

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ-Η ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕΣΩ INTERNET

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

Αντωνίου Βασιλική
Αργυρούδη Λαμπρινή
Βελισσάρη Δήμητρα

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Κουτσογιάννης
Κωνσταντίνος

Πάτρα 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ.1.

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	9
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	10
ΕΠΙΠΤΩΣΗ- ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	11

ΚΕΦ.2.

2.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	12
2.2. ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ	12
2.3. ΨΥΧΩΣΕΙΣ.....	15

ΚΕΦ.3.

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	20
3.2. ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ.....	21
3.2.α. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ	
3.2.β. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	
3.2.γ. ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ- ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
3.2.δ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
3.3. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	23
3.3.α. ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	
3.3.β. ΑΠΛΟΣ ΤΥΠΟΣ	
3.3.γ. ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	
3.3.δ. ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	
3.3.ε. ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	

3.3.στ. ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ

3.3.ζ. ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ

ΚΕΦ.4.

4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ 28

4.1.α. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

4.1.β. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1.γ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.2.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... 30

4.3. ΕΠΑΝΑΣΤΑΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ..... 30

4.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ 32

4.4.α. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΚΕΨΗΣ

4.4.β. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

4.4.γ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

4.4.δ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

ΚΕΦ.5.

5.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... 37

5.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ..... 44

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ.6.

6.1. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....49

6.2. ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....50

6.3 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΗΛ.ΥΓΕΙΑΣ.....50

ΚΕΦ.7.

ΕΡΕΥΝΑ.....52

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....65

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....66

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....67

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....69

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

Στην εποχή των ηλεκτρονικών υπολογιστών και της εξελισσόμενης τεχνολογίας η γνώση αλλάζει μέρα με τη μέρα. Κι εκείνο που πριν από λίγα χρόνια ήταν νέο και εντυπωσιακό μοιάζει παρηκμαζμένο.

Ο τομέας της ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός σήμερα, αφού η σχιζοφρένεια και γενικότερα οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται ως η απόρροια του σύγχρονου ρυθμού ζωής. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα κρούσματα ψυχικής ασθένειας αυξάνονται καθημερινά στο δυτικό κόσμο, ενώ στην Ινδία και την Αφρική οι κατώσεις είναι λόγω αλκοολισμού.

Η σχιζοφρένεια, η βασίλισσα των ψυχώσεων, είναι ένα σύνδρομο, όπως άλλωστε οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, για τις οποίες δεν έχει εντοπιστεί κάποια οργανική αιτιολογία. Τα συμπτώματα που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Σχιζοφρένεια είναι νόσος του εγκεφάλου η οποία εκδηλώνεται με πολλαπλά σημεία και συμπτώματα, τα οποία αφορούν τη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την κινητικότητα και την συμπεριφορά. Οι εκδηλώσεις αυτές συνδυάζονται ποικιλοτρόπως, δημιουργώντας σημαντική ποικιλία στην κλινική φαινομενολογία μεταξύ ασθενών, αλλά το συνολικό αποτέλεσμα της νόσου είναι πάντοτε σοβαρό και συνήθως χρόνιο.

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

Οι ανάγκες της εκπαίδευσης πολλαπλασιάζονται και η επιταγή για ανωτατοποίηση των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων επιβάλλει νέα δεδομένα.

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

Σήμερα άλλωστε, η παροχή της φροντίδας είναι βασισμένη στην υψηλή τεχνολογία και καλύπτει με επιτυχία σχεδόν όλο το φάσμα των ασθενών, οι οποίοι ίσως, μερικά χρόνια πριν θα είχαν, ελάχιστη ελπίδα για να ζήσουν. Έτσι αδυνατώντας να μείνουμε αμέτοχοι στην εξέλιξη, εμείς οι αυριανοί νοσηλευτές, καθώς και εκείνοι που ήδη αποτελούν δύναμη στελέχωση των νοσοκομείων μας, θελήσαμε να καταστήσουμε κατανοητή την συμβολή της τεχνολογίας της πληροφορικής, ώστε να αξιολογηθεί.

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

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

Από επιδημιολογική άποψη, 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 άντρες και λίγο αργότερα στις γυναίκες. Ωστόσο συχνά γίνεται χρόνια με σοβαρές οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, οι οποίες προσθέτουν επιπλέον ψυχική ένταση τόσο στους ίδιους αρρώστους όσο και στα αγαπημένα τους πρόσωπα.¹

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

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

Στο κατώφλι του 21^{ου} αι. οι ανάγκες για την στελέχωση των Ελληνικών Νοσοκομείων από Υπολογιστές και εξειδικευμένο προσωπικό καθημερινώς αυξάνονται καθώς καλούνται να καλύψουν και να αναπληρώσουν τα μεγάλα κενά που υπάρχουν πάνω στα επαγγέλματα υγείας. ³

A' ΜΕΡΟΣ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

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

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

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

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

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

- A. Την παράνοια, που χαρακτηρίζονταν από επιμένοντα παραλήρημα και ψευδαισθήσεις.
- B. Την κατατονία, με κατατονικά συμπτώματα επικρατούντα συνεχώς, για άλλοτε , άλλο χρονικό διάστημα.
- Γ. την ηβηφρενία, με παραληρήματα και ψευδαισθήσεις που δεν επικρατούν όμως στην κλινική εικόνα συνεχώς και
- Δ. Την απλή Σχιζοφρένεια, κατά τη διάρκεια της πορείας της οποίας, μόνο τα θεμελιώδη συμπτώματα μπορούν να ανεβρεθούν.⁶

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Περίπου το 1% του πληθυσμού αναπτύσσει ΣΧ. Κατά τη διάρκεια της ζωής του. Κατά τη διάρκεια ενός έτους περίπου 0,11 -0,13 ανά 1000 άτομα θα εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια. Μια δεδομένη χρονική στιγμή, 2,5-5 ανά 1000 άτομα έχουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα αυτά αναγόμενα στον ελληνικό πληθυσμό σημαίνουν ότι κάθε χρόνο περιμένουμε στην Ελλάδα 1000- 1500 άτομα να εμφανίσουν για πρώτη φορά ΣΧ., 25000-50000 άτομα πάσχουν από αυτή μία δεδομένη χρονική στιγμή και 100000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν ΣΧ, κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άντρες και γυναίκες και οι πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτό το κείμενο ισχύουν και για τα δύο φύλλα. Μία διαφορά μεταξύ των δύο φύλλων αφορά την ηλικία εμφάνισης των πρώτων ψυχωτικών εκδηλώσεων: οι άντρες νοσούν πιο συχνά μεταξύ 15-25 ετών και οι γυναίκες μεταξύ 25-35 ετών. Η εμφάνιση της ΣΧ πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Μερικές φορές ασθενείς εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα λόγω κάποιας άλλης παθολογικής διαταραχής που δεν έχει ανιχνευτεί. Για το λόγο αυτό πριν ένα άτομο διαγνωστεί ότι πάσχει από ΣΧ. Πρέπει να έχουν αποκλειστεί άλλες παθολογικές διαταραχές που μπορεί να μιμούνται από τη νόσο αυτή. Αυτό απαιτεί ένα πλήρη κλινικό και παρακλινικό έλεγχο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών αυτών.⁷

1.3. ΕΠΙΠΤΩΣΗ- ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

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

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ξεκίνησε το 1978 μία πολυκεντρική μελέτη, σε 10 ώρες, σχετικά με την επίπτωση, πορεία και έκβαση της Σχιζοφρένειας, σε διαφορετικούς πολιτισμούς.⁹ Χρησιμοποιήθηκαν δύο ορισμοί για τη νόσο. Ένας ευρύς που εμπεριείχε και τις παρανοϊκές ψυχώσεις και ένας περισσότερο περιοριστικός περιλαμβάνοντας μόνο την "πυρηνική" Σχιζοφρένειας.¹⁰ Για τον περιοριστικό ορισμό ευρέθη μικρή απόκλιση που κυμαίνεται μεταξύ 7 και 14/100000 το χρόνο και οι αναλογίες στον αναπτυσσόμενο κόσμο είναι σχεδόν διπλάσιες από τις αναλογίες στον ανεπτυγμένο κόσμο.⁹

Ο επιπολασμός της Σχιζοφρένειας στον δυτικό κόσμο ευρίσκεται μεταξύ 0,4% και 1,4%. Σε δύο κύριες μελέτες επιπολασμού που διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες ευρέθη στην μεν πρώτη δια βίου επιπολασμός της Σχιζοφρένειας 1.4% στη δε δεύτερη και πρόσφατη ευρέθη δια βίου επιπολασμός για μη συναισθηματική ψύχωση 0,7 %.¹¹ Μία άλλη μελέτη που διεξήχθη το 1993 στην Βρετανία, βρήκε επιπολασμός 0,4% για ψύχωση σε άτομα ηλικίας 16-64 ετών.¹²

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Η συμπεριφορά του ατόμου αποτελεί την ενιαία έκφραση του συνόλου των ψυχικών λειτουργιών, για το λόγο αυτό για να είμαστε σε θέση να ακριβολογήσουμε στην παρατήρηση τυχόν διαταραχής, είμαστε υποχρεωμένοι να αναλύσουμε την ενιαία αυτή έκφραση στις επιμέρους συνιστώσες της, να προσδιορίσουμε την φυσιολογική τους λειτουργία και να γνωρίσουμε τις επιμέρους διαταραχές τους. Η λειτουργία αυτή ονομάζεται *ψαινο-μενολογία*. Παρατηρούμε δηλαδή αυτό που μας προσφέρει το άτομο φαινομενικά, άσχετα με τυχόν υπάρχουσες ασυνείδητες ορμές, ενορμήσεις, κίνητρα. Οι ψυχικές λειτουργίες από τις οποίες γίνεται η σύνθεση της συμπεριφοράς λέγονται συνιστώσες συμπεριφοράς. Η περιγραφή της φυσιολογικής λειτουργίας τους καθώς και των διαταραχών τους αποτελεί Το κεφάλαιο της ψυχοπαθολογίας.¹³

2.2. ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ

A. Μετουσίωση ή εξαϋλωση (Trasubstantiation)

Με αυτήν η παρόρμηση στέκεται σε μεγάλο αδιέξοδο, χρήσιμη και περισσότερο παραδεκτή, π.χ. παιδαριώδης επιθυμία αυτοεπίδειξης είναι δυνατόν να στραφεί σε θεατρική σταδιοδρομία (κοινωνικά κίνητρα).

B. Απώθηση (Repression)

Με αυτήν ασυνείδητα αλλά σκόπιμα, ξεχνιούνται γεγονότα τα οποία θα ήταν οδυνηρά, αν γίνονταν συνειδητά, π.χ. η λήθη γνωστών ημερομηνιών, η διάλυση ενός αρραβώνα, η γέννηση άλλου παιδιού.

Γ. Προβολή (Proseccion)

Είναι το “κατηγορώ” που αποδίδουμε στους άλλους για δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε και στους οποίους αποδίδουμε ευθύνη, ενώ στην ουσία αυτή

ανήκει σε μας, π.χ. ο Χίτλερ απέδιδε στους στρατηγούς του όλα τα σφάλματα του.

Με αυτήν εμπειρίες του ατόμου, οδυνηρά συναισθήματα ή ιδέες προβάλλονται προς τα έξω σε ανθρώπους ή πράγματα του περιβάλλοντος και έτσι το άτομο αντιλαμβάνεται ότι βρίσκονται έξω απ' αυτό, π.χ. 1) το παιδί στο παιχνίδι του με την κούκλα "προβάλλει" τις ανάγκες, τα σχέδιά του, τις ανησυχίες του, τις συγκρούσεις του. 2) το άτομο με ασυνείδητες τάσεις ομοφυλοφιλικές, αμύνεται με το να συμπεραίνει ότι και άλλα άτομα εκδηλώνουν ομοφυλοφιλική συμπεριφορά.

Δ. Άρνηση (Denial)

Με το μηχανισμό αυτό το άτομο αρνείται επιθυμίες, αισθήματα και ιδέες για την ύπαρξη των οποίων υπάρχουν ενδείξεις ή αποδείξεις, π.χ. 1) το άτομο συνειδητοποιεί ότι η υδραυλική εγκατάσταση δεν λειτουργεί καλά, αλλά παραδέχεται το γεγονός και εξακολουθεί να συμπεριφέρεται σαν να μην συμβαίνει τίποτα. 2) αρνείται ότι είναι θυμωμένο, ενώ η έκφρασή του δείχνει ακριβώς το αντίθετο.

Ε. Ενδοβολή (Introjection)

Είναι το αντίθετο της προβολής, δηλαδή ενώ στην προβολή αποδίδει δικά του συναισθήματα σε άλλους, εδώ ενσωματώνει το ίδιο άτομο χαρακτήρες και συναισθήματα άλλων ατόμων.

Ζ. Επαναγωγή ή παλινδρόμηση (Induction- Vegression)

Είναι η επιστροφή σε παιδικότερο επίπεδο λειτουργίας, π.χ. παιδιά μικρά όταν γεννιόνται αδελφάκια τους εμφανίζουν νυκτερινή ενούρηση, "θηλασμό δακτύλου" κλπ. Οι αντιδράσεις προσωρινά ανακουφίζουν αλλά δεν λύνουν το πρόβλημα.

Η. Ματαίωση ή ανατροπή (Frustration)

Με αυτή το άτομο προβαίνει σε δραστηριότητες που ματαιώνουν ή εξουδετερώνουν δυσάρεστα συμβάντα του παρελθόντος, π.χ. άτομο έχει

ασθενή μητέρα. Όταν την σκέφτεται η σκέψη αντικαθίστανται αμέσως από τη σκέψη ότι η μητέρα του είναι υγιής, όσο οποιαδήποτε άλλη μητέρα (νευρώσεις).

Θ. Αντίδραση ή υπεραναπλήρωση (Replacing- Substitution)

Χρησιμεύει για να προλαβαίνει την ανάδυση μιας οδυνηρής σκέψης με άμεση αντικατάστασή της με ευχάριστη σκέψη, π.χ. 1) άτομο που δεν μπορεί να αναγνωρίσει ότι αντιπαθεί άλλο άτομο, δεν δείχνει ποτέ εχθρικότητα και πάντοτε εμφανίζει ευχάριστη προς αυτό συμπεριφορά, (μίσος- αγάπη- επιθετικότητα- υποταγή). 2) ένα παιδί σχολικής ηλικίας μισεί θανάσιμα τον νεογέννητο αδελφό του, αλλά η συμπεριφορά του εξελίσσεται προστατευτική και γεμάτη φροντίδες (χαρακτηριστικά οι γονείς του λένε : τον λατρεύει, τον σφίγγει τόσο, θα τον ``πνίξει`` από αγάπη).

Ι. Απομόνωση (Isolation)

Είναι διαχωρισμός της αρχικής μνήμης από το αποτέλεσμα, π.χ. μία αγαπημένη σύζυγος σκοτώνεται σε δυστύχημα και ο ασθενής ζητάει λεπτομέρειες με πλήρη έλλειψη συγκίνησης.

Κ. Μετάθεση (Transposition- Displacement)

Είναι μία κατάσταση κατά την οποία η επίδραση ενός συγκεκριμένου ατόμου ή γεγονότος όχι μόνο διαχωρίζεται από αυτό, αλλά προσκολλάται στη συνέχεια με άλλο, π.χ. εργάτης εργαστηρίου έχει προβλήματα με τον προϊστάμενο του, αλλά δεν πετυχαίνει να δώσει σε αυτά διέξοδο. Στη συνέχεια πηγαίνει στο σπίτι του και χωρίς φανερό λόγο φιλονικεί με τη σύζυγό του.

Λ. Εκλογίκευση ή λογικοποίηση (Rationalization)

Είναι η αντικατάσταση ενός απαράδεκτου λόγου με παραδεκτό, π.χ. φοιτητής δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τη μελέτη για μια εξέταση και αποφασίζει ότι πρέπει να είναι ``χαλαρωμένος`` για τις εξετάσεις του, επιχείρημα που δικαιολογεί τη μετάβασή του στον κινηματογράφο, σε χρόνο που θα έπρεπε να μελετάει. Στην ελληνική μυθολογία η λογικοποίηση εκφράζεται με το μύθο του Αισώπου, που αναφέρεται στην αλεπού και τα σταφύλια. (όμφακες εισί)

M. Ταυτοποίηση (Identification)

Είναι η προσπάθεια του ατόμου να ταυτιστεί με κάποιον που κατέχει εξέχουσα θέση ή με κάποια εξέχουσα κατάσταση. Τα παιδιά ταυτίζονται συνήθως με τους γονείς ή εκπαιδευτικούς που τους θεωρεί ως “πρότυπα” και τους θαυμάζουν. Με την ταύτιση αυτή μειώνεται η νευρική ένταση του ατόμου και αποκτάει αξία. Με την ταύτιση δεν πρέπει να χάνεται η ατομικότητα του ατόμου. Το άτομο που ικανοποιεί την επιθυμία του για νέες εμπειρίες, με το να ακολουθεί τον ήρωα ή να μιμείται τον ήρωα ενός μυθιστορήματος ή του έργου και ο γονέας εκείνος που νιώθει και αισθάνεται τις επιτυχίες και αποτυχίες του παιδιού του, σαν να είναι δικές του, λέμε ότι χρησιμοποιεί τον μηχανισμό της ταυτοποίησης. Κάποτε είναι δυνατόν ένα άτομο να ταυτίζει τον εαυτόν του με ένα ίδρυμα παρά με άλλο άτομο.¹⁴

2.3. ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΩΣΗΣ

A. Παρανοϊκή ψύχωση

Χαρακτηρίζεται από παρανοϊκές προβολές, εχθρική επιθετικότητα και επεκτατικότητα μεγαλείου (δηλαδή επιδεικνύει στάση υπεροχής έναντι των άλλων, ακούει φωνές που τον επαινούν και τον προτρέπουν, και έχει ασυνήθιστες δυνάμεις ή θεία αποστολή).

B. Αποδιοργανωτική ψύχωση

Χαρακτηρίζεται από διανοητική αποδιοργάνωση (δίνει άσχετες και ασυνάρτητες απαντήσεις), διαταραχές προσανατολισμού (δεν ξέρει που βρίσκεται, ημερομηνίες ,την ηλικία του), εκφράζει συναισθήματα χωρίς περιστολή, πολλές φορές μιλάει βιαστικά και ακατάληπτα, δυνατά και πομπωδώς και δείχνει ότι έχει ανεβασμένη διάθεση.

Γ. Καταθλιπτική ψύχωση

Χαρακτηρίζεται από βραδυψυχισμό, απάθεια, αγχώδη αυτοτιμωρία και αυτομομφή. Βραδυψυχισμός και απάθεια εκφράζονται με αργή ομιλία, αδιαφορία για το μέλλον, καρφωμένη έκφραση του προσώπου σε ένα σημείο, ελάττωση της πρόσφατης μνήμης, μπλοκάρισμα της ομιλίας και απάθεια στα

προβλήματα κάποιου άλλου. Η εμφάνιση του ασθενούς είναι κατάσταση και αποτυγχάνει στην απάντηση των ερωτήσεων. Η ομιλία του είναι χαμηλή ή ψιθυριστή. Εμφανίζει άγχος για ειδικά θέματα και αναστάτωση αφορώσα ασαφή μελλοντικά συμβάντα, στάση αυτοϋποτίμησης, καταθλιπτική διάθεση, εκφράζει συναισθήματα ενοχής και τύψεων, έμμονο ενασχόληση με αυτοκτονικές σκέψεις, ανεπιθύμητες ιδέες, ειδικούς φόβους και νοιώθει ότι δεν αξίζει και είναι αμαρτωλός.

Δ. Μανιακή ψύχωση

Χαρακτηρίζεται από ευφορικό ή δυσθυμικό συναίσθημα, ιδέες υπερτίμησης του εγώ, ιδέες μεγαλείου (οι οποίες διατηρούν κάποια επαφή με την πραγματικότητα π.χ. ένας συνήθης μάγειρας ισχυρίζεται ότι είναι μάγειρας βασιλέων), η ομιλία είναι πομπώδης, βιαστική και υπό τάση σε βαθμό τελικά λογόρροιας χωρίς να χαλάει ο συνειρμός.

Η εμφάνιση του ασθενούς είναι μερικές φορές υπερβολική έως εκκεντρική (γελοία), εμφανίζει κατάργηση των αναστολών και υπερδραστηριότητα, η οποία είναι άκριτος και άνευ παραγωγής έργου. Μερικές φορές μπορεί να οδηγηθεί σε αλόγιστες σπατάλες χρημάτων και τα ανωτέρω να συνδυάζονται με κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ.

Τα ανωτέρω δεν αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια. Απλώς δίνουν στον αναγνώστη μία ιδέα της φύσεως των συμπτωμάτων και συμπεριφερσιολογικών διαταραχών στις διάφορες ψυχώσεις.

Ε. Σχιζοφρένεια : νόσος πέντε διαστάσεων(ομάδων συμπτωμάτων)

1.Θετικά συμπτώματα :

Περιλαμβάνουν : Παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, διαταραχές ή υπερβολές στην ομιλία (αποδιοργανωμένη ομιλία) και την επικοινωνία καθώς και στον έλεγχο της συμπεριφοράς (πολύ αποδιοργανωμένη κατατονική ή διεγερτική συμπεριφορά).

Άλλες διαταραχές, στις οποίες μπορούν να εμφανισθούν ένα ή περισσότερα από τα ανωτέρω συμπτώματα: Διπολική Διαταραχή, Ψυχωτική Κατάθλιψη, Σχιζοσυναισθηματική Ψύχωση, Alzheimer Διαταραχή, Παιδική ψύχωση.

2.Αρνητικά συμπτώματα :

Περιλαμβάνουν: συναισθηματική επιπέδωση, πτωχεία στην παραγωγή των σκέψεων και την έκφραση αυτών δια της ομιλίας, διαταραχές της βουλήσεως δηλαδή περιορισμοί στην έναρξη κατευθυνόμενης στο στόχο συμπεριφοράς, ανηδονία δηλαδή έλλειψη ευχαρίστησης, ελάττωση στον σχεδιασμό και στην συγκέντρωση προσοχής.

Τα αρνητικά συμπτώματα θεωρούνται ως μία έκπτωση φυσιολογικών λειτουργιών δηλαδή συναισθηματική αμβλύτης, συναισθηματική απόσυρση, πτωχή ψυχοσυναλλαγή, παθητικότητας και κοινωνική απόσυρση, δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη, στερεότυπη σκέψη, έλλειψη αυθορμητισμού, συνδεόμενα με μεγάλες περιόδους νοσηλείων και πτωχών κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι πρωτογενή οφειλόμενα στην νόσο αυτή καθ' εαυτή ή δευτερογενή οφειλόμενα σε συνυπάρχουσα κατάθλιψη, εξωπυραμιδικά συμπτώματα, περιβαλλοντική αποστέρηση ή ακόμα δευτερογενή των θετικών συμπτωμάτων. Άλλες διαταραχές στις οποίες μπορούν να εμφανισθούν ένα ή περισσότερα από τα ανωτέρω συμπτώματα : Κατάθλιψη, Κατάθλιψη της Διπολικής Διαταραχής, Alzheimer Διαταραχή, Νόσος του Parkinson, άνοια οφειλόμενη σε βλάβη του σώματος του Lewy και εφηβική κατάθλιψη.

3. Γνωσιακά συμπτώματα :

Τα γνωσιακά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και άλλων ασθενειών μπορεί να επικαλύπτονται με τα αρνητικά συμπτώματα. Περιλαμβάνουν τις διαταραχές της σκέψης (χάλαση συνειρμού και την περίεργη χρήση της γλώσσας ασυναρτησία, νεολογισμοί), την ελάττωση της προσοχής και της ελάττωση της διαδικασίας εισροής πληροφοριών. Τα περισσότερα σοβαρά και πλέον σοβαρά χαρακτηριστικά της γνωσιακής ανεπάρκειας στην σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν την ελαττωμένη παραγωγή αυθορμήτου λόγου,

μαθησιακά προβλήματα (μάθηση σειράς πραγμάτων και γεγονότων) και προβλήματα στην επαγρύπνηση, δηλαδή πρόβλημα στην διατήρηση και τον εστιασμό της προσοχής και της συγκέντρωσης, ταξινόμησης προτεραιοτήτων και ρύθμισης της συμπεριφοράς βασισμένης σε κοινωνικά δεδομένα.

Άλλες διαταραχές στις οποίες μπορεί να εμφανισθούν ένα ή περισσότερα από τα ανωτέρω συμπτώματα : Διανοητική Καθυστέρηση, Αυτισμός, μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο Άνοια, Alzheimer Διαταραχή και άλλες οργανικές Άνοιες όπως Parkinson Άνοια, Pick Άνοια, Lewy Άνοια κ.λ.π.

4. Επιθετικότητας, εχθρικότητας .

Μπορεί να επικαλύπτονται από τα εχθρικά συμπτώματα αλλά ειδικώς δίνεται έμφαση σε προβλήματα που αφορούν τον έλεγχο των παρορμήσεων. Περιλαμβάνουν: ανοικτή επιθετικότητα λεκτική ή φυσική (σωματική), συμπεριφορές αυτοτραυματισμού με απόπειρες αυτοκτονίας (40- 50% των σχιζοφρενών αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν και το 10% αυτών το επιτυγχάνει) και εμπρησμούς ή άλλου τύπου βλάβες σε ξένες ιδιοκτησίες. Επίσης παροδική και άνευ βάθους υπερσεξουαλικότητα εκδηλούμενη δια άκριτου πολυγαμίας.

Άλλες διαταραχές διαταραχές στις οποίες μπορούν να εμφανισθούν ένα ή περισσότερα από τα ανωτέρω συμπτώματα: Διπολική Διαταραχή, Παιδική-Εφηβική ψύχωση, Μεθοριακή Διαταραχή προσωπικότητας, Κατάχρηση τοξικών ουσιών, Alzheimer και άλλες Άνοιες.

5. Καταθλιπτικά και άλλα συμπτώματα

Είναι συχνά συνδεόμενα με σχιζοφρένεια. Περιλαμβάνουν : Καταθλιπτική διάθεση, αγχώδη διάθεση, ενοχή, τάση, ευερεθιστότητα, ανησυχία.

Άλλες διαταραχές στις οποίες μπορούν να εμφανισθούν ένα ή περισσότερα από τα ανωτέρω συμπτώματα : Μείζων Κατάθλιψη, Ψυχωτική κατάθλιψη (ιδιαιτέρως ανθεκτικές καταθλίψεις), Κατάθλιψη της Διπολικής Διαταραχής, Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, οργανικές άνοιες, παιδικές ψυχώσεις.¹⁵

ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Παραληρήματα	Συναισθηματική άμβλυωση
Ψευδαισθήσεις	Συναισθηματική απόσυρση
Διαστρεβλώσεις ή υπερβολές στη	
Γλώσσα και επικοινωνία	Πτωχή ψυχοσυναλλαγή
Αποδιοργανωμένος λόγος	Παθητικότητα
Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	Κοινωνική απόσυρση
Κατατονική συμπεριφορά	Έλλειψη αυθορμητισμού
Διέγερση	Δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη
	Στερεότυπη σκέψη
	Πτωχεία ιδεών και λόγου
	Υποβουλησία
	Ανηδονία
	Ελάττωση εστιασμού κ συγκέντρωσης προσοχής
	Εγκατάλειψη προσωπική υγιεινής

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μία πολλή σοβαρή και χρόνια ασθένεια του εγκεφάλου. Προκαλεί αλλαγές στην σκέψη, στην ομιλία, στην αντίληψη και τη συμπεριφορά. Η συχνότητα της ασθένειας σε άνδρες και γυναίκες είναι ίδια, συνήθως τα πρώτα προβλήματα εμφανίζονται στην εφηβική ηλικία και σε νέους ενήλικες. Η συχνότητα της ασθένειας είναι περίπου 1% παγκοσμίως.¹⁶ Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στην Ιατρική, για να περιγράψει μια ιδιαίτερα περίπλοκη και όχι καλά κατανοητή κατάσταση- την πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στην πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή, ή μία ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής, λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από ΣΧ.

Όταν σε ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα, τότε θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος “Ψυχωτικός” σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές εμπειρίες του. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μία φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά τη διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) ΣΧ. Μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια ΣΧ. Μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς τη βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων.⁷

Αιτιοπαθογένεια των σχιζοφρενικών ψυχώσεων.

Η αιτία των σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι μέχρι σήμερα άγνωστη. Κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί ένα πλήθος παραγόντων και έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρητικές απόψεις σχετικές με την αιτιοπαθογένεια των ψυχικών αυτών διαταραχών. Μέχρι σήμερα έχουν συζητηθεί σαν αιτίες των

σχιζοφρενικών ψυχώσεων μια `` δηλητηρίαση του σώματος``, αδυναμία των αδένων, βακτηριδιακές μολύνσεις(π.χ. φυματίωση του εγκεφάλου), `` μια γλοβουλίνη του πλάσματος``, διαταραχές των βιογενών αμινών, αυτοανοσοποιητικοί μηχανισμοί, γενετικοί παράγοντες, βιοχημικοί παράγοντες, ψυχοδυναμικοί παράγοντες, κοινωνικοί παράγοντες, οικογενειακές δομές, κληρονομικότητα, αδυναμία του ΕΓΩ, με ιδιαίτερους μηχανισμούς άμυνας που οδηγούν στην σχιζοφρενική συμπεριφορά.

3.2. ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ

Είναι γνωστό από παλιά ότι η ΣΧ. Έχει κληρονομική βάση. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών με ΣΧ. Έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επηρεαστούν από αυτή από ότι ο γενικός πληθυσμός.

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

Οι μελέτες υιοθεσίας εστίασαν το ενδιαφέρον τους σε υιοθετημένα παιδιά για να εξετάσουν τη σχετική σημασία κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η μελέτη αυτή και άλλες παρόμοιες έδειξαν ότι τα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς έχουν ΣΧ., έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από ΣΧ. , ακόμη και όταν δεν υπάρχει προσωπική επαφή όπως συμβαίνει στα υιοθετημένα παιδιά.¹³

Οι περισσότεροι επιστήμονες θεωρούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η ευπάθεια προς τη νόσο- μια κληρονομική προδιάθεση η οποία σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει σε ΣΧ. Αυτή η προδιάθεση μπορεί να έχει την μορφή κάποιας βιοχημικής ή ενζυμικής ανωμαλίας, μίας λεπτής νευρολογικής βλάβης, ή κάποια άλλη μορφή ή και συνδυασμό τους. Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε πως μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση και έτσι δεν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε με ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι.⁷

3.2.α. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Η ηλικία του πατέρα κατά τη σύλληψη, αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης σχιζοφρένειας στα παιδιά του, αργότερα στη ζωή τους. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από μία νέα σουηδική έρευνα που συμπεριέλαβε 700.000 άτομα που γεννήθηκαν από το 1973 έως και το 1980. Εξετάστηκαν τα δεδομένα που είχαν σχέση με την ηλικία του πατέρα τους κατά τη σύλληψη και τον κίνδυνο προσβολής των ατόμων αυτών από σχιζοφρένεια και άλλες μορφές ψύχωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αύξηση της ηλικίας του πατέρα κατά τη σύλληψη αύξανε με στατιστικά σημαντικό τρόπο τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας στα παιδιά τους. Από το σύνολο των ασθενών που παρουσίασαν σχιζοφρένεια στην εν λόγω έρευνα, στο 15,5% ο πατέρας τους κατά τη σύλληψη ήταν 30 ετών και πάνω. Ο κίνδυνος παρουσιαζόταν ειδικά για τη σχιζοφρένεια και όχι για τις άλλες μορφές ψύχωσης. Η σχέση μεταξύ της ηλικίας του πατέρα και τη σχιζοφρένεια ήταν πιο δυνατή σε ασθενείς που είχαν οικογενειακό ιστορικό της πάθησης. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν τη θεωρία που δέχεται ότι τι σπέρμα του πατέρα υφίσταται διαχρονικά βλάβες που συσσωρεύονται. Με την αύξηση της ηλικίας των ανδρών, σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι βλάβες του γενετικού υλικού των σπερματοζωαρίων συμβάλλουν στη δημιουργία προϋποθέσεων για την εκδήλωση σχιζοφρένειας στα παιδιά τους όταν αυτά θα μεγαλώσουν.

Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι στην Αγγλία και στην Ουαλία, ο μέσος όρος της πατρικής ηλικίας ήταν κατά το 1980 στα 29,2 έτη, ενώ κατά το 2002 ήταν 32,1.

Με βάση τα ευρήματα τους υπολόγισαν ότι η αύξηση αυτής της πατρικής ηλικίας συνέβαλε στην εμφάνιση 710 νέων περιστατικών σχιζοφρένειας κατά το 2002. Τα περιστατικά αυτά προστέθηκαν στα 5923 περιστατικά σχιζοφρένειας που είναι αυτά που αναμένονταν κανονικά και εκδηλώθηκαν κατά το 2002.¹⁷

3.2.β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

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

3.2.γ. ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ – ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

3.2.δ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

3.3 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ

Από χρόνια είναι γνωστό ότι η σχιζοφρένεια είναι μία διαγνωστική ομπρέλα που καλύπτει μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων που διαφέρουν στην συμπτωματολογία, στην κλινική πορεία, στην πρόγνωση κτλ. Έχουν προταθεί έτσι διάφορες υποκατηγορίες, που διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης, που κανείς ακολουθεί. Οι τύποι που θα

περιγράψουμε παρακάτω προτείνονται από DSM-IV και σημειώνουμε ότι αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πιο πρόσφατης εκτίμησης του ασθενή.

3.3.α. Παρανοϊκός τύπος

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

Τύπος ΣΧ στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

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

B) Δεν προεξάρχει κανένα από τα ακόλουθα: Αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.¹⁸

Η μορφή αυτή της ΣΧ χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Αρχίζει αργότερα, συνήθως μετά τα 30
- Δεν αποδιοργανώνει την όλη λειτουργικότητα του ατόμου δεδομένου ότι λόγω της όψιμης έναρξης έχει ήδη ολοκληρωθεί η προσωπικότητα και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου, ενώ οι αμυντικοί του μηχανισμοί έχουν παγιωθεί.
- Χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών ή και ψευδαισθήσεων, ενώ απουσιάζουν τα άλλα συμπτώματα.¹⁹

3.3.β. Αποδιοργανωμένος τύπος ή ΗΒΗΦΡΕΝΙΚΟΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια του αποδιοργανωμένου τύπου κατά το DSM-IV είναι:

Τύπος ΣΧ στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια :

A) Προεξάρχουν όλα τα παρακάτω:

- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- Επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

B) Δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου.¹⁸

Η μορφή αυτής της ΣΧ. Χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Την πρώιμη έναρξη της (συνήθως μεταξύ 13 και 25 ετών)
- Την παρουσία διαταραχών στη δομή και οργάνωση της σκέψης, αποδιοργανωμένης συναισθηματικής έκπτωσης (επιπεδωμένο και απρόσφορο συναίσθημα)
- Τη συνεχή και προοδευτικά επιδεινούμενη κλινική της πορείας.¹⁹

3.3.γ. Κατατονικός τύπος

Τα διαγνωστικά κριτήρια του κατατονικού τύπου κατά DSM-IV είναι: Τύπος σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω:

1. Κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερή με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης και της κηρώδους ευκαμψίας) ή με ευροντησία (Stupor)
2. Υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)
3. Ακραίος αρνητισμός (προσβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία
4. Ιδιορρυθμίες των ακούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλους μαννερισμούς, ή έκδηλους μορφασμούς.
5. Ηχολαλία ή ηχοπραξία¹⁸

Η μορφή αυτή της ΣΧ χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Κατατονική εμβροντησία (Stupor) με σημαντική μείωση της αντίδρασης με το περιβάλλον του αυθορμητισμού και της δραστηριότητας ή αλαλία
- Κατατονικός αρνητισμός
- Κατατονική δυσκαμψία
- Διέγερση
- Ακατάλληλες ή παράξενες στάσεις²⁰

- *Αδιαφοροποίητος τύπος :*

Τα διαγνωστικά κριτήρια του αδιαφοροποίητου τύπου κατά DSM-IV είναι: Τύπος ΣΧ στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο A αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου ή Κατατονικού τύπου.¹⁸

Η μορφή αυτή της ΣΧ χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

A) Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες

B) Ψευδαισθήσεις

Γ) Ασυναρτησία ή πολλή αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.²⁰

- *Υπολειμματικός Τύπος*

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

A) Απουσία προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.¹⁸

B) Συνεχής παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή ενδεχομένως δύο ή περισσότερων από τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται στο κριτήριο A της ΣΧ, τα οποία όμως παρουσιάζουν εξαιρετικά μειωμένη ένταση (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθεις αντιληπτικές εμπειρίες κ.α.¹⁹

Η μορφή αυτή της ΣΧ χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Απουσία εμφανών παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, ασυναρτησίας ή πολύ αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς
- Υπάρχουν ακόμη σημεία της αρρώστιας όπως αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη ή χαλαρός συνειρμός.²⁰

3.3.δ. Η Σχιζοσυναισθηματική μορφή

Χαρακτηρίζεται από διαταραχές του συναισθήματος, οι οποίες μοιάζουν με τις παρατηρούμενες συναισθηματικές ψυχώσεις, και από τις διαταραχές της σκέψης σχιζοφρενικού χαρακτήρα.

Οι ασθενείς είναι ευδιάθετοι, γελούν, συζητούν με το περιβάλλον τους εκφράζοντας ιδέες ή άλλοτε αποσύρονται, πέφτοντας σε κατάθλιψη,

εκφράζοντας ιδέες διώξεως και έχοντας τάσεις αυτοκτονίας. Συχνές είναι οι ψυχοκινητικές διεγέρσεις.

3.3.ε. Μετά τη λοχεία

Χαρακτηρίζεται από τις διαταραχές του συναισθήματος, από ιδέες μεταβολής της σωματικής εικόνας, ιδέες διώξεως και άλλοτε από δίχαση προσωπικότητας. Βασική αιτία είναι ο ενδοκρινολογικός παράγοντας. Περισσότερο όμως τα αίτια είναι ψυχολογικά. Η τάση της εγκύου να αρνείται την κύηση και το έμβρυο εκδηλώνεται μετά τον τοκετό με ψυχική νόσο και διάσπαση προσωπικότητάς της.

3.3.ζ. Λανθάνουσα

Την παρουσιάζουν ασθενείς οι οποίοι έχουν μέτρια διαταραχή της σκέψης και ιδιομορφία συμπεριφοράς, χωρίς ποτέ να έχουν εκδηλώσει σαφή ψυχωσικά φαινόμενα παραλυσίας και παραληρητικής ιδέας. Χαρακτηρίζεται συχνά από Έντονα νευρωτικά φαινόμενα και ψυχοσωματικές τάσεις, και γι' αυτό χαρακτηρίζονται πολλές φορές ως ψευδονευρωσική μορφή.²¹

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1.α. Διαγνωστικά κριτήρια

Η διάγνωση βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια κάποιων αναγνωρισμένων συστημάτων ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών όπως το ICD-10 του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας ¹⁷, και το DSM-IV. Κατά το DSM-IV ο ασθενής θα πρέπει να:

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

Υπάρχουν και διαγνωστικά κριτήρια ερευνητών όπως :

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

4.1.β. Διαγνωστικά ευρήματα

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

ΖΗΤΟΥΜΕΝΟ	ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΙΘΑΝΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ
Ορθογραφία λέξης “χρώμα”	Συγκέντρωση	Κάθε ακατάλληλη σειρά γραμμάτων	Μετωπιαίοι λοβοί
Αντίστροφα			
Πρόσθεση του 7 αλληλοδιαδόχως	Συγκέντρωση	Ένα ή περισσότερα λάθη ή διάρκεια πάνω από 9 δευτερόλεπτα	Μετωπιαίοι λοβοί
Συζήτηση στην διάρκεια της εξέτασης	Κατανόηση λόγου	Κατά προσέγγιση λέξεις, νεολογισμοί, σαλάτα λέξεων, από- θέμα λέξεων, σχοινοτενής λόγος	Επικρατούν κροταφικοί λοβός
Να διηγηθεί με ακρίβεια, με λεπτομέρειες και με τη σειρά τα παλαιά συμβάντα	Απώτερη μνήμη	Σημαντική έλλειψη λεπτομερειών, μπερδέματα σειράς	Κροταφικοί λοβοί (ιππόκαμπος)

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

4.1.γ. Διαγνωστικά – Εργαστηριακά Ευρήματα

Κάποια διαγνωστικά και εργαστηριακά ευρήματα είναι:

A. Αξονική τομογραφία κατά την οποία παρατηρούμε :

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

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

Γ. Μαγνητική φασματοσκοπία εξ αντηχήσεως (MRS)

Δ. Τομογραφία PET

Ε. SPECT, F MRI

Ζ. ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ που δείχνει ανωμαλίες (κυρίως αριστερά)

Η. Προκλητά εγκεφαλικά δυναμικά κατά τα οποία διαπιστώνουμε μειωμένη ηλεκτροδερματική αντίδραση και ανώμαλες οφθαλμικές κινήσεις.¹⁹

4.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

Αρκετά συχνά, οργανικά προβλήματα συγχέονται με τη σχιζοφρένεια. Η διαφορική διάγνωση θα εξαρτηθεί από συμπτώματα που δεν υπάρχουν στην ΣΧ και περιστασιακά κριτήρια, όπως η ηλικία που εισβάλλει η αρρώστια – πριν από τα 45- η διάρκεια της διαταραχής και το επίπεδο της λειτουργικότητας του αρρώστου κυρίως στη δουλειά του και τις κοινωνικές υποχρεώσεις, προτού κάνει την εμφάνισή της η διαταραχή.²⁰

4.3. ΕΠΑΝΑΣΤΑΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Τεστ όσφρησης για τη σχιζοφρένεια:

Με ένα απλό τεστ όσφρησης οι γιατροί θα μπορούν να κάνουν πρόληψη και διάγνωση της σχιζοφρένειας σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στην Αμερικανική Επιθεώρηση Ψυχιατρικής.

Αυτό γιατί σε μελέτες που διενέργησαν ο Δρ Γουόρικ Μπρίε και ομάδα του στο πανεπιστήμιο της Μελβούρνης διαπίστωσαν πως οι άνθρωποι που εμφανίζουν ψυχώσεις αδυνατούν να αναγνωρίσουν διάφορες μυρωδιές. Για

παράδειγμα μυρίζουν πίτσα κ νομίζουν ότι μυρίζουν πορτοκάλι ή η μυρωδιά της τσίχλας τους παραπέμπει σε καπνό. Οι επιστήμονες θεωρούν ότι οι όποιες αλλαγές στην όσφρηση επηρεάζονται από τις διαφοροποιήσεις στον εγκέφαλο, οι οποίες γίνονται στους ανθρώπους που βρίσκονται στο αρχικό στάδιο ΣΧ. Έτσι με βάση τα πορίσματα της εν λόγω μελέτης τους δηλώνουν πως βρίσκονται ένα βήμα πριν από την τελειοποίηση του τεστ όσφρησης που θα πιστοποιεί την ψυχική διαταραχή.²²

Νέο τεστ για τη διάγνωση της ασθένειας :

Η ΣΧ είναι μία σοβαρή, χρόνια ψυχιατρική πάθηση που υπολογίζεται ότι πάσχουν από αυτή περίπου 1% του πληθυσμού. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές του χαρακτήρα του ασθενούς, ανωμαλίες της συναισθηματικής λειτουργίας, διαταραχές αντίληψης της πραγματικότητας, ύπαρξη ψευδαισθήσεων, αίσθημα μετάδοσης ή αποδοχής σκέψεων από άλλους ανθρώπους. Ισραηλινοί ερευνητές έχουν ανακαλύψει ένα πρωτοποριακό τρόπο διάγνωσης της ΣΧ. Η μέθοδος τους βασίζεται σε μέτρηση του ειδικού mRNA για την κατασκευή υποδοχέων της ντοπαμίνης στην επιφάνεια των λεμφοκυττάρων.

Το mRNA αυτό είναι η ουσία που μεταφέρει τη γενετική πληροφορία της κατασκευής των υποδοχέων της ντοπαμίνης από τον πυρήνα του εγκεφάλου στα ριβοσωμάτια του κυτταροπλάσματος.

Η ντοπαμίνη είναι ένας βιοχημικός αγγελιαφόρος που εκτελεί μεγάλο αριθμό λειτουργιών στον οργανισμό μας. Εκείνο που είναι σημαντικό για τη ΣΧ είναι ότι σωρεία πρόσφατων ερευνών δείχνουν ότι ο βασικός μηχανισμός πρόκλησης της ΣΧ είναι μία υπερβολική έκφραση και δραστηριότητα ντοπαμίνης σαν βιοχημικού αγγελιαφόρου μεταξύ των νευρώνων του εγκεφάλου.

Μελέτες έγιναν σε σχιζοφρενικούς ασθενείς επιβεβαίωσαν πράγματι ότι στον εγκέφαλό τους υπάρχουν στους νευρώνες αυξημένες σε ποσότητα υποδοχείς για την ντοπαμίνη.

Οι ισραηλινοί ερευνητές απέδειξαν ότι το mRNA για τους υποδοχείς της ντοπαμίνης στο αίμα των σχιζοφρενικών είναι σημαντικά πιο αυξημένο παρά σε υγιείς ανθρώπους. Η έρευνα αυτή δημοσιεύεται στην τελευταία έκδοση του Proceedings the Academy of Sciences of the USA (2001?98:625-8), από τους Fyc και Ilani του Weizmann Institut of Science της Rehovot στο Ισραήλ.

Η ανακάλυψη αυτή είναι πολύ σημαντική. Διευκολύνει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας που θα μπορεί να γίνεται πλέον πολύ γρήγορα.¹⁶

4.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

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

4.4.α. Διαταραχές της σκέψης

Οι διαταραχές της σκέψης παραδοσιακά χαρακτηρίζονται διαταραχές της δομής, του περιεχομένου και της διαδικασίας.

A. Διαταραχές της δομής

>Χάλαση του συνειρμού

Η χάλαση του συνειρμού αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη συμπτώματα της ΣΧ. Στα αρχικά στάδια οι διαταραχές μπορεί να είναι μόνο υποσημαινόμενες, ενώ αργότερα η ομιλία του ασθενούς μπορεί να γίνει εντελώς ακατανόητη- σαλάτα λέξεων. Ανάμεσα στα δύο αυτά άκρα υπάρχει πλήθος διαταραχών οι κυριότερες των οποίων είναι ²³:

- Αοριστία και νοηματική ασάφεια
- Εκτροχιασμός του λόγου
- Τμηματικός και ανολοκλήρωτος λόγος
- Συνωστισμός ιδεών σε υπερσυμπυκνωμένες φράσεις
- Αλληλοδιείσδυση
- Ελλιπές νόημα
- Αποσυγκεκριμενοποίηση του λόγου
- Χαλάρωση συνειρμικών δεσμών
- Υπερμετρία του λόγου ή παραλογία
- Επίμονη αναφορά στον εαυτό του
- Εμμονή
- Νεολογισμοί ή νεολεξίες
- Αγραμματισμός και παραγραμματισμός
- Μωρολογία

- Υπερπεριεκτικότητα του λόγου ή διάσπαση των νοηματικών ορίων
- Ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης.

Κατά τον Bleuler ο σπουδαιότερος σκοπός του συνειρμού είναι ο σκοπός. Η γλώσσα της ΣΧ δεν έχει σκοπό.⁶ Ο ίδιος θεωρούσε ότι η σκέψη οργανώνεται κατά αλυσιδωτό τρόπο και θεώρησε τη χάλαση των συνειρμών την πρωταρχική διαταραχή. Κατόπιν υπεισέρχονται οι μηχανισμοί της συμπύκνωσης, της μετάθεσης και του συμβολισμού για να αλλοιώσουν το νόημα της ομιλίας. Ο Schneider θεώρησε ως βασικές διαταραχές τον εκτροχιασμό της σκέψης, τη συγχώνευση των ιδεών, τις παραλείψεις και τη μωρολογία.²⁴

>Αλαλία

Ο ασθενής μπορεί να σταματήσει VG ομιλεί για ώρες ή ημέρες. Πριν της εισαγωγή των μοντέρνων θεραπειών η κατάσταση αυτή μπορούσε να διαρκέσει χρόνια. Παρατηρείτω συνήθως σε ασθενείς με Χρόνια Σχιζοφρένεια Κατατονικού Τύπου. Άλλες διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης είναι, η ασυναρτησία, η σχοινοτενής σκέψη και η ηχολαλία.

B. Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης

> Παραληρήματα

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

> Απώλεια ορίων του Εγώ

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

Γ. Διαταραχές στη διαδικασία της σκέψης.

> Ανακοπές

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

> Πτώχεια του περιεχομένου του λόγου

Αναφέρεται στη μείωση της λεκτικής παραγωγής

> Μειωμένη αφαιρετική ικανότητα

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

> Προσωδία

Ο τονισμός της ομιλίας στη ΣΧ επίσης παραβλέπεται. Είναι αδυναμία του ασθενούς να καταλάβει ή να δημιουργήσει ο ίδιος τις συναισθηματικές αποχρώσεις της ομιλίας. Άλλες διαταραχές στη διαδικασία της σκέψης είναι η ιδεοφυγή, η ελλειμματική προσοχή, ο ιδιοσυγκρασιακός τρόπος συνειρμών.

4.4.β. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

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

> Ψευδαισθήσεις

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

4.4.γ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Οι περισσότερο κοινές διαταραχές του συναισθήματος που παρατηρούνται στη ΣΧ είναι η αμβλύτητα και η επιπέδωση του συναισθήματος. Αντίθετα μπορεί να παρατηρηθεί έξαρση του συναισθήματος, διαχυτικότητα ευφορούμενη και σχιζοευφορία. Η διαταραχή αυτή είναι περισσότερο κοινή στη Μανία, αλλά παρατηρείται και στη ΣΧ. Συνηθισμένες εικόνες είναι επίσης η συναισθηματική ρηχότητα, η απάθεια και η ανηδονία. Συχνά οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να περιγράψουν τη συναισθηματική τους

κατάσταση. Άλλες φορές εμφανίζουν απρόσφορες συναισθηματικές αντιδράσεις την ίδια στιγμή. Ασθενείς με ΣΧ αποδιοργανωμένου τύπου εμφανίζουν συχνά περισπούδαστη ανοητότητα στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις.

4.4.δ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Παράξενη συμπεριφορά παρατηρείται στους ασθενείς και αφορά στερεοτυπίες, μανιερισμούς, ηχοπραξία, αρνητισμό, αυτόματη υπακοή σε παραγγέλματα, κηρώδη ευκαμψία ή ακαμψία και παράξενες στάσεις. Αρκετές από τις διαταραχές αυτές παρατηρούνται στον Κατατονικό υπότυπο της νόσου, Σωματικά συμπτώματα είναι επίσης κοινά, ιδιαίτερα σε μεταγενέστερες φάσεις της νόσου, εμφανίζονται όμως αρκετά συχνά και στην πρόδρομη φάση. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι: ίλιγγοι, σωματική αδυναμία, λιποθυμικές τάσεις, κεφαλαλγίες και συμπτώματα μετατροπής.²⁵

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.1.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

A. ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Αλλά τα ψυχοφάρμακα, μόλο που καθησυχάζουν τον άρρωστο και, απαλλάσσοντάς τον από τα πιο χτυπητά και ενοχλητικά συμπτώματά του, διευκολύνουν την επαφή του με την πραγματικότητα, δεν είναι συνήθως ικανά από μόνα τους να του εξασφαλίσουν την επάνοδο του στην κοινωνία και

ακόμη λιγότερο να τον προστατέψουν από μια υποτροπή. Είναι σκόπιμο η φαρμακοθεραπεία να συνοδεύεται από μια ψυχοθεραπευτική αγωγή.²⁰

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

	ladose	Remeron
	Scroxat	Anafranil
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ	Seropram	Saroten
	Zoloft	Aurorix
	Dumyrox	Nortrilen
	Efexor	
	Xanax	Tranxene
ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ/ ΥΠΝΩΤΙΚΑ	Lexotanil	Stilnox
	Rivotril	Sonata
	Tavor	Hipnostedon
	Stedon	
	Risperdal	Leponex
ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ	Zyprexa	Dogimatyl
	Serocuel	Largactil
	Alopcridin	Mellcristil

B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Γ. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

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

Δ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, την απλούστερη μορφή ψυχοθεραπείας, ο θεραπευτής διευκολύνει τον ασθενή να προβεί στις αλλαγές που θα του επιτρέψουν να γίνει πιο λειτουργικός, με λιγότερο άγχος, και να επανέλθει στην ομαλότητα και να παραμείνει σε σταθερή κατάσταση. Οι συναντήσεις γίνονται μια φορά την εβδομάδα και για αρκετές βδομάδες ή μήνες. Ο θεραπευτής ασχολείται περισσότερο με τα τωρινά συμπτώματα του ασθενούς παρά με τις ασυνείδητες εργασίες του, και δεν στοχεύει σε μείζονες μεταβολές της προσωπικότητας του. Ο θεραπευτής ακούει τον ασθενή, κατανοεί τα προβλήματα του και ενισχύει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας.²⁶

E. ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ

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

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

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

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

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

Z. ΒΡΑΧΕΙΑ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (ΒΠΨ) είναι συναφής προς την ψυχανάλυση, αλλά εστιάζεται περισσότερο στα τωρινά προβλήματα, οι θεραπευτικές συνεδρίες είναι λιγότερες (1-2 την εβδομάδα), και ο ασθενής έχει βλεμματική επαφή με τον θεραπευτή, ο οποίος συμμετέχει πιο ενεργά σε σχέση με την κλασική ψυχανάλυση.²⁶

Η. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι μίας βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία, με στόχο την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου

προσαρμογής του ασθενούς στις στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή. Ο κύριος ρόλος της είναι εκπαιδευτικός και εστιάζεται στην ανεύρεση και διόρθωση διαστρεβλωμένων σκέψεων, υποθέσεων και συμπεριφορών.¹⁰

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

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

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

Τα σχέδια παρέμβασης αφορούν στη διδασκαλία διαδοχικών βημάτων στον ασθενή ώστε να αναγνωρίσει τις συνέπειες των αντιλήψεων και των σκέψεων του που σχετίζονται με ανά αρνητικό γεγονός.²⁴

Το σχέδιο φροντίδας που ακολουθεί παρουσιάζει περιληπτικά τα εξής στάδια:

1. Αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς και εξοικειώσει του με τη θεραπεία.
2. Εκπαίδευση του ασθενούς και έλεγχος των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων από την υιοθέτηση του συγκεκριμένου τρόπου σκέψης.
3. Επιτυγχάνεται συμφωνία για το συγκεκριμένο σχέδιο δράσης και για τους στόχους που πρέπει να γράψουν.

4. Ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας του ασθενούς, η οποία θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για τις μελλοντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου.
5. Εφαρμογή των θεραπευτικών τεχνικών, π.χ. τεχνικές πρόκλησης σκέψεων, εξέταση σχημάτων, αποτελεσματική χρήση της ανατροφοδότησης.
6. Χτίσιμο των καινούργιων τρόπων σκέψης και συμπεριφοράς σε προηγούμενες επιτυχίες.
7. Εκπαίδευση του ασθενούς σε κοινωνικές δεξιότητες
8. Πρόληψη της υποτροπής²⁷

Θ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

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

Ι. ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σ' αυτήν, η έμφαση δίνεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα άτομα της ομάδας, τα οποία μοιράζονται τα προβλήματά τους. Οι ομάδες (γύρω στα 12 άτομα) συναντώνται μια φορά την εβδομάδα για μήνες έως χρόνια. Ο θεραπευτής (που συμμετέχει στην ομάδα) υιοθετεί ένα μη κατευθυντικό ρόλο, αλλά αποτρέπει τους ασθενείς του από το να κάθονται σιωπηλοί ή να μιλούν για άσχετα ζητήματα.

Κ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Βασίζεται στο σκεπτικό ότι τα προβλήματα δεν αναφύονται μόνο από το ίδιο άτομο, αλλά μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας της οικογένειας. Η προσδοκία είναι ότι η βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας θα οδηγήσει στη βελτίωση του άγνωστου μέλους.²⁶

Λ. ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προκειμένου για την αποκατάσταση σχιζοφρενικών αρρώστων που δεν έχουν τη δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένειά τους, ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθογόνος, είναι ανάγκη να βρεθεί ένα καινούριο, κατάλληλο για μια τέτοια αποκατάσταση περιβάλλον. Η ύπαρξη φορέων ανοιχτής περιθάλψεως- όπως μια θετή οικογένεια, ιατρεία αποθεραπείας, νοσοκομεία ημέρας και νοσοκομεία νύκτας, εργαστήρια προστατευμένης εργασία θα μπορούσε να προσφέρει μια εναλλακτική λύση.²⁰

5.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ποια προβλέπουμε πως θα είναι η εξέλιξη μιας παθολογίας καταστάσεως σαν τη σχιζοφρένεια μέσα στη ζωή ενός ανθρώπου, Θα γίνει γίνι αυτός ο άνθρωπος ποτέ καλά, θα καλυτερέψει, θα χειροτερέψει και πότε; Τι θα μπορούσε να επιδράσει. Με όλες τις επιφυλάξεις, μελέτες απ' όλο τον κόσμο επιτρέπουν τις ακόλουθες προγνωστικές παρατηρήσεις,: πέντε χρόνια ύστερα από την εμφάνιση της ΣΧ, περίπου 40% των αρρώστων έχουν ξαναβρεί την ισορροπία τους, οι μισοί περίπου είναι ακόμα ψυχωτικοί, αλλά ικανοί να συντηρηθούν στα σπίτια τους ή σε ανοιχτούς θαλάμους ειδικών νοσοκομείων, και 10% χρειάζονται διαρκώς εντατική νοσηλεία. Ύστερα από 20 χρόνια περισσότεροι από 20% έχουν συνέλθει τελείως. Κάπου το 33% έχουν καλυτερέψει σημαντικά, αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούργια ψυχωτικά επεισόδια. 33% παραμένουν σε μία χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση.

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

- ΜΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΛΕΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Θεωρώντας δεδομένη την πολυπλοκότητα της ΣΧ, οι σημαντικές ερωτήσεις για τη διαταραχή αυτή – η αιτία ή οι αιτίες που την προκαλούν, η πρόγνωση και η θεραπεία της – είναι απίθανο να λυθούν μέσα στα επόμενα χρόνια. Το ευρύ κοινό λοιπόν θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό σε ανθρώπους που διαφημίζουν ότι προσφέρουν τη ‘θεραπεία’ της ΣΧ ή ότι γνωρίζουν την αιτιολογία της. Τέτοιες απόψεις μπορεί να δημιουργήσουν πλασματικές προσδοκίες, οι οποίες όταν δεν εκπληρώνονται οδηγούν σε περαιτέρω απογοήτευση. Αν και γίνει σημαντική πρόοδος προς την καλύτερη κατανόηση της διαταραχής αυτής, υπάρχει ακόμη μεγάλη ανάγκη για ευρεία και εντατική βασική και κλινική έρευνα. Ελπίζουμε ότι η έρευνα αυτή θα αποδώσει καρπούς και θα ξεδιαλύνει τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς και ψυχικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεια της ΣΧ την επόμενη δεκαετία.²⁸

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

Αριθμός μελετών κατέδειξαν μία στενή σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής στη ΣΧ και γενικότερων κλιμάκων ψυχοπαθολογίας και επιπλέον ότι τα θετικά, αρνητικά και αποδιοργανωμένα συμπτώματα σχετίζονται λιγότερο με την ποιότητα ζωής. Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η σχέση μεταξύ ποιότητα

ζωής και συμπτωματολογίας σε 63 εσωτερικούς ασθενείς με διάγνωση ΣΧ ή σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Βρέθηκε η βαρύτερη κατάθλιψη, σύμφωνα με την κλίμακα Βραχείας Ψυχιατρικής Εκτίμησης (B P R S) σχετιζόταν λιγότερο με αισθήματα γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή και μικρότερη ικανοποίηση από την καθημερινή διαβίωση, τα οικονομικά την υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις, ακόμη και μετά από έλεγχο των θετικών, των αρνητικών συμπτωμάτων ή της καταθλίψεως. Κανένα άλλο σύμπτωμα της ΣΧ δεν σχετιζόταν ισχυρά με την υποκειμενική ποιότητα ζωής. Το άγχος παρουσίασε επίσης σημαντική συσχέτιση με αριθμό θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, ενώ η κατάθλιψη σχετιζόταν πολύ λιγότερο. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι ίσιο²⁹ χρειάζονται πλέον λεπτομερείς αναλύσεις της γενικότερης ψυχοπαθολογίας, και του άγχους ειδικότερα, για την περαιτέρω εξακρίβωση των παραγόντων που ενέχονται στη ποιότητα ζωής στη ΣΧ. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν μελλοντικές κατευθύνσεις για θεωρίες περί συναισθήματος και θεραπείες στη ΣΧ.²⁹

- ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ακούσια νοσηλεία είναι αποτέλεσμα της άρνησης των ασθενών με ψυχικές διαταραχές να δεχθούν νοσηλεία, η οποία δεν μπορεί να υπερβεί τους 6 μήνες.

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

Η εφαρμογή της ακούσια νοσηλείας ως μέσω θεραπευτικής παρέμβασης έχει προκαλέσει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις τόσο σε ηθικοπολιτικό όσο και επιστημονικό επίπεδο.²⁷

Με την ακούσια νοσηλεία τίθεται σε άμεση δοκιμασία η ελευθερία του ατόμου και τα θεμελιώδη δικαιώματα του.³⁰

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

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

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

Στην Ελλάδα μόλις το 1999, με τον νόμο 2716/ 1999, θεσμοθετείται η τομεοποίηση και η εξωνοσοκομειακή οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, παρόλο που η Ελλάδα κατέχει το θλιβερό προνόμιο των περισσοτέρων, αναλογικά, ακούσιων νοσηλειών στην Ευρώπη.

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

Β' ΜΕΡΟΣ

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6.1. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η ηλ-υγεία παρέχει στους ευρωπαίους πολίτες σημαντικές ευκαιρίες βελτιωμένης πρόσβασης σε καλύτερα συστήματα υγείας. Μπορεί να ενδυναμώσει τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας.

Οι πολίτες, τόσο ασθενείς όσο και υγιείς, μπορούν να επωφεληθούν έχοντας καλύτερη προσωπική εκπαίδευση σε θέματα υγείας και βελτιωμένη προφύλαξη από ασθένειες. Χρειάζονται υποστήριξη για να διαχειριστούν τις ασθένειες τους, τους κινδύνους που διατρέχουν- συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματικών ασθενειών- και του τρόπου ζωής τους. Αυξάνεται ο αριθμός ατόμων που αναζητούν ενεργά πληροφορίες σχετικά με την ιατρική τους κατάσταση. Επιδιώκουν ενεργό συμμετοχή σε αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους και όχι απλή αποδοχή της σημαντικής ανισότητας (‘‘ασυμμετρίας’’) γνώσεων μεταξύ αυτών και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Οι υπηρεσίες ηλ-υγείας παρέχουν έγκαιρη πληροφόρηση προσαρμοσμένη στις ανάγκες των ατόμων. Για την εκπαίδευση σε έγκαιρη πληροφόρηση προσαρμοσμένη στις ανάγκες των ατόμων. Για την εκπαίδευση σε θέματα υγείας, την ασφάλεια ατόμων, διεργασιών και εγκαταστάσεων στην εργασία, καθώς και διαχείριση του τρόπου ζωής διατίθενται εξειδικευμένοι επιγραμμικοί πόροι. Η επιτροπή ανέπτυξε δραστηριότητα όσον αφορά την καθιέρωση ποιοτικών κριτηρίων για δικτυακούς τόπους σχετικά με θέματα υγείας και την προσβασιμότητα των δικτυακών τόπων.

Η τηλεϊατρική είναι μία υποβοηθητική τεχνολογία που προωθήθηκε για να βελτιώσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κατοίκων μειονεκτικών περιοχών(γεωγραφικά απομακρυσμένων ή υποβαθμισμένων ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες). Η τηλεϊατρική επεκτείνεται με την πάροδο του χρόνου, γίνεται οικονομικότερη και συνεχώς προκύπτουν νέες εφαρμογές. Την τελευταία δεκαετία η τεχνολογική πρόοδος και η καθιέρωση του Διαδικτύου οδήγησαν στην αύξηση των προγραμμάτων τηλεϊατρικής σε

Νοσοκομεία, ακαδημαϊκά ιδρύματα, φυλακές, ασφαλιστικούς οργανισμούς, κ.α.

6.2. ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η τηλεψυχιατρική μπορεί να διεξαχθεί για ανταλλαγή γνώματεύσεων μεταξύ ειδικών ιατρών και ασθενών. Εφόσον ένας ψυχίατρος αντιμετωπίζει εξ' αποστάσεως περιστατικά κρίνεται σκόπιμο να διατηρεί επαφές με τοπικούς (στο χώρο του ασθενούς) συναδέλφους του ή άλλο είδος προσωπικού έτσι ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σε μεγάλης κλίμακας και γεωγραφικά κατανεμημένα συστήματα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (όπως προβλέπεται να εξελιχθεί μακροπρόθεσμα το σύστημα στην Ελλάδα μέσω του ΨΥΧΑΡΓΩΣ) για την παροχή φροντίδας σε ψυχικά ασθενείς εμπλέκονται περισσότεροι του ενός οργανισμοί ή οντότητες ή πρόσωπα. Η τηλεψυχιατρική στον τομέα αυτό μπορεί να βοηθήσει στο σχεδιασμό πλάνων φροντίδας με χρήση ειδικών που, λόγω των αποστάσεων, δεν είναι αλλιώς διαθέσιμοι. Τα πλάνα φροντίδας καταγράφονται σε ειδικό πληροφοριακό σύστημα και είναι προσπελάσιμα από ιατρικό ή άλλο προσωπικό που επιφορτίζεται με την επιτόπια παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς.

6.3. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΗΛ- ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΦΕΛΩΝ ΤΗΣ

Δεκαπέντε έτη περιφερειακής, εθνικής και διεθνούς έρευνας και ανάπτυξης για τη χρηματοδότηση της ηλ- υγείας στην Ευρώπη είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μεγάλου αριθμού εφαρμογών που υλοποιήθηκαν σε διάφορα κράτη μέλη . Υπάρχουν πολλά καλά παραδείγματα πρωτοβουλιών ηλ- υγείας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης .

- Διευθύνσεις στο Ίντερνετ που ασχολούνται με το θέμα

Το MEDCOM διαχειρίζεται επί του παρόντος πάνω από 80.000 μηνύματα καθημερινώς. Συνδεδεμένα στο δίκτυο είναι 100% των νοσοκομείων, φαρμακείων και γιατρών έκτακτης ανάγκης, 90% των παθολόγων, 98% των εργαστηρίων, 55% των ειδικευμένων γιατρών και 20% των δήμων. Το δίκτυο MEDCOM παρέχει στα νοσοκομεία τη δυνατότητα ηλεκτρονικών παραπεμπτικών και αποφυγής επανεισαγωγής δεδομένων. Η επαγγελματική ποιότητα των παραπεμπτικών έχει αυξηθεί, ενώ γίνεται απευθείας αποθήκευση των επιστολών αποποίησης ευθύνης.³²

- Τι είναι η ιστοσελίδα MEDLOOK

Η ιστοσελίδα MEDLOOK έχει σαν στόχο τη σοβαρή, έγκυρη, συνεχή ενημέρωση για θέματα υγείας. Οι πληροφορίες προέρχονται από διεθνώς αναγνωρισμένους οργανισμούς και από πηγές εγνωσμένου κύρους.

Η παρακολούθηση των ραγδαίων επιστημονικών, ερευνητικών και ιατρικών εξελίξεων αυτών με απλά κατανοητό αλλά και ελκυστικό τρόπο. Ταυτόχρονα επιλέγονται από τη μεγάλη μάζα των πληροφοριών που καθημερινά εμφανίζονται, τα γεγονότα τα οποία έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο για τη δημόσια υγεία ή αποτελούν μια πρωτοποριακή έρευνα που ανοίγει νέους ορίζοντες στον τομέα της βελτίωσης της ανθρώπινης υγείας.¹⁶

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7. ΕΡΕΥΝΑ

1.ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ

- Σχεδιασμός της έρευνας :

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

- Πληθυσμός – δείγμα:

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή το οποίο απευθυνόταν σε νοσηλευτές του Γ.Π.Ν.Θ. Η ΣΩΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΙΟΥ. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα που αποτελούνταν από 80 άτομα.

- Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιούλιο έως και τον Αύγουστο του 2006 στην περιοχή της Αθήνας. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στο χώρο του νοσοκομείου.

- Συλλογή δεδομένων

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην

απαντήσουν στις ερωτήσεις αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10 λεπτά της ώρας.

- Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

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

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν και τα 80 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν.

- Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνας, επιδιώκαμε την μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας, σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας έρευνας.

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

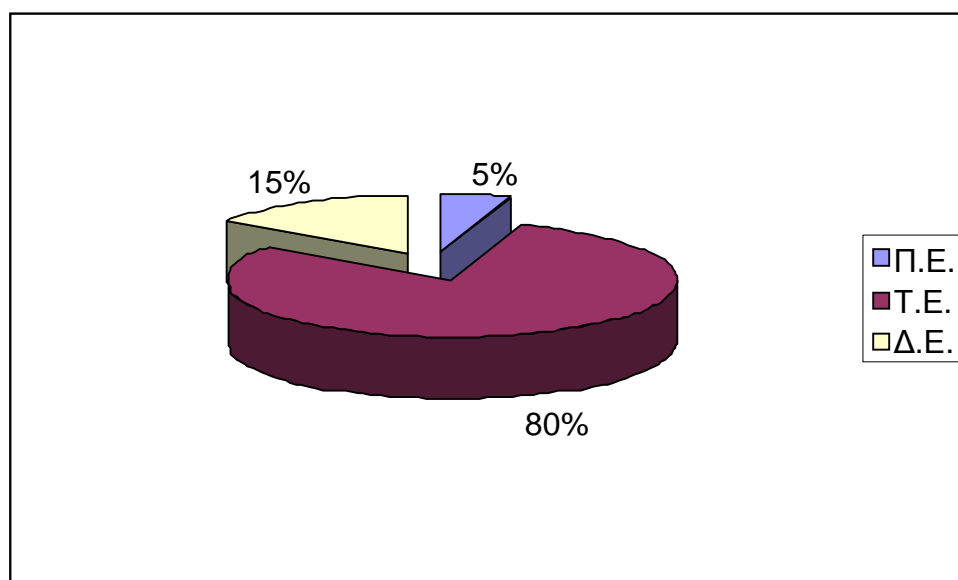
A. Δημογραφικά στοιχεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με τη βαθμίδα εκπαίδευσης όπου ανήκαν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Δ.Ε.	12	15
Τ.Ε.	64	80
Π.Ε.	4	5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100 %

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

ΣΧΗΜΑ 1 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με τη βαθμίδα.



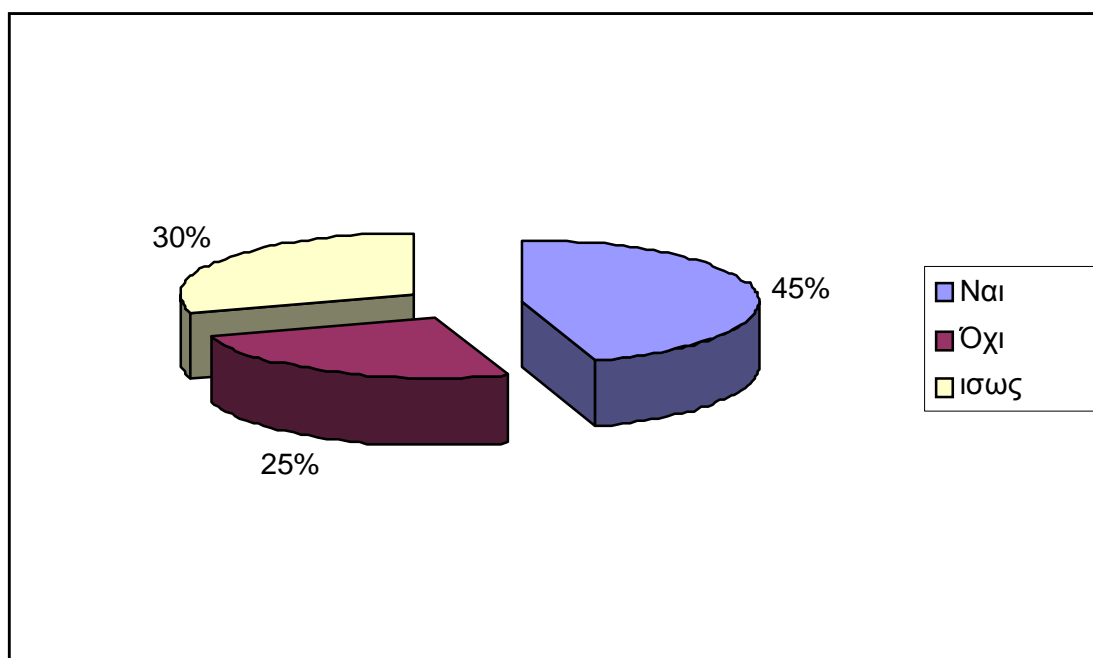
B. Απαντήσεις σε σχέση με το ερωτηματολόγιο

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων , εάν πιστεύουν ότι το internet μπορεί να βοηθήσει ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	36	45
Όχι	20	25
Ίσως	24	30
Σύνολο	80	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι μπορεί το internet να βοηθήσει ψυχικά διαταραγμένα άτομα.

ΣΧΗΜΑ 2 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το internet μπορεί να βοηθήσει ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς.

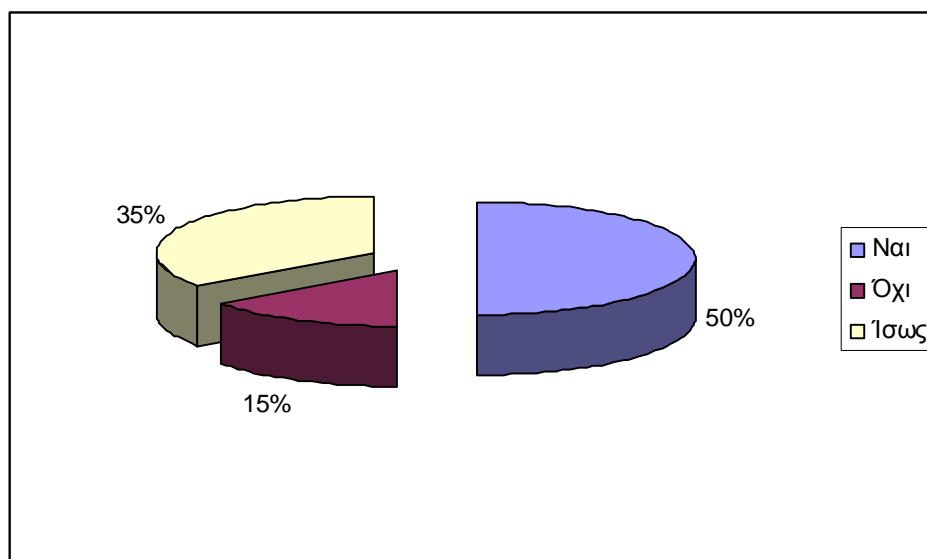


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων ,εάν θεωρούν ότι η στήριξη ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω προγραμμάτων internet, θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	40	50
Όχι	12	15
Ίσως	28	35
Σύνολο	80	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η στήριξη ασθενών μέσω προγραμμάτων internet θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΣΧΗΜΑ 3 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν η στήριξη ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω προγραμμάτων internet θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ασθενείς .

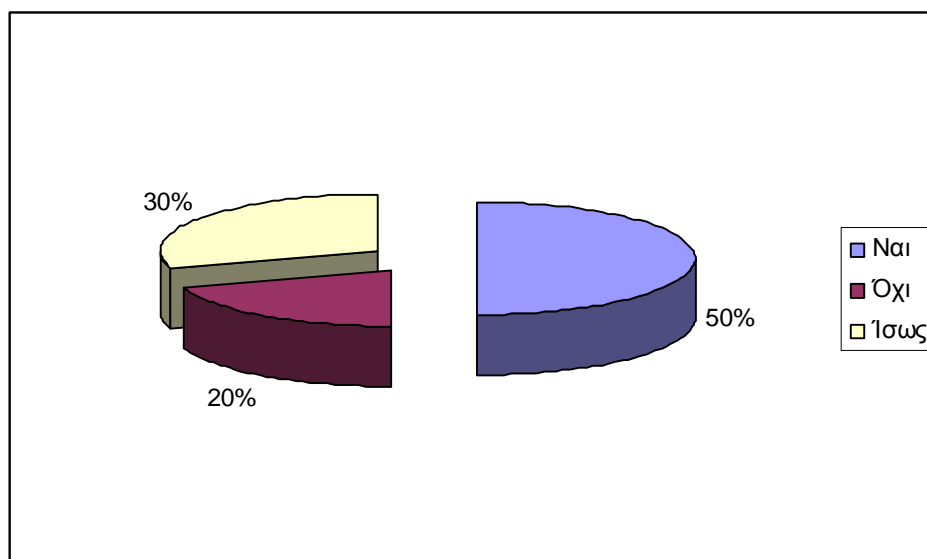


ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων ,εάν πιστεύουν ότι το σύστημα στήριξης των ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω internet θα γίνει αποδεκτό από το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	40	50
Όχι	16	20
Ίσως	24	30
Σύνολο	80	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι θα γίνει αποδεκτό το σύστημα στήριξης ασθενών με σχιζοφρένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΣΧΗΜΑ 4 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι θα γίνει αποδεκτό από το νοσηλευτικό προσωπικό το σύστημα στήριξης ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω internet.

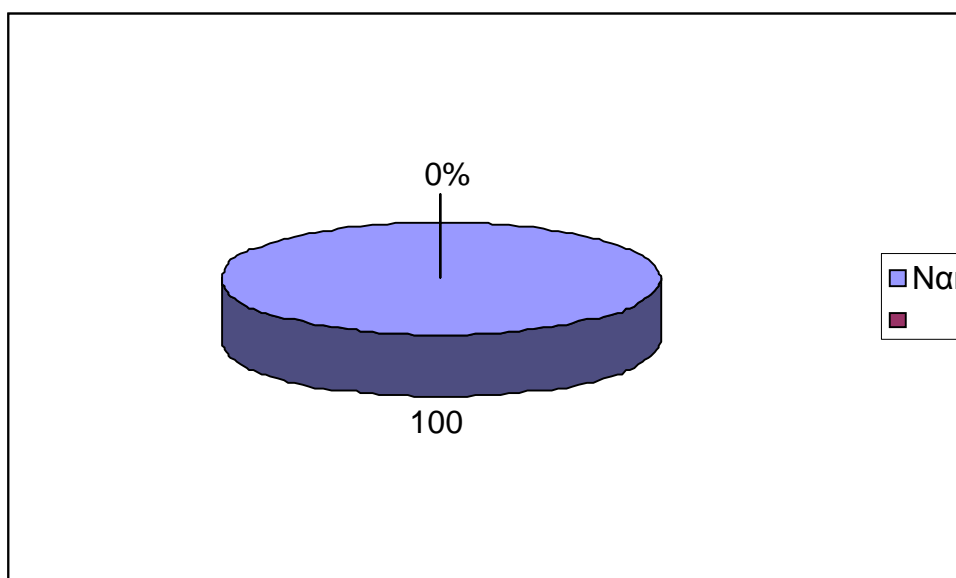


ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα χρειαστούν ειδικές γνώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό για να αντεπεξέλθει στη χρήση του συγκεκριμένου συστήματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΝΑΙ	80	100
ΟΧΙ	0	0
ΙΣΩΣ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

Το σύνολο των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι θα χρειαστούν ειδικές γνώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό για να αντεπεξέλθει

ΣΧΗΜΑ 5 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα χρειαστεί το νοσηλευτικό προσωπικό ειδικές γνώσεις για να αντεπεξέλθει στη χρήση του συγκεκριμένου συστήματος.

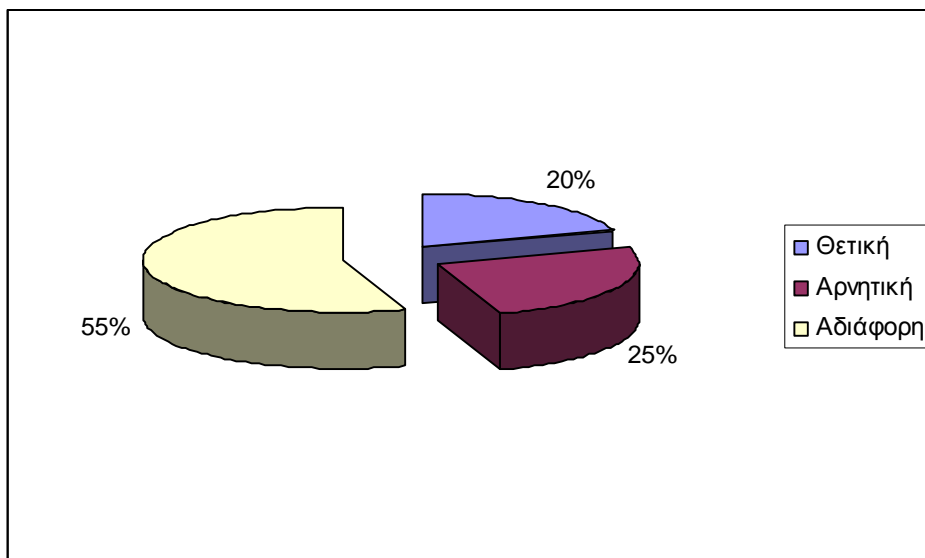


ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων ,σε σχέση με την αντίδραση των ασθενών ,εάν νομίζουν πως θα είναι θετική ή αρνητική ή αδιάφορη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Θετική	16	20
Αρνητική	20	25
Αδιάφορη	44	55
Σύνολο	80	100%

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

ΣΧΗΜΑ 6 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων στο ερώτημα ,ποια νομίζουν ότι θα είναι η αντίδραση των ασθενών.

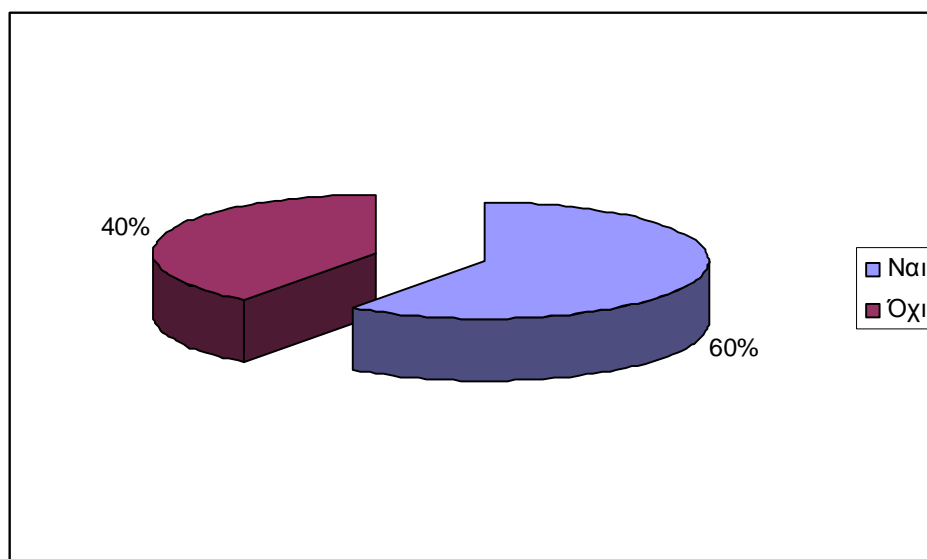


ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το σύστημα στήριξης ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω internet θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	48	60
Όχι	32	40
Σύνολο	80	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι το σύστημα στήριξης ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω internet θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας.

ΣΧΗΜΑ 7 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το σύστημα στήριξης ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω internet θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας.

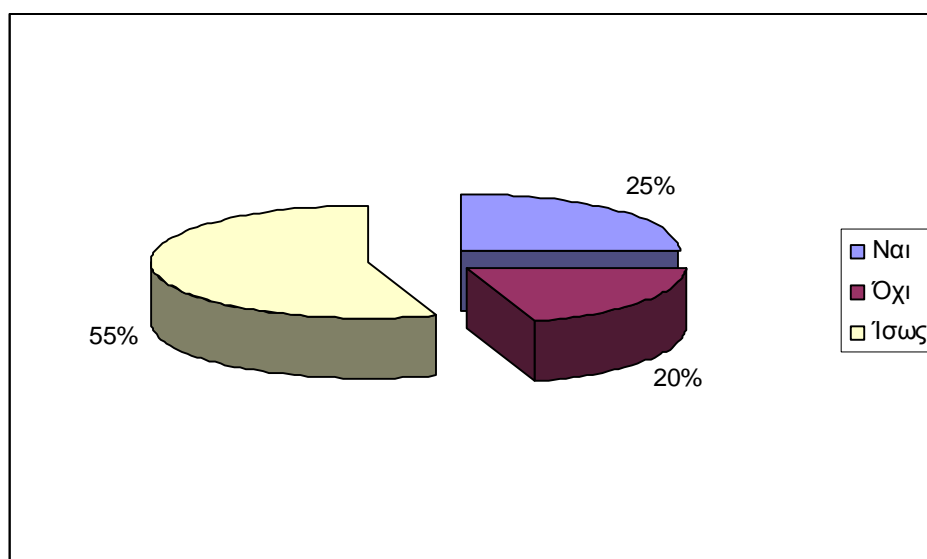


ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το internet θα είναι ένα κίνητρο προς καλυτέρευση της κατάστασής τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	20	25
Όχι	16	20
Ίσως	44	55
Σύνολο	80	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι ενδεχομένως το internet θα είναι ένα κίνητρο προς καλυτέρευση της κατάστασής τους.

ΣΧΗΜΑ 8 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το internet θα είναι ένα κίνητρο προς καλυτέρευση της κατάστασής τους.

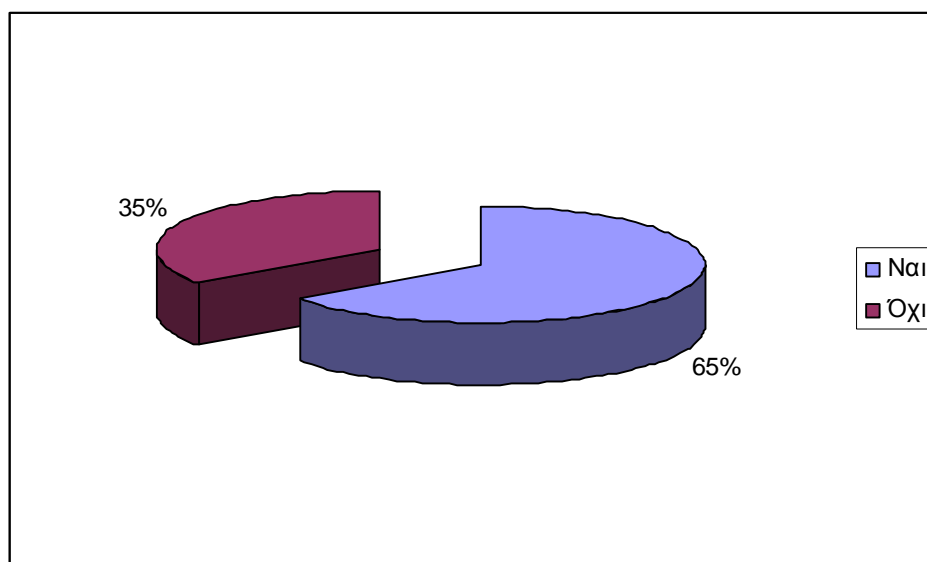


ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα άρτιο σύστημα στήριξης ψυχικά ασθενών στο internet.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	52	65
Όχι	28	35
Σύνολο	80	100%

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα άρτιο σύστημα στήριξης ψυχικά ασθενών στο internet.

ΣΧΗΜΑ 9 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα άρτιο σύστημα στήριξης ψυχικά ασθενών στο internet

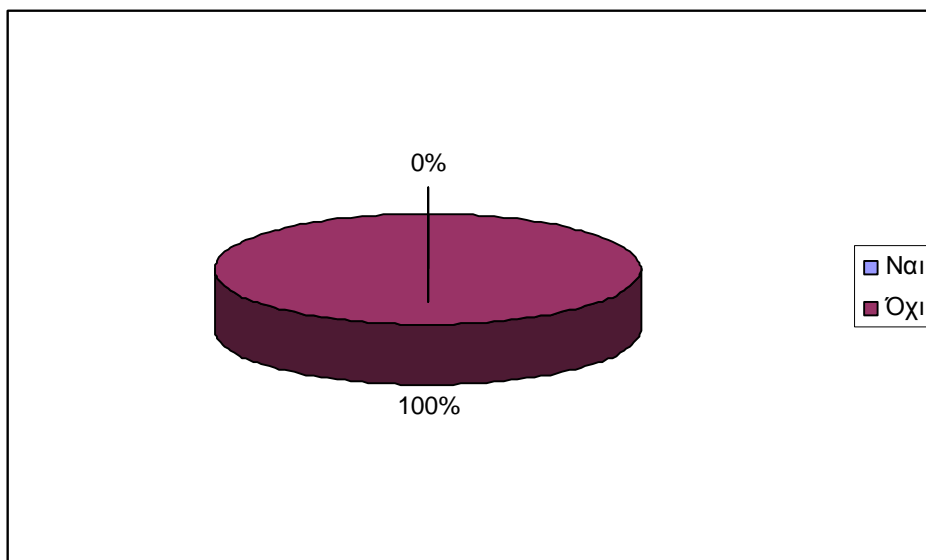


ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων των 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το εθνικό σύστημα υγείας είναι έτοιμο να εφαρμόσει το προαναφερθέν σύστημα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	0	0
Όχι	80	100
Σύνολο	80	100%

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

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν το εθνικό σύστημα υγείας είναι έτοιμο να εφαρμόσει το προαναφερθέν σύστημα.

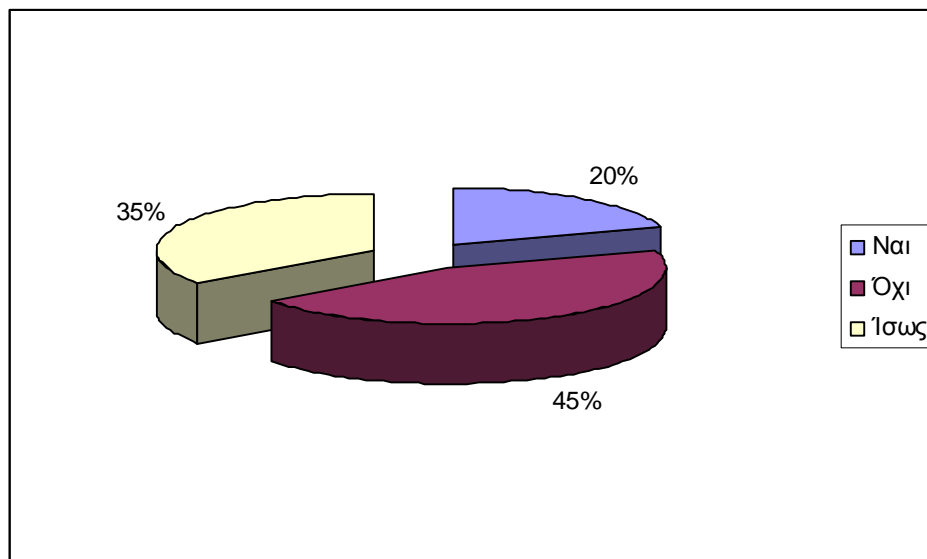


ΠΙΝΑΚΑΣ 11 : Κατανομή των απαντήσεων των 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρα μας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	16	20
Όχι	36	45
Ίσως	28	35
Σύνολο	80	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύει ότι δεν θα πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρα μας.

ΣΧΗΜΑ 11 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 80 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας στη χώρα μας.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

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

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

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

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

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

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

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

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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

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

Εκτός από τις θετικές επιδράσεις της εγκυμονεί πολλούς κινδύνους. Είναι δυνατόν κάποιο μη εξουσιοδοτημένο άτομο να αποκτήσει απόρρητες πληροφορίες αν υπάρχουν κενά στο μηχανισμό της ασφάλειας. Υπάρχει κίνδυνος μηχανοποίησης του έργου του νοσηλευτή και μη εκμετάλλευσης του αστείρευτου πνευματικού δυναμικού του ανθρώπου.

Ο νοσηλευτής οφείλει να εκμεταλλευτεί τις δυνατότητες της πληροφορικής και να αποφύγει τις δυσάρεστες επιπτώσεις της. Ποτέ δεν πρέπει να ξεχνά τον σκοπό του έργου του που είναι η παροχή φροντίδας στον άρρωστο. Πρέπει να βλέπει τον ψυχικά διαταραγμένο ασθενή σαν άρρωστο και όχι σαν μια σειρά από δεδομένα στην οθόνη του υπολογιστή. Άλλωστε κανένα μηχάνημα δεν θα μπορέσει ποτέ να προσφέρει στον άρρωστο αυτό που πραγματικά χρειάζεται, την αγάπη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Σε ποια βαθμίδα ανήκετε;

ΔΕ ΤΕ ΠΑ

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

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] ΙΣΩΣ []

3) Θεωρείται ότι η στήριξη ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω προγραμμάτων internet θα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] ΙΣΩΣ []

4) Πιστεύετε ότι το σύστημα στήριξης ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω internet θα γίνει αποδεκτό από το νοσηλευτικό προσωπικό ;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] ΙΣΩΣ []

5) Νομίζεται πως το νοσηλευτικό προσωπικό θα χρειαστεί ειδικές γνώσεις για να αντεπεξέλθει στη χρήση του συγκεκριμένου συστήματος;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] ΙΣΩΣ []

6) Η αντίδραση των ασθενών νομίζεται πως θα είναι ;

- Θετική []
- Αρνητική []
- Αδιάφορη []

7) Πιστεύετε πως το σύστημα στήριξης των ασθενών με σχιζοφρένεια μέσω internet θα πρέπει να αναφέρεται σε ασθενείς κάθε ηλικίας ;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] ΙΣΩΣ []

8) Νομίζετε πως τα προγράμματα στήριξης μέσω internet θα είναι ένα κίνητρο για καλυτέρευση της κατάστασής τους;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] ΙΣΩΣ []

9) Πιστεύετε πως στην εποχή μας μπορεί να δημιουργηθεί ένα άρτιο σύστημα στήριξης ψυχικά ασθενών στο internet;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

10) Νομίζετε πως το εθνικό σύστημα υγείας είναι έτοιμο να στηρίξει του προαναφερθέν σύστημα;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] ΙΣΩΣ []

11) Από την εμπειρία σας θεωρείτε ότι πρέπει να δοκιμαστεί μια τέτοια μέθοδος ψυχοθεραπείας ; ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] ΙΣΩΣ []

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Ο Ken Alexander είναι ένας αυστραλός επιστήμονας, ο οποίος αφού είχε την εμπειρία της ψυχικής ασθένειας μέσα στην ίδια του την οικογένεια, αφοσιώθηκε στην εκπαίδευση των οικογενειών και ανέπτυξε μια μέθοδο εκπαίδευσης εθελοντών συγγενών δείχνοντας τους τρόπους αντιμετώπισης της ΣΧ μέσα στην οικογένεια.

1. **Συνειδητοποιείτε** ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μια σπάνια ασθένεια. Μπορεί να φαίνεται έτσι αλλά αυτό οφείλεται στο ότι δεν συνηθίζουμε να συζητούμε ανοιχτά αυτό το θέμα. Το κρύβουμε.
2. **Μάθετε** όσα περισσότερα μπορείτε για τη σχιζοφρένεια, για τα αίτια, την πορεία, την έκβαση, τη θεραπεία της.
3. **Μην μπείτε** ποτέ στη διαδικασία της ενοχής. Αυτό μπορεί να καταστρέψει για πάντα την ευκαιρία της συνετής αντιμετώπισης της νόσου. Μπορεί να καταστρέψει εσάς τους ίδιους. Θα απαλλαγείτε από τις ενοχές σας όταν πληροφορηθείτε ότι σύμφωνα με τις σύγχρονες θεωρίες οι οικογένειες δεν προκαλούν σχιζοφρένεια και δεν ευθύνονται για τη γένεσή τους.
4. **Προσπαθήστε** να βρείτε τους κατάλληλους επαγγελματίες που θα σας βοηθήσουν. Αναγνωρίστε τους από την καλοσύνη και τη συμπάραστασή τους, από την επιθυμία τους να σας ενημερώνουν και την προθυμία τους να σας θεωρούν συνεργάτη τους. Αναγνωρίστε τους από την ικανότητα που έχουν να σας μεταδίδουν με σιγουριά τις

σωστές γνώσεις που θα σας βοηθήσουν στο να κατανοήσετε και να αντιμετωπίσετε τη σχιζοφρένεια.

5. **Ελάτε σε επαφή** με μια ομάδα αυτοβοήθειας για οικογένειες που κάποιο μέλος τους πάσχει από σχιζοφρένεια.
6. **Παραδεχθείτε** ότι σε μια τόσο περίπλοκη ασθένεια όπως η σχιζοφρένεια, ο ενστικτώδης αυθορμητισμός μας, είναι συχνά ένας λανθασμένος οδηγός για την αντιμετώπιση της νόσου και τη φροντίδα των ασθενών. Εμείς οι συγγενείς χρειαζόμαστε καταρχήν εκπαίδευση.
7. **Προσπαθήστε** να ανακαλύψετε τις αιτίες και τις πηγές των πιέσεων από τις οποίες εμείς οι συγγενείς υποφέρουμε.
8. **Αντιμετωπίστε** με ιδιαίτερη προσοχή τις ανάγκες και των άλλων μελών της οικογένειας.
9. **Σημειώστε** ότι η απόλυτη και χωρίς όρια αυτοθυσία για τον συγγενή μας που πάσχει από σχιζοφρένεια, δεν τον ωφελεί πάντα και μερικές φορές μπορεί να χειροτερέψει την κατάστασή του.
10. **Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε** ότι το να καταναλώνουμε απεριόριστο χρόνο με το συγγενή μας που πάσχει από σχιζοφρένεια, δεν ωφελεί πάντα και μερικές φορές μπορεί να χειροτερέψει την κατάστασή του.
11. **Δημιουργήστε** και διατηρήστε φιλίες, δραστηριότητες και ευχάριστες ασχολίες ιδίως σε χώρους εκτός σπιτιού σας.
12. **Βάλτε ως στόχο** να διατηρήσετε το κατάλληλο επίπεδο ανεξαρτησίας και για τον συγγενή σας αλλά και για τον εαυτό σας.
13. **Θα εκπλαγείτε** όταν ανακαλύψετε ότι εκείνο που διακρίνει τους συγγενείς που μπορούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία την κατάσταση,

από εκείνους που δεν μπορούν, είναι η ικανότητα που έχουν να προσαρμόζονται στις αλλαγές και να μπορούν να βλέπουν τα πράγματα από διαφορετικές οπτικές γωνίες.

14. Φροντίστε τον εαυτό σας .

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αφροδίτη Χρ. Ραγιά**, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Δ΄ ΕΚΔΟΣΗ, Αθήνα 2004, Σελ. 233
2. www.nursing.gr/pliоforiki.html, Η Πληροφορική σαν Μέσο για την Προώθηση και Εξέλιξη της Νοσηλευτικής, << Μια Νεωτεριστική Επανάσταση στην Κλινική Άσκηση>>
3. **Παπαντώνης Σπύρος**, Πτυχιακή Εργασία<< Internet και Νοσηλευτική>>, Υπεύθυνος Καθηγητής Κουτσογιάννης Κων/νος, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2001, Σελ. 29
4. **Φωτεινή Τσαλίκογλου- Κωστοπούλου**, << Σχιζοφρένεια και φόνος>>, << Μια Ψυχολογική- Εγκληματολογική Έρευνα>>, Εκδόσεις Παπαζήση, Β΄ Έκδοση, Αθήνα 1989, Σελ. 28-34, Σελ. 205
5. **Kraepelin E.** Dementia Praecox and Paraphrenia Translated by RM Barklay and GM Robertson, N. York, Robert E. Krilger, Publishing Company, 1971
6. **Bleurer E.** Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias, Translated by J. Zikih, N. york, International Universities Press, 1950
7. www.stress.gr
8. **Lewins G. Pelosis A.** , The Case- Contral Study in Psychiatry Br. J. Psychiatry, 1990

9. **Jablensky A. Sartorius, N. , Emberg G. et al. Schizophrenia: Manifestations Incidence and Course in Different Cultures. A WHO ten country study Psych Med, monography Supplement, 1992**
10. **Wing. Jk , Cooper JE , Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms, Cambridge: Cambridge Uni**
11. **Keith SJ, Regier DA, Rae Ds, Schizophrenic disorders. In Robius LN , eds , Psychiatric Disorders in America : The Epidimiologic Catchment Area Study. New York: Free Press, 1991**
12. **Office of Population Census and Surveys OPCS Surveys of Psychiatric morbidity in Graet Britain: Bulletin No 1 the Prevalence of Psychiatric morbidity among adults aged 16- 64 in private houholds in Graet Britain. London OPCS**
13. **Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, “ Ψυχιατρική ” Γ. Έκδοση Αθήνα 1998 έκδοση “Γραφικές Τέχνες ” Αφοί Γ. Κιώτη Ο.Ε. σελ 81**
14. **Αθηνά Γιαννοπούλου, “Ψυχιατρική νοσηλευτική” ,Νέα έκδοση, Αθηνά 1996 εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ**
15. **Κ. Κατσαφούρος “ Κλινική Φαρμακολογία” Α΄ έκδοση. Έκδοση του Ψ.Ν.Α. Δρομοκαϊτίου, Αθήνα 2004. σελ. 20-22**
16. **www.medlook.net**
17. **www.mednet.gr. (Psyc Med Net Hellas- Σχιζοφρένεια) Οκτώβριος 2004.**
18. **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας , “ Ταξινόμηση ICD-IO ψυχικών διαταραχών και διαταραχών “ συμπεριφοράς” Γενεύη 1993.**
19. **www.geope.gr**
20. **Κ. Στεφάνης και Συνεργάτες “ Θέματα Ψυχιατρικής ” 1997**

21. Μπαλογιάννης. "Ποιμαντική νοσηλευτική", Θεσσαλονίκη, 1988
22. www.myworld.gr
22. word. **Psychiatric Association Diagnostic criteria and Schizophrenia and Affective Psychoses.** American Psychiatric Press Washington DC. 1983
23. Ν. Μάνου " Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής " , 1997 Νοσηλευτικής και Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας " Νοσηλευτική 2002.
24. Γιωργος Χριστοδουλου, "Ψυχιατρική κλινική " Πανεπιστημίου Αθηνων Εκδόσεις Βητα , 2000
25. Περιοδικό " Αναζητήσεις " , τόμος 3^{ος} , 2003
26. Β. Μούγια, Νοσηλευτικό, Τεύχος Ιανουάριος – Μάρτιος 2001
27. Π. Χαρτοκόλλης. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική Β' Έκδοση αναθεώρηση εκδόσεις θεμέλιο σελ. 193-194
28. Τ. Βιδάλη Τ., Νοσηλευτικό, Τεύχος Ιανουάριος – Μάρτιος 2001
29. Αλεβιζόπουλος Γεώργιος, " Δικαστική Ψυχιατρική " , Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1998
30. Sensky T. , Hughes T. , Hirsh. S. compulsory psychiatric treatment in the community : a controlled study of patients whom psychiatrists e community : a controlled study of patients whom psychiatrists
31. www.hlektronikhygeia.gr

