



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

**& ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΤΣΙΦΙΛΙΤΑΚΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2008



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρώτο Μέρος	
<b>Κεφάλαιο 1</b> .....	<b>2</b>
-Πρόλογος.....	2
-Εισαγωγή.....	3
-Ορισμός.....	4
-Ιστορική ανάδρομη.....	6
<b>Κεφάλαιο 2</b> .....	<b>9</b>
-Επιπολασμός & Επιδημιολογία.....	9
<b>Κεφάλαιο 3</b> .....	<b>19</b>
-Κλινικοί Τύποι Σχιζοφρένειας.....	19
<b>Κεφάλαιο 4</b> .....	<b>24</b>
-Αιτιολογία.....	24
<b>Κεφάλαιο 5</b> .....	<b>36</b>
-Κλινική εικόνα και Διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοφρένειας.....	36
<b>Κεφάλαιο 6</b> .....	<b>42</b>
-Πρόγνωση.....	42
<b>Κεφάλαιο 7</b> .....	<b>45</b>
-Διάγνωση και Διαφορική διάγνωση.....	45
<b>Κεφάλαιο 8</b> .....	<b>49</b>
-Θεραπεία.....	49
-Σωματικές θεραπείες.....	50
-Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.....	53
-Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία.....	54
-Ψυχοθεραπεία.....	56
-Μετανοσοκομειακή φροντίδα.....	59
-Η αμφισβήτηση της σχιζοφρένειας.....	61
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ	
<b>Κεφάλαιο 1</b> .....	<b>70</b>

-Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.....	70
<b>Κεφάλαιο 2</b> .....	<b>72</b>
-Παρουσίαση περιστατικού.....	72
Ιστορικό ασθενούς.....	72
Πορεία του ασθενούς στον Ξεώνα σήμερα.....	74
Νοσηλευτική παρέμβαση.....	76
Α. Βελτίωση συνθηκών αυτοεξυπηρέτησης.....	76
Β. Αντιμετώπιση ιδεών ιδεοληπτικού τύπου.....	77
Γ. Αντιμετώπιση παραληρηματικών ιδεών δηλητηριάσεως.....	78
Δ. Αντιμετώπιση παραληρηματικών ιδεών ομοφυλοφιλίας.....	78
<b>Κεφάλαιο 3</b> .....	<b>80</b>
-Νοσηλευτικές διαγνώσεις και νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με Σχιζοφρένεια.....	80
α)Νοσηλευτική Διάγνωση.....	80
β)Νοσηλευτικός Σκοπός / Στοχοθεσία.....	81
γ)Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	82
δ)Νοσηλευτική Αξιολόγηση.....	88
-Συνέχεια της αυτοφροντίδας/Προγραμματισμός Αποθεραπείας.....	89
<b>Κεφάλαιο 4</b> .....	<b>91</b>
-Μύθοι και αλήθειες σχετικά με τη Σχιζοφρένεια σήμερα.....	91
-Βιβλιογραφία.....	93

# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ





### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες ή διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η ψύχωση. Θα έλεγε κανένας ότι είναι η κατεξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος αποκαλεί τρέλα. Η ψύχωση, ή καλύτερα οι ψυχώσεις και τα συμπτώματα που τις χαρακτηρίζουν, διακρίνουν τον ανώμαλο άνθρωπο από τον ομαλό όσο κανένα άλλο ψυχιατρικό φαινόμενο.

Στην ουσία, ο άνθρωπος που παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα, ότι η σκέψη του, τα συναισθήματα του και εν γένει η συμπεριφορά του υπακούουν σε μια εξωπραγματική λογική, ότι είναι αποκυήματα μιας φανταστικής πραγματικότητας. Και, κάτι το παθολογικό, ο άνθρωπος που εκδηλώνει τέτοια συμπτώματα δεν έχει συνήθως συνείδηση του γεγονότος ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα. Έχει, με αλλά λόγια, την πεποίθηση ότι ο τρόπος με τον οποίο

σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται ανταποκρίνεται σε αντικείμενα που υπάρχουν και γεγονότα που πραγματικά συμβαίνουν. Είναι τόσο βέβαιος για αυτό, ώστε κανένα επιχείρημα ή απόδειξη να μη μπορεί να τον πείσει ότι δεν είναι έτσι όπως εκείνος αισθάνεται και πιστεύει.<sup>1</sup>

Εμπειρίες ανάλογες με αυτό που λέγεται ψύχωση έχουμε όλοι κάποια στιγμή στη ζωή μας. Το όνειρο είναι μια τέτοια εμπειρία. Κι όταν παρασυρόμαστε από έναν μεγάλο θυμό, ενθουσιασμό ή ερωτικό πάθος μπορούμε να οδηγηθούμε σε σκέψεις και πράξεις ανάλογες με αυτές που

χαρακτηρίζουν μια ψυχωτική κατάσταση.<sup>2</sup>

Είναι επόμενο να αναρωτηθούμε μήπως η ψυχική υγεία είναι ουσιαστικά κάτι πολύ σύνθετο και συγχρόνως πολύ απλό, αυτό που θεωρούσαν ήδη ως υγεία γενικότερα οι προσωκρατικοί φιλόσοφοι (Λυπουρλης,1983). Ο Αναξίμανδρος όριζε την υγεία ως « την αρμονία και ισορροπία των αντιμαχομένων μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό ». Ανάλογες απόψεις είχαν και οι Πυθαγόρειοι. Ο Αλκμέων έλεγε ότι « εκείνο που γεννά και συντηρεί την υγεία, είναι η ισορροπία (ισονομία) των δυνάμεων υγρού και ξηρού, ψυχρού και θερμού...». Παρόμοιες απόψεις είχαν και οι υπόλοιποι προσωκρατικοί φιλόσοφοι που ασχολήθηκαν με την υγεία.<sup>3</sup>

Μήπως λοιπόν η ψυχική υγεία είναι η αρμονική σύνθεση και οργάνωση των εξαιρετικά πολύπλοκων μηχανισμών του εγκεφάλου και του σώματος του ανθρώπου;

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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.<sup>4</sup>



Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή, για την οποία βρίσκουμε μαρτυρίες από την αρχαιότητα. Είναι μια πάθηση που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα, όσο λίγες παθήσεις, καθώς το δέος που προκαλούσε στους ανθρώπους η «τρέλα» και τους έκανε συχνά να την

αποδίδουν σε θεϊκή παρέμβαση, σε δαιμονισμό και σε άλλες μεταφυσικές αίτιες.<sup>5</sup>

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Αποτελεί πολυδιάστατη ασθένεια που εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των ψυχώσεων και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα.<sup>6</sup>

Αν η ψυχική αρρώστια ορίζεται με τις ίδιες εννοιολογικές μεθόδους όπως η οργανική αρρώστια, αν τα ψυχολογικά συμπτώματα απομονώνονται και ομαδοποιούνται σαν συμπτώματα φυσιολογίας, αυτό συμβαίνει γιατί, πάνω απ' όλα, η αρρώστια, είτε ψυχική είτε οργανική, θεωρείται σαν μια φυσική οντότητα που εκδηλώνεται με ιδιαίζοντα συμπτώματα. Ανάμεσα σ' αυτές τις δυο μορφές παθολογίας, λοιπόν, δεν υπάρχει μια πραγματική ενότητα ,παρά μονοπάτι διάμεσου αυτών των δυο αξιωμάτων, ένας αφηρημένος παραλληλισμός. Και το πρόβλημα της ανθρώπινης ενότητας και της ψυχοσωματικής ολότητας παραμένει τελείως ανοιχτό.<sup>7</sup>

## **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Ο όρος "Σχιζοφρένεια" δηλώνει μια ομάδα ψυχικών παθήσεων, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό και ουσιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση. Στα χαρακτηριστικά αυτών των παθήσεων, συνηθέστερα, περιλαμβάνονται διαταραχές της σκέψης, της αντίληψης και της συμπεριφοράς, καθώς και ένα αμβλύ ή αταίριαστο με την πραγματικότητα συναίσθημα. Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στην

ιατρική για να περιγράψει μια ιδιαίτερα περιπλοκή και όχι καλά κατανοητή κατάσταση την πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές.<sup>8</sup>

Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στην πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή, ή μια ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες.

Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής, λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Όταν σε ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα, τότε θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια.

Ο όρος "ψυχωτικός" σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του.

Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά τη διάρκεια της ζωής τους, άλλα τελικά κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα.<sup>9</sup>

Άλλα άτομα με χρόνια (είτε συνεχή, είτε υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια, μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς τη βοήθεια και τη φροντίδα άλλων ανθρώπων.<sup>10</sup>



Η σχιζοφρένεια είναι μια συμπλοκή νοσολογική οντότητα, η οποία κατά βάση χαρακτηρίζεται από μια ουσιαστική (πυρηνική) μεταβολή της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, που εκφράζεται με σειρά διαταραχών από τη σκέψη,



την αντίληψη, το συναίσθημα, τη βούληση και τη συμπεριφορά.<sup>11</sup>

Σήμερα θεωρούμε τη σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητα, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση -παραμόρφωση- της πραγματικότητας (ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας) παρουσιάζεται με διαταραχές συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στη ψυχοκινητικότητα.<sup>12</sup>

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μια στοιχειώδης ιστορική αναδρομή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ορισμένα χαρακτηριστικά συμπτώματα, που σήμερα θα μπορούσαν να ενταχθούν στο νοσολογικό πλαίσιο της σχιζοφρένειας, αναδύονται αποσπασματικά μέσα από κείμενα εδώ και πάνω από 3000 χρόνια.<sup>13</sup>

Περιγραφές τέτοιων συμπτωμάτων ανευρίσκονται στις ινδουιστικές Βίδες (1400 π.χ.), ενώ στη Ιπποκράτους Συλλογή (5ος αιώνας π.χ.) περιγράφεται η «παράνοια» (όχι ίσως με τη σημερινή της διάσταση, αλλά ως μια προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών). Κατά τον 2ο μ. αιώνα ο Γαληνός περιέγραψε την «παραφροσύνη», ο Αρεταίος ο Καππαδόκης διαχώρισε τα μανιακά συμπτώματα από αυτά που σήμερα κατηγοριοποιούνται ως σχιζοφρενικά και περιέγραψε περιπτώσεις παραληρήματος, ενώ ο Σαρώνος ο Έφεσος ανέφερε ορισμένες κατατονικές και παραληρητικές καταστάσεις.<sup>14</sup>

Κατά τα επόμενα 1000 χρόνια, η νόσος, μαζί φυσικά με τις άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, εμπλέκονταν στις θεοκρατικές αντιλήψεις, που στη χειρότερη τους έκφραση, κατά το Μεσαίωνα, τη θεώρησαν ως δείγμα δαιμονοκρατίας, με αποτέλεσμα την «δια της πυράς»

αντιμετώπιση της.

Κατά την Αναγέννηση, η κατάσταση αυτή έδωσε προοδευτικά τη θέση της σε πλέον ανθρωπιστικές προσεγγίσεις, μαζί με την επανακάμψι των ξεχασμένων Ιπποκρατικών αντιλήψεων.

Στις αρχές του 18ου αιώνα άρχισαν να παρουσιάζονται οι πρώτες κλινικές παρατήρησης για τη νόσο, οι πρώτες προσπάθειες νοσολογικής ένταξης διαφόρων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες δημιούργησαν τις κατάλληλες συνθήκες οριοθέτησης της νόσου, η όποια βρήκε τον κύριο εκφραστή της στο πρόσωπο του Kraepelin.<sup>15</sup>

Πράγματι, το 1896 καθιέρωσε την ταξινόμηση των διαφόρων μορφών (κατατονία, ηβηφρενία, παρανοειδής άνοια) τις οποίες ενέταξε σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα δυο χρόνια αργότερα. Παράλληλα, ο Diem πρόσθεσε στα παραπάνω και την απλή μορφή της νόσου.<sup>16</sup>

Ο Blevier ήταν αυτός που καθιέρωσε τον όρο σχιζοφρένεια, που σημαίνει "αποσάθρωση του νου". Πίστευε σε αντίθεση με τον Kraepelin, ότι η νοητική αποδιοργάνωση δεν ήταν αναγκαία και αναπόφευκτη κατάληξη της διαταραχής και διαχώρισε τα συμπτώματα σε θεμελιώδη-πρωτεύοντα και συνωδά-δευτερεύοντα.

Στα θεμελιώδη συμπεριέλαβε τη χάλαση του συνειρμού, το πλέον θεμελιώδες κατά αυτόν σύμπτωμα, τη διαταραχή του συναισθήματος, τον αυτισμό και την αμφιθυμία.<sup>17</sup>

Στα συνωδά συμπτώματα της νόσου περιέλαβε τις ψευδαισθήσεις και τα παραληρήματα.

Διέκρινε 4 μορφές της νόσου:

- την παράνοια, που χαρακτηρίζεται από επιμένοντα παραληρήματα και ψευδαισθήσεις.
- την κατατονία, με κατατονικά συμπτώματα επικρατούντα συνεχώς.
- την ηβηφρενία, με παραληρήματα και ψευδαισθήσεις που δεν

επικρατούν όμως στην κλινική εικόνα συνεχώς.

- την απλή σχιζοφρένεια, κατά τη διάρκεια της πάρεις, της οποίας, μονό τα θεμελιώδη συμπτώματα μπορεί να παρουσιαστούν.<sup>18</sup>

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

Στις "Δυτικές" κοινωνίες η τρελά δε θεωρούνταν ιατρικό πρόβλημα μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα. Εκείνη την περίοδο δημιουργήθηκε μια κίνηση υπέρ της προσφοράς πιο ανθρώπινης φροντίδας στους ψυχικά ασθενείς, και έτσι δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την παροχή μιας πιο επιστημονικής, ιατρικής φροντίδας. Στα πλαίσια αυτά οι ψυχικά ασθενείς ελευθερώθηκαν από τις αλυσίδες και αφέθηκαν από τις φύλακες που κρατούνταν, ενώ ταυτόχρονα τους προσφέρθηκε μια πιο κατάλληλη φροντίδα.



Αργότερα, πολλές άλλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών αναγνωρίστηκαν. Έτσι στις αρχές του 20ου αιώνα η σχιζοφρένεια είχε ήδη διαχωριστεί από τη μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και είχε διακριθεί σε διαφορές υποκατηγορίες.

Το 1911, ο γερμανός ψυχίατρος Eugen Bleuler, χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «η ομάδα των σχιζοφρενειών». Παρότι προέκυψαν διαφωνίες μεταξύ των επιστημόνων ως προς το ποιες ακριβώς καταστάσεις πρέπει να συμπερίλαβε η ομάδα αυτή των διαταραχών, ο ορός Σχιζοφρένεια καθιερώθηκε από τότε και χρησιμοποιείται ως σήμερα.<sup>9</sup>



### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Χωρίς αμφιβολία η σχιζοφρένεια αποτελεί το πιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική, και αυτό από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας. Η δυσκολία αρχίζει από τη διάγνωση της διαταραχής. Δυσκολία που οφείλεται κυρίως στο μυστήριο της αιτιολογίας της και παίρνει στην εκτίμηση της εκτάσεως του προβλήματος -την επιδημιολογία του- για να καταλήξει στη δυσκολία να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά και κοινωνικά.

Ειδικότερα, το ερώτημα για την έκταση του προβλήματος αναφέρεται στον προσδιορισμό της συχνότητας της διαταραχής. Θα βοηθούσε αν ξέραμε την επίπτωση της, δηλαδή την αναλογία των σχιζοφρενικών περιπτώσεων μέσα στον γενικό πληθυσμό και τον επιπολασμό της, την αναλογία των περιπτώσεων μέσα σε ορισμένα χρονικά, γεωγραφικά, εποχικά η αλλά όρια.

Ως μάλλον πρόσφατα επικρατούσε η εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του πολιτισμού. Και αυτή είναι ακόμα, βασικά, η λεγομένη αντιψυχιατρική άποψη του Κουπέ, του Κίνγκ και του Φουκώ. Αλλά, κατά τα φαινόμενα, η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτισμικό επίπεδο, τη βιομηχανική ανάπτυξη η το πολίτευμα της χώρας που ζει ο ασθενής.

Από την άλλη μεριά, είναι αλήθεια ότι η έκφραση της ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία, και σε μερικές κοινωνίες είναι ίσως δύσκολο να αναγνωρισθεί ως σχιζοφρένεια.

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι προβληματική όχι μονό

γιατί η διάγνωση της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα, και επομένως να συγκριθούν τα αποτελέσματα από διαφορές μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, για πρώτη η πολλοστή φορά, και ο άρρωστος να νοσηλεύεται η όχι κατά την περίοδο που ερευνά μια μελέτη, η να μην έχει νοσηλευτεί ποτέ. Ας σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσοκομειακών κρεβατιών σε όλο τον κόσμο, σε οποιαδήποτε ώρα, αφορά σχιζοφρενικούς αρρώστους.<sup>1</sup>



Σύμφωνα με μια μεγάλη ερευνά σε Αμερικανούς ενήλικες, περίπου το 0,7% του συνολικού πληθυσμού εμφανίζει σχιζοφρένεια σε κάποια στιγμή της ζωής του. Ένα άλλο ποσοστό, ίσως γύρω στο 1%, εμφανίζει μια πιο ήπια, σχιζοειδή διαταραχή. Η σχιζοφρένεια απαντάται σε όλες τις εθνικότητες και σε όλα τα μέρη του κόσμου, αν και είναι σπανιότερη στις τροπικές περιοχές. Απαντάται 10 έως 100 φορές συχνότερα στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη από τη στις περισσότερες χώρες του Τρίτου Κόσμου. Εντός των ΗΠΑ, είναι πιο συχνή σε υποβαθμισμένες περιοχές παρά σε πλούσιες. Εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άνδρες και γυναίκες, αν και γενικά η διάγνωση στους άνδρες γίνεται σε πιο μικρή ηλικία.<sup>19</sup>

Ο επιπολασμός ζωής της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ, αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 1-1,5 %. Σε συμφωνία με αυτή τη διακύμανση, η επιδημιολογική μελέτη κατά περιοχή ευθύνης, που επιχορηγείται από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, αναφέρει επιπολασμό της τάξης του 1,3%. Περίπου το 0,025-0,05% του συνολικού πληθυσμού ανά έτος, υπόκεινται σε θεραπεία για σχιζοφρένεια. Αν και τα 2/3 των υπό

θεραπεία σχιζοφρενών χρειάζονται νοσηλεία, μόνον οι μισοί από τους σχιζοφρενείς αντιμετωπίζονται, παρά τη βαρύτητα της διαταραχής.

Αναλυτικότερα :

Ηλικία και φύλο

Η σχιζοφρένεια έχει τον ίδιο επιπολασμό, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Εντούτοις τα δυο φυλά παρουσιάζουν αρκετές διαφορές ως προς την έναρξη και την πορεία της νόσου.

Στους άνδρες εμφανίζεται νωρίτερα απ'οτι στις γυναίκες. Περισσότεροι από τους μισούς άνδρες σχιζοφρενείς, αλλά μονό το 1/3 των γυναικών, υπόκεινται σε ψυχιατρική νοσηλεία πριν τα 25 τους χρόνια. Η κορυφή της ηλικίας έναρξης είναι, στους μεν άνδρες μεταξύ 15-25 ετών, στις δε γυναίκες μεταξύ 25-35 ετών. Η έναρξη της σχιζοφρένειας πριν από την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 έτη είναι εξαιρετικά σπάνια. Περίπου το 90% των υπό θεραπεία ασθενών είναι 15-55 ετών.

Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες να εμφανίσουν αρνητικά συμπτώματα και ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα από τους άνδρες. Γενικά η έκβαση της νόσου στις γυναίκες θεωρείται καλύτερη από τους άνδρες.<sup>20</sup>

Παράγοντες επικινδυνότητας (προδιαθεσικοί η προκλητοί )

Προ- και προγεννητικές επιπλοκές

Αναιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκταμένα), τροφική στέρηση, ασυμβατότητα Α, προγεννητικό stress, ιώσεις (κυρίως από

Coxsackie B), σπασμοί, μειωμένο βάρος νεογνού, μειωμένο βάρος μητέρας, καθώς επίσης η μικρότερη περίμετρος του κρανίου του νεογνού ανευρίσκονται συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. <sup>21</sup>

### Εποχή γέννησης

Ένα σταθερό εύρημα της ερευνάς της σχιζοφρένειας είναι ότι άτομα που θα εμφανίσουν τη νόσο, είναι πιο πιθανό να έχουν γεννηθεί προς το τέλος της άνοιξης και το καλοκαίρι. Ειδικά στο βόρειο ημισφαίριο, περιλαμβανόμενων και των ΗΠΑ, οι σχιζοφρενείς γεννιούνται πιο συχνά μεταξύ Ιανουαρίου και Απριλίου. Στο νότιο ημισφαίριο, οι σχιζοφρενείς γεννιούνται πιο συχνά μεταξύ Ιουλίου και τέλους Σεπτεμβρίου.

Για την ερμηνεία αυτής της παρατήρησης έχουν προταθεί ποικίλλες υποθέσεις. Σύμφωνα με μια υπόθεση, επενεργεί κάποιος εποχιακός παράγοντας υψηλού κίνδυνου, που μπορεί να είναι κάποιος ιός ή κάποια εποχιακή αλλαγή στη διατροφή, ενώ μια άλλη αναφέρει ότι με προγεννητική διάθεση για τη σχιζοφρένεια έχουν ένα αυξημένο βιολογικό πλεονέκτημα να επιβιώνουν σε ειδικά εποχιακά πλήγματα.

### Γεωγραφική κατανομή

Η σχιζοφρένεια δεν κατανέμεται γεωγραφικά εξίσου σε όλες τις περιοχές των ΗΠΑ ή και σε όλο τον κόσμο. Από παλαιά ο επιπολασμός της νόσου στις νοτιοανατολικές και τις δυτικές πολιτείες ήταν υψηλότερος σε σχέση με άλλες περιοχές, αν και τελευταία αυτή η ανισοκατανομή έχει μειωθεί.

Παρόλα αυτά, κάποιες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου παρουσιάζουν ένα ασυνήθιστα υψηλό επιπολασμο της νόσου. Ορισμένοι έχουν ερμηνεύσει την ύπαρξη αυτών των περιοχών ως υποστηρικτική της υπόθεσης της ύπαρξης ενός λοιμώδους παράγοντα (π.χ. ίου), ως αίτια

της νόσου.

### Δείκτες αναπαραγωγής

Η χρήση ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων, οι πολιτικές των ανοιχτών ψυχιατρικών τμημάτων, η αποασυλοποίηση, η έμφαση στην αποκατάσταση και στη φροντίδα των ψυχιατρικών αρρώστων μέσα στην κοινότητα, είναι παράγοντες που έχουν συμβάλει στην αύξηση των γάμων και του δείκτη γονιμότητας μεταξύ ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Συνέπεια αυτού του γεγονότος είναι ότι ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται από σχιζοφρενείς γονείς έχει διπλασιαστεί μεταξύ 1935 και 1955. Ο δείκτης γονιμότητας των σχιζοφρενών στις μέρες μας είναι παραπλήσιος του δείκτη στον γενικό πληθυσμό.

### Σωματικά νοσήματα

Άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν ένα υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από ατυχήματα και φυσικά αίτια απ' ότι ο γενικός πληθυσμός.

Η αυξημένη θνησιμότητα δεν ερμηνεύεται από μεταβλητές που σχετίζονται με τον ιδρυματισμό ή τη θεραπεία. Πιθανόν ο υψηλότερος δείκτης σχετίζεται με το γεγονός ότι η διάγνωση και η θεραπεία παθολογικών και χειρουργικών καταστάσεων στους σχιζοφρενείς προσκρούει σε προβλήματα κλινικής πρακτικής.

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι μέχρι και 80% των σχιζοφρενών πάσχει και από κάποια σημαντική σωματική νόσο, καθώς και ότι μέχρι και στο 50% από αυτούς η σωματική νόσος δεν διαγιγνώσκεται.

### Αυτοκτονία



Στους σχιζοφρενείς η αυτοκτονία αποτελεί συχνά αιτία θανάτου, εν μέρει γιατί οι γιατροί εξακολουθούν να τη συνοδεύουν περισσότερο με διαταραχές της διάθεσης και λιγότερο με ψυχωτικές καταστάσεις.



Περίπου το 50% των σχιζοφρενών προβαίνει σε τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκαταστροφής κατά τη διάρκεια της ζωής, ενώ το 10-15% αυτοκτονεί στη διάρκεια μιας περιόδου παρακολούθησης 20 ετών.

Τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες σχιζοφρενείς έχουν τις ίδιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν.

Οι κύριοι παράγοντες επικινδυνότητας για αυτοκτονία είναι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η νεαρή ηλικία και τα υψηλά επίπεδα προνοηθείς λειτουργικότητας (ειδικότερα μόρφωση πανεπιστημιακού επιπέδου). Οι ασθενείς της τελευταίας ομάδας συνειδητοποιούν την εξοντωτική επίδραση της νόσου τους, περισσότερο απλωτή οι άλλες ομάδες σχιζοφρενών και έτσι μπορεί να θεωρήσουν την αυτοκτονία, κάποια στιγμή, ως λογική εναλλακτική λύση.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία των συμπτωμάτων κατάθλιψης, συζήτηση των θεμάτων απώλειας κατά την ψυχοθεραπεία και χρήση ομάδων υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, με στόχο τη διοχέτευση των φιλοδοξιών του ασθενούς προς στόχους που μπορεί να επιτύχει.

### Χρήση και κατάχρηση ουσιών

#### Κάπνισμα

Στις περισσότερες ανασκοπήσεις αναφέρεται ότι περισσότεροι από τα 3/4 των σχιζοφρενών είναι καπνιστές σε σχέση με τους υπόλοιπους

ψυχιατρικούς ασθενείς, που είναι καπνιστές σε αναλογία μικρότερη του 50%. Το κάπνισμα στους σχιζοφρενείς, επιπλέον των γνωστών κινδύνων για την υγεία, επηρεάζει και άλλους τομείς της θεραπείας τους.

Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι αυτό συνδέεται με τη χρήση υψηλών δόσεων αντί-ψυχωτικών φαρμάκων, πιθανόν διότι αυξάνει το ρυθμό μεταβολισμού τους.

Εντούτοις το κάπνισμα συνδέεται με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης φαρμακευτικού παρκινσονισμού, ίσως γιατί ενεργοποιούνται εξαρτώμενοι από τη νικοτίνη ντοπαμινεργικοί νευρώνες.

### Κατάχρηση ουσιών

Η συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και διαταραχών συνδεόμενων με χρήση ουσιών είναι συχνό πρόβλημα, αν και οι ίδιες οι επιπτώσεις από τη χρήση ουσιών στη σχιζοφρένεια δεν είναι σαφείς.

Περίπου το 30-50% των σχιζοφρενών πλήρη τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάχρησης αλκοόλ ή της εξάρτησης από αυτό.

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

Γενικά οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι η συννοσηροτητα σχιζοφρένειας και διαταραχών συνδεόμενων με ουσίες, δείχνει κακή πρόγνωση.

### Πληθυσμιακή συχνότητα

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με αυξημένη πυκνότητα πληθυσμού σε πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο του 1.000.000. Αυτή η συσχέτιση είναι ασθενέστερη σε πόλεις με πληθυσμό

από 1.000.000 έως 500.000 κατοίκους, ενώ δεν υπάρχει καθόλου σε πόλεις με πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων.

Η επίδραση της πληθυσμιακής πυκνότητας συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε παιδιά από ένα ή και δυο σχιζοφρενείς γονείς είναι διπλάσια στις πόλεις απ'οτι στις αγροτικές περιοχές. Αυτές οι παρατηρήσεις δείχνουν ότι στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας σε αστικές περιοχές, μπορεί να επιδρούν κοινωνικοί παράγοντες stress σε κάποια άτομα υψηλού κίνδυνου.

### Πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές θεωρίες

Η σχιζοφρένεια έχει περιγράψει σε όλες τις πολιτισμικές κοινότητες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Στις βιομηχανικές χώρες ένας δυσανάλογα μεγαλύτερος αριθμός σχιζοφρενών προέρχεται από τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αυτή η παρατήρηση έχει ερμηνευτεί με την υπόθεση της κατολίσθησης, η όποια υποστηρίζει ότι τα προσβεβλημένα άτομα είτε ολισθαίνουν σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα, είτε αδυνατούν να ανέλθουν σε υψηλότερη λόγω της νόσου.

Εναλλακτική ερμηνεία αποτελεί η υπόθεση της κοινωνικής αιτιολογίας, η όποια προτείνει ότι τα μέλη των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών ομάδων βιώνουν καταστάσεις stress που συμβάλλουν στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας.

Περά από τις υποθέσεις για αιτιολογική συσχέτιση του stress της εκβιομηχάνισης με τη σχιζοφρένεια, μερικοί ερευνητές έχουν παρουσιάσει ενδεικτικά στοιχεία ότι το stress της μετανάστευσης μπορεί να οδηγήσει σε σχιζοφρενικομορφες καταστάσεις. Σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί υψηλός επιπολασμός της νόσου των πρόσφατα μεταναστευόντων και αυτό έρχεται να τονίσει τη συμβολή της απότομης πολιτισμικής αλλαγής ως έναν από τους παράγοντες πίεσης που

ενέχονται στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας.

Πιθανότατα σύμφωνη και με τις δυο υποθέσεις είναι η παρατήρηση ότι ο επιπολασμός της νόσου εμφανίζει αύξηση στις χώρες του τρίτου κόσμου, παράλληλη με την επίδραση που ασκείται από τις τεχνολογικά προηγμένες κοινωνίες.

#### Έλλειψη στέγης.

Το πρόβλημα των άστεγων στις μεγαλουπόλεις μπορεί να έχει σχέση με την αποασυλοποίηση των σχιζοφρενών, οι όποιοι δεν έχουν επαρκή κοινωνική φροντίδα και είναι δύσκολο να ξέρουμε την ακριβή αναλογία των σχιζοφρενών μεταξύ των άστεγων.

Εκτιμάται ότι το 1/3 ως τα 2/3 των άστεγων έχουν πιθανότατα προσβληθεί από τη σχιζοφρένεια.

#### Οικονομικό κόστος για την κοινωνία.

Ο υπολογισμός του κόστους για την κοινωνία μιας ασθενείας αποτελεί ιδιαίτερα σύνθετη εργασία. Ωστόσο έχει αναγνωριστεί από όλους ότι το οικονομικό κόστος της σχιζοφρένειας για τις ΗΠΑ είναι τεράστιο.

Περίπου το 1% του εθνικού εισοδήματος των ΗΠΑ προορίζεται για τη θεραπεία της ψυχικής ασθενείας (χωρίς να υπολογίζονται οι συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές). Αυτό το ποσοστό αντιστοιχούσε σε περίπου 40 δισεκατομμύρια δολάρια το 1985.

Αν προστεθούν και οι έμμεσες δαπάνες της κοινωνίας (η χαμένη παραγωγή και η θνησιμότητα), το κόστος ανέρχεται στα 100 δις δολάρια ετησίως. Το μεγαλύτερο μέρος αυτού αφορά στις άμεσες και έμμεσες δαπάνες για τη σχιζοφρένεια.

#### Κλίνες των ψυχιατρείων

Τόσο η ανάπτυξη αποτελεσματικών αντί-ψυχωτικών φαρμάκων, όσο και η αλλαγή της στάσης πολιτικών και κοινού απέναντι στη θεραπεία του ψυχικού αρρώστου, έχουν συμβάλει στη δραματική μεταβολή των ενδείξεων εισαγωγής στο ψυχιατρείο των σχιζοφρενών, στη διάρκεια των τελευταίων 4 δεκαετιών. Η πιθανότητα επανεισαγωγής εντός 2 ετών μετά την τελευταία νοσηλεία είναι περίπου 40-60%.

Σχιζοφρενείς καταλαμβάνουν το 50% περίπου των κλινών των ψυχιατρείων και αποτελούν το 16% περίπου όλων των ψυχιατρικών ασθενών που υπόκεινται σε κάποια θεραπεία.<sup>20</sup>

### ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ

Διακρίνονται 5 κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας:



**Α΄**

-Αποδιοργανωμένος τύπος (ηβηφρένειας) με χαρακτηριστικά συμπτώματα: ασυναρτησία, χάλαση των συνειρμών, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα.

Η νόσος εισβάλλει βαθμιαία, αρχικά με μειωμένη απόδοση στο σχολείο, εξωπραγματική κατεύθυνση των ενδιαφερόντων και ενασχολήσεων («ψευδοενασχόληση» με φιλοσοφικά, κοινωνιολογικά, ψυχολογικά θέματα, φανταστικούς έρωτες κ.α.), υποχονδριακές και ιδεοληπτικές ενασχολήσεις και αποπροσωποποιημένα συμπτώματα ,όπως είναι π.χ. ο συνεχής έλεγχος της σωματικής εικόνας μπροστά στον καθρέπτη («σημείο καθρέπτη»).

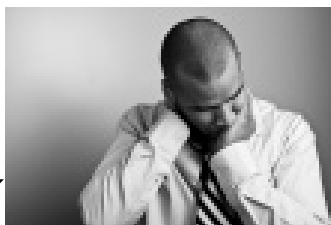
Το συναίσθημα, αρχικά με καταθλιπτική ή και εύφορη χροιά, προοδευτικά επιδεινώνεται, μέχρι που τελικά καταλήγει σε πλήρη απάθεια. Ενδιαμέσως υπάρχει επιπέδωση συναισθηματική. Η συμπεριφορά είναι παιδαριώδης με κινησιοτροπιες (μανιερισμούς) και μορφασμούς, «σαχλαμαρίζουσα» και επιτηδευμένη.

Συνοπάρχει άρση των αναστολών (άσεμνες χειρονομίες,

υπερβολικός αυνανισμός κ.α.). Η σκέψη προοδευτικά αποδιοργανώνεται.

Παραληρητικές ιδέες, όταν υπάρχουν, είναι άτοπες, περιστασιακές και αβαθείς, ενώ οι ψευδαισθήσεις είναι σπάνιες και στοιχειώδης.<sup>10</sup>

**Β΄**



-Κατατονικός τύπος με χαρακτηριστικά συμπτώματα: Κατατονική εμβροντησία με σημαντική μείωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον του αυθορμητισμού και της δραστηριότητας (αλαλία). Κατατονικός αρνητισμός, κατατονική δυσκαμψία, διέγερση, ακατάλληλες ή παράξενες στάσεις.<sup>3</sup>

Στη μορφή αυτή της σχιζοφρένειας κυριαρχούν οι διαταραχές της βούλησης και ψυχοκινητικότητας. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν με την πλέον ήπια και ατελή μορφή τους(μερική κατατονία) ή με την πλήρη κλινική τους έκφραση (κατατονική εμβροντησία ή διέγερση).

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι βαθμιαία, με προοδευτική αναστολή της ψυχοκινητικότητας (ή με προοδευτικά επιδεινούμενες παρορμητικές πράξεις) που εκδηλώνεται με σημεία «απρόκλητης υποβολιμότητας», είτε αιφνίδια (σαν να γύρισε κάνεις έναν διακόπτη), με απότομη εισβολή ακόμη και των πλέον ακραίων κατατονικών εκδηλώσεων. Συνήθως προηγούνται βραχείας διάρκειας κατατονικές εκδηλώσεις. Η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλλει από μερικά λεπτά μέχρι και ημέρες.

Η εμβροντησία (stupor) , με την ολική αναστολή όλων των λειτουργιών του άτομου, θεωρείται ως εξαιρετικά επείγουσα ιατρική

περίπτωση, με πρωτεύοντα στόχο την αντιμετώπιση των σωματικών επιπτώσεων της αναστολής. Το ίδιο και η διέγερση, στην όποια ο κίνδυνος ακούσιας αυτοκαταστροφής είναι άμεσος.<sup>10</sup>

## Γ'

-Παρανοϊκός τύπος με χαρακτηριστικά συμπτώματα:

Προκατάληψη με μια και περισσότερες παραληρητικές ιδέες, ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις σχετιζόμενες με ένα μονό θέμα.<sup>3</sup>

Αρχίζει συνήθως μετά τα 30 έτη. 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 αλλά συμπτώματα.

Η νόσος μπορεί να αναπτυχτεί σταδιακά ή να εισβάλει αιφνίδια. Επί σταδιακής εγκατάστασης τα συμπτώματα δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμα, δεδομένου ότι είναι συνήθως εγκυτωμένα και απαρτισμένα μέσα στη γενική λειτουργικότητα του ατόμου που συνήθως τα εντάσσει σε λογικά πλαισιωμένα συμπτώματα συνήθως αποκαλύπτονται κάτω από ψυχική πίεση.

Όταν η νόσος εισβάλει αιφνίδια, τότε το παραλήρημα αναδύεται «εκ κενού», καθημερινά γεγονότα αποκτούν αποκαλυπτικό περιεχόμενο, εντάσσονται μέσα σε ένα παράδοξο και οργανωμένο πλαίσιο και αφορούν συνήθως σε ένα κεντρικό θέμα, πάνω στο οποίο εμφανίζεται ένα σύστημα «αποδεικτικών» στοιχείων (π.χ. «τον διώκουν οι μυστικές υπηρεσίες γιατί γνωρίζει τις σκευωρίες αναφορικά με την ενδεχόμενη και επικείμενη δολοφονία του προέδρου της χώρας, του φυτεύουν χωρίς να το καταλάβει ηλεκτρόδια στο μυαλό για να τον παρακολουθούν και



αυτός το κατάλαβε γιατί είδε τον ηλεκτρολόγο της γειτονιάς να κρατεί το κεφάλι του και να τηλεφωνεί»). Οι παραληρητικές ιδέες είναι παράδοξες και αφορούν όλες εκείνες τις διαταραχές που αναφέρθηκαν στις διαταραχές της σκέψης.

Ψευδαισθήσεις άλλοτε άλλης έντασης συνήθως συνυπάρχουν και συνάδουν με το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών, με το οποίο συντονίζεται εξάλλου και το συναίσθημα.

Το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε επιθετική (μέχρι και ανθρωποκτονία) ή και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.<sup>10</sup>



-Αδιαφοροποίητος τύπος με συμπτώματα: προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή πολύ αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.



-Υπολειμματικός τυπος. Σ'αυτον παρατηρείται απουσία εμφανών παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, ασυναρτησίας ή πολύ αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς.

Υπάρχουν όμως ακόμη σημεία της αρρώστιας ,όπως αμβλύ και

απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη ή χαλαρός συνειρμός.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει σωματικές θεραπείες δηλαδή: χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων και ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπως θεραπεία περιβάλλοντος, ψυχοθεραπεία -ατομική, ομαδική, οικογενειακή, θεραπεία συμπεριφοράς κ.α.<sup>3</sup>

Η μορφή αυτή αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ιστορικό του αρρώστου τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά.

Αν υπάρχουν θετικά συμπτώματα, τότε αυτά είναι εξαιρετικά μειωμένης έκτασης, διάρκειας και έντασης (είναι «ξεθωριασμένα»).

Η μορφή αυτή μπορεί να παριστά το ενδιάμεσο μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων της νόσου, συνήθως όμως διαρκεί επί μακρό χρονικό διάστημα με ή και χωρίς παροδικές εξάρσεις της συμπτωματολογίας.

-Παρακάτω αναφέρονται συναφείς προς τη σχιζοφρένεια διαταραχές:

- A) Σχιζοφρενικομορφη διαταραχή
- B) Βραχεία ψυχωτική διαταραχή
- Γ) Επακτή ψυχωτική διαταραχή
- Δ) Απλή επιδεινούμενη διαταραχή<sup>10</sup>



### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών πρέπει να προσεγγίζεται σε δυο επίπεδα:

- α) το θεωρητικό (γενικό) επίπεδο
- β) Το πρακτικό (εξατομικευμένο) επίπεδο

#### **A.**

---

Η προσέγγιση σε θεωρητικό επίπεδο αφορά στο σύνολο των γνώσεων που έχουν προκύψει από κλινικές, επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες για την αιτιολογία μιας συγκεκριμένης διαταραχής.<sup>23</sup>

#### **B.**

---

Η προσέγγιση σε πρακτικό επίπεδο, λαμβάνοντας βεβαία υπόψη τα δεδομένα της θεωρητικής προσέγγισης, επικεντρώνεται ιδιαίτερα στην προσωπικότητα, τους παγιωμένους τρόπους συμπεριφοράς, τις ατομικές συνθήκες, τις ιδιαιτερότητες, τους μηχανισμούς άμυνας και το στυλ ζωής του συγκεκριμένου ασθενούς.

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η πρώτη προσέγγιση αφορά κυρίως την αρρώστια, ενώ η δεύτερη τον άρρωστο αλλά με την εξατομικευμένη προσέγγιση ο ψυχίατρος επιδιώκει όχι μόνο να διαγνώσει αλλά και να καταλάβει τον άρρωστο.

Για να το πετύχει αυτό, ο γιατρός πρέπει όχι μόνο να σκέπτεται αλλά και να αισθάνεται. Να μπαίνει στη θέση του αρρώστου και να

προσπαθεί να νιώσει όπως νιώθει ο άρρωστος (συναίσθηση).<sup>24</sup>

## **ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ**

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας τα τελευταία 60 χρόνια και η "γενετική υπόθεση" φαίνεται να έχει σημαντικές βάσεις αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου.

Η σχετική έρευνα άρχισε τη δεκαετία του 1930 και στη συνέχεια επικεντρώθηκε σε 4 επίπεδα:

1. Μελέτη διδύμων
2. Μελέτες οικογενειών
3. Μελέτες παιδιών σχιζοφρενικών γονέων
4. Αναζήτηση γενετικών δεικτών

Οι μελέτες διδύμων έδειξαν ομοφωνία ως προς τη νόσο σε ποσοστά που κυμαίνονται από 35-78% των μονόζυγων σε σύγκριση με το 8-28% των ετεροζυγών.

Το μεγάλο εύρος διακύμανσης των ποσοστών αυτών δείχνει ότι αφενός μεν οι διαφορές σχετικές μελέτες παρουσιάζουν μεθοδολογικούς περιορισμούς και ενδεχομένως σφάλματα και αφετέρου ότι ο κληρονομικός παράγοντας αφήνει ανερμήνευτο ένα σημαντικό ποσοστό της γενικότερης επικράτησης της νόσου.

Οι μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών έχουν μέχρι και δεκαπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο σε σχέση με ομάδες ελέγχου.

Παιδιά σχιζοφρενών γονέων έχουν 40% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, σε σύγκριση με το 1% πιθανότητα που έχουν παιδιά μη

σχιζοφρενών.

Όλα τα παραπάνω δεδομένα δείχνουν ότι ο τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης της νόσου είναι αρκετά περίπλοκος.

Είναι προφανές ότι η αναφορά σε ποσοστά μεταβλητότητας ενδεχομένως επισημαίνει τη σημασία του γενετικού παράγοντα, αλλά δεν εξηγεί τη φύση της γονιδιακής συμβολής, της περιβαλλοντικής συμμετοχής και των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων.

## ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ



Στο αιτιοπαθογενετικό αυτό πλαίσιο περιλαμβάνονται οι ακόλουθες διαταραχές:

### **1. Δομική εγκεφαλική βλάβη.**

Οι σχετικές μελέτες αφορούν σε παθολογοανατομία ευρήματα σε σχιζοφρενείς και σε απεικονιστικά ευρήματα σε ζώντες ασθενείς, σε ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα και σε νευροψυχολογικές παρατηρήσεις.

### **2. Νευροχημική διαταραχή.**

Οι επί του παρόντος υπάρχουσες ενδείξεις στηρίζουν την άποψη ότι στη σχιζοφρένεια υφίσταται μια διαταραχή των νευροδιαβιβαστών συστημάτων, κυρίως του ντοπαμινεργικού και δευτερευόντως των υπολοίπων. Η ντοπαμινική υπόθεση θεωρεί ότι στην σχιζοφρένεια υφίσταται υπολειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος.

### **3. Ιογενής/αυτοάνοση διαταραχή.**

Μια σειρά από δεδομένα, κυρίως επιδημιολογικά, οδήγησαν στην άποψη ότι η νόσος ενδέχεται να είναι ιογενούς/αυτοάνοσης προέλευσης.

### **4. Ενδοκρινικοί παράγοντες.**

Η αναζήτηση των παραγόντων αυτών στη σχιζοφρένεια δεν έχει μέχρι σήμερα δώσει συνεπή αποτελέσματα. Πάντως, αρκετά συχνή είναι η έναρξη της νόσου, κατά την εφηβεία στους άνδρες.<sup>10</sup>

Παρόλο που τα ακριβή αίτια της σχιζοφρένειας δεν είναι γνωστά, κάποιοι παράγοντες φαίνεται να ενισχύουν τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου.

Αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν την εκδήλωση και την πορεία της σχιζοφρένειας (Strauss & Carpenter 1981, Weinberger&Hirsch1995).

Διαφορετικοί παράγοντες προσλαμβάνουν σημαντικότητα ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Οι γενετικοί παράγοντες και οι επιπλοκές κατά την κύηση και το τοκετό μπορεί να παίζουν αυτόνομα ένα ρόλο στη διαμόρφωση προδιάθεσης του νεογνού να αναπτύξει τη νόσο. Ο χρόνος της έναρξης της νόσου αργότερα στη ζωή εξαρτάται από το ποσοστό διαλυτότητας του ατόμου και την έκθεσή του σε διάφορους στρεφομένους παράγοντες.

Αυτοί οι κλιτικοί παράγοντες μπορεί να είναι βιολογικής φύσεως (π.χ. κατάχρηση παραισθησιογόνων ουσιών) ή κοινωνικής (π.χ. απώλεια ενός συγγενούς). Αυτοί καθώς και άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες επηρεάζουν την πορεία και έκβαση της νόσου.

Οι συγγενείς ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου σε σχέση με άλλους ανθρώπους.

Ο κίνδυνος είναι προοδευτικά μεγαλύτερος για τους συγγενείς που προσομοιάζουν γενετικά με το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια.

Ο γενετιστής Irving Gottesman, χρησιμοποιώντας στοιχεία από 40 Ευρωπαϊκές μελέτες που έγιναν μεταξύ του 1920 και του 1987, συνέταξε συγκριτικούς πίνακες για το μέσο όρο επικινδυνότητας εκδήλωσης σχιζοφρένειας καθ' όλη τη διάρκεια ζωής σε άτομα με διαφορετικό βαθμό συγγένειας με κάποιον που πάσχει από σχιζοφρένεια. Τα ευρήματά του φανερώνουν ότι όσο μεγαλύτερη ομοιότητα υπάρχει στη γενετική σύσταση τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος (Gottesman1991) <sup>25</sup>

Μελέτες σε άτομα που υιοθετήθηκαν κατά τη βρεφική τους ηλικία, υπέδειξαν ότι η αυξημένη επικινδυνότητα για εκδήλωση της νόσου σε συγγενείς ατόμων διαγνωσμένων με σχιζοφρένεια σχετίζεται περισσότερο με την κληρονομικότητα παρά με το περιβάλλον. Τα παιδιά ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν εξίσου αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της ασθένειας είτε ανατράφηκαν από τους βιολογικούς γονείς τους, είτε από τους θετούς.

Παρομοίως, το οικογενειακό ιστορικό των ατόμων με σχιζοφρένεια που ανατράφηκαν από θετούς γονείς αποκαλύπτει αυξημένο επιπολασμό της νόσου ανάμεσα στους βιολογικούς τους συγγενείς, αλλά όχι και ανάμεσα στους συγγενείς που προέκυψαν από την υιοθεσία (Heston1966, Kety et al. 1968, Kety et al.1975, Tienari & Wynne1994) <sup>26</sup>

## Η Νευροαναπτυξιακή Υπόθεση

Πρόσφατα αναπτύχθηκε η άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή (Weinberger1995a) κατά την οποία η πρωτοπαθής εγκεφαλική βλάβη ή η παθολογική διαδικασία λαμβάνει χώρα κατά την διάρκεια της ανάπτυξης του εγκεφάλου πολύ πριν η ασθένεια εκδηλωθεί κλινικά (Weinberger1995b).

Βάση αυτής της άποψης, τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί να υπέφεραν από κάποια μορφή κακής εγκεφαλικής ανάπτυξης κατά την διάρκεια της κύησης, ιδιαίτερα κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης.

Για πολλούς νευροβιολογικούς λόγους, η διαταραχή αποκαλύπτεται κατά την έναρξη της ενήλικης ζωής, όταν κάποια επιλεγμένα συστήματα νευρώνων που ωριμάζουν πολύ μετά τη γέννηση, δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις διάφορες ψυχοκοινωνικές εντάσεις και τις αντιξοότητες της ζωής.

Παρόλο που αυτή η άποψη είναι ακόμα υποθετική (Cannon1997) υπάρχουν διάφορες ενδείξεις που τείνουν να την υποστηρίζουν.

Συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι οι επιπλοκές κατά την κύηση και τον τοκετό αυξάνουν τον κίνδυνο για εκδήλωση της σχιζοφρένειας δυο με τρεις φορές, ίσως εξ αιτίας βλάβης στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο (McNeil 1988,Geddes & Lawrie1995, Goodman 1988, Kendell et al. 1996).

Η περιγεννητική ασφυξία (απώλεια οξυγόνου στο έμβρυο), κατάσταση που παρατηρήθηκε σε περίπου 20%-30% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια σε σύγκριση με 5%-10% στο γενικό πληθυσμό, εμφανίζεται να είναι πολύ σημαντικός παράγοντας (McNeil1988,Cannon1998). Ο κίνδυνος για την εκδήλωση σχιζοφρένειας αυξάνει με τον αριθμό των περιγεννητικών επιπλοκών (McNeil 1988, Kendell et al. 1996, Eagles et al. 1990,O'Callaghan et al. 1992, Gunther-



Genta et al. 1994).

Ο κίνδυνος ενδομήτριας εγκεφαλικής βλάβης αυξάνει αν η έγκυος γυναίκα προσβληθεί από μολυσματική ασθένεια.

Έχει παρατηρηθεί ότι περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια γεννήθηκαν στο τέλος του χειμώνα ή τις αρχές της άνοιξης (Torrey et al.1988) και ότι το ποσοστό των ατόμων με σχιζοφρένεια που γεννιούνται αυτή την εποχή αυξάνει μετά από επιδημίες μολυσματικών ασθενειών όπως η γρίπη, η παρωτίτιδα και η ανεμοβλογιά. (Mednick et al.1987,O'Callaghan et al.,1991, Barr et al.1990,Sham et al.1992).

Παρόλα αυτά οι μολυσματικές ασθένειες της μητέρας ερμηνεύουν ένα μικρό μέρος των αυξημένων κινδύνων για εκδήλωση σχιζοφρένειας (Adams et al. ,1993,Wilcox& Nasrallah 1987)

### **Δομικές Αλλοιώσεις**

Η παρουσία δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο έχει καταγραφεί σε κάποιους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Τέτοιες αλλοιώσεις στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου έχουν εξακριβωθεί με αναλύσεις εγκεφαλικών ιστών μετά θάνατον, καθώς και με τις νέες απεικονιστικές μεθόδους του εγκεφάλου που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εξέταση του εγκεφάλου ενόσω το άτομο βρίσκεται εν ζωή.

Η αξονική ή υπολογιστική αξονική τομογραφία (CT-Scan) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) [που ανήκουν στις 'δομικές' απεικονιστικές μεθόδους] απεικονίζουν τη δομή του εγκεφάλου. Η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI) και οι τεχνικές που χρησιμοποιούν ισότοπα, όπως η τομογραφία εκπομπής φωτονίων (SPECT) και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) [που ανήκουν στις 'λειτουργικές' απεικονιστικές μεθόδους] έχουν την δυνατότητα της

απεικόνισης των αλλαγών της τοπικής εγκεφαλικής ροής του αίματος (rCBF) και των μεταβολών της χημείας του εγκεφάλου.

Οι πρώτες υπολογιστικές αξονικές τομογραφίες κατέγραψαν ανωμαλίες σε πολλούς ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Σ' αυτές περιλαμβάνονταν κυρίως ασυμμετρίες του εγκεφάλου και του συστήματος των κοιλιών κυρίως τους μετωπιαίους λοβούς και το αριστερό ημισφαίριο. Αυτή η ασυμμετρία δεν σχετίζεται με την εξέλιξη, τη διάρκεια ή τη θεραπεία της νόσου και δεν εξελίσσεται κατά την πορεία της (Vitakαι συν.1997).

Ως εκ τούτου λοιπόν θεωρείται ότι απεικονίζει επεισόδια που συνέβησαν νωρίς κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του εγκεφάλου. Οι μελέτες της μαγνητικής τομογραφίας κατέληξαν σε αντίστοιχα αποτελέσματα (Andreasenkαι συν. 1986).

Οι συσχετίσεις με το οικογενειακό ιστορικό της νόσου, την εποχή γέννησης, τις ενδομήτριες λοιμώξεις, τις επιπλοκές κατά τον τοκετό (DeQuardokαι συν. 1996), και την ηλικία έναρξης της νόσου (Limκαι συν. 1996) παραμένουν ασαφείς.

Έρευνες που αφορούν τις διαφορές των δύο φύλων (Cowellκαι συν. 1996) έδωσαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι ανωμαλίες στο μέγεθος του εγκεφάλου και στο σύστημα των κοιλιών, όταν υπάρχουν, αναγνωρίζονται κατά τα πρώτα επεισόδια της νόσου (Vitakαι συν. 1997), ενισχύοντας την άποψη ότι αυτές οι ανωμαλίες αντικατοπτρίζουν μια προϋπάρχουσα ευαλωτότητα και δεν είναι αποτέλεσμα της εξέλιξης της νόσου αυτής καθ' αυτής ή της φαρμακευτικής θεραπείας.

Η συσχέτιση των δομικών ανωμαλιών με τα συμπτώματα ή τις ομάδες συμπτωμάτων δεν είναι τόσο καλά επιστημονικά τεκμηριωμένη, παρόλο που οι ασυμμετρίες φαίνεται να σχετίζονται με τα αρνητικά συμπτώματα (Messimyκαι συν 1984).

Τα αρνητικά συμπτώματα επίσης, φαίνεται ότι συσχετίζονται με την

ατροφία του αριστερού κροταφικού λοβού (Turetsky και συν. 1995). Όσο πιο εμφανείς είναι οι αλλοιώσεις, τόσο μεγαλύτερη είναι η σοβαρότητα της διαταραχής της σκέψης και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις του ατόμου (Suddath και συνάδελφοι 1990).

Πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση, στην τομογραφία SPECT εμφανίζεται μείωση της εγκεφαλικής ροής του αίματος, ιδιαίτερα στους μετωπιαίους λοβούς, σε περισσότερο από το 80% των ασθενών (Steinberg και συν 1995). Και η τομογραφία τύπου PET μας δίνει μια αντίστοιχη εικόνα ανωμαλιών. Οι μελέτες για την τοπική εγκεφαλική ροή του αίματος rCBF με τις απεικονιστικές μεθόδους SPECT και PET ερεύνησαν τη συσχέτιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων ή τύπων συμπτωμάτων με τις ανωμαλίες στη ροή του αίματος διαφορετικών περιοχών. Σε γενικές γραμμές, τα θετικά συμπτώματα σχετίζονται με την υπερδραστηριότητα κάποιων περιοχών και την υπολειτουργία κάποιων άλλων, ενώ τα αρνητικά συμπτώματα σχετίζονται πάντα με μείωση της διάχυσης (Sabri και συν. 1997).<sup>27</sup>

Η ηλεκτροφυσιολογική διερεύνηση του εγκεφάλου που αφορά κυρίως στη μελέτη του ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος (HEΓ) φανερώνει ότι τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια ανταποκρίνονται υπερβολικά σε επαναλαμβανόμενα εξωτερικά ερεθίσματα (όπως επαναλαμβανόμενοι μεταλλικοί ήχοι ή εκτόξευση δέσμης φωτός) και έχουν μειωμένη ικανότητα να απομονώνουν το ασήμαντο υλικό (Freedman και συν. 1997).<sup>28</sup>

Η εξέταση πτωματικών εγκεφαλικών ιστών ατόμων με σχιζοφρένεια αποκάλυψαν προβλήματα σε κάποιους τύπους εγκεφαλικών κυττάρων – τους ανασταλτικούς ενδονευρώνες.

Αυτοί οι ενδονευρώνες αποθαρρύνουν τη δράση των κύριων νευρικών κυττάρων εμποδίζοντας τα να ανταποκριθούν σε πολλαπλά ερεθίσματα. Μ' αυτό τον τρόπο εμποδίζουν τον 'βομβαρδισμό' του

εγκεφάλου με υπερβολικές αισθητηριακές πληροφορίες από το περιβάλλον.

Αυτοί οι ενδιάμεσοι νευρώνες συνήθως παράγουν διάφορους νευροδιαβιβαστές, συμπεριλαμβανομένου και του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), που τους προσδίδει την ανασταλτική τους λειτουργία. Όλοι αυτοί οι νευροδιαβιβαστές είναι μειωμένοι στους νευρώνες των ατόμων με σχιζοφρένεια (Benes et al. 1991, Akbarian et al. 1993).

Τα αποτελέσματα αυτά συνδυασμένα, υποδηλώνουν ότι στη σχιζοφρένεια υπάρχει ένα έλλειμμα στον έλεγχο της εγκεφαλικής δραστηριότητας από τους ενδιάμεσους νευρώνες, με συνέπεια ο εγκέφαλος να υπεραντιδρά στα πολλαπλά σήματα του περιβάλλοντος και να στερείται της ικανότητας να φιλτράρει ανεπιθύμητα ερεθίσματα.

Την ίδια στιγμή, υπάρχει μείωση στο μέγεθος των κροταφικών λοβών που προωθούν τις αισθητηριακές εγγραφές και καθιστούν δυνατό για το άτομο να αναπτύσσει νέες και αποδεκτές συμπεριφορές.

Παρόλο που οι παραπάνω τεχνικές που παρουσιάστηκαν σ' αυτή την ενότητα μας έδωσαν τις ενδείξεις που αφορούν στο πώς επηρεάζεται η εγκεφαλική λειτουργία στη σχιζοφρένεια, δεν μπορούν ωστόσο να θεωρηθούν στις μέρες μας απαραίτητες, για τη διάγνωση της νόσου ακόμα και μιας συνηθισμένης κλινικής εκτίμησης των ασθενών.<sup>29</sup>

### **Νευροχημικές Ανωμαλίες**

Η υπόθεση ότι νευροχημικές ανωμαλίες εμπλέκονται στη σχιζοφρένεια έχει μακρά ιστορία (Andreasen 1995). Παρόλα αυτά, τα εμπειρικά δεδομένα προέκυψαν μόνο όταν ο τρόπος δράσης των αντιψυχωσικών φαρμάκων βρέθηκε να σχετίζεται με το μεταβολισμό των κατεχολαμινών στον εγκέφαλο, και ειδικότερα με την παρεμπόδιση της δράσης των φαρμάκων αυτών στους μετασυναπτικούς υποδοχείς κατεχολαμινών (Carlsson & Lindkvist 1963).

Σύμφωνα με μεταγενέστερες έρευνες, η δυνατότητα των αντιψυχωτικών να μπλοκάρουν τους υποδοχείς ντοπαμίνης -2 (D2) ευθύνεται για την κλινική τους αποτελεσματικότητα (Peroutka&Snyder1980).

Η ντοπαμίνη αυξάνει την ευαισθησία των εγκεφαλικών κυττάρων στα διάφορα ερεθίσματα και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την αύξηση της εγρήγορσης του ατόμου σε περιόδους στρες και κινδύνου.

Παρόλα αυτά σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια, η προσθήκη της ντοπαμίνης σε ένα ήδη υπερδραστήριο εγκέφαλο μπορεί να οδηγήσει στην ψύχωση.

Επιπρόσθετα στοιχεία για το ρόλο της ντοπαμινεργικής υπερδραστηριότητας στη σχιζοφρένεια προήλθαν από την παρατήρηση ότι η αμφεταμίνη, μια τοξική ουσία που αυξάνει τις συνέπειες της ντοπαμίνης, επιδεινώνει τα σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και ίσως και να τα προκαλεί (Meltzer&Stahl1976). Αυτή η αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκύπτει μέσω δύο μηχανισμών:

1) της αυξημένης διαθεσιμότητας ντοπαμίνης στις συναπτικές θέσεις

και

2) της υπερευαισθησίας των υποδοχέων.


Και οι δύο αυτοί μηχανισμοί έχουν μελετηθεί ιδιαίτερος στη σχιζοφρένεια, αλλά απέχουμε πολύ από το να καταλήξουμε αποδείξεις υπέρ του ενός ή του άλλου μηχανισμού.

Μελέτες πάνω στη διακύμανση της ποσότητας ντοπαμίνης στα σωματικά υγρά του ασθενούς καθώς και ακριβή προσδιορισμός των επιπέδων ντοπαμίνης σε πτωματικό εγκεφαλικό ιστό έχουν δώσει αντικρουόμενα αποτελέσματα. (Heritch1990, Hirsch& Weinberger 1995, Bloom& Kupfer1995).

Οι νευροαπεικονιστικές τεχνικές όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων PET, χρησιμοποιούνται τελευταία για να προσδιορίσουν την πυκνότητα των υποδοχέων ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Ενώ η ανασταλτική δράση των κλασσικών αντιψυχωτικών στους υποδοχείς ντοπαμίνης έχει πλήρως περιγραφεί, τα ευρήματα που αφορούν στην πυκνότητα των υποδοχέων ντοπαμίνης σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου, ποικίλουν πολύ ανάμεσα σε διαφορετικούς ερευνητές (Wong et al. 1986, Farde et al. 1990). Χρησιμοποιώντας τις τεχνικές της μοριακής βιολογίας οι ερευνητές περιγράφουν αυξημένη πυκνότητα στους υποδοχείς ντοπαμίνης καθώς και αυξημένη ευαισθησία σε πτωματικούς εγκεφαλικούς ιστούς ασθενών με σχιζοφρένεια που δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή (Seeman 1987, 1995, Stefanis et al. 1998).

Όταν έγινε εισαγωγή άτυπων αντιψυχωτικών (κλοζαπίνη ακολουθούμενη από ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη και άλλα), οι επιστήμονες άρχισαν να εξετάζουν την υπόθεση ότι η ανασταλτική επίδραση των αντιψυχωτικών στους υποδοχείς D2 της ντοπαμίνης ήταν η βασική παράμετρος για την αντιψυχωτική τους δράση.

Έχει περιγραφεί ότι ο τρόπος δράσης των 'άτυπων' αντιψυχωτικών περιλαμβάνει μια στενή συγγένεια για αρκετούς υποδοχείς εκτός από τους υποδοχείς ντοπαμίνης (D2), συμπεριλαμβανομένων των υποδοχέων σεροτονίνης (5-HT) (Meltzer et al. 1996). Πρόσφατα αποτελέσματα ερευνών υποδεικνύουν ότι πολλές άλλες θέσεις υποδοχέων, όπως οι D1, D3, D4, 5-HT2 και NMDA να σχετίζονται επίσης με την παθογένεση της σχιζοφρένειας. (Hirsch & Weinberger 1995, Seeman 1995, Kerwin et al. 1997).<sup>30</sup>



### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διάφορα συμπτώματα, που ποικίλλουν σε βαθμό και ένταση ανάλογα με τον τρόπο έναρξης, τη διάρκεια και τη βαρύτητα της διαταραχής, αλλά και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς.<sup>31</sup>

Θα πρέπει να τονιστεί ότι κανένα από τα συμπτώματα αυτά δεν φτάνει από μόνο του να προσδιορίσει διαγνωστικά τη νόσο. Απαιτείται η διερεύνηση του πλαισίου ανάπτυξης τους και η αλληλοσυναρτηση τους μέσα στο χρόνο με βάση τη λεπτομερή λήψη ενός σωστά δομημένου ιστορικού.<sup>32</sup>

#### **Κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας**

Τα κλινικά συμπτώματα της νόσου μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως ακολούθως:

##### 1. Διαταραχές της σκέψης.

Αποτελούν θεμελιώδη συμπτώματα της σχιζοφρένειας και διακρίνονται σε:

α) Διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης.

Στο σχιζοφρενή η σκέψη παρουσιάζει χαλάσει των συνειρμικών της δεσμών, που εκφράζεται με ασάφεια και αοριστία των λεγόμενων.

Υπάρχει συνωστισμός και συγχώνευση των ινδιάνοι έννοιες αλληλοδιεισδύουν η μια στην άλλη, ο λόγος είναι αποσυγκεκριμενοποιημένος, κατ' εφαπτόμενη, ατέρμων, συμβολικός, με λεκτικά κενά.<sup>33</sup>

Σε βαρύτερες περιπτώσεις υπάρχει ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης και ο λόγος γίνεται ουσιαστικά ακατανόητος.

β) Διαταραχές στη ροή της σκέψης.

Εδώ υπάγεται κυρίως η ανακοπή της σκέψης. Πρόκειται για βασικό και πρώιμο σύμπτωμα, κατά το οποίο η σκέψη διακόπτεται ξαφνικά για λίγο. Δεν πρέπει να συγχέεται με την αναστολή της σκέψης, η οποία υποδηλώνει μια φθίνουσα και όχι αιφνίδια διαδικασία της σκέψης και παρατηρείται κυρίως στην κατάθλιψη.<sup>34</sup>

γ) Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης.

Στην ομάδα αυτή των διαταραχών υπάγονται:

- Το αίσθημα απώλειας της σκέψης
- Το αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων
- Το αίσθημα απώλειας της στεγανότητας της σκέψης

Οι διαταραχές αυτές αποτελούν βιωματικές εμπειρίες που είναι δευτερογενείς σε άλλες διαταραχές της σκέψης.

δ) Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης

Εδώ εντάσσονται οι παραληρητικές ιδέες ,οι ιδέες αυτοαναφοράς (συσχέτισης) και οι ιδέες παθητικότητας (επίδρασης).

Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθασμένες πεποιθήσεις οι οποίες δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία. Δεν συνοδεύονται από διαταραχές της συνείδησης. Είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες



και το περιεχόμενο τους επηρεάζεται από την ατομική/πολιτισμική εμπειρία του ατόμου.

Ανάλογα με το περιεχόμενο τους διακρίνονται σε:

- Διωκτικές
- Μεγαλείου
- Υποχονδριακές
- Αποκαλυπτικές/κοσμογονικές
- Ερωτομανίες
- Ζηλοτυπίες

## 2. Διαταραχές της αντίληψης.

Εδώ υπάγονται οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις.

Οι ψευδαισθήσεις είναι αντιλήψεις σε απουσία πραγματικού ερεθισμού. Αφορούν και τις 5 αισθήσεις, κατά κύριο όμως λόγο την ακοή. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι από τα πλέον συνήθη συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής ακούει φωνές, συνομιλίες, παραδόξους η και μουσική. Οι «φωνές» τον σχολιάζουν η τον προτρέπουν να κάνει κάτι, του ασκούν κριτική κ.α.

Μπορεί να απευθύνονται άμεσα σε αυτόν η να «συνομιλούν» μεταξύ τους για τον ασθενή. Μπορεί να είναι συνεχείς η επεισοδιακές, σαφείς η συγκεχυμένες, οργανωμένες η αόριστες. Ως προς το περιεχόμενο τους, μπορεί να είναι υβριστικές χλευαστικές, απειλητικές, επαινετικές, παραινετικές, προτρεπτικές, προειδοποιητικές κ.α.

Ψευδαισθήσεις υπάρχουν και από τις άλλες αισθήσεις, αλλά είναι μάλλον σπάνιες και πάντως όχι παθογνωμονικές για τη νόσο, παραπετούσες ενδεχομένως σε άλλες διαταραχές.

Οι παραισθήσεις αφορούν σε παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων. Δεν είναι και αυτές παθογνωμονικές της νόσου και ενδεχομένως συνδέονται δευτερογενώς με τις παραληρητικές ιδέες.

### 3. Διαταραχές του συναισθήματος.

Εδώ υπάγονται κυρίως η αμφιθυμία, η συναισθηματική δυσαρμονία, η συναισθηματική έκπτωση, καθώς και άλλες συναισθηματικές διαταραχές.

Η αμφιθυμία αποτελεί, βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής κυριαρχείται την ίδια στιγμή από αντιθετικά μεταξύ τους συναισθήματα, π.χ. μισεί και αγαπήσει την ίδια στιγμή το ίδιο άτομο με την ίδια ένταση.

Η συναισθηματική δυσαρμονία υποδηλώνει τη διάσταση μεταξύ της βαρύτητας και του μεγέθους του συγκινησιακού ερεθίσματος και της συγκινησιακής ανταπόκρισης του ασθενούς, αλλά και την εκ διαμέτρου αντίθετη συγκινησιακή αντίδραση.

Στη δεύτερη περίπτωση μιλούμε για «συναισθηματική απροσφορότητα».

Η συναισθηματική έκπτωση (αδιαφορία, απάθεια), μαζί με τις δυο προαναφερθείσες διαταραχές, αποτελούν το χαρακτηριστικό τρίπτυχο των συναισθηματικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Πρόκειται για προοδευτική συρρίκνωση του εύρους κραδασμού του συναισθήματος. Το άτομο αποστασιοποιείται συναισθηματικά από το περιβάλλον του, χάνει τα φιλικά του συναισθήματα και γίνεται απαθές, το συναίσθημα είναι αμβλύ και ρηχό.

Στις άλλες συναισθηματικές διαταραχές των σχιζοφρενών υπάγονται η κατάθλιψη και η ευφορία, το άγχος, η αμηχανία, η συναισθηματική ακαμψία και τα αποπροσωποποιήθηκα/ αποπραγματοποιητικά βιώματα.

### 4. Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας.

Δεδομένου ότι το συναίσθημα και η βούληση είναι δυο λειτουργίες που συμπορεύονται, διαταραχές της πρώτης αντανακλούν σε αντίστοιχες

της δεύτερης. Έτσι π.χ., στη σχιζοφρένεια παρατηρείται αβουλησία, αμφιβουλησια κτλ., η κλινική διαπίστωση των όποιων κυρίως γίνεται με την παρατήρηση της ψυχοκινητικότητας των ασθενών.

Η κυρία διαταραχή της ψυχοκινητικότητας στη σχιζοφρένεια είναι η παρουσία άλλοτε αλλού βαθμού κατατονικών συμπτωμάτων που αφορούν στη στάση και θέση του ασθενούς, την ομιλία του, την έκφραση του προσώπου του, τις κινήσεις του και τέλος το σύνολο της ψυχοκινητικότητας του.

Ως προς τη θέση και στάση του ασθενούς, είναι δυνατό να παρατηρηθούν άλλοτε άλλης διάρκειας στερεοτύπες θέσεις και στάσεις, οι οποίες πολλές φορές είναι αφύσικες και «σαν επιτηδευμένες». Επίσης, ο άρρωστος παρουσιάζει «κηρώδη ευκαμψία» των μελών του, όταν αυτά τοποθετηθούν από τον εξετάζοντα ακόμα και σε άβολες θέσεις.

Ως προς την ομιλία, ο ασθενής μπορεί να επαναλαμβάνει άχρωμα, σαν ηχώ, τις λέξεις που ακούει ή να μην απαντά καθόλου ή να επαναλαμβάνει στερεότυπα αδόκιμες δίκες του λέξεις ή φράσεις, ακόμα και στο γραπτό λόγο.

Η εκφραστικότητα του προσώπου είναι μειωμένη, το βλέμμα υποκινητικό και σαν να διαπερνάσαι το συνομιλητή κοιτώντας πίσω από αυτόν. Συνυπάρχουν παράδοξοι επαναλαμβανόμενοι μορφασμοί (συνοφρυώσεις, κινήσεις των χειλιών κτλ.).

Οι κινήσεις είναι ίσως ο κύριος εκφραστής των βουλητικών διαταραχών στη σχιζοφρένεια. Ο άρρωστος συμμορφώνεται αυτόματα στις εντολές, μιμείται κάθε πράξη την οποία επιτελεί ο εξεταστής, επαναλαμβάνει άσκοπα μια αρχικά σκόπιμη κίνηση. Παρουσιάζει επίσης αυτόματες κινήσεις, στερεοτυπίες ή συσπάσεις μυών, ενώ και σε απλές ακόμα κινήσεις παρουσιάζεται αμφιταλαντευόμενος, με ανακοπές της κίνησης ή τέλος εκτελεί τη χειραψία με ασυνήθιστο τρόπο.

Αυτές όμως οι διαταραχές που είναι οι πλέον σημαντικές από

διαγνωστικής πλευράς, είναι οι αναφερόμενες στο σύνολο της ψυχοκινητικότητας. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι η κατατονική εμβροντησία, η κατατονική διέγερση οι παρορμητικές πράξεις και ο αρνητισμός.

Η κατατονική εμβροντησία (stupor) αναφέρεται σε πλήρη αναστολή της ψυχοκινητικότητας. Ο ασθενής παραμένει ακίνητος, σαν άγαλμα και δεν αντιδρά στα ερεθίσματα. Δεν λαμβάνει τροφή. Η κατάσταση αυτή μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά μέχρι και ημέρες και θεωρείται ως κατάσταση επείγουσας ανάγκης για παρέμβαση. Πολλές φορές η κατατονική εμβροντησία είναι μερική και καλύπτει τμήμα της υγιούς κινητικής του δραστηριότητας.

Η κατατονική διέγερση είναι η τελείως αντίθετη της προηγούμενης κατάστασης. Πρόκειται για βίαιη, ασύνδετη και ασυγκράτητη διέγερση. Ο άρρωστος συμπεριφέρεται σαν «ταύρος σε υαλοπωλείο». Μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του ή και στους άλλους. Η διέγερση μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά ως και ημέρες. Επίσης μπορεί να είναι μερική (π.χ. να χτυπήσει με γροθιά παρακείμενο άτομο).

Οι παρορμητικές πράξεις αποτελούν μικρογραφίες της κατατονικής διέγερσης. Είναι βραχείας διάρκειας κινητικές εκδηλώσεις.<sup>10</sup>



οικογένειας μεταξύ τους.

Η συνεργασία του ασθενούς και του περιβάλλοντος του είναι αναγκαίες προϋποθέσεις για να ισχύουν τα παραπάνω. Αυτή η συνεργασία είναι τόσο καλύτερη, όσο λιγότερες είναι οι δυσάρεστες επιπτώσεις της θεραπείας. Έχει επομένως σημασία η θεραπεία που εφαρμόζουμε να είναι όσο γίνεται πιο ανώδυνη για τον ασθενή και το περιβάλλον του.

- Έχει διαπιστωθεί ότι το 30% περίπου των σχιζοφρενικών αρρώστων διατηρούν τελικά κάποια λειτουργικότητα. Ένα ποσοστό 20-30% των αρρώστων εξακολουθούν για μικρό χρονικό διάστημα να παρουσιάζουν μετρίου βαθμού συμπτωματολογία, που τους επιτρέπει όμως να διατηρούν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής. Οι υπόλοιποι (40-50%) έχουν γενικά δυσμενή πρόγνωση, με συχνές εξάρσεις της νόσου, επαναλαμβανόμενες νοσηλείες κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας.

Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι οι πολιτισμικοί παράγοντες φαίνεται να πηζουν ρολό στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας. Έτσι στη μεγάλη διαπολιτισμική μελέτη του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (IPSS) σε 9 χώρες διαφορετικής πολιτισμικής δόμησης, διαπιστώθηκε ότι οι



αναπτυσσόμενες χώρες έχουν υψηλότερα ποσοστά ασθενών με καλή πρόγνωση απ' ότι οι αναπτυγμένες χώρες. Για παράδειγμα, το ποσοστό των ασθενών με καλή πρόγνωση στη Νιγηρία και την Ινδία είναι 57% και 48% αντίστοιχα, σε αντίθεση με τη Δανία που το αντίστοιχο ποσοστό

είναι μόλις 6%.

Επίσης ως προς το ποσοστό των ασθενών με κακή πρόγνωση, στη Δανία και τη Βρετανία φτάνει το 31%, σε σύγκριση με τη Νιγηρία και την πρώην Σοβιετική Ένωση, όπου είναι πολύ μικρότερο. Παρόμοια αποτελέσματα έδωσε και η επόμενη διαπολιτισμική μελέτη του ΠΟΥ σε 10 χώρες.

Παρά τις ενδεχόμενες διαφορές σε διαγνωστικό και μεθοδολογικό επίπεδο, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες η συνολική φροντίδα των αρρώστων γίνεται κυρίως στην κοινότητα, πράγμα αρκετά δυσχερές με τις υπάρχουσες συνθήκες που επικρατούν στις αναπτυγμένες κοινωνίες.<sup>10</sup>

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κεντρικό θέμα του παρόντος κεφαλαίου είναι η ιδέα ότι η κλινική διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι πάντοτε μια "πιθανολογική άσκηση", που συνδέεται με τον κίνδυνο, τόσο να διαφύγουν της προσοχής "αληθινές" περιπτώσεις, όσο και να εντοπιστούν "ψευδό-περιπτώσεις". Αν και αυτό ισχύει για κάθε ηλικιακή ομάδα, κατά την παιδική ηλικία υπάρχουν συγκεκριμένες διαγνωστικές προκλήσεις.



Κατ' αρχάς, η αναπτυξιακή διαφοροποίηση των συμπτωμάτων, ενδέχεται να δυσχεραίνει τη διάκριση μεταξύ "αληθινών" περιπτώσεων και "μη περιπτώσεων", μειώνοντας τη διαγνωστική ακρίβεια.

Δεύτερον, η σχετική σπανιότητα της παιδικής και εφηβικής σχιζοφρένειας σε σύγκριση με εκείνη των ενήλικων, αυξάνει τον κίνδυνο διαγνωστικού σφάλματος. Ένα θέμα που διατρέχει το παρόν κεφάλαιο, είναι η αναγνώριση ότι η χρησιμότητα των διαγνωστικών κριτηρίων ποικίλλει, ανάλογα με τις ανάγκες του χρήστη και με τα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Έτσι οι κλινικοί και οι ερευνητές έχουν διαφορετικές ανάγκες όταν χρησιμοποιούν ένα διαγνωστικό εργαλείο και είναι πιθανόν να επιθυμούν



να χρησιμοποιήσουν διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες.<sup>33</sup>

Η διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας θα πρέπει να γίνει από διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και από διάφορα σωματικά νοσήματα που συνοδεύονται από σχιζοφρενικού τύπου συμπτώματα.<sup>34</sup>

### **Ψυχιατρικές διαταραχές**

- Καταρχήν, θα πρέπει να τίθεται η διάγνωση της κλινικής μορφής της σχιζοφρένειας σε σύγκριση με τις άλλες μορφές.

- Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει και από τις διαφορές συναφείς προς τη σχιζοφρένεια ψυχωτικές διαταραχές. Έτσι, στη βραχεία ψυχωτική διαταραχή προεξάρχει η βραχύτερη της σχιζοφρένειας διάρκεια (1 ημέρα έως 1 μήνα), η άμεση υποχώρηση της συμπτωματολογίας και η επάνοδος στα προνοσηρα επίπεδα λειτουργικότητας.

Η βραχύτερη διάρκεια (1-6 μήνες) των συμπτωμάτων καθώς και η διατήρηση της λειτουργικότητας κλίνουν τη διάγνωση προς τη σχιζοφρενικομορφη διαταραχή. Στην παραληρητική διαταραχή, οι παραληρητικές ιδέες δεν έχουν παράδοξο χαρακτήρα και απουσιάζουν τα άλλα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της σχιζοφρένειας (ψευδαισθήσεις, αποργάνωση της ομιλίας και τα αρνητικά συμπτώματα).

Η σύγχρονη ανάπτυξη σχιζοφρενικών και μανιακών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων θέτει την υποψία μιας σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Η ύπαρξη παρόμοιας υφής συμπτωμάτων και σε άλλο άτομο του άμεσου περιβάλλοντος του αρρώστου προσανατολίζει τη διάγνωση προς την πλευρά μιας επακτής ψυχωτικής διαταραχής.

Τέλος, η βαθμιαία εμφάνιση και προοδευτική επιδείνωση κατεξοχήν

αρνητικών συμπτωμάτων, η επιδείνωση της λειτουργικότητας και η προοδευτική περιθωριοποίηση θέτουν την υποψία της απλής επιδεινούμενης διαταραχής.

- Οι διαταραχές της προσωπικότητας (σχιζοειδική, σχιζοτυπική, παρανοειδής και μεθοριακή) έχουν ηπιότερα συμπτώματα και η έναρξη τους δεν είναι δυνατό να οριοθετηθεί χρονικά.

- Οι συναισθηματικές διαταραχές θα πρέπει να διαχωρίζονται από τη σχιζοφρένεια, δεδομένου ότι στην τελευταία παρατηρούνται αρκετά συχνά καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα.

Επίσης, στις συναισθηματικές διαταραχές συχνά παρατηρούνται ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και παράδοξη συμπεριφορά.

Αν τα καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα παρουσιάζονται πριν ή μαζί με τα ψυχωτικά συμπτώματα, υπάρχει πλήρης αποδρομή της όλης συμπτωματολογίας μεταξύ των επεισοδίων και εντοπίζεται παράλληλα κάποιος συγγενής του αρρώστου με κατάθλιψη ή μανία, τότε η διάγνωση κλίνει υπέρ της συναισθηματικής διαταραχής.

- Ιδεοληψίες παρατηρούνται συχνά στη σχιζοφρένεια (κυρίως στην αποργανωτική μορφή). Επομένως απαιτείται διαφορική διάγνωση από την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, στην οποία όμως διατηρείται η επίγνωση του νοσηρού και ελλείπουν τα αλλά σχιζοφρενικά συμπτώματα.

- Στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. αυτισμό), τα ψυχωτικά συμπτώματα αρχίζουν από τη βρεφική ή πρώτη παιδική ηλικία, απουσιάζουν οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις, ενώ υπάρχουν εντονότερες διαταραχές του συναισθήματος.

## Σωματικά νοσήματα

- Φλεγμονές του ΚΝΣ (π.χ. ερμητική εγκεφαλίτιδα, σύφιλη, AIDS κ.α.)

- Όγκοι του ΚΝΣ και τραύματα (ιδιαίτερα στους μετωπιαίους λοβούς ή το μεταίχμιο σύστημα)

- Διάφορα νοσήματα του ΚΝΣ (Huntington, Wilson, Parkinson, Creutzfeldt-Jacob, άνοιες διάφορου τύπου, κατά πλακάς σκλήρυνση, κροταφική επιληψία, λιποείδωση, λευκοδυστροφίες κ.α.)

- Ενδοκρινικές διαταραχές (Cushing, Addison, θυρεοτοξίκωση κ.α.)

- Κολλαγονώσεις (ερυθηματώδης λύκος)

- Πορφυρία

- Πελλάγρα και κακοήθης αναιμία

- Δηλητηριάσεις με CO, μόλυβδο κ.α.

- Ουσιοεξαρτήσεις (κοκαΐνη, LSD, μεσκαλίνη, ψιλοκομμένη, φαινικικλιδίνη, "αγγελόσκονη", αμφεταμίνη κ.α.)

- Απόσυρση από ουσίες (αλκοόλ, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες κ.α.)

- Διάφορα φάρμακα (L-dopa, βρωμοκρυπτίνη, εφεδρίνη, αμανταδίνη, φαινυλπροπανυλαμίνη, δακτυλίτιδα, δισουλφιράμη, ινδομεθακίνη, καρβαμαζεπίνη, αντιισταμινικά κ.α.)<sup>10</sup>

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της Σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένεια του, τον γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή – ψυχιατρικές-νοσηλεύτριες,

κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, εργοθεραπευτές κ.α.<sup>35</sup>



Κατά καιρούς, πολλοί ισχυριστήκαν ότι βρήκαν τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Καμία, όμως, δεν αποδείχτηκε αποτελεσματική. Δεν υπάρχει θεραπεία για αυτή τη χιλιάδων ετών καταστροφική αρρώστια, για αυτό η θεραπευτική μας παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Έτσι, η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θα περιγράφει κάτω από δυο μεγάλες διαστάσεις -σωματικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές θεραπείες- που οπωσδήποτε όμως έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα (και δυνητικά μπορεί να αποβούν και βλαβερές). Παρ' όλα αυτά, προσεκτικά σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα που συνθέτουν τις δυο διαστάσεις μπορούν να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν τη χαμένη τους λειτουργικότητα και ψυχολογική ακεραιότητα και υγεία.

Αυτό, πάντως που πρέπει να θυμόμαστε είναι ότι θεραπευτική

αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών σημαίνει μακρόχρονη παροχή συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης που είναι η βάση για την εξασφάλιση ποιότητας στη ζωή τους.<sup>36</sup>

## ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Αντιψυχωτικά φάρμακα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στον θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητά τους να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση, όσο και με τη δυνατότητά τους να θεραπεύουν ψυχωτικά συμπτώματα.<sup>37</sup>

Αν και δεν μπορούν, βεβαία, να θεραπεύσουν την αρρώστια, μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν την ψυχωτική σύγχυση, την αποδιοργάνωση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, δηλ. τα θετικά συμπτώματα. Με εξαίρεση, ίσως, κάποια νεότερα αντιψυχωτικά, δε μπορούν όμως να επηρεάσουν καθόλου (ή επηρεάζουν πολύ λίγο) την απομόνωση, την αβουλία κτλ. ,δηλαδή τα αρνητικά συμπτώματα.

Μολονότι η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο, ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες. Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ελεγχτούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης, που είναι περίπου 10%-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία κρίση.

Και φυσικά, η μείωση γίνεται προσεκτικά σε διάρκεια εβδομάδων, με στενή παρακολούθηση μήπως χρειαστεί και πάλι αύξηση λόγω

επανόδου των συμπτωμάτων. Για άτομα που δεν είμαστε σίγουροι ότι ακολουθούν πιστά τις εντολές για λήψη του φαρμάκου από το στόμα σε εξωνοσοκομειακή βάση, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε θεραπεία συντήρησης με δεκανοϊκή φλουφαιναζίνη ή δεκανοϊκή αλοπεριδόλη κάθε 10-30 ημέρες.

Μολονότι σχιζοφρενικοί ασθενείς υποτροπιάζουν και ενώ βρίσκονται σε αντιψυχωτική αγωγή συντήρησης, εντούτοις η προφυλακτική χορήγηση αντιψυχωτικών μπορεί να προφυλάξει ένα σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών γι' αυτό και συνίσταται. Δεν πρέπει όμως να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή.

Ασθενείς που εμφανίζουν πλήρη ύφεση για 12 μήνες ή περισσότερο και αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση συντήρησης αξίζει (πολύ προσεκτικά!) να δοκιμάσουν μήπως δεν χρειάζονται φάρμακα, καθώς υπάρχει και ο φόβος της όψιμης δυσκινησίας.

Σήμερα προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε τη μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό (με έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων αφενός και τις λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες αφετέρου)

Ακόμη περισσότερο, αν είναι δυνατόν, προσπαθούμε υστέρα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μαζί του να τον οδηγήσουμε ουσιαστικά σε αυτορρύθμιση, δηλαδή αυτός να κανονίζει ποσό φάρμακο χρειάζεται. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία ενόψει κοινωνικών ή διαπροσωπικών απαιτήσεων, όπως Σαβ/κύριακο, σεξουαλικές σχέσεις κτλ. όπου προσωρινή ελάττωση ή διακοπή του φαρμάκου μπορεί να συνοδεύεται από βελτιωμένη λειτουργικότητα.

Σε διεγερμένους ασθενείς μπορεί να χρειαστεί "ταχεία χορήγηση νευροληπτικών" για τον έλεγχο της διέγερσης και των έντονων

ψυχωτικών συμπτωμάτων τους. Σε τέτοιους ασθενείς ακόμη καλύτερα είναι αν η αντιψυχωτική αγωγή συνδυασθεί με χορήγηση βενζοδιαζεπινών, που δρουν κατασταλτικά έως ότου η δράση των αντιψυχωτικών εγκατασταθεί ικανοποιητικά.

*Λίθιο.* Κατά πάσα πιθανότητα το λίθιο δεν έχει ένδειξη, αν η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι σίγουρη. Οποτεδήποτε, όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο, παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, είναι καλό να δοκιμάζεται.<sup>36</sup>

*Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.* Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση/έξαρση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στη θεραπεία), η βασική της ένδειξη είναι το stupor ή η διέγερση του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας.

*Αντικαταθλιπτικά.* Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι σχιζοφρενικοί ασθενείς μερικές φορές παρουσιάζουν κατάθλιψη, ιδιαίτερα υστέρα από την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου (ενεργός φάση), όταν αντιλαμβάνονται τι τους συνέβη.

Φυσικά θα πρέπει η πιθανή κατάθλιψη να διαφοροδιαγνωσθεί από την ακινησία που μπορεί να προκαλεί το αντιψυχωτικό φάρμακο (χορήγηση αντιπαρκινσονικού ή ελάττωση του αντιψυχωτικού μπορεί να βοηθήσει) και από τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Εφόσον ο σχιζοφρενικός είναι γνησία καταθλιπτικός, τότε προσθέτουμε ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό στη θεραπεία του.

## ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή



αποκατάστασης του να ζει, να αγαπά/ερωτεύεται, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους -στην κοινότητα- είναι πρωταρχική, όποτε αν χρειαστεί να νοσηλεύει, αυτό θα γίνει κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω των υποτροπών είναι βραχείες (και γίνονται κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων).

Έτσι, η παλιά άποψη της μακράς ή ασυλικής νοσηλείας με την τυπική εικόνα των αποσυρμένων και παλινδρομημένων - ιδρυματοποιημένων- ασθενών έχει προοδευτικά αντικατασταθεί στις περισσότερες χώρες από προγράμματα επανένταξης των ασθενών στην κοινότητα-κοινωνία, στις προσπάθειες δηλαδή αποϊδρυματοποίησης.

Βεβαία, η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων για λόγους οικονομικούς ή κακού προγραμματισμού ή αδυναμίας πολλών ασθενών να αποκατασταθούν δεν είναι γενικευμένη, όποτε και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παραμένουν στις περισσότερες χώρες σαν αναγκαίοι χώροι



περίθαλψης, όταν η αποκατάσταση στην κοινότητα δεν μπορεί να επιτύχει. Και πάλι όμως, γίνεται ειδική προσπάθεια συρρίκνωσης τους και μεγίστης βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και απασχόλησης των ασθενών.

Κυρίως, όμως, η θεραπευτική μάχη δίνεται στην κοινότητα, στα κέντρα ψυχικής υγείας, στους ξενώνες, στα οικοτροφεία, στα διαμερίσματα που μοιράζονται οι σχιζοφρενικοί, στις συνεργατικές εργασιακές μονάδες, στα σπίτια τους κτλ.

Έτσι, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές, σε ένα συνεχές όμως που έχει κατεύθυνση από το νοσοκομείο προς την κοινότητα και ταυτόχρονα που έχει σκοπό την αποφυγή κατά το δυνατό της επανάληψης της νοσηλείας.

Βασικά ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία ή η εργοθεραπεία κ.α. Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (που μπορεί φυσικά να αρχίσει ενδονοσοκομειακά) η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.α.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**

Όπως προαναφέρθηκε, γίνεται ειδική προσπάθεια ν'αποφευχθεί η νοσηλεία του σχιζοφρενικού ασθενή με υποστήριξη της λειτουργίας του εξωνοσοκομειακά. Έτσι, μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο σχιζοφρενής με την οικογένεια του,

στον ξενώνα, στο οικοτροφείο κτλ. που βασίζεται στη στενή παρακολούθηση του από ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α.

Η άμεση παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει την νοσηλεία στο νοσοκομείο (μπορεί να γίνει έτσι ουσιαστικά ολιγοήμερη νοσηλεία -με τη συμμετοχή και του ψυχιάτρου- στο σπίτι, στο οικοτροφείο ή στον ξενώνα ή ακόμα και στο κέντρο ψυχικής υγείας). Παρόλα αυτά η νοσηλεία μερικές φορές είναι αναπόφευκτη.

Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κίνδυνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων (οικογένεια, φίλοι, θεραπευτές, εργασία) στο περιβάλλον του ασθενή.

Όσο πιο έντονα ψυχωτικός ή διεγερτικός είναι ο ασθενής τόσο η ανάγκη για ταχεία καταστολή της ψύχωσης ή διέγερσης είναι άμεση. Οποσδήποτε, χρησιμοποιούμε ένα συνδυασμό καθυσύχασης, τοποθέτησης ορίων λεκτικά και ελάττωσης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (δωμάτιο απομόνωσης), στην αρχή. Αν αυτά δεν είναι αρκετά για να ηρεμήσουν τον ασθενή και να ελέγξουν τις βίαιες παρορμήσεις του, τότε μπορεί να χρειαστεί φυσική καθήλωση σε συνδυασμό με χημική καθήλωση.

Καθώς όμως τα οξέα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν, ο ασθενής θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής, η οποία θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να αποτελεί θεραπευτική κοινότητα. Η θεραπευτική κοινότητα που περιλαμβάνει τους ασθενείς, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους γιατρούς και κάθε άτομο που εργάζεται στην κλινική δίνει έμφαση σε κάθε διεργασία που προάγει τη λειτουργικότητα και την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Οι σχέσεις όλων αυτών των ατόμων μεταξύ τους, οι θεραπευτικές δραστηριότητες, ο τρόπος λήψης αποφάσεων κτλ., σχεδιάζονται έτσι

ώστε να προάγουν τη φυσιολογικότητα που θα απαιτηθεί όταν οι ασθενείς βγουν έξω.

Ευρύτερη έννοια, που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας, είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, που αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα η ίδια. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον -χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις, είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερησίας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. Το περιβάλλον δηλαδή σχεδιάζεται έτσι ώστε να είναι θεραπευτικό.

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

## **ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι ο κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και λιγότερο η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία. Βασικά, ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του

και τις συνέπειες της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατό καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Έτσι, εξήγηση της φύσης της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των φαρμάκων, του τρόπου αντιμετώπισης διαπροσωπικών προβλημάτων, με ενεργό υποστήριξη στο "εδω και τώρα" για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η διαταραγμένη πραγματικότητα είναι ο προσανατολισμός της θεραπείας. Η δημιουργία φυσικά μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή-θεραπευτή είναι πρωταρχική. Δεν αποκλείεται όμως σε αρκετές περιπτώσεις και η ερμηνευτική βοήθεια προς τον σχιζοφρενικό για να κατανοήσει τα συναισθήματα του και τον τρόπο που τον οδηγούν σε εξωπραγματική σκέψη ή αντίληψη.

Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ταυτόχρονα στην αρχή ενδονοσοκομειακά και μετά εξωνοσοκομειακά και μπορεί προοδευτικά - κλιμακωτά- να γίνονται και περισσότερο ερμηνευτικές. Κυρίως όμως αποσκοπούν στην απόδοση πραγματικότητας και στην κοινωνικοποίηση του ασθενή.<sup>13</sup>

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενών ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας κτλ. Επίσης όμως ιδιαίτερα ενδονοσοκομειακά, καλό είναι το περιβάλλον να είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε να επιβραβεύεται η θετική, ενεργητική συμμετοχή στις δραστηριότητες και η κοινωνικοποίηση των ασθενών και να αποθαρρύνεται η αρνητική, παθητική στάση και απόσυρση.<sup>11</sup>

Η οικογενειακή θεραπεία είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που

αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. Όπως έχουμε αναφέρει, σε οικογένειες με "υψηλή έκφραση συναισθημάτων", οι σχιζοφρενικοί υποτροπιάζουν ευκολότερα, όποτε και γίνεται προσπάθεια για την ελάττωση της μορφής αυτής επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια. Σημασία όμως έχει και η εκπαίδευση των συγγενών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της αρρώστιας και στους πρακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του σχιζοφρενικού μέλους.<sup>12</sup>

Στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών θεραπειών ανήκουν οι δημιουργικές θεραπείες που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής κτλ., καθώς και απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία με πηλό, χειροτεχνία κτλ.<sup>13</sup>

Για να μπορέσει η οικογένεια να διαδραματίσει τον ευοδωτικό της ρόλο στη θετική έκβαση της θεραπείας, θα πρέπει να αξιοποιηθεί θετικά το εγγενές υγιές δυναμικό της. Αυτή η διαπίστωση ισχύει για όλες τις οικογένειες, φυσιολογικές ή παθολογικές.

Τα αποτελέσματα της θετικής αξιοποίησης του εγγενούς υγιούς δυναμικού έχουν ιδιαιτέρως παρατηρηθεί στις θεραπείες των οικογενειών με σχιζοφρενείς ασθενείς. Όπως αναφέρει ο Bowen (1960), στις οικογένειες αυτές υφίσταται μια "αδιαφοροποίητη οικογενειακή μάζα του Εγώ", η οποία με τη σειρά της καθορίζει τη συμπεριφορά των επιμέρους μελών της.

Συχνά, παρατηρείται μια πολύ έντονη συνοχή μεταξύ των μελών των οικογενειών αυτών, όπου τα μέλη τους εμφανίζονται αλληλοεξαρτώμενα και ελάχιστα διαφοροποιημένα μεταξύ τους. Τα εσωτερικά όρια των οικογενειών αυτών είναι ασαφή και διαπερατά, ενώ αντιθέτως, τα εξωτερικά όρια της οικογενείας, δηλαδή η επικοινωνία με το εξωτερικό περιβάλλον, εμφανίζονται άκαμπτα και συχνά αδιαπέραστα.

Στις περιπτώσεις αυτές, αν δεν εκλείψει από τους θεραπευτές το οικογενειακό πλαίσιο, με το δυναμικό του ως όλον, ορισμένα φαινόμενα, όπως στάσεις, συμπεριφορές, ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις κτλ. θα γίνουν αντιληπτά μονό ως απόρροια της προσωπικής παθολογίας των μελών της οικογένειας. Η θεραπεία τότε θα σταματήσει απότομα, διότι το οικογενειακό σύστημα θα αντιδράσει αυτομάτως αρνητικά στις αλλαγές αυτές ( Strasburger, 1980).

Στην πραγματικότητα οι φαινομενικά διαφορετικές εκδηλώσεις των μελών μιας οικογένειας εκφράζουν το δυναμικό της, ως όλον. Η κατανόηση των αλληλοδιαπλοκών και η αντιμετώπιση τους μόνον όντος του οικογενειακού πλαισίου μπορεί να γίνει δυνατή, προσεγγίζοντας την οικογένεια ως σύνολο.

Άλλωστε, ανεξαρτήτως των άλλων παραγόντων που επιδρούν στη διαμόρφωση της σχιζοφρένειας, η διαταραχή οφείλεται, κατά ορισμένους συγγραφείς, και στη δυναμική θέση του σχιζοφρενή εντός του οικογενειακού συστήματος, η οποία εκφράζει τις δυσκολίες της αυτόνομης ανάπτυξης του μέσα στην οικογένεια.<sup>38</sup>

## **ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

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

Άλλοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα και άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες π.χ. αγορά και παρασκευή φαγητού, διαχείριση χρημάτων κτλ. Άλλοι ζουν με τις οικογένειες τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν συνεργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από

νοσοκομεία διαμερίσματα, άλλοι σε ξενώνες, οικοτροφεία κτλ.

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

Για ασθενείς που καταφέρνουν να εργαστούν χρειάζεται τακτική επαφή με τους εργοδότες για την ανακούφιση των διαπροσωπικών εντάσεων, που εύκολα μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή.<sup>13</sup>

Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης - στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, στο ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και στο ψυχιατρικό νοσοκομείο με βάση και πάλι τη θεραπευτική ομάδα.<sup>14</sup>

Τελειώνοντας το κεφάλαιο της θεραπείας, θα πρέπει και πάλι να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μόνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας.<sup>13</sup>

# Η ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

## Η Αντιψυχιατρική κίνηση

Από την εποχή που απέβαλε το μεταφυσικό της περίβλημα και αφέθηκε στα χέρια της επιστήμης μέχρι σήμερα η σχιζοφρένεια προσεγγίζεται, όπως είδαμε, από ένα πολύμορφο πρίσμα το οποίο τη συνδέει άλλοτε με βιολογικούς, άλλοτε με κοινωνικούς και άλλοτε με ψυχολογικούς παράγοντες. Η πολυμορφία, ωστόσο, των προσεγγίσεων αυτών συγκλίνει σε μια κοινή αντίληψη: Η σχιζοφρένεια εκφράζει πάντα μια παθολογική κλινική οντότητα. Είναι μια ψυχική νόσος. Τη θεώρηση αυτή έρχεται να αμφισβητήσει η αντιψυχιατρική κίνηση, που εδώ και 20 περίπου χρόνια δημιουργεί νέους ορίζοντες στοχασμού και προβληματισμού στη μελέτη της σχιζοφρένειας.

Η αντιψυχιατρική αμφισβητεί τόσο την ύπαρξη της σχιζοφρένειας όσο και το σύνολο των γνώσεων και των εφαρμογών της παραδοσιακής ψυχιατρικής, επιχειρώντας μια ριζοσπαστική ανατροπή των ορίων που χωρίζουν την ψυχική υγεία από την ψυχική ασθένεια.

Οι ορίζοντες στοχασμού και προβληματισμού της κίνησης



αυτής ξεπερνούν κατά πολύ τα σύνορα ενός περιχαρακωμένου ψυχιατρικού πεδίου και επεκτείνονται στην επανεκτίμηση του συνόλου των κοινωνικοπολιτικών δομών.

Εμπνευστές και πρωτεργάτες της αντιψυχιατρικής οι Laing, Cooper, Esterson, απαρτίζουν στις αρχές της δεκαετίας του 60' τη βρετανική αντιψυχιατρική σχολή, προκαλώντας τον αρχικό δεσμό των ιδεών που θα συμβάλλει στην ανάπτυξη παράλληλων κινήσεων στη Γαλλία, στην Ιταλία και στην Αμερική.

Οι θέσεις της αντιψυχιατρικής για τη σχιζοφρένεια μπορούν να συνοψιστούν στις παρακάτω προτάσεις:

Η σχιζοφρένεια δεν είναι ένα ιατρικό αλλά ένα κοινωνικό γεγονός, απόρροια των αλλοτριωμένων κοινωνικών δομών. Είναι μια ετικέτα που προσκολλάται σε ορισμένους ανθρώπους κάτω από ορισμένες κοινωνικές συνθήκες.

Η γλώσσα της σχιζοφρένειας είναι αποκαλυπτική της παθολογίας των κοινωνικών δομών. Το σχιζοφρενικό σύμπτωμα αποκαλύπτει την ύπαρξη ενός διαταραγμένου δικτύου επικοινωνίας μέσα στο περιβάλλον του αρρώστου και η παράλογη, σε πρώτη όψη, μορφή του γίνεται κατανοητή όταν ενταχθεί μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον όπου πρωτοεκδηλώθηκε.

Η ψυχιατρική επιστήμη, γνήσιος εκφραστής της άρχουσας ιδεολογίας,

περιθωριοποιεί το σχιζοφρενή για να διατηρήσει αλώβητο το υπάρχον κοινωνικό status quo.

Οι θέσεις αυτές χρωστάνε σ' ένα μεγάλο βαθμό την έμπνευσή τους σε διάφορες μεταξύ τους πηγές, όπως είναι η προβληματική των σουρεαλιστικών γύρω από το χώρο της ψυχικής ασθένειας και οι απόψεις του Foucault σχετικά με την ιστορική καταγωγή της τρέλας. Παράλληλα η υπαρξιακή φιλοσοφία από τον Kierkegaard ως τον Heidegger και τον Sartre ασκεί βαθύτατη επίδραση στη διαμόρφωση της βρετανικής κυρίως αντιψυχιατρικής σκέψης.

Η αντιψυχιατρική δεν αμφισβητεί μόνο τον παθολογισμό της σχιζοφρένειας αλλά και το σύνολο της κλασικής ψυχιατρικής· υποστηρίζει ότι η παραδοσιακή ψυχιατρική επιστήμη, εμποτισμένη από τις βασικές αρχές των φυσικών επιστημών, οδηγείται στη θεώρηση του άλλου σαν μια αδρανή ολότητα, την οποία προσπαθεί να ερμηνεύσει και να εξουσιάσει. Εξάλλου η κίνηση αυτή ασκεί βίαιη κριτική στην πράξη της ταξινόμησης σε διάφορες ψυχοδιαγνωστικές κατηγορίες. Η ψυχιατρική διάγνωση, σε αντίθεση με την ιατρική, έχει τη δύναμη να επιβάλλει μια ελαττωματική ταυτότητα στον άλλον, τέτοια που να προσδιορίζει και να καθορίζει αρνητικά τη συμπεριφορά του κοινωνικού περίγυρου απέναντί του, καθώς και του ίδιου απέναντι στον εαυτό του. Το ψυχιατρικό ετικετάρισμα, εγκλωβίζοντας το άτομο στα ασφυκτικά πλαίσια μιας ελαττωματικής κατηγορίας, συνιστά για τους αντιψυχιάτρους μια στοιχειώδη στέρηση της ελευθερίας, μια κατεξοχήν πράξη βίας.

Όσον αφορά τις ψυχιατρικές θεραπευτικές μεθόδους, η αντιψυχιατρική υποστηρίζει ότι συνιστούν στο σύνολό τους μια πράξη βίας, δημιουργώντας στον χαρακτηρισμένο ψυχικά άρρωστο έναν έντονο ψυχικό καταναγκασμό και υποθάλλποντας την υποταγή του στο κοινωνικό σύστημα.

Επηρεασμένοι από την υπαρξιακή φαινομενολογία οι αντιψυχίατροι θα προτείνουν μια νέα αντιμετώπιση του άρρωστο, όπου υπερισχύει η παραδοχή της εμπειρίας του και η ανάγκη σεβασμού της μοναδικότητάς του. Θεραπευτικό στόχο θέτουν την αποκατάστασή του όχι στην κοινωνία, αλλά στον ίδιο του τον εαυτό.

Ορισμένοι από τους εκπροσώπους της αντιψυχιατρικής κίνησης δεν καταρρίπτουν απλά τα όρια που χωρίζουν το σχιζοφρενικό από το φυσιολογικό άτομο, αλλά εξιδανικεύουν το σχιζοφρενή προσφέροντάς του μια θέση ανώτερη από αυτή του φυσιολογικού ατόμου.

Στο έργο του *The politics of Experience* ο Laing αντιμετωπίζει τη σχιζοφρένεια σαν ένα στάδιο μιας θεραπευτικής διαδικασίας, μια απαρχή ίασης, που περικλείει τη δυνατότητα εισόδου στο «βασίλειο της υπερυγείας». Το ψυχωτικό επεισόδιο είναι ένα ταξίδι, ένας μακρύς δρόμος προς τα πίσω, που οδηγεί σε μια νέα επαφή με την πραγματικότητα. Η σχιζοφρενική εμπειρία παρομοιάζεται με τη μυστικιστική. Δεν είναι πια η εκδήλωση μιας παθολογικής διαδικασίας, αλλά η πιστή αντανάκλαση μιας άλλης πραγματικότητας που παραμένει κρυμμένη. Είναι η διαδικασία εκείνη που επουλώνει

τις βαθιές ρωγμές που έχει προκαλέσει ο σύγχρονος πολιτισμός ανάμεσα στον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο του ατόμου.

Αν και σε ορισμένα σημεία η θεώρηση αυτή παραπέμπει στον Jung ιδίως όταν ο Laing αναφέρεται στο ρόλο των αρχέτυπων του συλλογικού ασυνείδητου στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας, ωστόσο πιστεύουμε ότι η αναγωγή της σχιζοφρένειας σε ανώτερη μορφή πνευματικής υγείας είναι μοναδική στην ιστορία της ψυχιατρικής. Μια τέτοια όμως προσέγγιση, ενώ προσπαθεί να απομυθοποιήσει τη σχιζοφρένεια από παραδοσιακά σχήματα, στην πραγματικότητα τη μυθοποιεί μ' έναν καινούριο τρόπο, παγιδεύοντάς την και πάλι μέσα σε απλουστευτικές μυθοπλαστικές κατασκευές.

Παρ' ότι μια κριτική ανάλυση της αντιψυχιατρικής κίνησης δεν εντάσσεται μέσα στους στόχους του κεφαλαίου αυτού θα αναφερθούμε σε ορισμένα βασικά σημεία της, που τα θεωρούμε σημαντικά για την μελέτη της σχιζοφρένειας.

Αναζητώντας τα αίτια της σχιζοφρένειας, η αντιψυχιατρική δεν καταφέρνει να ξεφύγει από τα δεσμά μιας μηχανιστικής αιτιοκρατικής προσέγγισης, μένοντας και αυτή εξαρτημένη από έναν δογματισμό. Μια κοινωνική εξήγηση της σχιζοφρένειας ενδέχεται να προσφέρεται σαν απάντηση σε μια ψυχολογιστική τάση, ένας αντιπαρατιθέμενος σοσιολογισμός όμως ενδέχεται να δημιουργήσει ένα καινούριο δόγμα εξίσου σφαλερό, υποτιμώντας το ρόλο του εσωτερικού δυναμισμού

του ατόμου. Η αντιψυχιατρική, στην προσπάθειά της να απομυθοποιήσει από τα παραδοσιακά σχήματα τη σχιζοφρένεια, τη μυθοποιεί με ένα καινούριο τρόπο φτάνοντας συχνά στο σημείο να τη θεωρεί, όπως αναφέραμε, σαν μια ανώτερη μορφή ψυχικής υγείας ή να τη μετουσιώνει σε ριζοσπαστικό στοιχείο που φέρει μέσα του το δυναμικό της αλλαγής. Στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του σχιζοφρενούς παραβάλλεται με εκείνον που διαδραματίζουν οι περιθωριακές μειονότητες στα πλαίσια μιας μαρκουζικής επανάστασης.

Ο σχιζοφρενής μετασχηματίζεται σε φορέα επαναστατικότητας, σε πολεμική μηχανή ενάντια στο λογικό, ενάντια σε όλη την αξιολογική κλίμακα της άρχουσας ιδεολογίας.

Πόσο όμως η θεώρηση αυτή ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα του σχιζοφρενούς; Ο λόγος του σχιζοφρενούς μπορεί να είναι αποκαλυπτικός των χασμάτων της κυρίαρχης λογικής μας, των παγιδεύσεων του «είναι» μας, από καθιερωμένες αλήθειες, μπορεί να ενσαρκώνει απόκρυφα αποθέματα τρέλας που ελλοχεύουν στον καθένα μας και αγνοούνται από όλους μας. Η ύπαρξη του σχιζοφρενούς μπορεί να μα δείχνει με ένα συνταρακτικό τρόπο, ότι η ζωή και ο θάνατος, το λογικό και το παράλογο βρίσκονται μέσα μας, μας κατοικούν με έναν ιδιαίτερο για τον καθένα μας τρόπο και ότι η ψυχική υγεία ίσως να κατοικεί στο χώρο της συμφιλίωσης των αντιθετικών αυτών καταστάσεων. Ωστόσο ο σχιζοφρενής, εγκλωβισμένος μέσα στη δική του οδύνη, προϊόν ο ίδιος ως ένα βαθμό της καταπίεσης της άρχουσας νόρμας και όχι της

άρνησής της, δεν έχει τη δυνατότητα να λειτουργήσει ως ρίζοσπαστικό στοιχείο ή φορέας επαναστατικότητας.

Από την άλλη μεριά ο εκθιασμός της σχιζοφρένειας που επιχειρεί η αντιψυχιατρική, όταν παράλληλα συμπορεύεται με την κατάργηση της θεραπείας, προσκρούει μοιραία στην αναπόφευκτη οδύνη που βιώνει ο ψυχωτικός. Ανεξάρτητα από την πηγή προέλευσης της οδύνης, ανεξάρτητα δηλαδή από το αν αυτή είναι προϊόν ενδοψυχικών και κοινωνικών συγκρούσεων, είναι γεγονός ότι ο σχιζοφρενής, έχοντας μια συμβιωτική σχέση με το ασυνείδητό του, δίχως τους προστατευτικούς μηχανισμούς του φυσιολογικού ατόμου, είναι εκτεθειμένος στη συνεχή απειλή μιας βαθιάς οδύνης. Με την κατάργηση κάθε είδους θεραπείας η οδύνη μένει αίωλη. Ποιός μπορεί να επωμιστεί την ευθύνη μιας τέτοιας επιλογής;

Η συμβολή της αντιψυχιατρικής προβληματικής όμως δεν παύει να είναι σημαντική: ευαισθητοποίησε την κοινή γνώμη γύρω από το πρόβλημα της ψυχικής ασθένειας και έριξε φως στους πολύπλοκους μηχανισμούς που διαμορφώνουν την κοινωνική αντίδραση σ' αυτήν. Κατάδειξε παράλληλα ότι καθιερωμένες αλήθειες που θεμελιώνουν την ιδεολογία της καθημερινής ζωής μας εξωθούν στην αντικειμενοποίηση και στην ακύρωση ουσιαστικών πλευρών του εαυτού μας.

Θεωρώντας τη σχιζοφρένεια ως ένα διαφορετικό τρόπο ύπαρξης, χωρίς να προδικάζεται σαν σωστός ή λανθασμένος, αξίωσε να αναγνωρισθεί στο σχιζοφρενικό άτομο μια θέση συνομιλητή, ενεργού υποκειμένου. Η κυριότερη όμως

συμβολή της αντιψυχιατρικής είναι η επανεκτίμηση των ορίων που επιχειρεί ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό άτομο, καθώς και η διερεύνηση των σχέσεων που επικρατούν ανάμεσα στην ατομική και την κοινωνική παθολογία.<sup>15</sup>

# ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ





### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Νοσηλευτική είναι η τέχνη της παροχής περίθαλψης και φροντίδας των ασθενών με σκοπό την ανακούφιση τους, τη θεραπεία τους και τη αποκατάσταση της υγείας τους.

Η διαχρονική εξέλιξη των κλάδων της Ιατρικής, αλλά και οι αλλαγές σε κοινωνικό, πολιτικό και θρησκευτικό επίπεδο απέναντι στον πάσχοντα και τις ασθένειες, είχαν ως συνέπεια την εξέλιξη των τεχνικών και της μεθοδολογίας της Νοσηλευτικής.

Έτσι στηριζόταν στην αλληλοδιδασκτική και στην εμπειρική γνώση, άρχισε να συστηματοποιεί -από τις αρχές του 20ου αιώνα- τις μεθόδους και τις τεχνικές της.

Η ενσωμάτωση σε αυτές των δεδομένων της Ιατρικής και των άλλων επιστήμων που συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών, της εξασφάλισε την επιστημονική κατανόηση των αρρώστων, των νόσων, αλλά και της προστασίας από αυτές.

Οι ειδικεύσεις της Ιατρικής οδήγησαν στην εξειδικευμένη ιατρική αντιμετώπιση του αρρώστου ανάλογα με την πάθηση του και απαίτησαν, με τη σειρά τους, από τη Νοσηλευτική την προσαρμογή και των δικών της τεχνικών και μεθόδων στα ολοένα ανανεωμένα δεδομένα.

Αυτό οδήγησε στις ειδικεύσεις και της ίδιας της Νοσηλευτικής, που η καθεμία χαράζει και βελτιώνει τη δική της εξειδικευμένη μεθοδολογία.<sup>39</sup>

Ωστόσο, η Νοσηλευτική παραμένει μια τέχνη, γεγονός που σημαίνει

ότι διατηρεί ως σημείο εκκίνησης τον ασθενή, σεβόμενη την ατομικότητα του και τις ανάγκες του, που πηγάζουν από την προσωπικότητα και την ασθένεια του, εναρμονίζοντας με αυτές τις θεωρητικές αναφορές και τις επιστημονικές γνώσεις που σήμερα πλέον διαθέτει.<sup>40</sup>

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας είναι μια ειδίκευση της Νοσηλευτικής που υπηρετεί την ιδιαιτερότητα της περίθαλψης και φροντίδας των ψυχικά πασχόντων. Η ιδιαιτερότητα αυτή ξεπερνά τα στενά όρια του ελέγχου και του περιορισμού των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου και διευρύνεται στην αξιοποίηση των ψυχικών, νοητικών και σωματικών δυνατοτήτων του ασθενούς, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, την αυτονομία του και τη συμμετοχή του στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Αυτός ο διευρυμένος σκοπός προϋποθέτει την ολιστική θεώρηση του ασθενούς και την εξατομικευμένη αντιμετώπιση του. Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας συμβάλλει στην υλοποίηση αυτού του σκοπού, συνταιριάζοντας την αντλημένη από την Ψυχιατρική, την Ψυχολογία, την Κοινωνιολογία και τις άλλες ανθρωπιστικές επιστήμες επιστημονική γνώση ,με τη μακραίωνη γνώση της νοσηλευτικής προσέγγισης της πάσχουσας σωματικής λειτουργίας του ασθενούς.

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, παρόλο που είναι μια σχετικά πρόσφατη ειδίκευση της Νοσηλευτικής, προϋπαρχε πολλούς αιώνες πριν αποκτήσει ονομασία, αρχές ,τεχνικές και μεθόδους εφαρμογής. Ήταν ενταγμένη στην εν γένει φροντίδα των ψυχικά πασχόντων, όπως αυτή παρεχόταν, στις διαφορές ιστορικές περιόδους και διαπνεόταν από τις κοινωνικές αντιλήψεις που επικρατούσαν σε κάθε μια από αυτές. Έχει λοιπόν διανύσει και αυτή τη δική της ιστορική πορεία.<sup>39</sup>

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο Δημήτρης Α. γεννήθηκε το 1945 στην Αθήνα. Είναι το δεύτερο παιδί της οικογένειας. Ο μεγαλύτερος -κατά δύο χρόνια- αδελφός του, αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα και αυτή τη στιγμή νοσηλεύεται. Ο αδελφός του έχει παντρευτεί και έχει δύο παιδιά. Οι δύο γονείς δεν είναι στη ζωή. Η μητέρα του αντιμετωπίζει ψυχολογικό πρόβλημα χωρίς όμως να έχει νοσηλευτεί.

Ο Δημήτρης παρουσιάζεται ως ένα παιδί φυσιολογικό, με καλές σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Ήταν πολύ καλός μαθητής και ολοκλήρωσε επιτυχώς το σχολείο. Κατόπιν έδωσε εξετάσεις και φοίτησε στο Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΑΣΟΕ).

Ολοκλήρωσε τις σπουδές του και μετά εκπλήρωσε τη στρατιωτική του θητεία κανονικά. Αφού έληξε η θητεία του, αναζήτησε εργασία και δούλεψε σε μια εταιρεία (δεν προσδιορίζεται το όνομα αυτής). Σε αυτή την εταιρεία παρέμεινε περίπου επτά χρόνια και έφυγε γιατί έκλεισε η επιχείρηση. Αποχώρησε σε ηλικία 37 ετών.

Σε ηλικία 30 ετών παντρεύτηκε μετά από αίσθημα και από αυτό το γάμο απέκτησε ένα παιδί, το οποίο σήμερα είναι 15 ετών.

Όταν απολύθηκε από τη δουλειά του άρχισε να αντιμετωπίζει κάποια ψυχολογικά προβλήματα. Χαρακτηριστικά αυτών των προβλημάτων ήταν η απομόνωση καθώς και η βίαιη συμπεριφορά μέσα στο σπίτι (δύο επεισόδια τέτοιου είδους).

Σε ηλικία 37 ετών έγινε η πρώτη εισαγωγή του Δημήτρη σε

ψυχιατρική κλινική. Μετά την εισαγωγή του πέθανε η γυναίκα του, καθώς αντιμετώπιζε προβλήματα υγείας (CA μαστού).

Πριν εκδηλωθεί η ασθένεια ο Δημήτρης περιγράφεται σαν ένας άνθρωπος ιδιαίτερα ευχάριστος και καλός. Αναφέρονται τάσεις απομόνωσης.

Μετά το θάνατο της γυναίκας του και την εισαγωγή του στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, το παιδί παρέμεινε με τη γιαγιά του σε ιδιόκτητο σπίτι. Το παιδί είναι ενήμερο για την κατάσταση του πατέρα του.

Η τελευταία επαφή του Δημήτρη με τον γιό του ήταν πριν από εννέα χρόνια. Το παιδί εκφράζει επιθυμία να δει τον πατέρα του, όμως ο ίδιος δεν το επιθυμεί.

Ιατρικό Σημείωμα από την εισαγωγή του σε Ξενώνα Ψυχικής Υγείας το 2000.

Διάγνωση: ΧΡΟΝΙΣΑΣΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

«Ο κύριος Α. Δημήτριος, ο οποίος είναι φιλοξενούμενος στον Ξενώνα μας από τετραετίας, πάσχει από Ψυχωσική Διαταραχή από 25ετίας.

Νοσηλεύτηκε πρώτη φορά το 1977 σε Ιδιωτική κλινική. Μετά τη νοσηλεία του αναφέρεται ότι εμφάνισε πλήρη ύφεση της συμπτωματολογίας με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει. Ακολούθησαν άλλες δυο νοσηλείες σε Ιδ. κλινικές και εν συνεχεία νοσηλεύτηκε στο Δρομοκαΐτειο, για πρώτη φορά το 1991. Από τότε είχε επανειλημμένες επανεισαγωγές μέχρι το 2000 που μετακόμισε στους ξενώνες μας. Λόγω της ανθεκτικότητας των συμπτωμάτων έχει τεθεί αγωγή με κλοζαπίνη.

Η παρούσα ψυχική κατάσταση χαρακτηρίζεται από διαταραχές της σκέψης και στη δομή (με ανακοπές, ανάγνωση σκέψης) αλλά και στο περιεχόμενο (με παραληρητικές ιδέες δίωξης, επίδρασης του

σεξουαλικού περιεχομένου-ομοφυλοφιλίας).Επίσης παρουσιάζει διαταραχές της αντίληψης : πολλές και έντονες ακουστικές ψευδαισθήσεις που συχνά τον «υποχρεώνουν» να διακόψει τη συνομιλία με το προσωπικό και να μιλήσει μαζί τους. Πολλές φορές μιλάει αρκετή ώρα με τις φωνές του.

Παρουσιάζει συχνές ιδεοληπτικού τύπου ιδέες («Μήπως έφαγα το τσιγάρο;») που του δημιουργούν έντονη ενασχόληση με τις ιδέες αυτές. Η συμπεριφορά του είναι συχνά αποδιοργανωμένη και επηρεάζεται από τις ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

Παρά την ενεργό ψυχοπαθολογία του, προσπαθεί και είναι συνεργάσιμος και μπορεί, σε κάποιο βαθμό, να ανταποκριθεί σε δουλειές που του ανατίθενται. Όταν «εκπαιδευτεί» εκτελεί τις εργασίες αυτόνομα (π.χ. χρησιμοποιεί το πλυντήριο πιάτων).

Όλο το διάστημα της παραμονής του δεν έχει εμφανίσει βίαιη συμπεριφορά, αλλά αντίθετα είναι ιδιαίτερα συνεργάσιμος.»

## **ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ ΣΗΜΕΡΑ**

**οε** Δραστηριότητες καθημερινής ζωής

Ο Δημήτρης είναι αυτόνομος στον τομέα της σίτισης. Είναι αναγκαίο όμως να εποπτεύεται στους τομείς της ατομικής υγιεινής, της ένδυσης και της περιποίησης. Μπορεί να ντυθεί μόνος του, αλλά πολλές φορές φοράει τα ρούχα ανάποδα, άλλες φορές φοράει τις πυτζάμες του κάτω από τα ρούχα του και σπανίως συνδυάζει σωστά τα ρούχα του. Όσον αφορά τον τομέα της περιποίησης, πρέπει να του υπενθυμίζεται να χτενίζεται και να ξυρίζεται.

Στις οικιακές δραστηριότητες παρατηρήθηκε ότι α)χρειάζεται διακριτική ιατρονοσηλευτική εποπτεία τόσο στην παρασκευή απλών όσο

και πολύπλοκων πραγμάτων και β) ότι χρήζει ελάχιστης εποπτείας στην τακτοποίηση και καθαριότητα του ατομικού του χώρου και των κοινόχρηστων χώρων.

Χρειάζεται επίσης εποπτεία στον τομέα διαχείρισης χρημάτων.

#### **οε** Διαπροσωπικές σχέσεις

Ο Δημήτρης είναι προσανατολισμένος μόνο ως προς το χώρο ενώ παρουσιάζει σημαντική έλλειψη προσανατολισμού ως προς το χρόνο, εαυτό και τρέχουσα κατάσταση. Κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου επεξεργάζεται την πραγματικότητα παραληρηματικά. Χρειάζεται εποπτεία στις μετακινήσεις του στη γειτονιά και πρέπει να «ερευνηθεί» η χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς.

Όσον αφορά τις κοινωνικές του σχέσεις, δέχεται επισκέψεις από τον κουνιάδο του αλλά δεν έχει εκδηλώσει ποτέ επιθυμία να επικοινωνήσει τηλεφωνικά μαζί του.

Στον Ξενώνα, με το προσωπικό συνήθως συνεργάζεται καλά. Το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι αποσυρμένος και απομονωμένος. Δεν έχει ουσιαστικές επαφές με τους υπόλοιπους ενοίκους.

#### **οε** Ελεύθερος χρόνος

Το πρώτο χρονικό διάστημα που ο Δημήτρης ήταν στον ξενώνα συμμετείχε κανονικά στις εργοθεραπευτικές ομάδες. Στη συνέχεια όμως απέφυγε να εμπλέκεται και μένει στις ομάδες ως παρατηρητής, ενώ άλλες φορές δε συμμετέχει καθόλου.

Η διάσπαση της προσοχής και της συγκέντρωσης δεν του επιτρέπουν να συμμετέχει σε πολύπλοκες δραστηριότητες με πολλές οδηγίες. Μπορεί να διαχειρίζεται μόνον απλές δραστηριότητες με οδηγίες που θα δίδονται ανά στάδιο.

Στον ελεύθερο του χρόνο είναι συνήθως απομονωμένος. Αρκετές φορές εκφράζει την επιθυμία να βγαίνει βόλτες.

**oe** Στόχοι

- Βελτίωση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης.
- Επαφή με την πραγματικότητα.
- Βελτίωση κοινωνικών δεξιοτήτων.

### **Νοσηλευτική Παρέμβαση**

#### *A)Βελτίωση συνθηκών αυτοεξυπηρέτησης.*

Δίνεται στον ένοικο ατομικός χρόνος με το πρόσωπο αναφορά. Η συζήτηση επικεντρώνεται σε πρώτη φάση στον τομέα της ατομικής του υγιεινής και στην καθημερινή περιποίηση της εμφάνισης του. Ενημερώνεται για το τι πρέπει να κάνει μετά την πρωινή του έγερση. Με σειρά προτεραιότητας :

- αλλαγή εσώρουχου
- πλύσιμο χεριών και προσώπου
- χτένισμα μαλλιών
- ντύσιμο και
- στρώσιμο κρεβατιού

Αφού ολοκληρωθεί αυτός ο κύκλος δραστηριοτήτων θα πηγαίνει στην τραπεζαρία για πρωινό.

Στο άκουσμα αυτών συμφώνησε αλλά ζήτησε βοήθεια. Άρχισε σταδιακά η εκπαίδευση του με εποπτεία και δουλεύοντας ένα κομμάτι εξ αυτών κάθε φορά. Με την πάροδο του χρόνου ο ένοικος, κατόπιν υποδείξεων, κατάφερε και κατέστησε εφικτό το στόχο. (Χρόνος εκπαίδευσης περίπου 3 μήνες.)

Όλο αυτό το διάστημα η ατομική του υγιεινή γινόταν εξ ολοκλήρου από τον νοσηλευτή, προς αποφυγή συγχύσεως του και λόγω της αδυναμίας του να επεξεργαστεί πολλαπλές πληροφορίες.

Με τη διασφάλιση του πρώτου στόχου πέρασε στην εκπαίδευση για την διεξαγωγή της άτοκης του υγιεινής.

Η ενημέρωση του αρρώστου έγινε στα πλαίσια του ατομικού του χρόνου. Δεν ήταν αρνητικός αλλά δήλωνε «ανίκανος».

Το πρακτικό κομμάτι της εκπαίδευσης του ξεκίνησε την ώρα της ατομικής του υγιεινής λέγοντας του ποιος είναι ο σωστός τρόπος διεξαγωγής αυτής. 1)Λούσιμο-ξέπλυμα, 2)πλύσιμο σώματος από πάνω προς τα κάτω, χρησιμοποιώντας σφουγγάρι και μετά ξέπλυμα.

Ο ένοικος κατάφερε να τα αφομοιώσει και να τα απαριθμεί αλλά έχρηζε βοήθειας ως προς τη ρύθμιση της σωστής θερμοκρασίας του νερού (ζεστό-κρύο) και στο ξέπλυμα. Έτσι κρίθηκε αναγκαία η παρουσία νοσηλευτή κατά τη διεξαγωγή αυτής της δραστηριότητας αναλαμβάνοντας μονό βοηθητικό ρόλο. (Χρόνος εκπαίδευσης 2 μήνες.)

### *B) Αντιμετώπιση ιδεών ιδεοληπτικού τύπου.*

Ο Δημήτρης εμφανίζει ένα ευρύ φάσμα των ιδεών αυτών στην καθημερινότητα του και έχει έντονη ενασχόληση με αυτές: «Έφαγα το τσιγάρο;», «Έφαγα το κουκούτσι της ελιάς;» Ο ατομικός χρόνος που του δινόταν δεν ήταν ικανός να τον επαναφέρει στην πραγματικότητα. Έτσι παράλληλα με αυτόν κρίθηκε απαραίτητο να καπνίζει με εποπτεία και κάθε φορά που τέλειωνε το κάπνισμα να σβήνει το τσιγάρο παρουσία νοσηλευτή. Το ίδιο επαναλαμβανόταν και όταν το φαγητό είχε κάτι που θα μπορούσε να του εμφανίσει αυτές τις ιδέες (καρπούζι, ελιές κτλ.).

Αρχικά παροτρυνόταν να αποβάλλει τα κουκούτσια ο ένοικος και μετά να γίνει η λήψη της τροφής. Στη συνέχεια το έκανε μόνος του και το έλεγε μόνος του: «Εντάξει τώρα το έβγαλα!».



Οι ιδέες αυτές επανέρχονταν κάθε φορά που ο Δημήτρης ήταν σε υποτροπή.

#### Γ) Αντιμετώπιση παραληρηματικών ιδεών δηλητηριάσεως.

Ο ασθενής πετούσε τα φαγητά και παρέμεινε νήστις γιατί θεωρούσε πως κινδυνεύει. Στην περίπτωση αυτή ο ατομικός χρόνος δινόταν πριν και μετά τη σίτιση του. Στον προ-σίτισης χρόνο ενημερωνόταν για το τι έχει το μενού, ακλουθούσε η σίτιση μαζί με τον εκάστου νοσηλευτή τρώγοντας και ο ίδιος διπλά από τον ένοικο. Στον μετά-σίτισης χρόνο γινόταν ο απολογισμός. Η διαδικασία ήταν η εξής: του εξηγούσε ο νοσηλευτής, «σήμερα έχουμε μπιφτέκια με σαλάτα. Πάμε να πλύνουμε τα χέρια μας για να φάμε». Συνοδευόμενος πήγαινε στην τραπεζαρία και αφού έκανε επιλογή των θέσεων περίμενε το σερβίρισμα.

Αρχικά ήταν επιφυλακτικός κοιτώντας τον νοσηλευτή να τρώει.

Πριν το περάς της διαδικασίας αποχωρούσε. Αυτό σταδιακά άλλαξε και η παραμονή του στην τραπεζαρία μεγάλωνε.

Σε όλο αυτό το διάστημα, στο μετά-χρόνο σίτισης έλεγε στο προσωπικό με απορία «δεν πέθανες;». Με την επανάληψη της διαδικασίας και ζητώντας διασφάλιση για το αντίθετο της πεποίθησης του "δεν κινδυνεύω άμα φάω;", το διάστημα που χρειάστηκε η παρουσία του προσωπικού στη διαδικασία ήταν ελαχίστη.

#### Δ) Αντιμετώπιση παραληρηματικών ιδεών ομοφυλοφιλίας.

Υπό την πεποίθηση αυτών των ιδεών ο Δημήτρης εμφανίζει φόβο πως θέλουν να τον βιάσουν. Είναι αρκετά συχνό το φαινόμενο να περιπατάει ή ακουμπώντας σε τοίχο ή βάζοντας τα χέρια του πίσω προσπαθώντας να προφυλαχτεί. Ασφάλεια ένιωθε όταν ήταν μόνος με τον/την εκάστοτε νοσηλευτή/τρια. Όποια μορφή και να είχε η κινητοποίηση του η συμπεριφορά του δεν άλλαζε. Αρχικά δουλεύτηκε σε

επίπεδο εμπιστοσύνης και ασφάλειας που νιώθει με την παρουσία του προσωπικού. Οι συζητήσεις ξεκινούσαν κάπως έτσι: "Αυτός θέλει να με βιάσει...".

Η απάντηση που έπαιρνε ήταν πάντα αρνητική και εστιαζόταν στο ότι το προσωπικό είναι πάντα εκεί για την ασφάλεια και την προστασία όλων των ενοίκων. Αφού ζητούσε και εγγράφως την ασφάλεια αυτή αποχωρούσε, εμφανώς, πιο ήρεμος χωρίς όμως να αλλάξε ο τρόπος που προχωρούσε το πρώτο διάστημα. Με την πάροδο του χρόνου και με την επανάληψη της συζήτησης ο Δημήτρης άρχισε σταδιακά να αποβάλλει αυτή τη συμπεριφορά.<sup>41</sup>

.....

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Η βασική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με Σχιζοφρένεια εστιάζεται στη σωματική φροντίδα και ασφάλεια, ελέγχει τις ανεπιθύμητες επιδράσεις των φαρμάκων, βοήθα τον ασθενή να επανεδραιώσει την επαφή του με την πραγματικότητα και εκπαιδεύει την οικογένεια και τον ασθενή γύρω από τη φύση της ασθευίας και τη σπουδαιότητα της λήψης των φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.<sup>42</sup>

Η φροντίδα ασθενούς με Σχιζοφρένεια είναι επίπονη και ενδιαφέρουσα διαδικασία. Η ενδοσκόπηση και η ανάδραση, τόσο από τους συντρόφους όσο και από τους επιτηρητές, είναι σημαντικά βοηθήματα, ώστε να αναπτύξει ο νοσηλευτής τις καλύτερες νοσηλευτικές ικανότητες για το χειρισμό αυτών των ασθενών.<sup>43</sup>

Α)ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.Κυριες νοσηλευτικές διαγνώσεις.

- α)Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση από τον ίδιο τον ασθενή.
- β)Διαταραχές στον αυτοσεβασμό.
- γ)Διαταραχές στη διαδικασία της σκέψης.
- δ)Κοινωνική απομόνωση.

2. Επιπλέον νοσηλευτικές διαγνώσεις.

- α)Ασθενής προσαρμοστικότητα.
- β)Άγχος

- γ)Ασθενής λεκτική επικοινωνία.
- δ)Αλλοιωμένες αισθητήριες αντιλήψεις.
- ε)Αλλοιωμένη εκτέλεση ρόλου.
- στ)Διαταραχές στην ικανότητα λήψης αποφάσεων.
- ζ)Δυσανεξία δραστηριοτήτων.
- η)Τάση βίαιης συμπεριφοράς κατά του εαυτού του ή κατά άλλων.
- θ)Αναποτελεσματική αντιμετώπιση από την οικογένεια.
- ι)Μεταβολές στην αντίληψη των οικογενειακών ευθυνών.
- κ)Μη συναίνεση με τη φαρμακευτική αγωγή.
- λ)Προβλήματα στην αυτοφροντίδα.
- μ)Διαταραχές στην εικόνα του σώματος.
- ν)Μεταβολές στη διατροφή, ποσότητες μικρότερες από τις ανάγκες του οργανισμού.

### 3.Επιλεγμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις.

α)Αναποτελεσματική ατομική αντιμετώπιση που σχετίζεται με τη δυσπιστία προς τους άλλους, όπως μαρτυρά η απροθυμία του να δίνει πληροφορίες για το ιστορικό του.

β)Διαταραχές στη διαδικασία της σκέψης που σχετίζονται με τις παραισθήσεις, όπως μαρτυρούν οι αναφορές ότι κάποιες φωνές λένε στον ασθενή τι να κάνει.

## B) ΣΤΟΧΟΘΕΣΙΑ /ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

### **1.Γενικοί σκοποί.**

α)Προσφέρουμε ένα ασφαλές περιβάλλον.

β)Προωθούμε τη βελτίωση του ασθενούς προς την επίτευξη της μέγιστης λειτουργικής κατάστασής του.

γ)Προωθούμε και υποστηρίζουμε την ορθολογική συμπεριφορά και σκέψη .

δ)Βοηθούμε τον ασθενή να εδραιώσει πρότυπα επικοινωνίας με

νόημα.

ε) Προωθούμε και υποστηρίζουμε την ικανότητα του ασθενούς να προχωρήσει και να αναπτύξει αξιόλογες σχέσεις με τους άλλους.

στ) Εκπαιδεύουμε τον ασθενή και την οικογένεια του κατά προέκταση, αν είναι δυνατόν, όσον αφορά την κατάσταση του ασθενούς και τη θεραπευτική του αγωγή. Δίνουμε έμφαση στην ανάγκη της συναίνεσης για τις θεραπευτικές αγωγές και τις άλλες πλευρές του θεραπευτικού προγράμματος.

ζ) Προωθούμε και υποστηρίζουμε την ένταξη του ασθενούς στην οικογένεια του και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

## **2. Παραδειγματα συγκεκριμένων στόχων.**

α) Ο ασθενής θα πρέπει να διατηρεί σε επαρκή επίπεδα τη σίτιση και την ενυδάτωση.

β) Ο ασθενής θα συμμετέχει σε συζητήσεις με τους νοσηλευτές, χωρίς να εμφανίζεται ηχολαλία ή απώλεια των συσχετισμών.

γ) Ο ασθενής θα αντιμετωπίζει τα συναισθήματα θύμου που βιώνει και θα τα εκφράζει κατάλληλα, όταν σημειώνονται στη διάρκεια της σχέσης του με τους νοσηλευτές.

δ) Ο ασθενής θα συναντάται με το νοσηλευτή και τους άλλους ασθενείς, για να συμμετάσχει σε παιχνίδια και άλλες κοινωνικές δραστηριότητες.

ε) Ο ασθενής θα λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, ακόμη και όταν βρίσκεται σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον

## **Γ) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

*1. Διατηρούμε τη βιολογική ακεραιότητα του ασθενούς. Οι ασθενείς με Σχιζοφρένεια συχνά δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις βασικές τους*

*ανάγκες που αφορούν τη λήψη τροφής και υγρών.*

α) Ελέγχουμε και καταγράφουμε τη λήψη υγρών και τροφίμων.

β) Να καταγράφουμε την αποβολή, για να διαπιστώσουμε την κατακράτηση κοπράνων και ούρων.

γ) Προσφέρουμε σίτιση ενδοφλέβια ή με σωλήνα, αν το συστήσει ο γιατρός ή το απαιτούν οι ανάγκες.

δ) Αν απαιτούνται παρεμβατικά μετρά, εξηγούμε στον ασθενή ότι είναι απαραίτητα για την υγεία του και ότι δεν πρόκειται για τιμωρία.

ε) Αν ο ασθενής αρνηθεί να μετακινηθεί με τη θέληση του, του αλλάζουμε εμείς θέση και προσφέρουμε φροντίδα στο δέρμα του, προκειμένου να προλάβουμε τυχόν ρήξεις και πιεστικά έλκη στο δέρμα.

στ) Όταν χορηγούμε φάρμακα από το στόμα, βεβαιωνόμαστε ότι ο ασθενής τα έχει καταπιεί. Οι παρανοϊκοί και καχύποπτοι πιθανόν να επιχειρήσουν την αποφυγή της λήψης των φαρμάκων που πρέπει να παίρνουν.

*2. Προστατευουμε τον ασθενή από την πρόκληση βλαβών τόσο προς τον εαυτό του όσο και προς τους άλλους.*

α) Ελέγχουμε τη συμπεριφορά του.

β) Ειδοποιούμε το γιατρό αν παρατηρήσουμε συμπεριφορές ή σχόλια που υποδεικνύουν την ύπαρξη αυξημένου κίνδυνου πρόκλησης βλαβών, ή την πιθανή για ανάγκη περιορισμό, απομόνωση ή αύξηση της παρακολούθησης.

γ) Απομακρύνουμε τα αιχμηρά αντικείμενα και αλλά επικίνδυνα αντικείμενα, αν είναι πιθανό να παρουσιάσει ο ασθενής οξύθυμη και επιθετική συμπεριφορά.

δ) Χρησιμοποιούμε σωματικά περιοριστικά μέσα, μόνο κατόπιν συστάσεως του γιατρού.

ε) Εκτιμάμε και καταγράφουμε τις σωματικές και ψυχολογικές

επιπτώσεις του περιορισμού και της απομόνωσης.

*3. Να χορηγούμε τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού και να ελέγχουμε την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες.*

α) Δημιουργούμε ένα πρόγραμμα μέτρησης της αρτηριακής πίεσης, πριν ξεκινήσουμε τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής.

β) Ελέγχουμε την αρτηριακή πίεση, πριν δώσουμε αντιψυχωτικά φάρμακα, ώστε να παρακολουθήσουμε την πιθανή εμφάνιση της στατικής υπότασης.

γ) Παρατηρούμε και καταγράφουμε αντικειμενικές και υποκειμενικές μεταβολές στον ασθενή.

δ) Παρακολουθούμε τις παρενέργειες και ιδιαίτερα τα σημεία ακαθισίας, επιβραδυντικής δυσκινησίας, κακοήθους νευροληπτικού συνδρόμου και ακοκκιοκυττάρωσης.

ε) Βεβαιωνόμαστε για τη σταδιακή άμβλυση των παρενεργειών. Αν είναι δυνατόν παραμένουμε με τον ασθενή, όταν σημειώνονται παρενέργειες αναστάτωσης, όπως αυτές της οξείας δυστονίας, και ενθαρρύνουμε τη συνεργασία του ακόμη και αν είναι εξωτερικός ασθενής, μέχρι να ξεπεραστούν τα συναισθήματα του τρόμου.

*4. Διευκολύνουμε την επικοινωνία.*

α) Επικοινωνούμε με τον ασθενή ακόμα και αν δεν απαντά. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια συχνά γνωρίζουν τι γίνεται γύρω τους αλλά δε μπορούν να αντιδράσουν.

β) Διατηρούμε μια μη κριτική στάση μπροστά στην εχθρότητα ή την απόρριψη που μπορεί να επιδείξει.

γ) Προσφέρουμε ανάδραση στον ασθενή και του επιτρέπουμε να γνωρίζει ποτέ δεν καταλαβαίνουμε τι μας λέει.

δ) Συμμετέχουμε στις κατευθυντήριες επικοινωνίες και

χρησιμοποιούμε θέματα και μια μορφή συνομιλίας που θα προωθήσουν τη συμμετοχή του ασθενούς. Λ.χ., συχνές παύσεις μεταξύ των φράσεων μας.

ε)Χειριζόμαστε τις άμεσες ερωτήσεις με μεγάλη επιφυλακτικότητα, καθώς αυτές μπορεί να αυξήσουν το άγχος του ασθενούς.

στ)Προσφέρουμε στον ασθενή την ευκαιρία για κατάλληλες επιλογές, λ.χ. να διαλέξει τα ρούχα που θα φορέσει εκείνη την ημέρα.

ζ)Χρησιμοποιούμε σαφή λόγο και αποφεύγουμε να προσαρμόσουμε τα λεγόμενα μας στο πνευματικό επίπεδο του ασθενούς.

η)Προσπαθούμε να αντιλαμβανόμαστε και να απαντάμε στις μη λεκτικές εκφράσεις του ασθενούς, λ.χ. σε ότι εκφράζει με τη στάση του σώματος, των χεριών ή την επαφή με τα μάτια.

θ)Χρησιμοποιούμε μη λεκτική επικοινωνία, για να έρθουμε σε επαφή με τον ασθενή. Λ.χ. την επαφή με τα μάτια και τη στάση του σώματος.

ι)Χρησιμοποιούμε την επαφή, το άγγιγμα, αλλά με μεγάλη προσοχή, καθώς αυτό μπορεί να αυξήσει το άγχος του ασθενούς.

κ)Διατηρούμε σύντομες συνομιλίες με τον ασθενή, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας.

### *5.Προωθούμε την ορθολογική σκέψη και έκφραση*

α)Ολοκληρώνουμε τις παρεμβάσεις κατά των παραισθησιακών σκέψεων.

1.Δεν εξαγριωνόμαστε και δεν υποτιμούμε τις παραισθήσεις του. Κάτι τέτοιο θα προκαλούσε αύξηση του άγχους του.

2.Εκφραζουμε αμφιβολίες για τη παραίσθηση και μετατοπίζουμε το κέντρο του ενδιαφέροντος στα αισθήματα του ασθενούς. Λ.χ. συχνά όταν οι άνθρωποι φοβούνται ή βρίσκονται σε ένα μέρος άγνωστο έχουν την αίσθηση ότι κάποιος τους κυνηγού.



β)Ολοκληρώνουμε τις παρεμβάσεις κατά των παραισθήσεων.

1.Ελεγχουμε τον ασθενή για τυχόν σημεία προδιάθεσης στο στρες.

2.Εκτιμούμε τις ανάγκες του ασθενούς που σχετίζονται με το υποκείμενο άγχος.

3.Χρησιμοποιούμε λεκτικές και μη λεκτικές ενδείξεις και υποδείξεις του ασθενούς, αναγνωρίζουμε τα συναισθήματα που συνδέονται με τις παραισθήσεις του και τα γνωστοποιούμε στον ασθενή.

4.Αμφισβητούμε την πραγματικότητα των παραισθήσεων, λέγοντας στον ασθενή ότι ούτε εμείς τις ακούμε, ούτε τις βλέπουμε. Για παράδειγμα του λέμε «Ξέρω ότι αυτές οι φωνές σε φοβίζουν. Θα ήθελα να ξέρεις ότι εγώ δεν τις ακούω.»

5.Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συζητά ανοιχτά για θέματα που βασίζονται στην πραγματικότητα, όπως οι φόβοι του, το άγχος του, ή για θέματα της καθημερινότητας, όπως ο καιρός.

6.Όταν αναπτυχθεί εμπιστοσύνη μεταξύ τους ασθενούς και του νοσηλευτή, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να αποκρούει τις φωνές, λέγοντάς τους να απομακρυνθούν ή να ησυχάσουν.

*6.Παρεχουμε στον ασθενή υποδομή συγκρότησης.*

α)Δίνουμε ξεκάθαρες οδηγίες.

β)Δημιουργούμε ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων και μένουμε πιστοί σε αυτό.

γ)Προσφέρουμε θετική ενίσχυση.

*7.Πρωθούμε τη λήψη αποφάσεων.*

α)Περιορίζουμε τις επιλογές, για να αποφύγουμε τη σύγχυση του ασθενούς.

β)Δίνουμε στον ασθενή την ευθύνη για απλά θέματα αυτοφροντίδας στα πλαίσια των δυνατοτήτων του. Δίνουμε οδηγίες ανάλογα με τις

ανάγκες.

γ)Συστήνουμε περισσότερο σύνθετα θέματα με τόσο απλό τρόπο, ώστε να μπορεί να τα κατανοήσει.

δ)Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να αναπτύξει νέες δραστηριότητες.

ε)Βοηθάμε τον ασθενή και την οικογένεια του να κατανοήσουν και να ασκήσουν όλα τα στάδια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων με:

1.Εξακριβωση του προβλήματος.

2.Καταγραφή των εναλλακτικών λύσεων.

3.Αξιολογήση των εναλλακτικών λύσεων.

4.Ελεγχο των εναλλακτικών λύσεων.

8.Διευκολύνουμε τη συμμετοχή του στο κοινωνικό σύνολο.

α)Επεκτείνουμε σταδιακά το κοινωνικό δίκτυο του ασθενούς.

1.Φερνουμε και τρίτα άτομα στις συζητήσεις και τις δραστηριότητες.

2.Συστηνουμε τον ασθενή και σε άλλους ασθενείς.

β)Αν σημειώνεται αντίσταση, τον βοηθάμε να την ξεπεράσει, τουλάχιστον στις σχέσεις του με το προσωπικό.

9.Προσφερομε στον ασθενή την απαραίτητη εκπαίδευση ή αγωγή, προκειμένου να προετοιμαστεί για την έξοδο του και την κοινωνική του ζωή.

α)Βοηθάμε τον ασθενή να εξακριβώσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του που σχετίζονται με την έκφραση των συναισθημάτων του.

β)Βοηθάμε τον ασθενή να διερευνήσει το αίσθημα της ευχαρίστησης που νιώθει.

γ)Βοηθάμε τον ασθενή να διερευνήσει αντιλήψεις ή ιδέες που σχετίζονται με το άγχος του.

δ)Βοηθάμε τον ασθενή να μάθει τεχνικές μείωσης του άγχους.

ε) Προσφέρουμε στον ασθενή ακριβή ενημέρωση για την πορεία της νόσου.

στ) Προσφέρουμε στον ασθενή πληροφορίες για τα συμπτώματα και τη φαρμακευτική αγωγή.

ζ) Τον παραπέμπουμε σε κοινωνικούς λειτουργούς, οργανώσεις και ομάδες υποστήριξης.

*10. Γίνεται ενημέρωση της οικογένειας.*

*11. Όταν η σχέση ασθενούς και νοσηλευτή περατωθεί ή μεταβληθεί, βοηθάμε τον ασθενή να ελέγξει τα συναισθήματα της απώλειας ή της αλλαγής.*

#### Δ) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Κανουμε μια υποκειμενική και αντικειμενική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας που είχε η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς.

α) Ένας επόπτης ή άτομο ειδικευμένο σε νοσηλευτικά ζητήματα μπορεί να βοηθήσει το νοσηλευτή στη θεραπευτική του σχέση με τον ασθενή.

β) Ο εσωτερικός έλεγχος και η ανάδραση από άλλα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας και από την οικογένεια μπορούν επίσης να δώσουν πληροφορίες για την επιτυχία της θεραπευτικής σχέσης.

2. Αξιολογουμε τις αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς συνεχώς, χρησιμοποιώντας την ανάδραση από τον ασθενή, τη νοσηλευτική ομάδα και την οικογένεια.

3. Κανουμε ανασκόπηση των νοσηλευτικών σκοπών και εκτιμούμε την πρόοδο.

α) Ο ασθενής συμμετείχε στις αποφάσεις της θεραπευτικής αγωγής.

β) Αντιμετωπίζονται οι βιολογικές του ανάγκες.

- γ)Βελτιώνεται η ικανότητα του ασθενούς να επικοινωνεί.
- δ)Ο ασθενής επιδεικνύει ορθολογική σκέψη και έκφραση.
- ε)Οι δραστηριότητες της λήψης αποφάσεων από τον ίδιο βελτιώνονται και είναι επαρκείς.
- στ)Βελτιώνονται οι κοινωνικές σχέσεις του ασθενούς και τα συστήματα υποστήριξης.
- ζ)Ο ασθενής και η οικογένεια του κατανοούν την πρόοδο της νόσου και το πότε πρέπει να ζητήσουν περαιτέρω βοήθεια.
- η)Ο ασθενής παραπέμπεται στα κατάλληλα πρόσωπα και πηγές βοήθειας και υποστήριξης μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον.
- θ)Η σχέση νοσηλεύτη και ασθενούς σταματά με τρόπο που προωθεί τη θετική ανάπτυξη του ασθενούς.<sup>44</sup>

## Συνέχεια της φροντίδας / Προγραμματισμός Αποθεραπείας

- α)Ενθάρρυνση της συμμετοχής στο νοσοκομείο ημέρας και στα ημερήσια θεραπευτικά προγράμματα.
- β)Παροχή οδηγιών για τη συνεχιζόμενη ατομική θεραπεία και τη χρήση φαρμάκων.
- γ)Βοήθεια να δημιουργηθεί μια υποστηρικτική κατάσταση διαβίωσης και προστατευόμενο εργασιακό περιβάλλον.
- δ)Παραπομπή σε κοινοτικά υποστηρικτικά προγράμματα, συνδέσμους επισκεπτών νοσηλευτών και ομάδες οικογενειακής υποστήριξης.

Η διαδρομή του χρόνιου άρρωστου από το ψυχιατρείο στην κοινότητα παραπέμπει σε τρεις όρους-κλειδιά: Αποασυλοποίηση, αποϊδρυματοποίηση, επανένταξη.

Στον χώρο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής έχει γίνει πλέον κατανοητό ότι

αποασυλοποίηση δεν σημαίνει απλά και μόνο εκκένωση των μεγάλων ψυχιατρείων, καθώς και ότι ο ιδρυματισμός δεν είναι φαινόμενο αποκλειστικά και μόνο των ασύλων, αφού συμβαίνει να απαντάται και μέσα στην κοινότητα. Η αντι-ιδρυματική φιλοσοφία είναι επιτυχής, στο βαθμό που συναρτάται με την επιδίωξη του μέγιστου δυνατού βαθμού αυτονομίας του χρόνιου αρρώστου. Η επιδίωξη αυτή ενεργοποίησε πολλά προγράμματα ανάκτησης ή επαύξησης και διατήρησης της λειτουργικότητας των αρρώστων. Στη χώρα μας, ένα σημαντικό μέρος από αυτά ανήκε στα αποκαλούμενα εργαστήρια προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης, καθώς και στην επακόλουθη επαγγελματική προώθηση. Η προτίμηση στην εργασιακή επανένταξη φαίνεται να έχει διττή εξήγηση: Αφενός η εργασία ιεραρχείται υψηλά στην κλίμακα των αξιών, αφετέρου η επαγγελματική κατάρτιση είχε πολλές ευκαιρίες συγχρηματοδότησης, από κοινοτικούς και εθνικούς πόρους, κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Σήμερα, ίσως είναι το ίδιο ή και πιο αναγκαία από την εκτατική ανάπτυξη τέτοιων προγραμμάτων η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας τους, καθώς και ένας συνολικός απολογισμός τους στο πλαίσιο του προγραμματισμού των υπηρεσιών αποκατάστασης και τριτοβάθμιας πρόληψης της ψυχικής υγείας.<sup>46</sup>

.....

**ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΗΜΕΡΑ**

**-Μύθος:** Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους.

**Αλήθεια:** Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν αλλά και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους.

Βέβαια η ικανότητά τους να λάβουν ανάλογες αποφάσεις δεν είναι πάντα η ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Υπάρχουν φάσεις όπως η έναρξη της νόσου ή οι υποτροπές όπου η ικανότητα αυτή περιορίζεται και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του. Οι έρευνες δείχνουν πως η συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του στη λήψη αποφάσεων, βοηθάει στην καλή συνεργασία με το γιατρό και τους θεραπευτές, βελτιώνει το τελικό αποτέλεσμα και ενισχύει τη «συμμόρφωση» στη θεραπεία.

**-Μύθος:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν.

**Αλήθεια:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμη κι αν παρουσιάζουν συμπτώματα.

Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει, ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται και γενικά φαίνεται ότι η εργασία συμβάλλει στη θεραπεία. Η εργασία επιτρέπει στα άτομα με σχιζοφρένεια να έρχονται σε επαφή με ομάδες υγιών και αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης σχέσεων με τους άλλους.

**-Μύθος:** Κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια.

**Αλήθεια:** Κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη. Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και έκβαση και διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία.

Η γενίκευση, ότι κανείς δε θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια που υπονοεί ότι η σχιζοφρένεια είναι σε όλες τις περιπτώσεις ανίατη νόσος, οδηγεί σε απελπισία και απόγνωση και τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.

**-Μύθος:** Η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

**Αλήθεια:** Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται ούτε από κακά πνεύματα ούτε από μάγια. Παρόλα αυτά, σε πολλά μέρη του κόσμου αρκετοί άνθρωποι πιστεύουν, ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από τις ενέργειες κακών πνευμάτων ή την επίδραση μαγείας.

Οι μύθοι για τη σχιζοφρένεια δεν σταματούν όμως εδώ.

Είναι σημαντικό, λοιπόν, να γνωρίζουμε ότι:

- Γ Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κατάρες και από "κακό μάτι".
- Γ Η σχιζοφρένεια δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας.
- Γ Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από έλλειψη θρησκευτικής πίστης.
- Γ Η σχιζοφρένεια δεν είναι το αποτέλεσμα ερωτικής απογοήτευσης.
- Γ Η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται στην υπερβολική μελέτη.
- Γ Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από τον αυνανισμό.
- Γ Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική.<sup>47</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.**Χαρτοκόλλης Π., "Εισαγωγή στην ψυχιατρική", σελ. 150, Εκδόσεις Θεμέλιο,1991
- 2.**Λυμπεράκης Α. Στάθης, «Εγκέφαλος και Ψυχολογία» , σελ 45, Ελληνικά Γράμματα, Β' Έκδοση,2002
- 3.**Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, "Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας", σελ. 233, Δ Εκδόσεις Αθήνα, 2004
- 4.**[www.psychiatryonline.org](http://www.psychiatryonline.org) , 9/6/2008
- 5.**Πιπερόπουλος Γ., "Ένας ψυχολόγος κοντά σου", σελ. 121, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, 2000
- 6.** Κανδύλης Δ., Κυπρίνος Σ., Κυπρίνος Γ. ,"Σχιζοφρένεια. Τι πρέπει να γνωρίζει η οικογένεια και ο οικογενειακός γιατρός", σελ. 34, Λάρισα, 2006
- 7.** Φουκώ Μισέλ, «Ψυχική αρρώστια και Ψυχολογία », σελ.12, Ελεύθερος τύπος,1998
- 8.** Τσιαντής Ι., «Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής-Ψυχοπαθολογίας», Εκδόσεις Καστανιώτη, 1998
- 9.** [www.stress.gr](http://www.stress.gr) , 10/8/2008
- 10.** Χριστοδούλου Γ. Ν. και Συνεργάτες , "Ψυχιατρική", σελ. 23, τόμος Α&Β, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις Μ.Ε.Π.Ε., Αθήνα, 2004
- 11.** Χαβάκη Μ.,Κονταξάκη Ι., «Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή»,σελ.143, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical arts, 2000
- 12.** Δημητρόπουλος Ευστάθιος, «Συμβουλευτική Ψυχολογία», σελ. 81, Εκδόσεις Αθήνα, 1998)



- 13.** Μάνος Νίκος, "Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής",σελ.50, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2001
- 14.** Δαμίγος Δ., «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη», σελ.66, Εκδόσεις Παπαζήση, 2003
- 15.** Τσαλικογλου Φωτεινή, « Σχιζοφρένεια και Φόνος» ,σελ.27-28, Εκδόσεις Παπαζήση, Β' Έκδοση, 2006
- 16.** Kraepelin E., «Dementia Praecox and Paraphrenia», Translated by R.M. Barklay and G.M. Robertson, N. York, Robert E. Krilger Publishing Company, 1971
- 17.** Bleuler E., «Dementia Praecox and the Group of Schizophrenia», Translated by J.Zikih, N.York, International University Press, 1950
- 18.** Γουρζής Φ., «Μελέτη κληρονομικότητας και πρόδρομων συμπτωμάτων, Τύπων σχιζοφρενικών διαταραχών», σελ.15, Πάτρα, Διδακτορική Διατριβή,1998
- 19.** James W. Kalat,«Βιολογική Ψυχολογία», σελ 101, Εκδόσεις Αθήνα, 2000
- 20.** Kaplan, S. Sadocks, «Comprehensive textbook of psychiatric» σελ. 263-264, Lippincott Williams and Willkins, Philadelphia, USA, 2000
- 21.** Arana W., «Ψυχοφαρμακολογία», σελ 87, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις: ΛΙΤΣΑΣ,2004
- 22.** Joanne E. Perko, Helen Z. Kreigh, «Psychiatric and Mental Health Nursing», page 184-187, Appleton and Lange, Norwalk, Connecticut/San Mateo, California, 1999
- 23.** Μαδιανός Μ., «Κλινική Ψυχιατρική», Εκδόσεις Καστανιώτη, 2004
- 24.** Δαρδάνος Γ., «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων», σελ. 33, Εκδόσεις Αθήνα,2003)

- 25.** Weinberger & Hirsch et al. 1995, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) , 25/8/2008
- 26.** Tienari & Wynne et al, 1994, [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr), 25/8/2008
- 27.** Sabri et al 1997, [www.janssen-cilagfarmaceutica.gr](http://www.janssen-cilagfarmaceutica.gr), 25/10/2008
- 28.** Naidoo J., Wills J., «Public and Health Promotion», page 203, publ. Bailliere Tindall, 2005
- 29.** Freedman et al, 1997, [www.openthedoors.com](http://www.openthedoors.com), 7/8/2008
- 30.** Kerwin et al. 1997, [health.in.gr](http://health.in.gr) , 10/7/2008
- 31.** [www.mmha.org.au](http://www.mmha.org.au), 10/7/2008
- 32.** [www.psychologia.gr](http://www.psychologia.gr) , Κοτανίδης Αλέξανδρος, 5/8/2008
- 33.** Helmut Remschmidt, "Η Σχιζοφρενεια στα παιδιά και τους έφηβους",σελ. 85-86, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου,
- 34.** Caplan L. Arthur, McCartney James, Sisti A. Dominic, «Health Disease and Illness», page 128, Georgetown University Press, Washington D.C., 2004
- 35.** Κούκια Ευφορμία, Σταθόπουλος Θ., Περιοδικό «Ψυχιατρικές Νοσηλευτικές και Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία», Νοσηλευτική, 2002
- 36.** Atkinson L. Rita, Atkinson G. Richard, Smith E. Edward, Bem J. Daryl, «Introduction to PSYCHOLOGY», page 219, Harcourt Brace & Company International Edition, 2002
- 37.** Harvey A., «Φαρμακολογία» , σελ.102, Εκδόσεις Παριζιάνου Α.Ε., Αθήνα, 2000
- 38.** Παπαδάκης Θ., Μοράρου Ελ., Αθητάκης Μ., «Η οικογενειακή θεραπευτική εμπλοκή στη θεραπεία σχιζοφρενών ασθενών», σελ. 292-293, Εκδόσεις Ψυχογιός, 2002

- 39.** Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου Αλεξάνδρα, «Κοινωνική- Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», Εκδόσεις Βήτα, 2005
- 40.** Zarrinar A., «Psychiatric and Stigmatization», Journal of the American Medicine Association, 2002)
- 41** Στοιχεία από ατομικό φάκελο ατόμου που φιλοξενείται στον Αποκαταστασιακό Ξενώνα Ψυχικά ασθενών προερχόμενοι από το Δρομοκαΐτειο.
- 42.** Tolle Windgassen, «Ψυχιατρική», σελ. 344, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2005
- 43.** Γιαννοπούλου Χρ., Αθήνα, «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Τόμος Α΄, σελ.55, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα, 2000
- 44.** Κοτρώτσου Ευαγγελία, «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», σελ.150-157, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 2001
- 45.** Marga Simon Coler και Karen Gogette Vincent, "Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα", σελ. 86-87, 2001
- 46.** Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Βλ. Δ., Οικονόμου Μ.Π., «Από το Ψυχιατρείο στην Κοινότητα», σελ. 1, Εκδόσεις BHTA Medical Arts, 2002
- 47.** Ενημερωτικό έντυπο της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης "Ψυχαργός".