

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗΣ ΣΑΡΑΝΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	σελ. 2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ. 6
ABSTRACT	σελ. 7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Ορισμός της σχιζοφρένειας	σελ. 11
1.2 Ιστορική αναδρομή	σελ. 11
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία	σελ. 13

1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1.4.1 Βιολογικοί παράγοντες	σελ. 14
1.4.2 Ενδοψυχική διαμάχη	σελ. 16
1.4.3 Παθολογική επικοινωνία στην οικογένεια	σελ. 17
1.4.4 Κοινωνικές αιτίες	σελ. 18

1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

1.5.1 Γενικά στοιχεία	σελ. 19
1.5.2 Άποψη Κρέπελιν	σελ. 19
1.5.3 Άποψη Μπλόυλερ	σελ. 21
1.5.4 Άποψη Σνάιντερ	σελ. 22
1.5.5 Άποψη Σνιεζνέφσκι	σελ. 22

1.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ –ΠΟΡΕΙΑ – ΈΚΒΑΣΗ

σελ. 23

1.7 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

σελ. 25

1.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1.8.1 Θετικά συμπτώματα	σελ. 26
1.8.2 Αρνητικά συμπτώματα	σελ. 30
1.8.3 Άλλα συμπτώματα	σελ. 35

1.9 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

1.9.1 Παρανοειδής σχιζοφρένεια	σελ. 36
1.9.2 Ηβηφρενική ή αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια	σελ. 37
1.9.3 Κατατονική σχιζοφρένεια	σελ. 37

1.9.4 Αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια	σελ. 38
1.9.5 Απλή σχιζοφρένεια	σελ. 38
1.9.6 Υπολειμματική σχιζοφρένεια	σελ. 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.1 Ιστορικά στοιχεία	σελ. 40
-----------------------------	---------

2.2 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

2.2.1 Αντιψυχωτικά φάρμακα	σελ. 41
----------------------------------	---------

2.2.2 Παρενέργειες αντιψυχωτικών και συμμόρφωση του ασθενούς	σελ. 43
---	---------

2.2.3 Ενισχυτική φαρμακοθεραπεία	σελ. 45
--	---------

2.2.4 Διακοπή της αγωγής	σελ. 46
--------------------------------	---------

2.2.5 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	σελ. 46
-----------------------------------	---------

2.2.6 Ψυχοχειρουργικές θεραπείες	σελ. 47
--	---------

2.3 Σχιζοφρένεια ανθεκτική στη θεραπεία	σελ. 47
---	---------

2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

2.4.1 Θεραπεία της οξείας φάσης	σελ. 48
---------------------------------------	---------

2.4.2 Θεραπεία της φάσης σταθεροποίησης	σελ. 49
---	---------

2.5 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

2.5.1 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία	σελ. 50
---------------------------------------	---------

2.5.2 Γνωστική – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία	σελ. 51
---	---------

2.5.3 Προσωπική και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία	σελ. 53
--	---------

2.6 Ομαδική ψυχοθεραπεία	σελ. 55
--------------------------------	---------

2.7 Οικογενειακή θεραπεία	σελ. 56
---------------------------------	---------

2.8 Δημιουργικές θεραπείες	σελ. 58
----------------------------------	---------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1 Ορισμός νοσηλευτικής ψυχικής υγείας	σελ. 59
---	---------

3.2 Ρόλοι του νοσηλευτή ψυχικής υγείας	σελ. 59
--	---------

3.3 Επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ψυχικά ασθενή	σελ. 60
--	---------

3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

- 3.4.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκωνσελ. 63
- 3.4.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη περίοδο χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκωνσελ. 63
- 3.4.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις παρενέργειες των αντιψυχωτικώνσελ. 64
- 3.4.4 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείαςσελ. 65
- 3.5 Ενδείξεις νοσηλείας στη σχιζοφρένειασελ. 66
- 3.6 Νοσηλευτική διεργασία φροντίδας αρρώστου με σχιζοφρένειασελ 67
- 3.7 Νοσηλευτική εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενήσελ.68

3.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

- 3.8.1 Νοσηλευτικές διαγνώσειςσελ. 70
- 3.8.2 Επιθυμητές εκβάσειςσελ. 71
- 3.9 Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενήσελ. 72

3.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

- 3.10.1 Στις αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχέςσελ. 72
- 3.10.2 Στις διαταραχές των διεργασιών της σκέψηςσελ. 75
- 3.10.3 Στις διαταραχές συμπεριφοράςσελ. 78
- 3.10.4 Στην ελλιπή αυτοφροντίδα- υγιεινήσελ. 80
- 3.10.5 Στην κοινωνική απομόνωσησελ. 81
- 3.10.6 Στους κινδύνους αυτοκτονίαςσελ. 83
- 3.10.7 Στις δυσλειτουργικές οικογενειακές συμπεριφορέςσελ. 85
- 3.11 Συμπερασματική αξιολόγηση – επαναξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδαςσελ. 87
- 3.12 Νομικά και ηθικά δικαιώματα των ψυχικά πασχόντωνσελ. 88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

- 4.1 Αποιδρυματοποίηση – ψυχιατρική μεταρρύθμισησελ. 90
- 4.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείαςσελ. 90
- 4.3 Βασικές αρχές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασηςσελ. 92
- 4.4 Μετανοσοκομειακή φροντίδα – ψυχοκοινωνική αποκατάσταση σχιζοφρενούς..... σελ. 94
- 4.5 Η υποτροπή των ασθενών με σχιζοφρένεια και ο ρόλος των κοινοτικών νοσηλευτών στην πρόληψή τουςσελ. 96

4.6 ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΔΟΜΕΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

- 4.6.1 Μετανοσοκομειακοί ξενώνεςσελ. 100
- 4.6.2 Οικοτροφείασελ. 100
- 4.6.3 Προστατευμένα διαμερίσματασελ. 101
- 4.7 Ο ρόλος της οικογένειας στην αποκατάσταση των ασθενώνσελ. 103
- 4.8 Ο ρόλος της εργασίας στην αποκατάσταση των ασθενώνσελ. 105
- 4.9 Στίγμα και κοινωνική απομόνωση ασθενούς με σχιζοφρένεια - αντιμετώπισησελ. 106
- 4.10 Μύθοι και αλήθειες γύρω από τη σχιζοφρένεια σελ. 108

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1σελ. 115

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2σελ. 119

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ σελ. 123

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑσελ. 125

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις πιο περίπλοκες ασθένειες, που προσβάλλει σχεδόν το 1% του πληθυσμού. Κάνει την εμφάνιση της στην πρώιμη ενήλικη ζωή, επηρεάζοντας κυρίως την επαφή του ατόμου με την πραγματικότητα. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται διακρίνονται σε θετικά και αρνητικά. Τα θετικά περιλαμβάνουν τις ακουστικές, απτικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες, την αποδιοργανωμένη σκέψη και ομιλία, καθώς και διαταραχές της συμπεριφοράς. Τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν το επίπεδο η αμβλύ συναίσθημα, τη φτώχεια του λόγου, ανηδονία, καθώς και έλλειψη επιθυμίας για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.

Τα αίτια, χωρίς να έχουν εξακριβωθεί πλήρως, περιλαμβάνουν γενετικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Η διάγνωση, στηρίζεται σε κριτήρια του DSM-IV για την Αμερική και του ICD-10 για την Ευρώπη. Όσον αφορά τους πάσχοντες που βιώνουν ένα πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, οι πιθανότητες για επιτυχή έκβαση της ασθένειας είναι περίπου 42%, για μια ενδιάμεση έκβαση 35% και για δυσάρεστη έκβαση περίπου 27%. Η θεραπεία στηρίζεται κυρίως στα αντιψυχωτικά φάρμακα που μπορούν να μειώσουν κυρίως τα θετικά συμπτώματα σε περίπου μία με δύο εβδομάδες, ενώ αποτυγχάνουν να βελτιώσουν σημαντικά την αρνητική συμπτωματολογία. Από τις υπάρχουσες ψυχοθεραπείες, η γνωστική – συμπεριφορική έχει αποδειχθεί η πιο αποτελεσματική σε σχέση με τις παλιότερες ψυχοδυναμικού τύπου θεραπείες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που δουλεύει με τέτοιους ασθενείς, εκτός από τη χορήγηση φαρμάκων και τη γενικότερη φροντίδα τους, πρέπει να τους παρατηρεί στενά και να επικοινωνεί μαζί τους για την καλύτερη και ουσιαστικότερη κατανόηση των βαθύτερων αναγκών και συναισθημάτων τους. Τέλος, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι αναγκαίο να μεριμνούν, ώστε τα άτομα αυτά να μπορούν να δουλέψουν με ασφάλεια στην κοινότητα, να μπορούν να διαμένουν σε σπίτι, αλλά και να αναπτύσσουν τις προσωπικές τους ικανότητές και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

ABSTRACT

Schizophrenia is one of the most complex diseases that affects almost 1% of the population. It appears in early adulthood, mainly influencing the person's contact with reality. Symptoms that appear are distinguished in both positive and negative. Positives include acoustic, tactile and visual hallucinations, delusional ideas, disorganized thinking and speech, as well as behavioral disorders. Negative symptoms include the level of blunt feeling, speech poverty, anhedonia, and a lack of desire to develop social relationships.

The causes, without being fully verified, include genetic, environmental and psychological factors. The diagnosis is based on DSM-IV criteria for America and ICD-10 for Europe. For sufferers experiencing the first episode of psychosis, the probability of a successful outcome of the disease is about 42%, for an intermediate outcome 35% and for an unpleasant outcome 27%. Treatment is mainly based on antipsychotic drugs that can mainly reduce positive symptoms in about one to two weeks, but fail to significantly improve the negative symptomatology. From existing psychotherapies, the cognitive – behavioral psychotherapy has proven to be the most effective against older psychodynamic therapies.

Nursing staff working with such patients, besides administering drugs and their general care, must closely observe and communicate with them to better understand their deeper needs and feelings. Lastly, community mental health nurses need to ensure that these people can work securely in the community be able to reside at home, but also develop their personal abilities and interpersonal relationships.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια προέρχεται από τις αρχαίες Ελληνικές λέξεις σχίζειν (διαχωρισμός) και φρένα (λογική, μυαλό), αποτελώντας μια νευροψυχιατρική νόσο που ανήκει στην κατηγορία των ψυχώσεων. Τον όρο εισήγαγε ο Ελβετός ψυχολόγος Eugen Bleuler το 1908, για να περιγράψει το πώς βασικές νοητικές λειτουργίες όπως η μνήμη, η σκέψη ή η αντίληψη, χάνουν την μεταξύ τους επικοινωνία. Για να γίνει η διάγνωση της νόσου, πρέπει προηγουμένως να έχει αποκλειστεί τυχόν οργανική βλάβη του νευρικού συστήματος που ενδεχομένως να παρουσιάζει κοινή συμπτωματολογία με αυτή της σχιζοφρένειας.

Το κοινωνικό στίγμα, θεωρείται το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ανάρρωση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Η άποψη ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι βίαια, έχει διπλασιαστεί από τη δεκαετία του πενήντα και έπειτα σύμφωνα με μια μεταανάλυση. Η δύσκολη αυτή ασθένεια έχει επιπτώσεις όχι μόνο στον άνθρωπο αλλά και στην οικονομία, αφού σε όλες τις χώρες το κόστος είναι αρκετά υψηλό. Τα άτομα με σχιζοφρένεια, περίπου 10% σε σχέση με τον μέσο όρο, είναι πολύ επικίνδυνο να επιχειρήσουν απόπειρα ή απόπειρες αυτοκτονίας κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής τους. Πιο συχνά η τάση για αυτοκτονία εμφανίζεται συνήθως στην περίοδο μετά την έναρξη της ασθένειας ή μετά από την πρώτη εισαγωγή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Η παρούσα εργασία έγινε με σκοπό την καλύτερη κατανόηση του θέματος, τόσο όσον αφορά το ιατρικό της κομμάτι όσο και αυτό της νοσηλευτικής φροντίδας που είναι εξίσου σπουδαίο. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας, οι παράγοντες που πιθανόν ευθύνονται για την έκλυση της ασθένειας, οι κλινικοί τύποι, τα συμπτώματα, τα διαγνωστικά κριτήρια καθώς και η πρόγνωση της ασθένειας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι σωματικές θεραπείες της σχιζοφρένειας, οι παρενέργειες των αντιψυχωτικών, αλλά και οι διάφορες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι διάφοροι ρόλοι και αρμοδιότητες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας όπως π.χ. στη χορήγηση φαρμάκων, στην επικοινωνία του με τον ψυχικά ασθενή, αλλά και στην ψυχολογική υποστήριξη που πρέπει να παρέχει κάθε καλός νοσηλευτής του καιρού μας. Επίσης παρουσιάζονται εξίσου αναλυτικά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στα προβλήματα και

τις ανάγκες των αρρώστων και τα ηθικά και νομικά τους δικαιώματα. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους ρόλους του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας, στις βασικές αρχές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στην μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς με σχιζοφρένεια, στην αντιμετώπιση των υποτροπών τους, στις διάφορες δομές στέγασης των ασθενών αυτών, στον ρόλο της εργασίας και της οικογένειας στην αποκατάστασή τους, καθώς και στο στίγμα και τους μύθους γύρω από την παρεξηγημένη αυτή νόσο.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια σύμπλοκη νοσολογική οντότητα, η οποία κατά βάση χαρακτηρίζεται από μια ουσιαστική (πυρηνική) μεταβολή της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, που εκφράζεται με σειρά διαταραχών από τη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, έως τη βούληση και τη συμπεριφορά (Χριστοδούλου και Συν. 2000).

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μια στοιχειώδης ιστορική αναδρομή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ορισμένα χαρακτηριστικά συμπτώματα, που σήμερα θα μπορούσαν να ενταχθούν στο νοσολογικό πλαίσιο της σχιζοφρένειας, αναδύονται αποσπασματικά μέσα από κείμενα εδώ και πάνω από 3.000 χρόνια. Περιγραφές τέτοιων συμπτωμάτων ανευρίσκονται στις ινδουιστικές Βέδες (1400 π.χ.), ενώ στην Ιπποκράτους Συλλογή (5ος αιώνας π.χ.) περιγράφεται η παράνοια (όχι ίσως με τη σημερινή της διάσταση, αλλά ως μια προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών). Κατά το 2ο μ.χ. Αιώνα ο Γαληνός περιέγραψε την παραφροσύνη, ο Αρεταίος ο Καππαδόκης διαχώρισε τα μανιακά συμπτώματα από αυτά που σήμερα κατηγοριοποιούνται ως σχιζοφρένεια και περιέγραψε περιπτώσεις παραληρήματος, ενώ ο Σωρανός ο Εφέσιος ανέφερε ορισμένες κατατονικές και παραληρηματικές καταστάσεις.

Κατά τα επόμενα χίλια χρόνια, η νόσος, μαζί φυσικά με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ενεπλάκη στις θεοκρατικές αντιλήψεις, όπως συναντάμε στο Δευτερονόμιο, που στη χειρότερή τους έκφραση, κατά το Μεσαίωνα, τη θεώρησαν ως δείγμα δαιμονοκατοχής, με αποτέλεσμα την διά της πυράς αντιμετώπισή της (αφού προηγουμένως είχε ολοκληρωθεί η μέσω βασανιστηρίων σχετική διαγνωστική

διαδικασία). Χαρακτηριστικά παραδείγματα περιγράφονται στο *Malleus Maleficarum* των δομινικανών μοναχών Kramer και Spenger (1486).

Κατά την Αναγέννηση, η κατάσταση αυτή έδωσε προοδευτικά τη θέση της σε πλέον ανθρωπιστικές προσεγγίσεις, μαζί με την επανάκαμψη των ξεχασμένων Ιπποκρατικών αντιλήψεων. Στις αρχές του δεκάτου ογδόου αιώνα άρχισαν να παρουσιάζονται οι πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τη νόσο. Αργότερα, οι Arnold (1780), Pinel (1801) και Haslam (1809) έδωσαν εξαιρετικές περιγραφές μερικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ενώ ο Morel (1857) εισήγαγε τον όρο πρώιμη άνοια, ως περιγραφικό χαρακτηριστικό της προοδευτικής ψυχονοητικής έκπτωσης που χαρακτηρίζει τη νόσο.

Οι πρώτες προσπάθειες νοσολογικής ένταξης διαφόρων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες (όπως π.χ. η παραφρένεια της εφηβείας από τον Kahlbaum το 1863, η ηβηφρένεια από τον Hecker το 1871 και διάφορες παρανοειδείς καταστάσεις από τους Sander το 1868 και Lasegue το 1870), δημιούργησαν τις κατάλληλες συνθήκες οριοθέτησης της νόσου, η οποία βρήκε τον κύριο εκφραστή της στο πρόσωπο του Kraepelin. Πράγματι, το 1896 ο Kraepelin καθιέρωσε την ταξινόμηση των διαφόρων μορφών (κατατονία, ηβηφρένεια, παρανοειδής άνοια), τις οποίες ενέταξε σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα δύο χρόνια αργότερα.

Παράλληλα, ο Diem (1904) πρόσθεσε στα παραπάνω και την απλή μορφή της νόσου. Ο Jung (1903) περιέγραψε τις συνειρμικές διαταραχές της νόσου, ο Meyer (1905) έβαλε τις βάσεις της ψυχοβιολογικής προσέγγισής της και, τέλος, ο Bleurer το 1919 εισήγαγε τον όρο σχιζοφρένεια και περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα της νόσου, δηλαδή την ασυναρτησία, τη συναισθηματική απάθεια-ακαμψία-απροσφορότητα, την αμφιθυμία-αμφιβουλησία και τον αυτισμό, που είναι γνωστά ως «τέσσερα άλφα» στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία (associational disturbances, affective disturbances, ambivalence autism).

Ο Freud, μετά από μια πρώιμη περιγραφή (1881) μιας περίπτωσης παρανοειδούς παραληρήματος (περίπτωση Schreber), επανέρχεται το 1915 με τη δημοσίευση των δοκιμίων του για την προβολή και το ναρκισσισμό, δομικών στοιχείων στην ψυχαναλυτική ερμηνεία της παραπάνω περίπτωσης. Στη δεκαετία του 1920, ο Pavlov, στα πλαίσια της θεωρίας του για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά, επισήμανε την επικράτηση της αναστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και τη συνθήκη χρόνιας ύπνωσης ως αιτιολογικού μηχανισμού, αντιλήψεις που

υιοθετήθηκαν από το σύνολο των ψυχιάτρων της ανατολικής Ευρώπης κατά την τελευταία πενήκονταετία.

Ο Langfeldt (1939) διαχώρισε τον πυρηνικό από τον αντιδραστικό τύπο της νόσου και ο Schneider (1942) περιέγραψε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (πρώτης και δεύτερης τάξης), που αποτέλεσαν σταθμό στη διαγνωστική διαδικασία. Τέλος, το 1980 δημοσιεύθηκε η τρίτη έκδοση του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-III), στην οποία οριοθετούνται πιο συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (προϊόν εκτεταμένης κλινικής έρευνας) για τη νόσο και τις μορφές της, μαζί με στοιχεία για την πορεία, τις κλινικές συσχετίσεις και την πρόγνωσή της. (Χριστοδούλου και Συν. 2000).



1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στις περισσότερες διεθνείς έρευνες, ο επιπολασμός (prevalence) της σχιζοφρένειας ποικίλει από 0,05 έως 2,38 περιπτώσεις ανά 100 κατοίκους. Από τη μεγάλη έγκυρη 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, μελέτη σε τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού ενηλίκων ανέδειξε επιπολασμό της νόσου που κυμαινόταν από 1,2%, ενώ έρευνα σε δείγμα μεταναστών έδωσε μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού (1,37-3,5%). Συμβατικά, η μέση τιμή επιπολασμού της σχιζοφρένειας ορίζεται στο 1%.

Η μέση τιμή επίπτωσης (incidence) της σχιζοφρένειας, δηλαδή ο ετήσιος αριθμός νέων περιπτώσεων ανά 1000 άτομα του πληθυσμού, υπολογίζεται από μεγάλη έρευνά

του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο 0,2-0,5%. Είναι ενδεικτικό πως στην έρευνα αυτή, όσο πιο περιοριστικά είναι τα κριτήρια για τη διάγνωση, τόσο μειώνονται οι διαφορές στην επίπτωση της νόσου μεταξύ των κρατών, εύρημα που αποτελεί ένδειξη για την οικουμενικότητα της νόσου. Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να επισημανθεί πως είναι παράλογο να θεωρείται ακριβώς ίση η επίπτωση της σχιζοφρένειας ανά την υφήλιο, δεδομένης της ετερογένειας του συνδρόμου και της αναμφίβολης συμμετοχής ποικίλων περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων στην εκδήλωσή της.

Πράγματι, η οικουμενική επίπτωση της σχιζοφρένειας έχει δειχθεί πρόσφατα πως έχει μεγάλη διακύμανση (έως και πενταπλάσια, ανάλογα με τη γεωγραφική εντόπιση), γεγονός που έχει στρέψει το ενδιαφέρον των ερευνητών στους ιδιαίτερους περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, αστικοποίηση, μετανάστευση) που διαμορφώνουν την επίπτωση της διαταραχής αυτής ανά χώρα ή ανά κοινωνικό-οικονομική περιοχή. Πρόσφατη μετά-ανάλυση όλων των δημοσιευμένων εργασιών επίπτωσης στη σχιζοφρένεια ανέφερε μέση τιμή 0,15/1000 κατοίκους/έτος, με σημαντικές παρεκκλίσεις ανάλογα με τη γεωγραφική εντόπιση.

Στη χώρα μας ο υπολογιζόμενος αριθμός ασθενών ηλικίας 15-65 ετών ανέρχεται στις 100.000. Από τους ασθενείς αυτούς εκτιμάται ότι 10% έχει ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι 1,41:1 και η νόσος συνήθως εισβάλλει μεταξύ των ηλικιών 15-35 ετών, σπάνια δε πριν από την ηλικία των δέκα ετών ή μετά τα σαράντα έτη. Η έναρξη στους άνδρες προηγείται κατά μέσο όρο 3-5 χρόνια της έναρξης της ασθένειας στις γυναίκες. (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

1.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1.4.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4α) Η υπόθεση της ανατομικής εγκεφαλικής βλάβης

Πρόκειται για την παλιά υπόθεση (Kraepelin), που άκμασε στις αρχές του περασμένου και στις αρχές του δικού μας αιώνα. Έπεσε σε αδράνεια, αλλά αναζωπυρώθηκε τα τελευταία χρόνια από διάφορες μελέτες, που είναι προς το παρόν

τουλάχιστον ανεπαρκείς και στηρίζουν την υπόθεση του αιτιολογικού ρόλου της ανατομικής βλάβης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος στη σχιζοφρένεια.

4β) Κληρονομικοί παράγοντες

Η μεγαλύτερη συχνότητα της σχιζοφρένειας σε ορισμένες οικογένειες δημιούργησε από παλιά την υπόθεση της κληρονομικής της καταβολής. Ο Kalmann οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος κληρονομική μεταβιβαζόμενη μ' ένα καθορισμένο γενετικό τύπο (υπολειπόμενο ή υποχωρητικό). Πολλοί πάντως αμφισβήτησαν και τη μεθοδολογία και τα συμπεράσματά του.

4γ) Βιοχημικοί παράγοντες

Όλες οι βιοχημικές έρευνες ξεκινάνε από την υπόθεση ότι υπάρχει μία ουσία στον οργανισμό, που συνδέεται αιτιολογικά με τη νόσο.

4.γ.1) Διαταραχή των πρωτεϊνών του πλάσματος: Είναι συμβατή επίσης και με τη γενετική υπόθεση της σχιζοφρένειας. Πολλοί ερευνητές σε διαφορετικές χώρες (κυρίως Η.Π.Α. και Σοβιετική Ένωση) έχουν απομονώσει από το πλάσμα σχιζοφρενικών αρρώστων μία α2-σφαιρίνη (λιποπρωτεΐνη) με μεγάλο μοριακό βάρος. Η δραστηριότητά της οφείλεται στην τριτογενή δομή της.

4.γ.2) Διαταραχές στα ένζυμα του ορού: Τα τελευταία χρόνια η αλδολάση και η κρεατινίνο-φωσφοκινάση (CPK) συγκεντρώνουν την προσοχή. Η CPK βρίσκεται αυξημένη στους σχιζοφρενικούς. Πάντως η αύξηση αυτή είναι συνδεδεμένη με την εγκατάσταση οξέων ψυχώσεων κι όχι απαραίτητα σχιζοφρενικού τύπου.

4.γ.3) Η ισταμίνη: Η ισταμίνη συνδέθηκε με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας για πολλούς λόγους, με σταθερότερο και γενικότερο αποδεκτό λόγο τη μεγάλη ανθεκτικότητα των σχιζοφρενικών σ' αυτήν. Μία πρόσφατη εργασία της ομάδας του Pfeiffer σε πληθυσμό χρονίων σχιζοφρενικών έδειξε πως άλλοι έχουν σημαντικά υψηλό και άλλοι σημαντικά χαμηλό ποσό ισταμίνης. Αυτό ενισχύει την άποψη ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μια ενιαία, από βιοχημικής τουλάχιστον πλευράς, νόσος.

4.γ.4) Παραισθησιογόνες ουσίες: Η διαπίστωση ότι απειροελάχιστες ποσότητες ορισμένων ουσιών (LSD, μεσκαλίνη, μιλochυμβίνη, κ.λ.π.), που είναι όλες μεθυλιωμένα παράγοντα των βιογενών αμινών, προκαλούν σχιζοφρενικού τύπου καταστάσεις, ενισχύει την άποψη πως η σχιζοφρενική συμπτωματολογία είναι προϊόν δράσης παρόμοιων και ενδογενώς παραγομένων ουσιών. Από άλλα δεδομένα εξάλλου ενοχοποιείται πιθανότατα το ντοπαμινεργικό σύστημα στη βιοχημική διαταραχή της σχιζοφρένειας.

4.γ.5) Τα ψυχοφάρμακα: Το γεγονός ότι η αποτελεσματικότητά τους είναι μεγαλύτερη από τα άλλα μέσα δείχνει ότι δρουν διορθωτικά σε κάποιο βιοχημικό υπόστρωμα. Αν λοιπόν μάθουμε περισσότερα για τη δράση τους, τότε αυτόματα θα μάθουμε και περισσότερα για το υπόστρωμα πάνω στο οποίο δρουν. Διαπίστωση πάντως είναι από τις διάφορες μελέτες ότι η βιοχημική διαταραχή πιθανόν βρίσκεται στο επίπεδο των βιογενών αμινών και της συναπτικής λειτουργίας.

1.4.2. ΕΝΔΟΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΜΑΧΗ (ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ)

Κοινό χαρακτηριστικό των αρρώστων είναι ότι η σχιζοφρένεια έχει τις καταβολές της σε άλυτη ενδοψυχική διαμάχη σε πρώιμα (βασικά το στοματικό) στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Στον σχιζοφρενικό άρρωστο το Εγώ βρίσκεται σε αδυναμία να ασκήσει αποτελεσματικά το συμβιβαστικό και συντονιστικό του ρόλο ανάμεσα στις αλληλοσυγκρουόμενες εσωψυχικές τάσεις και στις απαιτήσεις της πραγματικότητας. Έτσι προκύπτουν τα ακόλουθα:

- Αποδιοργάνωση του Εγώ: Το Εγώ παύει να διατηρεί χαλαρή σχέση με την πραγματικότητα, περιορίζεται η χρήση των προσαρμοστικών μηχανισμών άμυνας ενώ διαταράσσονται οι λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης, του συνειρμού και της προσοχής.
- Επαναγωγή και συμπτώματα αποκατάστασης: Τάση απόσυρσης των λιβιδινικών επενδύσεων και επαναγωγή της ψυχικής λειτουργίας σε πρώιμα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Η επαναγωγή συνοδεύεται με τάση επανάκτησης μιας κάποιας εσωτερικής οργάνωσης του Εγώ με βάση όμως την πραγματικότητα, έχοντας έτσι τα παραγωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (ψευδαισθήσεις κ.λ.π.).

- Παθολογική χρήση μη προσαρμοστικών μηχανισμών άμυνας του Εγώ: Υποκαθιστά τους προσαρμοστικούς και πρόσφατους μηχανισμούς άμυνας με τους αρχαιότερους.

1.4.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Από παλιά έχει παρατηρηθεί ότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος οικογενής. Δηλαδή πάντα εγείρεται η υπόνοια ότι και κάποιο άλλο μέλος θα πάσχει ή, το κυριότερο, ότι άλλα μέλη θα έχουν μια ιδιαίτερη δομή της προσωπικότητας ή θα συμπεριφέρονται με παράξενο και ιδιόρρυθμο τρόπο. Αυτό ερμηνεύθηκε με δύο υποθέσεις κυρίως: 1) Γενετική ή κληρονομική υπόθεση και 2) Ψευδοκληρονομική ή ψυχογενετική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία η ψυχοπαθολογική προσωπικότητα των γονέων δημιουργεί τις προϋποθέσεις για κατοπινή εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Αυτές οι απόψεις εντασσόμενες στο πλαίσιο της θεωρίας της επικοινωνίας είναι οι παρακάτω:

Η θεωρία του διπλού δεσμού του Bateson.

Σ' αυτήν, όταν η επικοινωνία ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί είναι σταθερά αντιφατική, τότε γίνεται σχιζοφρενογόνος. Δημιουργείται τότε η συνθήκη του διπλού δεσμού. Αυτό γίνεται, όταν λέγεται στο παιδί «κάνε το Α» ενώ εξωλεκτικά εκπέμπεται «μη κάνεις το Α». Ένα παράδειγμα είναι, όταν η μητέρα λέει «έλα να με φιλήσεις» και συγχρόνως δείχνει απωστική διάθεση. Τότε το παιδί παγιδεύεται σε αδιέξοδο και επιλέγει αντιδράσεις, που αποσκοπούν στη μείωση των συνεπειών. Έτσι κάνει πως δεν καταλαβαίνει και αδρανεί ασκούμενο κατά κάποιο τρόπο στην απάθεια. Άλλοτε όμως απαντά χωρίς να ανταποκρίνεται ούτε στο ένα ούτε στο άλλο μήνυμα, οπότε ασκείται σε εξωλογικό τρόπο σκέψης και αντίδρασης. Πάντως δεν αναπτύσσουν ψύχωση παρά μόνο λίγα παιδιά από όσα υπόκεινται σ' αυτές τις συνθήκες.

Η θεωρία των διασυζυγικών σχέσεων του Lidz.

Ο Lidz από το 1963 μελετώντας την επικοινωνία ανάμεσα σ' όλα τα μέλη της οικογένειας κατέληξε σε δύο βασικές υποθέσεις:

1. Η υπόθεση του σχισμικού ζεύγους: Αυτό χαρακτηρίζεται από κατάσταση συναισθηματικού διαζυγίου μεταξύ των γονέων. Το παιδί γίνεται υποκατάστατο της αγάπης, που λείπει μεταξύ τους και εργαλείο επιθετικότητας του ενός προς τον άλλο.

2. Η υπόθεση του εκτρόπου ή βλαισού ζεύγους: Ο ένας από τους γονείς έχει αδύνατη προσωπικότητα, ενώ ο άλλος είναι απαιτητικός και δεσποτικός. Και στις δύο περιπτώσεις οι επιπτώσεις στο παιδί είναι παθογόνες κατά τον Lidz. Πάντως τα συμπεράσματα του Lidz έχουν βασικές αδυναμίες.

1.4.4. Κοινωνικές αιτίες

Οι μέχρι τώρα μελέτες πάσχουν από μεθοδολογικές αδυναμίες. Γι' αυτό η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει αναλάβει μια συστηματική σε ευρεία κλίμακα μελέτη. Μέχρι να ανακοινωθούν τα αποτελέσματά της υπάρχουν τα παρακάτω δεδομένα: Η σχιζοφρένεια είναι νόσος οικουμενική. Ο πολιτισμός δεν επιδρά στην αύξηση της συχνότητας. Μελέτες των Farris – Daruhum & Holingshead – Redlich, αποκάλυψαν σημαντικές διαφορές στη συχνότητα μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών τάξεων. Άλλες μελέτες δεν ανέδειξαν τέτοιες διαφορές. Κυρίως όμως αμφισβητήθηκε η αιτιολογική σχέση των ευρημάτων αυτών, που ερμηνεύθηκαν με την «υπόθεση κατολισθήσεως».

Σύμφωνα με αυτήν οι σχιζοφρενείς δεν προέρχονται, αλλά πέφτουν εξαιτίας της αρρώστιας στα χαμηλότερα κοινωνικά επίπεδα. Σε άλλες μελέτες βρέθηκε μεγαλύτερη επίπτωση της σχιζοφρένειας στους μετανάστες και στον πληθυσμό των μεγάλων αστικών κέντρων, τα οποία όμως υπόκεινται στην κριτική της «υποθέσεως κατολισθήσεως». Ο γενετικός παράγοντας, αν βρισκόταν σημαντικός, θα δικαιολογούσε τη συγκέντρωση των σχιζοφρενών στις χαμηλότερες τάξεις, επειδή οι γενετικά επιβαρυνμένες οικογένειες, έχοντας μειωμένες δυνατότητες, βολεύονται καλύτερα σ' αυτές. (Οικονόμου. 1992).

1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

1.5.1. Γενικά στοιχεία

Γενικά, παραδεχόμαστε ότι η σχιζοφρένεια είναι μια από τις ψυχώσεις που διατηρούν διαυγή τη συνείδηση και δεν έχουν άμεση σχέση με οργανική εγκεφαλική βλάβη ή ανεπάρκεια. Χαρακτηρίζεται από μια αποδιοργανωμένη σκέψη, ένα ανάρμοστο συναίσθημα και μια ασυνεπή συμπεριφορά. Η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια σε ό,τι αφορά στην ένταση και διάρκεια των συμπτωμάτων της. Αλλά στις μέρες μας η διαφορά αναφέρεται σε κάτι πιο ουσιαστικό, αφού έχει φτάσει να ταυτίζεται με μια καλοήθη και μια κακοήθη μορφή της διαταραχής, γνωστές ως αντιδραστική σχιζοφρένεια και διαδικαστική ή πυρηνική σχιζοφρένεια.

Η αντιδραστική μορφή εισβάλλει απότομα και εντυπωσιακά, ενδεχομένως ως συνέπεια κάποιας ψυχοπιεστικής εκλυτικής συγκυρίας, διαρκεί μερικές εβδομάδες ή μήνες το πολύ και μπορεί να μην εμφανιστεί ξανά· ή να εμφανίζεται περιοδικά, λίγο-πολύ με τον ίδιο τρόπο, υποχωρώντας, χωρίς να αφήνει φανερά κατάλοιπα ή να εμποδίζει την εξέλιξη του ατόμου. Αντίθετα, η διαδικαστική σχιζοφρένεια είναι αργή, ύπουλη στην έναρξή της, βαθμιαία στην εξέλιξη των συμπτωμάτων της και καταλήγει σε μια χρόνια κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από μια πνευματική ή συναισθηματική αναπηρία.

1.5.2. Αποψη Κρέπελιν

Είναι γεγονός ότι διάφοροι ερευνητές και οι σχολές που δημιουργήθηκαν γύρω τους, χρησιμοποίησαν και χρησιμοποιούν λίγο πολύ διαφορετικά κριτήρια προκειμένου να φτάσουν στη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Έτσι, ο Κρέπελιν και οι οπαδοί της περιγραφικής, ουσιαστικά οργανικής ψυχιατρικής, θεώρησαν ως παθολογμονικό στοιχείο την ψυχιατρική πορεία της αρρώστιας και την πιθανότητα να καταλήξει σε έναν πρόωρο διανοητικό εκφυλισμό (πρώιμη άνοια).

Φυσικά, για να βασιστεί κανένας σε μια τέτοια ιδέα θα έπρεπε να περιμένει αρκετά προτού φτάσει στην τελειωτική διάγνωση. Αλλά, εκτός από τη θεωρητική και διαγνωστική της σκοπιμότητα, η ιδέα εξυπηρετούσε κυρίως στατιστικές ανάγκες. Βασικά, τα κριτήρια που μετρούσαν για τον Κρέπελιν ήταν η παρουσία του

παραληρήματος, των ψευδαισθήσεων και διάφορων ψυχοκινητικών ανωμαλιών της συμπεριφοράς, δηλαδή συμπτώματα που χαρακτηρίζουν μια προχωρημένη ή, πιο σωστά, παραμελημένη μορφή της σχιζοφρένειας, όπως ήταν ο κανόνας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της εποχής εκείνης, από τα οποία άντλησε το υλικό του ο πρωτοπόρος Γερμανός ερευνητής.

Από τον καιρό του Κρέπελιν, αν και λιγότερο στις ημέρες μας, έχει επικρατήσει να περιγράφονται τρεις μορφές της σχιζοφρένειας: η παρανοϊκή, η ηβηφρενική και η κατατονική. Σε αυτές ο Μπλόουλερ πρόσθεσε μια ακόμα, την απλή, και αργότερα ο Καζάνιν τη σχιζοσυναισθηματική.

Κύριο χαρακτηριστικό της παρανοϊκής μορφής είναι το παραλήρημα καταδιώξεως ή μεγαλείου. Συνοδεύεται συνήθως από καχυποψία, ιδέες αναφοράς (που είναι η εγωκεντρική ερμηνεία φαινομένων άσχετων προς το πρόσωπο του αρρώστου), εχθρικότητα ή επιθετικότητα και ακουστικές ψευδαισθήσεις με απειλητικό, αυτοκριτικό, ή μεγαλομανιακό περιεχόμενο.

Η κατατονική μορφή κυριαρχείται από έντονα ψυχοκινητικά συμπτώματα. Διακρίνεται σε έναν διεγερτικό τύπο, που χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, ακατάπαυστη, ασυνάρτητη λογόρροια και τυφλή επιθετικότητα, που μπορούν να οδηγήσουν τον άρρωστο στην εξάντληση ή να τον κάνουν επικίνδυνο για τον εαυτό του και για τους άλλους, και σε έναν ανεσταλμένο τύπο, που χαρακτηρίζεται από μια απόλυτη απόσυρση του αρρώστου στον εαυτό του και μια μεγάλη αρνητικότητα, που μπορούν να τον καθλώσουν στην ίδια θέση και στάση, αμίλητο για ώρες ή μέρες ολόκληρες, φαινόμενο που περιγράφεται ως κατατονική ακαμψία. Σπάνιο στις ημέρες μας, είναι το ανάλογο φαινόμενο της κερένιας ευλυγισίας: η μηχανική υπακοή των μελών του αρρώστου, που παίρνουν και διατηρούν τη στάση που θα τους δώσει κάποιος με το χέρι σαν να μη συμμετέχει στη διαδικασία. Η κατατονική σχιζοφρένεια, είναι μία από τις πιο εντυπωσιακές μορφές της βαριάς αυτής ψύχωσης. Έχει επίσης παραχθεί πειραματικά σε ζώα, για να καταλυθεί με τη χρήση ψυχοφαρμάκων.

Η ηβηφρενική μορφή έχει κάτι το παιδαριώδες. Ο άρρωστος μορφάζει, γελάει ή κλαίει χωρίς εμφανή λόγο, επιδίδεται σε στερεότυπες χειρονομίες και, γενικά, συμπεριφέρεται με τρόπο γελοίο, χωρίς να φαίνεται πως έχει συναίσθηση της γελοιοτήτάς του. Αρκετά συχνά προβάλλει υποχονδριακά παράπονα και, λιγότερο συχνά, ασυνάρτητα παραληρήματα και ψευδαισθήσεις.

Η απλή σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από μια μεγάλη συναισθηματική και πνευματική φτώχεια, μια απάθεια και μια αδιαφορία για όλα και για όλους. Παραγωγικά συμπτώματα (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις ή ψυχοκινητικά φαινόμενα), που λίγο-πολύ υπάρχουν στις άλλες μορφές, εδώ λείπουν.

Στην εποχή μας σπάνια συναντάμε μια από τις τέσσερις τυπικές μορφές της σχιζοφρένειας, γιατί ουσιαστικά είναι τελικές φάσεις, που μπορούν ως ένα βαθμό να προληφθούν με την έγκαιρη θεραπεία και κατάλληλη συντήρηση. Συνήθως η κλινική εικόνα της αρρώστιας που ονομάζουμε σχιζοφρένεια είναι μεικτή, με στοιχεία από όλες τις μορφές.

Ο σχιζοσυναισθηματικός τύπος, αντιμετωπίζεται σαν ένα διαγνωστικό δίλημμα. Συνδυάζει στοιχεία από όλες τις πρωτεύουσες ψυχώσεις, τη σχιζοφρενική και τη συναισθηματική. Μοιάζει πολύ με τις σχιζοφρενικόμορφες διαταραχές του Λάνγκφελντ. Η επικρατούσα άποψη είναι ότι συγγενεύει περισσότερο με τις συναισθηματικές παρά με τις σχιζοφρενικές ψυχώσεις.

Από καιρό σε καιρό έχουν περιγραφεί και άλλες μορφές σχιζοφρένειας, από τις οποίες θα ήταν σκόπιμο να αναφερθεί η οριακή ή λανθάνουσα, που στις ημέρες μας έχει σχεδόν επικρατήσει να περιγράφεται ως μια αυτόνομη ψυχιατρική διαταραχή, διαφορετική από τη σχιζοφρένεια.

1.5.3. Αποψη Μπλόυερ

Χωρίς να διαφωνεί ουσιαστικά με την κλινική εικόνα που περιέγραψε ο Κρέπελιν, ο Μπλόυερ έδωσε πρωταρχική σημασία στον τρόπο με τον οποίο σκέπτεται και αισθάνεται ο σχιζοφρενικός άρρωστος, επισημαίνοντας τέσσερα χαρακτηριστικά φαινόμενα ή σημεία αναφοράς: την αποσύνδεση (ή χάλαση) των συνειρμών, το ανάρμοστο ή (ακαταλόγιστο) συναίσθημα, την αμφιθυμία (ή αμφίρροπη σκέψη) και τον αυτισμό – όλα γνωστά ως τα τέσσερα άλφα του Μπλόυερ.

Τα φαινόμενα αυτά, ο Ελβετός ερευνητής τα θεώρησε ως πρωτογενή, απότοκα κάποιας οργανικής αιτίας (τοξίνης κατά τη γνώμη του), ενώ τα πιο εντυπωσιακά συμπτώματα (παραληρήματα, ψευδαισθήσεις και ανωμαλίες συμπεριφοράς), που μεταχειρίστηκε ο Κρέπελιν και οι προγενέστεροί του ερευνητές στην προσπάθειά τους να περιγράψουν τις σχιζοφρενικές διαταραχές και που ακόμα και σήμερα τραβούν την προσοχή του κόσμου, επιστημονικού και μη, τα θεώρησε ως

δευτερογενή ψυχοδυναμικά, απότοκα των άλλων και κυρίως της διαταραχής των συνειρμών.

Η άποψη του Μπλόυερ βρήκε περισσότερη απήχηση στην αμερικανική ψυχιατρική, που συνδυάζοντάς την με τις απόψεις του Μέγερ και του Σάλλιβαν, αναγνώρισε ως βασικά κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, τη διαταραχή της σκέψης και τις αντιδραστικές, αμυντικές στην ουσία, διαπροσωπικές σχέσεις.

1.5.4. Άποψη Σνάιντερ

Στην Ευρώπη, ωστόσο, επικράτησε η άποψη του Κρέπελιν, ιδίως με τις τροποποιήσεις που της έκανε ο Κούρτ Σνάιντερ. Κατά τον Γερμανό αυτόν ερευνητή του μεσοπολέμου, η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από δύο κατηγορίες συμπτωμάτων ή σημείων: 1) σημεία πρώτης σειράς, που αφορούν κυρίως ακουστικές και σωματικές ψευδαισθήσεις, αρχίζοντας από την εντύπωση ότι ακούει κανένας τις ίδιες του τις σκέψεις ή ότι οι σκέψεις του μεταδίδονται σαν από ένα ραδιόφωνο προς τα έξω (μετάδοση - εκπομπή σκέψης), ιδέες επίσης που δεν είναι δικές του εδώ μεταδίδονται στη σκέψη του από έξω (εμβολή σκέψης), ενώ επιπλέον ο ασθενής υποφέρει από συναισθήματα, παρορμήσεις, σκέψεις ή πράξεις, που δεν οφείλονται στη δική του θέληση αλλά του έχουν επιβληθεί και ελέγχονται από κάποια ξένη δύναμη (παραληρήματα ελέγχου) και 2) σημεία δεύτερης σειράς, που περιλαμβάνουν άλλες μορφές ψευδαισθήσεων, ένα συναίσθημα αμηχανίας και αβεβαιότητας, δυσφορία ή ευφορία και συναισθηματική άμβλυση.

1.5.5. Άποψη Σνιεζνέφσκι

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας στη Σοβιετική Ένωση γίνεται με βασικό κριτήριο την πορεία της διαταραχής. Κατά την άποψη αυτή, που αναπτύχθηκε στο Ινστιτούτο ψυχιατρικής της Ακαδημίας των Ιατρικών Επιστημών στη Μόσχα υπό την καθοδήγηση του κορυφαίου ψυχιάτρου της χώρας Αντρέι Σνιεζνέφσκι, υπάρχουν τρεις κύριες μορφές σχιζοφρένειας: 1) η συνεχής μορφή, που περιλαμβάνει ως υποκατηγορίες α) τη νωθρή ή οκνηρή σχιζοφρένεια, β) την προοδευτική (παρανοϊκή) σχιζοφρένεια και γ) την εξελικτική - κακοήθη σχιζοφρένεια, 2) η περιοδική μορφή και 3) η μεικτή ή λανθάνουσα προοδευτική μορφή, που περιλαμβάνει ως υποκατηγορίες α) την ήπια προοδευτική σχιζοφρένεια, β) την προοδευτική

σχιζοφρένεια και γ) την κακοήθη σχιζοφρένεια. Υποτίθεται ότι οι μορφές αυτές διαφέρουν η μία από την άλλη στη συμπτωματολογία, στην πρόγνωση και, ακόμα, στην παθογένεσή τους. Η διάγνωση της νωθρής σχιζοφρένειας μπορεί να αφορά περιπτώσεις μιας ψυχολογικής διαταραχής που χαρακτηρίζεται από κοινωνιολογικά κριτήρια, όπως μια χρόνια, ενεργητική ή παθητική δυσκολία προσαρμογής στις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες του περιβάλλοντος.

1.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΠΟΡΕΙΑ – ΕΚΒΑΣΗ

Ποια προβλέπουμε πως θα είναι η εξέλιξη μιας παθολογικής κατάστασης σαν τη σχιζοφρένεια μέσα στη ζωή ενός ανθρώπου; Θα γίνει αυτός ο άνθρωπος ποτέ καλά, θα καλυτερέψει, θα χειροτερέψει και πότε; Τι θα μπορούσε να επιδράσει ευνοϊκά ή, το αντίθετο, αρνητικά στην πιθανή εξέλιξη της αρρώστιας του; Τα ερωτήματα αυτά, προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, είναι δύσκολο να απαντηθούν όχι μόνο επειδή αφορούν κάτι μελλοντικό, αλλά γιατί θα πρέπει να βασιστούν σε στατιστικούς υπολογισμούς που αφορούν πολλές παραμέτρους. Και, προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, έχουμε το πρόσθετο πρόβλημα μιας άγνωστης και προφανώς πολλαπλής αιτιολογίας.

Με όλες αυτές τις επιφυλάξεις, μελέτες από όλο τον κόσμο επιτρέπουν τις ακόλουθες προγνωστικές παρατηρήσεις: πέντε χρόνια ύστερα από την εμφάνιση μιας σχιζοφρένειας, περίπου σαράντα τοις εκατό των αρρώστων έχει ξαναβρεί την ισορροπία του (οι μισοί περίπου είναι ακόμα ψυχωτικοί, αλλά ικανοί να συντηρηθούν στα σπίτια τους ή σε ανοιχτούς θαλάμους ειδικών νοσοκομείων) και δέκα τοις εκατό χρειάζεται διαρκώς εντατική νοσηλεία. Ύστερα από είκοσι χρόνια, περισσότεροι από είκοσι τοις εκατό έχουν συνέλθει τελείως και κάπου τριάντα τρία τοις εκατό έχει καλυτερέψει σημαντικά, αλλά κινδυνεύει να έχει καινούρια ψυχωτικά επεισόδια. Τέλος, τριάντα τρία τοις εκατό παραμένει σε μια χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση, και δέκα τοις εκατό βρίσκεται σε μια χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

Η εξέλιξη της διαταραχής είναι διαφορετική από περίπτωση σε περίπτωση. Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις σχιζοφρενών ακολουθούν μια πορεία με ψυχωτικές και ισορροπημένες φάσεις, ενώ σε ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων η κατάσταση γίνεται χρόνια, με λίγες πιθανότητες για μια έστω και προσωρινή βελτίωση. Το πιο αποφασιστικό στοιχείο για την πρόγνωση είναι ο τρόπος με τον

οποίο πρωτοεμφανίζεται η διαταραχή. Όταν αρχίζει απότομα, με οξεία, παραγωγικά συμπτώματα, έχει καλύτερη πρόγνωση από μια περίπτωση που η αρχή της είναι αργή και ύπουλη. Πλημμελής νοσοκομειακή φροντίδα και απομόνωση έχουν δυσμενή επίδραση στο μέλλον του αρρώστου, ενώ αντιθέτως ένα καλό περιβάλλον, και ιδίως μέσα σε μια οικογένεια που μπορεί να παραδέχεται τον άρρωστο χωρίς υπερβολικό άγχος, ευνοεί την πρόγνωση. Πάντως, καμιά στατιστική πρόγνωση δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να καλυτερέψει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως την ισορροπία του (Χαρτοκόλλης, 1991).

Η πορεία της σχιζοφρένειας μπορεί να έχει οξεία έναρξη με πλήρη ανάρρωση, να παρουσιάζεται με επανειλημμένα οξεία επεισόδια ή ως χρόνια νόσος με επαναλαμβανόμενα οξεία επεισόδια ή με βραδεία έναρξη. Υπάρχει και η περίπτωση της αυτοκτονίας του πάσχοντος (συνήθως όταν το επίπεδο ευαισθησίας είναι υψηλό και ο άρρωστος αντιλαμβάνεται την κατάστασή του). Αυτό αφορά περίπου το δέκα τοις εκατό από το πενήντα τοις εκατό των αρρώστων, οι οποίοι έκαναν μια απόπειρα αυτοκαταστροφής.

Πρέπει να σημειωθεί ότι το προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy) στους αρρώστους με σχιζοφρένεια είναι δεκαπέντε τοις εκατό μικρότερο των υγιών. Ένα ποσοστό περίπου δεκαέξι τοις εκατό των αρρώστων αναρρώνει πλήρως, ένα τριάντα δύο τοις εκατό εμφανίζει πολλαπλά επεισόδια, το σαράντα τρία τοις εκατό εμφανίζει προοδευτική έκπτωση, ενώ το εννιά τοις εκατό περιπίπτει με σταθερή χρονιότητα.



1.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας πρέπει να τίθεται εξ αποκλεισμού δια της εις άτοπον απαγωγής, διότι οι συνέπειές της είναι εξαιρετικά σοβαρές και περιορίζουν τις θεραπευτικές επιλογές. Πρώτον, πρέπει να διενεργείται μια ενδεδειγμένη φυσική εξέταση και λήψη ιστορικού, προκειμένου να αποκλειστούν πιθανά παθολογικά αίτια των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν σε πολλές άλλες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων της κατάχρησης ουσιών (π.χ. παραισθησιογόνων, φαινυλκυκλιδίνης, αμφεταμινών, κοκαΐνης, αλκοόλ), των ανεπιθύμητων ενεργειών ευρέως συνταγογραφούμενων φαρμάκων (π.χ. κορτικοειδών, αντιχολινεργικών), των λοιμώξεων, μεταβολικών και ενδοκρινικών διαταραχών, όγκων και άλλων χωροκατακτητικών εξεργασιών.

Οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις βοηθούν προς την κατεύθυνση του αποκλεισμού των οργανικών αιτιών. Στις εξετάσεις αυτές πρέπει να συμπεριλαμβάνονται η γενική αίματος, η γενική ούρων, η μέτρηση των ηπατικών ενζύμων, της κρεατινίνης, της ουρίας, η εξέταση της θυρεοειδικής λειτουργίας καθώς και ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη ή λοίμωξη από HIV. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου μπορεί να είναι χρήσιμη σε επιλεγμένους ασθενείς για τον αποκλεισμό εστιακών εγκεφαλικών βλαβών (π.χ. όγκοι, ισχαιμικά έμφρακτα), και κυρίως σε ασθενείς με πρώτη εμφάνιση των σχετικών συμπτωμάτων.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τις διαταραχές της διάθεσης, την παραληρητική διαταραχή και τις διαταραχές προσωπικότητας. Η διάκριση της σχιζοφρένειας από τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και τις διαταραχές διάθεσης με ψυχωτικά συμπτώματα βασίζεται στο ότι στη σχιζοφρένεια ένα πλήρες καταθλιπτικό ή μανιακό σύνδρομο είτε απουσιάζει εντελώς, είτε αναπτύσσεται μετά τα ψυχωτικά συμπτώματα, είτε έχει βραχεία διάρκεια σε σύγκριση με τη διάρκεια των ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Αντίθετα από την παραληρητική διαταραχή, η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται συχνά από αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα εκείνοι με διαταραχές που εμπίπτουν στην ομάδα των εκκεντρικών προσωπικοτήτων (π.χ. σχιζοειδής, σχιζότυπη και παρανοειδής) είναι δυνατόν να αδιαφορούν για τις κοινωνικές σχέσεις και να εμφανίζουν περισφιγμένο

συναίσθημα, παράδοξες πεποιθήσεις ή εκκεντρικό λόγο, μη έχοντας όμως ενεργό ψύχωση.

Θα πρέπει, επίσης, να αποκλειστούν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η βραχεία ψυχωτική διαταραχή, η προσποιητή διαταραχή με ψυχολογικά συμπτώματα και η υπόκριση. (Black and Andreasen. 2011).

1.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1.8.1. Θετικά συμπτώματα

Τα θετικά συμπτώματα αναφέρονται σε υπερβολές και στρεβλώσεις, όπως είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες. Τα περισσότερα οξέα επεισόδια σχιζοφρένειας χαρακτηρίζονται από θετικά συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα:

Α) Παραληρητικές ιδέες: όλοι μας κάποια στιγμή έχουμε αναμφίβολα ανησυχήσει, επειδή θεωρήσαμε ότι οι άλλοι έχουν σκεφτεί κάτι κακό για μας. Ορισμένες φορές, η πεποίθηση αυτή μπορεί να είναι δικαιολογημένη. Στο κάτω κάτω, ποιος είναι αγαπητός σε όλους; Σκεφτείτε όμως την αγωνία που θα νιώθατε, εάν ήσασταν τελείως πεπεισμένοι ότι πολλά άτομα δε σας συμπαθούν και ότι, στην πραγματικότητα, σας απεχθάνονται σε τέτοιο βαθμό, που συνωμοτούν εναντίον σας. Φανταστείτε να πιστεύατε ότι οι διώκτες σας έχουν επινοήσει προηγμένες συσκευές παρακολούθησης, που τους επιτρέπουν να συντονίζονται με τις πιο προσωπικές σας συζητήσεις και να συλλέγουν στοιχεία στο πλαίσιο μιας συνωμοσίας που γίνεται με σκοπό τη δυσφήμισή σας.

Τα άτομα που σας περιβάλλουν, μεταξύ των οποίων και τα αγαπημένα σας πρόσωπα, αδυνατούν να σας καθησυχάσουν ότι δεν είστε αντικείμενο κατασκοπείας. Ακόμα και οι πιο στενοί σας φίλοι σταδιακά ενώνουν τις δυνάμεις τους με το βασανιστή σας. Έχοντας αγχωθεί και θυμώσει, αρχίζετε να παίρνετε μέτρα ενάντια στους διώκτες σας. Σε κάθε καινούργιο χώρο στον οποίο μπαίνετε, ελέγχετε προσεκτικά μήπως υπάρχουν συσκευές παρακολούθησης. Όταν συναντάτε κάποιον για πρώτη φορά, τον υποβάλλετε σε εξονυχιστικό έλεγχο, προκειμένου να προσδιορίσετε εάν αποτελεί μέρος της συνωμοσίας που υπάρχει εναντίον σας.

Αυτού του είδους οι παραληρητικές ιδέες, δηλαδή οι πεποιθήσεις που το άτομο έχει σε αντίθεση με την πραγματικότητα και διατηρεί με μεγάλη βεβαιότητα παρά τις ενδείξεις ότι δεν ισχύουν, αποτελούν ένα από τα συνήθη θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Παραληρητικές ιδέες, όπως αυτές που μόλις αναφέρθηκαν, εντοπίστηκαν στο εξήντα πέντε τοις εκατό ενός μεγάλου δείγματος ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας, τα οποία προέρχονταν από διαφορετικές χώρες. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να πάρουν αρκετές ακόμη μορφές, τις οποίες περιέγραψε ο Γερμανός ψυχίατρος Kurt Schneider (1959). Οι παρακάτω ενδιαφέρουσες περιγραφές των παραληρητικών ιδεών προέρχονται από τον Mellor (1970):

- Ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι κάποια εξωτερική πηγή έχει τοποθετήσει στο νου του σκέψεις που δεν του ανήκουν:

Μία νοικοκυρά ετών είκοσι εννέα είπε: «Ενώ κοιτάζω έξω από το παράθυρο και σκέφτομαι ότι ο κήπος φαίνεται όμορφος και το γρασίδι δροσερό, έρχονται στο νου μου οι σκέψεις του Eamonn Andrews. Δεν υπάρχουν άλλες σκέψεις στο μυαλό μου πέρα από τις δικές του. Ο Eamonn Andrews χρησιμοποιεί το μυαλό μου σαν οθόνη και προβάλλει επάνω μου τις σκέψεις του, όπως προβάλλει κανείς μία εικόνα».

- Οι ασθενείς μπορεί να σκέφτονται ότι κάποια εξωτερική δύναμη κλέβει τις σκέψεις τους ξαφνικά και αναπάντεχα:

Μία γυναίκα, ετών είκοσι δύο έλεγε: «Ενώ σκέφτομαι τη μητέρα μου, ξαφνικά ρουφά τις σκέψεις μου μια φρενολογική ηλεκτρική σκούπα και δε μένει τίποτα στο μυαλό μου, πλέον είναι άδειο».

Αν και οι παραληρητικές ιδέες εντοπίζονται σε περισσότερους από το πενήντα τοις εκατό των ανθρώπων με σχιζοφρένεια, τις συναντά κανείς και σε ασθενείς με άλλες διαγνώσεις, ιδιαίτερα σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, με κατάθλιψη, με ψυχωτικά στοιχεία καθώς και με παραληρητική διαταραχή. Σε αντίθεση με τις παραληρητικές ιδέες των ασθενών αυτών, οι παραληρητικές ιδέες των ασθενών με σχιζοφρένεια, όπως φαίνεται και από τις παραπάνω περιγραφές, είναι εξαιρετικά μη αληθοφανείς.

Β) Ψευδαισθήσεις και άλλες διαταραχές της αντίληψης: οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αναφέρουν συχνά ότι ο κόσμος τους φαίνεται κάπως διαφορετικός ή ακόμη και μη πραγματικός. Ένας ασθενής μπορεί να αναφέρει αλλαγές στην αίσθηση του σώματός του ή μπορεί να βιώνει τέτοιο βαθμό αποπροσωποποίησης, που να αισθάνεται το σώμα του σαν μηχανή. Κάποιοι μάλιστα αναφέρουν ότι δυσκολεύονται πολύ να παρακολουθήσουν τα όσα συμβαίνουν γύρω τους. Κάποιος ασθενής έλεγε:

«Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ στην τηλεόραση, επειδή δεν μπορώ να παρακολουθώ την οθόνη και ταυτόχρονα να ακούω αυτά που λέγονται. Δεν νομίζω ότι μπορώ να καταγράψω δύο πράγματα, όπως αυτά, ταυτόχρονα, ιδιαίτερα όταν το ένα είναι για να βλέπω και το άλλο για να ακούω. Από την άλλη, μου φαίνεται ότι πάντα καταγράψω πάρα πολλά ερεθίσματα την ίδια στιγμή και μετά δεν μπορώ να τα χειριστώ ή να βγάλω κάποιο νόημα από αυτά».

Οι πιο έντονες στρεβλώσεις της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι αισθητηριακές εμπειρίες που εμφανίζονται, χωρίς να υπάρχουν σχετικά ερεθίσματα από το περιβάλλον. Οι ψευδαισθήσεις είναι συχνότερα ακουστικές παρά οπτικές. Σε ένα δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια το εβδομήντα τέσσερα τοις εκατό ανέφερε ότι είχε ακουστικές ψευδαισθήσεις. Όπως και οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις μπορεί να συνιστούν πολύ τρομακτικές εμπειρίες.

Κάποια είδη ψευδαισθήσεων θεωρείται ότι έχουν ιδιαίτερη διαγνωστική σημασία, επειδή εμφανίζονται συχνότερα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια από ό,τι σε άλλους ψυχωτικούς ασθενείς. Στα συγκεκριμένα είδη ψευδαισθήσεων συμπεριλαμβάνονται τα ακόλουθα (όπως αναφέρονται στον Mellor, 1970):

- Ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν ότι ακούν τις σκέψεις τους να εκφράζονται από κάποια άλλη φωνή:

Νοικοκυρά, ετών τριάντα δύο, διαμαρτυρήθηκε ότι άκουγε τη φωνή ενός άνδρα που μιλούσε με έντονους ψιθύρους από απόσταση περίπου εξήντα πέντε εκατοστών πάνω από το κεφάλι της. Η φωνή επαναλάμβανε σχεδόν όλες τις στοχοκατευθυνόμενες σκέψεις της ασθενούς, ακόμη και τις πιο τετριμμένες. Η ασθενής σκεφτόταν: «Πρέπει να ανάψω το βραστήρα και, μετά από παύση μικρότερη του ενός δευτερολέπτου, η φωνή έλεγε: «Πρέπει να ανάψω τον βραστήρα». Συχνά έλεγε και το αντίθετο: «Μην ανάψεις τον βραστήρα».

- Ορισμένοι ασθενείς ακούν φωνές να σχολιάζουν τη συμπεριφορά τους:

Μία νοικοκυρά, ετών σαράντα ένα, άκουγε μία φωνή που ερχόταν από κάποιο σπίτι στην απέναντι πλευρά του δρόμου. Η φωνή περιέγραφε ασταμάτητα, με επίπεδο, μονότονο τρόπο καθετί που έκανε η γυναίκα, μαζί με ένα συνονθύλευμα επικριτικών σχολίων: «Καθαρίζει πατάτες, έπιασε το εργαλείο για το ξεφλούδισμα, δε θέλει αυτή την πατάτα, την ξαναβάζει πίσω, επειδή της φαίνεται ότι έχει ένα εξόγκωμα που μοιάζει με πέος, έχει βρώμικο μυαλό, καθαρίζει πατάτες, τώρα τις πλένει».

Πολλοί ασθενείς βιώνουν αυτές τις ψευδαισθήσεις αρνητικά. Σε μία έρευνα που συμπεριέλαβε σχεδόν διακόσιους ασθενείς, εκείνοι που είχαν ψευδαισθήσεις με μεγαλύτερη διάρκεια, ένταση, συχνότητα και τις οποίες βίωναν σε τρίτο πρόσωπο, τις έβρισκαν δυσάρεστες. Όταν οι ασθενείς θεωρούσαν ότι οι ψευδαισθήσεις προέρχονταν από κάποιο γνωστό τους πρόσωπο, τις βίωναν πιο θετικά. Πρόσφατες νευροαπεικονιστικές μελέτες εξετάζουν τι συμβαίνει στον εγκέφαλο κατά τη διάρκεια των ακουστικών ψευδαισθήσεων. Κάποιοι θεωρητικοί διατείνονται ότι οι ασθενείς αποδίδουν λανθασμένα τη φωνή τους σε κάποιον άλλο.

Συμπεριφορικές έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που έχουν ψευδαισθήσεις, είναι πιο πιθανόν να αποδώσουν λανθασμένα καταγραφές της δικής τους ομιλίας σε κάποια διαφορετική πηγή από ό,τι οι ασθενείς που δεν έχουν ψευδαισθήσεις ή τα υγιή άτομα της ομάδας ελέγχου. Έρευνες που χρησιμοποιούν μεθόδους απεικόνισης του εγκεφάλου βρίσκουν επίσης ότι, όταν οι ασθενείς ακούν φωνές, παρουσιάζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα στην περιοχή του Broca, την εγκεφαλική περιοχή που είναι υπεύθυνη για την παραγωγή της γλώσσας.

Για ποιο λόγο μπορεί να κάνουν οι ασθενείς αυτή τη λανθασμένη απόδοση; Άλλες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει πρόβλημα στις συνδέσεις ανάμεσα στις περιοχές των μετωπιαίων λοβών που επιτρέπουν την παραγωγή του λόγου και στις περιοχές των κροταφικών λοβών που επιτρέπουν την κατανόηση του λόγου. Έρευνες που χρησιμοποιούν τόσο ψυχοφυσιολογικές μεθόδους όσο και μεθόδους απεικόνισης του εγκεφάλου υποστηρίζουν αυτήν την υπόθεση.

1.8.2 Αρνητικά συμπτώματα

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούνται από συμπεριφορικά ελλείμματα, όπως είναι η αβουλία, η αλογία, η ανηδονία, το επίπεδο συναίσθημα και τα προβλήματα στη διαπροσωπική λειτουργικότητα. Τα συμπτώματα αυτά τείνουν να διαρκούν και πέρα από τα οξέα επεισόδια και έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών με σχιζοφρένεια. Έχουν επιπλέον σημασία για την πρόγνωση: η παρουσία πολλών αρνητικών συμπτωμάτων αποτελεί ισχυρό παράγοντα χαμηλής ποιότητας ζωής (π.χ. έκπτωση στον επαγγελματικό τομέα, ελάχιστοι φίλοι), δύο χρόνια μετά τη νοσηλεία.

Όταν αξιολογεί κανείς τα αρνητικά συμπτώματα, είναι σημαντικό να διαχωρίζει εκείνα που όντως αποτελούν συμπτώματα της σχιζοφρένειας από εκείνα που οφείλονται σε κάποιον άλλο παράγοντα. Για παράδειγμα το επίπεδο συναίσθημα (δηλαδή η έλλειψη συναισθηματικής εκφραστικότητας), μπορεί να αποτελεί παρενέργεια της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής θεραπείας. Πιθανότατα, ο μόνος τρόπος να απαντήσει κανείς σε αυτό το ερώτημα είναι να παρατηρήσει τους ασθενείς για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

A) Αβουλία: Η απάθεια ή αβουλία αναφέρεται στην έλλειψη ενεργητικότητας και στη φαινομενική απουσία ενδιαφέροντος για πράγματα που συνήθως αποτελούν δραστηριότητες ρουτίνας ή στην αδυναμία του ατόμου να συνεχίσει αυτές τις δραστηριότητες. Οι ασθενείς μπορεί να σταματήσουν να δίνουν σημασία στην περιποίηση και στην προσωπική τους υγιεινή και να κυκλοφορούν με αχτένιστα μαλλιά, βρώμικα νύχια, άπλυτα δόντια και τσαλακωμένα ρούχα. Δυσκολεύονται να συνεχίσουν τη δουλειά, τις σπουδές ή τις δουλειές του σπιτιού και μπορεί να περνούν μεγάλο μέρος του χρόνου τους χωρίς να κάνουν τίποτα.

B) Αλογία: Η αλογία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Στο φτωχό λόγο, μειώνεται σε μεγάλο βαθμό η ποσότητα του λόγου. Στο φτωχό περιεχόμενο του λόγου, η ποσότητα του λόγου είναι επαρκής, αλλά μεταφέρει ελάχιστες πληροφορίες και τείνει να είναι ασαφής και να επαναλαμβάνεται, όπως φαίνεται στο παρακάτω απόσπασμα:

- Συνεντευκτής: *«Ωραία. Για ποιο λόγο νομίζεις ότι πιστεύουν στο Θεό οι άνθρωποι»;*

Ασθενής: «Πρώτα από όλα, επειδή Αυτός είναι ο προσωπικός τους σωτήρας. Περπατά μαζί μου και μου μιλά. Ε, και αυτό που καταλαβαίνω, πολλά άτομα, δε γνωρίζουν πραγματικά τον προσωπικό τους εαυτό. Επειδή δεν είναι, όλοι τους, απλώς δεν γνωρίζουν τον προσωπικό τους εαυτό. Δε γνωρίζουν ότι, ε, φαίνεται να του αρέσω, πολλοί από αυτούς δεν καταλαβαίνουν ότι ο Θεός περπατά μαζί τους και τους μιλά. Και ότι, ε, τους δείχνει το δρόμο που πρέπει να ακολουθήσουν. Καταλαβαίνω επίσης ότι κάθε άνδρας και κάθε γυναίκα δεν ακολουθεί την ίδια κατεύθυνση. Ορισμένοι στρέφονται σε διαφορετικές κατευθύνσεις. Ακολουθούν τους διαφορετικούς τους δρόμους. Το δρόμο που θέλησε να πάρουν ο Ιησούς Χριστός. Εγώ ο ίδιος. Μου δείχνουν το δρόμο, ε, το να διαχωρίζω το σωστό από το λάθος και να το κάνω. Δεν μπορώ να κάνω τίποτα περισσότερο ή λιγότερο από αυτό». (American Psychiatric Association, 1987).

Γ) Ανηδονία: Η απώλεια του ενδιαφέροντος για ευχαρίστηση ή η αναφορά ελαττωμένης άντλησης ευχαρίστησης από τις εμπειρίες ονομάζεται ανηδονία. Όταν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ερωτηθούν, σε ένα ερωτηματολόγιο που αφορά την ανηδονία, για υποθετικές καταστάσεις ή δραστηριότητες, οι οποίες είναι ευχάριστες για τα περισσότερα άτομα (π.χ. καλό φαγητό, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, σεξ), αναφέρουν ότι αντλούν από τις δραστηριότητες αυτές λιγότερη ευχαρίστηση από ό,τι τα άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια. Εντούτοις, όταν οι ασθενείς κάνουν κάποια ευχάριστη δραστηριότητα, όπως, για παράδειγμα, εάν παρακολουθήσουν μία διασκεδαστική ταινία, αναφέρουν ότι βιώνουν τόση ευχαρίστηση όση και τα άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια.

Πώς είναι δυνατόν οι ασθενείς να αναφέρουν ότι βιώνουν ανηδονία και, παρόλα αυτά, να αντλούν ευχαρίστηση από ορισμένα θετικά ερεθίσματα; Μία πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι ασθενείς δεν περιμένουν ότι οι καταστάσεις θα τους είναι ευχάριστες. Έτσι, οι ασθενείς ίσως συγκεντρώνουν υψηλή βαθμολογία στα ερωτηματολόγια που μετρούν την ανηδονία, τα οποία τους ζητούν να εκτιμήσουν πόση ευχαρίστηση πιστεύουν ότι θα βίωναν σε διάφορες δραστηριότητες. Όταν όμως οι ασθενείς έρθουν σε επαφή με κάτι ευχάριστο ή βρεθούν σε ευχάριστες καταστάσεις, τις συγκεκριμένες στιγμές όντως βιώνουν ευχαρίστηση.

Δ) Επίπεδο συναίσθημα: Στους ασθενείς με επίπεδο συναίσθημα, σχεδόν κανένα ερέθισμα δεν μπορεί να πυροδοτήσει συναισθηματική έκφραση. Ο ασθενής μπορεί να

κοιτάζει ανέκφραστα, με τους μύες του προσώπου του πλαδαρούς και τα μάτια του άτονα. Όταν οι άλλοι του μιλούν, απαντά με επίπεδη και μονότονη φωνή. Επίπεδο συναίσθημα βρέθηκε στο εξήντα έξι τοις εκατό ενός μεγάλου δείγματος ασθενών με σχιζοφρένεια.

Η έννοια του επίπεδου συναισθήματος αναφέρεται μόνο στην εξωτερική έκφραση του συναισθήματος και όχι στο εσωτερικό βίωμα του ασθενή, το οποίο μπορεί να μην έχει ατονήσει καθόλου. Σε μία έρευνα ασθενείς με σχιζοφρένεια και μία ομάδα ελέγχου, που αποτελούνταν από άτομα χωρίς σχιζοφρένεια, παρακολούθησαν αποσπάσματα ταινιών, ενώ οι ερευνητές κατέγραφαν τις αντιδράσεις του προσώπου τους και την αγωγιμότητα του δέρματός τους. Έπειτα από κάθε απόσπασμα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν τα συναισθήματα που τους είχαν προκαλέσει οι ταινίες. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ασθενείς εκδήλωσαν πολύ λιγότερες εκφράσεις στο πρόσωπο από ό,τι τα άτομα χωρίς σχιζοφρένεια, αλλά ανέφεραν περίπου τον ίδιο βαθμό συναισθήματος και παρουσίασαν μεγαλύτερη σωματική διέγερση (όπως μετρήθηκε με βάση την αγωγιμότητα του δέρματος).

Ε) Διαπροσωπική λειτουργικότητα: Κάποιοι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν σοβαρή έκπτωση στις κοινωνικές τους σχέσεις. Οι ασθενείς αυτοί έχουν ελάχιστους φίλους, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες και ενδιαφέρονται ελάχιστα να είναι μαζί με τους άλλους. Στην πραγματικότητα, η συγκεκριμένη εκδήλωση της σχιζοφρένειας συχνά είναι η πρώτη που εμφανίζεται, ξεκινώντας από την παιδική ηλικία, πριν την εμφάνιση των άλλων συμπτωμάτων.

Ζ) Συμπτώματα αποδιοργάνωσης: Τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης περιλαμβάνουν τον αποδιοργανωμένο λόγο και την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

- Αποδιοργανωμένος λόγος: γνωστός κι ως τυπική διαταραχή της σκέψης, ο αποδιοργανωμένος λόγος αναφέρεται σε προβλήματα στην οργάνωση των ιδεών και σε προβλήματα στην διαμόρφωση ενός τρόπου ομιλίας που να είναι κατανοητός από τον ακροατή. Παράδειγμα:

Συνεντευκτής: *Είχες καθόλου νευρική ένταση τον τελευταίο καιρό;*

Ασθενής: *Όχι. Πήρα μία ρίζα μαρουλιού.*

Συνεντευκτής: *Πήρες μία ρίζα μαρουλιού; Δεν καταλαβαίνω.*

Ασθενής: *Απλά, είναι μία ρίζα μαρουλιού.*

Συνεντευκτής: *Πες μου για το μαρούλι. Τι εννοείς;*

Ασθενής: *Κοίταξε... Μαρούλι είναι η μεταμόρφωση ενός νεκρού πούμα που έπαθε υποτροπή στα δάκτυλα του λιονταριού. Και κατάπιε το λιοντάρι και κάτι συνέβη. Το... κοίταξε, το... Η Γκλόρια και ο Τόμν, είναι δύο κεφάλια και δεν είναι φάλαινες. Αλλά ξέφυγαν με κοπάδια εμετού και άλλα τέτοια πράγματα.*

Συνεντευκτής: *Ποιοι είναι ο Τόμν και η Γκλόρια;*

Ασθενής: *Ε... υπάρχει ο Joe DiMaggio, ο Tommy Henrich, ο Bill Dickey, ο Phil Rizzuto, ο John Esclavera, ο Del Crandell, ο Ted Williams, ο Mickey Mantle, ο Roy Mantle, ο Ray Mantle, ο Bob Chance...*

Συνεντευκτής: *Ποιοι είναι αυτοί; Ποια είναι αυτά τα άτομα;*

Ασθενής: *Είναι νεκροί... Θέλουν να τους πιάσει..... αυτός ο παράνομος.*

Συνεντευκτής: *Τι σημαίνουν όλα αυτά;*

Ασθενής: *Βλέπεις, πρέπει να φύγω από το νοσοκομείο. Πρέπει να κάνω εγχείρηση στα πόδια μου, ξέρεις. Κι αυτό μου φαίνεται τόσο αηδιαστικό, που δεν θέλω να κρατήσω τα πόδια μου. Γι' αυτό το λόγο εύχομαι να μπορούσα να κάνω εγχείρηση.*

Συνεντευκτής: *Θέλεις να σου αφαιρέσουν τα πόδια;*

Ασθενής: *Γίνεται, ξέρεις.*

Συνεντευκτής: *Για ποιο λόγο θέλεις να το κάνεις αυτό;*

Ασθενής: *Δεν είχα πόδια στην αρχή. Έτσι, φαντάζομαι ότι αν ήμουν γρήγορη στο τρέξιμο, θα φοβόμουν να είμαι σύζυγος, επειδή είχα μια αγκίθα μέσα στη ρίζα (κεφάλι) του μαρουλιού μου.*

Το απόσπασμα αυτό αναδεικνύει την ασυναρτησία που χαρακτηρίζει μερικές φορές τις συζητήσεις ατόμων με σχιζοφρένεια. Αν και ο ασθενής μπορεί να κάνει επανειλημμένες αναφορές σε κάποιες κεντρικές ιδέες ή θέματα, οι εικόνες και τα επιμέρους στοιχεία της σκέψης δεν συνδέονται και είναι δύσκολο να κατανοήσει κανείς τι προσπαθεί να πει ο ασθενής στον συνεντευκτή.

Ο λόγος μπορεί επίσης να διαταράσσεται από αυτό που ονομάζεται χάλαση των συνειρμών ή εκτροχιασμός της σκέψης, μία κατάσταση στην οποία ο ασθενής μπορεί να επικοινωνεί πιο αποτελεσματικά με κάποιον που τον ακούει, αλλά δυσκολεύεται να παραμείνει σε ένα θέμα. Οι ασθενείς φαίνεται να παρασύρονται σε μία σειρά συνειρμών, που ενεργοποιούνται από κάποια ιδέα από το παρελθόν. Οι ίδιοι οι ασθενείς έχουν περιγράψει αυτήν την κατάσταση:

«Οι σκέψεις μου μπερδεύονται τελείως. Αρχίζω να σκέφτομαι ή να μιλώ για κάτι, αλλά ποτέ δε φτάνω σε αυτό. Αντίθετα, ξεφεύγω στη λάθος κατεύθυνση και καταπιάνομαι με διάφορα που μπορεί να συνδέονται με αυτά που θέλω να πω, αλλά με έναν τρόπο που δεν μπορώ να εξηγήσω. Αυτοί που με ακούν χάνονται περισσότερο απ' ό,τι εγώ. Το πρόβλημά μου είναι ότι έχω πάρα πολλές σκέψεις. Εσύ μπορεί να σκεφτείς κάτι, ας πούμε αυτό εδώ το σταχτοδοχείο, και απλά να σκεφτείς, α ναι, αυτό είναι για να βάζω μέσα το τσιγάρο μου, ενώ εγώ το σκέφτομαι και μετά σκέφτομαι ταυτόχρονα πάρα πολλά διαφορετικά πράγματα που σχετίζονται με αυτό».

Οι διαταραχές στο λόγο κάποτε θεωρούνταν ως το κύριο κλινικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας και συνεχίζουν να αποτελούν ένα από τα κριτήρια για τη διάγνωση. Τα εμπειρικά δεδομένα δείχνουν, ωστόσο, ότι πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν έχουν αποδιοργανωμένο λόγο και ότι η παρουσία του αποδιοργανωμένου λόγου δεν διακρίνει αξιόπιστα τη σχιζοφρένεια από άλλες διαταραχές, όπως κάποιες διαταραχές της διάθεσης. Για παράδειγμα, οι ασθενείς που βιώνουν μανιακό επεισόδιο εκδηλώνουν χάλαση των συνειρμών στον ίδιο βαθμό με τους ασθενείς που έχουν σχιζοφρένεια.

Αν και φαίνεται λογικό να υποθέσει κανείς ότι ο αποδιοργανωμένος λόγος σχετίζεται με προβλήματα στην παραγωγή της γλώσσας, δε φαίνεται να ισχύει κάτι τέτοιο. Ο αποδιοργανωμένος λόγος σχετίζεται με προβλήματα στη λεγόμενη εκτελεστική λειτουργία, που αφορά στην επίλυση προβλημάτων, το σχεδιασμό, και το σχηματισμό συνδέσεων ανάμεσα στις σκέψεις και στα συναισθήματα. Ο αποδιοργανωμένος λόγος σχετίζεται επίσης με την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται σημασιολογικές πληροφορίες, δηλαδή τη σημασία των λέξεων.

- Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά: Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά παίρνει πολλές μορφές. Οι ασθενείς μπορεί να εκδηλώνουν ανεξήγητα ξεσπάσματα διέγερσης, να ντύνονται με ασυνήθιστα ρούχα, να συμπεριφέρονται με παιδαριώδη ή ανόητο τρόπο, να συσσωρεύουν φαγητά, να συλλέγουν σκουπίδια ή να εμπλέκονται σε ανάρμοστες σεξουαλικές συμπεριφορές, όπως είναι ο αυνανισμός μπροστά σε άλλους. Δείχνουν να χάνουν την ικανότητα να οργανώνουν τη συμπεριφορά τους και να συμμορφώνονται στα συμπεριφορικά κριτήρια της κοινότητας στην οποία ζουν. Δυσκολεύονται επιπλέον να ανταποκριθούν σε υποχρεώσεις της καθημερινής ζωής.

1.8.3 Άλλα συμπτώματα

Διάφορα άλλα συμπτώματα της σχιζοφρένειας δεν μπορούν να ταξινομηθούν εύκολα στις παραπάνω κατηγορίες. Δύο σημαντικά συμπτώματα αυτού του είδους είναι η κατατονία και το απρόσφορο συναίσθημα.

Κατατονία: η κατατονία ορίζεται από μία σειρά κινητικών ανωμαλιών. Οι ασθενείς μπορεί να κάνουν διαρκώς χειρονομίες, χρησιμοποιώντας ιδιόμορφες και ενίοτε σύνθετες ακολουθίες κινήσεων των δακτύλων, των χεριών και των μπράτσων τους, οι οποίες συχνά φαίνεται να έχουν κάποιο στόχο. Κάποιοι ασθενείς παρουσιάζουν ασυνήθιστη αύξηση στο συνολικό επίπεδο της δραστηριότητάς τους, η οποία περιλαμβάνει υψηλό βαθμό διέγερσης, άγρια χτυπήματα των άκρων και μεγάλη δαπάνη ενέργειας παρόμοια με εκείνη που παρατηρείται στη μανία.

Στο άλλο άκρο του φάσματος βρίσκεται η κατατονική ακινησία: οι ασθενείς υιοθετούν ασυνήθιστες σωματικές στάσεις και τις διατηρούν για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ο ασθενής μπορεί να στέκεται στο ένα του πόδι, έχοντας το άλλο του πόδι σηκωμένο πίσω από τους γλουτούς, και να παραμένει στη συγκεκριμένη στάση σχεδόν όλη την ημέρα. Οι κατατονικοί ασθενείς ενδέχεται επίσης να παρουσιάζουν κηρώδη ευκαμψία. Στην κατάσταση αυτήν, μπορεί κάποιος άλλος να τοποθετήσει τα άκρα του ασθενή σε θέσεις, τις οποίες ο ασθενής διατηρεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Απρόσφορο συναίσθημα: κάποια άτομα με σχιζοφρένεια εκδηλώνουν απρόσφορο συναίσθημα., δηλαδή συναισθηματικές αντιδράσεις που δεν ανταποκρίνονται στο πλαίσιο. Ένας ασθενής με αυτό το σύμπτωμα μπορεί να γελάσει, ακούγοντας ότι μόλις πέθανε η μητέρα του, ή να εξοργιστεί με την απλή ερώτηση πώς είναι πάνω του κάποιο καινούριο ρούχο. Οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανόν να παρουσιάζουν ραγδαίες εναλλαγές από το ένα συναίσθημα στο άλλο, χωρίς κάποιον ευδιάκριτο λόγο. Το σύμπτωμα αυτό είναι αρκετά σπάνιο και απαντάται σχεδόν αποκλειστικά στη σχιζοφρένεια. (Kring et.al. 2000).

1.9 Κατηγορίες

1.9.1 Παρανοειδής σχιζοφρένεια

Θεωρείται η πλέον τυπική, συχνή και γνήσια μορφή σχιζοφρένειας. Στην κλινική εικόνα επικρατούν διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης, υπό την μορφή παραληρητικών ιδεών, διαταραχές της κατοχής της σκέψης, όπως υφαρπαγή και εκπομπή της σκέψης, και διαταραχές της αντίληψης, με συνηθέστερες τις ακουστικές ψευδαισθήσεις. Οι παραληρητικές ιδέες είναι συνήθως διωκτικού περιεχομένου, που μπορεί να παίρνουν τη μορφή παραληρήματος δηλητηρίασης, κατασκόπευσης, ή σεξουαλικής υφής (π.χ. η ιδέα ότι οι άλλοι θεωρούν το άτομο ομοφυλόφιλο και το σχολιάζουν ή το επιβουλεύονται).

Απαντώνται επίσης το ζηλοτυπικό παραλήρημα, το ερωτομανιακό παραλήρημα (η παραληρητική ιδέα του «αγαπάσθαι» από άλλο άτομο που βρίσκεται σε υψηλότερο από τον ασθενή μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο), το παραλήρημα μεγαλείου και το θρησκευτικό παραλήρημα. Οι ψευδαισθήσεις είναι κατά κανόνα ακουστικές (συνήθως υβριστικές, ενίοτε όμως καθοδηγητικές ή προτρεπτικές).

Οι διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης υπεισέρχονται όψιμα στην κλινική εικόνα, με βαθμιαία ασαφοποίηση των νοηματικών ορίων. Τα αρνητικά συμπτώματα υπάρχουν συχνά, αλλά δεν κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Το συναίσθημα στα αρχικά στάδια δονείται φυσιολογικά, αλλά στα όψιμα στάδια χάνει την πρόσφορη απαντητικότητα του στα εξωτερικά ερεθίσματα και βαθμιαία δεν συντονίζεται πλέον ούτε με τα παραληρητικά ούτε με τα ψευδαισθησιακά βιώματα, καθώς ο ασθενής γίνεται προοδευτικά αδιάφορος και απαθής.

Η συμπεριφορά συνήθως συντονίζεται με τις παραληρητικές ιδέες. Γενικότερα, η παρανοειδής μορφή δεν παρουσιάζει την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας που χαρακτηρίζει τις άλλες μορφές σχιζοφρένειας. Εισβάλλει βραδέως ή εγκαθίσταται ραγδαία. Η πορεία της μπορεί να είναι επεισοδιακή, με μερική ή πλήρη αποδρομή, ή χρόνια χωρίς ευρείες διακυμάνσεις.

1.9.2 Ηβηφρενική ή αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια

Ο χαρακτηρισμός αυτής της μορφής ως ηβηφρένεια υποδηλώνει την πρόωμη έναρξή της στην εφηβική ηλικία. Χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της δομής της σκέψης, ρηχό και απρόσφορο συναίσθημα και παιδικόμορφη, παράδοξη έως και φαιδρή συμπεριφορά.

Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης είναι επιπόλαιες και φευγαλέες, σπάνια συγκροτούμενες σε σταθερό οργανωμένο παραλήρημα. Οι διαταραχές αυτές κινούνται ως δορυφόρα στοιχεία γύρω από τις δομικές διαταραχές της σκέψης, που επικρατούν στην κλινική εικόνα και εκφράζονται με απεραντολογία και εκτροχιασμό του λόγου. Το συναίσθημα είναι τυπικά ρηχό έως απρόσφορο και περνάει γρήγορα όλες τις κλίμακες των ποικίλων διαταραχών του πριν εκπέσει στο επίπεδο της τέλει απάθειας και αδιαφορίας.

Η συμπεριφορά είναι παιδικόμορφη και ασυντόνιστη, με επιτηδεύσεις στις κινήσεις και στο λόγο (μορφασμοί, άκαιρα γέλια και αστεϊσμοί) και προοδευτική άρση αναστολών, που φέρνουν σε αμηχανία το οικογενειακό περιβάλλον. Συχνά συνυπάρχουν επίμονα σε διάρκεια, αλλά ακαθόριστα και ασταθή στο περιεχόμενό τους υποχονδριακά ενοχλήματα, καθώς και ιδεοληπτικόμορφα στοιχεία. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας αναφέρεται και ως αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια (κατά τον DSM-IV). Έχει κακή πρόγνωση εξαιτίας της συνεχούς και προοδευτικά επιδεινούμενης κλινικής της πορείας.

1.9.3 Κατατονική σχιζοφρένεια

Χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή της βούλησης και από το εναλλασσόμενο περιεχόμενο της ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα είναι η κατατονική εμβροντησία, κατά την οποία περιορίζεται προοδευτικά ή απότομα η δραστηριότητα, φθάνοντας πολλές φορές στην πλήρη άρση των εκούσιων κινήσεων του σώματος, καθώς καταργείται κάθε αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα. Βασικές λειτουργίες, όπως η λήψη τροφής, η ένδυση, η πλύση και η αφόδευση, μπορεί να αναστέλλονται. Ο ασθενής παρουσιάζει στη φάση της εμβροντησίας συμπτώματα προκλητικής υποβολιμότητας (ηχοπραξία, ηχωλαλία, ηχομιμία, κηρώδη ευκαμψία κ.α.).

Στον αντίθετο πόλο συναντάται η φάση της κατατονικής διέγερσης, στην οποία φθάνει άλλοτε σταδιακά, ανεβαίνοντας την κλίμακα των κατατονικών εκδηλώσεων (εναντίωση, στερεοτυπίες, αλόγιστη ευερεθιστότητα, αρνητισμός κ.λπ.), και άλλοτε αστραπιαία. Συνίσταται σε άσκοπη, ανεξέλεγκτη υπερκινητική δραστηριότητα που στρέφεται κατά παντός προσώπου ή αντικειμένου στο περιβάλλον, κατά την οποία απουσιάζει η οποιαδήποτε συναισθηματική έκφραση. Η μορφή αυτή σπανίζει στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά περιοδικά κατατονικά φαινόμενα μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε άλλη μορφή σχιζοφρένειας.

1.9.4 Αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια

Η αδιαφοροποίητη μορφή σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από την παρουσία οποιουδήποτε συνδυασμού συμπτωμάτων, από εκείνα που συγκροτούν τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των τριών μορφών (δηλαδή της παρανοειδούς, της ηβηφρενικής και της κατατονικής μορφής). 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 τρεις μορφές.

1.9.5 Απλή σχιζοφρένεια

Η μορφή αυτή αρχίζει νωρίς στη ζωή του ασθενούς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Χαρακτηρίζεται από την βραδεία και ύπουλη μείωση των εξωτερικών ενδιαφερόντων, την απάθεια και την αδιαφορία, που οδηγούν σε περιορισμό και ρηχότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και προσαρμογή σε κατώτερα επίπεδα λειτουργικότητας. Από τα πρώτα συμπτώματα της απλής μορφής της σχιζοφρένειας είναι η βαθμιαία μείωση της σχολικής επίδοσης, η τάση προς ονειροπόληση, ο περιορισμός των σχέσεων, η ελάττωση της πρωτοβουλίας, η κλινοφιλία, η παραμέληση της εμφάνισης και η υποβουλησία (αρνητικά συμπτώματα).

Συνυπάρχει προοδευτική πτώση του συναισθήματος, που κλιμακώνεται από την απλή ρηχότητα και την άμβλυση μέχρι την πλήρη κατάργησή του. Στον εργασιακό χώρο, ο πάσχων μπορεί να αλλάζει διαδοχικά επαγγέλματα, το ένα κατώτερο από το άλλο, χωρίς να αιτιάζεται ανησυχία για τη συμπεριφορά του και τις συνέπειές της.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η έλλειψη της επίγνωσης του νοσηρού, καθώς και των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Πρόκειται για αμφιλεγόμενη διάγνωση, που προϋποθέτει αφενός τον αποκλεισμό ύπαρξης θετικών συμπτωμάτων στην έναρξη της νόσου (κάτι που συμβαίνει σπάνια) και αφετέρου τη μακροχρόνια παρακολούθηση του ασθενούς για επιβεβαίωση της σταδιακής έκπτωσης της λειτουργικότητάς του.

1.9.6 Υπολειμματική σχιζοφρένεια

Η μορφή αυτή αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ιστορικό του ασθενούς τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά. Αν υπάρχουν θετικά συμπτώματα, 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 συμπτωματολογίας. (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ιστορικά, η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με σχιζοφρένεια είχε χαρακτήρα κυρίως παρηγορητικό και στην ουσία της στηρίζονταν σε βιοψυχοκοινωνικές αρχές, αν και η εφαρμογή βάρβαρων σωματικών τεχνικών όπως είναι π.χ. ο τρυπανισμός κρανίου εφαρμόζονταν ακόμα από την αρχαιότητα.

Στις αρχές του 20ού αιώνα, ένας αριθμός σωματικών θεραπειών της νόσου βγήκε στην επιφάνεια όπως το ινσουλινικό και βαρβιτουρικό κώμα, η προμετωπιαία λευκοτομή και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, οι οποίες εφαρμόστηκαν ευρέως, αν και με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα και περισσότερο με βάση τον ενθουσιασμό που δημιούργησαν ότι θα λύσουν τα χρόνια προβλήματα των σχιζοφρενών, και λιγότερο για την επιστημονικότητα και την αποτελεσματικότητά που οι παραπάνω μέθοδοι στην πραγματικότητα παρείχαν και υπόσχονταν.

Η μεγάλη βέβαια επανάσταση στην διαχείριση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, στην αποασυλοποίηση των ψυχωτικών και στην εξασφάλιση προοδευτικά μιας καλύτερης ποιότητας ζωής, έγινε μετά την εισαγωγή της χλωροπρομαζίνης το 1952 και την απόδειξη των αντιψυχωτικών της ιδιοτήτων (Gelder et.al. 2007).

Μέσα στο πέρασμα των χρόνων, εξαιτίας της επιστημονικής και τεχνολογικής ανάπτυξης, πολλοί ισχυρίστηκαν ότι βρήκαν την ριζική θεραπεία της σχιζοφρένειας, αλλά καμία δεν αποδείχθηκε πλήρως αποτελεσματική, ώστε να θεραπεύει πλήρως τη νόσο. Ουσιαστικά πλήρης θεραπεία και ίαση δεν υπάρχει, γι' αυτό η θεραπευτική παρέμβαση έχει ως στόχο κυρίως την αντιμετώπιση των κύριων συμπτωμάτων της όποιας μορφής σχιζοφρένειας ειδικά κατά την οξεία φάση, την όσο το δυνατόν καλύτερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή, καθώς και την ενίσχυση της προσαρμοστικής του ικανότητας. (Μάνου. 1997).

Επομένως, είναι φανερό πως η ορθή αντιμετώπιση του ασθενή με σχιζοφρένεια στον 21ο αιώνα απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση σε 3 βασικά επίπεδα (βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό) και άρα πρέπει να υπάρχει συνεργασία όχι μόνο

ψυχιάτρων αλλά και ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και έργοθεραπευτών. (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

2.2 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.2.1 Αντιψυχωτικά φάρμακα

Η θεραπεία εκλογής της σχιζοφρένειας είναι η αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Ο μηχανισμός δραστηριότητας των σκευασμάτων αυτών, οφείλεται στην ικανότητά τους να αποκλείουν τους μετασυναπτικούς D₂ υποδοχείς της ντοπαμίνης, στις μεταιχμιακές περιοχές του προσθίου εγκεφάλου. Ο συγκεκριμένος αποκλεισμός θεωρείται ότι προκαλεί νευροχημικές μεταβολές, που οδηγούν στις άμεσες και μεταγενέστερες θεραπευτικές δράσεις των φαρμάκων αυτών. (Black and Andreasen, 2011).

Η χλωροπρομαζίνη, η αλοπεριδόλη και η κλοζαπίνη είναι τα τρία πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Το κύριο χαρακτηριστικό των ουσιών αυτών είναι η ηρεμιστική τους δράση, ενώ παράλληλα έχουν άμεση επίδραση τόσο στα συμπτώματα των ψευδαισθήσεων όσο και των παραληρητικών ιδεών. Η χλωροπρομαζίνη και η αλοπεριδόλη τα οποία είναι τυπικά αντιψυχωτικά, επιδρούν μόνο στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ η κλοζαπίνη, που είναι άτυπο αντιψυχωτικό, είναι πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση όχι μόνο των θετικών αλλά και των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου. (Bennet, 2010).

Μολονότι η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των συγκεκριμένων φαρμάκων μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε λίγες ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν περίπου έξι εβδομάδες. (Μάνου, 1997).

Η ημερήσια δοσολογία γενικά των αντιψυχωτικών ποικίλει ανάλογα τον ασθενή και την ουσία που περιέχει το σκεύασμα. Καλά σχεδιασμένες μελέτες καταδεικνύουν, πέραν πάσης αμφιβολίας πως γενικά η αγωγή με αντιψυχωτικά είναι πολύ πιο αποτελεσματική στον έλεγχο των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, ενώ τα αρνητικά συμπτώματα και οι διαταραγμένες διαπροσωπικές

σχέσεις που προκαλεί η νόσος, επηρεάζονται πολύ λιγότερο από την φαρμακευτική αγωγή.

Παρόλα αυτά, τα νέα άτυπα ή 2^{ης} γενιάς αντιψυχωτικά, που χρησιμοποιούνται ευρέως την τελευταία 25ετία, όπως η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη η κουετιαπίνη και βεβαίως η κλοζαπίνη, είναι σαφώς πιο αποτελεσματικά από τα τυπικά αντιψυχωσικά 1^{ης} γενιάς, στην αντιμετώπιση και των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου, εμφανίζοντας ταυτόχρονα και λιγότερες παρενέργειες, κάτι εξίσου πολύ σημαντικό. (Gabbard. 2006).

ΤΥΠΙΚΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ	ΑΤΥΠΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Χλωροπρομαζίνη (Largactil). 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Αμισουλπρίδη (Solian).
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Φλουπενθιζόλη (Fluanxol). 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Κλοζαπίνη (Clozarile, Clopine).
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Φλουφenaζίνη (Modecate). 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Ολανζαπίνη (Zyprexa).
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Αλοπεριδόλη (Serenace, Haldol). 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Παλιπεριδόνη (Invega).
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Ζουκλοπενθιζόλη (Clorixol). 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Αριπιπραζόλη (Abilify).
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Τριφλουπεραζίνη (Stelazine). 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Κουετιαπίνη (Seroquel).

(Castle and Tran. 2008).

2.2.2 Παρενέργειες αντιψυχωτικών και συμμόρφωση του ασθενούς

Παρόλο που τα αντιψυχωτικά έχουν προσφέρει γενικότερα μια καλύτερη ποιότητα ζωής και μια πιο ικανοποιητική λειτουργικότητα σε πολλούς ασθενείς με σχιζοφρένεια, η χρήση τους πολλές φορές είναι χρόνια και επιφέρει αρκετές ανεπιθύμητες παρενέργειες στον πάσχοντα, επηρεάζοντας τον επαγγελματικό του τομέα, την σεξουαλική του ζωή και γενικώς την καθημερινότητά του. Η χλωροπρομαζίνη για παράδειγμα, προκαλεί μια πληθώρα συμπτωμάτων όπως ξηροστομία, ξηρολαιμία, ζάλη, διαταραχές στην όραση, αύξηση ή απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα ακόμα και κατάθλιψη.

Πιο προβληματικά πάντως θεωρούνται τα λεγόμενα εξωπυραμιδικά συμπτώματα, όπως ο παρκινσονισμός και η όψιμη δυσκινησία, τα οποία εμφανίζει ένα ποσοστό μεγαλύτερο του ενός τετάρτου των ατόμων που ακολουθούν μέσης ή βραχείας διάρκειας νευροληπτική θεραπεία. Η θεραπεία με κλοζαπίνη ή άλλα άτυπα αντιψυχωτικά δεν ενέχει αυτό τον κίνδυνο στον ίδιο βαθμό, αν και όσοι λαμβάνουν το συγκεκριμένο φάρμακο κινδυνεύουν να εμφανίσουν ακοκκιοκυττάρωση, η οποία οδηγεί σε σημαντική εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος. (Bennet. 2010).

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ
ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ: Ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ξηροφθαλμία, σεξουαλική ανικανότητα, φωτοφοβία, επίσχεση ούρων.
ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ: Ψευδοπαρκινσονισμός, οξεία δυστονία, ακαθισία, όψιμη δυσκινησία.
ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ: Υπόταση, ταχυκαρδία.
ΑΛΛΕΣ: Δερματολογικές, φώτοεναισθησία, αύξηση σωματικού βάρους, ενδοκρινικές παρενέργειες, καταστολή.
ΣΠΑΝΙΕΣ: Ακοκκιοκυτταραιμία, χολοστατικός ίκτερος, κακώθες νευροληπτικό σύνδρομο.

(Κυζιρίδης. 2010).

Εξαιτίας των ανεπιθύμητων αυτών παρενεργειών των συγκεκριμένων ουσιών, πολλές φορές οι ασθενείς αναγκάζονται από μόνοι τους να τα μειώσουν ή να τα κόψουν. Από τα άτομα που ζούν στην κοινότητα, ένα ποσοστό μικρότερο του 25% φαίνεται να τηρεί πιστά την αντιψυχωτική του φαρμακευτική αγωγή. Το φαινόμενο αυτό δεν φαίνεται να συνδέεται με δημογραφικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, τη σοβαρότητα της διαταραχής ή τον βαθμό εμφάνισης των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων. Αντίθετα, τα χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης δείχνουν να σχετίζονται με τη στάση του πάσχοντα απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή, τις προσδοκίες του για την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, την διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη, καθώς και την ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας.

Στις στρατηγικές για την αύξηση της συμμόρφωσης του ασθενούς με την φαρμακοθεραπεία, συμπεριλαμβάνονται γενικότερα η εκπαίδευση του, η ανάπτυξη μιας ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας μαζί του, καθώς και η χρήση μνημονικών βοηθημάτων από όσους έχουν φτωχή μνήμη. Η χορήγηση επίσης της ενέσιμης μορφής βραδείας απελευθέρωσης (depot) του αντιψυχωσικού φαρμάκου μπορεί να αποβεί ωφέλιμη, καθώς έχει σχετικά μακροχρόνια ενεργό θεραπευτική δράση και το άτομο δεν χρειάζεται να αποφασίζει καθημερινά για τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. (Bennet. 2010).

Ένα ικανοποιητικό ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν συνεχή αντιψυχωτική αγωγή και μάλιστα από την έναρξη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, έχουν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων μετά από περίπου ένα χρόνο. Η σημασία της φαρμακευτικής αγωγής, καταδεικνύεται επίσης και από το γεγονός ότι η διακοπή της συνοδεύεται από υψηλή πιθανότητα υποτροπής. (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

Η αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή, αν και δεν μπορεί να θεραπεύσει πλήρως την αρρώστια, έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική στη διαχείριση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, με αποτέλεσμα ο μέσος όρος παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο αφού εμφανίσουν επεισόδιο, να έχει μειωθεί σε διάστημα μικρότερο των 2 εβδομάδων, όταν παλαιότερα παρέμεναν για μήνες, χρόνια η και για ολόκληρη τη ζωή τους. (Bennet. 2010).

Σήμερα, γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η όσο το δυνατόν μικρότερη δοσολογία φαρμάκου, που αφενός θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό, με έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου και αφετέρου με τις όσο το δυνατόν λιγότερες ανεπιθύμητες φαρμακευτικές παρενέργειες. Ακόμη περισσότερο, αν είναι

βέβαια δυνατόν, γίνεται προσπάθεια ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μαζί του, να οδηγηθεί ουσιαστικά σε αυτορρύθμιση, δηλαδή αυτός να κανονίζει πόση δόση φαρμάκου χρειάζεται. (Μάνου. 1997).

2.2.3 Ενισχυτική φαρμακοθεραπεία στη σχιζοφρένεια

Αν έχουν αποβεί ανεπιτυχείς όλες οι δοκιμές με τουλάχιστον έναν ανταγωνιστή των υποδοχέων της ντοπαμίνης, ενδείκνυται η συνδυασμένη θεραπεία ενός εξ αυτών με κάποιο άλλο φάρμακο. Τα συμπληρωματικά φάρμακα για τα οποία υπάρχουν τα περισσότερα θετικά δεδομένα είναι το λίθιο, τα αντιεπιληπτικά και οι βενζοδιαζεπίνες.

Το λίθιο μπορεί να είναι αποτελεσματικό στη μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στο 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια. (Kaplan and Sadock's. 2000). Επίσης, όταν υπάρχει έντονα το συναισθηματικό στοιχείο ή υπάρχει επιθετική και παρορμητική συμπεριφορά, χωρίς να υπάρχει σίγουρη διάγνωση, καλό είναι επίσης να δοκιμάζεται. (Μάνου. 1997).

Αντιεπιληπτικά όπως η καρβαμαζεπίνη, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μόνα τους, ή σε συνδυασμό με ένα λίθιο ή ένα αντιψυχωτικό. Αν και κανένα από τα αντιεπιληπτικά δεν έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματικό στον έλεγχο των αντιψυχωτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι μειώνουν τα επεισόδια της βίας σε ορισμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια. (Kaplan and Sadock's. 2000).

Μερικές φορές οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα ύστερα από την υποχώρηση ενός ψυχωτικού επεισοδίου, εμφανίζουν έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα. (Μάνου. 1997). Η ψύχωση ίσως εξυπηρετεί μια αμυντική λειτουργία για πολλούς ασθενείς, έτσι ώστε να μην χρειάζεται να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές δυσκολίες της ζωής, όπως είναι η αβεβαιότητα που εμπεριέχουν οι κοινωνικές σχέσεις, η πολυπλοκότητα στην εργασία ή και γενικότερα το νόημα της ύπαρξης.

Όταν τα ψυχωτικά συμπτώματα υποχωρήσουν, υπάρχει συχνά μια διεργασία πένθους, με τον ασθενή να ψάχνει την ταυτότητα που νιώθει ότι έχει χάσει.

(Gabbard. 2006). Σε αυτές τις περιπτώσεις τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να βοηθήσουν αρκετά τον ασθενή στην διαχείριση της όλης κατάστασης. (Black and Andreasen. 2011).

Τέλος, πολλοί σχιζοφρενείς που παρουσιάζουν υπερδιέγερση και έντονα συμπτώματα άγχους και πανικού, συνήθως κατά την οξεία φάση της σχιζοφρένειας, η θεραπεία με αγχολυτικά σε συνδυασμό με την αντιψυχωτική τους αγωγή, μπορεί να τους αποβεί αρκετά ωφέλιμη. (Μάνου. 1997).

2.2.4 Διακοπή της αγωγής

Η διακοπή της αγωγής είναι μια πάρα πολύ δύσκολη απόφαση. Μπορεί να συμβεί μόνο αν ο άρρωστος είναι άνω των 45 ετών και είναι ελεύθερος υπολειμματικών συμπτωμάτων εδώ και 12 μήνες ή αν ο ασθενής είναι κάτω των 45 ετών όντας ελεύθερος συμπτωμάτων για 24 μήνες. Βέβαια πάντα ο άρρωστος πρέπει να εκπαιδεύεται για αναγνώριση τυχόν συμπτωμάτων υποτροπής, ώστε να ξαναπάρει τα φάρμακα του ή να επισκεφθεί τον γιατρό του. (Μαδιανός. 2005).

2.2.5 Θεραπεία με ηλεκτροσόκ

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, είναι αποτελεσματική κυρίως κατά την οξεία φάση έναρξης ή υποτροπής της νόσου και ιδιαίτερα στην κατατονική μορφή της σχιζοφρένειας (stupor). Τη μέγιστη ανταπόκριση στη συγκεκριμένη θεραπεία (ECT), εμφανίζουν οι ασθενείς με διάρκεια νόσου μικρότερη του ενός έτους. Η θεραπεία με ηλεκτροσόκ είναι γενικά μια πολλά υποσχόμενη θεραπεία, ιδιαίτερα για τα ανθεκτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και εμφανίζει θεραπευτική συνεργική δράση με τα αντιψυχωτικά φάρμακα. (Σολδάτος και Λυκούρας. 2006).

Αν και τα αντιψυχωσικά βέβαια, είναι πολύ περισσότερο αποτελεσματικά στη θεραπεία της σχιζοφρένειας από το ηλεκτροσόκ, εντούτοις η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται αρκετά για τους ασθενείς που για κάποιο λόγο δεν μπορούν να πάρουν ψυχοφάρμακα. (Kaplan and Sadock's. 2000).

Στις μέρες μας η θεραπεία της σχιζοφρένειας κινείται όλο και περισσότερο προς τις φαρμακευτικές και ψυχοκοινωνικές μορφές αντιμετώπισης. Υπάρχουν ωστόσο και κάποιοι που συνηγορούν υπέρ της θεραπείας με ηλεκτροσόκ κυρίως όταν οι άλλες θεραπείες αποδεικνύονται αναποτελεσματικές. (Bennet. 2010).

2.2.6 Ψυχοχειρουργικές θεραπείες

Στο παρελθόν, η σχιζοφρένεια αντιμετωπιζόταν προκαλώντας στον ασθενή ινσουλινικά και βαρβιτουρικά κόματα. Αυτού του τύπου οι θεραπείες δεν χρησιμοποιούνται πλέον, λόγω των κινδύνων και των παρενεργειών που εμπεριέχουν. Ψυχοχειρουργικές τεχνικές όπως οι προμετωπιαίες λοβοτομές χρησιμοποιούνταν αρκετά μεταξύ του 1935 και 1955, χωρίς όμως αρκετά θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα ενώ παράλληλα προκαλούσαν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην γενική λειτουργικότητα του ασθενή.

Αν και μπορεί μελλοντικά να βγούν στο προσκήνιο και να αναπτυχθούν πιο εκλεπτυσμένες ψυχοχειρουργικές τεχνικές, που θα είναι ωφέλιμες για τον πάσχοντα, η ψυχοχειρουργική γενικά δεν θεωρείται πλέον κατάλληλη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια και χρησιμοποιείται μόνο σε περιορισμένη ερευνητική κλίμακα (Kaplan and Sadock's. 2000).

2.3 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η έννοια της ανθεκτικής σχιζοφρένειας δεν υποδηλώνει κάποια νοσολογική υποκατηγορία της νόσου, αν και αυτό δεν αποκλείεται, αλλά εισήχθη για να διευκολυνθεί η οργάνωση γενικότερα του θεραπευτικού προγράμματος. Σημαντικό ποσοστό, περίπου μέχρι και το 30% των ασθενών με σχιζοφρένεια, δεν έχουν δυστυχώς ικανοποιητική ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή.

Παρά τις δεκαετίες εμπειρίας με τα αντιψυχωτικά φάρμακα, ακόμα δεν έχουν διατυπωθεί κάποιοι συγκεκριμένοι κανόνες για τη θεραπεία των ασθενών που δεν ανταποκρίνονται ή δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε μια επαρκή αντιψυχωσική αγωγή. (Αγγελόπουλος. 2009). Για την αντιμετώπιση της μη

βέλτιστης ανταπόκρισης στη θεραπεία των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας μπορεί να ακολουθηθούν κάποιες εναλλακτικές.

Για τα επίμονα θετικά συμπτώματα, ελέγχεται πρώτα ο βαθμός συναίνεσης και εναλλακτικά χορηγείται ενέσιμο νευροληπτικό μακράς δράσης (depot). Επίσης μπορούν να τροποποιηθούν οι δόσεις του χορηγούμενου φαρμάκου, να αλλάξει η οδός χορήγησης ή να γίνει προσθήκη στην αγωγή και άλλων ουσιών όπως του λιθίου η και αγχολυτικών.

Πολλές φορές ίσως χρειαστεί αλλαγή του νευροληπτικού σε κάποιο άτυπου τύπου αντιψυχωσικό όπως η ολανζαπίνη ή η ρισπεριδόνη κ.α. Αν και τότε δεν επιτευχθεί βελτίωση, ίσως να θεωρηθεί ως λύση η εφαρμογή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας και διαφόρων βιοψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων. (Μαδιανός. 2005).



2.4 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.4.1 Η θεραπεία της οξείας φάσης

Ως οξεία φάση στη σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται κάθε υποτροπή της νόσου, όπως επίσης και η αρχική της φάση, όταν τα συμπτώματα είναι έντονα και σε έξαψη. Βασικός θεραπευτικός σκοπός κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, είναι η μείωση των θετικών συμπτωμάτων καθώς και η γρήγορη επάνοδος του πάσχοντα σε ένα καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας. (Αγγελόπουλος. 2009).

Οι πιο πολλοί ασθενείς που βρίσκονται στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας, θα ανταποκριθούν καλά στην φαρμακευτική αγωγή. Τόσο τα υψηλής ισχύος κλασικά αντιψυχωτικά, όσο και τα άτυπα, θεωρούνται αρκετά αποτελεσματικά σε αυτή τη φάση της νόσου. Ιδιαίτερα η κλοζαπίνη, έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη για ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. (Black and Andreasen. 2011).

Η χορήγηση αντιψυχωτικών πρέπει να αρχίσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα ενώ παράλληλα χρειάζεται να καμφθούν οι όποιες πιθανές αντιστάσεις του ασθενή στην προβλεπόμενη θεραπεία του. Η χορήγηση υψηλών δόσεων φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών της θεραπείας, ενώ για τον έλεγχο του άγχους και της διέγερσης συνίσταται παράλληλα η χορήγηση βενζοδιαζεπίνων. (Αγγελόπουλος. 2009).

2.4.2 Η θεραπεία της φάσης σταθεροποίησης

Οι ασθενείς που επωφελήθηκαν από τη βραχυπρόθεσμη θεραπεία με αντιψυχωτικά κατά την οξεία φάση, είναι υποψήφιοι για τη θεραπεία συντήρησης, η οποία αποσκοπεί κυρίως στον έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων. (Black and Andreasen. 2011).

Οι στόχοι της θεραπείας κατά τη φάση αυτή, είναι η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας πρόκλησης υποτροπής, η ενίσχυση των δυνατοτήτων κοινωνικοποίησης του ασθενούς, καθώς και η σταθεροποίηση της ύφεσης των συμπτωμάτων. Αν ο ασθενής βελτιώθηκε σε ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό σχήμα, πρέπει να συνεχίσει να παίρνει τα ίδια φάρμακα στην ίδια δόση, τουλάχιστον για τους επόμενους έξι μήνες. (Αγγελόπουλος. 2009).

Θεραπεία για 5 τουλάχιστον χρόνια συνίσταται στην περίπτωση πολλαπλών επεισοδίων, εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου υποτροπών. Πέραν τούτου, παρόλο που τα δεδομένα είναι ανεπαρκή, πιθανώς απαιτείται μακροχρόνια (πιθανόν δια βίου) θεραπεία για τους περισσότερους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι μακράς δόσης ενέσιμες μορφές διάφορων αντιψυχωτικών, όπως είπαμε και προηγουμένως, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο στη διευκόλυνση του πάσχοντα όσο και στη βελτίωση της μακροχρόνιας συμμόρφωσής του με τη θεραπεία. (Black and Andreasen. 2011).

2.5 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

2.5.1 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Παρά τις προσπάθειες του Γιούνγκ στις αρχές του 20ού αιώνα, που με την υποστήριξη του Μπλόουερ, επιχείρησε να εφαρμόσει ψυχαναλυτικές ιδέες για την κατανόηση και θεραπεία των σχιζοφρενικών αρρώστων στην Κλινική Μπουργκχόλζλι, η αντίληψη ότι η σχιζοφρένεια είναι περισσότερο οργανική ως ασθένεια παρά λειτουργική ως προς τη διάρθρωσή της, είχε ως αποτέλεσμα να μη γίνει προσιτή στην ψυχοθεραπεία για τους περισσότερους ψυχιάτρους στην Ευρώπη.

Και ο ίδιος ο Φρόιντ παραδέχτηκε, ότι μολονότι κάποια χαρακτηριστικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια όπως το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις, μπορούν να ερμηνευτούν ως προσπάθειες του αρρώστου να ξαναβρεί την επαφή του με τη πραγματικότητα, γενικά η σχιζοφρενική διαδικασία ξεφεύγει από τα θεραπευτικά πλαίσια της ψυχαναλυτικής μεθόδου ψυχοθεραπείας. Εξάιρεση αποτέλεσε η Σχολή των Υπαρξιστών Ψυχαναλυτών, με κύριο αντιπρόσωπο της τον Μπίνσβανγκερ. (Χαρτοκόλλης. 1991).

Σύμφωνα με τον Sullivan (1953), η σχιζοφρένεια συνδέεται με την ύπαρξη δυσκολιών στη ζωή, οι οποίες απορρέουν από προβλήματα στις προσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, ενώ οι διαστρεβλώσεις στην προσωπικότητα είναι κατάλοιπα πρώιμων μη ικανοποιητικών προσωπικών εμπειριών.

Στη θεραπευτική προσέγγιση του Sullivan, εξετάζονται το ιστορικό ζωής του ατόμου, οι ιστορικές του ρίζες, καθώς και οι τρέχουσες επιπτώσεις των δυσπροσαρμοστικών διαπροσωπικών του προτύπων, τα οποία είναι εμφανή στη σχέση του ατόμου με τον ιατρό του, αλλά και στην καθημερινή του ζωή στη συνύπαρξη του με άλλους ανθρώπους.

Ανάμεσα στις χαρακτηριστικές δυσκολίες των ατόμων με σχιζοφρένεια, συγκαταλέγονται η βασική δυσπιστία απέναντι στους άλλους καθώς και η εμφανής αμφιθυμία στις σχέσεις, που ταλαντεύεται μεταξύ της έντονης επιθυμίας για στενές διαπροσωπικές σχέσεις και του υπερβολικού όμως φόβου γι'αυτές. Σύμφωνα με τον Sullivan, η επίλυση αυτής της σύγκρουσης μέσω της ψυχαναλυτικής διαδικασίας,

επιφέρει βελτιώσεις και βοηθά στην ωρίμανση του ασθενούς και της μη ψυχωσικής του προσωπικότητας.

Παρόλο που οι παρεμβάσεις του Sullivan υπήρξαν σημαντικές, δεδομένου ότι ενθάρρυναν την εφαρμογή ψυχαναλυτικών - ψυχολογικών προσεγγίσεων στη θεραπεία των ατόμων με σχιζοφρένεια, η προσέγγιση του έχει αποδειχθεί λιγότερο αποτελεσματική από την υποστηρικτική θεραπεία και έχει πάψει να εφαρμόζεται. (Bennet. 2010).

Γενικότερα αυτές οι ψυχαναλυτικού τύπου αιτιοπαθογενετικές υποθέσεις για τη φύση και την εκδήλωση της σχιζοφρένειας, παρουσιάζουν ιστορικό μόνο ενδιαφέρον, δεδομένου ότι δεν έχουν επιβεβαιωθεί από μελέτες βασισμένες σε κοινώς αποδεκτή ερευνητική μεθοδολογία. Οποσδήποτε, η αποτελεσματικότητα της ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπείας στη σχιζοφρένεια δεν έχει ισχυρή εμπειρική κατοχύρωση. (Σολδάτος και Λυκούρας. 2006).



2.5.2 Γνωστική - συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

Οι στόχοι της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στη σχιζοφρένεια είναι οι εξής:

- Η εγκαθίδρυση ενός συνεργατικού εμπειρισμού με τον ασθενή σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον εμπιστοσύνης, υποστήριξης και συνεργασίας.

- Η εκπαίδευση για τη φύση της νόσου μέσα από ένα βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο αιτιολόγησης, με σκοπό την αναγνώριση από μέρους του ασθενούς διαφόρων εναλλακτικών εξηγήσεων για τη συμπτωματολογία του, κάτι που οδηγεί στη μείωση φαινομένων όπως ο αυτοστιγματισμός.
- Η μείωση του stress του ασθενούς, που ενδεχομένως επηρεάζει αρνητικά την καθημερινή του λειτουργικότητα.
- Η εφαρμογή γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών μείωσης του άγχους που απορρέει από την εμπειρία των παραληρητικών ιδεών και των ακουστικών ψευδαισθήσεων.
- Η μείωση της πιθανότητας υποτροπών. (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

Η συμπεριφορική - γνωσιακή θεραπεία, είναι σημαντική για τη θεραπεία των ασθενών με σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης διαφόρων κοινωνικών δεξιοτήτων. Επειδή η σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών πρακτικών δεξιοτήτων όπως είναι η φροντίδα του εαυτού, η εκτέλεση μιας εργασίας, η ανάληψη ευθυνών στο χώρο δουλειάς, η διαπροσωπική επικοινωνία με άλλους ανθρώπους κ.τ.λ, οι συμπεριφοριστικές - γνωστικές ψυχοθεραπείες είναι αναγκαίες και ωφέλιμες για τον σχιζοφρενή. (Μάνου, 1997).

Δύο είναι οι μορφές γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας που εφαρμόζονται όλο και περισσότερο σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια. Η πρώτη, είναι η διαχείριση του στρές που βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίσουν το κύριο άγχος που οδηγεί στις ψυχωσικές τους εμπειρίες ή σχετίζεται με αυτές. Η άλλη μορφή θεραπείας, γνωστή και ως τροποποίηση πεποιθήσεων, επιχειρεί να αλλάξει τη φύση των παραληρητικών ιδεών που μπορεί να έχει το άτομο.

Η προσέγγιση της διαχείρισης του άγχους, αναλύει λεπτομερώς τα προβλήματα και τις εμπειρίες του ατόμου, τους παράγοντες που πυροδοτούν αυτά τα προβλήματα, τις συνέπειές τους, καθώς και τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο για την αντιμετώπισή των δυσκολιών του. Πρώτα, εντοπίζονται τα προβλήματα και στη συνέχεια ο θεραπευτής συνεργάζεται με τον πάσχοντα προκειμένου να αναπτύξουν μαζί κάποιες στρατηγικές διαχείρισης, που θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά τις δυσχέρειες που θα αντιμετωπίζει από εδώ και στο εξής.

Πιθανές στρατηγικές προς στον σκοπό αυτό, μπορεί να είναι διάφορες τεχνικές όπως η απόσπαση της προσοχής από τις εμβόλιμες σκέψεις, η αμφισβήτηση του νοήματος της, η αύξηση ή η μείωση της κοινωνικής δραστηριότητας ως μέσο περισπασμού από τις εμβόλιμες σκέψεις ή τη χαμηλή διάθεση, καθώς και η χρήση της διαφραγματικής αναπνοής και άλλων μεθόδων χαλάρωσης.

Η προσέγγιση της τροποποίησης πεποιθήσεων, κάνει χρήση δύο παρεμβάσεων κυρίως γνωσιακού τύπου: της λεκτικής αμφισβήτησης και του συμπεριφορικού ελέγχου υποθέσεων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι παραληρητικές πεποιθήσεις και ψευδαισθήσεις. Στη λεκτική αμφισβήτηση το άτομο ενθαρρύνεται να δει την παραληρητική του πεποίθηση ως μία μεταξύ πολλών πιθανών.

Ο θεραπευτής δεν λέει στο άτομο ότι η πεποίθησή του είναι εσφαλμένη, αλλά του ζητά να εξετάσει μια εναλλακτική άποψη που του παρουσιάζει ο ίδιος. Στη συνέχεια οι νέες πεποιθήσεις δοκιμάζονται στον πραγματικό κόσμο προκειμένου να διαπιστωθεί αν είναι κατάλληλες. Μια παρόμοια διαδικασία ακολουθείται και για την αμφισβήτηση των ψευδαισθήσεων, η οποία επικεντρώνεται στις πεποιθήσεις του ασθενή για την ισχύ, την ταυτότητα και τον σκοπό αυτών των ψευδαισθήσεων. Στον συμπεριφορικό έλεγχο υποθέσεων, οι σκέψεις του ατόμου αμφισβητούνται με πιο άμεσο και συμπεριφοριστικό τρόπο.

Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι που έχουν διδαχθεί πώς να αμφισβητούν τις παραληρητικές πεποιθήσεις ή τις ψευδαισθήσεις τους, έχουν τις μισές πιθανότητες να υποτροπιάσουν σε σύγκριση με εκείνους που δεν γνωρίζουν αντίστοιχες τεχνικές διαχείρισης και αντιμετώπισης. (Bennet. 2010).

2.5.3 Προσωπική και Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Από όλες τις ατομικές ψυχοθεραπείες που έχουν δοκιμαστεί στη σχιζοφρένεια, η προσωπική θεραπεία είναι η πιο αυστηρά δοκιμασμένη και κατάλληλη. Τη προσωπική θεραπεία τη χαρακτηρίζει ένα σύνολο θεραπευτικών τεχνικών. Σε αντίθεση με τις ψυχοδυναμικές θεραπείες, οι οποίες γενικά δεν είναι ειδικές για μια διαταραχή, η προσωπική θεραπεία είναι ειδική για κάθε διαταραχή. Βασίζεται επιπλέον σε έρευνα πάνω στη νόσο και συνεπώς πάνω στο μοντέλο άγχους-ευαλωτότητας, θεωρώντας τη σχετιζόμενη με το στρές απορύθμιση του

συναισθήματος ως κεντρικό συντελεστή για την έξαρση των συμπτωμάτων της νόσου.

Στην αρχική φάση της προσωπικής ψυχοθεραπείας, η προσοχή εστιάζεται στη σταθεροποίηση των κλινικών συμπτωμάτων, στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας και στην παροχή της βασικής ψυχοεκπαίδευσης. Αυτή η φάση συνήθως λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών μετά την έξοδο του πάσχοντα από το νοσοκομείο. Η μετέπειτα φάση της συγκεκριμένης θεραπείας, στρέφεται προς την κατεύθυνση του να βοηθήσει τον ασθενή να καταστεί ενήμερος των εσωτερικών συναισθηματικών ενδείξεων και σημάτων, που σχετίζονται με τους στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι του πυροδοτούν τα συμπτώματα.

Μερικοί ασθενείς στη συνέχεια ενδέχεται επίσης να ξεκινήσουν σε αυτό το σημείο εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, ασκήσεων χαλάρωσης και εκπαίδευσης, με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής τους αντίληψης. Κατά την πιο προχωρημένη φάση της θεραπείας, παρέχονται ευκαιρίες για ενδοσκόπηση, ενώ ο ασθενής διαπαιδαγωγείται στις αρχές επίλυσης των συγκρούσεων που του δημιουργούνται, καθώς και στο χειρισμό των επικρίσεων. (Gabbard, 2006).

Στην υποστηρικτική τώρα ψυχοθεραπεία, ο θεραπευτής βοηθάει επίσης τον ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει καλύτερα την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειές της στη ζωή του, καθώς και να προσαρμοστεί κατά το δυνατόν καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής.

Έτσι, ο προσανατολισμός στη συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία είναι η εξήγηση με τη μορφή διδασκαλίας της φύσης της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των διάφορων παρενεργειών των φαρμάκων, αλλά και του τρόπου αντιμετώπισης των διαπροσωπικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Γενικότερα δίνεται έμφαση στην εδώ και τώρα επίλυση των προβλημάτων σε αντίθεση με τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες. Πρωταρχική φυσικά και εδώ, είναι η δημιουργία μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευόμενου και του θεραπευτή. (Μάνου. 1997).

Ορισμένοι κλινικοί και ερευνητές, υποστηρίζουν με έμφαση ότι γενικά η δυνατότητα ενός ασθενή με σχιζοφρένεια να δομήσει μια ικανοποιητική θεραπευτική σχέση με έναν θεραπευτή, προδικάζει και την έκβαση της νόσου. Βέβαια, οι σχέσεις ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ψυχωτικό, είναι διαφορετικές από τις σχέσεις του θεραπευτή με μη ψυχωτικούς ασθενείς. Η επίτευξη της σχέσης συχνά είναι ένα πολύ δύσκολο ζήτημα που βρίσκει πολλά εμπόδια.

Ο σχιζοφρενής είναι απελπιστικά μόνος, αλλά και ταυτόχρονα αμύνεται σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης και εμπιστοσύνης, οπότε είναι πολύ πιθανόν να αντιδράσει με καχυποψία, άγχος και εχθρότητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο καλός θεραπευτής πρέπει να είναι αρκετά καταρτισμένος, υπομονετικός, ειλικρινής και φιλικός με τον σχιζοφρενή, με σκοπό να κερδίσει την εμπιστοσύνη του δείχνοντας πως αποδέχεται τον πάσχοντα και τον συμπονά. (Kaplan and Sadock's. 2000).

Πουθενά η ευκαμψία δεν είναι τόσο σημαντική, όσο στις διάφορες γενικά ατομικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της σχιζοφρένειας. Γενικά, οι παρεμβάσεις του ψυχοθεραπευτή θα πρέπει να μετακινούνται συνεχώς, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς σε κάθε δεδομένη στιγμή. Επίσης, η φαντασίωση της διάσωσης του ασθενούς από τη σχιζοφρένεια, θα πρέπει να αποφεύγεται καθώς είναι η χειρίστη δυνατή ψυχολογική στάση για έναν θεραπευτή.

Για αυτό, οι θεραπευτές θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με το ενδεχόμενο να επιλέξουν τελικά οι ασθενείς τους τον δαίμονα που γνωρίζουν, αντί να αντιμετωπίσουν τις αβεβαιότητες μιας τυχόν αλλαγής, που θα τους επιφέρει η βελτίωση της ασθένειάς τους. Άρα, η αποτελεσματική ψυχοθεραπεία αξιώνει μια στάση από τον ψυχοθεραπευτή τέτοια, που να αποδέχεται ακόμα και την επιθυμία του ασθενούς να παραμείνει άρρωστος. (Gabbard. 2006).

2.6 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μελέτες πάνω στην ομαδική ψυχοθεραπεία σχετικά με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, καταλήγουν στο συμπέρασμα πως αυτή η μορφή θεραπείας μπορεί να είναι χρήσιμη, αλλά δίνουν έμφαση στη χρονική στιγμή της εφαρμογής της. Ο καταλληλότερος χρόνος φαίνεται να είναι μετά τη σταθεροποίηση των θετικών συμπτωμάτων μέσω της φαρμακευτικής παρέμβασης.

Ο ασθενής που βρίσκεται αποδιοργανωμένος στην οξεία φάση της νόσου δεν μπορεί να φιλτράρει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, ενώ τα πολλαπλά ερεθίσματα που έρχονται από ένα τέτοιο ομαδικό πλαίσιο, μπορεί να κατακλύσουν το ήδη καταπονημένο εγώ του ασθενούς, τη στιγμή ακριβώς που επιχειρούσε να ανασυνταχθεί.

Μια ανασκόπηση ελεγχόμενων μελετών σχετικών με την ομαδική θεραπεία στη σχιζοφρένεια (Kanas 1986), βρήκε σημαντικές ενδείξεις αποτελεσματικότητας της

ομαδικής ψυχοθεραπείας νοσηλευόμενων ασθενών, αλλά και μια σαφή τάση να δείχνει καλύτερα αποτελέσματα στις μονάδες χρόνιας παραμονής από ό,τι στα τμήματα των οξέων περιστατικών.

Αφού ελεγχθεί η θετική συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας, οι ομάδες ψυχοθεραπείας των νοσηλευόμενων ασθενών μπορεί να είναι υποστηρικτικές για αυτούς, καθώς επαναοργανώνονται και καθώς βλέπουν άλλους ασθενείς να προετοιμάζονται για το εξιτήριο. Πάντως, οι μελέτες αποτελεσματικότητας εισηγούνται πώς ως μια μορφή θεραπείας εξωτερικών ασθενών, η ομαδική θεραπεία μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματική όσο και η ατομική.

Για τον ασθενή που είναι σταθεροποιημένος στη φαρμακευτική του αγωγή, εβδομαδιαίες συνεδρίες των 60-90 λεπτών μπορούν να βοηθήσουν στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης, διαμορφώνοντας μια ομάδα υποστήριξης όπου οι ασθενείς θα μπορούν ελεύθερα να συζητήσουν προβληματισμούς, όπως το πώς να διαχειριστούν τις ακουστικές ψευδαισθήσεις και το πώς να τα βγάλουν πέρα με το στίγμα γενικότερα της ψυχικής νόσου. (Gabbard. 2006).

2.7 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι θεραπευτικές μορφές αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας που εστιάζουν στην οικογένεια του ασθενή, ξεκίνησαν από την παρατήρηση ότι η επικριτική στάση και εχθρότητα εκ μέρους των συγγενών, αποτελούσαν σημαντικό καθοριστή της υποτροπής των ασθενών. (Gelder et.al. 2007).

Η εκδήλωση της σχιζοφρένειας σε ένα μέλος της οικογένειας, προκαλεί σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση σε όλα τα μέλη της. Η ενημέρωση της οικογένειας γενικά για τη φύση της νόσου, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη της, αποτελεί πρωταρχικό ψυχιατρικό καθήκον. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία στη σχιζοφρένεια ως διακριτός ψυχοθεραπευτικός κλάδος, έχει εδραιωθεί σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της αδιαμφισβήτητης επιρροής που ασκεί το οικογενειακό εκφραζόμενο συναίσθημα στη πορεία και πρόγνωση της νόσου.

Το εκφραζόμενο συναίσθημα αποτελεί τις μετρήσιμες εκείνες συμπεριφορές της οικογένειας, που χαρακτηρίζονται από υπέρμετρη εμπλοκή και παρεμβατικότητα, είτε αυτές οι συμπεριφορές εκφράζονται με επικριτική στάση, είτε με τάσεις

υπερπροστατευτικές απέναντι στον πάσχοντα. Πολλές μελέτες στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη, επιβεβαιώνουν ότι οι ασθενείς που ζούν σε οικογενειακό περιβάλλον με υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα, είχαν διπλές πιθανότητες υποτροπής από αυτές με πιο χαμηλό. (Σολδάτος και Λυκούρας. 2006).

Ένα σημαντικό θέμα που καλείται να αντιμετωπίσει η οικογενειακή ψυχοθεραπεία την περίοδο αμέσως μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, είναι η διαδικασία ανάνηψης και ιδιαίτερα ο χρόνος και ο ρυθμός της. Πολύ συχνά, οι συγγενείς ενθαρρύνουν τον ασθενή να αναλάβει τις κανονικές του δραστηριότητες πολύ γρήγορα. Αυτή η υπερβολικά αισιόδοξη επιθυμία προκύπτει τόσο από την άγνοια της φύσης γενικά της νόσου, όσο και από την άρνηση της σοβαρότητάς της.

Γι αυτό, ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει την οικογένειά και τον ασθενή να κατανοήσουν καλύτερα τη νόσο, χωρίς βέβαια να είναι υπερβολικά αποθαρρυντικός. Η συνήθης πρακτική παράκαμψης εκ μέρους του ασθενή και της οικογένειάς, του ψυχωτικού επεισοδίου, συχνά προδιαθέτει στην ντροπή που συνδέεται με αυτό και δεν χρησιμοποιείται εποικοδομητικά όταν συμβαίνει ως μέσο συζήτησης, εκπαίδευσης και κατανόησης από τον θεραπευτή. (Kaplan and Sadock's. 2000).

Οι οικογένειες πρέπει επίσης να εκπαιδεύονται από τον θεραπευτή στο να αναγνωρίσουν τα πρόδρομα σημεία και συμπτώματα της σχιζοφρένειας που προμηνύουν υποτροπή, να διδάσκονται στο να περιορίζουν την επίκριση και υπερεμπλοκή, καθώς και να βοηθούνται να αντιληφθούν πως ένα σταθερό πρόγραμμα λήψης της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να διατηρήσει τον πάσχοντα σε ένα καλό επίπεδο λειτουργικότητας. (Gabbard. 2006).

Η οικογενειακή θεραπεία, είναι πολύ βοηθητική για να μπορέσει ο ασθενής να έχει μια καλή ποιότητα ζωής. Οι οικογένειες των ασθενών χρειάζονται ρεαλιστικές και ακριβείς πληροφορίες για τις αιτίες, τους προγνωστικούς παράγοντες και τις διαθέσιμες θεραπείες. Τελειώνοντας, και ο ασθενής αλλά και η οικογένειά του, θα αποκομίσουν πολλά οφέλη από την εκπαίδευση πιο λειτουργικών τρόπων επικοινωνίας, καθώς και από την εκπαίδευση τρόπων παροχής εποικοδομητικότερης υποστήριξης. (Black and Andreasen. 2011).

2.8 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι δημιουργικές θεραπείες αφορούν τη θεραπεία μέσω της τέχνης, της μουσικής, του δράματος, του χορού και βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων του ασθενή, αλλά επίσης αφορούν και την απασχολησιοθεραπεία/εργοθεραπεία με πηλό, χειροτεχνία κ.α. (Σικελιανού. 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών (2007), η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας ειδικός κλάδος της νοσηλευτικής πρακτικής, που είναι υπεύθυνος για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων που πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές, μέσω της νοσηλευτικής αξιολόγησης, διάγνωσης και θεραπείας. Ο ασθενής, μπορεί να είναι ένα άτομο, μια οικογένεια, μια ομάδα ανθρώπων, ένας οργανισμός ή μια κοινότητα.

Η ψυχιατρική νοσηλευτική, χρησιμοποιεί τις γνώσεις των ψυχοκοινωνικών και βιοφυσικών θεωριών και επιστημών πάνω στην προσωπικότητα και την ανθρώπινη συμπεριφορά, από όπου και αντλούνται οι θεωρητικές κατευθύνσεις πάνω στις οποίες θα βασιστεί στη συνέχεια η νοσηλευτική πρακτική. (Stuart. 2013).

Συμπερασματικά, η ψυχιατρική νοσηλευτική ως επιστήμη, ως αντικείμενο έρευνας και ως κλινική άσκηση, εμπνέεται και κατευθύνεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών που είναι: 1) η ολιστική θεώρηση και προσέγγιση του ασθενούς, ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας, 2) η πίστη στην ατίμητη οντολογική αξία του ανθρώπου, της υγείας και της ζωής του, αλλά και 3) η εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ατόμου και της υγείας του με σεβασμό και εγκάρδιο ενδιαφέρον. (Ραγιά. 2009).

3.2 ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, έχει κάποιους κύριους σκοπούς και ρόλους στο έργο του όπως την προαγωγή και διατήρηση της υγείας των ψυχικά ασθενών, την αξιολόγηση και επαναξιολόγηση του ασθενή και της κατάστασής του, την ειδική διαχείριση της κάθε περίπτωσης, την διαμόρφωση ενός ικανοποιητικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, την εκπαίδευση των ατόμων σχετικά με τους παράγοντες που

επηρεάζουν την ψυχική υγεία και ψυχική νόσο, την προαγωγή της αυτοφροντίδας και αυτονομίας των ασθενών, την παρέμβαση σε περίπτωση κρίσης με βάση τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, καθώς και τη συμμετοχή σε προσπάθειες της κοινωνίας για την ανάπτυξη γενικότερα του τομέα της ψυχικής υγείας. (Hogan. 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας του καιρού μας, χρειάζεται με την ειδική του επιμόρφωση, να έχει και την ικανότητα να παίζει και ρόλους συμβουλευτικούς με σκοπό την φροντίδα του ασθενούς κατά τα ολιστικά πρότυπα, όπως και να μπορεί να οργανώνει - καθοδηγεί ή συμμετέχει σε ομάδες ψυχοθεραπείας, οικογενειακές παρεμβάσεις, περιβαλλοντικές θεραπείες, θεραπείες ζεύγους αλλά και ατομικές ψυχοθεραπευτικές δράσεις όποτε κρίνεται αναγκαίο. (Ο' Brien et.al. 2008).



3.3 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ψυχικά ασθενή, κινείται σε 2 επίπεδα, αυτό της λεκτικής και αυτό της μη λεκτικής επικοινωνίας, τα οποία μπορεί είτε να διευκολύνουν την ανάπτυξη μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης είτε να βάλουν φραγμό σε αυτή. Από τη στιγμή της γέννησής του ο άνθρωπος νιώθει την ανάγκη να επικοινωνήσει. Όλες οι συμπεριφορές του είναι προσπάθειες επικοινωνίας και όλες οι επικοινωνίες του, εντέλει επηρεάζουν τις αντιλήψεις και την συμπεριφορά του.

Η επικοινωνία είναι πολύ σημαντική για τη νοσηλευτική πρακτική καθώς αυτή είναι το όχημα για να εγκαθιδρυθεί μια θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή – ασθενή και επίσης είναι και ένα μέσο με το οποίο οι νοσηλευτές μπορούν να

επηρεάσουν τη συμπεριφορά του πάσχοντα, οδηγώντας σε θετικό αποτέλεσμα την όλη νοσηλευτική τους παρέμβαση. (Stuart. 2013).

Ο φόβος της αποτυχίας είναι ένα από τα αρχικά αισθήματα που δοκιμάζει κάθε νοσηλευτής στην σχέση του με τον ψυχικά ασθενή. Ο συνεχής φόβος του νοσηλευτή μήπως κάποια στιγμή ο ασθενής χάσει τον έλεγχο και τον βρίσει η του επιτεθεί, αποτελεί τροχοπέδη στην επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή - ψυχικά ασθενή. Επίσης, πολλές φορές η επικοινωνία παύει να είναι αυθόρμητη καθώς γίνεται ως επί το πλείστον προγραμματισμένα, αφού έχουν προβλεφθεί και τεθεί από πριν οι σκοποί, οι κινήσεις και τα βήματα που πρέπει να γίνουν στο επικοινωνιακό κομμάτι.

Στη σχέση αυτή, ο νοσηλευτής πάντα επικοινωνεί ως νοσηλευτής. Η στολή του δίνει έναν ιδιαίτερο ρόλο. Το να φορά ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια τη στολή, σημαίνει ότι πρέπει να είναι, να σκέφτεται και να πράττει με έναν συγκεκριμένο τρόπο, που του έχει αποδοθεί κοινωνικά. Εξάλλου, και ο ίδιος ο ασθενής ζητάει από τον νοσηλευτή έναν συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς και επικοινωνίας.

Οι επικοινωνίες του νοσηλευτή πρέπει πάντοτε να είναι καλά μελετημένες, κάτι εξαιρετικά δύσκολο. Η στολή του προσδίδει μεν κύρος, αφού ο ασθενής τον έχει ανάγκη και τον χρειάζεται, αλλά ταυτόχρονα ο νοσηλευτής έχει την κύρια και δύσκολη ευθύνη να ρυθμίζει αυτός, το πώς θα αρχίζει και το πως θα ξεκινά η επικοινωνία, κανονίζοντας τη φορά, τους όρους και το τέλος της. (Γιαννοπούλου. 2000).

Κλείνοντας, καλό θα ήταν όλοι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας να έχουν γνώση κάποιων θεραπευτικών τεχνικών, που θα τις εφαρμόζουν στην επικοινωνία τους με τους ψυχικά ασθενείς, όπως οι παρακάτω:

- **Η ΑΚΡΟΑΣΗ:** Αποτελεί μια ενεργητική διαδικασία, μέσω της οποίας ο νοσηλευτής λαμβάνει πληροφορίες από τον ασθενή ενώ του δείχνει παράλληλα το ενδιαφέρον του. Είναι σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό να κατανοεί ότι από τις κύριες αρμοδιότητες του είναι η ακρόαση του πάσχοντα.
- **ΤΟ ΑΝΟΙΓΜΑ ΔΙΑΛΟΓΟΥ:** Εδώ, οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν τους ασθενείς να ανοίξουν διάλογο για ένα θέμα που τους ενδιαφέρει, δείχνοντας με αυτό τον τρόπο την αποδοχή τους προς αυτούς, και δίνοντας τους την ευκαιρία να πάρουν αυτοί την πρωτοβουλία στο άνοιγμα της επικοινωνίας.

- **Η ΕΠΑΝΑΔΙΑΤΥΠΩΣΗ:** Σε αυτή την περίπτωση, ο νοσηλευτής επαναλαμβάνει την κύρια σκέψη που διατύπωσε ο ασθενής και έτσι υποδηλώνει ότι ακούει και δίνει προσοχή σε κάτι σημαντικό που είπε αυτός προηγουμένως.
- **Η ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΗ:** Είναι η προσπάθεια του νοσηλευτή να κατανοήσει και να διευκρινίσει ασαφείς εκφράσεις και σκέψεις των αρρώστων. Με αυτό τον τρόπο, βοηθιέται στο να αποσαφηνίζει τα συναισθήματα, τις ιδέες και τις αντιλήψεις του ασθενή, παρέχοντας μια σαφή συσχέτιση μεταξύ αυτών και των πράξεων του αρρώστου.
- **Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ:** Μέσω των πληροφοριών που παρέχει ο νοσηλευτής βοηθά στην διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με τη θεραπεία του, εκπαιδεύοντας τον παράλληλα στην αυτοφροντίδα και στο πως μπορεί να πετυχαίνει προσωπική ευεξία.
- **ΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ:** Μέσα από τις συμβουλές του, ο νοσηλευτής παραθέτει εναλλακτικές ιδέες στον ασθενή σχετικά με την λύση συγκεκριμένων προβλημάτων του. Έτσι, αυξάνει τις επιλογές του πάσχοντα βρίσκοντας του λύσεις που ίσως προηγουμένως δεν είχε αντιληφθεί. (Stuart. 2013).

3.4 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στοιχειώδεις γνώσεις ψυχοφαρμακολογίας είναι απαραίτητες στο νοσηλευτή ψυχικής υγείας, αφού αυτός συμμετέχει υπεύθυνα στην φαρμακοθεραπεία των ψυχικά αρρώστων. Η ψυχοφαρμακοθεραπεία είναι μια υπεύθυνη δραστηριότητα που απαιτεί τη συνεργασία ιατρικής και νοσηλευτικής. Ο νοσηλευτής έχει την κύρια υποχρέωση να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του για τα ψυχοτρόπα φάρμακα, ενώ ενεργεί ως συντονιστής στον προγραμματισμό της φαρμακοθεραπείας του ασθενούς, φροντίζοντας να εξασφαλίζει συνεχώς τις απαραίτητες πληροφορίες. (Καλαντζή – Αζίζι. 1990).

Προκειμένου να χορηγήσει ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει καταρχήν υπόψη του τις ενέργειες του φαρμάκου, τις παρενέργειες,

την ακριβή δόση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, αλλά και τον τρόπο και χρόνο χορήγησης. (Γιαννοπούλου. 2000).

3.4.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων:

✚ Παραλαβή ενός λεπτομερούς ιστορικού λήψης φαρμάκων είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από την οικογένειά του. Εκτός από τους προφανείς λόγους π.χ. (αλλεργίες), η διαδικασία αυτή πρέπει να γίνεται διότι πολλά φάρμακα προκαλούν συμπτώματα και συμπεριφορές που είναι κοινές με συμπτώματα διαφόρων ψυχώσεων, όπως π.χ. οι ψευδαισθήσεις στη σχιζοφρένεια. Με αυτό τον τρόπο, οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να αξιολογήσουν αν τα συμπτώματα του ψυχωτικού ασθενή είναι αποτέλεσμα όντως της ασθένειας ή της λήψης φαρμάκων. (Kneisl et.al. 2004).

✚ Προγραμματισμένη συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.

✚ Εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική εξέταση αίματος, ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα κ.τ.λ.

✚ Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία.

✚ Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικών με τις συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, κινητικών ανωμαλιών, επιπέδου δραστηριότητας, κατάστασης δέρματος, βάρους του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες. (Ραγιά. 2009).

3.4.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων:

✚ Συνεχής αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του αρρώστου προς τα φάρμακα που παίρνει.

✚ Συστηματική παρακολούθηση ειδικά για όψιμες αντιδράσεις: ηπατικές, αιματολογικές, οφθαλμικές, εξωπυραμιδικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα όπως π.χ. χάλαση συνειρμών, καχυποψία, παραληρητικές ιδέες.

✚ Οργάνωση ευκαιριών για να μαθαίνει ο άρρωστος πώς να παίρνει μόνος του τα φάρμακά του και πώς να παρακολουθεί τον εαυτό του.

✚ Εφαρμογή της ολικής πάντα νοσηλευτικής φροντίδας με συνεχή ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, ώστε να μεγιστοποιούνται τα θεραπευτικά αποτελέσματα των φαρμάκων, να ελαττώνονται τα συμπτώματα και κατά συνέπεια να ελαττώνεται και η δοσολογία των φαρμάκων. (Ραγιά. 2009).

✚ Ιδιαίτερη μέριμνα δίνεται επίσης στο να παίρνει ο ασθενής τα φάρμακά του, καθώς πολλοί είτε λόγω των παρενεργειών είτε για να τα χρησιμοποιήσουν αργότερα σε αυτοκτονία, τα κρύβουν είτε κάτω από τη γλώσσα τους είτε στα ρούχα τους. Η διδασκαλία του νοσηλευτή και η συνεχής εγρήγορσή του παίζουν σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη τέτοιων φαινομένων. (Γιαννοπούλου. 2000).

✚ Καταγραφή και ενυπόγραφη τεκμηρίωση στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου, των χορηγούμενων φαρμάκων, καθώς και των θεραπευτικών και ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Με τον τρόπο αυτό ενημερώνεται ολόκληρη η θεραπευτική ομάδα και εξασφαλίζεται η συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Η αμέλεια της τεκμηρίωσης αυτής αποτελεί και ποινική ευθύνη του νοσηλευτή. (Ραγιά. 2009).

3.4.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων:

✚ Αν εμφανιστούν εξωπυραμιδικές αντιδράσεις ή όψιμη δυσκινησία, ο νοσηλευτής και ο ψυχίατρος αποφασίζουν αν μπορεί είτε να ελαττωθεί η δόση του φαρμάκου που τα προκάλεσε ή πρέπει να προστεθεί αντιπαρκινσονικό φάρμακο (π.χ. Akineton).

✚ Αν ο άρρωστος παρουσιάζει ορθοστατική υπόταση, πρέπει να ξαπλώνει στο κρεβάτι και να διδάσκεται από τον νοσηλευτή πως να αλλάζει αργά θέσεις, κατεβάζοντας πρώτα τα πόδια του από το κρεβάτι για πέντε λεπτά πριν σηκωθεί όρθιος, για πρόληψη λιποθυμίας και πτώσης.

✚ Η ξηροστομία μπορεί να ανακουφιστεί με λήψη υγρών, μάσημα τσίχλας για πρόκληση σιελόρροιας καθώς και με καλή υγιεινή του στόματος.

✚ Η δυσκοιλιότητα που προκαλείται από τα αντιψυχωτικά αντιμετωπίζεται με δίαιτα που περιέχει άφθονες ίνες, με λήψη υγρών αλλά και με υποτακτικά φάρμακα.

✚ Σε περίπτωση φωτοφοβίας συστήνονται σκούρα γυαλιά ή ελάττωση του φωτισμού του θαλάμου. (Βιδάλης. 2001).

3.4.4 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας:

✚ Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας.

✚ Εφαρμογή προγράμματος βαθμιαίας διακοπής του φαρμάκου με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη ή με πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος μέσω δόσεων συντήρησης.

✚ Εκτέλεση πάλι εργαστηριακών εξετάσεων, με συνεχή πάντα παρακολούθηση του ασθενούς. Ο άρρωστος επιπλέον, διδάσκεται πώς να αναγνωρίζει την όψιμη δυσκινησία (ανώμαλες ακούσιες κινήσεις των δακτύλων, της γλώσσας κ.λπ.).

✚ Οργάνωση ενός σταθερού συστήματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τον ασθενή.

✚ Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. (Ραγιά. 2009).



3.5 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ ΟΤΑΝ:

§ Υπάρχει περίπτωση πρωτοεμφανιζόμενης σχιζοφρένειας, προκειμένου να αποκλειστούν άλλες πιθανές διαγνώσεις και να σταθεροποιηθεί η δοσολογία της αντιψυχωτικής αγωγής.

§ Απαιτούνται ειδικές θεραπείες, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

§ Υπάρχει επιθετική ή απειλητική συμπεριφορά, που συνιστά κίνδυνο τόσο για τον ασθενή όσο και για τους άλλους.

§ Υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

§ Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να φροντίσει επαρκώς τον εαυτό του (υγιεινή, τροφή).

§ Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής προκαλούν σημαντική ανικανότητα ή είναι δυνητικώς επικίνδυνες για τη ζωή όπως π.χ. ο σοβαρός ψευδοπαρκινσониσμός ή το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο.

(Black and Andreasen. 2011).

3.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Γενικότερα, η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από 6 βασικά στάδια τα οποία είναι: η εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενή, η νοσηλευτική διάγνωση των τυχόν διαταραχών του, ο προσδιορισμός των αναμενόμενων αποτελεσμάτων-εκβάσεων, ο σχεδιασμός του πλάνου φροντίδας, η εφαρμογή του πλάνου και η αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου που εφαρμόστηκε. Έτσι, η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική και δυναμική διαδικασία η οποία συνεχίζεται μέχρις ότου η αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, επιφέρει τη βελτίωση του τελευταίου τόσο σωματικά όσο και ψυχικά κατά τα ολιστικά πάντα πρότυπα. (Townsend. 2015).

Η παρατήρηση, είναι ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής διεργασίας, ιδιαίτερα κατά την αξιολόγηση της κατάστασης των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Ο επαγγελματίας νοσηλευτής ψυχικής υγείας, πρέπει να παρατηρεί τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα, τις γνωστικές λειτουργίες, τις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και τη γενικότερη φυσιολογία του ατόμου. Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση είναι επίσης αναγκαία στη θεραπεία των ψυχώσεων και περιλαμβάνει κυρίως την καταγραφή του τρόπου που το άτομο και η οικογένειά του ερμηνεύουν και αντιμετωπίζουν το υπάρχον πρόβλημα. (Hogan. 2012).

Κατά τη διάρκεια τώρα της νοσηλευτικής διεργασίας του αρρώστου που πάσχει από σχιζοφρένεια, σε όποιο στάδιο και αν βρίσκεται αυτή, πρέπει να τηρούνται από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας κάποιες βασικές - γενικές αρχές που είναι οι εξής:

- 1) Η διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του ασθενή
- 2) Η ανάπτυξη μιας έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
- 3) Η επιβεβαίωση όποτε χρειάζεται της ταυτότητας του
- 4) Ο προσανατολισμός του αρρώστου στη πραγματικότητα
- 5) Η βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί καλύτερα τον εαυτό του και τους άλλους
- 6) Η προώθηση της συμμόρφωσης του ψυχικά ασθενή με τη θεραπευτική του αγωγή

- 7) Η βοήθεια αν χρειάζεται στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του
- 8) Η ενίσχυση του ενδιαφέροντος και της κατανόησης της οικογένειας του
- 9) Η ενθάρρυνση της ανάληψης εκ μέρους του ασθενή της ευθύνης για τον εαυτό του
- 10) Ο έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς (Ραγιά. 2009).

3.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Εφόσον οι νοσηλευτές δεν μπορούν να διαβάσουν τις σκέψεις των ασθενών, κατά την διαδικασία της νοσηλευτικής εκτίμησης της ψυχικής κατάστασης των σχιζοφρενών, απαιτείται η συστηματική παρατήρηση της ομιλίας και συμπεριφοράς τους, ώστε να εκτιμηθεί όσο καλύτερα γίνεται το περιεχόμενο των σκέψεων τους.

(Eby and Brown. 2010).

Η νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενή με σχιζοφρένεια εκτός από την ολική μελέτη της βιοψυχοκοινωνικής κατάστασης και λειτουργίας του, εστιάζεται βασικά στις ακόλουθες 4 περιοχές:

Α) ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΚΕΨΗΣ: Αυτές περιλαμβάνουν τη διαταραχή του ειρμού ή της μορφής ή της πορείας της σκέψης του σχιζοφρενή, που εκδηλώνεται ως χάλαση των συνειρμών μέχρι την ασυναρτησία, τη σαλάτα λέξεων ή τις νεολοξίες, οι οποίες είναι αυτοδημιούργητες λέξεις που έχουν νόημα μόνο για τον ίδιο τον άρρωστο και δείχνουν παλινδρόμηση και διάσπαση της λειτουργικότητας του σχιζοφρενή απέναντι στην πραγματικότητα. Επίσης, περιλαμβάνουν διαταραχές του περιεχομένου των σκέψεων, που εκδηλώνονται με παραληρηματικές ιδέες δίωξης, μεγαλείου, ζηλοτυπίας ή μεταβίβασης της σκέψης και των ιδεών αναφοράς, ήτοι πεποιθήσεις ότι άλλοι άνθρωποι ή μηνύματα από την τηλεόραση αναφέρονται απευθείας στον άρρωστο απειλώντας τον.

Β) ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ: Εδώ υπάρχουν οι ψευδαισθήσεις, οι οποίες αποτελούν αισθητηριακές αντιλήψεις χωρίς να υπάρχουν εξωτερικά αντικειμενικά ερεθίσματα, με πιο συχνές τις ακουστικές. Ο άρρωστος ακούει φωνές που του φέρνουν μηνύματα συνήθως υποτιμητικά, επικριτικά και προτρεπτικά για αυτοκαταστροφή. Λιγότερο συχνές είναι οι οπτικές, γευστικές, οσφρητικές και απτικές ψευδαισθήσεις. Επίσης εκτός από τις ψευδαισθήσεις, υπάρχουν και οι παραισθήσεις, οι οποίες αποτελούν παρερμηνείες υπαρκτών εξωτερικών περιβαλλοντικών ερεθισμάτων π.χ. ο σχιζοφρενής βλέπει ένα δέντρο και λέει ότι βλέπει τον παππού του.

Γ) ΣΤΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: Εδώ υπάρχει έντονα η απουσία συναισθήματος ή το συναίσθημα είναι συνήθως απρόσφορο, αμβλύ και αταίριαστο με το περιεχόμενο της συζήτησης ή της τυχόν περίστασης. Η φαινομενική έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και η απάθεια στο ύφος του αρρώστου, μπορεί να εκληφθεί από τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας ως αδιαφορία εκ μέρους του ασθενή τόσο για την κατάσταση του, όσο και για την κατάσταση των άλλων. Σε σχετικό σχόλιο του ένας ψυχωτικός, εξηγούσε ότι ενώ μίλαγε για ένα θέμα, ταυτόχρονα σκεπτόταν πολλά άλλα μαζί και γέλαγε για αυτό που σκεπτόταν και όχι για αυτό που μίλαγε.

Δ) ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: Εδώ υπάρχει η απόσυρση από την πραγματικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων από τον σχιζοφρενή, λόγω φόβου και άγχους, συναισθηματικής αδιαφορίας, παράλογων ιδεών και φαντασιών όπου χάθηκε η αντικειμενικότητα. Ο σχιζοφρενικός άρρωστος αποσύρεται όχι μόνο από τις διαπροσωπικές επαφές και από τις δραστηριότητες της ζωής, αλλά και από τα ίδια του τα συναισθήματα, ζώντας χαμένος στον αυτιστικό φανταστικό του κόσμο.

Τελειώνοντας, στις συμπεριφορικές - ψυχοκινητικές διαταραχές υπάρχουν: οι μορφασμοί, οι αλλόκοτες στάσεις, η απρόβλεπτη και παρορμητική συμπεριφορά, η έντονη διέγερση και υπερκινητικότητα η οποία είναι επικίνδυνη για καταβολή δυνάμεων και εξάντληση, η επιθετικότητα απέναντι στους άλλους, η ψυχαναγκαστική και τελετουργική συμπεριφορά, η έλλειψη αυθορμητισμού στην ομιλία και τις κινήσεις, η παραμέληση της εμφάνισης και της καθαριότητας, η έλλειψη ενεργητικότητας και πρωτοβουλίας ειδικά μετά από οξύ επεισόδιο, η αμφιθυμία αλλά

και μία συχνή τάση να πράττει ο ψυχωτικός το αντίθετο από ότι του λένε. (Ραγιά. 2009).

3.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.8.1 Νοσηλευτικές διαγνώσεις του ασθενούς με σχιζοφρένεια:

Γενικά, η διάγνωση αποτελεί το αποτέλεσμα της αναγνώρισης των αναγκών φροντίδας υγείας του ατόμου από το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και της επιλογής εκ μέρους του των κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων και στόχων. Οι διαγνώσεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας τίθενται αναφορικά με άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες. (Hogan. 2012).

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις ειδικά για ασθενείς με σχιζοφρένεια, ανεξάρτητα από τον τύπο της σχιζοφρένειας που εκδηλώνουν σύμφωνα με την ιατρική διάγνωση, είναι:

- **Η ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ:** Αυτή σχετίζεται με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, απόσυρση στον εαυτό ή αντίληψη του περιβάλλοντος ως απειλητικού.
- **Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ:** Αυτές σχετίζονται με πιθανούς κληρονομικούς παράγοντες, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή παρερμηνεία του περιβάλλοντος.
- **Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΒΙΑΙΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ:** Η βίαιη συμπεριφορά μπορεί να είναι κατευθυνόμενη είτε προς τον εαυτό του σχιζοφρενή είτε προς τους άλλους. Με αυτά τα συμπτώματα σχετίζονται η έλλειψη εμπιστοσύνης, το άγχος ακόμα και με τη μορφή πανικού, οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις εντολών ή η αντίληψη του περιβάλλοντος από τον πάσχοντα και εδώ ως απειλητικού.
- **Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΩΝΩΣΗ:** Αυτή σχετίζεται με την έλλειψη εμπιστοσύνης, την παλινδρόμηση σε πρώιμο επίπεδο λειτουργικότητας, τις παραληρητικές ιδέες ή τις παρελθούσες εμπειρίες δυσχέρειας όσον αφορά την αλληλεπίδραση με τους άλλους.

- **Η ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:** Αυτή σχετίζεται επίσης με την αδυναμία εκδήλωσης εμπιστοσύνης, την παλινδρόμηση σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης και τις διαταραγμένες διεργασίες σκέψεις.
- **ΤΟ ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ:** Αυτή σχετίζεται με την απόσυρση στον εαυτό και την έκπτωση της αντιληπτικής ή της γνωστικής λειτουργίας.
- **Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΥ:** Η διαταραχή ύπνου σχετίζεται με απωθημένους φόβους, ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.
- **Η ΧΡΟΝΙΑ ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ:** Επίσης εδώ υπάρχει η απόσυρση στον εαυτό και η έλλειψη εμπιστοσύνης, οι περιορισμένες δεξιότητες κοινωνικοποίησης και το χρόνιο νόσημα. (Hogan, 2012).
- **Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:** Εδώ, κατά τη κατάσταση αυτή, η συμπεριφορά της οικογένειας είναι δυσλειτουργική τόσο στο χειρισμό του ασθενή όσο και των συνεπειών που απορρέουν από την ψυχική του διαταραχή. (Ραγιά. 2009).

3.8.2 Επιθυμητές εκβάσεις του ασθενούς με σχιζοφρένεια:

Τώρα, οι επιθυμητές γενικά εκβάσεις για έναν ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια που δείχνουν τα αποτελέσματα, θετικά ή μη, της θεραπείας που εφαρμόστηκε και καθορίζουν και την πιθανή κάποια στιγμή έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο, περιλαμβάνουν την εξασφάλιση ότι δεν θα κάνει ο άρρωστος κακό στον εαυτό του και στους άλλους, θα επιδεικνύει σκέψη βασισμένη στην πραγματικότητα, θα χρησιμοποιεί υγιείς, προσαρμοστικές δεξιότητες αντιμετώπισης των δυσκολιών και του άγχους του, θα λαμβάνει κανονικά την φαρμακευτική του αγωγή, θα συνεχίσει να είναι δραστήριος έχοντας ένα ημερήσιο και εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβάνοντας και ψυχαγωγικές δραστηριότητες στο πρόγραμμα αυτό και τέλος θα επικοινωνεί τακτικά με την οικογένειά και τους φίλους του. (Eby and Brown. 2010).

Τα κριτήρια έκβασης εξατομικεύονται όχι μόνο όσον αφορά τον ασθενή, αλλά και την οικογένεια κάθε πάσχοντος. Για αυτό, τα μέλη της οικογένειάς χρειάζεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του μέλους τους, αλλά και στη συνέχεια, να διδαχθούν να περιγράφουν τις επιπτώσεις της σχιζοφρένειας, να αναγνωρίζουν τα

πρώιμα σημεία και συμπτώματα της νόσου, να επιδεικνύουν αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης, να περιγράφουν την φαρμακευτική αγωγή του ασθενή, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα και τις τυχόν εξωπυραμιδικές παρενέργειες από τη λήψη των αντιψυχωσικών φαρμάκων. (Hogan. 2012).

3.9 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Καταρχάς, πριν γίνει ο προγραμματισμός είναι σημαντικό να συζητηθούν και να αξιολογηθούν οι πληροφορίες, οι αρχικές εκτιμήσεις και οι πιθανές διαγνώσεις των προβλημάτων του σχιζοφρενή με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να είναι σε θέση να αναλύσει τα προβλήματα, ώστε το πρόγραμμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων να γίνεται πιο κατανοητό και ρεαλιστικό. Οπωσδήποτε ένας σωστός προγραμματισμός διευκολύνεται και από τη καλή συνεργασία του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Οι σκοποί και οι στόχοι πάνω στους οποίους θα τεθούν ο προγραμματισμός και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας, πρέπει να εκτίθενται όσο καθαρότερα γίνεται για να μην υπάρξει περίπτωση σύγχυσης μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Οι σκοποί και στόχοι επίσης, πρέπει να είναι πραγματοποιήσιμοι και συνιστάται να αναφέρονται πολλοί σκοποί βραχυπρόθεσμοι και μόλις αυτοί πραγματοποιηθούν, να επεκτείνονται σε μακροπρόθεσμους σκοπούς και στόχους. Με αυτό τον τρόπο εκτιμάται καλύτερα η βελτίωση του σχιζοφρενικού ασθενούς, ενώ υπάρχει και το πρόσθετο πλεονέκτημα ότι ο πάσχων ενθαρρύνεται θετικά κάθε φορά που πετυχαίνει βήμα βήμα ένα σκοπό. (Γιαννοπούλου. 2000).

3.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.10.1 Στις αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχές

Οι συγκεκριμένες διαταραχές, έχουν ως αποτέλεσμα τα αισθητηριακά ερεθίσματα του ασθενή να παρερμηνεύονται και η αντίδραση προς αυτά μπορεί να είναι

υποτονική ή υπερβολική, παραπονημένη ή ανεπαρκής. Οι νοσηλευτικοί σκοποί σε αυτά τα προβλήματα εξαρτώνται από την ένταση των συμπτωμάτων, την διάγνωση καθώς και την πρόγνωση του αρρώστου. Ο ασθενής πάντως, πρέπει μέχρι να φύγει από το νοσοκομείο, να μπορεί να διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον, να μην ακούει εσωτερικές φωνές, να εκδηλώνει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης και της αντίληψης του, αλλά και να μην διστάζει να επιδιώκει συζήτηση με το προσωπικό όταν αρχίζουν να τον ενοχλούν οι ψευδαισθήσεις.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, εκτιμάει συνεχιζόμενα την βαρύτητα των αισθητηριακών-αντιληπτικών διαταραχών του ασθενή, ενώ ταυτόχρονα επισημαίνει και τους παράγοντες που προκαλούν την εμφάνισή τους, που συνήθως είναι το άγχος, ο πυρετός, η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, ο τραυματισμός ή άλλες οργανικές διαταραχές. Μέσω της αξιολόγησης, των εκτιμήσεων και παρεμβάσεων του, το νοσηλευτικό προσωπικό εξασφαλίζει πληροφορίες για τις δυνατότητες του πάσχοντα να εκτελεί την καθημερινή του αυτοφροντίδα, τις συνήθειες του ύπνου του, καθώς και την ενδεχόμενη επικινδυνότητα του ασθενή για βίαιη συμπεριφορά, ύστερα από παραληρητικές εντολές για αυτοκτονία ή βλάβη απέναντι σε άλλους.

Επίσης, οι νοσηλευτές χρειάζεται να διαθέτουν καθημερινά χρόνο για επικοινωνία με τον ασθενή, ακούγοντας τον με προσοχή και ενδιαφέρον, υποστηρίζοντας παράλληλα τις όποιες θετικές αλλαγές πραγματοποιεί ο πάσχων. Μέσω της συνεχούς και συνεπούς υποστήριξης του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και μέσω της αποδοχής του από αυτό, το όποιο άγχος και οι όποιοι φόβοι του αρρώστου θα ελαττωθούν, αλλά επίσης και ο ίδιος ο ασθενής θα είναι ικανός πλέον να ελαττώνει την διαταραγμένη αντίληψη των ερεθισμάτων που δέχεται.

Επιπρόσθετα, η δημιουργία ενός ασφαλούς και ήσυχου θεραπευτικού περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών ή γελοιοποίησης του ασθενή, είναι σε κάθε περίπτωση πολύ ευεργετική για την θεραπευτική του κατάληξη. Οι παρερμηνείες των ερεθισμάτων τρομάζουν τον άρρωστο οδηγώντας τον συχνά σε απώλεια ελέγχου. Λόγω της έλλειψης εναισθησίας, ο πάσχοντας αντιλαμβάνεται την παραπονημένη αντίληψη των ερεθισμάτων ως πραγματικότητα. Για αυτό τον λόγο, πρέπει να αποφεύγονται τυχόν αντιπαραθέσεις και εντάσεις στο θάλαμο, καθώς αυτές οδηγούν σε αμυντική συμπεριφορά τον ασθενή και σε πιθανή υποτροπή του.

Ο νοσηλευτής, πρέπει να προσανατολίζει τον ασθενή στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία, να επαληθεύει και να ενισχύει την πραγματικότητα

των ερεθισμάτων που δέχεται ο άρρωστος, και σε κάθε περίπτωση να διευκρινίζει την ώρα, τον τόπο, τα παρόντα πρόσωπα και γεγονότα. Η παραποίηση της πραγματικότητας από τον ασθενή, συνήθως αποτελεί μια άμυνα απέναντι στην πιο τρομακτική για αυτόν πραγματικότητα. Έτσι, ο προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα τον βοηθά ώστε να κάνει σωστή ερμηνεία των ερεθισμάτων που δέχεται μέσα στο περιβάλλον.

Η οριοθέτηση από το προσωπικό, όσον αφορά τις παρορμητικές αντιδράσεις του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα, είναι επίσης σημαντική. Ο νοσηλευτής πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή αποσπώντας την προσοχή του όταν είναι δυνατόν. Ο άρρωστος αντιλαμβανόμενος λανθασμένα το περιβάλλον, δεν έχει τον απαιτούμενο αυτοέλεγχο για να προλάβει την παρορμητική του αντίδραση προς τις σφαλερές αντιλήψεις των ερεθισμάτων που δέχεται. Συχνά ο ασθενής αισθάνεται ότι αυτοελέγχεται περισσότερο όταν ο νοσηλευτής παραμένει κοντά του στον θάλαμο. Η απόσπαση της προσοχής με μουσική, επιτραπέζια παιχνίδια ή τηλεόραση βοηθά επίσης τον άρρωστο να ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου των παρορμητικών του αντιδράσεων.

Ο ασθενής, πρέπει να εκφράζει τους φόβους του αν έχει επισημανθεί δυνητική εκδήλωση επιθετικότητας. Η πληροφόρηση από το προσωπικό του αρρώστου και η προληπτική καθοδήγηση του να εξωτερικεύει με λόγια και όχι με πράξεις το άγχος, τους φόβους και την επιθετικότητά του, βοηθά πολύ τον άρρωστο στο να επικεντρώνει την προσοχή του στη πραγματικότητα, μειώνοντας ταυτόχρονα το άγχος του.

Οι νοσηλευτές πολλές φορές εφαρμόζουν, προς αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων των ασθενών, τεχνικές εξωτερικού ελέγχου. Αν χρειάζεται, γίνεται τοποθέτηση του ασθενή σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο, ενώ καμιά φορά επιβάλλεται η εφαρμογή μηχανικών ή φαρμακευτικών περιοριστικών μέτρων. Τα εξωτερικά όρια και οι διάφορες τεχνικές ελέγχου, πρέπει να χρησιμοποιούνται για την προστασία του ασθενούς μέχρι την ανάκτηση του εσωτερικού του ελέγχου έναντι των ψευδαισθήσεων. Βέβαια, καλό είναι να γνωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό ότι ακόμα και ο διεγερμένος άρρωστος, δεν παύει να καταλαβαίνει την ευγενική ή απότομη και κακή συμπεριφορά του προσωπικού απέναντί του, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζεται από αυτή στο έπακρο.

Έτσι ο νοσηλευτής, ακόμα και όταν αναγκάζεται να χρησιμοποιήσει τον περιορισμό ως έσχατο, έκτακτο και σύντομο μέτρο ασφαλείας του αρρώστου,

χρειάζεται να συνεχίζει να του μιλά με ευγένεια, παραμένοντας κοντά του. Αξίζει να τονισθεί, ότι πολύ σημαντική είναι και η διδασκαλία του άρρώστου ως προς ποιες τεχνικές πρέπει να χρησιμοποιεί ο ίδιος για να σταματάει τις ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις του. Αυτή η διδασκαλία θα επιτρέπει στον άρρωστο να σταματά από μόνος του τις ψευδαισθήσεις του, κάτι που θα του προσφέρει αρκετή αυτοπεποίθηση και δύναμη ελέγχου.

Τέλος, η δημιουργία ομαδικών περιστάσεων όπου σε αυτές ο άρρωστος μπορεί να εφαρμόζει καθημερινές δραστηριότητες και κοινωνικές δεξιότητες, συντελεί στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή με πραγματικούς ανθρώπους. Αυτό, αυξάνει τα αισθήματα επάρκειας του σχιζοφρενή και την αυτοεκτίμηση του, γεγονός που ελαττώνει τις αρνητικές εμπειρίες των ψευδαισθήσεων, των παραισθήσεων καθώς και γενικά των αισθητηριακών και αντιληπτικών του διαταραχών. (Ραγιά. 2009).

3.10.2 Στις διαταραχές των διεργασιών σκέψης

Κατά τις διαταραχές των διεργασιών της σκέψης, οι σκέψεις των ασθενών είτε διακόπτονται, είτε αποδιοργανώνονται είτε δεν βασίζονται στην πραγματικότητα. Οι νοσηλευτικοί σκοποί στις συγκεκριμένες διαταραχές πρέπει να αποβλέπουν, στο να μάθει να αναγνωρίζει ο ασθενής μέχρι να φύγει από το νοσοκομείο τυχόν αλλαγές στη σκέψη και συμπεριφορά του, να κάνει διάκριση μεταξύ παραληρητικών ιδεών και πραγματικότητας, να μπορεί να διαχειρίζεται τις παράλογες ιδέες του, καθώς και να είναι ικανός να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις. (Ραγιά. 2009).

Ξεκινώντας, πολύ σημαντικό κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στις διαταραχές των σκέψεων των σχιζοφρενών, είναι η αναζήτηση εκ μέρους του προσωπικού και η ενδυνάμωση, των ικανοτήτων και των δυνατών σημείων των ασθενών. Ακόμα και ο ψυχωτικός ασθενής διαθέτει δεξιότητες αντιμετώπισης των δυσκολιών, που μπορεί να τον ωφελήσουν σε μια γρηγορότερη θεραπεία και αποκατάστασή του. (Eby and Brown. 2010).

Συνεχίζοντας, οι σχιζοφρενείς με διαταραχές σκέψης πολλές φορές παρουσιάζουν πρόβλημα στη λεκτική αναφορά των οργανικών συμπτωμάτων τους, και για αυτό χρειάζεται να πραγματοποιούνται συχνά από το προσωπικό αντικειμενικές εξετάσεις ρουτίνας, για την αναγνώριση ή παρακολούθηση πιθανών

προβλημάτων υγείας. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές πρέπει συνεχιζόμενα να αξιολογούν την λειτουργικότητα, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, αλλά και των κοινωνικών δεξιοτήτων των αρρώστων, ενισχύοντας τες προοδευτικά. (Dewit, 2009).

Το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι υπεύθυνο να παρακολουθεί και να καταγράφει συνεχώς την ένταση της διαταραχής των διεργασιών της σκέψης του αρρώστου, επισημαίνοντας αν αυτές οι σκέψεις έχουν μορφή διασπασμένη, αυτιστική, συμβολική, συγκεκριμένη ή χαλαρή και επίσης αν αυτές έχουν περιεχόμενο παραληρητικών ιδεών μεγαλείου, δίωξης ή είναι σκέψεις σωματικές.

Πάντα σημαντική και θεραπευτική στα προβλήματα των σχιζοφρενών, άρα και σε αυτά των διαταραχών των διεργασιών της σκέψης τους, είναι η δημιουργία και διατήρηση από τον νοσηλευτή ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος, ή χρήση διαφόρων τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για καλύτερο παρεμβατικό και θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και η οργάνωση της επικοινωνίας ώστε αυτή να δείχνει σεβασμό στις κοινωνικοοικονομικές, μορφωτικές και πολιτιστικές αξίες του ασθενούς. Η έλλειψη υπολογισμού αυτών των παραγόντων συχνά προκαλεί λανθασμένες διαγνώσεις και ερμηνείες μιας κατά τα άλλα φυσιολογικής σκέψης ως παθολογικής.

Το προσωπικό εκφράζει το ζεστό ενδιαφέρον του για την κατανόηση των σκέψεων των σχιζοφρενών, επικεντρώνοντας την προσοχή του ταυτόχρονα στο τι κρύβεται πίσω από το περιεχόμενο των ασαφών εκφράσεων του ψυχωτικού. Ο σχιζοφρενής συνήθως δεν μπορεί να οργανώσει τις σκέψεις του, ενώ εύκολα αποσπάται η προσοχή του. Έτσι, μέσω της ενεργητικής ακρόασης οι νοσηλευτές όχι μόνο μπορούν να κατανοήσουν ευκολότερα τον τρόπο σκέψης του ασθενή, δείχνοντάς του ενδιαφέρον και συμπάθεια, αλλά και να κατευθύνουν την ροή της σκέψης του όταν είναι αναγκαίο, ώστε να παροτρυνθεί ο άρρωστος να συγκεντρωθεί και να επικοινωνήσει με μεγαλύτερη σαφήνεια και ακρίβεια.

Ενισχύοντας την συγκροτημένη σκέψη του ασθενή, το νοσηλευτικό προσωπικό ελαττώνει τις ασύνδετες και παραληρηματικές του σκέψεις. Όταν ο πάσχων αντιδρά παρορμητικά προς την διαταραγμένη του σκέψη, είναι επίσης αναγκαία από το προσωπικό η τοποθέτηση ορίων η οποία προάγει την ασφάλεια όχι μόνο του αρρώστου αλλά και των άλλων.

Οι παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις συχνά παρεμποδίζουν τον ύπνο του αρρώστου. Η στέρηση του ύπνου προκαλεί με τη σειρά της συμπεριφορές απόσυρσης

και σύγχυσης. Έτσι, οι νοσηλευτικές εκτιμήσεις σχετικά με τον ύπνο του αρρώστου, βοηθάνε όχι μόνο στην εξακρίβωση των διαφόρων διαταραχών της σκέψης του, αλλά και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Η δημιουργία και τήρηση ενός σταθερού και ενίοτε ελαστικού προγράμματος ύπνου, ελαττώνει τους φόβους και τις ανασφάλειες του σχιζοφρενή οι οποίες τον εμποδίζουν να κοιμηθεί.

Χρήσιμες στο να ενισχυθεί η ικανότητα του ασθενή για ανάπαυση, κάτι που θα του αυξήσει και την ικανότητα του να σκέπτεται λογικά με βάση την πραγματικότητα, είναι και η εκμάθηση εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς διαφόρων τεχνικών που διευκολύνουν την επιτάχυνση της ανάπαυσης. Τέτοιες τεχνικές μπορεί να ποικίλουν από απαλή μουσική πρίν τον βραδινό ύπνο, μέχρι ένα ποτήρι ζεστό γάλα.

Πολλές φορές, οι διαταραγμένες διεργασίες σκέψης, επηρεάζουν και την ικανότητα του ασθενή να απασχολείται. Η παρατεταμένη περίθαλψη στο νοσοκομείο, η οποία χαρακτηρίζεται από αισθητηριακή κυρίως αποστέρηση, η μείωση της βούλησης, καθώς και σωματικοί παράγοντες όπως η ακινησία, οδηγούν σε ανεπάρκεια απασχόλησης τον πάσχοντα. Έτσι, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να μάθει να εκτιμάει τον βαθμό επίδρασης των παθολογικών διεργασιών σκέψης στις καθημερινές απασχολήσεις των ασθενών, και το αν αυτές εμποδίζουν την βασική τους λειτουργικότητα.

Τέλος, στις διαταραχές σκέψης σχεδόν πάντα πρέπει να γίνει χορήγηση αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα σκευάσματα σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης (Largactil), του θειοξανθενίου (truxal), της βουτυροφαινόνης (aloperidin) και της διβενζοδιαζεπίνης (loxitane). Ο νοσηλευτής στην φαρμακοθεραπεία προσέχει ώστε να χορηγηθεί η σωστή δοσολογία αφενός και αφετέρου παρακολουθεί την θεραπευτική δράση των αντιψυχωτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων, σημειώνοντας ταυτόχρονα τυχόν παρενέργειες όπως είναι οι αντιχολινεργικές, η καταστολή, η ορθοστατική υπόταση, οι ενδοκρινικές παρενέργειες, η ακοκκιοκυτταραιμία και τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα. (Ραγιά. 2009).

3.10.3 Στις διαταραχές συμπεριφοράς

Στις διαταραχές συμπεριφοράς οι ασθενείς εκδηλώνουν αμυντικές και εχθρικές-επιθετικές συμπεριφορές στην προσπάθεια που κάνουν να προστατέψουν την αυτοεκτίμησή τους. Μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, ο άρρωστος θα πρέπει να μπορεί πλέον να δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς, να είναι ικανός να χρησιμοποιεί κοινά αποδεκτές στρατηγικές αντιμετώπισης των διάφορων προβλημάτων του, να εκφράζει ελεύθερα τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, να εκτονώνει την εσωτερική του ενέργεια και το άγχος του με σωματική άσκηση, να ερμηνεύει τις συμπεριφορές των άλλων με ακρίβεια βασισμένη στην πραγματικότητα αλλά και περιορίζοντας την καχυποψία του έναντι των άλλων να μάθει να επικοινωνεί χωρίς υβριστικές εκφράσεις και επιθετικές πράξεις. (Ραγιά. 2009).

Οι νοσηλευτές, όταν ο ασθενής παρουσιάζει επιθετικές συμπεριφορές ευρισκόμενος σε παράνοια και υπερδιέγερση, πρέπει να αποφεύγουν την σωματική επαφή μαζί του. Αυτό γίνεται γιατί ο σχιζοφρενικός ασθενής, μπορεί να αντιληφθεί την απτική επαφή ως ψευδαίσθηση με απειλητικό περιεχόμενο και να επιτεθεί πιστεύοντας ότι βρίσκεται σε αυτοάμυνα. Όταν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια βρίσκονται σε γενικευμένη ψυχοκινητική διέγερση και νιώθουν φόβο, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να επεμβαίνει άμεσα επιβεβαιώνοντάς τους ασθενείς ότι είναι ασφαλείς στο χώρο του νοσοκομείου. Η διέγερση συχνά κλιμακώνεται πολύ άμεσα, για αυτό και ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να παρεμβαίνει ταχύτατα πριν επιδεινωθεί επικίνδυνα η ψυχική κατάσταση του ασθενούς.

Επίσης, το προσωπικό δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αντιμετωπίζει επιθετικά τον ασθενή ως προς τη συμπεριφορά του. Όταν ο ψυχωτικός εκδηλώσει ανάρμοστη συμπεριφορά, ο νοσηλευτής πρέπει απλώς να του πει ήρεμα ότι η συμπεριφορά του δεν είναι αποδεκτή, στρέφοντας την ενέργεια και την ένταση του πάσχοντα σε άλλη δραστηριότητα. Ο ασθενής τις περισσότερες φορές δεν καταλαβαίνει το ανάρμοστο της συμπεριφοράς του και αντιδρά στην επιθετικότητα με επιθετικότητα. Οι συμπεριφορές του νοσηλευτή είναι μεταδοτικές. Για αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αναγκαίο να μεταδίδει στάσεις αυτοελέγχου και ασφάλειας, μην εξαγριώνοντας περισσότερο τον ασθενή.

Αξίζει να προσθέσουμε ότι όταν ο άρρωστος εκδηλώνει επιθετική και ανάρμοστη γενικότερα συμπεριφορά, το προσωπικό χρειάζεται να ξεκινάει με τις λιγότερο περιοριστικές παρεμβάσεις. Τέτοιες είναι κατά σειρά οι λεκτικές υποδείξεις, ο περισπασμός της προσοχής, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η απομόνωση και στο τέλος η σωματική καθήλωση. Ο ασθενής βέβαια, έχει πάντα κάθε ηθικό και νομικό δικαίωμα στη λιγότερο περιοριστική εναλλακτική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Επιπλέον, σημαντική στην αντιμετώπιση των διαταραχών συμπεριφοράς των σχιζοφρενών, είναι όπως και σε άλλες περιπτώσεις, η δημιουργία ενός περιβάλλοντος με μειωμένα ερεθίσματα. Αυτό γίνεται καθώς οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δυσκολεύονται στην επεξεργασία πολλαπλών εξωτερικών ερεθισμάτων, καθώς τα πρόσθετα ερεθίσματα οδηγούν σε αισθητηριακή υπερφόρτωση και ψυχοκινητική διέγερση, κάτι που πρέπει να αποφεύγεται.

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να είναι ικανός να συζητά με τον ασθενή για τα σημεία και συμπτώματα του άγχους και της διέγερσης του, αλλά και τους πιθανούς παράγοντες πυροδότησης των συμπτωμάτων αυτών. Έπειτα, ο νοσηλευτής καλό είναι να εκπαιδεύει τον ασθενή μέσω των συζητήσεων μαζί του, σε πρόσφορες τεχνικές διαχείρισης του άγχους και της συμπεριφοράς του. Εάν ο ασθενής μάθει να αναγνωρίζει έγκαιρα τα σημεία και συμπτώματα του άγχους και της διέγερσής του, μπορεί να ενημερώνει έγκαιρα το νοσηλευτικό προσωπικό, και έπειτα αυτό με τη σειρά του βοηθώντας τον ασθενή να αξιοποιήσει αποδεκτούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρές που βιώνει, προλαμβάνει τις βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές του αρρώστου.

Οι ασθενείς με διαταραχές συμπεριφορικές, έχουν συχνά περιορισμένη ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης, ανεπαρκείς δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους και πιθανώς για αυτό επιδεικνύουν παρορμητική συμπεριφορά. Οι γνωστικές και συμπεριφορικές θεραπείες για την αντιμετώπιση των μελλοντικών επεισοδίων συμπεριφοράς, θα βοηθήσουν αρκετά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά τα επεισόδια αυτά.

Τελειώνοντας, οι νοσηλευτές παρατηρούν στενά τα άτομα που βιώνουν παράνοια ή επιτακτικές ακουστικές ψευδαισθήσεις οι οποίες δίνουν εντολές. Ακόμα και ένα άτομο με μη βίαιη προσωπικότητα, μπορεί να ενεργήσει βίαια όταν έρχεται αντιμέτωπο με μια φαινομενικά απειλητική για τη ζωή ψευδαίσθηση ή όταν τρομοκρατείται από μια παρανοειδή παραληρητική ιδέα που απειλεί τη ζωή του. Σκεφθείτε πόσο δύσκολο είναι για ένα άτομο να ζει κάτω από αυτές τις συνθήκες

μόνιμης απειλής. Ο νοσηλευτής πρέπει να θυμάται ότι όταν ένα άτομο με σχιζοφρένεια φερθεί βίαια, η βίαιη πράξη συνήθως έχει από τη σκοπιά του αρρώστου χαρακτήρα αυτοάμυνας. (Eby and Brown. 2010).

3.10.4 Στην ελλιπή αυτοφροντίδα-υγιεινή

Σε αυτές τις περιπτώσεις, που συνήθως σχετίζονται με την έκπτωση των αντιληπτικών και γνωστικών λειτουργιών του σχιζοφρενικού ατόμου, οι ασθενείς εκδηλώνουν ανικανότητα στο να πλύνουν το σώμα τους, αδυναμία να βρουν το χώρο του μπάνιου, αλλά και να ρυθμίσουν την θερμοκρασία που πρέπει να έχει το νερό που θα χρησιμοποιήσουν για να πλυθούν. Μέχρι την ανάρρωση και έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν μεριμνήσει ώστε ο άρρωστος να έχει διατηρήσει ή και αυξήσει τις προσωπικές δεξιότητες υγιεινής και καθαριότητας, να μπορεί επίσης να ολοκληρώνει την πλήρη αυτοφροντίδα του με ικανοποιητικά καλό επίπεδο ανεξαρτησίας, καθώς και να μπορεί να διατηρεί αυτό το καλό επίπεδο υγιεινής μέχρι να πάρει εξιτήριο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας, χρειάζεται να εκτιμάει και να τεκμηριώνει το επίπεδο του ελλείμματος αυτοφροντίδας του αρρώστου καθώς και των πιθανών αιτιών των δυσχερειών του. Επίσης, είναι αναγκαίο να τίθεται μια βάση των ικανοτήτων και των προβληματικών τομέων του σχιζοφρενικού ατόμου, αλλά και να γίνεται επισήμανση των αιτιών που δυσκολεύουν την εκπλήρωση των βασικών-καθημερινών αναγκών υγιεινής και φροντίδας του ασθενή. Επιπλέον, οι νοσηλευτές εφαρμόζουν εξατομικευμένη φροντίδα στον κάθε άρρωστο, με σκοπό την υποστήριξη του επιπέδου της λειτουργίας του και την αύξηση της ανεξαρτησίας του στην εκτέλεση των καθημερινών προγραμμάτων καθαριότητας και υγιεινής.

Επιπρόσθετα, το προσωπικό έχει την ευθύνη ανάπτυξης ενός συστήματος καθημερινής αξιολόγησης του ασθενούς όσον αφορά την επίτευξη των ημερήσιων στόχων αυτοφροντίδας, καθώς και του τύπου ενίσχυσης που είναι αποτελεσματικός ξεχωριστά σε κάθε ασθενή. Έτσι, διατηρούνται σταθερά τα επίπεδα υγιεινής και καθαριότητας του ατόμου, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται προοδευτικά η ανεξαρτησία στην αυτοφροντίδα του.

Τέλος, εκπαιδεύεται ο άρρωστος από τους νοσηλευτές για το κοινωνικό και ατομικό όφελος της καθαριότητας και της υγιεινής, γιατί με αυτό τον τρόπο

παρέχεται η ευκαιρία στο προσωπικό αφενός να ενισχύσει το πρόγραμμα φροντίδας του ασθενούς και αφετέρου να εντοπιστούν οι εξατομικευμένες του ανάγκες. (Coler and Vincent. 2001).

3.10.5 Στην κοινωνική απομόνωση

Στις καταστάσεις κοινωνικής απομόνωσης, ο άρρωστος που πάσχει από σχιζοφρένεια δοκιμάζει την αρνητική και απειλητική εμπειρία της μοναξιάς, την οποία θεωρεί επιβαλλόμενη από τους άλλους. Οι νοσηλευτές, πρέπει να έχουν μεριμνήσει μέχρι την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ώστε να μπορούν πλέον αυτοί να εκφράζουν λεκτικά την επιθυμία που έχουν να σχετίζονται με τους άλλους, να συμμετέχουν μαζί με άλλους σε κοινωνικές δραστηριότητες στο τμήμα, όπως σε γεύματα, ασκήσεις, χειροτεχνίες και περιπάτους, να ομολογούν ότι πιστεύουν στη θετική συμβολή τους στις κοινωνικές επαφές, καθώς και να δηλώνουν την ευχαρίστηση που νιώθουν από τις καθημερινές κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις. (Ραγιά. 2009).

Ο νοσηλευτής στα προβλήματα κοινωνικής απομόνωσης, καταρχάς ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει ειδικά μετά το πέρας της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας, σε ομαδικές έξω από το δωμάτιο δραστηριότητες. Στην αρχή το προσωπικό μπορεί να συνοδεύει σε αυτές τις δραστηριότητες τους ασθενείς εάν κρίνεται απαραίτητο. Ο ασθενής που αρνείται να συμμετέχει σε αυτές τις δραστηριότητες, μπορεί να ανταποκριθεί θετικά στην ενθάρρυνση ενός νοσηλευτή τον οποίο αληθινά εμπιστεύεται. Δεν πρέπει ποτέ να αγνοείται ότι η εμπιστοσύνη είναι γενικά ένα πολύ σημαντικό ζήτημα για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. (Eby and Brown. 2010).

Η αξιολόγηση από τους νοσηλευτές της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης του ασθενή είναι πάντα σημαντική, ώστε να προγραμματισθούν και να εφαρμοσθούν από το προσωπικό διάφορες στρατηγικές διακοπής της απόσυρσης του ασθενή, μέσω επικοινωνιών και δραστηριοτήτων. Κάθε ημέρα, πρέπει να υπάρχουν στο πρόγραμμα καθορισμένες ώρες για σύντομες επικοινωνιακές δραστηριότητες με τον άρρωστο, καθώς με αυτό τον τρόπο ο ασθενής βοηθιέται να οργανώνει συγκεκριμένες ώρες επαφής με τους άλλους, κάτι που μη ξεχνάμε πόσο τον

δυσκολεύει, αλλά και επίσης μαθαίνει και αντιλαμβάνεται ότι αποτελεί ένα αξιόλογο μέλος της νοσοκομειακής κοινότητας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να διαθέτει καθημερινά χρόνο με τον άρρωστο, επικοινωνώντας με ενδιαφέρον μαζί του, αποφεύγοντας παράλληλα τις προκλητικές και απαιτητικές επικοινωνιακές στάσεις. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής όχι μόνο θα λάβει από τον νοσηλευτή εμπειρίες αποδοχής, σεβασμού, αγάπης και ενδιαφέροντος, αλλά και ταυτόχρονα θα αυξηθεί η αυτοεκτίμηση του κάτι που θα έχει ως αποτέλεσμα να διευκολυνθεί κατά πολύ η μετέπειτα μετάβαση του στη κοινότητα.

Για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η κοινωνική απομόνωση του ασθενούς, εκτός από την επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενή, εξίσου σημαντική είναι και η εξακρίβωση των σημαντικών για τον άρρωστο προσώπων και η ενθάρρυνση τους να τον επισκέπτονται συχνά, επικοινωνώντας μαζί του. Ένα ισχυρό δίκτυο υποστηρικτικών ατόμων όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι ή οι συνάδελφοι, μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές επαφές και το αίσθημα προσωπικής αξίας του ασθενή, επιταχύνοντας την κοινωνική του ανάρρωση.

Συχνά, οι σχιζοφρενείς χρειάζονται βοήθεια στο να διακρίνουν την διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας τους να μείνουν για κάποιο χρόνο μόνοι στον ιδιωτικό τους χώρο. Έτσι, ο νοσηλευτής χρειάζεται να εξηγήει όταν χρειάζεται στον πάσχων ότι δεν υπάρχει κανένα απολύτως πρόβλημα να μπορεί περιστασιακά και σε κατάλληλες ώρες να διαλέγει να μείνει μόνος του στο προσωπικό του χώρο.

Ο σωστός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, πρέπει να λειτουργεί πάντα ως υπόδειγμα υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς, τόσο στις ατομικές όσο και στις ομαδικές επικοινωνίες του με τους αρρώστους. Το γεγονός αυτό, αυξάνει την θέληση των ασθενών για καλλιέργεια των κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων, κάτι που πάντα μεγαλώνει προοδευτικά και την αυτοπεποίθηση των ασθενών. Η παρότρυνση του προσωπικού ώστε ο ασθενής να πλησιάζει άλλους ασθενείς του τμήματος, με τους οποίους μπορεί να έχει κοινά ενδιαφέροντα και απόψεις είναι ζωτικής σημασίας. Τα κοινά ενδιαφέροντα κάνουν ικανοποιητική τη συναναστροφή και είναι πολύ πιθανό αυτή να επαναληφθεί.

Όταν ολοκληρώνονται οι συναναστροφές, το προσωπικό είναι ανάγκη να επαινεί τους ασθενείς για τις προσπάθειές τους να συναντήσει άλλα πρόσωπα και να επικοινωνήσει μαζί τους. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η θετική κοινωνική

συμπεριφορά. Ο άρρωστος βαθμιαία μπορεί να προωθείται από απλές ομαδικές απασχολήσεις, σε πιο περίπλοκες διαπροσωπικές ασκήσεις και περιστάσεις, ανάλογα το επίπεδο ανοχής αλλά και την διανοητική και ψυχολογική του λειτουργικότητα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος, παρεμβαίνει όταν ο άρρωστος εκδηλώνει ψυχαναγκαστικές πράξεις, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή διαταραγμένη ομιλία, παραμένοντας δίπλα του και απασχολώντας τον με σύντομες και ήρεμες κοινωνικές επαφές κατά τη διάρκεια της ημέρας. Σκοπός των παρεμβάσεων σε αυτές τις περιστάσεις, είναι η μεταβίβαση της κατανόησης των αδυναμιών του αρρώστου καθώς και η πλήρωση του κοινωνικού του κενού στη δεδομένη κατάσταση.

Τέλος, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας συνεχίζουν την υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής θεραπευτικής αγωγής που αποφασίστηκε από την διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, στην οποία φυσικά συμμετέχει και ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας. (Ραγιά. 2009).

3.10.6 Στους κινδύνους αυτοκτονίας

Οι κατατονικοί ασθενείς, λόγω των αισθημάτων ενοχής, αυτομομφής και αυτουποτίμησης, που είναι κυρίαρχα σε αυτούς, είναι γενικά περισσότερο επιρρεπείς σε συμπεριφορές αυτοκτονίας. (Γιαννοπούλου. 2000). Τα άτομα που σχεδιάζουν να αυτοκτονήσουν συχνά αισθάνονται απομονωμένα. Αυτή η κατάσταση απομόνωσης συνήθως οφείλεται είτε στη σωματική απόσταση του ατόμου από το περιβάλλον του είτε στη διάσταση απόψεων που μπορεί να έχει ο ασθενής γενικά με τους άλλους ανθρώπους. Τα άτομα αυτά βιώνουν έντονα αισθήματα αδυναμίας, αναξιοτήτας και απελπισίας, με την τελευταία να αποτελεί και τον βασικό προγνωστικό παράγοντα στην εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Μέχρι την έξοδο του από την μονάδα, ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλέον ασφαλής, χωρίς κίνδυνο να διαπράξει αυτοκτονία, θα πρέπει επίσης να είναι σε θέση να διατυπώνει τις αυτοκτονικές ιδέες και να τις συζητάει με το νοσηλευτικό προσωπικό, θα μπορεί επιπλέον να διατυπώνει λεκτικά τον περιορισμό ή την απουσία ιδεών αυτοκτονίας εκφράζοντας παράλληλα την επιθυμία του για ζωή, παραθέτοντας και συγκεκριμένους λόγους για αυτό. Τέλος το άτομο θα είναι σε θέση να καταρτίσει

και ένα σχέδιο μετανοδοκομειακής φροντίδας όταν πλέον πάρει εξιτήριο, το οποίο θα περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες καθώς και τήρηση της φαρμακευτικής του θεραπείας. (Hogan. 2012).

Στην αρχή, όταν ο νοσηλευτής καταλάβει ότι ο άρρωστος με σχιζοφρένεια έχει τάσεις αυτοκτονικές, πρέπει να ενημερώσει όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα αυτοκτονίας συζητώντας γενικότερα για τον θάνατο ή κρύβοντας διάφορα αιχμηρά αντικείμενα, τα οποία σκοπεύουν να τα χρησιμοποιήσουν για την αυτοκτονική απόπειρα. Υπάρχουν βέβαια και άλλοι ασθενείς που δεν φανερώνουν τις σκέψεις τους, καθώς μπορεί να είχαν κάνει και στο παρελθόν απόπειρα αυτοκτονίας και τώρα θέλουν να είναι περισσότερο προσεκτικοί προσπαθώντας να ξεγελάσουν το προσωπικό.

Οι νοσηλευτές, πρέπει να παρακολουθούν πολύ στενά τους ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας μέχρι να παρέλθει αυτή η κατάσταση. Βέβαια η παρακολούθηση αυτή πρέπει να γίνεται προσεχτικά, καθώς πάντα ενέχεται ο κίνδυνος ο ασθενής να την αντιληφθεί κάτι που θα επιφέρει αντίθετα αποτελέσματα. (Γιαννοπούλου. 2000). Η δημιουργία ενός ήσυχου και ασφαλούς περιβάλλοντος, που θα ελαχιστοποιεί τη δυνατότητα πραγματοποίησης των αυτοκτονικών ιδεών του ασθενή, είναι πάντα πολύτιμη. Το προσωπικό πάντα πρέπει να βρίσκεται σε επιφυλακή για το που βρίσκεται ο θεραπευόμενος σχεδόν για όλο το 24ωρο μέχρις ότου μειωθεί ο αυτοκτονικός κίνδυνος.

Η δημιουργία και η ανάπτυξη μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή, βοηθά όπως έχουμε δει τον θεραπευόμενο όχι μόνο στην πρόληψη της απόπειρας, αλλά και στην γενικότερη ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση. Από τις κύριες ευθύνες του προσωπικού, όταν ο ασθενής εισέλθει στη μονάδα αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο, είναι η εξέταση των προσωπικών ειδών του και η απομάκρυνση και ασφαλής φύλαξη των οποιοδήποτε αντικειμένων δύναται να χρησιμοποιηθούν στην αυτοκτονική απόπειρα, είτε αυτά ανήκουν στον ασθενή είτε στο τμήμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα παράθυρα και οι πόρτες πρέπει πάντα να ασφαλίζουν και το προσωπικό ταυτόχρονα να ελέγχει την είσοδο και την έξοδο των ασθενών από τα δωμάτια του θαλάμου.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, χρειάζεται να είναι ικανός να καταρτίσει ένα σχέδιο ασφαλείας με τον ασθενή, αξιολογώντας τον τακτικά. Ο προγραμματισμός ατομικών συναντήσεων με τους θεραπευόμενους, με σκοπό την διερεύνηση των συναισθημάτων τους και την υποστήριξη τους να επεξεργαστούν την

επαναπροσέγγιση των σημαντικών προσώπων που υπάρχουν στη ζωή τους, είναι μεγάλης σημασίας. Πολλές φορές ο νοσηλευτής πρέπει να τοποθετεί έναν συγγάτοικο στο δωμάτιο του ασθενή, ώστε με αυτό τον τρόπο όχι μόνο να περιορίζεται η τάση απομόνωσης του ατόμου αλλά και να αυξάνεται η ασφάλεια του.

Η θεραπεία εκλογής σε σχιζοφρενείς με αυτοκτονικές τάσεις είναι τα φάρμακα. Για αυτό και οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι υπεύθυνοι να βεβαιώνουν ότι ο θεραπευόμενος καταπίνει κανονικά τα φάρμακα που του χορηγούνται από το στόμα και δεν τα κρατάει στην στοματική του κοιλότητα. Δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάει το νοσηλευτικό προσωπικό ότι τα άτομα που καταφεύγουν στις παραπάνω τακτικές, στη συνέχεια φυλάσσουν τα χάπια τους κρυφά σε κάποιο μέρος, με σκοπό ίσως όταν γίνουν πολλά να τα χρησιμοποιήσουν σε απόπειρα.

Τέλος, οι νοσηλευτές πρέπει πάντα να έχουν υπόψη ότι παρά τα μέτρα προφύλαξης, το άτομο είναι δυνατόν ακόμα και μετά τη νοσηλεία του, να δώσει τέλος στη ζωή του. Η πρωταρχική απόφαση για τη συνέχιση ή μη της ζωής του ασθενή, ανήκει μόνο στον ίδιο και έτσι καλό θα είναι το προσωπικό να μην καταβάλλεται από αισθήματα ενοχής σε περίπτωση που δεν αποφευχθεί το μοιραίο.

(Hogan. 2012).

3.10.7 Στις δυσλειτουργικές οικογενειακές συμπεριφορές

Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι συμπεριφορές της οικογένειας ή και άλλων σημαντικών προσώπων της ζωής του ασθενούς, είναι εξαιρετικά δυσλειτουργικές, μην μπορώντας να διαχειριστούν τις συνέπειες της ψυχικής διαταραχής και συμπεριφοράς του κοντινού τους προσώπου που νοσεί από σχιζοφρένεια. Το νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να μεριμνήσει ώστε τα σημαντικά-κοντινά πρόσωπα του ασθενή, να φθάσουν σε σημείο να εκφράζουν μια ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους απέναντι στην αρρώστια, τη φροντίδα και τη θεραπεία του αρρώστου, να περιγράψουν επίσης σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον που θα έχει δημιουργηθεί ειδικά για αυτούς, ανοικτά και συχνά τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους σχετικά με την ευθύνη που έχουν για τον άρρωστο. Ενώ τέλος, πρέπει να μάθουν να εκδηλώνουν τόσο βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας όσο και αποτελεσματικότερες πλέον στρατηγικές αντιμετώπισης των διαφόρων προβλημάτων.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτές τις καταστάσεις, χρειάζεται να ξεκινούν από την εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα από τα μέλη της. Η εκτίμηση αυτή θα βοηθήσει στην διαπίστωση του βαθμού δυσλειτουργίας της οικογένειας μέσα στη πορεία του χρόνου και μέσω αυτής της διαπίστωσης, θα μπορέσει να αναπτυχθεί από το προσωπικό ένα ειδικό σχέδιο υποστήριξης του ασθενή, ανάλογα με την ανοχή και τις ικανότητες της οικογένειάς του.

Έπειτα, οι νοσηλευτές πρέπει να εκτιμούν τον βαθμό ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας του ασθενή να συμμετάσχει στη φροντίδα του, προσπαθώντας παράλληλα αυτή να την καλλιεργήσουν. Εξάλλου, μην ξεχνάμε ότι πολλοί επιστήμονες εκφράζουν την άποψη ότι ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως εκφράζει μια αποδιοργανωμένη και σχιζοφρενική οικογένεια. Για αυτό τον λόγο, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας πέρα από την φροντίδα του ασθενή πρέπει να φροντίζουν και τα οικογενειακά του πρόσωπα, με σκοπό να ανυψωθεί το επίπεδο της διαπροσωπικής λειτουργίας της οικογένειας.

Επίσης, ο νοσηλευτής εξακριβώνει το κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρικότητα, θυμό, άγχος, υπερπροστασία ή συναισθηματική υπερεμπλοκή. Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας του ασθενή, έχει αποδειχθεί ότι επιδρά αποφασιστικά στην ανάρρωση του. Υποτροπές συμβαίνουν με στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη συχνότητα, στις οικογένειες που εκδηλώνουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.

Επιπλέον, το προσωπικό έχει ευθύνη στην πληροφόρηση της οικογένειας για τη φύση και βαρύτητα της αρρώστιας του μέλους της, καθώς και στην επιστράτευση της συνεργασίας της για την βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην κοινότητα μετά από το τέλος της νοσηλείας του. Η οικογένεια που έχει ανεπτυγμένους δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης των διαφόρων προβλημάτων της, μπορεί να έχει δυσκολίες στην αντιμετώπιση της διάγνωσης της σχιζοφρένειας και της χρονιότητας που αυτή προκαλεί στο πάσχον μέλος της. Η συμπεριφορά του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια, συνήθως είναι δύσκολη και ενοχλητική για την οικογένεια και τα κοντινά του πρόσωπα, αφού αυτά φοβούνται λόγω π.χ. της επαγγελματικής τους θέσης το πιθανό στίγμα.

Η οικογένεια του ασθενή πρέπει να προωθείται να συμμετέχει στο προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής του φροντίδας, στα ενδουπηρεσιακά

σεμινάρια, στις συναντήσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας και οπωσδήποτε στις θεραπευτικές επικοινωνίες της με τον άρρωστο. Οι παραπάνω τακτικές βοηθάνε την οικογένεια του αρρώστου, να παρακολουθεί υποδείγματα σωστής συμπεριφοράς αλλά και να μαθαίνει νέους τρόπους χειρισμού τόσο του δικού της στρές όσο και του μέλους της που νοσεί από μια τόσο δύσκολη και χρόνια ασθένεια.

Κλείνοντας, πολύτιμη είναι και η ενημέρωση της οικογένειας για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας που υπάρχουν γενικότερα στην κοινότητα. Αυτή η ενημέρωση, βεβαιώνει τον άρρωστο και την οικογένεια του για την διαθεσιμότητα της επιστημονικής και ειδικευμένης βοήθειας και υποστήριξης, κάτι που ελαττώνει τα αισθήματα μόνωσης και αδυναμίας που νιώθουν όλες οι οικογένειες των ψυχωτικών, ανακουφίζοντάς τες από τα βάρη που έτσι και αλλιώς θα αναγκαστούν να επωμιστούν λόγω της χρονιότητας της σχιζοφρένειας. (Ραγιά. 2009).

3.11 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η συμπερασματική αξιολόγηση - επαναξιολόγηση της φροντίδας που παρασχέθηκε στον ασθενή και η οποία είναι μια δυναμική και εξελικτική διαδικασία διατήρησης, τροποποίησης ή επέκτασης του νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας, καθορίζει γενικά το βαθμό στον οποίο επιτεύχθηκαν οι αρχικοί στόχοι που τέθηκαν.

(Hogan. 2012).

Η φάση αυτή έχει πολύ μεγάλη σπουδαιότητα, ιδιαίτερα γιατί τονίζει τα σημεία που η νοσηλευτική φροντίδα χρειάζεται αναπροσαρμογή ή βελτίωση. Η αξιολόγηση και η πιθανή επαναξιολόγηση γίνεται μέσω παρατήρησης, επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένειά του, με αντικειμενικές μετρήσεις και με βάση πάντα τα αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης που έχουν προ-τεθεί. (Σαπουντζή. 1998). Οι νέες αξιολογήσεις, η πιθανή τροποποίηση του νοσηλευτικού προγράμματος και τελικά ο σχεδιασμός της εξόδου του αρρώστου από το νοσοκομείο, βασίζονται στο πόρισμα της αξιολόγησης, δηλαδή στην θετική έκβαση ή μη των παροχών φροντίδας που παρασχέθηκαν. (Ραγιά. 2009).

Αν ο ασθενής που πάσχει από σχιζοφρένεια, κατά την τελική νοσηλευτική αξιολόγηση παρουσιάσει τις προαπαιτούμενες θετικές εκβάσεις, του γίνεται ενθάρρυνση από το προσωπικό όταν πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο να συμμετέχει στο νοσοκομείο ημέρας και στα ημερήσια θεραπευτικά προγράμματα, ενώ του παρέχονται επίσης συγκεκριμένες οδηγίες για την προσωπική χρήση των φαρμάκων, καθώς και για τη σπουδαιότητα γενικά της φαρμακοθεραπείας στην πρόληψη των υποτροπών.

Η εκπαίδευση και της οικογένειας στην αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων υποτροπής, είναι εξίσου σημαντική ώστε ο ασθενής ακόμα και αν υποτροπιάσει να μην νοσηλευτεί πλήρως αποδιοργανωμένος. Επιπλέον, δίνεται βοήθεια από τους νοσηλευτές ώστε να δημιουργηθεί μια υποστηρικτική κατάσταση διαβίωσης έξω από την μονάδα για τον ασθενή και ένα προστατευμένο εργασιακό περιβάλλον, ενώ τέλος του γίνεται παραπομπή σε κοινοτικά-υποστηρικτικά προγράμματα, συνδέσμους επισκεπτών νοσηλευτών και διάφορων ομάδων οικογενειακής υποστήριξης. (Coler and Vincent. 2001).

3.12 ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Οι νοσηλευτές, είτε δουλεύουν στο νοσοκομείο είτε στη κοινότητα, πρέπει πάντα να αναγνωρίζουν, να σέβονται, να προστατεύουν και να υπερασπίζονται τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων. Τα δικαιώματα όλων γενικώς των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή είναι τα παρακάτω:

- ο Δικαίωμα σε κατάλληλη θεραπεία και σε λιγότερο κατά το δυνατόν περιοριστικό περιβάλλον.

- ο Δικαίωμα σε ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη θεραπεία με συζήτηση των θεραπειών και των φαρμάκων, των ωφελειών, ενδεχόμενων κινδύνων και παρενεργειών καθώς και των διαθέσιμων εναλλακτικών μορφών θεραπείας.

- ο Δικαίωμα να δώσουν ή να μη δώσουν οι ασθενείς την συγκατάθεσή τους π.χ. στη θεραπεία τους κ.τ.λ., εκτός και αν υπάρχει επείγουσα περίπτωση και αφού διαπιστωθεί η ανικανότητα τους από το δικαστήριο. Τότε η συγκατάθεση εξασφαλίζεται από ένα κηδεμόνα.

ο Δικαίωμα μη υποβολής σε ερευνητικό πειραματισμό, εκτός αν αυτός ακολουθεί τις συστάσεις της εθνικής επιτροπής για την προστασία των ανθρωπίνων υπάρξεων που χρησιμοποιούνται ως ερευνητικά υποκείμενα.

ο Δικαίωμα να είναι ελεύθεροι περιορισμών, εκτός από τις επείγουσες περιπτώσεις και εφόσον τα περιοριστικά αυτά μέτρα αποτελούν ειδικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος, πάντοτε σύμφωνα με τις απαιτήσεις της συμμετοχής και συναίνεσής των ασθενών.

ο Δικαίωμα για αξιοπρεπή φροντίδα των αρρώστων σε ένα ανθρωπιστικά διαμορφωμένο περιβάλλον και δικαίωμα στην έκφραση ελεύθερα εκ μέρους τους όποιων παραπόνων έχουν για τις συνθήκες περίθαλψης, χωρίς το φόβο να υποστούν αντεκδικήσεις, με δυνατότητα ταυτόχρονα παροχής μηχανισμών στους ασθενείς, που περιλαμβάνουν δυνατότητες καταφυγής ακόμα και στο δικαστήριο όταν π.χ. κακοποιηθούν, αφού εξασφαλίσουν πρώτα τη βοήθεια δικηγόρου.

ο Δικαίωμα στην εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες για την ψυχική τους υγεία.

ο Δικαίωμα πρόσβασης στο προσωπικό αρχείο της θεραπείας τους, εκτός αν δύο επιστήμονες ψυχικής υγείας το κρίνουν βλαπτικό.

ο Δικαίωμα στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ελευθερία να ασκούν τα πολιτικά τους δικαιώματα, να ανήκουν κάπου και να εκφράζονται.

ο Δικαίωμα παραπομπής σε άλλη υπηρεσία, προκειμένου να συμπληρωθεί το σχέδιο εξόδου των ασθενών από το νοσοκομείο. (Ραγιά. 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

4.1 ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Αποϊδρυματοποίηση ονομάζεται κυρίως η διαδικασία εξόδου των ψυχικά ασθενών μετά από μια μακροχρόνια παραμονή στα ψυχιατρικά ιδρύματα και η εγκατάστασή τους στην κοινότητα υπό την επίβλεψη μονάδων κοινωνικής ψυχιατρικής, μέσω των επαγγελματιών που τις στελεχώνουν. Για να είναι επιτυχής η αποϊδρυματοποίηση και να παραμείνουν οι ψυχικά ασθενείς στην κοινότητα, έχοντας παράλληλα και μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής, χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και παρακολούθηση από εξειδικευμένες υπηρεσίες με το ανάλογο εκπαιδευμένο προσωπικό.

Τις τελευταίες δεκαετίες η αλλαγή στη φιλοσοφία και στην πρακτική της αντιμετώπισης όλων των ψυχικών διαταραχών, είχαν ως αποτέλεσμα την προσπάθεια της βαθμιαίας μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στη κοινότητα. Η διεργασία αυτή αποτελεί την λεγόμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005). Στην χώρα μας, η δεκαετία του '80 ήταν η εποχή των σημαντικών αλλαγών στο χώρο της ψυχικής υγείας, με την ανάπτυξη δομών ανοικτής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής μέριμνας. (Χριστοδούλου κ.α. 2005).

4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι προκλήσεις για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα αφθονούν. Ο στιγματισμός και η ένδεια συμβάλλουν σε μια δυσπιστία που αφορά και τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, η έλλειψη κατανόησης από τα προσβεβλημένα με ψυχική νόσο άτομα και τις οικογένειές τους, η έλλειψη

ολοκληρωμένων υπηρεσιών για την ψυχική υγεία, η συννοσηρότητα αλλά και τα πολύπλοκα συμπτώματα των ψυχικών ασθενειών και ιδιαίτερα των ψυχώσεων, πολλές φορές αποκλείουν την αποτελεσματική αξιοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών από τους ασθενείς δημιουργώντας επιπρόσθετες δυσκολίες.

Παρά αυτές τις πολλαπλές προκλήσεις, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας μπορεί να είναι άκρως ικανοποιητικός. Ίσως, η πιο κρίσιμη επίδραση ενός νοσηλευτή στην κοινότητα να είναι η καθιέρωση και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με τους πάσχοντες. Η καθιέρωση υποστηρικτικών σχέσεων, αποτελεί το πρώτο βήμα στο ρόλο των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας ως εκπαιδευτών με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να θεωρούν την ψυχική υγεία και την ψυχική νόσο δυναμικές διαδικασίες. Η ψυχική νόσος και η ψυχική υγεία, πρέπει να εκτιμώνται στο πλαίσιο του κοινωνικού περιβάλλοντος που περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινότητα καθώς και το φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον των ασθενών. Καθώς οι παράγοντες σε αυτούς τους τομείς συχνά μεταβάλλονται, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας και τα επακόλουθα της, αλλάζουν επιδεχόμενα και τις ανάλογες μεταβολές. Αυτή η δυναμική ενισχύει τη σημασία της συνεχούς αξιολόγησης των αναγκών του ασθενή από τους κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, οι κοινοτικοί νοσηλευτές που δουλεύουν με ανθρώπους που νοσούν από κάποια ψύχωση, χρειάζεται να καταρρίπτουν συνεχώς τους μύθους για τις ψυχικές διαταραχές, παρέχοντας σωστές πληροφορίες για την ψυχική ασθένεια και στηρίζοντας παράλληλα τα άτομα που πολύ συχνά βιώνουν κοινωνικές διακρίσεις. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας, όχι μόνο λαμβάνουν δράση για την επίλυση ενός άμεσου προβλήματος αλλά επίσης σχεδιάζουν και παρεμβαίνουν για να εξασφαλίσουν την ασφάλεια, τη συνέχεια και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών. (Nies and McEwen. 2013).

Αξίζει να προστεθεί ότι στα καθήκοντα του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας περιλαμβάνεται και η ενημέρωση του ασθενούς για τα δικαιώματά του απέναντι σε καταστάσεις οφειλόμενες στην παθολογία του, όπως είναι η ακούσια νοσηλεία, η χρήση περιοριστικών μέτρων καθήλωσης, καθώς και η αίτηση της συναίνεσής του για ζητήματα που τον αφορούν, στο βαθμό βέβαια που η κατάστασή του ασθενούς το επιτρέπει.

Καταλήγοντας, η διεκπεραίωση λοιπόν του έργου του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας απαιτεί αυστηρό προγραμματισμό, συντονισμό, εφαρμογή όλου του φάσματος της νοσηλευτικής φροντίδας, ικανότητα αξιολόγησης –ποιοτικής και ποσοτικής- με στόχο την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, προθυμία συνεργασίας με τα άλλα μέλη της ομάδας, αλλά και ετοιμότητα για αυτόνομη δράση, όταν αυτή είναι αναγκαία. Πέραν λοιπόν των τυπικών προσόντων, ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να επιζητά τη συνεχή και ευρεία επιμόρφωσή του. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου. 2005).

4.3 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στην Ψυχιατρική, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θεωρείται στρατηγική τριτοβάθμιας πρόληψης της αναπηρίας που προέρχεται από την χρόνια ψυχική αρρώστια. Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης προσανατολίζονται αφενός μεν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων του ψυχικά πάσχοντος και αφετέρου στην ανάπτυξη των πόρων, που θα τον υποστηρίξουν για την επαγγελματική και κοινωνική του επανένταξη. Βασικός στόχος τους είναι, εξάλλου, η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος και το στενό του περιβάλλον. (Χριστοδούλου κ.α. 2005).

Κατά τον Bennet (1993), η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών εμπεριέχει πιο συγκεκριμένα τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- I. Την προσπάθεια να μετριαστεί η ψυχική ασθένεια με την ανάπτυξη άλλων ικανοτήτων του ασθενούς έτσι ώστε να μπορεί ο ασθενής να χρησιμοποιήσει αυτές τις ικανότητες στο κοινωνικό του περιβάλλον.
- II. Την επαγγελματική απασχόληση του ψυχικά ασθενή.
- III. Την επαναφορά του ασθενή στην πρότερη του κατάσταση.
- IV. Τη βελτίωση των δυνατοτήτων του ασθενή. (Σικελιανού. 2010).

Επίσης, ο Π.Ο.Υ. (1995), αναφέρει ότι *η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων, που δίνει την ευκαιρία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και σημαντικού τύπου ανικανότητα να φθάσουν στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας*

ως μέλη της κοινότητας. Για να επιτευχθεί αυτό, επιδιώκεται η βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων, αλλά και αλλαγές στο περιβάλλον των πασχόντων. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο ενεργειών και όχι απλώς μια τεχνική. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου. 2005).

Ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης πρέπει γενικά να πληροί τις παρακάτω προϋποθέσεις:

1. Να επικεντρώνεται στον χρόνιο ψυχικά άρρωστο.
2. Να καλύπτει το σύνολο των λειτουργικών αναγκών του ασθενούς, στα πλαίσια των ρεαλιστικών του δυνατοτήτων.
3. Να ταιριάζει στην κοινωνικοπολιτισμική κατάσταση του ασθενούς.
4. Να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις δυνατότητες της κοινότητας.
5. Να υπάρχει εξειδικευμένο, και ευαισθητοποιημένο προσωπικό σε σχέση με τις δυσκολίες υλοποίησης των προγραμμάτων αποκατάστασης.
6. Να υπάρχει διασύνδεση του προγράμματος με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο.
7. Να υπάρχει επίσης σύνδεση του προγράμματος αποκατάστασης με ψυχιατρικό τομέα νοσοκομείου, για την δυνατότητα κάλυψης επανεισαγωγής σε περίπτωση πιθανής υποτροπής του ασθενούς.

Οι κατευθύνσεις αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης που αφορούν τον ψυχωσικό ασθενή επικεντρώνονται στα παρακάτω:

1. Να μάθει να ξαναζεί με την οικογένεια και το περιβάλλον του.
2. Να μην επικαλείται τον ρόλο του εύθραυστου.
3. Να συνεργάζεται στο επίπεδο της θεραπείας.
4. Να αποδέχεται την συνεργασία με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες.
5. Να παροτρύνεται στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων. (Χριστοδούλου κ.α. 2005).

4.4 ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΟΥΣ

Λόγω της ίδιας της φύσης της σχιζοφρένειας, απαιτείται όταν ο ασθενής πάρει εξιτήριο από την κλινική που νοσηλεύεται μια συνεχής μετανοσοκομειακή φροντίδα έξω στην κοινότητα. (Μαδιανός, 2005). Όσο περισσότερο χρόνο ο ασθενής έχει παραμείνει στο νοσοκομείο, τόσο πιο συστηματική, έντονη και επίπονη γίνεται η προσπάθεια αποκατάστασης. (Μάνου, 1997). Σχετικά με την μετανοσοκομειακή φροντίδα του ψυχωσικού ασθενούς, οι υπηρεσίες που μπορούν να τον στηρίξουν είναι το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου αλλά και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. (Σικελιανού, 2010).

Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για ένα συγκεκριμένο ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια ποικίλλει σημαντικά, καθώς άλλοι μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα ενώ άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη ακόμα και στις πιο βασικές καθημερινές τους λειτουργίες όπως είναι η αγορά και παρασκευή φαγητού, η διαχείριση χρημάτων, καθώς και η προσωπική αυτοφροντίδα - υγιεινή. Επιπλέον, άλλοι ζούν με τις οικογένειές τους με μεγαλύτερη ή μικρότερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζούν συνεργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από το νοσοκομείο διαμερίσματα, ενώ κάποιοι διαμένουν σε ξενώνες ή οικοτροφεία.

Μεγάλης σημασίας είναι οι μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα ψυχικής υγείας, με σκοπό την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο, την ταχεία έξοδο των ασθενών από αυτά αν τυχόν εισαχθούν και γενικότερα την καλύτερη-ποιοτικότερη φροντίδα των ασθενών με σχιζοφρένεια στην κοινότητα. Στις μονάδες και στα κέντρα αυτά, υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας με σκοπό την καλύτερη κοινωνικοποίησή τους, ενώ γίνεται και προετοιμασία για απόκτηση εργασίας για όσους τα καταφέρουν. (Μάνου, 1997).

Ένα άτομο που νοσεί από κάποιου τύπου σχιζοφρενική διαταραχή, εμφανίζει χαμηλό επίπεδο ανοχής σε ματαιώσεις, αμφιθυμία ή παρορμητικότητα και διαταραχές της προσοχής. Κύρια επίσης συμπτώματα που επιδρούν αρνητικά στην έκβαση της αποκαταστασιακής διαδικασίας είναι η παθητικότητα ή η επιθετικότητα, συγκαλυμμένη ή ανοιχτή, η κοινωνική απόσυρση, οι παραληρητικές ιδέες, οι

ψευδαισθήσεις, ενώ προβλήματα συχνά και εξίσου σημαντικά αποτελούν η έλλειψη ορίων, η προβληματική συμβιωτική σχέση με άλλους και η απουσία εναισθησίας.

Κάθε αποκαταστασιακή δραστηριότητα, για έναν ασθενή που παρουσιάζει κάποια από τα παραπάνω σχιζοφρενικά συμπτώματα, στοχεύει στην ελάττωση των διάφορων ψυχοπαθολογικών συμπεριφορών και συμπτωμάτων μέσω π.χ. της τήρησης ενός δομημένου προγράμματος και ενός σταθερού ωραρίου με συγκεκριμένες δραστηριότητες, αλλά και μέσω της έκφρασης των συναισθημάτων του ασθενούς μέσα από ομαδικές διαδικασίες κ.τ.λ.

Η χρήση των νευροληπτικών πρέπει να γίνεται στο σημείο που αυτά ευοδώνουν την διαδικασία της αποκατάστασης. Είναι ίσως προτιμότερο μερικές φορές το άτομο να αφηθεί να έχει (φαρμακολογικά) ένα ανεκτό επίπεδο -π.χ. ψευδαισθήσεων- και να εργάζεται κινητικά πιο άνετα παρά να του χορηγηθεί έντονη αγωγή που θα έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική μείωση της λειτουργικότητας του λόγω των έντονων παρενεργειών.

Η ύπαρξη των λεγόμενων αρνητικών συμπτωμάτων που όπως έχει αναφερθεί, αποτελούνται από το επιπεδωμένο συναίσθημα, το φτωχό περιεχόμενο του λόγου και την επιβράδυνση των κινήσεων, αποτελεί έναν κακό προγνωστικό παράγοντα για μια επιτυχή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Υπάρχουν όμως ερευνητικά τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι μια μακρόχρονη επίδραση ενός συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών σε αρρώστους με αρνητικά συμπτώματα μπορεί να μειώσει αυτά τα συμπτώματα και να αυξήσει τη λειτουργικότητά τους.

Βασική προϋπόθεση μιας επιτυχούς διαδικασίας αποκατάστασης ενός ασθενούς που πάσχει από σχιζοφρένεια, είναι και ο παράγοντας της συναισθηματικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου με την εγκατάσταση μιας σχέσης μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης στο ψυχωσικό άτομο. Η ανασφάλεια με την έλευση του τέλους αυτών των προγραμμάτων και η πιθανότητα για μια περίοδο ανεργίας, είναι δύο σημαντικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση υποτροπών. Ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής είναι υπαρκτός, ιδίως κατά της περιόδου της μετάβασης από το προστατευμένο εργασιακό περιβάλλον στην ελεύθερη αγορά εργασίας. (Μαδιανός, 2005).

4.5 Η ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥΣ

Ένα βασικό κλινικό πρόβλημα στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά αρρώστων είναι η υποτροπή της νόσου. Ως υποτροπή ορίζεται η επανεμφάνιση ή επιδείνωση ψυχωσικών συμπτωμάτων που προϋπήρχαν με ή χωρίς συνεπαγόμενη επανεισαγωγή στο ψυχιατρείο. Η αναβίωση των ψυχοπαθολογικών εμπειριών, μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε σημείο που μερικές φορές να μην μπορεί να συμμετέχει στο αποκαταστασιακό πρόγραμμα. (Μαδιανός, 2005).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	
®	Ψευδοεναίσθησία/ Διακοπή της αγωγής
®	Διακοπή της αγωγής λόγω μη τακτικής ψυχιατρικής παρακολούθησης
®	Διακοπή της αγωγής λόγω αρνητικής στάσης της οικογένειας
®	Παρενέργειες από την αγωγή και τη διακοπή της
®	Ξαφνικό ψυχοτραυματικό γεγονός
®	Αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα
®	Ακατάλληλο πρόγραμμα για την ψυχική κατάσταση του ατόμου
®	Το τέλος του αποκαταστασιακού προγράμματος

(Μαδιανός, 2005).

Όσον αφορά τώρα την πρόληψη των υποτροπών στη σχιζοφρένεια, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν την ευκαιρία να συμβάλλουν τόσο στην πρόληψη όσο και στον έλεγχο των συμπτωμάτων της υποτροπής, επηρεάζοντας θετικά τα άτομα με τα οποία συνεργάζονται αφού η πρόληψη των υποτροπών και η διαχείριση τους, οδηγεί αφενός σε μείωση του αριθμού των ημερών νοσηλείας και

αφετέρου σε περιορισμό των θλιβερών κοινωνικών συνεπειών των υποτροπών. Ο έλεγχος των υποτροπών είναι αποτελεσματικότερος από τους κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας που αποδίδουν αξία στις διαπροσωπικές σχέσεις και λειτουργούν με βάση την εμπιστοσύνη, τη διαπραγμάτευση και τη συνεργασία.

Οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας επιθυμούν διακαώς να μάθουν περισσότερα για την ασθένειά τους και θέλουν να έχουν λόγο στις σχετικές με την αντιμετώπιση της κατάστασής τους αποφάσεις. Η πρόληψη - έλεγχος των υποτροπών βασίζεται στην ανάπτυξη τεχνικών αυτοδιαχείρισης από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών. Η υποτροπή πρέπει πάντα να θεωρείται ως μαθησιακή εμπειρία, η οποία πρέπει να λαμβάνει υπόψη της προηγούμενες εμπειρίες, έτσι ώστε οι υποτροπές να αναγνωρίζονται τόσο από τους χρήστες των υπηρεσιών όσο και από τους κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ώστε να καταβάλλονται προσπάθειες προς την κατεύθυνση περιορισμού των συνεπειών της. (Hannigan and Coffey. 2010).

ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ
✓ Πρέπει να βασίζεται στην εμπειρία του ίδιου του χρήστη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
✓ Πρέπει να διευκολύνει την απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων.
✓ Πρέπει να γίνεται αντικείμενο διαπραγματεύσεων και συνεργασίας.
✓ Πρέπει να είναι ενημερωμένο, αλλά να μην περιορίζεται από τα εμπειρικά ευρήματα.
✓ Πρέπει να διευκολύνει τον έλεγχο της νόσου από το ίδιο το άτομο.

(Hannigan and Coffey. 2010).

Σαν πρώτο βήμα, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να μειώσουν τη δική τους θλίψη και απαισιοδοξία που συχνά χαρακτηρίζουν εκείνους που εργάζονται με άτομα που πάσχουν από ψύχωση. Το γεγονός ότι συχνά δεν προσδοκούν οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας από τους πάσχοντες να καταφέρουν πολλά από μόνοι τους, περιορίζει τις επιλογές που αυτοί αισθάνονται ότι διαθέτουν. Στις μέρες μας υπάρχουν αρκετά στοιχεία σύμφωνα με τα οποία ψυχικά

νοσήματα όπως η σχιζοφρένεια μπορεί να μην έχουν τη χρόνια σταθερή πορεία που πιστευόταν παλαιότερα, και αυτό είναι κάτι που χαρίζει ελπίδα τόσο στους κοινοτικούς νοσηλευτές που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας όσο και στους ασθενείς.

Συνεχίζοντας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας, πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματα των υποτροπών καθώς αυτό βοηθάει, μέσω έγκαιρων παρεμβάσεων, στην αποφυγή περαιτέρω επιδείνωσης των συμπτωμάτων της υποτροπής. Επίσης, το άτομο χρειάζεται να βοηθιέται από τους νοσηλευτές να αναγνωρίζει και αυτό τα συμπτώματα που βιώνει πριν την ολοκληρωτική εγκατάσταση μιας υποτροπής, γιατί με αυτό τον τρόπο η προσπάθεια ελέγχου της υποτροπής γίνεται αποτελεσματικότερη με σκοπό ο ψυχισμός του ατόμου να μην αποδιοργανωθεί πλήρως.

Η πρόληψη της υποτροπής, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από την ιδιοσυγκρασία του κάθε ανθρώπου, και οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει πάντα να το έχουν αυτό στο μυαλό τους. Επιπρόσθετα, καθώς τα πρόδρομα σημεία των υποτροπών ποικίλουν από άτομο σε άτομο, η κατάσταση κάθε ατόμου θα πρέπει να κρίνεται από τους κοινοτικούς νοσηλευτές με αυστηρά εξατομικευμένο τρόπο. Αυτή η σαφής και εξατομικευμένη αξιολόγηση έχει λάβει την ονομασία (relapse signature), και μπορεί να γίνει μέσω μιας συνέντευξης κατά την οποία θα εντοπιστούν οι αλλαγές στη συμπεριφορά ή στον τρόπο σκέψης που οδηγούν σε μια ακόμη υποτροπή της ασθένειας. (Hannigan and Coffey. 2010).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ
✓ Αναγνώριση εκλυτικών παραγόντων της υποτροπής.
✓ Αναγνώριση προειδοποιητικών σημάδιων επερχόμενης υποτροπής.
✓ Κατάστρωση σχεδίου δράσης για ανατροπή της κατάστασης.
✓ Υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης της κατάστασης.
✓ Δόσιμο σαφών οδηγιών.

(Hannigan and Coffey. 2010).

Οι πάσχοντες, μπορεί να έχουν βιώσει δυσάρεστες εμπειρίες κατά την τελευταία υποτροπή της νόσου τους και η περίπτωση του να ξαναζήσουν τα ίδια, πολλές φορές τους αποτρέπει από το να αναφέρουν με ακρίβεια τα συμπτώματα που τους δίνουν την αίσθηση ότι κάτι δεν πάει καλά και ότι ξανακυλάνε στη νόσο. Έτσι, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει να εντοπίζουν αυτοί τις ανησυχίες που έχουν οι ασθενείς για την ψυχική τους κατάσταση, αλλά και τα πρόδρομα συμπτώματα που βιώνουν, παρέχοντας στήριξη στους πάσχοντες ότι όλα θα πάνε καλά και εξηγώντας τους παράλληλα τις επιλογές που έχουν για την αντιμετώπιση της κατάστασης.

Καταλήγοντας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας για να πετύχουν τα παραπάνω πρέπει να κατανοήσουν καλύτερα αλλά και να μάθουν περισσότερα για την υποτροπή και την πρόληψή της, προσδιορίζοντας τους παράγοντες που πυροδοτούν τυχόν υποτροπές, αλλά και αυτούς που γενικότερα παρακωλύουν τη διαδικασία της ανάρρωσης ενός ασθενούς που υποφέρει από σχιζοφρένεια. Η μεταφορά όλων αυτών των προσεγγίσεων από τη θεωρία στην πράξη μπορεί να αποδειχθεί προβληματική, πράγμα όμως που δεν θα πρέπει να σταματήσει την προσπάθεια υπερπήδησης όλων των εμποδίων προκειμένου να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι. (Hannigan and Coffey. 2010).

4.6 ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ - ΔΟΜΕΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Η ύπαρξη δομών στεγαστικής κάλυψης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, αφού οι μονάδες αυτές αποτελούν τον πυρήνα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς. Έχει παρατηρηθεί ότι προγράμματα αποκατάστασης που υλοποιήθηκαν χωρίς να προβλεφθεί η στεγαστική κάλυψη των ασθενών, οδήγησαν σε σημαντικά κοινωνικά προβλήματα, π.χ. αύξηση των παραμελημένων-άστεγων ασθενών καθώς και αύξηση των προβλημάτων διαταραχών συμπεριφοράς των ασθενών. (Χριστοδούλου κ.α. 2005). Ως κύριοι φορείς της στεγαστικής αποκατάστασης περιλαμβάνονται ο μετανοδοκομειακός ξενώνας, τα οικοτροφεία και τα προστατευμένα διαμερίσματα.

4.6.1 Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες

Όσον αφορά τους μετανοσοκομειακούς ξενώνες, ο χρόνος παραμονής εκεί είναι βραχύς καθώς δεν ξεπερνάει συνήθως τους 6 μήνες. Οι ξενώνες αυτοί χρησιμοποιούνται ως εναλλακτική λύση διαμονής από την οικογένεια ή όταν δεν υπάρχει οικογένεια. Στον ξενώνα τοποθετούνται συνήθως άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο ή από άλλη νοσηλευτική υπηρεσία. Πρέπει να τονιστεί ότι οι ξενώνες διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες καθώς και τις διαγνωστικές κατηγορίες. Ο αριθμός των μελών στους μετανοσοκομειακούς ξενώνες δεν υπερβαίνει τα 20 άτομα, περιλαμβάνει δε σε 24ωρη βάση προσωπικό που είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία του. Τέλος, οι ένοικοι έχουν την ευθύνη για την τήρηση των κανονισμών λειτουργίας του ξενώνα (καθημερινές δραστηριότητες).

4.6.2 Οικοτροφεία

Τα οικοτροφεία τώρα, αποτελούν μονάδα προστατευμένης μακρόχρονης διαμονής με αριθμό μελών περίπου 20 άτομα, τα οποία είναι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι χωρίς δυνατότητες για ανεξάρτητη διαμονή στην κοινότητα. Επειδή η παραμονή εκεί είναι μακρόχρονη, η λειτουργία ενός οικοτροφείου απαιτείται να διέπεται από τις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας, σύμφωνα με τις οποίες:

Ø Κάθε δραστηριότητα και κάθε σχέση που αναπτύσσεται στην κοινότητα είναι ευκαιρία για προσωπική αλλαγή του ενοίκου.

Ø Η ζωή στο οικοτροφείο βοηθά στην εξέλιξη της προσωπικότητας, στην προσαρμογή στο κοινωνικό σύστημα, αλλά και γενικότερα στην καθημερινή ζωή των ασθενών έξω από το οικοτροφείο.

Ø Όλοι οι ένοικοι έχουν το δικαίωμα για ίση μεταχείριση και προσωπική ανάπτυξη.

Ø Όλα τα μέλη του οικοτροφείου διαμοιράζονται τις θεραπευτικές και διαχειριστικές αποφάσεις.

Ø Τα μέλη της μονάδας ανέχονται σε μεγάλο βαθμό την προβληματική συμπεριφορά του άλλου. Η ανεκτικότητα επιτρέπει στα άτομα να εκφράζουν τις δυσκολίες της συμπεριφοράς τους, αντιδρώντας

ελεγχόμενα και ελεύθερα προς τους άλλους, κι αυτό το αποτέλεσμα της αντιπαράθεσης έχει σημαντική θεραπευτική χρησιμότητα.

Ø Μέσα στο οικοτροφείο δίνεται έμφαση στις άμεσες φιλικές σχέσεις, στη χρήση των μικρών ονομάτων και στην ειλικρινή έκφραση των συναισθημάτων ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας. Τέτοιες εμπειρίες θεωρείται ότι εμποδίζουν την κοινωνική αλλοίωση και αποξένωση, οδηγώντας σε ρόλους κοινωνικής συμμετοχής και ευθύνης.

Ø Η αντιμετώπιση της πραγματικότητας, που περιλαμβάνει την συνεχή ερμηνεία της συμπεριφοράς όλων των μελών καθώς παρατηρείται από τους άλλους, είναι ιδιαίτερα σημαντική ώστε ο καθένας μεταξύ των μελών να περιορίζει την χρήση αμυντικών μηχανισμών, όπως αυτός της σχάσης, της προβολής και της άρνησης.

4.6.3 Προστατευμένα Διαμερίσματα

Τα προστατευμένα διαμερίσματα, αποτελούν διαμερίσματα όπου διαμένουν τρεις έως έξι ψυχικά άρρωστοι με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο ή έως μία φορά την εβδομάδα. Τα διαμερίσματα αυτά, μισθώνονται από αντίστοιχες ψυχιατρικές μονάδες ή νοσοκομεία ή μπορεί να έχουν παραχωρηθεί από οποιοδήποτε νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή και να δωριστούν/κληροδοτηθούν. Οι ένοικοι που εντάσσονται στο διαμέρισμα είναι ικανοί να στηριχθούν τελικά στις δικές τους δυνάμεις και να φροντίσουν αυτοδύναμα τη ζωή και την υγεία τους. Η πλειονότητα των ενοίκων προέρχεται συνήθως από άλλες στεγαστικές δομές.

Οι ασθενείς που επιθυμούν να ενταχθούν στο πρόγραμμα των προστατευμένων κατοικιών μελετούν τον κανονισμό λειτουργίας και αφού συμφωνήσουν, υποβάλλουν μια αίτηση συμμετοχής τους. Οι βασικές αρχές του κανονισμού λειτουργίας ενός προστατευμένου διαμερίσματος είναι οι ακόλουθες:

Û Απαιτείται συναίνεση του ενοίκου με τις οδηγίες του θεράποντα ψυχιάτρου ως προς τη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθηθεί.

Û Ο ένοικος του διαμερίσματος δεν παίρνει αποφάσεις ούτε αναλαμβάνει δεσμεύσεις για σοβαρά ζητήματα της διαμονής του χωρίς τη σύμφωνη γνώμη της θεραπευτικής ομάδας.

Û Ο ένοικος συμμετέχει στην καθαριότητα του υπνοδωματίου και των κοινόχρηστων χώρων.

Û Ο ένοικος σέβεται όλους τους κανόνες της κοινής ζωής –π.χ., ώρες κοινής ησυχίας.

Û Ο ένοικος συμμετέχει σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις και συμβάλλει με τη συμμετοχή του, τις προσωπικές οικονομίες του, τις ιδέες του και τη δουλειά του στην επιτυχία τους.

Û Δεν επιτρέπεται η διανυκτέρευση άλλου προσώπου χωρίς ενημέρωση και άδεια της θεραπευτικής ομάδας, όπως και η διανυκτέρευση ενός ενοίκου εκτός σπιτιού χωρίς προηγούμενη άδεια.

Û Πρέπει να αποφεύγονται οι διενέξεις με ενοίκους της πολυκατοικίας ή άλλους γείτονες. Όταν οι ένοικοι δεν μπορούν να επιλύσουν τα προβλήματα μόνοι τους, ενημερώνουν κάποιον από τους υπευθύνους.

Τελικά, ο κάθε ένοικος συνειδητοποιεί ότι δεν είναι μόνος, δεν κατοικεί μόνος, αλλά είναι μαζί με άλλους. Όλοι μαζί μοιράζονται μια κοινή ζωή και πρέπει με τη στάση τους, τη συμπεριφορά τους, και όλες τους τις πράξεις να προσπαθούν να δώσουν σε αυτή την κοινή ζωή τα γνωρίσματα, τα χαρακτηριστικά και το κλίμα μιας συνηθισμένης οικογενειακής διαβίωσης. Οι ένοικοι των προστατευμένων διαμερισμάτων, συνήθως εργάζονται σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες, με αμοιβή, ή συμμετέχουν σε άλλα προγράμματα ή εργάζονται πιο σπάνια στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Ένα βασικό θέμα που πρέπει να προσεχθεί είναι ο κίνδυνος μετατροπής τέτοιων στεγαστικών δομών σε μικρά άσυλα (νεοιδρυματισμός), όπου οι ένοικοι θα είναι απόλυτα εξαρτημένα άτομα από τις υπηρεσίες και την ομάδα υποστήριξης. (Μαδιανός, 2005).

4.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ

Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια, θεωρείται εξαιρετικά σημαντικός μιας και η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και πολλές φορές τη βασική – μοναδική πηγή φροντίδας για αυτόν. Ως γνωστόν, η σχιζοφρένεια, αλλά και γενικότερα η σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή, που αποτελούν ως νοσολογικές οντότητες και το βασικό αντικείμενο της ψυχιατρικής αποκατάστασης, έχουν σημαντικές συνέπειες στην οικογένεια, επηρεάζοντας τις οικογενειακές σχέσεις και την όλη οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Η αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα έχει ενοχοποιηθεί για την αυξημένη συχνότητα υποτροπών και επανεισαγωγής σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά και γενικότερα έχει συνδεθεί με την επιδείνωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Έτσι, η οικογένεια και η ατμόσφαιρα μέσα σε αυτή παίζουν σημαντικό ρόλο στην γενικότερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς που πάσχει από σχιζοφρένεια.

Στις οικογένειες που ένα μέλος τους πάσχει από σχιζοφρένεια, έχουν επίσης παρατηρηθεί προβλήματα όπως έντονη παρουσία έντασης και stress, διαταραγμένη επικοινωνία, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, έλλειψη κατανόησης της φύσης της σχιζοφρένειας και των συνεπειών της στη ζωή και τη λειτουργικότητα του αρρώστου, καθώς και τάση για αίσθημα στίγματος και περιορισμό των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο.

Η διαπίστωση της σημασίας αυτών των προβλημάτων, αλλά και της σημασίας του συναισθηματικού κλίματος μέσα στην οικογένεια, του εκφραζόμενου συναισθήματος, καθώς και της οικογενειακής επιβάρυνσης (οικονομικής- ψυχολογικής), οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι για τους ασθενείς που ζούν με τις οικογένειές τους, η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία παίζει σπουδαίο ρόλο τόσο στη θεραπεία όσο και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Για το λόγο αυτό, αναπτύχθηκαν διάφορες παρεμβάσεις με στόχο την ενεργοποίηση της οικογένειας, αλλά και την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών, συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη πρόγνωση της ψυχικής νόσου αλλά και στην

γενικότερα ποιοτικότερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του σχιζοφρενικού αρρώστου. Οι παρεμβάσεις αυτές ακολουθούν τις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης και ονομάζονται ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις.

Οι βασικοί στόχοι αυτών των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι οι εξής:

§ Εκπαίδευση των οικογενειών στην απόκτηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress.

§ Βελτίωση των τρόπων επικοινωνίας μεταξύ των μελών για την αποτελεσματικότερη επίλυση των προβλημάτων που αφορούν την οικογένεια.

§ Ενημέρωση για την ψυχική νόσο με σκοπό να διευκολυνθεί η κατανόηση της, αλλά και να δοθεί ένα σκεπτικό για την αντιμετώπισή της.

§ Μείωση των μη ρεαλιστικών προσδοκιών για πλήρη θεραπεία και γρήγορη επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς.

§ Επίτευξη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και συνεργασίας στη γενικότερη θεραπεία.

§ Ενίσχυση της αυτο-αντιμετώπισης, με σκοπό ο άρρωστος και η οικογένεια του να αποκτήσουν ένα ενεργητικό ρόλο στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.

§ Υποστήριξη για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού που συνοδεύει την ψυχική νόσο και κατ' επέκταση τον ασθενή και την οικογένειά του.

Όλα τα οικογενειακά ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματικά τόσο στη μείωση των υποτροπών όσο και στη βελτίωση της πορείας της νόσου. Οι ολοκληρωμένες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις που ακολουθούν τις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης, αποτελούν ένα βασικό τμήμα στο πακέτο των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Αποτελούν έτσι βασικές παρεμβάσεις στην εφαρμογή της θεωρίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην πράξη, καθιστώντας σύμμαχο και αρωγό την οικογένεια στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου. (Χριστοδούλου κ.α. 2005).

4.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η εργασία άρχισε από νωρίς να αποτελεί ένα βασικό στοιχείο στο σχεδιασμό των προγραμμάτων της. Η εργασία μπορεί να είναι τόσο το μέσο όσο και ο σκοπός της διαδικασίας αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών, μιας και από πλήθος ερευνών έχει βρεθεί ότι η εργασία ενισχύει τόσο την αίσθηση της ταυτότητας, της πραγματοποίησης επιτευγμάτων και της προσμονής για κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα, όσο και την αυτοεκτίμηση και τη δυνατότητα αυτοπροσδιορισμού.

Παλιότερα, οι ψυχικά ασθενείς δούλευαν σε εργασίες με μικρές απαιτήσεις, στο πλαίσιο προστατευμένων εργαστηρίων που συνήθως βρίσκονταν μέσα στο νοσοκομείο, όπου οι ασθενείς έμεναν σχεδόν μόνιμα, χωρίς να υπάρχει προοπτική να αποκτήσουν κάποιο βαθμό οικονομικής ανεξαρτησίας ή κοινωνικής επανένταξης. Τα τελευταία 30 χρόνια, όμως, τα αποτελέσματα σειράς ερευνών έχουν δείξει ότι η επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια, συμβάλλει καθοριστικά στη μείωση των συμπτωμάτων, στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στην καλύτερη ενσωμάτωση τους στη κοινότητα, κάτι που σταδιακά έχει καταστήσει αναγκαία την εργασία ακόμη και στην ελεύθερη αγορά, στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων αυτών.

Παρόλα αυτά, στην πραγματικότητα, τα άτομα με ψυχική διαταραχή σπάνια βιώνουν τις ευεργετικές συνέπειες της εργασίας. Οι δείκτες επαγγελματικής αποκατάστασης για τα άτομα με ψυχιατρικές μειονεξίες είναι ιδιαίτερα χαμηλοί, κυμαινόμενοι από 0 έως 30%. Γεγονός, όμως, είναι ότι οι χαμηλοί αυτοί δείκτες δεν οφείλονται μόνο στην ψύχωση αυτή καθαυτή, αλλά και σε σωρεία λοιπών προβλημάτων. Ερευνητικές εργασίες πάνω στην αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων έδειξαν ότι η επιτυχής αποκατάσταση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, βασίζεται περισσότερο στην ικανότητα να χειρίζονται κοινωνικές σχέσεις παρά στην απόκτηση εργασιακών δεξιοτήτων.

Οι ψυχωτικοί ασθενείς δεν φαίνεται ότι μπορούν να εξασφαλίσουν ή να διατηρήσουν μια δουλειά, περισσότερο λόγω των φτωχών κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσουν με τους συναδέλφους τους, του χαμηλού κινήτρου και της έλλειψης πρωτοβουλίας, παρά λόγω των φτωχών εργασιακών τους επιδόσεων. Έτσι, λοιπόν, η

εργασία αρχίζει περισσότερο να ορίζεται ως κοινωνική δραστηριότητα στα πλαίσια των προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης - αποκατάστασης.

Τελειώνοντας, η επαγγελματική εκπαίδευση του ασθενούς, για να έχει αυξημένες πιθανότητες επιτυχίας, πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις δυνατότητες και τις ικανότητες του, να καλύπτει τις ανάγκες της κοινότητας-αγοράς στην οποία θα επιχειρήσει να εργαστεί, καθώς και να ακολουθεί ένα μοντέλο προοδευτικής επαγγελματικής ένταξης (επαγγελματική προεργασία-κατάρτιση, προστατευμένη εργασία, ελεύθερη αγορά εργασίας). (Χριστοδούλου κ.α. 2005).

4.9 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η απομόνωση και ο αποκλεισμός των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν είναι κάτι καινούργιο. Οι πρωτοβουλίες των φορέων κοινωνικής φροντίδας μπορεί να έχουν θέσει τέλος στο μεγαλύτερο μέρος του αποκλεισμού που υφίστατο στις μεγάλες, απομονωμένες κλινικές, ωστόσο η απόρριψη που βιώνουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας συνεχίζεται. Μπορεί τα άτομα αυτά να ζούν μέσα σε κοινότητες, αλλά η φυσική παρουσία τους εκεί δεν σημαίνει ότι συνυπολογίζονται ως ενεργά μέλη αυτών των κοινοτήτων. Πράγματι, τα άτομα που βιώνουν πιο σοβαρά ή μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής φύσεως ανήκουν στα πλέον απομονωμένα άτομα των περισσότερων κοινωνιών. (Hannigan and Coffey. 2010).











Μια από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές όπως είναι γνωστό είναι η σχιζοφρένεια. Ο στιγματισμός των ασθενών με σχιζοφρένεια εξακολουθούσε και εξακολουθεί να είναι έντονος επηρεάζοντας τον ασθενή, αλλά συχνά και το οικογενειακό του περιβάλλον σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικότητας. Ο στιγματισμός λοιπόν των ασθενών με σχιζοφρενικές διαταραχές επηρεάζει πολλαπλούς τομείς της ζωής αυτών των ανθρώπων, αλλά και της ευρύτερης κοινωνικής τους ζωής, έχοντας ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των ευκαιριών που δικαιούται να έχει κάθε πολίτης, αλλά και τη μείωση της αυτοεκτίμησης των ασθενών.


Οι άνθρωποι αυτοί συνήθως δυσκολεύονται να κάνουν νέες φιλίες, να παντρευτούν, να βρουν μια αξιοπρεπή δουλειά, να νοικιάσουν ένα διαμέρισμα για να μείνουν ή να ζητήσουν υποστήριξη ή βοήθεια από την κοινότητα. Φαίνεται επίσης ότι

ο στιγματισμός αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την ανάρρωση και την γενικότερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. Επιπλέον, το στίγμα φαίνεται να είναι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια στην προσπάθεια για την προώθηση καλύτερης ψυχιατρικής φροντίδας στα άτομα με ψυχωσικές διαταραχές, αλλά και για οικονομικές επενδύσεις σε δραστηριότητες που προάγουν την ψυχική υγεία (Κονταξάκης κ.α. 2005).

Οι συνέπειες της ανεργίας, όπως η φτώχεια, τα περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα και η κακή σωματική και ψυχική υγεία, αποτελούν παράγοντες που επίσης επιτείνουν το στίγμα και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Συγκεκριμένα, η ανεργία συνδέεται με τη φτώχεια, ενώ το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται με αποκλεισμό από διάφορα προνόμια που απαιτούν χρήματα, όπως το να βγει κανείς με φίλους, να πηγαίνει στο αθλητικό κέντρο της κοινότητας ή να πηγαίνει κινηματογράφο κ.τ.λ. Ο αποκλεισμός από ευκαιρίες στο πλαίσιο μίας κοινότητας, εύλογα οδηγεί αυτούς τους ανθρώπους να απομονώνονται. Τις περισσότερες φορές εγκαταλείπουν τις προσπάθειες να ενταχθούν κάπου (εργασία - εκπολιτιστικοί σύλλογοι - διάφορες ομάδες), για να αποφύγουν περαιτέρω απόρριψη εξαιτίας του στιγματισμού που έτσι και αλλιώς βιώνουν σε καθημερινή βάση.

Η έρευνα του περιοδικού MIND (1999) για τον κοινωνικό αποκλεισμό, παραθέτει μια σειρά παραγόντων που αλληλεπιδρούν με τα προβλήματα ψυχικής υγείας, έχοντας ως συνέπεια την ενίσχυση και διατήρηση του κοινωνικού αποκλεισμού, που είναι οι παρακάτω:

-  Η δημιουργία στερεοτύπων από τα Μ.Μ.Ε.
-  Οι διακρίσεις στο χώρο εργασίας.
-  Η έλλειψη διαπροσωπικών επαφών στο χώρο εργασίας.
-  Η έλλειψη πρόσβασης σε ευκαιρίες μόρφωσης και εκπαίδευσης.
-  Η ανεργία.
-  Το χαμηλό εισόδημα.
-  Τα προβλήματα στέγασης.
-  Ο εξοστρακισμός από την ευρύτερη κοινότητα.
-  Το διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον.
-  Οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

 Η χρήση διαφόρων ουσιών και τα σωματικά προβλήματα.
(Hannigan and Coffey. 2010).

Τώρα, όσον αφορά τις παρεμβάσεις ενάντια στο στίγμα και τον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν οι σχιζοφρενείς, όλοι οι επαγγελματίες που εργάζονται στην ψυχική υγεία (ψυχίατροι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί), θα πρέπει να έχουν ως βασικό στόχο της προσπάθειάς τους την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για τη φύση της σχιζοφρένειας και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση, ενισχύοντας παράλληλα την κοινωνική προσέγγιση των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας.

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πρέπει να εστιάζουν στην ενίσχυση του εκάστοτε νομικού πλαισίου, με τελικό στόχο μέσα από νέες ρυθμίσεις να προστατευτούν τα δικαιώματα των ανθρώπων που υποφέρουν από ψύχωση, περιορίζοντας με αυτό τον τρόπο και τις διακρίσεις σε βάρος τους. Βέβαια, περισσότερο ιδανική - θεραπευτική είναι η ευαισθητοποίηση και ενεργή εμπλοκή του ασθενούς και της οικογένειάς του στη διαδικασία αντιμετώπισης των διακρίσεων είτε σε προσωπικό επίπεδο είτε μέσα από συλλόγους που απασχολούνται με αυτά τα θέματα (Κονταξάκης κ.α. 2005).

4.10 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΜΥΘΟΣ: Κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη.

Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές, με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και έκβαση, καθώς και με διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Η γενίκευση ότι κανείς δε θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια οδηγεί σε απελπισία και απόγνωση τόσο τους ασθενείς όσο και τους συγγενείς τους. Στατιστικές έχουν δείξει ότι περίπου το 30% των ασθενών διατηρούν μια σημαντική λειτουργικότητα. Ένα ποσοστό 20% με 30% παρουσιάζουν τέτοια συμπτωματολογία

που τους επιτρέπει να έχουν μια ικανοποιητική και παραγωγική ζωή, να εργάζονται και να ζουν αυτόνομα στο πλαίσιο της κοινωνίας. Το ένα τρίτο περίπου των ασθενών έχει δυσμενή πρόγνωση με συχνές εξάρσεις της νόσου, νοσηλείες και χρειάζεται συνεχή φροντίδα και υποστήριξη.

ΜΥΘΟΣ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο το χρειάζονται πραγματικά.

Αυτό πρέπει να γίνεται, κυρίως όταν κυριαρχούν τα οξέα συμπτώματα της νόσου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση. Η σχιζοφρένεια σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά έξω από το ίδρυμα σε εξωνοσοκομειακές ψυχιατρικές δομές (π.χ. Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Προγράμματα Αποκατάστασης κ.τ.λ.). Τα άτομα που είναι ενταγμένα σε τέτοιες δομές στην κοινότητα παρουσιάζουν καλύτερη έκβαση της νόσου τους σε σχέση με τα άτομα που αντιμετωπίζονται μέσα στο νοσοκομείο. Η σύγχρονη Ψυχιατρική θεωρεί ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή εκτός του ψυχιατρικού ασύλου είναι καλύτερη για την εξέλιξη της νόσου. Ο εγκλεισμός στο ίδρυμα στερεί τον ασθενή από τα κοινωνικά ερεθίσματα, τον οδηγεί στην περιθωριοποίηση και συμβάλλει έτσι στη διαίωνιση του στίγματος.

ΜΥΘΟΣ: Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν αλλά και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους.

Βέβαια, η ικανότητά τους να λάβουν ανάλογες αποφάσεις δεν είναι πάντα η ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Υπάρχουν φάσεις όπως η έναρξη της νόσου ή οι υποτροπές όπου η ικανότητα αυτή περιορίζεται δραστικά και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του. Οι έρευνες δείχνουν πως η συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του στη λήψη αποφάσεων, βοηθάει στην καλή συνεργασία με το γιατρό και τους θεραπευτές, βελτιώνει το τελικό αποτέλεσμα και ενισχύει τη «συναίνεση» στη θεραπεία.

ΜΥΘΟΣ: Η φυλακή είναι το κατάλληλο μέρος για τα άτομα με σχιζοφρένεια.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν πρέπει να κρατούνται στη φυλακή.

Η κατάστασή τους μπορεί να επιδεινωθεί αν αντιμετωπισθούν τιμωρητικά, χωρίς να τους παρέχεται κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα.

ΜΥΘΟΣ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμη και αν παρουσιάζουν συμπτώματα.

Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται, είτε σε κανονικές δουλειές, είτε σε προγράμματα προστατευόμενης εργασίας, ανάλογα με τις δυνατότητές τους. Η εργασία επιτρέπει στα άτομα με σχιζοφρένεια να έρχονται σε επαφή με ομάδες «υγιών» ατόμων και αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων.

ΜΥΘΟΣ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική υστέρηση.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Σχιζοφρένεια και νοητική υστέρηση διαφέρουν μεταξύ τους.

Παρόλο που τα άτομα με σχιζοφρένεια μερικές φορές συγχέονται με τα άτομα που έχουν νοητική υστέρηση, η σχιζοφρένεια και η νοητική υστέρηση είναι δυο τελείως διαφορετικές καταστάσεις. Αυτό μπορεί να γίνει σαφές συγκρίνοντας την ηλικία έναρξης των δύο διαταραχών. Η νοητική υστέρηση εμφανίζεται συνήθως στην αρχή της παιδικής ηλικίας, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις η έναρξη της σχιζοφρένειας τοποθετείται στο τέλος της εφηβείας και στις αρχές της ενήλικης ζωής. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα ανεξαρτήτως νοητικού επιπέδου, από άτομα χαμηλής νοημοσύνης έως άτομα που διακρίνονται για την ευφυΐα τους.

ΜΥΘΟΣ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διπλή ή διχασμένη προσωπικότητα.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν ούτε διπλή ούτε διχασμένη προσωπικότητα.

Στην πραγματικότητα, ούτε ο όρος «διχασμένος νους», αλλά ούτε και ο όρος «διχασμένη προσωπικότητα» αντικατοπτρίζουν τι είναι στ' αλήθεια η σχιζοφρένεια. Η σύγχυση επίσης προκύπτει από το γεγονός ότι η λέξη «σχιζοφρένεια» στα ελληνικά είναι μια σύνθετη λέξη που σημαίνει σχάση των φρενών, και επομένως διχασμένο νου. Αυτό συνήθως λέγεται γιατί συχνά στα άτομα με σχιζοφρένεια παρατηρείται αντιφατική συμπεριφορά και αναντιστοιχία ανάμεσα σ' αυτό που λένε και σ' αυτό που εκφράζουν. Όμως, δεν έχουν διχασμένη προσωπικότητα, μια σπάνια νευρωσικού τύπου διαταραχή όπου το άτομο λειτουργεί με δύο αυτόνομες προσωπικότητες σε διαφορετικούς χρόνους της ζωής του (π.χ. Dr. Jekyll – Mr. Hyde).

ΜΥΘΟΣ: Για τη σχιζοφρένεια ευθύνονται οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας.

Δεν υπάρχουν αποδείξεις που να συνηγορούν ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή ανατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια. Ενώ αντίθετα υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που πιστοποιούν επαρκώς τα βιολογικά αίτια της νόσου. Οι μελέτες της δεκαετίας του '60 που υποστήριζαν τη θεωρία ότι διάφορες μορφές δυσλειτουργίας της οικογένειας ευθύνονται για τη γένεση της σχιζοφρένειας, έκαναν χιλιάδες γονείς να υποφέρουν από συναισθήματα ντροπής και ενοχής. Σήμερα όμως, έχει αποδειχθεί ότι το συναισθηματικό βάρος και η γενικότερη επιβάρυνση από τη σχιζοφρένεια είναι τεράστια για τα μέλη των οικογενειών. Αυτό λοιπόν που χρειάζονται οι οικογένειες είναι κατανόηση, συμπράσταση και υποστήριξη και σε καμία περίπτωση επίκριση και δυσπιστία.

ΜΥΘΟΣ: Η σχιζοφρένεια είναι νόσος μεταδοτική.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική.

Ο φόβος της μετάδοσης έχει σαν αποτέλεσμα να αποφεύγουν οι άνθρωποι τις κοινωνικές επαφές και σχέσεις με όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια, αποκλείοντάς τους από το να ζουν ή να εργάζονται κοντά τους. Ο φόβος της μετάδοσης μπορεί ακόμα να οδηγήσει στο στιγματισμό των μελών της οικογένειας, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών.

ΜΥΘΟΣ: Η σχιζοφρένεια μπορεί να προκληθεί από κακά πνεύματα, από μάγια, από τιμωρία του Θεού, από ερωτική απογοήτευση, από υπερβολική μελέτη ή ακόμη και από τον αυνανισμό.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η επιστημονική αλήθεια για τη φύση της σχιζοφρένειας αναιρεί όλες τις παραπάνω παραδοσιακές δοξασίες.

Είναι λοιπόν σημαντικό να γνωρίζουμε ότι:

- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κατάρες και από «κακό μάτι».
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας.
- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από έλλειψη θρησκευτικής πίστης.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια μορφή δαιμονισμού ή δαιμονικής κατοχής.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι το αποτέλεσμα ερωτικής απογοήτευσης.
- Η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται στην υπερβολική μελέτη.
- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από τον αυνανισμό.

ΜΥΘΟΣ: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

ΑΛΗΘΕΙΑ: 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. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι:

∅ Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια δε χρησιμοποιεί βία και γενικότερα τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό.

∅ Τα άτομα με σχιζοφρένεια συνήθως δεν είναι θύτες, αλλά θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης.

∅ Τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας. Η βία όμως που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια

οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας και στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής.

Ø Οι παράγοντες που θεωρείται ότι ενισχύουν τη χρήση βίας τόσο στον υγιή πληθυσμό όσο και στα άτομα με σχιζοφρένεια είναι η κοινωνική απόρριψη και η απομόνωση, το ιστορικό προηγούμενης βίαιης συμπεριφοράς και η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ.

Ø Οι παραληρητικές ιδέες που το περιεχόμενό τους είναι απειλητικό για τη ζωή του ασθενή αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Συνεπώς η κατάλληλη θεραπεία των παραληρητικών ιδεών μειώνει αισθητά τον παραπάνω κίνδυνο.

Ø Το κοινό συχνά φοβάται ότι τα παιδιά κινδυνεύουν από τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Η αλήθεια είναι ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν αποτελούν κίνδυνο για τα παιδιά.

Ø Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από τα 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 τους περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως πολιτικοί, γιατροί ή δικαστές.

Ø Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και η ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη. (Οικονόμου. 2011).

ΕΙΔΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Ιστορικό ασθενούς

Ασθενής 48 ετών, άγαμος και άνεργος, εισήχθη στις 14-4-2017 έπειτα από εντολή της αστυνομικής αρχής, στο ψυχιατρικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών Ο Άγιος Ανδρέας. Από πληροφορίες που ελήφθησαν από τον αδελφό του αλλά και από τον ίδιο, η νόσος ξεκίνησε το 1997 έπειτα από ψυχοπιεστικά γεγονότα (χωρισμός με αρραβωνιαστικά και πτώχευση της καφετέριας που διατηρούσε), και έκτοτε αναφέρονται 3 ακούσιες νοσηλείες στο Δρομοκαίτιο με παράλληλη χορήγηση αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής.

Επίσης, αναφέρεται διακοπή εδώ και μήνες της φαρμακευτικής αγωγής που έπαιρνε για περίπου 1.5 χρόνο, και υποτροπή της νόσου εδώ και τουλάχιστον 4 μήνες. Ο ασθενής κατά την παρούσα εισαγωγή του, παρουσιάζει τυπικά σχιζοφρενικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες κυρίως δίωξης, διαταραχές στον ύπνο του, ελλιπή αυτοφροντίδα και υγιεινή, επιθετική συμπεριφορά, καθώς και κοινωνική απομόνωση. Ο ίδιος τονίζει συχνά πως τον κυνηγάνε μυστικές οργανώσεις, λέει ότι η μητέρα του είναι η Ζωή Λάσκαρη και ο πατέρας του ο Νίκος Κούρκουλος, ενώ σημειώνει πως έχει 5.000 παιδιά σε χαρτοπετσέτα.

Ο ασθενής θα νοσηλευτεί όπως είπε ο ψυχίατρος για θεραπεία και φροντίδα.

<u>1^ο στάδιο</u>	<u>2^ο στάδιο</u>	<u>3^ο στάδιο</u>	<u>4^ο στάδιο</u>	<u>5^ο στάδιο</u>
Αξιολόγηση ατόμου – αρρώστου. Ανάγκες προβλήματα. Νοσηλευτική διεργασία.	Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας.	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων - αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.
Παραληρητικές ιδέες που έχουν σχέση με την υποτροπή της νόσου.	Απαλλαγή του ασθενούς από τις παραληρητικές ιδέες, ώστε να είναι σε θέση να διακρίνει την πραγματικότητα του εαυτού του και των γύρω του.	Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος, να χορηγηθεί αντιψυχωτική αγωγή και να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία, ώστε να μάθει να διακρίνει αποτελεσματικότερα την πραγματική από την παθολογική σκέψη.	Ο νοσηλευτής συζητά με τον ασθενή σε άνετο και φιλικό περιβάλλον και του χορηγεί από στόματος tabl. Risperdal των 4 mg (1mg ×3) σύμφωνα πάντα με την ιατρική οδηγία, ενώ τον ενθαρρύνει για συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.	Οι παραληρητικές ιδέες, με τη βοήθεια της αντιψυχωτικής αγωγής έχουν σταδιακά υποχωρήσει και ο ασθενής, έπειτα από σειρά ψυχοθεραπειών, μπορεί πλέον από μόνος να διακρίνει το παθολογικό αυτών των ιδεών σε σχέση με την πραγματικότητα.
Αϋπνία λόγω υπερδιέγερσης από τη νόσο.	Άμεση αντιμετώπιση της αϋπνίας και εκμάθηση στον ασθενή τεχνικών που επισπεύδουν τον ύπνο.	Να γίνει χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων σύμφωνα πάντα με την ιατρική οδηγία και να δημιουργηθεί ένα σταθερό πρόγραμμα για την κατάκλιση του ασθενούς.	Χορηγείται, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, από στόματος tabl. Stedon των 10 mg (5 mg×3), γίνεται άσκηση του ασθενούς σε διάφορες τεχνικές χαλάρωσης ενώ εφαρμόζεται με ακρίβεια το ωράριο για τον ύπνο του.	Ο ασθενής με τη βοήθεια των αγχολυτικών φαρμάκων, της εκμάθησης τεχνικών επισπεύσεως του ύπνου, αλλά και της τήρησης ενός σταθερού προγράμματος βραδινής κατάκλισης, δεν παρουσιάζει πλέον σημάδια

				αϋπνίας.
Ελλιπή αυτοφροντίδα - υγιεινή λόγω έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών.	Εκμάθηση στον ασθενή δεξιότητων υγιεινής και καθημερινής αυτοφροντίδας.	Να παροτρυνθεί ο ασθενής να προσέχει – φροντίζει καθημερινά τον εαυτό του, κατά το δυνατόν αυτόνομα και να συμμετέχει σε ομάδες εκμάθησης τεχνικών υγιεινής που θα τον διευκολύνουν ως προς το παραπάνω σκοπό.	Εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης του ασθενούς σε ρούχα, νερό, καθρέπτη και συμμετοχή του στην ομάδα με σκοπό την εκμάθηση διάφορων τεχνικών περιποίησης.	Ο ασθενής λόγω της βοήθειας του προσωπικού και της συμμετοχής του στην ομάδα, παρουσιάζει σημάδια περιποίησης στην εξωτερική του εικόνα και μπορεί πλέον μόνος του να πλυθεί, να ξυριστεί και να ντυθεί.
Επιθετική συμπεριφορά λόγω των αντιληπτικών διαταραχών και της έλλειψης εμπιστοσύνης.	Άμεση αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενούς και δημιουργία ήρεμου - φιλικού περιβάλλοντος.	Να γίνει χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, να εξασφαλιστεί ήρεμο χωρίς πολλά ερεθίσματα περιβάλλον, ενώ χρειάζεται να συμμετέχει ο ασθενής σε διάφορες δραστηριότητες με σκοπό τη συναισθηματική του εκτόνωση.	Με ήρεμο πλησίασμα και χαμηλό τόνο φωνής, ο νοσηλευτής χορηγεί την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή (από στόματος, tabl. Akineton 1×1 το πρωί), τοποθετεί μόνο του τον ασθενή σε ένα δωμάτιο και μετά το πέρας της έντονης φάσης της επιθετικότητας, τον προτρέπει	Ο ασθενής με την βοήθεια της αντιπαρκινσονικής αγωγής, του ήρεμου – φιλικού κλίματος και των δραστηριοτήτων που πλέον καθημερινά παρακολουθεί, δεν παρουσιάζει σοβαρά επεισόδια επιθετικότητας, ενώ υπάρχουν ικανοποιητικά σημάδια βελτίωσης.

			να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες όπως π.χ. κηπουρική και ζωγραφική.	
Κοινωνική απομόνωση λόγω ανασφάλειας και φόβου.	Αντιμετώπιση της απομόνωσης του ασθενούς και εκμάθηση σε αυτόν τρόπων λειτουργικότερης επικοινωνίας.	Να γίνει ήρεμη συζήτηση με τον ασθενή, με σκοπό την παρότρυνση του να επικοινωνεί με τους άλλους ανθρώπους της κλινικής, και να συμμετέχει σε ασχολίες που προάγουν την κοινωνική του ανάπτυξη.	Ο ασθενής με τη παρότρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού, συμμετέχει ενεργά στις εργασίες της κλινικής που προάγουν τις κοινωνικές του δεξιότητες, συζητώντας καθημερινά με τους γύρω του για διάφορα θέματα που τον απασχολούν.	Ο ασθενής με τη βοήθεια των κοινωνικών δραστηριοτήτων της κλινικής, στις οποίες καθημερινά συμμετέχει, έχει κάνει σημαντικά βήματα ως προς την ανάπτυξη των κοινωνικών του επαφών και δεξιοτήτων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Ιστορικό ασθενούς

Ασθενής 40 ετών, άνεργος και άγαμος, εισήχθη ακούσια έπειτα από εντολή της Εισαγγελικής Αρχής στις 6-6-2016 μαζί με τη μητέρα του, στο ψυχιατρικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ‘‘ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ’’. Από πληροφορίες που ελήφθησαν από τη μητέρα του, ο ασθενής πάσχει από σχιζοφρενικά συμπτώματα εδώ και περίπου μια 10-ετία, με ιστορικό δύο προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών στο Ψυχιατρικό νοσοκομείο στο Δαφνί Αττικής. Την παρούσα στιγμή, ο άρρωστος έχει υποτροπιάσει λόγω διακοπής από εξαμήνου της φαρμακευτικής του αγωγής, την οποία ελάμβανε πλημμελώς βέβαια, τα τελευταία 3 χρόνια.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει κατά την εισαγωγή του είναι ακουστικές ψευδαισθήσεις, έντονο άγχος, παραληρητικές ιδέες κυρίως θρησκευτικού περιεχομένου, άρνηση λήψεως τροφής και υγρών λόγω φόβου δηλητηρίασεως, καθώς και κοινωνική απομόνωση. Ο ίδιος αρκετές φορές τονίζει ότι ακούει τον σατανά, αλλά και φωνές αγνώστων ανθρώπων, οι οποίες τον απειλούν με δηλητηρίαση. Έπειτα από εξέταση του υπεύθυνου ψυχιάτρου ο ασθενής θα νοσηλευτεί στη κλινική για θεραπεία και φροντίδα.

1^ο στάδιο	2^ο στάδιο	3^ο στάδιο	4^ο στάδιο	5^ο στάδιο
Αξιολόγηση ατόμου – αρρώστου. Ανάγκες προβλήματα. Νοσηλευτική διεργασία.	Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας.	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων – αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.
Ακουστικές ψευδαισθήσεις που έχουν σχέση με την υποτροπή της νόσου.	Απαλλαγή του ασθενούς από τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, ώστε να μπορεί να διακρίνει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις.	Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος, να χορηγηθεί αντιψυχωτική αγωγή και να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία, ώστε να μάθει να διακρίνει αποτελεσματικότερα ο ασθενής την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις.	Ήρεμη προσέγγιση του ασθενούς και χορήγηση από στόματος tabl. Aloperidin των 10 mg (10×3), καθυσύχαση του ότι δεν κινδυνεύει, και παραπομπή του για εφαρμογή ψυχοθεραπείας, με παράλληλη εξήγηση της σημασίας που έχει αυτή στην αντιμετώπιση των ψευδαισθήσεων.	Με την βοήθεια της αντιψυχωτικής αγωγής και της ψυχοθεραπείας, οι ψευδαισθήσεις έχουν μειωθεί και ο ίδιος ο ασθενής μπορεί πλέον και μόνος του να διακρίνει το παράλογο των ψευδαισθήσεών του.
Έντονο άγχος λόγω των παραληρητικών ιδεών και των ακουστικών ψευδαισθήσεων.	Άμεση αντιμετώπιση του άγχους και εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.	Να χορηγηθούν αγχολυτικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, να εξασφαλιστεί ένα ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον και να γίνει προσπάθεια προσέγγισης του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, με σκοπό ο άρρωστος να εκφράσει τις ανησυχίες και τους	Γίνεται χορήγηση στον ασθενή από στόματος tabl. Tavor των 2.5 mg (½ - ½ - 1), του εξασφαλίζεται ήσυχο δωμάτιο χωρίς πολλά ερεθίσματα, και μετά το πέρας του οξέος άγχους παραπέμπεται για ψυχοθεραπεία.	Χάρης στην αγχολυτική αγωγή, το ήρεμο περιβάλλον και τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, τα έντονα αγχωτικά συμπτώματα του ασθενούς έχουν υποχωρήσει μετά το πέρας 2 εβδομάδων.

		φόβους του.		
Παραληρητικές ιδέες που έχουν σχέση με την υποτροπή.	Απαλλαγή του ασθενούς από τις παραληρητικές ιδέες, ώστε να είναι σε θέση να διακρίνει την πραγματικότητα του εαυτού του και των γύρω του.	Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος, να χορηγηθεί αντιψυχωτική αγωγή και να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία, ώστε να μάθει να διακρίνει αποτελεσματικότερα την πραγματική από την παθολογική σκέψη.	Ο νοσηλευτής συζητά με τον ασθενή σε άνετο και φιλικό περιβάλλον και του χορηγεί από στόματος tabl. Risperdal των 4 mg (1mg ×3) σύμφωνα πάντα με την ιατρική οδηγία, ενώ τον ενθαρρύνει για συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.	Οι παραληρητικές ιδέες, με τη βοήθεια της αντιψυχωτικής αγωγής έχουν σταδιακά υποχωρήσει και ο ασθενής, έπειτα από σειρά ψυχοθεραπειών, μπορεί πλέον από μόνος να διακρίνει το παθολογικό αυτών των ιδεών σε σχέση με την πραγματικότητα.
Άρνηση λήψεως τροφής και υγρών λόγω έντονου φόβου δηλητηριάσεως.	Άμεση αντιμετώπιση των αιτιών φόβου - άρνησης του ασθενούς να λάβει τροφή και υγρά, ώστε να μπορεί να τραφεί και να πιεί κανονικά.	Να γίνει λήψη πληροφοριών από το Ν. προσωπικό για την εύρεση των λόγων που αρνείται ο ασθενής να λάβει τροφή και υγρά και να δοθεί οδηγία να μαγειρευτούν καλομαγειρεμένα φαγητά που θα είναι ελκυστικά στο μάτι.	Αντιμετώπιση των ιδεών που έχει ο ασθενής για δηλητηριασμένη τροφή με δοκιμή του φαγητού από τον νοσηλευτή μπροστά του, κανονισμός ενός καλού - σταθερού ωραρίου για την παρουσία του ασθενούς στην τραπέζα και παραπομπή σε ψυχοθεραπευτή.	Ο ασθενής λαμβάνει πλέον την απαραίτητη τροφή και νερό, χάρις στη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, της τήρησης σταθερού ωραρίου φαγητού στην τραπέζα και της ψυχοθεραπείας που παρακολουθεί.

<p>Κοινωνική απομόνωση λόγω αισθημάτων ενοχής και έλλειψης αυτοπεποίθησης.</p>	<p>Αντιμετώπιση της απομόνωσης του ασθενούς και ενίσχυση της αυτοπεποίθησής του.</p>	<p>Να γίνει παρότρυνση από το Ν. προσωπικό στον ασθενή να συμμετέχει στις κοινωνικές δραστηριότητες της κλινικής, και τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.</p>	<p>Ο ασθενής προσεγγίζεται από το Ν. προσωπικό με σκοπό να συμμετάσχει στις κοινωνικές δραστηριότητες της κλινικής, ενώ παράλληλα παροτρύνεται να παρακολουθεί τακτικά ψυχοθεραπεία.</p>	<p>Ο ασθενής με τη συμμετοχή του στις κοινωνικές δραστηριότητες της κλινικής και την παρακολούθηση ψυχοθεραπείας, έχει κάνει σημαντικά βήματα ως προς την ανάπτυξη των κοινωνικών του επαφών και δεξιοτήτων, περιορίζοντας την κοινωνική του απομόνωση.</p>
---	--	---	--	---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια, είναι μια πολύ σοβαρή ψυχική νόσος και αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Στις αναπτυγμένες κοινωνίες περίπου ένα άτομο στα εκατό θα νοσήσει με σχιζοφρένεια κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Γενετικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο, καθώς άνθρωποι που έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να έχουν παραπάνω πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο. Βέβαια, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες είναι σίγουρο ότι επηρεάζουν και αυτοί με τη σειρά τους την ανάπτυξη της ασθένειας.

Τα συμπτώματα εκδηλώνονται συνήθως στην πρώιμη ενήλικη ζωή, επηρεάζοντας γενικότερα πολλές πτυχές της ζωής των ασθενών. Η σχιζοφρένεια διαταράσσει την ικανότητα των ανθρώπων να σκέφτονται, να αντιλαμβάνονται, να αισθάνονται και να παίρνουν πρωτοβουλίες. Σε έρευνες που έχουν γίνει, έχει βρεθεί ότι παραπάνω από το 50% των ασθενών έχει δυστυχώς κακή έκβαση με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις, αλλά και απόπειρες αυτοκτονίας. Βέβαια, η νόσος δεν προκαλεί σε όλους τους ασθενείς την ίδια εκπτωτική πορεία, καθώς διάφοροι παράγοντες υπεισέρχονται στην πρόγνωση όπως η υποβολή σε ψυχοφαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή, το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική και επαγγελματική θέση, το οικογενειακό περιβάλλον αλλά και ο τύπος της πάθησης.

Η φορά στην εποχή μας είναι προς την κατεύθυνση της περίθαλψης των ασθενών με σχιζοφρένεια στην κοινότητα, μέσω κέντρων υγείας, νοσοκομείων ημέρας καθώς και ψυχιατρικών τμημάτων που βρίσκονται στο γενικό νοσοκομείο. Εκεί, μετά το πέρας της οξείας φάσης της νόσου, ένας αριθμός ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμος τόσο στην αποκατάσταση των ασθενών όσο και στην ενίσχυση της λειτουργικότητάς τους, κάτι που τους βοηθάει να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής όταν επιστρέψουν στην πρότερη τους καθημερινότητα. Αυτές οι παρεμβάσεις αφορούν όχι μόνο την εκπαίδευση του ασθενούς με σκοπό την ενίσχυση της κοινωνικότητάς, των γνωστικών ικανοτήτων και της επαγγελματικής του κατάρτισης, αλλά και την εκπαίδευση της οικογένειάς του, που έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει στην καλύτερη πρόγνωση της νόσου και στην πρόληψη των συνεχών υποτροπών.

Η έρευνα για την ανακάλυψη αποτελεσματικότερων και με λιγότερες παρενέργειες φαρμάκων πρέπει να είναι συνεχιζόμενη, αν και τα αντιψυχωσικά φάρμακα που υπάρχουν στην αγορά τα τελευταία 25 χρόνια είναι αρκετά αποτελεσματικά για τους περισσότερους ασθενείς, έχοντας παράλληλα και μειωμένες παρενέργειες, τουλάχιστον σε σχέση με τα παλαιότερης γενιάς αντιψυχωσικά. Επιπρόσθετα, επειδή η ακριβής αιτιολογία της νόσου είναι μέχρι τώρα άγνωστη, η επιστημονική έρευνα με στόχο την ανακάλυψη της αιτιολογίας της νόσου είναι απολύτως αναγκαία, καθώς με την ανακάλυψη της ακριβούς αιτιολογίας θα λυθεί πολύ από το μυστήριο που περικυκλώνει αυτή την ασθένεια. Η ανάπτυξη επίσης καινούργιων ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και η εφαρμογή αυτών, πρέπει να αποτελεί μόνιμο στόχο και σκοπό των ψυχοθεραπευτών - ψυχαναλυτών.

Όλοι ανεξαιρέτως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ασχολούνται με αυτούς τους ανθρώπους, πέρα από την παροχή φροντίδας, είναι αναγκαίο να καταπολεμούν και το στίγμα που βιώνουν σε καθημερινή βάση οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς, και που αποτελεί τροχοπέδη στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Δεν πρέπει να λησμονιέται ότι πολλές φορές και οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διακατέχονται από προλήψεις όσον αφορά τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και πρέπει και οι ίδιοι να προσπαθούν να ελευθερωθούν από αυτές τις δεισιδαιμονίες, που σίγουρα θα δυσχεραίνουν την ποιότητα του έργου που προσπαθούν να προσφέρουν.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με άτομα που υποφέρουν από ψυχώσεις, χρειάζεται μέσα από την συσσωρευμένη εμπειρία παροχής φροντίδας να αναλύει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται, το αν αυτή πετυχαίνει τους σκοπούς και τους στόχους της, καθώς και τα προβλήματα που σίγουρα προκύπτουν κατά την εφαρμογή της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο πετυχαίνεται αφενός η συνεχής βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς και αφετέρου αυξάνεται η υπευθυνότητα και το αίσθημα συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.

Καταλήγοντας, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας του καιρού μας είναι αναγκαίο συνεχώς να επιμορφώνονται σχετικά με μεθόδους καλύτερης επικοινωνίας με τους ψυχωτικούς ασθενείς, αλλά και να κατέχουν γνώσεις γύρω από την ψυχική υγεία και ασθένεια. Αξίζει να σημειωθεί, πως η ελπίδα του νοσηλευτή όσον αφορά την έκβαση της σχιζοφρένειας ενός ασθενή, αυξάνει τις πιθανότητες ίασης του ασθενούς και την καλύτερη συνεργασία μεταξύ ασθενούς – νοσηλευτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bennet Paul, *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*, Εκδόσεις Πεδίο, 2^η έκδοση, Αθήνα, 2010.
- Black Donald, Andreasen Nancy, *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, 5^η έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2011.
- Castle David, M.s. Tran Nga, *Πληροφορίες ψυχιατρικών φαρμάκων – οδηγός για ασθενείς και φροντιστές*, Τμήμα ψυχικής υγείας St. Vincent's, Μελβούρνη Φεβρουάριος 2008.
- Coler Marga S., Vincent Karen G., *Ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2001.
- Dewit Susan C., *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική – έννοιες και πρακτική*, Τόμος 2, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.
- Gabbard Glen O., *Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη*, 3^η έκδοση, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2006.
- Gelder Michael C., Lopez-Ibor Juan J., Andreasen Nancy, *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Τόμος 1, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007.
- Hannigan Ben, Coffey Mickael, *Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010.
- Hogan Mary, *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας - Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις*, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2012.
- Kaplan Harold & Sadock A.Virginia & Sadock J. Benjamin, *Ψυχιατρική*, Τόμος Β, 7^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000.
- Kneisl R. C., Wilson S.H., Trigoboff E., *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2004.
- Kring A. M., Davison G. C., Neale I. M., Johnson S. L., *Ψυχοπαθολογία*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2000.
- Linda Eby, Brown Nancy, *Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία*, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, 2η έκδοση, Αθήνα, 2010.
- Nies Mary A., McEwen Melanie, *Κοινωνική Νοσηλευτική – Νοσηλευτική δημόσιας υγείας – Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών*, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα, 2013.

- O' Brien Patricia G., Kennedy Winifred Z., Ballard Karen A., *Psychiatric Mental Health Nursing – An introduction to theory and practice*, Jones and Bartlett Editions, Canada, 2008.
- Stuart Gail W., *Principles and practice of Psychiatric Nursing*, 10th Edition, El selvier Health Books Editions, Missouri - America, 2013.
- Townsend Mary C., *Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in Evidence based practice*, 8th Edition, F.A. Davis Company Editions, Philadelphia, 2015.
- Αγγελόπουλος Νικηφόρος Β., *Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία – Μια σύγχρονη ψυχιατρική*, Τόμος Β, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2009.
- Βιδάλης Αθανάσιος και Συνεργάτες, *Θέματα ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο*, Σύγχρονες Εκδόσεις, Αθήνα, 2001.
- Γιαννοπούλου Χ. Αθηνά, *Ψυχιατρική νοσηλευτική*, Εκδόσεις Ταβιθά, 4^η έκδοση, Αθήνα, 2000.
- Καλαντζή – Αζίζι Αναστασία, *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Γ Έκδοση, Αθήνα, 1990.
- Κονταξάκης Βασίλης, Χαβάκη - Κονταξάκη Μπεάτα, Χριστοδούλου Γιώργος, *Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή*, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2005.
- Κυζιρίδης Χ. Θεοχάρης – Ειδικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας – Ιατρός, Ειδικό άρθρο: *Βασικές Αρχές χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων και το πρόβλημα της συμμόρφωσης των ασθενών*, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9^{ος}, Τεύχος 2^ο, Απρίλιος – Ιούνιος Θεσσαλονίκη, 2010.
- Μαδιανός Μιχάλης Γ., *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2005.
- Μάνου Νίκου, *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 1997.
- Οικονόμου Φ., *Εγχειρίδιον της Ψυχιατρικής για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992.
- Οικονόμου Μαρίνα – Επίκουρη καθηγήτρια ψυχιατρικής, *Μύθοι και αλήθειες για τη σχιζοφρένεια*, 28 Ιουνίου, 2010.

- Παπαδημητρίου Γ. Ν., Λιάππας Ι. Α., Λύκουρας Ε., *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2013.
- Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Αλεξάνδρα, *Κοινωνική – Κοινοτική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2005.
- Ραγιά Αφροδίτη, *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας – Ψυχιατρική νοσηλευτική*, Εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., 7^η έκδοση, Αθήνα, 2009.
- Σαπουντζή - Κρέπια Δέσποινα, *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα – Μια ολιστική προσέγγιση*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1998.
- Σικελιανού Δέσποινα, *Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2010.
- Σολδάτος Κ., Λυκούρας Λ., *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Τόμος 1, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2006.
- Χαρτοκόλλης Πέτρος, *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, 2^η έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Πάτρα, 1991.
- Χριστοδούλου Γ. Ν. και Συνεργάτες, *Ψυχιατρική*, Τόμος 1, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2000.
- Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Δ., Οικονόμου Μ.Π., *Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα – Το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας*, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2005.

