

Δ.Ε.Ε. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΗΒΗΦΡΕΝΕΙΑ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Κα. Καραμπέρη
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Χουλιάρη Γλυκερία



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	σελ. 3
Εισαγωγή	σελ. 5

Μέρος Α΄

Κεφάλαιο 1 ^ο	
Ιστορική ανασκόπηση	σελ. 6
Κεφάλαιο 2 ^ο	
2.1. Γενικά στοιχεία	σελ. 10
2.2. Επιδημιολογία.	σελ. 12
2.3. Συχνότητα και κατανομή στο φύλο	σελ. 13
2.4. Αιτιολογία	σελ. 14
Κεφάλαιο 3 ^ο	
3.1. Διάγνωση.	σελ. 21
3.2. Ψυχολογικά Τεστ	σελ. 23
3.3. Διαφορική διάγνωση	σελ. 24
3.4. Εργαστηριακά Ευρήματα	σελ. 26
3.5. Συμπτώματα	σελ. 28
3.6. Κλινικοί Τύποι Σχιζοφρένειας.	σελ. 36
3.7. Κλινική Εικόνα και Πορεία	σελ. 43
3.8. Πρόγνωση.	σελ. 45
Κεφάλαιο 4 ^ο	
4.1. Θεραπεία.	σελ. 48
4.2. Θεραπεία παιδιών και εφήβων σε κέντρα ημέρας	σελ. 59
Κεφάλαιο 5 ^ο	
Πρόληψη.	σελ. 64

Μέρος Β΄

Κεφάλαιο 6 ^ο	
Ηβηφρένεια	σελ. 66
Κεφάλαιο 7 ^ο	
7.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή.	σελ. 68
7.2. Νοσηλευτικές ευθύνες στη φαρμακευτική θεραπεία.	σελ. 71
7.3 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.	σελ. 81
7.4.Νοσηλευτική φροντίδα σχιζοφρενών με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	σελ. 102

Μέρος Γ΄

Κεφάλαιο 8 ^ο	
8.1. Στίγμα και προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.	σελ. 106

8.2. Οργάνωση προγραμμάτων αποστιγματισμού σελ. 111

Κεφάλαιο 9^ο

9.1. Το πρόβλημα της ψυχιατρικής νοσηλείας στο ψυχιατρείο. σελ. 115

9.2. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας. σελ. 116

Επίλογος.σελ. 118

Βιβλιογραφία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σχιζοφρένεια – μια λέξη που δεν ακούτε για πρώτη φορά. Δεν αποκλείεται να την χρησιμοποιείτε ήδη για περιγράψετε κάποιον που συμπεριφέρεται παράξενα και ασυνήθιστα. Είναι ίσως άλλη μια λέξη που δεν σας προβληματίζει. Ωστόσο για χιλιάδες ανθρώπους η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που τρομάζει και απομονώνει, εν μέρει γιατί εμείς οι φυσιολογικοί την έχουμε παρεξηγήσει.

Ακόμη και σήμερα εξακολουθούν να υπάρχουν πολλοί μύθοι και παρανοήσεις γύρω από τη σχιζοφρένεια. Ποιο είναι όμως το μεγαλύτερο πρόβλημα των ασθενών με σχιζοφρένεια; Οι περισσότεροι από αυτούς υποστηρίζουν πως, ακόμα κι όταν η κατάσταση τους βελτιωθεί και αισθανθούν καλύτερα, οι υπόλοιποι, «οι φυσιολογικοί» δεν τους αποδέχονται. Φανταστείτε να χρειαζόταν να μπειτε στο νοσοκομείο για μια επέμβαση: ασφαλώς φίλοι και συγγενείς θα έρχονταν να σας επισκεφθούν. Αν όμως η αιτία της νοσηλείας σας ήταν ψυχιατρικής φύσεως, οι φίλοι ή ακόμα και κάποιοι συγγενείς θα αισθάνονταν αμήχανα και ίσως να κρατούσαν αποστάσεις. Αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που αποτυπώνει το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή και ειδικά την σχιζοφρένεια. Τα άτομα με σχιζοφρένεια αισθάνονται το βάρος του στίγματος και των διακρίσεων σχεδόν σε κάθε στιγμή της ζωής τους. Έτσι αναπόφευκτα κλείνονται στον εαυτό τους, απομονώνονται και αποκόβονται από την κοινωνία.

Η εργασία που ακολουθεί χωρίζεται σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται αναφορά στο τι ισχύει για την σχιζοφρένεια στις μέρες, τους κλινικού τύπους της νόσου καθώς και τους διάφορους τρόπου θεραπείας της. Στο δεύτερο μέρος γίνεται ειδική αναφορά στον Αποδιοργανωμένο τύπο της Σχιζοφρένειας (Ηβηφρένεια), που είναι ίσως ο πιο σοβαρός γιατί προσβάλλει άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία, και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις των συμπτωμάτων του, καθώς και σε κάποια αληθινά περιστατικά και πως αντιμετωπίστηκαν στο χώρο του νοσοκομείου από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους νοσηλευτές. Το τρίτο και τελευταίο μέρος της εργασίας αναφέρεται στο τι ισχύει στη χώρα μας όσο αφορά τα ψυχιατρεία και

ψυχιατρική μεταρρύθμιση, καθώς και μια αναφορά στις προκαταλήψεις που ισχύουν για την ψυχική ασθένεια και τρόποι αποσιγματού. ^{1,24}

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια πλήττει το 1% του γενικού πληθυσμού. Αποτελεί διαταραχή του εγκεφάλου και οι αιτίες της δεν έχουν εξηγηθεί. Ωστόσο, οι επιστήμονες έχουν καταλήξει σε κάποιες πρώτες αιτίες εμφάνισης της νόσου, όπως είναι η κληρονομικότητα.

Η έναρξη της νόσου εκδηλώνεται κυρίως κατά την εφηβική ηλικία ή κατά τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Στην πραγματικότητα, οι μισές από όλες τις νέες περιπτώσεις της νόσου εμφανίζονται σε άτομα ηλικίας κάτω των 23 ετών. Εντούτοις, η μέση ηλικία έναρξης της σχιζοφρένειας είναι μικρότερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Στους άνδρες η έναρξη της νόσου παρατηρείται μεταξύ του 15^{ου} και 25^{ου} έτους της ηλικίας, ενώ στις γυναίκες εκδηλώνεται συνήθως μεταξύ 25 – 33 ετών.

Τα ποσοστά σχιζοφρένειας είναι ίδια στον αστικό και αγροτικό πληθυσμό, αλλά τα ποσοστά επιπολασμού της νόσου είναι υψηλότερα στον αστικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται προφανώς στο φαινόμενο της κοινωνικής παρέκκλισης, κατά το οποίο, βασανισμένα άτομα χάνουν την εργασία τους και αναγκάζονται να διαβιώσουν σε φτωχές αστικές περιοχές. Επιπλέον, το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν συσχετισθεί με υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού της νόσου. Κάτι που οφείλεται προφανώς, στο ότι η έναρξη της νόσου εκδηλώνεται κατά την εφηβική ηλικία και επομένως οι ασθενείς αδυνατούν να ολοκληρώσουν τις μορφωτικές και επαγγελματικές τους δυνατότητες. Υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται σε άγαμα άτομα, πλην όμως αυτό, μπορεί να οφείλεται στο ότι η πάθηση μειώνει την πιθανότητα τέλεσης επιτυχούς γάμου λόγω πρώιμης εμφάνισης της, ενώ αυξάνει την πιθανότητα διαζυγίων.

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου ταξινομούνται ως θετικά (διαταραχές της αντίληψης και της σκέψης, παράξενη συμπεριφορά κ.λ.π.) και αρνητικά (συναισθηματική επιπέδωση, απρόσφορο συναίσθημα κ.λ.π.).²²

ΜΕΡΟΣ Α'



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ιστορικά η έννοια της σχιζοφρένειας εμφανίζεται ταυτόσημη με την ίδια την 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 το πρόβλημα της παραφροσύνης, μια πορεία σημαδεμένη από αλληπάλληλες κατασκευές και ανατροπές μύθων, που διαμορφώνουν σε διάφορες ιστορικές περιόδους αλλόμορφες και διαμετρικά αντίθετες αντιλήψεις γύρω από την έννοια της παραφροσύνης.

Στο Μεσαίωνα η πίστη ότι ο κόσμος κυριαρχείται από αντιμαχόμενα καλά και κακά πνεύματα που συμπαρασύρουν την ανθρώπινη ύπαρξη στην αέναη πάλη τους τροφοδοτεί ένα μεταφυσικό πρότυπο της τρέλας που διατηρείται μέχρι και τις αρχές του 18^{ου} αιώνα. Αόρατες δαιμονικές δυνάμεις εξουσιάζουν τον ψυχασθενή και κατευθύνουν την ιδιόρρυθμη συμπεριφορά του, έτσι όταν αυτός δεν οδηγείται στη φωτιά για να εξαγνιστεί από την κυριαρχία τους, συνωστίζεται μαζί με φτωχούς και κακοποιούς σε άσυλα – φυλακές, όπου δεσπόζει ένας κατασταλτικός τιμωρητικός χαρακτήρας.

Η επιρροή των φιλοσόφων του Διαφωτισμού, η συνακόλουθη ιδεολογία της ατομικής ελευθερίας που αναπτύσσεται, θα θέσει τέρμα στη σκοταδιστική θεώρηση του ψυχασθενούς. Η απαρχή μιας νέας εποχής ενσαρκώνεται το 1973 στην ιστορική πράξη ενός Γάλλου ψυχιάτρου, του Pinel, ο οποίος σε μια στιγμή «φιλανθρωπικής» θα λέγαμε έξαρσης βγάζει τις αλυσίδες από τους τρελούς, εγκαινιάζοντας μια εποχή που ο Foulcault θα αποκαλέσει εποχή του «μεγάλου εγκλεισμού». Στα ψυχιατρεία που έρχονται τώρα να αντικαταστήσουν τα άσυλα ο ψυχασθενής αποβάλλει το μεταφυσικό του

περίβλημα και παραδίνεται στα χέρια της επιστήμης. Μιας επιστήμης, όμως, που θα αντιμετωπίσει όχι σαν ένα πρόσωπο, αλλά σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων και θα τον καταδικάσει στη σιωπή του ψυχιάτρου.

Η απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης της παραφροσύνης συνύφεται με την ιατροκρατική «βιολογιστική» προσέγγιση, απόλυτα εναρμονισμένη με το δεσπόζον το 19^ο αιώνα πνεύμα του ορθολογισμού. Η ακλόνητη πίστη στη θεώρηση της ψυχής και του σώματος σαν αδιαχώριστες ενότητες προσανατολίζει την ψυχιατρική έρευνα στο συσχετισμό όλων των ψυχικών ασθενειών με ανατομικό – εγκεφαλικές βλάβες.

Μέσα από την χοάνη των εγκεφαλο – οργανικών παθήσεων θα αναδυθούν και οι πρώτες περιγραφικές απόπειρες της σχιζοφρενικής νόσου. Ο Esquirol το 1816 χρησιμοποιεί τον όρο «άνοια» (demenche), για να δηλώσει τις επίκτητες διανοητικές διαταραχές και να τις διαφοροποιήσει από τις εγγενείς.

Ο όρος άνοια αναφέρεται στη βαθμιαία εξασθένηση της διανοητικής απόδοσης, συνοδευόμενη από μείωση της κριτικής ικανότητας, σταδιακή ελάττωση των δυνατοτήτων επικοινωνίας και εμφάνιση ενστικτικών συμπεριφορών που διαταράσσουν σοβαρά την κοινωνική ζωή. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα σοβαρή και ανυποχώρητη διαταραχή, που εκδηλώνεται στη διάρκεια του γήρατος και αποδίδεται σε εγκεφαλικές βλάβες, στον εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων, καθώς και σε διαταραχές της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια ο Morel το 1860 θα ανακαλύψει μια παραδοξότητα: την εμφάνιση της άνοιας όχι σε γηραιά άτομα, αλλά σε νεαρά. Εισάγει τότε για πρώτη φορά τον προδρομικό της σχιζοφρένειας όρο «πρώιμη άνοια» (demenche precoce), για να ορίσει την ψυχοπαθολογική κατάσταση που αρχίζει στη νεαρή ηλικία των είκοσι έως τριάντα ετών, και οδηγείται ραγδαία (σε δύο με τρία χρόνια) σε μια βαθιά ψυχοδιανοητική αποδιοργάνωση. Ο Morel αναζητά την αιτιοπαθογένεση της ασθένειας αυτής σε βεβαρημένη κληρονομικότητα, σεξουαλικές καταχρήσεις και στον αλκοολισμό.

Οι έρευνες του Morel γύρω από την πρώιμη άνοια θα επιβεβαιωθούν και θα διευκρινιστούν περισσότερο με την συμβολή του Hecker, που εισάγει τον «ηβηφρένεια», και του Kahlbaum, που εισάγει τον όρο «κατατονία». Οι

ερευνητές αυτοί προετοιμάζουν το έδαφος για την ανακάλυψη της σχιζοφρένειας, ενώ ο Kraepelin είναι εκείνος που θα επιτελέσει μια ευρεία σύνθεση του έργου τους, συμπεριλαμβάνοντας τις ποικίλες ψυχωτικές διαταραχές μέσα στο ίδιο σύνδρομο.

Ο Emil Kraepelin συνδυάζοντας τις προσωπικές του κλινικές παρατηρήσεις και προγενέστερες εργασίες, πρότεινε το 1899 στην έκτη έκδοση της πραγματείας του την οντότητα «πρώιμη άνοια» (démence précoce). Η πρώιμη άνοια περιελάμβανε όλες τις παθολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονταν από βαθιά διατάραξη της συναισθηματικής ζωής και βούλησης και από προοδευτική αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, η οποία οδηγούσε προς την έκπτωση. Διέκρινα τρεις βασικές μορφές: την ηβηφρένεια, την κατατονία και την παρανοειδή μορφή της νόσου.

Ο Eugen Bleuler (Ζυρίχη, 1911), αμφισβήτησε τον αναπότρεπτο χαρακτήρα της εξέλιξης προς την άνοια και έδωσε έμφαση στις διαταραχές του ειρμού των ιδεών και του θυμικού, στην απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα και την καταφυγή στον κόσμο των φαντασιώσεων (αυτισμός, autisme). Υπογράμμισε τη «διάσχιση», την «αποσύνθεση της προσωπικότητας» και εισήγαγε τον όρο «σχιζοφρένεια» (από το ελληνικό ρήμα σχίζειν) και την έννοια «ομάδα των σχιζοφρενών» (group des schizophrenies). Επηρεασμένος από τις πρόσφατες ψυχοδυναμικές αντιλήψεις του Freud και του Jung, θεώρησε ότι η πάθηση χαρακτηρίζεται από συμπτώματα «πρωταρχικά», που συνιστούν τον πυρήνα της νόσου, και στα «δευτερεύοντα», που απορρέουν από αυτά. Τα «πρωταρχικά» συμπτώματα συσχετίζονται με οργανικές διεργασίες και στο επίκεντρό τους τοποθετείται: η ασυναρτησία της σκέψης, η αμφιθυμία, η απάθεια ή συναισθηματική απροσφορότητα. Στα «δευτερεύοντα» συμπτώματα συγκαταλέγονται οι πλέον χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου: ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, κατατονικές εκδηλώσεις κ.λ.π.

Επιχειρώντας μια συνοπτική εκτίμηση της συμβολής του Bleuler στη μελέτη της σχιζοφρένειας, θα λέγαμε ότι η σπουδαιότητα του, που τον διαφοροποιεί από τους προγενέστερους ερευνητές, έγκειται στην προσπάθεια υπέρβασης μιας φαινομενολογικής προσέγγισης της νόσου και στην επισήμανση, για πρώτη φορά, του ρόλου που διαδραματίζουν τα ψυχικά φαινόμενα στην πρόκληση της. Όπως ο ίδιος λέει χαρακτηριστικά: «το ατομικό

σύμπτωμα έχει λιγότερη σημασία από ότι η ένταση και η έκτασή του και κυρίως από ότι η σχέση του με το ψυχολογικό περιβάλλον».

Έκτοτε, οι περισσότεροι Γάλλοι ψυχίατροι παραμένουν πιστοί στο πρότυπο σχιζοφρένειας του Bleuler, στο οποίο προσθέτουν κάποιες μεταγενέστερες θεωρητικές επεξεργασίες. Ανάμεσα στις σπουδαιότερες από αυτές, θα πρέπει να σημειώσουμε τις εργασίες του Henri Ey. Ο Ey, δεν έπαψε να ορίζει την σχιζοφρένεια ως «χρόνια ψύχωση, η οποία αλλοιώνει βαθύτατα την προσωπικότητα» και εκδηλώνεται με μια τάση του ατόμου «να διακόψει την οικοδόμηση του κόσμου του, μέσω της επικοινωνίας με τους άλλους, για να χαθεί τελικά μέσα στην αυτιστική σκέψη, δηλαδή μέσα στο χάος των φαντασιώσεων του». Η άποψη ότι πρόκειται για χρόνια ψυχική πάθηση θα πρέπει να θεωρηθεί, μετά την εισαγωγή διαφόρων νεότερων θεραπευτικών μεθόδων ότι περιγράφει μία από τις πιθανές εξελίξεις της νόσου και «όχι μια νοσηρή κατάσταση οριστικά εγκατεστημένη ή αναπόφευκτη». (S. Follin).^{10,5}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος του εγκεφάλου. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν την εξωτερική έκφραση των όσων συμβαίνουν στο εσωτερικό του εγκεφάλου. Η σχιζοφρένεια είναι το αποτέλεσμα διαταραχής του εγκεφάλου όπως ακριβώς και ο διαβήτης της λειτουργίας του παγκρέατος. Δεν είναι πλήρως ιάσιμη, αλλά αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή και προγράμματα αποκατάστασης. Επομένως υπάρχει ελπίδα.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα θετικά και τα αρνητικά.

Τα θετικά είναι εκείνα που κάνουν τους περισσότερους από μας να χαρακτηρίσουν τρελό. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, οι διαταραχές της συμπεριφοράς και η αλλοίωση της αίσθησης της πραγματικότητας. Ο ασθενής που έχει παραληρητικές ιδέες μπορεί να πιστεύει ότι υπάρχει κάποια συνομωσία εναντίον του, ότι τον καταδιώκουν ή τον κατασκοπεύουν κ.λ.π. οι ψευδαισθήσεις είναι από την αντίληψη και αφορούν και τις πέντε αισθήσεις. Οι ασθενείς ακούνε, βλέπουν, γεύονται, μυρίζουν και αισθάνονται πράγματα που δεν υπάρχουν. Οι πιο συνηθισμένες ψευδαισθήσεις είναι οι ακουστικές. Τα θετικά συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως στην οξεία φάση της νόσου και στις υποτροπές.

Τα αρνητικά συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται πριν από τα θετικά, αλλά τις περισσότερες φορές δεν αναγνωρίζονται ως πρώιμες ενδείξεις της σχιζοφρένειας. Περιλαμβάνουν αδυναμία λόγου, άμβλυση συναισθημάτων, δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη, αδιαφορία, απάθεια, απόσυρση που οδηγούν στην απομόνωση. Τα αρνητικά συμπτώματα στιγματίζουν και δυσκολεύουν εξίσου έντονα με τα θετικά.

Γενικώς η σχιζοφρένεια με το σύνολο των συμπτωμάτων της επηρεάζει κάθε πτυχή της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ζωής του ασθενή και έχει διαλυτικές συνέπειες για την οικογένεια αλλά και την κοινωνία.

Υπάρχουν πολλές κλινικές μορφές της σχιζοφρένειας που χαρακτηρίζονται από διαφορετικό τρόπο έναρξης και από ποικιλία στη συμπτωματολογία, ένταση και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου.

Τρεις είναι οι τρόποι αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας:

- **Φαρμακευτική αγωγή** η οποία οδηγεί στη βελτίωση ή την υποχώρηση των συμπτωμάτων και την πρόληψη των υποτροπών.
- **Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση** η οποία παρέχει ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη στον άρρωστο και την οικογένεια, έτσι ώστε όλοι να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το στρες, τα προβλήματα της καθημερινής ζωής και τα προβλήματα που δημιουργεί η ασθένεια.
- **Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση** η οποία βοηθά τον άρρωστο να ενισχύσει τις κοινωνικές και επαγγελματικές του δεξιότητες έτσι ώστε να ενταχθεί πλήρως στην κοινωνία.

Το κλειδί λοιπόν βρίσκεται στην φαρμακευτική αγωγή, στην εκπαίδευση για την αντιμετώπιση της νόσου και στην αποκατάσταση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.²⁴

2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι τα σχιζοφρενικά σύνδρομα έχουν περιγραφεί σε όλους τους πολιτισμούς, σε όλες τις φυλές και σε όλες τις πολιτισμικές ομάδες.¹⁰ Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με ίση συχνότητα στις γυναίκες και στους άντρες. Μπορεί να αρχίσει κατά την εφηβική ή νεανική ηλικία, δηλαδή μεταξύ 15 – 24 ετών στους άνδρες και λίγο αργότερα στις γυναίκες μεταξύ 25 - 35 ετών. 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. 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 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 σχιζοφρένεια 25000 - 50000 άτομα πάσχουν από αυτή μια δεδομένη χρονική στιγμή και 100000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής τους. Η εμφάνιση της σχιζοφρένεια 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 ψυχωσικά συμπτώματα λόγω κάποιας άλλης παθολογικής διαταραχής που δεν έχει ανιχνευτεί. Για το λόγο αυτό πριν ένα άτομο διαγνωστεί ότι πάσχει από σχιζοφρένεια πρέπει να έχουν αποκλειστεί άλλες παθολογικές διαταραχές που μπορεί να μιμούνται τη νόσος αυτή. Αυτό απαιτεί ένα πλήρη κλινικό και παρακλινικό έλεγχο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών αυτών.²⁸

2.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΤΟ ΦΥΛΟ

Είναι γνωστό ότι η παιδική σχιζοφρένεια, όπως ορίζεται από το DSM-III και το ICD-9, είναι μια αρκετά σπάνια κατάσταση και, επομένως, η συχνότητά της σπάνια αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Υπολογίζεται ότι περίπου 4-5 στα 10.000 παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας παρουσιάζουν συμπτώματα παιδικής σχιζοφρένειας. Εκείνο που αξίζει να σημειωθεί ιδιαίτερα είναι ότι η αναλογία αγοριών και κοριτσιών είναι εις βάρος των αγοριών: στο ένα κορίτσι με σχιζοφρένεια αντιστοιχούν τρία αγόρια με το ίδιο πρόβλημα. Σχετικές έρευνες έχουν μάλιστα δείξει ότι η αναλογία αυτή είναι σχεδόν κανόνας για όλες τις κατηγορίες ψυχοπαθολογίας στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Τα κορίτσια όμως αρχίζουν βαθμιαία να είναι όλο και πιο ευπαθή στο θέμα της ψυχικής υγείας καθώς πλησιάζουν την ωριμότητα, οπότε και «εξισώνονται» με τα αγόρια.

Η βαθμιαία αυτή εξίσωση των δύο φύλων σε θέματα ψυχικής υγείας έχει οδηγήσει τους ειδικούς στην υπόθεση ότι δύο είναι βασικά οι λόγοι για τη σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα ψυχοπαθολογίας στα αγόρια: α) τα αγόρια είναι βιολογικά λιγότερο ώριμα από τα κορίτσια, μια ανισότητα που παύει να υφίσταται μετά τα πρώτα χρόνια της εφηβείας β) στα αγόρια ασκείται μεγαλύτερη πίεση για επίδοση και προσαρμογή, μια πίεση που γίνεται στην ενήλικη ζωή εντονότερη στα κορίτσια.^{2,3}

2.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η προσπάθεια για την ανακάλυψη των αιτιών της σχιζοφρένειας έχει ήδη μια ιστορία μερικών δεκαετιών και είναι πλούσια σε αποτελέσματα. Έχουν προταθεί πολλές θεωρίες οι οποίες αντιπροσωπεύουν όλα σχεδόν τα ρεύματα της ψυχολογίας σήμερα.

Στις αρχές, ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής η για βιολογική βάση της σχιζοφρένειας, ενώ στη συνέχεια δόθηκε έμφαση από πολλούς ερευνητές στο διαπροσωπικό- κοινωνικό στοιχείο. Φυσικά, δεν λείπουν οι δύο σημαντικότερες κατευθύνσεις στη ψυχολογία, η ψυχαναλυτική και η συμπεριφοριστική.

Η άποψη που σήμερα επικρατεί είναι ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Σύμφωνα με τη θεωρητική αυτή θέση, υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα σε μια – γενετικά βασισμένη – προδιάθεση και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που καθιστούν την εμφάνιση σχιζοφρένειας περισσότερο ή λιγότερο πιθανή. Εννοείται ότι, όσο εντονότερη είναι η προδιάθεση, τόσο πιθανότερη είναι η εμφάνιση σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ακόμα και κάτω από ελάχιστα αγχογόνες περιβαλλοντικές συνθήκες. Αντίθετα, το άτομο με λίγη ή καθόλου προδιάθεση για σχιζοφρένεια, θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει κατά τρόπο ικανοποιητικό ακόμα και σοβαρές περιβαλλοντικές αντιξοότητες και διαταραχές.

Βιοχημικοί παράγοντες

Οι έρευνες για τους βιοχημικούς παράγοντες του ανθρώπινου οργανισμού και της σχέσης τους με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας εντοπίστηκαν αρκετά νωρίς στην ανακάλυψη του ρόλου δύο βιοχημικών ουσιών, της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης. Οι δύο αυτές ουσίες είναι γνωστό ότι μπορούν να μεταφέρουν νευρικές ωθήσεις σε νευρικά κύτταρα που ελέγχουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις. Για το λόγο αυτό οι δύο αυτοί νευροδιαβιβαστές έγιναν οι πρώτοι ύποπτοι ότι προκαλούν και τις γνωστές συναισθηματικές διαταραχές που είναι στοιχείο της σχιζοφρένειας.

Η υπόθεση αυτή ενισχύθηκε από μια αξιοσημείωτη παρατήρηση: παρατηρήθηκε, ότι ένα από τα αντιψυχωσικά φάρμακα - που είχε θετικές επιδράσεις στη συμπεριφορά των σχιζοφρενών - εμπόδιζε συγχρόνως και τη δράση της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης. Έτσι, η καταστολή μερικών σχιζοφρενικών διαταραχών συνδέθηκε με το μπλοκάρισμα της δράσης αυτών των νευροδιαβιβαστών. Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά διαφορετικές ποσότητες νοραδρεναλίνης ή ντοπαμίνης σε όλους τους σχιζοφρενείς σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Γενετικοί παράγοντες

Η βασική θέση της κατεύθυνσης αυτής στη μελέτη της σχιζοφρένειας είναι ότι η σχιζοφρένεια κληρονομείται. Η συγκεκριμένη διαδικασία με την οποία υποτίθεται ότι μεταβιβάζεται η σχιζοφρένεια έχει μελετηθεί με σειρά ερευνών, κύριο χαρακτηριστικών των οποίων είναι ότι προσπαθούν να υπολογίσουν την πιθανότητα σχιζοφρένειας σε άτομα με διαφορετικό βαθμό συγγένειας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Θα αναφέρουμε μερικούς τρόπους με τους οποίους επιχειρήθηκε αυτή η σύγκριση.

A) Μελέτη γενεαλογικού δένδρου. Η μέθοδος αυτή είναι από τις πρώτες προσπάθειες για την ανίχνευση της αιτίας της σχιζοφρένειας, αλλά και από τις λιγότερο επιστημονικές. Όπως, είναι προφανές, το υποκειμενικό στοιχείο της μεθόδου αυτής, μειώνει κατά πολύ την εγκυρότητά της.

B) Μελέτη οικογένειας. Με τη μέθοδο αυτή μελετάται μόνο η οικογένεια του ατόμου που έχει διαγνωσθεί ως σχιζοφρενής, σε μια προσπάθεια να εντοπισθούν και άλλα μέλη που πιθανών να παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα. Η μελέτη αυτή καταλήγει στη σύγκριση της συχνότητας σχιζοφρένειας μέσα στην οικογένεια και στο γενικό πληθυσμό. Σε μια παλιότερη έρευνα του με 1087 οικογένειες σχιζοφρενών ατόμων ο F.J.Kallmann, γνωστό για τις γενετικές του έρευνες, βρήκε ότι όσο πιο κοντινός ήταν ο βαθμός συγγένειας ενός ατόμου με το προβληματικό άτομο, τόσο πιθανότερο ήταν το άτομο αυτό να είναι και το ίδιο προβληματικό.

Ειδικότερα για την ψυχοπαθολογία γονέων και παιδιών, ο Kallmann υπολόγισε, με βάση δεδομένα τεσσάρων δεκαετιών, η πιθανότητα εμφάνισης του ίδιου προβλήματος στα παιδιά του είναι περίπου 17% όταν και οι δύο γονείς είναι σχιζοφρενείς, η πιθανότητα αυξάνει σημαντικά στο εντυπωσιακό 67-70%.

Το βασικό πρόβλημα με την παραπάνω μέθοδο είναι ότι δεν παρέχει την δυνατότητα να διαχωριστούν οι ρόλοι που παίζουν η κληρονομικότητα και το περιβάλλον. Ο ρόλος μάλιστα του περιβάλλοντος φαίνεται να αποσιωπάται ή να αγνοείται εντελώς. Ωστόσο, και οι δύο αυτοί παράγοντες θα μπορούσαν να επιδρούν ταυτόχρονα στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Αυτή είναι η θέση πολλών που υποστηρίζουν τη γενετική βάση της σχιζοφρένειας: η διαταραχή αυτή δεν φαίνεται να κληρονομείται άμεσα, όπως π.χ. το χρώμα των ματιών, αυτό που πιθανότατα κληρονομείται είναι μια προδιάθεση που καθιστά το άτομο περισσότερο ευαίσθητο σε αρνητικές περιβαλλοντικές συνθήκες.

Γ) Μελέτη διδύμων. Με τη μεθοδολογική αυτή πρόσβαση, που είναι επιμέρους περίπτωση της προηγούμενης, οι ερευνητές προσπαθούν να καθορίσουν τη σχιζοφρένειας ανάμεσα σε ζεύγη διζυγωτικών και μονοζυγωτικών (ιδανικών) διδύμων που ανατρέφονται στο ίδιο ή σε διαφορετικό περιβάλλον. Σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς τυχόν αυξημένη συχνότητα σχιζοφρένειας στους ιδανικούς διδύμους αποδίδεται, με μεγάλη πιθανότητα, στις κοινές κληρονομικές τους καταβολές.

Πράγματι, ο Kallmann, σε μέρος των ερευνών που αναφέρθηκαν πριν, διαπίστωσε ότι τα αδέρφια σχιζοφρενών μονοζυγωτικών διδύμων είχαν αυξημένη πιθανότητα να είναι και οι δύο σχιζοφρενείς σε σύγκριση με τα αδέρφια διζυγωτικών διδύμων. Αξίζει εδώ να παρατηρηθεί ότι η πιθανότητα αυτή απέχει αρκετά από το 100%. Επομένως, εκτός από τον γενετικό – κληρονομικό παράγοντα, θα πρέπει να συνυπολογιστούν και άλλοι – περιβαλλοντικοί κυρίως – παράγοντες που πιθανότατα είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση σχιζοφρένειας.

Συγκεκριμένα ποσοστά για την συχνότητα σχιζοφρένειας σε σχέση με το βαθμό συγγένειας των ατόμων μιας οικογένειας παρουσιάζει ο παρακάτω πίνακας.

<u>Σχέση με το σχιζοφρενικό άτομο</u>	<u>Συχνότητα σχιζοφρένειας (%)</u>
Παιδί με σχιζοφρενή γονέα	9 – 16
Παιδί με σχιζοφρενείς γονείς	40 – 68
Αδελφός	8 – 14
Διζυγωτικός δίδυμος	5 – 16
Μονοζυγωτικός δίδυμος	20 – 75
Γενικός πληθυσμός	0,85

Ψυχαναλυτική θεωρία

Όπως είναι γνωστό, ο Freud δεν ασχολήθηκε άμεσα με την σχιζοφρένεια. Κατά την ορθόδοξη, πάντως, ψυχαναλυτική θεώρηση, η σχιζοφρένεια οφείλεται σε καθήλωση του ατόμου σε πρώιμα στάδια της εξέλιξης της προσωπικότητάς του (στοματικό και φαλλικό στάδιο). Αποτέλεσμα της καθήλωσης είναι ότι το άτομο αδυνατεί να υιοθετήσει αμυντικούς μηχανισμούς, ώστε να ξεπεράσει με επιτυχία το άγχος που του προκαλεί το περιβάλλον. Ένα άλλο αποτέλεσμα της καθήλωσης είναι ότι η libido παραμένει επενδυμένη στο εγώ και δεν επεκτείνεται στον εξωτερικό κόσμο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση του ατόμου στο δικό του κόσμο καθώς και άλλες εκδηλώσεις, όπως, για παράδειγμα, μεγαλομανία.

Συμπεριφοριστική θεωρία

Στη θεώρηση των αιτιών της σχιζοφρένειας δεν θα μπορούσε να λείπει η συμπεριφοριστική κατεύθυνση και ειδικότερα η θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Όπως είναι γνωστό, οι συμπεριφοριστές υποστηρίζουν ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι κατά βάση ζήτημα μάθησης. Κατά αναλογία, η διαταραγμένη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα κακής μάθησης. Η συγκεκριμένη διαδικασία με την οποία επέρχεται αυτή η μάθηση περιγράφεται κατά ποικίλους τρόπους. Το γενικότερο πρόβλημα όμως, της ερμηνείας τη συμπεριφοράς βάση τη συμπεριφοριστική θεώρηση είναι ότι, μας παρέχει νόμους και διαδικασίες μάθησης που θεωρητικά θα πρέπει να έχουν γενικότερη εφαρμογή, πρακτικά όμως αφήνουν ανεξήγητο ένα σημαντικό ποσοστό της ανθρώπινης συμπεριφοράς.²

Ψυχοκοινωνικές θεωρίες

Οι θεωρίες του είδους αυτού μελετούν κυρίως τις διαπροσωπικές σχέσεις του σχιζοφρενούς ατόμου στα πλαίσια της ψυχοδυναμικής της ομάδας στην οποία ζει (οικογένεια, σχολείο, κοινωνία γενικότερα). Θα αναφέρουμε συνοπτικά τρεις θεωρητικές απόψεις που τοποθετούν το γενεσιουργό αίτιο της σχιζοφρένειας στις διαταραγμένες ψυχοκοινωνικές σχέσεις του ανθρώπου.

A) Θεωρία Bateson: Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, που είναι γνωστή και ως διπλό μήνυμα, υπάρχει παθολογική σχέση ανάμεσα σε δύο πρόσωπα της οικογένειας. Το πρόβλημα συνίσταται στο γεγονός ότι, με τη συμπεριφορά του το ένα πρόσωπο συστηματικά δίνει δύο μηνύματα συγχρόνως, τα οποία είναι αντίθετα. Υπάρχει δηλ., εννοιολογική διάσταση ανάμεσα π.χ. στο τι κάνει κάποιος και στο τι λέει την ίδια στιγμή. Ο Bateson περιγράφει ως εξής την κατάσταση αυτή:

- ❖ Υπάρχει μια έντονη διαπροσωπική σχέση στην οποία ο ένας νιώθει ότι πρέπει να καταλάβει ακριβώς τι προσπαθεί ο άλλος να του πει για να αντιδράσει κατάλληλα.
- ❖ Ο άλλος με την συμπεριφορά του μεταβιβάζει δύο μηνύματα που είναι αντικρουόμενα.
- ❖ Ο πρώτος δεν μπορεί να καταλάβει τι συμβαίνει, δεν ξέρει πώς να αντιδράσει και αισθάνεται ένταση και άγχος.

Με επανειλημμένες εμπειρίες αυτού του είδους, σύμφωνα με τη θεωρία, το παιδί στερείται τελικά ενός σταθερού σημείου αναφοράς στις σχέσεις του, και χάνει την επαφή με το πραγματικό περιεχόμενο του έξω κόσμου, ακριβώς λόγω του παραλόγου που επικρατεί στο άμεσο περιβάλλον του.

Ο βασικότερος περιορισμός της θεωρίας του Bateson είναι ότι, όπως αποδείχθηκε εμπειρικά, αυτές οι συγκεχυμένες καταστάσεις διπλού μηνύματος δεν οδηγούν στη εμφάνιση μόνο σχιζοφρένειας, αλλά και άλλων μορφών προβληματικής συμπεριφοράς.

B) Θεωρία του Lidz: Ο T.Lidz και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι δεν είναι τόσο τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των γονέων που προκαλούν την εμφάνιση σχιζοφρένειας στο παιδί, όσο το γενικότερο ψυχολογικό κλίμα που

επικρατεί στην οικογένεια. Οι παραπάνω ερευνητές διακρίνουν δύο τύπους οικογένειας, την σχισματική και την ασύμμετρη.

Στη σχισματική οικογένεια υπάρχει ανοιχτή σύγκρουση μεταξύ των δύο γονέων, η οποία χρονίζει και απειλεί άμεσα την κοινή διαβίωση. Δεν υπάρχει ουσιαστικά συζυγική ζωή και το παιδί γίνεται συχνά αντικείμενο αντιδικίας ή μέσο για να πληγωθεί ο ένας γονέας από τον άλλον. Εμπειρικές έρευνες συνδέουν αυτόν τον τύπο οικογένειας με την εμφάνιση σχιζοφρένειας στα αγόρια.

Στην περίπτωση της ασύμμετρης οικογένειας, η διάσταση ανάμεσα στους δύο γονείς είναι λιγότερο εμφανής και δεν υπάρχει άμεση απειλή διάλυσης της οικογένειας. Η οικογενειακή ζωή όμως κατευθύνεται από την προβληματική συμπεριφορά του ενός γονέα εις βάρος του άλλου. Σε τέτοιες περιπτώσεις το παιδί που είναι πιθανότερο να παρουσιάσει συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι το κορίτσι.

Γ) Θεωρία του Lang: Κατά τον R.Lang που αντιπροσωπεύει τις νεότερες τάσεις στα θέματα της ψυχοπαθολογίας, η σχιζοφρενική συμπεριφορά είναι ο τρόπος για να ζήσει το άτομο σε έναν αρρωστημένο κόσμο. Υπεύθυνο δηλ. είναι το κοινωνικό περιβάλλον με τις διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις που έχει καθιερώσει.

Ο R.Lang υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι αρρώστια, όπως, για παράδειγμα, ο διαβήτης, αλλά είναι απλώς ένας χαρακτηρισμός, ένα χαρακτηριστικό, που μερικοί άνθρωποι αποδίδουν σε μερικούς άλλους, επομένως, η σχιζοφρένεια πρέπει να θεωρείται φαινόμενο κοινωνικό, αν όχι και πολιτικό. Ακριβώς δε, επειδή η σχιζοφρένεια καθορίζεται με βάση κοινωνικούς κανόνες, συχνά η αντιμετώπισή της οδηγεί σε θεραπευτική αγωγή που προκαλεί από μόνη της αποκλίνουσα συμπεριφορά στο άτομο, αντί να την περιορίσει.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για δεκαετίες ερευνητές σε όλο τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα γιατί η ακριβής διάγνωση της είναι πολύ σημαντική για την γενικότερη πρόγνωση και θεραπεία του αρρώστου.

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν πρέπει να τίθεται όταν υπάρχουν και κυριαρχούν καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα, εκτός αν είναι σαφές ότι τα σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν προηγηθεί της συναισθηματικής διαταραχής. Επίσης, δεν πρέπει να τίθεται, όταν υπάρχει εμφανής εγκεφαλική νόσος ή τα συμπτώματα σημειώνονται κατά τη διάρκεια κατάστασης τοξίκωσης ή στέρησης από ναρκωτικά.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1 μηνός (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία):

1. παραληρητικές ιδέες
2. ψευδαισθήσεις
3. αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία)
4. έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
5. αρνητικά συμπτώματα δηλ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία

B. Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία: Για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής ένας ή περισσότεροι μείζονες τομείς της λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι σπουδές, οι

διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα είναι αξιοσημείωτα κάτω από το αναμενόμενο επίπεδο επιτυχίας.

Γ. *Διάρκεια*: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για έξι μήνες. Η περίοδος των έξι μηνών πρέπει να περιλαμβάνει ενεργό φάση (τουλάχιστον μιας εβδομάδας ή λιγότερο αν τα συμπτώματα θεραπεύτηκαν με επιτυχία) στη διάρκεια της οποίας υπήρχαν ψυχωτικά συμπτώματα.

Δ. *Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία*: δηλαδή αν ένα μείζον καταθλιπτικό ή Μανιακό Σύνδρομο ήταν ποτέ παρόν στη διάρκεια μιας ενεργού φάσης της διαταραχής, η συνολική διάρκεια όλων των επεισοδίων ενός συνδρόμου διαταραχής της διάθεσης ήταν βραχεία σε σχέση με τη συνολική διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών της διαταραχής.

Ε. *Αποκλεισμός ουσίας/γενικής ιατρικής κατάστασης*: Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματά της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης φαρμάκου ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης).

ΣΤ. *Σχέση με μια βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης*: Αν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής ή άλλης Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας μπαίνει μόνο όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για έναν τουλάχιστον μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία).²⁰

3.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΤΕΣΤ

Ενδιαφέρουσα η συμβολή τους στη διάγνωση, ιδίως των ολιγοσυμπτωματικών ή των αρχόμενων μορφών της σχιζοφρένειας. Οι ψυχολογικές δοκιμασίες πρέπει να εντάσσονται στα πλαίσια μιας πλήρους εξέτασης προσαρμοσμένης στην κάθε περίπτωση. Τα αποτελέσματα τους πρέπει να γίνονται αντικείμενο 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.
- Οι δοκιμασίες προσωπικότητας είναι πολύ πιο ενδιαφέρουσες, επειδή φέρουν στην επιφάνεια τις πρώιμες αλλοιώσεις της.

- Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας M.M.P.I. παρουσιάζει μια πολύ χαρακτηριστική εικόνα, έτσι ώστε οι ψευδείς θετικές διαγνώσεις είναι πολύ σπάνιες. 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 την σχιζοφρένεια και αφετέρου τους μηχανισμούς που δεσπάζουν στην σχιζοφρενική σκέψη όπως: ο ορθολογισμός, η ιδεομόλυνση, η αφαιρετική σκέψη, η αποτυχία των μηχανισμών απώθησης, η ωριμότητα των απαντήσεων με σεξουαλικό ανατομικό ή γυναικολογικό περιεχόμενο.^{19,10}

3.3. Διαφορική διάγνωση

Η ηβηφρένεια όπως είναι ευνόητο δημιουργεί ποικίλα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα συναρτημένα με την ποικιλόμορφη συμπτωματολογία που χαρακτηρίζει τα διάφορα εξελικτικά της στάδια. Ιδιαίτερη σημασία έχει διαφοροδιάγνωσή της στα αρχικά της στάδια οπότε και πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ακόλουθες καταστάσεις που έχουν μαζί της μεγάλη σημειολογική συγγένεια.

1. **Υποχονδριακές αιτίες:**σε κάθε περίπτωση νέου ατόμου με επίμονα σε διάρκεια αλλά ακαθόριστα και ασταθή στο περιεχόμενό τους σωματικά ενοχλήματα πρέπει να τίθεται η υποψία μιας αρχόμενης ηβηφρενικής ψυχώσεως, χωρίς όμως να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι οι υποχονδριακού τύπου αιτίες αποτελούν σύμπτωμα πολλών άλλων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων.
2. **Κατάθλιψη – μελαγχολία:**η παρατηρούμενη στην ηβηφρένεια κατάθλιψη συμπίπτει χρονικά με τις εμφανιζόμενες συχνά στην εφηβική ηλικία παροδικές διαταραχές του συναισθήματος. Οι διαταραχές αυτές γνωστές σαν «νεανιεύματα» διακρίνονται από τις γνήσιες ηβηφρενικές διαταραχές από το γεγονός ότι το συναίσθημα διατηρεί ανέπαφη τη δονητική του απαντητικότητα και η σκέψη την δομική της ακεραιότητα. Επιπλέον είναι παροδικές και επηρεάζονται από τις περιβαλλοντικές συνθήκες.
3. **Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση:**η κλινική εικόνα της αρχόμενης ηβηφρένειας περιλαμβάνει και ιδεοληπτικά στοιχεία σε 1 – 10%. Κατά κανόνα όμως συνυπάρχουν και άλλα πιο τυπικά συμπτώματα της ψυχώσεως. Ισχύει εδώ ότι και για την κατάθλιψη.
4. **Οι ψυχανωμαλίες:**το πρόβλημα προκύπτει από την συμπεριφορά και την ανώμαλη σεξουαλική ζωή μερικών ηβηφρενικών. Υπάρχει ο

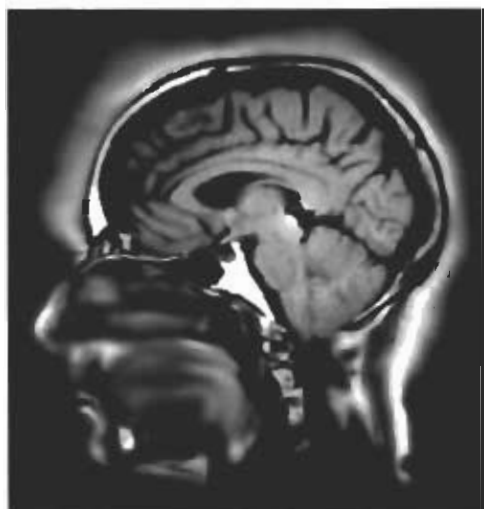
πλούτος των άλλων διαταραχών στην ηβηφρένεια, καθώς και η εξελικτική πορεία.

5. **Άλλες μορφές σχιζοφρένειας:**λόγω της πολυμορφίας των συμπτωμάτων της, η ηβηφρένεια μπορεί να δημιουργήσει διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με τις άλλες σχιζοφρένεις. Στα αρχικά στάδια συνδέεται με την παρανοειδή και σχιζοσυναισθηματική. Στα προχωρημένα συγχέεται με την απλή (γιατί κυριαρχεί η συναισθηματική έκπτωση). Όταν η αμιγής ηβηφρενική συμπτωματολογία συνδυάζεται με κατατονικού τύπου συμπτώματα ονομάζεται ηβηφρενικοκατατονική.⁷

3.4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Εργαστηριακά, αν και δεν υπάρχουν ευρήματα παθογνωμικά για τη σχιζοφρένεια, εν τούτοις ορισμένα ευρήματα ανευρίσκονται πιο συχνά σε σχιζοφρενικούς ασθενείς. Έτσι, δομικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (CT, MRI) έχουν δείξει δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, όπως διεύρυνση των κοιλιών, διεύρυνση των αυλακών και παρεγκεφαλική ατροφία. Ακόμη, ελάττωση του μεγέθους των βασικών γαγγλίων, ελάττωση του όλου μεγέθους του εγκέφαλου. Πρόσφατα, παρατηρήθηκε η ύπαρξη μικρότερων ποσοτήτων φαιάς ουσίας στον κροταφικό και μετωπιαίο λοβό των ασθενών σε σχέση με τους υγιείς, κυρίως στο δεξί ημισφαίριο. Στο αριστερό ημισφαίριο αντίστοιχα, παρατηρήθηκε ελάττωση της φαιάς ουσίας μετά την έναρξη της νόσου. Αυτές οι αλλοιώσεις έχουν παρατηρηθεί και στο παρελθόν σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, αλλά μόνο πρόσφατα αποκαλύφθηκε ότι συμβαίνουν στα αρχικά στάδια της νόσου.

Επίσης ανακαλύφθηκε ένα νέο σωματίδιο στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασθενών με σχιζοφρένεια, το οποίο δεν μπορεί να ενταχθεί σε καμία από τις



έως τώρα γνωστές κατηγορίες μικροοργανισμών. Η έρευνα έγινε σε δύο ομάδες ασθενών. Η πρώτη ομάδα αποτελούταν από σχιζοφρενικούς ασθενείς, ενώ η δεύτερη από ασθενείς με διάφορα νευρολογικά προβλήματα αλλά όχι σχιζοφρενείς. Η συχνότητα ανεύρεσης του σωματιδίου ήταν συντριπτικά μεγαλύτερη μεταξύ των ατόμων της πρώτης ομάδας. Οι ερευνητές δεν

ισχυρίζονται ότι ανακάλυψαν το αίτιο της νόσου, αφού η ύπαρξη αυτού του σωματιδίου μπορεί να είναι αποτέλεσμά της.

Μια ακόμη μελέτη που διεξήχθη πρόσφατα απέδειξε ότι χαμηλά επίπεδα συγκεκριμένης χημικής ουσίας σχετίζονται με την ύπαρξη

σχιζοφρένειας. Οι ερευνητές πραγματοποίησαν αυτοψίες σε εγκεφάλους διαγνωσμένων σχιζοφρενών ασθενών και σε αντίστοιχο αριθμό υγιών ανθρώπων. Από την επεξεργασία των δειγμάτων φάνηκε ότι οι ασθενείς είχαν χαμηλότερα επίπεδα της ουσίας DRPP-32 στη νωτιοπλάγια περιοχή του προμετωπιαίου λοβού. Ο ρόλος του μορίου αυτού, του οποίου η ενδοκυττάρια δράση προάγεται από την ντοπαμίνη και αναστέλλεται από το γλουταμικό οξύ, δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα. Η μείωση των επιπέδων του μπορεί να αποτελεί αίτιο ή αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας.

Η σημασία των παραπάνω μελετών έγκειται στο ότι ανοίγουν νέα πεδία στην έρευνα για τα αίτια που εμπλέκονται στην παθογένεια της νόσου.²¹

3.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια 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. Χαρακτηριστικά, υπάρχουν ανωμαλίες ή διαταραχές τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και στο περιεχόμενό της, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στη βούληση, στην προσωπική ταυτότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και στην εν γένει συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλουν ανάλογα με την σοβαρότητα, την εξελικτική φάση και τις συνθήκες, προσωπικές και περιβαλλοντικές, κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή.

A. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΚΕΨΗΣ

Αποτελεί το πιο σπουδαίο καθώς και το πιο κτυπητό σημείο της νόσου. Ο διανοητικός δυναμισμός φαίνεται πως διατηρείται, αλλά η χρήση του όμως χωλαίνει – είναι βαριά διαταραγμένη: απώλεια της συνοχής των σκέψεων, της αρμονίας των ιδεών.

Η σκέψη φαίνεται μπερδεμένη, αταξική, επιβραδυμένη. Η ανωμαλία της σκέψεως δεν βρίσκεται στην ιδέα που εκφράζει αλλά στην επεξεργασία της σκέψεως. Βρίσκεται στο σχίσσιμο των συνειρμών και στην χαλάρωση του – και αυτό ακριβώς επικράτησε να θεωρείται το πιο χαρακτηριστικό σημείο στην σχιζοφρένεια. Δεν ακολουθείται δηλαδή, η φυσιολογική διαδοχή των συνειρμών, που οδηγεί από την μια σκέψη στην άλλη. Το αποτέλεσμα είναι εντυπωσιακό, παράξενο. Υπάρχει πλέον παραλογισμός και δημιουργείται χνώδης κατάσταση. Οι άρρωστοι ακόμα και οι μορφωμένοι, αδυνατούν να βρουν τις κατάλληλες λέξεις, σε καμιά γλώσσα για να εκφράσουν τα περίεργα βιώματά τους. Οι άρρωστοι παρουσιάζονται ανήσυχοι, απομακρυσμένοι, αδιαπέραστοι, ξένοι, ξεκομμένοι από την πραγματικότητα, ακατανόητοι. Ούτε και ο γιατρός δεν μπορεί να μπει στο μυαλό τους, ούτε και

οι άλλοι σχιζοφρενικοί με τους οποίους συμβιώνουν. Οι σχιζοφρενικοί είναι οι πιο αδιαπέραστοι άρρωστοι αλλά η διαταραχή τους αυτή, γράφουν οι Mayer – Gross Slater and Roth, εκτός από την χαλάρωση των συνειρμών έχει και άλλους τρόπους με τους οποίους εκφράζεται: Στα αρχικά στάδια εμφανίζεται σαν κάτι το ακαθόριστο, σαν κάτι το ασυνεχές, το διαδεδομένο που οδηγεί σε πλάγια ζητήματα, τα οποία οδηγούν έξω από το χώρο του κυρίου θέματος. Ο άρρωστος γίνεται έτσι αινιγματικός, καχύποπτος, η σκέψη του δεν κατευθύνεται από τις ανάγκες και από τα διάφορα μερικά προβλήματα του θέματος αλλά από εξωτερικά στοιχεία. Με τον τρόπο αυτό, είναι δυνατόν, όχι μονάχα να μην γίνει αντιληπτή η διανοητική διαταραχή αλλά να δώσει την εντύπωση πως είναι ευφύεστατος. Ο σχιζοφρενικός προσκολλάται σε μια επουσιώδη λεπτομέρεια μοιάζοντας σε αυτό με τον επιληπτικό. Έτσι, αφήνει να διαφύγει ο σκοπός της σκέψεώς του, και χάνει την καθαρότητα των διεργασιών της σκέψεώς του. Οι καλλιτεχνικές δημιουργίες των σχιζοφρενικών συχνά παραστάνουν τις σκέψεις του και τα αισθήματα τους αλλά κατά ένα ιδιαίτερο τρόπο.

Μερικοί άρρωστοι μη έχοντας συναίσθηση της διαταραχής τους, θεωρούν ότι η αοριστία τους αποτελεί βαθύνοια και οι παρεκκλίνοντες συνειρμοί τους πρωτοτυπία. Γενικά, όμως και προπαντός στα αρχικά στάδια διατηρείται κάποια συναίσθηση και οι άρρωστοι παραπονιούνται για σκοτούρα και αμηχανία, για δυσκολία συγκεντρώσεως της σκέψης ή για «αίσθημα κενού» και πιθανόν για πολλά άλλα ίσως πιο χαρακτηριστικά πράγματα.²⁶

Β. ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ – ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ

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

Πρόκειται για μια προσωπική φαντασίωση, που εκείνος που την κάνει την πιστεύει για αληθινή, μόνο που είναι φανερό ή αποδειγμένο ότι δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα και δεν υπάρχει ως κοινή, λίγο – πολύ αναγνωρισμένη από το περιβάλλον σαν δοξασία. Τέτοιες ανυπόστατες πεποιθήσεις αναφέρονται, συνήθως στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι μας έχουν επισημάνει και μας ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές

(παραλήρημα καταδιώξεως) στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι, συχνά μέσα από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματά μας, τις σκέψεις μας ή τις ενέργειες μας (παραλήρημα ελέγχου) στην ιδιότητα ότι είμαστε προικισμένοι με κάποια μοναδική ιδιότητα ή ότι ενσαρκώνουμε μια ιστορική προσωπικότητα (παραλήρημα μεγαλείου) στην ιδέα ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό στο σώμα μας (σωματικό παραλήρημα) και άλλες παρόμοιες απίθανες ιδέες. Οι έμμονες αυτές ιδέες ή φαντασιώσεις μπορεί να είναι οργανωμένες ή ανοργανώτες, απλές, πολύπλοκές, λογικοφανείς ή εντελώς απίθανες και εξωπραγματικές, κυριολεκτικά εξωφρενικές, χωρία καμία απολύτως σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα.

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

Γ. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

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

Η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποια προσφέρεται καλύτερα στην έκφραση του ψυχολογικού προβλήματος που απασχολεί το υποκείμενο. Συναισθήματα ενοχής εκφράζονται πιο εύκολα με την ομιλία, για αυτό ο ψυχωτικός άρρωστος ακούει φωνές που τον ψέλουν ή τον κατηγορούν ότι είναι ομοφυλόφιλος, ερωτομανής και ανήθικος, φωνές που αντανakλούν τα λόγια των γονέων του όπως έχουν καταγραφεί στο υπέρ εγώ του, επικρίνοντας τον για απαράδεκτες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προδίδουν μια σύγχυση ανάμεσα στον εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο του ατόμου που οφείλεται στην αποσύνθεση του υπερεγώ. Απαγορευτικές, απειλητικές, και επιτακτικές φωνές είναι σαν να έρχονται από έξω, όπως κάποτε η φωνή των γονέων, προτού αποπροσωποποιηθεί μέσα στη φωνή της συνειδήσεως – του υπερεγώ. Το

φαινόμενο είναι ένα παράδειγμα της τάσης που υπάρχει στην σχιζοφρένεια για ψυχολογικά σχήματα που δεν έχουν αφομοιωθεί καλά να διασπώνται και να εξωτερικεύονται πάλι.

Πολύ λιγότερο συχνές από τις ακουστικές, προκειμένου για μη οργανικές ψυχώσεις, οπτικές ψευδαισθήσεις αντιπροσωπεύουν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του αρρώστου. Για αυτό και προκαλούν μεγαλύτερο φόβο από τις ακουστικές. Τόσο το παραλήρημα όσο και η ψευδαίσθηση διακινούνται από την πρόθεση να αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα, που έχει διακοπεί με την ψυχωτική διαταραχή. Την άποψη αυτή διατύπωσε πρώτος ο Freud και παραδέχτηκε ο Μπλουερ προκειμένου για την σχιζοφρένεια, όπου τόσο οι ψευδαισθήσεις όσο και το παραλήρημα αποτελούν δευτερογενή ή συμπληρωματικά συμπτώματα, οφειλόμενα στη διαταραχή του συνειρμού, την οποία ο Ελβετός ερευνητής θεώρησε υπεύθυνη αυτή τη δυσκολία επαφής με την πραγματικότητα και χαρακτηρίζει τους σχιζοφρενικούς αρρώστους.

Δ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Είναι δύσκολο να ξεχωρίζει κανένας τη σκέψη από το συναίσθημα. Και όσο παράδοξο και αν ακούγεται, δεν ξέρει κανένας πιο έρχεται πρώτο η σκέψη ή το συναίσθημα. Κατά την κλασική θεωρία Τζαημς – Λανγκσλεη, όταν ακούσαμε ότι πέθανε ένα αγαπητό μας πρόσωπο κλαίμε πρώτα και ύστερα λυπόμαστε, στη θέα μιας άγριας αρκούδας το βάζουμε στα πόδια ή ετοιμαζόμαστε να αμυνθούμε και έπειτα αισθανόμαστε φόβο. Με άλλα λόγια, η εμπειρία του συναισθήματος βασίζεται σε ορισμένες νευροφυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού, που είναι αντανακλαστικές μάλλον παρά αποτέλεσμα σκέψης και πιο συγκεκριμένα διανοητικές εκτιμήσεις των συνθηκών, στις οποίες ανταποκρίνεται το οποιοδήποτε συναίσθημα.

Στη σχιζοφρένεια, η σχέση του συναισθήματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, καθώς η μορφή του παραμένει ανέκφραστη ή καθρεφτίζεται κάτι το ουδέτερο, το αινιγματικό, το απροσπέλαστο. Ο ίδιος συχνά παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται, ότι δεν του κάνει τίποτα εντύπωση, ότι δεν αισθάνεται ούτε χαρά

ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται σαν να αισθάνεται το αντίθετο από εκείνο που λέει πως αισθάνεται ή θα έπρεπε να αισθάνεται σύμφωνα με αυτά που λέει, όπως π.χ. όταν παραπονιέται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις τον καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάει χαρούμενα, ξένοιαστα. Άλλες φορές από ήρεμος που είναι, ξαφνικά, χωρία φανερή αιτία, γίνεται ανήσυχος φωνάζοντας οργισμένα ή τρομαγμένα. Παραδόξως αντιψυχωτικά φάρμακα, ενώ έχουν μια ευεργετική επίδραση πάνω στη σκέψη και αντίληψη του σχιζοφρενικού αρρώστου τείνουν να ισοπεδώνουν τα συναισθήματα και την εκφραστική του ικανότητα.

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

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

E. ΒΟΥΛΗΣΗ

Όπως είναι επόμενο, η συναισθηματική άμβλυωση που φέρνει η χρόνια σχιζοφρένεια αντανακλά στην ικανότητα του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία και ενδιαφέρον σε οτιδήποτε έξω από τον εαυτό του, εμποδίζοντας τον να συμμετέχει ενεργά σε κοινές ασχολίες και γενικά να κάνει τη δουλεία του σωστά, με συνέπεια και αποτελεσματικότητα. Σιγά – σιγά τον κυριεύει μια μεγάλη αμφιθυμία, που στο τέλος παραλύει τη θέληση του και την ικανότητα του να πάρει οποιοδήποτε απόφαση.

ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

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

Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους συνάνθρωπους του, τα διάφορα μέλη της οικογένειας του, τους φίλους του, τους συμμαθητές του, ή τους συνεργάτες του γίνονται δύσκολες, προβληματικές και από μια στιγμή και έπειτα μπορεί να διακοπούν τελείως. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, ζώντας με την φαντασία του,

μη δίνοντας πια καμία προσοχή στον κόσμο της πραγματικότητας, αγνοώντας τους πάντες και τα πάντα γύρω του. Σε αυτή την κατάσταση, ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να χάσει κάθε συναίσθημα ευθύνης ή ντροπής αυνανιζόμενος και γενικά ικανοποιώντας τις σωματικές του ανάγκες από αποπατεί στο πάτωμα και να τρώει τα ίδια τα απορρίμματα του. Στην εποχή μας, με την συστηματική χρήση των ψυχοφαρμάκων, το έσχατο αυτό στάδιο του αυτισμού έχει γίνει σπάνιο.²⁷

3.6. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

A. Απλή Σχιζοφρένεια

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 εμφάνιση 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:

- ✓ Λείπει η επίγνωση του νοσηρού. Ο άρρωστος δεν ανησυχεί για τη 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 γύρους.
- ✓ Λείπουν τα παραγωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις).

B. Κατατονική Σχιζοφρένεια

Συμβαίνει αργότερα στη ζωή από ότι η ηβηφρενική. Εκφράζεται με ορισμένα συμπτώματα από την κινητική σφαίρα που καλούνται κατατονικό σύνδρομο. Η πρόθεση «κατά» εκφράζει την ψυχή και κινητική υπερένταση του ασθενούς, έστω και αν φαίνεται απαθής.

Συχνά στην συμπτωματολογία διακρίνουμε δύο φάσεις:

- Την κατατονική εμβροντησία και
- Την κατατονική διέγερση

Οι περισσότερες όμως περιπτώσεις έχουν μεικτά κατατονικά συμπτώματα που διαδέχονται το ένα το άλλο.

Χαρακτηριστικά αυτής της μορφής είναι:

- ✓ Η σύντομη εγκατάσταση των συμπτωμάτων
- ✓ Στα πλαίσια της κατατονικής εμβροντησίας:
 - Προοδευτικός περιορισμός της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, δεν μιλάει, δεν ντύνεται, δεν πλένεται, δεν τρώει, συγκρατεί τα ούρα και τα κόπρανα, ακόμα και το σάλιο.
 - Ακίνησια απόλυτη ή το «ζάρωμα» των κατατονικών στη χαρακτηριστική στάση εμβρύου. Η θέση του στο κρεβάτι δεν φαίνεται άνετη, παρ όλα αυτά μπορεί τελείως παθητικά να αλλάξουν τη θέση του. Παίρνει αλλόκοτες θέσεις.
 - Στερεοτυπίες. Μερικές φορές τελείως μπερδεμένες κινήσεις των χεριών ή του σώματος επαναλαμβάνονται, αλλά στην αρχική φάση είναι σχετικά απλές και μπορεί να γίνουν αναγνωρίσιμες χειρονομίες.
 - Παρουσιάζει συμπτώματα προκλητής υποβολιμότητας: ηχοπραξία, ηχολαλία, ηχομιμία κ.λ.π.
 - Κηρώδης ευκαμψία. Τα μέλη του ασθενούς μετακινούνται με ιδιότυπη «κηρώδη» ευκαμψία. Δηλαδή διατηρούν τη θέση και την στάση που τους δίνουμε για ώρα σαν να είναι από κερί, όσο κοπιαστική και αν είναι.

- Ο «κατά επιταγήν» αυτοματισμός. Κάνει μόνο ότι του πούμε και τίποτα άλλο, π.χ. «βγάλε τη γλώσσα σου». Εκτελεί την εντολή, αλλά δεν βάζει τη γλώσσα μέσα παρά μόνο εάν του το πούμε.
- Κατατονική εμβροντησία. Είναι το «άκρον άωτον» της ακινησίας και αποσύρσεως από την πραγματικότητα. Ο άρρωστος κυριολεκτικά μιμείται τον νεκρό. Μαζί με την κηρώδη ευκαμψία αποτελεί την καταληψία.
- ✓ Στα πλαίσια της κατατονικής διέγερσης.
 - Την μεγαλύτερη σημασία έχει η κατατονική διέγερση. Ο ασθενής βγαίνει άλλοτε σταδιακά (δηλ. περνώντας από εναντίωση, στερεοτυπίες, αρνητισμό, ευερεθιστότητα) και άλλοτε αστραπιαία, από την ακινησία του, και επιδίδεται σε άκοπη και αναίτια καταστροφικότητα προσώπων ή αντικειμένων.
 - Αρνητισμός με τις δύο μορφές του (αυτοαρνητισμός και ετεροαρνητισμός) παρατηρείται συχνά.
 - Αλαλία είναι συχνή στη διεγερτική φράση.
 - Αναίτια αυτοκτονία. Δεν γίνεται από απελπισία, είναι αλόγιστη πράξη ή αποτέλεσμα ψευδαισθήσεων π.χ. έπεσε από τον τρίτο όροφο για να γλιτώσει από εχθρούς ή γιατί μια φωνή του το είπε.
- ✓ Ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες είναι συχνές και συχνά πυροδοτούν τις διεγέρσεις.

Γ. Παρανοειδής Σχιζοφρένεια

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

Χαρακτηριστικά της μορφής είναι:

- ✓ Έναρξη από τη μέση ηλικία και πάνω, συνήθως μετά τα 30.
- ✓ Η ανάπτυξη σε σχιζοειδική προνοσηρή προσωπικότητα με γνωρίσματα τυπικές διαπροσωπικές σχέσεις, εμμονή, επιφυλακτικότητα και απορριπτική στάση.
- ✓ Βραχεία, αλλά προοδευτική εγκατάσταση.

- ✓ Δεν παρουσιάζει την ίδια αποδιοργάνωση της προσωπικότητας με τις άλλες μορφές.
- ✓ 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 και 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.
- Διεκδικητικό: Αρχικά λογικοφανές, στη συνέχεια επεκτείνεται και καταλήγει σε δικομανία, φιλιδικία κ.λ.π.
- Ζηλοτυπικό: Αρκετά συχνό.
- Μεγαλείου: «Είμαι σπουδαίος για αυτό με διώκουν», «είμαι ο Μ.Ναπολέον και με διώκουν με ραντάρ».
- Θρησκευτικό: «ήρθα να σώσω τον κόσμο. Όταν έσβησαν τα φώτα ήξερα πως έρχεται η συντέλεια του κόσμου».

Σε 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. Για αυτό ο ασθενής τις επεξεργάζεται με λεπτομέρεια, μακρηγορεί με αυτές και δυσσαρεστείται με τους γύρους του, μέχρι που του θεωρεί εχθρούς, γιατί δεν πιστεύουν στις ιδέες του.

- ✓ 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.
- ✓ Διαταραχές της σκέψης εμφανίζονται αργότερα σαν ανακοπές, νεολογισμοί, ασχετολογία κ.λ.π.
- ✓ 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 είναι στεναχωρημένος 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 αισθάνεται καλά σε ένα καινούριο περιβάλλον αν αισθάνεται ότι έχει ξεφύγει από τους διώκτες του. Βαθμιαία όμως το νέο περιβάλλον του παρασύρεται στο εσφαλμένο σύστημα και μόνο μια άλλη κίνηση θα ικανοποιήσει τον ασθενή.

Δ. Αποδιοργανωμένος τύπος Σχιζοφρένειας

Πρόκειται για τον τύπο σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομάζονταν ηβηφρενικός. Την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και τον αποδιοργανωμένο λόγο μπορεί να συνοδεύουν ανόητη συμπεριφορά και ανόητο γέλιο.

Οδηγίες για διάγνωση:

- ✓ Προεξάρχουν όλα τα παραπάνω:
 1. αποδιοργανωμένος λόγος
 2. αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
 3. επίπεδο ή απρόσφορα συναίσθημα
- ✓ Δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού τύπου

Ο τύπος αυτός θα αναφερθεί αναλυτικότερα σε ειδικό κεφαλαίο.²⁷

Ε. Υπολειμματική Σχιζοφρένεια

Πρόκειται για χρόνιο στάδιο στην ανάπτυξη της σχιζοφρενικής διαταραχής, κατά το οποίο υπάρχει σαφής εξέλιξη από ένα πρώιμο στάδιο (το οποίο αποτελείται από ένα ή περισσότερα επεισόδια με ψυχωσικά συμπτώματα, που πληρούν τα γενικά κριτήρια της σχιζοφρένειας) σε ένα όψιμο στάδιο, που χαρακτηρίζεται από μακροχρόνια, αν και όχι αναγκαστικώς μη αναστρέψιμα, «αρνητικά» συμπτώματα.

Για να τεθεί η διάγνωση με αξιοπιστία, πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

- ✓ Να κυριαρχούν τα «αρνητικά» συμπτώματα, δηλ. ψυχοκινητική επιβράδυνση, υποδραστηριότητα, άμβλυνση του συναισθήματος,

παθητικότητα και έλλειψη πρωτοβουλίας, πτωχό περιεχόμενο και ποσότητα της ομιλίας, πτωχή εξώλεκτική επικοινωνία, η οποία εκδηλώνεται στην έκφραση του προσώπου, τη βλεμματική επαφή, τη μεταβολή του τόνου της φωνής και τη στάση του σώματος, όπως και μείωση της φροντίδας του εαυτού του και της απόδοσης στις κοινωνικές σχέσεις.

- ✓ Ενδείξεις ότι στο παρελθόν συνέβη τουλάχιστον ένα σαφώς ψυχωσικό επεισόδιο, το οποίο να πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας.
- ✓ Μια περίοδος τουλάχιστον ενός έτους, στη διάρκεια της οποίας η ένταση και η συχνότητα των παραγωγικών συμπτωμάτων, όπως των παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων, ήσαν ελάχιστες ή σημαντικά μειωμένες και το «αρνητικό» σχιζοφρενικό σύνδρομο ήταν παρόν.
- ✓ Απουσία άνοιας ή άλλης οργανικής εγκεφαλικής νόσου ή διαταραχής και χρόνιας κατάθλιψης ή ιδρυματισμού, τα οποία να εξηγούν επαρκώς τα αρνητικά ελλείμματα.

ΣΤ. Αδιαφοροποίητος Τύπος

Στον τύπο αυτό κατά DSM – III – R υπάρχουν:

- ✓ Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία, ή εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, όμως
- ✓ Δεν πληρεί του κριτήρια του παρανοϊκού, κατατονικού και ηβηφρενικού τύπου.

Ζ. Μετασχιζοφρενική Κατάθλιψη

Καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο, μπορεί να είναι παρατεταμένο και το οποίο αρχίζει ως επακόλουθο της σχιζοφρένειας. Μερικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας διατηρούνται ακόμα, αλλά δεν κυριαρχούν πλέον στην κλινική εικόνα. Αυτά τα επιμένοντα συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι «παραγωγικά» ή «αρνητικά», αν και τα τελευταία είναι πιο συχνά. Είναι

αβέβαιο και άσχετο προς τη διάγνωση σε ποια έκταση τα συμπτώματα της κατάθλιψης έχουν απλώς αποκαλυφθεί λόγω της ύφεσης των ψυχωσικών συμπτωμάτων που είχαν εκδηλωθεί νωρίτερα (αντί να πρόκειται για ανάπτυξη νέων συμπτωμάτων) ή ότι αποτελούν εγγενή στοιχεία της σχιζοφρένειας, παρά ψυχολογική αντίδραση σε αυτή. Τα συμπτώματα σπανίως είναι αρκετά σοβαρά ή εκτεταμένα, ώστε να πληρούν τα κριτήρια του σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου και συχνά είναι δύσκολο να ληφθεί η απόφαση ποια από τα συμπτώματα οφείλονται στην κατάθλιψη και ποια στη θεραπεία με νευροληπτικά φάρμακα ή τη διαταραχή της βούλησης και τη συναισθηματική επιπεδώση της ίδιας της σχιζοφρένειας. Αυτή η καταθλιπτική διαταραχή σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. (ICD – 10).

Η. Παιδική Σχιζοφρένεια

Παιδιά πάνω από 5 ετών μπορούν να αναπτύξουν σχιζοφρένεια αλλά γενικά η νόσος είναι πολύ σπάνια πολύ πριν την εφηβεία. Επιπλέον, δεν έχει ακόμη ξεκαθαριστεί η σχέση της σχιζοφρένειας της παιδικής ηλικίας με εκείνης που αναπτύσσεται στους εφήβους και ενήλικους. Αν και μερικοί ενήλικοι που αναπτύσσουν σχιζοφρένεια σαν παιδιά ήταν «διαφορετικοί». Τα ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας των ενηλίκων (π.χ. ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, ασύνδετος λόγος) σπάνια εμφανίζονται στα παιδιά.²⁸

3.7. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ

Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Αρχίζει με την εμφάνιση εκκεντρικής ή παράξενης συμπεριφοράς, όπως π.χ. η αναζήτηση κάποιου ειδικού προσωπικού μηνύματος στους τίτλους των εφημερίδων ή χρησιμοποίηση λέξεων με παράξενο τρόπο. Σιγά – σιγά το άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις σαν εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντά του. Μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση και μπορεί να παρουσιάσει πολύ παράξενη συμπεριφορά, όπως π.χ. να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο, να μαζεύει τροφές κ.λ.π. στην αρχή το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά – σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να εμφανισθούν αμβλύ συναίσθημα, φτώχεια λόγου, παράξενες πεπιοθήσεις, προκαταλήψεις, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις κ.λ.π. όλα τα παραπάνω αποτελούν τη πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Εντούτοις, μερικοί άνθρωποι δεν αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια με αυτόν τον τρόπο, αλλά αντίθετα ξαφνικά εμφανίζουν μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή μπαίνουν κατευθείαν στη ενεργό φάση.

Άσχετα με το αν εμφανισθεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργός φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Σε αυτή τη φάση χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη κυριαρχούν στην κλινική εικόνα.

Η ενεργός φάση της σχιζοφρένειας μπορεί να έχει απροσδιόριστο χρόνο διάρκειας, λίγες εβδομάδες ή μόνο μερικές μέρες. Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενής συνήθως δεν επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια

υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα ή επιπέδωση του συναισθήματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Στη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.

Πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση. Η πιο συνηθισμένη πορεία όμως είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα. Η σχιζοφρένεια άλλωστε είναι μια ασθένεια που έχει σαν χαρακτηριστικό την χρόνια συνδρομή.

3.8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση των ασθενών με σχιζοφρένεια έχει βελτιωθεί αρκετά τα τελευταία 25 χρόνια. Ωστόσο, το ριζικό αποτελεσματικό φάρμακο για την αρρώστια δεν έχει ακόμα βρεθεί. Το ποσοστό των υποτροπών μένει στο ύψος που ήταν και παλιά και ο αριθμός των κλινικών ιάσεων είναι ο ίδιος.

Ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών με σχιζοφρένεια καταλήγουν να γίνουν σχιζοφρενείς και ως ενήλικοι. Επίσης, ένα μέρος από τα σχιζοφρενή παιδιά μπορούν να πετύχουν ως ενήλικοι μια περιθωριακή μόνο προσαρμογή στα πλαίσια της οικογένειας. Τέλος, έχει υπολογισθεί ότι περίπου ένα στα τρία (1/3) από τα παιδιά αυτά μπορεί να πλησιάσουν αυτό που θεωρείται φυσιολογική συμπεριφορά με αρκετά καλή προσαρμογή στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες που καθορίζουν ως ένα σημαντικό βαθμό την πρόγνωση, την εξέλιξη δηλαδή και την τελική έκβαση, της σχιζοφρένειας, είναι οι εξής:

1. η ηλικία: κατά την οποία εμφανίζεται η σχιζοφρένεια. Όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι το παιδί όταν εμφανίζει τα πρώτα συμπτώματα σχιζοφρένειας τόσο ευνοϊκότερες είναι οι προοπτικές του για θεραπεία
2. η έγκαιρη παροχή θεραπευτικής αγωγής
3. η έλλειψη νευρολογικών διαταραχών
4. η καλή ψυχική υγεία των γονέων του^{2,5,6}

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται αναλυτικά οι παράγοντες που βοηθούν την πρόβλεψη της κλινικής πορείας της σχιζοφρένειας.

<u>ΚΑΛΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ</u>	<u>ΚΑΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ</u>
Καλή προνοσηρή προσαρμογή	Προνοσηρή απόσυρση
Οξεία έναρξη	Ύπουλη έναρξη
Όψιμη έναρξη	Έναρξη νωρίς
Γυναίκα	Άνδρας
Εκλυτικά γεγονότα	Απουσία εκλυτικών γεγονότων
Συνυπάρχουσα διαταραχή της διάθεσης	Μη συνυπάρχουσα διαταραχή της διάθεσης
Βραχεία διάρκεια συμπτωμάτων ενεργού φάσης	Μακρά διάρκεια συμπτωμάτων ενεργού φάσης
Καλή λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια	Φτωχή λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια
Ελάχιστα υπολειμματικά συμπτώματα	Πολλά υπολειμματικά συμπτώματα
Απουσία δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο	Παρουσία δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο
Απουσία νευρολογικών σημείων	Παρουσία «μαλακών» νευρολογικών σημείων
Οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης	Απουσία οικογενειακού ιστορικού διαταραχής της διάθεσης
Απουσία οικογενειακού ιστορικού σχιζοφρένειας	Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας
Παρουσία σύγχυσης	Απουσία σύγχυσης

Με κάποιες επιφυλάξεις, μελέτες από όλον τον κόσμο προβλέπουν τις παρακάτω προγνωστικές παρατηρήσεις. Σε περίοδο 5 με 10 χρονών μετά την πρώτη εμφάνιση της σχιζοφρένειας και νοσοκομειακής παραμονής και θεραπείας μόνο το 10 – 20% των ασθενών μπορούν να περιγράψουν ότι έχουν μια καλή εξέλιξη. Περισσότεροι από το 50% των ασθενών έχουν κακή εξέλιξη, με επανειλημμένες παραμονές σε ιδρύματα και νοσοκομεία, εξάρσεις

των συμπτωμάτων, επεισόδια ενεργών φάσεων και προσπάθειες αυτοκτονίας.

Έπειτα από 20 χρόνια, περισσότεροι από 20% έχουν συνέλθει τελείως, κάπου 33% έχουν καλύτερη σημαντικά αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούρια ψυχωτικά επεισόδια, ένα ποσοστό 33% παραμένουν σε μια χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση και ένα 10% βρίσκεται σε μια χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

Καμιά στατιστική πρόγνωση δεν αποκλείει φυσικά το ενδεχόμενο να καλύτερησει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως την ισορροπία του. ²⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σύγχρονη θεραπευτική αγωγή των σχιζοφρενών συνδυάζει τη φαρμακοθεραπεία με τις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές και τη θεραπεία της αποκατάστασης. Η πρώτη μορφή αγωγής συμβάλει πολύ στην επιτυχία των άλλων δύο. Θα ήταν σφάλμα όμως να νομίσει κανείς ότι είναι δυνατό να αναχθεί και να περιοριστεί η προσέγγιση του σχιζοφρενούς σε μία και μόνο θεραπευτική μέθοδο, αποκλειστικά χημική, διαπροσωπική ή κοινωνική. Θα πρέπει να ξέρουμε ότι η χορήγηση φαρμάκων συνιστά και πράξη ψυχοθεραπευτική, στα πλαίσια είτε της εξωνοσοκομειακής είτε της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.



Οι σπουδαιότερες θεραπευτικές μέθοδοι που υπάρχουν σήμερα και εφαρμόζονται – κυρίως σε συνδυασμό μεταξύ τους – είναι οι εξής: Βιολογικές θεραπείες (αντιψυχωτικά) και ψυχοκοινωνικές θεραπείες (θεραπεία συμπεριφοράς).^{3,10}

Χάρης σε αυτές τις θεραπείες, και ιδιαίτερα χάρις στα αντιψυχωσικά ψυχοφάρμακα, άλλαξε η όψη του ψυχιατρικού σκηνικού. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των σχιζοφρενών είναι αδιανόητη έξω από τα πλαίσια μιας πολυδιάστατης στρατηγικής. Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπευτικών μεθόδων, επιτρέπει την επίτευξη ενός ποσοστού «κοινωνικών ιάσεων» άνω του 50%. Η βελτίωση φτάνει μερικές φορές σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα.^{7,10}

Στις βασικές αρχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης περιλαμβάνονται:

- I. Η από την πρώτη στιγμή προσπάθεια εγκατάστασης επαφής με τον άρρωστο και καλής επικοινωνίας με την οικογένεια του.

- II. Η λεπτομερής μελέτη της προσωπικότητας, του οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού.
- III. Η εξονυχιστική αναζήτηση των συμπτωμάτων, η χρονολογική τους οριοθέτηση και η ιεράρχηση ως προς την έντασή τους.
- IV. Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας του αρρώστου στο σύνολό της.
- V. Η εξατομίκευση κάθε θεραπευτικής προσπάθειας (θεραπεία του συγκεκριμένου αρρώστου και όχι της νόσου γενικώς).

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

1.Φαρμακοθεραπεία

Αντιψυχωτικά φάρμακα:

Τα αντιψυχωτικά που είναι επίσης γνωστά και ως νευροληπτικά, αποτελούν το βασικό θεραπευτικό μέσο της σχιζοφρένειας. Τα φάρμακα αυτά δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους, το οποίο ελέγχει την εισαγωγή, επεξεργασία και αποστολή πληροφοριών διερχομένων από τον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα είναι η αλλαγή ή τροποποίηση της διάθεσης, της διεργασίας της σκέψης και της διαταραγμένης συμπεριφοράς των ψυχωτικών αρρώστων χωρίς υπερβολική καταστολή της συνείδησης και χωρίς πρόκληση εθισμού.

Τα πρώτα αποτελεσματικά ψυχοφάρμακα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας έκαναν την εμφάνιση τους στο θεραπευτικό προσκήνιο το 1952. Ήταν οι φαινοθειαζίνες και ειδικότερα η χλωροπρομαζίνη (Largactil). Έκτοτε μια πληθώρα από νευροληπτικά φάρμακα με θεραπευτική αποτελεσματικότητα στην σχιζοφρένεια κατέκλυσαν τον κόσμο. Ανάμεσα στα πιο σημαντικά που αποτελούν και το βασικό μας οπλοστάσιο στον αγώνα κατά της σχιζοφρένειας συγκαταλέγονται οι φαινοθειαζίνες του τύπου της θειοριδαζίνης (Melleril), της τριφλουπεραζίνης (Selazine), της περφαιναζίνης, της οινανθικής και δεκανοικής φθοριοφαιναζίνης (μακράς δράσεως φαινοθειαζίνες όπως το Moditen και το Modecate), οι βουτυροφαινόνες (Aloperidin – Pimozide), η κλοζαπίνη και τα παράγωγα του θειοξανθινίου (Truxal).

Είναι, επίσης, ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι δεν φαίνεται να έχουν γίνει μελέτες αναφορικά με την χρήση των ψυχοτρόπων φαρμάκων (drug trials) στην παιδική σχιζοφρένεια.

Όλα τα νευροληπτικά φάρμακα έχουν αντισχιζοφρενική δράση ανεξάρτητα από την χημική τους προέλευση. Για το πιο όμως είναι το πιο

κατάλληλο σε κάθε ειδική περίπτωση, δυστυχώς δεν υπάρχουν γενικοί αποδεκτοί κανόνες. Η εκλογή ενός φαρμάκου ή του συνδυασμού φαρμάκων αποτελεί ερώτημα που απαντιέται μόνο με την εξατομίκευση των περιπτώσεων. Το ίδιο συμβαίνει και με τις δόσεις των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Είναι απόλυτα εξατομικευμένες. Τέλος, ούτε η διάρκεια χορηγήσεως των νευροληπτικών φαρμάκων υπόκειται σε γενικούς κανόνες.^{3,7,8,9}

Ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων:

- a) Από το κεντρικό νευρικό σύστημα: εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, ακαθισία, παρκινσονοσμός, τρόμος, υποκινητικότητα, μυϊκές δυσκινησίες / δυστονίες, όψιμη δυσκινησία ή νευροληπτικό κακοήθες σύνδρομο
- b) Από το αυτόνομο νευρικό σύστημα: ξηροστομία, μυδρίαση, ρινική συμφόρηση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδίες, ορθοστατική υπόταση, εφίδρωση κ.ά.
- c) Άλλες παρενέργειες: φωτοευαισθησία, αλλεργική δερματίτιδα, χολοστατικός ίκτερος, ανώμαλη χρώση του δέρματος κ.ά.⁹

Λίθιο:

Κατά πάσα πιθανότητα το λίθιο δεν έχει ένδειξη, αν η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι σίγουρη. Οποτεδήποτε, όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, καλό είναι να δοκιμάζεται.

Καρβαμαζεπίνη:

Χρησιμοποιείται επίσης ως επιβοηθητικό φάρμακο για τον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς (κατά κρίσεις) ορισμένων αρρώστων.

Αντικαταθλιπτικά:

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

2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία:

Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σα θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στην θεραπεία), η βασική ένδειξη είναι το stupor ή διέγερση του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας.¹³

3. Τεχνική «εικονικής πραγματικότητας»:

Μια νέα μέθοδος βασισμένη στη χρήση της τεχνολογίας εικονικής πραγματικότητας παραγόμενης από υπολογιστή μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου.

Η νέα αυτή τεχνική βασίζεται στη χρήση τρισδιάστατου προσομοιωτή εικονικής πραγματικότητας, ο οποίος είναι ικανός να αναπαράγει τις οπτικές και ηχητικές ψευδαισθήσεις που βιώνει συχνά ο σχιζοφρενής. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς θα μπορούν να πεισθούν για το ψευδές των παραισθήσεών τους και έτσι να τις αντιμετωπίσουν καλύτερα σε περίπτωση επανεμφάνισής τους. Ωστόσο, οι επιστήμονες της έρευνας υποστηρίζουν ότι πρέπει να χρησιμοποιείται με μεγάλη προσοχή, διότι αυτοί οι ασθενείς έχουν διαταραγμένο ψυχικό κόσμο και άρα πιο ευαίσθητο σε τέτοιους είδους ερεθίσματα. Μια τέτοια τεχνική θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από υγιείς ανθρώπους που έρχονται σε επαφή με σχιζοφρενείς, όπως οι συγγενείς και όσοι ασχολούνται στο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα τα βιώματα και τα προβλήματα των πασχόντων από σχιζοφρένεια.

4. Άλλες βιολογικές θεραπείες:

Στο παρελθόν η σχιζοφρένεια αντιμετωπιζόταν με ινσουλίνη. Αυτή η θεραπεία δεν χρησιμοποιείται πλέον λόγω των σχετιζομένων κινδύνων. Η ψυχοχειρουργική, κυρίως η πρόσθια λοβοτομή, χρησιμοποιήθηκε από το 1935 ως το 1955 για την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Παρόλο που επισταμένες έρευνες για την ψυχοχειρουργική σχετικά με τη σχιζοφρένεια πιθανόν να αναπτυχθούν, η χειρουργική επέμβαση δεν θεωρείται πλέον κατάλληλη παρέμβαση για τη σχιζοφρένεια.¹⁴

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Ατομική ψυχοθεραπεία

Βασικό στοιχείο είναι η ίδια η σχέση του εφήβου με τον ενήλικο θεραπευτή, που είναι διορθωτική συναισθηματική εμπειρία. Οι έφηβοι-ασθενείς με το να μοιράζονται τις εμπειρίες τους με έναν ειδικά εκπαιδευόμενο επαγγελματία ψυχικής υγείας, μπορούν σταδιακά να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους και τα προβλήματά τους. Μπορούν να μάθουν πιο εύκολα να ξεχωρίζουν το πραγματικό από το μη πραγματικό και παραμορφωμένο. Το πλαίσιο στο οποίο γίνεται η θεραπεία, είναι η κοινότητα την οποία ανήκουν ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος, η κυκλοφορία της πληροφορίας μέσα στην Μονάδα και οι άλλες επαφές με άλλους ειδικούς μέσα στην εβδομάδα, όπως και οι συναντήσεις γονέων και οικογενειών. Το υλικό από αυτές τις πηγές πρέπει να το έχει κατά νου ο θεραπευτής. Από την άλλη όμως και οι άλλοι ειδικοί έχουν ανάγκη να ξέρουν, κάποιο περιεχόμενο από τις ατομικές συνεδρίες, αλλά πρέπει να γίνει διαπραγμάτευση με τον έφηβο για το πώς και τότε να ανακοινωθεί αυτό το υλικό. Ζητήματα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης, μπορεί να χρωματισθούν από τα συναισθήματα του εφήβου για την Μονάδα, όπως και να ανακύπτουν από την αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του εφήβου. Η ψυχοθεραπεία με εφήβους χρειάζεται ευελιξία. Άλλες φορές ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να είναι επεμβατικός και κατευθυντικός και άλλες να ακούει μόνο με κατανόηση. Μπορεί να χρειάζεται να πει στον έφηβο τι να κάνει ή να πάρει μια ουδέτερη στάση. Κάποιες στιγμές θα ανεχθεί την αναστάτωση του εφήβου και άλλες πρέπει να δείξει τον θυμό του. Άλλες φορές δεν έχουν θέση η κριτική ή τα μπράβο και άλλες είναι λάθος αν δεν το κάνει.^{6,8,15}

Ομαδικές θεραπείες

Υπάρχουν δύο ομάδες, η ομάδα Ψυχοθεραπείας και η ομάδα Θεατρικού Παιχνιδιού.

Οι έφηβοι δοκιμάζουν την συμπεριφορά, τις αξίες και την δέσμευση των ενηλίκων. Επίσης δοκιμάζουν τα όρια και τους κανόνες της Μονάδας. Κατά συνέπεια όλα τα φαινόμενα που συνοδεύουν την διαμόρφωση ορίων, αναμένεται να αναπαρασταθούν στην ομάδα:προβολές στα άκαμπτα όρια, splitting, άρνηση, δοκιμασίες των ορίων, άγχος για την απώλεια της ταυτότητας, σύγχυση. Μερικές φορές είναι δύσκολο για τους θεραπευτές να χειρισθούν την προκλητική ή παλινδρομημένη συμπεριφορά. Οι έφηβοι στην ομάδα μπορεί να είναι δημιουργικοί και θαυμάσιοι και άλλες φορές να αντιστέκονται έντονα στην εφαρμογή ενός task. Η διεργασία της ομάδας είναι συχνά ρευστή και τεταμένη. Άλλες φορές η ομάδα είναι θορυβώδης, ευφορική και άλλες λειτουργεί η αντίθετη άμυνα της παθητικής απελπισίας. Για τους leaders, είναι ανάγκη να κρατήσουν ως το τέλος την ισχύ και να αντέξουν τις δοκιμασίες, με το να διατηρήσουν την συναλλαγή, και να περιέξουν συναισθηματικά όλους τους εφήβους. Πάνα σε αυτό το σημείο δοκιμάζεται όλος ο επαγγελματισμός και η τεχνική τους.

Χρειάζονται ένα πολύ δομημένο πλαίσιο, με έμφαση στη στήριξη και θετική αναφορά και όχι τόσο στην ερμηνεία.

A) Ομαδική Ψυχοθεραπεία: Οι στόχοι της ομαδικής θεραπείας είναι:

1. Η στήριξη, η βοήθεια και η αντιπαράθεση των εφήβων μέσω της αλληλεπίδρασης με τους συνομήλικους.
2. Να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τρέχοντα θέματα.
3. Να προσφέρει ένα πεδίο όπου θα μάθουν καινούργιους τρόπους σχετίζεσθαι.
4. Να επεξεργασθούν συναισθήματα απομόνωσης αποκαθιστώντας ένα οικείο περιβάλλον.

B) Ομάδα Θεατρικού Παιχνιδιού: Με την θεατρική δραστηριότητα και τον αυτοσχεδιασμό, τα παιδιά, παίζουν και εκφράζουν συναισθήματα ή καταστάσεις που αφορούν εσωτερικά προβλήματα οι σχέσεις με την οικογένεια και τους ενηλίκους, ή φαντασίες. Με τον συμβολισμό του ρόλου, οι σχέσεις μεταξύ εσωτερικών αντικειμένων και εξωτερικών μορφών, χάνουν την μυστηριακή τους δύναμη, μετατρέπονται σε καταστάσεις που μπορεί να

χειρισθεί ο έφηβος. Παραπέρα η δραστηριότητα της ομάδας επιτρέπει την διερεύνηση αμυνών, φαντασιών, συγκρούσεων, που αξιοποιεί η θεραπευτική ομάδα στην ατομική ή οικογενειακή θεραπεία.¹⁵

Οικογενειακή θεραπεία

Από την στιγμή που δεχόμαστε ότι ρίζα πολλών προβλημάτων βρίσκεται μέσα στην οικογένεια, είναι λογικό να θεωρούμε ότι εκεί μπορεί να βρεθεί και η λύση τους. Κανείς δεν κουβαλά την αρρώστια του μέσα σε αεροστεγές δοχείο. Αντίθετα, την εκδηλώνει στις πράξεις του και στις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους και κυρίως με τα μέλη της οικογένειάς του.

Στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της οικογένειας του κάθε ατόμου μπορούμε να εντοπίσουμε τις περισσότερες από τις δυσκολίες του. Τα χαρακτηριστικά αυτά δεν είναι ίδια σε όλες τις οικογένειες. Καθεμία έχει το δικό της στιλ, τη δική της ατμόσφαιρα και κοινωνική δομή, τις δικές της αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ρόλων και τις δικές της προσδοκίες.

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζει το συγκεκριμένο μέλος μέσα στο πλαίσιο του συστήματος της οικογένειας αποδεικνύεται εξαιρετικά ωφέλιμη, ειδικά όταν πρόκειται για το παιδί.

- Να συμβαδίζει με τις εξελίξεις.
- Να βελτιώνει το σύστημα επικοινωνίας, τη συμπάθεια και την ανεκτικότητα της απέναντι στην αμφισβητούμενη συμπεριφορά του συγκεκριμένου μέλους.
- Να αποκαλύπτει συγκρούσεις που συνήθως δεν εκφράζονται στις ατομικές θεραπευτικές συνεδρίες.
- Να ελέγχει την εφαρμογή όσων συναλλαγών πραγματοποιούνται κατά την θεραπευτική συνεδρία ανάμεσα στα μέλη και ανάμεσα στο θεραπευτή και στα μέλη.

- Να εστιάζεται στο «εδώ και τώρα», δηλαδή να συνδέει στο παρόν το παρελθόν και το μέλλον της οικογένειας.
- Να αποτρέπει την απόδοση απρόσφορων ρόλων, όπως είναι εκείνος του «αποδιοπομπαίου τράγου».
- Να αναπτύσσει ανάμεσα στα μέλη της μια λειτουργία που χαρακτηρίζεται από συμπληρωματικότητα.
- Να δημιουργεί νέους τρόπους λειτουργίας.

Η συμμετοχή όλης της οικογένειας στην επίλυση των προβλημάτων των μελών της συμβάλει επίσης στην ταχύτερη ανάδειξη και παρατήρηση των ακολούθων στοιχείων τα οποία βοηθούν τον θεραπευτή στη διάγνωση:

- Στάσεις που υιοθετεί η οικογένεια απέναντι στη χρήση βοήθειας.
- Προσδοκίες που τρέφει το ένα μέλος από το άλλο.
- Ικανότητα των μελών να δίνουν και να παίρνουν.
- Εγγύτητα και απόσταση μεταξύ των μελών.
- Ικανότητα των μελών να αναλαμβάνουν το μερίδιο της ευθύνης που τους αναλογεί για κάθε πρόβλημα.
- Γενικοί τρόποι επικοινωνίας και εφαρμογής των ρόλων που παρατηρούνται στην οικογένεια.



Πάντως, κάθε οικογενειακός θεραπευτής θα πρέπει να έχει υπόψη του και τα μειονεκτήματα της οικογενειακής θεραπείας:

- Η επικοινωνία με τον πελάτη είναι πιο ελεύθερη στις ατομικές συναντήσεις.
- Ορισμένες φορές ο θεραπευτής αδυνατεί να ελέγξει όλους τους παράγοντες διεργασιών της ομάδας εξαιτίας των αλληλεπιδράσεων και των ταυτόχρονων αντιδράσεων ανάμεσα στα μέλη που μετέχουν στη θεραπευτική συνεδρία.

- Οι άμυνες και οι αντιστάσεις που προβάλλουν τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της συνεδρίας συνήθως δεν αφορούν μόνο τη δική τους προστασία αλλά και την προστασία των υπόλοιπων μελών.
- Έχει διαπιστωθεί ότι κατά τη διάρκεια της οικογενειακής συνεδρίας τα μέλη της οικογένειας δυσκολεύονται να υπερασπιστούν συνειδητά κάποια επώδυνα συναισθήματα.¹⁶

Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τέσσερις μεγάλους τομείς:

1. **Εκπαίδευση για τη σχιζοφρένεια:** Οι πλέον σύγχρονες απόψεις για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνουν συστηματική εκπαίδευση των αρρώστων και των οικογενειών τους για τις ψυχικές διαταραχές. Η συμπεριφερολογική προσέγγιση στη θεραπεία οικογένειας υποστηρίζει ότι πρέπει να δίνεται στον άρρωστο και την οικογένεια του όλο το γνωστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα μπορούν να καταλάβουν την αρρώστια και τη λογική για θεραπεία.
2. **Εκπαίδευση για την επικοινωνία:** Ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τις σκέψεις τους, ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνούν μεταξύ τους έχει μεγάλη επίδραση στην πορεία της ψυχικής αρρώστιας. Διδάσκοντας στην οικογένεια πιο αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας βοηθάμε στη μείωση του στρες και τη βελτίωση της πορείας της αρρώστιας. Η καλή επικοινωνία αποτελεί το έδαφος που θα στηριχθεί η διαδικασία για αποτελεσματική επίλυση του προβλήματος. Μια οικογένεια, που δεν επικοινωνεί ελεύθερα, αδυνατεί να επιλύσει αποτελεσματικά τα προβλήματά της.
3. **Εκπαίδευση για την επίλυση προβλημάτων:** Ο κύριος σκοπός είναι να βοηθηθούν οι οικογένειες να πετύχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην επίλυση των προβλημάτων τους και την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων. Έτσι οι οικογένειες ενθαρρύνονται να υιοθετήσουν μια

δομημένη μέθοδο στις συζητήσεις τους για την επίλυση των προβλημάτων τους, που αποτελείται από έξι στάδια και ονομάζεται «μέθοδος των 6 σταδίων».

4. Θεραπευτικές στρατηγικές για ειδικά προβλήματα: Η μέθοδος των 6 σταδίων για την επίλυση προβλήματος και επίτευξη στόχου καθιστά ικανά τα μέλη της οικογένειας να μπορούν να αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων στην καθημερινή τους ζωή. Εντούτοις, μερικές φορές προκύπτουν ορισμένα προβλήματα για τα οποία ο θεραπευτής πρέπει να επιλέξει ειδικές θεραπευτικές στρατηγικές και να καταστρώσει ειδικό σχέδιο παρέμβασης.¹⁷

4.2. Θεραπεία παιδιών και εφήβων σε κέντρα ημέρας

Στα αρχικά στάδια η μέθοδος ψυχιατρικής θεραπείας σε κέντρα ημέρας (day treatment) εμφανίζεται δειλά ως «μερική νοσοκομειακή θεραπεία» (partial hospitalization) και εφαρμόζεται δυστακτικά κυρίως για ψυχικά προβλήματα παιδιών και εφήβων. Η θεραπεία παρέχεται κατά τη διάρκεια της μέρας και οι ασθενείς επιστρέφουν στο σπίτι τους τη νύχτα. Η θεραπεία βρίσκεται πάντοτε



υπό ιατρική επίβλεψη και ευθύνη και περιλαμβάνει παραλλαγές προγραμμάτων της ενδονοσοκομειακής θεραπείας. Παρέχεται δε κύριως σε ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν ωφεληθεί από το πρόγραμμα της εξωνοσοκομειακής θεραπείας στο οποίο είχαν εισαχθεί

μετά την έξοδο τους από το ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα.

Οι σκοποί της ψυχιατρικής θεραπείας παιδιών και εφήβων στα κέντρα ημέρας είναι οι εξής:

- ✓ Παροχή της ψυχιατρικής θεραπείας σε μια περίοδο ψυχικής κρίσης για την οποία δεν απαιτείται 24ωρη ενδονοσοκομειακή φροντίδα και θεραπεία (Werner και συνεργάτες, 1984, Evangelakis, 1980).
- ✓ Παροχή εντατικής θεραπείας η οποία είναι δυνατό να παρεμποδίσει την εξάρτηση του ψυχικά ασθενούς από τις διάφορες ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, όπως ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία και επικουρικές θεραπείες.
- ✓ Παροχή ευκαιριών δημιουργίας περιβάλλοντος το οποίο χρησιμεύει ως θεραπευτικό πλαίσιο με το οποίο και μέσω του οποίου είναι δυνατές οι μεταβολές των συμπτωμάτων της παθολογικής ψυχικής κατάστασης του ασθενούς (Redl, 1990).

- ✓ Παροχή ειδικού και καταλλήκως οργανωμένου προγράμματος για ασθενείς με μαθησιακές δυσκολίες (Ευαγγελάκης, 1990).
- ✓ Παροχή εργασίας με τους γονείς και συστηματικής βοήθειας μέσα από την εφαρμογή προγράμματος κοινωνικής εργασίας με γονείς ή και θεραπεία οικογένειας (Kashani, 1990).
- ✓ Παροχή συνεχούς και ειδικευμένης επίβλεψης του προγράμματος από παιδοψυχίατρο ο οποίος εργάζεται με βάση τις αρχές της θεραπευτικής ομάδας εργασίας (team work) (Evangelakis, 1980, Parker και Knoll, 1990).
- ✓ Παροχή μέσων και τρόπων διατήρησης των δεσμών και σχέσεων των ασθενών με την οικογένεια και την κοινότητα, ώστε να παρεμποδίζεται η παλινδρόμηση του ασθενούς σε πρώιμα στάδια της ψυχολογικής του ανάπτυξης, πράγμα που μπορεί να συμβεί σε περίπτωση εισαγωγής του σε ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα θεραπείας (Spiegel και Wissler, 1986).
- ✓ Παροχή ευκαιριών εργασίας (liaison) με διάφορες υπηρεσίες της κοινότητας οι οποίες είναι κατάλληλες για βιολογικές, ψυχολογικές, ψυχοκοινωνικές και ψυχοεκπαιδευτικές κ.ά. παρεμβάσεις.
- ✓ Παροχή τρόπων, μέσων και διευκολύνσεων για τη μεταβίβαση κατάλληλων πληροφοριών προς του γονείς και τη κοινότητα, που αφορούν την ψυχιατρική θεραπεία σε κέντρο ημέρας, με έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και όχι στο τόπο θεραπείας (Meltzoff και Blymental, 1966, Evangelakis, 1974, Evangelakis, 1979, Evangelakis, 1980).
- ✓ Η θεραπεία στο κέντρο ημέρας γεφυρώνει και διευκολύνει τη μετάβαση του ασθενούς από το ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα στο εξωνοσοκομειακό πρόγραμμα και την περάτωση της θεραπείας.

Ενδείξεις

Για ένα πρόγραμμα ψυχιατρικής θεραπείας σε κέντρα ημέρας δυσκολότερα καθορίζονται οι ενδείξεις της και τα ακριβή κριτήρια παρά οι αντενδείξεις. Τα περισσότερα κέντρα ημέρας δέχονται:

1. Το παιδί που είναι μεν επικίνδυνο προς τον εαυτό του ή προς τους άλλους, αλλά η συμπεριφορά του δεν δικαιολογεί εισαγωγή σε ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα ψυχιατρικής θεραπείας. Αν η αυστηρή και συνεχής κλινική αξιολόγηση που ισχύει σε περιπτώσεις επαπειλούμενης αυτοκτονίας, φόνου ή άλλου σοβαρού βαθμού αντικοινωνικής πράξης ισχύει, ή αν ακόμα υπάρχει υποψία τέτοιας συμπεριφοράς
2. Το παιδί που διαμένει στο σπίτι του και δέχεται εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική θεραπεία με ανεπιτυχή αποτελέσματα, εφόσον συνεχίζει να προκαλεί προβλήματα στους γονείς και στην κοινότητα, π.χ. φεύγει από το σπίτι του, από το σχολείο. Ο έφηβος που βρίσκει ικανοποίηση σε παθολογική σεξουαλική συμπεριφορά, που είναι εθισμένος σε φαρμακευτικές ουσίες και δεν μπορεί να βοηθηθεί με εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις. Ο έφηβος αυτός θα πρέπει να εισαχθεί σε πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής ψυχιατρικής θεραπείας.
3. Το παιδί ηλικίας 12 έως 15 ετών που είναι χρονίως ψυχωσικό και στο οποίο είχαν παρασχεθεί όλες οι γνωστές ψυχιατρικές θεραπείες χωρίς αποτέλεσμα. Σε όλους είναι γνωστή η πρακτική της βιαστικής εισαγωγής ενός παιδιού μικρότερης ηλικίας με παιδική ψύχωση σε ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα ή και σε κέντρο ημέρας. Μια αναδρομή στα πρώτα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του παιδιού μας θυμίζει τη σημασία του μη αποχωρισμού του ψυχωσικού παιδιού από τα συμβιωτικά «αντικείμενα» κατά τη συμβιωτική φάση. Η επιβολή μιας διακοπής της σχέσης μητέρας – παιδιού θα είναι καταστροφική. Δε θα πρέπει λοιπόν να ενθαρρύνεται η εισαγωγή παιδιών σε υπηρεσίες ενδονοσοκομειακού περιβάλλοντος όταν βρίσκονται σε συμβιωτική σχέση με το γονέα, αλλά η εισαγωγή σε εξωνοσοκομειακό πρόγραμμα.
4. Το παιδί με οργανική εγκεφαλική βλάβη και με συμπτώματα υπερκινητικότητας, διάσπασης της προσοχής και μεμονωμένων

πράξεων αντικοινωνικής συμπεριφοράς, ο χειρισμός και η θεραπεία των οποίων δεν μπορούν να επιτευχθούν σε άλλα προγράμματα της κοινότητας.

5. Το παιδί με σοβαρές ψυχοσωματικές διαταραχές (παχυσαρκία, κεφαλαλγίες, ακμή, άσθμα, εντερίτιδες κ.ά.) μπορεί να εξετασθεί και να αξιολογηθεί από το θεραπευτικό προσωπικό του κέντρου ημέρας, το οποίο και θα αποφασίσει και για την παρακολούθησή του.
6. Ο έφηβος που παρουσιάζει τάσεις για εκδραματίσεις ανεύθυνων ενεργειών, οι οποίες δεν είναι όμως ούτε σεξουαλικές ούτε επιθετικές.

Αντενδείξεις

Μια μεγάλη ποικιλία «ψυχικών» διαταραχών συχνά κακώς παραπέμπονται για ψυχιατρική θεραπεία σε κέντρα ημέρας.

1. Ανεπαρκές ή παθολογικό οικογενειακό περιβάλλον.
2. ανάγκη για εντατική θεραπεία περισσότερη από εκείνη που παρέχεται από υπηρεσίες της κοινότητας.
3. Απογοητευτικά αποτελέσματα από επεμβάσεις και θεραπευτικές προσπάθειες από την εφαρμογή εξωνοσοκομειακών προγραμμάτων για κάποιο συγκεκριμένο διάστημα.
4. Μη συνεργαζόμενοι γονείς ή γονείς και παιδιά με πολύ σοβαρές διαταραχές για τις οποίες χρειάζεται αναγκαστική νοσηλεία.
5. Ανεπαρκής διάγνωση η οποία απαιτεί επισταμένες εξετάσεις και μακρά παρακολούθηση για να καθοριστεί καλύτερα.
6. Αιτήσεις από δικαστικές αρχές για εισαγωγή παιδιού σε κέντρο ημέρας.

ΜΕΡΟΣ Β'



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΗΒΗΦΡΕΝΕΙΑ

Η ηβηφρένεια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν η πιο τραγική μορφή της σχιζοφρένειας και αυτό γιατί η έναρξη της είναι πολύ πρώιμη (13 – 22 ετών), και διαταράσσει όλες τις λειτουργίες του ατόμου που φυσιολογικά σε αυτή την περίοδο της ζωής του ατόμου μορφοποιούνται.

Διαταραχές παρουσιάζονται στη σκέψη, τη συμπεριφορά, στο συναίσθημα. Στην ηβηφρένεια χαρακτηριστικό είναι ότι απουσιάζουν τα συμπτώματα που απαρτίζουν τα κριτήρια του κατατονικού τύπου όπως ακινησία, κηρώδης ευκαμψία, αρνητισμός, κατατονική διέγερση.¹² Το εγχειρίδιο ταξινομήσεως των ψυχικών νόσων της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας δίνει τον ακόλουθο ορισμό: «Η ψύχωση αυτή χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης, από ρηχό και απρόσφορο συναίσθημα, απρόβλεπτα χασκόγελα, ανόητη και παλινδρομικού τύπου συμπεριφορά, επιτηδευμένους τρόπους και κινήσεις, και συχνές υποχονδριακές αιτιάσεις. Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις όταν υπάρχουν είναι παροδικές και όχι συστηματοποιημένες».⁷

Οι ηβηφρενείς ή αποδιοργανωμένοι ασθενείς είναι συνήθως δραστήριοι αλλά με ένα αποδιοργανωτικό και χωρίς σκοπό τρόπο. Χαρακτηριστικό στοιχείο τους είναι η παιδαριώδης συμπεριφορά. Συγκεκριμένα στοιχεία που παρουσιάζουν είναι:

1. **Η αποδιοργάνωση της σκέψης:** Οι διαταραχές της σκέψης είναι από τα πρώιμα συμπτώματα αυτής της μορφής και κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Επισημαίνονται ευκολότερα 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.λ.π.). τελικά η δομή και η οργάνωση της σκέψης

διαταράσσονται ουσιαστικά, ο λόγος αλλοιώνεται, τα νοήματα γίνονται ασαφή και ακατάλληλα και η επικοινωνία με το περιβάλλον χάνεται.

2. **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.λ.π.
3. **Η αλλοιοπροσωπία:** Οι ασθενείς νοιώθουν πως άλλαξε το σώμα τους, π.χ. μεγάλωσε το κεφάλι τους, χόντρυνε η μύτη τους κ.λ.π. χαρακτηριστικό είναι «το σημείο του καθρέπτη», περνούν δηλαδή πολλές ώρες μπροστά στον καθρέπτη διερευνώντας το σώμα τους.
4. **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.
5. **Η ηθική αμβλύτητα:** Ο αυνανισμός και η δημόσια πορνεία κυριαρχούν. Οι ασθενείς αυτοί φθάνουν μέχρι αιμομιξίας.
6. **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.

Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις, όταν υπάρχουν, είναι παροδικές και όχι μόνιμες.

Σε τελικά στάδια καταργείται κάθε συναισθηματική δόνηση και κοινωνική σχέση. Οι ασθενείς παραμελούν τον εαυτό τους, δεν πλένονται, δεν ντύνονται, ουρούν και αφοδεύουν επάνω τους, και φθάνουν μέχρι κοπροφαγίας.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με εκπαίδευση στην ειδικότητα, καλείται να επιτελέσει ένα έργο πολυδιάστατο που απαιτεί τεχνική δεξιοτεχνία, ευρεία επιστημονική κατάρτιση και ισχυρό ψυχικό σθένος. Το έργο του σίγουρα είναι πολύ δύσκολο και απαιτούνται πολύπλευρες ικανότητες, ανάλογα βέβαια με την υπηρεσία υγείας όπου εργάζεται.

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου 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 στην ευρύτερη κοινωνία.
- Προστασία των ψυχικά αρρώστων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς τους και υποστήριξη της επιστημονικής / ανθρωπιστικής ολοκληρωμένης 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 τη διεπιστημονική ομάδα υγείας.
- Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και 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 μεταβασική εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής και ιατρικής, στην κλινική νοσηλευτική ψυχικής υγείας.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, ορατές πράξεις και την προσέγγιση και ανταπόκριση του νοσηλευτού προς τον άρρωστο καθώς προωθεί ή διατηρεί την βιοψυχωκοινωνική του υγεία και ευεξία, προστατεύει και ενισχύει την προσωπική ταυτότητα ή βοηθάει την ανάρρωση του αρρώστου. Νοσηλευτική παρέμβαση κάνει ο νοσηλευτής όταν προλαμβάνει κάποια βλάβη ή μεγαλύτερη δυσλειτουργία του αρρώστου ή τον βοηθάει να χειρίζεται τα ζητήματα του όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικά. Η επιστημονική αιτιολόγηση κάθε νοσηλευτικής ενέργειας πρέπει να εξηγείται στον άρρωστο όταν κρίνεται αναγκαίο.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι υποστηρικτικές, προστατευτικές, παιδαγωγικές, θεραπευτικές. Επίσης μπορεί να είναι αλληλεξαρτώμενες με την ιατρική θεραπευτική αγωγή, όπως η χορήγηση φαρμάκων και θεραπειών καθώς και συνεργασία στην εκτέλεση ιατρικο – νοσηλευτικών φροντίδων.

Η αναμάρτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις δεν εξαρτώνται από ιατρικές οδηγίες, αποφασίζονται αυτόνομα και υπεύθυνα από τον νοσηλευτή κατά την διεργασία της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας του ψυχικά αρρώστου.

Για να φανεί πόσο ευρύ και υπεύθυνο είναι το έργο των νοσηλευτών ψυχικής υγείας και ποιές δυνατότητες ανάπτυξης και επέκτασης περικλείει, παρουσιάζεται παρακάτω ένας αντιπροσωπευτικός κατάλογος νοσηλευτικών παρεμβάσεων ψυχικής υγείας:

- Φροντίδα του αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.
- Ελάττωση των στρεσογόνων ερεθισμάτων και ελάττωση του άγχους του αρρώστου.
- Ανάπτυξη, διατήρηση και διακοπή ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον άρρωστο, την οικογένεια όταν εκπληρωθεί ο σκοπός, με αποτέλεσμα την καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Ακρόαση και διατήρηση επικοινωνίας.
- Δημιουργία αισθητηριακών ερεθισμάτων χωρίς υπερφόρτιση του αρρώστου.
- 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 του ζωής.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει στη φροντίδα του εαυτού του όσο μπορεί πιο υπεύθυνα.
- Αποδοχή και προσωρινή εκπλήρωση υποκατάστατου γονικού ρόλου.
- Διδασκαλία αρχών και πρακτικών εφαρμογών ψυχικής υγείας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή.
- Ανάλυση του έργου της κοινωνικοποίησης του αρρώστου με την βελτίωση της διαπροσωπικής, επαγγελματικής και ψυχαγωγικής του ικανότητας.
- Καθοδήγηση του αρρώστου πώς να αποφεύγει ή παρακάμπτει ή 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 .
- Ενσωμάτωση της ενεργητικής συμβολής του αρρώστου στα σχέδια της προετοιμασίας της εξόδου του από το νοσοκομείο και της επανένταξής 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.

- Συμμετοχή στην θεραπευτική ομάδα με συστηματική μεταβίβαση των νοσηλευτικών κλινικών παρατηρήσεων και συγκεκριμένες προτάσεις για την θεραπευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου.
- Υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων και συνηγορία υπέρ αυτών σε κάθε ευκαιρία και περίπτωση για κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της τοπικής, εθνικής και διεθνούς πολιτικής για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική περίθαλψη.

Όσα αναφέρθηκαν παραπάνω είναι νοσηλευτικές πράξεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Εξυπακούεται ότι οι νοσηλευτές εκτελούν και όλες τις γενικές νοσηλευτικές πράξεις, τις οποίες διδάχθηκαν και έμαθαν στην βασική νοσηλευτική τους εκπαίδευση και για την υπεύθυνη εκτέλεση των οποίων κατοχυρώνονται με το ανάλογο νοσηλευτικό τους δίπλωμα.⁹

7.2. Νοσηλευτικές ευθύνες στη φαρμακευτική θεραπεία

Εισαγωγικά στοιχεία

Στοιχειώδεις γνώσεις ψυχοφαρμακολογίας είναι απαραίτητες στον νοσηλευτή αφού συμμετέχει υπεύθυνα στη φαρμακευτική θεραπεία των ψυχικά αρρώστων.

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες:

- Νευροληπτικά / αντιψυχωτικά
- Ηρεμιστικά / αγχολυτικά
- Αντικαταθλιπτικά
- Ψυχοδιεργετικά

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ψυχικών διαταραχών όπως είναι η σχιζοφρένεια, η μείζων κατάθλιψη, η μανία, τα

οργανικά ψυχοσύνδρομα με ψυχωτικά σύνδρομα. Συχνά χορηγούνται και για την θεραπεία του έντονου άγχους. Τα φάρμακα αυτά δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους, το οποίο ελέγχει την εισαγωγή, επεξεργασία και αποστολή πληροφοριών διερχομένων από τον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα είναι η αλλαγή ή τροποποίηση της διάθεσης, της διεργασίας της σκέψης και της διαταραγμένης συμπεριφοράς των ψυχωτικών αρρώστων χωρίς υπερβολική καταστολή της συνείδησης και χωρίς πρόκληση εθισμού.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα περιλαμβάνουν τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης π.χ. largactil, του θειοξανθενίου π.χ. truxal, της διβενζοδιαζεπίνης π.χ. novetil, της βουτυροφαινόνης π.χ. allopardin. Τα φάρμακα αυτά, αν και αποτελούν διαφορετικές χημικές κατηγορίες, προκαλούν παρόμοια φαρμακολογικά και κλινικά αποτελέσματα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων:

- d) Από το κεντρικό νευρικό σύστημα: εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, ακαθισία, παρκινσονοσμός, τρόμος, υποκινητικότητα, μυϊκές δυσκινησίες / δυστονίες, όψιμη δυσκινησία ή νευροληπτικό κακοήθες σύνδρομο.
- e) Από το αυτόνομο νευρικό σύστημα: ξηροστομία, μυδρίαση, ρινική συμφόρηση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδίες, ορθοστατική υπόταση, εφίδρωση κ.ά.
- f) Άλλες παρενέργειες: φωτοευαισθησία, αλλεργική δερματίτιδα, χολοστατικός ίκτερος, ανώμαλη χρώση του δέρματος κ.ά.

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. Ενεργεί ως συντονιστής κατά τον προγραμματισμό της φαρμακοθεραπείας του αρρώστου φροντίζοντας να εξασφαλίζει τις απαραίτητες πληροφορίες και να τις διακινεί έγκαιρα και με ακρίβεια μεταξύ ψυχιάτρων και νοσηλευτών.

Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων

- ❖ Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του αρρώστου.
- ❖ Προγραμματισμένη συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.
- ❖ Εργαστηριακές εξετάσεις, όπως γενική εξέταση 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, βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες.

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

- ❖ Διατύπωση πρωτοκόλλου με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλευτού στο οποίο αναφέρονται:
 - Εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου (από το στόμα, σε ένεση κ.λ.π.).
 - Επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα του αρρώστου.
 - Οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης
 - Περιεχόμενο και έκταση πληροφόρησης του αρρώστου σχετικά με τα φάρμακα που θα του δοθούν, ανάλογα με το διανοητικό και το αμυντικό λειτουργικό του επίπεδο (π.χ. χρειάζονται διαφορετική πληροφόρηση ο αρνητικός, ο καχύποπτος, ο

δύσπιστος άρρωστος). Ακόμη τι θα πει ο ψυχίατρος και τι ο νοσηλευτής.

Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων

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

Αν εμφανισθούν εξωπυραμιδικές αντιδράσεις ή όψιμη δυσκινησία, ο νοσηλευτής και ο ψυχίατρος αποφασίζουν αν μπορεί να ελαττωθεί η δόση

του φαρμάκου που τα προκάλεσε ή πρέπει να προστεθεί αντιπαρκινσονικό φάρμακο (atrane, akineton κ.λ.π.). ο άρρωστος συνήθως ανησυχεί και χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη και διαβεβαίωση ότι τα συμπτώματα του παρκινσονισμού θα υποχωρήσουν.

Αν ο άρρωστος παρουσιάζει ορθαστική υπόταση πρέπει να ξαπλώσει στι κρεβάτι και να διδαχθεί πώς να αλλάζει θέσεις αργά και να κατεβάζει πρώτα τα πόδια του από το κρεβάτι για 5' λεπτά πριν σηκωθεί όρθιος για την πρόληψη λιποθυμίας και πτώσης. Σε περίπτωση που έχει έντονη ζάλη πρέπει να παραμείνει ξαπλωμένος και να σηκώνεται μόνο με συνοδεία.

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

Η δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται με δίαιτα που περιέχει άφθονες ίνες (χόρτα, ωμά φρούτα), λήψη υγρών και υπατικά φάρμακα.

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

Η λευκοπενία και ακοκκιοκυτταραιμία (καταστροφή των λευκών αιμοσφαιρίων) μπορεί να εμφανισθεί σε αρρώστους που παίρνουν χλωροπρομαζίνη. Εξακριβώνεται με 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 ακόμα 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.

Άρρωστοι που παίρνουν παράγωγα φαινοθειαζίνης (π.χ. largactil) μπορεί να παρουσιάσουν φωτοτοξική μελάγχρωση του δέρματος όταν εκτεθούν στο ηλιακό φως. Προειδοποιούνται να χρησιμοποιούν αντηλιακά ενδύματα, γυαλιά, ομπρέλα και να αποφεύγουν όσο μπορούν την έκθεση στον ήλιο. Εκτός των άλλων, η αλλαγή του χρώματος του δέρματος αλλάζει την εικόνα του σώματος με ψυχολογικές επιπτώσεις.

Ο νοσηλευτής έχει πάντα υπόψη ότι πολλά ψυχοτρόπα φάρμακα είναι τοξικά, μπορεί να γίνει κατάχρηση τους (τοξικομανία) ή να χρησιμοποιηθούν για αυτοκτονία. Για αυτό παραγγέλλονται σε μικρές ποσότητες και φυλάσσονται σε ασφαλές κλειδωμένο ντουλάπι –

φαρμακείο του τμήματος. Όταν προετοιμάζονται τα φάρμακα για περισσότερους από έναν άρρωστο την ίδια ώρα, δεν πρέπει να εγκαταλείπονται αφύλακτα ή ακλείδωτα τα ετοιμασμένα φάρμακα.

Κατά την χορήγηση των φαρμάκων στους αρρώστους επιβάλλεται προσεκτική επίβλεψη εκ μέρους του υπευθύνου νοσηλεύτη για να βεβαιωθεί ότι τα πήραν πράγματι. Ιδιαίτερως ελέγχεται ακόμη και η στοματική κοιλότητα για επιβεβαίωση της κατάποσης, αν ο άρρωστος είναι παιδί, ηλικιωμένος, εξασθενημένος ή αντιστέκεται στη θεραπεία. Η παράλειψη λήψης μιας ή περισσότερων δόσεων ενός φαρμάκου και η έξαρση των συμπτωμάτων μπορεί να κάνει τη θεραπευτική ομάδα να αυξήσει τη δοσολογία ή να προσθέσει και άλλο φάρμακο που δεν χρειάζεται. Για αυτό η μη κατάποση ή άρνησης λήψης του φαρμάκου ή μη λήψη μιας δόσης λόγω απουσίας του αρρώστου από το τμήμα, αναγράφεται στο φύλλο νοσηλείας του.

Στις συνταγές των εξωτερικών αρρώστων γράφονται μερικές ποσότητες φαρμάκων για να προλαμβάνεται η εφάπαξ λήψη μεγάλης ποσότητας και να επανέρχονται συχνά για μια νέα συνταγή, οπότε επανεκτιμούνται η κατάστασή τους και οι φαρμακευτικές τους ανάγκες. Στο κέντρο υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία συνίσταται προσοχή στους αρρώστους που επανέρχονται με αυξημένη συχνότητα για επανάληψη της συνταγής. Αυτό μπορεί να σημαίνει κατάχρηση ή όχι σωστή λήψη της δοσολογίας. Με την ευκαιρία αξιολογείται με προσοχή ο άρρωστος που φαίνεται καταθλιπτικός ή έντονα αγχώδης για πρόληψη ενδεχόμενης απόπειρας αυτοκτονίας.

Όταν ο νοσηλεύτης χειρίζεται διαλύματα ψυχοτρόπων φαρμάκων πρέπει να αποφεύγει την άμεση επαφή με γυμνά χέρια, διότι μπορεί να πάθει δερματίτιδα. Αν πιτσιλισθεί στο δέρμα του με το διάλυμα, πρέπει να ξεπλύνει αμέσως την περιοχή με άφθονο νερό.

Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας

- ❖ Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας.
- ❖ Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη ή πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος με δόση συντήρησης, με συχνή παρακολούθηση του αρρώστου.
- ❖ Εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων, που ήδη αναφέρθηκαν. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να αναγνωρίσει την όψιμη δυσκινησία (ανώμαλες ακούσιες κινήσεις των δακτύλων, της γλώσσας κ.λ.π.).
- ❖ Οργάνωση σταθερού συστήματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τον άρρωστο.
- ❖ Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. Συνεργασία με τον άρρωστο ποια παρέμβαση πρέπει να γίνει για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία

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

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

- ❖ Πληροφόρηση του αρρώστου και της οικογένειας του για τη φαρμακοθεραπεία που θα συνεχισθεί στο σπίτι.
- ❖ Ψυχολογική υποστήριξη και βεβαίωσή τους ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη της φαρμακοθεραπείας στο σπίτι.

- ❖ Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, το όνομα, τη δόση, τις ώρες χορήγησης και την επιθυμητή δράση του φαρμάκου. Όπως και τις ενδεχόμενες παρενέργειες που πρέπει να αναφέρονται στον νοσηλευτή και τον ιατρό μαζί με κάθε ασυνήθιστο σημείο, σύμπτωμα ή υποκειμενικό αίσθημα. Ιδιαίτερα πρέπει να αναφέρονται: πόνος στο λαιμό, πυρετός, ασυνήθιστη αιμορραγία ή αιμάτωμα, δερματικό εξάνθημα, αδυναμία, τρόμος, μυϊκοί σπασμοί, διαταραχές της όρασης, σκούρο χρώμα των ούρων, άχρωμες κενώσεις, ίκτερος και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις.

Επιπλέον στα πλαίσια της διδασκαλίας αυτής ο νοσηλευτής:

- ❖ Συμβουλεύει τον άρρωστο να μη μοιράζεται τα φάρμακά του με άλλους και να ενημερώνει τους νοσηλευτές και γιατρούς του οπουδήποτε νοσηλευθεί, τον οδοντίατρο, τον φαρμακοποιό κι αν είναι γυναίκα τον μαιευτήρα της, για όλα τα φάρμακα που παίρνει.
- ❖ Υπενθυμίζει στον άρρωστο να μη παραλείπει και να μη διπλασιάζει ούτε να παίρνει αργότερα μια ξεχασμένη δόση φαρμάκου εκτός ειδικής ιατρικής οδηγίας. Να περιμένει να φθάσει η ώρα της επόμενης δόσης και να παίρνει μόνο εκείνη την προγραμματισμένη δόση.
- ❖ Συνιστά στον άρρωστο να διατηρεί τα φάρμακά του κλεισμένα σε μέρος όπου δεν φθάνουν τα παιδιά.
- ❖ Τονίζει ότι ο άρρωστος δεν πρέπει να πίνει οινοπνευματώδη ποτά, διότι ήδη τα φάρμακα του καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και δεν μπορούν να συνδυάζονται με άλλο κατασταλτικό όπως είναι το αλκοόλ.
- ❖ Συμβουλεύει να μην παίρνει ο άρρωστος κατά την περίοδο της ψυχοφαρμακοθεραπείας του – εκτός ιατρικής οδηγίας – ασπιρίνη ή άλλα παυσίπονα, αντι-ισταμινικά, αντι-όξινα και καθαρτικά, διότι ανταγωνίζονται τα ειδικά του ψυχοφάρμακα. Αν πρόκειται για άρρωστη γυναίκα, της υπενθυμίζεται ότι αν μείνει έγκυος πρέπει να συμβουλευθεί αμέσως τον ψυχίατρό της διότι τα ψυχοτρόπα φάρμακα αντενδείκνυνται κατά την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία.

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

Προαγωγή της συμμόρφωσης του αρρώστου στην προγραμματισμένη φαρμακοθεραπεία

Συχνό και δύσκολο πρόβλημα είναι η μη συμμόρφωση του αρρώστου στη φαρμακευτική αγωγή που έχει παραγγελθεί. Σε αυτή τη μη συμμόρφωση επηρεάζει τον άρρωστο και η οικογένεια, η οποία μόλις παρατηρήσει κάποια ύφεση των συμπτωμάτων, πιστεύει ότι ο άρρωστος θεραπεύτηκε και δεν χρειάζεται φάρμακα. Μια ακόμα παρεξήγηση για τα ψυχοτρόπα φάρμακα είναι ο φόβος του εθισμού. Ο νοσηλευτής διαλύει τις παρεξηγήσεις και τονίζει την αναγκαιότητα της λήψης των παραγγελθέντων φαρμάκων.

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

- ❖ Η ανάγκη συντηρητικής φαρμακευτικής αγωγής για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- ❖ Η εμπειρία δυσάρεστων παρενεργειών των φαρμάκων π.χ. ακαθισία, τρόμος.
- ❖ Η φύση της σχιζοφρένειας που χαρακτηρίζεται από ενεργές και υπολειμματικές φάσεις, οπότε πράγματι στις δεύτερες ο άρρωστος «αισθάνεται καλύτερα» ή τουλάχιστο όχι χειρότερα. Ο νοσηλευτής μπορεί με ανακρίβεια να υποθέσει ότι ο σχιζοφρενικός άρρωστος

παίρνει τα φάρμακά του όταν στην πραγματικότητα δεν τα παίρνει. Εξάλλου αν η διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου δεν αλλάξει μετά από τον καθορισμό της φαρμακευτικής αγωγής, ο νοσηλευτής μπορεί λανθασμένα να υποθέσει ότι ο άρρωστος δεν παίρνει τα φάρμακά του.

Η υπεύθυνη λήψη των ατομικών φαρμάκων από τον ίδιο τον άρρωστο αυξάνει το αίσθημα του αυτοελέγχου, την αυτοπεποίθηση και τον αυτοσεβασμό, ενώ ελαχιστοποιείται η παθολογική εξάρτηση από το περιβάλλον. Για αυτό όταν οι ικανότητες του αρρώστου το επιτρέπουν και υπάρχουν υποστηρικτικά πρόσωπα στο περιβάλλον για να τον βοηθούν και επιβλέπουν, αποφασίζεται να αναλάβει ο ίδιος την ευθύνη. Πάντως η προθυμία ή απροθυμία του αρρώστου να παίρνει τα φάρμακά του πρέπει να αναφέρεται στη συνολική νοσηλευτική εκτίμηση των προβλημάτων και δυνατοτήτων του.⁹

7.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Διεργασία νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου με ηβηφρένεια

Γενικές αρχές

- ❖ Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου.
- ❖ Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του.
- ❖ Επιβεβαίωση της ταυτότητάς του.
- ❖ Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα.
- ❖ Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός.
- ❖ Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος.
- ❖ Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους.
- ❖ Προώθηση της συμμόρφωσής του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή.
- ❖ Βοήθεια στο να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες.
- ❖ Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας.
- ❖ Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπολειτουργικότητα).
- ❖ Ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς.
- ❖ Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειας.
- ❖ Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του.
- ❖ Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει, να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα.

Νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου

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

- i. Διαταραχές σκέψης.
- ii. Διαταραχές αντίληψης.
- iii. Διαταραχές συναισθήματος.
- iv. Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων \ συμπεριφοράς.

Διαταραχές σκέψης

- Διαταραχή του ειρμού ή της μορφής ή πορείας της σκέψης που εκδηλώνεται ως χάλαση των συνειρμών μέχρι την ασυναρτησία, τη σαλάτα λέξεων ή τις νεολεξίες (δηλαδή αυτοδημιούργητες λέξεις που έχουν νόημα μόνο για τον ίδιο τον άρρωστο και δείχνουν παλινδρόμηση και διάσπαση της λειτουργικότητας στην πραγματικότητα).
- Διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης που εκδηλώνεται με παραληρητικές ιδέες συσχέτισης, δίωξης, μεγαλείου, ζηλοτυπίας, μεταβίβασης ή εκπομπής ή εξωτερικού ελέγχου της σκέψης και ιδέες αναφοράς, ήτοι πεπιοθήσεις ότι άλλοι άνθρωποι ή μηνύματα από την τηλεόραση αναφέρονται απευθείας στον άρρωστο.
- Άλλες διαταραχές όπως: ο αυτισμός δηλαδή η εξωπραγματική φανταστική σκέψη, η αλαλία ή σιωπηλότητα, η ανακοπή της σκέψης, η ηχολαλία – επανάληψη των λόγων των άλλων – η συγκεκριμένη σκέψη χωρίς αφαιρετική ικανότητα γενίκευσης και κατανόησης του όλου ενός γεγονότος, μιας πληροφορίας, μιας παροιμίας κ.λ.π.

Διαταραχές της αντίληψης

Ψευδαισθήσεις: Αισθητήριες 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.

Παραισθήσεις: Παρερμηνείες υπαρκτών εξωτερικών περιβαλλοντικών ή αισθητικών ερεθισμάτων, π.χ. ο άρρωστος βλέπει ένα δένδρο και λέει ότι βλέπει τον παππού του.

Προβλήματα εαυτού: Ο άρρωστος παρουσιάζει σύγχυση για το ποιος είναι, δεν είναι βέβαιος για τα όρια του εαυτού του, δεν χωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους ανθρώπους ή από άψυχα αντικείμενα του περιβάλλοντος. Ο άρρωστος περιγράφει φαινόμενα αποπροσωποποίησης ή ότι ο ίδιος παρουσιάζει δραστικές αλλαγές και είναι διαφορετικός και όχι πραγματικός, καθώς και τα αντικείμενα στο περιβάλλον του φαίνονται παράξενα και όχι πραγματικά.



Διαταραχές του συναισθήματος

Απουσία συναισθήματος ή επιπεδωμένο, αμβλύ ή απρόσφορα συναίσθημα (ακατάλληλη και αταίριαστο με το περιεχόμενο της συζήτησης ή με την περίσταση, 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 για αυτό που σκέπτεται και όχι για 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.

Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων \ συμπεριφοράς

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.

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 κατήντησε μηχανική και άσκοπη.

Επίσης παρατηρούνται και οι ακόλουθες διαταραχές:

- Έλλειψη αυθορμητισμού στην ομιλία και στις 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 των δύο πραγμάτων.
- Αρνητική συμπεριφορά ως αντίθεση και αντίσταση χωρίς λόγο. Κάνει το αντίθετο από ότι 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 και εβδομάδες. Σπάνια εμφανίζεται σήμερα με την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις

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

- Αισθητηριακή \ αντιληπτική διαταραχή (ακουστική, οπτική)
- Διαταραχή διεργασιών της σκέψης
- Κοινωνική απομόνωση
- Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας
- Διαταραχή συμπεριφοράς (αμυντική)

- Ελλειμματική αυτοφροντίδα
- Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου
- Διαταραχή της προσωπικής ταυτότητας, της αυτοεκτίμησης, της εκπλήρωσης ατομικών ρόλων
- Κίνδυνος επιθετικότητας εαυτού ή των άλλων

Ακολουθεί η παρουσίαση ορισμένων από τις παραπάνω νοσηλευτικές διαγνώσεις με τις αντίστοιχες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Νοσηλευτική διάγνωση: ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΕΣ ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αίσθηση μη πραγματικότητας του εαυτού ή του περιβάλλοντος.

Κατάσταση κατά την οποία τα αισθητηριακά ερεθίσματα παρερμηνεύονται και η αντίδραση προς αυτά μπορεί να είναι υποτονική ή υπερβολική, παραπονημένη ή ανεπαρκής.

Αιτιολογικοί \ σχετιζόμενοι παράγοντες

Άγχος σε επίπεδο πανικού, διαταραχή στη σκέψη, συναίσθημα, αντίληψη, προσανατολισμό, αποπροσωποποίηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα απειλής από στρεσογόνα ερεθίσματα, αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους.

Χαρακτηριστικά – αποδεικτικά στοιχεία

- ❖ Ομιλία και γέλιο με τον εαυτό του
- ❖ Διακοπή της ομιλίας και στροφή της κεφαλής σαν για να ακούσει κάτι
- ❖ Ξάφνιασμα στο άκουσμα ομιλιών

- ❖ Αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής
- ❖ Απότομες αλλαγές συναισθηματικής διάθεσης
- ❖ Ακατάλληλες αντιδράσεις προς συνηθισμένα ερεθίσματα
- ❖ Αδυναμία λήψης απλών αποφάσεων

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

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

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Συνεχιζόμενη εκτίμηση της παρουσίας / βαρύτητας των διαταραχών της αντίληψης του αρρώστου. Επισήμανση των αιτιολογικών / συντελεστικών παραγόντων, όπως είναι π.χ. το άγχος, η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, ο πυρετός, τραυματισμός ή άλλες οργανικές αιτίες / αρρώστιες.

Με την παρέμβαση αυτή εξασφαλίζονται πληροφορίες για τις δυνατότητες του αρρώστου να την καθημερινή φροντίδα του

εαυτού του, τις συνήθειες ύπνου, την επικινδυνότητα για βίαιη συμπεριφορά, ύστερα από παραληρητικές εντολές για αυτοκτονία ή βλάβη άλλων, τις μη λεκτικές και λεκτικές εκφράσεις κ.λ.π.

- Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει.

Η συνεχής και συνεπής υποστήριξη / αποδοχή θα ελαττώσει το άγχος και τους φόβους και θα κάνει τον άρρωστο ικανό να ελαττώσει τη διαταραγμένη αντίληψη των ερεθισμάτων που δέχεται.

- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών και αντιπαραθέσεων ή γελοιοποίησης του αρρώστου.

Οι παρερμηνείες των ερεθισμάτων τρομάζουν τον άρρωστο και δείχνουν απώλεια ελέγχου. Λόγω της έλλειψης εναισθησίας (αίσθησης της πραγματικότητας του εαυτού) ο άρρωστος βλέπει την παραπονημένη αντίληψη των ερεθισμάτων ως πραγματικότητα. Η αντιπαραθέση οδηγεί σε αμυντική συμπεριφορά και σε υποτροπή της παλινδρόμησης του αρρώστου.

- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία. Ενίσχυση της επαλήθευσης της πραγματικότητας των ερεθισμάτων που δέχεται ο άρρωστος (ο νοσηλεύτης ομολογεί ειλικρινά ότι δεν ακούει τις φωνές). Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου, των παρόντων προσώπων και των γεγονότων σε κάθε περίπτωση.

Η παραποίηση της πραγματικότητας είναι άμυνα έναντι της πραγματικότητας που είναι περισσότερο τρομακτική. Ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα βοηθά τον άρρωστο ώστε να ερμηνεύει σωστά τα ερεθίσματα μέσα στο περιβάλλον.

- Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα. Παραμονή κοντά στο άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του όταν είναι δυνατόν.

Ο άρρωστος που αντιλαμβάνεται λανθασμένα το περιβάλλον δεν έχει τον αυτοέλεγχο, για να προλάβει την παρορμητική αντίδραση προς τις σφαλερές αντιλήψεις των ερεθισμάτων. Συχνά αισθάνεται

ότι αυτοελέγχεται περισσότερο αν ο νοσηλευτής παραμένει στο θάλαμο. Η απόσπαση της προσοχής με μουσική, τηλεόραση ή επιτραπέζια παιχνίδια υποστηρίζει τον άρρωστο να ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου των παρορμητικών αντιδράσεών του.

- Ειλικρινής έκφραση φόβων αν έχει επισημανθεί δυνητική εκδήλωση επιθετικότητας (κίνδυνος αυτοκαταστροφής ή βλάβη άλλων)

Η πληροφόρηση του αρρώστου όταν η συμπεριφορά του προκαλεί τρόμο και η προληπτική καθοδήγησή του να εξωτερικεύει με λόγια και όχι με πράξεις το άγχος, τους φόβους και την επιθετικότητα του, επικεντρώνει την προσοχή του στην πραγματικότητα και βοηθά στην ελάττωση του άγχους.

- Χρησιμοποίηση τεχνικών εξωτερικού ελέγχου. Αν χρειάζεται, τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο, εφαρμογή μηχανικών ή φαρμακευτικών περιοριστικών μέτρων.

Τα εξωτερικά όρια και έλεγχοι πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη προστασία του αρρώστου μέχρι να επανακτήσει τον εσωτερικό του έλεγχο. Να γίνει δηλαδή ικανός να μη δίνει σημασία στις ψευδαισθητικές εμπειρίες του και να μην ενεργεί σύμφωνα με τις ψευδαισθητικές εντολές.

Και όταν ακόμα βρίσκεται σε διέγερση ο άρρωστος δεν παύει να καταλαβαίνει την ευγενική ή απότομη συμπεριφορά του προσωπικού, οπότε επηρεάζεται ανάλογα η συμμόρφωση και η ωφέλεια του. Για αυτό και ο νοσηλευτής και όταν αναγκάζεται να χρησιμοποιήσει τον περιορισμό ως τελευταίο έκτακτο και σύντομο μέτρο ασφάλειας του αρρώστου, συνεχίζει να του μιλά με ευγένεια, δεν υψώνει τον τόνο της φωνής του και παραμένει κοντά του. Όταν ηρεμήσει ο άρρωστος τα θυμάται όλα και εκφράζει την ευγνωμοσύνη του στον ευγενικό νοσηλευτή και προφορικά και γραπτά όπως το αναφέρει μια νεαρά σχιζοφρενής στο ημερολόγιό της.

- Διδασκαλία στον άρρωστο ποιες τεχνικές να χρησιμοποιεί για να σταματά τις ψευδαισθήσεις: τραγούδι ή παίξιμο μουσικού οργάνου, διαταγή στις φωνές να φύγουν έκφραση δυσπιστίας στα υποτιμητικά και απειλητικά μηνύματα των φωνών, αναφορά

σε κάποιο μέλος του προσωπικού όταν η εμπειρία είναι ενοχλητική, απασχόληση με εργασία, άθληση ή σχέδιο όταν αρχίζουν οι φωνές. Έπαινος του αρρώστου όταν χρησιμοποιεί αυτές τις τεχνικές.

Παρόμοιες τεχνικές αποσπούν τον άρρωστο από την ψευδαισθηση, προσφέρουν εναλλακτική απασχόληση και του δίνουν δύναμη ελέγχου. Η θετική ανατροφοδότηση με τον έπαινο αυξάνει την αυτοεκτίμηση και ενισχύει την επανάληψη αποτελεσματικών στρατηγικών συμπεριφοράς.

- Δημιουργία ομαδικών περιστάσεων, όπου ο άρρωστος μπορεί να μάθει και να εφαρμόζει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και κοινωνικές δεξιότητες. Αυτό συντελεί στο να βελτιώνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις με πραγματικούς ανθρώπους.

Αυτά αυξάνουν τα αισθήματα προσωπικής επάρκειας, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης που τείνουν να ελαττώνουν τις αρνητικές εμπειρίες των ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων και γενικά τις αισθητηριακές / αντιληπτικές διαταραχές.

Νοσηλευτική διάγνωση: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Κατάσταση κατά την οποία οι διεργασίες της σκέψης διακόπτονται, αποδιοργανώνονται ή δεν βασίζονται στην πραγματικότητα.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

Άγχος σε επίπεδου πανικού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απωθημένοι φόβοι και ψυχολογικές συγκρούσεις, αποδιοργάνωση των ορίων της προσωπικής οντότητας του αρρώστου ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους και στο περιβάλλον, πιθανή κληρονομική επιβάρυνση, υποανάπτυκτη προσωπικότητα.

Χαρακτηριστικά – αποδεικτικά στοιχεία

- ❖ Παραληρητικές ιδέες (μεγαλείου, δίωξης, αναφοράς, ελέγχου, σωματικών αλλαγών)
- ❖ Ανικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, εύκολη απόσπαση προσοχής, παρερμηνείες της πραγματικότητας και του περιβάλλοντος
- ❖ Χάλαση συνειρμών
- ❖ Υπερβολική εγρήγορση (φόβος, καχυποψία, εχθρικότητα)
- ❖ Έμμονες ιδέες, προστακτικές ψευδαισθήσεις
- ❖ Ανικανότητα λήψης αποφάσεων, λύσης προβλημάτων, λογικής σκέψης, κατανόησης αφηρημένων εννοιών
- ❖ Ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά
- ❖ Συνεχής κινητική δραστηριότητα (τελετουργικές πράξεις, στερεοτυπίες) μέχρι απόσυρση και ψυχοκινητική επιβράδυνση
- ❖ Διακεκομμένος ύπνος

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

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

- ❖ Αναγνωρίζει αλλαγές στη σκέψη και στη συμπεριφορά του

- ❖ Διακρίνει τις παραληρητικές ιδέες και την πραγματικότητα και αυξάνει την ικανότητα του να τις χειρίζεται αποτελεσματικά με την ελάττωση / διακοπή της παθολογικής σκέψης
- ❖ Διατηρεί τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα
- ❖ Δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

Η αναγνώριση της συμβολικής σκέψης και ομιλίας αυξάνει την κατανόηση των διεργασιών σκέψης του αρρώστου και συντελεί στον προγραμματισμό κατάλληλων παρεμβάσεων.

- Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλεύτη – αρρώστου.

Αυτή διατηρεί ένα ασφαλές ψυχικά περιβάλλον που διευκολύνει τη διαπροσωπική επικοινωνία και μειώνει τον αυτισμό .

- Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση π.χ. αντανάκλαση ή παράφραση των εκφράσεων του αρρώστου.

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι σαφής, συγκεκριμένη, ανοικτή και συνεπής. Αυτή ελαττώνει την αυτιστική σκέψη.

- Οργάνωση της επικοινωνίας έτσι ώστε να δείχνει σεβασμό των κοινωνικο – οικονομικών, μορφωτικών και πολιτιστικών αξιών του αρρώστου.

Έλλειψη υπολογισμού αυτών των παραγόντων μπορεί να προκαλέσει λανθασμένες διαγνώσεις και ανακριβή ερμηνεία κατά τα άλλα φυσιολογικής σκέψης ως παθολογικής.

- Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης του αρρώστου με τη διευκρίνιση ασαφών εκφράσεων. Την

επικέντρωση στο συναισθηματικό τόνο μάλλον, παρά στο περιεχόμενο, με την επιδίωξη κατανόησης παρά την ασάφεια του αρρώστου, με την προσεκτική ακρόαση και ρύθμιση – κατεύθυνση της ροής της σκέψης του όταν χρειάζεται.

Ο άρρωστος συχνά είναι ανίκανος να οργανώνει τις σκέψεις του, εύκολα αποσπάται η προσοχή του, δεν μπορεί να συλλάβει έννοιες ή το όλον ενός θέματος αλλά στέκεται στις ασήμαντες λεπτομέρειες. Η ροή των σκέψεων του συχνά χαρακτηρίζεται ως καλπάζουσα, περιπλανώμενη ή βραδεία. Η ενεργητική ακρόαση διαπιστώνει τους τρόπους σκέψης του αρρώστου και διευκολύνει την κατανόηση. Η έκφραση της επιθυμίας του νοσηλευτή να κατανοεί τον άρρωστο μεταβιβάζει ενδιαφέρον, αυξάνει το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και τον παροτρύνει να συγκεντρωθεί και να επικοινωνήσει πιο καθαρά.

- Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. Αποφυγή έντονης αμφισβήτησης και άρνησης ή συμφωνίας με τις αποδιοργανωμένες σκέψεις. Ήρεμη παρουσίαση της πραγματικότητας και έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση του αρρώστου (υπόδειγμα υπομονής). Συμμετοχή στη συζήτηση όταν εκφράζει σκέψεις σύμφωνες με την πραγματικότητα και τοποθέτηση ορίων, όταν προσπαθεί να αντιδράσει παρορμητικά προς τη διαταραγμένη σκέψη.

Η τακτική αυτή ελαττώνει την ασύνδετη, παραληρητική σκέψη καθώς οι σκέψεις του αρρώστου ανταποκρίνονται στην παρουσία της πραγματικότητας. Η παροχή ευκαιρίας στον άρρωστο να ελέγξει την επιθετική του συμπεριφορά, ενισχύει την αυτοεκτίμηση και προάγει την ασφάλεια για τον ίδιο και για τους άλλους.

- Εκτίμηση του τρόπου ανάπαυσης / ύπνου παρατηρώντας την ικανότητα του αρρώστου να κοιμάται και την ποιότητα του ύπνου καθώς και σχετικές διαταραχές.

Οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις κ.α. παρεμποδίζουν τον ύπνο του αρρώστου. Οι φόβοι μειώνουν την ικανότητα του να κοιμηθεί. Η στέρηση του ύπνου μπορεί να προκαλέσει συμπεριφορές όπως απόσυρση, διαταραχή της αντίληψης. Οι νοσηλευτικές εκτιμήσεις σχετικά με τον ύπνο του αρρώστου συντελούν όχι μόνο στην εξακρίβωση

διαταραχών, αλλά και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

- Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου με ελαστικότητα εφαρμογής όταν χρειάζεται.

Η συνέπεια στο πρόγραμμα ελαττώνει φόβους / ανασφάλειες που παρεμποδίζουν τον ύπνο. Ο ύπνος διευκολύνεται με την εναρμόνιση (εξισορρόπηση) μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και ανάπαυσης / ύπνου.

- Βοήθεια του αρρώστου να μάθει τεχνικές που διευκολύνουν την ανάπαυση και τον ύπνο, π.χ. ήρεμες απασχολήσεις, απαλή μουσική πριν από την κατάκλιση στο κρεβάτι, τακτική ώρα κατάκλισης, ένα ποτήρι με ζεστό γάλα κ.λ.π.

Αυτά ενισχύουν την ικανότητα του αρρώστου να επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο ανάπαυσης / ύπνου, πράγμα που αυξάνει την ικανότητα του να σκέπτεται λογικά και σύμφωνα με την πραγματικότητα.

- Εκτίμηση της παρουσίας και του βαθμού επίδρασης παραγόντων που επηρεάζουν την ικανότητα του αρρώστου να απασχολείται.

Η παρουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων, οι περιστάσεις όπως είναι παρατεταμένη περίθαλψη στο νοσοκομείο, που συνήθως χαρακτηρίζεται από μονοτονία και αισθητηριακή αποστέρωση, ψυχολογικοί παράγοντες π.χ. μείωση της βούλησης, σωματικοί παράγοντες όπως υποκινητικότητα ή ακινησία, συντελούν σε αδυναμία και ανεπάρκεια για απασχόληση.

- Φροντίδα και παρακολούθηση εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής, παρατήρηση της θεραπευτικής δράσης και των τυχών παρενεργειών όπως είναι: αντιχολινεργικές παρενέργειες (ξηροστομία) καταστολή, ορθοστατική υπόταση, φωτοευαισθησία, ενδοκρινικές παρενέργειες, αύξηση ευαισθησίας για εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων, ακοκκιοκυτταραιμία και εξωπυραμιδικά συμπτώματα.

Η παρακολούθηση αυτή συντελεί στην εξακρίβωση της ελάχιστης αποτελεσματικής δοσολογίας για την ελάττωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων με τις λιγότερες παρενέργειες. Η αναγνώριση της έναρξης

σοβαρών παρενεργειών όπως είναι το νευροληπτικό κακοήθες σύνδρομο (όψιμη δυσκινησία) οδηγεί σε κατάλληλες παρεμβάσεις για πρόληψη μόνιμης βλάβης.

➤ Χορήγηση των φαρμάκων που παραγγέλλονται από τον γιατρό ύστερα από συνεργασία με τον νοσηλευτή και υπολογισμό των κλινικών παρατηρήσεών του και των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Ως παραδείγματα αναφέρονται τα παρακάτω:

- Νευροληπτικά (ψυχοτρόπα, μείζονα ηρεμιστικά)
- Παράγωγα της φαινοθειαζίνης (π.χ. largactil), του θειοξανθενίου (π.χ. truxal), της βουτυροφαινόνης (π.χ. aloperdin), της διβενζοδιαζεπίνης (π.χ. loxitane).
- Αντιπαρκινσονικά φάρμακα π.χ. αντιχολινεργικά (artane, akineton) και αντιϊσταμινικά (bendryl).

Νοσηλευτική διάγνωση: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Διαταραχή της ικανότητας του αρρώστου να εκφράζεται λεκτικά ή να επικοινωνεί με τους άλλους, κατά τρόπο κοινωνικά παραδεκτό.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- ❖ Διαταραχές της σκέψης (αυτισμός, παραληρητικές ιδέες)
- ❖ Αισθητηριακές / αντιληπτικές διαταραχές (ψευδαισθήσεις)
- ❖ Ανικανότητα διάκρισης του εαυτού του από τους άλλους και από τα αντικείμενα του περιβάλλοντος
- ❖ Έντονο άγχος μέχρι πανικού
- ❖ Απόσυρση από το περιβάλλον και την πραγματικότητα

Χαρακτηριστικά – αποδεικτικά στοιχεία

- ❖ Ανικανότητα λογικής ομιλίας

- ❖ Λεκτικές εκφράσεις ασύνδετες όπως νεολεξίες, ηχολαλία, ασυναρτησία, σαλάτα λέξεων λόγω χάλασης συνειρμών, συμβολικές αναφορές
- ❖ Μη λεκτικές εκφράσεις / εκδηλώσεις, όπως ηχοπραξία, στερεότυπες συμπεριφορές, αλλόκοτες χειρονομίες, στάσεις, μορφασμοί
- ❖ Πτωχεία λόγου / σιωπηλότητα αλαλία

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Συνεχιζόμενη εκτίμηση του τύπου και του βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας.

Ο βαθμός της λεκτικής / μη λεκτικής επικοινωνίας (χαλαροί συνειρμοί, νεολεξίες, ηχολαλία και ηχοπραξία) επηρεάζει την

ικανότητα του αρρώστου να επικοινωνεί με το προσωπικό και τους άλλους αρρώστους και να συμμετέχει στη φροντίδα του.

- Υπομονετική ακρόαση των λεκτικών μηνυμάτων και παρατήρηση της μη λεκτικής – συμβολικής – συμπεριφοράς του αρρώστου στα πλαίσια της επικοινωνίας νοσηλευτή – αρρώστου.

Η ακρόαση και η παρατήρηση συντελούν στη κατανόηση των τρόπων επικοινωνίας του αρρώστου και της πρόθεσης των μηνυμάτων του, ώστε να γίνει δυνατή η πρόβλεψη και εκπλήρωση των αναγκών του μέχρι να αποκατασταθεί ικανοποιητική επικοινωνία.

- Έκφραση αναγνώρισης της δυσκολίας που έχει ο άρρωστος να επικοινωνήσει

Η αναγνώριση της δυσκολίας του αρρώστου να εκφράσει ιδέες και συναισθήματα δείχνει συμπάθεια, εμπνέει εμπιστοσύνη, ελαττώνει το άγχος και τον ενθαρρύνει να συγκεντρώσει την προσοχή του στην προσπάθεια να επικοινωνήσει με κατανοητό τρόπο.

- Δημιουργία όχι απειλητικού, αλλά ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος για την επικοινωνία με τον άρρωστο.

Ατμόσφαιρα όπου ο άρρωστος αισθάνεται ελεύθερος να εκφραστεί, χωρίς φόβο κριτικής, τον βεβαιώνει ότι είναι παραδεκτός να δοκιμάσει για να εξωτερικεύσει και αρνητικά ακόμη συναισθήματα με κατάλληλη επικοινωνία και να επαληθεύσει αν τον κατάλαβαν οι άλλοι.

- Αποδοχή της χρησιμοποίησης από τον άρρωστο άλλων τρόπων επικοινωνίας εκτός από την ομιλία, όπως ζωγραφική, γράψιμο, τραγούδι κ.λ.π.

Η στάση αυτή αυξάνει το αίσθημα της σιγουριάς στον άρρωστο και του ανοίγει κανάλια για έκφραση των αναγκών του.

- Αποφυγή λογομαχίας ή συμφωνίας με τις ανακριβείς εκφράσεις. Ήρεμη και απλή αναφορά της πραγματικότητας χωρίς κατακριτική στάση. (ο νοσηλευτής λέει στον άρρωστο ότι δεν τον καταλαβαίνει).

Η λογομαχία δεν είναι θεραπευτική και μπορεί να προκαλέσει αμυντική συμπεριφορά. Η συμφωνία εξάλλου με τις ανακριβείς εκφράσεις του αρρώστου ενισχύει την παρερμηνεία της πραγματικότητας.

- Χρησιμοποίηση θεραπευτικών τεχνικών επικοινωνίας, όπως παράφραση, αντανάκλαση ή διευκρίνιση των λεγομένων από τον άρρωστο.

Η ροή της ομιλίας του αρρώστου (πολύ γρήγορη ή πολύ αργή) μπορεί να χρειάζεται ρύθμιση. Οι τεχνικές αυτές βοηθούν στον προσανατολισμό στην πραγματικότητα, οπότε ελαχιστοποιείται η παρερμηνεία της και διευκολύνεται η ακριβής και κατανοητή επικοινωνία.

- Υποστηρικτική προσέγγιση του αρρώστου από τον νοσηλευτή μεταβιβάζοντας την επιθυμία του να καταλάβει. Ζητά τη βοήθεια του αρρώστου για να καταλάβει.

Έτσι, αναγνωρίζεται ότι προηγούμενες ψυχοτραυματικές εμπειρίες δημιούργησαν δυσπιστία στον άρρωστο, η οποία ίσως τον κάνει να διατηρεί απόσταση από τους άλλους με το να είναι αόριστος και ασαφής στα λόγια του.

- Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής θεραπευτικής αγωγής

Νοσηλευτική διάγνωση: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά της οικογένειας ή άλλου σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική στο χειρισμό του αρρώστου και των συνεπειών της ψυχικής διαταραχής.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- ❖ Αμφίθυμες οικογενειακές σχέσεις, δηλαδή ταλάντευση μεταξύ απόσυρσης από τον άρρωστο και φροντίδας του
- ❖ Ανικανότητα των σημαντικών προσώπων να εξωτερικεύσουν αισθήματα θυμού, ενοχής, απογοήτευσης, απελπισίας
- ❖ Χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης του αρρώστου
- ❖ Άρνηση των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων της ψυχικής νόσου στον άρρωστό τους και στους ίδιους
- ❖ Διασπασμένες σχέσεις αρρώστου και οικογένειας
- ❖ Αντίσταση ή άρνηση της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα και θεραπεία του αρρώστου
- ❖ Ψυχοσωματική και αναπτυξιακή διαταραχή των σημαντικών προσώπων
- ❖ Αμυντικά και μη συνεργάσιμα σημαντικά πρόσωπα
- ❖ Έλλειψη γνώσεων στη οικογένεια για την ψυχική αρρώστια του μέλους της και την κατάλληλη αντιμετώπισή της
- ❖ Υπερβολική μέριμνα και ανησυχία της οικογένειας για τον άρρωστο, την αρρώστια και την φροντίδα του

Χαρακτηριστικά – αποδεικτικά στοιχεία

- ❖ Έλλειψη γνώσεων στη οικογένεια για την αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου (διατροφή, υγιεινή, ενδυμασία)
- ❖ Αποτυχία της οικογένειας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του αρρώστου για αγάπη και συντροφιά και αντιμετώπιση της αρρώστιας του
- ❖ Ακατάλληλες ή αμφίθυμες αντιδράσεις της οικογένειας προς τον άρρωστο και την αρρώστια του (αδιαφορία, απόρριψη,

υπερπροστασία, θυμός, ενοχές, απελπισία, εγκατάλειψη του αρρώστου)

- ❖ Άρνηση της βαρύτητας της ψυχικής διαταραχής του αρρώστου
- ❖ Σημεία ψυχικής διαταραχής: κατάθλιψη, επιθετικότητα, κ.ά. στην οικογένεια
- ❖ Αποδιοργανωμένες οικογενειακές σχέσεις
- ❖ Ανάπτυξη εκ μέρους του αρρώστου αδυναμίας, αδράνειας και εξάρτησης από την οικογένεια και την κοινότητα

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα μέλος τους. Για την διαπίστωση του βαθμού δυσλειτουργίας της στην

πορεία του χρόνου και τη βοήθειά της να αναπτύξει
ρεαλιστικό σχέδιο υποστήριξης του αρρώστου ανάλογα
με την ανοχή και τις ικανότητές της

- Εκτίμηση και καλλιέργεια της ετοιμότητας και θέλησης
της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα του
αρρώστου

Πολλοί επιστήμονες εκφράζουν την άποψη ότι ο σχιζοφρενής άρρωστος εκπροσωπεί μία αποδιοργανωμένη «σχιζοφρενή» οικογένεια. Η μετανοδοκομειακή φροντίδα του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια και άλλα σημαντικά του πρόσωπα, για να ανυψωθεί το επίπεδο της διαπροσωπικής λειτουργίας

- Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και
υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική,
απογοήτευση, εχθρικότητα, ανησυχία, άγχος,
υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή.

Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας του αρρώστου έχει αποδειχθεί ότι επιδρά αποφασιστικά στην ανάρρωση του. Υποτροπές συμβαίνουν με στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη συχνότητα στις οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.

- Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση
και τη βαρύτητα της αρρώστιας και επιστράτευση της
συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να
παραμείνει στην κοινότητα

Η οικογένεια που έχει ήδη δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει την διάγνωση και τις επιπτώσεις μιας χρόνιας αρρώστιας. Η συμπεριφορά του αρρώστου μπορεί να είναι δύσκολη και ενοχλητική για μερικές οικογένειες που έχουν οι ίδιες προβληματική προσαρμογή ή που έχουν υψηλή θέση στην κοινωνία και φοβούνται το πιθανό στίγμα.⁹

7.4. Νοσηλευτική φροντίδα σχιζοφρενών με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο Δ.Ζ., γεννήθηκε το 1980, σε αγροτική οικογένεια και ακολούθησε το επάγγελμα του οικοδόμου. Το 2003 εισήχθη σε ψυχιατρική κλινική με την συγκατάθεση της οικογενείας του.

Τα σημαντικότερα αίτια της εισαγωγής του στο νοσοκομείο ήταν: διαταραχή της σκέψης, των συναισθημάτων, κοινωνική απομόνωση, μειωμένη αυτοφροντίδα, άρνηση λήψης τροφής και υπερδιέγερση.

Ο Δ.Ζ. μόλις τελείωσε το γυμνάσιο οι γονείς του τον ανάγκασαν να δουλέψει για οικονομικούς λόγους. Ο Δ.Ζ. επιθυμούσε να συνεχίσει το σχολείο αλλά τελικά υπάκουσε στις προσταγές του επιβλητικού πατέρα. Μόλις ξεκίνησε την εργασία άρχισαν να εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Επέστρεψε στο σπίτι και αρνούταν να πάρει τροφή, γελούσε δυνατά χωρίς λόγο και κλεινόταν στο δωμάτιο του για αρκετές ώρες. Παραμελούσε τον εαυτό του, η συμπεριφορά του ήταν παιδαριώδης. Οι γονείς του ανησύχησαν για την κατάσταση του υιού τους και αποφάσισαν να επισκεφτούν έναν ψυχίατρο. Εξετάσθηκε ο ασθενής, τέθηκε διάγνωση σχιζοφρένεια Ηβηφρενικού τύπου και ορίστηκε η νοσηλεία του στην ψυχιατρική κλινική.

Ακολουθούν κάποια αντιπροσωπευτικά προβλήματα του ηβηφρενικού ασθενούς.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κοινωνική απομόνωση	-Ενίσχυση της κοινωνικότητας του ασθενούς	-Θεραπευτική επικοινωνία με τον ασθενή -Προγραμματισμός καθημερινά για θεραπευτική απασχόληση του ασθενούς -Βοήθεια του αρρώστου να καταλάβει τη διαφορά της κοινωνικής απομόνωσης από την επιθυμία του να μείνει λίγο μόνος του	-Ο νοσηλευτής προσπαθεί με συζήτηση να ενισχύσει το βαθμό αυτοεκτίμησης του ασθενούς -Μαζί με τους άλλους ασθενείς οργάνωσε ομαδικά παιχνίδια, ομαδικές συζητήσεις, ομαδικές εξόδους με σκοπό την απόκτηση εμπειριών -Ο νοσηλευτής φρόντισε ώστε να συνεχίσει την φαρμακευτική και ψυχοκοινωνική θεραπευτική αγωγή του ασθενούς κατά την διάρκεια της απομόνωσης του	-Παρατηρήθηκε στον ασθενή καλύτερη διαπροσωπική σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς και το προσωπικό
Αϋπνία	-Αντιμετώπιση αϋπνίας	-Παρατήρηση ασθενούς -Προετοιμασία προγράμματος ύπνου -Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων σύμφωνα με εντολή ιατρού	-Ο άρρωστος παρατηρήθηκε για τυχόν ώρες ανάπαυσης στο σαλόνι της κλινικής -Ενισχύθηκε η προσπάθεια να κοιμάται σε τακτικές ώρες τονίζοντας τη σημασία του ύπνου στη ψυχική υγεία -Δεν υπήρξε αποτέλεσμα, χορηγήθηκε tab. Tavor 2,5mg για την καταπολέμηση της	-Ο άρρωστος χαλάρωσε και αργότερα κοιμήθηκε όλη τη νύχτα

<p>Ελλειμματική αυτοφροντίδα</p>	<p>-Παρακίνηση του ασθενούς για αυτοφροντίδα του εαυτού του</p>	<p>-Συζήτηση με τον άρρωστο για την αναγκαιότητα εφαρμογής μέτρων ατομικής καθαριότητας -Παρότρυνση του ασθενούς να φροντίζει την εξωτερική του εμφάνιση -Βοήθεια του αρρώστου να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα αυτοφροντίδας</p>	<p>αϋπνίας</p> <p>-Ο νοσηλευτής εξήγησε στον ασθενή ότι πρέπει να φροντίζει για την καθαριότητά του καθημερινά -Ο νοσηλευτής βοήθησε τον ασθενή να κάνει το μπάνιο του, του έδειξε πώς να χτενίζεται για να δείχνει καλύτερος και του υπέδειξε ποια ρούχα είναι καλύτερα για αυτόν</p>	<p>-Ο ασθενής αρχικά πρόβαλλε αντίδραση αλλά τελικά ακολούθησε τις συμβουλές του νοσηλευτή -Η εξωτερική του εμφάνιση ήταν πολύ πιο προσεγμένη</p>
<p>Αυξημένη ιυχοκοινωνική ραστηριότητα</p>	<p>-Μείωση της ψυχοκοινωνικής δραστηριότητας -Βοήθεια του αρρώστου να αναπτύξει πιο προσαρμοσμένη συμπεριφορά</p>	<p>-Δημιουργία θερμού περιβάλλοντος -Συζήτηση με τον ασθενή και ενθάρρυνση να εκφράζει τα συναισθήματά του και τις ανάγκες του -Προγραμματισμός για τη θεραπευτική απασχόληση και εκτόνωση του ασθενούς -Χορήγηση φαρμάκων με εντολή ιατρού</p>	<p>-Ο νοσηλευτής κατέφυγε στο σαλόνι της κλινικής ώστε να συζητήσει ήρεμα με τον ασθενή -Η ανταλλαγή απόψεων ήταν το κύριο χαρακτηριστικό του διαλόγου -Στον χώρο της απασχολησιοθεραπείας ο ασθενής ασχολήθηκε με την ζωγραφική σε συνεργασία με τους άλλους ασθενείς</p>	<p>-Ο ασθενής παρουσίασε σχετική βελτίωση</p>

<p>Άρνηση λήψεως αρμάκων</p>	<p>-Προσπάθεια αποδοχής της φαρμακευτικής αγωγής από τον άρρωστο</p>	<p>-Συζήτηση με τον άρρωστο για την αναγκαιότητα λήψεως των φαρμάκων -Παρακολούθηση του αρρώστου μέχρι να καταπιεί τα φάρμακα του</p>	<p>-Ο νοσηλευτής συμβούλεψε τον άρρωστο να παίρνει καθημερινά τα φάρμακα του και τον διαβεβαίωσε ότι το προσωπικό και η οικογένεια του προσπαθούν για την ψυχική του αποκατάσταση -Ο νοσηλευτής συνόδευσε τον ασθενή και πράγματι πήρε τα φάρμακα του</p>	<p>-Ο ασθενής παρουσίασε μια μικρή θετική στάση για την φαρμακευτική αγωγή</p>
------------------------------	--	---	---	--

ΜΕΡΟΣ Γ'



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ



Το φαινόμενο του στιγματισμού και της απομόνωσης κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων και ατόμων που πάσχουν από ανίατες νόσους δεν εμφανίζεται μόνο σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Στην περίπτωση όμως της ψυχικής ασθένειας η έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της και οι εκδηλώσεις της νόσου, η αλλόκοτη και ανεξήγητη μεταβολή της συμπεριφοράς του ατόμου και η αλλοίωση των ψυχικών και πνευματικών λειτουργιών

έχουν προκαλέσει την σύνδεση της με μαγικές επιδράσεις.

Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών, ο οποίος υπάρχει και σήμερα, στηρίζεται σε μια σειρά προκαταλήψεων, οι οποίες κατά ένα μέρος δικαιολογούνταν την εποχή που δεν υπήρχαν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχώσεις. Οι προκαταλήψεις αυτές, ακόμα και σήμερα, επεκτείνονται και στους ψυχιάτρους και στους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. Η Ψυχιατρική με την απομόνωση της στα Ψυχιατρεία αποκόπηκε από το υπόλοιπο σώμα των ιατρικών ειδικοτήτων. Οι προκαταλήψεις που βοήθησαν στην δημιουργία του στίγματος στηρίζονται στην πεποίθηση ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίκατος, επικίνδυνος για το περιβάλλον και ανεύθυνος για τις πράξεις του.

Μετά την δεκαετία του 40 και μετά τη ανακάλυψη δραστικών βιολογικών θεραπειών για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων έγινε φανερό ότι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που αναφέρονται παραπάνω δεν ήταν καθόλου δικαιολογημένα.

Με την κατάλληλη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση και εισδοχή των σύγχρονων ψυχιατρικών μεθόδων της έρευνας στην Ψυχιατρική,

αποδείχθηκε ότι η σχιζοφρένεια, η οποία αποτελούσε τον κύριο λόγο εγκλεισμό και απομόνωσης των ασθενών στα άσυλα, μπορούσε αποτελεσματικά να αντιμετωπισθεί. Οι σχετικές έρευνες έδειξαν ότι το 20% των σχιζοφρενών μετά από μια πρώτη εισβολή της νόσου επανέρχονται πλήρως χωρίς κανένα κατάλοιπο της νόσου και με πλήρη κοινωνική αποκατάσταση. Οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν κατά κανόνα ανάγκη συντηρητικής ή προληπτικής θεραπευτικής αγωγής. Μια σειρά μελετών, με παρακολούθηση των ασθενών περισσότερο από 22 χρόνια, έδειξε ότι ένα ποσοστό 50 – 60% περίπου, ακόμα και μετά από επανειλημμένες προσβολές της νόσου είναι κατά τις μεγαλύτερες χρονικές περιόδους της ασθένειας κοινωνικά βιώσιμοι και είτε επανέρχονται πλήρως χωρίς ουσιαστικά υπολείμματα της νόσου ή βελτιώνονται σημαντικά. Μόνο το 20% περίπου των ασθενών μετά από επανειλημμένες προσβολές της νόσου είναι δυνατόν να καταλήξει σε σοβαρή αναπηρία με αδυναμία εργασίας και μειωμένη κοινωνική προσαρμογή. Και σε αυτό όμως το ποσοστό των βαριά πασχόντων είναι δυνατή η κατά μεγάλα διαστήματα κοινωνική τους διαβίωση και η μείωση των διαστημάτων που απαιτείται εσωτερική νοσηλεία. Από τα παραπάνω αναφερόμενα είναι φανερό ότι ο μύθος του ανίατου σχιζοφρενή δεν είναι πλέον δικαιολογημένος.

Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, που αφορά τον κίνδυνο που διατρέχει ο ίδιος ο άρρωστος και το περιβάλλον του, εμφανίζεται υπό μορφή αυτοκτονίας και βίαιης συμπεριφοράς. Οι επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι στις ψυχώσεις ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και ανέρχεται σε 15 –20% περίπου. Εντούτοις, η βίαιη συμπεριφορά προς τρίτους υπό μορφή ανθρωποκτονιών δεν υπερβαίνει το ποσοστό που παρατηρείται στον υγιή πληθυσμό. Ηπιότερη βίαιη συμπεριφορά πιθανώς να συνδέεται με την αντιμετώπιση του ασθενούς από το περιβάλλον και τους θεραπευτές και το γεγονός ότι η νόσος συχνά δεν διαγνώσκεται και δεν θεραπεύεται έγκαιρα, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της, την έλλειψη ευαισθησίας από πλευράς του ασθενή και κατά επέκταση την εφαρμογή της νομοθεσίας που επιβάλλει την υποχρεωτική νοσηλεία του αρρώστου.

Η στερεότυπη αντίληψη περί ανευθυνότητας του ψυχωσικού επίσης δεν είναι δικαιολογημένη. Αυτό γιατί παρ' ότι μια βαριά μορφή της νόσου

μπορεί να επηρεάσει την κρίση του ασθενή με αποτέλεσμα να τον καταστήσει ανεύθυνο για τις πράξεις του, στις περισσότερες περιπτώσεις των ψυχώσεων αυτό δεν συμβαίνει παρά για μικρά χρονικά διαστήματα. Κατά τα διαστήματα αυτά ο ασθενής συνήθως βρίσκεται σε υποτροπή ή διακόπτει την θεραπευτική του αγωγή. Σε περιπτώσεις που ανευθυνότητα του ασθενούς είναι παρατεταμένη η διαρκής απαιτείται από το νόμο ιατρική πραγματογνωμοσύνη για την επιβεβαίωση της.¹⁰

Παρά όλα αυτά η ψυχική νόσος παραμένει εν πολλοίς ανεξιχνίαστη και γριφώδης, ένα πεδίο ανεξερεύνητο για το πλατύ κοινό που καλύπτεται από πλήθος λαθεμένες απόψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες και φόβους που της προσδίδουν το χαρακτήρα του μύθου και το στοιχείο του στίγματος. Το στίγμα είναι μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει, όταν είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση. Το στίγμα στη σύγχρονη εποχή χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για να καταδείξει ότι κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες (καρκίνος, ψυχικές ασθένειες) καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τις συνοδεύουν σχετίζονται με την κινητοποίηση προκαταλήψεων σε βάρος ατόμων που πάσχουν από αυτές.

Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες που συνδέονται στενά με την κατανόηση του στίγματος. Τα στερεότυπα ορίζονται ως αρνητικές κυρίως κοινωνικές γνωστικές δομές που προκαθορίζουν τη συμπεριφορά μας (π.χ. η αρνητική πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα). Οι προκαταλήψεις είναι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ενστερνίζεται τα αρνητικά στερεότυπα (π.χ. αποδέχομαι την πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα και τα φοβάμαι). Οι προκαταλήψεις είναι καταστάσεις που αποκαλύπτουν την ετοιμότητα του ανθρώπου να ενεργήσει αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης, χωρίς να εξετάσει αν μια τέτοια συμπεριφορά είναι δικαιολογημένη. Διάκριση είναι η συμπεριφορική αντίδραση που ακολουθεί την προκατάληψη (π.χ. πιστεύω ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα, τα φοβάμαι και αποφεύγω να δουλέψω μαζί τους). Οι διακρίσεις επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή

ψυχική ασθένεια στην προσπάθεια τους να επανακτήσουν την κοινωνική τους λειτουργικότητα και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι διακρίσεις είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που ξεκινάει όταν κάποιος χαρακτηρίζεται ως διαφορετικός. Στην κοινή γνώμη αναπτύσσονται ποικίλες απόψεις για αυτούς που είναι διαφορετικοί. Πολιτισμικές πρακτικές και ήθη προφανώς επηρεάζουν τον τύπο των απόψεων που αναπτύσσονται. Όταν υιοθετούνται αρνητικές απόψεις ακολουθούν και αρνητικές συμπεριφορές. Οι διακρίσεις – που είναι έκφραση των αρνητικών απόψεων – είναι πολύμορφες και έχουν κυρίως αρνητικές συνέπειες στην πορεία της ψυχικής νόσου και την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών. Τέτοιες συνέπειες αφορούν στη μείωση των πόρων για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, τη διαθεσιμότητα των χώρων στέγασης, τον περιορισμό των ευκαιριών για εργασία και κοινωνικές συναναστροφές, δημιουργώντας επιπλέον προβλήματα που στη συνέχεια ανεφοδιάζουν ακόμα περισσότερο το στίγμα δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο στον οποίο σχεδόν «υποχρεωτικά» κινείται ο ψυχικά ασθενής.

Ο ψυχικά ασθενής υποβάλλεται, επίσης, σε διάφορες μορφές άτυπου κοινωνικού στιγματισμού και του αποδίδονται μια σειρά από χαρακτηριστικά τα οποία στις συλλογικές αναπαραστάσεις του κοινού συνδέονται με τα παραδοσιακά στερεότυπα στα οποία ο άνθρωπος μυείται από πολύ νωρίς στην παιδική του ηλικία. Με βάση αυτά τα στερεότυπα ο ψυχικά άρρωστος είναι «τρελός», δηλ. ο κακός, ο επικίνδυνος, ο δράκος ή ο δαιμονισμένος. Πέρα από αυτόν τον άτυπο κοινωνικό στιγματισμό, στη διαμόρφωση κοινωνικού στίγματος σημαντικό ρόλο παίζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης ως βασικοί φορείς ενημέρωσης του κοινού. Τα ΜΜΕ με κυρίαρχη την τηλεόραση δημιουργούν τη δημόσια εικόνα της τρέλας και προμηθεύουν όλα εκείνα τα στοιχεία που συγκροτούν τα στερεότυπα, τα αναπαράγουν και τα διαιωνίζουν. Έτσι ο ασθενής έχει να αντιμετωπίσει εκτός από την αρρώστια του και τα συμπτώματά της, μια «δεύτερη αρρώστια» που δεν είναι άλλη από το κοινωνικό στίγμα.

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια διαχέεται πέρα από το άτομο που νοσεί και περιλαμβάνει οτιδήποτε και οποιονδήποτε σχετίζεται με το άτομο αυτό: τη φαρμακευτική αγωγή και τις άλλες θεραπείες που χρησιμοποιούνται για να ελεγχθούν τα συμπτώματα, τα μέλη της οικογένειας,

τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ακόμα και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή τις εξωνοσοκομειακές δομές στις οποίες αντιμετωπίζονται τα άτομα που πάσχουν από μία σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Συνέπειες του στίγματος:

- Έλλειψη πόρων για τη δημιουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Προβλήματα στέγασης.
- Ευκαιρίες απασχόλησης.
- Κοινωνική απομόνωση.
- Αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου.
- Αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια.

Η προκατάληψη και ο στιγματισμός όμως δεν περιορίζονται στην οικογένεια αλλά επεκτείνονται ακόμα και στους εντεταλμένους να θεραπεύουν τη νόσο. Ο θεραπευτής ή το ίδρυμα που παρέχει τις ψυχιατρικές υπηρεσίες επιβαρύνονται επίσης από την προκατάληψη, γεγονός που έχει άμεση αντανάκλαση στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς.

Η αντιμετώπιση του ζητήματος του αποστιγματισμού είναι συνεπώς ένα μείζον θέμα. Πρόκειται για το πρώτο βήμα που μπορεί αν όχι να ανατρέψει, τουλάχιστον να αποσταθεροποιήσει την κυριαρχία της προκατάληψης έτσι ώστε να αρχίσει να αλλάζει η στάση της κοινωνίας απέναντι στο πρόβλημα. Γιατί η προκατάληψη έχει πάντα την ίδια καταγωγή, την άγνοια.^{10,25}

8.2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΑΠΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ

1. Καλές πρακτικές για τη μείωση του στίγματος

Ο πιο βασικός τρόπος για να μειώσουμε το στίγμα και τις διακρίσεις είναι η βελτίωση των θεραπειών και της φροντίδας των ψυχικά ασθενών. Το παράδειγμα της μείωσης του στίγματος που συνόδευε την επιληψία είναι ενθαρρυντικό. Από την στιγμή που αναπτύχθηκαν αποτελεσματικές θεραπείες για την επιληψία, διαθέσιμες στο ευρύ κοινό, οι απόψεις έχουν αλλάξει και οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις έχουν μειωθεί σημαντικά. Η θετική εμπειρία μιας καλύτερης κοινωνίας που βασίζεται στην ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων με νοητική στέρση είναι επίσης πολλά υποσχόμενη. Όταν η διάγνωση της νοητικής στέρσης γίνεται έγκαιρα και δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να αναπτυχθεί και να ζήσει σύμφωνα με τις λειτουργικές, διανοητικές και κοινωνικές του ικανότητες, η ποιότητα της ζωής βελτιώνεται σημαντικά και το άτομο γίνεται αποδεκτό και ενσωματώνεται στην κοινωνία με έναν πολύ πιο ανθρώπινο τρόπο.

Υπάρχει ένας αριθμός πολλά υποσχόμενων στρατηγικών για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων των ψυχικά ασθενών που βασίζεται στην έρευνα και στις εμπειρίες από άλλες ασθένειες που προκαλούν τλαιπωρία, στιγματισμό και διακρίσεις. Παρόλα αυτά πρέπει να είμαστε και συνεπείς στις προσπάθειές μας να καταπολεμήσουμε το στίγμα και τις διακρίσεις.

Οι στρατηγικές που αποσκοπούν στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις: τη διαμαρτυρία, την ενημέρωση και την επαφή. Από αυτές, η επαφή με τον ψυχικά ασθενή έχει αποδειχθεί σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες να έχει την ισχυρότερη επίδραση στη μείωση του στίγματος. Η διαμαρτυρία από μόνη της έχει μερικές φορές χαρακτηριστεί ως μια αντιδραστική στρατηγική που δεν επιτυγχάνει πάντα να προωθήσει θετικές στάσεις. Η ενημέρωση από την άλλη, παρέχει στο κοινό πληροφορίες, χάρη στις οποίες μπορεί να πάρει πιο υπεύθυνες και συνειδητοποιημένες στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και να συμβάλλει στην μείωση των αρνητικών στερεότυπων.

2. Πρωτοβουλίες ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης και εκπαίδευσης

A. Εκστρατείες ενημέρωσης της κοινής γνώμης

Η εκπόνηση εκστρατειών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού για θέματα που αφορούν την ψυχική ασθένεια έτσι ώστε να αλλάξουν οι απόψεις και να βελτιωθούν οι στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Σε τέτοιου είδους ενημερωτικές παρεμβάσεις είναι πολύ σημαντική η συμμετοχή των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους. Σε ένα ευρύτερο επίπεδο οι στρατηγικές για τον περιορισμό του στίγματος αποσκοπούν στη βελτίωση των θεραπειών και της ποιότητας ζωής των ασθενών καθώς και στην αλλαγή των νόμων και των πολιτικών ρυθμίσεων έτσι ώστε να περιορισθούν οι διακρίσεις και να ενισχυθεί η νομική προστασία για τους ψυχικά ασθενείς.

B. Τοπικές εκστρατείες

Στα πλαίσια εκπόνησης εκστρατειών για την ενημέρωση και κατανόηση της ψυχικής ασθένειας η συνεργασία φορέων ψυχικής υγείας με τοπικούς κοινωνικούς φορείς και την τοπική αυτοδιοίκηση είναι πολύ σημαντική. Σε τέτοιες εκδηλώσεις προτείνεται η συμμετοχή ειδικών ψυχικής υγείας, εκπροσώπων ψυχιατρικών νοσοκομείων αλλά και ασθενών και συγγενών τους. Οι εκδηλώσεις αυτές χρειάζεται να στοχεύουν στην ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια, στην κατάρριψη των μύθων και των προκαταλήψεων που τη συνοδεύουν και τη δημιουργία τοπικών κοινωνικών δικτύων αλληλεγγύης, έτσι ώστε να ανοίξουν οι πόρτες την κοινωνίας στα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Γ. Ενημέρωση ειδικών πληθυσμών

Είναι γεγονός ότι ορισμένες ομάδες σχετίζονται ιδιαίτερα με άτομα με ψυχική διαταραχή ή μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στην κοινωνική αντιμετώπιση απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές στο παρόν ή στο μέλλον. Η ενημέρωση των ειδικών πληθυσμών μπορεί να οδηγήσει στη σημαντικά καταπολέμηση του στίγματος.

Ένας από τους πληθυσμούς – στόχους για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση είναι απαραίτητο να είναι ο μαθητικός. Η ενημέρωση και η αλλαγή των στάσεων και αντιλήψεων σε ένα τόσο «παρεξηγημένο» θέμα είναι υπόθεση δύσκολη που απαιτεί πολύχρονη και επίμονη προσπάθεια. Ωστόσο, οι μαθητές είναι η «μαγιά» για ένα καινούριο κόσμο, ενημερωμένο, ανοιχτό και χωρίς προκαταλήψεις για τη σχιζοφρένεια και, γενικότερα, τη ψυχική διαταραχή.

Ένα πρόγραμμα ευαισθητοποίησης γύρω από την ψυχική ασθένεια θα βοηθήσει τους μαθητές να κατανοήσουν τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τα συναισθήματα τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια όπως και να ενδυναμώσει την ανοχή στη διαφορετικότητα και τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας. Η παροχή πληροφοριών για την αύξηση της γνώσης για την ψυχική ασθένεια είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν συνοδεύεται από την ενεργό συμμετοχή των μαθητών μέσω της βιωματικής προσέγγισης και με δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων τους, καθώς και από την παρουσίαση προσωπικών ιστοριών ανθρώπων με ψυχική ασθένεια. Η εκπαιδευτική παρέμβαση μπορεί να συμπεριλάβει ενημέρωση, ομαδικές συζητήσεις, βιωματικές προσεγγίσεις του θέματος όπως μέσω παιχνιδιού ρόλων και καλλιτεχνικής έκφρασης των μαθητών.

Δ. Συνεργασία με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Είναι γεγονός αδιαμφισβήτητο ότι η δύναμη των Μ.Μ.Ε. καθώς και ο τρόπος που αυτά που παρουσιάζουν την ψυχική ασθένεια παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης και επομένως στη διαίωνιση του κοινωνικού στίγματος. Τα Μ.Μ.Ε., ως βασικοί φορείς ενημέρωσης του κοινού, δημιουργούν την δημόσια εικόνα της «τρέλας» και προμηθεύουν τα στοιχεία εκείνα που συγκροτούν τα στερεότυπα, τα αναπαράγουν και τα διαιωνίζουν. Στην αντίληψη του κοινού η ψυχική διαταραχή και η βία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και σε αυτό συντείνουν τίτλοι όπως «Επικίνδυνος ψυχασθενής ανάμεσά μας». Το στερεότυπο της βίας και επικινδυνότητας των ατόμων με χρόνια και σοβαρή ψυχική ασθένεια, όπως είναι η σχιζοφρένεια αναπαράγεται από εφημερίδες και περιοδικά όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως. Η εικόνα του ατόμου με ψυχική ασθένεια δίνεται τις περισσότερες φορές με ένα τρόπο που προκαλεί είτε το φόβο και τον πανικό, είτε το γέλιο, τον οίκτο και την απέχθεια.

Οι δημοσιογράφοι και γενικά οι εκπρόσωποι των Μ.Μ.Ε. μπορούν και πρέπει να αποτελούν ένα ξεχωριστό πληθυσμό – στόχο για ενημέρωση έτσι ώστε να μπορούν να παρέχουν έγκυρη και αντικειμενική πληροφόρηση γύρω από θέματα που αφορούν την ψυχική ασθένεια και όχι να αναπαράγουν τα παραδοσιακά στερεότυπα.

Επομένως η παροχή ενημέρωσης σε δημοσιογράφους, σεναριογράφους, σκηνοθέτες, ηθοποιούς κ.λ.π. μπορεί να βοηθήσει την αυθεντική παρουσίαση των ψυχικών διαταραχών.

Ε. Δημιουργία συλλόγων ασθενών και οικογενειών

Η διεθνής πρακτική έχει δείξει ότι τα κινήματα των ασθενών, συγγενών και φίλων παίζουν σημαντικό ρόλο στο χώρο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και της υπεράσπισης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και των συγγενών τους.

Σύλλογοι και οργανώσεις ψυχικά ασθενών και οικογενειών έχουν δημιουργηθεί και στη χώρα μας. Η πρώτη προσπάθεια να δημιουργηθεί ένας τέτοιος σύλλογος αντιμετώπισε πολλές δυσκολίες που οφείλονται ακριβώς στους ενδοιασμούς της οικογένειας να βγάλει το πρόβλημα της ψυχικής νόσου έξω από τον οικογενειακό κύκλο. Παρά τις δυσκολίες όμως και τις αντιξοότητες ο «Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία» (Σ.Ο.Ψ.Υ.) λειτουργεί στη χώρα μας από το 1993 και τώρα πια έχει αναπτύξει αξιόλογη δραστηριότητα.

Προσπάθειες που θα συμβάλλουν στην καταπολέμηση του στίγματος είναι το μεγάλο στοίχημα και η πρόκληση μιας κοινωνίας που θέλει να θεωρείται ευαίσθητη και δίκαιη, μιας κοινωνίας που δείχνει σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

Το μεγαλύτερο κόστος περίθαλψης στην ασυλική φάση προέρχονταν από τη μακροχρόνια παραμονή των ψυχωσικών στα Ψυχιατρεία. Όμως η ψυχιατρική νοσηλεία που υποτίθεται ότι προσφερόταν στα ψυχιατρεία κάθε άλλο παρά νοσηλεία ήταν, αν τη συγκρίνουμε με τη νοσηλεία σε άλλες ιατρικές ειδικότητες, όπου ο ασθενής συνήθως νοσηλεύεται βραχυχρόνια για εντατική θεραπεία που δεν μπορεί να γίνει στο σπίτι. Κατά τη φάση της νοσηλείας, στις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, ο ασθενής απαιτείται να παραμείνει κλινήρης για θεραπευτικούς λόγους. Αντίθετα στη περίπτωση νοσηλείας στο ψυχιατρείο και πριν από την ανακάλυψη των βιολογικών θεραπειών της ψύχωσης και των μεθόδων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δε γινόταν καμία θεραπεία. Η νοσηλεία κάλυπτε μόνο τις ανάγκες σίτισης και στέγασης του ασθενούς με την παράλληλη φύλαξή του. Σύμφωνα με την ιατρική κλασική αντίληψη, η προσπάθεια επικεντρώνεται στην καταπολέμηση της νόσου, η δε κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς έπεται αυτομάτως.

Η λογική αυτή, όπως είναι αυτονόητο, δε λειτουργούσε στην περίπτωση της χρόνιας ψυχικής νόσου, η οποία χωρίς αποτελεσματική θεραπεία και λόγω μείωσης του συναισθήματος και της βούλησης του ασθενούς καταλήγει σε κοινωνική απομόνωση και λειτουργική αναπηρία.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Στη χώρα μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπορούμε να πούμε ότι άρχισε ουσιαστικά στην δεκαετία του 80 με την εισδοχή μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, και με αφορμή και με αιχμή μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τον κανονισμό 815, σύμφωνα με ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, αρχικά πενταετούς διάρκειας, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης και η ταυτόχρονη προσπάθεια αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού των Ψυχιατρείων της χώρας. Από το 1984 βάση του κανονισμού 815 η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών κατά 55% έγινε από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και την εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού. Λόγω βραδύτητας στην απορρόφηση των κονδυλίων, που οφείλονταν κυρίως σε γραφειοκρατικές δυσκολίες, ο κανονισμός 815 παρατάθηκε μέχρι τον Ιούνιο του 1995. Το 1991 αποφασίστηκε ενεργός παρέμβαση στο Ψυχιατρείο της Λέρου με την δημιουργία 11 ξενώνων, που είχαν σαν στόχο την επανένταξη 110 τροφίμων του Ψυχιατρείου στις περιοχές διαμονής τους. Παρά τις σημαντικές δυσκολίες που αφορούσαν το μεγάλο χρόνο παραμονής, την προχωρημένη ηλικία των ασθενών και τις αντιστάσεις που συνάντησε η παρέμβαση στη Λέρο, το πρόγραμμα των ξενώνων ήταν αρκετά επιτυχημένο.

Με το κλείσιμο του 815 έχουν υλοποιηθεί στην χώρα μας 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα, δηλαδή 1,6 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους. Παρότι ο αριθμός αυτός φαίνεται πολύ ικανοποιητικός, δυστυχώς, λόγω απουσίας τομεοποίησης της χώρας, η κατανομή των προγραμμάτων δεν έγινε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες. Τα περισσότερα

προγράμματα έγιναν στις μεγάλες πόλεις (2,2 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους στην Αθήνα και 3,1 στην Θεσσαλονίκη), ενώ για τον υπόλοιπο πληθυσμό της χώρας αντιστοιχεί μόνο 1,1 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους. Εντούτοις ο κανονισμός 815 έδωσε την ευκαιρία για σημαντική πρόοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Με την υλοποίηση των προγραμμάτων του κανονισμού 815 δημιουργήθηκε επίσης ένας πυρήνας επαγγελματιών ψυχικής υγείας που αναμφισβήτητα θα συμβάλει στην παραπέρα εξέλιξη του συστήματος.

Τα πρώτα αποτελέσματα είναι ήδη φανερά από την μείωση των κρεβατιών νοσηλεία στα Ψυχιατρεία και από την μείωση του μέσου όρου νοσηλείας. Το 1991 τα ψυχιατρικά κρεβάτια της χώρας ήταν 10.260, δηλαδή 105 κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους. Στο σύνολο των κρεβατιών έγινε σημαντική μείωση μια και τα κρεβάτια αυτά το 1982 ανέρχονταν στις 14.826, δηλαδή 154 κρεβάτια στους 100.000 κατοίκους. Η μείωση αυτή των κρεβατιών, που αφορά περίπου μια δεκαετία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι σημαντικότερη (και της τάξης του 30% περίπου).

Τα ψυχιατρικά κρεβάτια το 1991 κατανέμονταν ως εξής: 271 στα Γενικά Νοσοκομεία, 5.770 στα Ψυχιατρεία της χώρας και 4.219 σε Ιδιωτικές Κλινικές. Οι αντίστοιχοι μέσοι χρόνοι νοσηλείας ήταν 159 ημέρες στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, 97 ημέρες στις Ιδιωτικές Κλινικές και 15 ημέρες στις Ψυχιατρικές Μονάδες Γενικού Νοσοκομείου. Η μείωση του μέσου χρόνου στο σύνολο των κρεβατιών είναι σημαντική μια που έχει μειωθεί από 259 ημέρες που ήταν το 1982 σε 159 το 1991 (μείωση της τάξης του 60%).¹⁰

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το γεγονός ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή είναι ένα από τα κύρια εμπόδια τόσο στην αναζήτηση και στην παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς όσο και στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους αναγνωρίζεται πλέον παγκόσμια.

Ειδικά για την σχιζοφρένεια που θεωρείται η πιο βαριά, αινιγματική και μυστηριώδης νόσος με συμπτώματα που οι περισσότεροι άνθρωποι ταυτίζουν με την τρέλα, το στίγμα εκφράζεται με συμπεριφορές έντονων διακρίσεων που έχουν ως αποτέλεσμα την απόρριψη, την περιθωριοποίηση και την κοινωνική απομόνωση του αρρώστου, την πλημμελή θεραπευτική αντιμετώπιση ή τον εγκλεισμό σε ιδρύματα και εντέλει τον κοινωνικό εξοβελισμό.

Για τον λόγο αυτόν, το 1996 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία (ΠΨΕ) ξεκίνησε ένα παγκόσμιο πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν την σχιζοφρένεια με βασικούς στόχους:

- ✓ Την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης για την φύση της σχιζοφρένειας και την σύγχρονη θεραπεία της.
- ✓ Την βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού για τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και τις οικογένειες τους.
- ✓ Την ανάπτυξη δράσεων για την μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων.

Το κεντρικό μήνυμα της εκστρατείας που έχει οργανώσει η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία είναι «Schizophrenia: Open the doors™ και για την Ελλάδα επελέγη το «Σχιζοφρένεια: Ας ανοίξουμε τις πόρτες», ένα μήνυμα με έντονο συναισθηματικό περιεχόμενο που στοχεύει στην αλλαγή των στάσεων συμβάλλοντας στον αποστιγματισμό και στην τελική αποδοχή των ατόμων με σχιζοφρένεια από την κοινωνία, μια αποστολή εξαιρετικά δύσκολη στην επίτευξη της.

Όλοι γνωρίζουμε ότι ο σύγχρονος κοινωνικός ιστός έχει σε μεγάλο βαθμό διαρράγει και ότι τα αντανακλαστικά μας ως κοινωνίας αμβλύνονται και ιδίως για ζητήματα που θεωρούμε ότι δεν μας αφορούν άμεσα. Πρέπει λοιπόν να

γίνει συνείδηση ότι η σχιζοφρένεια μας αφορά όλους, ανεξάρτητα αν αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα στο στενό μας περιβάλλον ή όχι. Ο αγώνας να αλλάξουμε την περί σχιζοφρένειας αντίληψη δεν μπορεί παρά να είναι κοινός. Προσπάθειες που θα συμβάλουν στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος είναι το μεγάλο στοίχημα και η πρόκληση μιας κοινωνίας που θέλει να θεωρείται ευαίσθητη και δίκαιη, μιας κοινωνίας που δεν αφαιρεί αλλά προσθέτει δικαιώματα στους πολίτες της που δεν έχουν την δυνατότητα να διεκδικήσουν όσα τους αναλογούν, μιας κοινωνίας που δεν περιθωριοποιεί αλλά ενθαρρύνει την αποδοχή, ένταξη και δράση όλων ανεξαιρέτως των πολιτών.²³

Βιβλιογραφία

1. Τσιαντής Ι. , Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική , Εκδόσεις Καστανιώτη , Αθήνα 2001
2. Μπεζεβέγκης Γ. , Η. Εξελικτική Ψυχοπαθολογία, Τόμος Α. Αθήνα 1989
3. Τσιαντής Ι. , Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής – Ψυχοπαθολογία, Τόμος Β, Μέρος Β, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1988
4. Άρθρο Σύνταξης, Ψυχιατρική 2003, 14 (2):86-89
5. Ρασιδάκης Ν.Κ. , Στοιχεία Ψυχιατρικής, Μέρος Β, Εκδόσεις Μωραΐτου Ε.Μ.-Σιδερίδη, Αθήνα 1979
6. <http://www.mednet.gr/psycho/schizo3.htm>
7. Στεφανής και συνεργάτες, Θέματα Ψυχιατρικής, Αθήνα 1991
8. www.health.in.gr
9. Ραγιά Χρ. Α. , Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Έκδοση Γ, Αθήνα 2001
10. Λιάκος Α. , Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα, Τόμος Β, Εκδόσεις Παπαζήση
11. Τσιαντής Ι. , Ερευνητικά και κλινικά κείμενα, Τόμος Α, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1994
12. Γιαννακοπούλου Α. , Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Η Ταβίθα, Αθήνα 1996
13. Μάνος Ν. , Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988

14. Fallon I.R.N., Boyd J.L. and Mc Gill C.W. Family care of Schizophrenia, The Guilford Press, New York, London 1994
15. Μαρκέτος Ν., Καραγιάννης Δ. , Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 58
16. Ζαφείρης Γ.Α., Ζαφείρη Α.Ε., Μουζακίτης Μ.Χ., Οικογενειακή θεραπεία, θεωρίες και πρακτικές εφαρμογές, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
17. Οικονόμου Μ. , Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992
18. Wilkinson T., Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής – Θεραπευτικές προσεγγίσεις, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989
19. Τσαλικόγλου Φ. , Σχιζοφρένεια και φόνος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1984
20. Καλαντζή Α. , Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Έκδοση Β, Αθήνα 1988
21. <http://www.mednet.gr/psycho/schizo2.htm>
22. www.iatrikionline.gr/berzovitis/berz
23. www.openthedoors.com/greek
24. Αποσπάσματα από τον οδηγό της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας 'Information about Schizophrenia'
25. Ε.Π. "Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006", Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης 'Ψυχαργώς – β' φάση'
26. Παπαδημητρίου Ν.Γ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισσιανού, Τόμος 3^{ος}, Αθήνα
27. Γιαννοπούλου Χρ.Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Τόμος 1^{ος} , Έκδοση 4^η, Εκδόσεις η Ταβίθα, Αθήνα 1998

28. Σαπινάκης Κ., MD, MPH, English page, Ψυχιατρική και Ιατρική, 1997

