



ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕΣΩ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

Γκουρνέλου Παναγιώτα Α.Μ. 5568
Μαρδάκη Ελένη Α.Μ. 5562

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Κουτσογιάννης
Κωνσταντίνος

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4874
----------------------	------

ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ:

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕΣΩ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ**



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	10
<u>Α' ΜΕΡΟΣ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	
<u>ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</u>	13
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
<u>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</u>	14
2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	14
2.2 ΕΠΙΠΤΩΣΗ – ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ	14
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	
<u>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ</u>	16
3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	16
3.2 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	17
3.2.1 ΕΙΝΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ;	17
3.2.2 ΜΗΠΩΣ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΠΟΥ ΜΕΓΑΛΩΝΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ ;	17
3.2.3 ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΣΧ. ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΑΝΩΜΑΛΙΑ;	18
3.2.4 ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΣΧ. ΣΕ ΔΟΜΙΚΗ ΑΝΩΜΑΛΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ;	18
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u>	
<u>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</u>	19
4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	19
4.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	19
4.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	19
4.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	21
4.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21

4.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	22
4.3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ	22
4.3.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ	25
4.3.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ	25
4.3.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	26
4.4 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ	26
4.4.1 ΠΑΡΑΝΟΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	26
4.4.2 ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ Η ΗΒΙΦΡΕΝΙΚΟΣ	27
4.4.3 ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	29
4.4.4 ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ ΤΥΠΟΣ	29
4.4.5 ΥΠΟΛΛΕΙΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

<u>ΘΕΡΑΠΕΙΑ</u>	31
5.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	31
5.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	32
5.2.1 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	33
5.2.2 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	33
5.2.3 ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ	33
5.2.4 ΒΡΑΧΕΙΑ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	34
5.2.5 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	35
5.2.6 ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	35
5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	36
5.4 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	36
5.5 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	37
5.6 ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

<u>ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u>	38
6.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧ.	38
6.2 ΜΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΛΕΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧ.	38
6.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΣΧ. – ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	39
6.4 ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	39

Β' ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	42
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	44
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	55
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	57
5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	58
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αντικείμενο της παρούσης εργασίας είναι η διάγνωση και η υποστήριξη ασθενών με σχιζοφρένεια και πώς η τεχνολογία ,μέσω υπολογιστών, μπορεί να συνδράμει στην υποστήριξή τους.

Η σχιζοφρένεια, η βασίλισσα των ψυχώσεων, είναι ένα σύνδρομο, όπως άλλωστε οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές , για τις οποίες δεν έχει εντοπιστεί κάποια οργανική αιτιολογία. Τα συμπτώματα που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου.

Σχιζοφρένεια είναι νόσος του εγκεφάλου η οποία εκδηλώνεται με πολλαπλά σημεία και συμπτώματα, τα οποία αφορούν την σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την κινητικότητα και την συμπεριφορά. Οι εκδηλώσεις αυτές συνδυάζονται ποικιλοτρόπως, δημιουργώντας σημαντική ποικιλία στην κλινική φαινομενολογία μεταξύ των ασθενών, αλλά το συνολικό αποτέλεσμα της νόσου είναι πάντοτε σοβαρό και συνήθως χρόνια.¹

Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας την έχει καταστήσει έναν από τους κύριους παράγοντες που διαμορφώνουν τη ζωή μας. Επηρεάζει με πολλούς τρόπους την εξέλιξη. Μετέβαλε τις συνθήκες παραγωγής, δημιούργησε μορφές απασχόλησης, που διέυρναν τα πλαίσια της ανθρώπινης δραστηριότητας. Απάλλαξαν τον άνθρωπο από κοπιαστικές, μονότονες και φθοροποιές για την υγεία του εργασίες.

Η ανάγκη για ευρεία χρήση της τεχνολογίας, έκανε αναπόφευκτη την εφαρμογή της και στο χώρο της νοσηλευτικής. Καθημερινά έρχονται στην επικαιρότητα νέες ανακαλύψεις και νέες τεχνικές πάνω στην έρευνα και παρακολούθηση των αρρώστων. Η συνεχώς αυξανόμενη τεχνολογική ανάπτυξη φέρνει νέα στοιχεία από λεπτομερέστερες έρευνες. Ο άνθρωπος κυριολεκτικά στέκει με δέος και παρακολουθεί την αλματώδη αυτή ανάπτυξη προσπαθώντας με κάθε τρόπο να γνωρίσει τα πάντα γύρω από τις ανακαλύψεις που συνεχώς έρχονται εμπρός του. Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, η δορυφορική κάλυψη, η αυτόματη λήψη δεδομένων τον βομβαρδίζουν ασταμάτητα. Βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση για να μάθει τις νέες μεθόδους και τα νέα τεχνολογικά επιτεύγματα, που θα βοηθήσουν στην ανακάλυψη των πολύπλοκων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύόμενοι.

Σήμερα, άλλωστε, η παροχή της φροντίδας είναι βασισμένη στην υψηλή τεχνολογία και καλύπτει με επιτυχία σχεδόν όλο το φάσμα των ασθενών, οι οποίοι ίσως, μερικά χρόνια πριν θα είχαν, ελάχιστη ελπίδα

για να ζήσουν. Έτσι, αδυνατώντας να μείνουμε αμέτοχοι στην εξέλιξη, εμείς οι αυριανοί νοσηλευτές, καθώς και εκείνοι που ήδη αποτελούν δύναμη στελέχωση των νοσοκομείων μας, θελήσαμε να καταστήσουμε κατανοητή την συμβολή της τεχνολογίας της πληροφορικής, ώστε να αξιολογηθεί.

Στην παρούσα εργασία στόχος μας είναι να διαπιστώσουμε αν μπορεί η πληροφορική να συμβάλλει στην διάγνωση και υποστήριξη ασθενών με σχιζοφρένεια. Επίσης επιδιώχθηκε να καταγραφεί και η άποψή τους για τη χρήση της Πληροφορικής στο επάγγελμα του Νοσηλευτή.

Τέλος προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε και την επάρκεια αλλά και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων γνώσεων στα πλαίσια του Νοσηλευτικού έργου. Καταλήξαμε ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται ειδικές γνώσεις για να ανταπεξέλθουν στο σύστημα διάγνωσης και θεραπείας ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω υπολογιστών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον Κο Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο, καθηγητή του τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας για τις εύστοχες παρατηρήσεις και την εν γένει συνδρομή του σε όλα τα στάδια της εργασίας.

Επίσης να ευχαριστήσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό του ψυχιατρικού τμήματος του νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός» για την πολύτιμη βοήθεια τους στο ερευνητικό μέρος της εργασίας.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι βαριά ψυχωτική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, των διαπροσωπικών σχέσεων και γενικά από αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.

Μερικά άτομα μπορεί να παρουσιάσουν ένα ή πολλά σχιζοφρενικά επεισόδια και να αναρρώσουν. Τα περισσότερα όμως παρουσιάζουν πολλές οξείες και υπολειμματικές φάσεις, στις οποίες παρατηρούνται διαταραγμένη κοινωνική λειτουργικότητα και υπολειμματικά συμπτώματα.

Από επιδημιολογική άποψη, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με ίση συχνότητα στις γυναίκες και στους άνδρες. Μπορεί να αρχίσει κατά την εφηβική ή νεανική ηλικία, δηλαδή μεταξύ 15-24 ετών στους άνδρες και λίγο αργότερα στις γυναίκες. Ωστόσο συχνά γίνεται χρόνια με σοβαρές οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, οι οποίες προσθέτουν επιπλέον ψυχική ένταση τόσο στους ίδιους τους αρρώστους όσο και στα αγαπημένα τους πρόσωπα.¹

Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές με το ακριβές σύστημα πληροφόρησης και αρχειοθέτησης που διαθέτουν, θα μπορούν να συμβάλλουν στην δημιουργία ενός γνωσιολογικού σώματος που θα αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο στην εξέλιξη της νοσηλευτικής έρευνας και κλινικής άσκησης όσον αφορά ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Η πρόσφατη ραγδαία εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης σε ολόκληρο τον κόσμο, έχει δημιουργήσει την ανάγκη για ένα νέο σύστημα διαφύλαξης και επεξεργασίας των πληροφοριών. Η νοσηλευτική άσκηση έχει αρχίσει να μετακινείται τις τελευταίες δεκαετίες από την απλή κλινική εφαρμογή, στον προγραμματισμό και σχεδιασμό της κλινικής άσκησης. Έχουμε, δηλαδή, αρχίσει να ξεφεύγουμε από το στείορο κόνοντας, και οδηγούμαστε στο σκέφτομαι πίσω από το κόνοντας, όπως αναφέρει και ο Girof (1995). Η νοσηλευτική του μέλλοντος, καλείται να διαδραματίσει έναν νέο, διαφορετικό, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, για την υγεία του πληθυσμού. Υπό το φως αυτής της προοπτικής η τεχνολογία της πληροφορικής μπορεί να χρησιμοποιηθεί, σαν μέσον προώθησης και μέτρησης της κλινικής αποτελεσματικότητας.²

Στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα οι ανάγκες για την στελέχωση των Ελληνικών Νοσοκομείων από Υπολογιστές και εξειδικευμένο προσωπικό καθημερινώς αυξάνονται καθώς καλούνται να καλύψουν και να αναπληρώσουν τα μεγάλα κενά που υπηρχαν και υπάρχουν πάνω στα

επαγγέλματα Υγείας.³

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ιστορικά η έννοια της σχιζοφρένειας εμφανίζεται ταυτόσημη με την ίδια έννοια της παραφροσύνης. Ενώ ο όρος σχιζοφρένεια εισάγεται στην ψυχιατρική μόλις τα τέλη του περασμένου αιώνα, η ψυχοπαθολογική συμπεριφορά που ανταποκρίνεται στο σημερινό ορισμό υπήρχε ανέκαθεν, παίρνοντας κατά καιρούς διάφορες ονομασίες όπως :φρενοβλάβεια, βλακεία, επίκτητη ιδιωτία, παράνοια.

Η ιστορική πορεία της σχιζοφρένειας είναι στην ουσία συνυφασμένη με την ίδια τη μακροχρόνια εξελικτική πορεία της ανθρώπινης σκέψης γύρω από τα προβλήματα της παραφροσύνης, μια πορεία σηματοδοτημένη από αλληπάλληλες κατασκευές και ανατροπές μύθων, που διαμορφώνουν σε διάφορες ιστορικές περιόδους αλλόμορφες και διαμετρικά αντίθετες αντιλήψεις γύρω από την έννοια της παραφροσύνης.⁴

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

Ο Kraepelin χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο Dementia praecox - πρόωμη άνοια - στην δεκαετία του 1890 και διέκρινε σαφώς την νόσο από την μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Υπό το όνομα αυτό κατέταξε τρεις μείζονες τύπους της διαταραχής που μέχρι τότε θεωρούνταν ξεχωριστοί: την παράνοια, την ηβηφρένεια και την κατατονία. Ο Kraepelin πίστευε ότι οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους καταλήγουν σε άνοια.⁵

Ο Bleuler ήταν αυτός που καθιέρωσε τον όρο Σχιζοφρένεια που σημαίνει, αποσάρθρωση του νου. Θεωρούσε σε αντίθεση με τον Kraepelin, ότι η νοητική αποδιοργάνωση των ασθενών δεν ήταν αναγκαία και αναπόφευκτη κατάληξη της διαταραχής και διαχώρισε τα συμπτώματα σε θεμελιώδη -πρωτεύοντα και σε συνοδό - δευτερεύοντα. Στα θεμελιώδη συμπεριέλαβε τη χάλαση του συνειρμού, το πλέον θεμελιώδες κατ'αυτόν σύμπτωμα, την διαταραχσυναισθήματος, τον αυτισμό και την αμφιθυμία. Στα συνωδά συμπτώματα της νόσου περιέλαβε τις ψευδαισθήσεις και τα παραληρήματα. Διέκρινε τέσσερις μορφές της νόσου:

1. την **Παράνοια**, που χαρακτηρίζονταν από επιμένοντα παραλήρημα και ψευδαισθήσεις,

2. την **Κατατονία**, με κατατονικά συμπτώματα επικρατούντα συνεχώς, για άλλοτε, άλλο χρονικό διάστημα,
3. την **Ηβηφρένεια**, με παραληρήματα και ψευδαισθήσεις που δεν επικρατούν όμως στην κλινική εικόνα συνεχώς, και
4. την **Απλή Σχιζοφρένεια**, κατά την διάρκεια της πορείας της οποίας, μόνο τα θεμελιώδη συμπτώματα μπορούν να ανεβρεθούν.⁶

Είναι καινούρια ασθένεια η Σχιζοφρένεια (ΣΧ.);

Παρότι ο όρος "σχιζοφρένεια" χρησιμοποιείται μόνο από τις αρχές του 20ου αιώνα, η διαταραχή είναι γνωστή εδώ και πολλούς αιώνες σε όλους τους τύπους της κοινωνίας.

Στις δυτικές κοινωνίες η "τρέλα" δεν θεωρούταν ιατρικό πρόβλημα μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα. Εκείνη την περίοδο δημιουργήθηκε μια κίνηση υπέρ της προσφοράς πιο ανθρώπινης φροντίδας στους ψυχικά ασθενείς, και έτσι δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την παροχή σ' αυτούς πιο επιστημονικής, ιατρικής φροντίδας. Στα πλαίσια αυτά οι ψυχικά ασθενείς ελευθερώθηκαν από τις αλυσίδες και αφέθηκαν από τις φυλακές όπου κρατούνταν, ενώ ταυτόχρονα τους προσφέρθηκε πιο κατάλληλη φροντίδα. Αργότερα, πολλές άλλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών αναγνωρίστηκαν. Έτσι, στις αρχές του 20ου αιώνα η ΣΧ είχε ήδη διαχωριστεί από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και διακριθεί σε διάφορες υποκατηγορίες.

Το 1911, ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο "η ομάδα των σχιζοφρενειών". Παρότι προέκυψαν διαφωνίες μεταξύ των επιστημόνων ως προς το ποιές ακριβώς καταστάσεις πρέπει να συμπεριλάβει η ομάδα αυτή των διαταραχών, ο όρος ΣΧ καθιερώθηκε από τότε και χρησιμοποιείται έως σήμερα.⁷

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΣ

Σχιζοφρένεια (ΣΧ.) είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στην Ιατρική, για να περιγράψει μια ιδιαίτερα περίπλοκη και όχι καλά κατανοητή κατάσταση - την πίο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στην πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή, ή μια ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής, λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά μ' αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από ΣΧ.

Όταν σε 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 μία φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά κατορθώνουν να ζούν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) ΣΧ. μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια ΣΧ. μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Περίπου το 1% του πληθυσμού αναπτύσσει ΣΧ. 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 1000 άτομα έχουν την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα αυτά αναγόμενα στον Ελληνικό πληθυσμό σημαίνουν ότι κάθε χρόνο περιμένουμε στην Ελλάδα 1000 - 1500 περίπου άτομα να εμφανίσουν για πρώτη φορά ΣΧ., 25000 - 50000 άτομα πάσχουν από αυτή μια δεδομένη χρονική στιγμή και 100000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν ΣΧ. κατά την διάρκεια της ζωής τους.

Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άντρες 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 άντρες νοσοούν πιο συχνά μεταξύ 15 - 25 ετών και οι γυναίκες μεταξύ 25 - 35 ετών. Η εμφάνιση της ΣΧ. 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 διαγνωστεί ότι πάσχει από ΣΧ. 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.⁷

2.2 ΕΠΙΠΤΩΣΗ – ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Η μικρή επίπτωση και ο επιπολασμός της νόσου οδηγούσαν συχνά σε μη αναπαραγόμενα και αντιφατικά ευρήματα. Όμως κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών η εφαρμογή στην Ψυχιατρική επιδημιολογία, των προόδων της μεθοδολογίας των ελεγχόμενων περιπτώσεων, οδήγησε σε πιο ακριβή αποτελέσματα.⁸

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ξεκίνησε το 1978 μία πολυκεντρική μελέτη, σε 10 χώρες, σχετικά με την επίπτωση, πορεία και έκβαση της Σχιζοφρένειας, σε διαφορετικούς πολιτισμούς.⁹ Χρησιμοποιήθηκαν δύο ορισμοί για τη νόσο. Ένας ευρύς που εμπειρείχε

και τις παρανοϊκές ψυχώσεις και ένας περισσότερο περιοριστικός περιλαμβάνοντας μόνο την "πυρηνική" Σχιζοφρένειας.¹⁰ Για τον περιοριστικό ορισμό ευρέθη μικρή απόκλιση που κυμαίνεται μεταξύ 7 και 14/100.000. Για τον ευρύ ορισμό, ο ρυθμός επίπτωσης κυμαίνονταν από 16 έως 42/100.000 το χρόνο και οι αναλογίες στον αναπτυσσόμενο κόσμο είναι σχεδόν διπλάσιες από τις αναλογίες στον ανεπτυγμένο κόσμο.⁹

Ο επιπολασμός της Σχιζοφρένειας στην Δυτικό κόσμο ευρίσκεται μεταξύ του 0,4% και 1,4%. Σε δύο κύριες μελέτες επιπολασμού που διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες ευρέθη στην μεν πρώτη, δια βίου επιπολασμός της Σχιζοφρένειας 1,4%¹¹ στη δε δεύτερη και πρόσφατη-ευρέθη δια βίου επιπολασμός για μη συναισθηματική ψύχωση 0,7% . Μία άλλη μελέτη που διεξήχθη το 1993 στην Βρετανία, βρήκε επιπολασμό 0,4% για ψύχωση σε άτομα ηλικίας 16-64 ετών.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της Σχιζοφρένειας παραμένει άγνωστη.

Μέχρι πρόσφατα η έρευνα για την αιτιολογία της Σχιζοφρένειας επικεντρωνόταν στις οικογενειακές σχέσεις και στους κοινωνικούς στρεσοδόνους παράγοντες.¹³ Όμως και οι γενετικοί παράγοντες δημιουργούν μια προδιάθεση στην σχιζοφρένεια.¹⁴ Η μετατόπιση αυτή οφείλεται και προήλθε από την ανάπτυξη των νευροαπεικονιστικών και νευροπαθολογικών μελετών που δείχνουν στοιχεία για ανωμαλίες του εγκεφάλου στους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια.¹⁵

Οι επιστήμονες δεν έχουν ακόμα συμφωνήσει ως προς το ποίοι παράγοντες είναι εκείνοι που μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί κανένα υπεύθυνο γονίδιο, ούτε κάποια ειδική βιοχημική ανωμαλία. Επίσης κανένα στρεσογόνο γεγονός δεν μπορεί από μόνο του να προκαλέσει σχιζοφρένεια.¹⁴

Σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας σήμερα επικρατούν δυο κύριες ομάδες θεωριών: οι βιολογικές θεωρίες που αποδίδουν την σχιζοφρένεια σε γενετικές, βιοχημικές και νευροανατομικές επιδράσεις², και ψυχοκοινωνικές θεωρίες που επικεντρώνονται στις ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της ανάπτυξης και των οικογενειακών βιοματικών εμπειριών του ατόμου ως υπεύθυνες για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας.³

Υπάρχει και μια άλλη επίσης προσπάθεια θεωρητικής εξήγησης της ανάπτυξης της σχιζοφρένειας που συσχετίζει τις δύο προηγούμενες, τη βιολογική και την ψυχοκοινωνική. Αυτή υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται στην αλληλεπίδραση της βιολογικής ροπής, του στρες ή της αλλαγής στο περιβάλλον και των κοινωνικών δεξιοτήτων και υποστηρικτικών συστημάτων του ατόμου(interaction model).⁴

3.2 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΣΧ;

3.2.1 Είναι κληρονομική η ΣΧ;

Είναι γνωστό από παλιά ότι η ΣΧ έχει κληρονομική βάση. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών με ΣΧ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από αυτή απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός.

Οι πρόσφατες μελέτες διδύμων επιβεβαίωσαν τις παλαιότερες και λιγότερο εξονυχιστικές μελέτες. Τι γενικό τους συμπέρασμα είναι ότι ζεύγη πανομοιότυπων διδύμων εμφανίζουν πολύ συχνότερα ΣΧ. Σε σχέση με ζεύγη διωγενών διδύμων. Μολονότι οι μελέτες διδύμων φανερώνουν με τρόπο αδιαμφισβήτητο τη σημασία των γενετικών παραγόντων στην γένεση της ΣΧ., ωστόσο δεν εξηγούν απόλυτα το φαινόμενο.

Οι μελέτες υιοθεσίας εστίασαν το ενδιαφέρον τους σε υιοθετημένα παιδιά για να εξετάσουν την σχετική σημασία κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η μελέτη αυτή και άλλες παρόμοιες έδειξαν ότι τα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς έχουν ΣΧ., έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από ΣΧ., ακόμη και όταν δεν υπάρχει προσωπική επαφή όπως συμβαίνει στα υιοθετημένα παιδιά.¹⁴

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 σε ΣΧ. Αυτή η προδιάθεση μπορεί να έχει την μορφή κάποιας βιοχημικής ή ενζυμικής ανωμαλίας, μίας λεπτής νευρολογικής βλάβης, ή κάποια άλλη μορφή ή και συνδυασμό τους.

Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε πως μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση και έτσι δεν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε με ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι.

3.2.2 Μήπως η ΣΧ οφείλεται στον τρόπο που μεγαλώνουν οι γονείς τα παιδιά τους

Οι περισσότεροι ερευνητές σήμερα συμφωνούν ότι οι γονείς δεν προκαλούν την ΣΧ. Σε παλαιότερες εποχές υπήρχε μία τάση από μερικούς ειδικούς να κατηγορούν τους γονείς για την διαταραχή το παιδιού τους. Σήμερα η στάση αυτή θεωρείται όχι μόνο ανακριβής αλλά και αντιπαραγωγική.

3.2.3 Οφείλεται η ΣΧ. σε κάποια βιοχημική ανωμαλία;

Αν και κανένας νευροβιοχημικός αιτιολογικός παράγοντας δεν έχει μέχρι στιγμής συνδεθεί απόλυτα με την ΣΧ., εδώ κα πολλά χρόνια οι νευρομεταβιβαστές έχουν ενοχοποιηθεί για την γένεση της ΣΧ. Φαίνεται πιθανό η νόσος να σχετίζεται με μία διαταραχή της ισορροπίας των περιπλοκων και αλληλοσυσχετιζόμενων χημικών συστημάτων του εγκεφάλου. Μολονότι δεν έχουμε ακόμη οριστικές απαντήσεις, η έρευνα πάνω στην ΣΧ είναι πολύ δραστήρια και συναρπαστική.

3.2.4 Οφείλεται η ΣΧ σε δομική ανωμαλία του εγκεφάλου;

Το ενδιαφέρον γι' αυτήν την ερώτηση αναθερμάνθηκε μετά την ανακάλυψη της αξονικής τομογραφίας. Μερικές μελέτες που χρησιμοποίησαν την τεχνική αυτή έδειξαν ότι οι ασθενείς με ΣΧ παρουσιάζουν πιο συχνά ανωμαλίες της δομής του εγκεφάλου απ' ότι υγιείς άνθρωποι της ίδιας ηλικίας.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

4.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η διάγνωση βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια κάποιων αναγνωρισμένων συστημάτων ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών όπως το ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας¹⁶, και το DSM-IV.

Κατά το DSM-IV ο ασθενής θα πρέπει να:

1. Παρουσιάζει όλα τα παρακάτω,
 - α) Αποδιοργανωμένος λόγος
 - β) Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
 - γ) Επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα
2. Μην πληρούνται κριτήρια κατατονικού τύπου.
3. Η παρουσία των συμπτωμάτων θα πρέπει να είναι συνεχής και εν ενέργεια επί έξι (6) τουλάχιστον μήνες.

Υπάρχουν και διαγνωστικά κριτήρια ερευνητών όπως:

- α) Tsuang και Wincor
- β) Gabriel Langfeldt κ.α.

4.1.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα διαγνωστικά ευρήματα είναι:

1. Νευροψυχολογικές δοκιμασίες όπως είναι η δοκιμασίες Haldstead-Reitun και Luria-Nebraska που αποκαλύπτουν παθολογικά ευρήματα που μπορεί να έχουν πρακτική σημασία σε ασθενείς με γνωσιακές αδυναμίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ο πίνακας Τεσσάρων Γνωσιακών Δοκιμασιών Ψυχικής Κατάστασης

Ζητούμενο	Δυσλειτουργία	Φυσιολογική απάντηση	Πιθανή εντόπιση
Ορθογραφία λέξης «χρώμα» αντίστροφα	Συγκέντρωση	Κάθε ακατάλληλη σειρά γραμμάτων	Μετωπιαίοι λοβοί
Πρόσθεση του 7 αλληλοδιαδόχως	Συγκέντρωση	Ένα ή περισσότερα λάθη ή διάρκεια πάνω από 9 δευτερόλεπτα	Μετωπιαίοι λοβοί
Συζήτηση στην διάρκεια της εξέτασης	Κατανόηση λόγου	Κατά προσέγγιση λέξεις, νεολογισμοί, σαλάτα λέξεων, απόθεμα λέξεων, σχοινοτενής λόγος	Επικρατούν κροταφικός λοβός
Να διηγηθεί με ακρίβεια, με λεπτομέρειες και με την σειρά τα παλαιά συμβάντα	Απώτερη μνήμη	Σημαντική έλλειψη λεπτομερειών, μπερδέματα σειράς	Κροταφικοί λοβοί (ιπόκαμπος)

1. Δοκιμασίες Νοημοσύνης όπως η Kaufman ABC, και η WPPSI.
2. Αντιληπτικές-κινητικές δεξιότητες
Είναι η πιο συνηθισμένη και απλή δοκιμασία καθώς ζητάμε από τον άρρωστο να ζωγραφίσει ένα πρόσωπο. Από κει μελετάμε την ικανότητά του να μεταφέρει τις σκέψεις του σε μία οπτική παράσταση.
Υπάρχουν Test όπως το Bender-Gestalt και το Bender Visual Retention Test.

4.1.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Κάποια διαγνωστικά και εργαστηριακά ευρήματα είναι:

α) Αξονική τομογραφία κατά την οποία παρατηρούμε:

1. Διεύρυνση των πλαγίων κοιλιών και της τρίτης κοιλίας
2. Κάποιο βαθμό μείωσης του όγκου του φλοιού
3. Πρόσφατες μελέτες (2003) έδειξαν ανώμαλη ημισφαιρική ασυμμετρία, μειωμένο όγκο παρεγκεφαλίδας, μεταβολές της πυκνότητας του εγκεφάλου, αύξηση των p2 υποδοχέων, μείωση μεγέθους της ωχρής σφαίρας και της μέλαινας ουσίας

β) Μαγνητική τομογραφία κατά την οποία έχουμε μεγαλύτερου εύρους κοιλίες (ή και ήπια διεύρυνση των πλαγίων κοιλιών)

γ) Μαγνητική φασματοσκοπία εξ αντηχήσεως (MRS)

δ) Τομογραφία PET

ε) Spect, F MRT

ζ) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα που δείχνει ανωμαλίες (κυρίως αριστερά)

η) Προκλητά εγκεφαλικά δυναμικά κατά τα οποία διαπιστώνουμε μειωμένη ηλεκτροδερματική αντίδραση και ανώμαλες οφθαλμικές κινήσεις.¹⁷

4.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Θα έλεγε κανείς ότι η ποικιλία και ιδιαιτερότητα των συμπτωμάτων κάνουν την διάγνωση την σχιζοφρενικής διαταραχής μάλλον εύκολη. Στην πράξη όμως δεν συμβαίνει συνήθως έτσι. Κλασικά σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να ανήκουν στην εικόνα κάποιος άλλης ψυχωτικής διαταραχής, συναισθηματικής προπάντων ή οριακής.

Αρκετά συχνά, οργανικά προβλήματα συγχέονται με την σχιζοφρένεια. Η διαφορική διάγνωση θα εξαρτηθεί από συμπτώματα που δεν υπάρχουν στην σχιζοφρένεια και από περιστασιακά κριτήρια, όπως η ηλικία που εισβάλλει η αρρώστια –πριν από τα 45 – η διάρκεια της διαταραχής και το επίπεδο λειτουργικότητας του αρρώστου κυρίως στην δουλειά του και τις κοινωνικές υποχρεώσεις, προτού κάνει την εμφάνισή της η διαταραχή.¹⁸

4.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Δεν υπάρχει σχεδόν καμία νοητική λειτουργία ή συμπεριφορά που να μην επηρεάζεται από τη Σχιζοφρένεια. Οι διαταραχές στη σκέψη, στην αντίληψη, και στο συναίσθημα είναι από τις πλέον χαρακτηριστικές της νόσου.

4.3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Οι διαταραχές στη σκέψη παραδοσιακά χωρίζονται σε διαταραχές της δομής, του περιεχομένου και της διαδικασίας.

I. Διαταραχές της Δομής

➤ Χάλαση του συνειρμού

Η χάλαση του συνειρμού αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη συμπτώματα της Σχιζοφρένειας. Στα αρχικά στάδια οι διαταραχές μπορεί να είναι μόνο υποσημαινόμενες, ενώ αργότερα η ομιλία του ασθενούς μπορεί να γίνει εντελώς ακατανόητη - σαλάτα λέξεων. Ανάμεσα στα δυο αυτά άκρα υπάρχει πλήθος διαταραχών οι κυριότερες των οποίων είναι¹⁹

- ο Αοριστία και νοηματική ασάφεια
- ο Εκτροχιασμός του Λόγου
- ο Τμηματικός και ανολοκλήρωτος λόγος
- ο Συνωστισμός ιδεών σε υπερσυμπυκνωμένες φράσεις
- ο Συγχώνευση ιδεών
- ο Αλληλοδιείσδυση
- ο Άσκοπος πλεονασμός
- ο Ελλιπές νόημα
- ο Αποσυγκεκριμενοποίηση του λόγου
- ο Χαλάρωση συνειρμικών δεσμών
- ο Υπερμετρία του λόγου ή παραλογία
- ο Επίμονη αναφορά στον εαυτό
- ο Εμμονή
- ο Νεολογισμοί ή νεολεξίες
- ο Αγραμματισμός και παρααγματισμός
- ο Μωρολογία
- ο Υπερπεριεκτικότητα του λόγου ή διάσπαση των νοηματικών ορίων
- ο Ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης.

Κατά τον Bleuler⁶ ο σπουδαιότερος προσδιορισμός του συνειρμού είναι ο σκοπός. Η γλώσσα της Σχιζοφρένειας δεν έχει σκοπό. Ο ίδιος θεωρούσε ότι η σκέψη οργανώνεται κατά αλυσιδωτό τρόπο και θεώρησε τη χάλαση των συνειρμών την πρωταρχική διαταραχή. Κατόπιν υπεισέρχονται οι μηχανισμοί της συμπύκνωσης, της μετάθεσης και του συμβολισμού για να αλλοιώσουν το νόημα της ομιλίας. Ο Schneider²⁰ θεώρησε ως βασικές διαταραχές τον εκτροχιασμό της σκέψης, τη συγχώνευση των ιδεών, τις παραλείψεις και τη μωρολογία.

➤ *Αλαλία*

Ο ασθενής μπορεί να σταματήσει VG ομιλεί για ώρες ή ημέρες. Πριν την εισαγωγή των μοντέρνων θεραπειών η κατάσταση αυτή μπορούσε να διαρκέσει χρόνια. Παρατηρείτο συνήθως σε ασθενείς με Χρόνια Σχιζοφρένεια Κατατονικού τύπου.

Άλλες διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης είναι, η ασυναρτησία, η σχοινοτενής σκέψη, η κατ'εφαπτομένη σκέψη και η ηχωλαλία.

II. Διαταραχές του Περιεχομένου της Σκέψης

➤ *Παραληρήματα*

Τα περισσότερο συχνά παραληρήματα στη Σχιζοφρένεια είναι τα διωκτικά και τα παραληρήματα μεγαλείου. Κοινά διωκτικά παραληρήματα είναι ότι οι ασθενείς κατασκοπεύονται, ότι οι άλλοι θα τους βλάψουν ή ομιλούν συνήθως υποτιμητικά γι' αυτούς. Οι ασθενείς μπορεί να βιώνουν ότι η σκέψη τους ελέγχεται από εξωτερικές δυνάμεις και μπορεί ακόμη, οι δυνάμεις αυτές να κατευθύνουν τα αισθήματα και τη συμπεριφορά τους. Μπορεί ακόμη να βιώνουν εμπειρίες παρεμβολής και απόσυρσης τις σκέψης. Οι ιδέες αποκαλύψεως η καταστροφής του κόσμου, αναφερόμενες και σαν κοσμογονικά παραληρήματα, είναι επίσης συχνές στη Σχιζοφρένεια. Ο ασθενής μπορεί να αναφέρει ότι ο ίδιος κατέχει το μυστικό που θα σώσει τον κόσμο. Τα παραληρήματα είναι σταθερά και ο ασθενής επιμένει στην πραγματικότητα των αναφορών του. Μπορεί να είναι ακόμα οργανωμένα ή λιγότερο οργανωμένα ανάλογα με τον υπότυπο της Σχιζοφρένειας, εμφανίζοντας την μεγαλύτερη οργάνωση στον παρανοϊκό υπότυπο.

➤ *Απώλεια των ορίων του ΕΓΩ*

Αναφέρεται στην δυσκολία των ασθενών να ξεχωρίσουν τον εαυτό τους από τα αντικείμενα ή το περιβάλλον. Μπορεί να νοιώθουν ότι συγχωνεύονται με τα αντικείμενα ή να έχουν αμφιβολίες για τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό το τελευταίο εμφανίζεται ιδιαίτερα στον παρανοϊκό υπότυπο της νόσου.

III. Διαταραχές στη Διαδικασία της Σκέψης

➤ *Ανακοπές*

Έτσι καλούνται οι αιφνίδιες διακοπές της ομιλίας του ασθενούς. Ο ασθενής παύει ξαφνικά να ομιλεί στη μέση μιας πρότασης και μπορεί να παραμείνει σιωπηλός για δευτερόλεπτα ή λεπτά ακόμη. Μπορεί να το βιώνουν, οι ασθενείς, "όταν να φεύγουν οι σκέψεις από το κεφάλι τους". Οι ανακοπές θεωρούνται ένα από τα πρωϊμότερα σημεία της σχιζοφρενικής διαταραχής.

➤ *Πτώχεια του περιεχομένου του λόγου*

Αναφέρεται στη μείωση της λεκτικής παραγωγής.

➤ *Μειωμένη αφαιρετική ικανότητα*

Οι σχιζοφρενείς ασθενείς παρουσιάζουν σαφείς δυσκολίες στην αφαιρετική σκέψη. Δεν θεωρείται όμως παθολογικό σημείο της διαταραχής.

➤ *Προσωδία*

Ο τονισμός της ομιλίας στη Σχιζοφρένεια επίσης παραβλάπτεται. Είναι η αδυναμία του ασθενούς να καταλάβει ή να δημιουργήσει ο ίδιος τις συναισθηματικές αποχρώσεις της ομιλίας.

Άλλες διαταραχές στη διαδικασία της σκέψης είναι η ιδεοφυγή, η ελλειμματική προσοχή, ο ιδιοσυγκρασιακός τρόπος συνειρμών.

4.3.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

Οι διαταραχές της αντίληψης στη Σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι περισσότερο κοινές ψευδαισθήσεις στη Σχιζοφρένεια.

➤ Ψευδαισθήσεις

Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές, γευστικές. Όπως προαναφέρθηκε οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι οι περισσότερο κοινές. Οι υπόλοιπες είναι σπάνιες και αν επικρατούν την κλινική εικόνα βάζουν υποψία για οργανικής μορφής ψυχοπαθολογία. Ιδιαίτερα σημαντικές για τη διάγνωση είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις που περιλαμβάνουν μια φωνή που σχολιάζει τη σκέψη ή τη συμπεριφορά του ασθενούς ή δύο ή περισσότερες φωνές που συζητούν μεταξύ τους. Μπορεί όμως να είναι και απλές όπως βόμβοι, κρότοι, θόρυβοι. Ο ασθενής μπορεί να βιώνει ότι οι φωνές έρχονται από το υπερπέραν ή ότι κάποιος του ψιθυρίζει στο αυτί, ή ότι είναι οι φωνές των συγγενών, των γειτόνων, του θεού ή του Σατανά. Οι κοιναισθητικές ψευδαισθήσεις, δηλαδή οι ψευδαισθήσεις που δημιουργούν την αίσθηση αλλαγής της σωματικής κατάστασης, δεν είναι σπάνιες. Πολλές φορές όμως είναι δύσκολο να διαχωριστούν από τις σωματικές παραληρητικές ιδέες. Παραισθήσεις επίσης εμφανίζονται στη Σχιζοφρένεια αλλά η διαφορική διάγνωση από τις ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη. Οι ασθενείς μπορεί να βιώνουν ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες, όπως ανοικειότητα με το περιβάλλον και αποστασιοποίηση από την πραγματικότητα.

4.3.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Οι περισσότερο κοινές διαταραχές του συναισθήματος που παρατηρούνται στη Σχιζοφρένεια είναι η αμβλύτητα και η επιπέδωση του συναισθήματος. Χαρακτηριστικό του αποδιοργανωμένου υπότου που είναι η απροσφορότητα ή/και η δυσαρμονία του συναισθήματος. Αντίθετα μπορεί να παρατηρηθεί έξαρση του συναισθήματος, διαχυτικότητα - αποκαλούμενη και σχιζοευφορία. Η διαταραχή αυτή είναι περισσότερο κοινή στη Μανία, αλλά παρατηρείται και στη Σχιζοφρένεια. Συνηθισμένες εικόνες είναι επίσης η συναισθηματική ρηχότητα, η απάθεια και η ανηδονία. Συχνά οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να

περιγράψουν τη συναισθηματική τους κατάσταση. Άλλες φορές εμφανίζουν απρόσφορες συναισθηματικές αντιδράσεις την ίδια στιγμή. Ασθενείς με Σχιζοφρένεια αποδιοργανωμένου τύπου εμφανίζουν συχνά περισπώδαστη ανοητότητα στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις.

4.3.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Παράξενη συμπεριφορά παρατηρείται στους ασθενείς και αφορά στερεοτυπίες, μανιερισμούς, ηγωπραξία, αρνητισμό, αυτόματη υπακοή σε παραγγέλματα, κηρώδη ευκαμψία ή ακαμψία και παράξενες στάσεις. Αρκετές από τις διαταραχές αυτές παρατηρούνται στον Κατατονικό υπότυπο της νόσου, Σωματικά συμπτώματα είναι επίσης κοινά, ιδιαίτερα σε μεταγενέστερες φάσεις της νόσου, εμφανίζονται όμως αρκετά συχνά και στην πρόδρομη φάση. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι: ίλιγγοι, σωματική αδυναμία, λιποθυμικές τάσεις, κεφαλαλγίες και συμπτώματα μετατροπής.

4.4 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

Από χρόνια είναι γνωστό ότι η σχιζοφρένεια είναι μία διαγνωστική ομπρέλα που καλύπτει μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων που διαφέρουν στην συμπτωματολογία, στην κλινική πορεία, στην πρόγνωση κτλ.

Έχουν προταθεί, έτσι, διάφορες κλινικές υποκατηγορίες, που διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης, που κανείς ακολουθεί. Οι τύποι που θα περιγράψουμε παρακάτω προτείνονται από το DSM-IV και σημειώνουμε ότι αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πιο πρόσφατης εκτίμησης του ασθενή.

4.4.1 ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Παρανοϊκού Τύπου κατά το DSM-IV είναι:

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

A) Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συνεχές ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Β) Δεν προεξάρχει κανένα από τα ακόλουθα: Αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.²¹

Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Αρχίζει αργότερα, συνήθως μετά τα 30.
- Δεν αποδιοργανώνει την όλη λειτουργικότητα του ατόμου δεδομένου ότι λόγω της όψιμης έναρξης έχει ήδη ολοκληρωθεί η προσωπικότητα και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου, ενώ οι αμυντικοί του μηχανισμοί έχουν παγωθεί.
- Χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών ή και ψευδαισθήσεων, ενώ απουσιάζουν τα άλλα συμπτώματα.²²

4.4.2 ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ Ή ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΟΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Αποδιοργανωμένου Τύπου κατά DSM-IV είναι:

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

Α) Προεξάρχουν όλα τα παρακάτω:

- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- Επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

Β) Δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου.²¹

Η μορφή αυτήτης σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Την πρώιμη έναρξη της (συνήθως μεταξύ 13 και 25 ετών)
- Την παρουσία διαταραχών στην δομή και οργάνωση της σκέψης, αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς και συναισθηματικής έκπτωσης (επιπεδωμένο και απρόσφορο συναίσθημα)
- Την συνεχή και προοδευτικά επιδεινούμενη κλινική της πορεία.²²



Έργο ασθενούς με ηβηφρένεια. Ανεστραμμένο παρουσιάζει ένα δεύτερο πρόσωπο.

4.4.3 ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Κατατονικού Τύπου κατά DSM-IV είναι:

Τύπος σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω:

1. Κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερό με καταληψία (συμπεριλαμβανόμενης και της κηρώδους ευκαμψίας) ή με εμβροντησία (Stupor)
2. Υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)
3. Ακραίος αρνητισμός (προσβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία
4. Ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλους μαννερισμούς, ή έκδηλους μορφασμούς
5. Ηχολαλία ή ηχοπραξία.²¹

Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Κατατονική εμβροντησία (Stupor) με σημαντική μείωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον του αυθορμητισμού και της δραστηριότητας ή αλαλία
- Κατατονικός αρνητισμός
- Κατατονική δυσκαμψία
- Διέγερση
- Ακατάλληλες ή παράξενες στάσεις.²³

4.4.4 ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΣ ΤΥΠΟΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Αδιαφοροποίητου Τύπου κατά DSM-IV είναι:

Τύπος Σχιζοφρένειας στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο Α αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου ή Κατατονικού Τύπου²¹.

Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- A) Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες
- B) Ψευδαισθήσεις
- Γ) Ασυναρτησία ή πολύ αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.²³

4.4.5 ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Υπολειμματικού Τύπου κατά DSM-IV είναι:

A) Απουσία προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.²¹

B) Συνεχής παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή ενδεχομένως δύο ή περισσότερων από τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται στο κριτήριο A της σχιζοφρένειας, τα οποία όμως παρουσιάζουν εξαιρετικά μειωμένη ένταση (πχ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθεις αντιληπτικές εμπειρίες κ.α.).²²

Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Απουσία εμφανών παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, ασυναρτησίας ή πολύ αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς
- Υπάρχουν ακόμη σημεία της αρρώστια όπως αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη ή χαλαρός συνειρμός.²³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από την στιγμή που η ΣΧ δεν αποτελεί μια ενιαία κλινική οντότητα και οι αιτίες που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστές, οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται σήμερα βασίζονται τόσο στην κλινική έρευνα όσο και στην κλινική εμπειρία. Κοινό τους σημείο είναι ότι έχουν την ικανότητα να μειώνουν την ένταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και να ελαχιστοποιούν την πιθανότητα να επανέλθουν. Αρκετές τέτοιες θεραπείες υπάρχουν σήμερα και πολλές άλλες βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της μελέτης.

5.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας συνίσταται κατά πρώτο λόγο στα ψυχοφάρμακα, συγκεκριμένα στα νευροληπτικά, που ενεργώντας πάνω στους ντοπαμινικούς νευροϋποδοχείς του εγκεφάλου βελτιώνουν την ικανότητα προσοχής του αρρώστου και την προσαρμοστικότητα του στο κοινωνικό περιβάλλον. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ανάγκη να συνεχιστεί, με τη δόση και ωράριο που προβλέπονται από το γιατρό, για ένα αρκετά μακρύ χρονικό διάστημα. Και εδώ πρέπει να επισημανθεί η τάση του σχιζοφρενικού αρρώστου να παραμελεί ή, και ηθελημένα να διακόπτει τη φαρμακοθεραπεία του, είτε γιατί αισθάνεται πως τα φάρμακα τον ενοχλούν, είτε γιατί ελπίζει πως δε θα ξαναγυρίσουν τα συμπτώματα της αρρώστιας εφόσον δεν τον έχουν ενοχλήσει για κάμποσο καιρό. Πρέπει επίσης να δοθεί προσοχή στις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων, που εκτός από τα δυσάρεστα συμπτώματα τους μπορεί να γίνουν αιτία ατυχημάτων, όταν ο άρρωστος χρησιμοποιεί μηχανές ή χρειάζεται να πάρει γρήγορες αποφάσεις. Εδώ ας σημειωθεί και ο κίνδυνος του ποιοτού, που πρέπει να αποφεύγεται από τον άνθρωπο που κάνει χρήση ψυχοφαρμάκων.

Αλλά τα ψυχοφάρμακα, μόλο που καθησυχάζουν τον άρρωστο και, απαλλάσσοντας τον από τα πιο χτυπητά και ενοχλητικά συμπτώματα του, διευκολύνουν την επαφή του με την πραγματικότητα, δεν είναι συνήθως ικανά από μόνα τους να του εξασφαλίσουν την επάνοδο του στην κοινωνία και ακόμα λιγότερο να τον προστατέψουν από μια υποτροπή. Είναι σκόπιμο η φαρμακοθεραπεία να συνοδεύεται από μια ψυχοθεραπευτική αγωγή.¹⁸

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στους σχιζοφρενείς ασθενείς παρουσιάζονται στο επόμενο πίνακα:

Αντικαταθλιπτικά	Ladose Scroxat Seropram Zoloft Dumyrox Efexor	Remeron Anafranil Saroten Aurorix Nortrilen
Αγχολυτικά/ Υπνωτικά	Xanax Lexotanil Rivotril Tavor Stedon	Tranxene Stilnox Sonata Hipnosedon
Αντιψυχωτικά	Risperdal Zyprexa Seroquel Aloperidin	Leponex Dogimatyl Largactil Mellcristil

5.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία (που βασίζεται στη λεκτική επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό, και στη σχέση μεταξύ τους) αποσκοπεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του, να προσαρμοστεί στη ζωή, να ανακουφιστεί από τα δυσάρεστα ψυχολογικά συμπτώματα του, να βελτιώσει τη νοητική του κατάσταση ή/και να συμβάλει στην κοινωνική του επανένταξη, επιτρέποντας του να ζήσει μια όσο το δυνατόν πιο ικανοποιητική ζωή.²⁴

5.2.1 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Ο όρος "συμβουλευτική" περιλαμβάνει διάφορες μη-ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αποτελεσματικότητα των οποίων εν πολλοίς δεν έχει αποδειχθεί. Στόχος της είναι κυρίως η συναισθηματική κατανόηση και υποστήριξη του ασθενή, η παροχή πληροφοριών, και η επίλυση προβλημάτων. Η γνησιότητα της σχέσης ιατρού-ασθενούς είναι το κύρια συστατικό της θεραπευτικής προσέγγισης.

5.2.2 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, την απλούστερη μορφή ψυχοθεραπείας, ο θεραπευτής διευκολύνει τον ασθενή να προβεί στις αλλαγές που θα του επιτρέψουν να γίνει πιο λειτουργικός, με λιγότερο άγχος, και να επανέλθει στην ομαλότητα ή να παραμείνει σε σταθερή κατάσταση. Οι συναντήσεις γίνονται μια φορά την εβδομάδα για αρκετές εβδομάδες ή μήνες. Ο θεραπευτής ασχολείται περισσότερο με τα τωρινά συμπτώματα του ασθενούς παρά με τις ασυνείδητες διεργασίες του, και δεν στοχεύει σε μείζονες μεταβολές της προσωπικότητας του. Ο θεραπευτής, ακούει τον ασθενή, κατανοεί τα προβλήματα του και ενισχύει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας.²⁴

5.2.3 ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ

Η ψυχανάλυση είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας, που θεμελίωσε ο Sigmund Freud. Πολλές φορές θεωρείται συνώνυμη με την ψυχοθεραπεία αλλά αυτό δεν είναι σωστό. Η ψυχανάλυση τονίζει τη σημασία των παιδικών εμπειριών στο σχηματισμό της προσωπικότητας. Η κλασική φροϋδική θεωρία έχει τροποποιηθεί από τους επιγόνους του Freud, ωστόσο παραμένει αμετάβλητη η κεντρική άποψη ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται κατά κύριο λόγο από ασυνείδητες δυνάμεις που πηγάζουν από πρωτόγονες συναισθηματικές ανάγκες, παρά από τη λογική. Ο ψυχαναλυτής προσπαθεί να δώσει λύση σε χρονίζουσες λανθάνουσες συγκρούσεις (και ασυνείδητους μηχανισμούς άμυνας όπως η άρνηση και η καταπίεση), να προαγάγει την προσωπική ανάπτυξη του ασθενούς και να μεταβάλει την προσωπικότητα του, βασιζόμενος στην εκτεταμένη διερεύνηση του ασυνειδήτου με την τεχνική του ελεύθερου συνειρμού (επιτρέποντας στον ασθενή να λέει ό,τι του έρχεται στο μυαλό) και την ερμηνεία. Ο αναλυτής συναντάται με τον ασθενή 4-5 φορές την εβδομάδα (διάρκεια συνεδρίας 50-60 λεπτά) για 2-5 χρόνια.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι αντίθετα με ό,τι πιστεύεται από το κοινό, η ψυχαναλυτική θεωρία έχει δεχθεί πάρα πολλές επικρίσεις και σήμερα δεν είναι πολύ δημοφιλής ιδιαίτερα μεταξύ των νεότερων ψυχιάτρων. Οι επικρίσεις αφορούν τους εξής τομείς:

A) Διάγνωση: Η ψυχανάλυση δεν δέχεται το διαγνωστικό μοντέλο που έχει υιοθετηθεί από την σύγχρονη ψυχιατρική (με την μορφή των διαγνωστικών εγχειριδίων DSM-IV και ICD-10), αλλά χρησιμοποιεί μια δικιά της περιγραφή των συμπτωμάτων και κλινικών καταστάσεων που στηρίζεται στην ψυχοδυναμική ψυχοπαθολογία. Βεβαίως, πολλοί ψυχίατροι με αναλυτική εκπαίδευση χρησιμοποιούν και τα δυο μοντέλα αφού αυτά δεν αποκλείουν αμοιβαία το ένα από το άλλο, αλλά αποτελούν δυο διαφορετικούς τρόπους να δει κανείς τα προβλήματα που απασχολούν τους ασθενείς.

B) Θεραπεία: Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας δεν έχει σε γενικές γραμμές τεκμηριωθεί με τον τρόπο που συνήθως τεκμηριώνονται οι θεραπείες (δηλαδή με τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες με χρήση ομάδας ελέγχου και κατά προτίμηση με τυφλό τρόπο). Αυτό οφείλεται εν μέρει στους ίδιους τους αναλυτές οι οποίοι μερικές φορές υποστήριζαν ότι η θεωρία δεν χρειάζεται να αποδείξει την αποτελεσματικότητά της, διότι αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει στις ψυχοθεραπείες. Οι νεότερες ψυχοθεραπείες ωστόσο έδειξαν ότι η λογική αυτή δεν μπορεί να ευσταθεί. Να σημειωθεί πάντως, ότι κάποιοι ερευνητές με αναλυτική εκπαίδευση έχουν προσπαθήσει να ερευνήσουν την αποτελεσματικότητά της.

Θα πρέπει πάντως να τονισθεί ότι παρόμοια επιχειρηματολογία θα μπορούσε να αναπτυχθεί και για άλλες ψυχοθεραπείες, και εν πάσει περιπτώσει, έχει γίνει σαφές από την σχετική έρευνα ότι αυτό που πιθανότατα μετρά πιο πολύ για την αποτελεσματικότητα είναι η ανάπτυξη καλής ψυχοθεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευμένου, και αυτό αποτελεί μέρος οποιουδήποτε τύπου ψυχοθεραπείας.

5.2.4 ΒΡΑΧΕΙΑ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (ΒΨΨ) είναι συναφής προς την ψυχανάλυση, αλλά εστιάζεται περισσότερο στα τωρινά προβλήματα, οι θεραπευτικές συνεδρίες είναι αραιότερες (1-2 την εβδομάδα), και ο ασθενής έχει βλεμματική επαφή με τον θεραπευτή, ο οποίος συμμετέχει πιο ενεργά σε σχέση με την κλασική ψυχανάλυση.²⁴

5.2.5 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Βασίζεται κυρίως στην ανάλυση των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή και του ρόλου που έχουν παίξει στην έκλυση της κατάθλιψης. Το σκεπτικό είναι ότι, αν αντιμετωπιστεί η διαπροσωπική δυσκολία, θα υποχωρήσει και η κατάθλιψη. Η θεραπεία είναι περισσότερο διαδεδομένη στις Η.Π.Α.²⁴

5.2.6 ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία, με στόχο την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου προσαρμογής του ασθενούς στις στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή. Ο κύριος ρόλος της είναι εκπαιδευτικός και εστιάζεται στην ανεύρεση και διόρθωση διαστρεβλωμένων σκέψεων, υποθέσεων και συμπεριφορών.

Αυτός ο στόχος επιτυγχάνεται με την αύξηση της δραστηριότητας του ασθενούς, μείωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, αύξηση της ευχαρίστησης και ενδυνάμωση των κοινωνικών του δεξιοτήτων καθώς και της αυτοεκτίμησης του αρρώστου.¹⁰

Το γνωσιακό μοντέλο στηρίζεται στον κεντρικό ρόλο που κατέχουν οι γνώσεις στη δημιουργία συναισθημάτων και συμπεριφορών.

Κάθε άτομο έχει μάθει συγκεκριμένους κανόνες, βάσει των οποίων οργανώνει την αντίληψη του σε γνώσεις ή γνωστικά σχήματα, που καθορίζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τις διάφορες καταστάσεις και τον τρόπο που τις αντιμετωπίζει.

Η ενεργοποίηση των γνωσιακών σχημάτων του ατόμου έχει ως αποτέλεσμα μια ανάλογη συμπεριφορά σε κάθε κατάσταση που αντιμετωπίζει.

Όταν τα περιβαλλοντικά γεγονότα πυροδοτήσουν ένα μη προσαρμοστικό σχήμα, μπορεί να προκληθούν συστηματικά λάθη στη συλλογιστική του ατόμου, γνωστά ως γνωσιακά λάθη. Τότε το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει προβλήματα προσαρμογής. Ο σκοπός της γνωσιακής ψυχοθεραπείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει πιο αποτελεσματικές προσαρμοστικές απαντήσεις στα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος. Για την επίτευξη αυτού του στόχου έχουν αναπτυχθεί διάφορες τεχνικές, οι οποίες ενσωματώνονται σε σχέδια/πλάνα παρέμβασης.

Τα σχέδια παρέμβασης αφορούν στη διδασκαλία διαδοχικών βημάτων στον ασθενή ώστε να αναγνωρίζει τις συνέπειες των αντιλήψεων και των σκέψεων του που σχετίζονται με ένα αρνητικό γεγονός.²⁰

Το σχέδιο φροντίδας που ακολουθεί παρουσιάζει περιληπτικά τα εξής στάδια:

1. Αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς και εξοικείωση του με τη θεραπεία.
2. Εκπαίδευση του ασθενούς και έλεγχος των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων από την υιοθέτηση του συγκεκριμένου τρόπου σκέψης.
3. Επιτυγχάνεται συμφωνία για το σχέδιο δράσης και για τους στόχους που πρέπει να αλλάξουν.
4. Ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας του ασθενούς, η οποία θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για τις μελλοντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου.
5. Εφαρμογή των θεραπευτικών τεχνικών, π.χ. τεχνικές πρόκλησης σκέψεων, εξέταση σχημάτων, αποδοτική χρήση της ανατροφοδότησης.
6. Χτίσιμο των καινούριων τρόπων σκέψης και συμπεριφοράς σε προηγούμενες επιτυχίες.
7. Εκπαίδευση του ασθενούς σε κοινωνικές δεξιότητες.
8. Πρόληψη της υποτροπής.²⁵

5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η θεραπεία συμπεριφοράς βασίζεται στις θεωρίες της μάθησης και επικεντρώνεται στην τροποποίηση της συμπεριφοράς. Σήμερα, σχεδόν αποκλειστικά συνδυάζεται με την γνωσιακή, σε αυτό που ονομάζεται Γνωσιακή - Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στις φοβίες, όπου η τεχνική της έκθεσης και συστηματικής απευαισθητοποίησης, όταν συνδυάζεται με την τροποποίηση των αρνητικών σκέψεων, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική.

5.4 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σ' αυτήν, η έμφαση δίδεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα άτομα της ομάδας, τα οποία μοιράζονται τα προβλήματα τους. Οι ομάδες (γύρω στα 12 άτομα) συναντώνται μια φορά την εβδομάδα για μήνες έως χρόνια. Ο θεραπευτής (που συμμετέχει στην ομάδα) υιοθετεί

ένα μη κατευθυντικό ρόλο, αλλά αποτρέπει τους ασθενείς του από το να κάθονται σιωπηλοί ή να μιλούν για άσχετα ζητήματα.²⁴

5.5 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογενειακή συστηματική θεραπεία βασίζεται στο σκεπτικό ότι τα προβλήματα δεν αναφύονται μόνο από το ίδιο το άτομο, αλλά μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας της οικογένειας. Η προσδοκία είναι ότι η βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας θα οδηγήσει στη βελτίωση του άρρωστου μέλους.²⁴

5.6 ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προκειμένου για την αποκατάσταση σχιζοφρενικών αρρώστων που δεν έχουν τη δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένεια 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 μian εναλλακτική λύση.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η πρόγνωση των ασθενών με ΣΧ έχει βελτιωθεί αρκετά τα τελευταία 25 χρόνια. Αν και μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ριζική θεραπεία, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι πολλοί ασθενείς μπορούν και ζουν ανεξάρτητοι και σε ικανοποιητικό επίπεδο. Καθώς οι γνώσεις μας σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της ΣΧ προχωρούν γοργά, στο μέλλον είναι βέβαιον ότι θα είμαστε σε θέση να βοηθήσουμε περισσότερους ασθενείς να έχουν μια καλύτερη πορεία.

Μελέτες που παρακολούθησαν ασθενείς με ΣΧ για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκάλυψαν ότι η πορεία και η πρόγνωση της ασθένειας μπορεί να ποικίλει ιδιαίτερα. Μια ανασκόπηση 2000 περίπου ασθενών στην διαδρομή του χρόνου, έδειξε ότι περίπου το 25% των ασθενών αναρρώνει πλήρως, 50% παρουσιάζει μέτρια βελτίωση και το υπόλοιπο 25% απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα πιθανότατα σε ίδρυμα. Μελέτες μεγάλου αριθμού ασθενών έχουν δείξει ότι ορισμένοι παράγοντες συσχετίζονται με καλύτερη πρόγνωση - π.χ. η καλή προνοσηρή προσαρμογή στο κοινωνικό σχολικό ή εργασιακό περιβάλλον, θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι οι γνώσεις μας μέχρι σήμερα δεν επιτρέπουν την ακριβή πρόβλεψη της πορείας και της πρόγνωσης σε ατομική βάση.

6.2 ΜΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΛΕΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Θεωρώντας δεδομένη την πολυπλοκότητα της ΣΧ, 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 ΣΧ 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 ευρεία 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 ΣΧ την επόμενη δεκαετία.²⁴

6.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ - ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αριθμός μελετών κατέδειξαν μια στενή σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής στη σχιζοφρένεια και γενικότερων κλιμάκων ψυχοπαθολογίας και επιπλέον, ότι τα θετικά, αρνητικά και αποδιοργανωμένα συμπτώματα σχετίζονται λιγότερο με την ποιότητα ζωής. Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και συμπτωματολογίας σε 63 σταθερούς εσωτερικούς ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας ή σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Βρέθηκε ότι βαρύτερη κατάθλιψη, σύμφωνα με την κλίμακα Βραχείας Ψυχατρικής Εκτίμησης (B P R S) σχετιζόταν λιγότερο με αισθήματα γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή, και μικρότερη ικανοποίηση από την καθημερινή διαβίωση, τα οικονομικά, την υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις, εύρημα συμβατό με παλαιότερα. Επιπλέον, υψηλότερες βαθμολογίες άγχους στην BPRS σχετιζόταν με μικρότερη ικανοποίηση από τη γενικότερη ποιότητα ζωής τις καθημερινές ασχολίες, την οικογένεια, την οικογένεια και τις κοινωνικές σχέσεις, ακόμη και μετά από έλεγχο των θετικών, των αρνητικών συμπτωμάτων ή της καταθλίψεως. Κανένα άλλο σύμπτωμα της σχιζοφρένειας δεν σχετιζόταν ισχυρά με την υποκειμενική ποιότητα ζωής. Το άγχος παρουσίασε επίσης σημαντική συσχέτιση με αριθμό θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, ενώ η κατάθλιψη σχετιζόταν πολύ λιγότερο. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι ίσως χρειάζονται πλέον λεπτομερείς αναλύσεις της γενικότερης ψυχοπαθολογίας, και του άγχους ειδικότερα, για την περαιτέρω εξακρίβωση των παραγόντων που ενέχονται στην ποιότητα ζωής στη σχιζοφρένεια. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν μελλοντικές κατευθύνσεις για θεωρίες περί συναισθήματος και θεραπείες στη σχιζοφρένεια.²⁶

6.4 ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ακούσια νοσηλεία είναι αποτέλεσμα της άρνησης των ασθενών με ψυχικές διαταραχές να δεχθούν νοσηλεία, η οποία δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι μήνες.

Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι η ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα κρίσης του ασθενούς για το συμφέρον της υγείας του και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη μη υποβολή σε θεραπεία.

Η εφαρμογή τα ακούσια νοσηλείας ως μέσω θεραπευτικής παρέμβασης έχει προκαλέσει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις τόσο σε ηθικό-πολιτικό όσο και σε επιστημονικό επίπεδο.²⁷

Με την ακούσια νοσηλεία τίθεται σε άμεση δοκιμασία η ελευθερία του ατόμου και τα θεμελιώδη δικαιώματά του.²⁸

Μετά από μία αναγκαστική νοσηλεία ,προσωρινά φαίνεται να λύνονται κάποια προβλήματα (να αποτρέπεται κίνδυνος μίας βίαιης πράξης), μακροπρόθεσμα όμως μπορεί αυτά να επιδεινωθούν, αυξάνοντας την καχυποψία και την εχθρότητα του ασθενούς μετά από αυτόν τον εξαναγκασμό.

Η αναγκαστική νοσηλεία θα πρέπει να γίνεται με διαδικασίες τέτοιες που να μην είναι προσβλητικές και να εξασφαλίζουν τον σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενούς.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο άρρωστο θα έχει αρνητική στάση για την νοσηλεία του και στο μέλλον μετά, από μία ακούσια νοσηλεία.²⁹

Στην Ελλάδα μόλις το 1999, με τον νόμο 2716/1999, θεσμοθετείται η τομεοποίηση και η εξωνοσοκομειακή οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, παρ' όλου που η Ελλάδα κατέχει το θλιβερό προνόμιο των περισσότερων, αναλογικά, ακούσιων νοσηλειών στην Ευρώπη!³⁰

Μια λύση στο πρόβλημα της ακούσια νοσηλείας ίσως θα μπορούσε να δοθεί με την υποχρεωτική εξωνοσοκομειακή θεραπεία.³¹

B' ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής και ενεργής έρευνας που είναι μορφή του περιγραφικού σχεδίου έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός - δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή το οποίο και απευθυνόταν σε νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ». Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα που αποτελούταν από 40 άτομα.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2005 στην περιοχή της πόλης της Αθήνας. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στο χώρο του νοσοκομείου.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν η ειδικότητα και ο τομέας εργασίας. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν και τα 40 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας

με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

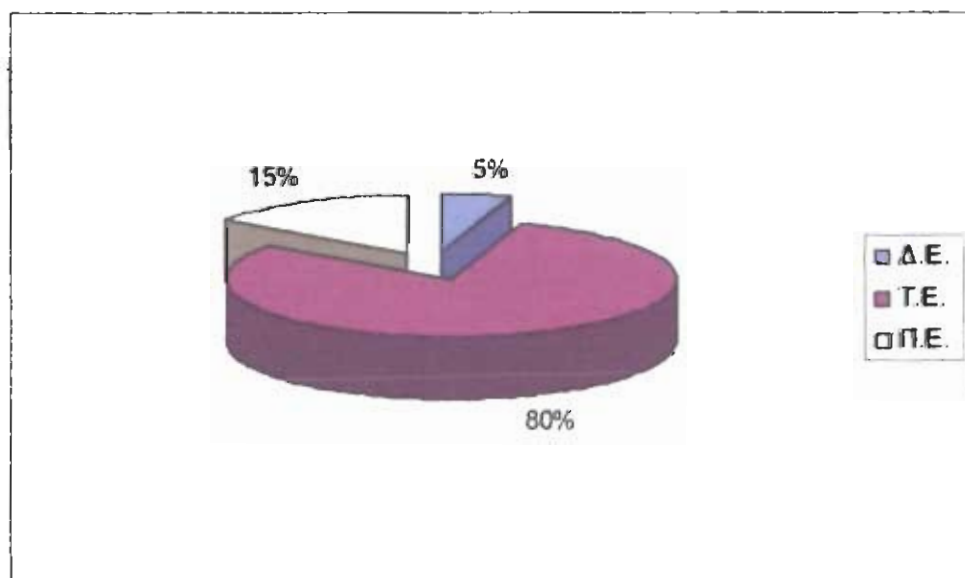
Α. Δημογραφικά στοιχεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με τη βαθμίδα εκπαίδευσης όπου ανήκαν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Δ.Ε.	2	5
Τ.Ε.	32	80
Π.Ε.	6	15
ΣΥΝΟΛΟ	40	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν Νοσηλευτές Τ.Ε.

ΣΧΗΜΑ 1 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με τη βαθμίδα.



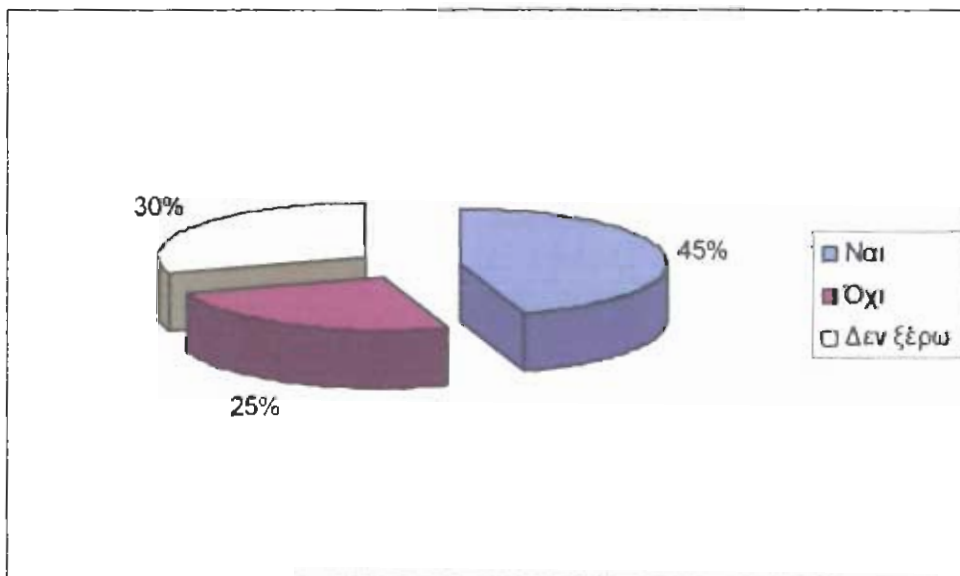
B. Απαντήσεις σε σχέση με το ερωτηματολόγιο

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων, εάν πιστεύουν ότι οι υπολογιστές μπορούν να βοηθήσουν ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	18	45
Όχι	10	25
Δεν ξέρω	12	30
Σύνολο	40	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι μπορούν οι Η/Υ να βοηθήσουν ψυχολογικά διαταραγμένα άτομα.

ΣΧΗΜΑ 1 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν οι Η/Υ μπορούν να βοηθήσουν ψυχολογικά διαταραγμένους ασθενείς.

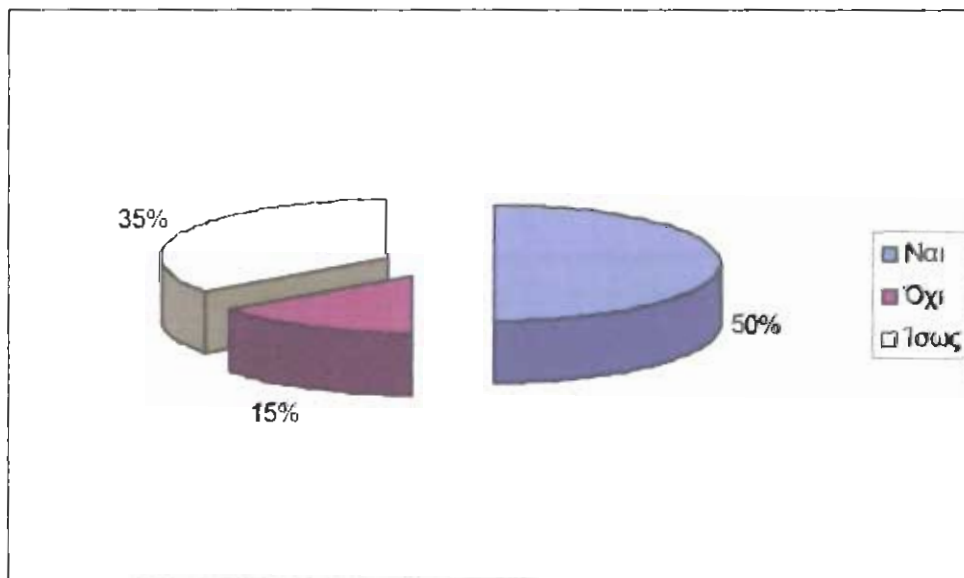


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων ,εάν θεωρούν ότι η διάγνωση και η θεραπεία μέσω υπολογιστών, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	20	50
Όχι	6	15
Δεν ξέρω	14	35
Σύνολο	40	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η θεραπεία και η διάγνωση μέσω Η/Υ θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΣΧΗΜΑ 2 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν η θεραπεία και η διάγνωση μέσω υπολογιστών θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

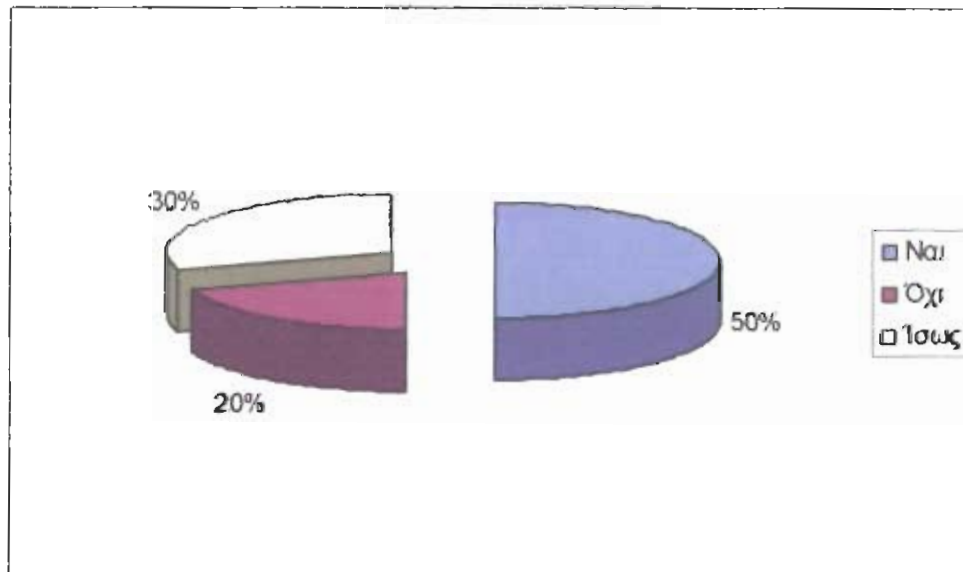


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων ,εάν πιστεύουν ότι το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας της σχιζοφρένειας θα γίνει αποδεκτό από το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	20	50
Όχι	8	20
Δεν ξέρω	12	30
Σύνολο	40	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι θα γίνει αποδεκτό το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας της σχιζοφρένειας από το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΣΧΗΜΑ 3 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι θα γίνει αποδεκτό από το νοσηλευτικό προσωπικό το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας της σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών.

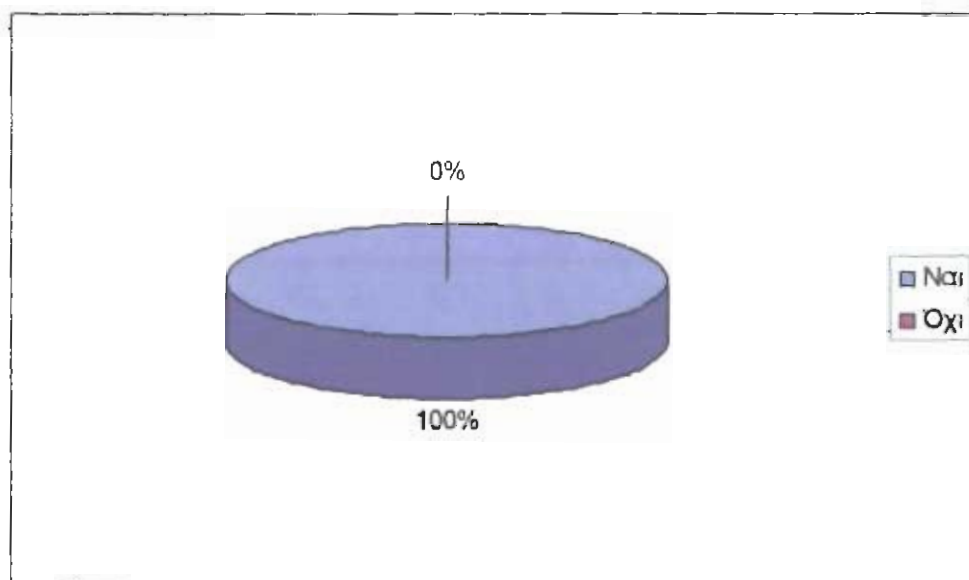


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα χρειαστούν ειδικές γνώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό για να αντεπεξέλθει στη χρήση του συγκεκριμένου συστήματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	40	100
Όχι	0	0
Σύνολο	40	100%

Το σύνολο των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι θα χρειαστούν ειδικές γνώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό για να αντεπεξέλθει στη χρήση του συγκεκριμένου συστήματος.

ΣΧΗΜΑ 4 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα χρειαστεί το νοσηλευτικό προσωπικό ειδικές γνώσεις για να αντεπεξέλθει στη χρήση του συγκεκριμένου συστήματος.

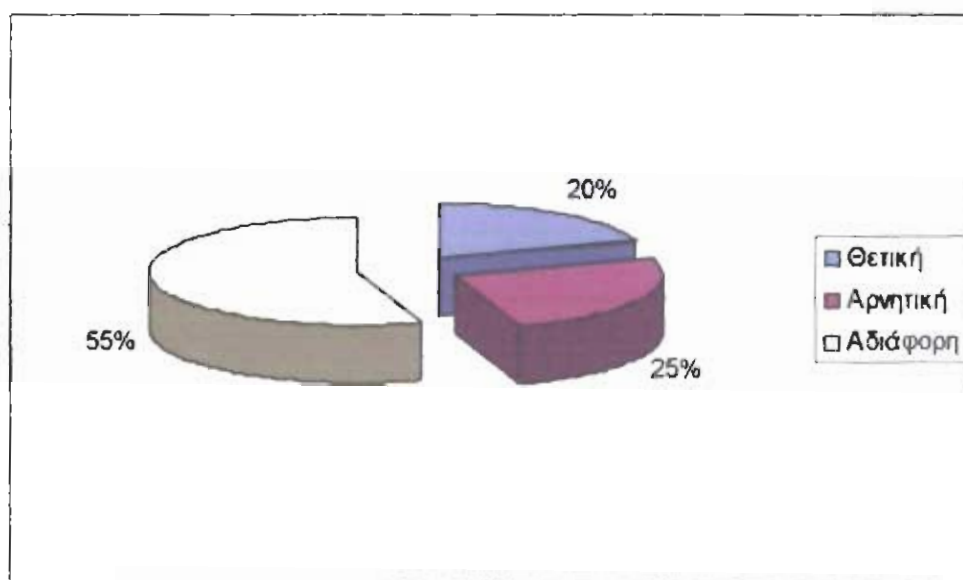


ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων ,σε σχέση με την αντίδραση των ασθενών ,εάν νομίζουν πως θα είναι θετική ή αρνητική ή αδιάφορη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Θετική	8	20
Αρνητική	10	25
Αδιάφορη	22	55
Σύνολο	40	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα νομίζουν ότι η αντίδραση των ασθενών θα είναι αδιάφορη.

ΣΧΗΜΑ 5 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων στο ερώτημα ,ποια νομίζουν ότι θα είναι η αντίδραση των ασθενών.

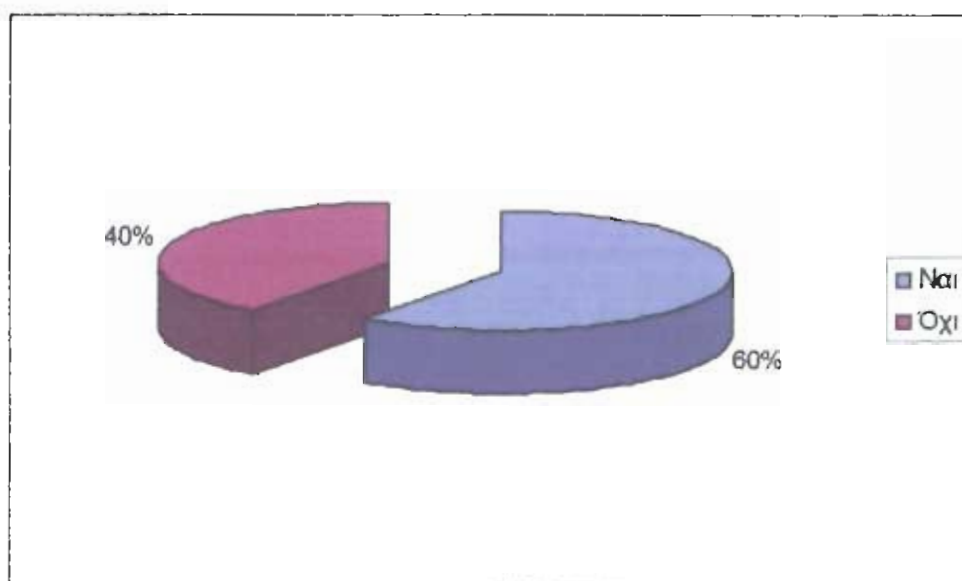


ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	24	60
Όχι	16	40
Σύνολο	40	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας.

ΣΧΗΜΑ 6 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας.

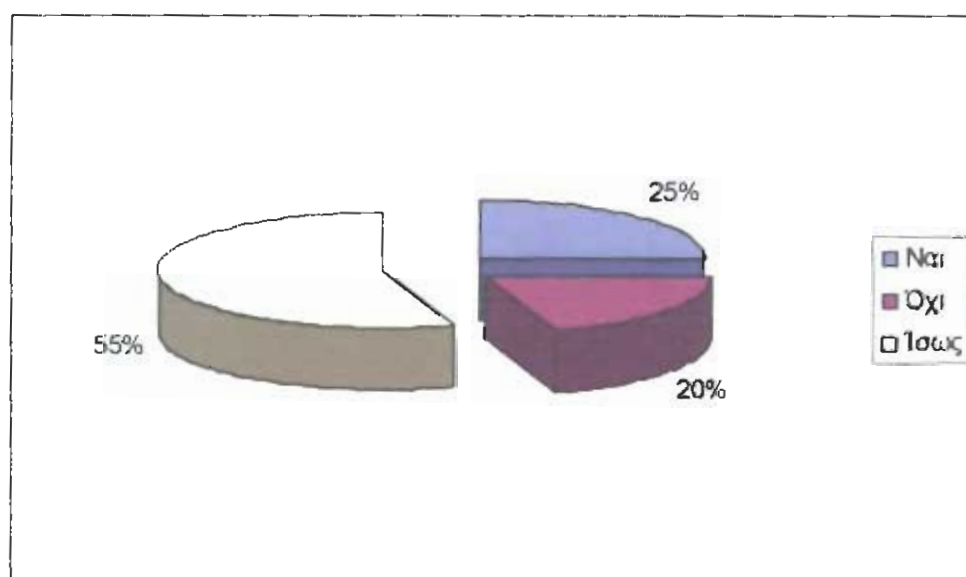


ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν οι υπολογιστές θα είναι ένα κίνητρο προς καλύτερευση της κατάστασής τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	10	25
Όχι	8	20
Ίσως	22	55
Σύνολο	40	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι ενδεχομένως οι υπολογιστές να είναι ένα κίνητρο προς καλύτερευση της κατάστασής τους.

ΣΧΗΜΑ 7 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν οι υπολογιστές θα είναι ένα κίνητρο προς καλύτερευση της κατάστασής τους.

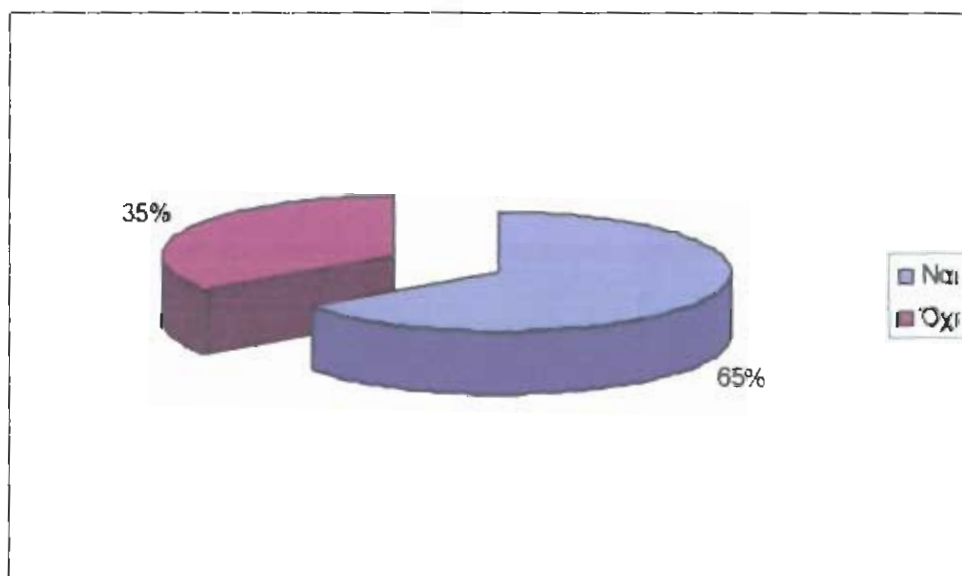


ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών σύμφωνα με τα δεδομένα της εποχής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	26	65
Όχι	14	35
Σύνολο	40	100%

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών σύμφωνα με τα δεδομένα της εποχής.

ΣΧΗΜΑ 8 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών σύμφωνα με τα δεδομένα της εποχής.

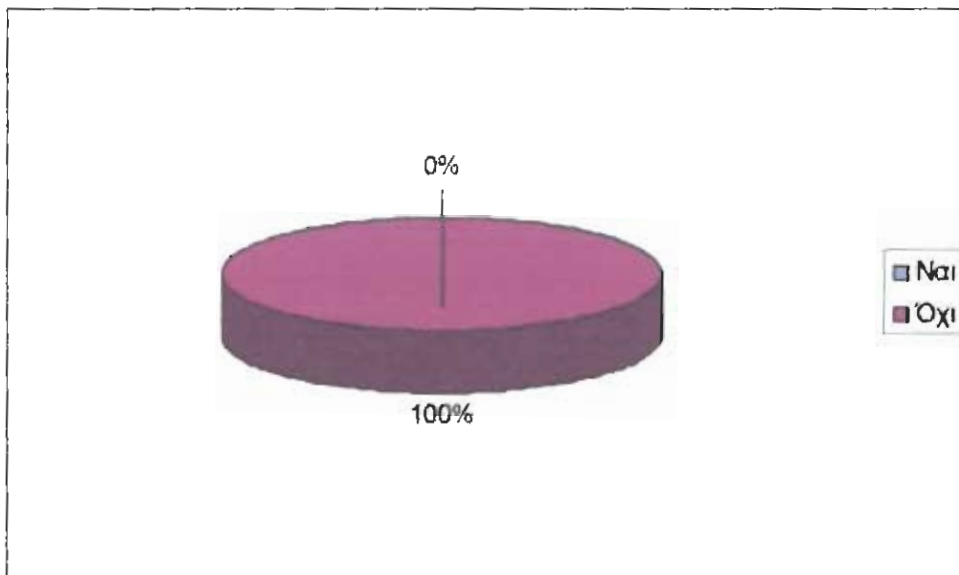


ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων των 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το εθνικό σύστημα υγείας είναι έτοιμο να εφαρμόσει το προαναφερθέν σύστημα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	0	0
Όχι	40	100
Σύνολο	40	100%

Το σύνολο των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι το εθνικό σύστημα υγείας δεν είναι έτοιμο να εφαρμόσει το προαναφερθέν σύστημα.

ΣΧΗΜΑ 9 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το εθνικό σύστημα υγείας είναι έτοιμο να εφαρμόσει το προαναφερθέν σύστημα.

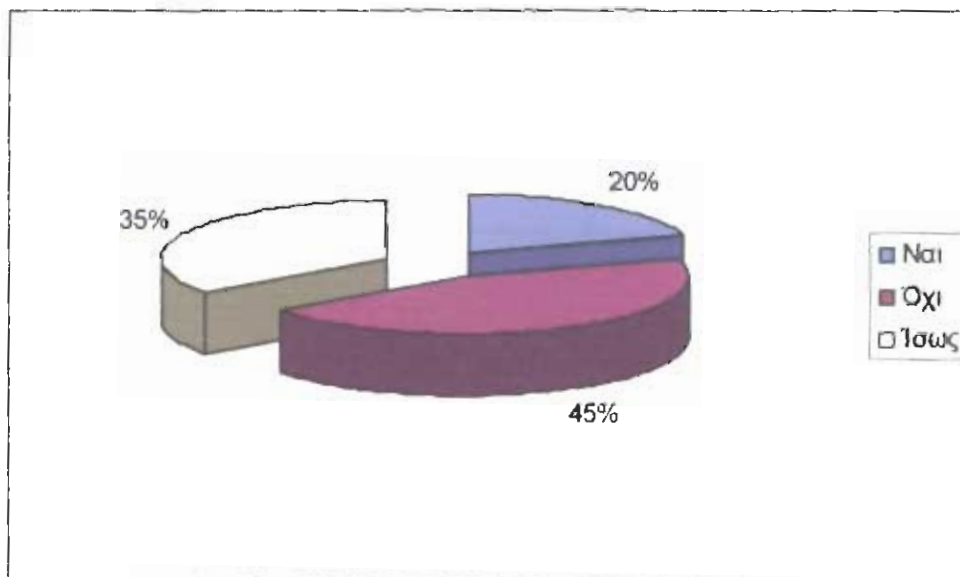


ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων των 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρα μας, με βάση την εμπειρία τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	8	20
Όχι	18	45
Ίσως	14	35
Σύνολο	40	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι δεν θα πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρα μας, με βάση την εμπειρία τους.

ΣΧΗΜΑ 10 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρα μας, με βάση την εμπειρία τους.



3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Περιγράφοντας το δείγμα των ατόμων που συμμετείχαν τελικά στην έρευνα μας, που αφορά τη βαθμίδα εκπαίδευσης όπου ανήκουν αναφέρεται ότι το μεγαλύτερο σύνολο από τους ερωτηθέντες ήταν Νοσηλευτές Τ.Ε ,δηλαδή το 80% ήταν Νοσηλευτές Τ.Ε και το 5% ήταν Δ.Ε. Το υπόλοιπο ποσοστό , δηλαδή το 15% ήταν Π.Ε.

Μια εξίσου σημαντική παράμετρος της έρευνας αφορά το αν οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι οι υπολογιστές μπορούν να βοηθήσουν ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς. Στην παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι θεωρούν ότι μπορούν οι υπολογιστές να βοηθήσουν τα συγκεκριμένα άτομα.

Διερευνήσαμε στη συνέχεια την κατανομή των ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η διάγνωση και θεραπεία μέσω υπολογιστών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Προέκυψε στην παρούσα έρευνα ότι το 50% θεωρεί ότι η διάγνωση και θεραπεία μέσω υπολογιστών θα βοηθήσει ασθενείς με σχιζοφρένεια ,ένα 15% δεν πιστεύει ότι θα βοηθήσει αυτό το σύστημα και το 35% ότι ενδεχομένως να βοηθήσει τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Μια άλλη παράμετρος που εξετάστηκε ήταν εάν οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας της σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών θα γίνει αποδεκτό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Το 50% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι αυτό το σύστημα θα γίνει αποδεκτό από το νοσηλευτικό προσωπικό,το 20% θεωρεί ότι δεν θα γίνει αποδεκτό και το υπόλοιπο 30% πιστεύει ότι πιθανότατα να το αποδεκτούν οι νοσηλευτές.

Επίσης εξετάστηκε το αν θεωρούν απαραίτητο ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα χρειαστεί ειδικές γνώσεις για να ανταπεξέλθει στη χρήση του συγκεκριμένου συστήματος. Όλοι οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι θα χρειαστούν ειδικές γνώσεις οι νοσηλευτές για να ανταπεξέλθουν σε αυτό το σύστημα.

Διερευνάται στη συνέχεια ποιά πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι θα είναι η αντίδραση των ασθενών. Το 55% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η αντίδραση των ασθενών θα είναι αδιάφορη,το 25% ότι θα είναι αρνητική και το 20% ότι θα είναι θετική.

Κατόπιν διερευνάται εάν πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην

παρούσα έρευνα θεωρούν ότι αυτό το σύστημα θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας.

Στη συνέχεια εξετάστηκε κατά πόσο πιστεύουν οι ερωτηθέντες ,ότι οι υπολογιστές θα είναι ένα κίνητρο προς καλυτέρευση της κατάστασής τους. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ενδεχομένως οι υπολογιστές να είναι ένα κίνητρο προς καλυτέρευση της κατάστασής τους.

Μια άλλη παράμερος που εξετάστηκε ήταν εάν θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών σύμφωνα με τα δεδομένα της εποχής. Το 65% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα τέτοιο σύστημα με τα δεδομένα της εποχής.

Επίσης κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί εάν το εθνικό σύστημα υγείας είναι έτοιμο να εφαρμόσει το προαναφερθέν σύστημα. Το 100% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι το εθνικό σύστημα υγείας είναι ανέτοιμο για την εφαρμογή του προαναφερθέντος συστήματος.

Κατόπιν διερευνάται από την εμπειρία τους εάν πιστεύουν, ότι πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρα μας. Το 45% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι δεν πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρα μας, ενώ το 35% δεν είναι σίγουροι εάν πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση της πληροφορικής είναι μια νέα πραγματικότητα στην επιστήμη της Νοσηλευτικής και γενικά στις επιστήμες υγείας, με πολλές δυνατότητες στην απόκτηση γνώσης και σημαντικών πληροφοριών.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αναγνωρίζει τη χρησιμότητα της πληροφορικής επιστήμης και των εφαρμογών της, χωρίς να κατέχει ειδικές γνώσεις στη λειτουργία του.

Υπό το πρίσμα της παραπάνω προοπτικής, αναμένεται ότι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές με το ακριβές σύστημα πληροφόρησης και αρχειοθέτησης που διαθέτουν, με την εισαγωγή ειδικών προγραμμάτων, με τον κατάλληλο σχεδιασμό και προγραμματισμό, αλλά και με την ανάλογη εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, θα μπορούν να συμβάλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης.

Η ορθή χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή παρέχει αναβάθμιση, αποκέντρωση και μείωση του χρόνου εργασίας, χωρίς να ελαττώνεται αριθμητικώς το προσωπικό μιας εργασίας.

Με τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών η γραφική δουλειά του νοσηλευτή μειώνεται και κατά συνέπεια αυξάνεται ο χρόνος ενασχόλησης του νοσηλευτή με τον ασθενή, ο οποίος χρειάζεται εξατομικευμένη φροντίδα πόσο μάλλον ένας ασθενής ψυχικά διαταραγμένος. Πρέπει ο νοσηλευτής να αφιερώνει χρόνο για συζήτηση στον ασθενή που έχει ανάγκη ψυχοθεραπείας για να του εκφράζει τους φόβους του και τις ανυσηχίες του.

Οι επιπτώσεις των ηλεκτρονικών υπολογιστών συνιστούν μείζονες προκλήσεις του άμεσου παρόντος που καλείται να αντιμετωπίσει η ακαδημαϊκή κυρίως νοσηλευτική κοινότητα αν σκοπεύει να επωφεληθεί από τις πολλαπλές δυνατότητες που προσφέρει η πληροφορική.

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Είναι απαραίτητο να δοθούν περισσότερες γνώσεις από το πρόγραμμα σπουδών που να αφορούν την χρήση των υπολογιστών στην νοσηλευτική και τη χρήση του διαδικτύου.
- Να αξιοποιηθούν τα παραπάνω συμπεράσματα από τους διδάσκοντες τα αντίστοιχα μαθήματα.
- Να ακολουθηθούν παρόμοιες διαδικασίες στην βελτίωση του προγράμματος των σπουδών και σε άλλους τομείς.
- Είναι αναγκαίο να υπάρξει οργανωτική ανάπτυξη των νοσοκομείων με πλήρη εφαρμογή της πληροφορικής.
- Η συνεχιζόμενη επιμόρφωση σε θέματα διοίκησης υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαία για το νοσηλευτικό, ιατρικό και διοικητικό προσωπικό.
- Στις σχολές της νοσηλευτικής θα πρέπει να δημιουργηθούν μονάδες νοσηλευτικής πληροφορικής με σκοπό την ανάπτυξη πρωτοβουλιών: α) σε ερευνητικά προγράμματα, β) στην ενσωμάτωση των εφαρμογών της νοσηλευτικής πληροφορικής στην εκπαιδευτική διαδικασία και γ) στην αξιοποίηση των εφαρμογών της νοσηλευτικής πληροφορικής στην παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Οι διάφορες επιστημονικές εταιρείες και επιστημονικά περιοδικά θα πρέπει να ενθαρρύνουν την παρουσίαση και δημοσίευση θεμάτων σχετικών με την νοσηλευτική πληροφορική.
- Οι νοσηλευτικές σχολές θα πρέπει να αξιολογήσουν τις υπάρχουσες ενδείξεις των ωφελημάτων που προκύπτουν από την χρήση υπολογιστών.
- Οι νοσηλευτές πρέπει να εξηγούν στον κάθε ασθενή ψυχικά διαταραγμένο ξεχωριστά τη λειτουργία του συστήματος μέσω υπολογιστών και να τους λύνουν κάθε απορεία που ίσως τους φοβίζει.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πληροφορική έχει επιφέρει ριζικές αλλαγές στη ζωή του ανθρώπου απαλλάσσοντας τον από κοπιαστικές, μονότονες και φθοροποιές για την υγεία του εργασίες. Διεύρυνε τις πνευματικές του δραστηριότητες βοηθώντας τον στην καλύτερευση της ποιότητας της ζωής του. Πολλοί τομείς από την καθημερινή ζωή του ανθρώπου και επαγγέλματα έχουν υποστεί αλλαγές ώστε να προσαρμοστούν στις σύγχρονες απαιτήσεις.

Η Υγεία είναι ένας από τους τομείς που εκμεταλλεύτηκαν τα πλεονεκτήματα της Πληροφορικής. Βοήθησε πολύ στον τομέα της έρευνας και της εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Για να αποδώσει όμως τα αναμενόμενα αποτελέσματα χρειάζεται πριν την εισαγωγή της η κατάλληλη προετοιμασία με τυποποίηση των εντύπων και πληροφοριών, με κωδικοποίηση των διαγνώσεων και επεμβάσεων, με στελέχωση εξειδικευμένου προσωπικού καθώς και εκπαίδευση και ενημέρωση του ήδη υπάρχοντος.

Εκτός από τις θετικές επιδράσεις της εγκυμονεί πολλούς κινδύνους. Είναι δυνατόν κάποιο μη εξουσιοδοτημένο άτομο να αποκτήσει απόρρητες πληροφορίες αν υπάρχουν κενά στο μηχανισμό της ασφάλειας. Υπάρχει κίνδυνος μηχανοποίησης του έργου του νοσηλευτή και μη εκμετάλλευσης του αστείρευτου πνευματικού δυναμικού του ανθρώπου. Ο νοσηλευτής οφείλει να εκμεταλλευτεί τις δυνατότητες της Πληροφορικής και να αποφύγει τις δυσάρεστες επιπτώσεις της. Ποτέ δεν πρέπει να ξεχνά το σκοπό του έργου του που είναι η παροχή φροντίδας στον άρρωστο. Πρέπει να βλέπει τον ψυχικά διαταραγμένο ασθενή σαν άνθρωπο και όχι σαν μια σειρά από δεδομένα στην οθόνη ενός υπολογιστή. Άλλωστε κανένα μηχάνημα δεν θα μπορέσει ποτέ να προσφέρει στον άρρωστο αυτά που πραγματικά χρειάζεται, την αγάπη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο για Νοσηλευτές

Σε ποια βαθμίδα ανήκετε;

ΔΕ ΤΕ ΠΕ

1) Πιστεύετε ότι οι υπολογιστές μπορούν να βοηθήσουν ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς;

Ναι 0 Όχι 0 Δεν ξέρω 0

2) Θεωρείτε ότι η διάγνωση και η θεραπεία μέσω υπολογιστών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα;

Ναι 0 Όχι 0 Ίσως 0

3) Πιστεύετε ότι το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας της σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών θα γίνει αποδεκτό από το νοσηλευτικό προσωπικό;

Ναι 0 Όχι 0 Ίσως 0

4) Νομίζετε πως το νοσηλευτικό προσωπικό θα χρειαστεί ειδικές γνώσεις για να ανταπεξέλθει στη χρήση του συγκεκριμένου συστήματος;

Ναι 0 Όχι 0

5) Η αντίδραση των ασθενών νομίζετε πως θα είναι

- Θετική
- Αρνητική
- Αδιάφορη

6) Πιστεύετε πως το το σύστημα διάγνωσης και θεραπείας της σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας;

Ναι 0 Όχι 0

7) Νομίζετε πως οι υπολογιστές θα είναι ένα κίνητρο προς καλύτερευση της κατάστασής τους;

Ναι 0 Όχι 0 Ίσως 0

8) Πιστεύετε πως θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα σύστημα διάγνωσης και θεραπείας σχιζοφρένειας μέσω υπολογιστών σύμφωνα με τα δεδομένα της εποχής;

Ναι 0 Όχι 0

9) Νομίζετε πως το εθνικό σύστημα υγείας είναι έτοιμο να εφαρμόσει το προαναφερθέν σύστημα;

Ναι 0 Όχι 0

10) Από την εμπειρία σας θεωρείτε ότι πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρας μας;

Ναι 0 Όχι 0 Ίσως 0

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αφροδίτη Χρ.Ραγιά**, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας , Δ' ΕΚΔΟΣΗ , Αθήνα 2004, Σελ.233
2. www.nursing.gr/pliroforiki.html ,Η Πληροφορική σαν Μέσο για την Προώθηση και Εξέλιξη της Νοσηλευτικής , «Μια Νεωτερικιστική Επανάσταση στην Κλινική Άσκηση»
3. **Παπαντώνης Σπύρος** , Πτυχιακή Εργασία «Internet και Νοσηλευτική» , Υπεύθυνος Καθηγητής Κουτσογιάννης Κων/νος , Σχολή Σ.Ε.Υ.Π. ,Τμήμα Νοσηλευτικής , Πάτρα 2001 , Σελ. 29
4. **Φωτεινή Τσαλίκογλου-Κωστοπούλου** , «Σχιζοφρένεια και φόνος» , «Μια Ψυχολογική – Εγκληματολογική Έρευνα» ,Εκδόσεις Παπαζήση , Β' Έκδοση , Αθήνα 1989 , Σελ.28-34 , Σελ.205
5. **Kraepelin E.** *Dementia Praecox and Paraphrenia* Translated by RM Barklay and GM Robertson , N. York , Robert E. Krilger , Publishing Company , 1971
6. **Bleuler E.** *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* , Translated by J. Zikih , N. York , International Universities Press , 1950
7. www.stress.gr
8. **Lewins G. Pelosis A.** , *The Case – Contral Study in Psychiatry* Br. J. Psychiatry , 1990
9. **Jablensky A. Sartorius** , N. , Emberg G. et al. *Schizophrenia : Manifestations Incidence and Course in Different Cultures. A WHO ten country study* Psych Med , monography Supplement , 1992
10. **Wing. Jk** , Cooper JE , Sartotius N. *The measurement and classification of psychiatric symptoms* , Cambridge : Cambridge Uni Press , 1974

11. **Keith SJ , Regier DA , Rae Ds , Schizophrenic disorders. In Robius LN , eds , Psychiatric Disorders in America : The Epidimiologic Catchement Area Study . New York : Free Press , 1991**
12. **Office of Population Census and Surveys OPCS Surveys of Psychiatric morbidity in Graet Britain : Bulletin No 1 the Prevalence of Psychiatric morbidity among adults aged 16 – 64 in private houholds in Graet Britain . London OPCS**
13. **Cannon M . Jones P Schizofrenia . J . Neur Neurosung . Psychiatry , 1996**
14. **www.mednet.gr (Psycho Med Net hellas – Σχιζοφρένεια) Οκτώβριος 2004**
15. ***Carpenter Wt , Buchanau RW , Schizofrenia N. England Med , 1994***
16. ***Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας , «Ταξινόμηση IcD – 10 Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών εκ συμπεριφοράς» , Γενεύη 1993***
17. **www.gesfie.gr Μάιος 2004**
18. ***Στεφανής Κ. και Συνεργάτες , « Θέματα Ψυχιατρικής» , Αθήνα 1973***
19. ***World . Psychiatric Association . Diagnostic Criteria for Schizofrenic and Affective Psychoses , American Psychiatric Press , Washington DC , 1983***
20. ***N. Μάνου , « Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» , 1997***
21. ***Γιώργος Χριστοδούλου , «Ψυχιατρική Κλινική» , Πανεπιστήμιο Αθηνών , Εκδόσεις ΒΗΤΑ , 2000***
22. **www.stress.gr –Εισαγωγή στις ψυχοθεραπείες , Σεπτέμβριος 2004**
23. ***Ευφορφία Κούκια , Θ.Σταθόπουλος , Περιοδικό «Ψυχιατρικές νοσηλευτικές και Γνωσιακή ψυχοθεραπεία» , Νοσηλευτική 2002***
24. ***Περιοδικό «Αναζητήσεις» , Τόμος 3^{ος} , 2003***

25. **B. Μούγια** , *Νοσηλευτικό* , Τεύχος Ιανουάριος – Μάρτιος 2001
26. **Βιδάλη T.** , «Εμμένοντας στον αντικαθορισμό: οι ατομικές ελευθερίες των έγκλειστων ψυχασθενών» 1955
27. **Μούγια B.** , «Η επίδραση της ακούσιας νοσηλείας στην κλινική εικόνα ψυχασθενών σε σύγκριση με τους εκούσια νοσηλευόμενους» , *Διδακτορική Διατριβή* , Αθήνα 1999
28. **Αλεβιζόπουλος Γεώργιος** , «Δικαστική Ψυχιατρική» , *Εκδόσεις Παρισιανού* , Αθήνα 1998
29. **Sensky T. , Hughes T. , Hirsh. S.** *compulsory psychiatric treatment in the community: a controlled study of patients whom psychiatrists would recommend for compulsory treatment in the community. British Journal of Psychiatry* 1991

