



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

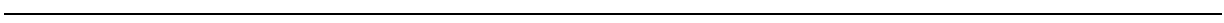
**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΒΑΣΙΛΙΚΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ – ΓΕΩΡΓΙΑ



ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΤΡΑ 2017



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	6
Περίληψη.....	7
Λέξεις κλειδιά.....	7
Εισαγωγή.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	
1. Ορισμός.....	9
1.1. Αιτίες.....	8
1.1.1. Περιγεννητικές επιπλοκές.....	9
1.1.2. Ιώσεις κατά την κύηση.....	9
1.1.3. Γενετικοί παράγοντες.....	10
1.1.4. Νευροπαθολογικές διαταραχές.....	10
1.1.5. Νευροχημικές ανωμαλίες.....	10
1.1.6. Ψυχολογικές και περιβαλλοντικές διαδικασίες.....	10
Αναπτυξιακές θεωρίες.....	10
Οικογενειακές θεωρίες.....	11
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	11
Το μοντέλο της επιρρέπειας στο στρες.....	11
1.1.7. Η επιβάρυνση της οικογένειας.....	11
1.1.8. Ψυχοπαιστικά γεγονότα στη σχιζοφρένεια.....	12
1.2. Χαρακτηριστικά συμπτώματα.....	12
1.2.1. Σκέψη.....	12
1.2.2. Αντίληψη.....	12
1.2.3. Συναίσθημα.....	13
1.2.4. Αίσθηση του εαυτού.....	13
1.2.5. Βούληση.....	13
1.2.6. Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέση με τον εξωτερικό κόσμο.....	13

1.2.7. Ψυχοκινητικότητα.....	14
1.2.8. Συνοδά συμπτώματα και σημεία – συνοδές διαταραχές.....	14
1.3. Τύποι Σχιζοφρένειας.....	14
1.3.1. Κατατονικός τύπος.....	15
1.3.3. Αποδιοργανωμένος τύπος.....	15
1.3.2. Παρανοϊκός τύπος.....	15
1.3.4. Αδιαφοροποίητος τύπος.....	17
1.3.5. Υπολειμματικός ή υπολειπόμενος τύπος.....	17
1.3.6. Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη.....	18
1.3.7. Απλή σχιζοφρένεια.....	18
1. 4. Διάγνωση.....	19
1.4.1 Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V).....	19
Σχιζοφρένεια.....	20
Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.....	21
Βραχεία ψυχωτική διαταραχή.....	22
1.5. Πορεία και πρόγνωση της σχιζοφρένειας.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1. Θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.....	24
2.2. Θεραπεία με χρήση φαρμάκων.....	24
Τυπικά αντιψυχωτικά.....	25
Άτυπα αντιψυχωτικά.....	27
Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	28
2.3. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.....	28
Θεραπεία περιβάλλοντος.....	29
Ψυχοθεραπεία.....	29
Εκπαιδύοντας οικογένειες στις οποίες υπάρχει κάποιο μέλος με σχιζοφρένεια..	30
2.4. Νοσηλεία στο Νοσοκομείο –Ψυχιατρείο.....	30
Η αρχική εξέταση.....	30
Επισκεπτήριο.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1. Νοσηλευτική διεργασία.....	33
3.2. Τι πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής για την αντιμετώπιση του πρώτου οξέος ψυχωσικού επεισοδίου.....	34
3.3. Τι πρέπει να προσέξει ο νοσηλευτής κατά την διάρκεια της διάγνωσης ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου.....	34
Ενσυναίσθηση.....	35
Ερωτήσεις με σκοπό τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.....	36
3.4. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου.....	36
3.5. Νοσηλευτής και Αντιψυχωσική Φαρμακευτική Αγωγή.....	37
3.5.1. Αρμοδιότητες Νοσηλευτή πριν την λήψη φαρμάκων.....	37
3.5.2. Αρμοδιότητες νοσηλευτή κατά την περίοδο λήψης φαρμάκων.....	38
3.5.3 Νοσηλευτής και ενημέρωση – διδασκαλία του αρρώστου για την Φαρμακευτική αγωγή.....	38
3.5.4. Ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών-νοσηλευτικές παρεμβάσεις και εκπαίδευση ασθενούς.....	39
3.5.5 Αρμοδιότητες νοσηλευτή κατά την λήξη φαρμάκων.....	40
3.6. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στις χρόνιες καταστάσεις σχιζοφρένειας.....	41
3.6.1 Παράγοντες ιδρυματοποίησης.....	41
Ψυχιατρική μεταρρύθμιση.....	42
3.6.2. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.....	45
3.7. Ποιότητα ζωής και σχιζοφρένεια.....	46
3.8. Παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της υγείας και την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV. ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

4.1. Σχιζοφρένεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός.....	54
4.2 Επιπτώσεις του στίγματος.....	55
4.3. Περιορισμός στίγματος.....	55
4.3.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στον περιορισμό του στίγματος.....	57

4.3.2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην πρόληψη του στίγματος και των ψυχικών διαταραχών.....	59
4.4 Νομικά και Ηθικά Δικαιώματα των Ψυχικά Πασχόντων.....	60
4.5. Το πρόγραμμα της ΠΨΕ κατά του στίγματος.....	62
4.6 Πρόγραμμα Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.).....	63
4.7 Ευρήματα Ερευνών και Προοπτικές.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

5.1. Νοσηλευτική φροντίδα.....	66
Α΄ μελέτη περιστατικού.....	68
Β΄ μελέτη περιστατικού.....	73
Συμπεράσματα.....	81
Προτάσεις.....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μία από τις ψυχωτικές διαταραχές που συγκεντρώνει τεράστιο ερευνητικό ενδιαφέρον είναι η σχιζοφρένεια. Αποτελεί σύγχρονη μάστιγα, καθότι διαταράσσει όλες τις πτυχές της προσωπικότητας του ατόμου επηρεάζοντας τόσο το ίδιο όσο και το περιβάλλον στο οποίο ζει. Η χρόνια αυτή νόσος προσβάλλει 1 στα 100 άτομα του γενικού πληθυσμού. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση απέδειξε ότι η ψυχοεκπαίδευση των ατόμων με σχιζοφρένεια ενδυναμώνει την αυτοαξία τους, επιτυγχάνει το καλύτερο επίπεδο απόδοσής τους και διευκολύνει την παραμονή τους στην κοινότητα.

Έτσι αναπτύχθηκε ένα δίκτυο υπηρεσιών υγείας στην Κοινότητα που αποσκοπεί όχι μόνο να κρατήσει τον ψυχικά άρρωστο και ειδικά τα άτομα με σχιζοφρένεια, μακριά από την ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου, αλλά και να έχει έναν ψυχικά πάσχοντα ικανοποιημένο, ο οποίος θα ζει αρμονικά στην κοινότητα και έναν κοινωνικό περίγυρο να αλληλεπιδρά θετικά μαζί του και να μην τον στιγματίζει τοποθετώντας τον στο περιθώριο.

Ο ρόλος του σύγχρονου Νοσηλευτή ενισχύεται στην Κοινότητα αφού η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση τον τοποθετεί στη διεπιστημονική ομάδα να φροντίζει τον άρρωστο ώστε να αποκτήσει δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων, αυτοδυναμία, αυτοπεποίθηση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ο Νοσηλευτής συμμετέχει σε κρατικά και ιδιωτικά προγράμματα στην κοινότητα προκειμένου να περιορίσει το στιγματισμό του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια. Προτρέπει τον άρρωστο και την οικογένειά του να συμμετέχουν σε ομάδες και συλλόγους ώστε με την αλληλεπίδραση με ομαλούς αποδεκτούς τρόπους, να επικοινωνούν τα προβλήματά τους και έτσι θα κερδίσουν συμπαράστατες στον αγώνα για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Το δικαίωμα στην υγεία, στην εργασία, στην κατοικία, στη μόρφωση, στη συμμετοχή στα κοινά είναι και δικαίωμα των ατόμων που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές και υποχρέωση, ειδικά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να τα υπερασπίζονται και του κράτους να τα κατοχυρώνει.

Σε αυτό το σημείο, θέλω να ευχαριστήσω πολύ την καθηγήτριά μου, κα Παναγιώτα Αποστολοπούλου για την ουσιαστική και διαρκή βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με στόχο να αναλύσει τον ρόλο των Νοσηλευτών στη διαχείριση ασθενών με σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια είναι περίπλοκη νόσος από την οποία πάσχουν εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο και που ακόμα δεν έχει αποκωδικοποιηθεί. Αναλόγως με το στάδιο και τον τύπο της ασθένειας, είναι αναγκαίος ο διαφορετικός τρόπος προσέγγισης και παροχής φροντίδας και αυτό συνεπάγεται διαφορετικά νοσηλευτικά καθήκοντα. Ακόμη, αναλύονται τα ζητήματα του κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού των ασθενών με σχιζοφρένεια καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή και της οικογένειάς τους ως συμπαραστάτες. Ο Νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια του ασθενή να αποκτήσει ποιότητα ζωής, τον καθοδηγεί, τον συμπαραστέκεται, τον διευκολύνει με διαδικασίες και του απαλύνει τυχόν ανεπιθύμητα συναισθήματα που ενδέχεται να προκύψουν. Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό να τονίσει την σπουδαιότητα της παραμονής και συμμετοχής του ασθενή στην κοινότητα στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Σχιζοφρένεια, Κοινωνικός αποκλεισμός, Στίγμα.

ABSTRACT

This thesis studies the contribution of the nurses who work on the sector of mental health concerning schizophrenic patients. Schizophrenia is both complex and serious disorder; there are many patients who suffer worldwide; moreover, the disorder has not been decoded yet. Treatment differs from one stage of the disorder to another; hospitalization is varied as well according to the different types of disorder· thus various nursery duties are needed. Moreover, in this thesis we analyse the problems of social exclusion and stigma the patients face. We also study the ways of support a nurse may offer to the patients and their family. The nurse participates to the patients' efforts to obtain a life of quality; he guides, helps, encourages the patient so as to overcome the disorder as well as the consequences of stigma. We aim to mention how important is for the patient to be a part of the community so as to overcome every possible obstacle the disorder brings.

KEY WORDS: Schizophrenia, Social exclusion, Stigma.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία αποτελεί πολυδιάστατο φαινόμενο, με ποικίλες παραμέτρους. Η ψυχική υγεία του ατόμου εξαρτάται από την ικανότητά του να ικανοποιεί το σύνολο των αναγκών του καθώς επίσης και να βιώνει το παρόν. Ένα ψυχικά υγιές και ισορροπημένο άτομο, έχει πραγματική αντίληψη του περιβάλλοντός του όπως επίσης και του εαυτού του. Επομένως, είναι ικανό να ολοκληρώσει τους στόχους που θέτει στη ζωή. Αυτό συνήθως δεν ισχύει για τα άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια. Η ψυχική ασθένεια, αφορά το σύνολο της προσωπικότητας του ατόμου και επηρεάζει την προσωπική και κοινωνική του ζωή.

Η σχιζοφρένεια, εμποδίζει το άτομο να λειτουργεί και να αλληλεπιδρά με το κοινωνικό του περιβάλλον. Αυτή η δυσλειτουργία είναι εμφανής στην κοινωνία η οποία τα στιγματίζει και τα περιθωριοποιεί με αποτέλεσμα να βιώνουν απόρριψη, απαξίωση, απομόνωση και οδηγούνται εύκολα στην υποτροπή της νόσου, ακόμα και στην αυτοκτονία. Στην εργασία αυτή θα παρουσιαστούν α) τα συμπτώματα και τα γενικά χαρακτηριστικά αυτής της νόσου, β) οι βασικοί ρόλοι του Νοσηλευτή στην υποστήριξη σε όλες τις παραμέτρους της ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του, τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και εκτός νοσοκομείου και γ) οι νοσηλευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις για τον περιορισμό του στίγματος.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση συνέβαλλε στη θέσπιση νόμων σε παγκόσμιο επίπεδο για την κατοχύρωση των βασικών δικαιωμάτων των ψυχιατρικών ασθενών στη ζωή, την υγεία, την εργασία, την κατοικία, την περίθαλψη και τη δημιουργία ενός τεράστιου δικτύου υποστήριξης και υλοποίησης αυτών των αγαθών. Ένας μεγάλος αριθμός επαγγελματιών, όπως νοσηλευτές, ιατροί, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, γυμναστές κ.λπ. που ασχολούνται με την ψυχική υγεία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε δομές στην κοινότητα σε στενό κλίμα συνεργασίας προς όφελος του ασθενή. Βασικός σκοπός δεν είναι μόνο η θεραπεία των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και η ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία. Ειδικά ο Νοσηλευτής φροντίζει, στηρίζει και εκπαιδεύει τον άρρωστο να αποκτήσει δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων και να τις διατηρήσει ακόμα και σε δύσκολες για τον ίδιο συνθήκες. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η προσβασιμότητα και η διαθεσιμότητα όλων των προβλεπόμενων παροχών στον ασθενή με σχιζοφρένεια, σε όλα τα στάδια και επίπεδα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Με την εξέλιξη των τεχνολογιών της Πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών η επικοινωνία και η πληροφόρηση γίνεται άμεσα. Μέσω του διαδικτύου κάθε άνθρωπος μπορεί να λάβει πληροφορίες, να επικοινωνήσει ατομικά, με ομάδες, συλλόγους και με διαδικτυακούς τόπους παροχής άμεσης βοήθειας ή τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης.

Ο Νοσηλευτής συμβάλει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών με τη συμμετοχή του σε κοινοτικά προγράμματα που απευθύνονται κυρίως στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, για τον εντοπισμό ατόμων με παράγοντες εμφάνισης της νόσου προκειμένου να γίνουν παρεμβάσεις έγκαιρα. Επίσης συμμετέχει σε ενημερωτικά σεμινάρια προς τους πολίτες της κοινότητας σχετικά με τις ψυχιατρικές διαταραχές και ιδιαίτερα τη σχιζοφρένεια. Σκοπός της ενημέρωσης είναι να εξοικειωθεί ο κόσμος με τα συμπτώματα ώστε να τα αναγνωρίζει, να διώξει τους φόβους του σχετικά με την ψυχική νόσο και να βοηθά τον άρρωστο, όχι να τον απορρίπτει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1. Ορισμός

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ψυχωτική ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαστρεβλώσεις της σκέψης και της αντίληψης, επιπέδωση του συναισθήματος και αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς. Η πιο σημαντική ψυχοπαθολογία περιλαμβάνει παραποίηση της πραγματικότητας με την παρουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων, χάλαση συνειρμών που οδηγούν σε διαταραχή του λόγου, διαταραχή της διάθεσης με παρουσία αμφιθυμίας, απροσφορότητας ή μειωμένης συναισθηματικής ανταπόκρισης, διαταραχή της συμπεριφοράς με απόσυρση ή παράδοση δραστηριότητα. Τα συμπτώματα διακρίνονται σε **θετικά** (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση συμπεριφοράς) και σε **αρνητικά** (επίπεδο συναίσθημα, αλογία, αβουλησία, ανηδονία). Αν και η νοητική ικανότητα παραμένει φυσιολογική, στην πορεία μπορεί να εμφανιστούν γνωστικά ελλείματα. Η πορεία της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι χρόνια ή επεισοδιακή με προοδευτικά ή σταθερά κενά ή πιθανή παρουσία μοναδικού ή πολλών επεισοδίων με πλήρη ή ατελή ύφεση (Kaplan & Sandock's 2012).

1.1. Αιτίες

Η ψυχική αυτή νόσος έχει αποτελέσει το αντικείμενο μακροχρόνιων ερευνών προκειμένου να εξακριβωθούν τα αίτια που την προκαλούν. Έως σήμερα, έχουν ενοχοποιηθεί περιγεννητικές επιπλοκές, ιώσεις κατά την κύηση, νευροπαθολογικές διαταραχές, νευροχημικές αλλοιώσεις, γενετικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Garrabé, 2011).

1.1.1. Περιγεννητικές επιπλοκές

Υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ του ιστορικού των αρρώστων με σχιζοφρένεια ως νεογνών τα οποία είχαν χαμηλό βάρος σώματος ή γεννήθηκαν πρόωρα.

1.1.2. Ιώσεις κατά την κύηση

Η περίπτωση της επιδημίας γρίπης κατά την κύηση έχει συνδεθεί με την νόσο. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αύξηση των περιπτώσεων σχιζοφρένειας σε άτομα που γεννήθηκαν τους μήνες Ιανουάριο, Φεβρουάριο, Μάρτιο. Επομένως, ενδέχεται να υπήρχε

κάποια επιδημία γρίπης κατά το δεύτερο τρίμηνο του έτους πριν την γέννηση. Έχουν βρεθεί επίσης αντικά αντισώματα στο ENY σε ορισμένους ασθενείς(Garrabe, 2011).

1.1.3. Γενετικοί παράγοντες

Ενδεχομένως, οι γενετικοί παράγοντες να είναι υπεύθυνοι για τη νόσο, ωστόσο δεν έχει εξακριβωθεί μεμονωμένο γενετικό στοιχείο. Πιθανότατα, πολλαπλά γονίδια είναι υπεύθυνα για την συγκεκριμένη διαταραχή (Γάνου, 2015). Οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί στα γονίδια 6,13,18 και 22. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου, εάν η διαταραχή υπάρχει στην οικογένεια είναι ο εξής:

- Ένας σχιζοφρενικός γονέας : 12% με 15%
- 2 σχιζοφρενικοί γονείς : 35% με 39%
- Μεταξύ των αδελφιών : 8% με 10%
- Διζυγωτικά δίδυμα : 15% Μονοζυγωτικά δίδυμα : 50%.

Τα ποσοστά αυτά μεταβάλλονται όταν συμμετέχουν περιβαλλοντικοί ή άλλοι κληρονομικοί παράγοντες(Παπαδημητρίου και συν, 2013).

1.1.4. Νευροπαθολογικές διαταραχές

Η εξέταση του εγκεφάλου με απεικονίσεις αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας έχει δείξει με σαφήνεια ότι ο εγκέφαλος των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχει δομικές ανωμαλίες. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι τα συμπτώματά της προκαλούνται από ανωμαλίες στη μεταβίβαση και επεξεργασία πληροφοριών στον εγκέφαλο. Τα νευρικά κύτταρα, ως υπεύθυνοι της διαχείρισης πληροφοριών στον εγκέφαλο, επικοινωνούν μεταξύ τους εκλύοντας χημικές ουσίες από τις νευρικές τους απολήξεις. Αυτές οι χημικές ουσίες ονομάζονται νευροδιαβιβαστές. Πολλά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν συσχετισθεί με ανώμαλη δραστηριότητα συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών και των υποδοχέων τους(Garrabé, 2011).

Ντοπαμίνη. Αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στο μεταιχμιακό σύστημα ενοχοποιείται για την εμφάνιση των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, ενώ η μειωμένη δραστηριότητα αυτής στο μετωπιαίο λοβό για τα αρνητικά συμπτώματα. Ο ρόλος των πέντε ντοπαμινεργικών υποδοχέων(D₁ έως D₅) που έχουν ταυτοποιηθεί, μελετώνται περαιτέρω στην επίδραση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.

Νορεπινεφρίνη. Όταν τα επίπεδα νορεπινεφρίνης είναι αυξημένα στη σχιζοφρένεια, τότε υπάρχει αυξημένη ευαισθητοποίηση στα εισερχόμενα αισθητηριακά ερεθίσματα.

Γ-αμινοβουτυρικό οξύ(GABA). Όταν μειώνεται η δραστηριότητα του GABA, τότε αυξάνεται η δραστηριότητα της ντοπαμίνης.

Σεροτονίνη. Σε χρόνιους σχιζοφρενείς έχει αναφερθεί μειωμένη αλλά και αυξημένη δραστηριότητα της σεροτονίνης. Ο ανταγωνισμός έναντι του σεροτονινεργικού υποδοχέα 5-HT₂ μειώνει τα ψυχωτικά συμπτώματα και αποτρέπει τις σχετικές με τον ανταγωνισμό του D₂ υποδοχέα κινητικές διαταραχές. Η δραστηριότητα της σεροτονίνης ενοχοποιείται για την αυτοκτονική και παρορμητική συμπεριφορά των σχιζοφρενών.

Γλουταμινικό. Η υπολειτουργία του γλουταμινικού τύπου NMDA(N-μεθυλο-D-ασπαρτικό) θεωρείται ότι έχει συμμετοχή στην εμφάνιση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.

Η παθολογική δραστηριότητα των νευρώνων κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη ενισχύει τις νευροαναπτυξιακές θεωρίες, ότι οδηγεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατά την εφηβεία(Karlan & Sandock's 2012).

1.1.5. Νευροχημικές ανωμαλίες

Η υπόθεση ότι νευροχημικές ανωμαλίες εμπλέκονται στη σχιζοφρένεια έχει μακρά ιστορία. Η ντοπαμίνη αυξάνει την ευαισθησία των εγκεφαλικών κυττάρων στα διάφορα ερεθίσματα και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την αύξηση της εγρήγορσης του ατόμου σε περιόδους στρες και κινδύνου (Garrabé, 2011). Υπάρχει το ενδεχόμενο η προσθήκη της ντοπαμίνης σε ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια, να το οδηγήσει στην ψύχωση (Γάνου, 2015).

1.1.6. Ψυχολογικές και περιβαλλοντικές διαδικασίες

Αναπτυξιακές θεωρίες

Σύμφωνα με το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο η έλλειψη στοργής και φροντίδας στα πρώτα χρόνια της ζωής οδηγεί στην έλλειψη της ταυτότητας του ατόμου, την παρερμηνεία της πραγματικότητας και την απόσυρση. Και αποτελούν στοιχεία για να κατανοήσουμε την αιτία, την πορεία και την πρόγνωση των ψυχιατρικών διαταραχών και ειδικά της σχιζοφρένειας (Κόλλιας και συν. 2010).

Οικογενειακές θεωρίες

Οι θεωρίες που σχετίζονται με τον ρόλο της οικογένειας στην εμφάνιση της νόσου, δεν έχουν εξακριβωθεί. Σε οικογένειες με ισχυρά εκφραζόμενο συναίσθημα, παρουσιάζονται μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπών. Οι οικογένειες αυτές μπορεί να χαρακτηριστούν ως υπερπροστατευτικές, εχθρικές και κριτικές. Σε οικογένειες στις οποίες επικρατεί ένταση οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπής συγκριτικά με τους ασθενείς που ζουν σε ήρεμο οικογενειακό περιβάλλον. Όταν η ένταση τροποποιείται στην οικογένεια, τότε μειώνονται και τα αντίστοιχα ποσοστά των υποτροπών της νόσου(Κόλλιας και συν. 2010).

Τα παραπάνω είναι υποθέσεις μη εξακριβωμένες, εντούτοις έχουν περιγραφεί τα ακόλουθα χαρακτηριστικά προβλήματα που παρατηρούνται στις οικογένειες των οποίων ένα μέλος παρουσιάζει την νόσο(Σολδάτος και Λύκουρας 2010):

-
- Έλλειψη κατανόησης της φύσης της ασθένειας και των συνεπειών στη ζωή και την λειτουργικότητα του ατόμου.
 - Έλλειψη δεξιοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των χρόνιων και οξέων συμπτωμάτων σχιζοφρένειας.
 - Δυσκολίες έκφρασης των συναισθημάτων από την πλευρά του ασθενούς.
 - Δυσκολία στην μείωση της έντασης μέσα στην οικογένεια με το πάσχον μέλος.
 - Δυσκολίες επίλυσης προβλημάτων.
 - Διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία.
 - Βιώματα στιγματισμού και περιορισμός των κοινωνικών επαφών εκτός οικογενειακού κύκλου.

Η καταγραφή των χαρακτηριστικών αυτών και η κατανόησή τους αποτελούν την βάση για την οργάνωση της ψυχοεκπαιδευτικής διεργασίας με τις οικογένειες αυτές.

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Έρευνες έχουν αποδείξει την σύνδεση μεταξύ σχιζοφρένειας και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Το μοντέλο της επιρρέπειας στο στρες

Ένα μοντέλο που έχει προταθεί δείχνει ότι άτομα με σχιζοφρένεια έχουν μια γενετική, βιολογική επιρρέπεια στην νόσο. Αυτή η επιρρέπεια, όταν συνοδεύεται από έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες της ζωής, τότε μπορεί να παράγει συμπτώματα της νόσου στο άτομο (Ραμπαβίλας και Χριστοδούλου, 2003).

1.1.7. Η επιβάρυνση της οικογένειας

Οι οικογένειες που έχουν ένα χρόνια ψυχικά άρρωστο μέλος έχει παρατηρηθεί ότι επιβαρύνονται ως προς στις συνήθειες, στις συναλλαγές, στην επικοινωνία και την οικιακή τους οικονομία. Επιβάρυνση θεωρούμε τα προβλήματα, τις δυσκολίες ή τα ανεπιθύμητα γεγονότα που συμβαίνουν σε μέλη της οικογένειας του ασθενούς ή σε τρίτο άτομο που συγκατοικεί με αυτόν.

Η επιβάρυνση είναι υποκειμενική ως προς το πώς την βιώνουν τα μέλη της οικογένειας ή αντικειμενική ως προς την γνώμη κάποιου τρίτου ατόμου που την αξιολογεί. Η επιβάρυνση αυτή συνήθως επικεντρώνεται στην σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας, στην οικονομική κατάστασή της, στην ανάπτυξη των παιδιών, εφόσον υπάρχουν (Μαδιανός, 2006).

1.1.8. Ψυχοπιεστικά γεγονότα στη σχιζοφρένεια

Η διαμονή των χρόνια σχιζοφρενικών ασθενών χωρίς υποτροπές στην κοινότητα έχει αποδειχθεί, ότι επηρεάζεται από τα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής. Την ικανότητα αντιμετώπισης του στρες επηρεάζει η ιδιοσυγκρασία, η ευαλωτότητα καθώς και η αντοχή του ατόμου (Μαδιανός 2006).

Εάν τα ψυχοπαιστικά γεγονότα έχουν προσθετική δράση, τότε το στρες που συσσωρεύεται επιδρά έντονα στην αύξηση της ευαλωτότητας του αρρώστου με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει. Επίσης η ίδια η οικογένεια βιώνει ψυχοπαιστική κατάσταση ή επιβάρυνση από τη συνύπαρξη με το ψυχωτικό της μέλος(Κόλλιας και συν. 2010).

1.2.Χαρακτηριστικά συμπτώματα

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πληθώρα ψυχικών λειτουργιών. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχές της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της μνήμης/προσοχής, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και της σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο(Μαδιανός 2006).

1.2.1. Σκέψη

Διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης με τη μορφή παραληρητικών ιδεών ή παραληρήματος είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης. Συχνές είναι οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους ή υποκλοπής της σκέψης, ιδέες θρησκευτικού, ζηλοτυπικού ή ερωτικού περιεχομένου, συσχέτισης, ενώ οι ιδέες μεγαλείου εμφανίζονται λιγότερο συχνά. Φαινόμενο που απαντάται συχνά είναι η διαταραχή του ειρμού της σκέψης. Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει σε ορισμένες περιπτώσεις μέχρι την ασυναρτησία. Άλλες διαταραχές που παρατηρούνται με την ομιλία είναι το φτωχό περιεχόμενο του λόγου, οι νεολεξίες, η εμμονή, η άκαμπτη σκέψη, οι ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή του λόγου (Σολδάτος και Λύκουρας 2010).

1.2.2. Αντίληψη

Χαρακτηριστικότερες διαταραχές αντίληψης αποτελούν οι ψευδαισθήσεις, ιδίως οι ακουστικές. Αυτές μπορεί να είναι ήχοι, ή φωνές που ακούει ο ασθενής, οι οποίες μιλούν «μέσα στο κεφάλι του» ή είναι εξωτερικές και άλλοτε τον σχολιάζουν, άλλοτε εφόσον είναι περισσότερες από μια, συζητούν και του δίνουν εντολές. Οι τελευταίες είναι πολύ επικίνδυνες γιατί υπάρχει το ενδεχόμενο να τον κατευθύνουν βλαπτικά, κάνοντας κακό στον εαυτό του ή στους γύρω του (Kaplan & Sandock's 2012).

Στην περίπτωση που οι φωνές υποδηλώνουν ψυχική νόσο θα πρέπει να είναι παρούσες για πολλές μέρες ή βδομάδες, ή διαρκώς για μεγάλα διαστήματα. Οπτικές, απτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις συμβαίνουν συχνά στην σχιζοφρένεια. Επίσης, είναι συχνή μια γενική υπερευαισθησία στον ήχο, στο φως και τις οσμές(Kaplan & Sandock's 2012).

1.2.3. Συναίσθημα

Στη σχιζοφρένεια, συχνά παρατηρούμε αμβλύ ή και απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή του συναίσθηματος, δεν προσδιορίζεται επακριβώς, επομένως δεν μπορεί πάντοτε να χρησιμοποιηθεί ως έγκυρο διαγνωστικό στοιχείο.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν περαιτέρω επιπέδωση του συναίσθηματος που μπερδεύει ακόμη περισσότερο τη διαγνωστική αξιολόγηση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στον παρανοϊκό τύπο της σχιζοφρένειας, είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναίσθηματος (Kaplan & Sandock's 2007).

1.2.4. Αίσθηση του εαυτού

Η αίσθηση του εαυτού η οποία στα φυσιολογικά άτομα δίνει το αίσθημα της ατομικότητας, της μοναδικότητας και της αυτοκατεύθυνσης, στην περίπτωση των ασθενών με σχιζοφρένεια συχνά διαταράσσεται. Έτσι, βρίσκει έδρα η απώλεια των ορίων του *εγώ* και εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας και παραληρητικές ιδέες (Eby & Brown, 2010).

1.2.5. Βούληση

Στην περίπτωση των ασθενών με σχιζοφρένεια βλάπτεται σε σημαντικό βαθμό η αυτόνομη, πρωτοβουλιακή δραστηριότητα. Αυτό έχει ως συνέπεια την οκνηρία, τις αργές κινήσεις, την έλλειψη ικανότητας για εργασία ή για οποιαδήποτε παραγωγική λειτουργία.

Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι την λογική τους κατάληξη. Διαταραχή της βούλησης αποτελεί και η αμφιβουλησία (αμφιθυμία) που παρατηρείται συχνά στην συγκεκριμένη ψυχική νόσο και που φανερώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. Η αμφιβουλησία παρατηρείται συχνά στη σχιζοφρένεια και εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης (Μαδιανός 2006).

1.2.6. Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέση με τον εξωτερικό κόσμο

Σχεδόν πάντοτε παρατηρείται δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Εμφανίζεται απόσυρση του ασθενή από τον εξωτερικό κόσμο με ταυτόχρονη υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες φαντασίες. Σε αυτό το σημείο η αντικειμενικότητα έχει χαθεί. Αυτή η κατάσταση, ιδιαίτερα όταν είναι έντονη έχει αναφερθεί ως αυτιστική συμπεριφορά. Ο ασθενής συχνά περιγράφεται από τους οικείους του ή τους φίλους του σαν χαμένος στον κόσμο του και συναισθηματικά αποκομμένος από τους γύρω (Kaplan & Sandock's 2012).

1.2.7. Ψυχοκινητικότητα

Μια ποικιλία διαταραχών χαρακτηρίζει την ψυχοκινητικότητα ιδιαίτερα του βαριά χρόνιου ή σε έντονα οξεία φάση ασθενή. Μπορεί να εμφανίζονται παράξενοι μαννερισμοί, παράξενες στάσεις, τελετουργίες, κηρώδης ευκαμψία (κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στις θέσεις που τα μετακινήσαμε), δυσκαμψία, εμβροντησία, αλαλία, ηχολαλία, ηχοπραξία, διέγερση, αρνητισμός.

Από την εποχή του Kraepelin και του Bleuler είχαν περιγραφεί συγκεκριμένα παθολογικά κριτήρια-συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Μια σύγχρονη και επικρατούσα κατάταξη είναι εκείνη που ομαδοποιεί τα συμπτώματα σε θετικά και αρνητικά. Τα θετικά συμπτώματα, αν και «θορυβώδη», και ίσως με έντονα χαρακτηριστικά, έχουν πολύ καλύτερη προγνωστική αξία για την πορεία της κλινικής εικόνας του αρρώστου από ότι τα αρνητικά, τα οποία μερικές φορές είναι και ανθεκτικά στη φαρμακευτική αγωγή (Τζαβάρας, 2008).

1.2.8. Συνοδά συμπτώματα και σημεία – συνοδές διαταραχές

Σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να εμφανισθεί ως σύνοδο σύμπτωμα. Συχνές είναι οι ανωμαλίες της ψυχοκινητικότητας- βάδισμα πάνω -κάτω, μπρος-πίσω, καθώς και η ακινησία.

Σε πολλές περιπτώσεις, παρατηρούνται: αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί να είναι παραληρητικού επιπέδου. Τυπικά, δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης μπορεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης (Μαδιανός, 2006).

Επίσης, υπάρχει πιθανότητα να εμφανισθούν συμπτώματα όπως ανηδονία (απώλεια της ευχαρίστησης ή του ενδιαφέροντος), απώλεια του ενδιαφέροντος για φαγητό, απώλεια της libido, διαταραχές του σχήματος ύπνου (δηλαδή ο ασθενής να κοιμάται την ημέρα και να ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες τη νύχτα), διαταραχές στη συγκέντρωση. Συχνά, συνυπάρχουν διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες. Πολύ κοινή είναι η εξάρτηση των σχιζοφρενικών από τη νικοτίνη(Μαδιανός, 2006).

1.3. Τύποι Σχιζοφρένειας

Η δέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision:ICD-10) στο κεφάλαιο *V. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς* κωδικοποιεί βάσει καθιερωμένων κριτηρίων τις σχιζοφρενικές διαταραχές στους παρακάτω τύπους(<http://www.moh.gov.gr/>):

1.3.1. Κατατονικός τύπος

Είναι ο τύπος σχιζοφρένειας εκείνος, που στη κλινική του εικόνα κυριαρχούν δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω: απουσία συναισθηματικής απαντητικότητας, αλαλία, ακινησία, παράδοξες στάσεις του σώματος, καταληψία (δηλαδή, άκαμπτη διατήρηση της θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα), διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε

προσπάθεια μετακίνησης, έκδηλοι μορφασμοί. Ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται σε κατατονική διέγερση κάνοντας άσκοπες παράξενες επαναλαμβανόμενες κινήσεις (παρακινήσεις) που δεν επηρεάζονται από εξωτερικά ερεθίσματα. Επιπλέον, η κατατονική διέγερση χαρακτηρίζεται από επανάληψη φράσεων άλλων ατόμων (ηχολαλία), μίμηση κινήσεων άλλων ατόμων (ηχοπραξία). Στον τύπο αυτό ο ασθενής χρήζει συνεχούς επίβλεψης, γιατί υπάρχει κίνδυνος αυτοτραυματισμού(Karlan & Sandock's 2012).

Συμπτώματα Κατατονικής σχιζοφρένειας(Μαδιανός, 2006):

1. Κινητική δυσλειτουργία
2. Μείωση της αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα
3. Διέγερση
4. Παράξενες στάσεις
5. Αυτοματισμός και τυφλή υπακοή σε διαταγές / εντολές
6. Νάρκη
7. Αρνητισμός
8. Αυστηρότητα / Ακαμψία
9. Αναταραχή
10. Αδυναμία φροντίδας προσωπικών αναγκών
11. Μειωμένη ευαισθησία σε πράγματα που προκαλούν πόνο

1.3.2. Αποδιοργανωμένος τύπος

Στον αποδιοργανωμένο τύπο, η σκέψη είναι αποδιοργανωμένη και ο λόγος ασυνάρτητος. Η συμπεριφορά είναι βαρύτατα αποδιοργανωμένη, απρόβλεπτη (π.χ ξεσπά σε γέλια χωρίς φανερά αιτία) και ανεύθυνη. Εμφανίζει παραληρηματικές ιδέες και ψευδαισθήσεις μικρής έκτασης και διάρκειας. Παρουσιάζει επίπεδο συναίσθημα με πλήρη απουσία συναισθηματικής έκφρασης και δεν πληροί τα κριτήρια του παρανοειδούς τύπου. Έχει πρώιμη έναρξη, συνήθως πριν τα 25 έτη. Αυτή η μορφή σχιζοφρένειας είναι ταυτόσημη με την ηβηφρενική μορφή σχιζοφρένειας (παλαιότερη ονομασία) και έχει δυσμενή πρόγνωση(Karlan & Sandock's 2012).

Συμπτώματα Αποδιοργανωτικής σχιζοφρένειας:

1. Ασυναρτησία
2. Έλλειψη έκφρασης και συναισθημάτων
3. Ψευδαισθήσεις
4. Παραισθήσεις
5. Προσβλητικό ή μη αποδεκτό γέλιο
6. Επαναλαμβανόμενη ιδιομορφία
7. Κοινωνική απομόνωση.

1.3.3. Παρανοϊκός τύπος

Ο παρανοειδής τύπος παρουσιάζει μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες είτε δίωξης είτε μεγαλείου. Οι ιδέες δίωξης ίσως προδιαθέσουν τον ασθενή για αυτοκτονία. Ο συνδυασμός παραληρητικών ιδεών μεγαλείου και δίωξης μαζί με θυμό μπορεί να ωθήσουν τον ασθενή σε βία. Ο παρανοειδής τύπος έχει αναπτύξει πιο έντονο *εγώ απ'* ότι ο κατατονικός ή αποδιοργανωτικός τύπος. Επομένως, ο ασθενής με σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου μπορεί να έχει κάποια λειτουργικότητα στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003). Η έναρξη του παρανοϊκού τύπου γίνεται αργότερα στη ζωή του ατόμου από ότι οι άλλοι τύποι. Το κύριο αρχικό σύμπτωμα είναι το παραλήρημα. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι πολλές αλλά συνήθως συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα. Από την άλλη πλευρά, οι ψευδαισθήσεις συνδέονται σχεδόν πάντα με το περιεχόμενο του παραληρήματος. Φωνές, τον καθοδηγούν, τον αποτρέπουν, τον προτρέπουν, τον αποδοκιμάζουν και πολλές φορές συζητά με τις φωνές. Επιπλέον, ο ασθενής βρίσκεται υπό συνεχή καχυποψία και μνησικακία που προέρχονται από το φόβο, ότι ο κόσμος συνωμοτεί εναντίον του με σκοπό να τον βλάψει. Εδώ υπάρχει παραληρητική ερμηνεία της πραγματικότητας, άγχος, θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, υπερευαίσθησία, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου ή φόβος ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο ή θα τον προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι. Δεν υπάρχουν ή δεν κυριαρχούν ασυναρτησία, χάλαση συνειρμού, επιπεδωμένο ή ελλειμματικό συναίσθημα, κατατονία ή βαριά αποδιοργάνωση (Kaplan & Sandock's 2012).

Συμπτώματα Παρανοειδούς σχιζοφρένειας:

1. Παραληρητικές ιδέες ή Ψευδαισθήσεις (ιδέες δίωξης, αναφοράς, μεγαλομανίας, ζηλοτυπίας, οπτικές, ακουστικές, όσφρησης ή γεύσης, ειδικής αποστολής, απειλητικές ή προστακτικές φωνές, σεξουαλικές ιδέες)
2. Άγχος
3. Θυμός
4. Βία
5. Εκτεταμένη διάθεση για καβγά και επιχειρηματολογία

1.3.4. Αδιαφοροποίητος τύπος

Συχνά, τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και είναι δύσκολο να τους κατατάξουμε σε έναν από τους άλλους τύπους, είτε επειδή δεν πληρούν πλήρως τα κριτήρια του αποδιοργανωμένου, του κατατονικού ή του παρανοϊκού τύπου, είτε επειδή πληρούνται τα κριτήρια για τους περισσότερους τύπους, τους κατατάσσουμε στον αδιαφοροποίητο τύπο (Ραμπαβίλας και Χριστοδούλου, 2003).

Ο αδιαφοροποίητος τύπος της σχιζοφρένειας παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή σημαντικές διαταραχές συμπεριφοράς.

Συμπτώματα Αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας:

Τα συμπτώματα μπορεί να εναλλάσσονται σε διάφορες χρονικές στιγμές και να υπάρχει αμφιβολία για το ποιος είναι ο κατάλληλος τύπος. Ορισμένα άτομα μπορεί να εκδηλώσουν σταθερά συμπτώματα όσον αφορά στη διάρκεια και τον τύπο τους, αλλά να μην πληρούν την κλινική εικόνα κάποιας μορφής σχιζοφρένειας. Σε άλλες περιπτώσεις, η διάγνωση της αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας μπορεί να αντικατοπτρίζει μια μεικτή κλινική διαταραχή (Μαδιανός 2006).

1.3.5. Υπολειμματικός ή υπολειπόμενος τύπος

Αποτελεί χρόνια μορφή σχιζοφρένειας. Προκύπτει ως συνέχεια πρώιμου σταδίου που είχε πάρει τη μορφή ενός από τους προηγούμενους τύπους. Η διάγνωση της υπολειμματικής σχιζοφρένειας γίνεται όταν παύουν τα εμφανή συμπτώματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι λιγότερο βαριά. Κυρίαρχα είναι τα αρνητικά συμπτώματα, όπως συναισθηματική αμβλύτητα, απάθεια, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά και παράλογη σκέψη (Kaplan & Sandoz's 2007).

Συμπτώματα Υπολειμματικής σχιζοφρένειας:

Χαρακτηρίζεται από αρνητικά συμπτώματα μακράς διάρκειας, ψυχοκινητική επιβράδυνση, άμβλυση συναισθήματος, υποτονικότητα, έλλειψη πρωτοβουλίας, φτωχό λόγο σε περιεχόμενο και ποσότητα, ελάχιστες εκφράσεις του προσώπου, φτωχή φροντίδα του εαυτού και κοινωνική απομόνωση.

Οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και οι διάφορες συμπεριφορές και ιδιοσυγκρασίες υφίστανται ακόμη. Ωστόσο, οι εκδηλώσεις των συμπτωμάτων σε σύγκριση με την ενεργή φάση της ασθένειας είναι μειωμένες (Σολδάτος και Λύκουρας 2010).

1.3.6. Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη

Εμφάνιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου μετά την εκδήλωση της σχιζοφρενικής διαταραχής. Κάποια συμπτώματα από τη σχιζοφρένεια μπορεί να υπάρχουν ακόμα, αλλά δεν είναι κυρίαρχα. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι ασθενείς αυτή την περίοδο διότι έχει συσχετιστεί με αυτοκτονικότητα. Αν δεν υπάρχουν πλέον τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, θα τεθεί διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου, εάν προεξάρχουν τότε η διάγνωση παραμένει στον τύπο της σχιζοφρένειας (<http://www.moh.gov.gr/>).

1.3.7. Απλή σχιζοφρένεια

Υπαρξη μη έκδηλης αλλά εξελισσόμενης εκκεντρικής συμπεριφοράς, ανικανότητα εκπλήρωσης κοινωνικών ρόλων και πτώση της απόδοσης γενικά. Αναπτύσσονται αρνητικά συμπτώματα της υπολειμματικής σχιζοφρένειας χωρίς να προεξάρχουν διακριτά τα ψυχωτικά συμπτώματα(<http://www.moh.gov.gr/>).

1.4. Διάγνωση

Η πρώτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών (DSM) έγινε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική ένωση, το 1952. Με το πέρασμα των χρόνων έγιναν αρκετές αναθεωρήσεις του συστήματος, φτάνοντας στη τελευταία που έγινε το 2013 και πρόκειται για την πέμπτη έκδοση (DSM – V). Το σύστημα ταξινόμησης αυτό, στηρίζεται στην τέταρτη έκδοση με μικρές τροποποιήσεις.

Οι διαγνώσεις που περιλαμβάνονται στο DSM-5, είναι πολύ περισσότερες από ό,τι στο DSM-IV (541 αντί 383). Αυτό συμβαίνει επειδή υφίσταται μεγαλύτερη εξειδίκευση των υπαρχόντων διαταραχών. Η κυκλοφορία του DSM-5 ανέδειξε σημαντικά ζητήματα για την επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχιατρικής διάγνωσης, όπως για παράδειγμα του φάσματος της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχωτικών διαταραχών και ειδικότερα της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (Γκοτζαμάνης, 2015).

1.4.1. Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V)

Η σχιζοειδής προσωπικότητα δεν αποτελεί αρκετό διαγνωστικό κριτήριο για να χαρακτηρίσει κανείς «σχιζοφρενικό» ένα άτομο. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας απαιτεί ορισμένες μεταβολές στην προσωπικότητα, οι οποίες θα εκφραστούν με τα κύρια συμπτώματα της ασθένειας στα οποία και στηρίζεται. Η διάγνωση πρέπει να γίνεται από ψυχίατρο, ο οποίος είναι αναγκαίο να λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες από την οικογένεια, τους φίλους ή τους δασκάλους, ώστε να προσδιοριστεί ο χρόνος έναρξης της πάθησης.

Σχιζοφρένεια

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) είναι τα εξής (American Psychiatric Association, Γκοτζαμάνης, 2015):

- A.** Παρουσία δύο ή περισσότερων από τα παρακάτω χαρακτηριστικά συμπτώματα που το καθένα παρίσταται για μεγάλο χρονικό διάστημα που διαρκεί περίπου ένα μήνα (ή και λιγότερο εάν θεραπευτούν τα συμπτώματα). Τουλάχιστον ένα από αυτά θα πρέπει να είναι το 1, το 2 ή το 3:
1. Παραληρητικές ιδέες
 2. Ψευδαισθήσεις (που διαρκούν όλη την ημέρα για πολλές ημέρες ή πολλές φορές την εβδομάδα για πολλές εβδομάδες)
 3. Αποδιοργανωμένος λόγος (συχνά εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
 4. Εντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
 5. Αρνητικά συμπτώματα (απρόσφορο συναίσθημα, αβουλησία, αλογία, ανηδονία)
- B.** Κατά την πορεία της διαταραχής η λειτουργικότητα στην εργασία, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην αυτοφροντίδα υστερούν σημαντικά συγκριτικά με την απόδοση του ατόμου πριν τη διαταραχή.
- C.** Όσον αφορά την διάρκεια των συμπτωμάτων όπως αναφέραμε και παραπάνω, θα πρέπει να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Η περίοδος αυτή των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει συμπτώματα που διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα και τα οποία πληρούν το κριτήριο A.
- D.** Θα πρέπει να αποκλειστεί η περίπτωση τα ψυχωτικά συμπτώματα του ασθενή να οφείλονται σε σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και σε διαταραχή της διάθεσης.
- E.** Να αποκλειστεί ότι η διαταραχή δεν οφείλεται σε κατάχρηση ουσιών ή ανεπιθύμητες αντιδράσεις από τα φάρμακα ή σε άλλη σωματική πάθηση η οποία μπορεί να έχει χαρακτηριστικά της ψύχωσης. Παραδείγματα τέτοιων νόσων είναι οι όγκοι εγκεφάλου.

ΣΤ. Σε ιστορικό διαταραχής αυτισμού ή διαταραχή επικοινωνίας με έναρξη στην παιδική ηλικία, η επιπλέον διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται όταν συνυπάρχουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις με τα άλλα προαπαιτούμενα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, τα οποία διαρκούν τουλάχιστον 1 μήνα (ή λιγότερο εάν θεραπευτούν).

Με το DSM-5 καταργείται το πολυαξονικό σύστημα διάγνωσης, διότι η πολυαξονική διάγνωση δεν είχε ευρεία εφαρμογή στην καθημερινή πρακτική. Το σύστημα συνδυάζει τη διάγνωση κάθε ψυχικής διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών προσωπικότητας) και κάθε σωματικής νόσου σε έναν μόνο άξονα.

Θέτει προσδιοριστές για την πορεία της ασθένειας μόνο εάν η διαταραχή διαρκεί ένα έτος και εφόσον τα διαγνωστικά κριτήρια της πορείας συνάδουν με τους προσδιοριστές. Έτσι, ανάλογα την πορεία τίθεται διάγνωση (Γκοτζαμάνης, 2015):

- Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε οξύ επεισόδιο
- Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε μερική ύφεση
- Πρώτο επεισόδιο, επί του παρόντος σε πλήρη ύφεση
- Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε οξύ επεισόδιο
- Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε οξύ επεισόδιο
- Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε μερική ύφεση
- Πολλαπλά επεισόδια, επί του παρόντος σε πλήρη ύφεση

Συνεχής: Τα συμπτώματα που πληρούν τη διαταραχή παραμένουν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά την πορεία της νόσου, ενώ οι ενδιάμεσες περίοδοι είναι πολύ μικρές σχετικά με τη συνολική πορεία της νόσου.

Απροσδιόριστη.

Με κατατονία. Αποκλεισμός ότι η κατατονία σχετίζεται με άλλη ψυχική διαταραχή.

Προσδιορισμός τρέχουσας βαρύτητας: Περιλαμβάνει την ταυτοποίηση συγκεκριμένων αντίξοων ψυχοκοινωνικών παραγόντων και την αποτίμηση της γενικής λειτουργικότητας μέσω αυτοσυμπληρούμενης κλίμακας (WHODAS 2.0.5) Μαζί με τη διάγνωση χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα κλινικά εργαλεία ανίχνευσης και αποτίμησης συμπτωμάτων που δεν είναι ειδικά και που «διατρέχουν» τις ψυχικές διαταραχές στο σύνολό τους (π.χ. κατάθλιψη, θυμός, άγχος, μανία), καθώς και ορισμένων ειδικών κλιμάκων για την εκτίμηση της βαρύτητας συμπτωμάτων συγκεκριμένων διαταραχών (π.χ. διαστάσεων της ψυχωτικής συμπτωματολογίας) (Γκοτζαμάνης, 2015).

Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

Η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή βάσει του ανανεωμένου εγχειρίδιου DSM-V παρουσιάζει (Γκοτζαμάνης, 2015):

A. Μια συνεχή περίοδο όπου υπάρχει μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο μαζί με το κριτήριο A της σχιζοφρένειας. Το μείζον καταθλιπτικό προϋποθέτει τη συνύπαρξη της καταθλιπτικής διάθεσης από το κριτήριο A1.

B. Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις το λιγότερο για 2 εβδομάδες, ενώ δεν θα υπάρχει μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της νόσου.

Γ. Τα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης είναι παρόντα στο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ενεργής και υπολειμματικής φάσης της διαταραχής.

Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε χρήση ουσιών, φαρμάκων ή άλλη σωματική κατάσταση.

Προσδιορίζεται,

Διπολικού ή Καταθλιπτικού τύπου

Με Κατατονία

Ανάλογα την πορεία του επεισοδίου

Συνεχής

Απροσδιόριστη

Παραληρητική Διαταραχή

A. Η εμφάνιση μίας ή περισσότερων παραληρητικών ιδεών με διάρκεια ενός μήνα ή περισσότερο.

B. Δεν πληροί το κριτήριο A της σχιζοφρένειας. Αν παρουσιαστούν ψευδαισθήσεις συνδέονται με το παραλήρημα και δεν είναι εμφανείς.

Γ. Η λειτουργικότητα δεν επηρεάζεται, όπως και η συμπεριφορά δεν φαίνεται να παράδοξη ή αλλόκοτη.

Δ. Τα μανιακά ή μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που μπορεί να εμφανιστούν έχουν βραχεία διάρκεια σε σχέση με τη διάρκεια των παραληρητικών επεισοδίων.

Ε. Η διαταραχή δεν οφείλεται στη λήψη κάποιας ουσίας ή άλλης σωματικής κατάστασης (Γκοτζαμάνης, 2015).

Το κύριο σύμπτωμα είναι μια παραληρητική ιδέα με μονοθεματικό περιεχόμενο (για παράδειγμα αίσθημα δίωξης). Άλλου τύπου παραλήρημα που μπορεί να εμφανιστεί είναι το ζηλοτυπικό, ερωτομανιακό (η ιδέα ότι κάποιος άλλο σημαντικό ενίοτε πρόσωπο είναι ερωτευμένο με τον ασθενή), μεγαλομανιακό και υποχονδριακό. Η πίστη στην παραληρητική ιδέα είναι συνήθως ιδιαίτερα έντονη και άρα αρκετά δύσκολο να αμφισβητηθεί. Σπανίως συνυπάρχει διαταραχή αντίληψης συμβατή με την παραληρητική ιδέα π.χ. ιδέα για την ύπαρξη καρκίνου και κιναισθητική ψευδαίσθηση αλλοίωσης του αντίστοιχου εσωτερικού οργάνου (Kaplan & Sadock's, 2007).

Προσδιορίζεται,

Ανάλογα την πορεία του επεισοδίου

Συνεχής

Απροσδιόριστη (Γκοτζαμάνης, 2015).

Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή

A. Παρουσία ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω χαρακτηριστικά συμπτώματα. Τουλάχιστον ένα από αυτά θα πρέπει να είναι το 1, το 2 ή το 3:

1. Παραληρητικές ιδέες
2. Ψευδαισθήσεις
3. Αποδιοργανωμένος λόγος (συχνά εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

B. Το επεισόδιο έχει διάρκεια τουλάχιστον 1 ημέρα αλλά μικρότερη από 1 μήνα με πλήρη επιστροφή στην προ του επεισοδίου λειτουργική κατάσταση.

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Διπολική Διαταραχή με Ψυχωτικά Στοιχεία ή άλλη Ψυχωτική Διαταραχή. Να αποκλειστεί ότι η διαταραχή δεν οφείλεται σε κατάχρηση ουσιών ή ανεπιθύμητες αντιδράσεις από τα φάρμακα ή σε άλλη σωματική πάθηση.

Προσδιορίζεται,

Με σαφή στρεσογόνο παράγοντα

Χωρίς σαφή στρεσογόνο παράγοντα

Με έναρξη πριν ή μετά τον τοκετό

Με κατατονία

Η τρέχουσα βαρύτητα από την ποσότητα των αρχικών ψυχωτικών συμπτωμάτων

(Γκοτζαμάνης, 2015).

1.5. Πορεία και πρόγνωση της σχιζοφρένειας

Το άτομο βιώνει έντονο άγχος, τρόμο, ή κατάθλιψη πριν την έναρξη της νόσου, η οποία μπορεί να εμφανιστεί αιφνίδια ή καθυστερημένα και τα συμπτώματα να προϋπάρχουν για μήνες πριν τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Εκδηλώνεται συνήθως στην όψιμη εφηβεία ή στους πρώιμους ενήλικες. Στους προδιαθεσικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται οι αποχωρισμοί, τα συναισθηματικά τραύματα, η χρήση ναρκωτικών κλπ. Στο πέρασμα των χρόνων εμφανίζονται υποτροπές οι οποίες συσσωρεύονται σε μια ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση υγείας. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμφανιστεί κατάθλιψη στην υπολειμματική φάση. Το ποσοστό υποτροπής διπλασιάζεται στους ασθενείς που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Ο κίνδυνος απότομου θανάτου και βλάβης της σωματικής κατάστασης είναι αυξημένος στους ασθενείς με σχιζοφρένεια (Kaplan & Sadock's, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1. Θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας αποτελεί μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία, που απαιτεί σθένος από όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, δηλαδή από τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένειά του, τον θεράποντα γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχολόγους, τους εργοθεραπευτές και τους συμβούλους επαγγελματικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 2006). Η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, την πρόληψη των υποτροπών και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή, μέσω ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Οι τελευταίες έχουν ως στόχο, τόσο την παροχή ενημέρωσης, αγωγής- εκπαίδευσης και υποστήριξης στον πάσχοντα και την οικογένειά του, όσο και την ενίσχυση των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων του ασθενή, προκειμένου να μπορεί να ενταχθεί πλήρως στη κοινωνία και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του.

Τα δύο κύρια στοιχεία της θεραπείας της σχιζοφρένειας είναι:

- Φαρμακευτική θεραπεία (αντιψυχωσικά φάρμακα)
- Ψυχοκοινωνική θεραπεία (ψυχοθεραπεία και αγωγή- εκπαίδευση για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση) (Τζαβάρας, 2008).

Στις περιπτώσεις που υπάρχει αυτοκτοκτονικότητα, ετεροκαταστροφικότητα, κίνδυνος για τους άλλους, σοβαρή συμπτωματολογία με ανεπαρκή φροντίδα για τον εαυτό ή κίνδυνος τραυματισμού λόγω αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, σοβαρές επιπλοκές από φάρμακα ή από άλλες νόσους, ανάγκη τροποποίησης της φαρμακευτικής αγωγής σε ελεγχόμενο περιβάλλον συνιστάται η νοσηλεία του ασθενή (Παπαδημητρίου Γ. και συν.2013).

2.2. Θεραπεία με τη χρήση φαρμάκων

Στα αντιψυχωσικά περιλαμβάνονται οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης και οι ανταγωνιστές ντοπαμίνης- σεροτονίνης.

Τα αντιψυχωσικά εμπίπτουν σε δυο κατηγορίες:

- Τυπικά αντιψυχωσικά(ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης)
- Άτυπα αντιψυχωσικά(ανταγωνιστές ντοπαμίνης- σεροτονίνης)

Τα αντιψυχωσικά χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία και την πρόληψη των υποτροπών στη σχιζοφρένεια, στη μανία και στην κατάθλιψη με ψυχωτικά. Ανακουφίζουν τις παραληρητικές ιδέες, τις ακουστικές ψευδαισθήσεις και τις διαταραχές της σκέψης. Επίσης χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της βίαιης ή διαταραγμένης συμπεριφοράς. Συνήθως ως πρώτη επιλογή χρησιμοποιείται η αλοπεριδόλη μαζί με μια βενζοδιαζεπίνη (Kaplan &Sadock's, 2012).

Τυπικά αντιψυχωτικά

Είναι πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της ψύχωσης και των θετικών συμπτωμάτων της ασθένειας. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην θεραπεία των οξέων ψυχωτικών επεισοδίων με ψυχοκινητική διέγερση. Τα αρνητικά συμπτώματα δεν ανταποκρίνονται με επάρκεια σε αυτά τα φάρμακα. Απαιτούνται συνήθως από δύο ημέρες έως δύο εβδομάδες για να πετύχει η κατασταλτική επίδραση των τυπικών αντιψυχωτικών. Τα αντιψυχωτικά δρουν στους νευροϋποδοχείς του εγκεφάλου που σχετίζονται με την ντοπαμίνη. Πιθανά παρεμβαίνουν στην παθολογική μεταβίβαση της ντοπαμίνης με τον αποκλεισμό των υποδοχέων ντοπαμίνης D2/3 και βελτιώνουν τα συμπτώματα της ψύχωσης (Katona et al. 2015).

Η **χλωροπρομαζίνη** είναι το πρώτο αντιψυχωτικό που εφαρμόστηκε αρχικά ως προαναισθητικό το 1951. Παρατηρήθηκε ότι μείωνε τις παραληρητικές ιδέες και τις ακουστικές ψευδαισθήσεις στη σχιζοφρένεια, ενώ δεν προκαλούσε υπερβολική καταστολή (Μαδιανός 2006).

Η **αλοπεριδόλη** δίνει πολύ καλά αποτελέσματα στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όμως μπορεί να προκαλέσει εξωπυραμιδικές παρενέργειες, πχ. ακαθισία, οξεία δυστονία και ψευδοπαρκινδονισμό (Kaplan & Sadock's, 2012).

- **Τυπικά αντιψυχωτικά**
 - Φαινοθειαζίνες
 - Βουτυροφαινόνες
 - Θειοξανθένια
 - Χλωροπρομαζίνη
 - Φλουφαιναζίνη
 - Τριφθοριοπεραζίνη
 - Αλοπεριδόλη
 - Φλουπενθιζόλη
 - Ζουκλοπενθιζόλη
 - Πιμοζίδη
 - Σουλπιρίδη
 - Διφαινυλβουτυλπεριδίνες
 - Υποκατάστατα βενζαμίδη

Τα **τυπικά αντιψυχωτικά** έχουν περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσουν αντιντοπαμινεργικές διαταραχές (Katona et al. 2015):

- § Παρκινσονισμός: Βραδυκίνηση, Δυσκαμψία, Παρκινσονικό τρόμο, Ανέκφραστο πρόσωπο, «Βατταρισμός» βάρδιας
- § Ακαθισία: Κινητική ανησυχία
- § Οξείες Δυστονικές αντιδράσεις: Ραιβόκρανο, Βολβοστροφή. Αύξηση μυϊκού τόνου
- § Όψιμη δυσκίνηση: Διάχυτη χοραιοαθέτωση ή δυστονία
- § Υπερπρολακτιναιμία, Αμηνόρροια, Γαλακτόρροια
- § Σεξουαλική δυσλειτουργία
- § Αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο του μαστού

Οι φαινοθειαζίνες ενοχοποιούνται για: Δυσκρασίες αίματος, Χολοστατικό ίκτερο, Φωτοευαισθησία, Μετάγγρωση του αμφιβληστροειδούς.

Άτυπα αντιψυχωτικά

Τα περισσότερα άτυπα αντιψυχωτικά είναι ισχυροί ανταγωνιστές του σεροτονινεργικού υποδοχέα 5HT_{2A}, ενώ σε μικρότερο βαθμό δεσμεύουν τους D₂ υποδοχείς. Προτείνονται ως πρώτη εκλογή στην έναρξη της ψύχωσης και στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Ορισμένα από αυτά, η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη χρησιμοποιούνται και για τη θεραπεία της μανίας στην οξεία φάση (Katona et al. 2015).

Τα άτυπα διαφέρουν από τα τυπικά στα εξής :

- Είναι αποτελεσματικότερα στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας
- Έχουν λιγότερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες
- Σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν ανταπόκριση στα τυπικά αντιψυχωτικά, τα άτυπα αντιψυχωτικά είναι απολεσματικότερα.

Η ολοκληρωμένη δράση μπορεί να καθυστερήσει για τέσσερις εβδομάδες ή και περισσότερο. Η μέγιστη αποτελεσματικότητα των άτυπων αντιψυχωτικών, επιτυγχάνεται μετά από αρκετούς μήνες. Ασφαλώς ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον, πρέπει να ενημερωθούν ότι η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι χρονοβόρα διαδικασία (Παπαδημητρίου Γ. και συν. 2013).

· Άτυπα αντιψυχωτικά

- Κλοζαπίνη
- Ρισπεριδόνη
- Κουετιαπίνη
- Ολανζαπίνη
- Αριπιπραζόλη
- Ζιπρασιδόνη
- Αμισουλπρίδη
- Παλιπεριδόνη

Η **κλοζαπίνη** θεωρείται φάρμακο επιλογής όταν δυο διαφορετικά αντιψυχωτικά δεν έχουν καταφέρει να ελέγξουν τα συμπτώματα. Είναι πιο αποτελεσματικά από τα άλλα αντιψυχωτικά στον έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων και στη μείωση της συχνότητας αυτοκτονίας από τη σχιζοφρένεια. Εξαιτίας της δυνητικά θανατηφόρου ακοκκιοκυτταραιμίας που μπορεί να προκαλέσει, ακολουθείται πρωτόκολλο χορήγησης και πλήρους αιματολογικού ελέγχου.

Τα **άτυπα αντιψυχωτικά** προκαλούν περισσότερες μεταβολικές επιβαρύνσεις: Αύξηση βάρους (ειδικά η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη), Μείωση της ανοχής στη γλυκόζη, Σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, Δυσλιπιδαιμία.

Η **κλοζαπίνη** ενοχοποιείται για: Σιελόρροια, Δυσκοιλιότητα, Υπό/υπέρταση, Ταχυκαρδία, Αύξηση βάρους, Πυρετό, Ναυτία, Νυκτερινή ενούρηση, Επιληπτικές κρίσεις, Ακοκκιοκυτταραιμία, Αύξηση τρανσαμινασών, Μυοκαρδιοπάθεια, Επιληπτικές κρίσεις.

Είναι άκρως κατασταλτική διότι ανταγωνίζεται τους H₁ υποδοχείς της ισταμίνης και προκαλεί σιελόρροια επειδή ανταγωνίζεται τους M₄ υποδοχείς της ακετυλοχολίνης. Το κάπνισμα μειώνει τα επίπεδα της κλοζαπίνης, ενώ οι αναστολείς του 1A₂, η φλουβοξαμίνη, τα παράγωγα φθοριοκινολόνης, μπορεί να τα αυξήσουν. Επίσης, αυξάνονται τα επίπεδα της κλοζαπίνης από τους αναστολείς των πρωτεασών, τις μακρολίδες (την ιτρακοναζόλη, την

κετοκοναζόλη κλπ.). η κλοζαπίνη μπορεί να δράσει προσθετικά στη δράση των αντιυπερτασικών(Pavuluri and Janicak 2006).

Η **αριπιπραζόλη** είναι ένας σταθεροποιητικός παράγοντας του ντοπαμινεργικού συστήματος. Σε αντίθεση με τα άλλα αντιψυχωτικά, η αριπιπραζόλη έχει σταθεροποιητική και ρυθμιστική επίδραση στη ντοπαμίνη του εγκεφάλου. Μειώνει τα επίπεδα της ντοπαμίνης όταν είναι υψηλά, διατηρεί σταθερά τα επίπεδα ντοπαμίνης όταν είναι φυσιολογικά, σταθεροποιεί τη διάθεση και βελτιώνει τη ντοπαμινεργική υποδραστηριότητα, διατηρώντας έτσι την ντοπαμινεργική-χολινεργική ισορροπία. Η συγκεκριμένη κατηγορία αντιψυχωτικού έχει πολύ μικρή επίπτωση ανώμαλων ακούσιων κινήσεων (εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων) αλλά ενδέχεται να προκαλέσει ακαθισία (Σολδάτος και Λύκουρας 2010).

Τυπικά και άτυπα αντιψυχωτικά πιθανά να εμφανίσουν τις παρακάτω παρενέργειες (Pavuluri and Janicak 2006, Katona et al. 2015):

- **Ώψιμη παρκινσονική εκδήλωση**
 - Û Περιστοματικός τρόμος (σύνδρομο "rabbit")

- **Αντιχολινεργικές**
 - Û Ξηροστομία
 - Û Κατακράτηση ούρων
 - Û Δυσκοιλιότητα
 - Û Σύγχυση
 - Û Θόλωση οράσεως
 - Û Γλαύκωμα
 - Û Μείωση της εφιδρώσεως

- **Αντισταμινικές**
 - Û Καταστολή

- **Αντιαδρενεργικές**
 - Û Ορθοστατική υπόταση (χλωροπρομαζίνη)
 - Û Ανικανότητα(Αναστολή της εκσπερμάτωσης)

- **Καρδιακές**
 - Û Παράταση QT
 - Û Αρρυθμίες
 - Û Διπλασιάζουν τον κίνδυνο από αιφνίδιο καρδιακό θάνατο
 - Û

- **Κακήθες Νευροληπτικό Σύνδρομο:**
 - Û Κατατονία (μυϊκή αδυναμία)
 - Û εμβροντησία (ακινησία, απώλεια συνείδησης και ομιλίας)
 - Û πυρετός, αστάθεια αρτηριακής πίεσης, μυοσφαιριναιμία, μύδωση έως και θάνατο

Η σχιζοφρένεια επηρεάζει κάθε άτομο διαφορετικά για το λόγο αυτό ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί να δοκιμάσει διάφορους τύπους αντιψυχωτικών φαρμάκων μέχρι να καταλήξει στο αποτελεσματικότερο. Η επιλογή του φαρμάκου θα εξαρτηθεί από το πόσο καλά το φάρμακο αντιμετωπίζει τα συμπτώματα και εάν εμφανίζονται παρενέργειες στον ασθενή. Η αντιψυχωτική αγωγή μπορεί να χρειαστεί από τρεις έως έξι εβδομάδες για να επιφέρει

αποτέλεσμα. Ο νοσηλευτής οφείλει να το εξηγήσει αυτό στον ασθενή. Ακόμη πρέπει να τονίσει ότι είναι απαραίτητο να συνεργαστεί με τον γιατρό για την ανεύρεση του πιο κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος (Kaplan & Sadock's, 2012).

Ένα μείζον πρόβλημα μεταξύ όλων των ψυχιατρικών ασθενών, είναι η συμμόρφωση στη φαρμακευτική θεραπεία. Περίπου το 80% των ατόμων που διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή μετά από ένα οξύ επεισόδιο, θα υποτροπιάζουν μέσα σε ένα έτος. Ακόμα και τα άτομα που συνεχίζουν τη φαρμακευτική αγωγή φυσιολογικά, υποτροπιάζουν σε ποσοστό 30% εντός του έτους. Δεν είναι τυχαίο ότι ένας από τους συνηθέστερους λόγους υποτροπής μετά από μια επιτυχημένη θεραπεία είναι η διακοπή της κανονικής λήψης των φαρμάκων. Ο ασθενής είναι απαραίτητο να συνεχίσει την αγωγή που λαμβάνει, σε μικρότερες δόσεις κατόπιν γνωμάτευσης γιατρού, ακόμα και όταν αρχίσει να αισθάνεται καλύτερα. Ορισμένοι ασθενείς χρειάζεται να λαμβάνουν αγωγή για το υπόλοιπο της ζωής τους. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τις ψευδαισθήσεις, την διέγερση, την σύγχυση, την παραμόρφωση της πραγματικότητας και τις παραληρητικές ιδέες και επιτρέπουν στον ασθενή να ελέγχει τις σκέψεις του και να λαμβάνει αποφάσεις πιο ορθολογικά(Σολδάτος και Λύκουρας 2010).

Κάποια από τα αντιψυχωτικά φάρμακα υπάρχουν σε ενέσιμη μορφή παρατεταμένης αποδέσμευσης της ουσίας και καλύπτουν τους ασθενείς που δεν μπορούν να είναι τακτικοί στη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής. Πρέπει όμως πριν, η κατάσταση υγείας του αρρώστου να έχει σταθεροποιηθεί ικανοποιητικά με τη λήψη της από του στόματος αντίστοιχης φαρμακευτικής αγωγής. Χορηγούνται σε επαναλαμβανόμενες δόσεις ενδομυϊκά ανάλογα τις οδηγίες της κάθε κατασκευαστικής εταιρείας και την κρίση του θεράποντος ιατρού και μόνο, ανάλογα την περιεκτικότητα, με πολλή προσοχή στις κατευθυντήριες οδηγίες και ακριβής καταγραφή του συμβάντος προς αποφυγή λανθασμένης επανάληψης πχ. κάθε 21 ημέρες η δεκανοϊκή αλοπεριδόλη, κάθε 2 εβδομάδες η ρισπεριδόνη consta, κάθε 2 έως 4 εβδομάδες η ολανζαπίνη παρατεταμένης αποδέσμευσης, κάθε 2 εβδομάδες η Zucloperithiol Decanoate, κλπ.(www.galinos.gr).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση /έξαρση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στη θεραπεία). Η βασική της ένδειξη είναι διέγερση του Κατατονικού Τύπου Σχιζοφρένειας(Kaplan & Sandock's 2012).

2.3. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στην σχιζοφρένεια επιδιώκουν να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή λειτουργικότητα του ασθενή με σχιζοφρένεια ώστε να ζει, ν' αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι υπόλοιποι άνθρωποι. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι κάθε προσπάθεια του ασθενή να παραμείνει ανάμεσα στους άλλους συνανθρώπους του (στην κοινότητα) είναι πρωταρχική. Επομένως, εάν είναι απαραίτητο να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο υπό προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρονικό διάστημα. Στόχος λοιπόν είναι πάντοτε η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες, όταν αυτές απαιτούνται λόγω υποτροπών, να είναι βραχείες (και να γίνονται κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων)(Τζαβάρας, 2008).

Έτσι, στις περισσότερες χώρες, η παλαιά άποψη της μακράς νοσηλείας έχει προοδευτικά αντικατασταθεί από προγράμματα επανένταξης των ασθενών στην κοινότητα. Ασφαλώς, η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων δεν είναι γενικευμένη. Αυτό οφείλεται σε οικονομικούς λόγους ή σε αιτίες κακού προγραμματισμού ή αδυναμίας πολλών ασθενών να αποκατασταθούν. Για τους λόγους αυτούς, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παραμένουν στις πιο

πολλές χώρες σαν αναγκαίοι χώροι περίθαλψης. Κυρίως, η θεραπευτική μάχη δίνεται στην κοινότητα, στα κέντρα ψυχικής υγείας, στους ξενώνες, στα οικοτροφεία, στα διαμερίσματα που μοιράζονται οι ασθενείς, στις συνεργατικές εργασιακές μονάδες και στα σπίτια τους.

Συνεπώς, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές με μια κατεύθυνση από το νοσοκομείο προς την κοινότητα και ταυτόχρονα την αποφυγή κατά το δυνατό επανάληψης της νοσηλείας (Παπαδημητρίου Γ. και συν.2013).

Θεραπεία περιβάλλοντος

Όπως αναφέρθηκε, γίνεται ειδική προσπάθεια αποφυγής της νοσηλείας του ασθενή με υποστήριξη της λειτουργίας του εξωνοσοκομειακά. Συνεπώς, μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει (πιθανώς με την οικογένειά του), στον ξενώνα, στο οικοτροφείο, όπου υπάρχει στενή παρακολούθηση από νοσηλευτές (κυρίως ψυχικής υγείας), κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Η άμεση παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει τη νοσηλεία στο νοσοκομείο ή να βοηθήσει να παραμείνει ο ασθενής μόνο λίγες μέρες στον χώρο του νοσοκομείου (Σολδάτος και Λύκουρας 2010).

Ψυχοθεραπεία

Τα νοσοκομεία και οι φορείς υγείας μπορούν να προσφέρουν ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, εκπαίδευση προσαρμογής, φυσικές δραστηριότητες και εργασιακή θεραπεία. Το εξωνοσοκομειακό προσωπικό μπορεί επίσης να προσφέρει βοήθεια μέσω κρατικών επιδομάτων και προγραμμάτων στέγασης. Ο πλέον κατάλληλος τύπος ψυχοθεραπείας, είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική θεραπεία.

Στην ατομική θεραπεία ο ψυχοθεραπευτής βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειές της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατόν καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Πρωταρχικός στόχος, είναι το χτίσιμο σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και θεραπευτή. Στην αρχή, πραγματοποιείται ταυτοχρόνως ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία ενδονοσοκομειακά και έπειτα, εκτός νοσοκομείου(Μαδιανός 2006).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στη βελτίωση των παλιών και στην εκμάθηση νέων κοινωνικών δεξιοτήτων σε δραστηριότητες της καθημερινότητας, ώστε να ελαττωθεί η κοινωνική απομόνωση και να ενισχυθεί ο αυτοέλεγχος του ασθενή. Δίνονται εργασίες για το σπίτι και εφαρμόζονται διάφορες τεχνικές μέσα από το παίξιμο ρόλων(Karlan &Sadock's, 2012).

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική για την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς η σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση ακόμη και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, της εργασίας και της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Οι επιθυμητές συμπεριφορές- στόχοι ενισχύονται θετικά με ανταμοιβή(πχ. άδεια εξόδου, συνάντηση με οικεία πρόσωπα, άδεια τηλεφώνου κλπ.) με σκοπό να συνεχιστούν και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο(Karlan &Sadock's, 2012).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι ακόμη ένα σημαντικό κομμάτι στην ψυχοθεραπεία. Σε αυτήν, εκτός από τον ασθενή και το προσωπικό, συμμετέχει και η οικογένεια του αρρώστου.

Στην οικογενειακή θεραπεία ο ασθενής δεν μπορεί να μην έρθει σε αντιπαράθεση με τους συγγενείς μιλώντας μόνος του για αυτούς σε κάποιον άλλον που τον ακούει με συμπάθεια. Η παρουσία πολλών παρατηρητών οι οποίοι μετά από την ομαδική θεραπεία είναι ικανοί να συγκρίνουν εντυπώσεις και να συζητήσουν διάφορες ερμηνείες, μπορεί να αποδειχθεί μεγάλο πλεονέκτημα σε αυτή τη θεραπεία(Κόλλιας και συν. 2010).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική όσον αφορά την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και την προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. Σημασία έχει η εκπαίδευση των οικογενειών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της νόσου καθώς και στους πρακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν από την σοβαρή αυτή ψυχική νόσο. Το υψηλό «**εκφραζόμενο συναίσθημα**» (έντονα επικριτική ή υπερπροστατευτική στάση απέναντι στον ασθενή από τα μέλη της οικογένειάς του) μπορεί να ελαττωθεί με την οικογενειακή θεραπεία. Παρακάτω, αναφέρονται κάποιοι τρόποι με τους οποίους μπορούν να εκπαιδευτούν οι οικογένειες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια(Κόλλιας και συν. 2010).

Εκπαιδύοντας οικογένειες στις οποίες υπάρχει κάποιο μέλος με σχιζοφρένεια

Οι ειδικοί σε θέματα ψυχικής υγείας μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα(Κόλλιας και συν. 2010):

- Ενημερώνεται η οικογένεια για την φύση της σχιζοφρένειας: η σχιζοφρένεια είναι μια εγκεφαλική διαταραχή που επηρεάζει όλο το φάσμα των λειτουργιών του ατόμου.
- Ενημερώνονται ο συγγενείς του ασθενή για το πώς να χειριστούν τα συμπτώματα της νόσου· είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνεται καταγραφή των παραγόντων που αυξάνουν το άγχος του ασθενή, ούτως ώστε να εφαρμόζονται τα κατάλληλα μέτρα για την μείωση του στρες. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι συγγενείς δεν υποχρεούνται να συμφωνούν με τις παράλογες ιδέες του αρρώστου αλλά να τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα με ομαλό τρόπο.
- Ενθαρρύνονται τα μέλη των οικογενειών να εκφράζουν τα συναισθήματά τους με τους ειδικούς καθώς και το πώς να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι σε θέση να προσφέρουν περισσότερα στο πάσχον μέλος.
- Πολλές φορές χρειάζεται να συμμετέχουν σε οικογενειακή ψυχοθεραπεία ή ομαδική με ή χωρίς τους ασθενείς πχ. Ομάδα συγγενών ασθενών με σχιζοφρένεια.

2.4. Νοσηλεία στο Νοσοκομείο - Ψυχιατρείο

Εάν κάποιο μέλος της οικογένειας υποψιάζεται ότι ένα άλλο μέλος της πάσχει από σχιζοφρένεια, πρέπει να τον πείσει να επισκεφθεί γιατρό. Αυτό μπορεί να είναι πολύ δύσκολο. Άτομα που αρρωσταίνουν ψυχικά συχνά αρνούνται να το παραδεχτούν. Ακόμα και όσοι καταλαβαίνουν ότι κάτι δεν πάει καλά, έχουν τον φόβο ότι θα τεθούν στο περιθώριο. Η ιατρική όμως αντιμετώπιση κρίνεται απαραίτητη. Έτσι η παρουσία και μόνο ενός συγγενικού ή φιλικού προσώπου που θα τον ενθαρρύνει και θα τον βοηθήσει ή και θα τον εμποδίσει να βλάψει τον εαυτό του, είναι ουσιαστική μέχρις ότου φτάσει ιατρική βοήθεια και μπει στο νοσοκομείο όπου θα γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο τα συμπτώματα να οφείλονται σε μια σωματική νόσο. π.χ. όγκος του εγκεφάλου(Ραγιά 2009).

Γίνεται προσπάθεια να αποφευχθεί η νοσηλεία του σχιζοφρενικού ασθενή με υποστήριξη της λειτουργίας του, εξωνοσοκομειακά. Έτσι, μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης

παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο σχιζοφρενής με την οικογένειά του, στον ξενώνα, στο οικοτροφείο ή στο διαμέρισμα. Η άμεση παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ή να υπάρξει ολιγοήμερη παραμονή στο χώρο του νοσοκομείου.

Ενδείξεις νοσηλείας αποτελούν ο κίνδυνος να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία αυτοφροντίδας του ασθενή, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων (οικογένεια, φίλοι, θεραπευτές, εργασία) στο περιβάλλον του ασθενή. Όσο πιο ψυχωτικός ή διεγερτικός είναι ο ασθενής τόσο μεγαλύτερη είναι η ανάγκη για ταχεία νοσηλεία και καταστολή της ψύχωσης ή διέγερσης(Παπαδημητρίου Γ. και συν.2013).

Κατά την εισαγωγή, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα χρησιμοποιήσει τεχνικές καθυστάσεως, και ελάττωσης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Αν αυτές οι πρακτικές δεν είναι αποτελεσματικές για τη διαχείριση του ασθενή, τότε μπορεί να χρειαστεί περιορισμός του ασθενή στην κλίνη του σε συνδυασμό με ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή(Ζαρταλούδη 2009).

Καθώς, τα οξέα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν, ο ασθενής θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής, η οποία χρειάζεται να είναι έτσι σχεδιασμένη, ώστε να αποτελεί θεραπευτική κοινότητα. Οι σχέσεις όλων των ατόμων που εργάζονται εκεί καθορίζονται, έτσι ώστε να προάγουν την φυσιολογικότητα που απαιτείται όταν οι ασθενείς βγουν στην κοινότητα (Eby & Brown, 2010).

Η αρχική εξέταση

Ο άρρωστος υποβάλλεται σε φυσική (σωματική) και ψυχιατρική εξέταση. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει: μέτρηση σακχάρου και ουρίας αίματος, ακτινογραφίες θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ή και άλλες πιο ειδικές εξετάσεις αναλόγως με την κατάσταση και τα συμπτώματα του κάθε ατόμου. Μπορεί να γίνουν ερωτήσεις για την έναρξη και την πορεία της αρρώστιας, τις σχέσεις της οικογένειας, τις συνθήκες στη δουλειά και στο σχολείο, προηγούμενες ασθένειες και το είδος θεραπείας. Κατά κύριο λόγο, καταβάλλεται προσπάθεια από τον εξεταστή να καταλάβει πώς λειτουργεί το μυαλό του αρρώστου και πώς αισθάνεται. Αν αντιλαμβάνεται πλήρως αυτό που του συμβαίνει(έχει εναισθησία) ή κατά ένα μέρος(μερική εναισθησία) ή καθόλου(δεν έχει εναισθησία). Αυτό επιτυγχάνεται με την παρατήρηση και ερωτήσεις εκ των οποίων άλλες είναι πιο απλές και διερευνητικές και άλλες πιο προσωπικές, άλλες ανοικτού τύπου και άλλες κλειστού τύπου. Οι απαντήσεις που θα λάβει ο εξεταστής θα καθορίσουν και το είδος της θεραπείας καθώς υποδηλώνουν τη διάθεση του αρρώστου να συμμορφωθεί με αυτήν. Μπορεί επίσης, να ζητηθούν πληροφορίες από τους συγγενείς και τους φίλους που συνοδεύουν τον άρρωστο, κάτι που μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση της αρρώστιας και των κοινωνικών σχέσεων του ασθενή (Kaplan και Sadock, 2012).

Επισκεπτήριο

Το επισκεπτήριο όταν ο ασθενής νοσηλεύεται ενθαρρύνεται, ώστε να μην αποκόβεται από το οικείο του, όπως και η συμμετοχή τους στη θεραπευτική διαδικασία. Περιορισμοί ίσως θα μπορούσαν να υπάρξουν όταν η επίσκεψη γίνεται στην διάρκεια δραστηριοτήτων, θεραπευτικών προγραμμάτων, φαγητού ή ύπνου. Μερικές φορές, κάποια επίσκεψη μπορεί να προκαλέσει έντονη ταραχή στον άρρωστο ή και στον επισκέπτη, οπότε αποφασίζεται η προσωρινή αναστολή των επισκέψεων όταν κρίνεται απαραίτητο, ή έστω ο περιορισμός της διάρκειάς τους(Eby & Brown, 2010).

Άδειες εξόδου

Σε ασθενείς που η πάθησή τους δεν είναι τόσο βαριά, μπορούν να δίνονται άδειες, για να ζήσουν έξω από το νοσοκομείο για λίγες ή περισσότερες ημέρες με τη οικογένειά τους ή τους φίλους τους ή να παρευρεθούν σε κάποιο σπουδαίο οικογενειακό γεγονός. Η επιτυχία αυτών των εξόδων δείχνει τόσο το βαθμό βελτίωσης της κατάστασης του ασθενούς, όσο και το πόσο έτοιμος είναι να ξεκινήσει πάλι τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (Στυλιανίδης και Χόνδρος, 2006). Μετά από κάθε έξοδο, είναι σημαντικό για τον άρρωστο να συζητά για το πόσο καλά τα κατάφερε. Όταν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα, δεν θα πρέπει να οδηγεί, να πει οινόπνευματώδη ποτά ή να πηγαίνει κοντά σε μηχανήματα, εκτός αν έχει πάρει άδεια από τον γιατρό του. Ασφαλώς, δεν είναι βέβαιο, ότι κάθε έξοδος θα παρέλθει χωρίς να δημιουργηθεί πρόβλημα. Για αυτό το λόγο, αν τυχόν ο άρρωστος αισθάνεται ανησυχία, ή εάν η συμπεριφορά του διαταράσσεται και υπάρχει κίνδυνος για τον ίδιο ή τους άλλους γύρω του, τότε είναι προτιμότερο να επιστρέψει στην κλινική το συντομότερο δυνατό(Παπαδημητρίου Γ. και συν.2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1. Νοσηλευτική Διεργασία

Ο νοσηλευτής συμβάλλει ουσιαστικά στην μείωση του ποσοστού των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, καθώς επίσης και στην υποστήριξη και αποκατάστασή τους (Μαδιανός, 2006).

Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας παρέχει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή και τον ασθενή να προσδιορίσουν μαζί τις ανάγκες για νοσηλευτική φροντίδα. Ο Νοσηλευτής πλήρως καταρτισμένος επιστημονικά και έχοντας τις κατάλληλες δεξιότητες προσεγγίζει τον άρρωστο με σχιζοφρένεια και οικοδομεί σχέση εμπιστοσύνης θεραπευτή- ασθενή. Συλλέγει και καταγράφει συστηματικά πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του αρρώστου από τον ίδιο, την οικογένειά του, το φιλικό του περιβάλλον, τη γειτονιά, το ιατρικό ιστορικό και προγραμματίζει νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τα προβλήματα του ασθενή με σειρά σημαντικότητας, με σκοπό την επίλυσή τους. Ανάλογα τα αποτελέσματα κάθε φορά οι νοσηλευτικές φροντίδες ανανεώνονται ή αλλάζουν προσανατολισμό(Ραγιά2009).

Στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις συμπεριλαμβάνεται και η εφαρμογή της φαρμακοθεραπείας του ασθενή, η οποία πραγματοποιείται μετά από ιατρική εντολή. Δεν αρκούν μόνο η καλή συνεργασία με τον άρρωστο και τα φάρμακα για τη θεραπεία, θα πρέπει όλο το περιβάλλον του αρρώστου -έμφυχο και άφυχο υλικό- είτε ενδονοσοκομειακά, είτε στην κοινότητα να δρα θεραπευτικά. Όλες οι ενέργειες αυτές δεν υλοποιούνται από έναν μεμονωμένο νοσηλευτή, αλλά χρειάζεται συνεργασία από όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες και τους φροντιστές των ασθενών προς όφελος του πάσχοντος. Οι καταγραφές των νοσηλευτικών προσεγγίσεων έχουν σκοπό όχι μόνο την τεκμηρίωση των φροντίδων, αλλά και την ακριβή παροχή των πληροφοριών στους άλλους νοσηλευτές, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές κλπ. (Σαράφης και Μαλλιαρού 2013).

Σε κάθε στάδιο της διεργασίας, ο νοσηλευτής και ο ασθενής συνεργάζονται, αλλά η κατάσταση υγείας του ασθενούς επηρεάζει το επίπεδο συμμετοχής του. Όταν ο ασθενής είναι κατατονικός ή μη συνεργάσιμος, τα στάδια της διεργασίας υλοποιούνται με την βοήθεια ενός μέλους της οικογένειας ή ενός υποστηρικτικού ατόμου.

Ο πρωταρχικός σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να βοηθήσει το νοσηλευτή να διαχειρίζεται την φροντίδα κάθε ασθενούς με επιστημονικό, ολιστικό και δημιουργικό τρόπο. Προϋπόθεση για την επιτυχία αυτού του στόχου είναι οι πολλές διανοητικές, τεχνικές, διαπροσωπικές, και ηθικές/νομικές ικανότητες του Νοσηλευτή, καθώς και η θέληση να τις χρησιμοποιήσει δημιουργικά όταν εργάζεται με ασθενείς, ώστε να προάγει την ευεξία, να προλαμβάνει την ασθένεια, να αποκαταστήσει την υγεία και να διευκολύνει την αντιμετώπιση της διαταραγμένης λειτουργικότητας(Παπαγεωργίου 2012).

3.2. Τι πρέπει να γνωρίζει ο Νοσηλευτής για την αντιμετώπιση του πρώτου οξέος ψυχωτικού επεισοδίου

Η σωστή αντιμετώπιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου είναι κομβικής σημασίας και περιλαμβάνει αρχικά την ύφεση των οξέων συμπτωμάτων με τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή, η οποία είναι άκρως απαραίτητη (Παπαδημητρίου Γ. και συν. 2013).

Σε ένα ποσοστό των ψυχωτικών επεισοδίων ο ασθενής είναι επιθετικός λεκτικά και σωματικά κατά οικογενειακών προσώπων ή και άλλων. Επιπλέον, είναι πιθανό να προξενήσει βλάβη στον ίδιο του τον εαυτό, είτε λόγω αυτοκτονικής συμπεριφοράς, είτε επειδή έχει απολέσει την ικανότητα να κρίνει το συμφέρον της υγείας του (π.χ. έχει σταματήσει να τρώει). Το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο συνήθως παραπέμπει διαγνωστικά και σε φάσμα άλλων ψυχώσεων, όπως η μανιακή διαταραχή ή απλά μια χρήση ουσιών. Το αρχικό διάστημα της θεραπείας σε συνδυασμό με την ολοκλήρωση του ιστορικού συνεισφέρει στο ξεκαθάρισμα της διάγνωσης. Αν το επεισόδιο είναι μανιακό η διάγνωση είναι η διπολική διαταραχή. Μια άλλη ειδική περίπτωση είναι το επεισόδιο να επήλθε στο πλαίσιο χρήσης ουσιών. Η περίπτωση αυτή είναι πιο περίπλοκη καθώς θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη μακροπρόθεσμη θεραπεία και η απεξάρτηση ((Δημητρακόπουλος και συν., 2015).

Είναι κρίσιμο να αντιμετωπιστεί σωστά και αποτελεσματικά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχει το ενδεχόμενο υποτροπών. Τα αλεπάλληλα ψυχωτικά επεισόδια αφήνουν λειτουργικά υπολείμματα στους ασθενείς, τα οποία καθιστούν την αντιμετώπιση των υποτροπών όλο και πιο δύσκολη, ατελέστερη και μεγαλύτερης διάρκειας (Παπαδημητρίου Γ. και συν. 2013).

3.3. Τι πρέπει να προσέξει ο Νοσηλευτής κατά την διάρκεια της διάγνωσης ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας, εξαρτάται από την παρουσία ορισμένων συμπτωμάτων που συνδέονται με τη νόσο και γίνονται αντιληπτά μέσω παρατεταμένης παρατήρησης. Ο νοσηλευτής πρέπει να διαγνώσει σωστά ότι ο ασθενής πάσχει από σχιζοφρένεια. Μερικά συμπτώματα δεν γίνονται αντιληπτά άμεσα, μερικά άλλα ο νοσηλευτής μπορεί να τα συμπεράνει από αντιδράσεις όπως φωνές ή γέλια που δεν οφείλονται στην αλληλεπίδρασή του με άλλους ανθρώπους γύρω του, το σαστισμένο ύφος, η μεταβολή των εκφράσεων του προσώπου του ασχέτως με ό,τι συμβαίνει στον χώρο. Γενικώς ο νοσηλευτής θα πρέπει να δώσει προσοχή σε (Eby & Brown 2010, Hogan 2012):

- Κάθε συμπεριφορά του αρρώστου που δείχνει σύγχυση άσχετη με τον χώρο ή τον χρόνο ή διακύμανση της συνείδησής του, πρέπει να σημειώνεται και να αναφέρεται από τον νοσηλευτή. Επίσης, περιπτώσεις απώλειας συνείδησης, επιληπτικές κρίσεις, παροδικές παραλύσεις και δυσκολία στην ομιλία, να τις αναφέρει.
- Παραληρητικές ιδέες του ασθενή που κρίνει ότι είναι απατηλές, πρέπει να μην αναφέρει απλώς ότι ο ασθενής παραλογίζεται αλλά να αναφέρει ακριβώς τα λόγια του.
- Παρενέργειες των φαρμάκων, πρέπει να αναφέρει καθαρά κάθε μεταβολή στη συμπεριφορά του ασθενούς. Πρέπει να ρωτήσει και τον ίδιο τον ασθενή και ίσως έτσι περιγράψει σωστά, πως αισθάνεται, και αν πρόκειται για καταστολή θα μειωθεί η δόση των φαρμάκων, ή αν είναι ανήσυχος με όλο το εύρος της σημασίας, θα του αυξηθεί η δόση.

- Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, χρήσης ουσιών ή έχει υποστεί βία ο ίδιος.
- Οξεία φάση, που για τον ασθενή σημαίνει φόβος και ανασφάλεια που προέρχονται από την σύγχυση, την απώλεια του ελέγχου, της ταυτότητας και του εαυτού, ίσως αδύνατο να δημιουργηθεί μια πραγματική επαφή με τον ασθενή. Ακόμα όμως και στις πιο οξείες καταστάσεις ο ασθενής μπορεί να αντιλαμβάνεται τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού και γενικά όλου του προσωπικού απέναντί του, και αυτό μπορεί να έχει επίδραση στις μετέπειτα σχέσεις μαζί του.
- Κάθε προβολή του αρρώστου των αρνητικών, παράδοξων εικόνων του εαυτού του προκαλούν στον εξεταστή αμηχανία, φόβο ή θυμό. Η επιθετική ή εχθρική στάση του εξεταστή τρομάζουν ιδιαίτερα τον ασθενή και τον οδηγούν σε περισσότερη αποδιοργάνωση.
- Προσφορά βοήθειας από την πλευρά του νοσηλευτή, ο ασθενής μπορεί να τη λάβει ως βία και να αντιδράσει ανάλογα.
- Αισθήματα μοναξιάς, τρόμου και εσωτερικού χάους, η ενδεδειγμένη προσέγγιση από τον θεραπευτή-νοσηλευτή είναι η ενσυναίσθηση.

Ενσυναίσθηση

Ενσυναίσθηση, η τέχνη του «να ακούς» τον άρρωστο δίνει έμφαση στην κατανόηση του ψυχολογικού, του ατομικού, του πολιτισμικού και του συμβολικού χαρακτήρα της δυαδικής σχέσης θεραπευτή- ασθενή. Για τον Νοσηλευτή αποτελεί εμπειρία παρακολούθησης φυσιολογικών και παθολογικών ψυχικών φαινομένων, κατανόησης συνειδητών και ασυνειδητών ψυχικών φαινομένων που είναι απαραίτητη στον σχεδιασμό και τον χειρισμό της θεραπείας σχεδόν όλων των ψυχικών διαταραχών. Ο έμπειρος Νοσηλευτής μέσα από τις συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις παρατηρεί με ακρίβεια τη συμπεριφορά του αρρώστου, κατανοεί σύνθετα διαπροσωπικά φαινόμενα και διαμορφώνει κλινικές υποθέσεις ξεπερνώντας τις δικές του εσωτερικές συγκρούσεις.

Οι Slavney και McHugh έδωσαν ένα μοντέλο τεσσάρων προσεγγίσεων των κλινικών δεδομένων: την προσέγγιση της νόσου που ρωτά «τι διαταραχή έχει ο άρρωστος», την προσέγγιση της προσωπικότητας που ρωτά «τι είδους άνθρωπος είναι ο άρρωστος», την προσέγγιση της συμπεριφοράς που ρωτά «πώς δρα ο άρρωστος» κι εκείνη της ιστορίας της ζωής του που ρωτά «πώς μπορούμε να καταλάβουμε τις επιδράσεις αυτών που έχει περάσει αυτός ο άνθρωπος στη ζωή του». Αυτό το μοντέλο αναδεικνύει την πολλαπλότητα των επιπέδων, από το νευρολογικό στο ψυχολογικό, στο κοινωνικό και στο πνευματικό που πρέπει να συντεθούν για να αποκτήσει νόημα η ψυχοπαθολογία και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Tasman 2010).

Ερωτήσεις με σκοπό τη διάγνωση της σχιζοφρένειας

- Πιστεύεις ότι πάσχεις από κάποια ασθένεια; Ποια είναι η εξήγησή σου για την ασθένεια; (ο νοσηλευτής λαμβάνει πληροφορίες για την κατάσταση της αντίληψης του ασθενή και το επίπεδο αυτογνωσίας του).

- Είχες λάβει κάποιου είδους θεραπεία στο παρελθόν; Τι σε βοήθησε περισσότερο εκείνο το διάστημα; (ο νοσηλευτής λαμβάνει πληροφορίες για το προηγούμενο ιστορικό του ατόμου).
- Ποιες πιστεύεις ότι είναι οι δυνάμεις σου; Που πιστεύεις ότι αντιμετωπίζεις πρόβλημα; (συλλέγει πληροφορίες για το επίπεδο αυτοεκτίμησης, τα αγχογόνα γεγονότα της ζωής του ασθενή, και το αν έχει επίγνωση της κατάστασής του).
- Ακούς κάποιες φωνές που δεν ακούν οι άλλοι ή βλέπεις κάποια πράγματα που οι υπόλοιποι δεν βλέπουν; Πιστεύεις ότι κάποιος ή κάποιιο σχεδιάζουν κάτι απέναντί σου ή θέλουν να σε βλάψουν; (στο σημείο αυτό παίρνει πληροφορίες για την παρουσία παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων).
- Τι φάρμακα παίρνεις; Σου δημιουργούν κάποιο πρόβλημα; (ο νοσηλευτής λαμβάνει πληροφορίες για το αν ο ασθενής δείχνει συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή, και για το εάν ο ίδιος γνωρίζει τι προβλήματα μπορεί να υπάρξουν λόγω των φαρμάκων).
- Ποιον θεωρείς πρόσωπο εμπιστοσύνης στην ζωή σου; (λαμβάνει πληροφορίες για το κατά πόσο υπάρχουν υποστηρικτικά και έμπιστα πρόσωπα στην ζωή του ασθενή)
- Ποιες είναι οι δραστηριότητές σου στην καθημερινότητα; Ποιες από αυτές σου αρέσουν περισσότερο; (στο σημείο αυτό ο νοσηλευτής συλλέγει πληροφορίες για τον τρόπο σκέψης του ασθενή, το πώς μπορεί να ερμηνεύσει και να περιγράψει κάποια πράγματα, και το αν παρουσιάζει ανηδονία και ανικανότητα αυτοφροντίδας).

Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή πρέπει να γίνεται σε κάθε επαφή μαζί του, προκειμένου να προληφθούν καταστάσεις που θα μπορούσαν να βλάψουν την υγεία του πάσχοντος ή του νοσηλευτή ή και των γύρω ατόμων. Τέλος, όταν ο ασθενής νοσηλεύεται, καλό θα ήταν να αποφεύγεται όσο το δυνατό περισσότερο η εξέταση του από κάθε βάρδια, καθώς για πολλούς η διαδικασία αυτή τους προκαλεί άγχος (Πατηράκη και συν.2009,Ραγιά 2009).

3.4. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου

Ο άρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να προβεί ακόμη και σε βαριά αυτοκαταστροφική πράξη υπό το καθεστώς ακουστικών ψευδαισθήσεων, οι οποίες τον διατάζουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή κάποιες φορές, δεν μπορεί να διαχειριστεί το άγχος που του προκαλούν, επειδή τον κατηγορούν και θέλει να ξεφύγει από αυτές, επιχειρεί αυτοκτονία. Άλλες φορές, όταν η ασθένεια είναι σε ύφεση, ο ασθενής σκεπτόμενος τα όσα βίωσε νοιώθει ντροπή, φόβο για τυχόν επανάληψη του επεισοδίου, βιώνει κατάθλιψη και είτε έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, είτε προβαίνει σε αυτοκαταστροφική πράξη, είτε σε απόπειρα αυτοκτονίας(Σολδάτος και Λύκουρας 2016).

Συνήθως ο ασθενής, αν δε νοσηλεύεται ήδη, μεταφέρεται για ακούσια νοσηλεία σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Κύριος νοσηλευτικός σκοπός είναι η διάσωση του ασθενούς, ο περιορισμός έκτασης της βλάβης, η εξασφάλιση άνετης και ασφαλούς διαμονής μακριά από βλαβερά αντικείμενα. Η νοσηλευτική στάση απέναντι στον άρρωστο δεν πρέπει να είναι τιμωρική. Χρειάζεται ομαλή συμπεριφορά, πραγματικό ενδιαφέρον, να δείξει εμπιστοσύνη ώστε να επιτευχθεί η θεραπευτική συμμαχία. Μέσα από αυτή τη σχέση ο ασθενής θα ενισχυθεί ηθικά, θα βρει ελπίδα για να αγωνιστεί. Ο Νοσηλευτής επιβλέπει τακτικά τον ασθενή διότι μπορεί να επαναλάβει την απόπειρα και ενημερώνει γραπτώς το φύλλο νοσηλείας του και όλη τη θεραπευτική ομάδα(Ραγιά 2009).

3.5. Νοσηλευτής και αντιψυχωτική αγωγή

Αν και τα αίτια της σχιζοφρένειας δεν είναι γνωστά, η αποτελεσματικότητα των αντιψυχωτικών φαρμάκων αναδεικνύει τη βιοχημική της βάση και τη βαρύτητα αυτής στην αλληλεπίδρασή της με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η σχιζοφρένεια για να θεραπευτεί χρειάζεται τη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων δια βίου μαζί με τη συνδρομή της ψυχοθεραπείας και της οικογενειακής θεραπείας (Κοτρώτσου 2009).

Ο Νοσηλευτής με τις παρεμβάσεις του επιδιώκει τη μέγιστη λειτουργική αποκατάσταση του αρρώστου. Πρέπει οι γνώσεις του στη φαρμακολογία να είναι σύγχρονες, να είναι παρατηρητικός, να εκτιμά έγκαιρα τις παρενέργειες των φαρμάκων και τη συμμόρφωση του αρρώστου στη φαρμακευτική αγωγή. Προσδοκεί τα περισσότερα «καλά» με τα λιγότερα «κακά» αποτελέσματα του φαρμάκου που χορηγεί, έτσι ώστε να μην επιβαρύνει τον ασθενή στην προσωπική και κοινωνική του ζωή και τον οδηγεί στη διακοπή.

Η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή είναι τόσο σημαντική, όχι μόνο για την πορεία της σχιζοφρένειας αλλά και για την καταπολέμηση του στιγματισμού, αφού αποτελεί το βασικό μοχλό για την τροποποίηση των βιωμάτων και της συμπεριφοράς του αρρώστου με αποτέλεσμα την ενίσχυση της αξίας, της εμπιστοσύνης και της διαχείρισης του εαυτού και του κοινωνικού περιγύρου (Παπαγεωργίου 2012).

3.5.1. Αρμοδιότητες του Νοσηλευτή πριν την λήψη φαρμάκων

- Λαμβάνει ατομικό και οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας, διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας, υπέρτασης και καρδιαγγειακής νόσου, το σωματικό βάρος (υπολογισμός δείκτη μάζας σώματος) και την περιφέρεια της μέσης (στο επίπεδο του ομφαλού),
- Λαμβάνει πληροφορίες για τυχόν αλλεργίες του ασθενή. Παρακολουθεί συστηματικά τη συμπεριφορά του ασθενή. Αφού λάβει τη φαρμακευτική του αγωγή, θα συγκρίνει μετά τυχόν αλλαγές.
- Λαμβάνει αιματολογικές εξετάσεις πχ. γλυκόζη πλάσματος νηστείας. Επίσης διαγνωστικές εξετάσεις πχ. ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αξονική εγκεφάλου.
- Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές, θερμοκρασία, οξυγονομετρία.
- Συλλέγει πληροφορίες για τις συνήθειες του ασθενή, τη διατροφή, τις ώρες ύπνου, την κατάσταση του δέρματος, ενδεχόμενη λήψη φαρμάκων, τη λειτουργία του εντέρου, ιστορικό άλλων ασθενειών ή εγκυμοσύνης.
- Καταγράφει τις επιθυμίες του ασθενή που αφορούν το θέμα.
- Διατυπώνει μαζί με τον θεράποντα ιατρό πρωτόκολλο εναλλακτικών λύσεων χορήγησης της συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής, είτε αυτό αφορά την οδό χορήγησης, είτε την ελαστικότητα στη δοσολογία.
- Καταγράφει οδηγία για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης.
- Καταγράφει την έκταση της πληροφόρησης του ασθενή (Κούκια 2015).

3.5.2. Αρμοδιότητες Νοσηλευτή κατά την περίοδο λήψης φαρμάκων

- Παρακολούθηση και αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του ασθενή προς τα φάρμακα που παίρνει.
- Κατάρτιση προγράμματος συνεχούς επίβλεψης ζωτικών σημείων, ηπατικών ή αιματολογικών εξετάσεων, οφθαλμικών αλλαγών(βολβοστροφή), εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, σημεία τοξίκωσης, φλεγμονής ή αιμορραγιών.
- Εφαρμογή πλήρους νοσηλευτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένου και ψυχολογικής υποστήριξης του αρρώστου.
- Ενίσχυση του ασθενή να λαμβάνει μόνος του τα φάρμακα.
- Πλήρης ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, τις παρενέργειες και το πλάνο αντιμετώπισής τους.
- Ιδιαίτερη παρακολούθηση πρέπει να δίνεται σε τυχόν φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις
- Ασφαλής φύλαξη των φαρμάκων από αυτοκτονικούς ασθενείς.
- Προσεκτική επίβλεψη της λήψης των φαρμάκων. Καλός έλεγχος της στοματικής κοιλότητας (Κούκια 2015).

3.5.3. Νοσηλευτής και ενημέρωση – διδασκαλία του αρρώστου για την φαρμακευτική αγωγή

Η διδασκαλία του αρρώστου διευκολύνει και προάγει τη συμμόρφωσή του στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Αρχικά πρέπει να εκτιμηθούν η ψυχική κατάσταση, οι βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές παραδοχές του καθώς και το επίπεδο κατανόησής του. Έπειτα γίνεται ο σχεδιασμός του εξατομικευμένου προγράμματος ενημέρωσης σχετικά με την κατάσταση της υγείας του. Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την επιτυχημένη προσέγγιση του ασθενή είναι η κατανόηση των αναγκών. Αυτές θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, πριν το νοσηλευτικό προσωπικό προβεί σε οποιαδήποτε ενημέρωση του ασθενή(Πατηράκη και συν.2009).

Ο νοσηλευτής πρέπει να πληροφορήσει πρωτίστως τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του για την αναγκαιότητα της λήψης της φαρμακοθεραπείας στο σπίτι. Οι χρόνιοι ασθενείς είναι απαραίτητο να μάθουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως ο πόνος, διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα, και περιορισμούς που αφορούν την ασθένεια και τη θεραπεία(Κούκια και Γκόνης 2010).

- Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον άρρωστο και την οικογένειά του, και να εξακριβώσει αν είναι βέβαιοι ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη της θεραπείας στο σπίτι.
- Να ενημερώσει σχετικά με τη φύση της ψυχικής ασθένειας, το όνομα, τη δόση, τις ώρες χορήγησης, και το επιθυμητό αποτέλεσμα του φαρμάκου.
- Να εξηγήσει στον ασθενή και την οικογένεια, ότι πρέπει να αναφέρει αμέσως, αν τυχόν παρουσιάσει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα: πονόλαιμο, πυρετό, ασυνήθιστη αιμορραγία, δερματικό εξάνθημα, αδυναμία, μυϊκούς σπασμούς, διαταραχές στην όραση, σκούρα χροιά των ούρων, άχρωμες κενώσεις και ίκτερο.
- Να συμβουλέψει τον άρρωστο, να μην μοιράζεται τα φάρμακά του με άλλους.
- Να του υπενθυμίζει να μην παραλείπει και να μην υπερβαίνει τις δόσεις του αλλά να είναι πιστός στο πρόγραμμά του.

- Να καθοδηγήσει την οικογένεια να αναλάβει αυτή την ευθύνη της χορήγησης των φαρμάκων, σε περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής αδυνατεί να συμμορφωθεί.
- Να πληροφορήσει τον άρρωστο σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων συμπεριλαμβανομένων και των εξωπυραμидικών συμπτωμάτων, και τότε πρέπει να ενημερώνει τον νοσηλευτή ή τον γιατρό του ώστε να του χορηγείται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για την μείωση αυτών.
- Επιπλέον, να τον ενημερώσει ότι η αποτελεσματικότητα όσον αφορά τα θετικά συμπτώματα μπορεί αν είναι εμφανής σε μία βδομάδα, αλλά μπορεί να χρειαστούν πολλές βδομάδες μέχρι να εκδηλωθεί η πλήρης δράση των φαρμάκων.
- Να τον καθοδηγήσει με συμβουλές γύρω από την κινητική δραστηριότητα (σωματική άσκηση) και την διατροφή που μπορεί να χρειαστούν.

Αν και τα παραπάνω αποτελούν πολύ δύσκολα ζητήματα στη διαχείρισή τους, πολλοί, άνθρωποι, τα καταφέρνουν λίγο ως πολύ καλά(Κούκια και Γκόνης 2010).

3.5.4. Ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών- νοσηλευτικές παρεμβάσεις και εκπαίδευση ασθενούς

- Ø **Ορθοστατική υπόταση:** Ο ασθενής μαθαίνει να αποφεύγει την απότομη έγερση από το κρεβάτι του, κάθεται καθιστός 5' και πραγματοποιεί ελεγχόμενη έγερση. Αν παρουσιαστεί ζάλη επιστρέφει πάλι στην κατάκλιση και ζητά βοήθεια. Μπορεί να συμβεί και όταν σηκώνεται από την καρέκλα.
- Ø **Δυσκοιλιότητα:** Ενθάρρυνση να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε ίνες, χόρτα, ωμά φρούτα, λαχανικά και σε επιμονή να λαμβάνει υγρά και υπακτικά.
- Ø **Ξηροστομία:** Βοηθά η λήψη υγρών, το μάσημα τσίχλας και καραμέλας για την πρόκληση σιελόρροιας και επιβάλλεται η καλή υγιεινή στόματος. Προτρέπουμε τον ασθενή να κάνει τακτικά οδοντιατρικό έλεγχο.
- Ø **Σεξουαλική δυσλειτουργία:** Εάν για τον ασθενή προκύπτει έντονη δυσφορία και οφείλεται στο φάρμακο, τότε θα πρέπει να αλλάχθει.
- Ø **Φωτοφοβία:** Συστήνονται σκούρα γυαλιά ή χαμηλός φωτισμός στο δωμάτιο του ασθενούς.
- Ø **Φωτοτοξική μελάγχρωση του δέρματος μετά από έκθεση στον ήλιο(από χορήγηση φαινοθειαζίνης).** Ενημέρωση πριν την έναρξη του φαρμάκου να φορά γυαλιά ηλίου, προστατευτικές κρέμες, ενδύματα με μακριά μανίκια, ομπρέλα και να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο.
- Ø **Λευκοπενία και ακοκκιοκυτταραιμία:** Τακτικές εξετάσεις αίματος, να ενημερώνει για αδιαθεσία, κακουχία, ρινορραγία, να γίνεται τακτική θερμομέτρηση, επισκόπηση στοματικής κοιλότητας για εντόπιση σημείων φλεγμονής ή αιμορραγίας. Συνεκτίμηση με την ψυχική κατάσταση και διακοπή του φαρμάκου.

- Ø **Εμφάνιση εξωπυραμιδικών** (ακαθισίας, τρόμου κλπ.) οφειλόμενη στα αντιψυχωτικά. Χορηγείται αντιχολινεργικό, αντιπαρκινσονικό φάρμακο(βιπεριδίνη).
- Ø **Υπερπρολακτιναιμία** (αμηνόρροια και γαλακτόρροια στις γυναίκες και γυναικομαστία στους άντρες): Αλλαγή της αντιψυχωτικής αγωγής.
- Ø **Αύξηση της όρεξης και του βάρους:** Διαιτητικές συμβουλές ή και αλλαγή του υπεύθυνου φαρμάκου. Σε **σακχαρώδη διαβήτη:** Αντιδιαβητική θεραπεία, η οποία συνεχίζεται ακόμα και αν διακοπεί το υπεύθυνο φάρμακο.
- Ø **Όψιμη δυσκινησία**(χορειόμορφες, ερπετοειδείς κινήσεις των περιστοματικών, μιμικών και άλλων γραμμωτών μυών): Αλλάζει η φαρμακευτική αγωγή σε κλοζαπίνη ή ολανζαπίνη.
- Ø **Χρήση ποσότητας ψυχοτρόπων για κατάχρηση ή αυτοκτονία:** Παραγγέλλονται ή συνταγογραφούνται τα φάρμακα σε μικρές ποσότητες. Εκπαίδευση του αρρώστου να ζητά άμεσα βοήθεια.
- Ø **Κακόηθες Νευροληπτικό Σύνδρομο:** Αντιμετωπίζεται με νοσηλεία συμπτωματικά και αν χρειαστεί χορηγούνται αντιπυρετικά, αντιεπιληπτικά, μυοχαλαρωτικά, ντοπαμινεργικοί αγωνιστές, εξωνεφρική κάθαρση κλπ.

Πολλές φορές με την αντιψυχωτική αγωγή συνδυάζεται η χορήγηση μιας βενζοδιαζεπίνης, η οποία βοηθά στη μείωση του ψυχωτικού άγχους.

- Ø **Τοξίκωση από βενζοδιαζεπίνες** (καταστολή ή κώμα): Αντιμετωπίζεται με νοσηλεία. Χορηγείται ενδοφλέβια 1-3mg φλουμαζελίνη, ουσία που ανταγωνίζεται τις βενζοδιαζεπίνες. Λόγω της μικρής διάρκειάς της(10΄) μπορεί να χρειαστεί να επαναληφθεί. Χρειάζεται όμως ιδιαίτερη προσοχή διότι μπορεί να προκληθούν θανατηφόρες καρδιακές αρρυθμίες και επιληπτικές κρίσεις. Αν δεν απαντήσει σε συνολική δόση 5mg, τότε οφείλεται σε άλλη ουσία όπως αλκοόλ, βαρβιτουρικά ή οπιοειδή(Ραγιά 2009, Katona at al. 2015).

3.5.5. Αρμοδιότητες Νοσηλευτή κατά την λήξη φαρμάκων

- Εξασφάλιση τεκμηριωμένων κριτηρίων για τον τερματισμό της θεραπείας.
- Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής των φαρμάκων, με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη, ή με μια μικρή δόση φαρμάκων αν κριθεί απαραίτητο, και πάντα με συνεχή παρακολούθηση.
- Προετοιμασία και συστηματική επαγρύπνηση για τυχόν υποτροπές. Παροχή ενημέρωσης και συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένεια, σχετικά με το ποιες ενέργειες πρέπει να κάνει ώστε να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο. (Ραγιά 2009).

3.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στις χρόνιες καταστάσεις σχιζοφρένειας

Στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια, δύο είναι οι βασικοί σκοποί(Κούκια 2015):

- Η πρόληψη της ιδρυματοποίησης, και
- Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Τα κύρια χαρακτηριστικά που μπορούν να οδηγήσουν σε ιδρυματοποίηση είναι η απάθεια, η έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλίας και η ανάθεση ευθυνών σε άλλους.

3.6.1 Παράγοντες ιδρυματοποίησης

- *Η έλλειψη εξωτερικών επαφών:* είναι αποτέλεσμα της μεγάλης διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο ή των συχνών επανεισαγωγών, της διακοπής επικοινωνίας με τον έξω κόσμο, της απουσίας επισκεπτών σε νοσοκομείο και σπίτι, της απορριπτικής συμπεριφοράς από συγγενείς και φίλους. Ο νοσηλευτής πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια, να πείσει τους συγγενείς και φίλους για την αναγκαιότητα της επικοινωνίας με τον ασθενή, να βοηθήσει τον ασθενή να κρατήσει επαφές με το κοινωνικό περιβάλλον (μέσω τηλεφώνου), να ενημερώνεται για τα γεγονότα του έξω κόσμου (να ακούει ειδήσεις, να διαβάζει εφημερίδες, να συζητά ομαδικά).
- *Η απώλεια της προσωπικότητας και ατομικότητάς του:* επειδή ο ασθενής έχει δυσκολίες σε ορισμένα θέματα που απαιτούν πρωτοβουλία και ευθύνη, το ίδρυμα αναλαμβάνει όλες τις ευθύνες που είχε πριν την εισαγωγή του. Αυτό όμως συντελεί στην απώλεια των υπολειμμάτων της ατομικότητας και προσωπικότητας του ασθενή. Ιδίως αυτοί που χαρακτηρίζονται από πλήρη απουσία αυτοπεποίθησης και έχουν γενικά τάση υποχωρητικότητας, εγκαταλείπουν κάθε ατομική ευθύνη(Γιαβασόπουλος και Γούρνη 2008).

Ωστόσο, η ιδρυματοποίηση μπορεί να συμβεί παρά τη μέτρια βαρύτητα των συμπτωμάτων ενώ η σοβαρή επιδείνωση ενδέχεται να μην οδηγεί πάντοτε σε παρατεταμένη νοσηλεία. Επιπλέον, η ιδρυματοποίηση μπορεί να οφείλεται σε κακή ή μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, λόγω έλλειψης στρατηγικών ψυχοκοινωνικής επανένταξης, και ιστορικού βίαιης συμπεριφοράς (Φερεντίνος και Κονταξάκης, 2014).

Αυτό που πρωτίστως χρειάζεται εκ μέρους του νοσηλευτή είναι η ανεξάντλητη και αδιάκοπη υπομονή. Η σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή θα πρέπει να γίνει σταδιακά. Στην αρχή είναι απαραίτητο να αφήσει τον ασθενή να επιβάλλει τους δικούς του όρους. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να μάθει να επικοινωνεί με τον κάθε ασθενή αναλόγως με τις ανάγκες του. Ο βαθμός επικοινωνίας σταδιακά αυξάνεται μέχρι οι δύο πλευρές να

μπορέσουν να συνεννοηθούν και να συνεργαστούν. Η διαδικασία απαιτεί παρατηρητικότητα και μεγάλη επιμονή(Κοτρώτσιου και συν.2008).

Το είδος της σχέσης μεταξύ των δύο μερών καθορίζεται μόνο μετά από στενή επαφή με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής θα εργάζεται κοντά του όλη την ημέρα, όχι μόνο παρακολουθώντας τις δραστηριότητές του, αλλά παίρνοντας ενεργό μέρος σε αυτές. Πρέπει να αφήνει τον ασθενή να έχει όλο το χρόνο που του χρειάζεται και, ενώ προφορικά μπορεί να τον ενθαρρύνει να κάνει μεγαλύτερες προσπάθειες, πρέπει να αντισταθεί στο πειρασμό να αναλάβει και να κάνει μόνος του την εργασία του(Κούκια 2015).

Ο νοσηλευτής επίσης πρέπει να φροντίζει σοβαρά για τα συμπτώματα του ασθενή. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υποστηρίζει ως αληθινές τις ψευδαισθήσεις του. Αντιθέτως, πρέπει να τον ενθαρρύνει να μιλά για τις ιδέες και τις εμπειρίες του, και όταν δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσά τους, μόνο τότε μπορεί να τον ρωτήσει γιατί νομίζει ότι του συμβαίνουν αυτά τα πράγματα(Ραγιά 2009).

Σε αυτό το στάδιο, ο νοσηλευτής μπορεί να τον βοηθήσει να καταλάβει ότι, ενώ οι εμπειρίες του φαίνονται πραγματικές σ' αυτόν, στην πραγματικότητα είναι μια εκδήλωση της παθήσεώς του. Όταν θα μπορέσει να το καταλάβει καλύτερα, αυτές οι περιέργες εμπειρίες θα γίνουν λιγότερο τρομακτικές και θα τον απασχολούν λιγότερο, έτσι ώστε να μεγαλώνει το ενδιαφέρον του για τον έξω κόσμο. Είναι αληθινό γεγονός ότι, η αύξηση του ενδιαφέροντος και των δραστηριοτήτων μειώνει ακόμα περισσότερο τις αφύσικες εμπειρίες του, και ο ασθενής μπορεί να φτάσει σε ένα στάδιο, όπου έρχεται σε συμβιβασμό με την πάθησή του και μπορεί να ζήσει μια ζωή φυσιολογική και ικανοποιητική(Φουντούκη και Θεοφανίδης, 2012).

Ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει υπόψη του πως ο ασθενής έχει δικαιώματα και ανάγκες ίδιες με τους υπόλοιπους ανθρώπους, χωρίς περιθωριοποιήσεις και υποτίμηση. Επίσης, καθώς οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζουν παρορμητικότητα, αμφιθυμία, έλλειψη ορίων, κοινωνική απόσυρση ή και επιθετικότητα, θα πρέπει να υπάρχει η απαραίτητη ανεκτικότητα και υπομονή, λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο της λειτουργικότητας και της ψυχοπαθολογίας του. Τέλος, θα πρέπει να είναι δοτικός προς τον ασθενή, να ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες του και να αισθάνεται πως βρίσκεται και συμμετέχει μέσα σε μια ομάδα, της οποίας είναι μέλος. Ακόμη, χρειάζεται ο νοσηλευτής να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλάει, να εκφράζει τους φόβους του, τις ανησυχίες και τις απορίες του. Τέλος, δεν θα πρέπει να υπάρξει κανενός είδους αποδοκιμασία ή αρνητική κριτική από την πλευρά του νοσηλευτή(Φουντούκη και Θεοφανίδης, 2012).

Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Με την ανακάλυψη των σημαντικών ψυχοτρόπων φαρμάκων(1950-1960) αρκετοί ασθενείς κατάφεραν να εξέλθουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπου διέμεναν σχεδόν δια βίου. Τη δεκαετία 1960-70 με την άνθιση του κινήματος για την αποϊδρυματοποίηση των ασθενών δημιουργήθηκαν οι πρώτες δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Η νέα φιλοσοφία θεώρησης και αντιμετώπισης των προβλημάτων του ψυχιατρικού ασθενή, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές στην κοινότητα, ονομάστηκε Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση(Κονταξάκης και Χριστοδούλου 2010).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι στενά συνδεδεμένη με την από-ιδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Νοσηλευτικής. Στοχεύει στην αναβάθμιση της ποιότητας του ψυχικά ασθενή, στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του στο φυσικό του

χώρο, όσο αυτό είναι δυνατό, για να μην απομακρύνεται από τους οικείους, τους φίλους, τους συνεργάτες, τη γειτονιά κλπ. και να διευκολύνεται η επαγγελματική και κοινωνική του αποκατάσταση και επανένταξη(Φωτιάδου και συν.2005).

Η Κοινωνική Ψυχιατρική ανέπτυξε δομές, τα Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής(ΚΚΨΥ), τα οποία είναι εναρμονισμένα στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας μαζί με την Ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, το Κέντρο Ημέρας, το κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, το Μετανοσοκομειακό Ξενώνα(Μαδιανός 2006).

Το ΚΚΨΥ περιλαμβάνει μεγάλο φάσμα υπηρεσιών, την κλινική Επανεένταξης, το τμήμα Συμβουλευτικής και Ψυχοθεραπειών, τη Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης και Αποκατάστασης, Παιδοψυχιατρική υπηρεσία και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να διαθέτει μικρό αριθμό κλινών. Συνδέεται με άλλες μονάδες υποστήριξης, ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα και εργαστήρια για να καλύπτονται οι ανάγκες των χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα. Στο ΚΚΨΥ εργάζεται ένα αριθμός ατόμων από διάφορες ειδικότητες που αποτελούν την Ομάδα Ψυχικής Υγείας, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, γυμναστές κ.ά. Χρειάζεται συνεργασία σε κοινή φιλοσοφία, την παραμονή του ψυχικά αρρώστου με την καλύτερη δυνατή λειτουργικότητά του στην κοινότητα. Οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται σε όλες σχεδόν τις δομές είναι χορήγηση φαρμάκων, ψυχοθεραπείες, ομαδικές κοινωνικές δραστηριότητες, εργοθεραπείες. Επίσης χρειάζεται συνεργασία σε κοινοτικό διατομεακό επίπεδο, οικονομικό, εκπαιδευτικό, επαγγελματικό, στεγαστικό, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, σωφρονιστικού συστήματος, εκπροσώπους της θρησκείας(Μαδιανός 2006).

Οι στόχοι του ΚΚΨΥ είναι η ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα, η αποδοχή της φροντίδας των ψυχικά ασθενών από τους πολίτες της κοινότητας, η διασφάλιση ότι μπορεί να παρέχει την καλύτερη φροντίδα σε θέματα ψυχικής υγείας, την συνεχή διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του, τη εξάλειψη της αντίληψης ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίκανος, ανάπηρος ή βίαιος, την ενίσχυση των οικογενειών των πασχόντων, την υποστήριξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας. Ένα μεγάλο δίκτυο υπηρεσιών απλώνεται προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης των ψυχιατρικών διαταραχών και προαγωγής ψυχικής υγείας. Ο χρόνιος ψυχικά άρρωστος μπορεί να απευθυνθεί στο ΚΚΨΥ που καλύπτει την περιοχή διαμονής του, να έχει άμεση φροντίδα, εξασφαλισμένη τη θεραπευτική συνέχεια, διαθέσιμους όλους τους απαραίτητους φορείς, προγράμματα εκμάθησης θετικής συμπεριφοράς και δεξιοτήτων επαγγελματικών και καθημερινών (Θεοχάρης 2016).

Το 2001 οι στόχοι της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας(ΠΟΥ) ήταν: η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας να δίνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι διαθέσιμα σε όλους, τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα να αντικατασταθούν με ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία, με κατάλληλα αναπτυγμένες κοινοτικές δομές και με κατ'οίκον νοσηλεία, οι κοινότητες, οι άρρωστοι και οι οικογένειές τους να εμπλακούν στα κέντρα λήψεων πολιτικών αποφάσεων, να θεσπιστούν σε εθνικό επίπεδο πολιτικές, προγράμματα και νομοθεσία, να εκπαιδεύονται κατάλληλα οι επαγγελματίες υγείας, να συνδέεται η ψυχική υγεία με άλλους κοινωνικούς τομείς, να γίνεται έλεγχος και καταγραφή της ψυχικής υγείας, να υποστηρίζεται η έρευνα(<https://el.glosbe.com>).

Στη χώρα μας, με την υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός» Α' φάση(2000-01) δημιουργήθηκαν 55 ξενώνες/διαμερίσματα όπου διαμένουν 701 πρώην νοσηλεύόμενοι των 8 δημόσιων ψυχιατρικών της χώρας και 115 άρρωστοι εξήλθαν από το Δρομοκαΐτειο και διαμένουν σε 8 ξενώνες. Το 2002 υπήρχαν 2500 θέσεις σε εναλλακτικές δομές. Οι περισσότεροι άρρωστοι που εξήλθαν από τα ιδρύματα είχαν σχιζοφρένεια.

Η χώρα μας έλαβε χρηματική ενίσχυση από το Γ' Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης, από το Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, από τον Τακτικό Προϋπολογισμό και την Κοινωνική Ασφάλιση και προχώρησε στη Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός»(2001-06),

κατά την οποία αναπτύχθηκαν ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων και παιδών στα νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγιεινής για ενήλικες, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα για παιδιά και εφήβους, μονάδες παρέμβασης σε κρίση για εξαρτημένα άτομα από ουσίες στα νοσοκομεία, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, μονάδες απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς, μονάδες για διαταραχές αντιστικού τύπου, κινητές μονάδες ψυχικής υγείας για απομακρυσμένες περιοχές, κέντρα ημέρας για όλες τις ηλικίες, ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, μονάδες επαγγελματικής επανένταξης, οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα 3000 θέσεων, κοινωνικούς συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης(ΚΟΙΣΠΕ) (<http://www.psychargos.gov.gr>).

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» Γ΄Φάση(2011-2020) δίνει προτεραιότητα στις κοινοτικές δομές για ευπαθείς ομάδες, για παιδιά και εφήβους, άτομα με αυτισμό, άνοια, ψυχικά πάσχοντες φυλακισμένους, φτωχούς, ανέργους, μετανάστες. Δίνει έμφαση στην οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας, στον ηλεκτρονικό ψυχιατρικό φάκελο, στην αξιολόγηση και διασφάλιση ποιότητας, τη θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών, την προαγωγή και πρόληψη ψυχικής υγείας, την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων(<http://www.psychargos.gov.gr>).

Με την ανάπτυξη της Πληροφορικής και της τεχνολογίας των τηλεπικοινωνιών έχουμε εφαρμογές όπως είναι η ηλεκτρονική υγεία(e-health), η τηλεϊατρική, η τηλε-υγεία, η έξυπνη κάρτα, η υγεία δια μέσου κινητού τηλεφώνου(m-health). Η διάθεση αυτών των υπηρεσιών διευκολύνει την πρόσβαση του ψυχικά αρρώστου και των οικείων του σε υπηρεσίες παροχής βοήθειας, δημόσιας και ιδιωτικής μορφής. Πλήθος πληροφοριών είναι διαθέσιμο σε όλους τους πολίτες και από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τα οποία παρέχουν ανέξοδες πληροφορίες, άμεσες, χωρίς γεωγραφικούς περιορισμούς και αποτελούν «τόπο συνάντησης» εκτός των άλλων, και ατόμων με κοινά προβλήματα υγείας, ανώνυμοι αλκοολικοί, ομάδες με ψυχική διαταραχή κλπ., όπου μοιράζονται γνώσεις και ανησυχίες για θέματα που τους αφορούν(Αποστολάκης 2016).

Το Υπουργείο Υγείας παρέχει πρόσβαση σε όλους τους πολίτες στην ιστοσελίδα του για πληροφορίες σχετικά με την ψυχική υγεία. Δεν απευθύνεται μόνο στους επαγγελματίες υγείας αλλά και στους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Μέσα από το χάρτη ψυχικής υγείας μεταβαίνουν στο πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης Ψυχαργός, όπου υπάρχουν διάφορες θεματικές ενότητες και πρόσβαση επικοινωνίας(<http://www.moh.gov.gr>).

Όλες οι παραπάνω εξελίξεις ανέδειξαν την ανάγκη για εκσυγχρονισμό της επιστήμης και τέχνης της φροντίδας του ανθρώπου, της Νοσηλευτικής. Η Νοσηλευτική διδάσκεται πλέον στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, υπάρχει μεγάλος αριθμός μεταπτυχιακών και διδακτορικών προγραμμάτων για την Ψυχική Υγεία και την Κοινοτική Νοσηλευτική, υπάρχει η δυνατότητα λήψης της Νοσηλευτικής ειδικότητας Ψυχικής Υγείας, η οποία δίνει έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων προσέγγισης του ψυχικά αρρώστου, δεν υπάρχει όμως για την Κοινοτική Νοσηλευτική. Τα τελευταία χρόνια η στροφή του ενδιαφέροντος από τη νοσηλεία στα μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα στην αντιμετώπιση των ασθενειών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, δεν αποτελεί επιτακτική ανάγκη μόνο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης αλλά είναι απόρροια της εξέλιξης μιας σειράς επιστημών όπως η Πληροφορική, η Ψυχιατρική, οι Οικονομικές επιστήμες κλπ. Αυτή η αλληλουχία δεν θα μπορούσε να αφήσει εκτός τη Νοσηλευτική και ειδικά την Κοινοτική Νοσηλευτική. Έτσι, φαίνεται η εξειδίκευση των νοσηλευτών στην παροχή νοσηλευτικών φροντίδων στην Κοινότητα είναι επιτακτική ανάγκη και ειδικά σε θέματα Ψυχικής Υγείας.

3.6.2. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής διεργασία η οποία παρέχει τις δυνατότητες στα άτομα με μειωμένη λειτουργικότητα, ανάικα ή ανάπηρα από την ψυχική διαταραχή να αποκτήσουν το καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας που μπορούν στην κοινότητα. Στην πορεία για την αποκατάσταση συμβάλλουν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με τις ειδικές γνώσεις τους. Στην αποκατάσταση συμβάλλουν όλες οι ψυχιατρικές δομές, από την ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου και το ψυχιατρικό νοσοκομείο έως και τις δομές στην κοινότητα, νοσοκομείο ημέρας, κέντρα ψυχικής υγιεινής, ξενώνες και μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης. Όλοι οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας παρόλο που έχουν διαφορετικό επαγγελματικό προσανατολισμό συνασπίζονται σε ένα ενιαίο πλάνο για την αποκατάσταση του αρρώστου (Βασιλαματζής 2010).

Στην περίπτωση του αρρώστου με σχιζοφρένεια, ο Νοσηλευτής θα βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχθεί κάποιες συμπεριφορές του αρρώστου, να τον χειρίζεται με θετικό τρόπο, να μειώσει την κριτική και το εκφραζόμενο συναίσθημα, ενώ θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο να φροντίζει τον εαυτό του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του. Όλοι οι συμβαλλόμενοι στην ομάδα αποκατάστασης συναντώνται τακτικά και συζητούν για την πορεία όχι μόνο του αρρώστου αλλά και τις συνθήκες επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ τους πάνω σε θέματα που αφορούν τον άρρωστο. Συζητούν τυχόν συγκρούσεις ρόλων καθώς και τις αντιμεταβιβάσεις τους προς τον άρρωστο, οι οποίες μπλοκάρουν τη θεραπευτική σχέση με τον άρρωστο και την οικογένειά του (Αγγελόπουλος 2009, Βασιλαματζής 2010).

Ο Νοσηλευτής πρέπει να έχει γνώσεις για τις ομάδες και την οργανωτική κουλτούρα. Κυρίως συντονίζει ομάδες εξάσκησης προσωπικής φροντίδας και υγιεινής. Συμμετάσχει ανάλογα την εκπαίδευσή του και την εμπειρία του στην ομαδική ψυχοθεραπεία για την ανάπτυξη της αυτονομίας, των διαπροσωπικών σχέσεων, την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών και των ματαιώσεων, την αύξηση της εναισθησίας και την υποστηρικτική ατομική θεραπεία για την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Επίσης στις θεραπείες μέσω των τεχνών (χοροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, art therapy κλπ.), οι οποίες βοηθούν τον άρρωστο μέσω της τέχνης να εκφράσει συναισθήματα (Καλοκαιρινού και Σουρτζή 2012).

Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμμετάσχει ένας ψυχικά άρρωστος σε πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η ύφεση της ψυχοπαθολογίας, η λειτουργικότητά του να είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο και η επιλογή του για το πρόγραμμα να εκπληρώνει τις ανάγκες του. Το πρόγραμμα με τη δομή και τις συνθήκες του θέτει όρια και στόχους και αποτελεί θεραπευτικό πλαίσιο για τον ψυχικά άρρωστο. Όπως φαίνεται, η διάκριση θεραπείας και αποκατάστασης δεν είναι εύκολη υπόθεση. Συνήθως τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν υπολειμματικά συμπτώματα. Στην αρχή και κατά τη διάρκεια του προγράμματος το άτομο βιώνει ενθουσιασμό, ικανοποίηση, αυτοπεποίθηση και δημιουργικότητα. Όταν το πρόγραμμα τελειώσει και το άτομο πρέπει να βγει στην ελεύθερη αγορά, τότε υπάρχει κίνδυνος υποτροπών και πιθανή επιθετικότητα (Μαδιανός 2006).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ξεκινά με τη μερική νοσηλεία στο κέντρο ημέρας ή στο νοσοκομείο ημέρας, όπου ο ενδιαφερόμενος συμμετέχει σε πρόγραμμα εργοθεραπείας και ομαδικές εργασίες και ολοκληρώνεται με την αποκατάσταση. Η φάση της αποκατάστασης διενεργείται σε δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος, στην κοινωνική αποκατάσταση το άτομο συμμετέχει σε ειδικές δομές (πχ. κοινωνική λέσχη) με ομαδικές διεργασίες ή χοροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, θεραπεία μέσω ζωγραφικής, όπου υπάρχει η δυνατότητα εναλλακτικής στέγασης (ξενώνες, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια) και στο δεύτερο μέρος, στην επαγγελματική αποκατάσταση (προ-επαγγελματική εκπαίδευση, επαγγελματική αποκατάσταση, προστατευμένη εργασία). Οι κοινωνικές επιχειρήσεις έχουν χαρακτήρα συμμετοχικό, σκοπό κοινωνικο-θεραπευτικό και οικονομική αυτονομία. Ο ν. 2716/1999 ρυθμίζει το νομικό πλαίσιο για την οργάνωση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών

Περιορισμένης Ευθύνης(ΚΟΙ.Σ.Π.Ε)στους οποίους απασχολούνται ψυχικά άρρωστοι σε ποσοστό 55% επί του συνόλου (Μαδιανός 2006).

Σε όλες τις παραπάνω διαδικασίες ο ρόλος του Νοσηλευτή είναι σημαντικός στην εξασφάλιση της διατήρησης της λειτουργικότητας του αρρώστου, της σταθερότητας της συναισθηματικής του κατάστασης και του θεραπευτικού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, αποδέχεται τον άρρωστο και φροντίζει να του εξασφαλίζει τη δυνατότητα να εκπληρώνει τις ανάγκες του με ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, ότι ανήκει ισότιμα σε ομάδα και ότι μπορεί να εκφράζεται ελεύθερα. Ανέχεται τους αργούς ρυθμούς του αρρώστου και άλλα προβλήματα της ψυχοπαθολογίας του. Βοηθά τον άρρωστο και τον στηρίζει συναισθηματικά όσο χρειάζεται. Στην περίπτωση που ο άρρωστος τοποθετηθεί σε θέση εργασίας συμμετέχει και τον βοηθά στην επιλογή, προετοιμάζει τον εργοδότη και τους νέους συναδέλφους του και τον διευκολύνει στο διαδικαστικό μέρος της κοινωνικής ενσωμάτωσης(Καλοκαιρινού και Σουρτζή 2012).

3.7. Ποιότητα ζωής και σχιζοφρένεια

Η έννοια της ποιότητας ζωής φαίνεται να εξαρτάται και να αλλάζει ανάλογα το πολιτισμικό και οικονομικό υπόβαθρο, τις συνθήκες ζωής, τις εποχές, τις προσωπικές προτιμήσεις. Είναι συνυφασμένη με την έννοια της ευτυχίας ή της δυστυχίας, την ικανοποίηση ή μη του ατόμου από τη ζωή. Δείκτες που μετρούν την ποιότητα ζωής είναι οι δείκτες υγείας, το φυσικό περιβάλλον, η δυνατότητα πρόσβασης σε νερό, τρόφιμα, αποχετεύσεις κλπ(<https://el.glosbe.com>.ΠΟΥ).

Η ποιότητα ζωής στις υπηρεσίες υγείας επικεντρώνεται στις θεραπευτικές ανάγκες. Όμως υπάρχουν περιπτώσεις, όπως, κάποιοι ασθενείς με σχιζοφρένεια, που προτιμούν να βιώνουν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις από το να υποφέρουν από την εξωπυραμιδική συμπτωματολογία, παρενέργεια των αντιψυχωτικών. Τις περισσότερες φορές οι παρενέργειες είναι εμφανείς και δεν ενοχλούν μόνο τον ασθενή αλλά και το περιβάλλον του και έτσι συντελούν στο στιγματισμό του. Η κατάσταση εντείνεται όταν τα αποτελέσματα της κατάστασης της νόσου είναι η ανεργία ή η οικονομική κατάρπωση. Έτσι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη μειωμένη λειτουργικότητα ως αποτέλεσμα της αναπηρίας από τη νόσο(Τριανταφύλλου και συν.2010).

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι συνυφασμένη με αυτή της ποιότητας ζωής αφού έχουν κοινές συνιστώσες: τη διατήρηση της συναισθηματικής ευεξίας, την ικανότητα εργασίας στην κοινότητα, την προσωπική ικανοποίηση και τα επιτεύγματα. Στους δείκτες ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών υπολογίζονται οι παρακάτω μεταβλητές: 1)Χαρακτηριστικά προσώπου, φύλο, ηλικία, φυλή, εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση, επάγγελμα γονέων, ψυχιατρική διάγνωση, διαμονή. 2)Δραστηριότητες καθημερινής ζωής, συχνότητα επαφής με οικείους και φίλους, αποδοχές, την κατάσταση της εργασίας του, και της υγείας του. 3)Υποκειμενικοί δείκτες που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ατόμου για τη ζωή του. Αναπτύχθηκαν πολλές μεθοδολογικές προσεγγίσεις για την έρευνα της ποιότητας ζωής και θεωρητικά μοντέλα, όπως το μοντέλο της ικανοποίησης, το μοντέλο της ικανοποίησης για τους τομείς της ζωής, το μοντέλο ανταπόκρισης σε κοινωνικούς ρόλους.

Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια υπό θεραπεία με αντιψυχωτικά εφαρμόστηκε ένα συνθετικό μοντέλο ποιότητας ζωής που καταγράφει την υποκειμενική αντίληψη του αρρώστου για τη σοβαρότητα της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και το επίπεδο της λειτουργικότητας. Στις μελέτες ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους διακρίνεται ότι, η συναισθηματική επιβάρυνση από τη νόσο και από τη διαβίωση με τον ψυχικά πάσχοντα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Επίσης, η εκτίμηση της

ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων αποκατάστασης. Η καθιέρωσή της ως δείκτη έκβασης στην αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών υγείας, όπως και η συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε ζητήματα ποιότητας ζωής θα συμβάλουν στη βελτίωση ποιότητας ζωής των ψυχικά αρρώστων και στην αναβάθμιση της παρεχόμενης ποιοτικής φροντίδας στις υπηρεσίες στην κοινότητα (Τριανταφύλλου και συν.2010).

3.8. Παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της υγείας και την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια

Μη συμμόρφωση των ασθενών με τη φαρμακευτική αγωγή

Το 40-50% των ασθενών δεν συμμορφώνονται προς την αγωγή. Υπάρχει άγνοια γύρω από τη σχιζοφρένεια τόσο των ασθενών, όσο και των οικείων τους, οι οποίοι σε αυτές τις περιπτώσεις δεν αποτελούν υποστηρικτικό περιβάλλον.

Όταν οι γιατροί επιλέγουν εσφαλμένη δοσολογία, είτε πολύ υψηλή, οπότε θα υπάρξουν ανεπιθύμητες ενέργειες, είτε ανεπαρκής, οπότε θα επέλθει υποτροπή της νόσου, επηρεάζουν αρνητικά τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή(Σταθαρού και συν.2011).

Μη συμμόρφωση των γιατρών

Η μη συμμόρφωση από τους γιατρούς προς τις υπάρχουσες οδηγίες και προς τις βιβλιογραφικές οδηγίες γίνεται εξαιτίας της φοβίας για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και της μη συμμόρφωσης των ασθενών στην προτεινόμενη αγωγή(Κυζιρίδης 2010).

Τα γνωστικά ελλείμματα

Τα γνωστικά ελλείμματα αποτελούν χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας, παρουσιάζονται στις περισσότερες νοητικές λειτουργίες, στην ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών, στην προσοχή/εργήγορη, στην εργαζόμενη μνήμη, στη λεκτική μάθηση και μνήμη, στην οπτικοχωρική μνήμη, στη λογική σκέψη και επίλυση προβλημάτων, καθώς και στην κοινωνική νόηση (αναγνώριση συναισθημάτων). Οι γνωστικές ικανότητες των ασθενών με σχιζοφρένεια βρέθηκε να επηρεάζουν τη λειτουργικότητά τους και τον έλεγχο των παραγόντων που σχετίζονται με τη χρονιότητα (ιδρυματοποίηση, μακροχρόνια θεραπεία, επίδραση της νόσου) και φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην πρόγνωση από τα θετικά ή αρνητικά συμπτώματα. Από μελέτες προκύπτει ότι, γενικά, τα νευροψυχολογικά ελλείμματα που διαπιστώνονται κατά τη διάρκεια του πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου παραμένουν σταθερά με την πάροδο του χρόνου, εκτός από τη λεκτική μνήμη, καθώς υπάρχουν κάποια στοιχεία περαιτέρω έκπτωσής της. Είναι ενδιαφέρον ότι η συγκεκριμένη νοητική λειτουργία εξαρτάται από εγκεφαλικές περιοχές (προμετωπιαίος και μέσος κροταφικός φλοιός) που έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν προοδευτική μείωση του όγκου τους κατά τη διάρκεια της νόσου. Επιπλέον, η βελτίωση της ψυχοπαθολογίας φαίνεται να

επιρεάζει θετικά την πορεία των γνωστικών ελλειμμάτων, καθιστώντας σημαντική την ανάγκη επαρκούς και ευρείας αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας(Φωκάς και Μποζίκας 2010).

Τα γνωστικά ελλείμματα είναι μια από τις κυριότερες αιτίες δημιουργίας και διαίωσις των προκαταλήψεων για τα άτομα με σχιζοφρένεια. Οι προκαταλήψεις του κοινωνικού συνόλου που οδηγούν στο στιγματισμό της νόσου και του ασθενή επιβαρύνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια, τους οικείους τους και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Το κάπνισμα, το αλκοόλ και η χρήση ουσιών

Μελέτες έδειξαν ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που καπνίζουν είναι πολύ περισσότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Ποσοστό 70–80% των ψυχιατρικών ασθενών που νοσηλεύονται καπνίζουν. Καπνιστές με πρόβλημα ψυχικής υγείας τείνουν επίσης να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα και να είναι πιο εξαρτημένοι από τους καπνιστές χωρίς προβλήματα ψυχικής υγείας. Το 51% των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως έναντι 8% του γενικού πληθυσμού. Η νικοτίνη, μέσω του καπνίσματος, βοηθά να υφαθούν μερικά από τα θετικά ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, βοηθά στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως έλλειψη κινήτρου, έλλειψη ενέργειας και επίπεδη διάθεση, μειώνει την ένταση αρνητικών συναισθημάτων όπως ανησυχία, ένταση και θυμός, και ανακουφίζει μερικές από τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών, όπως τον παρκινσονισμό. Παράλληλα αυξάνονται τα καρδιαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα εξαιτίας του καπνίσματος, ο κίνδυνος για πρόωρο θάνατο, αυξάνεται ο μεταβολισμός μερικών αντιψυχωτικών φαρμάκων, προστίθεται ένα μεγάλο οικονομικό βάρος στον καπνιστή και αυξάνεται ο κοινωνικός αποκλεισμός του. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η διακοπή είναι δυνατή για αυτόν τον πληθυσμό με συνδυαστικές θεραπείες που περιλαμβάνουν τεχνικές κινητοποίησης, χρήση φαρμάκων και συμπεριφορική θεραπεία (Τσόπελας και συν.2010).

Ψυχοδραστικές ουσίες, όπως κοκαΐνη, αμφεταμίνες, κάνναβη, οι οποίες απελευθερώνουν ντοπαμίνη στον εγκέφαλο αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχωσικής συμπτωματολογίας (Στεφανής 2010).

Το αλκοόλ εξουδετερώνει βιταμίνες και μέταλλα με αποτέλεσμα να μην επαρκούν στον οργανισμό. Οι διαταραχές της εξάρτησης ή κατάχρησης από το αλκοόλ μπορεί να συνυπάρχουν ή να προεξάρχουν ή να έπονται διαφόρων ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που είναι ανεξάρτητες με την εξαρτητική συμπεριφορά από το αλκοόλ(Μέλλος 2012). Το αλκοόλ συγχωρηγούμενο με άτυπα αντιψυχωτικά μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για επιληπτικές κρίσεις, υπνηλία και καρδιολογικά προβλήματα(Kaplan & Sandock's 2012).

Η σωματική δραστηριότητα Στις ψυχωσικές διαταραχές, όπως είναι η σχιζοφρένεια, επηρεάζεται σημαντικά η κινητικότητα του πάσχοντος. Η κίνηση βοηθάει τον ψυχωτικό να συναλλαχθεί με την έννοια του χώρου και του χρόνου, να αποκτήσει αντοχή, υπομονή, ευελιξία, δύναμη, να πειραματιστεί με τις δυνατότητές του και να εξερευνήσει τα όριά του. Όταν μάλιστα οι φυσικές δραστηριότητες γίνονται μέσα σ' ένα ομαδικό πλαίσιο, μπορεί να βρεθεί στον αντίποδα του αυτισμού. Ο συνδυασμός της φυσικής αγωγής και των σωματικών δραστηριοτήτων γενικότερα, με τη βασική θεραπεία των ψυχώσεων θα πρέπει να αποτελεί μια θεραπευτική ολότητα. Η ψυχοκινητική θεραπεία, η χρησιμοποίηση δηλαδή κινητικών δραστηριοτήτων με επικέντρωση στη σωματική εμπειρία, έχει δώσει πολύ καλά αποτελέσματα στη θεραπεία ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Βοηθάει στη συσχέτιση των φυσικών και νοητικών δραστηριοτήτων, της κίνησης και της σκέψης και στην εξάλειψη του δυαδισμού μεταξύ του σώματος και ψυχισμού. Επίσης βοηθάει στην καλύτερη αντίληψη της εξωτερικής και εσωτερικής (σωματικής) πραγματικότητας, στη διευκόλυνση της επεξεργασίας των ερεθισμάτων. Μόνη της όμως η κινητική δραστηριότητα δεν αποδίδει, αν δεν δουλευτούν παράλληλα και οι συναισθηματικές σχέσεις(Σακελλαρόπουλος και συν.2003).



Αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη και μειωμένη κατανάλωση ενέργειας είναι επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση παχυσαρκίας. Η συνύπαρξη παχυσαρκίας με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας επηρεάζουν αρνητικά την υγεία, η πρώτη αυξάνοντας τον κίνδυνο για μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και δυσλιπιδαιμίες και η δεύτερη αυξάνοντας τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα, οστεοπόρωση, καρκίνο του παχέος εντέρου και πιθανά και άλλων εντοπίσεων καρκίνους(ΥΥ&ΚΑ,2008-2012). Από την ελληνική έρευνα του ΕΠΙΚ, σε δείγμα 28.572 ενηλίκων από το γενικό πληθυσμό (άνδρες 11.954 και γυναίκες 16.618), βρέθηκε ότι το περπάτημα και τα οικιακά είναι οι πιο συχνές δραστηριότητες και για τα δύο φύλα. Επίσης βρέθηκε ότι ένα ποσοστό της τάξης του 25% δεν κάνει κάποια προσπάθεια σωματικής άσκησης πέρα από τις καθημερινές δραστηριότητες και παρουσιάζει τάσεις συνεχόμενης αύξησης καθώς αυξάνεται η ηλικία του δείγματος και τα άτομα δεν μπορούν να ανταποκριθούν. Το ποσοστό είναι ανησυχητικό δηλώνουν οι ερευνητές, διότι η έλλειψη σωματικών δραστηριοτήτων στις αναπτυγμένες χώρες είναι ο δεύτερος επιβαρυντικός παράγοντας νοσηρότητας μετά το κάπνισμα. (Βαλάνου, Μπάμια και συν.2006).



Το μεταβολικό σύνδρομο

Το μεταβολικό σύνδρομο, είναι ένα επικίνδυνο οργανικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο επιμέρους μεταβολικών διαταραχών. Συγκεκριμένα στο μεταβολικό σύνδρομο υπάρχουν ταυτόχρονα τρεις ή περισσότερες από τις διαταραχές που αναφέρονται παρακάτω:

- § Περιφέρεια μέσης πάνω από 102cm στον άνδρα ή 88cm στην γυναίκα
- § Επίπεδα τριγλυκεριδίων αίματος πάνω από 150mg/dl.
- § Επίπεδα 'καλής χοληστερίνης' HDL κάτω από 40mg/dl στον άνδρα και κάτω από 50 mg/dl στην γυναίκα
- § Αρτηριακή πίεση αίματος τουλάχιστον 130mmHg η συστολική και 85 mmHg η διαστολική αντιστοίχως
- § Γλυκόζη αίματος νηστείας τουλάχιστον 110mg/dl.

Η συνύπαρξη των μεταβολικών δυσλειτουργιών που προαναφέρονται, οδηγεί σε αυξημένη επίπτωση καρδιοεγκεφαλικών επεισοδίων, διαβήτη και πρόωρων θανάτων. Η παχυσαρκία και ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος(BMI), ο οποίος ισούται με το πηλίκο του βάρους διά του τετραγώνου του ύψους, αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος(ΔΜΣ) δεν πρέπει να ξεπερνά για τους ενήλικες τα 25kg/m² ή αντίθετα να είναι <18,5 kg/m²(λιποβαρής). Το φυσιολογικό κυμαίνεται μεταξύ 18,5-24,9 kg/m² (WHO 1997).

Στην ανάπτυξη του μεταβολικού συνδρόμου βασικό ρόλο έχουν και γενετικοί παράγοντες, οι οποίοι επεμβαίνουν σε μία σειρά από παραμέτρους όπως η αντίσταση των ιστών στη δράση της ινσουλίνης. Αυτό σημαίνει ότι ορισμένα άτομα έχουν μεγαλύτερη γενετικώς καθορισμένη προδιάθεση από άλλα, να αναπτύξουν αυτό το κακόηθες σύνδρομο.

Όταν ο ΔΜΣ αυξάνεται θα πρέπει να αυξάνεται η φυσική δραστηριότητα ως πρώτη επιλογή και όχι να μειώνεται η πρόσληψη τροφών, που μπορεί να επιφέρει και μείωση θρεπτικών συστατικών. Ακόμα και όταν ο ΔΜΣ είναι σταθερά πάνω από 25kg/m² συνιστάται σωματική άσκηση ισοδύναμη με ζωηρό βόδισμα, κολύμπι, χορό, ανέβασμα σκάλας ή κηπουρική για 30 λεπτά περίπου καθημερινά (ΥΥ&ΚΑ,2009). Κάποια άτυπα αντιψυχωτικά ενοχοποιούνται για την αύξηση της όρεξης και του βάρους των ασθενών ή την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη. Προτείνεται διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου, αν δεν υπάρχει άλλη λύση και χορήγηση ανάλογης φαρμακευτικής αγωγής(Karlan & Sandock's 2012).

Το προσδόκιμο ζωής των παχύσαρκων καπνιστών είναι κατά 13% λιγότερο από αυτό των μη-καπνιστών φυσιολογικού βάρους. Η νικοτίνη βραχυπρόθεσμα αυξάνει την ενέργεια που χρησιμοποιεί ο οργανισμός, ενώ ταυτόχρονα μειώνει την όρεξη. Οι καπνιστές βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για διαβήτη λόγω της συγκράτησης περισσότερου λίπους στο σώμα τους(Τσόπελας και συν.2010).

Η υπνηλία- κόπωση

Ημερήσια υπνηλία και συναφής κόπωση ή ανέργεια (έλλειψη ενέργειας) είναι συχνότερη στους ασθενείς με κατάθλιψη ή χρόνια σχιζοφρένεια από ότι στο γενικό πληθυσμό. Ημερήσια υπνηλία και κόπωση — με ή χωρίς νυκτερινή αϋπνία ή υπερυπνία — συχνά αποτελούν πρώτη ένδειξη επερχόμενης κατάθλιψης ή υπολειμματικά συμπτώματα θεραπευμένης κατάθλιψης, η παρουσία των οποίων εγκυμονεί τον κίνδυνο υποτροπής. Ανάλογα συμπτώματα με ανέργεια και ψυχοκινητική απόσυρση αποτελούν χαρακτηριστικά της υπολειμματικής μορφής ή αρνητικού συνδρόμου της σχιζοφρένειας και είναι επίσης ανθεκτικά στη φαρμακοθεραπεία, ενώ παρεμποδίζουν και τη συμμετοχή του ασθενούς σε ψυχοκοινωνικά θεραπευτικά προγράμματα.

Η αντιμετώπιση της ημερησίας υπνηλίας και κόπωσης στον ψυχιατρικό ασθενή κατ' αρχήν συνίσταται στην τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, μείωση ή αντικατάστασή της με άλλη, λιγότερο ή μη κατασταλτική. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό επιτυγχάνεται απλώς με την επιλογή φαρμάκων χωρίς συνοδό αντισταμινική δράση. Εάν αυτό δεν είναι δυνατόν, κατασταλτικά φάρμακα ή και το σύνολο της αγωγής καλύτερα να χορηγούνται το βράδυ. Τυχόν συνυπάρχουσα νυκτερινή αϋπνία θα αντιμετωπισθεί με τον ίδιο τρόπο ή και με επιπρόσθετο, βραχείας δράσης, υπναγωγό φάρμακο. Η πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων υπνηλίας ή κόπωσης συμβάλλουν δραστικά στη βελτίωση της συνεργασίας και συμμόρφωσης του ασθενούς(Κογεώργος 2010).

Η στυτική δυσλειτουργία

Στυτική δυσλειτουργία είναι η αδυναμία επίτευξης ικανοποιητικής στύσης έως την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Μπορεί να οφείλεται σε κάποιες ασθένειες, σε φαρμακευτικά αίτια ή τοξικές ουσίες. Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν στυτική δυσλειτουργία είναι ορισμένα αντιυπερτασικά, διουρητικά, αντιεπιληπτικά, αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά, αντιψυχωτικά και διάφορα άλλα φάρμακα. Το κάπνισμα προκαλεί στυτική δυσλειτουργία, λόγω αθηροσκλήρυνσης των αγγείων του πέους. Αν και μικρές δόσεις αλκοόλ βοηθούν στην αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, ο αλκοολισμός προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία, λόγω της δράσης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, της ηπατικής δυσλειτουργίας και της περιφερικής νευροπάθειας που προκαλεί. Τα ναρκωτικά (κάνναβη, ηρωίνη, κλπ), η έλλειψη άσκησης και γενικά ο σύγχρονος τρόπος ζωής(καθιστική ζωή, λιπαρές τροφές, στρες, επαγγελματικό άγχος, οικονομικές δυσκολίες κλπ) επίσης, παρεμβαίνουν αρνητικά στο μηχανισμό στύσης(Howland & Mycek 2007).

Νοσηλευτική προτεραιότητα, όταν αναφερθεί τέτοιο πρόβλημα, είναι η παραπομπή του ασθενή στον ιατρό, ώστε να αποκλειστεί οποιοδήποτε οργανικό νόσημα ή να αντιμετωπιστεί αν υπάρχει. Η στυτική δυσλειτουργία αποτελεί πολλές φορές την αιτία διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής ανάμεσα στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Όταν συμβαίνει αυτό καλύτερα να γίνεται αντικατάσταση του φαρμάκου ειδικά σε νέους ανθρώπους μετριάζοντας τα οφέλη. Ο νοσηλευτής συμπαραστέκεται στον ασθενή, τον ενημερώνει, του βρίσκει λύσεις, του απαλύνει το άγχος και τον διαβεβαιώνει ότι πρόκειται για προσωρινό πρόβλημα, όταν είναι σίγουρος για αυτό. Σημαντική είναι η εκπαίδευση του ασθενή σε υγιέστερους τρόπους ζωής.

Οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων

Η αλληλεπίδραση φαρμάκων που είτε αυξάνουν τη δραστηριότητα κάποιων ουσιών, είτε τη μειώνουν αποτελούν μέγιστη ευθύνη της νοσηλευτικής παρακολούθησης, όπως και η εκπαίδευση του ασθενούς να αναγνωρίζει έγκαιρα τα συμπτώματα και να ζητά άμεσα βοήθεια. Τα κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος(KNS) ή τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όταν συγχωρηγούνται με τους ανταγωνιστές σεροτονίνης-ντοπαμίνης(SDAs) από την ομάδα των άτυπων αντιψυχωτικών, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για επιληπτικές κρίσεις, καταστολή και καρδιολογικά ανεπιθύμητα ευρήματα. Τα αντιπερτασικά μπορεί να επιδεινώσουν την υπόταση που οφείλεται στους SDAs, όπως και οι βενζοδιαζεπίνες που επιπλέον μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή ή και συγκοπή. Κάποιοι SDAs ανταγωνίζονται τη δράση του λεβοντόπα και της ντοπαμίνης.

Η ρισπεριδόνη όταν συγχωρηγείται με αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης(SSRIs) μπορεί να προκαλέσει εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Όταν χορηγείται με κλοζαπίνη αυξάνει τις συγκεντρώσεις στο πλάσμα κατά 75%. Όταν λαμβάνεται μαζί με οπιοειδή μπορεί να βοηθήσει στην εκδήλωση στερητικού στα οπιοειδή.

Οι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης λόγω της άμεσης ηρεμιστικής τους δράσης χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του οξέος ψυχωτικού επεισοδίου. Επειδή δρουν σε πολλούς υποδοχείς και μεταβολίζονται στο ήπαρ σχετίζονται με πολλές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Με τα αντιχολινεργικά, τα αντιόξινα ή το φαγητό μειώνεται η απορρόφηση των αντιψυχωτικών, με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουμε συγκέντρωση και των δυο, με τη βουσπιρόνη έχουμε αύξηση των επιπέδων της αλοπεριδόλης, με τη λεβοντόπα ελάττωση της δράσης και των δυο, με το τσιγάρο ελάττωση επιπέδου πλάσματος των αντιψυχωτικών, με την επινεφρίνη υπόταση(Kaplan & Sandock's 2012). Οι αλληλεπιδράσεις των χορηγούμενων φαρμακευτικών ή μη ουσιών είναι πολυάριθμες, εκδηλώνονται κατά περίπτωση και ο Νοσηλευτής θα ήταν χρήσιμο να συμβουλευέται τις πληροφορίες της εκάστοτε κατασκευαστικής εταιρείας και τις σύγχρονες κατευθυντήριες επιστημονικές οδηγίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV. ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

4.1. Σχιζοφρένεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός

Τα περισσότερα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν να αντιμετωπίσουν μια διπλή δοκιμασία: από την μια πλευρά, δίνουν άنيση μάχη με τα συμπτώματα και τις μειονεξίες που απορρέουν από την νόσο, και από την άλλη δοκιμάζονται καθημερινά λόγω των διακρίσεων που προέρχονται από τους μύθους, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις γύρω από τις ψυχικές ασθένειες. Έτσι, τα άτομα με ψυχικές παθήσεις στερούνται τις ευκαιρίες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής: έναν ικανό αριθμό φίλων, μια καλή δουλειά, ασφαλή στέγη, ικανοποιητική ιατρική φροντίδα, ισότιμα δικαιώματα ως πολίτες και πλήρη κοινωνική ενσωμάτωση. Σε αυτό το πλαίσιο, τα ηθικά ζητήματα, που προκύπτουν από τον στιγματισμό μέσω των περιττών διαγνώσεων και της συνταγογράφησης αντιψυχωσικών, συνιστούν σημεία σοβαρής συζήτησης(Μερτίκα και συν.2006).

Ο στιγματισμός αναφέρεται στη σχέση του ατόμου που φέρει ανεπιθύμητα κοινωνικά χαρακτηριστικά με το κοινωνικό του περιβάλλον, που το διαφοροποιεί από την υπόλοιπη κοινωνία με αποτέλεσμα να χάσει την ανθρώπινη οντότητά του και να ταυτίζεται με το ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό. Πρόκειται για ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στον ασθενή και του στερεί το δικαίωμα της κοινωνικής και οικονομικής θέσης, της πλήρους αποδοχής και διάκρισης, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτή την αρνητική αντιμετώπιση. **Στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι η αρνητική κοινωνική αντίδραση απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές(Ρούκας και συν.2010).**

Στίγμα σημαίνει, ότι το ευρύ κοινό αλλά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα με αρνητικά χαρακτηριστικά για το άτομο με ψυχική νόσο και να συμπεριφέρονται ανάλογα. Συχνά το στίγμα συνδέεται με την κατηγορία ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ατόμου. Για παράδειγμα, γειτονιές εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων για ψυχικά ασθενείς, επειδή οι κάτοικοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Αντίστοιχα, εξαιτίας του μύθου ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν μπορούν να εργαστούν, οι εργοδότες αρνούνται να τους προσλάβουν στις επιχειρήσεις τους. Ακόμα πιο λίγοι είναι φυσικά οι άνθρωποι που θα ήθελαν να συνδέσουν τη ζωή τους με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια(Ρούκας και συν.2010).

4.2 Επιπτώσεις του στίγματος

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας έχει αρνητικές επιπτώσεις στο άτομο. Ακόμη κι αν υποχωρήσουν τα συμπτώματα, και αν ακόμη ο ασθενής εκπληρώνει τον κοινωνικό του ρόλο, η δυσπιστία, η αποφυγή, ο φόβος και η απόρριψη τον κατατρέχουν. Όμως, οι επιπτώσεις του στίγματος δεν περιορίζονται στον ψυχικά ασθενή. Επεκτείνονται και σε όλους όσους

σχετίζονται με αυτόν: οικογένεια, φίλοι, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα και τις μεθόδους θεραπείας. Οι αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με τα φάρμακα, ότι περισσότερο βλάπτουν παρά ωφελούν σε συνδυασμό με τις τυχόν παρενέργειες, αλλά και την αργή επίδρασή τους, επηρεάζουν τα άτομα με ψυχική νόσο και τους οικείους τους στο να μην τα δέχονται(Μαδιανός 2006).

Το στίγμα είναι ένα από τα κύρια εμπόδια για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της ψυχικής ασθένειας και συχνά οδηγεί σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν τα προβλήματα των ασθενών. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαθέσιμες θεραπείες, οι μύθοι που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια προκαλούν ντροπή και φόβο στους πάσχοντες και στις οικογένειές τους, με αποτέλεσμα να μην αναζητούν την θεραπεία που χρειάζονται. Ακόμη όμως και όταν αναζητούν θεραπεία, η έκβαση και η πορεία της νόσου είναι κακή λόγω του στίγματος. Ακόμη και οι ίδιοι οι πάσχοντες αποδέχονται τα στερεότυπα που αναφέρονται στην κατάστασή τους και **αυτοστιγματίζονται**(Παπαδημητρίου Γ. και συν.2013).

Το στίγμα επιδεινώνει τα προβλήματα των ασθενών με σχιζοφρένεια διότι έχει αρνητική επίδραση στην πορεία και την έκβαση της ασθένειας. Ο γενικός πληθυσμός αλλά ακόμη και επαγγελματίες νοσηλευτές, κάποιες φορές έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι διακρίσεις εις βάρος των ασθενών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των πόρων (υλικών και μη) για την αντιμετώπιση της ασθένειας, τις ευκαιρίες για εργασία και κοινωνική συναναστροφή, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει ακόμα περισσότερο ο στιγματισμός που σχετίζεται με την ασθένεια.

Πρακτικά στίγμα είναι η στρεβλή εικόνα που περιλαμβάνει μερικές από τις ακόλουθες (εσφαλμένες) αντιλήψεις: ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι ιάσιμη, οι σχιζοφρενείς είναι επικίνδυνοι και επιθετικοί, είναι αναξιόπιστοι ως άνθρωποι και ως επαγγελματίες, η σχιζοφρένεια είναι συνέπεια του αδύναμου χαρακτήρα, τα άτομα με σχιζοφρένεια λένε μονίμως ασυναρτησίες, δεν είναι σε θέση να πάρουν οποιαδήποτε λογική απόφαση και καθώς περνούν τα χρόνια η κατάσταση της υγείας τους επιδεινώνεται (Χριστοδούλου, 2004).

4.3. Περιορισμός στίγματος

Για να περιοριστεί το στίγμα που αφορά όχι μόνο τη σχιζοφρένεια αλλά όλες τις ψυχικές διαταραχές είναι αναγκαία η συμβολή της πολιτείας, η οποία στα κέντρα λήψης αποφάσεων θα θεσπίζει κατάλληλα προγράμματα και θα εφαρμόζει αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στίγματος. Για να επιτευχθεί αυτό, πρέπει να συμβάλλουν πλήθος επιστημόνων ευαισθητοποιημένων σε σχετικά ζητήματα, ο καλλιτεχνικός κόσμος, εκπρόσωποι των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους. Τα εγχειρήματα αυτά θα πρέπει να επαναλαμβάνονται στην πορεία του χρόνου και να εξελίσσονται με σεβασμό στις ανάγκες των αρρώστων.

Τα στρατηγικά μέτρα περιλαμβάνουν(Ρούκας και συν.2010):

- διοργάνωση κοινοτικών εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων με σκοπό την ενημέρωση σε θέματα που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές και τη θεραπεία τους
- να αλλάξουν οι απόψεις των ανθρώπων για τους ψυχικά αρρώστους μέσω εκπαιδευτικής διαδικασίας χρησιμοποιώντας και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, για να διώξουν το φόβο και τον αποτροπιασμό που νιώθουν
- ειδικά οι ιερείς, οι αστυνομικοί, οι επαγγελματίες με είδη πρώτης ανάγκης(οπωροπώλης, κρεοπώλης, super market κλπ.) με τους οποίους έρχεται σε άμεση επαφή ο ασθενής με σχιζοφρένεια για να ικανοποιήσει απλές καθημερινές ανάγκες πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και τις υποτροπές τους

- ενίσχυση του κοινωνικού συνόλου να προσεγγίσει τον ψυχικά ασθενή κυρίως στην κοινότητα
- συνεχή εκπαιδευτικά προγράμματα στους επαγγελματίες υγείας και ειδικά σε όσους εμπλέκονται σε ψυχιατρικά θέματα για να ενδυναμώσουν το ρόλο τους με σκοπό να συμβάλλουν όχι μόνο στη θεραπεία του ασθενή αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, στην κοινωνική προσαρμογή και αποκατάσταση
- ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους ώστε να αποδεχτούν και να διαχειρίζονται την ασθένεια στην καθημερινή ζωή
- να βελτιωθούν οι μέθοδοι θεραπείας
- να εφαρμοστεί η νομική προστασία για τους ψυχικά ασθενείς
- χάραξη κοινωνικών πολιτικών για τον περιορισμό των διακρίσεων

4.3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον περιορισμό του στίγματος

Ο Νοσηλευτής που δραστηριοποιείται στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας πρέπει να έχει λάβει τέτοια εκπαίδευση ώστε να είναι ευαισθητοποιημένος, να μπορεί να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τις στερεοτυπικές στάσεις και συμπεριφορές, οι οποίες όχι μόνο εμποδίζουν τη θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του κάθε ασθενή με ψυχιατρική διαταραχή, επιπλέον παραβιάζουν τα δικαιώματά του ως πολίτη. Οι στάσεις αυτές μπορεί να υπάρχουν στον ίδιο το Νοσηλευτή, στους συνεργάτες του, στον ίδιο τον ασθενή, την οικογένειά του, τον κοινωνικό του περίγυρο, τον γενικό πληθυσμό και τους σχεδιαστές αντίστοιχων πολιτικών μέτρων.

Οι πιο συνηθισμένες προκαταλήψεις με τις οποίες συγκρούεται ο Νοσηλευτής είναι:

- Η αντίληψη ότι οι άρρωστοι με ψυχιατρικές διαταραχές είναι όλοι ίδιοι και αντιμετωπίζονται με τρόπο εξισωτικό, δεν λαμβάνονται υπόψη τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου.
- Η αντίληψη της κατηγοριοποίησης των ψυχιατρικά ασθενών(ο τρελός, ο σχιζοφρενής, ο αλκοολικός) σαν άτομα που δεν σκέπτονται, αισθάνονται, επιθυμούν και έχουν δικαιώματα και αντιμετωπίζονται με απόσταση.
- Η αντίληψη ότι οι ψυχικά άρρωστοι είναι ξεχωριστοί και αντιμετωπίζονται υποβαθμισμένα.
- Η αντίληψη ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επιθετικοί(βαραίνει κυρίως τους ασθενείς με σχιζοφρένια) και αντιμετωπίζονται με φόβο, απόρριψη και απομόνωση.

Η απόρριψη και η απομόνωση του ψυχικά αρρώστου από την κοινωνική ομάδα μπορεί να πάρει τη μορφή της "καλοπροαίρετης" συμπεριφοράς για «το καλό της ομάδας». Η απόρριψη του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας κρύβει τη δυσκολία τους να προσεγγίσουν τον ψυχικά άρρωστο, την έλλειψη εκπαίδευσης σε ειδικούς χειρισμούς προσέγγισης, τις δικές τους άλυτες συγκρούσεις και την αδυναμία τους να απεμπλακούν από τις συγκεκριμένες αντιλήψεις και στάσεις.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση συντέλεσε στη θέσπιση νόμων και κανόνων για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών που είναι ταυτόχρονα υποχρεώσεις του κράτους, των

υπηρεσιών παροχής υγείας και ειδικά της ψυχικής υγείας και των επαγγελματιών υγείας και ειδικά ψυχικής υγείας σε διεθνή επίπεδο.

Έτσι, ο Νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις υποχρεώσεις του και να υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, τα οποία αναφέρονται παρακάτω:

- Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη
- Το δικαίωμα στην ισότητα
- Το δικαίωμα στην ενημέρωση
- Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων
- Το δικαίωμα στην αποκατάσταση
- Το δικαίωμα στην κοινότητα
- Το δικαίωμα να αγωνίζεται για τα δικαιώματά του

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια ισοδυναμεί με στέρηση του βασικού δικαιώματος πρόσβασης στις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Ο Νοσηλευτής διευκολύνει την προσβασιμότητα το ατόμου με ψυχική διαταραχή στις δομές υγείας, νοσηλεύει τον ασθενή με σεβασμό στην αρχή της ισότητας, αντιμετωπίζοντάς τον εξατομικευμένα ως μοναδική προσωπικότητα.

Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα να λαμβάνει όλες τις ενδεδειγμένες σύγχρονες φροντίδες υγείας με τον πλέον ελάχιστο κίνδυνο για τη γενική κατάσταση της υγείας του. Κάποιες φορές οι επαγγελματίες υγείας υποτιμούν ακόμα και τα σωματικά ενοχλήματα του ψυχικά αρρώστου και αδιαφορούν. Ο Νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ίδιο τον ασθενή, πως να ζητά βοήθεια, που να ζητά βοήθεια, να υπερασπίζεται τα δικαιώματά του και να διεκδικεί με ήρεμο και κοινωνικά αποδεκτό τρόπο την επιλογή της θεραπείας του ή τη συναίνεσή του για αυτή. Ο Νοσηλευτής προσπαθεί να ανατρέψει τις αρνητικές στάσεις των άλλων επαγγελματιών υγείας υπερασπίζοντας τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου στις κατάλληλες συνθήκες και παροχές νοσηλείας, διατροφής και ένδυσης. Ακόμα και αν νοσηλεύεται ακούσια ο ψυχικά άρρωστος πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό στην προσωπικότητά του.

Ο Νοσηλευτής φροντίζει τον άρρωστο σύμφωνα με την αρχή της ίσης μεταχείρισης, απαλλαγμένος από διακρίσεις σχετικά με τη φυλή, την καταγωγή, τη θρησκεία, το φύλο, την οικονομικοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς και την κατηγορία της ασθένειας. Ο ψυχικά ασθενής και η οικογένειά του έχουν δικαίωμα να ενημερώνονται με λεπτομέρεια για την κατάσταση της υγείας του ώστε να προβούν σε συγκατάθεση με τη θεραπεία. Ο Νοσηλευτής ενημερώνει με ειλικρίνεια, με σαφήνεια, χωρίς υπεκφυγές τον ψυχικά άρρωστο και την οικογένειά του.

Ο νοσηλευτικός/ιατρικός φάκελος υπάγεται στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και η προστασία του είναι ρητή νομική επιταγή και αποτελεί βασική υποχρέωση ιδιαίτερα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Δημόσια χρήση των ψυχιατρικών περιστατικών επιτρέπεται μόνο για επιστημονικές έρευνες οπωσδήποτε με τη γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου μετά από πλήρη ενημέρωσή του. Τα προσωπικά δεδομένα δημοσιοποιούνται αλλά όχι τα στοιχεία ταυτότητας. Διατηρεί πάντα το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης. Εξάιρεση αποτελεί η περίπτωση που κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου ή άλλου προσώπου, πράγμα που το εκτιμάει ο θεράπων γιατρός του. Έτσι και ο Νοσηλευτής τηρεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Ο Νοσηλευτής βοηθά και ενισχύει αδιάκοπα τα άτομα με ψυχική διαταραχή να απολαμβάνουν τα δικαιώματά τους στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σύμφωνα με τα κείμενα των διεθνών οργανισμών και της εθνικής νομοθεσίας. Ειδικά η επαγγελματική αποκατάσταση είναι ιδιαίτερα δύσκολη στην εποχή που διανύουμε. Στην οικονομική κρίση με τη μικρή έως ανύπαρκτη προσφορά ευκαιριών για εργασία προστίθεται

ο στιγματισμός του ψυχικά ασθενή και αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα στην ανεξαρτοποίηση του ατόμου. Ο Νοσηλευτής υποστηρίζει τον άρρωστο να αυτονομηθεί στο εργασιακό και κοινωνικό του χώρο. Τον μαθαίνει τα δικαιώματά του, τις απαιτήσεις της δουλειάς του, τις οικονομικές απολαβές του. Τον μαθαίνει να διεκδικεί συλλογικά.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει ως στόχο τη μείωση του στίγματος και την προαγωγή της ισότητας και των ευκαιριών. Για το λόγο αυτό, οι λειτουργοί της συμμετέχουν σε προσπάθειες οργανωτικού, νομοθετικού, επαγγελματικού χαρακτήρα, σε προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας και της ποιότητας της ζωής, σε συλλογικούς φορείς των χρηστών των υπηρεσιών και συλλογικά μορφώματα στήριξης, αυτοβοήθειας και συμμετοχής, σε εκπαιδευτικές προσπάθειες και σε προσπάθειες προαγωγής και ενίσχυσης των υπηρεσιών, ανάπτυξης της έρευνας και βελτίωσης των συστημάτων παροχής υπηρεσιών(<http://www.iatronet.gr/sopsi/>).

Ο Νοσηλευτής υποστηρίζει, συντονίζει και αγωνίζεται να παραμείνει το άτομο στην κοινότητα. Στηρίζεται στο δικαίωμα/υποχρέωση που του δίνει η Πολιτεία να φροντίσει ώστε ο ασθενής να διαμένει στο σπίτι του ή σε κάποια προστατευμένη στεγαστική δομή από όπου σταδιακά θα μετακινείται σε πιο ανεξάρτητη. Όλα αυτά πραγματοποιούνται μέσα σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο, ένας διαρκής αγώνας με την υποστήριξη των προγραμμάτων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που θεσπίζει το Κράτος. Ο Νοσηλευτής θα έρθει αντιμέτωπος με αντιστάσεις που προβάλλουν οι κάτοικοι- γείτονες της δομής, διάφοροι φορείς και η τοπική αυτοδιοίκηση. Με τη συμμετοχή του σε κρατικά προγράμματα, ιδιωτική πρωτοβουλία, επί τόπου παρεμβάσεις με ατομικές ή πολιτιστικές εκδηλώσεις μαζί με τον ψυχικά άρρωστο και την οικογένειά του θα καταπολεμήσουν από κοινού το στίγμα (<http://www.ekke.gr/>, www.psy.gr, www.omas.gr).

Στα καθήκοντα του Νοσηλευτή συμπεριλαμβάνεται η στάση του απέναντι στην ανακριβή και εχθρική απεικόνιση της ψυχικής ασθένειας από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης(MME). Πρέπει να αντισταθεί στις στρεβλωμένες και αρνητικές κοινωνικές πεποιθήσεις για την ψυχική νόσο, μιλώντας δημοσίως στα MME προκειμένου να ενημερωθεί το κοινό υπεύθυνα. Να συμμετέχει ως εκπαιδευτής ή ως εκπαιδευόμενος σε επιμορφωτικά προγράμματα, σεμινάρια, ή εκδηλώσεις που παρέχουν τις επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες για την ψυχική διαταραχή. Τα προγράμματα αυτά μπορούν να απευθύνονται τόσο στους ειδικούς όσο και στις ευρύτερες κοινωνικές ομάδες. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενεργεί διορθωτικά, ώστε να αποκαθιστά τις αντιλήψεις του κοινού σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα καθώς και να επιδιώκει να βελτιώνονται οι συμπεριφορές των ατόμων απέναντι στη διαφορετικότητα. Ακόμη, θα πρέπει μαζί με τους ασθενείς που έχουν καλό επίπεδο λειτουργικότητας να επικοινωνούν την θετική έκβαση της ασθένειας, διαψεύδοντας τις λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την επικινδυνότητα, ανικανότητα και δυσλειτουργικότητα των ψυχιατρικών ασθενών (Μοσχονάς, 2009).

Σκοπός αυτών των παρεμβάσεων είναι τα θέματα που αφορούν τους ψυχιατρικούς ασθενείς να λάβουν κοινωνικό χαρακτήρα και οι ασθενείς να ενσωματωθούν σε κοινωνικές ομάδες, συλλόγους ατόμων με ψυχικές διαταραχές, συλλόγους οικογενειών με άτομα με ψυχική διαταραχή, συλλόγους αυτοβοήθειας κλπ. Με αυτόν τον τρόπο θα αποκτούν φίλιες και μέσα από την αλληλεγγύη των μελών της ομάδας, να ενημερώνεται και να ευαισθητοποιείται η κοινωνία για τα άτομα με σχιζοφρένεια. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες της ομάδας μπορούν να εκδίδουν εφημερίδα ή να προσφέρουν κοινωνική εργασία, προσφέροντας τη βοήθειά τους στην κοινότητα. Επίσης, ο Νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ψυχικά ασθενή και την οικογένειά του να διεκδικούν μέτρα πολιτικής που παγιώνουν και ενισχύουν τα δικαιώματά τους. Εκτός αυτών, πρέπει να ενημερώνουν και να ευαισθητοποιούν την κοινή γνώμη όσον αφορά τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές (Σκόρδος, 2008).

4.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του στίγματος και των ψυχικών διαταραχών

Οι ρόλοι και το πεδίο δράσης του Νοσηλευτή διευρύνονται σε όλους τους τομείς πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης(Σταθαρού και συν. 2005).

Η πρωτοβάθμια πρόληψη αφορά τον εντοπισμό των βλαπτικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής και την εξάλειψή τους. Με μελέτες και προγράμματα ενημέρωσης εντοπίζονται πληθυσμοί που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μιας ψυχικής νόσου και γίνονται διάφορες παρεμβάσεις, όπως εκπαίδευση για αλλαγή πιθανών παθογόνων συμπεριφορών. Τα άτομα αυτά συνήθως ανήκουν στις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, μπορεί να είναι δηλαδή άτομα άνεργα, μοναχικά και κοινωνικά περιθωριοποιημένα(Eby & Brown 2010).

Επίσης γίνεται προσπάθεια ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινωνίας σε θέματα ψυχικής υγείας. Σχολικά προγράμματα ανάπτυξης της ικανότητας επίλυσης καθημερινών προβλημάτων. Γνωσιακά-Συμπεριφορικά προγράμματα για παιδιά που κινδυνεύουν από κατάθλιψη. Τεχνικές διαχείρισης του άγχους. Εκπαίδευση για προώθηση της κοινωνικής ένταξης και αποφυγή κοινωνικού αποκλεισμού. Για τους ενήλικες, εκπαίδευση σε γονείς με δύσκολα παιδιά. Κατ' οίκον επισκέψεις σε μητέρες που βιώνουν κατάθλιψη. Τεχνικές διαχείρισης άγχους. Παρεμβάσεις σχετικές με την χρήση αλκοόλ. Έγκαιρες διαγνωστικές παρεμβάσεις. Ενθάρρυνση για σωματική άσκηση και ψυχοεκπαίδευση. Έτσι οι πολίτες ευαισθητοποιούνται, αλλάζουν τον τρόπο που σκέφτονται, δεν φοβούνται την ψυχική ασθένεια, βοηθούν ή αναζητούν βοήθεια χωρίς ντροπή και μαθαίνουν να μοιράζονται. Η παροχή της πρωτοβάθμιας πρόληψης από τις υπηρεσίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην κοινότητα συμβάλλουν στην εξάλειψη του στιγματισμού, ειδικά για την σχιζοφρένεια που έχει υπάρξει από αντικείμενο φόβου έως αντικείμενο χλευασμού(Φωτιάδου και Θεοφανίδης 2005,Hogan 2012).

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά τη μείωση της εξέλιξης της νόσου και των υποτροπών της. Το στάδιο αυτό βασίζεται στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας, στην άμεση νοσηλεία του ασθενή, στη θεραπεία και την ψυχολογική υποστήριξη. Αν επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι έγκαιρα, η πορεία της ασθένειας και της λειτουργικότητας του ασθενή θα έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση.

Στην τριτοβάθμια πρόληψη ο στόχος είναι η σταθεροποίηση των συμπτωμάτων του ασθενή και η διατήρηση της κοινωνικότητάς του. Την τριτοβάθμια πρόληψη υποστηρίζουν τα προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα οποία έχουν αναλυθεί διεξοδικά σε άλλο κεφάλαιο αυτής της εργασίας(Θεοχάρης 2016).

4.4 Νομικά και Ηθικά Δικαιώματα των Ψυχικά Πασχόντων

Η πολιτεία, έκρινε σκόπιμο ότι θα έπρεπε να καλύψει το ιδιαίτερα ευαίσθητο ζήτημα των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και να καθορίσει ένα πλαίσιο αρχών, το οποίο θα αποτελούσε τον καταστατικό χάρτη των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς. Προς τον σκοπό αυτό θέσπισε νομικό πλαίσιο για την προστασία τους, ούτως ώστε κάθε νοσοκομειακός ασθενής να έχει δυνατότητα, όταν το κρίνει σκόπιμο, να απευθυνθεί στην αρμόδια υπηρεσία προστασίας του νοσοκομειακού ασθενή, ζητώντας προστασία και διευθέτηση των προβλημάτων του (Αλεξιάδης 2000).

Ο Ν. 2071/1992, στο άρθρο 47 καθιερώνει για πρώτη φορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, δίνοντας λύση σε ένα χρονίζον πρόβλημα. Παράλληλα, με τη διάταξη του άρθρου 1 του ίδιου Νόμου, αντικαθίσταται η διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 1397/1983 και έτσι το κράτος έχει πλέον την υποχρέωση να εξασφαλίσει το δικαίωμα και τη δυνατότητα του κάθε πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2071-1992.html>).

Μεταγενέστερα, με το Ν. 2194/1994 επαναφέρεται σε ισχύ η διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 1397/ 1983, βάσει της οποίας ο πολίτης μπορεί με πλήρη ισονομία να απολαμβάνει του δικαιώματός του στην υγεία, σύμφωνα με τις αρχές και τη φιλοσοφία του Νόμου αυτού. (<http://www.isathens.gr/images/nomoi/2194-1994.pdf>). Λίγα χρόνια αργότερα, ο νομοθέτης, με τη διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 2519/1997, καθόρισε το ειδικό νομικό πλαίσιο προστασίας των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς, ιδρύοντας ειδική υπηρεσία και επιτροπή προστασίας αυτού. Παράλληλα, συνέστησε κατά Νοσοκομείο γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη, με αρμοδιότητα την ενημέρωσή του όσον αφορά τα δικαιώματά του. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ο νομοθέτης προσδιόρισε μόνο τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, ενώ θα έπρεπε να προσδιορίσει και τις υποχρεώσεις του (<http://mednet.gr/eeeea/pdf/law-2519-1997.pdf>).

Πιο συγκεκριμένα, και αναφορικά με τα αστικά δικαιώματα, ένας ασθενής που εισάγεται οικειοθελώς για ψυχιατρική νοσηλεία διατηρεί όλα τα αστικά του δικαιώματα. Έχει τα δικαιώματα να εξασκεί το δικό του επάγγελμα, να έχει διάφορες επιχειρήσεις, να ψηφίζει, να κατέχει αξιώματα. Η πολιτεία μπορεί να περικόψει τα δικαιώματα του ασθενή με εισαγγελική εντολή.

Ο ασθενής έχει, τόσο το δικαίωμα για εφαρμογή της θεραπείας, όσο και το δικαίωμα να υποβληθεί σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστική θεραπεία. Όσον αφορά την ικανότητα δικαιοπραξίας, είναι η νομική παραδοχή ότι ένα άτομο είναι νοητικά ικανός να κρίνει, να λαμβάνει λογικές αποφάσεις και έτσι ένα άτομο, που είναι νοητικά ικανό να αντιληφθεί τις πληροφορίες που του παρέχονται, προτού δώσει συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, θεωρείται ότι έχει την ικανότητα δικαιοπραξίας για τους σκοπούς της παροχής ιατρικής φροντίδας.

Ο ασθενής που εισάγεται με εισαγγελική εντολή σε μια ψυχιατρική κλινική θεωρείται ότι έχει την ικανότητα δικαιοπραξίας και γι' αυτό διατηρεί τα αστικά του δικαιώματα. Από την άλλη, η ανικανότητα για δικαιοπραξία, καθορίζεται με δικαστική απόφαση. Όταν ένα δικαστήριο κρίνει ότι ένα άτομο είναι ανίκανο για δικαιοπραξία, του αφαιρεί ορισμένα δικαιώματα, όπως το δικαίωμα να ψηφίζει, να συνάπτει συμβάσεις, και να κατέχει δίπλωμα οδήγησης.

Ο ασθενής επίσης έχει το δικαίωμα να συναινέσει αφού ενημερωθεί πλήρως από τον γιατρό (δικαίωμα για συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης). Πριν δώσει την συγκατάθεσή του για θεραπεία ο ασθενής πρέπει να κατανοεί πλήρως τα εξής:

- Τη διάγνωση
- Τα χαρακτηριστικά και τον σκοπό της θεραπείας
- Τους κινδύνους και τα οφέλη της
- Τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές (συμπεριλαμβανομένης της μη χορήγησης καμιάς θεραπείας) και τους κινδύνους και τα οφέλη τους.

Επιπλέον, ο ασθενής έχει και το δικαίωμα να αρνηθεί την θεραπεία (δικαίωμα άρνησης της θεραπείας) ακόμα και αν ο γιατρός θεωρεί ότι η θεραπεία θα τον ωφελήσει. Ένας νοσηλευτής μπορεί να

κατηγορηθεί για βιαιοπραγία εάν αγγίξει έναν ασθενή, για θεραπεία που αρνείται να λάβει.

Τέλος ο ασθενής έχει και το δικαίωμα για εμπιστευτικότητα. Πιο συγκεκριμένα, ακόμα και το γεγονός ότι ένα άτομο επισκέπτεται ένα κέντρο ψυχικής υγείας, είναι εμπιστευτικό. Ο νοσηλευτής φέρει την απόλυτη ευθύνη να προστατεύει το δικαίωμα του ασθενή για εμπιστευτικότητα. Ο ασθενής πρέπει να είναι σίγουρος ότι οι πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία τους θα κοινοποιηθούν μόνο στα άτομα που γνωρίζουν για τους σκοπούς της θεραπείας τους, αντίθετα όμως, ο κανόνας της εμπιστευτικότητας έχει και κάποιες εξαιρέσεις(Στυλιανίδης 2006).

Τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001 και απορρέουν από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος όπου ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Πρόσφατα ο Συνήγορος του Πολίτη (6 Δεκεμβρίου 2004) τοποθετήθηκε επί του θέματος και με έγγραφό του προσπαθεί να συμβάλλει στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών εκθέτοντας τις νομικές και κοινωνικές διαστάσεις του θέματος.

Το Ψήφισμα του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (18 Νοεμβρίου 1999).

Η «Λευκή Βίβλος» για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικότερα αυτών που τοποθετούνται ακουσίως σε ψυχιατρικά ιδρύματα (κείμενο που συνέταξε το 2000 η ομάδα εργασίας για την Ψυχιατρική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στο πλαίσιο της Επιτροπής Βιοηθικής του Συμβουλίου της Ευρώπης) και Η Σύσταση (2004) 10 της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (22 Σεπτεμβρίου 2004).

Σε εθνικό επίπεδο δεν πρέπει να παραγνωρίζονται οι σχετικές με τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001, οι οποίες έχουν άμεση εφαρμογή και αφορούν το σύνολο του πληθυσμού ανεξαρτήτως της κατάστασης της υγείας του, η οποία δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση προϋπόθεση για την εφαρμογή τους.

Ο θεραπευτής δεσμεύεται από το νόμο να μην αποκαλύπτει στοιχεία που εκμυστηρεύεται ο ασθενής κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η μόνη περίπτωση που επιτρέπεται η παραβίαση αυτού του νόμου είναι εκείνη κατά την οποία ο ασθενής με λεπτομέρειες έχει αναφερθεί σε μελλοντική του απόπειρα να βλάψει έναν συγκεκριμένο άνθρωπο τον οποίο έχει κατονομάσει. Σε αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής καλείται να ακολουθήσει τις οδηγίες

Tarasoff και να ειδοποιήσει αρχικά το επικείμενο «θύμα» και στη συνέχεια να ενημερώσει τις τοπικές αρχές για τις προθέσεις του ασθενούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις ακόμα και αν ο ασθενής επικαλεστεί όποιο δικαίωμα ο θεραπευτής είναι καλυμμένος από το νόμο, (<http://docplayer.gr/31388195-Dikaiomata-psyhikos-pashonton.html>, ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β΄ ΦΑΣΗ).

4.5. Το πρόγραμμα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας(ΠΨΕ) κατά του στίγματος

Το γεγονός ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή είναι ένα από τα κυριότερα εμπόδια για την βελτίωση της φροντίδας και της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από ψυχική ασθένεια αναγνωρίζεται πλέον παγκόσμια. Ειδικά για την σχιζοφρένεια, που θεωρείται η πιο σοβαρή και μυστηριώδης, το στίγμα εκφράζεται με συμπεριφορές έντονων διακρίσεων σε βάρος του ασθενή, που έχουν ως αποτέλεσμα την απόρριψη, την περιθωριοποίηση και την κοινωνική του απομόνωση, την πλημμελή θεραπευτική του αντιμετώπιση ή τον εγκλεισμό του σε ιδρύματα και εν τέλει τον κοινωνικό του εξοβελισμό.

Για τον λόγο αυτό, το 1996 η ΠΨΕ ξεκίνησε ένα πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια, με βασικούς στόχους(www.worldpsychiatry.com):

- Την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης
- Την βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού
- Την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και διακρίσεων

Την πρωτοβουλία, το σχεδιασμό και στη συνέχεια την καθοδήγηση του όλου προγράμματος είχε μια τετραμελής διεθνής επιτροπή.

Αυτή η επιτροπή διαμόρφωσε ένα πλαίσιο φράσεων και ενεργειών και δημιούργησε ομάδες εργασίας με 76 επιστήμονες από όλο τον κόσμο, οι οποίοι κατήρτισαν το ενημερωτικό υλικό και σε συνεργασία με ειδικούς φορείς χάραξαν την επικοινωνιακή στρατηγική του προγράμματος.

Αρχικά, επελέγησαν ως χώρες πιλοτικής εφαρμογής ο Καναδάς, η Αυστρία και η Ισπανία. Στην επόμενη ζώνη των χωρών, έπειτα από αιτιολογημένη και λεπτομερή αίτησή μας, επελέγη ως χώρα πιλοτικής εφαρμογής και η Ελλάδα. Η επιλογή της χώρας μας σε αυτή την προσπάθεια ήταν πολύ σημαντική, γιατί μας δόθηκε η ευκαιρία να ανασύρουμε στην επιφάνεια ένα θέμα που μέχρι τώρα καλυπτόταν και στη δική μας κοινωνία από ένα πέπλο μυστηρίου, ενδεδυμένο με πολλούς, μύθους, προκαταλήψεις και δοξασίες. Παράλληλα, ήταν μια μοναδική ευκαιρία να αξιοποιήσουμε τη διεθνή εμπειρία, να την προσαρμόσουμε στην ελληνική πραγματικότητα και να οργανώσουμε τη δική μας εκστρατεία για την καταπολέμηση του στίγματος.

Η ΠΨΕ ανέθεσε λοιπόν στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας.

Στα πρώτα βήματα του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της σχιζοφρένειας οργανώθηκε μια πανελλαδική έρευνα της γνώσης και των στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικά από σχιζοφρένεια.

Η έρευνα παρουσίασε στοιχεία για την ελληνική πραγματικότητα, αναφέρουμε ενδεικτικά τα πιο σημαντικά: α) το κοινό αναφέρεται σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες με όρους της καθημερινότητας όπως «τρέλα» και «ψυχοπάθεια». Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων

(65,8%) αναφέρει ότι δεν έχει ακούσει κάτι σχετικό με την σχιζοφρένεια. Στα άτομα που είχαν στοιχειώδεις γνώσεις επί του θέματος, με κύρια πηγή πληροφόρησης την τηλεόραση, κυριαρχούν αρνητικές περιγραφές, οι οποίες συνδέουν την νόσο με βίαιη συμπεριφορά. Οι αντιλήψεις του δείγματος ήταν κατά κύριο λόγο στερεοτυπικές: τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διχασμένη προσωπικότητα (81,3%), δεν είναι σε θέση να εργαστούν (78%), είναι επικίνδυνα (74,6%). Την ασθένεια, αρκετοί την αποδίδουν σε ψυχοκοινωνικούς παρά σε βιολογικούς παράγοντες. Άλλα ευρήματα αναφορικά με τη στάση των ερωτώμενων απέναντι στους ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν τα ακόλουθα: Οι στάσεις του κοινού απέναντι σε σχιζοφρενικά άτομα ήταν προφανώς αρνητικές και κλιμακώνονται σύμφωνα με το βαθμό προσωπικής επαφής και σχέσης με τον ασθενή. Συγκεκριμένα, το 61% των ερωτηθέντων δεν θα προσλάμβανε στην δουλειά του, 75% δεν θα συγκατοικούσε και 93% δεν θα παντρευόταν ένα άτομο με σχιζοφρένεια(Μερτίκα και συν.2006).

4.6. Πρόγραμμα Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)

Για τη χώρα μας, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανέθεσε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας, με επικεφαλής τον καθηγητή και ακαδημαϊκό Κώστα Στεφανή. Η επιλογή της χώρας μας σε αυτή την προσπάθεια ήταν πολύ σημαντική, γιατί δόθηκε η ευκαιρία να έρθει στην επιφάνεια ένα θέμα που μέχρι τώρα καλυπτόταν και στην ελληνική κοινωνία από ένα «πέπλο μυστηρίου» ενδεδυμένου με πολλούς μύθους, δοξασίες και προκαταλήψεις. Έτσι, το 2000, με κεντρικό μήνυμα «Ας ανοίξουμε τις πόρτες», ξεκίνησε και στην Ελλάδα το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας», με κύριο στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη σχιζοφρένεια και την ανάπτυξη δράσεων για την αλλαγή των αρνητικών απόψεων και τη βελτίωση των στάσεων του κοινού.

Σήμερα, με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες συνολικά, το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. υλοποιεί ένα ευρύτερο πρόγραμμα, το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών-αντι-στίγμα». Το επιστημονικό αυτό πρόγραμμα δραστηριοποιείται στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας. Πλέον, μετά από μια πολύχρονη πορεία, το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» διαθέτει βαθιά εμπειρία, τόσο από τη συστηματική και συνεχιζόμενη έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό, όσο και από τις ποικίλες αντι-στιγματιστικές παρεμβάσεις που έχει υλοποιήσει.

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι οι κοινωνικές στάσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν, όπως εξίσου δύσκολο είναι να καταρριφθούν οι μύθοι και οι προκαταλήψεις που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή. Η επιβίωση, άλλωστε, αυτών των νοητικών κατασκευών στο χρόνο, σε πείσμα της πολιτισμικής εξέλιξης, μαρτυρεί την ανθεκτικότητά τους. Η σωστή ενημέρωση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αλλαγή τους, αλλά δεν αρκεί. Η ρήξη των προκαταλήψεων και των σχετικών στερεοτύπων, που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των αρνητικών στάσεων απέναντι σε ομάδες «διαφορετικές», είναι μια διαδικασία που απαιτεί συντονισμένες ενέργειες, μακρόχρονη προσπάθεια, διάχυση της πληροφόρησης, συνεργασία και εμπλοκή πολλών διαφορετικών ανθρώπων και φορέων, από διάφορους τομείς της κοινωνίας, του πολιτισμού και της τέχνης (http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Antistigma/index.htm).

4.7. Ευρήματα Ερευνών και Προοπτικές

Η αρθρογράφος Τσώλη Θεοδώρα γράφει στην εφημερίδα το Βήμα: «Στη μεγαλύτερη γενετική ανάλυση που έχει γίνει ως σήμερα σχετικά με τη συγκεκριμένη ψυχική νόσο, η διεθνής ερευνητική ομάδα που περιελάμβανε επιστήμονες από 80 κέντρα σε 35 χώρες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτή μπορεί να έχει ισχυρό βιολογικό υπόβαθρο. Οι ερευνητές, επικεφαλής των οποίων ήταν ειδικοί του Πανεπιστημίου Κάρντιφ, πιστεύουν ότι τα νέα ευρήματα μπορούν να οδηγήσουν μελλοντικά σε αποτελεσματικότερες θεραπείες. Συγκεκριμένα, ενώ επί μακρόν οι επιστήμονες διαφωνούσαν σχετικά με τον ρόλο που παίζουν τα γονίδια στην εμφάνιση σχιζοφρένειας, τώρα το διεθνές κονσόρτσιουμ (Psychiatric Genomics Consortium, PGC) εξέτασε ενδελεχώς το γενετικό προφίλ περισσότερων από 37.000 ασθενών το οποίο και συνέκρινε με εκείνο περίπου 110.000 ατόμων χωρίς σχιζοφρένεια.

Οι ερευνητές εντόπισαν περισσότερα από 100 γονίδια που σχετίζονται με προδιάθεση για σχιζοφρένεια, εκ των οποίων 83, ήταν άγνωστα μέχρι σήμερα. Πολλά από αυτά εμπλέκονται στη μεταφορά χημικών σημάτων εντός του εγκεφάλου, ενώ άλλα σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα επηρεάζοντας τη λειτουργία του. Οι επιστήμονες ανέπτυξαν μάλιστα έναν αλγόριθμο ο οποίος μπορεί να εξαγάγει ένα «σκορ κινδύνου» σχετικά με τη συμβολή κάθε γονιδιακής παραλλαγής που εντοπίστηκε στην εμφάνιση σχιζοφρένειας. Αυτό θα μπορούσε μελλοντικά να οδηγήσει σε πρόβλεψη των ατόμων που θα εμφανίσουν τη νόσο.

Ο καθηγητής Μάικλ Ο'Ντόνοβαν από το Πανεπιστήμιο Κάρντιφ ο οποίος ηγήθηκε της μεγάλης ερευνητικής ομάδας ανέφερε ότι «επί πολλά έτη ήταν δύσκολο να αναπτυχθούν νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη σχιζοφρένεια καθώς γνωρίζαμε ελάχιστα για τη βιολογία της νόσου. Η ανακάλυψη τόσο πολλών γονιδίων που φαίνεται να σχετίζονται με αυτή ανοίγει ένα παράθυρο για πειράματα τα οποία θα «ξεκλειδώσουν» το βιολογικό της υπόβαθρο και θα οδηγήσουν, όπως ελπίζουμε, σε νέες θεραπείες». Ο καθηγητής Ντέιβιντ Κέρτις από το University College του Λονδίνου, εκ των συγγραφέων της νέας μελέτης ανέφερε ότι η μελέτη αυτή θέτει την ψυχιατρική στην ίδια κατηγορία με άλλα πεδία της ιατρικής. Στο παρελθόν πιστευόταν λανθασμένα ότι οι ψυχικές νόσοι δεν αποτελούν «πραγματικές» νόσους, ενώ πλέον διαφαίνονται βιολογικές διεργασίες που οδηγούν σε αυτές. Επίσης, σύμφωνα με τον καθηγητή Ο'Ντόνοβαν, η ερευνητική ομάδα σχεδιάζει να διπλασιάσει το δείγμα των ατόμων με σχιζοφρένεια μέχρι το επόμενο έτος, γεγονός που θα της επιτρέψει να εντοπίσει τα πιο «ένοχα» γονίδια για την εμφάνιση της νόσου. Οι ειδικοί σκοπεύουν επίσης να περιλάβουν γενετικό υλικό από ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο - η μέχρι στιγμής «συλλογή» τους αφορά κυρίως άτομα από τη Βόρεια Ευρώπη» (<http://www.tovima.gr> 22/07/2014).

Ο αρθρογράφος Βαρνάς Μάρκος γράφει στο Skai.gr: «Σε ένα άλλο εργαστήριο, στο Ινστιτούτο Μοριακής Βιοτεχνολογίας της Βιέννης, ο επιστήμονας Γιούργκεν Κνόμπλιχ και οι συνεργάτες του κατάφεραν να επιτύχουν αυτό που πολλοί άλλοι συνάδελφοί τους προσπαθούσαν επί χρόνια. Η ομάδα των επιστημόνων από τη Βιέννη κατάφερε να αναπτύξει μικροσκοπικούς εγκέφαλους από βλαστικά κύτταρα, προκειμένου να διευρύνουν τις γνώσεις σχετικά με την παθογένεια κληρονομικών ασθενειών. Όταν τα βλαστικά κύτταρα έχουν φθάσει σε ένα ορισμένο στάδιο ανάπτυξης, περνούν στα κοντέινερ και ύστερα τα τροφοδοτούν με αρκετό οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά έτσι ώστε να εξελιχθούν. Οι επιστήμονες εξέθρεψαν σε έναν περιστρεφόμενο βιοαντιδραστήρα τα νευροεκτοδέρματα, τον κυτταρικό ιστό στο ανθρώπινο έμβρυο, από τον οποίο αναπτύσσονται ο εγκέφαλος και το νευρικό σύστημα. Η βασική ιδέα πίσω από όλο το πρότζεκτ είναι να μπορέσουν να αναπαράγουν το αρχικό στάδιο της ανάπτυξης του ανθρώπινου εγκεφάλου. Επειδή το μεγαλύτερο πρόβλημα της βιοϊατρικής είναι ότι η μεταφορά γνώσεων των ανθρώπινων ασθενειών βασίζεται σε πειράματα με ζώα, τα μικρά εγκεφαλικά μοντέλα που έχουν δημιουργήσει παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι μίνι εγκέφαλοι που έχουν δημιουργηθεί στο

εργαστήριο μεγαλώνουν μέρα με τη μέρα, κάτι που δεν περίμενε η επιστημονική ομάδα του Κνόμπλιχ. Οι ιστοί έφθασαν στο μεγαλύτερο μέγεθος, περίπου 4 χιλιοστών. Ωστόσο δεν μπορούν να μεγαλώσουν περισσότερο, καθώς δεν διαθέτουν αιμοφόρα αγγεία παρά μόνο εγκεφαλικούς ιστούς, στο εσωτερικό των οποίων δεν μπορούν να εισχωρήσουν τα θρεπτικά συστατικά και το οξυγόνο. Σύμφωνα με τον Ντιν Μπάρνερ, λέκτορα νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο του Κάρντιφ, οι μίνι εγκέφαλοι είναι σε θέση να ανταλλάσσουν σήματα μεταξύ τους. Ο Μπάρνερ, ο οποίος δεν συμμετέχει στο πείραμα, εξηγεί ότι αυτή ακριβώς η λειτουργία σημαίνει ότι ίσως στο μέλλον οι μίνι εγκέφαλοι να μπορέσουν να επιτελέσουν πιο πολύπλοκα και δύσκολα καθήκοντα στο πλαίσιο του πειράματος.

Για την Μάντελιν Λάνκαστερ, συνεργάτιδα του Κνόμπλιχ στο πείραμα, το πραγματικό όφελος της εργασίας τους είναι ότι μπορούν μέσω των μίνι εγκεφάλων να διερευνήσουν στο άμεσο μέλλον τα αίτια των διαταραχών στον ανθρώπινο εγκέφαλο.

Τα πειράματα σε ποντίκια για τη διερεύνηση ασθενειών όπως η σχιζοφρένεια και ο αυτισμός είναι πολύ δύσκολα και περίπλοκα, δεδομένου ότι στον ανθρώπινο εγκέφαλο υπάρχουν βλαστικά κύτταρα που δεν υπάρχουν στον εγκέφαλο ενός ποντικιού. Με ένα μοντέλο, όμως, που μιμείται τις πτυχές του ανθρώπινου εγκεφάλου, θα μπορούσαν οι επιστήμονες να διερευνήσουν πιο εύκολα τις αιτίες των 118 ασθενειών»(<http://www.skai.gr>, Deutsche Welle - Kerry Skyring, Μάρκος Βαρνάς 10/10/2013).

Τα συμπεράσματα των ερευνών για τη σχιζοφρένεια είναι ενθαρρυντικά και δικαιολογούν τη διεξαγωγή επιπλέον πρωτογενών ερευνών. Ωστόσο, αναμφισβήτητα, όσο περισσότερο προωθείται στην κοινωνία μας η ιδέα ότι και τα ψυχικά νοσήματα δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια βιολογική αρρώστια, τόσο θα μειώνεται ο στιγματισμός της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχικών νόσων.

Η παραγωγή μιας σειράς φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων έχει βοηθήσει πάρα πολύ στην μελλοντική εξέλιξη των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τα νέα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων της διαταραχής, ενώ ταυτόχρονα προκαλούν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που στιγματίζουν τον ασθενή. Η εκπαίδευση καθώς και άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να μάθουν να διαχειρίζονται την διαταραχή πιο αποτελεσματικά, μειώνουν την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία και αυξάνουν την κοινωνική επανένταξη όσων πάσχουν από σχιζοφρένεια. Παράλληλα οι έρευνες για πιο αποτελεσματικές θεραπείες συνεχίζονται. Επιπρόσθετα, οι συνεχιζόμενες μελέτες για την καλύτερη πρόγνωση της σχιζοφρένειας που παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες σε σχέση με τις αναπτυγμένες πιθανόν να υποδεικνύουν στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν παγκόσμια για να βελτιώσουν την έκβαση των ασθενών με σχιζοφρένεια σε όλο τον κόσμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

με την χρήση της Νοσηλευτικής Διεργασίας

5.1 Νοσηλευτική φροντίδα

Η σχιζοφρένεια μειώνει τις προσαρμοστικές ικανότητες του αρρώστου, προσθέτει περισσότερες ευθύνες και άγχος στην καθημερινή του ζωή και αν δεν υπάρχει υποστηρικτικό πρόσωπο, είναι αναμενόμενη η απόσυρση, η απομόνωση και η υποτροπή. Στην οξεία φάση της ασθένειας, η νοσηλευτική φροντίδα αποσκοπεί στην ελάττωση ή και εξάλειψη των συμπτωμάτων και του άγχους που βιώνει ο ασθενής, στην ανάκτηση της εμπιστοσύνης του ασθενή προς τα υποστηρικτικά πρόσωπα και της βασικής κοινωνικής προσαρμογής του, που είναι η ομαλή επαφή. Στην ύφεση της νόσου, κατά την οποία συνήθως παρατηρείται μεγάλη έκπτωση της λειτουργικότητας, η νοσηλευτική φροντίδα αποσκοπεί στην εκπαίδευση του ασθενή να αποδεχτεί την ασθένειά του, να προσαρμόζεται στις νέες ανάγκες, να αναζητά βοήθεια, να ανακτήσει δεξιότητες και να αποκτήσει νέες, απαραίτητες στις διαπροσωπικές σχέσεις στην καθημερινή προσωπική και κοινωνική του ζωή. Να αποκτήσει ποιότητα ζωής και να μπορεί να παίρνει ικανοποίηση από αυτό(Ραγιά 2009).

Είναι κατανοητό ότι ο ασθενής για να πραγματοποιήσει όλα τα παραπάνω χρειάζεται τον κατάλληλο εκπαιδευμένο νοσηλευτή ως συμπαραστάτη, σύμμαχο, εκπαιδευτή, υποστηρικτή, συντονιστή, μεσολαβητή για να τον βοηθήσει να γίνει ανεξάρτητος, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατό. Όταν ο ασθενής δεν έχει το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον να του παρέχει βοήθεια στο βαθμό που ο ίδιος χρειάζεται, έχει τη δυνατότητα να απευθυνθεί σε κατάλληλη ψυχιατρική δομή στον δήμο που ανήκει, προκειμένου να λάβει την κατάλληλη φροντίδα. Η πολυκλαδική Ομάδα Ψυχικής Υγείας της δομής, θα εκτιμήσει τις ανάγκες του, θα τον παραπέμψει στην κατάλληλη δομή, αφού πάρει τη συναίνεση του ίδιου του αρρώστου και της οικογένειάς του, όταν υπάρχει, και θα αναθέσει τη φροντίδα του σε ένα πρόσωπο αναφοράς(Βασλαματζής 2010).

Ως πρόσωπο αναφοράς ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για ό,τι αφορά τον άρρωστο. Φροντίζει τον άρρωστο με τη βοήθεια ενός πλαισίου εξατομικευμένης ολιστικής διεργασίας επίλυσης προβλημάτων- **Νοσηλευτική Διεργασία** (Σαράφης και Μαλλιαρού 2010).

- Συντάσσει κατάλογο αναγκών- προβλημάτων- συμπτωμάτων που χρειάζονται φροντίδα μαζί με τον άρρωστο και τα ιεραρχεί με σειρά σημαντικότητας - **Νοσηλευτική Διάγνωση.**
- Θέτει στόχους, άμεσους και έμμεσους για το κάθε προς αντιμετώπιση σύμπτωμα που κρίνει ότι πρέπει να επιτευχθούν, για να ξεπεράσει ο ασθενής το πρόβλημά του, ένας κάθε φορά- **Αντικειμενικός Σκοπός.**
- Προγραμματίζει τις νοσηλευτικές φροντίδες που θα παρέχει στον άρρωστο, για να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος κάθε φορά σκοπός - **Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας.**
- Εφαρμόζει τις νοσηλευτικές φροντίδες, τις οποίες είχε προγραμματίσει στο προηγούμενο στάδιο για το συγκεκριμένο πρόβλημα - **Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.**
- Εκτιμά τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας και τα συγκρίνει με τον αναμενόμενο σκοπό- **Εκτίμηση Αποτελεσμάτων.**

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι μια κυκλική διαδικασία, συνεχής, όπου το αναμενόμενο αποτέλεσμα μπορεί να αποτελέσει σύμπτωμα για την επόμενη νοσηλευτική διάγνωση, εκτός και αν παρεμβάλουν άλλα πιο σημαντικά για τον άρρωστο προβλήματα, που χρειάζονται άμεση φροντίδα. Όλος ο σχεδιασμός και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καταγράφονται στο φύλλο Νοσηλευτικής Διεργασίας από τον Νοσηλευτή- πρόσωπο αναφοράς και καταχωρούνται στο νοσηλευτικό ατομικό φάκελο του αρρώστου. Αποτελούν τεκμήριο της νοσηλευτικής εργασίας και παρέχουν πληροφορίες στους άλλους επαγγελματίες υγείας που θα εμπλακούν στη φροντίδα του αρρώστου(Ραγιά 2009).

Ο Νοσηλευτής περιμένει με υπομονή τους αργούς ρυθμούς του αρρώστου, δεν τον αντικαθιστά προκειμένου να εκπληρωθεί οπωσδήποτε κάποιος σκοπός, ακόμα και για τον πιο εύκολο, δεν επικρίνει τον άρρωστο, τον εμψυχώνει για να συνεχίσει τις προσπάθειές του άλλη φορά. Παρεμβαίνει μόνο όταν κινδυνεύει ο ασθενής να δεχτεί επιθετικότητα λεκτική ή σωματική και όταν επίκειται αποτροπιασμός, θυμός ή απόρριψη από την πλευρά του ίδιου ή τρίτου. Τότε είναι ευκαιρία για το Νοσηλευτή να παρέμβει, να υπερασπίσει τη θέση του αρρώστου, να ενημερώσει και να εμψυχώσει τον συμπολίτη μας να βοηθήσει. Ο Νοσηλευτής αποτελεί πρότυπο συμπεριφοράς για τον άρρωστο και τον εκπαιδεύει πως θα ενδυναμώσει το Εγώ του. Κάθε φορά που ο ψυχικά άρρωστος δραστηριοποιείται στην κοινότητα για τις απλές καθημερινές του ανάγκες με επιτυχία και λαμβάνει από τους συμπολίτες του χαρά και ικανοποίηση, όπως τη βιώνει και ο ίδιος, ένα μεγάλο βήμα έχει γίνει κατά του κοινωνικού στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού των ασθενών με σχιζοφρένεια(Eby & Brown 2010).

Παρακάτω ακολουθούν 2 μελέτες περιπτώσεων, οι οποίες αφορούν ενοίκους του Ξενώνα 24ωρης προστατευμένης διαμονής ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κατά τη διαμονή τους στον ξενώνα όλοι οι ένοικοι σχηματίζουν ομάδες που η καθεμιά αναλαμβάνει εργασίες που εξασφαλίζουν την ομαλή καθημερινή διαβίωση στο κοινό τους περιβάλλον ή επισκέπτονται χώρους αναψυχής και θεάματος: Ομάδα μαγειρικής, ομάδα καθαριότητας, ομάδα αγοράς κοινών προϊόντων, ομάδα διεκπεραίωσης κοινών λογαριασμών, επίσκεψη σε θέατρο, καφετέρια, εκδρομές. Διεκπεραίωση ατομικών υποχρεώσεων σχετικά με την προσωπική φροντίδα, υπολογισμός χρημάτων, αγορά απαραίτητων ρούχων, ενδυμάτων κλπ. Συμμετοχή στην εργοθεραπεία, σε ψυχοθεραπευτικές ομάδες ή ατομική ψυχοθεραπεία, επαγγελματικό προσανατολισμό, προεπαγγελματική εκπαίδευση κλπ. Σκοπός είναι να αποκτήσουν οι ένοικοι τη δυνατότητα να επιβιώνουν και να συμβιώνουν σε περισσότερο αυτόνομα περιβάλλοντα.

Το πρόσωπο αναφοράς με σύστησε στους ενοίκους και τους ενημέρωσε για το ρόλο μου(ΣΠ). Έδωσαν τη συγκατάθεσή τους και έλαβαν τη διαβεβαίωσή μου, ότι θα παραβρεθώ διακριτικά στο πλευρό του προσώπου αναφοράς (ΠΑ) σε συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις, όπως θα δούμε παρακάτω, περιλαμβάνουν τη διαχείριση συναισθημάτων που εμποδίζουν την κοινωνική επανένταξη, την ανάκτηση δεξιοτήτων διαχείρισης χρημάτων και επιλογής των κατάλληλων προϊόντων, την εκπαίδευση σε προεπαγγελματικό περιβάλλον.

Α΄ Μελέτη Περιστατικού

Όνοματεπώνυμο: Α.Π.

Ηλικία: 42 ετών, άντρας.

Τόπος διαμονής: Πάτρα, στο πατρικό σπίτι με τους γονείς του.

Παρούσα κατάσταση:

Ο ασθενής αδυνατεί να διεκπεραιώσει δραστηριότητες καθημερινής συνδιαλλαγής με αποτέλεσμα να βιώνει αισθήματα αναξιότητας και απόρριψης, να ματαιώνεται και να απομονώνεται. Όλα αυτά τα εκφράζει ο ίδιος ο ασθενής κατά την εξέταση, αλλά τα επιβεβαιώνουν και οι οικείοι του, οι οποίοι συμπληρώνουν ότι μερικές φορές γίνεται ευερέθιστος. Ενώ η ασθένειά του, σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου είναι σε ύφεση και έχει καλή συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή. Διεγνώσθη πρόσφατα με αρχόμενη κατάθλιψη και λαμβάνει αντίστοιχη αγωγή. Διατηρεί καλή εμφάνιση και ανάλογη εποχής, σε αυτό βοηθούν κατά πολύ οι γονείς του. Εμφανίζει βραδυψυχισμό, πιθανά ως απόρροια της χρονίζουσας ασθένειάς του αλλά και των φαρμάκων.

Κατά την εξέταση ο ασθενής αναφέρει: «Δεν μπορώ να βγω από το σπίτι μου, δε θέλω, θα με βλέπουν οι γείτονες και ο κόσμος όλος θα λέει, να ο τρελός. Πηγαίνω αργά, απαντάω αργά, μερικές φορές στέκομαι, σα να χαζεύω δε ξέρω, οι άλλοι με κοιτούν, τα φάρμακα φταίνε-σκέφτομαι αν τα κόψω, τα παίρνω όμως, όπως και το τελευταίο. Δεν κάνω τίποτα στο σπίτι, μόνο λίγη τηλεόραση βλέπω γιατί με κουράζει και οι γονείς μου με κουράζουν γιατί μου λένε να πηγαίνω έξω βόλτα, να ψωνίζω, εγώ δε θέλω και μαλώνουμε. Οι γονείς μου με προσέχουν πολύ, μου έχουν τα περισσότερα πράγματα έτοιμα, αλλά θέλω να κάνω κάτι, όχι μόνο να τρώω και να κοιμάμαι. Παλιά πήγαινα βόλτες, στην καφετέρια, τώρα τίποτα, έχουν γίνει και διάφορα και δεν θέλω να ξαναπάω εκεί». Ο ασθενής αναφέρεται στις φορές που εξαιτίας των παραληρητικών ιδεών συσχέτισης, δίωξης και αναφοράς που είχε, γινόταν επιθετικός προς τον κόσμο, ειδικά σε κάποιες καφετέριες που πήγαινε και ήταν η αιτία να νοσηλευτεί με εισαγγελική παραγγελία. Τώρα αισθάνεται ντροπή, όπως ο ίδιος το αναφέρει, και δεν μπορεί να ξαναπάει στα μαγαζιά αυτά που είναι στη γειτονιά του.

Οι γονείς του ασθενή παρόλο που αναγνωρίζουν τις ανάγκες του, δεν μπορούν να τον βοηθήσουν να αυτονομηθεί, είναι υπερπροστατευτικοί. Αν και τον προτρέπουν, όμως δεν τον διευκολύνουν να διεκπεραιώνει πρωτοβουλίες, του τα παρέχουν όλα έτοιμα.

Ο ασθενής αναγνωρίζει ότι θέλει βοήθεια και δέχεται να εισαχθεί στον ξενώνα, αφού του παρουσίασα αναλυτικά τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά του κατά τη διαμονή του στον ξενώνα, υπέγραψε υπεύθυνη δήλωση.

Ιατρικό ιστορικό:

Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου από την ηλικία των 20 ετών με αλλεπάλληλες νοσηλείες σε διάφορες ψυχιατρικές κλινικές (Νοσοκομείο Τρίπολης και Πάτρας). Υπό φαρμακευτική αγωγή με tb ρισπεριδόνη 4mg (2-0-2), tb βιπεριδένη(1-1-1), tb λοραζεπάμη 2,5 mg (1/2-1/2-1), cps βενλαφαζίνη 75 mg(1-1-0).

Διάγνωση εισόδου:

Εισαγωγή σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης(ξενώνας), με σκοπό την ανάκτηση δεξιοτήτων κοινωνικής επανένταξης.

Πορεία νόσου:

Ο ασθενής παρέμεινε στη μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης(ξενώνας) για περίπου 3 χρόνια. Παρακάτω καταγράφονται μερικά από τα προβλήματα του αρρώστου που προσεγγίστηκαν με τη νοσηλευτική διεργασία.

Διάγνωση εξόδου:

Ο ασθενής εξήλθε για αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα, αφού έχει ανακτήσει με επιτυχία κάποιες δεξιότητες κοινωνικής συνδιαλλαγής και συμβίωσης καθώς και επαγγελματική ταυτότητα. Σκοπός η συγκατοίκηση σε διαμέρισμα με άλλον ένοικο που γνωρίστηκε στον ξενώνα.

Νοσηλευτική Διάγνωση προβλημάτων του ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>1. Αδυναμία να χρησιμοποιήσει τα μέσα μαζικής μεταφοράς, από τον φόβο «μην καταλάβουν ότι είμαι τρελός».</p>	<p>1. Η απαλλαγή από το άγχος του, «μήπως καταλάβουν ότι είμαι τρελός».</p> <p>2. Το ξεπέραςμα του φόβου.</p>	<p>1. Α. Κανονίζεται να μπει ο άρρωστος σε πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας ώστε να ενισχυθεί η αυτοπεποίθησή του.</p> <p>1. Β. Ενθάρρυνση διατήρησης επικοινωνίας με συγγενείς και φίλους.</p> <p>2. Α. Κανονίζουμε να πάμε κάπου με τον ασθενή με το λεωφορείο.</p>	<p>1. Α. Ο ασθενής παρακολουθεί πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας σχετικά με τη διαχείριση καταστάσεων που αφορούν τον στιγματισμό.</p> <p>1. Β. Δέχεται επισκέψεις από τους γονείς του και κάποιους φίλους του και τους ξεναγεί στο χώρο.</p> <p>2. Α. Κατεβήκαμε στο κέντρο της πόλης μαζί με τον ασθενή, παρατηρώντας τις αντιδράσεις του. Τον ενθάρρυνα να χαιρετήσει κάποιους γνωστούς του. Μετά την επιστροφή συζήτησα μαζί του, πως και τι ένοιωθε κατά την μετακίνησή μας με το λεωφορείο.</p> <p>2. Β. Κατέβηκε μόνος του στο κέντρο της πόλης κάνοντας την ίδια διαδρομή που</p>	<p>1. Α. Ο άρρωστος σιγά-σιγά αρχίζει να αντιμετωπίζει το άγχος του για το πώς τον θεωρούν οι άλλοι.</p> <p>1. Β. Ο άρρωστος άρχισε να αισθάνεται καλύτερα με τους συγγενείς και φίλους του και να συζητάει μαζί τους το θέμα της υγείας του.</p> <p>2. Α. Ο ασθενής στην αρχή της διαδρομής ήταν διστακτικός, ντρεπόταν. Αργότερα εξοικειώθηκε, ξέχασε τους φόβους του, επειδή, όπως αναγνώρισε και ο ίδιος, μιλούσαμε για ό,τι βλέπαμε στην πορεία. Αποφάσισε να κάνει το ίδιο όταν είναι μόνος του για</p>

		<p>2.Β.Κανονίζουμε την επόμενη φορά να πάει μόνος του.</p> <p>2.Γ.Κανονίζουμε επαναληπτικές εξόδους μόνος του και χρήση διαφορετικών λεωφορείων και διαδρομών.</p>	<p>είχαμε πάει μαζί. Μετά την επιστροφή συζητήσαμε μαζί του, πως και τι ένοιωθε κατά την μετακίνησή του με το λεωφορείο.</p> <p>2.Γ. Πραγματοποίησε όλες τις εξόδους μόνος του 3 φορές/εβδομάδα.</p>	<p>να απασχολεί θετικά τις σκέψεις του.</p> <p>2.Β.& Γ. Ο ασθενής άρχισε σταδιακά να χρησιμοποιεί τις συγκοινωνίες, χωρίς να νοιώθει ότι δείχνει πάσχων και χωρίς να ενοχλείται από την παρουσία των άλλων(μετά από 6 μήνες περίπου συνολικών επαναληπτικών εξόδων).</p>
<p>2.Δυσκολία του ασθενούς να πάει σε μία καφετέρια από τον φόβο «μην καταλάβουν ότι είμαι τρελός και με διώξουν».</p>	<p>2.Το ξεπέρασμα του φόβου ότι οι άλλοι θα τον καταλάβουν και θα τον διώξουν.</p>	<p>2.1.Κανονίζουμε να πάμε μαζί με άλλους ενοίκους και με τον ασθενή έξοδο για καφέ.</p> <p>2.2. Επανάληψη και προγραμματισμός των εξόδων με τους ενοίκους ή και μόνος του με την οικογένειά του ή τους φίλους του σε εβδομαδιαία βάση.</p>	<p>2.1.Πηγαίνουμε σε καφετέρια με όλους τους ενοίκους, παραγγέλνουμε, και κάνουμε ελεύθερη συζήτηση.</p> <p>2.2.Συμμετοχή του ασθενούς στις εξόδους με ή χωρίς τη συμμετοχή του προσώπου αναφοράς. Μετά την επιστροφή συζητάμε μαζί, πως και τι ένοιωθε κατά την έξοδο.</p>	<p>2.1.Ο ασθενής παραδέχτηκε ότι δε σκέφτηκε καθόλου το φόβο του και ένιωσε ασφάλεια που ήταν όλοι μαζί και κυρίως που ήμουν μαζί του.</p> <p>2.2.Ο ασθενής πρώτα με συνοδεία και μετά μόνος του, αρχίζει να κυκλοφορεί μόνος του ή με άλλους ενοίκους για παρέα και εκφράζει ότι μπορεί να διαχειριστεί το φόβο του</p>

	<p>3.Επίτευξη κοινωνικής επαφής- Ενίσχυση αυτοεκτίμησης</p>	<p>3.Στα πλαίσια της προετοιμασίας για τη Χριστουγεννιάτικη γιορτή στον Ξενώνα, θα επισκεφτούμε τα διπλανά σπίτια στη γειτονιά για να τους ενημερώσουμε για τη γιορτή και να τους καλέσουμε να έρθουν.</p>	<p>3.Πραγματοποιήθηκε επίσκεψη για ενημέρωση και κάλεσμα των γειτόνων από εμένα και τον ένοικο.</p>	<p>(>6μήνες εξάσκηση). 3.Ο ένοικος συμμετείχε ενεργά, ήταν χαρούμενος και δήλωσε πως δεν σκέφτεται πια τόσο πολύ, τι θα πουν οι άλλοι για αυτόν.</p>
<p>Νοσηλευτική Διάγνωση προβλημάτων του ασθενούς</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος</p>	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p>
<p>1.Ο ασθενής χρειάζεται μία απασχόληση για να ενταχθεί πιο εύκολα στο κοινωνικό σύνολο.</p>	<p>1.Να βρεθεί μία απασχόληση για την καλύτερη ένταξη του ασθενούς στην κοινωνία.</p>	<p>1.Α.Προγραμματίζεται να μπει ο άρρωστος σε εργαστήριο του ξενώνα, στο κηροπλαστείο.</p> <p>1.Β. Διαμόρφωση καθημερινού ατομικού προγράμματος του ασθενούς ώστε να μπορεί να παρακολουθεί το πρόγραμμα στο εργαστήριο</p>	<p>1.Α.Ο άρρωστος εντάσσεται στο εργαστήριο, όπου ασχολείται με την κηροτεχνία.</p> <p>1.Β. Αρχικά καθημερινή εκπαίδευση στο εργαστήριο για την κατασκευή κεριών, κατόπιν 3 φορές /εβδομάδα.</p>	<p>1.Α.Ο ασθενής νοιώθει ευχάριστα που έχει μία απασχόληση, του αρέσει το αντικείμενο παρασκευής κεριών και θέλει να ασχοληθεί και επαγγελματικά με αυτό.</p> <p>1.Β. Ο ασθενής καθημερινά βιώνει ευχαρίστηση, ικανοποίηση, πληρότητα, ενισχύεται η αυτοπεποίθησή του και είναι παραγωγικός μετά από εκπαίδευση 2 χρόνων είναι έτοιμος να</p>

				μπει σε ΚΟΙΣΠΕ.
--	--	--	--	--------------------

Β΄ Μελέτη Περιστατικού

Όνοματεπώνυμο: Δ.Σ.

Ηλικία: 28 ετών, άνδρας.

Τόπος διαμονής: Στην ευρύτερη ορεινή περιοχή του Ν. Αχαΐας με τους γονείς του.

Παρούσα κατάσταση:

Μετά από πρόσφατη νοσηλεία 2,5 μηνών σε ψυχιατρική κλινική, όπου τέθηκε υπό αγωγή με Ieronepex εισήλθε σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης(ξενώνας) με σκοπό την εκπαίδευσή του στη συμβίωση, στις κοινωνικές συνδιαλλαγές και στην αυτόνομη διαβίωση. Ο ασθενής είναι διαθέσιμος να συνεργαστεί, είναι ενθουσιασμένος με το περιβάλλον και με την υποδοχή που είχε από τους άλλους ενοίκους. Αποδέχεται τους κανόνες διαβίωσης του ξενώνα, ότι θα βλέπει σε αραιά διαστήματα τους γονείς του λόγω απόστασης και με αποδέχεται ως πρόσωπο αναφοράς(Π.Α.). Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα συντάχθηκε με τη βοήθειά του, καταγράφηκαν οι περισσότερες ανάγκες του και τέθηκαν σε προτεραιότητα: Ανάγκες αυτοφροντίδας στο πλαίσιο του ξενώνα, διατροφή, καθαριότητα, προσωπική υγιεινή. Ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα για την εκμάθηση τρόπων χαλάρωσης, να μπορεί να διαχειρίζεται το άγχος του, ενδυνάμωσης του εγώ, να αντέχει στις ματαιώσεις και να μην γίνεται βίαιος. Ανάκτηση δεξιότητας διαχείρισης χρημάτων, χρηματικής συναλλαγής. Ανάκτηση δεξιότητας αγοράς των απαραίτητων προσωπικών ειδών, ρούχα, παπούτσια, είδη καλλωπισμού. Ανάγκη εκμάθησης κυκλοφορίας μέσα στην πόλη, χρήσης αστικών και υπεραστικών λεωφορείων, ανάγκη εκμάθησης διεκπεραίωσης κοινωνικών επαφών στην καφετέρια, στα μαγαζιά, στην τράπεζα, στον κινηματογράφο, θέατρο κλπ. Διευκόλυνση στη διαδικασία υποβολής εντύπων για το προνοιακό επίδομα.

Ιατρικό ιστορικό:

Σχιζοφρένεια αποδιοργανωμένου τύπου είχε τεθεί η διάγνωση όταν νοσηλεύτηκε πρώτη φορά σε ηλικία 22 ετών. Έχει νοσηλευτεί τρεις φορές έως σήμερα σε ψυχιατρική κλινική με την ίδια εικόνα καθώς δεν υπάρχει καλή απαντητικότητα όπως φαίνεται στη φαρμακευτική αγωγή. Είχε τεθεί αρχικά alogperidín peros και σε δεκανοϊκό σχήμα(βραδείας αποδέσμευσης), κατόπιν έγινε αλλαγή σε ρισπεριδόνη και κατόπιν σε αμισουλπιρίδη. Στην τελευταία νοσηλεία στη ψυχιατρική κλινική εξαιτίας του ανύπαρκτου υποστηρικτικού περιβάλλοντος, της κοινωνικής του απομόνωσης και του μη επιθυμητού αποτελέσματος από τη χορηγούμενη έως τότε φαρμακευτική αγωγή και από το φόβο της εξέλιξης της ασθένειας, να αφήσει δηλαδή βαρύτερες αναπηρίες καθώς έχει περάσει στην υπολειμματική φάση, η θεραπευτική ομάδα πρότεινε να τεθεί σε αγωγή με κλοζαπίνη και να μεταφερθεί σε ξενώνα όπου θα τεθεί υπό παρακολούθηση και εκπαίδευση δεξιοτήτων προκειμένου να του δοθεί η ευκαιρία και η δυνατότητα να παραμείνει στην πόλη και να μην ξαναγυρίσει στο νοσογόνο περιβάλλον που ζούσε ως τότε. Έτσι η φαρμακευτική αγωγή του διαμορφώθηκε ως εξής: tb κλοζαπίνης 100mg(1-1/2-1+1/2), tb αμιτριπυλίνης(0-0-1), tb βαλπροϊκού οξέος(1-0-1), tb κλοναζεπάμης(1/2-1/2-1).

Προηγούμενο ιστορικό:

Ο ασθενής προέρχεται από ένα κακοποιητικό οικογενειακό περιβάλλον όπου ζούσε με τους γονείς του, οι οποίοι τον παραμελούσαν, πήγε σχολείο μόνο έως το Δημοτικό, το οποίο δεν παρακολούθησε συστηματικά. Ωστόσο ξέρει να μετράει και να διαβάσει τα βασικά. Πήγε στρατό με ολιγόμηνη θητεία λόγω κάποιας αναπηρίας του πατέρα του. Οι γονείς ήταν βίαιοι απέναντί του, τον έστελναν με τα ζώα στο βουνό, αλλά δεν τα κατάφερνε καλά, όπως οι ίδιοι οι γονείς ισχυρίζονται και αναφέρουν ότι από πολύ μικρός είχε αλλόκοτη συμπεριφορά. Η κατάσταση στο σπίτι δεν ήταν καλή, υπήρχαν τα άκρως αναγκαία από τροφή, νερό, ρούχα και θέρμανση. Νοσηλεύτηκε πρώτη φορά σε ψυχιατρική κλινική όταν ήταν 22 χρονών μετά από παραπομπή του αγροτικού γιατρού της περιοχής όπου οι γονείς είχαν πάει να ζητήσουν βοήθεια γιατί το παιδί τους, επειδή χανόταν τακτικά και όταν του μιλούσαν γινόταν βίαιο. Παρόλα αυτά πήγε μαζί τους στο γιατρό και πείστηκε να έρθει και ως το νοσοκομείο για εξέταση, κατά την οποία παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες δίωξης, συσχέτισης, αναφοράς(φοβόταν τους συγχωριανούς του ότι τον κορόιδευαν και ήθελαν να του κάνουν κακό. Δεν ήθελε να πηγαίνει στο βουνό με τα ζώα για τους ίδιους λόγους). Είχε αμυντική στάση απέναντι στον θεραπευτή, ήταν ατημέλητος, με ανεπαρκή προσωπική υγιεινή και έμοιαζε σα να είχε νοητική στέρωση, ο λόγος του ήταν αποδιοργανωμένος. Έδειχνε επίσης χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, από τα λεγόμενα των γονιών του και δεν είχε καθόλου εναισθησία. Τέθηκε η διάγνωση Σχιζοφρένεια αποδιοργανωμένου τύπου. Επίσης κατά την ύφεση της νόσου είχε γίνει Mini Mental State Examination (Σύντομη εξέταση της νοητικής κατάστασης) δεν είχε δείξει νοητική υστέρηση, αλλά αποτελέσματα ανάλογα του τρόπου διαβίωσής του. Με το πέρας της πρώτης νοσηλείας ήταν υποβόλιμος, είχε δεχτεί να παίρνει τη φαρμακευτική αγωγή και ελάμβανε αλοπεριδόλη από του στόματος και σε δεκανοϊκή μορφή.

Αφότου εξερχόταν από τη ψυχιατρική κλινική, είχε νοσηλευτεί και δεύτερη φορά, δεν ήταν σίγουρο ότι ελάμβανε όπως έπρεπε την αγωγή του.

Στην τελευταία νοσηλεία (3^η)προσήλθε με έντονα τα συμπτώματα σχιζοφρένειας υπολειμματικού τύπου, πτωχεία λόγου, κοινωνική απόσυρση, ατημέλητος, μη κακή προσωπική υγιεινή, είχε εκνευρισμό τέτοιο που δε μπορούσε να συνεργαστεί όσο έπρεπε με τον θεραπευτή, αμυντική στάση, πηγαينوερχόταν και επιτακτικά ζητούσε να τελειώνουμε, ενώ ταυτόχρονα εξέφραζε παραληρητικές ιδέες δίωξης, αναφοράς και συσχέτισης, πιο ήπιες όμως από ό,τι στις προηγούμενες νοσηλείες. Εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου χωρίς φαρμακευτική αγωγή, πριν έρθει για πρώτη φορά στο γιατρό, των υπολειμματικών ευρημάτων, τα οποία ενισχύονται από τον τρόπο ζωής του και της μη αναμενόμενης απαντητικότητας στη φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε(ετέθησαν 2 αντιψυχωτικά, όπου στο καθένα εμφάνισε εξωπυραμидική συμπτωματολογία και μικρά θεραπευτικά αποτελέσματα), η θεραπευτική ομάδα πρότεινε να τεθεί κλοζαπίνη και αφού τιτλοποιηθεί να παραπεμφθεί σε ξενώνα προκειμένου να λάβει εκπαίδευση σε θέματα κοινωνικής συνδιαλλαγής και συμβίωσης. Κατά την τιτλοποίηση της κλοζαπίνης παρουσίασε έντονη σιελορροια και τέθηκε σε αμιτριπτυλίνη. Για τον έλεγχο της παρορμητικής συμπεριφοράς τέθηκε βαλπροϊκό οξύ και ως ηρεμιστικό η κλοναζεπάμη για να καλύψει και κάποιους ψυχαναγκασμούς.

Έτσι έγινε εκτίμηση από την ομάδα ψυχικής υγείας του τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ενημερώθηκε ο ίδιος ο ασθενής για το πρόγραμμα και τους στόχους και συμφώνησε, έγινε εισαγωγή στον ξενώνα(Ψυχαργός) και υπέγραψε υπεύθυνη δήλωση αποδοχής νοσηλείας.

Διάγνωση εισόδου:

Σχιζοφρένεια υπολειμματικού τύπου. Απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, αδυναμία διαμονής στον τόπο κατοικίας του. Χρήζει εκμάθηση και ανάκτηση ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Πορεία νόσου:

Κατά την παραμονή του εκπαιδεύτηκε και υποστηρίχτηκε σε πάρα πολλές δεξιότητες, οι οποίες του πήραν πολύ χρόνο καθώς προέρχεται από περιβάλλον που τον κρατούσε πίσω προσωπικά και κοινωνικά και πρώτη φορά ερχόταν να μείνει σε πόλη και να συγκατοικήσει. Παρέμεινε συνολικά 4 χρόνια στον ξενώνα. Από τις νοσηλευτικές διαγνώσεις θα παρουσιαστούν αυτές που αφορούν τη διαχείριση χρημάτων, τη δημιουργία λίστας προτεραιοτήτων για την αγορά των απαραίτητων ρούχων, τη διαχείριση του άγχους και του θυμού.

Διάγνωση εξόδου:

Εξήλθε με σκοπό την εκμάθηση αυτόνομης διαβίωσης και διαμένει σε προστατευμένο διαμέρισμα στην πόλη με συγκάτοικο που γνώρισε στον ξενώνα.

Νοσηλευτική Διάγνωση προβλημάτων του ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>1.Αδυναμία διαχείρισης χρημάτων</p>	<p>1.Να μάθει να διαχειρίζεται τα χρήματα και να φτιάχνει λίστα με τα ψώνια του.</p> <p>2.Να μάθει να διαχειρίζεται τα χρήματά του στην αγορά.</p>	<p>1.Οργάνωση συναντήσεων με τον ασθενή για να εξασκηθεί στο μέτρημα των χρημάτων, στα ρέστα, να κάνει πλάνο εξόδων.</p> <p>2.Οργάνωση εξόδου στα μαγαζιά μαζί μου(Π.Α) και απόφαση του ποσού των χρημάτων που θα ξοδέψει.</p>	<p>1.Α.Με το παιχνίδι ρόλων μαζί μου έκανε εξάσκηση στον υπολογισμό των εξόδων, να μετρά και να δίνει ή να παίρνει ρέστα. Πότε έκανε τον αγοραστή και πότε τον πωλητή.</p> <p>1.Β.Δημιουργήσα με πλάνο με τα ρούχα που θέλει να αγοράσει και καταλήξαμε πόσα χρήματα μπορεί να διαθέσει.</p> <p>2. Α. Στο πρώτο μαγαζί έδωσε λιγότερα χρήματα από το κόστος και περίμενε ρέστα(έγινε παρέμβασή μου διακριτικά). Στο δεύτερο μαγαζί έδωσε παραπάνω και δεν περίμενε ρέστα(έγινε παρέμβασή μου διακριτικά). Στο τρίτο έδωσε το ποσό που έπρεπε και πήρε κανονικά τα ρέστα(επαινήθηκε για αυτό).</p>	<p>1.Α.Ο άρρωστος αρχικά μπερδευόταν και θύμωνε, όμως με τις επαναλήψεις νίκησε τις απογοητεύσεις του, ανέκτησε την αυτοπεποίθησή και έμαθε να διαχειρίζεται το θυμό του. Έμαθε να κάνει υπολογισμούς για αγορές έως 100 ευρώ.</p> <p>1.Β.Είναι ενθουσιασμένος και θέλει να πάμε στην αγορά.</p> <p>2. Α. Αρχικά ο ασθενής ήταν ικανοποιημένος που κατάφερε να αγοράσει μόνος του τα ρούχα του. Ενθουσιάστηκε όταν επαινέθηκε.</p>

			<p>2.Β. Κατόπιν ήθελε να μπει και σε άλλο μαγαζί, να αγοράσει και άλλα ρούχα εκτός λίστας. Δεν το δέχτηκα, του υπενθύμισα τη συμφωνία μας, θύμωσε, επιστρέψαμε στον ξενώνα.</p> <p>3.Χρησιμοποίησα διαφημιστικά φυλλάδια από διάφορα μαγαζιά με τα είδη που αγόρασε και έγινε σύγκριση των τιμών στα ίδια είδη. Τόνισα ότι την αξία της προτεραιότητας στην αγορά των ειδών σε σχέση με την οικονομική του δυνατότητα και τόνισα ότι μπορεί κάποια να τα αγοράσει σε δεύτερο χρόνο.</p>	<p>2.Β. Ο σκοπός επιτεύχθηκε μερικώς, αφού ήθελε να ψωνίσει και ρούχα εκτός λίστας. Δεν μπόρεσε να διαχειριστεί το θυμό του, έγινε επίμονος και λεκτικά βίαιος.</p> <p>3.Ο ασθενής κατανόησε ότι η έρευνα αγοράς είναι σημαντική, αφού αγόρασε τα ρούχα του στην καλύτερη τιμή. Επίσης αποδέχτηκε ότι πρέπει να βάζει σειράς στις ανάγκες της και ότι κάποιες μπορούν να διευθετηθούν σε δεύτερο χρόνο.</p>
Νοσηλευτική Διάγνωση προβλημάτων του ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
1. Αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων, του θυμού και της λεκτικής βίας.	1. Να μπορεί να αντέχει τις ματαιώσεις, να θέτει ήρεμα τις διαφωνίες του, να διαχειρίζεται το άγχος και το θυμό του και να μην απαντά με λεκτική	1. Οργάνωση ατομικών συναντήσεων ψυχοθεραπείας για θέματα διαχείρισης του άγχους και του θυμού του.	1. Ο ασθενής με τη βοήθεια ψυχολόγου μπαίνει σε πρόγραμμα ατομικής ψυχοθεραπείας, διάρκειας 8 εβδομάδων.	1. Ο ασθενής αρχίζει βαθμιαία να διαχειρίζεται το άγχος του, να αναγνωρίζει ό,τι τον θυμώνει, να εκφράζει τα

	βία.	<p>2.Κανονίζεται να μπει ο άρρωστος σε πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας με θέμα τη διαχείριση του θυμού και του άγχους.</p> <p>3.Προγραμματισμός μαθημάτων για εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης.</p>	<p>2.Ο ασθενής συμμετέχει σε ομαδική ψυχοθεραπεία, όπου ενθαρρύνεται να εκφράσει τους φόβους του, τις ανησυχίες του και τις δυσκολίες του.</p> <p>3.Ο ασθενής παρακολούθησε την ομάδα μαθημάτων χαλάρωσης.</p>	<p>συναισθήματά του και να επικοινωνεί τις ανάγκες του</p> <p>2.Ο ασθενής αρχίζει βαθμιαία να διαχειρίζεται το άγχος που προέρχεται από την κοινωνική του υστέρηση, να ικανοποιείται από την αποδοχή των άλλων, να αναγνωρίζει τα οφέλη της ήρεμης συζήτησης και να μπορεί να συμμετέχει στην ομάδα.</p> <p>3. Ο ασθενής φάνηκε να κατάλαβε την αξία της χαλάρωσης πάνω σε θέματα θυμού και άγχους.</p>

Συμπεράσματα

Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις δέκα σημαντικότερες αιτίες μακροχρόνιας ανικανότητας των ασθενών παγκοσμίως. Αποτελεί ασθένεια που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή παραμόρφωση της πραγματικότητας -ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας- παρουσιάζεται με διαταραχές στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.

Η ακριβής αιτία της διαταραχής παραμένει ακόμα άγνωστη. Πιστεύεται ότι γενετικοί παράγοντες, επιδράσεις από το περιβάλλον (π.χ. επιπλοκές τοκετού) αλλά και κοινωνικοί λόγοι (π.χ. φτώχεια) μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της διαταραχής. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας συσχετίζεται με μη φυσιολογική εγκεφαλική λειτουργία.

Η διάγνωση της σχιζοφρενικής διαταραχής γίνεται βάσει των κριτηρίων των ταξινομικών συστημάτων DSM-V και ICD-10. Από τη στιγμή που γίνει η διάγνωση, αντιψυχωσικά φάρμακα που μπλοκάρουν τους υποδοχείς D2 της ντοπαμίνης είναι η κύρια θεραπεία για τη σχιζοφρένεια.

Τα προβλήματα που καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι κοινωνικά, προσωπικά, και ιατρικά. Αφού ο αντίκτυπος της σχιζοφρένειας γίνεται αισθητός σε τόσες πλευρές της καθημερινής ζωής, οι αποτελεσματικές θεραπείες πρέπει να απαντούν σ' αυτά τα πολλαπλά προβλήματα, συμπεριλαμβάνοντας την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών, την πρόληψη των υποτροπών, την κατανόηση και πίστη στη θεραπεία, την ψυχοεκπαίδευση, την οικογενειακή ζωή, την κοινωνική μέριμνα και την φροντίδα σε εξειδικευμένες δομές και τις κοινωνικές δεξιότητες και την αποκατάσταση.

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 και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του. Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής πρέπει να γίνεται αποδεκτός από το περιβάλλον να μην βρίσκεται στο περιθώριο και να βιώνει ρατσισμό από την κοινωνία. Είναι αναγκαία η εκπαίδευση του πληθυσμού, μέσω της έγκυρης, επιστημονικής πληροφόρησης, προκειμένου να καταρριφθούν τα στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια. Ακόμη απαιτούνται στρατηγικές ώστε να προάγεται η επικοινωνία μεταξύ των μελών της κοινότητας και των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια.

Η οικογένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη θεραπεία, αφού αναλαμβάνει ολοκληρωτικά τη φροντίδα του ασθενή. Πρέπει να γνωρίζει τη φύση της ασθένειας και να ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίζει. Το έργο του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικό για την ομαλή εξέλιξη στην πορεία του ασθενή. Ο νοσηλευτής, όσο καιρό παραμένει ο ασθενής στο ψυχιατρικό ίδρυμα, υιοθετεί πολλούς ρόλους. Δημιουργεί κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο με τη σωστή θεραπευτική επικοινωνία είναι πάντα δίπλα στον ασθενή. Τον συμβουλεύει, του παρέχει πληροφορίες και πολλές φορές αναπληρώνει και την οικογένειά του. Επιπλέον, μαζί με τη θεραπευτική ομάδα βοηθάει στην επανένταξή του στην κοινωνία και στην εργασιακή αποκατάσταση.

Προτάσεις

Οι μελλοντικοί στόχοι των επιστημόνων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των διαταραχών της σχιζοφρένειας συνοψίζονται στην πληρέστερη διερεύνηση του μηχανισμού εκδήλωσης της νόσου και τον προσδιορισμό των περιβαλλοντικών παραγόντων που εντείνουν ή αναστέλλουν την εκδήλωσή της. Επιπλέον, η σημαντική πρόοδος της μοριακής βιολογίας και των απεικονιστικών τεχνικών αναμένεται να δώσει στην ψυχοφαρμακολογία τη δυνατότητα ανακάλυψης αποτελεσματικότερων φαρμάκων στο πλαίσιο της φαρμακογενετικής. Οι γιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους τη μακροχρόνια φύση της σχιζοφρένειας, εφόσον, ενώ τα επεισόδια οξείας φάσης της σχιζοφρένειας τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζονται εύκολα, η πρακτική δυσκολία και η πρόκληση ενέχεται στο να λαμβάνουν οι ασθενείς ικανοποιητική θεραπεία μακροπρόθεσμα, ώστε να λυθεί το πρόβλημα της συμμόρφωσης στη θεραπεία και της υποτροπής της νόσου.

Παράλληλα, ενώ η επιστήμη εισχωρεί με αλματώδη βήματα στα άδυτα του εγκεφάλου και προσφέρει νέες και αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια, η κοινωνία δεν έχει αλλάξει στάση απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του. Η κοινωνία συνεχίζει να διατηρεί λανθασμένες και αστήρικτες απόψεις, μύθους, προκαταλήψεις και στερεότυπα. Επομένως, μέλημα των επιστημόνων και της πολιτείας είναι να μπορέσουν να αλλάξουν τη στάση της κοινωνίας και να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας στα άτομα με σχιζοφρένεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Eby, L. & Brown, E., (2010). Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.
2. Garrabé Jean, (2011). Η σχιζοφρένεια, 100 χρόνια για να κατανοήσουμε. Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου. Εκδόσεις Συνάψεις.
3. Hogan, M. (2012). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης.
4. Howland . R.D., Mycek J. M.(2007). Φαρμακολογία, Παρισιάνος Α.Ε. 3η έκδοση.
5. Kaplan & Sadock's, V. A., (2012). Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, (Επιμ. Παπαδημητρίου Γ.Ν.), Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
6. Katona C, Cooper C.,Robertson M.(2015). Η Ψυχιατρική με μια ματιά,(Επιμ. Γουρζής Φ.), 5^η έκδοση Παρισιάνου Α.Ε.
7. Ravuluri N.M., Janicak G.P.(2006).Εγχειρίδιο Ψυχοφαρμακοθεραπείας. Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης, Αθήνα.
8. Tasman T. (2002). Ενσυναίσθηση, νόημα και η σχέση γιατρού-αρρώστου. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, τόμος13 (4)287-296.
9. Αγγελόπουλος, Ν. Β., (2009). Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
10. Αλεξιάδης Α. Δ., (2000). Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς. Αρχαία ελληνικής ιατρικής,17(1).
11. Αποστολάκης, Ι.,Βαρλάμης,Η.(2016). Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
12. Βαλάνου Ε.Μ., Μπάμια Χ. Χλόπτσιος Γ, Κολυβά Μ, Τριχοπούλου Α. (2006) Σωματική δραστηριότητα 28.030 ανδρών και γυναικών στην ελληνική έρευνα του ΕΠΙΚ. Αρχαία Ελληνικής Εταιρείας 2006,23(2):149-158.
13. Βασλαματζής Γρ.(2010). Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στο Κονταξάκης,Β.Π., Χαβάκη -Κονταξάκη,Μ.Ι., Χριστοδούλου,Γ.Ν. Προληπτική Ψυχιατρική και ΨυχικήΥγιεινή,σελ.573-576.ΕκδόσειςΒήτα,Αθήνα.
14. Γάνου, Μ., (2015). Αντιληπτική, γνωστική και κινητική ασυμμετρία, γνωστική και κινητική ασυμμετρία σε άτομα με σχιζοφρένεια και αυτισμό: διερεύνηση του γενετικού μοντέλου της Αννεττ (1972, 1985). Διδακτορική διατριβή.
15. Γιαβασόπουλος, Ε. και Γούρνη, Π., (2008). Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς, Το βήμα του Ασκληπιού, 7(1)12-39.
16. Γκοτζαμάνης, Κ. (Επιμ.) (2015). Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5TM, Λίτσας Ιατρικές Εκδόσεις.
17. Δημητρακόπουλος, Σ., Κόλλιας, Κ., Στεφανής, Ν., Κονταξάκης, Β. (2015). Πρώιμες ψυχωσικές εμπειρίες: παρεμβάσεις, προβληματισμοί και προοπτικές, *Ψυχιατρική*,26 (1), 45-54.
18. Ζαρταλούδη, Α., (2009). Περιοριστικά μέτρα σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και επιθετική συμπεριφορά, *Interscientific Health Care*,1 (3).

19. Θεοχάρης, Μ., (2016). Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Οι αρχές λειτουργίας και ο ρόλος του στην πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών και την προαγωγή ψυχικής υγείας, *Εγκέφαλος*, τόμος 53(1)23-32.
20. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π. Κοινωνική Νοσηλευτική. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2012.
21. Κογεώργος Ι. (2010). Το πρόβλημα της ημερήσιας υπνηλίας και κόπωσης στον ψυχιατρικό ασθενή. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, τόμος 17(1)10.
22. Κόλλιας Κ.Θ, Οικονόμου Μ.Π., Κονταξάκης Β.Π.(2010). Οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια: Θεραπευτικές και προληπτικές παρεμβάσεις στο Κονταξάκης, Β.Π., Χαβάκη- Κονταξάκη, Μ.Ι., Χριστοδούλου, Γ.Ν. Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, 279-288. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
23. Κονταξάκης, Β.Π., Χριστοδούλου, Γ.Ν.(2010). Κοινωνική και Κοινωνική Ψυχιατρική στο Κονταξάκης, Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ.Ι., Χριστοδούλου, Γ.Ν. Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, 49-53. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
24. Κοτρώτσου Ε., (2009). Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα.
25. Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ., Ριζούλη, Α., (2008). Η έννοια της φροντίδας, το *Βήμα του Ασκληπιού*, 7,(1)57-71.
26. Κούκια, Ε., (2015). Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
27. Κούκια, Ε., και Γκόνης, Ν. (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 9(3)344.
28. Κυζιρίδης Θ. (2010). Βασικές αρχές χορήγησης αντιψυχωσικών φαρμάκων και το πρόβλημα της συμμόρφωσης των ασθενών. Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 9(2)171-186.
29. Μαδιανός, Μ. (2006). Κλινική ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
30. Μέλλος Ε. (2012) Συννοσηρότητα και αλκοόλ. *Εγκέφαλος*. Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής- encephalos.gr, 11/10/12.
31. Μερτίκα, Α., Οικονόμου, Μ., Σταλίκας, Α., Γραμανδάνη, Χ. (2006). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και της σχιζοφρένειας: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων, *Ψυχολογία*, 13(3).
32. Μοσχονάς, Δ. (2009) Το στίγμα για την ψυχική διαταραχή και οι διαφορετικές απόψεις για αυτό», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος, Ν.105.
33. Πατηράκη Ε., και Κουρμπάνη Ε., (2009), Οδηγός Ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας Διαγνώσεις, Παρεμβάσεις και Αιτιολογήσεις, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.(2012). Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
34. Παπαδημητρίου Ν. Γ, Λιάππας Α. Ι, Λύκουρας Ε.(2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
35. Ραγιά, Α. (2009). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.
36. Ραμπαβίλας, Α. Δ., Χριστοδούλου, Γ. Ν. Σχιζοφρένεια(2003) στο Χριστοδούλου, Γ. Ν., Ραμπαβίλας, Α. Δ., Σολδάτος, Κ. Ρ., Αλεβίζος, Β. Η. & Κονταξάκης, Β. Π. Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
37. Ρούκας Δ.Κ., Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν.(2010). Στιγματισμός και ψυχικές διαταραχές στο Κονταξάκης, Β.Π., Χαβάκη- Κονταξάκη, Μ.Ι., Χριστοδούλου, Γ.Ν. Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, 183-190. Εκδόσεις βήτα, Αθήνα.
38. Σακελλαρόπουλος Π., Μιχάλαϊνας Αρ., Σεργέδου Ειρ.(2003). Φυσική (σωματική) δραστηριότητα και θεραπεία των ψυχώσεων. *Εγκέφαλος*, 40(2).
39. Σαράφης Π., Μαλλιάρου Μ. (2013). Νοσηλευτική Διεργασία. Στο: Ζυγά Σ. και συνεργάτες. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 103-123.

40. Σκόρδος, Λ. (2008) Σωματείο Αυτοεκπροσώπησης και ομάδα Αυτοεκπροσώπησης ευπαθών κοινωνικών ομάδων, *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*, Ιούλιος, τχ 8.
41. Σταθαρού, Α., Μπερκ, Α., Μάλαμα, Σ. (2005). Επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας: συγκριτική δεδομένα ΗΠΑ-Ελλάδος, *Ψυχιατρική*, 16,(3).
42. Σταθαρού, Α., Μπερκ, Α., Γαλάτου Χ.(2011). Πρόγραμμα παρέμβασης για τροποποίηση διατροφικών συνηθειών ψυχικά ασθενών. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, τόμος3(3)87-92.
43. Στεφανής Ν.(2010).Σχιζοφρένεια. Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΕΠΨΥ.
44. Στυλιανίδης Σ. (2006). «Πολιτική ψυχικής υγείας», στο Κ. Σουλιώτης (επιμ.), Πολιτική και οικονομικά της υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα.
45. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ.(2010). Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
46. Τζαβάρας Ν. (2008), Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
47. Τριανταφύλλου Ε. Σ., Οικονόμου Μ.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν.(2010) στο Κονταξάκης,Β.Π.,Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ.Ι., Χριστοδούλου,Γ.Ν. Προληπτική Ψυχιατρική και ΨυχικήΥγιεινή,559-564.Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
48. Τσόπελας, Χ., Καρδαράς, Κ., Κονταξάκης Β. (2010).Το κάπνισμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές: Επίδραση στην ψυχοπαθολογία και στην ποιότητα ζωής. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* 19 (4), 306.
49. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία (2001). Ψυχική υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα. (Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Ευάγγελος Ζαχαριάς. Μετάφραση: Γιώργος Πασαντωνόπουλος. Επιστημονική επιμέλεια: Πέτρος Σκαπινάκης).
50. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας(1999) .Διατροφικές οδηγίες για τους ενήλικες στην Ελλάδα. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 16,pp.615-625.
51. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές(2008-2012).
52. Φερεντίνος, Π., Π., Κονταξάκης, Β., Π. (2014). Ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια, *Ψυχιατρική*, 14(4)263.
53. Φουντούκη, Α. και Θεοφανίδης, Δ., 2012. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το βήμα του Ασκληπιού, 11 (4)506-511.
54. Φωκάς, Ι., Μποζίκας, Β. (2010). Η μακροχρόνια πορεία των γνωστικών ελλειμμάτων της σχιζοφρένειας. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*,20 (2)117.
55. Φωτιάδου, Α., Πρίφτης Φ., Κυπριανός Σ. (2005). Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή, *Encefalos Journal*,41, (1).
56. Χριστοδούλου Γ.Ν., Ραμπαβίλας Α.Δ., Σολδάτος Κ.Ρ., Αλεβίζος Β.Η., Κονταξάκης Β.Π.(2004). Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. https://www.openthedoors.com/greek/02_05.html. Τελευταία προσπέλαση 5/6/2017.
2. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2071-1992.htm>. Νόμος 2071/1992: ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. Τελευταία προσπέλαση 2/9/2017.
3. http://www.isathens.gr/images/nomoi_/2194-1994.pdf. Τελευταία προσπέλαση 2/9/2017.
4. <http://mednet.gr/eeeea/pdf/law-2519-1997.pdf>. Τελευταία προσπέλαση 2/9/2017. www.worldpsychiatry.com. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ.
5. <http://docplayer.gr/31388195-Dikaiomata-psyhikos-pashonton.html> ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β΄ ΦΑΣΗ. Τελευταία προσπέλαση 2/9/2017.
6. http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Antistigma/index.htm. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ Τελευταία προσπέλαση 23/5/2017.
7. <http://www.iatronet.gr/sopsi/> Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία.
8. <http://www.moh.gov.gr/> ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006» Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων. Τελευταία προσπέλαση 5/6/2017.
9. <https://el.glosbe.com> ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ. Τελευταία προσπέλαση 2/8/2017.
10. <http://www.psychargos.gov.gr>. ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Τελευταία προσπέλαση 2/9/2017.
11. <http://www.ekke.gr/> ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ (ΕΚΚΕ). Τελευταία προσπέλαση 5/9/2017.
12. www.omas.gr ΟΜΙΛΟΣ ΜΕΛΕΤΩΝ & ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ (ΟΜΑΣ ΑΕ). Τελευταία προσπέλαση 5/9/2017.
13. www.psy.gr ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ. Τελευταία προσπέλαση 5/9/2017.
14. <http://www.tovima.gr>. Τσώλη Θεοδώρα. Δημοσίευση άρθρου 22/7/2014.
15. <http://www.skai.gr>. Deutsche Welle - Kerry Skyring, Μάρκος Βαρνάς 10/10/2013.
16. www.galinos.gr. Τελευταία προσπέλαση 2/7/2017.