

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ  
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:  
ΑΝΥΦΑΝΤΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΝΤΟΥΝΙΑ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:  
Dr. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2008**

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Ευχαριστούμε θερμά την κ. **Μαρία Σπυροπούλου**, κλινική ψυχολόγο του ΚΕΠΕΠ Λεχαινών καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό του ιδρύματος και βέβαια τον κ. **Ανδρέα Μακρυγιάννη**, κλινικό ψυχολόγο του ΚΔΑΥ Αχαΐας για την πολύτιμη βοήθειά τους στην εργασία αυτή.*

*Ανοφαντή Αγγελική  
Ντουνιά Χαρίκλεια*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
<i>Ευχαριστίες</i>	<i>i</i>
<i>Περιεχόμενα</i>	<i>ii</i>
<i>Πρόλογος</i>	<i>v</i>
<i>Εισαγωγή</i>	<i>vi</i>
<i>Ιστορική αναδρομή</i>	<i>viii</i>

### **ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

##### **ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ**

1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	1
1.2 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	2

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

##### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	6
2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ	8
2.2.1 Γενετικοί παράγοντες	8
2.2.2 Βιολογικοί παράγοντες	9
2.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες	9

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

##### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

3.1 ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΚΑΛΟΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	11
3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	12
3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΕΣΤ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	15

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

4.1	ΔΙΧΑΣΜΟΣ	20
4.2	ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ	24
4.3	ΑΥΤΙΣΜΟΣ	24
4.4	ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	26

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

#### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

5.1	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	27
5.2	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	28
5.2.1	Σωματικές θεραπείες	30
5.2.2	Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	32
5.3	ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	35
5.4	Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	36

## **ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ**

#### **ΕΠΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ**

6.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	38
6.1.1	Παραδείγματα νοσηλευτικής θεωρίας και πράξη σχιζοφρενών	39
6.2	ΠΡΟΛΗΨΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	40
6.2.1	Εισαγωγικά στην πρόληψη	40
6.2.2	Πρωτογενής πρόληψη	40
6.2.3	Δευτερογενής πρόληψη	41
6.2.4	Τριτογενής πρόληψη	41
6.3	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	41

6.4.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	42
------	-----------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

7.1.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	45
7.2.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	47
7.2.1.	Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων	48
7.2.2.	Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντι- ψυχωτικών φαρμάκων	48
7.2.3.	Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία	48
7.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	50
7.4	ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	50

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

8.1	ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ – ΕΜΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	52
8.2	ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	53
8.2.1	Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου	53
8.2.2	Σχιζοφρενής και οδήγηση	54
8.2.3	Σχιζοφρενής και αξιόποινες πράξεις	55
	Συμπεράσματα	56
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	58
	Βιβλιογραφία	79

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γενικά παραδεκτό πως ο άνθρωπος είναι μια σύνθετη προσωπικότητα με ψυχικές και σωματικές λειτουργίες. Για να μπορεί, λοιπόν, να λειτουργεί σαν υγιή μονάδα της κοινωνίας, να μπορεί να προσφέρει σε αυτήν και να εκπληρώνει την αποστολή του ως κοινωνικό ον, είναι απαραίτητο όλες του οι λειτουργίες, ψυχικές και σωματικές να βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Γίνεται, λοιπόν αντιληπτό, πως ο τομέας της ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός σήμερα, αφού οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται ως αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Ο ασθενής που πάσχει από ψύχωση αδυνατεί να αντιληφθεί ότι ασθενεί ψυχικά, ότι δεν διαθέτει έλεγχο της πραγματικότητας και ότι διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες.

Οι ψυχώσεις χωρίζονται σύμφωνα με τους ψυχαναλυτές σε ψυχώσεις οργανικής μορφής, π.χ. γενική παράλυση και λειτουργικής μορφής ψύχωση, π.χ. σχιζοφρένεια.

Οι λειτουργικές ψυχώσεις διακρίνονται σε: α) παράνοια, β) μελαγχολία και μανία και γ) σε σχιζοφρένεια, που είναι η μορφή της λειτουργικής ψύχωσης που θα μας απασχολήσει σε αυτήν την εργασία.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή έχει σαν σκοπό να γίνει μια πρώτη γνωριμία με την σχιζοφρένεια, να δοθούν ορισμοί για την σχιζοφρένεια, μιας και τα κριτήρια για να χαρακτηριστεί μια ασθένεια ως σχιζοφρένεια έχουν αλλάξει με την πάροδο του χρόνου, να αναλυθούν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και η αιτιολογία της σχιζοφρένειας και επίσης να αναφερθεί στην θεραπεία της ασθένειας, στην πρόγνωσή της, σε νοσηλευτικές απόψεις και πρακτικές επί του θέματος κ.ά.

Το γιατί είναι σημαντικό να ασχοληθούμε με την σχιζοφρένεια γίνεται αντιληπτό από αναφορές ότι πάνω από το 1% του πληθυσμού προσβάλλεται από αυτή όπως επίσης, επειδή η κοινωνία μας φοβάται και απορρίπτει την μη κοινωνικά συμβατή συμπεριφορά, δίνει μεγαλύτερη έκταση σε εγκλήματα που εκτελούνται από σχιζοφρενείς. Εκείνο που εντυπωσιάζει πέρα από την ποικίλλουσα συμπτωματολογία της και την αδιευκρίνιστη αιτιολογία της είναι η διαχρονικότητά της και η οικουμενικότητά της. Η νόσος φαίνεται να διαπερνά τα χρονικά, πολιτισμικά, φυλετικά και γεωγραφικά όρια και η σημασία της έγκειται σήμερα, μεταξύ των άλλων:

- στο γεγονός ότι προσβάλλει κατά κανόνα νεαρά άτομα συνήθως κατακερματίζοντας τα πλέον παραγωγικά και δημιουργικά χρόνια της ζωής τους
- στο δεδομένο ότι αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως. Αρκεί να αναφερθεί ότι στις ΗΠΑ υπάρχουν περίπου δύο εκατομμύρια νοσούντες, που κατά τα 2/3 υποβάλλονται σε κάποιας μορφής θεραπευτική αγωγή με συνολικό κόστος 32,5 δις δολαρίων. Ακόμα οι σχιζοφρενικοί άρρωστοι καταλαμβάνουν τις μισές περίπου κλίνες από τις νοσοκομειακές ψυχιατρικές κλίνες παγκοσμίως.

Γενικά παρ' όλες τις έρευνες και τις προσπάθειες, δεν έχουμε μάθει πολλά για τη μάστιγα αυτή της ανθρωπότητας που εξακολουθεί απ' τα αρχαία χρόνια να διαλύει άτομα και οικογένειες. Δεν ξέρουμε ακόμα ούτε πώς να τη θεραπεύσουμε

ολοκληρωτικά, ούτε πώς να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από την σχιζοφρένεια. Και αυτό συμβαίνει γιατί τα αίτια της ακόμα μας διαφεύγουν.

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. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας -ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας- παρουσιάζεται με διαταραχές, συμπτώματα στη αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα.

Έχει σημασία να μην προσπαθήσουμε να κλείσουμε μέσα μας μια συγκεκριμένη εικόνα –«στίγμα» σχιζοφρενικού. Οι κλινικές εικόνες παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. Καλό, είναι λοιπόν, να μην έχουμε «κλισέ», στο μυαλό μας και κυρίως να μην ξεχνάμε ότι οι σχιζοφρενικοί μας άρρωστοι είναι απλώς άρρωστοι, δεν είναι «λεπροί» (Μάνου Ν., 1997, Χριστοδούλου Ν.Γ., 2000).



## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Κατά το 2<sup>ο</sup> μ.Χ. αιώνα ο Γαληνός περιέγραψε την «παραφροσύνη», ο Αρεταίος ο Καππαδόκης διαχώρισε τα «μανιακά» συμπτώματα από αυτά που σήμερα κατηγοριοποιούνται ως σχιζοφρενικά και περιέγραψε περιπτώσεις παραληρήματος, ενώ ο Σωρανός ο Εφέσιος ανέφερε ορισμένες κατατονικές και παραληρητικές καταστάσεις.

Κατά τα επόμενα 1000 χρόνια, η νόσος μαζί με τις άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ενεπλάκη στις θεοκρατικές αντιλήψεις όπου τη θεώρησαν ως δείγμα δαιμονοκατοχής, με αποτέλεσμα την «δια της πυράς», αντιμετώπισή της. Χαρακτηριστικά παραδείγματα περιγράφονται στο *Malleus Maleficarum* των δομινικάνων μοναχών Kramer και Sprenger (1486).

Στις αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα άρχισαν να παρουσιάζονται οι πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τη νόσο. Αργότερα, οι Arnold (1780), Pinel (1801) και Halam (1809) έδωσαν εξαιρετικές περιγραφές μερικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ενώ ο Morel (1857) εισήγαγε τον όρο «πρώιμη άνοια», περιγραφικό της προοδευτικής ψυχονοητικής έκπτωσης που χαρακτηρίζει τη νόσο.

Οι πρώτες προσπάθειες νοσολογικής ένταξης διαφόρων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες, π.χ. η «παραφρένεια της εφηβείας» από τον Kahlbaum το 1863, η «ηβηφρένεια» από τον Hecker το 1868 και Laseque το 1870 κ.α, δημιούργησαν τις κατάλληλες συνθήκες οριοθέτησης της νόσου η οποία βρήκε τον κύριο εκφραστή της στο πρόσωπο του Kraepelin. Το 1896 ο **Kraepelin καθιέρωσε την ταξινόμηση των διαφόρων μορφών** (κατατονία, ηβηφρένεια, παρανοειδής άνοια) τις οποίες ενέταξε σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα δύο χρόνια αργότερα. Παράλληλα, ο Diem (1904) πρόσθεσε στα παραπάνω και την «απλή»μορφή της νόσου. Ο Jung (1903) περιέγραψε τις συνειρμικές διαταραχές της νόσου, ο Meyer (1905) έβαλε τις βάσεις της ψυχοβιολογικής προσέγγισής της και τέλος ο **Bleuler το 1919 εισήγαγε τον όρο «σχιζοφρένεια»** και περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα της νόσου, δηλαδή την ασυναρτησία, την αμφιθυμία-αμφιβουλησία και τον αυτισμό που είναι γνωστά ως «4 άλφα» στην αγγλική βιβλιογραφία (associational disturbances, affective disturbances, ambivalence, autism).

Ο Freud μετά από μια πρόωμη περιγραφή (1881) μιας περίπτωσης παρανοειδούς παραληρήματος, επανέρχεται το 1915 με τη δημοσίευση των δοκιμίων του για την προβολή και το ναρκισσισμό. Στη δεκαετία του 1920 ο Pavlov, επισήμανε την επικράτηση της αναστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος και τη συνθήκη χρόνια ύπνωσης ως αιτιολογικού μηχανισμού, αντιλήψεων που υιοθετήθηκαν από το σύνολο των ψυχιάτρων της ανατολικής Ευρώπης κατά την τελευταία πενήκονταετία. Ο Sakel (1933) και οι Cerletti και Binni (1938) εισήγαγαν στην θεραπευτική το ινσουλινικό κόμα και την ηλεκτρισπασμοθεραπεία αντίστοιχα, ενώ ο Meduna (1935) και ο Moulz τη σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα και την ψυχοχειρουργική αντιμετώπιση αντίστοιχα. Ο Langfeldt (1939) διαχώρισε τον «πυρηνικό» απ' τον «αντιδραστικό» τύπο της νόσου και ο Schneider (1942) περιέγραψε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια που αποτέλεσαν σταθμό στη διαγνωστική διαδικασία. Το 1952 οι Delay και Deuiker εισήγαγαν στη θεραπευτική τις φαινοθειαλίνες και σηματοδότησαν την εκκίνηση της σύγχρονης ψυχοφαρμακολογίας, ενώ το 1959 ο Leonhard περιέγραψε τα «άτυπα σχιζοφρενικά σύνδρομα» ως διακριτές κλινικές οντότητες.

Τέλος, το 1994 δημοσιεύθηκε στην Αμερική και έπειτα στην Ελλάδα το 1996 μεταφρασμένο από τον ψυχίατρο Κωνσταντίνο Γκοτζαμάνη η 4<sup>η</sup> έκδοση του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχιατρικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-III), στην οποία οριοθετούνται πιο συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια για τη νόσο και τις μορφές της, μαζί με στοιχεία για την πορεία τις κλινικές συσχετίσεις και την πρόγνωση της (Χριστοδούλου Ν.Γ., 2000).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

### **ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ**

#### **1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Ένας πρώτος ορισμός της σχιζοφρένειας είναι αυτός που αναγράφεται στην εγκυκλοπαίδεια Υγεία. Είναι πνευματική ασθένεια, χαρακτηριζόμενη από διχασμό της προσωπικότητας, αδιαφορία, αδράνεια, άρνηση, απροσαρμοστικότητα. Μπορεί να φτάσει στην παραφροσύνη και απαιτείται περιορισμός του ασθενή (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, Εκδόσεις Δοκιμή Ο.Ε., Γκούμας – Κωστόπουλος).

Ακόμα ο Κωνσταντίνος Χ. Πιανός ορίζει την σχιζοφρένεια ως μια ομάδα ψυχώσεων με βαθιά διαταραχή της προσωπικότητας, με χαρακτηριστικές βλάβες στη σκέψη, με ένα συναίσθημα ελέγχου από ξένες δυνάμεις, με ψευδαισθήσεις που μπορεί να είναι αλλόκοτες, διαταραγμένη αντίληψη, ανώμαλες αμφιθυμίες, που δεν εναρμονίζονται δηλαδή με την πραγματική κατάσταση, αυτισμό και παρ' όλα αυτά γενικά καθαρή συνείδηση και διατήρηση πνευματικών ικανοτήτων (Πιανός Χ.Κ., 1998).

Τέλος, σύμφωνα με τον Νίκο Μάνο η σχιζοφρένεια θεωρείται 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. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση παρουσιάζεται με διαταραχές - συμπτώματα στην αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα (Μάνου Ν. 1997).

Είναι λοιπόν φανερό πως η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια του μυαλού από τις πιο ισχυρές και συναισθηματικά πιο διχαστικές ασθένειες γνωστές στον άνθρωπο ([www.schizophrenia.com](http://www.schizophrenia.com)).

## 1.2 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει η σχιζοφρένεια δεν είναι μια μόνο ασθένεια, αλλά μια ομάδα ψυχικών διαταραχών η οποία χωρίζεται σε διάφορες μορφές απ' τις οποίες οι πιο κύριες είναι οι παρακάτω:

### 1. Παρανοειδής σχιζοφρένεια

Πρόκειται για το συχνότερο τύπο σχιζοφρένειας στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν συχνά παρανοειδής παραληρητικές ιδέες που συνήθως συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα ακουστικές και από άλλες αντιληπτικές διαταραχές.

Παραδείγματα των πιο συχνών παρανοειδών συμπτωμάτων είναι:

- α) Παραληρητικές ιδέες διώξεως, αναφοράς, υψηλής καταγωγής, ειδικής αποστολής, μεταβολής του σώματος ή ζηλοτυπίας.
- β) Ψευδαισθήσεις υπό τύπον φωνών που απειλούν τον ασθενή ή δίνουν εντολές ή μη λεκτικές ψευδαισθήσεις όπως σφυρίγματα βόμβοι ή γέλια.
- γ) Ψευδαισθήσεις οσφρητικές ή γευστικές ή αναφερόμενες σε σεξουαλικές ή άλλες σωματικές αισθήσεις. Μπορεί επίσης να υπάρχουν οπτικές ψευδαισθήσεις.

Στις οξείες καταστάσεις δυνατόν να υπάρχει εμφανής διαταραχή της σκέψης, η οποία όμως δεν εμποδίζει τη σαφή περιγραφή των τυπικών παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων. Το συναίσθημα είναι συνήθως λιγότερο αμβλύ, συχνά όμως υπάρχει μικρός βαθμός απροσφορότητας του συναισθήματος, απότομων εκρήξεων οργής φόβου και καχυποψίας.

Η πορεία της παρανοειδούς σχιζοφρένειας μπορεί να είναι επεισοδιακή, με μερική ή πλήρη αποδρομή ή χρόνια. Στις χρόνιες περιπτώσεις, τα έντονα παραγωγικά συμπτώματα επιμένουν από έτη, η έναρξη συνήθως συμβαίνει αργότερα σε σύγκριση με την ηβηφρενική και την κατατονική μορφή σχιζοφρένειας.

## **2. Ηβηφρενική σχιζοφρένεια**

Μορφή σχιζοφρένειας στην οποία κυριαρχούν οι μεταβολές του συναισθήματος, οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι φευγαλέες και αποσπασματικές. Η συμπεριφορά είναι ανεύθυνη και απρόβλεπτη και οι ιδιοτροπισμοί συχνοί. Το συναίσθημα είναι ρηχό και απρόσφορο και συχνά συνοδεύεται από αναίτιους γέλωτες ή χαμόγελα που δείχνουν απορρόφηση στον εαυτό ή ικανοποίηση από τον εαυτό ή από συμπεριφορά που δείχνει υπεροψία, γκριμάτσες, ιδιοτροπισμούς, χονδρά αστεία και επαναλαμβανόμενες φράσεις. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας συνήθως αρχίζει μεταξύ της ηλικίας των 15 και 25 ετών και συνήθως έχει κακή πρόγνωση λόγω της ταχείας ανάπτυξης «αρνητικών συμπτωμάτων», ιδιαίτερα της επιπέδωσης του συναισθήματος και της αβουλίας. Η ορμή και η αποφασιστικότητα χάνονται και οι στόχοι εγκαταλείπονται έτσι ώστε χαρακτηριστικά η συμπεριφορά του ασθενούς καθίσταται άσκοπη και χωρίς στόχους. Η επιφανειακή και ιδιότροπη ενασχόληση με τη θρησκεία, με τη φιλοσοφία και με άλλα αφηρημένα θέματα επιτείνουν τη δυσκολία του ακροατή να παρακολουθήσει τους συνειρμούς του ασθενούς.

## **3. Κατατονική σχιζοφρένεια**

Τα βασικά και κύρια χαρακτηριστικά της μορφής αυτής είναι οι έντονες διαταραχές της ψυχοκινητικότητας. Οι διαταραχές αυτές είναι δυνατόν να εναλλάσσονται μεταξύ ακραίων καταστάσεων, όπως η έντονη υπερκινητικότητα και η εμβροντησία ή η αυτόματη ανυπακοή και ο αρνητισμός. Μερικές φορές τα επεισόδια βίαιης διέγερσης αποτελούν το κυριότερο χαρακτηριστικό αυτής της κατάστασης. Τα κατατονικά φαινόμενα μπορεί να συνδυάζονται με ονειροειδή κατάσταση που περιλαμβάνει ζωνηρές ψευδαισθήσεις.

## **4. Αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια**

Πρόκειται για καταστάσεις που πληρούν τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας, αλλά δεν συμφωνούν με κάποιον από τους παραπάνω περιγραφόμενους τύπους της. Η κατηγορία αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο

για ψυχωσικές καταστάσεις εν ενεργεία και αφού έχει γίνει ήδη προσπάθεια για την ταξινόμησή του σε κάποια απ' τις τρεις προηγούμενες κατηγορίες.

#### **5. Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη**

Καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο μπορεί να είναι παρατεταμένο και το οποίο αρχίζει ως επακόλουθο της σχιζοφρένειας. Μερικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας διατηρούνται ακόμη και μπορεί να είναι παραγωγικά ή αρνητικά. Αυτή η καταθλιπτική διαταραχή σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

#### **6. Υπολειμματική σχιζοφρένεια**

Πρόκειται για χρόνιο στάδιο στην ανάπτυξη της σχιζοφρενικής διαταραχής κατά το οποίο υπάρχει σαφής εξέλιξη από ένα πρώιμο στάδιο σε ένα όψιμο στάδιο που χαρακτηρίζεται από μακροχρόνια, αν και όχι αναγκαστικά μη αναστρέψιμα, αρνητικά συμπτώματα.

#### **7. Απλή σχιζοφρένεια**

Σπάνια διαταραχή στην οποία υπάρχει ύπουλη αλλά προοδευτική ανάπτυξη παράδοξων χαρακτηριστικών της διαγωγής, αδυναμία παρακολούθησης των κοινωνικών επιταγών και μείωση της συνολικής απόδοσης. Δεν υπάρχουν ενδείξεις παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων και η διαταραχή είναι λιγότερο εμφανώς ψυχωσική απ' τους άλλους τύπους σχιζοφρένειας.

#### **8. Σχιζότυπη διαταραχή**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από εκκεντρική συμπεριφορά και ανωμαλίες της σκέψης και του συναισθήματος, οι οποίες μοιάζουν μ' αυτές που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια, χωρίς όμως να υπάρχουν σαφείς και χαρακτηριστικές σχιζοφρενικές ανωμαλίες σε οποιοδήποτε στάδιο της διαταραχής. Δεν υπάρχει κυρίαρχη ή τυπική διαταραχή, αλλά οποιοδήποτε από τα ακόλουθα μπορεί να παρατηρηθεί:

- α) Το άλλο φαίνεται απότομο και ψυχρό
- β) Παράξενη, εκκεντρική ή παράδοξη συμπεριφορά και εμφάνιση
- γ) Μειωμένη επαφή με τους άλλους και τάση για κοινωνική απόσυρση
- δ) Καχυποψία ή παρανοϊκές ιδέες
- ε) Ιδεοληπτικές σκέψεις συχνά με σεξουαλικό ή επιθετικό περιεχόμενο (ΕΠΨΥ και Κέντρο Συνεργασίας του Π.Ο.Υ. για την έρευνα και την Εκπαίδευση στην Ψυχική Υγεία, 1997).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

#### **2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Διάφορες καλά μεθοδευμένες μελέτες δείχνουν ότι η επικράτηση της σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1-15%. Θα πρέπει να τονισθεί ότι παρά τη σοβαρότητα της νόσου ένας αδιευκρίνιστος αριθμός αρρώστων δεν είναι δυνατόν να καταγραφεί στατιστικά, είτε γιατί ζει στο περιθώριο λόγω της νόσου, είτε γιατί οι οικείοι του δεν επιζητούν την ιατρική βοήθεια φοβούμενοι τον κοινωνικό στιγματισμό.

Οι ακόλουθοι παράγοντες έχουν κατά καιρούς διερευνηθεί ως προς την επιδημιολογία της νόσου:

##### **1. Ηλικία και φύλο**

Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Είναι γεγονός όμως ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την έναρξη της νόσου, την κλινική της πορεία καθώς και ως προς την επίδραση διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι η κλινική συμπτωματολογία αρχίζει πρωιμότερα στους άνδρες (μέση ηλικία έναρξης τα 20έτη) σε σχέση με τις γυναίκες (μέση ηλικία έναρξης τα 30έτη). Επίσης, οι περισσότεροι παράγοντες επικινδυνότητας αφορούν σχεδόν αποκλειστικά στο άρρεν φύλο.

##### **2. Φυλετικές διαφορές**

Ορισμένες μελέτες ανέφεραν αυξημένη συχνότητα σε εθνικές μειονότητες ή σε φυλετικές ομάδες. Το γεγονός όμως ότι οι μελέτες αυτές δεν έθεσαν υπό έλεγχο ορισμένους περιοριστικούς παράγοντες όπως την ηλικία, το φύλο, την κοινωνικο-οικονομική τάξη, μηδενίζει ουσιαστικά την αξιοπιστία τους.



### **3. Μετανάστευση**

Έχει καταχωριστεί ως σημαντικός παράγοντας για τη σχιζοφρένεια. Ο ψυχοτραυματισμός της μετανάστευσης (απώλεια πολιτισμικής ταυτότητας, προσαρμογή σε νέες συνθήκες) καθώς και η πιθανότητα να μεταναστεύσουν από μια κοινωνία σε μια άλλη με περισσότερα σχιζοφρενικά άτομα έχουν συζητηθεί ως οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες.

Έχει βρεθεί όμως ότι οι μετανάστες δεύτερης γενιάς παρουσιάζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για ανάπτυξη της νόσου. Αυτό, σε συνδυασμό με το ότι οι μετανάστες από φτωχές χώρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα επιτρέπει την υπόθεση ότι η επικινδυνότητα αυτού του παράγοντα θα πρέπει να αποτελεί τη συνισταμένη πολλών επιμέρους διεργασιών.

### **4. Κοινωνική τάξη**

Διάφορες μελέτες, που αφορούσαν κυρίως σε βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, έδειξαν ότι η σχιζοφρένεια υπερεκπροσωπείται δυσανάλογα στα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα του πληθυσμού. Οι σχετικές παρατηρήσεις οδήγησαν αρκετούς στο να υποστηρίξουν ότι οι σχιζοφρενείς, λόγω της νόσου, δεν μπορούν να ανέλθουν κοινωνικά ή αν ανήκουν σε υψηλότερη τάξη τείνουν να εκπέσουν σε χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα.

### **5. Χρήση ουσιών, σωματικές νόσοι, οικογενειακή κατάσταση**

Παρά το γεγονός ότι το 75% των σχιζοφρενών καπνίζουν ή ότι ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 30-50% κάνουν χρήση χασίς ή και άλλων ουσιών γενικά δεν φαίνεται να αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα επικινδυνότητας. Το ίδιο ισχύει και για το γεγονός ότι η πλειονότητα των σχιζοφρενών παρουσιάζει κατά τη διαδρομή της νόσου κάποιο σωματικό νόσημα, όπως επίσης και ότι ένα μεγάλο ποσοστό σχιζοφρενών παραμένουν άγαμοι.

### **6. Αναπαραγωγικότητα**

Έχει βρεθεί ότι το 30% των σχιζοφρενών παρουσιάζουν μειωμένη αναπαραγωγικότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Χριστοδούλου Ν.Γ., 2000).

## 2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Η αιτία της σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια χωρίς να ανευρεθεί. Προσδευτικά, όμως έχει γίνει αντιληπτό ότι πιθανότητα είναι λάθος ν' αναζητούμε ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα και ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας –όπως και πολλών άλλων ψυχικών και σωματικών διαταραχών– κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών.

Ήδη έχουν σχεδιαστεί νέες ερευνητικές μεθοδολογίες ικανές να εξετάσουν την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων π.χ. γενετικής προδιάθεσης και περιβάλλοντος, που ίσως μας δηλώσουν στο μέλλον κάποιες πιο ουσιαστικές απαντήσεις.

Έπεται η παρουσίαση των ευρημάτων για την αιτιολογία και την παθογένεση της νόσου και η σύνοψή τους υπό μορφή πρόδρομης θεωρίας (Μάνου Ν., 1997 & Tolle R. – Windgasseu K., 2005).

### 2.2.1 Γενετικοί παράγοντες

Γενετικές έρευνες κατέδειξαν ότι μεταξύ των συγγενών των σχιζοφρενών ασθενών παρατηρούνται περισσότερα κρούσματα σχιζοφρένειας απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Ενώ ο γενικός δείκτης είναι 1%, για τους γονείς των σχιζοφρενών, ανέρχεται στο 6%, για τα αδέρφια στο 9%, για τα παιδιά στο 13% και για τα εγγόνια στο 5%. Στην περίπτωση όπου και οι δύο γονείς πάσχουν από τη νόσο, περίπου σε ποσοστό 40% των παιδιών τους εκδηλώνουν τη νόσο.

Στις έρευνες διδύμων ωστόσο, έχουμε πιο ακριβή συμπεράσματα. Ο μέσος όρος του δείκτη σύμπτωσης που προκύπτει από τις νεότερες έρευνες είναι 31-78% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και μόνο 6-28% για τους διζυγωτικούς. Αυτό το εύρημα έχει αξιολογηθεί ως ένδειξη συμμετοχής ενός κληρονομικού παράγοντα, ενώ συνάμα παραπέμπει και σε άλλους αιτιοπαθολογικούς παράγοντες καθώς, εάν η κληρονομικότητα διαδραμάτιζε αποκλειστικό ρόλο θα περίμενε κανείς μια απόλυτη σύμπτωση στους μονοζυγώτες διδύμους. Έτσι, φωτίζεται η σημασία και των μη γενετικών παραγόντων (Tolle R. – Windgasseu K., 2005)

### 2.2.2 Βιολογικοί παράγοντες

#### α) Νευροφαρμακολογικά και νευροχημικά ευρήματα

Μια πολυκεντρική όσο και εντατική έρευνα οδήγησε στην υπόθεση της ντοπαμίνης για τις σχιζοφρένειες. Υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα οφείλονται σε υπερβολική ντοπαμινεργική δραστηριότητα. Στην ίδια υπόθεση εμπλέκονται και άλλοι νευροδιαβιβαστές, τα ευρήματα όμως δεν είναι αρκετά αξιόπιστα καθώς η υπόθεση συνιστάται σε μια ασταθή ισορροπία των διαφόρων συστημάτων.

β) Έρευνα έχει αποδώσει ένα παθοφυσιολογικό ρόλο σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου, όπως το μεταχιακό σύστημα, ο μετωπιαίος φλοιός και τα βασικά γάγγλια. Συμμετέχουν επίσης ο θάλαμος και το εγκεφαλικό στέλεχος, ο πρώτος ως κέντρο ολοκλήρωσης και το δεύτερο μαζί με το μεσεγκέφαλο, λόγω του ότι περιλαμβάνουν τους ανιόντες αμινεργικούς νευρώνες (Kaplan & Sadock's, 2000).

### 2.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

α) Μπορεί να προκληθεί υποτροπή σε ήδη σχιζοφρενή ασθενή όταν ζει σε ψυχοπρεστικό οικογενειακό περιβάλλον. Οι οικογένειες στις οποίες παρατηρούνται μεγάλα επίπεδα αρνητικής κριτικής, εχθρότητας και υπερβολικής εμπλοκής, λέγεται ότι έχουν υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ). Οι μελέτες δείχνουν ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια σε ύφεση, είναι πιο πιθανό να υποτροπιάζουν σε ένα τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον.

Είναι σαφές ότι τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες διαντιδρούν για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι κατά πάσα πιθανότητα κάποια ευαλότητα στη σχιζοφρένεια μεταβιβάζεται γενετικά και ενισχύεται από εγκεφαλικές βλάβες αλλά η ανάπτυξη ενός σχιζοφρενικού φαινοτύπου εξαρτάται από την παρουσία περιβαλλοντικών παραγόντων που ακόμη δεν έχουν διευκρινιστεί (Μάνου Ν., 1997, Guthrie E. – Lewis S., 2005).

**β)** Επίσης ορισμένες κοινωνικές θεωρίες έχουν υποδείξει ότι η εκβιομηχάνιση και η αστικοποίηση έχουν αιτιολογική σχέση με τη νόσο. Αν και υπάρχουν αρκετά δεδομένα που υποστηρίζουν αυτές τις θεωρίες, σήμερα πιστεύεται ότι οι παράγοντες στρες ασκούν την επίδρασή τους ως προς το χρόνο έναρξης της σχιζοφρένειας και τη βαρύτητά της (Kaplan & Sadock's, 2000).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

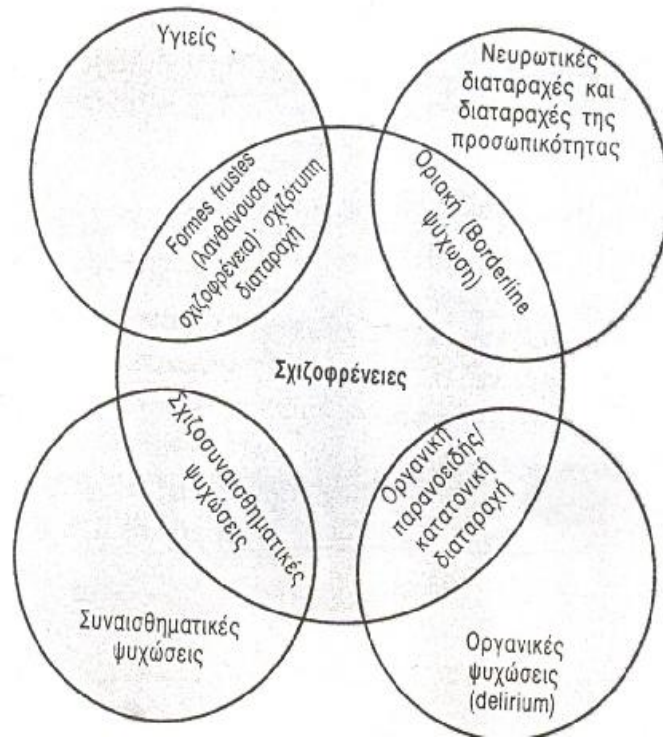
### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

#### **3.1 ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΚΑΛΟΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η ακριβής διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσης της, όπου η σύγχυσή της με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές π.χ. διπολική διαταραχή, μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειάς του με οδυνηρές συνέπειες. Επιπλέον, η ακριβής διάγνωση προετοιμάζει τον ασθενή, την οικογένεια και τον κλινικό για την αποτελεσματική άμεση, βραχύχρονη και μακρόχρονη θεραπεία.

Παραδείγματα καλοηθέστερων διαταραχών είναι:

- Διαταραχές της διάθεσης, όπως μανία, ψυχωτική κατάθλιψη κ.ά.
- Οργανικές ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα αυτές που οφείλονται σε αμφεταμίνες ή φαινκυκλιδική (PCP).
- Διαταραχές της προσωπικότητας, συγκεκριμένα σε σχιζότυπη μεταιχμιακή, σχιζοειδή και παρανοειδή διαταραχή.
- Αντίστοιχες διαταραχές και διανοητικές καθυστερήσεις (Βλέπε εικόνα 3.1) (Μάνου Ν., 1997).



Εικόνα 3.1 Οριοθέτηση των σχιζοφρενών (Toller – Windyassent, 2005)

### 3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Για τη διάγνωση των ψυχικών ασθενειών γενικά χρησιμοποιούνται διάφορες μορφές. Παρακάτω περιγράφεται λεπτομερώς η πορεία μιας διαγνωστικής εξέτασης:

**ΒΗΜΑ ΠΡΩΤΟ:** Αφού υπάρξει η πρώτη γνωριμία με τον ασθενή, σε φιλική και άνετη ατμόσφαιρα, ψάχνουμε να εντοπίσουμε όλα τα συμπτώματα, ψυχικά, οργανικά και σωματικά που του εκδηλώθηκαν έντονα κατά την τελευταία περίοδο. Από τη συμπτωματολογία, κρατάμε μια γενική εικόνα του προβλήματος που έχουμε να αντιμετωπίσουμε.

**ΒΗΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟ:** Ζητάμε από τον ασθενή να προσδιορίσει τις χρονικές στιγμές όπου κάποια γεγονότα, καταστάσεις στο στενό περιβάλλον και βιώματα δημιούργησαν στο άτομο αδιέξοδα, συγκρούσεις και τραυματισμούς. Με αυτό τον τρόπο διαπιστώνονται και χρονικά οι σχέσεις ανάμεσα στα συμπτώματα και τα βιώματα του ασθενή.

**ΒΗΜΑ ΤΡΙΤΟ:** Γίνεται η λήψη ιστορικού του ασθενή, όπου συνδέονται μεταξύ τους, κατά τις διάφορες περιόδους, λεπτομερειακά όλα τα συμβάντα που άρχισαν να προετοιμάζουν το έδαφος οργανικά και ψυχικά.

**ΒΗΜΑ ΤΕΤΑΡΤΟ:** Ακολουθεί το βιογραφικό ιστορικό που περιλαμβάνει ξεχωριστά όλα τα εξελικτικά στάδια και τις φάσεις που πέρασε ο ασθενής μέχρι και τη στιγμή της συνεδρίας με το γιατρό.

Σημεία στα οποία πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή είναι η περίοδος της εγκυμοσύνης, του τοκετού με τις όποιες επιπτώσεις, την προνηπιακή περίοδο, τη νηπιακή, τον παιδικό σταθμό, το σχολείο, την προεφηβική, την εφηβική και τη μετεφηβική περίοδο, όπως και τη μεγάλη περίοδο της ενηλικίωσης που συμπεριλαμβάνει δραστηριότητες, δράση, εργασιακές σχέσεις, εργασιακή εξέλιξη, καριέρα, προσωπικές και δημόσιες σχέσεις (Μαρίνος Γ.Ζ., – Ανθόπουλος Σ., 1999).

Στον παρακάτω πίνακα προτείνεται ένας οδηγός οργάνωσης του ιστορικού του ασθενούς:

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ – ΟΔΗΓΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

1. Στοιχεία ταυτότητας
2. Κύριο αίτημα
3. Ιστορικό παρούσας νόσου
  - α) έναρξη
  - β) προσδιαθεσικός παράγοντας
4. Προηγούμενα νοσήματα
  - α) ψυχιατρικά
  - β) Οργανικά
  - γ) Ιστορικό χρήσης αλκοόλ ή ουσιών
5. Προηγούμενο προσωπικό ιστορικό (αναμνηστικό)
  - α) Προγεννητικό και περιγεννητικό
  - β) Πρώιμη παιδική ηλικία (έως τα 3 χρόνια)
  - γ) Μέση παιδική ηλικία (από 3 έως 11 χρονών)
  - δ) Όψιμη παιδική ηλικία (εφηβεία έως ενηλικίωση)
  - ε) Ενηλικίωση
    1. Επαγγελματικό ιστορικό
    2. Ιστορικό γάμου και σχέσεων
    3. Ιστορικό στρατιωτικής θητείας
    4. Ιστορικό εκπαίδευσης
    5. Θρησκεία
    6. Κοινωνική δραστηριότητα
    7. Τρέχουσες συνθήκες διαβίωσης
    8. Νομικό ιστορικό
  - ζ) Ψυχοσεξουαλικό ιστορικό
  - η) Οικογενειακό ιστορικό
  - θ) Όνειρα, φαντασιώσεις και αξίες (Kaplan & Sadock's, 1996)



Ακολουθεί παθολογική, νευρολογική και εργαστηριακή εξέταση όπως ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG) καρδιογράφημα (EKG) αιματολογικές εξετάσεις και τα απαραίτητα ψυχοδιαγνωστικά τεστ.

### **3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΕΣΤ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Τα ψυχοτεχνικά τεστ ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- α) ΤΑ ΠΡΟΒΟΛΙΚΑ ΤΕΣΤ**, που στηρίζονται στην γενική αρχή ότι αν παρουσιάσουμε στο άτομο ένα ασαφές ερέθισμα π.χ. μια κηλίδα μελάνης ή μια αόριστη εικόνα τότε οι απαντήσεις του θα υπαγορευθούν κυρίως από την εσωτερική του κατάσταση και ελάχιστα από το εξωτερικό αυτό ερέθισμα.

Τα κυριότερα προβολικά τεστ είναι αυτά του Ελβετού ψυχιάτρου Herman Rorschach.

Άλλο προβολικό τεστ που χρησιμοποιείται ευρύτατα είναι το τεστ θεματικής αντίληψης, γνωστό ως T.A.T.

Το τεστ αποτελείται από μια σειρά είκοσι εικόνων που παριστάνουν ανθρώπους σε διάφορες καταστάσεις. Η αξιολόγηση των απαντήσεων του T.A.T. γίνεται με βάση το είδος της ιστορίας, την έκταση, την έκβαση, πρωτοτυπία, έκφραση συναισθημάτων κ.ά.

- β) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ** με τα οποία ο εξεταστής μπορεί να συγκεντρώσει σε ελάχιστο χρόνο χρήσιμες πληροφορίες. Έχουμε δύο ερωτηματολόγια:

- 1) Μινεσότα Πολυφασικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας**, γνωστό ως MMPI
- 2) Το DSM - IV** το οποίο προσπάθησε να περιγράψει σαφή χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα (τόσο αρνητικά όσο και θετικά) και έβαλε διαγνωστικούς περιορισμούς όπως η απώλεια της λειτουργικότητας, η διάρκεια πάνω από έξι μήνες και ο αποκλεισμός άλλων ψυχικών διαταραχών. Συγκεκριμένα:

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-IV-TR

### A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα:

Δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα από τα οποία είναι παρόν επί αρκετό χρόνο κατά τη διάρκεια ενός μηνός (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκε επιτυχώς).

1. Παραληρητικές ιδέες
  2. Ψευδαισθήσεις
  3. Αποδιοργάνωση του λόγου (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
  4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
  5. Αρνητικά συμπτώματα (δηλ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία)
- **Σημείωση:** Απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα του κριτηρίου A αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις συνίστανται σε μια φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή σε δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους.

### B. Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία:

Για σημαντικό μέρος του χρόνου μετά την έναρξη της διαταραχής μια ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα βρίσκονται καταφανώς κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη της διαταραχής (ή όταν η έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).

### Γ. Διάρκεια:

Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο εφόσον αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) που πληρούν το Κριτήριο A (ενεργός φάση) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια της πρόδρομης ή της υπολειμματικής φάσης, η διαταραχή μπορεί να εκδηλώνεται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο Κριτήριο

Α, αλλά σε ήπια μορφή (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αντιληπτικά βιώματα).

**Δ. Αποκλεισμός επίδρασης της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής της διάθεσης:**

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία έχουν αποκλειστεί διότι είτε α) δεν έχει εμφανιστεί μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μεικτό επεισόδιο ταυτόχρονα με τα συμπτώματα της ενεργού φάσης, είτε β) αν έχουν εμφανιστεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και υπολειμματικής περιόδου.

**Ε. Αποκλεισμός επίδρασης ουσιών/σωματικής νόσου:**

Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσίας που υπόκειται σε κατάχρηση φαρμάκου) ή σε σωματική νόσο.

**Ζ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή:**

Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς).

- Ταξινόμηση της πορείας στο χρόνο (μπορεί να γίνει μόνο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους απ' την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης):

- α) Επεισοδιακή με υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων (τα επεισόδια προσδιορίζονται βάσει της επανεμφάνισης εκσεσημασμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων).
- β) Επεισοδιακή χωρίς υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων.
- γ) Συνεχής (παρατηρούνται προεξέχοντα ψυχωτικά συμπτώματα καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης).
- δ) Μοναδικό επεισόδιο σε μερική ύφεση
- ε) Μοναδικό επεισόδιο σε πλήρη ύφεση.

στ) Άλλος ή απροσδιόριστος τύπος (Kaplan & Sadock's, 2004)

Επίσης χρήσιμα θεωρούνται τα κριτήρια που διετύπωσαν ο Kraepelin, ο Bleuler καθώς και ο Kurt Schueider, γνωστά ως συμπτώματα πρώτης γραμμής που δίνονται παρακάτω:

### **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMIL KRAEPELIN**

- Διαταραχές της προσοχής και της κατανόησης.
- Ψευδαισθήσεις, ιδίως ακουστικές (φωνές).
- Ηχηρές σκέψεις.
- Βιώματα επίδρασης στη σκέψη.
- Διαταραχές της ροής της σκέψης, πρωτίστως χάλαση των συνειρμών.
- Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και της κρίσης.
- Συναισθηματική επιπέδωση.
- Παθολογική συμπεριφορά.
- Ελάττωση της πρωτοβουλίας.
  - Αυτόματη υπακοή
  - Ηχολαλία, ηχωπραξία
  - Εκδραμάτιση
  - Κατατονική διέγερση
  - Στερεοτυπίες
  - Αρνητισμός
  - Αυτισμός (αυτιστική συμπεριφορά)
  - Διαταχή της λεκτικής έκφρασης (Kaplan & Sadock's, 2004)

### **Συμπτώματα – Κριτήρια του Eugen Bleuler**

- Βασικές ή θεμελιώδεις διαταραχές
  - Διαταραχές της δομής της σκέψης
  - Διαταραχές του συναισθήματος
  - Διαταραχές της υποκειμενικής βίωσης του εαυτού
  - Διαταραχές της βούλησης και της συμπεριφοράς
  - Αμφιθυμία
  - Αυτισμός

- Δευτερεύοντα συμπτώματα
- Διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις)
- Παραληρητικές ιδέες
- Ορισμένες διαταραχές της μνήμης
- Μεταβολή της προσωπικότητας
- Μεταβολές στον προφορικό και γραπτό λόγο
- Σωματικά συμπτώματα
- Κατατονικά συμπτώματα
- Οξύ σύνδρομο (όπως μελαγχολία, μανιακό, κατατονικό κ.ά.)  
(Kaplan & Sadock's, 2004).

### **Κριτήρια του Kurt Schneider – Συμπτώματα**

#### **πρώτης και δεύτερης γραμμής**

- Συμπτώματα πρώτης γραμμής
  - Ηχηρές σκέψεις
  - Φωνές που λογομαχούν ή συζητούν
  - Φωνές που σχολιάζουν
  - Βιώματα σωματικής παθητικότητας
  - Απόσυρση σκέψης και άλλα βιώματα επιρροής στην σκέψη.
  - Εκπομπή σκέψης.
  - Κάθε άλλο βίωμα που αφορά εξωτερικό έλεγχο στη βούληση, το συναίσθημα ή τις παρορμήσεις.
- Συμπτώματα δεύτερης γραμμής
  - Άλλες διαταραχές της αντίληψης
  - Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες
  - Αμηχανία
  - Καταθλιπτικές και ευφορικές μεταβολές της διάθεσης
  - Αίσθημα συναισθηματικής πτώχειας (Kaplan & Sadock's, 2004).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

*Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που πλήττει την προσωπικότητα συνολικά. Ο ασθενής δεν έχει σχιζοφρενικά συμπτώματα· είναι σχιζοφρενής (Tolle R. Windgassen K., 2005)*

Στη γαλλική ψυχιατρική ως βασικό κριτήριο της σχιζοφρένειας θεωρείται ο διχασμός, ο οποίος συνήθως συνοδεύεται από παραλήρημα και αυτισμό (αναδίπλωση στον εαυτό), παρόλο που η κλινική αυτή εικόνα δεν εμφανίζεται σε όλους τους σχιζοφρενείς.

#### **4.1 ΔΙΧΑΣΜΟΣ**

Συνιστάται στην απώλεια ενότητας ως προς τη σκέψη, τα συναισθήματα, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά. Τα βασικά του κλινικά σημεία είναι τα εξής:

- Εκκεντρικότητα (παραδοξότητα, παραλογισμοί, παράξενη συμπεριφορά, όπως αβάσιμο και ακαθόριστο γέλιο που δεν αρμόζει σε μια κατάσταση).
- Ερμητισμός ή αδιαπέραστη όψη {αινιγματικό ύφος, ακατανόητο νόημα συμπτωμάτων, λόγων και συμπεριφορών}.
- Απόσυρση από την πραγματικότητα (συστολή και απόσυρση, αναδίπλωση στον εαυτό και ονειροπόληση, αποκοπή από την πραγματικότητα χωρίς επικοινωνία με τους άλλους, κατατονία).
- Αμφιθυμία (δύο αντιθετικές συνθήκες την ίδια ακριβώς στιγμή).

**Παράδειγμα** χειρονομίας σχιζοφρενούς που φανερώνει ανισορροπία, παράξενη συμπεριφορά, μια μορφή λογικής (παραλογισμό), συναισθηματική ψυχρότητα και αμφιθυμία: προσφέρει στην καρκινοπαθή κόρη του ένα φέρετρο ως χριστουγεννιάτικο δώρο (Petinielli J-L, Gimenez G., Bertaque P. & Pirlot G., 2008).

## **A. ΔΙΧΑΣΜΟΣ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ**

- 1. Διαταραχές στη ροή της σκέψης**, όπως εξασθένηση της προσοχής και της συγκέντρωσης, διαταραχές στη ροή των ιδεών (στασιμότητα, ασαφής σκέψη, στερεοτυπικές επαναλήψεις, διακοπές του νοήματος, φτωχό περιεχόμενο, απότομη μετάβαση από τη μία ιδέα στην άλλη) αιφνίδια παροδική βωβότητα (απότομη διακοπή του λόγου, έπειτα σιωπή και συνέχεια πάνω στο ίδιο θέμα ή σε άλλο, χωρίς ωστόσο το υποκείμενο να αντιλαμβάνεται τη διακοπή αυτή), διαταραχή των συνδέσεων μεταξύ λέξεων και γενικά παράδοξη χρήση της γλώσσας.
- 2. Διαταραχές της ομιλίας** που μπορεί να οδηγήσουν σε σπάνιες περιπτώσεις σε ένα λόγο εντελώς ακατανόητο που ονομάζεται «σχιζοφασία». Οι πιο συχνές διαταραχές είναι η αλαλία ή μερική αλαλία ή κετεφαπτομένη ομιλία, η ασυναρτησία, η στερεοτυπία, η χάλαση του συνειρμού.

**1<sup>ο</sup> παράδειγμα λόγου σχιζοφρενή:** «Κύριε Πρόεδρε της Δημοκρατίας, η οποία είναι όλο ζήλο, θα ήθελα να ξέρω τα πάντα, για να σας κάνω αλλά χαμόγελο λοιπόν του άνανδρου και κανόνι προσπάθειας αλλά είμαι πολύ μακρύν για να μαντέψω. Οι κακίες που κάνουμε στους άλλους, αρκεί να μαντέψουμε ότι οι πέντε χήνες των κοιλάδων είναι ψειριάρικες και ότι είστε το καπέλο της Αγίας παρθένου και η συγνώμη της προσπάθειας».

**Ανάλυση παραδείγματος:** Συναντάμε στη συγκεκριμένη αφήγηση νεολογισμούς (αλλοιώσεις λέξεων ή δημιουργία νέων), τάση για συμβολισμό (καταφυγή σε εικόνες ή σε μεταφορές που δίνουν δύναμη και ορμή

στο λόγο), δυσγραμματισμό (λανθασμένη σύνταξη), τάση για αφαιρετικότητα (αυθαίρετη χρήση αφηρημένων εννοιών), νοσηρό ορθολογισμό (ψευδολογική δραστηριότητα στην οποία η σκέψη χάνεται μέσα σε συλλογισμούς φιλοσοφικής και επιστημονικής φύσεως, αποκομμένους από την πραγματικότητα). Ας σημειωθεί ότι πολλοί λογοτέχνες έχουν ενσωματώσει στην τεχνική τους ορισμένους από τους μηχανισμούς αυτούς των σχιζοφρενών (Petinielli J-L, Gimenez G., Bertaque P. & Pirlot G., 2008).

### **2<sup>ο</sup> παράδειγμα επιστολής σχιζοφρενή:**

«Αγαπητέ κύριε,

Μόλις πήρα το δείπνο μου. Έφαγα το δείπνο μου ο πίθηκος και εγώ αισθάνομαι καλύτερα. Μεταβάλλομαι. Η νοσοκόμος ετοιμάζει πάντοτε το τσάι. Η αδερφή της

BETSY. Φορώντας για ένα φλιτζάνι τσάι.

Η λουόμενη ασθενής

δική σου GINS DRUCE

δική σου ειλικρινώς P.R.» (Γεωργαντά Χρ. Π., 1962).

Στο παραπάνω παράδειγμα επιστολή παρατηρούμε τάση προς επανάληψη καθώς και έντονη ασυναρτησία.

- 3. Διαταραχές του συστήματος της λογικής:** αλλοίωση των εννοιών, μαγική σκέψη, εξωπραγματική σκέψη, συστηματική αφαίρεση, «συμβολικός χαρακτήρας των προτάσεων που αντιστοιχούν σε αδυναμία κατανόησης της μεταφοράς, συνύπαρξη αντιθέτων, παραλογισμός καθώς και έλλειψη εναισθησίας για την ύπαρξη και βίωση της νόσου από τον ίδιο τον ασθενή.

## **B. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΙΧΑΣΜΟΣ**

- 1. Αμβλυνση του συναισθήματος:** Εκδηλώνεται με πλήρη ή μερική αδιαφορία, αποστασιοποίηση, αρνητισμό. Έχουμε απώλεια της συναισθηματικής χροιάς της φωνής και μείωση των εκφράσεων του προσώπου.



2. **Απρόσφοροτητα συναισθήματος:** είναι η έκφραση ενός συναισθήματος που δεν συνάδει με τις περιστάσεις. Στη βαρύτερη μορφή του, το απρόσφορο συναίσθημα παίρνει τη μορφή ενός ρηχού γέλιου το οποίο δε σχετίζεται με κάποιο εμφανές ερέθισμα. Συνηθέστερη είναι το απρόσφορο γέλακι το οποίο διαφέρει από τα φυσιολογικά νευρικά γέλια, καθώς ο χαρακτήρας του είναι περισσότερο ανόητος. Γενικά, απουσία ταύτισης μεταξύ συναισθημάτων και ερεθίσματος.
  
3. **Διέγερση και κατάθλιψη:** Η διέγερση εκδηλώνεται ως ευερεθιστότητα, αϋπνία, ταραχή, κινητική υπερδραστηριότητα, παρορμητικές συμπεριφορές, σεξουαλικές διαταραχές. Η κατάθλιψη από την άλλη, είναι επίσης συχνή την περίοδο των οξέων επεισοδίων της σχιζοφρένειας (Gelter M-G, Lopez – Ibor I., Antreasen N., 2007).

## Γ. ΔΙΧΑΣΜΟΣ ΣΤΗ ΣΦΑΙΡΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Εκφράζεται με αναποφασιστικότητα, αυτόματες κινήσεις, ανούσιες κινήσεις, μανιερισμό που δίνει την εντύπωση επιτήδευσης και αδεξιότητας. Μιμικές εκφράσεις ή χειρονομίες καθώς και ταλαντεύσεις, φαινόμενα με ηχώ όπως η ηχολαλία (επανάληψη των λόγων σαν ηχώ), η ηχοπραξία (επανάληψη των χειρονομιών), απραξία, κρίσεις επιθετικότητας, θυμού, αυτό-επιθετικές συμπεριφορές (αυτοακρωτηριασμός, εκρίζωμα του οφθαλμικού βολβού, εθελούσιος ευνουχισμός) ή ετερο-επιθετικές, καταληψία σώματος (παραμονή των μελών του σώματος σε οποιαδήποτε θέση για πολλές ώρες, ακόμα και άβολη, μετά από μεταφορά από άλλο άτομο) (Toller R., Windgassan K., 2005).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα παραπάνω κριτήρια δεν εντοπίζονται σε όλους τους σχιζοφρενείς. Καθώς ο κάθε ασθενής έχει την ιδιαιτερότητά του, μπορούμε να διακρίνουμε αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ τους, με διαφορετικού τύπου διχασμό στην κάθε περίπτωση (Petinielli J-L, Gimenez G., Bertaque P. & Pirlot G., 2008).

## 4.2 ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ

*«... Μερικές φορές ο τρόπος με τον οποίον οι ασθενείς χαρακτηρίζουν ανόητες τις παραληρητικές τους ιδέες δείχνει ότι κατά κάποιον τρόπο αυτές είναι ακόμα ζωντανές» (Bleuler E., 1950).*

Παραληρητικές ιδέες χαρακτηρίζουμε εκείνες τις ιδέες που γίνονται δεκτές από τον ασθενή με ασυνήθιστη βεβαιότητα, που δεν ανασκευάζονται με λογικά επιχειρήματα και που η παραδοξότητα του περιεχομένου τους είναι πασιφανής (Γκάντης Γ., Παπακώστας, 1994).

Δε μεταφέρουν πληροφορίες και πιθανότατα αντανακλούν νευρολογικά φαινόμενα και βιώματα πιθανώς μεταιχμιακής καταγωγής ή προέλευσης (Berríos, 1991). Από γνωσιακής πλευράς, είναι δηλώσεις εσωτερικών βιωμάτων που δε μπορούν ούτε να επιβεβαιωθούν αλλά ούτε και να αναιρεθούν (Spitzer, 1990).

Βασικό χαρακτηριστικό των παραληρηματικών ιδεών είναι ότι πλημμυρίζονται από αντιθέσεις, για παράδειγμα, κάποιος ασθενής ένιωθε πολύ άσχημα πιστεύοντας ότι δεν είχε κεφάλι και ταυτόχρονα πίστευε ότι είχε αίματα στο πρόσωπό του (Gelder M. G., Lopez – Ibor I., Andreade N., 2007). Όπως επίσης χαρακτηριστική είναι και η απουσία συναισθηματικής φόρτισης ή συμφωνίας με τη διάθεση, για παράδειγμα ο ασθενής διηγείται με πλήρη αδιαφορία μια τρομακτική εμπειρία της οποίας υπήρξε θύμα.

Στη χρόνια φάση της νόσου οι ασθενείς συχνά αναγνωρίζουν ότι κάποια προβληματική τους ιδέα δεν τεκμηριωνόταν, κατά τη διάρκεια όμως της ίδιας συνέντευξης, μπορεί να ενστερνιστούν πάλι την ιδέα αυτή. Ωστόσο, δεν εξωτερικεύουν όλοι οι σχιζοφρενείς τις παραληρητικές τους ιδέες ενώ υπάρχουν και μορφές, όπως έχουμε δει, στις οποίες οι παραληρητικές ιδέες απουσιάζουν (Petinielli J-L, Gimenez G., Bertaque P. & Pirlot G., 2008).

## 4.3 ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Ο όρος του αυτισμού χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μια διαταραχή της ανάπτυξης και της επικοινωνίας καθώς υπάρχει απώλεια των σχέσεων με την

πραγματικότητα και βύθιση του εγώ. Επινοήθηκε από τον Μπλόυερ (1988) για να προσδιορίσει την αναδίπλωση του ανήλικος σχιζοφρενούς στον εαυτό του.

Εκδηλώνεται με παθητικότητα σε δύο διαστάσεις:

- Απώλεια επαφής με την πραγματικότητα χαρακτηριζόμενη από συναισθηματική αδιαφορία, έλλειψη ενδιαφέροντος, απραγματισμό, απουσία επικοινωνίας και
- Κυριαρχία του εσωτερικού κόσμου επί της πραγματικότητας που εκφράζεται με ονειροπολήσεις και παντελή απουσία ενδιαφέροντος για ό,τι διαδραματίζεται στον περίγυρο του ασθενούς (Petinielli J-L, Gimenez G., Bertaque P. & Pirlot G., 2008).

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΕΓΩ

Η ισχύς με την οποία η σχιζοφρένεια προσβάλλει το Εγώ ποικίλλει. Παρακάτω δίνονται οι πέντε «θεμελιώδεις διαστάσεις της συνείδησης του Εγώ» οι οποίες ενδέχεται να διαταραχθούν κατά τη νόσο.

- **Διαταραχή της ζωτικότητας του Εγώ**, της βεβαιότητας του ασθενούς ότι είναι ζωντανό, π.χ. σε συνθήκες κατατονικής εμβροντησίας ή καταστάσεως διέγερσης, εάν υπάρχει υποχονδριακό παραλήρημα ή παραλήρημα περί ελεύσεως του τέλους του κόσμου (Weltuntergangswahn). Παραδείγματα: «ζω ακόμα;» ή «το πρόσωπό μου είναι από πλαστικό, δεν έχει ζωή».
- **Διαταραχή της δραστηριότητας του Εγώ**, της βεβαιότητας του ασθενούς ότι ο ίδιος ορίζει το βίωμα, τη σκέψη και τη δράση του, π.χ. σε συνθήκες παραληρητικού βιώματος επιβουλής ή δίωξης. Παράδειγμα: «είμαι εκμηχανισμένος».
- **Διαταραχή της συνοχής του Εγώ**, της βεβαιότητας του ασθενούς ότι αποτελεί ένα όλον, μια ενότητα. Παράδειγμα: «Είμαι κατακερματισμένος». - «ο κορμός μου έχει διχοτομηθεί. Είμαι 4 άνθρωποι».
- **Διαταραχή της οριοθέτησης του Εγώ**, του πεδίου που οριοθετεί την ύπαρξή του, π.χ. σε συνθήκες βίωσης αποπροσωποποίησης, μόνωσης και αυτισμού· τα όρια μεταξύ Εγώ και περιβάλλοντος είναι συγκεχυμένα. Παραδείγματα: «οι σκέψεις μου διαχέονται παντού». - «Είμαι απροστάτευτος. Τα πάντα με διαπερνούν».

- **Διαταραχή της ταυτότητας του Εγώ**, της βεβαιότητας του ασθενούς για τον ίδιο του τον Εαυτό. Εκδηλώνεται σε πολλά κατατονικά συμπτώματα και παραληρητικά βιώματα. Παραδείγματα: «Δεν με αφήνουν να είμαι αυτός που είμαι». - «Δεν γνώριζα πια με βεβαιότητα αν είμαι ο Γιώργος».

Εάν, αντί να περιγράψουμε και κατονομάσουμε απλώς τα σχιζοφρενικά συμπτώματα με αυτή την έννοια, επιχειρήσουμε στη συνέχεια και μια λειτουργική, τελεολογική ερμηνεία, θα διαπιστώσουμε ότι ορισμένες φαινομενικώς παράλογες και ακατανόητες συμπεριφορές υποκρύπτουν ένα «**παθολογικό νόημα**». Η επιτυχία αυτού του εγχειρήματος συντελεί στην επίτευξη μιας θεραπευτικής επικοινωνίας που βασίζεται στην κατανόηση (Scharfetter Ch., 1970).

#### **4.4 ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Διάφορα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν ως σύνοδα συμπτώματα της νόσου όπως διαταραχή με ουσίες, μεγάλη απόσταση των ματιών, υποχονδριακές ιδέες, απώλεια του λίμπιντο και εγκληματικότητα (Μάνου Ν., 1997) Οι σχιζοφρενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαπράξουν ένα έγκλημα βίας, αν και αυτό συνήθως είναι μικρότερης σοβαρότητας. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι οι σχιζοφρενείς δράστες ανευρίσκονται και συλλαμβάνονται συχνότερα από τους μη ψυχωτικούς δράστες που διαπράττουν τέτοια εγκλήματα.

Απ' ό,τι έχει φανεί από όλες τις μελέτες καλύτερη περίθαλψη συνεπάγεται λιγότερη βία.

Τέλος, οι έρευνες έχουν δείξει, ότι οι σχιζοφρενείς προβαίνουν σε απόπειρες αυτοκτονίας σε μεγαλύτερη συχνότητα από ό,τι ο γενικός πληθυσμός και τελικά πως το 2-3% των σχιζοφρενικών θανάτων οφείλονται στην αυτοκτονία, πιο συχνά στους άνδρες και ιδιαίτερα στις πιο μικρές ηλικίες (Αλεβιζόπουλος Γ., 1998) (Μπερεδήμας Π., - Παπαδημητρίου Π., 1997).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

#### **5.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Για πολύ καιρό πολλοί ψυχίατροι θεωρούσαν ότι η σχιζοφρένεια ήταν μια λειτουργική ψύχωση επειδή δεν μπορούσαν να βρουν μια οργανική βάση για την εξήγησή της. Ωστόσο η πρόοδος της νευροαπεικόνισης έκανε τον όρο λειτουργική ψύχωση να εγκαταλειφθεί.

Επίσης, νωρίτερα σε αυτό τον αιώνα ανακαλύφθηκε ότι το 10-30% των σχιζοφρενών πάσχουν από νευροσύφιλη.

Η σχιζοφρένεια, πιστεύεται ότι αντανακλά αλλοιώσεις του εγκεφάλου οι οποίες προκαλούνται από ασθένειες ή κακώσεις κατά τον τοκετό ή από γενετική προδιάθεση που επιδεινώνεται από περιβαλλοντικό στρες. Απεικονιστικές και νεκροτομικές μελέτες δείχνουν ανωμαλίες του εγκεφάλου σε ορισμένα άτομα με σχιζοφρένεια, όπως διερεύνηση των κοιλιών και μείωση του μεγέθους άλλων περιοχών του εγκεφάλου. Τομογραφίες με εκπομπή ποζιτρονίων δείχνουν ότι ο προμετωπιαίος φλοιός των σχιζοφρενών δεν ενεργοποιείται κατάλληλα κατά την άσκηση των νοητικών του καθηκόντων.

Ακόμα, έχει δειχθεί ελαττωμένη ροή αίματος ή ελαττωμένη κατανάλωση της γλυκόζης.

Τέλος, έχουν αναφερθεί επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, προβλήματα στην παρακολούθηση με το βλέμμα και τοξίκωση από νερό εξαιτίας των πολλών υγρών που καταναλώνουν ορισμένοι σχιζοφρενείς (Βαράκης Γ., Καραμαυλίδης Α., Κωστόπουλος Γ., Μητσάκου Α., 1996).

## 5.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Από ιστορικής πλευράς, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στους σχιζοφρενείς υπήρξαν παρηγορητικές και στηρίζονταν σε ουσιαστικά ψυχοκοινωνικές αρχές. Στη σύγχρονη εποχή η κλινική αντιμετώπιση μπορεί να περιλαμβάνει νοσηλεία και αντιψυχωσική αγωγή, όπως και ψυχοκοινωνικές θεραπείες: συμπεριφορική, οικογενειακή, ομαδική και ατομική θεραπεία, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και θεραπεία αποκατάστασης, γίνεται αντιληπτό, λοιπόν, ότι η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (Gelder M. G., Lopez – Ibor J., Andreaseu N., 2007).

Όλες αυτές οι θεραπευτικές μέθοδοι μπορούν να εφαρμοστούν τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και εξωνοσοκομειακά.

Ενδείξεις για την αναγκαιότητα νοσηλείας είναι:

- επικινδυνότητα προς τρίτους
- αυτοκτονικότητα
- βαριά συμπτώματα που οδηγούν σε αυτοπαραμέληση ή κίνδυνο τραυματισμού λόγω αποδιοργάνωσης
- ανάγκη θεραπευτικής ανταπόκρισης σε λιγότερο περιοριστικά πλαίσια
- επιπλοκές συνυπαρχουσών παθήσεων
- μεταβολές σε σύνθετα θεραπευτικά σχήματα (Kaplan & Sadock's, 2004).

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία αφορά περισσότερο τη φροντίδα των σχιζοφρενών ασθενών. Η εξειδικευμένη εργοθεραπεία και εργασιοθεραπεία, η φυσιοθεραπεία και τα σπορ σε τακτική βάση, τα μορφωτικά προγράμματα και η οργάνωση του ελεύθερου χρόνου είναι βεβαίως αυτονόητο ότι εγγράφονται σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που προσφέρει ποιότητα ζωής στους ασθενείς ταυτοχρόνως, ένα τέτοιο θεραπευτικό πλαίσιο αποτελεί τη βάση για την έναρξη και την αποτελεσματικότητα θεραπειών υπό τη στενότερη έννοια, όπως η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοθεραπεία. Αλλιώς, ένα ακατάλληλο περιβάλλον, μπορεί να παρακινήσει τους ασθενείς σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (αυτοτραυματισμούς κ.λπ.).

Η **εξωνοσοκομειακή θεραπεία** των περισσότερων σχιζοφρενών είναι εφικτή τουλάχιστον στο μεγαλύτερο διάστημα των νοσηρών φάσεων, συχνά δε και κατά τη διάρκεια των περιόδων όξυνσης της νόσου. Αναγκαίες προϋποθέσεις για την ευόδωση μιας εξωνοσοκομειακής θεραπείας είναι η εντατική παρακολούθηση του ασθενούς (αλλά και των οικείων του) σε συχνές επαφές με τους θεράποντες; η διαθεσιμότητα του γιατρού για θεραπευτικές συνεδρίες και η τακτική χορήγηση νευροληπτικών σε συχνά σχετικώς υψηλή δοσολογία. Ο γιατρός θα πρέπει να σταθμίζει, κατά περίπτωσιν, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εξωνοσοκομειακής ή της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής διατηρεί την επαφή του με τον κοινωνικό περίγυρο. Ωστόσο, όταν οι βιοτικές συνθήκες είναι επιβαρυντικές, συνιστάται η έναρξη της θεραπείας στην κλινική, με σκοπό την ψυχική αποφόρτισή του, αλλά και την ευχερέστερη διεξαγωγή μιας διεξοδικής διάγνωσης και εντατικότερης θεραπείας. Εάν υπάρχει ασάφεια στην προσωρινή διάγνωση, συνιστάται η περίθαλψη σε κλινική ημέρας.

Εάν ένας σχιζοφρενής ασθενής αδυνατεί να δεχθεί ότι χρειάζεται επειγόντως νοσοκομειακή περίθαλψη (εάν δηλαδή δεν έχει αναισθησία) και αρνείται να εισαχθεί στην Ψυχιατρική κλινική, η εισαγωγή μπορεί να πραγματοποιηθεί με δικαστική απόφαση. Ωστόσο, καλό είναι να αποφεύγονται, κατά το δυνατόν, τέτοιες λύσεις, οι οποίες και ταπεινώνουν τους ασθενείς και δυσχεραίνουν την κοινωνική τους αποκατάσταση (Καταγραφή στο Πρωτοδικείο και την Αστυνομία, άνευ λόγου αφαίρεση του διπλώματος οδήγησης κ.λπ.). Σε πολλές περιπτώσεις, ο γιατρός καταφέρνει να πείσει τον ασθενή. Αλλιώς, εκείνος έχει το δικαίωμα και ο γιατρός το καθήκον να προσφύγει σε δικαστική απόφαση. Αυτή η καταναγκαστική διαμονή στην κλινική δεν επηρεάζει απαραίτητως τη διεξαγωγή και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας έχει ευνοϊκή επίδραση στην πορεία της νόσου. Οι καθυστερήσεις που παρατηρούνται συχνά, οφείλονται εν μέρει σε άγνοια, όμως ακόμα περισσότερο σε αντίσταση, όχι μόνο του ασθενούς και των οικείων του, αλλά και ορισμένων γιατρών και άλλων «θεραπευτών» χωρίς ιατρική ιδιότητα (Tolle R. – Widgasseu K., 2005)

Στο πλαίσιο της εξωνοσοκομειακής θεραπείας μπορεί να λάβει χώρα και η μέθοδος «εκπαίδευση των χρόνιων ψυχωσικών στη θεραπεία με νευροληπτικά» (ΕΘΝ) του Robert Paul Liberman, από το Clinical Research Centre for

Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation του U.C.L.A., για την καλύτερη εφαρμογή της.

Πρόκειται για ένα δομημένο πρόγραμμα εκπαίδευσης που αποσκοπεί στο να πληροφορήσει τους σχιζοφρενείς που λαμβάνουν εις μακρόν νευροληπτικά για τις τακτικές και τα μέσα με τα οποία μπορούν να αυξήσουν την επάρκεια των γνώσεών γι' αυτά, το βαθμό της συνεργασίας του με τον θεράποντα γιατρό και την αυτονομία της διαχείρισης των αντιψυχωτικών φαρμάκων.

Ο χρόνιος σχιζοφρενής εκπαιδευόμενος κατακτά τις απαραίτητες ορθές γνώσεις για την βελτίωση των ικανοτήτων σε τέσσερις βασικούς τομείς:

- α) Στην λήψη πληροφοριών γύρω απ' τα νευροληπτικά.
- β) Στη σωστή λήψη των κατάλληλων και απαραίτητων φαρμάκων μετά από ίδια αξιολόγηση των συμπτωμάτων του.
- γ) Στην αναγνώριση των ανεπιθύμητων ενεργειών των ψυχοφαρμάκων.
- δ) Στην αναλυτική και εποικοδομητική συζήτηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την λήψη των ψυχοφαρμάκων με επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Κανδύλης Δ., 1996).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θα περιγραφεί κάτω από δύο μεγάλες διαστάσεις, σωματικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

### 5.2.1 Σωματικές θεραπείες

#### α) Αντιψυχωτικά φάρμακα

Έχουν την ικανότητα να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση και να θεραπεύσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Δε μπορούν, βέβαια, να θεραπεύσουν την ασθένεια αλλά μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν την ψυχωτική σύγχυση, το άγχος, τις παραληρητικές τους ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, σε κάποιο βαθμό την κοινωνική απομόνωση και σε άλλα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Παρακάτω δίνεται πίνακας με αντιψυχωσικά φάρμακα, την οδό χορήγησή τους και τη συνήθη ημερήσια δόση τους (βλέπε πίνακα).



**ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

<b>Φάρμακο</b>	<b>Οδός χορήγησης</b>	<b>Συνήθης ημερήσια δόση από του στόματος (mg)</b>
<b>Φαινοθειαζίνες</b>		
Χλωροπρομαζίνη	Από το στόμα ενδομυϊκά	200-600
Φθοριοφαιναζίνη	Από το στόμα, ενδομυϊκά depot	2-20
Τριφθοριοφαιναζίνη	Από το στόμα, εμδομυϊκά	4-30
Περφαιναζίνη	Από το στόμα, ενδομυϊκά	8-64
Θειοριδαζίνη	Από το στόμα	200-600
<b>Βουτυροφαινόνες</b>		
Αλοπεριδόλη	Από το στόμα, Ενδομυϊκά, depot	5-20
<b>Θειαξανθένια</b>		
Θειοθιξένιο	Από το στόμα, ενδομυϊκά	5-30
Διυδροϊνδολόνες		
Μολινδόνη	Από το στόμα	20-100
Διβενζοξαζεπίνη		
Λοξαπίνη	Από το στόμα, ενδομυϊκά	20-100

(Kaplan & Sadock's, 2004)

**β) Λίθιο**

Δοκιμάζεται όταν υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη.

**γ) Ηλεκτροθεραπεία (ETC)**

Είναι ουσιαστικά η δημιουργία ενός μεγάλου επιληπτικού σπασμού, με την εφαρμογή δύο ηλεκτροδίων στις κροταφικές χώρες του ασθενούς και διέλευση (σε κλειστό κύκλωμα) από τον εγκέφαλο συνεχούς και εναλλασσόμενου ρεύματος. Είναι η θεραπεία που χρησιμοποιείται ευρέως γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική., χαρακτηριστικό αυτής της θεραπείας είναι η απώλεια μνήμης (Γιαννοπούλου Χρ., Αθήνα, 1996)

**δ) Ινσουλινοθεραπεία**

Συνιστάται στη χορήγηση 100-200 μονάδων ινσουλίνης έως ότου ο ασθενής πέσει σε κώμα. Ο κύκλος της θεραπείας συνιστάται περίπου 60 κώματα. Αν και ο ασθενής γίνεται κοινωνικά πιο προσιτός η επικινδυνότητα της θεραπείας οδήγησε την εφαρμογή της μόνο σε ακραίες περιπτώσεις.

### **5.2.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες**

Η θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη όταν η χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων συνοδεύεται από παράλληλες ψυχοκοινωνικού τύπου παρεμβάσεις.

Η ψυχολογική κατεύθυνση βασίζεται στην άποψη ότι η ψυχική πάθηση έχει άμεση σύνδεση με τις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου και τις σχέσεις του με τους άλλους. Η ψυχολογική παρέμβαση λέγεται ειδικότερα ψυχοθεραπεία και συνήθως συνιστάται σε προφορικές συζητήσεις με τον ασθενή και στην μεθοδευόμενη καθοδήγηση και τροποποίηση της συμπεριφοράς του.

## **A. ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι η πλέον βασική μορφή ψυχοθεραπείας. Σκοπός της δεν είναι μόνο η εκτόνωση των συναισθημάτων του ασθενή αλλά η ενεργητική παρακίνησή του να αναδιατάξει τα πρότυπα συμπεριφοράς του, να απελευθερωθεί από το ψυχικό του μαρτύριο, να βρει δικές του λύσεις και να βγει από το αδιέξοδό του.

## **B. ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Εστιάζεται στην υποστήριξη του ασθενούς και την ανάπτυξη των κοινωνικών του δεξιοτήτων (καθημερινές δραστηριότητες). Οι ομάδες βοηθούν ιδιαίτερα στην ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης και τη βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Το δυνατό της στοιχείο είναι ότι ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει σ' αυτό τον κόσμο και δέχεται παροτρύνσεις από άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα μ' αυτόν.

## **Γ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης και βασίζεται στο σύστημα των αμοιβών (άδειες εξόδου ή προνόμια) αλλά και των ποινών. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία μια συμπεριφορά που επιβραβεύεται είναι περισσότερο πιθανό να εμφανιστεί στο μέλλον ξανά, παρά μια άλλη συμπεριφορά η οποία τιμωρείται. Απώτερος σκοπός της είναι η συνέχιση της ευοδωθείσας συμπεριφοράς και μετά την έξοδο του ασθενούς από την κλινική.

## **Δ. ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

Κατά την διάρκεια αυτής της θεραπείας πραγματοποιούνται ασκήσεις που προωθούν την σωματική και πνευματική υγεία των ασθενών. Η επίτευξη στόχων βοηθάει στην κοινωνικοποίηση των ασθενών και προσδίδει αίσθημα αυτοελέγχου. Λέγεται ότι το τρέξιμο είναι τόσο αποτελεσματικό όσο η ψυχοθεραπεία.

## **Ε. ΑΝΑΨΥΧΗ – ΨΥΧΟΔΡΑΜΑ**

Πρόκειται για μια απλή ποικιλία αναψυχών που έχουν όμως θεραπευτική αξία όπως μουσική, θέατρο, ποίηση κ.λπ. Ενώ το ψυχόδραμα είναι μια θεραπευτική διαδικασία κατά την διάρκεια της οποίας μέσω των δραματικών ρόλων που παίζουν οι ίδιοι οι ασθενείς ανιχνεύονται οι προσωπικές τους εντάσεις και τα ψυχικά τους προβλήματα.

## **ΣΤ. ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Κατά τη διάρκεια αυτής της παρέμβασης ο ασθενής οδηγείται στη ενεργοποίησή του μέσα από δραστηριότητες που αναλαμβάνει να φέρει εις πέρας, όπως: κηπουρική, ζωγραφική, τυπογραφία κ.λπ.

## **Ζ. ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ**

Στις Η.Π.Α., η Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς (National Alliance for the Mentally III), η Εθνική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας (National Mental Health Association) και παρόμοιες οργανώσεις παρέχουν υποστήριξη, πληροφορίες και εκπαίδευση στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Αντίστοιχος οργανισμός στην Ελλάδα είναι ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ) (Γιαννοπούλου Χρ., Αθήνα, 1996) (Kaplan & Sadock's, 2004).

## **Η. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Καθώς η θεραπεία των σχιζοφρενών δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη αλλά να συνδυάζει διάφορες θεραπείες όπως τη θεραπευτική εμπλοκή της οικογένειας, είναι απαραίτητη μια συνάντηση με τα μέλη της οικογένειας του σχιζοφρενή, σε αυτή την οικογενειακή συνάντηση γίνεται επεξεργασία της σχέσης του ασθενή με τους γονείς του, ενθαρρύνονται να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και ενισχύεται ο γονέας που εμφανίζεται ως ο πιο αδύναμος.

Γενικά οι τεχνικές οικογενειακής θεραπείας μπορούν να ελαττώσουν σημαντικά τη συχνότητα των υποτροπών του πάσχοντος μέλους της οικογένειας. Η

οικογενειακή θεραπεία μπορεί να μειώσει τα υψηλά επίπεδα εκτεφρασμένου συναισθήματος μέσα στην οικογένεια (Kaplan & Sadock's, 2004) (Αναγνωστόπουλος Φ., Κοσμογιάννη Α., Μεσσίνη Β., 1997).

### 5.3 ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για ένα συγκεκριμένο σχιζοφρενικό ασθενή ποικίλλει 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.λπ. Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν συνεργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από νοσοκομεία διαμερίσματα, άλλοι σε ξενώνες, οικοτροφεία κ.λπ.

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 κοινωνικοποίησή τους, την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας, τη μη λίμνασση στο σπίτι ή τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κ.λπ. (Μάνου Ν., 1997).

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 - το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και το ψυχιατρικό νοσοκομείο με βάση και πάλι τη θεραπευτική ομάδα.

Τελειώνοντας το κεφάλαιο της θεραπείας, θα πρέπει και πάλι να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μόνες αποτελούν

θεραπεία εκλογής για τη Σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000)

## 5.4 Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

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

Αξίζει ίσως να αναφερθεί ότι οι πολιτισμικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν ρόλο στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας. Έτσι, στη μεγάλη διαπολιτισμική μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) (IPSS) σε 9 χώρες διαφορετικής πολιτισμικής δόμησης, διαπιστώθηκε ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν υψηλότερα ποσοστά ασθενών με καλή πρόγνωση απ' ότι οι αναπτυγμένες χώρες. Π.χ., το ποσοστό των ασθενών με καλή πρόγνωση στη Νιγηρία και την Ινδία είναι 57% και 48%, αντίστοιχα. σε αντίθεση με τη Δανία, όπου το αντίστοιχο ποσοστό είναι μόλις 6%. Επίσης, ως προς το ποσοστό των ασθενών με κακή πρόγνωση, στη Δανία και τη Βρετανία φθάνει στο 31%, σε σύγκριση με τη Νιγηρία και την πρώην Σοβιετική Ένωση, όπου είναι πολύ μικρότερο (5% και 11%, αντίστοιχα). Παρόμοια αποτελέσματα έδωσε και η επόμενη διαπολιτισμική μελέτη του Π.Ο.Υ. σε 10 χώρες. Παρά τις ενδεχόμενες διαφορές σε διαγνωστικό και μεθοδολογικό επίπεδο, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες η συνολική φροντίδα των αρρώστων γίνεται κυρίως στην κοινότητα (ενεργός συμμετοχή της οικογένειας ακόμα και κατά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία των αρρώστων, στενοί οικογενειακοί δεσμοί κ.ά.) πράγμα αρκετά δυσχερές με τις υπάρχουσες συνθήκες που επικρατούν στις αναπτυγμένες κοινωνίες (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000).

# ΜΕΡΟΣ 2ο

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΠΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ**

#### **6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ**

Η επικοινωνία του προσωπικού και ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού με τους σχιζοφρενείς, ιδιαίτερα λόγω της σοβαρότητας αυτής της ψυχικής δυσλειτουργίας καθίσταται δυσχερής αρκετές φορές. Το νοσηλευτικό προσωπικό για να λειτουργήσει αποτελεσματικά και αντάξια του ρόλου του πρέπει να επιδείξει αφοσίωση, επαγγελματισμό, υπομονή, επιμονή και ιδιαίτερες ικανότητες.

Θα πρέπει κυρίως να αντιληφθεί πως η σχιζοφρένεια είναι μια πολύ σοβαρή αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, να κατανοήσει ότι τα συμπτώματά της είναι αποτέλεσμα αυτής της αποδιοργάνωσης π.χ. υπερδιέγερση, ψευδαισθήσεις, τάσεις αυτοκτονίας και να βάλει τον εαυτό του, όσο μπορεί στη θέση του σχιζοφρενούς.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι επιφορτισμένο να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για την αποθεραπεία του ασθενή (βλέπε πίνακα 6).



### 6.1.1 Παραδείγματα νοσηλευτικής θεωρίας και πράξη σχιζοφρενών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
1. Να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή και τους άλλους	<ul style="list-style-type: none"><li>· Να απομακρύνει όλα τα αιχμηρά αντικείμενα και επικίνδυνα υλικά</li><li>· Να απομακρυνθούν όλα τα έπιπλα που μπορούν να τον τραυματίσουν</li><li>· Να ασφαλιστούν οι πόρτες και τα παράθυρα</li></ul>
2. Τήρηση του θεραπευτικού προγράμματος	<ul style="list-style-type: none"><li>· Τακτική χορήγηση φαρμάκων</li><li>· Παρακολούθηση της εφαρμογής της ψυχοθεραπείας, της εργασιοθεραπείας, των ασκήσεων, της τοξικότητας των φαρμάκων κ.λπ.</li></ul>
3. Προσπάθεια επανένταξης στο κοινωνικό περιβάλλον	<ul style="list-style-type: none"><li>· Βοήθεια στην εκπλήρωση των προσωπικών του αναγκών (τροφή, ατομική υγιεινή κ.α.)</li><li>· Βελτίωση της συμπεριφοράς προς τους άλλους κ.λπ.</li></ul>
4. Ηθική υποστήριξη του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"><li>· Υποστήριξη στη δημιουργία συστήματος αυτοελέγχου</li><li>· Επιβράβευση της προόδου του</li><li>· Υποστήριξη στην οικογένεια</li></ul>

(Σαπουντζή – Κρέπια Δ., 1998 και Τσίκου Ν., Καραγεωργοπούλου – Γραβανή Σ., 1996)

## **6.2 ΠΡΟΛΗΨΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

### **6.2.1 Εισαγωγικά στην πρόληψη**

Όπως σε όλες τις ασθένειες, έτσι και στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές, οι ιατρικές επιστήμες καλούνται να αποτρέψουν την εμφάνιση της νόσου, να περιορίσουν τη διάρκεια νοσηλευτικής φροντίδας και τέλος να παραδώσουν τον ασθενή στην κοινωνική πραγματικότητα όσο το δυνατόν πιο αυτόνοχη γίνεται. Όλη αυτή η διαδικασία χαρακτηρίζεται ως πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

### **6.2.2 Πρωτογενής πρόληψη**

Όπως έχουμε ήδη δει στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και στους παθογενετικούς μηχανισμούς εμφάνισης της νόσου, ίσως να υπάρχει σχέση της εμφάνισης της σχιζοφρένειας με το στρες που προκαλείται από τραυματικές εμπειρίες και τραγικά γεγονότα της ζωής και ίσως ακόμα του σύγχρονου τρόπου ζωής. Έτσι λοιπόν μπορούν να γίνουν προγράμματα για την πρόληψη όπως:

1. Για την μείωση του στρες σε άτομα που προετοιμάζονται να βρεθούν σε στρεσογόνες καταστάσεις π.χ. εθελοντές ειρηνευτικών σωμάτων, μέλη διασωστικών συνεργειών, πληρώματα ασθενοφόρων κ.ά.
2. Προγράμματα για τη βοήθεια ατόμων που έχουν υποστεί τραυματικές εμπειρίες, π.χ. όμηροι, θύματα απαγωγών κ.λπ.
3. Προγράμματα για την βοήθεια ομάδων υψηλού κινδύνου π.χ. χήρες, ορφανά, μέλη διαζευγμένων οικογενειών κ.ά.
4. Εκπαιδευτικά προγράμματα ψυχικής υγείας όπως εκπαίδευση των γονέων στην ανατροφή των παιδιών, εκπαιδευτικά προγράμματα για την αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και ναρκωτικών πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κ.λπ.

Τέλος, επειδή οι τελευταίες έρευνες αναζητούν γενετική αιτιολογία της εμφάνισης της σχιζοφρένειας, γενετική συμβουλευτική σε γονείς με πιθανότητα χρωμοσωματικών ανωμαλιών ή σεξουαλικών ασθενειών που μπορεί να

προκαλέσουν ψυχικές ασθένειες είναι απαραίτητο μέτρο που πρέπει να παίρνει προληπτικά η κοινωνία (Kaplan & Sadock's, 2004).

### **6.2.3 Δευτερογενής πρόληψη**

Ως δευτερογενή πρόληψη χαρακτηρίζουμε τα μέτρα που λαμβάνονται για τη συντόμευση της διάρκειας των διαταραχών που εμφανίζονται στην εκδήλωση μιας νόσου. Παράδειγμα μέτρου πρόληψης είναι το σύστημα υπηρεσιών για το παιδί και τον έφηβο του εθνικού ινστιτούτου ψυχικής υγείας που σκοπό έχει να αποτρέψει ή να μειώσει την επακόλουθη ανικανότητα (Kaplan & Sadock's, 2004).

### **6.2.4 Τριτογενής πρόληψη**

Ως τριτογενή πρόληψη χαρακτηρίζουμε τις δράσεις που αναλαμβάνονται για να αποκτήσει ο ασθενής ικανοποιητικά επίπεδα αυτοεξυπηρέτησης και λειτουργικότητας.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τη σοβαρότητα της σχιζοφρένειας και τον αριθμό των ατόμων που αυτή πλήττει, αντιλαμβανόμαστε το τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό κόστος που βαρύνει αυτούς τους ανθρώπους, τις οικογένειες τους και την δημόσια υγεία.

Προγράμματα που αποσκοπούν, λοιπόν, στη βελτίωση των ικανοτήτων τους και την όσο πιο παραγωγική ένταξή τους στην κοινωνία είναι κοινωνικά, οικονομικά και δημοσιουγειονομικά ωφέλιμα.

## **6.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Τα τελευταία χρόνια επικρατεί μια τάση σύνθεσης των διαφόρων προσεγγίσεων στην ψυχοθεραπεία των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα εξαιτίας της έλλειψης ικανοποίησης από τις παραδοσιακές δογματικές προσεγγίσεις. Έτσι η θεραπεία γίνεται μια δυναμική διαδικασία με αλληλεπίδραση και επιλογή της κατάλληλης μεθόδου ανάλογα με το αποτέλεσμα. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας γίνεται αξιολόγηση με τα ακόλουθα εργαλεία, π.χ. MMPI, ερωτηματολόγια αυτοεκτίμησης, κλίμακα PROO2, βραχεία κλίμακα ψυχιατρικής

αξιολόγησης και τα αποτελέσματα είναι χρήσιμα κατόπιν στη νοσηλευτική αντιμετώπιση της νόσου (Παπαστάμου, Καννελάκη Σ., Μαντόγλου Α., Σαμαρτζή Σ., Χρηστάκης Ν., 1999).

## 6.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

### Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο : Α.Ν.  
Φύλο : Άρρεν  
Επάγγελμα : Ηλεκτρολόγος  
Μορφωτικό επίπεδο : Απόφοιτος Γυμνασίου  
Οικογ. κατάσταση : Άγαμος  
Ηλικία : 35 ετών  
Ημερ. εισόδου : 08-07-05

Ο ασθενής εισήλθε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου στις -8-07-05. Παρουσίαζε επιθετικότητα, αϋπνία και αρνιόταν να φάει και να πει οτιδήποτε. Από πληροφορίες που έδωσε η αρραβωνιαστικιά του και η μητέρα του από τον Ιούλιο του 2005 είχαν αρχίσει να καταλαβαίνουν ότι η συμπεριφορά του Α.Ν. είχε αρχίσει να αλλάζει αλλά δεν απευθύνθηκαν πουθενά, μη θεωρώντας το σημαντικό.

Οι σχέσεις του με την οικογένειά του και τα αδέρφια του αλλά και το φιλικό του περιβάλλον ήταν άριστες και ποτέ δεν είχε υπάρξει ουσιαστικό πρόβλημα.

Αιτία εισόδου: επιθετικότητα, παραλήρημα, αϋπνία και άρνηση λήψης τροφής και υγρών.

**Περιγραφή από τον ασθενή:** «Φύγετε από κοντά μου! Δεν έχω τίποτα. Δεν θέλω τίποτα από εσάς. Είμαι καλά...»

**Έξοδος από την κλινική:** Ο ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από νοσηλεία τριών εβδομάδων. Δεν παρουσιάζονται ενεργά ψυχωτικά επεισόδια. Δεν αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους γύρω του. Ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή με Aloperidin και Lexotanil και βρίσκεται σε ιατρική παρακολούθηση.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ασθενή Ανάγκες – προβλήματα. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Παραλήρημα	<p>§ Αντιμετώπιση του παραληρήματος.</p> <p>§ Βοήθεια για την αντίληψη του εαυτού του στο περιβάλλον.</p>	<p>§ Συζήτηση με τον άρρωστο.</p> <p>§ Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος.</p> <p>§ Συχνή απασχόληση του αρρώστου.</p> <p>§ Χορήγηση των κατάλληλων αντιψυχωτικών φαρμάκων, σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού.</p>	<p>§ Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να αλλάξει θέμα συζήτησης με τον ασθενή και τον παροτρύνει για νέες ευχάριστες συζητήσεις.</p>	<p>§ Με την παρέμβαση της νοσηλεύτριας το παραλήρημα του ασθενούς υποχώρησε τελείως.</p>
Επιθετικότητα	<p>§ Αντιμετώπιση του προβλήματος.</p>	<p>§ Απασχόληση του αρρώστου με διάφορες εργασίες και δραστηριότητες με στόχο την εκτόνωσή του.</p> <p>§ Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού.</p>	<p>§ Η νοσηλεύτρια απασχολεί τον ασθενή σε διάφορες σωματικές εργασίες και ασκήσεις για τον περιορισμό της επιθετικότητάς του.</p> <p>§ Με ήρεμο πλυσίμασμα, χαμηλό τόνο φωνής, αποφυγή συζητήσεων που μπορεί να προκαλέσουν ένταση, η νοσηλεύτρια χορηγεί την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή.</p>	<p>§ Η δραστηριότητα του ασθενούς κατευθύνθηκε σε αποδεκτά κανάλια.</p> <p>§ Η σκέψη του απομακρύνθηκε από γεγονότα που τον ερεθίζουν και του προκαλούν υπερδιέγερση.</p>

Αξιολόγηση ασθενή Ανάγκες – προβλήματα. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Άρνηση λήψης τροφής και υγρών.	<p>§ Κανονική λήψη τροφής και υγρών.</p> <p>§ Δημιουργία θετικού περιβάλλοντος για τη λήψη τροφής και υγρών.</p> <p>§ Αντιμετώπιση της άρνησης του ασθενούς να προσλαμβάνει τροφή και υγρά.</p>	<p>§ Λήψη πληροφοριών για τους λόγους της άρνησης λήψης τροφής και υγρών.</p> <p>§ Καλομαγειρεμένα φαγητά.</p> <p>§ Ποικιλία υγρών όπως νερό, χυμούς κ.λ.π.</p>	<p>§ Εφαρμογή ενός καλού προγράμματος παρουσίας του ασθενούς στην τραπεζαρία.</p> <p>§ Αντιμετώπιση ιδεών που μπορεί να έχει ο ασθενής για δηλητηριασμένη τροφή με εξέτασή της από τη νοσηλεύτρια μπροστά στον ασθενή.</p> <p>§ Ενημέρωση των γιατρών για την άρνηση λήψης τροφής και υγρών (ίσως χρησιμοποιηθεί σωλήνας Levin).</p>	<p>§ Ο ασθενής με τη βοήθεια του νοσηλευτή δοκιμάζει τα φαγητά που του σερβίρουν.</p>
Αϋπνία	<p>§ Αντιμετώπιση της αϋπνίας.</p>	<p>§ Δημιουργία ενός σταθερού προγράμματος δραστηριοτήτων και ύπνου.</p> <p>§ Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού.</p>	<p>§ Η νοσηλεύτρια εφαρμόζει το πρόγραμμα με ακρίβεια, επιτρέποντας τον ύπνο μόνο στις προκαθορισμένες ώρες.</p> <p>§ Ανάλογα με την εξέλιξη του φαινομένου αποφασίζεται η χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων π.χ. tavor ή lexotanil.</p>	<p>§ Η επίμονη εργασία κατά τη διάρκεια της ημέρας και η δημιουργία τακτικού προγράμματος προκάλεσε τη χαλάρωση του ασθενούς και τον ύπνο του κατά τη διάρκεια της νύχτας.</p>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

#### **7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Λαμβάνοντας υπόψιν τη βαρύτητα της νόσου, τα σοβαρά προβλήματα που επιφέρει η ασθένεια στην οικογένεια του νοσούντος, στην κοινωνία καθώς και το δυσβάσταχτο οικονομικό κόστος είναι απαραίτητο η νοσηλευτική παρέμβαση να στρέφεται και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενούς.

Παραδείγματα νοσηλευτικής αποκατάστασης βλέπουμε στον πίνακα που ακολουθεί.

Αξιολόγηση ασθενή Ανάγκες – προβλήματα. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
1) Ασθενείς με χαρακτηριστικά κοινωνικής απομόνωσης	Να κινητοποιηθεί κοινωνικά.	Συμμετοχή σε δραστηριότητες ανάλογα με την κλίση του, π.χ. μουσική κ.λπ.	Ενθάρρυνση από το νοσηλευτή στην ενασχόληση του ασθενούς με κατάλληλες δραστηριότητες.	Σταδιακή κοινωνικοποίηση.
2) Ασθενής που παραμελεί τον εαυτό του (ατομική υγιεινή, προσωπική εικόνα κ.ά.).	Βελτίωση της εικόνας του εαυτού του.	Επεξεργασία ενός προγράμματος ατομικής φροντίδας.	Τήρηση μιας ρουτίνας προγράμματος, π.χ. συγκεκριμένες ώρες που θα χτενίζει τα μαλλιά του και που θα ασχολείται με τον εαυτό του.	Πιθανή βελτίωση της προσωπικής εικόνας.
3) Ασθενής με χαρακτηριστικά συναισθηματικής απάθειας.	Ανάπτυξη κοινωνικά αποδεκτών συναισθημάτων.	Δημιουργία ενός προγράμματος συναισθηματικής ευαισθητοποίησης.	Διδασκαλία απ' το νοσηλευτή των αξιών και των στάσεων της κοινωνίας.	Προοδευτική συναισθηματική ευαισθητοποίηση ασθενούς.
4) Ασθενής με προβλήματα γλωσσικής έκφρασης.	Ανάπτυξη γλωσσικών ικανοτήτων.	Δημιουργία ενός προγράμματος ανάπτυξης γλωσσικών ικανοτήτων.	Ενασχόληση του ασθενούς με γλωσσικές ασκήσεις. .χ. γράψιμο. Ενθάρρυνση από το νοσηλευτή για γλωσσική έκφραση.	Βελτίωση της ικανότητας του ασθενούς να εκφράζεται ικανοποιητικά.



Παρ' όλο βέβαια που γίνονται φιλότιμες προσπάθειες για αποκατάσταση, το σύνολο των ασθενών με σχιζοφρένεια δεν αποκαθίσταται πλήρως και κυρίως εκείνες που έχουν κακή πρόγνωση.

Η εκτίμηση είναι ο κορμός αποκατάστασης και κανένα πρόγραμμα αποκατάστασης δεν μπορεί να επιβιώσει χωρίς ικανοποιητικό σύστημα εκτίμησης.

Άτομα με ψυχική αναπηρία παραπέμπονται στις υπηρεσίες αποκατάστασης για πολλούς και ποικίλους λόγους. Μπορεί να παραπέμπονται αποκλειστικά για την εκμάθηση δεξιοτήτων στη σφαίρα της προσωπικής φροντίδας οικιακών και επαγγελματικών θεμάτων, χειρισμού θεμάτων, χειρισμού χρημάτων, ελεύθερου χρόνου, εργασιακές δραστηριότητες και διαχείριση μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής.

Τα σοβαρά κοινωνικά ανάπηρα άτομα όπως και οι σοβαρά σωματικοί ανάπηροι, είναι πολλαπλά ανήμπορα. Ο καθένας έχει τα δικά του προτερήματα και μειονεκτήματα που δεν ακολουθούν μια προαποφασισμένη ιεραρχία ή «σκάλα» προσέγγισης στην αποκατάσταση. Η πρόκληση της νοσηλευτικής αποκατάστασης είναι να μεγιστοποιούνται τα προτερήματα και οι ικανότητες, οι όποιες και αν είναι, και να ελαχιστοποιούνται οι δύσκολες συμπεριφορές και τα μειονεκτήματα (Ekdawi Y.H., COUNING M.A., 1998).

## **7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στοιχειώδεις γνώσεις ψυχοφαρμακολογίας είναι απαραίτητες στον νοσηλευτή αφού συμμετέχει υπεύθυνα στην φαρμακευτική θεραπεία των ψυχικά αρρώστων. Η ψυχοφαρμακοθεραπεία είναι μια δραστηριότητα υπεύθυνη στην οποία συνεργάζονται ιατρική και νοσηλευτική. Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του για τα ψυχότροπα φάρμακα. Ενεργεί ως συντονιστής κατά τον προγραμματισμό της φαρμακοθεραπείας του αρρώστου, φροντίζοντας να εξασφαλίσει τις απαραίτητες πληροφορίες.

Γενικά, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι ο νοσηλευτής –τρια που δε θεωρεί αυτόνομο να παίρνει ο ασθενής με συνέπεια τα φάρμακά του και δίνει θετική

ενίσχυση και αναγνώριση στον ασθενή που ακολουθεί σωστά την αγωγή, θα έχει και τους πιο «καλούς» ασθενείς (Καλαντζή Α., Αζίζι, 1990).

### **7.2.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων**

- α) Λήψη ιστορικού και τυχόν αλλεργιών του αρρώστου.
- β) Εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- γ) Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές και θερμοκρασία.
- δ) Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικά με τις συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, βάρος σώματος, πρόσφατης λήψης φαρμάκων.
- ε) Συνεννόηση ψυχιάτρου και νοσηλευτή για τους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων και τις δόσεις που θα χορηγηθούν στον άρρωστο.
- στ) Οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης.

### **7.2.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων**

- α) Αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του αρρώστου προς τα φάρμακα.
- β) Συστηματική παρακολούθηση για αντιδράσεις ηπατικές, αιματολογικές και οφθαλμικές.
- γ) Οργάνωση ευκαιριών για να μάθει ο άρρωστος πως να παίρνει μόνος τα φάρμακά του (Ραγιά Χρ., 2005).

### **7.2.3. Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία**

Η διδασκαλία του αρρώστου ήταν πάντοτε ευθύνη του νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον άρρωστο να μη μοιράζεται τα φάρμακά του με άλλους και να μην παραλείπει να παίρνει τα φάρμακά του στην δόση που έχει

καθοριστεί απ' τον θεράποντα γιατρό του και στην προγραμματισμένη ώρα. Ενημερώνει τον άρρωστο ότι δεν πρέπει να πίνει οινοπνευματώδη ποτά όπως επίσης ούτε άλλα φάρμακα εκτός απ' αυτά που του έχει χορηγήσει ο γιατρός του.

Συμβουλεύει τον άρρωστο και την οικογένειά του να τηρούν το ραντεβού με τον γιατρό, διότι η τακτική παρακολούθηση είναι μέρος της θεραπείας του αρρώστου (Ραγιά Χρ., 2005).

## ΕΝΤΟΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

- Πρέπει να προσπαθήσουμε να δημιουργήσουμε μια σχέση, μέσα από μια εργασία με το σώμα. Αφήνουμε τον εαυτό μας να οδηγηθεί από το παιδί, προσπαθώντας να το καταλάβουμε. Αρχίζουμε λοιπόν μια εργασία δια μέσου του σώματος, η οποία τους επιτρέπει να δημιουργήσουν καινούργιες αισθησιακές εντυπώσεις που έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία των ορίων.
- Οι κινήσεις να γίνονται με τον ίδιο πάντα τρόπο, γιατί διαφορετικά υπάρχει δημιουργία φόβου. Πρέπει λοιπόν να προχωρούμε σιγά-σιγά για να μην δυναμώνουμε την αγωνία, αλλά να προσπαθούμε να τα καθησυχάζουμε.
- Υπάρχει επίσης ο φόβος της σωματικής επαφής, άρα εδώ χρειάζεται να εργασθούμε επάνω στην απόσταση: κοντά, μακριά.
- Πρέπει επίσης να αφήσουμε στο παιδί αρκετό χρόνο στη διάθεσή του.
- Στην σχέση μας με το παιδί πρέπει να του δείξουμε ότι δε μπορούμε να ανεχθούμε τα πάντα.
- Πρέπει να μπορέσουμε να παρατηρήσουμε αυτό που πραγματικά εκφράζει το παιδί σε σχέση με ένα αντικείμενο, και να του δώσουμε μια έννοια (σημασία). Να έχουμε μια ιδέα αυτού που μπορεί να θέλει να παρουσιάσει.
- Πρέπει να μιλούμε: για τις απαγορεύσεις – τα όρια – και όταν τα όρια αυτά δεν τηρούνται, πρέπει να υψώνουμε τον τόνο της φωνής μας για να τα ενοχοποιούμε λίγο. Να δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί, σταθεροί, και έτσι να δημιουργούμε μια καινούργια σχέση.

- Να μπορούμε και να ξέρουμε να εργαζόμαστε με επαναλήψεις, γιατί το παιδί το έχει ανάγκη για να αισθάνεται ασφαλές. Επίσης πρέπει κάπου-κάπου να προσθέτουμε καινούργια πράγματα (Α. Μακρυγιάννης).

### **7.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ**

Τα μέλη της οικογένειας ενός σχιζοφρενούς θα μπορούσαμε να πούμε κατά κάποιο τρόπο, ότι είναι και αυτά «ασθενείς» και χρειάζονται στήριξη. Καθώς δεν μπορούν να επεξεργαστούν ψυχολογικά το πρόβλημα μόνοι, καλείται ο νοσηλευτής-τρια να παρέμβει και να αποκαταστήσει όσο δύναται την ψυχική τους ηρεμία για να μπορέσουν και αυτοί με την σειρά τους να βοηθήσουν και να σταθούν στον σχιζοφρενή ασθενή.

Για να βοηθήσουμε οφείλουμε να γνωρίζουμε τα όποια προβλήματα τυχόν αντιμετωπίζει η οικογένεια. Οι βασικότερες από τις επιπτώσεις είναι α)οικονομικός τομέας και β) η κοινωνική απομόνωση.

Θα πρέπει ο νοσηλευτής-τρια να δια φωτίσει την οικογένεια για τη νόσο όσον αφορά την αιτιολογία, το φάσμα της συμπτωματολογίας και τη θεραπεία της νόσου ώστε να είναι σε θέση να κατανοούν τον ψυχικά άρρωστο άνθρωπό τους.

Σημαντικό είναι να νιώσουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν και βέβαια ότι δεν είναι μόνοι τους αλλά ότι ανήκουν σε μια μεγαλύτερη ομάδα οικογενειών που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα και ότι μπορούν πάντα να απευθύνονται σε ομάδες και υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης.

### **7.4 ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Σύμφωνα με μελέτες από την Κινητική Ψυχιατρική Μονάδα του νομού Έβρου σε δείγμα 49 σχιζοφρενών ασθενών, ελέγχθηκε η εμφάνιση υποτροπής σε σχέση προς τα ακόλουθα χαρακτηριστικά των ασθενών ή της νόσου τους: α) το φύλο, β) την ηλικία, γ) την οικογενειακή κατάσταση, δ) τη μορφή της νόσου, ε) τη διάρκεια της νόσου, στ) τη συμπεριφορά των μελών του οικογενειακού

περιβάλλοντος. Τα ευρήματα υποβλήθηκαν σε διακριτική ανάλυση. Από τη διακριτική ανάλυση προέκυψε ότι υπάρχει αξιολόγηση θετική συσχέτιση μεταξύ της υποτροπής και των εξής παραγόντων: α) αυθαίρετη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, β) όχι καλή συναισθηματική σχέση με το θεραπευτή, γ) διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις (Λειβαδίτης Μ., Σαμανούρη Μ., Τανταλάκη Χ., Ζώρλος Γ., Τελλίδου Χ., Μπασδάκης Δ., 1991).

Σε έρευνα των Moos, Finney, Chan το 1981 με ομάδες οικογενειών ασθενών, βρέθηκε ότι οι διαταραγμένες οικογένειες σκοράρουν υψηλά στις υποκλίμακες.

- Συγκρούσεις
- Ελέγχου
- Εκφραστικότητας
- Ανεξαρτησίας
- Κοινωνικού προσανατολισμού

Οι οικογένειες με χαμηλό score εκφραζόμενου συναισθήματος, που σκοράρουν υψηλά στον έλεγχο και τη σύγκρουση έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με οικογένειες High Expressed Emotion, που θεωρούνται υψηλού κινδύνου στην εμφάνιση υποτροπών.

Οι οικογένειες με υψηλή θρησκευτικότητα και χαμηλό Κοινωνικό Προσανατολισμό αναμένεται να είναι λιγότερο δεκτικές για εκπαίδευση σε κοινοτικές δομές σύμφωνα με τους R. Και B. Moos.

Υψηλή συνοχή, εκφραστικότητα, οργάνωση και χαμηλή Σύγκρουση έχουν οι οικογένειες που θα βοηθήσουν περισσότερο ψυχοεκπαιδευτικά.

Τέλος, η ψυχιατρική λήψη φαρμάκων, η καλή συναισθηματική σχέση θεραπευτών -ασθενούς, οι ομαλές ενδοοικογενειακές σχέσεις- είναι παράγοντες που έχουν την ικανότητα να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής των σχιζοφρενών (Κασσωτάκη Ε., Φουντουλάκη Γ., Κουντουδάκης Σ., Κοκκινάκος Γ., 2001).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

#### **8.1 ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ – ΕΜΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Η σχιζοφρένεια είναι πλέον σοβαρή χρόνια διαταραχή που έχει αποδιοργανωτικές συνέπειες, τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην οικογένειά και την κοινωνία γενικότερα. Το κόστος της σχιζοφρένειας, όπως και κάθε διαταραχής, είναι μια πολυδιάστατη έννοια που διαχωρίζεται κυρίως σε **άμεσο** και **έμμεσο** κόστος.

Το άμεσο κόστος αποτελεί συνήθως τη βάση για τον κοινωνικό υπολογισμό του κόστους της ψυχικής διαταραχής, μιας και αναφέρεται κυρίως στα έξοδα που γίνονται για τους ποικίλους τρόπους φροντίδας που παρέχονται στον άρρωστο (νοσοκομειακές υπηρεσίες, μερική νοσηλεία, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες κ.ά.). επίσης, σχετίζεται τόσο με τα ιατρικά (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, ψυχίατρο και άλλοι επαγγελματίες υγείας, φάρμακα και άλλες θεραπείες, αποκατάσταση κ.ά.). Όσο και με τα μη ιατρικά (κεφάλαιο, κοινωνική πρόνοια κ.ά.) έξοδα για τη θεραπεία της νόσου.

Συγκριτικά με το υψηλό κόστος της νοσοκομειακής φροντίδας, η θεραπεία με φάρμακα σύμφωνα με μελέτες στοιχίζει λιγότερο, κυμαίνονται από 1-75% των συνολικών άμεσων εξόδων της σχιζοφρένειας.

Το έμμεσο κόστος της σχιζοφρένειας αντανακλά κυρίως την απώλεια ή τη μείωση της παραγωγικότητας, τόσο των ιδίων των ασθενών όσο και των συγγενών τους. Το έμμεσο κόστος έχει μελετηθεί πολύ λιγότερο από το άμεσο κόστος, κυρίως λόγω της δυσκολίας και της συμπλοκότητας στον υπολογισμό του. Ο υπολογισμός των έμμεσων εξόδων είναι στην πράξη αρκετά δύσκολος σε σύγκριση με τον υπολογισμό των άμεσων εξόδων διότι:

- α. Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια αποτελούν μια ετερογενή ομάδα και η απώλεια πιθανώς παραγωγικότητάς τους ποικίλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία έναρξης της νόσου, την εκπαίδευσή τους κ.ά.
- β. Παρεμβαίνουν παράγοντες όπως ο γενικός δείκτης ανεργίας.
- γ. Είναι δύσκολο να υπολογισθεί η νομισματική αξία σε μερικές μορφές εργασίας κ.ά.

Τα έμμεσα έξοδα ονομάζονται και «κρυμμένα έξοδα» ή «αφανή έξοδα» μιας και δεν είναι εύκολα παρατηρήσιμα με την πρώτη ματιά.

Τέλος, μπορούμε να αναφέρουμε σύμφωνα με μελέτες ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπολογίζεται ότι οι οικογένειες ξοδεύουν 2.5 δις δολάρια το χρόνο για τη φροντίδα των ψυχικά αρρώστων συγγενών τους, που ισοδυναμούν με το ήμισυ του κόστους της φροντίδας στα δημόσια νοσοκομεία. Από τα ετήσια οικογενειακά έξοδα, όπως φαίνεται από έρευνα του NAMI είναι το 30% των εξόδων αντιστοιχεί στα άμεσα έξοδα και το 70% στο σύνολο των έμμεσων εξόδων (Οικονόμου Π.Μ., 1999).

## **8.2 ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

### **8.2.1 Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου**

Ένα απ' τα πιο σπουδαία θέματα στη νοσηλευτική φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι η αναγνώριση, ο σεβασμός, η προστασία και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων. Αυτό συνεπάγεται την ευαίσθητη συνείδηση και ανθρωπιά του νοσηλευτή.

Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου είναι:

1. Δικαίωμα σε κατάλληλη θεραπεία.
2. Δικαίωμα σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.
3. Δικαίωμα σε ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία με συζήτηση των θεραπειών και φαρμάκων.
4. Δικαίωμα να δώσει ή να μη δώσει τη συγκατάθεσή του. Και να αντιμετωπισθεί χωρίς την συγκατάθεσή του μόνο σε επείγουσα κατάσταση.
5. Δικαίωμα να μην υποβληθεί σε ερευνητικό πειραματισμό.

6. Δικαίωμα να είναι ελεύθερος από περιορισμούς.
7. Δικαίωμα για αξιοπρεπή φροντίδα σε ανθρωπιστικό περιβάλλον.
8. Δικαίωμα στην εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες για την ψυχική του υγεία.
9. Δικαίωμα σε όσο το δυνατό μεγαλύτερη ελευθερία για να ασκεί τα πολιτικά του δικαιώματα, να ανήκει κάπου και να εκφράζεται.
10. Δικαίωμα να εξασφαλίσει βοήθεια δικηγόρου.
11. Δικαίωμα να κριτικάρει ή να παραπονεθεί για τις συνθήκες περίθαλψής του, χωρίς το φόβο α υποστεί αντίποινα.

Τα παραπάνω δικαιώματα έχουν νομοθετηθεί από το Αμερικανικό Κοινοβούλιο το 1980 ύστερα από πολλές μελέτες. Βάσει αυτών έχουν διατυπωθεί και αναλυτικότερα όπως: το δικαίωμα του ψυχικά άρρωστου να κάνει ψώνια, να χειρίζεται την περιουσία του, να σπουδάζει, να επικοινωνεί με πρόσωπα εκτός του νοσοκομείου με αλληλογραφία ή τηλεφωνήματα και επισκέψεις. Αυτά μπορούν να περιορίζονται μόνο με ενυπόγραφη οδηγία του υπεύθυνου θεράποντα ιατρού.

Επίσης έχει το δικαίωμα σε θρησκευτική ελευθερία, να εργαστεί εάν είναι δυνατό (Ραγιά Α., 2005).

### 8.2.2 Σχιζοφρενής και οδήγηση

Στη διάρκεια ενός οξέος σχιζοφρενικού επεισοδίου, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να οδηγήσει. Σε γενικές γραμμές, η ικανότητα αυτή θεωρούμε ότι αποκαθίσταται μετά την αποδρομή της ψύχωσης. Εάν υπάρχει αμφιβολία, ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε διεξοδική Ψυχιατρική και ψυχολογική εξέταση. Επίσης θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και οι παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων. Η διάγνωση από μόνη της δεν αρκεί για την αφαίρεση της άδειας οδήγησης. Συστηματικές έρευνες έδειξαν ότι οι σχιζοφρενείς οδηγοί προκαλούν λιγότερα ατυχήματα απ' ό,τι οι υγιείς. Τα πορίσματα αυτά λαμβάνονται υπ' όψιν και στις κατευθυντήριες γραμμές της ΕΟΚ, καθώς και στις σχετικές οδηγίες που εξέδωσε ο υπουργός συγκοινωνιών της Γερμανίας. Στα καθήκοντα του θεράποντος ψυχιάτρου είναι και η ενημέρωση του ασθενούς σε ό,τι αφορά την οδήγηση (Tolle R., Windgassen K., 2005).



### 8.2.3 Σχιζοφρενής και αξιόποινες πράξεις

Οι βιαιοπραγίες αποτελούν εξαίρεση στη συμπεριφορά των σχιζοφρενών. Συνολικά, η συχνότητα διάπραξης φόνων και τραυματισμών από ασθενείς με ψυχικά νοσήματα ελάχιστα υπερβαίνει τις αντίστοιχες από ψυχικώς υγιή άτομα. Ο κίνδυνος αυξάνεται σε περιπτώσεις ελλιπούς συμμόρφωσης του ασθενούς στη μακρόχρονη φαρμακευτική αγωγή, ελλιπούς συμμετοχής του σε ψυχοθεραπευτικές σχέσεις και σε περιπτώσεις κατανάλωσης οινοπνεύματος ή ναρκωτικών. Η περαιτέρω βελτίωση της θεραπείας αναμένεται να μειώσει τον κίνδυνο βιαιοπραγιών.

Εφόσον αποδειχθεί ότι υπάρχει σχιζοφρένεια κατά την περίοδο διάπραξης μιας αξιόποινης πράξης, θα πρέπει, σε γενικές γραμμές, να θεωρήσουμε ότι δεν υφίσταται ικανότητα επίγνωσης και αυτοελέγχου, και τούτο ακόμα και αν δεν καταστεί εφικτή η πειστική αναγωγή της πράξης στο νοσηρό βίωμα. (Εάν η σχιζοφρένεια έχει παρέλθει, δεν θα πρέπει να θεωρήσουμε προκαταβολικώς δεδομένη την άρση της υπαιτιότητας). Εάν το δικαστήριο απενοχοποιήσει τον ασθενή, τίθεται ζήτημα εγκλεισμού του σε Ψυχιατρική κλινική το δικαστήριο θα πρέπει να αποφασίσει για τη διάρκεια, με τη βοήθεια εμπειρογνώμονα (Tolle R. Windgassen K., 2005).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μια από τις πλέον ύπουλες ψυχικές διαταραχές του ανθρώπου είναι η σχιζοφρένεια, η παραπάνω εργασία έχει σαν σκοπό να γίνει μια πρώτη γνωριμία με αυτή τη νόσο που έχει απασχολήσει τους ανθρώπους που είναι επιφορτισμένοι με την υγεία τους από τους αρχαίους χρόνους μέχρι σήμερα. Έτσι από τα χρόνια του Ιπποκράτη και τη θεωρία της δεισδαιμονίας διαμέσου των αιώνων στα χρόνια της Αναγέννησης που οι σχιζοφρενείς σταμάτησαν να θεωρούνται μάγοι και από εκεί στον Bleuler στα σύγχρονα χρόνια πολύ νερό έχει κυλήσει στο αυλάκι.

Σήμερα σχιζοφρένεια χαρακτηρίζουμε το διχασμό της προσωπικότητας που προκαλεί αδιαφορία, αδράνεια, άρνηση και αποπροσαρμοστικότητα. Βέβαια, σήμερα έχουμε συνηθίσει να θεωρούμε ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μόνο μια ασθένεια, αλλά μια ομάδα ψυχικών διαταραχών η οποία εμφανίζεται σε διάφορες μορφές όπως: απλή σχιζοφρένεια, ηβηφρενική σχιζοφρένεια, κατατονική σχιζοφρένεια, παρανοϊκή σχιζοφρένεια κ.ά.

Από την ανάλυση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών φαίνεται ότι η σχιζοφρένεια επηρεάζει πάνω από το 1% του γενικού πληθυσμού, πως υπάρχει στατιστικά σημαντικότερη πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος τη νόσο αν και οι δύο γονείς νοσούν απ' ότι κάποιος που ανήκει στο γενικό πληθυσμό και τέλος πως η πλειονότητα των σχιζοφρενών αναπτύσσουν την ασθένεια μεταξύ 16-25 ετών.

Παρ' όλη την εξέλιξη της Ιατρικής επιστήμης σήμερα μόνο ενδείξεις έχουμε για τους παθογενετικούς μηχανισμούς της διαταραχής παρά αποδείξεις. Έτσι έχουμε προταθεί ψυχολογικά, γενετικά, βιολογικά αίτια της σχιζοφρένειας.

Για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας ακολουθείται μια αυστηρή –βήμα προς βήμα- διαδικασία που περιλαμβάνει και ψυχιατρικό ιστορικό και παθολογική, νευρολογική εργαστηριακή εξέταση καθώς και ψυχοδιαγνωστικά τεστ.

Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου ποικίλει ανάλογα με τις μορφές της, ενώ βιοχημικά, εργαστηριακά ευρήματα έχουν δείξει μια οργανική βάση για την αιτιολόγηση της ασθένειας, όπως ανωμαλία στον εγκέφαλο, ελαττωμένη κατανάλωση γλυκόζης κ.ά.

Υπάρχουν δύο βασικές κατευθύνσεις στη θεραπευτική μεθοδολογία της διαταραχής: α) βιολογικές θεραπείες (φαρμακοθεραπεία, θεραπεία, ψυχοχει-

ρουργική κ.ά.), β) ψυχολογικές θεραπείας (ατομική ψυχοθεραπεία, θεραπεία της συμπεριφοράς κ.ά.). Τέλος, είναι απαραίτητη η θεραπευτική εμπλοκή της οικογένειας.

Η πρόγνωση είναι σήμερα καλύτερη απ' ότι ήταν πριν από 50 χρόνια, ενώ πρωταρχικός στόχος της δραστηριότητας του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για την αντιμετώπιση της πολύ σημαντικής αυτής ψυχικής διαταραχής.

Η νοσηλευτική παρέμβαση προσπαθεί καταρχήν να αντιμετωπίσει τη νόσο σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο.

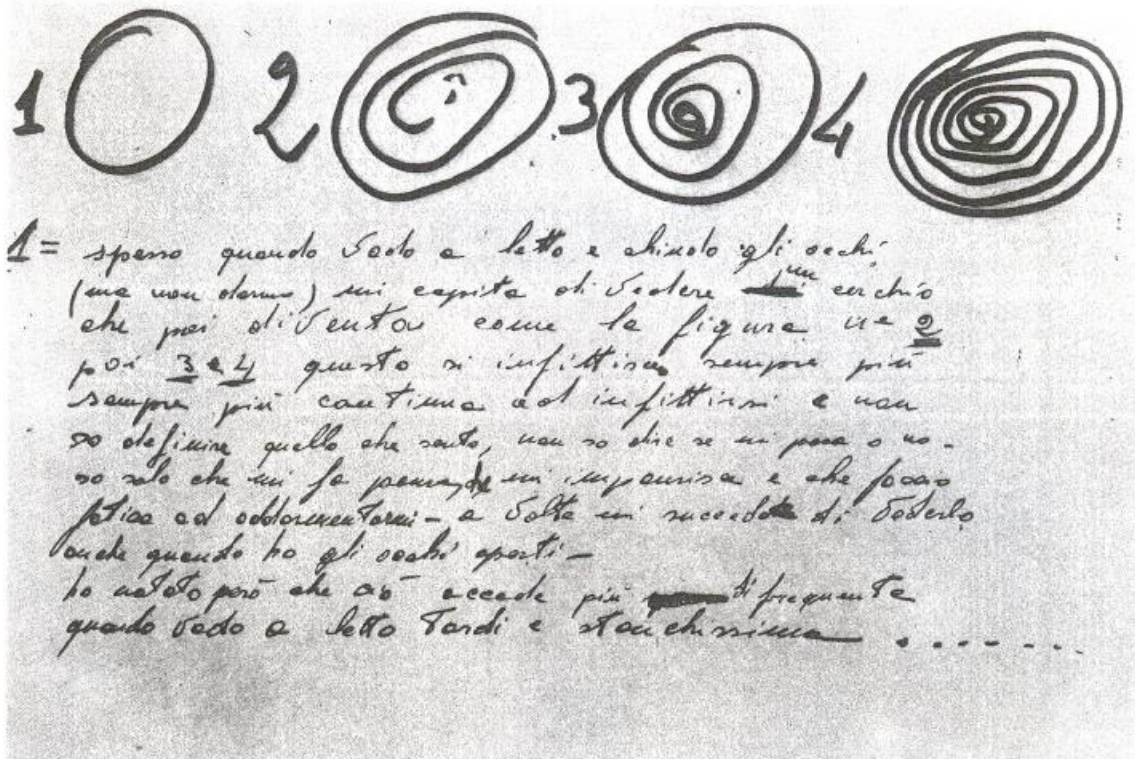
Τα τελευταία χρόνια επικρατεί η «Δυναμική Αντιμετώπιση της Νόσου» δηλαδή μια τάση σύνθεσης των διαφόρων προσεγγίσεων στη θεραπευτική διεργασία της αντιμετώπισης και της αποκατάστασης των ασθενών που αποσκοπούν στη μετρίαση της επακόλουθης ολικής ή μερικής ανικανότητας αυτών των ασθενών.

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως πλήρη θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι σχετικά ανέφικτη στα αμέσως επόμενα χρόνια. Γι' αυτό υπάρχει μεγάλη ανάγκη για εντατική, βασική και κλινική έρευνα που αποδίδοντας καρπούς, όπως έχει γίνει τα τελευταία χρόνια θα βελτιώσει ακόμα περισσότερο την πρόγνωση αυτής της διαταραχής που ταλανίζει επί αιώνες την ανθρωπότητα γινόμενη εφιάλτης για τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και την κοινωνία.

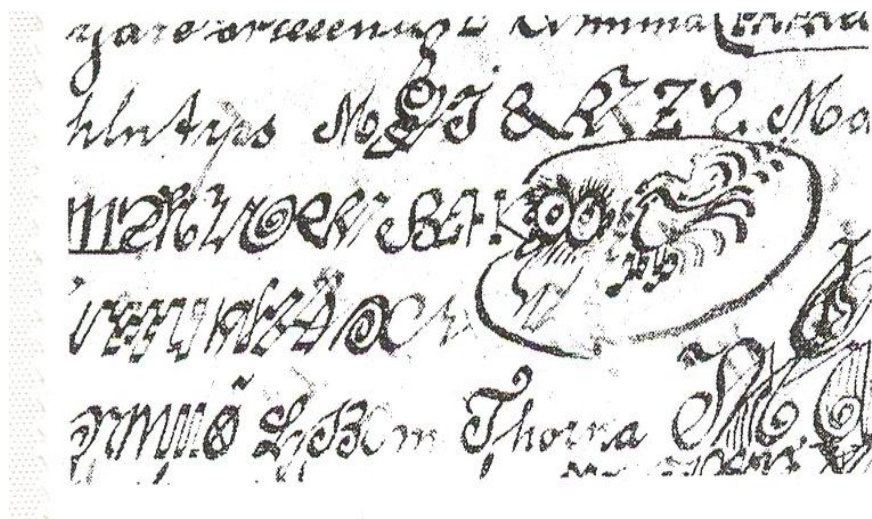
# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**Εικόνα 1.** Σκίτσο που έγινε από ένα νέο είκοσι ετών που πάσχει από ηβηφρενική σχιζοφρένεια. Η σχιζοειδής προσωπικότητα μπορεί να θεωρηθεί σαν μια υποβόσκουσα ή δυναμική ψυχοπαθητική κατάσταση, από την οποία διαμέσου των ενδιάμεσων σταδίων της απλής σχιζοειδίας και της σχιζοπάθειας, φθάνει στη σχιζοφρένεια, που εκδηλώνεται με τα τυπικά της συμπτώματα εξελικτικού χαρακτήρα. Οι εκδηλωμένες μορφές υποχρεώνουν στην άμεση μεταφορά σε ψυχιατρική κλινική (Υγεία, οδηγός υγιεινής)



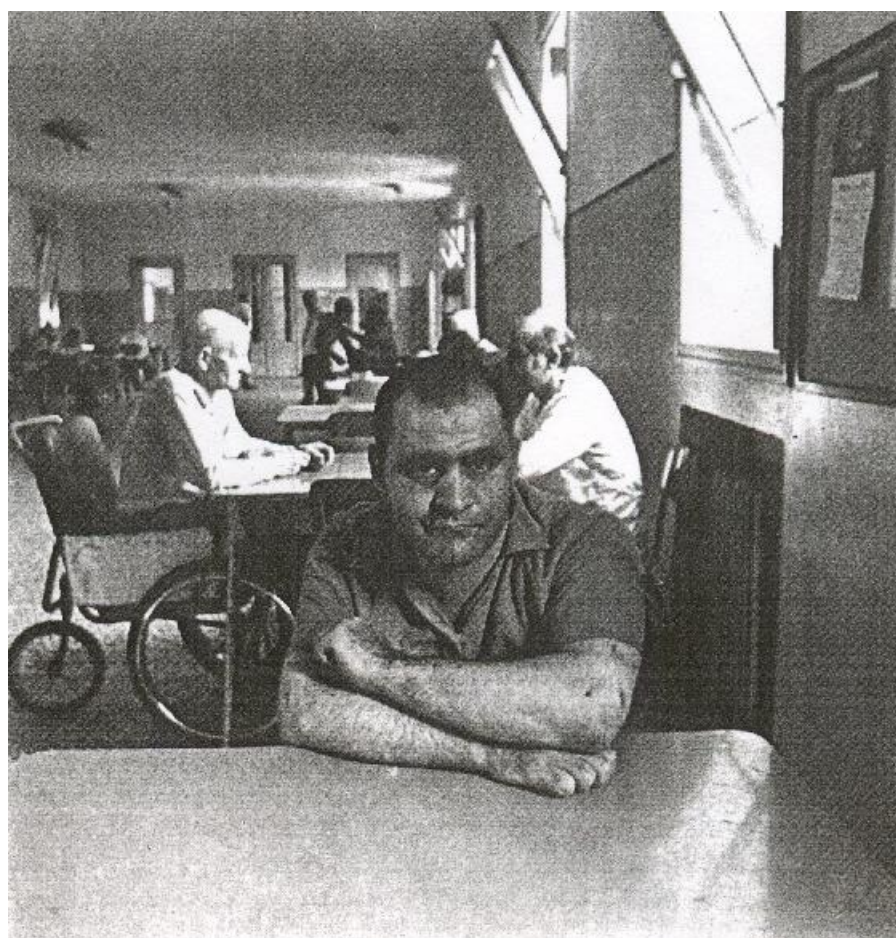
Εικόνα 2. Γραφή σχιζοφρενούς (Υγεία, οδηγός υγιεινής)



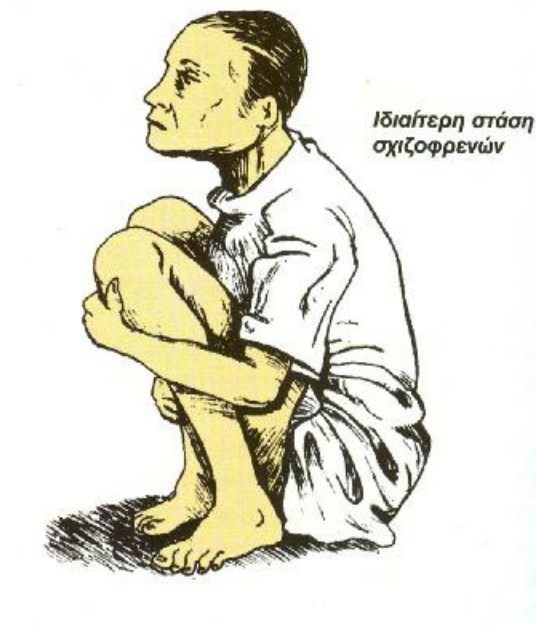
Εικόνα 3. Γράμμα ενός σχιζοφρενικού (Μανιατέας)



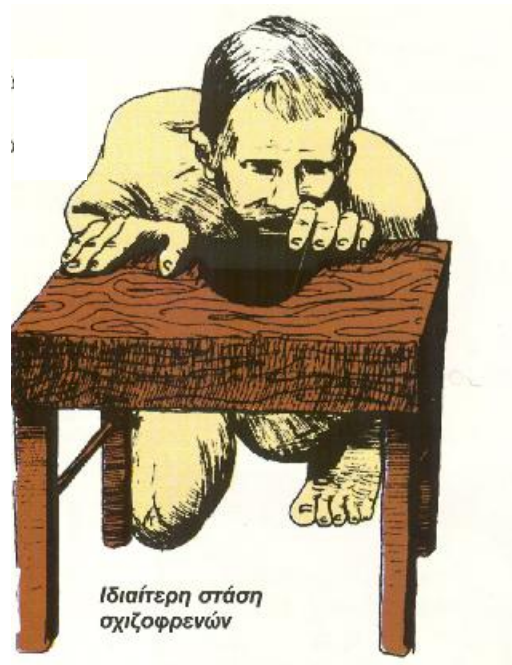
*Εικόνα 4. (Υγεία, οδηγός υγιεινής)*



*Εικόνα 5. (Υγεία, οδηγός υγιεινής)*



*Εικόνα 6. Ιδιαίτερη στάση σχιζοφρενών  
(Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1999)*



*Εικόνα 7. Ιδιαίτερη στάση σχιζοφρενών  
(Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1999)*

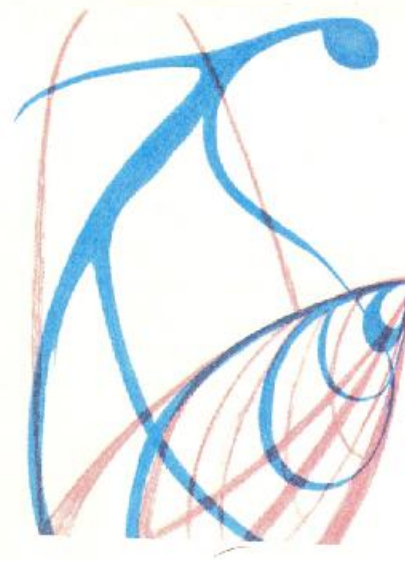
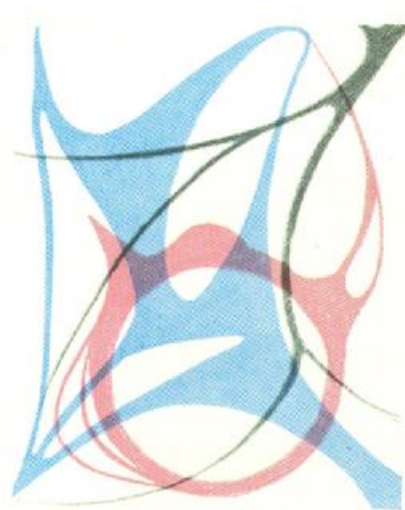




**Εικόνα 8.** Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου  
(Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1999)



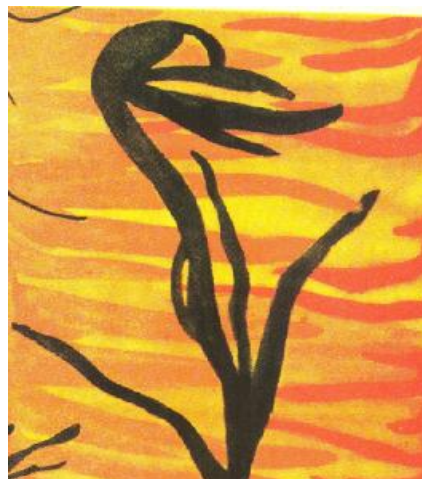
**Εικόνα 9.** Ηβηφρενική σχιζοφρένεια και κατατονική σχιζοφρένεια  
(Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1999)



**Εικόνες 10, 11, 12.** Πίνακες τους οποίους δημιούργησε ομάδα σχιζοφρενών  
(Καθένας από αυτούς τους πίνακες έχει σημαντική συμβολική σημασία)(Ιατρική  
Εγκυκλοπαίδεια, 1999)



*Εικόνες 13, 14, 15. Πίνακες τους οποίους δημιούργησε ομάδα σχιζοφρενών (Καθένας από αυτούς τους πίνακες έχει σημαντική συμβολική σημασία)(Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1999)*



**Εικόνες 16, 17, 18.** Πίνακες τους οποίους δημιούργησε ομάδα σχιζοφρενών (Καθένας από αυτούς τους πίνακες έχει σημαντική συμβολική σημασία)(Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1999)

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΟΥΣ

(Μακρυγιάννης Α., 1986)

#### Τομέας; Αυτοεξυπηρέτησης

1. Σερβίρεται και τρώει δίχως να θέλει μεγάλη βοήθεια;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

2. Ελέγχει από μόνο του ότι έχει να κάνει με την τουαλέτα;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

3. Χρειάζεται βοήθεια στο ξεντύσιμο και στο ντύσιμο;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

4. Γνωστοποιεί τις ανάγκες του/της;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

5. Κάνει ορθό άνοιγμα και κλείσιμο της πόρτας χωρίς θόρυβο;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

6. Κάνει ορθό άνοιγμα των βρυσών;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

**Τομέας; Ψυχοκινητικός**

1. Πιάνει μικρά αντικείμενα ανάμεσα στο δάκτυλο και στον αντίχειρα;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

2. Τακτοποιεί τα αντικείμενα στο χώρο του;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

3. Δείχνει και λέει τα μέλη του σώματος;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

4. Συντονίζει την κίνηση ματιού – χεριού – ποδιού;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

5. Μπορεί να κόψει με μεγάλη ακρίβεια γύρω από περίγραμμα;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

6. Γνωρίζει ημέρες, μήνες, εποχές, ώρα;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**Τομέας; Νοητικός**

1. Διατηρεί την προσοχή του για ορισμένο χρόνο;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

2. Επαναλαμβάνει προτάσεις που άκουσε;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

3. Ξέρει τις έννοιες α) ψηλός – κοντός β) μεγάλος – μικρός γ) χονδρός – αδύνατος  
δ) ψηλό – χαμηλό ε) βαρύ – ελαφρύ στ) λιγότερο – περισσότερο ζ) μεγάλο-  
μικρό η) μερικά – κανένα;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

4. Διακρίνει ομάδες αντικειμένων αριθμητικά άνισες;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

5. Βάζει σε λογική σειρά εικόνες που βλέπει;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

6. Σε κάρτες που παρουσιάσατε, θυμάται το περιεχόμενο;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**Τομέας; Επικοινωνίας**

1. Δίνει το πλήρες όνομα του όταν του το ζητήσουν;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

2. Αναφέρει «εγώ»;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

3. Λέει ονόματα συμμαθητών/αντικειμένων;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

4. Ανακοινώνει τα νέα της ημέρας;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

5. Κάνει ερωτήσεις;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ



**6. Περιγράφει και διηγείται προφορικά;**

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**Τομέας; Μαθησιακός**

**1. Έχει την στοιχειώδη ανάγνωση;**

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**2. Έχει την στοιχειώδη γραφή (αντιγραφή λέξεων);**

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**3. Γνωρίζει και γράφει αριθμούς από το 1-12;**

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**4. Χρησιμοποιεί σωστά επίθετα;**

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**5. Χρησιμοποιεί καταφατικές και αρνητικές προτάσεις;**

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**6. Χρησιμοποιεί τα ρήματα στο σωστό αριθμό και χρόνο;**

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**Τομέας; Κοινωνικοποίησης**

1. Ανταλλάσσει χαιρετισμούς;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

2. Ακούει με προσοχή όταν κάποιος άλλος ομιλεί;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

3. Παίζει με τους άλλους, συνεργάζεται σε ομαδικά παιχνίδια;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

4. Συμπεριφέρεται κόσμια προς τους συμμαθητές του;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

5. Γνωρίζει θέματα σχετικά με την οικογενειακή και κοινωνική ζωή (κατοικία – σχολείο – σύνθεση οικογένειας;)

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

6. Γνωρίζει τα χρήματα;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

**Τομέας; Συναισθηματικής Οργάνωσης**

1. Παρουσιάζει καλή εικόνα του εαυτού του προς τα έξω;

Πάντα  Μερικές φορές  Ποτέ

2. Αποδέχεται τους άλλους;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

3. Αναπτύσσει και διατηρεί φιλικές σχέσεις;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

4. Χαίρεται την ευτυχία του;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

5. Μαθαίνει καινούργια πράγματα;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

6. Αποδέχεται την αποτυχία του;

Πολύ καλά  Καλά  Καθόλου

Παρακάτω δίνεται ένας οδηγός εξέτασης του τρόπου ζωής, με σκοπό την προστασία της ψυχικής υγείας του υγιούς ατόμου (Καλαντζή –Αζίζι Α., 1990).

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### Η συμπεριφορά μας σε σχέση με την υγεία μας

#### Πόσο υγιεινά ζω;

Ένα μεγάλο ποσοστό ευεξίας (σωματικής και ψυχικής) σημαίνει: να φροντίζουμε εντατικά για τον σωματικό Εαυτό μας, να αξιοποιούμε το μυαλό μας δημιουργικά, να εξωτερικεύουμε τα συναισθήματά μας, να έχουμε μια θετική σχέση με το περιβάλλον μας (έμψυχο και άψυχο) να καλλιεργούμε ενεργά τη διατήρηση, αυτής της σχέσης να έχουμε την εντύπωση πως η ΖΩΗ μας έχει νόημα.

Πολλοί άνθρωποι δεν έχουν σαφή συμπτώματα ασθένειας, όμως νιώθουν μελαγχολία, νευρικότητα, «βαριεστημάρα», φόβους ή δεν είναι γενικά ευχαριστημένοι με τη ζωή τους. Αυτές οι συναισθηματικές καταστάσεις οδηγούν συχνά σε σωματικές διαταραχές, μειώνοντας την αντίσταση του σώματος (π.χ. μανιόδες κάπνισμα - χρησιμοποίηση φαρμάκων - πολυφαγία - κ.λπ.). Αυτές οι «κακές έξεις» είναι συχνά «υποκατάστατα» άλλων ψυχικών αναγκών που δεν «συνειδητοποιούνται» -είναι η ανάγκη για αναγνώριση από τους άλλους, για αγάπη, για βοήθεια να βρεθεί το νόημα της ζωής...

#### Οδηγός εξέτασης του τρόπου ζωής

##### 1. Αντίληψη και έκφραση συναισθημάτων

Όταν δεν συμφωνώ με κάτι, το εκφράζω ανοιχτά.

Τις περισσότερες φορές συνειδητοποιώ ό,τι αισθάνομαι.

Νιώθω άνετα, όταν λέω σε κάποιον τι μου συμβαίνει.

Υπάρχουν στιγμές που είμαι πολύ χαρούμενη (-ος), ευτυχισμένη (-ος), όπως πάλι άλλες που είμαι φοβισμένη (-ος), λυπημένη (-ος) ή θυμωμένη (-ος). Δεν πειράζει, έτσι είναι η ζωή.

Μπορώ να εκφράσω καλά ότι μου συμβαίνει.

Δεν ενοχλούμαι όταν μερικές φορές έχω έντονα συναισθήματα.

Χαίρομαι όταν οι άλλοι με προσέχουν, όταν με αναγνωρίζουν, όταν με επαινούν.

Όταν είμαι λυπημένη (-ος), επιτρέπω στον εαυτό μου να κλάψει.

Όταν είναι στεναχωρημένος ένας άλλος το παίρνω είδηση.

Μπορώ να υποστηρίξω τις πεποιθήσεις μου και τα ενδιαφέροντά μου και μπρος σε ανθρώπους που είναι σίγουροι για τον εαυτό τους.

Μπορώ να απολαμβάνω το σεξ και τις στενές διαπροσωπικές επαφές.

Όταν χρειάζομαι βοήθεια ψάχνω να την βρω σε φίλους ή ειδικούς. Για μένα έχουν τα συναισθήματα μεγάλη αξία, έστω κι αν με εμποδίζουν μερικές φορές να «δω» τα θέματα ξεκάθαρα.

Όταν θυμώνω ή εξοργίζομαι δεν πιέζω τον εαυτό μου, αλλά εκδηλώνομαι.

Δεν αποφεύγω τις συγκρούσεις για χατήρι της ηρεμίας.

## **2. Δημιουργικότητα και ικανότητα για εξωτερίκευση**

Χαίρομαι να εκφράζομαι μέσω της τέχνης, του χορού, της μουσικής, του θεάτρου.

Χαίρομαι κάθε μέρα να περνώ λίγη ώρα χωρίς πρόγραμμα.

Έχω συχνά ιδέες και σκέψεις εντελώς δικές μου, χωρίς να τις έχω δει ή ακούσει από άλλους.

Μερικές φορές διασκεδάζω συζητώντας με άλλους μια πρωτότυπη σκέψη μου.

Ενδιαφέρομαι για τα όνειρά μου και τι σημαίνουν.

## **3. Χαλάρωση, ύπνος**

Σπάνια νιώθω κούραση και υπερένταση (εκτός από τις φορές που δουλεύω σκληρά).

Αποκοιμιέμαι εύκολα το βράδυ.

Χορταίνω τον ύπνο μου.

Όταν με ξυπνούν δεν δυσκολεύομαι συνήθως να ξανακοιμηθώ. Υπάρχουν ώρες που θέλω πολύ ευχαρίστως να μείνω μόνος. Εάν δεν έχω την δυνατότητα να λύσω αμέσως ένα πρόβλημα μπορώ να το παραμερίσω για λίγο.

Τουλάχιστον ένα τέταρτο την ημέρα κάνω ενδοσκόπηση.

Χωρίς να νιώθω «ενοχές» περνώ λίγη ώρα της μέρας μη κάνοντας τίποτα.

#### **4. Ενεργοποίηση του σώματος**

Ανεβαίνω συχνά τις σκάλες χωρίς να χρησιμοποιώ το ασανσέρ.

Η καθημερινή μου απασχόληση δίνει ευκαιρίες να κινούμαι (παίζω και περιποιούμαι μικρά παιδιά, κάνω δουλειές του σπιτιού, του κήπου, περπατώ πολύ με τα πόδια...)

Η καθημερινή του απασχόληση περικλείνει πολύ βαριές δουλειές (σηκώνω ή μεταφέρω βαριά αντικείμενα, δουλειά στο χωράφι...)

Πάω κάθε μέρα τουλάχιστον 2 χιλμ. με τα πόδια.

Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα τρέχω 1 χιλμ. (ή κάνω περίπατο στον καθαρό αέρα).

Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα κάνω ασκήσεις χαλάρωσης (νευρομυϊκής χαλάρωσης, Γιόγκα, κ.λπ.)

Σχεδόν κάθε μέρα κάνω γυμναστική.

Πάω μια ή δύο φορές τον μήνα εκδρομή.

#### **5. Φροντίδα του σώματος**

Πλένω τα δόντια μου καθημερινά (2 φορές).

Δεν καπνίζω ή καπνίζω περίπου ένα πακέτο την εβδομάδα.

Φροντίζω όσο μπορώ να μη βρίσκομαι σε περιοχές με μολυσμένη ατμόσφαιρα, εξατμήσεις, υπερβολικό θόρυβο.

Παίρνω διάφορα σωματικά ενοχλήματα στα σοβαρό και ζητώ ιατρική συμβουλή.

Παίρνω σπάνια φάρμακα ή ναρκωτικό. Φροντίζω να κοιμάμαι αρκετά.

Μου αρέσει να βρίσκομαι κοντά σε άλλους και να με χαϊδεύουν. Ευχαριστιέμαι να χαϊδεύω άλλους όταν νιώθω αυτή την ανάγκη.

#### **6. Διατροφή**

Τρώω καθημερινά αρκετές θρεπτικές τροφές πλούσιες σε βιταμίνες όχι μαγειρεμένες (φρούτα, λαχανικά... ) κ.λπ.

Δεν πίνω πολύ (1/2 l. μύρα ή 1/4 κρασί την ημέρα). Δεν τρώω πολύ ζάχαρη.

Προτιμώ τροφές χωρίς χημικά συντηρητικά και προσέχω τις σχετικές ενδείξεις.

Πίνω λιγότερο από τρεις καφέδες, ή τρία φλυτζάνια τσάι. Η όρεξή μου είναι καλή (ούτε μεγάλη ούτε λίγη).

Έχω φυσιολογικό βάρος.

Τρώω αργά και με ηρεμία το φαγητό μου.

## **7. Παραγωγικότητα - Δουλειά**

Έχω μια οικονομική σιγουριά.

Η δουλειά μου μου αρέσει.

Σπάνια έχω την εντύπωση ότι με αξιολογούν όχι αντικειμενικά ή με ελέγχουν.

Μου αρέσει η δουλειά με τους συναδέλφους μου.

Η δουλειά μου είναι σε ευχάριστο περιβάλλον.

Η δουλειά μου δεν είναι επιβλαβής για την υγεία μου (δηλητηριώδη αέρια, ακτινοβολία, σκόνη, ακραίες θερμοκρασίες, μεγάλος κίνδυνος ατυχημάτων).

Σπάνια έχω την εντύπωση ότι με πιέζει ο χρόνος και πρέπει να βιαστώ.

Σπάνια νιώθω ότι δουλεύω παραπάνω από τις δυνάμεις μου. Σπάνια νιώθω ότι δουλεύω πολύ λίγο.

Εάν έχω προβλήματα με τους προϊσταμένους ή τους συναδέλφους βρίσκουμε συνήθως λύσεις.

Μπορώ να διαμορφώσω ως ένα σημείο τη δουλειά μου, όπως εγώ θέλω.

Κάνω αρκετά διαλείμματα στη δουλειά μου.

Αισθάνομαι πως η δουλειά μου έχει ένα νόημα και μου δίνει ικανοποίηση.

## **8. Κατοικία**

Είμαι ικανοποιημένος με την κατοικία μου.

Νοιώθω άνετα στο σπίτι μου («με τραβάει»).

Έχω αρκετές επαφές με τους συγκατοίκους και γείτονες. Αγαπώ το δρόμο και τη συνοικία που κατοικώ.

Οι δυνατότητες του σπιτιού μου (μέγεθος, πράσινο, καθαρός αέρας, μαγαζιά κοντά κ.λπ.) είναι ότι χρειάζομαι.

## **9. Συνειδητή αντίληψη του περιβάλλοντος**

Προσπαθώ να μην καταναλίσκω ενέργεια (και στο σπίτι και στη δουλειά).

Χρησιμοποιώ μη τοξικά απορρυπαντικά.

Χρησιμοποιώ και τα δημόσια μέσα συγκοινωνίας.

Φροντίζω να χρησιμοποιηθεί σωστό παλιό χαρτί, ρούχα, μπουκάλια.

## **10. Ενδιαφέρον για τα κοινά**

Ενημερώνομαι για τοπικά, εθνικά και διεθνή γεγονότα

Ενδιαφέρομαι για κοινωνικό προβλήματα και υποστηρίζω σκοπούς, πρόσωπα, ομάδες κ.λπ.

Εάν είναι δυνατόν αφιερώνω χρόνο και χρήμα για σκοπούς που είναι σημαντικοί για μένα.

Όταν οδηγώ, δίνω ιδιαίτερη προσοχή στους πεζούς και τους άλλους οδηγούς.

Είμαι μέλος μιας ή πολλών ομάδων (ενώσεις, συλλόγων πολιτικών οργανώσεων κ.λπ.)

Μαζί με τους συναδέλφους προασπίζομαι τα δικαιώματά μας στη δουλειά.

## **11. Αντίληψη για τη ζωή, ικανοποίηση για τη ζωή**

Η ύπαρξή μου έχει νόημα.

Η καθημερινή ζωή μου μου δίνει συχνά χαρά και ικανοποίηση.

Χαίρομαι να γίνω τουλάχιστον 75 ετών.

Εάν σκέφτομαι τον θάνατο, νιώθω προετοιμασμένη (-ος) και χωρίς άγχος.

Εάν πέθαινα σήμερα, είχε η ζωή μου ως τώρα μια αξία;

Και οι δύσκολες στιγμές της ζωής μου έχουν για μένα κι αυτές το δικό τους νόημα.

Ο τρόπος που αντιμετωπίζω τους συνανθρώπους μου, τον κόσμο όλο και την ύπαρξή μου, μου δίνει θάρρος.

Έχω εμπιστοσύνη στο Μέλλον.

Παρ' όλο που υπάρχουν δύσκολες καταστάσεις στη ζωή χαίρομαι που ζω.

Αλλαγές στη ζωή μου δεν μου προκαλούν άγχος.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεβιζόπουλος Γιώργος, Δικαστική Ψυχιατρική, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος» Μαρία Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1998.
2. Αναγνωστόπουλος Φώτιος, Κοσμογιάννη Αγγελική, Μεσσήνη Βέρα, «Σύγχρονη Ψυχολογία στην Ελλάδα», εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 1997.
3. Βαράκης Γιάννης, Καραμανλίδης Αζαρίας, Κωστόπουλος Γιώργος, Μητσάκου Άντα, «Τι γνωρίζουμε για τον εγκέφαλο», εκδόσεις «Καστανιώτη», Αθήνα 1996.
4. Bleuler Eugene, “*L’ invention de l’ autisme*” (1<sup>η</sup> έκδοση 1912), Navarin, Παρίσι 1988.
5. Gelder G. Michael, Lopez – Ibor Juan, Andreasen Nancy, Σύγχρονη Ψυχιατρική oxford, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2007.
6. Γεωργανά Π. Χρ., «Στοιχεία Ψυχιατρικής», Αθήνα 1962.
7. Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, εκδόσεις «Η ταβιθά» Σ.Α., Αθήνα 1996.
8. Guthrie Elspeth, Lewis Shôn, «Ψυχιατρική», Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005.
9. Ekdawi Y. Mounir, Conning M. Alison, Ψυχιατρική Αποκατάσταση, ένας πρακτικός οδηγός, Εκδοτικός όμιλος «ΙΩΝ», εκδόσεις «Ελλην» Γ. Παρικός & ΣΙΑ Ε.Ε. 1998.
10. ΕΠΨΥ και κέντρο Συνεργασίας του Π.Ο.Υ. «Έρευνα και εκπαίδευση στην ψυχική υγεία», Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997.
11. Εποπτική εγκυκλοπαίδεια Μανιατέας, τόμος 13.
12. Ιατρική εγκυκλοπαίδεια, 5<sup>ος</sup> τόμος, εκδόσεις Αγγελάκη, 1999.
13. Καλατζή –Αζίζι Αναστασία, «Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας», Γ΄ έκδοση, Αθήνα 1990.
14. Κονδύλης Δ., Ψυχίατρος, διευθυντής Υ.Τ. του Γ.Ν. Βόλου, Άρθρο «Η πρόληψη των σχιζοφρενικών υποτροπών», Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., τόμος 3, τεύχος 1 (9), Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος, 1996.

15. Kaplan and Sadock's, Ψυχιατρική, Harold J. Kaplan, MD, Benjamin I. Sadock, MD, Jack A. Grebb, MD, 7<sup>η</sup> έκδοση τόμος Α', Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1996.
16. Kaplan and Sadock's, Ψυχιατρική, Harold J. Kaplan, MD, Benjamin I. Sadock, MD, Jack A. Grebb, MD, τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2000.
17. Kaplan and Sadock's, Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Benjamin J. Sadock, MD, Virginia, Alcott Sadock, MD, Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2004.
18. Κασσωτάκη Εύη, Φουντουλάκη Γ., Κουντουδάκη Σ., Κοκκινάκος Γ., «Υποτροπή της σχιζοφρένειας και οικογένεια όπως καταγράφεται στις παραμέτρους της κλίμακας F.E.S.», 3<sup>η</sup> Ψυχιατρική Κλινική, Θερ. Ψυχ. Παθ. Χανίων, Τετράδια Ψυχιατρικής, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 2001, Νούμερο 73.
19. Λειβαδίτης Μ., Σαμακουρή Μ., Τανταλάκη Χ., Ζώρζος Γ., Τελλίδου Χ., Μπασδάνης Δ., Σακελλαρόπουλος Π., «Η πρόβλεψη στη σχιζοφρένεια», Τριμηνιαία έκδοση, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Τόμος 2<sup>ος</sup>, τεύχος 3<sup>ο</sup> Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1991.
20. Μακρυγιάννης Ανδρέας, κλινικός ψυχολόγος, Διπλωματική εργασία με θέμα: «Η σημασία της έγκυρης αντιμετώπισης στην ψυχοκινητική για την ανάπτυξη του παιδιού που παρουσιάζει διαταραχές στη συμπεριφορά». Ν<sup>ο</sup> 194, Lyon 1986
21. Μάνου Νίκου, «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997.
22. Μαρίνος Ζ. Γιώργος – Ανθόπουλος Ι. Στάθης, Νευρώσεις: διάγνωση-θεραπεία, «Νέα σύνορα» εκδοτικός οργανισμός Λιβάνη, Αθήνα 1999.
23. Μπερεδήμας Μ. – Παπαδημητρίου Π., άρθρο «Συγκριτική μελέτη αιτιών θανάτου ψυχωσικών ασθενών», Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., τόμος 4<sup>ος</sup>, τεύχος 2<sup>ο</sup> (14), Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 1997.
24. Οικονόμου Π. Μαρίνα, «Το κόστος της σχιζοφρένειας», Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, τόμος 10<sup>ος</sup>, τεύχος 2<sup>ο</sup>, Απρίλιος – Ιούνιος 1999.

25. Παπαστάμου Στάμος, Καννελάκη Σοφία, Μαντόγλου Άννα, Σαμαρτζή Σταυρούλα, Χρηστάκης Νικόλας, «*Η ψυχολογία στο σταυροδρόμι των επιστημόνων του ανθρώπου και της κοινωνίας*», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1999.
26. Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ψυχολογία ατομικών διαφορών, έκδοση Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1996.
27. Pedinielli Jean – Luis, Gimenez Guy, Bertaque Pascale, Pirlot Gerard, «*Κλινικές δομές: Νευρώσεις, ψυχώσεις, διαστροφές*», εκδόσεις Orportuna, Πάτρα 2008.
28. Πιανός Χ. Κωνσταντίνος, Διπλωματούχος Ψυχολόγος Καθηγητής Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, «*Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους*», Έκδοση 3<sup>η</sup> συμπληρωμένη, εκδόσεις «Έλλην» 1998.
29. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, «*Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική*» Ε΄ έκδοση βελτιωμένη, εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 2005.
30. Σαπουντζή –Κρέπια Δέσποινα, Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, 1998, εκδόσεις Έλλην, Γ. Παρικός και ΣΙΑ Ε.Ε., Εκδοτικός όμιλος ΙΩΝ.
31. Schartetter Ch., Symbintische Psychosen Bern Stuttgart Wien: Huber 1970.
32. Σινανίδου Δ. Μαρία, κλινική ψυχολόγος. Άρθρο: «*Αυτισμός: μία διαφορετική ανάπτυξη του εγκεφάλου ή μια καθυστέρηση της ωρίμανσης ορισμένων εγκεφαλικών συστημάτων; Τα δεδομένα της λειτουργικής απεικόνισης*», Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., τόμος 4<sup>ος</sup>, τεύχος 4<sup>ο</sup>, Οκτώβριος-Νοέμβριος –Δεκέμβριος 1999.
33. Tolle Rainer – Windgassen Claus, Ψυχιατρική και ψυχοθεραπεία, 13<sup>η</sup> έκδοση αναθεωρημένη και συμπληρωμένη, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005.
34. Τσίκου Ν., Καραγεωργοπούλου –Γραβανή Σ., Πρακτική άσκηση Νοσηλευτική ΙΙ, Εκδοτικός όμιλος ΙΩΝ, 1996, εκδόσεις Έλλην, Γ. Παρικός και ΣΙΑ Ε.Ε.

35. Υγεία (Οδηγός υγιεινής), 4<sup>ος</sup> τόμος, Νευρικό σύστημα, Ψυχιατρική, Ψυχανάλυση.
36. Χριστοδούλου Ν. Γιώργος και συνεργάτες, Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ψυχιατρική, τόμος α', Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000.
37. An introduction to Schizophrenia, The Schizophrenia Homepage [www.schizophrenia.com](http://www.schizophrenia.com), σελ. 1 μτφ.