

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΚΑΛΑΜΑΚΗ ΦΩΤΕΙΝΗ
ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
1 ^ο ΜΕΡΟΣ.....	9
1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	12
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	13
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	15
1.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	21
1.4.1 Γενετικοί παράγοντες.....	24
1.4.2 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	25
1.4.3 Ψυχολογικές θεωρίες.....	26
1.4.4 Ψυχαναλυτική άποψη.....	27
1.4.5 Ψυχοδυναμικές θεωρίες.....	28
1.4.6 Κοινωνικές θεωρίες.....	28
1.4.7 Θεωρίες που αφορούν την οικογένεια και την επικοινωνία σε αυτή.....	28
1.4.8 Ιογενείς παράγοντες, αυτοάνοσοι παράγοντες – εποχή γέννησης και προδιάθεση προς ψύχωση.....	30
1.4.9 Χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών.....	31
1.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	32
1.5.1 Προειδοποιητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.....	32
1.5.2 Διαταραχές της σκέψης.....	33
1.5.3 Διαταραχές στη δομή και την οργάνωση της σκέψης.....	33
1.5.4 Διαταραχές στη ροή της σκέψης.....	34
1.5.5 Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης.....	34
1.5.6 Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης.....	35
1.5.7 Διαταραχές της αντίληψης.....	36
1.5.8 Διαταραχές του συναισθήματος.....	39
1.5.9 Κατατονικά συμπτώματα.....	40
1.5.10 Διαταραχές από άλλες λειτουργίες.....	40
1.5.11 Συνοδά συμπτώματα και σημεία και Συνοδές διαταραχές.....	41
1.6 Πρόληψη.....	42
1.7 Πρόγνωση.....	42
2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	44
2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM – IV-TR.....	46
2.1.1 Θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.....	47
2.1.2 Τύποι σχιζοφρένειας.....	49
2.1.3 Παρανοϊκός τύπος.....	49
2.1.4 Αποδιοργανωμένος τύπος.....	50
2.1.5 Κατατονικός τύπος.....	51
2.1.6 Αδιαφοροποιητος τύπος.....	52
2.1.7 Υπολλειματικός τύπος.....	53
2.1.8 Απλός τύπος.....	54
2.2 Ιδιαίτεροι τύποι σχιζοφρένειας.....	54
2.2.1 Σχιζοσυναισθηματικός τύπος σχιζοφρένειας.....	54
2.2.2 Ψευδονευρωτικός τύπος σχιζοφρένειας.....	54
2.3 Φάσεις της σχιζοφρένειας.....	55

2.3.1 Προνοσηρή φάση.....	56
2.3.2 Π ρόδρομη φάση.....	56
2.4 Πορεία της σχιζοφρένειας.....	57
2.5.ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	59
2.5.1 Κλασσικά αντιψυχωτικά φάρμακα	59
2.5.2 Άτυπα / νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα	61
2.5.3 Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία	62
2.5.4 Διδασκαλία αρρώστου για φαρμακοθεραπεία.....	62
2.5.5Ψυχοκοινωνική θεραπεία της σχιζοφρένειας.....	63
2.5.6Ατομική ψυχοθεραπεία.....	64
2.5.7 Ομαδική ψυχοθεραπεία	65
2.5.8Παρέμβαση της οικογένειας	65
2 ⁰ ΜΕΡΟΣ.....	66
3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	66
4. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	80
5. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	85
5.1 Ορισμός.....	85
5.2 Σκοποί της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής	85
5.3 Στόχοι της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στην Πρωτογενή, Δευτερογενή και Τριτογενή πρόληψη	86
5.4 Λειτουργικές Αρχές της Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας	87
5.5 Ομάδα ψυχικής υγείας	89
5.6 Ο ρόλος του Κοινοτικού Ψυχιατρικού Νοσηλευτή	92
5.7 Τεχνικές Παρέμβασης του Κοινοτικού Ψυχιατρικού Νοσηλευτή.....	93
6. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	97
6.1 Οι βασικές Αρχές της Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	99
6.2 Οι βασικές αρχές της Ψυχιατρικής αποκατάστασης.....	100
6.3 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	105
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	120
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	123

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος του εγκεφάλου. Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από προβλήματα στην αντίληψη της πραγματικότητας. Τα αίτια της σχιζοφρένειας δεν έχουν εντοπιστεί πλήρως, αλλά είναι κυρίως βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως. Η κυρίως έρευνα που διεξάγεται για την σχιζοφρένεια εστιάζεται κυρίως στους βιολογικούς/γενετικούς παράγοντες.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα θετικά και τα αρνητικά. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν έντονη εσωστρέφεια και γενική αποδιοργάνωση του Εγώ. Κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η έκδηλη έκπτωση γνωστικών και νευροψυχολογικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η προσοχή, το συναίσθημα. Συνήθως τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις, παρανοϊκές ψευδαισθήσεις και αποδιοργανωμένη ομιλία, σκέψη και αντίληψη γεγονόσ που τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι σχιζοφρένειας όπως ο αποδιοργανωμένος, κατατονικός, αδιαφοροποίητος, υπολειμματικός, απλός κ ά. Ο παρανοϊκός τύπος πρόκειται για την συχνότερη μορφή σχιζοφρένειας αρχίζει αργότερα, συνήθως μετά τα 30 και χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών ή και ψευδαισθήσεων, ενώ απουσιάζουν τα άλλα συμπτώματα. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας βασίζεται στην παρατηρούμενη συμπεριφορά και τις αναφερθείσες εμπειρίες του ασθενούς. Η ανακούφιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας απαιτεί και αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή που αυτή πετυχαίνεται με την ατομική ψυχοθεραπεία, την ψυχοκοινωνική θεραπεία, την ομαδική ψυχοθεραπεία και άλλες θεραπείες.

Τέλος, οι στόχοι και οι σκοποί της ψυχιατρικής κοινοτικής νοσηλευτικής είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η πρόληψη και η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Για αυτό το λόγο υπάρχουν οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Κέντρα ημέρας, οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία κ ά. Αυτοί οι στόχοι γίνονται με κάποιες τεχνικές όπως είναι η εκπαιδευτική/διδασκτική. Η σχιζοφρένεια σήμερα σε αρκετές περιπτώσεις θεωρείται ελέγξιμη διαταραχή και μέσω της κατάλληλης θεραπείας τα άτομα που πάσχουν έχουν πιθανόν την δυνατότητα να επανενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο.

SUMMARY

Schizophrenia is a brain disease. Particularly, it is a mental disorder characterized by problems in the perception of reality. The causes of schizophrenia are not fully identified, but they are mainly biological, psychological and of social nature. The major research conducted about schizophrenia is focused on biological / genetic factors.

The *symptoms* of schizophrenia fall into two major categories; positive and negative. People suffering from this serious disorder show intense introspection and general disorganization of the ego. The main characteristic of the disease is significant decline of the gnostic and neuropsychological functions, such as memory, concentration, emotion. People with schizophrenia usually have auditory and visual hallucinations, paranoid delusions and disorganized speech, thought and perception which causes serious problems in their social interactions

There are several *types* of schizophrenia such as the disorganized, the catatonic, the undifferentiated, the residual, the simple etc. The paranoid type which is the most common form of schizophrenia starts later, usually after the age of thirty and is characterized mainly by the presence of delusions and hallucinations, while all the other symptoms are absent. The diagnosis of schizophrenia is based on the observed behaviour and reported experiences by the patient. The relief of psychotic symptoms of schizophrenia also requires antipsychotic medication which includes individual psychotherapy, psychosocial therapy, group therapy and other treatments.

Finally, the *goals and objectives* of the psychiatric nursing community is the promotion of mental health, prevention and the nursing care of the patient. For this reason, there are Psychosocial Rehabilitation Units, Daily Centres, hostels, Boarding schools etc. These objectives are achieved with some techniques like educational / instructive techniques. Nowadays, schizophrenia is considered a controllable disorder in many cases and through appropriate treatment those affected have the potential to reintegrate into society.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή εργασία που επιλέξαμε με θέμα «Παρανοϊκός τύπος σχιζοφρένειας και Νοσηλευτική παρέμβαση» έγινε με αφορμή την πρακτική μας άσκηση στο ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου του Ρίο (ΣΤ' εξάμηνο) κατά το οποίο ήρθαμε σε επαφή με άτομα τα οποία πάσχουν από αυτή τη νόσο. Το γεγονός αυτό μας κίνησε το ενδιαφέρον να μάθουμε περισσότερα για αυτήν την ασθένεια που έχει αυξηθεί ραγδαία στις μέρες μας και να μελετήσουμε εκτενέστερα το θέμα έτσι ώστε με τη σειρά μας να μπορέσουμε να φανούμε χρήσιμες στο πρόβλημα αυτό της εποχής μας.

Στην εργασία που ακολουθεί θα αναφερθούμε αρχικά στον ορισμό του παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένειας. Το επόμενο βήμα της εργασίας θα είναι η ιστορική αναδρομή της νόσου που ξεκινάει από το 1400 π.Χ που είχαμε τις πρώτες περιγραφές συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, μέχρι και σήμερα. Ο Kraepelin είναι ο κύριος εκφραστής της νοσολογικής ένταξης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και καθιέρωσε της κατατονίας, ηβηφρένειας και παράνοιας.

Στην συνέχεια θα μιλήσουμε για τα επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου και για τους παράγοντες που έχουν κατά καιρούς διερευνηθεί ως προς αυτήν. Αυτοί είναι οι εξής α. ηλικία και φύλο β. γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή γ. παράγοντες επικινδυνότητας που είναι η κληρονομική επιβάρυνση, προ και περιγεννητικές επιπλοκές, εποχή, τόπος, σειρά γέννησης δ. αναπτυξιακές ανωμαλίες ε. φυλετικές διαφορές στ. μετανάστευση ζ. κοινωνική τάξη η. χρήση ουσιών, σωματικές νόσοι, οικογενειακή κατάσταση θ. αναπαραγωγικότητα. Παρακάτω, θα παραθέσουμε κάποια στατιστικά στοιχεία ως προς τον αριθμό των πασχόντων συναρτήσει του φύλου, την ηλικία και την περιοχή την οποία διαμένουν καθώς και την κατανομή των πασχόντων ανά ήπειρο.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα μιλήσουμε για την αιτιοπαθογένεια της νόσου και για την συμβολή των γενετικών παραγόντων σ αυτήν, μέσα από τις μελέτες διδύμων, υιοθεσίας και μελέτες σύνδεσης. Συνεχίζοντας με τους παράγοντες, κάνουμε λόγο για τους ψυχοκοινωνικούς, ιογενείς, αυτοάνοσους παράγοντες, τις ψυχολογικές, ψυχαναλυτικές, ψυχοδυναμικές, κοινωνικές θεωρίες και τις θεωρίες που αφορούν την οικογένεια και την επικοινωνία σ' αυτή και για τη χρήση αλκοόλ και διαφόρων ναρκωτικών ουσιών.

Ακολούθως, θα μελετήσουμε το κομμάτι της συμπτωματολογίας της νόσου που ξεκινά με τα προειδοποιητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και συνεχίζει με την ταξινόμηση αυτών στις εξής κατηγορίες: α. διαταραχές της σκέψης (διαταραχές στην δομή, στην οργάνωση, στη ροή, στον έλεγχο, στη κατοχή και στις διαταραχές του περιεχομένου της

σκέψης) β. διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις) γ. διαταραχές του συναισθήματος (συναισθηματική έκπτωση, συναισθηματική δυσαρμονία, αμφιθυμία)

Στη συνέχεια, θα ασχοληθούμε με ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια της εργασίας μας, δηλαδή την πρόληψη και την πρόγνωση της σχιζοφρένειας. Είναι εξίσου σημαντικό βέβαια να γνωρίζουμε τα χαρακτηριστικά ατόμου με παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια και τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με τα οποία ταξινομούνται οι τύποι της σχιζοφρένειας μαζί με τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου.

Περαιτέρω, θα αναφερθούμε στους διαφόρους τύπους της σχιζοφρένειας όπως ο αποδιοργανωμένος, κατατονικός, αδιαφοροποίητος, υπολειμματικός, απλός και τους ιδιαίτερους τύπους σχιζοφρένειας. Θα επικεντρωθούμε ιδιαίτερα στο παρανοϊκό τύπο σχιζοφρένειας. Θα αναφερθούμε ακόμα στις φάσεις της σχιζοφρένειας που είναι η προνοσηρή και η πρόδρομη φάση και στη πορεία της νόσου.

Συνεχίζοντας την εργασίας μας θα αναλύσουμε την θεραπεία της σχιζοφρένειας με τα κλασσικά αντιψυχωτικά φάρμακα και τα άτυπα νεότερα αντιψυχωτικά και τις παρενέργειες αυτών. Η ανακούφιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας απαιτεί και αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή που αυτή πετυχαίνεται με την ατομική ψυχοθεραπεία, την ψυχοκοινωνική θεραπεία, την ομαδική ψυχοθεραπεία, την παρέμβαση της οικογένειας αλλά και την διδασκαλία του αρρώστου για φαρμακοθεραπεία που βέβαια θα αναφερθούμε αναλυτικότερα σε όλες αυτές τις θεωρίες.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας ασχολούμαστε με τις γενικές αρχές της νοσηλευτικής διεργασίας και τις νοσηλευτικές διαγνώσεις για αρρώστους με σχιζοφρένεια ανεξάρτητα από τον τύπο της σχιζοφρένειας που εκδηλώνουν και είναι οι εξής: α. αισθητηριακή/αντιληπτική διαταραχή (ακουστική, οπτική) β. οι διαταραχές διεργασιών της σκέψης γ. η κοινωνική απομόνωση δ. η διαταραχή της λεκτικής επικοινωνίας ε. η διαταραχή της συμπεριφοράς στ. η αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αυτών.

Το επόμενο στάδιο της μελέτης μας επικεντρώνεται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες παροχής φροντίδας για ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και είναι α. το κέντρο ψυχικής υγείας β. ο ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου γ. το νοσοκομείο ημέρας. Στα πλαίσια των ενεργειών που προβλέπονται από το πρόγραμμα κατάρτισης-προώθησης στην εργασία, λειτουργούν ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης με την ονομασία ομάδες στήριξης και έκφρασης, ομάδες δημιουργικής έκφρασης και κοινωνικές λέσχες.

Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται και αναλύεται το αντικείμενο της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής, γίνεται αναφορά στον ορισμό και στους σκοπούς της, τους

στόχους της στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη καθώς και τις βασικές λειτουργικές αρχές της κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας που είναι η τομεοποίηση, η γεωγραφική θέση των κοινοτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών, η θεραπευτική συνέχεια, η ομάδα ψυχικής υγείας και η συμμετοχή της κοινότητας. Τα βασικά μέλη που θα πρέπει να έχει η ομάδα ψυχικής υγείας είναι ο ψυχίατρος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο επισκέπτης υγείας, ο ψυχολόγος και ο εργοθεραπευτής. Εστιάζουμε, επίσης, στον ρόλο του κοινοτικού ψυχιατρικού νοσηλευτή καθώς και στις τεχνικές παρεμβάσεις του όπως είναι :α. η εκπαιδευτική-διδασκτική τεχνική και β. οι βασικοί στόχοι επισκέψεως στο σπίτι του ψυχικά αρρώστου.

Εν συνεχεία, παρατίθενται βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής και ψυχιατρικής αποκατάστασης και στον ορισμό αυτών, στον αποϊδρυματισμό και στους τύπους παρεμβάσεων επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης σε διάφορες χώρες παραθέτοντας το σε πίνακα. Γίνεται αναφορά, επιπροσθέτως, στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που αποτελούν οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα και η ψυχαργώ.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τρία παραρτήματα: το παράρτημα Α, στο οποίο παρουσιάζονται οι τρόποι παροχής ενδοοικογενειακής βοήθειας σε άτομο που πάσχει από τη νόσο· το παράρτημα Β, στο οποίο γίνεται αναφορά στους μύθους και τις αλήθειες για τη σχιζοφρένεια· το παράρτημα Γ, στο οποίο παρατίθενται κάποιες πληροφορίες αναφορικά με το στίγμα της σχιζοφρένειας.

1^ο ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ,ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας ,όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην ικανότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Η ψυχική υγεία είναι μέρος της γενικής υγείας του ατόμου και αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων που αφορούν τη φυσική, την ψυχική καθώς και την κοινωνική του κατάσταση (Μαδιανός Γ. Μ., 2000). Οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται από πλήρη σχεδόν (παροδική ή μόνιμη) αποδιοργάνωση του εγώ, η οποία μπορεί να καταλήξει σε ολοκληρωτική αποσύνθεσή του.

Η σχιζοφρένεια θέτει το εγώ του ασθενούς ο οποίος χάνει την ταυτότητα του και τον έλεγχο της υποκειμενικότητας του και αυτό που του ζητείται είναι η συμμόρφωση του στην προτεινόμενη θεραπεία. (Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008). Ο ψυχωσικός «ζει με τη νόσο του» αισθάνεται και είναι ξένος με τον εαυτό του και το περιβάλλον του, έχει χάσει την ικανότητα εκτίμησης της πραγματικότητας, δεν έχει συναίσθηση της κατάστασής του, δεν πηγαίνει στο γιατρό, αλλά τον οδηγούν σε αυτόν οι συγγενείς του. (Γεωργαράς Α., 1996).



Ο παρανοϊκός τύπος σχιζοφρένειας προσβάλλει κατά κανόνα νεαρά άτομα συνήθως ηλικιών 25-35 κατακερματίζοντας τα πλέον παραγωγικά και δημιουργικά χρόνια της ζωής τους. Οι σχιζοφρενείς υπολογίζονται στα 9.000.000 ανά τον κόσμο. Αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως. Οι σχιζοφρενείς άρρωστοι

καταλαμβάνουν τις μισές περίπου από τις νοσοκομειακές ψυχιατρικές κλίνες. Η αιτιολογία δυστυχώς μέχρι σήμερα παραμένει άγνωστη, καθιστώντας την αποθεραπεία τους πιο δύσκολη ή χρονοβόρα. Λόγω λοιπόν της άγνωστης αιτιολογίας γίνεται αγωγή με συνδυασμούς αντιψυχωσικών φαρμάκων και ψυχοθεραπεία. (Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000; Μαδιανός Γ. Μ., 2006; Γεωργαράς Α., 1996).

Η σχιζοφρένεια αποτελεί τη συχνότερη κλινική οντότητα που αντιπροσωπεύει την ψύχωση και εμφανίζεται στο 1% του γενικού πληθυσμού. (Βαρβόγλη Λ., 2006). Στην αρχή η σχιζοφρένεια ταξινομήθηκε σαν νόσος, στη συνέχεια ονομάστηκε σχιζοφρενική αντίδραση, δηλαδή θεωρήθηκε σαν μία αντίδραση της προσωπικότητας, αλλά στην τελευταία ταξινόμηση της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας η σχιζοφρένεια θεωρήθηκε και πάλι νόσος που περιλαμβάνει διαταραχές του συναισθήματος, της σκέψης και της συμπεριφοράς. (Γεωργαράς Α., 1996).

Τόσο εθνολογικές όσο και κοινωνικές μελέτες μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων ενός έθνους έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει εθνότητα ή κοινωνική ομάδα στην οποία να μην εμφανίζονται σχιζοφρενικές διαταραχές. Όσον αφορά μάλιστα τις εθνότητες τα ποσοστά εμφανίζουν ελάχιστες διαφορές μεταξύ τους. Παρόλα αυτά οι συνήθειες, τα ήθη και έθιμα, ο πολιτισμός ενός έθνους ή μιας κοινωνικής ομάδας επηρεάζουν δίχως άλλο τον χρόνο, τον τρόπο εμφάνισης και την μορφή της ψυχικής ασθένειας, καθώς φυσικά και την προσπάθεια αντιμετώπισης της. Ενδεικτικά μόνο θα αναφερθούν ορισμένοι κοινωνικοί παράγοντες που αλληλοεπηρεάζουν την εμφάνιση των σχιζοφρενικών ψυχώσεων στον δυτικό πολιτισμό που πρακτικά μας αφορά.

Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις από ότι στις άλλες, σε ελεύθερα παρά σε παντρεμένα άτομα, πράγμα που ισχύει ακόμα περισσότερο για τους άντρες σχιζοφρενείς, επίσης σε άτομα που προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες, που έχουν απωλέσει πρόωρα συναισθηματικά έντονα επενδυμένα αντικείμενα όπως και σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα στην κοινωνική τους ένταξη. Τέλος, οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις εμφανίζονται συχνότερα στα κέντρα μεγαλουπόλεων παρά στην επαρχία. Παρόλο που νεότερες έρευνες δεν συμφωνούν απόλυτα με αυτό, τα κέντρα των μεγαλουπόλεων φαίνεται ότι προσφέρουν καλύτερες συνθήκες και μεγαλύτερη ανεκτικότητα στην έκφραση των συμπτωμάτων από ότι η μικρή κοινωνία της επαρχίας. (Παπαγεωργίου Ε. Γ., 2004).

Τα μέχρι στιγμής δεδομένα υπολογίζουν τη συχνότητα εμφάνισης σχιζοφρενικής ψύχωσης σε 1 - 2 % συμπεριλαμβανομένων και των ψυχωτικών κρίσεων. Υπολογίζεται ότι 0,25% του πληθυσμού εμφανίζουν μια ψυχωτική κρίση κάθε χρόνο. Άλλες στατιστικές μιλάνε για 150 νέες σχιζοφρενικές ψυχώσεις σε 100.000 πληθυσμό κάθε χρόνο. Οι ηλικίες που εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι μεταξύ 10-40 ετών με κορυφή το διάστημα μεταξύ 25-35 ετών. Οι διαφορές που παρουσιάζονται σε διάφορες κοινωνίες ή έθνη είναι ελάχιστες και αφορούν περισσότερο τη μορφή της νόσου. 60% των περιπτώσεων αρχίζει μεταξύ εφηβείας και 30ου έτους ζωής. Στην 4η δεκαετία ζωής εμφανίζονται 25% των περιπτώσεων και μόνο 14% σε μεγαλύτερες ηλικίες. (Παπαγεωργίου Ε. Γ., 2004; Tamsan A. + Kay J., 2001).

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Σχιζοφρένεια, (ορθότερα *σχιζοφρενία*), σύνθετη λέξη από τις αρχαίες ελληνικές λέξεις "σχίζειν" (=διαχωρισμός) και "φρένα" (=λογική, μυαλό) αποτελεί νευροψυχιατρική νόσο που ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων που παρατηρείται κυρίως σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες. Είναι μία περίπλοκη διαταραχή με κλινικά χαρακτηριστικά που ποικίλλουν. Έχει σοβαρές συνέπειες για τον ασθενή, το οικογενειακό περιβάλλον και την κοινωνία. Δεν έχει αναγνωριστεί ακόμα συγκεκριμένη αιτία που την προκαλεί.

Συγκεκριμένα, ο παρανοϊκός τύπος σχιζοφρένειας είναι ένας απ τους 5 τύπους σχιζοφρένειας που σ αυτόν κυριαρχούν διαρκείς παραληρητικές ιδέες που συνοδεύονται από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Οι παραληρητικές αυτές ιδέες οδηγούν και σε διαταραχές συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Αυτή η μορφή σχιζοφρένειας είναι η πλέον εύκολη στη διάγνωσή της εξαιτίας των παρανοειδών παραληρητικών ιδεών που εμφανίζονται στον πυρήνα της συμπτωματολογίας της και των έντονων παραγωγικών της στοιχείων. Μόνο σε φάσεις ύφεσης της νόσου η διάγνωση μπορεί να γίνει δυσχερής μιας και ο ασθενής «ελέγχει» ή προσπαθεί να ελέγξει τις παραληρητικές του σκέψεις από τους άλλους, για να μην θεωρηθεί «τρελός» με όλες τις επιπτώσεις που θα έχει κάτι τέτοιο σε αυτόν.

Στις άλλες μορφές σχιζοφρένειας υπάρχουν βέβαια παρανοϊκά στοιχεία αλλά είναι ρηχά και ευμετάβλητα, δεν αποτελούν την κύρια συμπτωματολογία. Το παραλήρημα δηλαδή αποτελεί το κύριο ψυχοπαθολογικό στοιχείο. Όταν δεν υπάρχουν άλλα ψυχοπαθολογικά στοιχεία σχιζοφρένειας εκτός από αυτό, τότε πρόκειται για μια άλλη ψυχική ασθένεια που έχει διαχωριστεί από τη σχιζοφρένεια και ονομάζεται παράνοια. (Γεωργαράς Α., 1996; Ευθυμίου Ε., + Μαυροειδή Α., + Παυλάτου Ε., 2006; Παπαγεωργίου Ε. Γ., 2004).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μια στοιχειώδης ιστορική αναδρομή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι συμπτώματα, που σήμερα θα μπορούσαν να ενταχθούν στο νοσολογικό πλαίσιο της σχιζοφρένειας, αναδύονται αποσπασματικά μέσα από κείμενα εδώ και πάνω από 3000 χρόνια. Περιγραφές τέτοιων συμπτωμάτων ανευρίσκονται στις ινδουιστικές Βέδες (1400 π.Χ.) περιγράφεται η «παράνοια» (ίσως όχι με τη σημερινή της διάσταση, αλλά ως μια προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών). Κατά το 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 Σωρανός ο Εφέσιος ανέφερε ορισμένες κατατονικές και παραληρητικές καταστάσεις. (Γιαννοπούλου Α., 2004). Η σχιζοφρένεια περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Philippe Pinel (1745 – 1826). Αργότερα, οι Arnold (1780) και Haslam (1809) έδωσαν εξαιρετικές περιγραφές μερικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ενώ ο Morel (1857) εισήγαγε τον όρο «πρώιμη άνοια», περιγραφικό της προοδευτικής ψυχονοητικής έκπτωσης που χαρακτηρίζει τη νόσο. (Μαδιανός Γ. Μ., 2006).

Οι πρώτες προσπάθειες νοσολογικής ένταξης διαφόρων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες (π.χ. η «παραφρένεια της εφηβείας» από τον Kahlbaum το 1863, η «ηβηφρένεια» από τον Hecker το 1871, διάφορες παρανοειδείς καταστάσεις από τους Sander το 1868 και Lasegue το 1870 κ.α.) δημιούργησαν τις κατάλληλες συνθήκες οριοθέτησης της νόσου, η οποία βρήκε τον κύριο εκφραστή της στο πρόσωπο του Kraepelin. Πράγματι, το 1896 ο Kraepelin καθιέρωσε την ταξινόμηση των διαφόρων μορφών (κατατονία, ηβηφρένεια, παρανοειδή άνοια), οι οποίες ενέταξε σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα δύο χρόνια αργότερα. Παράλληλα, ο Diem (1904) πρόσθεσε στα παραπάνω και την «απλή» μορφή της νόσου.

Ο Jung (1903) περιέγραψε τις συνειρμικές διαταραχές της νόσου, ο Meyer (1905) έβαλε τις βάσεις της ψυχοβιολογικής προσέγγισης της και, τέλος ο Bleuler το 1919 εισήγαγε τον όρο «σχιζοφρένεια» και περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα της νόσου, δηλαδή την ασυναρτησία, τη συναισθηματική απάθεια – ακαμψία – απροσφορότητα, την αμφιτιμία – αμφιβολία και τον αυτισμό, που είναι γνωστά ως «4 άλφα» στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία.

Ο Freud, μετά από μια πρώιμη περιγραφή (1881) μιας περίπτωσης παρανοειδούς παραληρήματος, επανέρχεται το 1915 με τη δημοσίευση των δοκιμίων του για την «προβολή» και το «ναρκισσισμό», δομικών στοιχείων στην ψυχαναλυτική ερμηνεία της παραπάνω περίπτωσης. Στη δεκαετία του 1920, ο Pavlov, στα πλαίσια της θεωρίας του για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά, επισήμανε την επικράτηση της αναστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και τη συνθήκη χρόνιας ύπνωσης ως αιτιολογικού μηχανισμού, αντιλήψεων που υιοθετήθηκαν από το σύνολο των ψυχιάτρων της ανατολικής Ευρώπης κατά την τελευταία πενηκονταετία.

Ο Sake (1933) και οι Cerletti και Bini (1938) εισήγαγαν στη θεραπευτική το ινσουλινικό κώμα και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αντίστοιχα, ενώ ενδιάμεσως ο v. Meduna (1935) και ο Moniz τη σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα και την ψυχοχειρουργική αντιμετώπιση αντίστοιχα. Ο Langfeldt (1939) διαχώρισε τον «πυρηνικό» από τον «αντιδραστικό» τύπο της νόσου και ο Schneider (1942) περιέγραψε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (πρώτης και δεύτερης τάξης), που αποτέλεσαν σταθμό στη διαγνωστική διαδικασία. Το 1952, οι Delay και Deniker εισήγαγαν στη θεραπευτική τις φαινοθειαζίνες και σηματοδότησαν την εκκίνηση της σύγχρονης ψυχοφαρμακολογίας, ενώ το 1959 ο Leonhard περιέγραψε τα «άτυπα σχιζοφρενικά σύνδρομα» ως διακριτές κλινικές οντότητες.

Τέλος, το 1980 δημοσιεύθηκε η τρίτη έκδοση του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM – III), στην οποία οριοθετούνται πιο συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (προϊόν εκτεταμένης κλινική έρευνας) για τη νόσο και τις μορφές της, μαζί με στοιχεία για την πορεία, τις κλινικές συσχετίσεις και την πρόγνωση της. (Χριστοδούλου Γ. Ν., και συνεργάτες, 2000).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



Στις περισσότερες διεθνείς έρευνες, ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας ποικίλει από 0,05 – 2,38 περιπτώσεις ανά 100 κατοίκους. Από τη μεγάλη έγκυρη επιδημιολογική έρευνα των τομεοποιημένων περιοχών στις ΗΠΑ, τα ποσοστά της σχιζοφρένειας που προέκυψαν κυμάνθηκαν μεταξύ 0,6% και 1,9%. Στη χώρα μας, τη δεκαετία του '80, μελέτη σε τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού ενηλίκων ανέδειξε επιπολασμό της σχιζοφρένειας που κυμαινόταν στο 1,2%, ενώ έρευνα σε δείγμα μεταναστών έδωσε μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού (1,37 – 3,5%). Συμβατικά, η μέση τιμή επιπολασμού της σχιζοφρένειας ορίζεται στο 1%.

Η μέση τιμή επίπτωσης της σχιζοφρένειας, δηλαδή ο ετήσιος αριθμός νέων περιπτώσεων ανά 1000 άτομα του πληθυσμού, υπολογίζεται από μεγάλη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο 0,67. Είναι ενδεικτικό πως στην έρευνα αυτή όσο πιο περιοριστικά είναι τα κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας τόσο μειώνονται οι διαφορές στη επίπτωση της νόσου μεταξύ των κρατών, εύρημα που αποτελεί ένδειξη για την οικουμενικότητα της νόσου. Η σχιζοφρένεια συχνά εκδηλώνεται στο τέλος της εφηβείας και στην αρχή της ενήλικης ζωής, ενώ σπάνια μπορεί να εμφανιστεί μετά τα 45. Προσβάλλει το 0,75%-1,5% του ενήλικου πληθυσμού. (Βαρβόγλη Λ., 2006).

Στη χώρα μας, ο υπολογιζόμενος αριθμός ασθενών ηλικίας 15 – 65 ετών ανέρχεται στις 100.000. Από τους ασθενείς αυτούς εκτιμάται ότι 10% έχουν ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι 1:1 και η νόσος συνήθως εισβάλλει μεταξύ των ηλικιών των 15 – 35 ετών, σπάνια δεν πριν από την ηλικία των 10 ετών ή μετά τα 40 έτη. Η έναρξη στους άνδρες προηγείται κατά μέσο όρο 3 – 5 χρόνια της έναρξης της νόσου στις γυναίκες. (Σολδάτος Κ. + Λύκουρας Λ., 2006).

Κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της σχιζοφρένειας, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (21%-74%) παρουσιάζει κατάθλιψη, είτε στα πλαίσια της συμπτωματολογίας, είτε στην οξεία φάση, είτε στη φάση ύφεσης της συμπτωματολογίας. Σε πληθυσμό χρόνιων ασθενών με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί ότι η κατάθλιψη είναι αρκετά συχνή (11%-50%). (Χριστοδούλου Γ. Ν. + Τομαράς Βλ. Δ. + Οικονόμου Μ. Π., 2005).

Παράγοντες που έχουν κατά καιρούς διερευνηθεί ως προς την επιδημιολογία της νόσου είναι οι παρακάτω:

Δημογραφικοί παράγοντες

α) Ηλικία και φύλο. Η σχιζοφρένεια φαίνεται να προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Υπάρχουν όμως διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την έναρξη της νόσου, την κλινική πορεία, καθώς και ως προς την επίδραση διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Τα κλινικά συμπτώματα αρχίζουν πρωιμότερα στους άνδρες (μέση ηλικία έναρξης τα 20 έτη) σε σχέση με τις γυναίκες (30 έτη) και η πρόγνωση είναι δυσκολότερη σε αυτούς από ότι στις γυναίκες. Οι γυναίκες έχουν καλύτερη αντίδραση στα αντιψυχωτικά φάρμακα από ότι οι άντρες.

Τα μονοζυγωτικά δίδυμα θηλυκού γένους έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης σχιζοφρένειας και στα δύο από ότι στα αρσενικά (Βαρβόγλη Λ., 2006). Οι παράγοντες επικινδυνότητας αφορούν σχεδόν αποκλειστικά στο άρρεν φύλο. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται κυρίως στις ηλικίες των 18-25 ετών για τους άνδρες και 26-45 ετών για τις γυναίκες. Η νόσος σπάνια αρχίζει πριν από τα 10 έτη ή μετά τα 50. Τα συμπτώματα ενός ατόμου μπορεί να βελτιωθούν σταδιακά στη μέση ηλικία και αργότερα. (Βαρβόγλη Λ., 2006). Γενικά θεωρείται ως αρρώστια της νεότητας. (Γαρούφαλλος Γ. Δ., 2008).

Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή

Υπάρχουν διαφορές στην κατανομή των νοσούντων στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα π.χ., έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί, απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας (κυρίως στους άνδρες). Επίσης φαίνεται ότι η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζεται στις μικρές.

Παράγοντες επικινδυνότητας (προκλητοί ή προδιαθεσικοί)

Σχιζοφρένεια – Κληρονομικότητα
Πληθυσμός Συχνότητα
Γενικός πληθυσμός 1%
Αδέλφια σχιζοφρενών ασθενών 8%
Παιδιά με ένα σχιζοφρενή γονέα 12%

Δίδυμοι σχιζοφρενούς από διαφορετικό ωάριο 12%
Παιδιά με δύο σχιζοφρενείς γονείς 40%
Δίδυμοι σχιζοφρενών από το ίδιο ωάριο 48%

(Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000)

α) Κληρονομική επιβάρυνση. Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην σχιζοφρένεια αποτελεί αντικείμενο μελέτης τα τελευταία 60 χρόνια και η «γενετική υπόθεση» φαίνεται να έχει σημαντικές βάσεις αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου.

β) Προ και περιγεννητικές επιπλοκές. Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), καθώς και τροφική στέρηση, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress και ιώσεις ανευρίσκονται συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, οι σπασμοί, το μειωμένο βάρος του νεογνού, η μικρότερη περίμετρος του κρανίου και το μειωμένο βάρος της μητέρας έχουν ενοχοποιηθεί ως σημαντικοί παράγοντες επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια. Παράγοντες όπως η υποξία και η μόλυνση ή το άγχος και η κακή διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του εμβρύου αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας αργότερα στη ζωή.

γ) Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης. Έχει παρατηρηθεί ότι ένας μεγάλος συγκριτικά αριθμός σχιζοφρενών έχει γεννηθεί κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης. Παρατήρηση η οποία αποδόθηκε στην αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις. Επίσης έχει ενοχοποιηθεί ο τόπος γέννησης (αστικό περιβάλλον), ενώ έχει βρεθεί ότι η νόσος απαντάται συχνότερα στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων. Μεθοδολογικά όμως προβλήματα των σχετικών μελετών δεν επιτρέπουν την αξιολόγηση των παραπάνω ευρημάτων.

δ) Αναπτυξιακές ανωμαλίες. Μελέτες σε παιδιά αυξημένης επικινδυνότητας για σχιζοφρένεια (παιδιά σχιζοφρενικών γονιών), καθώς και μελέτες του ιστορικού γέννησης σε γενικό πληθυσμό, έδειξαν ότι ένα ποσοστό 25 – 50% των παιδιών αυξημένης επικινδυνότητας παρουσιάζουν υποτονία, καθυστέρηση των σταδίων ανάπτυξης, αβληχρά νευρολογικά σημεία, καθώς και διαταραχές της προσοχής, της ομιλίας και της σχολικής επίδοσης.

ε) Φυλετικές διαφορές. Ορισμένες μελέτες ανέφεραν αυξημένη συχνότητα σε εθνικές μειονότητες ή σε φυλετικές ομάδες. Το γεγονός όμως ότι οι μελέτες αυτές δεν έθεσαν υπό τον έλεγχο ορισμένους περιοριστικούς παράγοντες, όπως π.χ. μηδενίζει ουσιαστικά την

αξιοπιστία τους, ενώ παράλληλα, παρατηρήσεις σε διάφορες χώρες και σε πολιτισμούς δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια είναι οικογενειακή νόσος και σε συγκρίσιμα (μεταξύ εθνών και πολιτισμών) ποσοστά.

στ) Μετανάστευση. Έχει καταχωριστεί ως σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια, ο οποίος δεν σχετίζεται με κάποια ιδιαίτερη εθνική ομάδα. Ο ψυχοτραυματισμός της μετανάστευσης, καθώς και η πιθανότητα να μεταναστεύσουν από μια κοινωνία σε μια άλλη περισσότερα «προ - σχιζοφρενικά» άτομα, έχουν συζητηθεί ως οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες.

ζ) Κοινωνική τάξη. Διάφορες μελέτες, που αφορούσαν κυρίως σε βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, έδειξαν ότι η σχιζοφρένεια υπερεκπροσωπείται δυσανάλογα στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα του πληθυσμού. Οι σχετικές παρατηρήσεις οδήγησαν αρκετούς στο να υποστηρίξουν την «κοινωνικογενετική υπόθεση» για την αιτιολογία της νόσου, όπως αρκετοί είναι και εκείνοι που θεώρησαν ως φαινομενικές τις παραπάνω παρατηρήσεις, υποστηρίζοντας ότι οι σχιζοφρενείς, λόγω της νόσου, δεν μπορούν να ανέλθουν κοινωνικά ή αν ανήκουν σε υψηλότερη τάξη τείνουν να εκπέσουν σε χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα (θεωρία της κοινωνικής κατολίσθησης).

η) Χρήση ουσιών, σωματικές νόσοι, οικογενειακή κατάσταση. Παρά το γεγονός ότι το 75% των σχιζοφρενών καπνίζουν ή ότι ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 30 – 50% κάνουν χρήση χασίς ή και άλλων ουσιών, η χρήση ουσιών γενικά δεν φαίνεται να αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα επικινδυνότητας και πρόκειται μάλλον για επιφανόμενο. Το ίδιο ισχύει και για το γεγονός ότι η πλειονότητα των σχιζοφρενών (περίπου 80%) παρουσιάζει κατά τη διαδρομή της νόσου κάποιο σωματικό νόσημα, όπως επίσης και για την παρατήρηση ότι ένα μεγάλο ποσοστό σχιζοφρενών παραμένουν άγαμοι.

θ) Αναπαραγωγικότητα. Έχει βρεθεί ότι το 30% περίπου των σχιζοφρενών παρουσιάζουν μειωμένη αναπαραγωγικότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η παρατήρηση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα κοινωνικών, ψυχοπαθολογικών αλλά και γενετικών (θεωρία των αντιρροπιστικών στιγμάτων) παραγόντων. (Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

Πίνακας Ι. Υπολογισμένος αριθμός ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ
Αφρική	4,5
Αμερική (Βόρεια – Νότια)	5.9
Ανατολική Μεσόγειος (Κύπρος, Αίγυπτος, Ιράν, Πακιστάν, Αραβικά Κράτη)	3.5
Ευρώπη (Δυτική και χώρες πρώην ΕΣΣΔ)	6.5
Νοτιοανατολική Ασία	11.9
Δυτικός Ειρηνικός	12.7
Σύνολο	45,0

ΠΗΓΗ: Π.Ο.Υ. 2001

Πίνακας ΙΙ. Μέσα ετήσια προτυπώμενα ποσοστά ανά 100.000 κατοίκους ως προς την ηλικία ανδρών και γυναικών που νοσηλεύθηκαν σε όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα δημόσια και ιδιωτικά με διάγνωση σχιζοφρένεια

ΈΤΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
1978	55	29
1981	56	27
1993	50	24

1. Όλοι οι νόμοι της χώρας. Μαδιανός Μ. (1996)

Πίνακας ΙΙΙ. Επιδημιολογικές μελέτες σε ελληνικούς πληθυσμούς επικράτησης της σχιζοφρένειας για όλη τη ζωή

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΧΡΟΝΟ	ΕΡΕΥΝΗΤ	ΔΕΙΓΜΑ	ΗΛΙΚΙΕ	ΚΡΙΤΗΡΙ	ΠΟΣΟΣΤ
	Σ	ΕΣ		Σ	Α	Α %
Δυο δήμοι	1981	Μαδιανός	1.574	19 – 64	ICD -9	1,2

ευρύτερης περιοχή Αθήνας		Τομαράς Καψάλης	Γενικός Πληθυσμ ός			
Δυο δήμοι ευρύτερης περιοχή Αθήνας	1983	Γουρνάς Μαδιανός	251 Υπερήλικ ες	≥ 65-	ICD-9	0,8
Δυο δήμοι ευρύτερης περιοχή Αθήνας	1994	Μαδιανός Οικονόμου Παπαγεωργί ου Χατζηανδρέ ου	178 Γενικός Πληθυσμ ός	≥ 35	DSM-III- R	1,1
Μετανάστες στην πόλη της Νέας Υόρκης	1976	Μαδιανός	225	19 – 64	ICD-9	1,34
Ελληνοκύπριοι στο Λονδίνο	1986	Μαυρέας	291	18 – 64	PSE CATEGO	1,37
Μετανάστες που επαναπατρίστηκ αν από Δ. Ευρώπη στο Ν. Ιωαννίνων	1992	Μπιλανάκης Μαδιανός	198	20 – 70	DSM-III- R	3,5

Πίνακας IV. Ετήσια προτυπώμενα ως προς την ηλικία ποσοστά χρήσης ψυχιατρικών υπηρεσιών ανά 100.000 κατοίκους σε δύο δήμους της ευρύτερης περιοχής Αθηνών με διάγνωση «σχιζοφρένεια»

	1979		1992	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Εσωτερικοί άρρωστοι	76.1	35.6	61,4	41,9

Εξωτερικοί άρρωστοι	605,5 (0,60%)	307,8 (0,30%)	841,7 (0,84%)	413,1 (0,41%)
------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

Μαδιανός Μ. (1996). Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας στην Ελλάδα. ΜοΠΑΨΥ. ΕΠΙΨΥ.

Πίνακας V. Επικράτηση (prevalence) της σχιζοφρένειας σε κατηγορίες πληθυσμού

Κατηγορίες πληθυσμού	Επικράτηση
Γενικός πληθυσμός	0,50 – 1,9%
Συγγενής πρώτου βαθμού (αδελφός σχιζοφρενούς, παιδί με σχιζοφρενικό γονέα)	10 – 14%
Συγγενής δευτέρου βαθμού	5 – 7%
Παιδί με ένα γονέα σχιζοφρενικό και τον άλλο ψυχωσικό	20 – 30%
Παιδί με δύο σχιζοφρενικούς γονείς	40%
Διζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενικού αδελφού	11 – 15%
Μονοζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενικού αδελφού	45 – 60%

(Χριστοδούλου Γ .Ν. , 2000)

1.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δεν έχει βρεθεί μία συγκεκριμένη αιτία για τη σχιζοφρένεια, αλλά υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που φαίνεται ότι συντελούν στην εμφάνισή της. Υπάρχει ίση πιθανότητα για τους άνδρες και για τις γυναίκες να εκδηλώσουν αυτή την πάθηση κατά τη διάρκεια της ζωής τους, αλλά η έναρξη της πάθησης συχνά συμβαίνει νωρίτερα στους άνδρες.

Η σχιζοφρένεια είχε αρχικά θεωρηθεί ως αποτέλεσμα νευρομεταβιβαστικής δυσλειτουργίας εντοπισμένης μόνο στο ντοπαμινεργικό σύστημα, κυρίως λόγω της φαρμακολογικής ιδιότητας των κλασικών αντιψυχωσικών φαρμάκων των οποίων η θεραπευτική ισχύς είναι ανάλογη προς την ισχύ της σύνδεσής τους με τους ντοπαμινεργικούς

υποδοχείς. Από το 1970 ως αιτία εμφάνισης της νόσου θεωρούνταν η αυξημένη παραγωγή ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Αυτή η θεωρία έχει κάποια βάση, αφού η αποτελεσματικότητα μερικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας σχετίζεται με την ανταγωνιστική τους δράση στους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς (Ευθυμίου Ε. + Μαυροειδή Α. + Παυλάτου Ε., 2006). Όμως, η ακριβής φύση της προφανούς δυσλειτουργίας του ντοπαμινεργικού συστήματος δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί επαρκώς.

Σύμφωνα με ορισμένα ευρήματα στη σχιζοφρένεια παρατηρείται αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στον εγκέφαλο ενώ σύμφωνα με άλλα ευρήματα η δραστηριότητα αυτή φαίνεται να είναι μειωμένη. Η πιθανότερη ερμηνεία των αντικρουόμενων αυτών ευρημάτων είναι ότι υπάρχει τοπική διαφοροποίηση της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας, η οποία τείνει να είναι μειωμένη στις υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου.

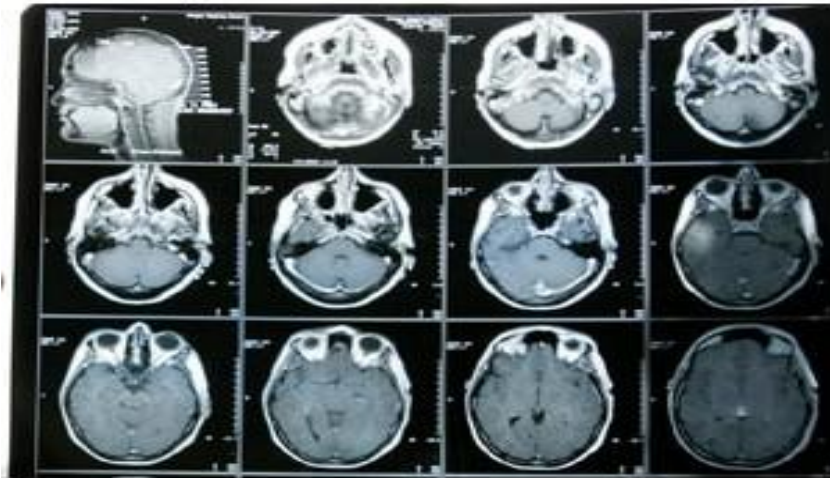
Μετά την εισαγωγή στη θεραπευτική πρακτική των αποκαλούμενων «άτυπων» αντιψυχωσικών φαρμάκων που εμφανίζουν μεγαλύτερη συγγένεια με τους υποδοχείς της σεροτονίνης παρά με αυτούς της ντοπαμίνης υποστηρίχθηκε ότι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει και σεροτονινεργικούς μηχανισμούς. Φυσικά οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ποικίλων νευρώνων και των διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων στο Κ.Ν.Σ. είναι τόσο πολύπλοκες, που είναι πολύ πιθανό να εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας ταυτοχρόνως ντοπαμινεργικοί, σεροτονινεργικοί όπως και άλλοι (π.χ. γλουταμινεργικοί μηχανισμοί.)



Εκτός από νευροχημικές διαταραχές στον εγκέφαλο των σχιζοφρενών έχουν επίσης βρεθεί δομικές ανωμαλίες, δηλαδή ανατομικές και λειτουργικές διαφορές σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Τα κυριότερα νευροφυσιολογικά ευρήματα σε σχιζοφρενείς είναι οι (α) διογκωμένες εγκεφαλικές αρτηρίες και η μειωμένη δραστηριότητα στο μετωπιαίο λοβό, ο οποίος σχετίζεται με τις εκτελεστικές λειτουργίες όπως η προσοχή και η κριτική ικανότητα. (β) διεύρυνση των υπαραχνοειδών χώρων, τόσο περικοιλιακά όσο και στην περιοχή των αυλακών του εγκεφαλικού φλοιού, που έχει κυρίως αποδοθεί στο μικρό μέγεθος ορισμένων σχηματισμών της φαιάς ουσίας (ιδίως των ιπποκαμπίων περιοχών) και φαίνεται ότι προϋπάρχει της έναρξης της νόσου αφού έχει διαπιστωθεί σε σχιζοφρενείς ήδη κατά το πρώτο επεισόδιο της νόσου τους, (γ) ελάττωση της τοπικής εγκεφαλικής αιματικής ροής κυρίως στους μετωπιαίους λοβούς, (δ) ποικίλες αποκλίσεις από το φυσιολογικό της λειτουργικότητας των διαφόρων περιοχών του φλοιού, όπως διαπιστώνεται τόσο με μαγνητική τομογραφία λειτουργικής απεικόνισης όσο και με διάφορες ηλεκτροφυσιολογικές και νευροφυσιολογικές δοκιμασίες (εγκεφαλικά προκλητά δυναμικά, οπτική παρακολούθηση στίχου, δοκιμασία εστίασης προσοχής κλπ.) (ε) ατελή ανάπτυξη της φυσιολογικά παρατηρούμενης ασυμμετρίας μεταξύ των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, όπως φαίνεται από νευροφυσιολογικά, νευροανατομικά και νευροακτινολογικά ευρήματα. (Σολδάτος Κ., 2001; <http://emedicine.medscape.com/article/288259-overview#a0104>).

Παρότι όμως οι μέθοδοι στην έρευνα έχουν εξελιχθεί, οι γνώσεις μας για τη λειτουργία του εγκεφάλου εξακολουθούν να μην είναι τόσο επαρκείς (Ευθυμίου Ε .+ Μαυροειδή Α. + Παυλάτου Ε., 2006). Σύμφωνα όμως προς τις επικρατέστερες απόψεις, η σχιζοφρένεια είναι πιθανώς το αποτέλεσμα ορισμένων νευροαναπτυξιακών διαταραχών (που αφορούν την μετανάστευση, την απόπτωση και την δημιουργία συνάψεων των νευρώνων στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο) των οποίων η έναρξη χρονικά θα πρέπει να προσδιοριστεί πολύ πρώιμα, δηλαδή είτε στην ενδομήτριο περίοδο είτε στην αρχική εξωμήτριο ζωή. (Σολδάτος Κ., 2001). Έτσι το ερώτημα αν οι νευροβιολογικές διαταραχές είναι οι αιτίες ή το αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας δεν έχει ακόμη απαντηθεί. (Ευθυμίου Ε .+ Μαυροειδή Α. + Παυλάτου Ε., 2006).

1.4.1 Γενετικοί παράγοντες



Τα πιο πρόσφατα επιστημονικά ευρήματα τείνουν στο συμπέρασμα ότι το κάθε γονίδιο χωριστά ευθύνεται σε πολύ μικρό βαθμό για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας και δεν την προκαλεί από μόνο του. Δεν είναι ακόμα δυνατόν να προβλεφθεί ποια άτομα θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια μελετώντας το γενετικό τους υλικό. Χρειάζεται να υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων και περιβάλλοντος προκειμένου να εκδηλωθεί η σχιζοφρένεια.

Πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν προταθεί ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, όπως η έκθεση σε ιούς, η κακή διατροφή της μητέρας κατά την κύηση, πρόβλημα κατά τη γέννηση και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως στρεσογόνες περιβαλλοντικές συνθήκες. Έτσι, για να μελετηθεί η γενετική βάση της σχιζοφρένειας, που μελετήθηκε περισσότερο από κάθε άλλη ψυχιατρική νοσολογική οντότητα οι επιστήμονες βασίζονται σε μελέτες με α) σε μελέτες διδύμων β) σε μελέτες υιοθεσίας και γ) μελέτες σύνδεσης.

Μελέτες διδύμων

Οι μελέτες με διδύμους δείχνουν ότι η τάση στα ομοζυγωτικά δίδυμα να εμφανίσουν και τα δύο σχιζοφρένεια κυμαίνεται ανάμεσα στα 30% και 50%. Η τάση στα διζυγωματικά δίδυμα να εμφανίσουν και τα δύο σχιζοφρένεια είναι περίπου 15%. Για τα αδέρφια που δεν είναι δίδυμα ο κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας είναι επίσης περίπου 15%, όταν η εμφάνιση της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μόλις στο 1%. Έτσι, αφού η τάση για τα ομοζυγωτικά δίδυμα να εμφανίζουν σχιζοφρένεια δεν είναι 100%, τα γονίδια δεν είναι ο αποκλειστικός υπεύθυνος. Επειδή όμως η εμφάνιση σχιζοφρένειας στα ομοζυγωτικά

δίδυμα είναι πολύ μεγαλύτερη από ό,τι στα διζυγωματικά δίδυμα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα γονίδια παίζουν κάποιο ρόλο. (Βαρβόγλη Λ., 2006).

Μελέτες υιοθεσίας

Έρευνες που έγιναν σε άτομα που υιοθετήθηκαν σε πολύ μικρή ηλικία και στη συνέχεια εμφάνισαν σχιζοφρένεια έδειξαν ότι σε ποσοστό 13% οι βιολογικοί συγγενείς τους είχαν επίσης σχιζοφρένεια. Αντίθετα, σε υιοθετημένα παιδιά που δεν εμφάνισαν ποτέ σχιζοφρένεια το ποσοστό διαταραχής στους συγγενείς τους ήταν χαμηλό, της τάξης του 2%. (Βαρβόγλη Λ., 2006).

Μελέτες σύνδεσης

Μελετήθηκε η γενετική σύνδεση μεταξύ των σχιζοφρενικών ψυχώσεων και των πολυμορφικών γενετικών δεικτών (Genetic markers). Η γενετική σύνδεση (linkage) παρουσιάζεται όταν δύο γονίδια (που το καθένα από αυτά είναι υπεύθυνο για διαφορετικό κληρονομούμενο χαρακτηριστικό) τοποθετούνται πολύ κοντά σε ένα ζεύγος ομολόγων χρωμοσωμάτων, με αποτέλεσμα αυτά τα δύο γονίδια να τείνουν να μεταβιβαστούν ως μονάδα στα μέλη μιας οικογένειας. Όταν διαπιστωθεί η γενετική σύνδεση μεταξύ ενός παθογνωμικού χαρακτηριστικού της σχιζοφρένειας και ενός πολυμορφικού χαρακτηριστικού γενετικού δείκτη στα μέλη οικογενειών, αυτό ερμηνεύεται πως ένα από τα υποτιθέμενα υπεύθυνα για τη σχιζοφρενική ψύχωση γονίδια βρίσκεται στο ίδιο χρωμόσωμα και σε κοντινή μάλιστα απόσταση από το γονίδιο το υπεύθυνο για το γενετικό αυτό δείκτη. (Βαρτζόπουλος Γ., 2005)

1.4.2 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν την πορεία της πάθησης. Για παράδειγμα ένας ασθενής που η οικογένειά του τον κατακρίνει για όσα λέει και κάνει και τον καταπιέζει, θα υποτροπιάσει περισσότερες φορές από τον ασθενή που ζει σε ένα προστατευμένο περιβάλλον όπου απολαμβάνει μια σχετική ελευθερία και νιώθει αποδεκτός. Επίσης, έρευνες που έχουν γίνει σε σχιζοφρενείς έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει ανώμαλες καταγραφές στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Στηριζόμενοι σε αυτό το εύρημα οι επιστήμονες κάνουν λόγο για ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου και εξηγούν γιατί πολλές οργανικές παθήσεις επηρεάζονται από αυτούς. (Μαδιανός Γ. Μ., 2006)

1.4.3 Ψυχολογικές θεωρίες

Η ανθρώπινη συμπεριφορά κατά ένα μέρος της μορφοποιείται μέσω των αλληλεπιδράσεων με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, οι οποίες αλληλεπιδράσεις μπορεί να έχουν επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα για το άτομο. Ο τρόπος που το κάθε άτομο επεξεργάζεται και αφομοιώνει τις εμπειρίες του, το πώς δημιουργεί σχέσεις με τους άλλους, διαφέρει και αφορά το σύνολο της προσωπικότητάς του. (Γκιωνάκης Ν. + Στυλιανίδης Σ., 2001).

Από την σκοπιά της ψυχολογίας οι ψυχικές διαταραχές εκλαμβάνονται ως δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, την οποία το άτομο μαθαίνει είτε άμεσα είτε μέσω της παρατήρησης. Η ψυχολογία έχει δείξει ότι ορισμένοι από τους τύπους των ψυχικών διαταραχών μπορεί να είναι το αποτέλεσμα έλλειψης ικανότητας του ατόμου στο να προσαρμόζεται σε κάποιο αγχογόνο παράγοντα.

Σε περίπτωση που το άγχος βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα το άτομο γενικεύει τα ερεθίσματα που δέχεται από τον εσωτερικό και τον εξωτερικό του κόσμο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση περισσότερου άγχους καθώς και σύγχυση στην αντίληψη. Το άτομο προσπαθεί να βρει τέτοιους συνειρμούς σκέψης ώστε να μειώσει το άγχος και την σύγχυση που αισθάνεται. Αυτό όμως έχει αντίθετα αποτελέσματα και οδηγεί στην αποδιοργάνωση των λειτουργιών του, συναισθηματικών και νοητικών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Ο Mentnia επίσης τονίζει τον παράγοντα του άγχους και πώς αυτός μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της νόσου. Μια άλλη ψυχολογική άποψη για την αιτία της σχιζοφρένειας, δίνει ο Blouer. Στην άποψη του δεν αναγνωρίζονται οι βιολογικές και οργανικές αιτίες της ασθένειας, αλλά κάνει λόγο για γονίδια που κληρονομούνται και σχηματίζουν ένα μη αρμονικό σύστημα (δυσλειτουργικό), με αποτέλεσμα την ύπαρξη απόκλισης της προσωπικότητας του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον και από τις εμπειρίες που έχει αποκτήσει από αυτό.

Όταν το χάσμα αυτών των δύο παραγόντων αυξηθεί σε κρίσιμο σημείο, τότε το άτομο δημιουργεί ένα φανταστικό κόσμο και αποτραβιέται σε αυτόν, ενώ παύει να κάνει οποιαδήποτε ενέργεια για να αποκατασταθεί η ισορροπία ανάμεσα στο εξωτερικό του περιβάλλον και την προσωπικότητα του και έτσι οδηγείται στη ψύχωση. Μια άλλη κατηγορία απόψεων ενοχοποιεί ένα παράγοντα stress με την έννοια του συγκινησιακού stress που συμβαίνει συνήθως στην ανάπτυξη του ανθρώπου, κυρίως στην πρώτη παιδική ηλικία.

Δηλαδή υπάρχει μεν ένα αίτιο που σχετίζεται με κάποιο συγκινησιακό stress αλλά το stress αυτό για να προκαλέσει τη νόσο θα πρέπει να δημιουργήσει σωματικές διαταραχές, οι οποίες και θα καθορίσουν την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας. Η σχιζοφρένεια δηλαδή προέρχεται από τις σωματικές διαταραχές που θα προκύψουν από το συγκινησιακό stress. (Γεωργαράς Α., 1996).

1.4.4 Ψυχαναλυτική άποψη

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, αιτία της σχιζοφρένειας είναι η διαταραχή των λειτουργιών του Εγώ, αποτέλεσμα της οποίας είναι να στραφεί το άτομο στον εαυτό του, ενώ παράλληλα ελαττώνεται σημαντικά το ενδιαφέρον του για τον κόσμο που το περιβάλλει. Η άποψη αυτή της ψυχαναλυτικής θεωρίας δεν αποκλείει την συνύπαρξη γενετικών παραγόντων και προδιάθεσης. Η θεωρία συνδέει την σχιζοφρένεια με την καθήλωση του ατόμου σε ένα από τα στάδια ανάπτυξής του. Υποστηρίζει ότι τα άτομα έχουν βιώσει κατά το παρελθόν (παιδική ηλικία) τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες παραμένουν στο ασυνείδητο έως ότου κληθούν στο συνειδητό, εφόσον βέβαια υπάρξουν και κατάλληλες συγκυρίες.

Το αν μια καθήλωση σε ένα από τα στάδια της ανάπτυξης θα οδηγήσει σε ψύχωση εξαρτάται από το ποιο είναι το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο πρωτοεμφανίστηκαν το τραύμα ή οι διαταραχές. Η ψυχαναλυτική άποψη επικεντρώνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσει το παιδί με το άμεσο περιβάλλον του και κυρίως με τη μητέρα του. Δηλαδή, ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει σχιζοφρένεια, αν ως παιδί δεν προσανατολίζεται στην πραγματικότητα από την εικόνα της μητέρας του. Για παράδειγμα, αν δεν μπορεί να ελέγξει την πραγματικότητα αναφορικά με τις σκέψεις του, τα συναισθήματα και τις ενέργειές του.

Σήμερα πλέον, καταρρίπτεται η άποψη σύμφωνα με την οποία η συμπεριφορά των γονέων αποτελούσε αίτιο πρόκλησης της σχιζοφρένειας. Αυτό που έχει αποδειχθεί είναι ότι η γονική επιρροή δεν προξενεί τη νόσο αλλά μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της ασθένειας (π.χ. υποτροπή) (Γαρύφαλλος Γ.Δ., 2008). Κάνει λόγο για τη ψυχική ισορροπία που αποκτά μέσα από την καλή σχέση και την επαφή με την μητέρα του και για την τραυματική εμπειρία που βιώνει εάν συμβεί το αντίθετο και τις επιπτώσεις αυτής. Σε αυτές τις περιπτώσεις το Εγώ και η κρίση του ατόμου (μια από τις κυριότερες λειτουργίες του Εγώ) είναι αδύναμη, με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις να αναπτύξει ψυχωσικά συμπτώματα. (Μαδιανός Γ. Μ., 2005).

1.4.5 Ψυχοδυναμικές θεωρίες

Οι σύγχρονες ψυχοδυναμικές θεωρίες διαφέρουν αρκετά από τις ψυχαναλυτικές θεωρίες για την νόσο. Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, η υπερευαισθησία στα αντιληπτικά ερεθίσματα θεωρείται ως ανεπάρκεια, η οποία εμφανίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα, τα οποία νοιώθουν αυξημένο στρες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

1.4.6 Κοινωνικές θεωρίες

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ραγδαίες αλλαγές που χαρακτηρίζουν τις σημερινές κοινωνίες, οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής, η απομάκρυνση του ανθρώπου από την φύση, η έντονη εκβιομηχάνιση, αστικοποίηση καθώς και η βίαιη είσοδος της τεχνολογίας στην ζωή, είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχωσικών συμπτωμάτων. Οι θεωρίες που υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικές αλλαγές και οι αλλαγές στις αξίες και τα ήθη των σημερινών κοινωνιών επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογία των ατόμων καθώς και το βαθμό προσαρμογής τους σε αυτές τις νέες συνθήκες, θεωρούν ότι αποτέλεσμα αυτού είναι η απομόνωση του ατόμου στον εαυτό του, η εμφάνιση άγχους και άλλων επιπτώσεων ικανών να προκαλέσουν ψυχωσικά συμπτώματα στο άτομο. (Γκιωνάκης Ν.+ Στυλιανίδης Σ., 2001).

Για τις θεωρίες αυτές υπάρχουν πολλά τεκμηριωμένα ευρήματα. Παρ' όλα αυτά οι περισσότεροι επιστήμονες θεωρούν ότι όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τον χρόνο έναρξης της νόσου και την πορεία αυτής και όχι τόσο ότι είναι αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνισή της.

1.4.7 Θεωρίες που αφορούν την οικογένεια και την επικοινωνία σε αυτή

Στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής άποψης έχει αναπτυχθεί η θεωρία ότι ανεξάρτητα από τα ψυχολογικά τραύματα, το περιβάλλον και τους παράγοντες της κληρονομικότητας, η οικογένεια και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Με βάση την παραπάνω υπόθεση, η ανικανότητα των ψυχωσικών να δημιουργήσουν σχέσεις και ό,τι συνεπάγεται αυτές (αίσθημα ασφάλειας, κάλυψη βασικών τους αναγκών) είναι αποτέλεσμα χρόνιων βιωμάτων και εμπειριών κακών σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον. Η αδυναμία αυτή οδηγεί το άτομο στην δημιουργία ενός φαντασιακού κόσμου και στην συνέχεια στον εγκλεισμό του σε αυτόν, σε μια αυτιστική συμπεριφορά και κατ' επέκταση σε ψυχωσική συμπτωματολογία. Οι ψυχοτραυματικές

εμπειρίες που θα συμβούν στις πρώτες φάσεις της ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης του ατόμου, θα πυροδοτήσουν τον μηχανισμό γέννησης της σχιζοφρενικής ψύχωσης.

Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού. Μέσα στα πλαίσια της οικογένειας δομούνται οι βάσεις της προσωπικότητας και οι αρχές της επικοινωνίας. Η οικογένεια είναι το πρώτο σύστημα το οποίο συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση του ατόμου και στην εκμάθηση κανόνων συμπεριφοράς και επικοινωνίας. Ένας από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με την οικογένεια και το πώς αυτή επηρεάζει ή συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων, είναι ο Ferenczi.

Ο Ferenczi, υποστήριξε ότι «η πραγματικότητα είναι αυτή που επιφέρει βλάβες στο παιδί και οι συνειδητές φαντασιώσεις είναι η συμβολική έκφρασή της». Δηλαδή η καθημερινή πραγματικότητα που βιώνει το παιδί μέσα από το οικογενειακό του περιβάλλον είναι αυτή που του δίνει τις βάσεις για επικοινωνία, κοινωνικοποίηση, ανάπτυξη δεξιοτήτων και διαπροσωπικών σχέσεων. Με βάση αυτή την πραγματικότητα που βίωσε ως παιδί θα δημιουργήσει και θα αναπτύξει σχέσεις και τρόπους επικοινωνίας με τα άτομα του περιβάλλοντός του στην συνέχεια της ζωής του.

Έχει παρατηρηθεί συχνά σε οικογένειες που έχουν ένα χρόνιο ψυχικά άρρωστο, μια επιβάρυνση ως αποτέλεσμα των επιδράσεών του στις συνήθειες, τις συναλλαγές, την επικοινωνία και την οικιακή οικονομία. Ως επιβάρυνση θεωρείται τα προβλήματα, οι δυσκολίες ή τα ανεπιθύμητα γεγονότα που συμβαίνουν σε μέλη της οικογένειας του αρρώστου. Αφορά τις οικογενειακές καθημερινές συνήθειες, του ελεύθερου χρόνου, της εργασίας των μελών, τη σωματική και την ψυχική υγεία των μελών, τα οικονομικά της οικογένειας, τη φροντίδα του ασθενή.

Είναι σημαντικό η φροντίδα του ασθενή να μην ανατίθεται σε ένα μόνο άτομο, αλλά να μοιράζεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Επειδή η φροντίδα του ασθενή είναι αρκετά απαιτητική και επιβαρύνει συναισθηματικά και ψυχικά τα άτομα που ζουν μαζί του συστήνεται η συμμετοχή της οικογένειας σε ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα. Έτσι τα μέλη θα αποκτήσουν τόσο τις γνώσεις για τη φύση της ασθένειας αλλά και τις δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να φροντίζουν τον ασθενή και ταυτόχρονα να βελτιώσουν τη δική τους ζωή. (Ευθυμίου Ε. + Μαυροειδή Α. + Παυλάτου Ε., 2006). Για την αξιολόγηση αυτής της επιβάρυνσης έχουν αναπτυχθεί από διάφορους ερευνητές αρκετά όργανα που μπορούν να αποδώσουν το φαινόμενο ποσοτικά και ποιοτικά. (Μαδιανός Γ. Μ., 2005).

Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις δεν προκαλούν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας αλλά επηρεάζουν την πορεία της. Υπάρχει η άποψη ότι στις οικογένειες που είναι επικριτικές

απέναντι στον ασθενή, και στις οποίες υπάρχουν εχθρότητα και συχνές συγκρούσεις, δημιουργείται ένα στρεσογόνο περιβάλλον, που επιβαρύνει την εύθραυστη ικανότητα προσαρμογής του σχιζοφρενή και προκαλεί την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. (Γεωργαράς Α., 1996).

1.4.8 Ιογενείς παράγοντες, αυτοάνοσοι παράγοντες – εποχή γέννησης και προδιάθεση προς ψύχωση

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας ή κάποιων υποκατηγοριών της σχετίζεται με ιογενείς και αυτοάνοσους παράγοντες, οι οποίοι προδιαθέτουν προς εκδήλωση ψύχωσης. Υπέρ της άποψης αυτής συνηγορούν οι ακόλουθες παρατηρήσεις: Έχει βρεθεί ότι τα άτομα, τα οποία αναπτύσσουν σχιζοφρενική διαταραχή γεννιούνται συχνότερα το χειμώνα ή τις αρχές της άνοιξης. Έχει πιθανολογηθεί ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά, τα οποία τελικά αναπτύσσουν σχιζοφρένεια κατά την ενηλικίωση, έχουν μεγαλύτερη επιβιωσιμότητα και έτσι κατά την έκθεση τους σε ιούς, οι οποίοι είναι δυνητικά θανατηφόροι και οι οποίοι εμφανίζονται πιο συχνά σε αυτή την περίοδο του έτους, επιβιώνουν αφενός σε αντίθεση με άλλα βρέφη αλλά υφίστανται αφετέρου βλαπτική επίδραση στο ΚΝΣ, το οποίο καθίσταται ευάλωτο για μελλοντική ανάπτυξη της νόσου.

Κατά δεύτερο λόγο, στο ιστορικό ατόμων, τα οποία εκδηλώνουν τελικά σχιζοφρένεια, υπάρχουν συχνές αναφορές αυξημένων περιγεννητικών επιπλοκών και επιπλοκών κύησης, οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα για ευαλωτότητα σε ιώσεις και λοιμώξεις, στα άτομα αυτά, οι οποίες ενδεχομένως παραβλάπτουν το ΚΝΣ. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί αύξηση των περιπτώσεων σχιζοφρένειας, σε προγεννητική έκθεση σε επιδημίες γρίπης. Οροθετικές μητέρες για γρίπη τύπου Α στο πρώτο τρίμηνο κύησης έχουν 7πλάσια πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά, τα οποία θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια κατά την ενηλικίωση σε σχέση με τις οροαρνητικές. Εξάλλου, γρίπη στο 2^ο τρίμηνο της κύησης, κυρίως στον 5^ο μήνα, οδηγεί σε αύξηση του βαθμού θετικής σχιζοτυπίας. Έκθεση σε ψύχος την ίδια περίοδο συσχετίζεται με υψηλό βαθμό ανηδονίας. (Κονταξάκης Π. Β. + Κόλλιας Θ. Κ. + Χαβάκη – Κονταξάκη Ι. Μ., 2008).

1.4.9 Χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών

Η βλαβερή χρήση του αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών, ιδιαίτερα η χρήση κάνναβης και αμφεταμινών, μπορεί να δώσουν το έναυσμα για την εκδήλωση της ψύχωσης σε άτομα που είναι ευάλωτα στο να παρουσιάσουν σχιζοφρένεια. Άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών παρουσιάζουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας και άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί λανθασμένα να εκληφθούν ως χρήστες ουσιών. Παρ' όλο που η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν προκαλεί τη σχιζοφρένεια, εν τούτοις συσχετίζεται ισχυρά με την υποτροπή της πάθησης.

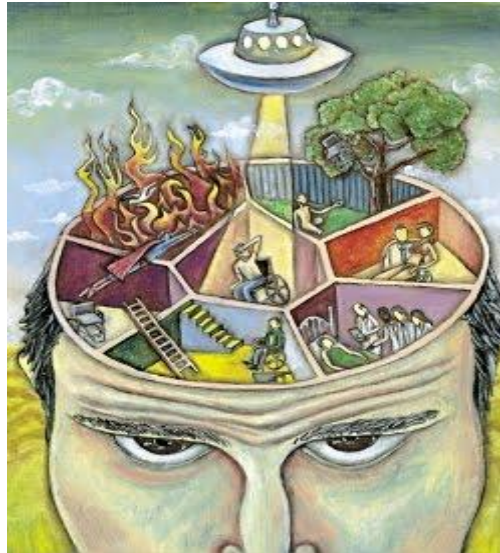
Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός, και αυτό είναι επιζήμιο για τη θεραπευτική αγωγή. Τα διεγερτικά, όπως οι αμφεταμίνες, κοκαΐνη, μαριχουάνα μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ η χρήση ναρκωτικών γενικά καθιστά δυσκολότερο για τον ασθενή να συνεχίσει την φαρμακευτική του αγωγή. Ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με σχιζοφρένεια καπνίζουν, πράγμα που συντελεί στην κακή κατάσταση της σωματικής υγείας. (Γεωργαράς Α., 1996;)

Η βιαιότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια σε σχέση με την χρήση ναρκωτικών

Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι ιδιαίτερα βίαια και προτιμούν την ησυχία τους. Έρευνες δείχνουν ότι αν ένα άτομο δεν κάνει χρήση ουσιών και δεν έχει ποινικό μητρώο με βίαιες πράξεις πριν διαγνωστεί η σχιζοφρένεια, είναι απίθανο να οδηγηθεί σε εγκληματική πράξη μετά τη διάγνωση. Τα περισσότερα βίαια εγκλήματα γίνονται από άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια. Αν κάποιο άτομο με παρανοϊκό τύπο σχιζοφρένειας γίνει βίαιο, η βία συνήθως κατευθύνεται προς την οικογένειά του και εκδηλώνεται στο σπίτι. (Γεωργαράς Α., 1996)

1.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολυδιάστατα τη λειτουργικότητα του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από διάφορα συμπτώματα όπως: από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας, της συμπεριφοράς. Ποικίλουν σε βαθμό και ένταση ανάλογα με τον τρόπο έναρξης, τη διάρκεια, τη βαρύτητα της διαταραχής, με το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς, την εξελικτική φάση αλλά και τις προσωπικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή. (Μαδιανός Γ. Μ., 2005)



1.5.1 Προειδοποιητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας:

- 1)το άτομο ακούει ή βλέπει κάτι που δεν υπάρχει
- 2)έχει τη διαρκή αίσθηση ότι τον παρακολουθούν
- 3)έχει παράξενο τρόπο ομιλίας η γραφής που δεν βγάζει νόημα
- 4)έχει παράξενη στάση σώματος
- 5)δείχνει αδιαφορία ακόμα και για σημαντικά θέματα
- 6)παρουσιάζει πτώση στη σχολική η εργασιακή του απόδοση
- 7)εμφανίζει αλλαγές στην προσωπικότητά του
- 8)αποσύρεται από την κοινωνική δραστηριότητα
- 9)αντιδρά παράλογα, με θυμό ή τρόμο απέναντι σε αγαπημένα πρόσωπα

- 10) παρουσιάζει αδυναμία συγκέντρωσης και ύπνου
 - 11) εκδηλώνει απρεπή ή παράξενη συμπεριφορά
 - 12) έχει την τάση για ακραία ενασχόληση με τη θρησκεία ή τις σκοτεινές δυνάμεις
 - 13) βιώνει το γεγονός ότι δεν μπορεί να σκεφτεί
- (National mental health association, 2006) (Cockerman W. C., 2000).

Γνωστικά συμπτώματα

Τα γνωστικά συμπτώματα εμποδίζουν τον ασθενή και να εργάζεται. Δημιουργούν επίσης, δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση. Ανιχνεύονται μέσω νευροψυχολογικής αξιολόγησης και περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Χαμηλή εκτελεστική λειτουργία (ανικανότητα απορρόφησης και ερμηνείας πληροφοριών, καθώς και λήψη αποφάσεων βάσει αυτών των πληροφοριών)
2. Αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής
3. Δυσκολία στη μνήμη (ανικανότητα να διατηρήσουν πρόσφατα μαθημένες πληροφορίες και να τις χρησιμοποιήσουν άμεσα)

1.5.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

1.5.3 Διαταραχές στη δομή και την οργάνωση της σκέψης

Βασική διαταραχή της κατηγορίας αυτής είναι η διάσπαση της σκέψης και αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη συμπτώματα της σχιζοφρένειας. (Σολδάτος Κ. + Λύκουρας Λ., 2006). Παρουσιάζεται χάλαση και τότε η σκέψη είναι ασυνάρτητη και άλογη. Σε ακραίες περιπτώσεις η ομιλία είναι τελείως ακατανόητη, αποτελούμενη μόνο από ασυνάρτητες λέξεις ή υπολείμματα λέξεων. Η χάλαση των συνειρμών μπορεί να γίνει τουλάχιστον μερικώς κατανοητή, εφόσον ασχοληθεί κανείς σε βάθος με τον ασθενή (Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008; Μαδιανός Γ.Μ., 2005).

Επικρατεί επίσης ασάφεια και αοριστία των λεγομένων του ασθενούς με έλλειψη πληροφοριακού περιεχομένου. Η νοηματική αλληλουχία είναι ελλιπής και δύσκαμπτη με άσκοπους πλατειασμούς από το κεντρικό θέμα, λογικές ανακολουθίες, συχνές εμμονές και ένδειξη αδυναμίας εκτροπής της σκέψης. Η ομιλία χαρακτηρίζεται από απαντήσεις θεματικά και νοηματικά άσχετες προς τις αντίστοιχες ερωτήσεις και παρατηρήσεις του εξεταστή. Πολλές φορές οι λέξεις που χρησιμοποιούνται εκφράζουν άλλο νόημα από αυτό που κανονικά έχουν, ενώ συχνά υπάρχει κατασκευή νέων λέξεων (νεολεξίες). Σε βαρύτερες

περιπτώσεις υπάρχει ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης με ακατανόητο λόγο και απώλεια της επικοινωνιακής του αξίας.



1.5.4 Διαταραχές στη ροή της σκέψης

Πρόκειται για πρώιμο και χαρακτηριστικό σύμπτωμα όπου η σκέψη διακόπτεται, ενίοτε στη μέση της φράσης. Ο ασθενής αδυνατεί να ολοκληρώσει την αρχική του ιδέα, σιωπά και ύστερα συνειδητοποιεί με τραυματικό τρόπο αυτή τη διαταραχή της σκέψης του (Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008). Γι αυτό το λόγο γίνεται ασυνάρτητος και αυτό οφείλεται στην εξωπραγματική του σκέψη (Γεωργαράς Α., 1996). Παρατηρείται μειωμένη λεκτική διεργασία και αντανακλάται ως ομιλία η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη αυθορμητισμού με μεταβαλλόμενο ρυθμό, παύσεις, φαντασιώσεις και ως πτωχεία της ποσότητας προφορικού λόγου. (Σολδάτος Κ. + Λύκουρας Λ., 2006).

1.5.5 Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης

Ο έλεγχος και η κατοχής της σκέψης κλονίζεται και συχνά καταργείται στο πλαίσιο μιας γενικότερης κατάλυσης των ορίων του εαυτού όπως είναι α) η απώλειας της σκέψης, β) η ηχώ των σκέψεων, που ο άρρωστος νομίζει ότι η σκέψη του επαναλαμβάνεται σαν ηχώ πολλές φορές γ) η ηχηρά σκέψη, που νομίζει ότι ακούει τη σκέψη του δ) η υφαρπαγή των σκέψεων, που ο άρρωστος νομίζει ότι άλλοι άνθρωποι του κλέβουν τη σκέψη και νομίζει επίσης ότι η σκέψη του υφίσταται επίδραση από άλλους ανθρώπους οι οποίοι του την καθοδηγούν ε) η ροή της σκέψης και ανακοπή αυτής όπου οι άρρωστοι παραπονούνται ότι

σταματάει η σκέψη τους ζ) η παρεμβολή ξένων σκέψεων όπου νομίζει ότι στη σκέψη του παρεμβάλλονται σκέψεις άλλων ανθρώπων. η) η απώλεια της στεγανότητας της σκέψης ή εκπομπή της σκέψης όπου αποτελεί βίωμα του ασθενούς ότι οι σκέψεις του δεν περιορίζονται εντός του, αλλά διαρρέουν παθητικά και διαχέονται στον περίγυρο του, με αποτέλεσμα να μπορούν να γίνουν δημόσιες από τους συνανθρώπους του. (Σολδάτος Κ. + Λύκουρας Λ., 2006; Γεωργαράς Α., 1996).

1.5.6 Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης

Τα πιο συχνά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια είναι οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης όπου και περιλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες, οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης και οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι στην κλασική τους περιγραφή λανθασμένες και επίμονες πεποιθήσεις όπου δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία. Βρίσκονται σε δυσαρμονία και είναι μη αποδεκτές από το κοινωνικό, εκπαιδευτικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου. Δεν συνοδεύονται από επίγνωση του παθολογικού και από διαταραχή της συνείδησης. Ανάλογα με το περιεχόμενο τους διακρίνονται σε:

Διωκτικές, όπου το άτομο πιστεύει ότι συνεχώς διώκεται από άτομα ή οργανώσεις με σκοπό την εξόντωσή του.

Μεγαλείου, όπου το άτομο πιστεύει ότι έχει κάποιον (υπερβολικό για τα πραγματικά δεδομένα) προορισμό, όπως π.χ. να γίνει πρωθυπουργός, να μεταφέρει θεϊκά μηνύματα κ.ά.

Υποχονδριακές, όπου το άτομο κατακλύζεται από σωρεία παράδοξων σωματικών ενοχλήσεων.

Αποκαλυπτικές, όπου κυριαρχούν προφητικού τύπου ιδέες κοσμοκαταστροφής, επικείμενης έλευσης της Δευτέρας Παρουσίας κ.ά.

Ερωτομανιακές, όπου το άτομο πιστεύει ότι το έχουν ερωτευθεί σημαντικές προσωπικότητες.

Ζηλοτυπικές, όπου το άτομο πιστεύει ότι ο σύντροφος του δεν του είναι πιστός.

Σωματικές, όπου ο ασθενής πιστεύει ότι υποφέρει από κάποια εξαιρετικά σοβαρή ασθένεια. (Κοτρώτσου Ε., 2009).

Ο ασθενείς αδυνατεί να ενναλάσει την οπτική του γωνία και να επιλέγει κάθε φορά την ορθή. Δεν έχει την επίγνωση της νοσηρότητας του βιώματός του, πράγμα που ισχύει περισσότερο για τις οξείες φάσεις. Σύνδρομο παραληρητικών παραγνωρίσεων όπως το σύνδρομο Capgras, όπου υπάρχει άρνηση αναγνώρισης του οικείου προσώπου και παραληρητική πεποίθηση ότι το οικείο πρόσωπο έχει αντικατασταθεί από έναν όμοιο σωσία

(σύνδρομο σωσία). Έχουν περιγραφεί τρεις ακόμα παραλλαγές, το σύνδρομο Fregoli όπου επικρατεί εσφαλμένη παραγνώριση οικείου προσώπου, συνήθως του διάκτι του ασθενούς, σε άλλα άτομα. Το σύνδρομο της σωματοψυχικής μεταμόρφωσης και το σύνδρομο υποκειμενικού τύπου σωσία όπου επικρατεί η παραληρητική πεποίθηση ότι κάποιος τρίτος έχει μεταμορφωθεί στον ίδιο τον ασθενή.

Οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης δημιουργούν την εντύπωση στο άτομο ότι αποτελεί το επίκεντρο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων όπου στην πραγματικότητα είναι ουδέτερα, συνήθη και καθημερινά όπως π.χ. μια τυχαία χειρονομία συναδέλφου εκλαμβάνεται από τον ασθενή ως συγκαλυμμένο απειλητικό μήνυμα να αποχωρήσει από τη δουλειά του κ.ά. Οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης δίνουν την εντύπωση στο άτομο ότι ξαφνικά είναι έρμαιο εξωτερικών επιδράσεων ή δυνάμεων, που πλέον καθοδηγούν ή επιβάλουν τις κινήσεις και τις πράξεις του, τη φωνή του και την ύπαρξη των σωματικών του αισθήσεων.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι συνήθως πρωτογενείς στην προέλευση τους. Το άτομο αρχικά κατακλύζεται από άγχος, αμηχανία και αίσθημα συμμετοχής σε «κάτι» σημαντικό αλλά απροσδιόριστο (παραληρητικό προαίσθημα). Στη συνέχεια ακολουθεί η αιφνίδια, εκ κενού, ανάδυση του παραληρήματος. Η άμεσης ανάπτυξης, αιφνίδια και πλήρως οργανωμένη παραληρητική νοηματοδότηση ενός πραγματικού αλλά ουδέτερου αντιληπτικού δεδομένου καλείται παραληρητική αντίληψη.

Σε σχέση με τις πρωτογενείς παραληρητικές ιδέες, αυτό που κατά κανόνα εντυπωσιάζει τον εξετάζοντα είναι το παράδοξο του περιεχομένου τους, δηλαδή το απίθανο, το ακατανόητο και το τελείως άσχετο προς τις συνήθειες εμπειρίες κλίμα που τις διαποτίζει. Μια άλλη κατηγορία παραληρητικών ιδεών είναι οι δευτερογενείς, που η προέλευσή τους πρέπει να αναζητηθεί στην προσπάθεια του ασθενούς να εξηγήσει τα παθολογικά του βιώματα. (Σολδάτος Κ. + Λύκουρας Λ., 2006).

1.5.7 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

Στις διαταραχές της αντίληψης εντάσσονται οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Η αντίληψη είναι διαταραγμένη. Οι χρόνοι αντίδρασης επιμηκύνονται, ιδίως σε χρόνιους πάσχοντες. Η προσοχή επίσης μεταβάλλεται.

Σε καμία άλλη ψύχωση οι ψευδαισθήσεις δεν είναι τόσο σημαντικό σύμπτωμα, όσο στη σχιζοφρένεια (Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008). Οι ψευδαισθήσεις είναι αντιλήψεις σε απουσία πραγματικού ερεθισμού. Είναι παράξενες, λανθασμένες προσωπικές πεποιθήσεις που δεν αλλάζουν ακόμα και όταν άλλοι άνθρωποι παρουσιάζουν

αποδείξεις ότι δεν είναι αληθινές ή λογικές. (Βαρβόγλη Λ., 2006). Αφορούν και στις πέντε αισθήσεις, κατά κύριο λόγο όμως στην ακοή.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι από τα πλέον συνήθη συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής «ακούει» φωνές, συνομιλίες, παράδοξους ήχους ποικίλους θορύβους, βοές, σφυρίγματα, βροντές, χτυπήματα, βήματα ή και μουσική. Οι «φωνές» τον σχολιάζουν ή τον προτρέπουν να κάνει κάτι, του ασκούν κριτική και άλλα. Μπορεί να απευθύνονται άμεσα σε αυτόν ή να μιλούν συναμεταξύ τους για αυτόν. Θεωρούν ότι οι φωνές αυτές ανήκουν σε συγκεκριμένα πρόσωπα του προσωπικού τους περιβάλλοντος και από το παρελθόν Μπορεί να είναι συνεχής ή επεισοδιακές, σαφής ή συγκεχυμένες, οργανωμένες ή αόριστες.

Ως προς το περιεχόμενο τους, μπορεί να είναι υβριστικές, χλευαστικές, απειλητικές, επαινετικές, παραιναιτικές, προτρεπτικές, υβριστικές, χλευαστικές, απειλητικές, επαινετικές, παραιναιτικές, προτρεπτικές, προειδοποιητικές κ.ά. Το ότι οι φωνές μοιάζει να έρχονται από μακριά δεν τους απασχολεί και δεν χρειάζονται εξηγήσεις. Συχνά οι ψευδαισθήσεις συνοδεύονται από άγχος. Σπανιότερα οι φωνές είναι φιλικές. (Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008).

Μια ιδιαίτερη κατηγορία ακουστικών ψευδαισθήσεων είναι οι ηχηρές σκέψεις και η ηχώ της σκέψης. Οι ηχηρές σκέψεις είναι βίωμα του ασθενούς, κατά το οποίο οι σκέψεις του ηχούν μεγάλωφωνα στο εσωτερικό της κεφαλής του, κατά τρόπο που οι παριστάμενοι συνάνθρωποί του μπορούν να τις ακούσουν. Η ηχώ της σκέψης είναι βίωμα του ασθενούς, κατά το οποίο οι σκέψεις του επαναλαμβάνονται ή αντηχούν στο εσωτερικό της κεφαλής του λίγο χρόνο μετά τον αρχικό σχηματισμό τους.

Εκτός από τις ακουστικές ψευδαισθήσεις υπάρχουν και οι οπτικές αλλά εμφανίζονται σπανιότερα. Ο ασθενής βλέπει «δύο μαύρα χέρια να κατεβαίνουν από τον τοίχο» ή «ένα κεφάλι από το κρεβάτι». Το ουσιαστικό στοιχείο σε αυτές είναι ότι έγκειται λιγότερο στην ακρόαση από τον ασθενή και περισσότερο στην αίσθηση ότι κάποιος του απευθύνεται, έτσι και όσον αφορά τις οπτικές ψευδαισθήσεις, πρόκειται περισσότερο για την αίσθηση ότι κάποιος τον κοιτάζει, παρά για δικό του ενέργημα. (Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008).

Οι οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις συνίσταται ως επί το πλείστον σε φόβους δηλητηρίασης. Ο ασθενής πιστεύει ότι το φαγητό και το ποτό έχουν μια ιδιαίτερη γεύση και οσμή. Στη σχιζοφρένεια, οι ψευδαισθήσεις της αφής (απτικές) και των σωματικών αισθημάτων είναι συχνές και πολύμορφες. Οι ασθενείς αισθάνονται την επίδραση ηλεκτρικών ή μαγνητικών κυμάτων ή άλλων φυσικών φαινομένων και ότι έχουν αλλάξει.

Αισθάνονται καψίματα τσιμπήματα, αισθάνονται ότι ο καρδιακός τους παλμός έχει διαταραχθεί πάντα από εξωτερικές παρεμβάσεις. Συνήθως οι περιγραφές των σωματικών ψευδαισθήσεων έχουν χαρακτήρα παράλογο. Τέλος υπάρχουν και οι σεξουαλικές ψευδαισθήσεις. Οι άνδρες νιώθουν τράβηγμα και κάψιμο στα γεννητικά τους όργανα και ότι κάποιος τους αφαιρεί τη δύναμή τους. Οι γυναίκες αισθάνονται ότι κάποιος τις κακοποιεί, τις βιάζει ή τις ατιμάζει.

Οι παραισθήσεις αφορούν την παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων. Είναι η αισθητήρια αντίληψη αντικειμένων, εικόνων και αισθήσεων, που σημειώνεται χωρίς εξωτερικά ερεθίσματα. Ανάλογα με το μοντέλο του άγχους, οι παραισθήσεις αποτελούν προσπάθεια μείωσης του άγχους. Σύμφωνα με τα βιολογικά μοντέλα, οι παραισθήσεις προκαλούνται από υπερβολική δράση της ντοπαμίνης. (Κοτρώτσου Ε., 2009). Δεν είναι και αυτές παθολογικές της νόσου και ενδεχομένως συνδέονται δευτερογενώς με τις παραληρητικές ιδέες. Οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις είναι δύο συμπτώματα της σχιζοφρενικής νόσου των οποίων η ύπαρξη στηρίζεται στην αποδιοργάνωση του Εγώ.



1.5.8 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Στις διαταραχές του συναισθήματος εμπεριέχονται κυρίως η αμφιθυμία, η συναισθηματική δυσαρμονία, η συναισθηματική έκπτωση, το απρόσφορο συναίσθημα καθώς και άλλες συναισθηματικές διαταραχές. Η αμφιθυμία αποτελεί βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής πάλλεται συναισθηματικά ,δηλαδή πότε μισεί κάτι και πότε το αγαπά την ίδια στιγμή το ίδιο άτομο με την ίδια ένταση. Αποτέλεσμα αυτής της αμφιθυμίας είναι η αμφιβολία, άλλοτε θέλει κάτι πολύ και άλλοτε όχι. Χαρακτηριστικό της αμφιβουλησίας είναι η χειραψία του σχιζοφρενή (δίνει το χέρι του, το ξαναπαίρνει, το ξαναδίνει κ.λπ.)

Η συναισθηματική δυσαρμονία υποδηλώνει τη διάσταση μεταξύ της βαρύτητας και του μεγέθους του συγκινησιακού ερεθίσματος και της συγκινησιακής ανταπόκρισης του ασθενούς, αλλά και την εκ διαμέτρου αντίθετη συγκινησιακή αντίδραση. Στην δεύτερη περίπτωση μιλάμε για «συναισθηματική απροσφορότητα». Παραδείγματα της απροσφορότητας του συναισθήματος είναι οι ακραίες εκείνες καταστάσεις, όπου ο άρρωστος γελάει στο άκουσμα του θανάτου κάποιου συγγενικού του προσώπου ή κλαίει σε ένα ευχάριστο γεγονός.

Η συναισθηματική έκπτωση μαζί με τις δύο προαναφερθείσες διαταραχές αποτελούν το χαρακτηριστικό τρίπτυχο των συναισθηματικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Το άτομο αποστασιοποιείται συναισθηματικά από το περιβάλλον του, χάνει τα φιλητικά του συναισθήματα και γίνεται απαθής, ενώ το συναίσθημα είναι αμβλύ και ρηχό. Δηλαδή το συναίσθημα κυμαίνεται από την απλή αδιαφορία μέχρι την πλήρη επιπέδωση.

Στις άλλες συναισθηματικές διαταραχές των σχιζοφρενών υπάγονται η κατάθλιψη και η ευφορία, το άγχος, η αμηχανία, η συναισθηματική ακαμψία και τα αποπροσωποποιητικά βιώματα. Μερικοί μελετητές συμπεριλαμβάνουν στις διαταραχές του συναισθήματος την ανηδονία, δηλαδή την υποκειμενική αίσθηση απώλειας της ικανότητας άντλησης ικανοποίησης ή ηδονής από το περιβάλλον. Χρησιμοποιείται ως όρος καταχρηστικά όταν υπονοείται διαταραχή της βούλησης εκδηλούμενης ως αντικειμενική απώλεια ενδιαφέροντος για ερωτική επαφή, φιλικές – κοινωνικές σχέσεις ή οικογενειακή ζωή. (Σολδάτος Κ. + Λύκουρας Λ., 2006; Γεωργαράς Α., 1996; Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008).

1.5.9 Κατατονικά συμπτώματα

Ονομάζονται οι διαταραχές της κινητικότητας και της προωθητικής ενέργειας και αφορούν τη στάση, τη θέση, την ομιλία, την έκφραση του προσώπου, τις κινήσεις του, το σύνολο δηλαδή της ψυχοκινητικότητάς του και είναι τα εξής: α) εμβροντησία, ο ασθενής στερείται της σκέψης, δύσκολα κινείται και δεν ομιλεί (αλαλία) β) κηρώδης ευκαμνία των μελών του σώματός του όταν αυτά τοποθετούνται σε άβολη θέση και ο εξετάζοντας αισθάνεται έντονη αντίσταση κατά τη παθητική κίνηση των άκρων του ασθενούς γ) κατατονική διέγερση, ο άρρωστος μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του, γίνεται επιθετικός, καταστρέφουν πράγματα.

Η διέγερση αυτή μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά έως και ημέρες δ) παρορμητικές πράξεις, είναι βραχείας διάρκειας κινητικές εκδηλώσεις αστραπιαίες και ασυντόνιστες (π.χ. σηκώνεται αρπάζει ένα αντικείμενο, το πετάει και κάθεται ξανά στη θέση του ε) αρνητισμός και αυτοματική εκτέλεση διαταγών, όταν ασχολούνται μαζί του εκείνος απομακρύνεται και εκτελεί άβουλα ό,τι του αναθέσουν. ζ) ηχωλαλία, επαναλαμβάνει σαν ηχώ τις λέξεις, αλαλία, δεν απαντάει καθόλου, έχει ανέκφραστο πρόσωπο, μιμείται πράξεις, ιδιάζουσα λεπτολογία (απαντά με εξαιρετικά πολλές λεπτομέρειες), συνηχήσεις, λέξεις με ρήμα χωρίς προσοχή στη σημασία λεκτική σαλάτα συνδυασμός λέξεων που δεν έχουν νόημα χαλάρωση των σχέσεων συνένωση μη συγγενών σκέψεων ή λέξεων. (Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000; Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008).

1.5.10 Διαταραχές από άλλες λειτουργίες

- 1) Μνήμη, οι όποιες διαταραχές οφείλονται σε αδυναμία συγκέντρωσης του ασθενούς.
- 2) Προσοχή, υπάρχει αδυναμία συγκέντρωσης
- 3) Αυτισμός, είναι μια διαρκής απασχόληση του ασθενή με τον εαυτό του με αποτέλεσμα την απόσυρση από τον έξω κόσμο
- 4) Ανηδονία, το άτομο αδυνατεί να αντλήσει οποιαδήποτε ηδονή από την πραγματικότητα και καταφεύγει σε εξωπραγματικούς χώρους (αυτιστικούς)
- 5) Αντικοινωνικότητα, το άτομο αποφεύγει την κοινωνική επαφή και οι σχέσεις του προοδευτικά γίνονται ρηχές (αποτέλεσμα αυτισμού)
- 6) Σωματικά ενοχλήματα, δυσκοιλιότητα, υπερθυρεοειδισμός, ζαλάδες, σωματική αδυναμία, κεφαλαλγίες

Τα συμπτώματα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία γιατί συχνά είναι τα πρώτα που εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια και σε συνδυασμό με αλλαγή συνηθειών, κλείσιμο στον εαυτό και παράδοξη συμπεριφορά θα πρέπει να εξετάζονται σοβαρά για το ενδεχόμενο μιας αρχόμενης σχιζοφρένειας. Σπάνια όλα αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται μαζί. Από την άλλη πλευρά μερικά θετικά συμπτώματα είναι καλύτερης πρόγνωσης από τα αρνητικά και ευνοούν την καλύτερη κατανόηση της κλινικής εικόνας. Για αυτό το λόγο είναι σκόπιμη η παρουσίαση αυτών των κατηγοριών των συμπτωμάτων παρακάτω (Γεωργαράς Α., 1996; Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008; Κοτρώτσου Ε., 2009; Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

1.5.11 Συνοδά Συμπτώματα και Συνοδές διαταραχές

Σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να εμφανισθεί σαν συνοδό σύμπτωμα. Συχνές είναι ανωμαλίες της ψυχοκινητικότητας - βάδισμα πάνω - κάτω, κούνημα μπρος - πίσω ή απάθεια και ακινησία. Συχνά εμφανίζεται ιεροτελεστική ή στερεότυπη συμπεριφορά σε συνάρτηση με μαγική σκέψη. Δυσφορική συναισθηματική διάθεση είναι συχνή και μπορεί να πάρει τη μορφή κατάθλιψης, άγχους, θυμού ή συνδυασμού τους. Συχνά παρατηρούνται αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί ή όχι να είναι παραληρητικού επιπέδου. Τυπικά, δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης μπορεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης.

Επίσης, μπορεί να εμφανισθούν ανηδονία (απώλεια δηλ. του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης), που είναι ένα άλλο αρνητικό σύμπτωμα, απώλεια του ενδιαφέροντος για φαγητό, απώλεια του libido, διαταραχές του σχήματος του ύπνου (π.χ. να μην κοιμάται την ημέρα και ν' ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες τη νύχτα), διαταραχή της συγκέντρωσης.

Συχνά συνυπάρχουν Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (πολύ κοινή είναι η Εξάρτηση από Νικοτίνη στους σχιζοφρενικούς). Διαταραχές της Προσωπικότητας όπως Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας μερικές φορές προηγούνται της έναρξης της Σχιζοφρένειας (ως «προνοσηρές» προσωπικότητες).

Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς συχνά αναπτύσσουν και σωματικά συμπτώματα: «μαλακά» νευρολογικά σημεία όπως σύγχυση αριστερού / δεξιού, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων ή φαινόμενο του καθρέφτη, αυτόματες κινητικές ανωμαλίες όπως ρουθουνίσματα, πλατάγισμα της γλώσσας ή γρυλλίσματα, χρόνια δυσκοιλιότητα κ.ά.

Ορισμένες ελάσσονες σωματικές ανωμαλίες π.χ. υψηλότοξη υπερώα, μικρή ή μεγάλη απόσταση των ματιών ή ελάχιστες δυσμορφίες των αυτιών, μπορεί να είναι πιο συχνές σε άτομα με Σχιζοφρένεια. Βέβαια, μπορεί να εμφανισθούν και κινητικές ανωμαλίες δευτερογενώς, που να οφείλονται στα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως Παρκινσονισμός Προκαλούμενος από Νευροληπτικά, Κακόηθες Νευροληπτικό Σύνδρομο, Οξεία Δυστονία Προκαλούμενη από Νευροληπτικά, Οξεία Ακαθισία Προκαλούμενη από Νευροληπτικά, Όψιμη Δυσκινησία Προκαλούμενη από Νευροληπτικά.

1.6 ΠΡΟΛΗΨΗ

Απόδειξη για την αποτελεσματικότητα της πρόωρης παρέμβασης είναι ασαφής. Ενώ υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι η πρόωρη παρέμβαση σε άτομα με ψυχωτικό επεισόδιο μπορεί να βελτιώσει τις βραχυπρόθεσμες εκβάσεις, υπάρχει λίγο όφελος από αυτά τα μέτρα μετά από μια πενταετία. Η προσπάθεια αποτροπής της σχιζοφρένειας στην πρόδρομη φάση είναι αβέβαιου οφέλους και από το 2009 δεν συστήνεται. Η πρόληψη είναι δύσκολη δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένας αξιόπιστος δείκτης για την μετέπειτα εξέλιξη της ασθένειας.

1.7 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η σχιζοφρένεια έχει μεγάλες επιπτώσεις τόσο στον άνθρωπο όσο και στην οικονομία. Οδηγεί σε μείωση του χρόνου ζωής του ανθρώπου κατά 12-15 χρόνια, κυρίως λόγω της συσχέτισης της ασθένειας με την παχυσαρκία, τον στατικό τρόπο ζωής, το κάπνισμα και σε μικρότερο βαθμό, το αυξανόμενο ποσοστό αυτοκτονίας. Η μείωση του χρόνου ζωής ανατράπηκε σε ένα βαθμό μεταξύ της δεκαετίας του '70 και της δεκαετίας του '90 και μεταξύ της δεκαετίας του '90 και της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα διατηρήθηκε σταθερή. Αυτό οφείλεται στη δημιουργία συστήματος περίθαλψης που είναι προσβάσιμο σε όλους (Φινλανδία).

Η σχιζοφρένεια είναι μια σημαντική αιτία αναπηρίας, που θεωρείται ως η τρίτη χειρότερη κατάσταση μετά από την τετραπληγία και την άνοια, ενώ βρίσκεται σε υψηλότερη θέση από την παραπληγία και την τύφλωση. Περίπου τα τρία τέταρτα των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχουν ήδη αναπηρία που υποτροπιάζει. Μερικοί απ' αυτούς αναρρώνουν εντελώς και άλλοι καταφέρνουν να γίνουν ενεργά μέλη στην κοινωνία. Οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ζουν ανεξάρτητα, με μια μικρή βοήθεια από τους κοντινούς τους

ανθρώπους. Στους πάσχοντες που βιώνουν ένα πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, οι πιθανότητες για μια αισιόδοξη έκβαση της ασθένειας είναι γύρω στο 42%, για μια ενδιάμεση έκβαση στο 35% και για μια δυσάρεστη έκβαση στο 27%. Οι προοπτικές της ασθένειας παρουσιάζονται καλύτερες στις αναπτυσσόμενες χώρες παρά στον αναπτυγμένο κόσμο. Αυτά τα συμπεράσματα, εντούτοις, έχουν αμφισβητηθεί από πολλούς.

Επικρατεί ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας σε όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια συγκριτικά με τον μέσο όρο. Η διαφορά αυτή είναι γύρω στο 10%, αλλά πιο πρόσφατες μελέτες και στατιστικές εκτιμούν το ποσοστό αυτό γύρω στο 4.9% και πιο συχνά η τάση για αυτοκτονία εμφανίζεται στην περίοδο μετά την έναρξη της ασθένειας ή μετά από την πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλές φορές (20-40%) οι σχιζοφρενείς επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και περισσότερες από μία φορές. Υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο αυτό, όπως η κατάθλιψη, το συχνά υψηλό επίπεδο νοημοσύνης, ακόμη και το φύλο.

Πολλές μελέτες συγκλίνουν στο γεγονός ότι η παρανοϊκή σχιζοφρένεια μπορεί να έχει καλύτερη προοπτική από άλλους τύπους σχιζοφρενιών επειδή χαρακτηρίζεται από την ανεξάρτητη διαβίωση του πάσχοντος και την ασχολία του με κάποιο επάγγελμα. (<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%87%CE%B9%CE%B6%CE%BF%CF%86%CF%81%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1#.CE.93.CE.B5.CE.BD.CE.B5.CF.84.CE.B9.CE.BA.CE.AE>)

2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ



Πρόκειται για την συχνότερη μορφή σχιζοφρένειας που αρκετά συχνά συνοδεύεται από ακουστικές ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, διαταραχές της σκέψης, διακοπή του συνειρμού και κυριαρχούν συνεχείς παραληρητικές ιδέες που συνοδεύονται από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Διαγνώσκεται πιο εύκολα από ότι οι άλλες μορφές σχιζοφρένειας εξαιτίας των έντονων παρανοειδών ιδεών. Μόνο σε φάσεις ύφεσης της νόσου η διάγνωση μπορεί να γίνει δυσχερής μια και ο ασθενής «ελέγχει» ή προσπαθεί να ελέγξει τις παραληρητικές του σκέψεις από τους άλλους, για να μην θεωρηθεί «τρελός» με όλες τις επιπτώσεις που θα έχει κάτι τέτοιο για αυτόν. Στις άλλες μορφές της σχιζοφρένειας υπάρχουν βέβαια παρανοϊκά στοιχεία αλλά δεν αποτελούν την κύρια συμπτωματολογία, η προσωπικότητα δεν είναι προσαρμοσμένη και απορροφημένη από αυτές. Αντίθετα, στην παρανοειδή μορφή σχιζοφρένειας το παρανοϊκό παραλήρημα αποτελεί το κύριο ψυχοπαθολογικό στοιχείο.

Η προσωπικότητα είναι απόλυτα προσαρμοσμένη στο παραλήρημα είτε συστηματοποιημένο είναι αυτό είτε ασυστηματοποίητο. Εάν το παραλήρημα είναι συστηματοποιημένο, είναι κοντά στην πραγματικότητα και δεν συνοδεύεται από άλλα παραγωγικά συμπτώματα, τότε πρόκειται για μία ψυχωτική διαταραχή που έχει διαχωριστεί από τις σχιζοφρένεις και ονομάζεται παράνοια. Το παρανοϊκό παραλήρημα είναι ή διωκτικού περιεχομένου ή μεγαλείου. Το διωκτικό παραλήρημα περιλαμβάνει ιδέες δίωξης (τον παρακολουθούν, τον κυνηγούν, θέλουν να του κάνουν κακό). Το παραλήρημα μεγαλείου σχετίζεται με τα αισθήματα μειονεξίας του ατόμου και συνδέεται με το διωκτικό παραλήρημα (για να ασχολούνται οι άλλοι μαζί του σημαίνει ότι είναι σπουδαίος). (Γεωργαράς Α., 1996; Cockerman N. C., 2000).

Η νόσος ξεκινάει από την μέση ηλικία και πάνω, συνήθως μετά τα 30 και αναπτύσσεται σε σχιζοειδική προνοσηρή προσωπικότητα με γνωρίσματα τυπικές διαπροσωπικές σχέσεις, εμμονή, επιφυλακτικότητα, καχυποψία, ζηλοφθονία, δύσκαμπτο συναίσθημα, υπεροπτική και απορριπτική στάση. Η νόσος μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά ή να εισβάλλει αιφνίδια. Επί σταδιακής εγκατάστασης τα συμπτώματα δεν είναι εύκολα

αναγνωρίσιμα γιατί εντάσσονται σε λογικοφανή πλαίσια. Τα συμπτώματα συνήθως αποκαλύπτονται κάτω από ψυχοπίεση. Όταν η νόσος εισβάλλει αιφνίδια, το παραλήρημα γίνεται ανεξάρτητο, καθημερινά γεγονότα αποκτούν αποκαλυπτικό περιεχόμενο, εντάσσονται μέσα σε ένα παράδοξο και οργανωμένο πλαίσιο και αφορούν συνήθως σε ένα κεντρικό θέμα, πάνω στο οποίο χτίζεται ένα σύστημα «αποδεικτικών» στοιχείων.

Ο ασθενής έχει ψευδαισθήσεις που συνήθως είναι ακουστικές και έχουν πάντα σχέση με το περιεχόμενο του παραληρήματος. Φωνές που τον καθοδηγούν, τον προτρέπουν, τον αποτρέπουν, τον αποδοκιμάζουν. Έχει διαταραχές της σκέψης που εμφανίζονται αργότερα ως ανακοπές, ασχετολογία καθώς και διαταραχές του συναισθήματος που εμφανίζονται προοδευτικά αρχίζοντας από μείωση της συναισθηματικής δόνησης και φθάνοντας στην ισοπέδωση του συναισθήματος. (Γιαννοπούλου Α., 2004; Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000).

Σε όλες τις αντιδράσεις του ατόμου βασικό σημείο είναι η παρανόηση της συμπεριφοράς των άλλων και η προσπάθεια να ενεργήσει ανάλογα με συνέπεια οι πράξεις του να γίνονται σημαντικές και επιβλαβείς. Για αυτό ο ασθενής τις επεξεργάζεται με λεπτομέρεια, μακρηγορεί με αυτές και δυσαρεστείται με τους γύρω του, μέχρι που τους θεωρεί εχθρούς γιατί δεν πιστεύουν τις ιδέες του. Πάντως η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς εξαρτάται κατά πολύ από τις αυταπάτες, ποικίλλοντας από ελεεινή αθλιότητα έως καταστάσεις απόλυτης ευτυχίας και έκστασης. Γενικά κλείνεται στον εαυτό του και συνεχίζει να είναι στεναχωρημένος από την υποτιθέμενη εχθρότητα του κόσμου που τον περιβάλλει.

Στη χρόνια παρανοειδή μορφή ο ασθενής φαίνεται ικανός να προσαρμόσει τον εαυτό του σε κάποια κατάσταση, στην οποία αισθάνεται ασφαλής και προστατευμένος από τις κακές επιδράσεις εκείνων που φοβάται. Μπορεί να φαίνεται τελείως φυσικός για τόσο χρόνο, όσο δεν συμβαίνουν μεγαλύτερες αλλαγές στη ζωή του. Αντίθετα μπορεί να αισθάνεται καλά σε ένα καινούργιο περιβάλλον αν αισθάνεται ότι έχει ξεφύγει από τους διώκτες του. Βαθμιαία όμως το καινούργιο του περιβάλλον απορρίπτεται από τον ασθενή και μόνο μια νέα κίνηση θα τον ικανοποιήσει. (Γιαννοπούλου Α., 2004).

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από παρανοειδείς αντιδράσεις οργανικών ψυχοσυνδρόμων, τοξικών ψυχώσεων, μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, λόγω επικράτησης κάποιων ιδιόμορφων ψυχολογικών ή περιβαλλοντολογικών συνθηκών. Στις περιπτώσεις αυτές το παραλήρημα δεν εμφανίζει χρονιότητα και δεν οδηγεί σε έκπτωση της προσωπικότητας καθώς και από παράνοια στην οποία λείπουν τα υπόλοιπα παραγωγικά στοιχεία όπως οι ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις. Όσο για την πρόγνωση είναι φυσικά βαριά

και γίνεται τόσο καλύτερη όσο πιο ασυστηματοποίητο είναι το παραλήρημα. Γενικά η παρανοϊκή σχιζοφρένεια αντιδρά καλύτερα στη φαρμακοθεραπεία από τις άλλες μορφές σχιζοφρένειας.

Η αιτία των σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι μέχρι σήμερα άγνωστη. Κατά καιρούς έχει ενοχοποιηθεί ένα πλήθος παραγόντων και έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρητικές απόψεις σχετικά με την αιτιοπαθογένεια των ψυχικά αυτών διαταραχών. Καμία όμως θεωρία και κανένας παράγοντας δεν έχει δώσει απάντηση στο αίνιγμα της αιτίας των καταστάσεων αυτών. Ωστόσο φαίνεται να εμπλέκεται η αλληλεπίδραση των γενετικών, βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων. (Σολδάτος Κ., 2001).

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΝΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSMIV-TR

Τα ICD-10 κριτήρια δίνουν περισσότερη έμφαση στα πρώτης-κατηγορίας συμπτώματα Schneiderian. Στην πράξη, τα δύο συστήματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό. Σύμφωνα με την αναθεωρημένη τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Διανοητικών Διαταραχών (DSM-IV-TR), για να διαγνωστεί σχιζοφρένεια, τρία διαγνωστικά κριτήρια πρέπει να εντοπιστούν:

Χαρακτηριστικά συμπτώματα: δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, το κάθε ένα παρόν για ένα μεγάλο διάστημα κατά τη διάρκεια ενός μηνός (ή λιγότερο, εάν τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία).

- § Ψευδαισθήσεις
- § Παραισθήσεις
- § Αποδιοργανωμένη ομιλία, η οποία είναι εκδήλωση της τυπικής διαταραχής της σκέψης
- § Συνολικά αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (π.χ. απρεπές ντύσιμο, συχνό κλάμα) ή κατατονική συμπεριφορά
- § Αρνητικά συμπτώματα: Αμβλύ συναίσθημα (έλλειψη ή μείωση της συναισθηματικής απάντησης), αλογία (έλλειψη ή μείωση της ομιλίας), ή απροθυμία (έλλειψη ή μείωση κινήτρων)

Εάν οι ψευδαισθήσεις θεωρούνται παράξενες ή οι παραισθήσεις αποτελούνται από την ακρόαση φωνής που συμμετέχει σε τρέχοντα σχόλια των ενεργειών του ασθενή ή την ακρόαση δύο ή περισσότερων φωνών που συζητούν μεταξύ τους, αυτό μόνο το σύμπτωμα αρκεί. Το κριτήριο της λεκτικής αποδιοργάνωσης συναντάται μόνο εάν είναι αρκετά ισχυρό ώστε να εξασθενήσει ουσιαστικά την επικοινωνία.

1. *Κοινωνική ή επαγγελματική δυσλειτουργία:* Μετά από ένα σημαντικό χρονικό διάστημα από την εμφάνιση της διαταραχής, ένας ή περισσότεροι σημαντικοί τομείς όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή αυτοφροντίδα, είναι εμφανώς κάτω από το επίπεδο που επιτυγχάνεται πριν από την εμφάνισή της .
2. *Σημαντική διάρκεια:* Συνεχή σημάδια της διαταραχής εμμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτό το εξάμηνο πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον έναν μήνα των συμπτωμάτων (ή λιγότερο, εάν τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία).

Εάν τα σημάδια της διαταραχής είναι παρόντα για περισσότερο από ένα μήνα αλλά λιγότερο από έξι μήνες, γίνεται η διάγνωση σχιζοφρενούς διαταραχής. Ψυχωτικά συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα μπορούν να εντοπιστούν ως σύντομη ψυχωτική διαταραχή καθώς και διάφορες καταστάσεις που μπορούν να ταξινομηθούν ως ψυχωτικές διαταραχές. (Μαδιανός Γ. Μ., 2006).



2.1.1 Θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας

Θετικά συμπτώματα

A) Παραληρητικές ιδέες

Περιεχόμενο: διωκτικό, ζηλοτυπικό, μεγαλείου, θρησκευτικό, υποχονδριακό, αυτοαναφοράς, παρερμηνείες, υποκλοπή σκέψεων, παρεμβολής ξένων σωμάτων, απώλειας/απόσυρσης σκέψεων

B) Διαταραχή σκέψης (δομής-κατοχής)

Ηχηρή σκέψη, παρεμβολή από άλλους, ηχώ σκέψης, εκτομπή στη σκέψη, σχολιασμός των σκέψεων, ασυναρτησία, υποκλοπή της σκέψης, απώλεια, απόσυρση της σκέψης, ασχετολογία, εκτροχιασμός και πλατειασμός λόγου, περιφερειακός λόγος, παραλογία.

Γ) Ψευδαισθήσεις

Ακουστικές (μη λεκτικές), σχολιασμοί και συνομιλία μεταξύ «φωνών»

Οπτικές, άμορφες ή σχηματισμένες

Απτικές/σωματικές/αισθητηριακές

Γευστικές-οσφρητικές-σεξουαλικές

Δ) Διαταραχή βούλησης/παράδοξη συμπεριφορά

Εμφάνιση/καθαριότητα/ένδυση

Στερεοτυπικές κινήσεις

Αντικατάσταση της βούλησης από εξωτερική φωνή

Κατατονικά στοιχεία

Επιθετικότητα

Αρνητικά συμπτώματα

Α) Συναισθηματική επιπέδωση

Μη μεταβαλλόμενη έκφραση προσώπου, μείωση αυθόρμητων κινήσεων, έλλειψη εκφραστικών χειρονομιών, μείωση βλεμματικής επαφής, μείωση συναισθηματικής αντίδρασης, απροσφορότητα συναισθηματική, έλλειψη χρωματισμού της φωνής.

B) Διαταραχές ομιλίας

Πτωχεία λόγου, πτωχεία περιεχομένου, ανακοπή του λόγου, καθυστέρηση της απάντησης.

Γ) Διαταραχές βούλησης

Παραμελημένη εμφάνιση, απουσίες από την εργασία.

Δ) Έλλειψη κοινωνικότητας

Μείωση ψυχαγωγίας και ενδιαφερόντων, μείωση σεξουαλικής επιθυμίας και δραστηριότητας, μείωση κοινωνικών σχέσεων, έλλειψη οικειότητας στις σχέσεις.

Ε) Διαταραχές προσοχής

Απροσεξία κοινωνικού περιγυρου, απροσεξία κατά την εξέταση. (Τζαβάρας Ν. + Βαρτζόπουλος Γ. + Στυλιανίδης Στ., 2008).

2.1.2 Τύποι σχιζοφρένειας

2.1.3 Παρανοϊκός τύπος

Ο τύπος αυτός της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

α) αρχίζει αργότερα, συνήθως μετά τα 30

β) 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 μηχανισμοί έχουν παγιωθεί.

γ) χαρακτηρίζεται κατεξοχήν από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών ή και ψευδαισθήσεων, ενώ απουσιάζουν τα άλλα συμπτώματα.

Η νόσος μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά ή να εισβάλλει αιφνίδια. Επί σταδιακής εγκατάστασης τα συμπτώματα δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμα, δεδομένου ότι είναι συνήθως απαρτιωμένα μέσα στη γενική λειτουργικότητα του ατόμου, που συνήθως τα εντάσσει σε λογικοφανή πλαίσια. Τα συμπτώματα συνήθως αποκαλύπτονται κάτω από ψυχοπίεση. Όταν η νόσος εισβάλλει 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 χτίζεται ένα σύστημα «αποδεικτικών» στοιχείων.

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 ή και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Τα διαγνωστικά κριτήρια αυτού του τύπου είναι: α) έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. β) δεν προεξάρχει κανένα από τα ακόλουθα: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. (Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).



2.1.4 Αποδιοργανωμένος τύπος

Ο τύπος αυτός της σχιζοφρένειας, που παλαιότερα ήταν γνωστός ως ηβηφρενικός, παρουσιάζεται κυρίως σε άτομα από 15-25 χρονών. Δεν έχει πολλά χαρακτηριστικά. Η κύρια διαταραχή είναι η διαταραχή της σκέψης. Αυτή η αρρώστεια εμφανίζεται ύπουλα στην απόδοση του μαθητή στο σχολείο που ενώ, ίσως, ήταν καλός μαθητής οι βαθμοί του όλο και χειροτερεύουν μέχρι που να χάνουν την τάξη. Και γίνεται αυτό γιατί δεν μπορούν να διαβάσουν, υπάρχει ένα κενό στην σκέψη τους.

Αυτές οι διαταραχές της σκέψης που αποτελούν το πρώιμο και το κύριο σύμπτωμα του αποδιοργανωμένου τύπου εντυπωσιάζουν λιγότερο όταν προσβάλλουν ένα πολύ καλό μαθητή ή όταν προσβάλλουν κάποιον που ασχολείται με χειρωνακτικές εργασίες. Οι

διαταραχές της σκέψης συνοδεύουν επίσης συναισθηματική αμβλύτητα και ψυχοκινητική διέγερση. Ψευδαισθήσεις παρουσιάζονται επίσης σε κάπως πιο προχωρημένο στάδιο της αρρώστιας και είναι κυρίως ακουστικές.

Υπάρχουν ορισμένοι που υποστηρίζουν ότι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις υπάρχουν από την αρχή και ότι οι πρωτογενείς διαταραχές της σκέψης, πιθανά να μην είναι πρωτογενείς, αλλά δευτερογενείς, δηλαδή να οφείλονται σε πρωτογενείς διαταραχές της αντίληψης που αλλοιώνουν και εμποδίζουν την λειτουργία της σκέψης. Εκείνο επίσης που είναι χαρακτηριστικό του αρρώστου είναι η ανόητη, σαχλή συμπεριφορά, τα χασκόγελα, τα άκαιρα αστεία, οι διαταραχές του συνειρμού. Η χάλαση αυτή του συνειρμού οδηγεί στις διαταραχές του λόγου (που εκδηλώνονται με την προσπάθεια του αρρώστου να βρει και να χρησιμοποιήσει καινούργιες λέξεις). Οι φράσεις είναι άσχετες με το νόημα που θέλει να εκφράσει. Υπάρχουν επίσης υποχονδριακά και αποπροσωποποιητικά στοιχεία. (Γεωργαράς Α., 1996).

2.1.5 Κατατονικός τύπος

Ο κατατονικός τύπος σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από τον ψυχοκινητικό αρνητισμό και την ψυχοκινητική διέγερση. Ο ψυχοκινητικός αρνητισμός δύναται να ποικίλλει σε ένταση από ένα απλό εμποδισμό της κινητικής πράξης μέχρι πλήρης κατατονική εμβροντησία, η οποία αποτελεί την ακραία μορφή του κατατονικού αρνητισμού, ο άρρωστος είναι σε πλήρη ακινησία (πολλές φορές σε περίεργες και καθόλου άνετες στάσεις όπως π.χ. με το κεφάλι ψηλά σα να υπάρχει μαξιλάρι κάτω από αυτό).

Έχει επίσης αφωνία, αρνείται να φάει και να πιεί, έχει τα μάτια του καθηλωμένα στο άπειρο, προβάλλει την πιο ισχυρή αντίδραση σε κάθε προσπάθεια τρίτου να τον σιτίσει ή να του αλλάξει τη θέση που αυτός επέλεξε ή αντίθετα, μπορεί να δέχεται οποιαδήποτε παθητική κίνηση των μελών του αδιαμαρτύρητα. Ο άρρωστος έχει πλήρη αντίληψη του περιβάλλοντος, όπως αποδεικνύεται από το γεγονός ότι μπορεί να διηγηθεί όλα τα συμβάντα όταν βγει από την κατατονική εμβροντησία.

Δεν είναι ανάγκη όμως ο άρρωστος να φτάσει μέχρι την κατατονική εμβροντησία για να χαρακτηριστεί σαν κατατονικός σχιζοφρενής. Άλλα συμπτώματα του κατατονικού τύπου είναι:

α. Στερεοτυπίες, π.χ. επανάληψη κινήσεων κατά μηχανικό τρόπο, μικροί ή μεγάλοι βηματισμοί εμπρός και πίσω μετά από ένα ορισμένο αριθμό βημάτων.

β. Υποβολιμότητα, που σαν αποτέλεσμα της είναι η ηχολαλία (επανάληψη του ότι λέει κάποιος τρίτος σαν ηχώ) και ηχωπραξία (επανάληψη πράξεων που γίνονται μπροστά του).

γ. Κηρώδεις ευκαμψία, ο άρρωστος διατηρεί για μεγάλο διάστημα, παράξενες παθητικές στάσεις. Οι κινητικές διαταραχές παρουσιάζονται σαν εγκεφαλικά συμπτώματα μιας εγκεφαλικής βλάβης (κυρίως εγκεφαλίτιδες) και για αυτό η κατατονική σχιζοφρένεια θεωρείται σαν η νευρολογική μορφή σχιζοφρένειας. Στην κατατονική σχιζοφρένεια τα κινητικά συμπτώματα αποτελούν την προέκταση της ψυχικής διαταραχής, δεν υπάρχει δηλαδή η απομόνωση, ο διαχωρισμός των κινητικών εκδηλώσεων από την ψυχική κατάσταση και συμπεριφορά που συμβαίνει στις εγκεφαλίτιδες. Η εξωπυραμιδική ακαμψία της κατατονικής σχιζοφρένειας είναι αυτόματη (π.χ. στις στάσεις που παίρνει ο ασθενής από μόνος του) ή προκλητή (του ανεβάζουμε π.χ. το χέρι πάνω από το κεφάλι του και το διατηρεί εκεί για πολύ ή και για ώρες).

δ. Η ψυχοκινητική διέγερση της κατατονίας είναι τρομερή σε ορμή και δεν μπορεί να συγκριθεί σε βιαιότητα με καμία άλλη μορφή διέγερσης εκτός από διεγέρσεις σε ορισμένες μορφές κροταφικής επιληψίας. Κατά την ψυχοκινητική διέγερση ο κατατονικός άρρωστος μπορεί να σκοτώσει ή να σκοτωθεί. Η ψυχοκινητική διέγερση μπορεί να έρθει ξαφνικά, χωρίς προηγούμενα συμπτώματα. Συνήθως λίγο πριν την διέγερση ο άρρωστος αρχίζει μερικές στερεοτυπίες όπως π.χ. μερικούς βηματισμούς, ελαφρά χτυπήματα με τα δάχτυλα.

Εκτός από τις πάνω διαταραχές που είναι τα κύρια συμπτώματα της κατατονικής μορφής σχιζοφρένειας, μπορεί να παρουσιαστούν και άλλα συμπτώματα, όπως π.χ. διαταραχές της σκέψης και της αντίληψης. (Γεωργαράς Α., 1996).

2.1.6 Αδιαφοροποίητος τύπος

Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από την παρουσία των συμπτωμάτων που περιλαμβάνονται στο κριτήριο 1 των διαγνωστικών κριτηρίων της σχιζοφρένειας, χωρίς όμως να πληρούνται τα κριτήρια του παρανοϊκού, αποδιοργανωμένου και κατατονικού τύπου.

2.1.7 Υπολειμματικός τύπος

Ο τύπος αυτός 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 της νόσου, τότε αυτά είναι εξαιρετικά μειωμένης έκτασης, διάρκειας και έντασης. Ο τύπος αυτός μπορεί να παριστά τον διάμεσο μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων της νόσου, συνήθως όμως διαρκεί επί μακρό χρονικό διάστημα με ή και χωρίς παροδικές εξάρσεις της συμπτωματολογίας.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του τύπου αυτού είναι:

α) απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.

β) υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως αυτή φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων από αυτά που αναφέρονται στο κριτήριο 1 για την σχιζοφρένεια που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή. (Μαδιανός Γ. Μ., 2004; Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

2.1.8 Απλός τύπος

Ο απλός τύπος της σχιζοφρένειας δεν είναι συχνός. Αυτός ο τύπος αποδιοργανώνει τον άνθρωπο κατά τέτοιο τρόπο, που να προβαίνει σε πράξεις αντικοινωνικές που φυσικά έχουν σαν συνέπεια την τιμωρία της κοινωνίας. Παρουσιάζεται συχνά σε άτομα που η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από δειλία, ανασφάλεια, καλυμμένη επιθετικότητα. Το κυρίαρχο σύμπτωμα στον απλό τύπο σχιζοφρένειας είναι η βαθμιαία, εξελικτική μείωση του συναισθήματος.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του απλού σχιζοφρενή είναι οι τάσεις για ονειροπολήσεις. Παρουσιάζουν επίσης οι απλοί σχιζοφρενείς αδυναμία συγκέντρωσης, και ορισμένα παραληρητικά στοιχεία, αλλά το παραλήρημά τους εύκολα μεταβάλλεται, διαρκεί λίγο, του λείπει η οργάνωση. Γενικά η απλή σχιζοφρένεια δεν είναι εντυπωσιακή, δεν έχει χτυπητά στοιχεία και αρχίζει και προχωράει σιγά-σιγά και με ύπουλο τρόπο. (Γεωργαράς Α., 1996)

2.2 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.2.1 Σχιζοσυναισθηματικός τύπος σχιζοφρένειας

Η ασθένεια εμφανίζεται με χαρακτηριστικά που δεν μπορούν να διακριθούν από τα συμπτώματα μιας συναισθηματικής ψύχωσης. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι τα ίδια όπως στην κατάθλιψη. Μπορεί ακόμα να εμφανίζουν και κυκλική, περιοδική εναλλαγή των συναισθηματικών διαταραχών από μανία σε κατάθλιψη όπως στην μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Στη σχιζοσυναισθηματική όμως μορφή ο άρρωστος δεν είναι υγιής αλλά εμφανίζει απόσυρση, παρανοειδής ιδέες ή και παρανοϊκό παραλήρημα. Η διαταραχή του συναισθήματος συνυπάρχει με πολλά σχιζοφρενικά στοιχεία, συμπτώματα που όλο και πιο πολύ αυξάνουν με την πάροδο του χρόνου και την πρόοδο της αρρώστιας.



2.2.2 Ψευδονευρωτικός τύπος σχιζοφρένειας

Αυτός ο τύπος της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις νευρώσεις. Είναι σχετικά νέος τύπος σχιζοφρένειας. Διακρίνεται από τις νευρώσεις από το ότι η προσωπικότητα του ψευδονευρωσικού είναι κυρίως σχιζοειδής, είναι απροσπέλαστη και αποτυχαίνουν οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Το βασικό κριτήριο στη μορφή αυτής της σχιζοφρένειας αποτελεί η συνύπαρξη πολλών νευρωσικών συμπτωμάτων, όπως π.χ. φοβίες. Υπάρχει δηλαδή μία συμπεριφορά όπου κάθε αντικείμενο είναι αγχώγιο, αποτελεί ερέθισμα για άγχος. (Γεωργαράς Α., 1996; Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

2.3 ΦΑΣΕΙΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η πορεία της εμφάνισης της σχιζοφρένειας διακρίνεται σε δύο φάσεις οι οποίες και είναι:

2.3.1 Προνοσηρή φάση

Στις περισσότερες περιπτώσεις νόσησης από σχιζοφρένεια παρατηρείται μια χρονική περίοδος κατά την οποία σιγά-σιγά η συμπεριφορά του ατόμου διαφοροποιείται από τη συνηθισμένη συμπεριφορά π.χ. παρατηρείται πτώση της σχολικής επίδοσης (χωρίς ουσιαστικό λόγο), της επαγγελματικής αποδοτικότητας, απομόνωση από φίλους, δυσκολία να συμμετέχει σε κοινές οικογενειακές δραστηριότητες. Ίσως το άτομο έχει εμπειρία μείωσης της προσοχής του και της συγκέντρωσης της σκέψης και μείωση της βούλησης.

Κατά τη φάση αυτή κανένα διαγνωστικό (κλινικό) κριτήριο δεν υφίσταται. Όμως η φάση αυτή είναι κρίσιμη, αν βέβαια γίνει αντιληπτή από την οικογένεια. Δεν τίθεται ποτέ θέμα διάγνωσης ούτε και θεραπείας. Ωστόσο μπορεί να υποστηριχθεί η οικογένεια για να διατηρείται μια συναισθηματική ομοιόσταση (όχι καταστάσεις άγχους), να ενισχυθεί το άτομο ψυχολογικά (όχι ψυχιατρικά) στις υγιείς άμυνες του και να βοηθήσει ώστε να υπερνικήσει τις δυσκολίες του π.χ. ασκήσεις αύξησης της προσοχής. Το άτομο είναι «εύθραυστο», αλλά ίσως βοηθήσει να μην εκδηλωθεί η νόσος. (Μαδιανός Γ. Μ., 2006).



2.3.2 Πρόδρομη φάση

Είναι μία αμφιλεγόμενη κλινική κατάσταση κατά την οποία τα συμπτώματα δεν είναι διαγνωστικά της σχιζοφρένειας αλλά ούτε τυπικά της φυσιολογικής κατάστασης της υγείας του ατόμου. Είναι ενοχλητικά για την οικογένεια και επηρεάζουν την λειτουργικότητα. Οι Keith και Matthews όρισαν την πρόδρομη φάση ως «μια ετερογενή ομάδα συμπεριφορών οι οποίες προσωρινά συσχετίζονται με την έναρξη της ψύχωσης». Ως πρόδρομη φάση αναφέρεται το χρονικό διάστημα από την έναρξη ασυνήθιστων συμπεριφορικών συμπτωμάτων μέχρι την έναρξη των ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Άλλοι θεωρούν την πρόδρομη φάση ως την περίοδο που μεσολαβεί από τα πρώτα αξιοπρόσεκτα συμπτώματα μέχρι τα πρώτα κυρίαρχα ψυχωσικά συμπτώματα. Ο όρος αναφέρεται κατ' ουσίαν σε μία περίοδο προψυχωσικής διαταραχής που αναπαριστά μία παρέκκλιση από τα προηγούμενα βιώματα και την προηγούμενη συμπεριφορά του ατόμου. Η πρόδρομη φάση είναι μία έννοια που ορίζεται αναδρομικά και η ύπαρξη της διαγιγνώσκεται μόνο μετά την εμφάνιση συμπτωμάτων και σημείων τα οποία οριστικοποιούν την διάγνωση της νόσου.

Η προνοσηρή φάση αλληλεπιδρά με την φάση κατά την οποία εμφανίζονται τα πρώτα μη-ειδικά ψυχωσικά συμπτώματα της έναρξης του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Παρατηρείται, επομένως, μια συνέχεια ανάμεσα στην προνοσηρή κατάσταση και την πρόδρομη φάση, πράγμα που δυσκολεύει τον προσδιορισμό του χρόνου έναρξης των πρόδρομων συμπτωμάτων σε ένα νεαρό άτομο εξελίσσεται με το χρόνο μέσα από κάθε αναπτυξιακή φάση. Φαίνεται ότι υπάρχει μια συνέχεια ανάμεσα στην πρόδρομη φάση και στο σημείο έναρξης του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Γενικά είναι δύσκολο να προβλεφθεί με ακρίβεια πότε ένα άτομο έχει καταπέσει στην ψύχωση. (Μαδιανός Γ. Μ., 2006).

2.4 ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια μπορεί να έχει οξεία ή βραχεία έναρξη. Η βραχεία έναρξη συνοδεύεται από δυσλειτουργικότητα κατά την παιδική ηλικία (π.χ. επιθετικότητα, έλλειψη κοινωνικότητας, απομόνωση, απουσία ενδιαφερόντων). Κατά κανόνα πάντως τα πρώτα σημάδια εμφανίζονται στην εφηβεία, οπότε το άτομο αρχίζει σταδιακά να απομονώνεται, να αδιαφορεί για τα μαθήματά του, να εγκαταλείπει τις ευχάριστες δραστηριότητες, να περνά πολλές ώρες μόνος του, να μιλά περίεργα, να αποφεύγει την επαφή με το βλέμμα, να έχει εκρήξεις οργής. Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο ότι η ύπαρξη αυτών των συμπτωμάτων δεν σημαίνει απαραίτητα και την εμφάνιση σχιζοφρένειας, καθώς πολλές από τις συγκεκριμένες συμπεριφορές είναι χαρακτηριστικές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται αποκλειστικά από ειδικούς και μόνο όταν το άτομο έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του. Η οξεία έναρξη συνοδεύεται από την εμφάνιση ενός ψυχωσικού επεισοδίου.

Παρόλο που δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός, ως «ψύχωση» ορίζεται η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο τι είναι πραγματικό και τι όχι, ακόμη και όταν οι αποδείξεις για την πραγματικότητα είναι ξεκάθαρες. Το άτομο με ψύχωση έχει διαταραγμένη ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας, δηλαδή η υποκειμενική αντίληψή του δεν είναι ρεαλιστική. Οι δύο πιο συνηθισμένες μορφές έναρξης είναι:

1. Οξεία έναρξη με αποκατάσταση και περιοδικά επεισόδια που ποικίλλουν ως προς το βαθμό αποκατάστασης.
2. Βραδεία έναρξη με περιορισμένα συμπτώματα και διάφορα επίπεδα αποκατάστασης με το χρόνο.

Η πορεία της νόσου διαφέρει πολύ από ασθενή σε ασθενή. Τέσσερις είναι οι πιο συνηθισμένες:

1. Ένα μοναδικό επεισόδιο.
2. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια με ενδιάμεσα μικρά χρονικά διαστήματα στα οποία δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα.
3. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια με ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ τους, στο οποίο δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα.

4. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια χωρίς στο μεσοδιάστημα να υποχωρούν πλήρως τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Πολλοί από τους ασθενείς παλεύουν με την σχιζοφρένεια για όλη τους τη ζωή, με περιόδους βελτίωσης και υποτροπές. Περίπου το 30% παρουσιάζει σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητά του έχοντας ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή. Ποσοστό 40% έως 50% έχει γενικά δυσμενή πρόγνωση. Αυτό σημαίνει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης συχνών επεισοδίων, που έχουν ως αποτέλεσμα τη συνεχή μείωση της λειτουργικότητας, τις συχνές νοσηλείες και τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. (Ευθυμίου Ε. + Μαυροειδή Α. + Παυλάτου Ε., 2006).

2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Όπως είναι γνωστό δεν υπάρχει ίαση για την σχιζοφρένεια. Τα συμπτώματα της αρρώστιας μπορεί να ελεγχθούν αποτελεσματικά σε πολλούς ασθενείς με την χρήση των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορεί να πετύχουν βελτίωση στα συμπτώματά τους με τη χρήση σύγχρονων φαρμάκων και σύγχρονων προσεγγίσεων στη διαχείριση της νόσου.

Η επιτυχής φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας εξαρτάται από:

1. Προσεκτική εκτίμηση του ατόμου
2. Προσεκτική επιλογή του αντιψυχωτικού φαρμάκου και της δοσολογίας του
3. Παροχή των απαραίτητων πληροφοριών
4. Υποστήριξη στους ασθενείς και την οικογένειά τους

2.5.1 Κλασσικά αντιψυχωτικά φάρμακα

Τα κλασσικά αντιψυχωτικά ήταν το θεμέλιο της φαρμακευτικής θεραπείας της σχιζοφρένειας, ξεκινώντας από το 1952 όταν εμφανίστηκε η χλωροπρομαζίνη, μέχρι την αρχή της δεκαετίας του 1990. Αυτά τα φάρμακα βρέθηκε ότι είναι αποτελεσματικά για την θεραπεία των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, επιτρέποντας στους ασθενείς να παραμένουν έξω από το νοσοκομείο και να λειτουργούν μέσα στην κοινότητα.

Αν και όλες οι συμβατικές αντιψυχωτικές δραστικές ουσίες είναι αποτελεσματικές στην θεραπεία των οξέων φάσεων των ψυχώσεων και στην θεραπεία συντήρησης της σχιζοφρένειας, έχουν πολλούς θεραπευτικούς περιορισμούς. Έχουν ένα περιορισμένο φάσμα αποτελεσματικότητας, καθώς είναι κυρίως αποτελεσματικές εναντίον των θετικών συμπτωμάτων (όπως είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες) και σχετικά αναποτελεσματικές εναντίον των αρνητικών συμπτωμάτων, των συναισθηματικών συμπτωμάτων και των νευρογνωσιακών ελλειμμάτων (αυτών που σχετίζονται με τη συγκέντρωση, την ικανότητα σχεδιασμού και επίλυσης προβλημάτων, τη μνήμη κ. λ. π.).

Επιπλέον, 30 με 60% των ασθενών δεν αντιδρούν καθόλου ή αντιδρούν μερικώς στις κλασσικές δραστικές ουσίες. Κατά συνέπεια, τα κλασσικά αντιψυχωτικά δεν θεωρούνται πλέον ως η επιλογή πρώτης γραμμής για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Παρενέργειες της θεραπείας με κλασσικά αντιψυχωτικά

Τα κλασσικά αντιψυχωτικά συσχετίζονται με συχνή εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Αυτό μειώνει την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και περιορίζει το βαθμό στον οποίο τα αποδέχονται οι ασθενείς. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να πάρουν επιπλέον φάρμακα ως θεραπεία για τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή, επειδή δεν μπορούν να αποδεχτούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες, για αυτό ο ασθενής είναι απαραίτητο να συμμορφώνεται με τις ιατρικές οδηγίες, επειδή η διακοπή της αγωγής πολύ συχνά οδηγεί σε υποτροπή. Το άτομο τηρεί καλύτερα τη φαρμακευτική αγωγή όταν γνωρίζει περισσότερα για την φύση της ασθένειας του και για τον ρόλο των φαρμάκων.

Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τα κλασσικά αντιψυχωτικά φάρμακα σχετίζονται με την εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένων των παρκινσονικών συμπτωμάτων τρόμου και δυσκαμψίας), την όψιμη δυσκινησία (μη φυσιολογικές κινήσεις, ειδικά των μυών του προσώπου και του στόματος, που δημιουργούν σοβαρά προβλήματα και μπορεί να γίνουν μη αναστρέψιμα) και η ακαθυσία (κινητική ανησυχία που είναι εξαιρετικά ενοχλητική και είναι συχνά και ο λόγος που δεν συμμορφώνονται στις οδηγίες της θεραπείας).

Εξαιτίας του μηχανισμού δράσης τους στον εγκέφαλο, περισσότερο από 50% των ασθενών που λαμβάνουν κλασσικές αντιψυχωτικές δραστικές ουσίες υποφέρουν από ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης, υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όπως ξηροστομία, μυδρίαση, ρινική συμφόρηση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδίες, ορθοστατική υπόταση και εφίδρωση, καθώς και άλλες όπως: φωτοευαισθησία, ίκτερος και ανώμαλη χρήση του δέρματος. (Ευθυμίου Ε.+ Μαυροειδή Α. + Παυλάτου Ε., 2006; Ραγιά Α., 2009; Σολδάτος Κ. + Λύκουρας Λ., 2006).

2.5.2 Άτυπα / νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα

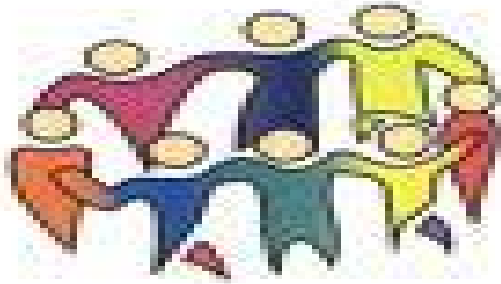
Η εισαγωγή του πρώτου άτυπου αντιψυχωτικού φαρμάκου, της κλοζαπίνης το 1990 ήταν ένα σημαντικό γεγονός, όχι μόνο γιατί βρέθηκε ότι ήταν αποτελεσματική σε ασθενείς που δεν αντιδρούσαν στη θεραπεία με συμβατικά νευροληπτικά και συντελούσε στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων, αλλά και επειδή συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο παρκινσονικών συμπτωμάτων. Ο κατάλογος των καινοτόμων αντιψυχωτικών φαρμάκων επίσης περιλαμβάνει τη ρισπεριδόνη, την ολανζαπίνη, τη κουετιαπίνη, τη ζιπρασιδόνη, την αμισουλπιρίδη και την αριπιπραζόλη.

Ως ομάδα, οι νεότερες δραστικές ουσίες για πρώτη φορά προσέφεραν βελτιώσεις στα αρνητικά συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν (και μειώνουν) δεξιότητες και ικανότητες που είχε ο ασθενής (όπως ήταν η κοινωνικότητα, η ενέργεια ή το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους). Επομένως αποδεικνύονται να είναι τουλάχιστον το ίδιο αποτελεσματικά και πιο ανεκτά από τα συμβατικά φάρμακα και μας κάνουν να περιμένουμε μία πιο ευνοϊκή κλινική πορεία για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας με τις νεότερες δραστικές ουσίες

Ενώ τα άτυπα αντιψυχωτικά είναι γενικά καλύτερα ανεκτά από τα συμβατικά φάρμακα, το προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών των άτυπων δραστικών ουσιών ποικίλει και αυτές οι διαφορές μπορεί να επηρεάσουν τη συμμόρφωση του ασθενούς στο χρονοδιάγραμμα της θεραπείας. Έτσι μπορούμε να παρατηρήσουμε ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η ξηροστομία, η θολερότητα της όρασης, η δυσκοιλιότητα και η σύγχυση.

Τα άτυπα νευροληπτικά επίσης συσχετίζονται με καταστολή, υπνηλία, αύξηση της όρεξης και του σωματικού βάρους, καθώς και με αλλαγές στην αρτηριακή πίεση και στον καρδιακό ρυθμό, αλλά και ζάλη. Οι πιθανές νευρολογικές ανεπιθύμητες ενέργειες που συσχετίζονται με τα νευροληπτικά φάρμακα είναι το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο, οι επιληπτικές κρίσεις και οι αρνητικές επιδράσεις στις γνωσιακές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της καταστολής. Ο κίνδυνος για επιληπτικές κρίσεις είναι χαμηλός στους ασθενείς που λαμβάνουν άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα. (Μαδιανός Γ. Μ., 2006).



2.5.3 Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι χρήσιμη για ασθενείς με συμπτώματα που επιμένουν ακόμα και όταν παίρνουν φάρμακα. Ο θεραπευτής μαθαίνει στα άτομα με σχιζοφρένεια πώς να ελέγχουν την αλήθεια των σκέψεων και αντιλήψεών τους, πως να μην ακούν ανύπαρκτες φωνές και πώς να διώχνουν την απάθεια που συχνά τους ακινητοποιεί. Αυτή η θεραπεία φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων και στην ελάττωση των πιθανοτήτων υποτροπής. (Βαρβόγλη Λ., 2006).

2.5.4 Διδασκαλία του αρρώστου για φαρμακοθεραπεία

Η διδασκαλία του αρρώστου υπήρξε πάντα νοσηλευτική ευθύνη. Διευκολύνει και προάγει την κατανόηση του φαρμάκου που παραγγέλθηκε για τον άρρωστο και ενθαρρύνει τη συμμόρφωση στη λήψη του. Στην αρχή εκτιμώνται η ψυχική κατάσταση και το επίπεδο κατανόησης του αρρώστου, οι προηγούμενες αντιδράσεις του προς τα 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 καταστρώνεται ανάλογο εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας που περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- α) Πληροφόρηση του αρρώστου και της οικογένειάς του για τη φαρμακοθεραπεία που θα συνεχιστεί στο σπίτι.
- β) Ψυχολογική υποστήριξη και βεβαίωσή τους ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη της φαρμακοθεραπείας στο σπίτι.

γ) Ενημέρωση σχετικά με την 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: τρόμος, μυϊκοί σπασμοί, διαταραχές της όρασης και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις(Ραγιά Α., 2009).

2.5.5 Ψυχοκοινωνική θεραπεία της σχιζοφρένειας



Η ανακούφιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας απαιτεί αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, αυτά τα φαρμακευτικά σκευάσματα δεν είναι πάντοτε το ίδιο ευεργετικά στα προβλήματα της καθημερινότητας. Ακόμη και όταν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι σχετικά απαλλαγμένοι από ψυχωτικά συμπτώματα, υποφέρουν από συνεχείς δυσκολίες με την επικοινωνία, τα κίνητρα, τη φροντίδα του εαυτού τους, τη σύναψη και διατήρηση σχέσεων με τους άλλους.

Επειδή οι ασθενείς με σχιζοφρένεια τείνουν να αρρωσταίνουν κατά τη διάρκεια μιας περιόδου της ζωής τους όπου καθορίζεται η εκπαίδευση και η επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Δηλαδή ανάμεσα στις ηλικίες των 18 με 35, .έχουν μικρότερη πιθανότητα να ολοκληρώσουν την εκπαίδευση ή την απαιτούμενη κατάρτιση για εξειδικευμένη εργασία. Ως αποτέλεσμα, πολλοί από αυτούς όχι μόνο υποφέρουν από διαταραχές της σκέψης και συναισθηματικές δυσκολίες, αλλά επίσης τους λείπουν κοινωνικές και εργασιακές δεξιότητες, όπως επίσης και εργασιακή εμπειρία.

Τα ψυχοκοινωνικά θεραπευτικά προγράμματα επικεντρώνονται σε αυτά τα κοινωνικά, ψυχολογικά και επαγγελματικά προβλήματα. Ενώ οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν μόνο

περιορισμένα ευεργετήματα για τους ασθενείς σε οξεία ψυχωτική φάση, μπορεί να είναι χρήσιμες για ασθενείς με λιγότερο σοβαρά συμπτώματα ή για ασθενείς των οποίων τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι υπό έλεγχο. Είναι διαθέσιμη μία ποικιλία ψυχοκοινωνικών θεραπειών. Οι περισσότερες εστιάζουν στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, είτε στο νοσοκομείο, είτε στην κοινότητα, στο σπίτι ή την εργασία. (Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

2.5.6 Ατομική ψυχοθεραπεία

Τα τελευταία πέντε χρόνια έχουν γίνει πολύ σημαντικά βήματα στην ατομική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία της σχιζοφρένειας. Το άτομο αρχικά μαθαίνει για τη φύση της ασθένειάς του και σταδιακά διδάσκεται πώς να αντιμετωπίζει με πιο λειτουργικό τρόπο τα συμπτώματα και τις συνέπειες της σχιζοφρένειας. Η θεραπεία περνά από αρκετές φάσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων ο ασθενής εκπαιδεύεται:

- α) Στην αναγνώριση των αρχικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, ώστε να είναι σε θέση να ζητήσει έγκαιρα θεραπευτική βοήθεια πριν ξεκινήσει η υποτροπή.
- β) Στην ενεργητική αντιμετώπιση των παραληρητικών ιδεών.
- γ) Στην επίλυση προβλημάτων.
- δ) Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους.
- ε) Στις δεξιότητες επικοινωνίας.
- στ) Στη διεκδικητική συμπεριφορά.

Ωστόσο, η ψυχοθεραπεία δεν είναι ένα υποκατάστατο της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής. Είναι ιδιαίτερα υποβοηθητική στο βαθμό που η φαρμακευτική αγωγή έχει ανακουφίσει τον ασθενή από τα ψυχωτικά συμπτώματα. (Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

2.5.7 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Στην ομαδική θεραπεία το άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του μπορεί να εκπαιδευτεί σε στοιχειώδεις δεξιότητες που ίσως έχουν εκλείψει λόγω της φύσης και της χρονιότητας της ασθένειας. Έτσι μπορεί να εκπαιδευτεί στη βασική διαπροσωπική επικοινωνία (π.χ. να μάθει να χαιρετά τους άλλους, να τους κοιτά όταν τους μιλάει, να ολοκληρώνει μία συζήτηση), στην αναγνώριση και την έκφραση συναισθήματος κ.λπ. Στόχος της ομαδικής θεραπείας είναι και η αύξηση της κοινωνικότητας του ατόμου, η οποία στη σχιζοφρένεια διαταράσσεται.

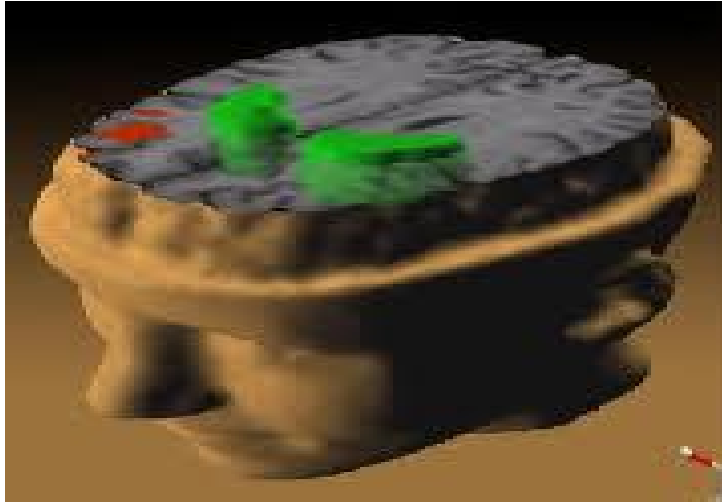
2.5.8 Παρέμβαση της οικογένειας

Πολύ συχνά οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο και δέχονται τη φροντίδα της οικογένειας τους. Είναι ζωτικής σημασίας οι συγγενείς να μάθουν όλα όσα μπορούν για τη σχιζοφρένεια και να καταλάβουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια. Επίσης, βοηθά τους συγγενείς και τους φίλους να μάθουν τρόπους για να ελαχιστοποιήσουν την πιθανότητα υποτροπής του ασθενούς. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας διαφορετικές στρατηγικές συμμόρφωσης στη θεραπεία.

Οι οικογένειες, επίσης, χρειάζεται να έχουν επίγνωση των διαθέσιμων υπηρεσιών υποστήριξης για εξωτερικούς ασθενείς και την οικογένεια. Η ψυχοεκπαίδευση περιλαμβάνει, εκτός των παραπάνω, τη διδασκαλία διαφόρων στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, και μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες και τους φίλους να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τον αγαπημένο τους, με στόχο ένα βελτιωμένο αποτέλεσμα για τον ασθενή. (Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, 2000).

2⁰ ΜΕΡΟΣ

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ



Γενικές αρχές

1. Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου
2. Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
3. Επιβεβαίωση της ταυτότητας του
4. Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα
5. Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός
6. Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
7. Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του
8. Προώθηση της συμμόρφωσής του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή
9. Βοήθεια στο να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες
10. Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας
11. Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπο/υπερκινητικότητα)

12. Ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς
13. Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειας
14. Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
15. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει, να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα. (Ραγιά Α., 2009).

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις για αρρώστους με σχιζοφρένεια, ανεξάρτητα από τον τύπο της σχιζοφρένειας που εκδηλώνουν διατυπώνονται ως εξής:

1. Αισθητηριακή/αντίληπτή διαταραχή (ακουστική- οπτική)

Εδώ κατατάσσονται οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, η αίσθηση μη πραγματικότητας του εαυτού ή του περιβάλλοντος. Είναι μία κατάσταση κατά την οποία τα αισθητηριακά ερεθίσματα παρερμηνεύονται και η αντίδραση προς αυτά μπορεί να είναι υποτονική ή υπερβολική, παραποιημένη ή ανεπαρκής.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται είναι άγχος σε επίπεδο πανικού, διαταραχή στη σκέψη, συναίσθημα, αντίληψη, προσανατολισμό, αποπροσωποποίηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα απειλής από στρεσογόνα ερεθίσματα, αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους. Ο ασθενής μιλά και γελά με τον εαυτό του, διακόπτει την ομιλία του και κάνει στροφή της κεφαλής σαν, για να ακούσει κάτι, ξαφνιάζεται στο άκουσμα ομιλιών, έχει αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, έχει απότομες αλλαγές συναισθηματικής διάθεσης.

Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι όταν ο άρρωστος βγει από το νοσοκομείο να φθάσει στο σημείο να: διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον, να αναγνωρίζει την πραγματικότητα και να μην ακούει εσωτερικές φωνές, να εκδηλώνει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και στη συμπεριφορά, να επιδιώκει συζητήσεις με το προσωπικό όταν αισθάνεται άγχος ή όταν τον ενοχλούν ψευδαισθήσεις και να αναφέρει ρεαλιστικά σχέδια.



Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1.Συνεχιζόμενη εκτίμηση της παρουσίας/βαρύτητας των διαταραχών της αντίληψης του αρρώστου. Επισήμανση των αιτιολογικών/συντελεστικών παραγόντων, όπως είναι το άγχος, ο πυρετός, τραυματισμός ή άλλες οργανικές αιτίες/αρρώστιες.

2.Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει (η συνεχής αποδοχή θα ελαττώσει το άγχος και τους φόβους καθώς και την διαταραγμένη αντίληψη των ερεθισμάτων που δέχεται).

3.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 έλλειψης της αίσθησης της πραγματικότητας του εαυτού του, ο ασθενής βλέπει παραποιημένη την πραγματικότητα, κάτι που τον οδηγεί σε αμυντική συμπεριφορά).

4.Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία. Ενίσχυση της επαλήθευσης της πραγματικότητας των ερεθισμάτων που δέχεται ο άρρωστος

(ο νοσηλευτής ομολογεί ειλικρινά ότι δεν ακούει τις φωνές). Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου των παρόντων προσώπων και των γεγονότων σε κάθε περίπτωση.

5.Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα. Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του όταν είναι δυνατό.(ο άρρωστος που αντιλαμβάνεται λανθασμένα το περιβάλλον δεν έχει τον αυτοέλεγχο, για να προλάβει την παρορμητική του συμπεριφορά. Συχνά αισθάνεται ότι αυτοελέγχεται, αν ο νοσηλευτής παραμένει στο θάλαμο. Η απόσπαση της προσοχής με μουσική ή τηλεόραση υποστηρίζει τον άρρωστο να ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου των παρορμητικών αντιδράσεών του).

6.Ειλικρινής έκφραση φόβων αν έχει επισημανθεί εκδήλωση επιθετικότητας (η πληροφόρηση του αρρώστου όταν η συμπεριφορά του προκαλεί τρόμο και η καθοδήγησή του να εξωτερικεύει με λόγια και όχι με πράξεις το άγχος, τους φόβους και την επιθετικότητα του, επικεντρώνει την προσοχή του στην πραγματικότητα και βοηθάει στην ελάττωση του άγχους).

7.Χρησιμοποίηση τεχνικών εξωτερικού ελέγχου. Αν χρειάζεται, τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο, εφαρμογή μηχανικών ή φαρμακευτικών περιοριστικών μέτρων.(τα εξωτερικά όρια και 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 εντολές).

8.Διδασκαλία στον άρρωστο ποιες τεχνικές να χρησιμοποιεί για να σταματά τις ψευδαισθήσεις: τραγούδι ή παίξιμο μουσικού οργάνου, διαταγή στις φωνές να φύγουν, έκφραση δυσπιστίας στα υποτιμητικά και απειλητικά μηνύματα των φωνών, αναφορά σε κάποιο μέλος του προσωπικού όταν η εμπειρία είναι ενοχλητική, απασχόληση με εργασία ή άθληση όταν αρχίζουν οι φωνές. Έπαινος του αρρώστου όταν χρησιμοποιεί αυτές τις τεχνικές.(αυτές οι τεχνικές αποσπών τον ασθενή από την ψευδαίσθηση και του δίνουν δύναμη).

9.Δημιουργία ομαδικών περιστάσεων, όπου ο άρρωστος μπορεί να μάθει και να εφαρμόζει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και κοινωνικές δεξιότητες. Έτσι 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). (Ραγιά Α., 2009).

2. Διαταραχές διεργασιών της σκέψης

Κατάσταση κατά την οποία οι διεργασίες της σκέψης διακόπτονται, αποδιοργανώνονται ή δεν βασίζονται στην πραγματικότητα. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται είναι το άγχος σε επίπεδο πανικού, απωθημένοι φόβοι και ψυχολογικές συγκρούσεις, αποδιοργάνωση των ορίων της προσωπικής οντότητας του αρρώστου ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους και στο περιβάλλον. Ο ασθενής εμφανίζει παραληρητικές ιδέες (μεγαλείου, δίωξης), χάλαση συνειρμών, έμμονες ιδέες, ανικανότητα λήψης αποφάσεων, λύσης προβλημάτων, λογικής σκέψης, ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά, διακεκομμένο ύπνο. Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι ο ασθενής να αναγνωρίζει τις αλλαγές στην σκέψη και την συμπεριφορά του, να μπορεί να διακρίνει τις παραληρητικές ιδέες και την πραγματικότητα και να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συνεχείς εκτίμηση της παρουσίας /έντασης της διαταραχής των διεργασιών της σκέψης του αρρώστου, επισημαίνοντας την μορφή(διασπασμένη, αυτιστική, συμβολική, χαλαρή, συγκεκριμένη), 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 της σκέψης του αρρώστου και συντελεί στον προγραμματισμό κατάλληλων παρεμβάσεων.
2. Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου.(αυτή διατηρεί ένα ψυχικά ασφαλές περιβάλλον που διευκολύνει τη διαπροσωπική επικοινωνία).
3. Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση π. χ. αντανάκλαση των εκφράσεων του αρρώστου.
4. Οργάνωση της επικοινωνίας έτσι ώστε να δείχνει σεβασμό των κοινωνικο-οικονομικών, μορφωτικών και πολιτιστικών αξιών του αρρώστου.(έλλειψη υπολογισμού αυτών των παραγόντων μπορεί να προκαλέσει λανθασμένες διαγνώσεις και ανακριβή ερμηνεία).
5. Εκφραση 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.

6.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 την διαταραγμένη σκέψη.(η τακτική αυτή ελαττώνει την παραληρητική σκέψη καθώς οι σκέψεις του αρρώστου ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα).

7.Εκτίμηση του τρόπου ανάπαυσης/ύπνου παρατηρώντας την ικανότητα του αρρώστου να κοιμάται και την ποιότητα του ύπνου καθώς και σχετικές διαταραχές.(οι παραληρητικές ιδέες και οι φόβοι μειώνουν την ικανότητα του αρρώστου να κοιμηθεί. Η στέρηση του ύπνου μπορεί να προκαλέσει συμπεριφορές όπως σύγχυση και διαταραχή της αντίληψης).

8.Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου με ελαστικότητα εφαρμογής όταν χρειάζεται.(ελαττώνει τους φόβους και τις ανασφάλειες που παρεμποδίζουν τον ύπνο).

9.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. Αυτά ενισχύουν τον άρρωστο να επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο ανάπαυσης και έτσι αυξάνεται η ικανότητα του να σκέφτεται λογικά).

10.Εκτίμηση της παρουσίας και του βαθμού επίδρασης παραγόντων που επηρεάζουν την ικανότητα του αρρώστου να απασχολείται.(η παρουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων, η παρατεταμένη περίθαλψη στο νοσοκομείο, ψυχολογικοί παράγοντες π.χ. μείωση της βούλησης, σωματικοί παράγοντες όπως ακινησία συντελούν στην αδυναμία και ανεπάρκεια για απασχόληση).

11.Φροντίδα και παρακολούθηση εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής, παρατήρηση της θεραπευτικής δράσης και των τυχόν παρενεργειών όπως: ξηροστομία, καταστολή, ορθοστατική υπόταση, φωτοευαισθησία, ενδοκρινικές παρενέργειες, αύξηση ευαισθησίας για εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων και εξωπυραμδικά συμπτώματα.(αυτό συντελεί στην εξακρίβωση της ελάχιστης αποτελεσματικής δοσολογίας για την ελάττωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων με τις λιγότερες παρενέργειες).

12.Χορήγηση φαρμάκων που παραγγέλλονται από τον γιατρό ύστερα από συνεργασία με τον νοσηλευτή και υπολογισμό των κλινικών παρατηρήσεών του και των νοσηλευτικών διαγνώσεων. (Ραγιά Α., 2009).

3.Κοινωνική απομόνωση

Κατάσταση απομόνωσης την οποία δοκιμάζει ο άρρωστος και τη θεωρεί επιβαλλόμενη από τους άλλους και αρνητική ή απειλητική εμπειρία. Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι διαταραγμένες διεργασίες σκέψης με αποτέλεσμα έλλειψη της εμπιστοσύνης προς τους άλλους. Στέρηση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, «ιδρυματοποίηση», παλινδρόμηση (ως συνέπεια παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο). Ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία σύναψης σχέσεων με άλλους, αντιμετώπιση προβλημάτων με θυμό, εχθρικότητα και βίαιη συμπεριφορά, κοινωνική απόσυρση, σιωπηλότητα, αμβλύ συναίσθημα, ακατάλληλα ή ανώριμα για την ηλικία του ενδιαφέροντα και δραστηριότητες. Σκοπός των ενεργειών του προσωπικού είναι μέχρι να βγει ο άρρωστος από το νοσοκομείο να είναι σε θέση να εκφράζει λεκτικά την επιθυμία του, να επικοινωνεί και να σχετίζεται με τους άλλους, να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες με άλλα άτομα, να εκφράζει ευχαρίστηση από κοινωνικές συζητήσεις και απασχολήσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1.Αξιολόγηση της έκτασης της θεληματικής απομόνωσης του αρρώστου, ώστε να προγραμματισθούν στρατηγικές διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνίες και δραστηριότητες.

2.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.

3.Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές την ημέρα με τον άρρωστο και ενδιαφέρουσα αλλά όχι απαιτητική επικοινωνία μαζί του.

4.Συζήτηση με τον άρρωστο π.χ. για τις αγαπημένες του συζητήσεις με σκοπό την βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και την ελάττωση της κοινωνικής του απομόνωσης.

5.Εξακρίβωση των σημαντικών για τον άρρωστο προσώπων που μπορούν να τον υποστηρίξουν – οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι- και ενθάρρυνσή τους να τον επισκέπτονται και να επικοινωνούν συχνά μαζί του.

6.Βοήθεια στον άρρωστο να διακρίνει την διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο. Ο άρρωστος μπορεί περιστασιακά και σε κατάλληλες ώρες να διαλέγει να μείνει μόνος.

7.Λειτουργία του νοσηλευτή ως υποδείγματος υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς σε ατομικές και ομαδικές επικοινωνίες (ήρεμη και αξιοπρεπείς στάση, μέτριος τόνος φωνής, κατάλληλη απόσταση, εναλλαγή ομιλίας και ακρόασης). Αυτό βοηθάει τον άρρωστο να αναγνωρίσει και να θελήσει να καλλιεργήσει και ο ίδιος τις κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες για την ηλικία και την θέση του.

8.Συνεπής τήρηση όλων των προγραμματισμένων ωρών επικοινωνία σμε τον ασθενή. Η συνέπεια αυτή αυξάνει την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με αποτέλεσμα την αύξηση της κοινωνικότητάς του.

9.Έπαινος του αρρώστου για τις προσπάθειες του να συναντήσει άλλα πρόσωπα και να επικοινωνήσει μαζί τους ή να ανταποκριθεί σε προσκλήσεις που του κάνουν οι άλλοι για κοινή απασχόληση.

10.Παροχή αδειών εξόδου στον άρρωστο για να πάει π.χ. στην αγορά, σε μουσεία με σκοπό την ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών επικοινωνίας, έξω από το νοσοκομείο, και την μείωση της κοινωνικής απομόνωσης. (Ραγιά Α., 2009).



4. Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας

Διαταραχή της ικανότητας του αρρώστου να εκφράζεται λεκτικά ή να επικοινωνεί με τους άλλους κατά τρόπο κοινωνικά παραδεκτό. Οι παράγοντες που δημιουργούν αυτή τη δυσλειτουργία είναι: διαταραχές της σκέψης (αυτισμός, παραληρητικές ιδέες), αισθητηριακές διαταραχές (ψευδαισθήσεις), ανικανότητα διάκρισης του εαυτού του από τους άλλους και από τα αντικείμενα του περιβάλλοντος, έντονο άγχος μέχρι πανικού, απόσυρση από το περιβάλλον και την πραγματικότητα. Τα αποδεικτικά στοιχεία που είναι χαρακτηριστικά είναι η ανικανότητα λογικής ομιλίας, λεκτικές εκφράσεις ασύνδετες όπως νεολοξίες , μη λεκτικές εκφράσεις όπως στερεότυπες συμπεριφορές και αλλόκοτες χειρονομίες, πτωχεία λόγου-σιωπηλότητα-αλαλία. Οι κυριότεροι σκοποί που θέτει η νοσηλευτική παρέμβαση είναι ο ασθενής να δείχνει κατανόηση των προβλημάτων επικοινωνίας, να χρησιμοποιεί κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους για να εκφράζεται λεκτικά, να αρχίζει να δοκιμάζει στρατηγικές για να ελαττώσει το άγχος του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συνεχιζόμενη εκτίμηση του τύπου και του βαθμού της διαταραχής της επικοινωνίας. Ο βαθμός διαταραχής της λεκτικής/μη λεκτικής επικοινωνίας επηρεάζει την ικανότητα του

αρρώστου να επικοινωνεί με το προσωπικό και τους άλλους αρρώστους και να συμμετέχει στην φροντίδα του.

2. Υπομονετική ακρόαση των λεκτικών μηνυμάτων και παρατήρηση της μη-λεκτικής-συμβολικής-συμπεριφοράς του αρρώστου στα πλαίσια της επικοινωνίας νοσηλευτή-αρρώστου.

3. Έκφραση αναγνώρισης της δυσκολίας που έχει ο άρρωστος να επικοινωνήσει. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής κατανοεί ότι υπάρχει, από την πλευρά του νοσηλευτή συμπάθεια και του εμπνέει εμπιστοσύνη να επικεντρωθεί στην προσπάθειά του να επικοινωνήσει με κατανοητό τρόπο.

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

5. 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.

6. Απογυγή 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.

7. 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 ασαφές στα λόγια του.

8. Διδασκαλία του αρρώστου να ζητά τη βοήθεια του νοσηλευτή όταν αρχίζει να αισθάνεται διαταραχή της λεκτικής του επικοινωνίας. Η επικοινωνία με υπαρκτά πρόσωπα και η

απασχόληση με κάποια εργασία, συμβάλλουν στην διακοπή των εξωπραγματικών, παραλόγων σκέψεων και στην αντικατάστασή τους με άλλες βασισμένες στην πραγματικότητα.

9.Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής αγωγής. (Ραγιά Α., 2009).

5. Διαταραχή συμπεριφοράς

Είναι η κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει αμυντική και εχθρική συμπεριφορά στην προσπάθεια προστασίας της αυτοεκτίμησής του. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την συγκεκριμένη διάγνωση είναι η έλλειψη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων, το 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 και διαταραχή επαφής με την πραγματικότητα.

Συνεπώς ο ασθενής χρησιμοποιεί την προβολή, ως αμυντικό μηχανισμό, για κατηγορίες, εχθρική συμπεριφορά και ατομική ευθύνη στους άλλους, παρουσιάζει υπερευαίσθησία στην παραμικρή κριτική από τους άλλους, εχθρικό χαμόγελο και κοροϊδία των άλλων, παρεμπόδιση στην εφαρμογή της θεραπείας με αμυντική συμπεριφορά, παραλήρημα δίωξης. Όλα τα κριτήρια των νοσηλευτικών ενεργειών αποσκοπούν στο να φθάσει ο ασθενής στο επίπεδο να χρησιμοποιεί τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του με λογικό και προσαρμοστικό τρόπο, να εκτονώνει την ενέργεια του άγχους του με σωματική άσκηση και ομαδικές δραστηριότητες και να επικοινωνεί χωρίς υβριστικές εκφράσεις, εμπαιγμούς, απειλές ή σωματική επιθετική συμπεριφορά έναντι των άλλων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

2.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

3.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.

4.Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες όπως εργοθεραπεία, ψυχαγωγία, συζητήσεις κ.α. Με σκοπό βέβαια να εκτονώνεται το άγχος, να αυξάνει η κατανόηση των στρεσογόνων αιτιών της αμυντικής συμπεριφοράς και να δοκιμάζονται πιο προσαρμοστικές δεξιότητες.

5.Συνέχιση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και φροντίδας για τον άρρωστο σε ώρες άγχους, καχυποψίας και δυσπιστίας.

6.Αποφυγή αγγίγματος του αρρώστου με τα χέρια ως εκδήλωσης φιλικότητας σε περιστάσεις άγχους και διαταραχής της επαφής του με την πραγματικότητα.

7.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.

8.Κατάρτιση, σε συμφωνία με τον άρρωστο, ενός καταλόγου παραδεκτών συμπεριφορών, αναμενομένων αποτελεσμάτων και μεθόδων για την επιτυχία τους, καθώς και των συνεπειών των απαράδεκτων συμπεριφορών με σαφείς και συγκεκριμένες εκφράσεις.

9.Τοποθέτηση ορίων με ήρεμο, ευθύ, απλό αλλά σταθερό τρόπο, όταν ο άρρωστος αρχίζει να εκδηλώνει ανεξέλεγκτες συμπεριφορές. Σκοπός είναι η πρόληψη βλάβης στον ίδιο και στους άλλους και των συναισθημάτων ενοχής που αυξάνουν το άγχος του, αλλά και η παροχή ευκαιρίας να επιλέξει πιο λειτουργικές μεθόδους εκπλήρωσης των αναγκών του. (Ραγιά Α., 2009).

6.Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του αρρώστου

Κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά της οικογένειας ή άλλου σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική στο χειρισμό του αρρώστου και την και των συνεπειών της ψυχικής διαταραχής. Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι: αμφίθυμες οικογενειακές σχέσεις,

δηλαδή ταλάντευση μεταξύ απόσυρσης από τον άρρωστο και φροντίδας του, η 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 ή άρνηση της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα και θεραπεία του αρρώστου, ψυχοσωματική και αναπτυξιακή διαταραχή των σημαντικών προσώπων, αμυντικά και μη συνεργάσιμα 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 την φροντίδα του.

Τα στοιχεία που καταδεικνύουν το πρόβλημα αυτό είναι η έλλειψη γνώσεων της οικογένειας 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 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, αποδιοργανωμένες οικογενειακές σχέσεις, ανάπτυξη εκ μέρους του αρρώστου αδυναμίας, αδράνειας και εξάρτησης από την οικογένεια και την κοινότητα. Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να φτάσουν τα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα στο σημείο να εκδηλώνουν ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους απέναντι στον άρρωστο καθώς και να τον αντιμετωπίζουν με φροντίδα και αγάπη.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. 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 την βοήθειά της να αναπτύξει ρεαλιστικό σχέδιο υποστήριξης του αρρώστου ανάλογα με την ανοχή και τις ικανότητές της.

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

3. 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

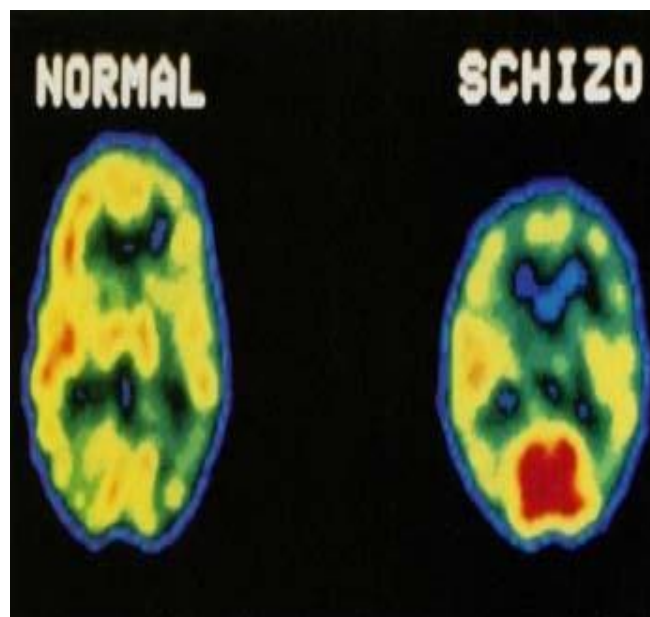
αποδειχθεί ότι επιδρά αποφασιστικά στην ανάρρωσή του. Υποτροπές συμβαίνουν με στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη συχνότητα στις οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.

4.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.

5.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 σε θεραπευτικές επικοινωνίες με τον άρρωστο.

6.Ενθάρρυνση της συμμετοχής της οικογένειας σε προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς. Αυτά αφορούν ειδικά τα προβλήματα του αρρώστου της, ώστε να μάθει πώς να τον βοηθάει θεραπευτικά αλλά και πώς να λύνει πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα της.

7.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 ελαττώνει τα αισθήματα μόνωσης και αδυναμίας τόσο του αρρώστου αλλά και της οικογένειας του. (Ραγιά Α., 2009).



4. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Το είδος, η έκταση και η ποικιλία των κοινωνικών υπηρεσιών διαφέρει από χώρα σε χώρα. Σε αυτό ρόλο παίζει το εισοδηματικό επίπεδο καθώς και ο τρόπος που η κοινότητα αντιμετωπίζει την ομάδα που έχει ανάγκη και χρήζει βοήθειας. Με βάση τον νόμο 2761/9 για την ψυχική υγεία, οι υγειονομικές περιφέρειες της χώρας μας διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά.

Στους Το.Ψ.Υ. περιέχονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν στην αντίστοιχη περιοχή αρμοδιότητας των Το. Ψ.Υ. Στόχος τους, η εφαρμογή των αρχών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο. Σκοπός τους είναι η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία, η περίθαλψη, καθώς και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. (Γκιωνάκης Ν. + Στυλιανίδης Σ., 2001).

Οι δομές που αποτελούν τον Τομέα Ψυχικής Υγείας, είναι:

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι ο κεντρικός πυρήνας της κοινότητας, παρέχει δωρεάν υπηρεσίες συμβουλευτικής, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης. Η φροντίδα που δίνει είναι ψυχιατρική, ψυχολογική, ψυχοθεραπευτική, κοινωνική και νοσηλευτική, σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων, κατ' οίκων επισκέψεων και δράσεων μέσα στην κοινότητα. (Μαδιανός Γ.Μ., 2000). Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας παρέχει υπηρεσίες κατά πολύ ευρύτερες από αυτές τις οποίες παρέχουν τα κλασσικά εξωτερικά ιατρεία.

Πρέπει να τονιστεί ότι σε όλο το 19^ο αιώνα και περίπου ως το 1960, κυριάρχησε στην ψυχιατρική η αρχή της «θεραπευτικής απομόνωσης» και μία από τις συνέπειές της ήταν ο εγκλεισμός των ασθενών και η εγκατάσταση των ψυχιατρείων έξω από τις πόλεις. Στην συνέχεια, «η μη αποκοπή από την οικογένεια και την κοινωνία» έγινε η βασική αρχή της ψυχιατρικής αλλά χρειάστηκε μια ολόκληρη πορεία, τριάντα περίπου ετών, για να γίνει αποδεκτή η ιδέα της άσκησης της ψυχιατρικής μέσα στην κοινότητα. (Χριστοδούλου Γ. Ν. +Κονταξάκης Β. Π. +Οικονόμου Μ. Π., 2000).

Ο Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου

Εδρεύει στο Γενικό Νοσοκομείο, έχει 20 κλίνες συνήθως και οι υπηρεσίες που παρέχει στα άτομα είναι ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς και υπηρεσίες της κοινότητας. Στα πλαίσια της περίθαλψης ανήκουν οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι θεραπευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις, όπως η παροχή ψυχοφαρμακοθεραπείας, η ψυχοθεραπεία, η συμβουλευτική και πολλές φορές η θεραπεία της οικογένειας, καθώς και η εργοθεραπεία. (Γκιωνάκης Ν. + Στυλιανίδης Σ., 2001).

Το Νοσοκομείο Ημέρας

Το Νοσοκομείο Ημέρας ανήκει επίσης στον Το. Ψ.Υ., απευθύνεται σε άτομα που χρήζουν νοσηλείας αλλά στα πλαίσια της κοινότητας, χωρίς να είναι απαραίτητη η απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Στο Νοσοκομείο Ημέρας οι ασθενείς μπορούν να βρίσκονται από το πρωί ως το απόγευμα. Το περιεχόμενο των στόχων του είναι ψυχοθεραπευτικό και αφορά την κοινωνικοποίηση των ατόμων, την ομαλή και μεθοδευμένη επανένταξή τους στην κοινότητα, χωρίς να χρειάζεται να απομακρυνθούν από τον τόπο διαμονής τους ή την εργασία τους και να βρίσκονται σε ένα κλειστό ίδρυμα. (Γκιωνάκης Ν. + Στυλιανίδης Σ., 2001).

Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης αποτελούν τα Κέντρα ημέρας, οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα.

Ομάδες στήριξης και έκφρασης

Στα πλαίσια των ενεργειών που προβλέπονται από το πρόγραμμα κατάρτισης-προώθησης στην εργασία, λειτουργούν ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης με την ονομασία «Ομάδες Στήριξης και Έκφρασης». Οι ομάδες βοηθούν στην ομαλή διεκπεραίωση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και το δεσμό των καταρτιζομένων μελών με το πρόγραμμα.

Σε γενικές γραμμές, παρέχουν το απαραίτητο θεραπευτικό πλαίσιο, στο οποίο συντελείται μια ψυχοθεραπευτικού τύπου διαδικασία, κατά την οποία οι καταρτιζόμενοι ασθενείς έχουν την δυνατότητα κατά κύριο λόγο να εκφράζουν και να επεξεργάζονται την εμπειρία που προκύπτει από την συμμετοχή τους στην εκπαίδευση. Η εγκατάσταση ενός

«θεραπευτικού πυρήνα στο χώρο της κατάρτισης» είναι ζήτημα πρωταρχικής σημασίας, γιατί ένας τέτοιος χώρος αποτελεί σύνθετο πεδίο διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των καταρτιζόμενων μελών, των εκπαιδευτικών και του θεραπευτικού προσωπικού.

Οι θεραπευτές των ομάδων στήριξης και έκφρασης λειτουργούν κυρίως με την ψυχοθεραπευτική ιδιότητα της ενσυναίσθησης, εμπεριέχοντας τις εκφραστικές και ψυχικές καταστάσεις των ασθενών, δηλαδή ως αποδέκτες και καταλύτες των ενδοψυχικών καταστάσεων και των εμπειριών των μελών της ομάδας. Αναζητούν και αποδίδουν νόημα και συνοχή σε συναισθηματικές καταστάσεις που δεν εκφράζονται.

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα των ομάδων αυτών αντανακλώνται στο βαθμό κινητοποίησης του μέλους για εκπαίδευση, στην αύξηση της συμμετοχής στις κοινωνικές εκδηλώσεις που προσφέρονται στο πρόγραμμα και γενικότερα στην εκδήλωση της επιθυμίας για προσωπική ανάπτυξη, δημιουργική απασχόληση και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής. Συγκροτήθηκαν δύο ομάδες, μία για κάθε εργαστήριο κατάρτισης, με 12 και 15 μέλη, αντίστοιχα. Οι ομάδες διεξάγονται με συχνότητα εβδομαδιαία, έχουν διάρκεια μιας ώρας και οι θεραπευτές της καθεμιάς αποτελούνται από έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχίατρο και έναν ψυχολόγο. Το θέμα της συζήτησης σε κάθε συνεδρία είναι ανοικτό.

Στόχοι της ομάδας

1. Ενίσχυση της έκφρασης και ανταλλαγής συναισθημάτων.
2. Ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας.
3. Ανάπτυξη δεσμών και ομαδικού πνεύματος.
4. Μείωση του άγχους και εκτόνωση των αρνητικών συναισθημάτων.
5. Ενίσχυση αυτοεκτίμησης, αυτενέργειας.
6. Ενίσχυση προσωπικών σχέσεων.

Ομάδα δημιουργικής έκφρασης

Στα πλαίσια της Υπηρεσίας Ημερήσιας Φροντίδας λειτουργεί κλειστή ομάδα εικαστικής δημιουργίας και έκφρασης με ψυχοθεραπευτική παράμετρο και θεραπευτικούς στόχους. Η ομάδα αποτελείται από οκτώ μέλη και λειτουργεί με συχνότητα δύο φορές την

εβδομάδα. Κύριος θεραπευτικός στόχος είναι η δημιουργική, συναισθηματική έκφραση μέσω της εικόνας και των συμβόλων και η καλλιέργεια της φαντασίας, έτσι ώστε να ενισχύεται η εικόνα του εαυτού και το αίσθημα αυτοεκτίμησης που απορρέει από αυτή. Παράλληλος στόχος είναι το προϊόν της δημιουργικής έκφρασης, ως αποδέκτης των συναισθηματικών και συγκρουσιακών ενδοψυχικών καταστάσεων, να αποτελέσει αντικείμενο ψυχολογικής επεξεργασίας.

Κοινωνική λέσχη

Οι δραστηριότητες της κοινωνικής λέσχης διεξάγονται σε ομαδική βάση και αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, στην επανένταξη των μελών στην κοινότητα, καθώς και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Ειδικότεροι στόχοι είναι:

1. Η ενδυνάμωση της ικανότητας και της επιθυμίας του μέλους για συμμετοχή στις κοινωνικές διαδικασίες, με την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και ρόλων, ώστε να επιτευχθεί η μείωση της κοινωνικής απομόνωσης.
2. Η ενίσχυση του αισθήματος αυτοεκτίμησης του μέλους, της εμπιστοσύνης στον εαυτό του, καθώς και η ενδυνάμωση των ικανοτήτων για λήψη αποφάσεων και αυτονομία.

Η λειτουργία της κοινωνικής λέσχης περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες:

1. Συζητήσεις και ανταλλαγές απόψεων μεταξύ των μελών και των θεραπευτών σχετικά με θέματα που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα μέλη (σωματική υγεία και υγιεινή, σχέσεις με την οικογένεια, με φίλους κ.ά.)
2. Διοργάνωση εκδηλώσεων ψυχαγωγικού κυρίως χαρακτήρα, που δίνουν την ευκαιρία στα μέλη να αξιοποιήσουν με θετικούς τρόπους τον ελεύθερο χρόνο, να αυτοσχεδιάσουν, να δημιουργήσουν και να νιώσουν ικανοποίηση καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος.

Οι δραστηριότητες διεξάγονται μέσα και έξω από το χώρο όπου λειτουργεί η κοινωνική λέσχη και περιλαμβάνουν διάβασμα βιβλίων ή άλλων εντύπων κοινού ενδιαφέροντος και συζητήσεις επ' αυτών, επιμορφωτικές διαλέξεις, εορταστικές εκδηλώσεις καθώς και εξόδους στην κοινότητα, επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους (θέατρα, κινηματογράφοι, εκθέσεις) και εκδρομές. Η επιλογή των δραστηριοτήτων

γίνεται από τα ίδια τα μέλη της λέσχης. Οι θεραπευτές της κοινωνικής λέσχης έχουν ρόλο κινητοποιητικό και συντονιστικό. Δίνουν την αρχική ώθηση για τις δραστηριότητες της λέσχης, συμμετέχουν σε αυτές, παρέχουν πληροφόρηση, συμβουλεύουν και βοηθούν στην πραγματοποίησή τους. (Χριστοδούλου Γ. Ν. + Τομαράς Βλ. Δ. + Οικονόμου Μ. Π., 2005).

5.ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική θα μπορούσε να λεχθεί ότι είναι:

«Η εφαρμογή ειδική γνώσης σε πληθυσμούς και κοινότητες για την προαγωγή και διατήρηση της Ψυχικής Υγείας και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση πληθυσμών που βρίσκονται σε κίνδυνο γιατί συνεχίζουν να έχουν υπολειμματικές επιδράσεις της Ψυχικής Ασθένειας». Η κοινοτική Νοσηλευτική θα μπορούσε να ορισθεί ως «Ο κλάδος ή τομέας της Νοσηλευτικής, ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από την Νοσηλευτική Επιστήμη όσο και από τη Δημόσια Υγιεινή και τις εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της Υγείας των ατόμων στην Κοινότητα».

Σύμφωνα με αυτούς τους ορισμούς βγαίνει το συμπέρασμα ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής χρειάζεται γνώσεις και δεξιότητες. Τα προσόντα αυτά θα τα αποκτήσει, με την εκπαίδευση του στη Νοσηλευτική Σχολή και από την Εργασία του, και κάνοντας χρήση αυτά τα προσόντα θα μπορεί να προσδιορίζει προβλήματα και ανάγκες, στη κοινότητα, στην οικογένεια, στον ασθενή και στη συνέχεια θα λαμβάνει αποφάσεις για τον καθορισμό Στόχων και παρεμβάσεων. Η γνώση και η δεξιότητα επιτρέπει στο Νοσηλευτή την Αυτονομία για γρήγορη λήψη αποφάσεων σε επείγουσες καταστάσεις και κρίσεις στην κοινότητα. (Μαδιανός Γ. Μ., 2000).



5.2 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Οι σκοποί της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι:

1. Να προλάβει την αρρώστια ή να περιορίζει την εξέλιξη της.
2. Να προσφέρει επιδέξια επιστημονική φροντίδα στον άρρωστο και ανάπηρο άτομο εκτός Νοσοκομείου.
3. Να περιορίσει τις επιπτώσεις της αρρώστιας.
4. Να υποστηρίζει και να ενισχύει άτομα από κάποια κρίση.
5. Να ενημερώνει, διδάσκει και παροτρύνει άτομα, οικογένειες ή ομάδες, στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της Κοινοτική Ψυχικής Υγείας.

5.3 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ, ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι στόχοι της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σε Πρωτογενή, Δευτερογενή και Τριτογενή επίπεδο πρόληψης είναι:

Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά παρεμβάσεις για προαγωγή και πρόληψη της Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα. Ένα πρόβλημα το οποίο αφορά την Κοινοτική Νοσηλευτική στην Πρωτογενή πρόληψη είναι η προκατάληψη για την ψυχική ασθένεια. Οι προϊστάμενοι των Κοινοτικών Νοσηλευτικών Ομάδων (μετά από λήψη απόφασης της ομάδας) προγραμματίζουν και οργανώνουν συναντήσεις από Κοινοτικούς Νοσηλευτές με παράγοντες των Κοινοτήτων, Δημάρχους, Κοινοτάρχες, Ιερείς, Δασκάλους, καθώς επίσης επισκέψεις σε Αγροτικά Υγειονομικά Κέντρα, Σχολεία, Κοινοτικά Γηροκομεία και Αστυνομικούς Σταθμούς. Η ομάδα επίσης οργανώνει ομιλίες σε συγκεντρώσεις κατοίκων με θέματα ψυχικής υγείας.

Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην έγκαιρη διάγνωση ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκεια της ασθένειας και να προληφθούν οι υποτροπές. Σε κάθε επίσκεψη ελέγχονται τα φάρμακα, γίνονται προσωπικές συνεντεύξεις συμβουλευτικής με την οικογένεια και τον ασθενή καθώς και έλεγχος του φακέλου των εξωτερικών ιατρείων αν παρακολουθείται τακτικά από τον ιατρό του. Τακτικές συναντήσεις με τον Λειτουργό Κοινωνικής Ευημερίας και λήψη αποφάσεων για θέματα που αφορούν τον ασθενή και την οικογένεια του.

Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει προγράμματα ψυχοκοινωνικής και Επαγγελματικής αποκατάστασης και προγράμματα απόκτησης δεξιοτήτων. Έργο του Κοινοτικού Νοσηλευτή είναι οι τακτικές επισκέψεις στο σπίτι του, οι συχνές συναντήσεις με τον Εργοθεραπευτή και τον Λειτουργό Κοινωνικής Ευημερίας. Επισκέψεις σε χώρους όπου συχνάζει ο ασθενής, όπως το καφενείο, σε γείτονες και συγγενικά του πρόσωπα.

Ο κοινοτικός Νοσηλευτής εφαρμόζει εξατομικευμένα προγράμματα για κάθε άτομο ξεχωριστά. Η λέξη και μόνο "εξατομικεύω" σημαίνει προσαρμόζω κάτι σε κάθε ατομική περίπτωση. Οι ατομικές περιπτώσεις στις οποίες παρεμβαίνει ο Κοινοτικός Νοσηλευτής είναι τόσο ψυχολογικές όσο και κοινωνικές, γι' αυτό εργάζεται πάνω στην Πρωτογενή, Δευτερογενή και Τριτογενή Πρόληψη. (Μαδιανός Γ. Μ., 2000).

5.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι βασικές λειτουργικές αρχές της Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι:

1. Τομεοποίηση

Σωστή κατανομή του χώρου των Υπηρεσιών και καθορισμός της περιοχής ευθύνης. Η τομεοποίηση πρέπει να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό. Είναι αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός να απολαμβάνει εξίσου τις υπηρεσίες υγείας.

2. Γεωγραφικά Θέση Κοινοτικών Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Οι Κοινοτικές Νοσηλευτικές Υπηρεσίες πρέπει να είναι σε θέση να βρίσκονται κοντά στη διαμονή του ασθενή ώστε ο ασθενής και η οικογένεια του να μπορούν εύκολα να ζητήσουν βοήθεια και φροντίδα. Η νοσηλευτική παρέμβαση στο χώρο του ατόμου και της οικογένειας πλεονεκτεί, γιατί είναι πιο οικονομική αλλά ακόμη είναι και πιο θεραπευτική, γιατί κρατά το άτομο στο δικό του χώρο. Για να υπάρξει προσβασιμότητα επιβάλλεται να γίνουν δομές στην κοινότητα, αποκέντρωση καθώς και ο Κοινοτικός Νοσηλευτής να είναι μέλος της Κοινότητας.

3. Η θεραπευτική συνέχεια

Η θεραπευτική συνέχεια είναι βασική αρχή της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και εξασφαλίζεται με τη συμμετοχή του Κοινοτικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας σαν ισότιμου μέλους της Πολυθεματικής Ομάδας Ψυχικής Υγείας. Παρέχει τη δυνατότητα μετατόπισης της ευθύνης από το ένα μέλος της ομάδας στο άλλο με στόχο την καλύτερη λήψη αποφάσεων.

4. Ομάδα Ψυχικής Υγείας

Ο κοινοτικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας είναι μέλος, μιας ευρύτερης ομάδας, της Πολυθεματικής ή Διακλαδικής, που μέλη της είναι ο Ψυχίατρος, ο Ψυχολόγος, ο Κοινωνικός Λειτουργός και ο Εργασιοθεραπευτής. Η θεραπευτική ομάδα έχει την ευθύνη για τις αποφάσεις. Αναλαμβάνει το μέλος με την μεγαλύτερη εξειδίκευση, υπευθυνότητα και πείρα.

5. Συμμετοχή της Κοινότητας

Η Κοινότητα πρέπει να συμμετέχει ενεργά και να παρέχει κάθε δυνατή βοήθεια στον Κοινοτικό Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας που είναι αναγκαία είτε στην παροχή κατ' οίκο νοσηλείας ή φροντίδα της κοινότητας. Όταν οι κοινοτικοί στόχοι γύρω από τα θέματα Ψυχικής Υγείας είναι σαφείς και συγκεκριμένοι τότε διευκολύνεται η κοινοτική ενεργοποίηση. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη συμμετοχή της κοινότητας, πρέπει δε να

διασφαλίζονται τα συμφέροντα του ασθενή, όπως οικονομικά, οικογενειακά και προσωπικά. (<http://www.2dype.gr/2010-12-09-08-44-18/2011-02-21-16-15-20#8>).

5.5 ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα βασικά μέλη της Ομάδας Ψυχικής Υγείας είναι η/ο ψυχολόγος, η/ο κοινωνική λειτουργός, η/ο επισκέπτης υγείας και η/ο εργοθεραπευτής που μαζί με τον ψυχίατρο ή παιδοψυχολόγο αποτελούν την θεραπευτική ομάδα. Ως μέλη της ομάδας είναι επίσης ο νοσηλεύτης, ο λογοθεραπευτής, ο ψυχοπαιδαγωγός και άλλοι ειδικοί θεραπευτές. Η ανάληψη του περιστατικού μπορεί να γίνει από την κοινωνική λειτουργό με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού που θα διευκρινίσει την ιδιαιτερότητα του περιστατικού σε αμιγές κοινωνικό, σε αμιγές ψυχιατρικό ή σε μεικτό.

Στην περίπτωση που το περιστατικό έχει μεικτό χαρακτήρα (ψυχιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα), τότε το αναλαμβάνει η θεραπευτική ομάδα. Ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες που εξακριβώνονται, θα εκτιμηθεί: 1) σε ατομικό επίπεδο διαγνωστικά από τον ψυχίατρο και, αν είναι αναγκαίο, ψυχομετρικά από τον ψυχολόγο και 2) σε οικογενειακό ή συγγενικό επίπεδο θα συνεκτιμηθούν οι πληροφορίες απέναντι στη συμπεριφορά του ατόμου με τους τρίτους και θα εκτιμηθεί το βάθος του υποστηρικτικού συστήματος του, ώστε να προγραμματιστεί η θεραπευτική παρέμβαση.

Αν κριθεί αναγκαίο, θα παρέμβει η κοινωνική λειτουργός ή η επισκέπτρια υγείας στο οικογενειακό περιβάλλον. Τέλος, αν η κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου είναι μειωμένη και υπάρχει δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί η μονάδα εργοθεραπείας τότε συμμετέχει και ο εργοθεραπευτής στις εκτιμήσεις της λειτουργικότητας του ατόμου. Η θεραπευτική ομάδα θα εργαστεί σε τρία επίπεδα: 1) το επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης που μπορεί να έχει τη μορφή της παρέμβασης σε κρίσεις ή της παρέμβασης με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς μέσα στα πλαίσια της δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια, 2) το επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, όπου το άτομο ακολουθεί τη θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του και 3) το επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου.

Το επίπεδο της αποκατάστασης είναι αυτονόητο ότι αφορά ειδικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ατόμων με σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητα τους και χαλαρό ή ανύπαρκτο

υποστηρικτικό σύστημα. (Μαδιανός Γ. Μ., 2000). Η συμβολή κάθε κλάδου για την αντιμετώπιση της περίπτωσης είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης του. Η αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της ομάδας είναι συνάρτηση: 1) της προσωπικότητας κάθε μέλους που ευνοεί την καλή επαφή με την κοινότητα και το άτομο. Η επιδεξιότητα της επαφής είναι ίσως το βασικό στοιχείο επιτυχίας στην Κοινοτική Ψυχιατρική, 2) της εκπαίδευσης και μάλιστα της εξειδίκευσης στην Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική, 3) της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, 4) της τήρησης των επαγγελματικών ορίων και 5) της αντίληψης της ομαδικότητας.

Ψυχίατρος

Ο/Η ψυχίατρος που εργάζεται στην Κοινοτική Ψυχιατρική έχει δύο επίπεδα εργασίας όπου θα επικεντρωθεί. Το επίπεδο του ατόμου που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει κλινικό πρόβλημα και το επίπεδο της ίδιας της κοινότητας, όπου ο ψυχίατρος εργάζεται, με την έννοια της συμμετοχής του στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας.

Ο τύπος εργασίας του ψυχιάτρου στην Κοινοτική Ψυχιατρική, σε σύγκριση με εκείνη του ψυχιάτρου που εργάζεται στο άσυλο, παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά που αφορούν τομείς εργασίας όπως: 1) την ιεραρχία, 2) τον τόπο και τον τρόπο δράσης, 3) την προσέγγιση του αρρώστου, 4) τους θεραπευτικούς χειρισμούς, 5) τη θεραπευτική επαφή, 6) τον τρόπο λήψης απόφασης και 7) τη συνεργασία με τους άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς και τους τοπικούς φορείς και αρχές. (Μαδιανός Γ. Μ., 2000).

Ψυχολόγος

Η συμμετοχή του ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα του Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι ουσιαστική. Εργάζεται στο επίπεδο: 1) της διερεύνησης των ποικίλων τύπων των ψυχολογικών διεργασιών του ασθενή του Κέντρου με τη χρήση των ψυχομετρικών τεστ, 2) της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον ίδιο ή την οικογένεια του και 3) στο επίπεδο της κοινότητας συμμετέχοντας στα προγράμματα πρόληψης. Η κλινική εμπειρία του ψυχολόγου συνεισφέρει στην πληρέστερη εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης ενός ατόμου και στον ορθολογικότερο προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής.

Κοινωνικός Λειτουργός

Ο/Η κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της ψυχικής αρρώστιας. Εργάζεται με την οικογένεια (άμεσα και έμμεσα) με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής (ασφαλιστικοί φορείς, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας και άλλους οργανισμούς). Παρεμβαίνει μαζί με τον ψυχίατρο και επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές ως προς το άρρωστο μέλος. Εργάζεται με την κοινότητα και κινητοποιεί φορείς, αρχές και οργανισμούς για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων χωρίς υποστηρικτικό σύστημα. Τέλος ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναλαμβάνει μέρους του έργου της ανίχνευσης νέων "περιπτώσεων". Μέσα από ειδική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου, ο κοινωνικός λειτουργός ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες.

Επισκέπτης Υγείας

Ο/Η επισκέπτης υγείας είναι το βασικό στέλεχος της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Εργάζεται με τον άρρωστο και με την κοινότητα. Ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητας τους από πλευράς αερισμού, φωτεινότητας. Ελέγχει την κατάσταση του αρρώστου από πλευράς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανών παρενεργειών της.

Συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και την οικογένεια του αρρώστου πάνω σε κάθε ψυχοφαρμακευτικό σχήμα και την ανταπόκριση του αρρώστου. Συντονίζει το προσωπικό των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας τις οποίες πιθανόν να χρησιμοποιεί ο άρρωστος. Συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, φορείς και οργανώσεις στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης. Συμμετέχει στο πρόγραμμα ανίχνευσης "περιπτώσεων" από κοινού με τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο. Συμμετέχει σε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα.

Εργοθεραπευτής

Ο/Η εργοθεραπευτής είναι το μέλος της ψυχοκοινωνικής ομάδας που αναλαμβάνει: 1) την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής αρρώστιας ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ, 2) τη γενικότερη κοινωνικοποίησή τους μέσα από ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία, 3) την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου

πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης και 4) συμμετέχει στο γενικότερο προγραμματισμός της κοινοτικής αποκατάστασης. (Μαδιανός Γ. Μ., 2000).

5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή μπορεί να λεχθεί ότι είναι πολυδιάστατος. Συμμετέχει σε ένα μεγάλο φάσμα δραστηριοτήτων στη κοινότητα γι' αυτό πρέπει να έχει τις αναγκαίες γνώσεις, ικανότητες και στάσεις ώστε να είναι σε θέση να επιτύχει τους στόχους της υπηρεσίας που είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η πρόληψη της ψυχικής νόσου, η κατ' οίκον φροντίδα και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικό πρόβλημα.

Ο Κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει τα προβλήματα του ασθενή, της οικογένειας και του περίγυρου του και σύμφωνα με το φιλοσοφικό υπόβαθρο τις γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες του να προβαίνει και στις αναγκαίες παρεμβάσεις. Ο Κοινοτικός νοσηλευτής αναλαμβάνει το ρόλο του κλινικού, του θεραπευτή, του εκπαιδευτικού, του συνηγόρου του συμβούλου, του επιμελητή περιπτώσεων, του ερευνητή, του διασυνδετικού, του φορέα αλλαγής.

Συχνά έχει επαφή με άτομα στο νοσοκομείο, στο σπίτι τους και στην κοινότητα, συμβουλευόντας και διασυνδέοντας με τα άλλα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας ψυχικής υγείας. Έρχεται σε επαφή με ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, γενικούς ιατρούς κ.λ.π. Στο νοσοκομείο συναντά άτομα που πρόκειται να απολυθούν με σκοπό τη γνωριμία και την εγκαθίδρυση μιας θεραπευτικής σχέσης που θα του εξασφαλίσει άνεση γνωριμίας κατά τη

πρώτη επίσκεψη στο σπίτι. Κρατά ενήμερη τη διεπιστημονική ομάδα σχετικά με τη πρόοδο του ασθενή, συμμετέχει στις δραστηριότητες της συμβουλευτικής και διασυνδετικής στα εξωτερικά ιατρεία, όπως και τη χορήγηση φαρμάκων διαρκείας. (Μονάχου Μ., 2008; Παπαγεωργίου Α. + Μητσάκη Ε. + Τζιάλας Β., 2008).



5.7 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει ως σκοπό, πέρα από την νοσηλευτική φροντίδα των ψυχικά ασθενών, την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη της ψυχικής νόσου. Για την εκπλήρωση αυτού του σκοπού χρησιμοποιεί ορισμένες τεχνικές προσέγγισης οι οποίες είναι:

- η εκπαιδευτική – διδακτική
- η επίσκεψη στο σπίτι

Εκπαιδευτική – διδακτική τεχνική

Αποδέκτης αυτής της τεχνικής είναι τόσο οι ψυχικά ασθενείς όσο και ο υγιής πληθυσμός της κοινότητας. Η εκπαίδευση γίνεται σε ασθενείς ή σε ομάδες ασθενών, σύνολο οικογενειών ή συγγενών των ασθενών καθώς και σε ομάδες ή τμήματα πληθυσμού ή μέλη της κοινότητας. Για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής εκπαίδευσης απαιτείται η γνώση των ασθενών, του περιβάλλοντος τους καθώς και των αναγκών και ιδιαιτεροτήτων τους. Χρησιμοποιούνται κατάλληλα εκπαιδευτικά και διδακτικά μέσα (ενέργειες και τρόποι αντιμετώπισης των εκπαιδευομένων από τον νοσηλευτή) ανάλογα με την περίπτωση.

Η αυτενέργεια, η δυνατότητα δηλαδή του εκπαιδευόμενου να λειτουργεί αυτόνομα και με δικές του πρωτοβουλίες και ως άτομο και ως μέλος της ομάδας, αποτελεί μια από τις

βασικές επιδιώξεις του κοινοτικού νοσηλευτή. Απαραίτητο συστατικό μιας επιτυχής εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι η ύπαρξη διαλόγου μεταξύ κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας και ασθενούς έτσι ώστε η ίδια η εκπαιδευτική διαδικασία να γίνεται μέσο επικοινωνίας μεταξύ τους.

Η σωματική κατάσταση των περισσότερων ατόμων με ψυχική ασθένεια δεν είναι συνήθως καλή. Η καλή σωματική υγεία τους ασθενούς επιδρά θετικά στην δράση των ψυχοφαρμάκων και εξασφαλίζει την ομαλή λειτουργία των αισθητήριων οργάνων, με αποτέλεσμα την βελτίωση της αντιληπτικής του ικανότητας, των γνωστικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων του. Η εκπαίδευση, η οποία και είναι μια σημαντική συνιστώσα των δραστηριοτήτων του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας, έχει δύο όψεις: η μια σχετίζεται με την αφομοίωση της σημασίας που έχει η ατομική καθαριότητα και περιποίηση από τον ίδιο τον ασθενή και η άλλη με την σωματική του υγεία η οποία και θα παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της κατάστασης του.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα ασχοληθεί και με τις συνθήκες ύπνου του ασθενή καθώς και τον ελεύθερο χρόνο του, δεδομένου ότι η ποιότητα και η ποσότητα του ύπνου είναι ιδιαίτερα σημαντική για την βελτίωση της κατάστασης του, για την ψυχική του ανάπαυση και τη σωματική του ευεξία και αντοχή. Ο ασθενής ή διαφορετικά η οικογένεια του, ενημερώνουν τον νοσηλευτή για τα χαρακτηριστικά του ύπνου του. (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2005)

.Ο ελεύθερος χρόνος του ασθενή αποτελεί ένα πεδίο συζήτησης μεταξύ του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του ασθενή και αποτελεί έναν οργανωμένο χρόνο για δημιουργική απασχόληση, ψυχαγωγία, ικανοποίηση ενδιαφερόντων, ανάπτυξη ή διατήρηση κοινωνικών σχέσεων ή και για όλα αυτά μαζί. Ο ελεύθερος χρόνος του ασθενούς διαφοροποιείται από τον χρόνο εργασίας ή των υποχρεώσεων του. Το περιεχόμενο του ελεύθερου χρόνου του ασθενούς αποτελεί ένα από τα θέματα που περιλαμβάνονται στη εκπαίδευση του.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οδηγεί τον ασθενή, μέσα από την επικοινωνία του μαζί του, στην εύρεση των ενδιαφερόντων καθώς και των πηγών ικανοποίησης τους. Ο ασθενής κινητοποιείται να αναζητήσει, να προσεγγίσει, να συμμετέχει σε πολιτιστικές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις καθώς και να δοκιμάσει ατομικές δημιουργικές ενασχολήσεις όπως ζωγραφική, τραγούδι και να εκτιμήσει τις δυνατότητες του.

Επίσκεψη στο σπίτι του ψυχικά αρρώστου

Είναι αναγκαίο οι ψυχικά ασθενείς να διατηρούν την επαφή τους με την οικογένεια, με τον κοινωνικό περίγυρο και με το επαγγελματικό τους περιβάλλον, εάν αυτό είναι εφικτό. Οι επαφές αυτές πρέπει να αποκαθίστανται ταχύτατα μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο και να βελτιώνονται. Μερικές φορές, μάλιστα, η παρέμβαση της ιατροκοινωνικής ομάδας πρέπει να επεκτείνεται και στο εξωοικογενειακό περιβάλλον, στους γείτονες κ.ά., είτε για να διατηρηθεί ο άρρωστος στο περιβάλλον του, είτε για να επανενταχθεί σε αυτόν.

Δίχως αυτή τη διακριτική και ταυτόχρονα άγρυπνη παρέμβαση, η εισαγωγή και επανεισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο είναι συχνά αναπόφευκτη. Η καλύτερη πρόληψη για την αποφυγή των υποτροπών των ασθενών και των εισαγωγών στα νοσοκομεία είναι η συνεχής και σταθερή παρέμβαση στον ασθενή και στο περιβάλλον του. Οι κυριότεροι από τους λόγους που κάνουν αναγκαία την επίσκεψη στο σπίτι ενός ψυχικά ασθενούς είναι:

1. Η ενημέρωση ή η πληροφόρηση σε ασθενείς που δεν έχουν επισκεφθεί τις μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής και τα στοιχεία τους ανευρίσκονται από άλλες υπηρεσίες (ΕΚΑΒ, εισαγγελικά περιστατικά), για την ύπαρξη και τις δραστηριότητες τέτοιας μονάδας.
2. Η αναγκαιότητα για παροχή συνεχούς φροντίδας σε ασθενείς που έχουν διακόψει την θεραπεία τους για «άγνωστους» λόγους, ενώ η θεραπευτική ομάδα εκτιμά ότι πρέπει να συνεχιστεί.
3. Οι περιπτώσεις πρώτης νόσησης και υποτροπής, για την εκτίμηση του περιστατικού με απώτερο στόχο, όσο αυτό είναι εφικτό, την αποφυγή νοσηλείας τους ασθενούς και των αρνητικών συνεπειών της (κοινωνικό στίγμα, εγκλεισμός, ιδρυματοποίηση).
4. Η επαφή με άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν για διάφορους λόγους, π.χ. υπερήλικες ή άτομα με σοβαρά σωματικά προβλήματα υγείας.
5. Η ανάγκη υπευθυνοποίησης αφενός του ασθενούς και αφετέρου της οικογένειάς του, με σκοπό την ενεργό συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία, που αποτελεί παράγοντα αποφασιστικής σημασίας στη θετική εξέλιξη του ψυχωτικού επεισοδίου ή της υποτροπής.
6. Λήψη ιστορικού ή συμπλήρωση του ήδη υπάρχοντος. (Κυριακίδου Θ. Ε., 2007).

Βασικοί στόχοι των επισκέψεων στο σπίτι

1. Η αποφυγή του «ιδρυματισμού» του ασθενούς μέσα στο ίδιο του το σπίτι.
2. Μια επίσκεψη στο σπίτι, μέσω της έμπειρης ματιάς του επαγγελματία ψυχικής υγείας, μπορεί εύκολα να επιβεβαιώσει ή να ανατρέψει την ύπαρξη ή όχι της θετικής ατμόσφαιρας, την οποία «προσποιούνται» πολλές φορές οι οικείοι του ασθενούς όταν προσέρχονται στις μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ειδικότερα όταν υπάρχουν οικονομικά οφέλοι.
3. Ο έλεγχος για τη σωστή λήψη των ψυχοφαρμάκων και την καταγραφή τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών τους.
4. Η εξακρίβωση των συνθηκών διαβίωσης (υγιεινή διατροφή, καθαριότητα, ποιότητα κατοικίας, ενδυμασία, θέρμανση), κυρίως για τα μοναχικά, υπερήλικα και σωματικά άρρωστα άτομα.
5. Με την επίσκεψη στο σπίτι δίνεται η ευκαιρία στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να γνωρίσουν καλύτερα τον ασθενή, να εντοπίσουν και να αξιοποιήσουν τις υγιείς πλευρές της προσωπικότητας του σε πραγματικές συνθήκες διαβίωσης καθώς και η ασφάλεια που του παρέχει η παρουσία των οικείων του.
6. Η επίσκεψη στο σπίτι έχει ως στόχο την πλήρη αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας του ασθενούς. Εξίσου σημαντική όμως είναι και η παρέμβαση στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς.
7. Οι επισκέψεις στο σπίτι αρκετές φορές αποκαλύπτουν την «πραγματική» εικόνα, που ενδεχομένως να οδηγήσει τη θεραπευτική ομάδα στην τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής ή τη μεταφορά του ασθενούς σε ξενώνα ή οικοτροφείο ή μονάδα αποκατάστασης, ή οτιδήποτε άλλο κριθεί απαραίτητο. (Κυριακίδου Θ. Ε., 2007).



6. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ

Η νόσηση από κάποια σοβαρή σωματική ή ψυχική διαταραχή, πέραν της επιθυμητής βελτίωσης-ίασης, είναι πιθανό να προκαλεί και μια μείωση-έκπτωση της λειτουργικότητας του πάσχοντος ή ανικανότητα ή ακόμα και αναπηρία, με αποτέλεσμα τον εγκλωβισμό του σε δυσάρεστες, για τον ίδιο και το περιβάλλον του, ψυχοκοινωνικές καταστάσεις. Από τα 260-300 εκατομμύρια άτομα που υποφέρουν από ποικίλες ψυχικές διαταραχές σε όλο τον κόσμο, τα 60 εκατομμύρια πάσχουν από αυτά τα συμπτώματα.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων, που δίνει την ευκαιρία στα άτομα αυτά να φθάσουν στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας στην κοινότητα. Για να επιτευχθεί αυτό, γίνεται βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων, αλλά και αλλαγές στο περιβάλλον των πασχόντων. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα ολοκληρωμένο σύνολο ενεργειών και όχι απλώς μια τεχνική. Οι στρατηγικές της ποικίλλουν ανάλογα με τις ανάγκες των καταναλωτών, το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η αποκατάσταση (νοσοκομείο ή κοινότητα) και στις πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της χώρας. Η στέγαση, η επαγγελματική αποκατάσταση, η απασχόληση και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης είναι πλευρές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Τις καταστάσεις αυτές έρχεται να καλύψει κοινωνιοθεραπευτικά η Ψυχιατρική / Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Η Ψυχιατρική / Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση έχει εξελιχθεί τις τελευταίες δεκαετίες μέσα από τις κοινωνικές αλλαγές, τον αποϊδρυματισμό, με την ανάπτυξη ενός ευρύτερου φάσματος ψυχοεκπαιδευτικών μεθόδων κοινωνιοθεραπευτικών

παρεμβάσεων και τεχνικών. Οι κύριοι στόχοι είναι η ενδυνάμωση των καταναλωτών, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, η βελτίωση της ατομικής κοινωνικής επάρκειας, και η δημιουργία ενός μονίμου συστήματος κοινωνικής στήριξης. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα από τα στοιχεία της ολοκληρωμένης φροντίδας για την ψυχική υγεία που εδράζεται στην κοινότητα.

Αποκατάσταση

Αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει ως στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (Π.Ο.Υ. 1981). Με τον όρο "αποκατάσταση" εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα ώστε να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Σε αυτή τη διαδικασία η ενεργός και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας.

Ψυχιατρική αποκατάσταση είναι:

1. Προσπάθεια να μειωθεί η ψυχιατρική αναπηρία με την αποκατάσταση της, αναπτύσσοντας δεξιότητες, και με την τοποθέτηση του ατόμου σε περιβάλλον στο οποίο να μπορεί να εφαρμόζει τις δεξιότητες αυτές.
2. Η αποκατάσταση του αρρώστου σε εργασιακή απασχόληση.
3. Η επαναφορά των ψυχικά αρρώστων στην προηγούμενη λειτουργική κατάσταση τους.
4. Η επιστροφή και η επανένταξη του ψυχικά ασθενή στο σπίτι, στο σχολείο, στον κοινωνικό χώρο και η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του.
5. Η βελτίωση των δυνατοτήτων του ψυχικά αρρώστου.
6. Η διαδικασία βοήθειας στον ψυχικά άρρωστο για την καλύτερη δυνατή χρήση των υπόλοιπων δυνατοτήτων με τις οποίες θα μπορέσει να λειτουργήσει όσο το δυνατόν ως φυσιολογικό άτομο σε έναν κοινωνικό χώρο.

6.1 ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

(zussman, 1975)

Όπως η κοινοτική ψυχιατρική έτσι και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διέπεται από 8 βασικές αρχές.

1. Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει ολοκληρωτικά την συμπεριφορά. Ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα ως ένα βαθμό. Είναι λάθος λοιπόν να θεωρούμε ότι ένα άτομο που υπολειτουργεί σε ένα τομέα, ότι υπολειτουργεί και σε όλους τους υπόλοιπους τομείς.

2. Χρειάζεται χρόνος για να ανταποκριθεί η ανθρώπινη συμπεριφορά σε εντελώς νέες απαιτήσεις.

3. Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή μη ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα.

4. Όλη η ομάδα που βοηθάει το άτομο να αλλάξει συμπεριφορά και έχει αρκετές προσδοκίες από αυτό, μεταφέρει αυτούσια η τροποποιημένη κοινωνική πίεση σε αυτό.

5. Μειονέκτημα των ψυχιατρείων είναι ότι δεν μπορούν να δημιουργήσουν μία κατάσταση, ατμόσφαιρα ίδια με αυτή που θα συναντήσει ο άρρωστος έξω από αυτό με όμοιες συνθήκες.

6. Υπάρχει μία συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που επηρεάζει η ομάδα τον άρρωστο και μεταξύ του βαθμού που ο άρρωστος είναι δεμένος με την ομάδα αυτή. Έτσι, γίνεται αισθητή η κοινωνική πίεση στο άτομο μέσα από την συναναστροφή του και με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

7. Στη ομάδα ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο για να αποτελεί η συμπεριφορά τους παράδειγμα προς μίμηση φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών. Σύμφωνα με αυτή την αρχή θα πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών.

8. Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντα ακολουθεί ιεραρχημένη διαδικασία στους 3 βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες) (Μαδιανός Γ. Μ.,2000).

ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Εργασία	Στέγαση	Κοινωνικές δραστηριότητες
Ατομική ανάθεση έργου	Παραμονή σε κλειστό θάλαμο	Ο άρρωστος παραμένει μόνος
Ανάθεση έργου μέσα στο θάλαμο νοσηλείας	Παραμονή σε ανοιχτό θάλαμο	Ο άρρωστος συναναστρέφεται με τους άλλους νοσηλευόμενους
Εργασία μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου	Παραμονή σε τμήμα που λειτουργεί ως θεραπευτική κοινότητα	Θεραπευτική κοινότητα
Εργασία στο προστατευόμενο εργαστήριο	Διαμονή σε ξενώνα	Κοινωνικές δραστηριότητες έξω από το νοσοκομείο
Εργασία σε πλαίσια συνεργατικής	Διαμονή σε ομαδική στέγαση	Συμμετοχή στην κοινωνική λέσχη
Τοποθέτηση σε εργασία από ειδική υπηρεσία	Διαμονή σε εποπτευόμενο διαμέρισμα	Κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες
Απασχόληση σε κανονικά εργασιακά πλαίσια	Διαμονή σε κανονικό διαμέρισμα	

Antony,cohen,farkas (1990)

6.2 ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

1. Ο πρωταρχικός στόχος είναι η βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου.
2. Είναι εκλεκτή ως προς τις τεχνικές της.
3. Η βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου με έμφαση στην αντίληψη της πραγματικότητας.
4. 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. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων και περιβαλλοντικής υποστήριξης είναι οι δύο βασικές αρχές της αποκατάστασης.
8. Η μακροχρόνια θεραπεία είναι αναγκαία αλλά σπάνια επαρκεί μόνο αυτή για την αποκαταστασιακή παρέμβαση
9. Η εξάρτηση από τις περιορισμένες υπηρεσίες αποκατάστασης είναι φυσιολογικό και σαν αρχή μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αύξηση της λειτουργικότητάς του, έτσι ώστε να ανεξαρτητοποιηθεί γρηγορότερα.
Antony....τροποποιημένος

Ο όρος "ψυχιατρική αποκατάσταση" σηματοδοτεί την εστίαση της αποκατάστασης στην ψυχιατρική νόσο. Δεν υπονοεί ότι μπορεί να υλοποιείται από ψυχιάτρους οι οποίοι παίζουν περιφερειακό ρόλο. (Μαδιανός Γ. Μ., 2005).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ως αυτόνομος τομέας της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, που έχει αντικείμενο το χρόνιο ψυχικά άρρωστο, είναι συμπληρωματικός και όχι ανταγωνιστικός με την κλινική ψυχιατρική θεραπευτική στο πλαίσιο συγκεκριμένων διαφορών. Στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ευνόητο ότι τα κλινικά θέματα υπεισέρχονται άμεσα και έμμεσα και καθορίζουν το αποτέλεσμα της αποκαταστασιακής παρέμβασης. Το έργο της αποκατάστασης πρέπει να είναι "αποψυχιατρισμένο", αν και η κλινική ψυχοπαθολογική πραγματικότητα είναι πάντα παρούσα.

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός ατόμου με χρόνια ψυχική αρρώστια σε κάποιο προηγμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι:

1. η ύφεση της ψυχοπαθολογίας
2. το επίπεδο της γενικής λειτουργικότητας
3. η ύπαρξη κινήτρων για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα για την ικανοποίηση των αναγκών.

Τα δύο πρώτα κριτήρια αρκετές φορές παραβιάζονται σε συνάρτηση με άλλους παράγοντες, πιέσεις υπηρεσιών που παραπέμπουν ή της ίδιας της οικογένειας ή άλλων αναγκών. Συνήθως το άτομο δεν εμφανίζει ενεργά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα αλλά παρουσιάζει υπολειμματικά συμπτώματα. Η γενική λειτουργικότητα ενός υποψήφιου μέλους με τη χρήση της Κλίμακας Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (Global Assessment Scale) πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 35 και 50 βαθμούς. Η κάτω των 40 βαθμών βαθμολογία είναι συσχετισμένη με σοβαρή ψυχοπαθολογική κατάσταση και ίσως και νοσηλεία.

Στο κλινικό σκέλος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εμπλέκονται, εκτός του ίδιου του ατόμου, η οικογένεια του, η δομή του προγράμματος και η κοινωνική πολιτική απέναντι

στα άτομα με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Η οικογένεια επηρεάζει έμμεσα την κλινική σταθερότητα του μέλους της μέσα από την ατμόσφαιρα που η ίδια δημιουργεί με τις ικανοποιήσεις τις οποίες δείχνει ότι έχει από τη συμμετοχή του μέλους της στο πρόγραμμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του. Η οικογένεια συνήθως ικανοποιείται από την επιδότηση του μέλους και από την γενικότερη κινητοποίηση του π.χ. βγαίνει επιτέλους από το έξω από το σπίτι.

Η ατμόσφαιρα αυτή σταδιακά τροποποιείται με τον τερματισμό του προγράμματος και την πιθανή αναγκαστική περίοδο ανεργίας του μέλους της οικογένειας. Το ίδιο το πρόγραμμα με τη δομή και τις συγκεκριμένες απαιτήσεις του, με την τοποθέτηση ορίων και σαφών εργασιακών συνθηκών από τη φύση του είναι θεραπευτικού χαρακτήρα. (Μαδιανός Γ. Μ., 2005). Οι δραστηριότητες κάθε προγράμματος στοχεύουν στη διοχέτευση της επιθετικότητας του ατόμου, προσφέρουν δυνατότητες για ταύτιση, ικανοποίηση των αναγκών και αγάπη. Δίνουν αδιέξοδο στη φαντασία και επιτρέπουν την απόκτηση δημιουργικών εμπειριών. Οι διαδικασίες αυτές προάγουν την ομαλοποίηση μέσα από τη λύση των ενδοψυχικών συγκρούσεων.

Επίσης, η κοινωνική πολιτική για την αποκατάσταση εμπλέκεται έμμεσα στη διατήρηση της κλινικής σταθερότητας του ατόμου, ιδίως στις περιπτώσεις των τοποθετήσεων σε θέσεις μη σχετιζόμενες με το προηγούμενο γνωστικό αντικείμενο ή στην περίπτωση της απόλυσης από την επιδοτούμενη θέση και την απώλεια του δικαιώματος αυτού με βάση την πρόσφατη νομοθεσία. Η ανασφάλεια λόγω της έλευσης του τέλους του προγράμματος και ο κίνδυνος της ανεργίας είναι δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση υποτροπών. Ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής είναι υπαρκτός, ιδίως κατά την περίοδο της μετάβασης από το προστατευμένο εργασιακό περιβάλλον στην ελεύθερη αγορά εργασίας.

Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001:
Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη - Νέα Ελπίδα.
Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Σύμφωνα με το Ν. 2716/99 (Άρθρο 4) Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι:

Κέντρα Ψυχικής Υγείας
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία
Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία
Κινητές Μονάδες
Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών, Νομαρχιακών
Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων

Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
 Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας
 Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την Ψυχική Υγεία
 Ψυχιατρικά ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία
 Ιδιωτικές Κλινικές
 Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης
 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
 Ειδικά Κέντρα ή Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανεένταξης
 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

(<http://www.2dype.gr/2010-12-09-08-44-18/2011-02-21-16-15-20#8>)

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ Γ' ΠΕ.Σ.Υ.Π. ΑΤΤΙΚΗΣ (ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΤΖΑΝΕΙΟ" (το νοσοκομείο πρακτικής άσκησης)

Παρούσα κατάσταση	Ανάληψη δράσεων
Μελέτη ανάπτυξης Ολοκληρωμένου Παιδοψυχιατρικού Τμήματος δυναμικότητας 5 κλινών, στον 5ο όροφο της νέας πτέρυγας	Ολοκλήρωση πρότασης για την τροποποίηση του οργανισμού σχετικά με το προσωπικό στο Ολοκληρωμένο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα
Υπηρετούν 2 παιδοψυχίατροι, 1 ψυχολόγος και 1 κοινωνικός λειτουργός (απόσπαση)	Ολοκλήρωση πρότασης για τη διαμόρφωση Ολοκληρωμένο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα
Συνεργασία με ΤΕΨΥΠΕ 1ου και 2ου Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων για προτάσεις δημιουργίας Ιατροπαιδαγωγικού Τμήματος στον Πειραιά	
Κατάθεση πρότασης των ΤΕΨΥΠΕ προς επεξεργασία	
Μελέτη για αξιοποίηση διατηρητέων κτιρίων (Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, Κέντρο Ημέρας...)	

(<http://www.2dype.gr/2010-12-09-08-44-18/2011-02-21-16-15-20#8>)

Τύποι παρεμβάσεων	Ρωσία Ουκρανία Λευκορωσία	Ινδία	Μ.Βρετανία	ΗΠΑ/ Καναδάς	Ελβετία	Ιταλία	Ελλάδα	Κούβα
-------------------	---------------------------------	-------	------------	-----------------	---------	--------	--------	-------

Εργασία σε εργοστάσιο	+	-	±	-	-	±	-	+
Τοποθέτηση σε εργασία	+	+	+	-	-	+	±	-
Προστατευόμενα εργαστήρια	+	+	+	+	+	+	±	+
Κοινωνικές λέσχες	-	-	±	+	±	±	±	-
Προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματικού τύπου	-	-	+	+	-	-	+	-
Συνεργατικές	-	+	+	+	-	+	+	-
Οικοτροφεία/Ξενώνες	±	-	+	+	+	+	±	+

(Μαδιανός Γ. Μ., 2000) Τύποι παρεμβάσεων επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης σε διάφορες χώρες (1989) ± Οι υπηρεσίες καλύπτουν μικρότερο ποσοστό του 50%

Αποϊδρυματοποίηση ή Αποασυλοποίηση

Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα μετά από κατάλληλη προετοιμασία και τοποθέτησή τους στην κοινότητα.

1. Από την ιδρυματική Ψυχιατρική στην Κοινωνική Ψυχιατρική
2. Ιστορική ανασκόπηση
3. Ψυχιατρικά άσυλα
4. Εξέλιξη στην Ψυχιατρική θεραπεία και η συμβολή της στην μετεξέλιξη της Ψυχιατρικής

(<http://www.kepsyan.gr/articles.asp?id=63&root=45>)

Στην Encyclopedie Medicochirurgicale (έκδοση του 1991), ως «Αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματοποίηση» ορίζεται η:

1. Κατάργηση του ασύλου ως φορέα αναχρονιστικού και ακατάλληλου για τη φροντίδα των ψυχικά αρρώστων.
2. Παροχή φροντίδας εκτός ιδρύματος στο πλαίσιο της κοινότητας και
3. Προσπάθεια για αποτροπή νοσηλείας στα άσυλα

Η κλινική και θεραπευτική νοοτροπία που συμπυκνώνεται στον ορισμό αυτό μεταφράζεται με δύο βασικούς στόχους:

1. Κάποια στοιχειώδη ζωή μέσα στην κοινότητα για τους ασθενείς, σε περιβάλλον ασφαλές και εν μέρει προσαρμοσμένο στις δυσκολίες τους.
2. Αποδοχή από την κοινότητα της ύπαρξης των ψυχικά ασθενών ως τμήματος που ανήκει σε αυτή.

Στη χώρα μας η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του '80 με την είσοδό μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, και με αφορμή και μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας το Ψυχιατρείο της Λέρου. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση με τον Κανονισμό 815/1984. Μετά το τέλος του Κανονισμού 815 το 1995, η χρηματοδότηση και επομένως και η συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας, βασίζεται σε προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών, όπως τελικά σχεδιάστηκαν στο πρόγραμμα «Ψυχαργός», ένα ολοκληρωμένο δεκαετές σχέδιο που δόθηκε για πρώτη φορά το έτος 1997. Αναθεωρήθηκε το 2001, για χρονικό ορίζοντα δεκαετίας. Το σχέδιο «Ψυχαργός», τόσο το αρχικό όσο και το αναθεωρημένο περιγράφει 2 κατηγορίες δράσεων:

- Παρέμβαση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Ανάπτυξη δομών στην κοινότητα (Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης)

6.3 ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελούν:

Το Κέντρο Ημέρας, όπου παρέχονται υπηρεσίες και φροντίδα σε άτομα που έχουν ανάγκη να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσής τους καθώς και να αναπτυχθούν οι κοινωνικές τους δεξιότητες. Το πρόγραμμα δραστηριοτήτων του Κέντρου Ημέρας στοχεύει στην αυτοφροντίδα, στην κοινωνική συμμετοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και στην προετοιμασία αυτών για επαγγελματική δραστηριότητα. (Γκιωνάκης Ν. + Στυλιανίδης Σ., 2001).

Οι Ξενώνες

Οι ξενώνες με χωρητικότητα 15 ατόμων φιλοξενούν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, για θεραπεία και

ψυχοκοινωνική υποστήριξη και χωρίζονται σε βραχείας, μέσης, μακράς, διαμονής, ανάλογα με το χρονικό διάστημα που παραμένουν οι ασθενείς σε αυτούς. Κύριος στόχος του προγράμματος είναι η επίτευξη και λειτουργικότητας στη κοινότητα. Μαδιανός Γ. Μ., 2000)

Ειδικότερα στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειά τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την ζωή στην κοινότητα. Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον (Υ.Α. Α3α/οικ. 876) (<http://www.2dype.gr/2010-12-09-08-44-18/2011-02-21-16-15-20#8>)

Τα Οικοτροφεία και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα

Τα Οικοτροφεία και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα περιέχονται στις δομές των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Φιλοξενούν άτομα για διαβίωση, παρέχοντας υποστήριξη και σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Θεραπεία σε άτομα χαμηλού βαθμού αυτοδυναμίας. Είναι χωρητικότητας 25 ατόμων. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Τα άτομα που διαμένουν στο Οικοτροφείο είναι: Άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα, και άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές που έχουν ανάγκη στέγασης και υψηλής εποπτείας. Το Προστατευμένο Διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες, αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα δεν υπερβαίνει τα έξι. Τα Προστατευμένα Διαμερίσματα απευθύνονται σε άτομα που οι κοινωνικές τους δεξιότητες είναι αρκετά αυξημένες, στοχεύουν στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονομία και απώτερος στόχος τους είναι η πλήρως αυτόνομη διαβίωση των ατόμων.

Τα παραπάνω προγράμματα στοχεύουν κυρίως στην αποκατάσταση ατόμων που έχουν νοσηλευτεί σε κλινικές βραχείας ή μακράς περίθαλψης. Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση του κοινού είναι σημαντική για την επιτυχία των παραπάνω προγραμμάτων, για

την αντιμετώπιση του στίγματος και των άλλων διακρίσεων που βιώνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Για αυτό απαιτείται προσέγγιση της κοινότητας σε πολλά επίπεδα, με την οργάνωση εκστρατειών ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινότητας, με στόχο την κατάρρευση των μύθων που έχουν δημιουργηθεί γύρω από την ψυχική ασθένεια. (Μαδιανός Γ.Μ., 2000).

Η Ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητά στους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση" (Υ.Α. Α3α/οικ. 876). Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα (Ν. 2716/99, άρθρο 9)

Ψυχαργός

Σκοπός του προγράμματος είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η κοινωνική επανένταξη για άτομα που έζησαν πολλά χρόνια σε ψυχιατρικά άσυλα, με κύριο μέλημα την απαλλαγή της ιδρυματικής συμπεριφοράς, την διευκόλυνση των διαπροσωπικών σχέσεων και επικοινωνίας, την ανάληψη οργανωμένων ρόλων καθημερινής ζωής. Δίνεται έμφαση σε δραστηριότητες που αφορούν την ικανότητα οργάνωσης και διαχείρισης σπιτιού, αυτοφροντίδας, χρήσης διευκολύνσεων της κοινότητας, οργάνωσης ψυχαγωγίας και ελεύθερου χρόνου.

Απώτερος σκοπός του προγράμματος στους ξενώνες είναι ο εφοδιασμός των φιλοξενούμενων με τις απαραίτητες δεξιότητες που απαιτούνται για την ομαλή τους μετάβαση σε προστατευόμενα διαμερίσματα. Το προσωπικό αποτελείται από :ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια, νοσηλεύτες, τεχνικός, διοικητικός, βοηθητικό προσωπικό, γενικών καθηκόντων και εκπαιδευτριες (χειροτεχνίας, κεραμικής, κοπτικής-ραπτικής-κέντημα) (Χριστοδούλου Γ. Ν. + Τομαράς Ζλ. Δ. + Οικονόμου Μ. Π. , 2005)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Γ' Π.Ε.Σ.Υ.Π. / "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" 2001-2010

Δομές Ψυχικής Υγείας στο Γ' Π.Ε.Σ.Υ.Π.	2001 ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ	2010 ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	2	2
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά - Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		7
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων	2	3
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		4
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		4
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		4
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		4
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		3
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		6
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		6
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		3
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		3
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	1	11
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	2	14
Κινητές Μονάδες		1
Κέντρα Ημέρας	2	5
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	55	153
Ξενώνες	23	46
Οικοτροφεία	7	72
Προστατευμένα Διαμερίσματα	25	35
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής Επαγγελματικής Επανάταξης	15	19
Ολοκληρωμένα Κέντρα για Άτομα με διαταραχές Αυτιστικού Τύπου		3
Κέντρα Ημέρας		3
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		3
Ξενώνες / Οικοτροφεία		6
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		3
Κέντρα για την αντιμετώπιση της κρίσης		5

χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		5
Μονάδες υποστήριξης καρκινοπαθών		1
Κοινωνικοί συνεταιρισμοί - ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. Πρωτοβουλία των φορέων		3

Στοιχεία από: Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύχωσης και Παρακολούθησης Α΄φάσης "Ψυχαργός" του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (2001) Ψυχαργός 2001-2010 . Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας. Υπουργείο Υγείας- Πρόνοιας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ψυχιατρικός ασθενής και συγκεκριμένα ο ασθενής με παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια είναι ένα άτομο του οποίου οι σκέψεις και τα συναισθήματα δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Διακατέχεται από φόβο χωρίς πραγματική ύπαρξη αιτίας και δημιουργεί στο μυαλό του καταστάσεις και γεγονότα που τις περισσότερες φορές είναι λανθασμένα.

Είναι ένα άτομο για το οποίο η οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιατρική παρέμβαση στοχεύει στην θεραπεία της «ψυχής» του και όχι σε κάποιο οργανικό πρόβλημα. Εξαιτίας της ασθένειας του ο παρανοϊκός ασθενής οδηγείται πολλές φορές στην περιθωριοποίηση. Επομένως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να περιβάλλεται από συγγενείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι θα τον βοηθούν να μην αισθάνεται μόνος αλλά ασφαλής.

Ο ψυχικά ασθενής περιμένει βοήθεια από άτομα ψυχικά υγιέστερα για να τον βοηθήσουν να γίνει καλά έτσι ώστε να μπορεί να έχει μια φυσιολογική ζωή με την οικογένεια του, τους φίλους και την δουλειά του, όπως ήταν ίσως και πριν την εκδήλωση της ασθένειας.

Στον παρανοϊκό τύπο σχιζοφρένειας και γενικότερα για κάθε μορφή σχιζοφρένειας δεν υπάρχει διάκριση στην ηλικία, την εθνικότητα, την κοινωνική τάξη και το φύλο. Όλοι οι άνθρωποι έχουν πιθανότητα να νοσήσουν κάποια στιγμή στην ζωή τους. Είναι πολύ σημαντικό η διάγνωση της ασθένειας να γίνει όσο το δυνατόν γρηγορότερα για την καλύτερη πορεία εξέλιξης της νόσου.

Συνεπώς, η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στις πλέον σοβαρές και επικίνδυνες ασθένειες πλήττοντας σημαντικό αριθμό ατόμων στις σύγχρονες κοινωνίες. Με την πάροδο των ετών, η συνολική προσέγγιση έχει βελτιωθεί σημαντικά, σε σημείο που να έχουν αποσαφηνιστεί πολλά σημεία της νόσου. Παράλληλα, γίνονται περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες για να διαφωτιστούν αρκετά «σκοτεινά» στοιχεία αυτής της διαταραχής.

Σήμερα, η κυρίαρχη τάση στην Ψυχιατρική είναι η «Κοινωνική Ψυχιατρική». Δίνεται έμφαση στην, κατά το δυνατόν, εκτός θεραπευτηρίου περίθαλψη, με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, φαρμακευτική αγωγή και συμμετοχή της κοινότητας στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της. Ο θεσμός του κλειστού ψυχιατρείου – ασύλου σταδιακά εγκαταλείπεται, ενώ κερδίζει έδαφος η λειτουργία τοπικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας, έχοντας θεραπευτικό – Συμβουλευτικό σκοπό.

Παρά την απαισιόδοξη προοπτική που έχουν οι πιο πολλοί άνθρωποι σε ότι αφορά τους ψυχωτικούς και την «ανάρρωση» τους, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να βελτιώσουν τους όρους ζωής τους, και σημαντικό βήμα για αυτό είναι η ανάκτηση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, μέσω των οποίων μπορούν να εκφραστούν, να γίνουν και

πάλι ανεξάρτητοι. Είναι καθήκον όλων μας να απομακρύνουμε οποιεσδήποτε προκαταλήψεις και να συμβάλλουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών, στοιχείο που θα επιφέρει βελτίωση του γενικότερου κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζούμε και αλληλεπιδρούμε με τους συνανθρώπους μας.

Εκείνοι που αναλαμβάνουν την φροντίδα αρρώστων με σχιζοφρένεια πολλές φορές δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν σε σκέψεις και πράξεις των αρρώστων που είναι εμφανώς εκτός πραγματικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι ιδέες αυτές των ασθενών δεν είναι απλώς φαντασιώσεις τους αλλά στο νου τους μοιάζουν απόλυτα πραγματικές και σωστές.

Τα μέλη της οικογένειας αντί να προσπαθούν να πείσουν τον άρρωστο περί του αντιθέτου, προτιμότερο να του λένε ότι δεν βλέπουν τα πράγματα όπως τα βλέπει εκείνος και ότι δεν συμφωνούν με τα συμπεράσματα του, αλλά ταυτόχρονα να αναγνωρίζουν ότι σε αυτόν έτσι φαίνονται τα πράγματα.

Είναι αναγκαίο λοιπόν, να έχουμε συνεχή επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, να του παρέχουμε ηθική υποστήριξη αλλά και να του διδάσκουμε τους καλύτερους δυνατούς τρόπους για την αντιμετώπιση των αναγκών και των προβλημάτων του με την επανένταξη του στη κοινωνική ζωή, ακόμη χρειάζεται να ενημερώνουμε το περιβάλλον για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τον κίνδυνο μιας νέας υποτροπής και τις υπηρεσίες υγείας που μπορεί να χρησιμοποιήσει όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο .

Για την βελτίωση της κατάστασης των ψυχιατρικών ασθενών μπορεί να γίνει ανάπτυξη νέων Μονάδων και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας καθώς και ενίσχυση των ήδη υπάρχουσών ώστε να καλυφθούν οι βασικές ανάγκες όλου του πληθυσμού. Για αυτό, θα πρέπει να γίνει πλήρης αξιοποίηση των ελάχιστων κτιριακών υποδομών. Η εκπαίδευση του προσωπικού όλων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και ιδιαίτερα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού θα βοηθήσει στην κατάλληλη συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς με παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια.

Επίσης, θα πρέπει να γίνει οργάνωση Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως οικοτροφεία, ξενώνες, κινητές μονάδες και προγραμμάτων προστατευμένων διαμερισμάτων στα οποία θα δουλεύει προσωπικό το οποίο θα έχει συνεχιζόμενη εκπαίδευση και το οποίο θα μπορεί να παρέχει την καλύτερη ποιότητα φροντίδας στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Το προσωπικό αυτό, θα ελέγχεται με σκοπό την αξιολόγησή του και γενικότερα την

αξιολόγηση της δυναμικής της ομάδας σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχει και τα αποτελέσματα που έχει στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Ακόμα, θα πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα επικεντρωμένα στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στα οποία θα γίνονται κάποιες διαλέξεις στις οποίες θα εξηγούνται στους ασθενείς τρόποι και παραδείγματα έτσι ώστε να καταπολεμήσουν όσο είναι δυνατόν την ψυχική τους ασθένεια. Οι υπηρεσίες υγείας επίσης, θα πρέπει να στραφούν στην προαγωγή και στην πρόληψη της ψυχικής υγείας.

Σε όλα αυτά όμως θα πρέπει να γίνει συναίνεση των φορέων του δημοσίου και του κοινωνικού τομέα για συνεργασία με σκοπό την αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών των ψυχιατρικών ασθενών. Θα πρέπει επίσης, να ευαισθητοποιηθεί ο πληθυσμός και να καταπολεμηθεί το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, με την ανάπτυξη δραστηριοτήτων αγωγής υγείας της κοινότητας. Για την σωστή λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών θα πρέπει να γίνεται σωστή εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού που εξυπηρετείται από το υπάρχον σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Επίσης, εκτός από τις κοινότητες, στην διαδικασία λήψης αποφάσεων για τις πολιτικές και τις υπηρεσίες που ακολουθούνται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες θα πρέπει να συμβάλλουν και οι οικογένειες των ασθενών οι οποίοι γνωρίζουν καλύτερα τους ασθενείς σχετικά με το πώς αντιδρούν και με το πώς θα πρέπει να συμπεριφέρονται σε κάποιες περιπτώσεις. Τέλος, από τους φορείς θα πρέπει να δημιουργηθούν κατάλληλοι πόροι έτσι ώστε να υπάρξει αποτελεσματικότερη βοήθεια σε πάσχοντες και στις οικογένειες μέσα στην κοινότητα.

Εάν υλοποιηθούν οι προτάσεις αυτές, στο μέγιστο βαθμό που επιτρέπεται, τότε θα συμβάλλουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχιατρικών ασθενών αλλά θα υπάρξει και βελτίωση στην κοινωνία για την καλύτερη λειτουργία και την καλύτερη απόδοση στο έργο που επιτελούμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βαρβόγλη Λ., Ερευνώντας τους λαβύρινθους του εγκεφάλου, εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα, 2000, 438-454, 467-468.
2. Βαρτζόπουλος Γ., Ψυχιατρική και Ψυχοθεραπεία, εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα, 2005, 223-233.
3. Γ. Δ. Γαρύφαλλος, Περιοδικό Psychiatriki, Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή: Μια αμφισβητούμενη διαγνωστική κατηγορία, τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, Τόμος 19, Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2008, 205-212.
4. Γεωργαράς Α., Συνοπτική Ψυχιατρική, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 125, 136-142.
5. Γιαννοπούλου Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική, ΤΑΘΙΒΑ, Αθήνα, 2004, 323-413.
6. Γκιωνάκης Ν., Στυλιανίδης Σ., Οδηγός Ψυχικής Υγείας – από την προκατάληψη στην συμβίωση, Αθήνα, 2001, 18, 66-72.
7. Δαρδανός Γ., Κοινωνιολογία Της Ψυχικής Υγείας Και Ασθένειας, Αθήνα, 2004, 84-85, 149-151, 314-315.
8. Ευθυμίου Ε., Μαυροειδή Α., Παυλάτου Ε. και Καλατζή-Αζίδη, Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας, εκδόσεις (Ελληνικά Γράμματα), Αθήνα, 2006, 40-51.
9. Κονταξάκης Π. Β., Κόλλιας Θ. Κ. και Χαβάκη – Κονταξάκη Ι. Μ., Πρώιμες Ψυχωσικές Εκδηλώσεις. Σημεία, Συμπτώματα και Παρεμβάσεις, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2008, 67-68.
10. Κοτρώτσου Ε., Ψυχιατρική νοσηλευτική, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 2009, 132-148
11. Κυριακίδου Θ. Ε., Κοινωνική Νοσηλευτική, εκδόσεις ΤΑΘΙΒΑ, Αθήνα, 2007, 347-353.
12. Μάνου Ν., Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2000, 799-824.
13. Μαδιανός Γ. Μ., Κλινική Ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2006, 186-224.

14. Μαδιανός Γ. Μ., Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005, 35-41, 223-229.
15. Μαδιανός Γ. Μ., Εισαγωγή Στην Κοινωνική Ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα, 2000, 31, 228-230, 462-487.
16. Μαδιανός Γ. Μ., Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχικής Υγιεινής, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000, 133-135, 154-158.
17. Μαδιανός Γ. Μ., Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, εκδόσεις (Ελληνικά Γράμματα), Αθήνα, 2000, 22-27, 55-57, 236-238.
18. Μονάχου Μ., Τετράδια Ψυχιατρικής, Διαθεσιμότητα για θεραπευτική σχέση αντί για περιοριστικά μέτρα. Ο ρόλος των νοσηλευτών, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της επιστημονικής ένωσης του ΨΝΑ, Νο 103, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2008, Αθήνα, 65-69.
19. Παπαγεωργίου Α., Μητσάκη Ε., Τζιάλας Β., Τετράδια Ψυχιατρικής, Η οικογένεια υπό το βλέμμα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην κοινότητα, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της επιστημονικής ένωσης του ΨΝΑ, Νο 103, Ιανουάριος – Μάρτιος 2008, Αθήνα, 38-41.
20. Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., Κοινωνική – Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2005, 111-122.
21. Παπαγεωργίου Ε. Γ., Ψυχιατρική, εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα, 2004, 181-125.
22. Παπαγεωργίου Ε. Γ., Ψυχιατρική, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000, 233-234.
23. Παπαδόπουλος Δ., Τετράδια Ψυχιατρικής, Οι δραστηριότητες κοινωνικοποίησης των χρόνιων ψυχικά ασθενών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Ένα μοντέλο πρόληψης, εκπαίδευσης και διαχείρισης δύσκολων συμπεριφορών, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της επιστημονικής ένωσης του ΨΝΑ, Ιανουάριος – Μάρτιος 2008, Αθήνα, Νο 101, 23-29.
24. Ραγιά Χ. Α., Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, 7^η βελτιωμένη έκδοση, Αθήνα, 2009, 240-262, 268-269.
25. Σολδάτος Κ. και Λύκουρας Λ., Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006, 244-292.
26. Σολδάτος Κ., Συμπόσια 6, Ψυχώσεις: Διάγνωση και Αντιμετώπιση, Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα, 2001, 68-108.

27. Τζαβάρας Ν., Βαρτζόπουλος Γ. και Στυλιανίδης Στ., Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Της Σχιζοφρένειας, εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα, 2008, 27-29.
28. Χριστοδούλου Γ. Ν. και συνεργάτες, Ψυχιατρική, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000, 244-253, 282-283.
29. Χριστοδούλου Γ. Ν., Κονταξάκης Β. Π. και Οικονόμου Μ. Π., Προληπτική Ψυχιατρική, Αθήνα, 2000, 25-29.
30. Χριστοδούλου Γ. Ν., Τομαράς Βλ. Δ. και Οικονόμου Μ.Π., Από Το Ψυχιατρείο Στην Κοινότητα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2002, 23-24, 51-55, 170-173, 175-178.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 31.Cockerhan W. C., Sociology of Mental Disorder, Prentice Hall, London, 2000, 42-46.
- 32.Faden B., Behavioral Science, Williams and Wilkins, NY, 2000, 81-82.
- 33.Oakley L. D., Potter C., Psychiatric Primary Care, Mosby, NY, 2001, 81-82.
- 34.Tamsan A., Kay J. A., Psychiatric, Sanders company, NY, 2001, 161-162.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 35.<http://www.psyche.gr/psychosis.htm>
- 36.<http://www.2dype.gr/2010-12-09-08-44-18/2011-02-21-16-15-20#8>
- 37.<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%87%CE%B9%CE%CE%BF%CF%86%CF%81%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1#CE.93.CE.B5.CE.BD.CE.B5.CF.84.CE.B9.CE.BA.CE.AE>
- 38.<http://emedicine.medscape.com/article/288259-overview#a0104>
- 39.<http://www.psyche.gr/psychosis.htm>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πώς να βοηθήσεις ένα μέλος της οικογένειάς σου:

- Φρόντισε να επικοινωνείς μαζί του με ευγένεια, σεβασμό, καλοσύνη, τρυφερότητα και αγάπη ώστε να κερδίζεις την εμπιστοσύνη του.
- Μπες στη θέση του, στο δικό του τρόπο σκέψης και στο βαθμό που μπορείς δεξ τον κόσμο με τα δικά του μάτια.
- Συνειδητοποίησε ότι ο ψυχισμός του μοιάζει με ένα διασκορπισμένο πάζλ το οποίο χρειάζεται ανασύνθεση. Δεν χρειάζεται να αναλάβεις βέβαια εσύ αυτή την εργασία αλλά ο ειδικός ψυχικής υγείας. Απλά δείξε κατανόηση και υπομονή.
- Συνειδητοποίησε ότι έχεις να κάνεις με ένα πολύ ευαίσθητο και ευάλωτο άτομο.

Αν δείξεις ειλικρινές ενδιαφέρον, άνευ όρων σεβασμό και αγάπη το άτομο που πάσχει από ψύχωση θα σου ανοίξει την καρδιά του.

Συνειδητοποίησε ότι είναι φυσικό το άτομο που πάσχει να χρειάζεται:

- Περισσότερες ώρες ύπνου.
- Ησυχία στο χώρο του.
- Χώρο και χρόνο να μένει μόνο του για να ησυχάζει.
- Κλειστή τηλεόραση, ράδιο και υπολογιστή.
- Να μην υπάρχουν γύρω του εφημερίδες και περιοδικά.
- Χαμηλό φωτισμό στο δωμάτιό του.
- Υποστήριξη σε πρακτικά θέματα της καθημερινότητας.
- Υγιεινή προσεγμένη διατροφή.
- Σεβασμό στους ρυθμούς του διότι είναι φυσικό να λειτουργεί χωρίς σβελτάδα.

- Μην κάνεις συνεχώς παρατηρήσεις και παραινήσεις. Μην του δίνεις συνεχώς συμβουλές.
- Χαμήλωσε τον πήχη των απαιτήσεων, ενίσχυσέ τον σε κάθε ευκαιρία και μην απογοητεύεσαι.
- Αν θέλεις να τον πείσεις να επισκεφθεί το γιατρό μίλησέ του στη δική του γλώσσα: «Χρειάζεσαι έναν άνθρωπο για να σε στηρίξει και να σε βοηθήσει να αντιμετωπίσεις αυτούς που σε απειλούν ή που θα σε βοηθήσει να απαλλαγείς από τις αρνητικές ενέργειες που σε εξουθενώνουν»

- Αν θέλεις να τον πείσεις να πάρει τα φάρμακα πες του «Τα χάπια είναι ένα μέσον για γίνεις πιο δυνατός και να απαλλαγείς από τις ενοχλήσεις που αισθάνεσαι»
- Μείωσε τις επισκέψεις ξένων στο σπίτι και μην συζητάς ή ψιθυρίζεις σε κάποια άτομα με κλειστές τις πόρτες για να μην του δίνεις αφορμές να υποψιάζεται ότι «κάτι παίζεται γύρω του».
- Άκουσε με προσοχή και σεβασμό αυτό που έχει να σου πει ακόμη και αν σου φαίνεται παράξενο ή ανόητο.
- Ζήτησέ του, αν θέλει, να σου διαβάσει ένα ευχάριστο, απλό και ουδέτερου περιεχομένου βιβλίο.
- Εξήγησέ του με ηρεμία και υπομονή ότι πρέπει να παίρνει τα φάρμακα για να ησυχάζει και να κοιμάται καλύτερα.
- Στήριξέ τον όπως θα στήριζες και κάποιον φίλο σου που αντιμετωπίζει ένα οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα.
- Μην ξεχνάς ότι είναι φυσικό να φέρεται σαν μικρό παιδί.
- Μην δείχνεις ότι τον λυπάσαι.
- Εξήγησε με απλά λόγια στο εργασιακό του περιβάλλον ή το σχολείο ή σε φίλους τι περίπου συμβαίνει ώστε να βοηθήσουν έμπρακτα αν έχουν τη δυνατότητα.
- Πρότεινέ του να κάνετε μαζί μια ευχάριστη δραστηριότητα: Περιπάτημα, ψώνια, μπάλα, παρακολούθηση παιδικής ταινίας κινουμένων σχεδίων κλπ.
- Δείξε κατανόηση. Μην απαιτείς να συμπεριφέρεται όπως θα ήθελες ή όπως θα έπρεπε.
- Να είσαι ενήμερος για τα φάρμακα, τις πιθανές παρενέργειες, τα ραντεβού με τους ειδικούς κλπ.
- Προστάτεψε τον εαυτό σου ώστε να έχεις αντοχές και δυνάμεις. Αναζήτησε βοήθεια και στήριξη ο ίδιος ώστε να μην επιβαρύνεις με τα δικά σου προβλήματα τον ασθενή και τα άλλα μέλη της οικογένειά σου.
- Απόφευγε να εκφράζεις μπροστά του έντονα συναισθήματα όπως θλίψη, χαρά, απογοήτευση ή ενθουσιασμό.
- Μην θυμώνεις όταν εκφράζει επιθετικότητα, όταν σε απορρίπτει ή σε προσβάλλει.
- Άκουσέ τον με προσοχή. Ενθάρρυνε τον διάλογο και βοήθησέ τον να εκφράσει τις απορίες και τους φόβους του. Δείξε του ότι ενδιαφέρεσαι πολύ για ότι σου λέει. Δεν είναι κακό να διαφωνείς όμως δείξε ότι παίρνεις στα σοβαρά αυτά που λέει και αισθάνεται.

- Πρότεινέ του να κρατά ένα ημερολόγιο με προσωπικές σκέψεις και αισθήματα το οποίο θα παραμένει απόρρητο.
- Να μην υποκρίνεσαι όταν επικοινωνείς μαζί του.
- Συζήτησε με τους ειδικούς σχετικά με όσα νομίζεις ότι θα μπορούσαν να βοηθήσουν την θεραπευτική του πορεία.
- Μην τον πιέζεις να βελτιωθεί γρήγορα. Ενθάρρυνε τον να αναλάβει πρωτοβουλίες.
- Βοήθησέ τον ώστε να μην νιώθει αποτυχημένος ή λιγότερο ικανός από τους άλλους ανθρώπους.
- Συνειδητοποίησε ότι χρειάζεται χρόνο να αναρρώσει όπως θα χρειαζόταν χρόνο και μετά από κάποια σωματική ασθένεια.
- Να έχεις στο νου σου ότι οι αρνητικές συμπεριφορές του οφείλονται στην ασθένεια και όχι στον ίδιο.
- Κράτα την ψυχραιμία σου όταν επικοινωνείς μαζί του.
- Οι συνομιλίες να είναι απλές και σύντομες. Μην προσπαθείς να τον πείσεις με πληθώρα επιχειρημάτων.
- Είναι δύσκολο να συμβιώνεις με κάποιον που αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα και είναι αναπόφευκτο ο ίδιος να νιώθει φόβο απογοήτευση, θυμό, θλίψη κλπ. Δέξου όσο πιο ήρεμα γίνεται τα αρνητικά σου συναισθήματα.
- Να κάνεις υπομονή και να έχεις σταθερή ελπίδα ότι θα το ξεπεράσει.
(<http://www.psychе.gr/psychosis.htm>)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΜΥΘΟΣ: τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διπλή προσωπικότητα ή διχασμένη προσωπικότητα.

ΑΛΗΘΕΙΑ: τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια τίποτα από αυτά τα 2 χαρακτηριστικά.

Αυτό λέγεται συχνά για αυτά τα άτομα γιατί παρατηρείται αντιφατική συμπεριφορά και αναντιστοιχία ανάμεσα σε αυτό που λένε και σε αυτό που εκφράζουν. Η σύγχυση επίσης πηγάζει από το γεγονός ότι η λέξη σχιζοφρένεια στα ελληνικά σημαίνει «διχασμένος νους». Η «κοινή» χρήση της λέξης «σχιζοφρένεια», που στην καθομιλουμένη χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα κράμα αλληλοσυγκρουόμενων καταστάσεων, στην πραγματικότητα απέχει πολύ από την ορθή ψυχιατρική χρήση του όρου.

ΜΥΘΟΣ: η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

ΑΛΗΘΕΙΑ: η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

Παρόλα αυτά, σε πολλά μέρη του κόσμου αρκετοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η νόσος αυτή προκαλείται από τις ενέργειες κακών πνευμάτων ή την εξάσκηση μαγείας. Οι μύθοι για την σχιζοφρένεια δεν σταματούν όμως εδώ. Είναι σημαντικό λοιπόν να γνωρίζουμε ότι: Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κατάρες ή κακό μάτι. Η σχιζοφρένεια δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας.

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια μορφή δαιμονισμού ή δαιμονικής κατοχής. Οι ποικίλες παραδοσιακές πεποιθήσεις για τη φύση και τα αίτια της ψυχικής διαταραχής μπορεί πολλές φορές να οδηγήσουν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και τις οικογένειές τους στην αναζήτηση βοήθεια από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών έξω από τον ιατρικό και επιστημονικό χώρο, που συνήθως είναι ακατάλληλοι για την παροχή της ενδεδειγμένης θεραπείας.

ΜΥΘΟΣ: για την σχιζοφρένεια ευθύνονται οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον

ΑΛΗΘΕΙΑ: η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ανάπτυξη της ασθένειας αυτής.

Δεν υπάρχουν αποδείξεις που να συνηγορούν στο ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή διατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια ενώ, αντίθετα, υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που πιστοποιούν επαρκώς τα βιολογικά αίτια της νόσου

ΜΥΘΟΣ: η σχιζοφρένεια είναι νόσος μεταδοτική

ΑΛΗΘΕΙΑ: η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική

Παρόλα αυτά η πεποίθηση ότι η σχιζοφρένεια είναι μεταδοτική είναι διαδεδομένη και αποτελεί τη βάση για πολλές διακρίσεις έναντι των ασθενών. Ο φόβος της μετάδοσης έχει ως αποτέλεσμα να αποφεύγουν οι άνθρωποι τις κοινωνικές επαφές και σχέσεις με όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια, αποκλείοντας τους από το να ζουν ή να εργάζονται κοντά τους. Αυτή η αντίληψη μπορεί να οδηγήσει στον στιγματισμό των μελών της οικογένειας, των επαγγελματιών υγείας, των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών.

ΜΥΘΟΣ: τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική στέρηση.

ΑΛΗΘΕΙΑ: σχιζοφρένεια και νοητική στέρηση διαφέρουν μεταξύ τους.

Αν και πολλές φορές τα άτομα με σχιζοφρένεια συγχέονται με αυτά που παρουσιάζουν νοητική στέρηση, οι 2 καταστάσεις είναι εντελώς διαφορετικές. Αυτό μπορεί να γίνει σαφές συγκρίνοντας τις ηλικίες έναρξης των 2 αυτών διαταραχών. Η νοητική στέρηση εμφανίζεται συνήθως στην αρχή της παιδικής ηλικίας ενώ, στις περισσότερες περιπτώσεις, η έναρξη της σχιζοφρένειας τοποθετείται στην εφηβεία και στην αρχή της ενήλικης ζωής ή και ακόμη αργότερα. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα ανεξαρτήτως νοητικού επιπέδου.

ΜΥΘΟΣ: τα άτομα που εμφανίζουν σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

ΑΛΗΘΕΙΑ: τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.

Η πραγματικότητα για τη σχέση βίας και σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Από διάφορες έρευνες που έχουν γίνει έχουν προκύψει τα εξής συμπεράσματα:

- Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους «υγιείς». Συνήθως, στα πρώτα θύματά τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως πολιτικοί ή δικαστές. Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι να υπάρχει πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και

γενικότερης θεραπείας και υποστήριξης καθώς και η παράλληλη μείωση του στίγματος και της κοινωνικής εγκατάλειψης.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ , ΑΡΚΕΙ ΝΑ:

- αναγνωρισθεί έγκαιρα.
- ο ασθενής να λαμβάνει τα φάρμακά του και να έχει ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη.
- το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον να απομυθοποιήσει την αρρώστια και να αποδεχτεί τον ασθενή ως άνθρωπο που έχει ανάγκη από συμπαράσταση και βοήθεια.

Το στερεότυπο του επικίνδυνου ψυχικά ασθενή που έχει μια σοβαρή ψυχικά πάθηση κι αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους εγείρεται και τους τρομοκρατεί περισσότερο από τι ίδιο το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Καταρρακώνει την αυτοεκτίμησή τους, τους κάνει να ντρέπονται και να νιώθουν καταδικασμένοι, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα και το είδος των προβλημάτων τους ακόμα και αν αυτά αποτελούν μια προσαρμογή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΣΤΙΓΜΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τα περισσότερα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν να αντιμετωπίσουν μια διπλή δοκιμασία: από την μια πλευρά, δίνουν άنيση μάχη με τα συμπτώματα και τις μειονεξίες που απορρέουν από την νόσο και από την άλλη δοκιμάζονται καθημερινά λόγω των διακρίσεων που προέρχονται από τους μύθους, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις γύρω από τις ψυχικές ασθένειες. Έτσι, τα άτομα με ψυχικές παθήσεις στερούνται τις ευκαιρίες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής: έναν ικανό αριθμό φίλων, μια καλή δουλειά, ασφαλή στέγη, ικανοποιητική ιατρική φροντίδα, ισότιμα δικαιώματα ως πολίτες και πλήρη κοινωνική ενσωμάτωση.

Στίγμα είναι ένα σημάδι, το αποτύπωμα που βάζουμε σε κάποιον για να ξεχωρίζει. Το στίγμα και η διαδικασία του στιγματισμού αποτελούνται από 2 θεμελιώδη στοιχεία: την αναγνώριση του «σημαδιού» της διαφορετικότητας και την ακολουθούμενη «μείωση» του ατόμου. Στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι η αρνητική κοινωνική αντίδραση απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Στίγμα σημαίνει ότι το ευρύ κοινό αλλά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για το άτομο με ψυχική νόσο και να συμπεριφέρονται ανάλογα. Για παράδειγμα, γειτονιές εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων για ψυχικά ασθενείς ,επειδή οι κάτοικοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι.

Αντίστοιχα, εξαιτίας του μύθου ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν μπορούν να εργαστούν, οι εργοδότες αρνούνται να τα προσλάβουν στις επιχειρήσεις τους. Ακόμα πιο λίγοι είναι φυσικά οι άνθρωποι που θα ήθελαν να συνδέσουν τη ζωή τους με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια. Το στίγμα είναι ένα από τα κύρια εμπόδια για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της ψυχικής ασθένειας και συχνά οδηγεί σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν τα προβλήματα των ασθενών. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαθέσιμες θεραπείες, οι μύθοι που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια προκαλούν ντροπή και φόβο στους πάσχοντες και τις οικογένειές τους , με αποτέλεσμα να μην αναζητούν την θεραπεία που χρειάζονται. Ακόμη όμως και όταν αναζητούν θεραπεία, η έκβαση και η πορεία της νόσου είναι κακή λόγω του στίγματος.

Το στίγμα της ψυχικής νόσου δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που νοσεί, αλλά και οτιδήποτε ή οποιονδήποτε σχετίζεται με τον ασθενή, την νόσο και την θεραπευτική αγωγή, όπως τα μέλη της οικογένειας, τους συγγενείς ,τους φίλους που φροντίζουν τον ασθενή, τους

επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά και τις άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες. Δυστυχώς , ακόμη και οι ίδιοι οι πάσχοντες αποδέχονται τα στερεότυπα που αναφέρονται στην κατάστασή τους και αυτοστιγματίζονται. «Επισκέπτομαι συχνά το χωριό μου, σπάνια όμως πηγαίνω στο καφενείο της πλατείας, γιατί εκεί μαζεύονται όλοι οι συγχωριανοί μου και όταν με βλέπουν, λένε ‘να ο τρελός ‘. Ακόμα όμως και τις ελάχιστες φορές που πηγαίνω, δεν κάθομαι μέσα μαζί τους, αλλά μέσα μόνος μου». (Γιώργος, 35 ετών, ιδιωτικός υπάλληλος, υποστηριζόμενος από πρόγραμμα αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Έχει σχιζοφρένεια.)

Το στίγμα είναι παγκόσμιο φαινόμενο, όσον αφορά τις ψυχικές νόσους. Η ανάπτυξη δράσεων που θα σπάσουν το φαύλο κύκλο του στίγματος και θα αφυπνίσουν την κοινή γνώμη είναι επιτακτική. Μία από αυτές τις δράσεις είναι η ανάπτυξη σε πολλές χώρες, ανάμεσα σε αυτές και η Ελλάδα, του Διεθνούς Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν την σχιζοφρένεια. «το στίγμα είναι μια σφραγίδα και όταν σφραγίζεις, σημαδεύεις ανεξίτηλα. Περιμένω να έρθει εκείνη η μέρα που η ψυχική ασθένεια θα αντιμετωπίζεται από όλους σαν μια οποιαδήποτε άλλη ασθένεια. Ελπίζω αυτή η μέρα να έρθει σύντομα».(Αντωνία, 42 ετών, μεταφράστρια. Πάσχει από ψύχωση).

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΠΨΕ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Το γεγονός ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή είναι ένα από τα κυριότερα εμπόδια για την βελτίωση της φροντίδας και της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από ψυχική ασθένεια αναγνωρίζεται πλέον παγκόσμια. Ειδικά για την σχιζοφρένεια, που θεωρείται η πιο σοβαρή και μυστηριώδης, το στίγμα εκφράζεται με συμπεριφορές έντονων διακρίσεων σε βάρος του ασθενή, που έχουν ως αποτέλεσμα την απόρριψη, την περιθωριοποίηση και την κοινωνική του απομόνωση, την πλημμελή θεραπευτική του αντιμετώπιση ή τον εγκλεισμό του σε ιδρύματα και εν τέλει τον κοινωνικό του εξοβελισμό.

Για τον λόγο αυτό, το 1996 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ) ξεκίνησε ένα πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια, με βασικούς στόχους:

- Την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης.

- Την βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού.
- Την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και διακρίσεων.
- Την πρωτοβουλία, το σχεδιασμό και στη συνέχεια την καθοδήγηση του όλου προγράμματος είχε μια τετραμελής διεθνής επιτροπή, αποτελούμενη από τον καθηγητή και πρόεδρο της ΠΨΕ Κώστα Στεφανή, τον καθηγητή Narendra Wig, τον καθηγητή J.J Lopez-Ibor και τον καθηγητή Norman Sartorius ως πρόεδρο της επιτροπής.

Αυτή η επιτροπή διαμόρφωσε ένα πλαίσιο φράσεων και ενεργειών και δημιούργησε ομάδες εργασίας με 76 επιστήμονες από όλο τον κόσμο, οι οποίοι κατήρτισαν το ενημερωτικό υλικό και σε συνεργασία με ειδικούς φορείς χάραξαν την επικοινωνιακή στρατηγική του προγράμματος. Αρχικά, επελέγησαν ως χώρες πιλοτικής εφαρμογής ο Καναδάς, η Αυστρία και η Ισπανία. Στην επόμενη ζώνη των χωρών, έπειτα από αιτιολογημένη και λεπτομερή αίτησή μας, επελέγη ως χώρα πιλοτικής εφαρμογής και η Ελλάδα.

Η επιλογή της χώρας μας σε αυτή την προσπάθεια ήταν πού σημαντική, γιατί μας δόθηκε η ευκαιρία να ανασύρουμε στην επιφάνεια ένα θέμα που μέχρι τώρα καλυπτόταν και στη δική μας κοινωνία από ένα πέπλο μυστηρίου, ενδεδυμένο με πολλούς, μύθους, προκαταλήψεις και δοξασίες. Παράλληλα, ήταν μια μοναδική ευκαιρία να αξιοποιήσουμε τη διεθνή εμπειρία, να την προσαρμόσουμε στην ελληνική πραγματικότητα και να οργανώσουμε τη δική μας εκστρατεία για την καταπολέμηση του στίγματος.

Η ΠΨΕ ανέθεσε λοιπόν στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας. Στα πρώτα βήματα του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της σχιζοφρένειας οργανώθηκε μια πανελλαδική έρευνα της γνώσης και των στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικά από σχιζοφρένεια.

Η έρευνα αποκάλυψε ενδιαφέροντα στοιχεία για την ελληνική πραγματικότητα, από τα οποία ως πλέον σημαντικά θεωρούνται τα παρακάτω: το κοινό αναφέρεται στις σοβαρές ψυχικές ασθένειες κυρίως με όρους που χρησιμοποιεί στην καθημερινότητα όπως «τρέλα» και «ψυχοπάθεια». Η πλειοψηφία (65,8%) αναφέρει ότι δεν έχει ακούσει ή πληροφορηθεί κάτι σχετικό με την σχιζοφρένεια. Από αυτούς που έχουν κάποιες στοιχειώδεις γνώσεις επί

του θέματος. Ως βασική πηγή πληροφόρησης αναφέρεται η τηλεόραση, στην οποία όμως κυριαρχούν αρνητικές περιγραφές, που συνδέουν την νόσο με βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά.

