηριότητας αυτής.



Γ) Στη συνέχεια υπάρχει και ο παράγοντας *άγχος* που μπορεί να οδηγήσει στη σχιζοφρένεια . Όταν το άγχος είναι μεγάλο τα ερεθίσματα εσωτερικού και εξωτερικού κόσμου γενικεύονται , παύουν να ξεχωρίζουν μεταξύ τους και αυτό προκαλεί ακόμα περισσότερο άγχος και μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψη του ατόμου . Ο ασθενής βρίσκεται σε ταραχή προσπαθώντας να βρει απεγνωσμένα συνειρμούς σκέψης για να περιορίσει το άγχος, το μόνο όμως που καταφέρνει είναι αποσύνθεση των νοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών του.

Δ) Σύμφωνα με έρευνες στη σχιζοφρένεια μπορεί να οδηγήσει κάθε *ψυχογενής διαταραχή* που προέρχεται από μια τραυματική εμπειρία ή κάποια ενδοψυχική διαμάχη της παιδικής ηλικίας που υπάρχει μέσα στο ασυνείδητο χωρίς να εμφανίζει ενοχλήσεις μέχρι την στιγμή που κάποιος παράγοντας θα θυμίσει το τραύμα. Σε όσο πιο μικρή ηλικία δημιουργηθεί μια τέτοιου είδους καθήλωση, τόσο μεγαλύτερη είναι η τάση του ατόμου για παλινδρόμηση και φυσικά χειρότερη η έκβαση της διαταραχής.

Τα εξελικτικά στάδια τα οποία δημιουργούν τη ψυχική δομή του ατόμου , που χαρακτηρίζεται από το εγώ, υπερεγώ , εκείνο απασχόλησαν τους ερευνητές. Εάν δηλαδή αυτές οι πρώτες σχέσεις δεν είναι καλές λόγω προσωπικών προβλημάτων της μητέρας ή δυσκολιών της συμπεριφοράς του παιδιού , δημιουργείται μια τραυματική εμπειρία που θα διαταράξει την ψυχική ισορροπία του παιδιού ( δεν θα μπορεί να ελέγξει την επιθετικότητα του προς τους άλλους )

Ε) Τέλος υπάρχουν και οι κοινωνιολογικές θεωρίες , οι οποίες υποστηρίζουν πως η κινητήρια δύναμη για την πυροδότηση της ψυχικής νόσου είναι το ίδιο κοινωνικό σύστημα. Μέσα από τις πιέσεις μιας καπιταλιστικής και ανταγωνιστικής , χωρίς σταθερές ηθικές αξίες κοινωνίας , μέσα από την ανάγκη για προσαρμογή στη ζωή ενός βιομηχανικού , τεχνοκρατικού πολιτισμού οι δείκτες της ψυχικής νόσου ανεβαίνουν. <sup>2,4</sup>

### 2.2.3 Κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας

Η μεγάλη ποικιλία των συμπτωμάτων οδήγησε σε προτάσεις να γίνει διάκριση σε επιμέρους τύπους σχιζοφρένειας. Το DSM-IV-TR απαριθμεί πέντε υπότυπους σχιζοφρένειας. Η διάγνωση του υπότυπου βασίζεται στην τρέχουσα ή (πιο πρόσφατη) κατάσταση τους με βάση την πιο πρόσφατη ή τρέχουσα ψυχολογική ή ψυχιατρική συνέντευξη/ ψυχιατρική εξέταση . Πρακτικά , πολλοί ασθενείς φαίνεται να ανήκουν σε διαφορετικούς υπότυπους κατά τη διάρκεια της νόσου. <sup>8</sup>

#### **1)Παρανοειδής τύπος**

Θεωρείται η πλέον τυπική ,συχνή και γνήσια μορφή σχιζοφρένειας. Η έναρξη συμβαίνει αργότερα στη ζωή (συνήθως μετά τα 30) απ 'ότι των άλλων τύπων, με τα χαρακτηριστικά του να γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου. Στην κλινική εικόνα επικρατούν διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης, υπό τη μορφή παραληρητικών ιδεών, διαταραχές

της κατοχής της σκέψης, όπως υφαρπαγή και εκπομπή της σκέψης, και διαταραχές της αντίληψης, με συνηθέστερα απαντώμενες τις ακουστικές ψευδαισθήσεις. Συχνά αντιμετωπίζουν διαπροσωπικά προβλήματα. Οι παραληρητικές ιδέες τους είναι συνήθως διωκτικού περιεχομένου ή μεγαλείου .

Ο ασθενής αναφέρει ότι τον παρακολουθούν , τον δηλητηριάζουν ή του εμφυτεύουν μηχανήματα από εχθρούς ή εξωγήινους . Γίνονται καχύποπτοι απέναντι σε συγγενείς και φίλους . Χαρακτηριστικά τους : άγχος, θυμός ,λεκτική / σωματική επιθετικότητα , υπερευαίσθησία στη διαπροσωπική επαφή, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου, ή φόβος ότι θα θεωρηθεί ομοφυλόφιλο το άτομο, ζήλεια, βία, απόπειρες αυτοκτονίας . Γενικότερα, η παρανοειδής μορφή δεν παρουσιάζει την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας που χαρακτηρίζει τις άλλες μορφές σχιζοφρένειας. Η πορεία της μπορεί να είναι επεισοδιακή, με μερική ή πλήρη αποδρομή, ή χρόνια χωρίς ευρείες διακυμάνσεις.

Δύσκολα μπορεί να τους χειριστεί κανείς εξαιτίας των συστηματοποιημένων παραληρητικών ιδεών και των επιτακτικών ψευδαισθήσεων που μπορεί να έχουν. Επειδή τα παρανοειδή τους στοιχεία γίνονται μέρος της προσωπικότητάς τους και επειδή δεν υπάρχουν αρνητικά συμπτώματα , τα άτομα συνήθως αναμιγνύονται ομαλά στη κοινωνία .<sup>13</sup>

## **2) Αποδιοργανωμένος τύπος( ή ηβηφρενικός )**

Ο χαρακτηρισμός αυτής της μορφής ως << ηβηφρένεια>> υποδηλώνει την πρώιμη έναρξή της στην εφηβική ηλικία (συνήθως μεταξύ 13 και 25). Χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της δομής της σκέψης ,ρηχό και απρόσφορο συναίσθημα και παιδικόμορφη, παράδοση έως και φαιδρή συμπεριφορά. Η νόσος εισβάλλει βαθμιαία ,αρχικά με μειωμένη απόδοση στο σχολείο, εξωπραγματική κατεύθυνση των ενδιαφερόντων και ενασχολήσεων, υποχονδριακές και ιδεοληπτικές ενασχολήσεις και αποπροσωποποιητικά συμπτώματα ,όπως είναι π.χ. ο συνεχής έλεγχος της σωματικής εικόνας μπροστά στον καθρέπτη.

Τα κεντρικά στοιχεία που υπάρχουν είναι η αποδιοργανωμένη ομιλία και συμπεριφορά και το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. Ο ασθενής φαίνεται αποδιοργανωμένος και απεριποίητος γιατί βασικές καθημερινές δραστηριότητες , όπως είναι η ένδυση , δεν μπορούν να επιτευχθούν. Μπορεί να μιλούν ασυνάρτητα, βάζοντας στη σειρά λέξεις που ηχούν με παρόμοιο τρόπο ή ακόμη και επινοώντας καινούργιες λέξεις, οι οποίες συχνά συνοδεύονται από ανόητη συμπεριφορά ή γέλιο. Η συναισθηματική έκφραση μπορεί να είναι είτε άσχετη με το περιεχόμενο των όσων λέει είτε περιορισμένη και επίπεδη. Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης είναι επιπόλαιες και φευγαλέες, σπάνια συγκροτούμενες σε σταθερό οργανωμένο παραλήρημα. Τέλος έχει κακή πρόγνωση εξαιτίας της συνεχούς και προοδευτικά επιδεινούμενης κλινικής της πορείας.<sup>9</sup>

## **3) Κατατονικός τύπος**

Χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή της βούλησης και από το εναλλασσόμενο επίπεδο ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν με την πλέον ήπια και ατελή μορφή τους (μερική κατατονία) ή με την πλήρη κλινική τους έκφραση (κατατονική εμβροντησία) .Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα είναι η κατατονική εμβροντησία , κατά την

οποία περιορίζεται προοδευτικά ή απότομα η δραστηριότητα του ατόμου, φθάνοντας πολλές φορές στη πλήρη άρση των εκούσιων κινήσεων του σώματος, καθώς καταργείται κάθε αντίδραση σε εξωτερικό ερέθισμα . Βασικές λειτουργίες όπως λήψη τροφής , ένδυση, πλύση και αφόδευση μπορεί να αναστέλλονται . Η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλλει από μερικά λεπτά μέχρι και ημέρες. Δυο από τα παρακάτω κυριαρχούν στην κλινική του εικόνα :

- ✓ **Κινητική ακινησία** : *καταληψία* ( η άκαμπτη διατήρηση μιας θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα) ,*κηρώδης ενκαμψία ή εμβροντησία* ( παραμένει στην ίδια θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα).
- ✓ **Υπερβολική κινητική δραστηριότητα** ( συνήθως άσκοπη )
- ✓ **Ακραίος αρνητισμός ή αλαλία**
- ✓ **Ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων** , γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες, στερεοτυπικές κινήσεις , έκδηλους μορφασμούς.
- ✓ **Ηχολαλία ή ηχοπραξία**

Η μορφή αυτή σπανίζει στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά περιοδικά κατατονικά φαινόμενα μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε άλλη μορφή σχιζοφρένειας.<sup>12</sup>

#### **4) Αδιαφοροποίητος τύπος**

Η αδιαφοροποίητη μορφή σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από την παρουσία οποιουδήποτε συνδυασμού συμπτωμάτων , από εκείνα τα οποία συγκροτούν τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της νόσου, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των προαναφερθεισών μορφών. Η κατηγορία αυτή, καθόσον εμφανίζει ορισμένα στοιχεία που απαντώνται στις άλλες μορφές της νόσου , πρέπει να διαγιγνώσκεται μόνο αφού έχει γίνει επαρκής προσπάθεια για την ταξινόμηση της συμπτωματολογίας σε κάποια από τις προηγούμενες μορφές.<sup>4</sup>

#### **5) Υπολειμματικός τύπος**

Η υπολειμματική μορφή αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ιστορικό του ασθενούς τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά. Αν υπάρχουν θετικά συμπτώματα ,τότε αυτά είναι εξαιρετικά μειωμένης έκτασης, διάρκειας , και έντασης. Η μορφή αυτή μπορεί να παριστά το ενδιάμεσο μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων της νόσου, συνήθως όμως διαρκεί επί μακρό χρονικό διάστημα με ή και χωρίς παροδικές εξάρσεις της συμπεριφορά.<sup>1</sup>

### **2.2.4Κλινική εικόνα**

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διάφορα συμπτώματα ,που ποικίλλουν σε βαθμό και ένταση ανάλογα με τον τρόπο έναρξης, τη διάρκεια και τη βαρύτητα της διαταραχής, αλλά και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς. Θα πρέπει να τονιστεί ότι για να γίνει διάγνωση δεν φτάνει από μόνο του καθένα από τα συμπτώματα. Απαιτείται η διερεύνηση του πλαισίου

ανάπτυξης τους και η αλληλοσυνάρτησή τους μέσα στο χρόνο με βάση τη λεπτομερή λήψη ενός σωστά δομημένου ιστορικού. Τα κλινικά συμπτώματα της νόσου μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως ακολούθως :

**1) Διαταραχές της σκέψης** . Αποτελούν θεμελιώδη συμπτώματα της σχιζοφρένειας και διακρίνονται σε :

*A) Διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης.* Στο σχιζοφρενή, η σκέψη παρουσιάζει χάλαση των συνειρμικών της δεσμών ( έλλειψη συνεκτικότητας και αλληλουχίας ), που εκφράζεται με ασάφεια και αοριστία των λεγομένων. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής ανιχνεύετε από τον εξεταστή ως προοδευτική δυσκολία στη διατήρηση του νοηματικού στόχου των λεγομένων του ασθενούς (εκτροχιασμός σκέψεων ). Υπάρχει συνωστισμός και συγχώνευση των ιδεών. Η νοητική αλληλουχία ελλιπής και δύσκαμπτη, αντικατοπτριζόμενη στο λόγο με άσκοπους πλατειασμούς από το κεντρικό θέμα , αποσυγκεκριμενοποίηση του λόγου, λογικές ανακολουθίες ή συχνά εμμονές , ένδειξη αδυναμίας εκτροπής της σκέψης. Αρκετές φορές οι λέξεις χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν άλλο νόημα από αυτό που κανονικά έχουν , ενώ είναι δυνατό να υπάρχει κατασκευή νέων λέξεων . Σε βαρύτερες περιπτώσεις υπάρχει ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης , όπου ο λόγος είναι ακατανόητος, χάνει την επικοινωνιακή του αξία και γίνεται γλώσσα <<ιδιωτικής χρήσης>>. <sup>7</sup>

*B) Διαταραχές στη ροή της σκέψης* . Πρόκειται για βασικό και πρώιμο σύμπτωμα, κατά το οποίο η σκέψη ( και συνακόλουθα και η ομιλία) διακόπτεται ξαφνικά για λίγο. Στη σχιζοφρένεια παρατηρείται επίσης μειωμένη ροή και παραγωγικότητα της σκέψης , που εκφράζεται με μειωμένη λεκτική διεργασία . Δεν πρέπει να συγχέεται με την αναστολή της σκέψης, η οποία υποδηλώνει μια φθίνουσα και όχι αιφνίδια διαδικασία της σκέψης και παρατηρείται κυρίως στη κατάθλιψη.

*Γ) Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης.* Στην ομάδα αυτή των διαταραχών υπάγονται: 1) το αίσθημα απώλειας (υποκλοπής) της σκέψης. 2)το αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων .3) το αίσθημα απώλειας της στεγανότητας της σκέψης ή εκπομπή της σκέψης ( ηχηρές και εκπεμπόμενες προς τα έξω σκέψεις).

*Δ) Διαταραχές του περιεχόμενου της σκέψης.* Εδώ εντάσσονται οι παραληρητικές ιδέες , οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης και οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης. <sup>6</sup>

Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθάνουσες πεποιθήσεις, οι οποίες δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία. Είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες και το περιεχόμενό τους επηρεάζεται από την ατομική/πολιτισμική εμπειρία του ατόμου. Αναλόγως του περιεχόμενου τους διακρίνονται σε :

- ✚ **Διωκτικές**, όπου το άτομο πιστεύει ότι βρίσκεται υπό συνεχή και οργανωμένη δίωξη από άτομα ή οργανώσεις που στοχεύουν στην εξόντωσή του.
- ✚ **Μεγαλείου**, όπου το άτομο είναι πεπεισμένο ότι έχει κάποιο – υπερβολικό για τα πραγματικά δεδομένα – προορισμό, όπως π.χ. να γίνει πρωθυπουργός, να μεταφέρει θεϊκά μηνύματα , να κάνει κάποια σημαντική ανακάλυψη κ.ά.

- ✚ *Υποχονδριακές, όπου το άτομο κατακλύζεται από σωρεία παράδοξων σωματικών ενοχλημάτων.*
- ✚ *Αποκαλυπτικές-κοσμογονικές, όπου κυριαρχούν προφητικού τύπου ιδέες κοσμοκαταστροφής, επικείμενης έλευσης της δευτέρας παρουσίας κ.α.*
- ✚ *Ερωτομανιακές, όπου το άτομο πιστεύει ότι το έχουν ερωτευθεί σημαντικές προσωπικότητες.*
- ✚ *Ζηλοτυπικές, όπου κυριαρχούν οι πεποιθήσεις απιστίας του συντρόφου.*

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί και μια ιδιαίτερη κατηγορία παραληρητικών ιδεών, τα σύνδρομα παραληρητικών παραγνωρίσεων. Στο σύνδρομο Capgras, ως το πιο τυπικό, υπάρχει άρνηση αναγνώρισης ενός οικείου προσώπου και παραληρητική πεποίθηση ότι το οικείο πρόσωπο έχει αντικατασταθεί από ένα όμοιο σωσία. Έχουν περιγραφεί τρεις ακόμα παραλλαγές, το σύνδρομο Fregoli (εσφαλμένη αναγνώριση οικείου προσώπου, συνήθως του δώκτη του ασθενούς, σε άλλα άτομα), το σύνδρομο σωματο-ψυχικής μεταμόρφωσης (παραλλαγή του προηγούμενου) και το σύνδρομο υποκειμενικού σωσία (παραληρητική πεποίθηση ότι κάποιος τρίτος έχει μεταμορφωθεί στον ίδιο τον ασθενή).<sup>8</sup>

Οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης φέρουν το άτομο να αποτελεί το επίκεντρο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, τα οποία, μολονότι στην πραγματικότητα είναι ουδέτερα, συνήθη και καθημερινά, νοηματοδοτούνται ως σημαντικά και σχετιζόμενα με τον ασθενή, και στα οποία πλέον προσδίδει ιδιαίτερη προσωπική σημασία. Μια τυχαία χειρονομία συναδέλφου εκλαμβάνεται από τον ασθενή ως συγκαλυμμένο απειλητικό μήνυμα να αποχωρήσει από την δουλειά του.

Οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης φέρουν το άτομο να αισθάνεται πως είναι έρμαιο των εξωτερικών επιδράσεων ή δυνάμεων, που πλέον καθοδηγούν ή επιβάλλουν τις κινήσεις ή τις πράξεις του, τη φωνή του, την ύπαρξη σωματικών αισθήσεων, πυροδοτούν ή ελκύουν παρορμήσεις και συναισθήματα. Το άτομο βρίσκεται υπό το βουλητικό έλεγχο εξωτερικής δύναμης (π.χ. με μάγια) με συνεπακόλουθο τη μετατροπή του σε άβουλο θήραμά τους.

Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια είναι συνήθως πρωτογενείς στην προέλευσή τους και χαρακτηρίζονται από την αιφνίδια, εκ κενού, ανάδυσή τους, την άμεση αποδοχή τους από το άτομο, το ανεξήγητο και απρόβλεπτο της εμφάνισής τους την πρώτη φορά και το <<αποκαλυπτικό>> του περιεχομένου τους. Τον εξετάζοντα τον εντυπωσιάζει το παράδοξο του περιεχομένου των ιδεών, δηλαδή το απίθανο, το ακατανόητο και το τελείως άσχετο προς τις συνήθεις εμπειρίες κλίμα που τις διαποτίζει. Εδώ ενσωματώνονται και οι ιδέες υποκλοπής της σκέψης, η παρεμβολή ξένων σκέψεων και ο έλεγχος των νοητικών και σωματικών δραστηριοτήτων του ατόμου καθώς και οι ηχηρές σκέψης. Μια άλλη κατηγορία παραληρητικών ιδεών είναι οι δευτερογενείς, που η προέλευση τους πρέπει να αναζητηθεί στην προσπάθεια του ασθενούς να εξηγήσει τα παθολογικά του βιώματα.<sup>12</sup>

**2) Διαταραχές της αντίληψης.** Εδώ υπάγονται οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις είναι αντιλήψεις σε απουσία πραγματικού ερεθισμού. Αφορούν και στις πέντε αισθήσεις, κατά κύριο όμως λόγο την ακοή. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι από τα πλέον συνήθη συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής <<ακούει>> φωνές, συνομιλίες, παράδοξους ήχους ή και μουσική. Οι <<φωνές>> τον σχολιάζουν ή τον προτρέπουν να κάνει



κάτι, τον μαλώνουν κ.α. Μπορεί να είναι συνεχείς ή επεισοδιακές, σαφείς ή συγκεχυμένες, οργανωμένες ή αόριστες, μπορεί να απευθύνονται άμεσα σε αυτόν ή να <<συνομιλούν>> μεταξύ τους για τον ασθενή. Ως προς το περιεχόμενο τους μπορεί να είναι υβριστικές, απειλητικές, γλευστικές, επαινετικές, προτρεπτικές, προειδοποιητικές κ.α. Οι παραισθήσεις αφορούν σε παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων. Δεν είναι και αυτές παθολογικές της νόσου και ενδεχομένως συνδέονται δευτερογενώς με τις παραληρητικές ιδέες.<sup>10</sup>

**3) Διαταραχές του συναισθήματος.** Εδώ υπάγονται κυρίως η αμφιθυμία, η συναισθηματική δυσαρμονία, η συναισθηματική έκπτωση, καθώς και άλλες συναισθηματικές διαταραχές. Η αμφιθυμία αποτελεί, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής κυριαρχείται την ίδια στιγμή από αντιθετικά μεταξύ τους συναισθήματα π.χ. μισεί και αγαπάει την ίδια στιγμή το ίδιο άτομο με την ίδια ένταση. Η συναισθηματική δυσαρμονία υποδηλώνει την διάσταση μεταξύ της βαρύτητας και του μεγέθους του συγκινησιακού ερεθίσματος και της συγκινησιακής ανταπόκρισης του ασθενούς (π.χ. μικρή ή καμία αντίδραση σε σημαντικό γεγονός, όπως θάνατος συγγενούς, ή υπερβολική αντίδραση για ασήμαντα), αλλά και την εκ διαμέτρου αντίθετη συγκινησιακή αντίδραση (π.χ. γέλια στην αναγγελία θανάτου του συγγενικού προσώπου) όπου μιλάμε για <<συναισθηματική απροσφορότητα >>. Η συναισθηματική έκπτωση (αδιαφορία, απάθεια) μαζί με τις προηγούμενες αποτελούν το χαρακτηριστικό τρίπτυχο των συναισθηματικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Πρόκειται για προοδευτική συρρίκνωση του εύρους κραδασμού του συναισθήματος. Το άτομο αποστασιοποιείται συναισθηματικά από το περιβάλλον του, χάνει τα φιλικά του συναισθήματα και γίνεται απαθές, το συναίσθημα είναι αμβλύ και ρηχό. Η κατάθλιψη και η ευφορία, το άγχος, η αμηχανία, η συναισθηματική ακαμψία και τα αποπροσωποποιητικά /αποπραγματοποιητικά βιώματα υπάγονται στις άλλες συναισθηματικές διαταραχές.<sup>6,12</sup>

**4) Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας.** Το συναίσθημα και η βούληση είναι δύο λειτουργίες που εν πολλοίς συμπορεύονται, διαταραχές της πρώτης αντανακλούν σε αντίστοιχες της δεύτερης. Έτσι π.χ. στη σχιζοφρένεια παρατηρείται αβουλησία, αμφιβουλησία κ.λπ. η κλινική διαπίστωση των οποίων γίνεται με την παρατήρηση της ψυχοκινητικότητας των αρρώστων. Ασθενείς με αυτά τα συμπτώματα εγείρονται αργά, κοιμούνται νωρίς, χωρίς να δραστηριοποιούνται στη διάρκεια της ημέρας. Έχουν μειωμένο ενδιαφέρον να εργαστούν, να συνάψουν κοινωνικές σχέσεις, να φροντίσουν τον εαυτό τους. Η κύρια διαταραχή της ψυχοκινητικότητας στη σχιζοφρένεια είναι η παρουσία άλλοτε άλλου βαθμού κατατονικών συμπτωμάτων που αφορούν στη στάση και θέση του ασθενούς, την ομιλία του, την έκφραση του προσώπου του, τις κινήσεις του και, τέλος, το σύνολο της ψυχοκινητικότητας του.

Ως προς τη θέση και στάση του ασθενούς, είναι δυνατό να παρατηρηθούν άλλοτε άλλης διάρκειας στερεότυπες θέσεις (π.χ. κλίση του κορμού, έγερση των άκρων κ.α.) και στάσεις (π.χ. ξαπλώνει στο κρεβάτι χωρίς να ακουμπάει το κεφάλι στο προσκέφαλο), οι οποίες πολλές φορές είναι αφύσικες και <<σαν επιτηδευμένες>>. Ακόμα, ο άρρωστος παρουσιάζει κηρώδη ευκαμψία των μελών του, όταν αυτά τοποθετηθούν από τον εξετάζοντα ακόμα και σε άβολες θέσεις.



Ως προς την ομιλία , ο ασθενής μπορεί να επαναλαμβάνει άχρωμα, σαν ηχώ, τις λέξεις που ακούει ( ηχολαλία ) ή να μην απαντά καθόλου ( αλαλία ) ή να επαναλαμβάνει στερεότυπα αδόκιμες δικές του λέξεις ή φράσεις, ακόμα και στο γραπτό λόγο.

Η εκφραστικότητα του προσώπου είναι μειωμένη ( ανέκφραστο πρόσωπο), το βλέμμα υποκινητικό και σαν να διαπερνάει το συνομιλητή κοιτώντας πίσω από αυτόν. Συνυπάρχουν παράδοξοι επαναλαμβανόμενοι μορφασμοί (κινήσεις των χειλιών κ.α. )<sup>6</sup>

Οι κινήσεις είναι ίσως ο κύριος εκφραστής των βουλητικών διαταραχών στη σχιζοφρένεια . Ο άρρωστος συμμορφώνεται αυτόματα στις εντολές , μιμείται κάθε πράξη την οποία επιτελεί ο εξεταστής, επαναλαμβάνει άσκοπα μια αρχικά σκόπιμη κίνηση. Παρουσιάζει επίσης αυτόματες κινήσεις, στερεοτυπίες ή συσπάσεις μυών, ενώ και σε απλές ακόμα κινήσεις ( π.χ. χειραψία ) παρουσιάζεται αμφιταλαντευόμενος ( να σφίξει ή όχι το χέρι ), με ανακοπές της κίνησης ή τέλος εκτελεί τη χειραψία με ασυνήθιστο και σχεδόν γελοιογραφικό τρόπο. Αυτές όμως οι διαταραχές που είναι οι πλέον σημαντικές από διαγνωστικής πλευράς , είναι οι αναφερόμενες στο σύνολο ψυχοκινητικότητας. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι :

- ❖ **Η κατατονική εμβροντησία** αναφέρεται σε πλήρη αναστολή της ψυχοκινητικότητας. Ο ασθενής παραμένει ακίνητος, σαν άγαλμα και δεν αντιδρά στα ερεθίσματα. Δεν λαμβάνει τροφή. Η κατάσταση αυτή θεωρείται σοβαρή και επείγουσας ανάγκης για παρέμβαση διότι μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά μέχρι και ημέρες.
- ❖ **Η κατατονική διέγερση** είναι τελείως αντίθετη της προηγούμενης κατάστασης. Πρόκειται για βίαιη , ασύνδετη και ασυγκράτητη διέγερση. Ο άρρωστος μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του ή και στους άλλους. Η διέγερση μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά έως και ημέρες.
- ❖ **Οι παρορμητικές πράξεις** αποτελούν μικρογραφίες της κατατονικής διέγερσης. Είναι βραχείας διάρκειας κινητικές εκδηλώσεις .
- ❖ **Ο αρνητισμός** είναι η έντονη αντίσταση του αρρώστου είτε να συμμορφωθεί σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα (ετεροαρνητισμός) ή και να επιτελέσει ακόμα και τις πλέον βασικές βιολογικές του λειτουργίες ( αυτοαρνητισμός ).

Οι διαταραχές αυτές δεν εμφανίζονται έτσι όπως τις περιγράψαμε από την αρχή της νόσου. Προηγείται μια προοδευτικά αυξανόμενη μείωση των πρωτοβουλιών και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.<sup>10</sup>

**5) Διαταραχές από τις άλλες λειτουργίες.** Η μνήμη των σχιζοφρενών δεν παραβλάπτεται πρωτοπαθώς. Οι όποιες αμβληχρές διαταραχές κατά κανόνα οφείλονται σε αδυναμία συγκέντρωσης λόγω των άλλων διαταραχών ( π.χ. παραληρήματος ). Δευτεροπαθώς , όμως , παρατηρούνται ορισμένες μνημονικού τύπου διαταραχές . Έτσι, εκμνησίες παρατηρούνται σε χρόνιους αρρώστους που ζουν παρελθούσες εμπειρίες ως σημερινές ( αυτιστική μνήμη ), καθώς και διαταραχές αναγνώρισης μνημονικού υλικού( παραμνησία) σε παρανοειδείς αρρώστους. Η *προσοχή* συχνά διαταράσσεται στη σχιζοφρένεια. Παρατηρείται αδυναμία συγκέντρωσης (οξύτητας) και ευμεταβλητότητα της σταθερότητας της προσοχής.

## 6) Διαταραχές ειδικής προέλευσης

- ❖ **Αυτισμός** . Πρόκειται για βασική ψυχοπαθολογική διεργασία της σχιζοφρένειας, που υποδηλώνει την προοδευτική απόσυρση από την πραγματικότητα του ατόμου και το <<κλείσιμο>> στον εαυτό του. Η αντικειμενική πραγματικότητα υποκαθίσταται από άλλη , υποκειμενική, ή οποία ενσωματώνει αποσπάσματα από παρελθούσες εμπειρίες , φαντασιώσεις , ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.
- ❖ **Ανηδονία**. Το άτομο αδυνατεί να αντλήσει οποιαδήποτε ηδονή από πηγές της πραγματικότητας και καταφεύγει σε εξωπραγματικούς χώρους προσπαθώντας να αποκομίσει την ευχαρίστηση που του λείπει.
- ❖ **Αντικοινωνικότητα** . Θεωρείτε ως αποτέλεσμα του αυτισμού. Το άτομο αποφεύγει την κοινωνική επαφή και προοδευτικά οι σχέσεις του γίνονται ρηχές.
- ❖ **Σωματικά ενοχλήματα**. Υπάρχουν ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια . Τα συχνότερα από αυτά είναι αντιδράσεις από το νευρικό σύστημα, ζαλάδες, σωματική αδυναμία, αναστροφή του βιολογικού ρολογιού, αγγειοκινητικές διαταραχές και κεφαλαλγίες μη ειδικού τύπου.

*Τα συμπτώματα αυτά είναι τα πρώτα που εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια γι αυτό έχουν ιδιαίτερη σημασία. Όταν τέτοια συμπτώματα , σε συνδυασμό με αλλαγή συνθηκών, κλείσιμο στον εαυτό και παράδοξη συμπεριφορά, εμφανίζονται στην εφηβική ηλικία, θα πρέπει να εξετάζεται σοβαρά το διαγνωστικό ενδεχόμενο μιας αρχόμενης σχιζοφρένειας. Πολλές φορές οι σχιζοφρενείς απεικονίζουν τα παράξενα βιώματά τους σε έργα ζωγραφικής.<sup>12</sup>*

**Καταλήγοντας θα πρέπει να τονίσουμε ότι σπάνια ανευρίσκονται όλα μαζί τα παραπάνω συμπτώματα στην καθημερινή κλινική πρακτική. Από την άλλη πλευρά, μερικά συμπτώματα <<θετικά>> είναι καλύτερης πρόγνωσης από τα άλλα <<αρνητικά>> και η επισήμανσή τους ενοεί την αρτιότερη κατανόηση της κλινικής εικόνας.<sup>12,10</sup>**

### Θετικά συμπτώματα σχιζοφρένειας

Τα θετικά συμπτώματα υποδηλώνουν διαταραχή ή υπέρβαση της φυσιολογικής λειτουργικότητας και περιλαμβάνουν τα τρία πιο εμφανή συμπτώματα της νόσου :<sup>8</sup>

- **Ψευδαισθήσεις** , είναι μια υποκειμενική αντίληψη για κάτι που δεν υφίσταται στο εξωτερικό περιβάλλον. Μία ή περισσότερες από τις αισθήσεις μετέχει στις ψευδαισθήσεις. Επομένως ,οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι ακουστικές( ανθρώπινη ομιλία , μουσική, ήχοι ζώων, άνεμος ανάμεσα στα δέντρα κ.α.) οπτικές ( αίμα ,ζώα, κίνηση μεγάλων πραγμάτων κ.α.) , οσφρητικές ( κρεμμύδια, ούρα ή κόπρανα μπογιά κ.α.) , γευστικές (μεταλλική γεύση, σπέρμα, αίμα κ.α. ) ,ή απτικές (ότι είναι έγκυος, ότι είναι κακοποιημένη κ.α. ) . Έχουμε αναφέρει και παραπάνω πως οι πιο συχνές ψευδαισθήσεις είναι οι ακουστικές . Οι ψευδαισθήσεις συναντώνται επίσης και σε αρκετές άλλες

ασθένειες εκτός από τη σχιζοφρένεια , όπως στην άνοια ,στην κατάθλιψη και στη χρήση ουσιών.

- **Παραληρητικές ιδέες**, είναι λανθασμένες πεποιθήσεις για τον εαυτό μας ή το περιβάλλον , οι οποίες εμφανίζονται σταθερά ακόμη και απουσία αποδείξεων. Μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές . Στις παραληρητικές ιδέες δίωξης το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι κάποιος το παρακολουθούν, το κατασκοπεύουν ή ότι προσπαθούν να το βασανίσουν .

Ανάλογα με το περιεχόμενο χωρίζονται σε :

- *Παρανοειδείς* (είναι σίγουρος ότι οι άλλοι θέλουν να το βλάψουν, ο πάσχων ενδέχεται να είναι καχύποπτος, εχθρικός και επιθετικός )
  - *Μεγαλείου*
  - *Θρησκευτικού περιεχομένου*
  - *Σωματικού περιεχομένου*
  - *Μηδενιστικού περιεχομένου*
  - *Διωκτικού περιεχομένου*
  - *Εκπομπής σκέψεων*
  - *Παρεμβολής σκέψεων*
  - *Ελέγχου σκέψεων*
- **Ψύχωση** , η οποία αφορά σε διαταραγμένη ψυχική κατάσταση, κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται να διαχωρίσει την πραγματικότητα από τις δικές του εσωτερικές αντιλήψεις.
  - **Αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά**, είναι η εξωτερική εκδήλωση των διαταραγμένων σκέψεων και μπορεί να ποικίλλει από λιγότερο σοβαρές μορφές , στις οποίες το άτομο μετακινείται γρήγορα από το ένα θέμα στο άλλο , μέχρι σοβαρές μορφές , στις οποίες ο λόγος του ατόμου δεν μπορεί να γίνει κατανοητός.
  - **Διαταραχές της δομής και της ροής της σκέψης**, όπως έχουμε αναφερθεί παραπάνω είναι : ηχωλαλία , ηχωπραξία, ηχητικοί συνειρμοί, νεολογισμοί, γλωσσική σαλάτα . <sup>8</sup>

### Αρνητικά συμπτώματα σχιζοφρένειας

Υποδηλώνουν απώλεια ή έλλειμμα μιας φυσιολογικής ψυχικής λειτουργίας . Αναπτύσσονται προοδευτικά και περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Αυτά περιλαμβάνουν:<sup>2,8</sup>

- **Ανηδονία** : μειωμένη ικανότητα του ατόμου να βιώνει ευχαρίστηση ή ηδονή.
- **Αλογία** : πενία λόγου και ένδεια στο περιεχόμενο του λόγου.
- **Ανεργία** : απουσία ενεργητικότητας ,επιμονής και ικανότητας αυτοφροντίδας.
- **Αβουλησία** : απουσία κινήτρων και στόχων.
- **Αμφιθυμία** : αδυναμία του ατόμου να λάβει αποφάσεις , διότι διακατέχεται από αντικρουόμενα συναισθήματα.
- **Διαταραχές του συναισθήματος** : *αμβλύτητα, επιπέδωση, απουσία συναισθήματος και εκφραστικότητας του προσώπου , απροσφορότητα.*
- **Κοινωνική απόσυρση** : η οποία συνοδεύει την ανηδονία.
- **Εξαρτητικότητα.**

- Απουσία των ορίων του εαυτού .
- Διαταραχές ύπνου.

### 2.2.5 Διαφορική διάγνωση

Με την διαφορική διάγνωση γίνεται μια προσπάθεια για την ακριβή διάγνωση της σχιζοφρένειας και την αποφυγή σύγχυσης της με άλλες διαταραχές που έχουν πιο καλή πρόγνωση από αυτήν. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται πιο άμεση και αποτελεσματική θεραπεία, αλλά και κατάλληλη προετοιμασία του ασθενή και της οικογένειας του. Είναι διάφορες οι διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από την σχιζοφρένεια. Αρχικά, είναι αναγκαίο να διαφοροδιαγνωσθεί από την Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα ή Άνοια. Όπου σε αυτή την διαδικασία αποκλεισμού συμβάλει το ιστορικό, η φυσική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις, όπως γενική αίματος, ανάλυση ούρων, ηπατικές δοκιμασίες, κρεατινίνη ορού, ουρία αίματος, δοκιμασίες λειτουργίας του θυρεοειδούς και ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη και HIV. Επιπλέον μπορεί να χρειασθούν μαγνητικές, αλλά και αξονικές τομογραφίες.<sup>14</sup>

Επειδή κάποια τοξίνη, κάποιο φάρμακο ή κάποια ουσία κατάχρησης είναι κάποιες φορές αίτιο των ψυχωσικών συμπτωμάτων-όπως για παράδειγμα η κοκαΐνη με παρατεταμένη χρήση προκαλεί ψευδαισθήσεις και παραλήρημα ή η φαινκυκλιδίνη προκαλεί θετικά και αρνητικά συμπτώματα- θα πρέπει να διακριθεί από την Ψυχωτική Διαταραχή, το Παραλήρημα , την Άνοια Προκαλούμενη από Ουσίες και γενικότερα τις Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες. Είναι όμως πολύ δύσκολο να γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένειας εάν συνυπάρχει με τις διαταραχές που προαναφέρθηκαν. Παρολ' αυτά ο θεραπευτής μπορεί να επικεντρώσει την προσοχή του στο αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται ή υποχωρούν ανάλογα με την χρήση ή όχι αυτής της ουσίας και την ποσότητα της.

Επιπλέον, πρέπει να αποκλεισθεί η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία και η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Όμως και εδώ τα όρια για την διάγνωση είναι πολύ λεπτά και αυτό διότι η Διαταραχή της Διάθεσης συναντάται πολύ συχνά στην Σχιζοφρένεια( πρόδρομη, ενεργό και υπολειμματική φάση). Ακόμη, θα πρέπει να γίνει διαφοροποίηση της Διαταραχής της Διάθεσης με Κατατονικά Στοιχεία από τον Κατατονικό Τύπο Σχιζοφρένειας, αλλά και αποκλεισμός από την Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, την Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή, την Παραληρητική Διαταραχή και την Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Για να τεθεί η διάγνωση για την Σχιζοφρένεια, κρίνεται αναγκαίο να μην διαγιγνώσκονται Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, Σχιζότυπη , Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας και Ψυχαναγκαστική- Καταναγκαστική Διαταραχή με ότι οι καταναγκασμοί δεν είναι παραληρητικού επιπέδου.<sup>15</sup>

### 2.2.6 Πρόγνωση και πορεία

**Πρόγνωση:** Στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας υπεισέρχονται διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι την επηρεάζουν, αυτοί διακρίνονται στους Ι) καλούς προγνωστικούς παράγοντες και στους ΙΙ)κακούς προγνωστικούς παράγοντες. Πιο αναλυτικά:

#### Ι)Καλοί προγνωστικοί παράγοντες

- Η όψιμη έναρξη της νόσου, δηλαδή μετά τα 45 έτη.
- Εμφανής εκλυτικοί παράγοντες.
- Οξεία προσβολή.
- Ένας σημαντικός παράγοντας στην πρόγνωση της ασθένειας είναι το επίπεδο λειτουργικότητας (κοινωνική, σεξουαλική, επαγγελματική) του πάσχοντα.
- Συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης (συνήθως καταθλιπτικά) και οικογενειακό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης.
- Έγγαμος ασθενής.
- Παρουσία θετικών συμπτωμάτων (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά).
- Γυναικείο φύλο.

#### ΙΙ)Κακοί προγνωστικοί παράγοντες

- Πρώιμη έναρξη.
- Απουσία εκλυτικών παραγόντων.
- Ύπουλη εισβολή.
- Κακό επίπεδο λειτουργικότητας.
- Αποσυρμένη ή αυτιστική συμπεριφορά.
- Άγαμος, διαζευγμένος ή χήρος ασθενής.
- Ανεπαρκές δίκτυο υποστήριξης.
- Παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων(επίπεδο συναίσθημα, αλογία, έλλειψη ενδιαφέροντος και σκοπού, καθώς και ανηδονία).
- Νευρολογικά συμπτώματα και σημεία.
- Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας(η επικινδυνότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνεται με το βαθμό συγγένειας σε σχέση με το διαγνωσθέν πρόσωπο).
- Απουσία ύφεσης μέσα σε 3 έτη.
- Πολλές υποτροπές.
- Ιστορικό επιθετικότητας.

Λαμβάνοντας υπόψη την γνώμη ορισμένων ερευνητών για την πρόγνωση της νόσου, ισχύει ο κανόνας των 3/3. Πιο συγκεκριμένα: το 1/3 των πασχόντων από σχιζοφρένεια συνεχίζουν μια φυσιολογική, σε γενικές γραμμές, ζωή. Το άλλο 1/3 των ασθενών εξακολουθούν να παρουσιάζουν σημαντικής σημασίας συμπτώματα, αλλά με την βοήθεια της οικογένειας και της κοινωνίας, έχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας. Ενώ το τελευταίο 1/3 των (ασθενών) ατόμων που νοσούν παρουσιάζουν σημαντική έκπτωση της κοινωνικής, ατομικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας και είναι αναγκαία η ιδρυματικού τύπου περίθαλψη και η μακροχρόνια υποστήριξη τους, ειδικά το 10 %. Τέλος,

όπως προαναφέραμε στους προγνωστικούς παράγοντες το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση, καθώς οι γυναίκες έχουν καλύτερη πρόγνωση από ότι οι άνδρες.<sup>8,1</sup>

**Πορεία:** Πριν την έναρξη της νόσου εξαφανίζονται συνήθως κάποια πρόδρομα συμπτώματα (πρόδρομη φάση), όπως το άγχος, η σύγχυση, η κατάθλιψη, ο φόβος που διαρκούν μήνες πριν τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η ηλικία έναρξης της σχιζοφρένειας είναι συνήθως μεταξύ του τέλους της εφηβείας-όψιμη εφηβεία και του μέσου της τέταρτης δεκαετίας-πρώιμη ενήλικη ζωή, με μια συχνότητα εμφάνισης μεγαλύτερης στους άνδρες με προδιάθεση σε σχέση με τις γυναίκες που εμφανίζουν αργότερα. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται και η όψιμη έναρξη της, η οποία είναι εμφανής πιο συχνά στις γυναίκες, αλλά και η σπάνια σχιζοφρένεια της παιδικής ηλικίας.

Το πρώτο επεισόδιο της σχιζοφρένειας μπορεί να πυροδοτηθεί από κάποιους εκλυτικούς παράγοντες, όπως είναι ένας χωρισμός, συναισθηματικά τραύματα, η χρήση αλκοόλ ή ουσιών-ναρκωτικών κτλ. Οι πορείες που παρουσιάζονται συχνότερα είναι οι παρακάτω: α) οξεία έναρξη με αποκατάσταση, και περιοδικά επεισόδια που ποικίλουν ανάλογα με τον βαθμό αποκατάστασης, β) βραδεία έναρξη με περιορισμένα συμπτώματα και διάφορα επίπεδα αποκατάστασης με τον χρόνο. Κατά την νόσο παρατηρείται προοδευτική έκπτωση, εμφάνιση άγχους, υπερευαισθησίας(αμβλύ συναίσθημα), απορρόφηση στον εσωτερικό κόσμο του ασθενή και πενία λόγου. Όσο ποικίλλει η εμφάνισης της ασθένειας, τόσο ποικίλλει και η πορεία της, καθώς μπορεί να είναι μέσω εξάρσεων και υφέσεων, είτε μια χρόνια αλλά σταθερή πορεία, είτε μια χρόνια επιδεινούμενη πορεία (έντονη ψύχωση: ενεργός φάση-ψυχωτική διάσπαση).<sup>1</sup>

Τα θετικά συμπτώματα με την πορεία της νόσου (ψευδαισθήσεις, παραλητικές ιδέες, αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά) εξασθενούν σταδιακά και περνάμε σε μια υπολειμματική φάση, αλλά κάποια αρνητικά συμπτώματα παραμένουν όπως η έκπτωση έως παραμέληση της ατομικής φροντίδας και υγιεινής, η επιπέδωση του συναισθήματος κτλ. Η ευαλωτότητα στις ψυχοπιεστικές συνθήκες είναι ισόβια. Μεγαλύτερος κίνδυνος υποτροπής υπάρχει σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή( συνήθως διακόπτουν ηθελήμενα), από ότι στους ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ 1 προς τους 10 αυτοκτονεί. Αξίζει να αναφερθεί, πως υπάρχει πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς, ειδικά από τους ασθενείς που δεν ακολουθούν την φαρμακευτική τους αγωγή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις διωκτικές παραλητικές ιδέες, κατά τις οποίες το άτομο που νοσεί έχει την πεποίθηση πως οι γύρω του είναι εχθρικοί απέναντι του και προσπαθούν να το βλάψουν, ή να υπάρχει ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν.

Σημαντικό είναι το γεγονός, πως ο κίνδυνος για αιφνίδιο θάνατο είναι αυξημένος, αλλά και ο κίνδυνος να νοσήσει από παθολογική νόσο. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν μειωμένο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τον πληθυσμό ο οποίος δεν πάσχει από την συγκεκριμένη νόσο. Είναι πολύ σημαντικό να θυμάται το άτομο με σχιζοφρένεια αλλά και τα οικεία του πρόσωπα ότι η παράξενη συμπεριφορά που εμφανίζεται στην ενεργό φάση της ασθένειας δεν διαρκεί μόνιμα. Το διάστημα αυτό είναι όμως χρονικά περιορισμένο και το άτομο με σχιζοφρένεια αφήνοντας πίσω την ενεργό φάση μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά και να αναλάβει τις δραστηριότητες που είχε πριν την έναρξη της φάσης. Στην επάνοδο αυτή αποτελεσματικά συμβάλει η θεραπευτική αγωγή τόσο η φαρμακευτική όσο και η ψυχοθεραπευτική.<sup>4,1</sup>



# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3***

### 3.1 Ψυχιατρικό ιστορικό

Η προετοιμασία ενός ψυχιατρικού ιστορικού περιλαμβάνει δύο πολύ σημαντικά στάδια: την λήψη του και την παρουσίαση του. Αυτό που δεν πρέπει να λησμονούμε κατά την διάρκεια της λήψης του ψυχιατρικού ιστορικού, είναι η βάση για την απόκτηση των πληροφοριών, ένα σχεδιάγραμμα-πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο να γνωρίζει ο θεραπευτής ποία θέματα θα μπορεί να καλύψει. Παρολ' αυτά ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να μένει προσκολλημένος αυστηρά σε αυτό το σχεδιάγραμμα και αυτό διότι κανένας ασθενής δεν έχει την δυνατότητα να μιλάει μόνος του για τον εαυτό του μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο.

Η βασική αρχή για την λήψη του ψυχιατρικού ιστορικού και την ψυχιατρική εκτίμηση είναι η περιγραφή της γενικής κατάστασης του ασθενούς, όπου περιλαμβάνει τα **ατομικά του στοιχεία** (στοιχεία ταυτότητας) που αφορούν το όνομα, την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα του, το θρήσκευμα του, την οικογενειακή του κατάσταση, το επάγγελμα του, τον αριθμό παιδιών του, τον τόπο διαμονής αλλά και τον αριθμό των προηγούμενων ψυχιατρικών εισαγωγών εάν υπάρχουν. Αυτές και μόνον οι πληροφορίες μπορούν να μας δώσουν πολλά στοιχεία για την κατάσταση του πάσχοντα. Επίσης, είναι σημαντικό για την διαμόρφωση της εικόνας της ψυχικής κατάστασης του ασθενή, να πληροφορηθούμε για την **πηγή παραπομπής** του (γιατρός, φίλος, συγγενής, μόνος του κτλ ) με διακριτικές ερωτήσεις, αλλά και ποίο είναι το **κύριο ενόχλημα** που τον οδήγησε σε μας.<sup>11,13</sup>

Στην συνέχεια κύριο μέλημα ενός θεραπευτή είναι η **λήψη ιστορικού του παρόντος προβλήματος**. Θα πρέπει να διερευνήσει την έναρξη των προβλημάτων, δηλαδή τον χρόνο, τον τόπο, τον τύπο έναρξης (αν ξεκίνησε ύπουλα ή ξαφνικά) και την διάρκεια των προβλημάτων (εάν το πρόβλημα επαναλαμβάνεται περιοδικά ή εάν είναι συνέχεια παρόν). Επιπροσθέτως, είναι αναγκαία η περιγραφή οποιονδήποτε ψυχικών συμπτωμάτων γίνουν φανερά κατά την διάρκεια της ψυχιατρικής εκτίμησης (συμπτώματα ψύχωσης, γνωστικά προβλήματα, αλλαγές στην διάθεση) και σωματικών συμπτωμάτων. Κρίνεται αναγκαίο να εξετάσουμε την βαρύτητα των προβλημάτων κ πόσο επηρεάζουν το άτομο στην καθημερινότητα του αλλά τους πιθανούς εκλυτικούς παράγοντες( διαπροσωπικές σχέσεις, εργασία, οικογένεια, σχολείο, οικονομική κατάσταση). Εξίσου σημαντικό θεωρείται το τι παρακίνησε τον ασθενή να ζητήσει βοήθεια την συγκεκριμένη στιγμή και όχι κάποια άλλη και πως αντιμετώπισε τα προβλήματα αυτά.<sup>11</sup>

Στην λήψη ψυχιατρικού ιστορικού καταγράφεται και το **αναπτυξιακό ιστορικό** του ασθενή, το οποίο αποτελεί κλειδί στην αιτιολόγηση πολλών προβλημάτων που αναφέρει. Στο αναπτυξιακό ιστορικό ο ασθενής εξιστορεί περιληπτικά την ζωή του κατά χρονολογική σειρά από την βρεφονηπιακή ηλικία έως την εμφάνιση του παρόντος προβλήματος. Διερωτάται σχετικά με την σχέση του με τους γονείς του, τα αδέρφια αλλά και με άλλα σημαντικά πρόσωπα στην παιδική του ηλικία, τα γεγονότα που αποτέλεσαν σταθμό στην αναπτυξιακή του ηλικία (χωρισμό γονέων, θάνατο κάποιου αγαπημένου προσώπου ή νόσο, αρχή σχολικής περιόδου, εφηβεία, σπουδές, στρατιωτική θητεία). Κατά την βρεφονηπιακή ηλικία μας

ενδιαφέρουν πληροφορίες σχετικά με την σειρά γέννησης, το ιστορικό του τοκετού και τους αναπτυξιακούς σταθμούς. Στην σχολική ηλικία σημαντικές πληροφορίες θεωρούνται η υγεία και οι νοσηλείες, τα προσχολικά χρόνια, η έναρξη της σχολικής περιόδου αλλά και η απόδοση στα μαθήματα, καθώς και οι φιλικές σχέσεις μέσα σε αυτήν. Στην διάρκεια της εφηβικής ηλικίας πληροφορίες σχετικά με την έναρξη της, τις πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες, τις φιλικές σχέσεις, και την χρήση ουσιών και αλκοόλ, είναι αναγκαίο να τις γνωρίζουμε.<sup>4</sup>

Τέλος, σημαντικής σημασίας στο αναπτυξιακό ιστορικό αποτελεί, η εκμείυση πληροφοριών που αφορούν την ενήλικη ζωή. Δηλαδή, την εκπαίδευση του ασθενούς, την στρατιωτική εμπειρία, την επαγγελματική του σταδιοδρομία, την κοινωνική του ζωή, τις ερωτικές σχέσεις, το σεξουαλικό του ιστορικό, το γάμο και τα παιδιά που είναι πιθανόν να απέκτησε.

Το **οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό** αποτελεί σημαντικό μέρος κάθε ψυχιατρικής εκτίμησης. Σε αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής συγκεντρώνει πληροφορίες ρωτώντας εάν οποιοσδήποτε από τους γονείς, αδέρφια, ή άλλους συγγενείς είχε ψυχιατρικά προβλήματα, είχε επισκεφτεί ψυχίατρο, είχε νοσηλευτεί για ψυχιατρικούς λόγους ή είχε προβλήματα κατάχρησης με αλκοόλ ή άλλες ουσίες. Εάν ληφθεί θετική απάντηση, καλό θα ήταν να διερευνήσουμε την πορεία της νόσου, τα συμπτώματα της, τον τύπο θεραπείας που ακολουθήθηκε (φαρμακοθεραπεία-ψυχοθεραπεία-ηλεκτροσόκ) καθώς και την απάντηση σε αυτές. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να βρούμε ένα οικογενειακό ιστορικό που θα επηρεάσει την διάγνωση του πάσχοντα, όπως το ιστορικό μια συναισθηματικής νόσου, ψύχωση, κατάχρησης ουσιών ή αποπειρών αυτοκτονίας.<sup>8</sup>

Η λήψη του **ιατρικού ψυχιατρικού ιστορικού** είναι εξίσου πολύ σημαντική και θα πρέπει τα ιατρικά προβλήματα να διερευνώνται λεπτομερώς. Ο θεραπευτής σημειώνει όλες τις σοβαρές ιατρικές καταστάσεις, τις θεραπείες που λήφθηκαν, κάθε μορφή αναπηρίας και ότι άλλο ιατρικής φύσεως θα μπορούσε να επηρεάσει την ψυχολογία του ασθενή. Επίσης μπορεί να ενημερωθεί για το ιστορικό του ασθενή από άλλους γιατρούς, κλινικές και νοσοκομεία. Ιδιαίτερης σημασίας θεωρείται το ιστορικό νευρολογικών προβλημάτων, της κρίσης επιληψίας, το τραύμα κεφαλής, αλλά και τα φάρμακα που πιθανώς να λαμβάνει και να επηρεάζουν την συναισθηματική του κατάσταση. Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι εκτός των φάρμακα που λαμβάνει, καλό θα ήταν να λαμβάνεται ιστορικό σχετικά με την κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ, δηλαδή πόσο συχνά μπορεί να λαμβάνονται, σε τι ποσότητα, την παρουσία στερεητικών συνδρόμων και άλλων επιπλοκών.

Είναι αναγκαίο να γίνεται φυσική εξέταση όταν υπάρχει παρουσία σωματικών συμπτωμάτων από τον ανάλογο γιατρό για την ενδεχόμενη παραπομπή του για περαιτέρω εργαστηριακών εξετάσεων, αλλά και λεπτομερή νευρολογική εξέταση για τον αποκλεισμό νευρολογικών καταστάσεων.

Προχωρώντας στην παρουσίαση του ψυχιατρικού ιστορικού είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε τις δύο βασικές αρχές, που περιλαμβάνουν α) τον περιορισμό του ιστορικού του ασθενούς σε θέματα που οι ακροατές θα μπορούν να κατανοήσουν την συναισθηματική του

κατάσταση και β) την τήρηση ενός αυστηρού πλαισίου κατά την παρουσίαση του. Η παρουσίαση του ψυχιατρικού ιστορικού του πάσχοντα θα πρέπει να δίνει μια σαφή, ακριβή και περιεκτική εικόνα για την κατάσταση του.<sup>9,11</sup>

### 3.2 Ψυχιατρική συνέντευξη

Η ψυχιατρική συνέντευξη είναι ένα είδος συζήτησης, που ο σκοπός της δεν είναι απλά η συλλογή πληροφοριών γύρω από τον ασθενή, αλλά η εμπραθητική κατανόηση του πώς νιώθει ο ασθενής. Μια τέτοια κατανόηση είναι σημαντική για την σωστή διάγνωση και την επιτυχία της θεραπείας. Το πόσο εύκολα ο ασθενής θα δώσει πληροφορίες για τον εαυτό του εξαρτάται και από την ευαισθησία του επαγγελματία που κάνει την συνέντευξη. Ο στόχος του ατόμου που κάνει την συνέντευξη είναι να ανιχνεύσει όσο γίνεται πιο πολύ τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται ο ασθενής. Ο κλινικός πρέπει να επικεντρωθεί τόσο σε αυτά που λέει ο ασθενής( περιεχόμενο της συνέντευξης ), όσο και στον τρόπο με τον οποίον τα λέει( διεργασία της συνέντευξης).

Μέσω της διεργασίας της συνέντευξης παρατηρούμε τον ασθενή στο σύνολο του , την ομιλία του, τις κινήσεις του σώματος του. Προσέχουμε ακόμα ποια θέματα φέρει στη συζήτηση, σε ποια δίνει έμφαση και ποια αποφεύγει. Η εστίαση στη διεργασία της συνέντευξης είναι πολύ πιο δύσκολη απ' ότι στο περιεχόμενο της διότι θέλει εξάσκηση, είναι όμως καίρια για την κατανόηση των προβλημάτων του ασθενή. Θα πρέπει λοιπόν ο κλινικός να δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να δείξει τις διεργασίες με τις οποίες δημιουργεί μια σχέση. Επομένως όταν ο ασθενής φαίνεται ότι εκτρέπεται από τα θέματα της συνέντευξης μόνο τότε ο κλινικός να τον καθοδηγεί. Ο ασθενής πρέπει να νιώσει άνεση ,ασφάλεια ,εμπιστοσύνη και ελευθερία να μιλήσει , ενώ ο ψυχίατρος πρέπει να κρατά την αντικειμενικότητά του.<sup>16</sup>

### Πρώτες βασικές αρχές της ψυχιατρικής συνέντευξης

Ο ψυχίατρος πρέπει να δώσει έμφαση σε κάποιες βασικές αρχές πριν πραγματοποιήσει μια ψυχιατρική συνέντευξη, έτσι ώστε να συλλέξει τις πληροφορίες και να κατανοήσει τα προβλήματα του ασθενή.

- **Χώρος.** Για να γίνει μια αποτελεσματική συνέντευξη θα πρέπει να μην διακόπτετε από εξωτερικά ερεθίσματα, ο χώρος να διαθέτει καλή μόνωση έτσι ώστε ο ασθενής να αισθάνεται άνετα και η προσοχή σας να μην αποσπάτε από θορύβους.
- **Συνάντηση με τον ασθενή.** Ο ασθενής όταν επισκέπτεται για πρώτη φορά ένα ψυχίατρο κυριαρχεί από το άγχος, ανησυχία και αμηχανία για το γεγονός ότι θα μιλήσουν σε κάποιον ξένο. Αρχικά θα βρίσκεται σε μια ευάλωτη θέση και γι' αυτό θα πρέπει να τον καθησυχάσετε και να του φερθείτε με ευγένεια. Μόλις τον συναντήσετε θα πρέπει να αυτοσυστηθείτε και να κάνετε χειραψία μαζί του. Θα πρέπει όμως να τεθούν τα όρια ασθενή-γιατρού από την αρχή, έτσι ώστε να μην ξεφύγουμε από την επαγγελματική συνάντηση. Πιο συγκεκριμένα είναι σωστό ο ασθενής να προσφωνείτε κος, κα, δίδα και να μην προσφωνείτε με το μικρό του όνομα διότι δεν διευκολύνει αλλά εμποδίζει την συζήτηση. Βέβαια τα παιδιά και τους εφήβους τους προφέρουμε με το μικρό τους όνομα.

Αξίζει επιπλέον να αναφέρουμε ότι πρέπει να προσέξετε αν ο ασθενής θα καθήσει κοντά ή μακριά σας. Είναι σημαντικό να υπάρχει επαφή με τα μάτια χωρίς αυτή να γίνεται επίμονη. Τέλος εάν κρατάτε σημειώσεις πρέπει να τον διαβεβαιώσετε ότι η εχεμύθεια θα είναι πλήρης.

- **Χρόνος.** Στην αρχή της συνέντευξης ενημερώνουμε τον ασθενή για την διάρκεια, που συνήθως είναι 45-50 λεπτά. Θα πρέπει να είστε συνεπείς στις συναντήσεις που έχετε ορίσει με τον ασθενή αλλιώς θα πρέπει να απολογηθείτε. Εκτός από σας και ο ασθενής θα πρέπει να είναι στην ώρα του, αλλιώς θα πρέπει να βρεθεί ο λόγος της καθυστέρησης. Τέλος η συνάντηση θα πρέπει να τερματίζεται στην ώρα της, έτσι που ο ασθενής σας να καταλάβει πως δεν τον συμφέρει εάν αργεί.
- **Καθορισμός των στόχων της συνέντευξης.** Επαναλαμβάνεται από την αρχή ο λόγος της συνάντησης καθώς και για πόση ώρα αυτή θα διαρκέσει. Στην συνέχεια τον ενημερώνετε για τον αριθμό των διαγνωστικών συναντήσεων που προβλέπετε και εάν προτίθεστε να συνεχίσετε να τον βλέπετε μετά το τέλος της διαγνωστικής εκτίμησης ή θα τον παραπέμψετε σε άλλον γιατρό για την θεραπεία. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς θα είναι προετοιμασμένοι ότι θα διακόψουν τη σχέση μαζί σας, όσο κι αν έχουν δεθεί μαζί σας.<sup>10</sup>

### Τεχνικές συνέντευξης

Ο κλινικός ακολουθεί μια σειρά από τεχνικές που τον βοηθούν, στη συλλογή και την κατανόηση των πληροφοριών κάθε ψυχιατρικής συνέντευξης. Ο ασθενής για να ανοιχτεί και να εκφράσει τα συναισθήματά του όπως έχουμε πει πρέπει να νιώσει την ασφάλεια και την ελευθερία. Οι τεχνικές της συνέντευξης αναφέρονται στα εξής χαρακτηριστικά στοιχεία:

- **Ο τύπος των ερωτήσεων.** Ερωτήσεις <<ανοιχτού>> τύπου και κατευθυντήριες ερωτήσεις. Οι ανοιχτού τύπου ερωτήσεις σκοπεύουν στο να αφήσουν τον άρρωστο να ξετυλίξει αυθόρμητα ο ίδιος το πρόβλημά του χωρίς παρεμβάσεις από την πλευρά του εξεταστή. Παραδείγματα ανοιχτού τύπου ερωτήσεων είναι : << Πώς νιώθεις ; >>, << Γιατί ήρθες στα Εξωτερικά ιατρεία; >> κ.λπ. Είναι εξαιρετικά χρήσιμες κατά τα αρχικά στάδια της θεραπευτικής σχέσης και βοηθούν στην ανάπτυξη θετικής και άνετης ατμόσφαιρας. Οι απαντήσεις όμως αυτές έχουν μικρή αξιοπιστία, αρκετή ασάφεια, ενδέχεται να παρέχουν στον άρρωστο τη δυνατότητα να επιλέξει αυτός το θέμα που νομίζει ότι πρέπει να συζητηθεί. Οι κατευθυντήριες ερωτήσεις σκοπεύουν στην απόκτηση ειδικών πληροφοριών σχετικά με κάποιο κλινικό σημείο ή σύμπτωμα. Παράδειγμα κατευθυντήριας ερώτησης είναι : << Ακούς φωνές να σου μιλάνε χωρίς να υπάρχει κανένας κοντά σου;>>. Οι κατευθυντήριες ερωτήσεις είναι πολύ χρήσιμες κατά τα τελικά στάδια της συνέντευξης και, παρά το γεγονός ότι οι απαντήσεις σ'αυτές είναι λιγότερο αυθόρμητες, χαρακτηρίζονται από μεγάλη αξιοπιστία και σαφήνεια, που επιτρέπουν στον εξεταστή να επιλέξει αυτός το θέμα που θεωρεί ιατρικά σκόπιμο να διερευνηθεί.
- **Επανάληψη απάντησης.** Ο εξεταστής, αφού ρωτήσει τον άρρωστο πάνω σε κάποιο θέμα, επαναλαμβάνει τα κύρια σημεία της απάντησης, με σκοπό τη διαβεβαίωση προς τον άρρωστο ότι έχει κατανοήσει πλήρως την προηγούμενη απάντησή του.
- **Αναδιατύπωση απάντησης.** Ο εξεταστής επισημαίνει τη λανθάνουσα επίπτωση των συμπτωμάτων, σκοπεύοντας να δείξει ότι έχει κατανοήσει το εύρος του προβλήματος.

- **Τμηματική ανακεφαλαίωση.** Ο εξεταστής ανακεφαλαιώνει κατά διαστήματα τα μέχρι τη στιγμή εκείνα δεδομένα .
- **Ευόδωση απαντήσεων.** Ο εξεταστής χρησιμοποιώντας λεκτικά και εξωλεκτικά σημεία ,διευκολύνει τον άρρωστο να ολοκληρώσει την απάντησή του.
- **Επεξηγηματική παρεμβολή.** Ο εξεταστής απομονώνει και επισημαίνει την ακολουθία κλινικών και συμπτωμάτων. Π.χ. ο άρρωστος εκφράζει άγχος και σωματικά συμπτώματα . Ο εξεταστής επισημαίνει την ακολουθία φοβικής αντίδρασης ή ενδεχομένως πανικού.
- **Σιωπηρά μεσοδιαστήματα.** Η κατά διαστήματα σιωπή του εξεταστή διευκολύνει τον άρρωστο να συγκεντρωθεί , να κλάψει ενδεχομένως ή να χαλαρώσει.
- **Απευθείας αντιμετώπιση.** Ο εξεταστής θέτει τον άρρωστο αντιμετώπιμο με τις υπεκφυγές, αρνήσεις ή παραλείψεις που προέκυψαν από τις απαντήσεις του. Πρέπει να γίνει με σεβασμό προς τον ασθενή για αποφυγή της αμυντικής ή και επιθετικής αντίδρασης του αρρώστου.
- **Θεματική αλλαγή.** Με την τεχνική αυτή, ο εξεταστής αφενός μεν επισημαίνει ότι έχει ολοκληρώσει την πληροφόρησή του για ένα θέμα και αφετέρου ενθαρρύνει τον άρρωστο να είναι εξίσου αποδοτικός και στο επόμενο θέμα.
- **Θετική ενίσχυση.** Ο εξεταστής χρησιμοποιεί κάθε είδους θετική ενίσχυση καθόλη τη διάρκεια της συνέντευξης, επιτρέποντας στον ασθενή να αισθανθεί άνετα να πει στο γιατρό οτιδήποτε.
- **Συμβουλευτική .** Ο εξεταστής μπορεί να δώσει συμβουλές που αφορούν στο κλινικό πρόβλημα αυτό καθαυτό , τις ενδεχόμενες επιπτώσεις του και τους πλέον πρόσφορους για την περίπτωση χειρισμούς από την πλευρά του αρρώστου. Θα πρέπει όμως αυτό να γίνει προς το τέλος της συνέντευξης , αφού προηγουμένως ο εξεταστής έχει μια πλήρη εικόνα του προβλήματος του αρρώστου.<sup>17,16</sup>
- **Εξήγηση .** Ο εξεταστής πρέπει να εξηγήσει το θεραπευτικό σχέδιο στον ασθενή σε εύκολη κατανοητή γλώσσα.

### Παράγοντες που επηρεάζουν τις τεχνικές της ψυχιατρικής συνέντευξης

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διάφορες τεχνικές της ψυχιατρικής συνέντευξης χωρίζονται ως εξής :<sup>8</sup>

#### Θετικοί παράγοντες

- ❖ Ενθάρρυνση σε όλες τις φάσεις της συνέντευξης.
- ❖ Αποδοχή των απόψεων και των ιδιοτεροτήτων του αρρώστου .
- ❖ Επεξηγηματικότητα ως προς το είδος και τη φάση των ενοχλημάτων .
- ❖ Συναισθηματική συμπαράσταση στο πρόβλημα.
- ❖ Κατανόηση όλων των διαστάσεων .
- ❖ Αποφυγή συγκινησιακής φόρτισης κατά τη συνέντευξη.
- ❖ Ευοδωτική εξωλεκτική συμπεριφορά ( χαμόγελο, βλεμματική επαφή, μικρή απόσταση μεταξύ ασθενή και εξεταστή)
- ❖ Αρνητικοί παράγοντες
- ❖ Κριτική των συμπτωμάτων ή της συμπεριφοράς του αρρώστου.



- ❖ Υποβολή απαντήσεων στον άρρωστο από τον εξεταστή.
- ❖ Συνεχείς ερωτήσεις χωρίς να αναμένονται οι σχετικές απαντήσεις.
- ❖ Σύνθετες , δύσκολες και ασαφείς ερωτήσεις.
- ❖ Ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων από την πλευρά του εξεταστή.
- ❖ Πρόωρες διαβεβαιώσεις για την εν γένει πορεία του αρρώστου.
- ❖ Επιπόλαιες ερμηνείες ψυχολογικών διεργασιών του αρρώστου.
- ❖ Ανασταλτική εξωλεκτική συμπεριφορά ( μεγάλη απόσταση μεταξύ τους, κοίταγμα του ρολογιού από τον εξεταστή , αποφυγή βλεμματικής επαφής) .

### ***Η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής συνέντευξης***

Μετά από τη συλλογή , από την πλευρά του εξεταστή, όλων των πληροφοριών των σχετικών με το πρόβλημα του αρρώστου , η συνέντευξη οδεύει προς την ολοκλήρωσή της. Ο εξεταστής έχει ήδη διαμορφώσει το διαγνωστικό πλαίσιο και έχει σχηματίσει γνώμη για το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης. Επομένως , είναι σε θέση να πληροφορήσει σχετικά τον άρρωστο ,να απαντήσει στις απορίες του , να υπερκεράσει τις επιφυλάξεις του και , τέλος , να προσδιορίσει, σε συνεννόηση μαζί του, τη συχνότητα των επόμενων συναντήσεων. Από την άλλη πλευρά , ο άρρωστος θα πρέπει να ολοκληρώσει τη συνέντευξη έχοντας την αίσθηση ότι, χωρίς να έχει ο ίδιος μειωθεί προσωπικά, μπορούσε να δώσει πληροφορίες που δεν τις είχε αξιολογήσει μέχρι την έναρξη της ψυχιατρικής συνέντευξης και , σε αντάλλαγμα, βρήκε κατανόηση και συμπαράσταση από έναν αξιόπιστο ,ειλικρινή και ιδιαίτερα προσεκτικό εμπειρογνώμονα .<sup>16</sup>

### **3.3Εξέταση των ψυχικών λειτουργιών**

Η εξέταση των ψυχικών λειτουργιών είναι η εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης του ασθενή. Πρόκειται για μια ολιγόλεπτη διαδικασία συλλογής πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση του ασθενή, μέσα από την παρατήρηση της εμφάνισης και της συμπεριφοράς του, καθώς και από τον τρόπο ομιλίας του στα πλαίσια της συνέντευξης. Η εξέταση αυτή, αποτελεί ένα ξεχωριστό κομμάτι από το ψυχιατρικό ιστορικό και εξετάζει την ψυχική λειτουργικότητα του εδώ και του τώρα.

Η εξέταση των ψυχικών λειτουργιών εξετάζεται στην αρχική εκτίμηση, προσεκτικά άμεσα και λεπτομερέστατα. Επανεκτιμάται κάθε φορά που υπάρχει συνάντηση με τον πάσχοντα και συγκρίνεται με τις μεταγενέστερες συναντήσεις. Επιπλέον εκτιμούνται οι διανοητικές λειτουργίες στου ασθενή και η ικανότητα του να ανακτήσει κάτι στην μνήμη του. Στην συνέχεια δεν χρειάζεται να επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, αρκεί μονάχα να εξεταστεί στα σημεία εκείνα που παρατηρήθηκαν διαταραχές κατά την εισαγωγή του( συγκέντρωση-πρόσφατη μνήμη). Δεν πρέπει να λησμονούμε πως η εξέταση αυτή θα πρέπει να βασίζεται στις ανάγκες του ασθενή και ότι δεν χρειάζεται μια μόνον συνάντηση για να ολοκληρωθεί.

Παρακάτω θα αναφέρουμε ένα σχεδιάγραμμα-πλαίσιο πάνω στο οποίο βασίζεται η ΕΨΛ και τι παρατηρούμε κάθε φορά:

**Εμφάνιση και συμπεριφορά:** Η εμφάνιση και η συμπεριφορά ενός ασθενή μπορεί να μας αποκαλύψει πολλά χωρίς καν ο ίδιος να έχει μιλήσει. Συνεπώς δίνουμε μεγάλη προσοχή στην μη λεκτική επικοινωνία. Η κατάσταση και το χρώμα των ρούχων, η εικόνα του προσώπου, η βλεμματική επαφή, η στάση και οι κινήσεις παρέχουν πληροφορίες για την συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς. Οι ασθενείς με ψυχοκινητική επιβράδυνση, λόγω κατάθλιψης, κάθονται με κυρτούς ώμους, ακίνητοι, βουρκωμένοι και συνήθως κοιτάζουν χαμηλά. Οι ασθενείς με κατάθλιψη τείνουν να φοράνε σκούρα χρώματα στα ρούχα. Οι ασθενείς με μανία είναι συχνά υπερδραστήριοι και τείνουν να φοράνε έντονα χρώματα στα ρούχα. Κάποιος που έχει ψευδαισθήσεις τη συγκεκριμένη στιγμή, θα έχει διάσπαση της προσοχής του και ξαφνικά θα σταματήσει να μιλάει ή να ακούει και θα κοιτάζει με προσήλωση σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο του δωματίου. Επίσης ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει κατατονική συμπεριφορά και αυτό είναι εμφανές, καθώς μπορεί να έχει την μορφή κατατονικής διέγερσης( κινείται διεγερτικά αλλά όχι σε ανταπόκριση των περιβαλλοντικών αντιδράσεων), κατατονική καταληψία (ο ασθενής παίρνει περίεργες στάσεις σώματος για κάποιο χρονικό διάστημα) και εμβροντησία (ο πάσχων μένει ακίνητος και δεν αντιδρά στο περιβάλλον).<sup>18</sup>

**Διάθεση και ψυχική κατάσταση:** Ο ασθενής έχει ένα αίσθημα ή συγκίνηση, περιγράφει στο γιατρό ποία είναι η διάθεση του και ο γιατρός παρατηρεί το συναίσθημα του. Η διάθεση στις ψυχικές διαταραχές μεταβάλλεται με τρεις τρόπους :1)Συνεχής μεταβολή της διάθεσης (στην κατάθλιψη ο ασθενής αισθάνεται μονίμως λυπημένος, βουρκωμένος, μελαγχολικός ή σε κακή διάθεση) 2) Κυμαινόμενη μεταβολή της διάθεσης (στις μίκτες διαταραχές ο ασθενής την μία στιγμή μπορεί να κλαίει και την άλλη να γελάει) 3)Συναισθηματική απροσφορότητα ή δυσαρμονία, πρόκειται για διαταραχή του συναίσθηματος που αφορούν αμβλυμμένα ή ισοπεδωμένα συναισθήματα ή ανάρμοστη έκφραση αυτών( η συναισθηματική έκφραση δεν αντιστοιχεί στις σκέψεις και στις πράξεις). Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να γελάει όταν περιγράφει το θάνατο ενός στενού του συγγενή, αυτό μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη σχιζοφρένειας).<sup>15</sup>

**Λόγος και σκέψη:** Οι διαταραχές της σκέψης συνήθως αναγνωρίζονται από τον λόγο του ασθενούς. Ο βαθμός διαύγειας της επικοινωνίας με τον ασθενή αντανακλά το επίπεδο της διαταραχής που μπορεί να εμφανίζει στην σκέψη. Ο ασθενής που έχει διαταραχές της ροής της σκέψης μπορεί να εμφανίσει πίεση λόγου (μανία) και μπορεί να αναγνωριστεί από την ένταση του ήχου, την ταχύτητα και την δυσκολία διακοπής του λόγου. Η πενία του λόγου είναι μία αντίθετη εμπειρία( καταθλιπτικές νόσοι) όπου υπάρχει απουσία οποιασδήποτε σκέψης και οι ασθενείς αναφέρουν ότι το μυαλό τους είναι άδειο. Η ανακοπή της σκέψης εμφανίζεται στην σχιζοφρένεια. Υπάρχει μια αιφνίδια και πλήρης διακοπή της ροής της σκέψης, με αποτέλεσμα το μυαλό να μένει άδειο και ο ασθενής να μην είναι σε θέση να συντάξει μία απάντηση και να κόβει τις προτάσεις στην μέση, σαν να έχει κολλήσει. Επίσης ο ασθενής εξετάζεται και για διαταραχές της μορφής τη σκέψης. Μπορεί να παρουσιάσει ιδεοφυγή, όπου οι σκέψεις του ασθενούς πηδούν γρήγορα από το ένα θέμα στο άλλο, με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνεται μια σκέψη πριν εμφανιστεί η επόμενη και να αναφέρει λεπτομέρειες άσχετες με το επίμαχο θέμα. Συχνά προκαλείται λόγων ηχητικών συσχετισμών που αποσπάνε την προσοχή από το άμεσο περιβάλλον. Η ιδεοφυγή είναι χαρακτηριστικό της μανίας. Άλλα χαρακτηριστικά της διαταραχής της μορφής της σκέψης είναι η εμμονή

(επίμονη και ακατάλληλη επανάληψη των ίδιων σκέψεων και πράξεων), η χάλαση συνειρμών (η έλλειψη σαφήνειας, με αποτέλεσμα να είναι αδύνατο να καταλάβει κανείς τι λέει ο ασθενής), η εκπομπή των σκέψεων( ο ασθενής βιώνει τις σκέψεις του σαν να γίνονται αντιληπτές από τους άλλους χωρίς αυτός να μιλήσει), η εισβολή σκέψεων (ο ασθενής έχει την πεποίθηση πως οι σκέψεις εισήχθησαν στο μυαλό του από κάποιον άλλον), η υποκλοπή σκέψεων (ο ασθενής πιστεύει πως οι σκέψεις του αφαιρέθηκαν από κάποιον, χωρίς αυτός να μπορεί να τις ελέγξει). Οι τελευταίοι τρεις τύποι διαταραχής της σκέψης αποτελούν συμπτώματα πρώτης γραμμής, τα οποία ο πρότεινε ότι είναι παθογνωμονικά της σχιζοφρένειας.<sup>10</sup>

Το περιεχόμενο της σκέψης αναφέρεται στις ανησυχίες και στις έγνοιες που εκφράζονται από τον ασθενή και εκμαιεύονται στην συνέντευξη. Ο ιδεοληπτικός μηρυκασμός είναι μια υποτροπιάζουσα, επίμονη σκέψη, παρόρμηση, εικόνα ή μουσικό θέμα που εισβάλλει στο μυαλό του ασθενούς παρά τις προσπάθειες που κάνει να αντισταθεί σε αυτό. Το άτομο αναγνωρίζει ότι η έμμονη σκέψη είναι δική του, αλλά συνήθως είναι δυσάρεστη και συχνά δεν είναι του χαρακτήρα του. Κοινές ιδεοληψίες περιλαμβάνουν τις ακαθαρσίες, τη μόλυνση και την τακτικότητα. Ο ψυχαναγκασμός είναι μια επαναλαμβανόμενη και φαινομενικά σκόπιμη πράξη η οποία γίνεται με στερεότυπο τρόπο, που αναφέρεται ως τελετουργία του καταναγκασμού. Οι ψυχαναγκασμοί συνοδεύονται από μια υποκειμενική αίσθηση ότι πρέπει να συνεχίζονται (αλλιώς ο ασθενής θα καταληφθεί είτε από ανησυχία είτε από ένα προληπτικό πιστεύω ότι κάτι κακό θα συμβεί) και από μια ανάγκη να αντισταθεί. Οι τελετουργίες χρησιμοποιούνται για να εξισορροπήσουν τους μηρυκασμούς, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να πλένουν συνεχώς τα χέρια τους για να ελαχιστοποιήσουν το φόβο της μόλυνσης από τις ακαθαρσίες. Η εναισθησία, επίσης, είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο έχει επίγνωση του νοσηρού και είναι ελάχιστη σε ασθενείς που πάσχουν από ψύχωση. Τα πιστεύω για την νόσο είναι η εξήγηση του ίδιου του ασθενούς για την κατάσταση του, συμπεριλαμβάνοντας την διάγνωση και τα αίτια. Αυτά τα πιστεύω πρέπει να εκμαιεύονται από τον ασθενή, επειδή μπορεί να βοηθήσουν στον καθορισμό της πρόγνωσης και στη συμμόρφωση όσον αφορά την θεραπεία της κάθε νόσου.

Άλλος ένας δείκτης για διαταραχή αποτελούν οι παθολογικές πεποιθήσεις που η κύρια μορφή τους είναι οι παραληρητικές ιδέες. Οι παραληρητικές ιδέες, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, μπορεί να είναι πρωτογενείς (εμφανίζονται ξαφνικά, με απόλυτη βεβαιότητα και με απουσία προηγούμενων ψυχικών συμβάντων) ή δευτερογενείς (προέρχονται από προηγούμενη νοσηρή εμπειρία) και να διακρίνονται ανάλογα με το περιεχόμενό τους. Η παθητικότητα αποτελεί σύμπτωμα πρώτης γραμμής και θεωρείται διαγνωστική της σχιζοφρένειας. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν δευτερογενείς παραληρητικές ιδέες που να εξηγούν αυτόν τον ξένο έλεγχο ως αποτέλεσμα μαγείας, ύπνωσης, επίδρασης ραδιοκυμάτων ή της τηλεόρασης- που αποκαλούνται παραληρητικές ιδέες παθητικότητας. Οι παραληρητικές ιδέες πρέπει να διακρίνονται από τις υπερτιμημένες ιδέες-βαθιά ριζωμένες προσωπικές πεποιθήσεις που είναι κατανοητές, όταν το υπόβαθρο του ατόμου είναι γνωστό.<sup>15</sup>

Διαταραχές της αντίληψης. Αυτό που γίνεται αντιληπτό εδώ είναι οι παραισθήσεις, που όπως προαναφέρθηκε είναι λανθασμένες αντιλήψεις των εξωτερικών ερεθισμάτων, οι ψευδαισθήσεις (επηρεάζουν την ακοή, την γεύση, την όραση, την αφή και την εν τω βάθει αισθητικότητα), οι ψευδοψευδαισθήσεις-οι οποίες είναι συνήθως ακουστικές και είναι είτε

αληθώς εξωτερικές ψευδαισθήσεις, αλλά με συνείδηση της φανταστικής τους φύσης, είτε εσωτερικές-(<<Άκουσα μια φωνή μέσα μου να μου μιλάει>>) που δεν υποδηλώνουν ψύχωση και εμφανίζονται συχνά σε συναισθηματικές διαταραχές. Επίσης, είναι πιθανόν να συναντήσουμε τη αποπραματοποίηση-η οποία είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα ότι το εξωτερικό περιβάλλον έχει γίνει ψεύτικο και απόμακρο. Οι ασθενείς μπορεί να περιγράφουν τους εαυτούς τους σαν να βρίσκονται σε μια κατάσταση που μοιάζει με όνειρο. Η αποπραματοποίηση και η αποπροσωποποίηση μπορεί να συμβούν σε υγιή άτομα, όταν είναι εξαντλημένα, μετά από αισθητηριακή αποστέρηση και όταν χρησιμοποιούνται ψευδαισθησιογόνα φάρμακα. Συμβαίνουν επίσης σε αγχώδεις διαταραχές, στην σχιζοφρένεια και στην επιληψία του κροταφικού λοβού.- το déjà vu(ξαφνική οικειότητα με μια κατάσταση ή συμβάν σαν να έχει ξανασυμβεί, ενώ στην πραγματικότητα είναι καινούριο), και το jamais vu( κατάσταση στην οποία το άτομο ενώ έχει αντιμετωπίσει ένα γεγονός ή κατάσταση στο παρελθόν, δεν μπορεί να αναγνωρίσει).<sup>15,18</sup>

### **3.4Εργαστηριακές εξετάσεις**

Εξαιτίας του πολυμορφισμού των συμπτωμάτων της πάθησης μόνο λίγες γενικεύσεις είναι αληθείς και επιτρεπτές για τα άτομα τα οποία έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια. Μερικές φορές μπορεί κάποιος να εμφανίσει σχιζοφρενικά-ψυχωτικά συμπτώματα, λόγω μιας άλλης νόσου εκτός της σχιζοφρένειας. Για τον λόγο αυτό οι ψυχίατροι, αφού πάρουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό διενεργούν και τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, για να αποκλείσουν όλες τις άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων, προτού φθάσουν στο συμπέρασμα ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια.

Γενικά θα αναφέραμε πως οι εργαστηριακές εξετάσεις σε μια ψυχιατρική κλινική πραγματοποιούνται για τους παρακάτω λόγους:<sup>10,11</sup>

- ✓ Για να ολοκληρωθεί ένας γενικός ιατρικός έλεγχος: Έτσι λοιπόν γίνονται εξετάσεις για αριθμό και τύπο λευκών, αριθμό ερυθρών και αιμοπεταλίων, αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτη, ταχύτητα καθίζησης, ανάλυση ούρων, ηλεκτρολύτες, ηπατικά ένζυμα(SGOT, SGPT), κρεατινίνη, ουρία αίματος, ακτινογραφία θώρακος, σάκχαρο αίματος, ΗΚΓ (ηλεκτροκαρδιογράφημα) και στις γυναίκες άνω των 45 ετών τεστ Παπανικολάου.
- ✓ Για να αποκλεισθούν τα αίτια τα οποία είναι μη ψυχιατρικά: με νευροαπεικόνιση είτε με την μορφή αξονικής τομογραφίας( CT Computed Tomography) είτε με την μορφή μαγνητικής τομογραφίας (MRI- Magnetic Resonance Imaging)η οποία είναι πολύ αποτελεσματική στην ανίχνευση μικρών εστιακών βλαβών, όπως αγγειακή πολυεμφρακτική άνοια, σκλήρυνση κατά πλάκας, άνοια οφειλόμενη από AIDS, αλλά και στην ανίχνευση όγκων εγκεφάλου. Επίσης, πραγματοποιούνται λειτουργικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές SPECT(Single Photon Emission Computed Tomography), PET(Positron Emission Tomography) και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- ✓ Για να προετοιμάσουμε τον ασθενή για την έναρξη κάποιας θεραπείας και την παρακολούθηση αυτής κατά την διάρκεια της: Ηλεκτροσπασμοθεραπεία- ηλεκτροσόκ οπού θα πρέπει να γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα για την εκτίμηση της λειτουργίας της καρδιάς, καθώς μπορεί να εμφανιστούν αρρυθμίες κατά την διάρκεια της θεραπείας ή

μετά, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα πριν το ηλεκτροσόκ για την εκτίμηση της άνοιας εάν υπάρχει, ακτινογραφία για τον έλεγχο της σπονδυλικής στήλης ούτως ώστε να ρυθμιστεί η δόση της σουκκινιλχολίνης για την πρόληψη καταγμάτων.

**Θεραπεία με λίθιο** οπού πριν την έναρξη αυτής της θεραπείας θα πρέπει να ελεγχθεί η λειτουργία του θυρεοειδούς, των νεφρών και της καρδιάς, καθώς τα όργανα αυτά επηρεάζονται από αυτήν. Για τον λόγο αυτό γίνονται ανάλυση ούρων, ηλεκτρολύτες, ουρία αίματος, T3 και T4 και ΗΚΓ. Κατά την διάρκεια της θεραπείας ελέγχονται τα επίπεδα λιθίου στο αίμα αλλά και τα προαναφερθέντα.

**Θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** στην συγκεκριμένη θεραπεία σε ηλικιωμένα άτομα και σε άτομα με καρδιακό πρόβλημα, πραγματοποιείται έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας (επηρεάζεται η αγωγιμότητα), της αρτηριακής πίεσης και της ηπατικής λειτουργίας.

#### **Θεραπεία με αντιψυχωσικά**

- ✓ Για την διάγνωση και διαφοροδιάγνωση των ψυχιατρικών διαταραχών με διάφορες ψυχολογικές δοκιμασίες, οι οποίες μπορούν να εκτιμήσουν την νοημοσύνη, την ψυχοπαθολογία, τις αντιληπτικές-κινητικές δεξιότητες κτλ.
- ✓ Για την έρευνα μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών <sup>13</sup>

### **3.5 Θεραπεία**

#### **3.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία**

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για την οικογένεια του, το γιατρό του και όλοι τη θεραπευτική ομάδα που τον φροντίζει. Καμιά από τις προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι τώρα δεν έχει αποφέρει καρπούς όσον αφορά την θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου. Έτσι η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει κυρίως στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην μερικώς ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. <sup>19</sup>

***Τα δυο κύρια στοιχεία της θεραπείας της σχιζοφρένειας είναι:***

- 1) *Φαρμακευτική θεραπεία (σωματικές θεραπείες)*
- 2) *Ψυχοκοινωνική θεραπεία*

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν κύριο ρόλο στις σωματικές θεραπείες. Με αυτά γίνεται καταστολή της ψυχικής διέγερσης και αντιμετώπιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Δηλαδή μειώνουν την ψυχωτική σύγχυση, το άγχος που προκαλείται στον ασθενή, τις ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα. Όσον αφορά την επίδραση των φαρμάκων αυτών στον ασθενή, μπορεί να είναι εμφανής η δράση στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μέσα σε λίγες ώρες, ωστόσο η αντιψυχωσική τους αποτελεσματικότητα ίσως και να μην έχει επιτευχθεί πριν το πέρας των έξι εβδομάδων από την πρώτη λήψη του φαρμάκου. <sup>10</sup>

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και η απαραίτητη δοσολογία πρέπει να γίνεται μόνο από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς, δηλαδή ψυχιάτρους. Η δοσολογία δεν είναι



σταθερή αλλά εξατομικεύεται για κάθε άρρωστο, διότι οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων χωρίς την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών. Οι συγγενείς είναι επιφυλακτικοί για την λήψη αυτών των φαρμάκων, διότι φοβούνται μήπως του προκαλέσουν εξάρτηση ή κάποια παρενέργεια στον ασθενή. Για τους λόγους αυτούς , τονίζεται ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εξάρτηση όπως κάποια άλλα.

Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της νόσου ελεγχθούν ( συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της συντήρησης, που είναι περίπου στο 10-50% της ποσότητας του φαρμάκου που έλαβε στην οξεία φάση. Αρχίζουμε την θεραπευτική αντιμετώπιση με ρεγος χορήγηση και δόση κατώτερη της θεραπευτικής και την αυξάνουμε βαθμιαία. Στην οξεία φάση η ελάχιστη δόση που μπορεί να δοθεί είναι 300 με 400 mg χλωροπρομαζίνη / ημέρα. Σε επιθετικούς και μαχητικούς ασθενείς , χορηγούμε επαναλαμβανόμενες δόσεις ενδομυϊκά. Η διακοπή των αντιψυχωτικών φαρμάκων πρέπει να γίνει σταδιακά ,με στενή παρακολούθηση του ασθενή για τυχόν επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. <sup>20</sup>

Σε διεγερμένους ασθενείς, μπορεί να χρειασθεί ταχεία χορήγηση νευροληπτικών, για τον έλεγχο τις διέγερσης και των έντονων ψυχωτικών συμπτωμάτων. Ακόμα , είναι καλύτερα να συνδυαστεί και η χορήγηση βενζοδιαζεπινών , που δρουν κατασταλτικά μέχρι να εγκατασταθεί ικανοποιητικά η δράση των αντιψυχωτικών. Τέλος , οι σχιζοφρενικοί ασθενείς θα πρέπει να λάβουν τη θεραπευτική αγωγή για τουλάχιστον 1-2 χρόνια μετά το πρώτο επεισόδιο και το λιγότερο για 5 χρόνια μετά το επόμενο ψυχωτικό συμβάν.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χωρίζονται γενικά σε τρεις κατηγορίες :

**Τα τυπικά αντιψυχωτικά πρώτης γενιάς**, που είναι πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της ψύχωσης και θετικών συμπτωμάτων της νόσου . Απαιτούνται συνήθως 2 ημέρες έως 2 βδομάδες για να πετύχει η κατασταλτική επίδραση των τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων. Η ολοκληρωμένη δράση μπορεί να καθυστερήσει 4 βδομάδες ή περισσότερο. Ο ασθενής και η οικογένεια του πρέπει να ενημερωθούν ότι η ανταπόκριση στη θεραπεία αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία, έτσι ώστε να μην απογοητευτούν και εγκαταλείψουν πρόωγα την θεραπεία. Ο μηχανισμός δράσης τους είναι να αποκλείουν, μειώνοντας την ντοπαμινεργική δράση ως ανταγωνιστές των D2 υποδοχέων της ντοπαμίνης.<sup>9</sup>

**Τα άτυπα αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς**, που είναι αποτελεσματικά στο να αντιμετωπίζουν την ψύχωση και κάποια αρνητικά συμπτώματα . Εκτός από ανταγωνιστές της ντοπαμίνης είναι και της σεροτονίνης. Διαφέρουν από τα τυπικά διότι είναι αποτελεσματικότερα στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων , έχουν λιγότερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες και λαμβάνοντας από ορισμένους ασθενείς που δεν λαμβάνουν ανταπόκριση στα τυπικά αντιψυχωτικά .

**Το αντιψυχωτικό τρίτης γενιάς** , η αριπιπραζόλη μοναδικό στην κατηγορία του , είναι σταθεροποιητικός παράγοντας του ντοπαμινεργικού συστήματος. Μειώνει τα επίπεδα της ντοπαμίνης όταν είναι υψηλά , διατηρεί σταθερά τα επίπεδα της ντοπαμίνης όταν είναι φυσιολογικά, σταθεροποιεί τη διάθεση και βελτιώνει την ντοπαμινεργική υποδραστηριότητα,



διατηρώντας έτσι την ντοπαμινεργική-χολινεργική ισορροπία. Μπορεί να προκαλέσει ακαθυσία , όμως έχει πολύ μικρή επίπτωση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων. <sup>6</sup>

### **Πίνακας αντιψυχωτικών φαρμάκων**

<b>ΤΥΠΙΚΑ</b>	<b>ΑΤΥΠΑ</b>	<b>ΤΡΙΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ</b>
<i>Χλωροπρομαζίνη</i>	<i>Κλοζαπίνη</i>	<i>Αριπιπραζόλη</i>
<i>Αλοπεριδόλη</i>	<i>Ρισπεριδόνη</i>	
<i>Φλουφαιναζίνη</i>	<i>Παλιπεριδόνη</i>	
<i>Λαζαπίνη</i>	<i>Ολανζαπίνη</i>	
<i>Δροπερδόλη</i>	<i>Κουετιαπίνη</i>	
	<i>Αριπιπραζόλη</i>	
	<i>Αλονζαπίνη</i>	
	<i>Ζιπρασιδόνη</i>	
	<i>Αμισουλπρίδη</i>	
	<i>Σερτιδόλη</i>	
	<i>Ζοτεπίνη</i>	

### **Ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων**

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως και τα άλλα φάρμακα , μπορούν να εμφανίσουν και κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Μπορεί να εμφανίσουν υπνηλία, κινητική ανησυχία , μυδρίαση ,δυσκοιλιότητα, ορθοστατική υπόταση, εφίδρωση , επίσχεση ούρων , ξηροστομία , ή διαταραχές της όρασης κατά την έναρξη της αγωγής. Μπορούν τα περισσότερα από αυτά να αντιμετωπιστούν είτε με μείωση της δόσης είτε με την χορήγηση άλλων φαρμάκων. Υπάρχουν όμως και οι μακροχρόνιες συνέπειες από την λήψη των αντιψυχωτικών φαρμάκων, που αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα στην αντιμετώπισή τους. Στο 15-20 %των αρρώστων που παίρνουν για χρόνια τέτοια φάρμακα μπορεί να εμφανιστεί η *όψιμη δυσκινησία* , που είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ακούσιες κινήσεις κυρίως στη περιοχή του στόματος, της γλώσσας και των χειλιών και μερικές φορές του κορμού ή και άλλων περιοχών του σώματος. Για τους ασθενείς που εμφανίζουν όψιμη δυσκινησία, η χρήση φαρμάκων θα πρέπει να επαναξιολογηθεί. <sup>21,18</sup>

Άλλη παρενέργεια από το κεντρικό νευρικό σύστημα μπορεί να είναι οι εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις , δηλαδή : 1) *ο παρκινσονισμός* συμβαίνει γενικά μεταξύ 1<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> εβδομάδας και περιλαμβάνει βραδυκινησία, σύρσιμο βήματος και ελαττωμένη κινητικότητα, 2) *η ακινησία* είναι λιγότερο συχνή και παρουσιάζεται ως ελάττωση της δραστηριότητας ή της έκφρασης του προσώπου ,3) *η δυστονία* συμπεριλαμβάνει σπασμούς των μυών των οφθαλμών , του προσώπου , του αυχένα , της ράχης ,4) *το κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο*

απειλητικό για τη ζωή του αρρώστου. Ακόμα, σημεία δυσλειτουργίας του οργανισμού είναι η υπερπυρεξία, η ταχυκαρδία και η ταχύπνοια. Άλλες παρενέργειες: φωτοευαισθησία, αλλεργική δερματίτιδα, χολοστατικός ίκτερος, ανώμαλη χρώση του δέρματος.<sup>22</sup>

### **3.5.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία**

Μια σωματική θεραπεία για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή αλλιώς ηλεκτροσόκ. Πρόκειται για την πρόκληση μια τεχνητής κρίσης επιληψίας μικρής διάρκειας με την βοήθεια δύο ηλεκτροδίων, μέσω των οποίων χορηγείται ηλεκτρικό ρεύμα ικανής έντασης στους κροταφικούς λοβούς του ασθενή. Αν και ο τρόπος δράσης της παραμένει ασαφής, ωστόσο με την έρευνα των Ishihara και Sasa, που διεξάχθηκε το 1999, η παρέμβαση αυτή είχε την δυνατότητα να αυξάνει την ευαισθησία των μετασυναπτικών νευρώνων σεροτονίνης στον ιππόκαμπο, τα επίπεδα GABA και να μειώνει τα επίπεδα σεροτονίνης. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελούσε στο παρελθόν θεραπεία πρώτης γραμμής για την σχιζοφρένεια, έχοντας στο ενεργητικό της κάποιες επιτυχίες.<sup>4</sup>

Το ήμισυ των ατόμων που υποβάλλονταν σε ηλεκτροσόκ παρουσίαζε βραχυπρόθεσμη βελτίωση σε επίπεδο λειτουργικότητας και ο συνδυασμός του με αντιψυχωσική θεραπεία ωφελούσε μόνο έναν στους 5-6 ασθενείς. Παρ' αυτά μετά από ανάλυση η μέθοδος αποδείχθηκε εντελώς απάνθρωπη (επώδυνη δοκιμασία) αλλά και αναποτελεσματική καθώς συγκέντρωνε πολλές και σοβαρές παρενέργειες, όπως οξύ αμνησιακό σύνδρομο-(αμνησία πρόσφατων γεγονότων, αδυναμία συγκράτησης πρόσφατων πληροφοριών) οδοντικές βλάβες, ανεξέλεγκτοι σπασμοί, κατάγματα στην σπονδυλική στήλη, παρατεινόμενη άπνοια, διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος, παράλυση περιφερικών νεύρων και εγκαύματα που υποχωρεί σε κάποιο χρονικό διάστημα ή και ποτέ, αλλά και μόνιμες αλλοιώσεις σε κυτταρικό επίπεδο. Επιπλέον, κατέχει μια πληθώρα αντενδείξεων όπως όγκο εγκεφάλου, θρομβοφλεβίτιδα, εξόφθαλμος βρογχοκήλη, οξεία σπειραματονεφρίτιδα, μεγάλη ηλικία, κύηση, πνευμονικές παθήσεις, σπονδυλοαρθροπάθεια, πεπτικό έλκος. Για τους παραπάνω λοιπόν λόγους, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δεν χρησιμοποιείται πλέον στην θεραπεία της σχιζοφρένειας.

Αρκετοί ερευνητές και κλινικοί αναζητούσαν εναλλακτικές μεθόδους με όσο το δυνατότερο λιγότερες παρενέργειες, αλλά με παρόμοια κλινικά αποτελέσματα. Μια εναλλακτική συνεπώς παρέμβαση της σχιζοφρένειας είναι ο διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επηρεάσει πολλές λειτουργίες του εγκεφάλου (κίνηση, ομιλία, διάθεση, οπτική αντίληψη, χρόνο αντίδρασης και μνήμη) μέσω της έκθεσης του εγκεφάλου σε μαγνητικά πεδία με την διοχέτευση ηλεκτρικών παλμών σε ένα πηνίο το οποίο κρατείται κοντά στο κρανίο του ασθενούς και το μαγνητικό πεδίο το διαπερνά εισχωρώντας στον εγκέφαλο.<sup>1</sup>

### 3.5.3 Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Εκτός από την ψυχωσική φαρμακευτική αγωγή για την βελτίωση της νόσου της σχιζοφρένειας, σημαντικό παράγοντα διαδραματίζει η ψυχοθεραπεία. Πρόκειται για την χρησιμοποίηση και την εφαρμογή ψυχοφυσικών μεθόδων για την έμμεση επίδραση στην ψυχή, στο πνεύμα, στο συναίσθημα και στον ψυχισμό του ασθενούς με στόχο την διόρθωση-τροποποίηση της παθολογικής του συμπεριφοράς. Ψυχοθεραπεία μπορεί να ασκήσει ένας γιατρός, νοσηλευτής, εργοθεραπευτής, ψυχιατρική ομάδα, οικογένεια, ακόμη και κοινωνία. Υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, κάποιες από αυτές είναι: α) Ατομική, β) Ομαδική, γ) Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία, δ) Αναψυχή και Ψυχόδραμα, ε) Εργοθεραπεία, ζ) Γνωστική- Γνωσιακή.<sup>23</sup>

#### α) Ατομική Ψυχοθεραπεία

Στην ατομική ψυχοθεραπεία υποβάλλονται όλοι οι ασθενείς και αποτελεί την βάση σε όλες τις μορφές ψυχοθεραπείας. Οι θεραπευτικές συνεδρίες επιτυγχάνονται με την παρουσία μονάχα δύο ατόμων, αυτή του ψυχοθεραπευτή και του ασθενή. Ο ψυχοθεραπευτής έχοντας βοηθητικό ρόλο, ακούει με προσοχή αυτά που έχει να του αναλύσει ο ασθενής κ έχει ως στόχο του την βελτίωση των επιπλοκών. Ο λόγος του ψυχοθεραπευτή αποτελεί ψυχοθεραπευτικό μέσο και έχει ύψιστη σημασία το πως εκφράζεται, ο τόνος της φωνής του αλλά και οι φράσεις που χρησιμοποιεί. Θα πρέπει λοιπόν να ακολουθεί την δομή της προσωπικότητας του ασθενή. Αξίζει να τονισθεί ότι όσο σημαντικός είναι ο λόγος σε μια συνεδρία άλλο τόσο μπορεί να αποδειχτεί και η χρήση της σιωπής, καθώς είναι ένα μέσο ψυχικής επικοινωνίας και επιδρά ψυχοθεραπευτικά (υποβάλλει το άτομο στην διαδικασία να σκεφτεί περισσότερο). Σκοπός του ψυχοθεραπευτή είναι η παρακίνηση του ασθενή να συμμετέχει ενεργά στην συζήτηση, να διατυπώνει τις σκέψεις του, να τις επανεκτιμά μόνος του και να βρίσκει λύσεις. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως ο ασθενής κατά την διάρκεια των συνεδριών διαφοροποιείται, οπότε θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τις ψυχικές του ανάγκες. Η ατομική θεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες την βδομάδα για περίπου 30-50 λεπτά και η διάρκεια της μπορεί να είναι από 2 έως 25 χρόνια καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σαν υποστηρικτική θεραπεία η εντατική ψυχοθεραπεία.<sup>24</sup>

#### β) Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Κατά την Ομαδική ψυχοθεραπεία ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει σε αυτό τον κόσμο από την συγκεκριμένη νόσο. Πρόκειται για μια διαδικασία που εφαρμόζεται σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων( ναρκομανείς, αλκοολικούς, νευρωτικούς, καταθλιπτικούς και σε ορισμένες περιπτώσεις σχιζοφρένειας), με στόχο την βελτίωση στην συμπεριφορά και προσωπικότητα τους μέσα από ένα σύνολο κανόνων. Η ομάδα απαρτίζεται από το σύνολο των 6- 8 ατόμων και θεωρείται <<κλειστή>> ,διότι δεν δέχεται νέα μέλη και τα θέματα που ακολουθεί ως συζήτηση βασίζονται στην ιδιότητα του μέλους ή σε ορισμένα μεμονωμένα προβλήματα των ατόμων μελών. Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση ξεκινάει και ολοκληρώνεται με τους ίδιους ασθενείς. Ο ασθενής δημιουργεί σχέσεις φιλίας και δέχεται

απόψεις και παραινέσεις από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Οι ασθενείς χρησιμοποιούν πολλές φορές τις θεραπευτικές μεθόδους ο ένας στον άλλον.

Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται, επίσης, η αυτοπεποίθηση του μέλους, καθώς αποκτά το θάρρος και την δύναμη να εκφράσει ότι τον απασχολεί, μέσα από την ακρόαση και άλλων προσώπων για τα προβλήματα τους. Είναι σύνηθες να αναφέρουν παράπονα και να ασκούν κριτική για το προσωπικό που έχει το θεραπευτικό ίδρυμα στο οποίο βρίσκονται. Σε μερικούς ασθενείς είναι πολύ δύσκολο να ανοιχτούν και για αυτό τον λόγο θα πρέπει να βοηθήσει όλη η ομάδα για να κατορθώσει να αντιμετωπίσει την δυσχέρεια αυτή. Η σιωπή είναι κάτι το οποίο δεν μπορούν να ανεχτούν και να διαχειριστούν εύκολα. Κατά την διάρκεια αυτής της φάσης είναι εμφανής η γλώσσα του σώματος (εκφράσεις προσώπου, κινήσεις σώματος) και είναι δυνατή η μελέτη του κάθε ατόμου. Ο αρχηγός της ομάδας θα πρέπει να γνωρίζει πότε είναι αναγκαίο να σπάσει την σιωπή του, γιατί όσο περνάει ο χρόνος γίνεται όλο και πιο δύσκολο. Μερικοί ψυχίατροι θεωρούν πως αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας έχει ιδιαίτερη αξία στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας για να εξαλειφτεί η τάση των ασθενών να απομονώνονται.<sup>10,13</sup>

#### γ)Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία

Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας σε ένα άτομο μιας οικογένειας σίγουρα προκαλεί κάποια σύγχυση και ψυχολογική επιβάρυνση σε όλα τα μέλη που την απαρτίζουν. Για να βελτιωθεί αυτή η κατάσταση είναι αναγκαίο να πραγματοποιήσουν όλα τα μέλη της οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Πρωταρχικός στόχος αυτής της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η ενημέρωση των μελών με πληροφορίες σχετικά με την φύση της νόσου, την θεραπεία της, αλλά και για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην έκβαση και στην καλύτερη πρόγνωση της. Επιπροσθέτως, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία συμβάλλει στην ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων της οικογένειας. Έχει εδραιωθεί σε μεγάλο βαθμό, καθώς ασκεί μεγάλη επιρροή στο οικογενειακό εκφραζόμενο συναίσθημα. Αναφέροντας το εκφραζόμενο συναίσθημα, εννοούμε την συμπεριφορά της οικογένειας, η οποία άλλοτε μπορεί να εκφράζεται με εμπλοκή και παρέμβαση στο άτομο το οποίο νοσεί και άλλοτε να παρουσιάζει εχθρικήτητα στον ασθενή ή υπερπροστατευτική στάση, αντιμετωπίζοντας τον σαν μικρό παιδί.

Έχει αποδειχθεί πως η οικογενειακή ψυχοθεραπεία συμβάλλει σημαντικά στην μείωση του εκφραζόμενου συναισθήματος και επομένως στην καλύτερη πρόγνωση της νόσου, καθώς σπάνια υποτροπιάζει ο ασθενής και συμμορφώνεται με την ψυχωσική φαρμακευτική αγωγή.

#### δ)Αναψυχή και Ψυχόδραμα

Σε αυτή την μέθοδο της αναψυχής όλοι οι ασθενείς μαζί ασχολούνται με διάφορα παιχνίδια, χορωδία, χορό, φυσικές ασκήσεις κτλ. Το ψυχόδραμα από την άλλη πλευρά είναι μια μορφή ομαδικής ψυχοθεραπείας κατά την οποία η δομή της προσωπικότητας του ασθενούς, τα ψυχικά προβλήματα αλλά και οι συγκρούσεις ανιχνεύονται μέσα από συγκεκριμένους δραματικούς ρόλους. Με αυτόν τον τρόπο οι αντικοινωνικοί και απομονωμένοι ασθενείς έρχονται σε επικοινωνία με άλλα άτομα που κατέχουν τα ίδια προβλήματα και γίνονται πιο κοινωνικοί.<sup>7</sup>

#### ε)Εργασιοθεραπεία ή Απασχολησιοθεραπεία

Πρόκειται για μια πολύτιμη βοηθητική ψυχοθεραπεία που αποσκοπεί στην ταχύτατη ανάρρωση του ασθενή, καθώς του προσφέρει παρακίνηση, κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον

και δημιουργική ικανοποίηση. Μπορεί να θεωρηθεί αρωγός του ασθενή, καθώς τον βοηθάει στο να ξαναβρεί και να διατηρήσει τις καλές συνήθειες εργασίας, στο να προσαρμοστεί στα κοινωνικά, οικονομικά και προσωπικά του προβλήματα. Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας ο ρόλος του εργοθεραπευτή είναι να αποτραβήξει τον ασθενή από τον κόσμο της φαντασίας και να τον επαναφέρει στην πραγματικότητα.

#### ζ) Γνωστική- Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία

Πρόκειται για μια θεραπεία που έχει ως στόχο της 1)την αναζήτηση των συμπτωμάτων-με την βοήθεια εμπειρικών μεθόδων(συνεργατικός εμπειρισμός)-που διαδραματίζεται μέσα από ένα περιβάλλον συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και πάσχοντα 2)ο ασθενής να έχει την δυνατότητα να αναγνωρίσει κάποιες άλλες εξηγήσεις για τα συμπτώματα που εμφανίζει, με άλλα λόγια πραγματοποιείται εκπαίδευση για την φύση της νόσου 3)άλλος ένας στόχος αυτής της ειδικής θεραπείας είναι να μειωθεί το στρες του ασθενούς, όπου τον επηρεάζει αρνητικά σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας του, μέσα από γνωσιακές τεχνικές που απορρέουν από την εμπειρία των παραληρητικών ιδεών και ακουστικών ψευδαισθήσεων 4)τελευταίος σκοπός αυτής της παρέμβασης είναι να μειώσει την πιθανότητα ο ασθενής να υποτροπιάσει .Σύμφωνα με την γνωσιακή ψυχολογία κεντρικό ρόλο για την διατήρηση των ακουστικών ψευδαισθήσεων παίζει η ιδιοσυγκρασία του ατόμου και η πεποίθηση του σχετικά με την προέλευση, την ταυτότητα, την πειθώ και της συνέπειες της μη συμμόρφωσης στις ακουστικές εμπειρίες.

Σε σχέση με μια υποστηρικτικού τύπου ψυχοθεραπεία η γνωστική ψυχοθεραπεία υπερσχύει όσον αφορά την συμμόρφωση στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την βελτίωση των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Ωστόσο παραμένει μια αμφιβολία σχετικά με το πόσο αποτελεσματική μπορεί να είναι μείωση των δεικτών που έχουν σχέση με την προσαρμογή του ασθενούς στην κοινωνία.<sup>9,10</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4



#### 4.1 Νοσηλευτική εκτίμηση

Κάθε νοσηλευτής που εργάζεται σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο με άτομα που έχουν εμφανίσει ψυχωσική νόσο θα πρέπει να εκτιμάει σωστά τα εξής:<sup>7,20</sup>

**Διαταραχές της σκέψης :** παρακολούθηση και αξιολόγηση του ειρμού ή της μορφής της σκέψης . Ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει χάλαση των ειρμών μέχρι και ασυναρτησία, σαλάτα των λέξεων ή τις νεολεξίες. Ακόμα μπορεί να εμφανίσει διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης που εκδηλώνεται με παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, δίωξης , ζηλοτυπίας, μεταβίβασης ή εξωτερικού ελέγχου της σκέψης . Τέλος , ο νοσηλευτής παρατηρεί αν ο ασθενής εμφανίσει αλαλία ή σιωπηλότητα, η ανακοπή της σκέψης , η ηχολαλία.

**Διαταραχές της αντίληψης :** παρακολούθηση και αξιολόγηση για ψευδαισθήσεις , τη μορφή τους( πιο συχνές οι ακουστικές ), το περιεχόμενο και την συχνότητα . Παρακολούθηση ασθενή για εμφάνιση παραισθήσεων και αξιολόγηση του επιπέδου αναγνώρισης του εαυτού του σε σχέση με τους άλλους και το περιβάλλον του.

**Διαταραχές του συναισθήματος:** αξιολόγηση του ασθενή για απουσία συναισθήματος ή επίπεδο , αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα. Ο νοσηλευτής /τρια μπορεί να το εκτιμήσει ως αδιαφορία για τον εαυτό του , την κατάσταση του και τη φροντίδα των άλλων και ότι επικοινωνεί σαν μια μηχανή.

**Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων/ συμπεριφοράς :** παρακολούθηση του ασθενή για απόσυρση από την πραγματικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων λόγω φόβου και άγχους , συναισθηματικής αδιαφορίας , παράλογων ιδεών και φαντασιών όπου χάθηκε η αντικειμενικότητα. Έτσι χάνεται σε έναν φανταστικό κόσμο μακριά από την πραγματικότητα. Ακόμα , μπορεί να εμφανίσει ψυχοκινητικές διαταραχές όπως: μορφασμοί, αλλόκοτες στάσεις ,στερεοτυπίες , έντονη διέγερση και υπερκινητικότητα .

Γενικά ένας νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει κάθε σύμπτωμα που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής( όπως έχουμε αναφέρει στο κεφάλαιο 2).

Για να εκτιμηθεί σωστά ο άρρωστος σύμφωνα με αυτές τις διαταραχές ο νοσηλευτής/ τρια υποβάλλει κάποιες από τις ακόλουθες ερωτήσεις στον άρρωστο. <sup>20</sup>

- ◆ Για να λάβει πληροφορίες για την αντίληψη της κατάστασης και το επίπεδο αυτογνωσίας του ασθενή μπορεί να κάνει αυτές τις ερωτήσεις :Πιστεύεις ότι πάσχεις από κάποια ασθένεια ; Ποια η εξήγησή σου για την ασθένεια ;
- ◆ Για να λάβει πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενούς μπορεί να κάνει αυτές τις ερωτήσεις : Έχει λάβει κάποια θεραπεία στο παρελθόν; Τι σε βοήθησε εκείνο το διάστημα;

- ◆ Για να λάβει πληροφορίες για το επίπεδο αυτοεκτίμησης και τα άγχωνα γεγονότα της ζωής του μπορεί να κάνει αυτές τις ερωτήσεις : Ποιες πιστεύεις ότι είναι οι δυνάμεις σου ; Που πιστεύεις ότι αντιμετωπίζεις πρόβλημα ;
- ◆ Για να λάβει πληροφορίες για το ποια είναι τα κοντινά του πρόσωπα μπορεί να κάνει την ερώτηση : Ποιον θεωρείς πρόσωπο εμπιστοσύνης στην ζωή σου;
- ◆ Για να λάβει πληροφορίες για τον τρόπο σκέψης , για το πώς περιγράφει κάποια πράγματα μπορεί να κάνει τις ερωτήσεις : Τα κάνεις στον ελεύθερο σου χρόνο; Τι από αυτά σου αρέσει περισσότερο ;
- ◆ Για να λάβει πληροφορίες για την παρουσία παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων μπορεί να κάνει αυτές τις ερωτήσεις : Ακούς κάποιες φωνές που δεν ακούνε οι άλλοι ; Βλέπεις πράγματα που οι άλλοι δεν τα βλέπουν ;

#### **4.2 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις**

Ένας νοσηλευτής που ανήκει σε μια ομάδα που προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα με ψυχική ασθένεια, πρέπει να διεκπεραιώσει τις εξής νοσηλευτικές διαγνώσεις : <sup>3,7</sup>

- ❖ Να αναλύει τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα.
- ❖ Να αναλύει και να αναγνωρίζει τις αδυναμίες και τα δυνατά σημεία του ασθενή, όπως την επικοινωνία , την ικανότητα αυτοφροντίδας, τις εργασιακές ικανότητες , την κοινωνικότητα, τα υποστηρικτικά συστήματα, επίπεδο επαφής με την πραγματικότητα.
- ❖ Αναλύει και αναγνωρίζει τους επικινδύνους παράγοντες που οδηγούν τον ασθενή σε έντονο εκνευρισμό, θυμό, καχυποψία, παρουσία απειλητικών ψευδαισθήσεων.

**Αναλυτικότερα οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις αρρώστων με σχιζοφρένεια διατυπώνονται ως εξής :**

- Αισθητηριακή / αντιληπτική διαταραχή ( ακουστικές , οπτικές )
- Διαταραχές διεργασιών της σκέψης
- Κοινωνική απομόνωση
- Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας
- Διαταραχή συμπεριφοράς ( αμυντική )
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα
- Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου
- Διαταραχή της προσωπικής ταυτότητας , της αυτοεκτίμησης , της εκπλήρωσης ατομικών ρόλων
- Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή των άλλων <sup>20</sup>

#### **Αισθητηριακές/ αντιληπτικές διαταραχές ( ψευδαισθήσεις , παραισθήσεις)**

Κατάσταση κατά την οποία τα αισθητηριακά ερεθίσματα παρερμηνεύονται και η αντίδραση προς αυτά μπορεί να είναι υποτονική ή υπερβολική, παρατεταμένη ή ανεπαρκής.

Αίτια αυτής της κατάστασης μπορεί να είναι : το άγχος σε επίπεδο πανικού, διαταραχή στη σκέψη, συναίσθημα , αντίληψη, προσανατολισμό, αποπροσωποποίηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση , αίσθημα απειλής από στρεσογόνα ερεθίσματα , αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους . Χαρακτηριστικά μπορεί να είναι : ομιλία και γέλιο με τον εαυτό του, διακοπή της ομιλίας και στροφή της κεφαλής του σαν να ακούει κάτι, αντιδράσεις προσώπου σαν να ξαφνιάζεται που ακούει κάτι ,αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, απότομες αλλαγές στη διάθεση, αδυναμία λήψης απλών αποφάσεων και ακατάλληλες αντιδράσεις προς συνηθισμένα ερεθίσματα.

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ◆ Συνεχιζόμενη παρακολούθηση του ασθενή ( εξασφαλίζονται πληροφορίες για τις δυνατότητες του αρρώστου για αυτοφροντίδα, γενικά για την συμπεριφορά του προς τους άλλους και τον εαυτό του, γίνεται ακόμα η αξιολόγηση της λεκτικής και μη λεκτικής έκφρασης).
- ◆ Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο και ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει . Έτσι θα ελαττωθεί το άγχος και ο φόβος του ασθενή .
- ◆ Με την αποφυγή λογομαχιών ,των αντιπαράθεσεων ή την γελοιοποίηση του αρρώστου δημιουργείται ένα ασφαλές περιβάλλον . Διότι, η αντιπαράθεση τον οδηγεί σε αμυντική συμπεριφορά και σε υποτροπή της παλινδρόμησης του αρρώστου .
- ◆ Προσανατολισμός του αρρώστου στη πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία . Ενίσχυση της επαλήθευσης της πραγματικότητας( ομολογεί στον άρρωστο ότι δεν ακούει φωνές). Σε κάθε περίπτωση διευκρινίζει την ώρα, τον τόπο , τα πρόσωπα και τα γεγονότα.
- ◆ Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του ασθενή προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα και η παραμονή του νοσηλευτή αποσπώντας του την προσοχή.
- ◆ Έκφραση των φόβων αν ο ασθενής έχει εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά , έτσι ώστε να επικεντρώσει την προσοχή του στην πραγματικότητα και να εκφράζει διαφορετικά το άγχος και τους φόβους του .
- ◆ Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τεχνικές να χρησιμοποιεί έτσι ώστε να σταματά τις ψευδαισθήσεις : τραγούδι ή παίξιμο μουσικού οργάνου , διαταγή στις φωνές να φύγουν , έκφραση δυσπιστίας στα υποτιμητικά και απειλητικά μηνύματα των φωνών, αναφορά σε κάποιο μέλος του προσωπικού όταν η εμπειρία είναι ενοχλητική , απασχόληση με εργασία , άθληση ή σχέδιο όταν αρχίζουν οι φωνές . Τον επαινώνω όταν εφαρμόζει αυτές τις τεχνικές. Μ αυτούς τους τρόπους ο ασθενής αποσπάτε από τις ψευδαισθήσεις και αυξάνεται η αυτοεκτίμηση του ( ενισχύοντας την επανάληψη των στρατηγικών αυτών).
- ◆ Δημιουργία ομαδικών περιστάσεων , όπου ο άρρωστος μπορεί να μάθει και να εφαρμόζει δραστηριότητες της καθημερινότητας και κοινωνικές δεξιότητες , βελτιώνοντας έτσι τις διαπροσωπικές του σχέσεις με πραγματικούς ανθρώπους . <sup>7,20</sup>

### Διαταραχές διεργασιών της σκέψης

Κατάσταση κατά την οποία οι διεργασίες της σκέψης διακόπτονται, αποδιοργανώνονται ή δεν βασίζονται στην πραγματικότητα. Αίτια αυτής της κατάστασης μπορεί να είναι : το άγχος σε επίπεδο πανικού ,χαμηλή αυτοεκτίμηση, απωθημένοι φόβοι και ψυχολογικές συγκρούσεις , πιθανή κληρονομική επιβάρυνση και υποανάπτυκτη προσωπικότητα . Χαρακτηριστικά μπορεί να είναι : παραληρητικές ιδέες (μεγαλείου , δίωξης, ελέγχου ), ανικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και λήψης αποφάσεων , εύκολη απόσπαση της προσοχής , χάλαση συνειρμών , υπερβολική εγρήγορση, έμμονες ιδέες, ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά, διαταραχές ύπνου.

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ◆ Συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, αναφέροντας τη μορφή , το περιεχόμενο και τη ροή των σκέψεων. Η αναγνώριση της συμβολικής σκέψης και ομιλίας αυξάνει την κατανόηση των διεργασιών σκέψης του αρρώστου και συντελεί στον προγραμματισμό κατάλληλων παρεμβάσεων.
- ◆ Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή – αρρώστου, αυτό διατηρεί ένα ψυχικά ασφαλές περιβάλλον που διευκολύνει την διαπροσωπική επικοινωνία και μειώνει τον αυτισμό.
- ◆ Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση (σαγής, συγκεκριμένη). Ακόμα , η οργάνωση της έτσι ώστε να δείχνει σεβασμό των κοινωνικο-οικονομικών , μορφωτικών και πολιτιστικών αξιών του αρρώστου .
- ◆ Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης του αρρώστου με τη διευκρίνιση ασαφών εκφράσεων. Επικεντρωμένοι περισσότερο στο συναίσθημα παρά στο περιεχόμενο , με προσεκτική ακρόαση ρυθμίζοντας την ροή της σκέψης του όταν χρειάζεται. Το ενδιαφέρον του νοσηλευτή να κατανοήσει τον άρρωστο μεταβιβάζει ενδιαφέρον , αυξάνει το αίσθημα της προσωπικής αξίας και τον παροτρύνει να συγκεντρωθεί και να επικοινωνήσει πιο καθαρά .
- ◆ Παρακολούθηση και αξιολόγηση του τρόπου ανάπαυσης / ύπνου , παρατηρώντας την ικανότητα του αρρώστου να κοιμάται και την ποιότητα του ύπνου. Έτσι εκτιμούμε εάν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις , αλλά και αξιολογούμε την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Εάν δεν μπορεί να κοιμηθεί τότε πρέπει να προγραμματίσουμε ώρες ύπνου για αποφυγή σχετικών διαταραχών . Ακόμα μαθαίνουμε τεχνικές στον άρρωστο , που διευκολύνουν την ανάπαυση και στον ύπνο (π.χ. απαλή μουσική πριν από την κατάκλιση στο κρεβάτι ).
- ◆ Παρακολούθηση της εφαρμογής και αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής και των τυχόν παρενεργειών όπως είναι : αντιχολινεργικές παρενέργειες ( ξηροστομία), καταστολή, ορθοστατική υπόταση , φωτοευαισθησία , επιληπτικές κρίσεις , ακοκκιοκυτταραιμία και εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Επιτυγχάνουμε έτσι την πρόληψη μόνιμης βλάβης , με κατάλληλες παρεμβάσεις .
- ◆ Χορήγηση των φαρμάκων που παραγγέλλονται από τον ψυχίατρο ύστερα από συνεργασία με τον νοσηλευτή : νευροληπτικά ,παράγωγα της φαινοθειαζίνης( largactil ), της διβενζοδιαζεπίνης ( loxitane ), αντιπαρκινσονικά :αντιχολινεργικά ( akineton ) και αντισταμινικά(bendryl ).<sup>3,7</sup>

### Κοινωνική απομόνωση

Είναι κατάσταση μόνωσης την οποία δοκιμάζει ο άρρωστος και τη θεωρεί επιβαλλόμενη από τους άλλους και αρνητική ή απειλητική εμπειρία. Αίτια αυτής της κατάστασης μπορεί να είναι : διαταραχές της σκέψης( καχύποπτος προς τους άλλους). Χαρακτηριστικά μπορεί να είναι : έκφραση συναισθημάτων απόρριψης, αντιμετώπιση προβλημάτων με θυμό, εχθρικότητα και βίαιη συμπεριφορά, κοινωνική απομόνωση , ακατάλληλα ή ανώριμα για την ηλικία του ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, σιωπηλότητα ( αμβλύ συναίσθημα ).

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ◆ Αξιολόγηση της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης του αρρώστου , ώστε να προγραμματιστούν στρατηγικές διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνίες και δραστηριότητες.
- ◆ Βοηθάμε τον ασθενή να εκπληρώσει της βασικές του ανάγκες στις ώρες που είναι απομονωμένος , με σκοπό την προαγωγή της σωματικής υγείας και ευεξίας.
- ◆ Προγραμματίζουμε μέσα στην ημέρα ώρες επικοινωνίας και δραστηριότητας με τον ασθενή ( βοηθάμε να νιώσει ότι είναι αξιόλογο μέλος της κοινότητας).
- ◆ Προσπαθούμε να συζητήσουμε με τον άρρωστο για διάφορα θέματα, με σκοπό τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του και την ελάττωση της κοινωνικής απόσυρσης.
- ◆ Εξακρίβωση των σημαντικών για τον άρρωστο προσώπων , έτσι ώστε να τους ενθαρρύνουμε να επικοινωνούν συχνά μαζί του , με σκοπό την αύξηση τις κοινωνικής επαφής και το αίσθημα της προσωπικής αξίας του αρρώστου.
- ◆ Αξιολόγηση του βαθμού αυτοεκτίμησης και του αισθήματος προσωπικής αξίας , των ικανοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων .
- ◆ Παρότρυνση του αρρώστου να πλησιάσει άλλους αρρώστους με όμοια ενδιαφέροντα, να επικοινωνήσει με άλλα πρόσωπα και να ανταποκριθεί σε προσκλήσεις που του κάνουν άλλοι . Με αυτούς τους τρόπους , ενισχύεται η θετική κοινωνική του συμπεριφορά.
- ◆ Προώθηση για ενασχόληση με διάφορες δραστηριότητες και παροχή αδειών εξόδου ώστε να συναναστραφεί και με άτομα εκτός νοσοκομείου .
- ◆ Συνέχιση της υποστήριξης και παρακολούθησης της εφαρμογής της φαρμακευτικής θεραπευτικής αγωγής και παρέμβαση όταν ο άρρωστος εκδηλώνει ψυχαναγκαστικές πράξεις .<sup>20</sup>

### Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας

Κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος δεν μπορεί να εκφράσει λεκτικά ή να επικοινωνεί λεκτικά με τους άλλους , κατά τρόπο κοινωνικά παραδεκτό. Αίτια αυτής της κατάστασης μπορεί να είναι : διαταραχές της σκέψης ( αυτισμός, παραληρητικές ιδέες) , αισθητηριακές/ αντιληπτικές διαταραχές ( ψευδαισθήσεις ), έντονο άγχος μέχρι και πανικού , απόσυρση από το περιβάλλον και την πραγματικότητα. Χαρακτηριστικά μπορεί να είναι: ανικανότητα

λογικής ομιλίας , λεκτικές εκφράσεις ασύνδετες ( νεολεξίες, ηχολαλία, ασυναρτησία, σαλάτα λέξεων , συμβολικές αναφορές), μη λεκτικές εκφράσεις ή εκδηλώσεις ( ηχοπραξία, στερεότητες συμπεριφορές , αλλόκοτες χειρονομίες-στάσεις-μορφασμοί ), πτωχεία λόγου ή σιωπηλότητα ( αλαλία).<sup>7</sup>

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ◆ Συνεχιζόμενη εκτίμηση του τύπου και του βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας.
- ◆ Εκδήλωση αναγνώρισης της δυσκολίας που έχει ο άρρωστος να επικοινωνήσει . Έτσι ο νοσηλευτής δείχνει συμπάθεια , εμπνέει εμπιστοσύνη κι έτσι ελαττώνει το άγχος του ασθενή και τον ενθαρρύνει να συγκεντρώσει την προσοχή του στην προσπάθεια να επικοινωνήσει με κατανοητό τρόπο.
- ◆ Δημιουργία ήρεμου περιβάλλον για την επικοινωνία με τον άρρωστο , έτσι ώστε να αισθάνεται ελεύθερος να εκφραστεί χωρίς τον φόβο της κριτικής.
- ◆ Αν ο ασθενής θέλει να εκφραστεί με άλλους τρόπους όπως ζωγραφική πρέπει ο νοσηλευτής να δείξει αποδοχή.
- ◆ Αποφυγή κατακριτικής στάσης , για αποφυγή αμυντικής συμπεριφοράς ο νοσηλευτής κάνει μια ήρεμη και απλή αναφορά της πραγματικότητας.
- ◆ Διδασκαλία του αρρώστου να ζητά τη βοήθεια του νοσηλευτή όταν αρχίζει και αισθάνεται αυτή τη διαταραχή.
- ◆ Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής αγωγής.<sup>3</sup>

### Διαταραχή συμπεριφοράς

Κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει αμυντική και εχθρική συμπεριφορά στην προσπάθεια προστασίας της αυτοεκτίμησής του. Αίτια αυτής της κατάστασης μπορεί να είναι : έντονο άγχος- χαμηλή αυτοεκτίμηση ,διαταραχή διεργασιών σκέψης και αντίληψης, αίσθημα απειλής που τον οδηγούν σε καχυποψία και δυσπιστία ,παρερμηνεία της πραγματικότητας και διαταραχή επαφής με την πραγματικότητα, ανικανότητα εκπλήρωσης ατομικών αναγκών με κατάλληλη επικοινωνία, αδυναμία εκδήλωσης των συναισθημάτων του. Χαρακτηριστικά μπορεί να είναι : υπερευαισθησία στις αρνητικές κριτικές, προβολή κατηγοριών και εχθρικότατες στους άλλους, ιδέες μεγαλείου , κοινωνική απόσυρση , εχθρικό γέλιο και κοροϊδία των άλλων, παραλήρημα δίωξης , ιδέες αναφοράς και διακοπή θεραπείας με αμυντική συμπεριφορά.<sup>7,20</sup>

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ◆ Συνεχιζόμενη αναγνώριση και αξιολόγηση των χαρακτηριστικών που αναφέρθηκαν .
- ◆ Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς χωρίς κριτικές , ώστε να μην αισθανθεί απειλή ο άρρωστος και να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση συνεργασίας μεταξύ τους.



- ◆ Επισήμανση ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο στον άρρωστο που εκδηλώνει δυσπιστία και καχυποψία .
- ◆ Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε παραλήρημα αποφεύγονται επιθέσεις ή προκλήσεις από τον νοσηλευτή , διότι θα ωθήσει στη δικαιολογία ,υπεράσπιση και υποστήριξη του παραληρήματος για να διατηρήσει την αυτοεκτίμηση του.
- ◆ Προσπαθεί ο νοσηλευτής να έχει συχνές ομαλές επικοινωνίες μαζί του και να συζητάει θέματα που αφορούν την πραγματικότητα . Μ' αυτό τον τρόπο αυξάνεται περισσότερο η εμπιστοσύνη και ενθαρρύνεται η βασισμένη στην πραγματικότητα σκέψη και μειώνεται η αμυντική συμπεριφορά.
- ◆ Ενθάρρυνση του αρρώστου για τα εξής : συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες ( έτσι εκτονώνει το άγχος , κατανοεί τους στρεσογόνους παράγοντες ) , να επιλέγει απασχολήσεις στις οποίες επιτυγχάνει και προσελκύει την επιδοκιμασία των άλλων( αυξάνεται έτσι η αυτοεκτίμηση του).
- ◆ Εκδήλωση ενδιαφέροντος και φροντίδας, αποφεύγοντας όμως το άγγιγμα με τα χέρια όταν ο άρρωστος είναι σε κατάσταση παράνοιας , διότι μπορεί να παρερμηνευθεί και να τον θυμώσει .
- ◆ Ακόμα κι όταν ο άρρωστος βρίζει ή προσβάλλει τους γύρω του , ο νοσηλευτής πρέπει να αποφύγει τις απειλές ή χρήση βίας , διότι μπορεί να αντιδράσει επιθετικά για να προστατέψει τον εαυτό του .
- ◆ Δημιουργία ενός πλάνου που θα αναφέρονται οι σωστές συμπεριφορές ,τα αναμενόμενα αποτελέσματα , μέθοδοι επιτυχίας τους , καθώς και συνέπειες των απαράδεκτων συμπεριφορών με σαφείς και συγκεκριμένες εκφράσεις .
- ◆ Τοποθέτηση ορίων με ήρεμο, ευθύ, απλό αλλά σταθερό τρόπο , όταν ο άρρωστος εκδηλώνει ανεξέλεγκτες συμπεριφορές . Με σκοπό η πρόληψη βλάβης στον ίδιο και στους άλλους και των επακόλουθων αισθημάτων ενοχής .
- ◆ Συνέχιση υποστήριξης της εφαρμογής της νοσηλευτικής και ιατρικής αγωγής. <sup>3</sup>

### Αναποτελεσματική αντιμετώπιση του αρρώστου .

Είναι μια κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά της οικογένειας ή ενός σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική στο χειρισμό του αρρώστου και των συνεπειών της ψυχικής του διαταραχής. Τα αίτια αυτής της κατάστασης μπορεί να είναι: οι αμφίθυμες οικογενειακές σχέσεις , η ανικανότητα των σημαντικών προσώπων να εξωτερικεύσουν αισθήματα ενοχής , θυμού, απογοήτευσης , απελπισίας και η αντίσταση ή άρνηση της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα και θεραπεία του αρρώστου. Χαρακτηριστικά μπορεί να είναι : έλλειψη γνώσεων της οικογένειας για την αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου, η ανάγκη για αγάπη και συμπόνια του αρρώστου που δεν του τα προσφέρει , ανάπτυξη εκ μέρους του αρρώστου αδυναμίας , αδράνειας και εξάρτησης από την οικογένεια και την κοινότητα, αποδιοργανωμένες οικογενειακές σχέσεις, εμφάνιση σημείων ψυχικής διαταραχής ( π.χ. επιθετικότητα προς την οικογένεια ). <sup>7</sup>

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις .

- ◆ Αρχικά πρέπει να εκτιμηθεί το επίπεδο λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου στο μέλος της.
- ◆ Εκτίμηση της ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα του αρρώστου.
- ◆ Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρικότητα, ανησυχία, άγχος, υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή. Η ανάρρωση του αρρώστου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας.
- ◆ Ενημέρωση της οικογένειας για την βαρύτητα της κατάστασης και επιστράτευση της συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην κοινότητα.
- ◆ Συμμετοχή και της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία, σε βιβλιογραφικές και ερευνητικές ανακοινώσεις και οπωσδήποτε σε θεραπευτικές επικοινωνίες με τον άρρωστο. Ακόμα, ενθάρρυνση της για συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς.
- ◆ Τέλος, πληροφόρηση της οικογένειας για τις δομές υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα, σε περίπτωση που χρειαστούν βοήθεια για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του αρρώστου όταν οξύνονται. Μ' αυτό τον τρόπο η οικογένεια δεν νιώθει μόνη της και αδύναμη.

#### 4.3 Αξιολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

**Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι όταν ο ασθενής βγει από το νοσοκομείο να έχει φθάσει στο σημείο ώστε:** <sup>7,20</sup>

- ◆ να διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον
- ◆ μπορεί να αναγνωρίζει την πραγματικότητα
- ◆ να εκδηλώνει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης της αντίληψης, του συναισθήματος και στη συμπεριφορά
- ◆ να θέλει να συζητήσει με το προσωπικό αυτά που τον ενοχλούν και να αναφέρεται σε ρεαλιστικά σχέδια
- ◆ αναγνωρίζει αλλαγές στη σκέψη και συμπεριφορά του
- ◆ να αναγνωρίζει τις παραληρητικές ιδέες και να τις χειρίζεται αποτελεσματικά
- ◆ να διατηρεί τον προσανατολισμό του στη πραγματικότητα και να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.
- ◆ να ζητάει ο ίδιος σχέσεις με άλλους ανθρώπους
- ◆ συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλους (στο τμήμα, σε γεύματα, ασκήσεις, χειροτεχνίες)
- ◆ να νιώθει ευχαρίστηση όταν συναναστρέφεται με άλλους.
- ◆ κατανοεί το πρόβλημα επικοινωνίας που έχει και αναγνωρίζει τον στρεσογόνο παράγοντα που ευθύνεται
- ◆ χρησιμοποιεί κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας

- ◆ εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με: συνοχή, σκοπό και νόημα, βασισμένα στην πραγματικότητα, προσπαθεί να ελαττώνει και να διαχειρίζεται το άγχος του με διάφορες στρατηγικές.
- ◆ χρησιμοποιεί στρατηγικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του με λογικό και προσαρμοστικό τρόπο
- ◆ δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό του τμήματος
- ◆ εκφράζει με λεκτικό τρόπο τα συναισθήματα του
- ◆ εκτονώνεται με σωματική άσκηση ομαδικές δραστηριότητες
- ◆ μειώνει την καχυποψία και την υπερευαισθησία
- ◆ επικοινωνεί με όμορφο τρόπο με τους άλλους.

*Τέλος, ένας νοσηλευτής πρέπει να αξιολογήσει αν επιτύχανε οι σκοποί. Αξιολογεί αν ο άρρωστος :* <sup>20</sup>

- Αναγνωρίζει τα συναισθήματα άγχους και χρησιμοποιεί τα απαραίτητα μέτρα για να μειώσει την ανησυχία του.
- Διατηρεί την προσωπική του υγιεινή.
- Ακολουθεί το σχεδιασμένο πρόγραμμα όσον αφορά τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Επικοινωνεί χωρίς ενδείξεις χαλαρών συνειρμών .
- Διαφοροποιεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του που προέρχονται από τον εσωτερικό του κόσμο ή αυτών από το εξωτερικό περιβάλλον .
- Παρουσιάζει μειωμένο ή ελεγχόμενο βαθμό μαγικής σκέψης , παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων.
- Έχει βελτιωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα άτομα .
- Εκφράζει τα συναισθήματα του για κάθε περίπτωση.
- Δείχνει μειωμένη καχυποψία , αρνητικότητα και θυμό.
- Αναγνωρίζει τα θετικά στοιχεία του εαυτού του.
- Συμμετέχει στο θεραπευτικό πλάνο και συμφωνεί να ακολουθήσει την θεραπεία του.
- Ο ασθενής και η οικογένειά του χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για την ασθένεια, το θεραπευτικό πλάνο , τα συμπτώματα και την διαχείριση των κρίσιμων φάσεων σε μια συνεχιζόμενη διαδικασία.

Σημαντικό ρόλο παίζουν και τα σημαντικά για τον άρρωστο οικογενειακά πρόσωπα , για αυτό πρέπει να αξιολογηθούν για τα εξής: αν μπορούν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας του αρρώστου, να αναγνωρίζουν τις ευθύνες που έχουν γύρω από την θεραπεία, να περιγράφουν ανοικτά και συχνά τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους( σχετικά με την ευθύνη της θεραπείας ).

#### **4.4 Νοσηλευτικές ευθύνες στη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων**

Οποιοδήποτε κι αν είναι το φάρμακο, είναι καθήκον του νοσηλευτή να εξοικειωθεί με όσα είναι γνωστά για τη δράση και τις δυνατότητές του. Πρέπει να γνωρίζει τα εξής : <sup>1,7</sup>

- 1) Την ακριβή δόση χορήγησης και τη μεγαλύτερη δόση που μπορεί να δοθεί κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες.
- 2) Τον τρόπο χορήγησης και οτιδήποτε σχετίζεται με αυτόν.
- 3) Τις αναμενόμενες επιδράσεις του φαρμάκου.
- 4) Οποιαδήποτε πιθανή αρνητική επίπτωση θα μπορούσε να προκαλέσει το φάρμακο στον ασθενή.

##### **4.4.1 Πριν από την έναρξη της αντιψυχωτικής αγωγής**

- Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του ασθενή.
- Συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου , ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.
- Εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων.
- Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικά με : συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίες του εντέρου, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, βάρος του σώματος , ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης
- λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες.
- Διατύπωση πρωτοκόλλου με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλευτή, στο οποίο αναφέρονται οι εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης φαρμάκου ( από το στόμα, με ένεση), επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα του αρρώστου, οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης, πληροφόρηση του αρρώστου σχετικά με τα φάρμακα που θα του δοθούν, ανάλογα με το διανοητικό και αμυντικό λειτουργικό του επίπεδο. <sup>15</sup>

##### **4.4.2 Κατά την περίοδο χορήγησης της αντιψυχωτικής αγωγής**

- Παρακολούθηση και αξιολόγηση των οργανικών και ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενούς προς τα φάρμακα που λαμβάνει.
- Σχεδιασμός προγράμματος παρακολούθησης την εμφάνιση όψιμων αντιδράσεων( ηπατικές, αιματολογικές και ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα ).
- Διδασκαλία του ασθενή για το πώς να παρακολουθεί ο ίδιος τον εαυτό του για τη λήψη ή αναγνώριση επιπλοκών.
- Εφαρμογή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης.
- Καταγραφή και ενημέρωση της κάρτας νοσηλείας των χορηγούμενων φαρμάκων ,των θεραπευτικών δράσεων και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Έτσι είναι ενήμερη όλη η

θεραπευτική ομάδα και εξασφαλίζεται συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Η αμέλεια της τεκμηρίωσης αυτής αποτελεί και ποινική ευθύνη του νοσηλευτή.

- Προσεκτική επίβλεψη για να βεβαιωθεί ο νοσηλευτής ότι ο άρρωστος έλαβε το φάρμακο του.
- Προσοχή στα ηλικιωμένα άτομα ,πρέπει να χορηγούμε σε χαμηλότερες δόσεις. <sup>9</sup>

#### **4.4.3 Κατά τον τερματισμό της αντιψυχωτικής αγωγής**

- Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για την διακοπή της αγωγής.
- Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη με συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς.
- Πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων .
- Σταθερό σύστημα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.
- Σε ετοιμότητα, για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. Διδασκαλία του αρρώστου για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

#### **4.4.4 Παρεμβάσεις στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων**

Εάν εμφανιστούν εξωπυραμιδικές αντιδράσεις ή όψιμη δυσκαμψία ο νοσηλευτής μαζί με τον ψυχίατρο αποφασίζουν ότι πρέπει να μειώσουν τη δόση του φαρμάκου που τα προκάλεσε ή πρέπει να χορηγήσουν αντιπαρκινσονικό φάρμακο ( π.χ. akineton ). Ο άρρωστος ανησυχεί και για αυτό πρέπει να βεβαιωθεί ότι τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ορθοστατική υπόταση πρέπει να ξαπλώσει στο κρεβάτι και να διδαχθεί πώς να αλλάζει θέσεις αργά και να κατεβάζει πρώτα τα πόδια του απ' το κρεβάτι για 5' λεπτά πριν σηκωθεί όρθιος για την πρόληψη λιποθυμίας και πτώσης. Εάν ζαλίζεται πρέπει να παραμένει ξαπλωμένος ή να σηκώνεται μόνο με συνοδεία.<sup>7,9</sup>

Η δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται με δίαιτα που περιέχει άφθονες ίνες ( χόρτα) , λήψη υγρών και υποτακτικά φάρμακα.

Με τη λήψη υγρών, μάσημα σίχλας και καλή υγιεινή στόματος αντιμετωπίζεται η ξηροστομία.

Σε περίπτωση φωτοφοβίας συστήνονται σκούρα γυαλιά ή ελάττωση του φωτισμού του θαλάμου .

Άρρωστοι που παίρνουν παράγωγα φαινοθειαζίνης (π.χ. Largactil ) μπορεί να παρουσιάσουν φωτοτοξική μελάγχρωση του δέρματος όταν εκτεθούν στο ηλιακό φως. Προειδοποιούνται να χρησιμοποιούν αντηλιακά ενδύματα, γυαλιά, ομπρέλα και να αποφεύγουν όσο μπορούν την έκθεση στον ήλιο.

Πρέπει τα ψυχοτρόπα φάρμακα να φυλάσσονται επειδή είναι τοξικά και μπορεί να χρησιμοποιηθούν για αυτοκτονία.

Κατά τη χορήγηση των φαρμάκων στους αρρώστους, επιβάλλεται προσεκτική επίβλεψη εκ μέρους του υπευθύνου νοσηλευτή για να βεβαιωθεί ότι τα πήραν πράγματι. Ιδιαίτερος ελέγχεται ακόμη και η στοματική κοιλότητα για επιβεβαίωση της κατάποσης, αν ο άρρωστος είναι παιδί, ηλικιωμένος, εξασθενημένος ή αντιστέκεται στη θεραπεία.

Η παράλειψη μιας ή περισσοτέρων δόσεων ενός φαρμάκου θα πρέπει να αναγράφεται στο φύλλο νοσηλείας έτσι ώστε να ενημερώνονται όλοι οι επαγγελματίες υγείας.

Οι ψυχίατροι των εξωτερικών αρρώστων, τους συντογραφούν μικρές ποσότητες φαρμάκου για να προλαμβάνεται η εφάπαξ λήψη μεγάλης ποσότητας και να επανέρχονται συχνά για νέα συνταγή, οπότε επανεκτιμούνται η κατάστασή τους και οι φαρμακευτικές τους ανάγκες. <sup>15</sup>

#### **4.5 Γενικές αρχές για την νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων με σχιζοφρένεια**

- Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου
- Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
- Επιβεβαίωση της ταυτότητάς του
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα
- Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός
- Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
- Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του
- Προώθηση της συμμόρφωσης του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή
- Βοήθεια στο να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες
- Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας
- Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπό/ υπερκινητικότητα)
- Ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς
- Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειάς του
- Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει, να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα.
- Συνέπεια στη συμπεριφορά μας, στάση θετική που να ελαττώνει την σύγχυσή του.
- Προσφορά προτύπου: η σωστή συμπεριφορά μας, η αξιοπρεπής εμφάνιση μας, η αυτοκυριαρχία μας και η καλή μας διάθεση θα αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για τον ασθενή. <sup>7,9</sup>

#### **4.6 Διδασκαλία του αρρώστου για την φαρμακοθεραπεία**

Η διδασκαλία του αρρώστου διευκολύνει και προάγει τη συμμόρφωση του στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Αρχικά, πρέπει να εκτιμηθεί η ψυχική του κατάσταση και το επίπεδο κατανόησής του, οι προηγούμενες αντιδράσεις προς φάρμακα και η συμμόρφωσή του ή μη στη λήψη τους. Στη συνέχεια καταστρώνεται εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας και πλήρους ενημέρωσης που περιλαμβάνει τα παρακάτω: <sup>19</sup>



- 1) Πληροφόρηση του ασθενή και της οικογένειας του για την φαρμακευτική αγωγή που θα συνεχιστεί και στο σπίτι.
- 2) Βεβαίωση ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν αυτή την ευθύνη και ψυχολογική υποστήριξη.
- 3) Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, το όνομα , τη δόση, τις ώρες χορήγησης , επιθυμητή δράση φαρμάκου καθώς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.
- 4) Κάθε περιεργό αίσθημα θα πρέπει να το αναφέρουν στον νοσηλευτή η στον γιατρό τους. Ιδιαίτερα σημαντικά που πρέπει να αναφέρονται είναι ο πόνος στο λαιμό, πυρετός, ασυνήθιστη αιμορραγία, αδυναμία, δερματικό εξάνθημα, μυϊκοί σπασμοί, διαταραχές της όρασης , ίκτερος , άχρωμες κενώσεις , σκούρο χρώμα των ούρων και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις.
- 5) Τον συμβουλεύουμε να μην μοιράζεται τα φάρμακα του με άλλους και να τα διατηρεί κλειστά μακριά από τα παιδιά.
- 6) Υπενθύμιση στον άρρωστο να ακολουθεί το θεραπευτικό σχήμα .
- 7) Τονίζουμε στον άρρωστο ότι δεν πρέπει να καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά, διότι το αλκοόλ είναι κατασταλτικό και τα φάρμακα ήδη προκαλούν καταστολή από μόνα τους στο ΚΝΣ.
- 8) Σύσταση να μην λαμβάνει συγχρόνως κι άλλα φάρμακα( ασπιρίνη, αντιισταμινικά) εκτός ιατρικής οδηγίας.
- 9) Πρέπει να τηρεί τα ραντεβού του με τον γιατρό στα εξωτερικά γραφεία.
- 10) Συμβουλευόμαστε την οικογένεια να αναλάβει την ευθύνη της χορήγησης, αν ο άρρωστος αδυνατεί να συμμορφωθεί.
- 11) Πρέπει επίσης να ενημερωθούν ότι σε περίπτωση που κάποια φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αποτελεσματική, υπάρχουν και άλλα εναλλακτικά σκευάσματα .
- 12) Σύσταση σωματική άσκησης και διατροφής που μπορεί να χρειαστούν .
- 13) Πληροφόρηση του ασθενή για τα εξής : α) αν λαμβάνει θεραπεία με κλοζαπίνη , θα πρέπει να υποβάλλεται σε συχνές αιμοληψίες για τον έλεγχο του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων β) ίσως χρειαστεί να κάνει δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης, γιατί η ολανζαπίνη και η κλοζαπίνη την αυξάνουν στο αίμα .<sup>7,19</sup>

#### **4.7 Εκπαιδύοντας οικογένειες στις οποίες υπάρχει σχιζοφρενικό μέλος**

Οι ειδικοί σε θέματα ψυχικής υγείας μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα: Ενημερώνουμε την οικογένεια για την βιολογική βάση της σχιζοφρένειας : η σχιζοφρένεια είναι μια εγκεφαλική διαταραχή που επηρεάζει όλο το φάσμα των λειτουργιών του ατόμου. Δεν έχει διαπιστωθεί κάποιος μοναδικός παράγοντας που ευθύνεται για την συγκεκριμένη νόσο ,αλλά οι έρευνες καταδεικνύουν γενετικούς παράγοντες, αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου

καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα στρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις (ο άρρωστος ακούει φωνές), παραισθήσεις, επικοινωνία που είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή από τους άλλους, περιορισμένη επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα.

Ενημερώνουμε την οικογένεια για την θεραπεία και τις ενθαρρύνουμε να στηρίζουν το άρρωστο μέλος τους στην αναζήτηση θεραπείας: αντιψυχωτική αγωγή η οποία καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό είναι απολύτως απαραίτητο να λαμβάνεται από τον ασθενή. Οι παρενέργειες εμφανίζονται συχνά και μπορούν να ελεγχθούν, εφόσον αναφερθούν στον θεράποντα.<sup>13</sup>

Ενημερώνουμε τους συγγενείς του ασθενή για το πώς να χειριστούν τα συμπτώματα της νόσου: είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνεται καταγραφή των παραγόντων που αυξάνουν το άγχος του ασθενή, ούτως ώστε να εφαρμόζονται τα κατάλληλα μέτρα για την μείωση του στρες. Δεν πρέπει να συμφωνούν οι συγγενείς με τις παράλογες ιδέες του αρρώστου αλλά να τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να επισημαίνουν στις οικογένειες με σχιζοφρενικό μέλος πόσο σημαντικής σπουδαιότητας είναι να είναι εξαιρετικά δεμένες συναισθηματικά αλλά και να τις παραπέμπουν σε οργανωμένα εκπαιδευτικά ή ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα στα οποία θα μπορούν να ενημερωθούν σχετικά με την ασθένεια και την θεραπεία της, όπως επίσης και να δεχθούν υποστηρικτική βοήθεια.

Επιπλέον πληροφορίες: ενθαρρύνουμε τα μέλη των οικογενειών να εκφράζουν τα συναισθήματα τους με τους ειδικούς καθώς και το πώς να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Με αυτόν τον τρόπο, θα είναι σε θέση να προσφέρουν περισσότερα πράγματα στο πάσχον μέλος.<sup>11</sup>

#### **4.8 Δεοντολογικές και ηθικές αξίες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας**

Δεοντολογία ονομάζεται εκείνο το σύστημα ηθικής για το οποίο ηθικές πράξεις είναι οι πράξεις σύμφωνα με το καθήκον και ανεξάρτητα από το ποιες μπορεί να είναι οι συνέπειες (για αυτόν που εκτελεί το ηθικό καθήκον ή και συνολικά). Η δεοντολογική ηθική αντιπαρατίθεται συνήθως με τη συνεπειοκρατική ηθική, και συχνά θεωρείται ότι διορθώνει την τάση της συνεπειοκρατίας να μοιάζει με μια κατά περίπτωση ηθική ή να καταλήγει να αποδέχεται ότι "ο σκοπός αγιάζει τα μέσα".<sup>18</sup>

Δεοντολογία είναι η επιστήμη των καθηκόντων. Όσο περισσότερο ένα έργο ασχολείται με τον άνθρωπο τόσο η δεοντολογία του είναι περισσότερο απαιτητική και επιτακτική. Σκοπός της νοσηλευτικής δεοντολογίας είναι να εφοδιάσει τον νοσηλευτή με ένα αξιολογικά πλαίσιο αναφοράς, ως πυξίδα προσανατολισμού για τις υπεύθυνες κρίσεις, επιλογές, αποφάσεις στάσεις και πράξεις του στην καθημερινή εργασία. Η εργασία του μπορεί να είναι κλινική, συμβουλευτική, διοικητική, διδακτική, συγγραφική, ερευνητική. Είναι, δηλαδή μια συμβολή στην πρόληψη της αρρώστιας, τη νοσηλευτική φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση του αρρώστου, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

### ***Βασικές δεοντολογικές αρχές στο χώρο της ψυχικής υγείας.<sup>7</sup>***

- ✚ Προστασία του ατόμου από κάθε σωματική ή ψυχική καταπόνηση, βλάβη , αναπηρία ή θάνατο.
- ✚ Τήρηση ανωνυμίας και εχεμύθειας σε περίπτωση χειρισμού εμπιστευτικών πληροφοριών.
- ✚ Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των μελετουμένων ψυχικά αρρώστων, νοητικά καθυστερημένων, βαριά πασχόντων, φυλακισμένων, παιδιών , ηλικιωμένων.
- ✚ Εξασφάλιση πληροφορημένης συγκατάθεσης του ατόμου για τη μελέτη ή του κηδεμόνα του αν το ίδιο έχει διαταραχή ή παντελή έλλειψη κριτικής ικανότητας.
- ✚ Κατά την πορεία της έρευνας ,το άτομο που μελετάται πρέπει να είναι ελεύθερο να διακόψει τη συμμετοχή του , αν φοβηθεί ή κουραστεί, χωρίς αυτό να έχει επιπτώσεις στη συνέχιση της φροντίδας του.
- ✚ Ο ερευνητής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας πρέπει να διαθέτει ακέραιο ήθος και σθένος για να διακόψει την έρευνα σε οποιοδήποτε σημείο ,όταν υπάρχουν υπόνοιες ή ενδείξεις ότι η συνέχιση της πιθανόν να καταλήξει σε βλάβη , αναπηρία ή θάνατο του ατόμου που μελετάται .
- ✚ Ο νοσηλευτής πρέπει να πληροφορείται από τον υπεύθυνο ερευνητή τους πιθανούς κινδύνους και τους τρόπους αναγνώρισης και αντιρρόπησης ενδεχομένων βλαπτικών επιδράσεων.

### ***Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.<sup>22</sup>***

Κάθε νοσηλευτής που αποτελεί μέλος της νοσηλευτικής ομάδας ψυχικής υγείας έχει την ευθύνη για τα εξής :

- Συμβάλλει στην προστασία , διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου, της οικογένειας και του κοινού.
- Διατηρεί και χρησιμοποιεί τις ειδικές ψυχοθεραπευτικές του ικανότητες στην παροχή άριστης ολικής φροντίδας της ψυχικής υγείας.
- Αυξάνει τις επιστημονικές γνώσεις και κλινικές του δεξιότητες με συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Σέβεται τους ψυχικά αρρώστους και τους νοσηλεύει με θερμό ενδιαφέρον χωρίς διακρίσεις και ανεξάρτητα από το χρώμα , φυλή , θρησκεία, την κοινωνικο - οικονομική κατάσταση και τη βαρύτητα της αρρώστιας τους.
- Ότι κι αν παρατηρήσει ή του εμπιστευτεί ο άρρωστος πρέπει να τηρήσει το νοσηλευτικό απόρρητο. Εξαίρεση αποτελούν ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή βλάβης των άλλων και η μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή .
- Υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων.
- Καταγγέλλει τυχόν ανικανότητα ή μη ηθική συμπεριφορά και παραβίαση των δικαιωμάτων των αρρώστων από μέλη του προσωπικού υγείας , στις αρμόδιες αρχές ή όργανα .
- Ακολουθεί πιστά αρχές , κανονισμούς και νόμους που σχετίζονται με την υπεύθυνη και αξιόπιστη άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.

- Αναλαμβάνει ευθύνη ως ενδιαφερόμενος πολίτης για την οργάνωση , προσιτότητα και αξιολόγηση υπηρεσιών με σκοπό την αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας της κοινότητας.
- Αποφεύγει κάθε ανάμιξη σε πρακτικές που παραβιάζουν τον κώδικα των ηθικών καθηκόντων.

Στην εποχή μας που η επιστήμη και η τεχνολογία εξελίσσονται ταχύτατα και υπάρχει κρίση των ηθικών αξιών, ο κλάδος της ψυχιατρικής διακρίνει τα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα και χαράζει δεοντολογικές κατευθύνσεις.

# ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5***

## 5.1 Η νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική

Αν κάποιο μέλος της οικογένειας υποψιάζεται ότι κάποιο άλλο μέλος της πάσχει από σχιζοφρένεια, είναι απαραίτητο να τον πείσει να επισκεφτεί ένα γιατρό. Αυτό είναι τρομερά δύσκολο, διότι άτομα που αρρωσταίνουν ψυχικά συχνά αρνούνται να παραδεχθούν ότι είναι άρρωστα. Η ιατρική όμως αντιμετώπιση κρίνεται απαραίτητη. Έτσι η παρουσία και μόνο ενός συγγενικού προσώπου που θα ενθαρρύνει τον ασθενή και θα τον βοηθήσει είναι ουσιαστική έως ότου φθάσει ιατρική βοήθεια και εισαχθεί στο νοσοκομείο, όπου πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες εξετάσεις για τον αποκλεισμό σωματικής νόσου, πχ όγκος του εγκεφάλου.

Πραγματοποιείται ειδική προσπάθεια για να αποφευχθεί η νοσηλεία του ασθενούς με υποστήριξη της λειτουργίας του εξωνοσοκομειακά. Επομένως, μεγάλης σημασίας αποτελεί η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι το οποίο οικεί ο σχιζοφρενικός ασθενής με την οικογένεια του, στον ξενώνα, στο οικοτροφείο, που στηρίζεται από επαγγελματίες υγείας. Η ταχύτατη παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ή να υπάρξει ολιγοήμερη παραμονή σε αυτό. Ενδείξεις για νοσηλεία στο νοσοκομείο αποτελεί ο κίνδυνος ο ασθενής να βλάψει τον εαυτό του ή και τους γύρω του, η αδυναμία αυτοφροντίδας του, η έλλειψη υποστήριξης από οικογένεια, φίλους, θεραπευτές, εργασία. Όσο πιο ψυχωτικός και διεγερτικός είναι ένας ασθενής τόσο αυξάνεται η αναγκαιότητα για ταχεία νοσηλεία και καταστολή της ψύχωσης-διέγερσης. Αφού ο ασθενής εισαχθεί στο ψυχιατρικό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα τον καθησυχάσει και θα ελαττώσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος με ένα θάλαμο απομόνωσης. Εάν παρόλα αυτά δεν ηρεμήσει, τότε το προσωπικό θα προχωρήσει σε ένα συνδυασμό με αντιψυχωσικά φάρμακα.<sup>25</sup>

Είναι πάντοτε απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο;

Οι περισσότεροι άνθρωποι δε δέχονται με ευχαρίστηση να αφήσουν τα σπίτια τους και να εισαχθούν για νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο ή ψυχιατρείο.

Γιατί ο σχιζοφρενής εισάγεται στο ψυχιατρείο; Ο γιατρός μπορεί να συστήσει εισαγωγή στο ψυχιατρείο γιατί ο άρρωστος έχει κάποια οξεία και σοβαρή πάθηση, που χρειάζεται εντατική παρατήρηση και φροντίδα. Ή επίσης γιατί ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν ακόμη και υπάρχει φόβος για την προσωπική του υγεία και ασφάλεια. Νοσηλεία μπορεί να χρειάζεται ένα άτομο, που εμφανίζει παράξενη και βίαιη συμπεριφορά και είναι δύσκολο να προβλεφθεί ο κίνδυνος για πρόκληση βλαβών στον εαυτό του ή στους άλλους. Για την εισαγωγή κάποιου ατόμου στο νοσοκομείο χρειάζεται να συμφωνήσει και το ίδιο το άτομο. Αν τυχόν διαφωνεί και κρίνεται ότι παραμένοντας εκτός νοσοκομείου υπάρχει κίνδυνος για αυτοτραυματισμό ή τραυματισμό των άλλων, τότε μπορεί να αποφασίσει ο γιατρός την είσοδό του, έστω και χωρίς την δική του συγκατάθεση.<sup>19</sup>

Η αρχική εξέταση

Με την εισαγωγή του, ο άρρωστος υποβάλλεται σε φυσική –σωματική και σε ψυχιατρική εξέταση από γιατρό. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει :μέτρηση μικροβιολογικές εξετάσεις όπως μέτρηση σακχάρου και ουρίας αίματος, ακτινογραφίες θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ή και άλλες πιο ειδικές εξετάσεις ανάλογα με την κατάσταση και τα συμπτώματα του καθενός ατόμου. Μπορεί να γίνουν



ερωτήσεις για την έναρξη και την πορεία της αρρώστιας, τις σχέσεις της οικογένειας, τις συνθήκες στη δουλειά και στο σχολείο, προηγούμενες ασθένειες και είδος θεραπείας. Γίνεται κυρίως προσπάθεια από τον γιατρό να καταλάβει πώς λειτουργεί το μυαλό του αρρώστου και ποια τα συναισθήματα του. Αυτό πετυχαίνεται με την παρατήρηση και με μερικές ερωτήσεις εκ των οποίων άλλες είναι πιο απλές και διερευνητικές και άλλες πιο προσωπικές. Μπορεί επίσης, να ζητηθούν πληροφορίες από τους συγγενείς και φίλους που συνοδεύουν τον άρρωστο, κάτι που μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση της αρρώστιας και των κοινωνικών σχέσεων του ασθενή .

#### Επισκεπτήριο

Στα περισσότερα ψυχιατρεία, δεν ισχύει συγκεκριμένο ωράριο επισκέψεων. Περιορισμοί ίσως θα μπορούσαν να υπάρξουν όταν η επίσκεψη γίνεται στην διάρκεια δραστηριοτήτων , θεραπευτικών προγραμμάτων, φαγητού ή ύπνου. Μερικές φορές, κάποια επίσκεψη μπορεί α διαταράξει έντονα τον άρρωστο ή και τον επισκέπτη, οπότε αποφασίζεται η προσωρινή αναστολή των επισκέψεων, ή ο περιορισμός της διάρκειάς τους.

#### Άδειες εξόδου

Είναι δυνατόν, σε αρρώστους που η πάθησή τους δεν είναι τόσο βαριά , να δίνονται άδειες , για να ζήσουν έξω από το ψυχιατρείο για 1-2 και περισσότερες ημέρες με τη οικογένειά τους ή τους φίλους τους ή να παρευρεθούν σε κάποιο σπουδαίο οικογενειακό γεγονός. Η επιτυχία αυτών των εξόδων δείχνει και τον βαθμό βελτίωσης της κατάστασης του ασθενούς , καθώς και το πόσο έτοιμος είναι να ξαναρχίσει τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής. Μετά από κάθε έξοδο, είναι σημαντικό για τον άρρωστο να συζητά για το πόσο καλά τα κατάφερε. Όταν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα, δεν θα πρέπει να οδηγεί, να πει οινόπνευματώδη ποτά ή να πάει κοντά σε μηχανήματα, εκτός αν έχει πάρει άδεια από τον γιατρό του. Κάθε έξοδος βέβαια, δεν είναι πάντα σίγουρο, ότι θα περάσει χωρίς να δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα. Για αυτό, αν τυχόν ο άρρωστος αισθάνεται ανησυχία, ή η συμπεριφορά του διαταράσσεται και υπάρχει κίνδυνος για τον ίδιο ή τους άλλους γύρω του, τότε είναι προτιμότερο να γυρίσει στο ψυχιατρείο νωρίτερα.<sup>25</sup>

## **5.2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ**

Βίαιος ασθενής θεωρείται ο ασθενής ο οποίος εσκεμμένα και με την θέληση του έχει ασκήσει σωματική βία ενάντια σε άλλους ή στον ίδιο του τον εαυτό. Ο βίαιος ασθενής αντιπροσωπεύει μια μοναδική πρόκληση στην αντιμετώπιση του, λόγω του ψυχολογικού άγχους που προκαλεί το νοσηλευτικό προσωπικό, της δυσκολίας στην σύναψη φυσιολογικής θεραπευτικής σχέσης ασθενούς-νοσηλευτή, της πολυπλοκότητας ιατρικών-ψυχιατρικών και κοινωνικών ζητημάτων που δημιουργεί και του καθήκοντος του νοσηλευτή από την άλλη πλευρά να διατηρήσει την τήρηση ασφαλείας.

1. Αναγνώριση βίαιου ασθενή
2. Άμεση εφαρμογή προφυλάξεων ασφαλείας για τον ασθενή, το προσωπικό, τους επισκέπτες και τους ασθενείς

- Άμεση κλήση του προσωπικού ασφάλειας του νοσοκομείου-συντονισμός ενεργειών με την τοπική αστυνομία
  - Εφαρμογή σχεδίου δράσης για την ασφάλεια
  - Κατάσχεση του οπλισμού υποχρεωτικά σε όλους τους κατόχους όπλων για λόγους ασφαλείας
3. Εφαρμογή μέτρων οικοδόμησης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς
    - Προστασία της ταυτότητας του ασθενούς από παρευρισκόμενους
    - Περιορισμός στην ροή πληροφόρησης προς τρίτους για την κατάσταση του ασθενούς
    - Μονωμένος χώρος εξέτασης ασθενούς
    - Περιορισμός επισκεπτηρίου
  4. Εξέταση, σταθεροποίηση και θεραπεία παθολογικών καταστάσεων
  5. Εκτίμηση ψυχοκοινωνικής κατάστασης ασθενούς
  6. Παροχή τρόπων για παρακολούθηση παθολογικών προβλημάτων
  7. Παραπομπή στην κατάλληλη υπηρεσία ψυχικής υγείας, ή κοινωνικής υπηρεσίας
  8. Καταγραφή δεδομένων-ευρημάτων-ενεργειών

Η σωματική καθήλωση του ασθενούς είναι ένα προβληματικό ζήτημα. Η σωματική καθήλωση έχει θέση όταν οι προφορικές τεχνικές είναι ανεπιτυχής ή ακατάλληλες να ελέγξουν ένα δυνητικά επιθετικό ασθενή. Η χρήση σωματικής καθήλωσης μπορεί να γίνει με ανθρώπινο τρόπο και μπορεί να διευκολύνει την διάγνωση και την θεραπεία προστατεύοντας παράλληλα τον ασθενή και το προσωπικό από πιθανό τραυματισμό.

Η τοξίκωση και η άρνηση εκχώρησης συγκατάθεσης στη θεραπεία περιπλέκουν ακόμη περισσότερο το νομικό πλαίσιο που διέπει τέτοιες καταστάσεις. Τα πρωταρχικά νομικά ζητήματα στη αντιμετώπιση επιθετικών και βίαιων ασθενών μπορεί να διαιρεθούν σε τρεις ομάδες:

- I. Τα δικαιώματα του ασθενούς
- II. Το καθήκον των επαγγελματιών υγείας
- III. Τα δικαιώματα τρίτων

Εάν ο ασθενής αρνείται την παροχή ιατρικής εξέτασης και θεραπείας, ο γιατρός πρέπει να προσδιορίσει εάν ο ασθενής είναι σε κατάλληλη κατάσταση και ικανός να λάβει τέτοια απόφαση. Η εκτίμηση της ικανότητας του ασθενούς για λήψη αποφάσεων είναι δύσκολή, και ο γιατρός πρέπει να χρησιμοποιήσει κάθε διαθέσιμο μέσον για να βοηθήσει στην κρίση του,

όπως δεύτερη γνώμη από άλλον γιατρό, ψυχιατρική εκτίμηση και νομική συμβουλή. Κατά την διάρκεια αυτής της διαδικασίας, εάν ο ασθενής χρειάζεται επείγουσα θεραπεία, από νομική άποψη, είναι καλύτερο να κλείνει κανείς προς την παροχή της θεραπείας. **Οι ενδείξεις για επείγουσα σωματική καθήλωση ή περιορισμό** είναι οι εξής:

- ✓ η πρόληψη επαπειλούμενης βλάβης από τρίτους
- ✓ η πρόληψη επαπειλούμενης βλάβης προς τον ασθενή
- ✓ η πρόληψη σοβαρής δυσλειτουργίας στην εφαρμογή θεραπείας ή σημαντικής ζημιάς προς τον περιβάλλοντα χώρο
- ✓ σαν μέρος ενός εξελισσόμενου θεραπευτικού προγράμματος τροποποίησης συμπεριφοράς

**Σε περίπτωση εφαρμογής σωματικής καθήλωσης πρέπει να πληρούνται κάποιοι βασικοί όροι συμπεριλαμβανομένων και των ακολούθων:**

- 1) προστασία και διατήρηση των δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας και της υγείας του ασθενούς
- 2) χρήση που βασίζεται στις εκτιμώμενες ανάγκες του ασθενούς
- 3) χρήση της ολιγότερο δυνατών περιοριστικής μεθόδου
- 4) ασφαλής τρόπος εφαρμογής και απομάκρυνσης του εξοπλισμού, καθήλωσης από καλά εκπαιδευόμενο και ικανό προσωπικό
- 5) παρακολούθηση και επανεκτίμηση του ασθενούς καθόλη την διάρκεια της σωματικής καθήλωσης
- 6) ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενούς κατά την διάρκεια της σωματικής καθήλωσης
- 7) σαφές χρονοδιάγραμμα εφαρμογής των ιατρικών εντολών για σωματική καθήλωση από ειδικευόμενο ιατρικό προσωπικό
- 8) καταγραφή της εφαρμογής της σωματικής καθήλωσης στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς.

Η εφαρμογή περιορισμού ή σωματικής καθήλωσης μπορεί να αντενδεικνύεται ως μέτρο αντιμετώπισης λόγω κλινικής σταθερότητας της κατάστασης τους ασθενή.

Πρέπει να καταγράφεται στον ιατρικό φάκελο η ιατρική εντολή για την εφαρμογή σωματικής καθήλωσης ή του περιορισμού και να εξηγείται ο λόγος για την ανάγκη εφαρμογής της.

Εάν ο ασθενής που πρόκειται να καθηλωθεί είναι γυναίκα, τότε τουλάχιστον ένα από τα μέλη της ομάδας καθήλωσης πρέπει να είναι επίσης γυναίκα για να αποφευχθούν κατηγορίες εναντίον των μελών της ομάδας για σεξουαλική κακοποίησης.

✚ Δίνεται η οδηγία στον ασθενή να συνεργαστεί και να ξαπλώσει στην εξεταστική κλίνη προκειμένου να εφαρμοστούν οι μάντες καθήλωσης

✚ Εάν δεν υπάρξει συνεργασία τότε μπορεί να απαιτηθεί άσκηση φυσικής δύναμης από τα μέλη της ομάδας. Κάθε μέλος της ομάδας καθλώνει ένα προκαθορισμένο μέλος του ασθενούς ασκώντας δύναμη στην κύρια άρθρωση του συγκεκριμένου μέλους. Ο συντονιστής της ομάδας ελέγχει της κεφαλή του ασθενούς

Η ομάδα καθήλωσης πρέπει να στελεχώνεται με αρκετά άτομα εκπαιδευμένα στην τεχνική της εφαρμογής της σωματικής καθήλωσης. Η ομάδα πρέπει να λάβει ειδική εκπαίδευση στις επιμέρους ενότητες των τεχνικών αποκλιμάκωσης της έντασης και στην ασφαλή και αποτελεσματική τεχνική εφαρμογή του εξοπλισμού σωματικής καθήλωσης βίαιων ασθενών.

### ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ

- ❖ Σημείωση της ώρας που δόθηκε η ιατρική εντολή για εφαρμογή καθήλωσης στον ιατρικό φάκελο του ασθενή
- ❖ Καταγραφή του λόγου για τον οποίο αποφασίστηκε η εφαρμογή σωματικής καθήλωσης
- ❖ Σωματική έρευνα όλων των καθηλωμένων ασθενών
- ❖ Τα προσωπικά αντικείμενα των ασθενών να καταγράφονται και να φυλάσσονται σε ασφαλές μέρος

Τα παρακάτω στοιχεία πρέπει να είναι καταγεγραμμένα στο ειδικό έντυπο καταγραφής ενεργειών εφαρμογής σωματικής καθήλωσης:

- 1) Ώρα εφαρμογής της σωματικής καθήλωσης
- 2) Αριθμός και θέση εφαρμογής των μάντων
- 3) Ζωτικά σημεία κάθε 30 λεπτά χ 2 , στην συνέχεια κάθε ώρα
- 4) Έλεγχοι περιφερικής νευραγγειακής ακεραιότητας κάθε 30 λεπτά χ 2 και στην συνέχεια κάθε ώρα
- 5) Καταγραφή προσφερόμενων υπηρεσιών υποστήριξης για διευκόλυνση του ασθενούς στην ούρηση, στην λήψη υγρών, τροφής και φαρμάκων
- 6) Καταγραφή της συμπεριφοράς του ασθενούς και της ανοχής του στην σωματική καθήλωση
- 7) Ώρα λύσης της σωματικής καθήλωσης

**Μετά την εφαρμογή καθήλωσης**

Μετά την επιτυχή εφαρμογή του εξοπλισμού καθήλωσης, ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται συχνά και περιοδικά γίνεται αλλαγή στα σημεία καθήλωσης για να αποφευχθούν νευραγγειακές επιπλοκές, όπως παρεμπόδιση κυκλοφορίας, έλκη από πίεση και παραισθησίες. Ο σωματικά καθηλωμένος ασθενής μπορεί να χρειαστεί να κατασταλεί προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο ραβδομυώλυσης λόγω της συνεχούς αντίστασης που προβάλλει ο ασθενής αντιπαλεύοντας τον εξοπλισμό καθήλωσης στην προσπάθεια του να απαλλαγεί από αυτόν. Η ύπαρξη ειδικού εντύπου καταγραφής των ενεργειών της διαδικασίας της σωματικής καθήλωσης και της παρακολούθησης του ασθενούς θεωρείται απαραίτητη.

Μετά από την διαδικασία εφαρμογής σωματικής καθήλωσης, η ομάδα πρέπει να εξετάζει την αποτελεσματικότητα της εφαρμοσθείσας διαδικασίας, εντοπίζοντας ελλείψεις ή λάθη με σκοπό την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ομάδας στο μέλλον. Η εκπαίδευση του προσωπικού σε καταστάσεις προσομοίωσης είναι σημαντικό μέτρο για την διατήρηση των επιδεξιοτήτων των μελών της ομάδας.

### **Χημική (Φαρμακευτική) καθήλωση**

Η χημική ή φαρμακευτική καθήλωση μπορεί να απαιτηθεί για να ελέγξει έναν διεγερτικό ασθενή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με την φυσική ή σωματική καθήλωση. Ταχεία καταστολή(ή με πιο άκομψα λόγια ταχύς νευροληπτισμός) είναι ο όρος με τον οποίο περιγράφεται ο ταχύς χημικός έλεγχος της κατάστασης ενός διεγερτικού ασθενούς.

Η φυσική ή σωματική καθήλωση από μόνη της, ειδικά σε ένα αντιμαχόμενο ασθενή, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής για αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Ενώ οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν την χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων σε μη επείγουσες καταστάσεις, αυτό το δικαίωμα δεν έχει ισχύ σε επείγουσες και οξείες καταστάσεις έντονα διεγερτικών και επιθετικών ασθενών, όταν η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα του ασθενούς ή άλλων τρίτων προσώπων απειλείται από την αποτυχία κατασταλτικής αγωγής.

### **5.3 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση**

Ως ψυχοκοινωνική αποκατάσταση(psychosocial rehabilitation) ορίζεται η διαδικασία η οποία προσφέρει την δυνατότητα σε άτομα που εμφανίζουν έκπτωση, ανικανότητα ή αναπηρία λόγω ψυχικής διαταραχής, να φτάσουν στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας μέσα στο περιβάλλον στο οποίο επέλεξαν να ζουν. Σύμφωνα με τον Douglas Bennett, ψυχιατρική αποκατάσταση είναι κάθε:

- Προσπάθεια του προσωπικού να μειώσει την ψυχική αναπηρία του πάσχοντα, αναπτύσσοντας δεξιότητες και τοποθετώντας τον σε ένα περιβάλλον που να μπορεί να τις εφαρμόσει.
- Αποκατάσταση του ψυχικά νοσούντος ατόμου στην προτεραιία λειτουργική του κατάσταση.
- Η επανένταξη του ψυχικά πάσχοντα στην κοινωνία και στο περιβάλλον.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων του ψυχικά αρρώστου.
- Η διαδικασία παροχής βοήθειας στον ασθενή για την καλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση προϋποθέτει τόσο την βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων όσο και την εισαγωγή μεταβολών στο περιβάλλον, ώστε τα ψυχικά αυτά άρρωστα άτομα να έχουν την δυνατότητα να ζήσουν ικανοποιητικά. Η εφαρμογή των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δίνει την ευκαιρία κατανόησης του συνόλου των αναγκών των ασθενών, οι ανάγκες αυτές είναι ιατρικές και νοσηλευτικές, ανάγκες κοινωνικής στήριξης και περιβάλλοντος του ασθενούς, επαγγελματικής εκπαίδευσης ή συμπληρωματικής εκπαίδευσης, ευαισθητοποίηση της κοινότητας και κοινωνικής αλληλεγγύης, όπως και ειδικών ρυθμίσεων σε εργασιακούς χώρους. Η λίστα με τις ψυχοκοινωνικές κάθε ασθενή καθιστά εμφανή την ανάγκη συντονισμού των ανάλογων ενεργειών που έχουν ως πρωταρχικό μέλημα τον ασθενή αλλά και την ανάγκη μακροχρόνιας παρακολούθησης του ασθενή στην πορεία του από μια ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας που να γνωρίζει την κατάσταση του, τα προβλήματα και τις δυνατότητες του. (αλλά είναι διαφορετικής φύσεως και παρέχονται από διαφορετικές υπηρεσίες).

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός ατόμου με χρόνια ψυχική νόσο σε κάποιο προηγμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι:

- Η ύφεση της ψυχοπαθολογίας
- Το ικανοποιητικό επίπεδο γενικής λειτουργικότητας
- Η ύπαρξη κινήτρων για συμμετοχή στο πρόγραμμα για την ικανοποίηση των αναγκών.

Κάθε αποκαταστασιακή δραστηριότητα έχει ως κύριο στόχο την μείωση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και συμπεριφορών. Ενισχύεται η δυνατότητα λήψης αποφάσεων από το πάσχων άτομο αλλά και η αυτό εξυπηρέτηση του.<sup>25</sup>


#### **5.4 Η υποτροπή στους χρόνιους ψυχικούς αρρώστους που συμμετέχουν σε από καταστατικά προγράμματα .**

Η υποτροπή θεωρείται η επανεμφάνιση και η επιδείνωση των ενεργών ψυχικών συμπτωμάτων, για αυτόν τον λόγο καλό θα ήταν ο άρρωστος να εκπαιδεύεται σε πιθανή ύπαρξη αυτών των συμπτωμάτων και να ρυθμίζει την προαπαιτούμενη δόση των νευροληπτικών ανάλογα με την υποτροπή, καθώς και να επισκέπτεται τον γιατρό του. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την διαδικασία του αποκαταστασιακού προγράμματος και προκαλούν υποτροπή είναι οι παρακάτω:<sup>1,22</sup>


- Ψευδοευαισθησία/διακοπή της αγωγής
- Παρενέργειες από την αγωγή και διακοπή αυτής (πχ παρκινσονισμός, δυστονίες κτλ)
- Ακατάλληλη επιλογή προγράμματος για το άτομο αυτό (με υψηλές απαιτήσεις και εντατικότητα)
- Διαπροσωπικές εντάσεις-αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα
- Διακοπή της αγωγής λόγω μη τακτικής επίσκεψης σε ειδικό
- Διακοπή της αγωγής λόγω αρνητισμού της οικογένειας
- Αναπάντεχο ψυχοτραυματικό γεγονός (πχ θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου)
- Τέλος του αποκαταστασιακού προγράμματος




Επίσης η υποτροπή είναι πιθανόν να συμβεί ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε από τα παρακάτω:

 Φυσιολογικοί Στρεσογόνοι Παράγοντες

- Λοίμωξη
- Αϋπνία
- Βιασμός
- Αφυδάτωση
- Οξεία νόσος
- Χρόνια νόσος
- Πόνος
- Κούραση
- Παρενέργειες φαρμάκων
- Αλλαγές όρεξης
- Τραυματισμός
- Χειρουργική επέμβαση

 Προσωπικοί Στρεσογόνοι Παράγοντες

- Έξαρση/υποτροπή ασθένειας
- Κατάθλιψη
- Αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας
- Ηθικό/Πνευματικό αδιέξοδο
- Απώλειες-ασθένεια-γήρας κατοικίδιου ζώου
- Οικονομικές δυσκολίες
- Αύξηση ευθυνών
- Μείωση των πόρων
- Ψυχαγωγικές δραστηριότητες
- Αναπτυξιακές αλλαγές/Ωρίμανση

 Διαπροσωπικοί Στρεσογόνοι Παράγοντες

- Απόρριψη/εγκατάλειψη
- Σύγκρουση, θυμός
- Απώλεια δουλειάς ή θέσης της δουλειάς
- Αλλαγές επαφών με άλλους
- Αλλαγές στις σχέσεις
- Εκφρασμένο συναίσθημα

 Κοινωνικοί Στρεσογόνοι Παράγοντες

- Δυσκολίες στις απαιτήσεις διαβίωσης
- Στρεσογόνοι παράγοντες συγκατοίκησης/οικογένειας
- Διαταραχές στις συνθήκες διαβίωσης
- Μεταφορά
- Μεταβολές στην κοινότητα

Όταν το πάσχον άτομο υποτροπιάζει λόγω της αναβίωσης των ψυχοπαθολογικών προβλημάτων αδυνατεί να συμμετέχει ικανοποιητικά στο πρόγραμμα αποκατάστασης, δεν

συγκεντρώνεται, μειώνεται η λειτουργικότητα του, τραυματίζει το ηθικό του αφού παρατηρεί ότι «ξανακυλάει» και τον οδηγεί στην επανεισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική. Παρ' αυτά μέσα από εκπαίδευση το άτομο μαθαίνει να αναγνωρίζει τα προειδοποιητικά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα μια επερχόμενης υποτροπής (με γραπτές οδηγίες ή καταγραφής τους), να διαχειρίζεται προβλήματα και καταστάσεις στρες με συγκεκριμένες στρατηγικές, και μπορεί με υπευθυνότητα να αυξομειώνει την δοσολογία των νευροληπτικών φαρμάκων για αποφυγή παρενεργειών. Για να προληφθούν οι υποτροπές είναι σημαντικό να πραγματοποιείται λεπτομερής αξιολόγηση και επιλογή των ατόμων για τα αποκαταστασιακά προγράμματα, ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια, τακτική λήψη φαρμάκων και προετοιμασία του ατόμου για αποχωρισμό από το πρόγραμμα.<sup>1,7</sup>

# *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6*

## 6.1 Μύθοι και αλήθειες γύρω από την σχιζοφρένεια

**Μύθος:** τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διπλή προσωπικότητα ή διχασμένη προσωπικότητα.

**Αλήθεια:** τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια τίποτα από αυτά τα 2 χαρακτηριστικά. Αυτό λέγεται συχνά για αυτά τα άτομα γιατί παρατηρείται αντιφατική συμπεριφορά και αναντιστοιχία ανάμεσα σε αυτό που λένε και σε αυτό που εκφράζουν. Η σύγχυση επίσης πηγάζει από το γεγονός ότι η λέξη σχιζοφρένεια στα ελληνικά σημαίνει «διχασμένος νους». Η «κοινή» χρήση της λέξης «σχιζοφρένεια», που στην καθομιλουμένη χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα κράμα αλληλοσυγκρουόμενων καταστάσεων, στην πραγματικότητα απέχει πολύ από την ορθή ψυχιατρική χρήση του όρου.

**Μύθος:** η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

**Αλήθεια:** η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια. Παρόλα αυτά, σε πολλά μέρη του κόσμου αρκετοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η νόσος αυτή προκαλείται από τις ενέργειες κακών πνευμάτων ή την εξάσκηση μαγείας. Οι μύθοι για την σχιζοφρένεια δεν σταματούν όμως εδώ. Είναι σημαντικό λοιπόν να γνωρίζουμε ότι: Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κατάρεις ή κακό μάτι.

Η σχιζοφρένεια δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας. Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια μορφή δαιμονισμού ή δαιμονικής κατοχής. Οι ποικίλες παραδοσιακές πεποιθήσεις για τη φύση και τα αίτια της ψυχικής διαταραχής μπορεί πολλές φορές να οδηγήσουν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και τις οικογένειές τους στην αναζήτηση βοήθεια από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών έξω από τον ιατρικό και επιστημονικό χώρο, που συνήθως είναι ακατάλληλοι για την παροχή της ενδεδειγμένης θεραπείας.

**Μύθος:** για την σχιζοφρένεια ευθύνονται οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον

**Αλήθεια:** η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ανάπτυξη της ασθένειας αυτής.

Δεν υπάρχουν αποδείξεις που να συνηγορούν στο ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή διατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια ενώ, αντίθετα, υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που πιστοποιούν επαρκώς τα βιολογικά αίτια της νόσου.

**Μύθος:** η σχιζοφρένεια είναι νόσος μεταδοτική

**Αλήθεια:** η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική

Παρόλα αυτά η πεποίθηση ότι η σχιζοφρένεια είναι μεταδοτική είναι διαδεδομένη και αποτελεί τη βάση για πολλές διακρίσεις έναντι των ασθενών. Ο φόβος της μετάδοσης έχει ως αποτέλεσμα να αποφεύγουν οι άνθρωποι τις κοινωνικές επαφές και σχέσεις με όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια, αποκλείοντας τους από το να ζουν ή να εργάζονται κοντά τους. Αυτή η αντίληψη μπορεί να οδηγήσει στον στιγματισμό των μελών της οικογένειας, των επαγγελματιών υγείας, των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών.

**Μύθος:** τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική στέρηση.

**Αλήθεια:** σχιζοφρένεια και νοητική στέρηση διαφέρουν μεταξύ τους.

Αν και πολλές φορές τα άτομα με σχιζοφρένεια συγχέονται με αυτά που παρουσιάζουν νοητική στέρηση, οι 2 καταστάσεις είναι εντελώς διαφορετικές. Αυτό μπορεί να γίνει σαφές συγκρίνοντας τις ηλικίες έναρξης των 2 αυτών διαταραχών. Η νοητική στέρηση εμφανίζεται συνήθως στην αρχή της παιδικής ηλικίας ενώ, στις περισσότερες περιπτώσεις, η έναρξη της σχιζοφρένειας τοποθετείται στην εφηβεία και στην αρχή της ενήλικης ζωής ή και ακόμη αργότερα. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα ανεξαρτήτως νοητικού επιπέδου.

**Μύθος:** κανείς δεν θεραπεύεται από την σχιζοφρένεια.

**Αλήθεια:** κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη.

Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές, με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και διαφορετική έκβαση στην θεραπεία. Η υπεραπλουστευμένη άποψη ότι κανείς δεν μπορεί να θεραπευτεί από την ψυχική αυτή διαταραχή, οδηγεί σε απελπισία και απόγνωση και τους ίδιους τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Οι στατιστικές δείχνουν ότι το 30% περίπου των ασθενών διατηρούν μια σημαντική λειτουργικότητα, 20-30% παρουσιάζουν τέτοια συμπτωματολογία που τους επιτρέπει να έχουν μια ικανοποιητική και παραγωγική ζωή, να εργάζονται και να ζουν αυτόνομα, και το υπόλοιπο 1/3 έχει δυσμενή πρόγνωση με συχνές υποτροπές και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες.

**Μύθος:** τα άτομα που εμφανίζουν σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

**Αλήθεια:** τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα. Η πραγματικότητα για τη σχέση βίας και σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Από διάφορες έρευνες που έχουν γίνει έχουν προκύψει τα εξής συμπεράσματα: Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους «υγιείς». Συνήθως, στα πρώτα θύματά τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως πολιτικοί ή δικαστές. Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι να υπάρχει πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και γενικότερης θεραπείας και υποστήριξης καθώς και η παράλληλη μείωση του στίγματος και της κοινωνικής εγκατάλειψης.<sup>19</sup>

## 6.2 Προσωπικές εμπειρίες

Οι εμπειρίες των ατόμων με σχιζοφρένεια διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ως προς τα χαρακτηριστικά και τον βαθμό που τους επηρεάζουν στην καθημερινή τους ζωή. Πολλοί άνθρωποι βιώνουν παραληρητικές ιδέες για μεγάλα χρονικά διαστήματα, χωρίς αυτό να έχει σημαντική επίπτωση στη ζωή τους. Υπάρχουν όμως και άτομα που βιώνοντας αυτές τις εμπειρίες, τους δημιουργείτε μεγαλύτερο πρόβλημα. Ας αναφερθούμε σε κάποιες προσωπικές εμπειρίες κάποιων ατόμων με σχιζοφρένεια.<sup>6</sup>

*<< Τα λικέρ μου επιτίθενται. Στοχεύουν το κεφάλι μου. Ξέρω πότε πυροβολούν γιατί πονάω όταν με χτυπούν. Δε με πυροβολούν όλη την ώρα. Έρχονται και φεύγουν. Δεν ξέρω τι έχω κάνει και μου επιτίθενται. Αλλά αυτό συμβαίνει εδώ και χρόνια. Συνήθως με χτυπούν στο κεφάλι, γι' αυτό προστατεύομαι όταν με πυροβολούν. Τυλίγω το κεφάλι μου με αλουμινόχαρτο που αντανακλά το λέιζερ... με αυτό τον τρόπο δεν μπορούν να με πειράξουν... Νομίζω ότι είναι εξωγήινη αυτοί που το κάνουν... Η τελευταία φορά που με χτύπησαν ήταν την Κυριακή το πρωί. Με ξύπνησαν-τα λέιζερ- και το κεφάλι μου πονούσε πολύ. Εξαιτίας του πόνου δεν μπορούσα να σηκωθώ από το κρεβάτι. Έπρεπε να φορέσω την προστασία μου και χρειάστηκα χρόνο μέχρι να ετοιμαστώ και να σηκωθώ λόγω του πόνου... Πέρασα πού δύσκολα. Συνήθως μπορώ να σταματήσω τα λέιζερ με το αλουμινόχαρτο, αλλά κάποιες φορές το διαπερνούν. >>*

Αυτή είναι μία από τις παραληρητικές ιδέες του Αντώνη, άντρας μέσης ηλικίας που διαγνώστηκε ότι έπασχε από σχιζοφρένεια πριν από μερικά χρόνια. Ο Αντώνης είχε περάσει το προηγούμενο βράδυ πίνοντας σε ένα μπαρ.

*<< Είμαι ο Μεσσίας! Είμαι ο Δαβίδ, Δαβίδ ο σωτήρας ..θα σας σώσω από τα αμαρτήματα που έχετε διαπράξει, που σας καταδικάζουν να βρεθείτε στο πυρ το εξώτερον αντί για τον Παράδεισο του Κυρίου του Θεού μου. Δεν μπορείτε να με κρατήσετε εδώ .. Ο Θεός είναι θυμωμένος μαζί σας , ο κόσμος , ολόκληρος ο κόσμος ... ο Διάβολος θα σας πάρει για την αμαρτία που κάνατε να με κρατάτε ... το εννιά που ακολουθεί θα σας σκοτώσει επειδή κρατάτε τον Υιό του Θεού σε αυτό τον χώρο.. Έχω έρθει για να σώσω τον κόσμο... δεν μπορείτε να με κρατήσετε ... Είμαι εδώ σύμφωνα με τις γραφές του Μαθουσαλά και τις προφητείες του Θεού και του Ιησού. Ο Θεός μιλάει σε μένα ! Όχι σ' εσάς ! Και είναι θυμωμένος με την κακία του κόσμου και τα έργα και τις πράξεις των ανθρώπων... τις αμαρτίες... οι φτερούγες των αγγέλων θα έρθουν για μένα , για να με πάρουν απ' αυτό το δωμάτιο.>>*

Μια ποιο οξεία και ολέθρια ομάδα παραληρητικών πεποιθήσεων είχε ως αποτέλεσμα του Δαβίδ στο νοσοκομείο. Ο Δαβίδ θεαθεί να τρέχει γυμνός στη μέση του δρόμου και να φωνάζει είμαι ο Υιός του Θεού κι ήρθα να σας σώσω.

Όπως είδατε και παραπάνω, ένα άτομο που διαγνώστηκε με σχιζοφρένεια μπορεί να συνεχίσει την ζωή του όταν οι παραληρητικές πεποιθήσεις του είναι ήπιας μορφής , από την άλλη όμως , όπως στην περίπτωση του Δαβίδ μπορεί να τον οδηγήσουν σε μια ψυχιατρική κλινική.<sup>6</sup>

### **6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1**

#### Παρούσα κατάσταση του ασθενούς

Ο Παναγιώτης είναι ένας 24χρονος εργένης, ο οποίος συζεί με την μητέρα του και λαμβάνει κάποια αντιψυχωτική αγωγή. Έρχεται στα επείγοντα ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής μαζί με την μητέρα του καθώς ακολουθεί ένα πρόγραμμα εργασιακής αποκατάστασης 5 ημέρες την εβδομάδα. Αλλά το έχει σταματήσει εδώ και 8 ημέρες. Υποστηρίζει πως δεν χρειάζεται να εισαχθεί στο νοσοκομείο, και πως η μητέρα του έχει το πρόβλημα. Θέλει να τον αφήσουν να δουλέψει πάνω στα προγράμματα του υπολογιστή του μόνος του. Παραδέχεται πως την τελευταία εβδομάδα άκουγε πολλές φωνές. Ο Παναγιώτης τις τελευταίες 14 ημέρες είχε απομονωθεί αισθητά, δουλεύοντας πάνω στον υπολογιστή του, ενώ κανείς δεν ήξερε ποιο ήταν το θέμα της ενασχόλησης του, όμως η μητέρα του είχε παρατηρήσει κάποιες εκτυπωμένες σελίδες με μέτρα ασφάλισης δωματίου και ηχομόνωσης. Ο Παναγιώτης με τον ισχυρισμό ότι έχει σημαντικότερα πράγματα να ασχοληθεί, όπως την δουλειά στο σπίτι του, σταμάτησε να παρακολουθεί το πρόγραμμα εργασίας του πριν περίπου μια εβδομάδα. Διακατέχεται από έναν αρνητισμό σχετικά με την μητέρα του στην οποία δεν μιλάει και δεν τρώει. Η μητέρα του υποψιάζεται πως σταμάτησε να λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή του. Ένας στρεσογόνος παράγοντας είναι ότι πριν δυο βδομάδες ο πατέρας του, του ανακοίνωσε πως έχει σκοπό να ξαναπαντρευτεί στο άμεσο μέλλον.

#### Ψυχιατρικό ιστορικό

Πριν περίπου 2 χρόνια ο Παναγιώτης είχε σοβαρή ψύχωση, που εκδηλώθηκε όταν μετακόμισε στο εξωτερικό για σπουδές. Εκεί διαγνώστηκε σχιζοφρένεια παρανοειδούς



τύπου. Εισήχθη σε ψυχιατρικό τομέα για 2 εβδομάδες και μόλις σταθεροποιήθηκε με αλοπεριδόλη, του δόθηκε εξιτήριο. Πυροδοτούνται παραληρητικές ιδέες δίωξης από κάποια νέα γεγονότα, αλλά σε ήπια μορφή. Από την στιγμή που έγινε η διάγνωση της νόσου διαμένει με την μητέρα του, λαμβάνει καθημερινώς αντιψυχωτική αγωγή, συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα εργασιακής αποκατάστασης εδώ και 8 μήνες και περιστασιακά παρακολουθεί ομάδες υποστήριξης, όμως δεν έχει μπει σε δοκιμαστική περίοδο απουσίας από το εργασιακό περιβάλλον.

### Οικογενειακό ιστορικό

Πρόκειται για μια ευκατάστατη οικογένεια τριών μελών (ο Παναγιώτης, η μητέρα του και ο πατέρας του). Οι γονείς του χώρισαν πριν 2 χρόνια, αφού πρώτα ήταν 3 χρόνια σε διάσταση. Ο πατέρας του εργάζεται ως δικηγόρος και η σχέση τους είναι καλή αλλά όχι στενή, καθώς τον βλέπει μία φορά τον μήνα. Η μητέρα του διευθύνει ένα κατάστημα με τα δικά της έργα τέχνης.

### Ατομικό ιστορικό

Ο Παναγιώτης ολοκλήρωσε το γυμνάσιο και παρακολούθησε κάποια μαθήματα στο κολέγιο που είχε πάει να φοιτήσει, ήταν μαθητής άνω του μετρίου και συμμετείχε σε πολλές σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες μέχρι 9 μήνες πριν το πρώτο του ψυχωτικό επεισόδιο του. Μετά από αυτό δέθηκε με την μητέρα του και διατηρεί κάποια επαφή με άτομα που είναι μέλη της ομάδας υποστήριξης. Ο Παναγιώτης καταναλώνει ένα πακέτο τσιγάρα ημερησίως, μύρια περιστασιακά και αρνείται οποιαδήποτε χρήση απαγορευμένων ουσιών. Του αρέσει η μουσική και παρακολουθεί τηλεόραση. Τον ενδιαφέρουν ιδιαίτερα οι υπολογιστές και διαθέτει ένα μεγάλο εξοπλισμό για αυτούς, χάρη στον πατέρα του.

### Τρέχουσα ψυχική κατάσταση του ασθενούς

Έχει μια καλή κλινική εικόνα, ανήσυχος, επιφυλακτικός, αλλά συνεργάσιμος στην συνέντευξη. Είναι προσανατολισμένος όσον αφορά πρόσωπα, χώρο και χρόνο και έχει καλή μνήμη. Το συναίσθημα του είναι αγχώδες και η κρίση του ελαττωμένη. Η ομιλία του είναι γρήγορη και χαρακτηρίζεται από φυγή ιδεών. Είναι υπερδιεγερτικός όσον αφορά τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και τρομάζει με το παραμικρό. Διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες δίωξης από άτομα που θέλουν να καταλάβουν το σπίτι του και την εργασία του. Έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις από φωνές που δεν μπορεί να αναγνωρίσει, εκτός από μια, αυτή του πατέρα του, οι οποίες όμως δεν τον προστάζουν. Οι αφηρημένες σκέψεις είναι συγκεκριμένες και αναφέρονται στον εαυτό του. Εκδηλώνει ήπια χαλάρωση συνειρμών. Έχει την πεποίθηση ότι η μητέρα του είναι άρρωστη κ ότι τον εμποδίζει στα σχέδια του. Έχει ελάχιστη πιθανότητα αυτοκτονίας ή βίαιης συμπεριφοράς. Και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ο ασθενής να έχει διακόψει την αντιψυχωτική του αγωγή.

<b>1<sup>ο</sup> στάδιο</b> Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων του ατόμου	<b>2<sup>ο</sup> στάδιο</b> Αντικειμενικοί σκοποί	<b>3<sup>ο</sup> στάδιο</b> Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	<b>4<sup>ο</sup> στάδιο</b> Εφαρμογή προγραμματισμού νοσηλευτικής φροντίδας	<b>5<sup>ο</sup> στάδιο</b> Εκτίμηση των αποτελεσμάτων – Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>1. διαταραχή της σκέψης του αρρώστου</p> <p>2. έντονο άγχος</p> <p>3. παραληρητικές ιδέες διώξης</p> <p>4. ακουστικές ψευδαισθήσεις</p> <p>5. διεγερσιμότητα</p> <p>6. κοινωνική απομόνωση</p> <p>7. μικρή πιθανότητα βίαιης συμπεριφοράς</p>	<p>❖ Ο ασθενής θα πρέπει μέσα σε κάποιο χρονικό διάστημα να μπορεί να διακρίνει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις, οι οποίες θα πρέπει να έχουν μειωθεί.</p> <p>❖ Να λαμβάνει καθημερινώς την αντιψυχωτική του αγωγή.</p> <p>❖ να είναι πιο κοινωνικός και να φροντίζει τον εαυτό του</p> <p>❖ να επιστρέψει στο πρόγραμμα εργασιακής αποκατάστασης</p> <p>❖ να επιστρέψει σπίτι του μπορώντας να λειτουργήσει</p>	<p>Αρχικά θα πρέπει να βρεθούμε από την πρώτη στιγμή κοντά στον ασθενή έτσι ώστε να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του.</p> <p>❖ Θα απομονωθεί σε ήρεμο, φωτεινό δωμάτιο, η φωνή μας θα είναι ήρεμη και σταθερή, αποφυγή γλειοποίησης του αρρώστου και πάντα θα έχουμε διάθεση να απαντήσουμε σε οποιαδήποτε απορία που μπορεί να έχει ο ασθενής.</p> <p>❖ Πρέπει να γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά τρίωρο και ούρων. Καθημερινό προτεινόμενο διαιτολόγιο.</p> <p>❖ Επίσης πρέπει άμεσα να αρχίσει την φαρμακοθεραπεία που θα του συστήσει ο γιατρός με αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως αλοπεριδόλη για σταθεροποίηση, στις ώρες και στις δόσεις που θα προτείνει ο γιατρός.</p> <p>❖ Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθεί κι άλλες μεθόδους θεραπείας όπως ψυχοθεραπεία, ομαδική θεραπεία, θεραπεία περιβάλλοντος ή θεραπεία μέσω τέχνης.</p> <p>❖ Να τον διδάξουμε να παίρνει μόνος του τα φάρμακά του.</p>	<p>❖ Συχνά θα γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις και 1 φορά το μήνα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά τρίωρο καθώς επίσης και μέτρηση ούρων. Καθημερινά θα υπάρχει διαιτολόγιο για να επανέλθει η όρεξη του.</p> <p>❖ Θα είμαστε πάντα κοντά του για βοήθεια, θα τον αντιμετωπίζουμε με σεβασμό και καλοσύνη έτσι ώστε να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης. Το δωμάτιό του θα είναι ήρεμο, καθαρό και φωτεινό</p> <p>❖ Μέθοδο διδασκαλίας για να μπορεί να παίρνει μόνος τα φάρμακά του, πάντα υπό την επίβλεψή μας.</p> <p>❖ Θα παρακολουθεί ψυχοθεραπεία, ομαδική θεραπεία και θεραπεία μέσω τέχνης.</p> <p>❖ Πρέπει να ελέγχουμε την πρόοδο του ασθενή και να καταγράφουμε καθημερινά στην καρτέλα του, την πορεία του καθώς και οτιδήποτε καινούριο.</p> <p>❖ Να τον διδάσκουμε έτσι ώστε να βρει μεθόδους για να διώχνει τις ψευδαισθήσεις, όταν αυτές τον πολιορκούν, όπως να τις διατάζει να φύγουν, να μην τις πιστεύει ότι είναι αληθινές</p> <p>❖ Τον παρακινούμε να επικοινωνεί με τους άλλους, όταν είναι σε θέση, ώστε να μειωθούν τα συναισθήματα απομόνωσης και η αποξένωση.</p> <p>❖ Να δώσουμε μια σειρά από τρόπους αντιμετώπισης που θα μπορεί να χρησιμοποιήσει, όταν είναι αγχωμένος.</p>	<p>❖ Ο ασθενής σιγά αλλά σταθερά κάνει βήματα βελτίωσης.</p> <p>❖ Αποδέχτηκε ο οργανισμός του τα φάρμακα, χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες.</p> <p>❖ Συμμετέχει στην ψυχοθεραπεία η οποία τον βοηθά πολύ.</p> <p>❖ Αρχίζει να φροντίζει τον εαυτό του μόνος του, καθώς και να έχει κοινωνικές επαφές.</p> <p>❖ Δεν είναι επικίνδυνος ούτε αγχωμένος, καθώς καταλαβαίνει ότι οι ψευδαισθήσεις διωκτικού περιεχομένου είναι ψεύτικες.</p> <p>❖ Στους 15 μήνες, παίρνει εξιτήριο από την κλινική, επιστρέφει στο σπίτι του, αφού φυσικά θα έχει συχνή παρακολούθηση από τον γιατρό, καθώς επίσης θα συνεχίσει την φαρμακοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία αλλά θα επιστρέψει στην ομάδα εργασιακής αποκατάστασης.</p>

## 6.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

### Ιστορικό ασθενούς

Νέος ασθενής ηλικίας 21ετών, φοιτητής, προσέρχεται στο Ψυχιατρικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, συνοδευόμενος από την μητέρα του.

Βρίσκεται σε σύγχυση και έχει επιθετική συμπεριφορά προς τον ψυχίατρο που τον εξετάζει. Αναφέρει ότι βλέπει άτομα να τον παρακολουθούν και ότι κάποιος που τον ακούει μόνο αυτός τον προειδοποιεί ότι η πρώην κοπέλα του θέλει να του κάνει κακό. Δεν έχει παλαιότερο ιστορικό ψυχιατρικών κρίσεων και δεν παίρνει αντίστοιχα φάρμακα. Δείχνει φοβισμένος και αγχωμένος, γι αυτό και έχει παραμελήσει το διάβασμα του σε περίοδο εξεταστικής. Πιστεύει πως οι άλλοι θέλουν να τον βλάψουν γι αυτό είναι καχύποπτος και έχει απομονωθεί απ' όλους και έχει κλειστεί στο σπίτι. Ιστορικό φαρμακοθεραπείας δεν υπάρχει, ούτε αλλεργίες σε φαγητό ή φάρμακο. Τέλος , η μητέρα του αναφέρει πως ο πατέρας του παιδιού έπασχε από σχιζοφρένεια και νοσηλεύόταν σε ψυχιατρική κλινική , όπου και αυτοκτόνησε.

**Ο ψυχίατρος κρίνει ότι ο νεαρός πρέπει να νοσηλευτεί , διότι πάσχει κι αυτός από σχιζοφρένεια.**

1 <sup>ο</sup> στάδιο Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων του ατόμου	2 <sup>ο</sup> στάδιο Αντικειμενικοί σκοποί	3 <sup>ο</sup> στάδιο Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	4 <sup>ο</sup> στάδιο Εφαρμογή προγραμματισμού νοσηλευτικής φροντίδας	5 <sup>ο</sup> στάδιο Εκτίμηση των αποτελεσμάτων – Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Σύγχυση ,επιθετικότητα , καχυποψία</li> <li>2. Παραληρητικές ιδέες διώξης</li> <li>3. Ακουστικές ψευδαισθήσεις</li> <li>4. Έντονο άγχος και φόβος</li> <li>5. Κοινωνική απομόνωση</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Αρχικά πρέπει να ηρεμίσει , να σταματήσει η επιθετική συμπεριφορά και να μειωθεί το άγχος, ο φόβος και η καχυποψία.</li> <li>❖ Μέσα σε 4 μήνες ο ασθενής να μπορεί να διακρίνει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις οι οποίες θα έχουν μειωθεί στο ελάχιστο.</li> <li>❖ Να είναι πιο κοινωνικός και να βγαίνει από το σπίτι .</li> <li>❖ Να λαμβάνει καθημερινώς την αντιψυχωτική του αγωγή. Να είναι έτοιμος να επιστρέψει ξανά στο σπίτι του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Αρχικά θα πρέπει να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του ασθενή και να απαντάμε σε όλες του της ερωτήσεις.</li> <li>❖ Να οδηγηθεί σε ήρεμο δωμάτιο , απομονωμένος από τους άλλους και να του χορηγηθεί ενδοφλεβίως ηρεμιστικό φάρμακο.</li> <li>❖ Πρέπει να γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις και ηλεκτροκαρδιογράφημα . Η μέτρηση ζωτικών σημείων και ούρων ανά τρίωρο.</li> <li>❖ Άμεσα να αρχίσει την φαρμακοθεραπεία με αντιψυχωτικά φάρμακα στις ώρες και στις δόσεις που θα προτείνει ο γιατρός.</li> <li>❖ Συμμετοχή του ασθενούς σε ψυχοθεραπεία και ομαδική θεραπεία.</li> <li>❖ Σωστή διατροφή από διαιτολόγο.</li> <li>❖ Εκτίμηση λειτουργίας εντέρου και ύπνου, δερματολογική και κινητική εκτίμηση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Χορηγήθηκε στον νεαρό ηρεμιστικό φάρμακο ενδοφλεβίως για ταχεία δράση, αφού οδηγήθηκε στο δωμάτιο του που είναι απομονωμένο από άλλους ασθενείς.</li> <li>❖ Εργαστηριακές εξετάσεις κάθε μέρα και 1 φορά το μήνα το μήνα ηλεκτροκαρδιογράφημα, ανά τρίωρο μέτρηση ζωτικών σημείων και ούρων.</li> <li>❖ Έλεγχος της κινητικής λειτουργίας καθώς επίσης της λειτουργία του εντέρου, εκτίμηση δέρματος και ύπνου και καταγραφή στην καρτέλα του όλων των νέων δεδομένων.</li> <li>❖ Χορήγηση αντιψυχωτικής αγωγής και διδασκαλεία έτσι ώστε να τα παίρνει μόνος του .</li> <li>❖ Συμμετοχή στην ψυχοθεραπεία και ομαδική θεραπεία.</li> <li>❖ Να τον διδάσκουμε έτσι ώστε να βρει μεθόδους για να διώχνει τις ψευδαισθήσεις ,όταν αυτές τον πολιορκούν, όπως να τις διατάζει να φύγουν, να μην τις πιστεύει ότι είναι αληθινές</li> <li>❖ Να βρει τρόπους να εκφράζει τα συναισθήματά του ( π.χ. μέσω της τέχνης ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ο ασθενής μετά από 2 μήνες έχει κάνει βήματα βελτίωσης. Παίρνει τα φάρμακα του χωρίς να εμφανίζει ανεπιθύμητες ενέργειες.</li> <li>❖ Πλέον είναι ήρεμος και έχει ελαττωθεί κατά πολύ η επιθετική του συμπεριφορά και το έντονο άγχος του.</li> <li>❖ Συμμετέχει στα ειδικά προγράμματα και έχει βελτιωθεί η επικοινωνία του με τους άλλους.</li> <li>❖ Η ψυχοθεραπεία και η ομαδική θεραπεία τον βοήθησε να μπορεί να διακρίνει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις .</li> </ul> <p>Μετά από τους 4 μήνες παίρνει εξιτήριο, όμως συνεχίζει τις συναντήσεις με τον γιατρό του και την φαρμακοθεραπεία του.</p>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στις πλέον σοβαρές και επικίνδυνες ασθένειες , πλήττοντας σημαντικό αριθμό ατόμων στις σύγχρονες κοινωνίες. Με την πάροδο των ετών, η συνολική προσέγγιση έχει βελτιωθεί σημαντικά, σε σημείο που να έχουν αποσαφηνιστεί πολλά σημεία της νόσου. Παράλληλα , γίνονται περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες για να διαφωτιστούν αρκετά «σκοτεινά» στοιχεία αυτής της διαταραχής. Υπάρχουν, πολλές ενδείξεις που προκύπτουν από τεράστιο αριθμό και ποικιλία ερευνών, οι ενδείξεις όμως αυτές δεν συγκλίνουν πειστικά προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Έτσι, λοιπόν, η σύγχρονη ψυχιατρική έρευνα, ξεπερνώντας τη φιλόδοξη αλλά μάλλον εξαπλουστευτική προσπάθεια να εξηγήσει τη σχιζοφρένεια μονοδιάστατα, αποδέχθηκε τελικά ότι η αιτιολογία πρέπει να αναζητηθεί στη διαπλοκή και αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως ακριβώς συμβαίνει και με όλα τα άλλα νοσήματα, σωματικά και ψυχικά.

Σήμερα, η κυρίαρχη τάση στην Ψυχιατρική είναι η «κοινωνική ψυχιατρική». Δίδεται έμφαση στην , κατά το δυνατόν, εκτός θεραπευτηρίου περίθαλψη, με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, φαρμακευτική αγωγή και συμμετοχή της κοινότητας στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της. Ο θεσμός του κλειστού ψυχιατρείου-ασύλου σταδιακά εγκαταλείπεται , ενώ κερδίζει έδαφος η λειτουργία τοπικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας ,έχοντας θεραπευτικό –συμβουλευτικό σκοπό.

Η σχιζοφρένεια είναι μία νόσος που και μόνο με το άκουσμα αυτής προκαλεί ανάμικτα συναισθήματα: φόβο, οίκτο, λύπη και απόγνωση. Έχουμε αναρωτηθεί όμως γιατί μας προκαλεί αυτά τα συναισθήματα; Είναι μία νόσος που μπορεί να κτυπήσει την πόρτα του φίλου σου, του γνωστού σου ακόμα και του πιο αγαπημένου προσώπου σου. Μην γυρνάς την πλάτη σ' αυτούς που σε έχουν ανάγκη. Μην τους απομακρύνεις, μην τους κλείνεις σε φυλακή, ίσως να έχουν τη ανάγκη, απλά να τους απλώσεις το χέρι και να τους τραβήξεις απ' τις παραισθήσεις που βιώνουν. Μία ώθηση έτσι ώστε να καταλάβουν τη διαφορά ανάμεσα στο φανταστικό κόσμο που ζουν και στην πραγματικότητα. Η πορεία της νόσου εξαρτάται για τον κάθε ασθενή, πολλοί έχουν δοκιμασθεί, έχουν παλέψει και έχουν βγει νικητές μέσα απ' αυτήν την δοκιμασία.

Παρά την απαισιόδοξη προοπτική που έχουν οι πιο πολλοί άνθρωποι σε ότι αφορά τους ψυχωτικούς και την «ανάρρωσή» τους, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να βελτιώσουν τους όρους ζωής τους, και σημαντικό βήμα για αυτό είναι η

ανάκτηση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, μέσω των οποίων μπορούν να εκφραστούν, να αλληλεπιδράσουν, να γίνουν πάλι ανεξάρτητοι. Είναι καθήκον όλων μας να απομακρύνουμε οποιεσδήποτε προκαταλήψεις και να συμβάλλουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών, στοιχείο που θα επιφέρει βελτίωση του γενικότερου κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζούμε και αλληλεπιδρούμε με τους συνανθρώπους μας.





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαδημητρίου Γιώργος Ν., Λιάππας Γιάννης Α., Λύκουρας Λευτέρης, *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2013.
2. Hogan Ann Mary, *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2012.
3. Γιαννοπούλου Αθηνά Χ., *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα, 2005.
4. Σολδάτος Κώστας Ρ., Λύκουρας Λευτέρης, *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006.
5. Κλεφτάρας Γιώργος, Καλα Μαρία, *Από την Ψυχοπαθολογία στο Νόημα Ζωής*, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2009.
6. Paul Bennett, *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2010.
7. Ραγιά Αφροδίτη Χρ., *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Ιατρικές εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος, 7<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα, 2009.
8. Χριστοδούλου Γ.Ν., *Ψυχιατρική*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006.
9. Αγγελόπουλος Νικηφόρος Β., *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2009.
10. Black Donald W., Andreasen Nancy C., *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2011.
11. Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A., *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2007.
12. Μάνος Νίκος, *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2008.
13. Kring Ann M., Davison Garald C., Neale John M., Johnson Sheri L., *Ψυχοπαθολογία*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2009.
14. Σικελιανού Δέσποινα, *Κλινική Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων*, Εκδόσεις Διονικος, Αθήνα, 2010.
15. Getzfeld Andrew R., *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*, Εκδόσεις Gotsis, Πάτρα, 2009.
16. Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A., *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2007.
17. Semi Antonio Alberto, *Τεχνική Της Κλινικής Συνέντευξης*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008.
18. Michael C. Celder, Juan J. Lopez-Idor, Nancy Andreasen, *oxford Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2008.
19. Garrabe Jean, *Η Σχιζοφρένεια*, Εκδότης Κοινός Τύπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών και Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα, 2011.
20. Κούκια Ευμορφία, *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2015.
21. Gabbard Glen O., *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006.
22. Stanhope Marsia, Lancaster Jeanette, *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.
23. Puri Basant K., *Εγχειρίδιο Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα, 2011.
24. Kingdon David G., Turkington Douglas, *Γνωστική Θεραπεία Της Σχιζοφρένειας*, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 2011.
25. Μαδιανός Γ. Μιχάλης, *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2005.