

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Εισηγήτρια: ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ

Παρουσίαση: ΧΟΥΝΤΗ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ

Αθήνα 2001

ΑΡΙΘΜΟΣ	3277
---------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1-2
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	3

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1. Ιστορική ανασκόπηση της Παιδοψυχιατρικής	4-6
1.2. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας	7
1.3. Η ανάπτυξη εναλλακτικών δομών περίθαλψης	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1. Ψυχονοητική ανάπτυξη του παιδιού	9-11
2.1.1. Νοητική ανάπτυξη	9
2.1.2. Ψυχολογική ανάπτυξη	10-11
2.2. Φυσιολογικά χαρακτηριστικά του εφήβου	12-14
2.2.1. Στάδια της εφηβείας	12
2.2.2. Αναπτυξιακά επιτεύγματα	12-13
2.2.3. Έφηβος – γονείς – οικογένεια	13-14
2.2.4. Εφηβεία και εκπαίδευση	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

3.1. Ψυχικές λειτουργίες	15-19
--------------------------	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4.1. Ψυχική υγεία	20-23
4.1.1. Κριτήρια υγείας	20-22
4.1.2. Η νοσηλευτική θεώρηση της ψυχικής υγείας	22
4.1.3. Ορισμοί της ψυχικής υγείας	22-23
4.2. Ψυχική ασθένεια	24-26
4.2.1. Ψυχώσεις	24
4.2.2. Διάκριση ψυχώσεων	24-25
4.2.3. Η σχιζοειδής προσωπικότητα	25-26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1. Σχιζοφρένεια – ιστορικά στοιχεία	27-29
5.2. Επιδημιολογία της νόσου	30-31
5.3. Παράγοντες επικινδυνότητας	32-35
5.3.1. Αναπτυξιακές ανωμαλίες	33
5.3.2. Πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές θεωρήσεις	34-35
5.4. Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες	36-41
5.4.1. Γενετικοί παράγοντες	36-37
5.4.2. Οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία	37-38
5.4.3. Χρωμοσωμικοί δείκτες	38
5.4.4. Νευροχημική διαταραχή	39-40
5.4.5. Ψυχονευροενδοκρινολογική αιτιοπαθογένεια	40-41
5.5. Ψυχογενετικές απόψεις	41-43
5.5.1. Ψυχαναλυτική προσέγγιση	41
5.5.2. Οι απόψεις της διαταραγμένης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας	42-43
5.5.3. Συμπεριφορική προσέγγιση	43
5.5.4. Αντιψυχιατρικές απόψεις	43



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1.	Αποδιοργανωμένος τύπος (σχιζοφρένειας)	44-45
6.1.1	Πρόδρομα συμπτώματα	44
6.1.2.	Σημασία των πρόδρομων συμπτωμάτων	44-45
6.2.	Πρόδρομα συμπτώματα και σημεία	45
6.3.	Κλινικά χαρακτηριστικά	46-52
6.3.1.	Διαταραχές της σκέψης	46-48
6.3.2.	Διαταραχές της αντίληψης	48-49
6.3.3.	Διαταραχές του συναισθήματος	50
6.3.4.	Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας	51
6.3.5.	Η προσοχή	51
6.3.6.	Διαταραχές ειδικής προέλευσης	52
6.4.	Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV	53
6.4.1.	Διαγνωστικά κριτήρια άλλων ερευνητών	53-54
6.5.	Εργαστηριακά ευρήματα	55-61
6.5.1.	Νευροψυχολογικές δοκιμασίες	55-56
6.5.2.	Δοκιμασίες νοημοσύνης	56
6.5.3.	Αντιληπτικές – κινητικές δεξιότητες	56-57
6.5.4.	Στυλ προσωπικότητας	58
6.5.5.	Ψυχιατρικές κλίμακες μέτρησης	58
6.5.6.	Απεικονίσεις του εγκεφάλου-Δοκιμές απεικονιστικές μέθοδοι	59-60
6.5.7.	Λειτουργικές απεικονιστικές μέθοδοι	61
6.5.8.	Ηλεκτροφυσιολογική διεύρυνση	61
6.5.9.	Νευροψυχολογικά δεδομένα	61
6.6.	Κλινικές μορφές	62-63
6.7.	Διαφορική διάγνωση	64-66
6.7.1.	Ψυχιατρικές διαταραχές	64-65
6.7.2.	Σωματική νοσήματα	66
6.8.	Πορεία	67
6.9.	Πρόγνωση	68-69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1.	Βιολογικές θεραπείες	70-75
7.1.1.	Αντιψυχωσικά (νευροληπτικά) φάρμακα	70
7.1.2.	Μηχανισμός δράσης νευροληπτικών	70-72
7.1.3.	Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων	72-74
7.1.4.	Λίθιο	74
7.1.5.	Αντιεπιληπτικά	74
7.1.6.	Αντικαταθλιπτικά	75
7.2.	Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	76-80
7.3.	Δημιουργικές θεραπείες	81-82
7.3.1.	Δραματοθεραπεία	81
7.3.2.	Πρωτόγονη έκφραση	81-82
7.3.3.	Χοροκινητική θεραπεία	82
7.3.4.	Μουσικοθεραπεία	82
7.4.	Συνδυασμός θεραπειών	83
7.4.1.	Μετανοσοκομειακή φροντίδα	83

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1.	Νοσηλευτική ψυχικής υγείας	84-85
1.2.	Προϋποθέσεις επιτυχημένης άσκησης της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας	86-87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1.	Η νοσηλευτική διεργασία στο χώρο της ψυχικής υγείας Στάδια νοσηλευτικής διεργασίας	88
2.2.	Πρότυπο νοσηλευτικής διεργασίας στη φροντίδα ψυχικής Υγείας εφήβων	89
2.2.1.	Το σύστημα έφηβος νοσηλευτής	89-90
2.2.2.	Το μοντέλο του ρόλου	91
2.2.3.	Το σύστημα οικογένεια – νοσηλευτής	91
2.2.4.	Διαπροσωπικές πλευρές του ρόλου του νοσηλευτή	91-92
2.2.5.	Ο νοσηλευτής και η διεπιστημονική ομάδα	92
2.2.6.	Αξιολόγηση παρεμβάσεων	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

3.1.	Διεργασία Νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου με ηβηφρενική Σχιζοφρένεια	93-99
3.2.	Νοσηλευτικές ευθύνες στη φαρμακευτική θεραπεία	99
3.2.1.	Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων	99
3.2.2.	Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων	100
3.2.3.	Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την εμφάνιση ανεπιθύμητων Επιπλοκών από τη φαρμακοθεραπεία	100-101
3.2.4.	Προαγωγή της συμμόρφωσης του αρρώστου στην Προγραμματισμένη φαρμακοθεραπεία	101-102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4.1.	Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική	103
4.2.	Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας	103
4.3.	Πρόληψη ψυχικών διαταραχών	104
4.3.1.	Πρωτοβάθμια πρόληψη	104
α.	Παρεμβάσεις πριν από τη σύλληψη	104-105
β.	Παρεμβάσεις κατά την εμβρυϊκή ζωή	105
γ.	Παρεμβάσεις στην παιδική ηλικία	106
4.3.2.	Δευτεροβάθμια πρόληψη	106
α.	Πρόληψη υποτροπών της σχιζοφρένειας	106-107
β.	Η οικογένεια ως παράγων πρόληψης μέσα από τη ζωγραφική	108
4.3.3.	Τριτοβάθμια πρόληψη	108
α.	Ο ρόλος της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας Ψυχιατρικού Τομέα Γενικού Νοσοκομείου	108
β.	Προγράμματα αποκατάστασης	109
γ.	Επαγγελματική αποκατάσταση	109-110
4.4.	Εναλλακτικές μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης (εκτός Ψυχιατρικού Καταστήματος)	110
A.	Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο	110-111
B.	Περίθαλψη στο σπίτι	111-112



ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Γ. Το κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας και η συνεχής Ψυχιατρική Φροντίδα (Follow up)	112
4.5. Σύγχρονες εξελίξεις και προοπτικές	113
4.5.1. Εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία	113
4.5.2. Αποϊδρυματισμός και αποκατάσταση	113
4.5.3. Επιδημιολογικές έρευνες	113
4.5.4. Εξελίξεις σε διαγνωστικό επίπεδο	114
4.5.5. Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών	114
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
5.1-2. Περιστατικά νοσηλευτικής φροντίδας με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	115-124
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	125-127
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	128-134
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	135-139

Ο πίνακας του εξωφύλλου
Ζωγράφος: John William Waterhouse
Τίτλος: Lady of Shallot [on boat]
Έτος: 1888
Είδος: Λάδι σε καμβά
Διαστάσεις: 153X200 εκ.
Μουσείο: The Tate Gallery, Λονδίνο



Είναι δύσκολο να πολεμήσεις
μ' έναν εχθρό
που κατέχει θέσεις
στρατηγικής σημασίας
μέσα στο ίδιο το κεφάλι σου ...

SALLY KEMPTON¹

Ωστόσο, αν μπορούσε κανείς,
να φτάσει στα σκοτεινά έγκατα της γης
θ' ανακάλυπτε «το λαμπερό χρυσάφι», ή
αν μπορούσε κανείς να φτάσει οργιές κάτω,
θα ανακάλυπτε «το μαργαριτάρι του θαλάσσιου βυθού»

R.D. LAING
[Ψυχίατρος]

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ανατολή του εικοστού πρώτου αιώνα σηματοδοτήθηκε από την απόφαση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας –Π.Ο.Υ.- για πρώτη φορά από την ίδρυσή του, να αφιερώσει την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας του 2001 στην Ψυχική Υγεία –ημερομηνία έναρξης μιας εκστρατείας που θα συνεχιστεί και τα επόμενα έτη.

Έχουμε επίγνωση πως καμιά κοινωνία δεν είναι απρόσβλητη από τις ψυχικές διαταραχές. Είναι υπαρκτές και ιδιαίτερα επιβαρυντικές· εντούτοις ένας μεγάλος αριθμός πασχόντων² – 400 εκατομμύρια άτομα εκτιμάται ότι πάσχουν σήμερα από ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές ή από ψυχοκοινωνικά προβλήματα³ – παραμένει αβοήθητος. Το στίγμα και οι διακρίσεις προσθέτουν μη αναγκαίο πόνο και θέτουν εμπόδια στην πρόσβαση, στη φροντίδα και στην κοινωνική επανένταξη² μ' αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος της ζωής αυτών των ανθρώπων να χαρακτηρίζεται από πόνο, ανικανότητα και μερικές φορές πρόωρο θάνατο.³

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι αυτοκτονίες, οι οποίες αποτελούν τη δεύτερη κυριότερη αιτία θνησιμότητας στους εφήβους ηλικίας 14-19 ετών, λόγω σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως είναι η ηβηφρενική σχιζοφρένεια.⁴

Ο Π.Ο.Υ. κηρύσσοντας την έναρξη της εκστρατείας για την ψυχική υγεία μεταδίδει ένα θετικό μήνυμα «Το στίγμα και οι διακρίσεις είναι άδικες καθώς στερούνται ηθικής βάσης – Η θεραπεία είναι δυνατή» και δεσμεύεται στο σύνθημα «Όχι στον Αποκλεισμό – Ναι στη Φροντίδα».³

Η εργασία αυτή πραγματεύεται μια από τις σοβαρότερες ψυχιατρικές διαταραχές που έχει έναρξη στην εφηβική ηλικία, την «ηβηφρενική σχιζοφρένεια».

Η πρόωμη έναρξή της κλονίζει τη λειτουργικότητα των πασχόντων, οι οποίοι συχνά είναι άτομα ευαίσθητα και χαρισματικά.

Η εργασία διαιρείται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνεται η ιστορική ανασκόπηση της Παιδοψυχιατρικής, η ψυχονοητική ανάπτυξη του παιδιού και τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά της εφηβείας. Στη συνέχεια αναφερόμαστε στις ψυχικές λειτουργίες, την ψυχική υγεία και ασθένεια.

Ο κορμός του πρώτου μέρους (γενικού) αναφέρεται στη σχιζοφρένεια γενικά – ιστορία της νόσου – επιδημιολογία – αιτιοπαθογένεια και ειδικά στον αποδιοργανωμένο τύπο της σχιζοφρένειας – διαγνωστικά κριτήρια – εργαστηριακά ευρήματα – κλινική εικόνα – κλινικές μορφές – βιολογικές και ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Στο δεύτερο μέρος (ειδικό) της εργασίας αναφερόμαστε στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, καθώς και στο ρόλο που διαδραματίζει ο ψυχιατρικός νοσηλευτής στη φροντίδα ατόμων με ηβηφρενική σχιζοφρένεια. Επίσης τονίζουμε τη σημασία και το φάσμα των παρεμβάσεων της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στα τρία επίπεδα πρόληψης. Εν συνεχεία, διατυπώνουμε τις σύγχρονες εξελίξεις και προοπτικές στο χώρο της έρευνας για τη σχιζοφρένεια. Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Η εμπειρία της σχιζοφρένειας είναι ένα τρομακτικό ταξίδι μέσα σ' ένα κόσμο που κανείς δε μπορεί να κατανοήσει και ιδιαίτερα το άτομο που ταξιδεύει μέσα σ' αυτόν. Βασανίζεσαι από εσφαλμένες αντιλήψεις. Δε μπορείς να ξεχωρίσεις τι είναι αληθινό και τι όχι... Αισθάνεσαι πολύ μόνος. Τελικά είναι πιο εύκολο να απομονωθείς απ' το να αντιμετωπίσεις μια πραγματικότητα που είναι άγνωστη για τον κόσμο της φαντασίας σου.» «Πως μπορώ να πω στην οικογένειά μου πως είχα ένα πρόσωπο μέσα στο κεφάλι μου που με διέταζε τι να κάνω, τι να σκέφτομαι και τι να λέω;»⁵

Η σχιζοφρένεια είναι νόσος του εγκεφάλου η οποία εκδηλώνεται με πολλαπλά σημεία και συμπτώματα και καταλαμβάνει κεντρική θέση σε όλο το φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η θεωρητική προσέγγιση του αποδιοργανωμένου τύπου της σχιζοφρένειας. Αυτό που θέλουμε να τονίσουμε είναι πως οι σύγχρονες εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία και στα ψυχοκοινωνικά μέσα θεραπείας μπορούν να φέρουν μερική ή και ολική ανάρρωση στον πάσχοντα. Τα πορίσματα των πιο πρόσφατων ερευνών το αποδεικνύουν, καταρρίπτοντας πολλούς μύθους σχετικά με την ανικανότητα των ανθρώπων με σχιζοφρένεια να αναρρώσουν απ' την ασθένειά τους.

Το δεύτερο σημείο στο οποίο δίνουμε έμφαση είναι οι εναλλακτικές δομές στην κοινότητα ως απόρροια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αυτές δίνουν στον ασθενή τη δυνατότητα να εξασφαλίσει ένα καλό επίπεδο ζωής μέσα στο φυσικό του χώρο, χωρίς να βιώνει τις προκαταλήψεις για την ασθένειά του.

Τέλος αξίζει να σημειώσουμε πως η πρόωγη ηλικία προσβολής των ασθενών, η συχνότητα της ασθένειας στον πληθυσμό και οι επιβαρυντικές της επιπτώσεις στην προσωπικότητα του ατόμου, καθιστούν τη σχιζοφρένεια μια

από τις βαρύτερες νοητικές νόσους και μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

Σημ: Ο όρος «Ήβηφρενική Σχιζοφρένεια» έχει αντικατασταθεί από τον όρο «Αποδιοργανωμένη Σχιζοφρενική Διαταραχή» σύμφωνα με το DSM IV. Για λόγους καθαρά πρακτικούς χρησιμοποιούμε και τον πρώτο όρο στη συγκεκριμένη εργασία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η εργασία πραγματοποιήθηκε με:

- ✚ Βιβλιογραφική ανασκόπηση
- ✚ Χρήση Η/Υ

Οι λέξεις «κλειδιά» που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

Ψυχιατρική, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, ψυχώσεις, σχιζοφρένεια, κοινότητα, εφηβεία, πρόληψη, mental health

Χρήση ηλεκτρονικών διευθύνσεων στο διαδίκτυο

- ✚ Internet Mental Health (www.mentalhealth.com)
- ✚ American Psychiatric Association (www.psych.org)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η μέση παιδική ηλικία και η εφηβεία σαν σημαντικές περίοδοι της ζωής είναι σχετικά πρόσφατες έννοιες. Μόνο τα τελευταία 100 χρόνια και εξαιτίας της ανάγκης να μάθει κανείς περισσότερα για να πάρει μέρος στη ζωή των ενηλίκων, διαδόθηκε η ιδέα και κύρια η πρακτική μιας καλύτερης και πιο παρατεταμένης προετοιμασίας για την ενήλικη ζωή.

Στη διάρκεια του Μεσαίωνα, τουλάχιστον στο Δυτικό Κόσμο, τα παιδιά δεν αναγνωρίζονται σαν άτομα με δικαιώματα. Διάφορες κατηγορίες παιδιών αναγνωρίζονταν: τα καλά, τα κακά, τα τεμπέλικα, τα διεστραμμένα, τα εγκαταλελειμμένα, τα τρελά, τα νευρικά, οι παραπτωματίες, τα αξιοθαύμαστα. Η συμπεριφορά των ενηλίκων απέναντι τους υπήρξε μερικές φορές εκπληκτικά αρνητική. Οι εκτελέσεις παιδιών κατόπιν δικαστικών αποφάσεων, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα.

Κατά τη βιομηχανική επανάσταση, στο τέλος του 18^{ου} αιώνα πολλά παιδιά έπαιρναν το δρόμο για τα υφαντουργεία και είναι ενδιαφέρον ότι γινόντουσαν συχνά διαπραγματεύσεις ανάμεσα στις ενορίες και τους ιδιοκτήτες να παίρνουν στη δουλειά τους ένα καθυστερημένο παιδί σε κάθε είκοσι παιδιά.

Κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα ιδρύματα για τους εγκληματίες, τους αρρώστους και τους φτωχούς αναπτύχθηκαν παράλληλα με μια μεγάλη εξάπλωση της σχολικής εκπαίδευσης στο πλαίσιο οικοτροφείων. Στην ίδια περίοδο η αντιμετώπιση των προβληματικών παιδιών, όταν δεν ήταν απλά τιμωρητική, κατέληγε στην τοποθέτησή τους σε ίδρυμα.⁶

Ο όρος ίδρυμα υπονοεί την προστασία των ασθενών με τον εγκλεισμό τους στο Ψυχιατρείο, επειδή η ψυχική τους διαταραχή, τους καθιστούσε

βαθμιαία ανάκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ταυτόχρονα όμως γινόταν και η απομάκρυνσή τους απ' το κοινωνικό σύνολο. Λόγω των προκαταλήψεων που υπήρχαν για την ψυχική διαταραχή και του κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών, ο ασθενής ήταν ανεπιθύμητος για το «υγιές» κοινωνικό σύνολο.

Η βαθμιαία απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου, η οποία οφειλόταν στη μακρά παραμονή στο άσυλο, συγγεόταν με τις εκδηλώσεις της νόσου και εθεωρείτο ως ένα σύμπτωμα της νόσου αυτής καθεαυτής, μέχρις ότου ο R. Barton στη Μεγάλη Βρετανία, διαχώρισε τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο από τη συμπτωματολογία της νόσου και τις ονόμασε ιδρυματική νεύρωση ή ιδρυματισμό.⁷

Ωστόσο, ως φωτεινές αναλαμπές θεωρούνται:

- Η ίδρυση της Βρετανικής Εταιρίας μελέτης του παιδιού το 1893, αντικείμενο της οποίας ήταν να βοηθήσει τους δασκάλους ν' αντιμετωπίσουν σωστότερα τα προβλήματα των παιδιών χρησιμοποιώντας ανθρωπομετρικές μεθόδους.
- Η εφαρμογή του νόμου για τη Μέση Εκπαίδευση (1870) αποκάλυπτε διαφορές στην ικανότητα των παιδιών να μαθαίνουν.
- Η ίδρυση σχολείων με ειδικό θεραπευτικό χαρακτήρα που διηύθυνε η Maria Montessori το 1898 στη Ρώμη και ο Rudolf Steiner το 1919 στη Στουτγάρδη.
- Η ψήφιση του νόμου το 1969 στην Αγγλία σε ότι αφορά την αντιμετώπιση «δύσκολων παιδιών» από τα δικαστήρια στις κοινωνικές υπηρεσίες ή σε ανάδοχες οικογένειες.

Στην ανατολή του εικοστού αιώνα ανάγεται η λειτουργία των συμβουλευτικών σταθμών για παιδιά και εφήβους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συμμετείχαν ενεργά στην ίδρυση και στελέχωση αυτών των κέντρων.

Η πρώτη ψυχιατρική μονάδα για εφήβους λειτούργησε στο St. Ebba's Hospital το 1948, ενώ το 1949 λειτούργησε η μονάδα εφήβων στο Bethlem Royal Hospital.

Στην τριακονταετία (1950-1980) που ακολούθησε περισσότερες μονάδες για ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση παιδιών και εφήβων εμφανίσθηκαν στην Αγγλία.⁶

Αυτό που πρέπει να τονίσουμε είναι πως η Παιδοψυχιατρική έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, διότι έχει γίνει κατανοητή η σημασία της παιδικής ηλικίας για την ψυχική υγεία του ενήλικα. Στην Ελλάδα αποτελεί ήδη ξεχωριστή ειδικότητα.⁸

1.2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Στη χώρα μας η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπορούμε να πούμε ότι άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του '80 με την εισδοχή μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, και με αφορμή και αιχμή μία διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τον κανονισμό 815. Σύμφωνα με ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες αρχικά πενταετούς διάρκειας, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών Ψυχιατρικής περίθαλψης και η ταυτόχρονη προσπάθεια αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού των Ψυχιατρείων της χώρας. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και την εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού.

1.3. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να προβλέπει υπηρεσίες για την πρόληψη, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.⁹ Οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης για εφήβους στην κοινότητα είναι οι παρακάτω:

1. Τα κέντρα Ψυχικής Υγείας με την ανάπτυξη:

- ✦ Παιδοψυχιατρικών Συμβουλευτικών Σταθμών
- ✦ Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία
- ✦ Αυτόνομη Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
- ✦ Κέντρο Ημερήσιας ή Νυκτερινής Περίθαλψης
- ✦ Υπηρεσίες Προεπαγγελματικής ή Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.¹⁰

Οι υπηρεσίες αυτές απαρτίζουν τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, ενώ οι υπόλοιπες λειτουργούν δορυφορικά σε σχέση μ' αυτά.

Η διάρθρωσή τους γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού του τομέα ευθύνης του.¹¹

2. Μονάδες βραχείας νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο, όπου φροντίζεται η οξεία φάση.

3. Νοσοκομείο ημέρας.

Η ανάπτυξη μονάδων νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο αποτελεί σημαντικότερο κρίκο στην αλυσίδα των εναλλακτικών δομών περίθαλψης στην κοινότητα, διότι καλύπτει ευρύτατο φάσμα βραχύχρονων νοσηλειών, χωρίς να συνοδεύεται ο ασθενής απ' το «στίγμα» της εισόδου σε ψυχιατρικό ίδρυμα.⁹

4. Παραγωγικό εργαστήριο ή Συνεργατική

5. Λέσχη ασθενών

6. Υπηρεσίες Επείγουσας φροντίδας (τηλεφωνική βοήθεια, παρέμβαση σε «κρίση», κινητή μονάδα)

7. Νοσηλεία στο σπίτι από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, όταν η νοσηλεία δεν είναι εφικτή κοντά στον τόπο κατοικίας του ασθενή.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1. ΨΥΧΟΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η νοημοσύνη αποτελεί μια από τις βάσεις για την προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον και την επιβίωσή του. Η άποψη του διπλού δεσμού έχει διαπιστωθεί πως κατέχει δεσπόζουσα θέση στην ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού, στη διαμόρφωση των φυσιολογικών χαρακτηριστικών της εφηβείας και κατ' επέκταση στην ψυχική υγεία του ενήλικα.

Στο πρώτο λοιπόν, μέρος του κεφαλαίου αυτού, θα περιγράψουμε συνοπτικά το υγιές ψυχονοητικό πλαίσιο ανάπτυξης του παιδιού, ενώ στο δεύτερο θ' αναφέρουμε τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά της εφηβείας ως μιας δυναμικής συνέχειας της παιδικής ψυχονοητικής ανάπτυξης.

2.1.1. ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η νοημοσύνη μπορεί να θεωρηθεί ως το άθροισμα των γνωσιακών ικανοτήτων του ατόμου σύμφωνα με τη θεωρία της γνωσιακής ανάπτυξης του Ελβετού ψυχολόγου Jean Piaget. Η θεωρία αυτή είχε καθοριστική επίδραση στις θεωρίες της ανάπτυξης για την ψυχολογία του παιδιού.

Ο Piaget περιέγραψε τέσσερα στάδια στην εξέλιξη της νοημοσύνης.

- **Πρώτο στάδιο: Αισθητηριο-κινητική νοημοσύνη.**

Στο στάδιο αυτό το βρέφος, ερχόμενο σε επαφή με την εξωτερική πραγματικότητα αρχίζει να αποκτά προοδευτικά την ικανότητα να ξεχωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους. Στο πρώτο στάδιο της ανάπτυξης της νοημοσύνης πραγματοποιείται η δόμηση της έννοιας του αντικειμένου, του χώρου, του χρόνου και της αιτιότητας.

- **Δεύτερο στάδιο: Προενεργητική νοημοσύνη.**

Το παιδί στο στάδιο αυτό είναι εγωκεντρικό, δεν μπορεί να κατανοήσει την άποψη του άλλου και βλέπει τον εαυτό του ως το κέντρο του σύμπαντος.

Ο λόγος του είναι κυρίως εγωκεντρικός, δηλαδή είναι συχνά ένα είδος μονολόγου, ακόμη και αν είναι άλλα άτομα μπροστά, και ο στόχος του λόγου είναι η εξωτερίκευση των συναισθημάτων και των σκέψεων του παιδιού και όχι η επικοινωνία.

- **Τρίτο στάδιο: Ενεργητική νοημοσύνη.**

Το στάδιο αυτό καλύπτει την ηλικία που τα παιδιά βρίσκονται στο δημοτικό σχολείο. Τα παιδιά στο στάδιο αυτό αρχίζουν να εγκαταλείπουν την εγωκεντρική σκέψη και τον ανιμισμό. Αρχίζουν να κατηγοριοποιούν και να ταξινομούν πράγματα και καταστάσεις. Είναι ικανά, δηλαδή να ξεχωρίσουν σε μια σειρά από αντικείμενα ιδιότητες, οι οποίες τους επιτρέπουν να τα κατηγοριοποιήσουν μαζί.

- **Τέταρτο στάδιο: Τυπική νοημοσύνη. Νοητικοί συλλογισμοί.**

Το στάδιο αυτό αρχίζει περίπου στα 12 χρόνια, περίοδος κατά την οποία έχει ολοκληρωθεί η εξέλιξη των συγκεκριμένων νοητικών ενεργειών. Το παιδί είναι ικανό να χρησιμοποιεί αφηρημένες έννοιες, να σχηματίζει λογικές υποθέσεις και οι νοητικές του λειτουργίες χαρακτηρίζονται από το ότι πραγματοποιούνται με τη χρήση συμβόλων. Ο Piaget έχει τονίσει τη μεγάλη διαφορά στις διαδικασίες της σκέψης μεταξύ ενηλίκου και παιδιού.¹²

2.1.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Ένα πολύ σημαντικό βήμα στην προώθηση των θεωριών της ανάπτυξης είναι η θεωρία της δημιουργίας της συμπεριφοράς του δεσμού (attachment behavior). Αυτή τη θέση την ανέπτυξε περισσότερο ο Bowlby στη «θεωρία του δεσμού» (attachment theory).

Κατά το Bowlby η σχέση μητέρας βρέφους αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των ενδο και προσωπικών σχέσεων λειτουργώντας ως πρότυπο για τη δημιουργία των μετέπειτα συναισθηματικών σχέσεων. Ο δεσμός, όπως ορίστηκε από τον Bowlby οργανώνεται περίπου στους έξι μήνες ζωής του βρέφους.

Ο Sroufe μάλιστα τόνισε ότι η εμπειρία ενός αφαλούς και σταθερού δεσμού στη βρεφική ηλικία, προάγει την αυτοεκτίμηση, την αυτοάμυνα και γενικά την κοινωνικότητα.¹³

Όταν το άτομο που παρέχει φροντίδα στο παιδί είναι ευαίσθητο, τότε αποτελεί την «ασφαλή βάση» από την οποία το παιδί αρχίζει να διερευνά τον κόσμο. Όταν η φροντίδα που παρέχεται στο παιδί δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, τότε του δημιουργούνται αισθήματα άγχους και αγχοτικά εσωτερικά μοντέλα δημιουργίας δεσμού.¹²

Αυτή η εσωτερίκευση επηρεάζει την εικόνα εαυτού και σώματος. Η εικόνα που το βρέφος αποκτά για τον εαυτό και το σώμα του είναι αποτέλεσμα των αισθητηριακών ερεθισμάτων που λαμβάνει, όπως και του αντικαθρεπτίσματός του, στο πρόσωπο της μητέρας (μέσα από προσβλητικές και ενδοβλητικές διαδικασίες), όσον αφορά στην ενότητα με το σώμα της και τους ρόλους που αυτή επενδύει στο δικό του σώμα. Ελλείμματα στο πρώιμο αντικαθρέπτισμα με τους γονείς καταλήγουν σε διασπασμένη εικόνα σώματος και εαυτού, και δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη ξεχωριστής εικόνας σώματος και εαυτού από αυτήν του γονέα.

Αποτυχία απαρτίωσης των πρώιμων σωματικών εμπειριών οδηγεί σε προβλήματα στα όρια του εαυτού, σε σύγχυση της εξωτερικής από την εσωτερική εμπειρία και κατ' επέκταση σε σύγχυση υποκειμένου-αντικειμένου. Τελικά μπορεί να οδηγήσει μέχρι τα πατροπαράδοτα συμπτώματα και τις σωματικές εμπειρίες της σχιζοφρένειας.¹⁴

Κρίσιμες φάσεις στην ανάπτυξη του βρέφους και του παιδιού έχουν περιγραφεί επίσης, από τις ψυχαναλυτικές και τις ηθικολογικές απόψεις. Σπουδαίο ρόλο παίζουν όμως οι ατομικές διαφορές στην εξέλιξη των παιδιών και απ' την άλλη η οικογένεια και η κοινότητα.¹²

2.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η έναρξη της εφηβείας συμπίπτει με την είσοδο του ατόμου στην ήβη. Αυτή καθορίζεται από μια σειρά βιολογικών φαινομένων που επιφέρουν δραματικές σωματικές και συνακόλουθα ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές.¹⁴

Συνήθως στην περίοδο αυτή μιλάμε για την κρίση της εφηβείας, που είναι μια από τις φυσιολογικές εξελικτικές κρίσεις και η οποία συνήθως συνοδεύεται από μια μεγάλη ποικιλία στη συμπεριφορά. Είναι βέβαια, απαραίτητο να είμαστε σε θέση να ξεχωρίσουμε τι είναι φυσιολογικό και τι δεν είναι, και ιδίως ποια εκτροπή της συμπεριφοράς οφείλεται στο στρες αυτής της περιόδου και επομένως ποια συμπεριφορά είναι φυσιολογική και ποια είναι ενδεικτική μιας παθολογίας.¹⁵

2.2.1. ΣΤΑΔΙΑ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

- ✦ Προεφηβεία [10-12 ετών]
- ✦ Πρώιμη εφηβεία [11-14 ετών]
- ✦ Καθαυτό εφηβεία [11-17 ετών]
- ✦ Τελικό στάδιο [17-21 ετών]

2.2.2. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

- Η ανεξαρτητοποίηση και το κόψιμο των συναισθηματικών βρεφικών δεσμών είναι το κλειδί των διεργασιών της εφηβείας.
- Η παλινδρόμηση που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση παλαιότερων σχημάτων συμπεριφοράς.
- Η αμφιθυμία. Αυτή μπορεί να εκφραστεί με συναισθηματική αστάθεια στις σχέσεις και τις παράλογες αλλαγές στη συμπεριφορά.

Αυτά τα στοιχεία είναι ενδεικτικά μιας ανωριμότητας αλλά αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι πως η ανωριμότητα αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο υγείας για την εφηβεία.

- Εξοικείωση (πάντα επώδυνη) με τις συμβαίνουσες σωματικές αλλαγές.¹⁵ το προεφηβικό εξιδανικευμένο παιδικό σώμα απειλείται από την αναδυόμενη σεξουαλικότητα.¹⁴
- Τοποθέτηση βάσεων για ετεροφυλικές σχέσεις.
- Δημιουργία της αίσθησης του εαυτού.
- Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους μεταβάλλεται όσον αφορά στα πρότυπα συμπεριφοράς και το σύστημα αξιών.
- Οι τρέχουσες ηθικές και φιλοσοφικές αξίες επανεξετάζονται από τον έφηβο.

2.2.3. ΕΦΗΒΟΣ - ΓΟΝΕΙΣ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Κεντρικός είναι ο ρόλος της απώλειας στην περίοδο της εφηβείας και για τον έφηβο και για τους γονείς. Ο έφηβος θρηνεί την απώλεια των χαμένων αντικειμένων της παιδικής ηλικίας, ενώ ο γονιός θρηνεί την απώλεια του γονεϊκού του ρόλου.

Η διαδικασία από-ιδανικοποίησης των γονιών από τον έφηβο και η αναζήτηση προτύπων εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος είναι επίσης επώδυνη διαδικασία.

Άλλα χαρακτηριστικά του εφήβου είναι:

- Η συνέχεια της συναισθηματικής του ανάγκης να έχει κάποιον να τον φροντίζει.
- Η δυσκολία που έχει μερικές φορές ν' αναλάβει υπευθυνότητα.
- Η έλλειψη της επιθυμίας μερικές φορές να συνεργαστεί με τους ενηλίκους.
- Η άρνηση αποδοχής ψευδών λύσεων.

Στο τελευταίο σημείο ο έφηβος δείχνει μια αμείλικτη ηθική που μπορεί να φαίνεται και αρρωστημένη. Γνωρίζουμε ότι αν ο γονιός είναι σε θέση να έχει αυτή τη ενσυναισθησιακή ικανότητα για τις ανάγκες του εφήβου και δεν εμπλέκεται σε αντιζηλίες και συγκρούσεις με τον έφηβο, τότε μπορεί

πραγματικά να δημιουργήσει την κατάλληλη ατμόσφαιρα μέσα από την οποία ο έφηβος αισθάνεται ασφαλής, μπορεί να νιώσει ως έφηβος στην περίοδο της εφηβείας του, μπορεί να πολεμήσει και να βρει απαντήσεις αναφορικά με τα άγχη που απορρέουν από τις διαδικασίες της ενηλικίωσης.

Η προσαρμοστικότητα στην αντιμετώπιση νέων καταστάσεων και κρίσεων, η συντροφικότητα, το μοίρασμα συναισθημάτων. Είναι ορισμένοι από τους βασικούς παράγοντες που υποβοηθούν στη μετάβαση των παιδιών από την εφηβεία στην ενηλικίωση.

2.2.4. ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Το ίδιο ισχύει και για τους εκπαιδευτικούς ώστε ν' ασκούν το ρόλο τους παρεμβαίνοντας διορθωτικά και υποστηρικτικά. Η γνώση και ερμηνεία των κύριων χαρακτηριστικών της εφηβικής συμπεριφοράς, όπως είναι η αντιφατικότητα, η υπερβολή, η παντοδυναμία, ο εγωκεντρισμός, τους βοηθά να κρατήσουν μια ψύχραιμη αντίδραση στη συνήθη και ψυχοπαθολογική συμπεριφορά.¹⁵

Συνεπώς η δημιουργία θετικής σχέσης εφήβων-εκπαιδευτικών ενισχύει το θεραπευτικό ρόλο των τελευταίων, οι οποίοι, με κατάλληλο χειρισμό των μεταβιβαστικών και αντιμεταβιβαστικών συναισθημάτων, μπορούν να δημιουργήσουν πρόσφορο έδαφος για την υγιή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των εφήβων.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Τη συμπτωματολογία και τη σημειολογία της ψυχικής νόσου στοιχειοθετούν οι διαταραχές των λεγόμενων ψυχικών λειτουργιών (οι ψυχικές λειτουργίες συνιστούν τον ψυχικό μας βίο, σαν εάν ενιαίο και αδιαίρετο σύνολο). Η γνώση των λειτουργιών αυτών, των μηχανισμών τους και των παραγόντων, που τις καθορίζουν, είναι η βάση για τη σωστή ψυχιατρική διάγνωση και θεραπεία.

Οι σημαντικότερες ψυχικές λειτουργίες είναι: 1. Αντίληψη, 2. Μνήμη, 3. Συνείδηση, 4. Προσανατολισμός, 5. Προσοχή, 6. Συναίσθημα, 7. Σκέψη, 8. Βούληση, 9. Συνειρμός, 10. Κρίση, 11. Φαντασία.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω λειτουργίες έχουν στενή σχέση μεταξύ τους έτσι ώστε οι διαταραχές της μιας να επηρεάζουν και τις άλλες.

1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Η αντίληψη αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία που συνθέτουν τον ψυχικό μας βίο. Είναι η βασική επίσης λειτουργία που:

- ✚ Εξασφαλίζει την πληροφόρηση του οργανισμού για τα συμβαίνοντα στον εξωτερικό και εσωτερικό του χώρο.
- ✚ Αποτελεί την προϋπόθεση για την ανάπτυξη πλείστων άλλων Ψυχικών λειτουργιών (όπως μνήμη, σκέψη, κρίση, μάθηση, κ.ά.)
- ✚ Εξασφαλίζει τους όρους της ενεργητικής παρουσίας του ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του.

Χωρίς αντίληψη –δηλαδή ικανότητα γνώσης του αντικειμενικού κόσμου και της υποκειμενικής κατάστασης- η προσαρμογή, και τελικά η επιβίωση είναι ανέφικτη.

2. ΜΝΗΜΗ

«Είναι η ικανότητα ενός οργανισμού να διαφυλάττει το παρελθόν του, εντός του εαυτού του», ή σύμφωνα με άλλο ορισμό «η λειτουργία με την οποία το άτομο συγκρατεί και ανάλογα κινητοποιεί προϋπάρχουσες εντυπώσεις».

Σχηματικά τη μνημονική διαδικασία χωρίζουμε σε τρεις φάσεις:

- ① Φάση πρόσληψης και εγχάραξης (φάση προσήλωσης).
- ② Φάση διατήρησης και παγίωσης (φάση συγκράτησης ή μνημοποίησης).
- ③ Φάση ανάκλησης και αναγνώρισης.

Η μνήμη πιστεύεται ότι έχει έδρα τους κροταφικούς λοβούς και επηρεάζεται από: α) το συναίσθημα, β) την αντίληψη και κατανόηση γ) το ενδιαφέρον.

3. ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ

«Συνείδηση είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού, που επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τις λειτουργίες που είναι απαραίτητες, ώστε να γνωρίζει το περιβάλλον του, τα συμβαίνοντα γύρω του και μέσα στον ίδιο τον εαυτό του.

4. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

«Είναι η ειδική αίσθηση που μας βοηθά να μπορούμε να εξακριβώνουμε τη θέση μας στο χώρο και στο χρόνο».

Χαρακτηρίζουμε σαν διαταραχή του προσανατολισμού την αδυναμία του ατόμου να έχει συνείδηση εαυτού σε σχέση με:

- Το χρόνο (αδυναμία σωστής τοποθέτησης στη ροή του χρόνου)
- Το φυσικό χώρο (αδυναμία σύνδεσης με τον περιβάλλοντα χώρο - τοπογραφικά.
- Τον κοινωνικό χώρο - τους ανθρώπους (αδυναμία αναγνώρισης των προσώπων του περιβάλλοντος και των σχέσεων που το συνδέουν μαζί τους.

Σε βαριές διαταραχές του προσανατολισμού χάνεται η ικανότητα αναγνώρισης του εαυτού. Την κατάσταση αυτή τη χαρακτηρίζουμε σαν αυτοαποπροσανατολισμό ή απώλεια προσωπικής ταυτότητας ή απώλεια αυτοψυχικού προσανατολισμού.

Βασικές προϋποθέσεις, που εξασφαλίζουν τη λειτουργία του προσανατολισμού είναι:

Η ακεραιότητα της αντιληπτικής λειτουργίας και η σταθερή (πληροφοριακή) σύνδεση με τον έξω κόσμο.

Η ακεραιότητα της λειτουργίας της μνήμης και

Η ικανότητα νοητικό-συναισθηματικής απόκρισης στις επιταγές της πραγματικότητας.

5. ΠΡΟΣΟΧΗ

«Αποτελεί το όργανο που εστιάζει τις συνειδητές λειτουργίες εκλεκτικά σε κάποιο ερέθισμα». Στην ουσία αντιπροσωπεύει μια πλευρά της αντιληπτικής λειτουργίας και δεν είναι αυτόνομη, αλλά εξαρτάται απ' όλες της βασικές λειτουργίες ευρισκόμενη σε συσχέτιση κυρίως με το επίπεδο της συνείδησης.

6. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Το συναίσθημα (ακριβέστερα «συναισθηματικότητα» ή «θυμικόν») είναι η λειτουργία, που καθορίζει την ψυχική διάθεση.

Η δυνατότητα που έχει κανείς να νοιώθει τη χαρά ή τη λύπη είναι συναρτημένη με την εύρυθμη λειτουργία του συναισθήματος.

Το ευχάριστο ή το δυσάρεστο συναίσθημα μπορούν να αφορούν είτε του «εγώ» του ατόμου (συναίσθημα αξίας, μειονεκτικότητας), είτε άλλα άτομα (μίσος, συμπάθεια), είτε ομάδες ατόμων (κοινωνικά συναισθήματα. Είναι δυνατόν ακόμη να προκαλούνται από τις λειτουργίες των αισθήσεων (γεύσης, όσφρησης), καλούμενα κατ' αίσθηση συναισθήματα, από ορισμένα αισθήματα

(δίψα, πείνα), καλούμενα ζωικά ή να συνοδεύουν σκέψεις και ιδέες καλούμενα διανοητικά συναισθήματα (θρησκευτικά, φιλητικά, ηθικά, καλαισθητικά).

Το συναίσθημα εκτός από την ποιότητα (ευχάριστο ή δυσάρεστο) καθορίζεται και από την ένταση, τη διάρκεια, τη σταθερότητα και την προσφορότητα. Διαταραχή μιας ή περισσότερων από τις παραπάνω μεταβλητές συνεπάγεται κάποια διαταραχή του συναισθήματος.

7. ΣΚΕΨΗ

Θεωρείται σαν η πλέον πολύπλοκη ανώτερη νοητική λειτουργία του ανθρώπου και «χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία και χρήση συμβόλων, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα διάφορα αντικείμενα και γεγονότα, ως και τις μεταξύ τους σχέσεις». Προϋπόθεση της λειτουργίας της σκέψης είναι η αναφορά των διαφόρων γεγονότων, πραγμάτων ή σχέσεων. Τα διάφορα σύμβολα με τη χρήση της γλώσσας αποκτούν εννοιολογική σημασία με τη λειτουργία της μάθησης. Στη συνέχεια επιτελούνται στον εγκέφαλο πολύπλοκες γνωστικές επεξεργασίες ώστε τα σύμβολα αυτά μαζί με τις αντίστοιχες έννοιες να χρησιμοποιούνται πλέον για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων του ατόμου, τη διερεύνηση του περιβάλλοντος και την καλύτερη προσαρμογή του. Για το σκοπό αυτό το άτομο χρησιμοποιεί την κατευθυνόμενη σκέψη (δηλαδή τη σκέψη που αποσκοπεί σε ένα τελικό σκοπό) ή τη συνειρμική σκέψη (δηλαδή τη σκέψη άνευ συγκεκριμένου σκοπού).

8. ΒΟΥΛΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

«Βούληση είναι η Ψυχοδιανοητική ικανότητα του ατόμου να παίρνει αποφάσεις και να τις εκτελεί κινητικώς».

9. ΣΥΝΕΙΡΜΟΣ

«είναι το Ψυχικό φαινόμενο κατά το οποίο μια ιδέα, που κατέχει το πεδίο της συνείδησης έλκει προς αυτήν μια άλλα, σχετική προς την προηγούμενη ιδέα ή πολλές ιδέες, αυτόματα και ανεξάρτητα από τη θέληση

του ατόμου». Π.χ., ιατρική – πρόληψη – υγιεινή – υγεία. Η θέληση επηρεάζει το συνειρμό στην επιλογή, στη χρήση και στην αξιοποίηση των συνειρμικών σκέψεων.

10. ΚΡΙΣΗ

«Είναι η ικανότητα του ατόμου να συγκρίνει ιδέες ή γεγονότα, ν' αντιλαμβάνεται τις σχέσεις τους με άλλες ιδέες ή γεγονότα και από τη σύγκρισή τους να βγάζει σωστά συμπεράσματα».

Η κρίση επηρεάζεται από τοξικές ουσίες, από συγγενείς ή επίκτητες οργανικές παθήσεις του εγκεφάλου και από παθολογικές διακυμάνσεις του συναισθήματος.

11. ΦΑΝΤΑΣΙΑ

«Είναι η ψυχική λειτουργία που «μας επιτρέπει να ζούμε αυτό το οποίο δεν υπάρχει». Μόνο η φαντασία δεν υποτάσσεται βαθμιαία στην αρχή της πραγματικότητας και παραμένει στην υπηρεσία της αρχής της ηδονής, και διατηρεί κατά κάποιο τρόπο στο ασυνείδητο του ατόμου τις δυνατότητες ευτυχίας του, άσχετα από χρονικές και χωρικές αντιφάσεις.¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Στο σημείο αυτό απαραίτητο να προτάξουμε μια σύντομη αναφορά στην ψυχική υγεία, προσπαθώντας ν' απαντήσουμε στο ερώτημα ποιοι είναι ψυχικώς υγείς και πως τους ξεχωρίζουμε από τους ψυχικώς πάσχοντες. Παραθέτουμε τη νοσηλευτική θεώρηση της ψυχικής υγείας και τους ορισμούς της ψυχικής Υγείας της ΠΟΥ.

Στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου ορίζουμε τις ψυχώσεις και τη διάκρισή τους και ανιχνεύουμε τα χαρακτηριστικά της σχιζοειδούς προσωπικότητας (προνοσηρή προσωπικότητα) της σχιζοφρένειας.

4.1.1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το κλινικό κριτήριο. Σύμφωνα με το κριτήριο αυτό, ψυχικώς υγιής είναι αυτός που δεν πάσχει από ψυχικό νόσημα, ο οποίο περιλαμβάνεται σ' ένα από τα τρέχοντα ταξινομικά συστήματα, DSM-IV ISD-10.

Το κριτήριο της άριστης λειτουργικότητας. Ένα δεύτερο κριτήριο της ψυχικής υγείας είναι αυτό που αναφέρεται σ' ένα ψυχικό «όργανο» που εξασφαλίζει άριστη λειτουργικότητα. Είναι μια ουτοπική προσέγγιση που θυμίζει αυτό που είχε πει ο Freud για το φυσιολογικό Εγώ.

Το στατιστικό κριτήριο. Η τρίτη προσέγγιση υπακούει σε μαθηματικούς και στατιστικούς κανόνες.

Το αναπτυξιακό κριτήριο. Μια τέταρτη προσέγγιση είναι αυτή που βασίζεται στην αναπτυξιακή διαχρονική εκτίμηση. Η φυσιολογικότητα, δηλαδή, εκτιμάται με κριτήριο το ομαλό πέρασμα από μια φάση ανάπτυξης της προσωπικότητας σε μια άλλη.

Οι φάσεις αυτές είναι:

- ✚ βρεφική
- ✚ νηπιακή
- ✚ προσχολική
- ✚ σχολική
- ✚ μέσης ηλικίας (πρώιμη, μέση, όψιμη).

Το κριτήριο της κοινωνικής συμπεριφοράς. Ένας άνθρωπος που ενοχλεί τους συνανθρώπους του με μια συμπεριφορά ασύμβατη με τις νόρμες του συγκεκριμένου χωροχρόνου είναι παθολογικός;

Μπορεί να, μπορεί και όχι. Είναι ασφαλώς παθολογικός ο ασθενής με ηβηφρενική σχιζοφρένεια που τα βάζει ε τους άλλους πιστεύοντας ότι τον επιβουλεύονται. Είναι όμως άραγε παθολογικός και ο συνειδητός πολίτης που διαμαρτύρεται για τη διαφθορά του κράτους, όταν οι άλλοι έχουν συμβιβαστεί;

Η κοινωνική συμπεριφορά στην περίπτωση αυτή είναι μεν αποκλίνουσα και επιβιωτικά με σκόπιμη (ελλειμματική προσαρμοστικότητα) αλλά δεν παύει να είναι ηθικά σωστή και ασφαλώς μη παθολογική.

Ωστόσο και η κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά αποτελεί αμφιλεγόμενο κριτήριο φυσιολογικότητας. Ένας άνθρωπος που βιώνει ψυχική οδύνη χωρίς λόγο, υποφέροντας μόνος του χωρίς όμως να ενοχλεί τους άλλους, ασφαλώς δε μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογικός, γιατί δεν πληρεί το επόμενο κριτήριο.

Το υποκειμενικό κριτήριο. Ένας άνθρωπος που χωρίς να ενοχλεί τους άλλους νιώθει χαρούμενος και σίγουρος για τον εαυτό του είναι ασφαλώς φυσιολογικός (στοιχείο ευεξίας). Αν όμως η χαρά του και η σιγουριά του είναι υπερβολικές και ανεδαφικές, αν προστεθούν ευερεθιστότητα, λογόρροια υποτιμητική συμπεριφορά έχουμε εμφανή κλινική απόκλιση από τη φυσιολογική συμπεριφορά (μανιακό σύνδρομο).

Από τις παραπάνω προσεγγίσεις καμία δε μας προσφέρει ένα αξιόπιστο κριτήριο ψυχικής υγείας ή ψυχικής διαταραχής. Χρειάζεται συνεκτίμηση όλων των κριτηρίων. Και πάλι, όμως, εξακολουθεί να υπάρχει ένας γκρίζος ασαφής χώρος που δεν είναι διευκρινήσιμος με τα υπάρχοντα κριτήρια.¹⁸

4.1.2. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα κριτήρια της ψυχικής υγείας όπως προβάλλονται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία είναι:

- Ωριμη φιλοσοφική θεώρηση της ζωής.
- Θετική και δυναμική βιοψυχοκοινωνική και ηθική ευεξία.
- Επαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις που εκπληρώνουν τις ανάγκες της προσωπικότητας και ενθαρρύνουν την έκφραση και τη δημιουργική χρήση των ικανοτήτων του ατόμου.
- Ικανότητα για προσφορά αγάπης και εκδήλωση ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους.
- Οικοδομητικός χειρισμός των ψυχολογικών καταπονήσεων και κρίσεων με αποτέλεσμα την ισχυροποίηση των εσωτερικών δυνάμεων.
- Ενεργητική προσωπική προσαρμογή στη ζωή και δυναμική αρμονία μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων και απαιτήσεων.¹⁹

4.1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ας έλθουμε τώρα στους επίσημους ορισμούς της Ψυχικής Υγείας. Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, γενικά για την Υγεία (WHO 1948), είναι πολύ χρήσιμος και, αν και πέρασαν 50 χρόνια από τότε που διατυπώθηκε, εξακολουθεί να είναι επίκαιρος και χρηστικός. «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

Ο ορισμός αυτός είναι σύμφωνος με την αντίληψη ότι η υγεία προσδιορίζεται όχι από μια (τη βιολογική), αλλά από τρεις συνιστώσες και

επομένως προχωρεί στη βιοψυχοκοινωνική αντίληψη της Ψυχοσωματικής Ιατρικής. Ακόμη μεγαλύτερη σημασία έχει η κεντρική έμφαση που δίνει στο στοιχείο της ευεξίας. Το στοιχείο αυτό (που επιδιώκεται με τη θετική ψυχική υγιεινή) έχει αξιοποιηθεί ιδιαίτερα κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες με την προοδευτικώς αυξανόμενη έμφαση που δίνεται στην παράμετρο «ποιότητα ζωής» στο μέτρο που αυτή εξαρτάται από την υγεία.

Ο ορισμός της Ψυχικής Υγείας, πάλι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δίνει και αυτός έμφαση στο στοιχείο της ευεξίας. Μάλιστα, στον ορισμό αυτό δεν γίνεται καν λόγος για απουσία ψυχικής νόσου. Ο ορισμός είναι ο ακόλουθος: «Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα». Εκτός από το στοιχείο της ευεξίας, στον ορισμό αυτό σκόπιμα δίνεται έμφαση στη λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στα πλαίσια της κοινότητας, υπογραμμίζεται έτσι ότι το άτομο δεν ζει «εν κενώ» αλλά σε έναν ευρύτερο κοινωνικό χώρο, σε συμβίωση και συνλειτουργία με άλλους ανθρώπους του.

4.2. ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

4.2.1. ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Απ' όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες ή διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η ψύχωση. Θα έλεγε κανένας ότι είναι η κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος ονομάζει «τρέλα».

Αποτελούν ψυχικές διαταραχές στις οποίες η ψυχική λειτουργία έχει διαταραχθεί σε βαθμό που να επηρεάζει φανερά την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει ορισμένες κοινές απαιτήσεις της ζωής ή να διατηρεί επαρκή επαφή με την πραγματικότητα.²⁰ Τεκμήριο για την ψύχωση είναι το μπέρδεμα ανάμεσα στο τι προέρχεται από το μυαλό και τι από τον εξωτερικό κόσμο. Το ψυχωτικό άτομο έχει χάσει την αίσθηση των ορίων ανάμεσα στο «μέσα» και το «έξω» (απώλεια των ορίων του εγώ). Η ψύχωση δεν είναι από μόνη της μια νόσος. Αποτελεί σύμπτωμα μιας ποικιλίας διαταραχών που εκτείνονται από την υπερβολική δόση φαρμάκων ως τη μανιοκαταθλιπτική νόσο και στη σχιζοφρένεια.

Ένα άτομο μπορεί να είναι ψυχωτικό για περίοδο λεπτών ή πολλών ετών. Το ψυχωτικά συμπτώματα συχνά αυξάνονται και ελαττώνονται όσον αφορά στη βαρύτητά τους, μπορεί όμως να παραμείνουν αναλλοίωτα για μεγάλες χρονικές περιόδους.²¹

4.2.2. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

Οι ψυχωτικές διαταραχές διακρίνονται σε οργανικές και λειτουργικές. Εκείνο που διακρίνει τις μεν από τις δε, είναι η παρουσία ή όχι κάποιας συγκεκριμένης βλάβης στην ουσία του εγκεφάλου.

Όταν σε μια λειτουργική ψύχωση κυριαρχεί το νοητικό στοιχείο, δηλαδή η ψυχική διαταραχή αφορά τη σκέψη του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του, γίνεται λόγος για σχιζοφρένεια.

Όταν κυριαρχεί το συναισθηματικό στοιχείο, δηλαδή όταν η διαταραχή αφορά συναισθήματα του αρρώστου και τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται τον κόσμο γύρω του, τότε μιλάμε για μια συναισθηματική ψύχωση – κατάθλιψη, μανία ή Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή.²⁰

4.2.3. Η ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΗ ΑΠΟΜΑΚΡΗ (ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Προσωπικότητα: το σύνολο των ψυχοσωματικών ιδιοτήτων και λειτουργιών με τις οποίες ο άνθρωπος συναλλάσσεται με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Στο σημείο αυτό ανιχνεύουμε τα χαρακτηριστικά της σχιζοειδούς προσωπικότητας

1. Γιατί αποτελούν πρόδρομα χαρακτηριστικά της ηβηφρενικής σχιζοφρένειας στις περισσότερες των περιπτώσεων
2. Η προσωπικότητα αυτή έχει μεγάλες πιθανότητες επιρρέπειας στη σχιζοφρενική ψύχωση [εικόνα 1].



Εικ. 1: Έργο ζωγραφικής ασθενούς με σχιζοφρένεια.

Το ιστορικό ενός τέτοιου ατόμου περιλαμβάνει μοναχικές ασχολίες και ενδιαφέροντα. Πολλές φορές η παιδική ηλικία αυτών των προσωπικοτήτων χαρακτηρίζεται από επανειλημμένες αποτυχίες και απογοητεύσεις στην προσπάθεια να δημιουργήσουν μια στενή σχέση με τους γονείς τους,

επανειλημμένους χωρισμούς από τη μητέρα ή έλλειψη μιας σταθερής συντονισμένης στις ανάγκες του ατόμου φροντίδας από το περιβάλλον. Η ανεπάρκεια αυτή τους ακολουθεί αργότερα στη ζωή τους, οπότε αποφεύγουν να δημιουργήσουν σχέσεις με άλλους αναζητώντας παρηγοριά και ικανοποίηση μόνο μέσα από τον εαυτό τους.

Η ασθένεια εισβάλλει μέσα σ' αυτό το σύστημα απειλώντας την τόσο εύθραυστη ισορροπία του. Το άτομο τότε γίνεται πιο απαθές και απόμακρο. Αυτό που έχει μείζονα σημασία στην ψυχολογική αντιμετώπιση του αρρώστου αυτού. Είναι ο σεβασμός της έλλειψης κοινωνικότητάς του ως ανάγκη διατήρησης και ισορροπίας του. Έτσι κρατάμε ένα ενδιαφέρον πάνω του, αλλά ποτέ δεν τον πιέζουμε να γίνει πιο κοινωνικός ή να μας το ανταποδώσει.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

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

Η σχιζοφρένεια, η βασίλισσα των ψυχώσεων, κατά τον καθηγητή Πατρίκιο, κατέχει δεσπόζουσα θέση στο φάσμα των ψυχικών διαταραχών. Δεν είναι τόσο η συχνότητά της που προβληματίζει, όσο το εύρος των λειτουργιών που προσβάλλει, η διάρκειά της, οι ατομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της και η ακόμα και σήμερα αδιευκρίνιστη αιτιολογία της.

Εκείνο πάντως που εντυπωσιάζει τους ασχολούμενους με το θέμα, πέρα απ' την ποικίλλουσα συμπτωματολογία της, είναι:

- ↓ Η διαχρονικότητά της και
- ↓ Η οικουμενικότητά της 22

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ιστορία της παραφροσύνης είναι μακρά όσο και το ανθρώπινο είδος. Υπάρχουν γραπτές μαρτυρίες του 15^{ου} αιώνα π.Χ. που περιγράφουν ψυχοπαθολογικές εικόνες που μοιάζουν με αυτό που αποκαλούμε σήμερα Σχιζοφρένεια.

Ο Αρεταίος από την Καππαδοκία περιέγραψε μάλιστα διάφορες μορφές. Οι Έλληνες γιατροί του 1^{ου} και 2^{ου} αιώνα μ.Χ. περιέγραψαν διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών και της προσωπικότητας, που παρατηρούνται και σήμερα στους σχιζοφρενείς ασθενείς. Ο Ιπποκράτης στο «Περί Ιεράς

Νούσου», αποδίδει στον εγκέφαλο τις αιτίες τόσο των νευρολογικών όσο και των ψυχιατρικών ασθενειών.: «Άλλοτε θολώνει το μυαλό του και ο άρρωστος φαντάζεται και πιστεύει πράγματα που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και δίνουν τον ιδιαίτερο χαρακτήρα της ασθένειας με τα κοροϊδευτικά χαμόγελα και τις παράξενες οπτασίες».

Ο Γαληνός αντικρούοντας την άποψη του Μωϋσή, ότι η τρέλα και ο δαιμονισμός είναι το ίδιο πράγμα αναφέρει: «Απώλεια γαρ της συνέσεως η μώρωσις εστί». Η άποψη αυτή όμως επικράτησε στην Ευρώπη το Μεσαίωνα μέχρι και τις αρχές του 18^{ου} αιώνα. Αργότερα κάτω από την επίδραση του Διαφωτισμού άρχισε σταδιακά να διαμορφώνεται ξανά η ιατρική αντίληψη της τρέλας, όπως στην αρχαιότητα.

Οι άνθρωποι που σφράγισαν με τις αντιλήψεις τους την ιστορία της Σχιζοφρένειας αλλά και της Ψυχιατρικής υπήρξαν ο Emil Kraepelin και ο Eugen Bleuler.

Ο Kraepelin χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο *dementia praecox* –πρώιμη άνοια- στη δεκαετία του 1890 και διέκρινε σαφώς τη νόσο από τη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Υπό το όνομα αυτό κατέταξε τρεις μείζονες τύπους της διαταραχής που μέχρι τότε θεωρούνταν ξεχωριστοί την παράνοια, την ηβηφρένεια και την κατατονία. Ο Kraepelin πίστευε ότι οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους καταλήγουν σε άνοια.

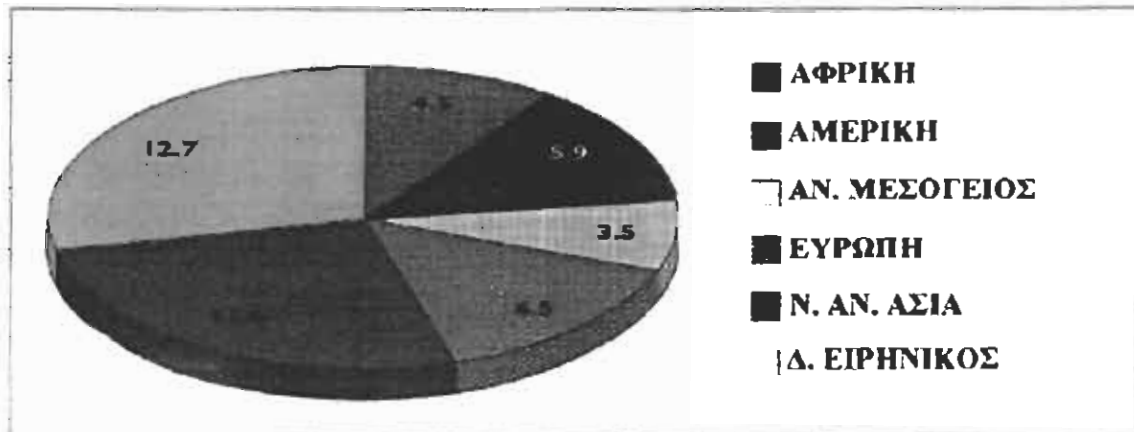
Ο Bleuler ήταν αυτός που καθιέρωσε τον όρο Σχιζοφρένεια, που σημαίνει, αποσάρθρωση του νου. Πίστευε, σε αντίθεση με το Kraepelin, ότι η νοητική αποδιοργάνωση των ασθενών δεν ήταν αναγκαία και ανασπόμεκτη κατάληξη της διαταραχής και διαχώρισε τα συμπτώματα σε θεμελιώδη – πρωτεύοντα και σε συνοδά – δευτερεύοντα. Στα θεμελιώδη συμπεριέλαβε τη χάλαση του συνειρμού, το πλέον θεμελιώδες κατ' αυτόν σύμπτωμα, τη διαταραχή του συναισθήματος, τον αυτισμό και στην αμφιθυμία. Στα συνοδά συμπτώματα της νόσου περιέλαβε της ψευδαισθήσεις και τα παραληρήματα.

Διέκρινε τέσσερις μορφές της νόσου:

- την παράνοια, που χαρακτηριζόταν από επιμένοντα παραληρήματα και ψευδαισθήσεις,
- την κατατονία, με κατατονικά συμπτώματα επικρατούντα συνεχώς, για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα,
- την ηβηφρένεια, με παραληρήματα και ψευδαισθήσεις που δεν επικρατούν όμως στην κλινική εικόνα συνεχώς, και
- την απλή σχιζοφρένεια, κατά τη διάρκεια της πορείας της οποίας, μόνο τα θεμελιώδη συμπτώματα μπορούν να ανευρεθούν.²³

5.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Διάφορες καλά μεθοδευμένες μελέτες, που στο σύνολό τους σχεδόν αφορούν σε αναπτυγμένες κοινωνίες, δείχνουν ότι η επικράτηση της σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1-1,5%.



Εικ. 2: Άτομα με σχιζοφρένεια σε όλο τον κόσμο (σε εκατομμύρια)

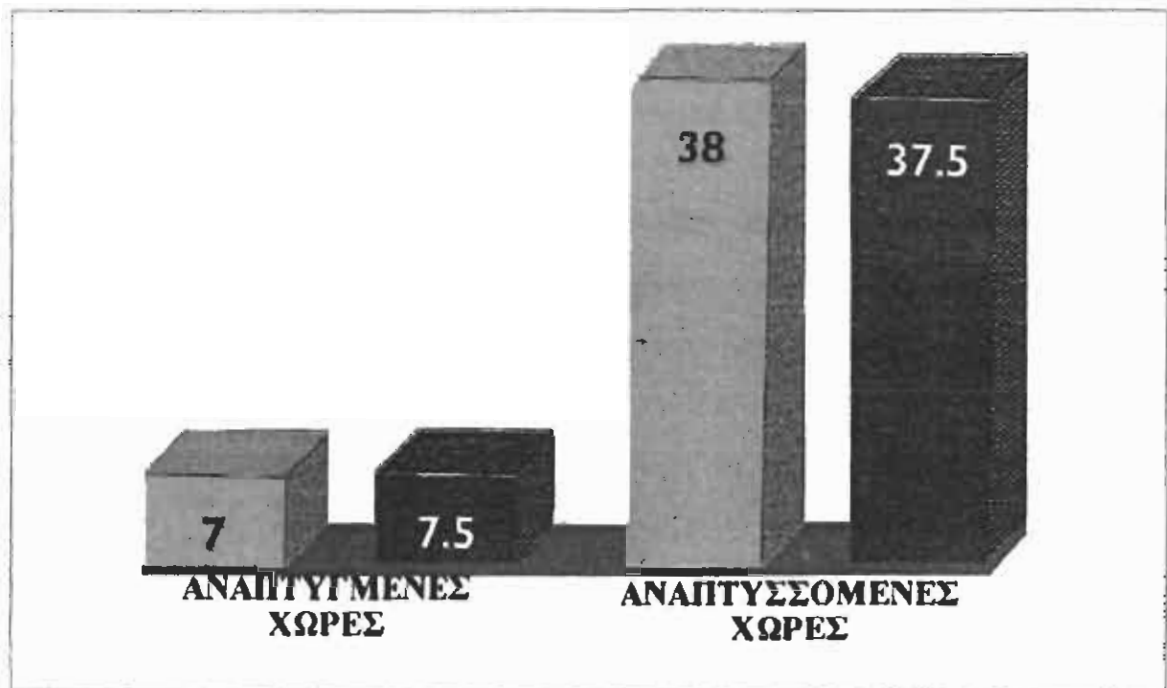
Πάντως πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η αδρή συχνότητα της νόσου (δηλαδή ο αριθμός των πρώτων εισαγωγών σε νοσοκομείο/έτος) έχει μειωθεί κατά την τελευταία 20ετία.

Οι ακόλουθοι παράγοντες έχουν κατά καιρούς διερευνηθεί ως προς την επιδημιολογία της νόσου:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

↓ Ηλικία και φύλο

Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Είναι όμως γεγονός ότι υφίστανται διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την έναρξη της νόσου, την κλινική της πορεία, καθώς και ως προς την επίδραση διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Έτσι έχει διαπιστωθεί ότι η κλινική συμπτωματολογία αρχίζει πρωιμότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες και προγνωστικά ευνοούνται περισσότερο οι γυναίκες.



Εικ. 3: Ο αριθμός των ατόμων παγκοσμίως που πάσχουν από επιληψία (κίτρινο) και σχιζοφρένεια (μπλε) σε εκατομμύρια.

↓ Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή

Παρά το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια παρουσιάζει συγκρίσιμα ποσοστά συχνότητας στο γενικό πληθυσμό παγκοσμίως, εντούτοις φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές στην κατανομή των νοσούντων στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα, π.χ. έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί, απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένεια (κυρίως στους άνδρες). Επίσης, στις ΗΠΑ, τη Σουηδία, την Κροατία κ.ά. έχουν επισημανθεί διάφορες περιοχές των χωρών αυτών αλλά και μεταξύ του είδους του πληθυσμού (αγροτικός-αστικός) καθώς και του μεγέθους των πόλεων. Έτσι, φαίνεται ότι η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζεται σε μικρές πόλεις ή σε αγροτικές περιοχές.

5.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ (ΠΡΟΚΛΗΤΟΙ Ή ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ)

✚ Προ- και περιγεννητικές επιπλοκές. Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), καθώς και τροφική στέρση, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress και ιώσεις (κυρίως από Coxsackie-B) ανευρίσκονται συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, οι σπασμοί, το μειωμένο βάρος του νεογνού, η μικρότερη περίμετρος του κρανίου και το μειωμένο βάρος της μητέρας έχουν ενοχοποιηθεί ως σημαντικοί παράγοντες επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια.

✚ Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης. Έχει παρατηρηθεί ότι ένας μεγαλύτερος συγκριτικά αριθμός σχιζοφρενών γεννιέται κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης. Η παρατήρηση αυτή αποδόθηκε στην αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις ή και στην ενδεχόμενη γενετική υπεροχή των σχιζοφρενικών βρεφών ως προς την αντίστασή τους σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (αυξημένη επιβιωσιμότητα των σχιζοφρενικών έναντι της αυξημένης θνησιμότητας των μη-σχιζοφρενικών βρεφών).

✚ Μετανάστευση. Έχει καταχωριστεί ως σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια, ο οποίος δεν σχετίζεται με κάποια ιδιαίτερη εθνική ομάδα. Ο ψυχοτραυματισμός της μετανάστευσης (απώλεια πολιτισμικής ταυτότητας, προσαρμογή σε νέες και εν πολλοίς άγνωστες ή και συναισθηματικά απρόσφορες συνθήκες), καθώς και η πιθανότητα να μεταναστεύουν από μια κοινωνία σε μια άλλη περισσότερο «προ-σχιζοφρενικά» άτομα, έχουν συζητηθεί ως οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες.²²

5.3.1. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

✦ Μελέτες γενικού πληθυσμού

Ερευνητές στη Βρετανία παρακολούθησαν για σαράντα χρόνια ένα δείγμα 5.362 ατόμων. Από αυτούς οι 30 ανέπτυξαν σχιζοφρένεια στην ενήλικη ζωή. Οι συγγραφείς εξέτασαν τους παράγοντες κινδύνου της παιδικής ηλικίας χρησιμοποιώντας τους υπόλοιπους απ' τους 30 ως ομάδα σύγκρισης. Αναφέρουν ότι τα παιδιά που αργότερα ανέπτυξαν τη νόσο ως ενήλικες, διέφεραν από τα άλλα που δεν παρουσίασαν τη νόσο στα εξής: α) καθυστέρηση στο περπάτημα κατά 1-2 μήνες, β) περισσότερα προβλήματα στην ομιλία, γ) χαμηλότερες βαθμολογίες στα εκπαιδευτικά τεστ στις ηλικίες 8, 11 και 15 ετών, δ) προτίμηση στο μοναχικό παιχνίδι στην ηλικία των 4 ετών.

✦ Μελέτες Ατόμων υψηλού κινδύνου

Οι μελέτες ατόμων υψηλού κινδύνου στηρίζονται στην παρακολούθηση παιδιών σχιζοφρενών μητέρων για μεγάλα χρονικά διαστήματα έως ότου περάσουν την περίοδο κινδύνου για ανάπτυξη της νόσου. Πλήρη αποτελέσματα των ερευνών αυτών αναμένονται σε μερικά χρόνια, αλλά και μέχρι τώρα έχουν βρεθεί αναπτυξιακές ανωμαλίες σε ποσοστά που κυμαίνονται από 25% έως 56% όπως:

α) στη νεογνική περίοδο: υποενεργητικότητα, υποτονία, κακός εναγκαλισμός, πολύ μεγάλη απόκλιση στην επαγρύπνηση,

β) βρεφική περίοδος: καθυστέρηση στην απόκτηση αναπτυξιακών ορόσημων καθώς και διαταραγμένος τύπος απόκτησής τους,

γ) πρώιμη παιδική ηλικία: μαλακά νευρολογικά σημεία και ειδικότερα κακός κινητικός συντονισμός,

δ) όψιμη παιδική ηλικία: ελλείψεις στην επεξεργασία πληροφοριών και ελλείψεις στην προσοχή.

5.3.2. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί σε όλες τις πολιτισμικές κοινότητες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Στις βιομηχανικές χώρες ένας δυσανάλογα μεγαλύτερος αριθμός σχιζοφρενών προέρχεται από τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αυτή η παρατήρηση έχει ερμηνευθεί με την υπόθεση της κατολίσθησης, η οποία υποστηρίζει ότι τα προσβεβλημένα άτομα είτε ολισθαίνουν σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα, είτε αδυνατούν να ανέλθουν σε υψηλότερη, λόγω της νόσου των. Εναλλακτική ερμηνεία αποτελεί η υπόθεση της κοινωνικής αιτιολογίας, η οποία προτείνει ότι τα μέλη των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών ομάδων βιώνουν καταστάσεις στρες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας.

Έλλειψη στέγης. Το πρόβλημα των αστέγων στις μεγαλουπόλεις μπορεί να έχει σχέση με την αποασυλοποίηση των σχιζοφρενών, οι οποίοι δεν έχουν επαρκή κοινωνική φροντίδα. Αν και είναι δύσκολο να ξέρουμε την ακριβή αναλογία των σχιζοφρενών μεταξύ των αστέγων, εκτιμάται ότι το 1/3 ως τα 2/3 των αστέγων έχουν πιθανότατα προσβληθεί από τη σχιζοφρένεια.

Οικονομικό κόστος για την κοινωνία. Ο υπολογισμός του κόστους για την κοινωνία μιας ασθένειας αποτελεί ιδιαίτερα σύνθετη εργασία. Ωστόσο, έχει αναγνωριστεί από όλους ότι το οικονομικό κόστος της σχιζοφρένειας για τις ΗΠΑ είναι τεράστιο. Περίπου το 1% του εθνικού εισοδήματος των ΗΠΑ προορίζεται για τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας (χωρίς να υπολογίζονται οι συνδεόμενες με ουσίες διαταραχές). Αυτό το ποσοστό αντιστοιχούσε σε περίπου 40 δις δολάρια το 1985. αν προστεθούν και οι έμμεσες δαπάνες της κοινωνίας (π.χ. η χαμένη παραγωγή και η θνησιμότητα), το κόστος ανέρχεται στα 100 δις δολάρια ετησίως. Το μεγαλύτερο μέρος αυτού του ποσού αφορά στις άμεσες και έμμεσες δαπάνες για τη σχιζοφρένεια.

Συμπερασματικά: Ενώ κανένας από τους παραπάνω παράγοντες επικινδυνότητας δεν μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο ασφαλές και προεξάρχον επιδημιολογικό συμπέρασμα. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η αλληλεπίδραση των γενετικών παραγόντων κινδύνου, των επιλοκών κατά τον τοκετό και το επιβαρημένο οικογενειακό περιβάλλον, αυξάνει τον κίνδυνο για Σχιζοφρένεια. Σε απουσία όμως των γενετικών παραγόντων (κάποιου βαθμού γενετικής ευπάθειας) οι άλλοι παράγοντες δε φαίνεται να προάγουν τον κίνδυνο για νόσηση.²⁴

5.4. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

5.4.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

α) Έρευνες Διδύμων:

Οι έρευνες των διδύμων έδειξαν πως το ποσοστό συμφωνίας ως προς τη νόσηση από σχιζοφρενική ψύχωση σε μονοωογενή δίδυμα είναι πολλαπλάσιο από εκείνο που παρατηρήθηκε σε διωογενή δίδυμα. Αν κάποιος συγκεντρώσει τ' αποτελέσματα όλων αυτών των ερευνών, θ βρει πως το μέσο ποσοστό συμφωνίας ως προς τη νόσηση από σχιζοφρενική ψύχωση είναι 45% για τα μονοωογενή δίδυμα και 14% για το διωογενή. Σε μια προσπάθεια διαχωρισμού της επίδρασης των γενετικών από εκείνη των περιβαλλοντικών παραγόντων, ερευνήθηκε το ποσοστό συμφωνίας ως προς τη νόσηση από σχιζοφρενική ψύχωση σε ζεύγη μονοωογενών διδύμων που ανατράφηκαν σε διαφορετικό περιβάλλον αμέσως ή λίγο μετά τη γέννησή τους. Βρέθηκαν συνολικά 17 τέτοια ζεύγη και διαπιστώθηκε συμφωνία ως προς τη νόσηση από σχιζοφρενική ψύχωση μόνο σε 11 απ' αυτά (ποσοστό 64%).

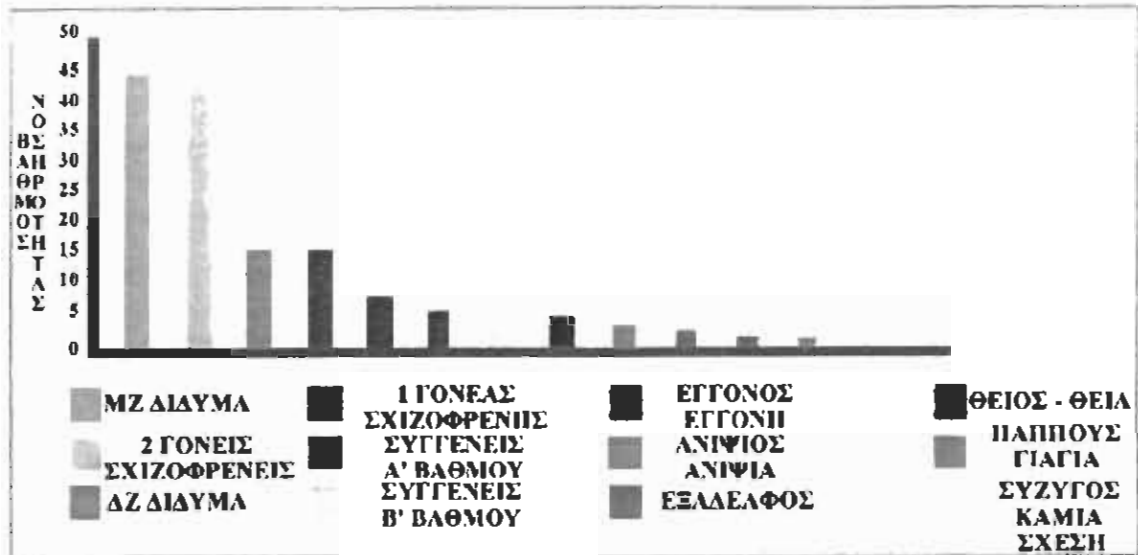
β) Μελέτες Υιοθεσίας

Οι μελέτες υιοθεσίας που έγιναν στην Αμερική και τη Δανία –παρά τη διαφορετική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε από τους διάφορους ερευνητές- κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα, ότι δηλαδή η συχνότητα εκδήλωσης των σχιζοφρενικών ψυχώσεων ή των διαταραχών του σχιζοφρενικού φάσματος στα υιοθετημένα παιδιά σχιζοφρενών γονέων είναι σημαντικά μεγαλύτερη από ότι στα υιοθετημένα παιδιά φυσιολογικών γονέων.

Επίσης οι μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών έχουν μέχρι και δεκαπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου.

Παιδιά σχιζοφρενών γονέων έχουν 40% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, σε σύγκριση με το 1% πιθανότητα που έχουν παιδιά μη σχιζοφρενών.²²

ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



Σχήμα 1: Κίνδυνος εμφάνισης της σχιζοφρένειας ανάμεσα στους συγγενείς των σχιζοφρενών ασθενών.

γ) Πολυπαραγοντική – πολυγονιδιακή μεταβίβαση

- Η εκδήλωση σχιζοφρενικών ψυχώσεων εξαρτάται από τη συνδυασμένη δράση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.
- Στις οικογένειες των σχιζοφρενών η συχνότητα των ατόμων που πάσχουν ελαττώνεται από τον πρώτο στο δεύτερο και από δεύτερο στον τρίτο βαθμό συγγένειας.
- Η συχνότητα εκδήλωσης των ψυχώσεων αυτών δεν ελαττώνεται από γενιά σε γενιά παρά τη μειωμένη αναπαραγωγικότητα των σχιζοφρενών.²⁶

5.4.2. ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η προσοχή έχει επικεντρωθεί κυρίως σε δύο περιοχές του εγκεφάλου, το μεταιχμιακό (υπερμεσολόβιο) σύστημα και τα βασικά γάγγλια.

ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Το μεταιχμιακό σύστημα, λόγω του ρόλου του στον έλεγχο των συγκινήσεων, έχει υποτεθεί ότι συμμετέχει στην παθοφυσιολογική βάση της σχιζοφρένειας. Περισσότερες από έξι καλά

ελεγμένες μελέτες εγκεφάλου σχιζοφρενών, έχουν δείξει μείωση του μεγέθους της εγκεφαλικής περιοχής που περιλαμβάνει την αμυγδαλή, τον υπόκαμπο και την περιεπιποκάμπτια έλικα. Έχει επίσης ανακοινωθεί μια αποδιοργάνωση των νευρώνων του υπόκαμπου σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

ΒΑΣΙΚΑ ΓΑΓΓΛΙΑ. Πολλοί σχιζοφρενείς εμφανίζουν περιττές και περίεργες κινήσεις, οι οποίες μπορεί να είναι ιδιορρυθμίες κατά τη βάδιση, μορφασμοί, στερεοτυπίες. Από όλες τις νευρολογικές διαταραχές που μπορεί να συνοδεύονται από ψυχωτικά συμπτώματα, οι διαταραχές της κινητικότητας που εκκινούν από τα βασικά γάγγλια (όπως η νόσος του Huntington) είναι αυτές που συνοδεύονται πιο συχνά από ψύχωση. Ένας άλλος παράγοντας εμπλοκής των βασικών γαγγλίων στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας είναι ότι συνδέονται παλίνδρομα με τους μετωπιαίους λοβούς. Έτσι προκύπτει η πιθανότητα ότι, οι ανωμαλίες του μετωπιαίου λοβού που παρατηρούνται σε μελέτες του εγκεφάλου με απεικονιστικές τεχνικές, μπορεί να οφείλονται σε παθολογία των βασικών γαγγλίων μάλλον, παρά των μετωπιαίων λοβών.²⁵

5.4.3. ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Μετά την ευρεία εφαρμογή των τεχνικών της Μοριακής Βιολογίας έχουν ανακοινωθεί στη βιβλιογραφία πολλές συσχετίσεις μεταξύ συγκεκριμένων θέσεων επί των χρωμοσωμάτων και της σχιζοφρένειας. Πάνω από το 50% των χρωμοσωμάτων έχει συσχετιστεί με τη σχιζοφρένεια. Θέσεις που έχουν επισημανθεί (p ή q) αφορούν τα χρωμοσώματα (3,5,,6,8,11 και X). Το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει τελευταία επικεντρωθεί στο χρωμόσωμα 22 και στο χρωμόσωμα 6. επίσης, σε μια έρευνα που περιελάμβανε 265 ιρλανδικές πολυσχιδείς οικογένειες, βρέθηκαν στοιχεία σύνδεσης στο χρωμόσωμα 6p 24-22.²⁴

5.4.4. ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

α) Ντοπαμινεργικό Σύστημα και Σχιζοφρένεια

Η ντοπαμινική υπόθεση θεωρεί ότι στη σχιζοφρένεια υφίσταται υπερλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος. Η αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στους σχιζοφρενείς μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή ντοπαμίνης, την αυξημένη ευαισθησία στην ντοπαμίνη των σχετικών υποδοχέων ή και στην αύξηση του αριθμού των υποδοχέων αυτών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν διαφόρου τύπου ντοπαμινεργικοί υποδοχείς (D₁-D₅), η σχέση των οποίων με τη σχιζοφρένεια και το είδος των συμπτωμάτων της τελευταίας αποτελεί αντικείμενο της τρέχουσας έρευνας.²²

Την τελευταία δεκαετία προέκυψαν ορισμένα δεδομένα που δε συμφωνούν με την άποψη ότι υπάρχει αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα σε όλους τους σχιζοφρενείς. Τα πιο σημαντικά από αυτά τα δεδομένα είναι: η ανθεκτικότητα στη θεραπεία με νευροληπτικά των συμπτωμάτων ενός σημαντικού ποσοστού σχιζοφρενών, το γεγονός ότι σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα σπάνια παρατηρούνται σε μη σχιζοφρενικούς ασθενείς όταν χορηγούνται φαρμακευτικές ουσίες που αυξάνουν τη ντοπαμινεργική λειτουργία, και ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα δε βελτιώνουν πλήρως τα λεγόμενα αρνητικά ή ελλειμματικά συμπτώματα όπως η απάθεια, η αβουλησία, η υποδραστηριότητα, η απόσυρση κ.ά., ιδιαίτερα μετά την υποχώρηση της οξείας φάσης της νόσου.

Ευρήματα από μελέτες με απεικονιστικές τεχνικές οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο μετωπιαίος λοβός, ειδικότερα ο προμετωπιαίος φλοιός, έχει μειωμένη λειτουργικότητα (hyperfrofrantality) όπως καταδεικνύεται από το μειωμένο ρυθμό μεταβολισμού και την ελαττωμένη αιματική ροή στη διάρκεια εκτέλεσης δοκιμασιών με τις οποίες ελέγχονται γνωστικές λειτουργίες συνδεδεμένες με τη λειτουργικότητα του μετωπιαίου φλοιού. Εξάλλου τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια (μειωμένες κοινωνικές σχέσεις, συναισθηματική αμβλύτητα, απάθεια, αβουλησία) συσχετίζονται έμμεσα με μειωμένη ντοπαμινεργική λειτουργικότητα του μεσοφλοιώδους

υποσυστήματος όπως τεκμαίρεται από τη μικρότερη συγκέντρωση HVA στο πλάσμα χρόνιων και ανθεκτικών στη θεραπεία σχιζοφρενών σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες αντίστοιχης ηλικίας και φύλου.

β) Σεροτονινεργικό Σύστημα και Σχιζοφρένεια

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποκλείουν τουλάχιστον εν μέρει τους υποδοχείς της σεροτονίνης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Επίσης άμεσοι ή έμμεσοι ανταγωνιστές της σεροτονίνης όπως Μ-χλωροφαινυλπιπεραζίνη (M-CPP) και η φαινφλουραμίνη σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλούν έξαρση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

γ) Γλουταμινεργικό Σύστημα και Σχιζοφρένεια

Μελέτες σε νεκροτομικό υλικό εγκεφάλων σχιζοφρενών έχουν δείξει αύξηση της δραστηριότητας των προσυναπτικών και μετασυναπτικών γλουταμινεργικών NMDA υποδοχέων στο μετωπιαίο και κροταφικό φλοιό και αύξηση των θέσεων δέσμευσης του ραδιοσημασμένου ανταγωνιστή MK-801 των NMDA υποδοχέων στο μετωπιαίο και κροταφικό φλοιό, την αμυγδαλή, τον ενδορινικό φλοιό, τον ιππόκαμπο και το κέλυφος.²⁷

5.4.5. ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η νευροενδοκρινολογική στρατηγική για τη μελέτη της σχιζοφρένειας, βασίζεται στην ανατομική σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην υπόφυση, τον υποθάλαμο και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

α) Αυξητική ορμόνη και Σχιζοφρένεια

Στις περισσότερες μελέτες που αναφέρονται σε σχιζοφρενείς, η έκκριση της αυξητικής ορμόνης ελέγχεται ως απάντηση της αυξημένης λειτουργίας του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση μετά από χορήγηση ουσιών που διεγείρουν το σύστημα αυτό. Τέτοιες ουσίες είναι κυρίως οι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης.

β) Προλακτίνη και σχιζοφρένεια

Η υπερπρολακτιναίμια που παρατηρείται στον ορό σχιζοφρενών μετά από θεραπεία λίγων μηνών με αντιψυχωσικά φάρμακα, έχει αποδοθεί στην ιδιότητα των φαρμάκων αυτών ν' αποκλείουν τους ντοπαμινικούς υποδοχείς

στον υποθάλαμο και στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης παρεμποδίζοντας έτσι την αναστολή που προκαλεί η ντοπαμίνη στην έκκριση της προλακτίνης.

γ) Κορτιζόλη και Σχιζοφρένεια

Αρκετοί συγγραφείς συμπεραίνουν ότι στη σχιζοφρένεια παρατηρείται μια μειωμένη ενδογενής απάντηση γενικά στο άγχος, που εκφράζεται με κάποια ανωμαλία που παρατηρείται συχνά στον άξονα υποθάλαμος - υπόφυση-επινεφρίδια. Η δραστηριότητα του εν λόγω άξονα ελέγχεται στην κλινική ψυχιατρική πρακτική με τη δοκιμασία DST (dexamethasone suppression test), με την οποία ελέγχεται ο βαθμός καταστολής της κορτιζόλης του πλάσματος μετά από χορήγηση δεξαμεθαζόνης.²⁸

5.5. ΨΥΧΟΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

5.5.1. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Βασικός κορμός της προσέγγισης αυτής είναι η θεώρηση της νόσου ως προϊόντος μιας, μη επιλυθείσας τελικά, πρώιμης ενδοψυχικής διαπάλης και σύγκρουσης, η καταβολή της οποίας τοποθετείται στα αρχικά στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης της προσωπικότητας.

Στο σχιζοφρενή, η διαπάλη αυτή καταλήγει στην αποργάνωση του εγώ και των λειτουργιών του, πράγμα που αναγκάζει το άτομο να ξαναγυρίσει σε πρωιμότερα στάδια της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης, προκειμένου να προσπαθήσει να ξαναβάλει κάποια σειρά εσωτερικής οργάνωσης.

Στα πλαίσια αυτής της παθολογικής αντίληψης της πραγματικότητας παράγονται και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες, διαταραχές του συναισθήματος και της ψυχοκινητικότητας).

5.5.2. ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗΣ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

α) Η άποψη του διπλού δεσμού (Bateson)

Βασικό στοιχείο της υπόθεσης αυτής είναι ότι εάν μεταξύ του παιδιού και της μητέρας του υφίσταται επικοινωνιακή σχέση χαρακτηριζόμενη από αντιφατικότητα και λογική ασυμβατότητα, τότε η επικοινωνία είναι παθογόνος (σχιζοφρενικογόνος). Π.χ., εάν η μητέρα (αμφιθυμική, αβέβαιη, αμφίβουλη και αντιφατική η ίδια) λέει στο παιδί «μην παίζεις», ενώ παράλληλα του δίνει τα παιχνίδια του, ή το επιδοκιμάζει για κάτι που έκανε και ταυτόχρονα είναι εξωλεκτικά απορριπτική, τότε το παιδί δεν ξέρει τι να κάνει και προκειμένου να αποφύγει την άλυτη σύγχυση που του προκαλούν τέτοια διπλά μηνύματα, συνήθως αποσύρεται.

β) Η άποψη των διασυζυγικών σχέσεων (Lidz)

Πρόκειται για την επικοινωνιακή εκείνη προσέγγιση, η οποία θεωρεί ότι βασικό ρόλο στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας παίζουν οι διαταραγμένες σχέσεις των γονέων. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, δύο είναι οι πλέον παθογόνες μορφές διασυζυγικών σχέσεων.

Το «σχισμικό ζεύγος». Χαρακτηρίζεται από συναισθηματική διάσταση των γονέων, στην οποία κυριαρχούν η δυσπιστία, η εχθρικότητα και η αλληλοϋπονόμευση. Το παιδί γίνεται το μέσο με το οποίο ο κάθε γονέας προσπαθεί να κυριαρχήσει και να εξουδετερώσει τον άλλον.

Το «έκτροπο ζεύγος». Στην περίπτωση αυτή απουσιάζει μεν οι ανοικτή σύγκρουση, υπάρχει όμως η ολοκληρωτική (δεσποτική) επικυριαρχία κάποιου από τους γονείς και η συνακόλουθη αλλοτρίωση της προσωπικότητας του άλλου.

γ) Η άποψη της ψευδοαμοιβαιότητας (Wynne και Singer).

Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η ενδοοικογενειακή επικοινωνία είναι αποστειρωμένη συναισθηματικά και χαρακτηρίζεται από την πλαστή, λεκτική κυρίως, αμοιβαία προσπάθεια να μην εκφράζεται το συναίσθημα και να μη

συζητιέται τίποτα ανοιχτά από αυτά που θα μπορούσαν ενδεχομένως να διασαλεύσουν την ισορροπία της οικογένειας.

5.5.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Όταν το Κ.Ν.Σ. εξασθενεί, από κληρονομικούς ή επίκτητους παράγοντες, ο ουδός ανοχής του χαμηλώνει, με αποτέλεσμα την εμφάνιση παράδοξων εκδηλώσεων οι οποίες συνιστούν τα σχιζοφρενικά συμπτώματα.

5.5.4. ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

✚ Θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια, ως όρος, χρησιμοποιείται προσχηματικά από την κοινωνία (και τους υπηρέτες της), προκειμένου να χαρακτηριστούν έτσι τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν ανεπιθύμητες και επικίνδυνες για τα κοινωνικά ειωθότα συμπεριφορές και έτσι να μπορεί να τα εξοβελίσει από το σύστημα (εγκλεισμός σε ψυχιατρεία κλπ).

✚ Υποστηρίζουν ότι η νόσος χρησιμοποιείται από τους ψυχιάτρους για ταξικούς, οικονομικούς και εξουσιαστικούς λόγους.

✚ θεωρούν ότι η αφόρητη κοινωνική και οικογενειακή πίεση οδηγούν ορισμένα άτομα σε «επανάσταση» ή «φυγή», έκφραση των οποίων είναι τα συμπτώματα της νόσου.

✚ ταξινομούν τη σχιζοφρένεια στις ομάδες εκείνες του περιθωρίου (ηλικιωμένους, φτωχούς, μειονότητες κ.ά), που ακριβώς επειδή αποτελούν αποδείξεις μιας αλλοτριωτικής τάξης πραγμάτων, θα πρέπει να βρίσκονται υπό έλεγχο και απομόνωση.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ

Πρόκειται για τον τύπο της Σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομαζόταν «ηβηφρενικός». ²¹ Ο χαρακτηρισμός αυτός υποδηλώνει την πρόωμη έναρξη της νόσου στην εφηβική ηλικία σε άτομα με προβληματική προνοσηρή προσωπικότητα. Τα έκδηλα συμπτώματα πρωτοπαρουσιάζονται ανάμεσα στο 13ο και 22ο χρόνο της ζωής, αν και αναφέρονται περιπτώσεις με «επίσημη» έναρξη της νόσου πολύ αργότερα (γύρω στα τριάντα). ²⁹

6.1.1. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο όρος «πρόδρομα συμπτώματα», στην κλινική ιατρική αναφέρεται στα πρώιμα σημεία και συμπτώματα που προηγούνται των χαρακτηριστικών εκδηλώσεων και συμπτωμάτων των ειδικών για τη νόσο, τα οποία και κάνουν την οριστική διάγνωση πιθανή.

Στον αποδιοργανωμένο τύπο σχιζοφρένειας μια πρόδρομη περίοδος λεπτών και εξελικτικών συμπεριφερειολογικών συμπτωμάτων, προηγείται της εκδήλωσης της αληθούς ψύχωσης. Συνήθως παρατηρείται μείωση της προσαρμογής σε πολλές περιοχές λειτουργικότητας, όπως προσωπικής, κοινωνικής, σχολικής, εργασιακής. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να διαρκούν από εβδομάδες έως χρόνια. ²³

6.1.2. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΔΡΟΜΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Δεν έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στα πρόδρομα συμπτώματα του πρώτου επεισοδίου της διαταραχής, τα αρχικά πρόδρομα. Τα πρόδρομα συμπτώματα είναι ενδεχομένως σημαντικά, όπως και η εξελικτική τους πορεία κατά τη διάρκεια της πρόδρομης φάσης, πριν την εκδήλωση της αληθούς ψυχώσεως. Υπάρχει κατ' αρχήν, χρονική και πιθανώς νοσολογική σχέση μεταξύ της πρόδρομης φάσης και της έναρξης της πλήρους ψυχωτικής διαταραχής. Η

αναγνώριση τέτοιων συμπτωμάτων θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόωπη διάγνωση και στο χειρισμό της Σχιζοφρένειας. Η καθυστέρηση στη λήψη αγωγής κατά το πρώτο επεισόδιο της ψύχωσης είναι ένα μείζον θέμα και σχετίζεται με φτωχότερη έκβαση.

Πιο συγκεκριμένα η μακρά διάρκεια της προδρομικής φάσης συσχετίζεται με φτωχότερη πρόγνωση. Επομένως, γίνεται αντιληπτό πως τα ακριβή χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων της πρόδρομης περιόδου έχουν διαγνωστική και προγνωστική σημασία, αλλά και ενδιαφέρον για πρόωπη παρέμβαση στην ανάδυση της επερχόμενης ψύχωσης.²³

6.2. ΠΡΩΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

- ✦ Προοδευτική δυσχέρεια στη συγκέντρωση της σκέψης.
- ✦ Μείωση της αφομοιωτικής ικανότητας τόσο του γραπτού όσο και του προφορικού λόγου.
- ✦ Σωματικά ενοχλήματα: αντιδράσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, ζαλάδες, σωματική αδυναμία, αναστροφή του βιολογικού ρολογιού, κεφαλαλγίες μη ειδικού τύπου.
- ✦ Καταθλιπτικό συναίσθημα (ευχές θανάτου, ιδέες υποτιμήσεως).
- ✦ Τροπή σε ενδιαφέροντα άσχετα με τις κοινωνικές υποχρεώσεις του εφήβου.
- ✦ Διαταραχές αποπροσωποποιήσεως. Το χαρακτηριστικό σημείο του καθρέφτη (το άτομο για ώρες πολλές φορές, διερευνά μπροστά στον καθρέφτη το σωματικό του εγώ). Βρίσκεται στα πλαίσια αυτής της διαταραχής.
- ✦ Δυσκολία στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και αποφυγή κάθε κοινωνικής δραστηριότητας.
- ✦ Δυσκολία διαχωρισμού της φαντασίας απ' την πραγματικότητα.
- ✦ Παλινδρόμηση σε συνήθειες της παιδικής ηλικίας.
- ✦ Έντονη ανησυχία και εμφάνιση φοβίας.
- ✦ Σύγχυση της τηλεόρασης με την πραγματικότητα.²⁹

6.3. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της σχιζοφρένειας εγείρουν τρία σημαντικά θέματα.

Πρώτον: ότι κανένα συμπτώματα ή σημείο δεν είναι παθογνωμικό. Απαιτείται η διερεύνηση του πλαισίου ανάπτυξης και η αλληλοσυνάρτησή τους μέσα στο χρόνο με βάση τη λεπτομερή λήψη ενός σωστά δομημένου ιστορικού.

Λεύτερον: τα συμπτώματα μπορεί ν' αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου.

Τρίτον: ο γιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το μορφωτικό επίπεδο, τις νοητικές ικανότητες και την πολιτισμική ή και υπολιτισμική ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής.

Στη συνέχεια παραθέτουμε αναλυτικά την κλινική εικόνα του αποδιοργανωμένου τύπου της σχιζοφρένειας.²²

6.3.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ. Αποτελούν θεμελιώδη συμπτώματα και διακρίνονται σε:

α) Διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης. Η σκέψη παρουσιάζει χάλαση των συνειρμικών της δεσμών (έλλειψη συνεκτικότητας και αλληλουχίας) που εκφράζεται με ασάφεια και αοριστία των λεγομένων. Το νόημα είναι ελλιπές, με εμμονές και επαναλήψεις. Αρκετές φορές οι λέξεις χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν άλλο νόημα από αυτό που κανονικά έχουν, ενώ είναι δυνατό να υπάρχει κατασκευή νέων λέξεων (νεολογισμοί) και εκτροχιασμός του λόγου. Επίσης, είναι δυνατό να υπάρχει ασχετολογία (παραλογία) και μωρολογία.

β) Διαταραχές στη ροή της σκέψης. Εδώ υπάγεται κυρίως η ανακοπή της σκέψης. Πρόκειται για βασικό και πρώιμο σύμπτωμα, κατά το οποίο η σκέψη

(και συνακόλουθα και η ομιλία) διακόπτεται ξαφνικά για λίγο (σαν με μαχαίρι).

γ) Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης. Στην ομάδα αυτή των διαταραχών υπάγονται:

- Το αίσθημα απώλειας (υποκλοπής) της σκέψης.
- Το αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων.
- Το αίσθημα απώλειας της στεγανότητας της σκέψης (ηχηρές και εκπεμπόμενες προς τα έξω σκέψεις).

δ) Διαταραχές του περιεχόμενου της σκέψης. Εδώ εντάσσονται οι παραληρητικές ιδέες, οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης και οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης. Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθασμένες πεποιθήσεις, οι οποίες δεν ανακατασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία. Είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες και το περιεχόμενό τους επηρεάζεται από την ατομική/πολιτισμική εμπειρία του ατόμου. Αναλόγως του περιεχομένου τους διακρίνονται σε:

- ✦ διωκτικές ✦ μεγαλείου ✦ υποχονδριακές ✦ αποκαλυπτικές-κοσμογονικές ✦ ερωτομανιακές ✦ ζηλοτυπικές.

Εικ. 4: Πίνακας ασθενούς όπου κυριαρχούν ιδέες καταστροφής της γης.



Οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης φέρουν το άτομο να αποτελεί το επίκεντρο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (συνήθως και καθημερινών κατά τα άλλα), τα οποία αποκτούν κάποια ιδιαίτερη σημασία, π.χ. «είδα το σκύλο να διασχίζει το δρόμο και κατάλαβα ότι η κυρία Δείνα θέλει να με σκοτώσει, γιατί ο σκύλος πήγε στο αριστερό πεζοδρόμιο και ο κ. Δείνα είναι αριστερός...»

Οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης φέρουν το άτομο να είναι έρμαιο των εξωτερικών επιδράσεων (μάγια, τηλεπάθεια κ.ά), που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ή τη σκέψη του (υποκλοπή σκέψεων). Είναι συνυφασμένες με το μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο του ατόμου (π.χ. ο ακτινολόγος που πιστεύει ότι μέσω μαγνητικών πεδίων επηρεάζουν οι άλλοι τη διαγνωστική του ικανότητα).

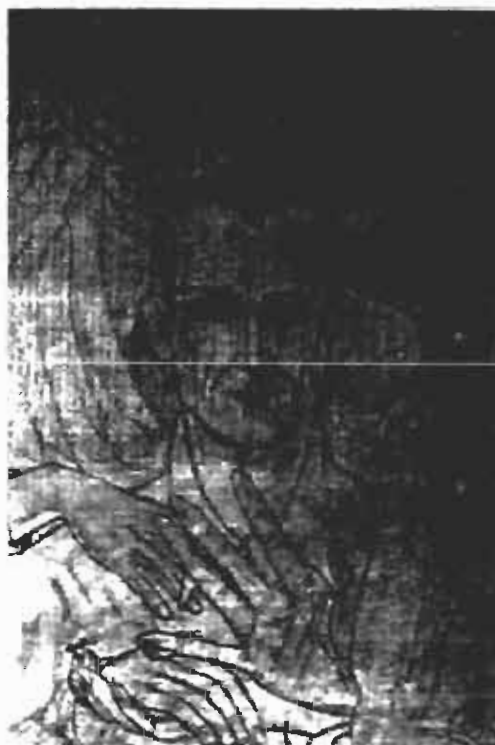
Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια διακρίνονται σε :

- ✦ **Πρωτογενείς** (πρωτογενές ή αυτόχθονο παραλήρημα. Χαρακτηρίζονται από την αιφνίδια ανάδυσή τους την άμεση αποδοχή τους απ' το άτομο, το ανεξήγητο και απρόβλεπτο της εμφάνισής τους την πρώτη φορά.
- ✦ **Δευτερογενείς** (δευτερογενές ή επεξηγηματικό παραλήρημα) που η προέλευσή τους πρέπει ν' αναζητηθεί στην προσπάθεια του ασθενούς να εξηγήσει τα παθολογικά του βιώματα.

Εδώ υπάγονται οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Στην ηβηφρενική μορφή σχιζοφρένειας είναι παροδικές και όχι μόνιμες. [εικ. 5]

Εικ. 5: Η ασθενής η οποία υπέφερε από ακουστικές ψευδαισθήσεις, ζωγράφησε τον πίνακα αυτόν κατά τη διάρκεια «θεραπείας δια μέσου τέχνης» στο νοσοκομείο, όπου ζούσε.

Έντονη είναι η παρουσία των κατεστραμμένων δέντρων και η άτακτη τοποθέτηση των αντικειμένων μέσα στον πίνακά της.



α) **ψευδαισθήσεις** είναι αντιλήψεις σε απουσία πραγματικού ερεθισμού. Αφορούν και στις πέντε αισθήσεις, κατά κύριο όμως λόγο την ακοή. Ο ασθενής «ακούει» φωνές, συνομιλίες, παράδοξους ήχους ή και μουσική. Οι «φωνές» τον σχολιάζουν ή τον προτρέπουν να κάνει κάτι, του ασκούν κριτική κ.ά. Μπορεί να απευθύνονται άμεσα σε αυτόν ή να «συνομιλούν» μεταξύ τους για τον ασθενή. Μπορεί να είναι συνεχείς ή επεισοδιακές, σαφείς ή συγκεχυμένες, οργανωμένες ή αόριστες. Ως προς το περιεχόμενό τους, μπορεί να είναι υβριστικές, χλευαστικές, απειλητικές, επαινετικές, παραινετικές, προτρεπτικές, προειδοποιητικές κ.ά.

β) οι **ψευδαισθήσεις** αφορούν σε παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων. [εικ. 6 και 7].



Εικ. 6 και 7: Πίνακες που δημιουργήθηκαν από ασθενείς στη δεκαετία 1930-1940 σε ευρωπαϊκά νοσοκομεία. Οι προσωπικές τους παραισθήσεις αποτυπώνοντας συχνά στην τέχνη. Πολλοί πίνακες αποτελούν σήμερα «κομμάτια» συλλογών.

Εδώ υπάγονται κυρίως η αμφιθυμία, η συναισθηματική δυσαρμονία, η συναισθηματική έκπτωση, καθώς και άλλες συναισθηματικές διαταραχές.

α) Η αμφιθυμία αποτελεί, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής κυριαρχείται την ίδια στιγμή από αντιθετικά μεταξύ τους συναισθήματα, π.χ. μισεί και αγαπάει την ίδια στιγμή το ίδιο άτομο με την αυτή ένταση.

β) Η συναισθηματική δυσαρμονία υποδηλώνει τη διάσταση μεταξύ της βαρύτητας και του μεγέθους του συγκινησιακού ερεθίσματος και της συγκινησιακής ανταπόκρισης του ασθενούς (π.χ. μικρή ή καμία αντίδραση σε σημαντικό γεγονός, όπως ο θάνατος συγγενούς ή υπερβολική αντίδραση για ασήμαντα συμβάματα), αλλά και την εκ διαμέτρου αντίθετη συγκινησιακή αντίδραση (π.χ. γέλια στην αναγγελία θανάτου του συγγενικού προσώπου). Στη δεύτερη περίπτωση μιλάμε για «συναισθηματική απροσφορότητα».

Γ) η συναισθηματική έκπτωση (αδιαφορία, απάθεια), μαζί με τις δύο προαναφερθείσες διαταραχές, αποτελούν το χαρακτηριστικό τρίπτυχο των συναισθηματικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Πρόκειται για προοδευτική συρρίκνωση του εύρους κραδασμού του συναισθήματος. Το άτομο αποστασιοποιείται συναισθηματικά από το περιβάλλον του, χάνει τα φιλητικά του συναισθήματα και γίνεται απαθές, το συναίσθημα είναι αμβλύ και ρηχό (επιπέδωση συναισθήματος). [εικ. 8]

Εικ. 8: Το έργο αυτό δημιουργήθηκε από έναν έφηβο σχιζοφρενή, στα πρώτα στάδια της νόσου του. Το μονόπλευρο λυπημένο γυναικείο πρόσωπο, μόνο τους στην έρημο, εκφράζει την έλλειψη ταυτότητας και την απουσία νοήματος στη ζωή του.



3.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΒΟΥΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται έπειτα από μια προοδευτικά αυξανόμενη μείωση των πρωτοβουλιών και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.

➤ Οι επιτηδεύσεις στις κινήσεις εμφανίζονται και στο λόγο με άκαιρα γέλια, μορφασμούς, ανόητη αστειολογία και μωρολογία. Άλλοτε πάλι επαναλαμβάνει άχρωμα, σαν ηχώ, τις λέξεις που ακούει (ηχωλαλία) ή δεν απαντά καθόλου (αλαλία).

➤ Η εκφραστικότητα του προσώπου είναι μειωμένη (ανέκφραστο πρόσωπο) και φαίνεται σαν να διαπερνάει το συνομιλητή κοιτώντας πίσω απ' αυτόν.

➤ Οι κινήσεις είναι ο κύριος εκφραστής των βουλητικών διαταραχών. Το άτομο συμμορφώνεται αυτόματα στις εντολές ή μιμείται κάθε πράξη που εκτελεί ο εξεταστής. Παρουσιάζει επίσης αυτόματες κινήσεις, στερεοτυπίες ή συσπάσεις μυών ενώ και σε απλές ακόμα κινήσεις (π.χ. χειραψία) παρουσιάζεται αμφιταλαντευόμενος ή τέλος εκτελεί τη χειραψία με ασυνήθιστο και σχεδόν γελοιογραφικό τρόπο.

Στο σύνολο της ψυχοκινητικότητας οι πλέον σημαντικές από διαγνωστικής πλευράς διαταραχές είναι η ψυχοκινητική ανησυχία, η οποία είναι δυνατόν να φθάσει μέχρι την κατατονική διέγερση. Πρόκειται για βίαιη, ασύνδετη και ασυγκράτητη διέγερση κατά την οποία το άτομο μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του ή και στους άλλους. Η διάρκειά της είναι από λίγα λεπτά έως και ημέρες.

3.5. Η προσοχή συχνά διαταράσσεται. Παρατηρείται αδυναμία συγκέντρωσης και ευμεταβλητότητα της σταθερότητας της προσοχής.²²

3.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

α) Παιδικόμορφη συμπεριφορά. Η εικόνα που εισπράττεται ανάλογα με τις συνθήκες, από τη συμπεριφορά του ατόμου μπορεί να χαρακτηριστεί ως παράδοση, φαιδρή, γελοιογραφική, ανόητη, παιδιαρίστικη, κωμική. Η κύρια εντύπωση που προκαλεί η συμπεριφορά του είναι του «ενοχλητικού» με τα άκαιρα αστεία του, τις «χοντράδες του» το παράδοξο και το απρόβλεπτο των αντιδράσεών του.²⁹

β) Αυτισμός. Υποδηλώνει την προοδευτική απόσυρση από την πραγματικότητα του ατόμου και το «κλείσιμο» στο εαυτό του. Όσο αυξάνεται ο αυτισμός και όσο πέφτει το συναίσθημα τόσο εντονότερα εγκαθίσταται η ηθική αμβλύτητα. Οι αναστολές του στον ερωτικό τομέα προοδευτικά περιορίζονται. Κάνει προτάσεις για «ερωτικές συνομιλίες» στον οποιοδήποτε και στην οποιαδήποτε συνοδεύοντάς τες μάλιστα και με αντίστοιχες άπρεπες χειρονομίες. Ωστόσο αυτό που αποκαλύπτει το βάθος της διαταραχής είναι οι συχνές σεξουαλικές επιθέσεις σε συγγενικά πρόσωπα (κυρίως από τους άρρενες στη μητέρα και τις αδελφές).²²

Στα τελικά στάδια της νόσου καταργείται κάθε συναισθηματική δόνηση και συναλλακτική σχέση. Το άτομο παραμελεί τον εαυτό του. Δεν ντύνεται, δεν πλένεται, δεν είναι σε θέση να εκτελέσει τις βασικές βιολογικές του ανάγκες.²⁹

γ) Συνυπάρχει έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός. Περίπου το 50% των ηβηφρενικών αποπειράται να τερματίσει τη ζωή του και τελικά το κάνει.²⁵

6.4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ κατά DSM - IV

Α. Προεξάρχουν όλα τα παρακάτω

- ✚ Αποδιοργανωμένος λόγος
- ✚ Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- ✚ Επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

Β. Δεν πληρούνται τα κριτήρια κατατονικού τύπου

Γ. Διάρκεια. Θα πρέπει να διαπιστώνεται η συνεχής παρουσία των συμπτωμάτων επί 6 τουλάχιστον μήνες. Μέσα στο διάστημα αυτό και για ένα μήνα τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να είναι εν ενεργεία.³⁰

6.4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΛΛΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Πίνακας 1: Κριτήρια των Tsuang και Winocur

ΗΒΙΦΡΕΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ (πρέπει να υπάρχουν όλα από το Α μέχρι το Δ)
Α. Ηλικία έναρξης και κοινωνικοοικογενειακά δεδομένα (ένα από τα ακόλουθα) <ol style="list-style-type: none">1. Ηλικία έναρξης πριν τα 252. Άγαμος /η ή ανεπάγγελτος /η3. Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας
Β. Αποδιοργανωμένη σκέψη
Γ. Αλλαγές του συναίσθηματος (είτε το 1, είτε το 2) <ol style="list-style-type: none">1. Απρόσφορο συναίσθημα2. Επίπεδο συναίσθημα
Δ. Συμπεριφερσιολογικά συμπτώματα (είτε το 1, είτε το 2) <ol style="list-style-type: none">1. Εξωπραγματική συμπεριφορά2. Συμπτώματα από την κινητική σφαίρα (είτε α, είτε β)<ol style="list-style-type: none">α. Ηβηφρενικά χαρακτηριστικάβ. Κατατονικά χαρακτηριστικά (εάν είναι παρόντα, η υποκατηγορία μπορεί να τροποποιηθεί σε ηβηφρένεια με κατατονικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 2: Τα κριτήρια του Gabriel Langfeldt

1. Κριτήρια συμπτωμάτων

Σημαντικές ενδείξεις για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι (εάν δεν υπάρχουν σημεία γνωσιακής αποδιοργάνωσης, λοίμωξης ή δηλητηρίασης):

A. Αλλαγές της προσωπικότητας, που εκδηλώνονται ως μια ειδική μορφή συναισθηματικής άμβλυνσης που ακολουθείται από έλλειψη κινήτρων και διαφορετική, συχνά περίεργη, συμπεριφορά (ειδικά στην ηβηφρένεια είναι χαρακτηριστική και αποτελεί διαγνωστικό σημείο.)

2. Κριτήριο πορείας

Η τελική απόφαση για τη διάγνωση δε μπορεί να ληφθεί πριν παρέλθει μια περίοδος παρακολούθησης τουλάχιστον 5 ετών, ώστε ν' αποδεικνύεται η χρονιότητα της πορείας.

6.5. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Δύο σημεία καθιστούν δύσκολη την ψυχιατρική διαγνωστική προσέγγιση του εφήβου.

- Ποικιλία αναπτυξιακής ωρίμανσης ► επακόλουθη κλινικών σημείων.
- Οι ψυχικές διαταραχές οργανικής αιτιολογίας έχουν παρόμοια συμπτωματολογία με αυτήν της ηβηφρενικής σχιζοφρένειας.

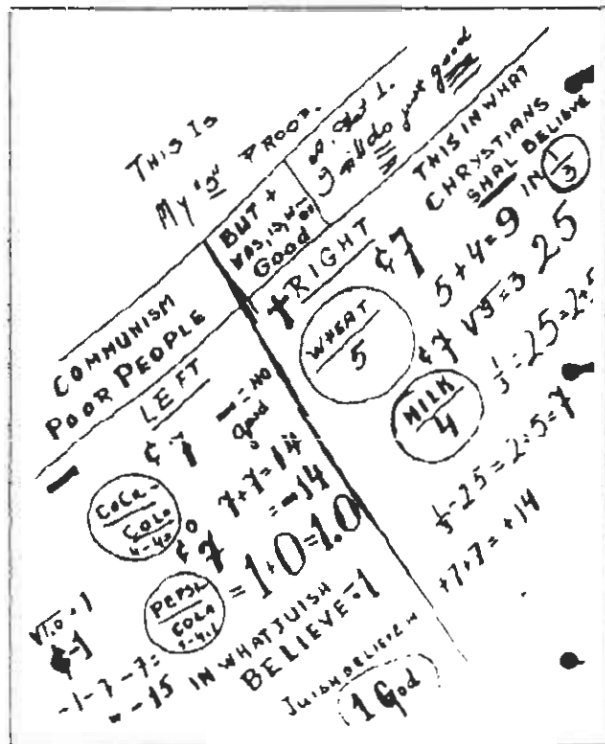
Έτσι οι ψυχολογικές δοκιμασίες και οι ψυχιατρικές κλίμακες μέτρησης είναι χρήσιμες για τη διαπίστωση της ύπαρξης ή όχι της νόσου.

6.5.1. ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Αντικειμενικές δοκιμασίες της νευροψυχολογικής λειτουργίας, όπως είναι οι δοκιμασίες Halstead-Reitan και Luria-Nebraska, συχνά αποκαλύπτουν παθολογικά ευρήματα που μπορεί να έχουν πρακτική σημασία σε ασθενείς με γνωσιακές αδυναμίες.

Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα των δοκιμασιών είναι ενδεικτικά αμφοτερόπλευρης δυσλειτουργίας των μετωπιαίων και των κροταφικών λοβών, και κυρίως διαταραχών της προσοχής, του χρόνου συγκράτησης των εννοιών και της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων. [εικ. 9]

Εικ. 9



Πίνακας 3: Παράδειγμα Γνωσιακών δοκιμασιών Ψυχικής Κατάστασης

Ζητούμενο	Δυσλειτουργία	Φυσιολογική απάντηση	Πιθανή εντόπιση
Ορθογραφία της λέξης «χώμα» αντίστροφα	Συγκέντρωση	Κάθε ακατάλληλη σειρά γραμμάτων	Μετωπιαίοι λοβοί
Πρόσθεση του 7 αλληλοδιαδόχως	Συγκέντρωση	Ένα ή περισσότερα λάθη ή διάρκεια πάνω από 90 δευτερόλεπτα	Μετωπιαίοι λοβοί
Συζήτηση στη διάρκεια της εξέτασης	Κατανόηση λόγου	Κατά προσέγγιση λέξεις, νεολογισμοί, σαλάτα λέξεων, απόθεμα λέξεων, σχοινοτενής λόγος	Επικρατούν κροταφικός λοβός
Να διηγηθεί με ακρίβεια, με λεπτομέρειες και με τη σειρά τα παλαιά συμβάντα	Απώτερη μνήμη	Σημαντική έλλειψη λεπτομερειών, μπέρδεμα της σειράς	Κροταφικοί λοβοί (υπόκαμπος)

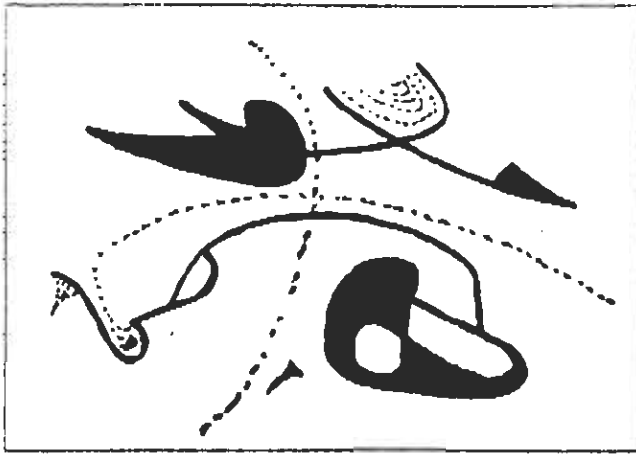
6.5.2. ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Όταν συγκρίνονται ομάδες ηβηφρενικών με ομάδες άλλων ψυχιατρικών ασθενών ή φυσιολογικών ατόμων, οι ηβηφρενικοί τείνουν να έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στις δοκιμασίες νοημοσύνης. Κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης είναι (από τις νεότερες) η Kaufman ABC και η Wechler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI).

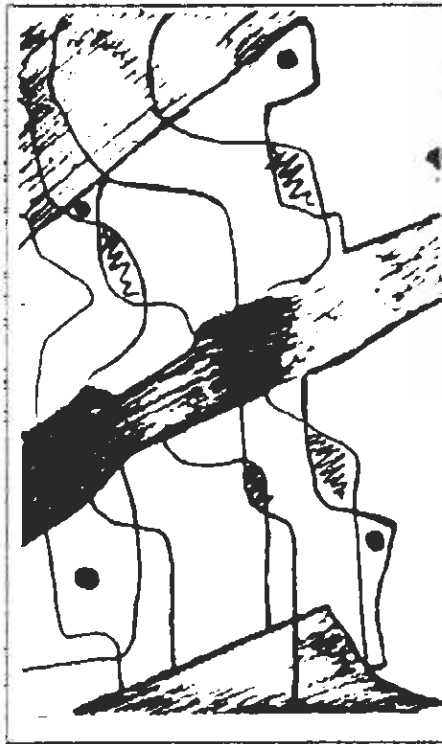
6.5.3. ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΕΣ -ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Η πιο συνηθισμένη και απλή είναι η δοκιμασία που ζητάμε από τον έφηβο να ζωγραφίσει ένα πρόσωπο/άτομο, οπότε μελετούμε την ικανότητά του να μεταφέρει τις σκέψεις του σε μια οπτική αναπαράσταση. [εικ. 10, 11, 12 και 13].

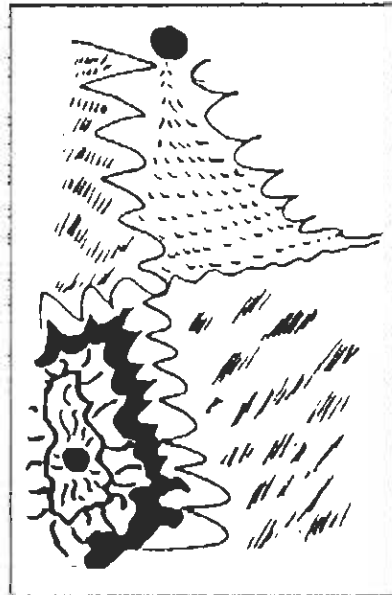
Το Bender – Gestalt Test και το Bender Visual Retention Test εκτιμούν την ικανότητα του εφήβου ν' αντιγράψει ένα σχέδιο ή να το ανακαλέσει στη μνήμη του αργότερα.



Εικ. 10

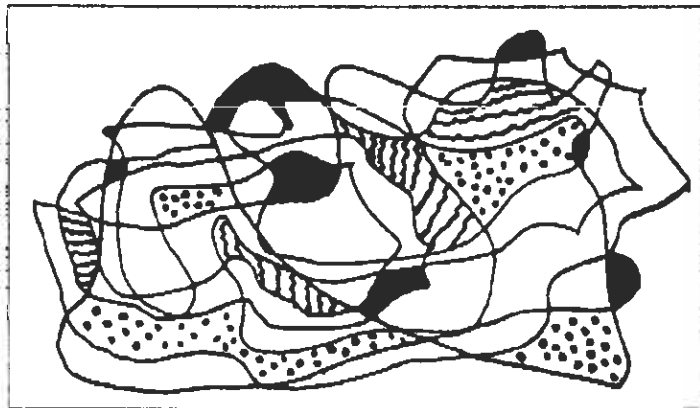


Εικ. 12



Εικ. 11

Εικ. 13



6.5.4. ΣΤΥΛ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

Οι προβλητικές δοκιμασίες όπως είναι η Rorschach και η TAT (Thematic Apperception Test), μπορεί ν' αποκαλύψουν εξωπραγματικό ιδεασμό. Οι δοκιμασίες προσωπικότητας συχνά δίνουν παθολογικά ευρήματα, των οποίων η συμβολή στη διάγνωση και το σχεδιασμό της θεραπείας είναι ελάχιστη.³¹

6.5.5. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Βοηθούν τον ψυχίατρο να αξιολογήσει το βαθμό της παθολογικής κατάστασης κάθε ασθενούς.

Πίνακας 4: Βραχεία Ψυχιατρική Κλίμακα (BPRS)

ΟΔΗΓΙΕΣ: τοποθετείστε ένα X στο κατάλληλο τετράγωνο που αντιπροσωπεύει το επίπεδο βαρύτητας κάθε συμπτώματος

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΕΚΤΙΜΗΤΗΣ:

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

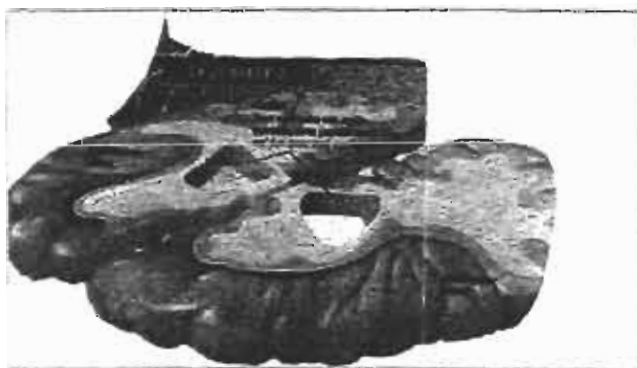
	Απόν	Πολύ ήπιο	Ήπιο	Μέτριο	Μέτρ. βαρύ	Βαρύ	Εξαιρετ. βαρ.
	0	1	2	3	4	5	6
1. Σωματική ενόχληση-υπεραπασχόληση με τη σωματική υγεία, φόβος για σωματική ασθένεια, υποχονδριακές ιδέες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Άγχος -ανησυχία, φόβος, υπερβολική ανησυχία για το παρόν ή το μέλλον.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Συναισθηματική αναδίπλωση- έλλειψη αυθόρμητων σχέσεων, απομόνωση, ανεπαρκείς σχέσεις με άλλους ανθρώπους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Αποδιοργάνωση -οι συνειρμοί της σκέψης είναι συγκεχυμένοι, ασύνδετοι, αποδιοργανωμένοι, διασπασμένοι.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Αισθήματα ενοχής -αυτοκατηγορία, ντροπή, τύψεις για συμπεριφορά του παρελθόντος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Υπερένταση -φυσικές και κινητικές εκδηλώσεις νευρικότητας, υπερκινητικότητας, υπερέντασης.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Μαννερισμοί και παράξενες στάσεις -ιδιόρρυθμη, αλλόκοτη, αφύσικη κινητική συμπεριφορά (όχι τικ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Μεγαλομανία -υπερβολική ιδέα για τον εαυτό του, αλαζονεία, πεποίθηση για ασυνήθιστες δυνάμεις ή ικανότητες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Καταθλιπτική διάθεση -θλίψη, μελαγχολία, απελπισία, απαισιοδοξία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Εχθρικότητα -εχθρότητα, προσβολές, επιθετικότητα, περιφρόνηση για άλλους ανθρώπους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Καχυпонία -δυσπιστία, πεποίθηση ότι οι άλλοι έχουν κακόβουλη ή μεροληπτική διάθεση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Β.Β. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

ΔΟΜΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Εικ. 14

α) Αξονική τομογραφία. Οι πρώτες μελέτες κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκε η αξονική τομογραφία (CT) σε ομάδες σχιζοφρενών, αποκάλυψαν τα πρωιμότερα και πειστικότερα δεδομένα, σχετικά με το ό,τι η σχιζοφρένεια είναι νόσος του εγκεφάλου. Αυτές οι μελέτες έχουν δείξει συστηματικά ότι στους σχιζοφρενείς υπάρχει διεύρυνση των πλάγιων κοιλιών, όπως και της τρίτης κοιλίας, καθώς και κάποιου βαθμού μείωση του όγκου του φλοιού. Η ερμηνεία που δίδεται σ' αυτά τα ευρήματα είναι ότι τα προσβεβλημένα άτομα υπολείπονται σε εγκεφαλική ουσία. Εάν αυτή η μείωση της ποσότητας του εγκεφαλικού ιστού οφείλεται σε ανώμαλη ανάπτυξη ή σε εκφύλιση, παραμένει αναπάντητο ερώτημα. [εικ. 14 και 15]



Εικ. 15 Σε άλλες μελέτες με αξονική τομογραφία έχουν αναφερθεί ανώμαλη ημισφαιρική ασυμμετρία, μειωμένος όγκος παρεγκεφαλίδας και μεταβολές της πυκνότητας του εγκεφάλου καθώς και ↓ αύξηση του

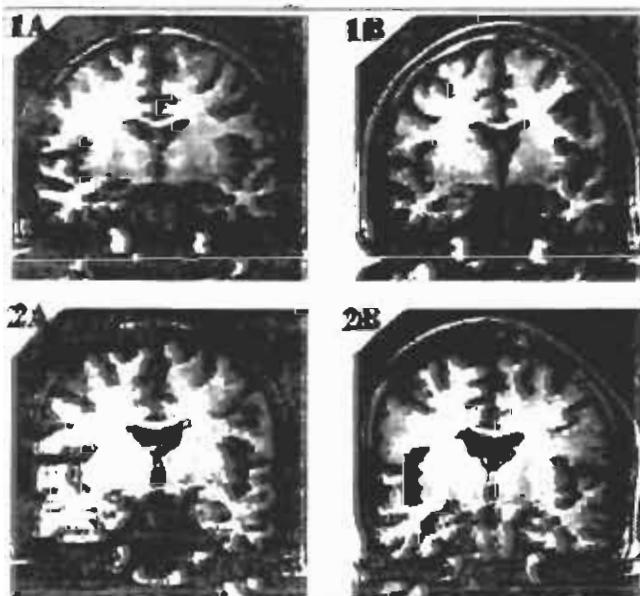
αριθμού D₂ υποδοχέων στον κερκοφόρο πυρήνα και ↓ μείωση του μεγέθους της ωχρής σφαίρας και της μέλαινας ουσίας.



Εικ. 16

Στις τομογραφίες εγκεφάλου ομοίων διδύμων αδελφών διαφαίνεται πως: ο Στήβεν δεξιά πάσχει από σχιζοφρένεια, ενώ ο Ντέιβιντ είναι υγιής.

β) Μαγνητική Τομογραφία. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) χρησιμοποιήθηκε αρχικά για τον έλεγχο των ευρημάτων με τη CT, αλλά στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε στη διερεύνηση των γνώσεών μας ως προς την παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Μία από τις πιο σημαντικές μελέτες με MRI διερεύνησε μονοζυγωτικούς διδύμους, ασύμφωνους ως προς τη σχιζοφρένεια. Από τη μελέτη προέκυψε ότι όλοι οι πάσχοντες δίδυμοι είχαν μεγαλύτερου εύρους κοιλίες από τους μη πάσχοντες, αν και οι περισσότεροι από αυτούς είχαν κοιλίες με μέγεθος στα φυσιολογικά όρια.²⁵ [Εικ. 16 και 17]



Εικ. 17: Εικόνες MRI. Τομές εγκεφάλου από δύο ζεύγη μονοζυγωτικών διδύμων ασύμφωνων προς τη σχιζοφρένεια, όπου διακρίνεται ήπια διεύρυνση των πλαγίων κοιλιών στους προσβεβλημένους διδύμους [εικόνες 1B και 2B] σε σύγκριση με τους μη προσβεβλημένους διδύμους [εικόνες 1A και 2A]

ακόμα κι όταν οι προσβεβλημένοι δίδυμοι έχουν μικρές κοιλίες.

6.5.7. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

- ✚ Μαγνητική φασματοσκοπία εξ αντηχήσεως (MRS)
- ✚ Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET)
- ✚ SPECT, f MRI: έχουν αποκαλύψει μείωση του μεταβολισμού στους μετωπιαίους λοβούς με παράλληλη αδυναμία αύξησης της αιματικής ροής κατά τη διάρκεια προκλητών ψυχολογικών δοκιμασιών, αύξηση του μεταβολισμού και της αιματικής ροής στις αριστερές κροταφικές περιοχές.

6.5.8. ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

- ✚ Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ). Έχουν διαπιστωθεί διαφόρου τύπου ΗΕΓ-φικές ανωμαλίες, κυρίως αριστερά (μείωση της α-δραστηριότητας, αύξηση των θ και δ δραστηριοτήτων, αύξηση της επιληπτοειδούς δραστηριότητας).
- ✚ Προκλητά εγκεφαλικά δυναμικά. Η γενική εκτίμηση είναι ότι στη σχιζοφρένεια, μετά από μια αυξημένη αρχική κινητοποίηση, ακολουθεί προοδευτική μείωση της ικανότητας επεξεργασίας των ερεθισμάτων. Η ηλεκτροδερματική αντίδραση βρέθηκε μειωμένη όπως παρατηρήθηκαν επίσης ανώμαλες οφθαλμικές κινήσεις.

6.5.9. ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Τα νευροψυχολογικά δεδομένα δείχνουν πως οι ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχές ως προς τη γενικότερη επεξεργασία πληροφοριών καθώς και ελλειμματική λειτουργικότητα αναφορικά με τους μετωπιαίους λοβούς και το βρεγματικό λοβό.

6.6. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

α) Παρανοειδής μορφή. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Αρχίζει αργότερα, συνήθως μετά τα 30.
- Δεν αποδιοργανώνει την όλη λειτουργικότητα του ατόμου, δεδομένου ότι λόγω της όψιμης έναρξης έχει ήδη ολοκληρωθεί η προσωπικότητα και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου, ενώ οι αμυντικοί του μηχανισμοί έχουν παγιωθεί.
- Χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών ή και ψευδαισθήσεων, ενώ απουσιάζουν τα άλλα συμπτώματα.

β) Αποργανωτική μορφή. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας, που παλαιότερα ήταν γνωστή ως ηβηφρένεια, χαρακτηρίζεται από:

- Την πρώιμη έναρξή της (συνήθως μεταξύ 13 και 25 ετών).
- Την παρουσία διαταραχών στη δομή και οργάνωση της σκέψης, αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς και συναισθηματικής έκπτωσης (επιτεδωμένο και απρόσφορο συναίσθημα).
- Τη συνεχή και προοδευτικά επιδεινούμενη κλινική της πορεία.

γ) Κατατονική μορφή. Στη μορφή αυτή της σχιζοφρένειας κυριαρχούν οι διαταραχές της βούλησης και ψυχοκινητικότητας. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν με την πλέον ήπια και ατελή μορφή τους (μερική κατατονία) ή με την πλήρη κλινική τους έκφραση (κατατονική εμβροντησία ή διέγερση).²²

δ) Αδιαφοροποίητη μορφή. Η μορφή χαρακτηρίζεται από:

1. Παραληρητικές ιδέες 2. Ψευδαισθήσεις 3. Αποδιοργανωμένος λόγος 4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατανοητική συμπεριφορά 5. Αρνητικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα επιμένουν για διάστημα 1 μηνός χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια της παρανοειδούς αποργανωτικής και κατατονικής μορφής.

ε) Υπολλειμματική μορφή. Η μορφή αυτή αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ιστορικό του ασθενούς τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα κυριαρχούν τ' αρνητικά και απουσιάζουν τα θετικά συμπτώματα. Η μορφή αυτή μπορεί να παριστά το ενδιάμεσο μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων της νόσου, συνήθως όμως διαρκεί επί μακρό χρονικό διάστημα

στ) Τύπος I και Τύπος II. Η κλινική διάκριση σε αυτούς τους δύο τύπους, από τον T. J. Crow το 1980 είχε σημαντική επίδραση στην ψυχιατρική έρευνα. Οι ασθενείς του τύπου I τείνουν να εμφανίζουν «θετικά» συμπτώματα, δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου στην αξονική τομογραφία και ελλιπή απόκριση στη θεραπεία.²⁵ [πίνακας 5]

Πίνακας 5: Αρνητικά και θετικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια

Αρνητικά συμπτώματα	Θετικά συμπτώματα
Συναισθηματική επιπέδωση	Ψευδαισθήσεις
Μη μεταβαλλόμενη έκφραση προσώπου	Ακουστικές (σχολιασμοί και συνομιλίες μεταξύ «φωνών»)
Μείωση αυθόρμητων κινήσεων	Σωματο-αισθητηριακές
Έλλειψη εκφραστικών χειρονομιών	Οπτικές και γευστικές
Μείωση βλεμματικής επαφής	Παραληρητικές ιδέες
Μείωση συναισθηματικής αντίδρασης	Διωκτικές
Απροσφορότητα συναισθηματική	Ζηλοτυπικές
Έλλειψη χρωματισμού της φωνής	Μεγαλείου /θρησκευτικές
Διαταραχές ομιλίας	Υποχονδριακές
Πτωχεία λόγου	Αυτοαναφοράς / επίδρασης
Πτωχεία περιεχομένου	Υποκλοπής σκέψεων
Ανακοπή του λόγου	Παρεμβολής ξένων σκέψεων
Καθυστερήση της απάντησης	Απώλειας / απόσυρσης σκέψεων
Διαταραχές βούλησης	Παράδοξη συμπεριφορά
Παραμελημένη εμφάνιση	Στερεοτυπίες
Απουσίες από την εργασία	Εμφάνιση / ένδυση / καθαριότητα
Απραγμοσύνη/οκνηρία	Επιθετικότητα
Ανηδονία έλλειψη κοινωνικότητας	Κοινωνική / σεξουαλική
Μείωση ψυχαγωγίας και ενδιαφερόντων	Διαταραχή δομής / κατοχής της σκέψης
Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας και δραστηριότητας	Εκτροχιασμός και πλατειασμός λόγου
Μείωση κοινωνικών σχέσεων	Ασυναρτησία
Έλλειψη οικειότητας στις σχέσεις	Παραλογία / ασχετολογία
Διαταραχές προσοχής	«Κατ' επαπτομένη» λόγος
Απροσεξία κοινωνικού περιγυρου	Ηχηρές σκέψεις
Απροσεξία κατά την εξέταση	Εξαγγελία σκέψεων

6.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ακριβής διάγνωση της ηβηφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της κακής πρόγνωσής της, οπότε η σύγχυσή της με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές, μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενούς και της οικογενείας του με οδυνηρές συνέπειες. Επιπλέον, η ακριβής διάγνωση προετοιμάζει την ασθενή για την αποτελεσματικότερη, άμεση, βραχύχρονη και μακρόχρονη θεραπεία.

6.7.1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Συναφείς προς τη σχιζοφρένεια ψυχωσικές διαταραχές είναι:

- Βραχεία ψυχωσική διαταραχή
- Σχιζοφρενική διαταραχή

Οι δύο αυτές διαταραχές έχουν βραχύτερη διάρκεια απ' ό τι η σχιζοφρένεια, υποχώρηση της συμπτωματολογίας, διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς.

- Παραληρητική διαταραχή. Οι παραληρητικές ιδέες δεν έχουν παράδοξο χαρακτήρα.
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Σύγχρονη ανάπτυξη σχιζοφρενών και μανιακών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
- Επακτή ψυχωσική διαταραχή. Η ύπαρξη παρόμοιας υφής συμπτωμάτων και σε άλλο άτομο του άμεσου περιβάλλοντος του αρρώστου προσανατολίζει τη διάγνωση στη διαταραχή αυτή.
- Απλή επιδεινούμενη διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από τη βαθμιαία εμφάνιση και προοδευτική επιδείνωση κατεξοχήν αρνητικών συμπτωμάτων.
- Οι διαταραχές προσωπικότητας (σχιζοειδική, σχιζοτυπική, παρανοειδής, μεθοριακή) έχουν ηπιότερα συμπτώματα και η έναρξή τους δεν είναι δυνατόν να οριοθετηθεί χρονικά.

- Οι συναισθηματικές διαταραχές θα πρέπει να διαφορίζονται από τη σχιζοφρένεια, δεδομένου ότι στην τελευταία παρατηρούνται αρκετά συχνά καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα. Αν τα καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα παρουσιάζονται πριν ή μαζί με τα ψυχωσικά συμπτώματα, υπάρχει πλήρης αποδρομή της όλης συμπτωματολογίας μεταξύ των επεισοδίων και εντοπίζεται παράλληλα κάποιος συγγενής του αρρώστου με κατάθλιψη ή μανία, τότε η διάγνωση κλίνει υπέρ της συναισθηματικής διαταραχής.

Πίνακας 6: Στοιχεία που βοηθούν τη διαφοροδιάγνωση Διπολικής Διαταραχής από Σχιζοφρένεια.

Ευνοεί τη Διπολική Διαταραχή	Ευνοεί τη Σχιζοφρένεια
Προηγούμενο επεισόδιο μανίας ή κατάθλιψης.	Έλλειψη προηγούμενου ιστορικού Διαταραχής της Διάθεσης
Ιστορικό πλήρους αποκατάστασης ανάμεσα σε οξεία επεισόδια της νόσου	Ιστορικό υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα σε οξείες υποτροπές της νόσου
Καλή προνοσηρή λειτουργικότητα	Προοδευτική χειροτέρευση και κακή προνοσηρή λειτουργικότητα
Οικογενειακό ιστορικό θετικό για υποτροπιάζουσα ψυχωτική νόσο	Οικογενειακό ιστορικό αρνητικό για υποτροπιάζουσα ψυχωτική νόσο
Ιστορικό καλής θεραπευτικής απάντησης σε λίθιο και / ή ηλεκτροσόκ	Κακή απάντηση σε θεραπεία με λίθιο ή / και ηλεκτροσόκ

- **Ιδεοληψίες.** Απαιτείται διαφοροδιάγνωση από την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, στην οποία όμως διατηρείται η επίγνωση του νοσηρού και ελλείπουν τα άλλα σχιζοφρενικά συμπτώματα.

6.7.2. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- Φλεγμονές του ΚΝΣ (π.χ. ερπητική εγκεφαλίτιδα, σύφιλη, AIDS).
- Όγκοι του ΚΝΣ και τραύματα (ιδιαίτερα στους μετωπιαίους λοβούς ή το μεταιχμιακό σύστημα)
- Διάφορα νοσήματα του ΚΝΣ (Huntington, Wilson, Parkinson, Creutzfeldt – Jacob, άνοιες διαφόρου τύπου, κατά πλάκας σκλήρυνση, κροταφική επιληψία, λιποείδωση, λευκοδυστροφίες)
- Ενδοκρινικές διαταραχές (Cushing, Addison, θυρεοτοξίκωση)
- Κολλαγονώσεις (ερυθηματώδης λύκος)
- Πορφυρία
- Πελλάγρα και κακοήθης αναιμία
- Δηλητηριάσεις με CO, μόλυβδο κ.ά.
- Ουσιοεξαρτήσεις (κοκαΐνη, LSD, μεσκαλίνη, ψιλοκυμβίνη, φαικυκλιδίνη, «αγγελόσκονη», αμφεταμίνη)
- Απόσυρση από ουσίες (αλκοόλ, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες)
- Διάφορα φάρμα (L-dopa, βρωμοκρυπτίνη, εφεδρίνη, αμανταδίνη, φαινυλπροπανυλαμίνη, δακτυλίτιδα, δισουλφιράμη, ινδομεθακίνη, καρβαμαζεπίνη, αντιισταμινικά).

6.8. ΠΟΡΕΙΑ

Η εμφάνιση του αποδιοργανωμένου τύπου της σχιζοφρένειας, εισβάλλει, συνήθως βαθμιαία στην όψιμη εφηβεία. Στις περισσότερες των περιπτώσεων προηγείται μια πρόδρομη φάση αβληχρών κλινικών εκδηλώσεων. Η πρόδρομη φάση μπορεί να διαρκέσει από εβδομάδες έως χρόνια.

Ακολουθεί η ενεργός φάση με την έκπτυξη της πλήρους κλινικής συμπτωματολογίας, η οποία διαρκεί για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες, ανάλογα με την έναρξη της θεραπείας. Μετά την αποδρομή της ενεργού φάσεως εμφανίζεται η υπολειμματική φάση, στη διάρκεια της οποίας μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.

Η κλινική πορεία μέσα στο χρόνο είναι συνεχής και χρόνια. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι επεισοδιακή με υφέσεις και εξάρσεις. Αυτό, που πρέπει να επισημανθεί είναι το γεγονός πως μετά την αποδρομή της ενεργού φάσεως, το άτομο δεν επανέρχεται στο αφετηριακό επίπεδο της όλης λειτουργικότητάς του, αλλά σε κάποιο επίπεδο υποδεέστερης της προηγούμενης λειτουργικότητας. Έτσι μέσα στο χρόνο η λειτουργικότητα στο σύνολό της ακολουθεί φθίνουσα πορεία.²²

6.9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Έχει διαπιστωθεί πως τα προγνωστικά στοιχεία για την αποδιοργανωμένου τύπου σχιζοφρενική διαταραχή είναι μάλλον πεσιμιστικά. Η πλειοψηφία των ασθενών έχει γενικά δυσμενή πρόγνωση, επαναλαμβανόμενες νοσηλείες, κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας. Η εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων έχει ωστόσο επηρεάσει θετικά, τόσο την κλινική πορεία της ασθένειας, όσο και την πρόγνωσή της.

Αξίζει επίσης ν' αναφερθεί πως οι πολιτισμικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν ρόλο στην πρόγνωση της νόσου. Στη μεγάλη διαπολιτισμική μελέτη του ΠΟΥ σε 9 χώρες διαφορετικής πολιτισμικής δόμησης, διαπιστώθηκε πως οι αναπτυσσόμενες χώρες, έχουν υψηλότερα ποσοστά ασθενών με καλή πρόγνωση απ' ότι οι αναπτυγμένες χώρες (π.χ. το ποσοστό των ασθενών με καλή πρόγνωση στη Νιγηρία και την Ινδία είναι 57% και 48% αντίστοιχα σε αντίθεση με τη Δανία όπου το αντίστοιχο ποσοστό είναι μόλις 6%). Παρά τις ενδεχόμενες διαφορές σε διαγνωστικό και μεθοδολογικό επίπεδο, μπορούμε να υποθέσουμε πως στις αναπτυσσόμενες χώρες η συνολική φροντίδα των ασθενών γίνεται κυρίως στην κοινότητα (ενεργός συμμετοχή της οικογένειας, στενοί οικογενειακοί δεσμοί) πράγμα αρκετά δυσχερές με τις υπάρχουσες συνθήκες που επικρατούν στις αναπτυγμένες κοινωνίες.

Επίσης ποικίλοι παράγοντες επηρεάζουν την πρόγνωση της νόσου, οι οποίοι περιγράφονται στον πίνακα 7.

Αξίζει να σημειωθεί πως τα πορίσματα τελευταίων ερευνών τονίζουν πως ακόμη και στη δεύτερη ή και στην τρίτη δεκαετία πορείας της νόσου, υπάρχει ακόμη δυνατότητα για πλήρη ή μερική ανάρρωση, με την προϋπόθεση της συνεχούς φαρμακευτικής, ψυχοκοινωνικής και οικογενειακής στήριξης.

Πίνακας 7: Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση της σχιζοφρένειας.

Παράγοντας	Καλή πρόγνωση	Κακή πρόγνωση
Ηλικία κατά την έναρξη της νόσου	Όψιμη	Πρώιμη
Φύλο	Θήλυ	Άρρεν
Περιγεννητικές επιπλοκές	Όχι	Ναι
Συγγενείς με συναισθηματική διαταραχή	Ναι	Όχι
Συγγενείς με σχιζοφρένεια	Όχι	Ναι
Προνοσηρή κοινωνική προσαρμογή	Καλή	Κακή
Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο	Υψηλό	Χαμηλό
Πνευματικό – μορφωτικό επίπεδο	Υψηλό	Χαμηλό
Γάμος / σεξουαλική ζωή	Ναι	Όχι
Οικογενειακή στήριξη	Ναι	Όχι
Κοινωνική στήριξη	Ναι	Όχι
Τρόπος έναρξης της νόσου	Αιφνίδιος	Βαθμιαίος
Διάρκεια της νόσου	Βραχεία	Μακρά
Εκλυτικοί παράγοντες	Ναι	Όχι
Επίγνωση του νοσηρού	Ναι	Όχι
Είδος συμπτωμάτων	Θετικά	Αρνητικά
Συναισθηματική ανταπόκριση	Καλή	Επιπεδωμένη
Μανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα	Ναι	Όχι
Συγχυτικές εκδηλώσεις	Ναι	Όχι
Έναρξη θεραπείας	Πρώιμη	Όψιμη
Ανταπόκριση στη θεραπεία	Άμεση	Βραδεία
Συμμόρφωση στη θεραπεία	Ναι	Όχι
Υποτροπές της νόσου	Σπάνιες	Συχνές
Επιθετική συμπεριφορά	Όχι	Ναι
Χρήση ουσιών	Όχι	Ναι
Νευρολογική σημειολογία	Όχι	Ναι
Κοιλίες του εγκεφάλου	Φυσιολογικές	Διευρυμένες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

7.1.1. ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ (ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΑ) ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα φάρμακα αυτά αποτελούν τον κεντρικό κορμό της θεραπείας στην ενεργό φάση (οξεία) και απαραίτητο συμπλήρωμα κατά την υπολειμματική της περίοδο.²²

Η δόση και η διάρκεια χορήγησης είναι εξατομικευμένες. Στους εφήβους χορηγούνται δόσεις τα δύο τρίτα ή και λιγότερο της δόσης των ενηλίκων. Η έναρξη της θεραπείας γίνεται με χαμηλές δόσεις για να ελεγχθούν τυχόν ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις όπως αλλεργικού τύπου εκδηλώσεις έως βαριά εξωπυραμδικά συμπτώματα. Οι δόσεις αυξάνονται προοδευτικά με οδηγό πάντα τη θεραπευτική απάντηση και βαθμό ανοχής των ανεπιθύμητων ενεργειών. Η χορήγηση περισσότερων του ενός αντιψυχωσικών στον ασθενή πρέπει να αποφεύγεται.

Τα κλασικά αντιψυχωσικά που χρησιμοποιούνται συνήθως έχουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες και βοηθούν ένα μικρό ποσοστό αρρώστων. Τα νεότερα (άτυπα) αντιψυχωσικά είναι αποτελεσματικότερα, έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και εμφανίζουν θετική αντίδραση σε μεγαλύτερο αριθμό αρρώστων.³²

Πίνακας 8: Άτυπα αντιψυχωσικά

Χημική ονομασία	Εμπορική ονομασία
Risperidone - Ρισπεριδόνη	Risperdal
Clazapine - Κλοζαπίνη	Clozaril
Olanzapine - Ολανζαπίνη	Zyprexa
Quetiapine - Κουετιαπίνη	Seroquel

Τα φάρμακα αυτά δε θεραπεύουν την ασθένεια· προκαλούν όμως σημαντική ύφεση της συμπτωματολογίας που επιτρέπει στον ψυχωτικό ασθενή να λειτουργήσει ικανοποιητικά σ' ένα περιβάλλον που τον στηρίζει.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ

Στον ασθενή που παρουσιάζει πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο άγνωστης αιτιολογίας (ειδικά αν είναι έφηβος) η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να διακοπεί βαθμιαία ύστερα από αρκετές εβδομάδες ή μήνες επιτυχημένης θεραπείας, για να εκτιμηθεί η ανάγκη συνέχισής της. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να μην ξαναέχουν τέτοιο επεισόδιο κι έτσι δεν θα πρέπει να συνεχίζουν χωρίς λόγο τη θεραπεία.

Η θεραπεία συντήρησης χρειάζεται σε χρόνιες καταστάσεις στις οποίες η ψύχωση υποτροπιάζει μέσα σε εβδομάδες ή μήνες μετά τη διακοπή της θεραπείας. Οι περισσότεροι ασθενείς που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία είναι χρόνιοι σχιζοφρενικοί, σχιζοσυναισθηματικοί και από τους μανιο-καταθλιπτικούς εκείνοι που δεν είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων αν παίρνουν μόνο λίθιο.

Σε μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης, συνήθως ελαττώνουμε κατά 20-50% τη δοσολογία που απαιτούνταν για το οξύ ψυχωτικό επεισόδιο. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη δοσολογία συντήρησης. Ο γιατρός θα πρέπει να φθάσει σ' αυτήν ελέγχοντας προσεκτικά τη συμπτωματολογία του ασθενή και καθορίζοντας τη χαμηλότερη δοσολογία στην οποία ελέγχονται τα συμπτώματά του.

Αν η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική. Ο γιατρός θα πρέπει να διερευνήσει αν η δοσολογία είναι επαρκής και ο ασθενής παίρνει το φάρμακο. Αν ο ασθενής δεν απαντά σε επαρκή δοσολογία μετά από 2 εβδομάδες θεραπείας είναι καλό να δοκιμάσει κανείς άλλο φάρμακο. Το ότι ένας ασθενής δεν απαντά σ' ένα αντιψυχωτικό, δε σημαίνει πως δεν θ' απαντήσει σ' ένα άλλο.²¹

Πίνακας 9: Απαντητικότητα των συμπτωμάτων στ' αντιψυχωτικά φάρμακα.

Πολύ πιθανό ν' απαντήσουν	Λιγότερο πιθανό ν' απαντήσουν
Επιθετικότητα	Διαταραγμένη κρίση
Υπερκινητικότητα	Διαταραγμένη μνήμη
Τάση	Διαταραχή στον προσανατολισμό
Εχθρικότητα	Χρόνιες παραληρητικές ιδέες
Ψευδαισθήσεις	
Αϋπνία	
Κακή αυτοφροντίδα και υγιεινή	
Οξείες παραληρητικές ιδέες (πρόσφατης έναρξης)	
Κοινωνική απομόνωση	

7.1.2. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ

Όλα τα νευροληπτικά φάρμακα αποκλείουν τους υποδοχείς της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο και στην περιφέρεια (D₁, D₂). Ωστόσο η κλινική τους αποτελεσματικότητα συσχετίζεται στενά με τη σχετική τους ικανότητα ν' αποκλείουν του D₂ υποδοχείς στο μεσομεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου.

Πολλές από τις ουσίες αυτές αποκλείουν και χολινεργικούς αδρενεργικούς και ισταμινικούς υποδοχείς προκαλώντας παρενεργειών.³³

7.1.3. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

α) ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Παρκινσονικού τύπου συμπτωματολογία (1^η -4^η εβδομάδα από την έναρξη της θεραπείας).

✚ Οξεία δυστονία (1^η εβδομάδα της θεραπείας). Μυϊκές συσπάσεις ή και σπασμοί που προκαλούν ακούσια κινητικότητα της γλώσσας, του λαιμού, του στόματος ή του σώματος (οπισθότονο).

✚ Ακαθησία (1^η - 6^η εβδομάδα μετά την έναρξη της θεραπείας). Υποκειμενικό αίσθημα ανησυχίας που υποχρεώνει το άτομο να κινείται συνεχώς προκαλώντας του έντονη δυσφορία.

✚ Όψιμη δυσκινησία (1-20 χρόνια συντηρητικής θεραπείας). Ακούσιες, ανώμαλες, χροειοαθερωτικές κινήσεις στους μύες της κεφαλής, της γνάθου, ακούσιες «κινήσεις σύλληψης εντόμων» της γλώσσας.

β) ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΚΝΣ (1^η - 2^η εβδομάδα από την έναρξη της θεραπείας. Ορισμένες φορές εμφανίζεται σύγχυση.

γ) ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ

✚ Μυοκάρδιο. Στο ΗΚΓ η χλωροπρομαζίνη προκαλεί συχνά επιμήκυνση του διαστήματος QT, ενώ η θειοριδαζίνη προκαλεί αρρυθμίες.

✚ Ορθοστατική υπόταση. Τα νευροληπτικά αποκλείουν τους α-αδρενεργικούς υποδοχείς, με αποτέλεσμα τη μείωση της αρτηριακής πίεσης και την εμφάνιση ορθοστατικής υπότασης.

δ) ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΙΜΑ

✚ Μείωση (παροδική) του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.

✚ Εμφάνιση συμπτωμάτων ακοκκιοκυτταραιμίας (υψηλός πυρετός, δυσκαταποσία, σταδιακή πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων μέχρι του αριθμού των 4.000)

ε) ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ. Ήπιες ενοχλήσεις που εξαφανίζονται σε λίγες μέρες ή εβδομάδες. Είναι: ξηροστομία, θαμπή όραση, ταχυκαρδία, δυσκοιλιότητα, συμφόρηση ρινικών κοιλοτήτων. Σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ο παραλυτικός ειλεός ή η κατακράτηση ούρων.

ς) ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ. Τα νευροληπτικά καταστέλλουν τον υποθάλαμο προκαλώντας αμηνόρροια, γαλακτόρροια, αύξηση του σωματικού βάρους, υποθερμία, υπερθερμία, ανικανότητα.

η) ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΡΜΑ

- ✦ Αλλεργική δερματίτιδα
 - ✦ Φωτοευαισθησία του δέρματος
 - ✦ Μελάγχρωση του δέρματος (αυξημένη εναπόθεση μελανίνης στο δέρμα).
- Για τις προαναφερθείσες εκδηλώσεις ευθύνεται η χλωροπρομαζίνη.

θ) ΑΛΛΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Ίκτερος (αποφρακτικός ή χολοστατικός ίκτερος)

ι) **ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ** από τη χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων. Σπάνια αλλά πολύ σοβαρή ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση. Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι: πυρετός, γενικευμένη δυσκαμψία που εκδηλώνεται με αύξηση του μυϊκού τόνου, φλεβοκομβική ταχυκαρδία ως το σημείο αστάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Άλλα συμπτώματα είναι: εφίδρωση, ωχρότητα, αρρυθμία, σιελόρροια, αναπνευστική δυσχέρεια.

Η πιθανότητα θανάτου αντιστοιχεί στο 10% των περιπτώσεων. Ο θάνατος είναι συνήθως αποτέλεσμα καρδιακής ή αναπνευστικής ανεπάρκειας ή μπορεί να οφείλεται σε πνευμονική εμβολή, αρρυθμία ή νεφρική ανεπάρκεια.³²

7.1.4. ΛΙΘΙΟ

Ανήκει στην κατηγορία ψυχοφαρμάκων που ονομάζονται σταθεροποιητικά του συναισθήματος και έχουν προφυλακτική αποτελεσματικότητα. Όσον αφορά στη σχιζοφρενική συμπτωματολογία μπορεί να τη βελτιώσει, σε συνδυασμό με τα αντιψυχωσικά, ιδιαίτερα (αλλά όχι αποτελεσματικά) όταν τα συμπτώματα έχουν συναισθηματική χροιά ή χαρακτήρα επιθετικότητας. Το λίθιο χορηγείται με τη μορφή ανθρακικού άλατος (Milithin, Lithiofor)³⁴

7.1.5. ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ

Καρβαμαζεπίνη. Χρησιμοποιείται ως επιβοηθητικό φάρμακο για τον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς ορισμένων ασθενών.

7.1.6. ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Χρησιμοποιούνται επί συνυπάρξεως καταθλιπτικών συμπτωμάτων (σχιζοκατάθλιψη) και κατά την υπολειμματική φάση της νόσου.

7.1.7. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT)

Σπασμοθεραπεία ονομάζουμε την πρόκληση μιας σειράς από σύντομες γενικευμένες επιληπτικές εκφορτίσεις για θεραπευτικούς σκοπούς σε ορισμένες μείζονες ψυχικές διαταραχές.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι κυρίως θεραπεία δεύτερης επιλογής όταν:

- ✚ Η φαρμακοθεραπεία έχει αποτύχει
- ✚ Οι παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας είναι τέτοιες που δυσκολεύουν τη συνέχιση της αγωγής.

Η ΗΣΘ σήμερα, εφαρμόζεται με τη συνεργασία αναισθησιολόγου ως τροποποιημένη ΗΣΘ, δηλαδή με την τροποποιητική επίδραση αναισθητικού μυοχαλαρωτικού και συνεχή οξυγόνωση, που μειιάζουν κατά πολύ την ανησυχία του ασθενούς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.³⁵

Χρησιμοποιείται κυρίως για την αντιμετώπιση της κατατονικής εμβροντησίας και διέγερσης, καθώς και της σχιζοκατάθλιψης, όπου επικρατούν έντονα τα συναισθηματικά στοιχεία. Η χρήση της στην ηβηφρένεια είναι περιορισμένη, γι' αυτό δε θ' αναφερθούμε περισσότερο στη θεραπεία αυτή.²²

7.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια έχει ως σκόπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενούς, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασής του να ζει, ν' αγαπά, να ερωτεύεται, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άνθρωποι.

Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους –στην κοινότητα- είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες (και γίνονται κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων).

Τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορούμε να τις διακρίνουμε σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές.

Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι:

- ⚡ Η θεραπεία περιβάλλοντος
- ⚡ Η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία
- ⚡ Η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων
- ⚡ Η θεραπεία συμπεριφοράς
- ⚡ Η απασχολησιοθεραπεία
- ⚡ Η εργοθεραπεία
- ⚡ Οι δημιουργικές θεραπείες

Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι:

- ⚡ Οικογενειακή θεραπεία
- ⚡ Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία
- ⚡ Η συνέχιση εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων
- ⚡ Δημιουργικές θεραπείες

α) ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Όταν τα οξέα συμπτώματα της ασθένειας υποχωρούν ο ασθενής θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής, η οποία θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε ν' αποτελεί θεραπευτική κοινότητα.

Ευρύτερη έννοια, είναι η θεραπεία περιβάλλοντος. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον - χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις, είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. Το περιβάλλον δηλαδή σχεδιάζεται έτσι ώστε να είναι θεραπευτικό.

β) ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και λιγότερο η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία. Έτσι εξήγηση (με μορφή διδασκαλίας) της φύσης της Σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των φαρμάκων, του τρόπου αντιμετώπισης των διαπροσωπικών προβλημάτων, με ενεργό υποστήριξη στο «εδώ και τώρα» για την αντιμετώπιση των διαπροσωπικών προβλημάτων που δημιουργεί η διαταραγμένη πραγματικότητα είναι ο προσανατολισμός της θεραπείας.²¹

γ) ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Ο σκοπός των ψυχοκοινωνικών θεραπειών είναι να ελαττώσουν την επίδραση του περιβαλλοντικού stress στα βιολογικώς ευάλωτα άτομα και ταυτόχρονα να βελτιώσουν την κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων αυτών και την ποιότητα ζωής τους.

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που απευθύνονται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένειά του και μπορούν να πάρουν ατομική και ομαδική μορφή.

Παρεμβάσεις που απευθύνονται στον ασθενή

Από τις παρεμβάσεις που απευθύνονται στον ασθενή σημαντικότερη θεωρείται η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.

Κοινωνικές δεξιότητες είναι οι ειδικές ικανότητες που πρέπει να διαθέτει ένα άτομο για να επιτελέσει ικανοποιητικά ένα έργο και να αναπτύξει κοινωνική συμπεριφορά. Είναι οι δεξιότητες που πρέπει να έχει ένα άτομο για να μπορεί να συνδιαλλαγεί με άλλα άτομα και να επικοινωνήσει, να δώσει και να πάρει πληροφορίες, να εμπλακεί σε συζητήσεις και σχέσεις, να εκφράσει και να ανταλλάξει απόψεις, γνώμες και συναισθήματα.

Συνήθως η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες γίνεται στα πλαίσια μιας ομάδας που ονομάζεται ομάδα εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες (social skills training group) και έχει ως βασικούς στόχους:

- Να βοηθηθούν οι άρρωστοι να αναπτύξουν μια θετική κοινωνική συμπεριφορά.
- Να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ τους
- Να τους δοθεί ευκαιρία για πρακτική εξάσκηση στην κοινότητα
- Να βελτιωθεί η κοινωνική τους λειτουργικότητα
- Να λειτουργήσει η ομάδα ως ένα προστατευτικό και μη απειλητικό περιβάλλον, όπου οι άρρωστοι μπορούν να μάθουν νέες συμπεριφορές.

Παρεμβάσεις που απευθύνονται στην οικογένεια

Η σοβαρότερη και χρόνια ψυχική διαταραχή εκτός από τον ασθενή, φαίνεται να έχει αποδιοργανωτικές συνέπειες και στην οικογένεια, αφού επηρεάζει όλες τις πτυχές της οικογενειακής ατμόσφαιρας και της οικογενειακής ζωής.

Από τους παράγοντες της οικογενειακής ζωής που έχουν μελετηθεί, κυριότεροι θεωρούνται οι εξής:

- Η επιβάρυνση (burden) της οικογένειας από τη φροντίδα του αρρώστου, που εκφράζεται ως η αντίδραση της οικογένειας στη διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου, με τη μορφή του άγχους, της έντασης, της

ενοχής, της κατάθλιψης ή και τις επικριτικής διάθεσης και της επιθετικής συμπεριφοράς.

- Το εκφραζόμενο συναίσθημα (expressed emotion), που ουσιαστικά αντικατοπτρίζει τη συναισθηματική στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο και γενικότερα τη συναισθηματική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα. Το εκφραζόμενο συναίσθημα έχει 5 διαστάσεις-παραμέτρους (κριτικής, συναισθηματικής υπερεμπλοκής, εχθρικότητας, εγκαρδιότητα, θετικών σχολίων) και έχει βρεθεί ότι αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη των υποτροπών της ψυχικής νόσου και ειδικά της σχιζοφρένειας.

Συμπερασματικά η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία παίζει ρόλο στη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Οι ειδικοί στόχοι των ψυχοεκπαιδευτών είναι:

- ✚ Να διευκολυνθεί η κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και να δοθεί ένα σκεπτικό για την αντιμετώπισή της.
- ✚ Να αποκαλυφθούν και να διορθωθούν οι παρανοήσεις γύρω από την ψυχική νόσο.
- ✚ Να μεταδοθούν γνώσεις για τις αιτίες, τη θεραπεία, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου.
- ✚ Να μειωθούν οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες για πλήρη θεραπεία και γρήγορη επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας.
- ✚ Να επιτευχθεί «συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και συνεργασία στη γενικότερη θεραπεία».

Οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών βοηθούν τους συγγενείς να νιώσουν ανακούφιση από το βάρος της αρρώστιας, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τα άγχη και τις αγωνίες τους, να συμφιλιωθούν με την αρρώστια και να παλέψουν τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος. Αυτές οι ομάδες υποστήριξης αποτελούν συνήθως τη βάση για τη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας.

Οι ομάδες αυτοβοήθειας συστάθηκαν από οικογένειες, για οικογένειες που έχουν ανάγκη βοήθειας, αλλά και από ειδικούς που αναγνωρίζουν την ανάγκη αυτή. Στηρίζονται περισσότερο στη βοήθεια από τα μέλη που έχουν το ίδιο πρόβλημα.

Εκτός από τις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια έχουν αναπτυχθεί και υποστηρικτικές παρεμβάσεις, που παίρνουν συνήθως τη μορφή των υποστηρικτικών ομάδων συγγενών.

Από τις ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας ξεπηδούν σιγά-σιγά οργανώσεις και σύλλογοι οικογενειών και αναπτύχθηκε έτσι το κίνημα των συγγενών και των οικογενειών, που στις μέρες μας παίζει σημαντικό ρόλο στο χώρο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και την υπεράσπιση των δικαιωμάτων τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των συγγενών τους. Στα πλαίσια αυτά δημιουργήθηκε και στην Ελλάδα ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ).³⁶

δ) Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ, είναι σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενών ιδιαίτερα, γιατί η ασθένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού.²²

ε) Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, αποβλέπει στο να βοηθήσει το άτομο να προσαρμοσθεί στα κοινωνικά, οικονομικά, συναισθηματικά του προβλήματα καθώς και στο να διατηρήσει καλές συνθήκες εργασίας.²¹

Τομείς εργοθεραπείας είναι οι χειρονακτικές τέχνες, οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, η επαγγελματική προπαρασκευή, η επαγγελματική διεύρυνση.³⁷

7.3. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

7.3.1. ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σύγχρονη δραματοθεραπεία είναι μια ολιστική μορφή θεραπείας διαμέσου της τέχνης (art therapy) που χρησιμοποιεί το θέατρο για θεραπευτικούς σκοπούς. Ένας από τους κύριους σκοπούς της είναι η κινητοποίηση των δημιουργικών δυνάμεων του ατόμου, της ομάδας, της κοινωνίας.

Η δραματοθεραπεία βασίζεται στην ιδέα πως ο άνθρωπος γεννιέται με τη φυσική ικανότητα του παιχνιδιού και της ηθοποιίας. Ό,τι είναι το παιχνίδι για το παιδί, είναι η τέχνη και το θέατρο για τον ενήλικα.

Στο θέατρο ξέρουμε ότι δεν είμαστε «αυτό» που παίζουμε, συγχρόνως όμως μπαίνουμε στο ρόλο και είμαστε αυτό που παίζουμε την ώρα που «το» παίζουμε. Σ' αυτό το θεατρικό παράδοξο, του να είσαι και να μην είσαι, του να ταυτίζεσαι και να αποστασιοποιείσαι, βασίζεται σημαντικό μέρος της δραματοθεραπευτικής διαδικασίας. Η ενασχόληση μ' αυτό το παράδοξο μας βοηθάει να γνωρίσουμε πληθώρα ρόλων ή κομματιών του εαυτού μας και να τα ζούμε συνειδητά έστω και αν μοιάζουν μεταξύ τους ασυμβίβαστα. Μ' αυτό τον τρόπο μαθαίνουμε να δημιουργούμε ισορροπίες.³⁸

7.3.2. ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ

Ο χορός έχει θεωρηθεί ως η πιο παλιά μορφή ψυχοθεραπείας γνωστή στην ανθρωπότητα από τότε που ο άνθρωπος είχε ακόμη επαφή με τη φύση τότε που σώμα, νους και πνεύμα δεν ήταν διαχωρισμένα αλλά το ένα αντανακλούσε στο άλλο αρμονία και ισορροπία.

Η χοροθεραπεία μέσω της Πρωτόγονης Έκφρασης

► διοχετεύει τις ενορμήσεις και τους δίνει διέξοδο μιας θετικής αποκωδικοποίησης, που επιτρέπει την κάθαρσή τους,

► προτείνει ένα χώρο, δημιουργικής ελευθερίας, που δίνει την άνεση στον καθένα να εκφράσει την ατομικότητά του και

► επιτρέπει ένα διακριτικό παιχνίδι με την υπέρβαση μέσω της εξιδανίκευσης.³⁹

7.3.3. ΧΟΡΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αγωγή μέσω της κίνησης και του χορού είναι μια εφαρμοσμένη μέθοδος ψυχοθεραπείας που έχει καθιερωθεί τα τελευταία χρόνια σαν μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για τη θεραπεία και την εξέλιξη της προσωπικότητας του ατόμου.

Τα δύο ρεύματα χοροθεραπείας υπάρχουν αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα, βοηθώντας τον ασθενή να φτάσει στην απαιτούμενη «χαλάρωση-εγκατάλειψη» που θα του εξασφαλίσει το χώρο ασφαλείας που του χρειάζεται.⁴⁰

7.3.4. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι δύο κύριοι παράγοντες που υπάρχουν στη μουσικοθεραπεία σήμερα είναι:

- Η Φροϋδική που χρησιμοποιεί τη μουσική ως μέσο για να οδηγηθούν τα διάφορα επίπεδα του ασυνείδητου στη σφαίρα του συνειδητού
- Η Συμπεριφερειολογική όπου η μουσική χρησιμοποιείται για να μετρήσει, να μεταβάλλει και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του ατόμου.

Η μέθοδος «Guided Imagery in Music» σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί:

- Δημιουργεί ασφαλές πεδίο για την πληρέστερη έκφραση συναισθημάτων
- Δρα καταλυτικά στη διαδικασία αυτογνωσίας ή γνώσης των άλλων
- Βοηθά στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης στον εργασιακό χώρο.⁴¹

7.4. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Προοδευτικά, έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία ή τύπο ή τύπους ψυχοθεραπείας και έτσι για κάθε ασθενή μπορεί να γίνει η κατάλληλη σύνθεση – επιλογή για την ενδεικνυόμενη γι' αυτόν προσέγγιση.²¹

7.4.1. ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο βαθμός της απαιτούμενης για ένα συγκεκριμένο σχιζοφρενικό ασθενή ποικίλλει σημαντικά.

Άλλοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα κι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες. Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας

Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης –στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, στο ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και στο ψυχιατρικό νοσοκομείο με βάση πάντα τη θεραπευτική ομάδα.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να τονίσουμε πως ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες μόνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για την ηβηφρενική σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας.²¹

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) ορίζει ως Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας «έναν ειδικό τομέα νοσηλευτικής άσκησης που ως επιστήμη επικεντρώνει σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού κάθε ατόμου». Πραγματοποιείται μέσω μιας διαπροσωπικής διαδικασίας, που σκοπεύει στην προαγωγή και διατήρηση συμπεριφοράς, η οποία συμβάλλει στην ολοκλήρωση της λειτουργικότητας του ασθενούς.

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας στηρίζεται στο θεωρητικό οικοδόμημα της Βασικής Νοσηλευτικής, που ως επιστήμη και κλινική πρακτική εστιάζει το ενδιαφέρον της στα τρία στάδια πρόληψης: α) προαγωγή και διατήρηση της υγείας (πρωτοβάθμια), β) παροχή φροντίδας και θεραπεία (δευτεροβάθμια και γ) αποκατάσταση (τριτοβάθμια).

Η αρχή της Βασικής Νοσηλευτικής για ολιστική, εξατομικευμένη και συνεχή παροχή φροντίδας προσφέρει στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας το πλαίσιο για την ανάπτυξή της. Η ανάπτυξη του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή συντελείται ενδονοσοκομειακά (κλινικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) και εξωνοσοκομειακά (κοινωνικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα να αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους σε ποικίλους τομείς.

↓ Ο θεραπευτικός. Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικού αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό» με την έννοια ότι, μέσω της διαπροσωπικής

σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.

✚ Ο οργανωτικός – διοικητικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει το χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας, αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης, όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.

✚ Ο εκπαιδευτικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές (π.χ. σχολείο).

✚ Ο συμβουλευτικός. Ο ρόλος αυτός αναφέρεται στη δημιουργία γόνιμων διαπροσωπικών σχέσεων με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή στα προβλήματά του ακούγοντάς τον με συμπάθεια και με έναν θετικό και δυναμικό τρόπο, χωρίς όμως να δίνει συμβουλές, να εκφέρει γνώμη ή να κάνει υποδείξεις. Αυτός ο τύπος ακρόασης ενθαρρύνει τον ασθενή να σκέπτεται δια μέσου των προβλημάτων του και να αποφασίσει, πράγμα αποφασιστικής σημασίας γι' αυτόν.

✚ Ο ερευνητικός. Ο νοσηλευτής στον τομέα αυτό ασχολείται με την πραγματοποίηση ερευνών σε θέματα ψυχικής υγείας. Οι δημοσιεύσεις ερευνών για θέματα ψυχικής υγείας, ή η παρουσίασή τους σε ενημερωτικά προγράμματα και συνέδρια έχουν ως σκοπό να εκθέσουν τα τρέχοντα ευρήματα και τις εξελίξεις και ταυτοχρόνως αποτελούν εφαλτήριο για να θιγούν «τα κακώς κείμενα» του συγκεκριμένου χώρου.¹⁸

1.2. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πετυχημένη άσκηση της νοσηλευτικής στο χώρο της ψυχικής υγείας απαιτεί:

- ✚ Ειδίκευση στο χώρο και επιστημονικές γνώσεις
- ✚ Κλινικές δεξιότητες
- ✚ Θετική στάση της προσωπικότητας του ψυχικά αρρώστου
- ✚ Προσωπική καλλιέργεια και ακεραιότητα του χαρακτήρα του νοσηλευτή

Η τελευταία προϋπόθεση είναι μείζονος σημασίας γιατί πάνω σε αυτήν θα οικοδομηθεί μια πετυχημένη διαπροσωπική σχέση με την/τον ασθενή, θα αναπτυχθεί εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του νοσηλευτή με αποτέλεσμα η νοσηλεία με όλες τις περαιτέρω παραμέτρους της να χαρακτηρίζεται από ποιοτική προσέγγιση και θεραπεία του ασθενούς.

Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να διαθέτει τα ακόλουθα προσόντα για να ασκήσει με αποτελεσματικότητα το έργο του.

Σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχικά αρρώστου. Όταν οι ασθενείς αποκομίσουν αισθήματα σεβασμού στη σχέση τους με το νοσηλευτή επανέρχεται στην επιφάνεια ο αυτοσεβασμός τους που τις περισσότερες φορές έχει χαθεί. Ο νοσηλευτής μεταβιβάζει το σεβασμό του προς τους αρρώστους όταν:

Είναι διαθέσιμος να τους βοηθήσει οποιαδήποτε στιγμή στην εκπλήρωση βασικών τους αναγκών, να συλλέξει και να μεταβιβάσει σημαντικά δεδομένα που θα επηρεάσουν τις αποφάσεις για τη φροντίδα και θεραπεία τους.

Συζητά μαζί τους με ειλικρίνεια για την πραγματικότητα της κατάστασή τους και τις διαδικασίες της νοσηλείας τους με ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξη και ενστάλαξη ελπίδας.

Προστατεύει την αξιοπρέπειά τους κατά τις σωματικές εξετάσεις, νοσηλείες και θεραπείες επιτρέποντάς τους όσο είναι δυνατό να προτείνουν τις δικές τους επιλογές και να ρυθμίζουν τις υποθέσεις που τους αφορούν στο χώρο νοσηλείας.

Δίνει σημασία στα λεγόμενά τους και στα αισθήματα ανεπάρκειας που έχουν.

Διαθέτει χρόνο και προσοχή για τους ακούσει.

Δείχνει ευαισθησία, θερμό ενδιαφέρον και συμμετοχή στη συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου με ταυτόχρονη διατήρηση πλήρους αυτοσυνειδησίας και αντικειμενικότητα. Ακόμη και αν η βελτίωση στην κατάσταση τους είναι βραδεία, οι άρρωστοι αισθάνονται ότι κάποιος τους κατανοεί και ενδιαφέρεται γι' αυτούς.

Αποδέχεται τους αρρώστους όπως είναι χωρίς κριτική διάθεση αφήνοντάς τους να παίρνουν πρωτοβουλίες. Ο σκοπός της θεραπευτικής εργασίας είναι η βελτίωση των τρόπων με τους οποίους αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους χωρίς όμως να ντρέπονται για τον εαυτό τους.

Είναι αισιόδοξος και ελπίζει πως κάθε ψυχικά άρρωστος έχει ένα έμφυτο δυναμικό που θα τον βοηθήσει να μετακινηθεί προς ένα καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας έπειτα από συστηματική νοσηλευτική βοήθεια, ακόμη κι αν η κατάστασή του είναι χρόνια.

Εργάζεται με υπευθυνότητα. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αισθάνεται ευθύνη να ελέγχει συνειδητά την προσωπική του συμπεριφορά και εργασία, να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ψυχικά αρρώστους, να εκσυγχρονίζει συνεχώς τις γνώσεις του και να προστατεύει τα δικαιώματα των αρρώστων και των οικογενειών τους.

Προσφορά προτύπου. Η σωστή συμπεριφορά μας, η αξιοπρεπής εμφάνισή μας, η αυτοκυριαρχία μας και η καλή μας διάθεση θα αποτελέσουν θετικά μηνύματα μεταβίβασης στον ασθενή.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι φιλοσοφία και επιστημονική μέθοδος ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Κατευθύνεται από θεωρητικές γνώσεις, προϋποθέτει προσωπική επικοινωνία και συνεργασία νοσηλευτή-αρρώστου και απαιτεί όλες τις νοσηλευτικές αποφάσεις και παρεμβάσεις να βασίζονται σε συστηματική εκτίμηση των προβλημάτων του αρρώστου και σε ανάλογο επιστημονικά τεκμηριωμένο προγραμματισμό. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση των προβλημάτων του αρρώστου ως ενιαίας και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. Προγραμματισμός των ενδεικνύμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με διατυπωμένους σκοπούς, προτεραιότητες και επιστημονικές αιτιολογήσεις στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου.
3. Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας που στηρίχθηκε στη νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου και καταστρώθηκε σε συνεργασία μαζί του.
4. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας βάσει προδιατυπωμένων κριτηρίων, υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων και με εξέταση κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι νοσηλευτικοί σκοποί και λύθηκαν τα προβλήματα.¹⁹

2.2. ΠΡΟΤΥΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΦΗΒΩΝ

Στο σημείο αυτό θα μελετήσουμε το ρόλο του νοσηλευτή ως μέρος ενός συστήματος περίθαλψης, λόγω της συναλλακτικής φύσης του συστήματος αυτού. Η συναλλαγή πραγματοποιείται μεταξύ των ειδικών (διεπιστημονική ομάδα) ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής, εργοθεραπευτής, των οικογενειών και των εφήβων.⁴²

Ο νοσηλευτής εργάζεται σύμφωνα με τα παρακάτω για την εξασφάλιση άριστης ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα:

1. Θεωρία. Εφαρμόζει επιστημονικές αρχές ως βάση για τις κλινικές νοσηλευτικές του αποφάσεις.¹⁹
2. Θεωρητικό μοντέλο. Αποτελεί το πλαίσιο εκείνο που μετατρέπει τις έννοιες και ιδέες της θεωρίας σε κατανοητή εφαρμογή. Αποτελεί δηλαδή το εργαλείο που συνδέει τη θεωρία με την εφαρμογή.⁴³
3. Συστημικές σχέσεις. Ασχολούνται με την οικογένεια, την ομάδα συνομηλίκων, την κοινωνία. Σκοπός είναι η προώθηση μιας υγιούς συστημικής λειτουργίας. Αυτό καθορίζεται ως ένα σύστημα που αναγνωρίζει τα όρια και τους στόχους του, την πεπειραμένη επικοινωνία ανάμεσα στα μέρη του, γεγονός που επιτρέπει την επίλυση των προβλημάτων και την πετυχημένη εκπλήρωση των συστημικών στόχων.⁴²

2.2.1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΦΗΒΟΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

α) Νοσηλευτική εκτίμηση. Ο νοσηλευτής συλλέγει συστηματικά, καταγράφει και αναλύει ακριβή και σημαντικά δεδομένα για τα προβλήματα του εφήβου.¹⁹

Τα συστήματα που εκτιμώνται είναι η οικογένεια, η ομάδα συνομηλίκων και το προσωπικό σύστημα του εφήβου, πώς δηλαδή βλέπει ο ίδιος τον εαυτό του και πώς αξιολογεί τις εμπειρίες του. Οι κρίσεις του νοσηλευτή αφορούν την ορθότητα των εμπειριών και της συμπεριφοράς του

εφήβου σε συσχετισμό με την ηλικία του. Επίσης ο νοσηλευτής αναγνωρίζει προβλήματα, στοιχεία δύναμης και αναπτυξιακές ανάγκες του εφήβου.⁴²

β) Νοσηλευτική διάγνωση. Εκφράζει τα συμπεράσματα της νοσηλευτικής εκτίμησης διατυπώνοντας νοσηλευτικές διαγνώσεις από το σύστημα ταξινόμησης νοσηλευτικών διαγνώσεων.

γ) Προγραμματισμός. Αναπτύσσει σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας με ειδικούς σκοπούς και παρεμβάσεις μοναδικές για τις ανάγκες κάθε εφήβου καθώς και της οικογένειάς του και των άλλων υποστηρικτικών του προσώπων.

δ) Νοσηλευτική παρέμβαση. Παρεμβαίνει με οδηγό το σχέδιο φροντίδας και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές πράξεις με σκοπό της βελτίωσης, διατήρησης ή αποκατάστασης της σωματικής και ψυχικής υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και την αποκατάσταση της αναπτυξιακής πορείας στους εφήβους.

Παρέμβαση: Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Παρέμβαση: Δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Χρησιμοποιεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με σκοπό.

Παρέμβαση: Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Χρησιμοποιεί ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές για να βοηθήσει τους εφήβους και τις οικογένειες να αναπτύξουν, βελτιώσουν ή επανακτήσουν την προσαρμοστική τους λειτουργικότητα, να προωθήσει την υγεία, να προλάβει την αρρώστια και να διευκολύνει την αποκατάσταση.

Παρέμβαση: Ψυχοθεραπεία. Ο ειδικευμένος νοσηλευτής ψυχικής υγείας με κλινική εξειδίκευση νομικά κατοχυρωμένη, λειτουργεί ως ψυχοθεραπευτής για τον έφηβο και την οικογένεια.

Παρέμβαση: Αγωγή υγείας και καθοδηγητική εργασία (guidance). Βοηθά τον έφηβο και την οικογένεια να επιτύχουν πιο ικανοποιητικούς και παραγωγικούς τρόπους ζωής με στρατηγικές ψυχο-παιδαγωγικής και καθοδηγητικής

Παρέμβαση: Σωματικές θεραπείες. Εφαρμόζει τις ενδεικνυόμενες σωματικές θεραπείες (χορήγηση παραγγελλθέντων ψυχοτρόπων φαρμάκων κ.ά) με γνώση και υπευθυνότητα για τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.¹⁹

2.2.2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ

Είναι ουσιαστική η προσφορά των νοσηλευτών, όταν προσπαθούν να δώσουν στους εφήβους ένα αποδεκτό πρότυπο συμπεριφοράς που να χρησιμεύει για ταύτιση και μίμηση. Οι μορφές θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς είναι η στοργή, ο συμβιβασμός, η αντοχή στη ματαίωση, η ικανότητα ν' απολαμβάνουν τις σχέσεις και η ικανότητα ν' αγαπούν τον εαυτό τους.

2.2.3. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Σε σχέση με την οικογένεια, ο νοσηλευτής στοχεύει:

- ▶ Να προσφέρει μια στοργική σχέση και να λειτουργεί ως δύναμη ωρίμανσης.
- ▶ Να σέβεται τα δικαιώματα και τις ικανότητες των γονιών.
- ▶ Να διευκολύνει χρήσιμες ανταλλαγές ανάμεσα στον έφηβο και την οικογένεια.
- ▶ Ν' αναπτύξει σχέσεις συνεργασίας με τους γονείς ώστε να κατανοήσουν τις δυνάμεις και αδυναμίες του έφηβου.
- ▶ Να βοηθήσει τους γονείς να μάθουν αποτελεσματικές παιδαγωγικές παρεμβάσεις.

Για να είναι εφικτή η αλλαγή στη συμπεριφορά των οικογενειών, οι παρεμβάσεις πρέπει να γίνονται με ενσυναίσθησία, συμβουλευτική επαφή και συζήτηση.

2.2.4. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Η διατήρηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Η ασφάλεια αφορά τόσο τη σωματική, όσο και τη συναισθηματική κατάσταση.
- Προσφορά ερεθισμάτων για την προώθηση της ανάπτυξης.
- Προώθηση ανεξαρτησίας και αυτοεξυπηρέτησης.
- Παροχή σταθερής βάσης (αίσθημα ασφάλειας).
- Προώθηση κοινωνικής συμπεριφοράς.

- Επίδειξη σεβασμού και εκτίμησης προς τον εαυτό και τους άλλους.
- Μετάδοση «κλίματος» (κουλτούρας). Λέγοντας «κλίμα» εννοούμε ένα σύνολο προσδοκιών, προοπτικών και ενέργειας που δίνει ζωή και δημιουργικότητα.

2.2.5. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Μια θεραπευτική ομάδα λειτουργεί σε διάφορα επίπεδα δημοκρατικότητας: ένα αίσθημα που εκφράζεται συχνά από τους νοσηλευτές είναι ότι εκείνο που τους ζητιέται είναι μόνο η εφαρμογή των αποφάσεων και όχι η συμμετοχή στη λήψη τους. Αυτό το αίσθημα μπορεί να τους οδηγήσει, μέσα στη δυσαρέσκειά τους, να σαμποτάρουν την εφαρμογή των αποφάσεων. Η θεραπευτική ομάδα έχει, επομένως την ευθύνη να υπολογίζει τις προσδοκίες και τις αξίες των μελών της και στη συνέχεια να παίρνουν εντολές και ν' αναλαμβάνουν τα καθήκοντά τους στα πλαίσια μιας ευρύτερης συζήτησης. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης δεν επιφέρει πάντα γενική και καθολική ικανοποίηση. Ωστόσο φέρνει στο φως σοβαρά θέματα για περαιτέρω συζήτηση.

2.2.6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Ο νοσηλευτής στο στάδιο αυτό αξιολογεί την ανταπόκριση του εφήβου και της οικογένειας στις νοσηλευτικές πράξεις με σκοπό την αναθεώρηση των βασικών δεδομένων, των νοσηλευτικών διαγνώσεων και του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.

Ανάλογα με αυτά που εκπληρώθηκαν και αυτά που απομένουν να γίνουν, η νοσηλευτική διεργασία αρχίζει ξανά. Τα στάδιά της, δηλαδή βρίσκονται σε συνεχή λειτουργία και κίνηση.

Τέλος πρέπει να τονίσουμε πως όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας έχουν κατά καιρούς ανάγκη από θεραπευτική στήριξη με τη μορφή μιας σειράς από συμβουλευτικές συνεδρίες.⁴²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

3.3.1. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση του ατόμου με σχιζοφρένεια, εστιάζεται στις ακόλουθες 4 περιοχές:

- Διαταραχές σκέψεις
- Διαταραχές αντίληψης
- Διαταραχές συναισθήματος
- Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων / συμπεριφοράς

Στη συνέχεια θα εκθέσουμε ορισμένα παραδείγματα νοσηλευτικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Αισθητηριακές / αντιληπτικές διαταραχές (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αίσθηση μη πραγματικότητας του εαυτού ή του περιβάλλοντος).

Αιτιολογικοί παράγοντες: Άγχος σε επίπεδο πανικού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα απειλής από στρεσογόνα ερεθίσματα.

Χαρακτηριστικά στοιχεία

- ↓ Ομιλία και γέλιο με τον εαυτό του
- ↓ Αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής
- ↓ Στροφή της κεφαλής απότομα σαν για ν' ακούσει κάτι
- ↓ Αδυναμία λήψης απλών αποφάσεων

Νοσηλευτικοί σκοποί

Οι σκοποί μας προσδοκούν περισσότερο την τροποποίηση των συμπτωμάτων, παρά πλήρη αλλαγή της συμπεριφοράς. Ο ασθενής μέχρι να βγει από το νοσοκομείο φθάνει στο σημείο, ώστε να:

- ↓ Διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον
- ↓ Εκδηλώνει βελτίωση στις λειτουργίες της αντίληψης, συμπεριφοράς, συναισθήματος

✚ Αναγνωρίζει την πραγματικότητα (π.χ. δεν ακούει πλέον φωνές ή δεν τους δίνει σημασία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

✚ Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει. Η συνεχής και συνεπής υποστήριξη / αποδοχή θα ελαττώσει το άγχος και τους φόβους και θα κάνει τον άρρωστο ικανό να ελαττώσει τη διαταραγμένη αντίληψη των ερεθισμάτων που δέχεται.

✚ Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα. Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του όταν είναι δυνατόν. Ο άρρωστος που αντιλαμβάνεται λανθασμένα το περιβάλλον δεν έχει αυτοέλεγχο, για να προλάβει την παρορμητική αντίδραση προς τις σφαλερές αντιλήψεις των ερεθισμάτων. Συχνά αισθάνεται ότι αυτοελέγχεται περισσότερο αν ο νοσηλευτής παραμένει στο θάλαμο. Η απόσπαση της προσοχής με μουσική, τηλεόραση ή επιτραπέζια παιχνίδια υποστηρίζει τον άρρωστο να ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου των παρορμητικών αντιδράσεών του.

✚ Χρησιμοποίηση τεχνικών εξωτερικού ελέγχου. Τα εξωτερικά όρια και οι έλεγχοι πρέπει να χρησιμοποιούνται για την προστασία του αρρώστου μέχρι να επανακτήσει τον εσωτερικό του έλεγχο. Να γίνει δηλαδή ικανός να μη δίνει σημασία στις ψευδαισθητικές εντολές. Και όταν ακόμη βρίσκεται σε διέγερση ο άρρωστος δεν παύει να καταλαβαίνει την ευγενική ή απότομη συμπεριφορά του προσωπικού, οπότε επηρεάζεται ανάλογα η συμμόρφωση και η ωφέλειά του. Γι' αυτό ο νοσηλευτής και όταν αναγκάζεται να χρησιμοποιήσει τον περιορισμό ως τελευταίο έκτακτο και σύντομο μέτρο ασφάλειας του αρρώστου, συνεχίζει να του μιλά με ευγένεια, δεν υψώνει τον τόνο της φωνής του και παραμένει κοντά του.

✚ Διδασκαλία στον άρρωστο ποιες τεχνικές να χρησιμοποιεί για να σταματά τις ψευδαισθήσεις: τραγούδι ή παίξιμο μουσικού οργάνου, απασχόληση με εργασία, άθληση ή σχέδιο, όταν αρχίζουν οι φωνές, επιδίωξη συντροφιάς με το

νοσηλευτή. Έπαινος του αρρώστου όταν χρησιμοποιεί τις τεχνικές αυτές. Παρόμοιες τεχνικές του δίνουν δύναμη ελέγχου και ο έπαινος αυξάνει την αυτοεκτίμησή του, ενισχύοντας την επανάληψη παρόμοιων τρόπων συμπεριφοράς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχές διεργασιών σκέψης.

Αιτιολογικοί παράγοντες: Αποδιοργάνωση των ορίων της προσωπικότητας ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους, πιθανή κληρονομική επιβάρυνση.

Χαρακτηριστικά στοιχεία

- ✚ Παραληρητικές ιδέες (μεγαλείου, δίωξης, αναφοράς, ελέγχου)
- ✚ Χάλαση συνειρμών
- ✚ Ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά
- ✚ Συνεχής κινητική δραστηριότητα (στερεοτυπίες) μέχρι ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Νοσηλευτικοί σκοποί. Ο ασθενής πρέπει να φθάσει στο σημείο να:

- ✚ Διακρίνει τις παραληρητικές ιδέες και την πραγματικότητα
- ✚ Δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

✚ Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης του αρρώστου με τη διευκρίνιση ασαφών εκφράσεων. Την επικέντρωση στο συναισθηματικό τόνο μάλλον παρά στο περιεχόμενο, με την επιδίωξη κατανόησης παρά την ασάφεια του αρρώστου, με την προσεκτική ακρόαση και τη ρύθμιση – κατεύθυνση της ροής της σκέψης του όταν χρειάζεται. Ο άρρωστος συχνά είναι ανίκανος να οργανώσει τις σκέψεις του, εύκολα αποσπάται η προσοχή του, δεν μπορεί να συλλάβει έννοιες ή το όλον ενός θέματος αλλά στέκεται στις ασήμαντες λεπτομέρειες. Η ροή των σκέψεών του συχνά χαρακτηρίζεται ως καλπάζουσα, περιπλανώμενη ή βραδεία. Η ενεργητική ακρόαση διαπιστώνει τους τρόπους σκέψης του νοσηλευτή να κατανοήσει τον άρρωστο μεταβιβάζει ενδιαφέρον, αυξάνει το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και τον παροτρύνει να συγκεντρωθεί και να επικοινωνήσει πιο καθαρά.

✚ Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. Ήρεμη παρουσίαση της πραγματικότητας με υπομονή. Αποφυγή έντονης αμφισβήτησης με τις αποδιοργανωμένες σκέψεις. Η τακτική αυτή ελαττώνει την ασύνδετη, παραληρητική σκέψη καθώς οι σκέψεις του αρρώστου ανταποκρίνονται στην παρουσίαση της πραγματικότητας. Η παροχή ευκαιρίας στον άρρωστο να ελέγξει την επιθετική του συμπεριφορά, ενισχύει την αυτοεκτίμηση και προάγει την ασφάλεια για τον ίδιο και για τους άλλους.

✚ Δημιουργία ομαδικών περιστάσεων, όπου ο άρρωστος μπορεί να μάθει και να εφαρμόζει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και κοινωνικές δεξιότητες. Αυτό συντελεί στο να βελτιώνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις με πραγματικούς ανθρώπους. Αυτά αυξάνουν τα αισθήματα προσωπικής επάρκειας, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης που τείνουν να ελαττώνουν τις αρνητικές εμπειρίες της αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κοινωνική απομόνωση.

Αιτιολογικοί παράγοντες. Έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους, στέρηση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, ιδρυματοποίηση.

Χαρακτηριστικά στοιχεία.

- ✚ Έκφραση συναισθημάτων απόρριψης
- ✚ Κοινωνική απόσυρση
- ✚ Ακατάλληλες για την ηλικία του αρρώστου

Νοσηλευτικοί σκοποί

- ✚ Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες μ' άλλους στο τμήμα.
- ✚ Εκφράζει ευχαρίστηση από κοινωνικές απασχολήσεις
- ✚ Διάθεση του περισσότερου χρόνου έξω απ' το δωμάτιό του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

✚ Προγραμματισμός κάθε ημέρας με καθορισμένες ώρες για σύντομες επικοινωνίες και δραστηριότητες με τον άρρωστο. Έτσι βοηθείται να οργανώνει ώρες επαφής με τους άλλους και να μάθει ότι αναμένεται η συμμετοχή του και ότι είναι αξιόλογο μέλος της κοινότητας.

✚ Συζήτηση με τον άρρωστο π.χ. για τα αντικείμενα στο δωμάτιό του, τις αγαπημένες του απασχολήσεις κ.ά. με σκοπό τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του και την ελάττωση της κοινωνικής του απομόνωσης.

✚ Έπαινος του αρρώστου για τις προσπάθειές του να συναντήσει άλλα πρόσωπα και να επικοινωνήσει μαζί τους ή να ανταποκριθεί σε προκλήσεις που του κάνουν οι άλλοι για κοινή απασχόληση. Έτσι ενισχύεται η θετική κοινωνική συμπεριφορά.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχή συμπεριφοράς

Αιτιολογικοί παράγοντες

- ✚ Καχυποψία και δυσπιστία σε πρόσωπα και καταστάσεις του περιβάλλοντος
- ✚ Ανικανότητα ερμηνείας ή έκφρασης συναισθημάτων
- ✚ Αδυναμία εκδήλωσης θυμού με κοινωνικά παραδεκτό τρόπο

Χαρακτηριστικά στοιχεία

- ✚ Εχθρικό γέλιο και κοροϊδία των άλλων
- ✚ Παρεμπόδιση της εφαρμογής της θεραπείας με αμυντικό τρόπο

Νοσηλευτικοί σκοποί

- ✚ Δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και τους άλλους αρρώστους στο τμήμα
- ✚ Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με κοινωνικά παραδεκτό τρόπο
- ✚ Εκτονώνει την ενέργεια του άγχους του με σωματική άσκηση και δραστηριότητα

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

✚ Επιβεβαίωση του αρρώστου που εκδηλώνει δυσπιστία, καχυποψία ή παρανοϊκά στοιχεία, ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο. Αυτό ελαττώνει το άγχος, αυξάνει την εμπιστοσύνη του και παρουσιάζει την πραγματικότητα.

✚ Πληροφόρηση του αρρώστου με ευγενικό αλλά σταθερό τρόπο, ότι ο νοσηλευτής δεν συμμερίζεται την ερμηνεία που δίνει εκείνος σ' ένα γεγονός,

αν και αναγνωρίζει τα συναισθήματά του. Έτσι βοηθείται να επικεντρώνεται σε πραγματικές και όχι φανταστικές καταστάσεις.

✚ Αποφυγή αγγίγματος του αρρώστου με τα χέρια (touching) ως εκδήλωση φιλικότητας σε περιστάσεις άγχους, παράνοιας και διαταραχής της επαφής του με την πραγματικότητα. Η χειρονομία αυτή υπάρχει κίνδυνος να παρερμηνευθεί και να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις μέχρι και επιθετικότητα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου.

Αιτιολογικοί παράγοντες

- ✚ Αμφίθυμες οικογενειακές σχέσεις
- ✚ Διασπασμένες οικογενειακές σχέσεις
- ✚ Άρνηση της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα και θεραπεία του αρρώστου

Χαρακτηριστικά στοιχεία

Αποτυχία της οικογένειας ν' ανταποκριθεί στις ανάγκες του αρρώστου (αδιαφορία, απόρριψη, υπερπροστασία, ενοχές, απελπισία, εγκατάλειψη)

Σημεία ψυχικής διαταραχής στην οικογένεια

Νοσηλευτικοί σκοποί. Τα οικογενειακά πρόσωπα πρέπει να φτάσουν στο σημείο ώστε να:

✚ Χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας του αρρώστου και της αρρώστιας του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

✚ Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητικά κριτική, απογοήτευση, εχθρικότητα, ανησυχία, άγχος, υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή. Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας του αρρώστου έχει αποδειχθεί ότι επιδρά αποφασιστικά στην ανάρρωσή του. Υποτροπές συμβαίνουν με στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη

συχνότητα στις οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.

✦ Προώθηση της συμμετοχής της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας του αρρώστου, στις συναντήσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας, στα ενδοϋπηρεσιακά σεμινάρια, σε θεραπευτικές επικοινωνίες με τον άρρωστο. Η τακτική αυτή βοηθά την οικογένεια να παρακολουθήσει υποδείγματα σωστής συμπεριφοράς και να μάθει νέους τρόπους χειρισμού του δικού τους στρες και του αρρώστου της, καθώς και να αλλάξει τη συμπεριφορά της όπου είναι δυσπροσαρμοστική.

✦ Πληροφόρηση της οικογένειας για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα. Καθώς και για το ειδικό προσωπικό που διαθέτουν για να τους βοηθούν όταν τα συμπτώματα του αρρώστου οξύνονται και είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν.

3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.2.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- Λήψη ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του αρρώστου.
- Εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος, ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα).
- Μέτρηση ζωτικών σημείων.
- Προγραμματισμένη συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.

3.2.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης για όψιμες αντιδράσεις.
- Οργάνωση ευκαιριών για να μάθει ο άρρωστος πώς να παίρνει μόνος του τα φάρμακά του.
- Καταγραφή και ενυπόγραφη τεκμηρίωση στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου των χορηγούμενων φαρμάκων και των ενεργειών τους.

3.2.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

✚ Αν εμφανισθούν εξωπυραμδικές αντιδράσεις ή όψιμη δυσκινησία, ο νοσηλευτής και ο ψυχίατρος αποφασίζουν αν μπορεί να ελαττωθεί η δόση του φαρμάκου που τα προκάλεσε ή πρέπει να προστεθεί αντιπαρκινσονικό φάρμακο (artane, akineton κλπ). Αν ο άρρωστος παρουσιάσει ορθοστατική υπόταση πρέπει να ξαπλώσει στο κρεβάτι και να διδαχθεί πώς να αλλάζει θέσεις αργά και να κατεβάσει πρώτα τα πόδια του απ' το κρεβάτι για 5' πριν σηκωθεί όρθιος για την πρόληψη λιποθυμίας και πτώσης. Σε περίπτωση που έχει έντονη ζάλη πρέπει να παραμείνει ξαπλωμένος και να σηκώνεται μόνο με συνοδεία.

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

✚ Η δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται με διαίτα που περιέχει άφθονες ίνες (χόρτα, ωμά φρούτα), λήψη υγρών και υπακτικά φάρμακα.

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

✚ Η λευκοπενία και η ακοκκιοκυτταραιμία εξακριβώνεται με τακτικές εξετάσεις αίματος, συχνή θερμομέτρηση, τακτική επισκόπηση του φάρυγγα για σημεία φλεγμονής ή εμφάνισης ρινορραγίας.

☛ Η φωτοτοξική μελάγχρωση του δέρματος προλαμβάνεται με αντηλιακά ενδύματα, γυαλιά, αποφυγή έκθεσης στον ήλιο.

☛ Ο νοσηλευτής έχει πάντα υπόψη του ότι μπορεί να γίνει κατάχρηση των φαρμάκων από ορισμένους αρρώστους ή να χρησιμοποιηθούν για αυτοκτονία, ακολουθώντας τους γνωστούς τρόπους πρόληψης. Στο κέντρο υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία συνιστάται προσοχή στους αρρώστους που επανέρχονται με αυξημένη συχνότητα για επανάληψη της συνταγής. Αυτό μπορεί να σημαίνει κατάχρηση ή όχι σωστή λήψη της δοσολογίας. Με την ευκαιρία αξιολογείται με προσοχή ο άρρωστος που φαίνεται καταθλιπτικός ή έντονα αγχώδης για πρόληψη ενδεχόμενης απόπειρας αυτοκτονίας.

☛ Ο νοσηλευτής όταν χρειάζεται διαλύματα φαρμάκων πρέπει ν' αποφεύγει την άμεση επαφή με γυμνά χέρια, διότι μπορεί να πάθει δερματίτιδα. Στην περίπτωση αυτή ξεπλένει την περιοχή μ' άφθονο νερό.

3.2.4. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καλό είναι να καταστρώνεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας που να περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, το όνομα, τη δόση, τις ώρες χορήγησης και την επιθυμητή δόση, τις ώρες χορήγησης και την επιθυμητή δράση του φαρμάκου. Όπως και στις ενδεχόμενες παρενέργειες που πρέπει να αναφέρονται στο νοσηλευτή και το γιατρό μαζί με κάθε ασυνήθιστο σημείο, σύμπτωμα ή υποκειμενικό αίσθημα.
- Συμβουλές στον άρρωστο να μη μοιράζεται τα φάρμακά του μ' άλλους.
- Να ενημερώνει τους γιατρούς που επισκέπτεται κατά περιόδους (οπουδήποτε νοσηλευθεί) για τα φάρμακα που παίρνει.
- Να μην παραλείπει και να μη διπλασιάζει δόσεις.
- Αποφυγή χρήσης οινοπνευματωδών ποτών, καπνίσματος.

- Αποφυγή χρήσης παυσίπονων, αντι-ισταμινικών, αντιόξινων και καθαρτικών, διότι ανταγωνίζονται τα ψυχοφάρμακα.

Οι περισσότεροι άρρωστοι που δεν παίρνουν τα φάρμακά τους είναι οι σχιζοφρενικοί και οι λόγοι είναι:

- ↓ Η ανάγκη συντηρητικής αγωγής για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- ↓ Η εμφάνιση παρενεργειών
- ↓ Η φύση της σχιζοφρένειας (ενεργές-υπολειμματικές φάσεις), οπότε στις δεύτερες ο άρρωστος αισθάνεται καλύτερα.

Ο νοσηλευτής διαλύει τις παρεξηγήσεις και τονίζει την αναγκαιότητα της λήψης των φαρμάκων.

Επίσης, η υπεύθυνη λήψη των ατομικών φαρμάκων από τον ίδιο τον άρρωστο αυξάνει το αίσθημα αυτοελέγχου, την αυτοπεποίθηση και τον αυτοσεβασμό, ενώ ελαχιστοποιείται η παθολογική εξάρτηση από το περιβάλλον.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4.1. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η κοινοτική ψυχιατρική νοσηλευτική αποτελεί μέρος ενός συνόλου συνεργαζομένων υπηρεσιών που παρέχει ψυχιατρική βοήθεια στην κοινότητα. Η συστηματική οργάνωση των υπηρεσιών της και η κατανόηση επιστημονικών εργασιών αναφορικά με τον κλάδο, τοποθετείται χρονικά στη δεκαετία του 1980.

Ο ρόλος του κοινοτικού ψυχιατρικού νοσηλευτή θεωρείται καταλυτικός στις παρεμβάσεις πρόληψης, οι οποίες πρωτίστως πραγματοποιούνται μέσω της αγωγής ης κοινότητας.³⁷

Η Αγωγή υγείας είναι: η παροχή πληροφοριών σχετικά με συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα σώματος και πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα σε θέματα υγείας.

Οι σκοποί της αγωγής υγείας.

- ✦ Παροχή πληροφοριών (ομιλίες, σεμινάρια), για να γνωρίσει η κοινωνική ομάδα που θα απευθυνθεί, αλλά και πως θα ενεργήσει στην περίπτωση προβλήματος.
- ✦ Αλλαγή συμπεριφοράς και ευαισθητοποίηση, ώστε ν' αλλάξει το κοινό στάση απέναντι στην ψυχική νόσο.
- ✦ Αποφυγή υποτροπής. Αυτή επιτυγχάνεται με τη συνειδητοποίηση από την κοινότητα της αναγκαιότητας της έγκαιρης παρέμβασης, ώστε το άτομο που έχει ανάγκη να προσφύγει στις ανάλογες υπηρεσίες, πριν τα συμπτώματα γίνουν προβλήματα.
- ✦ Ανάπτυξη ικανότητας αυτοφροντίδας από το άτομα.⁴³

4.2. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Για την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας, πέρα από την πρόληψη, χρειάζεται και κάτι άλλο: Η ευεξία, η ικανοποίηση από τη ζωή, το «ευ έχειν». Αυτός ο στόχος επιδιώκεται με την προαγωγή της ψυχικής υγείας που δίνει έμφαση στη θετική ψυχική υγιεινή.

Θετική ψυχική υγιεινή είναι το σύνολο των παραγόντων που αποβλέπουν στην ευεξία και τη διατήρηση της υγείας. Η διαφορά λοιπόν, ανάμεσα στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Είναι ότι η πρώτη ασχολείται με συγκεκριμένα νοσήματα, ενώ η δεύτερη αποβλέπει στη βελτίωση και διατήρηση της υγείας.

4.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η ψυχιατρική πρόληψη διακρίνεται σε:

- ✚ Πρωτοβάθμια
- ✚ Δευτεροβάθμια
- ✚ Τριτοβάθμια

4.3.1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτιών. Αποβλέπει επομένως στον περιορισμό της επίπτωσης.⁴⁴

Στην πρωτοβάθμια πρόληψη, τη μεγαλύτερη σημασία έχουν οι πρώιμες παρεμβάσεις, που είναι οι παρακάτω:

α. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΛΛΗΨΗ

Ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική. Η σημασία του κληρονομικού παράγοντα για ορισμένα ψυχικά νοσήματα, όπως σχιζοφρένεια, είναι σήμερα αναμφισβήτητη.³² Η ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική αναφέρεται στις

πληροφορίες που δίνονται από συμβούλους με κλινική εμπειρία των ψυχιατρικών διαταραχών και γνώση των πρόσφατων δεδομένων για τη γενετική συμμετοχή στην αιτιοπαθογένειά τους.

Η συμβουλευτική βασίζεται στην καταγραφή του γενεογράμματος στις συχνότερες νόσησης σε μια οικογένεια, στη μελέτη του τρόπου μεταβίβασης της νόσου καθώς και στον υπολογισμό του κινδύνου να νοσήσει αργότερα ο υποψήφιος γονέας.

Στόχος της συμβουλευτικής είναι να αντιληφθούν οι ενδιαφερόμενοι το μέγεθος των συνεπειών της οποιασδήποτε απόφασής τους, παρά να τους δοθεί κάποια συμβουλή που αντανακλά τη γνώμη του συμβούλου.

Αυτό αναιρείται όταν υπάρχει σαφής κληρονομική επιβάρυνση ή αδυναμία ανάληψης γονεϊκού ρόλου.⁴⁵

Οικογενειακός προγραμματισμός. Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί:

- στην αποφυγή απόκτησης παιδιών από άτομα που είναι ακατάλληλα για το γονεϊκό ρόλο
- αποφυγή απόκτησης παιδιών από γυναίκες πολύ μικρής ή πολύ μεγάλης ηλικίας (τα παιδιά αυτά είναι πρόωρα και μικρού σωματικού βάρους και συνεπώς ευεπίφορα σε νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές).

β. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΖΩΗ

Παιδιά υπερτασικών γυναικών και γυναικών που κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης καπνίζουν, πίνουν οινοπνευματώδη ποτά ή κάνουν χρήση «ναρκωτικών» έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδιά με μικρό σωματικό βάρος που είναι ευεπίφορα στην εμφάνιση νευρολογικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς.

Είναι επίσης γνωστό ότι οι περιγεννητικές επιπλοκές, ιδιαίτερα σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση για σχιζοφρένεια, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογίας όταν το παιδί φτάσει στην ώριμη ηλικία.³²

γ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ψυχική υγεία του ατόμου διαμέσου εκπαίδευσης των γονέων.

Από το 1962 άρχισαν να λειτουργούν στη χώρα μας Σχολές Γονέων. Κύριος σκοπός η πρόληψη, η προάσπιση της ψυχικής υγείας των παιδιών διαμέσου της εκπαίδευσης, η επιμόρφωση των γονέων και η διαφοροποίηση των σχέσεων μέσα στην οικογενειακή μονάδα.⁴⁶

Συστηματική εργασία με εθελοντές.

Οι εθελοντές είναι άτομα με εκπαίδευση, ικανότητες και δεξιότητες στο να υποστηρίζουν και να ευαισθητοποιούν τους γονείς στις φυσιολογικές ανάγκες των παιδιών τους.

Ο ρόλος του σχολείου.

Η ομαλή κοινωνικοποίηση του παιδιού εξαρτάται από παράγοντες όπως: τρόποι διδασκαλίας, μέθοδοι εφαρμογής της πειθαρχίας, καλές συνθήκες εργασίας για τους μαθητές, προσφορά κινήτρων στους μαθητές, ικανότητα του δασκάλου να διδάσκει και να σέβεται το παιδί ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα, συνεργασία οικογένειας – σχολείου. Όλα τα παραπάνω πρέπει να διέπονται από ευεργέτες προς όφελος του παιδιού.⁴⁷

Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση της ψυχικής ασθένειας, τις τεχνικές πρόληψης και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.¹⁹

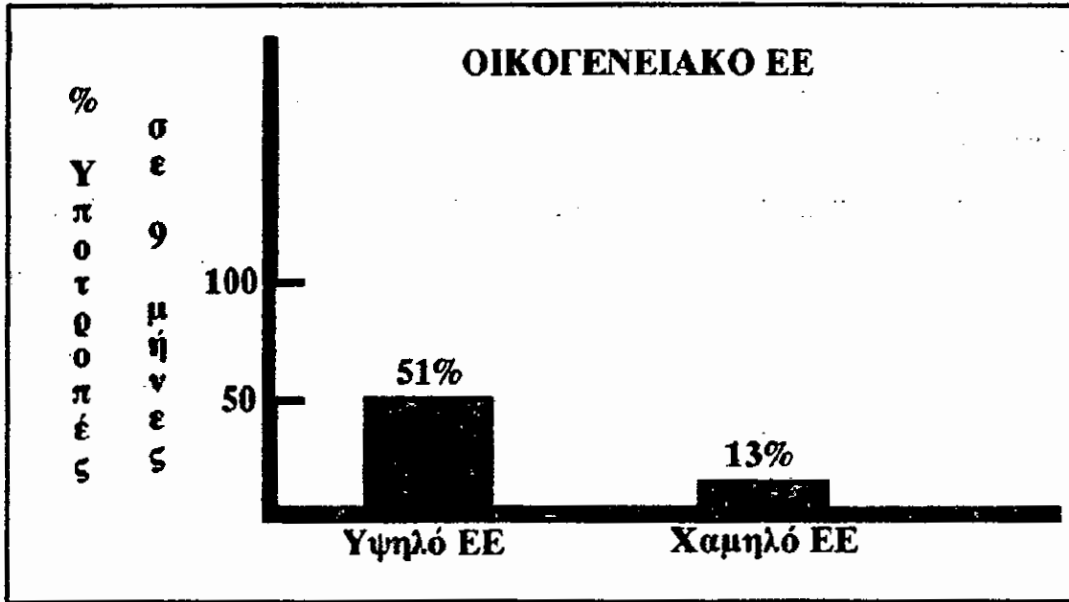
4.3.2. Η ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ έχει ως στόχο την πρόιμη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ψυχικού νοσήματος, ώστε να μειωθεί η συνολική διάρκεια.⁴⁴

α. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

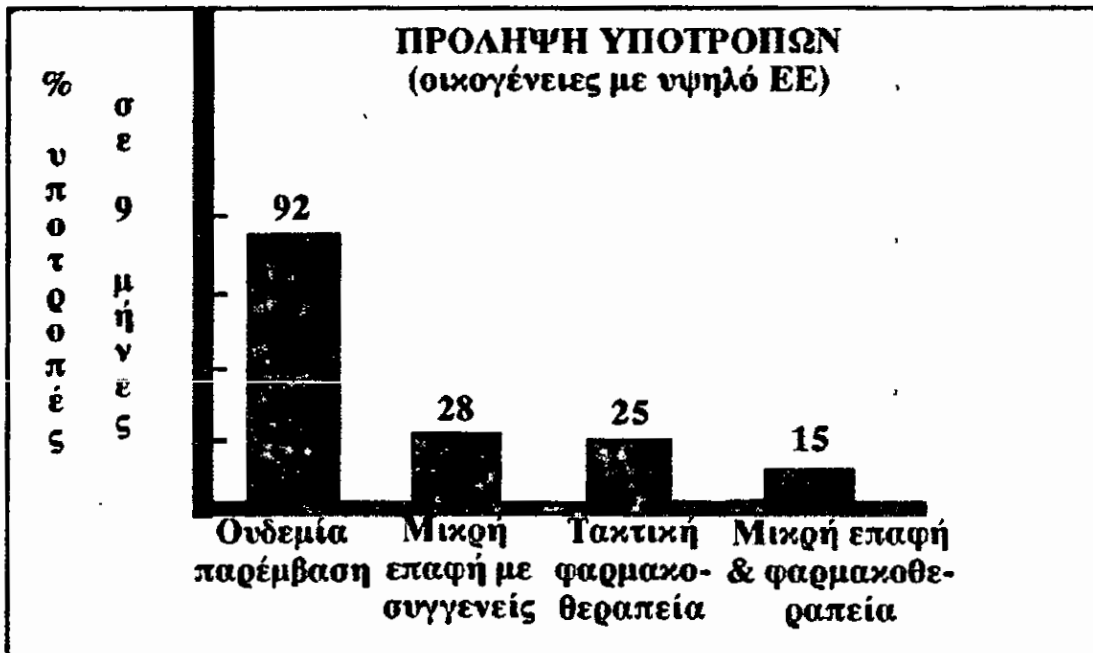
Στο στάδιο αυτό τα βασικά στοιχεία της πρόληψης των υποτροπών της σχιζοφρένειας είναι:

- Η λήψη νευροληπτικών

- Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Οι τελευταίες έχουν ως στόχο την ελάττωση του άγχους που αντιμετωπίζει ο ασθενής και η οικογένειά του και το οποίο θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στις υποτροπές της νόσου.⁴⁸



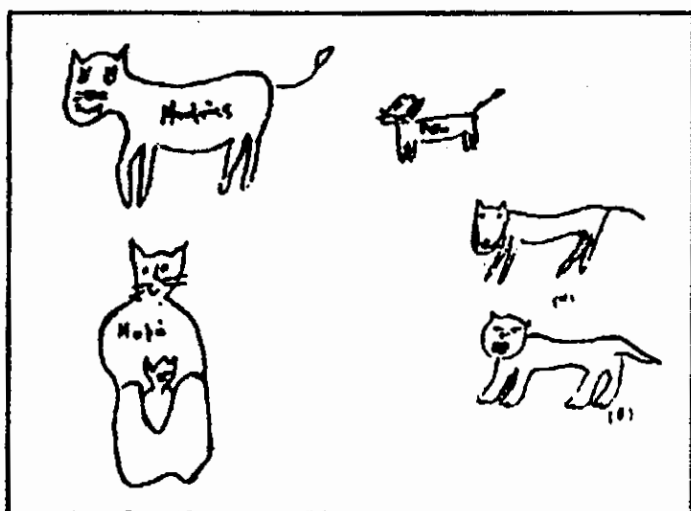
Σχήμα 2: Ποσοστό υποτροπών σε σχέση με το Εκφρασμένο Συναίσθημα (παράμετρος που εκφράζει την ένταση σε μια οικογένεια).



Σχήμα 3: Υποτροπές ασθενών σε σχέση με χειρισμούς παρέμβασης στην οικογένεια.

β. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΓΡΑΦΙΚΗ

Η θεραπεία με τη ζωγραφική είναι μια δραστηριότητα μέσω της οποίας μπορούμε να αποκομίσουμε σημαντική επιπλέον πληροφόρηση για προβλήματα που αφορούν τη σχέση του ασθενή με το οικογενειακό περιβάλλον. Χρησιμοποιείται η απεικόνιση των μελών της οικογένειάς τους από τους ίδιους, τόσο μ' ανθρώπινη μορφή όσο και με τη μορφή ζώων. Είναι μια μέθοδος που αποκαλύπτει υποσυνείδητες συγκρούσεις και παρέχει άνεση έκφρασης. [εικόνα 18]



Εικ. 18: Η (ΕΛ), 22 ετών, ψυχωσική, καγκουρό στο μητρικό μάρσιπο.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες εστιάζονται στα: κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, πρόληψη μεγαλύτερης ψυχικής αποδιοργάνωσης.¹⁹

4.3.3. Η ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και αποργάνωσης, που συνοδεύουν μια ήδη εγκατεστημένη νόσο ή διαταραχή. Επιδιώκεται με τα προγράμματα απο-ιδρυματισμού και κοινωνικής επανένταξης.

α. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η ΜΗΝ ασκεί τη θεραπευτική της επενέργεια κυρίως λόγω των ιδιαιτέρων χαρακτηριστικών της που απορρέουν από το σχήμα της μερικής

νοσηλείας. Μέσα από τις ποικίλες ομαδικές ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες, αυξάνονται τόσο οι κοινωνικές δεξιότητες, όσο και τα ενδιαφέροντα των ασθενών, με συνέπεια μια βαθύτερη αλλαγή της προσωπικότητάς τους. Η στενή επαφή με τη θεραπευτική ομάδα συμβάλλει στην πρόωπη ανίχνευση υποτροπών. Η συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία βοηθά ουσιαστικά στην καλύτερη προσαρμογή του ασθενούς στην κοινότητα.⁵⁰

β. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχιατρικός νοσηλευτής και δουλεύει με τον ασθενή αλλά και το περιβάλλον του.

Το πρόγραμμα αποκατάστασης (εξατομικευμένο) υλοποιείται σταδιακά. Σε μια πρώτη φάση ακούμε και καταγράφουμε τις παραμέτρους που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις καθημερινές του επαφές και δραστηριότητες (δομή και λειτουργία οικογένειας, εργασιακές δυνατότητες, σχέσεις κ.ά.). Σχεδιάζουμε για τον κάθε ασθενή το δικό του πρόγραμμα αποκατάστασης. Ακολουθούμε πρόγραμμα ελαττωμένης προοδευτικής εξάρτησης από πρόσωπα που καλύπτουν «ανάγκες» του ασθενούς (υλικές, συναισθηματικές κλπ). Τα πρώτα βήματα είναι σημαντικά -ίσως και καθοριστικά- για την επιτυχία του προγράμματος.

γ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η εργασιακή αποκατάσταση δεν αποτελεί μόνο στόχο οικονομικής αυτοδυναμίας και επαγγελματικής κατοχύρωσης του ασθενούς αλλά αποτελεί μέρος της ευρύτερης θεραπευτικής διαδικασίας που έχει ως στόχο την κοινωνική επανένταξή του.

Οι συνηθέστεροι τύποι μονάδων επαγγελματικής εκπαίδευσης είναι τα:

- ✚ Προεπαγγελματικά Εργαστήρια
- ✚ Επαγγελματικά Εργαστήρια
- ✚ Παραγωγικά Εργαστήρια ή Συνεργατικές¹¹

Νοσηλευτικές δραστηριότητες. Οι νοσηλευτές πρέπει να:

Είναι συγκεκριμένοι. Οι δραστηριότητες αποκατάστασης θα πρέπει να διδάσκονται όσο γίνεται στο περιβάλλον μέσα στο οποίο θα χρησιμοποιηθούν. Είναι συστηματικοί. Οι δεξιότητες θα πρέπει να διασπώνται σε μικρά στάδια και να δυσκολευτούν κατόπιν σταδιακά.

Μην είναι υποθετικοί. Ένα άτομο που δεν τα καταφέρνει σε μια δραστηριότητα δε σημαίνει πως δεν θα τα καταφέρει και σε άλλες.⁵¹

Η νοσηλευτική είναι παρούσα σ' όλα αυτά τα προγράμματα, πρωτοπορώντας σε πρωτότυπους σχεδιασμούς στο συντονισμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους.¹⁹

4.4. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

A. Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο (Ψ.Κ.Γ.Ν.)

Ένα οξύ περιστατικό, απασχολεί στα εξωτερικά ιατρεία συνήθως δύο θεραπευτές. Ο ένας από τους δύο βλέπει τον ασθενή μόνο του, ώστε να μπορέσουμε να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του, να κατανοήσουμε τι αισθάνεται και να δημιουργήσουμε συναισθηματική επαφή μαζί του. Ήδη παίρνοντας μόνο του μέσα στο ιατρείο, χωρίς την παρουσία των συγγενών και αστυνομικών, δείχνουμε ότι δεν μας τρομάζει η συμπεριφορά του ότι δεν φοβόμαστε και έτσι αρχίζει και εκείνος να μην μας φοβάται, διότι συχνά ο φόβος γεννά την επιθετικότητα.

Από την πρώτη στιγμή προσπαθούμε να υπευθυνοποιήσουμε τον ασθενή ώστε να συμμετάσχει στη θεραπεία του. Ακόμη και ο πολύ άρρωστος έχει τη δυνατότητα να καταλάβει ότι θέλουμε να μειώσουμε το άγχος του και ότι είμαστε με το μέρος του. Αυτό είναι το συμβόλαιο που «υπογράφουμε» μαζί του.

Αφού λοιπόν έχει γίνει το «συμβόλαιο» με τον ασθενή και με τους συγγενείς, οδηγούμε, αν χρειάζεται τον ασθενή στην Κλινική. Φροντίζουμε να μείνει σε μοναχικό δωμάτιο, ώστε να μην ενοχλεί και ενοχλείται από τους άλλους. Από την άλλη τον αναλαμβάνουν υπεύθυνα δύο γιατροί (συνήθως οι ίδιοι που έκαναν την εισαγωγή του), ένας ειδικός και ένας ειδικευόμενος, μπαίνουν βάρδιες από νοσηλεύτές, ώστε να υπάρχει συνεχής παρουσία ενός προσώπου δίπλα του στον ασθενή. Η παρουσία νοσηλεύτη δεν είναι τυπική, αλλά ζεστή και υπεύθυνη, μοιάζει με την παρουσία ενός ψύχραιμου συγγενή και βρίσκεται εκεί ακόμη κι όταν κοιμάται ο άρρωστος.

Συνήθως αποφεύγουμε να αφήσουμε τους συγγενείς του κοντά του τα πρώτα δύο 24ωρα. Τους εξηγούμε τους λόγους για τους οποίους θέλουμε να μείνουν μακριά του, προσπαθούμε να μειώσουμε το άγχος τους και με τη συζήτηση να κατανοήσουμε τη δομή της οικογένειας, τις συναισθηματικές σχέσεις των μελών της, γιατί είναι δεδομένο ότι η οικογένεια πάσχει σαν σύνολο.

Έχουμε υπόψη μας ότι μια διέγερση δεν καταστέλλεται μόνο με φάρμακα, αλλά κυρίως με τους ψυχολογικούς χειρισμούς που χρησιμοποιούν στη θεραπεία γι' αυτό θεωρούμε πολύ χρήσιμη τη δημιουργία από την Ψυχιατρική Κλινική Μονάδας Οξέων Περιστατικών.

B. Περίθαλψη στο σπίτι

Η ομάδα συγκροτείται από έναν έμπειρο ψυχίατρο με αρκετά προωθημένη ψυχαναλυτική εκπαίδευση, ο οποίος έχει το ρόλο του συντονιστή, ψυχολόγους, νοσηλεύτές και κοινωνικούς λειτουργούς.

Η θεραπευτική ομάδα αντιμετωπίζει τον άρρωστο και την οικογένειά του σαν μία παθολογική ενότητα. Η βοήθεια προσφέρεται προς όλα τα μέλη της οικογένειας ανάλογα με την ψυχοπαθολογία τους έστω και αν η συμπτωματολογία δεν είναι καινούρια. Οι πρώτοι χειρισμοί γίνονται βέβαιοι με τον άρρωστο, με σκοπό να αρχίσει να παίρνει τα αναγκαία φάρμακα. Τα μέλη της ομάδας διαδοχικά μπορούν να μείνουν δίπλα στον άρρωστο και την

οικογένειά του επί ένα 24ωρο ή επί όσα 24ωρα χρειαστούν. Σε ελαφρότερα περιστατικά, αρκούν δύο ή και ένα ραντεβού των δύο ωρών την ημέρα.

Η εργασία της αφορά και τους τρεις βασικούς τομείς **θεραπείας του** ψυχωσικού: την ψυχολογική βοήθεια (ψυχαναλυτικός χαρακτήρας), φαρμακευτική αγωγή και την παράλληλη κοινωνικοποίησή του.

Η οξεία φάση συνήθως έχει μικρή διάρκεια και εμείς σταδιακά μειώνουμε τις ώρες της παρουσίας μας. Η εξέλιξη εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και είναι διαφορετική για κάθε θεραπευόμενο. Τα φάρμακα προσαρμόζονται ανάλογα με την κλινική εικόνα και μειώνονται σταδιακά. Αυξάνεται η κοινωνικοποίηση του αρρώστου και όταν η κατάσταση του έχει σταθεροποιηθεί και δεν υπάρχουν παρορμητικά στοιχεία, η ομάδα αρχίζει να προετοιμάζει την αποχώρησή της και το διάδοχο σχήμα.

Γ. Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας και η συνεχής ψυχιατρική φροντίδα του ασθενούς (Follow-up)

Η συνέχεια και η συνέπεια είναι δύο ακρογωνιαίοι λίθοι της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Οι τακτές ώρες και ο συγκεκριμένος χώρος δημιουργούν ένα σημείο αναφοράς και ευνοούν την ανάπτυξη της συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και το θεραπευτή του. Τα συναισθήματα αυτά δεν αφορούν μόνο το θεραπευτή αλλά απευθύνονται και προς όλη τη θεραπευτική ομάδα. Από τη στιγμή που θα εγκατασταθεί αυτή η ανταλλαγή συναισθημάτων, έχουμε αυτόματα θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ο άρρωστος μπορεί πλέον να εκφράζει αιτήματα προς το θεραπευτή, να απαιτεί διεύρυνση της ψυχοθεραπευτικής σχέσης. Οι ασθενείς παίρνουν ενεργά μέρος στη θεραπεία τους, και να προτείνει λύσεις.

Επίσης η οικογένεια δεν εγκαταλείπεται, ούτε αυτονομείται πρόωρα. Η θεραπευτική σχέση που έχει δημιουργηθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης και η υπευθυνότητα του αρρώστου και της οικογένειας είναι στοιχεία πολύτιμα για τη συνέχιση της θεραπείας και την αποφυγή υποτροπών, οι οποίες αποτελούν το μόνιμο πρόβλημα στην αντιμετώπιση της ψύχωσης.⁵²

4.5. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

4.5.1. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ

Στον τομέα των αντιψυχωσικών φαρμάκων πολύ θετική εξέλιξη αποτελεί η εισαγωγή στην ψυχιατρική θεραπευτική φαρμάκων που έχουν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με αυτή των κλασικών αντιψυχωσικών αλλά πολύ λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, με αποτέλεσμα αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Με τις νεότερες νευρο-απεικονιστικές μεθόδους υπάρχει σήμερα η δυνατότητα εμπειριστατωμένης μελέτης του μηχανισμού και του τρόπου δράσης των φαρμάκων στον εγκέφαλο, γεγονός που δημιουργεί σημαντικές ερευνητικές προοπτικές.

4.5.2. ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στη χώρα μας, τα προγράμματα αποϊδρυματισμού και αποκατάστασης αναπτύχθηκαν κυρίως από τα μέσα της δεκαετίας του '80 μέσω προγραμμάτων του Ελληνικού Δημοσίου και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα προγράμματα αυτά έδωσαν την ευκαιρία στους Έλληνες επιστήμονες ψυχικής υγείας να αποκτήσουν σημαντική εμπειρία και εξειδίκευση στον τομέα της αποκατάστασης.⁴⁴

4.5.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η βιβλιογραφία των τελευταίων χρόνων κατακλύζεται από επιδημιολογικές έρευνες. Η σχιζοφρένεια μοιάζει να είναι η εκδίκηση του τεχνικού μας πολιτισμού, αφού συμπτώματα σχιζοφρένειας παρουσιάζουν μόνο οι κάτοικοι των προηγμένων χωρών. Στην Ασία και την Αφρική έχουμε ψυχώσεις δευτερογενείς, που είναι συνέπεια του αλκοολισμού και της τοξικομανίας. Στους κατοίκους της Ευρώπης, Β. Αμερικής και Ιαπωνίας παρατηρείται ένας πολύ μεγάλος αριθμός ακουστικών και οπτικών ψευδαισθήσεων.

4.5.4. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Διευρύνονται οι δυνατότητες διάγνωσης. Τελευταία γίνεται επιτυχής χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών (Η/Υ) στη διάγνωση. Έχει επιτευχθεί συμφωνία της διάγνωσης του Η/Υ με την πραγματική σε 87% των περιπτώσεων.³⁷

4.5.5. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής (θετική ψυχική υγιεινή) καθώς και τα ψυχοπροφυλακτικά μέσα (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη) αποτελούν εξελίξεις που έχουν παρουσιαστεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες ελκύνοντας μεγάλο ενδιαφέρον.⁴⁴

Σωστά λέγεται: «αξίζει περισσότερο ένας κόκκος πρόληψης παρά δέκα τόνοι θεραπείας».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΥ ΤΥΠΟΥ ΜΕ ΤΗ
ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Σ.Ε. ΦΥΛΛΟ:ΘΗΛΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:Αεργη

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:Απόφοιτος Λυκείου ΗΛΙΚΙΑ:20

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:Άγαμη ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:12/1/01

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:Ψυχοκινητική ανησυχία, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ευχές θανάτου, ιδέες δίωξης, αναφοράς, συσχέτισης.

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: Εκούσια, με τους γονείς της.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Ψυχοκινητική ανησυχία, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ευχές θανάτου, παραληρητικές ιδέες θρησκευτικού σεξουαλικού περιεχομένου. Ιδέες μεγαλείου, ακουστικές ψευδαισθήσεις. Λογορροϊκή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

«Αυτοί φταίνε οι αναρχικοί, αλλά εγώ είμαι ερωτευμένη· θα παντρευτώ με έναν από αυτούς. Οι σατανιστές έχουν κάνει μάγια· εγώ είμαι έξυπνη αλλά δε θέλω ν' αυτοκτονήσω αλλά οι φωνές είναι δυνατές· μου λένε να θέλουν να σε τρελάνουν· εγώ είμαι όμως έξυπνη και θέλω να κάνω το καλό σε όλους. Θέλεις να με παντρευτείς; [ερώτηση που απευθύνεται στο θεράποντα ιατρό. Αυτοί οι δύο με ακούγανε, είναι αναρχικοί. Εγώ δεν τους θέλω αλλά αυτοί όλοι μιλάνε για μένα σ' άλλους· τους έχω ακούσει. Εγώ είμαι ερωτευμένη μ' έναν από αυτούς. Εσείς είστε παντρεμένος; [ερώτηση που απευθύνεται στο θεράποντα]. Μου πίνουν το αίμα του κόσμου· Θεέ μου σώσε με απ' αυτούς δε θέλω να καώ στην κόλαση»

«Ο έξω κόσμος θα καταστραφεί»

«Εγώ είμαι, άλλος δεν είναι»

Η νόσος ξεκινά προ τεσσάρων ετών, με αλλαγή στη συμπεριφορά της Ε.
Μιλούσε μόνη της, ξεσπούσε σε κλάματα, και έπειτα γελούσε ξανά μόνη της.

Ουρούσε στην ντουλάπα για χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας.

Το στενό της περιβάλλον τη χαρακτηρίζει ως παιδί κλειστό, «ψυχούλα»,
με λίγες παρέες.

Ως μαθήτρια ήταν μέτρια στις επιδόσεις της.

Τον Ιούλιο του 2000 επισκέφθηκε ψυχίατρο, έλαβε αγωγή για 20 ημέρες
με μικρή ύφεση στη συμπτωματολογία.

Η εμφάνισή της ήταν ατημέλητη με παραμελημένη προσωπική υγιεινή.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Δεν έχει ιστορικό χρήσης ουσιών

Στη μητέρα και στη θεία της είχε τεθεί διάγνωση «ψυχωτικό σύνδρομο»

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ

Νευρικότητα, Αυτοκτονικός ιδεασμός, Υβριστικό Λεξιλόγιο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ψυχωτικό σύνδρομο με αποδιοργανωμένο συμπεριφορά

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

1 tb Risperdal 4 mg 5: 1X3

1 tb Akineton 2mg 5: 1X3

1 tb Stedon 5mg 5: 1X3

Δέχεται την αγωγή, αρνείται τη λήψη αίματος και το λοιπό
εργαστηριακό έλεγχο.

ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Διαταραχή σκέψης</p> <p>-Ιδέες μεγαλειου</p> <p>-Παραλήρημα δώξης</p> <p>-Ιδέες αναφοράς λόγω διαταραχής του περιεχομένου της σκέψης</p>	<p>Η Ε. πρέπει να φθάσει στο επίπεδο ώστε να:</p> <p>-Βοηθηθεί να αντιληφθεί τον εαυτό της μέσα στο περιβάλλον</p> <p>-Δείχνει περιορισμό ή απουσία της καχυποψίας κατά τις επαφές με τους άλλους</p> <p>-Ερμηνεύει τα γεγονότα και τις συμπεριφορές των άλλων βασισμένη στην πραγματικότητα</p>	<p>-Αποφυγή λογομαχίας όταν η Ε. εκφράζει ιδέες μεγαλειου</p> <p>-Δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος χωρίς στρεσογόνα ερεθίσματα.</p> <p>-Διακριτική αμφισβήτηση των ιδεών αναφοράς με ήρεμο και σαφή τρόπο.</p>	<p>-Με ήρεμο τρόπο προσπαθήσαμε να επαναφέρουμε την Ε. στην πραγματικότητα</p> <p>-Ελαττώσαμε το όγκο της οδηγώντας την σε έναν ήσυχο θάλαμο</p> <p>-Την απασχολήσαμε σε συχνές, σύντομες επικοινωνίες.</p>	<p>-Σταδιακά η Ε. αποκτή εμπιστοσύνη στο πρόσωπό μας και παρατηρείται ελάττωση των ιδεών του μεγαλειου, της καχυποψίας και των ιδεών αναφοράς.</p>
<p>Διαταραχή αντίληψης</p> <p>-Ακουστικές ψευδαισθήσεις λόγω διαταραχής της αντίληψης</p>	<p>-Αναγνωρίζει την πραγματικότητα και να μην ακούει εσωτερικές φωνές ή να μη τους δίνει σημασία</p>	<p>-Διάθεση χρόνου για επικοινωνία , ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη για τις θετικές αλλαγές που κάνει</p> <p>-Απόσταση της προσοχής της όταν είναι δυνατό.</p> <p>-Δευκρίνιση της ώρας, του τόπου, των παρόντων προσώπων και γεγονότων</p>	<p>-Μίλησαμε με την Ε. και την ακούσαμε χωρίς αστειασμούς γι' αυτά που ακούει υποστηρίζοντας την.</p> <p>-Της διδάξαμε τεχνικές για να σταματά τις ψευδαισθήσεις (απαχόληση με σχέδιο τραγούδι, μουσικό όργανο).</p> <p>-Μείναμε κοντά της και την προσανατολίσαμε στην πραγματικότητα με σαφή ομιλία</p>	<p>-Η συνεπής υποστήριξή μας της αμβλύνει τους φόβους και την κάνει σταδιακά ικανή να ελαττώσει τα ερεθίσματα που δέχεται.</p> <p>-Αποσπάται η προσοχή της αποτελεσματικά και νιώθει πιο κυρίαρχη απέναντι στις εσωτερικές φωνές.</p> <p>-Αρχίζει να ερμηνεύει σωστά τα ερεθίσματα μέσα στο περιβάλλον.</p>

ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Διαταραχή συμπεριφοράς -Ψυχοκινητική ανησυχία λόγω διαταραχής της ψυχοκινητικής σφαίρας, ύπαρξης αυξημένου άγχους και φόβου	-Προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας της Ε.	-Δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος -Προσεκτική ακρόαση των προβλημάτων της. -Χορήγηση φαρμάκων	-Επικοινωνήσαμε με την Ε. εστιάζοντας την προσοχή της σε σύζηση που να την πρημεί. -Την ενθαρρύνουμε να μιλήσει γι' αυτά που την ενοχλούν -Χορηγήθηκε Siedon 1tbX3 για την καταστολή της ψυχοκινητικής ανησυχίας	-Η Ε. παρουσίασε σχετική ύφεση της ψυχοκινητικής ανησυχίας
Αυτοκτονικός ιδεασμός -Οφείλεται στις ακουστικές ψευδαισθήσεις	-Προστασία της Ε. για να μη βλάψει τον εαυτό της. -Εκτόναση του άγχους και της υποκειμενικής κατάθλιψης. -Προσφορά βοήθειας από κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα	-Στενή παρακολούθηση -Προστασία της σωματικής της ακεραιότητας -Επίσχυση αισθημάτων προσωπικής επάρκειας- αυτοεκτίμησης -Επίσχυση στενών οικογενειακών σχέσεων -Εντοπισμός βοηθητικών κοινωνικών υπηρεσιών	-Η Ε. τοποθετήθηκε σε θάλαμο κοντά στη στάση των νοσηλευτών, ώστε να υπάρχει άμεση επίβλεψη της. -Απομακρύνουμε αχμηρά αντικείμενα από κοντά της. -Φέραμε τα αγαπημένα της πρόσωπα σ' επαφή μαζί της. -Επιδιώξαμε συνάντηση με την κοινωνική υπηρεσία.	-Η ενασχόλησή της με τη δραστηριότητες τη βοήθη να ελέγξει τις παρορμητικές της αντιδράσεις. -Η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων προκαλεί ύφεση του αυτοκτονικού ιδεασμού.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αρνηση εργαστηριακού ελέγχου λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης στο προσωπικό	-Πρόγραμμα συστημικού εργαστηριακού ελέγχου για όλη τις αντιδράσεις ηπατικές, αιματολογικές, οφθαλμολογικές	-Προσάθεια απόκτησης της εμπιστοσύνης της Ε. -Επιστρέψιμη της Ε. με προσέγγιση της Ε. με ευγενικό τρόπο	-Δείξαμε την αγάπη μας και το ενδιαφέρον μας στο πρόσωπο της Ε. -Της εξηγήσαμε με ευγενικό τρόπο πως θ' ανακουφίζονταν από τα ενόχλητα συμπτώματα που ένιωθε, αν δεχόταν τον εργαστηριακό έλεγχο	-Η Ε. κατάλαβε ότι ο εργα-στηριακός έλεγχος θα πραγματοποιηθεί προς όφελός της και δεν προέβαλε ιδιαίτερες αντιρρήσεις
Αδυναμία -Που οφείλεται στα παραγωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας	-Αντιμετώπιση της αδυναμίας	-Χορήγηση ελασάνων ηρεμιστικών (σχηματοκινών) -Εφαρμογή μέτρων που υποβοηθούν την επέλευση του ύπνου -Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου με ελαστικότητα εφαρμογής, όταν χρειάζεται	-Χορήγησε 1ib Stedon για να καταπολεμήσουμε την αδυναμία -Καθίσαμε μαζί με την Ε. και ακούσαμε απλή μουσική πριν την κατάλυση της. -Της συστήσαμε να πει ένα ποτήρι γάλα. -Εφαρμόσαμε ένα συνεπές πρόγραμμα τακτικής ώρας κατάλυσης.	-Η εφαρμογή ενός προγράμ-ματος συγκεκριμένων ωρών ανάπαυσης ελάττωσε τους φόβους της που παρεμποδίζαν τον ύπνο και αύξησε την ικανότητά της να σκέφτεται λογικά.
Παραμελημένη προσωπική υγιεινή	Φροντίδα ατομικής υγιεινής	-Παρότρυνση για τη λήψη μέτρων ατομικής καθαριότη-τας τόνωση της καλαισθησίας με την αλλαγή της εξωτερικής της εμφάνισης	-Τη βοηθήσαμε να ασχοληθεί με την προσωπική της υγιεινή. -Δείξαμε τον ενθου-σιασμό μας με την αλλαγή της εξωτερικής της εμφά-νισης.	-Η τήρηση μέτρων υγιεινής μετατράπηκε από απλή ρουτίνα σε μια δημιουργική ώρα στην καθημερινότητα της Ε. -Δείχνει πως ενδιαφέρεται για την εξωτερική της εμφάνιση. Η επιδοκιμασία μας την ώθησε στη συνέχιση της αυτοφροντίδας της ατομικής της υγιεινής

5.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΥ ΤΥΠΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Σ.Σ. **ΦΥΛΛΟ:**ΘΗΛΥ **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:**Άεργη

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:Απόφοιτος Λυκείου **ΗΛΙΚΙΑ:**17

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:Άγαμη **ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:**14/12/00

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:Απόπειρα αυτοκτονίας, λόγω παρορμητικής συμπεριφοράς (ακουστικές ψευδαισθήσεις προτρεπτικού περιεχομένου).

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: Με ασθενοφόρο συνοδεία του αδελφού της.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ιδέες δίωξης, ακουστικές ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες σεξουαλικού περιεχομένου, ιδέες μεγαλείου, γενικευμένη ανησυχία, τάσεις απόσυρσης, μειωμένη λειτουργικότητα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος ξεκινά στην ηλικία των 15 ετών με τάσεις κοινωνικής απομόνωσης. Στο ιστορικό της αναφέρεται πως η Σ. συνήθιζε να γευματίζει στο μπάνιο, διότι ήθελε να μην την βλέπουν οι άλλοι. Αρεσκόταν στο να μένει μόνη στο σπίτι βλέποντας τηλεόραση. Ήταν «κλειστή» ως έφηβη χωρίς φίλους με τάσεις κατάθλιψης και παραμελημένη εξωτερική εμφάνιση.

«Το φως ήταν ένα τέρας που προσπαθούσε να με σκοτώσει».

«Οι φωνές μου λένε να χτυπήσω τη μητέρα μου στο λαιμό της και να βλάψω τους υπόλοιπους της οικογένειάς μου».

«Μου λένε σεξουαλικά πράγματα».

Αισθανόταν άβολα και φοβόταν πως και οι άλλοι θα ακούσουν τις φωνές της.

«Ο κόσμος φτιάχτηκε για μένα και μόνο για μένα. Κάθε κτίριο, κάθε αμάξι είναι για μένα. Τα ζώα επικοινωνούν με τους ανθρώπους και γελάνε

μαζί μου· λένε πως είμαι ο Διάβολος· είμαι πολύ κακό άτομο. Η οικογένειά μου προσπαθεί να με δηλητηριάσει με το φαγητό, που μου δίνει, αλλά εγώ είμαι όμορφη· θα παντρευτώ έναν πλούσιο και θα ζούμε σε μια βίλα μακριά απ' αυτούς που γελάνε μαζί μου»

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Δεν έχει ιστορικό χρήσης ουσιών

Στη γιαγιά της είχε τεθεί διάγνωση σχιζοφρένειας προ 40 ετών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αποδιοργανωμένου τύπου ψυχωτική συνδρομή. Στο παρελθόν είχε επισκεφθεί αρκετούς ψυχολόγους και έναν ψυχίατρο, χωρίς να τεθεί σωστή διάγνωση.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

1 tb Risperdal 4 mg 1X3

1 tb Akineton 2mg 1X3

1 tb Stedon 5mg 1X3

**ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΣΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αυξημένος κίνδυνος επανάλιψης απόπειρας αυτοκτονίας λόγω ύπαρξης των ακουστικών ψευδαι- σθήσεων προτρε- πτικού περιεχομένου.	-Πρόληψη αυτοκτονίας	-Λήψη μέτρων προστασίας για να μη βλάψει η Σ. τον εαυτό της -Επιστρέψουν τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας (ανοικτές ερωτήσεις) -Αποδοχή βοήθειας από την οικογένεια -Κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης	-Εφαρμόσαμε στενή παρακολούθηση, απομακρύνουμε επικίνδυνα αντικείμενα και τη βοήθησαμε στο να εκπληρώσει τις βασικές της ανάγκες. -Χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο των ανοικτών ερωτήσεων για να εξασφαλίσουμε απαραίτητες πληροφορίες για την εκτίμηση των συνασθημάτων των αναγκών και προβλημάτων της και για να εκφράσουμε το ενδιαφέρον μας. -Ενισχύσαμε την επαφή της Σ. με αγαπημένα πρόσωπα. Τους συμβουλέψαμε στο τρόπο προσέγγισης μαζί της. -Φέραμε σ' επαφή μαζί της τη νοσοκομειακή ψυχολόγο	-Οι ανοικτές ερωτήσεις μας βοήθησαν να πετύχουμε ενοική αιμόσφαφα διαλόγου μέσω του οποίου δεν εντοπίσαμε στοιχεία αυτοκτονικής διάθεσης. -Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά παρουσιάζει σχετική ύφεση και η Σ. δε φαινεται απελπισμένη και σκυθρωπή μετά την επαφή της με τα αγαπημένα της πρόσωπα. -Στην επαφή της με τη ψυχολόγο εξομολογήθηκε πως ακούει φωνές που την προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό της.
Ακουστικές ψευδαισθήσεις Λόγω της σχίζοφρένειας	-Εκδήλωση βελτίωσης στις λειτουργίες της σκέψης και της αντίληψης	-Συνεχής εκτίμηση της βαρύτητας των διαταραχών της αντίληψης της Σ. και επισήμανση των αιτιολογικών παραγόντων. -Απόσπαση της προσοχής με μουσική, τηλεόραση και παραμονή κοντά της στο θέλαμο. -Επαφή με άλλους ασθενείς και προτροπή για απασχολησιοθεραπεία	-Παροτρύνουμε τη Σ. να εκφράσει τους φόβους και να μας μιλήσει για τα ακουστικά ερεθίσματα που δέχεται. -Σε στιγμές που δεν έχει αυτοέλεγχο μείναμε μαζί της στο θέλαμο υποστηρίζοντας την ν' ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου. -Την οδήγησαμε στο χώρο της απασχολησιοθεραπείας και ασχολήθηκε με τη ζωγραφική.	Κατανοήσαμε πως οι ψευδαισθήσεις ήταν υπεύθυνες για την αυτοκατα- στροφική της συμπεριφορά, την άρνηση λήψης τροφής και το διακεκομμένο ύπνο. Η παραμονή μας στο θέλαμο της τονώνει τον αυτοέλεγχο. Η επαφή της με πραγματικούς ανθρώπους ελαττώνει τις αρνητικές εμπειρίες των ψευδαισθήσεων.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Παραληρητικές ιδέες μεγαλείου λόγω διαταραχής του περιεχομένου σκέψης	-Διάκριση των παραληρητικών ιδεών και της πραγματικότητας και αύξηση της ικανότητάς του να τις χειρίζεται αποτελεσματικά με την ελάττωση / διακοπή της παθολογικής σκέψης	-Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης	-Συμμετέχουμε στη συζήτηση με τη Σ. όταν εκφράζει σκέψεις σύμφωνες με την πραγματικότητα και τοποθετήσαμε όρια, όταν προστάθηκε να αντιδράσει παρορμητικά προς τη διαταραγμένη σκέψη.	-Η παροχή ευκαιρίας στη Σ. να ελέγξει τη συμπεριφορά της, ενισχύει την αυτοεκτίμηση της και προάγει την ασφάλεια για την ίδια και τους άλλους.
Γενικευμένη ανησυχία λόγω αυξημένου άγχους	-Προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητάς της.	-Δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος. -Μείωση αγγιγμών ερεθισμάτων. -Αμβλυνση της ανησυχίας	-Μειώσαμε αγγιγμόνα ερεθίσματα (τηλεόραση, ράδιο) -Απευθυνθήκαμε στη Σ. με εκφράσεις όπως «ας κάτσουμε και ας προσπαθήσουμε να ηρεμήσουμε». Επαναλάβουμε τις ερωτήσεις χρησιμοποιώντας τις ίδιες λέξεις κάθε φορά. Αφήσαμε στη Σ. τον προσωπικό της χώρο, χωρίς να στεκόμαστε πολύ κοντά της.	-Η ένδειξη από την πλευρά μας ενδιαφέροντος, μείωσε την ανησυχία και το άγχος της.
Καχυποψία και δυσπιστία λόγω της αίσθησης απελιάς	-Εκφραση σκέψεων και συναισθημάτων με λεκτική επικοινωνία και κοινωνικά παραδεκτό τρόπο	-Επιβεβαίωση στη Σ. πως το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο	-Καταρίσαμε μαζί με τη Σ. έναν κατάλογο παραδεκτών συμπεριφορών και μεθόδων για την επίλυση τους, καθώς και των συνεπειών των απαράδεκτων συμπεριφορών	-Οι γραπτές συμφωνίες χρησιμοποιούν ως διαρκείς οπτικές υπενθυμίσεις για τη Σ.
Κοινωνική απομόνωση λόγω διαταραγμένων διεργασιών της σκέψης.	-Διάθεση του περισσότερο χρόνου έξω από το δωμάτιο μαζί με τους άλλους στο περιβάλλον. -Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.	-Προγραμματισμός κάθε ημέρας με καθορισμένες ώρες για σύντομες επικοινωνίες και δραστηριότητες με τη Σ.	-Βοηθήσαμε τη Σ. να οργανώσει ώρες επαφής με τους άλλους και την επανέσπευσε για την προοπτική της να συναντήσει άλλα πρόσωπα.	-Η Σ. αντανακλά πως είναι αξιολογικό μέλος της κοινότητας, αφού βλέπει πως αναμένεται η συμμετοχή της και ενισχύεται η θετική κοινωνική συμπεριφορά της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Άρνηση λήψης τροφής λόγω φόβου δηλητηρίασης από το προσωπικό	-Εξασφάλιση σίτισης -Πρόληψη αύξησης σωματικού βάρους (λόγω λήψης των νευροληπτικών)	-Παροχή επιθμητών γευμάτων με επαρκή ποσότητα Na -Αύξηση της όρεξης	-Προγραμματισμός χορήγησης γευμάτων σε τακτές ώρες. -Λαμβάνουμε υπόψη τις προσωπικές επιλογές στο θέμα του φαγητού από τη Σ. -Σερβίρουμε ελκυστικούς δίσκους παροτρύνοντάς την να τρώει και εκτός τραπέζιας.	-Η χορήγηση γευμάτων σε συγκεκριμένη ώρα της αύξησης την επιθυμία για φαγητό.
Ορθοστατική ιλιότητα που οφείλεται στη φαρμακευτική αγωγή	-Αντιμετώπιση της ορθοστατικής υπότασης	-Διδάσκουμε τη Σ. πώς να αποφεύγει την ορθοστατική υπόταση	-Την ενημερώσαμε πως πρέπει να αλλάζει θέσεις αργά και να κατεβάζει πρώτα τα πόδια της από το κρεβάτι για 5' πριν σηκωθεί όρθια. Σε περίπτωση έντονης ζαλάδας σηκώνεται με συνοδεία.	-Υποχώρηση της ορθοστατικής υπότασης
Ξηροστομία Οφειλόμενη στο νευροληπτικό φάρμακο -Risperdal	-Πρόληψη της στοματίτιδας	-Επιβλεψη και περιποίηση της υγιεινής του στόματος	-Χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β, χορήγηση άφθων υγρών με μερικές σταγόνες λεμόνι.	-Η ξηροστομία ελέγχεται και υποχωρεί.
Έντονη δυσκαλιότητα που οφείλεται στις αντιχολινεργικές δράσεις των φαρμάκων	-Επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου	-Εφαρμογή μέτρων για την αντιμετώπιση της δυσκαλιότητας.	-Χορηγήσαμε δίαιτα με άφθονες ίνες, υγρά και υδακτικά φάρμακα	-Η δυσκαλιότητα αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ολοκληρώνοντας την εργασία αυτή καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

Η ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΕΙΝΑΙ:

- ✦ Μια εγκεφαλική ασθένεια με συγκεκριμένα και ιδιαίτερα συμπτώματα που οφείλονται σε βιοχημικές μεταβολές στον εγκέφαλο.
- ✦ Μια από τις σοβαρότερες ασθένειες της νεότητας που εμφανίζεται μεταξύ 16 και 25 ετών.
- ✦ Εμφανίζει πάντα σχεδόν σημαντική ύφεση μετά από συστηματικά φαρμακευτικά και ψυχοκοινωνικά μέσα θεραπείας.
- ✦ Πολύ πιο συχνή απ' ό,τι οι άνθρωποι πιστεύουν. Προσβάλλει 1 στους 100 ανθρώπους σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ:

- ✦ Η ασθένεια που έχει παγιωθεί με την εσφαλμένη θεώρηση της «Διχασμένης προσωπικότητας».
- ✦ Δεν προκαλείται από παιδικό ψυχικό τραύμα, κακή ανατροφή, άσχημες οικονομικές συνθήκες.
- ✦ Δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας προσωπικής αποτυχίας του ατόμου.⁵³

Όσον αφορά την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, τα συμπεράσματα που απορρέουν είναι τα εξής:

Οι προσπάθειες για ψυχιατρικό εκσυγχρονισμό στην Ελλάδα (αποασυλοποίηση) εξελίσσονται με αργούς ρυθμούς με αποτέλεσμα να μη γνωρίζουμε φαινόμενα όπως αυτά στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. Η κρίση του κράτους πρόνοιας διαφαίνεται στα παρακάτω:

- Η κατανομή των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων δεν έγινε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες, λόγω απουσίας τομειοποίησης της χώρας.
- Καλύπτονται τα μεγάλα αστικά κέντρα, ενώ η περιφέρεια έχει μη ικανοποιητική έως ανύπαρκτη κάλυψη των αναγκών της.
- Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού δημιουργεί προβλήματα όσον αφορά την ποιοτική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών. Τα άτομα αυτά θεωρούνται ως μη παραγωγικά σε μια εποχή ραγδαίας εξαπλούμενης ανεργίας. Αποτέλεσμα είναι τα προγράμματα αποκατάστασης να χάνουν το θεραπευτικό τους ρόλο.⁵⁴

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Α. Αρχικά θα πρέπει να πραγματοποιηθεί η τομειοποίηση της χώρας ως προς την παροχή υπηρεσιών, με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των διαφόρων περιοχών.

Β. Έπειτα, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Στη χώρα μας σε πρώτο επίπεδο θα ήταν ωφέλιμο να γίνει εκμετάλλευση των ήδη υπαρχόντων Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής, να διευρυνθούν οι υπηρεσίες τους και να δημιουργηθούν περισσότερα Κ.Ψ.Υ. ανά τομέα, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες ολόκληρης της επικράτειας.

Γ. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων θα πρέπει να αποτελούν την κύρια μορφή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Το Κ.Ψ.Υ. πρέπει να βρίσκεται σε άμεση συνεργασία (συντονισμό με τον ψυχιατρικό τομέα του Γ.

Ν. ώστε να υπάρχει συνέχεια στην αποκαταστασιακή προσπάθεια που επιχειρείται για κάθε ασθενή.

Δ. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μέσω ερευνητικών ευρημάτων έχουν τη δυνατότητα να υλοποιηθούν, να κατευθύνουν και να αξιολογούν κατάλληλα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα για τους συγγενείς των ψυχικά αρρώστων με στόχο την εξάλειψη του στίγματος που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια.⁵⁵

Τελειώνοντας, θέλουμε να τονίσουμε πως η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών πρέπει ν' αποτελεί μία από τις βασικές προτεραιότητες της Δημόσιας Υγείας μιας πολιτισμένης χώρας. Έτσι προάγεται η ποιότητα ζωής του πάσχοντα, η οποία δεν αφορά μόνο τη βελτίωση των συνθηκών ζωής, αλλά κυρίως την προσωπική ικανοποίηση του ίδιου του ατόμου, το οποίο απολαμβάνει την καθημερινότητά του, προγραμματίζει σχέδια για το μέλλον και κάνει όνειρα για τη ζωή του.⁵⁶

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Εικ. 19: Έργο ασθενούς με ηβηφρένεια. Λνεστραμμένο, παρουσιάζει ένα δεύτερο πρόσωπο.



Η ΖΩΗ ΜΑΣ ΜΕ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Γιατί σαν ομάδα γράφουμε αυτό το βιβλίο;

Alison: ... Συμμετέχω σ' αυτό το βιβλίο, γιατί θα 'θελα να τονίσω πως η σχιζοφρένεια είναι μια εγκεφαλική νόσος. Δεν είναι κάτι για το οποίο πρέπει να αισθάνεται ένοχος ή κάτι για το οποίο ευθύνονται οι γονείς σου. Θα 'θελα να βοηθήσω τους ανθρώπους να μάθουν, όσα μπορούν περισσότερα, για τις βιοχημικές αιτίες της σχιζοφρένειας καθώς και για τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζεις, όσο πορεύεσαι με αυτήν την ασθένεια. Η θεραπεία είναι μακρόχρονη, κατά τη διάρκειά της όμως πρέπει να μάθεις πώς να δημιουργείς νέες φιλίες, πώς ν' αποκτάς οικονομική ανεξαρτησία, και πώς να τα καταφέρνεις με τη φαρμακευτική σου αγωγή...

Αναγνωρίζοντας πως κάτι δεν πάει καλά

Alison: ... Είχα πολύ ευτυχισμένα παιδικά χρόνια, αλλά αυτό φαίνεται πως τελείωσε γύρω στα 15 με 16 μου, όταν άρχισα να αισθάνομαι κατάθλιψη. Νόμιζα πως η κατάθλιψη οφειλόταν στην πρόσφατη μετακόμισή μας αλλά κοιτώντας τώρα το παρελθόν ξέρω πως ο λόγος ήταν η εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Δεν είχα φίλους, οι επιδόσεις μου στο σχολείο ήταν πεσμένες. Διάβαζα πολλά βιβλία για τη μεταθανάτια ζωή και τους αγγέλους. Ζούσα σ' ένα κόσμο «επιστημονικής φαντασίας». Η πρώτη μου παραίσθηση ήταν καθώς κοιτούσα έξω από το παράθυρο του σχολείου μου. Η αυλή του σχολείου έμοιαζε με άλλο πλανήτη και εγώ ταξίδευα μ' ένα διαστημόπλοιο στον πλανήτη αυτό μέσα σ' ένα τεχνητό περιβάλλον. Ήμασταν στο φεγγάρι ή κάπου αλλού...

Ψευδαισθήσεις

Cindy: ... Πίστευα πως όλος ο κόσμος μιλούσε για μένα και πως ο καθένας μπορούσε να ελέγχει τις σκέψεις και τις πράξεις μου. Πίστευα πως όλος ο κόσμος είχε δημιουργηθεί μόνο για μένα ...

Αποδιοργάνωση του εαυτού

Jason: ... Θυμάμαι πως σκεφτόμουν ότι το ράδιο μιλούσε σε μένα, πως οι φίλοι μου είχαν αποκαλύψει τα μυστικά μου στους εκφωνητές για να τα μάθει όλος ο κόσμος. Οτιδήποτε στο ράδιο ή στην τηλεόραση κατά κάποιο τρόπο μου έστελνε μηνύματα ...

Αυτοκτονία

Paul: ... Κάνω σκέψεις να σκοτώσω τον εαυτό μου. Διώχνω τις σκέψεις αυτές, όσο πιο γρήγορα μπορώ, αν και δεν τα καταφέρνω πάντα. Νομίζω πως ο λόγος που οι σκέψεις αυτές εμφανίζονται, είναι επειδή είναι σκληρό να ζεις με τη σχιζοφρένεια. Είναι επειδή είναι σκληρό να ζεις με τη σχιζοφρένεια. Είναι μεγάλη μάχη το να προσπαθείς καθημερινά να πραγματοποιήσεις μόλις το 25% των δυνατοτήτων, που διαθέτει ένας άνθρωπος που δεν έχει αυτή την αρρώστια ...

Αισθήματα ενοχής

Cindy: ... Έπρεπε να είμαι πολύ προσεκτική στα λεγόμενά μου, γιατί σκεφτόμουν πως θα μπορούσα να βλάψω τα αισθήματα κάποιου ανεπανόρθωτα. Πάντα η αρρώστια μ' έκανε να αισθάνομαι άσχημα για τον εαυτό μου. Αισθανόμουν πως δεν έκανα τίποτε σωστά ή δεν ήμουν αποδεκτή από τους ανθρώπους.

Πώς έμαθες να αποδέχεσαι τη σχιζοφρένεια;

Ferris: Αυτό που έμαθα πρώτα απ' όλα είναι πως οι αλλαγές στη ζωή μου οφείλονται στην ασθένεια. Έπρεπε να το δεχτώ. Πρέπει να μάθω όχι να πικραίνομαι. Πρέπει να βάζω στόχους για μένα, να μαθαίνω να φροντίζω τον εαυτό μου ακόμη κι αν η ασθένεια είναι τόσο καταστρεπτική για την προσωπικότητά μου με ωφελεί να του φέρομαι όμορφα...*

Η σπουδαιότητα της απασχόλησης

Cindy: ... Η επιστροφή στο σπίτι και στη δουλειά ήταν το καλύτερο πράγμα που θα μπορούσε να βοηθήσει εμένα και την πορεία της ασθένειάς μου. Γυρίζοντας στο σχολείο, δημιούργησα περισσότερες φίλιες, απ' ότι στο παρελθόν, πριν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Το να είμαι μέρος ενός συνόλου με κάνει να αισθάνομαι φυσιολογική. Η εργασία μου, μου δίνει προοπτική στη ζωή μου αλλά δε βιάζομαι πιστεύω πως οι άνθρωποι που έχουν σχιζοφρένεια πρέπει να προχωράνε με σταθερά και μικρά βήματα...

ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

- ⬇ Με την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων
- ⬇ Με την αποδοχή συστηματικής ιατρικής βοήθειας
- ⬇ Με τη μέγιστη παροχή φροντίδας

Η οικογένεια έχει σημασία να προβάλλει ισχυρή υποστήριξη και αγάπη στο πάσχον μέλος της. Αυτό πετυχαίνεται με το να βοηθήσει να δεχτεί την ασθένειά του, να του εμφυσήσει την ελπίδα πως η ασθένεια θα αντιμετωπιστεί και πως η ζωή θα είναι ικανοποιητική και παραγωγική.

- ⬇ Με την έγκαιρη αναγνώριση των σημείων υποτροπής
- ⬇ Με μικρά καθημερινά βήματα όπως:
 - Συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής με συνέπεια
 - Δημιουργώντας ένα μη αγχογόνο και φορτισμένο συναισθηματικά περιβάλλον

- Βοηθώντας τον ασθενή να θέτει ρεαλιστικούς στόχους
- Αυξάνοντας σταδιακά την ανεξαρτησία του ασθενή
- Μαθαίνοντας να διαχειρίζεται το άγχος μαζί με τον ασθενή. Η προσφορά από τη μεριά της οικογένειας θετικού μοντέλου βοηθά και ωφελεί το άτομο που έχει πρόβλημα.

↓ Με το να προσέχουν οι γονείς τον ΕΑΥΤΟ ΤΟΥΣ και τα ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΜΕΛΗ

• Οι γονείς πρέπει να είναι καλοί με τον εαυτό τους. Η ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ είναι πολύ σημαντική και βοηθά τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Τα αισθήματα ΕΝΟΧΗΣ και ΝΤΡΟΠΗΣ δεν ωφελούν. Η φτωχή ενδοοικογενειακή επικοινωνία δεν είναι αποτέλεσμα της νόσου· η νόσος επίσης δεν αποτελεί προσωπική αποτυχία του ατόμου που νοσεί.

• **ΕΚΤΙΜΗΣΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ.** Διατηρείστε φίλιες και ενδιαφέροντα και προσπαθήστε να ζήσετε μια κατά το δυνατόν φυσιολογική ζωή.

• **ΜΗΝ ΠΑΡΑΜΕΛΕΙΤΕ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΜΕΛΗ.** Τα αδελφικά πρόσωπα του ατόμου που νοσεί συχνά αισθάνονται την ίδια ενοχή και τον ίδιο φόβο με τους γονείς του. Επίσης φοβούνται πως μπορεί ν' αρρωστήσουν και αυτά. Όταν οι ανάγκες τους είναι παραγκωνισμένες απ' τους γονείς τους ίσως τους δημιουργηθούν αισθήματα ζήλιας ή μνησικακίας για τον ασθενή. Χρειάζονται λοιπόν ιδιαίτερη προσοχή και υποστήριξη και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

• **ΔΕΧΤΕΙΤΕ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.** Πληροφορηθείτε από άλλους που είχαν παρόμοια εμπειρία. Βοηθάει πολύ το να ξέρεις πως στην προσπάθειά σου δεν είσαι ΜΟΝΟΣ. Οι υποστηρικτικές ομάδες παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το να ξέρουμε ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΜΕ Ν' ΑΠΕΥΘΥΝΘΟΥΜΕ μας εξασφαλίζει πολύτιμο χρόνο και ενέργεια.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΒΙΑ: Μύθοι και παρανοήσεις

Η σχιζοφρένεια είναι μια από τις πιο παρεξηγημένες ασθένειες στον πλανήτη. Οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν πως σημαίνει «διχασμένη προσωπικότητα» μια πεποιθήση που έχει τις ρίζες της στις παλιές χολυγουντιανές ταινίες, όπως ο «Dr Jekyll και ο Mr Hyde». Στην πραγματικότητα η σκέψη των ανθρώπων που είναι σοβαρά άρρωστοι είναι τόσο αποδιοργανωμένη που μόλις μετά βίας ικανοποιούν τις ανάγκες της καθημερινής ζωής, πόσο μάλλον αν είχαν να αντιμετωπίσουν «δύο ζώα». Διαταραχές προσωπικότητας μπορεί να υπάρχουν, αλλά είναι σπάνιες, και δεν ανήκουν στο είδος της σχιζοφρένειας.

Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή είναι άλλο ένα κληροδότημα της λαϊκής δοξασίας. Η αλήθεια είναι πως οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι συνήθως λιγότεροι βίαιοι απ' ότι οι άλλοι. Αντιθέτως, τις περισσότερες φορές είναι συνεσταλμένοι και φοβούνται μην τυχόν και πληγωθούν λόγω του τρωτού της κατάστασής τους.

Ωστόσο προβλήματα επικινδυνότητας μπορεί να εμφανιστούν για συγκεκριμένους ασθενείς που δεν ακολουθούν την αγωγή τους ή αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης που δεν ακολουθούν την αγωγή τους ή αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης (ναρκωτικά, αλκοόλ). Στις περιπτώσεις αυτές είμαστε πολύ προσεκτικοί.

Το συμπέρασμα είναι πως δεν υπάρχει λόγος να φοβόμαστε κάποιον απλά επειδή έχει σχιζοφρένεια. Δεν είναι δίκαιο γιατί υποφέρουν και οι δύο πλευρές και **ΑΥΤΟΣ που ΦΟΒΑΤΑΙ και ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΦΟΒΟΥ.**

Ένα όραμα για το μέλλον

- Η σημασία της ψυχικής υγείας θα αναγνωρίζεται από όλους.
- Ασθενείς οικογένειες και κοινότητες θα έχουν ενδυναμοθεί ακόμη περισσότερο, έτσι ώστε να είναι σε καλύτερη θέση να φροντίζουν τις ανάγκες τους όσον αφορά την ψυχική τους υγεία.
- Οι επαγγελματίες υγείας θα γίνουν πιο ικανοί στην πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών ασθενειών, καθώς και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.
- Τα άτομα που χειράσσουν την πολιτική πάνω σε θέματα υγείας θα είναι καλύτερα εφοδιασμένα, έτσι ώστε να σχεδιάζουν τις υπηρεσίες πιο ορθολογικά και σύμφωνα με τους κώδικες ηθικών αξιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] HAROLD H. BLOOMFIELD M.D. και PETER Mc WILLIAMS: *Θεραπεύοντας την κατάθλιψη*. Επιστημονική επιμέλεια Ι.Ν. ΝΕΣΤΟΡΟΣ. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα, 1996, σελ. 65.
- [2] ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ 7 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2001: Μεταφρασμένο Δελτίο Τύπου (I) του Π.Ο.Υ. Επιμέλεια έκδοσης ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, Αθήνα, 19/3/2001, σελ. 1-2.
- [3] ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ: Π.Ο.Υ. ΚΗΡΥΣΣΕΙ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Μεταφρασμένο Δελτίο τύπου (II) του Π.Ο.Υ. Επιμέλεια έκδοσης ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, Αθήνα, 19/3/2001, σελ. 1.
- [4] G.B. MERENSTEIN, D.W. KARLAN, A.A. ROSENBERG: *Συνοπτική Παιδιατρική*. Μετάφραση ΕΛ. ΒΟΥΔΟΥΡΗΣ. 16^η έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος και Μαρία Παρισιάνου, Αθήνα, 1994, σελ. 433, 441.
- [5] JANICE C. JORDAN: *From Adrift in An Anchorless Reality – What is it like to have Schizophrenia?* Schizophrenia Bulletin, Volume 21, No 13, 1995.
- [6] ΚΑΡΟΥΖΟΣ Χ., ΠΑΡΑΣΧΑΚΗΣ Κ., ΣΟΛΗΣ Ε., ΚΟΝΤΗΣ Κ: *Η ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τα παιδιά*. Τετράδια Ψυχιατρικής. Νο 50, Απρίλης, Μάης, Ιούνιος 1995, σελ. 41-144
- [7] ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.: *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ανηλίκων στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*. Τόμος Α'. ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1994.
- [8] ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ Χ., ΦΩΤΙΑΔΗ Ε., ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε.: *Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη, 1988, σελ. 337.
- [9] LEMPERIERE T. – FEELING A. και ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ: *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων – στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα*. Τόμος Α". Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995.
- [10] ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της.. Από τη θεωρία στην Πράξη*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994, σελ. 75-76.
- [11] ΣΟΛΔΑΤΟΣ, ΡΑΜΠΑΒΙΛΑΣ, ΚΟΚΚΕΒΗ: *Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και εφαρμογές στην ιατρική πράξη*, Αθήνα, 1991.

- [12] ΤΣΙΑΝΤΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ: *Ψυχονοητική ανάπτυξη του παιδιού* από το βιβλίο «Χριστοδούλου Γ.Ν. και Συνεργάτες». Ψυχιατρική. Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα-Medical Art, Αθήνα, 2000, σελ. 610-617.
- [13] ΒΟΡΡΙΑ Π. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑ Ζ.: *Η θεωρία του Δεσμού*. Ελληνική εταιρεία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού-εφήβου. Ψυχική υγεία και Ψυχοπαθολογία. Τόμος Α' Τεύχος 2°. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1999, σελ. 27-28.
- [14] ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ: *Η εικόνα σώματος στην εφηβεία και οι διαταραχές της*. Ελληνική εταιρεία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού-εφήβου. Ψυχική υγεία και Ψυχοπαθολογία. Τόμος Α' Τεύχος 1°. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1999, σελ. 11-13.
- [15] ΤΣΙΑΝΤΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ: *Βασική Παιδοψυχιατρική*. Εφηβεία. Τόμος Β'. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1998, σελ. 19, 21-29.
- [16] ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ: *Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία* από το βιβλίο «Τσιαντής Γιάννης» Βασική Παιδοψυχιατρική. Εφηβεία. Τόμος Β'. Τεύχος 1°. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1998, σελ. 31-42, 202
- [17] ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Φ.: *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής για τη Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.* Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992.
- [18] ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. και ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ: *Ψυχιατρική*, Τόμος Α' Εκδόσεις Βήτα. Medical Art, Αθήνα, 2000, σελ. 14-21.
- [19] ΡΑΓΙΑ Α.: *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Β' έκδοση βελτιωμένη. Αθήνα, 1999, σελ. 25, 55-58, 67, 373-374, 236-271, 28-30.
- [20] ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ: *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Β' έκδοση. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1991, σελ. 159-160, 355.
- [21] ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ.: *Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής*. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997, σελ. 93-94, 464-465, 584-586, 156-157.
- [22] ΡΑΜΠΑΒΙΔΑΣ Α. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.: *Σχιζοφρένεια*. Από το βιβλίο «ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. και Συνεργάτες». Ψυχιατρική. Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα Medical Art, Αθήνα, 2000, σελ. 263-293.
- [23] BUCKLEY PF.: *Schizophrenia*. Psychiatr. Clin. North Am. 1998
- [24] Mc GUFFIN, OWEN M., FARMER A.E.: *Genetic basis of schizophrenia*. Lancet, 1995, p.p. 678-682.
- [25] KAPLAN AND SADOCK 'S.: *Ψυχιατρική*. Τόμος Β'. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000, σελ. 671-685.
- [26] ΡΙΝΙΕΡΗΣ Π.: *Συμβολή Γενετικών Παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια των σχιζοφρενικών ψυχώσεων*. Από το βιβλίο «Βιολογικοί Συντελεστές στην αιτιοπαθογένεια

ψυχικών διαταραχών». Επιμέλεια εκδόσεις Σολδάτος Κ., Λυκούρης Ε., Παπαδημητρίου Γ., Αθήνα, 1996.

[27] ΛΥΚΟΥΡΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ: *Νευροχημική Βάση της Σχιζοφρένειας*. Από το βιβλίο «Βιολογικοί Συντελεστές στην αιτιοπαθγένεια ψυχικών διαταραχών». Επιμέλεια έκδοσης Σολδάτος Κ., Λυκούρης Ε., Παπαδημητρίου Γ., Αθήνα, 1996

[28] ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ: *Ψυχοενδοκρινολογική προσέγγιση της αιτιοπαθγένειας της Σχιζοφρένειας*. Από το βιβλίο «Βιολογικοί Συντελεστές στην αιτιοπαθγένεια ψυχικών διαταραχών». Επιμέλεια έκδοσης Σολδάτος Κ., Λυκούρης Ε. Παπαδημητρίου Γ., Αθήνα, 1996.

[29] ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ. *Θέματα Ψυχιατρικής*. Εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα, 1990, σελ. 202-207

[30] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. Four edition, DSM – IV Washington, 1995, p.p. 294-295.

[31] KAPLAN AND SADOCK 'S.: *Ψυχιατρική*. 7^η έκδοση. Τόμος Β'. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1996, σελ. 342-345.

[32] ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν., ΜΑΡΚΙΔΗΣ Μ. και ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Γ.: *Θεραπίες ψυχικών διαταραχών*. Πανεπιστήμιο Αθηνών. Ψυχιατρική Κλινική, Αθήνα, 1997.

[33] RICHARD A. HARVEY, PAMELA C. CHAMPE.: *Φαρμακολογία*. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος-Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1995 σελ. 128-129.

[34] ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.: *Λίθιο*. Από το βιβλίο «ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. και Συνεργάτες». Ψυχιατρική. Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα Medical Art, Αθήνα, 2000, σελ. 723-728.

[35] ΖΕΡΒΑΣ Γ., ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ., ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Γ. : *Ηλεκτροσπασμοθεραπεία*. Από το βιβλίο «ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. και Συνεργάτες». Ψυχιατρική. Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα Medical Art, Αθήνα, 2000, σελ. 754-757.

[36] ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡΙΝΑ: *Ψυχοκοινωνικές θεραπείες*. Από το βιβλίο «ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. και Συνεργάτες» Ψυχιατρική. Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα Medical Art, Αθήνα, 2000, σελ. 806-814.

[37] ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. ΑΘΗΝΑ: *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, έκδοση βελτιωμένη. Έκδοση «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα, 1996, σελ 269, 178-179, 304-305.

[38] ΤΣΕΛΙΚΑ ΗΛΕΚΤΡΑ: *Νέες μορφές ψυχοθεραπείας. Τουγιεινό δικαίωμα στην ασθένεια «Δραματοθεραπεία»*. Ελευθεροτυπία, Σάββατο 6 Μαΐου 2000.

[39] ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ Α., ΤΖΩΡΤΖΑΚΗ Ν.: *Νέες μορφές ψυχοθεραπείας. Τουγιεινό δικαίωμα στην ασθένεια «Πρωτόγονη έκφραση»*. Ελευθεροτυπία, Σάββατο 6 Μαΐου 2000.

- [40] **ΝΤΕΚΩ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ:** *Νέες μορφές ψυχοθεραπείας. Το ...υγιεινό δικαίωμα στην ασθένεια. «Χοροκινητική θεραπεία».* Ελευθεροτυπία, Σάββατο 6 Μαΐου 2000.
- [41] **ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ Ε., ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΜΑΘΙΑΝΑΚΗΣ Γ. κ.ά.:** *Εργαστήριο ψυχοθεραπείας μουσικοθεραπείας ομάδας θεραπευτών Ψ.Τ.Γ.Ν.* Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 54. Απρίλης, Μάης, Ιούνιος 1996, σελ. 86-87.
- [42] **ΤΣΙΑΝΤΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ, ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ ΣΩΤΗΡΗΣ:** *Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής.* Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1989, σελ. 291-293, 296-298, 300-307.
- [43] **ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ:** *Κοινοτική Νοσηλευτική,* Αθήνα, 1995, σελ. 159.
- [44] **ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.:** *Πρόληψη ψυχικών διαταραχών.* Από το βιβλίο «ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. και Συνεργάτες». Ψυχιατρική. Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα Medical Αγ, Αθήνα, 2000.
- [45] **ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ., ΔΙΚΑΙΟΣ Δ.:** *Ψυχιατρική Γενετική Συμβουλευτική.* Από το βιβλίο «ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν. και Συνεργάτες». Ψυχιατρική. Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα Medical Αγ, Αθήνα, 2000, σελ. 827-830.
- [46] **ΣΤΑΥΡΟΥ Μ.:** *Ψυχική υγεία δια μέσου εκπαίδευσης των γονέων.* Από το βιβλίο «Γ.Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ και Β.Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ» «Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής», Τόμος Α'. Επιμέλεια έκδοσης Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994, σελ. 53.
- [47] **ΤΣΙΑΝΤΗΣ Γ.:** *Πρώιμες σχέσεις και παρεμβάσεις. Η σημασία τους για την πρόληψη της ψυχικής υγείας του παιδιού.* Ελληνική εταιρεία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού-εφήβου. Ψυχική υγεία και Ψυχοπαθολογία. Τόμος Ι, Τεύχος 2^ο. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1999.
- [48] **ΚΑΡΑΣΤΕΡΓΙΟΥ Α.:** *Ψυχοκοινωνικές παράμετροι και πρόληψη υποτροπών της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχικών νόσων.* Από το βιβλίο «Γ.Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ και Β.Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ» «Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής», Τόμος Α'. Επιμέλεια έκδοσης Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994, σελ. 73,75.
- [49] **ΚΥΖΙΡΙΔΟΥ Σ., ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ Α., ΤΣΑΚΩΝΗΣ, ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ Χ.:** *Η οικογένεια ως παράγον προλήψης μέσα από τη ζογραφική* Από το βιβλίο «Γ.Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ και Β.Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ» «Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής», Τόμος Α'. Επιμέλεια έκδοσης Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994, σελ. 61-62.
- [50] **ΚΥΖΙΡΙΔΟΥ Σ., ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ Χ.:** *Ο ρόλος της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας Ψυχιατρικού Τομέα Γενικό Νοσοκομείο στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών.* Από το βιβλίο «Γ.Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ και Β.Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ» «Θέματα Προληπτικής

Ψυχιατρική», Τόμος Β'. Επιμέλεια έκδοσης Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994, σελ. 461.

[51] ΜΟΥΝΙΡ Υ. ΕΚΔΑΝΙ, ΑΛΙΣΟΝ Μ. ΚΟΝΝΙΝΕ. JO SAMPLING.: *Ψυχιατρική Αποκατάσταση*. Μετάφραση Ισμήνη Αποστολή. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1998, σελ. 107-109.

[52] ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. ΑΝΔΡΕΑΣ: *Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική*. Κείμενα από δύο συμπόσια για την ψυχιατρική, την επικινδυνότητα και τη δικαιοσύνη. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1990.

[53] BRITISH COLUMBIA SCHIZOPHRENIA SOCIETY: *Schizophrenia: Youth's Greatest Disampler* 8th edition, U.K. April 2000.

[54] ΜΕΓΑΛΟΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ.: *Κοινωνικός αποκλεισμός*. Τετράδια Ψυχιατρικής. Νο 56, Οκτώβρης, Νοέμβρης, Δεκέμβρης, 1996.

[55] ΛΟΥΚΙΣΣΑ ΔΗΜΗΤΡΑ: *Το στίγμα της Ψυχικής Νόσου: Η άποψη της οικογένειας*. Νοσηλευτική. Τόμος 35, Τεύχος 3°, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1996, σελ. 150.

[56] ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ: ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ, ΕΦΗΒΟΥ.: *Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ξεनώνες προγράμματος Λέρος. Κανονισμός 815/84 της Ε.Ε.*, Αθήνα, 1997.

