



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ - ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΠΟ
ΤΟΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ ΚΑΙ ΤΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΣΑΚΚΑΤΟΥ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

ΠΑΤΡΑ, 2005



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	6904
----------------------	------

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστώ τον καθηγητή μου Κωνσταντίνο Κουτσογιάννη για τη βοήθειά του στην πτυχιακή μου εργασία αλλά και την συνάδελφο στο νοσοκομείο 409 που έκανα την πρακτική μου Ευδοκία Κωνσταντινοπούλου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	vii

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	1
1.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	2
1.2.1. ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΑ ΣΚΕΨΗΣ	3
1.2.2. ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ	4
1.2.3. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ	5
1.2.4. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ	7
1.2.5. ΒΟΥΛΗΣΗ - ΑΒΟΥΛΗΣΙΑ	9
1.2.6. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	10
1.3. ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	11
1.3.1. ΑΠΛΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	12
1.3.2. ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	13
1.3.3. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	17
1.3.4. ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	17
1.3.5. ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	19
1.3.6. ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ ΤΥΠΟΣ	21
1.3.7. ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ	23
2.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	24

2.2.1. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	25
2.2.2. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	26
2.2.3. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΨΥΧΟΚΟΙ- ΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	27
2.2.4. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	28
• ΕΙΝΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	30
2.2.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	32
2.2.6. ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ– ΔΡΑΣΗ ΝΤΟΠΑ- ΜΙΝΗΣ	33
2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	34
2.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	36
2.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΤΕΣΤ	39
2.5.1. ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΕΣΤ	39
2.5.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΤΕΣΤ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	40
2.6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. Η ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΝΑΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩ- ΣΤΟ ΓΟΝΕΑ	49
3.2. Ο ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΤΡΟ- ΠΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ- ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	52
3.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ /ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	55
3.4. ΟΜΑΔΕΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΑΡΕΜ- ΒΑΣΗΣ	56

3.5. ΒΑΘΜΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ	59
3.5.1. ΜΕΛΕΤΕΣ ΔΙΔΥΜΩΝ	61
3.5.2. ΜΕΛΕΤΕΣ ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	65
4.1.1. ΠΟΡΕΙΑ	65
4.1.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	66
4.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	68
4.2.1. ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ	69
4.2.2. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	78
4.2.3. ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΖΕΥΓΟΥΣ	82
4.2.4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	83
4.2.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	88
4.2.6. ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	90
4.2.7. ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	92
• ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	93
4.2.8. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	94
4.3. ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	95

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	96
---------------------------------	----

5.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: ΠΡΩΤΟ- ΓΕΝΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ- ΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ	97
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	100
6.1.1. ΤΟ ΕΡΓΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙ- ΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	100
6.1.2. ΣΚΟΠΟΙ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	102
6.2. ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	106
6.3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	121
6.4. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	134

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1. ΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	144
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	155
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	157

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες ή διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η ψύχωση. Θα έλεγε κανείς, ότι είναι η κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος ονομάζει τρέλα.

Η εργασία αυτή αναφέρεται στο σύνδρομο της σχιζοφρένειας, η οποία είναι μια από τις ψυχώσεις που διατηρούν διαυγή τη συνείδηση και δεν έχουν άμεση σχέση με οργανική εγκεφαλική βλάβη ή ανεπάρκεια αλλά χαρακτηρίζεται από μια αποδιοργανωμένη σκέψη – ένα ανάρμοστο συναίσθημα και μιαν ασυνεπή συμπεριφορά.

Αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο αφορά το γενικό ιατρικό αντικείμενο, το δεύτερο το νοσοκομειακό κομμάτι και στο τρίτο αναφέρεται η σημασία των υπολογιστών στην υπηρεσία των γιατρών για την πρόμη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα μεγάλο κομμάτι της ψυχιατρικής, έτσι λοιπόν έγινε μια προσπάθεια μέσα από τη βιβλιογραφία που συγκεντρώθηκε, να παρουσιαστεί συνοπτικά στους συναδέλφους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ανάμεσα στους μείζονες κλάδους της ιατρικής υπάρχει και η ψυχιατρική. Η ειρωνεία του πράγματος είναι ότι η ψυχιατρική μπορεί να θεωρηθεί η μητέρα της ιατρικής. Η πρώτη ιατρική είχε ουσιαστικά το χαρακτήρα της ψυχιατρικής. Εφόσον οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την αρρώστια, σωματικά ή ψυχικά, σαν το αποτέλεσμα μιας θεϊκής βουλήσεως ή μοίρας, κάθε ιατρική επέμβαση απευθυνόταν πρώτιστα στην ψυχολογία του αρρώστου. Η θεραπευτική αποτελεσματικότητα ως και της πιο πρωτόγονης ιατρικής πράξης, όπως μιας απλής χειρουργικής επεμβάσεως, βασιζόταν περισσότερο στο κύρος που έδινε στον ιερέα – γιατρό, η ταύτισή του με τη θεότητα, παρά οι επιστημονικές του γνώσεις ή η εμπιστοσύνη του αρρώστου στην ιατρική επιστήμη.

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 [1].



ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

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 πρόωμη άνοια (démence précoce – 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 άρχιζε νωρίς») κι ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, για «σχίσσιμο του μυαλού», από όπου και ο όρος σχιζοφρένεια^[2].

Πιο πρόσφατες πληροφορίες μας λένε ότι η σχιζοφρένεια είναι ένα πολύπλοκο σύνδρομο που αναπόφευκτα έχει μία καταστρεπτική επίδραση στις ζωές των ατόμων που πάσχουν από αυτή όσο και στις ζωές των υπόλοιπων μελών της κάθε οικογένειας. Η διαταραχή αυτή μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη, τη σκέψη, την ομιλία και την κινητικότητα ενός ατόμου. Σχεδόν κάθε πλευρά της καθημερινής λειτουργίας ενός ανθρώπου. Και παρά τις μεγάλες προόδους όσον αφορά τη θεραπεία, η ολοκληρωτική ανάρρωση από τη σχιζοφρένεια είναι σπάνια. Επίσης δεν γνωρίζουμε τον τρόπο με το οποίο μπορούμε να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από τη σχιζοφρένεια. Κι αυτό γιατί τα αίτιά της ακόμα μας διαφεύγουν^[2].

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 ^[2].

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 ^[2].

1.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Όπως επισημάνθηκε ήδη, τα συμπτώματα που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου που είναι απαραίτητες στην καθημερινή μας ζωή ^[1].

Ο όρος ψυχωτικός ή ψύχωση χρησιμοποιείται για να περιγράψει πολλές μορφές ασυνήθιστης συμπεριφοράς, αν και η ακριβής του έννοια περιλαμβάνει συνήθως παραληρητικές ιδέες (παράλογες πεποιθήσεις) και/ή ψευδαισθήσεις (αισθητηριακές εμπειρίες χωρίς την παρουσία κάποιου εξωτερικού γεγονότος) ^[3].

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τυπικά διαχωρίζουν τα θετικά από τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Πρόσφατα, προστέθηκε και μια τρίτη ξεχωριστή κατηγορία συμπτωμάτων, τα αποδιοργανωμένα.

Τα θετικά συμπτώματα γενικά περιλαμβάνουν τις πιο ενεργές εκδηλώσεις της παθολογικής συμπεριφοράς. Στα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν ανεπάρκειες της φυσιολογικής

συμπεριφοράς σε τομείς όπως η ομιλία και η ψυχοκινητικότητα. Τα αποδιοργανωμένα συμπτώματα περιλαμβάνουν τον ασυνάρτητο αποδιοργανωμένο λόγο, την αλλοπρόσαλλη ή αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και το απρόσφορο ή επίπεδο συναίσθημα^[3].

1.2.1. ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΑ ΣΚΕΨΗΣ

Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει, τουλάχιστον δυνητικά, μια διανοητική διαταραχή, που μπορεί να πάρει τη μορφή παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων κάποιας χαρακτηριστικής ιδιομορφία στον τρόπο σκέψης. Πολύ συχνά, μα όχι πάντα, ο τρόπος με τον οποίο σκέπτεται ο σχιζοφρενής 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 Μπλούλερ παθογνωμονική 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^[1].

1.2.2. ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ

Μια πεποιθήση που θεωρείται από τα περισσότερα μέλη μιας κοινωνίας ως λανθασμένη ερμηνεία της πραγματικότητας ονομάζεται διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης ή παραληρητική ιδέα. Λόγω της σημαντικότητάς της στη σχιζοφρένεια, η παραληρητική ιδέα έχει ονομαστεί «το βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο της τρέλας». Εάν, για παράδειγμα, πιστεύετε ότι οι σκίουροι στην πραγματικότητα είναι εξωγήινοι που έχουν έρθει στη γη σε αναγνωριστική αποστολή, θα εθεωρείτο ότι έχετε παραληρητικές ιδέες. Τα Μ.Μ.Ε. συχνά παρουσιάζουν τα άτομα με σχιζοφρένεια ως άτομα που πιστεύουν ότι είναι κάποια διάσημα ή σημαντικά πρόσωπα (όπως ο Ναπολέων ή ο Ιησούς Χριστός)^[3].

Συνηθισμένες παραληρητικές ιδέες που έχουν τα άτομα με σχιζοφρένεια αναφέρονται στην ιδέα ότι κάποιος τους έχουν επισημάνει και τους ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές (παραλήρημα καταδιώξεως), στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιος, συχνά μέσα στο ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματά τους, τις σκέψεις τους ή τις ενέργειές τους (παραλήρημα ελέγχου) στην ιδέα ότι είναι προικισμένοι με κάποια ειδική ιδιότητα ή ότι ενσαρκώνουν κάποια ιστορική προσωπικότητα (παραλήρημα μεγαλείου), στην ιδέα ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό στο σώμα τους (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^[1].

Τα άτομα της πρώτης ομάδας είχαν μια πολύ συχνή αίσθηση σκοπού και σημασίας στη ζωή τους και εμφάνιζαν μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης, γεγονός που συσχετιζόνταν με τις παραληρητικές τους ιδέες^[3].

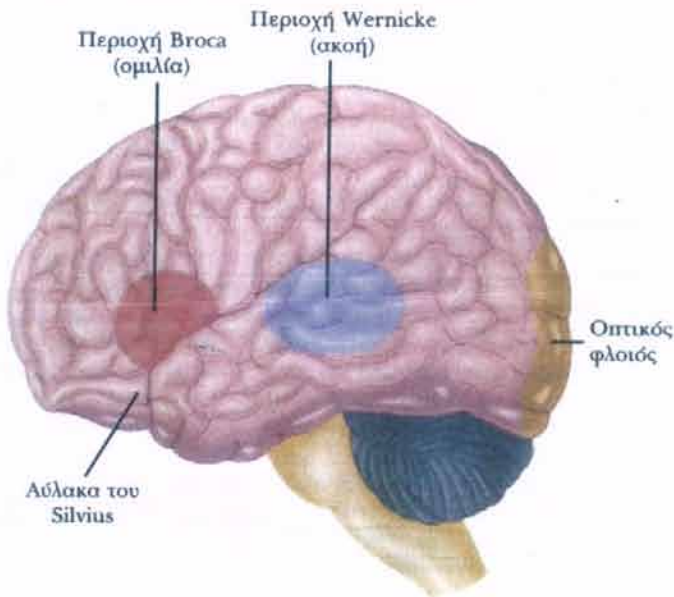
1.2.3. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

Η αισθητηριακή αντίληψη που συμβαίνει απουσία πραγματικού εξωτερικού ερεθίσματος ονομάζεται ψευδαίσθηση^[3].

Αισθητηριακές αντιλήψεις χωρίς να υπάρχουν εξωτερικά αντικειμενικά ερεθίσματα. Πιο συχνές οι ακουστικές. Ο άρρωστος ακούει φωνές που του φέρνουν μηνύματα συνήθως υποτιμητικά, κατακριτικά ή και εντολοδόχα ή προτρεπτικά για αυτοκαταστροφή. Λιγότερο συχνές είναι οι οπτικές, γευστικές, οσφρητικές και απτικές ψευδαισθήσεις.

Τα αισθήματα:

- α) δημιουργούνται στο εσωτερικό του αρρώστου (π.χ. φωνές),
- β) προβάλλονται στον εξωτερικό κόσμο και
- γ) ο άρρωστος χειρίζεται τα προβαλλόμενα αισθήματα (φωνές) ως πραγματικά, π.χ. ρωτά ή απαντά στις φωνές^[4].



Μερικές κύριες περιοχές της γλώσσας στον εγκεφαλικό φλοιό. Στους περισσότερους ανθρώπους, μόνο το αριστερό ημισφαίριο είναι ειδικευμένο για τη γλώσσα³¹

Οι νέες έρευνες για τις ψευδαισθήσεις χρησιμοποιούν ειδικευμένες τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου προκειμένου να εντοπίσουν τις αιτίες αυτών των φαινομένων στον εγκέφαλο. Κάποιοι ερευνητές στο Λονδίνο, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της τομογραφίας εκπομπής απλού φωτονίου (ή τομογραφία εκπομπής φωτονίων) (SPECT) για τη μελέτη της εγκεφαλικής ροής του αίματος στους άνδρες με σχιζοφρένεια που είχαν και ακουστικές ψευδαισθήσεις, έκαναν μία σημαντική ανακάλυψη. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν αυτή τη μέθοδο όταν οι άνδρες είχαν ψευδαισθήσεις και όταν δεν είχαν και ανακάλυψαν

ότι το τμήμα του εγκεφάλου που ήταν πιο ενεργό κατά τη διάρκεια των ψευδαισθήσεων ήταν η περιοχή του Broca (βλέπε σχήμα). Η παρατήρηση αυτή προκαλεί έκπληξη επειδή είναι γνωστό ότι η περιοχή του Broca εμπλέκεται στην παραγωγή λόγου. Επειδή οι ακουστικές ψευδαισθήσεις συνήθως αφορούν την κατανόηση της «ομιλίας» των άλλων, θα περιμένατε ίσως να είναι περισσότερο ενεργή η περιοχή του Wernicke που αφορά στην κατανόηση του λόγου. Όμως, η μελέτη, αυτή υποστηρίζει τα αποτελέσματα μίας προκαταρκτικής μελέτης άλλων ερευνητών, που επίσης βρήκαν ότι η περιοχή του Broca είναι πιο ενεργή από την περιοχή του Wernicke κατά τη διάρκεια ψευδαισθήσεων. Οι παρατηρήσεις αυτές στηρίζουν τη θεωρία ότι τα άτομα που έχουν ψευδαισθήσεις, στην πραγματικότητα δεν ακούν τις φωνές άλλων, αλλά ακούν τις δικές τους σκέψεις ή τις δικές τους φωνές και δεν μπορούν να αντιληφθούν τη διαφορά^[3].

Η περισσότερο εξελιγμένη τεχνολογία απεικόνισης του εγκεφάλου επιτρέπει στους ερευνητές να έχουν μια καλύτερη εικόνα του τι ακριβώς συμβαίνει στον ανθρώπινο εγκέφαλο κατά τη διάρκεια ψευδαισθήσεων και θα πρέπει να τους βοηθήσει να αναγνωρίσουν το ρόλο του εγκεφάλου στα συμπτώματα που παρατηρούνται στα άτομα με σχιζοφρένεια^[5].

1.2.4. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Φανταστείτε ότι οι άνθρωποι φορούσαν μάσκες όλη την ώρα: Θα μπορούσατε να επικοινωνήσετε μαζί τους αλλά όχι να δείτε τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων με σχιζοφρένεια εμφανίζουν το σύμφωνα που ονομάζεται επίπεδο

συναίσθημα. Μοιάζουν με τους ανθρώπους που φορούν μάσκες επειδή δεν δείχνουν κάποιο συναίσθημα όταν φυσιολογικά θα περιμέναμε κάποια συναισθηματική έκφραση εκ μέρους τους. Μπορεί να κοιτάζουν με απλανές βλέμμα, να μιλούν με επίπεδο και άτονο τρόπο και να φαίνονται ανεπηρέαστοι από όσα συμβαίνουν γύρω τους. Ωστόσο, αν και δεν αντιδρούν φανερά σε συναισθηματικές καταστάσεις, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν αντιδρούν συναισθηματικά μέσα τους.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια πολλές φορές παραπονιούνται ότι έχουν χάσει την ικανότητα να αισθάνονται, ότι δεν τους κάνει τίποτα εντύπωση, ότι δεν νοιώθουν ούτε χαρά ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται σαν να αισθάνονται το αντίθετο από εκείνο που λένε πως νιώθουν ή που θα έπρεπε να αισθάνεται σύμφωνα με αυτά που λένε, όπως π.χ. όταν παραπονιούνται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις τους καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάνε χαρούμενα, ξένοιαστα. Άλλες φορές από ήρεμοι που είναι, ξαφνικά, χωρίς φανερή αιτία, γίνονται ανήσυχοι 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^[1].

Σε μια πιο προχωρημένη φάση της αρρώστιας, που βασικά εκφράζει τη λεγόμενη διαδικαστική ή χρόνια μορφή της, παρατηρείται μια απουσία ή φτώχεια συναισθήματος, που συνοδεύεται 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^[1].

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 **συναίσθηματος**

ταυτότητας, της ικανότητας να διακρίνει τον εαυτό του από τους άλλους σαν μιαν 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^[1].

1.2.5. ΒΟΥΛΗΣΗ - ΑΒΟΥΛΗΣΙΑ

Όπως είναι επόμενο, η συναισθηματική άμβλυνση που φέρνει η χρόνια σχιζοφρένεια αντανακλά στην ικανότητα του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία και ενδιαφέρον σε οτιδήποτε 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^[3].

Η αβουλησία (α στερητικό + βούληση) είναι η ανικανότητα έναρξης και συνέχισης των δραστηριοτήτων. Τα άτομα με αυτό το σύμπτωμα (που επίσης ονομάζεται απάθεια) δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά στην εκτέλεση ακόμα και των πιο βασικών καθημερινών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή^[3].

1.2.6. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Τα άτομα με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν διαταραχή στη συμπεριφορά όπως:

Απόσυρση

Απόσυρση από την πραγματικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων λόγω φόβου και άγχους, συναισθηματικής αδιαφορίας, παραλόγων ιδεών και φαντασιών όπου χάθηκε η αντικειμενικότητα. Ο σχιζοφρενικός άρρωστος αποσύρεται όχι μόνο από διαπροσωπικές επαφές και από τις δραστηριότητες της ζωής, αλλά και από τα ίδια του τα συναισθήματα και ζει χαμένος στον αυτιστικό φανταστικό του κόσμο^[4].

Ψυχοκινητικές διαταραχές: Μορφασμοί, αλλόκοτες στάσεις, απρόβλεπτη και παρορμητική συμπεριφορά, στερεοτυπίες (μαννερισμοί), έντονη διέγερση και υπερκινητικότητα επικίνδυνη για καταβολή δυνάμεων και εξάντληση. Επιθετικότητα εναντίον των άλλων, ψυχαναγκαστική ή τελετουργική συμπεριφορά, που αρχικά είχε νόημα για τον άρρωστο αλλά κατάντησε μηχανική και άσκοπη.

Επίσης παρατηρούνται και οι ακόλουθες διαταραχές:

- Έλλειψη αυθορμητισμού στην ομιλία και τις κινήσεις
- Παραμέληση εμφάνισης, ατομικής καθαριότητας, καλλωπισμού και τρόπων ευγένειας
- Μετά από ένα οξύ επεισόδιο, ο άρρωστος συνήθως εμφανίζει έλλειψη ενεργητικότητας και πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων και κινήτρων και δείχνει αυτόματη υπακοή (διαταραχή της

βούλησης)

- Αμφιθυμία (αντίθετες σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα. κίνητρα ή παρορμήσεις συμβαίνουν στο ίδιο άτομο ταυτόχρονα). Ο άρρωστος δεν μπορεί να αποφασίσει. να διαλέξει μεταξύ δύο πραγμάτων
- Αρνητική συμπεριφορά ως αντίθεση και αντίσταση χωρίς λόγο. Κάνει το αντίθετο απ' ό,τι του λένε
- Ηχοπραξία: μίμηση των χειρονομιών και κινήσεων των άλλων
- Κηρώδης ευκαμψία: διατήρηση ενός μέλους του σώματος, επί ώρες σε κάποια θέση, στην οποία μπήκε από κάποιον άλλον σαν να είναι από κερί
- Εμβροντησία (stupor): ακινησία για ημέρες ή εβδομάδες. Σπάνια εμφανίζεται σήμερα με την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση [6], [7]

1.3. ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

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 χαρακτηριστικά 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^[3].

1.3.1. ΑΠΛΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Σπάνια διαταραχή, στην οποία υπάρχει ύπουλη αλλά προοδευτική ανάπτυξη παράδοξων χαρακτηριστικών της διαγωγής, αδυναμία παρακολούθησης των κοινωνικών επιταγών και έκπτωση της συνολικής απόδοσης. Τα πρώιμα συμπτώματα αυτής της μορφής είναι η μείωση της σχολικής επίδοσης, η κλινοφιλία, η τάση για ονειροπόληση, η τεμπελιά, ο περιορισμός των σχέσεων. Στη συνέχεια ο ασθενής γίνεται όλο και πιο μοναχικός, παραμελεί την εμφάνισή του, έχει μείωση των αναστολών και παρουσιάζει απρεπή συμπεριφορά.

Τελικά, μπορεί να αποσυρθεί τελείως από την κοινωνική ζωή. Μερικοί ασθενείς κατορθώνουν να διατηρούν ένα κακό επίπεδο κοινωνικής συμπεριφοράς και ζουν στην κοινωνία μόνοι, άνεργοι ή περιπλανώμενοι από δουλειά σε δουλειά, φέρονται σαν ποιητές ή σαν μουσικόφιλοι και τελικά καταλήγουν στην αλητεία ή στις φυλακές.

Κοινά γνωρίσματα όλων των περιπτώσεων είναι ότι:

- α. Λείπει η επίγνωση του νοσηρού. Ο άρρωστος δεν ανησυχεί για την κατάστασή του και βέβαια δεν αισθάνεται την ανάγκη να πάει σε γιατρό.

Στο νοσοκομείο βρίσκεται συνήθως, όταν χειροτερεύει η φυσική του υγεία ή όταν με την συμπεριφορά του ενοχλεί τους γύρω.

- β. Λείπουν τα παραγωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας
(παραλήρημα, ψευδαισθήσεις^[8]).

1.3.2. ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Είναι. συχνότερη από τις άλλες τρεις μορφές και κακής προγνώσεως με την έννοια ότι ριζοβολεί και διακλαδίζεται σε μια νοσηρή προσωπικότητα (δύσπιστη; καχύποπτη, υπερευαίσθητη), που δεν αφήνει περιθώρια για ίαση.

Χαρακτηριστικά της μορφής είναι:

- α. Έναρξη από τη μέση ηλικία και πάνω, συνήθως μετά τα 30.
- β. Η ανάπτυξη σε σχιζοειδική προνοσηρή προσωπικότητα με γνωρίσματα τυπικές διαπροσωπικές σχέσεις, εμμονή, επιφυλακτικότητα, καχυποψία, ζηλοφθονία, δύσκαμπτο συναίσθημα, υπεροπτική και απορριπτική στάση.
- γ. Βραχεία, αλλά προοδευτική εγκατάσταση.
- δ. Δεν παρουσιάζει την ίδια αποδιοργάνωση της προσωπικότητας με τις άλλες μορφές.
- ε. Το παραλήρημα. Είναι από τα βασικά και αρχικά χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας. Ο ασθενής είναι έτοιμος για παραληρητική ερμηνεία της πραγματικότητας, για καχυποψία, για συσχέτιση γεγονότων.

Αρχικά οι παραληρητικές ιδέες απλώς προεκτείνουν πραγματικά γεγονότα της ζωής του κι έχουν ολιγοφάνεια. Στη συνέχεια το παραλήρημα γίνεται ανεξάρτητο.

Συχνοί τύποι παραληρήματος είναι:

- **Διωκτικό:** Ποιος τον διώκει; Μα προφανώς οι δικοί του, θέλουν να τον δηλητηριάσουν. Έτσι δεν τρώει στο σπίτι του.
- **Διεκδικητικά:** Αρχικά λογικοφανές, στη συνέχεια επεκτείνεται και καταλήγει σε δικομανία, φιλιδικία κ.λπ.
- **Ζηλοτυπικό :** Αρκετά συχνό.
- **Μεγαλείου:** «Είμαι σπουδαίος γι' αυτό με διώκουν», «είμαι ο Μ. Ναπολέον και με διώκουν με ραντάρ».
- **Θρησκευτικό:** «ήρθα να σώσω τον κόσμο. Όταν έσβησαν τα φώτα Η Ήξερα πως έρχεται η συντέλεια του κόσμου».

Σ' όλες τις αντιδράσεις βασικό σημείο είναι η παρανόηση της συμπεριφοράς των άλλων και η προσπάθεια να ενεργήσει ανάλογα, με συνέπεια οι πράξεις του να γίνονται σημαντικές και επιβλαβείς. Γι' αυτό ο ασθενής τις επεξεργάζεται με λεπτομέρεια, μακρηγορεί μ' αυτές και δυσαρεστείται με τους γύρω του, μέχρι που τους θεωρεί εχθρούς, γιατί δεν πιστεύουν στις ιδέες του.

στ. Οι ψευδαισθήσεις. Συνήθως είναι ακουστικές και έχουν πάντα σχέση με το περιεχόμενο του παραληρήματος. Φωνές που τον καθοδηγούν, τον αποτρέπουν, τον προτρέπουν, τον αποδοκιμάζουν. Μερικές φορές συζητά με τις φωνές.

ζ. Διαταραχές της σκέψης εμφανίζονται αργότερα σαν ανακοπές, νεολογισμοί, ασχετολογία κ.λπ.

η. Διαταραχές του συναισθήματος εμφανίζονται προοδευτικά αρχίζοντας από μείωση της συναισθηματικής δόνησης και φθάνοντας στην ισοπέδωση του συναισθήματος.

Πάντως η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς εξαρτάται κατά πολύ από τις αυταπάτες, ποικίλλοντας από ελεεινή αθλιότητα σε καταστάσεις συντριπτικής ευτυχίας και έκστασης και μέχρι το σημείο που συνεχίζει να είναι στενοχωρημένος από την υποτιθέμενη εχθρότητα του κόσμου που τον περιβάλλει.

Στη χρόνια παρανοειδή μορφή ο ασθενής φαίνεται ικανός να προσαρμόσει τον εαυτό του σε κάποια κατάσταση στην οποία ξεφύγει από τους διώκτες του. Βαθμιαία όμως το νέο περιβάλλον του παρασύρεται στο εσφαλμένο σύστημα και μόνο μια άλλη κίνηση θα ικανοποιήσει τον ασθενή^[9].

ΕΙΚΟΝΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ



Παρανοϊκός σχιζοφρενικός με ακουστικές ψευδαισθήσεις



Σχιζοφρενής με ακουστικές ψευδαισθήσεις

1.3.3. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ

Σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν παρανοειδή σχιζοφρένεια, τα άτομα με αποδιοργανωμένο τύπο σχιζοφρένειας εμφανίζουν έντονα διαταραγμένο λόγο και συμπεριφορά. Επίσης, εμφανίζουν επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα, όπως το να γελούν ανόητα σε ακατάλληλες στιγμές. Εάν έχουν και παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, αυτές συνήθως δεν αφορούν σε ένα κεντρικό θέμα, όπως στον παρανοϊκό τύπο της σχιζοφρένειας, αλλά είναι περισσότερο διασπαρμένες. Αυτός ο υπότυπος παλαιότερα ονομαζόταν ηβηφρενικός. Τα άτομα με αυτή τη διάγνωση τείνουν να παρουσιάζουν νωρίς στη ζωή τους σημάδια δυσκολίας και τα προβλήματά τους είναι συχνά χρόνια και δεν εμφανίζουν σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων, όπως τα άτομα που πάσχουν από άλλες μορφές της διαταραχής ^[3].

1.3.4. ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη του ηβηφρενικού κενού με κατατονικά συμπτώματα. Σε αυτή τη μορφή, η απροσφορότητα προσβάλλει και την ψυχοκινητικότητα. Εκτός από την επιτήδευση των μιμικών εκφράσεων και των στάσεων, παρατηρούνται μορφές συμπεριφοράς εναντίωσης, αρνητισμού π.χ. ο ασθενής αρνείται το χέρι που του τείνουμε, δεν δέχεται να ανοίξει τα μάτια του ή να φάει). Επίσης, διαπιστώνονται λιγότερο ή περισσότερο περίπλοκες στερεοτυπίες των χειρονομιών. Μερικές φορές, ο ασθενής καταφεύγει σε καθολική καταληπτική στάση (νεκρική ακινησία, συσπείρωση του

σώματος σε στάση εμβρύου). Οι κατατονικές εκδηλώσεις σπάνια διαρκούν πολύ, δεν είναι σταθερές και οριστικές. Πολύ συχνά εμφανίζονται περιοδικά και υποχωρούν εύκολα ^[10].

Τα βασικά και κύρια χαρακτηριστικά της κατατονικής σχιζοφρένειας 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.

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 ζωνρές (θεαματικές) ψευδαισθήσεις.

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 οινόπνευματων και ναρκωτικών, όπως και να παρατηρούνται στις συναισθηματικές διαταραχές ^[11].

1.3.5. ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

*Από τότε που θρηνώ
το γαλανό και ουράνιο φως μου
μετεβλήθη εντός μου
ο ρυθμός του κόσμου*

Γ. Βιζυηνός

Είναι μια πολύ δραματική διαταραχή που έρχεται πιο κοντά στη γνωστή ιδέα της «τρέλας».

Κύρια χαρακτηριστικά της μορφής αυτής είναι:

- α. Η πρόωμη έναρξη στην εφηβική ηλικία (13 - 22 ετών)
- β. Η αποδιοργάνωση της σκέψης. Οι διαταραχές της σκέψης είναι από τα πρώιμα συμπτώματα αυτής της μορφής και κυριαρχούν στην κλινική εικόνα.

Επισημαίνονται ευκολότερα σε ασθενείς με πνευματική ενασχόληση (φοιτητές, μαθητές). Μειώνεται προοδευτικά η ικανότητά τους για αφομοίωση, διασπάται η προσοχή τους, δεν μπορούν να συγκεντρώσουν τη σκέψη τους ιδιαίτερα, όταν βρεθούν σε συνθήκες stress. Αυτές οι διαταραχές αποδίδονται συνήθως σε υπερκόπωση. Άλλοτε καλύπτονται, γιατί ο ασθενής επιδίδεται σε εξωσχολικές πνευματικές ενασχολήσεις (μελετά φιλοσοφία, ψυχολογία, κάνει πειράματα κ.λπ.). Τελικά η δομή και η οργάνωση της σκέψης διαταράσσονται ουσιαστικά, ο λόγος αλλοιώνεται, τα νοήματα γίνονται ασαφή και ακατάληπτα και η επικοινωνία με το περιβάλλον χάνεται.

- γ. Οι διαταραχές του συναισθήματος. Αρχικά κυριαρχεί η κατάθλιψη, κατά κανόνα όμως ακολουθούν η σχιζοκατάθλιψη ή η σχιζοευφορία δηλαδή ρηχές συναισθηματικές αντιδράσεις καταθλιπτικού ή ευφορικού χαρακτήρα, επιπόλαιες και ασυντόνιστες με τη συμπεριφορά. Και πριν ο ασθενής εκπέσει στο επίπεδο της τέλει απάθειας και αδιαφορίας περνάει όλη την κλίμακα των διαταραχών του συναισθήματος δηλαδή δυσαρμονία, αστάθεια, αμφιθυμία, αμβλύτητα. Προσποιείται αγάπη για πρόσωπο στο οποίο επιτίθεται, ακούει θλιβερά νέα και γελάει, αγαπάει και μισεί ταυτόχρονα το ίδιο πρόσωπο κ.λπ.
- δ. Η αλλοιοπροσωπία. Οι ασθενείς νοιώθουν πως άλλαξε το σώμα τους π.χ. μεγάλωσε το κεφάλι τους, χόντρυνε η μύτη τους κ.λπ. Χαρακτηριστικό είναι «το σημείο του καθρέφτη», περνούν δηλαδή πολλές ώρες μπροστά στον καθρέπτη διερευνώντας το σώμα τους.
- ε. Η παιδαριώδης συμπεριφορά. Οι ασθενείς λένε χοντρά και άκαιρα αστεία, χασκογελούν. Μπορούν να γελούν και να τραγουδούν δυνατά, να μορφάζουν, να ποζάρουν. Τα γέλια ακολουθούν τα δάκρυα με γρήγορη διαδοχή χωρίς φανερή αιτία.
- στ. Η ηθική αμβλύτητα. Ο αυνανισμός και η δημόσια πορνεία κυριαρχούν. Οι ασθενείς αυτοί φτάνουν μέχρι αιμομιξίας.
- ζ. Ο αυτισμός. Δηλώνει την απόσυρση των ασθενών από την πραγματικότητα και την αναδίπλωση στον εαυτό τους. Ζουν σε δικό τους φανταστικό κόσμο, που τον χτίζουν στα μέτρα των

αναγκών τους. Γίνονται απρόσιτοι χωρίς ενδιαφέρον για τις ιδέες των άλλων ανθρώπων ανίκανοι να παρακολουθήσουν μια κοινή συζήτηση, σπάζουν όλα τα νήματα που τους συνδέουν με τους άλλους.

- η. Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις, όταν υπάρχουν, είναι παροδικές κι όχι συστηματοποιημένες.

Σε τελικά στάδια καταργείται κάθε συναισθηματική δόνηση και κοινωνική σχέση, οι ασθενείς παραμελούν τον εαυτό τους, δεν πλένονται, δεν ντύνονται, ουρούν κι αφοδεύουν επάνω τους και φθάνουν μέχρι κοπροφαγίας^[8].

1.3.6. 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^[3].

Τα συμπτώματα του τύπου αυτού είναι: Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή πολύ αποδιοργανωμένη συμπεριφορά^[4].

1.3.7. 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, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογες σκέψεις, χαλαρό συνειρμό, έλλειψη δραστηριότητας και απρόσφορο 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^{[3], [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^{[3], [11]}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ

Η σχιζοφρένεια βρίσκεται παντού, σε κάθε μέρος του κόσμου και σε κάθε πολιτισμό. Όταν σ' ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα, τότε θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος «ψυχωτικός» σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων.

Περίπου το 1% του πληθυσμού αναπτύσσει σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής του. Κατά την διάρκεια ενός έτους περίπου 0,11 - 0,14 ανά 1000 άτομα θα εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια. Μια δεδομένη χρονική στιγμή, 2,5-5 ανά 1.000 άτομα έχουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα αυτά αναγόμενα στον Ελληνικό πληθυσμό σημαίνουν ότι κάθε χρόνο περιμένουμε στην Ελλάδα 1.000 - 1.500 περίπου άτομα να εμφανίσουν για πρώτη φορά

σχιζοφρένεια, 25.000 – 50.000 άτομα πάσχουν από αυτή μια δεδομένη χρονική στιγμή και 100.000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άνδρες και γυναίκες και οι πληροφορίες που αναφέρονται σ' αυτό το κείμενο ισχύουν και για τα δύο φύλα. Μια διαφορά μεταξύ των δύο φύλων αφορά την ηλικία εμφάνισης των πρώτων ψυχωτικών εκδηλώσεων: οι άνδρες 25-35 ετών. Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Μερικές φορές ασθενείς εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα λόγω κάποιας άλλης παθολογικής διαταραχής που δεν έχει ανιχνευτεί. Για το λόγο αυτό πριν ένα άτομο διαγνωσθεί ότι πάσχει από σχιζοφρένεια πρέπει να έχουν αποκλειστεί άλλες παθολογικές διαταραχές που μπορεί να μιμούνται τη νόσο αυτή. Αυτό απαιτεί έναν πλήρη κλινικό και παρακλινικό έλεγχο κατά την διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών αυτών^[12].

2.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτία της σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια, χωρίς να ανεβρεθεί. Προοδευτικά, 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 συμπλοκή αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών.

Οι έρευνες μέχρι τώρα συνήθως έψαχναν για αίτια με μονοδιάστατο τρόπο παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, μεταβολικές διαταραχές, νευροχημικές ανωμαλίες, ενδοκρινική δυσλειτουργία κ.λπ. - χωρίς επιτυχία. Ήδη, όμως, έχουν σχεδιασθεί νέες ερευνητικές μεθοδολογίες ικανές να εξετάσουν την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων, π.χ. γενετικής προδιάθεσης και περιβάλλοντος που ίσως μας δώσουν στο μέλλον κάποιες ουσιαστικές απαντήσεις^[13].

2.2.1. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Οι περισσότεροι συγγραφείς συνδέουν τη σχιζοφρένεια με ένα ορισμένο τύπο της προνοσηρής προσωπικότητας. Σήμερα πιστεύουν, πως τα στοιχεία της προσωπικότητας αυτής περικλείουν την αρχή για τη μελλοντική αρρώστια. Οι σχιζοειδείς (όπως ονομάζονται τα άτομα αυτά) είναι ντροπαλοί, απομονωμένοι, υποχόνδριοι και δείχνουν συναισθηματική ψυχρότητα, φανατισμούς και εκκεντρικότητες. Ποια είναι η στατιστική σχέση ανάμεσα στη σχιζοειδία και στη σχιζοφρενική ψύχωση δε γνωρίζουμε με ακρίβεια. Ο Bleuler τη βρήκε σε αναλογία 34%, σε μια σειρά από σχιζοφρενείς. Άλλοι ερευνητές ανεβάζουν το ποσοστό σε 50%. Μία ακόμα ένδειξη για το ρόλο που παίζει η κατασκευή της προσωπικότητας στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είναι το σοβαρό ποσοστό ατόμων που αποκλίνουν φανερά από το φυσιολογικό, μέσα στις οικογένειες των σχιζοφρενών.

Από τους διάφορους παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς για τη δημιουργία της σχιζοφρένειας οι πιο σημαντικοί είναι:

2.2.2. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η πιο διαδεδομένη ίσως αιτιολογική βιολογική υπόθεση είναι η υπόθεση της ντοπαμίνης, που ξεκίνησε από την ιδέα ότι ο μηχανισμός της δράσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων θα μπορούσε να φωτίσει την παθοφυσιολογία των σχιζοφρενικών διαταραχών που θεραπεύουν.

Καθώς έχει δειχθεί ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αναστέλλουν τη μεταβίβαση των νευρικών ερεθισμάτων αποκλείοντας τη δράση της ντοπαμίνης - ενός νευροδιαβιβαστή - στους υποδοχείς της στο μετασυναπτικό νευρώνα, δημιουργήθηκε η υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται ή τουλάχιστον να σχετίζεται με υπερβολικά επίπεδα δραστηριότητας της ντοπαμίνης. Η υπόθεση αυτή θα μπορούσε να εξηγήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα των αντιψυχωτικών φαρμάκων στη σχιζοφρένεια και κατ' επέκταση την αιτία της σχιζοφρένειας, αν δεν είχε αρκετά προβλήματα:

- Δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης στους εγκεφάλους σχιζοφρενικών.
- Αν και ο αποκλεισμός των υποδοχέων ντοπαμίνης φαίνεται να συμπίπτει με τα αντιψυχωτικά αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων, δεν έχει δειχθεί ότι αυτός είναι ο μηχανισμός με τον οποίο βελτιώνεται η ψύχωση.

- Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά αντισχιζοφρενικά φάρμακα αλλά έχουν αντιψυχωτικά αποτελέσματα και σε άλλες διαταραχές όπως μανία, ψυχωτική κατάθλιψη, οργανικές ψυχώσεις κ.λπ.

Έτσι ουσιαστικά, η ντοπαμινική υπόθεση δεν έχει αποδειχθεί ακόμη^[2].

2.2.3. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το περιβάλλον του ατόμου άμεσο - οικογενειακό και ευρύτερα κοινωνικό έχει ενοχοποιηθεί για δημιουργία συνθηκών που επιβαρύνουν ψυχολογικά το άτομο και προκαλούν στρεσογόνο κατάσταση. Προβληματικές οικογένειες θεωρήθηκαν στο παρελθόν σαν παράγοντες υψηλού κινδύνου ανάπτυξης ψυχωτικών καταστάσεων. Όμως σήμερα κάτι τέτοιο τείνει να καταργηθεί γιατί θεωρείται άδικη η ενοχή που τέτοιες θεωρίες προκαλούσαν στους συγγενείς των σχιζοφρενικών. Ο ρόλος τώρα που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν είναι πολύ σαφείς. Η κοινή κλινική πείρα διδάσκει ότι η έκλυση της ασθένειας μπορεί να συμβεί όταν επιδράσουν βλαπτικά, πάνω στο άτομο, μια σειρά από ψυχικές καταπονήσεις^[14].

Μερικές θεωρίες έχουν διατυπώσει ότι η βιομηχανοποίηση και η αστικοποίηση καθώς και το καπιταλιστικό σύστημα σχετίζονται και στις αιτίες της σχιζοφρένειας^[15]. Παρόλο που μερικά στοιχεία υποστηρίζουν τέτοιες θεωρίες, κατά ένα μεγάλο βαθμό έχουν απορριφθεί ως ακραίες και άτοπες.

2.2.4. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρά τις πολυάριθμες κλινικές μελέτες σε μεγάλο μέρος των πληθυσμών ένα συγκεκριμένο μοντέλο κληρονομικότητας δεν έχει εδραιωθεί ακόμα και η επιστήμη σ' αυτό το θέμα παραμένει αναποφάσιστη. Χρησιμοποιώντας δείκτες υψηλού κινδύνου, τμηματικές αναλύσεις, διάφοροι μηχανισμοί έχουν προταθεί αλλά κανείς δεν έχει καθοριστεί απόλυτα. Αυτοί περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό γονιδίων με μικρή επίδραση (πολυγένεση) ή συνδυασμός ενός μεγάλου αριθμού γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, που όταν ένα άτομο σε ένα συγκεκριμένο ποσοτικό όριο συγκεντρώσει τέτοιων παραγόντων αναπτύσσει σχιζοφρένεια^[16].

Τα τελευταία 15 χρόνια έχει επιτελεστεί αξιοσημείωτη πρόοδος στην βιολογική κατανόηση της σχιζοφρένειας κυρίως στη νευροπαθολογία. Όμως η γενετική μελέτη της σχιζοφρένειας έχει αγνοήσει κατά κάποιο τρόπο την πρόοδο αυτή και οι γενετικοί μελετητές προσανατολίζονται περισσότερο στις ιδιαιτερότητες του κλινικού φαινοτύπου του ενήλικα^[17].

Είναι σαφές, λοιπόν, ότι τόσο γενετικοί και περιβαλλοντικοί όσο και άλλοι παράγοντες συναντιδρούν για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι κατά πάσα πιθανότητα κάποια ευαλωτότητα στη σχιζοφρένεια μεταβιβάζεται γενετικά, αλλά η ανάπτυξη ενός σχιζοφρενικού φαινοτύπου εξαρτάται από την παρουσία περιβαλλοντικών παραγόντων που ακόμη δεν έχουν διευκρινισθεί (όπως φυσικά δεν έχει διευκρινισθεί και ο μηχανισμός αλληλεπίδρασης μεταξύ φύσης και περιβάλλοντος που διερευνάται με τα νέα ερευνητικά μοντέλα, που αναφέραμε παραπάνω).

Ένας σχιζοφρενής μπορεί να λέει
ότι είναι κατασκευασμένος από τόσο
διαφανές και εύθραυστο γυαλί, ώστε ένα
βλέμμα που κατευθύνεται πάνω τον, τον
θρυμματίζει και τον διαπερνά πέρα για
πέρα. Μπορούμε να υποθέσουμε πως έτσι
ακριβώς βιώνει τον εαυτό τον.

ΡΟΝΑΛΝΤ ΛΑΙΓΚ
«Διχασμένος εαυτός», 1975

ΕΙΝΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ;

Είναι γνωστό ότι από παλιά η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από αυτή απ' ότι ο γενικός πληθυσμός. Για παράδειγμα, αν κάποιος έχει έναν γονιό με σχιζοφρένεια η πιθανότητα να προσβληθεί κατά τη διάρκεια της ζωής του από σχιζοφρένεια είναι περίπου 10%. Για την σύγκριση ένα άτομο χωρίς κληρονομικότητα έχει πιθανότητα περίπου 1% να προσβληθεί κατά την διάρκεια της ζωής του από την νόσο.

Τα τελευταία 25 χρόνια, δύο ομάδες ιδιαίτερα εκλεπτυσμένων ερευνών κατέδειξαν την σημασία των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Η πρώτη ομάδα ερευνών μελέτησε τη συχνότητα της νόσου σε πανομοιότυπους και μη - πανομοιότυπους διδύμους (μελέτες διδύμων). Οι πανομοιότυποι δίδυμοι προέρχονται από το ίδιο ωάριο («μονοωγενείς») και γι' αυτό έχουν 100% ίδιο γενετικό υλικό. Οι δίδυμοι που προέρχονται από δύο διαφορετικά ωάρια («διωγενείς») δεν μοιάζουν περισσότερο απ' ότι δύο κανονικοί αδερφοί: έχουν κοινό το 50% του γενετικού υλικού. Η άλλη ομάδα ερευνών μελέτησε υιοθετημένα παιδιά γονιών με σχιζοφρένεια (μελέτες υιοθεσίας).

Οι πρόσφατες μελέτες διδύμων επιβεβαίωσαν τις παλιότερες και λιγότερο εξονυχιστικές μελέτες. Το γενικό τους συμπέρασμα είναι ότι ζεύγη πανομοιότυπων διδύμων εμφανίζουν πολύ συχνότερα σχιζοφρένεια σε σχέση με ζεύγη διωγενών διδύμων (δηλαδή οι πανομοιότυποι δίδυμοι νοσούν πιο συχνά και οι δύο από σχιζοφρένεια σε σχέση με τους διωγενείς). Μολονότι οι μελέτες διδύμων φανερώνουν με τρόπο αδιαμφισβήτητο τη σημασία των γενετικών

παραγόντων στην γένεση της σχιζοφρένειας, ωστόσο δεν εξηγούν απόλυτα το φαινόμενο. Το γεγονός ότι ο πανομοιότυπος δίδυμος αδερφός ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια δεν έχει πιθανότητα να νοσήσει 100% αλλά περίπου 40% - 60%, σημαίνει ότι (όσο ψηλή κι αν είναι η πιθανότητα αυτή - συγκρίνεται με το 1% του γενικού πληθυσμού) και άλλοι παράγοντες του περιβάλλοντος πρέπει να συμμετέχουν.

Οι μελέτες υιοθεσίας εστίασαν το ενδιαφέρον τους σε υιοθετημένα παιδιά για να εξετάσουν τη σχετική σημασία κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στην καλύτερη εργασία αυτού του είδους, που έχει γίνει στη Δανία, μελετήθηκαν παιδιά που είχαν γονείς με σχιζοφρένεια και τα οποία υιοθετήθηκαν από άλλες οικογένειες. Τα παιδιά αυτά συγκρίθηκαν με υιοθετημένα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς έχουν σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από σχιζοφρένεια ακόμη κι όταν δεν υπάρχει προσωπική επαφή (και άρα επίδραση του «περιβάλλοντος») όπως συμβαίνει στα υιοθετημένα παιδιά.

Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση, αλλά ο βαθμός της γενετικής επίδρασης παραμένει ακόμα αδιευκρίνιστο. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η ευπάθεια προς τη νόσο - μια κληρονομική προδιάθεση, η οποία σε συνδυασμό με κάποιους άλλους παράγοντες μπορεί να οδηγεί στη σχιζοφρένεια. Αυτή η προδιάθεση μπορεί να έχει την μορφή κάποιας βιοχημικής ή ενζυμικής ανωμαλίας, μιας λεπτής νευρολογικής βλάβης, ή κάποια άλλη μορφή ή ακόμη συνδυασμό τους.

Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε πως μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση κι έτσι δεν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε με

ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι. Σε μερικούς ανθρώπους ο γενετικός παράγοντας μπορεί να είναι κρίσιμος για την ανάπτυξη της νόσου, σε άλλους μπορεί να μην είναι^[8].

2.2.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Σε παλαιότερες εποχές υπήρχε μια τάση από μερικούς ειδικούς να κατηγορούν τους γονείς για την διαταραχή του παιδιού τους. Σήμερα, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι οι γονείς δεν προκαλούν τη σχιζοφρένεια και ότι μια τέτοια στάση θεωρείται όχι μόνο ανακριβής αλλά και αντιπαραγωγική. Σήμερα οι ειδικοί προσπαθούν να εντάξουν όλη την οικογένεια στο θεραπευτικό πρόγραμμα, ενώ επίσης δείχνουν ιδιαίτερη ευαισθησία και κατανόηση στο βαρύ φορτίο που η οικογένεια σηκώνει όταν τύχει κάποιο μέλος της να έχει σχιζοφρένεια. Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι μητέρες σχιζοφρενικών ατόμων ασκούν μια κυριαρχική επιρροή επάνω στις υποθέσεις της οικογένειας, υποσκελίζοντας τον πατέρα στα παραδοσιακά καθήκοντά του. Εκείνος μπορεί να διατηρεί την ευθύνη, αλλά μόνο κατ' επίφαση, παραμένοντας ουσιαστικά αμέτοχος στις αποφάσεις που αφορούν τα διάφορα μέλη της οικογένειας, μακρινός και αδιάφορος ή ανίσχυρος να επιβάλλει τη θέλησή του. Κάτι ανάλογο συμβαίνει με τη συμπεριφορά της μητέρας προς το παιδί, που υποτίθεται ότι έχει το δικαίωμα και την ελευθερία να αποφασίζει για τον εαυτό του, αλλά που στην πραγματικότητα κατευθύνεται από τις επιθυμίες της μητέρας. Και, χαρακτηριστικά, οι επιθυμίες της αυτές εκφράζονται με έναν τρόπο αντιφατικό ή διφορούμενο (διπλή δέσμευση), που προκαλεί διλήμματα στο παιδί, τα οποία εκείνο προσπαθεί να αντιμετωπίσει παίρνοντας μια στάση

αμφιθυμική, αναποφάσιστη και, το ίδιο όπως η μητέρα του, παραπλανητική όσον αφορά τις αληθινές του σκέψεις και συναισθήματα, κάτι που στο τέλος επικρατεί ως σχιζοφρενική συμπεριφορά και νοοτροπία^[9].

2.2.6. ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ - ΔΡΑΣΗ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗΣ

Η πιο διαδεδομένη ίσως αιτιολογική βιοχημική υπόθεση είναι η υπόθεση της ντοπαμίνης, που ξεκίνησε από την ιδέα ότι ο μηχανισμός της δράσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων θα μπορούσε να φωτίσει την παθοφυσιολογία των σχιζοφρενικών διαταραχών που θεραπεύουν.

Καθώς έχει δειχθεί ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αναστέλλουν τη μεταβίβαση των νευρικών ερεθισμάτων αποκλείοντας τη δράση της ντοπαμίνης - ενός νευροδιαβιβαστή - στους υποδοχείς της στο μετασυναπτικό νευρώνα, δημιουργήθηκε η υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται ή τουλάχιστον να σχετίζεται με υπερβολικά επίπεδα δραστηριότητας της ντοπαμίνης. Η υπόθεση αυτή θα μπορούσε να εξηγήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα των αντιψυχωτικών φαρμάκων στη σχιζοφρένεια και κατ' επέκταση την αιτία της σχιζοφρένειας, αν δεν είχε αρκετά προβλήματα.

- Δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης στους εγκεφάλους σχιζοφρενικών.
- Αν και ο αποκλεισμός των υποδοχέων ντοπαμίνης φαίνεται να συμπίπτει με τα αντιψυχωτικά αποτελέσματα αυτών των

φαρμάκων, δεν έχειδειχθεί ότι αυτός είναι ο μηχανισμός με τον οποίο βελτιώνεται η ψύχωση.

- Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά αντισχιζοφρενικά φάρμακα αλλά έχουν αντιψυχωτικά αποτελέσματα και σ' άλλες διαταραχές, όπως μανία, ψυχωτική κατάθλιψη, οργανικές ψυχώσεις κ.λπ.

Έτσι, ουσιαστικά η ντοπαμινική υπόθεση δεν έχει αποδειχθεί ακόμη^[2].

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 αρρώστιας πριν από την ηλικία των 40 χρόνων,
- 5) αμβλύ συναίσθημα.

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 συναίσθηματος:

- 1) παράδοξη 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^[18].

2.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Θα έλεγε κανένας ότι η ποικιλία και ιδιαιτερότητα των συμπτωμάτων της κάνουν τη διάγνωση της σχιζοφρενικής διαταραχής μάλλον εύκολη. Στην πράξη όμως δε συμβαίνει συνήθως έτσι. Κλασικά σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να ανήκουν στην εικόνα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, συναισθηματικής προπάντων ή οριακής. Αρκετά συχνά, οργανικά προβλήματα συγχέονται με τη σχιζοφρένεια. Η διαφορική διάγνωση θα εξαρτηθεί από συμπτώματα που δεν υπάρχουν στη σχιζοφρένεια και από περιστασιακά κριτήρια, όπως η ηλικία που εισβάλλει η αρρώστια -πριν από τα 45 χρόνια- η διάρκεια

της διαταραχής και το επίπεδο λειτουργικότητας του αρρώστου, κυρίως στη δουλειά του και τις κοινωνικές του υποχρεώσεις, προτού κάμει την εμφάνισή της η διαταραχή^[1].

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 σχιζοφρενής μπορεί κάλλιστα να έχει όγκο του εγκεφάλου που προκαλεί ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως κάθε άλλος μη σχιζοφρενής ασθενής^[19].

ΥΠΟΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΠΟΙΗΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η διάγνωση της υπόκρισης ή της προσποιοητής 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^[29].

ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας, είναι μια σχετική ψυχωτική διαταραχή. Τα χαρακτηριστικά της είναι παρόμοια με εκείνα που βιώνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια, αλλά λιγότερο σοβαρά. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η σχιζοφρένεια και η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας είναι πιθανό να συνδέονται γενετικά ως μέρη ενός «φάσματος της σχιζοφρένειας».

Αν και τα άτομα με συγγενείς ψυχωτικές διαταραχές εμφανίζουν πολλά από τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας, οι διαταραχές αυτές διαφέρουν σημαντικά από τη σχιζοφρένεια^[3].

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Απουσία συναισθήματος ή επιπεδωμένο, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα (ακατάλληλο και αταίριαστο με το περιεχόμενο της συζήτησης ή με την κατάσταση, π.χ. γέλιο στο άκουσμα δυσάρεστης είδησης). Η φαινομενική έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και η απάθεια στο ύφος του αρρώστου μπορεί να εκληφθεί από τον νοσηλευτή ως αδιαφορία για τον εαυτό του, την κατάστασή του και τη

φροντίδα των άλλων και ότι επικοινωνεί σαν μια μηχανή. Σε σχετικό σχόλιο ένας άρρωστος εξήγησε ότι ενώ μιλά για ένα θέμα, ταυτόχρονα σκέπτεται πολλά άλλα θέματα και γελά γι' αυτό που σκέπτεται και όχι γι' αυτό που μιλά. Πόσο ευρύ πνεύμα και πόση κατανόηση πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής, για να αντιλαμβάνεται και να επαληθεύει τέτοιες περιπτώσεις και να μην απογοητεύεται στην προσπάθεια επικοινωνίας με τον άρρωστο^[8].

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

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 έναρξής τους^[21].

2.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΤΕΣΤ

2.5.1. ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΕΣΤ

Την κατασκευή των ψυχολογικών τεστ συνήθως αναλαμβάνουν άτομα με ειδική εκπαίδευση σε έναν τομέα της ψυχολογίας που ονομάζεται ψυχομετρία. Οι ψυχομετρητές εκπαιδεύονται στην επιστημονική βάση της ψυχολογικής μέτρησης. Στην κλινική

ψυχολογία, οι ψυχομετρικές αρχές εφαρμόζονται κατά την κατασκευή τεστ μέτρησης της νοημοσύνης, της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας (ψυχολογικής δυσλειτουργίας). Τρεις από τις πιο σημαντικές έννοιες στην ψυχομετρία χρησιμοποιούνται για την αντικειμενική μέτρηση της προσωπικότητας:

- Η αξιοπιστία
- Η εγκυρότητα και
- Οι πρότυποι ή τυπικοί βαθμοί (νόρμες)^[22].

2.5.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΤΕΣΤ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ενδιαφέρουσα είναι η συμβολή τους στη διάγνωση, ιδίως των ολιγοσυμπτωματικών ή των αρχόμενων μορφών σχιζοφρένειας. Το διασχιστικό σύνδρομο μπορεί να γίνει εμφανές από την ψυχομετρική εξέταση, ενώ κλινικά παραμένει ακόμη αμφίβολο. Ωστόσο, οι ψυχολογικές δοκιμασίες πρέπει να εντάσσονται στα πλαίσια μιας πλήρους εξέτασης προσαρμοσμένης στην κάθε περίπτωση. Τα αποτελέσματά τους πρέπει να γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας από τον ψυχολόγο και τον ιατρό.

- *Οι δοκιμασίες νοημοσύνης* έχουν περιορισμένο ενδιαφέρον. Χρησιμοποιούνται περιπτώσεις διαγνωστικού προβλήματος. Η διαπίστωση διανοητικής έκπτωσης είναι αρκετά συχνή στην ηβηφρένεια. Το νοητικό επίπεδο μπορεί να παραμείνει ικανοποιητικό στις άλλες κλινικές μορφές.
- *Οι δοκιμασίες προσωπικότητας* είναι πολύ πιο ενδιαφέρουσες, επειδή φέρνουν στην επιφάνεια τις πρώιμες αλλοιώσεις της.

- Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας **M.M.P.I.** παρουσιάζει συχνά μία πολύ χαρακτηριστική εικόνα, έτσι ώστε «οι ψευδείς θετικές διαγνώσεις είναι πολύ σπάνιες» (J. Perse). Πρόκειται για σοβαρές ανωμαλίες της «ψυχωσικής τετράδας», οι οποίες καταγράφονται με χαρακτηριστικό τρόπο από τη δοκιμασία.

- Το τεστ **Rorschach** μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμο για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, εάν αναδείξει, αφενός τα στοιχεία που εκφράζουν τη διάσχιση και αφετέρου τους μηχανισμούς που δεσπάζουν στη σχιζοφρενική σκέψη όπως: ο ορθολογισμός, η ιδεομόλυνση, η αφαιρετική σκέψη, η αποτυχία των μηχανισμών απώθησης, η ωμότητα των απαντήσεων με σεξουαλικό, ανατομικό ή γυναικολογικό περιεχόμενο^[21].

2.6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Χωρίς αμφιβολία, η σχιζοφρένεια αποτελεί το πιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική, και αυτό από την αρχαιότητα ως τις ημέρες μας. Η δυσκολία αρχίζει από τη διάγνωση της διαταραχής, δυσκολία που οφείλεται κυρίως στο μυστήριο της αιτιολογίας της και περνάει στην εκτίμηση της εκτάσεως του προβλήματος - την επιδημιολογία του - για να καταλήξει στη δυσκολία να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά και κοινωνικά. Ειδικότερα, το ερώτημα για την έκταση του προβλήματος αναφέρεται στον προσδιορισμό της συχνότητας της διαταραχής. Θα βοηθούσε αν ξέραμε την επίπτωσή της, δηλαδή την αναλογία των σχιζοφρενικών περιπτώσεων μέσα στον γενικό πληθυσμό, και τον επιπολασμό της, την αναλογία των

περιπτώσεων μέσα σε ορισμένα χρονικά, γεωγραφικά, εποχικά ή άλλα όρια^[1].

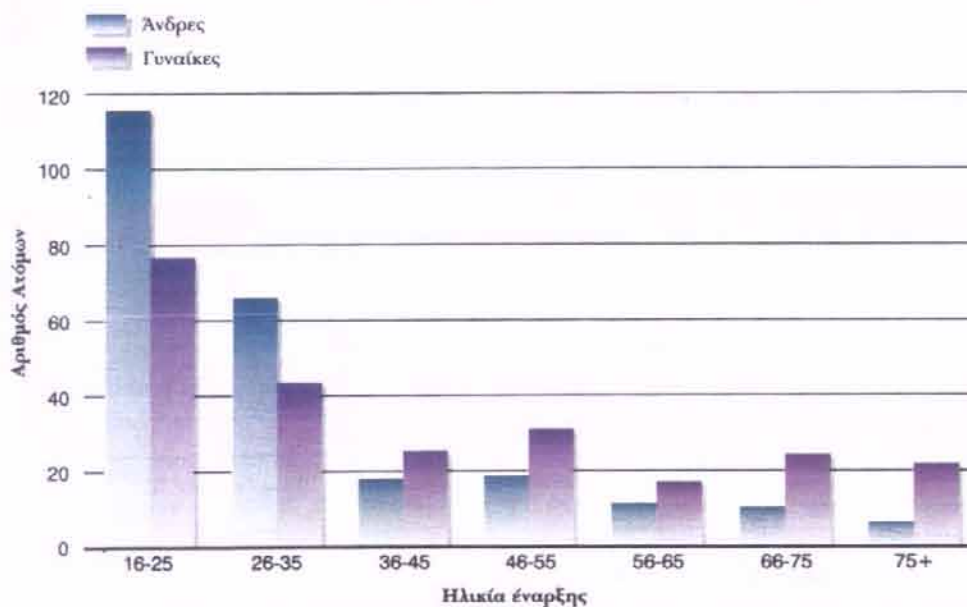
Ως μάλλον πρόσφατα επικρατούσε η εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του πολιτισμού. Και αυτή είναι ακόμα, βασικά, η λεγόμενη αντιψυχιατρική άποψη του Κούπερ, του Λενγκ και του Φουκώ. Αλλά, κατά τα φαινόμενα, η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό επίπεδο, τη βιομηχανική ανάπτυξη ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο άρρωστος. Από την άλλη μεριά, είναι αλήθεια ότι η έκφρασή της ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία, και σε μερικές κοινωνίες είναι ίσως δύσκολο να αναγνωριστεί ως σχιζοφρένεια^[1, 23].

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι προβληματική όχι μόνο γιατί η διάγνωσή της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα, και επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, για πρώτη ή για πολλοστή φορά, και ο άρρωστος να νοσηλεύεται ή όχι κατά την περίοδο που ερευνά μια μελέτη, ή να μην έχει νοσηλευθεί ποτέ. Ας σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσοκομειακών κρεβατιών σε όλο τον κόσμο, σε οποιαδήποτε ώρα, αφορά σχιζοφρενικούς αρρώστους^[1].

- **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^ο 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^[19].



Διαταραχές φύλου στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας σε ένα δείγμα 470 ασθενών^[3].

- **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^[19].

- **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 χρόνια αυτή η ανισότητα έχει μειωθεί. Παρ' όλα αυτά, κάποιες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου παρουσιάζουν έναν ασυνήθιστα υψηλό επιπολασμό της νόσου^[19].

- **Δείκτες αναπαραγωγής**

Η χρήση των ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων, οι πολιτικές των ανοικτών ψυχιατρικών τμημάτων, η αποασυλοποίηση, 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^[19].

- **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 διαγνώσκεται^[19].

- **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^[19].

- **Χρήση και κατάχρηση ουσιών**

Κάπνισμα. Στις περισσότερες ανασκοπήσεις αναφέρεται ότι οι περισσότεροι από τα $\frac{3}{4}$ 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^[24].

- **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^[19].

- **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.

Έλλειψη στέγης. Εκτιμάτε ότι το 1/3 ως τα 2/3 προσβληθεί 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^[19].

- **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^[19].

Ότι χαρακτηρίζει την τρέλα είναι ένας απόλυτος
και αθώος εγωισμός, που αιχμαλωτίζει αδιέξοδα
την ψυχή μέσα στον ίλιγγο των υποκειμενικών
παραισθήσεών της.

ΡΩΜΟΣ ΦΙΛΥΡΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

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.

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%.

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.

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, εξαιτίας 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.

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.

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).

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^[25].

3.2. Ο ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΤΡΟΠΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕ- ΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

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.

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.

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.

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 θρηνούν 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.

Η παράδοξη 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.

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^[25].

3.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ /ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

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 ασιδιά.

Ο κύριος στόχος των προγραμμάτων πρόληψης είναι να αυξηθεί η ικανότητα των γονέων, να μπορέσουν να ανταποκριθούν στο γονεϊκό 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 κ.λπ. 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.

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 μόνα 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^[26].

3.4. ΟΜΑΔΕΣ – ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Τέσσερις είναι οι κύριες ομάδες - στόχοι των Προγραμμάτων Παρέμβασης:

- 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.

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**»^[26]. [

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

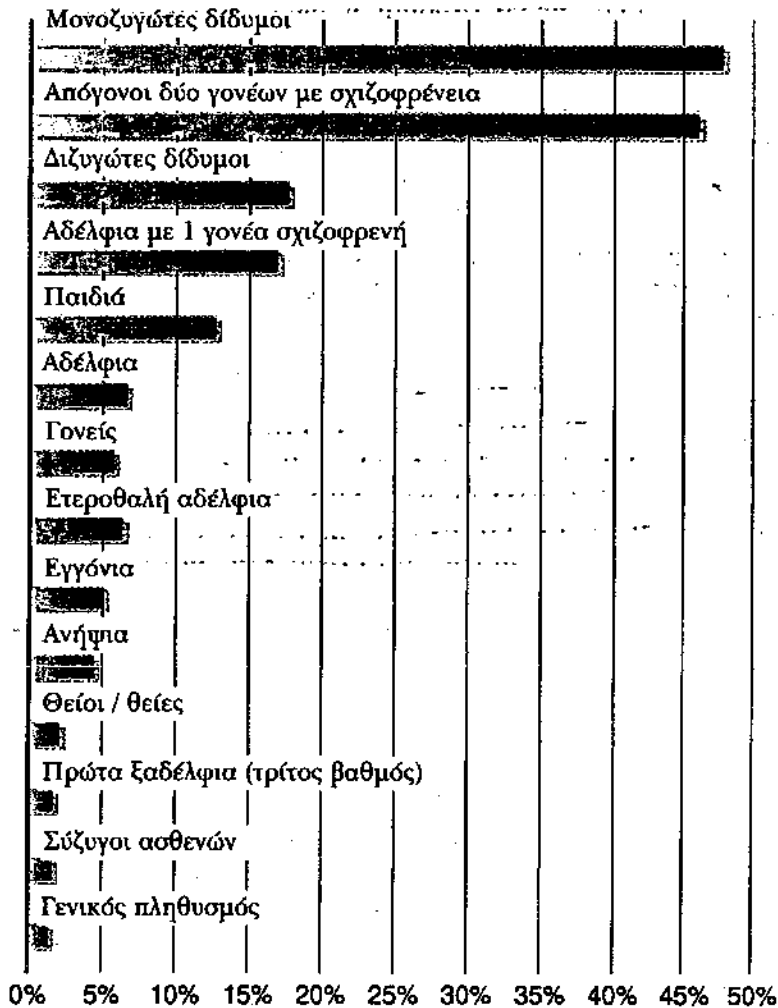
δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά ενός ψυχικά πάσχοντα γονέα, χρειάζεται συνεργασία με άτομα, Φορείς και Υπηρεσίες, όπως είναι οι Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες, το Σχολείο, Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας και Φροντίδας στο σπίτι κ.ά.^[26]

3.5. ΒΑΘΜΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕ- ΝΕΙΑ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΧΙΖΟ- ΦΡΕΝΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

Όσον αφορά στο ρόλο της γενετικής στη σχιζοφρένεια, περίπου το 13% των παιδιών που γεννήθηκαν από γονείς με σχιζοφρένεια είναι πιθανόν να εκδηλώσουν και τα ίδια σχιζοφρένεια. Αυτά τα παιδιά υψηλού κινδύνου έχουν γίνει αντικείμενο αρκετών μελετών.

Μια τέτοια κλασική μελέτη ξεκίνησε στη δεκαετία του '60 από τους Sarnoff Mednick και Fini Schulsinger. Οι δύο ερευνητές εντόπισαν 207 παιδιά από τη Δανία των οποίων οι μητέρες είχαν σοβαρές περιπτώσεις σχιζοφρένειας και τα σύγκριναν με μια ομάδα ελέγχου από 104 παιδιά, των οποίων οι μητέρες δεν είχαν ιστορικό της διαταραχής. Ο μέσος όρος ηλικίας αυτών των παιδιών όταν ξεκίνησε η μελέτη ήταν περίπου 15 ετών και οι ερευνητές τα παρακολούθησαν για 10 έτη προκειμένου να καθορίσουν κατά πόσο υπήρχαν κάποιοι παράγοντες που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες πρόβλεψης για το ποια άτομα θα εκδήλωναν τελικά σχιζοφρένεια και ποια όχι. Οι Mednick και Schulsinger, αναγνώρισαν επίσης τον παράγοντα της αστάθειας του οικογενειακού περιβάλλοντος κατά τα πρώτα χρόνια της αναστροφής, που υποδεικνύει ότι οι περιβαλλοντικές επιδράσεις μπορεί

να αποτελούν αφορμή για την έναρξη της σχιζοφρένειας. Η ανεπαρκής γονική φροντίδα μπορεί να προκαλέσει επιπλέον ένταση σε ένα ευάλωτο άτομο το οποίο βρίσκεται ήδη σε κίνδυνο^[3].



Κίνδυνος εκδήλωσης σχιζοφρένειας^[3]

3.5.1. ΜΕΛΕΤΕΣ ΔΙΔΥΜΩΝ

Εάν μεγαλώσουν μαζί, οι μονοζυγώτες δίδυμοι δεν έχουν μόνο κοινά γονίδια (100%) αλλά και κοινό περιβάλλον (100%), ενώ οι διζυγώτες δίδυμοι έχουν κοινά γονίδια κατά 50% και κοινό περιβάλλον κατά 100%. Εάν όμως το περιβάλλον είναι ο μοναδικός παράγοντας που οδηγεί στην σχιζοφρένεια, θα περιμέναμε ελάχιστη διαφορά ανάμεσα στους μονοζυγώτες και στους διζυγώτες διδύμους στην εκδήλωση αυτής της διαταραχής. Εάν, με τη σχιζοφρένεια σχετίζονται μόνο οι γενετικοί παράγοντες, και οι δύο μονοζυγώτες δίδυμοι θα εκδήλωναν πάντα σχιζοφρένεια ενώ το ποσοστό των διζυγωτών διδύμων που θα εκδήλωναν και οι δύο σχιζοφρένεια θα ήταν 50% (τις μισές δηλαδή φορές) ^[3].

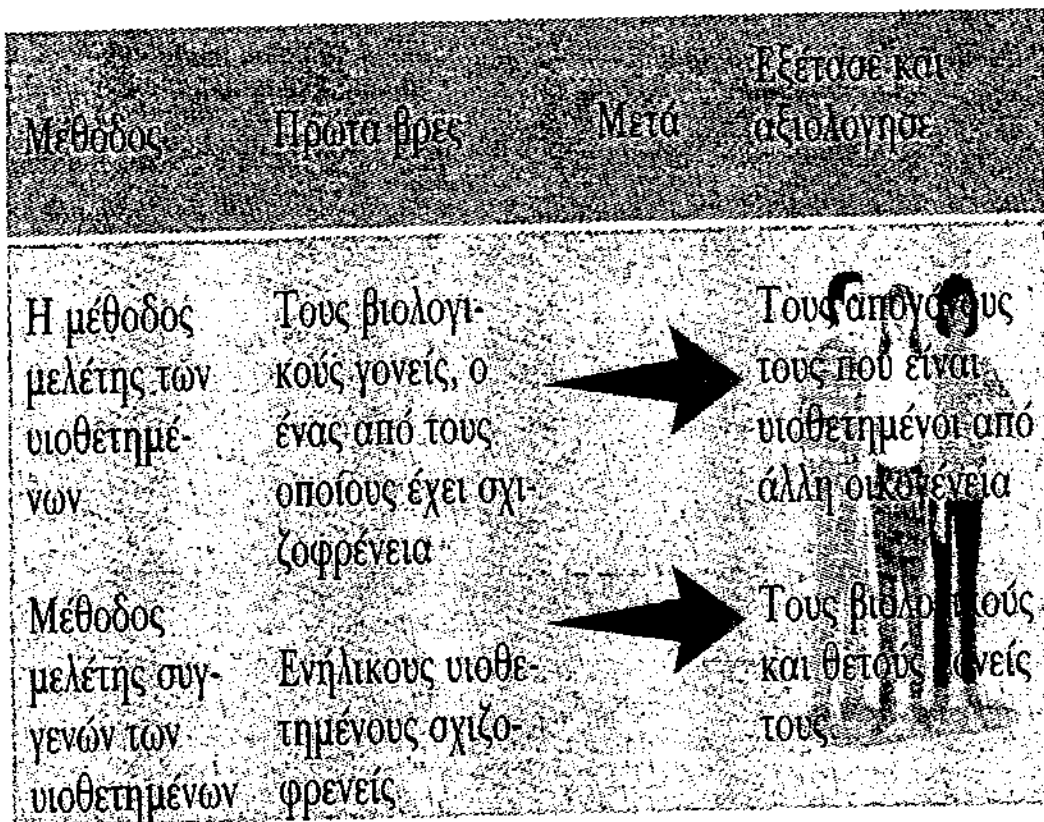
Σε ένα από τα συναρπαστικά «πειράματα της φύσης», οι επιστήμονες μελέτησαν εκτενώς την περίπτωση πανομοιότυπων τετράδυμων που όλα είχαν σχιζοφρένεια. Και οι τέσσερις είχαν την ίδια γενετική ευαλωτότητα και όλες μεγάλωσαν στην ίδια δυσλειτουργική οικογένεια. Και όμως, ο χρόνος έναρξης της σχιζοφρένειας, τα συμπτώματα και οι διαγνώσεις, η πορεία της διαταραχής και, εν τέλει, η εκδήλωσή της, διέφεραν σημαντικά από αδελφή σε αδελφή.

Η περίπτωση των τετράδυμων αυτών αποκαλύπτει ένα σημαντικό παράγοντα στη μελέτη των γενετικών επιδράσεων στη συμπεριφορά – το μη «κοινό περιβάλλον». Συνήθως πιστεύουμε ότι τα αδέλφια, και ιδιαίτερα οι μονοζυγώτες δίδυμοι, τρίδυμοι κ.λπ., μεγαλώνουν με τον ίδιο τρόπο. Η εντύπωση που έχουμε είναι ότι οι «καλοί» γονείς εκθέτουν τα παιδιά τους σε ευνοϊκά για αυτά περιβάλλοντα, ενώ οι «κακοί» γονείς τους παρέχουν ασταθείς εμπειρίες. Ωστόσο, ακόμα και οι μονοζυγώτες αδελφοί/ές, μπορούν να έχουν πολύ διαφορετικές

εμπειρίες μέσα στην ίδια την οικογένεια και συνεπώς να εκτίθονται σε διαφορετικής εντάσεως βιολογικά και περιβαλλοντικά στρεσογόνα γεγονότα^[3].

3.5.2. ΜΕΛΕΤΕΣ ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Πολλές μελέτες για τη σχιζοφρένεια έχουν γίνει σε χώρες της Ευρώπης κυρίως λόγω των εκτενών και αναλυτικών ιατρικών ιστορικών που διατηρούνται σε χώρες όπου ασκείται η κοινωνική ιατρική.



Δύο μέθοδοι της έρευνας υιοθετημένων ατόμων που μπορούν να εφαρμοστούν στη μελέτη της σχιζοφρένειας^[3]

Το σχήμα που παρουσιάζουμε περιγράφει τις δύο κύριες στρατηγικές για τη μελέτη των επιδράσεων της υιοθεσίας στα παιδιά: τη μέθοδο μελέτης των υιοθετημένων και τη μέθοδο μελέτης των συγγενών των υιοθετημένων.

Η μεγαλύτερη και πιο πρόσφατη μελέτη υιοθετημένων ατόμων, που γίνεται ακόμα στη Φινλανδία, είναι ένα παράδειγμα της πρώτης μεθόδου. Από ένα δείγμα περίπου 20.000 γυναικών με σχιζοφρένεια, οι ερευνητές ανακάλυψαν 164 μητέρες, οι οποίες είναι δώσει τα παιδιά τους για υιοθεσία. Έως σήμερα έχουν μελετηθεί 155 απόγονοι μητέρων με σχιζοφρένεια και 185 παιδιά μητέρων της ομάδας ελέγχου χωρίς σχιζοφρένεια.

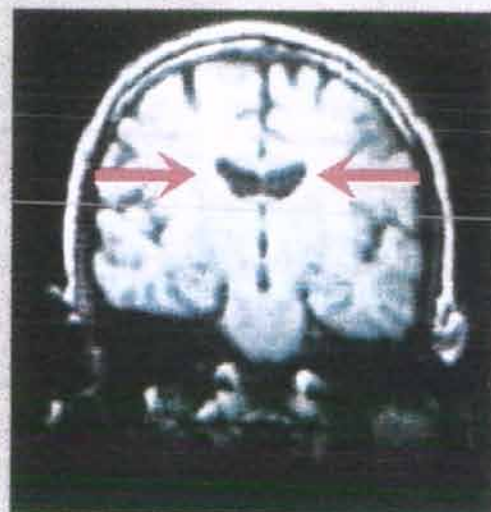
Από το 1991, οι ερευνητές εντόπισαν 16 παιδιά με σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές (π.χ. παραληρητική διαταραχή, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή) που είχαν μητέρες με σχιζοφρένεια ($16/155=10,3\%$) και μόνο 2 παιδιά με σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές που δεν είχαν σχιζοφρενείς μητέρες ($2/185=1,1\%$).

Ακόμα και όταν μεγαλώνουν μακριά από τους βιολογικούς τους γονείς, τα παιδιά των ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν και τα ίδια τη διαταραχή^[3].

Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΜΟΝΟΖΥΓΩΤΕΣ ΔΙΔΥΜΟΥΣ



ΥΓΙΗΣ



ΑΣΘΕΝΗΣ

*Τα βέλη δείχνουν στις κοιλίες, που φυσιολογικές στον υγιή
δίδυμο και μεγεθυσμένες στο σχιζοφρενή^[3]*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

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 ασθενής 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

Ποια προβλέπουμε πως θα είναι η εξέλιξη μιας παθολογικής καταστάσεως σαν τη σχιζοφρένεια μέσα στη ζωή ενός ανθρώπου; Θα γίνει αυτός ο άνθρωπος ποτέ καλά, θα καλυτερέψει, θα χειροτερέψει και πότε; Τι θα μπορούσε να επιδράσει ευνοϊκά ή, το αντίθετο, αρνητικά στην πιθανή εξέλιξη της αρρώστιας του; Τα ερωτήματα αυτά, προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, είναι δύσκολο να απαντηθούν όχι μόνον επειδή αφορούν κάτι μελλοντικό, αλλά γιατί θα πρέπει να βασιστούν σε στατιστικούς υπολογισμούς που αφορούν πολλές παραμέτρους. Και, προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, έχουμε το πρόσθετο πρόβλημα μιας άγνωστης και προφανώς πολλαπλής αιτιολογίας^[1].

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^[19].

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].

Η εξέλιξη της διαταραχής είναι διαφορετική από περίπτωση σε περίπτωση. Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις σχιζοφρενών ακολουθούν μια πορεία με ψυχωτικές και ισορροπημένες φάσεις, ενώ σε ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων η κατάσταση γίνεται χρόνια, με λίγες πιθανότητες για μian έστω και προσωρινή βελτίωση. Το πιο αποφασιστικό στοιχείο για την πρόγνωση είναι ο τρόπος με τον οποίο πρωτοεμφανίζεται η διαταραχή. Όταν αρχίζει απότομα, με οξεία, παραγωγικά συμπτώματα, έχει καλύτερη πρόγνωση από μια περίπτωση που η αρχή της είναι αργή, ύπουλη.

Πλημμελής νοσοκομειακή φροντίδα και απομόνωση έχουν δυσμενή επίδραση στο μέλλον του αρρώστου, ενώ αντιθέτως ένα καλό περιβάλλον, και ιδίως μέσα σε μια οικογένεια που μπορεί να παραδέχεται τον άρρωστο χωρίς υπερβολικό άγχος, ευνοεί την πρόγνωση. Αλλά καμιά στατιστική πρόγνωση δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να καλυτερέψει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως την ισορροπία του^[1].

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 πώς το συγκεκριμένο άτομο έχει προσβληθεί από τη νόσο και στο πώς 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 ειδικοί 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^[19].

4.2.1. 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 (Leronex)^[19].

1. 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 κακόηθες 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.

Η **ρισπεριδόνη** είναι αντιψυχωτικός παράγοντας με σημαντική ανταγωνιστική δράση, τόσο στους τύπους 2 υποδοχείς της σεροτονίνης (5-HT₂), όσο και στους τύπους 2 υποδοχείς της ντοπαμίνης (D₂). 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.

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 D2 υποδοχέων, καθώς και ισχυρός ανταγωνιστής των D4, 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 συνταγογράφησης 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^[19].

2. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΟΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα μειώνουν πολύ τον κίνδυνο για μελλοντικές υποτροπές της νόσου σε ασθενείς που γίνονται καλά από ένα επεισόδιο. Αν και ασθενείς που έχουν γίνει καλά και παίρνουν φάρμακα έχουν 40% περίπου πιθανότητα να υποτροπιάσουν μέσα στα επόμενα δύο χρόνια, το ποσοστό αυτό χωρίς φάρμακα ανεβαίνει στο 80%. Έτσι αν και δεν θα μπορούσαμε να πούμε ότι η συνέχιση της θεραπείας πραγματικά προλαμβάνει καινούριες υποτροπές είναι βέβαιο ότι μειώνει σημαντικά τη συχνότητά του. Κάποιοι ασθενείς αρνούνται

ότι έχουν ανάγκη φαρμάκων και μπορεί να διακόπτουν την θεραπεία τους, είτε μόνοι τους είτε ύστερα από προτροπή κάποιου άλλου, συνήθως μέλους της οικογένειάς τους. Αυτό είναι βέβαιο ότι αυξάνει πάρα πολύ τον κίνδυνο υποτροπής (αν και τα συμπτώματα δεν επανέρχονται πάντοτε αμέσως μετά την διακοπή).

Μερικές φορές είναι πολύ δύσκολο να πειστούν κάποιοι ασθενείς για την αναγκαιότητα της λήψης φαρμάκων, ιδιαίτερα από την στιγμή που μερικοί αισθάνονται καλύτερα χωρίς φάρμακα στην αρχή. Για ασθενείς που δεν καταλαβαίνουν την αναγκαιότητα της λήψης των φαρμάκων τους, ~~διατίθενται και ενέσιμες μορφές «βραδείας αποδέσμευσης», που μπορούν να γίνονται μια φορά το μήνα. Σε κάθε περίπτωση οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν θα πρέπει ποτέ να διακόπτουν την θεραπεία μόνοι τους και χωρίς ιατρική επίβλεψη^[27].~~

3. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως όλα τα φάρμακα, προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια, ωφέλιμη δράση τους. Κατά την έναρξη της θεραπείας οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν υπνηλία, κινητική ανησυχία, τρόμο, ξηροστομία, ή ανωμαλίες στην όραση. Οι περισσότερες απ' αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν είτε με μείωση της δόσης είτε με χρήση άλλων φαρμάκων. Δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς την ίδια απάντηση, στην θεραπεία ή τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ένας ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο σε σχέση με κάποιον άλλο.

Οι μακροχρόνιες συνέπειες της χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα στην αντιμετώπισή τους σε σχέση με τις προαναφερθείσες. Η όψιμη ανάγκη, που είναι ακούσιες κινήσεις κυρίως της περιοχής του στόματος, της γλώσσας και των χειλέων και μερικές φορές του κορμού ή άλλων περιοχών του σώματος. Συμβαίνει συνήθως στο 15–20% των ασθενών που παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα για πολλά χρόνια, αν και πιο σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί και σε ασθενείς που έχουν πάρει τέτοια φάρμακα για μικρότερο χρονικό διάστημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά είναι ήπια και οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν καν αντιληφθεί την ύπαρξή τους.

Στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, το ζήτημα της στάθμισης των πιθανών κινδύνων σε σχέση με τις πιθανές ωφέλειες της θεραπείας είναι εξαιρετικά σημαντικό. Στο πλαίσιο αυτό, ο κίνδυνος της όψιμης δυσκινησίας, όσο ανησυχητικός και αν είναι, πρέπει να σταθμιστεί σε σχέση με τον κίνδυνο πιθανών υποτροπών χωρίς θεραπεία, οι οποίες υποτροπές μπορεί να καταστρέψουν ανεπανόρθωτα τις προσπάθειες των ασθενών να επιστρέψουν στο σχολείο, ή την δουλειά τους και την ικανότητά τους να ζήσουν στο σπίτι τους, ή στην κοινότητα.

Για τους ασθενείς που εμφανίζουν όψιμη δυσκινησία, η χρήση των φαρμάκων πρέπει να επαναξιολογηθεί. Ας αναφερθεί, τέλος, ότι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η όψιμη δυσκινησία, που κάποτε θεωρούταν μη αναστρέψιμη, μερικές φορές μπορεί να υφεθεί ακόμη και όταν τα φάρμακα συνεχίζονται^[2].

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ο νοσηλευτής -τρια, προκειμένου να χορηγήσει ψυχοφάρμακα θα πρέπει να γνωρίζει:

- τις ενέργειες του φαρμάκου
- τις παρενέργειες του φαρμάκου
- την ακριβή δόση, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες
- τον τρόπο και τον χρόνο χορηγήσεως.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι ισχυρά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική τους δράση όλη νύκτα.

Ο νοσηλευτής - τρια πρέπει να δείξει ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή κατά τη χορήγηση φαρμάκων. Πολλοί άρρωστοι προσπαθούν να αποφύγουν τη λήψη φαρμάκων, είτε γιατί τους ενοχλούν οι παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από ψευδαισθήσεις, είτε γιατί νιώθουν ένα δυσάρεστο συναίσθημα μετά τη λήψη. Έτσι, λοιπόν, ή τα κρύβουν κάτω από την γλώσσα τους, ή τον ουρανίσκο, μέσα στα δόντια, κάνοντας πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρια, τα κρύβουν στα ρούχα τους ή μπορεί να τα πάρουν όλα μαζί και να αυτοκτονήσουν.

Γι' αυτούς τους λόγους ο νοσηλευτής -τρια πρέπει να χορηγεί τα φάρμακα και να παρατηρεί αν ο άρρωστος όντως τα πήρε. Κάθε απροσεξία σ' αυτό το θέμα μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία του αρρώστου γιατί, εφόσον δεν παίρνει τα φάρμακά του, δεν έχουμε το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

Όταν οι άρρωστοι αρνούνται επίμονα να πάρουν τα φάρμακά τους, τότε χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή. Τα φάρμακα που έχουν

δυσάρεστη γεύση και οσμή μπορούν να χορηγηθούν μαζί με λίγο γάλα ή πορτοκαλάδα. Η ξηροστομία, που είναι μια από τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση πολλών υγρών, επίβλεψη της υγείας του στόματος, χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β για την πρόληψη της στοματίτιδας.

Άλλες παρενέργειες των φαρμάκων όπως η πτώση της αρτηριακής πίεσης, η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αϋπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, κ.λπ. παρακολουθούνται στενά από το νοσηλευτή -τρια, αναφέρονται στο γιατρό και αντιμετωπίζονται ανάλογα.

Πολλοί άρρωστοι εξαιτίας των αντιψυχωτικών φαρμάκων κάνουν ορθοστατική υπόταση. Γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής -τρια πρέπει να πάρει την αρτηριακή πίεση του αρρώστου και σε όρθια θέση. Επίσης, πρέπει να παρακολουθείται και η κένωση του εντέρου των αρρώστων γιατί τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν δυσκοιλιότητα. Μερικά φάρμακα προκαλούν ευαισθησία στο ηλιακό φως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν εγκαύματα ακόμη. Άλλα φάρμακα προκαλούν αύξηση του σωματικού βάρους και γι' αυτό ο νοσηλευτής -τρια, πρέπει να ζυγίζει τους αρρώστους που παίρνουν τέτοια φάρμακα και φροντίζει το διαιτολόγιό τους.

Σε πολλές περιπτώσεις η φαρμακευτική αγωγή φέρνει γρήγορα και θεαματικά αποτελέσματα. Με μια γρήγορη ματιά ο άρρωστος παρουσιάζει εμφανή καλύτερευση. Ο νοσηλευτής -τρια όμως πρέπει να εξετάσει, αν όντως είναι αυτή η πραγματικότητα. Εξετάζοντας τον άρρωστο προσεκτικότερα τις περισσότερες φορές αποδεικνύεται ότι παρ' όλη την επιφανειακή βελτίωση του αρρώστου, η ασθένεια συνεχίζει να υφίσταται σε ενεργό φάση. Αυτή είναι μια πολύ δύσκολη καμπή για τον άρρωστο που μπορεί να το οδηγήσει μέχρι και στην αυτοκτονία. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να συζητήσει φιλικά μαζί του

και να αξιολογήσει τις ενέργειές του και τις εκδηλώσεις του, ώστε να μπορέσει να κατατοπιστεί για τον τρόπο σκέψης του αρρώστου και για τα αισθήματά του.

Σημαντικό ρόλο επίσης, παίζει και η συστηματική παρατήρηση του αρρώστου ύστερα από κάθε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής. Κάθε άμβλυνση ή επίταση των συμπτωμάτων πρέπει να παρακολουθείται και να αναφέρεται λεπτομερώς στον γιατρό.

Η χορήγηση των αντιψυχωτικών φαρμάκων ακολουθεί τους βασικούς κανόνες χορήγησης των φαρμάκων, που ισχύουν στη γενική νοσηλευτική, μόνο που πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα σημεία που αναφέρθηκαν^[8].

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 βαλποϊκό) και βενζοδιαζεπίνες.

• 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.

- **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.

- **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 βενζοδιαζεπινών να παρατηρηθεί έξαρση ως προς τη βαρύτητα της ψύχωσης^[19].

4.2.2. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το ηλεκτροσόκ (E.C.T.) χρησιμοποιήθηκε το 1938 για πρώτη φορά από δύο Ιταλούς, τον Ugo Cerletti και Bini. Πρώτα το χρησιμοποίησαν στα ζώα κι έπειτα στους ανθρώπους.

Το E.C.T. συνίσταται στη δημιουργία μεγάλου επιληπτικού σπασμού, με την εφαρμογή δύο ηλεκτροδίων στις κροταφικές χώρες του αρρώστου και διέλευση από τον εγκέφαλο συνεχούς εναλλασσόμενου ρεύματος.

Είναι θεραπεία που χρησιμοποιείται πλατιά, γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική^[2].

1. ΕΠΗΛΟΚΕΣ E.C.T.^[27]

1. Κατάγματα οστών και μάλιστα σπονδυλικής στήλης
2. Παρατεινόμενη άπνοια
3. Διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος
4. Διαταραχές του νευρικού συστήματος
5. Αγγειακού τύπου εγκεφαλικά επεισόδια

2. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ E.C.T.^[27]

1. Υποστροφική μελαγχολία
2. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση
3. Σχιζοφρένεια

- α. Κατατονική μορφή
- β. Οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια
- γ. Διεγερτικές καταστάσεις
- δ. Σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις

3. **ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ**^[27]

1. **Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν:**

- α. Όγκος εγκεφάλου
- β. Θρομβοφλεβίτιδα
- γ. Εξόφθαλμοι βρογχοκήλη
- δ. Οξεία σπειραματονεφρίτιδα

2. **Σχετικές αντενδείξεις (γιατί με τη νάρκωση μειώνονται οι κίνδυνοι)**

- α. Μεγάλη ηλικία
- β. Κύηση
- γ. Πνευμονικές παθήσεις (αποφεύγουμε την αναισθησία με βαρβιτουρικά)
- δ. Σπονδυλαρθροπάθεια
- ε. Πεπτικό έλκος

✓ **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι πολύ σημαντικός και ουσιαστικός. Ποτέ δεν γίνεται ηλεκτροσόκ αν δεν ενημερωθεί ο άρρωστος και οι συγγενείς του. Μάλιστα, απαιτείται και υπογραφή του αρρώστου, αν είναι σε θέση, διαφορετικά υπογράφουν οι συγγενείς του.

Πριν γίνει το ηλεκτροσόκ πρέπει οπωσδήποτε να προετοιμασθεί ψυχολογικά πρώτα ο άρρωστος. Ο νοσηλευτής -τρια μπορεί να βοηθήσει σημαντικά σ' αυτό. Βέβαια δεν είναι δυνατόν να εξηγηθεί στον άρρωστο αναλυτικά ο ακριβής τύπος θεραπείας αλλά πρέπει να του εξηγηθεί, ότι δεν θα αισθανθεί πόνο ή ενόχληση και τι δεν θα θυμάται τίποτα μετά τη λήψη της θεραπείας.

Πολλοί άρρωστοι φοβούνται ότι θα χάσουν πλήρως την μνήμη τους μετά το ηλεκτροσόκ. Ο νοσηλευτής -τρια πρέπει να τους τονίσει ότι η απώλεια της μνήμης είναι παροδική και δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη μετά τη συμπλήρωση της σειράς θεραπειών.

Είναι βέβαια λογικό, ότι όσο και να προετοιμασθεί ψυχολογικά ο άρρωστος για το ηλεκτροσόκ, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλο φόβο και η ανάγκη για συμπαράσταση από τον νοσηλευτή -τρια είναι ακόμα μεγαλύτερη. Τον άρρωστο, τον βοηθά να γνωρίζει την ακριβή ώρα της θεραπείας κι ο νοσηλευτής -τρια πρέπει να φροντίσει να μην υπάρξει καμία καθυστέρηση, γι' αυτό προσθέτει γι' αυτό προσθέτει αγωνία στον άρρωστο.

Βέβαια πέρα από την ψυχολογική υποστήριξη, ο άρρωστος χρειάζεται, από οργανικής πλευράς, να γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και αν είναι δυνατό, της σπονδυλικής στήλης.

Ο άρρωστος πρέπει να μείνει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν από το E.C.T.

Ο νοσηλευτής -τρια πρέπει να ελέγξει τα απαραίτητα για τη νοσηλεία:

- α) Τη συσκευή του E.C.T. και του O2
- β) Το set ή το δίσκο, ο οποίος πρέπει οπωσδήποτε να περιέχει:
 - ❖ Τραχειοσωλήνα
 - ❖ γάζα, για να δαγκώνει ο άρρωστος
 - ❖ καρδιοτόνωση
 - ❖ βαμβάκι με οινόπνευμα
 - ❖ κάψα με αλατόνερο και λίγες γάζες

Ο νοσηλευτής - τρια πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να ελευθερωθεί από στενά ενδύματα, να αφαιρεθούν οδοντοστοιχίες και τα κοσμήματα και επίσης να κενωθεί η κύστη. Επίσης, κατά τη διάρκεια της θεραπείας μια σχετική ακινητοποίηση είναι απαραίτητη.

Μετά τη θεραπεία, ο άρρωστος συνέρχεται σταδιακά και αργά και χρειάζεται δίπλα του γνωστά πρόσωπα. Δεν γνωρίζει ότι έχει κάνει E.C.T. Ο νοσηλευτής -τρια θα πρέπει να του μιλά σιγά και καθαρά, με σύντομες φράσεις, προσπαθώντας να επαναφέρει τον άρρωστο στο περιβάλλον. Πρέπει να χρησιμοποιεί το όνομα του αρρώστου και να του υπενθυμίζει το δικό του.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι ταχύ. Συνήθως μετά τις 2 -3 συνεδρίες, οι άρρωστοι γίνονται πιο ξύπνιοι, ενεργητικοί και πιο ικανοί

να σκεφτούν και να πραγματοποιήσουν κάτι που θέλουν. Γι' αυτό το λόγο και κατά την περίοδο αυτή ο άρρωστος είναι πιο ικανός να θέσει σε ενέργεια σχέδια αυτοκτονίας, τα οποία έχει σκεφτεί από πριν. Έτσι, χρειάζεται στενή παρακολούθηση από το νοσηλευτή -τρια ειδικά και γενικότερα από όλη τη θεραπευτική ομάδα.

Κατά το παρελθόν είχαν χρησιμοποιηθεί και διάφορες άλλες θεραπείες για την σχιζοφρένεια, όπως η επαγωγή κώματος με χρήση ινσουλίνης, η ψυχοχειρουργική η χρήση υψηλών δόσεων βιταμινών ή η αιμοδιάλυση. Αυτού του τύπου οι θεραπείες έχουν εγκαταλειφθεί διότι αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές σε σχέση με τις καινούριες θεραπείες που προαναφέρθηκαν και θα αναφερθούν παρακάτω^[2].

4.2.3. ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΖΕΥΓΟΥΣ

Η συζυγική θεραπεία ή θεραπεία γάμου προοδευτικά έχει μετονομασθεί σε θεραπεία ζεύγους για να συμπεριληφθεί κάθε ζεύγος ατόμων που ζουν μαζί σε στενή σχέση. Έτσι, απευθύνεται σε συζύγους αλλά και σε ζεύγη που ζουν μαζί χωρίς να έχουν παντρευτεί και σε ζεύγη ομοφυλοφίλων. Σκοπός της θεραπείας είναι να βοηθήσει τα προβλήματα που δημιουργούνται στη σχέση των δύο ατόμων.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της συζυγικής θεραπείας μπορεί να είναι ψυχαναλυτικό, θεωρίας της μάθησης, του τύπου του επικεντρωμένου στον «πελάτη» της διαντιδραστικής ανάλυσης, της θεωρίας των γενικών συστημάτων ή εκλεκτικό με συνδυασμό διαφόρων θεωριών. Οποσδήποτε, όμως, βασικά η θεραπεία στοχεύει να βελτιώσει την επικοινωνία ανάμεσα στο ζεύγος, να διευκρινίσει τους ατομικούς στόχους του καθενός, να λύσει διαπροσωπικές συγκρούσεις και να

βοηθήσει καθένα από τους δυο συντρόφους να αντιληφθεί πως αντιδρούν στον άλλον διαστρεβλωμένα λόγω παλιότερων εμπειριών με γονείς, αδέρφια κ.λπ. Σκοπός της θεραπείας ζεύγους δεν είναι να κρατήσει το ζεύγος οπωσδήποτε μαζί, αλλά να βοηθήσει στη λύση διαπροσωπικών προβλημάτων, αν μπορούν φυσικά να λυθούν. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να εκφράζονται σαν διαταραχές στη λεκτική ή τη μη λεκτική επικοινωνία, σαν κοινωνικές διαφορές σαν διαφορές στόχων και προσδοκιών γενικά και που να αφορούν τη σχέση ειδικότερα, σαν οικονομικές διαφορές, σαν προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή κ.τ.λ.

Οι θεραπευτικές συνεδρίες συνήθως είναι εβδομαδιαίες μπορεί όμως να είναι και συχνότερες. Η θεραπεία μπορεί να γίνεται σε συνδυασμό με ατομική ψυχοθεραπεία του ενός ή και των δύο συζύγων, οι δύο σύζυγοι ή σύντροφοι μπορεί να βλέπουν έναν ή δύο θεραπευτές διαφορετικού φύλου, μαζί ή και σε κάποιες της θεραπείας ξεχωριστά (όταν υπάρχει ανάγκη ιδιαίτερης προσοχής του ενός) ή μπορεί ακόμη να συμμετέχουν και σε ομαδική θεραπεία ζευγών^[2].

4.2.4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασής του να ζει, ν' αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι, πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε

κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους - στην κοινότητα - είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη κι οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες. Γενική κατεύθυνση λοιπόν και προσπάθεια είναι η αποϊδρυματοποίηση.

Κυρίως η θεραπευτική μάχη δίνεται στην κοινότητα, στα κέντρα ψυχικής υγείας (και αν χρειασθεί νοσηλεία κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων), στους ξενώνες, στα οικοτροφεία, στα διαμερίσματα που μοιράζονται σχιζοφρενικοί, στις συνεργατικές εργασιακές μονάδες, στα σπίτια κ.λπ. [2].

Βασικές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία, η θεραπεία συμπεριφοράς, η οικογενειακή θεραπεία, η υποστηρικτική ατομική, η ομαδική ψυχοθεραπεία και δημιουργικές θεραπείες.

✓ **Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία**

Η θεραπεία περιβάλλοντος (milieu therapy), αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα η ίδια κ.λπ. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον (milieu) χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις κ.λπ. είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για

εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. Το περιβάλλον δηλαδή σχεδιάζεται έτσι ώστε να είναι θεραπευτικό.

Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι ο συνεκτικός ιστός της αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας, η θετική συνισταμένη των αρμονικών σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας, η άνετη εφαρμογή μιας ξεκάθαρης και συμφωνημένης θεραπευτικής φιλοσοφίας που επικοινωνεί ταυτόχρονα όρια και δόμηση αλλά και ελευθερία και αυτονομία.

✓ Υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία

Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και λιγότερο η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία. Βασικά, ο Θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειές της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατό καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Έτσι, εξήγηση (υπό μορφή διδασκαλίας) της φύσης της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των φαρμάκων, του τρόπου αντιμετώπισης των διαπροσωπικών προβλημάτων, με ενεργό υποστήριξη στο «εδώ και τώρα» για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η διαταραγμένη πραγματικότητα είναι ο προσανατολισμός της θεραπείας. Η δημιουργία, φυσικά, μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή-θεραπευτή είναι πρωταρχική.

Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ταυτόχρονα στην

αρχή ενδονοσοκομειακά και μετά εξωνοσοκομειακά και μπορεί γενικά να γίνονται και περισσότερο ερμηνευτικές. Κυρίως όμως αποσκοπούν στην απόδοση πραγματικότητας και στην κοινωνικοποίηση του ασθενή^[2].

✓ **Θεραπεία συμπεριφοράς**

Ο John Watson ήταν ο ιδρυτής της συμπεριφεριολογίας και επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από τις διάφορες τάσεις των φυσικών επιστημών της εποχής του και ο συμπεριφορισμός σαν μέθοδος αντιπροσωπεύει το απόγειο της μηχανιστικής προσέγγισης στην ψυχολογία. Είναι όμως πολύ σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενών ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η Σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας κ.λπ. ^[28].

✓ **Οικογενειακή θεραπεία**

Είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας μια και το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να μην είναι απόλυτη αιτία για την εμφάνιση σχιζοφρένειας, όμως συχνά αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα για το σχιζοφρενή (family care). Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. Σημασία, όμως, έχει και η εκπαίδευση των συγγενών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της αρρώστιας και στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του σχιζοφρενικού μέλους.

✓ Δημιουργικές θεραπείες

Σ' αυτές ανήκουν οι Θεραπείες τέχνης, μουσικής, δράματος κ.λπ. που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, μουσικής κ.λπ., καθώς και η απασχόληση, θεραπεία ή εργοθεραπεία με πηλό, χειροτεχνία κ.ά. [29].

✓ Μετανοσοκομειακή φροντίδα

Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για ένα συγκεκριμένο σχιζοφρενικό ασθενή ποικίλλει 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 κ.λπ. Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν συν εργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από νοσοκομεία διαμερίσματα, άλλοι σε ξενώνες, οικοτροφεία κ.λπ.

Μεγάλη σημασία έχουν μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα 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 κοινωνικοποίησή τους, την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας, τη μη λίκνιση στο σπίτι ή τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κ.λπ.

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

Οι υπηρεσίες μετανοδοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης-το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και το ψυχιατρικό νοσοκομείο με βάση και πάλι τη Θεραπευτική ομάδα.

Τελειώνοντας το κεφάλαιο της θεραπείας, θα πρέπει και πάλι να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μόνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας^[2].

4.2.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ο σχεδιασμός της θεραπείας της σχιζοφρένειας πρέπει να στοχεύει τόσο στις δυνατότητες, όσο και στις ανεπάρκειες του ασθενούς. Οι συμπεριφερίλογικές 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^[19].

1. 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^[25].

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Από την αρχή, οι συγγενείς θα πρέπει να καταλάβουν πως η απόφαση να νοσηλευτεί ο άνθρωπός τους σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να τον αποχωριστούν, απόφαση αρκετά εύκολη και συνήθως ανακουφιστική όταν πρόκειται να ψυχωσικό άρρωστο που αναστατώνει το σπίτι με τα παραληρήματά του, τις κρίσεις άγχους και την αυθαίρετη ή προκλητική συμπεριφορά

του.

Είναι αναγκαίο οι συγγενείς να κατατοπιστούν πάνω στη φύση της ψυχιατρικής αρρώστιας, γενικά, και να καταλάβουν πως η δική τους συμπεριφορά και τα δικά τους προβλήματα έπαιξαν και παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής του αρρώστου. Θα τους υποδειχτεί, επίσης, ότι υπάρχουν και άλλοι παθογόνοι παράγοντες, που δεν τους αφορούν προσωπικά, για να καταλάβουν ότι δεν χρειάζεται να αισθάνονται ένοχοι, εφόσον παραδεχτούν τη συμμετοχή τους και συνεργαστούν ψυχολογικά στην περίθαλψη του αρρώστου. Θα πρέπει οι συγγενείς να καταλάβουν ότι η συνεργασία τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, αρχίζοντας από την χωρίς επιφύλαξη αναφορά στο προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του και συνεχίζοντας με την τακτική συμμετοχή σε κοινές ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις με τον άρρωστο και το γιατρό του ή άλλα μέλη του κλινικού προσωπικού, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ψυχιατρικής περιθάλψεως, απαραίτητο για μίαν ευνοϊκή πρόγνωση. Από πολύ νωρίς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η επιστροφή του αρρώστου στο σπίτι του και στην κοινότητα, για μια περίοδο αναρρώσεως που θα απαιτήσει την εξακολούθηση της θεραπείας με φάρμακα, με ψυχοθεραπεία ή και με τα δύο, για αρκετόν καιρό ή, για ένα ποσοστό αρρώστων, για πάντα^[1].

4.2.6. ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ομαδική θεραπεία των σχιζοφρενών εστιάζεται, συνήθως, σε σχέδια καθημερινής ζωής, προβλήματα και σχέσεις. Οι ομάδες μπορεί να είναι συμπεριφεριολογικού, εναισθητικού 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].

✓ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Μια τέτοιου είδους ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τα ψυχοφάρμακα. Και όταν η κατάσταση του αρρώστου είναι οξεία ή υπάρχει κίνδυνος να γίνει χρόνια, ενδείκνυται η περιβαλλοντική θεραπεία σε ένα ψυχοθεραπευτικό ίδρυμα. Μέσα από τη συναισθηματική μεταβίβαση που δημιουργείται τόσο με τον ψυχοθεραπευτή του όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό, γίνεται μια συντονισμένη προσπάθεια να ενισχυθούν οι λειτουργίες του εγώ και παράλληλα να εξουδετερωθούν οι ψυχωτικοί αμυντικοί μηχανισμοί και, γενικά, η παλινδρομική, παρορμητική ή αυτιστική συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό κρατάει ενήμερο τον ψυχοθεραπευτή για την καθημερινή συμπεριφορά του αρρώστου, ενώ η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία και αποθεραπεία του είναι κρίσιμη^[1].

4.2.7. 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.

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.

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 πιθανότητα εκλαμβάνονται σαν προσπάθειες δωροδοκίας, χειρισμού ή εκμετάλλευσης.

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^[19].

✓ **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι άρρωστοι που πάσχουν από σχιζοφρένεια συνήθως ακολουθούν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή - τριας σε αυτόν τον τύπο της ψυχοθεραπείας είναι να διαμορφώνει το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο ώστε ο άρρωστος να συναντά λιγότερες δυσκολίες απ' ότι θα συναντούσε έξω από το Νοσοκομείο. Έτσι, λοιπόν, ο νοσηλευτής -τρια μπορεί να μειώσει τις ερωτήσεις ώστε ο άρρωστος να νιώθει ότι τα άτομα που τον περιστοιχίζουν είναι φιλικά, δεκτικά εχθρικά.

Ο νοσηλευτής -τρια μπορεί να προσφέρει υποστήριξη και

ασφάλεια σε έναν άρρωστο που είναι ανασφαλής και εξαρτημένο. Μπορεί να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με μεγαλύτερη αντίληψη και επιδεξιότητα. Ο άρρωστος μπορεί να συζητά με το νοσηλεύτη -τρια και έτσι να έχει την ευκαιρία να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι' αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό^[27].

4.2.8. ΔΙΑΠΟΛΙΣΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



*Στην Κίνα ο βελονισμός και ιατρική με βότανα χρησιμοποιούνται
συχνά σε συνδυασμό με τα αντιψυχωτικά φάρμακα
για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας^[3]*

Στην Κίνα η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη θεραπεία είναι η χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων, αν και το 7% έως το 9% των ασθενών ακολουθούν ταυτόχρονα την παραδοσιακή ιατρική με βότανα και βελονισμό. Για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, περισσότερα άτομα στην Κίνα ακολουθούν εξωνοσοκομειακή θεραπεία από ότι το άτομο στις δυτικές κοινωνίες^[3].

4.3. ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προκειμένου για την αποκατάσταση σχιζοφρενικών αρρώστων που δεν έχουν τη δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένειά τους, ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθογόνος, είναι ανάγκη να βρεθεί ένα καινούριο, κατάλληλο για μια τέτοια αποκατάσταση, περιβάλλον. Η ύπαρξη φορέων ανοιχτής περιθάλψεως -όπως μια θετή οικογένεια, ιατρεία αποθεραπείας, νοσοκομεία ημέρας και νοσοκομεία νύχτας, εργαστήρια προστατευμένης εργασίας- θα μπορούσε να προσφέρει μιαν εναλλακτική λύση^[1].



ΜΕΡΟΣ Β´

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

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 συμβάλει 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^[4].

5.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ, ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ, ΤΡΙΤΟ- ΓΕΝΗΣ 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.ά. 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.

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 **τριογενής** 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.ά.

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^[4].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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^[30]...

6.1.1. 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.

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- διασυνδετικής 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. [30].

6.1.2. ΣΚΟΠΟΙ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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

- * 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.
- * 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

διενθούς 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^[30].

6.2. ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση του παρανοϊκού σχιζοφρενούς ασθενούς, εκτός από την ολική μελέτη της βιοψυχοοικονομικής κατάστασης και λειτουργίας του, εστιάζεται στις ακόλουθες περιοχές:

- α) Διαταραχές σκέψης.
- β) Διαταραχές συναισθήματος.
- γ) Διαταραχές αντίληψης.
- δ) Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων.

Τα βασικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον παρανοϊδή άρρωστο είναι: το παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις και οι προοδευτικά αυξανόμενες διαταραχές της δομής της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία παραληρητικών ιδεών διώξεως και μεγαλείου που συχνά συνοδεύονται με ψευδαισθήσεις. Συχνά η νόσος συνδυάζεται με υπερβολική θρησκευτικότητα. Η στάση του αρρώστου συχνά εχθρική και επιθετική.

και η συμπεριφορά του συντονίζεται με τις παραληρητικές του ιδέες.

Επίσης παρατηρείται η γενικότερη εμφάνιση και συμπεριφορά του ασθενούς, όπως:

- ✓ Αν παραμελεί την εμφάνισή του, την ατομική καθαριότητά του, τον καλλωπισμό και τους τρόπους ευγενείας.
- ✓ Αν είναι υπερκινητικός και ανήσυχος ή έχει έλλειψη ενεργητικότητας.
- ✓ Αν κάνει μορφασμούς ή χειρονομίες που δεν σχετίζονται με τον λόγο του.
- ✓ Αν το ύφος του αρρώστου εκφράζει αδιαφορία ή απάθεια.

Παράλληλα με την εμφάνιση και συμπεριφορά του παρανοϊκού σχιζοφρενούς ασθενούς, αξιολογούνται και η σωματική κατάσταση και υγεία του. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να ελέγχονται τα βασικά συστήματα, όπως:

- ✓ Αισθητήρια όργανα
- ✓ Αναπνευστικό σύστημα
- ✓ Κυκλοφορικό σύστημα
- ✓ Γαστρεντερικό σύστημα
- ✓ Ουροποιητικό σύστημα
- ✓ Νευρομυϊκό σύστημα

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στην ανεύρεση και έγκαιρη αξιολόγηση τυχόν παθολογικών σωματικών προβλημάτων του ασθενή, που μπορούν να περιπλέκουν τη ψυχική νόσο.

Βέβαια ο βαθμός στον οποίο ο νοσηλευτής πετυχαίνει να βγάζει αξιόπιστα συμπεράσματα για τις ανάγκες και τα προβλήματά του

ασθενή, κυμαίνεται. Εκτός από τις θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται, απαραίτητη είναι επίσης για την επαλήθευση και ερμηνεία των νοσηλευτικών περιστάσεων και η συνεργασία με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που συνθέτουν την αξιολόγηση του πάσχοντος^[4].

ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Ο ασθενής που πάσχει από παρανοειδή σχιζοφρένεια με την έκδηλη ψυχιατρική συμπτωματολογία του, αλλά και μια ευαίσθητη καρδιά, κατανοεί, διαισθάνεται, υποφέρει, ευγνωμονεί, ποθεί την υγεία και έχει τη φυσική τάση για ανάρρωση. Είναι ένας άνθρωπος, μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα, μια αδιαίρετη και ανεπανάληπτη ύπαρξη με μοναδική ατομική ιστορία ζωής και προσωπικά προβλήματα.

Επομένως ο νοσηλευτής καλείται να πλησιάσει, να γνωρίσει, να κατανοήσει και στη συνέχεια να νοσηλεύσει τον ασθενή ως ολότητα και ως άτομο που πάσχει και ζητά ουσιαστική βοήθεια.

Για την επίτευξη της σωστής αξιολόγησης των ατομικών αναγκών και δυνατοτήτων του ασθενή απαιτούνται: η παρατηρητικότητα και οι διαπροσωπικές δεξιότητες. Γι' αυτό τον λόγο ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ευρεία γνώση των θεωρητικών αρχών από τις φυσικές και κοινωνικές επιστήμες που σχετίζονται με τον άνθρωπο.

Ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της παρατήρησης του ασθενή πρέπει να ξέρει τι να προσέξει, να αναγνωρίσει κάτι όταν το δει και να είναι σε θέση να το καταγράψει με ακρίβεια και επιστημονικότητα για να αποφασίσει στη συνέχεια ποια νοσηλευτικά μέτρα θα εφαρμόσει.

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή εξαρτάται από τις γνώσεις του, αλλά και από την έμφυτη ικανότητά του. Όταν παρατηρεί θα πρέπει να διατηρεί ανεπηρέαστη τη διάνοιά του σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς. Διαφορετικά συναισθήματα τα τονίζει ως ενδείξεις που θα ταιριάζουν με τη διάγνωση, ενώ θα παραβλέπει εκείνες που δεν ταιριάζουν. Αυτό όμως μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη αξιολόγηση, που σίγουρα θα αποβεί επιζήμια για τον ασθενή.

Ωστόσο ως νοσηλευτικές παρατηρήσεις συμπληρώνουν και επαληθεύουν διαπροσωπικές δεξιότητες όπως η ακρόαση και η συνέντευξη.

Ο νοσηλευτής κατά την ακρόαση ακούει τον ασθενή με συμπάθεια και θετικό τρόπο, χωρίς να δίνει συμβουλές, να εκφέρει γνώμη ή να κάνει υποδείξεις. Κατ' αυτόν τον τρόπο ο ασθενής αποβάλλει την ένταση και το άγχος του και ενθαρρύνεται στο να περιγράψει τις δυσκολίες και τα προβλήματά του.

Συνδυάζοντας την ακρόαση με την προσωπική συνέντευξη και κυρίως με τη χρήση ανοιχτών ερωτήσεων, ο νοσηλευτής γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή και αρχίζει η πρώτη, πρόσωπο προς πρόσωπο, επικοινωνία μαζί του, με σκοπό βέβαια την ανάπτυξη θετικού διαλόγου μαζί του.

Οι πρώτες συναντήσεις ασκούν αποφασιστική επίδραση στην ανάπτυξη του διαλόγου αυτού και στην μετέπειτα προσωπική συναλλαγή τους, ενώ παράλληλα αποτελούν την κύρια πηγή πληροφοριών που προέρχονται μέσα από το ίδιο άτομο.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονισθεί ότι ο νοσηλευτής κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση δεν χρησιμοποιεί τον ασθενή ως απλή πηγή πληροφοριών προς εξερεύνηση, ούτε τον μεταβάλλει σε αντικείμενο προς μελέτη. Δίδεται όμως η ευκαιρία για να διαβιβάσει ο νοσηλευτής

στον ψυχικά άρρωστο ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση, να τον βεβαιώσει για την πίστη του στην αξία του ως προσώπου εκφράζοντας αισθήματα αγάπης, αποδοχής και σεβασμού. Με άλλα λόγια η νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου αποτελεί υπεύθυνο νοσηλευτικό έργο^[4].

Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Αν η παραμονή στο νοσοκομείο μπορεί να δώσει στον ασθενή ευκαιρίες για να μάθει να ζει όμορφα και πιο πετυχημένα με τους άλλους ανθρώπους, αυτό θα συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία του ασθενούς.

Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια:

- Για να μάθουν να ντύνονται κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις.
- Για να αναλάβουν υπευθυνότητα για την εργασία που τους ανατίθεται.
- Για να φροντίζουν για τις φυσικές τους ανάγκες, έτσι ώστε να γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους.
- Για να τρώνε με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους.
- Για να δέχονται τη δικαιολογημένη αλλαγή του προγράμματος στο φαγητό, τον ύπνο, την καθαριότητα.
- Για να αποφεύγουν να πληγώνουν τους άλλους.
- Για να συμβιβάζονται με πολλές άλλες πλευρές της ομαδικής συμβίωσης^[6].

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. Ψυχικά προβλήματα

α) Κοινωνική απομόνωση

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

- ✓ Δυσκολία δημιουργίας σχέσεων με άλλους.
- ✓ Έκφραση συναισθημάτων απόρριψης.
- ✓ Απόσυρση / απομόνωση, παραμονή στο κρεβάτι πολλές ώρες.
- ✓ Ακατάλληλα ή ανώριμα για την ηλικία του αρρώστου ενδιαφέροντα και δραστηριότητες.

Ο νοσηλευτής αξιολογεί την έκταση της θεληματικής απομόνωσης του αρρώστου, ώστε να οργανώσει ένα πλάνο στρατηγικής διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνίες και δραστηριότητες.

Διαθέτει λίγη ώρα μαζί του, αλλά πολλές φορές την ημέρα και φροντίζει να είναι η επικοινωνία του ενδιαφέρουσα, αλλά όχι προκλητική και απαιτητική.

Συζητάει με τον άρρωστο π.χ. για τα αντικείμενα στο δωμάτιό του, τις αγαπημένους του απασχολήσεις, με σκοπό τη βελτίωση των κοινωνικών του δεξιοτήτων.

Παροτρύνει τον ασθενή να πλησιάζει άλλους αρρώστους με όμοια ενδιαφέροντα, με τους οποίους κατά τη γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί.

Παράλληλα προωθεί βαθμιαία τον άρρωστο σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο αντοχής και την διανοητική και ψυχολογική λειτουργικότητα, π.χ. σχεδιασμό γευμάτων, απλά επιτραπέζια παιχνίδια,

απλές ομαδικές απασχολήσεις και συζητήσεις, ώστε να εκτεθεί ο άρρωστος προοδευτικά σε πιο περίπλοκες διαπροσωπικές σχέσεις. Επίσης προσπαθεί να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει την διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο. Ο άρρωστος μπορεί περιστασιακά και σε κατάλληλες ώρες να διαλέξει να μείνει μόνος. Αναμφίβολα αυτό που επιθυμεί ο νοσηλευτής είναι να πείσει και να μάθει τον ασθενή ότι αναμένεται η συμμετοχή του και ότι είναι αξιόλογο μέλος της κοινωνικής ομάδας.

β) Επιπέδωση/ απουσία συναισθήματος

Χαρακτηριστικά αποδεικτικά στοιχεία

- ✓ Απάθεια στα εξωτερικά ερεθίσματα
- ✓ Κενή ευφορία
- ✓ Δύσκαμπτο συναίσθημα.

Η φαινομενική έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και η απάθεια στο ύφος του παρανοϊκού σχιζοφρενούς ατόμου μπορεί να εκληφθεί από τον νοσηλευτή ως αδιαφορία για τον εαυτό του και την κατάστασή του και ότι επικοινωνεί σαν μια μηχανή^[31].

Επίσης η επιπέδωση του συναισθήματος παρουσιάζεται και από την μακρόχρονη παραμονή του αρρώστου εντός νοσοκομείου με αποτέλεσμα να μην αντιδρά στα ερεθίσματα γύρω του και σε ότι διαδραματίζεται στο χώρο που ζει καθημερινά. Συνήθως οι απαιτήσεις που δίνει σε ερωτήσεις του νοσηλευτή, είναι μονολεκτικές ή κόνοντας απλό νεύμα.

Από την πλευρά του νοσηλευτή χρειάζεται απλώς κατανόηση και

να μην απογοητεύεται στην προσπάθεια επικοινωνίας με τον ασθενή. Χρειάζεται όμως να του αφιερώνει χρόνο καθημερινά και να τον προτρέπει να ασχολείται με άλλες δραστηριότητες όπως να παρακολουθεί τηλεόραση, να ακούσει μουσική ή να διαβάξει εφημερίδες και περιοδικά.

Επίσης ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνάει ότι η επιβράβευση όταν ο άρρωστος καταβάλλει κάποια προσπάθεια, είναι σημαντική και απαραίτητη. Αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε προφορικά, είτε πρακτικά με την προσφορά ενός «βραβείου» που επιθυμεί ο ασθενής όπως τσιγάρα, γλυκά η καφέ.

Πάντως απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα έως και μήνες, μέχρι ο παρανοϊκός ασθενής να απαντήσει ικανοποιητικά στα εξωτερικά ερεθίσματα και αυτό πρέπει να είναι γνωστό στον νοσηλευτή, ώστε να μην χάσει την υπομονή του αλλά την επιμονή του στην προσπάθεια αυτή.

γ) Αποδιοργάνωση λόγου και σκέψης

Χαρακτηριστικά / αποδεικτικά στοιχεία

- ✓ Ανικανότητα λογικής ομιλίας
- ✓ Λεκτικές φράσεις ασύνδετες, ακατάληπτος λόγος
- ✓ Χάλαση συνειρμών

Ο βαθμός της λεκτικής επικοινωνίας επηρεάζει την ικανότητα του αρρώστου να επικοινωνεί με το προσωπικό και τους άλλους αρρώστους ή να συμμετέχει στην φροντίδα του.

Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τη δυσκολία που έχει ο παρανοϊκός ασθενής να εκφράσει ιδέες και συναισθήματα, γι' αυτό και τον αντιμετωπίζει με συμπάθεια.

Με ευγενή αλλά σταθερό τρόπο, ο νοσηλευτής πληροφορεί τον ασθενή ότι δεν συμερίζεται την ερμηνεία που δίνει εκείνος σε ένα γεγονός αν και αναγνωρίζει τα αισθήματά του. Με αυτό τον τρόπο βοηθάει τον ασθενή να επικεντρώσει την προσοχή του σε πραγματικές και όχι σε φανταστικές καταστάσεις. Εάν ο ασθενής αρχίσει να προβληματίζεται με τις παραληρητικές ιδέες του, ο νοσηλευτής μπορεί σιγά-σιγά να τον βοηθήσει να καταλάβει τις σκέψεις του αυτές, που σ' αυτόν φαντάζουν τρομακτικές, είναι στην πραγματικότητα εκδηλώσεις της παθήσεώς του^[8].

2. Αντιμετώπιση σωματικών προβλημάτων

Όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες και στους περισσότερους ασθενείς εμφανίζονται σωματικά προβλήματα από τις αντιδράσεις των αντιψυχωτικών φαρμάκων, όπως^[8]:

α) Εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες

Εξωπυραμιδικές (νευρολογικές) ανεπιθύμητες ενέργειες συμβαίνουν στο 10-30% των ασθενών και είναι αρκετών τύπων:

- i. Δυστονία: Συμβαίνει στην αρχή της θεραπείας, κυρίως την πρώτη εβδομάδα. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν σπασμούς των μυών, των οφθαλμών, του προσώπου, του αυχένα, της ράχης, που μπορεί να είναι δραματικές και αναμφίβολα τρομάζουν τον ασθενή. Πιο συχνά όμως η δυστονία "βιώνεται σαν απλή μυϊκή δυσκαμψία.

- ii. Παρκινσονισμός: Συμβαίνει γενικά στο διάστημα μεταξύ πρώτης και τέταρτης εβδομάδας μετά την έναρξη της θεραπείας. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται βραδυκινησία, σύριμο του βήματος, ελαττωμένη ενεργητικότητα, πρόσωπο σαν μάσκα και τρόμος.

- iii. Ακαθυσία: Είναι πολύ συχνή και συμβαίνει μία μέχρι έξι εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Περιλαμβάνει εσωτερική ανησυχία, βηματισμό, κούνημα μπρος-πίσω σαν αδυναμία να καθίσει το άτομο ακίνητο. Συχνά βιώνεται σαν «πόδια που πηδάνε».

- iv. Όψιμη δυσκινησία: Είναι η πιο δυσόιωνη από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών. Εκτιμάται ότι συμβαίνει σε 2-50% των ασθενών. Περιλαμβάνει ακούσια κινητική δραστηριότητα, στην οποία περιλαμβάνονται κινήσεις των χειλών (απομύζησης, χτυπήματος), κινήσεις σιαγόνων, κινήσεις των άκρων και ενδεχόμενα δυσκολία στην κατάποση.

Με την εμφάνιση εξωπυραμιδικών συνδρόμων, ο νοσηλευτής πρέπει:

- ✓ Να ενημερώνει τον ψυχίατρο και να αποφασίσουν από κοινού αν μπορεί να ελαττωθεί η δόση φαρμάκου που προκάλεσε το σύνδρομο ή πρέπει να προστεθεί αντιπαρκινσονικό φάρμακο (Aztane, Akineton).
- ✓ Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή, ο οποίος ανησυχεί και να τον διαβεβαιώσει ότι σύντομα θα υποχωρήσουν τα συμπτώματα που του παρουσιάζονται.

- ✓ Να επιβλέπει προσεκτικά τον ασθενή κατά τη χορήγηση των συνιστώμενων φαρμάκων, για να βεβαιωθεί ότι τα πήρε πράγματι.
- ✓ Να βοηθάει τον ασθενή και να επεμβαίνει ενεργητικά στην εκπλήρωση των βασικών καθημερινών αναγκών του, όπως κατά τη διάρκεια του φαγητού ή όταν περπατά μέσα στο χώρο της κλινικής.
- ✓ Σε περίπτωση ακαθυσίας, που είναι μια κατάσταση αρκετά κουραστική για τον ασθενή, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει κάνοντας μαζί του μια βόλτα πέρα από τα όρια της κλινικής, π.χ. στην αυλή, ενώ ταυτόχρονα τον τονώνει ηθικά.
- ✓ Να ενημερώνει την προϊστάμενη του τμήματος και τους θεράποντες ιατρούς για την εξέλιξη των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων του ασθενή^[8].

β) Καρδιολογικά προβλήματα (ταχυσφυγμία- υπόταση)

Τα προβλήματα αυτά προκύπτουν από τη χορήγηση παραγώγων των φαινοθειαζίνων (Lagactil, Mellezil, κ.ά.) και εκδηλώνονται με ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία και κοιλιακή ταχυαρρυθμία^[32].

Ο νοσηλευτής πρέπει καθημερινά να συγκεντρώνει πληροφορίες για την φυσική κατάσταση του ασθενούς έτσι ώστε αν τυχόν εμφανίσει καρδιολογικά προβλήματα να μπορεί:

- ✓ Ενημερώσει το ιατρικό προσωπικό του τμήματος για την εμφάνιση των επικείμενων συμπτωμάτων.
- ✓ Να φροντίσει να εξετασθεί ο ασθενής από αρμόδιο γιατρό, προς

- αποκλεισμό ύπαρξης άλλης οργανικής πάθησης και να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις.
- ✓ Να μετράει την Α.Π. σε ύπτια και όρθια θέση πριν τη λήψη του φαρμάκου και μισή ώρα μετά τη λήψη του, για να βρεθεί το μέγεθος του προβλήματος.
 - ✓ Σε περίπτωση ορθοστατικής υπότασης να χορηγήσει αντιυποτασικό, π.χ. effoitol και να προτρέψει τον ασθενή να βάζει περισσότερο αλάτι στο φαγητό του καθώς και να πίνει αρκετά υγρά.
 - ✓ Διδασκαλία του ασθενή να μην σκύβει απότομα για να μην λιποθυμήσει και να σηκώνεται σταδιακά από το κρεβάτι με μικρή στάση καθιστός και τα πόδια κρεμασμένα στην άκρη του κρεβατιού πέντε λεπτά, για πρόληψη της πτώσης.
 - ✓ Να παρακολουθεί συστηματικά τον ασθενή κατά την λήψη των αντιψυχοσωματικών φαρμάκων και να καταγράφει τις τυχόν αντιδράσεις που παρουσιάζονται.

γ) Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες

Είναι συχνές, συνήθως ήπιες, αλλά προκαλούν κάποια ενόχληση. Εξαφανίζονται μέσα σε λίγες μέρες ή εβδομάδες. Εκδηλώνονται με ξηρότητα στόματος, διαταραχές προσαρμογής των οφθαλμών και δυσκοιλιότητα.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής βοηθάει στη συμπτωματική αντιμετώπιση και πρόληψη των παρενεργειών με τις εξής παρεμβάσεις:

- ✓ Διδάσκει τον ασθενή πώς να φροντίζει την υγιεινή της

στοματικής του κοιλότητας και χορηγεί - κατόπιν ιατρικής συνταγής - βιταμίνες του συμπλέγματος Β για πρόληψη στοματίτιδας.

- ✓ Του προτείνει να μασάει τσίχλα χωρίς ζάχαρη για πρόκληση σιελόρροιας και να κάνει γαργάρες με νερό σε συχνά χρονικά διαστήματα για να ανακουφίζεται.
- ✓ Σε περιπτώσεις διαταραχής της όρασεως του ασθενή, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον οφθαλμίατρο για την έγκαιρη διαφοροδιάγνωση του συμπτώματος από άλλες οργανικές αιτίες και προσφέρει τη βοήθειά του στις καθημερινές ανάγκες και τη κίνηση του ασθενούς.
- ✓ Εάν παραπονεθεί ο ασθενής για πρόβλημα δυσκοιλιότητας, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει το σύμπτωμα εφαρμόζοντας δίαιτα που περιέχει άφθονες ίνες (ωμά φρούτα, χόρτα), συστήνει μεγάλη λήψη υγρών και χορηγεί ήπια υπακτικά φάρμακα.
- ✓ Επίσης ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνάει να ενισχύει θετικά και να τονώνει ηθικά τον ασθενή και να του υπενθυμίζει ότι όλα αυτά τα συμπτώματα είναι παροδικά^[33].

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η ψυχοφαρμακοθεραπεία είναι μια δραστηριότητα υπεύθυνη στην οποία συνεργάζονται η ιατρική και η νοσηλευτική. Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του για τα ψυχοτρόπα φάρμακα.

Οφείλει να είναι ικανοποιητικά καταρτισμένος για τα είδη των ψυχοφαρμάκων, των τρόπων χορήγησής τους, τις κύριες δράσεις τους και τις πιθανές παρενέργειές τους. Έτσι θα μπορεί να τις αναγνωρίσει και να ενεργήσει άμεσα.

Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι:

- ✓ 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, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- ✓ Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία.
- ✓ Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικά με: τις συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, κινητικές ανωμαλίες, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, σ βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες.

Τα στοιχεία που αναφέρθηκαν μέχρι εδώ θα αποτελέσουν τη βάση για τη λήψη των αποφάσεων, την επιλογή και τον συνδυασμό των φαρμάκων αλλά και τη μετέπειτα παρακολούθηση των αποτελεσμάτων.

Επίσης σε συνεννόηση με τον ψυχίατρο πρέπει να είναι σε ετοιμότητα για χορήγηση φαρμάκων σε περιπτώσεις κρίσεως ^[4].

Τώρα κατά την περίοδο της χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων οι ευθύνες του είναι:

- ✓ Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς για να αναγνωρίζει τη δράση που έχουν στον ασθενή, την εμφάνιση πιθανών παρενεργειών.
- ✓ Γνώση πιθανών αλλεργιών του ασθενή σε κάποιο είδος φαρμάκου.
- ✓ Παρατήρηση παρενεργειών από το αυτόνομο και κεντρικό νευρικό σύστημα, πιθανή τοξικότητα και συνεννόηση με τον ψυχίατρο για μείωση της δόσης ή διακοπή ενός φαρμάκου.
- ✓ Διδασκαλία του ασθενή σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές παρενέργειες να εξασφαλίσει τη συνεργασία του.
- ✓ Συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.
- ✓ Ανακούφισή του σε περιπτώσεις ξηρότητας στόματος και φάρυγγα, δυσκοιλιότητας, παρακράτησης ούρων κ.λπ.
- ✓ Διαπίστωση αν ο ασθενής όντως παίρνει την φαρμακευτική αγωγή, έλεγχος της στοματικής κοιλότητας μετά από τη λήψη φαρμάκου.
- ✓ Διαπίστωση της αποτελεσματικότητας ενός φαρμάκου. Σε αντίθετη περίπτωση ο ψυχίατρος δίνει εντολή αλλαγής του.

Η λευκοπενία και η ακοκκιοκυτταραιμία (καταστροφή των λευκών αιμοσφαιρίων) μπορεί να εμφανισθεί σε αρρώστους που παίρνουν χλωροπρομαζίνη. Εξακριβώνεται με τις τακτικές εξετάσεις αίματος, όπως ελέχθη, την προσοχή στα παράπονα του αρρώστου για αδιαθεσία και κακουχία και με τη συχνή θερμομέτρηση για τη διαπίστωση πυρετού που σημαίνει φλεγμονή. Χρειάζεται ακόμη

τακτική επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα για σημεία φλεγμονής ή εμφάνισης ρινορραγίας. Τα φαινόμενα αυτά συνεκτιμούνται με την ψυχική κατάσταση του αρρώστου για να αποφασισθεί η τυχόν διακοπή του φαρμάκου^[4].

6.3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Καθώς η σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών -κοινωνική, επαγγελματική κ.τ.λ. - 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 κ.τ.λ. Όσο περισσότερο χρόνο ο ασθενής έχει παραμείνει στο νοσοκομείο, τόσο πιο συστηματική, έντονη και επίμονη η προσπάθεια αποκατάστασης.

Είναι γεγονός ότι παράλληλη 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.

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^[34].

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 «αντιμεταβιβάσεις» από την πλευρά των θεραπευτών οι οποίοι βιώνονται από τον ασθενή σαν «καλοί» ή σαν «κακοί».

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 καν-όνων 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 του-ς τρόπους θεραπευτικής επίδρασης σε αυτά.

Κάτι τέτοιο όμως προϋποθέτει μια έντονη συνεργασία των απασχολούμενων 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^[35].

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 περίπτωση, 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 μετεκπαιδευτήκα προγράμματα εξυπηρετούν τη θετική δυναμική κατεύθυνση των θεραπευτικών ομάδων και προσφέρουν άσκηση των συμμετεχόντων^[35].

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^[34].

Τελειώνοντας τη σύντομη αναφορά στη σημασία των σπορ και της κινησιοθεραπείας 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»^[35].

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 δυνητική 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 περισσότερα 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^[35].

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 ενέργειας 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^[35].

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 απασχόλησή του με τη συγκεκριμένη εργασία, όπως π.χ.:

1. σε ποιο βαθμό έχει την ικανότητα να χρησιμοποιήσει μέτρα, όγκους, σχήματα, χρώματα, ποσότητες κ.λπ.
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.λπ.
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.λπ.

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.ά. Έχοντας σαν στόχο τη μετάδοση καθημερινών αναγκών στον ασθενή, η απασχολησιοθεραπεία θα πρέπει

να απλώνεται σε όλους τους χώρους τις 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, τη δημιουργικότητα, την ικανότητα για διάρκεια και για επεξεργασία προβλημάτων^[35].

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 καλυτέρευση της ικανότητας, επικοινωνίας με τους άλλους, την ενίσχυση των θετικών εμπειριών και γενικότερα τη δημιουργικότερη έκφραση της προσωπικότητας^[35].

6.4. 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^[36].

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^[37].

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^[36].

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) ^[8].

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^[8].

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.)^[38].

7. Ανάδοχη Οικογένεια

Πρόκειται για κάποια ευαισθητοποιημένη οικογένεια πάνω σε ψυχιατρικά προβλήματα, η 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_όνο, αφετέρου για να μειωθούν οι πιθανότητες αποτυχίας του προγράμματος^[4].

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 βάσεως στο σπίτι του ασθενή. Τα προτερήματα μιας τέτοιας αντιμετώπισης του ασθενή είναι προφανή. Η μέθοδος πρωτοεφαρμόσθηκε στην Ελλάδα από τον ψυχίατρο κ. Παν. Σακελλαρόπουλο στην αρχή υπό την αιγίδα του Αιγινητείου νοσοκομείου και μετά αυτόνομα από την «Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας»^[36].

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^[37].

10. Κέντρα Αντιμετώπισης Ψυχιατρικών Κρίσεων

Πρόκειται για ένα είδος κέντρου ψυχικής υγιεινής, που όμως λειτουργεί επί 24ώρης βάσης 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 κοινωνικού και οικονομικού 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^[36].

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 δυνατόν, 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^[36].

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^[38].

ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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 κ.τ.λ. 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 κ.τ.λ.

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 κ.τ.λ.

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

Οι υπηρεσίες μετανοδοκομειακής 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^[38].



ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1. ΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

- **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ Η/Υ**

Τα προγράμματα νευροψυχολογίας σε Η/Υ που είναι διαθέσιμα στους νευροψυχολόγους και στους σπουδαστές της νευροψυχολογίας προσφέρουν τη δυνατότητα ελέγχου των γνώσεων που έχουν αποκτηθεί έπειτα από εξοικείωση με τα βασικά στοιχεία και τις έννοιες της επιστήμης αυτής. Παρέχεται, επίσης, η δυνατότητα ενεργούς συμμετοχής μέσω της συμπλήρωσης των παρεχομένων τεστ (δοκιμασιών), διεξαγωγής πειραμάτων ή νευροψυχολογικών εκτιμήσεων [39].

- **ΤΟ INTERNET (ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ)
ΠΕΡΙ ΤΙΝΟΣ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ;**

Το Internet είναι ένα παγκόσμιο, μαζικό, ηλεκτρονικό μέσο επικοινωνίας και διάδοσης πληροφοριών. Συνήθως, οι σπουδαστές έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στο Internet μέσω των Η/Υ των Σχολών τους. Εάν δεν υπάρχει τέτοια πρόσβαση, τότε, για να συνδεθείτε με το Internet, θα χρειαστείτε έναν Η/Υ με modem και μια

τηλεφωνική γραμμή. Η ακαδημαϊκή κοινότητα γνωρίζει και χρησιμοποιεί το Internet από τα πρώτα χρόνια της εμφάνισής του, δηλαδή γύρω στο 1980. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημά του είναι η δυνατότητά του τόσο στο να φέρνει σε επαφή και επικοινωνία άτομα με κοινά ενδιαφέροντα, όσο και να παρέχει άμεση πληροφόρηση, ακόμα και για τα πιο απίθανα θέματα. Εφόσον συνδεθεί κανείς με το Internet, μπορεί αμέσως να επισκεφθεί αμέτρητες "σελίδες" με διάφορες πληροφορίες, αγαθά ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Κατά συνέπεια, μέσω του Η/Υ καθίσταται δυνατή η διερεύνηση ολόκληρου του Διαδικτύου, όπως ονομάζεται στα ελληνικά το Internet, για τον εντοπισμό των σελίδων εκείνων που σχετίζονται με τα ενδιαφέροντα του καθενός. Πέρα από την εύρεση του υλικού που κάθε φορά μας ενδιαφέρει, είναι δυνατό το "κατέβασμα. όποιων πληροφοριών" (downloading) στον προσωπικό μας Η/Υ ή η απευθείας εκτύπωσή τους.

• **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

Οι ιστοσελίδες, που καταχωρίζονται παρακάτω, είναι εκείνες που παρέχουν σημαντικές γραπτές και οπτικές πληροφορίες για όλους όσους ενδιαφέρονται για την νευροψυχολογία. Οι ιστοσελίδες αυτές παρέχουν πληροφόρηση επί νευροψυχολογικών θεμάτων, διευθύνσεις σημαντικών οργανώσεων και ερευνητικών ομάδων, συνδέσμους με νευροψυχολογικά βιβλία και περιοδικά, πληροφορίες σχετικά με επικείμενα συνέδρια και πολλές άλλες σχετικές πληροφορίες. Το Διαδίκτυο συνεχώς εξελίσσεται και ενημερώνεται, με αποτέλεσμα μερικές ιστοσελίδες να "παλιώνουν" πολύ γρήγορα (Οι ιστοσελίδες κατασκευάζονται, συνήθως, από ένα άτομο, το οποίο μπορεί και πρέπει

να έρχεται σε επικοινωνία με αρκετό κόσμο μέσω της διεύθυνσης του ηλεκτρονικού του ταχυδρομείου (e-mail address), ώστε οι ενδιαφερόμενοι να είναι σε θέση να διαβιβάζουν τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις τους ή τα ερωτήματά τους.

Οι παρακάτω ιστοσελίδες έχουν επιλεγεί με την προϋπόθεση ότι θα βρίσκονται ακόμη σε λειτουργία, όταν θα διαβάζονται οι γραμμές αυτές. Ένα ενδιαφέρον χαρακτηριστικό των σελίδων αυτών είναι ότι παρέχουν σύνδεσμο με άλλες σχετικές ιστοσελίδες. Κατά την έννοια αυτή το Διαδίκτυο δεν είναι παρά μια πόρτα, που ανοίγοντάς την αποκαλύπτεται μια σειρά από άλλες πόρτες. Εισερχόμενοι σε μία από αυτές θα ανακαλύψουμε μία άλλη σειρά από πόρτες. Μ' όλα αυτά δεν είναι δύσκολο να αντιληφθεί κανείς, γιατί ορισμένοι γίνονται "Διαδικτυομανείς"^[39].

Neuropsychology Central

Διεύθυνση: <http://www.neuropsychologycentral.com/index.html>.

Περιεχόμενα: Πρόκειται για την καλύτερη νευροψυχολογική ιστοσελίδα website που μπορέσαμε να βρούμε. Περιέχει πληροφορίες για όλους τους κλάδους της νευροψυχολογίας, καθώς και διάφορους συνδέσμους με οργανισμούς, MME, πηγές προσφοράς εργασίας, διαδικασίες αξιολόγησης και δωρεάν νευροψυχολογικό λογισμικό.

World Wide Web Virtual Library for Neurosciences

Διεύθυνση: www.neuro.med.cornell.edu/VL/

Περιεχόμενα: Συλλογή βιβλιογραφίας και παραπομπών για τις νευροεπιστήμες.

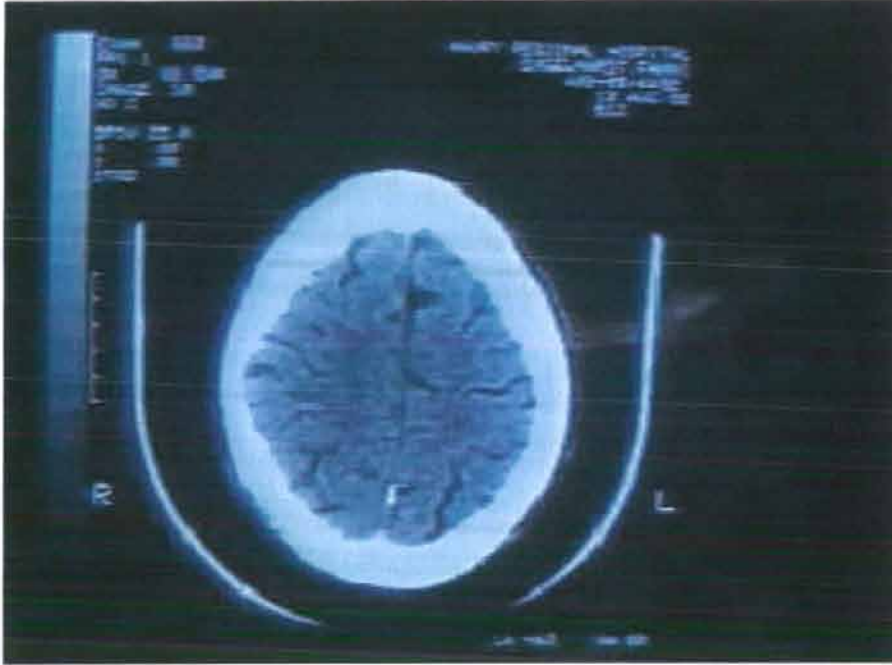
- **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΣΩ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ**

Τα τελευταία χρόνια, έγιναν πολλές προσπάθειες για την απαλοιφή των προβλημάτων επίδρασης του εξεταστή πάνω στον ασθενή με την ανάπτυξη μεθόδων αξιολόγησης μέσω υπολογιστή. Μία μέθοδος χορήγησης των δοκιμασιών μέσω υπολογιστή έχει πολλά πλεονεκτήματα: παρουσιάζει όλες τις πληροφορίες/αντικείμενα με έναν τυποποιημένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ένας υπολογιστής δεν βαριέται, δεν θυμώνει, δεν κουράζεται, ενώ καταγράφει όλες τις απαντήσεις με μεγάλη ακρίβεια. Πολύπλοκες αναλύσεις και βαθμολόγηση γίνονται πολύ γρήγορα και τα αποτελέσματα είναι διαθέσιμα αμέσως μετά την εξέταση. Τέλος, τα στοιχεία μπορούν άμεσα να σωθούν σε μία δισκέτα. Με τη χρήση του υπολογιστή επιτυγχάνεται οικονομία στο χρόνο εκτίμησης μέχρι και 60%^[39].

- **ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΣΤ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ**

Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές χρησιμοποιήθηκαν για κάποιο χρονικό διάστημα στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των ψυχολογικών τεστ. Ουσιαστικά, η ερμηνεία των τεστ που γίνεται με τη βοήθεια των υπολογιστών σχετίζεται με την εισαγωγή των αποτελεσμάτων ενός ψυχολογικού τεστ σε ένα πρόγραμμα υπολογιστή, το οποίο επεξεργάζεται αυτά τα δεδομένα και δίνει μία ερμηνεία για τη σημασία των βαθμολογιών του τεστ. Το MMPI, και τώρα το MMPI-2 και το MMPI-A, είναι τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα τεστ για τα οποία διατίθενται τέτοια συστήματα ερμηνείας^[22].

- **ΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**



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 στοιχειώδης προσομοίωση του εγκεφάλου του ανθρώπου θα βοηθήσει ώστε να εντοπιστούν τα πρώιμα σημεία της σχιζοφρένειας, προτού ακόμη αρχίσουν να εμφανίζονται συμπτώματα της νόσου.

Ο στοιχειώδης "τεχνητός εγκέφαλος" έχει κατασκευαστεί 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.

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στη θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι η πρόωπη 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 ανάλυσή του να διακρίνει με 100% ακρίβεια ανάμεσα στις δύο 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 Ρόμπιν 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 (Επιστημονικές εξελίξεις 22/2/2001)^[40].

- **ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΘΗΚΑΝ ΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Νέα Υόρκη: Τα πρότυπα της απώλειας ιστού στον εγκέφαλο εφήβων που πάσχουν από σχιζοφρένεια καταγράφηκαν με απεικονιστική μέθοδο από ερευνητές του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια στο Λος Αντζελες, με στόχο την κατανόηση της διαταραχής και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας νέων φαρμάκων. Ο Δρ Πολ Τόμσον και οι συνεργάτες του περιγράφουν σε δημοσίευσή τους στα Proceedings of the National Academy of Sciences το "δυναμικό κύμα αλλαγών" που εντόπισαν στον εγκέφαλο 12 ασθενών που είχαν εμφανίσει συμπτώματα της ασθένειας από την ηλικία των 12 περίπου ετών.

Σύμφωνα με δηλώσεις του Δρ Τόμσον στο Reuters Health, αυτές οι αλλαγές είναι αναμενόμενο να σημειώνονται σε άτομα που εκδηλώνουν τη διαταραχή στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της δεύτερης δεκαετίας της ζωής τους, οπότε και παρατηρούνται τα περισσότερα κρούσματα της νόσου.



Η απώλεια νευρικού ιστού φαίνεται να ξεκινά στους βρεγματικούς λοβούς, περιοχή που συνδέεται με ανώτερες νοητικές λειτουργίες όπως η λογική σκέψη. Στη συνέχεια, επεκτείνεται ταχύτατα και σε άλλες περιοχές του εγκεφάλου, επηρεάζοντας την ακοή και τη δυνατότητα ελέγχου των κινήσεων.

Η επέκταση των δομικών αλλοιώσεων σηματοδοτεί την επιδείνωση των συμπτωμάτων της νόσου, όπως η διαστρεβλωμένη αντίληψη της πραγματικότητας, η αποδιοργανωμένη σκέψη και η μειωμένη ικανότητα συναισθηματικής επικοινωνίας.

Συμπληρώνοντας το παζλ

Μία από τις πλέον ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις των ερευνητών ήταν ότι ακόμα και απολύτως υγιείς έφηβοι παρουσιάζουν περιορισμένη απώλεια ιστού στις ίδιες περιοχές του εγκεφάλου. Επομένως, αναφέρει ο Δρ Τόμσον, είναι πιθανόν η σχιζοφρένεια να οφείλεται σε επιτάχυνση ή διαταραχή του μηχανισμού που προκαλεί τη φυσιολογική αυτή απώλεια.

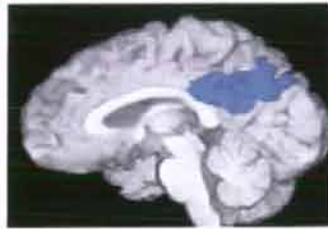
Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι περιοχές του εγκεφάλου που υφίστανται τις μεγαλύτερες απώλειες ως αποτέλεσμα της ασθένειας είναι ευαίσθητες στο στρες, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η σχιζοφρένεια ίσως σχετίζεται με παλαιότερα ψυχικά τραύματα ή άλλες ασθένειες.

Παρ' όλο που είναι γνωστό εδώ και χρόνια ότι η **σχιζοφρένεια** εκδηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε συγγενείς ατόμων που πάσχουν από αυτήν -ενδέχεται επομένως να υπάρχει γενετικό υπόβαθρο-, τα αίτια της διαταραχής παραμένουν εν πολλοίς άγνωστα.

"Η αιτία της σχιζοφρένειας είναι πραγματικά ένα μεγάλο παζλ" αναφέρει ο Δρ Τόμσον και, προς το παρόν, οι ερευνητές "προσπαθούν

να ταιριάζουν τα επιμέρους κομμάτια" (Επιστημονικές εξελίξεις 25/9/2001)^[40].

- **ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**



Θεσσαλονίκη: Νέα μέθοδος, που βοηθά στην πρώιμη διάγνωση της νόσου Αλτσχάιμερ, αλλά και άλλων **νευροψυχιατρικών νοσημάτων, όπως η νόσος Πάρκινσον και η σχιζοφρένεια**, και η οποία βασίζεται στην οφθαλμοκίνηση, ανακοινώθηκε στο 3ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Η μελέτη της κινητικότητας της κόρης του ματιού θα μπορούσε να δώσει σημαντικότερες πληροφορίες, χρήσιμες στη διάγνωση της νόσου Αλτσχάιμερ και μάλιστα να οδηγήσει σε οριστική διάγνωση. Οι πρώτες προσπάθειες έγιναν με ενστάλαξη συγκεκριμένων ουσιών στο μάτι, αλλά γρήγορα φάνηκε, ότι η μέθοδος αυτή παρουσιάζει σημαντικά μειονεκτήματα. Έτσι επικράτησαν οι οπτικές μέθοδοι κορημετρίας, που καταγράφουν και αναλύουν ολόκληρη την αντίδραση της κόρης του ματιού στο φως με μεγάλη αξιοπιστία.

Ένα νέο, πλήρως αυτοματοποιημένο, σύστημα για την καταγραφή της αντίδρασης της κόρης του ματιού στο φως, είναι αυτό

που αναπτύχθηκε από το εργαστήριο κλινικής νευροφυσιολογίας, που διευθύνει ο καθηγητής Φώτης Φωτίου, της Α' Νευρολογικής Κλινικής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με το εργαστήριο μηχανικής ρευστών του Α.Π.Θ.

Η όλη εξέταση, τόνισε ο κ. Φωτίου, είναι μια σύντομη διαδικασία και δεν υποβάλει τον ασθενή σε κανενός είδους ταλαιπωρία, καθώς μετά από σύντομη παραμονή του στο σκοτάδι, καταγράφεται και αναλύεται η αντίδραση της κόρης του ματιού του σε ένα φωτεινό ερέθισμα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το σύστημα από μόνο του δεν θέτει τη διάγνωση, αλλά σε συνδυασμό με το ιστορικό και την κλινική εικόνα δίνει στο γιατρό τη δυνατότητα να απαντήσει σε δύσκολα διαγνωστικά προβλήματα, που αφορούν τη διάκριση μεταξύ της νόσου Alzheimer από άλλες άνοιες διαφορετικής αιτιολογίας, που μπορεί να εμφανιστούν στην τρίτη ηλικία (Επιστημονικές εξελίξεις 11/4/2005)^[40].

Πώς θα το ονομάζαμε αυτό το νέο φρούτο; «Κυβερνο-ψυχοθεραπεία»; «Ηλεκτρονική ψυχοθεραπεία» ή «ηλεκτρο-ψυχανάλυση»; 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 άκρη του υπολογιστή μας δεν βρίσκεται άνθρωπος, αλλά μηχανή προγραμματισμένη να απαντάει στις αγωνίες της ψυχής μας.

- **«MENTAL HEALTH NET»**

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.

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 ασθένειά τους για τις οικογένειες και τους φίλους των ασθενών, για σπουδαστές ψυχιατρικής κ.λπ.

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^[40].

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.



Αυτός ο άστεγος άνδρας υποφέρει από παρανοειδή σχιζοφρένεια. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης μάς εμποδίζουν να τον βοηθήσουμε^[3]

«Γέμισα το κενό στο μυαλό μου μαζεύοντας κομμάτια σκόρπιων συζητήσεων. Οι άλλοι πίστευαν ότι ήμουν ηλίθιος, χαζός, ένας κλόουν και μιλούσαν μ' αυτόν τον τρόπο έως ότου με απέρριπταν από την ομάδα και μετά έκαναν ειρωνικά σχόλια πίσω από την πλάτη μου. Όλοι με κοιτούσαν. Έπρεπε να αντιμετωπίσω την ένταση του μεγάλου ονείρου. Με μισούσαν. Είμαι ο εφευρέτης του rock and roll. Δεν είμαι αστέρι, αλλά ένας δίσκος, ένας μάγος».

Ross David Burke^[3]

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χαρτοκόλλης Πέτρος, «Εισαγωγή στην ψυχιατρική», Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991.
2. Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1988.
3. Barlow Durand, «Ψυχολογία και παθολογική συμπεριφορά: Μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση», Β' Τόμος, Εκδόσεις «Έλλην», 2001.
4. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», Δ' Έκδοση, 2004.
5. Internet «www.schizophrenia, my therapy.com», 2004.
6. Daris J.M., «Schizophrenia channou RA, Psychiatry – Diagnosis and therapy», 1988.
7. Fortinast K.M., Holoday – Worrest P.A., «Psychiatric nursing care plans», St. Louis: Mosby, 1991.
8. Γιαννοπούλου Χρ. Α., «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 4^η, Εκδοτικός Οίκος Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 1988.
9. Διακογιάννης Ι.Α., «Κλινική Ψυχιατρική», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Αθήνα 1974.
10. «Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής, και Εφαρμογές στην Ελλάδα», Τόμος Α', 2002.
11. «Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς», Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις Ε.Π.Ε., 1993.
12. «Ψυχιατρική και Ιατρική», MD, MPH, English Page, Σκαπινάκης Π., Copy right (c) MedNet Hellas, 1992.
13. Στεφανής και Συνεργάτες, «Μαθήματα ψυχιατρικής, με στοιχεία ψυχολογίας», Τεύχος Α', Αθήνα, 1990.

- 14.Ρασιδάκης Ν., «Στοιχεία ψυχιατρικής», Ε' Έκδοση, Εκδόσεις Μωραΐτου – Σιδερίδη, Αθήνα 1999.
- 15.Ντεζελ ΖΙΑ και Γκουττάρι Φέλιξ, «Καπιταλισμός και Σχιζοφρένεια. Ο Αντι-Οιδίπους», Εκδόσεις Ράππα, 1981.
- 16.Kales Anthory et al, «Recent advances in schizophrenia» Springer – Verlag Press, 1997.
- 17.Mc. Guffin Peter – Murray Robin, «The mental Health Foundation. The new genetics of mental illness», Buheworth – Heinemann, 1994.
- 18.Marga Simon coler Kareu Gogette, Vincent, «Ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα», Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», 2001.
- 19.Kaplan Havalid et al, «Synopsis of Psychiatry», Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, Eight Edition, 1998.
- 20.Smitherman C., «Nursing actions for health promotion», Philadelphia: Paris, 1981.
- 21.Π. Σακελαλρόπουλος, «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα», Εκδόσεις Παπαζήση, 1995.
- 22.Lynda A. Heiden – Michel Hersen, «Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία», Γ' Έκδοση – Ελληνικά Γράμματα, 1999.
- 23.Albert, M. and Friedhoff, «Schizophrenia», Bulletin, 1980.
- 24.Internet www.Yahoo.com 2005.
- 25.«Τετράδια ψυχιατρικής». Τριμηνιαία περιοδική έκδοσης της επιστημονικής ένωσης του ΙΝΑ. Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 2004.
- 26.«Σχιζοφρενείς και οικογένεια». Γράμματα, 1978.
- 27.Ιεροδιακόνου Χ., «Ψυχαναλυτική Ψυχοπαθολογία: Θεωρία και πράξη», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη, 1988.

- 28.Πιζάντε Μαριλίν, «Οι ανατροπές του Καρτεσιανού Μοντέλου. Νέες μορφές ψυχοθεραπείας», Ελευθεροτυπία, 2000.
- 29.Τσελίκα Ηλέκτρα, «Το θέατρο γιατρεύει. Νέες μορφές ψυχοθεραπείας», Ελευθεροτυπία, 2000.
- 30.«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα».
- 31.Lenzenwegen Mark – Gohesman Irving, «Encyclopedia of human Behavior», Volume Four, Academic Press, 1994.
- 32.Freeman Artur, MD et al, «Psychiatry for the Primary Care Physicians», 1979.
- 33.«Προληπτική Νοσηλευτική», 20^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσ/κό Συνέδριο – Πρακτικά, Πόρτο Καρράς – Χαλκιδική, 1993.
- 34.Αθανασίου Ν. Μαρτίνου «Η δοκιμασία TRH σε σχιζοφρενείς πριν και μετά τη θεραπεία με νευροληπτικά φάρμακα», Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1982.
- 35.Ψυχολογία Β' Λυκείου Ε.Π. Παπανούτσου.
- 36.Μαδιανός Μιχάλης, «Κοινωνική Κοινοτική ψυχιατρική στην Αθήνα 1979-1983», Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
- 37.Lempriere T. et al., «Εγχειρίδιο ψυχιατρικής Ενηλίκων, Στοιχεία Κοινωνικών Ψυχιατρικής και Εφαρμογή στην Ελλάδα», Α' Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1994.
- 38.«Social Services Select Committee», Community Care, Vol. 1 HMSO, London 1985.
- 39.G. Neil Martin, «Νευροψυχολογία: Εγκέφαλος και Συμπεριφορά», Εκδόσεις Έλλην, 2003.
- 40.Internet www.medium.gr & www.Health.in.gr.

