



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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΔΕΛΗΓΑΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ**  
**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΓΑΛΙ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**  
**ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΔΡΙΑΝΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2018**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας, οι οποίες μας στήριξαν υλικά και ηθικά κατά τη διάρκεια των σπουδών μας και που πάντα μας ενθάρρυναν να επιτύχουμε τους στόχους μας.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον καθηγητή μας κύριο Απόστολο Δεληγάκη, για τη βοήθεια και την πολύτιμη του καθοδήγηση κατά τη διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μία χρόνια ψυχική πάθηση. Μαζί με τον καρκίνο και τις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, αποτελούν την μάλιστα της σημερινής κοινωνίας και μονοπωλεί το ενδιαφέρον των επιστημόνων. Επίσης παρατηρείται ότι η ασθένεια της σχιζοφρένειας, σε σχέση με άλλες ψυχικές διαταραχές συγκεντρώνει το μεγαλύτερο βαθμό της κοινωνικής απόρριψης και στιγματισμού. Ο λόγος που ένα άτομο νοσεί από σχιζοφρένεια παραμένει ακόμα μυστήριο. Είναι βέβαιο όμως πως δεν αποτελεί ούτε τιμωρία από κάποιο θεό και ούτε η οικογένεια και το ίδιο το άτομο δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την εκδήλωσή της.

Τις περισσότερες φορές ο όρος <<σχιζοφρένεια>> χρησιμοποιείται με αρνητικό και προσβλητικό τρόπο στην καθημερινή ομιλία. Δυστυχώς, στην κοινή λογική είναι βαθιά ριζωμένη η αντίληψη, κατά την οποία ο σχιζοφρενικός ασθενής είναι ένα άτομο βίαιο, επικίνδυνο και ικανό να διαπράξει εγκλήματα που σοκάρουν και είναι ειδική. Η αντίληψη αυτή ενισχύεται διαχρονικά από την παραπληροφόρηση των ΜΜΕ και τον κινηματογράφο, καθώς καλλιεργούν την εικόνα του κατά συρροήν δολοφόνου που ταυτόχρονα είναι ψυχικά ασθενής (ο σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι). Στην πραγματικότητα όμως τα πράγματα ίσως είναι διαφορετικά. Για πολλά χρόνια η κοινωνία έχει διαπράξει μεγάλες βιαιότητες απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και όχι το αντίστροφο, καθώς ανέκαθεν προσπαθούσε να απαλλαγεί από αυτούς και τους οδηγούσε στο περιθώριο και την απομόνωση.

Στην παρούσα εργασία γίνεται μία προσπάθεια να διαπιστωθεί αν όντως υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της εγκληματικότητας. Η επιβεβαίωση ή όχι αυτής της σχέσης έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο για την Εγκληματολογία η οποία ασχολείται και διερευνά τις αιτίες που οδηγούν στο έγκλημα, όσο και για την πολιτεία και την κοινωνία, οι οποίες καλούνται να συμβάλλουν στη χάραξη μιας κατάλληλης, κοινωνικής πολιτικής στο σύστημα της ψυχικής υγείας. Η παρούσα εργασία έχει ως επίκεντρο τη μελέτη των θεωριών που αφορούν την εκδήλωση της παραβατικής και επικίνδυνης συμπεριφοράς και παράλληλα την ανάλυση της νόσου της σχιζοφρένειας και τον τρόπο που επιδρά στο άτομο, τη συμπεριφορά και τη ζωή του συνολικά.

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία αναλύει τη σχέση σχιζοφρένειας και εγκληματικότητας. Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρεται στις θεωρίες της εγκληματικότητας και της επιθετικότητας, αλλά και τη συσχέτιση αυτών με την σχιζοφρένεια. Στη συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας, αναλύεται πιο συγκεκριμένα η σχιζοφρένεια, καθώς και οι κατηγορίες της, οι αιτιολογικοί παράγοντες, η διάγνωση, τα συμπτώματα, η θεραπεία της ασθένειας αλλά και οι επιπτώσεις που αφορούν τον ασθενή και την οικογένεια του. Ύστερα, στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας, αναφερόμαστε στο ρόλο του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σχιζοφρενικού ασθενή στο ίδρυμα, τις ευθύνες που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής κατά τη φαρμακοθεραπεία του ασθενή, αλλά και τη καταλυτική σημασία της δράσης του νοσηλευτή κατά τη προσαρμογή του ασθενή και της οικογένειας του στις νέες συνθήκες διαβίωσης του, μετά την έξοδο του από το ίδρυμα. Τέλος, παρουσιάζονται δύο νοσηλευτικές διεργασίες ασθενών με σχιζοφρένεια, αλλά και τα συμπεράσματα της εργασίας μας.

**Λέξεις Κλειδιά:** σχιζοφρένεια, επιθετικότητα, εγκληματικότητα.

## Summary

The present thesis is analyzing the relativity between schizophrenia and criminality.

The first chapter of this thesis, is referring to the theories of criminality and aggressiveness and the correlation between criminality, aggressiveness and schizophrenia.

Subsequently, in the second chapter of the thesis, the schizophrenia is analyzed in more detail, as well as its categories, the causes, the diagnosis, the symptoms, the treatment of the illness, and the consequences for the patient and his family.

Then, in the third chapter of the thesis, we are referring to the role of the nurse during the hospitalization of the schizophrenic patient in the institution, the responsibilities assumed by the nurse in the patient's pharmacotherapy, and the catalytic importance of the nurse's action when adjusting the patient and his family in his new living conditions after leaving the institution.

Finally, there are presented two nursing processes about two patient with schizophrenia and the conclusions of our thesis.

**Key Words**: schizophrenia, aggressiveness, criminality.

## Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	3
Περίληψη .....	4
Summary .....	5
Πίνακας περιεχομένων .....	6
Γενικό μέρος .....	9
Κεφάλαιο 1ο.....	10
1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	10
1.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	10
1.2.1.Θεωρία του Lombroso .....	10
1.2.2.Θεωρίες του Freud ή Φροϋδικές θεωρίες:.....	11
1.2.3.Θεωρίες των Ardrey (1966), Morris (1967) και Lorenz (1966) .....	11
1.2.4.Θεωρία της κοινωνικής μάθησης της επιθετικότητας : .....	11
1.2.5.Θεωρία πρόκλησης επιθετικότητας μετά από ματαίωση.....	12
1.2.6.Γενικό συμπέρασμα όσον αφορά τις θεωρίες της επιθετικότητας.....	12
1.3 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ .....	12
1.4 ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	14
1.4.1.Εγκληματικότητα-Ορισμός .....	14
1.4.2.Σχέση εγκληματικότητας και σχιζοφρένειας .....	14
Κεφάλαιο 2ο.....	16
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ .....	16
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	19
2.3 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	21
2.4 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	22
2.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	23
2.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	24
2.7 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	28
2.7.1.ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ .....	29
2.7.3.ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	34
2.7.4.ΑΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ .....	35

2.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	36
2.9 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	38
2.10 ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ.....	39
2.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	40
2.11.1.ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	41
2.11.2.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ .....	41
2.11.3.ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	42
2.11.4.ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	42
2.12.ΗΛΕΚΤΡΟΣΜΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT) .....	43
2.13.ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ .....	44
2.14. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ .....	45
2.15.ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	45
2.16 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	46
Ειδικό μέρος.....	47
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> .....	48
3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .....	48
3.1.1.Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πριν την έναρξη της θεραπείας .....	48
3.1.2.Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της θεραπείας .....	48
3.1.3.Αντιμετώπιση ψυχωσικών επεισοδίων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό .....	49
3.1.4.Ο ρόλος του νοσηλεύτη μετά τη θεραπεία .....	51
3.1.5.Νοσηλευτικές συμβουλές στον ασθενή για την πορεία του μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	51
3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	52
3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	53
Α. Στις αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχές.....	53
Β. Στις διαταραχές των διεργασιών της σκέψης.....	54
Γ. Στις διαταραχές της συμπεριφοράς.....	55
Δ. Στην ελλειπή αυτοφροντίδα-υγιεινή.....	56
Ε. Στην κοινωνική απόσυρση.....	57
ΣΤ. Στους κινδύνους αυτοκτονίας.....	58
Ζ. Στις δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις και συμπεριφορές.....	61
3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ .....	62
3.5.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	65
3.5.1.Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη των αντιψυχωσικών φαρμάκων .....	65
3.5.2.Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη περίοδο χορήγησης των αντιψυχωσικών φαρμάκων.....	66
3.5.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων.....	66
3.5.4.Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας.....	67

3.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ .....	67
3.6.1.ΚΥΡΙΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ .....	69
3.6.2.ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ .....	69
3.7 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ – ΟΡΙΣΜΟΙ .....	69
3.8 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	70
3.9 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	71
3.10.ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	72
3.10.1.Προσόντα και χαρακτηριστικά .....	72
3.10.2.Ρόλοι και αρμοδιότητες.....	73
3.11. ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.....	76
3.12. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ.....	78
3.12.1. ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	78
Κεφάλαιο 4ο.....	86
4.1 ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 .....	86
4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1.....	87
4.3 ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 .....	89
4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2.....	90
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	95



## Γενικό μέρος



## Κεφάλαιο 1ο

### 1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζεται η επιθετικότητα ή αλλιώς εχθρότητα έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται δυσκολίες στο να εκφραστεί κάποιος ορισμός για αυτήν. Βάση ορισμένων επιστημόνων, η επιθετικότητα συσχετίζεται με την βίαιη συμπεριφορά των ατόμων, η οποία φέρει τη μορφή εμφανών επιθέσεων. Το 1939 δίνεται από τους ειδικούς ο εξής ορισμός : << Ο θυμός με τις συνοδές ψυχοφυσιολογικές εκδηλώσεις του έχει θεωρηθεί σαν το πιο χαρακτηριστικό είδος επιθετικής συμπεριφοράς. >> ( Megargee and Hokanson ,1970) .

Βέβαια υπάρχουν άλλοι επιστήμονες που ονομάζουν μια πράξη ως επιθετική μόνο όταν ο στόχος είναι κάποιος ζωντανός οργανισμός και η πράξη αυτή έχει φτάσει στον στόχο της ( Kaufman, 1970). Τέλος υπάρχουν άλλοι που ισχυρίζονται ότι στη σκέψη και μόνο μίας επιθετικής πράξης, χωρίς απαραίτητα εκείνη να πραγματοποιηθεί, οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά ( Miller, 1951) . Σύμφωνα με τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι σε γενικές γραμμές , όταν όποιος εκφράζει τις απόψεις του ή τα συναισθήματα του με επιθετικές πράξεις χαρακτηρίζεται ως άτομο με επιθετική συμπεριφορά και συνήθως θεωρείται σαν αιτία είτε κάποιο πρωτόγονο ένστικτο, είτε κάποιο ελαττωματικό προϊόν κοινωνικής μάθησης .

### 1.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

#### 1.2.1.Θεωρία του Lombroso

Η θεωρία αυτή ερευνά τον «εκ γενετή εγκληματία». Ο Lombroso στηρίζει τη θεωρία του στα φυσικά γνωρίσματα και πιστεύει ότι έχουν άμεση σχέση με τα ψυχικά χαρακτηριστικά.

Πιο συγκεκριμένα υποστηρίζει πως η διαφορά μεταξύ ενός εγκληματία και ενός μέσου φυσιολογικού ατόμου μπορεί να εξακριβωθεί από κάποια ανατομικά χαρακτηριστικά, όπως μεγάλο κεφάλι, σηκωτή μύτη και ασύμμετρο πρόσωπο, κ.α. Τα χαρακτηριστικά αυτά φανερώνουν κατά τον Lombroso πρωτόγονο άνθρωπο και για αυτό στη θεωρία του, ο εγκληματίας αποτελεί μία υπό-κατηγορία του «homo sapiens».

Επίσης αυτή η θεωρία αποδίδει την εγκληματική ενέργεια σε επιστροφή του ανθρώπου σε μία πρωτόγονη άγρια συμπεριφορά.

### 1.2.2.Θεωρίες του Freud ή Φροϋδικές θεωρίες:

Οι θεωρίες του Freud για την επιθετικότητα έχουν περάσει από δύο φάσεις. Η πρώτη φάση είναι το 1920 , όπου θεωρεί την επιθετικότητα ως μία πρωτόγονη αντίδραση και η οποία βασίζεται σε δύο ενστικτικές δυνάμεις, το ένστικτο της ηδονής ( libido ) και το ένστικτο της αυτοσυντήρησης (self preservation ). Αυτά τα δύο ένστικτα αντιμάχονται, σε καθημερινή βάση. Η δεύτερη φάση είναι το 1922-1933, στην οποία, ενώ ο Freud προσπαθεί να εξηγήσει κάποια κλινικά φαινόμενα καταλήγει σε ένα νέο σύστημα από δύο νέες ενστικτικές δυνάμεις, το θάνατο και τον έρωτα. Η εχθρικήτητα στο καινούριο αυτό σύστημα πιστεύεται ότι βασίζεται στην εμφάνιση του ενστίκτου του θανάτου.

### 1.2.3.Θεωρίες των Ardrey (1966), Morris (1967) και Lorenz (1966)

Οι θεωρίες που αναπτύχθηκαν από τους παραπάνω ερευνητές ονομάζονται " Εθολογικές " και αυτό γιατί η επιθετικότητα αποτελεί βιολογική προϋπόθεση για την επιβίωση κάποιου. Οι θεωρίες αυτές στηρίχτηκαν σε δεδομένα που προέκυψαν από τη μελέτη της συμπεριφοράς των ζώων. Αναγνωρίζεται η επίδραση του ενστίκτου της επιθετικότητας στις πράξεις και τη συμπεριφορά του κάθε ατόμου, όμως υπογραμμίζονται και οι υπάρχοντες εσωτερικοί, ανασταλτικοί μηχανισμοί που προφυλάσσουν την σωματική και ψυχική ακεραιότητα. Εν ολίγοις, οι συγκεκριμένες θεωρίες υποστηρίζουν ότι η επιθετικότητα είναι ένα έμφυτο ένστικτο επιβίωσης το οποίο φέρουν τα άτομα και μπορεί να ελεγχθεί μέσω των ανασταλτικών μηχανισμών σε συνδυασμό και με την εκπαίδευση, προκειμένου να επιτευχθεί η ομαλή συμβίωση μέσα σε ένα κοινωνικό σύνολο και να αποφεύγονται οι ανούσιες συγκρούσεις.

### 1.2.4.Θεωρία της κοινωνικής μάθησης της επιθετικότητας :

Η επιθετική συμπεριφορά, όπως και κάθε συμπεριφορά που υιοθετείται από την κοινωνική μάθηση, συμβαίνει λόγω τριών ρυθμιστικών συστημάτων : του συστήματος που οφείλεται στους αρχικούς προκλητικούς παράγοντες, του συστήματος των αντιδράσεων στην επιθετική συμπεριφορά και του συστήματος της νοητικής επεξεργασίας. Όλα αυτά οδηγούν στην επιθετική συμπεριφορά (Bandura, 1973) .

### 1.2.5. Θεωρία πρόκλησης επιθετικότητας μετά από ματαίωση

Ο καθηγητής της σχολής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου YALE των ΗΠΑ Dollard, υποστήριξε το 1939 ότι η επιθετικότητα μπορεί να προκληθεί μετά από ματαίωση. Μέσα από πορίσματα που προέκυψαν από πειράματα, η επιθετικότητα αποτελεί δευτερογενές κίνητρο το οποίο οφείλεται στην ματαίωση κάποιας σκόπιμης πράξης του επιτιθέμενου. Στην αρχή, υπήρχε η αντίληψη ότι η ματαίωση φέρει πάντα σαν αποτέλεσμα μία επιθετική πράξη. Το 1941, όμως ο Miller διατύπωσε μία διαφορετική κάπως άποψη όσον αφορά τη ματαίωση και τις συμπεριφορές που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα αυτής. Ο Miller κατέληξε στο συμπέρασμα πως η ματαίωση κάποιας σκόπιμης πράξης μπορεί να προκαλέσει μία επιθετική απάντηση, η οποία όμως μπορεί να εκφραστεί με άλλον τρόπο σαν απάντηση υποκατάστατο. Σαν απάντηση υποκατάστατο μπορεί να θεωρηθεί μια πράξη που θα μειώσει τη δύναμη του παράγοντα που προκάλεσε την ακύρωση της αρχικής εμποδιζόμενης πράξης. Στη πορεία της θεωρίας αυτής διατυπώθηκαν ορισμένοι επιδραστικοί παράγοντες για την επιθετικότητα: α) παράγοντες που μπορεί να καθυστερήσουν κάποια επιθετική πράξη, β) παράγοντες που μειώνουν την όρεξη για κάποια επιθετική πράξη, γ) παράγοντες που καθορίζουν τη δύναμη της υποκινητικής σκέψης για μία επιθετική πράξη, και τέλος δ) τους παράγοντες που καθορίζουν το είδος και τη μορφή μίας επιθετικής πράξης.

### 1.2.6. Γενικό συμπέρασμα όσον αφορά τις θεωρίες της επιθετικότητας

Σύμφωνα με τις παραπάνω θεωρίες για την επιθετικότητα δεν οφείλεται μόνο μία σκέψη ή μια πράξη, αλλά ένα σύνολο από αυτά. Για αυτό τον λόγο τα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο να υιοθετήσει μία επιθετική συμπεριφορά διακρίνονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με το άτομο αλλά και ορισμένοι μηχανισμοί που επηρεάζουν τη σκέψη του ίδιου του ατόμου.

## 1.3 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Για τις αρχικές μελέτες των σχιζοφρενών ασθενών που εμφανίζουν επιθετικότητα, χρησιμοποιήθηκε ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο το οποίο ονομάζεται HDHQ ( Hostillity and Direction of Hostillity Questionnaire), και δημιουργήθηκε από τον Caine et al. (1967). Αυτό το ερωτηματολόγιο αξιολογεί την επιθετικότητα αλλά και την κατεύθυνση αυτής. Το HDHQ μετράει την επιθετικότητα ως στάση ζωής και αξιολογεί πιθανές εκδηλώσεις της. Επίσης διακρίνει μία

επιθετική πράξη ως εξωστρεφόμενη, δηλαδή μία πράξη που έχει σκοπό τη πρόκληση κακού σε άλλο άτομο, ή ως ενδοστρεφόμενη επιθετική πράξη, δηλαδή μία πράξη που έχει σκοπό τον αυτοτραυματισμό του ίδιου του ατόμου.

Το HDHQ βάση των ερωτήσεων του, διαχωρίζεται σε 5 υποκλίμακες. Οι πρώτες 3 είναι : α) η παρορμητική επιθετικότητα, β) η κριτική της επιθετικότητας των άλλων, και γ) η προβαλλόμενη επιθετικότητα. Αυτές οι 3 υποκλίμακες κρίνουν μία επιθετική πράξη ως εξωστρεφόμενη, ενώ οι 2 τελευταίες υποκλίμακες που κρίνουν την επιθετικότητα ως ενδοστρεφόμενη είναι: α) η αυτοκριτική επιθετικότητα και β) η παραληρητική ενοχή.

Βάση των αποτελεσμάτων του παραπάνω ερωτηματολογίου, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν αρκετές πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια επιθετική στάση. Το είδος της επιθετικότητας που θα εμφανίσουν αυτοί οι ασθενείς εξαρτάται από το είδος των παραληρητικών ιδεών που έχουν. Για την ακρίβεια, οι σχιζοφρενείς ασθενείς που παρουσιάζουν εξωστρεφόμενη επιθετικότητα έχουν κατά κύριο λόγο παραληρητικές ιδέες διωκτικού τύπου, αντίθετα οι σχιζοφρενικοί ασθενείς που έχουν επιθετική στάση με ενδοστρεφόμενη μορφή έχουν κυρίως καταθλιπτικές ιδέες παραληρητικού τύπου ( Foulds and Bedford, 1977 ) .

Επίσης, σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια η επιθετικότητα που μπορεί να εμφανίσουν είτε ενδοστρεφόμενη, είτε εξωστρεφόμενη δεν οφείλεται μόνο στις παραληρητικές ιδέες που έχουν, αλλά και στις ακουστικές ψευδαισθήσεις που έχει σαν χαρακτηριστικό η συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια. Ανάλογα λοιπόν με το είδος των ακουστικών ψευδαισθήσεων παρουσιάζουν και το αντίστοιχο είδος επιθετικότητας. Πιο συγκεκριμένα, αν αυτές οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι εξωτερικές φωνές, δηλαδή πηγάζουν από το εξωτερικό περιβάλλον του ασθενή και περιέχουν υβριστικά σχόλια τότε ο ασθενής τείνει προς την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, ενώ αν οι ακουστικές ψευδαισθήσεις έχουν την ιδιότητα να σχολιάζουν και επικρίνουν τον ασθενή, τότε ο ασθενής τείνει προς την ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα.

Το 1981, πραγματοποιήθηκε ακόμα μία έρευνα, η οποία βασίστηκε στο HDHQ και χρησιμοποίησε ως δείγμα ασθενείς με σχιζοφρενικό ιστορικό, οι οποίοι βρίσκονταν υπό φαρμακευτική θεραπεία. Το αποτέλεσμα στο οποίο κατέληξαν οι ερευνητές είχε ως εξής: η μείωση της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας ήταν θεαματική σε σχέση με την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα. Επίσης μετά τη λήξη της θεραπείας, η επιθετική τάση στους ασθενείς με σχιζοφρένεια έφτασε τα επίπεδα των υγιών ατόμων, και επίσης βελτιώθηκε η κλινική εικόνα των ασθενών αυτών.

Τέλος, συμπερασματικά καταλήγουμε στο ότι αρκετά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας, όπως οι παραληρητικές ιδέες και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις δρουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την εκδήλωση είτε ενδοστρεφόμενης, είτε εξωστρεφόμενης μορφής επιθετικότητας.

## 1.4 ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

### 1.4.1.Εγκληματικότητα-Ορισμός

Καλείται το άθροισμα των πράξεων που δικαίως δικάζονται από τους ποινικούς νόμους. Η εγκληματικότητα διακρίνεται ανάλογα το τόπο, χρόνο, μέγεθος, είδος και εξέλιξη της. Τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται για τη διατύπωση της έννοιας της εγκληματικότητας προκύπτουν κυρίως από αστυνομικές αναφορές και αναφορές δικαστηρίων που αφορούν ποινές. Παρ' όλα αυτά η εγκληματικότητα που φανερώνουν οι παραπάνω αναφορές απαρτίζουν την ονομαζόμενη «φανερή εγκληματικότητα», σε αντίθεση με την «αφανή ή σκοτεινή εγκληματικότητα» που σίγουρα η παρουσία της είναι αισθητή αλλά δεν αναγράφεται πουθενά για πολλούς λόγους, όπως σε περιπτώσεις που τα θύματα δεν κάνουν καταγγελία και δεν γνωστοποιούν το συμβάν. Βάση ερευνών μόνο το 2% της εγκληματικότητας οφείλεται στη ψυχική ασθένεια.

### 1.4.2.Σχέση εγκληματικότητας και σχιζοφρένειας

Κατά καιρούς, πολλοί έχουν συνδέσει τη σχιζοφρένεια με την εγκληματικότητα, και αυτό γιατί πολλές φορές αυτοί οι ασθενείς προβαίνουν σε βίαιες πράξεις προς τον εαυτό τους ή προς τρίτους, στα πλαίσια των παραληρητικών ιδεών και ακουστικών ψευδαισθήσεων που δημιουργεί η συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, οι σχιζοφρενικοί ασθενείς μπορεί να οδηγηθούν σε αποτρόπαιες βίαιες πράξεις, μέχρι και να διαπράξουν φόνο στα πλαίσια των διωκτικών παραληρητικών ιδεών. Το θύμα συνήθως παίζει το ρόλο του διώκτη. Επίσης, αν οι παραληρητικές ιδέες είναι καταθλιπτικής μορφής, τότε ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί σε βίαιες πράξεις προς τον ίδιο του τον εαυτό, και ίσως φτάσει μέχρι και την αυτοκτονία ( Minkowski et Rogue de Fursac, 1950 ).

Ορισμένες φορές όταν ένα έγκλημα υπερβαίνει τα όρια της ανθρώπινης λογικής, τείνουμε να βγάζουμε το συμπέρασμα ότι ο δράστης πάσχει από κάποια ψυχολογική διαταραχή. Αρκετοί

άνθρωποι υποστηρίζουν ότι τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια είναι ικανά για ακραία εγκλήματα. Μία πιο πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι κάτι τέτοιο δεν ισχύει.

Η ψυχολογική διαταραχή δε συνεπάγεται απαραίτητα με βίαιη συμπεριφορά. Μία ψυχική νόσος λίγες φορές εμφανίζει πράξεις βιαιότητας. Έρευνες έχουν δείξει, πως ψυχικά διαταραγμένοι ασθενείς γίνονται πιο συχνά θύματα, παρά θύτες.

Από τους παλαιούς χρόνους η ψυχική ασθένεια λόγω της άγνοιας έχει συνδυαστεί με κάθε βίαιο περιστατικό. Παρά την προοδευτική άνοδο που είχαν η εκπαίδευση και η ιατρική, μέχρι και σήμερα επικρατεί στη κοινή γνώμη πως βίαιο έγκλημα και ψυχική νόσος πάνε μαζί. Ο συσχετισμός αυτών των δύο οφείλεται στο γεγονός του ότι ακόμα δε γνωρίζουμε το παθολογικό αίτιο καθώς και τους προδιαθεσικούς παράγοντες για μία τέτοια συμπεριφορά. Η ψυχική νόσος είναι κάτι γενικό και αόριστο. Η κοινωνία έχει μάθει πως ότι δε μπορεί να κατανοήσει, να το περιθωριοποιεί και να δημιουργεί ιστορίες τρόμου γύρω από αυτό, προσπαθώντας να εξηγήσει άλλα γεγονότα ακόμα πιο τρομακτικά.

Τέλος, οποιοσδήποτε άνθρωπος ζει στο περιθώριο και είναι κοινωνικά απομονωμένος πολύ εύκολα μπορεί να αναπτύξει ανά πάσα στιγμή μία βίαιη συμπεριφορά. Αυτό ισχύει τόσο για τους υγιείς ανθρώπους, όσο και για τους ψυχικά ασθενείς.

## Κεφάλαιο 2ο

### 2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Όπως φανερώνουν γραπτά προερχόμενα από την αρχαιότητα, ο άνθρωπος είχε διακρίνει ότι ορισμένοι συνάνθρωποι του παρουσίαζαν <<διαφορετική>> συμπεριφορά, χωρίς να μπορεί να δώσει εξήγηση. Κατά την εξελικτική πορεία της Ψυχιατρικής επιστήμης, έχουν καταβληθεί τεράστιες προσπάθειες για να κατανοήσει ο άνθρωπος τι είναι ψυχική ασθένεια και ποιες είναι οι αιτίες που τη προκαλούν. Οι εκάστοτε πολιτισμικές, κοινωνικοοικονομικές και θρησκευτικές συνθήκες, σε συνδυασμό με το επίπεδο της επιστημονικής γνώσης, επηρεάζουν σημαντικά την αντίληψη της κοινωνίας για τη ψυχική νόσο. Δυστυχώς όμως παρά τα σημαντικά ευρήματα της επιστήμης, μέχρι τις μέρες μας ο ψυχικά ασθενής είναι συνώνυμο με ένα άτομο απρόβλεπτο και επικίνδυνο και το οποίο προβαίνει σε βίαιες και εγκληματικές ενέργειες.

Στην προϊστορική εποχή δεν τίθεται διάκριση μεταξύ σωματικών και ψυχικών ασθενειών. Όλες οι ασθένειες ήταν αποτέλεσμα της κατάληψης του ανθρώπου από κακόβουλα πνεύματα. Το άτομο που είχε το ρόλο του θεραπευτή, εκτελούσε παράλληλα χρέη μάγου, ιερέα, χειρουργού και φαρμακοποιού. Με βότανα, ξόρκια και μαγικές τελετές, ο θεραπευτής-μάγος προσπαθούσε να εξορκίσει τα κακά πνεύματα από τον ασθενή. Σ' αυτήν τη περίοδο χρησιμοποιείται για πρώτη φορά ο τρυπανισμός. Στα πλαίσια της τεχνικής, διανοίγονταν τρύπες στο κρανίο του ασθενούς, με σκοπό την απελευθέρωση των κακών πνευμάτων, που είχαν παγιδευτεί στο κρανίο και προκαλούσαν υστερία, επιληψία ή χρόνιους πονοκεφάλους. Η τεχνική του τρυπανισμού συνεχίστηκε σε ορισμένες περιοχές μέχρι και τον Μεσαίωνα.

Στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχε η πίστη πως όταν κάποιος νοσούσε, αιτία ήταν η δυσαρέσκεια των θεών. Με στόχο την αναζήτηση απαντήσεων και τη θεραπεία των ασθενειών, δημιουργήθηκαν τα Ασκληπιεία, ναοί που ήταν αφιερωμένοι στο θεό Ασκληπιό. Εκεί οι ιερείς (ιεροφάντες) μέσω βοτάνων, αφεψημάτων, την επεξήγηση των ονείρων και τελετών, προσπαθούσαν να φέρουν το άτομο σε επικοινωνία με το θείο και να του φανερώσουν τρόπους σωτηρίας.

Δραστική αλλαγή στον τρόπο αντίληψης των ψυχικών ασθενειών φέρνει τον 5ο αιώνα μ. Χ. ο Ιπποκράτης. Θεωρούμενος από πολλούς ως ο <<πατέρας της Ιατρικής>>, ήταν αυτός που εξέφρασε ότι οι ψυχικές ασθένειες οφείλονται σε οργανικά ή περιβαλλοντικά αίτια και όχι υπερφυσικές



δυνάμεις. Πρώτος περιέγραψε τις βασικές ψυχιατρικές διαταραχές, την υστερία, τη μανία, την άνοια και την παράνοια, ορολογίες που χρησιμοποιούμε μέχρι σήμερα. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη οι ψυχικές διαταραχές οφείλονταν σε ανώμαλη έκκριση ή σύσταση ή θερμοκρασία των τεσσάρων χυμών του σώματος-αίμα, λέμφο, κίτρινη και μαύρη χολή. Αντίστοιχα στην ισορροπία των τεσσάρων χυμών αποδιδόταν και η ιδιοσυγκρασία κάθε ανθρώπου, αυτό που σήμερα θα ονομάζαμε προσωπικότητα/ψυχοσύνθεση (Λέκκα, 2012).

Στην Ελληνορωμαϊκή εποχή σημαντική ήταν η προσφορά στην Ιατρική του Γαληνού. Ο Γαληνός είχε υιοθετήσει τη θεωρία του Ιπποκράτη περί των τεσσάρων χυμών του σώματος. Αργότερα διατύπωσε τη δικιά του θεωρία. Στην θεωρία του ορίζει ως έδρα των ψυχικών λειτουργιών τον εγκέφαλο. Σύμφωνα με το Γαληνό η ψυχική υγεία εξαρτάται από την ισορροπία τριών λειτουργιών του εγκεφάλου : του λογικού, του παράλογου και του αισθησιακού. Ακόμα κάποιιοι θα υποστήριζαν ότι κατέχει τα πρωτεία όσον αφορά την ψυχοσωματική ιατρική, αφού τόνιζε τον ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην εκδήλωση σωματικών ασθενειών.

Τα πράγματα αλλάζουν με τη σταδιακή εξάπλωση του Χριστιανισμού και τον ερχομό της σκοτεινής περιόδου του Μεσαίωνα. Οι διάφορες εκδηλώσεις των ψυχικών διαταραχών αντιμετωπίζονται ως ενέργειες που εκτελούνται υπό την επιρροή δαιμόνων. Οι ψυχικά ασθενείς φυλακίζονται ή υποβάλλονται σε φρικτά βασανιστήρια. Τον 6ο-7ο αιώνα μ. Χ. η Παπική Εκκλησία καθιερώνει τη θέση ότι ο ψυχικά ασθενής είναι δαιμονισμένος και άρα όργανο του διαβόλου. Κατά συνέπεια δεν είναι άξιος θεραπείας αλλά απόλυτου εκμηδενισμού. Ως αποτέλεσμα αυτής της θέσης χιλιάδες ψυχικά άρρωστοι οδηγούνται στη πυρά της Ιεράς Εξέτασης είτε ως αιρετικοί είτε ως μάγοι.

Σε σχέση με τη Μεσαιωνική Δύση, στον Αραβικό και Βυζαντινό κόσμο η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών ήταν εντελώς διαφορετική. Στο Βυζάντιο κυρίαρχο στοιχείο ήταν η Ορθόδοξη πίστη. Σ' αυτήν υπήρχε πρώτον η αντίληψη ότι τα άτομα ασθενούσαν επειδή είχαν απομακρυνθεί από το Θεό και δεύτερον πως για τη σωτηρία της ψυχής σπουδαίο ρόλο έπαιζε η συμπεριφορά προς τον συνάνθρωπο. Πάνω σ'αυτές τις πεποιθήσεις στηρίχτηκε η δημιουργία πολυάριθμων νοσοκομείων, πτωχοκομείων και η ανάγκη φροντίδας των ψυχικά πασχόντων με αγάπη και συμπόνια. Στην μουσουλμανική πίστη οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν αγαπητοί από το Θεό και έπρεπε να λαμβάνουν ειδική μεταχείριση. Το 705 μ. Χ. χτίστηκε στη Βαγδάτη το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο, στο οποίο παρέχονταν ανθρωπιστικές μέθοδοι θεραπείας.

Η περίοδος της Αναγέννησης σηματοδοτεί το τέλος του Μεσαίωνα. Ωστόσο η αντίληψη για τη ψυχική νόσο και η στάση απέναντι στους πάσχοντες δεν παρουσιάζει βελτίωση. Οι ψυχικά ασθενείς διώκονται και περιθωριοποιούνται χωρίς να λαμβάνουν καμία θεραπευτική φροντίδα. Η

πλειοψηφία της κοινωνίας κατά την Αναγέννηση συνεχίζει να αντιμετωπίζει τη ψυχική ασθένεια σαν το αποτέλεσμα ενός αμαρτωλού και ανήθικου βίου. Οπότε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές κατατάσσονταν στην ίδια κατηγορία με τους εγκληματίες, τους επαίτες και τους άνεργους. Τον 17ο αιώνα καταγράφεται η ίδρυση κέντρων εγκάθειρξης, όπως το Γενικό Νοσοκομείο του Παρισιού. Στόχος των κέντρων δεν ήταν η παροχή περίθαλψης, αλλά ο εγκλεισμός όλων εκείνων που δεν μπορούσαν να προσαρμοστούν με τα αποδεκτά κοινωνικά πρότυπα ή παρανομούσαν. Οι ψυχικά ασθενείς δένονται με αλυσίδες και οι θεραπείες που λαμβάνουν περιέχουν εξαγνισμούς, μαστιγώματα, γιατροσόφια και μετάνοιες.

Τα δεδομένα μεταβάλλονται με την άνοδο του κινήματος του Διαφωτισμού. Με την ταχεία ανάπτυξη της επιστήμης γίνεται έντονη η ανάγκη διαχωρισμού των ψυχικά ασθενών από τους φυλακισμένους. Πολλοί γιατροί αποδίδουν πλέον τις ψυχαστικές εκδηλώσεις σε βλάβες του εγκεφάλου και εισάγεται για πρώτη φορά ο όρος ψυχιατρική. Είναι βέβαιο πως με το Διαφωτισμό μπαίνουν τα θεμέλια της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας του 20ου αιώνα. Πρέπει να σημειωθεί ότι παράλληλα με την επιστημονική πρόοδο, στην καθημερινότητα οι ασθενείς εξακολουθούν να ζουν σε απάνθρωπες συνθήκες και να παραμένουν δέκτες της κοινωνικής περιφρόνησης.

Ο Pinel ο οποίος θεωρείται ο κύριος εκφραστής του κινήματος του Διαφωτισμού διατύπωσε: <<Η τρέλα είναι νόσος και ο ασθενής παρά την απώλεια της λογικής του παραμένει ανθρώπινο ον. Η κατάσταση του είναι άξια προσοχής και φροντίδας που οφείλουμε σε κάθε άνθρωπο που υποφέρει>>. Ο Pinel πρότεινε οι ψυχικά ασθενείς να μην περιορίζονται με αλυσίδες, αφού θεωρούσε ότι αίτιο της νόσου ήταν η στέρηση του αέρα και της ελευθερίας. Η θεωρία του Pinel είχε σπουδαία αποτελέσματα στη θεραπεία των ασθενών και σύντομα διαδόθηκε σ' όλη την Ευρώπη.

Περί τα 1880, ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Krapelin μελετώντας ασθενείς στη κλινική που εργαζόταν, παρατήρησε και κατέληξε σε ένα σύνολο κλινικών εκδηλώσεων που οδηγούν σε γνωστική και συμπεριφορική έκπτωση. Χώρισε και διέκρινε τις ψυχικές διαταραχές σε δύο κατηγορίες: τις Μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις και τη πρόωρη άνοια (σχιζοφρένεια όπως ονομάστηκε μετέπειτα από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler). Η ταξινόμηση του Krapelin σε γενικές γραμμές ακολουθείται και σήμερα.

Στις αρχές του 20ου αιώνα ο Sigmund Freud εμπνευσμένος από τους καθηγητές του, ανέπτυξε μία θεωρία που θα ακολουθούσε τον ίδιο και τις μελέτες του καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Στο έργο του *Studies in Hysteria* (1895), ο Freud διατύπωσε ότι η παθολογική συμπεριφορά των ανθρώπων οφείλεται σε μη συνειδητές ενδοψυχικές συγκρούσεις (Δυναμική Ψυχιατρική). Η

Δυναμική Ψυχιατρική προσέφερε μία νέα οπτική στην μελέτη της ψυχικής ασθένειας και επέφερε ριζικές αλλαγές στην Ψυχιατρική Επιστήμη.

Στην δεκαετία του 1930 η θεραπεία των ψυχικών ασθενειών βρισκόταν ακόμα σε πρωτόγονα επίπεδα. Οι δημοφιλείς μέθοδοι θεραπείας περιλάμβαναν ηλεκτροσόκ, ενέσεις ινσουλίνης και λοβοτομές. Η λοβοτομή πιστευόταν ότι θεράπευε τη σχιζοφρένεια, τη κατάθλιψη και το στρες. Τα δεδομένα μεταβάλλονται με την πρόοδο της ψυχοφαρμακολογίας, η οποία προσφέρει τρόπους ελέγχου και αντιμετώπισης των βασικών συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου. Το 1950 αναπτύχθηκε το πρώτο αντιψυχωσικό φάρμακο, η χλωροπρομαζίνη. Τη δεκαετία του 1990 αναπτύσσεται η 2η γενιά αντιψυχωσικών φαρμάκων που επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

## 2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μία χρόνια ψυχική διαταραχή, η οποία επηρεάζει περισσότερους από 23 εκατομμύρια ανθρώπους. Προσβάλλει αδιακρίτως φυλής, μορφωτικού επιπέδου ή κοινωνικής τάξης. Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας εκτιμάται 0,5 και 1% παγκοσμίως (Andreasen & Black, 2015). Σύμφωνα με το Τμήμα Έρευνας του Εθνικού Ινστιτούτου για τη Ψυχική Υγεία των Η.Π.Α., κατά τη διάρκεια ενός έτους περίπου 0,11-0,14 ανά 1000 άτομα θα εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια και για μια δεδομένη χρονική στιγμή, 2,5-5 ανά 1000 άτομα έχουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) κατατάσσει τη σχιζοφρένεια μέσα στις 10 νόσους με τη σοβαρότερη επίπτωση σε δείκτες σχετικούς με τη καθημερινή, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Τα άτομα που προσβάλλονται από τη σχιζοφρένεια παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ανεργίας, απώλειας στέγασης, βίας, επανειλημμένων εισαγωγών στο νοσοκομείο και πρώιμης θνησιμότητας. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από τον ΠΟΥ υποδεικνύουν διαφορές μεταξύ των Δυτικών χωρών και των χωρών του Τρίτου κόσμου όσον αφορά την εξέλιξη και τη πορεία της νόσου. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν καλύτερη πρόγνωση στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι σχεδόν ίδια και για τα δύο φύλα, μολονότι η μέση ηλικία έναρξης στις γυναίκες είναι περίπου 5 έτη μεγαλύτερη σε σχέση με τους άντρες. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο στην εφηβεία ή κατά την νεαρή ενήλικη ζωή. Η ηλικία εκδήλωσης του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου είναι συνήθως 18-25 ετών για τους άντρες και 21-30 ετών για

τις γυναίκες (Andreasen & Black, 2015). Το γεγονός αυτό δεν αναιρεί το ενδεχόμενο εμφάνισης της σχιζοφρένειας κατά την παιδική ηλικία ή και σε ηλικία μεγαλύτερη των 45 ετών, αφού αν και σπάνιες υπάρχουν καταγεγραμμένες κλινικές περιπτώσεις. Η σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία εμφανίζεται μετά τα 5 έτη και στη πλειοψηφία των περιπτώσεων σημειώνεται φυσιολογική ανάπτυξη. Πρόκειται για μία σπάνια μορφή της σχιζοφρένειας και είναι δύσκολο να διαχωριστεί από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, όπως ο αυτισμός.

Η έκβαση της σχιζοφρένειας ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή. Υπολογίζεται ότι περίπου το 1/3 των ατόμων με σχιζοφρένεια θα εκδηλώσει διαδοχικές υποτροπές και ορισμένοι εξ' αυτών εμμένουσα αναπηρία (Nadeem et al., 2004). Ωστόσο μελέτες παρακολούθησης για χρονικό διάστημα 20 έως και 40 ετών συμπεραίνουν ότι η συνολική μακροπρόθεσμη έκβαση είναι ικανοποιητική σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς με σχιζοφρένεια, με ένα μικρότερο ποσοστό να χαρακτηρίζεται από μακρές περιόδους ύφεσης χωρίς περαιτέρω υποτροπές (Gaebel & Fromman, 2000, Jobe & Harrow, 2005). Η πλήρης ίαση είναι σπάνια, αλλά οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορούν να επιτύχουν ικανοποιητικά επίπεδα ποιοτικής διαβίωσης με τη κατάλληλη υποστήριξη.

Δυστυχώς περισσότεροι από το 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια δεν λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα. Στο 90% των περιπτώσεων, πρόκειται για άτομα προερχόμενα από χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι λιγότερο πιθανόν να αναζητήσουν θεραπεία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται πρώτον στο κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας και δεύτερον στην έλλειψη εναισθησίας από τους ασθενείς, δηλαδή την έλλειψη επίγνωσης της κατάστασής τους.

Άτομα με σχιζοφρένεια είναι 2-3 φορές πιο πιθανόν να πεθάνουν νωρίτερα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Νοσήματα που υπό άλλες συνθήκες είναι αντιμετωπίσιμα, όπως καρδιαγγειακά, μεταβολικά νοσήματα και λοιμώξεις, συχνά παραμελούνται και χωρίς την κατάλληλη θεραπεία οδηγούν στο θάνατο. Έχει υπολογιστεί ότι στην σχιζοφρένεια το 60% των πρόωρων θανάτων οφείλονται σε καρδιαγγειακά και πνευμονολογικά νοσήματα. Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων και στους οποίους παρατηρείται μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στη σχιζοφρένεια, αποτελούν η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, ο διαβήτης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ένας στους τρεις, περίπου, ασθενείς θα αποπειραθεί και 1 στους 10 τελικά θα αυτοκτονήσει (Andreasen & Black, 2015). Στους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στην αυτοκτονία, ανήκουν

το άρρεν φύλο, η ηλικία μικρότερη των 30 ετών, η ανεργία, η οικογενειακή κατάσταση, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών, η χρονιότητα της πάθησης, η προϋπάρχουσα κατάθλιψη και η πρόσφατη έξοδος από το νοσοκομείο.

Τέλος όσον αφορά την Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την επίπτωση ή την επικράτηση της σχιζοφρένειας επί του γενικού πληθυσμού. Στο <<Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός Γ' (2011-2020)>> (Υπουργείο Υγείας, 2011), καταγράφονται στοιχεία από μελέτες που δημοσιεύτηκαν το 2011 και συνδύαζαν τα επιδημιολογικά δεδομένα από 30 χώρες της Ευρώπης, μεταξύ των οποίων και η χώρα μας. Ο επιπολασμός 12 μηνών των ψυχώσεων υπολογίζεται στο 1,2% και αφορά 5 εκατομμύρια σε αυτές τις χώρες. Με την αναγωγή στην Ελλάδα, υπολογίζεται ότι περίπου 132 χιλιάδες άτομα λαμβάνουν τη διάγνωση <<ψύχωση>> για το έτος 2010.

### 2.3 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας απασχολεί ένα μεγάλο εύρος επιστημών, όπως η Ψυχιατρική, η Ψυχολογία, η Κοινωνιολογία, η Νομική και άλλες. Κατά τη προσπάθεια των ερευνητών να δοθεί ένας ακριβής ορισμός ωστόσο, παρουσιάζεται εξαιρετική δυσκολία στο διαχωρισμό της ψυχικής ασθένειας με τη ψυχική υγεία. Η δυσκολία αυτή οφείλεται περισσότερο στην αδυναμία των λέξεων να περιγράψουν με ορθότητα όλο το φάσμα της ανθρώπινης υπόστασης.

Η χρήση του όρου ψυχική ασθένεια συχνά παραπέμπει σε μία ψυχική κατάσταση και συμπεριφορές που αποκλίνουν από το φυσιολογικό. Εδώ όμως τίθεται το ερώτημα από μερικούς "τι θεωρείται φυσιολογικό και τι παθολογικό". Στις μέρες μας, έχει παρατηρηθεί ότι αρκετές φορές ως κριτήριο παθολογίας χρησιμοποιείται η <<απόκλιση της συμπεριφοράς από το κοινωνικό μέτρο ή πρότυπο>>(Κοκκέβη, 2008) και με αυτό το τρόπο καθορίζεται μία συμπεριφορά ως φυσιολογική ή αποκλίνουσα. Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο είναι ικανό να εκτελέσει τους κοινωνικούς του ρόλους και να εκδηλώσει την αρμόζουσα συμπεριφορά, θεωρείται από τη κοινωνία ως υγιές. Αντίθετα, όταν ένα άτομο αδυνατεί να εκπληρώσει τους ρόλους του ή εκδηλώνει απρόβλεπτη και ανάρμοστη συμπεριφορά, θεωρείται άρρωστο. Καταλαβαίνουμε δηλαδή ότι η κουλτούρα της κοινωνίας καθορίζει όχι μόνο τις αξίες και τα πιστεύω της, αλλά και κατά συνέπεια την αντίληψη της για το τι είναι ψυχική υγεία και τι ψυχική ασθένεια.

Η παραπάνω αντίληψη είναι σε μεγάλο βαθμό λανθασμένη. Η ψυχική υγεία και η ψυχική ασθένεια αποτελούν πολυδιάστατες έννοιες. Όλοι οι ειδικοί συμφωνούν πλέον ότι η ψυχική υγεία δεν προϋποθέτει μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής, αλλά πρόκειται για μία κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας και συνδέεται με τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και τη κατάσταση της υγείας του ατόμου. Στον αντίποδα η ψυχική ασθένεια διαφοροποιείται σημαντικά

από τη ψυχική υγεία, με το άτομο να εισέρχεται σε κατάσταση ψυχικής διαταραχής, στην οποία επηρεάζεται η ψυχική, συναισθηματική, αντιληπτική και η κοινωνική λειτουργικότητα του. Η έκπτωση της λειτουργικότητας σταδιακά μειώνει τη ποιότητα της ζωής και οδηγεί στον αποκλεισμό και το κοινωνικό στίγμα. Με λίγα λόγια, η ψυχική υγεία και η ψυχική ασθένεια ουσιαστικά είναι οι δύο πόλοι στις άκρες ενός συνεχούς, πάνω στο οποίο το άτομο, κινείται μπρος και πίσω. Καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, το άτομο βιώνει περιόδους ψυχικής υγείας και ευεξίας και περιόδους ενόχλησης, οι οποίες λόγω κοινωνικών, διαπροσωπικών και διαφόρων άλλων λόγων μπορεί να μετατραπούν σε ψυχικές διαταραχές.

## 2.4 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια φαίνεται να αποτελεί οικουμενικό και διαχρονικό σύνδρομο. Στην Ιατρική επιστήμη η χρήση του όρου σχιζοφρένεια, αφορά τη προσπάθεια περιγραφής μιας ιδιαίτερα πολυδιάστατης και δυσνόητης κατάστασης. Η νόσος μπορεί να είναι είτε μία ενιαία διαταραχή είτε ένα σύνολο διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Σήμερα θεωρείται από τις σοβαρότερες και ίσως καταστροφικές ψυχιατρικές διαταραχές, καθώς προσβάλλει τα άτομα μόλις μπαίνουν στην πιο κρίσιμη για την ανάπτυξη και την παραγωγικότητα τους ηλικία και τα καθιστά ανίκανα να επιστρέψουν σε μία σχετικά φυσιολογική ζωή. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1911 από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler, για να περιγράψει τη πάθηση που είχε προσδιοριστεί προηγουμένως από τον Γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin ως dementia praecox ή αλλιώς <<πρώρη άνοια>>. Αρχικά οι παρατηρήσεις και τα συμπεράσματα του Bleuler δημιούργησαν διαφωνίες μεταξύ των επιστημόνων για το ποιες κλινικές περιπτώσεις πρέπει να εντάσσονται στο φάσμα της σχιζοφρένειας. Παρόλα αυτά στη μετέπειτα πορεία ο όρος επικράτησε και χρησιμοποιείται έως και σήμερα.

Έχει διαπιστωθεί πως ο όρος πολλές φορές χρησιμοποιείται όχι για να περιγράψει τη ψυχική νόσο αλλά ως μεταφορά για τη διάσπαση του νου. Επίσης είναι σαφές ότι δεν γίνεται η απαραίτητη διάκριση μεταξύ της συγκεκριμένης νόσου με τη διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας (διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας παλαιότερα). Έτσι συχνά η κοινή γνώμη οδηγείται στο λανθασμένο συμπέρασμα πως τα άτομα με σχιζοφρένεια αποτελούν διχασμένες προσωπικότητες. Η πάθηση ονομάζεται <<σχιζο>> (εκ του <<σχιζω>>, δηλαδή κατακερματισμένος ή χωρισμένος στα δύο) <<φρένεια>> (εκ του <<φρην>>, δηλαδή νους), διότι εξαιτίας της τα άτομα βιώνουν μεγάλη δυσκολία να σκεφτούν με διαύγεια καθώς και να νιώσουν τα φυσιολογικά συναισθήματα (Andreasen & Black, 2015). Ένα άτομο με σχιζοφρένεια βιώνει την πραγματικότητα αλλοιωμένη. Συνήθως πιστεύει σε λανθασμένα ή παράλογα πράγματα και αντιλαμβάνεται αισθήσεις που δεν

υπάρχουν. Οι ειδικοί κατανοούν ότι για τη ορθότερη περιγραφή της πάθησης και την αποφυγή του κοινωνικού στίγματος είναι αναγκαία πλέον η μετονομασία και η δημιουργία ενός νέου όρου. Στην Ιαπωνία ο όρος σχιζοφρένεια έχει καταργηθεί και από το 2005 από το Ιαπωνικό Υπουργείο Υγείας έχει κατοχυρωθεί ο όρος togo-shitcho-sho (σύνδρομο απορρύθμισης της ενσωμάτωσης).

Η σχιζοφρένεια ανήκει σε μία ομάδα σχετιζόμενων ψυχωσικών διαταραχών του εγκεφάλου και διαθέτει τεράστια ποικιλομορφία ως προς τη κλινική εικόνα. Ο επιπολασμός της στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται περίπου στο 1%. Ταυτόχρονα εκτός από τη μεγάλη συχνότητα σαν ψυχωσική διαταραχή, η σχιζοφρένεια αποκτά πολλές φορές και χρονιότητα. Σύμφωνα με το DSM-IV η σχιζοφρένεια ορίζεται από τη παρουσία χαρακτηριστικών συμπτωμάτων, όπως οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες ή αρνητικά συμπτώματα (όπως η συναισθηματική επιπέδωση, η αλογία ή η απάθεια) και η σημαντική έκπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα καθώς και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

## 2.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Το DSM-IV-TR περιλαμβάνει 5 κλινικές μορφές (υποτύπους) της σχιζοφρένειας: τον παρανοειδή, τον αποδιοργανωμένο, τον κατατονικό, τον αδιαφοροποίητο και τον υπολειμματικό τύπο. Η διάκριση αυτή εξυπηρετεί μόνο στην προσπάθεια περιγραφής των κλινικών συμπτωμάτων της πάθησης. Παράλληλα πρέπει να σημειωθεί ότι πολλοί ασθενείς ενδέχεται να ανήκουν σε περισσότερους από έναν υποτύπους.

- Παρανοειδής: Χαρακτηριστικό αυτού του υποτύπου αποτελεί η έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή/και συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Η ύπαρξη επίπεδου ή απρόσφορου συναισθήματος, αποδιοργανωμένου λόγου ή συμπεριφοράς και κατατονικής συμπεριφοράς είτε είναι δυσδιάκριτη είτε απουσιάζει. Είναι επίσης πιθανόν οι ασθενείς να παρουσιάζουν εχθρική συμπεριφορά και θυμό. Αυτός ο υπότυπος προσβάλλει συχνότερα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που πιθανόν να είναι παντρεμένα, με παιδιά και εργαζόμενα. Στη περίπτωση των ασθενών με παρανοειδή σχιζοφρένεια τα επίπεδα λειτουργικότητας πριν την εκδήλωση της νόσου, καθώς και η μετέπειτα πρόγνωση είναι αρκετά καλές.

- Αποδιοργανωμένος: Χαρακτηριστικό σ' αυτόν τον υπότυπο είναι ο αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά και το επίπεδο ή αμβλύ συναισθήμα. Σε αντίθεση με το παρανοειδή υπότυπο, εδώ οι παραληρητικές ιδέες είναι πιο ελλιπείς και λιγότερο οργανωμένες. Οι ασθενείς επιδεικνύουν ανώριμη και παιδιάστικη συμπεριφορά και επίσης προβαίνουν πολλές φορές σε μορφασμούς και απρόσφορο γέλιο. Οι ασθενείς είτε βρίσκονται στην εφηβεία είτε στην έναρξη της νεαρής ενήλικης ζωής τους κατά την εκδήλωση της πάθησης. Η πρόγνωση είναι κακή, καθώς

επέρχεται ταχύτατη εξέλιξη και επιπέδωση του συναισθήματος, ενώ παράλληλα το άτομο χάνει τη βούληση του.

- Κατατονικός: Ο συγκεκριμένος υπότυπος στις μέρες μας δεν είναι συχνός, ωστόσο κατά τη πορεία της νόσου μπορεί να εκδηλώνονται μεμονωμένα κατατονικά συμπτώματα. Χαρακτηριστικά αυτού του υπότυπου αποτελούν τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω: εμβροντησία και υπερκινητικότητα, ακραίος αρνητισμός ή αδυναμία του ατόμου να μιλήσει, ακατάλληλες ή παράδοξες στάσεις σώματος και ηχωλαλία ή ηχωπραξία (Hogan, 2012) .
- Αδιαφοροποίητος: Σ' αυτόν τον υπότυπο εντάσσονται οι ασθενείς που πληρούν τα γενικά κριτήρια της σχιζοφρένειας αλλά όχι τα ειδικά κριτήρια ενός από τους 3 προαναφερθέντες υποτύπους (παρanoiδής, αποδιοργανωμένος, κατατονικός).
- Υπολειμματικός: Πρόκειται για ένα χρόνιο στάδιο στην εξέλιξη της σχιζοφρένειας στο οποίο υπάρχει μια σαφής εξέλιξη από ένα πρώιμο σε ένα όψιμο στάδιο χαρακτηριζόμενο από μακροχρόνια αρνητικά συναισθήματα όπως η ψυχοκινητική επιβράδυνση, μειωμένη δραστηριότητα, άμβλυνση του συναισθήματος, αβουλία και απάθεια, πενία λόγου, μειωμένη οπτική επαφή και περιορισμένη λειτουργικότητα και αυτοφροντίδα.

Το ICD-10 προσδιορίζει δύο πρόσθετους υπότυπους :

- Απλή σχιζοφρένεια: Σ' αυτή τη περίπτωση τα προεξέχοντα αρνητικά συμπτώματα αναπτύσσονται αθόρυβα και σταδιακά χωρίς να υπάρχει προηγούμενο ιστορικό ψυχωσικών επεισοδίων.
- Μετα-σχιζοφρενής κατάθλιψη: Μορφή καταθλιπτικού επεισοδίου που είναι αποτέλεσμα ύπαρξης σχιζοφρενικής ασθένειας, στην οποία μπορεί να υπάρχουν μερικά χαμηλού επιπέδου σχιζοφρενικά συμπτώματα.

## 2.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας μέχρι σήμερα είναι ασαφής, καθώς οι ειδικοί αδυνατούν να υποδείξουν ποιοι παράγοντες είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την εκδήλωσή της. Συνήθως παρατηρείται κάποια γενετική προδιάθεση των ατόμων, η οποία όμως δεν μπορεί να εκδηλωθεί χωρίς την εμπλοκή άλλων παραγόντων. Μια μερίδα ειδικών διατυπώνει την άποψη ότι ορισμένα άτομα μπορεί να είναι επιρρεπή στην σχιζοφρένεια, και ένα αγχωτικό ή συναισθηματικό συμβάν στην ζωή τους θα ήταν ικανό να πυροδοτήσει την έναρξη της διαταραχής. Παρόλα αυτά δεν έχει κατανοηθεί γιατί κάποια άτομα εκδηλώνουν συμπτώματα και άλλα όχι. Οι σύγχρονες μελέτες επικεντρώνονται στην διερεύνηση ενός συμπλέγματος παραγόντων το οποίο περιλαμβάνει τους



γενετικούς, τους περιβαλλοντικούς, τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες και την δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου.

### **A. Γενετικοί παράγοντες**

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, στην σχιζοφρένεια διαπιστώνεται η γενετική προδιάθεση των ατόμων. Πολλαπλές μελέτες κατέληξαν ότι τα άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό για την νόσο, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο. Αν ένας γονιός, αδελφός ή αδελφή έχουν την πάθηση, οι πιθανότητες ανεβαίνουν κατά 10%, ενώ αν και οι δύο γονείς έχουν την πάθηση, τότε υπάρχει πιθανότητα 40% να αποκτήσει το παιδί σχιζοφρένεια.

Μελέτες διδύμων αποδεικνύουν με επαναλαμβανόμενο σταθερό ρυθμό την παρουσία υψηλών ποσοστών σύμπτωσης της νόσου για τους μονοζυγωτικούς διδύμους. Πιο συγκεκριμένα, εάν ένας από τους μονοζυγωτικούς διδύμους αναπτύξει σχιζοφρένεια, οι πιθανότητες του άλλου να εμφανίσει κι αυτός τη νόσο είναι 50%. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι μοιράζονται το ίδιο γενετικό υλικό. Αντίθετα στους ετεροζυγωτικούς δίδυμους, το ποσοστό σύμπτωσης της νόσου ανέρχεται στο 14%. Γενικότερα όσο μεγαλύτερη ομοιότητα υπάρχει στην γενετική σύσταση των ατόμων τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος είναι να αναπτυχθεί σχιζοφρένεια.

Ακόμα είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η πλειοψηφία των ερευνών έχει συμπεράνει ότι η κληρονομικότητα διαθέτει πολύ μεγαλύτερη επίδραση στα παιδιά των σχιζοφρενών ασθενών απ'ότι η διαβίωση σε ένα υγιές περιβάλλον. Τα παιδιά ατόμων με σχιζοφρένεια είτε μεγαλώσουν δίπλα στους βιολογικούς τους γονείς είτε με θετή οικογένεια, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου.

Συμπερασματικά, οι γενετικοί παράγοντες αποτελούν τη μισή εξήγηση της νόσου και δεν εξαρτώνται τα πάντα από τα γονίδια. Η γενετική προδιάθεση διαδραματίζει μεν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας, αλλά απαιτείται η παρουσία και άλλων παραγόντων που να πυροδοτούν την νόσο.

### **B. Νευροβιολογική προσέγγιση**

Σε μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου ασθενών με σχιζοφρένεια με CT, MRI και PET, ο μεταβολισμός της γλυκόζης στο μετωπιαίο και κροταφικό λοβό είναι μειωμένος. Συχνά παρατηρείται διαταραχή της ισορροπίας του συστήματος των νευροδιαβιβαστών, όπως η ντοπαμίνη και το γλουταμινικό οξύ και αυτό πιθανώς να παίζει ένα ρόλο στην σχιζοφρένεια.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι επιστήμονες έχουν διαπιστώσει πως οι εγκέφαλοι των ατόμων με σχιζοφρένεια διαθέτουν διαφορετική εμφάνιση και δομή από αυτήν των υγιών ατόμων. Έχει παρατηρηθεί ότι σε ορισμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια, κοιλότητες γεμάτες υγρό στο κέντρο του εγκεφάλου, που ονομάζονται κοιλίες, είναι μεγαλύτερες.

Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει επίσης μειωμένο μέγεθος του θαλάμου σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ο θάλαμος αποτελεί έναν μείζονα ενδιάμεσο σταθμό που πιθανώς εξυπηρετεί λειτουργίες πύλης ελέγχου ή ηθμού ή ακόμα και δημιουργίας εισερχόμενων και εξερχόμενων πληροφοριών, διότι είναι αποδέκτης εισερχόμενων πληροφοριών και στέλνει εξερχόμενες πληροφορίες σε πολλές περιοχές των συνειρμικών φλοιών και στις πρωτογενείς αισθητικές και κινητικές περιοχές (Andreasen & Black, 2015).

Καινούριοι μέθοδοι, οι οποίες δημιουργούν εικόνες του εγκεφάλου μέσω μαγνητικής τομογραφίας, έχουν ανακαλύψει ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν αραιωμένη εγκεφαλική ουσία, σε σχέση με τον εγκέφαλο ενός υγιούς ανθρώπου. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι ορισμένα σημεία του εγκεφάλου δεν είναι πλήρως ή σωστά ανεπτυγμένα.

Επίσης οι μεταθανάτιες έρευνες σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν βρει ότι:

- Το βάρος του εγκεφάλου ήταν μεγαλύτερο κατά 5-8%.
- Ο φλοιός παρουσιάζει μείωση στον όγκο της φαιάς ουσίας σε ποσοστό 10-13% των σχιζοφρενικών ασθενών.
- Ο θάλαμος εμφανίζει μείωση ιστού και κυττάρων.
- Υπάρχει μείωση στο δικτυωτό σχηματισμό σε σχέση με το μέγεθος των κυττάρων.

### **Γ. Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Σύμφωνα με παρατηρήσεις των ειδικών, η έκθεση σε λοιμώξεις κατά τη κύηση ή την πρώιμη βρεφική ηλικία, μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας. Για παράδειγμα δεδομένα ερευνών υποδεικνύουν ότι τα άτομα που εκτέθηκαν στην γρίπη τύπου Α ενώ βρίσκονταν στο δεύτερο τρίμηνο της εμβρυϊκής τους ανάπτυξης, έχουν αυξημένο κίνδυνο να διαγνωστούν με σχιζοφρένεια.

Η θρεπτική ανεπάρκεια κατά τη διάρκεια της κύησης θεωρείται ένας ακόμη υπεύθυνος για την εκδήλωση σχιζοφρένειας στη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Ειδικά όταν κατά τη διάρκεια της πρώιμης κύησης, οι μητέρες εκτίθενται σε πείνα και υποσιτίζονται, ο κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας αυξάνεται δύο φορές περισσότερο.

Ερευνητικές μελέτες έχουν καταδείξει επίσης τη συσχέτιση ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και σε επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, όπως υποξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου, μείωση του χρόνου κύησης και χαμηλό βάρος νεογνού (Hogan, 2012). Οι προαναφερθείσες επιπλοκές φαίνεται να έχουν ήπια επίδραση στην ανάπτυξη του εγκεφάλου.

#### **Δ. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Από ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής, ιδιαίτερα η απώλεια των γονέων, η έλλειψη στοργής και φροντίδας, οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η έκθεση σε σωματική, φυσική ή σεξουαλική βία καθιστούν το άτομο επιρρεπές να αναπτύξει σχιζοφρένεια στο μέλλον, καθώς οδηγούν στην έλλειψη προσωπικής ταυτότητας, την παρερμηνεία της πραγματικότητας και την απομόνωση. Επίσης έρευνες έχουν αποδείξει τη συσχέτιση της σχιζοφρένειας και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και πιο συγκεκριμένα απέδειξαν ότι τα άτομα που ζουν σε χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου περιοχές, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης της πάθησης.

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής είναι δυνατόν να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες σε άτομα με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή σε άτομα εκτεθειμένα σε χρόνιες ψυχοπαιστικές καταστάσεις. Όταν τα άτομα ταυτόχρονα μάλιστα εμφανίζουν γενετική προδιάθεση, τότε σε συνδυασμό με τα στρεσογόνα, μπορεί να προκληθούν συμπτώματα σχιζοφρένειας.

#### **Ε. Εξαρτησιογόνες ουσίες**

Ορισμένα φάρμακα και ουσίες έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη σχιζοφρένειας όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες. Έχει διαπιστωθεί πως περισσότεροι από το 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Το αλκοόλ και οι ναρκωτικές ουσίες αποτελούν συχνά μηχανισμοί για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που είναι ανυπόφορα και δυσκολεύουν την καθημερινότητα των ατόμων, όπως το άγχος, η μοναξιά και η κατάθλιψη. Μελέτες υποστηρίζουν ότι η χρήση κάνναβης συνδέεται με τον κίνδυνο να γίνει κάποιος ψυχωτικός.

Μερικές έρευνες υποδηλώνουν ότι ακόμα και η περιοδική χρήση κάνναβης μπορεί να αυξήσει τη πιθανότητα ανάπτυξης ψυχωτικών διαταραχών σε βάθος χρόνου κατά 40% αν και ο συνολικός κίνδυνος παραμένει σχετικά μικρός. Από την άλλη πλευρά στα άτομα που κάνουν τακτική χρήση κάνναβης, ο κίνδυνος ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών είναι 50% έως και 200% μεγαλύτερος από αυτούς που δεν κάνουν χρήση. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η κάνναβη συνδέεται με τη σχιζοφρένεια γιατί διακόπτει τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστικών ουσιών όπως η ντοπαμίνη και αυτό παρεμβάλει τα συστήματα επικοινωνίας του οργανισμού.

Οι επιστήμονες έχουν επισημάνει ότι ουσίες, όπως το LSD, η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες, σε άτομα με αυξημένη ευαισθησία, μπορούν να οδηγήσουν στην έκφραση ψυχωτικών συμπτωμάτων. Όσον αφορά το LSD, δεν έχει αποδειχτεί μέχρι σήμερα ότι προκαλεί εγκεφαλική βλάβη, ούτε ότι προκαλεί σχιζοφρένεια. Ορισμένοι χρήστες LSD είναι δυνατόν να εκδηλώσουν παράνοια, ψευδαισθήσεις και ψυχωτικά χαρακτηριστικά, όχι όμως σχιζοφρένεια. Η χρήση αμφεταμινών ή κοκαΐνης μπορεί να οδηγήσει σε επεισόδια ψύχωσης και να προκαλέσει υποτροπή σε άτομα που αναρρώνουν από ένα προηγούμενο επεισόδιο.

## 2.7 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Όταν κάποιος προσβληθεί από σχιζοφρένεια, μεταβάλλεται δραστικά ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται και συμπεριφέρεται. Η νόσος αναπτύσσεται σταδιακά και ύπουλα. Τα πρώτα σημεία κάνουν την εμφάνισή τους κατά κύριο λόγο στην εφηβική ηλικία και σ' αυτά περιλαμβάνονται η κοινωνική απομόνωση, η παθητικότητα και οι διαταραχές του ύπνου. Επειδή όμως τα παραπάνω σημεία συναντώνται επίσης ως ψυχολογικές και συμπεριφορικές αλλαγές της εφηβείας, μπορεί να αγνοηθούν και να καθυστερήσει η διάγνωση και η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.

Γενικότερα, οι κλινικοί ερευνητές έχουν συμφωνήσει πως η σχιζοφρένεια είναι ένα ιδιαίτερα ετερογενές σύνδρομο και η κλινική της εικόνα εμπεριέχει μία τεράστια γκάμα συμπτωμάτων. Προκειμένου να απλοποιηθεί η έννοια της διαταραχής και να γίνει πιο κατανοητή, καταβάλλονται από τους ερευνητές διαρκείς και μεγάλες προσπάθειες. Πολλαπλές μελέτες ανά τα χρόνια έχουν επανειλημμένως καταλήξει σ' ένα κοινό συμπέρασμα. Σύμφωνα με αυτό το συμπέρασμα, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες:

- Θετικά
- Αρνητικά
- Γνωστικά

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή αλλά και στον ίδιο τον ασθενή κατά τη πορεία της νόσου στο χρόνο. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να μεταβάλλεται από μέρα σε μέρα και ακόμα από την ώρα της μέρας. Επίσης οι ερευνητές έχουν επισημάνει ότι οι εποχές του χρόνου τείνουν να επηρεάζουν τα συμπτώματα και την έξαρση των ψυχωτικών επεισοδίων. Πολλοί ασθενείς με αρνητικά συμπτώματα ισχυρίζονται ότι τα συμπτώματά τους επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου και να βελτιώνονται με την άφιξη της άνοιξης. Από την άλλη πλευρά μερικοί άνθρωποι με θετικά συμπτώματα έχει παρατηρηθεί ότι τείνουν να επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια του ζεστού καιρού, ενώ οι εισαγωγές στο νοσοκομείο με οξεία επεισόδια σχιζοφρένειας αυξάνονται κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών.

### 2.7.1.ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα θετικά συμπτώματα είναι ψυχωτικές συμπεριφορές οι οποίες δεν παρατηρούνται γενικά σε υγιείς ανθρώπους. Υποδηλώνουν διαταραχή ή υπέρβαση της φυσιολογικής λειτουργικότητας (.Hogan, 2012). Συχνά αποτελούν τα πρώτα συμπτώματα που εκδηλώνονται στη σχιζοφρένεια και επιταχύνουν την ανάγκη για νοσηλεία. Σε κάποιους ασθενείς τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται για μικρό χρονικό διάστημα, ενώ σε άλλους ασθενείς παραμένουν σταθερά στο χρόνο. Η θεραπεία των θετικών συμπτωμάτων επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων. Στα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, οι διαταραχές της σκέψης, η αλλόκοτη συμπεριφορά και οι κινητικές διαταραχές.

#### 2.7.1.1. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

Οι ψευδαισθήσεις είναι εσφαλμένες αισθητηριακές αντιλήψεις οι οποίες δεν υπάρχουν στο εξωτερικό περιβάλλον και έχουν παρόμοια ποιότητα με αυτήν μίας αληθούς αντίληψης. Μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές, απτικές, γευστικές, οσφρητικές ή συνδυασμός αυτών. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι πιο συνήθεις, επηρεάζοντας περισσότερους από το 70% των ασθενών. Εμφανίζονται κυρίως με τη μορφή ομιλίας (<<φωνές>>). Οι <<φωνές>> που ακούει ο πάσχων μπορεί να ανήκουν σε οικεία του πρόσωπα, όπως μέλη της οικογένειας του, σ' έναν γείτονα ή ένα φανταστικό χαρακτήρα. Οι <<φωνές>> μπορεί να είναι ψιθυριστές ή να ακούγονται ευκρινώς, και είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν λέξεις, φράσεις ή προτάσεις (Andreasen & Black, 2015). Επίσης παρατηρείται να έχουν την ιδιότητα να συζητούν, να σχολιάζουν την συμπεριφορά του ασθενούς ή να τον παρακινούν να προβεί σε διάφορες ενέργειες.

Η δεύτερη συχνότερη μορφή ψευδαισθήσεων αποτελούν οι οπτικές ψευδαισθήσεις. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις διακρίνονται σε απλές και σύνθετες. Κατά την εκδήλωσή τους, μπορεί να εμπλέκονται λάμπεις φωτός, πρόσωπα, ζώα ή πράγματα. Οι αντιδράσεις των ασθενών στις οπτικές ψευδαισθήσεις ποικίλλουν και έχει καταγραφεί η εκδήλωση διάφορων συναισθημάτων όπως ευχαρίστηση, φόβος ή αδιαφορία.

Αξίζει να σημειωθεί πως οι ψευδαισθήσεις βιώνονται και σε καταστάσεις που δεν σχετίζονται αποκλειστικά με τη ψυχική ασθένεια. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις για παράδειγμα μπορούν να εμφανιστούν σε φυσιολογικά άτομα υπό ορισμένες συνθήκες όπως σε ψυχωτικά σύνδρομα οφειλόμενα σε οργανικά αίτια, αλλά διαφέρουν καθώς είναι μικρότερης διάρκειας απ' αυτές στη σχιζοφρένεια. Οι οσφρητικές ψευδαισθήσεις είναι συχνές σε ασθενείς που πάσχουν από ορισμένες μορφές επιληπτικής διαταραχής (Getzfeld, 2009).

### 2.7.1.2. ΠΑΡΑΛΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ

Οι παραληρητικές ιδέες είναι εσφαλμένες πεποιθήσεις οι οποίες προκύπτουν δίχως την ύπαρξη κατάλληλου εξωτερικού ερεθίσματος και είναι αντίθετες με τη γνώση και την εμπειρία του ατόμου. Οι παραληρητικές ιδέες διαθέτουν ποικιλία ως προς το περιεχόμενό τους. Συνήθως παίρνουν την μορφή ιδεών μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, ελέγχου της σκέψης από τρίτους και τοποθέτησης σκέψης από κάποιους άλλους. Επίσης οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίζουν παραληρητικές ιδέες με περιεχόμενο μεγαλείου, διωκτικό, θρησκευτικό, σωματικό, μηδενιστικό ή σεξουαλικό.

Οι πιο κοινές παραληρητικές ιδέες είναι οι διωκτικού περιεχομένου και οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Στη περίπτωση των παραληρητικών ιδεών διωκτικού περιεχομένου, ο ασθενής πιστεύει ότι διώκεται από ένα συγκεκριμένο άτομο, από τμήματα της κοινωνίας ή από τον κόσμο πιο γενικά. Για παράδειγμα είναι δυνατόν ο ασθενής να πιστεύει ότι παρακολουθείται από την αστυνομία ή τις μυστικές υπηρεσίες. Στην περίπτωση των παραληρητικών ιδεών μεγαλείου, το άτομο διακατέχεται από την αντίληψη υπερβολικής προσωπικής σημαντικότητας και επιρροής επάνω στους άλλους (Hogan, 2012). Σ' αυτήν την κατηγορία ανευρίσκονται ασθενείς που μπορεί να πιστεύουν ότι είναι κάποια σπουδαία προσωπικότητα της ιστορίας όπως ο Ναπολέων ή ο Χίτλερ.

Το είδος και η συχνότητα των παραληρητικών ιδεών τείνουν να εξαρτώνται από το πολιτισμικό πλαίσιο του ασθενούς (Andreasen & Black, 2015). Για παράδειγμα στις ΗΠΑ ένας ασθενής με σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να πιστεύει ότι παρακολουθείται από τις μυστικές υπηρεσίες, ενώ στις υποσαχάριες αφρικανικές χώρες ένας ασθενής με σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανόν να πιστεύει ότι τον καταδιώκουν ή ότι έχει καταληφθεί από δαίμονες.

### 2.7.1.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ικανοί να κατανοήσουν τι αποτελεί σχετικό και τι όχι με μία κατάσταση. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης ενός θέματος μαζί τους, σύντομα μπορεί κάποιος να διαπιστώσει πως οι ασθενείς αδυνατούν να βάλουν τις σκέψεις τους σε μία λογική σειρά και να παρακολουθήσουν το θέμα της συζήτησης, κάνοντας την ομιλία τους αρκετά δυσνόητη. Πολλοί ασθενείς ισχυρίζονται πως νιώθουν τις σκέψεις τους να έρχονται και να φεύγουν χωρίς να μπορούν να τις <<πιάσουν>>. Ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler θεωρούσε τον αποδιοργανωμένο λόγο ως το σημαντικότερο σύμπτωμα, το οποίο αντανάκλούσε τον κατακερματισμό της σκέψης. Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο αποδιοργανωμένος λόγος είναι μια μορφή της αποδιοργάνωσης στη σχιζοφρένεια και επέρχεται λόγω της διαταραχής της σκέψης. Στην σχιζοφρένεια οι διαταραχές του ειρμού της σκέψης είναι πολύ συχνές και σ' αυτές ο όγκος και η ταχύτητα των σκέψεων μεταβάλλονται.

Σε κάποιες περιπτώσεις, ο ασθενής παρατηρείται να συνδέει λέξεις σε μία πρόταση, χωρίς ωστόσο να υπάρχει συνοχή και νόημα μεταξύ τους, δημιουργώντας τη λεγόμενη <<γλωσσική σαλάτα>>. Άλλες φορές πάλι καταγράφεται η ύπαρξη νέων λέξεων που έχουν επινοηθεί από τον πάσχοντα και έχουν νόημα μόνο γι' αυτόν (νεολογισμοί). Στις διαταραχές της οργάνωσης της σκέψης περιλαμβάνονται ακόμα η εμμονή, ο εύκολα διασπώμενος λόγος, ο ηχητικός συνειρμός, η ηχολαλία, η ηχοπραξία και η ανακοπή της σκέψης.

#### 2.7.1.4. ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η πλειοψηφία των ασθενών με σχιζοφρένεια εκδηλώνουν διάφορες μορφές αποδιοργανωμένης κινητικής συμπεριφοράς τόσο χρόνια όσο και στη διάρκεια του ψυχωσικού επεισοδίου. Οι διαταραχές της κινητικής συμπεριφοράς μπορούν να διακριθούν σε τρεις τύπους: α) σε ακινητικού τύπου, β) σε υπερκινητικού τύπου και γ) σε παρακινητικού τύπου.

Στις διαταραχές ακινητικού τύπου συμπεριλαμβάνονται η εμβροντησία, η προκλητή υποβολιμότητα, ο αρνητισμός, η αλαλία και οι αγαλματώδεις στάσεις. Στην κατατονική εμβροντησία, ο ασθενής μολονότι τελεί εν πληρεί συνείδηση, είναι ακίνητος, αμίλητος και δεν αντιδρά σε εξωτερικά ερεθίσματα. Στην περίπτωση της προκλητής υποβολιμότητας, ο ασθενής χαρακτηρίζεται <<εύπλαστος σαν κερύ>>, διότι εκτελεί μηχανικά σαν ρομπότ οποιαδήποτε εντολή λάβει. Υπάρχουν περιστάσεις ακόμα, στις οποίες ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί δίχως να είναι εμφανής ο λόγος για την συμπεριφορά του αυτή (αρνητισμός).

Οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου εκδηλώνονται με τη μορφή διέγερσης, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Οι ασθενείς εμφανίζουν ανεξέλεγκτη και άσκοπη κινητική δραστηριότητα, ενώ είναι ικανοί να διατηρούν άβολες και περίεργες στάσεις σώματος για μεγάλα χρονικά διαστήματα (πχ. οκλαδόν).

Τέλος οι διαταραχές παρακινητικού τύπου εκφράζονται με τη μορφή λεκτικών ή σωματικών μανιερισμών, λεκτικών ή σωματικών στερεοτυπιών και με ακούσιες χορευτικόμορφες κινήσεις. Στη περίπτωση που ο ασθενής προβαίνει σε στερεοτυπίες, μ' άλλα λόγια εκτελεί επαναλαμβανόμενες αλλά μη στοχοκατευθυνόμενες κινήσεις όπως οι διαρκείς ταλαντεύσεις του σώματος μπρος και πίσω. Έχει παρατηρηθεί πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίσουν στοχοκατευθυνόμενες δραστηριότητες, οι οποίες ή είναι αντίθετες με το πλαίσιο συζήτησης ή απλά παράξενες, όπως οι μορφασμοί του προσώπου (μανιερισμοί).

### 2.7.1.5. ΑΛΛΟΚΟΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η σχιζοφρένεια επηρεάζει και μεταβάλλει δραστικά τη συμπεριφορά του ατόμου. Η επιδείνωση της κοινωνικής συμπεριφοράς εμφανίζεται συχνά σε συνδυασμό με κοινωνική απόσυρση (Andreasen & Black, 2015). Έτσι στην αρχική φάση εκδήλωσης της νόσου, δηλαδή κατά την εφηβεία, οι πάσχοντες δείχνουν να έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για πολλές πτυχές της ζωής τους (σχολείο, εργασία, σεξουαλική δραστηριότητα). Η ψυχολογία των ασθενών φαίνεται να αλλάζει αναπάντεχα για τους τρίτους, με τους ασθενείς να γίνονται επιφυλακτικοί, απόμακροι, να αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και να αδυνατούν να επιλύσουν θέματα που τους απασχολούν, καθώς επίσης και να δυσκολεύονται στη λήψη αποφάσεων. Ως αποτέλεσμα αυτού επέρχεται έκπτωση τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο.

Με τη πάροδο του χρόνου και με την εξέλιξη της νόσου, παρατηρείται ότι οι ασθενείς πέραν της κοινωνικής απομόνωσης, παραιτούνται σταδιακά από την προσπάθεια για την προσωπική τους φροντίδα και αυτοδιατήρηση. Παρουσιάζονται ατημέλητοι, ρυπαροί και να φορούν βρώμικα ρούχα. Όσον αφορά τον προσωπικό τους χώρο, μπορεί να υπάρχουν διάσπαρτα αντικείμενα και γενική ακαταστασία. Πολλοί είναι εκείνοι οι ασθενείς που αναπτύσσουν και υιοθετούν μια ιδιαίτερα εκκεντρική εμφάνιση, όπως για παράδειγμα να φορούν αταίριαστα μεταξύ τους ρούχα ή περιδέραια στα αυτιά.

Οι πάσχοντες εκδηλώνουν ενίοτε παράδοξες συμπεριφορές που αντιβαίνουν τις κοινωνικές συμβάσεις. Είναι δυνατόν να ψάχνουν στα σκουπίδια για τροφή, να προβαίνουν σε ανήθικες χειρονομίες και συμπεριφορές σε κοινή θέα ή να βωμολοχούν και να βγάζουν κραυγές. Οι συμπεριφορές αυτές είναι ακατανόητες και φοβίζουν τη πλειοψηφία της κοινωνίας, οδηγώντας στον περαιτέρω στιγματισμό και απομόνωση των ασθενών με σχιζοφρένεια.



## 2.7.2 ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα αρνητικά συμπτώματα περιγράφουν πτυχές της κανονικής συμπεριφοράς του ατόμου που δεν διαθέτει πλέον και αντιπροσωπεύουν μια σημαντική πηγή αναπηρίας για τους πάσχοντες. Εννοιολογικά τα αρνητικά συμπτώματα ορίζονται ως η απώλεια ή το έλλειμμα μιας φυσιολογικής ψυχικής λειτουργίας. Δεν έχουν έντονη εμφάνιση και συχνά δεν αποτελούν απόλυτη ένδειξη ότι το άτομο πάσχει από σχιζοφρένεια. Το DSM-IV-TR αναφέρει τρία αρνητικά συμπτώματα ως χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας: την αλογία, τη συναισθηματική επιπέδωση και την αβουλία. Ένα ακόμη εξίσου σημαντικό αρνητικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας που πρέπει να αναφερθεί είναι η ανηδονία.

Στην αλογία περιορίζεται η ευχέρεια και η παραγωγικότητα της σκέψης και της ομιλίας. Χαρακτηριστικά της αποτελούν η μείωση του όγκου του λόγου και η κενότητα ή η πενία του λόγου, όταν ο όγκος του λόγου είναι επαρκής.

Η συναισθηματική επιπέδωση χαρακτηρίζεται από τη μείωση της συναισθηματικής έκφρασης και ανταπόκρισης. Η έκφραση του προσώπου στους ασθενείς παρατηρείται να είναι αμετάβλητη, ενώ οι εκφραστικές κινήσεις και χειρονομίες μειώνονται. Επίσης η βλεμματική επαφή είναι πτωχή και παρουσιάζεται απώλεια των εκφραστικών διακυμάνσεων της φωνής και επιβράδυνση στη ροή του λόγου. Κάποιες φορές οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν το λεγόμενο “απρόσφορο συναίσθημα”. Στο απρόσφορο συναίσθημα, οι ασθενείς ενδέχεται να χαμογελά όταν μιλά για ουδέτερα ή και δυσάρεστα θέματα, ή να γελά χωρίς κάποια συγκεκριμένη αιτία.

Στην αβουλία, οι ασθενείς εκδηλώνουν αδυναμία στην έναρξη και στη συνέχιση ενεργειών με συγκεκριμένο στόχο, συμπεριλαμβανομένων και των βασικών λειτουργιών της προσωπικής υγιεινής. Οι πάσχοντες μοιάζουν να έχουν χάσει την βουλευτική τους ικανότητα για δράση και τείνουν να καταφεύγουν στην απάθεια.

Με την χρήση της έννοιας ανηδονία, εννοούμε την αδυναμία του ατόμου να βιώσει το συναίσθημα της χαράς. Πολλοί είναι οι ασθενείς που αναφέρουν ένα υποκειμενικό αίσθημα κενότητας. Δραστηριότητα που προηγουμένως τους προσέφεραν ευχαρίστηση και ψυχική πληρότητα, όπως οι συναναστροφές με την οικογένεια και φίλους ή αθλητικά παιχνίδια, πλέον τους φαίνονται αδιάφορες και πληκτικές.

### 2.7.3.ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στη σχιζοφρένεια, αλλά και γενικά στην ευρύτερη κατηγορία των ψυχωσικών διαταραχών, εντοπίζεται σε σημαντικό ποσοστό ελλείμματα στις γνωστικές λειτουργίες. Η γνωστική έκπτωση στους ασθενείς κυμαίνεται από μέτρια έως βαριά και μαζί με τα συνοδά συμπτώματα της νόσου, ευθύνονται για τις δυσκολίες στη κοινωνική, επαγγελματική και διαπροσωπική λειτουργικότητα. Το τυπικό νευροψυχολογικό προφίλ των ασθενών με σχιζοφρένεια περιλαμβάνει ελλείμματα στην ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών, στην προσοχή/εγρήγορση, στην εργαζόμενη μνήμη, στη λεκτική μάθηση και μνήμη, στην οπτικοχωρική μνήμη, στη λογική σκέψη και επίλυση προβλημάτων, καθώς και στη κοινωνική νόηση (αναγνώριση συναισθημάτων και <<θεωρία του νου>>)(Φωκάς & Μποζίκας, 2009).

Οι γνωστικές διαταραχές στην σχιζοφρένεια συχνά απαιτούν ειδικές μεθόδους προκειμένου να ανιχνευτούν. Για παράδειγμα, ορισμένες από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η εκτίμηση της ικανότητας της μεταφορικής σκέψης και η ερμηνεία των παροιμιών. Η πλειοψηφία των ασθενών με σχιζοφρένεια εκδηλώνουν τουλάχιστον κάποια γνωστική εξασθένηση, αλλά, όπως και με άλλες πτυχές της νόσου, η σοβαρότητα και το εύρος των βλαβών ποικίλλει. Η μελέτη της εξελικτικής πορείας των γνωστικών ελλειμμάτων μακροχρόνια παίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την κατανόηση της πρόγνωσης, της θεραπείας και της έκβασης της σχιζοφρένειας. Γενικά μελέτες που ερευνούν την πορεία των νευρογνωστικών ελλειμμάτων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα ελλείμματα που εμφανίζονται στο πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο παραμένουν σταθερά με τη πάροδο του χρόνου. Μία πιθανή εξαίρεση σ' αυτό το πρότυπο μπορεί να αποτελεί η λεκτική μνήμη, καθώς υπάρχουν κάποια στοιχεία περαιτέρω έκπτωσή της (Φωκάς & Μποζίκας, 2009).

#### 2.7.4. ΑΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η έλλειψη εναισθησίας είναι ιδιαίτερα συχνή στην σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς αδυνατούν να αναγνωρίσουν την σοβαρότητα της κατάστασης τους και μπορεί να πιστεύουν ότι δεν είναι άρρωστοι ή ότι δεν παρουσιάζουν τίποτα το παθολογικό. Κατά συνέπεια η έγκαιρη διάγνωση και η ένταξη των ασθενών στο κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα καθυστερούν και δυσκολεύονται ακόμα πιο πολύ.

Ήπια ή αλλιώς χαρακτηριζόμενα ως << μαλακά >>, μη εστιακά νευρολογικά σημεία εμφανίζονται σε κάποιους ασθενείς και περιλαμβάνουν διαταραχές στη στερεογνωσία, στη γραφαισθησία, στην ισορροπία και στην ιδιοδεκτική αισθητικότητα (Andreasen & Black, 2015). Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν διαταραχές ύπνου, σεξουαλικής διάθεσης και άλλων φυσιολογικών λειτουργιών. Η αϋπνία εμφανίζεται σε πολλούς ασθενείς και συχνά αποτελεί πρόδρομο σύμπτωμα επερχόμενου ψυχωσικού επεισοδίου. Επειδή αναπτύσσεται συνήθως στην εφηβεία, οι περισσότεροι ασθενείς δεν ανακαλύπτουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό και έτσι μπορεί να έλκονται και από τα δύο φύλα. Παράλληλα μοιάζουν να έχουν αδρανείς σεξουαλικές ορμές και αποφεύγουν να πλησιάσουν κάποιον ερωτικά.

Η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών παρατηρείται επίσης συχνά στη σχιζοφρένεια. Διάφορες υποθέσεις έχουν διατυπωθεί αναφορικά με τη συσχέτιση της κατάχρησης οινοπνεύματος και της σχιζοφρενικής ψύχωσης. Μία υπόθεση είναι ότι αρχικά αυτοί οι σχιζοφρενικοί ασθενείς λόγω της καλύτερης προνοσηράς λειτουργικότητας τους έχουν περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με άλλους να κάνουν χρήση ουσιών και οινοπνεύματος, στη συνέχεια δεν διατηρούν τη χρήση μέσα από την επιβάρυνση των γνωστικών λειτουργιών και την κοινωνική απομόνωση στην οποία τους οδηγεί η ψυχοπαθολογία τους σε μία προσπάθεια να αποκτήσουν μία ταυτότητα περισσότερο αποδεκτή από του ψυχικά ασθενή (Μέλλος, 2009). Απ' την άλλη, υπάρχει η υπόθεση ότι οι σχιζοφρενείς καταφεύγουν στη κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ για να ανακουφιστούν από τα επώδυνα συμπτώματα της νόσου (πχ. αρνητικά συμπτώματα) ή τις παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας.

## 2.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας συχνά δεν είναι εύκολη και απαιτεί πολλές ιατρικές συνεδρίες προκειμένου να τεθεί. Ακόμα κι αν το άτομο έχει ψυχωτικά συμπτώματα, αυτό δεν σημαίνει ότι έχει σχιζοφρένεια. Για την διευκόλυνση της διαδικασίας διάγνωσης έχουν δημιουργηθεί δύο κύρια συστήματα διάγνωσης της σχιζοφρένειας : το Διαγνωστικό και το Στατιστικό των Ψυχικών Διαταραχών (DMS-IV) και η Διεθνής Ταξινόμηση νόσων (ICD-10).

Για την διάγνωση της σχιζοφρένειας, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην Ευρώπη, χρησιμοποιούν συνήθως τα κριτήρια του ICD-10, ενώ στις ΗΠΑ και τον υπόλοιπο κόσμο, καθώς και για τις ενημερωτικές μελέτες γίνεται χρήση των κριτηρίων του DSM-IV.

Σύμφωνα με το DMS-IV-TR τα διαγνωστικά κριτήρια για την σχιζοφρένεια είναι τα εξής :

- **A.Χαρακτηριστικά Συμπτώματα:** Δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, όλα παρόντα για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα κατά την διάρκεια ενός μήνα ή λιγότερο σε περίπτωση επιτυχούς θεραπείας τους :
  - § παραληρητικές ιδέες
  - § ψευδαισθήσεις
  - § αποδιοργανωμένος λόγος ( συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
  - § έντονα αποδιοργανωμένη κατατονική συμπεριφορά
  - § αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία).
- **B.Κοινωνική / Επαγγελματική δυσλειτουργία:** Για μια σημαντική περίοδο του χρονικού διαστήματος από την έναρξη της διαταραχής, εμφανίζεται αξιοσημείωτη έκπτωση λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους από τους μείζονες τομείς της δραστηριότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα, σε σύγκριση με το επίπεδο λειτουργικότητας που είχε επιτευχθεί πριν από την έναρξη της διαταραχής (ή όταν η έναρξη της διαταραχής βρίσκεται στην παιδική ή εφηβική ηλικία, αποτυχία κατάκτησης του αναμενόμενου επιπέδου διαπροσωπικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).
- **Γ.Διάρκεια:** Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Στην βμηνη αυτή περίοδο πρέπει να περιλαμβάνεται τουλάχιστον ένας μήνας με συμπτώματα του κριτηρίου A και δύναται να περιλαμβάνονται περιόδοι πρόδρομων ή υπολειμματικών συμπτωμάτων. Κατά την διάρκεια αυτών των πρόδρομων ή υπολειμματικών περιόδων, τα σημεία της διαταραχής είναι δυνατόν να εκδηλώνονται είτε μόνο με αρνητικά συμπτώματα είτε με δύο ή περισσότερα συμπτώματα του κριτηρίου A σε εξασθενημένη μορφή.

- **Δ.Αποκλεισμός σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής διάθεσης:** Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία έχουν αποκλειστεί διότι είτε 1) δεν υπήρξε κανένα μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μικτό επεισόδιο συγχρόνως προς τα συμπτώματα της ενεργούς φάσης, είτε 2) ακόμη κι αν εμφανίστηκαν συναισθηματικά επεισόδια κατά την ενεργό φάση, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με την διάρκεια των υπολειμματικών περιόδων.
- **Ε. Αποκλεισμός ουσίας / γενικής ιατρικής κατάστασης:** Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες-σε επίπεδο φυσιολογίας- επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ ουσία κατάχρησης ή φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
- **ΣΤ.Σχέση με μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή:** Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, τίθεται η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας μόνο αν υπάρχουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 1 μήνα.
- Το ICD έχει αρκετές ομοιότητες με το DSM, όμως η κύρια διαφορά τους αφορά την διάρκεια της νόσου, καθώς για το ICD απαιτείται ελάχιστη διάρκεια των συμπτωμάτων για 1 μήνα. Το ICD-10 ξεχωρίζει δύο ομάδες πολύ πιο συγκεκριμένων συμπτωμάτων, στα οποία ανήκουν:
  - **Α ομάδα**
    - § Ηχώ σκέψης
    - § Παραληρητικές ιδέες ελέγχου
    - § Παιραιοθησιογόνες φωνές που συζητούν ή σχολιάζουν τον ασθενή μεταξύ τους
    - § Επίμονες παραληρητικές ιδέες άλλου είδους που είναι αδύνατον να συμβαίνουν
  - **Β ομάδα**
    - § Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις που συνοδεύονται από υπερεκτιμημένες ιδέες
    - § Ασυνάρτητη ομιλία
    - § Κατατονική συμπεριφορά
    - § Αρνητικά συμπτώματα

## 2.9 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σκοπός της διαφορικής διάγνωσης είναι η επαλήθευση της ύπαρξης της σχιζοφρένειας και η αποφυγή σύγχυσης της με άλλες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες φέρουν μεν παρόμοια συμπτώματα, αλλά μπορεί να έχουν καλύτερη πρόγνωση. Η σωστή διάγνωση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για τη προετοιμασία του ασθενή και της οικογένειας του σχετικά με τη νόσο και το καθορισμό της κατάλληλης θεραπευτικής φροντίδας. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας πρέπει να στηρίζεται στη μέθοδο της <<εις άτοπον απαγωγής>>, επειδή οι συνέπειες της είναι σοβαρές και περιορίζουν τις θεραπευτικές επιλογές.

Αρχικά θα πρέπει να αποκλείεται η περίπτωση στην οποία τα ψυχωτικά συμπτώματα οφείλονται σε γενικές ιατρικές παθήσεις. Θα πρέπει να διεξάγεται η λεπτομερής φυσική εξέταση του ασθενούς και η λήψη ιστορικού, έτσι ώστε να αποκλείονται τα παθολογικά αίτια που προκαλούν <<σχιζοφρενικά>> συμπτώματα. Ψυχωτικά συμπτώματα προκαλούνται από πολλές παθήσεις, όπως λοιμώξεις, μεταβολικές και ενδοκρινικές διαταραχές, όγκοι και άλλες χωροκατακτητικές εξεργασίες και η κροταφική επιληψία.

Επιπλέον θα πρέπει να γίνεται διαχωρισμός μεταξύ της σχιζοφρένειας και των διαταραχών που προκαλούνται από τη δράση φαρμάκων και ουσιών. Μπορούμε να διακρίνουμε συμπτώματα οφειλόμενα στις ανεπιθύμητες ενέργειες ευρέως συνταγογραφημένων φαρμάκων (πχ. αντιχολινεργικά, κορτικοειδή, λεβοντόπα) και συμπτώματα οφειλόμενα στην κατάχρηση ουσιών (πχ. παραισθησιογόνων, φαινυλκυκλιδίνης, αμφεταμινών, κοκαΐνης, αλκοόλ). Η παρατεταμένη χρήση αμφεταμίνης ή κοκαΐνης προκαλεί ψευδαισθήσεις ή παραλήρημα και η φαινυλκυκλιδίνη προκαλεί τόσο θετικά όσο και αρνητικά συμπτώματα.

Οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις συμβάλλουν στη διαδικασία αποκλεισμού των οργανικών αιτιών. Σε αυτές περιλαμβάνονται η γενική αίματος, η γενική ούρων, η μέτρηση των ηπατικών ενζύμων, της κρεατινίνης, της ουρίας, η εξέταση της θυρεοειδικής λειτουργίας και ορολογικές εξετάσεις για τη σύφιλη ή τη λοίμωξη από HIV. Ακόμα ειδικά σε ασθενείς που εμφανίζουν για πρώτη φορά τα σχετικά συμπτώματα, είναι χρήσιμη η αξονική και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τις διαταραχές της διάθεσης, την παραληρητική διαταραχή και τις διαταραχές προσωπικότητας. Η διάκριση της σχιζοφρένειας από τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και τις διαταραχές διάθεσης με ψυχωτικά συμπτώματα βασίζεται στο ότι στη σχιζοφρένεια ένα πλήρες καταθλιπτικό ή μανιακό σύνδρομο

είτε απουσιάζει εντελώς, είτε αναπτύσσεται μετά τα ψυχωτικά συμπτώματα, είτε έχει βραχεία διάρκεια σε σύγκριση με τη διάρκεια των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Σε σχέση με τη παραληρητική διαταραχή, η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται συχνά από παράξενες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, ειδικότερα εκείνοι με διαταραχές που εμπίπτουν στην ομάδα των εκκεντρικών προσωπικοτήτων (πχ. σχιζοειδής, σχιζότυπη και παρανοειδής) είναι δυνατόν να αδιαφορούν για τις κοινωνικές σχέσεις και να εμφανίζουν περισιγμένο συναίσθημα, παράδοξες πεποιθήσεις ή εκκεντρικό λόγο, αλλά δεν έχουν ενεργό ψύχωση.

Θα πρέπει, επίσης, να αποκλειστούν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η βραχεία ψυχωτική διαταραχή, η προσποιητή διαταραχή με ψυχολογικά συμπτώματα και η υπόκριση (Andreasen & Black, 2015).

## 2.10 ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Η έγκαιρη διάγνωση της σχιζοφρένειας βελτιώνει μακροπρόθεσμα το αποτέλεσμα της θεραπείας. Η έγκαιρη διάγνωση προϋποθέτει ικανοποιητική αναγνώριση των πρώιμων κλινικών εκδηλώσεων της σχιζοφρένειας, γεγονός όμως που δεν είναι πάντα εύκολα να επιτευχθεί.

Οι ειδικοί θέτουν την διάγνωση βασιζόμενοι στην προσεκτική και συνεχή εκτίμηση των συμπτωμάτων και του ιστορικού των ασθενών. Οι πληροφορίες που λαμβάνονται από την οικογένεια, από φίλους ή από διδάσκालους είναι σπουδαίας σημασίας για τον καθορισμό της έναρξης της σχιζοφρένειας. Οι έρευνες δείχνουν ότι μόνο το 35% των ασθενών με πρώιμα συμπτώματα θα διαγνωσθούν με σχιζοφρένεια τα επόμενα 2,5 χρόνια της ζωής τους.

Οι ειδικοί συνιστούν να δίνεται προσοχή στα ακόλουθα, ως πρώιμα συμπτώματα ενός ατόμου με ψύχωση:

- Το άτομο αποσύρεται ολοένα και περισσότερο από κοινωνικές σχέσεις και δράσεις
- Έχει σταθερή πτώση για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο στην απόδοσή του στο σχολείο, ή στην εργασία.
- Μοιάζει ολοένα και πιο στεναχωρημένο, ή ταραγμένο, χωρίς να είναι σε θέση να εξηγήσει το γιατί νοιώθει έτσι.

Στις μέρες μας δεν υπάρχει ειδική ακόμα εξέταση, η οποία να επικυρώνει την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων συμβάλλει στον αποκλεισμό άλλων πιθανών ιατρικών προβλημάτων που θα μπορούσαν να παρέχουν μια εναλλακτική εξήγηση. Οι ειδικοί γνωρίζουν ότι η λειτουργία του εγκεφάλου είναι εξασθενημένη στην σχιζοφρένεια αλλά οι απεικονιστικές εξετάσεις του εγκεφάλου, όπως η αξονική τομογραφία (CT), η μαγνητική τομογραφία (MRI) ή το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), δεν μπορούν να θεωρούνται διαγνωστικά εργαλεία για την σχιζοφρένεια. Ωστόσο, οι εξετάσεις αυτές μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό άλλων πιθανών αιτίων των συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα ένας εγκεφαλικός όγκος ή η διαταραχή επιληπτικών κρίσεων.

Ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη από το Τμήμα Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Yale. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε, παρέχει μια ένδειξη ότι η κεντρική σηματοδότηση του υποδοχέα NMDA, ενισχύεται σε τουλάχιστον μερικούς ασθενείς με κατάθλιψη και μειώνεται σε ορισμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Ο υποδοχέας NMDA (NMDAR) είναι ένας κύριος υπότυπος του υποδοχέα γλουταμικού οξέος που μεσολαβεί στην γρήγορη συναπτική μετάδοση στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η μειωμένη σηματοδότηση του NMDA έχει εμπλακεί στην παθογένεση της σχιζοφρένειας και θεωρείται ότι αποτελεί την βάση της γνωστικής δυσλειτουργίας και του προφίλ των συμπτωμάτων που παρατηρούνται σε ασθενείς με αυτήν την διαταραχή. Επειδή τόσο η σχιζοφρένεια όσο και η κατάθλιψη είναι ετερογενείς διαταραχές, είναι πολύ πιθανόν ότι η υποψία μη φυσιολογικής σηματοδότησης του NMDA να αντιπροσωπεύει υποομάδες ασθενών. Για παράδειγμα, ο ανταγωνιστής του NMDA, η κεταμίνη, επηρεάζει ορισμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια περισσότερο από άλλους ( Gunduz-Bruce et al., 2017).

## 2.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια δια βίου πάθηση. Ο ασθενής κατά την διάρκεια της ζωής του θα βιώσει περιόδους ύφεσης και περιόδους έξαρσης των συμπτωμάτων (υποτροπές). Γενικά, η θεραπεία της σχιζοφρένειας στοχεύει στην μείωση των συμπτωμάτων, την αποφυγή των υποτροπών και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας του ασθενή. Έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου το ¼ των νέων ατόμων με σχιζοφρένεια που λαμβάνουν θεραπεία, βελτιώνονται μέσα σ' ένα χρονικό διάστημα 6 μηνών με 2 χρόνων. Στις περιόδους υποτροπών, ίσως κριθεί απαραίτητη η νοσηλεία του ασθενή, ώστε να εξασφαλιστεί η ασφάλειά του, η σωστή διατροφή του, όπως επίσης και ο απαραίτητος ύπνος, μαζί με την δέουσα ιατρική φροντίδα. Παρακάτω θα αναφερθούν και θα αναλυθούν οι βασικοί άξονες της θεραπευτικής αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας.



### 2.11.1.ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία εκλογής της σχιζοφρένειας είναι η αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Πρόκειται για φαρμακευτική αγωγή, η οποία έχει στόχο την μείωση ή ακόμα και την εξάλειψη των θετικών και των αρνητικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα διατίθενται σε σκευάσματα που χορηγούνται από το στόμα, παρεντερικά βραχείας διάρκειας (ενδομυϊκά, ενδοφλέβια) και παρεντερικά μέσης ή μακράς διάρκειας παρατεταμένης αποδέσμευσης.

Ο πιθανός μηχανισμός δράσης των αντιψυχωτικών οφείλεται στην ιδιότητα τους να αποκλείουν τους μετασυναπτικούς D2 υποδοχείς της ντοπαμίνης στις μεταχιαμακές περιοχές του προσθίου εγκεφάλου (Andreasen & Black, 2015). Τα αντιψυχωτικά φάρμακα επιπλέον διαθέτουν χημική συγγένεια με ένα φάσμα άλλων υποδοχέων, πχ. σεριτονινεργικών, ισταμινικών, αδρενεργικών και άλλους, που ίσως σχετίζεται με την αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, αλλά και το προφίλ των παρενεργειών τους.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα διακρίνονται σε κλασικά (ή πρώτης γενιάς) και σε άτυπα αντιψυχωτικά (ή αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς). Τα κλασικά αντιψυχωτικά ελέγχουν τα θετικά συμπτώματα, ενώ τα άτυπα αντιψυχωτικά επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση και των θετικών και των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Αν και τα αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς είναι περισσότερο ανεκτά απ' αυτά της πρώτης γενιάς, επειδή προκαλούν λιγότερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες, εντούτοις πολλές φορές καθίστανται ως οι κύριοι υπεύθυνοι για την εκδήλωση διαταραχών, όπως η μειωμένη αντοχή στη γλυκόζη, η απορρύθμιση των λιπιδίων και η αύξηση του σωματικού βάρους.

### 2.11.2.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ

Όταν ανευρεθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή που ταιριάζει στον ασθενή, το επόμενο βήμα στην αντιμετώπιση της νόσου είναι η εφαρμογή ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Οι σύγχρονες ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν περισσότερο επεμβατικό χαρακτήρα και οι ειδικοί ασχολούνται όχι μόνο με την υποστήριξη του ασθενούς, αλλά και της οικογένειας του.

Ένα σύνολο ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπεία της σχιζοφρένειας και περιλαμβάνει: την οικογενειακή θεραπεία, τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT), την γνωστική αποκατάσταση, δεξιότητες κατάρτισης, θεραπεία που στηρίζεται στην κοινοτική υποστήριξη, την υποστηριζόμενη απασχόληση, συμβολικές οικονομικές παρεμβάσεις και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τη χρήση ουσιών και τον έλεγχο του βάρους. Η οικογενειακή θεραπεία και η εκπαίδευση που λαμβάνει υπόψη τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας συμβάλλει στην μείωση των υποτροπών της νόσου. Σχετικά με την αποτελεσματικότητά της εφαρμογής της γνωσιακής θεραπείας στην ψύχωση, η ανασκόπηση των

μελετών έδειξε ότι συμβάλλει στη μείωση των επανεισαγωγών, καθώς και της απαιτούμενης διάρκειας νοσηλείας, και μειώνει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων όπως οι ψευδαισθήσεις και η συνοδός κατάθλιψη.

### 2.11.3.ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι η ψυχοθεραπεία είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Δυστυχώς όμως, μόνο ένα 10% των ασθενών με σχιζοφρένεια ή με παρεμφερή πάθηση υποβάλλονται σε ψυχοθεραπεία όπως δείχνουν έρευνες. Η ψυχοθεραπεία δεν πρέπει να αντικαθιστά την φαρμακευτική αγωγή. Αντιθέτως, πρέπει να πραγματοποιείται παράλληλα με τη χορήγηση κατάλληλων δόσεων αντιψυχωτικών φαρμάκων. Με άλλα λόγια, ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας είναι ο πιο ενδεδειγμένος και χρήσιμος.

Ο γενικός στόχος της ψυχοθεραπείας είναι να παρέχει συνεχή συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη, εκπαίδευση για την ασθένεια, συμβουλές διαχείρισης των σχέσεων και της υγείας, δεξιότητες για βελτιωμένη λειτουργία και προσανατολισμό στην πραγματικότητα. Μπορεί να δοθεί έμφαση στη διατήρηση των κινήτρων και την επίλυση προβλημάτων. Όλες αυτές οι προσπάθειες διατηρούν την συμμόρφωση του ασθενούς όσον αφορά τη θεραπεία.

### 2.11.4.ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### 1)Οικογενειακή θεραπεία:

Στα πλαίσια της οικογενειακής θεραπείας γίνεται προσπάθεια αλλαγής του λανθασμένου τρόπου επικοινωνίας μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή, ο οποίος συμβάλλει στην επιδείνωση της κατάστασής του. Πολλές φορές λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης όσον αφορά τη σχιζοφρένεια, η οικογένεια εκφράζει έντονα συναισθήματα προς τον ασθενή (υπερεμπλοκή) ή επικρίνει τη συμπεριφορά του, οδηγώντας έτσι στην υποτροπή της νόσου.

Αρχικά γίνονται προσπάθειες να εκπαιδευτεί η οικογένεια στους τρόπους βελτίωσης της επικοινωνίας και στους τρόπους παροχής εποικοδομητικής υποστήριξης, οι οποίοι ωφελούν το μέλος που πάσχει. Παράλληλα ο θεραπευτής εκπαιδεύει την οικογένεια σχετικά με τη χρονιότητα της νόσου, τις επιπτώσεις, τα πρώιμα σημεία και τα συμπτώματα υποτροπής, τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και τις διαθέσιμες υποστηρικτικές δομές της κοινότητας. Η οικογενειακή θεραπεία σε συνδυασμό με την αντιψυχωτική αγωγή, έχει αποδειχτεί ότι μειώνει τα ποσοστά υποτροπής της σχιζοφρένειας κάτω από 10%.

#### 2)Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT):

Μια σημαντική μορφή ψυχοθεραπείας είναι και η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης και σε χρόνιους ασθενείς, ενώ στα προγράμματα αποκατάστασης διαδραματίζει επίσης σπουδαίο ρόλο

Κλειδί στην αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπευτικής μεθόδου, είναι η σχέση εμπιστοσύνης του θεραπευτή με τον ασθενή. Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να μοιράζεται τις εμπειρίες του και να αναφέρει τα συμπτώματα που θεωρεί ότι μειώνουν τη λειτουργικότητα του. Μέσα από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, ο θεραπευτής επιδιώκει να κατανοήσει τις πεποιθήσεις του ασθενή για τα συμπτώματα και τους τρόπους αντιμετώπισης τους. Σε γενικές γραμμές, στόχος αποτελεί η βελτίωση των λειτουργιών επεξεργασίας των πληροφοριών, όπως η μνήμη και η προσοχή και η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η υποβολή των παραληρητικών ιδεών στον έλεγχο της πραγματικότητας.

### **3)Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία:**

Στόχος αυτής της μεθόδου είναι η επίτευξη της ενεργής συμμετοχής του ασθενή στη διαδικασία της θεραπείας. Ο ασθενής πληροφορείται και αποκτά γνώσεις για τη νόσο της σχιζοφρένειας και εκπαιδεύεται ώστε να είναι ικανός να αναγνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα της, όπως επίσης και τα προειδοποιητικά σημάδια μιας επερχόμενης υποτροπής. Ακόμα προσφέρονται στον ασθενή προτάσεις και τρόποι αντιμετώπισης προσαρμοσμένες στις ανάγκες του.

### **4)Ψυχοθεραπεία αποκατάστασης:**

Στόχος της θεραπείας αποκατάστασης είναι η βοήθεια των ασθενών να αναπτύξουν μια περισσότερο αποδεκτή κοινωνική συμπεριφορά. Προσφέρει στους ασθενείς τα εφόδια για να είναι αυτόνομοι και ανεξάρτητοι, διδάσκοντας τους κοινωνικές, επαγγελματικές και οικονομικές δεξιότητες. Η απόκτηση περισσότερων επικοινωνιακών δεξιοτήτων βοηθάει στην εκ νέου ενσωμάτωση του ατόμου στη κοινότητα και την αποφυγή της απομόνωσης του. Απ' την άλλη, οι ασθενείς που είναι ικανοί να εργαστούν, μπορούν πλέον μέσα από τις στρατηγικές θεραπείας να εξασφαλίσουν μια σταθερή αμειβόμενη εργασία, η οποία προάγει την πλήρη ενσωμάτωση τους στην κοινωνία.

## **2.12.ΗΛΕΚΤΡΟΣΜΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT)**

Η μέθοδος της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ΗΣΘ) αναπτύχθηκε την δεκαετία του 1940 και τα έγκριτα αποτελέσματά της διαπιστώθηκαν από την δεκαετία του 1970 και μετά. Συνήθως εφαρμόζεται σε ασθενείς που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη για μία μεγάλη χρονική περίοδο, σε ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας και σε ασθενείς με ανθεκτική σχιζοφρένεια

Η ΗΣΘ είναι η διέγερση του εγκεφάλου με μία σύντομη ελεγχόμενη σειρά ηλεκτρικών σπασμών με τη συγχρόνηση ενδοφλέβιας αναισθησίας (Στεργιοπούλου, 2015). Τοποθετούνται δύο ηλεκτρόδια και χορηγείται ηλεκτρικό ρεύμα στους κροταφικούς λοβούς του εγκεφάλου. Μ' αυτό το τρόπο προκαλείται μία επιληπτική κρίση μικρής διάρκειας και ο ασθενής ανακουφίζεται

προσωρινά από τα συμπτώματα της διαταραχής. Σχετικά με τη δράση της ΗΣΘ, μία θεωρία υποδεικνύει ότι η δραστηριότητα της κρίσης που προκαλείται κατά τη διάρκεια της ΗΣΘ συνεπάγεται μια αλλαγή των χημικών διαβιβαστών του εγκεφάλου γνωστοί και ως νευροδιαβιβαστές (Στεργιοπούλου, 2015).

Η ΗΣΘ πολλές φορές μπορεί να αποδειχτεί πολύ αποτελεσματική σε περιπτώσεις που η νόσος είναι απειλητική και η φαρμακευτική αγωγή έχει αποτύχει. Ωστόσο σε κάθε περίπτωση ο ασθενής μαζί με την ιατρική ομάδα έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για την έναρξη και τη πορεία της ΗΣΘ.



### 2.13.ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Στην περίπτωση που ο ασθενής με σχιζοφρένεια παρουσιάζει σοβαρές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, αυτοκτονικό ιδεασμό ή τάσεις αυτοκτονίας, προβλήματα κατάχρησης ουσιών και αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά, ίσως κριθεί αναγκαία η εισαγωγή και η νοσηλεία του σε νοσοκομείο. Η εισαγωγή μπορεί να είναι είτε εκούσια είτε ακούσια. Η εκούσια εισαγωγή πραγματοποιείται μετά από την προσωπική απόφαση του ασθενούς, ο οποίος έχει αναγνωρίσει έγκαιρα τα σημεία υποτροπής και αναζητά βοήθεια. Αντίθετα η ακούσια εισαγωγή, πραγματοποιείται μετά από εισαγγελική εντολή και σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει υποτροπή με ψυχωτικό επεισόδιο, απόπειρα αυτοκτονίας ή προσπάθεια να βλάψει τον εαυτό του και τους γύρω του.

Πρέπει να καταβάλλονται προσπάθειες ώστε να αποτρέπεται η νοσηλεία του ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια σε νοσοκομείο ή σε ψυχιατρείο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εξασφάλιση

και την παροχή υποστήριξης της λειτουργικότητας του ασθενούς εκτός του νοσοκομείου. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται τακτικά και με μεγάλη υπομονή από ψυχιάτρους, ψυχιατρικούς νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και μία πληθώρα άλλων επαγγελματιών υγείας. Όσο πιο έγκαιρα εντοπιστούν τα σημεία της υποτροπής τόσο ευκολότερα μπορεί να αποφευχθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή σε ψυχιατρείο ή ακόμα και αν υπάρξει εισαγωγή, ο ασθενής παραμένει μόνο για ένα σύντομο χρονικό διάστημα.

#### 2.14. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ

Οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, οι γνωστικές και οι συναισθηματικές διαταραχές που χαρακτηρίζουν την σχιζοφρένεια, οδηγούν σε γενικευμένη αποδιοργάνωση και αλλοίωση του τρόπου που το άτομο βιώνει τον κόσμο γύρω του. Ως αποτέλεσμα αυτού, οι σχιζοφρενικοί ασθενείς παρουσιάζουν συχνά τάση για κοινωνική απόσυρση. Οι ασθενείς παρατηρούνται να αποσύρονται από την αλληλεπίδραση με τον εξωτερικό κόσμο και να καταφεύγουν στην δική τους πραγματικότητα. Η κοινωνική απόσυρση σ'έναν σχιζοφρενικό ασθενή μπορεί να προκαλείται από διάφορους παράγοντες, όπως ο φόβος ότι κάποιος θα τον βλάψει, ή από τον φόβο για τις κοινωνικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους λόγω της απώλειας των κοινωνικών δεξιοτήτων.

Επιπλέον οι ασθενείς πιθανόν να αδυνατούν να αντιληφθούν την έκταση που λαμβάνουν τα αρνητικά συμπτώματα στην ζωή τους. Οι οικείοι τους πολλές φορές παραπονιούνται ότι οι ασθενείς δείχνουν περιορισμένα ή και καθόλου συναισθήματα σε φίλους και συγγενείς και επίσης μπορούν να παρουσιάζονται ασυγκίνητοι και αδιάφοροι ως προς τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση του βαθμού κοινωνικής απόσυρσης και του βαθμού που τα αρνητικά συμπτώματα εκδηλώνονται. Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική απόσυρση είναι μεγαλύτερη κατά την έναρξη της ψύχωσης, σε άτομα που τα αρνητικά συμπτώματα είναι έντονα (Cullen et al., 2011).

#### 2.15. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Πολλές φορές, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια στιγματίζονται από τη κοινωνία ως άτομα προς αποφυγή. Αυτοί οι ασθενείς περιθωριοποιούνται από την οικογένεια τους αλλά και από το φιλικό περιβάλλον τους λόγω των συμπτωμάτων της ασθένειας αλλά και των προκαταλήψεων που υπάρχουν γύρω από αυτήν. Η έλλειψη γνώσεων για αυτήν την ασθένεια έχει οδηγήσει την κοινωνία στο να δημιουργήσει μύθους τρομακτικούς προκειμένου να καλύψει αποτρόπαια εγκλήματα και ανεξήγητες συμπεριφορές ατόμων. Τα άτομα αυτά, λόγω των ακουστικών ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών που εμφανίζουν εξαιτίας της σχιζοφρένειας προκαλούν φόβο και τρόμο στους γύρω τους, με αποτέλεσμα οι σχιζοφρενικοί ασθενείς να μην μπορούν να βρουν εύκολα δουλειά έτσι ώστε να συντηρηθούν μόνοι τους ή να κάνουν εύκολα φίλους και να αποκτήσουν μία κοινωνική ζωή. Αυτοί οι άνθρωποι μένουν περιθωριοποιημένοι και περιορισμένοι ακόμα και από

την οικογένεια τους. Επίσης, υπάρχει η συνήθεια από τη κοινωνία παρά το πέρασμα των χρόνων, να βασίζεται στις προκαταλήψεις που υπάρχουν γύρω από τη σχιζοφρένεια και να απομονώνει τα άτομα που πάσχουν από αυτήν, αντί να πιστέψει πως πλέον υπάρχει θεραπεία και ιατρική αποκατάσταση για αυτήν την ψυχική ασθένεια.

Όλη αυτή η απομάκρυνση και απομόνωση των συγκεκριμένων ασθενών, τους οδηγεί σε κατάθλιψη και πιθανόν αυτοκτονία .

Ένα βασικό μέρος της θεραπείας της σχιζοφρένειας βασίζεται στη βοήθεια της οικογένειας και φιλικού περιγύρου του ασθενή. Αν αυτά τα άτομα δεν είναι πρόθυμα να βοηθήσουν και να σταθούν στους σχιζοφρενείς, τότε οι ασθενείς κλείνονται στον εαυτό τους και παθαίνουν κατάθλιψη, έτσι η ασθένεια υποτροπιάζει και ο ασθενής καταλήγει με πιθανές αυτοκτονικές τάσεις, που εάν κάποιος συγγενής δεν το αντιληφθεί άμεσα ίσως ο ασθενής να επιχειρήσει να τις πραγματοποιήσει.

Εν τέλη, καταλήγουμε στο συμπέρασμα, πως η οικογένεια αλλά και ο κοινωνικός περίγυρος αποτελούν καταλυτικό παράγοντα στη θεραπεία του ασθενή από τη σχιζοφρένεια, αλλά και πιθανό παράγοντα στον υποτροπιασμό της ασθένειας, ανάλογα με τη στάση και τη συμπεριφορά που θα αναπτύξουν απέναντι στον ασθενή.

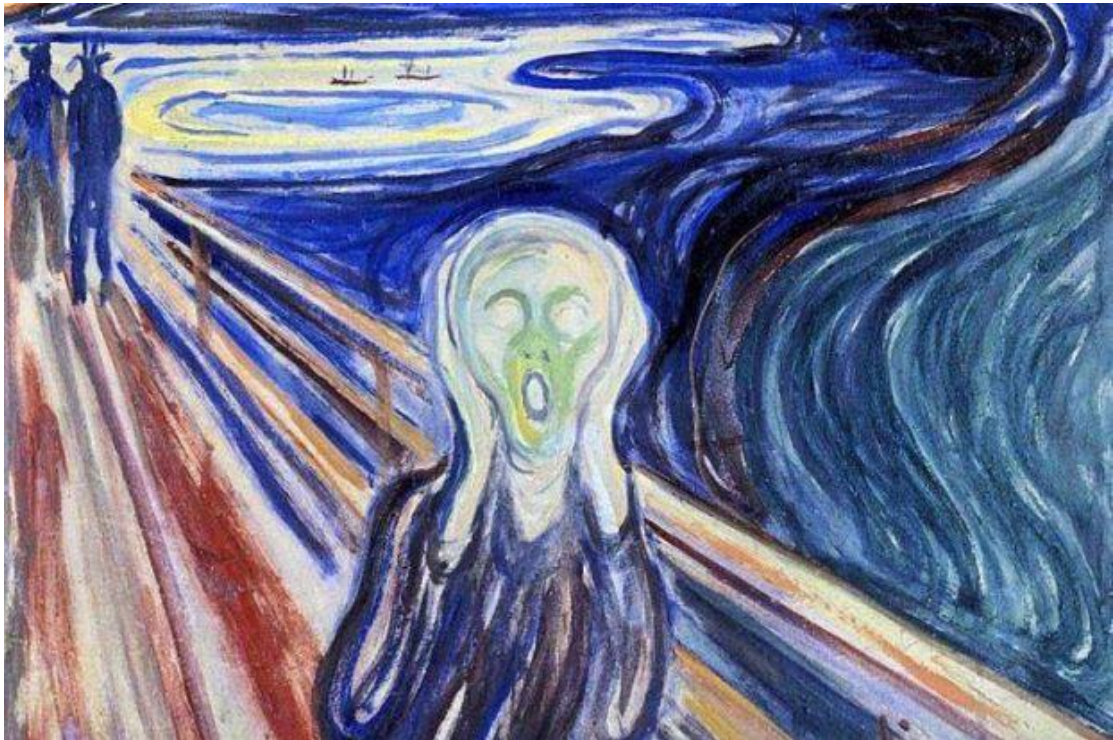
## 2.16 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η βελτίωση της νόσου της σχιζοφρένειας εξαρτάται εν μέρη και από την αντιμετώπιση του ασθενή από την οικογένεια του. Μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, τη φροντίδα την αναλαμβάνει η οικογένεια του, για αυτό λοιπόν είναι σημαντικό οι συγγενείς του να έχουν σαφή επίγνωση των πραγμάτων και να είναι σωστά ενημερωμένοι και εκπαιδευμένοι για τη κατάσταση του ανθρώπου τους έτσι ώστε να είναι πιο αποτελεσματικοί ως προς τη φροντίδα του ασθενή αλλά και για μην υπάρξει τυχόν υποτροπιασμός της ασθένειας.

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και περιτριγυρίζονται από συγγενείς που τους κατακρίνουν και τους στερούν την ελευθερία τους λόγω της ασθένειας τους, υποτροπιάζουν πιο συχνά ( Lemone & Burke, 2006 ).

Η καλή εξέλιξη της νόσου συνδέεται άμεσα με τη θετική συμμετοχή των συγγενών του ασθενή, στη ζωή του. Η οικογένεια του σχιζοφρενικού ατόμου, μπορεί να τον διευκολύνουν με τις δυσκολίες που προκύπτουν από αυτήν την ασθένεια. Ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος στην αποτελεσματική θεραπεία της σχιζοφρένειας θεωρείται καταλυτικός, διότι η οικογένεια επωμίζεται το μεγαλύτερο φορτίο της ασθένειας, οι συγγενείς είναι υπεύθυνη για τον ασθενή μετά τη νοσοκομειακή θεραπεία του και κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του (Οικονόμου, κ.α., 2014).

## Ειδικό μέρος



## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### 3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

#### 3.1.1. Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πριν την έναρξη της θεραπείας

Αρχικά το προσωπικό του νοσοκομείου οφείλει να δημιουργήσει ένα ουδέτερο αλλά και φιλόξενο περιβάλλον για τον ασθενή. Για αυτό και πρέπει να υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών έτσι ώστε να εκφράζονται τα συναισθήματα και οι ανησυχίες των ασθενών. Επίσης καλό θα ήταν προσωπικό να μην αλλάζει συνέχεια, αλλά να μένει σταθερό έτσι ώστε να επιτευχθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης. Στη συνέχεια καλό θα ήταν οι ασθενείς να έχουν πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων τους. Κατά την εισαγωγή του ασθενή στη κλινική το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μέσω συζήτησης και παρατήρησης, έχει την υποχρέωση να λάβει όλες τις πληροφορίες σχετικά με το οικείο περιβάλλον του ασθενή καθώς και των διαφόρων συνηθειών του ή πιθανών συνοδών νοσημάτων, να λάβει δηλαδή ένα πλήρες ιστορικό του ασθενή. Έπειτα εκτιμάται από το προσωπικό κατά πόσο είναι πιθανή η ανάπτυξη βίαιας συμπεριφοράς από τον ασθενή προς τον ίδιο, προς τους άλλους νοσηλευόμενους ασθενείς ή προς το προσωπικό της κλινικής. Αυτό γίνεται με σχετικές ερωτήσεις που γίνονται στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στην οικογένεια του για προηγούμενες βίαιες πράξεις στο σπίτι, για πιθανή χρήση ουσιών, καθώς και γνωρίζοντας το είδος της σχιζοφρένειας που πάσχει ο ασθενής αλλά και το είδος των παρανοειδών παραληρητικών ιδεών και των ακουστικών ψευδαισθήσεων που διατάζουν τον ασθενή. Ακόμα θα πρέπει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει και κατά πόσο υπήρξε πιθανότητα ο ίδιος ο ασθενής να ήταν θύμα βίας στο παρελθόν (Χριστοδούλου, 2006).

#### 3.1.2. Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της θεραπείας

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρατηρεί αλλά και να καταγράφει πιθανά προβλήματα ή παράπονα των ασθενών, που μπορεί να προέρχονται από τη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, κατά τη διάρκεια που χορηγείται η φαρμακευτική αγωγή το προσωπικό θα πρέπει να προσέχει για πιθανές βελτιώσεις της συμπεριφοράς του ασθενή, καθώς και την εξέλιξη της λειτουργικότητας του με στόχο την ανεξαρτητοποίηση του, και κατ' επέκταση την αποκατάσταση του σεβασμού και της αξιοπρέπειας του ασθενή. Στη συνέχεια θα πρέπει να υπάρχει μία συντονισμένη υποστήριξη της βιολογικής θεραπείας με την ψυχολογική έτσι ώστε η αυτοεκτίμηση του ασθενή να βελτιωθεί. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν καλό να έχει μία ουδέτερη αλλά φιλική επαφή με τον νοσηλευόμενο έτσι ώστε να μπορέσει να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αλληλεπιδρά με τους άλλους νοσηλευόμενους, αλλά και να μπορέσει να δώσει στον ασθενή σωστά ερεθίσματα ως προς τις αντιδράσεις στο στρες και την απογοήτευση. Κατά τη



χορήγηση αντιψυχωτικών πρώτης γενιάς, το προσωπικό θα πρέπει να παρακολουθεί για τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων όπως αύξηση του σωματικού βάρους, υπόταση, ταχυκαρδία, γαλακτόρροια, επιληπτικούς σπασμούς. Κατά το χρονικό διάστημα όπου γίνεται χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων δεύτερης γενιάς, το προσωπικό θα πρέπει να παρακολουθεί για τυχόν υπεργλυκαιμία, σιελόρροια, καταστολή, ορθοστατική υπόταση. Και τέλος κατά τη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων τρίτης γενιάς, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρακολουθεί για τυχόν υπόταση, ναυτία, δυσκοιλιότητα, κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο, ορθοστατική υπόταση (Χριστοδούλου, 2006).

### 3.1.3. Αντιμετώπιση ψυχωσικών επεισοδίων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Κατά την οξεία φάση της σχιζοφρένειας, η θεραπεία πρέπει να μένει μόνο στις βασικές ανάγκες του ασθενή, δηλαδή την ασφάλειά του, την θρέψη και την ανάπαυση του. Η σωστή αντιμετώπιση του πρώτου επεισοδίου είναι πολύ σημαντική για τη μετέπειτα εξέλιξη του ασθενή. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με τις πιθανές συμπεριφορές που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής κάθε φορά, θα πρέπει να πάρει και τα κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης, για την ακρίβεια όταν το προσωπικό κρίνει ότι ο πάσχων υπάρχει περίπτωση να επιδείξει βίαιη συμπεριφορά, θα πρέπει να αποφύγει τη σωματική επαφή με τον ασθενή, ο οποίος μπορεί να του επιτεθεί πιστεύοντας πως βρίσκεται σε άμυνα, να παρέμβει εγκαίρως σε περίπτωση ψυχοκινητικής διέγερσης, και να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι βρίσκεται σε περιβάλλον ασφαλές, ώστε να προλάβει την επιδείνωση της κατάστασής του. Βασική αιτία που μπορεί να συμβεί κάτι τέτοιο είναι ο φόβος. Επίσης καλό είναι να αποφευχθεί οποιαδήποτε επιθετική στάση προς τον ασθενή. Σε περίπτωση που εκείνος έχει ανάρμοστη συμπεριφορά, καλό θα ήταν ο νοσηλευτής να του το εξηγήσει με ήπιο τόνο και να στρέψει την προσοχή του κάπου αλλού. Σε ανάρμοστη συμπεριφορά, η παρέμβαση αρχίζει με όσο το δυνατόν λιγότερο περιορισμό και σταδιακή κλιμάκωση των μέτρων. Αρχικά με λεκτική παρατήρηση, με απόσπαση προσοχής, χορήγηση φαρμάκου, απομόνωση και τέλος καθήλωση. Θα πρέπει το προσωπικό να παρέχει ένα περιβάλλον με μειωμένα ερεθίσματα, καθώς η επεξεργασία πολλών ερεθισμάτων μπορεί να τον οδηγήσει σε διέγερση και επιθετικότητα. Αν η διέγερση έχει προκληθεί από άγχος και στρες σωστό θα ήταν να συζητηθούν πιθανές τεχνικές λύσεις ανάλογα με το αίτιο που τα προκάλεσε. Στη συνέχεια όταν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο πάσχων υπάρχει πιθανότητα να έχει διαταραχές στη σκέψη, θα πρέπει να χορηγήσει αντιψυχωτικά φάρμακα και να παρακολουθήσει την ανταπόκριση του ασθενή, και να προσπαθήσει να ενισχύσει την πραγματικότητα προς τον ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της συζήτησης με τον ασθενή, η οποία τον αποσπά από τις αποδιοργανωμένες σκέψεις αλλά και τον ενθαρρύνει να εκφράζει τα συναισθήματά του, ιδιαίτερα αν είναι φόβου ή άγχους. Η παραδοχή της

δυσκολίας της κατάστασής του μπορεί να αποβεί θετική για την πορεία του. Στη περίπτωση όμως που οι διαταραχές της σκέψης εκδηλώνονται υπό τη μορφή ψευδαισθήσεων, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να μειώσει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όπως ο θόρυβος, καθώς ο ασθενής δυσκολεύεται να επεξεργαστεί πολλά ερεθίσματα ταυτόχρονα και επιδεινώνεται η κατάστασή του. Σε κάθε ψυχωσικό επεισόδιο σοφότερο είναι να αλληλεπιδράσει ένα μόνο άτομο με τον ασθενή καθώς και να προσπαθήσει να προσδιορίσει τους παράγοντες που του προκαλούν τις ψευδαισθήσεις έτσι ώστε να μπορέσει στη πορεία να τις αποφύγει. Επίσης θα πρέπει να είναι γνωστό το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων, για να γνωρίζει τι σκοπεύει να κάνει ο ασθενής. Καλό είναι να μην φέρνει αντιρρήσεις γι' αυτό που βιώνει ο ασθενής, αλλά να του παρουσιάσει την πραγματικότητα έτσι ώστε με αυτό το τρόπο να επαναφέρει τον ασθενή στη πραγματικότητα με τους δικούς του ρυθμούς και όχι να τον πιέσει να τη δεχτεί. Σώφρων είναι επίσης ο νοσηλευτής να αποφύγει την επαφή με τον ασθενή κατά τη διάρκεια των ψευδαισθήσεων γιατί ο ασθενής μπορεί να το εκλάβει ως κάτι απειλητικό και να μπει στη διαδικασία αυτοάμυνας. Τέλος, σκοπός όλων των παραπάνω είναι να μπορέσει ο ασθενής να εμφανίσει λιγότερες ψευδαισθήσεις, λιγότερο απειλητικές και να ενταχθεί σε ένα περιβάλλον βασισμένο στην πραγματικότητα. Αν οι διαταραχές της σκέψης εκδηλώνονται υπό τη μορφή παραισθήσεων, ο νοσηλευτής θα πρέπει να μην αμφισβητήσει την παραληρητική ιδέα, καθώς ο ασθενής θα αναγκαστεί να προσκολληθεί σε αυτή προκειμένου να την αποδείξει, αυτό όμως δε σημαίνει ότι μπορεί να δώσει στον ασθενή την εντύπωση ότι η ιδέα του είναι αληθινή, αλλά να προσπαθήσει να εντάξει τον ασθενή σε δραστηριότητες που συνδέονται με την πραγματικότητα, προκειμένου να τον κατευθύνει προς αυτές. Αν ο ασθενής έχει δυσκολία στην φροντίδα του εαυτού του, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή για να εκτελεί μόνος τους τις διαδικασίες αυτές. Αν όμως διαπιστώσει ο νοσηλευτής ότι ο ασθενής δυσκολεύεται, τότε θα πρέπει να παρέχει την κατάλληλη βοήθεια, να δείξει δηλαδή στον ασθενή τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να φροντίζει τον εαυτό του και να του υπενθυμίζει ότι ξεχνάει. Να επιβραβεύει τον ασθενή όταν καταφέρνει τα παραπάνω, ώστε να είναι πιο πιθανό να συνεχίσει αυτή την επιθυμητή συμπεριφορά. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις κοινωνικές του σχέσεις τότε το προσωπικό της κλινικής θα πρέπει να πλησιάσει τον ασθενή με ειλικρίνεια έτσι ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και να καταφέρει να λειτουργήσει ως πρότυπο κοινωνικής συμπεριφοράς, να συγχαίρει τον ασθενή για κάθε προσπάθεια του για επαφή με τρίτους και να τον ενθαρρύνει να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες του νοσοκομείου (Eby & Brown, 2010).

#### 3.1.4.Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τη θεραπεία

Μετά τη θεραπεία το πρώτο πράγμα που πρέπει να περάσει από αξιολόγηση είναι το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή και τη δυνατότητα εργασίας. Στη συνέχεια ελέγχεται η ενίσχυση της ικανότητας του ασθενή στην επικοινωνία. Επίσης εκτιμάται η γνωστική λειτουργία του ασθενή, δηλαδή, η μνήμη του, την κριτική και αφαιρετική ικανότητα της σκέψης του, ώστε να ακολουθήσει η διδασκαλία που θα τον προετοιμάσει να βγει από το νοσοκομείο. Τέλος, θεωρείται πρέπον από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να δώσει συμβουλές στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του που στοχεύουν στην ενίσχυση της υγιούς συμπεριφοράς και την έγκαιρη αναγνώριση πιθανής επανεμφάνισης των συμπτωμάτων, και να τονίσει τη σημαντικότητα της συνέχειας της φαρμακευτικής θεραπείας του (Χριστοδούλου, 2006).

#### 3.1.5.Νοσηλευτικές συμβουλές στον ασθενή για την πορεία του μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

Στο τελευταίο στάδιο της νοσηλευτικής φροντίδας βρίσκεται η εκπαίδευση του ασθενή ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μελλοντικού υποτροπιασμού και να μπορεί να ελέγχει τη νόσο του. Απαραίτητη προϋπόθεση για να είναι αποτελεσματική η διαδικασία είναι να γίνει αξιολόγηση του ασθενή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και να κριθεί ικανός να μάθει, άρα να έχει αναπτύξει και την αυτοσυγκέντρωση του. Το κυριότερο σημείο της διαδικασίας είναι να καταλάβει ο ασθενής τη σπουδαιότητα της λήψης των φαρμάκων του. Επίσης, θα πρέπει ο πάσχον να ενημερωθεί και για άλλους τρόπους αυτοεξυπηρέτησης και αυτοβοήθειας όπως είναι η συμμετοχή σε ομαδικές θεραπείες, η απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η σημαντικότητα να φροντίζει τον εαυτό του σε καθημερινή βάση, ώστε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του (Doran, 2013).

Μέσα από τη συζήτηση μεταξύ ασθενή και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ο ασθενής παίρνει πληροφορίες για τη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει στο σπίτι, για τον τρόπο λήψης των φαρμάκων, για το λόγο που πρέπει να συνεχίσει να τα λαμβάνει, για τις παρενέργειες που μπορεί να έχει και ότι πρέπει πάντα να αναφέρονται στον ψυχίατρό του, για τους τρόπους πρόληψης των υποτροπών και τέλος για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στο σπίτι, εάν ξαναεμφανιστούν (Doran, 2013).

Επομένως, ο νοσηλευτής, προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή να αποφύγει τον υποτροπιασμό, ακόμα κι όταν συνεχίζει τη θεραπεία του, θα πρέπει να του δώσει μία σειρά από στρατηγικές που μπορεί να ακολουθήσει, όπως να εξηγήσει στον πάσχοντα ότι τα συναισθήματα που προηγήθηκαν της νοσηλείας του αποτελούν τα προειδοποιητικά σημεία, τώρα που ξέρει πως είναι, μπορεί να τα παρακολουθεί και αν νιώσει να ξαναέρχονται να ενημερώσει την οικογένειά του ή κάποιον οικείο του και να ενημερώσει τον ψυχίατρό του για να τροποποιήσει την φαρμακευτική αγωγή. Να βοηθήσει τον ασθενή να βάλει κάποιους στόχους και να του εξηγήσει ότι η συνέχιση της θεραπείας

του είναι απαραίτητη για να τους εκπληρώσει αφού μόνο έτσι θα μπορέσει να αποφύγει επόμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Να τονίσει την αναγκαιότητα απομάκρυνσης του στρες από την καθημερινότητα. Να πει στον ασθενή να βρει δραστηριότητες που τον κάνουν να νιώθει καλύτερα και να τις καταγράψει έτσι ώστε όταν κάποια στιγμή νιώσει την ανάγκη να μπορέσει να ανατρέξει σε αυτές και να διαλέξει μία ώστε να φτιάξει τη διάθεσή του. Να αποφεύγει επικίνδυνες καταστάσεις που περιλαμβάνουν φωνές, διαπληκτισμούς, χρήση ουσιών και βίαια επεισόδια. Να διατηρεί υγιής και σωστή διατροφή, κανονικό ύπνο και άσκηση, να υιοθετήσει δηλαδή ένα σωστό τρόπο ζωής. Να σκέφτεται θετικά και να αποδεχτεί το γεγονός ότι κάποιες μέρες είναι δύσκολες και κάποιες άλλες εύκολες, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε όλους μας. (Eby & Brown, 2010).

Επίσης ορισμένοι τρόποι για τη σωστή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας από τον ασθενή είναι το διάβασμα δυνατά, η περιγραφή ενός αντικειμένου. Η αλληλεπίδραση, όπως το πρόσταγμα προς τις φωνές να σταματήσουν, η στρατηγική της δραστηριότητας, όπως περπάτημα, μπάμιο, γυμναστική. Η κοινωνική στρατηγική που περιλαμβάνει συνομιλία με ένα έμπιστο άτομο, ή σε κάποια γραμμή βοήθειας. Τέλος, ο νοσηλευτής μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή σε διάφορα κοινοτικά προγράμματα και να τον ενθαρρύνει να ξεκινήσει ψυχαγωγικές δραστηριότητες, προκειμένου να αναπτύξει κοινωνική συναναστροφή με άλλα άτομα. Είναι επίσης ένα σημαντικό βήμα, καθώς από μόνος του, χωρίς την απαραίτητη παρότρυνση, δεν έχουν κίνητρα για να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις (Doran, 2013).

### 3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Κατά την εισαγωγή ενός ασθενή με σχιζοφρένεια, ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ειδικά προετοιμασμένος ως προς την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς ως μία ιδιαίτερης και μοναδικής οντότητας, αλλά και ως προς την εξατομικευμένη φροντίδα του ατόμου με σεβασμό και εγκάρδιο ενδιαφέρον (Ραγιά, 2009).

Επίσης, ο νοσηλευτής είναι το άτομο που θα συμβάλλει στην αποφυγή πιθανής έξαρσης της νόσου εφόσον γνωρίζει τους πιθανούς παράγοντες που την προκαλούν. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενημέρωση των συγγενών αλλά και του οικείου περιβάλλοντος του ασθενή σχετικά με τους βλαπτικούς αυτούς παράγοντες. Σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια ο νοσηλευτής επιβάλλεται να εκπαιδεύσει τον ασθενή και το οικείο περιβάλλον που τον φροντίζει να βαδίζουν σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή και την ψυχολογική του υποστήριξη, επίσης θα πρέπει να τους ενημερώσει σχετικά με την αντιμετώπιση ψυχικών κρίσεων του ασθενούς. Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να φτάσει σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο

αυτοφροντίδας, δηλαδή να καλύπτει μόνος του τις ανάγκες του συμφιλώνοντας με την ασθένειά του ( Eby & Brown, 2009).

Τέλος, ο νοσηλευτής βάση των γνώσεων του για τη σχιζοφρένεια, βοηθά τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του να προσαρμόσουν τη ζωή τους βάση των συμπτωμάτων της νόσου αλλά και της πορείας αυτής. Ο νοσηλευτής φροντίζει τον για την ψυχική, αλλά και σωματική υγεία του ασθενή εντός και εκτός νοσοκομείου.

### 3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

#### A. Στις αισθητηριακές και αντιληπτικές διαταραχές

Ως συνέπεια των αισθητηριακών και αντιληπτικών διαταραχών, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται διαφορετικά την πραγματικότητα. Τα αισθητηριακά ερεθίσματα που παίρνει ο ασθενής, αλλοιώνονται και ερμηνεύονται με λανθασμένο τρόπο, με αποτέλεσμα η αντίδραση του σ' αυτά να είναι υποτονική ή υπερβολική ή έως και ανύπαρκτη. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού αποσκοπούν στο να μπορεί ο ασθενής να διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον του, στη βελτίωση των λειτουργιών της σκέψης και της αντίληψης και στη μείωση της παρουσίας των ψευδαισθήσεων.

Στις ατομικές συνεδρίες, ο νοσηλευτής οφείλει να απευθύνεται προς τον ασθενή με σεβασμό και να ακούει τι έχει να του εκμυστηρευτεί με ενδιαφέρον και προσοχή. Ο νοσηλευτής καλό είναι να μην έρχεται σε αντιπαράθεση και να επικρίνει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της περιγραφής των συμπτωμάτων του. Αντιθέτως ο ασθενής θα πρέπει να ερωτάται ευθέως και να του δίνεται η ευκαιρία να εκφράσει τις πεποιθήσεις του για τις ψευδαισθήσεις που μπορεί να βιώνει. Η κατανόηση και η παροχή υποστήριξης παίζουν καταλυτικό ρόλο στη διαδικασία της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Όταν οι ψευδαισθήσεις κάνουν την εμφάνιση τους, ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθεί να εστιάζει τη προσοχή του αρρώστου σε γεγονότα και πρόσωπα που όντως είναι υπαρκτά. Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την ευθύνη να προσανατολίσει τον ασθενή στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία, να επαληθεύσει και να ενισχύσει τα ερεθίσματα που υφίσταται ο ασθενής και να προσδιορίζει σε κάθε περίπτωση την ώρα, τον τόπο, τα παρόντα πρόσωπα και γεγονότα. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι σε εγρήγορση και να παρατηρεί τη συμπεριφορά του ασθενούς, καθώς μέσα από ορισμένες κινήσεις φαίνεται ότι πιθανότατα βιώνουν ψευδαισθήσεις. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια των συζητήσεων με ένα νοσηλευτή, ο ασθενής μπορεί να διακόπτει περιστασιακά την οπτική επαφή ή να κοιτάζει σε ένα κενό σημείο του

δωματίου. Η συμπεριφορά αυτή υποδηλώνει ότι ίσως ο ασθενής βιώνει τη στιγμή εκείνη ψευδαισθήσεις.

Η οριοθέτηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, σχετικά με τις παρορμητικές αντιδράσεις του ασθενούς στα παρερμηνευμένα ερεθίσματα είναι ζωτικής σημασίας. Ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθεί να αποσπά την προσοχή του ασθενούς, όταν διαπιστώνει την εμφάνιση των ψευδαισθήσεων. Καθώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα αλλοιωμένη, αδυνατεί να ελέγξει την αυθόρμητη, και συχνά επιθετική, αντίδρασή του στη λανθασμένη αντίληψη που του δίνουν τα ερεθίσματα. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για να διδάξουν στον ασθενή α) ότι οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις είναι συμπτώματα της σχιζοφρένειας και β) τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων με στόχο τη διατήρηση της συγκέντρωσης του ατόμου. Για παράδειγμα προτρέπουν τους ασθενείς να διαβάζουν με δυνατή φωνή ένα βιβλίο, να περπατάει ή να διατάζει τις φωνές που ακούει να σταματήσουν (Κούκια, 2014).

Τέλος, στόχος των νοσηλευτών είναι να μπορούν να προστατέψουν τους ασθενείς από τις σωματικές βλάβες, σε περιπτώσεις που οι ψευδαισθήσεις περιέχουν διαταγές, και να χορηγούν ψυχοτρόπα φάρμακα σε έκτακτες περιπτώσεις (Kneisl et al., 2004).

## **B. Στις διαταραχές των διεργασιών της σκέψης**

Ως συνέπεια των διαταραχών της σκέψης, οι σκέψεις των ασθενών με σχιζοφρένεια συχνά διακόπτονται και αποδιοργανώνονται. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σ' αυτές τις διαταραχές αποβλέπουν, μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο, στο να μάθει να αναγνωρίζει ο ασθενής τυχόν αλλαγές στη σκέψη και τη συμπεριφορά του, να μπορεί να κάνει διάκριση μεταξύ των παραληρητικών ιδεών και πραγματικότητας, καθώς και να είναι να είναι ικανός να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις (Ραγιά, 2009).

Στο πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση των διαταραχών στη διεργασία των σκέψεων, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ερευνήσει και να εντοπίσει τα δυνατά σημεία των ασθενών και να τους βοηθήσει να αναπτύξουν τις ικανότητες τους για τη διαχείριση της νόσου. Ο νοσηλευτής πρέπει να επιδεικνύει ενδιαφέρον, κατανόηση για τις σκέψεις των ασθενών με σχιζοφρένεια και παράλληλα να αναζητά τι θέλει να πει πραγματικά θέλει να πει ο ασθενής πίσω από τις ασαφείς εκφράσεις του. Ο ασθενής με σχιζοφρένεια δεν μπορεί να οργανώσει τις σκέψεις του σε μία λογική σειρά και πολλές φορές η προσοχή του αποσπάται εύκολα, με αποτέλεσμα η επικοινωνία μαζί του να είναι ακατανόητη και δύσκολη. Μέσα από την ακρόαση του ασθενούς, η οποία διέπεται από σεβασμό και ενδιαφέρον, ο νοσηλευτής μπορεί να κατανοήσει τον τρόπο σκέψης του ασθενούς, στη συνέχεια να κατευθύνει τον ειρμό των σκέψεων του και τελικά να κατορθώσει, ο ασθενής να είναι ικανός να διατηρήσει την συγκέντρωσή του και να επικοινωνήσει αυτά που αισθάνεται με μεγαλύτερη άνεση.

Όταν επιτυγχάνεται η διατήρηση της προσοχής και η συγκρότηση της σκέψης του ασθενούς, μειώνονται οι ασύνδετες και παραληρητικές σκέψεις. Στην περίπτωση που ασθενής με σχιζοφρένεια δρα με απρόβλεπτο τρόπο στην διαταραγμένη σκέψη του, είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να θέσει όρια, τα οποία προάγουν τόσο την ασφάλεια του ασθενούς όσο και των ατόμων γύρω του.

Όσον αφορά τις διαταραχές της διεργασίας των σκέψεων, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων χορηγείται αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Τα κύρια σκευάσματα που χρησιμοποιούνται σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης (Largactil), του θειοξανθενίου (truxal), της βουτυροφαινόνης (aloperidin) και της διβενζοδιαζεπίνης (loxitane). Ο νοσηλευτής στην φαρμακοθεραπεία προσέχει ώστε να χορηγηθεί η σωστή δοσολογία αφενός και αφετέρου παρακολουθεί την θεραπευτική δράση των αντιψυχωτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων, σημειώνοντας ταυτόχρονα τυχόν παρενέργειες όπως οι αντιχολινεργικές, η καταστολή, η ορθοστατική υπόταση, οι ενδοκρινικές παρενέργειες, η ακοκκιοκυτταραιμία και τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα (Ραγιά, 2009).

#### Γ. Στις διαταραχές της συμπεριφοράς

Στις διαταραχές της συμπεριφοράς, οι σχιζοφρενικοί ασθενείς παρουσιάζουν αμυντικές και εχθρικές συμπεριφορές σε τρίτους, προσπαθώντας να προστατέψουν τον εαυτό τους. Συχνά είναι καχύποπτοι και πιστεύουν πως όποιος τους πλησιάζει πιθανότατα σκοπεύει να τους βλάψει. Απ' την άλλη πλευρά, οι αμυντικές και εχθρικές συμπεριφορές μπορεί να οφείλονται στην αδυναμία του ασθενούς να εκφράσει τα αισθήματά του, την συσσώρευση της εσωτερικής τους ενέργειας και το άγχος.

Όταν ο ασθενής εκδηλώνει επιθετική συμπεριφορά ενώ βρίσκεται σε κατάσταση παράνοιας και υπερδιέγερσης, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να μην επιχειρεί την σωματική επαφή μαζί του. Ο ασθενής μπορεί να λάβει την οποιαδήποτε κίνηση ως τμήμα της ψευδαίσθησης που του δημιουργεί το αίσθημα απειλής και να επιτεθεί προκειμένου να προστατευτεί. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε γενικευμένη ψυχοκινητική διέγερση και νιώθουν φόβο, ο νοσηλευτής πρέπει να αποτρέπει την περεταίρω επιδείνωση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς.

Σε καμία περίπτωση δεν συνίσταται η επιθετική αντιμετώπιση ενός σχιζοφρενικού ασθενούς που εκδηλώνει επιθετική συμπεριφορά. Η συμπεριφορά του νοσηλευτή είναι μεταδοτική. Γι' αυτό το λόγο είναι προτιμότερη η διατήρηση, εκ μέρους του νοσηλευτή, μιας στάσης αυτοελέγχου και ασφάλειας, έτσι ώστε να μην απειλείται και να μην αντιδρά βίαια ο ασθενής. Σε γενικές γραμμές το προσωπικό όσον αφορά τις περιπτώσεις επιθετικότητας των ασθενών, αρχίζει την αντιμετώπιση τους με τις λιγότερες περιοριστικές παρεμβάσεις. Αυτές είναι με τη σειρά: οι λεκτικές υποδείξεις, ο περισπασμός της προσοχής, η φαρμακευτική καταστολή, η απομόνωση του ασθενούς και τέλος η

σωματική καθήλωση. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής διατηρεί πάντα το ηθικό και νομικό δικαίωμα να λαμβάνει τη λιγότερο περιοριστική εναλλακτική θεραπεία.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συζητά με τον ασθενή και να τον βοηθά να εκφράζει οτιδήποτε του προκαλεί άγχος, όπως επίσης και να αναζητά μαζί του, τους παράγοντες που του δημιουργούν συμπτώματα άγχους και υπερδιέγερσης. Κατόπιν είναι απαραίτητο να διδάσκεται ο ασθενής τεχνικές διαχείρισης της συμπεριφοράς και του άγχους, ώστε να αναγνωρίζει έγκαιρα τα σημεία και τα συμπτώματα του άγχους και να τα αντιμετωπίζει, δίχως να προβαίνει σε βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές.

#### **Δ. Στην ελλιπή αυτοφροντίδα-υγιεινή**

Λόγω της έκπτωσης των αντιληπτικών και γνωστικών λειτουργιών οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια συχνά δεν μπορούν να εκπληρώσουν τις βασικές, καθημερινές ανάγκες υγιεινής και αυτοσυντήρησης, όπως η σίτιση, η ένδυση και η καθαριότητα. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος παρουσιάζονται σε διαρκή σύγχυση και απεριποίητοι. Για παράδειγμα καταγράφεται ότι οι ασθενείς παραμελούν σε σημαντικό βαθμό την προσωπική τους υγιεινή, φορούν συχνά βρώμικα ρούχα και ότι ο προσωπικός τους χώρος είναι ακατάστατος. Μπορεί επίσης να αδυνατούν να προσανατολιστούν προς το μπάνιο ή να πλυθούν μόνοι τους. Μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο, κρίνεται απαραίτητη η διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με την ατομική υγιεινή, η ανάπτυξη ή η διατήρηση των προσωπικών δεξιοτήτων υγιεινής και καθαριότητας, ώστε ο ασθενής να είναι ικανός να εκπληρώσει τις ανάγκες του για αυτοφροντίδα και αυτονομία και η διατήρηση της υγιεινής του σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Αρχικά, όταν ο νοσηλευτής σχεδιάζει τις τακτικές αντιμετώπισης, πρέπει να γίνει η εκτίμηση του επιπέδου του ελλείμματος αυτοφροντίδας στον ασθενή και να διερευνηθούν οι πιθανές αιτίες των προβλημάτων του. Κατόπιν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι ανάγκες και τα προβλήματα του κάθε ασθενή είναι διαφορετικά. Οπότε ο νοσηλευτής υποχρεούται να παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή με στόχο την υποστήριξη και την αύξηση της λειτουργικότητας και της ανεξαρτησίας του στην εκτέλεση των καθημερινών αναγκών καθαριότητας και υγιεινής.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής έχει την ευθύνη για την ανάπτυξη α) ενός συστήματος αξιολόγησης σε καθημερινή βάση για να διαπιστωθεί η επίτευξη ή μη των ημερήσιων στόχων αυτοφροντίδας και β) τακτικών ενδυνάμωσης που αρμόζουν και είναι αποτελεσματικές για τον ασθενή. Τέλος, εκπαιδεύεται ο άρρωστος από τους νοσηλευτές για το κοινωνικό και ατομικό όφελος της καθαριότητας και της υγιεινής, γιατί με αυτό το τρόπο παρέχεται η ευκαιρία στο προσωπικό να αφενός να ενισχύσει το πρόγραμμα φροντίδας του ασθενούς και αφετέρου να εντοπιστούν οι εξατομικευμένες του ανάγκες (Coler & Vincent, 2001).



## Ε. Στην κοινωνική απόσυρση

Το αίσθημα του <<ανήκειν>> σε μία ομάδα και η κατ' επιλογή συμμετοχή στα υφιστάμενα κοινωνικά δρώμενα οποιασδήποτε μορφής, αποτελεί βασικό παράγοντα ψυχικής υγείας. Άλλωστε η ανάγκη του ανθρώπου για την αλληλεπίδραση με τους άλλους είναι έμφυτη. Το να υπάρχει όμως κανείς ως αλληλεπιδρών άτομο μέσα σε ένα κοινωνικό γίγνεσθαι, απαιτεί ορισμένες βασικές κοινωνικές δεξιότητες. Σ' αυτές συμπεριλαμβάνονται η ικανότητα επικοινωνίας όχι μόνο μ' αυτούς που επιθυμεί κάποιος, αλλά και μ' αυτούς που δεν θέλει, η ευελιξία του λόγου και η διατύπωση ορθών επιχειρημάτων που δικαιολογούν τις στάσεις των ατόμων, η αποφυγή απόλυτης στάσης, η ανοχή στην απόρριψη και την αποτυχία, η ικανότητα επίλυσης των διαφωνιών με κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές και άλλες.

Ωστόσο στην περίπτωση ενός σχιζοφρενικού ασθενή τα πράγματα είναι διαφορετικά. Συχνά κοινωνικές δεξιότητες όπως η οικειότητα, η κοινωνικότητα και η κατάλληλη συναισθηματική απόκριση απουσιάζουν. Ο ασθενής γενικά εμφανίζει δυσκολία στην επισύναψη σχέσεων με άλλους, αντιμετώπιση των προβλημάτων με θυμό και βίαιη συμπεριφορά, αμβλύ συναίσθημα και ενασχόληση με αντικείμενα και δραστηριότητες που δεν αρμόζουν στην ηλικία του. Ως αποτέλεσμα της παράξενης συμπεριφοράς του και την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, ο ασθενής με σχιζοφρένεια οδηγείται στην κοινωνική απομόνωση. Αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, οι διαταραγμένες διεργασίες της σκέψης, η παλινδρόμηση σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης λόγω παρατεταμένου χρόνου νοσηλείας στο νοσοκομείο, οι παραληρητικές ιδέες ή παρελθούσες εμπειρίες δυσχέρειας στην αλληλεπίδραση με άλλα άτομα.

Η επιτυχής θεραπευτική αντιμετώπιση προϋποθέτει ότι μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο, ο ασθενής θα πρέπει να είναι σε θέση να εκφράζει λεκτικά την επιθυμία του να κοινωνικοποιηθεί, δηλαδή να επιζητά την επαφή του με άλλα άτομα, να συμμετέχει ενεργά σε κοινωνικές δραστηριότητες μαζί με άλλα άτομα και να μπορεί να λαμβάνει ευχαρίστηση από κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις.

Αρχικά είναι πάντα σημαντικό, ο νοσηλευτής να αξιολογεί την έκταση της θεληματικής απομόνωσης του ασθενή, ώστε να μπορεί να προγραμματίσει και να εφαρμόσει διάφορες στρατηγικές διακοπής της κοινωνικής απόσυρσης, μέσα από την επικοινωνία και τις δραστηριότητες. Μέσα στη μέρα, θα πρέπει να υπάρχουν στο πρόγραμμα του ασθενή καθορισμένες ώρες για να σύντομες επικοινωνιακές δραστηριότητες. Με τον τρόπο αυτό, ο ασθενής βοηθιέται να οργανώνει συγκεκριμένες ώρες επαφής με τους άλλους, κάτι που δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τον δυσκολεύει, ενώ ταυτόχρονα αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι αποτελεί σημαντικό μέλος της νοσοκομειακής κοινότητας.

Οι προγραμματισμένες ώρες επικοινωνίας θα πρέπει να τηρούνται με συνέπεια από τη μεριά του νοσηλευτή. Η συνέπεια αυτή αυξάνει το αίσθημα εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης του ατόμου με αποτέλεσμα την αύξηση της κοινωνικότητας του. Κατά την διάρκεια των συναντήσεων, συνιστάται η επίδειξη σεβασμού και κατανόησης προς τον ασθενή και να αποφεύγονται οι προκλητικές και απαιτητικές στάσεις από το νοσηλευτή. Μ' αυτόν τον τρόπο ο ασθενής προσκομίζει από τον νοσηλευτή, εμπειρίες σεβασμού, αποδοχής και αγάπης, αυξάνεται η αυτοεκτίμηση του και κατά συνέπεια η μετέπειτα επιστροφή και ενσωμάτωση του στη κοινότητα είναι πιο εύκολη.

Πολλές φορές ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για να βοηθά τον ασθενή με σχιζοφρένεια να διακρίνει τη διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να γίνεται κατανοητό στον ασθενή ότι δεν υπάρχει πρόβλημα να μπορεί περιστασιακά και σε κατάλληλες ώρες να παραμένει μόνος του στο προσωπικό του χώρο.

Όταν ο ασθενής ξεπερνά την οξεία φάση της νόσου, θα πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες. Επειδή η επίδειξη εμπιστοσύνης είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τον ασθενή και επειδή συνήθως αρνούνται να συμμετάσχουν σε ομαδικές δραστηριότητες, η παρουσία ενός νοσηλευτή που εμπιστεύεται παίζει καταλυτικό ρόλο. Οπότε αν κριθεί απαραίτητο, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συνοδεύει τον ασθενή σ' αυτές τις δραστηριότητες. Εφόσον ο ασθενής κατορθώσει να φέρει εις πέρας με επιτυχία τις συναναστροφές στα πλαίσια των ομαδικών δραστηριοτήτων, το προσωπικό οφείλει να τον επαινέσει για τις προσπάθειες του. Μ' αυτό το τρόπο ενισχύεται η θετική κοινωνική συμπεριφορά. Κατόπιν στη θεραπευτική αντιμετώπιση προγραμματίζεται η μετάβαση του ασθενούς από τις ομαδικές δραστηριότητες σε πιο πολύπλοκες διαπροσωπικές ασκήσεις και περιστάσεις. Στον ασθενή παρέχονται άδειες εξόδου στα πλαίσια των οποίων μπορεί για παράδειγμα να επισκεφτεί ένα μουσείο ή την αγορά. Οι ενέργειες αυτές αποσκοπούν στην ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών επικοινωνίας έξω από το νοσηλευτικό τμήμα και τη μείωση της κοινωνικής απόσυρσης, όπως επίσης και στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενούς.

### **ΣΤ. Στους κινδύνους αυτοκτονίας**

Επανελημμένες έρευνες σε διάφορες χώρες συνηγορούν ότι το 90-95% αυτών που αυτοκτονούν πάσχουν από διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή. Το ήμισυ όλων των ατόμων που αυτοκτονούν μπορεί να πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αλλά υπάρχει αυξημένος κίνδυνος και σε άλλες ψυχικές διαταραχές, κυρίως τη σχιζοφρένεια, τις διαταραχές της προσωπικότητας, τον αλκοολισμό και την κατάχρηση ουσιών. Άρα η αυτοκτονία στη σχιζοφρένεια αποτελεί έναν

ιδιαίτερα σοβαρό κίνδυνο για τους ασθενείς. Οι έρευνες δείχνουν ότι το 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια θα επιχειρήσει να αυτοκτονήσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του και τελικά το 1-1,5% το πετυχαίνει.

Έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν την πιθανότητα να επιχειρήσει ένας ασθενής με σχιζοφρένεια να αυτοκτονήσει. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται:

- Η νεαρή ηλικία
- Το άρρεν φύλο
- Η ανεργία
- Η μοναχική διαβίωση
- Τα αρχικά στάδια της νόσου: Αν και η αυτοκτονία μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε φάση της νόσου, είναι πιο συχνή στα αρχικά στάδια.
- Η καλή λειτουργικότητα πριν την έναρξη της νόσου (σε επίπεδο εργασιακό, κοινωνικό, αυτονομίας, αυτοφροντίδας κ.τ.λ.)
- Η πρόσφατη έξοδος από το νοσοκομείο (ιδιαίτερα τις πρώτες βδομάδες και τους πρώτους μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο)
- Το ιστορικό πολλών υποτροπών και νοσηλειών
- Το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας στο παρελθόν
- Τα ψυχωτικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις). Τα συμπτώματα αυτά συμβάλλουν στην ανάπτυξη άγχους, πανικού και απόγνωσης στον ασθενή και μπορεί να τον οδηγήσουν και στην αυτοκτονία. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις που είναι προτρεπτικού τύπου, πρέπει να εφιστούν την προσοχή των νοσηλευτών, όταν προτρέπουν ή δίνουν εντολή στον ασθενή να αυτοκτονήσει
- Τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή η κατάθλιψη που οφείλεται στο γεγονός ότι ο ασθενής αρχίζει να αποκτά επίγνωση της νόσου και της κατάστασης του.

Οι κατατονικοί ασθενείς είναι περισσότερο επιρρεπείς στην απόπειρα αυτοκτονίας και γι' αυτό είναι απαραίτητη η σωστή εκπαίδευση και η εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να είναι ικανό να αναγνωρίζει τις μεταβολές στη διάθεση του ασθενούς. Συνήθως τα άτομα που σκοπεύουν να αυτοκτονήσουν δίνουν προειδοποιητικά σημεία, όπως το να εκμυστηρεύονται σ' αυτούς που εμπιστεύονται τις σκέψεις τους περί θανάτου ή με το να κρύβουν αντικείμενα π.χ. αιχμηρά αντικείμενα ή κομμάτια γυαλιού. Έχει παρατηρηθεί όμως και οι περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι συμπεριφέρονται φυσιολογικά και με αυτό το τρόπο προσπαθούν να ξεγελάσουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να εξασφαλίσουν τις κατάλληλες συνθήκες και να προβούν σε απόπειρα αυτοκτονίας. Όταν ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται ότι ο ασθενής με σχιζοφρένεια έχει τάσεις αυτοκτονίας, πρέπει να ενημερώσει όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Οι ασθενείς

με τέτοιες τάσεις κατατάσσονται ως πρώτη προτεραιότητα και απαιτούν ιδιαίτερη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη. Ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι όταν ο σχιζοφρενικός ασθενής σκέφτεται να αυτοκτονήσει, νιώθει ότι βρίσκεται σε μια εξαιρετικά δύσκολη θέση και ότι αυτό που βιώνει είναι ανυπόφορο. Επομένως ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί ψύχραιμη στάση και να δείχνει σεβασμό και κατανόηση στον ασθενή, ακόμα και αν δεν είναι σύμφωνος μαζί του. Αυτό ευνοεί τη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και βοηθά τον ασθενή να ανακουφιστεί σταδιακά, μιλώντας για τα προβλήματα του. Επίσης στη περίπτωση ύπαρξης αλλόκοτων ή επικίνδυνων παραληρητικών ιδεών ή ακουστικών ψευδαισθήσεων, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να τις επικρίνει ή να αντεπιτίθεται σ' αυτές. Θεωρείται προτιμότερο ο νοσηλευτής να δείξει κατανόηση προς το άγχος που δημιουργούν οι παραπάνω καταστάσεις και να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι δεν κινδυνεύει και ότι θα του παρέχει βοήθεια.

Σε σχιζοφρενικούς ασθενείς που παρουσιάζουν τάσεις αυτοκτονίας, χρειάζεται η συνεχής παρακολούθηση μέχρι να επέλθει η κατάσταση αυτή. Η παρακολούθηση τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, διότι αν το καταλάβουν οι ασθενείς, μπορεί να έχουμε τα αντίθετα αποτελέσματα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μπορεί να προσδιορίσει τη τοποθεσία του ασθενούς σχεδόν για όλο το 24ωρο μέχρι να μειωθεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Ακόμα απαιτείται η διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, με την εξέταση των προσωπικών αντικειμένων του ασθενούς, την απομάκρυνση των αντικειμένων από τον ασθενή ή το τμήμα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε απόπειρα αυτοκτονίας και με τον έλεγχο της εισόδου-εξόδου του ασθενή από το δωμάτιο.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι παρά τις παρεμβατικές ενέργειες των νοσηλευτών και τη λήψη προστατευτικών μέτρων, ο ασθενής είναι δυνατόν ακόμα και μετά τη νοσηλεία του να αυτοκτονήσει. Η απόφαση για τη συνέχιση ή μη της ζωής του, ανήκει αποκλειστικά τον ίδιο και το νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα πρέπει να νιώθει ενοχές. Όπως επισημαίνεται, ο σχιζοφρενής δεν αυτοκτονεί ως σχιζοφρενής, αλλά ως άνθρωπος που γνωρίζει ότι είναι σχιζοφρενής ή απειλείται να γίνει και επιθυμεί να ξεφύγει από τέτοια μοίρα.

## Z. Στις δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις και συμπεριφορές

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η οικογένεια και το στενό περιβάλλον του ασθενούς, αδυνατούν να αποδεχτούν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας και ότι αυτή συνεπάγεται. Τα προβλήματα του σχιζοφρενικού ασθενούς και οι επερχόμενες δυσκολίες που θα συναντήσει η οικογένεια, φαντάζουν ως ισόβια δέσμευση λόγω και της χρονιότητας που παρουσιάζει η νόσος της σχιζοφρένειας. Τα μέλη της οικογένειας συνήθως διαθέτουν ελλιπείς γνώσεις σχετικά με τα συμπτώματα της νόσου, οπότε οι μεταβολές στη διάθεση και η εκδήλωση παράξενων συμπεριφορών από τον ασθενή τους προκαλεί άγχος, φόβο και σύγχυση. Είναι πολλές οι στιγμές επίσης που η οικογένεια συσσωρεύοντας αισθήματα πόνου, θλίψης, ενοχής και θυμού, διατηρεί επικριτική και αρνητική στάση και λαμβάνει λανθασμένες αποφάσεις για τη διαχείριση του ασθενούς και των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Σε γενικές γραμμές, οι προβληματικές διεργασίες στο εσωτερικό της οικογένειας δεν βοηθούν τον ασθενή να βελτιωθεί καθόλου, αλλά επιδεινώνουν την κατάσταση του.

Θεωρείται σημαντικός και απαραίτητος, ως κομμάτι της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς, ο επαναπροσδιορισμός των οικογενειακών αρχών και στάσεων και η προσπάθεια να γίνει αποδεκτός και πάλι ο ασθενής ως μέλος της οικογένειας. Αρχικά οι παρεμβάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν ως στόχο να αντιληφθούν τα μέλη της οικογένειας και τα κοντινά πρόσωπα την ευθύνη τους απέναντι στη νόσο, τις ανάγκες της θεραπείας και την υποστήριξη του πάσχοντα. Παράλληλα πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα στα μέλη της οικογένειας να νιώθουν άνετα για να εκφράσουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τους προσωπικούς τους φόβους. Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδεύσει την οικογένεια του σχιζοφρενικού ασθενή ώστε να αναπτύξει αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των διάφορων προβλημάτων.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ξεκινούν με την εκτίμηση από τον νοσηλευτή του επιπέδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα από τα μέλη της. Η εκτίμηση δίνει στοιχεία στον νοσηλευτή για το κατά πόσο προβληματική είναι στη δομή και τη λειτουργία της η οικογένεια. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής διαμορφώνει ένα ειδικό σχέδιο για την υποστήριξη του ασθενούς, που είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις δυνατότητες της οικογένειας του.

Το επόμενο βήμα αποτελεί η εκτίμηση από το νοσηλευτή για το αν και σε ποιο βαθμό η οικογένεια του ασθενούς είναι πρόθυμη και προετοιμασμένη να συμμετάσχει στη διαδικασία της θεραπείας. Πολλοί είναι οι ερευνητές, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά των σχιζοφρενικών ασθενών αντανακλά την αποδιοργάνωση και τη σύγχυση στο εσωτερικό της οικογένειας τους. Άρα διαπιστώνεται πως ο νοσηλευτής δεν πρέπει να επικεντρώνεται μόνο στην επίλυση των προβλημάτων του ασθενούς αλλά και στα προβλήματα της οικογένειας και των

κοντινών του προσώπων. Μ' αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί η ανύψωση του επιπέδου της διαπροσωπικής λειτουργίας.

Επίσης απαιτείται ο νοσηλευτής να ελέγξει, αν κατά τη πορεία της νόσου, η οικογένεια, η οικογένεια εκφράζει έντονα ή υπερβολικά συναισθήματα, όπως η αρνητική στάση, η επικριτική συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή, ο θυμός, η εχθρότητα και η συναισθηματική υπερεμπλοκή. Έχει αποδειχθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα και η ενδοοικογενειακή ένταση, αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής του πάσχοντα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση της οικογένειας σχετικά με τη χρονιότητα της νόσου της σχιζοφρένειας, τις συνέπειες της, τα πρώιμα σημεία και συμπτώματα της υποτροπής, την διαχείριση της και τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής. Σε μία οικογένεια που έχει άγνοια επί της σχιζοφρένειας, αποδεικνύεται συχνά εξαιρετικά δύσκολο να διαχειριστεί το μέλος της που πάσχει. Για παράδειγμα η οικογένεια πολλές φορές ανησυχεί για το κοινωνικό στίγμα που επακολουθεί τη διάγνωση και η αλλόκοτη συμπεριφορά των ασθενών τους δημιουργεί αισθήματα ντροπής και ενοχής.

Κλείνοντας, ο νοσηλευτής οφείλει να κάνει κατανοητό στην οικογένεια ότι δεν είναι μόνη στη μάχη για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας και ότι δεν πρέπει να την καταβάλλουν τα βάρη που επωμίζονται λόγω της χρονιότητας της νόσου. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση της οικογένειας για τις διαθέσιμες υποστηρικτικές δομές της κοινότητας, καθώς και για το εξειδικευμένο προσωπικό που μπορεί να τους βοηθήσει όταν τα συμπτώματα της νόσου οξύνονται ή ο ασθενής υποτροπιάζει.

### 3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Στους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια , ανεξάρτητα από τον τύπο της σχιζοφρένειας οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις εκφράζονται ως εξής :

- *Αισθητηριακή / αντιληπτική διαταραχή (ακουστική , οπτική ):*

Στη περίπτωση αυτή ανήκουν οι ψευδαισθήσεις , οι παραισθήσεις και γενικά η αίσθηση μη πραγματικότητας του εαυτού και του περιβάλλοντος. Ο ασθενής που βιώνει κάτι τέτοιο, παρερμηνεύει τη κατάσταση και αντιδρά είτε υποτονικά , είτε υπερβολικά. Οι αιτίες που προκαλούν μία τέτοια συμπεριφορά συνήθως σχετίζονται με το άγχος , το πανικό , τη διαταραχή σκέψης και προσανατολισμού ή ακόμα και την αδυναμία επικοινωνίας με άλλους. Ο ασθενής μιλά στον εαυτό του , δεν μπορεί να προσαρμοστεί σε ξαφνικές

συναισθηματικές αλλαγές και παρουσιάζει έλλειψη συγκέντρωσης. Σε αυτή τη περίπτωση , ο νοσηλευτής οφείλει να αξιολογήσει τη σοβαρότητα των ψευδαισθήσεων , να βρει την αιτία που προκαλεί όλη αυτή την αναστάτωση στον ασθενή , και στη συνέχεια , με ήρεμο τρόπο ο νοσηλευτής πρέπει να απεικονίσει τη πραγματικότητα όπως αυτός την αντιλαμβάνεται στον ασθενή , με προσοχή όμως μην έρθει σε ρήξη με τον ασθενή. Και τέλος , σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες να χορηγηθούν αντιψυχωσικά φάρμακα ( Dewit, 2009).

- *Μη ικανότητα αυτοφροντίδας :*

Σε αυτή τη κατάσταση ο ασθενής δεν μπορεί να κάνει μπάνιο μόνος του, να φροντίσει για την ένδυση του και τη σίτιση του, και γενικά βρίσκεται σε σύγχυση και απεριποίητος και αυτό γιατί υπάρχει γνωσιακή διαταραχή. Σε αυτή τη περίπτωση ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες, ανάλογα με το επίπεδο των δεξιοτήτων του. Να υπάρχει παρέμβαση από τον νοσηλευτή όπου θεωρείται αναγκαίο. Και τέλος, ο ασθενής να δέχεται θετική ενθάρρυνση και επιβράβευση για κάθε επιτυχή καθημερινή δραστηριότητα του (Dewit, 2009).

- *Κοινωνική απομόνωση :*

Στη περίπτωση αυτή , ο σχιζοφρενικός ασθενής απομονώνεται κοινωνικά λόγω της έλλειψης εμπιστοσύνης και της παράξενης συμπεριφοράς του απέναντι από τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους και το προσωπικό. Η αιτία της συμπεριφοράς αυτής είναι η διαταραγμένη διεργασία της σκέψης και η στέρηση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων λόγω της μακροχρόνιας παραμονής του στο ίδρυμα. Ο ασθενής αντιμετωπίζει τις καταστάσεις με θυμό, εχθρικότητα και βίαιη συμπεριφορά. Σαν νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτή τη κατάσταση , θεωρείται αρχικά η αξιολόγηση της θεληματικής απομόνωσης του ασθενή. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής οργανώνει ένα ημερήσιο πρόγραμμα σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα του ασθενή και τις δεξιότητες του και το καθιερώνει ως καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή. Προσπαθεί να αναπτύξει διάλογο με τον ασθενή και στη πορεία επιχειρεί να διαφοροποιήσει στον πάσχον τη κοινωνική απομόνωση από την ανάγκη του ατόμου να μείνει λίγο μόνος του στον ιδιωτικό του χώρο. Τέλος , καλό είναι να δίνεται η άδεια για ελεύθερη έξοδο στον ασθενή ,έτσι ώστε να υπάρξουν και ευκαιρίες κοινωνικοποίησης ( Dewit, 2009).

- Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας :

Στη περίπτωση αυτή, ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις του λεκτικά ή με τρόπο κοινωνικά αποδεκτό. Οι αιτίες που οδηγούν σε μία τέτοια συμπεριφορά είναι συνήθως ο αυτισμός, το άγχος και οι παραληρητικές ιδέες. Ο νοσηλευτής εδώ, θα πρέπει να εκτιμά συνεχώς το τύπο και το βαθμό της διαταραχής της λεκτικής επικοινωνίας. Στη συνέχεια θα πρέπει ο νοσηλευτής να εκφράσει ειλικρινά την αναγνώριση της δυσκολίας που αντιμετωπίζει ο σχιζοφρενικός ασθενής, επειδή με αυτό το τρόπο κερδίζει την εμπιστοσύνη του ασθενή. Επίσης θα πρέπει το προσωπικό να αποδεχτεί άλλους πιθανούς τρόπους επικοινωνίας από τον ασθενή, όπως γράψιμο ή ζωγραφική. Και τέλος, θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον πιο φιλικό προς τον ασθενή έτσι ώστε με το καιρό ο πάσχων να αισθανθεί ελεύθερος να εκφραστεί (Hogan, 2012).

- Διαταραχή Συμπεριφοράς :

Στη περίπτωση αυτή ο ασθενής υιοθετεί μία αμυντική και εχθρική συμπεριφορά στη προσπάθειά του να προστατέψει την αυτοεκτίμηση του. Αιτία για αυτή τη συμπεριφορά θεωρούνται το αίσθημα απειλής, η καχυποψία και η δυσπιστία του ασθενή λόγω της αδυναμίας του να προσαρμοστεί στη πραγματικότητα (Hogan, 2012) .

Η νοσηλευτική παρέμβαση στη κατάσταση αυτή απαιτεί συνεχιζόμενη εκτίμηση των δυσκολιών του ασθενή να επικοινωνήσει και να διατηρήσει κοινωνικές επαφές. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρήσει ήρεμη τη συμπεριφορά του χωρίς απειλές, κριτική ή οποιαδήποτε άλλη βίαιη συμπεριφορά προς τον ασθενή. Ακόμα καλή μέθοδος θεωρείται και η απασχόληση του ασθενή ανά μικρά διαστήματα με μικρούς και σύντομους διαλόγους, με την παράληψη όμως γέλιου και ψιθυρίσματος, διότι με αυτό το τρόπο αποκτάται μία σχέση εμπιστοσύνης και ελαττώνεται η καχυποψία του ασθενή. Επίσης αντενδείκνυται αυστηρά η οποιαδήποτε σωματική επαφή με τον άρρωστο διότι μπορεί να παρερμηνευθεί και να θεωρηθεί καχύποπτη κίνηση προς τον πάσχων (Ραγιά, 2009).

- Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση :

Στη συγκεκριμένη κατάσταση, η συμπεριφορά της οικογένειας ή κάποιου άλλου σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική προς τον άρρωστο. Το αίτιο αυτής της συμπεριφοράς είναι συνήθως ο θυμός και η απογοήτευση των συγγενών λόγω της ασθένειας που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος τους. Επίσης μπορεί να εκφράσουν άρνηση ως προς τη φροντίδα αυτού του ατόμου. Η συγκεκριμένη αντίδραση των μελών της οικογένειας του αρρώστου οφείλεται στη προκατάληψη και το φόβο που επισκιάζει τη σχιζοφρένεια καθώς και η έλλειψη γνώσεων γύρω από τις νέες μεθόδους θεραπείας (Ραγιά, 2009).



Νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτή τη περίπτωση θεωρείται η εκτίμηση της οικογένειας για τη θέληση τους για συνεργασία μαζί με τον νοσηλευτή προκειμένου να βοηθήσουν το άτομο τους που πάσχει από σχιζοφρένεια. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βρίσκεται σε θέση να διακρίνει την άρνηση της οικογένειας προς τον ασθενή αλλά και την εχθρικότητα με την οποία αντιμετωπίζουν τον ασθενή. Παρόλα αυτά η οικογένεια έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή. Τέλος, σωστό θεωρείται η ενθάρρυνση τους για τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα θεραπείας, αλλά και η σωστή ενημέρωση και εκπαίδευσή τους για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας που υπάρχουν στη κοινότητα και μπορούν να τους βοηθήσουν, έτσι επιτυγχάνεται η ελάττωση του αισθήματος της απομόνωσης, του παραγκωνισμού και της αδυναμίας τόσο στον ασθενή, όσο και στην οικογένεια του (Hogan, 2012).

### 3.5.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ένας νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για τη ψυχοφαρμακολογία, αφού αυτός είναι ο υπεύθυνος για το πρόγραμμα χορήγησης της φαρμακευτικής θεραπείας στους ασθενείς. Ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του για τα ψυχοτρόπα φάρμακα, καθώς είναι ενεργός συντονιστής στον προγραμματισμό της φαρμακοθεραπείας των ασθενών. Προκειμένου να χορηγήσει ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει καταρχήν υπόψη του τις ενέργειες του φαρμάκου, τις παρενέργειες, την ακριβή δόση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, αλλά και τον τρόπο και χρόνο χορήγησης (Γιαννοπούλου, 2000).

#### 3.5.1.Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη των αντιψυχωσικών φαρμάκων

Κατά την εισαγωγή του ασθενή στο ίδρυμα, ο νοσηλευτής λαμβάνει πλήρες ιστορικό λήψης φαρμάκων είτε από συγγενείς, είτε από τον ίδιο τον ασθενή προκειμένου να αναγνωρίσει φάρμακα που πιθανόν προκαλούν συμπτώματα και συμπεριφορές που είναι κοινές με άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως οι ψευδαισθήσεις. Με αυτόν το τρόπο ο νοσηλευτής βρίσκεται σε θέση να αξιολογήσει και να κρίνει αν τα συμπτώματα είναι παρενέργειες των φαρμάκων ή αν όντως προκύπτουν ως αποτέλεσμα της ασθένειας. Επίσης μέσα στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή συμπεριλαμβάνεται και η συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του ασθενή ως βάση για την μετέπειτα σύγκριση των πιθανών αλλαγών. Κατά την είσοδο του ασθενή στη κλινική, πραγματοποιούνται επίσης εργαστηριακές εξετάσεις, όπως γενικές εξετάσεις αίματος, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αλλά και μέτρηση ζωτικών σημείων, όπως αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές και θερμοκρασία. Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ενήμερος για τις συνήθειες

φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, για πιθανές κινητικές ανωμαλίες, για την κατάσταση του δέρματος, για πιθανόν παρελθοντικές επιληπτικές κρίσεις, για αλλεργίες, αλλά και για πιθανή εγκυμοσύνη στις άρρωστες γυναίκες (Ραγιά, 2009 ).

### 3.5.2.Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη περίοδο χορήγησης των αντιψυχωσικών φαρμάκων

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στη προκειμένη φάση όπου βρίσκεται ο ασθενής υποχρεούται να αξιολογεί συνεχώς τον ασθενή ως προς τις ψυχολογικές και οργανικές αντιδράσεις του ασθενή προς τη φαρμακευτική αγωγή που του χορηγείται. Όπως επίσης και να τον παρακολουθεί για την εμφάνιση τυχόν όψιμων επιπλοκών (όπως πχ., αιματολογικών, ηπατικών, ελαφρών ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως καχυποψία και παραληρητικές ιδέες ). Καθώς θα πρέπει και να δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να μάθει να λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή μόνοι του. Στη συνέχεια, σωστό θεωρείται και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή από το προσωπικό προκειμένου να μεγιστοποιηθούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα των φαρμάκων και κατά συνέπεια να ελαττώνονται τα συμπτώματα έτσι ώστε στη πορεία να μειωθεί η δοσολογία των φαρμάκων ( Ραγιά, 2009). Ιδιαίτερη μέριμνα δίνεται επίσης στο να παίρνει ο ασθενής τα φάρμακα του, καθώς πολλοί είτε λόγω των παρενεργειών , είτε για να τα χρησιμοποιήσουν αργότερα σε αυτοκτονία, τα κρύβουν είτε κάτω από τη γλώσσα τους, είτε στα ρούχα τους. Η διδασκαλία του νοσηλευτή και η συνεχής εγρήγορση του παίζουν σπουδαίο ρόλο στη πρόληψη τέτοιων φαινομένων ( Γιαννοπούλου, 2000). Τέλος, θα πρέπει να γίνεται πλήρης καταγραφή και ενυπόγραφη τεκμηρίωση στη λογοδοσία του αρρώστου για τη χορήγηση των φαρμάκων, καθώς και των θεραπευτικών αλλά και ανεπιθύμητων ενεργειών τους, έτσι ώστε με αυτό το τρόπο να έχει πλήρη ενημέρωση και γνώση της εξέλιξης του ασθενή όλη η θεραπευτική ομάδα και να εξασφαλίζεται η συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Η παράληψη καταγραφής της λογοδοσίας φέρει μέρος της ποινικής ευθύνης του νοσηλευτή ( Ραγιά, 2009).

### 3.5.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων

Σε πολλές περιπτώσεις ασθενών ως παρενέργεια εμφανίζεται όψιμη δυσκινησία. Σε αυτή τη περίπτωση καλείται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να αποφασίσει εάν το φάρμακο θα πρέπει να ελαττωθεί η δόση του ή να χορηγηθεί επιπλέον στον ασθενή αντιπαρκινσονικό φάρμακο. Μία δεύτερη παρενέργεια που εμφανίζεται πιο συχνά είναι η ορθοστατική υπόταση. Στη συγκεκριμένη κατάσταση ο ασθενής πρέπει να ξαπλώσει στο κρεβάτι και να εκπαιδευτεί κατάλληλα από τον νοσηλευτή πως να μετακινείται με αργές κινήσεις στο κρεβάτι έτσι ώστε να μπορέσει να σταθεί όρθιος αποφεύγοντας τυχόν λιποθυμία ή πτώση. Ακόμα ως παρενέργειες των φαρμάκων που λαμβάνουν οι νοσηλευόμενοι στα πλαίσια της φαρμακευτικής αγωγής μπορούν να θεωρηθούν και η ξηροστομία, η δυσκοιλιότητα και η φωτοφοβία. Σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται η χορήγηση υγρών και ο ασθενής παροτρύνεται να τηρεί καλή υγιεινή του στόματος. Επίσης εφαρμόζεται

ειδική διαίτα , πλούσια σε ίνες και υγρά και συγχρόνως χορηγούνται υποτακτικά φάρμακα. Τέλος , συνιστώνται σκούρα γυαλιά ή ελάττωση του φωτισμού του θαλάμου, αντίστοιχα.

#### 3.5.4.Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας

Αρχικά ο ασθενής θα πρέπει να μπει σε πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής του φαρμάκου. Αυτό το πρόγραμμα επιτυγχάνεται με μικρά διαστήματα αποχής από τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής και με τη χορήγηση δόσεων συντήρησης. Ο νοσηλευτής πριν πριν την έναρξη του προγράμματος διακοπής της αγωγής, θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει διατυπωμένα τα κριτήρια για τη διακοπή των φαρμάκων. Στη συνέχεια, ο ασθενής οφείλει να περάσει από έναν εργαστηριακό επανέλεγχο, καθώς και να εκπαιδευτεί κατάλληλα προκειμένου να μπορέσει να αναγνωρίσει τυχόν όψιμη δυσκινησία. Τέλος, θεωρείται απαραίτητο ο προγραμματισμός ενός σταθερού προγράμματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τον ασθενή, αλλά να υπάρχει μία συνεχής εγρήγορση για τυχόν εμφάνιση υποτροπής (Ραγιά. 2009) .

#### 3.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι μόλις λίγο μεγαλύτερη από 100 ετών και το μεγαλύτερο κομμάτι της προόδου στο πεδίο της καταγράφεται τα τελευταία 60 χρόνια. Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί κλάδο της ψυχιατρικής επιστήμης και ασχολείται με τους διαπροσωπικούς και πολιτιστικούς παράγοντες και τον τρόπο που αυτοί επηρεάζουν την διαμόρφωση της ψυχικής ευεξίας και της ψυχικής νόσου. Παράλληλα καταβάλλει διαρκώς προσπάθειες για την ανεύρεση καινούριων και εναλλακτικών προσεγγίσεων στην ψυχιατρική φροντίδα των ατόμων.

Τα γεγονότα του πρώτου μισού του 20ου αιώνα έφεραν στο προσκήνιο το θέμα της σχέσης μεταξύ του ατόμου και της κοινότητας. Ο Southard μιλάει για κοινωνική ψυχιατρική αμέσως μετά τη λήξη του Α' παγκοσμίου πολέμου, ενώ την εποχή της οικονομικής καταστροφής του 1929-30, που ήταν εποχή εργατικών διεκδικήσεων στις ΗΠΑ, στην Ευρώπη αρχίζει να θεμελιώνεται η κοινωνιοψυχιατρική έρευνα με τις εργασίες των Overgaard, Faris και Dunham. Η πρώιμη Κοινωνική Ψυχιατρική ήταν αμάλγαμα παραψυχιατρικών και κοινωνικών κλάδων, ακολούθησε ψυχαναλυτική κατεύθυνση και είχε ως ιδεολογικό υπόβαθρο την εξατομικευμένη ψυχιατρική στάση. Αρχικά η αναγνώριση της ως νέος κλάδος της ψυχιατρικής όπως ήταν αναμενόμενο δεν έγινε αποδεκτή.

Ο εσωτερικός φιλελευθερισμός των Kennedy στις ΗΠΑ και οι εξελίξεις με την επέμβαση στο Βιετνάμ, η αυξημένη κοινωνική παθολογία των μεγαλουπόλεων, παράλληλα με την επανάσταση στο τομέα της ψυχοφαρμακολογίας, δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για την σημερινή έκταση της κοινωνικής ψυχιατρικής στις ΗΠΑ, ενώ στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού η συνειδητοποίηση των

ατόμων και των ομάδων πίεσης ότι ο ψυχικά άρρωστος έχει ατομικά δικαιώματα οδήγησε ορισμένα κράτη στο άνοιγμα των πυλών των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο (Βενιζέλος, 2001).

Το 1955 ο καθηγητής κοινωνικής ψυχιατρικής του πανεπιστημίου Cornell της Ν.Υόρκης, Rennie, δίνει τον ακόλουθο ορισμό στο πρώτο τεύχος του international Journal of social Psychiatry : <<Η κοινωνική ψυχιατρική ενδιαφέρεται για την επίπτωση και την επικράτηση των ψυχολογικών παθήσεων και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικοπολιτιστικούς εκείνους παράγοντες που έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και την δυναμική των ψυχικών διαταραχών. Διερευνά τους σημαντικούς παράγοντες πάνω στην οικογένεια και τη κοινωνία, που επιδρούν στην προσαρμογή των ατόμων και των ομάδων στο φυσικό τους περιβάλλον. Η κοινωνική ψυχιατρική ασχολείται με τον ψυχικά άρρωστο αλλά και γενικότερα με όλα τα άτομα της κοινωνίας και τις προσαρμοστικές τους ικανότητες. Η κοινωνική ψυχιατρική πρέπει επίσης να ενδιαφέρεται για τα άτομα που δε ζητούν ψυχιατρική βοήθεια, ενώ αναπτύσσει παράλληλα τα κατάλληλα όργανα έρευνας για να ερμηνεύσει την ψυχοβιολογική και κοινωνικοπολιτιστική απαρτίωση του ανθρώπου. Άρα, η κοινωνική ψυχιατρική διερευνά την αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον>>.

Τον Μάιο του 1968 καταγράφονται πληθώρα κοινωνιοψυχιατρικών εξελίξεων και αμφισβητήσεων και ως αποτέλεσμα αυτών, κάνει την εμφάνιση του το <<ιταλικό πείραμα>>. Πρωτοπόροι του κινήματος θεωρούνται οι Basaglia και Pirella. Οι στόχοι αυτού του κινήματος ήταν: α) Η απόρριψη του διαχωρισμού της ψυχιατρικής από άλλους τομείς της δημόσιας υγείας, β) Η συνεργασία με προοδευτικούς πολιτικούς φορείς και τα εργατικά συνδικάτα, γ) Η σύνδεση της ψυχιατρικής εξέλιξης με τους πολιτικούς και κοινωνικούς αγώνες, δ) Η δημιουργία δεσμών με τα κοινωνικά κινήματα, ε) Ο αγώνας κατά των φυσικών θεραπειών και στ) Ο αγώνας ενάντια στα ψυχιατρεία.

Συμπερασματικά, η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι προϊόν ιστορικών εξελίξεων στις ανθρώπινες κοινωνικές σχέσεις και παράλληλων αναγκών για νέες, ψυχιατρικά αποδοτικότερες, μορφές θεραπείας και έρευνας της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Βενιζέλος, 2001).

Η Κοινωνική Ψυχιατρική διακρίνεται στους εξής κλάδους: την Ψυχιατρική Επιδημιολογία στην οποία ανήκει και η Διαπολιτιστική Ψυχιατρική, την Προληπτική Ψυχιατρική, την Κοινοτική Ψυχιατρική στην οποία ανήκει η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την Επιστήμη της Αξιολόγησης, και τέλος την Διοικητική Ψυχιατρική.

### 3.6.1.ΚΥΡΙΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Οι στόχοι μπορούν να χωριστούν αδρά σε τέσσερις κατηγορίες:

- Ευαισθητοποίηση και έγκαιρη διάγνωση
- Ποιοτική και επαρκής στήριξη ασθενών και φροντιστών
- Βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών μέχρι τα τελικά στάδια
- Συντονισμός έρευνα και έλεγχος (Βορθολάκος, 2012)

### 3.6.2.ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Το αντικείμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι: 1) το άτομο υγιές ή παθολογικό, 2) η οικογένεια του, 3) ομάδες ατόμων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (ευάλωτοι πληθυσμοί, μειονότητες). Ιδιαίτερες περιοχές που ενδιαφέρουν την Κοινωνική Ψυχιατρική είναι η μελέτη των φαινομένων α) της κοινωνικής κινητικότητας μετανάστευσης, περιθωριακότητας, β) της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, γ) της πολιτιστικής αλλαγής και δ) της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης σε σχέση με τις διάφορες ψυχοπαθολογικές παραμέτρους (Χατζηδάκη, 1983).

Ορισμένα από τα ερωτήματα που προσπαθεί να απαντήσει η Κοινωνική Ψυχιατρική αφορούν το πως διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες και τα διάφορα κοινωνικά φαινόμενα, όπως η φτώχεια, η περιθωριακότητα και η κοινωνική αποδιοργάνωση οδηγούν στην εκδήλωση διαφορετικών παθολογικών συμπεριφορών. Το περιεχόμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής περιλαμβάνει την διεξαγωγή επιστημονικών ερευνών μέχρι και τη παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών.

### 3.7 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ – ΟΡΙΣΜΟΙ

Η κοινοτική ψυχιατρική αποτελεί κλάδο της κοινωνικής ψυχιατρικής και η σύσταση της είναι σχετικά πρόσφατη. Σαν επιστήμη άρχισε να εδραιώνεται κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 και ήδη από το 1963 καταγράφεται η ύπαρξη τουλάχιστον δέκα διαφορετικών ορισμών. Αρχικά η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση θεωρούσε την κοινοτική ψυχιατρική ως έναν ευρύ όρο, ο οποίος περιλάμβανε τη χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων, δυνάμεων και τεχνικών για την επίτευξη της οικονομικής θεραπείας των ψυχικά ασθενών στα πλαίσια της κοινότητας.

Η κοινοτική ψυχιατρική ορίζεται επίσης ως ένα σύνθετο επιχειρησιακό σύνολο το οποίο στοχεύει στην αλλαγή στάσεων, στην αύξηση της επίγνωσης και την δυνατότητα θεραπείας σε όλους με κινητοποίηση των αναγκαίων δυνάμεων που εφαρμόζονται σε κοινοτικό επίπεδο (Μαδιανός, 1989).

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, ως κοινοτική ψυχιατρική αναγνωρίζεται κάθε προσπάθεια για την εφαρμογή τεχνικών της κλινικής Ψυχιατρικής για τη μείωση ή την αποσαφήνιση της

ψυχοπαθολογίας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού μεγαλύτερης από το μέγεθος μιας οικογένειας.

Το 2001 οι Szmukler και Thornicroft διερεύνησαν λεπτομερώς τους υπάρχοντες ορισμούς και διατύπωσαν τον δικό τους ορισμό, τον οποίο βελτιώσαν το 2011, έτσι ώστε να καλύπτει όλες τις πτυχές της κοινοτικής ψυχιατρικής επιστήμης. Σύμφωνα μ' αυτόν η κοινοτική ψυχιατρική περιλαμβάνει τις αρχές και τις πρακτικές που απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό, μέσω:

- της ανάδειξης των βασισμένων στον πληθυσμό αναγκών θεραπευτικής αγωγής και φροντίδας
- της πρόβλεψης ενός συστήματος υπηρεσιών, που συνδέουν ένα ευρύ φάσμα πόρων επαρκούς καταλληλότητας, λειτουργώντας σε προσιτούς χώρους
- της παροχής θεραπευτικών παρεμβάσεων, που είναι βασισμένες στην τεκμηρίωση (evidence based) σε ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές

Με βάση τον πιο πρόσφατο ορισμό, η κοινοτική ψυχιατρική αφορά την παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς εντός της κοινότητας, χωρίς να τους απομακρύνει από το φυσικό και το κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας. Στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχιατρικής επιδιώκεται η ανάπτυξη μορφών φροντίδας των ψυχικά ασθενών πέραν του ασύλου και την ίδια στιγμή προάγεται η ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

### 3.8 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

- **Η αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα**, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή, υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικά πλαίσια εναρμονιζόμενα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.
- **Η αρχή της τομεοποίησης**, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, που χωρίς αυτή, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη.
- **Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς** από τον ίδιο θεραπευτή που για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς.

- **Η αρχή της ανταποκριτικότητας.** Η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από την συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. (Μαδιανός, 1989).

### 3.9 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δεν είναι μακρινή η περίοδος κατά την οποία η Νοσηλευτική, στο χώρο της ψυχικής υγείας ασκούνταν από τους <<νοσοκόμους>> των μεγάλων νοσοκομείων και των ψυχιατρικών ασύλων. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και οι σύγχρονες τάσεις στην θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, άνοιξε νέους δρόμους και προοπτικές για τη Νοσηλευτική Επιστήμη, καθώς το βάρος της φροντίδας των ατόμων αυτών μετατοπίζεται προς την κοινότητα.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας σήμερα προσπαθεί να προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα στα άτομα με ψυχική ασθένεια, στο οικογενειακό ή άλλο περιβάλλον, μέσα σε υποστηρικτικές δομές της κοινότητας που ζουν και εργάζονται. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη χρήση διάφορων ψυχοεκπαιδευτικών τεχνικών και κοινωνικοθεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες αποβλέπουν στη μείωση των επιπτώσεων από τη παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας, την προαγωγή της ψυχικής υγείας και ευεξίας των ατόμων και την βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας εστιάζει την δράση της σε τρεις βαθμίδες πρόληψης: 1) την πρωτοβάθμια πρόληψη, 2) την δευτεροβάθμια πρόληψη και 3) την τριτοβάθμια πρόληψη. Η εφαρμογή της σ' αυτές βαθμίδες έχει ως σκοπό τη διατήρηση και τη προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων μέσα στη κοινότητα, την παροχή φροντίδας και παραμονής, καθώς και τη κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, αλλά και την επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Το εγχείρημα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής υγείας δεν είναι καθόλου εύκολο. Πρόκειται για μία διαδικασία που είναι επίπονη και χρονοβόρα και στην οποία ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλλει με καθοριστικό τρόπο.

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας που ασκείται στο νοσοκομειακό χώρο διαφέρει σημαντικά από τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας που ασκείται μέσα στη κοινότητα. Το νοσοκομείο παρέχει ένα ελεγχόμενο περιβάλλον και προάγει τη σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης του αρρώστου, αλλά η πρόοδος που μπορεί να επιτευχθεί εντός του νοσοκομειακού χώρου αρκετές φορές χάνεται με την επιστροφή του αρρώστου στο σπίτι. Αντίθετα η θεραπεία του αρρώστου στη κοινότητα,

παρέχει σ' αυτόν και όσους εμπλέκονται στη φροντίδα του, τρόπους διαχείρισης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και έτσι επιτυγχάνεται η ενίσχυση και η αύξηση της ικανότητας αυτοελέγχου.

### 3.10.ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.10.1.Προσόντα και χαρακτηριστικά

Η ψυχική ασθένεια έχει αρχίσει να λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις στην εποχή που διανύουμε. Ορισμένοι παράγοντες όπως η οικονομική ανέχεια, η ανεργία, το έντονο στρες, τα ναρκωτικά και άλλοι πολλοί, θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων των ψυχικών διαταραχών. Ο Π.Ο.Υ. χαρακτηρίζει τους Κοινοτικούς Νοσηλευτές ως τους στρατιώτες της πρώτης γραμμής για την περιφρούρηση της ψυχικής υγείας του ευρύτερου πληθυσμού. Για να κατορθώσουν να ανταπεξέλθουν στα ολοένα και αυξανόμενα ζητήματα που εμφανίζονται, οι σημερινοί νοσηλευτές οφείλουν να διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις σε συνδυασμό με τις κατάλληλες δεξιότητες αντιμετώπισης.

Την ταυτότητα του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας φέρουν απόφοιτοι με πτυχίο Νοσηλευτικής Ανώτατης Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ) ή Ανώτατης Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΑΤΕΙ) με πιστοποίηση κλινικής επάρκειας και νοσηλευτές που έχουν κάνει την ειδικότητα τους πάνω στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας ή έχουν πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές σε επίπεδο Τίτλου Ειδίκευσης (MSc) και τίτλου Διδακτορικού (Phd).

Το έργο του Κοινοτικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας επηρεάζεται από τα εξής στοιχεία:

- Ø Προσωπικότητα (ακέραια, άρτια, ώριμη, υγιής, καλλιεργημένη, πολιτισμένη, φωτισμένη, δημιουργική, ηρωική).
- Ø Πείρα ζωής (ιδέες, πεποιθήσεις, συναισθήματα, προβλήματα ζωής).
- Ø Πλαίσια αναφοράς (ιδανικά, πνευματικό προσανατολισμό).

Ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση και να αντιλαμβάνεται τις εκάστοτε αλλαγές στις ανάγκες των ατόμων. Κατόπιν, θα πρέπει να είναι ικανός σε συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς και τα μέλη της κοινότητας να αναπτύσσει σχέδια για την επίλυση των διάφορων ζητημάτων και την παροχή βοήθειας. Καθήκον του νοσηλευτή θεωρείται επίσης να διδάσκει τεχνικές επικοινωνίας, έτσι ώστε απ' τη μία πλευρά η κοινότητα να αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα της ψυχικής ασθένειας και την ευθύνη της προς τους ψυχικά πάσχοντες και από την άλλη πλευρά να μπορεί ο ψυχικά ασθενής να βρίσκει υποστήριξη και να μην περιθωριοποιείται. Από τα πιο σπουδαία προσόντα που μπορεί να διαθέτει ένας νοσηλευτής είναι να το να έχει την επίγνωση της προσωπικής του ευθύνης ως προς του πληθυσμούς με τους οποίους



εργάζεται. Η προσωπική ευθύνη είναι μία στάση-ένα προσόν της καρδιάς και του νου των νοσηλευτών, που είναι ικανοί και αποφασισμένοι να προσφέρουν σε κάθε άρρωστο την καλύτερη δυνατή βοήθεια για τη λύση των προβλημάτων του (Peplau, 1980). Ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας θα πρέπει να είναι σοβαρός, συνεπής και υπεύθυνος και μέσα από αυτή του τη συμπεριφορά να αποτελεί υπόδειγμα τόσο για τους ασθενείς που φροντίζει όσο και για την κοινότητα που δραστηριοποιείται.

### 3.10.2. Ρόλοι και αρμοδιότητες



#### **Ποιούς φροντίζει;**

Ο Κοινωνικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας προσφέρει τις υπηρεσίες του σε:

- 1) Ασθενείς που πάσχουν από οξύ ή χρόνια ψυχιατρικό πρόβλημα.
- 2) Υγιή άτομα που μπορεί να αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στην καθημερινότητα τους ή βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης.
- 3) Άτομα που βιώνουν μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή που επέζησαν από μία κρίσιμη κατάσταση.

#### **Γιατί ενδιαφέρεται;**

- Πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία της.
- Δημιουργία και εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων της ψυχικής ασθένειας.
- Αποκατάσταση του ασθενούς (ψυχολογική, κοινωνική, επαγγελματική κ.τ.λ.).

- Καλλιέργεια και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.
- Παροχή εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

## **Νοσηλευτική Διεργασία**

Θεωρείται τα τελευταία χρόνια ως η πιο ενδιαφέρουσα εξέλιξη στη νοσηλεία.

### **Αποσκοπεί:**

1. Εξατομικευμένη φροντίδα.
2. Αναγνώριση των αναγκών και αντιμετώπιση των προβλημάτων.
3. Συστηματική προσέγγιση της προγραμματισμένης φροντίδας.

### **Στάδια:**

#### **A. Εκτίμηση του ασθενούς**

- Συγκέντρωση και καταγραφή πληροφοριών σχετικά με τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενή.

Σκοπός: ο καθορισμός των προβλημάτων του ασθενούς που μπορούν να τροποποιηθούν με ειδικές ενέργειες.

#### **B. Προγραμματισμός της φροντίδας**

- Συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας.
- Οι σκοποί να είναι πραγματοποιήσιμοι και κατανοητοί.
- Βραχυπρόθεσμοι στόχοι που επεκτείνονται σε μακροπρόθεσμοι.

#### **Γ. Παροχή της φροντίδας**

- Πράξεις που απαιτούνται για να πραγματοποιηθούν οι σκοποί.
- Επιλογή του κατάλληλου νοσηλευτή ανάλογα με τον ασθενή για την εφαρμογή της εξατομικευμένης ειδικής φροντίδας.

## Δ. Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

Σκοπός:

1. Αναγνώριση αντικειμενικών σκοπών που επιτεύχθηκαν.
2. Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν.
3. Υπολογισμός των αναγκών των ασθενών καθώς προοδεύει η θεραπεία.
4. Τροποποίηση του προγράμματος.

## **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

- Σχεδιασμός νοσηλευτικού θεραπευτικού πλάνου.
- Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή.
- Προσφορά φροντίδας στις καθημερινές ανάγκες του αρρώστου.
- Ευθύνη για τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την αναγνώριση των παρενεργειών και της άμεσης παρέμβασης.
- Εφαρμογή έκτακτων μέτρων πχ. απομόνωση ή περιορισμός αρρώστου σε περίπτωση κρίσης.
- Εκτίμηση άλλων γενικότερων σωματικών αναγκών του αρρώστου πχ. χρόνια νοσήματα.
- Ευθύνη για την κλήση προσωπικού άλλων ειδικοτήτων εφόσον κριθεί αναγκαίο.
- Προσφορά υποστήριξης και διδασκαλίας στην οικογένεια του αρρώστου.
- Προετοιμασία για την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο.

## **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις-σκοπός:**

- Να νοσηλεύσουν τον ψυχικά άρρωστο στη βιολογική και ψυχολογική του διάσταση.
- Να τον προστατεύσουν από εκμετάλλευση, παραμέληση και προσβολή της αξιοπρέπειας του μέσα στη δομή.
- Να προωθήσουν την ψυχική του υγεία, ενισχύοντας την ταυτότητα του και την αυτοπεποίθησή του.
- Να ενισχύσουν τις υπάρχουσες δυνατότητες και δεξιότητες του ψυχικά αρρώστου και να αναπτύξουν όσες έχουν απολεσθεί λόγω ψυχικής ασθένειας.
- Να συμβάλλουν στην κοινωνική αποκατάσταση.

(link:

<https://kinitimonada.wordpress.com/2010/11/29/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%AE%CF%82-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/> )

## **Θεραπευτικοί Ρόλοι:**

1. Πάροχος φροντίδας.
2. Δημιουργός του θεραπευτικού περιβάλλοντος.
3. Σύμβουλος.
4. Δάσκαλος-Καθοδηγητής.
5. Ερευνητής.

### **3.11. ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

Ανέκαθεν η ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας και των ζητημάτων που συνδέονται μ' αυτή, προκαλούσαν έντονο προβληματισμό. Παρόλα αυτά από τα πολύ παλιά χρόνια οι κοινωνίες ήταν και μέχρι τώρα συνεχίζουν να παραμένουν ανίκανες να τα διαχειριστούν και δυστυχώς να επιλέγουν την εύκολη λύση του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω του εγκλεισμού.

Ο εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή επί πολλά χρόνια ήταν βολικός και ανακουφιστικός για τα μέλη της κοινωνίας. Τα άτομα, των οποίων η συμπεριφορά απέκλινε σημαντικά από την αίσθηση της κοινωνίας για το είναι <<φυσιολογικό>>, αποτελούσαν ένα πρόβλημα που μπορούσε εύκολα να μετατοπιστεί από την κοινωνία στις δομές του ασύλου. Στην πραγματικότητα όμως το άσυλο συνιστούσε έναν μηχανισμό, ο οποίος με το πρόσχημα της παροχής φροντίδας στον ψυχικά ασθενή, προσπαθούσε με βίαιο τρόπο να ελέγξει και να καταστείλει τις εκδηλώσεις της πάθησης του.

Στη πορεία διαπιστώθηκε πως όταν ο εγκλεισμός στην ψυχιατρική κλινική είναι μακροχρόνιος, οι ασθενείς όχι μόνο δεν βελτιώνονται, αλλά παρουσιάζουν σημάδια <<ιδρυματισμού>>. Αυτό θα πει ότι οι ασθενείς ουσιαστικά χάνουν την προσωπική τους ταυτότητα, την επιθυμία για ανεξαρτησία και αυτονομία και αρχίζουν να εξαρτώνται εξ' ολοκλήρου από το άσυλο. Επίσης οι ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες των ασθενών αναστέλλονται και αυξάνεται δραματικά ο κίνδυνος που τους καθιστά <<συναισθηματικά ανάπηρους>> για το υπόλοιπο της ζωής τους και αδιάφορους ως προς τη προσπάθεια για ατομική εξέλιξη. Για αρκετό καιρό η πλειοψηφία του κοινωνικού συνόλου θεωρούσε τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών ως δίκαιη και σωστή λύση για την αντιμετώπιση τους.

Η δεκαετία του 1960 αποτελεί σταθμό στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Οι ψυχίατροι και οι επαγγελματίες υγείας θέτουν σε αμφισβήτηση και κατακρίνουν σε μεγάλο βαθμό το χαρακτήρα λειτουργίας του ασύλου, τις εφαρμοζόμενες τεχνικές φροντίδας των ψυχικά ασθενών που είχε

θεσμοθετήσει το παραδοσιακό σύστημα της Ψυχιατρικής γενικά, και εν τέλει την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας. Μία συμπύκνωση του κινήματος της αμφισβήτησης της ψυχιατρικής θα μπορούσε να διατυπωθεί ως εξής: << Τα ιδρύματα εμφανίζονται να είναι η αιτία της ψυχικής νόσου - όχι τα μέσα για να την περιθάλψουν>> (Hinshelwood & Skogstad, 2000). Οι ριζοσπαστικές θέσεις του κινήματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είναι αυτές που θα συμβάλλουν στην ανάπτυξη των βάσεων προς την κοινοτική νοσηλευτική και την αποασυλοποίηση.

Η διαδικασία της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στις Ευρωπαϊκές χώρες ακολούθησε διαφορετική εξελικτική πορεία από την αντίστοιχη διαδικασία στην Ελλάδα, αφού στην Ευρώπη δόθηκε μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, με την αποασυλοποίηση να υλοποιείται παράλληλα ή να ακολουθεί. Στα πλαίσια της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, από το 1984 έως σήμερα, το θέμα της αποασυλοποίησης έχει σχεδόν <<μονοπωλήσει>> την προσπάθεια του Υπουργείου και στελεχών ψυχικής υγείας και οι έννοιες Αποασυλοποίηση και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σχεδόν ταυτίστηκαν.

Η πραγματική αποασυλοποίηση δεν είναι απλώς η έξοδος των μακροχρόνια έγκλειστων ασθενών από τα ψυχιατρεία και η εγκατάστασή τους στη κοινότητα. Η πραγματική αποασυλοποίηση στοχεύει στην κινητοποίηση υποκειμένων, θεσμικών και κοινωνικών παραγόντων και το μετασχηματισμό των σχέσεων εξουσίας μέσα από την ανοικοδόμηση της υποκειμενικότητας, τη μετατροπή, την αύξηση και διάθεση των πόρων για τη προσωπική χρήση των ψυχικά πασχόντων και των αναπήρων, τη ριζική αλλαγή στις διοικητικές/διαχειριστικές διαδικασίες, την αναβάθμιση του θεραπευτικού δυναμικού της ψυχιατρικής και την ανάπτυξη πραγματικών και ριζικών εναλλακτικών λύσεων στον εγκλεισμό.

Σε πρώτη φάση στην Ελλάδα, ορόσημο στις αλλαγές για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτελεί η ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας Ν.1397/83. Μέσω του κανονισμού 815/84, η τότε ΕΟΚ σπεύδει να χορηγήσει έκτακτη χρηματοδότηση στην Ελλάδα και έτσι έγινε το έναυσμα για την διαδικασία της αποασυλοποίησης και της δημιουργίας καινούριων εναλλακτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίες έπρεπε να είναι προσανατολισμένες στην κοινότητα. Με την λήξη της χρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση το 1995, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προχώρησε στην εκπόνηση ενός μακροπρόθεσμου σχεδίου με την ονομασία <<Ψυχαργός>>. Το πρόγραμμα <<Ψυχαργός>> είναι ένα δεκαετές πρόγραμμα που καταρτίστηκε το 1999 και στοχεύει <<στην συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και στην είσοδο των ψυχικά ασθενών στον εργασιακό χώρο>>. (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία Πρόνοια 2000-2006)

Το πρόγραμμα <<Ψυχαργός>> έχει επίσης ως στόχο τη σταδιακή μείωση των κλινών στα ψυχιατρεία μέχρι την κατάργησή τους, την παράλληλη δημιουργία κλινών σε ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και τη μεταφορά των ασθενών σε ξενώνες ή άλλες δομές, την κοινωνικοποίηση των ασθενών, τη επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών μέσω προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και την συμμετοχή των ασθενών στη παραγωγική διαδικασία μέσω Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ).

Το πρόγραμμα στηρίζεται στην αρχή της τομεοποίησης, δηλαδή στο γεωγραφικό διαχωρισμό της χώρας σε τομείς που διαθέτουν ένα συγκεκριμένο αριθμό υπηρεσιών υγείας και που καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού που ζει αποκλειστικά σ' αυτό το διαμέρισμα. Γι' αυτό το λόγο η χώρα έχει χωριστεί σε τομείς ψυχικής υγείας, όπου κάθε νομός αποτελεί και από έναν τομέα. Εξαιρέσεις αποτελούν οι νομοί που διαθέτουν μικρό πληθυσμό και οπότε υπάγονται σε γειτονικούς νομούς και οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διακρίνονται σε περισσότερους από έναν τομείς και σε ειδικούς τομείς που ασχολούνται με παιδιά και εφήβους.

Το πρόγραμμα <<Ψυχαργός>> διακρίνεται σε δύο φάσεις: Η Α' Φάση (1997-2001), σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου, ολοκληρώθηκε με τη δημιουργία 49 ξενώνων, 6 οικοτροφείων, 71 εργαστηρίων κατάρτισης, πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, αποϊδρυματισμό 769 ασθενών και την (προ)επαγγελματική εκπαίδευση-απασχόληση 973 ασθενών. Η Β' Φάση υλοποιείται την περίοδο 2001-2007 και συμπίπτει με την υλοποίηση του τομεακού προγράμματος <<Υγεία-Πρόνοια>> του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και αποσκοπεί στη δημιουργία δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε ολόκληρη τη χώρα.

### 3.12. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

#### 3.12.1. ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνονται: α) οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα), β) οι ψυχιατρικές μονάδες που λειτουργούν στις δομές των Γενικών Νοσοκομείων (Μονάδα Νοσηλείας ενηλίκων, Μονάδα Οξέων Περιστατικών), γ) κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας), δ) τα Εξειδικευμένα Κέντρα (Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση) και ε) οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

##### 3.12.1.1. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μία διαδικασία μέσω της οποίας ενδυναμώνονται τα άτομα που παρουσιάζουν αναπηρία εξαιτίας ψυχικής διαταραχής ώστε να φτάσουν στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο λειτουργικής ανεξαρτησίας, βελτιώνεται η ικανότητα των ατόμων και προάγονται οι αναγκαίες αλλαγές στο περιβάλλον τους ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Ο στόχος της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι να ενσωματώσει εκ νέου τον ασθενή στην κοινότητα σε αντίθεση προς την απομόνωση των ασθενών σε επιμέρους δομές υπηρεσιών υγείας, όπως συνέβαινε στο παρελθόν (Andreasen & Black,2015).

Το Μάιο του 2000 με κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 661/2000), καθορίστηκαν οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και ο τρόπος λειτουργίας τους. Ένα σοβαρό πρόβλημα για τον ψυχικά ασθενή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, είναι η κατοικία. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φροντίζουν έτσι ώστε οι ψυχικά ασθενείς να μπορούν να ζήσουν αξιοπρεπώς μέσα στην κοινότητα. Οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ασθενών διακρίνονται σε Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα.

### **Ø ΞΕΝΩΝΕΣ**

Στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα (συνήθως 10-12 άτομα) για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη, κατόπιν αίτησης τους και με τη σύμφωνη γνώμη του επιβλέποντα ιατρού ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού επιπέδου ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα. Στους ξενώνες διαμένουν ασθενείς χωρίς οικογένεια ή που κρίνεται η προσωρινή τους απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής πριν την επανένταξη τους στην κοινότητα. Οι ξενώνες παρέχουν το αίσθημα της συντροφικότητας μεταξύ των ενοίκων, παράλληλα με την επί τόπου επίβλεψη από το προσωπικό.

Ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ασθενών και του βαθμού υποστήριξης αυτών διακρίνονται σε:

- I Βραχείας διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι και 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.
- I Μέσης διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι και 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.
- I Μακράς διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον ξενώνα ως εξής:

- I Υψηλός βαθμός υποστήριξης: 24ωρη παρουσία προσωπικού
- I Μέσος βαθμός υποστήριξης: κατώτερη του 24ώρου παρουσία του προσωπικού
- I Χαμηλός βαθμός υποστήριξης: η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και την υποστήριξη των ατόμων

## Ø ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ

Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται ψυχικά ασθενείς για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Ο αριθμός των ασθενών που μπορούν να φιλοξενηθούν στο Οικοτροφείο δεν πρέπει να ξεπερνά τους 25. Επίσης δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής. Στο Οικοτροφείο διαμένουν άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα, άτομα με νοητική στέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές και άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

Οι διαφοροποιήσεις των οικοτροφείων με βάση την ηλικία των ατόμων που ζουν σ' αυτά έχουν ως εξής:

- Οικοτροφεία νέων από 19-30 ετών
- Οικοτροφεία ενηλίκων από 31-55 ετών
- Οικοτροφεία από 56 ετών και άνω

Ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα οικοτροφεία είναι ανοικτά στην κοινότητα. Η σχέση των οικοτροφείων με τον κοινωνικό ιστό δεν εξαντλείται σε μια απλή παρουσία μέσα σ' αυτά (σε μια τυπική, δηλαδή, σχέση), αλλά αποσκοπεί στην ανάπτυξη μιας ουσιαστικής αλληλεπίδρασης μαζί τους, ώστε να βρίσκεται μέσα στην πόλη με έναν τρόπο ουσιαστικό. Επιδιώκει την ανάπτυξη στενών και ζωντανών σχέσεων όχι μόνο με τη γειτονιά, αλλά πέρα από αυτήν, με όλη την κοινωνική και πολιτιστική ζωή της πόλης. Τα οικοτροφεία λειτουργούν ως εστία κοινωνικότητας και κοινωνικοποίησης.



## Ø ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

Το προστατευόμενο διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που στεγάζονται στα προστατευόμενα διαμερίσματα δεν πρέπει να ξεπερνά τους 6.

Η Ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευόμενα διαμερίσματα αποσκοπεί στο να είναι τα άτομα όσον το δυνατόν περισσότερο ανεξάρτητα και να μπορούν να εκπληρώσουν τις προσωπικές τους ανάγκες, ώστε να λειτουργούν με επιτυχία στην κοινότητα και η διαβίωση τους να είναι πλήρως αυτόνομη.

### 3.12.1.2..Ψυχιατρικές Μονάδες Γενικού Νοσοκομείου:

Οι ψυχιατρικές μονάδες των Γενικών Νοσοκομείων εξυπηρετούν τα άτομα που διαμένουν στην περιοχή ευθύνης που καλύπτει το νοσοκομείο. Μπορούν μάλιστα να καλύψουν όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, πλην ίσως αυτής της μακροχρόνιας νοσηλείας, η οποία εξακολουθεί να καλύπτεται αποκλειστικά από το ψυχιατρείο (Ζήση, 2001).

Οι ψυχιατρικές μονάδες και τα εξωτερικά ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων, προσφέρουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας που είναι οικονομικά πιο προσιτές στους ψυχικά ασθενείς και τις οικογένειες τους. Επίσης η πρόσβαση και η επαφή με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του γενικού νοσοκομείου είναι πιο εύκολη για τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του σε σχέση με αυτές του κλασικού ψυχιατρείου. Αρκετές φορές η παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών αφορά όχι μόνο τους ψυχικά ασθενείς που επισκέπτονται τις ψυχιατρικές μονάδες του γενικού νοσοκομείου, αλλά και τα άτομα που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, όπως για παράδειγμα σ' ένα χειρουργικό ή παθολογικό τμήμα.

## Ø ΜΟΝΑΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Στη Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων δεν υπάρχουν οι περιορισμοί και το στενά φυλασσόμενο περιβάλλον που συναντάται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Περιλαμβάνει:

- δωμάτια ομαδικών δραστηριοτήτων
- δωμάτια συνεδριών
- δωμάτια σεμιναρίων

- εστιατόριο

Οι ασθενείς που εισήχθησαν στο τμήμα εκούσια μπορούν ελεύθερα να βγαίνουν έξω και διατηρούν το δικαίωμα επισκεπτηρίου και το δικαίωμα εξόδου τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες με την επίβλεψη ή όχι ενός συνοδού.

## **Ø ΜΟΝΑΔΑ ΟΞΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Η Μονάδα Οξέων Περιστατικών καλείται να αντιμετωπίσει περιπτώσεις ασθενών που αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια για πρώτη φορά, παρουσιάζουν συμπτώματα που υποδηλώνουν ότι βρίσκονται στην οξεία φάση της νόσου και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Επίσης στην Μονάδα Οξέων Περιστατικών προσέρχονται ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν και τώρα βιώνουν σημεία και συμπτώματα υποτροπής, για τα οποία ίσως χρειαστεί κλειστή νοσηλεία.

### 3.12.1.3. Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

## **Ø ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) αποτελεί τον πυρήνα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Σκοπός του είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, η επίτευξη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων, η ψυχοκοινωνική μέριμνα και η παροχή συμβουλών και καθοδήγησης στα μέλη της κοινότητας.

Η διεπιστημονική ομάδα του Κ.Ψ.Υ. απαρτίζεται από μία πληθώρα ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας και λειτουργεί ως ένας ενιαίος θεραπευτικός συντελεστής που εστιάζει στην ανθρώπινη διάσταση της ψυχικής διαταραχής και θεωρεί το οικείο περιβάλλον ως χώρο προνομιούχο για την αντιμετώπιση της.

Λειτουργίες του Κ.Ψ.Υ. περιγράφονται συνοπτικά ως ακολούθως:

1. Πρόληψη, πρόωμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε άτομα που βρίσκονται σε κρίση, συμπεριλαμβανομένων και της φροντίδας κατ' οίκον, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας, παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών, ολοκληρωμένη-σύνθετη προσέγγιση.
2. Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που αποσκοπούν

στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, στην πρόληψη της υποτροπής και της επανεισαγωγής στο νοσοκομείο και στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση.

3. Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την ψυχική υγεία, Ειδικά προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών σε συνεργασία με στελέχη άλλων τομέων πχ. εκπαιδευτικούς, ομάδες υψηλού κινδύνου κ.τ.λ.
4. Στενή συνεργασία με κοινοτικές, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
5. Έρευνα αναγκών και επιδημιολογική έρευνα στο τομέα της ψυχικής υγείας.

## **Ø ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι υπηρεσίες που προσφέρει μία Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας απευθύνονται σε ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα. Πιο συγκεκριμένα παρέχονται υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ουσιο-εξαρτήσεις κλπ ή υγιή παιδιά, εφήβους και ενήλικες που αναζητούν καθοδήγηση και επαγγελματικό προσανατολισμό. Επίσης ασχολείται και με την ευρύτερη κοινότητα και επαγγελματικές ομάδες, όπως για παράδειγμα, οι εκπαιδευτικοί, οι αστυνομικοί, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και επικεντρώνεται στην ενημέρωση και εκπαίδευση τους πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας απαρτίζεται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, διοικητικούς υπαλλήλους και άλλες ειδικότητες, οι οποίοι διατηρούν την ανεξαρτησία τους κατά την προσφορά υπηρεσιών, αλλά αλληλοσυμπληρώνουν τους επαγγελματικούς τους ρόλους.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιεί η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αποτελούν:

- Διάγνωση και αξιολόγηση ασθενειών
- Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Θεραπεία και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις
- Κατ' οίκον περίθαλψη όταν υπάρχει αδυναμία προσέλευσης
- Παρέμβαση στη κρίση και θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών

- Παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικοοικονομικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων
- Δημιουργία υποστηρικτικών δομών για τα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου, η οποία αποβλέπει στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού

#### 3.12.1.4.Εξειδικευμένα Κέντρα

##### Ø ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Το Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση (ΚΠΚ) βρίσκεται συνήθως εκτός των δομών του Γενικού Νοσοκομείου. Στα Κέντρα αυτά προσέρχονται ψυχικά ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν, ενώ βρίσκονταν στην οξεία φάση των συμπτωμάτων της νόσου τους. Επίσης προσέρχονται και ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται σε κρίση δίχως όμως να απαιτείται η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο για νοσηλεία και παρακολουθούνται συστηματικά από ψυχίατρο. Τέλος στα ΚΠΚ μπορούν να αναζητήσουν βοήθεια και συμβουλευτική υποστήριξη άτομα, τα οποία βιώνουν καταστάσεις κρίσης στην προσωπική τους ζωή (για παράδειγμα, έντονες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις).

Το Κέντρο λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως και αναλαμβάνει ασθενείς που συνήθως αντιμετωπίζουν σημάδια υποτροπής και οι οποίοι με προσωπική πρωτοβουλία ή πρωτοβουλία του συγγενικού τους περιβάλλοντος αναζητούν τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

#### 3.12.1.5.Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ):

- Θεσμοθετήθηκαν με τον ν. 2716/99 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
- Είναι Ν.Π.Ι.Δ. με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους.
- Αποβλέπουν στην κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και την επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια.
- Είναι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, η ανάπτυξη και η εποπτεία των οποίων ανήκει στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και ασκούνται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

- Έχουν εμπορική ιδιότητα.
- Μπορούν να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Τα μέλη του ΚοιΣΠΕ χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- Ψυχικά ασθενείς τουλάχιστον 15 ετών, σε ποσοστό τουλάχιστον 35%.
- Εργαζόμενοι στο χώρο ψυχικής υγείας – δημόσιοι υπάλληλοι – επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ε.Σ.Υ., σε ποσοστό το πολύ 45%.
- Δήμοι, κοινότητες, άλλα φυσικά πρόσωπα, ιδιώτες, Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ., σε ποσοστό το πολύ 20%.

Στην τρίτη κατηγορία συγκαταλέγονται ειδικότερα: Υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ. κυρίως Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Γενικά Νοσοκομεία, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου που αναπτύσσουν Μονάδα/ες Ψυχικής Υγείας και υπάγονται στον κατά περίπτωση Τομέα Ψυχικής Υγείας, Οργανισμοί Αυτοδιοίκησης, Αναπτυξιακές Εταιρείες και Συμπράξεις, Επιμελητήρια, Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί, αλλά και άλλα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

Οι ψυχικά ασθενείς απασχολούνται και αμείβονται ανάλογα με τη συμβολή τους και τον χρόνο απασχόλησής τους. Η αμοιβή αυτή προστίθεται στα όποια επιδόματα ή συντάξεις παίρνουν. Αν είναι ανασφάλιστοι, τους ασφαλίσει ο ΚοιΣΠΕ στον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα. Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας και της ψυχικής υγείας (δημόσιοι υπάλληλοι του Ε.Σ.Υ. ή του Π.Ε.Δ.Υ., ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί κ.α.) μπορούν να απασχολούνται πλήρως ή μερικώς, σύμφωνα με το Καταστατικό και τον Κανονισμό Εσωτερικής Λειτουργίας του ΚοιΣΠΕ, χωρίς να αμείβονται από τον ΚοιΣΠΕ.

## Κεφάλαιο 4ο

### 4.1 ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Στις 22/05/2018 κατά τη διάρκεια της απογευματινής βάρδιας προσήλθε στο ψυχιατρικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών “ Παναγιά η Βοήθεια” , ασθενής 55 χρονών άγαμη και άνεργη. Από πληροφορίες που ελήφθησαν από τη μητέρα της ασθενούς αλλά και την ίδια νοσηλεύτηκε για πρώτη φορά στην ηλικία των 25 ετών , μετά την ανάπτυξη της πεποίθησης ότι οι γείτονες της , την παρενοχλούσαν. Πιο συγκεκριμένα, πίστευε ότι οι γείτονες της ήταν μέλη συμμορίας και στόχος τους ήταν να τη βλάψουν σωματικά. Σε ηλικία 45 ετών νοσηλεύτηκε για δεύτερη φορά κατόπιν καταγγελίας από τον σπιτονοικοκύρη της για διαταραχή της κοινής ησυχίας. Η ίδια αναφέρει ότι τα τελευταία 15 χρόνια ζει απομονωμένη και το μόνο άτομο που διατηρεί στενές επαφές είναι η μητέρα της. Η ασθενής στην εν λόγω εισαγωγή της παρουσιάζει κυρίως παραληρητικές ιδέες διωκτικού τύπου, άγχος και αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά.

#### 4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
Παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια	Απαλλαγή της ασθενούς από τις παραληρητικές ιδέες, ώστε να είναι ικανή να διακρίνει την πραγματικότητα του εαυτού της και των γύρω της.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος.</li> <li>• Χορήγηση αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής και εφαρμογή ψυχοθεραπείας ώστε να μπορεί να διακρίνει η ασθενής την πραγματική από την παθολογική σκέψη.</li> </ul>	<p>Ο νοσηλευτής παρέχει άνετο και φιλικό περιβάλλον , στο οποίο συζητά με την ασθενή.</p> <p>Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να συμμετέχει σε ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες .</p> <p>Χορηγείται peros tb Clozaril 12,5 mg (1x1) κατόπιν ιατρικής οδηγίας .</p>	Με τη χορήγηση της αντιψυχωσικής αγωγής οι παραληρητικές ιδέες σταδιακά έχουν υποχωρήσει και η ασθενής μετά από μία σειρά ψυχοθεραπειών μπορεί να διακρίνει τη παθολογική φύση των ιδεών αυτών σε σχέση με τη πραγματικότητα.
Έντονο άγχος λόγω των παραληρητικών ιδεών	Απαλλαγή της ασθενούς από το έντονο άγχος και εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσπάθεια προσέγγισης της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό τη παροχή δυνατότητας έκφρασης των φόβων και των ανησυχιών της .</li> <li>• Δημιουργία και εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος για την ασθενή .</li> <li>• Χορήγηση</li> </ul>	<p>Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει για την ασθενή δωμάτιο με ησυχία και χωρίς πολλά ερεθίσματα .</p> <p>Ο νοσηλευτής παραπέμπει την ασθενή για ψυχοθεραπεία όταν επέλθει το έντονο άγχος.</p> <p>Χορηγείται peros tb Tavor 2,5 mg (1/2 × 3).</p>	Χάρης στην φαρμακευτική αγωγή , το ήρεμο περιβάλλον και την ψυχοθεραπεία , τα έντονα αγχωτικά συμπτώματα της ασθενούς έχουν υποχωρήσει μετά το πέρας δύο εβδομάδων .

		αγγολυτικής φαρμακευτικής αγωγής .		
Αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά λόγω των παραληρητικών ιδεών	Διδασκαλία τεχνικών επικοινωνίας, ώστε να είναι ικανή να εκφράσει κατάλληλα τις σκέψεις της.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εκτίμηση του βαθμού και το τύπου της διαταραχής της επικοινωνίας .</li> <li>Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος που δίνει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφραστεί ελεύθερα .</li> <li>Διδασκαλία εναλλακτικών τρόπων έκφρασης στην ασθενή .</li> </ul>	<p>Ο νοσηλευτής εκτιμά τη κατάσταση της ασθενούς και προβαίνει σε διάγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει.</p> <p>Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει περιβάλλον στον οποίο η ασθενής νιώθει άνετα να εκφραστεί.</p> <p>Κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας ο νοσηλευτής διδάσκει στην ασθενή να εκφράζεται με τη χρήση λέξεων και χειρονομιών.</p>	Η ασθενής με επιτυχία μέσω των νέων τεχνικών επικοινωνίας κατόρθωσε σταδιακά να εκφράζει με κατανοητό και κατάλληλο τρόπο τις σκέψεις και τα συναισθήματα της.
Κοινωνική απομόνωση λόγω ανασφάλειας και φόβου	Αντιμετώπιση της απομόνωσης της ασθενούς και διδασκαλία τρόπων λειτουργικότερης επικοινωνίας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Παρότρυνση της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετάσχει στην ψυχοθεραπεία και στις ομαδικές δραστηριότητες εντός της κλινικής.</li> </ul>	Η ασθενής προσεγγίζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό να συμμετάσχει στις ομαδικές δραστηριότητες της κλινικής και ταυτόχρονα ενθαρρύνεται να παρακολουθεί τακτικά ψυχοθεραπεία.	Η ασθενής με τη συμμετοχή της στις ομαδικές δραστηριότητες της κλινικής και την τακτική παρακολούθηση ψυχοθεραπείας , έχει κάνει σημαντικά βήματα για την ανάπτυξη κοινωνικών επαφών και δεξιοτήτων, καταφέροντας με αυτό το τρόπο την μείωση της κοινωνική της απομόνωσης .



#### 4.3 ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Στις 01/09/2018 κατά τη διάρκεια της απογευματινής βάρδιας, εισήχθη ακούσια στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου του Άργους, ασθενής 33 ετών, κατόπιν Εισαγγελικής Εντολής. Ο ασθενής έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια σε ηλικία 22 ετών και έχει στο ιστορικό του δύο ακόμα ακούσιες εισαγωγές στο Δρομοκαΐτειο.

Ο ασθενής κατά τη παρούσα εισαγωγή του, χρησιμοποιεί διαρκώς βωμολοχίες, παρουσιάζεται υπερκινητικός και εχθρικός, διακατέχεται έντονα από παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου και επίσης κινήθηκε απειλητικά εναντίον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

#### 4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Βίαη συμπεριφορά κατευθυνόμενη προς τους άλλους , λόγω των αντιληπτικών διαταραχών και της έλλειψης εμπιστοσύνης .</p>	<p>Ο ασθενής να μην εκδηλώνει βίαη συμπεριφορά προς τους άλλους .</p> <p>Ο ασθενής να είναι σε θέση να εγκαταστήσει μία ανοιχτή σχέση εμπιστοσύνης με το θεραπευτή – νοσηλευτή .</p>	<p>Εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ασθενή και τα άτομα γύρω του .</p> <p>Αποφυγή οποιασδήποτε σωματικής επαφής με τον ασθενή .</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του .</p>	<p>Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει ένα ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή και τα άτομα γύρω του .</p> <p>Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί μόνο λεκτικές οδηγίες και συμπεριφέρεται ψύχραιμα .</p> <p>Ο ασθενής παροτρύνεται να εκφράσει ανοιχτά το τι αισθάνεται.</p>	<p>Μέσω της ήρεμης προσέγγισης του ασθενούς από τον νοσηλευτή, την αποφυγή σωματικής αντιπαράθεσης με τον ασθενή και τη παροχή δυνατότητας στον άρρωστο να εκφραστεί ελεύθερα, επιτυγχάνεται η μείωση των επεισοδίων βίαης συμπεριφοράς.</p>
<p>Επιθετική συμπεριφορά λόγω των αντιληπτικών διαταραχών και της έλλειψης εμπιστοσύνης .</p>	<p>Άμεση αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενούς και δημιουργία ήρεμου και φιλικού περιβάλλοντος.</p>	<p>Να γίνει χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική εντολή, να εξασφαλιστεί ήρεμο περιβάλλον χωρίς πολλά ερεθίσματα, ενώ ο ασθενής χρειάζεται επίσης να συμμετάσχει σε διάφορες δραστηριότητες με σκοπό τη συναισθηματική του εκτόνωση.</p>	<p>Με ήρεμη προσέγγιση και χαμηλό τόνο φωνής, ο νοσηλευτής χορηγεί την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή και τοποθετεί τον ασθενή μόνο του σε ένα ήρεμο δωμάτιο. Μετά το πέρας της έντονης φάσης της επιθετικότητας, ο ασθενής ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε</p>	<p>Ο ασθενής μέσω της φαρμακευτικής αγωγής, του ήρεμου κλίματος και των καθημερινών δραστηριοτήτων που συμμετάσχει δε παρουσιάζει σοβαρά επεισόδια επιθετικότητας, ενώ υπάρχει σημαντική βελτίωση της κατάστασης του.</p>

			διάφορες δραστηριότητες όπως πχ. ζωγραφική.	
Παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια	Απαλλαγή του ασθενούς από τις παραληρητικές ιδέες, ώστε να είναι ικανός να διακρίνει την πραγματικότητα του εαυτού του και των γύρω του.	Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος. Χορήγηση αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής και εφαρμογή ψυχοθεραπείας ώστε να μπορεί να διακρίνει ο ασθενής την πραγματική από την παθολογική σκέψη.	Ο νοσηλευτής παρέχει άνετο και φιλικό περιβάλλον , στο οποίο συζητά με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να συμμετέχει σε ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες . Χορηγείται peros tb Risperdal 4 mg (1 mg x3) κατόπιν ιατρικής οδηγίας .	Με τη χορήγηση της αντιψυχωσικής αγωγής οι παραληρητικές ιδέες σταδιακά έχουν υποχωρήσει και ο ασθενής μετά από μία σειρά ψυχοθεραπευτικών συνεδριών μπορεί να διακρίνει τη παθολογική φύση των ιδεών αυτών σε σχέση με τη πραγματικότητα.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια νόσος του εγκεφάλου που πλήττει περίπου το 1% του πληθυσμού παγκοσμίως. Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη, όμως πολυάριθμες έρευνες καταδεικνύουν ότι ο συνδυασμός γενετικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων συμβάλλει στην εκδήλωση της νόσου. Παρά την επιστημονική πρόοδο και την εκτεταμένη μελέτη της δομής και των λειτουργιών του εγκεφάλου, η σχιζοφρένεια είναι ακόμα ελάχιστα κατανοητή στο ευρύ κοινό, οδηγώντας σε παρανοήσεις και διαστρεβλώσεις που δημιουργούν προβλήματα στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η σοβαρότητα της σχιζοφρένειας ως ψυχική διαταραχή, εκτός από την χρονιότητα που την χαρακτηρίζει, οφείλεται και στο γεγονός ότι έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ζωή του ατόμου, αφού επηρεάζει την διάθεση, τον τρόπο σκέψης και τη συνολική συμπεριφορά του.

Πολλοί είναι εκείνοι, οι οποίοι διατηρούν την αντίληψη ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, είναι άτομα με διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα. Αυτή η αντίληψη είναι απόλυτα λανθασμένη και ανακριβής. Ένα από τα κύρια προβλήματα του ατόμου με σχιζοφρένεια, είναι η δυσκολία που αντιμετωπίζει στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων του. Γι' αυτό το λόγο συχνά συμπεριφέρεται και λειτουργεί με αντιφατικό τρόπο που αντιβαίνει τα αποδεκτά κοινωνικά πρότυπα. Παράλληλα για την κοινή γνώμη υπάρχει και η αντίληψη δυστυχώς ότι ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια ισοδυναμεί με ένα άτομο που είναι βίαιο, παραβατικό και ικανό να διαπράξει ειδεχθή εγκλήματα. Η σχέση της βίας και της σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από αυτή που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Σύμφωνα με τα παγκόσμια στατιστικά δεδομένα, η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια δεν χρησιμοποιεί βία και γενικότερα τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό. Τα άτομα με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας. Η βία όμως που σχετίζεται με την σχιζοφρένεια, προκύπτει όταν ο ασθενής δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ή η θεραπεία που ακολουθεί είναι ακατάλληλη και διαπιστώνεται η έλλειψη στήριξης και αποδοχής.

Επίσης η σχιζοφρένεια ανήκει στις ψυχωτικές διαταραχές, όπου το άτομο βιώνει την πραγματικότητα παραμορφωμένη, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν λανθασμένες αντιλήψεις και να οδηγηθεί σε ψευδαισθήσεις. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει παραληρητικές ιδέες που του προκαλούν φόβο και καχυποψία, οπότε η βίαιη συμπεριφορά μπορεί να χρησιμοποιείται ως μηχανισμός άμυνας απέναντι στις παράλογες και μη αληθείς πεποιθήσεις του.

Σύμφωνα με τον Thio (2008) τα άτομα που πάσχουν από μια ψυχική ασθένεια, είναι πιο επιρρεπή στην βία όσο αφορά τον ίδιο τους τον εαυτό, παρά σε άλλα άτομα. Ακόμα όμως κι αν προβούν σε βίαιη συμπεριφορά, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εγκληματική πράξη, αυτή σχετίζεται με την επιβίωσή τους.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Έρευνες δείχνουν ότι το 40% των σχιζοφρενικών ασθενών κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και πολλοί σχιζοφρενείς κατά την τέλεση μιας βίαιης πράξης βρίσκονται υπό την επήρεια ουσιών και κατά συνέπεια αυξάνεται η επικινδυνότητα. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς από τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η οικογένεια και τα στενά φιλικά πρόσωπα. Πιο συγκεκριμένα, οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, η επικριτική και αρνητική στάση απέναντι στον πάσχοντα, η συναισθηματική υπερεμπλοκή και η έλλειψη στοργής και αγάπης σχετίζονται με την αύξηση των βίαιων συμπεριφορών. Οι παράγοντες της κατάχρησης ουσιών και της οικογένειας δρουν ενισχύοντας τα συμπτώματα της νόσου και οδηγώντας σε υποτροπή με ψυχωτικά επεισόδια, στην διάρκεια των οποίων ο ασθενής είναι δυνατόν να προβεί σε βίαιες και εγκληματικές ενέργειες.

Συμπερασματικά ένας συνδυασμός παραγόντων μπορεί να οδηγήσει το άτομο με σχιζοφρένεια στην βίαιη συμπεριφορά ή το έγκλημα και όχι απαραίτητα η ίδια η ασθένεια. Η επίρριψη της ευθύνης στην ασθένεια και όχι στους παράγοντες είναι κοινωνική επινόηση, η οποία πρέπει να καταρριφθεί. Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση της βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην οικογένεια και την κοινότητα. Απαιτείται επίσης η παράλληλη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, που δημιουργούν αίσθημα απογοήτευσης, αποθαρρύνουν όσους αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματα τους και συμβάλλουν στον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση των ψυχικά ασθενών.

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση και την πρόληψη της σχιζοφρένειας, ενώ οι αρμοδιότητές τους περιλαμβάνουν την ανάληψη του ρόλου του δασκάλου

και του καθοδηγητή μέσα στη κοινωνία, σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής διεπιστημονικής ομάδας. Πρώτο μέλημα των νοσηλευτών σήμερα αποτελεί η εξάλειψη της του κοινωνικού στίγματος και της παραπληροφόρησης σχετικά με τη σχιζοφρένεια. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από προγράμματα, ημερίδες, σεμινάρια που απευθύνονται τόσο σε επαγγελματίες υγείας όσο και σε κοινωνικές ομάδες και αποσκοπούν στην βελτίωση της συμπεριφοράς απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και το σεβασμό για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Για την εξάλειψη των

προκαταλήψεων και των λανθασμένων, κοινωνικών αντιλήψεων κρίνεται αναγκαία η συμμετοχή της πολιτείας και των μη κυβερνητικών, μη κερδοσκοπικών οργανώσεων. Μετέπειτα, στις σημερινές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, απαιτείται η στελέχωση τους με εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο θα συμβάλλει όχι μόνο στη σωστή λειτουργία τους, αλλά και στην ανάπτυξη καινούριων, εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας για τους πάσχοντες με τη συνεργασία της οικογένειας και των μελών της κοινότητας. Σε αντίθεση με το παρελθόν, πλέον κλειδί στην επιτυχή φροντίδα των ασθενών θεωρείται η εμπλοκή της οικογένειας και της κοινότητας, οι οποίες μέσω της αποδοχής και της υποστήριξης, μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη των προσωπικών, κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών και στη πορεία, στην ομαλή, κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση των ατόμων αυτών.

Καταλήγοντας, το πιο βασικό από όλα είναι οι νοσηλευτές να επιμορφώνονται διαρκώς για τις τεχνικές καλύτερης επικοινωνίας με τον ψυχικά ασθενή, όπως επίσης και να διαθέτουν πληθώρα γνώσεων σχετικά με την ψυχική υγεία και τη ψυχική νόσο. Τα προσόντα του νοσηλευτή μπορούν να τον βοηθήσουν να αντιμετωπίζει τις διάφορες προκλήσεις κατά τη θεραπεία των ασθενών και να εδραιώσει σωστή θεραπευτική σχέση με τις περιπτώσεις που αναλαμβάνει.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Ανδρούτσος, Χ. (2012). *Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους: συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων*. Ψυχιατρική, Τόμος 23, Παράρτημα Ι, σελ.82-93.

Βενιζέλος, Μ. (2001). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Εμφύχωση, τ.9, Σεπτέμβριος.

Βορθολάκος, Θ. (2012). *Άνοια: αντιμετώπιση από υπηρεσίες κοινωνικής ψυχιατρικής*. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, Τόμος 49, Τεύχος 2, σελ.55-59.

Γιαννοπούλου, Χ.Α., (2000). *Ψυχιατρική νοσηλευτική*, Εκδόσεις: Ταβιθά , 4η έκδοση, Αθήνα.

Ζήση, Α. (2001). Αξιολόγηση παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: μεθολογικά ζητήματα και ερευνητικές κατευθύνσεις. Τετράδια Ψυχιατρικής,75, 69-76.

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων (2010). **Κοινωνικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας: Ρόλοι και Αρμοδιότητες Διαθέσιμο στο:**  
<https://kinitimonada.wordpress.com/2010/11/29/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%AE%CF%82-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/> [Πρόσβαση στις 17/09/2018]

Κοκκέβη, Α. (2008). *Η ψυχολογία στην ιατρική πράξη: εισαγωγή στην ανθρώπινη σκέψη και συμπεριφορά, στις αποκλίσεις τους και στις ασθένειες*. Αθήνα: GUTENBERG.

Κούκια, Ε. (2014). *Ψυχιατρική νοσηλευτική: νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ.

Κυλούδης, Π., Τανανάκη, Μ., Ρεκλείτη, Μ. (2012). *Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 4, Τεύχος 1, σελ.1-8.

Λέκκα, Β. (2012). *Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής*. Αθήνα: Futura.

- Μαδιανός, Μ.Γ. (1989). *Κοινωνία και ψυχική υγεία τόμος α': εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (1989). *Κοινωνία και ψυχική υγεία τόμος β': εισαγωγή στην κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγεία*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μέλλος, Ε. (2009). *Συννοσυσυρότητα και αλκοόλ*. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, Τόμος 46, Τεύχος 2, σελ.72-78.
- Οικονόμου, Μ., Πάλλη Α., Πέππου, Λ.Ε., Λούκη, Ε., Πατελάκης, Α., Κολοστουμπής, Δ., Παπαδημητρίου, Ν., (2014). *Ψυχοεκπαίδευση και συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας στη σχιζοφρένεια*, Α' ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Τόμος 1, τεύχος 1, σελ. 15 – 24.
- Παναγιωτίδης, Π., Καπρίνης, Γ., Ιακωβίδης, Α., Φουντουλάκης, Κ. (2013). *Ήπια νευρολογικά σημεία στη σχιζοφρένεια: συσχετίσεις με ηλικία, φύλο, εκπαίδευση και ψυχοπαθολογία*. Ψυχιατρική, Τόμος 24, Τεύχος 4, σελ.272-287.
- Ραγιά, Α. (2009). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας-Ψυχιατρική νοσηλευτική*. 7η έκδοση. Αθήνα: Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
- Ραγιά, Χ.Α., (2009). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, 7η βελτιωμένη έκδοση, Αθήνα.
- Σουλάκη, Γ. (2017). *'Σχιζοφρένεια: Η παρεξηγημένη νόσος - Γιατί και πως εμφανίζεται'*. Liberal, 20 Ιουλίου 2017, Διαθέσιμο στο: <https://www.liberal.gr/arthro/153948/ygeia/2017/schizofreneia--i-parexigimeni-nosos---giati-kai-pos-emfanizetai.html> [Πρόσβαση στις 02/07/2018]
- Στεργιοπούλου, Α. (2015). *Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ως θεραπευτική επιλογή στη ψυχιατρική*. ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Τόμος 4, Τεύχος 1, σελ.3-9.
- Τζαβέλλας, Η. και Καραϊσκος, Δ. (2010). *Ιστορία της ψυχιατρικής*. Βιολογική Ψυχιατρική & Νευρολογία, Τεύχος 4, σελ.6-11.
- Φωκάς, Κ. και Μποζίκας, Β. (2009). *Η μακροχρόνια πορεία των γνωστικών ελλειμμάτων της σχιζοφρένειας*. Ψυχιατρική, Τόμος 20, Τεύχος 2, σελ.117-118.
- Χατζηδάκη, Ρ. (1983). *Ψυχιατρική περίθαλψη και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα:το έγκλημα με τη φορεσιά της αθωότητας*. Σύγχρονα Θέματα, Τεύχος 19, σελ.61-71.
- Χριστοδούλου, Τ. Α. (2005). *'Αίτια σχιζοφρένειας'*. Psychology.gr, 21 Οκτωβρίου 2005, Διαθέσιμο στο: <https://www.psychology.gr/psychosis/106-aitia-shizofreneias.html> [Πρόσβαση στις 15/06/2018]
- Χριστοδούλου, Γ., (2006). *Ψυχιατρική ( I )*, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις: ΜΕΠΕ, Αθήνα.



## Ξενόγλωσση

- McQuiston, H.L., Sowers, W.E., Ranz, J.M., Feldman, J.M. (2012). *Handbook of community psychiatry*. New York, NY: Springer.
- Varcarolis, M. E., Carson, B. V., Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of mental health nursing: a clinical approach. 5<sup>th</sup> edition*. St.Louis: Elsevier/Saunders.
- Peplau, E. H. (1980). *The psychiatric nurse-accountable?to whom?for what?*. Perspectives in PSYCHIATRIC CARE, 18 (3), pp.128-134.
- Cullen, K., Guimaraes, A., Wozniak, J., Anzum, A., Schulz, SC.,White, T. (2011). *Trajectories of social withdrawal and cognitive decline in the schizophrenia prodrome*. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 4 (4), pp.229-238.
- Velligan, I. D. and Alphs, D. L. (2008). *Negative symptoms in schizophrenia: the importance of identification and treatment*. Psychiatric Times, 25 (3), Available at: <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/negative-symptoms-schizophrenia-importance-identification-and-treatment> (Πρόσβαση στις 04/08/2018).
- Gunduz-Bruce, H., Kenney, J., Changlani, S., Peixoto, A., Gueorguieva, R., Leone, C., Stachenfeld, N. (2017). *A translational approach for NMDA receptor profiling as a vulnerability biomarker for depression and schizophrenia*. Experimental Physiology, 102 (5), pp.587-597.
- Cannon, D. T., Cornblatt, B., McGorry, P. (2007). *Editor's introduction: the empirical status of the ultra high-risk (prodromal) research paradigm*.Schizophrenia Bulletin, 33 (3), pp.661-664.
- Mednick, SA., Machon, RA., Huttunen, MO., Bonett, D. (1988). *Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic*. Archives of General Psychiatry, 45 (2), pp.189-192.
- Nadeem, Z., McIntoch, A., Lawrie, S. (2004). *EBMH notebook: schizophrenia.Evidence-based mental health.*,7, pp.2-3.

- Gaebel, W. and Frommann, N. (2000). *Long-term course in schizophrenia: concepts, methods and research strategies*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102 (4), pp.49-53.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T. et al. (2001). *Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study*. British Journal of Psychiatry, 178 (6), pp.506-517.
- Jobe, T. H. and Harrow, M. (2005). *Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review*. Canadian Journal of Psychiatry, 50 (14), pp.892-900.
- Gilmore, H. J. (2010). *Understanding what causes schizophrenia: a developmental perspective*. The American Journal of Psychiatry, 167 (1), pp.8-10.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4<sup>th</sup> ed., Text Revision), pp.313-317.
- Goldberg, J. (2018). 'What causes schizophrenia?'. WebMD Medical Reference, August 3 2018, Available at: <https://www.webmd.com/schizophrenia/what-causes-schizophrenia#2> [Πρόσβαση στις 12/06/2018]
- NHS.UK (2016). **Schizophrenia: Causes**. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/schizophrenia/causes/> [Πρόσβαση στις 12/06/2018]
- National Institute of Mental Health (n.d). **Schizophrenia**. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
- Thio, A.(2008). *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά*. Αθήνα: Έλλην
- Doran, C., (2013). *Prescribing mental health medication, The practioner's guide*. New York, Taylor & Francis.
- Hogan, A.M., (2012). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. 7η βελτιωμένη έκδοση, Αθήνα.
- Eby, L., & Brown, N., (2010). *Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία*. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δ., Αθήνα.
- Eby, L., & Brown, N., (2009). *Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία (2η έκδοση)*. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δ., Αθήνα.
- Dewit, S.C., (2009). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-έννοιες και πρακτική, Τόμος 2*, Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Lemon, P., & Burke, K., (2006). *Παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική, κριτική σκέψη και φροντίδα του ασθενούς*. Τόμος Α', Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δ., Αθήνα.
- Bedford, A., & Foulds, G.A., (1978). *Manual of the personality deviance scales*. NFER, Windsor.

- Bandura, A., (1973). *Aggression, a social learning analysis*. Prinice hall, inc. New Jersey.
- Megargee, E.I., & Hokanson, J.E., (1970). *The dynamics of aggression*. Individual group and International analysis.
- Kaufman, H.,(1970). *Aggression and altruism*. New York.
- Miller, N.E., (1951). *Learnable drives and rewards*. Handbook of experimental psychology. New York, Willey.
- Minkowski & Rogue de Fursac, (1950). *Psychaitrie morale experimantale, individuelle et sociale*. In Baruk 4, Universitaires de France. Paris-Presses.
- Andreasen, C. N. and Black, W. D. (2015). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. 5η έκδοση. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Coler, M. S. and Vincent, K. G. (2001). *Ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα*, Αθήνα: Έλλην.
- Getzfeld, R. A. (2009). *Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας*. Πάτρα: GOTSIS Εκδόσεις.
- Hinshelwood, R.D. and Skogstad, W. (2000). *Observing organisations: anxiety, defence and culture in health care*. London: Routledge.
- Hogan, M.A. (2012). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας: ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Kneisl, R. C., Wilson, S.H., Trigoboff, E. (2004). *Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Έλλην.

#### Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

- l Link: <http://users.sch.gr/epdiaman/thematografos/examples/HDHQ.html>
- l Link: <https://www.maxmag.gr/psychologia/egklima-ke-psychiki-asthenia-prokatalip/>
- l Link: <socialpolicy.gr/2017/08/ψυχολογικες-θεωριες-εγκληματικοτητ-3.html>
- l Link: [http://www2.media.uoa.gr/lectures/image\\_criminal/assets/docs/3rd\\_lecture.pdf](http://www2.media.uoa.gr/lectures/image_criminal/assets/docs/3rd_lecture.pdf)
- l [https://www.openthedoors.com/english/03\\_07.html](https://www.openthedoors.com/english/03_07.html)
- l <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%87%CE%B9%CE%B6%CE%BF%CF%86%CF%81%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1>