

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ :
ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	σελ.	1
Περίληψη	σελ.	2
Εισαγωγή	σελ.	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο		
1.1 Ιστορική αναδρομή	σελ.	4
1.2 Ορισμός σχιζοφρένειας	σελ.	5
1.3 Επιδημιολογία	σελ.	6
1.4 Παθογένεια της σχιζοφρένειας	σελ.	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο		
2.1 Αίτια της σχιζοφρένειας	σελ.	8
2.2 Κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας	σελ.	12
2.3 Κλινική συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας	σελ.	14
2.4 Διαγνωστικά κριτήρια του DSM – IV – JR	σελ.	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο		
3.1 Βιοχημικά – Εργαστηριακά ευρήματα	σελ.	23
3.2 Θεραπεία σχιζοφρένειας	σελ.	23
3.2.1 Σωματικές θεραπείες	σελ.	25
3.2.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	σελ.	27
3.3 Μετανοσοκομειακή φροντίδα	σελ.	29
3.4 Πρόγνωση της σχιζοφρένειας	σελ.	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο		
4.1 Ο Νοσηλευτής – Νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας	σελ.	31
4.1.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωσικών φαρμάκων	σελ.	31
4.1.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωσικών φαρμάκων	σελ.	32
4.1.3 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας	σελ.	32
4.1.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων	σελ.	33
4.2 Διδασκαλία του αρρώστου για την φαρμακοθεραπεία.	σελ.	34
4.3 Νοσηλευτική φροντίδα στις ανάγκες και τα προβλήματα των ψυχιατρικών ασθενών	σελ.	35
4.3.1 Αισθητηριακή αντιληπτική διαταραχή	σελ.	36
4.3.2 Διαταραχή διεργασιών της σκέψης	σελ.	38

4.3.3	Κοινωνική απομόνωση	σελ.	42
4.3.4	Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας	σελ.	44
4.3.5	Διαταραχή συμπεριφοράς (αμυντική)	σελ.	46
4.3.6	Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση αρρώστου	σελ.	49
4.3.7	Ελλειμματική αυτοφροντίδα (ελλείψει στο ντύσιμο) ..	σελ.	52
4.4	Βασικές αρχές αποκατάστασης	σελ.	54
4.5	Παράγοντες που επηρεάζουν την αποκατάσταση	σελ.	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο			
5.1	Κόστος της σχιζοφρένειας – έμμεσο κόστος της σχιζοφρένειας	σελ.	56
5.2	Νομικά ζητήματα (τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου)	σελ.	57
5.3	Σχιζοφρενής και οδήγηση	σελ.	57
5.4	Σχιζοφρενής και αξιόποινες πράξεις	σελ.	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο			
6.1	Αντιμέτωποι με την ψυχική ασθένεια ενός δικού μας .	σελ.	59
6.2	Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με σχιζοφρένεια .	σελ.	61
6.3	Η σχιζοφρένεια μέσα στην οικογενειακή ατμόσφαιρα.	σελ.	62
6.3.1	Ψυχοπιεστικά γεγονότα, οικογενειακή ένταση	σελ.	63
6.3.2	Η οικογενειακή ατμόσφαιρα με σχιζοφρενικό μέλος ..	σελ.	63
ΕΠΙΛΟΓΟΣ		σελ.	65
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ			
1 ^η περίπτωση		σελ.	66
2 ^η περίπτωση		σελ.	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		σελ.	72

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή, για την οποία βρίσκουμε μαρτυρίες από την αρχαιότητα. Είναι μια πάθηση που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα, όσο λίγες παθήσεις, καθώς το δέος που προκαλούσε στους ανθρώπους η «τρέλα» τους έκανε συχνά να την αποδίδουν σε θεϊκή παρέμβαση, σε δαιμονισμό και σε άλλες μεταφυσικές ιδιότητες (Πιπερόπουλος 2000).

Στην ουσία, ο άνθρωπος που παρουσιάζει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα, ότι η σκέψη του, τα συναισθήματά του και εν γένει η συμπεριφορά του υπακούουν σε μια εξωπραγματική λογική, ότι είναι αποκυήματα μιας φανταστικής πραγματικότητας. Και, κάτι το παθογνωμονικό, ο άνθρωπος που εκδηλώνει τέτοια συμπτώματα δεν έχει συνήθως συνείδηση του γεγονότος ότι ζει σε μια άλλη πραγματικότητα. Έχει, με άλλα λόγια, την πεποίθηση ότι ο τρόπος με τον οποίο σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται ανταποκρίνεται σε αντικείμενα που υπάρχουν και γεγονότα που πραγματικά συμβαίνουν. Είναι τόσο βέβαιος για αυτό, ώστε κανένα επιχείρημα ή απόδειξη να μη μπορεί να τον πείσει ότι δεν είναι έτσι όπως εκείνος αισθάνεται και πιστεύει. (Χαρτοκόλλης 1991).

Εμπειρίες ανάλογες με αυτό που λέγεται ψύχωση έχουμε όλοι κάποια στιγμή στη ζωή μας. Το όνειρο είναι μια τέτοια εμπειρία. Κι όταν παρασυρόμαστε από έναν μεγάλο θυμό, ενθουσιασμό ή ερωτικό πάθος μπορούμε να οδηγηθούμε σε σκέψεις και πράξεις ανάλογες με αυτές που χαρακτηρίζουν μια ψυχωτική κατάσταση. (Λυμπεράκης 2002).

Είναι επόμενο να αναρωτηθούμε μήπως η ψυχική υγεία είναι ουσιαστικά κάτι πολύ σύνθετο και συγχρόνως πολύ απλό, αυτό που θεωρούσαν ήδη ως υγεία γενικότερα οι προσωκρατικοί φιλόσοφοι. (Λυπούρλης 1983). Ο Αναξίμανδρος όριζε την υγεία ως «την αρμονία και ισορροπία των αντιμαχομένων μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό». Ανάλογες απόψεις είχαν και οι Πυθαγόρειοι. Επίσης ο Αλκμέων έλεγε ότι «εκείνο που γεννά και συντηρεί την υγεία, είναι η ισορροπία (ισονομία).

Μήπως λοιπόν η ψυχική υγεία είναι η αρμονική σύνθεση και οργάνωση των εξαιρετικά πολύπλοκων μηχανισμών του εγκεφάλου και του σώματος του ανθρώπου; (Ραγιά 2004).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή, οι αιτίες της οποίας αναζητούνται εδώ και πολλά χρόνια και αφορούν βιολογικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η συμπτωματολογία της ασθένειας εμφανίζει ποικιλία με βασικότερα κριτήρια το διχασμό (στη σκέψη, στο συναίσθημα, στο σώμα), το παραλήρημα, τον αυτισμό.

Στην παρούσα μελέτη αναφέρονται διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-JR και του Kraepelin. Εργαστηριακά ευρήματα, μάλιστα δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια αντανακλά ανωμαλίες του εγκεφάλου. Η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με νοσηλεία, αντιψυχωτική αγωγή όπως και με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Σημαντική είναι η ευθύνη του Νοσηλευτή στη διαδικασία της αποκατάστασης αφού ο ρόλος του έχει γίνει ενεργός στη θεραπευτική ομάδα. Επιπλέον, παρουσιάζονται δύο περιστατικά σχιζοφρενών ασθενών με βάση τα οποία οργανώνεται η νοσηλευτική διεργασία που ακολουθείται. Το κόστος της σχιζοφρένειας είναι άμεσο και έμμεσο και πλήττει οικονομικά και ψυχολογικά τόσο τον ίδιο τον πάσχοντα, όσο και την οικογένειά του.

Ωστόσο, πρέπει να αναγνωρίζονται (κυρίως από τον νοσηλευτή) τα νομικά δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων και σε περίπτωση διάπραξης αξιόποινων πράξεων να λαμβάνεται υπόψη από τη δικαιοσύνη το γεγονός ότι το άτομο νοσεί.

Τέλος, σημαντική είναι η στάση της οικογένειας που έρχεται αντιμέτωπη με τις δυσκολίες που συνεπάγεται η ασθένεια σ' ένα μέλος της καθώς η στάση αυτή είναι καθοριστική για την εξέλιξη της νόσου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή έχει ως στόχο να γίνει μια πρώτη γνωριμία για όσα μέχρι τώρα δεν γνωρίζουμε για την καταστροφική ασθένεια της σχιζοφρένειας. Είναι σημαντικό να ασχοληθούμε με αυτή τη νόσο, καθώς από έρευνες που έχουν γίνει πάνω από το 1% του πληθυσμού προσβάλλεται από αυτή. Επιπλέον, η εργασία αυτή θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε ότι η κοινωνία δεν πρέπει να φοβάται και να απορρίπτει τα άτομα αυτά. Η νόσος προσβάλλει κατά κανόνα νεαρά άτομα καταστρέφοντας έτσι τα πιο δημιουργικά χρόνια της ζωής τους. Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως. Αξίζει να αναφερθεί ότι στις ΗΠΑ υπάρχουν περίπου 2 εκατομμύρια νοσούντες, γι' αυτό το λόγο τα προβλήματα που δημιουργούνται είναι πολλά καθώς οι κλίνες είναι περιορισμένες και ο αριθμός των ατόμων που νοσεί είναι αρκετά μεγάλος.

Δυστυχώς, παρ' όλες τις έρευνες που έχουν γίνει από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα δεν ξέρουμε ακόμα πως μπορεί να θεραπευτεί η μάστιγα των αιώνων που διαλύει άτομα και οικογένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μια στοιχειώδης ιστορική αναδρομή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ορισμένα χαρακτηριστικά συμπτώματα, που σήμερα θα μπορούσαν να ενταχθούν στο νοσολογικό πλαίσιο της σχιζοφρένειας, αναδύονται αποσπασματικά μέσα από κείμενα εδώ και πάνω από 3000 χρόνια. (Μάνος 2001).

Περιγραφές τέτοιων συμπτωμάτων ανευρίσκονται στις ινδουιστικές Βίδες (1400 π.Χ.), ενώ στην Ιπποκράτους Συλλογή (5^{ος} αιώνας π.Χ.) περιγράφεται η «παράνοια» (όχι ίσως με τη σημερινή της διάσταση, αλλά ως μια προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών). Ο Ιπποκράτης στο «ΠΕΡΙ ΙΕΡΑΣ ΝΟΣΟΥ» αποδίδει στον εγκέφαλο τις αιτίες τόσο των νευρολογικών όσο και των ψυχιατρικών ασθενειών. Κατά τον 2^ο μ.Χ. αιώνα ο Γαληνός περιέγραψε την «παραφροσύνη», ο Αρεταίος ο Καππαδόκης διαχώρισε τα μανιακά συμπτώματα από αυτά που σήμερα κατηγοριοποιούνται ως σχιζοφρενικά και περιέγραψε περιπτώσεις παραληρήματος, ενώ ο Σαρόνος ο Έφεσος ανέφερε ορισμένες κατατονικές και παραληρητικές καταστάσεις. (Δαμίγος 2003).

Κατά τα επόμενα 1.000 χρόνια, η νόσος, μαζί φυσικά με τις άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, εμπλέκονταν στις θεοκρατικές αντιλήψεις, που στη χειρότερή τους έκφραση, κατά το Μεσαίωνα, τη θεώρησαν ως δείγμα δαιμονοκρατίας, με αποτέλεσμα την «δια της πύρας» αντιμετώπισή της.

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

Στις αρχές του 18^{ου} αιώνα άρχισαν να παρουσιάζονται οι πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τη νόσο. Οι πρώτες προσπάθειες νοσολογικής ένταξης διαφόρων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες δημιούργησαν τις κατάλληλες συνθήκες οριοθέτησης της νόσου, η οποία βρήκε τον κύριο εκφραστή της στο πρόσωπο του Kraepelin. (Τσαλίκογλου 2006).

Πράγματι, το 1896 καθιέρωσε την ταξινόμηση των διαφόρων μορφών (κατατονία, ηβηφρενία, παρανοειδής άνοια) τις οποίες ενέταξε σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα δυο χρόνια αργότερα. Παράλληλα, ο Diem πρόσθεσε στα παραπάνω και την απλή μορφή της νόσου. (Kraepelin 1971).

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

Στα θεμελιώδη συμπεριέλαβε τη χάλαση του συνειρμού, το πλέον θεμελιώδες κατά αυτόν σύμπτωμα, τη διαταραχή του συναισθήματος, τον αυτισμό και την αμφιθυμία. (Bleuler 1950).

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

Διέκρινε 4 μορφές της νόσου:

- Ø την παράνοια, που χαρακτηρίζεται από επιμένοντα παραληρήματα και ψευδαισθήσεις
- Ø την κατατονία, με κατατονικά συμπτώματα επικρατούντα συνεχώς
- Ø την ηβηφρενία, με παραληρήματα και ψευδαισθήσεις που δεν επικρατούν όμως στην κλινική εικόνα
- Ø την απλή σχιζοφρένεια, κατά τη διάρκεια της πορείας της οποίας, μόνο τα θεμελιώδη συμπτώματα μπορούν να ανευρεθούν.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από προβλήματα στην αντίληψη της πραγματικότητας. Βέβαια δεν παρατηρείται οργανική βλάβη του νευρικού συστήματος του ασθενή, πλην όμως όλες οι επιστημονικές εργασίες επί του αντικειμένου αφήνουν να εννοηθεί την ύπαρξη μιας λεπτής νευροφυσιολογικής και χημικής δυσλειτουργίας μάλλον άγνωστης μέχρι σήμερα. Μάλιστα με τον όρο σχιζοφρένεια καλύπτεται ένα σύνολο νόσων με διαφορετικούς μηχανισμούς. Για παράδειγμα υφίστανται τέτοιες χρόνιες ψυχώσεις που δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ειδικότερα ούτε ως σχιζοφρένεια αλλά και ούτε ως χρόνια παραληρήματα.

Συνήθως τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις, παρανοϊκές ψευδαισθήσεις και αποδιοργανωμένη ομιλία και σκέψη («φυγή ιδεών»), γεγονός που τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας συνήθως εμφανίζονται κατά τη νεαρή ηλικία και επηρεάζουν περίπου 0,4%-0,6% του πληθυσμού. Ακόμα, τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν έντονη εσωστρέφεια και γενική αποδιοργάνωση του Εγώ. (Γιάνναρος, 2010).

Ο όρος «Σχιζοφρένεια» δηλώνει μια ομάδα ψυχικών παθήσεων, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό και ουσιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση. Στα χαρακτηριστικά αυτών των παθήσεων, συνηθέστερα, περιλαμβάνονται διαταραχές της σκέψης, της αντίληψης και της συμπεριφοράς, καθώς και ένα αμβλύ ή αταίριαστο με την πραγματικότητα συναίσθημα. Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στην ιατρική για να περιγράψει μια ιδιαίτερα περίπλοκη και όχι καλά κατανοητή κατάσταση την πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. (Τσιαντής 1998).

Άτομα με χρόνια (είτε συνεχή, είτε υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια, μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια

θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς τη βοήθεια και τη φροντίδα άλλων ανθρώπων. (Χριστοδούλου και συν. 2004).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

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 υπό θεραπεία σχιζοφρενών χρειάζονται νοσηλεία, μόνο οι μισοί από τους σχιζοφρενείς αντιμετωπίζονται, παρά τη βαρύτητα της διαταραχής. (Windgassen και συν. 2005).

Ως μάλλον πρόσφατα επικρατούσε η εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του πολιτισμού. Και αυτή είναι ακόμα, βασικά η λεγόμενη αντιψυχιατρική άποψη του Κούπερ, του Λενγκ και του Φουκώ. Αλλά, κατά τα φαινόμενα, η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό επίπεδο, τη βιομηχανική ανάπτυξη ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο άρρωστος. Από την άλλη μεριά, είναι αλήθεια ότι η έκφρασή της ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία, και σε μερικές κοινωνίες είναι ίσως δύσκολο να αναγνωριστεί ως σχιζοφρένεια. (Μάνος 1997).

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες και διαγιγνώσκεται πιο συχνά σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Οι λόγοι για το τελευταίο δεν έχουν διευκρινισθεί (έχουν προταθεί η κοινωνική στροφή προς τα κάτω λόγω των επιπτώσεων της αρρώστιας, τα στρες των χαμηλότερων τάξεων, όπως η φτώχεια κ.ά.). (Μάνος 1997).

Η επίδραση της πληθυσμιακής πυκνότητας συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε παιδιά από έναν ή και δύο σχιζοφρενείς γονείς είναι διπλάσια στις πόλεις απ' ότι στις αγροτικές περιοχές. Αυτές οι παρατηρήσεις δείχνουν ότι ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας συσχετίζεται με αυξημένη πυκνότητα πληθυσμού σε πόλεις. (Kaplan & Sadock 2000).

Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Υπάρχει όμως και έναρξη της σχιζοφρένειας σε πιο όψιμα χρόνια, ακόμα και μετά τα 45. Στις γυναίκες, η σχιζοφρένεια φαίνεται να αρχίζει αργότερα (και επίσης να έχει πιο έντονα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης και καλύτερη πρόγνωση).

Άτομα με έναρξη της σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι πιο συχνά άντρες, έχουν φτωχότερη προνοσηρή προσαρμογή, χαμηλότερη εκπαίδευση, περισσότερα ευρήματα δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο, πιο έντονα

αρνητικά σημεία και συμπτώματα, μεγαλύτερη γνωστική έκπτωση στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες και χειρότερη πρόγνωση. Αντίθετα άτομα με πιο όψιμη έναρξη είναι πιο συχνά γυναίκες, έχουν λιγότερα ευρήματα δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο ή γνωστικής έκπτωσης και καλύτερη πρόγνωση. (Μάνος 1997).

Σύμφωνα με μια μεγάλη έρευνα σε Αμερικανούς ενήλικες, περίπου το 0,7% του συνολικού πληθυσμού εμφανίζει σχιζοφρένεια σε κάποια στιγμή της ζωής του. Ένα άλλο ποσοστό, ίσως γύρω στο 1%, εμφανίζει μια πιο ήπια, σχιζοειδή διαταραχή. Η σχιζοφρένεια απαντάται σε όλες τις εθνικότητες και σε όλα τα μέρη του κόσμου, αν και είναι σπανιότερη στις τροπικές περιοχές. Απαντάται 10 έως 100 φορές συχνότερα στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη από ότι στις περισσότερες χώρες του Τρίτου Κόσμου. Εντός των ΗΠΑ, είναι πιο συχνή σε υποβαθμισμένες περιοχές παρά σε πλούσιες. Εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άνδρες και γυναίκες, αν και γενικά η διάγνωση στους άνδρες γίνεται σε πιο μικρή ηλικία. (Kalat 2000).

1.4 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Ø Υπάρχει ισχυρή, αλλά ατελής, *γενετική προδιάθεση*

- σε συγγενείς 1^{ου} βαθμού – 10%
- σε ομοζυγώτες δίδυμους – 50%

Ø *Νευροαναπτυξιακές διαταραχές*

- ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού με διεύρυνση των εγκεφαλικών κοιλιών
- δεν είναι προοδευτικές – μάλλον μια πρόιμη (στους πρώτους μήνες της ενδομήτριας ανάπτυξης) μη αντιστρεπτή παρέκκλιση στην εγκεφαλική ανάπτυξη

Ø *Θεωρία νευροδιαβιβαστών*

- ντοπαμίνης
- γλουταμινικού οξέος
- σεροτονίνης. (Harvey 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 «ΑΙΤΙΑ» ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η αιτία της σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια χωρίς να ανευρεθεί. Προοδευτικά όμως έχει γίνει αντιληπτό ότι πιθανότατα είναι λάθος να αναζητούμε ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα και ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. (Μάνος 1993).

Οι περισσότερες σύγχρονες ερμηνείες για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας υποστηρίζουν το συνδυασμό της προδιάθεσης ενός ατόμου για να εμφανίσει τη διαταραχή και των αγχογόνων περιβαλλοντικών παραγόντων που αποτελούν τα εκλυτικά αίτια για την εκδήλωσή της. Σύμφωνα με αυτό το θεωρητικό μοντέλο, δίνεται έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ της γενετικής προδιάθεσης και των δυσμενών γεγονότων στη ζωή ενός ανθρώπου, η οποία καθορίζει την πιθανότητα και τον χρόνο εκδήλωσης της σχιζοφρένειας. Ένα τέτοιο θεωρητικό πλαίσιο αναδεικνύει την πολυπλοκότητα και την ποικιλία των αιτιολογικών μηχανισμών που οδηγούν σε αυτή τη διαταραχή. (Κάκουρας και συν. 2004).

Θα είναι ευκολότερο να κατανοήσουμε τα αίτια που δημιουργούν τη σχιζοφρένεια αν τα εντάξουμε σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- I. Βιολογικοί παράγοντες
- II. Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- III. Ψυχολογικοί παράγοντες.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A) Κληρονομικότητα

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας. Παρ' όλο που οι γνώσεις γύρω από το θέμα είναι ακόμα ατελείς, η «γενετική υπόθεση» φαίνεται να έχει σημαντικές βάσεις αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου. Οι πρώτες κλασσικές μελέτες κληρονομικότητας που δημιουργήθηκαν στην δεκαετία του '30, αποκαλύπτουν ότι ένα άτομο πιθανότατα θα νοσήσει, εάν έχει συγγενείς σχιζοφρενείς. Η πιθανότητα αυτή είναι μεγαλύτερη όσο πιο στενή είναι η συγγένεια. (Kaplan & Sadock's 2005).

Ο Kalmann έδειξε τα ακόλουθα ποσοστά νόσησης των εξ' αίματος συγγενών σχιζοφρενικών αρρώστων:

- | | |
|---|--------|
| - Ο μονοζυγωτικός δίδυμος αδελφός σχιζοφρενικού | 86,2% |
| - Ο διζυγωτικός δίδυμος αδελφός σχιζοφρενικού | 14,5% |
| - Το παιδί με τους δύο γονείς σχιζοφρενικούς | 68,1 % |

- Το παιδί με έναν γονέα σχιζοφρενικό 16,4%
- Το παιδί με αδελφό (όχι δίδυμο) σχιζοφρενικό 14,2%
- Το παιδί με ξαδέλφια σχιζοφρενικά 7,1%
- Το παιδί χωρίς στενούς συγγενείς σχιζοφρενικούς 0,85%

Αυτά οδήγησαν τον Kalmann στο συμπέρασμα ότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος κληρονομική, μεταβιβαζόμενη μ' ένα καθορισμένο γενετικό τύπο. (Οικονόμου 1992).

Μελέτες οικογενειών

Οι μελέτες οικογενειών είχαν στόχο να καθορίσουν την συχνότητα της σχιζοφρένειας στους διαφόρου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενικών αρρώστων.

Μπορεί να διαπιστωθεί ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας στους διάφορους συγγενείς των αρρώστων-δεικτών είναι τόσο υψηλότερη όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός συγγενείας του με τον άρρωστο-δείκτη. Με άλλα λόγια, όσο μεγαλύτερη είναι η γενετική ομοιότητα μεταξύ ενός σχιζοφρενή και κάποιου συγγενή του, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα που έχει ο συγγενής αυτός να έχει ή να αναπτύξει αργότερα σχιζοφρένεια. (Βασιλόπουλος Δ. 1998).

Ένα ακόμα στοιχείο που χρειάζεται σχόλιο είναι η ψυχική κατάσταση των παιδιών που προέρχονται από σχιζοφρενείς γονείς. Έρευνες σχετικά με την επικράτηση της σχιζοφρένειας σε δείγματα πληθυσμού, έδειξαν ότι παιδιά με δύο σχιζοφρενείς γονείς, βρίσκονται στο μέγιστο επίπεδο κινδύνου να νοσήσουν.

Πίνακας. Επίπτωση της σχιζοφρένειας στους διαφόρου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενικών αρρώστων

Επίπεδο κινδύνου	Μέσος όρος % προσδόκιμου νόσησης
Μεγάλος: Παιδιά με ένα σχιζοφρενή γονέα.	11,1%
Μεγαλύτερος: Παιδιά με ένα σχιζοφρενή γονέα και τον άλλο μη σχιζοφρενή, αλλά ψυχωσικό.	26,3%
Μέγιστος: Παιδιά με δύο σχιζοφρενείς γονείς.	44,5%

(Πηγή: Οικονόμου 1992).

Μελέτες διδύμων

Αμέσως μετά την παρατήρηση ότι η σχιζοφρένεια έχει μεγαλύτερη επίπτωση στους συγγενείς των σχιζοφρενών απ' ότι στο γενικό πληθυσμό, η προσοχή των γενετιστών της εποχής εκείνης στράφηκε προς τις μελέτες διδύμων. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ομοφωνία ως προς τη νόσο, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 35-78% των μονοζυγωτών σε σύγκριση με το 8-28% των ετεροζυγωτών. (Χριστοδούλου και συν. 2000).

Μελέτες υιοθεσιών

Μία σχετικά νέα κατεύθυνση στην έρευνα της γενετικής της σχιζοφρένειας είναι οι μελέτες υιοθεσίας. Στη μελέτη του Heston (1966) είναι σημαντική η διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στα υιοθετημένα παιδιά από σχιζοφρενείς μητέρες. Ο Karlsson (1966) σύγκρινε την επίπτωση της νόσου σε βιολογικά και θετά αδέρφια σχιζοφρενών και βρήκε ότι η σχιζοφρένεια ήταν πολύ πιο συχνή στα βιολογικά αδέρφια των σχιζοφρενών δεικτών. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και ο Rosenthal και οι συνεργάτες του, που μελέτησαν ένα σχετικά μεγάλο αριθμό υιοθετημένων παιδιών από φυσιολογικούς και σχιζοφρενείς γονείς. (Βασιλόπουλος 1998).

B) Οργανικές βλάβες

Η ιδέα ότι η σχιζοφρένεια είναι μία σωματική αρρώστια στην αιτιολογία της υποστηρίχθηκε αρχικά από τον Ιπποκράτη και παρά τη μακραίωνη 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. 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. (Χαρτοκόλλης 1991).

Η πλειονότητα των ερευνών αυτών έχουν διενεργηθεί σε ενήλικες και υποστηρίζουν την ύπαρξη βλάβης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, που προκαλεί σοβαρή εγκεφαλική δυσλειτουργία στα άτομα με σχιζοφρένεια. (Κάκουρας και συν. 2004).

Σύμφωνα με το νευροαναπτυξιακό μοντέλο του Weinberger (1987), η εγκεφαλική βλάβη περιλαμβάνει το στεφανιαίο σύστημα και τον προμετωπιαίο φλοιό και εμφανίζεται νωρίς κατά την προγεννητική περίοδο ή τις πρώτες μέρες της ζωής. Ωστόσο, η βλάβη αυτή παραμένει «κλινικά σιωπηλή» και δεν προκαλεί την άμεση εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων μέχρι ένα ορισμένο αναπτυξιακό στάδιο, όπου πραγματοποιείται η φυσιολογική ωρίμανση των νευρικών μηχανισμών που σχετίζονται με την ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού. Η ύπαρξη μίας «κλινικά σιωπηλής» εγκεφαλικής βλάβης υποστηρίζεται και από ευρήματα νευροψυχολογικών ερευνών, σύμφωνα με τα οποία, τα παιδιά με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν διάφορα ελλείμματα σε τομείς όπως η προσοχή, η κινητική ανάπτυξη και η γλωσσική έκφραση ακόμα και πριν από την εμφάνιση της διαταραχής.

Επιπλέον, πολλά από τα παιδιά στα οποία μπορεί αργότερα να εκδηλωθεί σχιζοφρένεια, παρουσιάζουν από πολύ νωρίς προβλήματα στην κοινωνική τους ανάπτυξη. Τα παιδιά αυτά συχνά αντιδρούν με απάθεια στα κοινωνικά ερεθίσματα κατά τη βρεφική ηλικία και εκδηλώνουν έντονα και ανεξήγητα ξεσπάσματα θυμού στην προσχολική ηλικία. (Κάκουρας και συν. 2004).

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A) Οικογενειακό Περιβάλλον

Έχει παρατηρηθεί ότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος οικογενής. Δηλαδή, πάντα εγείρεται υπόνοια ότι κάποιο άλλο μέλος θα πάσχει, ή, το κυριότερο, ότι άλλα μέλη θα έχουν μία ιδιαίτερη δομή της προσωπικότητας ή θα συμπεριφέρονται με παράξενο και ιδιόρρυθμο τρόπο. (Οικονόμου Φ. 1992).

Δεν υφίσταται, όμως, καλά τεκμηριωμένη μελέτη, σχετικά με το αν κάποιο ειδικό οικογενειακό σχήμα κατέχει έναν αιτιολογικό ρόλο στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Παρ' όλα αυτά, είναι γεγονός ότι κάποιοι σχιζοφρενείς, όντως προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες, ακριβώς όπως και πολλοί από τους μη ψυχιατρικούς ασθενείς. (Kaplan & Sadock's 2005).

Αυτό ερμηνεύθηκε με δύο υποθέσεις κυρίως:

1. Γενετική ή κληρονομική υπόθεση, και
2. Ψευδοκληρονομική ή ψυχογενετική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία η ψυχοπαθολογική προσωπικότητα των γονέων δημιουργεί τις προϋποθέσεις για κατοπινή εκδήλωση της σχιζοφρένειας. (Οικονόμου 1992).

B) Κοινωνικοπολιτισμικό Περιβάλλον

Συναφής με τις θεωρίες του περιβάλλοντος είναι η κοινωνιολογική άποψη, που αποδίδει τη σχιζοφρένεια στις πιέσεις μίας καταναλωτικής και ανταγωνιστικής, χωρίς σταθερές ηθικές αξίες κοινωνίας, στην ανάγκη προσαρμογής στους απρόσωπους όρους ζωής ενός βιομηχανικού, τεχνοκρατικού πολιτισμού, στον αγώνα για μίαν ατομική κοινωνική υπόσταση, που συμβαίνει να είναι ακόμα πιο προβληματική για τις γυναίκες, ιδίως των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. (Χαρτοκόλλης 1991).

Χαρακτηριστικά η σχιζοφρένεια, εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις πιο φτωχές και αποργανωμένες συνοικίες βιομηχανικών πόλεων, παρατήρηση που έχει κάνει από τις αρχές του αιώνα ο Μπλούλερ, ο οποίος όμως θεώρησε ένα τέτοιο περιβάλλον ως το αποτέλεσμα μάλλον παρά την αιτία της διαταραχής.

Κατά μία άλλη, πιο ακραία κοινωνιολογική άποψη, η σχιζοφρένεια αντιπροσωπεύει μία ατομική διαμαρτυρία εναντίον των απάνθρωπων και αντιφατικών όρων που επιβάλλει η παραδοσιακή κοινωνία στα μέλη της. Με άλλα λόγια, ότι δεν πρόκειται για μία αρρώστια, αλλά για μία ατομική επαναστατική πράξη. (Χαρτοκόλλης 1991).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ανεξάρτητα από τις αντιπαραθέσεις σχετικά με την αιτία ή τις αιτίες της σχιζοφρένειας, παραμένει αδιάψευστη αλήθεια ότι η νόσος επηρεάζει τους ασθενείς ως άτομα και ο καθένας από αυτούς έχει μία μοναδική ψυχολογική δομή. (Kaplan & Sadock's 2005).

Κλινικές εμπειρίες και συστηματικές έρευνες συνηγορούν σαφώς για τη συμμετοχή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη γένεση των σχιζοφρενειών. Όπως καταδεικνύουν συστηματικές συγκρίσεις με τον υγιή πληθυσμό, η προσβολή από σχιζοφρένεια συμπίπτει με επιβαρυντικούς βιοτικούς παράγοντες, με συχνότητα που υπερβαίνει τα όρια της σύμπτωσης. Ωστόσο οι πληροφορίες που μπορεί να αποκομίσει κανείς από τους κλεισμένους στον εαυτό τους ασθενείς είναι τόσο περιορισμένες, ώστε είναι αδύνατον να αξιολογήσουμε τόσο τη συχνότητα, όσο και την παθογενετική σημασία των επιβαρύνσεων αυτών. Υποθέτουμε πάντως ότι περίπου στα μισά σχιζοφρενικά επεισόδια το εκλυτικό αίτιο είναι η ψυχική αντίδραση σε κάποιον επιβαρυντικό παράγοντα. (Windgassen 2005).

Η ψυχαναλυτική άποψη, χωρίς να αποκλείει το ενδεχόμενο μίας γενετικής προδιάθεσης, υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια είναι μία ψυχογενής λειτουργική διαταραχή που έχει ως αποτέλεσμα την απόσυρση του ενδιαφέροντος του ατόμου από το περιβάλλον του στον εαυτό του. (Χαρτοκόλλης 1991).

2.2 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Διακρίνονται 5 κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας :

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

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

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

Συνυπάρχει άρση των αναστολών (άσεμνες χειρονομίες, υπερβολικός αυνανισμός κ.α.). Η σκέψη προοδευτικά αποδιοργανώνεται. Παραληρητικές

ιδέες, όταν υπάρχουν, είναι άτοπες, περιστασιακές και αβαθείς, ενώ οι ψευδαισθήσεις είναι σπάνιες και στοιχειώδεις. (Χριστοδούλου και συν. 2004).

• **Κατατονικός τύπος** με χαρακτηριστικά συμπτώματα: Κατατονική εμβροντησία με σημαντική μείωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον του αυθορμητισμού και της δραστηριότητας (αλαλία). Κατατονικός αρνητισμός, κατατονική δυσκαμψία, διέγερση, ακατάλληλες ή παράξενες στάσεις. (Ραγιά 2004).

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

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

Η εμβροντησία (stupor), με την ολική αναστολή όλων των λειτουργιών του ατόμου, θεωρείται ως εξαιρετικά επείγουσα ιατρική περίπτωση, με πρωτεύοντα στόχο την αντιμετώπιση των σωματικών επιπτώσεων της αναστολής. Το ίδιο και η διέγερση, στην οποία ο κίνδυνος ακούσιας αυτοκαταστροφής είναι άμεσος. (Χριστοδούλου και συν. 2004).

• **Παρανοϊκός τύπος** με χαρακτηριστικά συμπτώματα: Προκατάληψη με μια και περισσότερες παραληρητικές ιδέες, ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις σχετιζόμενες με ένα μόνο θέμα. (Ραγιά 2004).

Αρχίζει συνήθως μετά τα 30 έτη. Δεν αποδιοργανώνει την όλη λειτουργικότητα του ατόμου, δεδομένου ότι λόγω της όψιμης έναρξης έχει ήδη ολοκληρωθεί η προσωπικότητα και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου, ενώ οι αμυντικοί του μηχανισμοί έχουν παγιωθεί.

Χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών ή και ψευδαισθήσεων, ενώ απουσιάζουν τα αλλά συμπτώματα.

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

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

του προέδρου της χώρας, του φυτεύουν χωρίς να το καταλάβει ηλεκτρόδια στο μυαλό για να τον παρακολουθούν και αυτός το κατάλαβε γιατί είδε τον ηλεκτρολόγο της γειτονιάς να κρατεί το κεφάλι του και να τηλεφωνεί»). Οι παραληρητικές ιδέες είναι παράδοξες και αφορούν όλες εκείνες τις διαταραχές που αναφέρθηκαν στις διαταραχές της σκέψης.

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

Το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε επιθετική (μέχρι και ανθρωποκτονία) ή και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. (Χριστοδούλου και συν. 2004).

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

- **Υπολειμματικός τύπος**. Σ' αυτόν παρατηρείται απουσία εμφανών παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων, ασυναρτησίας ή πολύ αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς.

Υπάρχουν όμως ακόμη σημεία της αρρώστιας, όπως αμβλύ και απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη ή χαλαρός συνειρμός.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει σωματικές θεραπείες δηλαδή: χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων και ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπως θεραπεία περιβάλλοντος, ψυχοθεραπεία ατομική, ομαδική, οικογενειακή, θεραπεία συμπεριφοράς κ.α. (Ραγιά 2004).

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

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

Η μορφή αυτή μπορεί να παριστά το ενδιάμεσο μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων της νόσου, συνήθως όμως διαρκεί επί μακρό χρονικό διάστημα με ή και χωρίς παροδικές εξάρσεις της συμπτωματολογίας. (Χριστοδούλου και συν. 2004).

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τα κλινικά συμπτώματα της νόσου ποικίλλουν ανάλογα με την σοβαρότητα, την εξελικτική φάση και τις συνθήκες, προσωπικές και περιβαλλοντικές κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή. Βασικά κριτήρια της σχιζοφρένειας θεωρούνται ο διχασμός ο οποίος συνοδεύεται από παραλήρημα και ο αυτισμός (αναδίπλωση στον εαυτό), παρόλο που η κλινική αυτή εικόνα δεν εμφανίζεται σε όλους τους σχιζοφρενείς.

- ΔΙΧΑΣΜΟΣ

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

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

Παράδειγμα χειροτονίας σχιζοφρενούς που φανερώνει ανισορροπία, παράξενη συμπεριφορά, μια μορφή λογικής (παραλογισμό), συναισθηματική ψυχρότητα και αμφιθυμία: προσφέρει στην καρκινοπαθή κόρη του ένα φέρετρο ως χριστουγεννιάτικο δώρο (Petinielli et.al. 2008).

A. Διχασμός στη σκέψη

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

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

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

σύνταξη), τάση για αφαιρετικότητα (αυθαίρετη χρήση αφηρημένων εννοιών), νοσηρό ορθολογισμό (ψευδολογική δραστηριότητα στην οποία η σκέψη χάνεται μέσα σε συλλογισμούς φιλοσοφικής και επιστημονικής φύσεως, αποκομμένους από την πραγματικότητα). Ας σημειωθεί ότι πολλοί λογοτέχνες έχουν ενσωματώσει στην τεχνική τους ορισμένους από τους μηχανισμούς αυτούς των σχιζοφρενών. (Petinielli et.al. 2008).

Παράδειγμα επιστολής σχιζοφρενή:

«Αγαπητέ κύριε,

Μόλις πήρα το δείπνο μου. Έφαγα το δείπνο μου ο πίθηκος και εγώ αισθάνομαι καλύτερα. Μεταβάλλομαι. Η νοσοκόμος ετοιμάζει πάντοτε το τσάι. Η αδερφή της BETSY. Φορώντας για ένα φλιτζάνι τσάι. Η λούομενη ασθενής δική σου GINS DRUCE δική σου ειλικρινώς P.R.». (Γεωργαντά 1962).

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

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

B. Συναισθηματικός διχασμός

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

2. **Απρόσφοροτητα συναισθήματος:** είναι η έκφραση ενός συναισθήματος που δεν συνάδει με τις περιστάσεις. Στη βαρύτερη μορφή του, το απρόσφορο συναίσθημα παίρνει τη μορφή ενός ρηχού γέλιου το οποίο δε σχετίζεται με κάποιο εμφανές ερέθισμα. Συνηθέστερη είναι το απρόσφορο γελάκι το οποίο διαφέρει από τα φυσιολογικά νευρικά γέλια, καθώς ο χαρακτήρας του είναι περισσότερο ανόητος. Γενικά, απουσία ταύτισης μεταξύ συναισθημάτων και ερεθίσματος.

3. **Διέγερση και κατάθλιψη:** Η διέγερση εκδηλώνεται ως ευερεθιστότητα, αϋπνία, ταραχή, κινητική υπερδραστηριότητα, παρορμητικές συμπεριφορές, σεξουαλικές διαταραχές. Η κατάθλιψη από την άλλη, είναι επίσης συχνή την περίοδο των οξέων επεισοδίων της σχιζοφρένειας (Gelter et.al. 2007).

Γ. Διχασμός στη σφαίρα του σώματος

Εκφράζεται με αναποφασιστικότητα, αυτόματες κινήσεις, ανούσιες κινήσεις, μανιερισμό που δίνει την εντύπωση επιτήδευσης και αδεξιότητας. Μιμικές εκφράσεις ή χειρονομίες καθώς και ταλαντεύσεις, φαινόμενα με ηχώ όπως η ηχολαλία (επανάληψη των λόγων σαν ηχώ), η ηχοπραξία (επανάληψη των χειρονομιών), απραξία, κρίσεις επιθετικότητας, θυμού, αυτο-επιθετικές

συμπεριφορές (αυτοακρωτηριασμός, εκρίζωμα του οφθαλμικού βολβού, εθελούσιος ευνουχισμός) ή ετερο-επιθετικές, καταληψία σώματος (παραμονή των μελών του σώματος σε οποιαδήποτε θέση για πολλές ώρες, ακόμα και άβολη, μετά από μεταφορά από άλλο άτομο). (Windgassen 2005).

ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ

Παραληρητικές ιδέες χαρακτηρίζουμε εκείνες τις ιδέες που γίνονται δεκτές από τον ασθενή με ασυνήθιστη βεβαιότητα, που δεν ανασκευάζονται με λογικά επιχειρήματα και που η παραδοξότητα του περιεχομένου τους είναι πασιφανής, δε μεταφέρουν πληροφορίες και πιθανότατα αντανακλούν νευρολογικά φαινόμενα και βιώματα πιθανώς μεταιχμιακής καταγωγής ή προέλευσης.

Από γνωσιακής πλευράς, είναι δηλώσεις εσωτερικών βιωμάτων που δε μπορούν ούτε να επιβεβαιωθούν αλλά ούτε και να αναιρεθούν.

Βασικό χαρακτηριστικό των παραληρηματικών ιδεών είναι ότι πλημμυρίζονται από αντιθέσεις, για παράδειγμα, κάποιος ασθενής ένιωθε πολύ άσχημα πιστεύοντας ότι δεν είχε κεφάλι και ταυτόχρονα πίστευε ότι είχε αίματα στο πρόσωπό του. (ΕΠΨΥ ΠΟΥ 1997). Όπως επίσης χαρακτηριστική είναι και η απουσία συναισθηματικής φόρτισης ή συμφωνίας με τη διάθεση, για παράδειγμα ο ασθενής διηγείται με πλήρη αδιαφορία μια τρομακτική εμπειρία της οποίας υπήρξε θύμα. (Gelder et.al. 2007).

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

- ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Ο όρος του αυτισμού χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μια διαταραχή της ανάπτυξης και της επικοινωνίας καθώς υπάρχει απώλεια των σχέσεων με την πραγματικότητα και βύθιση του εγώ. Επινοήθηκε από τον Μπλόυερ (1988) για να προσδιορίσει την αναδίπλωση του ανήλικου σχιζοφρενούς στον εαυτό του.

Εκδηλώνεται με παθητικότητα σε δύο διαστάσεις:

- Απώλεια επαφής με την πραγματικότητα χαρακτηριζόμενη από συναισθηματική αδιαφορία, έλλειψη ενδιαφέροντος, απραγματισμό, απουσία επικοινωνίας και
- Κυριαρχία του εσωτερικού κόσμου επί της πραγματικότητας που εκφράζεται με ονειροπολήσεις και παντελή απουσία ενδιαφέροντος για ότι διαδραματίζεται στον περίγυρο του ασθενούς. (Petinielli et.al. 2008).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΕΓΩ

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

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

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

ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

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

Απ' ό,τι έχει φανεί από όλες τις μελέτες καλύτερη περίθαλψη συνεπάγεται λιγότερη βία. (Αλεβιζόπουλος 1998).

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

2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-IV-TR

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα:

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

1. Παραληρητικές ιδέες
2. Ψευδαισθήσεις
3. Αποδιοργάνωση του λόγου (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
5. Αρνητικά συμπτώματα (δηλ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία).

B. Κοινωνική / επαγγελματική δυσλειτουργία:

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

Γ. Διάρκεια:

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

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

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

Ε. Αποκλεισμός επίδρασης ουσιών / σωματικής νόσου:

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

Ζ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή:

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

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

- α) Επεισοδιακή με υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων (τα επεισόδια προσδιορίζονται βάσει της επανεμφάνισης εκσεσημασμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων).
- β) Επεισοδιακή χωρίς υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων.
- γ) Συνεχής (παρατηρούνται προεξέχοντα ψυχωτικά συμπτώματα καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης).
- δ) Μοναδικό επεισόδιο σε μερική ύφεση.
- ε) Μοναδικό επεισόδιο σε πλήρη ύφεση.
- στ) Άλλος ή απροσδιόριστος τύπος. (Kaplan & Sadock's 2004).

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

Κριτήρια του Emil Kraepelin

- Διαταραχές της προσοχής και της κατανόησης.
- Ψευδαισθήσεις, ιδίως ακουστικές (φωνές).
- Ηχηρές σκέψεις.
- Βιώματα επίδρασης στη σκέψη.
- Διαταραχές της ροής της σκέψης, πρωτίστως χάλαση των συνειρμών.
- Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και της κρίσης.

- Συναισθηματική επιπέδωση.
- Παθολογική συμπεριφορά.
- Ελάττωση της πρωτοβουλίας.
 - Αυτόματη υπακοή
 - Ηχολαλία, ηχωπραξία
 - Εκδραμάτιση
 - Κατατονική διέγερση
 - Στερεοτυπίες
 - Αρνητισμός
 - Αυτισμός (αυτιστική συμπεριφορά)
 - Διαταραχή της λεκτικής έκφρασης. (Kaplan & Sadock's 2004).

Συμπτώματα - Κριτήρια του Eugen Bleuler

- Βασικές ή θεμελιώδεις διαταραχές
 - Διαταραχές της δομής της σκέψης
 - Διαταραχές του συναισθήματος
 - Διαταραχές της υποκειμενικής βίωσης του εαυτού
 - Διαταραχές της βούλησης και της συμπεριφοράς
 - Αμφιθυμία
 - Αυτισμός
- Δευτερεύοντα συμπτώματα
 - Διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις)
 - Παραληρητικές ιδέες
 - Ορισμένες διαταραχές της μνήμης
 - Μεταβολή της προσωπικότητας
 - Μεταβολές στον προφορικό και γραπτό λόγο
 - Σωματικά συμπτώματα
 - Κατατονικά συμπτώματα
 - Οξύ σύνδρομο (όπως μελαγχολία, μανιακό, κατατονικό κ.ά.). (Kaplan & Sadock's 2004).

Κριτήρια του Kurt Schneider - Συμπτώματα πρώτης και δεύτερης γραμμής

- Συμπτώματα πρώτης γραμμής
 - Ηχηρές σκέψεις
 - Φωνές που λογομαχούν ή συζητούν
 - Φωνές που σχολιάζουν
 - Βιώματα σωματικής παθητικότητας
 - Απόσυρση σκέψης και άλλα βιώματα επιρροής στην σκέψη
 - Εκπομπή σκέψης
 - Κάθε άλλο βίωμα που αφορά εξωτερικό έλεγχο στη βούληση, το

συναίσθημα ή τις παρορμήσεις.

Συμπτώματα δεύτερης γραμμής

- Άλλες διαταραχές της αντίληψης
- Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες
- Αμηχανία
- Καταθλιπτικές και ευφορικές μεταβολές της διάθεσης
- Αίσθημα συναισθηματικής πτώχειας. (Kaplan & Sadock's 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

3.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

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

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

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

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

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

3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

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

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

Ενδείξεις για την αναγκαιότητα νοσηλείας είναι:

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

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

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

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

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

Στο πλαίσιο της εξωνοσοκομιακής θεραπείας μπορεί να λάβει χώρα και η μέθοδος «εκπαίδευση των χρόνιων ψυχωσικών στη θεραπεία με νευροληπτικά» (ΕΘΝ) του Robert Paul Liberman, από το Clinical Research Centre for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation του U.C.L.A., για την καλύτερη εφαρμογή της.

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

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

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

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

3.1.2 Σωματικές θεραπείες

α) Αντιψυχωτικά φάρμακα

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

ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

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

(Kaplan & Sadock's 2004)

β) Λίθιο

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

γ) Ηλεκτροθεραπεία (ETC)

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

δ) Ινσουλινοθεραπεία

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

Πίνακας με ανεπιθύμητες ενέργεις των αντιψυχωσικών φαρμάκων

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

Αντιψυχωσική αγωγή	Εξωπυραμίδικές ανεπιθύμητες ενέργειες	Αύξηση προλακτίνης	Αύξηση βάρους	Διαταραχή γλυκόζης	Διαταραχή λιπιδίων	Παράταση QT	Καταστολή	Υπόταση	Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες
Αλοπεριδόλη	+++	+++	+	+(;)	0	0	++	0	0
Κλοπαζίνη ^(ω)	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 απύσα 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 εμετό και πονοκέφαλο

^ε Επάγει δοσοεξαρτώμενη επιμήκυνση του διαστήματος QT

3.2.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

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

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

A. Ατομική ψυχοθεραπεία

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

B. Ομαδική ψυχοθεραπεία

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

Γ. Θεραπεία της συμπεριφοράς

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

Δ. Φυσική άσκηση

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

Ε. Αναψυχή - ψυχόδραμα

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

ΣΤ. Εργοθεραπεία

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

Z. Ομάδες υποστήριξης

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

H. Θεραπευτική συμβολή της οικογένειας

Καθώς η θεραπεία των σχιζοφρενών δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη αλλά να συνδυάζει διάφορες θεραπείες όπως τη θεραπευτική εμπλοκή της οικογένειας, είναι απαραίτητη μια συνάντηση με τα μέλη της οικογένειας του σχιζοφρενή, σε αυτή την οικογενειακή συνάντηση γίνεται επεξεργασία της σχέσης του ασθενή με τους γονείς του, ενθαρρύνονται να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και ενισχύεται ο γονέας που εμφανίζεται ως ο πιο αδύναμος. (Αναγνωστόπουλος και συν. 1997).

ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

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

Μεγάλη σημασία έχουν μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα ψυχικής υγείας (νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας) με σκοπό είτε την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο είτε την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο των ασθενών και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα. Στις μονάδες αυτές υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας (ημερήσια περίθαλψη) με σκοπό την καλύτερη κοινωνικοποίησή τους, την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας, τη μη λίμναση στο σπίτι ή τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κ.λπ. (Μάνου 1997).

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

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

Τελειώνοντας το κεφάλαιο της θεραπείας, θα πρέπει και πάλι να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μόνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη Σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας. (Χριστοδούλου και συν. 2004).

3.4 Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

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).

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 και συν. 2004).

4.1.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων

- Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του αρρώστου.
- Προγραμματισμένη συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.
- Εργαστηριακές εξετάσεις, όπως γενική εξέταση αίματος και ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία.
- 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.

- Διατύπωση πρωτοκόλλου με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλευτή, στο οποίο αναφέρονται:
 - α. Εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου στο οποίο αναφέρονται.
 - β. Επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα του αρρώστου.
 - γ. Οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης.
 - ε. 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 τι θα πει ο ψυχίατρος και τι ο νοσηλευτής. (Ραγιά 2007).

4.2.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων

- Αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του αρρώστου προς τα φάρμακα που παίρνει με τους τρόπους που ήδη αναφέρθηκαν.
- Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης για όψιμες αντιδράσεις: ηπατικές, αιματολογικές, οφθαλμικές, εξωπυραμιδικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα (χάλαση συνειρμών, καχυποψία, παραληρητικές ιδέες).
- Οργάνωση ευκαιριών για να μάθει ο άρρωστος πώς να παίρνει μόνος τα φάρμακά του και πώς να παρακολουθεί τον εαυτό του.
- Εφαρμογή της ολικής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου. Ωστε 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.
- Καταγραφή και ενυπόγραφη τεκμηρίωση στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου, των χορηγουμένων 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. (Ραγιά 2007).

4.3.3 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας

- Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας.

- Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη ή πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος με δόση συντήρησης, με συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου.
- Εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων, που ήδη αναφέρθηκαν. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να αναγνωρίσει την όψιμη δυσκινησία (ανώμαλες, ακούσιες κινήσεις των δακτύλων, της γλώσσας κ.λπ.).
- Οργάνωση σταθερού συστήματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τον άρρωστο.
- Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. Συνεργασία με τον άρρωστο ποια παρέμβαση πρέπει να γίνει για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο. (Ραγιά 2007).

4.4.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων

Αν εμφανισθούν εξωπυραμидικές 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.λπ.). 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 πως 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 ελέγχθη, την προσοχή στα παράπονα του αρρώστου για αδιαθεσία και κακουχία και με τη συχνή θερμομέτρηση για τη διαπίστωση πυρετού που σημαίνει φλεγμονή. Χρειάζεται ακόμη τακτική επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα για σημεία φλεγμονής ή εμφάνισης ρινορραγίας. Τα φαινόμενα αυτά συνεκτιμούνται με την ψυχική κατάσταση του αρρώστου για να αποφασισθεί η τυχόν διακοπή του φαρμάκου. (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. Ιδιαίτερος 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. (Ραγιά 2007).

4.2 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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).

4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νοσηλευτικές ανάγκες – Προβλήματα ψυχιατρικών ασθενών.

- Αισθητηριακή / αντιληπτική διαταραχή
- Διαταραχή διεργασιών της σκέψης
- Κοινωνική απομόνωση
- Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας
- Διαταραχή συμπεριφοράς (αμυντική)
- Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση αρρώστου
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα (ελλείψεις στο ντύσιμο).

4.3.1 Νοσηλευτική διάγνωση

Αισθητηριακές / αντιληπτικές διαταραχές - ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις / αίσθηση μη πραγματικότητας τον εαυτού ή του περιβάλλοντος.

Κατάσταση κατά την οποία τα αισθητηριακά ερεθίσματα παρερμηνεύονται και η αντίδραση προς αυτά μπορεί να είναι υποτονική ή υπερβολική, παραποιημένη ή ανεπαρκή.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

Άγχος σε επίπεδο πανικού, διαταραχή στη σκέψη, συναίσθημα, αντίληψη, προσανατολισμό, αποπροσωποποίηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα απειλής από στρεσογόνα ερεθίσματα, αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους.

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

- * Ομιλία και γέλιο με τον εαυτό του
- * Διακοπή της ομιλίας και στροφή της κεφαλής σαν για να ακούσει κάτι
- * Ξάφνιασμα στο άκουσμα ομιλιών
- * Αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής
- * Απότομες αλλαγές συναισθηματικής διάθεσης
- * Ακατάλληλες αντιδράσεις προς συνηθισμένα ερεθίσματα
- * Αδυναμία λήψης απλών αποφάσεων.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Οι σκοποί / κριτήρια που ακολουθούν εξαρτώνται από την ένταση των συμπτωμάτων, τη διάγνωση και την πρόγνωση του αρρώστου. Σε μερικές περιπτώσεις οι προσδοκίες αφορούν τροποποίηση των συμπτωμάτων μάλλον, παρά πλήρη αλλαγή της συμπεριφοράς.

Ο άρρωστος μέχρι να βγει από το νοσοκομείο φθάνει στο σημείο ώστε να:

- * Διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον
- * Αναγνωρίζει την πραγματικότητα και δεν ακούει πλέον εσωτερικές φωνές ή δεν τους δίνει σημασία
- * Εκδηλώνει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και στη συμπεριφορά
- * Επιδιώκει συζήτηση με το προσωπικό όταν αισθάνεται άγχος ή όταν αρχίζουν να τον ενοχλούν ψευδαισθήσεις
- * Αναφέρει ρεαλιστικά σχέδια, π.χ. προγραμματίζει να μείνει σε ένα ξενώνα / αναρρωτήριο όταν βγει από το νοσοκομείο ή να παρακολουθήσει ένα μάθημα το επόμενο εξάμηνο στο Πανεπιστήμιο κ.ά

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- * Συνεχιζόμενη εκτίμηση της παρουσίας / βαρύτητας των διαταραχών της αντίληψης του αρρώστου. Επισήμανση 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 βία συμπεριφορά, ύστερα από παραληρητικές εντολές για αυτοκτονία ή βλάβη άλλων, τις μη λεκτικές και λεκτικές εκφράσεις κ.λπ.

* Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει.

Η συνεχής και συνεπής υποστήριξη / αποδοχή θα ελαττώσει το άγχος και τους φόβους και θα κάνει τον άρρωστο ικανό να ελαττώσει τη διαταραγμένη αντίληψη των ερεθισμάτων που δέχεται.

* Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών και αντιπαραθέσεων 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 παραποιημένη αντίληψη των ερεθισμάτων ως πραγματικότητα. Η αντιπαραθέση οδηγεί σε αμυντική συμπεριφορά και σε υποτροπή της παλινδρόμησης του αρρώστου.

* 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.

* 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 σφαλές αντιλήψεις των ερεθισμάτων. Συχνά αισθάνεται ότι αυτο-ελέγχεται 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.

* 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.

- * Χρησιμοποίηση τεχνικών εξωτερικού ελέγχου. Αν χρειάζεται, τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο, εφαρμογή μηχανικών ή φαρμακευτικών περιοριστικών μέτρων.

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 μη 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 ασφάλειας 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.

- * 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 αποσπών 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 συμπεριφοράς.

- * 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).

4.3.2 Νοσηλευτική διάγνωση

Διαταραχές διεργασιών της σκέψης.

Κατάσταση κατά την οποία οι διεργασίες της σκέψης διακόπτονται, αποδιοργανώνονται ή δεν βασίζονται στην πραγματικότητα.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

Άγχος σε επίπεδο πανικού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απωθημένοι φόβοι και ψυχολογικές συγκρούσεις, αποδιοργάνωση των ορίων της προσωπικής οντότητας του αρρώστου ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους και στο περιβάλλον, πιθανή κληρονομική επιβάρυνση, υποανάπτυκτη προσωπικότητα.

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

- * Παραληρητικές ιδέες (μεγαλείου, δίωξης, αναφοράς, ελέγχου, σωματικών αλλαγών).
- * Ανικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, εύκολη απόσπαση προσοχής, παρερμηνείες της πραγματικότητας και του περιβάλλοντος.
- * Χάλαση συνειρμών.
- * Υπερβολική εγρήγορση (φόβος, καχυποψία, εχθρικότητα).
- * Έμμονες ιδέες, προστακτικές ψευδαισθήσεις.
- * Ανικανότητα λήψης αποφάσεων, λύσης προβλημάτων, λογικής σκέψης, κατανόησης αφηρημένων εννοιών.
- * Ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά.
- * Συνεχής κινητική δραστηριότητα (τελετουργικές πράξεις, στερεοτυπίες) μέχρι απόσυρση και ψυχοκινητική επιβράδυνση.
- * Διακεκομμένος ύπνος.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος έπειτα από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- * Αναγνωρίζει αλλαγές στη σκέψη και τη συμπεριφορά του.
- * Διακρίνει τις παραληρητικές ιδέες και την πραγματικότητα και αυξάνει την ικανότητά του να τις χειρίζεται αποτελεσματικά με την ελάττωση / διακοπή της παθολογικής σκέψης.
- * Διατηρεί τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα.
- * Δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- * Συνεχής εκτίμηση της παρουσίας / έντασης της διαταραχής των διεργασιών της σκέψης του αρρώστου, επισημαίνοντας τη μορφή (διασπασμένη, αυτιστική, συμβολική, χαλαρή, συγκεκριμένη, ανακοπτομένη), το περιεχόμενο (παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, δίωξης, αναφοράς ή σωματικές) και τη ροή (φυγή ιδεών, επιβράδυνση).

Η αναγνώριση της συμβολικής σκέψης και ομιλίας αυξάνει την κατανόηση των διεργασιών σκέψης του αρρώστου και συντελεί στον προγραμματισμό καταλλήλων παρεμβάσεων.

- * Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτού-αρρώστου.

Αυτή διατηρεί ένα ψυχικά ασφαλές περιβάλλον που διευκολύνει τη διαπροσωπική επικοινωνία και μειώνει τον αυτισμό.

- * Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση, π.χ. αντανάκλαση ή παράφραση των εκφράσεων του αρρώστου.

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι σαφής, συγκεκριμένη, ανοικτή και συνεπής. Αυτή ελαττώνει την αυτιστική σκέψη.

* Οργάνωση της επικοινωνίας έτσι ώστε να δείχνει σεβασμό των κοινωνικοοικονομικών, μορφωτικών και πολιτιστικών αξιών του αρρώστου.

Έλλειψη υπολογισμού αυτών των παραγόντων μπορεί να προκαλέσει λανθασμένες διαγνώσεις και ανακριβή ερμηνεία τής κατά τα άλλα φυσιολογικής σκέψης ως παθολογικής.

* Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης του αρρώστου με τη διευκρίνιση ασαφών εκφράσεων. Την επικέντρωση στο συναισθηματικό τόνο μάλλον παρά στο περιεχόμενο, με την επιδίωξη κατανόησης παρά την ασάφεια του αρρώστου, με την προσεκτική ακρόαση και τη ρύθμιση - κατεύθυνση της ροής της σκέψης του όταν χρειάζεται.

Ο άρρωστος συχνά είναι ανίκανος να οργανώσει τις σκέψεις του, εύκολα αποσπάται η προσοχή του, δεν μπορεί να συλλάβει έννοιες ή το όλον ενός θέματος αλλά στέκεται στις ασήμαντες λεπτομέρειες. Η ροή των σκέψεών του συχνά χαρακτηρίζεται ως καλπάζουσα, περιπλανώμενη ή βραδεία. Η ενεργητική ακρόαση διαπιστώνει τους τρόπους σκέψης του αρρώστου και διευκολύνει την κατανόηση. Η έκφραση της επιθυμίας του νοσηλευτού να κατανοήσει τον άρρωστο μεταβιβάζει ενδιαφέρον, αυξάνει το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και τον παροτρύνει να συγκεντρωθεί και να επικοινωνήσει πιο καθαρά.

* Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. Αποφυγή έντονης αμφισβήτησης και άρνησης ή συμφωνίας με τις αποδιοργανωμένες σκέψεις. Ήρεμη παρουσίαση της πραγματικότητας και έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση του αρρώστου (υπόδειγμα υπομονής). Συμμετοχή στη συζήτηση όταν εκφράζει σκέψεις σύμφωνες με την πραγματικότητα και τοποθέτηση ορίων, όταν προσπαθεί να αντιδράσει παρορμητικά προς τη διαταραγμένη σκέψη.

Η τακτική αυτή ελαττώνει την ασύνδετη, παραληρητική σκέψη καθώς οι σκέψεις του αρρώστου ανταποκρίνονται στην παρουσίαση της πραγματικότητας. Η παροχή ευκαιρίας στον άρρωστο να ελέγξει την επιθετική του συμπεριφορά, ενισχύει την αυτοεκτίμηση και προάγει την ασφάλεια για τον ίδιο και για τους άλλους.

* Εκτίμηση του τρόπου ανάπαυσης / ύπνου παρατηρώντας την ικανότητα του αρρώστου να κοιμάται και την ποιότητα του ύπνου καθώς και σχετικές διαταραχές.

Οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις κ.ά. παρεμποδίζουν τον ύπνο του αρρώστου. Οι φόβοι μειώνουν την ικανότητά του να κοιμηθεί. Η στέρηση του ύπνου μπορεί να προκαλέσει συμπεριφορές όπως απόσυρση, σύγχυση, διαταραχή της αντίληψης. Οι νοσηλευτικές εκτιμήσεις σχετικά με τον ύπνο του αρρώστου συντελούν όχι μόνο στην εξακρίβωση διαταραχών, αλλά και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

- * Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου με ελαστικότητα εφαρμογής όταν χρειάζεται.

Η συνέπεια στο πρόγραμμα ελαττώνει φόβους / ανασφάλειες που παρεμποδίζουν τον ύπνο. Ο ύπνος διευκολύνεται με την εναρμόνιση (εξισορρόπηση) μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και ανάπαυσης / ύπνου.

- * Βοήθεια του αρρώστου να μάθει τεχνικές που διευκολύνουν την ανάπαυση και τον ύπνο. Π.χ. ήρεμες απασχολήσεις, απαλή μουσική πριν από την κατάκλιση στο κρεβάτι, τακτική ώρα κατάκλισης, ένα ποτήρι με ζεστό γάλα κ.λπ.

Αυτά ενισχύουν την ικανότητα του αρρώστου να επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο ανάπαυσης / ύπνου, πράγμα που αυξάνει την ικανότητά του να σκέπτεται λογικά και σύμφωνα με την πραγματικότητα.

- * Εκτίμηση της παρουσίας και του βαθμού επίδρασης παραγόντων που επηρεάζουν την ικανότητα του αρρώστου να απασχολείται.

Η παρουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων, οι περιστάσεις όπως είναι η παρατεταμένη περίθαλψη στο νοσοκομείο, που συνήθως χαρακτηρίζεται από μονοτονία και αισθητηριακή αποστέρηση, ψυχολογικοί παράγοντες π.χ. μείωση της βούλησης, σωματικοί παράγοντες όπως υποκινητικότητα ή ακινησία, συντελούν σε αδυναμία και ανεπάρκεια για απασχόληση.

- * Φροντίδα και παρακολούθηση εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής, παρατήρηση της θεραπευτικής δράσης και των τυχόν παρενεργειών όπως είναι: αντιχολινεργικές παρενέργειες (ξηροστομία) καταστολή, ορθοστατική υπόταση, φωτοευαισθησία, ενδοκρινικές παρενέργειες, αύξηση ευαισθησίας για εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων, ακοκκιοκυτταραιμία και εξωπυραμидικά συμπτώματα.

Η παρακολούθηση αυτή συντελεί στην εξακρίβωση της ελάχιστης αποτελεσματικής δοσολογίας για την ελάττωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων με τις λιγότερες παρενέργειες. Η αναγνώριση της έναρξης σοβαρών παρενεργειών όπως είναι το νευροληπτικό κακόηθες σύνδρομο (όψιμη δυσκινησία) οδηγεί σε κατάλληλες παρεμβάσεις για πρόληψη μόνιμης βλάβης.

- * Χορήγηση των φαρμάκων που παραγγέλλονται από τον γιατρό ύστερα από συνεργασία με τον νοσηλευτή και υπολογισμό των κλινικών παρατηρήσεων του και των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Ως παραδείγματα αναφέρονται τα παρακάτω :

- Νευροληπτικά (ψυχοτρόπα, μείζονα ηρεμιστικά).

- Παράγωγα της φαινοθειαζίνης (π.χ. largactil), του θειοξανθενίου (π.χ. truxal), της βουτυροφαινόνης (π.χ. aloperidin), της διβενζο-διαζεπίνης (π.χ. loxitane).

- Αντιπαρκινσονικά φάρμακα π.χ. αντιχολινεργικά (artane, akineton) και αντιϊσταμινικά (bendryl).

Οι νοσηλευτικές ευθύνες που αφορούν τη φαρμακοθεραπεία θα συζητηθούν αναλυτικά πιο κάτω. (Ραγιά 2007).

4.3.3 Νοσηλευτική διάγνωση:

Κοινωνική απομόνωση

Κατάσταση μόνωσης την οποία δοκιμάζει ο άρρωστος και τη θεωρεί επιβαλλόμενη από τους άλλους και αρνητική ή απειλητική εμπειρία.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

Διαταραγμένες διεργασίες της σκέψης με αποτέλεσμα έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους / παραληρητικές ιδέες. Στέρηση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, «ιδρυματοποίηση» - παλινδρόμηση (ως συνέπεια παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο).

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

- * Δυσκολία δημιουργίας σχέσεων με άλλους. Έκφραση συναισθημάτων απόρριψης.
- * Αντιμέτωπιση προβλημάτων με θυμό, εχθρικότητα και βίαιη συμπεριφορά,
- * Κοινωνική απόσυρση / απομόνωση, παραμονή στο κρεβάτι πολλές ώρες.
- * Προκατάληψη με τις ατομικές σκέψεις, επαναλαμβανόμενες πράξεις χωρίς νόημα.
- * Ακατάλληλα ή ανώριμα για την ηλικία του αρρώστου ενδιαφέροντα και δραστηριότητες.
- * Σιωπηλότητα / αλαλία, αμβλύ συναίσθημα.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Μέχρι να βγει από το νοσοκομείο, ο άρρωστος φθάνει στο σημείο ώστε να:

- * Εκφράζει λεκτικά την επιθυμία να σχετίζεται με τους άλλους.
- * Συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλους στο τμήμα, σε γεύματα, ασκήσεις, χειροτεχνίες, περιπάτους.
- * Εκφράζει ευχαρίστηση από κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις. Διαθέτει τον περισσότερο χρόνο έξω από το δωμάτιο μαζί με τους άλλους στο περιβάλλον. Ομολογεί ότι πιστεύει στη θετική συμβολή του στις κοινωνικές επαφές.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- * Αξιολόγηση της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης του αρρώστου, ώστε να προγραμματισθούν στρατηγικές διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνίες και δραστηριότητες.
- * Βοήθεια του αρρώστου στην εκπλήρωση των βασικών του αναγκών στις ώρες της κοινωνικής απομόνωσης (ύπνο, διατροφή, ατομική υγιεινή) με σκοπό την προαγωγή της σωματικής υγείας και ευεξίας.
- * Προγραμματισμός κάθε ημέρας με καθορισμένες ώρες για σύντομες επικοινωνίες και δραστηριότητες με τον άρρωστο. Έτσι βοηθείται να οργανώνει ώρες επαφής με τους άλλους και να μάθει ότι αναμένεται η συμμετοχή του και ότι είναι αξιόλογο μέλος της κοινότητας.

- * Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές την ημέρα με τον άρρωστο και ενδιαφέρουσα αλλά όχι προκλητική και απαιτητική επικοινωνία μαζί του. Με σκοπό να λάβει εμπειρία της αποδοχής, του σεβασμού, της αγάπης και του ενδιαφέροντος του νοσηλευτού, να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του και να διευκολυνθεί η μετάβασή του στην κοινότητα αναπτύσσοντας αρμονικές σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού.
- * Συζήτηση με τον άρρωστο π.χ. για τα αντικείμενα στο δωμάτιό του, τις αγαπημένες του απασχολήσεις κ.ά. με σκοπό τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του και την ελάττωση της κοινωνικής του απομόνωσης.
- * Εξακρίβωση των σημαντικών για τον άρρωστο προσώπων που μπορούν να τον υποστηρίξουν - οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι - και ενθάρρυνσή τους να τον επισκέπτονται ή να του τηλεφωνούν και να επικοινωνούν συχνά μαζί του. Ένα ισχυρό δίκτυο υποστηρικτικών ατόμων μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές επαφές και το αίσθημα της προσωπικής αξίας του αρρώστου και να διευκολύνει την κοινωνική του ανάρρωση.
- * Βοήθεια του αρρώστου να διακρίνει τη διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο. Ο άρρωστος μπορεί περιστασιακά και σε κατάλληλες ώρες να διαλέγει να μείνει μόνος.
- * Εκτίμηση του βαθμού της αυτοεκτίμησης και του αισθήματος προσωπικής αξίας του αρρώστου. Επίσης αξιολόγηση των ικανοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων του και πως αυτά σχετίζονται με την κοινωνική του απομόνωση. Συνήθως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι δυσπροσαρμοστικοί τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων προέρχονται από την κοινωνική απομόνωση ή τη συντηρούν και τη διαιωνίζουν.
- * Λειτουργία του νοσηλευτού ως υποδείγματος υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς σε ατομικές και ομαδικές επικοινωνίες (ήρεμη και αξιοπρεπής στάση, μέτριος τόνος φωνής, κατάλληλη απόσταση, εναλλαγή ομιλίας και ακρόασης). Αυτό βοηθά τον άρρωστο να αναγνωρίσει και να θελήσει να καλλιεργήσει και ο ίδιος τις κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες για την ηλικία και τη θέση του.
- * Ενσωμάτωση άλλων αρρώστων και μελών του προσωπικού σε κοινωνικές επικοινωνίες και δραστηριότητες με τον άρρωστο, για τη βελτίωση των κοινωνικών του δεξιοτήτων στο ασφαλές περιβάλλον του τμήματος.
- * Παρότρυνση του αρρώστου να πλησιάσει άλλους αρρώστους με όμοια ενδιαφέροντα, με τους οποίους κατά τη γνώμη του μπορεί να συναναστραφεί. Τα κοινά ενδιαφέροντα κάνουν ικανοποιητική τη συναναστροφή και είναι πολύ πιθανό να επαναληφθεί.
- * Έπαινος του αρρώστου για τις προσπάθειές του να συναντήσει άλλα πρόσωπα και να επικοινωνήσει μαζί τους ή να ανταποκριθεί σε προσκλήσεις που του κάνουν οι άλλοι για κοινή απασχόληση. Έτσι ενισχύεται η θετική κοινωνική συμπεριφορά.

- * Βαθμιαία προώθηση του αρρώστου σε δραστηριότητες ανάλογες με το επίπεδο ανοχής και τη διανοητική και ψυχολογική του λειτουργικότητα. Π.χ. σχεδιασμό γευμάτων, απλά επιτραπέζια παιχνίδια, απλές ομαδικές απασχολήσεις και συζητήσεις, ώστε να εκτεθεί ο άρρωστος προοδευτικά σε πιο περίπλοκες διαπροσωπικές ασκήσεις και περιστάσεις.
- * Παροχή αδειών εξόδου στον άρρωστο για να πάει π.χ. στην αγορά, σε κέντρα φροντίδας ημέρας, σε μουσεία, στο ζωολογικό κήπο κ.λπ. με σκοπό την ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών επικοινωνίας έξω από το νοσηλευτικό τμήμα και την ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης.
- * Παρέμβαση όταν ο άρρωστος εκδηλώνει ψυχαναγκαστικές πράξεις, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή διαταραγμένη ομιλία, με παραμονή δίπλα του. Απασχόλησή του με σύντομες και ήρεμες κοινωνικές επαφές κατά το διάστημα της ημέρας. Σκοπός η μεταβίβαση κατανόησης των αδυναμιών του και η πλήρωση του κοινωνικού του κενού, στη δεδομένη περίσταση.
- * Συνεπής τήρηση όλων των προγραμματισμένων ωρών επικοινωνίας με τον άρρωστο. Η συνέπεια αυτή αυξάνει την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με αποτέλεσμα την αύξηση της κοινωνικότητάς του.
- * Συνέχιση της υποστήριξης και παρακολούθησης της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής θεραπευτικής αγωγής που αποφασίσθηκε από τη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, στην οποία συμμετέχει και ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας. (Ραγιά 2007).

4.3.4 Νοσηλευτική διάγνωση

Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας

Διαταραχή της ικανότητας του αρρώστου να εκφράζεται λεκτικά ή να επικοινωνεί λεκτικά με τους άλλους, κατά τρόπο κοινωνικά παραδεκτό.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- * Διαταραχές της σκέψης (αυτισμός, παραληρητικές ιδέες).
- * Αισθητηριακές / αντιληπτικές διαταραχές (ψευδαισθήσεις).
- * Ανικανότητα διάκρισης του εαυτού του από τους άλλους και από τα αντικείμενα του περιβάλλοντος.
- * Απόσυρση από το περιβάλλον και την πραγματικότητα.

Χαρακτηριστικά – αποδεικτικά στοιχεία

- * Ανικανότητα λογικής ομιλίας.
- * Λεκτικές εκφράσεις ασύνδετες όπως νεολοξίες, ηχολαλία, ασυναρτησία, σαλάτα λέξεων λόγω χάλασης συνειρμών, συμβολικές αναφορές.
- * Μη λεκτικές εκφράσεις / εκδηλώσεις όπως ηχοπραξία, στερεότυπες συμπεριφορές, αλλόκοτες χειρονομίες, στάσεις, μορφασμοί.
- * Πτωχεία λόγου / σιωπηλότητα, αλαλία.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Μετά την εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, ο άρρωστος γίνεται ικανός και εκδηλώνεται ως εξής :

- * Δείχνει κατανόηση των προβλημάτων επικοινωνίας και των στρεσογόνων παραγόντων που τα προκαλούν.
- * Χρησιμοποιεί κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.
- * εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με συνοχή, σκοπό και νόημα, βασισμένα στην πραγματικότητα.
- * Αρχίζει τη δοκιμή στρατηγικών για ελάττωση του άγχους του και προαγωγή της λεκτικής επικοινωνίας με συνοχή και νόημα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- * Συνεχιζόμενη εκτίμηση του τύπου και του βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας.

Ο βαθμός της διαταραχής της λεκτικής / μη λεκτικής επικοινωνίας (χαλαροί συνειρμοί, νεολεξίες, ηχολαλία και ηχοπραξία) επηρεάζει την ικανότητα του αρρώστου να επικοινωνεί με το προσωπικό και τους άλλους αρρώστους και να συμμετέχει στη φροντίδα του.

- * Υπομονετική ακρόαση των λεκτικών μηνυμάτων και παρατήρηση της μη λεκτικής – συμβολικής – συμπεριφοράς του αρρώστου στα πλαίσια της επικοινωνίας νοσηλευτού – αρρώστου.

Η ακρόαση και η παρατήρηση συντελούν στην κατανόηση των τρόπων επικοινωνίας του αρρώστου και της πρόθεσης των μηνυμάτων του, ώστε να γίνει δυνατή η πρόβλεψη και εκπλήρωση των αναγκών του μέχρι να αποκατασταθεί ικανοποιητική επικοινωνία.

- * Έκφραση αναγνώρισης της δυσκολίας που έχει ο άρρωστος να επικοινωνήσει.

Η αναγνώριση της δυσκολίας του αρρώστου να εκφράσει ιδέες και συναισθήματα δείχνει συμπάθεια, εμπνέει εμπιστοσύνη, ελαττώνει το άγχος και τον ενθαρρύνει να συγκεντρώσει την προσοχή του στην προσπάθεια να επικοινωνήσει με κατανοητό τρόπο.

- * Δημιουργία όχι απειλητικού, αλλά ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος για την επικοινωνία με τον άρρωστο.

Ατμόσφαιρα όπου ο άρρωστος αισθάνεται ελεύθερος να εκφραστεί, χωρίς φόβο κριτικής, τον βεβαιώνει ότι είναι παραδεκτός να δοκιμάσει για να εξωτερικεύσει και αρνητικά ακόμη συναισθήματα με κατάλληλη επικοινωνία και να επαληθεύσει αν τον κατάλαβαν οι άλλοι.

- * Αποδοχή της χρησιμοποίησης από τον άρρωστο άλλων τρόπων επικοινωνίας εκτός από την ομιλία, όπως ζωγραφική, γράψιμο, χειρονομίες, τραγούδι κ.λπ.

Η στάση αυτή αυξάνει το αίσθημα της σιγουριάς στον άρρωστο και του ανοίγει κανάλια για έκφραση των αναγκών του.

- * Αποφυγή λογομαχίας ή συμφωνίας με τις ανακριβείς εκφράσεις. Ήρεμη και απλή αναφορά της πραγματικότητας χωρίς κατακριτική στάση. (Ο νοσηλευτής λέει στον άρρωστο ότι δεν τον καταλαβαίνει).

Η λογομαχία δεν είναι θεραπευτική και μπορεί να προκαλέσει αμυντική συμπεριφορά. Η συμφωνία εξάλλου με τις ανακριβείς εκφράσεις του αρρώστου ενισχύει την παρερμηνεία της πραγματικότητας.

- * Χρησιμοποίηση θεραπευτικών τεχνικών επικοινωνίας, όπως παράφραση, αντανάκλαση ή διευκρίνιση των λεγομένων από τον άρρωστο.

Η ροή της ομιλίας του αρρώστου (πολύ γρήγορη ή πολύ αργή) μπορεί να χρειάζεται ρύθμιση. Οι τεχνικές αυτές βοηθούν στον προσανατολισμό στην πραγματικότητα, οπότε ελαχιστοποιείται η παρερμηνεία της και διευκολύνεται η ακριβής και κατανοητή επικοινωνία.

- * Υποστηρικτική προσέγγιση του αρρώστου από τον νοσηλευτή μεταβιβάζοντας την επιθυμία του να καταλάβει. Ζητά τη βοήθεια του αρρώστου για να καταλάβει.

Έτσι αναγνωρίζεται, ότι προηγούμενες ψυχοτραυματικές εμπειρίες δημιούργησαν δυσπιστία στον άρρωστο, η οποία ίσως τον κάνει να διατηρεί απόσταση από τους άλλους με το να είναι αόριστος και ασαφής στα λόγια του.

- * Διδασκαλία του αρρώστου να ζητά τη βοήθεια του νοσηλευτού όταν αρχίζει να αισθάνεται διαταραχή της λεκτικής του επικοινωνίας.

Η επικοινωνία με πραγματικά, δηλαδή υπαρκτά πρόσωπα και η απασχόληση με κάποια εργασία, συμβάλλουν στη διακοπή των εξωπραγματικών, παραλόγων ή αυτιστικών σκέψεων και στην αντικατάστασή τους με άλλες βασισμένες στην πραγματικότητα.

- * Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής αγωγής. (Ραγιά 2007).

4.3.5 Νοσηλευτική διάγνωση

Διαταραχή συμπεριφοράς

Κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει αμυντική και εχθρική συμπεριφορά στην προσπάθεια προστασίας της αυτοεκτίμησής του.

Αιτιολογικοί /σχετιζόμενοι παράγοντες

- * Έλλειψη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων.
- * Έντονο άγχος - Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- * Διαταραχή διεργασιών σκέψης και αντίληψης.
- * Αίσθημα απειλής στην ακεραιότητα της προσωπικότητας και στην αυτοεκτίμηση.
- * Καχυποψία και δυσπιστία σε πρόσωπα και καταστάσεις του περιβάλλοντος.
- * Παρερμηνεία της πραγματικότητας γεγονότων και αντικειμένων.
- * Ανικανότητα ερμηνείας ή έκφρασης συναισθημάτων.

- * Αδυναμία εκδήλωσης θυμού ή εχθρικών συναισθημάτων με κοινωνικά παραδεκτό τρόπο.
- * Ανικανότητα εκπλήρωσης ατομικών αναγκών με κατάλληλη επικοινωνία.
- * Διαταραχή επαφής με την πραγματικότητα.

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

- * Προβολή κατηγοριών, εχθρικότητας και ατομικής ευθύνης στους άλλους.
- * Υπερευαισθησία στην παραμικρή αρνητική κριτική από τους άλλους.
- * Ιδέες μεγαλείου και στάση υπεροπτικού (φαντασμένου) ανθρώπου.
- * Δυσκολία σύναψης και διατήρησης σχέσεων με άλλους.
- * Εχθρικό γέλιο και κοροϊδία των άλλων.
- * Παρεμπόδιση της εφαρμογής της θεραπείας του με αμυντική ή διασπαστική συμπεριφορά.
- * Παραλήρημα δίωξης, ιδέες αναφοράς, παρανοϊκός ιδεασμός.
- * Κατάχρηση οινόπνευματος ή και ναρκωτικών.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο επίπεδο ώστε να:

- * Χρησιμοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων, προσώπων και γεγονότων με λειτουργικό προσαρμοστικό τρόπο, ανάλογα με την περίσταση.
- * Δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και τους άλλους αρρώστους στο τμήμα.
- * Εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα με λεκτική επικοινωνία και κοινωνικά παραδεκτό τρόπο.
- * Εκτονώνει την ενέργεια του άγχους του με σωματική άσκηση και ομαδικές δραστηριότητες.
- * Ερμηνεύει τα γεγονότα και τις συμπεριφορές των άλλων με ακρίβεια βασισμένη στην πραγματικότητα.
- * Δείχνει περιορισμό ή απουσία της υπερευαισθησίας, καχυποψίας ή παράνοιας κατά τις επαφές του με άλλους.
- * Επικοινωνεί χωρίς υβριστικές εκφράσεις, εμπαιγμούς, απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά εναντίον των άλλων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- * Συνεχιζόμενη εκτίμηση των παραμέτρων που αναφέρθηκαν στα αποδεικτικά χαρακτηριστικά και τους σχετιζόμενους παράγοντες.
- * Αποδοχή της υπερευαισθησίας, των ιδεών αναφοράς και της παράνοιας ως εκδηλώσεων της διαταραχής της προσωπικότητας και της ικανότητας ελέγχου της πραγματικότητας.

Η αποδοχή αυτή αποτελεί προϋπόθεση για την οικοδομή εμπιστοσύνης και τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης συνεργασίας με τον άρρωστο.

- * Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς χωρίς κριτική και απειλές, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του αρρώστου και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας.

- * Επιβεβαίωση του αρρώστου που εκδηλώνει δυσπιστία, καχυποψία ή παρανοϊκά στοιχεία, ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο. Αυτό ελαττώνει το άγχος, αυξάνει την εμπιστοσύνη του και παρουσιάζει την πραγματικότητα.
- * Αποφυγή επιθέσεων ή προκλήσεων στο παραλήρημα του αρρώστου. Αυτή η στάση μπορεί να αποξενώσει τον άρρωστο, να μειώσει την εμπιστοσύνη του και να τον ωθήσει στη δικαιολογία, υπεράσπιση και υποστήριξη του παραληρήματος για να διατηρήσει την αυτο-εκτίμησή του.
- * Απασχόληση του αρρώστου σε συχνές, σύντομες επικοινωνίες, αποφυγή ψιθυρισμών ή γέλιου και λογομαχίας, πληροφόρησή του για τυχόν αλλαγές του ημερήσιου προγράμματος. Ευγενική και διακριτική αμφισβήτηση παραλόγων πεποιθήσεων μεγαλείου ή παρανοϊκών ιδεών και ομιλία με ήρεμο, σαφή και συγκεκριμένο τρόπο.

Η τακτική αυτή συντελεί στη δημιουργία θεραπευτικής έμπιστης σχέσης και στην ελάττωση της αμφιλογίας - διαφορούμενων εννοιών - της καχυποψίας και άλλων αμυντικών συμπεριφορών.

- * Πληροφόρηση του αρρώστου με ευγενικό αλλά σταθερό τρόπο, ότι ο νοσηλευτής δεν συμερίζεται την ερμηνεία που δίνει εκείνος σ' ένα γεγονός, αν και αναγνωρίζει τα συναισθήματά του. Έτσι βοηθείται να επικεντρώνεται σε πραγματικές και όχι φανταστικές καταστάσεις.
- * Επανεστίαση των συζητήσεων σε θέματα της πραγματικότητας, όταν ο άρρωστος αρχίζει να παρερμηνεύει γεγονότα και συμπεριφορές των άλλων. Μ' αυτό τον τρόπο ενθαρρύνεται η βασισμένη στην πραγματικότητα σκέψη και μειώνεται η αμυντική συμπεριφορά.
- * Ανατροφοδότηση στον άρρωστο με την περιγραφή των εντυπώσεων που δημιουργεί σχετικά με τα εκφραζόμενα συναισθήματά του, όταν καταφεύγει σε αμυντική συμπεριφορά, δηλαδή κατηγορίες ή απειλές των άλλων με θυμό, ξεφωνητά και εκδηλώσεις επιθετικότητας.

Η ανατροφοδότηση βοηθά τον άρρωστο να διακρίνει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά του και τα αποτελέσματά της στους άλλους.

- * Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες, πχ. εργοθεραπεία-ψυχαγωγία, συζητήσεις κ.ά. Με σκοπό βέβαια να εκτονώνεται το άγχος, να αυξάνει η κατανόηση των στρεσογόνων αιτίων της αμυντικής συμπεριφοράς και να δοκιμάζονται πιο προσαρμοστικές δεξιότητες.
- * Βοήθεια του αρρώστου να επιλέγει απασχολήσεις στις οποίες επιτυγχάνει και προσελκύει την επιδοκιμασία των άλλων. Έτσι αυξάνει η αυτοεκτίμησή του και ελαττώνεται η προσπάθεια εκπλήρωσης των αναγκών κοινωνικής αναγνώρισης με αμυντικούς τρόπους.
- * Συνέχιση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και φροντίδας για τον άρρωστο σε ώρες άγχους, καχυποψίας και δυσπιστίας.

Οι καχύποπτοι άρρωστοι συμπεριφέρονται καλά στους νοσηλευτές που δείχνουν ενδιαφέρον και θετικές στάσεις και παρακινούνται να αλλάξουν τη δυσλειτουργική τους συμπεριφορά.

- * Αποφυγή αγγίγματος του αρρώστου με τα χέρια (touching) ως εκδήλωσης φιλικότητας σε περιστάσεις άγχους, παράνοιας και διαταραχής της επαφής του με την πραγματικότητα.

Η χειρονομία αυτή υπάρχει κίνδυνος να παρερμηνευθεί και να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις μέχρι και επιθετικότητα.

- * Αποφυγή επίπληξης, απειλής ή χρήσης δύναμης και βίας όταν ο άρρωστος υβρίζει και προσβάλλει τους γύρω του, διότι μπορεί να αντιδράσει με επίθεση προκειμένου να προστατεύσει το σύστημα του εγώ του.
- * Κατάρτιση, σε συμφωνία με τον άρρωστο, ενός καταλόγου παραδεκτών συμπεριφορών, αναμενόμενων αποτελεσμάτων και μεθόδων για την επιτυχία τους, καθώς και των συνεπειών των απαράδεκτων συμπεριφορών με σαφείς και συγκεκριμένες εκφράσεις.

Οι γραπτές συμφωνίες χρησιμεύουν ως διαρκείς οπτικές υπενθυμίσεις για τους αρρώστους που έχουν δυσκολία να ανταποκριθούν σε προφορικές οδηγίες.

- * Τοποθέτηση ορίων με ήρεμο, ευθύ, απλό αλλά σταθερό τρόπο, όταν ο άρρωστος αρχίζει να εκδηλώνει ανεξέλεγκτες συμπεριφορές (π.χ. κατηγορεί, υβρίζει, απειλεί, ενεργεί με επιθετικότητα). Σκοπός είναι η πρόληψη βλάβης στον ίδιο και στους άλλους και των επακόλουθων αισθημάτων ενοχής που αυξάνουν το άγχος του, αλλά και η παροχή ευκαιρίας να επιλέξει πιο λειτουργικές μεθόδους εκπλήρωσης των αναγκών του.

Τα όρια μπορεί να είναι διακοπή της συμμετοχής του αρρώστου σε μια ομαδική συζήτηση ή σε ένα κοινό παιχνίδι, αποστολή του στο δωμάτιό του ή χρήση μηχανικών / φαρμακευτικών μέσων περιορισμού μέχρι να ηρεμήσει.

- * Συνέχιση υποστήριξης της εφαρμογής της νοσηλευτικής και ιατρικής αγωγής. (Ραγιά 2007).

4.3.6 Νοσηλευτική διάγνωση

Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση τον αρρώστου

Κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά της οικογένειας ή άλλου σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική στο χειρισμό του αρρώστου και των συνεπειών της ψυχικής του διαταραχής.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- * Αμφίθυμες οικογενειακές σχέσεις, δηλαδή ταλάντευση μεταξύ απόσυρσης από τον άρρωστο και φροντίδας του.
- * Ανικανότητα των σημαντικών προσώπων να εξωτερικεύσουν αισθήματα θυμού, ενοχής, απογοήτευσης, απελπισίας.
- * Χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης του αρρώστου.
- * Άρνηση των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων της ψυχικής νόσου στον άρρωστό τους και στους ίδιους.
- * Διασπασμένες σχέσεις αρρώστου και οικογένειας.

- * Αντίσταση ή άρνηση της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα και θεραπεία του αρρώστου,
- * Ψυχοσωματική και αναπτυξιακή διαταραχή των σημαντικών προσώπων.
- * Αμυντικά και μη συνεργάσιμα σημαντικά πρόσωπα.
- * Έλλειψη γνώσεων στην οικογένεια για την ψυχική αρρώστια του μέλους της και την κατάλληλη αντιμετώπισή της.
- * Υπερβολική μέριμνα και ανησυχία της οικογένειας για τον άρρωστο, την αρρώστια και τη φροντίδα του.

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

- * Έλλειψη γνώσεων στην οικογένεια για την αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου (διατροφή, υγιεινή, ενδυμασία).
- * Αποτυχία της οικογένειας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του αρρώστου για αγάπη και συντροφιά και αντιμετώπιση της αρρώστιας του.
- * Ακατάλληλες ή αμφίθυμες αντιδράσεις της οικογένειας προς τον άρρωστο και την αρρώστια του (αδιαφορία, απόρριψη, υπερπροστασία, θυμός, ενοχές, απελπισία, εγκατάλειψη του αρρώστου).
- * Άρνηση της βαρύτητας της ψυχικής διαταραχής του αρρώστου των.
- * Σημεία ψυχικής διαταραχής: κατάθλιψη, επιθετικότητα κ.ά. στην οικογένεια.
- * Αποδιοργανωμένες οικογενειακές σχέσεις.
- * Ανάπτυξη εκ μέρους του αρρώστου αδυναμίας, αδράνειας και εξάρτησης από την οικογένεια και την κοινότητα.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Τα σημαντικά για τον άρρωστο οικογενειακά πρόσωπα θα φθάσουν στο σημείο να εκδηλώνονται ως εξής:

- * Εκφράζουν ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι του αρρώστου, της αρρώστιας, της φροντίδας και θεραπείας του.
- * Περιγράφουν ανοικτά και συχνά τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, σχετικά με την ευθύνη τους για τον άρρωστο σε θεραπευτικό περιβάλλον δημιουργημένο γι' αυτούς.
- * Εκδηλώνουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας, λύσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις σχέσεις μεταξύ τους και με το προσωπικό της φροντίδας ψυχικής υγείας του αρρώστου.
- * Χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας του αρρώστου και της αρρώστιας του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- * Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα μέλος τους. Για τη διαπίστωση του βαθμού δυσλειτουργίας της στην πορεία του χρόνου και τη βοήθειά της να αναπτύξει ρεαλιστικό σχέδιο υποστήριξης του αρρώστου ανάλογα με την ανοχή και τις ικανότητές της.

- * Εκτίμηση και καλλιέργεια της ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα του αρρώστου.

Πολλοί επιστήμονες εκφράζουν την άποψη ότι ο σχιζοφρενής άρρωστος εκπροσωπεί μια αποδιοργανωμένη «σχιζοφρενή» οικογένεια. Η μετανοσοκομειακή φροντίδα του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια και άλλα σημαντικά του πρόσωπα, για να ανυψωθεί το επίπεδο της διαπροσωπικής λειτουργίας.

- * Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρικότητα, ανησυχία, άγχος, υπερπροστασία ή συναισθηματική εμπλοκή.

Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας του αρρώστου έχει αποδειχθεί ότι επιδρά αποφασιστικά στην ανάρρωσή του. Υποτροπές συμβαίνουν με στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη συχνότητα στις οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.

- * Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση και τη βαρύτητα της αρρώστιας και επιστράτευση της συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην κοινότητα.

Η οικογένεια που ήδη έχει δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και τις επιπτώσεις μιας χρόνιας αρρώστιας. Η συμπεριφορά του αρρώστου μπορεί να είναι δύσκολη και ενοχλητική για μερικές οικογένειες που έχουν οι ίδιες προβληματική προσαρμογή ή που έχουν υψηλή θέση στην κοινωνία και φοβούνται το πιθανό στίγμα.

- * Προώθηση της συμμετοχής της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας του αρρώστου, στις συναντήσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας, στα ενδοϋπηρεσιακά σεμινάρια, σε βιβλιογραφικές και ερευνητικές ανακοινώσεις και οπωσδήποτε σε θεραπευτικές επικοινωνίες με τον άρρωστο.

Η τακτική αυτή βοηθά την οικογένεια να παρακολουθήσει υποδείγματα σωστής συμπεριφοράς και να μάθει νέους τρόπους χειρισμού του δικού της στρες και του αρρώστου της, καθώς και να αλλάζει τη συμπεριφορά της όπου είναι δυσπροσαρμοστική.

- * Ενθάρρυνση της συμμετοχής της οικογένειας σε προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς. Αυτά αφορούν ειδικά τα προβλήματα του αρρώστου της, ώστε να μάθει πως να τον βοηθά θεραπευτικά αλλά και πως να λύνει πιο αποτελεσματικά τα προβλήματά της.

- * Πληροφόρηση της οικογένειας για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα. Καθώς και για το ειδικό προσωπικό που διαθέτουν για να τους βοηθούν όταν τα συμπτώματα του αρρώστου οξύνονται και είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν.

Αυτό βεβαιώνει τον άρρωστο και την οικογένεια για τη διαθεσιμότητα επιστημονικής και ειδικευμένης βοήθειας και υποστήριξης. Ελαττώνει τα αισθήματα της μόνωσης και αδυναμίας. Ενθαρρύνει τη χρήση υπηρεσιών για να

μπορεί ο άρρωστος να παραμείνει στην κοινότητα, ανακουφίζει την οικογένεια από τα βάρη της και ενδυναμώνει το σύστημά της. (Ραγιά 2007).

4.3.7 Νοσηλευτική διάγνωση: Ελλιπής Αυτοφροντίδα - Υγιεινή

Σχετίζεται με έκπτωση των αντιληπτικών / γνωστικών λειτουργιών.

Χαρακτηριστικά Στοιχεία

- Ανικανότητα να πλύνει το σώμα ή μέλη του σώματος.
- Ανικανότητα να βρει ή να πάει σε εγκαταστάσεις με νερό.
- Ανικανότητα να ρυθμίσει τη θερμοκρασία του νερού.

Νοσηλευτικοί Σκοποί

Ο ασθενής να

- Διατηρήσει ή αυξήσει δεξιότητες υγιεινής / καθαριότητας.
- Ολοκληρώνει το πρόγραμμα καθαριότητας / υγιεινής σε υψηλό επίπεδο ανεξαρτησίας.
- Έχει διατηρήσει καθαριότητα / υγιεινή σε υψηλό επίπεδο πριν την έξοδο.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

- Εκτίμηση και τεκμηρίωση του επιπέδου λειτουργίας και πιθανών αιτιών των δυσχερειών.
- Εξατομικευμένη φροντίδα για την υποστήριξη του επιπέδου της λειτουργίας και την αύξηση της ανεξαρτησίας στην εκτέλεση του προγράμματος καθαριότητας / υγιεινής. Ανάπτυξη συστήματος αξιολόγησης του ασθενούς κάθε μέρα στην επίτευξη των στόχων και του τύπου ενίσχυσης που είναι αποτελεσματικός.

Αιτιολογία

- Τίθεται μια βάση ικανοτήτων και προβληματικών τομέων (όπως, χρησιμοποιεί νερό αλλά όχι σαπούνι ή σφουγγάρι, πλένεται σωστά αλλά δεν αλλάζει ρούχα) επισημαίνεται η αιτιολογία της συμπεριφοράς (δεν μπορεί να οργανώσει τα βήματα καθαριότητας, παραληρηματικές σκέψεις για την αλλαγή ρούχων).
- Διατηρούνται τα επίπεδα καθαριότητας και υγιεινής ενώ ταυτόχρονα προωθείται η αυξανόμενη ανεξαρτησία στην αυτό-φροντίδα. Αυτό μπορεί να αρχίσει με έμπρακτη βοήθεια, και να προχωρήσει σε ελάχιστη ή καθόλου λεκτική παρότρυνση.

- Εκπαίδευση για το κοινωνικό και ατομικό όφελος της καθαριότητας και υγιεινής.
- Παρέχεται ευκαιρία να ενισχυθεί το πρόγραμμα φροντίδας και να εντοπισθούν εξατομικευμένες ανάγκες.

(Coler & Vincent 2001).

Νοσηλευτική διάγνωση : Ελλείψεις στο ντύσιμο – περιποίηση

Σχετίζεται με έκπτωση των γνωστικών / αντιληπτικών λειτουργιών.

Χαρακτηριστικό στοιχείο

Ανικανότητα να διατηρήσει την εμφάνιση σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Νοσηλευτικοί Σκοποί

Ο ασθενής να

- Ντύνεται κατάλληλα με τις καιρικές συνθήκες.
- Αλλάζει ρούχα σε τακτικά διαστήματα.
- Ολοκληρώνει μόνος τις δραστηριότητες περιποίησης.
- Αναγνωρίζει αυξημένη αυτο-εκτίμηση όταν είναι κατάλληλα ντυμένος και περιποιημένος.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση και τεκμηρίωση των ικανοτήτων και προβλημάτων του ασθενούς σ' αυτούς τους τομείς.
- Εκτίμηση ενδεχομένων ιδιαίτερων απόψεων που επηρεάζουν τον τρόπο ντυσίματος ή περιποίησης.
- Εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης σε ρούχα, καλλυντικά, καθρέφτη, και άλλες ανάγκες του ντυσίματος.
- Παροχή στήριξης για να ολοκληρώσει τις δραστηριότητες καθαριότητας / περιποίησης.

Αιτιολογία

- Πρέπει να διατηρηθούν οι θετικές δεξιότητες και να επιλυθούν τα προβλήματα.
- Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε την ιδιαίτερη σημασία της συμπεριφοράς ντυσίματος / περιποίησης που είναι προβληματική.
- Οι ασθενείς με διαταραχή της σκέψης μπορούν εύκολα να αποδιοργανωθούν αν η προκαταρκτική δραστηριότητα είναι πολύ σύνθετη. Χρειάζονται επίσης επαρκή χρόνο για να ολοκληρώσουν τη δραστηριότητα με το δικό τους ρυθμό.
- Η έμπρακτη βοήθεια μπορεί να απαιτείται στην αρχή της νοσηλείας όταν είναι περισσότερο ψυχωσικοί. Οι λεκτικές οδηγίες πρέπει να είναι σαφείς, σύντομες, απλές και να επαναλαμβάνονται συχνά.

- Δημιουργία μιας ομάδας με συγκεκριμένο σκοπό τη βελτίωση στο ντύσιμο, περιποίηση.
- Αυτό μειώνει την ένταση των δυαδικών συναλλαγών, που μπορεί να είναι δυσάρεστες, και παρέχει μια υποστηρικτική ομάδα ομοτίμων για τη βελτίωση και της κοινωνικοποίησης αλλά και της μάθησης.
- Εκπαίδευση για την κατάλληλη περιβολή ανάλογα με τις καιρικές συνθήκες.
- Οι ασθενείς μπορεί να είναι λιγότερο ευαίσθητοι στις αλλαγές της θερμοκρασίας εξαιτίας της ασθένειάς του και / ή τις παρενέργειες των φαρμάκων και μπορεί να κινδυνεύουν από τη ζέστη.

(Coler & Vincent 2001).

Συνέχιση φροντίδας/ Προγραμματισμός αποθεραπείας

- Ενθάρρυνση της συμμετοχής στο νοσοκομείο ημέρας και στα ημερήσια θεραπευτικά προγράμματα.
- Παροχή οδηγιών για την συνεχιζόμενη ατομική θεραπεία και τη χρήση φαρμάκων.
- Βοήθεια να δημιουργηθεί μια υποστηρικτική κατάσταση διαβίωσης και προστατευόμενο εργασιακό περιβάλλον.
- Παραπομπή σε κοινοτικά υποστηρικτικά προγράμματα, συνδέσμους επισκεπτών νοσηλευτών, και ομάδες οικογενειακής υποστήριξης. (Coler & Vincent 2001).

4.4.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Πρόσφατα οι Antony, Cohen και Farkas περιέγραψαν εννέα 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 είναι οι εξής :

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 σπανίως 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).

4.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

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 προνοσηρή προσωπικότητα π.χ. τυχόν κοινωνικά στοιχεία επιδρούν αρνητικά στους μαθησιακούς μηχανισμούς νέων κοινωνικών δεξιοτήτων (Μαδιανός 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

5.1 Άμεσο κόστος – έμμεσο κόστος της σχιζοφρένειας

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

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

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

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

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

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

Τέλος, μπορούμε να αναφέρουμε σύμφωνα με μελέτες ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπολογίζεται ότι οι οικογένειες ξοδεύουν 2.5 δις δολάρια το χρόνο για τη φροντίδα των ψυχικά αρρώστων συγγενών τους, που ισοδυναμούν με το ήμισυ του κόστους της φροντίδας στα δημόσια νοσοκομεία. Από τα ετήσια οικογενειακά έξοδα, όπως φαίνεται από έρευνα του NAMI είναι

το 30% των εξόδων αντιστοιχεί στα άμεσα έξοδα και το 70% στο σύνολο των έμμεσων εξόδων (Οικονόμου 1999).

5.2 ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου

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

Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου είναι:

1. Δικαίωμα σε κατάλληλη θεραπεία.
2. Δικαίωμα σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.
3. Δικαίωμα σε ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία με συζήτηση των θεραπειών και φαρμάκων.
4. Δικαίωμα να δώσει ή να μη δώσει τη συγκατάθεσή του. Και να αντιμετωπισθεί χωρίς την συγκατάθεσή του μόνο σε επείγουσα κατάσταση.
5. Δικαίωμα να μην υποβληθεί σε ερευνητικό πειραματισμό.
6. Δικαίωμα να είναι ελεύθερος από περιορισμούς.
7. Δικαίωμα για αξιοπρεπή φροντίδα σε ανθρωπιστικό περιβάλλον.
8. Δικαίωμα στην εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες για την ψυχική του υγεία.
9. Δικαίωμα σε όσο το δυνατό μεγαλύτερη ελευθερία για να ασκεί τα πολιτικά του δικαιώματα, να ανήκει κάπου και να εκφράζεται.
10. Δικαίωμα να εξασφαλίσει βοήθεια δικηγόρου.
11. Δικαίωμα να κριτικάρει ή να παραπονεθεί για τις συνθήκες περίθαλψής του, χωρίς το φόβο να υποστεί αντίποινα.

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

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

5.3 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗ

Στη διάρκεια ενός οξέος σχιζοφρενικού επεισοδίου, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να οδηγεί. Σε γενικές γραμμές, η ικανότητα αυτή θεωρούμε ότι

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

5.4 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΟΙΝΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΕΝΟΣ ΔΙΚΟΥ ΜΑΣ

Όταν ένας άνθρωπος ασθενεί ψυχικά, ολόκληρη η οικογένειά του - παιδί, σύζυγος, αδελφός, αδελφή ή γονέας - ανησυχεί, συμπάσχει και βλέπει τη ζωή της να αλλάζει, να περνά κρίσιμα στάδια, φάσεις που προετοιμάζουν το έδαφος για την οδυνηρή, αλλά αναπόφευκτη πορεία προς την προσαρμογή σε μία καινούργια πραγματικότητα.

Τίποτα δεν μπορεί να προετοιμάσει μία οικογένεια για μία ψυχική ασθένεια. Ασφαλώς, κάθε ιστορία είναι μοναδική, κάθε πάθηση έχει τη δική της εξέλιξη. Ωστόσο, πέρα από τις διαφορές, συναντούμε την ίδια θεματική, τα ίδια επώδυνα ερωτηματικά ή τις ίδιες οδυνηρές διαπιστώσεις που φαίνεται να είναι το κοινό ριζικό όλων όσοι έχουν κάποιο δικό τους άνθρωπο που, κάποια στιγμή, προσβάλλεται από μία ψυχική ασθένεια.

Η ιστορία ξεκινά συνήθως κάπως έτσι: επί μήνες, ακόμη και χρόνια, ένας άνθρωπος ζει κλεισμένος στον εαυτό του, σταματώντας προοδευτικά κάθε δραστηριότητα και επαφή με τον έξω κόσμο ή, αντιθέτως βαλτώνει σ' έναν τρόπο ύπαρξης που του είναι οικείος, επιβάλλοντας στον περίγυρό του ένα πραγματικό καθεστώς τρόμου με αλλοπρόσαλλα ωράρια, θορύβους μέσα στη νύχτα, γεύματα σε ακατάστατες ώρες κ.λπ.

Αργότερα, όταν γίνει η διάγνωση, οι συγγενείς θα ανακαλέσουν στη μνήμη τους εκείνα τα χρόνια όπου η καθημερινή ζωή φαινόταν να βυθίζεται σε μία παράξενη ατμόσφαιρα θλίψης, θυμού και φόβου. Συνήθως, το εν λόγω πρόσωπο είναι νέος, έφηβος ή ενήλικας. Οι γονείς και τα αδέρφια, ανίκανοι να αντιδράσουν, υφίστανται τις αλλαγές. Αυτό το πρώτο σενάριο περιγράφει, σε γενικές γραμμές, την είσοδο στη σχιζοφρένεια με προοδευτικό και ύπουλο τρόπο. Σε ένα νεαρό άτομο, η σχιζοφρένεια στην αρχική μορφή της μπορεί να συγχέεται με την κρίση της εφηβείας. Ωστόσο, μερικές φορές, εκδηλώνεται με πιο αιφνίδιο τρόπο. Πρόκειται για την παραληρητική ώση, έναν πραγματικό «κεραυνό εν αιθρία», σύμφωνα με την έκφραση του σπουδαίου ψυχιάτρου Ζ. Μανιάν (1866).

Όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με την ψυχική ασθένεια ενός δικού μας, καθένας μας αντιδρά σύμφωνα με τη νοοτροπία, την προσωπική του ιστορία και τον βαθμό συγγένειας με τον πάσχοντα: δεν είναι το ίδιο να έχουμε να κάνουμε με έναν ηλικιωμένο γονιό, ένα έφηβο παιδί ή έναν σύζυγο, για να απαριθμήσουμε τρεις μόνο χαρακτηριστικές περιπτώσεις.

Σε κάθε περίπτωση, η σχέση με τον ασθενή μπορεί να διευκολύνει ή, αντιθέτως, να περιπλέξει τη διάγνωση της ασθένειας και στη συνέχεια την προσαρμογή και την αναζήτηση λύσεων. Έτσι, ο σύζυγος ενός ατόμου σε κατάθλιψη μπορεί αφενός να είναι σε καλύτερη θέση να εντοπίσει τις πρώτες ενδείξεις της ασθένειας και να λειτουργήσει ως σύνδεσμος ανάμεσα στον ασθενή, στον έξω κόσμο και στους θεράποντες, αφετέρου όμως στην προσπάθεια να αναλάβει

όλες τις ευθύνες, μπορεί να μπλοκάρει - ενίοτε εν αγνοία του - κάθε ενδεχόμενη καινούργια λύση.

Έτσι οι γονείς ενός νέου που εμφανίζει τα πρώτα σημάδια μίας διαταραχής που δεν έχει χαρακτηριστεί ακόμη σαν σχιζοφρένεια, μπορεί να περιμένουν αρκετά μέχρι να συμβουλευθούν κάποιον ειδικό, αρνούμενοι αυτή τη διάγνωση που πολύ συχνά ηχεί σαν καταδίκη σε ψυχικό θάνατο, παρά το θεραπευτικό οπλοστάσιο που έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας.

Σε κάθε περίπτωση, ο περίγυρος του ασθενούς βιώνει ακραία και συχνά αντιφατικά συναισθήματα που μπορούν να συνοψιστούν στο τρίπτυχο: θυμός, ενοχή, θλίψη, θυμός των οικείων μπροστά στην ψυχοφθόρο ασθένεια, στη θέα του αγαπημένου που φαίνεται να καταρρέει, θυμός απέναντι στο κράτος - στα θεραπευτικά ή κοινωνικά ιδρύματα - που συχνά αδυνατούν να μετριάσουν τον φόβο, να απαλύνουν την απομόνωση και τις αδιέξοδες καταστάσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι τόσο ο ασθενής όσο και ο περίγυρός του. Μερικές φορές θυμός προς τον ίδιο τον ασθενή, εκείνον που μετατρέπει τη ζωή των δικών του σε καθημερινή κόλαση, όπου καθένας με τη σειρά του αισθάνεται ότι τον εκμεταλλεύονται, ότι τον ωθούν στα άκρα, τον φέρνουν σε αδιέξοδο.

Στην αντίπερα όχθη του θυμού βρίσκεται, αναμφίβολα, η ενοχή. Βασανίζει την ψυχή των οικείων - γονιών, συζύγων - και φέρνει αναπόφευκτα, μαζί της, πλήθος ερωτημάτων, που προκαλούν πόνο επειδή μένουν αναπάντητα: γιατί αυτός, τι συνέβη, τι λάθος έκανα, ποιος φταίει; Συχνά, τα λόγια του ίδιου του ασθενή: «εξαιτίας σου βρίσκομαι σε αυτή την κατάσταση» αντιλαλούν σαν ηχώ και κατατρύχουν για καιρό το άτομο που κατηγορείται. Έτσι, αναμασούμε μέχρι τελικής πτώσης τα γεγονότα, πρόσφατα ή παλιά, για να βρούμε κάποια εξήγηση να εκλογικεύσουμε όλο αυτόν τον πόνο. Συχνά οι γονείς ή οι σύζυγοι διχάζονται, ανταλλάσσοντας αλληλοκατηγορίες για μία ευθύνη που στην πραγματικότητα κανείς δεν μπορεί να την τοποθετήσει στις σωστές της διαστάσεις.

Τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό συναίσθημα, η θλίψη που κατακυριεύει την ψυχή όλων των οικογενειών που ένα μέλος τους νοσεί. Η θλίψη μπορεί να δράσει ανατρεπτικά ή να σημαδέψει ανεξίτηλα τη ζωή της οικογένειας. Στην περίπτωση μίας χρόνιας ασθένειας, όπως η σχιζοφρένεια, η θλίψη παραχωρεί τη θέση της, με το πέρασμα του χρόνου, στην εγκαρτέρηση, μέσα σε μία διάθεση ρήξης ανάμεσα σε ένα «πριν» και σε ένα «μετά», που εφεξής κυριαρχούνται από τα γεγονότα μίας τυρρανικής και απολυταρχικής ασθένειας.

Μία από τις μεγαλύτερες δυσκολίες που συναντά κάποιος που νοσεί από ψυχική νόσο είναι ο τρόπος που του συμπεριφέρονται και τον αντιμετωπίζουν οι άλλοι. Πολλοί μύθοι και προκαταλήψεις περιβάλλουν τις ψυχικές διαταραχές, οδηγώντας συχνά σε διακρίσεις σε βάρος των ασθενών, οι οποίοι απειλούνται με περιθωριοποίηση και κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι στάσεις των ανθρώπων απέναντι σε κάποιον που έχει σχιζοφρένεια επηρεάζουν την πορεία της ασθένειάς του και την ποιότητα της ζωής του. Οι

αρνητικές στάσεις συνήθως ωθούν τους ανθρώπους με σχιζοφρένεια και τις οικογένειές τους στην απόκρυψη της ασθένειας και τους αποθαρρύνουν από το να ζητήσουν βοήθεια. Όταν η κοινωνία αποφεύγει και φοβάται τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, τότε αυτοί δεν μπορούν να νιώθουν ισότιμα μέλη της ίδιας τους της κοινότητας. Πέφτουν θύματα αποκλεισμού και διακρίσεων στην απασχόληση, στη στέγαση και την εκπαίδευση.

Οι περισσότεροι άνθρωποι δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις ψυχικές διαταραχές, εμφορούνται από λανθασμένες απόψεις, θεωρούν ότι οι ασθενείς με ψυχική νόσο διαφέρουν από αυτούς και διακατέχονται από φόβο και αμηχανία όταν τους συναναστρέφονται. Είναι σημαντικό ο ασθενής να επικοινωνεί με τους άλλους, διότι η προσωπική του ιστορία θα μεταφέρει το μήνυμα ότι η ψυχική νόσος δεν είναι ντροπή. Η έγκυρη ενημέρωση που βασίζεται στις σύγχρονες επιστημονικές απόψεις, μπορεί να βοηθήσει ώστε να ανασκευαστούν οι λανθασμένες αντιλήψεις και να τροποποιηθούν οι συμπεριφορές που στιγματίζουν. (Πρόγραμμα Alliance).

6.2 Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

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 και συν. 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.

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 και συν. 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 δείγματος τους εξακολουθούσε να πληρεί 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).

6.3 Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ

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).

6.3.1 Ψυχοπιεστικά γεγονότα, οικογενειακή ένταση

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

6.3.2 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).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο :

Φύλο : Άρρεν

Επάγγελμα : Άνεργος

Μορφωτικό επίπεδο : Απόφοιτος Γυμνασίου

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος

Ηλικία : 51 ετών

Ημερομηνία εισόδου : 17-2-10

Ο ασθενής εισήλθε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου στις 17-2-10 με εισαγγελική παραγγελία (ακούσια νοσηλεία). Από πληροφορίες που έχουμε από τον αδερφό του στην ηλικία των 18 ετών είχε νοσηλευθεί για πρώτη φορά σε ψυχιατρική κλινική για μικρό χρονικό διάστημα από όπου και εξήχθη με φαρμακευτική αγωγή. Επίσης σημαντικό είναι να αναφερθεί πως ο ασθενής είχε χάσει τη μητέρα του λίγους μήνες πριν την εισαγωγή του στην Ψυχιατρική Κλινική του Ρίου.

Κύρια αιτία της εισόδου του ήταν η επιθετικότητα προς τους άλλους. Επίσης ο ασθενής παρουσίαζε παραλήρημα, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, ιδέες δίωξης, ιδέες μεγαλείου, ελλιπή αυτοφροντίδα. Ανέφερε ότι ήταν «Βασιλιάς» και ότι τον παρακολουθούσε η ΚGB. Παρέμεινε για μακροχρόνια νοσηλεία λόγω μη βελτιωμένης καταστάσεώς του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση ασθενή Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Επιθετικότητα	<ul style="list-style-type: none"> Καταστολή της επιθετικότητας προς άλλους. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Περιορισμός του αρρώστου στην κλίνη με μάντες. 	<ul style="list-style-type: none"> Με ήρεμο πλυσίμασμα και χαμηλό τόνο ο Νοσηλευτής-τρια χορηγεί Aloperidin 1x3 Akineton ½x3 Zuledin ½x3 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής μετά τη φαρμακευτική αγωγή ηρέμησε. Έγινε χαλάρωση των μάντων που τον περιόριζαν κινητικά. Λόγω της βελτιωμένης κατάστασής του απελευθερώθηκε από τους μάντες μέσα σε ένα 24ωρο.
Παραλήρημα	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμέτωπιση παραληρήματος. Βοήθεια για αντίληψη του εαυτού του στο περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία άνετου και φιλικού περιβάλλοντος. Συζήτηση με τον άρρωστο έτσι ώστε να διακρίνει την πραγματικότητα και να ελέγχει την παθολογική σκέψη. Χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο Νοσηλευτής-τρια συζητά με τον ασθενή σε φιλικό και άνετο περιβάλλον. Γίνεται χορήγηση risperdal 4 mg 1x3 σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> Το παραλήρημα υποχωρεί σταδιακά. Ο ασθενής έχει καλύτερη αντίληψη για τον εαυτό του και το περιβάλλον του.
Ελλιπή αυτοφροντίδα (Ανικανότητα να φροντίζει την εικόνα του)	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής να διατηρήσει ή να αυξήσει δεξιότητες υγιεινής-καθαριότητας 	<ul style="list-style-type: none"> Παρότρυνση του ασθενούς να προσέχει και να φροντίζει τον εαυτό του. Φροντίδα για ενίσχυση της ανεξαρτησίας του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης του ασθενούς σε ρούχα, καλλυντικά, καθρέφτη, νερό κ.ά. ανάγκες. Δημιουργία μιας ομάδας με σκοπό τη βελτίωση στην περιποίηση-ντύσιμο. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής παρουσίασε σημάδια βελτίωσης στην εικόνα του. Ολοκληρώνει μόνος του τις δραστηριότητες περιποίησης.

Σχιζοφρένεια και νοσηλευτική παρέμβαση

<p>Απομόνωση (Ελλειψη κοινωνικότητας)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής να αυξήσει την κοινωνικότητά του και να απομονώνεται στο δωμάτιό του. 	<ul style="list-style-type: none"> Παρότρυνση του ασθενούς να τρώει στην τραπέζα. Ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετέχει σε ευχάριστες δραστηριότητες. Όπως κηπουρική, ζωγραφική κ.λπ. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής προσεγγίζεται από το Ν. προσωπικό για να τρώει το φαγητό του στην τραπέζα. Το Ν. προσωπικό παροτρύνει τον ασθενή να συμμετέχει στη διαδικασία της κηπουρικής ώστε να αυξήσει την κοινωνικότητά του. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής σε διάρκεια μιας εβδομάδας έγινε πιο κοινωνικός καθώς με τη βοήθεια του Ν. προσωπικού συμμετέχει σε δραστηριότητες.
---	---	---	--	---

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο :

Φύλο : Θήλυ

Επάγγελμα : Καθηγήτρια Φιλολογίας

Μορφωτικό επίπεδο : Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Ηλικία : 35 ετών

Ημερομηνία εισόδου : 09-08-10

Η ασθενής εισήλθε για πρώτη φορά στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου στις 09-08-10. Παρουσίασε επιθετικότητα, αϋπνία, άρνηση για λήψη τροφής και υγρών (ιδέες δηλητηριάσεως). Επίσης στην πορεία της νοσηλείας της στην κλινική παρουσίασε σημάδια κοινωνικής απομόνωσης. Από πληροφορίες που μας έδωσε ο σύζυγός της, από τον Σεπτέμβριο του 2010 είχαν αρχίσει να καταλαβαίνουν ότι η συμπεριφορά της ασθενούς άρχιζε να αλλάζει, κάτι που όμως το θεώρησαν ασήμαντο και δεν απευθύνθηκαν πουθενά. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η ασθενής είχε κληρονομικό ιστορικό καθώς η μητέρα της έπασχε από ψυχική νόσο. Η ασθενής συνεχίζει να νοσηλεύεται. Παρ' όλα αυτά η ψυχική υγεία της ασθενούς είναι σε πολύ καλό επίπεδο και ευρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση ασθενή Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Επιθετικότητα	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της επιθετικότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Απασχόληση της ασθενούς σε διάφορες εργασίες και δραστηριότητες με σκοπό την συναισθηματική της εκτόνωση. 	<ul style="list-style-type: none"> Με ήρεμο πλησίασμα και χαμηλό τόνο φωνής. Ο Νοσηλευτής-τρια χορηγεί την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή (tabl. Akineton 1x1 Π.). Η ασθενής απασχολείται σε διάφορες δραστηριότητες όπως κηπουρική, ζωγραφική, για τον περιορισμό της επιθετικότητάς της. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής δεν παρουσιάζει σοβαρά επεισόδια επιθετικότητας. Υπάρχουν σημάδια βελτίωσης.
Άρνηση λήψης τροφής και υγρών.	<ul style="list-style-type: none"> Κανονική λήψη τροφής και υγρών. Δημιουργία θετικού περιβάλλοντος για τη λήψη τροφής και υγρών. Αντιμετώπιση της άρνησης της ασθενούς να λαμβάνει τροφή και υγρά. 	<ul style="list-style-type: none"> Λήψη πληροφοριών από το Ν. προσωπικό για τους λόγους άρνησης για τη λήψη τροφής και υγρών. Καλομαγειρεμένα φαγητά και ελκυστικά στο μάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση ιδεών που μπορεί να έχει η ασθενής για δηλητηριασμένη τροφή με δοκιμή από τη Νοσηλ. μπροστά της. Κανονισμός ενός καλού ωραρίου για την παρουσία της ασθενούς στην τραπεζαρία. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής λαμβάνει την απαραίτητη τροφή και το νερό έπειτα από την βοήθεια του Ν. προσωπικού.
Αϋπνία	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της αϋπνίας. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Δημιουργία σταθερού προγράμματος της κατάκλισης της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγείται σύμφωνα με ιατρική οδηγία tabl. Tavor 1x1 (βράδυ). Εφαρμόζεται με ακρίβεια το ωράριο για τον ύπνο της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής τηρεί αυστηρά το ωράριο. Δεν παρουσιάζει σημάδια αϋπνίας.

Σχιζοφρένεια και νοσηλευτική παρέμβαση

<p>Κοινωνική Απομόνωση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής να συμμετέχει στις δραστηριότητες και εργασίες της κλινικής. • Να συζητά με τους συνασθενείς της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ήρεμο και φιλικό πλησίασμα του Ν. προσωπικού στην ασθενή και συζήτηση για να συμμετέχει στις δραστηριότητες του νοσοκομείου (π.χ. φαγητό στην τραπεζαρία). • Απασχόληση της ασθενούς σε δημιουργικές εργασίες όπως κηπουρική, ζωγραφική κ.ά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής μετά από παρότρυνση του Ν. προσωπικού συμμετέχει στις δημιουργικές εργασίες της κλινικής. • Τρώει το φαγητό της στην τραπεζαρία μαζί με τους άλλους ασθενείς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής κάνει σημαντικά βήματα ως προς τις κοινωνικές της επαφές.
-----------------------------	--	---	--	---

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεβιζόπουλος Γ., «Δικαστική ψυχιατρική», Επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος» Μαρία Παρισιάνου, Αθήνα 1998.

Αναγνωστόπουλος Φ. Κοσμογιάννη Α. Μεσσίνη Β., «Σύγχρονη ψυχολογία στην Ελλάδα», Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1997.

Βαράκης Γ. Καραμανλίδης Α. Κωστόπουλος Γ. Μητσάκου Α., «Τι γνωρίζουμε για τον Εγκέφαλο», Εκδόσεις «Καστανιώτη, Αθήνα 1996.

Βασιλόπουλος Δ., «Γενετικό και Νευρικό σύστημα», Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1998.

Βιδάλης Α. και συνεργάτες, Θέματα ψυχιατρικής στο γενικό Νοσοκομείο, Σύγχρονες Εκδόσεις, Αθήνα 2001.

Γεωργαντά Π. Χρ., «Στοιχεία Ψυχιατρικής», Αθήνα 1962.

Γιαννοπούλου Χρ. Α., «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Εκδόσεις «Η Ταβιθά» Σ.Α., Αθήνα 1996.

Γουρζής Φ., «Μελέτη κληρονομικότητας και πρόδρομων συμπτωμάτων», Πάτρα 1998.

Δαμίγος Δ., «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003.

ΕΠΙΨΥ και Κέντρο συνεργασίας του ΠΟΥ ,«Έρευνα και Εκπαίδευση στην ψυχική υγεία», Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997.

Ιεροδιακόνου Σ., «Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά», Εκδόσεις Μαστορίδη, Αθήνα 1991.

Κάκουρας Ε. Κατερίνα Μ., «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων», Αναπτυξιακή προσέγγιση, Εκδόσεις Τυποθήτω, Αθήνα 2004.

Κονδύλης Δ. Ψυχίατρος διευθυντής Υ.Τ. του Γ.Ν. Βόλου, Άρθρο «Η Πρόληψη των σχιζοφρενικών υποτροπών» Αρχαία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. Τόμος 3, Τεύχος 1 (9), 1996.

Λυμπεράκης Α., «Εγκέφαλος και Ψυχολογία», Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2002.

Μαδιανός Μ., «Ψυχιατρική και Αποκατάσταση», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005.

Μαδιανός Μ., «Η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση», Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994.

Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.

Μάνος Ν., Σύνθεση και επιλογή στην ψυχιατρική, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993.

Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2001.

Μπερεδήμας Μ., Παπαδημητρίου Π., Άρθρο «Συγκριτική μελέτη αιτιών θανάτου ψυχωσικών ασθενών», Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 2^ο (14), Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 1997.

Οικονόμου Φ., «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής», Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.

Πιπερόπουλος Γ., «Ένας ψυχολόγος κοντά σου», Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2000.

Ραγιά Χρ.Α., Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας», Γ΄ έκδοση βελτιωμένη, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007.

Ραγιά Χρ.Α., «Νοσηλευτική ψυχικής υγείας», Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Γ΄ έκδοση, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007.

Ραγιά Χρ.Α., «Νοσηλευτική ψυχικής υγείας», Δ΄ έκδοση, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2004.

Ραγιά Χρ.Α., «Νοσηλευτική ψυχικής υγείας», Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Ε΄ έκδοση Βελτιωμένη, Εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 2005.

Τσαλίκογλου Φ., «Σχιζοφρένεια και φόνος», Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2006.

Τσιαντής Ι., «Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής ψυχοπαθολογίας» ,Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998.

Χαρτοκόλλης Π., «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991.

Χαρτοκόλλης Π., «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1986.

Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες, «Ψυχιατρική», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.

Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες, «Ψυχιατρική», Τόμος Α & Β, Ιατρικές εκδόσεις Μ.Ε.Π.Ε., Αθήνα 2004.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bleuler E., “Dementia praecox and the group of Schizophrenia” ,Translated by J. Zikin, N. York, International University Press 1950.

Coler Marga S., Vincent Karen G., «Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001.

Gelder G., Michael Lopez – Ibor Juan Andreasen Nancy, Σύγχρονη Ψυχιατρική, Oxford Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007.

Gilliam J. – Williams R., Undersanding Schizophrenia & guide for newly gualified nurses 2008.

Harvey A., Φαρμακολογία, Εκδόσεις Παριζιάνου Α.Ε. ,Αθήνα 2000.

Heiden L., Εισαγωγή στην κλινική ψυχοπαθολογία, Γ΄ έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999.

Kaplan & Sadock’s., Ψυχιατρική, 7^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000.

Kaplan & Sadock’s., Ψυχιατρική, Εκδόσεις Λίτσας ,Αθήνα 2005.

Kraepelin E., "Dementia praecox and Paraphrenia", Translated by R.M. Barklay and G. M. Robertson, N. York, Robert E. Krilgrer Publishing Company 1971.

Mysek M. – Harvey R., Φαρμακολογία, Β' έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1998.

Pedinielli Jean – Luis – Gimmez Guy. Bertague Pascale Pirlot Gerard., «Κλινικές δομές : Νευρώσεις, ψυχώσεις διαστροφές», Εκδόσεις Opportuna, Πάτρα 2008.

Schartetter Ch. ,Symbintische Psychosen Bem Stuttgart Wien, Huber 1970.

Windgassen C. – Tolle R., Ψυχιατρική και Ψυχοθεραπεία, 13^η έκδοση αναθεωρημένη και συμπληρωμένη, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005.

Windgassen I. ,«Ψυχιατρική», Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Τζαβάρος Ν. και συνεργάτες, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

<http://www.Zougla.gr> 2/5/2010

<http://Schizophrenia.com> 15/5/2010

<http://www.iatronet.gr> 20/5/2010