

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ**

ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

- 1. ΠΑΠΑΝΙΚΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ**
- 2. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Κος ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	1
Εισαγωγή	2
Κεφάλαιο 1	3
1.1 Είδη Σχιζοφρένειας.....	3
1.2 Η υποκατηγοριοποίηση της σχιζοφρένειας	5
Κεφάλαιο 2	6
2.1 Επιδημιολογία	6
2.1.1 Ηλικία και φύλο	7
2.1.2 Πληθυσμιακή πυκνότητα	7
2.1.3 Γεωγραφική κατανομή.....	8
2.1.4 Δείκτες αναπαραγωγής	8
2.1.5 Πολιτισμικές και Κοινωνικοοικονομικές θεωρήσεις	8
2.2 Αίτια σχιζοφρένειας	9
2.2.1 Γενετική Υπόθεση.....	9
2.2.2 Οργανικές η Παθοφυσιολογικές Υποθέσεις	10
2.2.3 Ψυχολογικές Θεωρίες	12
2.2.4 Κατάχρηση ουσιών	12
Κεφάλαιο 3	13
3.1 Τεχνικά μέσα μελέτης της σχιζοφρένειας	13
3.1.1 Αξονική τομογραφία.....	13
3.1.2 Μαγνητική τομογραφία	14
3.1.3 Ηλεκτροφυσιολογία	15
3.2 Σύμπλοκη μερική επιληψία	15
Κεφάλαιο 4	17
4.1 Σύμπτωμα ασθενών με σχιζοφρένεια	17
4.1.1 Ιδιομορφία της Σκέψης	18
4.1.2 Παραλήρημα	18
4.1.3 Ψευδαισθήσεις	19
4.1.4 Συναίσθημα	21
4.1.5 Συμπεριφορά.....	22
4.1.6 Ομιλία	23
4.1.7 Παρορμητικότητα, αυτοκτονία και ανθρωποκτονία	24
Κεφάλαιο 5	25
5.1 Πορεία	25
5.2 Πρόγνωση.....	26
Κεφάλαιο 6	28
6.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας	28
6.2 Φαρμακοθεραπεία	29
6.2.1 Αντιψυχωσικά φάρμακα	29
6.2.2 Λίθιο	30
6.2.3 Καρβαμαζεπίνη.....	30
6.2.4 Αντικαταθλιπτικά.....	30
6.2.5 Αντιεπιληπτικά.....	31
6.2.6 Βενζοδιαζεπίνες	31
6.3 Πίνακας με ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων	32
6.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	33
6.5 Άλλες μορφές θεραπείας στη σχιζοφρένεια	34
6.5.1 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία	34
6.5.2 Θεραπεία Περιβάλλοντος	35
6.5.3 Συνεργασία με την Οικογένεια	35
6.5.4 Ομαδική θεραπεία (group therapy)	36
6.5.5 Θεραπεία Συμπεριφοράς.....	36
6.5.6 (Ψυχο)θεραπεία μέσω τέχνης.....	37
Κεφάλαιο 7	38
7.1 Ψυχοκοινωνικές παράμετροι και πρόληψη υποτροπών της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχικών νόσων	38
7.1.1 Οικογενειακό περιβάλλον και πορεία της σχιζοφρένειας	38
7.1.2 Εκφρασμένο συναίσθημα και υποτροπές της σχιζοφρένειας.....	39
7.2 Το Stress και οι υποτροπές	39

7.3	Η δευτεροβάθμια πρόληψη	40
Κεφάλαιο 8	.....	41
8.1	Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με σχιζοφρένεια	41
Κεφάλαιο 9	.....	43
9.1	Σχιζοφρένεια και βίαιη συμπεριφορά.....	43
9.2	Συμπτώματα και σημεία της νόσου σχετιζόμενα με βίαιη συμπεριφορά	46
9.3	Ανθρωποκτονία	47
Κεφάλαιο 10	.....	48
10.1	Η σχιζοφρένεια μέσα στην οικογενειακή ατμόσφαιρα.....	48
10.2	Ψυχοπιεστικά γεγονότα, οικογενειακή ένταση στη σχιζοφρένεια	48
10.3	Η οικογενειακή ατμόσφαιρα με σχιζοφρενικό μέλος	49
10.4	Εκφραζόμενο συναίσθημα και σχιζοφρένεια	49
10.5	Η επιβάρυνση της οικογένειας (family burden).....	50
Κεφάλαιο 11	.....	51
11.1	Ο νοσηλευτής /τρια ψυχικής υγείας.....	51
11.2	Οι τομείς των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.....	51
11.3	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	53
11.3.1	Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων	57
11.3.2	Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων.....	58
11.3.3	Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας.....	59
11.4	Ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων:.....	60
11.5	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων	60
11.6	Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία	62
Κεφάλαιο 12	.....	64
12.1	Αποκατάσταση ασθενούς από την κλινική στην κοινότητα	64
12.2	Οι βασικές αρχές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	64
12.3	Τύποι εναλλακτικών στεγαστικών δομών	65
12.4	Παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	67
Κεφάλαιο 13	.....	68
13.1	Μελλοντικά στοιχεία-Τελευταία νέα.....	68
13.1.1	Τελευταία νέα για τη σχιζοφρένεια.....	69
13.1.2	Συνέντευξη της Ελένης Τζαβάρα.....	69
13.2	Ερευνητές του Τζον Χόπκινς ανακάλυψαν γονίδιο υπεύθυνο για τη σχιζοφρένεια	70
13.2.1	Νέο τεστ για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.....	71
13.3	Έρευνα ρίχνει φως στα αίτια της σχιζοφρένειας	72
13.4	Τελευταία νέα στη θεραπεία της νόσου.....	73
13.4.1	Νεότερα αντιψυχωτικά	74
13.4.2	Νέα κατηγορία φαρμάκων για τη σχιζοφρένεια έπειτα από 50 χρόνια.....	74
Κεφάλαιο 14	.....	76
14.1	Νοσηλευτική διεργασία ψυχιατρικού ατόμου	76
14.2	Νοσηλευτική διεργασία ψυχιατρικού ατόμου	78
Επίλογος	.....	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	.....	83
Βιβλιογραφία	.....	85
Ελληνική βιβλιογραφία.....		85
Αγγλική βιβλιογραφία		86
Ηλεκτρονική βιβλιογραφία.....		86

Περίληψη

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή της οποίας δεν έχει αναγνωστεί μια συγκεκριμένη αιτία. Σημαντικό σημείο είναι η απουσία ελέγχου της πραγματικότητας όπως και το γεγονός ότι είναι μια χρόνια νόσος. Η ασθένεια αυτή παρουσιάζει πέντε κλινικούς τύπους: τον παρανοειδή, αποδιοργανωμένο, κατατονικό, αδιαφοροποίητο και υπολειμματικό τύπο. Σύμφωνα με μελέτες ενοχοποιούνται για την ασθένεια γενετικές, οργανικές αλλά και ψυχολογικές υποθέσεις με κυριότερη την κληρονομικότητα.

Τα άτομα που φαίνονται να νοσούν από αυτή τη νόσο, εμφανίζουν τα παρακάτω συμπτώματα: Ιδιομορφία της σκέψης, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, παράδοξο συναίσθημα, βούληση, παράξενη συμπεριφορά και διαταραχές στην ομιλία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με κάποια συγκεκριμένη φαρμακοθεραπεία αλλά και με κάποιες σύγχρονες μεθόδους. Οφείλουμε λοιπόν ως νοσηλεύτες / τριες να σταθούμε αρωγοί δίπλα στους ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη ψυχική νόσο όπου με τις κατάλληλες παρεμβάσεις να βελτιωθεί η κατάσταση των ασθενών.

Schizophrenia is a chronic psychic illness for which the exact causes remain unknown. Important sign is the lack of the reality. Distinguish in five clinical forms: misrepresent, unconcentrated, calm, discriminated and someone who is inferior.

According to studies several causes of all: genetic, organic, and psychological causes, but mostly the heredity. So all these patients present illusions, unusual feeling, strange behavior and speech problems.

The therapeutic methods include pharmacological and also psychodynamic therapy.

We should as nurses to be stand very close to these patients from the moment that they're in a psychiatric clinic.

So as to they can become again members to our society with suitable therapeutic improvement.

Εισαγωγή

Η ιστορία των ψυχιάτρων και νευρολόγων οι οποίοι έχουν γράψει και διατυπώσει θεωρητικές απόψεις για την σχιζοφρένεια, βαίνει παράλληλα με την ιστορία ολόκληρης της ψυχιατρικής.(Karlan 2000)

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή της οποίας δεν έχει αναγνωριστεί μια συγκεκριμένη αιτία. Χαρακτηρίζεται από ψυχοσωματικά συμπτώματα τα οποία προκαλούν σημαντική έκπτωση στην λειτουργικότητα και περιλαμβάνουν διαταραχές στη σκέψη, στη διάθεση και τη συμπεριφορά. Η διαταραχή είναι χρόνια και γενικά πιστεύεται ότι έχει μια πρόδρομη φάση, μια ενεργό (κύρια) φάση με παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και μια υπολειμματική φάση κατά την οποία η διαταραχή είναι σε ύφεση ή αποδρομή. Ψυχωσικά συμπτώματα, βεβαίως, εμφανίζονται και σε άλλες διαταραχές, οργανικές (άνοια) ή συναισθηματικές διαταραχές(Μαδιανός 2005).

Κεφάλαιο 1

1.1 Είδη Σχιζοφρένειας

Στην ψυχική αυτή ασθένεια διακρίνουμε πέντε κλινικούς τρόπους: τον παρανοειδή, αποδιοργανωμένο, κατατονικό, αδιαφοροποίητο και υπολειμματικό τύπο.

Παρανοειδής τύπος: Ο παρανοειδής τύπος χαρακτηρίζεται από υπεραπασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις και ότι άλλες ειδικές συμπεριφορές, ενδεικτικές του αποδιοργανωμένου ή κατατονικού τύπου, απουσιάζουν. Κλασικά, ο παρανοειδής τύπος σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται κυρίως από την παρουσία παραληρητικών ιδεών διωκτικού ή μεγαλομανιακού τύπου. Οι παρανοϊκοί σχιζοφρενείς είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους κατατονικούς ή τους αποδιοργανωμένους, όταν εμφανίζουν το πρώτο τους επεισόδιο. Ασθενείς που είναι καλά μέχρι τα 30 τους χρόνια, έχουν συνήθως παγιώσει μία κοινωνική ζωή που τους βοηθά να ανταπεξέλθουν καλύτερα όταν νοσήσουν.

Επίσης, οι παρανοϊκοί ασθενείς διαθέτουν γενικά περισσότερες δυνάμεις του Εγώ σε σχέση με τους κατατονικούς και τους αποδιοργανωμένους. Οι παρανοϊκοί εμφανίζουν μικρότερη παλινδρόμηση των νοητικών λειτουργιών τους, των συναισθηματικών τους αντιδράσεων και της συμπεριφοράς από ό,τι άλλοι σχιζοφρενείς.

Στις τυπικές περιπτώσεις, οι παρανοϊκοί σχιζοφρενείς είναι τεταμένοι, καχύποπτοι και επιφυλακτικοί. Μπορεί επίσης να είναι εχθρικοί ή επιθετικοί. Επίσης, μπορούν ορισμένες φορές να συμπεριφέρονται με επάρκεια σε κοινωνικές καταστάσεις. Η νοημοσύνη τους παραμένει ανέπαφη σε περιοχές που δεν προσβάλλονται από την ψύχωση (Karlan 2000).

Αποδιοργανωμένος τύπος: Ο αποδιοργανωμένος (μέχρι πριν ηβηφρενικός) τύπος χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένη παλινδρόμηση σε πρωτόγονη, μη αναστελλόμενη και ανοργάνωτη συμπεριφορά, και από την απουσία συμπτωμάτων που πληρούν τα κριτήρια του κατατονικού τύπου. Η έναρξη τοποθετείται συνήθως

στην νεαρή ηλικία, πριν το 25^ο έτος. Οι αποδιοργανωμένοι ασθενείς είναι συνήθως ενεργητικοί, αλλά κατά έναν χωρίς στόχο και μη εποικοδομητικό τρόπο.

Η διαταραχή της σκέψης είναι βαριά και η επαφή τους με την πραγματικότητα φτωχή. Η εμφάνιση και η κοινωνική τους συμπεριφορά είναι βαρύτατα αποδιοργανωμένες. Οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις είναι απρόσφορες και συχνά ξεσπούν σε γέλια χωρίς φανερή αιτία. Ασύμβατα χαμόγελα και μορφασμοί είναι συνήθη σε αυτούς τους ασθενείς, των οποίων η συμπεριφορά περιγράφεται καλύτερα ως ανόητη ή χαζή(Karlan 2000).

Κατατονικός τύπος: Αν και ο κατατονικός τύπος ήταν συχνός πριν από αρκετές δεκαετίες, σήμερα είναι σπάνιος τόσο στην Ευρώπη, όσο και στη Β. Αμερική. Τα κλασικά χαρακτηριστικά του τύπου αυτού είναι εκσεσημασμένη διαταραχή των κινητικών λειτουργιών, που μπορεί να περιλαμβάνει εμβροντησία, αρνητισμό, δυσκαμψία, διέγερση ή λήψη ειδικών στάσεων. Μερικές φορές οι ασθενείς εμφανίζουν ταχύτατες εναλλαγές από τη διέγερση στην εμβροντησία.

Συνοδά χαρακτηριστικά είναι οι στερεοτυπίες, οι μανιερισμοί και η κηρώδης ευκαμψία. Η αλαλία είναι αρκετά συχνή. Στη διάρκεια της κατατονικής εμβροντησίας ή διέγερσης, οι ασθενείς χρειάζονται προσεκτική εποπτεία για να μην αυτοτραυματιστούν ή τραυματίσουν άλλους. Ενδεχομένως να απαιτηθεί ιατρική φροντίδα λόγω κακής σίτισης, εξάντλησης, υπερπυρεξίας ή αυτοτραυματισμού. (Karlan 2000).

Αδιαφοροποίητος τύπος: Συχνά ασθενείς που είναι σαφώς σχιζοφρενείς δεν μπορούν να καταταγούν με ευκολία σε έναν από τους άλλους τύπους. Αυτοί οι ασθενείς ταξινομούνται στον αδιαφοροποίητο τύπο. (Karlan 2000) Με συμπτώματα: προεξάρχουσες παρατηρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή πολύ αποδιοργανωμένη συμπεριφορά(Ραγιά 2007).

Υπολειμματικός τύπος: Ο υπολειμματικός τύπος χαρακτηρίζεται από την παρουσία συνεχούς ένδειξης σχιζοφρενικής διαταραχής, ενώ απουσιάζουν μία πλήρης ομάδα συμπτωμάτων ή επαρκή συμπτώματα που να πληρούν τα κριτήρια ενός άλλου τύπου σχιζοφρένειας. Συχνά συμπτώματα του υπολειμματικού τύπου είναι η συναισθηματική άμβλυση, η κοινωνική απόσυρση, η εκκεντρική συμπεριφορά, η παράλογη σκέψη και η ήπια χάλαση του συνειρμού. Εάν υπάρχουν

παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, δεν προεξάρχουν και δεν συνοδεύονται από έντονα συναισθήματα (Karlan 2000).

1.2 Η υποκατηγοριοποίηση της σχιζοφρένειας

Η υποκατηγοριοποίηση της σχιζοφρένειας έχει μακρά ιστορία στη βιβλιογραφία μπορούν να βρεθούν αρκετά συστήματα υποκατηγοριοποίησης όπως η ονειροειδής, παραφρένεια και ψευδονευρωτική.

Ονειροειδής: Η ονειροειδής κατάσταση είναι μία κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής είναι βαθύτατα αμήχανος, χωρίς να είναι πλήρως προσανατολισμένος στο χώρο και στο χρόνο. Ο όρος «ονειροειδής σχιζοφρένεια» έχει χρησιμοποιηθεί για σχιζοφρενείς που εμφανίζονται απορροφημένοι από τις ψευδαισθητικές εμπειρίες τους και έχουν χάσει την επαφή με την πραγματικότητα. Όταν υπάρχει ονειροειδής κατάσταση, ο γιατρός θα πρέπει να έχει κατά νου να διερευνήσει την ύπαρξη παθολογικής ή νευρολογικής αιτίας των συμπτωμάτων(Χαρτοκόλης 1986).

Παραφρένεια: Ο όρος χρησιμοποιείται ορισμένες φορές ως συνώνυμο της «παρανοειδούς σχιζοφρένειας». Σε άλλες περιπτώσεις, είτε χρησιμοποιείται για να δηλώσει προοδευτική εκπτώτικη πορεία, είτε την παρουσία ενός πολύ καλά οργανωμένου και συστηματοποιημένου παραληρητικού συστήματος. Λόγω των πολλαπλών χρήσεων του όρου, δεν θεωρείται κατάλληλος και χρήσιμος στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ειδικών(Χαρτοκόλης 1986).

Ψευδονευρωτική: Ενίοτε, ασθενείς που σε πρώτη φάση εμφανίζουν συμπτώματα άγχους, φοβίες, ιδεοληψίες και καταναγκαστικές πράξεις, μπορεί σε δεύτερο χρόνο να εμφανίσουν συμπτώματα διαταραχής της σκέψης και ψύχωσης. Αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν χαρακτηριστικά πανάγχος, πανφοβίες, παναμφιθυμία και, μερικές φορές, χαοτική σεξουαλική ζωή.

Κεφάλαιο 2

Αντίθετα με τους ασθενείς που πάσχουν από διαταραχή του άγχους, το άγχος τους είναι ελεύθερα αιωρούμενο και σπάνια υποχωρεί. Από κλινικές περιγραφές τέτοιων ασθενών προκύπτει ότι σπάνια γίνονται βαριά ψυχωτικοί(Χαρτοκόλης 1986).

2.1 Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός ζωής της σχιζοφρένειας αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 1-1,5%. Σε συμφωνία με αυτή τη διακύμανση, η επιδημιολογική μελέτη κατά περιοχή ευθύνης (ECA) που επιχορηγείται από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH), αναφέρει επιπολασμό της τάξης του 1,3%. Περίπου το 0,025 έως 0,05% του συνολικού πληθυσμού ανά έτος, υπόκεινται σε θεραπεία για σχιζοφρένεια. Αν και τα 2/3 των υπο θεραπεία σχιζοφρενών χρειάζονται νοσηλεία, μόνο οι μισοί από τους σχιζοφρενείς αντιμετωπίζονται, παρά τη βαρύτητα της διαταραχής(Windgassen 2005).

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

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

Ως μάλλον πρόσφατα επικρατούσε η εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του πολιτισμού. Και αυτή είναι ακόμα, βασική η λεγόμενη αντιψυχιατρική άποψη του Κούπερ, του Λενγκ και του Φουκώ. Αλλά, κατά τα φαινόμενα, η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό

επίπεδο, τη βιομηχανική ανάπτυξη ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο άρρωστος. Από την άλλη μεριά, είναι αλήθεια ότι η έκφρασή της ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία, και σε μερικές κοινωνίες είναι ίσως δύσκολο να αναγνωρισθεί ως σχιζοφρένεια.(Μάνου 1997)

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι προβληματική όχι μόνο γιατί η διάγνωσή της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα, και επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία(Χριστοδούλου 2004).

2.1.1 Ηλικία και φύλο

Η σχιζοφρένεια έχει το ίδιο επιπολασμό, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Εντούτοις τα δύο φύλα παρουσιάζουν αρκετές διαφορές ως προς την έναρξη και την πορεία της νόσου. Στους άνδρες εμφανίζεται νωρίτερα από ό,τι στις γυναίκες. Περισσότεροι από τους μισούς άνδρες σχιζοφρενείς, αλλά μόνο το 1/3 των γυναικών υπόκεινται για πρώτη φορά σε ψυχιατρική νοσηλεία πριν από το 25^ο έτος της ηλικίας. Η κορυφή ηλικίας έναρξης είναι στους μεν άνδρες μεταξύ 15-25 στις δε γυναίκες μεταξύ 25-35 ετών. Η έναρξη της σχιζοφρένειας πριν από την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 έτη είναι εξαιρετικά σπάνια. Περίπου το 90% των υπό θεραπεία ασθενών είναι 15-55 ετών(Karlan 2000).

2.1.2 Πληθυσμιακή πυκνότητα

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με αυξημένη πυκνότητα πληθυσμού σε πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο του 1.000.000. Αυτή η συσχέτιση είναι ασθενέστερη σε πόλεις με πληθυσμό από 100.000 έως 500.000 κατοίκους, ενώ δεν υπάρχει καθόλου σε πόλεις με πληθυσμό μικρότερο των 100.000 κατοίκων. Η επίδραση της πληθυσμιακής πυκνότητας συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε παιδιά από ένα ή και δύο σχιζοφρενείς γονείς είναι διπλάσια στις πόλεις από ό,τι στις αγροτικές περιοχές. Αυτές οι παρατηρήσεις δείχνουν ότι στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας, σε αστικές περιοχές, μπορεί να επιδρούν κοινωνικοί παράγοντες στρες σε άτομα υψηλού κινδύνου(Karlan 2000).

2.1.3 Γεωγραφική κατανομή

Η σχιζοφρένεια δεν κατανέμεται γεωγραφικά εξίσου σε όλο τον κόσμο. Από παλαιά, ο επιπολασμός της νόσου στις νοτιοανατολικές και τις δυτικές πολιτείες ήταν υψηλότερος σε σχέση με άλλες περιοχές, αν και τελευταία αυτή η ανισοκατανομή έχει μειωθεί. Παρ' όλα αυτά, κάποιες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου παρουσιάζουν έναν ασυνήθιστα υψηλό επιπολασμό της νόσου. Ορισμένοι έχουν ερμηνεύσει την ύπαρξη αυτών των περιοχών ως υποστηρικτική της υπόθεσης της ύπαρξης ενός λοιμώδους παράγοντα (π.χ. ιού), ως αιτίας της νόσου (Jablensky 1993).

2.1.4 Δείκτες αναπαραγωγής

Η χρήση των ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων, οι πολιτικές των ανοικτών ψυχιατρικών τμημάτων, η αποασυλοποίηση, η έμφαση στην αποκατάσταση και στη φροντίδα των ψυχιατρικών αρρώστων μέσα στην κοινότητα, είναι παράγοντες που έχουν συμβάλει στην αύξηση των γάμων και του δείκτη γονιμότητας μεταξύ ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Συνέπεια αυτού του γεγονότος είναι ότι ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται από σχιζοφρενείς γονείς έχει διπλασιασθεί μεταξύ 1935 και 1955. Ο δείκτης γονιμότητας των σχιζοφρενών στις ημέρες μας είναι παραπλήσιος του δείκτη στο γενικό πληθυσμό (Jablensky 1993).

2.1.5 Πολιτισμικές και Κοινωνικοοικονομικές θεωρήσεις

Η σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί σε όλες τις πολιτισμικές κοινότητες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Στις βιομηχανικές χώρες ένας δυσανάλογα μεγαλύτερος αριθμός σχιζοφρενών προέρχεται από τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αυτή η παρατήρηση έχει ερμηνευθεί με την υπόθεση της κατολίσθησης, η οποία υποστηρίζει ότι τα προσβεβλημένα άτομα είτε ολισθαίνουν σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα, είτε αδυνατούν να ανέλθουν σε υψηλότερη, λόγω της νόσου των. Εναλλακτική ερμηνεία αποτελεί η υπόθεση της κοινωνικής αιτιολογίας, η οποία προτείνει ότι τα μέλη των χαμηλών

κοινωνικοοικονομικών ομάδων βιώνουν καταστάσεις στρες που συμβάλουν στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας.

Πέρα από τις υποθέσεις για αιτιολογική συσχέτιση του στρες της εκβιομηχάνισης με τη σχιζοφρένεια, μερικοί ερευνητές έχουν παρουσιάσει ενδεικτικά στοιχεία ότι το στρες της μετανάστευσης μπορεί να οδηγήσει σε σχιζοφρενικόμορφες καταστάσεις. Σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί υψηλός επιπολασμός της νόσου μεταξύ των πρόσφατα μεταναστευσάντων, και αυτό έρχεται να τονίσει τη συμβολή της απότομης πολιτισμικής αλλαγής, ως έναν από τους παράγοντες πίεσης που ενέχονται στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Πιθανότατα σύμφωνη και με τις δύο υποθέσεις είναι η παρατήρηση ότι ο επιπολασμός της νόσου εμφανίζει αύξηση στις χώρες του τρίτου κόσμου, παράλληλη με την επίδραση που ασκείται από τις τεχνολογικά προηγμένες κοινωνίες(Χαρτοκόλης 1996).

2.2 Αίτια σχιζοφρένειας

2.2.1 Γενετική Υπόθεση

Με βάση στατιστικές μελέτες ατόμων που έχουν στενή συγγένεια αίματος με σχιζοφρενικούς αρρώστους, συνήθως γονέων και αδελφών, υποστηρίζεται ότι υπάρχει ένας κληρονομικός παράγοντας που, χωρίς να είναι ούτε ο μόνος ούτε ο πιο σημαντικός, προδιαθέτει στην εμφάνιση της σχιζοφρενικής διαταραχής(Αλαχιώτης 1997).

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας τα τελευταία 60 χρόνια και η «γενετική υπόθεση» φαίνεται να έχει σημαντικές βάσεις αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου. Η σχετική έρευνα άρχισε από τη δεκαετία του 1930 και στη συνέχεια επικεντρώθηκε σε τέσσερα επίπεδα:

- Μελέτες διδύμων
- Μελέτες οικογενειών
- Μελέτες παιδιών σχιζοφρενικών γονέων
- Αναζήτηση γενετικών δεικτών («γενετικού στίγματος»)(Σολδάτος 2006).

Αξιοσημείωτη ως μέθοδος για τη διερεύνηση της γενετικής υποθέσεως είναι η μελέτη μονοζυγωτικών διδύμων, που εφαρμόστηκε από τον Κάλμαν στη Γερμανία. Ακόμα πιο αξιόπιστη είναι η μελέτη βιολογικών και θετών συγγενών σχιζοφρενικών αρρώστων που υιοθετήθηκαν σε βρεφική ηλικία και μεγάλωσαν μακριά από τους βιολογικούς γονείς τους, όπως εφαρμόστηκε πιο πρόσφατα από τους Αμερικανούς ερευνητές Κέτυ, Ρόζενθαλ και Ουέντερ στη Δανία. Με βάση ληξιαρχικά έγγραφα, που επιτρέπουν τον έλεγχο της τυχόν παθογόνου επιδράσεως ανατροφής και γενικά του περιβάλλοντος, η έρευνα αυτή έδειξε ότι εκείνο που μεταδίδεται δεν είναι η σχιζοφρένεια, αλλά ένα φάσμα ψυχοπαθολογίας, που αρχίζει από τη σχιζοφρένεια και καλύπτει μια σειρά διαταραχών ως τον αλκοολισμό.

Υπάρχει η άποψη ότι η διαταραχή οφείλεται σε ένα μοναδικό γονίδιο ενδιάμεσης διεισδυτικότητας ή σε μια ποικιλία από γονίδια με διαφορετική ισχύ (πολυγονιδική θεωρία). Κατά την άποψη αυτή, ο γονότυπος χαρακτηρίζεται από κάποιο μεταβολικό λάθος, που δεν έχει ακόμα αποκαλυφθεί και που οδηγεί στη σχιζοφρενική διαταραχή. Υπάρχει, άλλωστε, η άποψη ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι συγκεκριμένη αρρώστια, αλλά διάφορες αρρώστιες ή τύποι αρρώστιας, που οφείλονται σε διαφορετικά γονίδια (Αλαχιώτης 1997).

2.2.2 Οργανικές η Παθοφυσιολογικές Υποθέσεις

Η ιδέα ότι η σχιζοφρένεια είναι μια σωματική αρρώστια στην αιτιολογία της υποστηρίχτηκε αρχικά από τον Ιπποκράτη και, παρά τη μακράιωνη επικράτηση της δαιμονολογίας, διατηρήθηκε στην ιατρική συνείδηση, κυριαρχώντας σχεδόν απόλυτα στην ευρωπαϊκή ψυχιατρική του περασμένου αιώνα, για να υποβαθμιστεί στον αιώνα μας με την επίδραση του Φρόυντ και του Μέγερ, προπάντων στην Αμερική. Αλλά πρόσφατα, η εντυπωσιακή ανάπτυξη της βιοχημείας και της νευροφυσιολογίας την ξανάφερε στο προσκήνιο.

Υπάρχουν διάφορες παθοφυσιολογικές υποθέσεις, περισσότερο ή λιγότερο λογικοφανείς, που ζητούν να εξηγήσουν το φαινόμενο της σχιζοφρένειας ως εκδήλωση κάποιας μορφολογικής ή λειτουργικής ανωμαλίας οργάνου ή οργανικού συστήματος του ατόμου. Ιστοπαθολογικές και ηλεκτροεγκεφαλογραφικές έρευνες αποσκοπούν στην αναγνώριση κάποιας λοιμώξεως (πιθανόν κατά την ενδομήτρια ή περιγεννητική περίοδο από ιό με επώαση μακράς διάρκειας), ή στη διαπίστωση

κάποιας τραυματικής, κυκλοφοριακής ή εκφυλιστικής αλλοιώσεως του εγκεφάλου. Από την άλλη μεριά, βιοχημικές αναλύσεις ζητούν να εντοπίσουν τα αίτια της σχιζοφρενικής δυσλειτουργίας αν κάποια ποσοτική ή ποιοτική διακύμανση ενζυματικών, ορμονικών ή άλλων ανάλογων ουσιών, που επιδρούν επάνω στους νευροϋποδοχείς και γενικά στο μηχανισμό της συναπτικής μεταβίβασης.

Το γεγονός ότι ορισμένες ψυχωτικομιμητικές ουσίες, όπως η μεσκαλίνη, είναι μεθυλιωμένα χημικά παράγωγα των βιογενών μονοαμινών (κατεχολαμινών ή ινδολαμινών), ουσιών που εκκρίνονται στις νευρωτικές συνάψεις και είναι υπεύθυνες για τη μεταβίβαση πληροφοριών, και ότι μεθυλδότεριες ουσίες, όπως η μεθειονίνη, δυναμώνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα, δημιούργησε την εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε κάποια ανωμαλία μεθυλίωσης κατεχολαμινών, που προκαλεί το σχηματισμό ενδογενών ψυχωτικογενών ουσιών, συγγενικών χημικά με τη μεσκαλίνη. Η υπόθεση της διαμεθυλίωσης, που προτάθηκε από τον Χάρλεη – Μείσον στις αρχές της δεκαετίας του 1950, αργότερα διευρύνθηκε έτσι ώστε να περιλαμβάνει μεθυλιωμένες ινδολαμίνες, που κι αυτές έχουν ψυχωτικομιμητικές ιδιότητες. Αλλά παρ' όλη τη λογικοφάνειά της, δεν έχει αποδειχτεί πειραματικά(Χαρτοκόλλης 1986).

Πιο πρόσφατα, υποστηρίζεται περισσότερο η ντοπαμινική υπόθεση, που αποδίδει μερικές τουλάχιστον μορφές της σχιζοφρένειας σε μια συσσώρευση ντοπαμίνης, μονοαμινικού προδρόμου της νοραδρεναλίνης, στους νευροϋποδοχείς του εγκεφάλου. Η υπόθεση αυτή που αναπτύχθηκε βασικά από τον Αμερικανό Σνάιντερ στηρίζεται στο γεγονός ότι ψυχωτικομιμητικές ουσίες, όπως η αμφεταμίνη και η φενσυκλιδίνη, μπορούν να προκαλέσουν μian αύξηση της ντοπαμίνης και της νευρωνικής υπερδραστηριότητας την οποία μια τέτοια αύξηση συνεπάγεται, ενώ αντιψυχωτικές ουσίες, όπως οι φαινοθειαζίνες και άλλα νευροληπτικά, καταστέλλουν μια τέτοια ενέργεια.

Άλλες λιγότερο επεξεργασμένες βιολογικές υποθέσεις αναφέρονται σε ενζυματικές ανωμαλίες ή στην παραγωγή κάποιας σχιζοφρενογόνου πρωτεΐνης, στη δράση των ενδορφινών ή σε κάποια αυτοανοσιολογική ανεπάρκεια.

Υποστηρίζεται επίσης ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε νευροψυχολογικές ανωμαλίες ή ιδιομορφίες, που αντανakλούν στην ικανότητα για συγκέντρωση της προσοχής και, γενικά, στην προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου(Χαρτοκόλλης 1986).

2.2.3 Ψυχολογικές Θεωρίες

Χαρακτηριστική είναι η θεωρία του Μέντικ, κατά την οποία η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μια αγχώδη διάθεση, που ο εθισμός δεν καταφέρνει να την αποδυναμώσει αρκετά γρήγορα. Η διάθεση αυτή μπορεί να είναι είτε κληρονομική είτε επίκτητη. Όταν το άγχος βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, τα ερεθίσματα του εξωτερικού και εσωτερικού κόσμου ενός τέτοιου ατόμου γενικεύονται, παύοντας να ξεχωρίζουν το ένα από το άλλο, κάτι που προκαλεί περισσότερο άγχος και μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψη του ατόμου.

Μια τέτοια κλιμάκωση άγχους και γενικεύσεως ερεθισμάτων οδηγεί τελικά σε μια σχιζοφρενική κρίση. Με την απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου να βρει απομακρυσμένους συνειρμούς σκέψης, έτσι ώστε να αποφύγει ή να μειώσει το άγχος του, επέρχεται μια αποσύνθεση των νοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών του, δηλαδή μια κατάσταση που χαρακτηρίζει τη χρόνια σχιζοφρένεια(Μάνου 1997).

2.2.4 Κατάχρηση ουσιών

Η συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και διαταραχών συνδεόμενων με χρήση ουσιών είναι συχνό πρόβλημα, αν και οι ίδιες οι επιπτώσεις από τη χρήση ουσιών στη σχιζοφρένεια δεν είναι σαφείς. Περίπου το 30-50% των σχιζοφρενών πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάχρησης αλκοόλ ή της εξάρτησης από αυτό· δύο άλλες πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι η κάνναβη (15-20% περίπου) και η κοκαΐνη (5-10% περίπου). Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν ότι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών προκειμένου να πάρουν ευχαρίστηση και να μειώσουν την κατάθλιψη και το άγχος. Γενικά, οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι η συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και διαταραχών συνδεόμενων με ουσίες δείχνει κακή πρόγνωση(Χριστοδούλου 2002).

Κεφάλαιο 3

3.1 Τεχνικά μέσα μελέτης της σχιζοφρένειας

Απεικόνιση του εγκεφάλου. Πριν από την ανακάλυψη των τεχνικών απεικόνισης του εγκεφάλου, η μελέτη της σχιζοφρένειας βασιζόταν στην έμμεση μέτρηση της δραστηριότητάς του, όπως π.χ. τον προσδιορισμό των νευροδιαβιβαστών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), στο πλάσμα ή στα ούρα, σε ασθενείς εν ζωή ή σε άμεσες μετρήσεις σε εγκεφάλους θανόντων ασθενών. Οι τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου επιτρέπουν στους ερευνητές να κάνουν εξειδικευμένες μετρήσεις νευροχημικών ουσιών ή της λειτουργίας του εγκεφάλου, σε ζώντες ασθενείς(Μαδιανός 2004).

3.1.1 Αξονική τομογραφία

Οι πρώτες μελέτες κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκε η αξονική τομογραφία (CT) σε ομάδες σχιζοφρενών, αποκάλυψαν τα πρωιμότερα και πειστικότερα δεδομένα, σχετικά με το ό,τι η σχιζοφρένεια είναι νόσος του εγκεφάλου. Αυτές οι μελέτες έχουν δείξει συστηματικά ότι στους σχιζοφρενείς υπάρχει διεύρυνση των πλάγιων κοιλιών, όπως και της 3^{ης} κοιλίας, καθώς και κάποιου βαθμού μείωση του όγκου του φλοιού. Η ερμηνεία που δίδεται σ' αυτά τα ευρήματα είναι ότι τα προσβεβλημένα άτομα υπολείπονται σε εγκεφαλική ουσία. Εάν αυτή η μείωση της ποσότητας του εγκεφαλικού ιστού οφείλεται σε ανώμαλη ανάπτυξη ή σε εκφύλιση, παραμένει αναπάντητο ερώτημα.

Σε άλλες μελέτες με αξονική τομογραφία έχουν αναφερθεί ανώμαλη ημισφαιρική ασυμμετρία, μειωμένος όγκος παρεγκεφαλίτιδας και μεταβολές της πυκνότητας του εγκεφάλου. Αρκετές από τις μελέτες με CT έχουν συσχετίσει τα ευρήματα αυτά με την παρουσία αρνητικών ή υπολειμματικών συμπτωμάτων, νευροψυχιατρικών ανωμαλιών, αυξημένων νευρολογικών σημείων, αυξημένη συχνότητα συμπτωμάτων φαρμακευτικού παρκινσονισμού και κακή προνοσηρή λειτουργικότητα.

Αν και από όλες τις μελέτες δεν έχουν επιβεβαιωθεί αυτές οι συσχετίσεις, είναι λογικό να υποθέσει κανείς ό,τι όσο πιο πολλές ενδείξεις νευροπαθολογίας υπάρχουν, τόσο πιο σοβαρά είναι τα συμπτώματα της νόσου. Εντούτοις, οι ανωμαλίες που ελέγχονται με CT στους σχιζοφρενείς, έχουν ανακοινωθεί και για άλλες νευροψυχιατρικές καταστάσεις, όπως είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, οι διαταραχές οι συνδεδεμένες με το αλκοόλ και οι άνοιες. Αυτό υποδηλώνει ότι αυτές οι ανωμαλίες πιθανότατα δεν είναι ειδικές στις παθοφυσιολογικές διαδικασίες της σχιζοφρένειας.

Σε έναν αριθμό μελετών έγινε προσπάθεια να καθοριστεί εάν οι ανωμαλίες που ανιχνεύονται με την υπολογιστική τομογραφία (CT) είναι προϊούσες ή μη. Μερικές από αυτές συμπεραίνουν ότι οι βλάβες είναι παρούσες κατά την έναρξη της νόσου και δεν αλλάζουν, ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι οι βλάβες έχουν προϊούσα πορεία στη διάρκεια της νόσου. Έτσι είναι αβέβαιο το κατά πόσο υπάρχει ενεργός παθολογική διαδικασία στη σχιζοφρένεια με συνεχή εξέλιξη.

Αν και οι διευρυμένες κοιλίες του εγκεφάλου σε σχιζοφρενείς είναι εμφανείς όταν συγκρίνονται ομάδες ασθενών και ομάδες ελέγχου, οι διαφορές μεταξύ προσβεβλημένων και μη ατόμων ποικίλλουν και είναι μικρές. Ως εκ τούτου, η χρήση της CT στη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι περιορισμένη. Ορισμένα δεδομένα όμως υποδεικνύουν ότι οι κοιλίες είναι πιο διευρυμένες σε ασθενείς με όψιμη δυσκινησία. Επίσης, κάποια δεδομένα υποστηρίζουν ότι η διεύρυνση των κοιλιών παρατηρείται πιο συχνά στους άνδρες παρά στις γυναίκες (Μαδιανός 2004).

3.1.2 Μαγνητική τομογραφία

Η μαγνητική τομογραφία (MRI) χρησιμοποιήθηκε αρχικά για τον έλεγχο των ευρημάτων με την CT, αλλά στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε στη διεύρυνση των γνώσεών μας ως προς την παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Μία από τις πιο σημαντικές μελέτες με MRI διερεύνησε μονοζυγωτικούς διδύμους, ασύμφωνους ως προς τη σχιζοφρένεια.

Από τη μελέτη προέκυψε ότι όλοι οι πάσχοντες δίδυμοι είχαν μεγαλύτερου εύρους κοιλίες από τους μη πάσχοντες, αν και οι περισσότεροι από αυτούς είχαν κοιλίες με μέγεθος στα φυσιολογικά όρια.

Οι ερευνητές που χρησιμοποιούν την MRI στην έρευνα της σχιζοφρένειας, επωφελούνται από την ιδιότητα της καλύτερης ευκρίνειας, σε σχέση με την CT, και τις ποιοτικές πληροφορίες που μπορεί να δώσει με τη χρήση διαφόρων ακολουθιών σημάτων για τη λήψη εικόνων. Η καλύτερη ευκρίνεια που επιτυγχάνεται με την MRI έχει αποκαλύψει στοιχεία όσον αφορά στον όγκο του συμπλέγματος ιππόκαμπος-αμυγδαλή και της παραϊπποκάμπειας έλικας, ο οποίος ευρίσκεται μειωμένος στους σχιζοφρενείς.

Σε μία πρόσφατη μελέτη βρέθηκε εξειδικευμένη μείωση αυτών των περιοχών του εγκεφάλου, μόνο στο αριστερό ημισφαίριο ενώ σε άλλες μελέτες έχει εντοπισθεί αμφοτερόπλευρη μείωση του όγκου τους. Σε κάποιες μελέτες έχουν βρεθεί συσχετίσεις μεταξύ του μειωμένου όγκου του μεταχιακού συστήματος και σοβαρότητας της ψυχοπαθολογίας ή άλλων δεικτών βαρύτητας της νόσου (Μαδιανός 2004).

3.1.3 Ηλεκτροφυσιολογία

Από τις ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες σχιζοφρενών προκύπτει ότι ένας μεγάλος αριθμός εμφανίζει ανώμαλες καταγραφές, αυξημένη ευαισθησία σε δοκιμασίες ενεργοποίησης (π.χ. συχνές αιχμές μετά από στέρηση ύπνου), ελαττωμένη άλφα δραστηριότητα, πιθανόν περισσότερη από το σύνθητες, επιληπτικόμορφη δραστηριότητα, και πιθανόν περισσότερες από το σύνθητες ανωμαλίες από το αριστερό ημισφαίριο (Windgassen 2005).

3.2 Σύμπλοκη μερική επιληψία

Σε ασθενείς με σύμπλοκη μερική επιληψία έχει αναφερθεί ότι συμβαίνουν συχνότερα σχιζοφρενικόμορφες ψυχώσεις από ό,τι συνήθως και, ειδικότερα, σε ασθενείς με σπασμούς που εκκινούν από τους κροταφικούς λοβούς. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση ψύχωσης σε αυτούς τους ασθενείς είναι αριστερόπλευρες επιληπτικές εστίες, μέση κροταφική θέση της βλάβης και πρώιμη έναρξη των κρίσεων.

Τα συμπτώματα πρώτης τάξης κατά Schneider προσομοιάζουν με τα συμπτώματα που παρατηρούνται σε ασθενείς με σύμπλοκη μερική επιληψία και μπορεί να αντικατοπτρίζουν παθολογία του κροταφικού λοβού, όταν τα συναντάμε σε ασθενείς με σχιζοφρένεια(Windgassen 2005).

Κεφάλαιο 4

4.1 Σύμπτωμα ασθενών με σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο, όπως άλλωστε οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, για τις οποίες δεν έχει εντοπιστεί κάποια οργανική αιτιολογία. Και όπως επισημάνθηκε ήδη, τα συμπτώματα που απαρτίζουν το σχιζοφρενικό σύνδρομο αφορούν κατά κανόνα όλες τις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Χαρακτηριστικά, υπάρχουν ανωμαλίες ή διαταραχές τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και στο περιεχόμενό της, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στη βούληση, στην προσωπική ταυτότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και στην εν γένει συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλλουν ανάλογα με τη σοβαρότητα, την εξελικτική φάση και τις συνθήκες, προσωπικές και περιβαλλοντικές, κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή(Μαδιανός 2004).

Γενική περιγραφή.

Η γενική εμφάνιση ενός σχιζοφρενούς μπορεί να ποικίλλει σημαντικά, από αυτήν ενός ρακένδυτου ατόμου που ουρλιάζει και είναι σε ψυχοκινητική διέγερση, μέχρι αυτήν του ατόμου που είναι υπερβολικά καθαρό και περιποιημένο, εντελώς σιωπηλό και ακινητοποιημένο. Μεταξύ αυτών των δύο πόλων, ο ασθενής μπορεί να εμφανίζεται ομιλητικός και να λαμβάνει περίεργες στάσεις. Μπορεί να είναι σε κατάσταση ψυχοκινητικής διέγερσης ή βίαιος, χωρίς φανερή πρόκληση, αλλά συνήθως βρίσκεται υπό το κράτος ψευδαισθήσεων.

Αυτή η συμπεριφορά είναι το ακριβώς αντίθετο της κατάστασης που ονομάζεται κατατονική εμβροντησία ή απλώς κατατονία, κατά την οποία ο ασθενής εμφανίζεται σαν «άδειος από ζωή», παρουσιάζοντας σημειολογία βωβότητας, αρνητισμού και αυτόματης υποταγής σε εντολές. Η κηρώδης ευκαμψία ήταν ένα σύνηθες σημείο της κατατονίας, αλλά τώρα είναι σπάνιο. Μια λιγότερο ακραία εικόνα αυτού του τύπου σχιζοφρένειας δυνατόν να χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλη κοινωνική απόσυρση, εγωκεντρικότητα, έλλειψη αυθόρμητης ομιλίας και κινήσεων και απουσία σκοπούμενης συμπεριφοράς.

Οι κατατονικοί ασθενείς μπορεί να κάθονται ακίνητοι και άλαλοι, να απαντούν σε ερωτήσεις μονολεκτικά και να κινούνται μόνο μετά από εντολή. Άλλες πιθανές

συμπεριφορές είναι η περίεργη αστάθεια ή δυσκινησία του σώματος, σημεία που θεωρούνται σήμερα ότι αντανακλούν, πιθανόν, παθολογία των βασικών γαγγλίων.

Οι σχιζοφρενείς συχνά παραμελούν την υγιεινή του σώματός τους, δεν πλένονται και ντύνονται με υπερβολικά ζεστά ρούχα, σε σχέση με τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Άλλες περίεργες συμπεριφορές είναι οι μυϊκές συσπάσεις, οι στερεοτυπίες, οι μαννιερισμοί, και, σπανιότερα, η ηχοπραξία, κατά την οποία ο ασθενής μιμείται στάσεις ή κινήσεις του εξεταστή(Karlan 2001).

4.1.1 Ιδιομορφία της Σκέψης

Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει, τουλάχιστον δυνητικά, μια διανοητική διαταραχή, που μπορεί να πάρει τη μορφή παραληρήματος, ψευδαισθήσεων ή κάποιας χαρακτηριστικής ιδιομορφίας στον τρόπο σκέψης. Πολύ συχνά, μα όχι πάντα, ο τρόπος με τον οποίο σκέπτεται ο σχιζοφρενής εμφανίζει μια ιδιαίτερη ανωμαλία, μια βασική διαταραχή της σκέψης όπως λέμε για να τη διακρίνουμε από τις διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης. Η πιο συχνή και κατά τον Μπλόουερ παθολογική μορφή μιας τέτοιας διαταραχής είναι η χάλαση των συνειρμών. Οι ιδέες διαδέχονται η μια την άλλη χωρίς φανερή λογική σχέση ή με μια σύνδεση εντελώς συμπτωματική, χωρίς αυτός που μιλάει ή γράφει να έχει συναίσθηση της ασυναρτησίας του.

Άλλες φορές η σκέψη, όπως εκφράζεται, φαίνεται λογική, αλλά στο τέλος ο ακροατής μένει με το συναίσθημα ότι δεν ειπώθηκε τίποτα το συγκεκριμένο. Η συστηματική χρήση νεόκοπων λέξεων ή εκφράσεων (νεολογισμών), η εμμονή στις ιδέες ή λέξεις (ιδεοληψία), η συνάρτηση λέξεων που απλώς έχουν την ίδια κατάληξη ή άλλη ηχητική ομοιότητα χωρίς λογική σχέση (ηχολαλία), το απότομο σταμάτημα μιας σκέψης στη μέση χωρίς προσπάθεια να διατυπωθεί αλλιώς (ανακοπή), η στερεότυπη επανάληψη μιας υποδείξεως ή ενός ερωτήματος (στερεοτυπία) είναι μερικά ακόμα παραδείγματα του παθολογικού φαινομένου που ονομάζουμε βασική διαταραχή της σκέψης(Χριστοδούλου 2004).

4.1.2 Παραλήρημα

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

Πρόκειται για μια προσωπική φαντασίωση, που εκείνος που την κάνει την πιστεύει για αληθινή, μόλο που είναι φανερό ή αποδειγμένο ότι δε συμβαίνει στην πραγματικότητα· και δεν υπάρχει ως κοινή, λίγο-πολύ αναγνωρισμένη από το περιβάλλον του δοξασία.

Τέτοιες ανυπόστατες πεποιθήσεις αναφέρονται, συνήθως, στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι μας έχουν επιστημάνει και μας ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές (παραλήρημα καταδιώξεως)· στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι, συχνά μέσα από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματά μας, τις σκέψεις μας ή τις ενέργειές μας (παραλήρημα ελέγχου)· στην ιδέα ότι είμαστε προικισμένοι με κάποια μοναδική ιδιότητα ή ότι ενσαρκώνουμε κάποια ιστορική προσωπικότητα (παραλήρημα μεγαλείου)· στην ιδέα ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό στο σώμα μας (σωματικό παραλήρημα) και άλλες παρόμοια απίθανες ιδέες. Οι έμμονες αυτές ιδέες ή φαντασιώσεις μπορεί να είναι οργανωμένες ή ανοργάνωτες, απλές, πολύπλοκες, λογικοφανείς ή εντελώς απίθανες και εξωπραγματικές, κυριολεκτικά εξωφρενικές, χωρίς καμιά απολύτως σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα.

Η ύπαρξη του παραληρήματος υποδηλώνει μίαν ανασφάλεια του εγώ, ένα άτομο που αισθάνεται πως κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι, και την αμυντική πρόθεση να αποφευχθεί ο κίνδυνος ή να ενισχυθεί η συνοχή του εγώ. Χαρακτηριστικά, και αντίθετα με τις έμμονες ιδέες του ψυχαναγκαστικού αρρώστου, το παραλήρημα εμπλέκει το περιβάλλον με έναν τρόπο ενεργητικό, συνήθως απειλητικό, κριτικό ή υποτιμητικό για τον άρρωστο, σπανιότερα και εμμέσως υποστηρικτικό. Σε ελαφρότερες περιπτώσεις, ή προτού ακόμα το σύμπτωμα εξελιχθεί σε παραλήρημα καταδιώξεως, ο άρρωστος μπορεί απλώς να πιστεύει ότι είναι το κέντρο της προσοχής κάποιου κύκλου ανθρώπων, που τον επικρίνουν, τον ειρωνεύονται ή τον οικτρίζουν, μάλλον, παρά σχεδιάζουν κάτι κακό εναντίον του. Τέτοιες ιδέες αναφοράς, όπως και οι ιδέες καταδιώξεως, χαρακτηρίζονται από καχυποψία και ένα έντονο συναίσθημα προσωπικής ανασφάλειας (Σολδάτος 2001).

4.1.3 Ψευδαισθήσεις

Από τις πιο εντυπωσιακές διαταραχές της σκέψης, ή , πιο συγκεκριμένα, της αντιλήψεως, η ψευδαίσθηση δημιουργείται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα. Πρόκειται για μια πιο ολοκληρωμένη, ακραία μορφή παραληρήματος. Όταν η παραληρητική φαντασίωση γίνεται ιδιαίτερα έντονη, χάνει τη διανοητική της μορφή και μετατρέπεται σε εμπειρία, παίρνοντας μια ή περισσότερες από τις αισθητήριες διαστάσεις – ακουστική, οπτική, απτική, οσφρητική ή κιναισθητική.

Ο άρρωστος δεν νομίζει απλώς ότι τον καταδιώκουν, αλλά ακούει λόγια απειλητικά, τις δικές του σκέψεις σαν προέρχονται από το περιβάλλον, εξωτερικευμένες. Φαντάζεται πως βλέπει όντα που τον απειλούν ή που τον επευφημούν, καθώς απευθύνεται σε φανταστικά πλήθη, παρασταίνοντας τον εαυτό του ως Μεγάλο Ναπολέοντα ή Χριστό. Αισθάνεται στο σώμα του τον ηλεκτρικό ερεθισμό μηχανών που ενεργούν από μακριά και που μπορεί να τις περιγράψει με κάθε λεπτομέρεια. Αισθάνεται τη γεύση του φαρμάκου που φαντάζεται πως του έχουν ρίξει στο φαγητό του για να τον δηλητηριάσουν(Μαδιανός 2001).

Αισθάνεται την οσμή ενός δηλητηριώδους αερίου ή του δικού του κορμού που φοβάται ότι έχει αρχίσει να σαπίζει. Η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποια προσφέρεται καλύτερα στην έκφραση του ψυχολογικού προβλήματος που απασχολεί το υποκείμενο. Συναισθήματα ενοχής εκφράζονται πιο εύκολα με την ομιλία, γι' αυτό ο ψυχωτικός άρρωστος ακούει φωνές που τον ψέγουν ή τον κατηγορούν ότι είναι ομοφυλόφιλος, ερωτομανής και ανήθικος ή ανήθικη – φωνές που αντανakλούν τα λόγια των γονέων του όπως έχουν καταγραφεί στο υπερεγώ του, επικρίνοντάς τον για απαράδεκτες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προδίδουν μια σύγχυση ανάμεσα στον εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο του ατόμου, που οφείλεται στην αποσύνθεση του υπερεγώ. Απαγορευτικές, επιτακτικές και απειλητικές φωνές είναι σαν να έρχονται από έξω, όπως κάποτε η φωνή των γονέων, προτού αποπροσωποποιηθεί μέσα στη φωνή της συνειδήσεως – του υπερεγώ. Το φαινόμενο είναι ένα παράδειγμα της τάσης που υπάρχει στη σχιζοφρένεια για ψυχολογικά σχήματα που δεν έχουν αφομοιωθεί καλά να διασπώνται και να εξωτερικεύονται και πάλι(Χαρτοκόλλης 1986).

Πολύ λιγότερο συχνές από τις ακουστικές, προκειμένου για μη οργανικές ψυχώσεις, οπτικές ψευδαισθήσεις αντιπροσωπεύουν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του αρρώστου. Γι' αυτό και προκαλούν μεγαλύτερο φόβο από τις ακουστικές.

Τόσο το παραλήρημα όσο και η ψευδαίσθηση διακινούνται από την πρόθεση να αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα, που έχει διακοπεί με την ψυχωτική διαταραχή. Την άποψη αυτή διατύπωσε πρώτος ο Φρόυντ και παραδέχτηκε ο Μπλόουερ προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, όπου τόσο οι ψευδαισθήσεις όσο και το παραλήρημα αποτελούν δευτερογενή ή συμπληρωματικά συμπτώματα, οφειλόμενα στη διαταραχή του συνειρμού, την οποία ο Ελβετός ερευνητής θεώρησε υπεύθυνη για τη δυσκολία επαφής με την πραγματικότητα που χαρακτηρίζει τους σχιζοφρενικούς αρρώστους(Μαδιανός 2001).

4.1.4 Συναίσθημα

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

Στη σχιζοφρένεια, η σχέση συναισθήματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, καθώς η μορφή του παραμένει ανέκφραστη ή καθρεφτίζει κάτι το ουδέτερο, το αινιγματικό, το απροσπέλαστο. Ο ίδιος συχνά παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται, ότι δεν του κάνει τίποτα εντύπωση, ότι δεν αισθάνεται ούτε χαρά ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται σαν να αισθάνεται το αντίθετο από εκείνο που λέει πως αισθάνεται ή που θα έπρεπε να αισθάνεται σύμφωνα μ' αυτά που λέει, όπως π.χ. όταν παραπονιέται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις τον καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάει χαρούμενα, ξένοιαστα(Χαρτοκόλλης 1986).

Άλλες φορές από ήρεμος που είναι, ξαφνικά, χωρίς φανερή αιτία, γίνεται ανήσυχος, φωνάζοντας οργισμένα ή τρομαγμένα. Παραδόξως, τα αντιψυχωτικά φάρμακα, ενώ έχουν μια ευεργετική επίδραση πάνω στη σκέψη και αντίληψη του

σχιζοφρενικού αρρώστου, τείνουν να ισοπεδώνουν τα συναισθήματα και την εκφραστική τους ικανότητα.

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

Κάτι που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αντικειμενικά, αλλά που κυριαρχεί στην υποκειμενική ζωή του αρρώστου σε σημείο που να τον φέρνει σε απόγνωση, είναι μια βαθιά διαταραχή του συναισθήματος ταυτότητας, της ικανότητας να διακρίνει τον εαυτό του από τους άλλους σαν μια οντότητα δική του, με κάποια προσωπική ιστορία, με κάποιαν ιδιαίτερη κατεύθυνση στη ζωή του. Καθώς το συναίσθημα ταυτότητας αδυνατίζει, ο άρρωστος αρχίζει να νιώθει σαν να χάνει τον εαυτό του, σαν τα όρια του εαυτού του να θρυμματίζονται, σαν το ίδιο το σώμα του να διαμελίζεται, να αποσυντίθεται. Η ζωή χάνει κάθε νόημα, κάθε σκοπό ή ανθρώπινο όριο, γίνεται αιωνιότητα αρνητική, χωρίς καμιά επιθυμία, παρηγοριά ή ελπίδα (Windgassen 2005).

Βούληση

Όπως είναι επόμενο, η συναισθηματική άμβλυνση που φέρνει η χρόνια σχιζοφρένεια αντανακλά στην ικανότητα του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία και ενδιαφέρον σε οτιδήποτε έξω από τον εαυτό του, εμποδίζοντάς τον να συμμετέχει ενεργά σε κοινές ασχολίες και γενικά να κάνει τη δουλειά του σωστά, με συνέπεια και αποτελεσματικότητα. Σιγά-σιγά τον κυριεύει μια μεγάλη αμφιθυμία, που στο τέλος παραλύει τη θέλησή του και την ικανότητα να πάρει οποιαδήποτε απόφαση (Μαδιανός 2004).

4.1.5 Συμπεριφορά

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αρχικές εκδηλώσεις της κακοήθους σχιζοφρένειας είναι μια προϊούσα διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων. Κατά κανόνα, οι σχέσεις του αρρώστου με τους άλλους δεν είναι ποτέ καλές. Καθώς η

επαφή του με την πραγματικότητα χειροτερεύει, η συμπεριφορά του επίσης αλλάζει, συνήθως σιγά-σιγά, ανεπαίσθητα, προοδευτικά, αν και καμιά φορά εντελώς ξαφνικά.

Εμφανίζεται μια νευρικήτητα, μια υπερκινητικότητα ή υποκινητικότητα, οι ώρες αναπαύσεως και η διάρκεια του ύπνου μικραίνουν ή μακραίνουν αντίστοιχα. Εμφανίζεται μια αδιαφορία ως προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, μια έλλειψη προσοχής προς τις υποδείξεις ή ανάγκες των άλλων, μια βαθμιαία κοινωνική απομόνωση, που πολλές φορές συνοδεύεται από αδέξιες, προσβλητικές ή επιθετικές εκφράσεις, στερεότυπους μορφασμούς και κινήσεις, αδικαιολόγητα γέλια ή κλάματα και, γενικά, μια αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά.

Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους συνανθρώπους του, τα διάφορα μέλη της οικογένειά του, τους φίλους του, τους συμμαθητές του ή τους συνεργάτες του γίνονται δύσκολες, προβληματικές και, από μια στιγμή κι έπειτα, μπορεί να διακοπούν εντελώς. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, στον κόσμο της πραγματικότητας, αγνοώντας τους πάντες και τα πάντα γύρω του.

Σ' αυτή τη κατάσταση, ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να χάσει κάθε συναίσθημα ευθύνης ή ντροπής, αυνανιζόμενος και, γενικά, ικανοποιώντας τις σωματικές του ανάγκες δημόσια, χωρίς κανέναν ενδοιασμό, σε σημείο που να αποπατεί στο πάτωμα και να τρώει τα ίδια τα απορρίμματά του. Στην εποχή μας, με τη συστηματική χρήση των ψυχοφαρμάκων, το έσχατο αυτό στάδιο του αυτισμού έχει γίνει σπάνιο (Χριστοδούλου 2004).

4.1.6 Ομιλία

Αν και οι διαταραχές της ομιλίας στη σχιζοφρένεια (όπως π.χ. η χάλαση του συνειρμού) θεωρείται ότι αποτελούν εκδηλώσεις διαταραχής της σκέψης, μπορούν επίσης να θεωρηθούν ως μια μορφή αφασίας, όπου εμπλέκεται ο επικρατών βρεγματικός λοβός. Η αδυναμία των σχιζοφρενών να αντιληφθούν την προσωπία της ομιλίας των άλλων ή να χρωματίσουν συναισθηματικά τη δική τους ομιλία, μπορεί να θεωρηθεί ως νευρολογικό σύμπτωμα διαταραχής του μη επικρατούντος βρεγματικού λοβού. Άλλα συμπτώματα που μιμούνται την παθολογία του βρεγματικού λοβού είναι η αδυναμία επιτέλεσης πράξεων (δηλαδή απραξία), η

διαταραχή του προσανατολισμού δεξιού – αριστερού και η παρουσία αδιαφορίας για τη νόσο(Βιδάλης 2001).

4.1.7 Παρορμητικότητα, αυτοκτονία και ανθρωποκτονία

Οι σχιζοφρενείς μπορεί να είναι σε κατάσταση ψυχοκινητικής διέγερση και να έχουν πολύ μικρό έλεγχο των ενορμήσεών τους. Μπορεί επίσης να έχουν πολύ μικρή κοινωνική ευαισθησία, δρώντας παρορμητικά, όταν π.χ. αρπάζουν τα τσιγάρα των συνασθενών τους ή αλλάζουν κανάλι στην τηλεόραση ξαφνικά ή πετάνε το φαγητό τους στο πάτωμα. Η παρορμητική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένων των αποπειρών αυτοκτονίας και ανθρωποκτονίας, μπορεί να οφείλεται σε ακουστικές ψευδαισθήσεις προτρεπτικού περιεχομένου.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ. Περίπου το 50% των σχιζοφρενών αποπειράται να τερματίσει τη ζωή του και τελικά, το 10-15% αυτοκτονεί. Πιθανόν, ο πλέον υποβαθμισμένος παράγοντας, που συνδέεται με την αυτοκτονία των σχιζοφρενών, είναι η κατάθλιψη που έχει λανθασμένα διαγνωσθεί ως επίπεδο συναίσθημα ή παρενέργεια των φαρμάκων. Άλλοι εκλυτικοί παράγοντες είναι τα αισθήματα απόλυτου κενού, η ανάγκη δραπέτευσης από το ψυχικό μαρτύριο ή οι ακουστικές ψευδαισθήσεις που διατάζουν τον ασθενή να αφαιρέσει τη ζωή του. Οι παράγοντες επικινδυνότητας της αυτοκτονίας είναι η ευαισθησία του ασθενούς, το φύλο, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η νεαρή ηλικία, η αλλαγή της πορείας της νόσου, η βελτίωση μετά από υποτροπή, η εξάρτηση από το ψυχιατρείο, οι υπερβολικές φιλοδοξίες, οι προηγούμενες απόπειρες και οι συνθήκες ζωής (μοναχικό άτομο) (Βιδάλης 2001).

Κεφάλαιο 5

Πορεία και πρόγνωση

5.1 Πορεία

Η νόσος μπορεί να εισβάλει αιφνίδια ή βαθμιαία. Συνήθως προηγείται μια πρόδρομη φάση αβληχρών κλινικών εκδηλώσεων (απώλεια ενδιαφερόντων, κοινωνική απόσυρση, αλλαγή συνηθειών και συμπεριφοράς, εκρήξεις οργής κ.α.) Ακολουθεί η ενεργός φάση με την έκπτωση της πλήρους κλινικής συμπτωματολογίας, μετά την αποδρομή της οποίας εμφανίζεται η φάση των υπολειμμάτων των συμπτωμάτων (υπολειμματική φάση). Συνήθως η κλινική πορεία μέσα στο χρόνο ποικίλει. Άλλοτε είναι επεισοδιακή, με υφέσεις και εξάρσεις (ασυμπτωματική ή με υπολείμματα συμπτωμάτων μεταξύ των επεισοδίων). Άλλοτε πάλι είναι συνεχής και χρόνια. Εκείνο που θα πρέπει να επισημανθεί, είναι το γεγονός ότι στη σχιζοφρένεια, μετά την αποδρομή του επεισοδίου (επί επεισοδιακής πορείας), το άτομο δεν επανέρχεται στο αφετηριακό επίπεδο της όλης λειτουργικότητάς του (όπως π.χ., συμβαίνει με τις συναισθηματικές διαταραχές), αλλά σε κάποιο επίπεδο υποδεέστερης της προηγούμενης (προ- επεισοδιακής) λειτουργικότητας. Έτσι, μέσα στο χρόνο η λειτουργικότητα στο σύνολό της ακολουθεί φθίνουσα πορεία.

Μετά το πρώτο επεισόδιο της νόσου ακολουθεί συνήθως άλλοτε άλλης διάρκειας περίοδος ανάνηψης, η οποία μπορεί να φθάσει και τα πέντε περίπου χρόνια. Η κλινική μορφή της νόσου φαίνεται επίσης να σχετίζεται με την πορεία της. Η αποδιοργανωτική μορφή και η υπολειμματική ακολουθούν περισσότερο συνεχή πορεία από αυτή της παρανοειδούς και της κατατονικής, των οποίων η πορεία είναι συνήθως επεισοδιακή. Η βραχεία διαταραχή μπορεί να έχει 1-2 εξάρσεις κατά τη διάρκεια της ζωής. Σε γενικές γραμμές, η πορεία της σχιζοφρένειας είναι άμεσα συναρτημένη από διάφορους παράγοντες, που σχετίζονται κυρίως με την πρόγνωση της νόσου(Χριστοδούλου 2004).

Οι πιθανότητες υποτροπής μέσα σε μια διετία είναι περίπου 40% όταν ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και περίπου 80% όταν ο ασθενής δεν λαμβάνει θεραπευτική αγωγή. Το 50% των ασθενών κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας και το 10% τελικώς αυτοκτονούν. Υπάρχει κίνδυνος βίαιης συμπεριφοράς, ειδικά από τους ασθενείς που δεν λαμβάνουν αγωγή. Ο κίνδυνος, εντούτοις, δεν δικαιολογεί την

υπερβολή με την οποία αυτός προβάλλεται δημόσια και οδηγεί στη στιγματοποίηση του πάσχοντος ατόμου. Το ενδεχόμενο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς είναι αυξημένο σε πάσχοντες που δεν λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή.

Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται διωκτικές παραληρητικές ιδέες, ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν, νευρολογικά ελλείμματα. Ο κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου και νόσησης από παθολογικά νοσήματα είναι αυξημένος και το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρότερο από το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού(Ούλης 1996).

5.2 Πρόγνωση

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.

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι σε μια περίοδο 5-10 ετών μετά την πρώτη νοσηλεία, μόνον το 10-20% των σχιζοφρενών μπορεί να λεχθεί ότι παρουσιάζει ικανοποιητική έκβαση της νόσου. Περισσότερο από το 50% έχει κακή έκβαση, με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, επεισόδια μείζονος συναισθηματικής διαταραχής και απόπειρες αυτοκτονίας. Παρά τους απαισιόδοξους αυτούς αριθμούς, η σχιζοφρένεια δεν έχει πάντοτε εκπτώτικη πορεία και μία σειρά παραγόντων έχει συσχετισθεί με καλή πρόγνωση(Σολδάτος 2001).

Το εύρος των δεικτών ανάνηψης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία κυμαίνεται μεταξύ 10-60% και, σύμφωνα με λογικές εκτιμήσεις, το 20-30% συνεχίζει να βιώνει μέτριας βαρύτητας συμπτώματα, ενώ σε ένα ποσοστό 40-60% παραμένουν σημαντικά διαταραγμένοι για όλη τους τη ζωή. Οι σχιζοφρενείς τα καταφέρνουν χειρότερα σε σχέση με τους συναισθηματικούς ασθενείς, αν και σε

αναλογία 20-25% οι τελευταίοι εμφανίζονται σε μακροχρόνια παρακολούθηση σοβαρά διαταραγμένοι(Χριστοδούλου 2004).

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 (ΠΟΥ) (IPSS) σε 9 χώρες διαφορετικής πολιτισμικής δόμησης, διαπιστώθηκε ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν υψηλότερα ποσοστά ασθενών με καλή πρόγνωση απ' ότι οι αναπτυγμένες χώρες. 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 ΠΟΥ σε 10 χώρες. Παρά τις ενδεχόμενες διαφορές σε διαγνωστικό και μεθοδολογικό επίπεδο, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες η συνολική φροντίδα των αρρώστων γίνεται κυρίως στην κοινότητα (ενεργός συμμετοχή της οικογένειας ακόμη και κατά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία των αρρώστων, στενοί οικογενειακοί δεσμοί κ.α.), πράγμα αρκετά δυσχερές με τις υπάρχουσες συνθήκες που επικρατούν στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες (Horrison 1988).

Κεφάλαιο 6

6.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια είναι κυρίως χρόνια νόσος, που μοιραία επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής των ασθενών, η οργάνωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης έχει γενικά τρεις στόχους:

- Τη μείωση ή την αποδρομή των συμπτωμάτων
- Την ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας του ασθενούς στις συνθήκες του περιβάλλοντος
- Την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς(Σολδάτος 2006).

Στις βασικές αρχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης περιλαμβάνονται:

1. Η από την πρώτη στιγμή προσπάθεια εγκατάστασης επαφής με τον άρρωστο και καλής επικοινωνίας με την οικογένειά του.
2. Η λεπτομερής μελέτη της προσωπικότητας, του οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού.
3. Η εξονυχιστική αναζήτηση των συμπτωμάτων, η χρονολογική τους οριοθέτηση και η ιεράρχηση ως προς την έντασή τους.
4. Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας του αρρώστου στο σύνολό της.
5. Η εξατομίκευση κάθε θεραπευτικής προσπάθειας (θεραπεία του συγκεκριμένου αρρώστου και όχι της νόσου γενικώς) (Χριστοδούλου 2004).

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας συνίσταται κατά πρώτο λόγο στα ψυχοφάρμακα, συγκεκριμένα στα νευροληπτικά, που ενεργώντας πάνω στους ντοπαμινικούς νευροϋποδοχείς του εγκεφάλου βελτιώνουν την ικανότητα προσοχής του αρρώστου και την προσαρμοστικότητά του στο κοινωνικό περιβάλλον. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ανάγκη να συνεχιστεί, με τη δόση και ωράριο που προβλέπονται από το γιατρό, για ένα αρκετά μακρύ χρονικό διάστημα. Και εδώ πρέπει να επισημανθεί η τάση του σχιζοφρενικού αρρώστου να παραμελεί ή και

ηθελημένα να διακόπτει τη φαρμακοθεραπεία του, είτε γιατί αισθάνεται πως τα φάρμακα τον ενοχλούν, είτε γιατί ελπίζει πως δε θα ξαναγυρίσουν τα συμπτώματα της αρρώστιας εφόσον δεν τον έχουν ενοχλήσει για κάμποσο καιρό(Σολδάτος 2006).

Βιολογικές θεραπείες

6.2 Φαρμακοθεραπεία

6.2.1 Αντιψυχωσικά φάρμακα

Τα φάρμακα αυτά αποτελούν τον κεντρικό κορμό της θεραπείας στην ενεργό (οξεία) φάση της νόσου και απαραίτητο συμπλήρωμα των άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων κατά τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των επεισοδίων της σχιζοφρένειας και κατά την υπολειμματική της περίοδο(Βιδάλης 2001).

Σε γενικές γραμμές ακολουθούνται οι παρακάτω αρχές:

- Επισημαίνονται τα «συμπτώματα – στόχοι» που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν (θετικά, αρνητικά κ.λ.π.)
- Επιλέγονται καταρχήν φάρμακα που και στο παρελθόν υπήρξαν αποτελεσματικά για το συγκεκριμένο ασθενή.
- Χρησιμοποιείται κατά κανόνα μόνο ένα φάρμακο και όχι «ομοβροντία» φαρμάκων.
- Η αρχική δοσολογία της οξείας φάσης θα πρέπει να διαρκεί όσο διαρκούν τα συμπτώματα. Η συνακόλουθη ύφεση των συμπτωμάτων σηματοδοτεί την υιοθέτηση «χαμηλής δόσης» συντήρησης του θεραπευτικού σχήματος.
- Αν μετά από 4-6 εβδομάδες θεραπείας δεν υπάρξει αποτέλεσμα, τότε:
 - Παρατείνεται το υπάρχον σχήμα για άλλες 2-3 εβδομάδες, ή
 - Αυξάνεται η δόση του φαρμάκου
 - Αντικαθίσταται το φάρμακο με άλλης κατηγορίας (οικογένειας) φάρμακο
 - Χρησιμοποιείται επιβοηθητικά λίθιο, ιδίως όταν συνυπάρχει διαταραχή του συναισθήματος (καταθλιπτικό ή ευφορικό συναίσθημα) (Maunir 1994).

Συνήθως χρησιμοποιούνται τα κλασικά αντιψυχωσικά φάρμακα σε δισκία (ή και ενέσιμα επί οξείας εισβολής των συμπτωμάτων), τα οποία όμως βοηθούν ένα μικρό ποσοστό αρρώστων (περίπου 25%) και έχουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες. Παρά ταύτα, όμως, στην οξεία φάση, αξιοποιείται η κατασταλτική τους δράση και η αποτελεσματικότητα τους στα θετικά συμπτώματα, ενώ ελέγχονται οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους με την παράλληλη χορήγηση αντιχολινεργικών αντιπαρκινσονικών φαρμάκων.

Τα νεότερα (άτυπα) αντιψυχωσικά είναι αποτελεσματικά και στα αρνητικά συμπτώματα, έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και εμφανίζουν θετική αντίδραση σε μεγαλύτερο αριθμό αρρώστων. Όταν υφεθεί η οξεία φάση (μετά από 4 εβδομάδες περίπου), η δοσολογία μειώνεται σταδιακά στο 20-50% της αρχικής δόσης και ενδεχομένως και λιγότερο (δόση συντήρησης, η διάρκεια της οποίας εξαρτάται από την όλη πορεία της νόσου, τη συμμόρφωση του αρρώστου στη θεραπεία, την ύπαρξη δομών παρακολούθησης/ παρέμβασης κ.α.). Αν δεν υπάρχει συμμόρφωση στη θεραπεία, χρησιμοποιούνται και ενέσιμες μορφές των φαρμάκων αυτών (depot), όπως π.χ. της αλοπεριδόλης και της φθοριοφαιναζίνης(Windgassen 2005).

6.2.2 Λίθιο

Χρησιμοποιείται, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ως συμπληρωματική αγωγή ενδυνάμωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος των αντιψυχωσικών φαρμάκων(Βαρώνος 1997).

6.2.3 Καρβαμαζεπίνη

Χρησιμοποιείται επίσης ως επιβοηθητικό φάρμακο για τον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς (κατά κρίσεις) ορισμένων αρρώστων(Βαρώνος 1997).

6.2.4 Αντικαταθλιπτικά

Χρησιμοποιούνται επί συνύπαρξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (σχιζοκατάθλιψη) και κατά την υπολειμματική φάση της νόσου (Maclean 1986).

6.2.5 Αντιεπιληπτικά

Η καρβαμαζεπίνη ή το βαλπροϊκό οξύ μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μόνα τους, ή σε συνδυασμό με το λίθιο ή ένα αντιψυχωτικό. Αν και κανένα από τα αντιεπιληπτικά δεν έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματικό στον έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι μειώνουν τα επεισόδια βίας σε ορισμένους σχιζοφρενείς (Χριστοδούλου 2004).

6.2.6 Βενζοδιαζεπίνες

Ορισμένα δεδομένα υποστηρίζουν τη συγχορήγηση αλπραζολάμης και αντιψυχωτικών, σε ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί στη χορήγηση μόνο αντιψυχωτικών. Υπάρχουν επίσης ανακοινώσεις για ανταπόκριση σχιζοφρενών σε υψηλές δόσεις διαζεπάμης. Δυνατόν, όμως, μετά τη διακοπή των βενζοδιαζεπινών να παρατηρηθεί έξαρση ως προς τη βαρύτητα της ψύχωσης (Χριστοδούλου 2004).

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των νευροληπτικών φαρμάκων εμφανίζονται πρακτικά σε όλους τους ασθενείς και είναι σημαντικές σε ποσοστό περίπου 80%. Παρόλο που τα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν μια σειρά ανεπιθύμητων ενεργειών, ο θεραπευτικός τους δείκτης είναι υψηλός.

1. Παρκινσονικά φαινόμενα. Οι ανασταλτικές δράσεις των ντοπαμινεργικών νευρώνων εξισορροπούνται φυσιολογικά από τις διεγερτικές δράσεις των χολινεργικών νευρώνων. Ο αποκλεισμός των ντοπαμινεργικών υποδοχέων διαταράσσει αυτή την ισορροπία, προκαλώντας μια σχετική επικράτηση της χολινεργικής δράσης με αποτέλεσμα την εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων.

2. Όψιμη δυσκινησία. Η μακροχρόνια θεραπεία με νευροληπτικά μπορεί να προκαλέσει αυτή την κινητική διαταραχή. Οι ασθενείς εμφανίζουν ακούσιες κινήσεις, όπως πλάγιες κινήσεις της γνάθου και «κινήσεις σύλληψης εντόμων» της γλώσσας. Μια παρατεταμένη διακοπή της χορήγησης των νευροληπτικών μπορεί να έχει ως

αποτέλεσμα τον περιορισμό ή ακόμα και την εξαφάνιση των συμπτωμάτων μέσα σε 3 μήνες. Ωστόσο, σε πολλά άτομα, η δυσκινησία είναι μη αναστρέψιμη και επιμένει μετά τη διακοπή της θεραπείας. Η όψιμη δυσκινησία θεωρείται ότι οφείλεται στην αύξηση των ντοπαμινεργικών υποδοχέων, λόγω αυξημένης σύνθεσής τους που αποτελεί απάντηση στο μακροχρόνιο αποκλεισμό των ντοπαμινεργικών υποδοχέων. Αυτό κάνει το νευρώνα υπερευαίσθητο στις δράσεις της ντοπαμίνης και έτσι η ντοπαμινεργική δραστηριότητα υπερνικά τη χολινεργική δραστηριότητα, προκαλώντας έτσι την υπερβολική κινητικότητα του ασθενούς.

3.Άλλες δράσεις: Λόγω της καταστολής του ΚΝΣ, συχνά παρατηρείται υπνηλία, συνήθως κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες θεραπείας. Ορισμένες φορές εμφανίζεται σύγχυση. Συχνά τα νευροληπτικά προκαλούν ξηροστομία, κατακράτηση ούρων, δυσκοιλιότητα και απώλεια της ικανότητας προσαρμογής των οφθαλμών. Τα φάρμακα αυτά αποκλείουν τους α-αδρενεργικούς υποδοχείς, με αποτέλεσμα τη μείωση της αρτηριακής πίεσης και την εμφάνιση ορθοστατικής υπότασης. Τα νευροληπτικά καταστέλλουν τον υποθάλαμο προκαλώντας αμηνόρροια, γαλακτόρροια, στειρότητα και ανικανότητα(MacLean 1996).

Θεραπεία συντήρησης

Ασθενείς που είχαν δύο ή περισσότερα σχιζοφρενικά επεισόδια πρέπει να παίρνουν θεραπεία συντήρησης επί πέντε χρόνια τουλάχιστον και μερικοί ειδικοί προτιμούν τη θεραπεία επ' άοριστον. Οι χαμηλές δόσεις αντιψυχωσικών φαρμάκων δεν είναι τόσο αποτελεσματικές στην πρόληψη των υποτροπών όσο η θεραπεία συντήρησης με υψηλότερες δόσεις(Tuener 1988).

6.3 Πίνακας με ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων

Στον παρακάτω πίνακα παραθέτονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων(Mycek 1998).

Αντιψυχωσική αγωγή	Εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες	Αύξηση προλακτίνης	Αύξηση βάρους	Διαταραχή γλυκόζης	Διαταραχή λιπιδίων	Παράταση QT	Καταστολή	Υπόταση	Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες
Αλοπεριδόλη	+++	+++	+	+(:)	0	0	++	0	0
Κλοζαπίνη ^α	0	0	+++	+++	+++	0	+++	+++	+++
Ρισπεριδόνη	+	+++	++	++	++	+	+	+	0
Ολανζαπίνη	0 ^β	0	+++	+++	+++	0	+	+	++
Κουετιαπίνη ^γ	0 ^β	0	++	++	++	0	++	++	0
Ζιπρασιδόνη	0 ^β	+	0	0	0	++	0	0	0
Αριπιπραζόλη ^δ	0 ^β	0	0	0	0	0	+	0	0
Αμισουλπρίδη ^ε	0 ^β	++		0	0	+	0	+	0

0 = Σπάνια ή απύσχα ανεπιθύμητη ενέργεια σε θεραπευτικές δόσεις

+ = Ήπια ή πολύ περιστασιακή εμφάνιση ανεπιθύμητης ενέργειας

++ =Περιστασιακή εμφάνιση ανεπιθύμητης ενέργειας

+++ = Συνήθης εμφάνιση ανεπιθύμητης ενέργειας σε θεραπευτικές δόσεις

^α Προκαλεί επίσης λευκοπενία, επιληπτικές κρίσεις και μυοκαρδίτιδα

^β Με την πιθανή εξαίρεση πρόκλησης ακαθισίας

^γ Προειδοποίηση για δυνητική εκδήλωση καταρράκτη

^δ Προκαλεί τάση προς έμετο και πονοκέφαλο

^ε Επάγει δοσοεξαρτώμενη επιμήκυνση του διαστήματος QT

6.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Είναι αποτελεσματική στην οξεία φάση έναρξης ή υποτροπής της νόσου και ιδιαίτερα στην κατατονική μορφή της σχιζοφρένειας. Τη μέγιστη ανταπόκριση

εμφανίζουν οι ασθενείς με διάρκεια νόσου μικρότερη του έτους. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ) είναι επίσης πολλά υποσχόμενη θεραπεία για τα ανθεκτικά θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και εμφανίζει θεραπευτική συνεργική δράση με τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Η χρήση ΗΣΘ ως επικουρικής στη φαρμοκοθεραπεία ενισχύεται από τις τελευταίες δημοσιεύσεις της βάση δεδομένων Cochrane για συστηματικές μετά-αναλύσεις, στις οποίες διαφαίνεται η αποτελεσματικότητα της ΗΣΘ στις περιπτώσεις όπου απαιτείται ταχεία ύφεση της συμπτωματολογίας ή δεν υπάρχει ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή(Σολδάτος 2006).

6.5 Άλλες μορφές θεραπείας στη σχιζοφρένεια

6.5.1 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Παρά τις προσπάθειες του Γιούνγκ στις αρχές του αιώνα, που με την υποστήριξη του Μπλόουερ επιχείρησε να εφαρμόσει ψυχαναλυτικές ιδέες για την κατανόηση και θεραπεία σχιζοφρενικών αρρώστων στην Κλινική Μπουργκχόλζλι, η αντίληψη ότι η σχιζοφρένεια είναι περισσότερο οργανική παρά λειτουργική στη διάρθρωσή της είχε ως αποτέλεσμα να μη γίνει προσιτή στην ψυχοθεραπεία για τους περισσότερους ψυχιάτρους στην Ευρώπη. Και ο Φρόυντ ο ίδιος παραδέχτηκε ότι, μόλο που χαρακτηριστικά συμπτώματα, όπως το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις, μπορούν να ερμηνευτούν ως προσπάθειες του αρρώστου να ξαναβρεί την επαφή με την πραγματικότητα, η σχιζοφρενική διαδικασία ξεφεύγει από τα θεραπευτικά πλαίσια της ψυχαναλυτικής μεθόδου. Εξαίρεση αποτέλεσε η Σχολή των Υπαρξιστών Ψυχαναλυτών, με κύριο αντιπρόσωπο της τον Μπίνσβανγκερ.

Από την άλλη μεριά του Ατλαντικού, ωστόσο, ο επίσης Ελβετός Μέγερ αντίκρουσε τις ψυχωτικές διαταραχές ως αμυντικές, αν και ελάχιστα προσαρμοστικές, αντιδράσεις στις καθημερινές συνθήκες της ζωής. Μέσα στο ίδιο πνεύμα ανήκει η προσπάθεια το Σάλλιβαν και των μαθητών του να καταλάβουν τη σχιζοφρένεια σαν μια ανθρώπινη εκδήλωση, που θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με την ψυχοθεραπεία.

Με βάση την ψυχαναλυτική θεωρία, ψυχοθεραπευτές όπως η Φρίντα Φρομ-Ράιχμαν, ο Χάρολντ Σερλς και ο Όττο Ουίλ επιχειρούν να δημιουργήσουν μια στενά

προσωπική σχέση με τον σχιζοφρενικό άρρωστο, κάτι που φτάνει τα όρια της συμβιώσεως, φιλοδοξώντας να προσφέρουν τη δυνατότητα μιας καινούργιας εξελικτικής εμπειρίας με ένα μητρικό αντικείμενο, συναισθηματικά πιο ευαίσθητο και συνεπές από την πραγματική *σχιζοφρενογενή μητέρα*, έτσι ώστε ο άρρωστος να αναπτύξει μια καλύτερη, ακέραιη και σταθερή προσωπικότητα(Σολδάτος 2001).

6.5.2 Θεραπεία Περιβάλλοντος

Μια τέτοιου είδους ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τα ψυχοφάρμακα. Και όταν η κατάσταση του αρρώστου είναι οξεία ή υπάρχει κίνδυνος να γίνει χρόνια, ενδείκνυται η περιβαλλοντική θεραπεία σε ένα ψυχοθεραπευτικό ίδρυμα.

Μέσα από την συναισθηματική μεταβίβαση, που δημιουργείται τόσο με τον ψυχοθεραπευτή του όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό, γίνεται μια συντονισμένη προσπάθεια να ενισχυθούν οι λειτουργίες του εγώ και παράλληλα να εξουδετερωθούν οι ψυχωτικοί αμυντικοί μηχανισμοί και, γενικά, η παλινδρομική, παρορμητική ή αυτιστική συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου. Το νοσηλευτικό προσωπικό κρατάει ενήμερο τον ψυχοθεραπευτή για την καθημερινή συμπεριφορά του αρρώστου, ενώ η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία και αποθεραπεία του είναι κρίσιμη(Maunir 1994).

6.5.3 Συνεργασία με την Οικογένεια

Από την αρχή, οι συγγενείς θα πρέπει να καταλάβουν πως η απόφαση να νοσηλευτεί ο άνθρωπός τους σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να τον αποχωριστούν, απόφαση αρκετά εύκολη και συνήθως ανακουφιστική όταν πρόκειται για ψυχωτικό άρρωστο, που αναστατώνει το σπίτι με τα παραληρήματά του, τις κρίσεις άγχους και την αυθαίρετη ή προκλητική συμπεριφορά του.

Είναι αναγκαίο οι συγγενείς να κατατοπιστούν πάνω στη φύση της ψυχιατρικής αρρώστιας, γενικά, και τα δικά τους προβλήματα έπαιξαν και παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής του αρρώστου. Θα τους υποδειχτεί, επίσης, ότι υπάρχουν και άλλοι παθογόνοι παράγοντες, που δεν τους

αφορούν προσωπικά, για να καταλάβουν ότι δε χρειάζεται να αισθάνονται ένοχοι, εφόσον παραδεχτούν τη συμμετοχή τους και συνεργαστούν ψυχολογικά στην περίθαλψη του αρρώστου. Θα πρέπει οι συγγενείς να καταλάβουν ότι η συνεργασία τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του , αρχίζοντας από την χωρίς επιφύλαξη αναφορά στο προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του και συνεχίζοντας με την τακτική συμμετοχή σε κοινές ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις με τον άρρωστο και το γιατρό του ή άλλα μέλη του κλινικού προσωπικού, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ψυχιατρικής περιθάλψεως, απαραίτητο για μίαν ευνοϊκή πρόγνωση.

Από πολύ νωρίς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η επιστροφή του αρρώστου στο σπίτι του και στην κοινότητα, για μια περίοδο αναρρώσεως που θα απαιτήσει την εξακολούθηση της θεραπείας με φάρμακα, με ψυχοθεραπεία ή και με τα δύο, για αρκετόν καιρό ή, για ένα ποσοστό αρρώστων, για πάντα(Ούλης 1996).

6.5.4 Ομαδική θεραπεία (group therapy)

Μπορεί να είναι συμπεριφορικού, ψυχοδυναμικού ή εναισθητικού τύπου. Είναι αρκετά αποτελεσματική στην καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης των αρρώστων και συμβάλλει στην απόκτηση διαπροσωπικών δεσμών μέσα από τη συνεκτικότητα των ομάδων. Οι ψυχοδυναμικού τύπου ομάδες χρησιμοποιούν, σε περιορισμένο βαθμό, την ερμηνεία ως εργαλείο προσέγγισης του συναισθηματικού κόσμου των αρρώστων, με αμφιλεγόμενα όμως αποτελέσματα. Συχνά οι ομάδες λειτουργούν σε επίπεδο υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων(Ούλης 1996).

6.5.5 Θεραπεία Συμπεριφοράς

Ο σχεδιασμός της θεραπείας της σχιζοφρένειας πρέπει να στοχεύει τόσο στις δυνατότητες όσο και στις ανεπάρκειες του ασθενούς. Οι συμπεριφερσιολογικές τεχνικές χρησιμοποιούν ανταμοιβή με μάρκες και εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων για να βελτιώσουν τις κοινωνικές δυνατότητες, την προσωπική επάρκεια, τις πρακτικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ενισχύονται οι προσαρμοστικές συμπεριφορές με τον έπαινο ή με ανταμοιβή με μάρκες που μπορεί να αντισταθμίζονται με επιθυμητά οφέλη, όπως προνόμια εντός του νοσοκομείου και

άδειες εξόδου. Κατά συνέπεια, μπορεί να μειωθεί η συχνότητα των δυσπροσαρμοστικών ή αποκλινουσών συμπεριφορών, όπως οι φωνασκίες, η κατά μόνας ομιλία δημόσια και οι παράξενες στάσεις(Σολδάτος 2001).

6.5.6 (Ψυχο)θεραπεία μέσω τέχνης

Περιλαμβάνονται τρεις κυρίως μορφές: η εικαστική θεραπεία (art therapy), η δραματοθεραπεία (drama therapy) και η μουσικοθεραπεία, οι οποίες χρησιμοποιούν, αντίστοιχα, τις εικαστικές τέχνες, τη θεατρική έκφραση και τη μουσική, για να επιτευχθεί η αύξηση της εκφραστικότητας μέσω μορφών της μη λεκτικής επικοινωνίας.

Οι μορφές αυτές «θεραπείας» χρησιμοποιούν την τέχνη ως έναν τρόπο έκφρασης συγκεκριμένων και δύσκολα κατανοητών από το άτομο συναισθημάτων και βιωμάτων, σε μια προσπάθεια να αποκτήσουν σαφήνεια και τάξη.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι αποτελούν υποστηρικτικές τεχνικές, των οποίων η χρησιμότητα στην εν γένει θεραπευτική και αποκαταστασιακή αντιμετώπιση των ψυχωσικών ή μεθοριακών ασθενών είναι σήμερα αναμφισβήτητη, λόγω της αναγκαιότητας που υπάρχει να διευρύνονται οι μετουσιωσικές δραστηριότητες των ασθενών αυτών, αντί να εκδραματίζονται τα εσωτερικά τους άγχη(Karlan 2001).

Κεφάλαιο 7

7.1 Ψυχοκοινωνικές παράμετροι και πρόληψη υποτροπών της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχικών νόσων

Δύο είναι τα βασικά στοιχεία στην πρόληψη των υποτροπών της σχιζοφρένειας: η λήψη νευροληπτικών φαρμάκων και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Οι τελευταίες έχουν σαν στόχο την ελάττωση του stress που αντιμετωπίζει ο ασθενής και η οικογένειά του και το οποίο θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στις υποτροπές της νόσου. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μια σειρά υπηρεσιών που υποστηρίζουν την παραμονή του ασθενή στην κοινότητα, μακριά από νοσηλευτικά ιδρύματα ασυλικού χαρακτήρα και του δίνουν την δυνατότητα εκτός από συνεχή παρακολούθηση να έχει και κάποια απασχόληση και ψυχαγωγία.

Ιδιαίτερη αξία θεωρείται ότι έχουν οι παρεμβάσεις στην οικογένεια. Έτσι έχουν αναπτυχθεί ειδικά προγράμματα οικογενειακής θεραπείας που περιλαμβάνουν εκπαίδευση γύρω από την νόσο και την αντιμετώπισή της, εξάσκηση στην βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και διδασκαλία τεχνικών για την επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων(Χριστοδούλου 1996).

7.1.1 Οικογενειακό περιβάλλον και πορεία της σχιζοφρένειας

Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος και την πορεία της σχιζοφρένειας μελετήθηκε στα πλαίσια της παρακολούθησης των ασθενών που ζουν στην κοινότητα. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η επανεισαγωγή ενός ασθενή στο νοσοκομείο μπορεί να σχετίζεται με το αφόρητο φορτίο που φέρουν τα μέλη της οικογένειάς του.

Μια σειρά τέτοιων μελετών ξεκίνησε την δεκαετία του '50 από τον Brown στα πλαίσια της διερεύνησης των αποτελεσμάτων της πολιτικής της αποϊδρυματοποίησης. Βρέθηκε λοιπόν ότι ασθενείς που επέστρεφαν να ζήσουν με συγγενείς που είχαν μεγάλη συναισθηματική έκφραση, υποτροπίαζαν πιο συχνά από

όσους ζούσαν με συγγενείς που εξέφραζαν λιγότερα συναισθήματα. Έτσι, θεωρήθηκε ότι η παράμετρος στην οικογένεια που επηρεάζει την πορεία της νόσου είναι το Εκφρασμένο Συναίσθημα ή ΕΕ όπως είναι γνωστό από τα αρχικά του Αγγλικού όρου Expressed Emotion.

Το τι συνιστά όμως το Εκφρασμένο Συναίσθημα δεν ήταν ούτε από την αρχή ξεκάθαρο, αλλά ακόμη και τώρα εξακολουθούν να γίνονται προσπάθειες να διευκρινισθεί(www.schizophrenia.com).

7.1.2 Εκφρασμένο συναίσθημα και υποτροπές της σχιζοφρένειας

Η κλινική σημασία του ΕΕ αποδείχθηκε από μελέτες των Vaughn και Leff που εξέτασαν τα ποσοστά υποτροπών σχιζοφρενικών ασθενών μέσα σε χρονικό διάστημα 9 μηνών από την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Όπως φαίνεται το ποσοστό των υποτροπών ασθενών που προέρχονταν από οικογένειες με υψηλό ΕΕ ήταν περίπου τετραπλάσιο από εκείνο των ασθενών που ζούσαν σε οικογένειες με χαμηλό ΕΕ. Από μεταγενέστερες μελέτες των ίδιων ερευνητών έγινε αντιληπτό ότι η προστασία από τις υποτροπές της Σχιζοφρένειας που προσφέρει η τακτική φαρμακοθεραπεία με νευροληπτικά ενισχύεται σημαντικά στους ασθενείς που διαμένουν με οικογένειες υψηλού ΕΕ, όταν μειώνεται ο χρόνος επαφής με τους συγγενείς.

Φαίνεται ότι το ποσοστό υποτροπών στους 9 μήνες ασθενών από οικογένειες υψηλού ΕΕ που λαμβάνουν τακτικά τα φάρμακά τους και έχουν μικρή επαφή με τους συγγενείς τους σε καθημερινή βάση είναι μόνο 15%, παρόμοιο δηλαδή ποσοστό με εκείνο των ασθενών που διαμένουν με οικογένειες χαμηλού ΕΕ(www.schizophrenia.com).

7.2 Το Stress και οι υποτροπές

Από την αρχή ο Brown συμπέρανε ότι το υψηλό ΕΕ αποτελεί ένα δείκτη οικογενειακής έντασης, η οποία οδηγεί τον ασθενή αρχικά σε αυξημένη διεγερσιμότητα και στη συνέχεια στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου, δηλαδή σε υποτροπή. Πιο πρόσφατες μελέτες των Tarrier και Sturgeon για τις

φυσιολογικές μεταβολές που επισυμβαίνουν με την παρουσία υψηλού ΕΕ στην οικογένεια επιβεβαιώνουν την υπόθεση αυτή.

Φαίνεται ότι στις οικογένειες όπου η ένταση είναι χαμηλή, μόνο τα ιδιαίτερα έκτακτα στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να ξεπεράσουν ένα ορισμένο επίπεδο ένταση που μπορεί να αντέξει ο ασθενής και που ονομάζεται «ουδός υποτροπής». Αντίθετα, στις οικογένειες με υψηλή ένταση στο περιβάλλον, ακόμη και μερικά συνηθισμένα καθημερινά γεγονότα μπορεί να αθροισθούν σε αυτήν και να οδηγήσουν τον ασθενή σε υποτροπή.

Στην υπόθεση αυτή του Brown για τον τρόπο που το stress οδηγεί σε υποτροπή φαίνεται η διπλή δυνατότητα παρεμπόδισης του μηχανισμού αυτού με την χρήση των νευροληπτικών και τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Karlan 2001). Τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί πολλά προγράμματα Οικογενειακής Θεραπείας για τις οικογένειες των σχιζοφρενών.

7.3 Η δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη θα είχε βελτιωθεί, αν οι υπηρεσίες υγείας είχαν περισσότερο ευαισθητοποιηθεί στη διάγνωση και θεραπεία με προγράμματα εκπαίδευσης των εμπλεκόμενων στις υπηρεσίες υγείας για την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση υποβολή σε επαρκή θεραπεία των ατόμων με αρχόμενη σχιζοφρενική ψύχωση.

Συμπερασματικά, η καλύτερη δευτεροβάθμια πρόληψη της σχιζοφρένειας απαιτεί αποκάλυψη-επισήμανσή της στον πρωιμότερο δυνατό χρόνο και υποβολή του πάσχοντα στην καλύτερη θεραπεία στα αρχικά στάδια της νόσου. Για τον σκοπό αυτό είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τα αρχικά σημεία και συμπτώματα της νόσου, καθώς και την εξέλιξη των πρόδρομων μεταβολών της συμπεριφοράς σε έκδηλα ψυχωσικά συμπτώματα.

Η εφαρμογή προγραμμάτων για έγκαιρη αποκάλυψη, που εκτείνεται στην πρόδρομη περίοδο, και βράχυνση του χρόνου που ο ασθενής παραμένει χωρίς θεραπεία, παράλληλα με οικογενειακή υποστήριξη, θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της δευτεροβάθμιας πρόληψης (Αλεβίζος 2000).

Κεφάλαιο 8

8.1 Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με σχιζοφρένεια

Οι περιπτώσεις οξείας εκδήλωσης της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία είναι εξαιρετικά σπάνιες. Συνήθως, μια μακρά περίοδος, κατά την οποία παρουσιάζονται ποικίλα προβλήματα στη συμπεριφορά του παιδιού, προηγείται της εκδήλωσης της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με τον Walker και τους συνεργάτες του (1996) τα παιδιά τα οποία αργότερα θα εκδηλώσουν σχιζοφρένεια, μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες.

Σε μία ομάδα ανήκουν τα παιδιά που εμφανίζουν από νωρίς ελλείμματα και παρεκκλίσεις σε διάφορους τομείς της ανάπτυξής τους, ενώ στη δεύτερη ομάδα ανήκουν τα παιδιά τα οποία δεν διαφοροποιούνται από τους συνομηλικούς τους μέχρι την εκδήλωση της διαταραχής(Κάκουρας 2004).

Τα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν από νωρίς ελλείμματα στην ανάπτυξή τους, στη βρεφική ηλικία χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην κινητική τους ανάπτυξη, παθητικότητα και διαταραχές στη γλωσσική ανάπτυξη . Συγκεκριμένα, παρουσιάζουν δυσκολία στο συντονισμό των κινήσεων και πολλές φορές υιοθετούν περίεργες και άβολες στάσεις. Η παθητικότητα εκδηλώνεται με έλλειψη ανταπόκρισης στα εξωτερικά ερεθίσματα και με υποτονικότητα. Όσον αφορά τη γλωσσική ανάπτυξη, τα βρέφη αυτά παρουσιάζουν ασυνήθιστες παύσεις στο βάδισμα και καθυστέρηση στη μίμηση ήχων (Ιεροδιακόνου 1991).

Οι δυσκολίες στην αδρή και τη λεπτή κινητικότητα, τα χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας, η σοβαρή καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και οι ελλειμματικές δεξιότητες επικοινωνίας είναι χαρακτηριστικά που επιμένουν κατά τη νηπιακή ηλικία των παιδιών αυτών. Επιπλέον, οι Watkins et al. (1988) διαπίστωσαν ότι τα νήπια αυτά προτιμούν να είναι μόνα τους, πολλές φορές φέρονται εχθρικά στα άλλα παιδιά και αντιδρούν με παράξενο τρόπο στο κοινωνικό περιβάλλον(Ιεροδιακόνου 1991).

Στη μέση παιδική ηλικία εκδηλώνονται συνήθως διαταραχές στην προσοχή και μαθησιακές δυσκολίες . Παράλληλα, συνεχίζονται οι δυσκολίες των παιδιών αυτών στις κοινωνικές σχέσεις ενώ ο λόγος τους είναι συχνά ασαφής και αποδιοργανωμένος .

Στην εφηβεία έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν έλλειμμα στην επιλεκτική προσοχή και ότι αφαιρούνται εύκολα . Όσον αφορά την κινητική τους ανάπτυξη, οι δυσκολίες που παρουσίαζαν τα προηγούμενα χρόνια φαίνεται να υποχωρούν αλλά τα παιδιά αυτά εξακολουθούν να χαρακτηρίζονται ως αδέξια (Κάκουρας 2004) .

Όσον αφορά την έκβαση της σχιζοφρένειας με έναρξη στην παιδική ηλικία, έχουν πραγματοποιηθεί ελάχιστες έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων είναι μάλλον αποθαρρυντικά. Οι Asarnow και Tompson (1999) παρακολούθησαν στην Καλιφόρνια, για μια περίοδο 7 ετών, 18 παιδιά στα οποία η διάγνωση της σχιζοφρένειας έγινε πριν από την ηλικία των 14 ετών.

Οι ερευνητές αυτοί διαπίστωσαν ότι το 67-68 % των παιδιών του δείγματός τους εξακολουθούσε να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής. Επιπλέον, το 45% παρουσίαζε επιδείνωση των συμπτωμάτων του ενώ το 55% παρουσίαζε μικρή βελτίωση. Σε μια άλλη έρευνα, ο Eggers και οι συνεργάτες του (1999) παρακολούθησαν στη Γερμανία 44 παιδιά με σχιζοφρένεια για μια περίοδο 42 ετών. Από αυτά τα παιδιά, το 49% παρουσίασε επιδείνωση των συμπτωμάτων του, το 24% παρουσίασε σταθερότητα των συμπτωμάτων, ενώ το 27% παρουσίασε βελτίωση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την έκβαση της διαταραχής ήταν το επίπεδο λειτουργικότητας των παιδιών πριν από την εκδήλωση της διαταραχής(Heiden 1999).

Κεφάλαιο 9

9.1 Σχιζοφρένεια και βίαιη συμπεριφορά

Οι σχιζοφρενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαπράξουν ένα έγκλημα βίας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, αν και αυτό είναι συνήθως ελάσσονος σοβαρότητας. Αξίζει να υπογραμμισθεί όμως ότι οι σχιζοφρενείς δράστες ανευρίσκονται και συλλαμβάνονται συχνότερα από τους μη ψυχωτικούς δράστες ανάλογων εγκλημάτων. Τα εγκλήματα τα οποία διαπράττονται από σχιζοφρενείς διαλευκαίνονται σχεδόν στο σύνολό τους, αποτελώντας έτσι σημαντικό παράγοντα πλασματικά αυξημένης εκπροσώπησης των σχιζοφρενών μεταξύ του συνολικού αριθμού των δραστών.

Οι περισσότερες μελέτες στον τομέα αυτό αφορούν πληθυσμούς ψυχωτικών ασθενών, οι οποίοι εξεδήλωσαν βίαιη συμπεριφορά είτε στην κοινότητα, είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ψυχωτικοί ασθενείς, σχιζοφρενείς κατά το πλείστο, εμφανίζουν βίαιη συμπεριφορά πριν από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 18 και 37% ενώ σε μια σχετική μελέτη που αφορούσε σχιζοφρενείς ασθενείς, κατά τη διάρκεια πρώτου επεισοδίου, διαπιστώθηκε ότι στο 22% του συνόλου υπήρχε εμπλοκή της αστυνομίας λόγω βίαιης συμπεριφοράς κατά τον τελευταίο μήνα πριν από την εισαγωγή σε νοσηλευτική μονάδα.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, οι σχιζοφρενείς εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς από τις υπόλοιπες ομάδες των ψυχιατρικών ενδονοσοκομειακών ασθενών. Όσον αφορά την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς μετά την έξοδο από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και την επανένταξη στη κοινότητα φαίνεται ότι οι σχιζοφρενείς εκδηλώνουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης ή/ και εγκληματικής συμπεριφοράς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, όπως αυτό προκύπτει από τα ποσοστά συλλήψεων (Αλεβιζόπουλος 1998).

Τα ευρήματα αυτά θα πρέπει να αξιολογούνται με ιδιαίτερη προσοχή αφού, όπως προαναφέρθηκε, πολλοί παράγοντες μπορεί να οδηγούν σε αύξηση της εμφάνισης δραστών που πάσχουν γενικά από ψυχωτικές διαταραχές.

Οι σημαντικότεροι από τους παράγοντες αυτούς είναι ο μεγαλύτερος χρόνος παραμονής στην κοινότητα, η αυξημένη συχνότητα διαλεύκανσης του αδικήματος, η αυξημένη ετοιμότητα του συστήματος υπηρεσιών υγείας και του συγγενικού περιβάλλοντος του αρρώστου να διακρίνουν επικινδυνότητα, καθώς και η διαφορετική αντιμετώπιση των σχιζοφρενών.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι και η ποινικοποίηση των ψυχιατρικών ασθενών φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από αυτή των μη νοσούντων παραπτωματιών, αφού τα ποσοστά συλλήψεων από την αστυνομία για τις δύο ομάδες είναι 47% και 28% αντίστοιχα. Η αναλογία αυτή υφίσταται ακόμη και όταν τα είδη και η βαρύτητα των αδικημάτων είναι ίδια.

Η σημασία των κοινωνικών αντιλήψεων και μεταβολών στη φυσική πορεία της εγκληματικότητας των σχιζοφρενών φαίνεται στα συμπεράσματα των πρώτων μελετών που ολοκληρώθηκαν μέχρι και τη δεκαετία του 1950. Η πρώτη ειδικά σχεδιασμένη μελέτη αξιολόγησης της εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα είναι αυτή του Ashley (1992) στις ΗΠΑ.

Στην έξοχη, από πολλές απόψεις, αυτή ερευνητική μελέτη παρακολουθήθηκαν 1000 ασθενείς οι οποίοι την εποχή εκείνη είχαν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενείς, για περίοδο 10 χρόνων μετά την απόλυσή τους από το ψυχιατρείο. Από το σύνολο των ασθενών αυτών μόνο 12 (1,2%) συνελήφθησαν για κάποιο αδίκημα μέσα στη δεκαετία(Gillan2008).

Μέχρι και το 1958 ανάλογες εργασίες κατέληγαν σε παρόμοια συμπεράσματα τα οποία θέτουν σε αμφισβήτηση όχι μόνον ευρήματα πολλών μεταγενέστερων μελετών, αλλά και τη γενικότερη στάση μας απέναντι στην ψυχική νόσο. Αξίζει να υπογραμμισθεί ότι οι διαπιστώσεις των μελετών αυτών προέκυψαν σε μια περίοδο με πρακτικά ανύπαρκτες κοινωνικές υπηρεσίες, μετανοδοκομειακή φροντίδα και ακόμη περισσότερο χωρίς τη χρήση νευροληπτικών.

Πιθανή ερμηνεία αυτής της αντίφασης μεταξύ των παλαιότερων και νεότερων εργασιών φαίνεται ότι δίνει η ύπαρξη τριών παραγόντων διαφοροποίησης: α) μεθοδολογικών, αφού στις εργασίες μέχρι τη δεκαετία του 1950 δεν είχαν ληφθεί υπόψη παράμετροι, όπως η μείωση της εγκληματικότητας στις μεγαλύτερες ηλικίες και η ανυπαρξία συγκριτικών δεικτών εγκληματικότητας με τον γενικό πληθυσμό β) ψυχοφαρμακολογικών, καθώς μετά την εισαγωγή στη θεραπευτική των νευροληπτικών μειώθηκε σημαντικά ο χρόνος ενδονοσοκομειακής νοσηλείας των ψυχιατρικών ασθενών με αντίστοιχη αύξηση της θεραπευτικής αντιμετώπισής τους

στην κοινότητα και γ) κοινωνικών οι οποίοι αφορούν τη συνεχή αύξηση της καταγραφόμενης βίαιης συμπεριφοράς στη κοινωνία .(Σακελλαρόπουλος 1986)

Σε μια ιδιαίτερα περιεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατέδειξε ότι η αναλογία συλλήψεων των ψυχιατρικών ασθενών, μετά την έξοδό τους από νοσοκομεία, μέχρι το 1965 ήταν μικρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού. Αντίθετα, στις επόμενες μελέτες η αναλογία αυτή παρουσίασε πλήρη ανατροπή και ο μέσος όρος συλλήψεων ψυχιατρικών ασθενών/ γενικού πληθυσμού τριπλασιάστηκε.

Από επιδημιολογικές μελέτες σε κρατούμενους, στην Αγγλία και Ουαλία, προκύπτει ότι ένα άτομο το οποίο πάσχει από σχιζοφρένεια παρουσιάζει εξαπλάσια πιθανότητα σε σχέση με το σύνολο των κρατουμένων να αντιμετωπίσει κατηγορία σχετιζόμενη με βία. Ταυτόχρονα το ποσοστό των σχιζοφρενών μεταξύ των καταδικασθέντων σε φυλάκιση δραστών διαφόρων εγκλημάτων ανέρχεται στο 1.5%.

Τέλος η σχιζοφρένεια διαπιστώθηκε ότι είναι η συχνότερα συναντώμενη νόσος σε ψυχιατρικά πάσχοντες άρρενες ανθρωποκτόνους, 55% του συνόλου, ενώ ακολουθούν οι διαταραχές προσωπικότητας (ποσοστό 26%) οι διαταραχές του θυμικού (ποσοστό 19%). Αξίζει να αναφερθεί ότι στο σύνολο και των δύο φύλων το ποσοστό αυτό παρουσιάζει αύξηση από 27% το 1994 σε 38,4% το 1996(Αλεβιζόπουλος 1998).

Τα προαναφερθέντα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από δύο ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες. Οι Swanson και συν. (1990) εκτίμησαν τη συχνότητα εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς σε τρεις περιοχές επιδημιολογικού ελέγχου (ECAs) στις ΗΠΑ, μεταξύ 10.000 ατόμων τα οποία ανταποκρίθηκαν σε τηλεφωνική συνέντευξη. Από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής προκύπτει ότι ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια ή μείζονα συναισθηματική διαταραχή, παρουσίαζαν οκταπλάσια πιθανότητα εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς συγκριτικά με τον μη νοσούντα πληθυσμό (10,6% και 1,3% αντίστοιχα).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών διπλασίαζε αυτή τη πιθανότητα. Αν και η μελέτη αυτή είναι ένα πολύ ενδιαφέρον επιδημιολογικό στοιχείο, εμφανίζει σημαντικές αδυναμίες, όπως π.χ. ότι βασίσθηκε μόνο στο δείγμα που ανταποκρίθηκε στη συνέντευξη από τηλεφώνου, το οποίο πιθανώς να είναι ο πληθυσμός με τους μικρότερους δείκτες βίαιης συμπεριφοράς, καθώς επίσης και ότι το τελικό δείγμα των ψυχωτικών δεν ξεπερνούσε τα 400 άτομα. Η δεύτερη μελέτη αφορά 15.117 άτομα που γεννήθηκαν στη Στοκχόλμη το 1953 που παρακολούθησαν επί 30 χρόνια.

Όπως διαπιστώθηκε, ασθενείς με μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, 161 άτομα συνολικά, παρουσίαζαν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν διαπράξει κάποιο βίαιο αδίκημα (για τους άνδρες) και 27 φορές (για τις γυναίκες), σε σχέση με τον μη νοσούντα πληθυσμό (Αλεβιζόπουλος 1998).

Κλείνοντας το κεφάλαιο της συσχέτισης σχιζοφρένειας – βίαιης συμπεριφοράς αξίζει να αναφερθούμε σε μια πολύ πρόσφατη διαπολιτισμική μελέτη. Οι Volavka και συν. (1997) μελέτησαν 1.151 σχιζοφρενείς σε επτά ανεπτυγμένες και τρεις υπό ανάπτυξη χώρες. Από το σύνολο των ασθενών ποσοστό 20,6% εξεδήλωνε επιθετική συμπεριφορά. Αν όμως γίνει αναγωγή του μικτού αυτού ποσοστού στις ανεπτυγμένες και τις υπό ανάπτυξη χώρες προκύπτει ότι στις δεύτερες, η επιθετική συμπεριφορά ήταν τριπλάσια από τις πρώτες, 10,5% και 31,5% αντίστοιχα.

Αν και πρώτη φορά γίνεται τέτοια αναφορά στη βιβλιογραφία και θα πρέπει να μελετηθεί εκτενέστερα, είναι πιθανό η πρώιμη θεραπευτική αντιμετώπιση με νευροληπτικά φάρμακα, που γίνεται στις ανεπτυγμένες χώρες να επηρεάζει τη συνολική πορεία και εξέλιξη της νόσου. Από την άλλη πλευρά πάλι τα περισσότερα αναπτυγμένα κοινωνικά δίκτυα μπορεί να είναι αυτά που λειτουργούν ανασταλτικά στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς κ.ο.κ. Αναμφίβολα όμως καλύτερη περίθαλψη συνεπάγεται λιγότερη βία(Σακελλαρόπουλος 1986).

9.2 Συμπτώματα και σημεία της νόσου σχετιζόμενα με βίαιη συμπεριφορά

Η οξεία ψυχωτική συμπτωματολογία έχει κατά καιρούς θεωρηθεί ίσως ως ο πλέον σημαντικός παράγοντας κινδύνου, για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις θεωρήθηκαν ως το κλειδί της κατανόησης της βίας των σχιζοφρενών. Η βία όμως είναι εκδήλωση συμπεριφοράς και ως τέτοια αρκετά περίπλοκη, για να ερμηνευθεί από μεμονωμένους παράγοντες.

Η παθολογική εμπειρία επηρεάζει κάθε ασθενή με διαφορετικό τρόπο. Όσο πιο συγκεχυμένη, περίπλοκη και απειλητική είναι για το άτομο τόσο πιο απροσδόκητα και δύσκολα ελέγχεται. Τα προϋπάρχοντα στοιχεία της προσωπικότητας παίζουν ρόλο ανασταλτικό ή αντίθετα ευοδωτικό στην εκδήλωση της βιαιότητας. Στα πρώιμα στάδια της νόσου η αμφιβολία η σχετιζόμενη με την

ψυχωτική εμπειρία μπορεί να τροποποιήσει τη συμπεριφορά, πράγμα που μπορεί να συμβεί και μετά την παγίωση και αποδοχή της ψυχωτικής πραγματικότητας.

Τελικά καλύτερη κατανόηση της βίας της προερχόμενης από ψυχιατρικά διαταραγμένα άτομα μπορεί να επιτευχθεί απαντώντας στα ερωτήματα: Τι είδους άνθρωποι, σε τι είδους καταστάσεις, με τι ποιότητα κοινωνικών σχέσεων και σε τι φάση της ζωής και της νόσου τους και ακόμη περισσότερο εναντίον ποιων είναι δυνατόν να εμπλακούν σε επικίνδυνες συμπεριφορές; Κάτω από αυτό το πρίσμα η βίαιη συμπεριφορά των ψυχωτικών ασθενών μπορεί να θεωρηθεί ως μια λογική αντίδραση απέναντι σε παράλογες πεποιθήσεις και αντιλήψεις(Αλεβιζόπουλος 1998).

9.3 Ανθρωποκτονία

Παρά την ιδιαίτερη έμφαση που δίνουν τα μαζικά μέσα ενημέρωσης όταν ένας σχιζοφρενής διαπράξει ανθρωποκτονία, τα δεδομένα που έχουμε στη διάθεσή μας δεν συνηγορούν ότι ένας σχιζοφρενής έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εγκληματήσει από ό, τι ένα άτομο στο γενικό πληθυσμό. Όταν ένας σχιζοφρενής διαπράξει ανθρωποκτονία, μπορεί να οφείλεται σε απρόβλεπτες ή εξωπραγματικές αιτίες με βάση ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες μιας πράξης ανθρωποκτονίας είναι η ύπαρξη βίαιης συμπεριφοράς στο ιστορικό, η εκφοβιστική συμπεριφορά κατά τη νοσηλεία και οι ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες με βίαιο περιεχόμενο(Σακελλαρόπουλος 1986).

Κεφάλαιο 10

10.1 Η σχιζοφρένεια μέσα στην οικογενειακή ατμόσφαιρα

Οι ψυχωσικοί άρρωστοι στην Ελλάδα στο 94% επιστρέφουν στο σπίτι μετά τη νοσηλεία ή αν δε νοσηλευθούν, διαμένουν με την οικογένειά τους στην κοινότητα.

Οι διεργασίες που αναπτύσσονται μέσα στην οικογένεια μετά την εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής είναι πολλές και μπορεί να προκαλέσουν επιπτώσεις στο άρρωστο μέλος, να ασκήσουν επίδραση στα συναισθήματα και τις συμπεριφορές και στη λειτουργικότητα της οικογένειας.

1. Οι επιπτώσεις στο άρρωστο μέλος. Μπορεί αυτές να είναι θετικές ή αρνητικές πάντα μέσα στο πλαίσιο της οικογενειακής ατμόσφαιρα που έχει παγιωθεί. Η οικογενειακή ατμόσφαιρα περιλαμβάνει ορισμένες διαστάσεις, όπως (α) τον τύπο της επικοινωνίας (εξάρτηση-ανεξαρτησία μελών), (β) τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, (γ) τους ρόλους, (δ) το οικονομικό κόστος, (ε) τη στάση της οικογένειας απέναντι στη θεραπεία, (στ) την ίδια τη δομή της οικογένειας.
2. Επίδραση στα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των μελών προς το πάσχον μέλος. Έχει βρεθεί μια συσχέτιση της αρνητικής ατμόσφαιρας πάνω στην υποτροπή από τη νόσο. Παράλληλα έχει αναπτυχθεί η υπόθεση του εκφραζόμενου συναισθήματος (expressed emotion) (Χαρτοκόλλης 1986).

10.2 Ψυχοπιεστικά γεγονότα, οικογενειακή ένταση στη σχιζοφρένεια

Η απρόσκοπτη, χωρίς υποτροπές, διανομή των χρόνιων σχιζοφρενικών αρρώστων στην οικογένεια έχει αποδειχτεί από αρκετούς ερευνητές ότι επηρεάζεται από την ύπαρξη των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής.

Συγκεκριμένα αρκετοί ερευνητές απέδειξαν τη σοβαρότητα της επίδρασης των ψυχοπιεστικών γεγονότων στην εξέλιξη της πορείας των σχιζοφρενικών αρρώστων ως προς τις υποτροπές της νόσου.

Αν δεχτούμε την υπόθεση ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα έχουν μια συσσωρευτική δράση, τότε ο συνολικός όγκος των στρες ερεθισμάτων ασκεί μια

σημαντική επίδραση στην αύξηση της ευαλωσιμότητας του αρρώστου ώστε να υποτροπιάσει. Όταν η περιβαλλοντική-οικογενειακή ένταση είναι μεγάλη, τότε υπάρχει ανάγκη για μικρού βαθμού στρες ερεθισμάτων από τη ζωή, ενώ μια μικρή οικογενειακή ένταση συνοδευόμενη με αυξημένα γεγονότα ζωής ίσως προστατεύσει τον άρρωστο από μια έξαρση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

Υπάρχει όμως και η αντίστροφη ψυχοπαιστική κατάσταση, η λεγόμενη επιβάρυνση, το να υποφέρει δηλαδή η ίδια η οικογένεια από τη συνύπαρξη με το ψυχωσικό άρρωστο μέλος της(Μαδιανός 2005).

10.3 Η οικογενειακή ατμόσφαιρα με σχιζοφρενικό μέλος

Η οικογενειακή ατμόσφαιρα χαρακτηρίζεται από την επικοινωνία και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, τους ρόλους, την ικανοποίηση των μελών της οικογένειας, το οικονομικό κόστος, το βαθμό αυτονομίας του αρρώστου, παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με την πορεία της σχιζοφρένειας.

Στην ίδια τη φύση της σχιζοφρένειας παρατηρείται έλλειμμα δεξιοτήτων ώστε να μπορεί το άρρωστο άτομο να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της νόσου, ενώ η δυσκολία του να εκφράζει τα συναισθήματά του και να μειώνει την ένταση μέσα στην οικογένεια, λόγω αδυναμίας του να επιλύει τα προβλήματα, δημιουργεί δυσάρεστο οικογενειακό κλίμα για τον ίδιο.

Ο παράγοντας της αρνητικής οικογενειακής ατμόσφαιρας έχει ενοχοποιηθεί για την αυξημένη συχνότητα υποτροπών και επανεισαγωγών των χρόνιων σχιζοφρενικών αρρώστων μέσα από σειρά ερευνών(Χαρτοκόλλης 1986).

10.4 Εκφραζόμενο συναίσθημα και σχιζοφρένεια

Από τους Leff & Vaughn έχει αναπτυχθεί το θεωρητικό και πρακτικό πλαίσιο για το εκφραζόμενο συναίσθημα στη σχιζοφρένεια.

Άρρωστοι που ζουν σε οικογένειες με εκφραζόμενο σε υψηλό βαθμό συναίσθημα (high expressed emotion) παρουσιάζουν συχνότερα ποσοστά υποτροπών απ' ότι άρρωστοι που ζουν σε «ήρεμες» οικογένειες. Όταν η ένταση τροποποιείται στην οικογένεια, τότε μειώνονται και τα αντίστοιχα ποσοστά των υποτροπών.

Και στη περίπτωση της υπόθεσης του εκφραζόμενου συναισθήματος ισχύει το ότι η διαταραχή της οικογενειακής ατμόσφαιρας είναι αποτέλεσμα της διαδρομής της σχιζοφρένειας μέσα στην οικογένεια.

Ανεξάρτητα από τη βασιμότητα ή όχι των παραπάνω υποθέσεων, έχουν περιγραφεί τα ακόλουθα χαρακτηριστικά προβλήματα που παρατηρούνται στις οικογένειες των οποίων ένα μέλος παρουσιάζει σχιζοφρένεια:

1. Έλλειψη κατανόησης της φύσης της σχιζοφρένειας και των συνεπειών της στη ζωή και στη λειτουργικότητα του αρρώστου.
2. Έλλειψη δεξιοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των χρόνιων και οξέων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.
3. Δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων προς τον άρρωστο.
4. Δυσκολίες στη μείωση της έντασης μέσα στην οικογένεια.
5. Δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων.
6. Διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία.
7. Βιώματα στιγματισμού και περιορισμός των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο(Βιδάλης2001).

10.5 Η επιβάρυνση της οικογένειας (family burden)

Συχνά σε οικογένειες που έχουν ένα χρόνιο ψυχικό άρρωστο μέλος έχει παρατηρηθεί μια επιβάρυνση ως αποτέλεσμα των επιδράσεών τους στις συνήθειες, στις συναλλαγές, στην επικοινωνία και την οικιακή οικονομία.

Ως επιβάρυνση θεωρούμε τα προβλήματα, τις δυσκολίες ή τα ανεπιθύμητα γεγονότα που συμβαίνουν σε μέλη της οικογένειας του αρρώστου ή σε οποιονδήποτε τρίτο ο οποίος συγκατοικεί με αυτόν.

Η επιβάρυνση αυτή συνήθως είναι υποκειμενική, το πώς δηλαδή τη βιώνουν τα μέλη, και αντικειμενική, το πώς δηλαδή ένας τρίτος την εκτιμά και την αξιολογεί.

Έχουν συγκεκριμενοποιηθεί τα βιώματα των οικογενειών με ψυχικά άρρωστο μέλος τα οποία κατηγοριοποιούνται σε υποκειμενική και αντικειμενική επιβάρυνση.

Ως υποκειμενική επιβάρυνση ορίζεται ο βαθμός κατά τον οποίο το μέλος της οικογένειας βιώνει συμπτώματα θλίψης, άγχους, αϋπνίας, αμφιθυμίας, ενοχών κτλ. και συναισθήματα ανασφάλειας, απομόνωσης(Μαδιανός 2005-Χριστοδούλου 2004).

Κεφάλαιο 11

11.1 Ο νοσηλευτής /τρια ψυχικής υγείας

Η φύση του αντικειμένου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων του ενός επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τα μέλη της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας συνεργάζονται και συντονίζουν τις προσπάθειές τους με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών. Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας στηρίζεται στο θεωρητικό οικοδόμημα της Βασικής Νοσηλευτικής, που ως επιστήμη και κλινική πρακτική εστιάζει το ενδιαφέρον της στα τρία στάδια πρόληψης: (α) προαγωγή και διατήρηση της υγείας (πρωτοβάθμια), (β) παροχή φροντίδας και θεραπεία (δευτεροβάθμια) και (γ) αποκατάσταση (τριτοβάθμια).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ταυτότητα του νοσηλευτή που ασχολείται με ψυχιατρικούς ασθενείς έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί. Έτσι, από τον παραδοσιακό ρόλο του «φύλακα» ασθενών και απλού «εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών, έφθασε, μέσω της εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στην ανάληψη πιο ενεργού ρόλου στη θεραπευτική ομάδα (Χριστοδούλου 2004).

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) ορίζει ως Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας «έναν ειδικό τομέα νοσηλευτικής άσκησης, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού κάθε ατόμου». Πραγματοποιείται μέσω μιας διαπροσωπικής διαδικασίας, που σκοπεύει στην προαγωγή και διατήρηση συμπεριφοράς, η οποία συμβάλλει στην ολοκλήρωση της λειτουργικότητας του ασθενούς (Μαδιανός 2005).

Σύμφωνα με τις θεωρητικούς της Νοσηλευτικής Perlaui, Rogers και Roy, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας προϋποθέτει τη ολιστική θεώρηση και προσέγγιση των ασθενών, ανεξάρτητα από την τρέχουσα νόσο (Gillam 2008).

11.2 Οι τομείς των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα ν' αναπτύξουν τις δραστηριότητές τους σε ποικίλους τομείς:

1. **Ο θεραπευτικός.** Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικού αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι, μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.
2. **Ο οργανωτικός- διοικητικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει το χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας, αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης, όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.
3. **Ο εκπαιδευτικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές (π.χ. σχολείο). Κύριο μέλημα του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή σε ομάδες, σε θέματα υγείας.
4. **Ο συμβουλευτικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει συμβουλευτική σε ασθενείς και στις οικογένειές τους, σε συναδέλφους – συνεργάτες, σε κοινοτικές δομές και οργανισμούς.
5. **Ο ερευνητικός.** Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων (Gournay 1995).

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας διαφαίνεται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, που περιλαμβάνουν:

α. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους του μεγιστοποίηση του δυναμικού

της υγείας του . Δημιουργεί και συντηρεί, σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένος στο φυσικό. Οι νοσηλευτές:

- Διατηρούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα, που διευκολύνει την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων από πλευράς ασθενών.
- Μεριμνούν ώστε σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού χρόνου (όλο το 24ωρο) οι ασθενείς να νιώθουν ασφαλείς, να εισπράττουν αποδοχή και σεβασμό και να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά τους.

Επειδή προϋπόθεση για τη δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία, θεωρείται απαραίτητο ο ασθενής να πληροφορείται τα νομικά δικαιώματά του, καθώς και τους λόγους και τους όρους που είναι απαραίτητοι για τη χρήση πιθανών περιοριστικών μέτρων.

α. Αξιοποίηση πληροφοριών- εκτίμηση -νοσηλευτική διάγνωση. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον του, αξιοποιώντας το νοσηλευτικό-θεραπευτικό συνεχές (24ωρη νοσηλευτική βάρδια). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Ο νοσηλευτής αποτελεί, μ' αυτόν τον τρόπο, το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας(Barker 1997).

11.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Νοσηλευτικές ανάγκες-Προβλήματα ψυχιατρικών ασθενών

- Αισθητηριακή/αντιληπτική διαταραχή(ακουστική, οπτική)
- Διαταραχή διεργασιών της σκέψης
- Κοινωνική απομόνωση
- Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας
- Διαταραχή συμπεριφοράς(αμυντική)
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα
- Ψευδαισθήσεις και παραλήρημα
- Ανάγκη εξασφάλισης υποστηρικτικού περιβάλλοντος

- Ανάγκη εξασφάλισης ασφαλούς περιβάλλοντος

Προγραμματισμός και εφαρμογή

1. Συνεχιζόμενη εκτίμηση της παρουσίας / βαρύτητας των διαταραχών της αντίληψης του αρρώστου. Επισημάνση των αιτιολογικών / συντελεστικών παραγόντων, όπως είναι π.χ. το άγχος, η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, ο πυρετός, τραυματισμός ή άλλες οργανικές αιτίες / αρρώστιες. Με την παρέμβαση αυτή εξασφαλίζονται πληροφορίες για τις δυνατότητες του αρρώστου να εκτελεί την καθημερινή φροντίδα του εαυτού του, τις συνήθειες ύπνου, την επικινδυνότητα για βίαιη συμπεριφορά, ύστερα από παραληρητικές εντολές για αυτοκτονία ή βλάβη άλλων, τις μη λεκτικές και λεκτικές εκφράσεις κ.λ.π.
2. Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάμνει. Η συνεχής και συνεπής υποστήριξη / αποδοχή θα ελαττώσει τη διαταραγμένη αντίληψη των ερεθισμάτων που δέχεται. (Ραγιά 2007)
3. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών και αντιπαράθεσεων ή γελοιοποίησης του αρρώστου.

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

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

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

5. Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα. Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του όταν είναι δυνατό.

Ο άρρωστος που αντιλαμβάνεται λανθασμένα το περιβάλλον δεν έχει τον αυτοέλεγχο, για να προλάβει την παρορμητική αντίδραση προς τις σφαλερές αντιλήψεις των ερεθισμάτων. Συχνά αισθάνεται ότι αυτοελέγχεται περισσότερο αν ο νοσηλευτής παραμένει στο θάλαμο. Η απόσπαση της προσοχής με μουσική, τηλεόραση ή επιτραπέζια παιχνίδια υποστηρίζει τον άρρωστο να ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου των παρορμητικών αντιδράσεών του.

6. Ειλικρινής έκφραση φόβων αν έχει επισημανθεί δυνητική εκδήλωση επιθετικότητας (κίνδυνος αυτοκαταστροφής ή βλάβης άλλων).

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

7. Χρησιμοποίηση τεχνικών εξωτερικού ελέγχου. Αν χρειάζεται, τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο, εφαρμογή μηχανικών ή φαρμακευτικών περιοριστικών μέτρων(Ραγιά 2007).

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

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

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

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

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

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

Αυτά αυξάνουν τα αισθήματα προσωπικής επάρκειας, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης που τείνουν να ελαττώνουν τις αρνητικές εμπειρίες των ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων και γενικά τις αισθητηριακές / αντιληπτικές διαταραχές(Ραγιά 2007).

Εκτίμηση αποτελεσμάτων

Ο ασθενής μέχρι την έξοδο του από το ψυχιατρικό ίδρυμα πρέπει να έχει φθάσει στο σημείο να:

- 1) Διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον.
- 2) Αναγνωρίζει την πραγματικότητα και δεν ακούει πλέον εσωτερικές φωνές ή δεν τους δίνει σημασία.
- 3) Εκδηλώνει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης του συναισθήματος και της συμπεριφοράς
- 4) Επιδιώκει συζήτηση με το προσωπικό όταν αισθάνεται άγχος ή όταν αρχίζουν να τον ενοχλούν ψευδαισθήσεις και φωνές.

Αναφέρει ρεαλιστικά σχέδια, π.χ. προγραμματίζει να μείνει σε ένα αναρρωτήριο όταν βγει από το ψυχιατρικό ίδρυμα ή να συνεχίσει το επάγγελμά του.

Νοσηλευτικές ανάγκες-Προβλήματα ασθενών πριν την έναρξη αντιψυχωσικών φαρμάκων

- Αλλεργίες σε τυχόν ψυχοφάρμακα που λαμβάνουν

- Προβλήματα στην πορεία της υγείας του
- Μέτρηση ζωτικών σημείων για εξασφάλιση σταθερής πορείας της υγείας του
- Ανάγκη εξασφάλισης εμπιστοσύνης
- Ανάγκη εξασφάλισης υποστηρικτικού περιβάλλοντος

11.3.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων

Προγραμματισμός και εφαρμογή

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

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

6. Διατύπωση πρωτοκόλλου με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλεύτη, στο οποίο αναφέρονται:
 - Εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου στο οποίο αναφέρονται:
 - Επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα του αρρώστου
 - Οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης

- Περιεχόμενο και έκταση πληροφόρησης του αρρώστου σχετικά με τα φάρμακα που θα του δοθούν, ανάλογα με το διανοητικό και αμυντικό λειτουργικό του επίπεδο (π.χ. χρειάζονται διαφορετική πληροφόρηση ο αρνητικός, ο καχύποπτος, ο δύσπιστος άρρωστος). Ακόμη τί θα πεί ο ψυχίατρος και τί ο νοσηλεύτης(Ραγιά 2007).

Εκτίμηση

- 1) Σταθερή πορεία της υγείας και των ζωτικών σημείων του ασθενούς.
- 2) Αναφέρει προβλήματα που τυχόν προκύπτουν από την φαρμακοθεραπεία.
- 3) Να έχει αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με το νοσηλευτικό προσωπικό και να αναφέρει προβληματισμούς σχετικά με την φαρμακοθεραπεία του.

11.3.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων

Προβλήματα ασθενούς

- Ανάγκη συντήρησης της φαρμακευτικής αγωγής.
- Εμπειρία εντοπισμού παρενεργειών των φαρμάκων.
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα ασθενούς.
- Ανάγκη εξασφάλισης υποστηρικτικού περιβάλλοντος.
- Ανάγκη εξασφάλισης ασφαλούς περιβάλλοντος.

Προγραμματισμός και εφαρμογή

1. Αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του αρρώστου προς τα φάρμακα που παίρνει με τους τρόπου που ήδη αναφέρθηκαν.
2. Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης για όψιμες αντιδράσεις: ηπατικές, αιματολογικές, οφθαλμικές, εξωπυραμιδικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα (χάλαση συνειρμών, καχυποψία, παραληρητικές ιδέες) (Βαρώνος 1997).
3. Οργάνωση ευκαιριών για να μάθει ο άρρωστος πώς να παίρνει μόνος τα φάρμακά του και πώς να παρακολουθεί τον εαυτό του.
4. Εφαρμογή της ολικής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου. Όστε να μεγιστοποιούνται τα θεραπευτικά αποτελέσματα των φαρμάκων, να ελαττώνονται τα συμπτώματα και

κατά συνέπεια να ελαττώνεται η δοσολογία των φαρμάκων. Πρέπει να τονισθεί ότι η ελάττωση των συμπτωμάτων με τα φάρμακα δεν σημαίνει το τέλος, αλλά την αρχή της νοσηλευτικής παρέμβασης για υγιή ψυχοκοινωνική αλλαγή.

5. Καταγραφή και ενυπόγραφη τεκμηρίωση στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου, των χορηγούμενων φαρμάκων καθώς και των θεραπευτικών και ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Με τον τρόπο αυτό ενημερώνεται ολόκληρη η θεραπευτική ομάδα και εξασφαλίζεται συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Η αμέλεια της τεκμηρίωσης αυτής αποτελεί και ποινική ευθύνη του νοσηλευτή (MacLean 1986).

Εκτίμηση

- 1) Εκτίμηση των εξετάσεων για την πορεία της υγείας του.
- 2) Εξασφάλιση υποστηρικτικού και ασφαλούς περιβάλλοντος ώστε να εκφράζει τους προβληματισμούς του.
- 3) Εκτίμηση της γενικότερης εικόνας της υγείας του.

11.3.3 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας Προβλήματα ασθενούς

- Ανάγκη συντήρησης της ψυχικής του υγείας.
- Ανάγκη εξασφάλισης υποστηρικτικού περιβάλλοντος.
- Ανασφάλεια για τυχόν εμφάνιση υποτροπής

Προγραμματισμός και εφαρμογή

1. Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για τη διακοπή της φαρμοκοθεραπείας.
2. Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη ή πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος με δόση συντήρησης, με συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου.
3. Εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων, που ήδη αναφέρθηκαν. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να αναγνωρίσει την όψιμη δυσκινησία (ανώμαλες ακούσιες κινήσεις των δακτύλων, της γλώσσας κ.λ.π.)
4. Οργάνωση σταθερού συστήματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τον άρρωστο.

5. Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. Συνεργασία με τον άρρωστο ποια παρέμβαση πρέπει να γίνει για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο(Maunir 1994).

Εκτίμηση νοσηλευτικών παρεμβάσεων

- 1) Αναγνώριση από τον νοσηλευτή κατά πόσο έχει αυξηθεί η υπευθυνότητα του αρρώστου.
- 2) Εκτίμηση του νοσηλευτή αν υπάρχουν υποστηρικτικά πρόσωπα στο περιβάλλον για να τον βοηθούν και να επιβλέπουν τον άρρωστο.
- 3) Εκτίμηση του νοσηλευτή για τη γενική εικόνα της πορείας της υγείας του ασθενούς κατά τον τερματισμό της ψυχοθεραπείας του.

11.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων:

- α) Από το κεντρικό νευρικό σύστημα: εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, ακαθισία, παρκινσονισμός, τρόμος, υποκινητικότητα, μυϊκές δυσκινησίες / δυστονίες, όψιμη δυσκινησία ή νευροληπτικό κακόηθες σύνδρομο.
- β) Από το αυτόνομο νευρικό σύστημα: ξηροστομία, μυδρίαση, ρινική συμφόρηση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδίες, ορθοστατική υπόταση, εφίδρωση κ.α.
- γ) Άλλες παρενέργειες: φωτοευαισθησία, αλλεργική δερματίτιδα, χολοστατικός ίκτερος, ανώμαλη χρώση του δέρματος κ.α(Βιδάλης 2001).

11.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων

Αν εμφανισθούν εξωπυραμιδικές αντιδράσεις ή όψιμη δυσκινησία, ο νοσηλευτής και ο ψυχίατρος αποφασίζουν αν μπορεί να ελαττωθεί η δόση του φαρμάκου που τα προκάλεσε ή πρέπει να προστεθεί αντιπαρκινσονικό φάρμακο (artane, akineton κ.λ.π.). Ο άρρωστος συνήθως ανησυχεί και χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη και διαβεβαίωση ότι τα συμπτώματα του παρκινσονισμού θα υποχωρήσουν.

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

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

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

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

Η λευκοπενία και η ακοκκιοκυτταραιμία (καταστροφή των λευκών αιμοσφαιρίων) μπορεί να εμφανισθεί σε αρρώστους που παίρνουν χλωροπρομαζίνη. Εξακριβώνεται με τις τακτικές εξετάσεις αίματος, όπως ελέχθη, την προσοχή στα παράπονα του αρρώστου για αδιαθεσία και κακουχία και με τη συχνή θερμομέτρηση για τη διαπίστωση πυρετού που σημαίνει φλεγμονή. Χρειάζεται ακόμη τακτική επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα για σημεία φλεγμονής ή εμφάνισης ρινορραγίας. Τα φαινόμενα αυτά συνεκτιμούνται με την ψυχική κατάσταση του αρρώστου για να αποφασισθεί η τυχόν διακοπή του φαρμάκου (Βιδάλης 2001).

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

Ο νοσηλευτής έχει πάντα υπόψη ότι πολλά ψυχοτρόπα φάρμακα είναι τοξικά, μπορεί να γίνει κατάχρησή τους (τοξικομανία) ή να χρησιμοποιηθούν για αυτοκτονία. Γι' αυτό παραγγέλλονται σε μικρές ποσότητες και φυλάσσονται σε ασφαλές κλειδωμένο ντουλάπι – φαρμακείο του τμήματος. Όταν προετοιμάζονται τα φάρμακα για περισσότερους από ένα άρρωστο την ίδια ώρα, δεν πρέπει να εγκαταλείπονται αφύλακτα ή ακλείδωτα τα ετοιμασμένα φάρμακα.

Κατά τη χορήγηση των φαρμάκων στους αρρώστους, επιβάλλεται προσεκτική επίβλεψη εκ μέρους του υπευθύνου νοσηλευτή για να βεβαιωθεί ότι τα πήραν πράγματι. Ιδιαίτερως ελέγχεται ακόμη και η στοματική κοιλότητα για επιβεβαίωση της

κατάποσης, αν ο άρρωστος είναι παιδί, ηλικιωμένος, εξασθενημένος ή αντιστέκεται στη θεραπεία.

Η παράλειψη λήψης μιας ή περισσότερων δόσεων ενός φαρμάκου και η έξαρση των συμπτωμάτων μπορεί να κάνει τη θεραπευτική ομάδα να αυξήσει τη δοσολογία ή να προσθέσει και άλλο φάρμακο που δεν χρειάζεται. Γι' αυτό η μη κατάποση ή άρνηση λήψης του φαρμάκου ή μη λήψη μιας δόσης λόγω απουσίας του αρρώστου από το τμήμα, αναγράφεται στο φύλλο νοσηλείας του.

Στις συνταγές των εξωτερικών αρρώστων γράφονται μικρές ποσότητες φαρμάκων για να προλαμβάνεται η εφάπαξ λήψη μεγάλης ποσότητας και να επανέρχονται συχνά για μια νέα συνταγή, οπότε επανεκτιμούνται η κατάστασή τους και οι φαρμακευτικές τους ανάγκες. Στο κέντρο υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία συνιστάται προσοχή στους αρρώστους που επανέρχονται με αυξημένη συχνότητα για επανάληψη της συνταγής. Αυτό μπορεί να σημαίνει κατάχρηση ή όχι σωστή λήψη της δοσολογίας. Με την ευκαιρία αξιολογείται με προσοχή ο άρρωστος που φαίνεται καταθλιπτικός ή έντονα αγχώδης για πρόληψη ενδεχόμενης απόπειρας αυτοκτονίας(Karlan 2001).

11.6 Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία

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

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

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

- ✓ Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, το όνομα, τη δόση, τις ώρες χορήγησης και την επιθυμητή δράση του φαρμάκου. Όπως και τις ενδεχόμενες παρενέργειες που πρέπει να αναφέρονται στον νοσηλευτή και τον γιατρό μαζί με κάθε ασυνήθιστο σημείο, σύμπτωμα ή υποκειμενικό αίσθημα. Ιδιαίτερα πρέπει να αναφέρονται: πόνος στο λαιμό, πυρετός, ασυνήθιστη αιμορραγία ή αιμάτωμα, δερματικό εξάνθημα, αδυναμία, τρόμος, μυϊκοί σπασμοί, διαταραχές της όρασης, σκούρο χρώμα των ούρων, άχρωμες κενώσεις, ίκτερος και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις.
- ✓ Συμβουλεύει τον άρρωστο να μη μοιράζεται τα φάρμακά του με άλλους και να ενημερώνει τους νοσηλευτές και γιατρούς του οπουδήποτε νοσηλευθεί, τον οδοντίατρο, τον φαρμακοποιό κι αν είναι γυναίκα τον μαιευτήρα της, για όλα τα φάρμακα που παίρνει.
- ✓ Υπενθυμίζει στον άρρωστο να μη παραλείπει και να μη διπλασιάζει ούτε να παίρνει αργότερα μια ξεχασμένη δόση φαρμάκου εκτός ειδικής ιατρικής οδηγίας. Να περιμένει να φθάσει η ώρα της επόμενης δόσης και να παίρνει μόνο εκείνη της προγραμματισμένη δόση.
- ✓ Συνιστά στον άρρωστο να διατηρεί τα φάρμακά του κλεισμένα σε μέρος όπου δεν φθάνουν τα παιδιά.
- ✓ Τονίζει ότι ο άρρωστος δεν πρέπει να πίνει οινοπνευματώδη ποτά, διότι ήδη τα φάρμακά του καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και δεν μπορούν να συνδυάζονται με άλλο κατασταλτικό όπως είναι το αλκοόλ(Ραγιά 2007).

Κεφάλαιο 12

12.1 Αποκατάσταση ασθενούς από την κλινική στην κοινότητα

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, κατά τη χρονική περίοδο 1975-2000, ο αριθμός των αναπήρων ατόμων σ' ολόκληρο τον κόσμο θα φθάσει τα 200 εκατομμύρια, από τα οποία τα σαράντα πέντε εκατομμύρια είναι ψυχικά ανάπηρα άτομα.

Στην ψυχιατρική νοσολογία δυο ομάδες νόσων ενέχονται στην πρόκληση σημαντικής έκπτωσης λειτουργικότητας, ανικανότητας και αναπηρίας : η ομάδα των σχιζοφρενικών διαταραχών και η ομάδα των οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Από τις δύο αυτές ομάδες εκείνη των σχιζοφρενικών διαταραχών αποτελεί το πιο εκτεταμένο πεδίο εφαρμογής των μεθόδων της αποκατάστασης(Μαδιανός 1994).

12.2 Οι βασικές αρχές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Όπως η Κοινωνική Ψυχιατρική έτσι και η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση διέπεται από οκτώ βασικές αρχές.

- 1) Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμα και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε έναν τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.
- 2) Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέες ικανότητες.
- 3) Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα. Είναι εμφανές ότι η αρχή αυτή βασίζεται στις έννοιες των θετικών ή αρνητικών ενισχύσεων όπως αυτές θεμελιώθηκαν από τον B.F.Skinner.
- 4) Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των ψυχοθεραπευτών και εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο ν' αλλάξει

τη συμπεριφορά του και να δρα «φυσιολογικά», αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν τη συμπεριφορά.

- 5) Η επιδίωξη της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα των ψυχιατρείων να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής έξω στην κοινότητα.
- 6) Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδρασή του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στον οποίο εκείνη το επηρεάζει.
- 7) Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών, γι' αυτό και στην ομάδα της ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν και άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να αποτελεί σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών.
- 8) Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς(εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες) (Μαδιανός 1994).

12.3 Τύποι εναλλακτικών στεγαστικών δομών

1. Ξενώνας 24ωρης φύλαξης
2. Ξενώνας 12ωρης φύλαξης
3. Διαμέρισμα ομαδικής διαβίωσης με εποπτεία
4. Διαμέρισμα ατομικής διαμονής με εποπτεία
5. Θετή οικογένεια
6. Οικοτροφείο μακράς παραμονής εποπτευόμενο
7. Ξενοδοχείο(ειδικά οργανωμένο) με παροχή φαγητού
8. Διαμονή με την οικογένεια

9. Διαμονή σε ατομικό διαμέρισμα
10. Καταφύγιο για αστέγους(www.hsfm.gr)

Οι βασικές αρχές της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης

Οι οκτώ αυτές βασικές αρχές, όπως έχουν περιγραφεί από τον Zussman είναι απόσταγμα των πρώτων αποκαταστασιακών εμπειριών. Πρόσφατα οι Antony, Cohen και Farkas περιέγραψαν εννέα επίσης βασικές αρχές, προϊόντα της τεράστιας εμπειρίας τους στον τομέα της θεωρίας και πρακτικής της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στις Η.Π.Α.

Οι βασικές αρχές της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης των Antony, Cohen και Farkas

1. Ο πρωταρχικός στόχος είναι η βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου.
2. Η ψυχιατρική αποκατάσταση είναι εκλεκτική ως προς τις τεχνικές της.
3. Το όφελος από την αποκατάσταση αφορά τη βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου με έμφαση στην αντίληψη της πραγματικότητας και όχι των ενδοψυχικών παραγόντων.
4. Ένας κύριος στόχος είναι η βελτίωση του επαγγελματικού αποτελέσματος των ατόμων.
5. Η ΕΛΠΙΔΑ αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο στη διαδικασία της αποκατάστασης.
6. Η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στην αποκαταστασιακή διαδικασία είναι επιθυμητή.
7. Οι δύο βασικές παρεμβάσεις της αποκατάστασης είναι η ανάπτυξη των δεξιοτήτων(skills) του ατόμου και η ανάπτυξη της περιβαλλοντικής υποστήριξης.
8. Η μακρόχρονη φαρμακοθεραπεία είναι αναγκαία αλλά σπανίων επαρκεί από μόνη της για την αποκαταστασιακή παρέμβαση.
9. Η εξάρτηση από περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών αποκατάστασης είναι ως πρώτο βήμα κάτι το φυσιολογικό και είναι δυνατό να οδηγήσει το άτομο σε μια προοδευτική αύξηση της λειτουργικότητας του, ώστε να είναι ανεξάρτητο(Μαδιανός 1994).

12.4 Παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων είναι οι :1)κλινικοί παράγοντες, όπως η επίπτωση της ίδιας αρρώστιας, η προϋπάρχουσα γενική λειτουργικότητα του ατόμου, η προνοσηρή προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση, 2)οικογενειακοί, κοινωνικοί/πολιτιστικοί παράγοντες, όπως το φτωχό κοινωνικό/πολιτιστικό περιβάλλον και η χαμηλή κοινωνική τάξη και 3)οι διαδικασίες της εφαρμογής της αποκατάστασης.

Ειδικότερα στους κλινικούς παράγοντες πρέπει να επισημανθεί η προ-νοσηρή προσωπικότητα-π.χ., τυχόν κοινωνικά στοιχεία επιδρούν αρνητικά στους μαθησιακούς μηχανισμούς νέων κοινωνικών δεξιοτήτων(Μαδιανός 1994).

Κεφάλαιο 13

13.1 Μελλοντικά στοιχεία-Τελευταία νέα

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα για τη βιολογική βάση της σχιζοφρένειας έχει επικεντρωθεί σε ανατομικές βλάβες-δυσλειτουργίες και βιοχημικούς μηχανισμούς που μπορεί να σχετίζονται με την εκδήλωσή της και να επηρεάζουν την πορεία της. Σε μακροσκοπικό επίπεδο υπάρχουν αρκετά ευρήματα για διεύρυνση των πλάγιων κοιλιών του εγκεφάλου(γεγονός που υποδεικνύει εκφύλιση νευρικού ιστού) και ατροφία στο φλοιό, ιδιαίτερα σε μετωπιαίες και κροταφικές περιοχές. Πολλές από αυτές τις ανωμαλίες έχουν παρατηρηθεί και σε υγιή αδέρφια ασθενών με σχιζοφρένεια, γεγονός που υποστηρίζει την άποψη ότι υπάρχει κάποια προδιάθεση αλλά η νόσος εμφανίζεται όταν υπεισέλθουν και άλλοι παράγοντες. Σε κυτταρικό επίπεδο έχει διαπιστωθεί διαταραγμένη κυτταροαρχιτεκτονική, ιδιαίτερα σε περιοχές του κροταφικού λοβού. Η διαταραγμένη κυτταροαρχιτεκτονική πιθανώς να σχετίζεται και με προβλήματα στη μετανάστευση των κυττάρων κατά την ενδομήτριο φάση της κύησης, που μπορεί να οφείλονται σε ιούς ή τοξικούς παράγοντες στους οποίους εκτέθηκε η μητέρα(www.schizophrenia.com). Αυτό έχει οδηγήσει στην άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νευρο-αναπτυξιακή διαταραχή. Σε ότι αφορά στη λειτουργία του εγκεφάλου είναι πλέον καλά τεκμηριωμένο ότι σε σημαντικό αριθμό ασθενών με σχιζοφρένεια υπολειτουργεί η προμετωπιαία περιοχή του μετωπιαίου λοβού. Αυτό το εύρημα έχει σχετιστεί με ορισμένα από τα συμπτώματα, όπως οι διαταραχές στο συναίσθημα, η κοινωνική απόσυρση και τα ελλείμματα σε γνωστικές λειτουργίες. Δύο από τους πιθανούς λόγους της μειωμένης λειτουργίας του προμετωπιαίου φλοιού φαίνεται να είναι οι λιγοστές συναπτικές επαφές ανάμεσα στα κύτταρα της περιοχής και οι λιγότερες αριθμητικά δενδριτικές άκανθες των νευρώνων. Με άλλα λόγια, η διαταραγμένη επικοινωνία των κυττάρων στην περιοχή αυτή, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ατελή επεξεργασία και σύνθεση των πληροφοριών(www.latronet.gr)

Συμπερασματικά, η σύγχρονη έρευνα έχει καταδείξει ότι η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή με σημαντικές βιολογικές συνιστώσες. Η ανάπτυξη των αντιψυχωσικών φαρμάκων βοήθησε σημαντικό αριθμό ασθενών με σχιζοφρένεια να ζήσουν φυσιολογικά εκτός ψυχιατρικών ιδρυμάτων και ασύλων και να είναι το κατά δυνατόν παραγωγικοί στην κοινωνία. Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που στις μέρες

μας μπορεί να αντιμετωπιστεί. Κάθε ασθενής είναι μοναδικός και θα πρέπει να δεχτεί μια εξατομικευμένη θεραπεία(που μπορεί να συνδυάζει φάρμακα και ψυχοθεραπεία),η οποία να είναι αποτελεσματική γι'αυτόν. Σ' αυτό το πλαίσιο το στίγμα όχι μόνο δεν έχει να προσφέρει κάτι, αλλά μπορεί να εμποδίσει την ανάρρωση και την ομαλή ένταξη του ασθενούς στον κοινωνικό ιστό(www.dr-med.gr).

13.1.1 Τελευταία νέα για τη σχιζοφρένεια

Εννέα γενετικοί δείκτες μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση σχιζοφρένειας σύμφωνα με μελέτη αμερικανικής ερευνητικής ομάδας.

Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι κληρονομική και από τους δυο γονείς και ο κίνδυνος αυξάνεται κατά πολύ εφόσον ο άνθρωπος κληρονομήσει ίδια αντίγραφα αυτών των δεικτών από τον κάθε γονέα.

Δημιουργήθηκε ένα μαθηματικό μοντέλο που εξετάζει τις γενετικές πληροφορίες που κάποιος έχει κληρονομήσει από τους δυο γονείς, και εντοπίζει ίδιες περιοχές χρωμοσωμάτων. Εντοπίστηκαν 9 περιοχές στα χρωμοσώματα που μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στο να προκαλούν τη σχιζοφρένεια όταν δυο ίδιες παραλλαγές κληρονομούνται από τους γονείς. Οι τέσσερις από αυτές, έχουν γονίδια που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια ενώ οι υπόλοιπες πέντε περιοχές είναι καινούργιες.

Ένα τουλάχιστον δείκτη είχαν το 81% των ανθρώπων με σχιζοφρένεια και από τους δύο γονείς και σχεδόν οι μισοί είχαν δύο ή περισσότερους δείκτες. Νέοι δρόμοι στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θα ανοίξουν εφόσον επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα(www.iatronet.gr).

13.1.2 Συνέντευξη της Ελένης Τζαβάρρα

Σύμφωνα με μια συνέντευξη της Ελένης Τζαβάρρα, senior research scientist στο ινστιτούτο INSERM στο Παρίσι η οποία, ασχολείται με τη δημιουργία νέων φαρμάκων για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών παθήσεων όπως η σχιζοφρένεια, δήλωσε ότι η ανακάλυψη των πρώτων αντικαταθλιπτικών και αντιψυχωσικών ήταν τυχαία, αποτέλεσε όμως πραγματική επανάσταση στο χώρο της ψυχιατρικής. Τα φάρμακα αυτά που τα χρησιμοποιούμε και σήμερα, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά

για την ύφεση των παροξυσμικών συμπτωμάτων και κρίσεων. Αυτό επέτρεψε τη μερική ή ολική επανένταξη των πασχόντων στο κοινωνικό σύνολο και το κλείσιμο των ασύλων, όπως αυτό στη Λέρο. Δυστυχώς, υπάρχουν ακόμα βαριές περιπτώσεις ανθεκτικές στα υπάρχοντα φάρμακα που χρειάζονται μακρόχρονη ή επανειλημμένη παραμονή στο νοσοκομείο.

Με τα πρώτα αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά έγινε αντιληπτό ότι η ψυχική πάθηση έχει οργανικό υπόστρωμα και μπήκαν οι βιολογικές βάσεις της ψυχιατρικής. Αυτό είναι πλέον κτήμα της ιατρικής και επιστημονικής κοινότητας. Το στίγμα υπάρχει ακόμα αλλά θα λιγοστεύει όσο θα βελτιώνεται η κοινωνική ένταξη και επαφή των ψυχικά ασθενών σαν αποτέλεσμα νέων θεραπειών.

Σήμερα στην κλινική έρευνα χρησιμοποιούνται γενετικές τεχνικές και τεχνικές απεικόνισης για να μελετήσουμε το πώς γενετικοί και νευροψυχολογικοί δείκτες, καθώς και νευροχημικές μεταβολές σχετίζονται με την κλινική διαδρομή, την πρόγνωση και την απάντηση στη θεραπεία.

Μια τέτοια προσέγγιση επιτρέπει την κατηγοριοποίηση διαφορετικών μορφών της σχιζοφρένειας, της μανιοκατάθλιψης και της κατάθλιψης. Φαίνεται ότι αυτό που εκτιμάται είναι διαταραχές πολλών διαφορετικών ειδών ή μορφών και μια στοχευμένη θεραπεία που είναι αποτελεσματική για μια ομάδα ασθενών, δεν είναι για μια άλλη ομάδα. Από την άλλη πλευρά, από την έρευνα σε πειραματόζωα, αναδεικνύονται πολλαπλοί νέοι θεραπευτικοί στόχοι. Μελλοντικός στόχος είναι να μπορεί να αναγνωρισθεί κάθε ομάδα ασθενών με βάση κλινικά, πειραματικά και γενετικά κριτήρια για να μπορεί να προταθεί το κατάλληλο φάρμακο(www.openthedoors.com).

13.2 Ερευνητές του Τζον Χόπκινς ανακάλυψαν γονίδιο υπεύθυνο για τη σχιζοφρένεια

Ερευνητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Τζον Χόπκινς ανακάλυψαν μια μετάλλαξη του γονιδίου νεουρεγκιουλίνη-3 επηρεάζει την εμφάνιση παραισθήσεων, που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας δεν είναι κοινά σε όλους τους ασθενείς. Η ομάδα των ερευνητών ομαδοποίησε τα 73 διαφορετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε 9 ομάδες παραγόντων, σχετικές με την ασθένεια: πρόδρομα, άρνησης, παραίσθησης, συναισθήματος, σχολαστικότητας, κοινωνικότητας εφήβων, αποδιοργάνωσης, ανικανότητας και ψευδαίσθησης. Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας γενετικά δείγματα

450 ανθρώπων που έπασχαν από σχιζοφρένεια, ανέλυσαν περισσότερους από 1.400 μονο-νουκλεοτιδικούς πολυμορφισμούς (SNPs). Ανακάλυψαν ότι από τους 20 SNPs που η ομάδα αξιολόγησε ως σημαντικούς, οι 13 που σχετίζονται με παράγοντες της σχολαστικότητας, της αποδιοργάνωσης και των ψευδαισθήσεων, εντοπίζονται εντός ή πέριξ του γονιδίου νεουρεγκιουλίνη-3, ενώ οι 3 SNPs που σχετίζονται άμεσα με τις παραισθήσεις εντοπίζονται αποκλειστικά στο γονίδιο. Όπως επισημαίνει ο επικεφαλής της μελέτης Δημήτριος Αβραμόπουλος, καθηγητής ψυχιατρικής και μέλος του Ιδρύματος Γενετικής Ιατρικής, το επόμενο βήμα είναι η εξέταση της αλληλουχίας του γονιδίου νεουρεγκιουλίνη-3 για τον εντοπισμό μεταλλάξεων οι οποίες ενδέχεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ασθένειας. *American Journal of Human Genetics* (www.hsfm.gr).

13.2.1 Νέο τεστ για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας

Μελέτες που έγιναν σε σχιζοφρενικούς ασθενείς επιβεβαίωσαν πράγματι ότι στον εγκέφαλο τους υπάρχουν στους νευρώνες αυξημένοι σε ποσότητα υποδοχείς για την ντοπαμίνη.

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

Οι Ισραηλινοί ερευνητές απέδειξαν ότι το mRNA (η ουσία που μεταφέρει τη γενετική πληροφορία κατασκευής των υποδοχέων της ντοπαμίνης από τον πυρήνα του κυττάρου στα ριβοσωμάτια του κυτταροπλάσματος) για τους υποδοχείς της ντοπαμίνης στο αίμα των σχιζοφρενικών είναι σημαντικά πιο αυξημένο παρά σε υγιείς ανθρώπους.

Η έρευνα αυτή δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό *Proceedings of the Academy of Sciences of the USA* (2001;98:625-8), από τους Fuchs και Ilani του Weizmann Institut of Science της Rehovot στο Ισραήλ. Η ανακάλυψη αυτή είναι πολύ σημαντική. Διευκολύνει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας που θα μπορεί να γίνεται πλέον πολύ γρήγορα χωρίς την ανάγκη χρόνιας παρακολούθησης που χρειάζεται τώρα και αποκλείει άλλες παροδικές καταστάσεις που μπορούν να τη μιμηθούν.

Επιπλέον δίνει μια σαφή βιοχημική εξήγηση για την ασθένεια αυτή ανοίγοντας το δρόμο για εξειδικευμένη αιτιολογική θεραπεία και ταυτόχρονα αφαιρεί σχετικές προκαταλήψεις που υπάρχουν.

Η γρήγορη διάγνωση, η προοπτική αιτιολογικής θεραπείας και η βιοχημική ανακάλυψη του μηχανισμού που οδηγεί στη σχιζοφρένεια αποτελούν μια πολύ σημαντική εξέλιξη και πρόοδο για μια χρόνια πάθηση που επηρεάζει 1% του πληθυσμού. Τώρα πρέπει να αναμένουμε κλινικές δοκιμές σε μεγάλο αριθμό ασθενών για να διαπιστωθεί εάν πράγματι οι πρώτες αυτές μελέτες επιβεβαιώνονται(www.hsfm.gr).

13.3 Έρευνα ρίχνει φως στα αίτια της σχιζοφρένειας

Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει δεκάδες γονίδια που δρουν διαφορετικά σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια, εύρημα που μπορεί ενδεχομένως να βοηθήσει την έρευνα για νέα φάρμακα αντιμετώπισης της νόσου, ανακοίνωσαν ερευνητές.

Πολλά από αυτά τα 49 γονίδια που βρέθηκαν σε δείγματα εγκεφαλικού ιστού ανθρώπων με σχιζοφρένεια εμπλέκονται στη ρύθμιση του τρόπου με τον οποίο οι νευρώνες επικοινωνούν μεταξύ τους, υποδεικνύοντας ότι τα λανθασμένα σήματα μεταξύ τους μπορεί ενδεχομένως να προκαλούν τη νόσο.

Σύμφωνα με την ερευνήτρια Jackie de Belleruche, του Imperial College του Λονδίνου, είμαστε πιο κοντά στο να κατανοήσουμε ποιο είναι το πρόβλημα με τη σχιζοφρένεια να οδηγηθούμε προς την κατεύθυνση της στόχευσης της φαρμακευτικής αγωγής.

Σύμφωνα με την ερευνήτρια, το πρώτο βήμα προς βελτιωμένες θεραπείες για τη σχιζοφρένεια είναι να κατανοηθεί πραγματικά τι συμβαίνει, να ανακαλυφθεί ποια γονίδια εμπλέκονται και ο ρόλος τους.

Η σχιζοφρένεια είναι περισσότερο συνήθης στους άντρες.

Αν και αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν, δε θεραπεύουν την ψυχική νόσο και μπορεί να οδηγήσουν σε παρενέργειες, όπως αύξηση του βάρους.

Έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι η νόσος εμφανίζεται όταν ο εγκέφαλος παράγει μεγάλη ποσότητα ντοπαμίνης, ενώ άλλη θεωρία πρεσβεύει ότι το περίβλημα των

νευρώνων έχει υποστεί βλάβη σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια, σημειώνουν η Belleruche και οι συνεργάτες της.

Η ερευνητική ομάδα, του Imperial College του Λονδίνου και της GlaxoSmithKline Plc, ανέλυσε εγκεφαλικό ιστό 23 υγιών ανθρώπων και 28 αντρών και γυναικών με σχιζοφρένεια. Στη συνέχεια συνέκρινε τα δείγματα με παρόμοιου μεγέθους ομάδα στις ΗΠΑ.

Η έρευνα αποκάλυψε 49 γονίδια που δρουν διαφορετικά σε δείγμα ανθρώπων με σχιζοφρένεια, υποδεικνύοντας ότι οι ανωμαλίες στον τρόπο που μεταδίδονται τα σήματα από τον ένα νευρώνα στον άλλο ενέχονται στη νόσο, σύμφωνα με τους ερευνητές.

Τα ευρήματα ενδεχομένως να οδηγήσουν σε νέους δρόμους, όπως εξετάσεις αίματος για ορισμένους δείκτες ή πιο εξειδικευμένες απεικονιστικές μεθόδους του εγκεφάλου, που θα βοηθήσουν στη διάγνωση της νόσου νωρίτερα από την αναμονή αλλαγής συμπεριφοράς κάποιου. Όπως δήλωσε η ερευνήτρια, οι περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται στην εφηβεία ή λίγο μετά τα 20, αλλά αν η διάγνωση μπορούσε να τεθεί νωρίτερα θα υπήρχε αποτελεσματικότερη αγωγή και καλύτερη ποιότητα ζωής(www.disabled.gr).

13.4 Τελευταία νέα στη θεραπεία της νόσου

Η παραγωγή μιας σειράς φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων έχει βοηθήσει πάρα πολύ στη μελλοντική εξέλιξη των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τα νέα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων της διαταραχής, ενώ ταυτόχρονα προκαλούν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που στιγματίζουν τον ασθενή. Η εκπαίδευση καθώς και οι άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να μάθουν να διαχειρίζονται την διαταραχή πιο αποτελεσματικά, μειώνουν την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία και αυξάνουν την κοινωνική επανένταξη όσων πάσχουν από σχιζοφρένεια. Παράλληλα οι έρευνες για πιο αποτελεσματικές θεραπείες συνεχίζονται. Επιπρόσθετα, οι συνεχιζόμενες μελέτες για την καλύτερη πρόγνωση της σχιζοφρένειας που παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες σε σχέση με τις αναπτυγμένες πιθανόν να υποδεικνύουν στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν παγκόσμια για να βελτιώσουν την έκβαση των ασθενών με σχιζοφρένεια σε όλο τον κόσμο(www.iatronet.gr).

13.4.1 Νεότερα αντιψυχωτικά

Ενώ τα προηγούμενα χρόνια η παραγωγή φαρμάκων εστίαζε στον περιορισμό των θετικών συμπτωμάτων όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρηματικές ιδέες, πιο πρόσφατα οι ερευνητές εργάζονται για την παραγωγή αντιψυχωτικών φαρμάκων με βελτιωμένη αποτελεσματικότητα και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά κατά των αρνητικών αλλά και των θετικών συμπτωμάτων και συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής, παράγοντες που είναι καθοριστικοί για τις νέες θεραπείες και τις προσπάθειες αποκατάστασης. Η κλοζαπίνη ήταν το πρώτο αντιψυχωτικό που παρήχθη και προκαλεί πολύ λίγες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες(ΕΠΣ). Την κλοζαπίνη ακολούθησαν πολλά νέα φάρμακα που μοιράζονται το ίδιο πλεονέκτημα. Οι όροι 'νεότερα', 'δεύτερης γενιάς' ή 'άτυπα' αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται για τα φάρμακα αυτής κατηγορίας, με τον όρο 'νέα' να επικρατεί μιας και το άτυπο' είναι δύσκολο να περιγραφεί. Ο χαμηλότερος κίνδυνος πρόκλησης εξωπυραμιδικού συνδρόμου(ΕΠΣ) είναι το ορόσημο που χαρακτηρίζει τα νεότερα αντιψυχωτικά. Εμφανίζονται επίσης να υπερέχουν έναντι των παραδοσιακών αντιψυχωτικών στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων και την χαμηλότερη πρόκληση ή την ασήμαντη αύξηση των επιπέδων προλακτίνης(www.cochrane.org).

13.4.2 .Νέα κατηγορία φαρμάκων για τη σχιζοφρένεια έπειτα από 50 χρόνια

Λονδίνο: το πρώτο αντιψυχωσικό νέας κατηγορίας από τη δεκαετία του 1950 είναι τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματικό με τις υπάρχουσες αγωγές, δείχνει η δοκιμή μιας πειραματικής ουσίας. Όλα τα σημερινά φάρμακα κατά της σχιζοφρένειας λειτουργούν με περίπου τον ίδιο τρόπο, μειώνοντας τα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη. Το νέο φάρμακο της αμερικανικής φαρμακοβιομηχανίας Elly Lilly δρα με διαφορετικό μηχανισμό, περιορίζοντας τα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή γλουταμινικό οξύ. Περίπου το 1% του πληθυσμού σε όλο τον κόσμο πάσχει από σχιζοφρένεια, μια ασθένεια που μπορεί να προκαλέσει παρανοϊκές ιδέες, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη σκέψη και επίπεδο συναίσθημα. Θεραπεία δεν υπάρχει. Οι ερευνητές της Elly Lilly δοκίμασαν την ουσία με κωδική ονομασία LY2140023,σε

σχεδόν 200 άτομα με σχιζοφρένεια. Μια ομάδα έλαβε το πειραματικό φάρμακο, μια δεύτερη ομάδα ψευδοφάρμακο (placebo), ενώ οι υπόλοιποι ακολούθησαν αγωγή με ολανζαπίνη, ένα κλασικό αντιψυχωσικό. Τα δυο φάρμακα ήταν εξίσου αποτελεσματικά, τόσο στα λεγόμενα θετικά αποτελέσματα, όπως οι παραισθήσεις, όσο και στα «αρνητικά», όπως η εσωστρέφεια, αναφέρουν οι ερευνητές στο περιοδικό Nature Medicine. Οι παρενέργειες του LY2140023-αϋπνία, συναισθηματική αστάθεια- ήταν διαφορετικά από της ολανζαπίνης, είχαν όμως την ίδια ένταση. Σε αντίθεση με τα άλλα αντιψυχωσικά, το νέο φάρμακο δεν προκάλεσε αύξηση βάρους. Οι ερευνητές τονίζουν ότι η έρευνα είναι απλώς μια «απόδειξη επί της αρχής» και ότι θα χρειαστούν χρόνια περαιτέρω ερευνών πριν κυκλοφορήσει στην αγορά το LY2140023 ή κάποιο άλλο φάρμακο με ίδιο μηχανισμό δράσης. Το γιατί η μείωση των επιπέδων του γλουταμινικού οξέος έχει αντιψυχωσική δράση παραμένει ωστόσο εν πολλοίς άγνωστο. Ο ρόλος του νευροδιαβιβαστή αυτού στη σχιζοφρένεια έγινε αντιληπτός από το ναρκωτικό PCP (φενκυκλιδίνη), το οποίο δρα στους υποδοχείς γλουταμινικού οξέος και προκαλεί «ψυχωσικά» επεισόδια (www.iatronet.gr).

Κεφάλαιο 14

14.1 Νοσηλευτική διεργασία ψυχιατρικού ατόμου

Ιστορικό

Νέος ασθενής ηλικίας 32 ετών ,έγγαμος, προσέρχεται στο Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου, συνοδευόμενος από τη σύζυγό του και την αδερφή του. Είναι ήρεμος αλλά δε συμμετέχει στη συζήτηση, δεν απαντά στις ερωτήσεις του γιατρού. Δεν έχει παλαιότερο ιστορικό ψυχιατρικών κρίσεων, δεν παίρνει αντίστοιχα φάρμακα. Μιλάει με άτομο ανύπαρκτο, κάνει διάλογο με άτομο που δεν είναι παρόν, αυτός ισχυρίζεται ότι τον βλέπει και τον αναφέρει συνέχεια. Είναι φοβισμένος και μα απλανές βλέμμα. Έχει έντονο άγχος, το οποίο δεν του επιτρέπει να ασχολείται καθημερινά με τις επαγγελματικές δραστηριότητές του. Δεν υφίσταται κατάχρηση ουσιών, ούτε υπάρχουν άλλες οργανικές παθήσεις. Η κοινωνικότητά του έχει μειωθεί καθώς έχει χάσει τους φίλους του, έχει απομακρυνθεί από αυτούς και αποφεύγει να βγαίνει από το σπίτι χωρίς να υπάρχει σημαντικός λόγος. Από τις οικογενειακές υποχρεώσεις είναι απών. Τέλος συχνά αναφέρει αυτοκαταστροφικές ιδέες. Μέσα σε διάστημα 3 μηνών έχει χάσει 10 κιλά, υποφέρει από αϋπνίες, η λειτουργία του εντέρου είναι προβληματική, κινητικές ανωμαλίες δεν υπάρχουν, η κατάσταση του δέρματός του είναι σχετικά καλή. Ιστορικό φαρμακοθεραπείας δεν υπάρχει, ούτε αλλεργίες σε κάποιο φαγητό ή φάρμακο.

Ο ψυχίατρος που τον εξέτασε κρίνει την εισαγωγή του ασθενή στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου για στενή και άμεση παρακολούθηση του, αφού πάσχει από σχιζοφρένεια.

<u>1ο στάδιο:</u> Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	<u>2ο στάδιο:</u> Αντικειμενικός σκοπός
<ul style="list-style-type: none">- διαταραχή της αντίληψης του αρρώστου- έντονο άγχος- τάσεις αυτοκαταστροφής	<ul style="list-style-type: none">- Μέσα σε 15 μήνες ο ασθενής πρέπει να μπορεί να διακρίνει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις οι οποίες θα έχουν μειωθεί στο ελάχιστο. Να είναι πιο κοινωνικός, να φροντίζει τον εαυτό του και να πάψει να αποτελεί πηγή κινδύνου για

<ul style="list-style-type: none"> - ατημέλητος, φοβισμένος, με απλανές βλέμμα - παραισθήσεις - ψευδαισθήσεις 	<p>τους γύρω του και φυσικά για τον ίδιο. Να είναι έτοιμος να επιστρέψει ξανά στο σπίτι του.</p>
<p style="text-align: center;"><u>3ο στάδιο:</u></p> <p style="text-align: center;">Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>Αρχικά πρέπει να βρεθούμε από την πρώτη στιγμή κοντά στον ασθενή για να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του</p> <ul style="list-style-type: none"> - Θα απομονωθεί σε ήρεμο, φωτεινό δωμάτιο, η φωνή μας θα είναι ήρεμη και σταθερή, αποφυγή γελοιοποίησης του αρρώστου και πάντα θα έχουμε διάθεση να απαντήσουμε σε οποιαδήποτε απορία που μπορεί να έχει ο ασθενής. - Πρέπει να γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά τρίωρο και ούρων. Καθημερινό προτεινόμενο διαιτολόγιο. - Επίσης πρέπει άμεσα να αρχίσει την φαρμακοθεραπεία που θα του συστήσει ο γιατρός με νευροληπτικά χάπια, όπως το λίθιο, καρβαμαζεπίνη, βενζοδιαζεπίνη., αντικαταθληπτικά και σπάνια αντιεπιληπτικά και αντιπαρκινσονικά, στις δόσεις και τις ώρες που θα προτείνει ο γιατρός. - Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθεί κι άλλες μεθόδους θεραπείας όπως 	<p style="text-align: center;"><u>4ο στάδιο:</u></p> <p style="text-align: center;">Εφαρμογή προγραμματισμού νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> - Συχνά θα γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις και 1 φορά το μήνα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά τρίωρο καθώς επίσης και μέτρηση ούρων. Καθημερινά θα υπάρχει διαιτολόγιο προτεινόμενο από διαιτολόγο για την αύξηση βάρους του ασθενούς. - Θα είμαστε πάντα κοντά του για βοήθεια, θα τον αντιμετωπίζουμε με σεβασμό και καλοσύνη έτσι ώστε να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης. Το δωμάτιό του θα είναι ήρεμο, καθαρό και φωτεινό. - Μέθοδο διδασκαλίας για να μπορεί να παίρνει μόνος τα φάρμακά του, πάντα υπό την επίβλεψή μας. Φάρμακα που του έχουν χορηγηθεί από το γιατρό όπως λίθιο, αντικαταθληπτικά και σπάνια αντιεπιληπτικά, στις δόσεις και τις ώρες που πρέπει. Θα παρακολουθεί ψυχοθεραπεία, ομαδική θεραπεία και θεραπεία μέσω τέχνης. - Πρέπει να ελέγχουμε την πρόοδο του ασθενή και να καταγράφουμε καθημερινά στην καρτέλα του, την πορεία του καθώς και οτιδήποτε καινούριο.

<p>ψυχοθεραπεία, ομαδική θεραπεία, θεραπεία περιβάλλοντος ή θεραπεία μέσω τέχνης.</p> <p>– Να τον διδάξουμε να παίρνει μόνος του τα φάρμακά του.</p>	<p>– Να τον διδάσκουμε έτσι ώστε να βρει μεθόδους για να διώχνει τις ψευδαισθήσεις και τις παραισθήσεις, όπως για παράδειγμα το τραγούδι ή να δίνει εντολές να εξαφανιστούν, χωρίς να τους δίνει σημασία.</p>
--	---

5ο στάδιο:

Εκτίμηση των αποτελεσμάτων – Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας

- Ο ασθενής σιγά αλλά σταθερά κάνει βήματα βελτίωσης. Αποδέχτηκε ο οργανισμός του τα φάρμακα, χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες. Συμμετέχει στην ψυχοθεραπεία η οποία τον βοηθά πολύ. Αρχίζει να φροντίζει τον εαυτό του μόνος του, καθώς και να έχει κοινωνικές επαφές. Δεν είναι επικίνδυνος καθώς καταλαβαίνει ότι οι ψευδαισθήσεις είναι ψεύτικες. Στους 15 μήνες, παίρνει εξιτήριο από την κλινική, επιστρέφει στο σπίτι του, αφού φυσικά θα έχει συχνή παρακολούθηση από τον γιατρό, καθώς επίσης θα συνεχίσει την φαρμακοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία.

14.2 Νοσηλευτική διεργασία ψυχιατρικού ατόμου

Ιστορικό

Νέα ασθενής ηλικίας 25 ετών, προσέρχεται στο ψυχιατρικό τμήμα του ΠΠΝΛ, συνοδεία αστυνομικών. Επίσης συνοδεύονταν από τον πατέρα της και την αδερφή της. Η κοπέλα βρισκόταν σε εξέλιξη οξείας κρίσης με έντονη διεγερτικότητα και έντονη επιθετικότητα καθώς δεν επιτρέπει σε κανέναν να πλησιάσει για να την εξετάσει. Κάνει διάλογο με άτομο που δεν είναι παρόν και ζητά επίμονα να σωπάσουν οι φωνές που ακούει, πράγματα που βρίσκονται μόνο στη φαντασία της. Είναι αδύνατη, με έντονα τα σημάδια της αϋπνίας και την ανησυχία στο πρόσωπό της. Αγνοεί την οικογένειά της και δεν γνωρίζει που βρίσκεται, ζητάει συνεχώς να φύγει. Η κοπέλα έπασχε από κατάθλιψη καθώς και από έντονο άγχος, για τον λόγο αυτό της είχαν χορηγηθεί από ψυχίατρο αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία όμως ο τελευταίο διάστημα τα είχε διακόψει από μόνη της. Τον τελευταίο 1 χρόνο είχε διακόψει τη σχολή της και έχει απομακρυνθεί από κάθε φιλικό πρόσωπο. Αλλεργίες σε φάρμακα ή φαγητά δεν έχουν σημειωθεί. Όταν ο γιατρός τη ρωτά τι της συμβαίνει, αυτή δε δίνει μία λογική απάντηση, παρά μόνο ασάφειες, δυσκολεύεται να

συμμετάσχει στο διάλογο. Τέλος σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, η μητέρα της κοπέλας έπασχε από σχιζοφρένεια και μάλιστα πριν 7 χρόνια είχε αφαιρέσει τη ζωή της.

Η κοπέλα πάσχει από σχιζοφρένεια, με έντονα συμπτώματα και χρήζει άμεσα εισαγωγής στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου.

<p style="text-align: center;"><u>1ο στάδιο:</u></p> <p style="text-align: center;">Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου</p> <ul style="list-style-type: none"> - έντονο άγχος - έντονη διεγερτικότητα και επιθετικότητα - απλανές βλέμμα - ατημέλητη, αντικοινωνική, με έντονη τάση αυτοκαταστροφής - αποπροσανατολισμός του τόπου και του χρόνου - διαταραχή της αντίληψης, χάλαση του συνειρμού της σκέψης - ψευδαισθήσεις - παραισθήσεις 	<p style="text-align: center;"><u>2ο στάδιο:</u></p> <p style="text-align: center;">Αντικειμενικός σκοπός</p> <ul style="list-style-type: none"> - Η προσπάθειά μας πρέπει να έχει θετικά αποτελέσματα, αρχικά να σταματήσουν οι κρίσεις επιθετικότητας και να μπορέσει να καταλάβει ότι αυτά που βλέπει και ακούει είναι ψευδαισθήσεις και πως ανήκουν σ' ένα φανταστικό κόσμο. Να αγαπήσεις ξανά τον εαυτό της και τους ανθρώπους που την αγαπούν. Σε διάστημα 5 μηνών να μπορεί να βγαίνει από την κλινική με άδεια και σε διάστημα 10 μηνών να εξέλθει οριστικά από την ψυχιατρική κλινική.
<p style="text-align: center;"><u>3ο στάδιο:</u></p> <p style="text-align: center;">Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αρχικά πρέπει να της χορηγήσουμε ενδοφλεβίως για ταχεία δράση ηρεμιστικό φάρμακο, έπειτα να οδηγηθεί σε ήρεμο δωμάτιο όπου θα είναι απομονωμένη από άλλους ασθενείς. - Θα είμαστε κοντά της, έτσι ώστε να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης. - Συνεχώς θα της εξηγούμε πού 	<p style="text-align: center;"><u>4ο στάδιο:</u></p> <p style="text-align: center;">Εφαρμογή προγραμματισμού νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε στην κοπέλα ηρεμιστικό φάρμακο ενδοφλεβίως για ταχεία δράση και αμέσως οδηγήθηκε στο δωμάτιό της που είναι απομονωμένο από άλλους ασθενείς της κλινικής. - Εργαστηριακές εξετάσεις κάθε μέρα και μία φορά την εβδομάδα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, μέτρηση ζωτικών σημείων ανά τρίωρο και ούρων

<p>βρίσκεται και για ποιο λόγο.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Θα γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. - Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά τρίωρο και ούρων. - Χορήγηση φαρμάκων που να περιέχουν λίθιο, βενζοδιαζεπίνες, αντικαταθλιπτικά και φυσικά έλεγχος για τυχόν παρενέργειες. - Συμμετοχή της ασθενούς σε ψυχοθεραπεία και ομαδική θεραπεία - Σωστή διατροφή από διαιτολόγο - Εκτίμηση λειτουργίας εντέρου και ύπνου, δερματολογική και κινητική εκτίμηση - Πρέπει να γίνεται καθημερινή σωματική καθαριότητα 	<ul style="list-style-type: none"> - Έλεγχος της κινητικής λειτουργίας καθώς επίσης της λειτουργία του εντέρου, εκτίμηση δέρματος και ύπνου και καταγραφή στην καρτέλα της όλων των νέων δεδομένων. - Χορήγηση φαρμάκων που περιέχουν λίθιο, βενζοδιαζεπίνες καθώς και αντικαταθλιπτικά. Διδασκαλεία έτσι ώστε να μάθει να τα παίρνει μόνη της. - Συμμετοχή σε ψυχοθεραπεία και ομαδική θεραπεία. - Τρόπους έτσι ώστε να μάθει να διώχνει τις ψευδαισθήσεις της, όταν αυτές την πολιορκούν, όπως να τις διατάζει να φύγουν, να μην τις πιστεύει ότι είναι αληθινές. - Να βρει τρόπο έκφρασης συναισθημάτων μέσω της τέχνης. - Αύξηση βάρους, αποτέλεσμα υγιεινής διατροφής. - Καθημερινή σωματική καθαριότητα
--	--

5ο στάδιο:

Εκτίμηση των αποτελεσμάτων – Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας

- Η κοπέλα μετά από διάστημα 4 μηνών άρχισε να προσαρμόζεται στη νέα της ζωή. Ο οργανισμός της δέχτηκε τα φάρμακα. Η ίδια τα λαμβάνει χωρίς αντιρρήσεις.
- Πήρε βάρος και άρχισε να περιποιείται τον εαυτό της μόνης της.
- Άρχισε να αναζητά τα αγαπημένα της πρόσωπα.
- Συμμετείχε στην ψυχοθεραπεία και την ομαδική θεραπεία, την οποία βοήθησαν πολύ στο να καταλάβει την διαφορά των ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων από την πραγματικότητα. Άρχισε η ίδια να διώχνει με αποφασιστικό τρόπο τους φόβους και τις φωνές που άκουγε. Έπαψε να είναι επιθετική.
- Στους 5 μήνες άρχισε να βγαίνει με άδεια από την κλινική, φυσικά υπό την επίβλεψη του πατέρα της και του γιατρού που ενημερωνόταν καθημερινά

Η βελτίωση ήταν πολύ καλή, γι' αυτό η κοπέλα πήρε εξιτήριο στους 8 μήνες, αφού βέβαια θα συνεχίσει την φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία και θα επισκέπτεται δύο φορές το μήνα τον ψυχίατρό της.

Επίλογος

Η σχιζοφρένεια είναι διαταραχή που η αιτιολογία της εξακολουθεί να αποτελεί γρίφο για την Ψυχιατρική. Υπάρχουν, βέβαια πολλές ενδείξεις που προκύπτουν από τεράστιο αριθμό και ποικιλία ερευνών, οι ενδείξεις όμως αυτές δεν συγκλίνουν πειστικά προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Έτσι, λοιπόν, η σύγχρονη ψυχιατρική έρευνα, ξεπερνώντας τη φιλόδοξη αλλά μάλλον εξαπλουστευτική προσπάθεια να εξηγήσει τη σχιζοφρένεια μονοδιάστατα, αποδέχθηκε τελικά ότι η αιτιολογία πρέπει να αναζητηθεί στη διαπλοκή και αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως ακριβώς συμβαίνει και με όλα τα άλλα νοσήματα, σωματικά και ψυχικά(Horrison 1988).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Δεν έχω φίλους, δεν θέλω φίλους. Θέλω να σταματήσει να χτυπάει η καρδιά μου, όχι απλώς να πάει πιο αργά. Να σταματήσω να πονάω, να ξεχάσω τις φωνές μέσα στο μυαλό μου και τις φωνές γύρω μου που με δείχνουν από όπου κι αν περνάω. Δεν μισώ κανέναν μόνο τον εαυτό μου, γιατί δε με άφησε ποτέ να γίνω ένας από αυτούς. Δεν θέλω πια να με δείχνουν, θέλω να χαθώ. Μισή τη συγκατάβαση, μισώ το φόβο στα μάτια των άλλων, περισσότερο όμως μισώ το φόβο στα μάτια τα δικά μου. Μια χειραψία, ένα φιλί είναι σπάνια σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια, ακόμα και από τους στενούς του ανθρώπους. Ο φόβος βλέπετε, πολλές φορές ξεπερνά την αγάπη(www.cochrane.gr).

Σχιζοφρένεια, μία νόσος που και μόνο με το άκουσμα αυτής προκαλεί ανάμικτα συναισθήματα: φόβο, οίκτο, λύπη και απόγνωση. Έχουμε αναρωτηθεί όμως γιατί μας προκαλεί αυτά τα συναισθήματα; Είναι μία νόσος που μπορεί να κτυπήσει την πόρτα του φίλου σου, του γνωστού σου ακόμα και του πιο αγαπημένου προσώπου σου. Μην γυρνάς την πλάτη σ' αυτούς που σε έχουν ανάγκη. Μην τους απομακρύνεις, μην τους κλείνεις σε φυλακή, ίσως να έχουν τη ανάγκη, απλά να τους απλώσεις το χέρι και να τους τραβήξεις απ' τις παραισθήσεις που βιώνουν. Μία ώθηση έτσι ώστε να καταλάβουν τη διαφορά ανάμεσα στο φανταστικό κόσμο που ζουν και στην πραγματικότητα. Η πορεία της νόσου εξαρτάται για τον κάθε ασθενή, πολλοί έχουν δοκιμασθεί, έχουν παλέψει και έχουν βγει νικητές μέσα απ' αυτήν την δοκιμασία.

Άτομα με προσωπικότητα, δραστηριοποιημένα, που αξίζουν τον σεβασμό μας. Ο Syd Barrett, Άγγλος τραγουδιστής, ένα από τα ιδρυτικά μέλη του μουσικού συγκροτήματος Pink Floyd έπασχε από σχιζοφρένεια. Επίσης ο Άγγλος μουσικός και διεθνώς αναγνωρισμένος κιθαρίστας και ιδρυτικό μέλος των θρυλικών Fleetwood Mac, Peter Green, ήταν σχιζοφρενής. Επίσης ο Αμερικανός μαθηματικός John Wach έπασχε από σχιζοφρένεια, αυτό όμως δεν τον εμπόδισε στο να κερδίσει βραβείο Νόμπελ στα Οικονομικά το 1994 για τα μεγαλοφυή θεωρήματά του, καθώς επίσης και η ζωή του να γίνει ταινία. Τέλος ο διάσημος Πολωνός χορευτής κλασσικού μπαλέτου Vaslav Nijinsky έπασχε από σχιζοφρένεια, περνώντας τα τελευταία χρόνια της ζωής του στα ψυχιατρεία.

Η εργασία αυτή μας έδωσε το ερέθισμα να προσελκύσουμε τον ψυχιατρικό τομέα. Ως φοιτήτριες η ψυχιατρική ειδικότητα, μας ήταν εντελώς αδιάφορη, αλλά κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας της εργασίας μας, η γνώμη που είχαμε διαφοροποιήθηκε θετικά.

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον εισηγητή μας, κύριο Γιαννούλη Νικόλαο για την πολύτιμη βοήθειά του, καθώς και για τις κατευθυντήριες οδηγίες που μας έδωσε, τις οικογένειες μας και την φίλη μας Οικονόμου Χρυσούλα.

Μην αφήνουμε το φόβο να ξεπερνάει την αγάπη, μην διστάζουμε να δώσουμε ένα φιλί ή μια χειραψία σε άτομα με σχιζοφρένεια, ίσως να τα έχουν περισσότερο ανάγκη, ακόμα και από τα φάρμακα. Ένα απλωμένο χέρι από εμάς, ίσως να είναι η καλύτερη θεραπεία γι' αυτούς, αυτό το χέρι περιμένουν, ίσως να είναι το δικό μας.

«Ευχαριστούμε πολύ»

Παπανίκου Θεοδώρα

Χριστοπούλου Μαρία

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Αλαχιώτης Σ. Εισαγωγή στη σύγχρονη γενετική Β' έκδοση Εκδόσεις Αθανασόπουλος Σ – Παπαδάμης Σ και Σία Αθήνα 1997

Αλεβίζος Α. _ Χριστοδούλου Γ. Δευτεροβάθμια πρόληψη στην κλινική ψυχιατρική εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 2000

Αλεβιζόπουλος Γ. Δικαστική Ψυχιατρική Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 1998

Βαρώνος Δ. Φαρμακολογία Αθήνα 1997

Βιδάλης Α και συνεργάτες Θέματα Ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο Σύγχρονες εκδόσεις Αθήνα 2001

Ιεροδιακόνου Σ. Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά εκδόσεις Μαστορίδη Αθήνα 1991

Jablensky A. The epidemiology of schizophrenia 1993

Κάκουρας Ε. και Μανιαδάκη Κ. Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων εκδόσεις Τυπωθήτων Δάρδανος Αθήνα 2004

Μαδιανός Μ. Ψυχιατρική και Αποκατάσταση Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα (2005)

Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα (2004)

Μαδιανός Μ. Η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση εκδόσεις Ελληνικά γράμματα Αθήνα 1994

Μάνου Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής εκδόσεις University studio Press Θεσσαλονίκη 1997

Ούλης Π. Στοιχεία ψυχιατρικής σημειολογίας Ιατρικές εκδόσεις Ζεβελεκάκη Αθήνα 1996

Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρική Νοσηλευτική έκτη έκδοση εκδόσεις Παπανικολάου Αθήνα 2007

Σακελλαρόπουλος Π. Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα 1986

Σολδάτος Κ. Ψυχώσεις διάγνωση και αντιμετώπιση εκδόσεις Ιατρική Εταιρεία Αθηνών Αθήνα 2001

Σολδάτος Κ – Λύκουρας Λ. Συγγράματα Ψυχιατρικής Α' τόμος εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 2006

Χαρτοκόλλης Π. Εισαγωγή στην ψυχιατρική εκδόσεις θεμέλιο Αθήνα 1986

Χριστοδούλου Γ – Κονταξάκης Β. Θέματα προληπτικής Ψυχιατρικής Ατόμος εκδόσεις Κέντρο Ψυχικής υγιεινής Αθήνα 1994

Χριστοδούλου Γ. Προληπτική Ψυχιατρική Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 2002

Χριστοδούλου Γ και συνεργάτες Ψυχιατρική Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 2004

Αγγλική βιβλιογραφία

Barker P - Reynolds W Journal of Advanced Nursing 1997

Gillan J – Williams R Understanding schizophrenia a guide for newly qualified nurses 2008

Gournay K Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1995 3, 7-12

Heiden L. Εισαγωγή στην κλινική ψυχοπαθολογία τρίτη έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά γράμματα Αθήνα 1999

Horrison E. Εσωτερική Παθολογία εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 1988

Karlan and Sadock Ψυχιατρική έβδομη έκδοση Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 2000

Karlan και Sadock Εγχειρίδιο κλινική ψυχιατρικής Τρίτη έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνος ΑΕ Αθήνα 2001

Maunir E. Ψυχιατρική αποκατάσταση εκδόσεις ΕΛΛΗΝ Αθήνα 1994

Mc Lean G Η ψυχοφαρμακολογία στην Πρακτική Ιατρική εκδόσεις Modern medicine 1986

Mc Lean G Η ψυχοφαρμακολογία στην Πρακτική Ιατρική εκδόσεις Modern medicine 1997

Mycek M – Harvey R Φαρμακολογία δεύτερη έκδοση Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 1998

Tuener P – Richens A Κλινική Φαρμακολογία 1998

Windgassen I. Ψυχιατρική Επιμέλεια Ελληνική έκδοσης Τζάβαρος Ν και συνεργάτες εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 2005

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

<http://www.schizophrenia.com> 23-7-2009

<http://www.cochrane.org> 19-6-2009

<http://www.open-the-doors.com> 23-7-2009

<http://www.dr-med.gr> 23-7-2009

<http://www.disabled.gr> 23-7-2009

<http://www.latronet.gr> 19-6-2009

<http://www.hsfm.gr> 25-5-2009