

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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

*ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:*  
**Dr. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ**

*ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:*  
**ΚΡΑΒΑΡΙΤΗ ΜΑΡΙΑ  
ΚΑΣΕΚΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

***ΠΑΤΡΑ 2008***

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσοι μας βοήθησαν και μας συμπαράσταθηκαν στο χρονικό διάστημα που χρειάστηκε για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Την **Dr. Μιχαλοπούλου Αντιγόνη** εισηγήτρια καθηγήτρια στο Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών στο Τμήμα Νοσηλευτικής, για τις πολύτιμες συμβουλές της και καθοδήγηση κατά την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας.

Τον **Dr Πραματευτάκη Α. Εμμανουήλ**, Ειδικό Ψυχίατρο Ψυχοθεραπευτή, Ιατρό στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αεροπορίας Ψ.Ν.Α. για το ιατρικό υλικό που μας παρείχε.

Τους γονείς μας για τη συνεχή ηθική και υλική συμμετοχή τους για την επίτευξη των στόχων μας.

**Κραβαρίτη Μαρία  
Κασέκα Δέσποινα**

*«Γέμισα το κενό στο μυαλό μου μαζεύοντας κομμάτια σκόρπιων συζητήσεων. Οι άλλοι πίστευαν ότι ήμουν ηλίθιος, χαζός, ένας κλόουν και μιλούσαν μ' αυτόν τον τρόπο έως ότου με απέριπταν από την ομάδα και μετά έκαναν ειρωνικά σχόλια πίσω από την πλάτη μου. Όλοι με κοιτούσαν. Έπρεπε να αντιμετωπίσω την ένταση του μεγάλου ονείρου. Με μισούσαν. Είμαι ο εφευρέτης του rock and roll. Δεν είμαι αστέρι, αλλά ένας δίσκος, ένας μάγος».<sup>1</sup>*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></u></b>	
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b>	
1.1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	13
1.2. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	13
1.3. ΟΡΙΣΜΟΣ	14
1.4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	14
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></u></b>	
<b>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ</b>	
2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	19
2.1.1. Ηλικία και Φύλο	20
2.1.2. Εποχή γέννησης	20
2.1.3. Γεωγραφική κατανομή	21
2.1.4. Δείκτες αναπαραγωγής	21
2.1.5. Σωματικά νοσήματα	21
2.1.6. Αυτοκτονία	21
2.1.7. Χρήση και κατάχρηση ουσιών	22
2.1.8. Πληθυσμιακή πυκνότητα	22
2.1.9. Πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές θεωρήσεις	22
2.1.10. Κλίνες των ψυχιατρείων	23
2.2. ΒΑΘΜΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΥΓΓΕ- ΝΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ	23
2.2.1. Μελέτες διδύμων	24
2.2.2. Μελέτες υιοθετημένων ατόμων	25
2.3. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ	28
2.4. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	28

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>****ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

3.1.	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	29
3.2.	ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΜΟΡΦΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	31
3.2.1.	Σε παθολογικές και νευρολογικές καταστάσεις	31
3.2.2.	Σε ψυχιατρικές καταστάσεις	32
3.3.	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	34

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>****ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

4.1.	ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	35
4.2.	ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	35
4.2.1.	Θετικά	35
4.2.2.	Αρνητικά συμπτώματα	38
4.3.	ΑΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	39

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>****ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ -ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ**

5.1.	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ, ΜΙΑ ΜΝΗΜΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ;	41
5.2.	ΑΙΤΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	41
5.2.1.	Περιγεννητικές επιπλοκές	41
5.2.2.	Γονίδια	41
5.2.3.	Τραύμα / Εγκεφαλική δυσμορφία	42
5.2.4.	Στρες	42
5.2.5.	Ναρκωτικά και αλκοόλ	43
5.2.6.	Μαριχουάνα και σχιζοφρένεια	43
5.2.7.	Οικογενειακά προβλήματα	44
5.2.8.	Διαταραχές στο DNA	46
5.2.9.	Πρωτεΐνη των κυττάρων του ανοσοποιητικού	47
5.3.	ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΔΙΕΛΕΥΚΑΝΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	48

5.3.1. Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων	48
5.3.2. Άλλες απεικονιστικές τεχνικές	48

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°**

### **ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

6.1. ΠΑΙΔΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ-ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	49
6.1.1. Χαρακτηριστικά συμπτώματα παιδικής σχιζοφρένειας	49
6.1.2. Ηλικία έναρξης και κατανομή ανά φύλο της παιδικής σχιζοφρένειας	50
6.1.3. Αιτιοπαθογένεια	50
6.1.4. Κλινικές μορφές παιδικής ψύχωσης	51
6.1.5. Πρώιμες παιδικές ψυχώσεις	51
6.1.6. Παιδικές ψυχώσεις με μεταγενέστερη εξέλιξη	52
6.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	52
6.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	54
6.4. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	54
6.5. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	55

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	56
7.2. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	56
7.2.1. Αντιψυχωτικά φάρμακα	56
7.2.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	61
7.2.3. Αντικαταθλιπτικά	62
7.2.4. Χειρουργικές επεμβάσεις, ψυχοχειρουργική	62
7.2.5. Ηλεκτροσόκ	63
7.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	63
7.3.1. Ομαδική ψυχοθεραπεία	64
7.3.2. Οικογενειακή ψυχοθεραπεία	65
7.3.3. Ατομική θεραπεία	66
7.3.4. Θεραπεία περιβάλλοντος	67
7.3.5. Δημιουργικές θεραπείες	67

7.3.6. Απασχολησιοθεραπεία (ή εργοθεραπεία)	67
7.3.7. Θεραπείες συμπεριφοράς	68
7.3.8. Ύπνωση	68
7.4. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	69

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

8.1. ΓΕΝΙΚΑ	70
8.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ - ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	71
8.3. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	71
8.4. ΚΑΛΟΙ ΚΑΙ ΚΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	72
8.4.1. Καλή πρόγνωση	73
8.4.2. Κακή πρόγνωση	73
8.5. ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ	73
8.5.1. Παράγοντες υποτροπής σχιζοφρένειας	74
8.5.2. Συμπέρασμα	74

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

### **ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ – ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

9.1. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (Π.Ψ.Ε.)	75
9.2. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Σ.Ο.Ψ.Υ.)	76
9.3. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	77
9.3.1. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (ΚΨΥ)	77
9.3.2. Το Νοσοκομείο Ημέρας	78
9.3.3. Το Νοσοκομείο Νύχτας	79
9.3.4. Ξενώνες – Οικοτροφεία	79
9.3.5. Θεραπευτικό Διαμέρισμα	80
9.3.6. Λέσχη - Θεραπευτικά Clubs	80
9.3.7. Ανάδοχη οικογένεια	80

9.3.8. Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του ασθενή	81
9.3.9. Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα	81
9.3.10. Κέντρα αντιμετώπισης ψυχιατρικών κρίσεων	81
9.3.11. Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου	82
9.3.12. Μονάδες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης	83
9.4. ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	83
9.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ –ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΗΡΑΤΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ	84

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ –**

#### **ΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

10.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	90
10.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ, ΔΕΥΤΕΡΟ- ΓΕΝΗΣ, ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ	91
10.3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	92
10.3.1 Το έργο και ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας	93
10.3.2. Σκοποί – Παρεμβάσεις	94
10.3.3. Καθορισμός προβλημάτων του ασθενή - νοσηλευτική παρέμβαση σε ψυχικά ασθενή κατά την χορήγηση φαρμάκων	96
10.3.4. Παρατηρητικότητα και παρακολούθηση	98
10.3.5. Η ενημέρωση του ασθενή από το νοσηλευτή	99
10.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	100
10.5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	105
10.6. ΛΟΓΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ	106
10.6.1. Πρωτόκολλο βασικών νοσηλευτικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου	107
10.7. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	108



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

11.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (1 <sup>ο</sup> )	117
11.2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (2 <sup>ο</sup> )	130

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	132
----------	-----

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	133
--------------------------	-----

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	136
----------	-----

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

• ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	138
--------------------------------------	-----

• Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΗ, Η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΕΙΝΑΙ	140
---------------------------------------------------------------	-----

• ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	142
------------------------------------------	-----

• ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ	145
------------------------------------------------------------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	147
--------------	-----

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

Η σχιζοφρένεια, είναι μια από τις ψυχώσεις που διατηρούν διαυγή τη συνείδηση και δεν έχουν άμεση σχέση με οργανική εγκεφαλική βλάβη ή ανεπάρκεια αλλά χαρακτηρίζεται από μια αποδιοργανωμένη σκέψη – ένα ανάρμοστο συναίσθημα και μιαν ασυνεπή συμπεριφορά.

Βασικός σκοπός της εργασίας είναι η προσέγγιση των πραγματικών διαστάσεων του προβλήματος, ο προσδιορισμός του ίδιου του σχιζοφρενή στα πραγματικά ανθρώπινα πλαίσια και η νοσηλευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση της ασθένειας. Σκοπός επίσης της παρούσας μελέτης μας είναι να αποτελέσει πηγή πληροφοριών για τους συναδέλφους μας.

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

Έτσι, λοιπόν, σήμερα θεωρούμε τη σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του.

Έχει σημασία να μην προσπαθήσουμε να κλείσουμε μέσα μας μια συγκεκριμένη εικόνα «στίγμα» σχιζοφρενικού. Οι κλινικές εικόνες – οι άνθρωποι – παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά<sup>2,3</sup>.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*Οδοιπορικό:* Ο Stuart Baker - Brown ανέπτυξε παρανοειδή σχιζοφρένεια το 1991 και η διάγνωση έγινε το 1996. Αυτή είναι η ιστορία του.

«...αισθανόμουν υπό διωγμό και στιγματισμένος. Επειδή με αντιμετώπιζαν ως πιθανή απειλή, εγώ ο ίδιος άρχισα να πιστεύω ότι ήμουν απειλή κι έτσι αποσύρθηκα από τη ζωή. Με αντιμετώπιζαν επίσης σαν να μπορούσα να είμαι μόνο ότι σήμαινε η διάγνωση και τίποτα περισσότερο. Έτσι, για πολλά χρόνια ζούσα τη ζωή μου αισθανόμενος ότι δεν ήμουν ικανός για κανένα επίτευγμα πέρα από την αντιμετώπιση της νόσου μου».

«Το δικαίωμα να είμαι 'ικανός' να εργάζομαι κατάλληλα, να έχω δάνειο, να δημιουργώ οικογένεια, να μαθαίνω, να ζω, να λειτουργώ στην κοινωνία, μου το αφαιρέσει η σχιζοφρένεια. Τις ευκαιρίες που δίνει αυτό που αποκαλείται 'φυσιολογική ζωή' στους άλλους, τις στερούνται τα άτομα που έχουν ψυχική νόσο. Η ψυχική νόσος μπορεί να σου πάρει τα πάντα και να σου προσφέρει μόνο αφανισμό ως αντάλλαγμα».

«Αποδέχθηκα από την αρχή τη διάγνωση της παρανοειδούς σχιζοφρένειας. Αυτό που αρνούμαι να δεχτώ είναι η ετικέτα και οι φόβοι παρανοήσεων που συνδέονται με αυτήν. Είναι ντροπή να αισθάνομαι ότι πρέπει να ξεκαθαρίζω ότι είμαι καλό άτομο και ποτέ δεν έβλαψα κανέναν ηθελημένα. Όπως και άλλα άτομα με ψυχικές παθήσεις, είμαι νοήμων, άνθρωπος που νοιάζεται, που αγαπά, δημιουργικός και προσπαθώ να είμαι ένας καλός άνθρωπος που λαχταρά μια καλή ζωή με ίση μεταχείριση, γεμάτη από όλες τις ευκαιρίες που δικαιούται κάθε ευπρεπής και αξιοπρεπής άνθρωπος»<sup>3</sup>.

Σχιζοφρένεια. Για σας μία λέξη που σίγουρα έχετε ακούσει ή χρησιμοποιήσει. Για εκατομμύρια ανθρώπους όμως, η σχιζοφρένεια είναι μία ασθένεια που τρομάζει και απομονώνει γιατί είναι τραγικά παρεξηγημένη.....

Στην Ελλάδα 100.000 ασθενείς, 100.000 οικογένειες βιώνουν καθημερινά την κοινωνική απόρριψη, το στίγμα και τις διακρίσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, στη στέγαση, στην απασχόληση, στις κοινωνικές σχέσεις....<sup>4</sup>

Τι είναι όμως τελικά η σχιζοφρένεια; Είναι μια παθολογική οντότητα, ένα σύνδρομο ή μήπως μια ανθρώπινη αντίδραση που υποδηλώνει αδυναμία του ατόμου να προσαρμοστεί σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον;

Θα λέγαμε τελικά ότι είναι μια ψυχική ασθένεια η οποία, μεταγλωττισμένη σε λαϊκής χρήσης όρους, έχει υποστεί την μεγαλύτερη εννοιολογική αλλοίωση, τη

μεγαλύτερη διαστροφή της πραγματικής της εικόνας και τον ευτελέστερο και ανελέητο κοινωνικό στιγματισμό. Μια ασθένεια που γεννάει στο κοινωνικό σύνολο άγνοια, ερωτηματικά και προκαταλήψεις καθώς και έναν αρχέγονο φόβο που πηγάζει από τον μύθο που θέλει να ταυτίζει τον σχιζοφρενή με ένα εν δυνάμει εγκληματικό άτομο.

Δεν θα αρνηθούμε πως η ψυχική εξαθλίωση μπορεί να πάρει τη μορφή της ψύχωσης, της μανίας ή ακόμα και της εγκληματικότητας. Απλώς θα δείξουμε στην μελέτη μας πως ο φόβος αυτός απορρέει από την *‘απροβλεψιμότητα’* και το *‘ανεξέλεγκτο’* της συμπεριφοράς του. Η εκδήλωση βίας ή επιθετικότητας δεν είναι απαραίτητα συνυφασμένα με την ύπαρξη της ψυχικής αυτής ασθένειας<sup>5</sup>.

**Σκοπός** επίσης της μελέτης μας είναι να δοθούν ιστορικά, ιατρικά, στατιστικά και διαγνωστικά στοιχεία για τη νόσο που θα μπορούσαν να αποτελέσουν βοήθημα και εργαλείο για όσους θα ήθελαν να γνωρίζουν περισσότερα για τη σχιζοφρένεια. Στο τέλος παρουσιάζονται στοιχεία για τη θεραπεία των μορφών σχιζοφρένειας, η πρόγνωση καθώς και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Στο παράρτημα που ακολουθεί παρουσιάζεται στατιστικά η γνώμη των ατόμων σχετικά με τη νόσο της σχιζοφρένειας, προτάσεις για χρησιμοποίηση ακίνδυνων όρων από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καθώς και απομυθοποίηση πολλών λανθασμένων απόψεων που επικρατούν για τη νόσο. Κλείνοντας τη μελέτη, παρουσιάζονται τα δικαιώματα των ψυχικά νοσούντων και των συγγενών τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

#### 1.2. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατο φαινόμενο αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σαν «Ψυχική Υγεία», θεωρείται η «κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματα του».

Άρα η ψυχική υγεία είναι μια ποιότητα ζωής όπου μέσα σε αυτήν το ώριμο ψυχικά υγιές άτομο, κατέχει μία ρεαλιστική εικόνα του εαυτού του, των ισχυρών σημείων και των αδυναμιών του. Επίσης διαθέτει μια ρεαλιστική αντίληψη της πραγματικότητας και μια υπεροχή στο περιβάλλον του, έχοντας την ικανότητα να εργάζεται, να σχετίζεται με άλλους, να αγαπά, να προσαρμόζεται στις τρέχουσες περιστάσεις και να λύνει τα προβλήματα της ζωής του, όπως και να απολαμβάνει ψυχική ικανοποίηση<sup>6</sup>.

#### 1.2. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η ψυχική αρρώστια είναι σύνθετο πρόβλημα όπου κατά την παθολογική ή ιατρική θεώρηση, είναι η ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές και συγκρούσεις στην αντίληψη, την αντιμετώπιση κι επίλυση προβλημάτων της ζωής καθώς και στον τρόπο εκπλήρωσης των ατομικών βιοψυχοκοινωνικών αναγκών.

Παρά τις διάφορες ερμηνείες που κατά καιρούς έχουν δοθεί για την φύση της ψυχικής αρρώστιας, είναι γενικά αποδεκτό ότι η ψυχική αρρώστια είναι διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών και παρέκκλιση της συμπεριφοράς από τα φυσιολογικά κοινωνικά σταθμά.

Κατά την ψυχική νόσο δεν πάσχει ένα μέλος, αλλά ασθενεί όλη η προσωπικότητα. Συνεπώς ο ψυχικά άρρωστος δεν πρέπει να προσεγγίζεται και να νοσηλεύεται απλά ως πάσχον από ορισμένη ασθένεια, αλλά ως ανθρώπινη οντότητα που έχει ανάγκη κατανόησης και βοήθειας στο σύνολό της<sup>6</sup>.

### 1.3. ΟΡΙΣΜΟΣ

«Η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει μια ομάδα από ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζονται από διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Οι διαταραχές της σκέψης εκφράζονται με μεταβολές στο σχηματισμό εννοιών που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και μερικές φορές σε παραγωγή παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων που πολύ συχνά φαίνεται ν' ασκούν ένα ψυχολογικά αυτοπροστατευτικό ρόλο. Οι δε μεταβολές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές μειωμένες και απρόσφορες συναισθηματικές απαντήσεις και απώλεια της ψυχοσυναλλακτικότητας.

Την συμπεριφορά την χαρακτηρίζει πολλές φορές η απόσυρση, η επαναγωγή (σε παιδικά πρότυπα) και η παραδοξότητα. Οι σχιζοφρένιες στις οποίες η παρούσα ψυχική κατάσταση (συμπτωματολογία) αποδίδεται κατά κύριο λόγο σε διαταραχές της σκέψης διαχωρίζονται από τις μείζονες συναισθηματικές παθήσεις στις οποίες κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος.

Οι παρανοειδείς καταστάσεις διακρίνονται από τη σχιζοφρένεια από το γεγονός ότι χαρακτηρίζονται από την περιορισμένη αλλοίωση της πραγματικότητας και από την απουσία άλλων ψυχωσικών συμπτωμάτων».

Αυτός είναι ο ορισμός που τελικά επέλεξε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στην τελευταία αναθεώρηση του πίνακα των Ψυχικών Νόσων τον 1968<sup>6</sup>.

Η σχιζοφρένεια, η 'βασιλίτσα' των ψυχώσεων, κατέχει δεσπόζουσα θέση στο φάσμα των ψυχικών διαταραχών.

Καθώς δεν υπάρχει ομοφωνία για το εάν επρόκειτο για ασθένεια ή σύνδρομο, θα ορίσουμε την σχιζοφρένεια ως μια σύμπλοκη νοσολογική οντότητα<sup>7</sup> η οποία κατά βάση χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας.<sup>8</sup>

### 1.4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ιστορικά η έννοια της σχιζοφρένειας εμφανίζεται ταυτόσημη με την ίδια την έννοια της παραφροσύνης. Ενώ ο όρος σχιζοφρένεια εισάγεται στην ψυχιατρική μόλις τα τέλη του περασμένου αιώνα, η ψυχοπαθολογική εικόνα που ανταποκρίνεται στον σημερινό όρο υπήρχε ανέκαθεν.<sup>6</sup>

Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς ήταν ποικίλοι με επικρατούντες αυτούς που ανταποκρίνονται στο νόημα που έχουν οι κοινοί ελληνικοί όροι: μανία,

τρέλα ή παραφροσύνη. Για την προέλευση της κάθε λαός σε κάθε εποχή είχε τις δοξασίες του περιγραμμένες μέσα σε θρησκευτικά κατά κανόνα πλαίσια. Η αντίληψη της δαιμονοκατοχής ή της θεϊκής τιμωρίας κυριάρχησε στο Μεσαίωνα και διατηρήθηκε σχεδόν σε όλο τον κόσμο μέχρι της αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα, όπου άρχισε να διαμορφώνεται η ιατρική αντίληψη της ‘παραφροσύνης’.

Τότε άρχισαν και οι πρώτες επιστημονικές περιγραφές της νόσου και η προσπάθεια για εφαρμογή διαφοροδιαγνωστικών κριτηρίων.<sup>6</sup>

Η απαρχή της νέας εποχής ενσαρκώνεται το 1793 στην ιστορική πράξη ενός Γάλλου ψυχιάτρου, του *Pinel*, ο οποίος σε μια στιγμή ‘φιλανθρωπικής’, θα λέγαμε, έξαρσης βγάζει τις αλυσίδες από τους τρελούς, εγκαινιάζοντας μια εποχή που ο *Foucault* θα αποκαλέσει ‘εποχή του μεγάλου εγκλεισμού’. Στα ψυχιατρεία, που έρχονται τώρα να αντικαταστήσουν τα άσυλα, ο ψυχασθενής αποβάλλει το μεταφυσικό του περίβλημα και παραδίνεται στα χέρια της επιστήμης. Μιας επιστήμης όμως, που θα τον αντιμετωπίσει όχι σαν πρόσωπο, αλλά σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων και θα τον καταδικάσει στη σιωπή του ψυχιάτρου.

Η επιστημονική προσέγγιση της ‘παραφροσύνης’ θα επιτευχθεί τον 19<sup>ο</sup> αιώνα συνυφασμένη με το πνεύμα του ορθολογισμού. Η ακλόνητη πίστη στην θεώρηση της ψυχής και του σώματος σαν αδιαχώριστες έννοιες προσανατολίζει την ψυχιατρική έρευνα στο συσχετισμό όλων των ψυχικών ασθενειών με ανατομικο-εγκεφαλικές βλάβες. Έτσι, μέσα από τη χοάνη των εγκεφαλο-οργανικών παθήσεων θα αναδυθούν και οι πρώτες περιγραφικές απόπειρες της σχιζοφρενικής νόσου. Ο *Esquirol* το 1816 χρησιμοποιεί τον όρο ‘άνοια’(*demence*), για να δηλώσει τις επίκτητες διανοητικές διαταραχές και να τις διαφοροποιήσει από τις εγγενείς.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια ο *Morel* το 1860 θα ανακαλύψει μια παραδοξότητα: την εμφάνιση της άνοιας όχι σε γηραιά άτομα αλλά σε νεαρά. Εισάγει τότε για πρώτη φορά τον προδρομικό όρο της σχιζοφρένειας ‘πρώιμη άνοια’(*demence precoce*), για να ορίσει την ψυχοπαθολογική κατάσταση που αρχίζει στην νεαρή ηλικία των 20-30 ετών και οδηγείται ραγδαία (2-3 χρόνια) σε βαθιά ψυχοδιανοητική αποδιοργάνωση. Ο *Morel* αναζητά την αιτιοπαθογένεση της ασθένειας αυτής σε βεβαρημένη κληρονομικότητα, σεξουαλικές καταχρήσεις και στον αλκοολισμό.

Οι έρευνες του *Morel* γύρω από την πρώιμη άνοια θα επιβεβαιωθούν και θα διευκρινιστούν περισσότερο με τη συμβολή του *Hecker* που εισάγει τον όρο ‘ηβηφρένεια’ και του *Kahlbaum* που εισάγει τον όρο ‘κατατονία.’ Οι ερευνητές αυτοί προετοιμάζουν το έδαφος για την ανακάλυψη της σχιζοφρένειας, ενώ ο *Kraepelin* και ο

Bleuler είναι εκείνοι που θα επιτελέσουν μια ευρεία σύνθεση του έργου όλων των προηγούμενων, συμπεριλαμβάνοντας τις ποικίλες ψυχωτικές διαταραχές μέσα στο ίδιο σύνδρομο.<sup>6,9,10</sup>

Ο **Emil Kraepelin** (1856-1926), στα τέλη του περασμένου αιώνα απαρτιώνει τις ποικίλες ψυχωσικές διαταραχές σε ένα ενιαίο σχήμα νοσολογικής κατατάξεως. Αυτός καθιερώνει πρώτος την νοσολογική ενότητα των ψυχοπαθολογικών εκείνων καταστάσεων που εμπίπτουν στο πλαίσιο του σημερινού όρου ‘σχιζοφρένεια’. Στην πρώτη έκδοση της Ψυχιατρικής του το 1887 χρησιμοποιεί τον όρο ‘πρώιμη άνοια’ του Morel για να περιλάβει σε αυτόν την ‘ηβηφρένεια’ του Hecker. Τόσο τις παρανοειδείς ψυχώσεις όσο και την ‘κατατονία’ του Kahlbaum τις αναφέρει ως ιδιαίτερες νοσολογικές οντότητες. Το 1893, στον πίνακα κατατάξεως ξεχωρίζει δυο βασικές κατηγορίες ψυχώσεων: την μανιοκατάθλιψη και τη πρώιμη άνοια<sup>1</sup>. Στην τελευταία περιλαμβάνει και την κατατονία. Το 1896, στην πέμπτη έκδοση της Ψυχιατρικής του ξεχωρίζει τρεις τύπους πρώιμης άνοιας: την *κατατονία*, την *ηβηφρένεια* και την *τυπική παραφροσύνη* (*vesania tyrica*) που αργότερα ονόμασε *παρανοειδή άνοια*. Το 1898 χρησιμοποιεί τον όρο ‘πρώιμη άνοια’ όχι ως περιληπτικό όρο ποικίλων παρόμοιων καταστάσεων αλλά ως όρο που αποδίδει μια ενιαία νόσο με ποικίλες κλινικές μορφές και με κοινά και πάγια χαρακτηριστικά όπως: την ενδογενή προέλευση, την προσβολή νέων και προηγουμένως υγιών ατόμων και την εξελικτική πορεία προς την άνοια.<sup>6</sup>

Η σημασία του έργου του Kraepelin έγκειται στην συνθετική του ικανότητα, η οποία του επέτρεψε να απαρτιώσει τις ποικίλες κλινικές μορφές σε ένα ενιαίο σχήμα νοσολογικής κατάταξης και να απομονώσει από την χορεία των ψυχικών ασθενών την παθολογική οντότητα της πρώιμης άνοιας. Ωστόσο το ερευνητικό του ενδιαφέρον υπήρξε αποκλειστικά προσανατολισμένο στη δομή του ψυχικού φαινομένου και όχι στο περιεχόμενό του, στις συνέπειες δηλαδή που επιφέρει η διαταραχή και όχι στην αιτία του. Ο άρρωστος εμφανίζεται σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων και όχι σαν πρόσωπο και δεδομένης της αναπότρεπτης πορείας της ασθένειας του προς το τελικό στάδιο, η νόσος περιβάλλεται με ένα μοιρολατρικό χαρακτήρα ο οποίος αποθαρρύνει κάθε θεραπευτική προσπάθεια.<sup>10</sup>

Ο **Eugen Bleuler** (1857-1939) εφεύρε τον όρο ‘σχιζοφρένεια’ που ήρθε να αντικαταστήσει, στην βιβλιογραφία, τον όρο πρώιμη άνοια. Ο Bleuler συνέλαβε τον

---

<sup>1</sup> **Άνοια:** πρόκειται για μια ιδιαίτερα σοβαρή και ανυποχώρητη διαταραχή που εκδηλώνεται στην διάρκεια του γήρατος. Αποδίδεται σε εγκεφαλικές βλάβες, στον εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων καθώς και σε διαταραχές της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο.<sup>10</sup>



όρο στην προσπάθεια του να δώσει έμφαση στην ύπαρξη σχίσματος στην σκέψη, στο συναίσθημα και στην συμπεριφορά των πασχόντων. Η βασική διάκριση που καθιέρωσε μεταξύ της έννοιας της σχιζοφρένειας και της πρώιμης άνοιας του Kraepelin, ήταν ότι η εκπτώτικη πορεία δεν είναι αναγκαία για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, όπως θεωρούσε ο Kraepelin. Άμεση επίπτωση αυτής της ιδέας ήταν η αύξηση του αριθμού των ασθενών οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια της νόσου.<sup>11</sup>

Η αναλυτική διεισδυτικότητα του Bleuler θα τον οδηγήσει στην καθιέρωση ενός συστήματος κατάταξης των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, που θα οδηγηθεί σε παγκόσμια κλίμακα. Μέσα στα πλαίσια του συστήματος αυτού, τα σχιζοφρενικά συμπτώματα διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

- στα πρωταρχικά, που συνιστούν τον πυρήνα της νόσου, και
- στα δευτερεύοντα, που απορρέουν από αυτά.<sup>10</sup>

**Τα τέσσερα Α.** Ο Bleuler για να εξηγήσει περαιτέρω τη θεωρία του περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα ως:

- *ασυναρτησία σκέψης* (*associative disturbance*) χαρακτηριζόμενη από διαταραχή του συνειρμού και ειδικότερα χάλαση.
- *διαταραχή του συναισθήματος* (*affective disturbance*)
- *αμφιθυμία* (*ambivalence*)
- *αυτισμός* (*autism*)

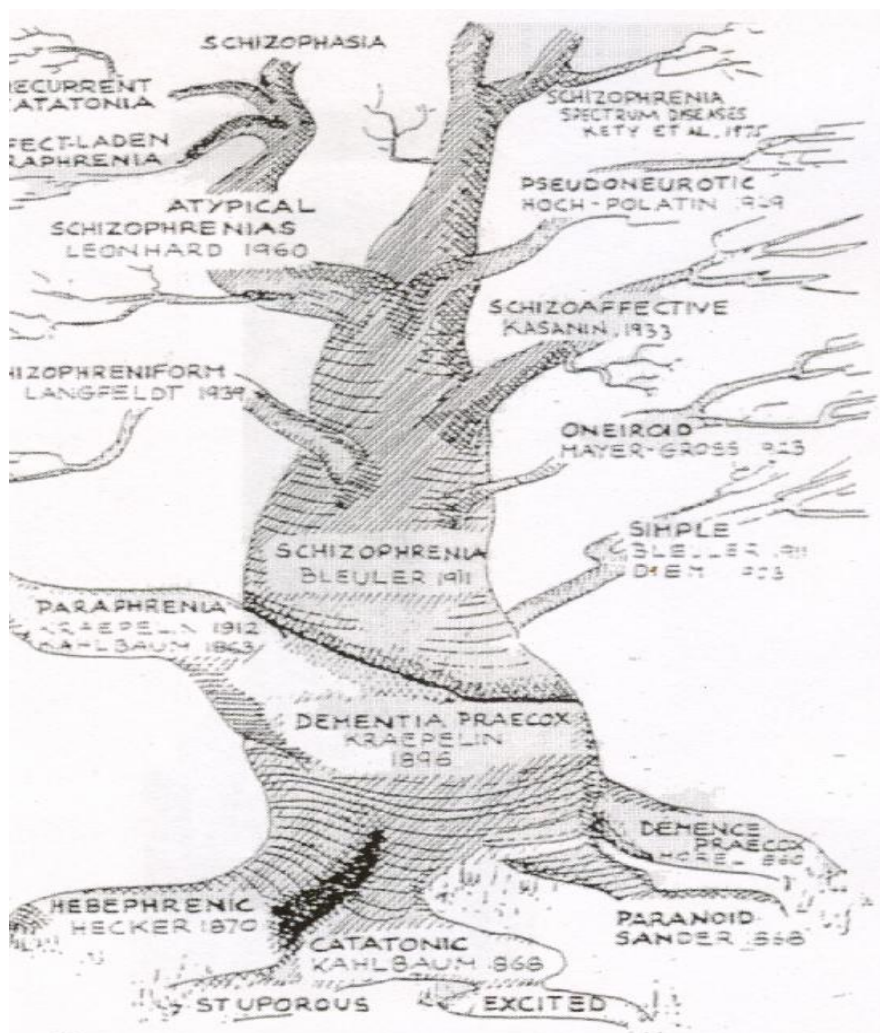
Στα δευτερεύοντα συμπτώματα συγκαταλέγονται οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου, τα οποία κατέχουν και κύρια θέση στην θεωρία του Kraepelin, όπως: ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, κατατονικές εκδηλώσεις κ.τ.λ.<sup>10,11</sup>

Επιχειρώντας μια συνοπτική εκτίμηση της συμβολής του Bleuler στη μελέτη της σχιζοφρένειας, θα λέγαμε ότι η σπουδαιότητα του έγκειτε στην προσπάθεια υπέρβασης μιας φαινομενολογικής προσέγγισης της νόσου και στην επισήμανση, για πρώτη φορά, του ρόλου που διαδραματίζουν τα ψυχικά φαινόμενα στην πρόκληση της. Όπως είχε πει και ο ίδιος: «*Το ατομικό σύμπτωμα έχει λιγότερη σημασία από ότι η ένταση και η έκταση του και κυρίως από ότι η σχέση του με το ψυχολογικό περιβάλλον.*»

Επηρεασμένος από τον *Freud*, συνδέει για πρώτη φορά τη σχιζοφρένεια με ασυνείδητες παρορμήσεις και με την παθολογική χρήση ορισμένων ψυχολογικών αμυντικών οργανισμών. Η επισήμανση του ψυχολογικού παράγοντα επιφέρει μεγάλες αλλαγές στον τρόπο θεώρησης της ασθένειας και ενθαρρύνει την καλλιέργεια θεραπευτικών μεθόδων έξω από το ασυλιακό πλαίσιο.<sup>10</sup>

## Άλλοι θεωρητικοί

Άλλοι θεωρητικοί είναι ο *Adolf Meyer*, ο *Harry Stack Sullivan* και ο *Kurt Schneider* που έχουν συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση πολλών όψεων της σχιζοφρένειας. Ο Meyer, ιδρυτής της ψυχοβιολογίας, πίστευε πως η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχικές διαταραχές αποτελούν αντιδράσεις σε ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων της ζωής και, εξαιτίας αυτού, ονόμασε το σύνδρομο 'σχιζοφρενική αντίδραση'. Ο Sullivan, ιδρυτής της διαπροσωπικής ψυχαναλυτικής σχολής, έδωσε έμφαση στην κοινωνική απομόνωση, τόσο ως αιτία όσο και ως σύμπτωμα. Ο Schneider περιέγραψε δύο κατηγορίες συμπτωμάτων: - πρώτης τάξης, όπως ψευδαισθήσεις (ακουστικές, σωματικές), παρορμήσεις και παραληρήματα (ελέγχου), τα οποία είναι πραγματιστικής αξίας για τη διάγνωση της νόσου, και - δεύτερης τάξης, όπως άλλες μορφές ψευδαισθήσεων, συναίσθημα αβεβαιότητας και αμηχανίας και συναισθηματική άμβλυση τα οποία αρκούν για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας ακόμα και σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν συμπτώματα πρώτης τάξης.<sup>11</sup>



Η ιστορική πορεία των αντιλήψεων στη σχιζοφρένεια<sup>11</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

#### **2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

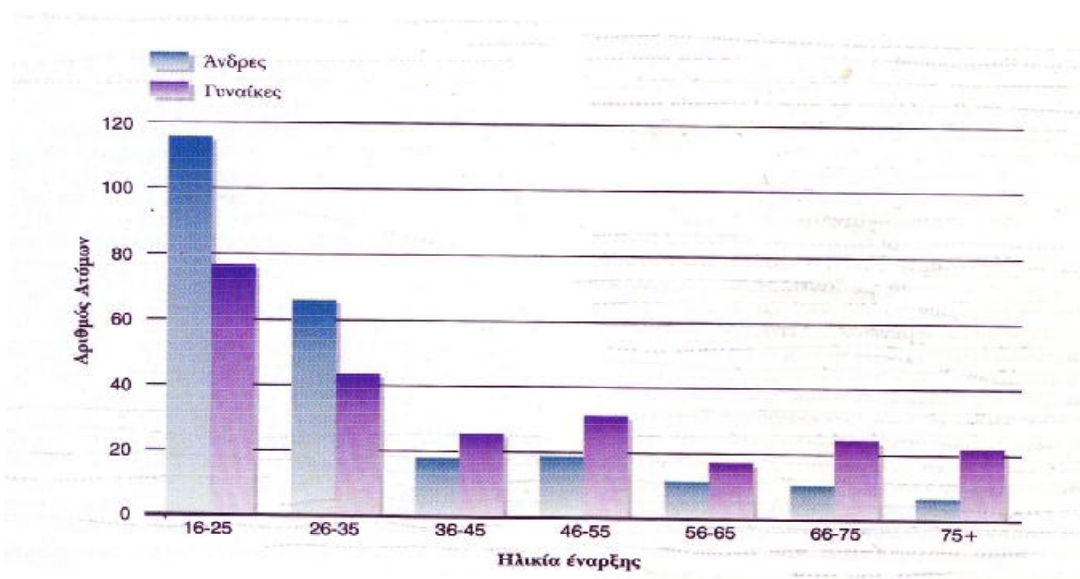
Χωρίς αμφιβολία, η σχιζοφρένεια αποτελεί το πιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική, και αυτό από την αρχαιότητα ως τις ημέρες μας. Η δυσκολία αρχίζει από τη διάγνωση της διαταραχής, δυσκολία που οφείλεται κυρίως στο μυστήριο της αιτιολογίας της και περνάει στην εκτίμηση της εκτάσεως του προβλήματος -την επιδημιολογία του- για να καταλήξει στη δυσκολία να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά και κοινωνικά. Ειδικότερα, το ερώτημα για την έκταση του προβλήματος αναφέρεται στον προσδιορισμό της συχνότητας της διαταραχής. Θα βοηθούσε αν ξέραμε την επίπτωσή της, δηλαδή την αναλογία των σχιζοφρενικών περιπτώσεων μέσα στον γενικό πληθυσμό, και τον επιπολασμό της, την αναλογία των περιπτώσεων μέσα σε ορισμένα χρονικά, γεωγραφικά, εποχικά ή άλλα όρια<sup>5,12</sup>

Ως μάλλον πρόσφατα επικρατούσε η εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του πολιτισμού. Και αυτή είναι ακόμα, βασικά, η λεγόμενη αντιψυχιατρική άποψη του Κούπερ, του Λενγκ και του Φουκώ. Αλλά, κατά τα φαινόμενα, η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό επίπεδο, τη βιομηχανική ανάπτυξη ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο άρρωστος. Από την άλλη μεριά, είναι αλήθεια ότι η έκφρασή της ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία, και σε μερικές κοινωνίες είναι ίσως δύσκολο να αναγνωριστεί ως σχιζοφρένεια.<sup>4,5</sup>

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι προβληματική όχι μόνο γιατί η διάγνωσή της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα, και επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, για πρώτη ή για πολλοστή φορά, και ο άρρωστος να νοσηλεύεται ή όχι κατά την περίοδο που ερευνά μια μελέτη, ή να μην έχει νοσηλευθεί ποτέ. Ας σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσοκομειακών κρεβατιών σε όλο τον κόσμο, σε οποιαδήποτε ώρα, αφορά σχιζοφρενικούς αρρώστους<sup>5</sup>.

### 2.1.1. Ηλικία και Φύλο

Η σχιζοφρένεια έχει το ίδιο επιπολασμό, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Εντούτοις, τα δυο φύλα παρουσιάζουν αρκετές διαφορές ως προς την έναρξη και την πορεία της νόσου. Στους άνδρες εμφανίζεται νωρίτερα από ό,τι στις γυναίκες. Περισσότεροι από τους μισούς άνδρες σχιζοφρενείς, αλλά μόνο το 1/3 των γυναικών υπόκεινται για πρώτη φορά σε ψυχιατρική νοσηλεία πριν από το 25<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας. Η κορυφή ηλικίας έναρξης είναι στους μεν άνδρες μεταξύ 15-25, στις γυναίκες μεταξύ 25-35 ετών. Η έναρξη της σχιζοφρένειας πριν από την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 έτη είναι εξαιρετικά σπάνια. Περίπου το 90% των υπό θεραπεία ασθενών είναι 15-55 ετών. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες να εμφανίζουν αρνητικά συμπτώματα και ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα από τους άνδρες<sup>13</sup>.



Διαταραχές φύλου στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας σε ένα δείγμα 470 ασθενών<sup>1</sup>

### 2.1.2. Εποχή γέννησης

Ένα σταθερό ευρήματα της έρευνας της σχιζοφρένειας είναι ότι, άτομα που θα εμφανίσουν τη νόσο είναι πιο πιθανό να έχουν γεννηθεί προς το τέλος της άνοιξης και το καλοκαίρι. Για την ερμηνεία αυτής της παρατήρησης έχουν προταθεί ποικίλες υποθέσεις. Σύμφωνα με μία υπόθεση, επενεργεί κάποιος εποχιακός παράγοντας υψηλού κινδύνου, που μπορεί να είναι κάποιος ιός ή κάποια εποχιακή αλλαγή στην διαταραχή.

ενώ μια άλλη αναφέρει ότι άτομα με γενετική προδιάθεση για τη σχιζοφρένεια έχουν ένα αυξημένο βιολογικό πλεονέκτημα να επιβιώνουν σε ειδικά εποχιακά πλήγματα.<sup>13</sup>

### **2.1.3. Γεωγραφική κατανομή**

Η σχιζοφρένεια δεν κατανέμεται γεωγραφικά εξίσου σε όλες τις περιοχές των Η.Π.Α. ή και σε όλο τον κόσμο. Από παλιά, ο επιπολασμός της νόσου στις νοτιοανατολικές και τις δυτικές πολιτείες ήταν υψηλότερος σε σχέση με άλλες περιοχές, αν και τα τελευταία χρόνια αυτή η ανισότητα έχει μειωθεί. Παρ' όλα αυτά, κάποιες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου παρουσιάζουν έναν ασυνήθιστα υψηλό επιπολασμό της νόσου.<sup>13</sup>

### **2.1.4. Δείκτες αναπαραγωγής**

Η χρήση των ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων, οι πολιτικές των ανοικτών ψυχιατρικών τμημάτων, η αποασυλοποίηση, η έμφαση στην αποκατάσταση και στη φροντίδα των ψυχιατρικών αρρώστων μέσα στην κοινότητα, αύξηση των γάμων και του δείκτη γονιμότητας μεταξύ ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Συνέπεια αυτού του γεγονότος είναι ότι ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται από σχιζοφρενείς γονείς έχει διπλασιασθεί μεταξύ 1935 και 1955. Ο δείκτης γονιμότητας των σχιζοφρενικών στις ημέρες μας είναι παραπλήσιος του δείκτη στο γενικό πληθυσμό.<sup>13</sup>

### **2.1.5. Σωματικά νοσήματα**

Άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν έναν υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από ατυχήματα και φυσικά αίτια από ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι μέχρι και 80% των σχιζοφρενικών πάσχει και από κάποια σημαντική νόσο, καθώς και ότι μέχρι το 50% από αυτούς η σωματική νόσος δεν διαγνώσκεται.<sup>13</sup>

### **2.1.6. Αυτοκτονία**

Στους σχιζοφρενείς, η αυτοκτονία αποτελεί συχνή αιτία θανάτου, εν μέρει γιατί οι γιατροί εξακολουθούν να τη συνδέουν περισσότερο με διαταραχές της διάθεσης και

λιγότερο με ψυχωτικές καταστάσεις. Περίπου το 50% των σχιζοφρενών προβαίνει σε τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκαταστροφής κατά τη διάρκεια της ζωής, ενώ το 10-50% αυτοκτονεί στην διάρκεια μιας περιόδου παρακολούθησης 20 ετών. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες σχιζοφρενείς έχουν τις ίδιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν.<sup>13</sup>

### **2.1.7. Χρήση και κατάχρηση ουσιών**

**Κάπνισμα.** Στις περισσότερες ανασκοπήσεις αναφέρεται ότι οι περισσότεροι από τα  $\frac{3}{4}$  των σχιζοφρενών είναι καπνιστές, σε σχέση με τους υπόλοιπους ψυχιατρικούς ασθενείς, που είναι καπνιστές σε αναλογία μικρότερη του 50%. Το κάπνισμα στους σχιζοφρενείς εκτός των γνωστών κινδύνων για την υγεία επηρεάζει και άλλους τομείς της θεραπείας τους.

**Κατάχρηση ουσιών.** Περίπου το 30-50% των σχιζοφρενών πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάχρησης αλκοόλ ή της εξάρτησης από αυτό, δυο άλλες πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι η κάνναβη (15-20% περίπου) και η κοκαΐνη (5-10% περίπου). Οι ασθενείς αναφέρουν συνήθως ότι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών προκειμένου να πάρουν ευχαρίστηση και να μειώσουν την κατάθλιψη και το άγχος.<sup>9</sup>

### **2.1.8. Πληθυσμιακή πυκνότητα**

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με αυξημένη πυκνότητα πληθυσμού σε πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο του 1.000.000. Αυτή η συσχέτιση είναι ασθενέστερη σε πόλεις με πληθυσμό με 100.000 έως 500.000 κατοίκους ενώ δεν υπάρχει καθόλου σε πόλεις με πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων. Με επίδραση της πληθυσμιακής πυκνότητας συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε παιδιά από ένα ή και δύο σχιζοφρενείς γονείς είναι διπλάσια στις πόλεις από ό,τι στις αγροτικές περιοχές.<sup>13</sup>

### **2.1.9. Πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές θεωρήσεις**

Η σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί σε όλες τις πολιτισμικές κοινότητες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Στις βιομηχανικές χώρες ένας δυσανάλογα

μεγαλύτερος ορισμός σχιζοφρενών προέρχεται από τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

Έλλειψη στέγης. Εκτιμάται ότι το 1/3 ως τα 2/3 προσβληθεί από την σχιζοφρένεια.

Οικονομικό κόστος για την κοινωνία. Έχει αναγνωρισθεί από όλους ότι το οικονομικό κόστος της σχιζοφρένειας για της Η.Π.Α. είναι τεράστιο.

Περίπου το 1% του εθνικού εισοδήματος των Η.Π.Α. προορίζεται για τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας. Αυτό το ποσοστό αντιστοιχούσε σε περίπου 40 δισεκατομμύρια δολάρια το 1985. Αν προστεθούν και οι έμμεσες δαπάνες της κοινωνίας (π.χ. η χαμένη παραγωγή και η θνησιμότητα), το κόστος ανέρχεται στα 100 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.<sup>9,13</sup>

#### **2.1.10. Κλίνες των ψυχιατρείων**

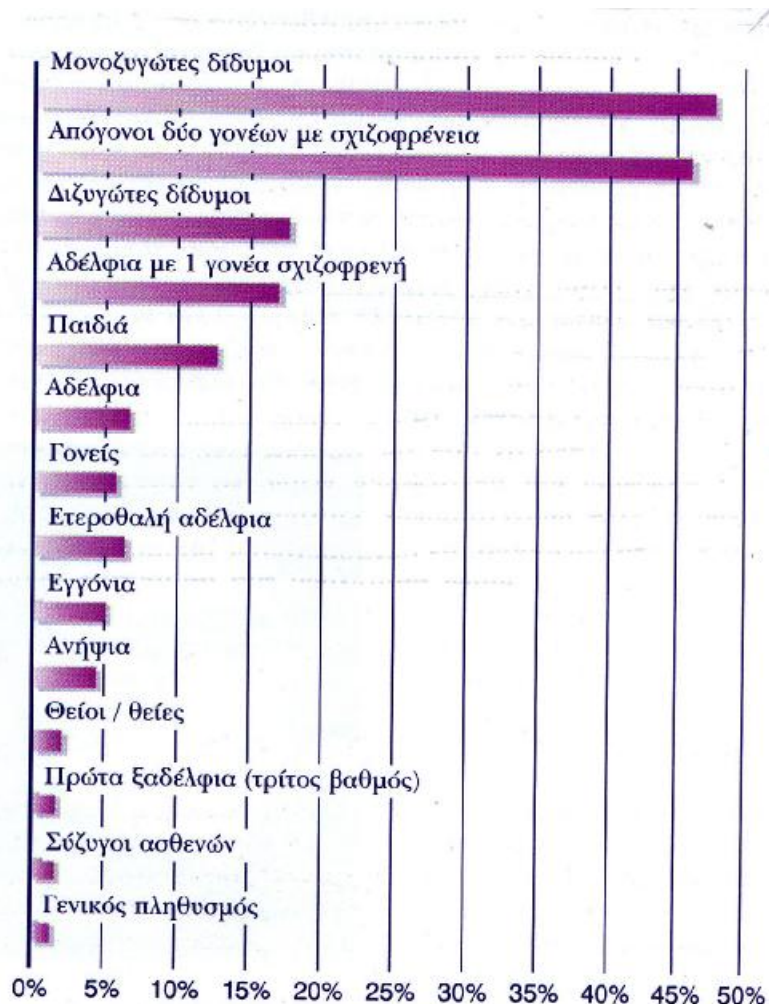
Οι σχιζοφρενείς καταλαμβάνουν το 50% περίπου των κλινών των ψυχιατρείων και αποτελούν το 16% περίπου όλων των ψυχιατρικών ασθενών που υπόκεινται σε κάποια θεραπεία.<sup>13</sup>

## **2.2. ΒΑΘΜΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ**

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

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

παράγοντα της αστάθειας του οικογενειακού περιβάλλοντος κατά τα πρώτα χρόνια της αναστροφής, που υποδεικνύει ότι οι περιβαλλοντικές επιδράσεις μπορεί να αποτελούν αφορμή για την έναρξη της σχιζοφρένειας. Η ανεπαρκής γονική φροντίδα μπορεί να προκαλέσει επιπλέον ένταση σε ένα ευάλωτο άτομο το οποίο βρίσκεται ήδη σε κίνδυνο.<sup>1</sup>



Κίνδυνος εκδήλωσης σχιζοφρένειας<sup>1</sup>

### 2.2.1. Μελέτες διδύμων

Εάν μεγαλώσουν μαζί, οι μονοζυγώτες δίδυμοι δεν έχουν μόνο κοινά γονίδια (100%) αλλά και κοινό περιβάλλον (100%), ενώ οι διζυγώτες δίδυμοι έχουν κοινά γονίδια κατά 50% και κοινό περιβάλλον κατά 100%. Εάν όμως το περιβάλλον είναι ο μοναδικός παράγοντας που οδηγεί στην σχιζοφρένεια, θα περιμέναμε ελάχιστη διαφορά ανάμεσα στους μονοζυγώτες και στους διζυγώτες διδύμους στην εκδήλωση αυτής της διαταραχής. Εάν, με τη σχιζοφρένεια σχετίζονται μόνο οι γενετικοί παράγοντες, και οι



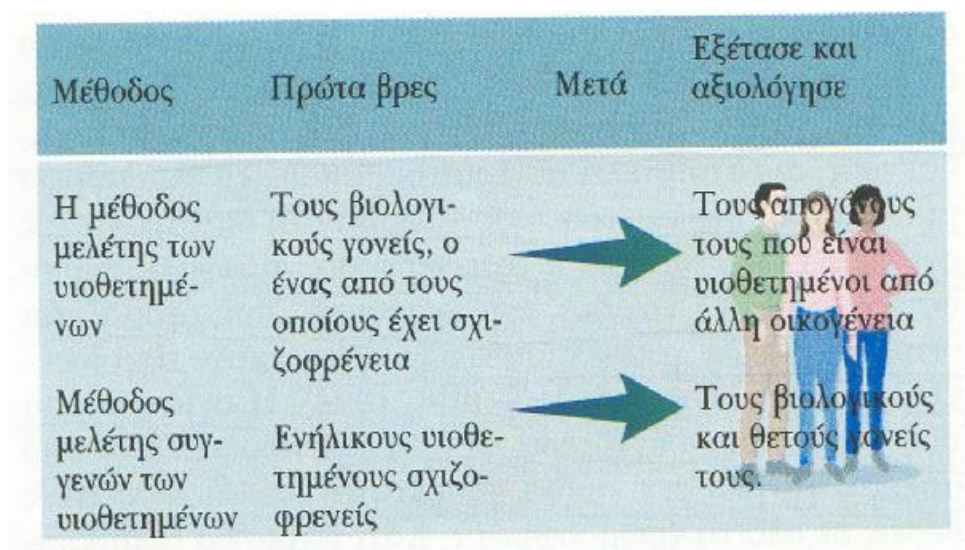
δύο μονοζυγώτες δίδυμοι θα εκδήλωναν πάντα σχιζοφρένεια ενώ το ποσοστό των διζυγωτών διδύμων που θα εκδήλωναν και οι δύο σχιζοφρένεια θα ήταν 50% (τις μισές δηλαδή φορές).<sup>1</sup>

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

Η περίπτωση των τετράδυμων αυτών αποκαλύπτει ένα σημαντικό παράγοντα στη μελέτη των γενετικών επιδράσεων στη συμπεριφορά – το μη «κοινό περιβάλλον». Συνήθως πιστεύουμε ότι τα αδέλφια, και ιδιαίτερα οι μονοζυγώτες δίδυμοι, τρίδυμοι κ.λπ., μεγαλώνουν με τον ίδιο τρόπο. Η εντύπωση που έχουμε είναι ότι οι «καλοί» γονείς εκθέτουν τα παιδιά τους σε ευνοϊκά για αυτά περιβάλλοντα, ενώ οι «κακοί» γονείς τους παρέχουν ασταθείς εμπειρίες. Ωστόσο, ακόμα και οι μονοζυγώτες αδελφοί/ές, μπορούν να έχουν πολύ διαφορετικές εμπειρίες μέσα στην ίδια την οικογένεια και συνεπώς να εκτίθονται σε διαφορετικής εντάσεως βιολογικά και περιβαλλοντικά στρεσογόνα γεγονότα.<sup>1</sup>

### **2.2.2. Μελέτες υιοθετημένων ατόμων**

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



*Δύο μέθοδοι της έρευνας υιοθετημένων ατόμων που μπορούν να εφαρμοστούν στη μελέτη της σχιζοφρένειας<sup>1</sup>*

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

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

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

Ακόμα και όταν μεγαλώνουν μακριά από τους βιολογικούς τους γονείς, τα παιδιά των ατόμων με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν και τα ίδια τη διαταραχή.<sup>1</sup>



### 2.3. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Όσον αφορά τον **επιπολασμό** ζωής υπολογίζεται, σε όλες σχεδόν τις μελέτες, σε 1% περίπου. Η πιθανότητα νόσησης αυξάνει όσο πιο επιβαρημένο είναι το οικογενειακό (κληρονομικό) ιστορικό.<sup>14</sup>

<b>ΟΜΑΔΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ</b>	<b>ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ</b>
<i>Γενικός πληθυσμός</i>	<b>1%</b>
<i>Αδερφός σχιζοφρενούς</i>	<b>8%</b>
<i>Παιδί σχιζοφρενούς γονέα</i>	<b>12%</b>
<i>Ετεροζυγώτης δίδυμος</i>	<b>12%</b>
<i>Παιδί δύο σχιζοφρενών</i>	<b>40%</b>
<i>Ομοζυγώτης δίδυμος</i>	<b>47%</b>

### 2.4. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Από τις επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται να υπάρχει κληρονομικός παράγοντας. Μελέτες των τελευταίων χρόνων επιχειρούν να εντοπίσουν γονίδια που ευθύνονται για την συχνή εμφάνιση του συνδρόμου σε συγκεκριμένες οικογένειες. Έτσι κατά καιρούς έχουν αναφερθεί τα χρωμοσώματα : **3,5,6,8,9,10,11,13,18,19,X,20** και **22**. Όλα αυτά τα στοιχεία δείχνουν μια σαφώς ετερογενή γενετική βάση για τη σχιζοφρένεια.<sup>14</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### **ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

#### **3.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ**

Η αναζήτηση ενός ικανοποιητικού διαγνωστικού συστήματος (των μορφών της) σχιζοφρένειας παραμένει ανεκπλήρωτη. Για δεκαετίες ερευνητές σε όλο το κόσμο προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη σχιζοφρένεια οποία καλύπτει μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων που διαφέρουν στην συμπτωματολογία, πρόγνωση και κλινική πορεία. Άλλωστε στην ψυχιατρική ισχύει περισσότερο από κάθε άλλη ιατρική ειδικότητα ότι δεν υπάρχουν «ασθένειες» αλλά «ασθενείς». Αυτό σημαίνει ότι παρόλη τη διαγνωστική ταξινόμηση που υπάρχει και παρόλη την αναφορά μας σε συγκεκριμένες κλινικές εικόνες, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι κάθε ασθενής αντιπροσωπεύει στην ουσία μια διαφορετική εξατομικευμένη περίπτωση, την οποία καλούμεθα να διευκρινίσουμε και να αντιμετωπίσουμε.

Σύμφωνα λοιπόν με την κλινική εμπειρία, αρχικά ξεχώρισαν οι τέσσερις κλασσικές μορφές σχιζοφρένειας: Η Απλή, η Ηβηφρενική, η Κατατονική και η Παρανοειδής σχιζοφρένεια. Με την πάροδο όμως του χρόνου, προστέθηκαν κι άλλες κλινικές υποκατηγορίες πού διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης που κάποιος ακολουθεί.

Διεθνώς τα πιο σημαντικά και αναγνωρισμένα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών θεωρούνται:<sup>15,16</sup>

- I. Το σύστημα ταξινόμησης ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
- II. Το επίσημο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-III-R της Αμερικανικής Ψυχιατρικής εταιρίας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ψυχικών διαταραχών.

Αν και η αναγκαιότητα χρησιμοποίησης κάποιον ταξινομικού συστήματος είναι προφανής, εν τούτοις δεν πρέπει να κάνουμε το λάθος που ο Jaspers (1963) ονόμασε «ψευτοεπίγνωση δια της ορολογίας». Με αυτό εννοούσε την πλάνη να νομίζει κανείς πως κατανοεί περισσότερο τον ασθενή τον επειδή τον έχει ταξινομήσει σε κάποια κατηγορία κάποιου ταξινομικού συστήματος.<sup>17</sup>

## **I. Κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας κατά το ICD-10:**

- Παρανοειδής σχιζοφρένεια: Σταθερές παραληρητικές ιδέες που συνοδεύονται από ακουστικές ψευδαισθήσεις και αντιληπτικές διαταραχές
- Ηβηφρεβική σχιζοφρένεια: Αρχίζει μεταξύ ηλικίας 15-25 ετών. Κυριαρχούν οι μεταβολές συναισθήματος όπου το συναίσθημα είναι ρηχό και απρόσφορο, η αποδιοργάνωση της σκέψης, και η ανεύθυνη συμπεριφορά.
- Κατατονική σχιζοφρένεια: Παρατηρούνται έντονες διαταραχές ψυχοκινητικότητας, εμβροντησία ή αλαλία, διέγερση, παράξενες στάσεις, αρνητισμός, δυσκαμψία, κηρώδης ευκαμψία.
- Αδιαφοροποίηση: Πληρεί τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας αλλά δεν συμφωνούν με τους παραπάνω περιγραφόμενους τύπους.
- Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη: Καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο μπορεί να είναι παρατεταμένο κι αρχίζει ως επακόλουθο σχιζοφρένειας.
- Υπολειμματική σχιζοφρένεια: Χρόνια ανάπτυξη σχιζοφρενικής διαταραχής με χαρακτηριστικά αρνητικά στοιχεία, όπως άμβλυνση συναισθήματος, έλλειψη βούλησης κ.λπ.
- Απλή σχιζοφρένεια: Ύπουλη αλλά προοδευτική εξέλιξη, ανάπτυξη παράδοξων χαρακτηριστικών της διαγωγής, αδυναμία παρακολούθησης των κοινωνικών επιταγών και έκπτωση της συνολικής απόδοσης.
- Άλλη μορφή σχιζοφρένειας ή μη καθοριζόμενη. Κοινωνισθητικοπαθητική σχιζοφρένεια. Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή.<sup>17</sup>

## **Ταξινόμηση της μακρόχρονης πορείας της σχιζοφρένειας κατά DSM-IV**

*(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)*

Αυτοί οι προσδιοριστές μπορούν να εφαρμοστούν μόνον αφού έχει μεσολαβήσει τουλάχιστον ένας χρόνος από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων

- Επεισοδιακή με υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων
- Επεισοδιακή χωρίς υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων
- Συνεχής
- Μοναδικό επεισόδιο σε μερική ύφεση
- Μοναδικό επεισόδιο σε πλήρη ύφεση
- Άλλος ή απροσδιόριστος τύπος<sup>18</sup>

Όπως είδαμε είναι δύσκολο να διαγνώσουμε πολλές ψυχιατρικές διαταραχές και η σχιζοφρένεια δεν αποτελεί εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα. Δεν υπάρχουν τεστ που να μπορούν με έναν οριστικό τρόπο να πουν ότι ένας άνθρωπος πάσχει από σχιζοφρένεια. Επομένως, η διάγνωση εξαρτάται από τον **αποκλεισμό άλλων αιτίων** που μπορεί να προκαλούν συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της σχιζοφρένειας, όπως είναι: η διαταραχή χρήσης ουσιών, η επιληψία, οι όγκοι του εγκεφάλου και η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς. Πριν φτάσει κανείς στη διάγνωση της σχιζοφρένειας, πρέπει:

1. να ληφθεί ένα ιατρικό ιστορικό
2. να γίνει φυσική εξέταση καθώς και
3. εργαστηριακοί έλεγχοι

για να αποκλειστούν άλλα πιθανά αίτια. Σημειώνεται ότι για να γίνει μια οριστική διάγνωση θα πρέπει τα συμπτώματα να υπάρχουν για τουλάχιστον 6 μήνες.<sup>19</sup>

### **3.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΜΟΡΦΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

#### **3.2.1. Σε παθολογικές και νευρολογικές καταστάσεις**

- Προκαλούμενες από ουσίες όπως κοκαΐνη, αμφεταμίνη, ψευδαισθησιογόνα, φαινυλκυκλιδίνη(PCP), αλκαλοειδή της ατροπίνης, αλκοολική ψευδαισθήτωση, στέρηση βαρβιτουρικών.<sup>11</sup>
- Προκαλούμενες από διάφορα φάρμακα όπως L-dopa, βρωμοκρυπτίνη, εφεδρίνη, αμανταδίνη, φαινυλπροπανυλαμίνη, δακτυλίτιδα, δισουλφιράμη, ινδομεθακίνη, καρβαμαζεπίνη, αντιισταμινικά κ.ά.
- Επιληψία, ειδικότερα του κροταφικού λοβού.
- Νεοπλασίες, αγγειακά εγκεφαλικά προβλήματα ή τραύματα, ειδικά των μετωπιαίων λοβών ή του μεταχιακού συστήματος.
- Φλεγμονές του ΚΝΣ όπως ερπητική εγκεφαλίτιδα, σύφιλη, AIDS κ.ά.
- Διάφορα νοσήματα του ΚΝΣ όπως νόσος του Huntington, Wilson, Parkinson, Creutzfeldt-Jacob, άνοιες διαφόρου τύπου, λιποείδωσεις του εγκεφάλου, μεταχρωματική λευκοδυστροφία κ.ά.
- Ενδοκρινικές διαταραχές όπως νόσος του Cushing, νόσος του Addison, θυρεοτοξίκωση κ.α.
- Δηλητηριάσεις από βαρέα μέταλλα όπως CO, Pb κ.ά.

- Κολλαγονώσεις όπως συστηματικός ερυθματώδης λύκος.
- Ορισμένες αναιμίες όπως πελλάγρα, κακοήθης αναιμία, ανεπάρκεια της B<sub>12</sub> (μεγαλοβλαστική αναιμία) κ.ά.<sup>7,11</sup>

### 3.2.2. Σε ψυχιατρικές καταστάσεις

- Παραληρητική διαταραχή

Παρά την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών (μη εξωπραγματικής φύσης), η λειτουργικότητα και η συμπεριφορά δεν έχουν υποστεί σημαντική διαταραχή. Μερικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν κάποιες διαταραχές στη διάθεση τους αλλά μόνο σαν συνέπεια των παραληρημάτων τους.<sup>12,15</sup> Η διάγνωση της τίθεται όταν οι παραληρητικές ιδέες είναι παρούσες τουλάχιστον 1 μήνα, ενώ απουσιάζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας κριτηρίου A ή συναισθηματικής διαταραχής.<sup>3</sup> Η έναρξη της διαταραχής αυτής επέρχεται συνήθως σε αρκετά μεγαλύτερη ηλικία από ότι η σχιζοφρένεια.<sup>11</sup>

- Βραχεία ψυχωσική διαταραχή

Παρουσιάζονται παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά. Η διάγνωση της τίθεται εάν τα συμπτώματα αυτά διαρκούν τουλάχιστον μια ημέρα αλλά λιγότερο από 1 μήνα με πλήρη επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου.<sup>11</sup>

- Συναισθηματικές διαταραχές

Η διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας από τις συναισθηματικές διαταραχές είναι αρκετά δύσκολη.<sup>3</sup> Εδώ παρουσιάζεται μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο ή μανία στα οποία τα ψυχωσικά συμπτώματα επέρχονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια χρονικών περιόδων διαταραχής της διάθεσης. Διαφέρει από τη σχιζοφρένεια στο ότι τα ψυχωσικά χαρακτηριστικά δεν εμφανίζονται ποτέ χωρίς συνοδά συμπτώματα της διάθεσης.<sup>7</sup>

- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Στην διαταραχή αυτή τα κριτήρια A, D και E της σχιζοφρένειας πληρούνται. Η διαφορά της από τη σχιζοφρένεια είναι στη διάρκεια των συμπτωμάτων διότι εδώ είναι τουλάχιστον 1 μήνα αλλά σαφώς λιγότερη από 6. Δεν απαιτούνται ενδείξεις κοινωνικής και επαγγελματικής δυσλειτουργίας ενώ έχουμε απουσία επίπεδου συναισθήματος.<sup>7</sup>



- Διαταραχές προσωπικότητας – σχιζοτυπική, σχιζοειδής, οριακή και παρανοειδής. Μολονότι στις προσωπικότητες αυτές υπάρχουν συμπτώματα που μοιάζουν με ήπια θετικά (π.χ. ιδέες συσχέτισης, αλλόκοτες πεποιθήσεις, εκκεντρική συμπεριφορά κ.α.) ή με αρνητικά (π.χ. κοινωνική απομόνωση) εντούτοις λείπουν τα συμπτώματα του κριτηρίου Α. Τα συμπτώματα εδώ έχουν ιστορικό παρουσίας σε όλη τη διάρκεια ζωής του ασθενούς ενώ απουσιάζει μια συγκεκριμένη ημερομηνία έναρξής τους.

- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

Εάν συνυπάρχει ταυτόχρονα επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης καταθλιπτικού ή μανιακού συνδρόμου, το οποίο είναι παρών για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής, με επεισόδιο παρουσίας συμπτωμάτων που πληρούν το κριτήριο Α για τη σχιζοφρένεια τότε η διάγνωση είναι σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Επίσης πρέπει να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 2 εβδομάδες με απουσία όμως έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης.

Αντίθετα, εάν τα συμπτώματα αυτά έχουν βραχεία διάρκεια σε σχέση με την όλη διάρκεια της διαταραχής, συμβαίνουν μόνο κατά την πρόδρομη και υπολειμματική φάση ή δεν πληρούν τα κριτήρια για επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης, η διάγνωση είναι σχιζοφρένεια.<sup>7,17</sup>

- Διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο αυτισμός.

Τα ψυχωσικά συμπτώματα αρχίζουν κατά τη βρεφική ή πρώτη παιδική ηλικία. Απουσιάζουν οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις ενώ υπάρχουν εντονότερες διαταραχές του συναισθήματος. Η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας θα τεθεί μόνο αν προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες είναι παρούσες για τουλάχιστον 1 μήνα.<sup>2,7</sup>

- Προσποιητή διαταραχή με προεξάρχοντα ψυχολογικά σημεία ή υπόκριση

Η διάγνωση της υπόκρισης ή της προσποιητής διαταραχής είναι κατάλληλη για έναν ασθενή που μιμείται τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ενώ δεν είναι σχιζοφρενής. Σε άτομα τα οποία έχουν πλήρη έλεγχο της παραγωγής των συμπτωμάτων μπορεί να τεθεί η διάγνωση της υπόκρισης, τα οποία συνήθως έχουν κάποιο φανερό νομικό ή οικονομικό κίνητρο αν θεωρηθούν άρρωστα. Σε ασθενείς που έχουν μικρότερο έλεγχο

στην παραγωγή των ψυχωτικών συμπτωμάτων μπορεί να τεθεί η διάγνωση της προσπονητής διαταραχής.

- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Οι ιδεοληψίες παρατηρούνται συχνά στην σχιζοφρένεια κυρίως στον αποδιοργανωμένο τύπο. Η διαφορά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι πως εδώ οι ιδέες είναι δυστονικές προς το εγώ και όχι παραληρητικού επιπέδου δηλαδή διατηρείται ο έλεγχος της πραγματικότητας.

- Άτυπη ψυχωτική διαταραχή. Η διάγνωση αυτή θα τεθεί όταν υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση προκειμένου να διαγνωστεί σχιζοφρένεια ή άλλη συγκεκριμένη ψυχωτική διαταραχή.<sup>2</sup>

### **3.3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται για στη διάρκεια της νόσου είναι:

#### **Ψυχολογικές:**

- νοημοσύνης,
- προσωπικότητας,
- επαγγελματικού προσανατολισμού.

#### **Σωματικές:**

- αίματος,
- ούρων,
- ακτινογραφίες κρανίου,
- EEG (ηλεκτροεγκεφαλο-γράφημα).<sup>5</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

#### **4.1. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Τα πρόδρομα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι:

- Εκτεταμένη απομόνωση και απόσυρση.
- Περίεργη συμπεριφορά που απέχει από την κανονική/φυσιολογική.
- Παραμελημένη εμφάνιση, αποχή από την προσωπική υγιεινή και επιμέλεια.
- Περιορισμένο /φτωχό λεξιλόγιο, συγκεχυμένες προτάσεις, ακατανόητες συζητήσεις.
- Μαγικές σκέψεις, περίεργες ιδέες, απόψεις και αναφορά σε παράλογες εμπειρίες.
- Απουσία ενδιαφέροντος σε ό,τι έφερνε χαρά και ικανοποίηση στο παρελθόν.<sup>20,21</sup>

#### **4.2. ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χωρίζονται σε θετικά και αρνητικά.

##### **4.3.1. Θετικά**

- **Ψευδαισθήσεις**

Οι ψευδαισθήσεις είναι οτιδήποτε συμβαίνει και έχει να κάνει με την ακοή, την όσφρηση, την αφή και την όραση πολλές φορές και τη γεύση -παρόλο που συμβαίνει σπανιότερα- με πράγματα που δεν υπάρχουν και δε συμβαίνουν στην πραγματικότητα και κανείς άλλος εκτός από το άτομο που τα αναφέρει δε μπορεί να τα νιώσει.

Στη σχιζοφρένεια, η πιο κοινή ψευδαίσθηση είναι η ακουστική, δηλαδή το να ακούει κάποιος φωνές. Μάλιστα, οι φωνές είναι τόσο πραγματικές και ζωντανές που ακούγονται σα να υπάρχει κάποιο άλλο πρόσωπο να μιλάει. Οι άνθρωποι που τις ακούν δυσκολεύονται να καταλάβουν γιατί οι υπόλοιποι δεν τις ακούν. Συνήθως νομίζουν πως έρχονται από την τηλεόραση ή κάποιο άλλο αντικείμενο τριγύρω. Σε άλλες περιπτώσεις νομίζουν πως οι φωνές προέρχονται από κρυμμένα μικρόφωνα, κάμερες, μεγάφωνα ή κάποιο πνεύμα. Οι φωνές είναι τόσο αληθινές που σε προκαλούν να απαντήσεις και ακόμα να ξεκινήσεις συζήτηση είτε σε χαμηλούς αλλά κυρίως σε έντονους τόνους. Οι

άνθρωποι που τις ακούν πιστεύουν πως πρέπει να ακολουθήσουν και να κάνουν ό,τι τους λένε ακόμα κι αν αυτό προϋποθέτει να βλάψουν τον εαυτό τους.

Αλλά άτομα που πάσχουν από βαριάς μορφής κατάθλιψη μπορεί να ακούν κι αυτά φωνές να μιλάνε απ' απευθείας σ' αυτούς. Στη σχιζοφρένεια οι φωνές συνήθως μιλάνε μεταξύ τους αλλά και στο άτομο που τις ακούει. Ψευδαισθήσεις που έχουν να κάνουν με τη γεύση, την όραση, την όσφρηση και την αφή είναι πιθανόν να υπάρξουν αλλά συμβαίνουν σπανιότερα σε σχέση με τις ακοής.

- **Παραληρητικές ιδέες**

Ιδέες που έχουν να κάνουν με δίωξη, ζήλια, μεγαλείο, θρησκευτικό παραληρημα και εμμονές, υποχονδρίαση, παρερμηνεές και αυτοαναφορά.

Η παραληρητική ιδέα είναι μια ασυνήθιστη πεποίθηση. Μπορεί να είναι ασυνήθιστη επειδή δεν είναι κοινή στην κουλτούρα του συγκεκριμένου ατόμου, επειδή δεν έχει επιχειρήματα να τη στηρίξει ούτε κάποιες ενδείξεις ή αποδείξεις ή ακόμα επειδή δεν έχει λόγια να την περιγράψει αν κάποιος τον/την ρωτήσει για ποιο λόγο το πιστεύει αυτό.

Συνήθως οι άνθρωποι αναφέρουν παρανοϊκές παραληρητικές ιδέες. Η παράνοια είναι μια άλλη λέξη για να περιγράψεις ένα συναίσθημα καταδίωξης, κατατρεγμού η ενόχλησης και βασανισμού. Μπορεί κάποιος να έχει ιδέες ή συναισθήματα κατατρεγμού που κατά πρώτη άποψη να φαίνονται λογικά. Για παράδειγμα, ιδέες που έχουν να κάνουν με το αν ο σύζυγος ή σύντροφος είναι πιστός ή όχι χωρίς να δοθεί μια ακριβής και συνηθισμένη εξήγηση δεν έχουν τόσο μεγάλη σημασία. Όμως όταν οι άνθρωποι αρχίζουν να πιστεύουν πως είναι οι εκλεκτοί και αγγελιοφόροι μηνυμάτων που προέρχονται από το Θεό, η ότι η κυβέρνηση τους κατασκοπεύει, ή ακόμα και ότι οι γείτονες και γενικά οι υπόλοιποι άνθρωποι θέλουν να τους βλάψουν, τότε τα συμπτώματα μπορούν να γίνουν ανησυχητικά.

Κάποιοι άλλοι έχουν παραληρητικές ιδέες που έχουν να κάνουν με παραπομπή και αναφορά. Μπορεί κάποια άτομα να πιστεύουν πως υπάρχουν κρυμμένα μηνύματα που αφορούν αυτούς στις τηλεοπτικές εκπομπές ή ότι το χρώμα των αυτοκινήτων επικοινωνεί με κρυφούς κώδικες μαζί τους.<sup>22</sup>

- **Παροχυμένες και ανακατεμένες σκέψεις (Διαταραχή της σκέψης)**

Ηχηρή σκέψη, παρεμβολή στη σκέψη που προέρχεται από τρίτα άτομα, ηχώ σκέψης, εκπομπή της σκέψης, πεποίθηση ότι οι σκέψεις που κάνει ένα άτομο σχολιάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, συζητήσεις και σκέψεις χωρίς συνάρτηση, υποκλοπή της σκέψης και των ιδεών από τρίτα άτομα, απώλεια του εαυτού, παραλογισμός.

Συνήθως οι άνθρωποι είναι δύσκολο να συγκεντρωθούν και φαίνεται ακατόρθωτο να διαβάσουν ένα άρθρο στην εφημερίδα ή να δουν ένα πρόγραμμα στην τηλεόραση.

Αυτό που κάνει τη συγκέντρωση δυσκολότερη είναι ο τρόπος με τον οποίο οι σκέψεις συνδέονται η μία με την άλλη. Φαινομενικά δε στέκονται λογικά και η σειρά τους δεν επιδέχεται καθορισμό ή κοντρόλ από το ίδιο το άτομο. Δεν μπορούν τα άτομα να περάσουν από μια ιδέα στην άλλη η μια σκέψη δεν έχει καμία σχέση με την άλλη. Ύστερα από 1-2 λεπτά δε θυμούνται καν τι σκέφτονταν ή για τι πράγμα μιλούσαν. Όταν οι σκέψεις και οι ιδέες αποσυνδέονται με αυτόν τον τρόπο είναι δύσκολο για τους άλλους να σε καταλάβουν και να γίνεις κατανοητός.

- **Αίσθηση ότι κάποιος σε ελέγχει**

Όταν αυτό συμβαίνει οι άνθρωποι αισθάνονται ότι κάποιος «κλέβει» η διαβάζει τις σκέψεις τους ή ακόμα και ότι βάζει σκέψεις και ιδέες στο μυαλό τους που δεν ανήκουν σ' αυτούς στην πραγματικότητα. Η αίσθηση που κυριαρχεί είναι ότι κάποιος προσπαθεί να πάρει τον έλεγχο της ζωής τους. Αυτό έχει ως συνέπεια δυσάρεστα αποτελέσματα που δεν αφήνουν περιθώρια συγκέντρωσης σε άλλα πράγματα. Αναφέρεται συχνά ότι η προσωπικότητας βρίσκεται κάτω από την επιρροή ενός εξωγήινου η κάποιου πνεύματος. Στις δυτικές κουλτούρες οι άνθρωποι τα βάζουν με την τηλεόραση το ραδιόφωνο τους υπολογιστές κ.τ.λ. και πιστεύουν πως ένα είδους microchip τους κατευθύνει τοποθετημένο στον εγκέφαλο τους. Στις πιο πατροπαράδοτες κοινωνίες οι άνθρωποι κατηγορούν τη μαγεία, το Θεό η το διάβολο, θυμωμένα πνεύματα κ.τ.λ.<sup>1</sup>

#### **4.2.2. Αρνητικά συμπτώματα**

- **Συναισθήματα**

Επίπεδα συναισθήματα, απάθεια, πρόσωπο χωρίς έκφραση και χειρονομίες, απώλεια/ έλλειψη βλεμματικής επαφής, αχρωμία στη φωνή, απώλεια τόνου στη φόνου, έλλειψη στην πρόσφορα συναισθήματος προς τους άλλους και καμία ανταπόκριση σ' αυτά που δίνουν οι άλλοι.

- **Σκέψη /διαταραχές ομιλίας**

Μειωμένο και ελλιπές λεξιλόγιο, μεγάλη καθυστέρηση και κενά σε συζητήσεις όσον αφορά την απάντηση.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια πολλές φορές εκδηλώνουν απρόσφορα συναισθήματα. Ως απρόσφορο συναίσθημα έχει χαρακτηριστεί η συμπεριφορά εκείνη που δεν έρχεται σε συμφωνία με αυτά που λέει η σκέφτεται το άτομο. Άλλες φορές είναι συνηθισμένα τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια να εμφανίζουν επίπεδο η αμβλύ συναίσθημα με αποτέλεσμα την μείωση η παντελή έλλειψη εμφάνισης συναισθημάτων στο πρόσωπο, στις κινήσεις και στους μορφασμούς.<sup>22,23</sup>

- **Βούληση**

Αργές κινήσεις, έλλειψη βούλησης και αποφασιστικότητας, απραξία, τεμπελιά, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, οικογενειακές, κοινωνικές και ανάλογες σχέσεις. Αδυναμία να τηρήσει και να είναι συνεπής στον εργασιακό χώρο, σε κοινωνικές συναντήσεις και σημαντικά γεγονότα. Έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, δραστηριότητας και παραμέληση της προσωπικής καθαριότητας και εμφάνισης.

Τα αρνητικά συμπτώματα είναι λιγότερο εμφανή από τα θετικά. Το γενικότερο ενδιαφέρον για τη ζωή, η ενέργεια, τα συναισθήματα και γενικά η διάθεση και το ξεσήκωμα για δραστηριότητες απουσιάζει. Είναι δύσκολο για τους ανθρώπους με αρνητικά συμπτώματα να ενθουσιαστούν και να βρουν ενδιαφέρον σε κάτι. Η έλλειψη συγκέντρωσης είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό. Δεν μπαίνεις καν στον κόπο να βγεις από το σπίτι ή να σηκωθείς από το κρεβάτι. Είναι δύσκολο να τακτοποιήσεις και να καθαρίσεις ή ακόμα και να κρατήσεις τα ρούχα καθαρά. Νιώθεις άβολα με άλλους ανθρώπους γιατί νιώθουν πως δεν έχουν τίποτα να πουν.

Η διαδικασία του να καταλάβει κάποιος τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι περίπλοκη γιατί δεν πιστεύουν ότι είναι συμπτώματα αλλά ότι

απλά είναι τεμπέληδες. Η οικογένεια και οι γύρω δεν μπορούν πάντα να τα καταλάβουν εξίσου και οι συμβουλές που δίνουν είναι να συνέλθεις και να οργανώσεις τη ζωή σου.

Μπορεί λοιπόν τα αρνητικά συμπτώματα να είναι λιγότερα δραματικά από τα θετικά αλλά προκαλούν και πάλι προβλήματα.<sup>22</sup>

### **4.3. ΑΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

- **Συμπτώματα Κατατονικής σχιζοφρένειας**

1. Κινητικές δυσλειτουργίες
2. Μείωση της αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα
3. Διέγερση
4. Παράξενες στάσεις
5. Αυτοματισμός και τυφλή υπακοή σε διαταγές / εντολές
6. Νάρκη
7. Αρνητισμός
8. Αυστηρότητα / Ακαμψία
9. Αναταραχή
10. Αδυναμία να φροντίδας προσωπικών αναγκών
11. Μειωμένη ευαισθησία σε πράγματα που προκαλούν πόνο<sup>23</sup>

- **Συμπτώματα παρανοειδούς σχιζοφρένειας**

1. Ψευδαισθήσεις βασανισμού οπτικές, ακουστικές, όσφρησης ή γεύσης, παραληρητικές ιδέες, κατατρεγμού και μεγαλομανίας, ειδικής αποστολής, απειλητικές φωνές, σεξουαλικές ιδέες
2. Άγχος
3. Θυμός
4. Βία
5. Εκτεταμένη διάθεση για καβγά και επιχειρηματολογία<sup>23</sup>

- **Συμπτώματα αποδιοργανωτικής σχιζοφρένειας**

1. Ασυναρτησία
2. Έλλειψη έκφρασης και συναισθημάτων
3. Ψευδαισθήσεις

4. Παραισθήσεις
5. Προσβλητικό η μη αποδεκτό γέλιο
6. Επαναλαμβανόμενη ιδιομορφία
7. Κοινωνική απομόνωση

• **Συμπτώματα αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας**

Η διάγνωση της αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας είναι πιθανή όταν ο ασθενής έχει συμπτώματα που δεν είναι επαρκή η συγκεκριμένα αρκετά ώστε να επιτρέψουν την κατάταξη της ασθένειας σε έναν από τους παραπάνω τύπους της σχιζοφρένειας. Τα συμπτώματα μπορεί να εναλλάσσονται σε διάφορες χρονικές στιγμές και να υπάρχει αμφιβολία για το ποιος είναι ο κατάλληλος τύπος. Κάποια άτομα μπορεί να εκδηλώσουν σταθερά συμπτώματα όσον αφορά τη διάρκεια τους και τον τύπο τους αλλά να μην πληρούν την κλινική εικόνα κάποιας μορφής σχιζοφρένειας. Σε άλλες περιπτώσεις η διάγνωση της αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας μπορεί να αντικατοπτρίζει μια μεικτή κλινική διαταραχή.

• **Υπολειμματική σχιζοφρένεια**

Η διάγνωση της υπολειμματικής σχιζοφρένειας πραγματοποιείται όταν δεν υπάρχουν πλέον εμφανή συμπτώματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι λιγότερο σοβαρά. Οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και οι διάφορες συμπεριφορές και ιδιοσυγκρασίες είναι ακόμα παρούσες αλλά οι εκδηλώσεις σε σχέση με την ενεργή φάση της ασθένειας είναι μειωμένες.<sup>23</sup>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ**

#### **5.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ, ΜΙΑ ΜΝΗΜΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ;**

Η σχιζοφρένεια συνεχίζει να έχει στραμμένα τα φώτα της δημοσιότητας, αλλά και να κεντρίζει το επιστημονικό ενδιαφέρον για πάνω από 100 χρόνια όπου και επίσημα κατηγοριοποιήθηκε ως ξεχωριστή διαταραχή (ήταν από τις πρώτες ανεξάρτητες διαταραχές, μιας και για αιώνες ο μόνος όρος που υπήρχε ήταν η “τρέλα”). Αυτό το ενδιαφέρον δεν πηγάζει μόνο από την υπερβολικά αρνητική προβολή της από τα ΜΜΕ, στα οποία εμφανίζεται ως η ψυχική νόσος των δολοφόνων, αλλά και από την πολύπλοκη φύση της διαταραχής αυτής, η οποία φαίνεται πως επηρεάζει πολλά διαφορετικά εγκεφαλικά κέντρα.

Μία από τις πιο σημαντικές ανακαλύψεις ήταν πως η σχιζοφρένεια σχετίζεται άμεσα και με την δυσλειτουργία μιας μικρής περιοχής του εγκεφάλου, του ιππόκαμπου. Ο ιππόκαμπος -μεταξύ άλλων- είναι υπεύθυνος και για την οργάνωση της ανθρώπινης μνήμης. Και εκεί ακριβώς, σε αυτό το μικρό σημείο του εγκεφάλου, φαίνεται πως συνδέεται η σχιζοφρένεια με την μνήμη μας.<sup>24,25</sup>

#### **5.2. ΑΙΤΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

##### **5.2.1. Περιγεννητικές επιπλοκές**

Οι ιώσεις κατά τη διάρκεια της κύησης, έχουν συσχετιστεί με τη μεγαλύτερη συχνότητα σχιζοφρένειας.

##### **5.2.2. Γονίδια**

Περίπου ένας στους δέκα ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν έναν γονέα με την ίδια πάθηση. Αν κανένας από τους γονείς δεν έχει σχιζοφρένεια τότε η πιθανότητα κάποιος να αναπτύξει σχιζοφρένεια είναι 1 προς 100. Η διαφορά έγκειται κυρίως στην κληρονομικότητα και όχι στον τρόπο με τον οποίο ανατρέφεται ένας απόγονος. Για παράδειγμα τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν ακριβώς το ίδιο γενετικό υλικό μέχρι το τελευταίο μόριο του DNA τους. Αν ένα από τα δίδυμα έχει σχιζοφρένεια

τότε το άλλο έχει πιθανότητες 50:50 να εμφανίσει σχιζοφρένεια σε κάποια περίοδο της ζωής του ακόμα κι αν έχουν μεγαλώσει σε διαφορετικές οικογένειες.

Από την άλλη τα διζυγωτικά δίδυμα δεν έχουν το ίδιο γενετικό κώδικα μεταξύ τους. Αν ένα απ αυτά αναπτύξει σχιζοφρένεια τότε το άλλο απλά έχει περισσότερες πιθανότητες από κάποιον κοινό αδερφό η αδερφή. Η έρευνα αποδεικνύει πως η κληρονομικότητα δίνει τη μισή εξήγηση για την αρρώστια. Η ανακάλυψη των υπόλοιπων παραγόντων μπορεί να υπάρχει σε κάποιο γονίδιο η σε έναν συνδυασμό αυτών.<sup>24</sup>

### 5.2.3. Τραύμα / Εγκεφαλική δυσμορφία

Καινούργιες μέθοδοι που παράγουν εικόνες του εγκεφάλου μέσω μαγνητικής τομογραφίας δείχνουν πως οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν αραιωμένη εγκεφαλική ουσία από τους ανθρώπους που δεν πάσχουν. Αυτό δείχνει πως κάποια σημεία του εγκεφάλου δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως ή σωστά. Προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι υπεύθυνα όπως η έλλειψη οξυγόνου στον εγκεφάλου του μωρού. Είναι επίσης πιθανό στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης μολύνσεις από ιούς να δημιουργούν εγκεφαλική βλάβη.

**Οι μετά θάνατον έρευνες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια που έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα έδειξαν ότι:**

- Υπάρχει σοβαρή μείωση στο δικτυωτό σχηματισμό σε σχέση με το μέγεθος των κυττάρων.
- Ο φλοιός υφίσταται μείωση στον όγκο της γαίας ουσίας κατά βάση στο 10-13% των σχιζοφρενών ασθενών
- Ο θάλαμος εμφανίζει μείωση ιστού και κυττάρων
- Το βάρος του εγκεφάλου στα άτομα με σχιζοφρένεια είναι μικρότερο κατά 5-8%.

### 5.2.4. Στρες

Το στρες συνήθως συμβαίνει λίγο πριν από κάθε επεισόδιο στη σχιζοφρένεια. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα, πένθος ή μετακόμιση σπιτιού. Μπορεί να είναι μέρος καθημερινού προβλήματος, όπως δυσκολία στη δουλειά η στις σπουδές. Το στρες δεν προκαλεί τη σχιζοφρένεια αλλά συνιστά καθοριστικό

παράγοντα στο να την ενεργοποιήσει σε κάποιον ιδιαίτερα ευαίσθητο. Μακροπρόθεσμα η χρόνια στρες όπως οικογενειακές εντάσεις μπορεί να συμβάλλουν σε χειρότερη εξέλιξη της ασθένειας.<sup>24</sup>

#### **5.2.5. Ναρκωτικά και αλκοόλ**

Πολλές φορές η χρήση ναρκωτικών όπως έκσταση, LSD, αμφεταμίνες και κάνναβη φαίνεται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Είναι γνωστό πως οι αμφεταμίνες δημιουργούν συμπτώματα ίδια με αυτά της σχιζοφρένειας αλλά σταματούν με τη διακοπή της χρήσης. Δεν είναι γνωστό αν μπορούν να ενεργοποιήσουν την εμφάνιση σχιζοφρένειας στο γενικό πληθυσμό αλλά σε αυτούς που έχουν προδιάθεση είναι αποδεδειγμένο πως συμβάλλει κατά ένα σεβαστό ποσοστό σε συνδυασμό με γονιδιακές προϋπάρχουσες συνθήκες.

Η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ σε ανθρώπους που ήδη πάσχουν μπορεί να κάνει χειρότερα τα συμπτώματα και την ασθένεια. Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν ναρκωτικά και αλκοόλ για να τα βγάλουν πέρα με τα συμπτώματα και τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων σαν μιας μορφής αυτό φαρμακοθεραπείας.<sup>23</sup>

#### **5.2.6. Μαριχουάνα και σχιζοφρένεια**

Η μαριχουάνα είναι ένα από τις πιο συνηθισμένες ναρκωτικές ουσίες. Η χρήση της μαριχουάνας αυξάνει τις πιθανότητες να παρουσιάσει κάποιος ψυχολογικά προβλήματα, ακόμη και σχιζοφρένεια, στο μέλλον, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύεται στην ιατρική επιθεώρηση Lancet.<sup>26</sup>

Η μαριχουάνα είναι ένα από τις πιο συνηθισμένες ναρκωτικές ουσίες, όπως αναφέρουν η Δρ. Τερέζα Μουρ του Πανεπιστημίου του Μπρίστολ και ο ψυχίατρος Στάνλεϊ Ζάμιτ, του Πανεπιστημίου του Κάρντιφ. Πολλοί τη θεωρούν εξίσου επικίνδυνη με το αλκοόλ ή τον καπνό, όμως τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως ο κίνδυνος που ενέχει η χρήση της συχνά υποτιμάται από τους καπνιστές.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι χρήστες μαριχουάνας είχαν κατά 41% υψηλότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ψύχωση και συμπτώματα όπως παραισθήσεις σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ το ναρκωτικό αυτό. Ο κίνδυνος αυξάνεται όσο μεγαλύτερη είναι η χρήση. Επίσης, συνδέουν τη χρήση

μαριχουάνας με την εμφάνιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια: οι χρήστες μπορεί να ακούν φωνές ή να βλέπουν ανύπαρκτα πράγματα.

Σχολιάζοντας την έρευνα αυτή, δύο Δανοί επιστήμονες σημειώνουν στο ίδιο περιοδικό ότι με βάση τα αποτελέσματα, εκτιμάται πως κάθε χρόνο στη Βρετανία 800 περιπτώσεις σχιζοφρένειας θα αποφεύγονταν εάν σταματούσε η χρήση μαριχουάνας.<sup>26</sup>

### 5.2.7. Οικογενειακά προβλήματα

Κάποτε ήταν της μόδας να πιστεύουν πως η σχιζοφρένεια οφείλεται σε προβλήματα που προέρχονται μέσα από την οικογένεια. Δεν υπάρχουν ενδείξεις και αποτελέσματα να υποστηρίξουν αυτό. Παρόλα αυτά αν κάποιος ήδη πάσχει, οι εντάσεις μέσα στην οικογένεια **επιβαρύνουν σημαντικά** την ψυχική υγεία του ατόμου.<sup>23</sup>

### Επιδράσεις οικογενειακού περιβάλλοντος

Φαίνεται ότι το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον είναι ένας από τους παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής σε ένα άτομο. Ο Asarnow και οι συνεργάτες του (1994) έχουν διενεργήσει μια σειρά ερευνών σχετικά με το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με σχιζοφρένεια. Οι οικογένειες των ατόμων αυτών αξιολογήθηκαν ως προς την ποιότητα της επικοινωνίας στην οικογένεια και ως προς το είδος των συναισθημάτων που εκφράζουν προς αυτά.

Ως προς την ποιότητα της επικοινωνίας στην οικογένεια διαπιστώθηκε ότι οι γονείς των παιδιών με σχιζοφρένεια παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα 'παρεκκλίνουσας επικοινωνίας' σε σύγκριση με τους γονείς φυσιολογικών παιδιών. Ο όρος αυτός αναφέρεται σε ένα είδος επικοινωνίας που διακρίνεται από ασάφεια και θεωρείται ως εκδήλωση διαταραχών στη σκέψη.

Όσον αφορά το είδος των συναισθημάτων, οι γονείς των παιδιών με σχιζοφρένεια εξέφραζαν πολύ συχνά αρνητικά συναισθήματα και ασκούσαν σκληρή κριτική.

Τόσο η παρεκκλίνουσα επικοινωνία, όσο και η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων προς το παιδί μπορεί να αποτελέσουν προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση σχιζοφρένειας στην ενηλικίωση.<sup>2,23</sup>

Οι οικογένειες των σχιζοφρενικών διαφέρουν πολύ μεταξύ τους και αυτό που έχει σημασία σήμερα είναι να αναγνωρίσουμε, κυρίως, ποια σχήματα συμπεριφοράς και ποιοι τρόποι επικοινωνίας και έκφρασης συναισθημάτων επιδεινώνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα του σχιζοφρενικού μέλους και ποιοι τα ανακουφίζουν ή τα βελτιώνουν. Έτσι, π.χ., έχει αποδειχθεί ότι σε οικογένειες με μεγάλη και έντονη έκφραση συναισθημάτων (high expressed emotion) οι σχιζοφρενείς που ζουν μαζί τους υποτροπιάζουν πιο εύκολα από ότι σε οικογένειες με μικρή και χαμηλή έκφραση.<sup>2</sup>

Οι ψυχολόγοι θεωρούν τη σχιζοφρένεια σαν έκφραση της εσωτερίκευσης ενός επικίνδυνου οικογενειακού θεάτρου. *«Η αποσπασματικότητα της πληροφόρησης, η διάχυση της ταυτότητας, η διατάραξη της ικανότητας παρατήρησης και επικοινωνίας και ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά του σχιζοφρενούς προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τη διαδικασία εσωτερίκευσης των κοινωνικών χαρακτηριστικών όπως εκφράζονται μέσα στην οικογένεια.»*<sup>27</sup>

Οι ρόλοι των μελών που πάνω τους υφαίνονται οι αντιδράσεις στη σχιζοφρενική οικογένεια, παρουσιάζονται με μια εξαιρετική επιμονή. Ισχυροί δεσμοί αναπτύσσονται συνήθως μεταξύ των γονέων και των παιδιών. Στην περίπτωση που οι γονείς είναι ψυχικά άρρωστοι, προκειμένου να επιβεβαιώσουν την ύπαρξή τους καταστρέφουν την ψυχική ισορροπία του παιδιού τους, το οποίο προσκολλάται πάνω τους, εξαιτίας της ανωριμότητας του. Πολλοί ψυχίατροι έχουν διαπιστώσει ότι πολλοί σχιζοφρενείς, κατά την παιδική τους ηλικία, ήταν φανατικά προσκολλημένοι σε μια μητέρα με αρκετά ταραγμένη ψυχική ζωή. Η αυταρχική σχέση ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα και η αμοιβαία συναισθηματική εξάρτηση μπορούν να οδηγήσουν στο ‘παιδί-θύμα που θυσιάζει την προσωπικότητα του για το καλό της μητέρας του.’

Η σχιζοφρενική οικογένεια συμπεριφέρεται σαν φαινομενικά άυταρκες σύνολο με κλειστά σύνορα απέναντι στην κοινωνία. Είναι ολότελα απομονωμένη και οι κοινωνικές της σχέσεις με το περιβάλλον, τους γείτονες, τους φίλους και τους γνωστούς είναι ελάχιστες. Σε μια τέτοια απομονωμένη οικογένεια, με τους διαταραγμένους τρόπους επικοινωνίας της και τις ιδιόμορφες ερμηνείες της για την πραγματικότητα, δεν μπορεί το παιδί να προσανατολιστεί έξω από αυτή. Ένας ασθενής λέει: *«Θα μπορούσα μια χαρά να ζήσω στον κόσμο, αν ήταν όπως μου τον είχε περιγράψει η μητέρα μου. Καθώς μεγάλωνα όμως είδα πως ήταν τελείως διαφορετικός και αυτό με συνέτριψε.»*<sup>27</sup>

### 5.2.8. Διαταραχές στο DNA

Η καταστροφική ψυχική ασθένεια της σχιζοφρένειας ίσως να προκαλείται από πολλές διαφορετικές μεταλλαγές διαφορετικών γονιδίων, που παρεμποδίζουν βιολογικές διεργασίες, αναγκαίες για την ομαλή εγκεφαλική ανάπτυξη, σύμφωνα με επιστημονική έκθεση. Η σχιζοφρένεια είναι περίπλοκη πάθηση, που χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διαταραγμένη σκέψη, από την οποία υποφέρει περίπου το 1% των ενηλίκων. Οι ειδικοί προσπαθούν εδώ και δεκαετίες να εντοπίσουν τα αίτια της εμφάνισής της, αλλά και το ρόλο που παίζουν σε αυτή οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Δύο ομάδες μελετητών δημοσίευσαν τις τελευταίες ημέρες νέες γονιδιακές μελέτες στην επιστημονική επιθεώρηση Nature. Τα συμπεράσματα των μελετών έδειξαν ότι η σχιζοφρένεια ίσως να οφείλεται σε συνδυασμό δυσλειτουργιών σε μυριάδες γονίδια κι όχι στη δράση ενός και μόνου γονιδίου.<sup>28</sup>

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια εμφανίζουν πολύ περισσότερες διαταραχές του DNA. Τα ελαττωματικά αυτά γονίδια σχετίζονται συχνά με την ανάπτυξη του εγκεφάλου, σχηματίζοντας τις δομές, μέσω των οποίων επικοινωνούν μεταξύ τους οι νευρώνες, αλλά και εκείνες που ελέγχουν τη νευρική ανάπτυξη και τον κυτταρικό θάνατο. Οι ιατρικές ομάδες του Πανεπιστημίου της πολιτείας της Ουάσιγκτον και του Εργαστηρίου Κολντ Σπρινγκς της Νέας Υόρκης μελέτησαν το DNA 150 σχιζοφρενών και εκείνο 268 υγιών ανθρώπων. Οι παραπάνω γενετικές ανωμαλίες ήταν παρούσες στο 15% των σχιζοφρενών και μόλις στο 5% των υγιών ατόμων. Η σχιζοφρένεια που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία, σε αντίθεση με αυτή που εκδηλώνεται σε ενήλικες, θεωρείται πιο σοβαρή και γενετικά υποκινούμενη μορφή της ασθένειας. Τα δεδομένα των ερευνών μπορεί, όμως, να οδηγήσουν στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων, με στόχο τη σταθεροποίηση των εγκεφαλικών διεργασιών, που διαταράσσονται από τις γενετικές ανωμαλίες. «Ο εντοπισμός γονιδίων, επιρρεπών σε τέτοιες μεταλλαγές της εγκεφαλικής ανάπτυξης, δημιουργεί βάσιμες ελπίδες για ανακάλυψη θεραπειών και μεθόδων πρόληψης της σχιζοφρένειας και άλλων νευρολογικών διαταραχών», λέει ο δρ Τόμας Ίνσελ, του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α., που συμμετείχε στην έρευνα.

Ο ιατρικός κόσμος αντιμετωπίζει σήμερα τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χορηγώντας φαρμακευτική αγωγή που καταπολεμά τις παραισθήσεις, αλλά δεν μπορεί να δώσει μόνιμη λύση στο δράμα των ασθενών.<sup>28</sup>

### 5.2.9. Πρωτεΐνη των κυττάρων του ανοσοποιητικού

Μια πρωτεΐνη που ανακαλύφθηκε στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος ενδέχεται να αποτελεί αξιόπιστη ένδειξη για το επίπεδο κινδύνου ανάπτυξης σχιζοφρένειας, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη η οποία δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *Molecular and Cellular proteomics*.

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας, η οποία αποτελεί μια πολύπλοκη ψυχιατρική ασθένεια που προσβάλλει το 1% του πληθυσμού, βασίζεται κυρίως σε προσωπικές κλινικές συνεντεύξεις και στην αξιολόγηση αμφίσημων συμπτωμάτων, γεγονός το οποίο, συχνά, οδηγεί σε καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία. Επομένως, ο εντοπισμός κάποιων βιοενδείξεων που θα εκτιμούν το επίπεδο κινδύνου για εμφάνιση σχιζοφρένειας, καθώς και το χρόνο εμφάνισής της, θα αποτελούσαν πολύ χρήσιμα εργαλεία για τους υγειονομικούς.

Οι ερευνητές επιχείρησαν να εντοπίσουν ένα «πρωτεϊνικό αποτύπωμα» στο αίμα του ανθρώπινου οργανισμού. Συνέκριναν τα προφίλ των πρωτεϊνών ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια και υγιών ανθρώπων, με διενέργεια μαζικών φασματομετρήσεων και ανακάλυψαν δύο σημεία στα οποία φαίνεται να υπάρχει σημαντική μεταβολή. Αυτές προσδιορίστηκαν ως άλφα-αμυντίνες, πρωτεΐνες οι οποίες έχουν την ευθύνη της εξόντωσης ιών και μικροβίων κατά την απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού.

Οι ερευνητές επιβεβαίωσαν τα ευρήματά τους, εξετάζοντας τα επίπεδα της άλφα αμυντίνης στο αίμα 21 ζευγαριών διδύμων αδελφών, εκ των οποίων μόνο το ένα είχε αναπτύξει σχιζοφρένεια (ασύμφωνα δίδυμα). Στις περιπτώσεις των διδύμων αυτών, τα επίπεδα της πρωτεΐνης παρουσιάζονταν αυξημένα, σε σύγκριση με δίδυμα υγιή αδέρφια. Επίσης, οι μεταβολές παρατηρήθηκαν στους ασθενείς μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη διάγνωσή τους, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι τα αυξημένα επίπεδα της πρωτεΐνης δεν οφείλονταν στη λήψη φαρμάκων ή στην εξέλιξη της ασθένειας.

Επειδή, στις περιπτώσεις των ασύμφωνων διδύμων, τα επίπεδα της πρωτεΐνης παρουσιάζονται αυξημένα και στα δύο αδέρφια, η βιοένδειξη αυτή δεν μπορεί να προβλέψει το χρόνο εμφάνισης της ασθένειας. Ωστόσο, οι επιστήμονες θεωρούν ότι μπορεί να αποτελέσει ένα απλό και χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση του επιπέδου κινδύνου προσβολής από την ασθένεια. Πάντως, δηλώνουν ότι θα χρειαστεί να εντοπιστούν και άλλες ενδείξεις, προκειμένου να αναπτυχθεί μια αξιόπιστη αιματολογική εξέταση.<sup>53</sup>

### **5.3. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΔΙΕΛΕΥΚΑΝΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

#### **5.3.1. Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων**

Ένα πιο πρόσφατο επίτευγμα αποτελεί η Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography - PET). Σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία η οποία παράγει στιστικές εικόνες της κατασκευής του εγκεφάλου, η PET μπορεί να εκτιμήσει τη μεταβολική δραστηριότητα του ζώντος εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων περιοχών βαθιά μέσα στο εσωτερικό του εγκεφάλου. Μέχρι στιγμής τα ευρήματα με την PET είναι μόνο προκαταρκτικά, αλλά πιστεύεται ότι σε συνδυασμό και με άλλες απεικονιστικές τεχνικές θα μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την δομή και την λειτουργία του ζώντος εγκεφάλου.<sup>30</sup>

#### **5.3.2. Άλλες απεικονιστικές τεχνικές**

Άλλες ειδικές απεικονιστικές τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν στην κατανόηση της ΣΧ. περιλαμβάνουν την μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI), η ραδιοισοτοπική μελέτη της περιοχικής εγκεφαλικής κυκλοφορίας (RCFB) και τέλος το ψηφιακό ηλεκτρο-εγκεφαλογράφημα (HEG). Η μαγνητική τομογραφία παράγει εικόνες της δομής του εγκεφάλου και στηρίζεται στην διαφορετική συμπεριφορά των διαφόρων δομών όταν εφαρμόζεται μαγνητικό πεδίο επάνω τους. Στην RCBF γίνεται εισπνοή ενός ραδιοδραστικού αερίου και ο ρυθμός απομάκρυνσης της ουσίας αυτής από διαφορετικές εγκεφαλικές περιοχές δίνει πληροφορίες για την σχετική δραστηριότητα των περιοχών αυτών κατά τις διάφορες νοητικές δραστηριότητες. Το ψηφιακό HEG εξετάζει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου καθώς αυτός αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα.

Όλες αυτές οι απεικονιστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στην έρευνα για την διελεύκανση της αιτιολογίας της σχιζοφρένειας. Δεν αποτελούν καινούριες μορφές θεραπείας.<sup>30</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

*«Αν με ρωτούσες πριν από μερικά χρόνια ποιος έφταιξε για την αρρώστια του παιδιού μου, θα σου έλεγα “εγώ”. Όταν έμαθα την αλήθεια για τα αίτια της σχιζοφρένειας, ένα τεράστιο βάρος έφυγε από πάνω μου...»<sup>31</sup>*

#### **6.1. ΠΑΙΔΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ-ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Μία από τις βαρύτερες ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας είναι η παιδική ψύχωση. Παρουσιάζει μια πολύπλοκη κλινική εικόνα, που εκφράζεται με γνωσιακές, συναισθηματικές και συμπεριφεριολογικές διαταραχές. Δείχνει τη βαθιά διαταραχή της αντίληψης που έχει το παιδί για τον εαυτό του και των σχέσεων με το περιβάλλον του. Οι επιπτώσεις της είναι σοβαρές τόσο στη δόμηση της προσωπικότητας του παιδιού όσο και στη ζωή της οικογένειας. Η παιδική σχιζοφρένεια αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή της παιδικής ψύχωσης.<sup>32</sup>

##### **6.1.1. Χαρακτηριστικά συμπτώματα παιδικής σχιζοφρένειας**

Σύμφωνα με το γλωσσάριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η παιδική σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις ομάδες ψυχώσεων της παιδικής ηλικίας στις οποίες υπάρχει μια βασική διαταραχή της προσωπικότητας και χαρακτηριστική διαταραχή της σκέψης. Επίσης υπάρχει συχνά μια αίσθηση ότι το άτομο ελέγχεται από ξένες δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες που μπορεί να είναι αλλόκοτες, διαταραχές στην αντίληψη, διαταραχή του συναισθήματος που είναι σε δυσαρμονία με την πραγματικότητα και μεγάλη απόσυρση του παιδιού στον εαυτό του.

Από μελέτες που έχουν γίνει τα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν κυρίως και τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως διαγνωστικά κριτήρια είναι: ψευδαισθήσεις, στερεοτυπίες και μια τάση του παιδιού να απαντά μερικώς και όχι ολοκληρωμένα σε ερωτήσεις. Επίσης αναφέρονται διαταραχές του συναισθήματος (απροσφορότητα, επιπέδωση), διαταραχές σκέψης (ροή, περιεχόμενο), διαταραχές στη

βούληση, ενορμήσεις, διαταραχές του θυμικού. Χαρακτηριστική είναι και η δυσκολία που παρατηρείται στην επαφή του παιδιού με την πραγματικότητα.<sup>29</sup>

### **6.1.2. Ηλικία έναρξης και κατανομή ανά φύλο της παιδικής σχιζοφρένειας**

Η έναρξη της παιδικής σχιζοφρένειας, όπως ορίζεται στο DSM IV, εντοπίζεται μεταξύ 6-10 ετών και συχνά είναι βραδεία. Όσον αφορά την κατανομή της στο φύλο, τα αγόρια φαίνονται να υπερισχύουν έναντι των κοριτσιών.<sup>29</sup>

### **6.1.3. Αιτιοπαθογένεια**

Πολυάριθμες μελέτες έχουν αφιερωθεί στην αιτιοπαθογένεια της παιδικής ψύχωσης. Οργανικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί χωρίς να έχει αποκατασταθεί μια σαφής αιτιολογική σχέση. Μελέτες για την κληρονομικότητα σε διδύμους, σε υιοθετημένα παιδιά οι βιολογικοί γονείς των οποίων νοσούσαν και σε παιδιά σχιζοφρενών γονέων απέδειξαν τη σημασία του γενετικού παράγοντα. Όσο πιο πρόωμη είναι η έναρξη της νόσου τόσο αυξάνει η γενετική ευαλωσιμότητα. Η μελέτη των οργανικών παραγόντων οδήγησε στον εντοπισμό νευροανατομικών ανωμαλιών. Στη σχιζοφρένεια που ξεκίνησε στην παιδική ηλικία διαπιστώνονται προοδευτική αποπλάτυνση των πλαγίων κοιλιών, μείωση του συνολικού όγκου του εγκεφάλου, δομικές μεταβολές του κροταφικού λοβού και μείωση του μετωπιαίου μεταβολισμού. Εξάλλου, η ηλεκτροφυσιολογική διερεύνηση δείχνει τη δυσκολία αυτών των παιδιών να εστιάσουν την προσοχή τους και να επεξεργαστούν πληροφορίες. Ακόμη, στο ιστορικό ψυχωτικών παιδιών απαντώνται συχνότερα προγεννητικές και περιγεννητικές επιπλοκές, αλλά η αιτιολογική αξία τους αμφισβητείται. Οι ψυχογενετικές απόψεις ενοχοποιούν παράγοντες του περιβάλλοντος, όπως η διαταραγμένη προσωπικότητα των γονέων, οι στρεβλές συζυγικές σχέσεις ή η "ψευδοαμοιβασιότητα" κατά την οποία οι οικογενειακές συγκρούσεις καλύπτονται και τίποτα δεν συζητείται ανοιχτά. Οι μητέρες ψυχωτικών παιδιών περιγράφονται υπερπροστατευτικές, κυρίαρχες, αγχώδεις ψυχαναγκαστικές ή αντίθετα αδύναμες, ανώριμες, με καθαρά αμφιθυμική συμπεριφορά απέναντι στο παιδί.<sup>29</sup>

#### **6.1.4. Κλινικές μορφές παιδικής ψύχωσης**

Η κλινική εικόνα των παιδικών ψυχώσεων χαρακτηρίζεται από τη βαρύτητα αλλά και την πολυμορφία της ψυχοπαθολογίας. Η συμπτωματολογία διαφέρει ανάλογα με την ηλικία έναρξης. Έτσι, διακρίνουμε δύο κλινικές μορφές: τις πρώιμες παιδικές ψυχώσεις με έναρξη πριν από την ηλικία των πέντε ετών και τις ψυχώσεις με μεταγενέστερη έναρξη που αντιστοιχεί στη λανθάνουσα ηλικία (6-12 ετών).<sup>33</sup>

#### **6.1.5. Πρώιμες παιδικές ψυχώσεις**

Ο συνδυασμός διαταραχών που μπορούν να εμφανιστούν στην αρχή της ζωής του παιδιού σηματοδοτεί την ψυχωτική εξέλιξη. Οι διαταραχές αφορούν κυρίως στη διατροφή (αδυναμία θηλασμού, ανορεξία, εμετοί) ή τον ύπνο (διεγερτική αϋπνία με αυτοεπιθετικές δραστηριότητες, π.χ., χτύπημα του κεφαλιού στα κάγκελα του κρεβατιού). Δεν εμφανίζονται οι "πρώτοι οργανωτές" σύμφωνα με τον R.Spitz, δηλαδή το χαμόγελο που απευθύνεται σε κάποιο πρόσωπο και το άγχος του όγδοου μήνα που προκαλείται φυσιολογικά από την παρουσία ξένου. Το ψυχωτικό βρέφος δυσκολεύεται να εγκαταστήσει τη σχέση με τη μητέρα. Είτε είναι υπερβολικά προσκολλημένο επάνω της είτε αδιαφορεί τελείως και δημιουργεί σχέση με οποιονδήποτε ξένο. Παρατηρείται επίσης απουσία μεταβατικού αντικειμένου, που είναι το αγαπημένο αντικείμενο του παιδιού (κουκλάκι, ζωάκι, κουβέρτα) και αντικαθιστά στη φαντασία του τη μητέρα κατά την απουσία της.

Η κατάκτηση δεξιοτήτων μπορεί να γίνει πρώιμα ή να καθυστερήσει και βιώνεται με χαρακτηριστική αδιαφορία εκ μέρους του παιδιού. Συχνά παρατηρείται παλινδρόμηση και απώλεια κερτημένων δεξιοτήτων. Ο λόγος επίσης μπορεί να κατακτηθεί πρώιμα ή να καθυστερήσει. Ακόμη, παρατηρούνται ιδιαίζουσες εκφράσεις και παράξενος τόνος της φωνής, ενώ η σύνταξη θυμίζει λόγο ενήλικου. Το άγχος είναι διάχυτο και συνοδεύεται από υπερκινητικότητα ή επιθετική συμπεριφορά. Υπάρχουν περίεργες φοβίες που συχνά αφορούν στο σώμα του παιδιού. Οι ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές ξεπερνούν τις συνήθεις τελετουργίες που παρουσιάζουν παιδιά δύο έως τριών ετών και καταλαμβάνουν τους περισσότερους τομείς της ζωής του παιδιού: γεύμα, ύπνος, αφόδευση.<sup>29, 33</sup>

### **6.1.6. Παιδικές ψυχώσεις με μεταγενέστερη εξέλιξη**

Εκδηλώνονται από την ηλικία των τεσσάρων με πέντε ετών μέχρι την εφηβεία. Διαχωρίζονται σε σχέση με τις προηγούμενες από το γεγονός ότι τα παιδιά αυτά μπόρεσαν να κατακτήσουν τρόπους επικοινωνίας κυρίως μέσω του λόγου. Οι νοητικές τους ικανότητες είναι φυσιολογικές και η προσαρμογή τους μέχρι την εκδήλωση της ψύχωσης σχετικά ικανοποιητική. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι ποικίλες και αλληλοκαλύπτονται. Κυριαρχεί η δυσκολία σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων. Η απομόνωση είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής αναστολής και καταθλιπτικής διάθεσης. Το συναίσθημα είναι ασταθές και κυμαίνεται από την κατάθλιψη μέχρι την υπερδιέγερση που έχει μανιακή χροιά. Το παιδί γίνεται υπερκινητικό, με ακατάπαυστες και διάσπαρτες δραστηριότητες.

Μια πλήρης διακοπή της λεκτικής επικοινωνίας μπορεί να σηματοδοτήσει την έναρξη της ψύχωσης. Αλλοτε παρατηρούνται εξαφάνιση λέξεων τις οποίες το παιδί είχε μάθει και χρησιμοποιούσε, παραγωγή λέξεων χωρίς σημασία και ιδιάζουσα χρήση του λόγου. Η κινητικότητα επίσης είναι διαταραγμένη με χαρακτηριστικό περπάτημα, άκαμπτη στάση του σώματος και δυσκολία στις λεπτές κινήσεις. Η επιθετικότητα είναι κυρίαρχη σε όλες τις εκδηλώσεις του ψυχωτικού παιδιού. Καταστρέφει αντικείμενα, τα παιχνίδια του, τις ζωγραφιές του ή στρέφεται εναντίον προσώπων του περιβάλλοντός του (δαγκώνει, κλωτσά, χτυπά), ακόμη και εναντίον του εαυτού του. Στο σχολείο η προσαρμογή είναι δύσκολη λόγω των διαταραχών συμπεριφοράς. Η μάθηση είναι ανισομερής, το ενδιαφέρον του παιδιού υπερεπενδύεται σε ορισμένους τομείς, με αποτέλεσμα να σημειώνονται επιλεκτικές επιδόσεις σε αυτούς, ενώ άλλοι υπολείπονται και παρουσιάζουν κενά (π.χ., ο μαθητής είναι πολύ καλός στα μαθηματικά και αδυνατεί να μάθει ιστορία).<sup>33</sup>

## **6.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Η παιδική σχιζοφρένεια είναι σπάνια και, μάλιστα, 50 φορές λιγότερο συχνή σε παιδιά κάτω των 15 ετών από ό,τι σε ενήλικους. Η συχνότητα με την οποία συναντάται η διαταραχή είναι σταθερή κατά τα παιδικά χρόνια αλλά παρουσιάζει μια δραματική έξαρση στην εφηβεία. Για την περιγραφή της κλινικής εικόνας της παιδικής σχιζοφρένειας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας παράγοντες που έχουν σχέση με το επίπεδο της ανάπτυξης και της ψυχοσυναισθηματικής ωριμότητας του παιδιού κατά την ηλικία έναρξης.<sup>33</sup>

Η παιδική σχιζοφρένεια διαφοροποιείται από εκείνη των ενηλίκων σε ορισμένα σημεία της κλινικής εικόνας και ως προς την πρόγνωση. Οι τυπικές σχιζοφρενικές διαταραχές εμφανίζονται από την ηλικία των έξι με επτά ετών και μέχρι την εφηβεία αποκτούν βαθμιαία την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας των ενηλίκων. Τα αγόρια υπερέχουν των κοριτσιών σε αναλογία 2:1, αλλά δεν διαχωρίζονται ως προς τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ή την εξέλιξη. Είναι αρκετά δύσκολο να εκτιμηθούν στο παιδί η δοκιμασία της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα και οι τυπικές διαταραχές της σκέψης. Η εκτίμηση αυτών των συμπτωμάτων είναι δυνατή μόνον εάν το παιδί έχει φτάσει σε μια ικανοποιητική ωριμότητα, νοητική ηλικία και λεκτική επικοινωνία.

Στη νηπιακή ηλικία το παιδί παρουσιάζει διαφορετική αίσθηση πραγματικότητας, έχει φανταστικούς φόβους και μέσα από τα παιχνίδια ζει τις φαντασιώσεις του. Τα παιδιά έχουν μια τάση να αναπτύσσουν ιδιωτικές σηματοδοτήσεις διαφορετικές από την εξωτερική πραγματικότητα για να καλύπτουν τις αγχογόνες και φοβογόνες εμπειρίες. Παρουσιάζουν επίσης έλλειψη δεξιότητας στο να εξηγούν και να περιγράφουν εσωτερικές εμπειρίες. Γι' αυτόν το λόγο υπάρχουν προβλήματα στη διάγνωση των ψευδαισθήσεων στην παιδική ηλικία. Οι ψευδαισθήσεις είναι κοινές σε παιδιά με υψηλό πυρετό. Σε μη ψυχωτικά παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορούν να εκδηλωθούν "καλοήθεις ψευδαισθήσεις" υπό την επήρεια στρες. Πρόκειται για οπτικές ή απτικές ψευδαισθήσεις (κυρίως έντομα ή ζώα), με οξεία έναρξη και βραχεία διάρκεια (ώρες ή ημέρες).

Οι ψευδαισθήσεις στην παιδική σχιζοφρένεια είναι κυρίως ακουστικές (φωνές γονέων, αδελφών, συγγενών) και παρατηρούνται σε υψηλά ποσοστά (50%-80%) και σε μικρότερο βαθμό οπτικές, οσφρητικές, απτικές. Οι μη ακουστικές ψευδαισθήσεις δεν απαντώνται μεμονωμένες, αλλά συνοδεύουν πάντα τις ακουστικές. Η κλινική εικόνα δείχνει την έλλειψη οργάνωσης και συστηματοποίησης του παραληρήματος. Τα θέματα είναι απλά μεγαλομανιακά ή διωκτικά. Τα θέματα σεξουαλικού περιεχομένου εμφανίζονται κυρίως στην εφηβεία. Όσο αυξάνει η ηλικία, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες γίνονται πιο πολύπλοκες και οργανωμένες. Οι διαταραχές της σκέψης περιλαμβάνουν ασυναρτησία, έλλειψη συνειρμών, νεολογισμούς. Με την ανάλυση του λόγου διαπιστώνονται η υπολειμματική επικοινωνία και διαταραχές προσοχής, μάθησης και αφηρημένης σκέψης.<sup>29,33</sup>

### **6.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Το συναίσθημα είναι ρηχό ή απρόσφορο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από την ένταση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, από την οξεία ή μη έναρξη καθώς και από την ηλικία του παιδιού. Νοσηλεία σε εξειδικευμένο παιδοψυχιατρικό πλαίσιο απαιτείται σε οξεία έναρξη, που συνήθως συμβαίνει στην εφηβεία και σπανιότερα στη λανθάνουσα περίοδο (ηλικία 6-12 ετών). Σε περίπτωση μακροχρόνιας νοσηλείας, θα πρέπει να γίνει ένας συνδυασμός που θα περιλαμβάνει την καθαρά θεραπευτική παρέμβαση και ταυτόχρονα θα καλύπτει τις κοινωνικές και τις εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού. Σε περιστατικά στα οποία η έναρξη της νόσου είναι προοδευτική και η συμπτωματολογία ανιχνεύεται κυρίως στις διαταραχές συμπεριφοράς και τις δυσκολίες προσαρμογής, καταλληλότερο είναι το νοσοκομείο ημέρας. Το παιδί με αυτό τον τρόπο δεν απομακρύνεται από το οικογενειακό περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα του παρέχεται μακροχρόνια ειδική αγωγή.

Φαρμακευτική θεραπεία χορηγείται όταν υπάρχουν παραγωγικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραλήρημα) ή διεγερτική συμπεριφορά και επιθετικότητα. Χορηγούνται νευροληπτικά με εξατομίκευση των δόσεων, ανάλογα με το βάρος και την ηλικία του παιδιού.<sup>33</sup>

### **6.4. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ψυχοθεραπεία που προτείνεται εξαρτάται από τη θεωρητική τοποθέτηση του θεραπευτή. Είναι κοινώς παραδεκτή όμως η προσπάθεια υποστήριξης του παιδιού για να διευκολυνθεί η προσαρμογή του στην πραγματικότητα. Η έκφραση των αναγκών του και των φόβων του μέσω του λόγου βοηθά στην ανάπτυξη της έννοιας του εαυτού και της προσωπικής του ταυτότητας. Σε κάθε θεραπευτική προσέγγιση απαιτείται η συμμετοχή των γονέων. Από την άλλη, η συμβουλευτική γονέων έχει σκοπό να κατανοήσουν οι γονείς το πρόβλημα του παιδιού, να εξετάσουν πιθανή δική τους συμμετοχή στην έκφραση αυτού του προβλήματος και να διευκολύνουν τις θεραπευτικές προσπάθειες. Η διαφορετική διαγνωστική εκτίμηση καθορίζει εν μέρει και τη θεραπευτική προσέγγιση. Η παιδική σχιζοφρένεια απαιτεί φαρμακοθεραπεία και πιθανόν νοσηλεία. Αντίθετα, οι μη ειδικές παιδικές ψυχώσεις, με την ευρύτερη έννοια, αντιμετωπίζονται κυρίως ψυχοθεραπευτικά.<sup>29,33</sup>

## **6.5. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ**

Οι συμπεριφορικές τεχνικές δε θεραπεύουν την παιδική σχιζοφρένεια αλλά βοηθούν σημαντικά να μειωθούν συμπτώματα που δημιουργούνται στο παιδί εξαιτίας της ίδιας της πάθησής του, όπως για παράδειγμα η υπερκινητικότητα, η ενούρηση, η εγκόπριση, φοβίες και ψυχαναγκαστικές ή καταναγκαστικές διαταραχές. Γενικότερα συμβάλουν στη βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού που πάσχει από σχιζοφρένεια. Η αποτελεσματικότητα των συμπεριφορικών παρεμβάσεων στην θεραπεία των προαναφερθέντων ειδικών συμπτωμάτων είναι πράγματι πολύ μεγάλη.

Η μεγάλη ποικιλία των συμπεριφορικών τεχνικών που υπάρχουν και ο βαθμός προσαρμοστικότητάς τους ανάλογα με την συγκεκριμένη περίπτωση βοηθούν το θεραπευτή να υλοποιήσει τους θεραπευτικούς στόχους που έχει θέσει.<sup>29</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

#### **7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Από την στιγμή που η σχιζοφρένεια δεν αποτελεί μια ενιαία κλινική οντότητα και οι αιτίες που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστές, οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται σήμερα βασίζονται τόσο στην κλινική έρευνα όσο και στην κλινική εμπειρία.<sup>34,35,36</sup>

Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει δυο κυρίως προσεγγίσεις: τη **βιολογική** και την **ψυχοκοινωνική**, οι οποίες έχουν την ικανότητα να μειώνουν την ένταση σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και να ελαχιστοποιούν την πιθανότητα να επανέλθουν.<sup>7,35</sup>

Οι προσεγγίσεις αυτές αλληλοδιαπλέκονται καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας με ορισμένες μεταβολές ως προς την προτεραιότητα εφαρμογής καθεμιάς από αυτές κατά τις διάφορες φάσεις εξέλιξης της νόσου, με την βιολογική να έχει κατά κανόνα τον πρώτο ρόλο. Η θεραπεία της Σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένεια του, το γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή - ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, εργοθεραπευτές κ.ά.<sup>36</sup>

#### **7.2. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

##### **7.2.1. Αντιψυχωτικά φάρμακα**

Ως αντιψυχωτικά εννοούμε εκείνες τις ουσίες που δρουν πάνω στις ψυχικές διεργασίες, ουσίες που τις περισσότερες φορές διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη δομή και τον τρόπο παραγωγής καθώς ορισμένες προέρχονται από τα φυτά, άλλες από ανώτερους οργανισμούς και άλλες είναι συνθετικές.<sup>37</sup>

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία βρίσκονται σε διαθεσιμότητα από το 1950, αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στον θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητα τους να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση όσο και με τη δυνατότητα τους να θεραπεύουν ψυχωτικά συμπτώματα.<sup>36,38</sup>



Αν και δεν μπορούν, βέβαια, 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, δεν μπορούν, όμως, να επηρεάσουν καθόλου (ή επηρεάζουν πολύ λίγο) την απομόνωση, την αβουλία κτλ. δηλ. 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 ελεγχθούν (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. 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 συνιστάται. Δεν θα πρέπει όμως να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή. Σε διεγερμένους ασθενείς μπορεί να χρειασθεί '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. 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).<sup>36</sup>

### **Διακρίνονται τρεις κατηγορίες αντιψυχωτικών φαρμάκων:**

#### **1. Συμβατικά ή 'κλασικά' αντιψυχωτικά**

Είναι τα παλιότερα και παρότι είναι αποτελεσματικά, προκαλούν συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες, που κυρίως επηρεάζουν τις **κινήσεις** του ασθενή. Παραδείγματα αυτών των φαρμάκων είναι:

- Aloperidin (Αλοπεριδόλη),
- Clorixol (Ζουκλοπενθιξόλη),
- Melleril (Θειοριδαζίνη),

Flupridol (Πενφλουριδόλη),  
Stelazine (Τριφλουπεραζίνη),  
Loxapac (Λοξαπίνη),  
Largactil (Χλωροπρομαζίνη),  
Truxal (Θειοθιζένη),  
Modecate (Φλουφεναζίνη),  
Pyrium (Πιμοζίδη),  
Minitran (Περφεναζίνη / Αμιτρυπτιλίνη)  
Nozinan (Λεβομεπρομαζίνη)  
Dogmatyl (Σουλπιρίδη)  
Dipiperon (Πιπαμπερόνη)

Τα κλασικά αντιψυχωτικά τείνουν να πάντων να χρησιμοποιούνται. Οι ειδικοί συχνά συστήνουν τα νεώτερα άτυπα αντιψυχωτικά εξαιτίας του ότι τα συμβατικά προκαλούν παρενέργειες. Υπάρχουν βέβαια δύο εξαιρέσεις. Για άτομα που λαμβάνουν ένα συμβατικό αντιψυχωτικό, που είναι αποτελεσματικό και δεν παρουσιάζουν παρενέργειες, οι ειδικοί συμβουλεύουν να συνεχιστεί η λήψη του. Η άλλη εξαίρεση αφορά τα άτομα που έχουν δυσκολία να πάρουν τα χάπια τους τακτικά. Δύο από τα κλασικά αντιψυχωτικά που αναφέρθηκαν νωρίτερα, το Aloperidin και το Clopixol, διατίθενται και σε μορφή **‘μακράς δράσης’**, που τους επιτρέπει να χορηγούνται με ένεση, μια φορά κάθε 2-4 εβδομάδες. Σε αυτή τη μορφή το φάρμακο κρατιέται μέσα στο σώμα και απελευθερώνεται σιγά-σιγά. Δεν είναι διαθέσιμες τέτοιες μορφές ακόμη για τα νεώτερα αντιψυχωτικά.

## 2. Νεώτερα ή ‘άτυπα’ αντιψυχωτικά

Η ανακάλυψη αυτών των φαρμάκων έφερε την ‘επανάσταση’ στη θεραπεία της σχιζοφρενικής διαταραχής τα τελευταία χρόνια. Ονομάστηκαν ‘άτυπα’ γιατί δρουν με διαφορετικό τρόπο από τα κλασικά και έχουν λιγότερες πιθανότητες να προκαλέσουν τις ανεπιθύμητες παρενέργειες των κλασικών. Οι ειδικοί προτείνουν τη χρήση των νεώτερων δηλαδή των άτυπων αντιψυχωτικών ως θεραπεία πρώτης επιλογής για έναν άρρωστο που έχει το πρώτο επεισόδιο σχιζοφρενικής διαταραχής. Αυτό οφείλεται στο ηπιότερο προφίλ παρενεργειών και στο μικρότερο κίνδυνο πρόκλησης όψιμης δυσκινησίας. Σήμερα διατίθενται τα εξής:

Risperdal (Ρισπεριδόνη),  
Zyprexa (Ολανζαπίνη),  
Seroquel (Κουετιαπίνη).

Αναμένεται ένα ακόμη άτυπο αντιψυχωτικό στο άμεσο μέλλον το Geodon (Ζιπρασιδόνη).

Οι ειδικοί σήμερα πιστεύουν ότι τα άτυπα αντιψυχωτικά είναι τα φάρμακα πρώτης επιλογής για τη θεραπεία της σχιζοφρενικής διαταραχής, αλλά μέχρι σήμερα τουλάχιστον δεν διατίθενται σε ενέσιμη μορφή.<sup>1</sup>

### 3. Leronepex (Κλοζαπίνη)

Εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και ήταν το πρώτο άτυπο αντιψυχωτικό. Μπορεί να βοηθήσει το 25-50% των ασθενών που δεν ωφελήθηκαν από τα συμβατικά αντιψυχωτικά ή που υποτροπίασε παρόλο που ήταν συνεπής στην αγωγή του. Δυστυχώς όμως το φάρμακο αυτό έχει μια σπάνια αλλά σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια. Σε λιγότερο από 1% των ασθενών που λαμβάνουν Leronepex παρατηρείται μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος που χρησιμεύουν για την καταπολέμηση των λοιμώξεων από τον οργανισμό. Για το λόγο αυτό, οι γιατροί συστήνουν στους ασθενείς που χρησιμοποιούν αυτό το φάρμακο, να κάνουν συχνά γενική εξέταση αίματος και επίσης δεν συνίσταται στο πρώτο επεισόδιο. Οι ειδικοί συμφωνούν ότι το Leronepex θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν απόπειρες με δύο ασφαλή αντιψυχωτικά φάρμακα δεν βοήθησαν τον ασθενή.<sup>36</sup>

### **Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών**

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως όλα τα φάρμακα, προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια ωφέλιμη δράση τους.<sup>36</sup>

Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα με τα κλασικά αντιψυχωτικά είναι ότι συχνά προκαλούν είτε κινήσεις των μυών του σώματος, είτε προκαλούν δυσκαμψία. Το σύνολο αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών ονομάζονται εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Παρατηρούνται κινητικές δυσκολίες παρόμοιες με αυτές στη νόσο του Parkinson που για αυτό μερικές φορές ονομάζονται παρκινσονικά συμπτώματα. Η 'ακίνησία' είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα και περιλαμβάνει την ελάττωση των κινήσεων, χειρονομιών, εκφράσεων του προσώπου και μονότονη ομιλία.<sup>1</sup>

Τα άτομα μπορεί να νιώθουν αργά και άκαμπτα (αλύγιστα), ή μπορεί να νιώθουν ανησυχία και να χρειάζεται να περπατούν διαρκώς πάνω-κάτω. Ακόμη, το φάρμακο μπορεί να τους προκαλέσει, ιδιαίτερα στα πόδια και στα χέρια, είτε τρόμο, είτε αθέλητες κινήσεις με ένα αργό και ρυθμικό τρόπο και μερικές φορές χωρίς οι ίδιοι να το καταλαβαίνουν. Μερικές φορές ο γιατρός χορηγεί μαζί με το αντιψυχωτικό, φάρμακα που ονομάζονται αντιχολινεργικά, όπως το Akineton (Βιπεριδένη) ή το Artane (Τριεξυφενιδίνη), προκειμένου είτε να προλάβει είτε να θεραπεύσει τα 'εξωπυραμιδικά' συμπτώματα που προκλήθηκαν από τα αντιψυχωτικά. Πάντως τα νεώτερα, δηλαδή τα 'άτυπα' αντιψυχωτικά έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες να προκαλέσουν εξωπυραμιδικά συμπτώματα.<sup>31</sup> Ασθενείς που λαμβάνουν αντιψυχωτικά για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί, μερικές φορές, να αναπτύξουν μια ανεπιθύμητη ενέργεια που ονομάζεται 'όψιμη δυσκινησία', δηλαδή ακούσιες κινήσεις της γλώσσας, του προσώπου ή της γνάθου και μπορεί να περιλαμβάνει προεκβολές της γλώσσας, πρήξιμο των μάγουλων, σούφρωμα των χειλιών και μασητικές κινήσεις.<sup>1</sup>

Η πιθανότητα να αναπτυχθεί αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια μειώνεται όταν χορηγείται η ελάχιστη αποτελεσματική δόση του αντιψυχωτικού φαρμάκου. Αν κάποιος ασθενής αναπτύξει όψιμη δυσκινησία συστήνεται η αλλαγή του φαρμάκου από συμβατικό σε άτυπο. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της σχιζοφρενικής διαταραχής, μπορεί μερικές φορές να επηρεάσουν και τη σεξουαλική λειτουργία του ασθενή, κάνοντας τον να τα διακόπτει. Στην περίπτωση αυτή, είτε ελαττώνεται η δόση του φαρμάκου, είτε χρησιμοποιείται κάποιο νεώτερο αντιψυχωτικό. Η αύξηση του σωματικού βάρους μπορεί να είναι ένα άλλο πρόβλημα που θα εμφανισθεί. Είναι πιο συχνό με τα 'άτυπα' αντιψυχωτικά. Στην περίπτωση αυτή η σωματική άσκηση και η δίαιτα θα βοηθήσουν. Μια σπάνια παρενέργεια των αντιψυχωτικών είναι το *κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο* που περιλαμβάνει πολύ έντονη δυσκαμψία, πολύ έντονο τρόμο και πυρετό. Θεωρείται μια σοβαρή κατάσταση με επιπλοκές, για το λόγο αυτό πρέπει ο γιατρός να ενημερωθεί άμεσα.<sup>7</sup>

- **Λίθιο**

Χρησιμοποιείται ως **συμπληρωματική αγωγή** ενδυνάμωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος των αντιψυχωτικών φαρμάκων.<sup>5</sup> Οποτεδήποτε, όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο, παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, είναι καλό να δοκιμάζεται. Το λίθιο είναι αντιμανιακό φάρμακο.<sup>36</sup>

### Ενδείξεις

Οξεία μανιακά επεισόδια, διπολικές διαταραχές (θεραπεία συντήρησης), υποτροπιάζουσα μείζων καταθλιπτική διαταραχή (θεραπεία συντήρησης), σχιζοσυναισθηματική διαταραχή<sup>7</sup>.

### Ανεπιθύμητες ενέργειες (παρενέργειες)

Ναυτία, έμετο, διάρροια, στομαχικό πόνο, μυϊκή αδυναμία και υποκειμενική εμπειρία ζάλης και κούρασης, τρόμος των χεριών, αύξηση του σωματικού βάρους και/η οίδημα, αύξηση της δίψας και συχνουρία.

Στα αντιμανιακά φάρμακα ανίκουν και τα αντιεπιληπτικά: η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο.

### • Καρβαμαζεπίνη

Χρησιμοποιείται ως *επιβοηθητικό φάρμακο* για τον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς (κατά κρίσεις) ορισμένων αρρώστων.<sup>7</sup>

### 7.2.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (επίσης γνωστή σαν "ηλεκτροσόκ"), που πρωτοεφατμόστηκε το 1938 από τους Cerletti και Bini, ίσως είναι η πιο κακοδιαφημισμένη θεραπεία στην ιατρική. Η λαϊκή βιβλιογραφία την έχει παρουσιάσει σαν ένα απωθητικό και βάρβαρο χειρισμό. Η "κακή εντύπωση" οφείλεται κυρίως στην έλλειψη σύγχρονης ενημέρωσης για το πώς εφαρμόζεται σωστά και δημόσια αντίδραση για τις εξουσιαστικές πλευρές του συστήματος της ψυχικής υγείας . Εντούτοις οφείλουμε να σημειώσουμε ότι χάρη στα επιτεύγματα σύγχρονης φαρμακευτικής έχει περιοριστεί σε σημαντικό βαθμό η χρήση της.

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, η διέγερση του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας καθώς και η σχιζοκατάθλιψη**. Η αποτελεσματικότητά της σε άλλα συμπτώματα είναι αμφίβολη.<sup>7,36</sup>

### 7.2.3. Αντικαταθλιπτικά

Όπως, ήδη, αναφέρθηκε, οι σχιζοφρενικοί ασθενείς μερικές φορές παρουσιάζουν **κατάθλιψη**, ιδιαίτερα ύστερα από την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου (ενεργός φάση), όταν αντιλαμβάνονται τι τους συνέβη καθώς και στην υπολειμματική φάση της νόσου.<sup>7,36</sup>

Φυσικά, θα πρέπει η πιθανή κατάθλιψη να διαφοροδιαγνωσθεί από την ακινησία που μπορεί να προκαλεί το αντιψυχωτικά φάρμακο (χορήγηση αντιπαρκινσονικού ή ελάττωση του αντιψυχωτικού μπορεί να βοηθήσει) και από τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Εφόσον ο σχιζοφρενικός είναι γνήσια καταθλιπτικός, τότε προσθέτουμε ένα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικό στη θεραπεία του.<sup>36</sup>

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση σοβαρών συμπτωμάτων κατάθλιψης.<sup>36</sup>

*Ανεπιθύμητες ενέργειες παρενέργειες)*

Ξηροστομία, θαμπή όραση, δυσκοιλιότητα, καταστολή, ορθοστατική υπόταση, διαταραχές στύσης, διαταραχές της εκσπερμάτισης, ελάττωση της libido, ανοργασμία, αύξηση του βάρους, αϋπνία, ναυτία, έμετος και αλλεργικές αντιδράσεις.

Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά στερούνται ή παρουσιάζουν ελάχιστες παρενέργειες από αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω.<sup>36</sup>

### 7.2.4. Χειρουργικές επεμβάσεις, ψυχοχειρουργική

Με την ψυχοχειρουργική επεμβαίνουμε στον εγκέφαλο χωρίζοντας τους μετωπιαίους λοβούς από το υπόλοιπο μέρος του εγκεφάλου. Αυτό είναι ένα μέσο, που δικαιολογείται όλο και λιγότερο, εφόσον υπάρχουν στην διάθεσή μας φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα λιγότερο καταστρεπτικά. Πράγματι, με την ψυχοχειρουργική επιτυγχάνεται βέβαια η *καταστολή της επιθετικότητας*, αλλά δημιουργούνται άλλα σοβαρά ελαττώματα.

Σε αυτή τη μέθοδο καταφεύγουν όταν έχουν αποτύχει όλες οι άλλες θεραπείες, και βρίσκονται απέναντι σε πολύ επιθετικούς και ανήσυχους ασθενείς.<sup>36,37</sup>

### 7.2.5. Ηλεκτροσόκ

Το ηλεκτροσόκ συνίσταται στην πρόκληση μιας όμοιας με επιληπτική κρίση, με μια ελεγχόμενη διέλευση *ρεύματος διαμέσου του κρανίου* του ασθενή όπου το ρεύμα διατηρείται επί 4-6 δέκατα του δευτερολέπτου και η τάση από 100-160 Volt. Οι σημερινές θεραπείες σοκ δίνουν καλά αποτελέσματα στην θεραπεία της σχιζοφρένειας. Οι τρόποι με τους οποίους επέρχεται αυτή η βελτίωση δεν είναι ξεκάθαρη, υποθέτουμε ότι οφείλεται σε *μεταβολές των ηλεκτρολυτών, των ορμονών, του δυναμικού της μεμβράνης κ.ά.*, μεταβολές δηλαδή εκείνων των βιοχημικών και φυσιολογικών στοιχείων, των οποίων οι αλλοιώσεις θεωρούνται η πρώτη αιτία των ψυχικών παθήσεων.<sup>37</sup>

### 7.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Αν και οι βιολογικές θεραπείες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην ανακούφιση από τα συμπτώματα του τύπου των ψευδαισθήσεων ή των παραληρητικών ιδεών, δεν μπορούν να ανακουφίσουν από άλλες εκδηλώσεις της ασθένειας. Ακόμη και όταν οι ασθενείς είναι σχετικά ελεύθεροι από ψυχωτικά συμπτώματα, μπορεί παρόλα αυτά να αντιμετωπίζουν εξαιρετικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επίσης, επειδή πολλοί ασθενείς νοσούν για πρώτη φορά σε νεαρή ηλικία, και πριν την κρίσιμη περίοδο που για τους περισσότερους ανθρώπους τίθενται οι βάσεις της μετέπειτα επαγγελματικής τους πορείας (μεταξύ 18 -35 ετών), μπορεί να μην είναι σε θέση να εργασθούν σε δουλειές που απαιτούν κάποιες πρόσθετες γνώσεις και ικανότητες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, όχι μόνο οι ασθενείς με σχιζοφρενική διαταραχή να αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, αλλά και να υπολείπονται σημαντικά κοινωνικά ή επαγγελματικά. Σ' αυτού του είδους τα προβλήματα, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορεί να βοηθήσουν πολύ. Εξυπακούεται ότι τέτοιες θεραπείες δεν μπορούν να γίνουν σε ασθενείς που βρίσκονται σε *οξεία φάση* και που τα συμπτώματά τους δεν τους επιτρέπουν την επαφή τους με τον πραγματικό κόσμο.<sup>36</sup>

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη σχιζοφρένεια έχουν σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη επανένταξη και, κατά συνέπεια, λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και

εξωνοσοκομειακές που έχουν σκοπό την αποφυγή κατά το δυνατό της επανάληψης της νοσηλείας. Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κ.ά. Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (που μπορεί φυσικά να αρχίσει και ενδονοσοκομειακώς, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά. Η φορά είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες, όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών, είναι βραχείες.<sup>1,36</sup>

### **7.3.1. Ομαδική ψυχοθεραπεία**

Εστιάζεται σε σχέδια, προβλήματα και σχέσεις της καθημερινής ζωής.<sup>11</sup>

Μπορεί να είναι συμπεριφορικού, ψυχοδυναμικού (υποστηρικτικού) ή εναισθητικού τύπου.<sup>7,11</sup> 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. Η δημιουργία, φυσικά, μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή - θεραπευτή είναι πρωταρχική. Έτσι, η εξήγηση (με μορφή διδασκαλίας) της φύσης της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων και των συνεπειών της, του τρόπου δράσης και των παρενεργειών των φαρμάκων και η ενεργός υποστήριξη στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η διαφοροποιημένη αντίληψη της πραγματικότητας είναι ο προσανατολισμός της θεραπείας.<sup>30</sup> Η ομαδική θεραπεία είναι αποτελεσματική στην καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης, αυξάνει την αίσθηση της συνεκτικότητας και συγχρόνως συμβάλλει στην απόκτηση διαπροσωπικών δεσμών.<sup>7,11</sup>

Ομάδες αυτο-βοήθειας: Αυτές είναι ένας άλλος τύπος ομάδας που δεν διευθύνονται από ειδικούς επαγγελματίες και που αρχίζουν και γίνονται ιδιαίτερα δημοφιλείς. Εκτός από την αμοιβαία στήριξη που παρέχουν στα μέλη τους, οι ομάδες αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην ενημέρωση του κοινού, στην στήριξη των ατόμων που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών καθώς και στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών όταν αυτά προσβάλλονται στην κοινότητα.<sup>36</sup>



### 7.3.2. Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Κάθε σχιζοφρενής άρρωστος, που ζει με την οικογένειά του και που έχει ξεπεράσει ένα οξύ ή παραγωγικό επεισόδιο της νόσου του, που παίρνει σταθερή δόση φαρμάκων με επαρκή συμμόρφωση, μπορεί να συμμετάσχει σε οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Η θεραπεία αυτή απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. Απόλυτη ένδειξη αποτελούν οι οικογένειες με στρεβλή επικοινωνία, υψηλά επίπεδα έντασης και επιβάρυνσης από τη νόσο του άρρωστου μέλους, ανεπάρκεια στην επίλυση των προβλημάτων τους και διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις.<sup>36</sup>

Ο εστιασμός της θεραπείας πρέπει να είναι αφ' ενός στα άμεσα προβλήματα και αφετέρου η διαδικασία ανάνηψης του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και ιδιαίτερα ο χρόνος και ο ρυθμός της.

Πολύ συχνά οι συγγενείς ενθαρρύνουν, με την καλή έννοια, τον ασθενή τους να αναλάβει τις κανονικές του δραστηριότητες πολύ γρήγορα. Αυτή η υπερβολική αισιόδοξη επιθυμία προκύπτει τόσο από άγνοια της φύσης της σχιζοφρένειας, όσο και από άρνηση της σοβαρότητάς της. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια και τον ασθενή να κατανοήσουν την νόσο και να συζητήσουν για το ψυχωτικό επεισόδιο και για τα συμβάντα που οδήγησαν σε αυτό. Η συνήθης πρακτική παράκαμψης του ψυχωτικού επεισοδίου συχνά προσθέτει στη ντροπή και στο φόβο που συνδέονται με αυτό και δεν χρησιμοποιείται εποικοδομητικά ως στόχος συζήτησης και κατανόησης.

Επίσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να ελέγχει την συναισθηματική ένταση που επικρατεί καθώς η υπερβολική έκφραση συναισθημάτων κατά την διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να είναι βλαπτική στην πορεία ανάνηψης του σχιζοφρενούς και να υποσκάπτει την πιθανότητα επιτυχίας των επόμενων συνεδριών.<sup>11</sup>

Στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι να προωθήσει την κλινική αντιμετώπιση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου μέσα από την κατανόηση της νόσου, την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία, την αποτελεσματική μείωση του στρες και την εφαρμογή ειδικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των υπολειμματικών συμπτωμάτων.

Η συνολική διάρκεια της θεραπείας είναι περίπου δύο χρόνια, συνήθως απαιτούνται 12-15 συνεδρίες όπου η καθεμία διαρκεί μια ώρα. Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα

αποτελεσματική στη μείωση των υποτροπών με θεαματική μείωση του δείκτη υποτροπής όταν παράλληλα αυτή χρησιμοποιείται (5%-10%) σε σύγκριση με ποσοστά υποτροπής (20%-50%) όταν αυτό δεν συμβαίνει.<sup>11</sup>

### 7.3.3. Ατομική θεραπεία

Μελέτες που εξετάζουν την επίδραση της ατομικής ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, έχουν δείξει ότι η θεραπεία αυτή βοηθά τον ασθενή και επαυξάνει τα αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Δυο τύποι θεραπειών έχουν μελετηθεί: η υποστηρικτική και η εναισθητική.<sup>11</sup>

Έχει βρεθεί ότι οι ψυχοθεραπείες που βοηθούν περισσότερο είναι η υποστηρικτική και εκείνες που επικεντρώνονται στην επίλυση πρακτικών ζητημάτων. Αντίθετα οι ψυχαναλυτικού τύπου δυναμικές θεραπείες δεν φαίνεται να βοηθούν ιδιαίτερα. Κρίσιμη έννοια στην ψυχοθεραπεία των σχιζοφρενών αποτελεί η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, την οποία ο ασθενής βιώνει ως ασφαλή. Η επιτυχία αυτού του στόχου εξαρτάται από την αξιοπιστία του θεραπευτή, από την συναισθηματική απόσταση θεραπευτή και ασθενούς και από την αυθεντία του θεραπευτή, όπως τον βλέπει ο ασθενής. Η σχέση ανάμεσά τους είναι διαφορετική από αυτή στην θεραπεία μη ψυχωτικών ασθενών. Η επίτευξη της σχέσης είναι συχνά πολύ δύσκολο ζήτημα. Ο σχιζοφρενής είναι απελπιστικά μόνος και αμύνεται σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης και εμπιστοσύνης με μεγάλη πιθανότητα να αντιδράσει με καχυποψία, άγχος, εχθρότητα ή και παλινδρόμηση. Η ευσυνείδητη παρατήρηση των αποστάσεων και της ιδιωτικότητας, η υπομονή, η ειλικρίνεια και η ευαισθησία στις κοινωνικές συμβατικότητες είναι προτιμότερες από την πρόωρη οικειότητα και την καταδεχτική χρήση των μικρών ονομάτων. Η υπερβολική οικειότητα και φιλικότητα πιθανότατα εκλαμβάνονται σαν προσπάθειες δωροδοκίας, χειρισμού ή εκμετάλλευσης. Εντούτοις, πάντα βέβαια μέσα στα πλαίσια της επαγγελματικής σχέσης, η ευελιξία μπορεί να είναι ουσιαστική για την εγκαθίδρυση ενεργού συμμαχίας με τον ασθενή. Ο στόχος είναι να μεταφέρει στον ασθενή ότι μπορεί να τον εμπιστευτεί, ότι θέλει να τον καταλάβει και ότι έχει πίστη στις δυνατότητές, του ανεξάρτητα εάν αυτός είναι διαταραγμένος ή εχθρικός στην παρούσα φάση. Άλλωστε, η σωστή θεραπευτική στάση απέναντι στον σχιζοφρενή είναι η αποδοχή του και όχι η αντιμετώπισή του ως άτομο διαφορετικό και ακατανόητο από τον θεραπευτή.<sup>11</sup>

#### **7.3.4. Θεραπεία περιβάλλοντος**

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

Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι ο συνεκτικός ιστός της αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας, η θετική συνισταμένη των αρμονικών σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας, η άνετη εφαρμογή μιας ξεκάθαρης και συμφωνημένης θεραπευτικής φιλοσοφίας που επικοινωνεί ταυτόχρονα όρια και δόμηση αλλά και ελευθερία και αυτονομία.<sup>36</sup>

#### **7.3.5. Δημιουργικές θεραπείες**

Στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών θεραπειών ανήκουν και οι δημιουργικές θεραπείες - θεραπεία τέχνης, μουσικής, δράματος κ.α.- που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής κτλ., καθώς και η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία με πηλό, χειροτεχνία κτλ.<sup>36</sup>

#### **7.3.6. Απασχολησιοθεραπεία (ή εργοθεραπεία)**

Αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα ή τμήμα της θεραπείας περιβάλλοντος και της γενικότερης προσπάθειας κοινωνικοποίησης και αποκατάστασης του ψυχικά ασθενή. Ο άρρωστος εμπλέκεται σε διάφορες δραστηριότητες που έχουν κάποιο χρήσιμο στόχο - αυτοφροντίδα, αυτοσυντήρηση, αυτονομία γενικότερα, χειροτεχνία, εκπαίδευση, κοινωνικές δεξιότητες, προεπαγγελματική κατάρτιση, φροντίδα σπιτιού, ανατροφή παιδιών, διασκέδαση - στα πλαίσια ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που προάγει τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνικοποίηση.<sup>36</sup>

### 7.3.7. Θεραπείες συμπεριφοράς

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική για τη αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, ιδιαίτερα με τη μορφή της *εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων*, γιατί η ασθένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων όπως την ατομική φροντίδα, την εργασία, την διαπροσωπική επικοινωνία κ.τ.λ.

Επίσης, όμως, ιδιαίτερα ενδονοσοκομειακά, πρέπει το περιβάλλον να είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε να επιβραβεύεται η ενεργητική συμμετοχή στις δραστηριότητες και η κοινωνικοποίηση των ασθενών και να αποθαρρύνεται η αρνητική, παθητική στάση και η απόσυρση.<sup>36</sup>

### 7.3.8. Ύπνωση

Η ύπνωση δεν είναι κατ'αρχήν ύπνος. Είναι μια κατάσταση *trance*, δηλαδή μια κατάσταση διεγερμένης και αυξημένης εστιακής συγκέντρωσης της προσοχής και εσωτερικής ενημερότητας, με παράλληλη ελαττωμένη ενημερότητα των περιφερικών ερεθισμάτων.

Η ύπνωση είναι μια θεραπευτική τεχνική που προϋποθέτει έντονη σχέση του ασθενή με τον θεραπευτή, ώστε να δεχθεί ο πρώτος να εγκαταλείψει τον έλεγχο του και χρησιμοποιείται για τρεις κυρίως λόγους :

- 1) Για τον έλεγχο συγκεκριμένων συμπτωμάτων, όπου ουσιαστικά πρόκειται για διδασκαλία τεχνικών αυτοϋπνώσης στο άτομο και τη χρήση στην κατάσταση *trance*, όπου περιέχεται, υπνωτικών εντολών προς τον εαυτό του, που "αναδομούν" τον τρόπο της σκέψης του για το πρόβλημα που θεραπεύεται (είτε παύει να πολεμά το σύμπτωμα, π.χ. πόνος, είτε τονίζει τη βλάβη που του κάνει κάποια έξη, π.χ. κάπνισμα). Έτσι η ύπνωση χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του άγχους, υπερβολικής λήψης τροφής, φοβιών, χρόνιου πόνου, καπνίσματος, κ.ά.
- 2) Για την αποκάλυψη απωθημένου στο ασυνείδητο υλικού, δηλαδή σαν επιπρόσθετη βοήθεια στην αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.
- 3) Για διαφοροδιαγνωστικούς λόγους.<sup>36</sup>

#### **7.4. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας και ο τρόπος εφαρμογής της διαφέρουν από την μια χώρα στην άλλη και από την μια κουλτούρα στην άλλη. Οι Ισπανοί π.χ. είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια στα διάφορα ιδρύματα και βασίζονται περισσότερο στην στήριξη της οικογένειας. Στην Κίνα, η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη θεραπεία είναι η χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων αν και το 7%-9% των ασθενών ακολουθούν ταυτόχρονα την παραδοσιακή ιατρική με βότανα και βελονισμό. Επίσης, για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους περισσότερα άτομα ακολουθούν εξωνοσοκομειακή θεραπεία από ότι τα άτομα στις δυτικές κοινωνίες. Τέλος, σε πολλές χώρες της Αφρικής, τα σχιζοφρενικά άτομα κρατούνται κυρίως στις φυλακές λόγω έλλειψης εναλλακτικών λύσεων. Γενικότερα όμως, το κίνημα απομάκρυνσης της φροντίδας των ασθενών από τα μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα στα κοινοτικά κέντρα αυξάνει όλο και περισσότερο.<sup>1</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

#### **8.1. ΓΕΝΙΚΑ**

Ποια προβλέπουμε πώς θα είναι η εξέλιξη μιας παθολογίας καταστάσεως σαν τη σχιζοφρένεια μέσα στη ζωή ενός ανθρώπου. Θα γίνει αυτός ο άνθρωπος ποτέ καλά, θα καλυτερέψει, θα χειροτερέψει και πότε; Τι θα μπορούσε να επιδράσει. Με όλες τις επιφυλάξεις, μελέτες απ' όλο τον κόσμο επιτρέπουν τις ακόλουθες προγνωστικές παρατηρήσεις:

Πέντε χρόνια ύστερα από την εμφάνιση της σχιζοφρένειας περίπου 40% των αρρώστων έχουν ξαναβρεί την ισορροπία τους, οι μισοί περίπου είναι ακόμα ψυχωτικοί, αλλά ικανοί να συντηρηθούν στα σπίτια τους ή σε ανοιχτούς θαλάμους ειδικών νοσοκομείων, και 10% χρειάζονται διαρκώς εντατική νοσηλεία. Ύστερα από 20 χρόνια περισσότεροι από 20% έχουν συνέλθει τελείως. Κάπου το 33% έχουν καλυτερέψει σημαντικά, αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούργια ψυχωτικά επεισόδια. 33% παραμένουν σε μία χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση.

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

Οι έρευνες συνεχίζονται... Θεωρώντας δεδομένη την πολυπλοκότητα της σχιζοφρένειας, οι σημαντικές ερωτήσεις για τη διαταραχή αυτή - η αιτία ή οι αιτίες που την προκαλούν, η πρόγνωση και η θεραπεία της - είναι απίθανο να λυθούν μέσα στα επόμενα χρόνια. Το ευρύ κοινό λοιπόν θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό σε ανθρώπους που διαφημίζουν ότι προσφέρουν τη 'θεραπεία' της σχιζοφρένειας ή ότι γνωρίζουν την αιτιολογία της. Τέτοιες απόψεις μπορεί να δημιουργήσουν πλασματικές προσδοκίες, οι οποίες όταν δεν εκπληρώνονται οδηγούν σε περαιτέρω απογοήτευση. Αν και γίνει σημαντική πρόοδος προς την καλύτερη κατανόηση της διαταραχής αυτής,

υπάρχει ακόμη μεγάλη ανάγκη για ευρεία και εντατική βασική και κλινική έρευνα. Ελπίζουμε ότι η έρευνα αυτή θα αποδώσει καρπούς και θα ξεδιαλύνει τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς και ψυχικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεια της σχιζοφρένειας την επόμενη δεκαετία.<sup>39</sup>

## **8.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ - ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Αριθμός μελετών κατέδειξαν μία στενή σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής στη σχιζοφρένεια και γενικότερων κλιμάκων ψυχοπαθολογίας και επιπλέον ότι τα θετικά, αρνητικά και αποδιοργανωμένα συμπτώματα σχετίζονται λιγότερο με την ποιότητα ζωής. Σε μελέτη εξετάστηκε η σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και συμπτωματολογίας σε 63 εσωτερικούς ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας ή σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής.

Βρέθηκε ότι η βαρύτερη κατάθλιψη, σύμφωνα με την κλίμακα Βραχείας Ψυχιατρικής Εκτίμησης (BPRS) σχετιζόταν λιγότερο με αισθήματα γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή και μικρότερη ικανοποίηση από την καθημερινή διαβίωση, τα οικονομικά, την υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις, ακόμη και μετά από έλεγχο των θετικών, των αρνητικών συμπτωμάτων ή της καταθλίψεως. Κανένα άλλο σύμπτωμα της σχιζοφρένειας δεν σχετιζόταν ισχυρά με την υποκειμενική ποιότητα ζωής. Το άγχος παρουσίασε επίσης σημαντική συσχέτιση με αριθμό θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, ενώ η κατάθλιψη σχετιζόταν πολύ λιγότερο. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι χρειάζονται πλέον λεπτομερείς αναλύσεις της γενικότερης ψυχοπαθολογίας, και του άγχους ειδικότερα, για την περαιτέρω εξακρίβωση των παραγόντων που ενέχονται στη ποιότητα ζωής στη σχιζοφρένεια. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν μελλοντικές κατευθύνσεις για θεωρίες περί συναισθήματος και θεραπείες στη σχιζοφρένεια.<sup>40</sup>

## **8.3. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ**

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

Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι η ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα κρίσης του ασθενούς για το συμφέρον της υγείας του και οι κίνδυνοι που

προκύπτουν από τη μη υποβολή σε θεραπεία.

Η εφαρμογή της ακούσιας νοσηλείας ως μέσο θεραπευτικής παρέμβασης έχει προκαλέσει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις τόσο σε ηθικοπολιτικό όσο και επιστημονικό επίπεδο.<sup>5</sup>

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

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

Η αναγκαστική νοσηλεία θα πρέπει να γίνεται με διαδικασίες τέτοιες που να μην είναι προσβλητικές και να εξασφαλίζουν τον σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενούς. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο "άρρωστος θα έχει αρνητική στάση για τη νοσηλεία του και στο μέλλον μετά, από μία ακούσια νοσηλεία.

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

Μία λύση στο πρόβλημα της ακούσιας νοσηλείας ίσως θα μπορούσε να δοθεί με την υποχρεωτική εξωνοσοκομειακή θεραπεία.<sup>40</sup>

#### **8.4. ΚΑΛΟΙ ΚΑΙ ΚΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που θεωρούνται καλοί ή κακοί για την πρόγνωση της σχιζοφρένειας. Η αξία τους είναι σχετική. Ο γιατρός θα τους λάβει υπόψη, σε συνδυασμό και με πολλούς άλλους κλινικούς και μη παράγοντες, προκειμένου να δώσει μια απάντηση στους συγγενείς του αρρώστου για το πώς πρόκειται να εξελιχθούν τα πράγματα. Όμως, η εξέλιξη, πολλές φορές, είναι απρόβλεπτη, ιδίως τα πρώτα χρόνια της νόσησης.

Παρατίθεται μια λίστα με αυτούς τους παράγοντες.<sup>41</sup>



#### 8.4.1. Καλή πρόγνωση

- Όψιμη έναρξη
- Ευδιάκριτοι εκλυτικοί παράγοντες
- Καλή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και εργασιακή προσαρμογή
- Συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής (ιδιαίτερα καταθλιπτικής διαταραχής)
- Γάμος
- Οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών
- Καλό υποστηρικτικό σύστημα<sup>41</sup>

#### 8.4.3. Κακή πρόγνωση

- Πρώιμη έναρξη
- Απουσία εκλυτικών παραγόντων
- Προοδευτική και ύπουλη εισβολή
- Κακή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και εργασιακή προσαρμογή
- Απόσυρση, αυτιστική συμπεριφορά. Άγαμος, διαζύγιο, χηρεία
- Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας. Φτωχό υποστηρικτικό σύστημα
- Αρνητικά συμπτώματα
- Νευρολογικά συμπτώματα και σημεία. Ιστορικό περιγεννητικού τραύματος.  
Απουσία
- ύφεσης εντός 3 ετών
- Πολλές υποτροπές
- Ιστορικό επιθετικότητας.<sup>41</sup>

### 8.5. ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ

Αν και οι αριθμοί δεν δείχνουν πάντοτε την πραγματική και ιδιαίτερη για κάθε ασθενή εικόνα της πορείας της σχιζοφρενικής διαταραχής σε μια συγκεκριμένη οικογένεια, θα είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε μερικά **στατιστικά δεδομένα**.

▶25% (δηλαδή 1 στους 4) των σχιζοφρενικών γίνονται καλά μετά από θεραπεία χωρίς να παρουσιάζουν υποτροπές στο μέλλον.

- ▶ 50% γίνονται καλά, αλλά παρουσιάζουν κατά διαστήματα υποτροπές που θα αφήνουν κάποια υπολλειματικά στοιχεία.
- ▶ 25% δεν θα γίνουν καλά, αλλά με τακτική παρακολούθηση θα ζουν μια καλύτερη ζωή απ' ότι στο παρελθόν.
- ▶ 10% θα οδηγηθούν στην αυτοκτονία (πιο συχνοί υποψήφιοι αυτόχειρες οι νεαροί ασθενείς με ανθεκτικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις μέσα στο πρώτο τρίμηνο από το εξιτήριο).<sup>31</sup>

### 8.5.1. Παράγοντες υποτροπής σχιζοφρένειας

Οι επικρατέστεροι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή έναν αποθεραπευθέντα σχιζοφρενικό είναι:

- ▶ η μη συμμόρφωση στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής
- ▶ σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής
- ▶ η μεγάλη και έντονη έκφραση συναισθημάτων (high EE), δηλαδή τα έντονα επικριτικά σχόλια, η υπεραπασχόληση της οικογένειας με το πρόβλημα πάνω από 35 ώρες την εβδομάδα (η μέτρηση έγινε με πρωτότυπη ερευνητική διαγνωστική συνέντευξη).<sup>31</sup>

### 8.5.2. Συμπέρασμα

Η σχιζοφρενική διαταραχή είναι μια ομάδα ψυχικών διαταραχών με κύρια χαρακτηριστικά τη διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης και της συμπεριφοράς. Παρά την χρόνια πορεία της, οι υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες επιτρέπουν τον ασθενή και την οικογένειά του σε μια σχεδόν φυσιολογική ζωή.

Η καλή γνώση των συμπερασμάτων της πορείας, της πρόγνωσης και η τακτική και σταθερή θεραπευτική παρακολούθηση, αποτρέπουν τις δραματικές καταστάσεις και συμπεριφορές στην οικογένεια και στο περιβάλλον του ασθενούς.<sup>31</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### **ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ - ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

#### **9.1. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (Π.Ψ.Ε.)**

Από τις έρευνες που έχουν εκπονηθεί στο γενικό πληθυσμό, αλλά και σε ειδικές ομάδες (π.χ. πληθυσμούς περιοχών με στεγαστικές δομές για ψυχικά ασθενείς, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, φοιτητές, μαθητές, κ.λπ.) προέκυψε ότι:

- α)** οι γνώσεις για τη σχιζοφρένεια είναι ελλιπείς και στρεβλές.
- β)** οι στάσεις απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ακόμη εμποτισμένες με μύθους, στερεότυπα και προκαταλήψεις.<sup>44</sup>

Το 1996 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ) ξεκίνησε ένα παγκόσμιο πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια με βασικούς στόχους:

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

Την πρωτοβουλία, το σχεδιασμό και την εν συνεχεία καθοδήγηση του όλου προγράμματος ανέλαβε μια τετραμελής συντονιστική επιτροπή, αποτελούμενη από τον τ. πρόεδρο της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας καθηγητή Κ. Στεφανή, τον τότε πρόεδρο της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας καθηγητή J.J. Lopez-Ibor, τον καθηγητή Arboleda Florez και τον καθηγητή N. Sartorius (ως πρόεδρο της επιτροπής).

Η επιτροπή αυτή διαμόρφωσε ένα πλαίσιο δράσεων και ενεργειών και δημιούργησε τέσσερις ομάδες εργασίας με 76 επιστήμονες από όλο τον κόσμο οι οποίοι κατήρτισαν το ειδικό ενημερωτικό υλικό και σε συνεργασία με ειδικούς ιδιωτικούς φορείς επικοινωνίας χάραξαν την επικοινωνιακή στρατηγική του προγράμματος. Αρχικά, επιλέγηκαν ως χώρες πιλοτικής εφαρμογής ο Καναδάς, η Αυστρία και η Ισπανία. Στην επόμενη ζώνη των 6 χωρών, μετά από αιτιολογημένη και λεπτομερή

αίτησή μας, επελέγη ως χώρα πιλοτικής εφαρμογής και η Ελλάδα. Η επιλογή της χώρας μας σε αυτή την προσπάθεια ήταν πολύ σημαντική γιατί μας δόθηκε η ευκαιρία να ανασύρουμε στην επιφάνεια ένα θέμα που μέχρι τώρα καλυπτόταν και στην δική μας κοινωνία από ένα "πέπλο μυστηρίου" ενδεδυμένου με πολλούς μύθους, δοξασίες και προκαταλήψεις.

Παράλληλα ήταν μια μοναδική ευκαιρία να αξιοποιηθεί η διεθνής εμπειρία, να την προσαρμοστεί στην ελληνική πραγματικότητα και να οργανωθεί η δική μας εκστρατεία για την καταπολέμηση του στίγματος. Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανέθεσε λοιπόν στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας. Για το Ελληνικό Πρόγραμμα ως σύμβουλος από την πλευρά της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας είναι ο καθηγητής Κ. Ν. Στεφανής και επιστημονικά υπεύθυνη η επ. καθηγήτρια Ψυχιατρικής Μαρίνα Οικονόμου. Στα πρώτα βήματα του Ελληνικού Προγράμματος μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην Ελληνική γλώσσα όλο το ενημερωτικό υλικό της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας και οργανώθηκε μια Πανελλαδική Έρευνα των Γνώσεων και των Στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή και ειδικά απέναντι στη σχιζοφρένεια (Οκτώβριος 2000).

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αποτέλεσαν και τη βάση πάνω στην οποία καταρτίστηκε ένα πλάνο δράσεων σε εθνικό επίπεδο για την αλλαγή των στάσεων και την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος της σχιζοφρένειας και σχεδιάστηκε έτσι μία πανελλαδική εκστρατεία ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινής γνώμης. Για την υλοποίηση των δράσεών του, το Ελληνικό Πρόγραμμα έχει οργανώσει Επιστημονική Ομάδα με ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες.<sup>42</sup>

## **9.2. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Σ.Ο.Ψ.Υ.)**

### **Ομάδες ψυχοεκπαίδευσης για συγγενείς ατόμων που πάσχουν από διπολική διαταραχή**

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.) είναι ένα μη κερδοσκοπικό σωματείο που ιδρύθηκε το 1993 και έχει μέλη του συγγενείς ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Δημιουργήθηκε από την ανάγκη και την επιθυμία πολλών οικογενειών να μοιραστούν την κοινή τους εμπειρία, να στηριχθούν ο ένας στον άλλο, να σταματήσουν να προχωρούν μόνοι και να υπερασπίσουν ενωμένοι τα

δικαιώματα των άρρωστων συγγενών τους. Μία από τις σημαντικότερες πρωτοβουλίες του Σ.Ο.Ψ.Υ. είναι η λειτουργία Ψυχοεκπαιδευτικών Ομάδων για συγγενείς. Λειτουργούν ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες ειδικά για συγγενείς ατόμων που πάσχουν από διπολική διαταραχή.

Η διπολική διαταραχή, παλαιότερα γνωστή σαν μανιοκατάθλιψη, είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια που πλήττει το 3-6% του ενήλικου πληθυσμού. Βασική εκδήλωσή της είναι οι ακραίες διακυμάνσεις της διάθεσης, που συμπαρασύρουν τη σκέψη, τη δραστηριότητα και τη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή φάσεων κατάθλιψης με φάσεις μανίας και ενδιάμεσα διαστήματα με φυσιολογική διάθεση. Όταν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, με φαρμακευτική αγωγή και ειδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις το άτομο έχει τη δυνατότητα για μια ως επί το πλείστον φυσιολογική ζωή.

Οι συγγενείς των ατόμων με διπολική διαταραχή λαμβάνουν υπεύθυνη ενημέρωση για την διπολική διαταραχή και τις σύγχρονες θεραπείες, εκπαίδευση και υποστήριξη για την αντιμετώπιση του stress και των προβλημάτων που προκαλεί η νόσος και οι συμπεριφορές του ασθενή. Την επιστημονική ευθύνη του προγράμματος έχει η Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής του Σ.Ο.Ψ.Υ. κα Μαρίνα Οικονόμου.<sup>43</sup>

### **9.3. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

#### **9.3.1. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (ΚΨΥ)**

Δημιουργήθηκε στην προσπάθεια αποκέντρωσης και τομεοποίησης της ψυχιατρικής περίθαλψης. Λειτουργεί μέσα στα πλαίσια της αλυσίδας Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Το ΚΨΥ λειτουργεί τομεακά και καλύπτει συγκεκριμένη περιοχή. Στους σκοπούς του ανήκουν μεταξύ άλλων:

- P** Η ευαισθητοποίηση, η κινητοποίηση και η εκπαίδευση της κοινότητας για θέματα ψυχικής υγείας.
- P** Παρέχει ψυχιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που νοσούν ή ζητούν τη συμβουλή του.
- P** Μειώνει τις εισαγωγές στο ίδρυμα μέσα από τον έλεγχο και την αντιμετώπιση ψυχιατρικών περιστατικών στα εξωτερικά ιατρεία.
- P** Επιτελεί ερευνητικό έργο και προσπαθεί να επέμβει θετικά στη διαμόρφωση

κοινωνικών συνθηκών στην κοινότητα.

**P** Συνεργάζεται με άλλες ψυχιατρικές δομές.

**P** Παρέχει προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ασθενών κ.ά.

Για τους σκοπούς του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, είναι απαραίτητη μια πολυεπαγγελματική ομάδα με ανάλογη εκπαίδευση και εμπειρία.<sup>46</sup>

### 9.3.2. Το Νοσοκομείο Ημέρας

Είναι μονάδα μερικής νοσηλείας. Φιλοξενεί ασθενείς που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στα εξωτερικά ιατρεία και για τους οποίους δεν είναι αναγκαία η εισαγωγή τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η νοσηλεία γίνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας μέσα από διάφορα προγράμματα και οι ασθενείς διανυκτερεύουν στις κατοικίες τους. Μια έρευνα στην Αγγλία έδειξε ότι 40% των ασθενών οι οποίοι είχαν ένδειξη για εισαγωγή σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπισθεί σε κάποιο νοσοκομείο ημέρας. Το νοσοκομείο ημέρας πρωτοεμφανίστηκε στη Σοβιετική Ένωση λίγο πριν τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο σε μια προσπάθεια εξοικονόμησης νοσοκομειακών κρεβατιών. Σταδιακά καθιερώθηκε σαν η κατ' εξοχήν μονάδα μερικής νοσηλείας.

Τα κριτήρια για την εισαγωγή στο νοσοκομείο ημέρας είναι:

**P** Ο άρρωστος πρέπει να έχει ένα βαθμό ευαισθησίας και διάθεση για συμμετοχή στη θεραπεία.

**P** Ο άρρωστος πρέπει να είναι σε θέση να περάσει τις νύχτες και τα σαββατοκύριακα στο σπίτι του.

**P** Η οικογένεια του αρρώστου πρέπει να είναι σύμφωνη για την παραμονή του στο σπίτι και το περιβάλλον του δεν πρέπει να είναι τόσο πολύ παθογόνο, ώστε να γίνει επιζήμιο κατά την παραμονή του.

**P** Ο άρρωστος δεν πρέπει να είναι διεγερτικός, μανιακός, συγχυτικός με τάσεις αυτοκαταστροφής, διανοητικά καθυστερημένος ή αποδιοργανωμένος.

**P** Ο άρρωστος δεν πρέπει να έχει σαν βασικό του πρόβλημα τον αλκοολισμό ή την τοξικομανία, ούτε να έχει εκτιμηθεί ως ψυχοπαθητική προσωπικότητα.

Τέλος, η αποκατάσταση της κατοικίας του από το Νοσοκομείο Ημέρας δεν πρέπει να είναι μεγάλη, (προτιμούνται οι άρρωστοι που δεν χρειάζεται πάνω από μισή ώρα για να φτάσουν).

Οι κατηγορίες δραστηριοτήτων του Κέντρου Ημέρας μπορούν να χωριστούν γενικά σε τρεις ομάδες:

- Ομάδα 1:** εργασιοθεραπεία, χειροτεχνία, ξυλουργική, μεταλλοτεχνία, κηπουρική, άλλες υπαίθριες απασχολήσεις, κεραμική, τυπογραφία, ζωγραφική, σχέδιο, κατασκευή παιχνιδιών, ψαθοποιεία, ραπτική.
- Ομάδα 2:** κοινωνικές δραστηριότητες αναψυχής, παιχνίδια χαρτιά, πινγκ- πονγκ, τάβλι, παρακολούθηση τηλεόρασης ραδιοφώνου, διάβασμα, προβολή ταινιών, εκδρομές, συμμετοχή οικογένειας φίλων.
- Ομάδα 3:** διάφορες θεραπείες. Ομαδική θεραπεία. Ατομική θεραπεία.<sup>47</sup>

### 9.3.3. Το Νοσοκομείο Νύχτας

Σε αυτό νοσηλεύονται ασθενείς τη νύχτα. Πρόκειται για εργαζόμενους ή ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο επαγγελματικής επανένταξης. Οι περιορισμοί ή τα κριτήρια εισαγωγής είναι ανάλογα με αυτά του νοσοκομείου ημέρας.<sup>46</sup>

### 9.3.4. Ξενώνες - Οικοτροφεία

Πρόκειται για δύο ενδιάμεσες βασικές μορφές λειτουργίας υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ του νοσοκομείου και της διαβίωσης στην οικογένεια του αρρώστου.

Κοινά γνωρίσματα και στόχοι τόσο των οικοτροφείων όσο και των ξενώνων είναι η μείωση του χρόνου παραμονής αλλά και τους αριθμούς των αρρώστων στο ψυχιατρείο ή στον ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου. Επίσης η αντικατάσταση του ιδρυματικού περιβάλλοντος και η υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου του αρρώστου. Και οι δυο υπηρεσίες έχουν διάφορες μορφές σύνδεσης και συνεργασίας με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, τον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου, το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή τα Προστατευμένα Εργαστήρια ή άλλες μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης, ανάλογα με τα γεωγραφικά, κοινωνικά ή άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν την κάθε ειδική περίπτωση.

Προσφέρουν ψυχολογική βοήθεια και φαρμακευτική αγωγή, κοινωνικοποίηση και κοινωνική επανένταξη, ανάλογα με τις ανάγκες αλλά και τις δυνατότητες του αρρώστου. Παράλληλα συμβάλλουν στην αποδοχή των ενοίκων- αρρώστων από την κοινωνική ομάδα. Εφαρμόζουν πάντα ένα πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ξενώνων είναι ότι πρόκειται για μονάδες κυρίως

ανάρρωσης και αποθεραπείας, για μεταβατική σχετικά βραχεία διαβίωση (το ανώτερο 6 μήνες).<sup>49</sup>

### **9.3.5. Θεραπευτικό Διαμέρισμα**

Τα θεραπευτικά διαμερίσματα είναι για θεραπευμένους «σταθεροποιημένους» ψυχικά ασθενείς, που δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαταραχές στη συμπεριφορά τους. Σε αυτά ζει μια ομάδα αποθεραπευμένων ψυχοασθενών που δεν μπορούν να επιστρέψουν στην οικογένεια τους ή δεν έχουν οικογένεια, κάτω από την επίβλεψη θεραπειών. Στόχος είναι η εκμάθηση ή η επανεκμάθηση των αναγκαίων πράξεων της καθημερινής ζωής. Συχνά γίνεται μια συμφωνία με τους αρρώστους που περιλαμβάνει την υποχρέωση να ψάξουν για δουλειά.<sup>49</sup>

### **9.3.6. Λέσχη - Θεραπευτικά Clubs**

Αποτελούν τόπο συνάντησης, όπου συχνά βρίσκονται προς το τέλος κυρίως της ημέρας πρώην άρρωστοι ή πρώην νοσηλευθέντες και μερικοί θεραπευτές. Δεν υπάρχει καθορισμένη ιεραρχία που να επιβάλλει τα διάφορα καθήκοντα ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Στην πλειοψηφία τους τα μέλη της λέσχης είναι πρώην ασθενείς που όμως έχουν μια ικανοποιητική κοινωνική επανένταξη. Αρκετοί από αυτούς επίσης παραμένουν κάτω από ψυχιατρική παρακολούθηση.

Στόχος της λειτουργίας της λέσχης είναι η ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μέσα από τη διοργάνωση δραστηριοτήτων πολιτιστικών μορφωτικών και γενικότερα δημιουργικών απασχολήσεων (διαλέξεις, πολιτιστικές ανταλλαγές, παιχνίδια, κατασκευές, σινεμά- club, έξοδοι τα Σαββατοκύριακα, φωτογραφία, ζωγραφική, μουσική, γυμναστική, χορός, κ.ά.).<sup>45</sup>

### **9.3.7. Ανάδοχη οικογένεια**

Πρόκειται για κάποια ευαισθητοποιημένη οικογένεια πάνω σε ψυχιατρικά προβλήματα, η οποία δέχεται να φιλοξενήσει ένα ψυχικά ασθενή και επιδοτείται για αυτή της την προσφορά.

Η επιλογή μιας ανάδοχης οικογένειας πρέπει να γίνεται με αυστηρά κριτήρια και μετά από κατάλληλη προπαρασκευή, αφενός για να αποκλεισθεί το κίνητρο της



επιδότησης και μόνο, αφετέρου για να μειωθούν οι πιθανότητες αποτυχίας του προγράμματος.<sup>48</sup>

### **9.3.8. Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του ασθενή**

Πρόκειται για μια προσπάθεια αντιμετώπισης της ψυχιατρικής κρίσης και, όπου αυτό είναι αναγκαίο, συνέχιση της περίθαλψης σε αυτό το ίδιο το σπίτι του ασθενή με συμμετοχή και των μελών της οικογένειας του.

Κάτι τέτοιο προϋποθέτει παραμονή θεραπειών επί 24ώρου βάσεως στο σπίτι του ασθενή. Τα προτερήματα μιας τέτοιας αντιμετώπισης του ασθενή είναι προφανή. Η μέθοδος πρωτοεφαρμόσθηκε στην Ελλάδα από τον ψυχίατρο κ. Παν. Σακελλαρόπουλο στην αρχή υπό την αιγίδα του Αιγινήτειου νοσοκομείου και μετά αυτόνομα από την «Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας».<sup>46</sup>

### **9.3.9. Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα**

Είναι μια αναγκαιότητα λόγω της ανισότητας που επικρατεί στην κατανομή των ψυχιάτρων, ψυχιατρικών κλινών, εξωτερικών ιατρείων κλπ. στην επαρχία.

Η κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου έχει σκοπό να καλύπτει με ικανοποιητικό τρόπο τις ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη ενός συγκεκριμένου νομού ή μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιφέρειας στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής με βάση την ανάγκη για περιφεριοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας. Στόχοι λοιπόν της Κινητής Ψυχιατρικής Μονάδας είναι:

**P** Η αποκέντρωση

**P** Η αντιμετώπιση του αρρώστου στο περιβάλλον του «φυσικό και ανθρώπινο» και

**P** Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.<sup>47</sup>

### **9.3.10. Κέντρα αντιμετώπισης ψυχιατρικών κρίσεων**

Πρόκειται για ένα είδος κέντρου ψυχικής υγιεινής, που όμως λειτουργεί επί 24ώρης βάσης και έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει κλινικά ψυχιατρικές κρίσεις. Λειτουργούν σε κοινοτικό επίπεδο και συνδυάζουν τις λειτουργίες του κέντρου ψυχικής

υγιεινής, εξωτερικών ιατρείων, συμβουλευτικού σταθμού εμπλουτισμένες από μια χρονικά περιορισμένη κλινική αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, οπωσδήποτε πιο εύκολα από ότι στο σπίτι του ασθενή. Η χρονική περίοδος της κλινικής αντιμετώπισης πρέπει να μην ξεπερνάει τις 10-12 ημέρες προς αποφυγή μετατροπής του κέντρου σε μικρό νοσοκομείο. Είναι γεγονός ότι οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις σπάνια διαρκούν πάνω από αυτό το χρονικό διάστημα.

Τα πλεονεκτήματα ενός τέτοιου κέντρου είναι μεταξύ άλλων:

- P** Ευχερής και σωστή περίθαλψη ενός μεγάλου αριθμού ασθενών που χωρίς λόγο εισάγονται στα Ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- P** Σαν άμεση συνέπεια του πρώτου, απελευθέρωση και ανακούφιση των ψυχιατρικών νοσοκομείων από μεγάλο αριθμό μη αναγκαίων εισαγωγών.
- P** Ανυπολόγιστη μείωση του κοινωνικού και οικονομικού κόστους από την μακροχρόνια – και όχι πάντα "για το καλό του ασθενή» περίθαλψή του στο μεγάλο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- P** Περίθαλψη του ασθενή στο περιβάλλον του και συμμετοχή του περιβάλλοντός του στη θεραπεία.
- P** Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο με αποτέλεσμα την καλύτερη πρόληψη.
- P** Αποτελεσματικότερη οριοθέτηση μεταξύ κοινωνικών και ψυχιατρικών προβλημάτων.
- P** Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό είναι ότι η οργάνωση τέτοιων μονάδων βραχείας θεραπείας θα εμποδίσει τη μετατροπή των σχεδιαζόμενων μικρών ψυχιατρείων ή ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία, σε μικρά ψυχιατρικά άσυλα.<sup>46</sup>

### **9.3.11. Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου**

Πρόκειται για μονάδες που στόχο τους είναι η σταδιακή αντικατάσταση του ψυχιατρικού ασύλου, για αυτό και τις αναφέρουμε στις «εξωνοσοκομειακές δομές» της ψυχιατρικής περίθαλψης. Παρέχει κατά το δυνατόν, βραχυχρόνια νοσηλεία σε ασθενείς που χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη. Συνεργάζεται με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, ασχολούμενο με τις ψυχοσωματικές περιπτώσεις εφαρμόζοντας τη διασυνδεδετική ψυχιατρική. Ακόμη δίνει βοήθεια σε ψυχολογικά προβλήματα που

προέρχονται από σωματικές ασθένειες Φυσικά διαθέτει εξωτερικό ιατρείο για τη μετέπειτα παρακολούθηση των ασθενών και λειτουργεί σε τομεακό επίπεδο.<sup>46</sup>

### **9.3.12. Μονάδες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης**

Είναι μονάδες κατάλληλα εξοπλισμένες, που σκοπό έχουν την επαναφορά «χαμένων» δεξιοτήτων σε ψυχικά ασθενείς ή την εκμάθηση κάπου επαγγέλματος σε αυτούς. Ο επαγγελματικός προσανατολισμός θα πρέπει να είναι ανάλογος με τις ικανότητες και τις πραγματικές επιθυμίες και ανάγκες του ασθενή. Για το λόγο αυτό στις μονάδες αυτές συνεργάζεται ένας μεγάλος αριθμός ειδικών που απλώνεται από τους ειδικούς τεχνίτες, - οι οποίοι θα πρέπει και αυτοί να έχουν κάποια ψυχιατρική ευαισθητοποίηση- στους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους εργοθεραπευτές, τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους. Οι μονάδες αυτές απευθύνονται ανάλογα, τόσο σε νοσοκομειακούς όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς.

Έχει στατιστικά τεκμηριωθεί ότι η επαγγελματική αποκατάσταση ενός ψυχικά ασθενή μειώνει τόσο το χρόνο παραμονής του στο ίδρυμα όσο και τη συχνότητα επανεισαγωγών σε αυτό.<sup>45</sup>

## **9.4. ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

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

Άλλοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα κι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες π.χ. αγορά και παρασκευή φαγητού ,διαχείριση χρημάτων κ.τ.λ. Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους με μικρότερη η μεγαλύτερη υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν συνεργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από τα νοσοκομεία διαμερίσματα ,άλλοι σε ξενώνες ,οικοτροφεία κ.τ.λ.

Μεγάλη σημασία έχουν μονάδες **μερικής νοσηλείας** που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα ψυχικής υγείας (νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας) με σκοπό είτε την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο είτε την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο των ασθενών και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα. Στις μονάδες αυτές υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας (ημερήσια περίθαλψη) με σκοπό

την καλύτερη κοινωνικοποίηση τους την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας, τη μη λιμνάσει στο σπίτι ή τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κ.τ.λ.

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

Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, στο ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και στο ψυχιατρικό με βάση και πάλι τη θεραπευτική ομάδα.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν θεραπεία εκλογής για την σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας.<sup>45</sup>

## **9.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ –ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΗΡΑΤΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ**

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μια από τις σημαντικότερες κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις του 21<sup>ου</sup> αιώνα, διακήρυττε το 1998 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, για να την ακολουθήσει ο ΟΗΕ αφιερώνοντας τον επόμενο χρόνο στα «ηλικιωμένα άτομα».

Την επικέντρωση του ενδιαφέροντος στο γήρας δικαιολογεί, αναμφίβολα, η προβλεπόμενη ταχύτατη δημογραφική εξέλιξη. Μέχρι το 2020, οι άνω των 60 ετών ηλικιωμένοι θα αυξηθούν παγκοσμίως κατά 70%, όταν η αύξηση του γενικού πληθυσμού θα αγγίζει το 50%. Το μεγαλύτερο μέρος των ηλικιωμένων θα βρίσκεται στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Πρόσθετο πρόβλημα, οι άνω των 85 ετών «υπερήλικοι γέροντες». Αυτοί υπεραφθονούν στις προηγμένες χώρες. Ανάλογα είναι και τα δεδομένα στη χώρα μας: το 2020, οι άνω των 65 ετών Έλληνες θα είναι ίσοι με το πλήθος των παιδιών κάτω των 15, γύρω στο 17% η κάθε ομάδα. Στις αρχές του 20ού αιώνα, τα παιδιά αποτελούσαν το 38% και οι άνω των 65 το 4%.<sup>50</sup>

Οι επιπτώσεις αυτών των εξελίξεων στο χώρο της υγείας γίνονται πλέον ορατές, καθώς αρχίζουν να οξύνονται τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα που θέτει η φυσιολογική γήρανση του πληθυσμού, η νόσος Alzheimer, αλλά και τα ψυχικά νοσήματα στους γέροντες. Αυτό που απασχολεί ιδιαίτερα, φαίνεται να είναι ο μεγάλος αριθμός «περιστατικών» που αναμένεται να επιβαρύνει τα συστήματα υγείας, σε εποχή μάλιστα αύξησης του προσδόκιμου μέσου όρου ζωής.<sup>51</sup>

Στις ΗΠΑ, το 2% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 54 ετών πάσχει από χρόνια ψυχικά νοσήματα, πλην των ανοιτών. Το ποσοστό αυτό αναμένεται να διπλασιαστεί τα επόμενα 30 χρόνια, λόγω της γήρανσης αυτών που γεννήθηκαν μετά τον πόλεμο (baby-boomers). Ήδη, η αμερικανική Επιτροπή Γήρατος της Ομάδας για την Πρόοδο της Ψυχιατρικής (Group for Advancement of Psychiatry, Committee on Aging) επισημαίνει τον κίνδυνο μιας κρίσης στο σύστημα παροχής ψυχιατρικής φροντίδας. Οι προβληματισμοί εστιάζονται κυρίως στο θέμα «ηλικιωμένοι και σχιζοφρένεια». Σύμφωνα με μια κλασική μελέτη της περασμένης δεκαετίας, τα άτομα που αναπτύσσουν σχιζοφρένεια πριν από τα 45 τους χρόνια και τα οποία γερνούν με αυτή, αντιπροσωπεύουν το 85% όλων των σχιζοφρενών. Πρόσφατες μελέτες επισημαίνουν ότι ο αριθμός και το ποσοστό των ηλικιωμένων σχιζοφρενών θα αυξηθεί σημαντικά κατά τις επόμενες δεκαετίες.

Η Ελλάδα δεν βρίσκεται εκτός του προβλήματος και, επιπροσθέτως, έχει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα μιας ανολοκλήρωτης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Πρόσφατη είναι η παρατήρηση ότι η ανάπτυξη των εκτός των τειχών δομών δεν κατόρθωσε να επηρεάσει σημαντικά τις εισαγωγές στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, παρά την αύξηση των εξιτηρίων στους «ψυχωσικούς». Διαπιστώνονται πολλαπλές, μικρής διάρκειας, νοσηλείες, ενώ είναι ανεπαρκής ο αριθμός των εναλλακτικών δυνατοτήτων φροντίδας στην κοινότητα ή το γενικό νοσοκομείο. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό, η μείωση των εξιτηρίων στους «οργανικούς».<sup>51</sup>

Στο πλαίσιο αυτό, αποκτά ιδιαίτερη σημασία η διαπίστωσή μας ότι οι πλησιέστεροι συγγενείς των σχιζοφρενών συνήθως αποφεύγουν να αναλάβουν τις φροντίδες που παρείχαν μέχρι του θανάτου τους οι γονείς, ενώ το ανεπαρκές σύστημα παροχής ψυχιατρικής φροντίδας αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες εξωνοσοκομειακής φροντίδας αυτών των ηλικιωμένων αρρώστων. Τούτο θα καταστεί στο κοντινό μέλλον ιδιαίτερα αισθητό, δεδομένου ότι οι σχιζοφρενείς μπορούν να παραμένουν σήμερα εκτός νοσοκομείου περισσότερο απ' ό,τι κατά το παρελθόν. Εδώ και αρκετό καιρό, η θεραπεία αρχίζει συνήθως έγκαιρα, είναι αποτελεσματικότερη και περιλαμβάνει ευρύτερο του παρελθόντος φάσμα θεραπευτικών μέσων. Ως εκ τούτου, τα σχετικά με τους ηλικιωμένους σχιζοφρενείς ερωτήματα πληθαίνουν σήμερα και αφορούν τις επιπτώσεις του γήρατος στην ψυχοπαθολογία, τη γνωσιακή και κοινωνική λειτουργικότητα, επομένως και τη θεραπευτική τους προσέγγιση, φαρμακευτική και ψυχοκοινωνική.

Η πεσιμιστική αντίληψη του Kraepelin για τη μοιραία εκπτωτική πορεία της σχιζοφρένειας έχει προ πολλού εγκαταλειφθεί, καθώς διαπιστώνεται ένα συνεχές, από μια λίαν ευνοϊκή εξέλιξη προς μια απολύτως κακή έκβαση, για την οποία ενέχονται και παράγοντες όπως ο μακροχρόνιος ιδρυματισμός και η συνοδός του ψυχοκοινωνική αποστέρηση, έκβαση την οποία απομακρύνουν η έγκαιρη φαρμακευτική αγωγή και η φροντίδα εντός της κοινότητας. Την καλή πρόγνωση εξασφαλίζουν, μεταξύ άλλων, η μεγάλη ηλικία κατά την έναρξη και η οξεία εκδήλωση των συμπτωμάτων, η συναισθηματική συμμετοχή κατά την έναρξη, τα χαμηλά επίπεδα των εκφραζόμενων συναισθημάτων εντός της οικογένειας. Τα αντίθετα ακριβώς, με την προσθήκη του γενετικού κινδύνου και της σχιζοειδούς προνοσηρής προσωπικότητας, συμβάλλουν στην κακή πρόγνωση.

Στο βιολογικό επίπεδο, η διεύρυνση του κοιλιακού συστήματος και η μεταβολική έκπτωση στους μετωπιαίους και κροταφικούς λοβούς χαρακτηρίζουν τόσο τη σχιζοφρένεια όσο και το φυσιολογικό γήρας. Σε μερικούς, όμως, σχιζοφρενείς παρατηρούνται με αυξημένη ταχύτητα αυτές οι αλλαγές, που δεν είναι ειδικές αλλά συνδέονται ταυτόχρονα με τη σχιζοφρένεια και το γήρας. Αναζητώντας πιθανές εκφυλιστικές ανωμαλίες τύπου Alzheimer σε χρόνιους σχιζοφρενείς, οι Dwork et al διαπίστωσαν ότι, ενώ το 68% είχε παρουσιάσει εν ζωή εκπτωτικά φαινόμενα, τα οποία βρέθηκε να συνδυάζονται με υψηλό επίπεδο «γεροντικών πλακών» και «νευροϊνιδιακών τολυπίων», μόνο το 8% ικανοποιούσε τα νευροπαθολογοανατομικά κριτήρια για τη νόσο Alzheimer. Τα ευρήματά τους συνηγορούσαν, επιπρόσθετα, υπέρ της άποψης ότι υπάρχει συνέργεια μεταξύ σχιζοφρένειας και γήρατος στην παραγωγή των φαινομένων γνωσιακής έκπτωσης, καθώς και οι δύο καταστάσεις περιορίζουν τις λεγόμενες «γνωσιακές εφεδρείες» στο επίπεδο των συνάψεων.

Κατά το σχετικά πρόσφατο παρελθόν, είχε συσχετιστεί το γήρας των σχιζοφρενών με παθολογοανατομικές βλάβες τύπου νόσου Alzheimer, κάτι που δεν επιβεβαιώνεται από τα πιο πρόσφατα δεδομένα.

Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο των δομικών αλλαγών που επιφέρει στον εγκέφαλο η φαρμακευτική αγωγή, δεν διαπιστώθηκε απώλεια νευρώνων, γλοίωση ή αύξηση των νευροϊνιδιακών τολυπίων.

Το ερώτημα αν και κατά πόσο ένα ψυχιατρικό ιστορικό αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μιας άνοιας κατά τη γεροντική ηλικία, εξακολουθεί να ερεθίζει τη σύγχρονη έρευνα.

Σε γενικές γραμμές, οι περισσότεροι σχιζοφρενείς συνεχίζουν να εμφανίζουν θετικά και αρνητικά συμπτώματα, άλλοι παρουσιάζουν μια εκπτώτικη κατάσταση, χαρακτηριζόμενη τελευταίως ως «σχιζοφρενικό burnout», με εξαφάνιση των θετικών συμπτωμάτων και επαύξηση των αρνητικών, ενώ μια μικρή μειοψηφία δυνατόν να παρουσιάζει ύφεση αμφοτέρων.<sup>51</sup>

Η ύφεση των ψυχωσικών συμπτωμάτων κατά το γήρας αποδίδεται στη μειωμένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα, που παρατηρείται (π.χ. μείωση της πυκνότητας των D1 και D2 υποδοχέων), ούτως ή άλλως, κατά το γήρας. Συνοψίζοντας ένα σημαντικό πλήθος μελετών, οι Cohen et al τονίζουν την ιδιαίτερη πλαστικότητα της σχιζοφρένειας μέσα στο χρόνο.

Οι γνωσιακές και λειτουργικές αλλαγές, που επέρχονται κατά το γήρας των σχιζοφρενών, είναι ποικίλες και ετερογενείς, υποστηρίζουν, επίσης, οι Friedman et al, τονίζοντας τη σημασία παραγόντων, όπως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, όχι πάντα αναπόφευκτο, και η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας.

Διχογνωμία παρατηρείται σχετικά με τα αρνητικά συμπτώματα. Άλλοι διαπιστώνουν την υποχώρησή τους, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι με το πέρασμα του χρόνου αυτά, κυρίως, κυριαρχούν στη ζωή των σχιζοφρενών. Το πρόβλημα περιπλέκεται εξαιτίας των συνυπαρχόντων φαινομένων της ιδρυματοποίησης, της συνοδού φτώχειας ή της συχνής συσχέτισης των αρνητικών συμπτωμάτων με τη γνωσιακή έκπτωση.

Ως προς την τελευταία, κάποιιοι αναζητούν την «άνοια της πρώιμης άνοιας» (dementia of dementia praecox) και καταμετρούν την απώλεια δύο σχεδόν μονάδων στη βαθμολογία του MMSE για κάθε δεκαετία που περνά, άλλοι παρατηρούν σχετική σταθερότητα μιας προϋπάρχουσας έκπτωσης και όχι προοδευτική επιδείνωση, άλλοι, συμφωνώντας κατά βάση με τους προηγούμενους, διαβλέπουν, πέραν της συμμετοχής του παράγοντα ηλικία, και την εμπλοκή εξωγενών παραγόντων, όπως είναι διάφορες στέρσεις στη ζωή τους (η πλημμελής εκπαίδευση, ο ιδρυματισμός).

Υποστηρίζεται, ακόμα, ότι η γνωσιακή έκπτωση ανιχνεύεται στα περιστατικά που είχαν ιδιαίτερος έντονα θετικά συμπτώματα και ότι είναι έντονη στις περιπτώσεις με διαταραχές της σκέψης και του λόγου, ιδίως με πενία λόγου, που είναι πολύ συχνή στους ηλικιωμένους σχιζοφρενείς.

Η γνωσιακή έκπτωση υποδαυλίζει την έκπτωση και της κοινωνικής λειτουργικότητας των σχιζοφρενών, ήδη από τα νεανικά τους χρόνια.

Δεν υπάρχει συμφωνία και εδώ. Συγκρίνοντας μια ομάδα ηλικιωμένων σχιζοφρενών (μεταξύ 45 και 70 περίπου ετών) με αντίστοιχης ηλικίας ομάδα υγιών, οι

Patterson et al διαπίστωσαν ότι η έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών σχετιζόταν περισσότερο με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων παρά με τη γνωσιακή τους έκπτωση.

Η εξέλιξη παρουσιάζεται, όμως, και εδώ ανοιχτή είτε προς την αυτο-εξυπηρέτηση του αρρώστου, είτε προς μια κατάσταση χρόνιου ιδρυματισμού. Οι Cohen et al σημειώνουν ότι στο περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο των ηλικιωμένων σχιζοφρενών αναπτύσσονται με τον καιρό λιγότερες ασύμφωνες διαντιδράσεις, όπως τα υψηλά επίπεδα των εκφραζόμενων συναισθημάτων (expressed emotions), που βρίσκουμε στο περιβάλλον των νεότερων ασθενών. Φαίνεται, υποστηρίζουν, ότι εδώ μπορεί να βοηθήσει η «αμοιβαία κοινωνικοποίηση», κατά την οποία τα μέλη της οικογένειας «μαθαίνουν να μιλούν τη γλώσσα της αρρώστιας».<sup>51</sup>

Αυτό μπορεί, βέβαια, να γίνει, όταν δεν δημιουργούνται προβλήματα από τους περιορισμούς που θέτει η σύγχρονη πυρηνική οικογένεια, όπως είναι η προαναφερθείσα αδυναμία των πλησιέστερων συγγενών να αναλάβουν ρόλους που είχαν μέχρι το θάνατό τους οι γονείς των αρρώστων. Το πρόβλημα αυτό συναντάται ολοένα και συχνότερα στην κλινική πράξη, ήδη όμως από καιρό γνωρίζουμε τις δυσχέρειες στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα των σχιζοφρενών, που ανακύπτουν από την πολύ προχωρημένη ηλικία των γονιών τους ή ακόμα τη σωματική (από νοσήματα) καταπόνησή τους αλλά και την ψυχική τους «εξάντληση», όπως και από την ύπαρξη σοβαρών ψυχοπαθολογικών ή άλλων δεδομένων που επιβάλλουν την απομάκρυνση του αρρώστου από το οικογενειακό του περιβάλλον.

Κάποιοι άρρωστοι που στερούνται είτε αυτό καθαυτό το οικογενειακό περιβάλλον είτε την έμπρακτη υποστήριξή του, παραμένουν ή επανέρχονται με μεγάλη συχνότητα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, καθώς οι εξωνοσοκομειακές δομές δεν επαρκούν πάντοτε για την απορρόφησή τους.

Η φαρμακευτική θεραπεία των ηλικιωμένων σχιζοφρενών παραμένει πραγματική πρόκληση για το γιατρό, λόγω των συνδεόμενων με το γήρας φαρμακοδυναμικών και φαρμακοκινητικών αλλαγών, καθώς και της πολυφαρμακίας και των σωματικών νόσων, που συχνότατα συναντώνται στους ηλικιωμένους. Τα σωματικά νοσήματα, μάλιστα, παραμένουν συχνά αδιάγνωστα, μέχρι και στο 50% των περιπτώσεων, επειδή καταρχάς οι ίδιοι οι ασθενείς αδιαφορούν για τα (ή αντέχουν τα) συμπτώματά τους.



Μια άλλη ιδιαιτερότητα που πρέπει να τονιστεί είναι η απολύτως ασταθής συμμόρφωση (από τη μη συμμόρφωση και την υπο-συμμόρφωση μέχρι την υπερ-συμμόρφωση) των γερόντων στις θεραπευτικές οδηγίες.

Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα αναμένεται να αλλάξουν τα δεδομένα στη μέχρι τώρα αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στους ηλικιωμένους ασθενείς με τα κλασικά αντιψυχωσικά, καθώς συνδυάζουν το καλύτερο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών και την αποτελεσματικότητα, πιθανώς και πέραν των θετικών συμπτωμάτων. Πάντως, ανεξάρτητα από το αντιψυχωσικό φάρμακο, που τελικά θα επιλεγεί για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ηλικιωμένου σχιζοφρενικού ασθενούς, επιβάλλεται η δόση έναρξης της αγωγής να είναι χαμηλή, η αύξηση να γίνεται ιδιαίτερα αργά και κάθε φορά να προστίθενται μικρές ποσότητες του φαρμάκου.<sup>51</sup>

Είναι ενδιαφέρον να σημειώνει κανείς το σταδιακό πέρασμα από την αδιαφορία των αρχών της δεκαετίας του '70 για το γήρας στο μείζον ενδιαφέρον των αρχών της δεκαετίας του '90 και την καθιέρωση της έννοιας του «επιτυχούς γήρατος». Είναι ενδιαφέρον, επίσης, να διαπιστώνει την αλλαγή των ερωτημάτων, από το τι είναι το γήρας στο τι είναι δυνατό με το γήρας, όχι παρά το γήρας αλλά χάριν αυτού, στη δημιουργικότητα δηλαδή, την οποία για χρόνια αγνοούσε ή περιφρονούσε η κοινωνία.

### **Λύση στο πρόβλημα του γήρατος των σχιζοφρενών**

Να αναζητήσουμε τους όρους της δικής τους προετοιμασίας, της δικής τους δημιουργικότητας, χωρίς βέβαια να παραγνωρίζουμε τις ιδιαίτερες εμπειρίες ζωής, που διαφέρουν από εκείνες των υγιών συνομηλίκων τους. Δρώντας προς την ίδια κατεύθυνση, να υποβοηθήσουμε τη μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης, διευκολύνοντας την ανάπτυξη νέων κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων, ώστε με ψυχοεκπαιδευτικά μέσα να αναπτυχθούν εντός των οικογενειών λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένες στρατηγικές coping.

Αυτό δεν μπορεί να γίνει παρά μόνον όταν αρχίσουμε να απομακρυνόμαστε από το νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο παροχής ψυχιατρικής φροντίδας, που ακόμα κυριαρχεί στον τόπο μας, όταν αναπτύξουμε εναλλακτικά προγράμματα νοσηλείας που να απαντούν σε περισσότερα του ενός αιτήματα, όταν αναπτύξουμε δηλαδή μια ευρύτατη ποικιλία τρόπων και τρόπων παροχής ψυχιατρικής φροντίδας που θα παράγει γνώση και θα συνδέεται με την κοινωνία.<sup>51</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **10.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση ή οπτική γωνία της γενικής νοσηλευτικής και νοσηλευτική ειδικότητα. Σε γενικές γραμμές ,περιλαμβάνεται στη σπουδή της γενικής νοσηλευτικής και συντελεί στην άσκησή της παντού και πάντοτε ως νοσηλευτικής του όλου ανθρώπου.

Η σπουδή της βοηθάει τον φοιτητή να αποκτήσει γνώσεις ,δεξιότητες, διαθέσεις και αρχές, ώστε να γίνει ικανός να συμβάλλει στην:

- P** Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
- P** Προσωπική ολική νοσηλευτική φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων
- P** Διατήρηση και βελτίωση της ψυχικής υγείας
- P** Αγωγή ψυχικής υγείας του κοινού
- P** Υποστήριξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας όλων των σωματικά πασχόντων
- P** Προσαρμογή και εφαρμογή των αρχών της ψυχικής υγείας σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής.

Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας ως επιστήμη, ως αντικείμενο έρευνας και ως κλινική άσκηση, εμπνέεται και κατευθύνεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών.

- 1.** Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ανθρώπου, υγιούς ή αρρώστου, ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχο-κοινωνικής και πνευματικής οντότητας
- 2.** Πίστη στην ατίμητη οντολογική αξία του ανθρώπου, της υγείας και της ζωής του
- 3.** Εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ανθρώπου και της υγείας του με σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον.

Ο αξιολογικός αυτός προσανατολισμός μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη και αρτιότερη χρησιμοποίηση όλων των επιστημονικών γνώσεων και όλης της κλινικής πείρας αλλά και στην έρευνα, ώστε να αναδειχθεί η νοσηλευτική ψυχικής υγείας πράγματι θεραπευτική.<sup>52</sup>

## 10.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ, ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ, ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ

Στην ψυχιατρική, όπως και σε άλλες ειδικότητες, η πρόληψη μελετάται και επιδιώκεται σε τρία επίπεδα. Αυτά είναι η:

- P** πρωτογενής,
- P** δευτερογενής και
- P** τριτογενής πρόληψη.

Η **πρωτογενής** πρόληψη περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες, που αποβλέπουν στη μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δυο τρόπους:

- α) Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, με κίνδυνο αύξησης της επικινδυνότητας για ψυχική νόσηση.
- β) Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Συναντά άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η σωματική αρρώστια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατος αγαπημένου προσώπου, τάση αυτοκτονίας, απώλεια εργασίας, διαζύγιο, κακοποίηση παιδιού κ.ά. Έχει τη δυνατότητα η νοσηλευτική να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στη λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση πώς να βγει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία.

Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις ψυχιατρικές θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης, παράκαμψης ή υπερνίκησης του στρες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η **δευτερογενής** πρόληψη επιδιώκει την ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της στα

μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους.

Στη δευτερογενή πρόληψη, η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με την ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής τόσο στους σωματικά αρρώστους, όσο και στους συνοδούς και στις οικογένειές τους. Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

Η **τριτογενής** πρόληψη τέλος περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά αρρώστων και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο. Έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους αρρώστους, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς.

Προς τον σκοπό αυτό δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, τα προστατευόμενα εργαστήρια, σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοιχτή γραμμή 24 ώρες το 24ωρο κ.ά.

Η νοσηλευτική, όχι μόνο είναι παρούσα με τα στελέχη της σ' όλα αυτά τα προγράμματα, αλλά και πρωτοπορεί σε πρότυπους σχεδιασμούς - τοπικούς, εθνικούς και διεθνείς - στο συντονισμό την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. Πάνω απ' όλα η νοσηλευτική είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της ψυχικής υγείας.<sup>52</sup>

### **10.3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η ομάδα ψυχικής υγείας είναι πολυδιάστατη, με αρχές προσαρμοσμένες στην ποικιλία των αναγκών των ψυχικά πασχόντων. Κάθε επάγγελμα έχει την δική του ταυτότητα και κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας το δικό του ρόλο στην κάλυψη των αναγκών του αρρώστου. Κοινός στόχος όλων η βελτίωση στο μέγιστο δυνατό της υγείας του πάσχοντος, με παροχή ποιοτικής ψυχιατρικής φροντίδας.<sup>54</sup>

### 10.3.1 Το έργο και ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με εκπαίδευση στην ειδικότητα μπορεί να αναλάβει διαφόρους ρόλους και αρμοδιότητες. Ανάλογα βέβαια με την υπηρεσία υγείας όπου εργάζεται, τα χαρακτηριστικά των αρρώστων που εξυπηρετεί, το γενικό σύστημα φροντίδας που διαμορφώνεται από την διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, τις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας της κοινωνίας και τις νέες γνώσεις που παράγονται από ερευνητικές μελέτες.

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου σε γενικές γραμμές είναι:

- P** Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά αρρώστους και τις οικογένειές τους.
- P** Οργάνωση, προγραμματισμός, συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας των ψυχικά αρρώστων, καθώς και υπεύθυνη αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- P** Εφαρμογή ψυχοθεραπείας, αν έχει επί πλέον εξειδίκευση για αυτή, νομικά κατοχυρωμένη.
- P** Άσκηση πρωτοβάθμιας και κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας με κύριο σκοπό την πρωτογενή πρόληψη αλλά και κάθε είδους πρόληψη. Καθώς και την παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.
- P** Προβολή υποδειγματικού προτύπου του νοσηλευτικού ρόλου σε αρρώστους, συναδέλφους, συνεργάτες, εκπαιδευόμενους επιστήμονες υγείας και στη ευρύτερη κοινωνία.
- P** Προστασία των ψυχικά αρρώστων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειας τους και υποστήριξη της επιστημονικής/ανθρωπιστικής ολοκληρωμένη φροντίδας τους.
- P** Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους αρρώστους, το προσωπικό τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και στο κοινό.
- P** Συνεργασία με το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό, καθώς και με την διεπιστημονική ομάδα υγείας.
- P** Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και τη διενέργεια επιθυμητών αλλαγών στις μεθόδους και δομές των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας.
- P** Άσκηση συμβουλευτικής- διασυνδεδετικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας σε γενικό νοσοκομείο.
- P** Έρευνα και δημοσιεύσεις σε θέματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.

**P** Συμβολή στη βασική και μεταβατική εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής και ιατρικής, στην κλινική νοσηλευτική ψυχικής υγείας.

Στους ρόλους που ήδη αναφέρθηκαν μπορούν να προστεθούν και πολλοί άλλοι, μεταξύ των οποίων είναι η ιδιωτική άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, η ακαδημαϊκή σταδιοδρομία, το διδακτικό έργο σε νοσηλευτικές σχολές κ.ά.<sup>54</sup>

### 10.3.2. Σκοποί - Παρεμβάσεις

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

§ Φροντίδα του αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή, υπεύθυνη νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου, προγραμματισμός και εκτέλεση ή διδασκαλία και επίβλεψη της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής του φροντίδας, καθώς και εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών εφαρμογών.

§ Ελάττωση των στρεσογόνων ερεθισμάτων, όσο είναι δυνατό και ελάττωση του άγχους του αρρώστου με υποστηρικτική στάση και διαθέσιμο χρόνο κοντά στον άρρωστο, με ταυτόχρονη αναγνώριση ότι ένας σχετικός βαθμός stress και άγχους είναι απαραίτητος για την επιβίωση, την μάθηση, την ψυχολογική ανάπτυξη και την αυτοπραγμάτωση.

§ Ανάπτυξη, διατήρηση και διακοπή - όταν εκπληρωθεί ο σκοπός - ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με τον άρρωστο, την οικογένεια ή μια ομάδα, με σκοπό την καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων.

§ Ακρόαση και διατήρηση επικοινωνίας. Π.χ. βοήθεια του αρρώστου να κατανοεί και να χειρίζεται τα συναισθήματα του θυμού, της κατάθλιψης, της καχυποψίας, με υγιείς τρόπους λύσης των προβλημάτων και υπευθυνότητα, χωρίς να καταφεύγει σε κοινωνικά απαράδεκτες ή μη συμφέρουσες συμπεριφορές.

§ Δημιουργία αισθητηριακών ερεθισμάτων χωρίς υπερφόρτωση του αρρώστου, με

σκοπό την πρόληψη απόσυρσης, κοινωνικής απομόνωσης ή καταφυγής σε αυτιστική φαντασία και εξωπραγματικά βιώματα.

- § Οργάνωση και διατήρηση ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος για ενίσχυση του αισθήματος προσωπικής αξίας και των θετικών συμπεριφορών του αρρώστου.
- § Προώθηση της επαφής του αρρώστου με την πραγματικότητα, βοηθώντας τον να αντιμετωπίζει τα τρέχοντα προβλήματα της καθημερινής ζωής.
- § Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει στη φροντίδα του εαυτού του όσο μπορεί πιο υπεύθυνα, ώστε να έχει ευκαιρίες ικανοποίησης από την πρόοδο και την επιτυχία του.
- § Αποδοχή και προσωρινή εκπλήρωση υποκατάστατου γονεϊκού ρόλου, που περιλαμβάνει λήψη αποφάσεων και ανάληψη ορισμένων ευθυνών για την καθημερινή υγιεινή φροντίδα, όταν ο άρρωστος παρουσιάζει σωματική νοητική και συναισθηματική ανικανότητα.
- § Διδασκαλία αρχών και πρακτικών εφαρμογών υγείας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή, δεξιοτήτων, χειρισμού δυσκολιών και λύσης προβλημάτων, διατήρηση εποικοδομητικών διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφορών κατάλληλων στις διάφορες περιστάσεις.
- § Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμπεριφέρεται κατά τρόπο ώστε να αποσπά θετική ανταπόκριση και υποστήριξη από τους άλλους.
- § Ανάληψη του έργου της κοινωνικοποίησης του αρρώστου με τη βελτίωση της διαπροσωπικής, επαγγελματικής και ψυχαγωγικής του ικανότητας.
- § Καθοδήγηση του αρρώστου πώς να αποφεύγει ή να παρακάμπτει ή να υπερνικά τους παράγοντες που απειλούν την ψυχική του ισορροπία, ασφάλεια ή προσαρμοστική του ικανότητα.
- § Διεύθυνση νοσηλευτικής μονάδας ή υπηρεσίας ψυχικής υγείας και συντονισμός της φροντίδας των ψυχικά αρρώστων. Έτσι θα συνδυάζεται η υψηλή ευαισθησία με τη σύγχρονη τεχνολογία της περίθαλψης, θα διατηρείται η πρόσωπο με πρόσωπο

επικοινωνία, θα αποφεύγεται ο τεμαχισμός και η αποπροσωποποίηση και θα προάγεται η συνοχή και συνέχεια της φροντίδας ακόμη και με το σύστημα των παραπομπών.

- § Ενσωμάτωση της ενεργητικής συμβολής του αρρώστου στα σχέδια της προετοιμασίας της εξόδου του από το νοσοκομείο και της επανένταξης του στη ζωή της κοινωνίας.
- § Συνεννόηση με τον άρρωστο και την οικογένεια του για τυχόν απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής ή στο περιβάλλον του σπιτιού, ώστε να αντιμετωπίζονται καλύτερα οι ανάγκες του και να αποφεύγονται οι προστριβές. Επίσης καθοδήγηση τους να χρησιμοποιούν τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες και να διεκδικούν τη χρηματική επιδότηση που τυχόν δικαιούνται για την αντιμετώπιση της αρρώστιας.
- § Συμμετοχή στη θεραπευτική ομάδα με συστηματική μεταβίβαση των νοσηλευτικών κλινικών παρατηρήσεων και συγκεκριμένες προτάσεις για τη θεραπευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου.
- § Υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων και συνηγορία υπέρ αυτών σε κάθε ευκαιρία και περίπτωση για κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της τοπικής, εθνικής και διεθνούς πολιτικής για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική περίθαλψη. Επίσης πληροφόρηση των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.<sup>54,55</sup>

### **10.3.3. Καθορισμός προβλημάτων του ασθενή - νοσηλευτική παρέμβαση σε ψυχικά ασθενή κατά την χορήγηση φαρμάκων**

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

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

Τα βασικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον παρανοειδή άρρωστο είναι: το



παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις και οι προοδευτικά αυξανόμενες διαταραχές της δομής της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία παραληρητικών ιδεών διώξεως και μεγαλείου που συχνά συνοδεύονται με ψευδαισθήσεις. Συχνά η νόσος συνδυάζεται με υπερβολική θρησκευτικότητα. Η στάση του αρρώστου συχνά εχθρική και επιθετική και η συμπεριφορά του συντονίζεται με τις παραληρητικές του ιδέες.<sup>7</sup>

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

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

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

- P** Αισθητήρια όργανα
- P** Αναπνευστικό σύστημα
- P** Κυκλοφορικό σύστημα
- P** Γαστρεντερικό σύστημα
- P** Ουροποιητικό σύστημα
- P** Νευρομυϊκό σύστημα

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

Βέβαια ο βαθμός στον οποίο ο νοσηλευτής πετυχαίνει να βγάξει αξιόπιστα συμπεράσματα για τις ανάγκες και τα προβλήματά του ασθενή, κυμαίνεται. Εκτός από τις θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται, απαραίτητη είναι επίσης για την επαλήθευση και ερμηνεία των νοσηλευτικών περιστάσεων και η συνεργασία με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που συνθέτουν την αξιολόγηση του πάσχοντος.<sup>7,55</sup>

#### 10.3.4. Παρατηρητικότητα και παρακολούθηση

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονισθεί ότι ο νοσηλευτής κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση δεν χρησιμοποιεί τον ασθενή ως απλή πηγή πληροφοριών προς εξερεύνηση, ούτε τον μεταβάλλει σε αντικείμενο προς μελέτη. Δίδεται όμως η ευκαιρία για να διαβιβάσει ο νοσηλευτής στον ψυχικά άρρωστο ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση, να τον βεβαιώσει για την πίστη του στην αξία του ως προσώπου εκφράζοντας αισθήματα αγάπης, αποδοχής και σεβασμού. Με άλλα λόγια η νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου αποτελεί υπεύθυνο νοσηλευτικό έργο.<sup>55</sup>

### **10.3.5. Η ενημέρωση του ασθενή από το νοσηλευτή**

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

Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια:

- Για να μάθουν να ντύνονται κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις.
- Για να αναλάβουν υπευθυνότητα για την εργασία που τους ανατίθεται.
- Για να φροντίζουν για τις φυσικές τους ανάγκες, έτσι ώστε να γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους.
- Για να τρώνε με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους.
- Για να δέχονται τη δικαιολογημένη αλλαγή του προγράμματος στο φαγητό, τον ύπνο, την καθαριότητα.
- Για να αποφεύγουν να πληγώνουν τους άλλους.
- Για να συμβιβάζονται με πολλές άλλες πλευρές της ομαδικής συμβίωσης.<sup>55,56</sup>

#### 10.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

##### 1. Ψυχικά προβλήματα

##### α) Κοινωνική απομόνωση

###### Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

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

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

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

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

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

Παράλληλα προωθεί βαθμιαία τον άρρωστο σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο αντοχής και την διανοητική και ψυχολογική λειτουργικότητα, π.χ. σχεδιασμό γευμάτων, απλά επιτραπέζια παιχνίδια, απλές ομαδικές απασχολήσεις και συζητήσεις, ώστε να εκτεθεί ο άρρωστος προοδευτικά σε πιο περίπλοκες διαπροσωπικές σχέσεις. Επίσης προσπαθεί να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει την διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο. Ο άρρωστος μπορεί περιστασιακά και σε κατάλληλες ώρες να διαλέξει να μείνει μόνος. Αναμφίβολα αυτό που επιθυμεί ο νοσηλευτής είναι να πείσει και να μάθει τον ασθενή ότι αναμένεται η συμμετοχή του και ότι είναι αξιόλογο μέλος της κοινωνικής ομάδας.

## **β) Επιπέδωση/ απουσία συναισθήματος**

### Χαρακτηριστικά αποδεικτικά στοιχεία

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

Η φαινομενική έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και η απάθεια στο ύφος του παρανοϊκού σχιζοφρενούς ατόμου μπορεί να εκληφθεί από τον νοσηλευτή ως αδιαφορία για τον εαυτό του και την κατάστασή του και ότι επικοινωνεί σαν μια μηχανή.<sup>55,56</sup>

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

Από την πλευρά του νοσηλευτή χρειάζεται απλώς κατανόηση και να μην απογοητεύεται στην προσπάθεια επικοινωνίας με τον ασθενή. Χρειάζεται όμως να του αφιερώνει χρόνο καθημερινά και να τον προτρέπει να ασχολείται με άλλες δραστηριότητες όπως να παρακολουθεί τηλεόραση, να ακούσει μουσική ή να διαβάσει εφημερίδες και περιοδικά.

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

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

## **γ) Αποδιοργάνωση λόγου και σκέψης**

### Χαρακτηριστικά / αποδεικτικά στοιχεία

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

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

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

Με ευγενή αλλά σταθερό τρόπο, ο νοσηλευτής πληροφορεί τον ασθενή ότι δεν συμερίζεται την ερμηνεία που δίνει εκείνος σε ένα γεγονός αν και αναγνωρίζει τα αισθήματά του. Με αυτό τον τρόπο βοηθάει τον ασθενή να επικεντρώσει την προσοχή του σε πραγματικές και όχι σε φανταστικές καταστάσεις. Εάν ο ασθενής αρχίσει να προβληματίζεται με τις παραληρητικές ιδέες του, ο νοσηλευτής μπορεί σιγά-σιγά να τον βοηθήσει να καταλάβει τις σκέψεις του αυτές, που σ' αυτόν φαντάζουν τρομακτικές, είναι στην πραγματικότητα εκδηλώσεις της παθήσεώς του.<sup>57</sup>

## 2. Αντιμετώπιση σωματικών προβλημάτων

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

### α) Εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες

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

- i. Δυστονία: Συμβαίνει στην αρχή της θεραπείας, κυρίως την πρώτη εβδομάδα. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν σπασμούς των μυών, των οφθαλμών, του προσώπου, του αυχένα, της ράχης, που μπορεί να είναι δραματικές και αναμφίβολα τρομάζουν τον ασθενή. Πιο συχνά όμως η δυστονία" βιώνεται σαν απλή μυϊκή δυσκαμψία.
- ii. Παρκινσονισμός: Συμβαίνει γενικά στο διάστημα μεταξύ πρώτης και τέταρτης εβδομάδας μετά την έναρξη της θεραπείας. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται βραδυκίνησια, σύρσιμο του βήματος, ελαττωμένη ενεργητικότητα, πρόσωπο σαν μάσκα και τρόμος.
- iii. Ακαθησία: Είναι πολύ συχνή και συμβαίνει μία μέχρι έξι εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Περιλαμβάνει εσωτερική ανησυχία, βηματισμό, κούνημα μπρος-πίσω σαν αδυναμία να καθίσει το άτομο ακίνητο. Συχνά βιώνεται σαν «πόδια που πηδάνε».
- iv. Όψιμη δυσκίνησια: Είναι η πιο δυσοίωνα από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των

αντιψυχωτικών. Εκτιμάται ότι συμβαίνει σε 2-50% των ασθενών. Περιλαμβάνει ακούσια κινητική δραστηριότητα, στην οποία περιλαμβάνονται κινήσεις των χειλών (απομύζησης, χτυπήματος), κινήσεις σιαγόνων, κινήσεις των άκρων και ενδεχόμενα δυσκολία στην κατάποση.

Με την εμφάνιση εξωπυραμιδικών συνδρόμων, ο νοσηλευτής πρέπει:

- P** Να ενημερώνει τον ψυχίατρο και να αποφασίσουν από κοινού αν μπορεί να ελαττωθεί η δόση φαρμάκου που προκάλεσε το σύνδρομο ή πρέπει να προστεθεί αντιπαρκινσονικό φάρμακο (Aztane, Akineton).
- P** Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή, ο οποίος ανησυχεί και να τον διαβεβαιώσει ότι σύντομα θα υποχωρήσουν τα συμπτώματα που του παρουσιάζονται.
- P** Να επιβλέπει προσεκτικά τον ασθενή κατά τη χορήγηση των συνιστώμενων φαρμάκων, για να βεβαιωθεί ότι τα πήρε πράγματι.
- P** Να βοηθάει τον ασθενή και να επεμβαίνει ενεργητικά στην εκπλήρωση των βασικών καθημερινών αναγκών του, όπως κατά τη διάρκεια του φαγητού ή όταν περπατά μέσα στο χώρο της κλινικής.
- P** Σε περίπτωση ακαθισίας, που είναι μια κατάσταση αρκετά κουραστική για τον ασθενή, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει κάνοντας μαζί του μια βόλτα πέρα από τα όρια της κλινικής, π.χ. στην αυλή, ενώ ταυτόχρονα τον τονώνει ηθικά.
- P** Να ενημερώνει την προϊστάμενη του τμήματος και τους θεράποντες ιατρούς για την εξέλιξη των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων του ασθενή.<sup>57</sup>

#### **β) Καρδιολογικά προβλήματα (ταχυσφυγμία- υπόταση)**

Τα προβλήματα αυτά προκύπτουν από τη χορήγηση παραγώγων των φαινοθειαζίνων (Lagactil, Mellezil, κ.ά.) και εκδηλώνονται με ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία και κοιλιακή ταχυαρρυθμία.<sup>58</sup>

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

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

ύπαρξης άλλης οργανικής πάθησης και να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις.

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

#### γ) Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες

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

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

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



παροδικά.<sup>59</sup>

#### 10.5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

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

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

Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι:

- P** Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του αρρώστου.
- P** Προγραμματισμένη συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.
- P** Εργαστηριακές εξετάσεις, όπως γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- P** Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία.
- P** Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικά με: τις συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, κινητικές ανωμαλίες, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, σ βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες.

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

Επίσης σε συνεννόηση με τον ψυχίατρο πρέπει να είναι σε ετοιμότητα για χορήγηση φαρμάκων σε περιπτώσεις κρίσεως.<sup>7,55</sup>

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

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

Η λευκοπενία και η ακοκκιοκυτταραιμία (καταστροφή των λευκών αιμοσφαιρίων) μπορεί να εμφανισθεί σε αρρώστους που παίρνουν χλωροπρομαζίνη. Εξακριβώνεται με τις τακτικές εξετάσεις αίματος, όπως ελέγχθη, την προσοχή στα παράπονα του αρρώστου για αδιαθεσία και κακουχία και με τη συχνή θερμομέτρηση για τη διαπίστωση πυρετού που σημαίνει φλεγμονή. Χρειάζεται ακόμη τακτική επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα για σημεία φλεγμονής ή εμφάνισης ρινορραγίας. Τα φαινόμενα αυτά συνεκτιμούνται με την ψυχική κατάσταση του αρρώστου για να αποφασισθεί η τυχόν διακοπή του φαρμάκου.<sup>7,55</sup>

## **10.6. ΛΟΓΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ**

Συνήθως, η αυτοκτονία των σχιζοφρενών δεν είναι μια ψυχωτική συνέπεια της νόσου. Όπως υπογραμμίζει ο κοινωνιολόγος J. Baecter (1979), ο σχιζοφρενής δεν αυτοκτονεί ως σχιζοφρενής, αλλά ως άνθρωπος που γνωρίζει ότι είναι σχιζοφρενής ή απειλείται να γίνει και επιθυμεί να ξεφύγει από μια τέτοια μοίρα. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υφίσταται κατά τη διάρκεια των κλινικών υποτροπών και νοσηλείων, ιδιαίτερα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.<sup>29</sup>

Γενικά, προηγούμενες απόπειρες, μεγάλη θεραπευτική εξάρτηση, έντονο άγχος, κατάθλιψη, αισθήματα έλλειψης βοήθειας, μοναξιά και ανεργία, ιδιαίτερα στους άντρες σχιζοφρενείς, συνδέονται με μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας. Σε σχέση με όλα τα προηγούμενα, στη σχιζοφρένεια λοιπόν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλός, περίπου το 10% αυτοκτονούν και είναι συνήθως νέοι σε ηλικία ασθενείς στην αρχή της νόσου τους.<sup>29</sup>

#### **10.6.1. Πρωτόκολλο βασικών νοσηλευτικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου**

- Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοικτή. εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.
- Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφάλειας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
- Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.
- Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθειά του
- Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
- Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
- Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.
- Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
- Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησής του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλευτή.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλευτή και τον γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.<sup>60,61</sup>

Τονίζεται ότι η νοσηλευτική δεν ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη

διεύρυνση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Το ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από νέο πνεύμα.<sup>60,61</sup>

### **10.7. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Καθώς η σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών - κοινωνική, επαγγελματική κ.τ.λ. - πάντα χρειάζεται συγκεκριμένη παρέμβαση για να βοηθηθεί ο ασθενής να επανακτήσει σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό τη λειτουργικότητα του. Η όλη διεργασία αποκατάστασης αρχίζει από το νοσοκομείο με ομαδική ψυχοθεραπεία, ομαδικές δραστηριότητες, δόμηση της ημέρας, απασχολησιο-θεραπεία ή εργοθεραπεία κ.τ.λ. Όσο περισσότερο χρόνο ο ασθενής έχει παραμείνει στο νοσοκομείο, τόσο πιο συστηματική, έντονη και επίμονη η προσπάθεια αποκατάστασης.

Είναι γεγονός ότι παρόλη την αύξηση των εξωνοσοκομειακών θεραπευτικών δομών, το ψυχιατρικό νοσοκομείο εξακολουθεί και θα εξακολουθεί για πολλές δεκαετίες ακόμα - αν όχι για πάντα- να αποτελεί το κύριο άξονα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικά πασχόντων. Αυτό δεν θα οφείλεται μόνο σε κοινωνικούς ή άλλους λόγους, αλλά και σε αυτή τη φύση της ψυχικής ασθένειας, η οποία πάντα θα αναγκάζει κάποιους συνανθρώπους μας να παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα σε ελεγχόμενο θεραπευτικό περιβάλλον. Σίγουρα δεν πιστεύουμε ότι η ολοκλήρωση της θεραπείας μπορεί να γίνει «μέσα από τους τοίχους», όσο ευχάριστα χρώματα και να τους δώσουμε. Πίσω από αυτούς τους τοίχους θα αρχίσει όμως πολλές φορές η θεραπευτική προσπάθεια, που θα ολοκληρωθεί από κάποιες άλλες εξωνοσοκομειακές δομές και θα αξιολογηθεί μόνο όταν ο ασθενής επιστρέψει στο κοινωνικό περιβάλλον, που θα πρέπει να είναι και ο τελικός στόχος της προσπάθειάς μας.

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο ή η ψυχιατρική κλινική, σε οποιαδήποτε μορφή της, θα λειτουργήσει λοιπόν καθοριστικά για την περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής κατάστασης του ασθενή. Θα μπορεί να τον «ασυλοποιεί» όπως συμβαίνει τις περισσότερες φορές μέχρι σήμερα (μια «ασυλοποίηση» που δεν θα κριθεί μόνο με το εάν παραμείνει ο ασθενής στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, αφού χωρίς κατάλληλη παρέμβαση ένα μεγάλο πλήθος ασθενών «ασυλοποιούνται» μέσα στην κοινωνία, μέσα στα ίδια τους τα σπίτια), ή θα επιδράσει με τέτοιο τρόπο πάνω του, ώστε όχι μόνο να μην τον ασυλοποιήσει αλλά να τον εφοδιάσει και με νέες ικανότητες για να

αντεπεξέλθει στην εξωνοσοκομειακή πραγματικότητα.

Για να γίνει κάτι τέτοιο, η κλινική θα πρέπει να διαθέτει κάτι παραπάνω από τα φαρμακευτικά σκευάσματα και την καλή διάθεση των θεραπειών. Θα πρέπει να διαθέτει όχι μόνο ένα μεγάλο αριθμό θεραπειών, αλλά και έναν αριθμό εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες μέσα από μια δομημένη διαδικασία θα προσφέρουν την δυνατότητα σχεδιασμού ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος ανάλογα με τις ανάγκες και τα ελλείμματα των ασθενών.

Μια σύντομη αναφορά σε τέτοιου είδους εναλλακτικές θεραπείες γίνεται στις παρακάτω σελίδες.<sup>62</sup>

### **10.7.1. Η Κλινική σαν θεραπευτικό σύνολο - Ψυχοθεραπεία**

Μια βασική διαφορά ανάμεσα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία στο ιατρείο και στην κλινική είναι το ότι, στην κλινική, ο ασθενής δεν έρχεται σε επαφή μόνο με τον θεραπευτή του αλλά και με έναν αριθμό άλλων ατόμων με θεραπευτική δράση πάνω του. Ατόμων που ανήκουν σε διάφορα επαγγέλματα με διαφορετικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο και πολλές φορές «θεραπευτική ιδεολογία» :

Οι θεραπευτές στην εργοθεραπεία, τη μουσικοθεραπεία, ο νοσηλεύτης και η νοσηλεύτρια είναι μερικά από τα πρόσωπα τα κλινικής με τα οποία ο ασθενής αναπτύσσει στενές θεραπευτικές σχέσεις. Η κατάσταση αυτή οδηγεί στο γεγονός ότι οι ασθενείς εμφανίζουν διάφορες συναισθηματικές «μεταβιβάσεις» απέναντι στα διάφορα πρόσωπα που ασχολούνται μαζί τους, πράγμα που οδηγεί με τη σειρά του και σε ανάλογες «αντιμεταβιβάσεις» από :ην πλευρά των θεραπειών οι οποίοι βιώνονται από τον ασθενή σαν «καλοί» ή σαν «κακοί».

Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, κατά την κλινική ψυχοθεραπεία δεν θα πρέπει να περιορισθούμε μόνο στη επεξεργασία των ψυχικών διαταραχών, σε ατομικό επίπεδο, του ασθενή, αλλά θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και να χρησιμοποιήσουμε τα «μεταβιβαστικά φαινόμενα» και τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσει ο ασθενής με τα άτομα της κλινικής. Για την αναλυτικά προσανατολισμένη ψυχοθεραπεία αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να γίνει η επεξεργασία των «μεταβιβάσεων» όχι μόνο απέναντι στον κυρίως θεραπευτή, αλλά και αυτών που απευθύνονται και σε όλους τους άλλους που αποτελούν τη θεραπευτική ομάδα.

Ένα δεύτερο στοιχείο της κλινικής ψυχοθεραπείας είναι η «παλινδρόμηση» που

υφίσταται ο ασθενής και μόνο από το γεγονός ότι βρίσκεται μέσα σε μια νοσοκομειακή μονάδα. Τόσο ο περιορισμός στην ελευθερία κίνησης, όσο και η «φροντίδα» των αναγκών του από άλλους καθώς και η «υποχρεωτική» συμπεριφορά λόγω των κανόνων της μονάδας ενισχύουν τις «παλινδρομικές» τάσεις του -χαρακτήρα του και «ισχυροποιούν» τα στοιχεία ανωριμότητάς του, και ιδιαίτερα τις ανάγκες «εξάρτησης» του από τους άλλους. Έτσι, αυτό το ίδιο το γεγονός της κλινικής παραμονής αποτελεί από μόνο του ένα πρόβλημα.

Γίνεται λοιπόν αναγκαία η παρατήρηση και επεξεργασία της ασυνείδητης δυναμικής αλληλεπίδρασης με τα διάφορα τμήματα της κλινικής θεωρώντας ταυτόχρονα και την ίδια την κλινική σαν μια δομή, η οποία -μας προσφέρει τη δυνατότητα αυτή της εκδήλωσης διαφόρων μορφών διαπροσωπικών σχέσεων και άλλων μεταβιβαστικών φαινομένων-, στοιχείων δηλαδή που εμπλουτίζουν το υλικό μας, παρέχοντάς μας ταυτόχρονα και του-ς τρόπους θεραπευτικής επίδρασης σε αυτά.

Κάτι τέτοιο όμως προϋποθέτει μια έντονη συνεργασία των απασχολουμένων με τον ασθενή, έτσι ώστε τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να γίνουν ένα όργανο τόσο θεωρητικής ανάπτυξης όσο και πρακτικής εφαρμογής της κλινικής ψυχοθεραπείας. Για την πραγματοποίηση μιας τέτοιας διαδικασίας είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός προγράμματος εκπαίδευσης ή μετεκπαίδευσης όλων των μελών της θεραπευτικής μονάδας με όσο το δυνατόν περισσότερα πρακτικά στοιχεία.<sup>63</sup>

Αναλυτικότερα, η τοποθέτηση αυτή θα μπορούσε να εκφρασθεί με τις παρακάτω αρχές:

1. Η κλινική, σαν θεραπευτική δομή, θα πρέπει να θεωρηθεί σαν ένας οργανισμός του οποίου τα διάφορα μέρη βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση, επηρεάζει το ένα τη λειτουργία του άλλου, ευνοώντας ή εμποδίζοντας αυτή. Στοιχείο με ιδιαίτερη σημασία για τη θεραπευτική δράση, την καλή, δηλαδή, λειτουργικότητα του οργανισμού, είναι η όσο το δυνατόν καλλιέργεια της επικοινωνίας και ανταλλαγής απόψεων των μελών και η κατανομή της ανάλογης κυριαρχίας και δυνατότητας λήψης αποφάσεων στα διάφορα λειτουργικά τμήματα. Προϋπόθεση για κάτι τέτοιο, αποτελεί η μείωση των «κοινωνικών» αποστάσεων μεταξύ των διαφόρων ομάδων εργαζομένων, έτσι ώστε να γίνει δυνατή μια διαχρονικά ελεύθερη και αποδοτική επικοινωνία μεταξύ τους. Μια τέτοια προϋπόθεση δεν σημαίνει την κατάργηση δομών, αλλά επιτρέπει στα μέλη των θεραπευτικών ομάδων να κινητοποιούνται και να παίρνουν αποφάσεις ανάλογα με την περίπτωση, χωρίς να τίθενται σε κίνδυνο η

ιατρική ευθύνη, που αποτελεί και τον τελικό φορέα της θεραπευτικής ευθύνης στα κλινικά πλαίσια.

2. Το δυναμικό των ατόμων με θεραπευτική δράση θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί με τον καλύτερο δυνατόν τρόπο. Η κλινική δεν είναι μόνο ένα «οργανωτικό» σύνολο, αλλά αποτελεί και ένα θεραπευτικό πεδίο. Στα κλινικά θεραπευτικά αυτά πλαίσια ο ασθενής αναπτύσσει θεραπευτικές σχέσεις με διάφορα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Αυτό δημιουργεί την υποχρέωση της άριστης χρησιμοποίησης των ικανοτήτων, τόσο των επαγγελματιών όσο και αυτών της προσωπικότητας, των μελών της θεραπευτικής ομάδας, ανεξάρτητα από τη «θέση» τους, σε μια ισότιμη σχέση, ανάλογα με τον επιμέρους ρόλο τους στην ομάδα.

3. Η διαμόρφωση του θεραπευτικού πεδίου απαιτεί τη συνεργασία των μελών της θεραπευτικής ομάδας με την έννοια της αλληλοσυμπλήρωσης, της ανταπόκρισης, της διόρθωσης και της επεξεργασίας μιας συντονισμένης θεραπευτικής διαδικασίας. Για κάτι τέτοιο είναι αναγκαία μια μεγάλη περίοδος συνεργασίας και συνέχειας της θεραπευτικής ομάδας. Ιδιαίτερη σημασία έχουν, σε αυτή την περίπτωση η λειτουργία και η βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, που βρίσκεται πρακτικά κοντύτερα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, στον ασθενή.
4. Ευνοϊκές προϋποθέσεις για την κινητοποίηση του θεραπευτικού δυναμικού των ασθενών. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία αναλαμβάνοντας υπευθυνότητες τόσο για τους ίδιους όσο και για τους συντρόφους τους. Συμμετέχουν στην πραγματοποίηση διαφόρων εκδηλώσεων και αναλαμβάνουν και την ανάλογη ευθύνη για αυτές.
5. Μια από τις σπουδαιότερες προϋποθέσεις στο σχεδιασμό και τη λειτουργία της ψυχοθεραπευτικής ομάδας είναι η ελεύθερη επικοινωνία μεταξύ των μελών της. Αντί για ένα μονόδρομο παροχής γνώσης και πληροφοριών θα πρέπει να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για δυνατότητα έκφρασης γνώμης, πληροφοριών και συναισθημάτων από όλα τα μέλη της ομάδας, σε μια επικοινωνία χωρίς τεχνητές αναστολές και εμπόδια.
6. Η ανάλυση των διαπροσωπικών σχέσεων και της επικοινωνίας μέσα στη θεραπευτική ομάδα είναι μόνο τότε δυνατή, όταν διατηρείται η αρχή της κατά το δυνατόν μεγαλύτερης ανεκτικότητας απέναντι στη συμπεριφορά και τις εκφράσεις κάθε μέλους χωριστά, χωρίς «ομαδοποιήσεις» μέσα στην ομάδα αλλά μέσα στα όρια που καθορίζει το σύνολο.

7. Θεμέλιο της «κοινωνικής γνώσης» είναι η προϋπόθεση της τακτικής ανταπόκρισης όλων των εκφράσεων της κοινότητας στα πλαίσια της ελεύθερης επικοινωνίας των μελών της.
8. Προϋπόθεση για τη λειτουργικότητα ενός τέτοιου θεραπευτικού πεδίου είναι η παραίτηση από τη συναισθηματική ουδετερότητα και η καλλιέργεια της ελεγχόμενης συναισθηματικής επικοινωνίας.
9. Στην πράξη είναι απαραίτητες ανάλογες εξετάσεις και όργανα επέμβασης στη θεραπευτική διαδικασία. Τακτικές συναντήσεις των θεραπευτικών ομάδων, συνεχής ομαδική εργασία,- εκπαιδευτικά Κι μετεκπαιδευτικά προγράμματα εξυπηρετούν τη θετική δυναμική κατεύθυνση των θεραπευτικών ομάδων και προσφέρουν άσκηση των συμμετεχόντων.<sup>63,64</sup>

#### 10.7.2. Σπορ και Κινησιοθεραπεία

Τα σπορ και η κινησιοθεραπεία έχουν αναδειχθεί σε σπουδαία στοιχεία συμπλήρωσης της κλινικής θεραπείας των ψυχικά πασχόντων. Εξυπηρετούν όχι μόνο την περίθαλψη τυχόν κινητικών μειονεκτημάτων, αλλά έχουν ακόμα σαν στόχο να προσφέρουν και να εξασκήσουν στον ασθενή νέους τρόπους επικοινωνίας.

Τα προγράμματα των σπορ και της κινησιοθεραπείας έχουν σαν στόχους.

- P** Την καλύτερη των αισθητικών και ψυχοκινητικών λειτουργιών.
- P** Την άσκηση της κοινωνικής αλληλοκάλυψης και την ικανότητα προσαρμογής στην ομάδα.
- P** Την καλύτερη και διαφοροποίηση των μυοκινητικών ικανοτήτων, με αποτέλεσμα την καλύτερη σχέση με το σώμα.
- P** Τη διεύρυνση των δυνατοτήτων απασχόλησης στην καθημερινότητα μέσα από τη συμμετοχή σε γυμναστήρια, σε ομάδες - χόμπι κ.τ.λ. με στόχο την καλύτερη διάθεση του ελεύθερου χρόνου και την αύξηση της χαράς στη ζωή.

Ο εμπλουτισμός των σπορ και της κινησιοθεραπείας με διάφορες μεθόδους «χαλάρωσης» προσφέρει μια ακόμη πιο διαφοροποιημένη θεραπευτική διάσταση στη μορφή αυτής της θεραπείας. Ιδιαίτερη εφαρμογή βρίσκουν αυτές οι μέθοδοι στη θεραπεία εξαρτημένων ασθενών όπου οι σωματικές επιπτώσεις από τη χρόνια χρήση της ουσίας είναι πιο εμφανείς. Ακόμα, ατού του είδους οι θεραπείες έχουν μια γενικότερη ψυχοθεραπευτική δράση αφού, για παράδειγμα, βοηθούν στο ξεπέραςμα



συναισθημάτων δυσφορίας, αναπτύσσουν την ικανότητα σωματικής άσκησης προσφέροντας το συναίσθημα ευεξίας, καλλιεργούν το κοινωνικό συναίσθημα και την ικανότητα λειτουργίας μέσα στην ομάδα κ.τ.λ. Πιθανώς εμφανιζόμενες δυσκολίες και προβλήματα θα πρέπει να συζητούνται και να επεξεργάζονται από την ομάδα και τον υπεύθυνο θεραπευτή.<sup>63</sup>

Τελειώνοντας τη σύντομη αναφορά στη σημασία των σπορ και της κινησιοθεραπείας στην κλινική ψυχιατρική θεραπεία ή και γενικότερα στην ιατρική πράξη, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι «μοντέρνες» αυτές μέθοδοι θεραπείας έλκουν την καταγωγή τους από τα Ασκληπεία της αρχαίας Ελλάδος όπου διοργανώνονταν ακόμα και αγώνες στα στάδια, που διέθεταν οι «κλινικές» της εποχής, τότε, καλλιεργώντας το «νους υγιής εν σώματι υγιή».<sup>63,64</sup>

### 10.7.3. Η Εργασιοθεραπεία

Πρόκειται για μια θεραπευτική διαδικασία, η οποία στοχεύει στα υγιή τμήματα της προσωπικότητας του ψυχικά ασθενή με σκοπό να τα δυναμώσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να διαχειρίζεται μόνος του τον εαυτό του. Είναι μια ενεργητική μορφή θεραπείας, η οποία στηρίζεται στην προϋπόθεση ότι σε κάθε ψυχικά ασθενή υπάρχουν υγιή τμήματα στον ψυχισμό του και μια δυνητική ικανότητα για εργασία.

Η εργασιοθεραπεία στοχεύει τόσο στην επανάκτηση «χαμένων» ικανοτήτων, όσο και στη διαφοροποίηση ή εκμάθηση νέων, οι οποίες θα στηρίζονται στις εναπομείναντες ικανότητες του ασθενή ώστε να γίνει δυνατή η κοινωνική του επανένταξη. Ακόμα, γίνεται και η επεξεργασία τυχόν αρνητικών συνηθειών, αποτέλεσμα της ψυχικής ασθένειας, και η αντικατάστασή τους με νέες, δημιουργικότερες και περισσότερο ωφέλιμες για τον ασθενή. Η εργασιοθεραπεία αποτελεί μια από τις πρώτες μορφές θεραπευτικής δράσης επί των ψυχικά πασχόντων, έστω και όχι με τη σημερινή, εξελιγμένη και διαφοροποιημένη μορφή της. Ιδιαίτερη σπουδαιότητα και εφαρμογή βρίσκει στη θεραπεία εξαρτημένων ατόμων.

Σύμφωνα με τις βασικές τοποθετήσεις του «πατέρα» της εργασιοθεραπείας Hermann Simon (1924), η εργασιοθεραπεία περιλαμβάνει τρεις πυρήνες με θεραπευτική δράση:

1. την εργασία.
2. την εκπαίδευση

### 3. ένα υγιές και ανθρώπινο περιβάλλον

Ο ασθενής θα πρέπει να μάθει να αντέχει τόσο στα ευχάριστα όσο και στα δυσάρεστα στοιχεία της εργασίας, με στόχο να ξεπεράσει την παθητικότητά του και να συμμετάσχει δημιουργικά και ενεργητικά στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος του. Ακόμα θα πρέπει να ασκήσει τη διάρκεια της αντοχής του απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση, τη διαφοροποίηση και την επεξεργασία των σχέσεων του με το περιβάλλον.<sup>63</sup>

Μια εργασία που παρέχει κάποιο νόημα στον ασθενή, θα πρέπει να του καλλιεργεί τα υγιή στοιχεία του, να τα κατευθύνει σε υγιή «κανάλια» τα οποία θα του εξασφαλίσουν κάποια συναισθηματική (και όχι μόνο) απόδοση, προφυλάσσοντάς τον ταυτόχρονα από την άσκοπη σπατάλη της ενέργειας του. Μια τέτοια εργασία θα λειτουργήσει σαν ψυχολογικό στήριγμα στον ασθενή.

Το εκπαιδευτικό στοιχείο στην εργασία περιλαμβάνεται στην αναγκαιότητα για ανάπτυξη σχέσεων, διατήρηση των κανόνων, τακτικότητα και υπευθυνότητα, αμοιβή και «τιμωρία» στις περιπτώσεις μη τήρησης των αρχών που διέπουν τον εργασιακό χώρο.

Το περιβάλλον της εργασίας θα πρέπει να ενισχύει τα θετικά στοιχεία της και να λαμβάνει υπόψη τις φυσιολογικές ανθρώπινες ανάγκες. Αρνητικό περιβάλλον θα αποδυναμώσει και τα θετικά στοιχεία της εργασίας με αποτέλεσμα τις ανάλογες επιπτώσεις. Μέσα από την εργασιοθεραπεία, ο ασθενής κατορθώνει μια καλύτερη σωματική και ψυχολογική κατάσταση, η οποία θα του επιτρέψει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και θα δυναμώσει τη σύνδεση του με την κοινωνική πραγματικότητα.<sup>63,64</sup>

Το ατομικό εργασιοθεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να σχεδιάζεται και να πραγματοποιείται σταδιακά, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Αυτό σημαίνει τη στενή συνεργασία του ιατρού; των άλλων θεραπειών και του εργασιοθεραπευτή έτσι ώστε να προσδιορισθεί το επίπεδο δυνατής εκκίνησης του ασθενή στη θεραπεία, τα υγιή του στοιχεία και να καθορισθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι. Για το σκοπό αυτό είναι αναγκαία τα παρακάτω βήματα:

1. η διάγνωση της κατάστασης, οι ικανότητες και τα μειονεκτήματα του ασθενή σε σχέση με την εργασία
2. η διαπίστωση, σε ποιο βαθμό τα μειονεκτήματα και τα προβλήματα του ασθενή, θα αποτελέσουν μια μόνιμη κατάσταση, η οποία θα επηρεάσει και τον τελικό στόχο.

3. η αύξηση του κινήτρου για συμμετοχή στο εργασιοθεραπευτικό πρόγραμμα.

Για να γίνει δυνατή η διάγνωση, σε σχέση με την πιθανή συμπεριφορά του ασθενή στο σχεδιαζόμενο εργοθεραπευτικό πρόγραμμα, είναι αναγκαίος κάποιος χρόνος παρατήρησης-και αξιολόγησης των δυνατοτήτων του ασθενή. Κατά τη διάρκεια όπως χρονικής όπως περιόδου θα πρέπει να παρατηρηθεί η συμπεριφορά του ασθενή τόσο- σε σχέση με τη στενή, όσο και με την πλατύτερη έννοια όπως εργασιακής του συμπεριφοράς. Όπου, «εργασιακή συμπεριφορά» με τη στενή έννοια σημαίνει κάθε στοιχείο συμπεριφοράς του που έχει σχέση και παρατηρείται μόνο κατά την απασχόλησή του με τη συγκεκριμένη εργασία, όπως π.χ.:

1. σε ποιο βαθμό έχει την ικανότητα να χρησιμοποιήσει μέτρα, όγκους, σχήματα, χρώματα, ποσότητες κ.λπ.
2. σε ποίο βαθμό έχει την ικανότητα να λειτουργήσει με-τους κανόνες και το ρυθμό της εργασίας ή π.χ. αλλάζει τη σειρά των επιμέρους αναγκαίων πράξεων, καταστρέφει υλικό ή θέτει και τη ζωή του σε κίνδυνο από κακή χρήση. του υλικού κ.λπ.
3. σε ποίο βαθμό διαφέρει η ικανότητά του για εργασία από το φυσιολογικό, όπως π.χ. συχνή απουσία, υψηλός κίνδυνος διακοπής του προγράμματος εξαιρετικά αργός, ιδιαίτερα ακανόνιστος ρυθμός εργασίας, πολλά λάθη κ.λπ.

Όλα αυτά τα στοιχεία είναι δυνατόν και αναγκαίο να προσδιορισθούν πριν αρχίσει κάποιο εργασιοθεραπευτικό πρόγραμμα.

#### **10.7.4. Απασχολησιοθεραπεία**

Παρουσιάζει ομοιότητες με την εργασιοθεραπεία και αποτελεί μια ιδιαίτερη σημασία θεραπευτικής διαδικασίας για ψυχικά πάσχοντες. Μαζί με την εργασιοθεραπεία έχουν προσανατολισμό την ικανότητα συμπεριφοράς του ατόμου και μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς, να μάθουν να αντιμετωπίζουν πρακτικά προβλήματα με κάποια διάρκεια, να καλλιεργήσουν κοινωνικές και εργασιακές ικανότητες ή να επανακτήσουν χαμένες δυνατότητες μέσα σε ένα ασφαλές και χωρίς άγχος περιβάλλον. Ακόμα προσφέρουν δυνατότητες για νέους τρόπους ζωής, δοκιμή μορφών συμπεριφοράς και αναπροσαρμογής αναγκών και επιθυμιών.

Η απασχολησιοθεραπεία είναι με αυτόν τον τρόπο στενά συνδεδεμένη με τις άλλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους και έχει σαν γενικό στόχο να βοηθήσει τον ασθενή

να βιώσει τις βασικές ανάγκες του, να τις αναγνωρίσει και να τις κάνει πράξη.

Ο ασθενής, μπορεί δηλαδή, να μάθει ότι έχει ανάγκες, π.χ. διαπροσωπικών σχέσεων με άλλους ανθρώπους, να ντυθεί όμορφα, να νοιώσει το αίσθημα της χαράς μέσα από κάτι δημιουργικό, να δημιουργήσει κάτι ευχάριστο για την καθημερινή του θλίψη, να κινηθεί καλύτερα στον κοινωνικό χώρο κ.ά.

Έχοντας σαν στόχο τη μετάδοση καθημερινών αναγκών στον ασθενή, η απασχολησιοθεραπεία θα πρέπει να απλώνεται σε όλους τους χώρους της κλινικής και να περιλαμβάνει όλες τις ώρες τις ημέρας. Θα πρέπει, δηλαδή, να βρίσκονται, τα στοιχεία τις σε όλη τη διαβίωση του ασθενή στην κλινική και να μην περιορίζεται μέσα σε ένα ξεχωριστό χώρο, όπου «κάτι γίνεται» για να περνάει η ώρα. Θα πρέπει η μορφή αυτή θεραπείας να εξυπηρετεί τους στόχους της επανένταξης του ασθενή στον κοινωνικό χώρο, παρέχοντάς του δυνατότητες για τη ζωή έξω από την κλινική.

Ακόμα, μέσα από την ασχολία με τα διάφορα υλικά και τεχνικές θα πρέπει να σχεδιάζεται ένας εξατομικευμένος θεραπευτικός/στόχος με τη στενή έννοια του όρου, δηλαδή η καλλιέργεια της αυτοπεποίθησης, της αυτονομίας, των ατομικών; κινήτρων και ενδιαφέροντος για τη ζωή, τη δημιουργικότητα, την ικανότητα για διάρκεια και για επεξεργασία προβλημάτων.<sup>63,65</sup>

#### **10.7.5. Μουσικοθεραπεία**

Η μουσικοθεραπεία περιλαμβάνεται στις μορφές ομαδικής ψυχοθεραπείας. Εξυπηρετεί την ευαισθητοποίηση στις ικανότητες βίωσης του εαυτού μας και των άλλων, την επεξεργασία συναισθηματικών προβλημάτων, την ενορμητική, λεκτική και τη μη λεκτική διαφοροποίηση της έκφρασης, την καλύτερευση της ικανότητας, επικοινωνίας με τους άλλους, την ενίσχυση των θετικών εμπειριών και γενικότερα τη δημιουργικότερη έκφραση της προσωπικότητας.<sup>63,64,65</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### 11.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (1<sup>ο</sup>)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	:	X.B.
ΦΥΛΟ	:	Θήλυ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	:	Περιστασιακές εργασίες
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	:	Απόφοιτος Λυκείου
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	:	Άγαμη
ΗΛΙΚΙΑ	:	31 ετών
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ	:	9-5-03, 9-11-08

Η νόσος εμφανίζεται στην ασθενή το Μάιο του 1993. Δεκαπέντε ημέρες πριν την εισαγωγή της στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου όπου διαγώστηκε σχιζοφρένεια (ηβηφρενική μορφή) παρουσίασε έξαρση συναισθήματος, αναίτιους γέλωτες, άρση αναστολών, λογόροια, επαναλάμβανε την ίδια φράση, ήταν διαχυτική με άτομα που γνώριζε ελάχιστα. Από τις πληροφορίες που έδωσε η μητέρα της τον Αύγουστο του 1990 είχε προηγηθεί ένα επεισόδιο με απόσυρση από οικείους και φίλους, μελαγχολικό συναίσθημα, σωματική αδυναμία. Έκλεγε, έλεγε «κοίταξε πως έγινα σα γριά να μη μπορώ να κάνω τίποτα». Απευθύνθηκαν σε ιδιώτη ψυχίατρο και ακολούθησε φαρμακευτική αγωγή με Aloperidin, που το μείωνε σταδιακά επειδή παρουσίαζε βελτίωση. Εδώ και 6 μήνες δεν έπαιρνε αγωγή.

Ο πατέρας της ήταν ευερέθιστο άτομο και συχνά δημιουργούσε επεισόδια στην οικογένεια. Αποχωρίστηκε από τον πατέρα της σε ηλικία 15 ετών, όταν οι γονείς της χώρισαν και ο πατέρας της ξαναπαντρεύτηκε. Οι σχέσεις με την αδελφή και τον αδελφό της δεν είναι αρμονικές γιατί δεν μπορούσαν να δέχονται τις ιδιοτροπίες της. Στο Λύκειο διάβαζε πολύ και η απόδοσή μέτρια. Παρουσίαζε δυσκολία στην απομνημόνευση.

**Αιτία εισόδου:** Έντονη ψυχοκινητική ανησυχία, συνδεδεμένη από ύβρεις - φωνές - ευφορικό συναίσθημα, άρση αναστολών, αναίτιοι γέλωτες.

**Περιγραφή από την ασθενή:** «Είμαι νευρική νοιώθω εξασθενημένη, το αίμα φεύγει από μέσα μου. Αγαπώ όλο τον κόσμο».

**Έξοδος από την κλινική:** Η ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από νοσηλεία ενός μήνα. Συναίσθημα πρόσφορο. Δεν παρουσιάζονται ενεργά ψυχωτικά επεισόδια. Η ασθενής δεν είναι επικίνδυνη για τον εαυτό της και τους άλλους. Τηρείται φαρμακευτική αγωγή με Aloperidin, Akineton. Βρίσκεται σε ιατρική παρακολούθηση. Η ασθενής εισάγεται για δεύτερη φορά στην κλινική στις 9/11/99.

**Αιτία 2<sup>ης</sup> εισαγωγής:** Απόπειρα αυτοκτονίας, ακουστικές, και οπτικές ψευδαισθήσεις, ιδέες δίωξης, φόβος, αγωνία. Η ίδια αναφέρει «...θέλουν να με σκοτώσουν...Θα έρθουν να με σκοτώσουν με μαχαίρι... Πήρα τις ασπιρίνες για να γλιτώσω από αυτούς που ήθελαν να με σκοτώσουν». Νοσηλεύεται στην κλινική για ένα μήνα. Παρατηρείται παραμέληση της εξωτερικής της εμφάνισης, αναφέρει ακουστικές ψευδαισθήσεις διωκτικού περιεχομένου.

**Έξοδος:** Συνεχίζει να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις. Η κατάστασή της είναι καλύτερη. Παρουσιάζεται ήρεμη, ο φόβος και η αγωνία έχουν αποχωρήσει. Δεν αναφέρεται αυτοκτονική τάση. Καμιά πιθανότητα δεν αποκλείεται λόγω παλιότερης σοβαρής απόπειρας. Ο πατέρας ενημερώνεται και τη βοηθάει παρακολουθώντας την 24 ώρες το 24ωρο. Συνεχίζει τα φάρμακα Aloperidin και Zyprexa.

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<p><b>1. Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας</b></p>	<p>§ Να εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με συνοχή, σκοπό και νόημα, βασισμένα στην πραγματικότητα</p> <p>§ Να χρησιμοποιεί κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη επικοινωνίας</p> <p>§ Να κατανοεί τα προβλήματα επικοινωνίας και των στρεσογόνων παραγόντων που το προκαλούν.</p>	<p>§ Συνεχιζόμενη εκτίμηση του τύπου και βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας.</p> <p>§ Αναγνώριση αιτιών που προκαλούν το πρόβλημα όπως παραληρητικές ιδέες ψευδαισθήσεις άγχος, απόσυρση από το περιβάλλον.</p>	<p>§ Υπομονετική ακρόαση των λεκτικών μηνυμάτων και παρατήρηση της μη λεκτικής-συμβολικής συμπεριφοράς του αρρώστου.</p> <p>§ Δημιουργία ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος που βοηθά στην ελάττωση του άγχους</p> <p>§ Αντιμέτωπιση των αιτιολογικών παραγόντων του προβλήματος.</p> <p>§ Αποδοχή χρησιμοποίησης από τον άρρωστο άλλων τρόπων επικοινωνίας εκτός από την ομιλία, όπως ζωγραφική, γράψιμο, χειρονομίες, τραγούδι.</p> <p>§ Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής αγωγής.</p>	<p>§ Ο ασθενής είναι πλέον ικανός να αναγνωρίσει τα προβλήματα επικοινωνίας και των παραγόντων που τα προκαλούν.</p> <p>§ Χρησιμοποιεί κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.</p> <p>§ Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με συνοχή, σκοπό και νόημα, βασισμένα στην πραγματικότητα. Αρχίζει τη δοκιμή στρατηγικών για ελάττωση του άγχους του και προαγωγή της λεκτικής επικοινωνίας με συνοχή και νόημα.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<p><b>2. Παραμέληση της προσωπικής εμφάνισης</b></p>	<p>§ Η εκμάθηση απλών συνηθειών υγιεινής και φροντίδας του από την ίδια.</p>	<p>§ Αρχικά η ασθενής ενθαρρύνεται να βοηθείται να ασχοληθεί με τη ατομική υγιεινή και την περιποιημένη εμφάνισή της.</p> <p>§ Προγραμματίζεται η ατομική του φροντίδα σε τακτά χρονικά διαστήματα για να αποκτήσει τη συνήθεια αυτή.</p>	<p>§ Ενθαρρύνεται η ασθενής να περιποιηθεί τον εαυτό της και σιγά-σιγά αφήνεται η πλήρης ευθύνη της επιμέλειάς της.</p> <p>§ Γίνονται επαινετικά σχόλια όταν εμφανίζεται καθαρή για την εμπέδωση των υγιεινών συνθηκών.</p> <p>§ Στα πλαίσια της εργασιοθεραπείας παροτρύνεται η ασθενής να φτιάξει κάτι για τον εαυτό της, π.χ. ένα κόσμημα ή ένα ρούχο.</p> <p>§ Εφαρμόζεται βεβαίωση και ψυχοθεραπεία για την άρνηση του αιτίου που προκαλεί αυτή την παραμέληση του εαυτού της.</p> <p>§ Τονίζονται με προσοχή και ευγένεια τα καλά στοιχεία που έχει ο εαυτός της να αποδείξει.</p>	<p>§ Η ασθενής παρακολουθείται συνεχώς και ελέγχεται η πρόοδός της. Αν καμία πρόοδος δεν έχει καταγραφεί, υπάρχει προβληματισμός μεταξύ της ομάδας και ελέγχεται η διανοητική κατάσταση της ασθενούς για τυχόν νοηματικές ανωμαλίες που δεν ελήφθησαν υπόψη.</p>
<p><b>3. Ανησυχία-Υπερδιέγερση</b></p>	<p>§ Μείωση της ανησυχίας της ασθενούς.</p> <p>§ Μείωση της υπερδιέγερσης.</p>	<p>§ Χορήγηση φαρμάκων.</p> <p>§ Συζήτηση με την ασθενή – επικοινωνία.</p>	<p>§ Χορηγήθηκε Stedon ενδομυϊκά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>§ Ενθαρρύνεται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της και τις σκέψεις της.</p> <p>§ Δείχνει κατανόηση για την συμπεριφορά της.</p>	<p>§ Η ασθενής παρακολουθείται μέχρι να ηρεμίσει.</p> <p>§ Σταδιακά παρατηρείται κατευνασμός της υπερδιέγερσης.</p>



Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<b>4. Διαταραχή των διεργασιών της σκέψης.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Ικανότητα ασθενούς να αναγνωρίσει τις αλλαγές στη σκέψη της.</li> <li>§ Ικανότητα διάκρισης των έμμονων ιδεών και της πραγματικότητας και αύξηση της ικανότητάς της να τις χειρίζεται αποτελεσματικά ελαττώνοντας ή διακόπτοντας την παθολογική σκέψη.</li> <li>§ Έκφραση ενδιαφέροντος προς την ασθενή.</li> <li>§ Επαναπροσδιορισμός των νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων.</li> <li>§ Διακοπή παθολογικής σκέψης ασθενούς και επαναπροσανατολισμός στην πραγματικότητα.</li> <li>§ Παρεμπόδιση εμφάνισης εχθρικής συμπεριφοράς. Ενίσχυση εμπιστοσύνης.</li> <li>§ Παροχή σιγουριάς, ασφάλειας, άνεσης και μείωση του άγχους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Προγραμματίζεται στενή παρακολούθηση ασθενούς.</li> <li>§ Διαμόρφωση τακτικής για τον τρόπο προσέγγισης, διδασκαλίας, επικοινωνίας, υποστήριξης της ασθενούς.</li> <li>§ Διάθεση επαρκούς χρόνου για συζήτηση αποφεύγοντας διακοπές.</li> <li>§ Δημιουργία άνετου και ήρεμου κλίματος για τη διεξαγωγή της συζήτησης – διδασκαλίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Συνεχής εκτίμηση παρουσίας/έντασης των διεργασιών της σκέψης της, παρακολουθώντας συσπάσεις προσώπου και κινήσεις.</li> <li>§ Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης της ασθενούς.</li> <li>§ Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση.</li> <li>§ Προσεκτική ακρόαση της ασθενούς.</li> <li>§ Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης.</li> <li>§ Ήρεμη παρουσία της πραγματικότητας.</li> <li>§ Τοποθέτηση ορίων όταν προσπαθεί να αντιδράσει παρορμητικά προς τη διαταραγμένη σκέψη.</li> <li>§ Σε έντονο εκνευρισμό χορήγηση νευροληπτικών φαρμάκων μετά από εντολή γιατρού για πρόληψη βίαιης συμπεριφοράς.</li> <li>§ Παροχή νέων, ενδιαφερόντων ασχολιών για τη πρόληψη αρνητική συμπεριφοράς προς τον εαυτό της.</li> <li>§ Μείωση στρεσογόνων παραγόντων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Η ασθενής είναι οργανωμένη και πρόθυμη.</li> <li>§ Σταδιακή υποχώρηση των έμμονων ιδεών.</li> <li>§ Λεκτική ικανότητα έκφρασης σκέψεων με ροή και συνειρμό.</li> <li>§ Συσχέτιση με άλλους.</li> <li>§ Ευελιξία και προθυμία να έρθει σε επαφή με άλλες απόψεις και ιδέες.</li> <li>§ Έκφραση αυτοεκτίμησης.</li> <li>§ Μείωση του άγχους.</li> <li>§ Ποιοτικός ύπνος.</li> <li>§ Ικανότητα διάκρισης της πραγματικότητας.</li> <li>§ Ικανότητα επιτέλεσης πιο περίπλοκων διεργασιών σκέψεως από παλιά.</li> <li>§ Έκφραση αισθημάτων ικανοποίησης και θετικότητας.</li> </ul>

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<p><b>5. Παραισθήσεις</b> <b>6. Ψευδαισθήσεις</b></p>	<p>§ Περιορισμός του προβλήματος ή αν είναι δυνατόν εξαφάνιση των συμπτωμάτων.</p> <p>§ Ικανότητα διάκρισης του εαυτού της σε σχέση με το περιβάλλον.</p> <p>§ Βελτίωση στις λειτουργίες σκέψης – αντίληψης.</p> <p>§ Η ασθενής να επιδιώκει προσέγγιση των νοσηλευτών όταν αισθάνεται άγχος ή την ενοχλούν οι ψευδαισθήσεις.</p> <p>§ Έκφραση λογικών σκέψεων και προγραμματισμού με την έξοδο της από το νοσοκομείο.</p>	<p>§ Σχεδιασμός προγράμματος διακριτικής παρακολούθησης της ασθενούς.</p> <p>§ Δημιουργία θετικού κλίματος και ζεστή προσέγγιση της ασθενούς προκειμένου να κερδίσει ο νοσηλευτής την εμπιστοσύνη της.</p> <p>§ Αφιέρωση χρόνου για να την ακούσει και να την καταλάβει.</p>	<p>§ Αξιολόγηση του προβλήματος εντοπισμός πιθανών αιτιών.</p> <p>§ Απομάκρυνση στρεσογόνων παραγόντων.</p> <p>§ Διάθεση χρόνου για επικοινωνία και διδασκαλία.</p> <p>§ Αποφυγή λογομαχιών και αντιπαραθέσεων ή γελοιοποίησης της ασθενούς.</p> <p>§ Προσανατολισμός ασθενούς στην πραγματικότητα με απλές και κατανοητές αποδείξεις χωρίς χρήση επιμονής ή πίεσης.</p> <p>§ Απόσπαση της προσοχής από τις ψευδαισθήσεις.</p> <p>§ Επιβράβευση της ασθενούς στην προσπάθειά της να αποβάλλει το πρόβλημα.</p>	<p>§ Η ασθενής σταδιακά παρουσιάζει μείωση ως και εξαφάνιση των συμπτωμάτων.</p> <p>§ Εκφράζει θετική συμπεριφορά και αίσθημα αυτοοικανοποίησης.</p> <p>§ Εμπιστεύεται το προσωπικό και ζητά τη βοήθειά του.</p> <p>§ Βελτίωση επικοινωνίας με τους άλλους.</p> <p>§ Έκφραση λογικών σκέψεων και ενδιαφέρον για δραστηριότητα.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<p><b>7. Αποπροσανατολισμός σχετικά με την προσωπική ταυτότητα.</b></p>	<p>§ Αποκατάσταση και ενίσχυση της ταυτότητας της ασθενούς.</p> <p>§ Πρόληψη σύγχυσης, ενίσχυση πραγματικότητας και καθορισμός μιας μεθόδου σταθερότητας.</p> <p>§ Διατήρηση μιας αίσθησης προσωπικής ιδιαιτερότητας σε μια φιλική ατμόσφαιρα προς την ασθενή.</p> <p>§ Παροχή χειροπιαστών μέσων ταυτοποίησης.</p> <p>§ Διόρθωση λανθασμένων αντιλήψεων της ασθενούς και δημιουργία σιγουριάς και μείωση άγχους.</p>	<p>§ Σχεδιασμός του τρόπου δράσης και επιλογή των ενεργειών που θα βοηθήσουν την ασθενή χωρίς να της προκαλέσουν επιπλέον άγχος.</p> <p>§ Μετατροπή του χώρου της ασθενούς από την ίδια με τρόπο που θα την κάνει να νοιώθει πιο άνετα.</p> <p>§ Ευγενική και φιλική προσέγγιση της ασθενούς.</p>	<p>§ Προσφώνηση της ασθενούς με το ονοματεπώνυμό της.</p> <p>§ Παρότρυνση στους άλλους ασθενείς να την προσφωνούν με το ονοματεπώνυμό της και πληροφόρηση της ασθενούς για τα ονόματα γύρω της και διευκρίνιση της σχέσης τους.</p> <p>§ Παραχώρησης άδειας στην ασθενή να κρατάει προσωπικά αντικείμενα όπως βιβλία, ρούχα, φωτογραφίες.</p> <p>§ Δόθηκε στην ασθενή κάρτα με τα προσωπικά της στοιχεία και παροτρύνθηκε να την έχει μαζί της.</p> <p>§ Διερευνήθηκε μαζί με την ασθενή η εικόνα που έχει για τον εαυτό της και ενισχύθηκε η πραγματικότητα όταν ήταν απαραίτητο.</p>	<p>§ Αναγνωρίζει τον εαυτό της.</p> <p>§ Απαντά κάθε φορά που την προσφωνούν με το ονοματεπώνυμό της.</p> <p>§ Εκφράζει δυνατότητα να μιλά για τον εαυτό της.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<p><b>8. Αποπροσανατολισμός ασθενούς ως προς το χρόνο και το χώρο.</b></p>	<p>§ Παροχή συνεχούς, σταθερής άμεσης ανατροφοδότησης πληροφοριών.</p> <p>§ Να βοηθήσει η ασθενής να παραμείνει δραστήρια, ενεργή και σε εγρήγορση με τη χρήση ακουστικών και οπτικών ερεθισμάτων.</p> <p>§ Να προσανατολιστεί η ασθενής σε χρονικές ακολουθίες.</p> <p>§ Παροχή σιγουριάς και ασφάλειας στην ασθενή.</p> <p>§ Δημιουργία σχέσης μεταξύ χρόνου και δραστηριότητας.</p> <p>§ Πρόληψη περαιτέρω αποπροσανατολισμού της ασθενούς.</p> <p>§ Ελάττωση του άγχους.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφάλιση υψηλών επιπέδων λειτουργίας.</li> <li>• Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης.</li> </ul>	<p>§ Προγραμματισμός των ενεργειών και του χρόνου για παρατήρηση της ασθενούς.</p> <p>§ Οργάνωση κατάλληλων μέσων προσανατολισμού.</p> <p>§ Σχεδιασμός ενεργειών που θα κάνουν το χώρο πιο λειτουργικό για την ασθενή και πιο εύκολο τον προσανατολισμό της.</p> <p>§ Δημιουργία ευχάριστου κλίματος για προσέγγιση.</p>	<p>§ Τροφοδότηση ασθενούς με ρολόι, ημερολόγιο, εφημερίδες και περιοδικά.</p> <p>§ Διευκρίνιση ημερομηνιών, χρόνου και γεγονότων.</p> <p>§ Προτροπή των άλλων ασθενών και της οικογένειάς της να μιλούν για ασχολίες που σχετίζονται με το χρόνο και τον τόπο.</p> <p>§ Εξήγηση στην ασθενή που βρίσκεται στο νοσοκομείο, την κλινική, το νούμερο του θαλάμου.</p> <p>§ Τοποθέτηση εικόνων σε μέρη του νοσοκομείου που χρησιμοποιεί συχνά η ασθενής σχετικών με τη λειτουργία τους.</p> <p>§ Μέριμνα για βραδινό ικανοποιητικό φωτισμό.</p> <p>§ Εξήγηση θορύβων που πιθανόν προκαλούν φόβο στην ασθενή (π.χ. ανελκυστήρας).</p>	<p>§ Είναι ικανοποιητικά προσανατολισμένη ως προς το χώρο και το χρόνο.</p> <p>§ Μπορεί να μετακινηθεί στο περιβάλλον της με ευελιξία.</p> <p>§ Διαφοροποιεί τις απασχολήσεις της σε σχέση με το πέρασμα του χρόνου.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<p><b>9. Ανικανότητα να συγκεντρωθεί στην πραγματικότητα.</b></p>	<p>§ Να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι το πρόβλημά της είναι γνωστό και αντιμετωπίζεται.</p> <p>§ Να αυξηθεί η επαφή της ασθενούς με την πραγματικότητα.</p> <p>§ Να αντιμετωπιστεί ο φόβος της στην επαφή με τους άλλους.</p> <p>§ Να διευκρινίσει την αλήθεια και να εκφράσει ενδιαφέρον.</p> <p>§ Να προωθήσει μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Να μειώσει πιθανότητες ακατάλληλης ή βίαιης συμπεριφοράς.</p> <p>§ Ελάττωση άγχους, πίεσης, εχθρότητας και αισθήματος εγκατάλειψης.</p> <p>§ Να την βοηθήσει να υιοθετήσει αποτελεσματικούς μεθόδους που μειώνουν το φόβο και αυξάνουν την αυτοεκτίμησή της.</p> <p>§ Αποκατάσταση επαφής με την πραγματικότητα.</p>	<p>§ Προγραμματισμός ασχολιών και ενεργειών που θα βελτιώσαν την κατάσταση της ασθενούς.</p> <p>Ενημέρωση των υπολοίπων ασθενών και συγγενών για τον τρόπο φράσης τους.</p> <p>§ Προετοιμασία προγράμματος που θα βοηθήσει την ασθενή να ασχοληθεί με δημιουργικές ενέργειες και θα αυξήσει την επικοινωνία της με τους ασθενείς.</p>	<p>§ Έκφραση κατανόησης για το πρόβλημα της ασθενούς και φιλικής διάθεσης.</p> <p>§ Ενίσχυσή της να είναι δραστήρια και να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες.</p> <p>§ Διοχέτευση του θυμού και της ενέργειάς της μέσα από δραστηριότητες όπως χορός, εργασιοθεραπεία.</p> <p>§ Ανάθεση στην ασθενή απλών αρμοδιοτήτων.</p> <p>§ Επιβράβευση επιτυχημένων ή όχι προσπαθειών της να αναπτύξει δραστηριότητα.</p> <p>§ Υπενθύμιση στην ασθενή διεργασιών που επαναφέρουν στην πραγματικότητα.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθάρρυνση να εκφράζει τις σκέψεις και καθοδήγηση όταν ξεφεύγει από την πραγματικότητα.</li> </ul>	<p>§ Η ασθενής παρουσιάζεται οργανωμένη και ενεργητική.</p> <p>§ Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες.</p> <p>§ Ταξινομεί γεγονότα σε σωστή σειρά.</p> <p>§ Εκφράζει αισθήματα ασφάλειας, σιγουριάς, αυτοπεποίθησης και εμπιστοσύνης στους άλλους.</p> <p>§ Ο λόγος έχει λογική συνέχεια και εκφράζει άμεση αντίληψη των πραγματικών καταστάσεων.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<p><b>10. Διαταραχή συμπεριφοράς.</b>  <b>11. Δυσκολία σύναψης και διατήρησης σχέσεων με άλλους.</b></p>	<p>§ Η ασθενής να αποκτήσει ικανότητα να χρησιμοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων.</p> <p>§ Να δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους ασθενείς.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ερμηνεύει τα γεγονότα και τις συμπεριφορές των άλλων με βάση την πραγματικότητα.</li> <li>• Περιορισμός ή απουσία της καχυποψίας.</li> </ul> <p>§ Επικοινωνία χωρίς υβριστικές εκφράσεις, εμπαιγμούς, απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά.</p> <p>§ Εκτόνωση της ενέργειας του άγχους με σωματική άσκηση.</p>	<p>§ Εκτίμηση της κατάστασης και ανεύρεση των αιτιών της προβληματικής συμπεριφοράς.</p> <p>§ Εκτίμηση της προσωπικότητάς της και σχεδιασμός διεργασιών που θα βοηθήσουν στην προσέγγισή του.</p> <p>§ Δημιουργία θετικού κλίματος για την ασθενή ώστε να δεχτεί τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.</p> <p>§ Ιεράρχηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για μείωση άγχους και να μην προκληθεί εχθρική συμπεριφορά στην ασθενή.</p>	<p>§ Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς χωρίς κριτική και απειλές, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους της ασθενούς και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας.</p> <p>§ Επιβεβαίωση της ασθενούς ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο.</p> <p>§ Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σε υπερδιέγερση.</p> <p>§ Ενθάρρυνση να συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις και δραστηριότητες π.χ. εργοθεραπεία, ψυχαγωγία.</p> <p>§ Βοήθεια να επιλέγει δραστηριότητες στις οποίες επιτυγχάνει.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνέχιση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και φροντίδας σε ώρες άγχους και καχυποψίας.</li> </ul>	<p>§ Η ασθενής βρίσκεται σε θέση να αναγνωρίσει την παραδεκτή κοινωνική συμπεριφορά των μεθόδων για την επιτυχία της.</p> <p>§ Διοχετεύει το άγχος της μέσα από δημιουργικές ασχολίες.</p> <p>§ Απευθύνεται στο προσωπικό όταν αισθάνεται ταραγμένη και ζητά βοήθεια.</p> <p>§ Δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς.</p> <p>§ Έχει αποκτήσει ευελιξία στην συμπεριφορά της, εμφανίζει αυξημένη κοινωνικότητα και γίνεται αποδεκτός από τους άλλους ασθενείς.</p> <p>§ Ανάλυση πρωτοβουλιών μέσα στο τμήμα.</p> <p>§ Έκφραση αισθημάτων συμπάθειας προς τους άλλους και αυτοεκτίμησης, αυτοοικανοποίησης.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ικανότητα συνεργασίας.</li> </ul>

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<p><b>12. Κοινωνική απομόνωση.</b></p> <p><b>13. Απόσυρση</b></p>	<p>§ Εκφράζει λεκτικά την επιθυμία να σχετίζονται με λειτουργούς.</p> <p>§ Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλους στο τμήμα, ασκήσεις, χειροτεχνίες, περιπάτους.</p> <p>§ Εκφράζει ευχαρίστηση από κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις. Διαθέτει τον περισσότερο χρόνο έξω από το δωμάτιο μαζί με τους άλλους στο περιβάλλον. Ομολογεί ότι πιστεύει στη θετική συμβολή του στις κοινωνικές επαφές.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αξιολόγηση της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης και προγραμματισμός στρατηγικών διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνία και δραστηριότητες.</li> <li>• Προγραμματισμός κάθε ημέρας με καθορισμένες ώρες για σύντομες επικοινωνίες και δραστηριότητες με την άρρωστη.</li> <li>• Εξακρίβωση των σημαντικών για την άρρωστη προσώπων που μπορούν να την υποστηρίξουν (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές την ημέρα με την άρρωστη και ενδιαφέρουσα αλλά όχι προκλητική και απαιτητική επικοινωνία μαζί της.</li> <li>• Βαθμιαία προώθηση της ασθενούς σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο ανοχής και τη διανοητική και ψυχολογική του λειτουργικότητα.</li> <li>• Παρότρυνση της ασθενούς να πλησιάζει τους άλλους αρρώστους με τους οποίους κατά τη γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί.</li> <li>• Έπαινος όταν προσπαθεί να συναναστραφεί με άλλους.</li> </ul>	<p>§ Η άρρωστη εκφράζει αισθήματα εμπιστοσύνης προς το νοσηλευτή και αναζητά τις συμβουλές του.</p> <p>§ Συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις εκφράζοντας τις απόψεις της.</p> <p>§ Συνάπτει σχέσεις φιλίας με κάποιους από τους ασθενείς.</p> <p>§ Συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες.</p> <p>§ Περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας της μαζί με άλλους.</p> <p>§ Είναι ικανοποιημένη από τον εαυτό της στις κοινωνικές επαφές.</p> <p>§ Εκφράζει αισθήματα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<p><b>4. Ανεπαρκής οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου.</b></p>	<p>§ Το οικογενειακό της περιβάλλον πρέπει να εκφράζει ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι στην ασθενή και τη θεραπεία της.</p> <p>§ Να περιγραφούν ανοιχτά τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, σχετικά με την ευθύνη τους για την άρρωση.</p> <p>§ Να εκδηλώνουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας, λύσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις σχέσεις μεταξύ τους με το προσωπικό της φροντίδας ψυχικής υγείας της άρρωστης.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας της ασθενούς.</li> </ul>	<p>§ Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας της οικογένειας.</p> <p>§ Εκτίμηση της ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα της.</p> <p>§ Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρότητα, ανησυχία, άγχος, υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή.</p>	<p>§ Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση της ασθένειας και τη βαρύτητά της και επιστράτευση της συνεργασίας της.</p> <p>§ Ενημέρωση τα οικογένειας με ποιούς τρόπους πιθανώς να συνέβαλλαν στην ασθένεια χωρίς τη δημιουργία τύψεων και υποδείξεως της κατάλληλης συμπεριφοράς για να την βοηθήσουν.</p> <p>§ Συμβουλευτήκαν οι συγγενείς να μην εκφράσουν έντονα συναισθήματα.</p> <p>§ Προώθηση της συμμετοχής της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας της ασθενούς.</p> <p>§ Πληροφόρηση για τις δομές υπηρεσιών στην κοινότητα.</p>	<p>§ Βελτιώνεται η σχέση ασθενούς και μελών της οικογένειας.</p> <p>§ Τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν ειλικρινή συναισθήματα και ενδιαφέρον για την ασθενή.</p> <p>§ Εμφανίζουν βελτιωμένες μεθόδους προσέγγισης.</p> <p>§ Η ασθενής εμφανίζεται περισσότερο ικανοποιημένη και χαρούμενη μετά από κάθε επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον, δέχεται το ειλικρινές ενδιαφέρον.</p> <p>§ Η ποιότητα φροντίδας της άρρωστης από την οικογένεια βελτιώνεται.</p> <p>§ Αναπτύσσονται συναισθήματα αλληλοκατανόησης.</p>



Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<p><b>15. Διαταραχές του συναισθήματος.</b> <b>16. Αμβλύ, απρόσφορο συναίσθημα.</b></p>	<p>§ Να μπορεί η ασθενής να εκφράζει συναισθήματα ανάλογα με τις καταστάσεις. Αφύπνιση των συναισθημάτων της ασθενούς.</p> <p>§ Δημιουργία ερεθισμάτων που θα διεγείρουν το ψυχικό κόσμο της ασθενούς.</p>	<p>§ Εξέταση της συμπεριφοράς και της συναισθηματικής κατάστασης της ασθενούς.</p> <p>§ Διακριτική και προσεκτική προσέγγιση για αποφυγή βίαιων αντιδράσεων και ψυχολογικής πίεσης.</p> <p>§ Προσεκτικός σχεδιασμός των μεθόδων επικοινωνίας και προσέγγισης.</p>	<p>§ Η ασθενής προσεγγίστηκε με κατανόηση και καλοσύνη.</p> <p>§ Συστηματική αφιέρωση χρόνου και ένδειξη ενδιαφέροντος.</p> <p>§ Παρότρυνση να ασχοληθεί με εργασιοθεραπείες και να συμμετέχει στις ομαδικές συζητήσεις.</p> <p>§ Επιβράβευση των προσπαθειών της και διακριτική υπόδειξη ενδεδειγμένων συμπεριφορών με σαφείς αιτιολογήσεις.</p> <p>§ Παρότρυνση να προσφέρει τη βοήθειά του στους άλλους.</p>	<p>§ Η ασθενής κάποιες φορές να παρουσιάζει συναισθήματα ακατάλληλα με τις συζητήσεις αλλά παρατηρείται μεγαλύτερο ενδιαφέρον για το περιβάλλον της.</p> <p>§ Εκφράζει χαρά όταν επιβραβεύεται.</p> <p>§ Παρουσιάζει πραγματικό ενδιαφέρον για τους άλλους ασθενείς και είναι πρόθυμος να προσφέρει τη βοήθειά του.</p> <p>§ Ασχολείται με δημιουργικές εργασίες και εκφράζει αισθήματα ικανοποίησης.</p> <p>§ Αρχίζει να μιλά για το πώς νοιώθει και επιδιώκει τη συντροφιά των άλλων ασθενών.</p>

## 11.2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (2<sup>ο</sup>)

*Το περιστατικό σχιζοφρένειας που παρουσιάζεται, συνέβη σε μια μικρή πόλη, 90χλμ. μακριά από την Αθήνα. Η συνέντευξη που ακολουθεί εδόθη στις σπουδάστριες που συνέταξαν την πτυχιακή εργασία από τον γιατρό Εμμανουήλ Α. Πραματευτάκη, ο οποίος είναι Ειδικός Ψυχίατρος Ψυχοθεραπευτής στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αεροπορίας Υ.Ν.Α.*

Η Γ.Ε. πρωτοήρθε στο ιατρείο σε ηλικία 26 ετών, συνοδευόμενη από τον πατέρα της. Είχε επιστρέψει από τις διακοπές της όπου είχε μπει σ' ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο. Στις τελευταίες ημέρες των διακοπών η Γ.Ε. είχε γίνει πολύ καχύποπτη και έκανε τρεις απόπειρες αυτοκτονίας για λόγους που δεν μπορούσε να εξηγήσει. Την πρώτη φορά πήρε μερικά αναλγητικά χάπια σκεπτόμενη κάτι κακό, χωρίς να γνωρίζει ακριβώς τι, κι ένιωθε ότι οι φίλοι της την θεωρούσαν πολύ κακιά. Την δεύτερη φορά ετοιμάστηκε να πηδήξει από το μπαλκόνι αλλά άλλαξε γνώμη όταν είδε την φίλη της να αλλάζει την μπλούζα της. Για την τρίτη απόπειρα αυτοκτονίας δεν θυμάται πολλά πράγματα. Παράλληλα, πίστευε έντονα ότι όλοι ήθελαν να της κάνουν κακό ενώ εμφανίστηκαν έντονες φωνές και στα δύο της αυτιά, άλλες γνωστές-μητέρας, πατέρα, αδελφού – και άλλες άγνωστες. Ιδέες συσχέτισης προστέθηκαν καθώς και ιδέες σπουδαιότητας και μεγαλείου, όπως επικοινωνία με πνεύματα σημαντικών ανθρώπων, για την διάσωση του κόσμου, που θα προέκυπτε από αυτή την «εκλεκτή» επικοινωνία. Οι φωνές ήταν συνεχείς όπως επίσης και ο οποιοσδήποτε θόρυβος, π.χ. της εξάτμισης του αυτοκινήτου ή ακόμα και οι φωνές των πουλιών μεταμορφώνονταν σε σχολαστικές φράσεις προς αυτήν.

Η Γ.Ε. είχε νοσηλευθεί κατά το παρελθόν δύο φορές σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική της Αθήνας αλλά είχε διακόψει τα φάρμακά της τον τελευταίο ένα χρόνο. Τέθηκε σε αγωγή με ρισπεριδόνη (6mg), χαμηλές δόσεις ολανζαπίνης και αντιχολινεργικά.

Ανταποκρίθηκε σύντομα με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σημειώνεται ότι ήταν μητέρα μιας κόρης, άριστης μαθήτριας, ηλικίας 10 ετών, που σε πολύ μικρή ηλικία έμεινε ορφανή από πατέρα. Την φροντίδα της έχει αναλάβει η ασθενής και ακόμα περισσότερο οι γονείς της.

Η ασθενής όσο καιρό ελάμβανε τα φάρμακά της λειτουργούσε ικανοποιητικά, ανταποκρινόμενη στις καθημερινές ανάγκες και δραστηριότητές της όπως επίσης στην

επιμέλεια και φροντίδα της κόρης της. ΠΑΝΤΑ, όμως, υπό την διαρκή παρακολούθηση των γονέων της.

Για λόγους αγνώστους, μετά πάροδο δύο ετών και ενώ ευρίσκετο πάλι σε διακοπές, είχε διακόψει ξανά τα φάρμακά της για μεγάλο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να παρουσιάσει νέα υποτροπή.

Αυτή τη φορά, παρουσίαζε κενά σκέψης, δεν γνώριζε τι μήνας ήταν, που βρισκόταν, δεν ήταν βέβαιη για τον πατέρα της αν ήταν ο βιολογικός της πατέρας, έδειχνε «χαμένη αποπροσανατολισμένη».

Τέθηκε σε αγωγή με ρισπεριδόνη και πάλι βραδείας αποδέσμευσης σε υψηλότερη δόση (8 mg περίπου), ολανζαπίνη και αντιχολινεργικά.

Χρειάστηκε περίπου ένας μήνας για να βρει και πάλι τον εαυτό της. Αρχικά, με αρκετή δυσκολία αλλά όσο περνούσε ο καιρός και καλύτερα.

Περνώντας ο χρόνος, αφοσιώθηκε στην κόρη της που «έδινε ιδιαίτερο νόημα στη ζωή της» όπως έλεγε, την οποία «διάβαζε» και φρόντιζε με μεγάλη επιμέλεια.

Με την βοήθεια ενός αντικαταθλιπτικού, της δενλοφαξίνης και αργότερα της σερτραλίνης να αντιμετωπίζει καλύτερα κάποιες κρίσεις πανικού που την καταλαμβάνουν, η διάθεσή της βελτιώθηκε σε σημαντικό βαθμό με αποτέλεσμα να λειτουργεί πλέον θαυμάσια στη ζωή της.

Παρότι οι γονείς της, ιδίως η μητέρα της εμφάνισε ορισμένα σημαντικά προβλήματα υγείας, τα αντιμετώπισε με θαυμαστή ψυχραιμία.

Η Γ.Ε., σήμερα παίρνει ανελλιπώς τα φάρμακά της και λειτουργεί με ικανοποιητικότατο τρόπο στις καθημερινές ανάγκες και δραστηριότητές, παρά τα όποια «κενά» υπάρχουν στα βάθη της ψυχής ... λόγω της περίπλοκης νόσου της... και συνεχίζει ...!!!<sup>66</sup>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρενική διαταραχή είναι μια ομάδα ψυχικών διαταραχών με κύρια χαρακτηριστικά τη διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης και της συμπεριφοράς.<sup>31</sup>

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει περίπου 1 στους 100 ανθρώπους και είναι μια από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές. Υπάρχουν πολλοί δημοφιλείς μύθοι και παρερμηνείες όσον αφορά τη σχιζοφρένεια.

Οι αναγνωρισμένοι τύποι σχιζοφρένειας είναι: κατατονική, παρανοειδής, (παραληρητική διαταραχή), αδιαφοροποίητη και αποδιοργανωτική.

Στα σημάδια της σχιζοφρένειας η τυπική εκδήλωση εμφανίζεται γύρω στην ηλικία των 45 με συνεχή εμφάνιση των συμπτωμάτων για 6 μήνες και αποδιοργάνωση εμφανή σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο δραστηριότητας.

Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται στον ίδιο βαθμό και σε άντρες και σε γυναίκες αλλά οι γυναίκες έχουν ηλικιακή διαφορά στην εκδήλωση εφόσον εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία.

Ο ρόλος της κληρονομικότητας φαίνεται να είναι σημαντικός ενώ η διακοπή των φαρμάκων διπλασιάζει σχεδόν τις πιθανότητες για υποτροπή.<sup>67</sup>

Παιδική σχιζοφρένεια εμφανίζεται κυρίως μετά τα 5 χρόνια ηλικίας και στην πλειοψηφία μετά από κανονική ανάπτυξη. Η παιδική σχιζοφρένεια είναι σπάνια και είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από άλλες παιδικές αναπτυξιακές δυσλειτουργίες όπως ο αυτισμός.

Παρά την χρόνια πορεία της, οι υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες επιτρέπουν τον ασθενή και την οικογένειά του σε μια σχεδόν φυσιολογική ζωή. Η καλή γνώση των συμπερασμάτων της πορείας, της πρόγνωσης και η τακτική και σταθερή θεραπευτική παρακολούθηση, αποτρέπουν τις δραματικές καταστάσεις και συμπεριφορές στην οικογένεια και στο περιβάλλον του ασθενούς.<sup>21,31</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, όπως διαπιστώθηκε, είναι πολυδιάστατος τόσο μέσα στα πλαίσια του ψυχιατρικού ιδρύματος, όσο και της κοινότητας. Αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζονται οι όποιες προσπάθειες ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων και παρεμβαίνει καταλυτικά στην επιτάχυνση ή επιβράδυνσή τους.

Στις σύγχρονες ψυχιατρικές δομές ο νοσηλευτής καλείται να παίζει καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία και αποκατάσταση τον ασθενή κι αυτό προϋποθέτει ανάλογο συνδυασμό εμπειρίας και γνώσης.

Θεωρείται ανεπίτρεπτο στις μέρες μας να μην υπάρχει επιστημονικά καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό που να στελεχώνει το χώρο της ψυχικής υγείας. Δεν αρκεί μόνο η εμπειρία στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και στην εφαρμογή των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων, αλλά απαιτείται η γνώση και η θεωρητική κατάρτιση, ώστε όλα μαζί αρμονικά, με το προσωπικό ταλέντο του καθενός, να οδηγήσουν στην πολυπόθητη αποκατάσταση του ασθενή. Άλλωστε, όπως τονίζεται διεθνώς, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα αυτών που την προσφέρουν.

Έτσι η συμπεριφορά και στάση του νοσηλευτή όπως είδαμε είναι πρωταρχικής σημασίας στην ασθένεια της σχιζοφρένεια, διότι δημιουργεί το διαπροσωπικό κλίμα, στο οποίο διενεργείται η νοσηλεία.

- Η δημιουργία και η διατήρηση υποστηρικτικού ψυχολογικού κλίματος μεταφέρει στον άρρωστο το αμέριστο ενδιαφέρον του νοσηλευτή για την επανάκτηση της αυτοεκτίμησής του.
- Η παρουσία του νοσηλευτή και η διάθεση του χρόνου του προς τον ασθενή δημιουργούν μια ατμόσφαιρα που του προσφέρει ερεθίσματα και ευκαιρίες για να εξωτερικεύσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και όλα αυτά που τον προβληματίζουν.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να βλέπει τον ασθενή όχι ως μια απλή συλλογή συμπτωμάτων προς διάγνωση και νοσολογικό χαρακτηρισμό, ούτε ως υποκείμενο προς ψυχομέτρηση βάση αντικειμενικών θεωρητικών κριτηρίων. Τον βλέπει ως μια ανθρώπινη ύπαρξη σε κατάσταση ψυχολογικής εντάσεως, ύπαρξη άξια, όχι ελεημοσύνης αλλά αξιοπρέπειας, όχι ανοχής αλλά σεβασμού.

- Ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται ειλικρινά για τον ασθενή. Χρησιμοποιεί τη δύναμή του για να προετοιμάσει το έδαφος για την ψυχολογική προσέγγιση και έναρξη θεραπευτικού νοσηλευτικού διαλόγου.

Η οργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης είναι ένα σύνθετο έργο και απαιτεί ριζική αναδιοργάνωση της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετέχει στην βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του παρανοϊκά σχιζοφρενή αρρώστου.

Γι' αυτό το λόγο προτείνονται:

- Δημιουργία νέων ηθικών και υλικών κινήτρων για την παρότρυνση μεγαλύτερου αριθμού νοσηλευτών στο χώρο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Στόχος είναι η επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες του ψυχιατρείου.
- Δημιουργία πρότυπων κέντρων μετεκπαίδευσης των νοσηλευτών που δεν έχουν ψυχιατρική ειδικότητα με σκοπό τον εμπλουτισμό των γνώσεων και την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής τους.
- Διοργάνωση και εφαρμογή νέων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων για το ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό την συνεχή ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των γνώσεών του, καθώς και τη δημιουργική παρέμβασή του στην κλινική πρακτική.

Αναμφίβολα η ψυχιατρική νοσηλευτική σαν επιστήμη προϋποθέτει όχι μόνο αξιόλογα εκπαιδευμένα νοσηλευτικά στελέχη, αλλά και ανάλογη υλικοτεχνική υποδομή, αντάξια των ευρωπαϊκών προτύπων.

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια πραγματοποιήθηκαν σοβαρές προσπάθειες στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, στην αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών και στη δημιουργία υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η εφαρμογή του Προγράμματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, συνέβαλε:

- § Στη δημιουργία μιας μεγάλης ποικιλίας υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες είναι αποκεντρωμένες και πιο προσιτές στο κοινό.
- § Στη σημαντική ελάττωση κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία με την αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ασθενών και την βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.

**§** Στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση μεγάλου τμήματος επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Βέβαια η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν έχει ακόμα επιτευχθεί, αλλά σίγουρα πραγματοποιήθηκε σημαντική πρόοδος. Τα μηνύματα είναι ελπιδοφόρα...

Δεν αρκεί μια μοντέρνα μαγική λέξη όπως η «αποασυλοποίηση» η «αποκατάσταση», αλλά απαιτείται η συμβολή όλων μας για την απομυθοποίηση τον «άγνωστου» που τη συνοδεύει. Τελικά η υγεία των ψυχικά αρρώστων αποτελεί κοινωνική ευθύνη. Ας ανοίξουμε τα μάτια της ψυχής μας στον διαφορετικό κόσμο που βιώνουν οι ψυχικά ασθενείς...

**Η συμβολή των Συλλόγων Στήριξης των οικογενειών των ψυχικά πασχόντων ατόμων, συνίσταται στην:**

- καλλιέργεια και σύσφιξη σχέσεων αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας των οικογενειών
- προαγωγή κάθε μορφής υποστήριξης, ενίσχυσης και προστασίας των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους
- υπεύθυνη ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια, τις σύγχρονες θεραπείες και το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη μείωση του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές.

**Στις δράσεις των Συλλόγων Στήριξης οικογενειών και πασχόντων ψυχικά ατόμων, συμπεριλαμβάνονται:**

- Ενημερωτικές εκδηλώσεις
- Εκδόσεις ενημερωτικών φυλλαδίων για τις ψυχικές διαταραχές
- Εθνικές και Διεθνείς συνεργασίες
- Δραστηριότητες αλληλοβοήθειας
- Ομάδες υποστήριξης
- Ομάδες ψυχοεκπαίδευσης
- Δραστηριότητες για τους ασθενείς
- Ξενώνας
- Κέντρο Ημέρας

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Θεωρώντας δεδομένη την πολυπλοκότητα της σχιζοφρένειας, οι σημαντικές ερωτήσεις για την διαταραχή αυτή - η αιτία ή οι αιτίες που την προκαλούν, η πρόγνωση και η θεραπεία της - είναι απίθανο να λυθούν μέσα στα αμέσως επόμενα χρόνια. Το ευρύ κοινό, λοιπόν, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό σε ανθρώπους που διαφημίζουν ότι προσφέρουν την “θεραπεία” της σχιζοφρένειας ή ότι γνωρίζουν την αιτιολογία της. Τέτοιες απόψεις μπορεί να δημιουργήσουν πλασματικές προσδοκίες, οι οποίες όταν δεν εκπληρώνονται οδηγούν σε περαιτέρω απογοήτευση. Αν και έχει γίνει σημαντική πρόοδος προς την καλύτερη κατανόηση της διαταραχής αυτής, υπάρχει ακόμη μεγάλη ανάγκη για ευρύ και εντατική βασική και κλινική έρευνα.

Ελπίζουμε ότι οι συνεχείς μακροχρόνιες έρευνες των ειδικών επιστημόνων θα αποδώσουν καρπούς και θα ξεδιαλύνουν τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεια της σχιζοφρένειας και θα βοηθήσουν τους ψυχικά ασθενείς στην αποθεραπεία τους.



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η επιστήμη εισχωρεί με αλματώδη βήματα στα άδυτα του εγκεφάλου και προσφέρει νέες και αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια. Αντίθετα, η κοινωνία *δεν έχει αλλάξει στάση* απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του καθώς διατηρεί λανθασμένες και αστήρικτες απόψεις, μύθους, προκαταλήψεις και στερεότυπα. Το στοίχημα των επιστημόνων παραμένει να μπορέσουν *να αλλάξουν τη στάση της κοινωνίας* και να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας στα άτομα με σχιζοφρένεια.

Τα αποτελέσματα ερευνών του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. σχετικά με τις γνώσεις του γενικού πληθυσμού για τη σχιζοφρένεια και τις στάσεις του απέναντι στους ασθενείς δείχνουν: Σύμφωνα με έρευνα σε **1119 άτομα**, από αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού της χώρας που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής:

- **8 στους 10 πολίτες** έχουν εντελώς λανθασμένες απόψεις για την ασθένεια, εμποτισμένες από μύθους για τους ασθενείς όπως ότι έχουν διχασμένη προσωπικότητα ή ότι είναι βίαιοι και επικίνδυνοι.
- **3 στους 10** δε θα έπιαναν καν κουβέντα με ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια και δε θα ήθελαν να μένουν στην ίδια γειτονιά.
- **1 στους 2** είναι αντίθετος στην προοπτική δημιουργίας ξενώνα στη γειτονιά του (51,3%), αλλά οι κάτοικοι περιοχών όπου λειτουργούν τέτοιου είδους μονάδες είχαν θετικότερη στάση στο ζήτημα αυτό.
- Η βασική πηγή πληροφόρησης για την ασθένεια είναι η **τηλεόραση (66%)** στην οποία συνήθως κυριαρχούν αρνητικές περιγραφές για τους ασθενείς.
- Το **81% των Ελλήνων** πιστεύει ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν διχασμένη προσωπικότητα.
- Το **74,6%** θεωρεί ότι είναι βίαιοι και επικίνδυνοι.
- Το **78%** ότι δεν μπορούν να εργαστούν.
- Το **32,9%** δε θα έπιανε μαζί τους κουβέντα.
- Το **35,2%** θα φοβόταν να μένει στην ίδια γειτονιά.
- Το **61%** δε θα τους πρόσφερε εργασία.
- Το **75%** δε θα έμενε μαζί τους.

Αποκαλυπτικά του μεγέθους του προβλήματος στη χώρα μας είναι τα στοιχεία που προκύπτουν από συγκριτικές έρευνες με παρόμοια μεθοδολογία σε χώρες του Δυτικού κόσμου (Ελλάδα, Γερμανία, Καναδάς). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι Έλληνες, σε σχέση με τους Γερμανούς και τους Καναδούς, έχουν τις περισσότερο λανθασμένες πεποιθήσεις για τα άτομα με σχιζοφρένεια και τις πιο αρνητικές στάσεις απέναντί τους.

- Σύμφωνα με τα στοιχεία μιας άλλης *έρευνας του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. σε 655 μαθητές* σε όλη τη χώρα βρέθηκε ότι μαθητές και μαθήτριες:
  - Ενημερώνονται για τη σχιζοφρένεια από την τηλεόραση (34%) και όχι από το σχολείο (7.4%).
  - Έχουν ελλιπείς γνώσεις για τη σχιζοφρένεια και στρεβλές πεποιθήσεις για τους ασθενείς
  - Διατηρούν στιγματιστικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς.

Επισημαίνεται ότι οι θεραπευτικές δυνατότητες της σύγχρονης ψυχιατρικής άνοιξαν στους ασθενείς με σχιζοφρένεια το δρόμο προς την **κοινωνική ενσωμάτωση**. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με σχιζοφρένεια δεν έχει πρόσβαση σε όλο το εύρος των σύγχρονων θεραπειών ή δεν αξιοποιεί τις διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις, όχι μόνο λόγω της φύσης της νόσου, αλλά και λόγω του κοινωνικού στίγματος που – ακόμη και σήμερα – τη συνοδεύει.

Άτομα με σχιζοφρένεια, τα οποία δε λαμβάνουν θεραπεία αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες «αποτυχίες» των συστημάτων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έτσι, η σχιζοφρένεια παραμένει ένα μεγάλο πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία με σοβαρές επιπτώσεις στους ασθενείς, τις οικογένειές τους και το κοινωνικό σύνολο. Οι επιπτώσεις αυτές επιβαρύνονται από τις αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις του πληθυσμού σε βάρος των ασθενών και οδηγούν στην περιθωριοποίηση και στον κοινωνικό τους αποκλεισμό.

***Περίπου 100.000 άτομα στην Ελλάδα ζουν έχοντας να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αλλά και την αρνητική αντίδραση της κοινωνίας απέναντί τους, μία αντίδραση που φτάνει στα όρια του κοινωνικού ρατσισμού. Πέρα όμως από τον ίδιο τον ασθενή και η οικογένειά του υφίσταται τις συνέπειες του στίγματος. Ας μην ξεχνάμε ότι το επίπεδο πολιτισμού μιας κοινωνίας φαίνεται από την ανοχή στη “διαφορετικότητα” και από τις ευκαιρίες που δίνει στα αδύναμα μέλη της για συμμετοχή και πρόοδο κρατώντας τις “πόρτες” της ζωής και της δημιουργίας ανοικτές».***<sup>68</sup>

## **Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΗ, Η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΕΙΝΑΙ**

### **• ΠΟΣΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΟΡΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΤΑ Μ.Μ.Ε.;**

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας δεν αποτελούν είδηση για τα ΜΜΕ. Αποτελεί όμως είδηση η εγκληματική ή βίαιη συμπεριφορά, η οποία συχνά συνδέεται με ψυχικές νόσους: ο "σχιζοφρενής δολοφόνος", ο "ψυχοπαθής βιαστής", ο "παρανοϊκός εγκληματίας" είναι μερικές μόνο εκφράσεις του ρεπορτάζ, που μεταδίδουν συχνά τα media. Με τον τρόπο αυτό τα μέσα μαζικής επικοινωνίας διαμορφώνουν αντιλήψεις και κοινωνικές στάσεις –με άλλα λόγια κοινωνικά στερεότυπα- σχετικά με την ψυχική ασθένεια, τα οποία στιγματίζουν και περιθωριοποιούν τους ψυχικά ασθενείς, με αποτέλεσμα, εκτός από τη νόσο, να αγωνίζονται και για τη δυσπιστία με την οποία βλέπει ο κοινωνικός τους περίγυρος.

Το κοινωνικό στερεότυπο για τον ψυχικά ασθενή, διαμορφωμένο εδώ και αιώνες, όμως αναπαραγόμενο συχνά από την τηλεόραση και τον Τύπο, έχει δύο όψεις: η πρώτη ότι είναι ένα άτομο με βίαιη συμπεριφορά και γι' αυτό επικίνδυνο. Η δεύτερη, αντίστροφη της πρώτης, ως ο "τρελός του χωριού", αφελής, αντικείμενο γέλιου και χλευασμού. Η εικόνα για την ψυχική ασθένεια που παρουσιάζουν συχνά σήμερα τα media οδηγεί έτσι στον στιγματισμό των ατόμων με ψυχική ασθένεια, στην απόρριψη και στην περιθωριοποίησή τους. Αν και πολλοί από αυτούς εργάζονται και εκπληρώνουν τους κοινωνικούς τους ρόλους, διακατέχονται λόγω του κοινωνικού "στιγματισμού" από δυσπιστία και φόβο.

Ιδιαίτερα ο όρος "σχιζοφρένεια" χρησιμοποιείται από τα ΜΜΕ για να αποδώσει έμφαση, ένταση και ακρότητα: στην πολιτική για να υποδηλώσει αντιφατικότητα στις πρακτικές ή απαξίωση για τα πρόσωπα. Στην κοινωνία για να δηλώσει τις χαώδεις διαστάσεις που παίρνει η ζωή στις πόλεις. Στο πεδίο της τέχνης για να αποδώσει την ελευθεριότητα και την έλλειψη περιορισμών που χαρακτηρίζει την καλλιτεχνική δημιουργία. Στο ποδόσφαιρο για να δηλώσει τις ακρότητες και την πόλωση που παρατηρούνται στον αθλητικό χώρο.

Σύμφωνα με έρευνα, 28% των δημοσιευμάτων που χρησιμοποιούσαν τον όρο "σχιζοφρένεια" απέδιδαν μεταφορική σημασία, ενώ αντίστοιχα μόλις το 1% των όσων χρησιμοποιούσαν τη λέξη "καρκίνος" είχαν μεταφορική σημασία.

Με στόχο την ευαισθητοποίηση για τους ψυχικά ασθενείς, η Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης - Επικοινωνίας εξέδωσε πρόσφατα μία επεξηγηματική και χρηστική έκδοση, που βοηθάει στην κατανόηση της ψυχικής ασθένειας, αλλά και στον τρόπο που πρέπει να την προσεγγίζουν τα ΜΜΕ, εάν θέλουν να σέβονται τα άτομα με ψυχικές νόσους και τις οικογένειές τους. Τον Οδηγό επιμελήθηκε η επίκουρη καθηγήτρια Ψυχιατρικής (Μαρίνα Οικονόμου), επιστημονική υπεύθυνη του Προγράμματος κατά του Στίγματος της Ψυχικής Ασθένειας. Ιδού τι προτείνει το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής στους εκπροσώπους των ΜΜΕ (αλλά και σε όλους όσοι ενδιαφέρονται να προσεγγίσουν τα θέματα της ψυχικής ασθένειας απαλλαγμένοι από μύθους και προκαταλήψεις τους παρελθόντος): να χρησιμοποιούν επιστημονικά **σωστή και κοινωνικά υπεύθυνη γλώσσα.**

- Να αποφεύγονται ταμπέλες, όπως "σχιζοφρενής", "μανιακός", "καταθλιπτικός", "ψυχοπαθής".

Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται εκφράσεις όπως "άνθρωπος με σχιζοφρένεια", με τον ίδιο τρόπο που δεν αποκαλούμε "διαβητικό" έναν άνθρωπο με σακχαρώδη διαβήτη. Η ανθρωποκεντρική χρήση της γλώσσας βοηθάει να θυμόμαστε ότι πίσω από τις ταμπέλες υπάρχει πάντα ένας άνθρωπος με τις δικές του ιδιαιτερότητες και χαρακτηριστικά.

- Να αποφεύγονται οι επιθετικοί προσδιορισμοί: "ψυχοπαθής βιαστής", "παρανοϊκός εγκληματίας", "σχιζοφερνής δολοφόνος".

Οι στιγματιστικές αναφορές που συνοδεύουν τέτοιες εκφράσεις πληγώνουν τους ανθρώπους που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές. Όταν ο δράστης ενός εγκλήματος (συχνά αυθαίρετα) αποκαλείται "σχιζοφρενής" ή "μανιακός", ο άνθρωπος που έχει σχιζοφρένεια ή μανιοκατάθλιψη αυτόματα βλέπει τον εαυτό του στη θέση του δράστη να περιγράφεται με τα πιο μελανά χρώματα και "φαντασιωσικά ταυτίζεται" με αποκρουστικές ιδιότητες και χαρακτηρισμούς.

- Να αποφεύγεται να παρουσιάζονται όλες οι ψυχικές ασθένειες ως ίδιες.
- Ο όρος "ψυχική ασθένεια" καλύπτει μία ευρεία περιοχή με διαταραχές που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την πιθανή αιτιολογία, τη θεραπεία, τα συμπτώματα και τη διάρκειά τους. Η ψυχική ασθένεια έχει πολλές διαφορετικές εκφάνσεις και πολλά πρόσωπα.
- Να αποφεύγεται η τάση "ψυχιατρικοποίησης" των πάντων.

Στην ψυχιατρική παθολογία θα πρέπει να αναγνωρίζεται ό,τι πραγματικά της ανήκει.

- Να αποφεύγεται ο μονόπλευρος υπερτονισμός ενός ή μερικών αιτιολογικών παραγόντων ή θεραπευτικών μεθόδων: "μόνο τα φάρμακα κάνουν καλό", "η οικογένεια ευθύνεται για τη σχιζοφρένεια".

- Είναι καλύτερο να γίνεται σφαιρική προσέγγιση του θέματος

Να αποφεύγεται η εστίαση στην ασθένεια ως συνώνυμη της μειονεξίας.

Είναι καλύτερο να γίνεται αναφορά στις δυσκολίες και στα προβλήματα που δημιουργεί η ασθένεια στην καθημερινή ζωή. Είναι σημαντικό το μήνυμα που εκπέμπεται να περιγράφει το κάθε άτομο ως μια σύνθετη οντότητα. Να τονίζει ότι η ψυχική ασθένεια αφορά ένα μέρος της ζωής, της ταυτότητας και της προσωπικότητάς του. Δεν σφραγίζει το σύνολο της ύπαρξης του ατόμου που νοσεί.

- Να αποφεύγονται δραματοποιημένες εκφράσεις τύπου "υποφέρει από ..." "είναι θύμα...", "χτυπημένος από..."

Είναι καλύτερο να χρησιμοποιούνται εναλλακτικές εκφράσεις όπως "αντιμετωπίζει...", "αυτή την περίοδο ακολουθεί μια θεραπεία για...", που βοηθούν να αποφεύγεται η σύνδεση της ψυχικής ασθένειας με ό,τι πιο νοσηρό και αναπόφευκτο και η τοποθέτηση του ασθενή σε μια απέλπιδα και καταδικαστική διάσταση.

- Να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση ψυχιατρικών διαγνώσεων για να περιγραφούν άλλες καταστάσεις

Η ψυχιατρική διάγνωση δεν είναι σχήμα λόγου. Όταν π.χ. μιλούμε για "σχιζοφρενικές καταστάσεις" όχι μόνο στιγματίζουμε, αλλά είμαστε και ανακριβείς. Η μεταφορική χρήση ιατρικών όρων, αν και συνήθως γίνεται χωρίς συνειδητή πρόθεση, συντείνει στον στιγματισμό των ατόμων στα οποία κατά κυριολεξία αναφέρεται.

- Να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση στιγματιστικών μεταφορών: "σχιζοφρενής νόμος", "κίτρινη σχιζοφρένεια", "το χρηματιστήριο τρελάθηκε", "ψύχωση στα γήπεδα".

Η βία και οι ακραίες εκδηλώσεις φανατισμού στα γήπεδα σε καμία περίπτωση δεν αποτυπώνουν τη σημασία του όρου "ψύχωση", ο οποίος συχνά χρησιμοποιείται στην περιγραφή τέτοιων φαινομένων.<sup>69</sup>

## ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

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.

► **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.**

Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

Η πραγματικότητα για τη σχέση βίας και σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι:

- Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια **δε χρησιμοποιεί βία** και γενικότερα τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν **ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας**. Η βία όμως που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας και στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής.
- Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που κάνουν **κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ** διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.
- Οι **παραληρητικές ιδέες** που το περιεχόμενό τους είναι απειλητικό για τη ζωή του ασθενή αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Συνεπώς η κατάλληλη θεραπεία των παραληρητικών ιδεών μειώνει αισθητά τον παραπάνω κίνδυνο.
- Η βίαιη συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια τις πιο πολλές φορές περιλαμβάνει βίαιες εκδηλώσεις που **σχετίζονται με την επιβίωσή τους**. Στην πραγματικότητα, τα άτομα με σχιζοφρένεια συνήθως δεν είναι θύτες, αλλά θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης.
- Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν **διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα** σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους «υγιείς». Συνήθως, στα πρώτα θύματά τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως πολιτικοί, γιατροί ή δικαστές.
- Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η **πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες**, η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και, γενικότερα, της θεραπείας καθώς και η παράλληλη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, που απογοητεύουν και αποθαρρύνουν όσους αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματά τους.

► **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διπλή προσωπικότητα ή διχασμένη προσωπικότητα.**

Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν ούτε 'διπλή' ούτε "διχασμένη προσωπικότητα".

Αυτό συνήθως λέγεται γιατί τα άτομα με σχιζοφρένεια συχνά συμπεριφέρονται και λειτουργούν αντιφατικά. Υπάρχουν φορές, που άλλα λένε, άλλα εννοούν και άλλα κάνουν, κι ενώ αυτό μπορεί κάποιες στιγμές να συμβεί στον καθένα, στα άτομα με σχιζοφρένεια συμβαίνει συχνότερα. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι ένα άτομο που

εκδηλώνει σχιζοφρένεια μας φαίνεται διαφορετικό επειδή **επηρεάζεται η σκέψη και το συναίσθημα** και όχι συνολικά η προσωπικότητά του.

► **Μύθος: Για τη σχιζοφρένεια ευθύνονται οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον.**

Αλήθεια: Η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας.

Δεν υπάρχουν δεδομένα, που να αποδεικνύουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή ανατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια. Ενώ αντίθετα υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία, που πιστοποιούν επαρκώς τα **βιολογικά αίτια** της νόσου. Χιλιάδες γονείς υποφέρουν από συναισθήματα ντροπής και ενοχής γιατί θεωρούν ότι πιθανόν αυτοί με τη συμπεριφορά τους προκάλεσαν αυτή την κατάσταση. Σήμερα, έχει αποδειχθεί ότι οι οικογενειακές σχέσεις μπορεί να μην ευθύνονται για τη γένεση της σχιζοφρένειας αλλά μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξή της. Επειδή το συναισθηματικό βάρος από τη σχιζοφρένεια είναι τεράστιο για τα μέλη των οικογενειών, αυτό που χρειάζονται είναι κατανόηση, συμπαράσταση και υποστήριξη και σε καμία περίπτωση απόρριψη και ενοχοποίηση.

► **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική στέρηση.**

Αλήθεια: Σχιζοφρένεια και νοητική στέρηση είναι δύο διαφορετικές διαγνώσεις.

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα ανεξάρτητα από το νοητικό τους επίπεδο. Ένα άτομο με νοητική στέρηση δε σημαίνει ότι έχει απαραίτητα κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Ούτε ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια, όταν εμφανίζει προβλήματα από τη σκέψη του, σημαίνει ότι έχει μειωμένη νοημοσύνη. Η σχιζοφρένεια και η νοητική στέρηση είναι **δύο τελείως διαφορετικές καταστάσεις**.

► **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο.**

Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο το χρειάζονται πραγματικά.

Αυτό γίνεται, κυρίως, όταν κυριαρχούν τα **οξεία συμπτώματα** της νόσου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση. Η σχιζοφρένεια σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα. Εξάλλου, ο εγκλεισμός στο ίδρυμα στερεί τον ασθενή από τα κοινωνικά ερεθίσματα, τον οδηγεί στο περιθώριο και την κοινωνική απομόνωση και συμβάλλει έτσι στη διαιώνιση του στίγματος.

► **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:**

- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κατάρες και από "κακό μάτι".
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας.
- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από έλλειψη θρησκευτικής πίστης.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι το αποτέλεσμα ερωτικής απογοήτευσης.
- Η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται στην υπερβολική μελέτη.
- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από τον αυνανισμό.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική.<sup>70,71</sup>



## **ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ**

Σκοπός αυτής της Διακήρυξης είναι να καταγραφούν και να γνωστοποιηθούν τα δικαιώματα τόσο των ψυχικά ασθενών, όσο και των οικογενειών τους, ώστε να αποφεύγεται η διάκριση και ο κοινωνικός αποκλεισμός τους.

### **Μέρος 1ο: Δικαιώματα των ψυχικά ασθενών**

**Άρθρο 1** Κάθε ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στη βοήθεια και τη φροντίδα, ειδικά προσαρμοσμένες στην κατάστασή του και την ψυχική του διαταραχή. Η βοήθεια και η θεραπεία θα πρέπει να κατοχυρώνονται νομικά.

**Άρθρο 2** Όλοι οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν τη μέγιστη δυνατή προσωπική υπευθυνότητα πάντοτε και σε όλες τις πλευρές της ζωής τους. Επιπλέον, θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται προς αυτό το σκοπό.

**Άρθρο 3** Ο περιορισμός της ελευθερίας των ψυχικά ασθενών μπορεί να γίνει μόνο όταν η κατάστασή τους είναι τέτοια που επιβάλλει την υποχρεωτική νοσηλεία και θεραπεία τους, θεωρώντας τες απαραίτητες για την προσωπική τους ασφάλεια, αλλά και για την ασφάλεια των ατόμων του περιβάλλοντός τους. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο όταν ακολουθηθούν οι νομικές διαδικασίες που διασφαλίζουν τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα.

**Άρθρο 4** Η διαμονή σε προστατευμένους χώρους στέγασης (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες, οικοτροφεία), καθώς και η παροχή θεραπείας θα πρέπει να γίνεται όσο πιο κοντά είναι δυνατό στους τόπους καταγωγής και διαβίωσής τους.

**Άρθρο 5** Να εγγυάται στους ψυχικά ασθενείς η ελευθερία στην επιλογή τους τόσο για ενδο-νοσοκομειακή, όσο και για εξω-νοσοκομειακή θεραπεία.

**Άρθρο 6** Όλα τα έξοδα για θεραπεία, φροντίδα και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θα πρέπει να καλύπτονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, σύμφωνα με το νόμο.

**Άρθρο 7** Οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν τον πλήρη έλεγχο των οικονομικών και περιουσιακών τους στοιχείων για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γίνεται. Το δικαίωμα αυτό μπορεί να τους αφαιρεθεί μόνο σύμφωνα με συγκεκριμένο νόμο.

**Άρθρο 8** Όπως όλοι οι πολίτες, έτσι και οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα σε 'αρκετό εισόδημα', ώστε να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες και να χρησιμοποιούν αυτό το εισόδημα όπως οι ίδιοι επιθυμούν.

**Άρθρο 9** Η νομική κατάσταση των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να ορίζεται από τη νομοθεσία. Θα πρέπει παράλληλα, να εφαρμόζεται και να διαφοροποιείται, ανάλογα με τις κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις.

**Άρθρο 10** Θα πρέπει να ιδρυθεί μια μόνιμη Υπηρεσία 'στήριξης', ανάλογη της υπηρεσίας 'Συνήγορος του Πολίτη'. Η Υπηρεσία αυτή θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας, ή άλλα ιδρύματα και θα πρέπει να δρα ως μεσολαβητής εκ μέρους των ψυχικά ασθενών.

**Άρθρο 11** Θα πρέπει να δίνεται εγγύηση για τη διατήρηση του ιατρικού απόρρητου.

**Άρθρο 12** Οι κυβερνήσεις των διαφόρων χωρών θα πρέπει να παρέχουν αρκετές διευκολύνσεις και χρήματα για επιστημονικές έρευνες για τις αιτίες, την πρόληψη, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της ψυχικής αρρώστιας.

## **Μέρος 2ο: Δικαιώματα των συγγενών των ψυχικά αρρώστων Δικαιώματα που αφορούν τους ίδιους**

**Άρθρο 13** Οι συγγενείς έχουν δικαίωμα στην πληροφόρηση, στο να επιζητούν απάντηση στα ερωτήματά τους και να εμπλέκονται στη θεραπεία του ψυχικά ασθενή ατόμου.

**Άρθρο 14** Θα πρέπει να ιδρυθεί μια μόνιμη Υπηρεσία 'στήριξης', ανάλογη της υπηρεσίας του 'Συνηγόρου του Πολίτη'. Η Υπηρεσία αυτή θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας, ή άλλα ιδρύματα και θα πρέπει να δρα ως μεσολαβητής εκ μέρους των συγγενών των ψυχικά ασθενών.

**Άρθρο 15** Οργανώσεις συγγενών των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να έχουν άμεση εκπροσώπηση σε όλες τις επίσημες αρχές που σχεδιάζουν τρόπους παρέμβασης, χαράζουν πολιτική και παίρνουν αποφάσεις για θέματα ψυχικής υγείας.

**Άρθρο 16** Θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψη η ανάγκη για να προστατευθεί η οικογένεια. Παράλληλα, χρειάζεται να ενισχύεται η ικανότητά της να εξακολουθεί να φροντίζει ('να νοιάζεται') και να 'σηκώνει το βάρος' της φροντίδας για το ψυχικά άρρωστο μέλος της.

### **Αφορούν τις απαραίτητες υπηρεσίες**

**Άρθρο 17** Η αυτο-βοήθεια θα πρέπει να ενθαρρύνεται, να υποστηρίζεται οικονομικά και να αναγνωρίζεται επίσημα.

**Άρθρο 18** Η παροχή φροντίδας στο σπίτι και η υποβοήθηση και στήριξη της οικογένειας των ψυχικά αρρώστων θα πρέπει να αναγνωρίζονται επίσημα. Τα πρόσθετα έξοδα που απαιτούνται για τη φροντίδα στο σπίτι θα πρέπει να καλύπτονται από το Κράτος, τα Ασφαλιστικά Ταμεία, ή την κοινωνία μας γενικότερα. Θα πρέπει να δημιουργηθούν κατάλληλες Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Οι Υπηρεσίες αυτές βοηθούν την οικογένεια, καθώς και τους ψυχικά αρρώστους να επανενταχθούν στην Κοινότητα, παρέχοντας συμβουλές και πρακτική βοήθεια.

**Άρθρο 19** Θα πρέπει να εξασφαλίζεται και να παρέχεται εγγύηση για σεβασμό του ιατρικού απόρρητου.

**Άρθρο 20** Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να μπορούν να παρέχουν συμβουλές και πληροφορίες στις οικογένειες που φροντίζουν το ψυχικά άρρωστο μέλος τους. Έτσι θα μπορούν να συμβάλλουν στην επίλυση εξειδικευμένων προβλημάτων που αφορούν τον συγκεκριμένο άρρωστο.

**Άρθρο 21** Θα πρέπει να ενθαρρυνθεί μια πιο θετική προσέγγιση και αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας από την Κοινωνία μας και ιδιαίτερα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.<sup>72</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Barlow Durand, Ψυχολογία και παθολογική συμπεριφορά: Μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, Β' Τόμος, Εκδόσεις Έλλην, 2001.
2. Μάνος Ν., Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1988.
3. <http://www.epipsy.gr/openthedoors/stories.htm>, Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ), Σχιζοφρένεια. Ας ανοίξουμε τις πόρτες, Το οδοιπορικό ενός ασθενούς: ζώντας με παρανοειδή σχιζοφρένεια. BMJ, Νοέμβριος/Δεκέμβριος 2006, ημερομηνία πρόσβασης 17-04-2008.
4. <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/>, Σχιζοφρένεια, Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 04-16-04, ημερομηνία πρόσβασης 10-05-2008.
5. Χαρτοκόλλης Π., Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991.
6. Στεφανής Κ. και συν., Μαθήματα ψυχιατρικής με στοιχεία ψυχολογίας, Τεύχος Α', Αθήνα, 1990.
7. Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., Ψυχιατρική, Α' τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
8. Hisatoshi Mitsuda, M.D. and Tetsuo Fukuda, M.D. Biological mechanisms of schizophrenia like psychoses, Εκδόσεις Georg Thieme Publishes Stuttgart, Tokyo 1974.
9. [bp1.blogger.com/.../σχιζοφρενεια.jpg](http://bp1.blogger.com/.../σχιζοφρενεια.jpg), Μάνιου Ρ., Βέροια, Σχιζοφρένεια μια ύπουλη νόσος, 19-05-2008, ημερομηνία πρόσβασης 15-07-2008.
10. Τσαλικόγλου-Κωστοπούλου Φ., Σχιζοφρένεια και φόνος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1984.
11. Harold I. Kaplan, M.D., Benjamin J. Sadock, M.D., Jack A. Grebb, M.D. Ψυχιατρική, 7<sup>th</sup> edition, τόμος β', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
12. <http://www.medlook.net.cy/imageurl/schizophrenia.jpg>, ημερομηνία πρόσβασης 14-08-2008.
13. Kaplan Harold et al, Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, Eight Edition, 1998.
14. <http://www.geocities.com/dimphsyc/neuro.html>, νευροβιολογία της σχιζοφρένειας, της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και των άλλων ψυχωτικών διαταραχών, ημερομηνία πρόσβασης 16-07-2008.

15. <http://psycosynthesis.blogspot.com/2008/07/blog-post.html>, ψυχοσύνθεση, ημερομηνία πρόσβασης 16-6-2008.
16. Mose Nikolas, Essential Psychiatry, Second Edition, Blackwell, Scientific Publications, 1994.
17. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Γενεύη 1993.
18. Αυγουστάτος Γ., Ψυχίατρος –ψυχοθεραπευτής, Ψυχώσεις: ορισμός, μορφές και διαγνωστικά κριτήρια, <http://psycosynthesis.blogspot.com/se>, Αθήνα, 12 Ιουλίου 2008, ημερομηνία πρόσβασης 15-6-2008.
19. [http://www.janssen-cilag.gr/bgdisplay.jhtml?itemname=schizophrenia\\_diagnosis&product=none](http://www.janssen-cilag.gr/bgdisplay.jhtml?itemname=schizophrenia_diagnosis&product=none) , 05 June 2008, ημερομηνία πρόσβασης 20-08-2008.
20. [http://bp3.blogspot.com/\\_AArlcNbIJME/SHj0lp0n31I/AAAAAAAAAASc/mOAdj7aQcYcU/s1600-h/psy3.jpg](http://bp3.blogspot.com/_AArlcNbIJME/SHj0lp0n31I/AAAAAAAAAASc/mOAdj7aQcYcU/s1600-h/psy3.jpg), ημερομηνία πρόσβασης 10-06-2008.
21. Dr Χριστοδούλου Τ., BSc, MSc, PhD, Γνωστική Νευροψυχολόγος- Ψυχολόγος, Συμπτωματολογία στην Σχιζοφρένεια, Μετάφραση από τα αγγλικά: 1. Royal College of Psychiatrists web page. 2. National Library of Medicine web page, E-Psychology, 2005-2008, <http://www.e-psychology.gr/content/view/103/84/>, ημερομηνία πρόσβασης 13-07-2008.
22. Dr Χριστοδούλου Τ., BSc, MSc, PhD, Γνωστική Νευροψυχολόγος- Ψυχολόγος, Συμπτωματολογία στην Σχιζοφρένεια, Μετάφραση από τα αγγλικά: 1. Royal College of Psychiatrists web page. 2. National Library of Medicine web page, E-Psychology 2005-2008, [http://e-psychology.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=105&Itemid=99999](http://e-psychology.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=105&Itemid=99999) 999, ημερομηνία πρόσβασης 12-07-2008.
23. Dr Χριστοδούλου Τ., BSc, MSc, PhD <http://www.e-psychology.gr/content/view/104/84/Dr>, Μορφές σχιζοφρένειας και συμπτώματα, Μετάφραση από τα αγγλικά: 1. Royal College of Psychiatrists web page. 2. National Library of Medicine web page, E-Psychology 2005-2008, ημερομηνία πρόσβασης 15-07-2008.
24. [http://i170.photobucket.com/albums/u244/jim\\_hellas/myblog/Schizophrenia\\_PET\\_scan.jpg](http://i170.photobucket.com/albums/u244/jim_hellas/myblog/Schizophrenia_PET_scan.jpg), Σχιζοφρένεια: μια μνημονική δυσλειτουργία; ημερομηνία πρόσβασης 06-07-2008.

25. [freehost.stuff.gr/jim\\_hellas/?p=698](http://freehost.stuff.gr/jim_hellas/?p=698), Σχιζοφρένεια: μια μνημονική δυσλειτουργία; Ο κόσμος έτσι όπως τον βλέπω εγώ. Σκέψεις και συναισθήματα για τον κόσμο, 16 Μαρ. 2008, ημερομηνία πρόσβασης 15-07-2008.
26. <http://www.acrobace.gr/showthread.php?t=57282>. Μαριχουάνα και σχιζοφρένεια, Πηγή: SKAI.gr, ημερομηνία πρόσβασης 17-08-2008.
27. Κακούρος Ευθ., Μανιαδάκη Κ., Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2003.
28. Τα γενετικά αίτια της σχιζοφρένειας εντόπισε ομάδα επιστημόνων [http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/w\\_articles\\_kathciv\\_9\\_28/03/2008\\_227027](http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_kathciv_9_28/03/2008_227027), Ημερομηνία δημοσίευσης 28-03-08, ημερομηνία πρόσβασης 18-6-2008.
29. Σκαπινάκης Π., Λέκτορας Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μιχάλης Γρ., Ψυχολόγος-Παιδαγωγός, κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος στη Κοινωνική Ψυχιατρική – Παιδοψυχιατρική, Παιδική Σχιζοφρένεια – Σχιζοφρένεια, Πρώτη έκδοση: 20 Nov 2003, Τελευταία ενημέρωση: 30 Jun 2004., <http://www.web4health.info/el/answers/psy-sympt-child-schiz.htm>, ημερομηνία πρόσβασης 17-8-2008.
30. Σχιζοφρένεια. Ερωτήσεις και απαντήσεις για τη σχιζοφρένεια, Μέρος 2<sup>ο</sup>, <http://www.mednet.gr/psycho/public/schizo2.htm> 17 Φεβρουαρίου 1997. ημερομηνία πρόσβασης 10-06-2008.
31. [http://www.sofpsi-ser.gr/Simboules/sxizofrenia/sxizofrenia-genika.htm#OI\\_PROOPTIKEΣ\\_\(Πρόγνωση\)](http://www.sofpsi-ser.gr/Simboules/sxizofrenia/sxizofrenia-genika.htm#OI_PROOPTIKEΣ_(Πρόγνωση)), Σχιζοφρένεια, Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) Ν. Σερρών, ημερομηνία πρόσβασης 13-08-2008.
32. <http://health.in.gr/parents/Article.asp?ArticleId=19087&CurrentTopId=19044&IssueTitle>, Οδηγός Γονικής Συμπεριφοράς. Παιδική ψύχωση-Παιδική σχιζοφρένεια, ημερομηνία πρόσβασης 11-08-2008
33. <http://health.in.gr/parents/Article.asp?ArticleId=19087&CurrentTopId=19044&IssueTitle>, Οδηγός Γονικής Συμπεριφοράς. Παιδική ψύχωση-Παιδική σχιζοφρένεια, ημερομηνία πρόσβασης 11-08-2008.
34. <http://baileedyck.googlepages.com/SZ.jpg/SZ-full.jpg>, Investigating schizophrenia, ημερομηνία πρόσβασης 12-08-2007.
35. <http://www.stress.gr/disorder.php?id=15>, Σχιζοφρένεια, ημερομηνία πρόσβασης 17-05-2008.

36. [www.psychologia.gr/disorders/schizophrenia.htm](http://www.psychologia.gr/disorders/schizophrenia.htm), Ψυχικές λειτουργίες του ανθρώπου. Σχιζοφρένεια και Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές. Ημερομηνία πρόσβασης 17-06-2008.
37. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, Νευρικό σύστημα, Ψυχιατρική, Ψυχανάλυση, 4<sup>ος</sup> τόμος, Εκδόσεις Δομική Ο.Ε. Γκούμας-Κωτισιόπουλος, Ελλάδα 1989. σελ.724-725.
38. Sue Sue Sue. Understanding Abnormal Behaviour, 5<sup>th</sup> edition, Publishing house: Houghton Mifflin Company, USA 1992.
39. Βιδάλη Τ., Νοσηλευτικό Τεύχος, Μια τελευταία λέξη για την πρόγνωση της σχιζοφρένειας, Ιανουάριος - Μάρτιος 2001
40. Αλεβιζόπουλος Γ., Δικαστική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1998.
41. [www.thepsyra.gr/book\\_schizofreneia.pdf](http://www.thepsyra.gr/book_schizofreneia.pdf), Γνωριμία με τη σχιζοφρένεια, ημερομηνία πρόσβασης 01-08-2008.
42. <http://www.epipsy.gr/openthedoors/stories.htm>, Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ), Σχιζοφρένεια. Ας ανοίξουμε τις πόρτες, ημερομηνία πρόσβασης 17-04-2008.
43. <http://www.sopsi.gr/>, Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ), 2007, ημερομηνία πρόσβασης 15-05-2008.
44. Σχιζοφρένεια: σύγχρονες απόψεις, διαχρονικές προκλήσεις, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 18 Μαρτίου 2000, Αίγλη Ζαπείου, Αθήνα, [http://www.epipsi.gr/openthedoors/docs/deltio\\_typou.doc](http://www.epipsi.gr/openthedoors/docs/deltio_typou.doc).
45. Αλεβιζόπουλος Γ., Δικαστική Ψυχιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα.
46. Τσαλίκου Φ., Κακκάλης Π., Κουβέλης Φ., Επικινδυνότητα και κοινωνική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1990.
47. Λειβαδίτης Μ., Ψυχιατρική και δίκαιο, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994.
48. Davidson and Neale. Abnormal Psychology, 6<sup>th</sup> edition, Εκδόσεις John Wiley and Sons Inc., 1994.
49. Ιωαννίδης Ι.Δ., Παιδαγωγική Ψυχολογία, Προσαρμογή-Προσωπικότητα, τόμος Α', Εκδόσεις Κορφή, Αθήνα 1996.
50. Εφημερίδα Καθημερινή, ημερομηνία 7 Οκτωβρίου 1999, σελίδα 3.
51. Καράβατος Α., Μποζίκας Β., Όταν οι σχιζοφρενείς γερνούν, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2000, <http://www.mednet.gr/archives/2000-6/pdf/556.pdf>, ημερομηνία πρόσβασης, 01-08-2008.

52. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Δ' Έκδοση, 2004.
53. Molecular and Cellular proteomics, Πρωτεΐνη των κυττάρων του ανοσοποιητικού ενδέχεται να αποτελεί αξιόπιστη ένδειξη για το επίπεδο κινδύνου εμφάνισης σχιζοφρένειας, Τετάρτη, 23/07/2008, <http://www.dr-med.gr/index.php?newsid=1118>.
54. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα
55. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική, 6<sup>η</sup> Έκδοση Βελτιωμένη, Αθήνα 2007.
56. Daris J.M., Schizophrenia channou RA, Psychiatry – Diagnosis and therapy, 1988.
57. Γιαννοπούλου Χρ. Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 4<sup>η</sup>, Εκδοτικός Οίκος Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 1988.
58. Freeman Artur, MD et al, Psychiatry for the Primary Care Physicians, 1979.
59. Προληπτική Νοσηλευτική, 20<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσ/κό Συνέδριο – Πρακτικά, Πόρτο Καρράς – Χαλκιδική, 1993.
60. Φιλιππόπουλος Γ., Κλινική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καραβίας, Αθήνα 1961.
61. Ραγιά Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική – Θεμελιώδεις Αρχαί, Εκδόσεις Ευνική. Αθήνα 1978.
62. Αθανασίου Ν. Μαρτίνου, Η δοκιμασία TRH σε σχιζοφρενείς πριν και μετά τη θεραπεία με νευροληπτικά φάρμακα, Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1982.
63. Παπανούτσος Ε.Π. Ψυχολογία Β' Λυκείου, Ο.Ε.Δ.Β. Αθήνα 1979.
64. Αντωνοπούλου Χ., Βίκη Α., Γαλανάκη Ε., Δράκος Γ. κ.ά., Ψυχολογία, Α' Λυκείου, Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 2002.
65. Παπαδημητρίου Ι.Ν. Σύγχρονη Ψυχιατρική. Τόμος Α', Γενική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1973.
66. Πραματευτάκης Εμμανουήλ Α., Ειδικός Ψυχίατρος Ψυχοθεραπευτής, Ιατρός Σισμανόγλειου – Νοσοκομείου Αεροπορίας Υ.Ν.Α., αποκλειστική συνέντευξη - παρουσίαση περιστατικού του Νοσοκομείου, ημερομηνία συνέντευξης 18-07-2008.
67. <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubASPIIS>, Σχιζοφρένεια, Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 04/16/04, ημερομηνία πρόσβασης, 24-06-2008.
68. Οικονόμου Μ., Σχιζοφρένεια: σύγχρονες απόψεις, διαχρονικές προκλήσεις, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 18 Μαρτίου 2007,

Αίγλη Ζαππείου, Αθήνα, [http://www.epipsi.gr/openthedoors/docs/deltio\\_typou.doc](http://www.epipsi.gr/openthedoors/docs/deltio_typou.doc), ημερομηνία πρόσβασης 10-05-2008.

69. Νταρζάνου Αγ., Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική, η προκατάληψη είναι, Εφημερίδα Αυγή, <http://indy.gr/other-press/i-s3c7izofreneia-den-einai-metadotik-i-prokatalipsi-einai>, δημοσιεύτηκε July 30, 2007, ημερομηνία πρόσβασης 17-05-2008.
70. Ενημερωτικό έντυπο της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης "Ψυχαργώς", [www.msu.gr](http://www.msu.gr).
71. Ειδική Αγωγή. Ψυχική Υγεία. Αναπηρία. Σχιζοφρένεια: Μύθοι και πραγματικότητα, NOESI.gr, Δημοσιεύτηκε από noesi.gr, 07/02/2006-22:10, ημερομηνία πρόσβασης 11-08-2008.
72. <http://indy.gr/projects/o-imi-orofos/diakryksi-dikaiomaton-ton-psy3c7ika-asthenn-kai-ton-oikogenein-toys>, Διακήρυξη δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους, 1η Ευρωπαϊκή Συνάντηση Συγγενών και Ψυχικά Ασθενών, Βέλγιο, 1990, ημερομηνία πρόσβασης 14-06-2008.