

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***Οι υπολογιστές στην υπηρεσία της  
διάγνωσης της σχιζοφρένειας***



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ  
ΚΑΤΟΥΡΤΣΙΔΗ ΖΩΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ**

**ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

**Πάτρα , 2005**

**Οι υπολογιστές στην υπηρεσία της  
διάγνωσης της σχιζοφρένειας**

Ευχαριστούμε τον καθηγητή μας  
για τη βοήθεια του στην  
πτυχιακή μας εργασία αλλά και  
όλους τους καθηγητές  
για τις γνώσεις που μας παρείχαν  
όλα αυτά τα χρόνια.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



**ΠΡΟΛΟΓΟΣ**  
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

## **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

<b>1.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ (ΟΡΙΣΜΟΣ)</b>	<b>9</b>
<b>1.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>9</b>
<b>1.2.1. ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΑ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2. ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ</b>	<b>10</b>
<b>1.2.3. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ</b>	<b>11</b>
<b>1.2.4. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ</b>	<b>12</b>
<b>1.2.5. ΒΟΥΛΗΣΗ</b>	<b>13</b>
<b>1.2.6. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ</b>	<b>14</b>
<b>ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>15</b>
<b>1.3. ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</b>	<b>20</b>
<b>1.3.1. ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b>	<b>20</b>
<b>1.3.2. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</b>	<b>21</b>
<b>1.3.3. ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b>	<b>21</b>
<b>1.3.4. ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</b>	<b>22</b>
<b>1.3.5. ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</b>	<b>22</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

<b>2.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>	<b>23</b>
<b>2.1.1. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b>	<b>23</b>
<b>2.1.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b>	<b>24</b>
<b>2.1.3. ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ</b>	<b>25</b>
<b>2.1.4. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>	<b>26</b>
<b>2.1.5. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>	<b>28</b>
<b>2.2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ</b>	<b>31</b>
<b>ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ</b>	
<b>ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ</b>	
<b>ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</b>	
<b>2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ</b>	<b>39</b>
<b>2.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>40</b>
<b>2.5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</b>	<b>42</b>

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>3.1. Η ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΝΑΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ ΓΟΝΕΑ</b>	<b>45</b>
<b>3.2. Ο ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΤΡΟΠΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ</b>	<b>46</b>
<b>3.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ / ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</b>	<b>49</b>
<b>3.4. ΟΜΑΔΕΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</b>	<b>50</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ –ΒΑΘΜΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ</b>	<b>52</b>

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
<b>4.1. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ</b>	<b>53</b>
4.1.1. ΠΟΡΕΙΑ	53
4.1.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	53
<b>4.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>54</b>
4.2.1. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	54
4.2.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	59

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>	
<b>5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>62</b>
<b>5.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ : ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ, ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ, ΤΡΙΤΟΓΕΝΕΙΣ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ</b>	<b>63</b>

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b>	
<b>6.1. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</b>	
1) ΤΟ ΕΡΓΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	65
2) ΣΚΟΠΟΙ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	66
3) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	68
.3.1 ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗΣ	68
.3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ	69

<b>3.3 ΕΜΨΥΧΟΥ ΥΛΙΚΟΥ</b>	<b>70</b>
<b>6.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ</b>	<b>71</b>
<b>6.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ , ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>73</b>
<b>6.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>83</b>
<b>6.5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>86</b>
<b>1. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΑΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ-     ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>87</b>
<b>2. ΣΠΟΡ ΚΑΙ ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>90</b>
<b>3. Η ΕΡΓΑΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>91</b>
<b>4. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>93</b>
<b>5. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>93</b>
<b>6.6. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b>	
<b>1. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ</b>	<b>94</b>
<b>2. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ</b>	<b>94</b>
<b>3. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΥΧΤΑΣ</b>	<b>95</b>
<b>4. ΞΕΝΩΝΕΣ – ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ</b>	<b>95</b>
<b>5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ</b>	<b>96</b>
<b>6. ΛΕΣΧΗ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ CLUBS</b>	<b>96</b>
<b>7. ΑΝΑΔΟΧΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</b>	<b>96</b>
<b>8. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ     ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>97</b>
<b>9. ΚΙΝΗΤΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ</b>	<b>97</b>
<b>10.ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ     ΚΡΙΣΕΩΝ</b>	<b>97</b>
<b>11.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ</b>	<b>98</b>
<b>12.ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ     ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</b>	<b>98</b>
<b>ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	<b>99</b>
<b>ΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</b>	<b>100</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	<b>103</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>104</b>

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ.**

*Η εργασία αυτή αναφέρεται στο σύνδρομο σχιζοφρένεια. Αποτελείται από δυο μέρη, το πρώτο μέρος αφορά κυρίως το γενικό, ιατρικό αντικείμενο της σχιζοφρένειας. Και το δεύτερο μέρος αφορά το νοσηλευτικό κομμάτι της σχιζοφρένειας. Επίσης αναφέρουμε συνοπτικά και τη σημασία των υπολογιστών στην υπηρεσία των γιατρών για την πρόιμη διάγνωση της σχιζοφρένειας.*

*Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα μεγάλο κομμάτι της ψυχιατρικής, έτσι λοιπόν προσπαθήσαμε μέσα από σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση να την παρουσιάσουμε συνοπτικά στους συναδέλφους μας.*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με τη σπουδή, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών ή, πιο διαφοροποιημένα, ο κλάδος της ιατρικής για τον οποίο ψυχολογικά φαινόμενα έχουν πρωταρχική σημασία στη διάγνωση και θεραπεία.

Η διεύρυνση του πεδίου αντίληψης της Ψυχιατρικής που συντελέστηκε με το πέρασμα από το βιολογικό μοντέλο στο βιοψυχοκοινωνικό, μετέθεσε την έμφαση από το μεμονωμένο άτομο, στο άτομο μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας του, της κοινότητας στη δυναμική των σχέσεων όπως αυτές αναπτύσσονται. Η δυνατότητα, μέσα από τις Νέες Ψυχιατρικές Δομές (Κέντρα Ψυχικής Υγείας), σχέσεων συνεργασίας με την κοινότητα, δημιούργησε τις προϋποθέσεις της μετάβασης από το Ιατροκεντρικό μοντέλο στην ανάπτυξη και δημιουργία Ομάδας Επαγγελματιών, της Ομάδας Ψυχικής Υγείας, της οποίας οι δυνατότητες να χειριστεί και να ανταποκριθεί στις διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις είναι τεράστιες. [2] [11]



# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.

Ο όρος *σχιζοφρένεια* προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια ( *dementia praecox* –*dementia praecox* ) και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin (1896) το διέδωσε σε όλο τον κόσμο.

Βέβαια, γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν επρόκειτο για <άνοια> (< που άρχισε νωρίς >) κι ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, για <σχίσσιμο του μυαλού>, από όπου και ο όρος *σχιζοφρένεια*. [1]

Στα χρόνια που πέρασαν, παρ' όλες τις έρευνες και τις προσπάθειες μας, δεν μάθαμε πολλά πράγματα για τη μάλιστα αυτή της ανθρωπότητας, που εξακολουθεί να ρημάζει άτομα και οικογένειες. Δεν ξέρουμε ακόμα ούτε πώς να την θεραπεύσουμε ολοκληρωτικά, ούτε πώς να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από τη *σχιζοφρένεια*. Κι αυτό γιατί τα αίτιά της ακόμα μας διαφεύγουν.

Έτσι, λοιπόν, σήμερα θεωρούμε τη *σχιζοφρένεια* σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας –ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας – παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.[1]

Έχει σημασία να μην προσπαθήσουμε να κλείσουμε μέσα μας μια συγκεκριμένη εικόνα -<στίγμα> *σχιζοφρενικού*. Οι κλινικές εικόνες –οι άνθρωποι- παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. [1]

### 1.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.

Όπως επισημάνθηκε ήδη, τα συμπτώματα που απαρτίζουν το *σχιζοφρενικό* σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Χαρακτηριστικά, υπάρχουν ανωμαλίες ή διαταραχές τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και στο περιεχόμενό της, στη αντίληψη, στο συναίσθημα, στη βούληση, στην προσωπική ταυτότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και στην εν γένει συμπεριφορά του

σχιζοφρενικού αρρώστου. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλουν ανάλογα με τη σοβαρότητα, την εξελικτική φάση και τις συνθήκες, προσωπικές και περιβαλλοντικές, κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή.[2]

### 1.2.1. ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΑ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ.

Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει, τουλάχιστον δυνητικά, μια διανοητική διαταραχή, που μπορεί να πάρει τη μορφή παραληρήματος, ψευδαισθήσεων κάποιας χαρακτηριστικής ιδιομορφία στον τρόπο σκέψης. Πολύ συχνά, μα όχι πάντα, ο τρόπος με τον οποίο σκέπτεται ο σχιζοφρενικός εμφανίζει μια ιδιαίτερη ανωμαλία, μια *βασική διαταραχή της σκέψης* όπως λέμε για να τη διακρίνουμε από τις διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης. Η πιο συχνή και κατά τον Μπλόυλερ παθολογική μορφή μιας τέτοιας διαταραχής είναι η χάλαση των συνειρμών. Οι ιδέες διαδέχονται η μια την άλλη χωρίς φανερή λογική σχέση ή με μια σύνδεση εντελώς συμπτωματική, χωρίς αυτός που μιλάει ή γράφει να έχει συναίσθηση της ασυναρτησίας του. Άλλες φορές η σκέψη, όπως εκφράζεται, φαίνεται λογική, αλλά στο τέλος ο ακροατής μένει με το συναίσθημα ότι δεν ειπώθηκε τίποτα το συγκεκριμένο. Η συναισθηματική χρήση νεόκοπων λέξεων ή εκφράσεων (*νεολογισμοί*), η εμμονή στις ίδιες ιδέες ή λέξεις (*ιδεοληψία*), συνάρτηση λέξεων που απλώς έχουν την ίδια κατάληξη ή άλλη ηχητική ομοιότητα χωρίς λογική σχέση (*ηχητικός συνειρμός*), η επανάληψη σαν ηχώ λέξης ή φράσης που προφέρει κάποιος άλλος (*ηχολαλία*), το απότομο σταμάτημα μιας σκέψης στη μέση χωρίς προσπάθεια να διατυπωθεί αλλιώς (*ανακοπή*), η στερεότυπη επανάληψη μιας υποδείξεως ή ενός ερωτήματος (*στερεοτυπία*) είναι μερικά ακόμα παραδείγματα του παθολογικού φαινομένου που ονομάζουμε *βασική διαταραχή της σκέψης*. [2].

### 1.2.2. ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ.

Αναφορικά με το περιεχόμενο της σχιζοφρενικής σκέψης, η πιο χαρακτηριστική διαταραχή είναι το *παραλήρημα*.

Πρόκειται για μια προσωπική φαντασίωση, που εκείνος που την κάνει την πιστεύει για αληθινή, μόλο που είναι φανερό ή αποδειγμένο ότι δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα, και υπάρχει ως κοινή, λίγο-πολύ αναγνωρισμένη από το περιβάλλον του δοξασία. Τέτοιες ανυπόστατες πεποιθήσεις αναφέρονται, συνήθως, στη ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι μας έχουν επισημάνει και μας ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές (*παραλήρημα καταδιώξεως*), στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι, συχνά μέσα από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματά μας, τις σκέψεις μας ή τις ενέργειές μας (*παραλήρημα ελέγχου*), στην ιδέα ότι είμαστε

προικισμένοι με κάποια ιδική ιδιότητα ή ότι ενσαρκώνουμε κάποια ιστορική προσωπικότητα (*παραλήρημα μεγαλείου*), στην ιδέα ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό στο σώμα μας (*σωματικό παραλήρημα*) και άλλες παρόμοια απίθανες ιδέες. Οι έμμονες αυτές ιδέες ή φαντασιώσεις μπορεί να είναι οργανωμένες ή ανοργάνωτες, απλές, πολύπλοκες, λογικοφανείς, ή εντελώς απίθανες και εξωπραγματικές, κυριολεκτικά εξωφρενικές, χωρίς καμιά απολύτως σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα.[2]

Η ύπαρξη του παραληρήματος υποδηλώνει μια ανασφάλεια του εγώ, ένα άτομο που αισθάνεται πως κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι, και την αμυντική πρόθεση να αποφευχθεί ο κίνδυνος ή να ενισχυθεί η συνοχή του εγώ. Χαρακτηριστικά, και αντίθετα με τις έμμονες ιδέες του ψυχαναγκαστικού αρρώστου, το παραλήρημα εμπλέκει το περιβάλλον με έναν τρόπο ενεργητικό, συνήθως απειλητικό, κριτικό ή υποτιμητικό για τον άρρωστο, σπανιότερα και εμμέσως υποστηρικτικό. Σε ελαφρότερες περιπτώσεις, ή προτού ακόμα το σύμπτωμα εξελιχθεί σε παραλήρημα καταδιώξεως, ο άρρωστος μπορεί απλώς να πιστεύει ότι είναι το κέντρο της προσοχής κάποιου κύκλου ανθρώπων, που τον επικρίνουν, τον ειρωνεύονται ή τον οικτίζουν, μάλλον, παρά σχεδιάζουν κάτι κακό εναντίον του. Τέτοιες *ιδέες αναφοράς*, όπως και οι ιδέες καταδιώξεως, χαρακτηρίζονται από καχυποψία και ένα έντονο συναίσθημα προσωπικής ανασφάλειας. [2]

### 1.2.3 ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ.

Από τις πιο εντυπωσιακές διαταραχές της σκέψης ή, πιο συγκεκριμένα, της αντιλήψεως, η ψευδαίσθηση δημιουργείται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα. Πρόκειται για μια πιο ολοκληρωμένη, ακραία μορφή παραληρήματος. Όταν η παραληρητική φαντασίωση γίνεται ιδιαίτερα έντονη, χάνει τη διανοητική της μορφή και μετατρέπεται σε εμπειρία, παίρνοντας μία ή περισσότερες αισθητήριες διαστάσεις – ακουστική, οπτική, απτική, οσφρητική, ή κιναισθητική. Ο άρρωστος δεν νομίζει απλώς ότι τον καταδιώκουν, αλλά ακούει λόγια απειλητικά, τις δικές του σκέψεις σαν να προέρχονται από το περιβάλλον, εξωτερικευμένες. Φαντάζετε πως βλέπει όντα που τον απειλούν, ή που τον επευφημούν, καθώς απευθύνεται σε φανταστικά πλήθη, παρασταίνοντας τον εαυτό του ως Μεγάλο Ναπολέοντα ή Χριστό. Αισθάνεται στο σώμα του τον ηλεκτρικό ερεθισμό μηχανών που ενεργούν από μακριά και που μπορεί να τις περιγράψει με κάθε λεπτομέρεια. Αισθάνεται τη γεύση του φαρμάκου που φαντάζεται πως του έχουν ρίξει στο φαγητό του για να τον δηλητηριάσουν. Αισθάνεται την οσμή ενός δηλητηριώδους αερίου ή του δικού του κορμιού που φοβάται ότι έχει αρχίσει να σαπίζει.[2]

Η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποια προσφέρεται καλύτερα στην έκφραση του ψυχολογικού προβλήματος που απασχολεί το υποκείμενο. Συναισθήματα ενοχής

εκφράζονται πιο εύκολα με την ομιλία, γι' αυτό ο ψυχωτικός άρρωστος ακούει φωνές που τον ψέγουν ή τον κατηγορούν ότι είναι ομοφυλόφιλος, ερωτομανής και ανήθικος ή ανήθικη-φωνές που αντανakλούν τα λόγια των γονέων του όπως έχουν καταγραφεί στο υπερεγώ του, επικρίνοντας τον για απαράδεκτες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.[2]

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προδίδουν μια σύγχυση ανάμεσα στον εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο του ατόμου, που οφείλεται στην αποσύνθεση του υπερεγώ. Απαγορευτικές, επιτακτικές και απειλητικές φωνές είναι σαν να έρχονται από έξω, όπως κάποτε η φωνή των γονέων, προτού αποπροσωποποιηθεί μέσα στη φωνή της συνειδήσεως –του υπερεγώ. Το φαινόμενο είναι ένα παράδειγμα της τάσης που υπάρχει στη σχιζοφρένεια για ψυχολογικά σχήματα που δεν έχουν αφομοιωθεί καλά να διασπώνται και να εξωτερικεύονται και πάλι.[2]

Πολύ λιγότερο συχνές από τις ακουστικές, προκειμένου για μη οργανικές ψυχώσεις, οπτικές ψευδαισθήσεις αντιπροσωπεύουν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του αρρώστου. Γι' αυτό και προκαλούν μεγαλύτερο φόβο από τις ακουστικές. [2]

Τόσο το παραλήρημα όσο και η ψευδαίσθηση διακινούνται από την πρόθεση να αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα, που έχει διακοπεί με την ψυχωτική διαταραχή. [2]

#### **1.2.4 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ.**

Είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανένας η σκέψη από ο συναίσθημα ή ο θυμικό. Και όσο παράδοξο κι αν ακούγεται, δεν ξέρει κανένας ποίο έρχεται πρώτο, η σκέψη ή το συναίσθημα. Κατά την κλασική θεωρία Τζαίμς – Λάνγκσλεη, όταν ακούσαμε ότι πέθανε ένα αγαπητό μας πρόσωπο κλαίμε πρώτα και ύστερα λυπόμαστε, στη θέα μιας άγριας αρκούδας το βάζουμε στα πόδια ή ετοιμαζόμαστε να αμυνθούμε κι έπειτα αισθανόμαστε φόβο. Με άλλα λόγια, η εμπειρία του συναίσθηματος βασίζεται σε ορισμένες νευροφυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού, που είναι αντανakλαστικές μάλλον παρά αποτέλεσμα σκέψης και πιο συγκεκριμένα διανοητικής εκτιμήσεως των συνθηκών, στις οποίες ανταποκρίνεται το οποιοδήποτε συναίσθημα.[2]

Στη σχιζοφρένεια, η σχέση συναίσθηματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, καθώς η μορφή του παραμένει ανέκφραστη ή καθρεφτίζει κάτι το ουδέτερο, το αινιγματικό, το απροσπέλαστο. Ο ίδιος συχνά παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται, ότι δεν του κάνει τίποτα εντύπωση, ότι δεν αισθάνεται ούτε χαρά ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται σαν να αισθάνεται το αντίθετο από εκείνο που λέει πως αισθάνεται ή που θα έπρεπε να αισθάνεται σύμφωνα με αυτά που λέει, όπως

π.χ. όταν παραπονιέται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις τον καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάει χαρούμενα, ξένοιαστα. Άλλες φορές από ήρεμος που είναι, ξαφνικά, χωρίς φανερή αιτία, γίνεται ανήσυχος, φωνάζοντας οργισμένα ή τρομαγμένα. Παραδόξως, τα αντιψυχωτικά φάρμακα, ενώ έχουν μίαν ευεργετική επίδραση πάνω στη σκέψη και αντίληψη του σχιζοφρενικού αρρώστου, τείνουν να ισοπεδώνουν τα συναισθήματα και την εκφραστική τους ικανότητα.[2]

Σε μια πιο προχωρημένη φάση της αρρώστιας, που βασικά εκφράζει τη λεγόμενη διαδικαστική ή χρόνια μορφή της, παρατηρείται μια απουσία ή φτώχεια συναισθήματος, που συνοδεύετε συνήθως από μίαν ανάλογη διαταραχή στο συναίσθημα του χρόνου. Ο άρρωστος παραπονιέται ότι ο καιρός σταμάτησε να κυλάει, ότι τα λεπτά, οι ώρες, οι ημέρες της ζωής του είναι σαν να διαρκούν χρόνια, αιώνες.[2]

Κάτι που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αντικειμενικά, αλλά που κυριαρχεί στην υποκειμενική ζωή του αρρώστου σε σημείο που να τον φέρνει σε απόγνωση, είναι μια βαθιά διαταραχή του *συναισθήματος ταυτότητας*, της ικανότητας να διακρίνει τον εαυτό του από τους άλλους σαν μίαν οντότητα δική του, με κάποια προσωπική ιστορία, με κάποια ιδιαίτερη κατεύθυνση στη ζωή του. Καθώς το συναίσθημα ταυτότητας αδυνατίζει, ο άρρωστος αρχίζει να νιώθει σαν να χάνει τον εαυτό του, σαν τα όρια του εαυτού του να θρυμματίζονται, σαν το ίδιο το σώμα του να διαμελίζεται, να αποσυντίθεται. Η ζωή χάνει κάθε νόημα, κάθε σκοπό ή ανθρώπινο όριο, γίνεται αιωνιότητα αρνητική, χωρίς καμιά επιθυμία, παρηγοριά ή ελπίδα.[2]

### 1.2.5. ΒΟΥΛΗΣΗ.

Όπως είναι επόμενο, η *συναισθηματική άμβλυνση* που φέρνει η χρόνια σχιζοφρένεια αντανακλά στην ικανότητα του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία και ενδιαφέρον σε ο,τιδήποτε έξω από τον εαυτό του, εμποδίζοντάς τον να συμμετέχει ενεργά σε κοινές ασχολίες και, γενικά, να κάνει τη δουλειά του σωστά, με συνέπεια και αποτελεσματικότητα. Σιγά-σιγά τον κυριεύει μια μεγάλη *αμφιθυμία*, που στο τέλος παραλύει τη θέλησή του και την ικανότητα να πάρει οποιαδήποτε απόφαση.[2]

### 1.2.6. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αρχικές εκδηλώσεις της κακοήθους σχιζοφρένειας είναι μια προϊούσα διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων. Κατά κανόνα, οι σχέσεις του αρρώστου με τους άλλους δεν είναι ποτέ καλές. Καθώς η επαφή του με την πραγματικότητα χειροτερεύει, η συμπεριφορά του επίσης αλλάζει, συνήθως σιγά-σιγά, ανεπαίσθητα, προοδευτικά, αν και καμιά φορά εντελώς ξαφνικά. Εμφανίζεται μια νευρικότητα, μια υπερκινητικότητα ή υποκινητικότητα, οι ώρες αναπαύσεως και η διάρκεια του ύπνου μικραίνουν ή μακραίνουν αντίστοιχα. Εμφανίζεται μια αδιαφορία ως προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, μια έλλειψη προσοχής προς τις υποδείξεις ή ανάγκες των άλλων, μια βαθμιαία κοινωνική απομόνωση, που πολλές φορές συνοδεύεται από αδέξιες, προσβλητικές ή επιθετικές εκφράσεις, στερεότυπους μορφασμούς και κινήσεις, αδικαιολόγητα γέλια ή κλάματα και, γενικά, μιαν αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά. [2]

Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους συνανθρώπους του, τα διάφορα μέλη της οικογένειάς του, τους φίλους του, τους συμμαθητές του ή τους συνεργάτες του γίνονται δύσκολες προβληματικές και, από μια στιγμή και έπειτα, μπορεί να διακοπούν εντελώς. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, ζώντας με την φαντασία του, μη δίνοντας πια καμιά προσοχή στον κόσμο της πραγματικότητας, αγνοώντας τους πάντες και τα πάντα γύρω του. Σε αυτήν την κατάσταση, ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να χάσει κάθε συναίσθημα ευθύνης ή ντροπής, αυνανιζόμενος και, γενικά, ικανοποιώντας τις σωματικές του ανάγκες δημόσια, χωρίς κανένα ενδοιασμό, σε σημείο που να αποπατεί στο πάτωμα και να τρώει τα ίδια τα απορρίμματα του. Στην εποχή μας, με τη συστηματική χρήση των ψυχοφαρμάκων, το έσχατο αυτό στάδιο του αυτισμού έχει γίνει σπάνιο. [2]

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ:**

Βασισμένου στα 18 συμπτώματα της Συνοπτικής Ψυχιατρικής Κλίμακας Εκτιμήσεως (BPRS).

<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:</b>	<b>ΤΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:</b>
<b>ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:</b>	<b>ΗΛΙΚΙΑ: ΦΥΛΟ:</b>
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ:</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ:</b>

<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</b>	Ανύπαρκτο	Πολύ ελαφρό	Ελαφρό	Μέτριο	Μέτριο ως βαρύ	Βαρύ	Εξαιρετικά βαρύ
<b>1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ-</b> Ανησυχία για τη σωματική υγεία, φόβος για σωματική ασθένεια, υποχονδρίαση.	1	2	3	4	5	6	7
<b>2. ΑΓΧΟΣ-</b> Ανησυχία, φόβος, υπερβολικό άγχος για το παρόν ή το μέλλον.	1	2	3	4	5	6	7
<b>3.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΔΙΠΛΩΣΗ-</b> Έλλειψη αυθόρμητων σχέσεων, απομόνωση, έλλειψη σχέσεων με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
<b>4.ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ</b> –Οι συνειρμοί της σκέψεως είναι συγκεχυμένη, ασύνδετοι, αποδιοργανωμένοι, διασπασμένοι.	1	2	3	4	5	6	7
<b>5.ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΝΟΧΗΣ</b> – Αυτοκρατορία, ντροπή, τύψεις για συμπεριφορά του παρελθόντος .	1	2	3	4	5	6	7
<b>6.ΥΠΕΡΕΝΤΑΣΗ - ΨΥΧΙΚΗ ΤΑΣΗ-</b>							



Φυσικές και κινητικές ενδείξεις νευρικήτητα , υπερεντατικότητας, υπερεντάσεως.	1	2	3	4	5	6	7
<b>7.ΜΑΝΝΕΡΙΣΜΟΙ &amp; ΣΤΑΣΕΙΣ</b> – Ιδιόρρυθμοι, αλλόκοτη, αφύσικη κινητική συμπεριφορά ( όχι TICS)	1	2	3	4	5	6	7
<b>8.ΜΕΓΑΛΟΜΑΝΙΑ</b> – Υπερβολική ιδέα για τον εαυτό του, αλαζονεία, πεποίθηση για ασυνήθιστες ικανότητες και δυνάμεις.	1	2	3	4	5	6	7
<b>9.ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ</b> –Θλίψη, μελαγχολία, απελπισία, απαισιοδοξία.	1	2	3	4	5	6	7
<b>10.ΕΧΘΡΩΤΗΣ</b> – Εχθρικήτητα, προσβολές , επιθετικότητα , περιφρόνηση για άλλους ανθρώπους .	1	2	3	4	5	6	7
<b>11.ΚΑΧΥΠΟΨΙΑ</b> – Δυσπιστία , πεποίθηση ότι οι άλλοι έχουν βλαπτική διάθεση ή πρόθεση κατατρογμού.	1	2	3	4	5	6	7
<b>12.ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ</b> – Εντυπώσεις χωρίς αντίκρισμα φυσιολογικών εξωτερικών ερεθισμών.	1	2	3	4	5	6	7
<b>13.ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ</b>							



<b>ΚΙΝΗΣΕΩΝ</b> – Επιβραδυμένες ή εξασθενημένες κινήσεις ή λόγος, μείωση του μυϊκού τόνου.	1	2	3	4	5	6	7
<b>14.ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ</b> – Εκδήλωση αντιστάσεως ,επιφυλακτικότητα , άρνηση της εξουσίας.	1	2	3	4	5	6	7
<b>15.ΑΣΥΝΗΘΕΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΚΕΨΕΩΣ</b> – Ασυνήθιστο , περίεργο , παράξενο ή εξωφρενικό περιεχόμενο σκέψεως.	1	2	3	4	5	6	7
<b>16.ΑΜΒΛΥΝΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ</b> Μειωμένος συναισθηματικός τόνος , μείωση της φυσιολογικής εντάσεως του συναισθήματος .	1	2	3	4	5	6	7
<b>17.ΑΝΑΣΤΑΤΩΣΗ</b> – Υψηλός συναισθηματικός τόνος , ταραχή , αυξημένο επίπεδο αντιδράσεως.	1	2	3	4	5	6	7
<b>18.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜ ΟΥ</b> –Σύγχυση ή έλλειψη σωστής επαφής με ανθρώπους, τόπο ή χρόνο.	1	2	3	4	5	6	7

## PASS

	Κλίμακα θετικής συμπτωματολογίας	Από ν	Ελάχιστο	Ήπιο	Μέτριο	Μέτρια σοβαρό	Σοβαρό	Πολύ σοβαρό
Θ 1	Παραληρητικές ιδέες	1	2	3	4	5	6	7
Θ 2	Εννοιολογική αποδιοργάνωση	1	2	3	4	5	6	7
Θ 3	Ψευδαισθητική συμπεριφορά	1	2	3	4	5	6	7
Θ 4	Διέγερση	1	2	3	4	5	6	7
Θ 5	Ιδέες μεγαλείου	1	2	3	4	5	6	7
Θ 6	Καχυποψία – ιδέες δίωξης	1	2	3	4	5	6	7
Θ 7	Εχθρότητα	1	2	3	5	6	6	7

	Κλίμακα αρνητικής συμπτωματολογίας	Από ν	Ελάχιστο	Ήπιο	Μέτριο	Μέτρια σοβαρό	Σοβαρό	Πολύ σοβαρό
A 1	Αμβλύ συναίσθημα	1	2	3	4	5	6	7
A 2	Συναισθηματική απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
A 3	Πτωχή (συναισθηματική) σχέση	1	2	3	4	5	6	7
A 4	Παθητική/απαθής κοινωνική συμπεριφορά	1	2	3	4	5	6	7
A 5	Δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη	1	2	3	4	5	6	7
A 6	Έλλειψη αυθορμητισμού και ροής στη συνομιλία	1	2	3	4	5	6	7
A	Στερεότυπη	1	2	3	4	5	6	7

7	σκέψη							
---	-------	--	--	--	--	--	--	--

	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας	Από 1	ελάχιστο 2	Ήπιο 3	Μέτριο 4	Μέτριο 5	Σοβαρό 6	Πολύ σοβαρό 7
Γ1	Σωματική ενασχόληση.	1	2	3	4	5	6	7
Γ2	Άγχος.	1	2	3	4	5	6	7
Γ3	Αισθήματα ενοχής.	1	2	3	4	5	6	7
Γ4	Ψυχική τάση.	1	2	3	4	5	6	7
Γ5	Ιδιοτροπισμοί (μανιερισμοί) λήψη παράξενων στάσεων.	1	2	3	4	5	6	7
Γ6	Κατάθλιψη.	1	2	3	4	5	6	7
Γ7	Κινητική επιβράδυνση.	1	2	3	4	5	6	7
Γ8	Έλλειψη συνεργασίας.	1	2	3	4	5	6	7
Γ9	Ασύνηθες περιεχόμενο της σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
Γ10	Διαταραχή προσανατολισμού	1	2	3	4	5	6	7
Γ11	Διαταραχή προσοχής.	1	2	3	4	5	6	7
Γ12	Έλλειψη κρίσης και ευαισθησίας.	1	2	3	4	5	6	7
Γ13	Διαταραχή της βούλησης.	1	2	3	4	5	6	7
Γ14	Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων.	1	2	3	4	5	6	7
Γ15	Ενασχόληση	1	2	3	4	5	6	7
Γ16	Ενεργητική κοινωνική αποφυγή.	1	2	3	4	5	6	7

### 1.3 ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ.

Τρεις από τους υποτύπους αυτούς παραμένουν ακόμα και σήμερα : η κατατονική (εναλλαγή ακινησίας και διεγερτικότητας), η ηβηφρενική (αποδιοργανωμένη, ανόητη και ανώριμη συναισθηματικότητα) και η παρανοειδής (παραληρητικές ιδέες μεγαλείου ή δίωξης ). Η έρευνα υποστηρίζει το διαχωρισμό της σχιζοφρένειας σε αυτές τις κατηγορίες, επειδή οι διαφορές μεταξύ τους είναι αναγνωρίσιμες (Andreasen & Flaum , 1990). Για παράδειγμα , η πρόγνωση για τα άτομα με ηβηφρενική ή σχιζοφρένεια αποδιοργανωμένου τύπου είναι περισσότερο απαισιόδοξη από ό,τι σε άτομα που υποφέρουν από τους άλλους υποτύπους σχιζοφρένειας. Τα άτομα με κατατονική σχιζοφρένεια έχουν μια χαρακτηριστική πορεία της ασθένειας και ανταπόκριση στη θεραπεία. Λόγω της χρησιμότητάς τους, το DSM-IV έχει ενσωματώσει και τους τρεις υποτύπους στο αναθεωρημένο σύστημα ταξινόμησης της σχιζοφρένειας.[4] [23]

#### 1.3.1. ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.

Πρόκειται για το συχνότερο τύπο σχιζοφρένειας στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν σχετικά σταθερές, συχνά παρανοειδής παραληρητικές ιδέες, που συνήθως συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα ακουστικές και από άλλες αντιληπτικές διαταραχές. Οι διαταραχές του συναισθήματος, της βούλησης και της ομιλίας, όπως και τα κατατονικά συμπτώματα, δεν κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. [23]

Παραδείγματα των πιο συχνών παρανοειδών συμπτωμάτων είναι:

- (α) Παραληρητικές ιδέες διώξεως, αναφοράς, υψηλής καταγωγής, ειδικής αποστολής, μεταβολής του σώματος ή ζηλοτυπίας.
- (β) Ψευδαισθήσεις υπό τύπον φωνών που απειλούν τον ασθενή ή δίνουν εντολές ή μη λεκτικές ακουστικές ψευδαισθήσεις, όπως σφυρίγματα, βόμβοι ή γέλια.
- (γ) Ψευδαισθήσεις οσφρητικές ή γευστικές ή αναφερόμενες σε σεξουαλικές ή άλλες σωματικές αισθήσεις μπορεί επίσης να υπάρχουν οπτικές ψευδαισθήσεις, αλλά σπάνια κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. [23]

Στις οξείες καταστάσεις δυνατόν να υπάρχει εμφανής διαταραχή της σκέψης, η οποία όμως δεν εμποδίζει τη σαφή περιγραφή των τυπικών παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων. Το συναίσθημα είναι συνήθως λιγότερο αμβλύ από τις άλλες ποικιλίες της σχιζοφρένειας, συχνά όμως υπάρχει μικρός βαθμός απροσφορότητας του συναισθήματος, όπως και διαταραχές του συναισθήματος του τύπου της ευερεθιστότητας, απότομων εκρήξεων οργής, φόβου και καχυποψίας. <<αρνητικά>> συμπτώματα, όπως άμβλυση του συναισθήματος και διαταραχή της βούλησης, υπάρχουν συχνά, αλλά δεν κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. [23]

Η πορεία της παρανοειδούς σχιζοφρένειας μπορεί να είναι επεισοδιακή, με μερική ή πλήρη αποδρομή, ή χρόνια. Στις χρόνιες περιπτώσεις, τα έντονα παραγωγικά συμπτώματα επιμένουν επί έτη και είναι δύσκολο να διαχωριστούν διακριτά επεισόδια. Η έναρξη συνήθως συμβαίνει αργότερα, σε σύγκριση με την ηβηφρενική και την κατατονική μορφή της σχιζοφρένειας. [23]

### **1.3.2. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.**

Μορφή σχιζοφρένειας, στην οποία κυριαρχούν οι μεταβολές του συναισθήματος. Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι φευγαλέες και αποσπασματικές. Η συμπεριφορά είναι ανεύθυνη και απρόβλεπτη και οι ιδιοτροπισμοί συχνοί. Το συναίσθημα είναι ρηχό και απρόσφορο και συχνά συνοδεύεται από αναίτιους γέλωτες ή χαμόγελα, που δείχνουν απορρόφηση στον εαυτό ή ικανοποίηση από τον εαυτό, ή από συμπεριφορά που δείχνει υπεροψία, γκριμάτσες, ιδιοτροπισμούς, χονδρά αστεία, υποχονδριακές αιτιάσεις και επαναλαμβανόμενες φράσεις. Η σκέψη είναι αποδιοργανωμένη, με απεραντολογία και ασυναρτησία στην ομιλία. Υπάρχει τάση για μόνωση και η συμπεριφορά φαίνεται χωρίς σκοπό και συναισθήματα. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας συνήθως αρχίζει μεταξύ της ηλικίας των 15 και 25 ετών και συνήθως έχει κακή πρόγνωση λόγω της ταχείας ανάπτυξης <<αρνητικών>> συμπτωμάτων, ιδιαίτερα της επιπέδωσης του συναισθήματος και της αβουλίας.[23]

Επιπλέον, στη κλινική εικόνα συνήθως κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος και της βούλησης και η διαταραχή της σκέψης. μπορεί να υπάρχουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, αλλά συνήθως δεν κυριαρχούν, η ορμή και η αποφασιστικότητα χάνονται και οι στόχοι εγκαταλείπονται έτσι, ώστε χαρακτηριστικά η συμπεριφορά του ασθενούς καθίσταται άσκοπη και χωρίς στόχους. Η επιφανειακή και ιδιότροπη ενασχόληση με τη θρησκεία, με τη φιλοσοφία και με άλλα αφηρημένα θέματα επιτείνουν τη δυσκολία του ακροατή να παρακολουθήσει τους συνειρμούς του ασθενούς. [23]

### **1.3.3. ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.**

Τα βασικά και κύρια χαρακτηριστικά της μορφής αυτής είναι οι έντονες διαταραχές της ψυχοκινητικότητας. Οι διαταραχές αυτές δυνατόν να εναλλάσσονται μεταξύ ακραίων καταστάσεων, όπως η έντονη υπερκινητικότητα και η εμβροντησία, έντονη μείωση της αντίδρασης στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και στην αυθόρμητη κινητικότητα και δραστηριότητα, ή η αυτόματη υπακοή και ο αρνητισμός, εμφανώς άσκοπη

αντίδραση προς όλες τις οδηγίες ή προσπάθειες να κινηθεί ο ασθενής ή εναντιωματικές κινήσεις .[23]

Για λόγους που είναι ελάχιστα κατανοητοί , η κατατονική σχιζοφρένεια σήμερα απαντάται σπάνια στις βιομηχανικές χώρες ,αν και είναι αρκετά συχνή σε άλλες. Τα κατατονικά φαινόμενα μπορεί να συνδυάζονται με ονειροειδή κατάσταση που περιλαμβάνει ζωηρές (θεαματικές) ψευδαισθήσεις. [23]

Είναι βασικό να γνωρίζει κανείς ότι τα κατατονικά συμπτώματα και μόνο δεν επαρκούν για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Κατατονικά συμπτώματα μπορεί επίσης να προκαλούνται από εγκεφαλική νόσο , μεταβολικές διαταραχές ή χρήση οιοπνευματωδών και ναρκωτικών , όπως και να παρατηρούνται στις συναισθηματικές διαταραχές . [23]

#### **1.3.4. ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ ΤΥΠΟΣ.**

Τα άτομα που δεν ανήκουν σε αυτούς τους υποτύπους σχιζοφρένειας ταξινομούνται ως έχοντα αδιαφοροποίητο τύπο σχιζοφρένειας. Τα άτομα αυτά έχουν τα κύρια συμπτώματα της σχιζοφρένειας αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια της παρανοϊκής, αποδιοργανωμένης ή κατατονικής σχιζοφρένειας.[4] [23]

#### **1.3.5. ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ.**

Τα άτομα που έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας αλλά που δεν εκδηλώνουν πια τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής αυτής ανήκουν στον υπολειμματικό τύπο της σχιζοφρένειας. Αν και μπορεί να μην υποφέρουν από παράξενες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις μπορεί να παρουσιάσουν υπολειμματικά συμπτώματα, όπως αρνητικές πεποιθήσεις, ή μπορεί να έχουν ακόμα ασυνήθιστες ιδέες που όμως να μην είναι απόλυτα παραληρητικές. Τα υπολειμματικά συμπτώματα μπορούν να περιλαμβάνουν κοινωνική απόσυρση, περίεργες σκέψεις, έλλειψη δραστηριότητας και επίπεδο συναίσθημα. Όλες οι εκδόσεις του DSM(από το DSM-I έως το DSM-IV ) περιλάμβαναν έναν υπολειμματικό τύπο για να περιγράψουν την κατάσταση των ατόμων που έχουν λιγότερο σοβαρά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με ένα επεισόδιο της σχιζοφρένειας. [4]

Οι έρευνες αποδεικνύουν ότι η παρανοϊκή σχιζοφρένεια μπορεί να έχει ισχυρότερους δεσμούς με την κληρονομικότητα από ό,τι οι άλλες μορφές σχιζοφρένειας και ότι αυτά τα άτομα είναι πιθανό να λειτουργούν καλύτερα πριν και μετά τα επεισόδια σχιζοφρένειας από ό,τι τα άτομα που πάσχουν από άλλους υποτύπους της διαταραχής. [4] [23]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.

Οι μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι τα σχιζοφρενικά σύνδρομα έχουν περιγραφεί σε όλους τους πολιτισμούς , σε όλες τις φυλές και σε όλες τις πολιτισμικές ομάδες. Το επίπεδο σχιζοφρενικής νοσηρότητας τοποθετείται για τους περισσότερους από τους πληθυσμούς που μελετήθηκαν μεταξύ 0,60 και 0,9 %. Πρόκειται για πάθηση που πρωτοεμφανίζεται σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες ( στο 75% των περιπτώσεων εκδηλώνεται μεταξύ 15 και 35 ετών )με ίση συχνότητα στα δυο φύλα. [15]

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας αυξάνεται εδώ και πολλά χρόνια, χωρίς να ανεβρεθεί. Προσδευτικά, όμως έχει γίνει αντιληπτό, ότι πιθανότατα είναι λάθος να αναζητούμε ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα και ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας – όπως και πολλών άλλων ψυχικών και σωματικών διαταραχών - κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Οι έρευνες μέχρι πρόσφατα συνήθως έψαχναν για αίτια με μονοδιάστατο τρόπο- παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, μεταβολικές διαταραχές, νευροχημικές ανωμαλίες, ενδοκρινική δυσλειτουργία κ.τ.λ. – χωρίς επιτυχία. Ήδη, όμως, έχουν σχεδιασθεί νέες ερευνητικές μεθοδολογίες ικανές να εξετάσουν την *αλληλεπίδραση* διαφόρων παραγόντων.

Παρακάτω θα αναφερθούμε μόνο στις πιο συζητημένες αιτιολογικές υποθέσεις της σχιζοφρένειας, που μπορούν να ομαδοποιηθούν σε γενετικές, περιβαλλοντικές και νευροβιολογικές.[1].

#### 2.1.1. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Τα συγγενικά πρόσωπα του ασθενούς έχουν συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό υψηλότερο κίνδυνο νόσησης. Συγκεκριμένα , η συχνότητα της νόσου (0,90% για το γενικό πληθυσμό ) ανέρχεται σε 6 έως 14% για τους βιολογικούς αδελφούς και τους διζυγώτες διδύμους , και σε 50 έως 75% για τους μονοζυγώτες διδύμους. Σε 7 έως 16% για τα παιδιά με ένα σχιζοφρενή γονέα , σε 40 έως 68% για τα παιδιά με δυο σχιζοφρενείς γονείς και σε 5 έως 10% για τους γονείς ενός παιδιού σχιζοφρενούς. Το υψηλό ποσοστό νόσησης των μονοζυγωτών διδύμων είτε ανατράφηκαν μαζί είτε ξεχωριστά , αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός που επιβεβαιώνει την γενετική προέλευση *ορισμένων* σχιζοφρενικών διαταραχών . Ο τύπος γενετικής μεταβίβασης δεν έχει ακόμα ανακαλυφθεί. Εύλογη φαίνεται η υπόθεση ότι υπακούει σε ένα πολυγονιδιακό σύστημα, γεγονός που εξηγεί και την πολυμορφία της νόσου. Επιπλέον, έχει



συζητηθεί ο ρόλος των χρωμοσωματικών ανωμαλιών, δεδομένης της σχετικά υψηλής συχνότητας αυτής της ψυχιατρικής πάθησης σε άτομα που εμφανίζουν σύνδρομο Klinefelter , σύνδρομο Turner ή άλλες καρυωτυπικές ανωμαλίες. [15][16]

## **2.1.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.**

Έγινε δυνατό να τεκμηριωθεί η συσχέτιση ανάμεσα στη σχιζοφρενική νοσηρότητα και σε ορισμένους περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

### **1. Κοινωνικό επίπεδο.**

Πολυάριθμες κοινωνιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η σχιζοφρένεια είναι αναλογικά συχνότερη στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα παρά στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις. Η σημαντική αυτή διαπίστωση ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η σοβαρή αυτή πάθηση των νεαρών ατόμων συνεπάγεται , ευθύς μετά την έναρξή της, βαθμιαία κοινωνική έκπτωση και κατολίσθηση του ατόμου αλλά και της οικογένειας του προς τις κατώτερες κοινωνικό – επαγγελματικές τάξεις. Πράγματι, αν λάβουμε όμως υπόψη μας την κοινωνική κατάσταση του πατέρα κατά την εποχή της γέννησης του μελλοντικού σχιζοφρενούς παρατηρούμε ότι η κατανομή σε κοινωνικές τάξεις δε διαφέρει από αυτή του γενικού πληθυσμού. [15]

### **2. Κοινωνική απομόνωση.**

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες , το υψηλότερο ποσοστό σχιζοφρένειας παρατηρείται στις περισσότερο φτωχές συνοικίες των μεγάλων πόλεων και των προαστίων. Αυτή η κατανομή των σχιζοφρενών οφείλετε αφενός στη διαδικασία κοινωνικού υποβιβασμού, την οποία ο ασθενής αποδέχεται παθητικά , αφετέρου στην ενεργό επιλογή της μοναχικής ζωής από τον ίδιο. Συνεπώς, η κοινωνική απομόνωση είναι περισσότερο συνέπεια παρά αιτία της νόσου. Οι ίδιοι παράγοντες συμβάλλουν στο να μένουν άγαμοι πολλοί σχιζοφρενείς. [15]

### **3. Πιεστικές κοινωνικές συνθήκες.**

Ποικίλες κοινωνικές καταστάσεις , που προκαλούν αναστάτωση , όπως η ανάπτυξη της βιομηχανικής κοινωνίας και της αστυφιλίας , ο πολλαπλασιασμός των κοινωνικών υποχρεώσεων και των ψυχοπνευματικών επιδράσεων , η μετανάστευση και οι γλωσσικές και οικονομικές δυσκολίες, τις οποίες συνεπάγεται αυτή , ο ρατσισμός, έχουν ενοχοποιηθεί ως



ενδεχομένως σχιζοφρενογόνες. Χωρίς να αρνούμαστε τις ψυχολογικές τους επιπτώσεις, πιστεύουμε ότι οι συνθήκες αυτές μάλλον δεν αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Είναι δυνατόν, ωστόσο, να επιταχύνουν τη διαδικασία κοινωνικής αλλοτρίωσης του σχιζοφρενούς. [15]

### 2.1.3.ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ.

- Οι πολιτιστικές επιδράσεις θα πρέπει να μελετηθούν σε **δυο επίπεδα**:
  - **Οι πολιτιστικές συνθήκες ως αιτιολογικός παράγοντας της νόσου.** Στα πλαίσια αυτής της υπόθεσης, το πιο αδιαμφισβήτητο εύρημα της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής ( *psychiatrie transculturelle* ), είναι ότι η, <σχιζοφρενική διεργασία διευκολύνεται τόσο σε γενικό, όσο και σε δυναμικό και δομικό επίπεδο, από τη σύγκληση των επιδράσεων όλων των παραγόντων που συνδέονται με ραγδαίες κοινωνικές μεταβολές.>. Η αναγκαστική εγκατάλειψη του συλλογικού πολιτιστικού προτύπου προς όφελος του ατομισμού και η εκ των έξω επιβαλλόμενη ταχεία αντικατάσταση παραδοσιακών αξιών από άλλα συστήματα ηθικών, οικογενειακών και κοινωνικών αξιών, είναι δυνατόν να αυξήσουν τη συχνότητα της σχιζοφρένειας ανάμεσα σε πολιτιστικές ομάδες που παραδοσιακά λειτουργούσαν βασισμένες στη αρχή ότι το άτομο είναι ενταγμένο σε μια κοινότητα και ανήκει σε αυτήν. Αναμφισβήτητα, οι διαφορές στη σημειολογία της νόσου συνδέονται με τα πολιτιστικά δεδομένα. Τα βασικά συμπτώματα είναι παντού τα ίδια: απόσυρση από τον εξωτερικό κόσμο, διάσχιση, διαταραχές στη διακίνηση του συναισθήματος, παραληρητικές ιδέες. Όμως σε διαφορετικά πολιτιστικά περιβάλλοντα, υπάρχουν διαφορές στη μορφή και στη εξέλιξη της σχιζοφρένειας. Αναφέρουμε, για παράδειγμα, τις μυστικοπαθείς παραληρητικές ενασχολήσεις στις χώρες της χριστιανικής παράδοσης, τη σπουδαιότητα των ψυχοκινητικών διαταραχών στις Ινδίες, στην Αφρική και στη Λατινική Αμερική, τη συχνότητα της αυτοκτονίας στην Ιαπωνία και την προοδευτική τροποποίηση της κλινική εικόνας της νόσου στις χώρες του δυτικού πολιτισμού (ελάττωση των εκπτώτικων μορφών προς όφελος μορφών παραγωγικών, με διαλείπουσα εξέλιξη που αφθονεί η παραληρητική, συναισθηματική ή αγχώδης συμπτωματολογία).[15] [16]
- Για τους οπαδούς του βρετανικής προέλευσης **αντιψυχιατρικού κινήματος**, τα σχιζοφρενικά συμπτώματα εκφράζουν την αντίδραση

ενός νέου ατόμου απέναντι σε μια σειρά από καταπιέσεις και καταστολές που επιβάλλει η κοινωνία μέσα από την οικογένεια. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη , ο σχιζοφρενείς είναι κατά κάποιο τρόπο ένα εξιλαστήριο θύμα των αντιφάσεων της κοινωνίας των συγκρούσεων, τις οποίες αυτή φορτώνει επάνω του. Η κοινωνία, για να επιβεβαιώσει τη φυσιολογικότητά της , δημιουργεί την τρέλα. Αν και συχνά υπερβολική, μια τέτοια προσέγγιση είναι ωστόσο ενδιαφέρουσα , γιατί υπογραμμίζει τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει την τρέλα, γεγονός που έχει καθοριστική σημασία για την θεραπευτική διαδικασία που θα επιλεγεί και θα εφαρμοσθεί. [15]

#### 2.1.4. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.

Πολυάριθμες έρευνες επιχείρησαν να επισημάνουν ένα ειδικό βιολογικό στίγμα , χαρακτηριστικό της νόσου, το οποίο να επιτρέπει τη διαφοροποίηση του σχιζοφρενούς από το νευρωσικό ή από το φυσιολογικό άτομο. Οι έρευνες αυτές που έχουν συνήθως ως αφετηρία κάποιες θεωρητικές υποθέσεις , έχουν καταλήξει προς το παρόν σε αποτελέσματα αποσπασματικά , συχνά αντιφατικά και πάντως μη ειδικά για τη νόσο. Με δεδομένο ότι ορισμένες από τις βιολογικές διαταραχές που παρατηρούνται είναι δυνατό να θεωρηθούν δευτερογενείς , μένει ακόμα άλυτο το πρόβλημα της αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικών , βιοχημικών , φυσιολογικών και ψυχοδυναμικών παραγόντων. [15]

- Από τις πρόσφατες **βιολογικές προσεγγίσεις** της σχιζοφρένειας, θα αναφέρουμε τις ακόλουθες :
  - Οι περισσότερες **βιοχημικές μελέτες** προσανατολίστηκαν προς την αναζήτηση μιας χημικής διαταραχής υπεύθυνης για την παραγωγή ενός τοξικού μεταβολίτη, ικανού να διαταράξει τη ψυχονοητική λειτουργία. Σε αυτά τα πλαίσια, ο Osmond πρότεινε το 1952 τη υπόθεση της διαμεθυλίωσης των κατεχολαμινών, ως αίτιο για την παραγωγή μεταβολιτών η χημική δομή των οποίων, συγγενής με αυτή της μεσκαλίνης, θα ήταν δυνατό να έχει ψευδαισθησιογόνο δράση. Η χρωμογραφική ανίχνευση στα ούρα των σχιζοφρενών της διμεθοξυφαινυλαιθυλαμίνης (D.M.P.E.A.) σε μορφή <πορφυρής κηλίδας> αποδείχθηκε ότι δεν αποτελεί ειδικό εύρημα της νόσου και η υπόθεση καταρρίφθηκε από τον Kety και τους Delay και συν. Η απομόνωση από τον Heath (1954) μη φυσιολογικών πρωτεϊνών (ταραξείνη ) στο πλάσμα των σχιζοφρενών δεν επιβεβαιώθηκε στη συνέχεια. Μια από τις πρόσφατες υποθέσεις ( που έγινε ωστόσο αντικείμενο εύστοχων κριτικών παρατηρήσεων) είναι αυτή που διατυπώθηκε από τους Stein και Wise (1971-1973), σύμφωνα με τους οποίους μια διατάραξη του εγκεφαλικού ντοπαμινεργικού συστήματος

οδηγεί στο σχηματισμό της τοξικής 6- υδροξύντοπαμίνης, ουσίας ικανής να προκαλέσει ανωμαλίες στη λειτουργία του κατεχολαμινεργικού συστήματος. Πάντως τα μέχρι τώρα αποτελέσματα αυτών των ερευνών , δεν μας επιτρέπουν να θεωρήσουμε καμία υπόθεση ικανή να εξηγήσει τις διαταραχές που παρατηρούμε στους σχιζοφρενείς. [15]

- **Οι φαρμακολογικές έρευνες** βασίζονται στις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και στις φαρμακευτικές ψυχώσεις ( και ιδιαίτερα τις ψυχώσεις που οφείλονται στη λείπει ουσιών που προκαλούν διαταραχές της αντίληψης , όπως το L.S.D. 25 , η μεσκαλίνη , τα ψευδαισθησιογόνα με δομή με παρόμοια με αυτή των εγκεφαλικών μονοαμινών ).οι νευροφυσιολογικές και βιοχημικές διαταραχές που εμφανίζονται μετά από χορήγηση ψευδαισθησιογόνων είναι δυνατό να συγκριθούν , απλώς, με αυτές που παρατηρούνται σε ορισμένες σχιζοφρένεις.
- **Οι μελέτες στατιστικής φασματικής ανάλυσης του ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος** επιτρέπουν την υπόθεση ότι <μια λειτουργική ιδιομορφία στη σχέση του κυρίαρχου ημισφαιρίου που "αποφασίζει" ,με το ημισφαίριο που "προτείνει" ,ενδέχεται να ανάπτυξη της σχιζοφρενικής ψύχωσης>.[15][16]
- **Οι μελέτες του κύκλου εγρήγορση –ύπνος** ,που βασίζονται και αυτές στην ηλεκτροεγκεφαλογραφία, τείνουν να αποδείξουν ότι η εγρήγορση , ο ύπνος βραδέων κυμάτων ( μη R.E.M. ύπνος ) και ο παράδοξος ύπνος (R.E.M. ύπνος ή ύπνος των ταχειών οφθαλμικών κινήσεων ) παρουσιάζουν σημαντική αποδιοργάνωση στους σχιζοφρενείς. [15]
- **Η συσχέτιση της σχιζοφρένειας με το σωματότυπο**, δεν έχει αμφισβητηθεί έντονα. Μετά τις εργασίες του Kretschmer (1921), έχει γίνει αποδεκτό ότι συχνά η σχιζοφρένεια συνδυάζεται με το λεπτόσωμο μορφολογικό τύπο , ο οποίος χαρακτηρίζεται από σωματική διάπλαση επιμήκη και λεπτή, περιορισμένη μυϊκή ανάπτυξη , αργές και παρατεταμένες νευροφυτικές αντιδράσεις. Ο σωματότυπος αυτός , αντιδιαστέλλεται από τον πυκνικό σωματότυπο ( ο οποίος παρατηρείται στη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση ), συνδυάζεται δε συχνά με το <σχιζοθυμικό > ψυχολογικό τύπο , ο οποίος χαρακτηρίζεται από εσωστρέφεια. Αυτός ο τύπος θεωρείται επιρρεπής σε μια περισσότερο παθολογική κατάσταση , τη σχιζοειδία (schizoidie). Ορισμένοι σχιζοφρενείς παρουσιάζουν πράγματι σχιζοειδική προσωπικότητα πριν από την εκδήλωση των νοσηρών συμπτωμάτων . Ωστόσο, ενώ ο σχιζοειδής τύπος χαρακτηρίζεται από συγκρατημένη υπερευαισθησία , έντονη ψυχρότητα και τάσεις απομόνωσης από το υπόλοιπο κόσμο, ο σχιζοφρενείς βιώνει τη διάσχιση στον εσωτερικό ψυχικό του κόσμο : η τομή γίνεται μέσα του.[15]

- **Υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις σχιζοφρένειες και τις αλλεργικές παθήσεις.** Αυτό αποδείχθηκε από διάφορες έρευνες σε ασυλικό περιβάλλον και επιβεβαιώθηκε από πειραματικές μελέτες , που πιστοποιούν μια διαταραχή της ικανότητας ανοσολογικής αντίδρασης των σχιζοφρενών. Η ικανότητα αυτή διαταράσσεται και δευτερογενώς απ την αγωγή με νευροληπτικά, τα οποία λαμβάνουν χρονίως οι ασθενείς αυτοί. [15]

### 2.1.5. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .

- **Ο ρόλος της οικογένειας** στη γένεση της σχιζοφρένειας μελετήθηκε από πολύ νωρίς μια και το πρότυπο ανάπτυξης της προσωπικότητας που πρότεινε η φρουδική μεταψυχολογία πρόσφερε ένα ιδιαίτερα σημαντικό εννοιολογικό εργαλείο για την προσέγγιση και κατανόηση της σχιζοφρενικής παλινδρόμησης. Η παλινδρόμηση αυτή δεν πρέπει να θεωρείται , ως ένα ομοιογενές φαινόμενο επιστροφής στο στάδιο του πρωτογενούς ναρκισσισμού. Πρόκειται μάλλον για μία πολύπλοκη οπισθοδρομική τροχιά. Στο πέρασμα της συμπαρασύρει στοιχεία από την οιδιπόδεια και προοιδιπόδεια φάση ανάπτυξης , τα οποία αναδύθηκαν στην επιφάνεια κατά την εξέλιξη της διασχιστικής διεργασίας. Το οικογενειακό περιβάλλον είναι ο κατ' εξοχήν χώρος, όπου σε πολύ πρώιμα στάδια αναπτύσσονται οι πρώτες διαπροσωπικές σχέσεις ( οι λεγόμενες αντικειμενοτρόπες σχέσεις ,relations dites d'objet ) σε συνθήκες πλήρους εξάρτησης και έντονης ανάγκης για ασφάλεια. Η προοδευτική εξατομίκευση της προσωπικότητας , ή προσωποπλασία (personnation) κατά το Racamier πραγματοποιείται κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής σύμφωνα με την εξής διαδικασία : το παιδί συνειδητοποιεί το ενδιαφέρον και την αγάπη που τρέφουν για αυτό οι γονείς του , όχι επειδή είναι υποχρεωμένοι , αλλά επειδή το θέλουν. Αυτή η συνειδητοποίηση ωθεί το παιδί στο να προσδώσει ιδιαίτερα θετική αξία στον εαυτό του ως αντικείμενο αγάπης. Η ατμόσφαιρα ικανοποίησης και συναισθηματικής ασφάλειας επιτρέπει τη ενδοβολή του εξωτερικού κόσμου, δηλαδή στη συγκεκριμένη περίπτωση , τη διάπλαση του Εγώ μέσα από την αφομοίωση των διαθέσεων ,των αισθημάτων και των λεκτικών συμβόλων που εκπορεύονται από τη μητέρα. Αν η γονεϊκή και ιδιαίτερα η μητρική στάση δεν είναι η πρέπει , το σύνολο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων του παιδιού θα υποστεί μια από καταβολής διαστρέβλωση, εξαιτίας των ματαιώσεων και των συναισθηματικών στερήσεων, ή ακόμα και της διαστροφής των συναισθημάτων. [15]
- Σύμφωνα με ορισμένες υποθέσεις , οι γονείς των σχιζοφρενών είναι ανίκανοι να παράσχουν στο παιδί τους μια σταθερή και εναρμονισμένη

συναισθηματική σχέση και μάλιστα σε μία φάση , κατά την οποία η σχέση αυτή είναι τόσο απαραίτητη για να διασφαλισθεί η αρμονική διάπλαση της προσωπικότητας. Έχουν γίνει πολυάριθμες και συστηματικές έρευνες στο οικογενειακό περιβάλλον των σχιζοφρενών. Θα αναφέρουμε τις ακόλουθες καταστάσεις (εξαιρώντας την αρκετά συχνή περίπτωση της ύπαρξης έκδηλων ψυχονοητικών ανωμαλιών σε έναν από τους δυο γονείς) :

- Οι γονείς είναι συνήθως **καλά προσαρμοσμένοι στις ισχύουσες κοινωνικές επιταγές** και έχουν μια μόνιμη ανάγκη να επιδεικνύουν τον υπερβάλλοντα κομπορμισμό τους. Οι κοινωνικές τους σχέσεις είναι συχνά πολύ περιορισμένες.

- **Οι γονείς δίνουν συχνά την εντύπωση ότι επωμίζονται με δυσκολία το γονεϊκό ρόλο :**

Ο πατέρας είναι συχνά απών ή παθητικός και παραιτημένος . όταν αποφασίσει να χρησιμοποιήσει το κύρος και την εξουσία του ρόλου του, το κάνει με ακαμψία και δογματισμό.

Η μητέρα εμφανίζει συνήθως μεγαλύτερη ποικιλία στη συμπεριφορά της. Συνδυάζει την αγχώδη δεσποτική υπερπροστασία με παράδοξες εκδηλώσεις απόρριψης και αδιαφορίας. Μερικές φορές προσπαθεί να σαγηνεύσει το γιο της , ενώ φέρεται με επιθετικότητα και υπερβολικό αυταρχισμό προς την κόρη της.

Το γονεϊκό ζεύγος είναι φαινομενικά σταθερό (τα διαζύγια δεν είναι συχνά στους γονείς των σχιζοφρενών ). Πίσω όμως από αυτή τη συνοχή , συχνά συναντάμε συναισθηματικές σχέσεις διαφορούμενες , όπου συνυπάρχουν η εχθρότητα , ο φόβος και η περιφρόνηση του/ της συζύγου. Οι αντιθέσεις είναι μάλλον σιωπηρές και υποβόσκουσες, παρά λεκτικά διατυπωμένες και έμπρακτες .[15][16]

Ο H.Weakland πρότεινε , υπό την ονομασία υπόθεση του διπλού δεσμού (double – bind hypothesis ), τον οποίο ορισμένοι προτιμούν να χαρακτηρίζουν ως <διπλό καταναγκασμό > (double contrainte) , μια ενδιαφέρουσα θεωρία για την επικοινωνία μητέρας – σχιζοφρενούς παιδιού : Η μητέρα εκπέμπει διαρκώς προς το παιδί της μηνύματα , τα οποία είναι φορείς αντιφατικών πληροφοριών από τις οποίες καθεμία συνιστά αναίρεση της άλλης. Σε αυτά τα μηνύματα το παιδί δεν είναι δυνατό να απαντήσει παρά κατά τρόπο απρόσφορο, αρνούμενο τη μια από τις δυο σημασίες του μηνύματος ( ένα κλασικό παράδειγμα είναι το εξής : <είσαι ένα τέρας , μόνο η μαμά μπορεί και σε αγαπάει>). Στα πλαίσια μιας κάπως διαφορετικής θεώρησης, ο Wynne βασιζόμενος στην ανάλυση των αποτελεσμάτων προβλητικών δοκιμασιών , στις οποίες υπέβαλε τα μέλη πολυάριθμων οικογενειών περιέγραψε την

ποιότητα των ενδοοικογενειακών αλληλεπιδράσεων. Η βασική του ιδέα είναι ότι οι γονείς των σχιζοφρενών δεν έχουν την ικανότητα να ρυθμίζουν καλά τις συγκινησιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις τους. Δεν ελέγχουν τα συναισθήματά τους και οι σχέσεις τους με τους άλλους, με τα αντικείμενα και με τα γεγονότα, ταλαντεύονται από την εντυπωσιακή αδιαφορία ως την υπέρμετρη εμπλοκή. Κατά συνέπεια, η οικογενειακή ομάδα λειτουργεί στη βάση ενός ιδιότυπου αμυντικού συστήματος το οποίο είναι δυνατό να περιγραφεί με τους όρους <ψευδοαμοιβαιοτητα> (pseudo-mutualite) και <ψευδοεχθρότητα> (pseudo-hostilite). Τόσο η μια όσο και η άλλη κατάσταση αποτελούν έκφραση της προσπάθειας για εξουδετέρωση των εχθρικών και των καταστροφικών ενορμήσεων, κάτω από μια φαινομενική αρμονία και ομόνοια. Αυτός ο τύπος ενδοοικογενειακών ψυχοσυναλλαγών θεωρείται ότι συμβάλλει στην απομόνωση του παιδιού, στη αναδίπλωση του στον εαυτό του και τελικά στην αποκοπή του από τον εξωτερικό κόσμο.[15]

- **Πριν θεωρήσουμε αυτές τις οικογενειακές διαταραχές καθοριστικές** για την έκλυση της ψύχωσης, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας, τις αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, τις οποίες οι γονείς των σχιζοφρενών (και ιδιαίτερα οι μητέρες), προκαλούν στους ιατρούς και στους ψυχιάτρους. Οι αντιδράσεις αυτές συχνά οφείλονται σε προκαταλήψεις. Επίσης πρέπει να λάβουμε υπόψη για τις επιπτώσεις και τους βαθύτατους ανασχηματισμούς που επιφέρει στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, η εμφάνιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων σε κάποιο από τα μέλη της.[15]

Με δεδομένα το σύνολο αυτών των θεωρήσεων και το παρόν επίπεδο των γνώσεων μας, θα πρέπει να απορρίψουμε όλες τις υποθέσεις που εκφράζουν μονιστικές αντιλήψεις για την αιτιολογία και την παθογένεια της σχιζοφρένειας. Το κυριότερο μειονέκτημα τους είναι ότι επιμένουν στην περιοριστική άποψη ότι η ασθένεια αυτή οφείλεται σε ένα και μοναδικό αίτιο. Τίποτα δεν αποδεικνύει προς το παρόν ότι κάποια μεταβολική δυσλειτουργία προκαλεί κατά τρόπο απλό και γραμμικό το σύνδρομο της σχιζοφρενικής διάσχισης. Και αντίστροφα, οι αμιγείς ψυχογενετικές απόψεις που προϋποθέτουν τη σχιζοφρενογόνο επενέργεια της οικογένειας ή της αλλοτριωτικής κοινωνίας, δεν είναι περισσότερο πειστικές. Παρατηρήσεις αποδεικνύουν, βέβαια, ότι οι ασυνείδητες τάσεις ορισμένων γονέων έχουν καταστροφικό χαρακτήρα για το παιδί. Αλλά, οι παθογόνοι οικογενειακοί και κοινωνικοί αστερισμοί, είναι, αρκετά συχνό και παρατηρούνται δε και σε μη σχιζοφρενή άτομα, όπως π.χ. στους αδελφούς των ασθενών. Έτσι, η μόνη δυνατή στάση απέναντι στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας είναι ο εκλεκτισμός, δηλαδή η κατά περίπτωση εκτίμηση, στα

πλαίσια μιας αντίληψης που βασίζεται στον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα και στην κυκλικότητα των αιτιών. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη , η σχιζοφρένεια μπορεί να θεωρηθεί ως <σύνδρομο κλινικά αυτόνομο με δική του εξελικτική δύναμη , το οποίο οφείλεται σε διάφορους παράγοντες : βιολογικούς (κληρονομικούς, επίκτητους ) και ψυχογενετικούς. Στους ψυχογενετικούς παράγοντες, επίσης, περιλαμβάνονται οι ιδιομορφίες κατά την ανάπτυξη της προνοσηρής προσωπικότητας, καθώς και οι διαταραχές των σχέσεων στο περιβάλλον, μέσα στο οποίο μεγαλώνει και ζει ο μελλοντικός άρρωστος. [16]

## 2.2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.

Η ψυχιατρική εξέταση δε διεξάγεται σύμφωνα με κάποιο μοναδικό , συγκεκριμένο , τυποποιημένο τρόπο. Κάθε θεράπων ιατρός εισάγει υποκειμενικά στοιχεία στην εξέταση.

Η ιδιομορφία της προσέγγισης του ψυχικά αρρώστου έγκειται στο γεγονός ότι ο εξεταστής εμπλέκεται σε μια διαπροσωπική σχέση , η οποία δεν μοιάζει με τις συνηθισμένες σχέσεις ιατρού-ασθενούς. Το διαμεσολαβητικό στοιχείο στην ψυχιατρική εξέταση είναι κυρίως ο προφορικός λόγος. Αυτό υποχρεώνει τον εξεταστή να δημιουργήσει συνθήκες κατάλληλες , για μία ελεύθερη , μη κατευθυνόμενη συνομιλία , οι οποίες να επιτρέπουν στον άρρωστο να εκφράσει αυθόρμητα αυτό που σκέφτεται ,αυτό που αισθάνεται , αυτό που επιθυμεί. Το στοιχείο της ακρόασης έχει λοιπόν προτεραιότητα , όμως δεν θα πρέπει ποτέ να αποβαίνει σε βάρος ούτε της παρατήρησης (της μιμικής , των χειρονομιών, της συμπεριφοράς )ούτε της *ιατρικής εξέτασης* με την κλασική έννοια του όρου. [10]

## ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ.

Η εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης, του ασθενούς με το θεράποντα ιατρό ή μερικές φορές και με τον ψυχιατρικό κλάδο στο σύνολό του , εξαρτάται συχνά από την πρώτη συνέντευξη .

Δεν υπάρχει συνταγή για τη διεξαγωγή της ψυχιατρικής συνέντευξης . είναι θέμα κοινής λογικής, ωριμότητας και πείρας του θεραπευτή.

➤ **Το πλαίσιο** μέσα στο οποίο διεξάγεται η συνέντευξη έχει αρκετή σημασία:

- **Στο νοσοκομείο, στο δημόσιο ιατρείο:** Πριν από την ιατρική επίσκεψη απαιτούνται μερικές φορές περίπλοκες διοικητικές διατυπώσεις ή μακροχρόνια αναμονή . οι συνθήκες αυτές μπορεί να επιτείνουν το άγχος ή να ευνοήσουν την επιθετικότητα.

- **Στο ιατρείο του θεράποντος ιατρού:** Το πλαίσιο είναι λιγότερο απρόσωπο , οι συναντήσεις ορίζονται με περισσότερη ακρίβεια και λείπουν οι διοικητικές διαδικασίες, γεγονός που μετριάζει τις δυσχέρειες.
  - **Η επίσκεψη στο σπίτι :** συμβαίνει σπάνια κατά την πρώτη ψυχιατρική εξέταση , και , όταν ζητείται υποδηλώνει επείγων περιστατικό. Είναι απαραίτητο να ενημερωθεί ο άρρωστος για την ιδιότητα του ιατρού που τον επισκέπτεται . Στον ιατρό μπορεί να φανεί χρήσιμο σε αυτήν την ιδιαίτερη περίπτωση , να προσφύγει αρχικά σε απλές και κοινότυπες ιατρικές πράξεις ( μέτρηση του σφυγμού ή της αρτηριακής πίεσης ). Έτσι εισάγεται μια ιατρική διάσταση και μπορεί να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης σε διεγερτικούς , επιθετικούς ή αγχομένους αρρώστους.[10][28]
- Είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη , από πού προέρχεται **το αίτημα** για ψυχιατρική εξέταση:
- Αυτό μπορεί να προέρχεται από **τον ίδιο τον άρρωστο** ο οποίος επιθυμώντας να εξεταστεί ,απευθύνεται στον ειδικό ή στη νοσηλευτική μονάδα που του υπέδειξαν ή στη μονάδα του γεωγραφικού του τομέα. Παρόλο που σε αυτήν την περίπτωση η συνεργασία είναι συνήθως δεδομένη , δεν αποκλείεται η ύπαρξη ενός βαθμού δέους. Θα παρατηρήσουμε εδώ ότι η ψυχική πάθηση, χάρη στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέσων και στη φιλελευθεροποίηση των συνθηκών νοσηλείας , έχει πάψει να χαρακτηρίζεται ως νόσος που προκαλεί ντροπή και στιγματίζει τον πάσχοντα κι έτσι οι οικειοθελείς αιτήσεις για εξέταση είναι σήμερα συχνές. Άλλωστε , μερικά άτομα περιμένουν από τους οικείους τους ή από τον οικογενειακό ιατρό να τους το προτείνουν, προκειμένου να απευθυνθούν σε ψυχίατρο.
  - Σε άλλες περιπτώσεις , όταν το άτομο δεν παραδέχεται ότι είναι άρρωστο , όταν η προοπτική της ψυχιατρικής επίσκεψης του φαίνεται εξευτελιστική και ταπεινωτική , ή όταν το αίτημα για εξέταση εκφράζεται από έναν τρίτο (γεγονός που υποδεικνύει ότι εκτός από την ασθένεια υπάρχει και σύγκρουση σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων ) , έχει ακόμα μεγαλύτερη σημασία ο ψυχίατρος να φερθεί και να μιλήσει ως ουδέτερος και ανεξάρτητος συνομιλητής κι όχι ως κριτής, ηθικός τιμητής ή σύμμαχος με το περιβάλλον .
  - Τέλος το αίτημα μπορεί να διατυπωθεί **από την κοινωνία** είτε γιατί αυτή αισθάνεται ότι απειλείται , μετά από μια αξιόποινη πράξη με ιατροδικαστικές συνέπειες είτε γιατί θεωρεί ότι ορισμένοι ασθενείς είναι επικίνδυνοι για τον εαυτό τους ή για τους άλλους. Ο ψυχίατρος που επιφορτίζεται με την εξέταση , θα αντιμετωπίσει την επιφυλακτικότητα , την εχθρότητα ή ακόμα και



την επιθετικότητα του ασθενούς και θα πρέπει να διαφοροποιηθεί από το ρόλο που του επιβάλλει η κοινωνία προκειμένου να διεξαγάγει ελεύθερα την εξέταση.[21]

- **Στόχος** της πρώτης ψυχιατρικής εξέτασης είναι να εξασφαλιστεί κατ' αρχήν μια καλή σχέση και στη συνέχεια να συλλεχθούν όσο το δυνατό πληρέστερες πληροφορίες. Είναι επομένως αναγκαίο να παρασχεθούν στη δυάδα ιατρού-ασθενούς οι καλύτερες δυνατές συνθήκες.
  - Είναι προτιμότερο ο ιατρός να μείνει **μόνος με τον άρρωστο** αποφεύγοντας την , έστω και διακριτική , παρουσία ενός τρίτου . τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου, που τυχόν τον συνοδεύουν, θα γίνουν δεκτά χωριστά .
  - **Οι σημειώσεις και η καταγραφή λέξεων ή προτάσεων του ασθενούς είναι συχνά χρήσιμες, αλλά παρενοχλούν την αυθόρμητη ομιλία.** Αφού τελειώσει η συνέντευξη , θα καταγραφούν όσο πιο πιστά γίνεται. [10]

### **ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ.**

Η καλοπροαίρετη ακρόαση εξασφαλίζει κλίμα εμπιστοσύνης και φανερώνει το ενδιαφέρον για τα προβλήματα του αρρώστου. Η μη παρεμβατική και η μη καθοδηγητική στάση του εξεταστή δεν πρέπει να συγγέεται με τη σιωπηλή στάση του ψυχαναλυτή, η οποία λειτουργεί διαφορετικά κατά τη διάρκεια της ψυχαναλυτικής αγωγής. Η ουδετερότητα του ψυχιάτρου , κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής εξέτασης , του επιτρέπει να ελέγχει τις συγκινήσεις του , τα συναισθήματά του , τις ηθικές του αξιολογήσεις που συχνά αναμοχλεύονται και τίθενται σε δοκιμασία. Παράλληλα με αυτόν τον τρόπο διαφυλάσσεται και η αυθεντικότητα του λόγου του ασθενούς.[28]

- **Στην αρχή** ο εξεταστής πρέπει να καθορίσει τη σημασία και το στο της συνέντευξης καθώς και τα μέσα που θα χρησιμοποιήσει . ο ασθενείς καλείται να μιλήσει ελεύθερα για αυτό που τον βασανίζει , για τα αίτια της επίσκεψης , αλλά και για το παρελθόν του , για τα γεγονότα που σημάδεψαν τη ζωή του , για την παιδική του ηλικία και γενικά για ότι απασχολεί τη σκέψη του .[28]
- Έτσι **σε μια πρώτη φάση** αφήνεται στον άρρωστο η πρωτοβουλία να εκφραστεί ελεύθερα. Όταν ο λόγος του εξαντλείται, όταν εγκαθίσταται μια σιωπή γεμάτη άγχος ,τότε θα πρέπει να δοθεί νέα ώθηση στη συνέντευξη με την επανάληψη φράσεων ή λέξεων του ασθενούς, που διατυπώθηκαν με συναισθηματική φόρτιση , ενδεικτική της σπουδαιότητας που είχαν για αυτόν. [28]

- Σε μια δεύτερη φάση, προκειμένου να συμπληρωθεί η σημειολογική διερεύνηση και το ιστορικό, οι παρεμβάσεις του εξεταστή γίνονται πιο συχνές. Αυτός πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη δυναμική της σχέσεις που έχει ήδη δημιουργηθεί και να φροντίζει, ώστε ο μεθοδικός χαρακτήρας της διερεύνησης να μην μετατρέψει τη συνέντευξη σε αστυνομική ανάκριση. Η εξέλιξη της συνέντευξης ακολουθεί μεν ένα σχετικά συγκροτημένο σχεδιάγραμμα , θα πρέπει όμως να παραμένει ευέλικτη , έτσι ώστε να προσαρμόζεται στις ιδιαιτερότητες της κάθε συγκεκριμένης περίπτωσης. [28]
- Από την πρώτη συνέντευξη είναι απαραίτητο να προκύπτουν συγκεκριμένα στοιχεία για το παρελθόν και το παρόν του ατόμου , για τις συγκρουσιακές καταστάσεις που συνάντησε και για τον τρόπο που τις αντιμετώπιζε , τις διευθετούσε ή συμβιβαζόταν με αυτές. Σε ένα άλλο επίπεδο , είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί η ποιότητα των διαδικασιών στοχασμού και ενδοσκόπησης (insight , introspection ) και η ικανότητα να εκφράζονται με λόγια , οι διάφορες επιθυμίες καθώς και η δευτερογενής τους επεξεργασία (elaborations secondaires ) . σε αυτή τη λειτουργία «νοητικοποίηση» (activite de mentalisation ) , υπεισέρχονται και οι ικανότητες απεικόνισης, γενίκευσης και αφαίρεσης. [28]

Θα αξιολογήσουμε:

➤ **Τα συμπτώματα:**

- **Αυτά που εκφράζονται αυθόρμητα** (άγχος, κατάθλιψη, ανορεξία, αϋπνία, σεξουαλικές διαταραχές,) παίρνοντας υπόψη τον τρόπο που εμφανίστηκαν , τη διάρκεια τους , τη σημασία που τους αποδίδει ο ασθενής, τα αίτια που κατά τη γνώμη του τα προκάλεσαν.
- **Αυτά που διαπιστώνονται** στη διάρκεια της εξέτασης :διέγερση και ανησυχία, ανώμαλες μιμικές κινήσεις και στάσεις του σώματος, συγκινησιακές αντιδράσεις, διαταραχές του λόγου , αλλοιώσεις της διανοητικής λειτουργίας.
- **Το οικογενειακό ιστορικό** , που είναι σημαντικό για δυο λόγους :
  1. για την αναζήτηση **κληρονομικής επιβάρυνσης και γενετικής μεταβίβασης** .
  2. για τον εντοπισμό **εξαρτημένων τύπων συμπεριφοράς του ασθενούς που έχουν διαμορφωθεί από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος.**

Η σύνθεση της οικογένειας , η δυναμική της λειτουργίας της (συχνά δύσκολο να κατανοηθεί με την πρώτη προσέγγιση), οι κοινωνικά-οικονομικές και πολιτιστικές της καταβολές , είναι στοιχεία εξίσου σημαντικά με το ιστορικό. Θα πρέπει να αναζητηθεί η ύπαρξη αυτοκτονιών, ολιγοφρένειας, εκφυλιστικών παθήσεων του νευρικού συστήματος , αλκοολισμού, εγκλεισμού

ή δικαστικών διώξεων. Θα πρέπει πάντα να εξακριβώνεται αν η κληρονομική επιβάρυνση είναι κάθετη ή πλάγια. [24]

➤ **Το προσωπικό αναμνηστικό του ατόμου που περιλαμβάνει:**

**1. βιογραφικά στοιχεία για την παιδική του ηλικία :**

- Κύηση επιθυμητή ή μη , φυσιολογική ή παθολογική.
- Τραυματισμός κατά τον τοκετό (χρόνος μέχρι την ανάνηψη)
- Τα κυριότερα στάδια της ψυχοκινητικής του εξέλιξης.
- Συναισθηματικές συνθήκες του περιβάλλοντος , ποιότητα της ηθικής, θρησκευτικής και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.
- Τυχόν ανάθεση της ανατροφής του ασθενούς κατά την παιδική ηλικία σε τροφούς ή παππούδες , η διάρκεια της και οι ψυχολογικές της επιπτώσεις.
- Στοιχεία εθνικά ,γεωγραφικά ή γλωσσολογικά για το περιβάλλον της καταγωγής ( μετανάστευση , μετατοπίσεις).

**2. τη σχολική ζωή, την πορεία της , την ποιότητα της προσαρμογής (αποβολές , φυγές).**

**3. την επαγγελματική κατάρτιση, τη διάρκειά της , το βαθμό εξειδίκευσης.**

**4. την παρουσία κοινωνικό-οικονομική κατάσταση:** το επάγγελμα είναι πηγή ικανοποίησης ή βιώνεται αδιάφορα? Η επαγγελματική προσαρμογή υπήρξε σταθερή ή συνοδεύτηκε από απολύσεις , και αν ναι, ποιες ήταν οι αιτίες τους? Οι αναρρωτικές άδειες ή τα ατυχήματα ήταν πολλά σε αριθμό?

**5. την εξέλιξη της συναισθηματικής και σεξουαλικής ζωής.** Αυτή αντικατοπτρίζει την ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη. Τα ζητήματα αυτά πρέπει να εξετάζονται με λεπτότητα και να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η ενόχληση που μπορεί να προκαλέσει η ανακίνηση αυτών των θεμάτων. Είναι σημαντικό να εξακριβωθεί η σεξουαλική αγωγή, τα τραύματα, η επίδραση της εφηβείας , του αυνανισμού , των πρώτων σεξουαλικών σχέσεων , των σεξουαλικών διαταραχών (ανικανότητα , πρόωμη εκσπερμάτωση , ψυχρότητα, δυσπαρευνία), οι σεξουαλικές διαστροφές, οι εγκυμοσύνες και η εξέλιξη τους, οι αμβλώσεις, η ηλικία της εμμηνόπαυσης και οι σωματο-ψυχικές της επιπτώσεις. [24]

**6. είναι απαραίτητο να υπάρξουν πληροφορίες σχετικά με:**

- Το γάμο , τους χωρισμούς , τους δεσμούς , το υπάρχον διαζύγιο.
- Την οικογενειακή ζωή, το βαθμό αυτονομίας των συζύγων , τις αντιδράσεις αντιπαλότητας και τα αίτια τους .

- Τις σχέσεις με τα παιδιά (και /ή με τους γονείς), την ποιότητα του συναισθήματος που έχει επενδυθεί στους οικογενειακούς δεσμούς.
  - Τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα :καλλιτεχνικές ενασχολήσεις , πολιτικές, συνδικαλιστικές ή θρησκευτικές δραστηριότητες, διάβασμα, αθλητισμός , θεάματα.
  - Τις φιλικές και επαγγελματικές σχέσεις.
7. **η παρουσία συναισθηματικού τραύματος** (πένθος , εγκατάλειψη συναισθηματικός αποχωρισμός, απομάκρυνση ή γάμος παιδιού) ή **μεταβολών στις συνθήκες ζωής** (μετακόμιση, μετανάστευση , απόλαυση , ανεργία, συνταξιοδότηση )πρέπει να ερευνώνται συστηματικά.
8. η συλλογή των στοιχείων που θα συνθέσουν την ψυχοκοινωνική φυσιογνωμία του ατόμου πρέπει να περιλαμβάνει και **την αναζήτηση προηγούμενων ψυχιατρικών προβλημάτων** που ενδεχομένως δε χρειάστηκαν την παρέμβαση ψυχιάτρου (καταθλιπτική συνδρομή , αγχώδεις εκδηλώσεις με σωματικά συμπτώματα ). Θα πρέπει να προσδιοριστούν οι **προγενέστερες διαταραχές**, όπως τραυματισμοί , αλκοολισμός , τοξικομανία , ενδοκρινολογικές διαταραχές , επιληπτικές κρίσεις , ψυχοσωματικά νοσήματα, αλλεργίες, χειρουργικές επεμβάσεις.
9. Το ιστορικό θα συμπληρωθεί **με τις πληροφορίες που θα δοθούν από την οικογένεια**, οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές, όταν η κατάσταση του αρρώστου εμποδίζει τη συλλογή των βιογραφικών στοιχείων ή των στοιχείων του ιστορικού που αφορούν τη σωματική του κατάσταση (άρρωστοι συγχυτικοί ή ανοικοί ). Στις περιπτώσεις σύγχυσης ή άνοιας , ο βαθμός προσβολής των νοητικών λειτουργιών ( νοημοσύνη, μνήμη, προσανατολισμός στο χώρο και στο χρόνο ), όταν μάλιστα συνδυάζεται με επιβάρυνση της γενικής κατάστασης , τοποθετεί γρήγορα το πρόβλημα σε εντελώς διαφορετικό επίπεδο , οπότε επιβάλετε να δοθεί προτεραιότητα στη σωματική εξέταση.[24]

## ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

Στα πλαίσια της ψυχιατρικής εξέτασης δεν πρέπει να παραλείπεται η φυσική εξέταση, ούτε να υποτιμάται η σημασία της. Πρέπει οπωσδήποτε να βεβαιωθούμε για την απουσία σωματικής πάθησης, ικανής να προκαλέσει ψυχικές διαταραχές. Πλήθος ενδοκρινικών, μεταβολικών, νεοπλασματικών, λοιμωδών και κυρίως νευρολογικών παθήσεων είναι δυνατό, κατά την εμφάνιση ή την εξέλιξή τους, να παρουσιάσουν ψυχιατρική συμπτωματολογία.

Κατά συνέπεια δεν πρέπει να διστάσουμε, σε *συνάρτηση* και με τις πληροφορίες από την *συνέντευξη* καθώς και από τη φυσική εξέταση, να ζητήσουμε εργαστηριακές εξετάσεις 9εξετάσεις ρουτίνας, μέτρησης ασβεστίου του αίματος, ενδοκρινολογικές εξετάσεις, αναζήτηση πορφυρινών στα ούρα, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, βυθοσκόπηση, οσφουνοωτιαία παρακέντηση κ.λ π.). Κάθε φορά που τα ψυχικά προβλήματα εμφανίζονται ως παραφωνία στη ζωή του ατόμου κι ακόμα περισσότερο, όταν η συμπτωματολογία μπορεί να συνδεθεί με οργανικότητα, θα πρέπει να ζητάμε ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Ο εντοπισμός κλινικών ή και ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ανωμαλιών μπορεί να οδηγήσει σε συμπληρωματικές απεικονιστικές εξετάσεις με χρήση ραδιοϊσοτόπων. [10]

Υπάρχουν επίσης μερικές ιδιαίτερες περιπτώσεις που επιβάλλουν ανάλογες εξετάσεις όπως έναρξη θεραπείας με λίθιο, της οποίας πρέπει να προηγείται πλήρης κλινικός και παρακλινικός έλεγχος, καθώς και η έναρξη αντικαταθλιπτικής φαρμακοθεραπείας, η οποία επιβάλλει τον αποκλεισμό ύπαρξης αντενδείξεων. [10]

Σε άλλες περιπτώσεις όταν η διάγνωση παραμένει αμφίβολη ή χρειάζεται αντικειμενική επιβεβαίωση, ο ασθενής θα κατευθυνθεί στον ψυχολόγο για ψυχομετρική εξέταση., προκειμένου να καταστεί δυνατή η εκτίμηση των νοητικών του λειτουργιών και της δομής της προσωπικότητας του. [10]

- Το να πει κανείς ότι **η πρώτη ψυχιατρική συνέντευξη έφτασε στο τέλος** δεν αποτελεί παρά σχήμα λόγου γιατί, ακόμα και αν η συνέντευξη αυτή παραμείνει μοναδική, σπάνια οδηγεί σε απόλυτα και οριστικά συμπεράσματα. Εδώ βρίσκεται μια πραγματική δυσκολία: ορισμένοι ασθενείς, στο τέλος μιας ψυχιατρικής επίσκεψης, κατά τη διάρκεια της οποίας συνεργάστηκαν με ειλικρίνεια, περιμένουν από τον θεράποντα ιατρό τη μαγική λέξη που θεραπεύει, τη μοναδική λύση που θα εκτονώσει τις συγκρούσεις, τη συνταγή με το θαυματουργό φάρμακο. Βέβαια το γεγονός ότι συχνά για πρώτη φορά μπόρεσαν να εκφράσουν ελεύθερα, να βρουν κάποιον να τους ακούσει με προσοχή, να πουν προβλήματα που μέχρι τότε κρατούσαν μέσα τους, να αναφέρουν απωθημένες επιθυμίες, είναι δυνατό να χαλαρώσει για κάποιο διάστημα την αγχώδη ένταση, ή μια παλιά ενοχή ή μια δραστηριοποιημένη κατάσταση,

και να επιτρέψει έτσι τη θεώρηση του μέλλοντος από μία άλλη σκοπιά. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι η ύφεση αυτή είναι συχνά προσωρινή.

- Παίρνοντας υπόψη τα κυριότερα δεδομένα από το αναμνηστικό ιστορικό, τα κλινικά ευρήματα καθώς και τα πιθανά προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να προτείνει ένα συγκεκριμένο **θεραπευτικό σχέδιο**.
- Σε μερικές περιπτώσεις δε συγκεντρώνονται επαρκεί στοιχεία που να προσανατολίζουν προς μια διάγνωση. Η εξέταση προσκρούει στην επιφυλακτικότητα ή την καχυποψία του ασθενούς ή ακόμα σε προβλήματα που φαίνονται ιδιαίτερα περίπλοκα. Αντί να παραταθεί άσκοπα η εξέταση ( πέραν των 45 λεπτών ή της μιας ώρας), θα πρέπει να προταθεί νέα συνέντευξη μετά από λίγες ημέρες.
- Σε άλλες περιπτώσεις η εξέταση αναδεικνύει σημαντικές διαταραχές των νοητικών λειτουργιών (σύγχυση, άνοια ) ή παθολογικούς τύπους συμπεριφοράς (πρόθεση αυτοκτονίας, συναισθηματική παραφορά, παραληρητική συμπεριφορά) που καθιστούν υποχρεωτική την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι πρακτικές πλευρές της νοσηλείας πρέπει να συζητηθούν αναλυτικά με τον ασθενή και την οικογένεια του. Εάν η πρόταση προσκρούει στην κατηγορηματική άρνησή του (πράγμα σπάνιο, όταν ο ιατρός εξηγήσει εξαντλητικά την άποψη του), καταλήγουμε κατά εξαίρεση στη λήψη μέτρων αναγκαστικής νοσηλείας.
- Στις περισσότερες περιπτώσεις είτε προσανατολιστούμε στην επιλογή αποκλειστικά ψυχοθεραπευτικής αγωγής είτε αποφασίσουμε αγωγή ταυτόχρονα ψυχοθεραπευτική και φαρμακοθεραπευτική, η πρώτη συνέντευξη θα εγκαινιάσει μια θεραπευτική σχέση. Η θεραπευτική προσέγγιση, την οποία επίτηδες ο ιατρός αφήνει ανολοκλήρωτη, επιτρέπει κατά τις επόμενες συνεντεύξεις στον ασθενή να εκφράσει νέα στοιχεία από το περιεχόμενο των σκέψεων του και να αναφέρει μεταβολές στα συμπτώματά του, που σχετίζονται με ανακατατάξεις στη ζωή του, με μετατοπίσεις των ψυχοσυγκρούσεων ή με ευεργετικές επιπτώσεις της θεραπευτικής αγωγής. [10]

### 2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.

Τα κριτήρια των Feighner και συν (1972) για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι τα παρακάτω:

A. Χρόνια αρρώστια 1) με εξάμηνη τουλάχιστον διάρκεια πριν από την πρώτη εξέταση του αρρώστου στο νοσοκομείο και 2) χωρίς επάνοδο του αρρώστου στα προνοσηρά επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

B. Απουσία διαταραχών του συναισθήματος τέτοιον που να χαρακτηρίζουν συναισθηματική ψύχωση.

Γ. Τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα : 1) παραλήρημα, 2) ψευδαισθήσεις που δεν συνοδεύονται από συνειδησιακή διαταραχή, 3) παρουσία μη λογικής ή ακατανόητης λεκτικής επικοινωνίας.

Δ. Τουλάχιστον δυο από τα ακόλουθα : 1) άγαμος, 2) φτωχή προνοσηρή κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή, 3) απουσία αλκοολισμού ή τοξικομανίας τον τελευταίο χρόνο πριν από την εμφάνιση της αρρώστιας, 4) έναρξη της αρρώστιας πριν από την ηλικία των 40 χρόνων, 5) αμβλύ συναίσθημα. [8]

Η διάγνωση της παρανοειδούς ή μη παρανοειδούς μορφής σχιζοφρένειας έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια των Tsuang και Winokur (1974). Για τη διάγνωση της μη παρανοειδούς σχιζοφρένειας απαιτούνται.

A. Ένα από τα παρακάτω : 1) η ηλικία έναρξης πριν από τα 25 χρόνια, 2) να είναι άγαμος ή ανεπάγγελτος, 3) κληρονομική επιβάρυνση με σχιζοφρένεια.

B. Χάλαση του συνειρμού.

Γ. Μια από τις παρακάτω διαταραχές του συναισθήματος : 1) παράδοση συμπεριφορά, 2) κατατονικά συμπτώματα.

Για τη διάγνωση της παρανοειδούς σχιζοφρένειας απαιτούνται .

A. Ένα από τα παρακάτω : 1) ηλικία έναρξης μετά τα 25 χρόνια, 2) να είναι έγγαμος ή εργαζόμενος, 3) όχι κληρονομική επιβάρυνση με σχιζοφρένεια..

B. Κριτήρια αποκλεισμού :

1. Δεν πρέπει να υπάρχει χάλαση του συνειρμού ή αν υπάρχει, αυτή πρέπει να είναι σε μικρό μόνο βαθμό, ώστε ο λόγος να γίνεται κατανοητός.

2. Πρέπει να λείπουν ή να υπάρχουν σε μικρό μόνο βαθμό οι διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς που αναφέρθηκαν στην μη παρανοειδή μορφή της σχιζοφρένειας.

Γ. Παρουσία για αρκετό χρονικό διάστημα ενός καλά οργανωμένου παραληρήματος ή ψευδαισθήσεων. [8][30]

## 2.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

### **Δευτεροπαθείς και Προκαλούμενες από Ουσίες Ψυχωτικές Διαταραχές .**

Συμπτώματα ψύχωσης και κατατονία μπορεί να προκληθούν από μεγάλο αριθμό μη ψυχιατρικών σωματικών καταστάσεων, καθώς και από ένα μεγάλο αριθμό ουσιών. Όταν προκαλείται ψύχωση ή κατατονία από μη ψυχιατρική σωματική κατάσταση ή από ουσία, η καταλληλότερη διάγνωση είναι 'ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική σωματική κατάσταση', 'κατατονική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική σωματική κατάσταση' ή 'ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες'. οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις πολλών μη ψυχιατρικών σωματικών καταστάσεων μπορεί να εμφανισθούν πρώιμα κατά την πορεία της νόσου, συχνά πριν από την εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων. Αυτό σημαίνει ότι ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του μη ψυχιατρικές σωματικές καταστάσεις στη διαφορική διάγνωση της ψύχωσης, ακόμα κι αν απουσιάζουν σωματικά συμπτώματα. Γενικά, ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές διαθέτουν μεγαλύτερη εναισθησία ως προς τη νόσο τους και υποφέρουν περισσότερο από τα ψυχιατρικά τους συμπτώματα σε σχέση με τους σχιζοφρενείς, γεγονός που μπορεί να βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση μεταξύ αυτών των δυο ομάδων ασθενών.[5]

Κατά την εκτίμηση ενός ψυχωτικού ασθενούς πρέπει να ακολουθούνται τρεις γενικές κατευθυντήριες γραμμές, προκειμένου να αποκλεισθεί μία μη ψυχιατρική σωματική κατάσταση. Πρώτον, ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να επιμείνει στον αποκλεισμό μίας αδιάγνωστης σωματικής κατάστασης, σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής εμφανίζει ασυνήθη ή σπάνια συμπτώματα ή κάποια μεταβολή του επιπέδου συνείδησης. Δεύτερον, θα πρέπει να πάρει ένα πλήρες οικογενειακό ιστορικό σωματικών, νευρολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών. Τρίτον, ο γιατρός θα πρέπει πάντοτε να σκέφτεται την πιθανότητα σωματικής νόσου, ακόμα και σε ασθενείς με προηγούμενη διάγνωση σχιζοφρένειας. Ένας σχιζοφρενείς μπορεί κάλλιστα να έχει όγκο του εγκεφάλου που προκαλεί ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως κάθε άλλος μη σχιζοφρενείς ασθενής.[5]

### **Υπόκριση και Προσποιητές Διαταραχές.**

Η διάγνωση της υπόκρισης ή της προσποιητής διαταραχής μπορεί να είναι κατάλληλη για έναν ασθενή που μιμείται τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ δεν είναι σχιζοφρενής. Έχει συμβεί να εισαχθούν για θεραπεία σε ψυχιατρεία άτομα που μιμούνται σχιζοφρενικά συμπτώματα. Σε ασθενείς που έχουν πλήρη έλεγχο της παραγωγής των συμπτωμάτων τους μπορεί να τεθεί η διάγνωση της υπόκρισης, αυτά είναι άτομα που έχουν κάποιο φανερό νομικό ή οικονομικό κίνητρο αν θεωρηθούν άρρωστα. Σε ασθενείς που έχουν μικρότερο έλεγχο στην παραγωγή των ψυχωτικών συμπτωμάτων μπορεί



να τεθεί η διάγνωση της προσπονητής διαταραχής. Ας έχουμε όμως υπόψη, ότι κάποιοι σχιζοφρενείς μπορεί να παραπονούνται συνειδητά για επιδείνωση των ψυχωτικών τους συμπτωμάτων, προκειμένου να έχουν κάποια οικονομικά οφέλη ή να πετύχουν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.[5]

### **Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές .**

Τα ψυχωτικά συμπτώματα που βλέπουμε στη σχιζοφρένεια μπορεί να είναι ταυτόσημα με αυτά που παρατηρούνται στη σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, στη βραχεία ψυχωτική διαταραχή και στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Η *σχιζοφρενικόμορφη* διαταραχή διαφέρει από τη σχιζοφρένεια κατά το ό,τι η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι τουλάχιστον ενός μήνα, αλλά σαφώς λιγότερη από έξι μήνες. Η βραχεία ψυχωτική διαταραχή είναι κατάλληλη διάγνωση εάν τα συμπτώματα διαρκούν τουλάχιστον μία ημέρα, αλλά λιγότερο από ένα μήνα και αν ο ασθενείς έχει επανέλθει στα προνοσηρά επίπεδα λειτουργικότητας. Η *σχιζοσυναισθηματική* διαταραχή είναι κατάλληλη διάγνωση όταν αναπτυχθεί ένα μανιακό ή καταθλιπτικό σύνδρομο, ταυτόχρονα με τα μείζονα συμπτώματα της σχιζοφρένειας.[5]

Η διάγνωση της *παραληρητικής* διαταραχής τίθεται όταν μη εξωπραγματικές παραληρητικές ιδέες είναι παρούσες τουλάχιστον για ένα μήνα, ενώ απουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας ή συναισθηματικής διαταραχής.[5]

### **Συναισθηματικές Διαταραχές .**

Η διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας από τις συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να είναι δύσκολη, αλλά είναι σημαντικό να γίνεται εφόσον διαθέτουμε ειδικές και αποτελεσματικές φαρμακοθεραπείες για τη μανία και την κατάθλιψη. Τα συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής στη σχιζοφρένεια πρέπει να είναι πιο βραχείας διάρκειας, από ότι τα πρωτοπαθή σχιζοφρενικά. Όταν ο γιατρός δεν έχει πληροφορίες, παρά μόνο την παρούσα ψυχική κατάσταση, θα πρέπει να αναβάλλει να θέσει τελική διάγνωση ή θα πρέπει να συμπεράνει ότι πρόκειται για συναισθηματική διαταραχή μάλλον, και να μη βιασθεί να θέσει πρόωρα τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.[5]

### **Διαταραχές Προσωπικότητας .**

Μία ποικιλία διαταραχών προσωπικότητας μπορεί να εμφανίζεται με κάποια από τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας. Η σχιζοτυπική, η σχιζοειδική και η οριακή διαταραχή, έχουν συχνότερα παρόμοια συμπτώματα. Οι διαταραχές προσωπικότητας, αντίθετα με τη σχιζοφρένεια, έχουν ήπια

συμπτώματα, ιστορικό παρουσίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς, ενώ απουσιάζει μια συγκεκριμένη ημερομηνία έναρξης τους.[5]

## **2.5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ .**

Ο επιπολασμός ζωής της σχιζοφρένειας στις Η.Π.Α. αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 1-1,5%. Σε συμφωνία με αυτή τη διακύμανση, η επιδημιολογική μελέτη κατά περιοχή ευθύνης (ECA) που επιχορηγείται αναφέρει επιπολασμό της τάξης του 1,3%. Περίπου το 0,025% έως 0,05% του συνολικού πληθυσμού ανά έτος, υπόκεινται σε θεραπεία για σχιζοφρένεια αν και τα 2/3 των υπό θεραπεία σχιζοφρενικών χρειάζονται νοσηλεία, μόνο οι μισή από τους σχιζοφρενείς αντιμετωπίζονται, παρά τη βαρύτητα της διαταραχής.[5].

### **• Ηλικία και Φύλο.**

Η σχιζοφρένεια έχει το ίδιο επιπολασμό, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Εντούτοις, τα δυο φύλα παρουσιάζουν αρκετές διαφορές ως προς την έναρξη και την πορεία της νόσου. Στους άνδρες εμφανίζεται νωρίτερα από ό,τι στις γυναίκες. Περισσότεροι από τους μισούς άνδρες σχιζοφρενείς, αλλά μόνο το 1/3 των γυναικών υπόκεινται για πρώτη φορά σε ψυχιατρική νοσηλεία πριν από το 25<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας. Η κορυφή ηλικίας έναρξης είναι στους μεν άνδρες μεταξύ 15-25, στις γυναίκες μεταξύ 25-35 ετών. Η έναρξη της σχιζοφρένειας πριν από την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 έτη είναι εξαιρετικά σπάνια. Περίπου το 90% των υπό θεραπεία ασθενών είναι 15-55 ετών. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες να εμφανίζουν αρνητικά συμπτώματα και ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα από τους άνδρες .[5]

### **• Εποχή Γέννησης .**

Ένα σταθερό ευρήματα της έρευνας της σχιζοφρένειας είναι ότι, άτομα που θα εμφανίσουν τη νόσο είναι πιο πιθανό να έχουν γεννηθεί προς το τέλος της άνοιξης και το καλοκαίρι. Για την ερμηνεία αυτής της παρατήρησης έχουν προταθεί ποικίλες υποθέσεις. Σύμφωνα με μία υπόθεση, επενεργεί κάποιος εποχιακός παράγοντας υψηλού κινδύνου, που μπορεί να είναι κάποιος ιός ή κάποια εποχιακή αλλαγή στην διαταραχή, ενώ μια άλλη αναφέρει ότι άτομα με γενετική προδιάθεση για τη σχιζοφρένεια έχουν ένα αυξημένο βιολογικό πλεονέκτημα να επιβιώνουν σε ειδικά εποχιακά πλήγματα.[5]

- **Γεωγραφική Κατανομή.**

Η σχιζοφρένεια δεν κατανέμεται γεωγραφικά εξίσου σε όλες τις περιοχές των Η.Π.Α. ή και σε όλο τον κόσμο. Από παλιά, ο επιπολασμός της νόσου στις νοτιοανατολικές και τις δυτικές πολιτείες ήταν υψηλότερος σε σχέση με άλλες περιοχές, αν και τα τελευταία αυτή η ανισότητα έχει μειωθεί. Παρ' όλα αυτά, κάποιες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου παρουσιάζουν έναν ασυνήθιστα υψηλό επιπολασμό της νόσου.[5].

- **Δείκτες Αναπαραγωγής.**

Η χρήση των ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων, οι πολιτικές των ανοικτών ψυχιατρικών τμημάτων, η άποασυλοποίηση, η έμφαση στην αποκατάσταση και στη φροντίδα των ψυχιατρικών αρρώστων μέσα στην κοινότητα, αύξηση των γάμων και του δείκτη γονιμότητας μεταξύ ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Συνέπεια αυτού του γεγονότος είναι ότι ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται από σχιζοφρενείς γονείς έχει διπλασιασθεί μεταξύ 1935 και 1955. Ο δείκτης γονιμότητας των σχιζοφρενικών στις ημέρες μας είναι παραπλήσιος του δείκτη στο γενικό πληθυσμό.[5].

- **Σωματικά Νοσήματα.**

Άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν έναν υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από ατυχήματα και φυσικά αίτια από ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι μέχρι και 80% των σχιζοφρενικών πάσχει και από κάποια σημαντική νόσο, καθώς και ότι μέχρι το 50% από αυτούς η σωματική νόσος δεν διαγιγνώσκεται .[5].

- **Αυτοκτονία.**

Στους σχιζοφρενείς, η αυτοκτονία αποτελεί συχνή αιτία θανάτου, εν μέρει γιατί οι γιατροί εξακολουθούν να τη συνδέουν περισσότερο με διαταραχές της διάθεσης και λιγότερο με ψυχωτικές καταστάσεις. Περίπου το 50% των σχιζοφρενών προβαίνει σε τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκαταστροφής κατά τη διάρκεια της ζωής, ενώ το 10-50% αυτοκτονεί στην διάρκεια μιας περιόδου παρακολούθησης 20 ετών. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες σχιζοφρενείς έχουν τις ίδιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν. [5].

- **Χρήση και Κατάχρηση Ουσιών.**

**Κάπνισμα.** Στις περισσότερες ανασκοπήσεις αναφέρεται ότι οι περισσότεροι από τα ¾ των σχιζοφρενών είναι καπνιστές, σε σχέση με τους υπόλοιπους ψυχιατρικούς ασθενείς, που είναι καπνιστές σε αναλογία μικρότερη του 50%. Το κάπνισμα στους σχιζοφρενείς εκτός των γνωστών κινδύνων για την υγεία επηρεάζει και άλλους τομείς της θεραπείας τους.

**Κατάχρηση ουσιών.** Περίπου το 30-50% των σχιζοφρενών πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάχρησης αλκοόλ ή της εξάρτησης από αυτό, δυο

άλλες πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι η κάνναβη (15-20% περίπου) και η κοκαΐνη (5-10% περίπου). Οι ασθενείς αναφέρουν συνήθως ότι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών προκειμένου να πάρουν ευχαρίστηση και να μειώσουν την κατάθλιψη και το άγχος.[5].[6]

- **Πληθυσμιακή Πυκνότητα.**

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με αυξημένη πυκνότητα πληθυσμού σε πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο του 1.000.000. αυτή η συσχέτιση είναι ασθενέστερη σε πόλεις με πληθυσμό με 100.000 έως 500.000 κατοίκους ενώ δεν υπάρχει καθόλου σε πόλεις με πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων . Με επίδραση της πληθυσμιακής πυκνότητας συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε παιδιά από ένα ή και δύο σχιζοφρενείς γονείς είναι διπλάσια στις πόλεις από ό,τι στις αγροτικές περιοχές.[5].

- **Πολιτισμικές και Κοινωνικοοικονομικές θεωρήσεις .**

Η σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί σε όλες τις πολιτισμικές κοινότητες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Στις βιομηχανικές χώρες ένας δυσανάλογα μεγαλύτερος ορισμός σχιζοφρενών προέρχεται από τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.[5].

Έλλειψη στέγης. Εκτιμάτε ότι το 1/3 ως τα 2/3 προσβλήθει από την σχιζοφρένεια.

Οικονομικό κόστος για την κοινωνία. Έχει αναγνωρισθεί από όλους ότι το οικονομικό κόστος της σχιζοφρένειας για της Η.Π.Α. είναι τεράστιο. Περίπου το 1% του εθνικού εισοδήματος των Η.Π.Α. προορίζεται για τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας. Αυτό το ποσοστό αντιστοιχούσε σε περίπου 40 δισεκατομμύρια δολάρια το 1985. Αν προστεθούν και οι έμμεσες δαπάνες της κοινωνίας (π.χ. η χαμένη παραγωγή και η θνησιμότητα ), το κόστος ανέρχεται στα 100 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.[5].

- **Κλίνες των Ψυχιατρείων.**

Οι σχιζοφρενείς καταλαμβάνουν το 50% περίπου των κλινών των ψυχιατρείων και αποτελούν το 16% περίπου όλων των ψυχιατρικών ασθενών που υπόκεινται σε κάποια θεραπεία.[5].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Η ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΝΑΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ ΓΟΝΕΑ.

Είναι πολύ καλά γνωστό ότι η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών επηρεάζεται σημαντικά από την κατάσταση της ψυχικής υγείας των γονέων τους. Έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά ψυχικά πασχόντων γονέων κινδυνεύουν , να αναπτύξουν μεγαλώνοντας ποικίλες διαταραχές, όπως μαθησιακές διαταραχές, προβλήματα συγκέντρωσης προσοχής αλλά και συμπεριφοράς, συναισθηματικές, αναπτυξιακές διαταραχές, καθώς και διαταραχές πρόσληψης τροφής.[13] [20]

Στην ψυχιατρική των ενηλίκων ,στις μεθόδους ψυχιατρικής παρέμβασης και φροντίδας , πολύ σπάνια, μέχρι πρόσφατα, λαμβανόταν υπ' όψη ο τρόπος που τα παιδιά βιώνουν το πρόβλημα της ψυχικής νόσου των γονέων τους. Όμως στις μέρες μας αυτή η θεώρηση επηρεάζει πλέον τη σκέψη και τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Η ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών επηρεάζεται σημαντικά από την κατάσταση της ψυχικής υγείας των γονέων τους. Τα παιδιά που οι γονείς τους παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου με μεγάλες πιθανότητες να αναπτύξουν και τα ίδια κάποια ψυχική διαταραχή, ιδιαίτερα όταν οι γονείς τους πάσχουν από κατάθλιψη. Η περίπτωση της κατάθλιψης των γονέων φαίνεται πως είναι περισσότερο μελετημένη. Οι πιθανότητες να εμφανίσουν και τα παιδιά, αργότερα, κάποιας μορφής συναισθηματική διαταραχή κυμαίνονται από 30% μέχρι 70%.[13] [20]

Τα παιδιά που οι γονείς τους αντιμετωπίζουν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας όπως π.χ. σχιζοφρένεια ή κατάθλιψη έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν μεταξύ άλλων, συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη), διαταραχές συμπεριφοράς (επιθετικότητα – κυρίως τα αγόρια , απομόνωση, απόσυρση ), διαταραχές διαγωγής , δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, μαθησιακά προβλήματα και ψυχοκοινωνικό stress.[13]

Όταν η ψυχική ασθένεια του γονέα είναι σχετικά σύντομης διάρκειας , τότε συνήθως τα παιδιά αντιμετωπίζουν αρκετά αποτελεσματικά τις δυσκολίες που προκύπτουν. Αυτό βέβαια, είναι πιο εύκολο , αν το παιδί κατανοεί τον λόγο για τον οποίο ο γονέας του δεν είναι καλά.

Τα παιδιά συναντούν δυσκολίες στην περίπτωση που έχουν να αντιμετωπίσουν επαναλαμβανόμενους αποχωρισμούς από τους γονείς που χρειάζονται να κάνουν συχνά εισαγωγή και νοσηλεία στο νοσοκομείο, αξιαιτίας των υποτροπών της ψυχικής αρρώστιας τους , όταν πρέπει αυτά τα ίδια να

αναλάβουν τη φροντίδα των αδελφών τους , όταν είναι αναστατωμένα, στεναχωρημένα ή όταν ντρέπονται εξαιτίας της ασθένειας των γονέων τους ή εξαιτίας της συμπεριφοράς τους. [13][20]

Τα παιδιά δυσκολεύονται επίσης όταν έχουν να αντιμετωπίσουν τα ειρωνικά σχόλια και πειράγματα των συμμαθητών τους για τους άρρωστους γονείς τους, ή όταν πρέπει τα ίδια να φροντίσουν τους άρρωστους γονείς τους.

Συχνά αναπτύσσουν αισθήματα αβεβαιότητας για τη σχέση τους με τον ψυχικά άρρωστο γονέα , τους λείπει η κατάλληλη φροντίδα, ή μπορούν να γίνουν θύματα παραμέλησης / κακοποίησης , όταν ο γονέας παρουσιάζει εξάρτηση από αλκοόλ, ναρκωτικά ή έχει διαταραχή προσωπικότητας. [13]

Η χρήση διαγνωστικών εργαλείων ( screening instruments ) για τη διερεύνηση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους γονείς, που θα μπορούσε να βοηθήσει στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, δεν συστήνεται να γίνεται σε όλους τους γονείς, επειδή θα μπορούσε να δημιουργήσει αντιδράσεις. Μια τέτοια προσέγγιση συνιστάται μόνο σε γονείς που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (οικογενειακό ιστορικό ψυχικών προβλημάτων, προηγούμενα επεισόδια ψυχικής διαταραχής κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες πληθυσμού , πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, προβλήματα συζυγικής δυσαρμονίας.) .[13][20]

Στην περίπτωση αυτή συστήνεται η χρήση σταθμισμένων διαγνωστικών εργαλείων , τα οποία δεν απαιτούν πολύ χρόνο για συμπλήρωση και χρησιμοποιούνται εύκολα. Είναι σημαντικό, οι γενικοί / οικογενειακοί γιατροί που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , καθώς και οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες για παιδιά να είναι ενημερωμένοι για τα προβλήματα, ώστε να συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με την ψυχική υγεία των γονέων των παιδιών αυτών.[13][20]

### **3.2. Ο ψυχικά ασθενής και η οικογένειά του. Τρόποι χειρισμού και αντιμετώπισης της κατάστασης από τους συγγενείς.**

Η ψυχική αρρώστια ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει με πολλούς τρόπους τη ζωή ολόκληρης της οικογένειας. Η παράδοξη και απρόβλεπτη συμπεριφορά ενός αγαπημένου προσώπου συνεπάγεται μεγάλο άγχος σε κάθε υποτροπή της αρρώστιας και ανησυχία για το μέλλον. Για τους στενούς συγγενείς που ζουν μαζί με το άρρωστο άτομο , τα παιδιά ή τα αδέρφια , μπορεί να φαίνετε αρχικά ακατανόητο και δυσβάστακτο φορτίο. Ωστόσο ,με τον καιρό συνήθως μαθαίνουν περισσότερα για την ψυχική αρρώστια και την αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά. [13]

Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι καθοριστικής σημασίας στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της οικογένειας για τα θέματα ψυχικής υγείας. Είναι απαραίτητο στους συγγενείς, ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά , να τονιστεί ότι κανένας δεν φταίει για την ψυχική αρρώστια. Οι ψυχικές

διαταραχές είναι φυσικό να επηρεάσουν , όχι μόνο το άρρωστο άτομο, αλλά και την υπόλοιπη οικογένεια. Θα πρέπει να μπορούμε να διαχωρίσουμε την αρρώστια από το άρρωστο άτομο. Τα συμπτώματα της ψυχικής αρρώστιας μπορεί να διαφοροποιηθούν με τον καιρό , καθώς η αρρώστια παραμένει.

Είναι δύσκολο, τόσο για τα παιδιά , όσο και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να αποδεχθούν την ψυχική αρρώστια. Συχνά, παρά τις προσπάθειες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των συγγενών , δεν αποκλείεται τα συμπτώματα του ασθενούς να επιδεινωθούν και να συμβεί κάποια υποτροπή της ψυχικής αρρώστιας. Είναι λοιπόν σημαντική η ενημέρωση της οικογένειας για τις ενδείξεις έναρξης μιας νέας υποτροπής. [13][20]

Η ψυχική αρρώστια του γονέα συχνά κάνει τα παιδιά του να αισθάνονται ντροπή , ενοχές ή αμηχανία. Οι συγγενείς είναι πολύ φυσικό να βιώνουν επίσης πολλά και συγκεχυμένα συναισθήματα, όπως πένθος , φόβο, θυμό και λύπη. Για τα συναισθήματα αυτά δεν θα πρέπει να θεωρούν υπεύθυνο τον ασθενή.

Μετά από τις πρώτες συναισθηματικές αντιδράσεις, την άρνηση του προβλήματος, το θυμό και τη θλίψη, έρχεται η αποδοχή της πραγματικότητας. Η οικογένεια χρειάζεται βοήθεια για να μπορέσει να εκφράσει αυτά τα έντονα συναισθήματα, να τα αντέξει και να τα επεξεργαστεί. Σε αυτό το σημείο καθοριστική συμβολή έχουν οι «ομάδες ψυχοεκπαίδευσης ». Η έκφραση των συναισθημάτων είναι θεραπευτικής σημασίας για τους συγγενείς. Έτσι, οι ομάδες ψυχοεκπαίδευσης τους παρέχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τα συναισθήματα τους. Η αίσθηση ότι δεν είναι κανείς μόνος του με τα προβλήματα και ότι οι άλλοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις μπορεί να λειτουργήσει πολύ υποστηρικτικά.[13]

Το «πένθος» των αδελφών σχετίζεται με «αυτό» που είχαν και τώρα το έχασαν. Όσον αφορά τα ενήλικα παιδιά των ψυχικά ασθενών , αυτό για το οποίο θρηγούν είναι αυτό το οποίο δεν είχαν ποτέ. Τα άλλα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να φροντίσουν να μην παραμελούν και τις δικές τους επιθυμίες ή προσωπικές συναισθηματικές ανάγκες. Μόνο φροντίζοντας παράλληλα και τον εαυτό τους, θα καταφέρουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και να αντέξουν την επιβάρυνση που συνεπάγεται η παρουσία ενός ψυχικά ασθενούς μέσα στην οικογένεια. Αν οι συγγενείς δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους, τότε δεν θα είναι σε θέση, να προσφέρουν φροντίδα και βοήθεια ούτε στο άρρωστο άτομο.[13][20]

Η παράδοση συμπεριφορά είναι ένα σύμπτωμα της ψυχικής διαταραχής και θα πρέπει τα παιδιά, καθώς και τα άλλα μέλη της οικογένειας , να μάθουν ότι δεν είναι σκόπιμο να την παίρνουν προσωπικά. Οι ψευδαισθήσεις ή το παραλήρημα δεν έχουν σχέση με την πραγματικότητα. Επομένως δεν χρειάζεται οι συγγενείς να εμπλακούν σε ατέρμονες συζητήσεις με τον άρρωστο. Αντίθετα, είναι σημαντικό να ενημερώσουν άμεσα τον γιατρό του, καθώς αυτά αποτελούν ένδειξη έναρξης μιας υποτροπής της αρρώστιας.

Ολόκληρη η οικογένεια θα πρέπει κάποιες φορές να αναθεωρήσει τις προσδοκίες και τα όνειρα που είχε για το άρρωστο άτομο , καθώς ένας ασθενής



με σοβαρή ψυχική διαταραχή , πιθανότατα θα χρειάζεται συνεχή ιατρική παρακολούθηση και ψυχολογική στήριξη , προκειμένου να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της ζωής. [13][20]

Είναι απαραίτητο να τονίσουμε στους συγγενείς που εμπλέκονται άμεσα στη φροντίδα του ψυχικά αρρώστου ατόμου ότι δεν θα πρέπει να σηκώνουν μόνοι τους όλη την ευθύνη για τον ψυχικά άρρωστο. Άλλωστε, ο δικός τους ρόλος δεν ταυτίζεται με τον ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Ο ρόλος τους είναι να είναι τα παιδιά ή τα αδέρφια του ασθενούς και όχι επαγγελματίες.

Οι ανάγκες του αρρώστου ατόμου δε σημαίνει ότι πρέπει απαραίτητα πάντοτε να προηγούνται. Το γεγονός ότι το άρρωστο άτομο έχει περιορισμένες δυνατότητες σε ορισμένους τομείς, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι εντελώς ανίκανο και δεν πρέπει η υπόλοιπη οικογένεια να έχει κάποιες απαιτήσεις από αυτό. Είναι ουτοπικό να προσπαθούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να «διορθώσουν» μόνα τους , χωρίς στήριξη , μια βιολογική αρρώστια, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η σχιζοφρένεια ή η διπολική διαταραχή. [13][20]

### **Σχόλια.**

Ακούμε συχνά τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων γονέων να εκφράζουν τις ίδιες ερωτήσεις και τους ίδιους φόβους : «τι έκανα λάθος και η μαμά ή ο μπαμπάς μου είναι τόσο άρρωστοι και τόσο λυπημένη?» «μήπως αρρωστήσω και εγώ, όπως η μαμά μου ή ο μπαμπάς μου?». Τα παιδιά επίσης εκδηλώνουν τον πόνο που νιώθουν, όταν οι συνομήλικοί τους εκφράζονται με άσχημα και σκληρά λόγια για τους άρρωστους γονείς τους. Επίσης έχουν ανάγκη να μάθουν ότι δεν είναι αυτά υπεύθυνα για την αρρώστια των γονέων τους και ότι δεν πρόκειται για μια μεταδοτική ασθένεια, όπως το κοινό κρυολόγημα. Οι ενήλικες πολλές φορές προσπαθούν να κρατήσουν τα παιδιά έξω από τα προβλήματα της οικογένειας, ίσως επειδή θεωρούν ότι δεν μπορούν να κατανοήσουν τι σημαίνει ψυχική αρρώστια και πιστεύουν ότι με τον τρόπο αυτόν τα προστατεύουν. Όμως , τα παιδιά είναι πολλοί οξυδερκείς παρατηρητές και νιώθουν πολύ καλά την συναισθηματική ατμόσφαιρα της οικογένειας.[13]

Σοβαρές ψυχικές διαταραχές στους γονείς όπως π.χ. η σχιζοφρένεια ή η κατάθλιψη επηρεάζουν πάντοτε την «ατμόσφαιρα» μέσα στο σπίτι, καθώς οι καταστάσεις αυτές προκαλούν μεγάλη αποδιοργάνωση. Τα παιδιά , όπως και οι άλλοι συγγενείς , έχουν δικαίωμα να ενημερωθούν για την αρρώστια των γονέων τους. Είναι σημαντικό για ένα παιδί να γνωρίζει τι δεν πάει καλά με τον γονιό του και τι σημαίνει «ψυχική αρρώστια». Αυτό θα το βοηθήσει να καταλάβει τον λόγο για τον οποίο συμβαίνουν όλο αυτά. Οι έρευνες των τελευταίων δεκαπέντε ετών επανειλημμένα τονίζουν, εκτός από το ρόλο των γενετικών παραγόντων , τη σημασία της επίδρασης των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων επικινδυνότητας στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στα παιδιά. [13]



Έτσι, για παράδειγμα , η χρονιότητα και η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας των γονέων, η διαταραγμένη συμπεριφορά τους, τα προβλήματα στη σχέση γονέων –παιδιού , οι διαφωνίες και οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, η απώλεια της θετικής συναισθηματικής απαντητικότητας των γονέων προς το παιδί, η ανασφαλής σχέση (attachment ), η μειωμένη υποστήριξη από την ευρύτερη οικογένεια , τους φίλους και την κοινωνία , η έλλειψη γνώσης και ενημέρωσης των παιδιών για τα προβλήματα ψυχικής υγείας των γονέων τους, τα αισθήματα ενοχής των παιδιών , καθώς και η ανάληψη γονικών ρόλων από τα παιδιά (parental child ), είναι δυσμενής παράγοντες στην πορεία της ψυχοσυναισθηματικής ωρίμανσης των παιδιών. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι τα παιδιά που υφίστανται όλες τις παραπάνω ψυχοκοινωνικές επιβαρύνσεις δεν έχουν αρκετά καλή λειτουργικότητα. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλοί παράγοντες που έχουν προστατευτική δράση και μειώνουν την επικινδυνότητα και την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων στα παιδιά, κάτω από ορισμένες συνθήκες και προϋποθέσεις. Οι παράγοντες αυτοί είναι ο υψηλός δείκτης νοημοσύνης του παιδιού, η ικανοποιητική δυνατότητα κατανόησης, οι ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητές του, η ύπαρξη ενός τουλάχιστον γονέα που έχει καλή σχέση με το παιδί και λειτουργεί ως πρόσωπο αναφοράς, οι θετικές εμπειρίες του παιδιού από το σχολικό του περιβάλλον, καθώς και η ύπαρξη σημαντικής κοινωνικής υποστήριξης. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να έχουν μία προστατευτική δράση και μειώνουν τον κίνδυνο.

Τέλος, μερικά παιδιά είναι ιδιαίτερα επιβαρημένα και διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν και τα ίδια κάποια ψυχική διαταραχή. Η κατάσταση αυτή αφορά παιδιά που είναι θύματα παραμέλησης ή κακοποίησης, είναι παρόντα σε συχνούς καυγάδες και βίαιες συγκρούσεις μεταξύ των γονέων τους, οι γονείς τους έχουν χωρίσει, έχουν γονείς που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, ή υποφέρουν από φτώχεια , ανέχεια και ζουν σε μη σταθερό οικογενειακό περιβάλλον.[13]

### **3.3. Προγράμματα πρόληψης / παρέμβασης.**

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων για τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων γονέων. Ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. , την Ολλανδία, την Φιλανδία, τη Σουηδία, τη Μεγάλη Βρετανία, την Αυστραλία, αλλά και σε άλλες χώρες εφαρμόζεται ένας μεγάλος αριθμός προγραμμάτων που υπόσχονται πολλά και απευθύνονται σε παιδιά. [20]

Ο κύριος στόχος των προγραμμάτων πρόληψης είναι να αυξηθεί η ικανότητα των γονέων , να μπορέσουν να ανταποκριθούν στο γονικό τους ρόλο, ώστε να βοηθήσουν το παιδί να αναπτυχθεί σε καλύτερες συνθήκες, όπως επίσης και να αξιοποιηθούν στο έπακρο οι «προστατευτικοί» παράγοντες

που αφορούν το ίδιο το παιδί αλλά και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα, όπως για παράδειγμα είναι η γειτονιά, οι συγγενείς, το σχολείο, οι ομάδες παιχνιδιού, συζήτησης, αυτοβοήθειας κλπ. Στις προληπτικές παρεμβάσεις αυτές η έμφαση δίνεται αφ' ενός στην πληροφόρηση των παιδιών με τη χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων και αφ' ετέρου στη δημιουργία ομάδων για παιδιά και εφήβους με στόχο τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, τη συζήτηση και τη δυνατότητα έκφρασης και αυτοβοήθειας. [20]

Τα πιο πολλά παιδιά που συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα τονίζουν πόσο σημαντικό είναι για αυτά ότι τους δόθηκε η ευκαιρία να συναντήσουν και άλλα παιδιά που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα και έτσι δεν αισθάνονται πλέον ότι είναι μόνο τους. Οι ομάδες αυτές άλλωστε, δίνουν τη δυνατότητα στα παιδιά να εκφράσουν ανοιχτά τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους, να μιλήσουν για τα συναισθήματα τους και να αναζητήσουν βοήθεια και στήριξη από τους άλλους.

Σε προληπτικά προγράμματα αυτά που εφαρμόζονται σε χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Ευρωπαϊκής Ένωσης χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι και τεχνικές. Κάποιες από αυτές είναι η εκπαίδευση μέσω video για νεαρές μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη, η εκπαίδευση των μητέρων, ώστε να εφαρμόζουν στα βρέφη τους τεχνικές massage, ύπαρξη εκπαιδευτικού υλικού για παιδιά που συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες. Ομάδες παιχνιδιού για πολύ μικρά παιδιά, ομάδες αυτοβοήθειας για εφήβους, κινητοποίηση των εξωοικογενειακών υποστηρικτικών συστημάτων, καθιέρωση πρωτοκόλλου με στόχο την πρόληψη στην καθημερινή θεραπευτική πράξη, καθώς και σε μονάδες επειγόντων περιστατικών, εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και βελτίωση και προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών – εφήβων. [20]

### **3.4. Ομάδες – στόχοι των Προγραμμάτων Παρέμβασης.**

Τέσσερις είναι οι κύριες Ομάδες –στόχοι των Προγραμμάτων Παρέμβασης. Είναι οι γονείς, τα παιδιά, το κοινωνικό δίκτυο και οι επαγγελματίες υγείας. Τα προγράμματα που απευθύνονται στους γονείς αφορούν την προγεννητική πρόληψη, την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, εκπαιδευτικά προγράμματα για γονείς καθώς και Ομαδικές υποστηρικτικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα προγράμματα που απευθύνονται στα παιδιά αφορούν την πληροφόρηση με τη χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων, τη λειτουργία Ομάδων παιδιών για ενημέρωση – συζήτηση, ή τη σύσταση Υποστηρικτικών Ομάδων. Έχουν αναπτυχθεί επίσης Ομάδες παιχνιδιού για μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, Ομάδες εφήβων, τοποθέτηση σε ανάδοχες οικογένειες, κ.ά. [20]

Προγράμματα παρέμβασης απευθύνονται σε επαγγελματίες που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως είναι οι αγροτικοί γιατροί, οι επαγγελματίες των Κέντρων Υγείας (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.ά.), οι οικογενειακοί γιατροί, οι γιατροί των Μονάδων Επειγόντων Περιστατικών, κ.ά. Υπάρχει ανάγκη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού – in service training, ανάγκη εφαρμογής πρωτοκόλλων πρόληψης, καθώς και αδιάκοπη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών για παιδιά και ενήλικες.

Τελικά φαίνεται ότι υπάρχει μια συνεχής αλληλεπίδραση όχι μόνο μεταξύ των γονέων και των παιδιών, αλλά και μεταξύ της οικογένειας, των ειδικών και του υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου. Πρόκειται για αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνίας. Η συνεργασία λοιπόν όλων των πλευρών μεταξύ τους, αλλά και των ειδικών των διαφόρων κλάδων όχι μόνο σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, πιστεύουμε ότι θα συμβάλει σημαντικά στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και στην προώθηση της ψυχικής τους υγείας.

Άλλωστε, « *Το παιδί του σήμερα είναι ο ενήλικας του αύριο*». [20]

### **Συμπεράσματα.**

Η ψυχική αρρώστια ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει με πολλούς τρόπους τη ζωή ολόκληρης της οικογένειας. Η διαπίστωση αυτή έχει μεγαλύτερη σημασία, όταν αφορά τα παιδιά που μεγαλώνουν μαζί με έναν γονέα που έχει πρόβλημα με την ψυχική του υγεία. Τα παιδιά που οι γονείς τους παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου με μεγάλες πιθανότητες να αναπτύξουν και τα ίδια κάποια ψυχική διαταραχή. Τα παιδιά έχουν δικαίωμα να γνωρίζουν σχετικά με την ψυχική νόσο των γονέων τους. Πρέπει λοιπόν να ενημερωθούν, να τους δοθούν οι κατάλληλες πληροφορίες, με τρόπο απλό και κατανοητό, ανάλογα με την ηλικία και το επίπεδο ωριμότητας τους. Παράλληλα, είναι πολύ σημαντικό να τους δοθεί η δυνατότητα να εκφράσουν τις ανησυχίες και τα συναισθήματα τους, τους φόβους και τις ανασφάλειές τους. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων για τα παιδιά των ψυχικά πασχόντων γονέων.

Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι καθοριστικής σημασίας στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της οικογένειας για τα θέματα ψυχικής υγείας. Για τον χειρισμό των πολλαπλών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά ενός ψυχικά πάσχοντα γονέα, χρειάζεται συνεργασία με άτομα, Φορείς και Υπηρεσίες, όπως είναι οι Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες, το Σχολείο, Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας και Φροντίδας στο σπίτι, κ.ά. [20]

**Βαθμός κινδύνου για τη σχιζοφρένεια σε συγγενείς αίματος σχιζοφρενικών αρρώστων.**

### ΠΙΝΑΚΑΣ

<b>Για τους συγγενείς του σχιζοφρενικού.</b>	<b>Βαθμός κινδύνου σε εκατοστιαίες μονάδες. Μέσες τιμές με διαγνωστικά κριτήρια.</b>
--	--

	Διακύμανση μελετών	Αυστηρά	Ελαστικά
Για τους γονείς του	0,2-12,00	4,4	5,5
Για τι δίδυμο μονωγενή αδερφό του	14,0-86,00	50,0	69,0
Για το δίδυμο διωγενή αδερφό του	2,0-22,00	11,0	17,0
Για τα αδέρφια του από τους ίδιους γονείς	3,0-14,00	8,5	10,5
Για τα ετεροθαλή αδέρφια του	0,9-6,5	3,2	3,5
Για τα παιδιά του, όταν ο άλλος γονιός είναι υγιής	6,8-14,6	12,3	13,9
Για τα παιδιά του, όταν ο άλλος γονιός είναι σχιζοφρενικός	15,0-55,0	36,6	46,3
Για ανίψια, παιδιά αδερφών	2,2-2,6	2,2	2,6

\* μέσες τιμές από μία σειρά σύγχρονων τεκμηριωμένων μελετών. [10]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ.

#### 4.1.1.ΠΟΡΕΙΑ.

Η πρώτη ένδειξη της νόσου μπορεί να είναι ένα προνοσηρό σύμπλεγμα συμπτωμάτων, αν και η παρουσία τους αναγνωρίζεται συνήθως αναδρομικά. Χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα αρχίζουν στην εφηβεία και ακολουθούνται από τα πρόδρομα συμπτώματα μέσα σε λίγες ημέρες ή και μήνες. Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να φαίνεται ότι πυροδοτείται από μία κοινωνική ή περιβαλλοντική αλλαγή, όπως είναι η έναρξη των πανεπιστημιακών σπουδών μακριά από το σπίτι, μία εμπειρία με ουσίες ή ο θάνατος ενός κοντινού συγγενούς. Το πρόδρομο σύνδρομο μπορεί να διαρκέσει 1 χρόνο ή και περισσότερο, πριν εμφανισθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα.[5]

Μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, ο ασθενείς βιώνει προοδευτική περίοδο ύφεσης, που μπορεί να ακολουθηθεί από μια μακρά περίοδο σχετικά φυσιολογικής λειτουργικότητας. Εντούτοις, συνήθως επέρχεται υποτροπή και η γενική πορεία της νόσου κατά τα 5 πρώτα χρόνια μετά τη διάγνωση προκαθορίζει κατά κανόνα την πορεία της ζωής του ασθενούς. Κάθε υποτροπή προκαλεί περαιτέρω έκπτωση σε σχέση με την προνοσηρή του λειτουργικότητα. Κλασικά, η πορεία της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις. Η κύρια διαφορά της νόσου από τις συναισθηματικές διαταραχές είναι ότι ο σχιζοφρενείς δεν καταφέρνει να επανέλθει στην αρχική του λειτουργικότητα μετά από κάθε υποτροπή. Μερικές φορές το ψυχωτικό επεισόδιο ακολουθείται από κλινική μεταψυχωτική κατάθλιψη και η ευπάθεια του σχιζοφρενούς στο στρες υπάρχει συνήθως εφ' όρου ζωής. Τα θετικά συμπτώματα τείνουν να γίνονται ελαφρότερα με το χρόνο, αλλά τα αρνητικά ή υπολειμματικά, που προκαλούν κοινωνική αναπηρία, αυξάνουν ως προς τη βαρύτητα τους. Αν και περίπου το 1/3 των σχιζοφρενών μπορεί να διατηρεί οριακή ή κάπως ικανοποιητική κοινωνική ζωή, στην πλειοψηφία η ζωή τους χαρακτηρίσετε από έλλειψη σκοπού και στόχων, αδράνεια, συνεχείς νοσηλείες, ενώ στις αστικές περιοχές είναι συχνά άστεγοι και ζουν σε έσχατη πενία. [5].

#### 4.1.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ .

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι σε μια περίοδο 5-10 ετών μετά την πρώτη νοσηλεία, μόνο το 10-20% των σχιζοφρενών μπορεί να λεχθεί ότι παρουσιάζει ικανοποιητική έκβαση της νόσου. Περισσότερο από το 50% έχει κακή έκβαση, με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις της ψυχωτικής

συμπτωματολογίας, επεισόδια μείζονος συναισθηματικής διαταραχής και απόπειρα αυτοκτονίας.[5]

Το εύρος των δεικτών ανάνηψης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία κυμαίνεται μεταξύ 10-60% και, σύμφωνα με λογικές εκτιμήσεις, το 20-30% όλων των σχιζοφρενών είναι σε θέση να ζει, ως ένα βαθμό, φυσιολογική ζωή. Περίπου το 20-30% συνεχίζει να βιώνει μέτριας βαρύτητας συμπτώματα, ενώ σε ένα ποσοστό 40-60-% παραμένουν σημαντικά διαταραγμένοι για όλη τους τη ζωή.[5].

## **4.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.**

Τρεις είναι οι θεμελιώδεις παρατηρήσεις για τη σχιζοφρένεια, που χρειάζεται να προσεχθούν ιδιαίτερα, όταν σκεφτόμαστε να αρχίσουμε θεραπεία. Πρώτον, ανεξάρτητα από την αιτία, η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα που έχουν ένα ιδιαίτερο ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό ψυχολογικό προφίλ. Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να προσαρμόζεται στο πως το συγκεκριμένο άτομο έχει προσβληθεί από τη νόσο και στο πως θα βοηθηθεί από τη θεραπεία που θα προσφέρουμε. Δεύτερον, το γεγονός ότι ο δείκτης συμφωνίας στους μονοζυγωτικούς διδύμους είναι 50% σημαίνει, για πολλούς ερευνητές, ότι κάποιοι άγνωστοι, αλλά ειδικό περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου. Έτσι, όπως χρησιμοποιούνται φαρμακολογικοί παράγοντες για να αντιμετωπισθούν οι υποτιθέμενες νευροχημικές ανωμαλίες, εξίσου σημαντικό είναι να χρησιμοποιούνται μη φαρμακολογικές τεχνικές για τις μη βιολογικές παραμέτρους. Τρίτον, η σχιζοφρένεια είναι πολύπλευρη διαταραχή, έτσι ώστε μία και μοναδική θεραπευτική προσέγγιση να είναι ανεπαρκής για την αντιμετώπιση της.

Αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτελούν το κύριο θεραπευτικό όπλο κατά της σχιζοφρένειας, η έρευνα έχει δείξει ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορεί να ενισχύσουν την κλινική βελτίωση. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα πρέπει να συνδυάζονται προσεκτικά με τα φάρμακα. Οι περισσότεροι σχιζοφρενείς ωφελούνται από το συνδυασμό φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών θεραπειών.[5]

### **4.2.1. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ .**

**ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ.** Τα αντιψυχωτικά φάρμακα ονομάζονται ορισμένες φορές και «νευροληπτικά», όρος που είναι επίσης αποδεκτός. Ο όρος «μείζονα ηρεμιστικά» θα πρέπει να αποφεύγεται, μια και έχει χρησιμοποιηθεί για διάφορους τύπους φαρμάκων, και λανθασμένα υποβάλλει στην ιδέα ότι τα αντιψυχωτικά έχουν κυρίως κατασταλτική ή ηρεμιστική δράση. Στα

αντιψυχωτικά περιλαμβάνονται τρεις μείζονες κατηγορίες φαρμάκων: οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης, η ρισπεριδόνη (Risperdal) και η κλοζαπίνη (Leronek).[5].

**ΕΠΙΛΟΓΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ.** Οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης αποτελούν τα κλασικά αντιψυχωτικά φάρμακα και είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Έχουν δύο βασικά μειονεκτήματα . Πρώτον, μικρή μόνο αναλογία ασθενών (πιθανόν 25%) ωφελείται αρκετά, ώστε να επανέλθει σε ένα ανεκτό επίπεδο λειτουργικότητας. Δεύτερον, οι αναστολείς των υποδοχέων της ντοπαμίνης προκαλούν ενοχλητικές και σοβαρές παρενέργειες. Οι συνηθέστερες ενοχλητικές παρενέργειες είναι η ακαθισία και τα παρκινσονικού τύπου συμπτώματα της δυσκινησίας και του τρόμου. Άλλες δυνητικές παρενέργειες είναι η όψιμη δυσκινησία και το κακώθες νευροληπτικό σύνδρομο.

Η ρεμοξιπρίδη είναι ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης που ανήκει σε διαφορετική τάξη ουσιών από αυτές που διατίθενται σήμερα. Μελέτες στην Ευρώπη έχουν δείξει ότι είναι αποτελεσματικό αντιψυχωτικό φάρμακο, ορισμένα αρχικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι συνδέεται με λιγότερες νευρολογικές παρενέργειες σε σύγκριση με άλλους ανταγωνιστές της ντοπαμίνης. Πολύ πρόσφατα στοιχεία ωστόσο, υποδεικνύουν ότι η ρεμοξιπρίδη μπορεί να προκαλέσει απλαστική αναιμία, κάτι που περιορίζει τη χρήση της. [5]

Η ρισπεριδόνη είναι αντιψυχωτικός παράγοντας με σημαντική ανταγωνιστική δράση, τόσο στους τύπους 2 υποδοχείς της σεροτονίνης (5-HT<sub>2</sub>), όσο και στους τύπους 2 υποδοχείς της ντοπαμίνης (D<sub>2</sub>). Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη από τους σε χρήση ανταγωνιστές της ντοπαμίνης, στην αντιμετώπιση τόσο των θετικών, όσο και των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Επίσης τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η ρισπεριδόνη συνδέεται με σημαντικά λιγότερες και ελαφρότερες νευρολογικές παρενέργειες, σε σύγκριση με τα κλασικά νευροληπτικά. Ας έχουμε όμως υπόψη, ότι τα στοιχεία για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια προκύπτουν από σχετικά περιορισμένη ακόμα έρευνα. Η περαιτέρω κατανόηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας θα αυξηθεί όσο αυξάνει η εμπειρία από τη χρήση της ουσίας. Η ρισπεριδόνη μπορεί να αποτελέσει φάρμακο πρώτης εκλογής στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, επειδή πιθανότατα είναι πιο αποτελεσματική και πιο ασφαλείς από τους τυπικούς ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης. [5].

Η κλοζαπίνη είναι ένα αποτελεσματικό αντιψυχωτικό φάρμακο. Ο μηχανισμός δράσης της δεν έχει κατανοηθεί πολύ καλά, αν και είναι γνωστό ότι είναι ασθενής ανταγωνιστής των D<sub>2</sub> υποδοχέων, καθώς και ισχυρός ανταγωνιστής των D<sub>4</sub>, όπως και των σεροτονινεργικών υποδοχέων. Η κλοζαπίνη, δυστυχώς, προκαλεί ακοκκιοκυτταραιμία σε ένα ποσοστό 1-2% των ασθενών, γεγονός που επιβάλλει τον εβδομαδιαίο έλεγχο του αίματος.



Επιπλέον, είναι ακριβό φάρμακο και αυτό περιορίζει τη συνταγογράφηση του. Εντούτοις, είναι φάρμακο δεύτερης επιλογής σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε άλλα αντιψυχωτικά φάρμακα ή σε ασθενείς με όψιμη δυσκινησία, στους οποίους ενδείκνυται, μια και τα υπάρχοντα δεδομένα υποδεικνύουν ότι δεν συνδέεται με την εμφάνιση ή επιδείνωση αυτής της παρενέργειας.[5].

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ.** Η χρησιμοποίηση των αντιψυχωτικών φαρμάκων στη σχιζοφρένεια πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις ακόλουθες 5 αρχές : (1) ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να ορίσει προσεκτικά τα συμπτώματα-στόχους που πρέπει να αντιμετωπισθούν θεραπευτικά. (2) ένα αντιψυχωτικό που έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό για τον συγκεκριμένο ασθενή στο παρελθόν, πρέπει να επαναχρησιμοποιηθεί. Εάν δεν έχουμε αυτή την πληροφορία, η επιλογή του αντιψυχωτικού βασίζεται συνήθως στα χαρακτηριστικά των παρενεργειών του. Τα δεδομένα που έχουμε στη διάθεση μας δείχνουν ότι η ρισπεριδόνη, η ρεμοξιπρίδη και τα παρόμοια φάρμακα που θα τεθούν σε κυκλοφορία τα επόμενα χρόνια, έχουν λιγότερες παρενέργειες και πιθανότατα και ένα καλύτερο φάσμα αποτελεσματικότητας. Από τους κλασικούς ανταγωνιστές της ντοπαμίνης, όλοι θεωρούνται εξίσου σημαντικοί. (3)το ελάχιστο διάστημα για τη δοκιμή ενός αντιψυχωτικού σε επαρκή δοσολογία, είναι 4-6 εβδομάδες. Εάν η δομική αποτύχει, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα άλλο αντιψυχωτικό διαφορετικής τάξης. Αν η εμπειρία του ασθενούς από την πρώτη δόση ενός αντιψυχωτικού είναι δυσάρεστη, αυτό θα καθορίσει σημαντικά την ανταπόκριση και την συμμόρφωσή του στη μελλοντική αγωγή. Στις αρνητικές εμπειρίες περιλαμβάνονται ιδιόμορφα υποκειμενικά αρνητικά αισθήματα, μεγάλη καταστολή και οξείες δυστονικές κρίσεις. Αν παρατηρηθεί σοβαρή αρνητική αρχική αντίδραση, ο γιατρός θα πρέπει να σκεφθεί την επιλογή ενός άλλου αντιψυχωτικού, πριν συμπληρωθούν οι 4 εβδομάδες. (4) Γενικά, η χρήση πλέον του ενός αντιψυχωτικών ταυτόχρονα συνιστάται, αν όχι ποτέ, αν και κάποιοι ψυχίατροι χρησιμοποιούν τη θειοριδαζίνη (Melleril) για να αντιμετωπίσουν την αϋπνία ενός ασθενούς που λαμβάνει παράλληλα και άλλο αντιψυχωτικό. Σε ασθενείς ανθεκτικούς στη θεραπεία μπορεί να ενδείκνυται συνδυασμός με άλλα φάρμακα, όπως π.χ. την καρβαμαζεπίνη (Tegretol). (5) Οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν τη χαμηλότερη δυνατή αποτελεσματική δόση, κατά τη φάση της συντηρητικής θεραπείας. Η δόση αυτή είναι συνήθως μικρότερη από εκείνη που απαιτείται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της οξείας φάσης.[5]

**ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.** Παρά την ενόχληση από τις νευρολογικές παρενέργειες και τον κίνδυνο εμφάνισης όψιμης δυσκινησίας, τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι άκρος ασφαλή, ιδιαίτερα όταν χορηγούνται για ένα σχετικά βραχύ χρονικό διάστημα. Έτσι, σε επείγουσες περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν, με εξαίρεση την κλοζαπίνη, χωρίς να έχει προηγηθεί σωματικός ή



εργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς. Στην καθημερινή πρακτική όμως, θα πρέπει ο κλινικός γιατρός να καταφεύγει σε ένα πλήρη αιματολογικό έλεγχο με λευκοκυτταρικό δείκτη, ηπατικές δοκιμασίες και ηλεκτροκαρδιογράφημα (ECG), ιδιαίτερα σε γυναίκες άνω των 40 ετών και άνδρες άνω των 30 ετών. Οι κύριες αντενδείξεις των αντιψυχωτικών είναι: (1) ιστορικό σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης, (2) η πιθανότητα αλληλεπίδρασης μιας άλλης ουσίας που έχει λάβει ο ασθενείς (όπως π.χ. αλκοόλ, οπιοειδή, οπιούχα, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες. ) με το αντιψυχωτικό, με συνέπεια την καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος ή το αντιχολινεργικό παραλήρημα [ όπως π.χ. με σκοπολαμίνη και πιθανών και φαινυλκυκλιδίνη (PCP)], (3) η ύπαρξη σοβαρής καρδιακής ανωμαλίας, (4) ο υψηλός κίνδυνος εμφάνισης σπασμών από οργανικά ή ιδιοπαθή αίτια και (5) η ύπαρξη γλαυκώματος κλειστής γωνίας, ένα πρόκειται να χρησιμοποιηθεί ένα αντιψυχωτικό με σημαντική αντιχολινεργική δραστηριότητα.[5]

**ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΣΤΗ ΔΟΚΙΜΗ ΕΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ.** Κατά την οξεία φάση, σχεδόν όλοι οι ασθενείς θα ανταποκριθούν στις επαναλαμβανόμενες δόσεις ενός αντιψυχωτικού, είτε ανά 1 ή 2 ώρες ενδομυϊκά (EM), είτε ανά 2 ή 3 ώρες από του στόματος. Μερικές φορές μπορεί να χρειασθεί μια βενζοδιαζεπίνη για την περαιτέρω καταστολή του ασθενούς. Η μη ανταπόκριση ενός ασθενούς κατά την οξεία φάση, θα πρέπει να θέσει στον κλινικό γιατρό την υποψία ύπαρξης μιας οργανικής κατάστασης. Η μη συμμόρφωση στα αντιψυχωτικά είναι ο κύριος λόγος υποτροπής και αστοχίας της θεραπείας. Ένας άλλος σοβαρός λόγος αστοχίας ενός φαρμάκου είναι η χορήγησή του για ανεπαρκές χρονικό διάστημα. Γενικά, θεωρείται λανθασμένη η αύξηση της δοσολογίας ή η αλλαγή του αντιψυχωτικού κατά την διάρκεια των 2 πρώτων εβδομάδων θεραπείας. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση με την τρέχουσα ημερήσια δόση στο τέλος των δυο εβδομάδων, η συνέχιση της θεραπείας θα οδηγήσει πιθανότατα σε σταθερή κλινική βελτίωση. Εάν, όμως ο ασθενής παρουσιάζει ελάχιστη ή καθόλου βελτίωση στο τέλος της δεύτερης εβδομάδας, τότε θα πρέπει να γίνει επανεκτίμηση της φαρμακοθεραπείας του. Για τους ασθενείς που δεν συμμορφώνονται, συνιστώνται τα αινέσιμα depot διαλύματα της φθοριοφαιναζίνης ή της αλοπεριδίνης. Λόγω των παρατηρουμένων διαφορών ως προς το μεταβολισμό των φαρμάκων, ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να είναι ενήμερος για τα επίπεδά τους στο πλάσμα, εφόσον υπάρχει δυνατότητα. Τα επίπεδα των αντιψυχωτικών στο πλάσμα παρέχουν έναν αδρό δείκτη της συμμόρφωσης, της απορρόφησης και του μεταβολισμού, λόγω του ότι δεν διαθέτουμε για αυτά σαφώς καθορισμένα επίπεδα στο αίμα, όπως έχουμε για τα αντικαταθλιπτικά.[5]

Αφού έχουν λοιπόν αποκλεισθεί όλοι οι πιθανοί λόγοι αστοχίας της θεραπείας, μπορεί να δοκιμασθεί ένα άλλο αντιψυχωτικό με διαφορετική χημική δομή. Άλλες στρατηγικές είναι η συγχορήγηση με το αντιψυχωτικό, , λιθίου ή ενός αντιεπιλιπτικού, όπως είναι η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό

οξύ, ή μιας βενζοδιαζεπίνης. Η εφαρμογή των ονομαζόμενων μεγαδόσεων των αντιψυχωτικών σπάνια ενδείκνυται, δεδομένου ότι δεν την υποστηρίζουν καθόλου τα δεδομένα. [5]

**ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.** Αν έχουν αποβεί ανεπιτυχείς όλες οι δοκιμές με τουλάχιστον έναν ανταγωνιστή των υποδοχέων της ντοπαμίνης, ενδείκνυται η συνδυασμένη θεραπεία ενός εξ αυτών με κάποιο άλλο φάρμακο. Τα συμπληρωματικά φάρμακα για τα οποία υπάρχουν τα περισσότερα θετικά δεδομένα είναι το λίθιο, τα αντιεπιληπτικά (καρβαμαζεπίνη και βαλπροϊκό) και βενζοδιαζεπίνες.[5]

**ΛΙΘΙΟ.** Το λίθιο μπορεί να είναι αποτελεσματικό στη μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στο 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια. Αποτελεί επίσης λογική επιλογή σε ασθενείς που δεν μπορούν να πάρουν κάποιο από τα αντιψυχωτικά. [5]

**ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ.** Η καρβαμαζεπίνη ή το βαλπροϊκό οξύ μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μόνα τους, ή σε συνδυασμό με το λίθιο ή ένα αντιψυχωτικό. Αν και κανένα από τα αντιεπιληπτικά δεν έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματικό στον έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι μειώνουν τα επεισόδια βίας σε ορισμένους σχιζοφρενείς.[5].

**BENZODIAZEPINES.** Ορισμένα δεδομένα υποστηρίζουν τη συγχρόνηση αλπραζολάμης και αντιψυχωτικών, σε ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί στη χορήγηση μόνο αντιψυχωτικών . Υπάρχουν επίσης ανακοινώσεις για ανταπόκριση σχιζοφρενών σε υψηλές δόσεις διαζεπάμης . Δυνατόν, όμως μετά την διακοπή των βενζοδιαζεπίνων να παρατηρηθεί έξαρση ως προς τη βαρύτητα της ψύχωσης. [5].

**ΑΛΛΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.** Αν και ηλεκτροσπασμοθεραπεία ( ECT) είναι πολύ λιγότερο αποτελεσματική από τα αντιψυχωτικά, μπορεί να ενδείκνυται σε κατατονικούς ασθενείς και σε ασθενείς που για κάποιο λόγο δεν μπορούν να πάρουν αντιψυχωτικά. Ασθενείς που νοσούν λιγότερο από 1 χρόνο, είναι αυτοί που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ανταποκριθούν. Η ψυχοχειρουργική και ιδιαίτερα οι μετωπιαίες λοβοτομίες χρησιμοποιούνταν μεταξύ του 1935 και 1955. Αν και μπορεί μελλοντικά να αναπτυχθούν πιο εκλεπτυσμένες ψυχοχειρουργικές τεχνικές, η ψυχοχειρουργική δεν θεωρείται πλέον κατάλληλη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια και χρησιμοποιείται μόνο σε περιορισμένη ερευνητική κλίμακα.[5].

#### 4.2.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.** Ο σχεδιασμός της θεραπείας της σχιζοφρένειας πρέπει να στοχεύει τόσο στις δυνατότητες, όσο και στις ανεπάρκειες του ασθενούς. Οι συμπεριφερilογικές τεχνικές χρησιμοποιούν ανταμοιβή και εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων για να βελτιώσουν τις κοινωνικές δεξιότητες, την προσωπική επάρκεια, τις πρακτικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ενισχύονται οι προσαρμοστικές συμπεριφορές με τον έπαινο ή με ανταμοιβή που μπορεί να αντισταθμίζονται με επιθυμητά οφέλη, όπως προνόμια εντός του νοσοκομείου και άδειες εξόδου. Κατά συνέπεια, μπορεί να μειωθεί η συχνότητα των δυσπροσαρμοστικών ή αποκλινουσών συμπεριφορών. [5]

#### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ.

Μερικές φορές η εκπαίδευση των συμπεριφορολογικών δεξιοτήτων ονομάζεται και θεραπεία των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ανεξάρτητα από το όνομα, η θεραπεία μπορεί να είναι άμεσα υποστηρικτική και χρήσιμη στον ασθενή, συμπληρώνοντας τη φαρμακοθεραπεία. Εκτός από τα προσωπικά συμπτώματα του ασθενούς, κάποια από τα πιο έντονα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αφορούν τις σχέσεις του με τους άλλους, όπως είναι η φτωχή βλεμματική επικοινωνία, η ασυνήθης καθυστέρηση στις απαντήσεις, οι παράξενες εκφράσεις του προσώπου, η έλλειψη αυθορμητισμού σε κοινωνικές καταστάσεις και η ανακριβής πρόσληψη ή έλλειψη πρόσληψης των συναισθημάτων των άλλων. Αυτές οι συμπεριφορές αποτελούν το στόχο της εκπαίδευσης των κοινωνικών δεξιοτήτων. Κατά την εκπαίδευση χρησιμοποιούνται βιντεοταινίες άλλων του ασθενούς, παίξιμο ρόλων κατά τη θεραπεία και ανάθεση εργασίας στο σπίτι για πρακτική άσκηση των δεξιοτήτων.[5]

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.** Μια ποικιλία οικογενειακών θεραπειών είναι χρήσιμη στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Επειδή οι σχιζοφρενείς εξέρχονται τις περισσότερες φορές από το νοσοκομείο σε κατάσταση ατελούς ύφεσης, η οικογένεια τους, στην οποία αναμένεται να επανέλθουν, θα ωφεληθεί από μια βραχεία και εντατική (συνήθως καθημερινή) οικογενειακή θεραπεία. Ο εστιασμός της θεραπείας πρέπει να είναι τα άμεσα προβλήματα, συμπεριλαμβάνοντας την εντόπιση και αποφυγή δυνητικά ενοχλητικών καταστάσεων. Όταν αναφύονται προβλήματα με τον ασθενή στην οικογένεια, η εστίαση πρέπει να κατευθύνεται στην ταχύτερη επίλυση του προβλήματος. [5]

Ένα σημαντικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπίσει η οικογενειακή θεραπεία, την περίοδο αμέσως μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, είναι η διαδικασία ανάληψης και ιδιαίτερα ο χρόνος και ο ρυθμός της. Πολύ συχνά, οι συγγενείς ενθαρρύνουν, με την καλή έννοια, τον ασθενή

τους να αναλάβει τις κανονικές του δραστηριότητες πολύ γρήγορα. Αυτή η υπερβολικά αισιόδοξη επιθυμία προκύπτει τόσο από άγνοια της φύσης της σχιζοφρένειας, όσο και από άρνηση της σοβαρότητας της. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια και τον ασθενή να κατανοήσουν την νόσο, χωρίς να είναι υπερβολικά αποθαρρυντικός. Πρέπει επίσης να συζητήσει για το ψυχωτικό επεισόδιο και τα συμβάντα που οδήγησαν σε αυτό. Τα μέλη της οικογένειας πολύ συχνά τρομάζουν με τα ψυχωτικά συμπτώματα και η ελεύθερη συζήτηση ανάμεσα στον ψυχίατρο και τους συγγενείς μπορεί να αποβεί χρήσιμη σε όλους. Περαιτέρω οικογενειακή θεραπεία μπορεί να κατευθυνθεί προς την εφαρμογή τεχνικών μείωσης του στρές και ενίσχυσης μηχανισμών άμυνας, καθώς και προς την προοδευτική επαναδραστηριοποίηση του ασθενούς. [5]

Σε κάθε συνεδρία οικογενειακής θεραπείας, ο θεραπευτής θα πρέπει να ελέγχει τη συναισθηματική ένταση που επικρατεί. Η υπερβολική έκφραση συναισθημάτων κατά τη διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να είναι βλαπτική στην πορεία ανάνηψης του σχιζοφρενούς και να υποσκάπτει την πιθανότητα επιτυχίας των επόμενων συνεδριών. Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση των υποτροπών. Το μειονέκτημα είναι ότι σε κάθε μια από αυτές τις μελέτες έχει χρησιμοποιηθεί διαφορετική μορφή οικογενειακής θεραπείας. Σε ελεγμένες μελέτες έχει βρεθεί θεαματική μείωση του δείκτη υποτροπής όταν παράλληλα χρησιμοποιείτε και οικογενειακή θεραπεία (5-10%), σε σύγκριση με ποσοστά υποτροπής 20-50% όταν αυτό δεν συμβαίνει. [5]

NAMI. Η Εθνική Συμμαχία για τον Ψυχικά Ασθενή (NAMIO και παρόμοιες ομάδες, είναι ομάδες στήριξης για τις οικογένειες και τους φίλους ψυχικά πασχόντων ατόμων, όπως και για τους ίδιους τους ασθενείς. Τέτοιοι οργανισμοί προσφέρουν συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη και συμβουλές για τον τρόπο αναζήτησης φροντίδας σε ένα υπερβολικά πολύπλοκο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η NAMI είναι συχνά μια ομάδα υποστήριξης που απευθύνονται μέλη οικογενειών. Η NAMI έχει επίσης διενεργήσει εκστρατείες για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου και για την ενημέρωση των κυβερνήσεων σε σχέση με τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους. [5]

**ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.** Η ομαδική θεραπεία των σχιζοφρενών εστιάζεται, συνήθως, σε σχέδια καθημερινής ζωής, προβλήματα και σχέσεις. Οι ομάδες μπορεί να είναι συμπεριφεριολογικού, εναισθητικό ή υποστηρικτικού τύπου. Διατυπώνονται αμφιβολίες στο κατά πόσο οι δυναμικές ερμηνείες και η εναισθητική θεραπεία έχουν κάποια αξία για τον τυπικό σχιζοφρενή. Η ομαδική θεραπεία, όμως, είναι αποτελεσματική στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, αυξάνοντας την αίσθηση της συνεκτικότητας και βελτιώνοντας τον έλεγχο της πραγματικότητας των ασθενών. Ομάδες που καθοδηγούνται από

ένα υποστηρικτικό μοντέλο, φαίνεται ότι είναι πιο υποβοηθητικές από αυτές που ακολουθούν ένα ερμηνευτικό μοντέλο.[5]

**ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.** Η θεραπεία αυτή βοηθά τον ασθενή και επαυξάνει τα αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Δυο τύποι θεραπειών έχουν μελετηθεί: η υποστηρικτική και η εναισθητική ψυχοθεραπεία. Κρίσιμη έννοια στην ψυχοθεραπεία των σχιζοφρενών αποτελεί η ανάπτυξη θεραπευτική σχέσης, την οποία ο ασθενής βιώνει ως ασφαλή. Η επιτυχία αυτού του στόχου εξαρτάται από την αξιοπιστία του θεραπευτή, από την συναισθηματική απόσταση θεραπευτή και ασθενούς και από την αυθεντία του θεραπευτή, όπως τον βλέπει ο ασθενής. Άπειροι θεραπευτές, συχνά προχωρούν πολύ γρήγορα σε ερμηνείες με τους ασθενείς τους. Θα πρέπει να αντιληφθούμε ότι η ψυχοθεραπεία των σχιζοφρενών μπορεί να διαρκέσει 10ετίες και όχι λίγες συνεδρίες, μήνες ή και χρόνια. [5]

Ορισμένοι κλινικοί και ερευνητές υποστηρίζουν με έμφαση ότι η δυνατότητα ενός σχιζοφρενούς να δομήσει θεραπευτική σχέση με έναν θεραπευτή, προδικάζει την έκβαση της νόσου του. Τουλάχιστον σε μια μελέτη βρέθηκε ότι σχιζοφρενείς που ήταν σε θέση να παγιώσουν καλή θεραπευτική συμμαχία, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να συνεχίσουν την ψυχοθεραπεία, να συμμορφώνονται με τη φαρμακοθεραπεία και να έχουν καλή έκβαση σε μια συνεχή παρακολούθηση επί 2 έτη. [5]

Η σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ασθενή είναι διαφορετική από αυτήν στη θεραπεία μη ψυχωτικών ασθενών. Η επίτευξη της σχέσης είναι συχνά ένα πολύ δύσκολο ζήτημα. Ο σχιζοφρενείς είναι απελπιστικά μόνος, αλλά και αμύνεται σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης και εμπιστοσύνης, οπότε είναι πολύ πιθανών να αντιδράσει με καχυποψία, άγχος, εχθρότητα ή και παλινδρόμηση. Η ευσυνείδητη παρατήρηση των αποστάσεων και της ιδιωτικότητας, η υπομονή, η ειλικρίνεια και η ευαισθησία στις κοινωνικές συμβατικότητες, είναι πολύ προτιμότερες από την πρόωρη οικειότητα και την καταδεχτική χρήση των μικρών ονομάτων. Υπερβολική οικειότητα και φιλικότητα είναι εκτός τόπου και πιθανότατα εκλαμβάνονται σαν προσπάθειες δωροδοκίας, χειρισμού ή εκμετάλλευσης.[5]

Εντούτοις, πάντα βέβαια μέσα στα πλαίσια της επαγγελματική σχέσης, η ευελιξία μπορεί να είναι ουσιαστική για την εγκαθίδρυση ενεργού συμμαχίας με τον ασθενή. Ο στόχος είναι να μεταφέρει στον ασθενή την ιδέα ότι μπορεί να τον εμπιστευτεί, ότι θέλει να τον καταλάβει και ότι έχει πίστη στις δυνατότητές του, ανεξάρτητα αν αυτός είναι διαταραγμένος, εχθρικός ή αλλόκοτος στην παρούσα φάση. [5].

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

#### 5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση ή οπτική γωνία της γενικής νοσηλευτικής και νοσηλευτική ειδικότητα .Σε γενικές γραμμές ,περιλαμβάνεται στη σπουδή της γενικής νοσηλευτικής και συντελεί στην άσκησή της παντού και πάντοτε .ως νοσηλευτικής του όλου ανθρώπου .

Η σπουδή της βοηθάει τον φοιτητή να αποκτήσει γνώσεις ,δεξιότητες ,διαθέσεις και αρχές ,ώστε να γίνει ικανός να συμβάλλει στην .

- \* Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών

- \* Προσωπική ολική νοσηλευτική φροντίδα ,θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων

- \* Διατήρηση και βελτίωση της ψυχικής υγείας

- \* Αγωγή ψυχικής υγείας του κοινού

- \* Υποστήριξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας όλων των σωματικά πασχόντων

- \* Προσαρμογή και εφαρμογή των αρχών της ψυχικής υγείας σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής .

Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας ως επιστήμη ,ως αντικείμενο έρευνας και ως κλινική άσκηση , εμπνέεται και κατευθύνεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών .

- 1 . Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ανθρώπου ,υγιούς ή αρρώστου ,ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας

- 2 . Πίστη στην ατίμητη οντολογική αξία του ανθρώπου , της υγείας και της ζωής του

- 3 . Εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ανθρώπου και της υγείας του με σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον .

Ο αξιολογικός αυτός προσανατολισμός μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη και αρτιότερη χρησιμοποίηση όλων των επιστημονικών γνώσεων και όλης της κλινικής πείρας αλλά και στην έρευνα , ώστε να αναδειχθεί η νοσηλευτική ψυχικής υγείας πράγματι θεραπευτική .[3]

## 5.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ , ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ

Στην ψυχιατρική , όπως και σε άλλες ειδικότητες ,η πρόληψη μελετάται και επιδιώκεται σε τρία επίπεδα. Αυτά είναι η :πρωτογενής ,δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη.

Η **πρωτογενής** πρόληψη περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες, που αποβλέπουν στη μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας ,δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δυο τρόπους :α )Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής ,που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις ,με κίνδυνο αύξησης της επικινδυνότητας για ψυχική νόσηση. β)Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων , ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις .

Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών .Συναντά άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις ,όπως είναι η σωματική αρρώστια ,ατύχημα, αναπηρία ,θάνατος αγαπημένου προσώπου ,τάση αυτοκτονίας , απώλεια εργασίας ,διαζύγιο ,κακοποίηση παιδιού κ.α . Έχει τη δυνατότητα η νοσηλευτική να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα .Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό υποστηρικτικό διάλογο , με καθοδήγηση στη λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση πώς να βγει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία . Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών ,η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση της ψυχικής αρρώστιας , τις ψυχιατρικές θεραπείες ,τις τεχνικές πρόληψης , παράκαμψης ή υπερνίκησης του στρες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας .[3]

Η **δευτερογενής πρόληψη** επιδιώκει την ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων ,την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής ,ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της ,να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της στα μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους .

Στη δευτερογενή πρόληψη ,η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με την ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής τόσο στους σωματικά αρρώστους , όσο και στους συνοδούς και στις οικογένειές τους .Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση ,καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία , όταν χρειάζεται ,υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

Η **τριτογενής πρόληψη** τέλος περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής ,κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης , που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά

αρρώστων και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο .Έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους αρρώστους ,η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς .Προς τον σκοπό αυτό δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας ,τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ,τα κέντρα ψυχικής υγείας ,οι ξενώνες ,τα προστατευόμενα εργαστήρια ,σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοιχτή γραμμή 24 ώρες το 24ωρο κ.α.[3]

Η νοσηλευτική ,όχι μόνο είναι παρούσα με τα στελέχη της σ' όλα αυτά τα προγράμματα ,αλλά και πρωτοπορεί σε πρότυπους σχεδιασμούς –τοπικούς, εθνικούς και διεθνείς –στο συντονισμό την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους .Πάνω απ' όλα η νοσηλευτική είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της ψυχικής υγείας .[3],[7].



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.

Η ομάδα ψυχικής υγείας είναι πολυδιάστατη , με αρχές προσαρμοσμένες στην ποικιλία των αναγκών των ψυχικά πασχόντων. Κάθε επάγγελμα έχει την δική του ταυτότητα και κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας το δικό του ρόλο στην κάλυψη των αναγκών του αρρώστου. Κοινός στόχος όλων η βελτίωση στο μέγιστο δυνατό της υγείας του πάσχοντος, με παροχή ποιοτικής ψυχιατρικής φροντίδας. [11]

#### 1. ΤΟ ΕΡΓΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με εκπαίδευση στην ειδικότητα μπορεί να αναλάβει διαφόρους ρόλους και αρμοδιότητες. Ανάλογα βέβαια με την υπηρεσία υγείας όπου εργάζεται, τα χαρακτηριστικά των αρρώστων που εξυπηρετεί, το γενικό σύστημα φροντίδας που διαμορφώνεται από την διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, τις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας της κοινωνίας και τις νέες γνώσεις που παράγονται από ερευνητικές μελέτες. [11]

**Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου σε γενικές γραμμές είναι:**

- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά αρρώστους και τις οικογένειές τους.
- Οργάνωση, προγραμματισμός, συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας των ψυχικά αρρώστων, καθώς και υπεύθυνη αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Εφαρμογή ψυχοθεραπείας , αν έχει επί πλέον εξειδίκευση για αυτή, νομικά κατοχυρωμένη.
- Άσκηση πρωτοβάθμιας και κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας με κύριο σκοπό την πρωτογενή πρόληψη αλλά και κάθε είδους πρόληψη. Καθώς και την παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.
- Προβολή υποδειγματικού προτύπου του νοσηλευτικού ρόλου σε αρρώστους, συναδέλφους, συνεργάτες, εκπαιδευόμενους επιστήμονες υγείας και στη ευρύτερη κοινωνία.
- Προστασία των ψυχικά αρρώστων από τυχόν παραμέληση , εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειας τους και

υποστήριξη της επιστημονικής/ ανθρωπιστικής ολοκληρωμένη φροντίδας τους.

- Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους αρρώστους, το προσωπικό τους εκπαιδευόμενους , τις οικογένειες και στο κοινό.
- Συνεργασία με το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό , καθώς και με την διεπιστημονική ομάδα υγείας.
- Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και τη διενέργεια επιθυμητών αλλαγών στις μεθόδους και δομές των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας.
- Άσκηση συμβουλευτικής- διασυνδεδετικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας σε γενικό νοσοκομείο.
- Έρευνα και δημοσιεύσεις σε θέματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- Συμβολή στη βασική και μεταβατική εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής και ιατρικής , στην κλινική νοσηλευτική ψυχικής υγείας.

Στους ρόλους που ήδη αναφέρθηκαν μπορούν να προστεθούν και πολλοί άλλοι, μεταξύ των οποίων είναι η ιδιωτική άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, η ακαδημαϊκή σταδιοδρομία, το διδακτικό έργο σε νοσηλευτικές σχολές κ. ά. [11]

## 2. ΣΚΟΠΟΙ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Για να φανεί πόσο ευρύ και υπεύθυνο είναι το έργο των νοσηλευτών ψυχικής υγείας και ποιες δυνατότητες ανάπτυξης και επέκτασης περιλαμβάνει, παρουσιάζεται στη συνέχεια ένας αντιπροσωπευτικός κατάλογος νοσηλευτικών παρεμβάσεων ψυχικής υγείας. [11]

- Φροντίδα του αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή, υπεύθυνη νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου, προγραμματισμός και εκτέλεση ή διδασκαλία και επίβλεψη της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής του φροντίδας, καθώς και εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών εφαρμογών.
- Ελάττωση των στρεσογόνων ερεθισμάτων, όσο είναι δυνατό και ελάττωση του άγχους του αρρώστου με υποστηρικτική στάση και διαθέσιμο χρόνο κοντά στον άρρωστο, με ταυτόχρονη αναγνώριση ότι ένας σχετικός βαθμός stress και άγχους είναι απαραίτητος για την επιβίωση , την μάθηση , την ψυχολογική ανάπτυξη και την αυτοπραγμάτωση.
- Ανάπτυξη, διατήρηση και διακοπή – όταν εκπληρωθεί ο σκοπός – ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον άρρωστο , την οικογένεια ή μια ομάδα , με σκοπό την καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων.

- Ακρόαση και διατήρηση επικοινωνίας. Π.χ. βοήθεια του αρρώστου να κατανοεί και να χειρίζεται τα συναισθήματα του θυμού, της κατάθλιψης, της καχυποψίας, με υγιείς τρόπους λύσης των προβλημάτων και υπευθυνότητα, χωρίς να καταφεύγει σε κοινωνικά απαράδεκτες ή μη συμφέρουσες συμπεριφορές.
- Δημιουργία αισθητηριακών ερεθισμάτων χωρίς υπερφόρτωση του αρρώστου, με σκοπό την πρόληψη απόσυρσης, κοινωνικής απομόνωσης ή καταφυγής σε αυτιστική φαντασία και εξωπραγματικά βιώματα.
- Οργάνωση και διατήρηση ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος για ενίσχυση του αισθήματος προσωπικής αξίας και των θετικών συμπεριφορών του αρρώστου.
- Προώθηση της επαφής του αρρώστου με την πραγματικότητα, βοηθώντας τον να αντιμετωπίζει τα τρέχοντα προβλήματα της καθημερινής ζωής.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει στη φροντίδα του εαυτού του όσο μπορεί πιο υπεύθυνα, ώστε να έχει ευκαιρίες ικανοποίησης από την πρόοδο και την επιτυχία του.
- Αποδοχή και προσωρινή εκπλήρωση υποκατάστατου γονεϊκού ρόλου, που περιλαμβάνει λήψη αποφάσεων και ανάληψη ορισμένων ευθυνών για την καθημερινή υγιεινή φροντίδα, όταν ο άρρωστος παρουσιάζει σωματική νοητική και συναισθηματική ανικανότητα.
- Διδασκαλία αρχών και πρακτικών εφαρμογών υγείας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή, δεξιοτήτων, χειρισμού δυσκολιών και λύσης προβλημάτων, διατήρηση εποικοδομητικών διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφορών κατάλληλων στις διάφορες περιστάσεις.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμπεριφέρεται κατά τρόπο ώστε να αποσπά θετική ανταπόκριση και υποστήριξη από τους άλλους.
- Ανάληψη του έργου της κοινωνικοποίησης του αρρώστου με τη βελτίωση της διαπροσωπικής, επαγγελματικής και ψυχαγωγικής του ικανότητας.
- Καθοδήγηση του αρρώστου πώς να αποφεύγει ή να παρακάμπτει ή να υπερνικά τους παράγοντες που απειλούν την ψυχική του ισορροπία, ασφάλεια ή προσαρμοστική του ικανότητα.
- Διεύθυνση νοσηλευτικής μονάδας ή υπηρεσίας ψυχικής υγείας και συντονισμός της φροντίδας των ψυχικά αρρώστων. Έτσι θα συνδυάζεται η υψηλή ευαισθησία με τη σύγχρονη τεχνολογία της περίθαλψης, θα διατηρείται η πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία, θα αποφεύγεται ο τεμαχισμός και η αποπροσωποποίηση και θα προάγεται η συνοχή και συνέχεια της φροντίδας ακόμη και με το σύστημα των παραπομπών.[11]

- Ενσωμάτωση της ενεργητικής συμβολής του αρρώστου στα σχέδια της προετοιμασίας της εξόδου του από το νοσοκομείο και της επανένταξης του στη ζωή της κοινωνίας.
- Συνεννόηση με τον άρρωστο και την οικογένεια του για τυχόν απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής ή στο περιβάλλον του σπιτιού, ώστε να αντιμετωπίζονται καλύτερα οι ανάγκες του και να αποφεύγονται οι προστριβές. Επίσης καθοδήγηση τους να χρησιμοποιούν τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες και να διεκδικούν τη χρηματική επιδότηση που τυχόν δικαιούνται για την αντιμετώπιση της αρρώστιας.
- Συμμετοχή στη θεραπευτική ομάδα με συστηματική μεταβίβαση των νοσηλευτικών κλινικών παρατηρήσεων και συγκεκριμένες προτάσεις για τη θεραπευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου.
- Υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων και συνηγορία υπέρ αυτών σε κάθε ευκαιρία και περίπτωση για κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της τοπικής, εθνικής και διεθνούς πολιτικής για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική περίθαλψη. Επίσης πληροφόρηση των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.[11]

### 3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.

Τα προβλήματα που προκύπτουν , από την προσπάθεια ιδανικής λειτουργίας «χώρου» όπου παρέχεται ψυχιατρική περίθαλψη είναι πολυάριθμα και ποικίλουν .

Επισημαίνοντας τα σημαντικότερα, μπορούμε να κατατάξουμε : ανάλογα με το «χώρο» που εμφανίζονται , το «χαρακτήρα λειτουργίας», καθώς και το περιεχόμενο τους σε: [11]

#### 3.1. Υλικοτεχνικής υποδομής.

Κατά τη δεκαετία του 1980 υπήρχαν 13.500 κλίνες , 1,5 σε 1000 κατοίκους διασκορπισμένες σε 57 ψυχιατρικά ιδρύματα : 9 δημόσια και 48 ιδιωτικές κλινικές με 4.150 κλίνες. Το 50% αυτών στην Αθήνα. Κάθε χρόνο γινόντουσαν 25.000 περίπου εισαγωγές, το 20% των οποίων ήταν οξεία περιστατικά και επανεισαγωγές. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι 1 στα 4 κρεβάτια στη χώρα μας είναι ψυχιατρικό. [11]

Στην προσπάθεια πρόληψης και αποκέντρωσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών λειτουργούν Μονάδες Μερικής Νοσηλείας (Μ. Μ. Ν. ) όπως Κ. Ψ. Υ. , Κ.Κ.Ψ.Υ. και Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων (Ψ.Τ.Γ.Ν.) με υψηλή ποιότητα απόδοσης παπά τα πολυάριθμα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όπως:

- Έλλειψη χώρου αντιμετώπισης οξέων περιστατικών.
- Λαθεμένη εγκατάσταση ορισμένων μονάδων σε ορόφους ,(δίχως πρόσβαση σε ανοιχτό χώρο «κήπο» για περιβάλλον και απασχόληση.)
- Δίχως τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας (προφυλακτήρες παραθύρων, ρελιέ ρεύματος, βάσεων στήριξης στα W.C. , που ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν από τους αρρώστους για να πραγματοποιήσουν απόπειρα.)
- Τυχόν λαθεμένη πολιτική αντίληψη που παρακωλύει ή δεν επιτρέπει την παραχώρηση χώρων ή κτιριακών εγκαταστάσεων για την στέγαση νέων Ψυχιατρικών Τμημάτων (Ασκληπιείο Βούλας).[11]

### 3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ.

#### i. Αποθάρρυνση ή μη εκ του αποτελέσματος της λειτουργίας των ΜΜΝ.

Μονάδες που λειτουργούν με παροχή μερικής νοσηλείας με στόχο την αποφυγή της ιδρυματοποίησης και την παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης που να καθιστά τον πάσχοντα βιώσιμο και λειτουργικό. Όταν σε 5 σχεδόν έτη λειτουργίας ΨΤΓΝ το ποσοστό επανεισαγωγών ξεπερνάει κατά περιόδους το 35% και με δεδομένο πως οι ψυχώσεις (συναισθηματικές και μη) αποτελούν το 85% και πλέον των νοσηλευομένων (εξαιρουμένων των διαταραχών της προσωπικότητας, νευρωσικών, οργανικών ή άλλου τύπου διαταραχών ), και εκτιμώντας δείκτες όπως: την πυκνότητα των επεισοδίων σε ένα διπολικό ή ψυχωσικό άρρωστο σύντομα με την αύξηση της ηλικίας του, τότε πρέπει να μας γεννιούνται τα ερωτήματα:

-κατά πόσο λειτούργησε αυτή η μεταρρύθμιση;

-αν επιτεύχθηκαν οι στόχοι; Αν όχι γιατί;

-ποιο το αποτέλεσμα ;όταν ένα σημαντικό ποσοστό οδηγείται στην κλειστή ιδρυματικού τύπου περίθαλψη.

-ποιες είναι οι προτάσεις μας για την βελτίωση λειτουργίας τους;[11]

- ii. **Ανάγκη απόλυτης συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών που αποτελούν την ομάδα ψυχικής υγείας.**
  - a) Ισομερής ανάληψη ευθυνών στην αντιμετώπιση και προστασία των ασθενών (αποφυγή μεταφοράς μονομερώς του άγχους στο Νοσηλευτικό προσωπικό).
  - b) Να λαμβάνεται υπόψη η εκτίμηση των Νοσηλευτών σχετικά με την αναγκαιότητα εισαγωγής ή μη περιστατικών , ή να συναποφασίζεται χωρίς καθυστέρηση η άμεση χορήγηση εξιτηρίου σε περιστατικό που κρίνεται ότι δεν χρήζει νοσηλείας.
  - c) Ταύτιση απόψεων για την από κοινού αντιμετώπιση αρρώστων προς αποφυγή διαφορετικών κατευθύνσεων αντιμετώπισης.[11]

### 3.3. Έμφυχου υλικού.

- i. Εξειδικευμένο Νοσηλευτικό προσωπικό με κάλυψη 1/5 ( ενός υπευθύνου προς 5 ασθενείς ) σε πρωινή – απογευματινή βάρδια, αφού οι ανάγκες των ψυχιατρικών αρρώστων για επικοινωνία αποτελούν σημαντικό μέρος της θεραπείας τους. (Νοσηλευτική εκτίμηση – πορεία – αποκατάσταση )
- ii. Άμεση ανάγκη για ειδικευμένο Νοσηλευτικό προσωπικό στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Αφού η Νοσηλευτική αποτελεί τον κορμό σύνδεσης και λειτουργίας των υπηρεσιών, και αφού για να θεωρηθεί δεδομένη η ποιότητα της νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων, υποχρεούνται ο νοσηλευτής να κατέχει τις κατάλληλες γνώσεις και την κατάλληλη εκπαίδευση. Συμπεραίνουμε την αναγκαιότητα της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ειδικότητας και προβληματιζόμαστε γιατί, αφού τα επιδοτούμενα Κοινοτικά προγράμματα καλύπτουν 36 θέσεις για Ψυχιατρική Νοσηλευτική Ειδικότητα και οι αιτήσεις των ενδιαφερομένων ξεπερνούν τις 200 εστάλησαν για το έτος 1993- 94 μόνο 22 ενδιαφερόμενοι, ενώ το ποσοστό των ανειδίκευτων ξεπερνά το 85%, με αποτέλεσμα την ενδεχόμενη μείωση της επιδότησης των θέσεων και της ποιότητας παροχής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής κάλυψης των ασθενών;
- iii. Προτείνουμε συγκρότηση επιτροπής Ψυχιατρικής Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος με στόχο την προώθηση των θεμάτων αυτών του ΕΣΔΝΕ στους αρμοδίους Διευθυντές των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, που σε συνεργασία με το Νοσηλευτικό προσωπικό κάθε Νοσοκομείου, αλλά και το

Υπουργείο Υγείας να δώσουν λύσεις με πρόγραμμα εκσυγχρονισμού των Νοσηλευτικών υπηρεσιών και να θεσμοθετήσουν κανονισμούς τέτοιους που θα διευκολύνουν αυτό το έργο. Π.χ. στη λήψη ειδικότητας ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας, την παραμονή για 5 τουλάχιστον χρόνια στα ανάλογα «πλαίσια» και την αποφυγή λήψης δεύτερης ειδικότητας και εκμετάλλευσης των προγραμμάτων από Νοσηλευτές που κατέχουν ήδη άλλη ειδικότητα.

- iv. Ο χρόνος που διαθέτει ο νοσηλευτής σε κάθε άρρωστο δεν είναι δυνατόν σε καμία περίπτωση να υπερβεί την 1 ώρα σε καθημερινή βάση. Αυτό φυσικά ποικίλει ανάλογα με την διάθεση και την ενέργεια που μπορεί υποστηρικτικά να προσφέρει, καθώς και από τον αριθμό των ασθενών, που συμπεριλαμβανομένων (προγραμματισμού εξετάσεων, νοσηλείας, συναντήσεων οιασδήποτε μορφής) των υπολοίπων καθηκόντων του δεν μπορεί να ξεπερνά τους πέντε. [11]

## 6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.

Η ανάπτυξη των ψυχιατρικών μεθόδων θεραπείας, ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες πάνω σε ψυχοδυναμικά πλαίσια απαιτεί μια διαφοροποίηση του ρόλου του νοσηλευτή / νοσηλεύτριας μέσα στα πλαίσια αυτά.[31]

Η «πατροπαράδοτη» αντίληψη του «φύλακα» ανήκει ή πρέπει να ανήκει, ανεπιστρεπτί στο παρελθόν. Στις σύγχρονες ψυχιατρικές δομές καλείται και ο νοσηλευτής, όπως και ο κοινωνικός λειτουργός, ο εργοθεραπευτής κλπ. να παίζει καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία και την αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή. Η πολυεπαγγελματική ομάδα είναι ο άξονας πάνω στον οποίο βασίζεται σήμερα κάθε ψυχιατρική πρόοδος.

Έτσι η «ψυχιατρική νοσηλευτική» αναπτύχθηκε σαν ένας ξεχωριστός κλάδος της νοσηλευτικής, μια ειδικότητα η οποία απαιτεί επιπλέον γνώση και εμπειρία. [31]

Η ψυχιατρική νοσηλευτική ενδιαφέρεται :

- Για την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή, την καλλιέργεια και ανάπτυξη των διαπροσωπικών του σχέσεων , την εφαρμογή γνωστών και δημιουργία νέων θεραπευτικών προϋποθέσεων, σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.
- Για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία της.

Ο σημερινός νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει τον ψυχικά ασθενή όχι σαν μια στεγνή διάγνωση η οποία θα αντιμετωπιστεί με τη χορήγηση κάποιων ψυχοφαρμάκων, αλλά σαν «μια συγκεκριμένη και ανεπανάληπτη

προσωπικότητα με ψυχοβιολογική ενότητα, σαν μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινωνίας, του οποίου η ζωή έχει νόημα, σκοπό και ανεκτίμητη αξία». Στόχος είναι η επαναδραστηριοποίηση, η ενεργητική συμμετοχή του ασθενή στο κοινωνικό του περιβάλλον. [31]

Σαν βασικές αρχές και θέσεις της Ψυχιατρικής νοσηλευτικής θεωρούνται, μεταξύ άλλων οι παρακάτω :

- Κάθε άνθρωπος είναι πλήρες δημιούργημα, έχει αξιοπρέπεια και είναι μοναδική και ξεχωριστή ύπαρξη.
- Η ανθρώπινη ύπαρξη έχει αξία.
- Ο άνθρωπος είναι ένας ολοκληρωμένος βιολογικός, ψυχικός και διανοητικός οργανισμός. Οι εμπειρίες της ζωής επηρεάζουν τον άνθρωπο στο σύνολο του.
- Κάθε εκδήλωση και συμπεριφορά έχει νόημα, είναι σκόπιμη και μπορεί να γίνει κατανοητή από τους άλλους ανθρώπους.
- Η αυτοκατανόηση μπορεί να οδηγήσει στην ετεροκατανόηση.
- Μέσα από την επικοινωνία του με τους άλλους, το άτομο επιβεβαιώνει, τροποποιεί ή αλλάζει τις απόψεις του, για τον εαυτό του, τους άλλους, ή για κάποιο συγκεκριμένο γεγονός.
- Η αγάπη των άλλων είναι δύναμη η οποία βοηθά στην απελευθέρωση της ικανότητας του ατόμου να αγαπά και τους άλλους.
- Υπάρχουν υγιή στοιχεία της προσωπικότητας σε οποιαδήποτε ψυχική ασθένεια που μπορούν και πρέπει να αναγνωρισθούν και να χρησιμοποιηθούν για τη βοήθεια του ασθενή.

Αυτές οι «νοσηλευτικές αρχές» ισχύουν βέβαια για όλους τους θεραπευτές ψυχικής υγείας. Προσδιορίζουν όμως τόσο τον τρόπο συμπεριφοράς προς τον ψυχικά ασθενή, όσο και τις απαιτήσεις και γνώσεις που προϋποθέτει η ενασχόληση με αυτών.[31]

Ο σημερινός νοσηλευτής των ψυχιατρικών πλαισίων συμμετέχει στη εξακρίβωση και τον εντοπισμό των προβλημάτων του ασθενή, γνωρίζει τον ασθενή καλύτερα από κάθε άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας, μια και ζει μαζί του τις περισσότερες ώρες και σε πιο φυσιολογικές συνθήκες από ότι το γραφείο του ψυχιάτρου, αξιολογεί και επιβεβαιώνει, καλύτερα από οποιοδήποτε άλλο το αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας. [31]

Σε πολλά σύγχρονα ψυχιατρικά κέντρα, οι νοσηλευτές είναι παρόντες τόσο στην εισαγωγή όσο και σε αρκετές από τις θεραπευτικές συζητήσεις του ασθενή με τον ψυχίατρο. Ακόμα συμμετέχουν ενεργά στις ομαδικές θεραπείες ή καθοδηγούν οι ίδιοι παρόμοιες θεραπευτικές συναντήσεις στο τμήμα όπως ή «πρωινή συγκέντρωση των ασθενών» κλπ. Μια τέτοια όμως συμμετοχή προϋποθέτει ανάλογες γνώσεις και εμπειρίες.

Η συμμετοχή του νοσηλευτή σε εκπαιδευτικά ψυχιατρικά προγράμματα είναι μια ελάχιστη προϋπόθεση για την, κατά το δυνατόν, σωστή λειτουργία του σαν θεραπευτή. Η ψυχιατρική ειδικότητα και η συμμετοχή του σε ομάδες



αυτογνωσίας αποτελούν ισχυρότερα στηρίγματα για τον ίδιο και για τη δράση του στο ίδρυμα.[31]

Από την προσωπικότητα και τις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού εξαρτώνται :

- Η ατμόσφαιρα του ιδρύματος.
- Η δομή και η διεύθυνση των καθημερινών αναγκών .
- Η συμπεριφορά και η διαπροσωπική σχέση με τους ασθενείς.
- Η επανασύνδεση της σχέσης του ασθενή με τα πρόσωπα του περιβάλλοντός του.

Στοιχεία με ιδιαίτερο θεραπευτικό χαρακτήρα για έναν ψυχικά ασθενή.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία θα στηριχθούν οποιεσδήποτε μεταρρυθμίσεις στο χώρο της ψυχικής υγείας. Όσο αξιόλογες και αν είναι οι γνώσεις των ψυχιάτρων ή ψυχολόγων ενός ιδρύματος δεν θα έχουν κανένα σχεδόν αποτέλεσμα αν δεν στηριχθούν σε ανάλογες δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, στο χώρο της ψυχικής υγείας, είναι ο καταλύτης που θα επιταχύνει ή θα επιβραδύνει οποιαδήποτε προσπάθεια μεταρρύθμισης στο χώρο αυτό. Για αυτό και είναι υποχρέωση , η συνεχής εκπαιδευτική δραστηριότητα των υπεύθυνων ψυχιάτρων και η διοχέτευση της όποιας γνώσης τους προς τους νοσηλευτές όπως και η υποχρέωση των νοσηλευτών είναι ο διαρκής εμπλουτισμός των γνώσεων τους και η εξειδίκευση τους σαν ψυχιατρικοί ειδικοί νοσηλευτές. Η καλή διάθεση και η φιλοτιμία είναι πραγματικά αγαθά στην απασχόληση οποιουδήποτε θεραπευτή στον τομέα της ψυχικής υγείας, όχι όμως και αρκετά - εάν δεν συνοδεύονται και από τη γνώση - για να σώσουν καμιά φορά τους ασθενείς αλλά και τους ίδιους τους θεραπευτές – νοσηλευτές από την αποδιοργανωτική δυναμική της ψυχικής πάθησης.[31]

## **6.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ- ΣΚΟΠΟΙ**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

#### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

- Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου
- Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
- Επιβεβαίωση της ταυτότητάς του
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα

- Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός
- Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
- Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του
- Προώθηση της συμμόρφωσής του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή
- Βοήθεια στο να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες
- Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας
- Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπο / υπερκινητικότητα)
- Ενθάρρυνση /έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς
- Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειας
- Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πως να διαπιστώνει ,να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα .[3].

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

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

- A. Διαταραχές σκέψης
- B. Διαταραχές αντίληψης
- Γ. Διαταραχές συναισθήματος
- Δ. Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων /συμπεριφοράς .[3]

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις ειδικά για αρρώστους με σχιζοφρένεια , ανεξάρτητα από τον τύπο της σχιζοφρένειας που εκδηλώνουν σύμφωνα με την ιατρική διάγνωση, διατυπώνονται ως εξής :

- Αισθητηριακή /αντιληπτική διαταραχή (ακουστική ,οπτική)
- Διαταραχή διεργασιών της σκέψης
- Κοινωνική απομόνωση
- Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας
- Διαταραχή συμπεριφοράς (αμυντική)
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα
- Διαταραχή της προσωπικής ταυτότητας , της αυτοεκτίμησης ,της εκπλήρωσης ατομικών ρόλων
- Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή των άλλων

- Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου . [3],[8].

**Νοσηλευτική διάγνωση :** *Αισθητηριακές / αντιληπτικές διαταραχές – ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ,αίσθηση μη πραγματικότητας του εαυτού ή του περιβάλλοντος .*

**Νοσηλευτικοί σκοποί/ κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων**

Οι σκοποί /κριτήρια που ακολουθούν εξαρτώνται από την ένταση των συμπτωμάτων ,τη διάγνωση και την πρόγνωση του αρρώστου .Σε μερικές περιπτώσεις οι προσδοκίες αφορούν τροποποίηση των συμπτωμάτων μάλλον ,παρά πλήρη αλλαγή της συμπεριφοράς .

Ο άρρωστος μέχρι να βγει από το νοσοκομείο φθάνει στο σημείο ώστε να

- Εκδηλώνει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης , της αντίληψης ,του συναισθήματος και στη συμπεριφορά
- Επιδιώκει συζήτηση με το προσωπικό όταν αισθάνεται άγχος ή όταν αρχίζουν να τον ενοχλούν ψευδαισθήσεις
- Αναφέρει ρεαλιστικά σχέδια π. χ προγραμματίζει να μείνει σε ένα ξενώνα /αναρρωτήριο όταν βγει από το νοσοκομείο ή να παρακολουθήσει ένα μάθημα το επόμενο εξάμηνο στο Πανεπιστήμιο κ. α .
- Διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον
- Αναγνωρίζει την πραγματικότητα και δεν ακούει πλέον εσωτερικές φωνές ή δεν τους δίνει σημασία . [3],[8].

**Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

- Συνεχιζόμενη εκτίμηση της παρουσίας /βαρύτητας των διαταραχών της αντίληψης του αρρώστου .Επισημάνση των αιτιολογικών /συντελεστικών παραγόντων ,όπως είναι το άγχος , η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών ,ο πυρετός ,ο τραυματισμός ή άλλες οργανικές αιτίες .
- Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει .
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών και αντιπαραθέσεων ή γελοιοποίησης του αρρώστου .
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία. Ενίσχυση της επαλήθευσης της πραγματικότητας των ερεθισμάτων που δέχεται ο άρρωστος (ο νοσηλευτής ομολογεί ειλικρινά ότι δεν ακούει τις φωνές ).Διευκρίνιση της ώρας ,του τόπου ,των παρόντων προσώπων και των γεγονότων σε κάθε περίπτωση .

- Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα .Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του όταν είναι δυνατό .
- Η πληροφόρηση του αρρώστου όταν η συμπεριφορά του προκαλεί τρόμο και η προληπτική καθοδήγησης του να εξωτερικεύει με λόγια και όχι με πράξεις το άγχος , τους φόβους και την επιθετικότητά του , επικεντρώνει την προσοχή του στην πραγματικότητα και βοήθεια στην ελάττωση του άγχους .
- Χρησιμοποίηση τεχνικών εξωτερικού ελέγχου .Αν χρειάζεται , τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο ,εφαρμογή μηχανικών η φαρμακευτικών περιοριστικών μέτρων .
- Διδασκαλία στον άρρωστο ποιές τεχνικές να χρησιμοποιεί για να σταματά τις ψευδαισθήσεις: τραγούδι ή παίξιμο μουσικού οργάνου , διαταγή στις φωνές να φύγουν ,έκφραση δυσπιστίας στα υποτιμητικά και απειλητικά μηνύματα των φωνών ,αναφορά σε κάποιο μέλος του προσωπικού όταν η εμπειρία είναι ενοχλητική ,απασχόληση με εργασία . άθληση ή σχέδιο όταν αρχίζουν οι φωνές .Έπαινος του αρρώστου όταν χρησιμοποιεί αυτές τις τεχνικές
- Δημιουργία 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. [3],[8].

**Νοσηλευτική διάγνωση:** Διαταραχές διεργασιών της σκέψης.

**Νοσηλευτική σκοποί /κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων**

Ο άρρωστος έπειτα από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής :

- Αναγνωρίζει αλλαγές στη σκέψη και τη συμπεριφορά του
- Διακρίνει τις παραληρητικές ιδέες και την πραγματικότητα και αυξάνει την ικανότητά του να τις χειρίζεται αποτελεσματικά με την ελάττωση /διακοπή της παθολογικής σκέψης
- Διατηρεί τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα
- Δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις [3][8]

**Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

- Συνεχής εκτίμηση της παρουσίας /έντασης της διαταραχής των διεργασιών της σκέψης του αρρώστου ,επισημαίνοντας τη μορφή (διασπασμένη ,αυτιστική συμβολική ,χαλαρή συγκεκριμένη , ανακοπτόμενη ),το περιεχόμενο (παραληρητικές ιδέες μεγαλείου , δίωξης , αναφοράς ή σωματικές )και τη ροή (φυγή ιδεών , επιβράδυνση).

- Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτού – αρρώστου .
- Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση , π.χ. αντανάκλαση ή παράφραση των εκφράσεων του αρρώστου .
- Οργάνωση της επικοινωνίας έτσι ώστε να δείχνει σεβασμό των κοινωνικό -οικονομικών μορφωτικών ,και πολιτισμικών αξιών του αρρώστου .
- Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης .Αποφυγή έντονης αμφισβήτησης και άρνησης ή συμφωνίας με τις αποδιοργανωμένες σκέψεις .Ήρεμη παρουσίαση της πραγματικότητας και έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση του αρρώστου (υπόδειγμα υπομονής) . Συμμετοχή στη συζήτηση όταν εκφράζει σκέψεις σύμφωνες με την πραγματικότητα και τοποθέτηση ορίων ,όταν προσπαθεί να αντιδράσει παρορμητικά προς τη διαταραγμένη σκέψη .
- Εκτίμηση του τρόπου ανάπαυσης / ύπνου παρατηρώντας την ικανότητα του αρρώστου να κοιμάται και την ποιότητα του ύπνου καθώς και σχετικές διαταραχές .Οι παραληρητικές ιδέες οι ψευδαισθήσεις , κ.α .παρεμποδίζουν τον ύπνο του αρρώστου .Οι φόβοι μειώνουν την ικανότητα του να κοιμηθεί .Η στέρηση του ύπνου μπορεί να προκαλέσει συμπεριφορές όπως απόσυρση ,σύγχυση , διαταραχή της αντίληψης. Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου με ελαστικότητα εφαρμογής όταν χρειάζεται.
- Βοήθεια του αρρώστου να μάθει τεχνικές που διευκολύνουν την ανάπαυση και τον ύπνο .Π. χ ήρεμες απασχολήσεις , απαλή μουσική πριν την κατάκλιση στο κρεβάτι ,τακτική ώρα κατάκλισης ,ενα ποτήρι ζεστό γάλα κ. λ. π.
- Φροντίδα και παρακολούθηση εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής παρατήρηση της θεραπευτικής δράσης και των τυχόν παρενεργειών . Η παρακολούθηση αυτή συντελεί στην εξακρίβωση της ελάχιστης αποτελεσματικής δοσολογίας για την ελάττωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων με τις λιγότερες παρενέργειες .
- Χορήγηση των φαρμάκων που παραγγέλλονται από τον γιατρό ύστερα από συνεργασία με τον νοσηλευτή και υπολογισμό των κλινικών παρατηρήσεών του και των νοσηλευτικών διαγνώσεων.[3], [8].

**Νοσηλευτική διάγνωση:** Κοινωνική απομόνωση

**Νοσηλευτικοί σκοποί /κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων**

Μέχρι να βγει από το νοσοκομείο .ο άρρωστος φθάνει στο σημείο ώστε να :

- Εκφράζει λεκτικά την επιθυμία να σχετίζεται με τους άλλους

- Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλους στο τμήμα ,σε γεύματα ασκήσεις χειροτεχνίες ,περιπάτους
- Εκφράζει ευχαρίστηση από κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις. Διαθέτει τον περισσότερο χρόνο έξω από το δωμάτιο μαζί με τους άλλους στο περιβάλλον Ομολογεί ότι πιστεύει στη θετική συμβολή του στις κοινωνικές επαφές .[3][8]

### **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 .
- Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές την ημέρα με τον άρρωστο και ενδιαφέρουσα αλλά όχι προκλητική και απαιτητική επικοινωνία μαζί του. Με σκοπό να λάβει εμπειρία της αποδοχής , του σεβασμού .της αγάπης και του ενδιαφέροντος του νοσηλευτού, να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του και να διευκολυνθεί η μετάβαση του στην κοινότητα αναπτύσσοντας αρμονικές σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού
- Εξακρίβωση των σημαντικών για τον άρρωστο προσώπων που μπορούν να τον υποστηρίξουν –οικογένεια , φίλοι ,συνάδελφοι –και ενθάρρυνσή τους να τον επισκέπτονται ή να του τηλεφωνούν και να επικοινωνούν συχνά μαζί του .Ένα ισχυρό δίκτυο υποστηρικτικών ατόμων μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές επαφές και το αίσθημα της προσωπικής αξίας του αρρώστου και να διευκολύνει την κοινωνική του ανάρρωση
- Λειτουργία του νοσηλευτού ως υποδείγματος υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς σε ατομικές και ομαδικές επικοινωνίες (ήρεμη και αξιοπρεπής στάση, μέτριος τόνος φωνής ,κατάλληλη απόσταση , εναλλαγή ομιλίας και ακρόασης ).Αυτό βοηθάει τον άρρωστο να αναγνωρίσει και να θελήσει να καλλιεργήσει και ο ίδιος τις κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες για την ηλικία και τη θέση του.
- Παρότρυνση του αρρώστου να πλησιάσει άλλους αρρώστους με όμοια ενδιαφέροντα ,με τους οποίους κατά την γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί .
- Έπαινος του αρρώστου για τις προσπάθειές του να συναντήσει άλλα πρόσωπα και να επικοινωνήσει μαζί τους ή να ανταποκριθεί σε προκλήσεις που κάνουν οι άλλοι για κοινή απασχόληση .
- Βαθμιαία προώθηση του αρρώστου σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο ανοχής και τη διανοητική του και ψυχολογική του λειτουργία .Π. χ σχεδιασμό γευμάτων ,απλά επιτραπέζια παιχνίδια, απλές ομαδικές απασχολήσεις και

συζητήσεις ,ώστε να εκτεθεί ο άρρωστος προοδευτικά σε πιο περίπλοκες διαπροσωπικές ασκήσεις και περιστάσεις .

- Παροχή αδειών εξόδου στον άρρωστο για να πάει π. χ στην αγορά ,σε κέντρα φροντίδας ημέρας ,σε μουσεία κ. λ π. με σκοπό την ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών
- επικοινωνίας έξω από το νοσηλευτικό τμήμα και την ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης
- Συνέχιση της υποστήριξης και παρακολούθησης της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής θεραπευτικής αγωγής που αποφασίσθηκε από την διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας στην οποία συμμετέχει και ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας . [3],[8].

**Νοσηλευτική διάγνωση:** Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας

**Νοσηλευτικοί σκοποί /κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων**

Μετά την εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ,ο άρρωστος γίνεται ικανός και εκδηλώνεται ως εξής

- Δείχνει κατανόηση των προβλημάτων επικοινωνίας και των στρεσογόνων παραγόντων που τα προκαλούν
- Χρησιμοποιεί κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας
- Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με συνοχή ,σκοπό και νόημα βασισμένα στην πραγματικότητα
- Αρχίζει τη δοκιμή στρατηγικών για ελάττωση του άγχους του και προαγωγή της λεκτικής επικοινωνίας με συνοχή και νόημα.

**Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

- Συνεχιζόμενη εκτίμηση του τύπου και του βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας .
- Υπομονετική ακρόαση των λεκτικών μηνυμάτων και παρατήρηση της μη λεκτικής συμβολικής συμπεριφοράς του αρρώστου στα πλαίσια της επικοινωνίας νοσηλευτού –αρρώστου
- Δημιουργία όχι απειλητικού ,αλλά ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος για την επικοινωνία με τον άρρωστο.
- Αποδοχή της χρησιμοποίησης από τον άρρωστο άλλων τρόπων επικοινωνίας εκτός από την ομιλία ,όπως ζωγραφική ,γράψιμο, χειρονομίες ,τραγούδι κ. λ π.
- Αποφυγή λογομαχίας ή συμφωνίας με τις ανακριβείς εκφράσεις .  
Ήρεμη και απλή αναφορά της πραγματικότητας χωρίς κατακριτική στάση .(Ο νοσηλευτής λέει στον άρρωστο ότι δεν τον καταλαβαίνει).
- Χρησιμοποίηση θεραπευτικών τεχνικών επικοινωνίας ,όπως παράφραση αντανάκλαση ,ή διευκρίνιση των λεγόμενων από τον άρρωστο. Η ροή της ομιλίας του αρρώστου ( πολύ γρήγορη ή πολύ

αργή ) μπορεί να χρειάζεται ρύθμιση. Οι τεχνικές αυτές βοηθούν στον προσανατολισμό στην πραγματικότητα ,οπότε ελαχιστοποιείται η παρερμηνεία της και διευκολύνεται η ακριβής και κατανοητή επικοινωνία .

- Υποστηρικτική προσέγγιση του αρρώστου από τον νοσηλευτή μεταβιβάζοντας την επιθυμία του να καταλάβει .Ζητά τη βοήθεια του αρρώστου να καταλάβει .
- Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής. [3],[8].

### **Νοσηλευτική διάγνωση :Διαταραχή συμπεριφοράς**

#### **Νοσηλευτικοί σκοποί /κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων**

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο επίπεδο ώστε να :

- Δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους αρρώστους στο τμήμα
- Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με λεκτική επικοινωνία και κοινωνικά παραδεκτό τρόπο
- Εκτονώνει την ενέργεια του άγχους του με σωματική άσκηση και ομαδικές δραστηριότητες
- Ερμηνεύει τα γεγονότα και τις συμπεριφορές των άλλων με ακρίβεια βασισμένη στην πραγματικότητα
- Δείχνει περιορισμό ή απουσία της υπερευαισθησίας ,καχυποψίας ή παράνοιας κατά τις επαφές του με τους άλλους
- Επικοινωνεί χωρίς υβριστικές εκφράσεις ,εμπαιγμούς ,απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά εναντίον των άλλων .

#### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

- Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς χωρίς κριτική και απειλές ,με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του αρρώστου και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας
- Αποδοχή της υπερευαισθησίας ,των ιδεών αναφοράς και της παράνοιας ως εκδηλώσεων της διαταραχής της προσωπικότητας και της ικανότητας ελέγχου της πραγματικότητας
- 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
- Αποφυγή επιθέσεων ή προκλήσεων στο παραλήρημα του αρρώστου.
- Απασχόληση του αρρώστου σε συχνές , σύντομες επικοινωνίες , αποφυγή ψιθυρισμών ή γέλιου και λογομαχίας ,πληροφόρησή του για τυχόν αλλαγές του ημερησίου προγράμματος .Ευγενική και διακριτική αμφισβήτηση παράλογων πεποιθήσεων μεγαλείου ή



- παρανοϊκών ιδεών και ομιλία με ήρεμο ,σαφή και συγκεκριμένο τρόπο.
- Πληροφόρηση του αρρώστου με ευγενικό τρόπο ,ότι ο νοσηλευτής δεν συμμαρξίζεται την ερμηνεία που δίνει εκείνος σ' ένα γεγονός αν και αναγνωρίζει τα συναισθήματα του .Έτσι βοηθείται να επικεντρώνεται σε πραγματικές και όχι φανταστικές καταστάσεις .
  - Επανεστίαση των συζητήσεων σε θέματα της πραγματικότητας όταν ο άρρωστος αρχίζει να παρερμηνεύει γεγονότα και συμπεριφορές των άλλων .
  - Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες , π. χ εργοθεραπεία , ψυχαγωγία ,συζητήσεις κ. α. Με σκοπό βέβαια να εκτονώνεται το
  - Άγχος ,να αυξάνει η κατανόηση των στρεσογόνων αιτιών της αμυντικής συμπεριφοράς και να δοκιμάζονται οι προσαρμοστικές δεξιότητες
  - Βοήθεια του αρρώστου να επιλέγει απασχολήσεις στις οποίες επιτυγχάνει και προσελκύει την επιδοκιμασία των άλλων .Έτσι αυξάνει η αυτοεκτίμηση του και ελαττώνεται η προσπάθεια εκπλήρωσης των αναγκών κοινωνικής αναγνώρισης με αμυντικούς τρόπους .
  - Αποφυγή αγγίγματος του αρρώστου με τα χέρια (touching) ως εκδήλωσης 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 .
  - Κατάρτιση , σε συμφωνία με τον άρρωστο ,ενός καταλόγου παραδεκτών συμπεριφορών ,αναμενόμενων αποτελεσμάτων και μεθόδων για την επιτυχία τους καθώς και των συνεπειών των απαράδεκτων συμπεριφορών με σαφείς και συγκεκριμένες εκφράσεις. Οι γραπτές συμφωνίες χρησιμεύουν ως διαρκείς οπτικές υπενθυμίσεις για τους αρρώστους που έχουν δυσκολία να ανταποκριθούν σε προφορικές οδηγίες
  - Τοποθέτηση ορίων με ήρεμο ,ευθύ ,απλό αλλά σταθερό τρόπο όταν ο άρρωστος αρχίζει να εκδηλώνει ανεξέλεγκτες συμπεριφορές (π.χ. κατηγορεί ,υβρίζει ,απειλεί ενεργεί με επιθετικότητα ).Σκοπός είναι η πρόληψη βλάβης στον ίδιο και στους άλλους και των επακόλουθων αισθημάτων ενοχής που αυξάνουν το άγχος του, αλλά και η παροχή ευκαιρίας να επιλέξει πιο λειτουργικές μεθόδους εκπλήρωσης των αναγκών του.
  - Συνέχιση υποστήριξης της εφαρμογής της νοσηλευτικής και ιατρικής αγωγής . [3],[8].

**Νοσηλευτική διάγνωση :Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου Νοσηλευτικοί σκοποί /κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων**

Τα σημαντικά για τον άρρωστο οικογενειακά πρόσωπα θα φθάσουν στο σημείο να εκδηλώνονται ως εξής :

- Εκφράζουν ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι του αρρώστου ,της αρρώστιας ,της φροντίδας και θεραπείας του
- Περιγράφουν ανοικτά και συχνά τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους ,σχετικά με την ευθύνη τους για τον άρρωστο σε θεραπευτικό περιβάλλον δημιουργημένο γι' αυτούς
- Εκδηλώνουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας , λύσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις σχέσεις μεταξύ τους και με το προσωπικό της φροντίδας ψυχικής υγείας του αρρώστου
- Χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας του αρρώστου και της αρρώστιας του

**Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

- Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση και τη βαρύτητα της αρρώστιας και επιστράτευση της συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην κοινότητα .
- Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα ,όπως αρνητική κριτική ,απογοήτευση , Εχθρικότητα ,ανησυχία ,άγχος υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή .Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας του αρρώστου επιδρά αποφασιστικά στην ανάρρωσή του Υποτροπές συμβαίνουν με στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη συχνότητα στις οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα .
- Προώθηση της οικογένειας στην συμμετοχή της στον προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας του άρρωστο , στις συναντήσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας στα ενδύπηρεσιακά σεμινάρια ,σε βιβλιογραφικές και ερευνητικές ανακοινώσεις και οπωσδήποτε σε θεραπευτικές επικοινωνίες με τον άρρωστο.
- Ενθάρρυνση της οικογένειας να συμμετέχει σε προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς .Έτσι ώστε να μάθει πώς να τον βοηθάει θεραπευτικά αλλά και πώς να λύνει πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα της .
- 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], [8].

## 6.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

### Εισαγωγικά στοιχεία

A ) Στοιχειώδεις γνώσεις ψυχοφαρμακολογίας

B ) Γνώση ανεπιθύμητων ενεργειών η παρενεργειών των αντιψυχωτικών φαρμάκων Είναι απαραίτητες στον νοσηλευτή αφού συμμετέχει υπεύθυνα στην φαρμακευτική θεραπεία των ψυχικά αρρώστων .

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

α ) Από το κεντρικό νευρικό σύστημα : εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις , καθισιά παρκινσονισμός , τρόμος ,υποκινητικότητα , μυϊκές δυσκινησίες , όψιμη δυσκινησία ή νευροληπτικό κακόηθες σύνδρομο

β ) Από το αυτόνομο νευρικό σύστημα : ξηροστομία , μυδρίαση , ρινική συμφόρηση δυσκοιλιότητα ,επίσχεση ούρων ,ταχυκαρδίες , ορθοστατική υπόταση ,εφίδρωση κ. α

γ ) Άλλες παρενέργειες : φωτοευαισθησία ,αλλεργική δερματίτιδα , χολοστατικός ίκτερος ,ανώμαλη χρώση του δέρματος κ .α .

Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του για τα ψυχοτρόπα φάρμακα . Ένεργεί ως συντονιστής κατά τον προγραμματισμό της φαρμακοθεραπείας του αρρώστου φροντίζοντας να εξασφαλίζει τις απαραίτητες πληροφορίες και να τις διακινεί έγκαιρα και με ακρίβεια μεταξύ ψυχιάτρων και νοσηλευτών . [3],[8].

#### *Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων*

- Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του αρρώστου
- Προγραμματισμένη συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου , ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών
- Εργαστηριακές εξετάσεις ,όπως γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες ,ήλεκτρο-εγκεφαλογράφημα
- Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικών με τις συνήθειες φαγητού , ύπνου, λειτουργίας το εντέρου ,κινητικές ανωμαλίες ,επίπεδο δραστηριότητας ,κατάσταση δέρματος βάρος σώματος ,ιστορικό επιληπτικών κρίσεων ,αλλεργιών πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες
- Μέτρηση ζωτικών σημείων : αρτηριακή πίεση ,σφίξης ,αναπνοές θερμοκρασία .[3][8]

### *Νοσηλευτικές εύθηνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων*

- Αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του αρρώστου προς τα φάρμακα .
- Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης για όψιμες αντιδράσεις : ηπατικές αιματολογικές ,οφθαλμικές ,εξωπυραμιδικές ,ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα ( χάλαση συνειρμών ,καχυποψία , παραληρητικές ιδέες ) .
- Οργάνωση ευκαιριών για να μάθει ο άρρωστος πως να παίρνει μόνος τα φάρμακα του και πως να παρακολουθεί τον εαυτό του .
- Εφαρμογή της ολικής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου .Ωστε να μεγιστοποιούνται τα θεραπευτικά αποτελέσματα των φαρμάκων ,να ελαττώνονται τα συμπτώματα και κατά .
- συνέπεια να ελαττώνεται η δοσολογία των φαρμάκων .Πρέπει να τονισθεί ότι η ελάττωση των συμπτωμάτων με τα φάρμακα δεν σημαίνει το τέλος ,αλλά την αρχή της νοσηλευτικής παρέμβασης για υγεία ψυχοκοινωνική αλλαγή .
- Καταγραφή και ενυπόγραφη τεκμηρίωση στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου των χορηγούμενων φαρμάκων καθώς και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους . Με τον τρόπο αυτό ενημερώνεται ολόκληρη η θεραπευτική ομάδα και εξασφαλίζεται συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας .Η αμέλεια της τεκμηρίωσης αυτής αποτελεί και ποινική ευθύνη του νοσηλευτού .[3][8]

Ο νοσηλευτής έχει υπόψη του ότι πολλά ψυχοτρόπα φάρμακα είναι τοξικά , μπορεί να γίνει κατάχρηση τους ή να χρησιμοποιηθούν για αυτοκτονία .Γι' αυτό παραγγέλλονται σε μικρές ποσότητες και φυλάσσονται σε ασφαλές κλειδωμένο ντουλάπι –φαρμακείο του τμήματος .Όταν προετοιμάζονται τα φάρμακα για περισσότερους από ένα άρρωστο την ίδια ώρα ,δεν πρέπει να εγκαταλείπονται αφύλακτα ή ακλείδωτα τα ετοιμασμένα φάρμακα .

Κατά την χορήγηση των φαρμάκων στους αρρώστους ,επιβάλλεται προσεκτική επίβλεψη εκ μέρους του υπεύθυνου νοσηλευτή για να βεβαιωθεί ότι τα πήραν πράγματι . Ιδιαίτερος ελέγχεται ακόμη και η στοματική κοιλότητα για επιβεβαίωση της κατάποσης ,αν ο άρρωστος είναι παιδί , ηλικιωμένος ,εξασθενημένος ή αντιστέκεται στη θεραπεία .Η παράλειψη μιας ή περισσοτέρων δόσεων ενός φαρμάκου και η έξαρση των συμπτωμάτων μπορεί να κάνει τη θεραπευτική ομάδα να αυξήσει τη δοσολογία ή να προσθέσει και άλλο φάρμακο που δεν χρειάζεται .Γι' αυτό η μη κατάποση ή άρνηση λήψης

ενός φαρμάκου ή μη λήψη μιας δόσης λόγω απουσίας του αρρώστου από το τμήμα , αναγράφεται στο φύλλο νοσηλείας του.[3],[8].

### *Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία*

Η διδασκαλία του αρρώστου υπήρξε πάντα νοσηλευτική ευθύνη . Διευκολύνει και προάγει την κατανόηση του φαρμάκου που παραγγέλθηκε για τον άρρωστο και ενθαρρύνει τη συμμόρφωση στη λήψη του

Στην αρχή εκτιμώνται η ψυχική κατάσταση και το επίπεδο κατανόησης του αρρώστου ,οι προηγούμενες αντιδράσεις του προς τα φάρμακα και η συμμόρφωσή του ή μη στη λήψη τους .Εξακριβώνονται οι τρέχουσες ανάγκες και κίνητρα για μάθηση ,τα προβλήματα και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά πρόσωπα της οικογένειας για να τον βοηθήσουν .Στην συνέχεια καταστρώνεται ανάλογο εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας που περιλαμβάνει τα παρακάτω :

- Πληροφόρηση του αρρώστου και της οικογένειας του για την φαρμακοθεραπεία που θα συνεχισθεί στο σπίτι
- Ψυχολογική υποστήριξη και βεβαίωσή τους ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη της φαρμακοθεραπείας στο σπίτι
- Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας ,το όνομα ,τη δόση ,τις ώρες χορήγησης και την επιθυμητή δράση του φαρμάκου . Όπως και τις ενδεχόμενες παρενέργειες που πρέπει να αναφέρονται στον νοσηλευτή και τον γιατρό μαζί με κάθε ασυνήθιστο σημείο σύμπτωμα ή υποκειμενικό αίσθημα .ιδιαίτερα πρέπει να αναφέρονται :πόνος στο λαιμό ,πυρετός ,ασυνήθιστη αιμορραγία ή αιμάτωμα δερματικό εξάνθημα ,αδυναμία ,τρόμος ,μυϊκή σπασμοί ,διαταραχές της όρασης σκούρο χρώμα των ούρων ,άχρωμες κενώσεις ,ίκτερος και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις . [3],[8].

Επιπλέον στα πλαίσια της διδασκαλίας αυτής ο νοσηλευτής :

- Συμβουλεύει τον άρρωστο να μην μοιράζει τα φάρμακα του με άλλους και να ενημερώνει τους νοσηλευτές και γιατρούς του οπουδήποτε νοσηλευθεί , τον οδοντίατρο , τον φαρμακοποιό κι αν είναι γυναίκα τον μαιευτήρα της για όλα τα φάρμακα που παίρνει .
- Υπενθυμίζει στον άρρωστο να μη παραλείπει και να μα διπλασιάζει ούτε να παίρνει αργότερα μια ξεχασμένη δόση φαρμάκου εκτός ιατρικής οδηγίας .
- Συνιστά στον άρρωστο να διατηρεί τα φάρμακα του κλεισμένα σε μέρος που δεν φθάνουν τα παιδιά .
- Τονίζει ότι ο άρρωστος δεν πρέπει να πίνει οινοπνευματώδη ποτά ,διότι ήδη τα φάρμακα του καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και δεν μπορούν να συνδυάζονται με άλλο κατασταλτικό όπως είναι το αλκοόλ.

Συμβουλεύει να μην παίρνει ο άρρωστος κατά την περίοδο της ψυχοφαρμακοθεραπείας του εκτός ιατρικής οδηγίας ασπιρίνη ή άλλα παυσίπονα , αντί –ισταμινικά ,αντί-όξινα και καθαρτικά ,διότι ανταγωνίζονται τα ειδικά του ψυχοφάρμακα. Αν πρόκειται για άρρωστη γυναίκα ,της υπενθυμίζεται ότι εάν μείνει έγκυος πρέπει να συμβουλευθεί αμέσως τον ψυχίατρο της διότι τα ψυχοτρόπα φάρμακα αντενδείκνυνται κατά την εγκυμοσύνη και την γαλουχία .

- Συνιστά στον άρρωστο να μην αφήνει τα φιαλίδια με τα φάρμακα του στο κομοδίνο του όπου υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα για τυχαία λήψη η επανάληψη μιας δόσης κατά την νύχτα .Επίσης κάθε φάρμακο να διατηρείται στο δικό του φιαλίδιο με την ονομαστική του ετικέτα και ποτέ να μην αναμιγνύονται διάφορα φάρμακα μέσα σε ένα φιαλίδιο .
- Συμβουλεύει τον άρρωστο και την οικογένεια να τηρούν το ραντεβού των με τα εξωτερικά ιατρεία ,διότι η τακτική παρακολούθηση είναι μέρος της θεραπείας .
- Καθοδηγεί την οικογένεια να αναλάβει την ευθύνη της χορήγησης των φαρμάκων στον άρρωστό της ,αν ο ίδιος αδυνατεί να συμμορφωθεί . [3],[8].

## **6.5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.**

Καθώς η Σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών –κοινωνική ,επαγγελματική κτλ. –πάντα χρειάζεται συγκεκριμένη παρέμβαση για να βοηθηθεί ο ασθενής να επανακτήσει σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό τη λειτουργικότητα του . Η όλη διεργασία αποκατάστασης αρχίζει από το νοσοκομείο με ομαδική ψυχοθεραπεία ,ομαδικές δραστηριότητες ,δόμηση της ημέρας, απασχολησιο-θεραπεία ή εργοθεραπεία κτλ. Όσο περισσότερο χρόνο ο ασθενής έχει παραμείνει στο νοσοκομείο ,τόσο πιο συστηματική ,έντονη και επίμονη η προσπάθεια αποκατάστασης .[12][17]

Είναι γεγονός ότι παρόλη την αύξηση των εξωνοσοκομειακών θεραπευτικών δομών , το ψυχιατρικό νοσοκομείο εξακολουθεί και θα εξακολουθεί για πολλές δεκαετίες ακόμα – αν όχι για πάντα- να αποτελεί το κύριο άξονα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικά πασχόντων. Αυτό δεν θα οφείλεται μόνο σε κοινωνικούς ή άλλους λόγους, αλλά και σε αυτή τη φύση της ψυχικής ασθένειας , η οποία πάντα θα αναγκάζει κάποιους συνανθρώπους μας να παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα σε ελεγχόμενο θεραπευτικό περιβάλλον. Σίγουρα δεν πιστεύουμε ότι η ολοκλήρωση της θεραπείας μπορεί να γίνει «μέσα από τους τοίχους», όσο ευχάριστα χρώματα και να τους δώσουμε. Πίσω από αυτούς τους τοίχους θα

αρχίσει όμως πολλές φορές η θεραπευτική προσπάθεια , που θα ολοκληρωθεί από κάποιες άλλες εξωνοσοκομειακές δομές και θα αξιολογηθεί μόνο όταν ο ασθενής επιστρέψει στο κοινωνικό περιβάλλον , που θα πρέπει να είναι και ο τελικός στόχος της προσπάθειάς μας. [12][17]

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο ή η ψυχιατρική κλινική , σε οποιαδήποτε μορφή της , θα λειτουργήσει λοιπόν καθοριστικά για την περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής κατάστασης του ασθενή. Θα μπορεί να τον «ασυλοποιεί» όπως συμβαίνει τις περισσότερες φορές μέχρι σήμερα (μια «ασυλοποίηση» που δεν θα κριθεί μόνο με το εάν παραμείνει ο ασθενής στο ψυχιατρικό νοσοκομείο , αφού χωρίς κατάλληλη παρέμβαση ένα μεγάλο πλήθος ασθενών «ασυλοποιούνται» μέσα στην κοινωνία , μέσα στα ίδια τους τα σπίτια), ή θα επιδράσει με τέτοιο τρόπο πάνω του , ώστε όχι μόνο να μην τον ασυλοποιήσει αλλά να τον εφοδιάσει και με νέες ικανότητες για να αντεπεξέλθει στην εξωνοσοκομειακή πραγματικότητα.

Για να γίνει κάτι τέτοιο , η κλινική θα πρέπει να διαθέτει κάτι παραπάνω από τα φαρμακευτικά σκευάσματα και την καλή διάθεση των θεραπειών. Θα πρέπει να διαθέτει όχι μόνο ένα μεγάλο αριθμό θεραπειών, αλλά και έναν αριθμό εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες μέσα από μια δομημένη διαδικασία θα προσφέρουν την δυνατότητα σχεδιασμού ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος ανάλογα με τις ανάγκες και τα ελλείμματα των ασθενών. Μια σύντομη αναφορά σε τέτοιου είδους εναλλακτικές θεραπείες γίνεται στις παρακάτω σελίδες.[12][17]

## **1. Η Κλινική σαν Θεραπευτικό Σύνολο- Ψυχοθεραπεία.**

Μια βασική διαφορά ανάμεσα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία στο ιατρείο και στην κλινική είναι το ότι, στην κλινική, ο ασθενής δεν έρχεται σε επαφή μόνο με τον θεραπευτή του αλλά και με έναν αριθμό άλλων ατόμων με θεραπευτική δράση πάνω του. Ατόμων που ανήκουν σε διάφορα επαγγέλματα με διαφορετικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο και πολλές φορές «θεραπευτική ιδεολογία».

Οι θεραπευτές στην εργοθεραπεία, τη μουσικοθεραπεία, ο νοσηλεύτης και η νοσηλεύτρια είναι μερικά από τα πρόσωπα τα κλινικής με τα οποία ο ασθενής αναπτύσσει στενές θεραπευτικές σχέσεις. Η κατάσταση αυτή οδηγεί στο γεγονός ότι οι ασθενείς εμφανίζουν διάφορες συναισθηματικές «μεταβιβάσεις» απέναντι στα διάφορα πρόσωπα που ασχολούνται μαζί τους, πράγμα που οδηγεί με τη σειρά του και σε ανάλογες «αντιμεταβιβάσει» από την πλευρά των θεραπειών οι οποίοι βιώνονται από τον ασθενή σαν «καλοί» ή σαν «κακοί». [30]

Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, κατά την κλινική ψυχοθεραπεία δεν θα πρέπει να περιορισθούμε μόνο στη επεξεργασία των ψυχικών διαταραχών, σε ατομικό επίπεδο, του ασθενή, αλλά θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και να χρησιμοποιήσουμε τα «μεταβιβαστικά φαινόμενα» και τις διαπροσωπικές

σχέσεις που αναπτύσσει ο ασθενής με τα άτομα της κλινικής. Για την αναλυτικά προσανατολισμένη ψυχοθεραπεία αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να γίνει η επεξεργασία των «μεταβιβάσεων» όχι μόνο απέναντι στον κυρίως θεραπευτή, αλλά και αυτών που απευθύνονται και σε όλους τους άλλους που αποτελούν τη θεραπευτική ομάδα.

Ένα δεύτερο στοιχείο της κλινική ψυχοθεραπείας είναι η «παλινδρόμηση» που υφίσταται ο ασθενής και μόνο από το γεγονός ότι βρίσκεται μέσα σε μια νοσοκομειακή μονάδα. Τόσο ο περιορισμός στην ελευθερία κίνησης, όσο και η «φροντίδα» των αναγκών του από άλλους καθώς και η «υποχρεωτική» συμπεριφορά λόγω των κανόνων της μονάδας ενισχύουν τις «παλινδρομικές» τάσεις του χαρακτήρα του και «ισχυροποιούν» τα στοιχεία ανωριμότητάς του, και ιδιαίτερα τις ανάγκες «εξάρτησης» του από τους άλλους. Έτσι, αυτό το ίδιο το γεγονός της κλινικής παραμονής αποτελεί από μόνο του ένα πρόβλημα.

Γίνεται λοιπόν αναγκαία η παρατήρηση και επεξεργασία της ασυνείδητης δυναμικής αλληλεπίδρασης με τα διάφορα τμήματα της κλινικής, θεωρώντας ταυτόχρονα και την ίδια την κλινική σαν μια δομή, η οποία μας προσφέρει τη δυνατότητα αυτή της εκδήλωσης διαφόρων μορφών διαπροσωπικών σχέσεων και άλλων μεταβιβαστικών φαινομένων, στοιχείων δηλαδή που εμπλουτίζουν το υλικό μας, παρέχοντάς μας ταυτόχρονα και τους τρόπους θεραπευτικής επίδρασης σε αυτά.

Κάτι τέτοιο όμως προϋποθέτει μια έντονη συνεργασία των απασχολουμένων με τον ασθενή, έτσι ώστε τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να γίνουν ένα όργανο τόσο θεωρητικής ανάπτυξης όσο και πρακτικής εφαρμογής της κλινικής ψυχοθεραπείας. Για την πραγματοποίηση μιας τέτοιας διαδικασίας είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός προγράμματος εκπαίδευσης ή μετεκπαίδευσης όλων των μελών της θεραπευτικής μονάδας με όσο το δυνατόν περισσότερα πρακτικά στοιχεία.[30]

Αναλυτικότερα, η τοποθέτηση αυτή θα μπορούσε να εκφρασθεί με τις παρακάτω αρχές:

1. Η κλινική, σαν θεραπευτική δομή, θα πρέπει να θεωρηθεί σαν ένας οργανισμός του οποίου τα διάφορα μέρη βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση, επηρεάζει το ένα τη λειτουργία του άλλου, ευνοώντας ή εμποδίζοντας αυτή. Στοιχείο με ιδιαίτερη σημασία για τη θεραπευτική δράση, την καλή, δηλαδή, λειτουργικότητα του οργανισμού, είναι η όσο το δυνατόν καλλιέργεια της επικοινωνίας και ανταλλαγής απόψεων των μελών και η κατανομή της ανάλογης κυριαρχίας και δυνατότητας λήψης αποφάσεων στα διάφορα λειτουργικά τμήματα. Προϋπόθεση για κάτι τέτοιο, αποτελεί η μείωση των «κοινωνικών» αποστάσεων μεταξύ των διαφόρων ομάδων εργαζομένων, έτσι ώστε να γίνει δυνατή μια διαχρονικά ελεύθερη και αποδοτική επικοινωνία μεταξύ τους. Μια τέτοια προϋπόθεση δεν σημαίνει την κατάργηση δομών, αλλά επιτρέπει



στα μέλη των θεραπευτικών ομάδων να κινητοποιούνται και να παίρνουν αποφάσεις ανάλογα με την κατάσταση, χωρίς να τίθενται σε κίνδυνο η ιατρική ευθύνη, που αποτελεί και τον τελικό φορέα της θεραπευτικής ευθύνης στα κλινικά πλαίσια.

2. Το δυναμικό των ατόμων με θεραπευτική δράση θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί με τον καλύτερο δυνατόν τρόπο. Η κλινική δεν είναι μόνο ένα «οργανωτικό» σύνολο, αλλά αποτελεί και ένα θεραπευτικό πεδίο. Στα κλινικά θεραπευτικά αυτά πλαίσια ο ασθενής αναπτύσσει θεραπευτικές σχέσεις με διάφορα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Αυτό δημιουργεί την υποχρέωση της άριστης χρησιμοποίησης των ικανοτήτων, τόσο των επαγγελματιών όσο και αυτών της προσωπικότητας, των μελών της θεραπευτικής ομάδας, ανεξάρτητα από τη «θέση» τους, σε μια ισότιμη σχέση, ανάλογα με τον επιμέρους ρόλο τους στην ομάδα.
3. Η διαμόρφωση του θεραπευτικού πεδίου απαιτεί τη συνεργασία των μελών της θεραπευτικής ομάδας με την έννοια της αλληλοσυμπλήρωσης, της ανταπόκρισης, της διόρθωσης και της επεξεργασίας μιας συντονισμένης θεραπευτικής διαδικασίας. Για κάτι τέτοιο είναι αναγκαία μια μεγάλη περίοδος συνεργασίας και συνέχειας της θεραπευτικής ομάδας. Ιδιαίτερη σημασία έχουν, σε αυτή την περίπτωση η λειτουργία και η βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, που βρίσκεται πρακτικά κοντύτερα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, στον ασθενή.
4. Ευνοϊκές προϋποθέσεις για την κινητοποίηση του θεραπευτικού δυναμικού των ασθενών. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία αναλαμβάνοντας υπευθυνότητες τόσο για τους ίδιους όσο και για τους συντρόφους τους. Συμμετέχουν στην πραγματοποίηση διαφόρων εκδηλώσεων και αναλαμβάνουν και την ανάλογη ευθύνη για αυτές.
5. Μια από τις σπουδαιότερες προϋποθέσεις στο σχεδιασμό και τη λειτουργία της ψυχοθεραπευτικής ομάδας είναι η ελεύθερη επικοινωνία μεταξύ των μελών της. Αντί για ένα μονόδρομο παροχής γνώσης και πληροφοριών θα πρέπει να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για δυνατότητα έκφρασης γνώμης, πληροφοριών και συναισθημάτων από όλα τα μέλη της ομάδας, σε μια επικοινωνία χωρίς τεχνητές αναστολές και εμπόδια.
6. Η ανάλυση των διαπροσωπικών σχέσεων και της επικοινωνίας μέσα στη θεραπευτική ομάδα είναι μόνο τότε δυνατή, όταν διατηρείται η αρχή της κατά το δυνατόν μεγαλύτερης ανεκτικότητας απέναντι στη συμπεριφορά και τις εκφράσεις κάθε μέλους χωριστά, χωρίς «ομαδοποιήσεις» μέσα στην ομάδα αλλά μέσα στα όρια που καθορίζει το σύνολο.

7. Θεμέλιο της «κοινωνικής γνώσης» είναι η προϋπόθεση της τακτικής ανταπόκρισης όλων των εκφράσεων της κοινότητας στα πλαίσια της ελεύθερης επικοινωνίας των μελών της.
8. Προϋπόθεση για τη λειτουργικότητα ενός τέτοιου θεραπευτικού πεδίου είναι η παραίτηση από τη συναισθηματική ουδετερότητα και η καλλιέργεια της ελεγχόμενης συναισθηματικής επικοινωνίας.
9. Στην πράξη είναι απαραίτητες ανάλογες εξετάσεις και όργανα επέμβασης στη θεραπευτική διαδικασία. Τακτικές συναντήσεις των θεραπευτικών ομάδων , συνεχής ομαδική εργασία, εκπαιδευτικά Κι μετεκπαιδευτικά προγράμματα εξυπηρετούν τη θετική δυναμική κατεύθυνση των θεραπευτικών ομάδων και προσφέρουν άσκηση των συμμετεχόντων.[30]

## 2. Σπορ και Κινησιοθεραπεία.

Τα σπορ και η κινησιοθεραπεία έχουν αναδειχθεί σε σπουδαία στοιχεία συμπλήρωσης της κλινικής θεραπείας των ψυχικά πασχόντων. Εξυπηρετούν όχι μόνο την περίθαλψη τυχόν κινητικών μειονεκτημάτων, αλλά έχουν ακόμα σαν στόχο να προσφέρουν και να εξασκήσουν στον ασθενή νέους τρόπους επικοινωνίας.

Τα προγράμματα των σπορ και της κινησιοθεραπείας έχουν σαν στόχους:

- Την καλύτερη των αισθητικών και ψυχοκινητικών λειτουργιών.
- Την άσκηση της κοινωνικής αλληλοκάλυψης και την ικανότητα προσαρμογής στην ομάδα.
- Την καλύτερη και διαφοροποίηση των μυοκινητικών ικανοτήτων, με αποτέλεσμα την καλύτερη σχέση με το σώμα.
- Τη διεύρυνση των δυνατοτήτων απασχόλησης στην καθημερινότητα μέσα από τη συμμετοχή σε γυμναστήρια , σε ομάδες – χόμπι κ.τ.λ. με στόχο την καλύτερη διάθεση του ελεύθερου χρόνου και την αύξηση της χαράς στη ζωή.

Ο εμπλουτισμός των σπορ και της κινησιοθεραπείας με διάφορες μεθόδους «χαλάρωσης» προσφέρει μια ακόμη πιο διαφοροποιημένη θεραπευτική διάσταση στη μορφή αυτή θεραπείας. Ιδιαίτερη εφαρμογή βρίσκουν αυτές οι μέθοδοι στη θεραπεία εξαρτημένων ασθενών όπου οι σωματικές επιπτώσεις από τη χρόνια χρήση της ουσίας είναι πιο εμφανείς. Ακόμα , ατού του είδους οι θεραπείες έχουν μια γενικότερη ψυχοθεραπευτική δράση αφού , για παράδειγμα, βοηθούν στο ξεπέραςμα συναισθημάτων δυσφορίας , αναπτύσσουν την ικανότητα σωματικής άσκησης προσφέροντας το συναίσθημα ευεξίας, καλλιεργούν το κοινωνικό συναίσθημα και την ικανότητα λειτουργίας μέσα στην ομάδα κ.τ.λ. Πιθανώς εμφανιζόμενες δυσκολίες και προβλήματα θα πρέπει να συζητούνται και να επεξεργάζονται από την ομάδα και τον υπεύθυνο θεραπευτή. [30][17]

Τελειώνοντας τη σύντομη αναφορά στη σημασία των σπορ και της κινήσιοθεραπείας στην κλινική ψυχιατρική θεραπεία ή και γενικότερα στην ιατρική πράξη, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι «μοντέρνες» αυτές μέθοδοι θεραπείας έλκουν την καταγωγή τους από τα Ασκληπιεία της αρχαίας Ελλάδος όπου διοργανώνονταν ακόμα και αγώνες στα στάδια, που διέθεταν οι «κλινικές» της εποχής, τότε, καλλιεργώντας το «νους υγιής εν σώματι υγιή».[30]

### **3. Η Εργασιοθεραπεία.**

Πρόκειται για μια θεραπευτική διαδικασία, η οποία στοχεύει στα υγιή τμήματα της προσωπικότητας του ψυχικά ασθενή με σκοπό να τα δυναμώσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να διαχειρίζεται μόνος του τον εαυτό του. Είναι μια ενεργητική μορφή θεραπείας, η οποία στηρίζεται στην προϋπόθεση ότι σε κάθε ψυχικά ασθενή υπάρχουν υγιή τμήματα στον ψυχισμό του και μια δυναμική ικανότητα για εργασία. Η εργασιοθεραπεία στοχεύει τόσο στην επανάκτηση «χαμένων» ικανοτήτων, όσο και στη διαφοροποίηση ή εκμάθηση νέων, οι οποίες θα στηρίζονται στις εναπομείναντες ικανότητες του ασθενή ώστε να γίνει δυνατή η κοινωνική του επανένταξη. Ακόμα, γίνεται και η επεξεργασία τυχόν αρνητικών συνηθειών, αποτέλεσμα της ψυχικής ασθένειας, και η αντικατάστασή τους με νέες, δημιουργικότερες και περισσότερο ωφέλιμες για τον ασθενή. Η εργασιοθεραπεία αποτελεί μια από τις πρώτες μορφές θεραπευτικής δράσης επί των ψυχικά πασχόντων, έστω και όχι με τη σημερινή, εξελιγμένη και διαφοροποιημένη μορφή της. Ιδιαίτερη σπουδαιότητα και εφαρμογή βρίσκει στη θεραπεία εξαρτημένων ατόμων.

Σύμφωνα με τις βασικές τοποθετήσεις του «πατέρα» της εργασιοθεραπείας Hermann Simon (1924) η εργασιοθεραπεία περιλαμβάνει τρεις πυρήνες με θεραπευτική δράση :

1. την εργασία.
2. την εκπαίδευση
3. ένα υγιές και ανθρώπινο περιβάλλον

Ο ασθενής θα πρέπει να μάθει να αντέχει τόσο στα ευχάριστα όσο και στα δυσάρεστα στοιχεία της εργασίας, με στόχο να ξεπεράσει την παθητικότητά του και να συμμετάσχει δημιουργικά και ενεργητικά στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος του. Ακόμα θα πρέπει να ασκήσει τη διάρκεια της αντοχής του απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση, τη διαφοροποίηση και την επεξεργασία των σχέσεων του με το περιβάλλον.[30]

Μια εργασία που παρέχει κάποιο νόημα στον ασθενή, θα πρέπει να του καλλιεργεί τα υγιή στοιχεία του, να τα κατευθύνει σε υγιή «κανάλια» τα οποία θα του εξασφαλίσουν κάποια συναισθηματική (και όχι μόνο) απόδοση, προφυλάσσοντάς τον ταυτόχρονα από την άσκοπη σπατάλη της ενέργειάς του. Μια τέτοια εργασία θα λειτουργήσει σαν ψυχολογικό στήριγμα στον ασθενή.

Το εκπαιδευτικό στοιχείο στην εργασία περιλαμβάνεται στην αναγκαιότητα για ανάπτυξη σχέσεων, διατήρηση των κανόνων, τακτικότητα και υπευθυνότητα, αμοιβή και «τιμωρία» στις περιπτώσεις μη τήρησης των αρχών που διέπουν τον εργασιακό χώρο.

Το περιβάλλον της εργασίας θα πρέπει να ενισχύει τα θετικά στοιχεία της και να λαμβάνει υπόψη τις φυσιολογικές ανθρώπινες ανάγκες. Αρνητικό περιβάλλον θα αποδυναμώσει και τα θετικά στοιχεία της εργασίας με αποτέλεσμα τις ανάλογες επιπτώσεις. Μέσα από την εργασιοθεραπεία, ο ασθενής κατορθώνει μια καλύτερη σωματική και ψυχολογική κατάσταση, η οποία θα του επιτρέψει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και θα δυναμώσει τη σύνδεση του με την κοινωνική πραγματικότητα.[30][17]

Το ατομικό εργασιοθεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να σχεδιάζεται και να πραγματοποιείται σταδιακά, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Αυτό σημαίνει τη στενή συνεργασία του ιατρού, των άλλων θεραπευτών και του εργασιοθεραπευτή έτσι ώστε να προσδιορισθεί το επίπεδο δυνατής εκκίνησης του ασθενή στη θεραπεία, τα υγιή του στοιχεία και να καθορισθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι. Για το σκοπό αυτό είναι αναγκαία τα παρακάτω βήματα:

1. η διάγνωση της κατάστασης, οι ικανότητες και τα μειονεκτήματα του ασθενή σε σχέση με την εργασία..
2. η διαπίστωση, σε ποιο βαθμό τα μειονεκτήματα και τα προβλήματα του ασθενή θα αποτελέσουν μια μόνιμη κατάσταση, η οποία θα επηρεάσει και τον τελικό στόχο.
3. η αύξηση του κινήτρου για συμμετοχή στο εργασιοθεραπευτικό πρόγραμμα.

Για να γίνει δυνατή η διάγνωση, σε σχέση με την πιθανή συμπεριφορά του ασθενή στο σχεδιαζόμενο εργοθεραπευτικό πρόγραμμα, είναι αναγκαίος κάποιος χρόνος παρατήρησης και αξιολόγησης των δυνατοτήτων του ασθενή. Κατά τη διάρκεια όπως χρονικής όπως περιόδου θα πρέπει να παρατηρηθεί η συμπεριφορά του ασθενή τόσο σε σχέση με τη στενή, όσο και με την πλατύτερη έννοια όπως εργασιακής του συμπεριφοράς. Όπου, «εργασιακή συμπεριφορά» με τη στενή έννοια, σημαίνει κάθε στοιχείο συμπεριφοράς του που έχει σχέση και παρατηρείται μόνο κατά την απασχόληση του με τη συγκεκριμένη εργασία, όπως π.χ.:

1. σε ποίο βαθμό έχει την ικανότητα να χρησιμοποιήσει μέτρα, όγκους, σχήματα, χρώματα, ποσότητες κ.λ.π.
2. σε ποίο βαθμό έχει την ικανότητα να λειτουργήσει με τους κανόνες και το ρυθμό της εργασίας ή π.χ. αλλάζει τη σειρά των επιμέρους αναγκαίων πράξεων, καταστρέφει υλικό ή θέτει και τη ζωή του σε κίνδυνο από κακή χρήση του υλικού κ.λ.π.
3. σε ποίο βαθμό διαφέρει η ικανότητά του για εργασία από το φυσιολογικό, όπως π.χ. συχνή απουσία, υψηλός κίνδυνος διακοπής του προγράμματος εξαιρετικά αργός, ιδιαίτερα ακανόνιστος ρυθμός εργασίας, πολλά λάθη κ.λ.π.

Όλα αυτά τα στοιχεία είναι δυνατόν και αναγκαίο να προσδιορισθούν πριν αρχίσει κάποιο εργασιοθεραπευτικό πρόγραμμα.

#### **4. Απασχολησιοθεραπεία.**

Παρουσιάζει ομοιότητες με την εργασιοθεραπεία και αποτελεί μια ιδιαίτερη σημασία θεραπευτικής διαδικασίας για ψυχικά πάσχοντες. Μαζί με την εργασιοθεραπεία έχουν προσανατολισμό την ικανότητα συμπεριφοράς του ατόμου και μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς, να μάθουν να αντιμετωπίζουν πρακτικά προβλήματα με κάποια διάρκεια, να καλλιεργήσουν κοινωνικές και εργασιακές ικανότητες ή να επανακτήσουν χαμένες δυνατότητες μέσα σε ένα ασφαλές και χωρίς άγχος περιβάλλον. Ακόμα προσφέρουν δυνατότητες για νέους τρόπους ζωής, δοκιμή μορφών συμπεριφοράς και αναπροσαρμογής αναγκών και επιθυμιών. Η απασχολησιοθεραπεία είναι με αυτόν τον τρόπο στενά συνδεδεμένη με τις άλλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους και έχει σαν γενικό στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να βιώσει τις βασικές ανάγκες του, να τις αναγνωρίσει και να τις κάνει πράξη. Ο ασθενής, μπορεί, δηλαδή, να μάθει ότι έχει ανάγκες π.χ. διαπροσωπικών σχέσεων με άλλους ανθρώπους, να ντυθεί όμορφα, να νοιώσει το αίσθημα της χαράς μέσα από κάτι δημιουργικό, να δημιουργήσει κάτι ευχάριστο για την καθημερινή του θλίψη, να κινηθεί καλύτερα στον κοινωνικό χώρο κ.α. Έχοντας σαν στόχο τη μετάδοση καθημερινών αναγκών στον ασθενή, η απασχολησιοθεραπεία θα πρέπει να απλώνεται σε όλους τους χώρους της κλινικής και να περιλαμβάνει όλες τις ώρες τις ημέρας. Θα πρέπει, δηλαδή, να βρίσκονται, τα στοιχεία τις σε όλη τη διαβίωση του ασθενή στην κλινική και να μην περιορίζεται μέσα σε ένα ξεχωριστό χώρο, όπου «κάτι γίνεται» για να περνάει η ώρα. Θα πρέπει η μορφή αυτή θεραπείας να εξυπηρετεί τους στόχους της επανένταξης του ασθενή στον κοινωνικό χώρο, παρέχοντάς του δυνατότητες για τη ζωή έξω από την κλινική. Ακόμα, μέσα από την ασχολία με τα διάφορα υλικά και τεχνικές θα πρέπει να σχεδιάζεται ένας εξατομικευμένος θεραπευτικός στόχος με τη στενή έννοια του όρου, δηλαδή η καλλιέργεια της αυτοπεποίθησης, της αυτονομίας, των ατομικών κινήτρων και ενδιαφέροντος για τη ζωή, η δημιουργικότητα, η ικανότητα για διάρκεια και για επεξεργασία προβλημάτων. [30]

#### **5. Μουσικοθεραπεία.**

Η μουσικοθεραπεία περιλαμβάνεται στις μορφές ομαδικής ψυχοθεραπείας. Εξυπηρετεί την ευαισθητοποίηση στις ικανότητες βίωσης του εαυτού μας και των άλλων, την επεξεργασία συναισθηματικών προβλημάτων, την ενορμητική, λεκτική και τη μη λεκτική διαφοροποίηση της έκφρασης, την καλύτερη της ικανότητας, επικοινωνίας με τους άλλους, την ενίσχυση των

θετικών εμπειριών και γενικότερα τη δημιουργικότερη έκφραση της προσωπικότητας. [30]

## **6.6 ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.**

### **1. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (ΚΨΥ)**

Δημιουργήθηκε στην προσπάθεια αποκέντρωσης και τομεοποίησης της ψυχιατρικής περίθαλψης. Λειτουργεί μέσα στα πλαίσια της αλυσίδας Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Το ΚΨΥ λειτουργεί τομεακά και καλύπτει συγκεκριμένη περιοχή. Στους σκοπούς του ανήκουν μεταξύ άλλων :

- Η ευαισθητοποίηση , η κινητοποίηση και η εκπαίδευση της κοινότητας για θέματα ψυχικής υγείας.
- Παρέχει ψυχιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που νοσούν ή ζητούν τη συμβουλή του.
- Μειώνει τις εισαγωγές στο ίδρυμα μέσα από τον έλεγχο και την αντιμετώπιση ψυχιατρικών περιστατικών στα εξωτερικά ιατρεία.
- Επιτελεί ερευνητικό έργο και προσπαθεί να επέμβει θετικά στη διαμόρφωση κοινωνικών συνθηκών στην κοινότητα.
- Συνεργάζεται με άλλες ψυχιατρικές δομές.
- Παρέχει προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ασθενών κ.ά.

Για τους σκοπούς του Κέντρου Ψυχικής Υγείας , είναι απαραίτητη μια πολυεπαγγελματική ομάδα με ανάλογη εκπαίδευση και εμπειρία. [19]

### **2. Το Νοσοκομείο Ημέρας.**

Είναι μονάδα μερικής νοσηλείας. Φιλοξενεί ασθενείς που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στα εξωτερικά ιατρεία και για τους οποίους δεν είναι αναγκαία η εισαγωγή τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η νοσηλεία γίνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας μέσα από διάφορα προγράμματα και οι ασθενείς διανυκτερεύουν στις κατοικίες τους. Μια έρευνα στην Αγγλία έδειξε ότι 40% των ασθενών οι οποίοι είχαν ένδειξη για εισαγωγή σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπισθεί σε κάποιο νοσοκομείο ημέρας. Το νοσοκομείο ημέρας πρωτοεμφανίστηκε στη Σοβιετική Ένωση λίγο πριν τον Β Παγκόσμιο πόλεμο σε μια προσπάθεια εξοικονόμησης νοσοκομειακών κρεβατιών. Σταδιακά καθιερώθηκε σαν η κατ' εξοχήν μονάδα μερικής νοσηλείας.

Τα κριτήρια για την εισαγωγή στο νοσοκομείο ημέρας είναι :

- Ο άρρωστος πρέπει να έχει ένα βαθμό ευαισθησίας και διάθεση για συμμετοχή στη θεραπεία.

- Ο άρρωστος πρέπει να είναι σε θέση να περάσει τις νύχτες και τα σαββατοκύριακα στο σπίτι του.
- Η οικογένεια του αρρώστου πρέπει να είναι σύμφωνη για την παραμονή του στο σπίτι και το περιβάλλον του δεν πρέπει να είναι τόσο πολύ παθογόνο , ώστε να γίνει επιζήμιο κατά την παραμονή του .
- Ο άρρωστος δεν πρέπει να είναι διεγερτικός , μανιακός , συγχυτικός με τάσεις αυτοκαταστροφής , διανοητικά καθυστερημένος ή αποδιοργανωμένος.
- Ο άρρωστος δεν πρέπει να έχει σαν βασικό του πρόβλημα τον αλκοολισμό ή την τοξικομανία, ούτε να έχει εκτιμηθεί ως ψυχοπαθητική προσωπικότητα.
- Τέλος, η αποκατάσταση της κατοικίας του από το Νοσοκομείο Ημέρας δεν πρέπει να είναι μεγάλη, (προτιμούνται οι άρρωστοι που δεν χρειάζεται πάνω από μισή ώρα για να φτάσουν.)

Οι κατηγορίες δραστηριοτήτων του Κέντρου Ημέρας μπορούν να χωριστούν γενικά σε τρεις ομάδες :

**Ομάδα 1 :** εργασιοθεραπεία , χειροτεχνία, ξυλουργική, μεταλλοτεχνία, κηπουρική, άλλες υπαίθριες απασχολήσεις , κεραμική , τυπογραφία, ζωγραφική, σχέδιο, κατασκευή παιχνιδιών, ψαθοποιεία, ραπτική.

**Ομάδα 2 :** κοινωνικές δραστηριότητες αναψυχής, παιχνίδια χαρτιά, πινγκ- πονγκ, τάβλι, παρακολούθηση τηλεόρασης ραδιοφώνου, διάβασμα, προβολή ταινιών, εκδρομές, συμμετοχή οικογένειας φίλων.

**Ομάδα 3 :** διάφορες θεραπείες. Ομαδική θεραπεία. Ατομική θεραπεία.[19]

### 3. Το Νοσοκομείο Νύχτας.

Σε αυτό νοσηλεύονται ασθενείς τη νύχτα. Πρόκειται για εργαζόμενους ή ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο επαγγελματικής επανένταξης. Οι περιορισμοί ή τα κριτήρια εισαγωγής είναι ανάλογα με αυτά του νοσοκομείου ημέρας. [19]

### 4. Ξενώνες – Οικοτροφεία.

Πρόκειται για δύο ενδιάμεσες βασικές μορφές λειτουργίας υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ του νοσοκομείου και της διαβίωσης στην οικογένεια του αρρώστου.

Κοινά γνωρίσματα και στόχοι τόσο των οικοτροφείων όσο και των ξενώνων είναι η μείωση του χρόνου παραμονής αλλά και τους αριθμούς των αρρώστων στο ψυχιατρείο ή στον ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου. Επίσης η αντικατάσταση του ιδρυματικού περιβάλλοντος και η υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου του αρρώστου. Και οι δυο υπηρεσίες έχουν

διάφορες μορφές σύνδεσης και συνεργασίας με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, τον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή τα Προστατευμένα Εργαστήρια ή άλλες μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης, ανάλογα με τα γεωγραφικά, κοινωνικά ή άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν την κάθε ειδική περίπτωση.

Προσφέρουν ψυχολογική βοήθεια και φαρμακευτική αγωγή, κοινωνικοποίηση και κοινωνική επανένταξη, ανάλογα με τις ανάγκες αλλά και τις δυνατότητες του αρρώστου. Παράλληλα συμβάλλουν στην αποδοχή των ενοίκων- αρρώστων από την κοινωνική ομάδα. Εφαρμόζουν πάντα ένα πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ξενώνων είναι ότι πρόκειται για μονάδες κυρίως ανάρρωσης και αποθεραπείας, για μεταβατική σχετικά βραχεία διαβίωση (το ανώτερο 6 μήνες).[19]

### **5. Θεραπευτικό Διαμέρισμα.**

Τα θεραπευτικά διαμερίσματα είναι για θεραπευμένους «σταθεροποιημένους» ψυχικά ασθενείς, που δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαταραχές στη συμπεριφορά τους. Σε αυτά ζει μια ομάδα αποθεραπευμένων ψυχασθενών που δεν μπορούν να επιστρέψουν στην οικογένεια τους ή δεν έχουν οικογένεια, κάτω από την επίβλεψη θεραπευτών. Στόχος είναι η εκμάθηση ή η επανεκμάθηση των αναγκαίων πράξεων της καθημερινής ζωής. Συχνά γίνεται μια συμφωνία με τους αρρώστους που περιλαμβάνει την υποχρέωση να ψάξουν για δουλειά. [19]

### **6. Λέσχη – Θεραπευτικά Clubs.**

Αποτελούν τόπο συνάντησης, όπου συχνά βρίσκονται προς το τέλος κυρίως της ημέρας πρώην άρρωστοι ή πρώην νοσηλευθέντες και μερικοί θεραπευτές. Δεν υπάρχει καθορισμένη ιεραρχία που να επιβάλλει τα διάφορα καθήκοντα ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Στην πλειοψηφία τους τα μέλη της λέσχης είναι πρώην ασθενείς που όμως έχουν μια ικανοποιητική κοινωνική επανένταξη. Αρκετοί από αυτούς επίσης παραμένουν κάτω από ψυχιατρική παρακολούθηση.

Στόχος της λειτουργίας της λέσχης είναι η ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μέσα από τη διοργάνωση δραστηριοτήτων πολιτιστικών μορφωτικών και γενικότερα δημιουργικών απασχολήσεων (διαλέξεις, πολιτιστικές ανταλλαγές, παιχνίδια, κατασκευές, σινεμά- club, έξοδοι τα σαββατοκύριακα, φωτογραφία, ζωγραφική, μουσική, γυμναστική, χορός, κ.ά.)[19]

### **7. Ανάδοχη Οικογένεια.**

Πρόκειται για κάποια ευαίσθητοποιημένη οικογένεια πάνω σε ψυχιατρικά προβλήματα, ή οποία δέχεται να φιλοξενήσει ένα ψυχικά ασθενή και επιδοτείται για αυτή της την προσφορά.



Η επιλογή μιας ανάδοχης οικογένειας πρέπει να γίνεται με αυστηρά κριτήρια και μετά από κατάλληλη προπαρασκευή, αφενός για να αποκλεισθεί το κίνητρο της επιδότησης και μόνο, αφετέρου για να μειωθούν οι πιθανότητες αποτυχίας του προγράμματος.[19]

### **8. Ψυχιατρική Περίθαλψη στο Σπίτι του Ασθενή.**

Πρόκειται για μια προσπάθεια αντιμετώπισης της ψυχιατρικής κρίσης και, όπου αυτό είναι αναγκαίο, συνέχιση της περίθαλψης σε αυτό το ίδιο το σπίτι του ασθενή με συμμετοχή και των μελών της οικογένειας του.

Κάτι τέτοιο προϋποθέτει παραμονή θεραπευτών επί 24ώρου βάση στο σπίτι του ασθενή. Τα προτερήματα μιας τέτοιας αντιμετώπισης του ασθενή είναι προφανή. Η μέθοδος πρωτοεφαρμόστηκε στην Ελλάδα από τον ψυχίατρο κ. Παν. Σακελλαρόπουλο στην αρχή υπό την αιγίδα του Αιγινήτειου νοσοκομείου και μετά αυτόνομα από την «Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας».[19]

### **9. Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα.**

Είναι μια αναγκαιότητα λόγω της ανισότητας που επικρατεί στην κατανομή των ψυχιάτρων, ψυχιατρικών κλινών, εξωτερικών ιατρείων κλπ. στην επαρχία.

Η κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου έχει σκοπό να καλύπτει με ικανοποιητικό τρόπο τις ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη ενός συγκεκριμένου νομού ή μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιφέρειας στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής με βάση την ανάγκη για περιφεριοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας. Στόχοι λοιπόν της Κινητής Ψυχιατρικής Μονάδας είναι:

- Η αποκέντρωση
- Η αντιμετώπιση του αρρώστου στο περιβάλλον του «φυσικό και ανθρώπινο» και
- Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.[19]

### **10. Κέντρα Αντιμετώπισης Ψυχιατρικών Κρίσεων.**

Πρόκειται για ένα είδος κέντρου ψυχικής υγιεινής, που όμως λειτουργεί επί 24ώρης βάση και έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει κλινικά ψυχιατρικές κρίσεις. Λειτουργούν σε κοινοτικό επίπεδο και συνδυάζουν τις λειτουργίες του κέντρου ψυχικής υγιεινής, εξωτερικών ιατρείων, συμβουλευτικού σταθμού εμπλουτισμένες από μια χρονικά περιορισμένη κλινική αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, οπωσδήποτε πιο εύκολα από ότι στο σπίτι του ασθενή. Η χρονική περίοδος της κλινικής αντιμετώπισης πρέπει να μην ξεπερνάει τις 10-

12 ημέρες προς αποφυγή μετατροπής του κέντρου σε μικρό νοσοκομείο. Είναι γεγονός ότι οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις σπάνια διαρκούν πάνω από αυτό το χρονικό διάστημα.

Τα πλεονεκτήματα ενός τέτοιου κέντρου είναι μεταξύ άλλων :

- Ευχερής και σωστή περίθαλψη ενός μεγάλου αριθμού ασθενών που χωρίς λόγο εισάγονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Σαν άμεση συνέπεια του πρώτου, απελευθέρωση και ανακούφιση των ψυχιατρικών νοσοκομείων από μεγάλο αριθμό μη αναγκαίων εισαγωγών.
- Ανυπολόγιστη μείωση του κοινωνικοοικονομικού κόστους από την μακροχρόνια – και όχι πάντα για το καλό του ασθενή- περίθαλψή του στο μεγάλο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Περίθαλψη του ασθενή στο περιβάλλον του και συμμετοχή του περιβάλλοντός του στη θεραπεία.
- Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο με αποτέλεσμα την καλύτερη πρόληψη.
- Αποτελεσματικότερη οριοθέτηση μεταξύ κοινωνικών και ψυχιατρικών προβλημάτων.
- Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό είναι ότι η οργάνωση τέτοιων μονάδων βραχείας θεραπείας θα εμποδίσει τη μετατροπή των σχεδιαζόμενων μικρών ψυχιατρείων ή ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία, σε μικρά ψυχιατρικά άσυλα. [19]

## **11. Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου.**

Πρόκειται για μονάδες που στόχο τους είναι η σταδιακή αντικατάσταση του ψυχιατρικού ασύλου, για αυτό και τις αναφέρουμε στις «εξωνοσοκομειακές δομές» της ψυχιατρικής περίθαλψης. Παρέχει κατά το δυνατών, βραχυχρόνια νοσηλεία σε ασθενείς που χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη. Συνεργάζεται με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου ασχολούμενο με τις ψυχοσωματικές περιπτώσεις εφαρμόζοντας τη διασυνδεδετική ψυχιατρική. Ακόμη, δίνει βοήθεια σε ψυχολογικά προβλήματα που προέρχονται από σωματικές ασθένειες. Φυσικά διαθέτει εξωτερικό ιατρείο για τη μετέπειτα παρακολούθηση των ασθενών και λειτουργεί σε τομεακό επίπεδο.[19]

## **12. Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης.**

Είναι μονάδες κατάλληλα εξοπλισμένες, που σκοπό έχουν την επαναφορά «χαμένων» δεξιοτήτων σε ψυχικά ασθενής ή την εκμάθηση κάπου επαγγέλματος σε αυτούς. Ο επαγγελματικός προσανατολισμός θα πρέπει να είναι ανάλογος με τις ικανότητες και τις πραγματικές επιθυμίες και ανάγκες του ασθενή. Για το λόγο αυτό, στις μονάδες αυτές συνεργάζεται ένας μεγάλος αριθμός ειδικών που απλώνεται από τους ειδικούς τεχνίτες – οι οποίοι θα

πρέπει και αυτοί να έχουν κάποια ψυχιατρική ευαισθητοποίηση – στους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους εργοθεραπευτές, τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους. Οι μονάδες αυτές απευθύνονται ανάλογα , τόσο σε νοσοκομειακούς όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς.

Έχει στατιστικά τεκμηριωθεί ότι η επαγγελματική αποκατάσταση ενός ψυχικά ασθενή μειώνει τόσο το χρόνο παραμονής του στο ίδρυμα όσο και τη συχνότητα επανεισαγωγών σε αυτό. [19]

## **Μετανοσοκομειακή φροντίδα**

Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για ένα συγκεκριμένο σχιζοφρενικό ασθενή ποικίλει σημαντικά .

Άλλοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα κι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες π.χ. αγορά και παρασκευή φαγητού ,διαχείριση χρημάτων κτλ. Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους με μικρότερη η μεγαλύτερη υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας , άλλοι ζουν συνεργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από τα νοσοκομεία διαμερίσματα ,άλλοι σε ξενώνες ,οικοτροφεία κτλ.

Μεγάλη σημασία έχουν μονάδες **μερικής νοσηλείας** που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα ψυχικής υγείας ( *νοσοκομεία ημέρας ,κέντρα ημέρας* )με σκοπό είτε την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο είτε την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο των ασθενών και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα .Στις μονάδες αυτές υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας (*ημερήσια περίθαλψη* ) με σκοπό την καλύτερη κοινωνικοποίηση τους την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας ,τη μη λιμνάσει στο σπίτι ή τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κτλ .

Για ασθενείς που καταφέρνουν να εργασθούν ,χρειάζεται τακτική επαφή με τους εργοδότες για την ανακούφιση των διαπρωσωπικών εντάσεων ,που εύκολα μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή .

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

Τελειώνοντας θα πρέπει να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα ,ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν θεραπεία εκλογής για την Σχιζοφρένεια .Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας . [19].

## ΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ

Λονδίνο : ομάδα ερευνητών από το πανεπιστήμιο British Columbia, με επικεφαλής τον Πίτερ Λιντλ, ψυχίατρο με εξειδίκευση στις απεικονιστικές μεθόδους του εγκεφάλου, δημιούργησαν ένα ηλεκτρονικό μοντέλο του ανθρώπινου εγκεφάλου. Αυτή η στοιχειώδη προσομοίωση του εγκεφάλου του ανθρώπου θα βοηθήσει ώστε να εντοπίσουν τα πρώιμα σημεία της σχιζοφρένειας, προτού ακόμα αρχίσουν να εμφανίζονται συμπτώματα της νόσου. [33]

Ο στοιχειώδεις «τεχνητός εγκέφαλος» έχει κατασκευαστή με τη βοήθεια πολλαπλών επεξεργαστών που καλούνται κόμβοι και είναι σχεδιασμένοι να συμπεριφέρονται όπως τα νευρικά κύτταρα. Το πρόγραμμα του υπολογιστή χρησιμοποιεί ως πρότυπο τον ανθρώπινο εγκέφαλο και έχει τη δυνατότητα να μαθαίνει « από την εμπειρία» όπως ακριβώς και ο ανθρώπινος εγκέφαλος. Η λειτουργία του στηρίζεται στην ανάλυση της μαγνητικής τομογραφίας του εγκεφάλου ασθενών , με σκοπό να ανιχνεύει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στην εγκεφαλική κυκλοφορία του αίματος , τα οποία θα βοηθήσουν στην έγκαιρη διάγνωση της σχιζοφρένειας.[33]

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στη θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι η πρώιμη διάγνωση της νόσου. Σε μερικές περιπτώσεις , υπάρχει καθυστέρηση αρκετά χρόνια έως τη διάγνωση. Εάν η διάγνωση καταστεί έγκαιρη και αξιόπιστη, η έκβαση για τους ασθενείς θα είναι ευνοϊκότερη. Σε αυτό το σημείο στοχεύει και η χρησιμοποίηση του 'ηλεκτρονικού εγκεφάλου'. Η ομάδα του δρ. Λιντλ προχώρησε σε τομογραφίες του εγκεφάλου τεσσάρων υγιών ασθενών και εννέα που είχαν διαγνωσμένη σχιζοφρένεια. Ο υπολογιστής κατάφερε από την ανάλυση του να διακρίνει με 100% ακρίβεια ανάμεσα στις δυο ομάδες. Εάν οι γιατροί κατορθώσουν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα αποτελέσματα , θα μπορέσουν να ταξινομήσουν καλύτερα τους ασθενείς και να τους προσφέρουν καλύτερη θεραπεία.

Φυσικά στο όλο εγχείρημα υπάρχει και αντίλογος. Όπως μεταδίδει το BBC ο καθηγητής Ρομπιν Μάρεϊ του ινστιτούτου ψυχιατρικής στο Λονδίνο υποστηρίζει πως κανένας δεν έχει καταλήξει στο ότι συγκεκριμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία συνδέεται αποκλειστικά με τη σχιζοφρένεια.

Η έρευνα πάνω στο εν λόγω αντικείμενο κάνει τα πρώτα της βήματα και επομένως θα ήταν λάθος να δημιουργηθούν ψεύτικες ελπίδες. Ωστόσο εάν τελικά αποδειχθεί αποτελεσματική ,θα προσφέρει μεγάλη βοήθεια στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. [33]

Πως θα το ονομάζαμε αυτό το νέο φρούτο; «Κυβερνο-ψυχοθεραπεία»; «Ηλεκτρονική ψυχοθεραπεία» ή «ηλεκτροψυχανάλυση»; Όπως και να το λέγαμε όμως, η ουσία παραμένει η ίδια: Όλο και περισσότεροι θεραπευτές και πανεπιστήμια μπαίνουν στο Διαδίκτυο και αρχίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ηλεκτρονικά στον κόσμο. Ακόμη χειρότερα: πολλές φορές στην

άλλη άκρη του υπολογιστή μας δεν βρίσκεται άνθρωπος, αλλά μηχανή προγραμματισμένη να απαντάει στις αγωνίες της ψυχής μας

Η Martha Ainsworth, διευθύντρια της υπηρεσίας metanoia.net, είναι κατηγορηματική: «Δεν πρόκειται για ψυχοθεραπεία κλασικού τύπου. Κάποιος από τους όρους που δοκιμάσαμε να χαρακτηρίσουμε την νέα αυτή υπηρεσία είναι «συμπεριφορική τηλε-υγεία». Εγώ αρκούμαι στο «αλληλεπίδραση» ή το «Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας μέσω Internet». Είναι αρκετά ασαφείς όροι, αλλά θα βολευτούμε με αυτούς μέχρι οι θεραπευτές που ασχολούνται μ' αυτή αποφασίσουν κάποια άλλη ορολογία...».

Πως γίνεται όμως η ψυχιατρική μέσω Δικτύου; Ένα παράδειγμα: Μπαίνετε στην διεύθυνση <http://www.mentalhealth.com>. [33]

Διαλέγετε το μενού «Disorders», ήτοι «Διαταραχές». Ένας κατάλογος με πενήντα δύο ψυχολογικές ασθένειες εμφανίζεται μπροστά σας: Αγοραφοβία, μετατραυματικό στρες, Νευρική ανορεξία, Βουλιμία, μέχρι παράνοια και σχιζοφρένεια. Διαλέγετε αυτή που ... σας πάει και ο υπολογιστής σας δίνει τα συμπτώματα. Τα έχετε; Καλώς προχωρείτε. Στην επόμενη οθόνη η μηχανή σας ρωτάει αν είστε γιατρός ή ασθενής. Αν είστε ασθενής δίνετε το φύλο σας και την ηλικία σας. Αφού τα δώσετε αρχίζει η διαδικασία των ερωτήσεων: Πόσο συχνά εμφανίζονται τα συμπτώματα, τότε εμφανίστηκαν τελευταία φορά κ.λ.π. Απαντάτε και βγαίνει η διάγνωση.

Σε ότι αφορά την θεραπεία καλά είναι να επισκεφθείτε επαγγελματία ψυχολόγο ή ψυχίατρο. «Είναι γνωστό πως το Internet» γράφει ο Toby Lester του Atlantic Monthly «πως είναι χαοτικό και οι θεραπευτές μέσω Web μπορεί να μην είναι πάντα αυτό που δείχνουν. Πρέπει να κοιτάτε πάντα να έχουν την σφραγίδα του «Mental Health Net», ενός οργανισμού που είναι αφιερωμένος να απομακρύνει τους καρχαρίες, οι οποίοι τριγυρίζουν στα θολά νερά του Internet, ψάχνοντας για αθώα θύματα που έχουν ανάγκη ψυχιατρικών συμβουλών.»

Το «Mental Health Net» είναι μια οργάνωση ομπρέλα για όλες τις σοβαρές προσπάθειες αυτού του είδους που γίνονται στο Internet. Λειτουργεί κατά κάποιο τρόπο ως οργανισμός πιστοποίησης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτοχαρακτηρίζεται ως η πληρέστερη εγκυκλοπαίδεια σε ότι αφορά την ψυχιατρική και ψυχολογία. Ανήκει σε μια μη-κερδοσκοπική εταιρεία που λειτουργεί υπό την εποπτεία της πολιτείας του Ohio. Δημιουργήθηκε τον Σεπτέμβριο του 1995 από τους Καναδούς ψυχιάτρους Dr. Phillip Long και Brian Chow. Σήμερα εποπτεύεται από μια ομάδα επιφανών ιατρών που αποτελούν το διοικητικό της Συμβούλιο και σύμφωνα με τους δημοσιοποιημένους στόχους «η εταιρεία θέλει να προσφέρει δωρεάν τις υπηρεσίες της σε όλο τον κόσμο και να ερευνήσει σε βάθος τις ευκαιρίες που προσφέρουν στην ψυχιατρική τα νέα Μέσα Επικοινωνίας, όπως είναι το Διαδίκτυο. [33]

Το «Internet Mental Health» γράφουν είναι για όλους όσους ενδιαφέρονται για την ψυχική υγεία. Είναι για τους γιατρούς, για ασθενείς που

θέλουν να μάθουν περισσότερα για την ασθένεια τους, για τις οικογένειες και τους φίλους των ασθενών, για σπουδαστές ψυχιατρικής κ.λ.π.

Το site προσφέρει πληροφορίες για τις 52 διαταραχές, οδηγίες θεραπείας (τονίζεται συνεχώς ότι πρέπει να γίνεται από επαγγελματίες θεραπευτές) άρθρα περιοδικών, εφημερίδων για την ψυχολογία και τις ψυχολογικές διαταραχές, καθώς και ένα οδηγό με άλλα sites του Internet που αφορούν την ψυχιατρική και την ψυχολογία .[33]

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Θεωρώντας δεδομένη την πολυπλοκότητα της σχιζοφρένειας, οι σημαντικές ερωτήσεις για την διαταραχή αυτή - η αιτία ή οι αιτίες που την προκαλούν, η πρόγνωση και η θεραπεία της - είναι απίθανο να λυθούν μέσα στα αμέσως επόμενα χρόνια. Το ευρύ κοινό λοιπόν θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό σε ανθρώπους που διαφημίζουν ότι προσφέρουν την 'θεραπεία' της σχιζοφρένειας ή ότι γνωρίζουν την αιτιολογία της. Τέτοιες απόψεις μπορεί να δημιουργήσουν πλασματικές προσδοκίες, οι οποίες όταν δεν εκπληρώνονται οδηγούν σε περαιτέρω απογοήτευση. Αν και έχει γίνει σημαντική πρόοδος προς την καλύτερη κατανόηση της διαταραχής αυτής, υπάρχει ακόμη μεγάλη ανάγκη για ευρύ και εντατική βασική και κλινική έρευνα. Ελπίζουμε ότι η έρευνα αυτή θα αποδώσει καρπούς και θα ξεδιαλύνει τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεια της σχιζοφρένειας την επόμενη δεκαετία. [6].

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. Βασικά στοιχεία κλινική ψυχιατρικής , 1997. Νίκος Μάνος .[1]
2. Εισαγωγή στην ψυχιατρική , 1991. Πέτρος Χαρτοκόλλης .[2]
3. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας , 2001. Αφροδίτη Χ. Ραγιά. [3]
4. Ψυχολογία και παθολογική συμπεριφορά : Μία συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση . Β' έκδοση . B.Durand 2002. [4]
5. Kaplan and Sadock's . Ψυχιατρική Harold I. Kaplan , MD  
Benjamin J. Sadock ,MD  
Jack A. Grebb , MD 2000[5].
6. Πηγή : Internet .[6]
7. Εκπαιδευτική ελληνική εγκυκλοπαίδεια, ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ .  
Εκδοτική Αθηνών 1999. [7]
8. Ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα. Marga Simon Coler Karen Goyette  
Vincent . εκδόσεις Έλλην. 2001 [8].
9. Εγχειρίδιο διεθνούς στατιστικής ταξινόμησης των νόσων κακώσεων και  
αιτιών θανάτου. Τόμος I ΑΘΗΝΑ 1980.
10. Ψυχιατρική. Εκδόσεις Μαστορίδη Θεσσαλονίκη 1988.
11. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας  
του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα.
12. Γνωσιακή θεραπεία με σχιζοφρενικούς ασθενείς. Ηλεκτρονικές τέχνες  
1992
13. Τετράδια Ψυχιατρικής. Τριμηνιαία περιοδική έκδοση της επιστημονικής  
ένωσης του ΙΝΑ . Απρίλιος – Μάιος –Ιούνιος 2004



- 14.Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα ειδίκευσης στην ψυχιατρική. 1985
- 15.Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα Α τόμος .
- 16.Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα Β τόμος.
- 17.Η δοκιμασία TRH σε σχιζοφρενείς πριν και μετά τη θεραπεία με νευροληπτικά φάρμακα. Αθανασίου Ν. Μαρτίνου. Διδακτορική διατριβή . Αθήνα 1982
- 18.Γνωσιακή θεραπεία με σχιζοφρενικούς ασθενείς . CARLO PERRIS 1989
- 19.Γνωσιακά προσανατολισμένα κέντρα θεραπείας .
- 20.Σχιζοφρενείς και οικογένεια. Γράμματα 1978
- 21.Bleuler (E) Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Hendbuch der Pscyhiatre Aschaffendurg. Leipzig 1911
- 22.Ψυχιατρική και ποιμαντική ψυχιατρική . Εκδόσεις Π. Πουρναρά 1986
- 23.Ταξινόμηση ICD- IO Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Βητά Ιατρικές εκδόσεις ΕΠΕ 1993
- 24.Κοινωνική κοινοτική Ψυχιατρική , Αθήνα 1983.
- 25.Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής . Α τόμος 1994 Αθήνα.
- 26.Θέματα προληπτική ψυχιατρικής . Β τόμος 1994 Αθήνα.
- 27.Πρόσκληση στην κοινωνιολογία. Πήτερ Λ. Μπέργκερ. 1985
- 28.Ψυχιατρική. Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου. Αθήνα 1991
- 29.Το εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας. Άννα Φρόιντ 1978
- 30.Ψυχολογία Β' Λυκείου. Ε. Π. Παπανούτσου
- 31.Η ψυχολογία σήμερα. Εκδόσεις Παπαζήση . Μαρία Νασιάκου 1982

32.Ψυχιατρική νοσηλευτική. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου . Αθήνα 1990

33.Πηγή Internet [www.medium.gr](http://www.medium.gr) [www.health.in.gr](http://www.health.in.gr)

