

Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
**<<ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΑΒΑΣΗ>>**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΜΠΟΥΡΑ ΓΚΟΛΦΩ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2014

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο.....	7
1.1 Ορισμός Σχιζοφρένειας .....	7
1.2 Ιστορική ανασκόπηση του όρου σχιζοφρένεια .....	8
1.3 Συχνότητα .....	11
1.4 Επιδημιολογία.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο.....	17
2.1 Αιτιολογία .....	17
2.2 Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR .....	19
2.3 Τύποι Σχιζοφρένειας.....	21
2.4 Διαφορική διάγνωση .....	24
2.5 Κλινικές εκδηλώσεις .....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο.....	32
3.1 Πορεία της νόσου .....	32
3.2 Πρόληψη .....	32
3.2.1 Πρωτοβάθμια .....	32
3.2.2 Δευτεροβάθμια.....	35
3.2.3 Τριτοβάθμια.....	36
3.3 Πρόγνωση .....	37
3.4 Θεραπεία .....	38
3.5 Νέες θεραπευτικές εξελίξεις στη σχιζοφρένεια.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο.....	45
4.1 Γενικές Αρχές Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	45
4.2 Νοσηλευτική εκτίμηση ασθενούς .....	46
4.3 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις .....	48
4.4 Νοσηλευτικές ευθύνες φαρμακοθεραπείας.....	58
4.5 Σχεδιασμός – Αξιολόγηση νοσηλευτικών ενεργειών .....	60
4.6 Εφαρμογή νοσηλευτικών ενεργειών .....	61
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, με τίτλο «*Σχιζοφρένεια: ο ρόλος του νοσηλευτή*», απαρτίζεται από τέσσερα (4) κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ορισμός της σχιζοφρένειας, η ιστορική ανασκόπηση του όρου, η συχνότητα καθώς και η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά τη αιτιολογία της νόσου, τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV, τους τύπου σχιζοφρένειας, τη διαφορική διάγνωση, καθώς και τις κλινικές εκδηλώσεις. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται η πορεία της νόσου, η πρόληψη, η πρόγνωση καθώς και η θεραπεία της νόσου. Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά τις γενικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας, την νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς, τις νοσηλευτικές ευθύνες φαρμακοθεραπείας, ο σχεδιασμός – αξιολόγηση των νοσηλευτικών ενεργειών, καθώς και η εφαρμογή τους. Τέλος παρατίθενται συμπεράσματα.

## ABSTRACT

This thesis, entitled "*Schizophrenia: the role of the nurse*", consisting of four (4) sections. The first chapter presents the definition of schizophrenia, the historical background of the term, the incidence and epidemiology of schizophrenia. The second chapter covers the etiology of the disease, diagnostic criteria according to DSM-IV, the type of schizophrenia, differential diagnosis, and clinical manifestations. The third chapter describes the course of the disease, prevention, prognosis and treatment of disease. The fourth chapter deals with the general principles of nursing care, nursing assessment of the patient, the nursing responsibilities medication, the design - evaluation of nursing actions and their implementation. Finally, we present conclusions.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση, η παραμόρφωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα. Σημαντικό στοιχείο είναι η απουσία ελέγχου της πραγματικότητας.

Η νόσος προκαλεί τη λανθασμένη ερμηνεία των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και των σκέψεων του ίδιου του πάσχοντος με αποτέλεσμα τα συμπεράσματα του για την εξωτερική πραγματικότητα να είναι μη πραγματικά ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχουν αποδείξεις για το αντίθετο.

Η σχιζοφρένεια θεωρείται σήμερα ως ένα από τα σοβαρότερα ψυχικά νοσήματα. Παρότι ο όρος «σχιζοφρένεια» χρησιμοποιείται μόνο από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η διαταραχή είναι γνωστή εδώ και πολλούς αιώνες σε όλους τους τύπους της κοινωνίας.

Όταν σε ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα, τότε θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος «Ψυχωτικός» σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας παρουσιάζεται ο ορισμός της σχιζοφρένειας σύμφωνα με τη σύγχρονη αρθρογραφία, η ιστορική ανασκόπηση του όρου, η συχνότητα καθώς και η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η αιτιολογία της νόσου, τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR, οι τύποι της σχιζοφρένειας, η διαφορική διάγνωση της νόσου, καθώς και οι κλινικές της εκδηλώσεις.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι γενικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας, η νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς, οι νοσηλευτικές ευθύνες φαρμακοθεραπείας, ο σχεδιασμός – αξιολόγηση των νοσηλευτικών ενεργειών καθώς και η εφαρμογή τους. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται η πορεία της νόσου, η πρόληψη, η πρόγνωση καθώς και η θεραπεία της σχιζοφρένειας. Τέλος, αναλύονται οι νέες θεραπευτικές εξελίξεις στη σχιζοφρένεια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### 1.1 Ορισμός Σχιζοφρένειας

Ο όρος «σχιζοφρένεια» αφορά μια ομάδα ψυχικών παθήσεων που παρουσιάζουν ένα κοινό και παράλληλα ουσιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση, δηλαδή την αποδιοργάνωση διάφορων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως για παράδειγμα της βούλησης, της σκέψης, του συναισθήματος, κ.α. (McGuffin P., 2004). Πιο συγκεκριμένα, η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ψυχική διαταραχή με έναρξη κυρίως κατά την ενηλικίωση και με ποικιλία συμπτωμάτων, τα οποία διακρίνονται σε θετικά (ή παραγωγικά) και σε αρνητικά. (Bhugra D., 2006).

Η έναρξη της νόσου μπορεί να συνοδεύεται από μια αισθητή πτώση στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες με ταυτόχρονη εκδήλωση των συμπτωμάτων, όπως οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, η ανηδονία αλλά και οι γενικότερες διαταραχές γλώσσας και σκέψης. Η σχιζοφρένεια συνδέεται κυρίως με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών στους ασθενείς. (Kaplan, & Sadoes, 2004).

Βάσει των Pedinielli et al., η σχιζοφρένεια αφορά μια βαριά ψυχωτική διαταραχή, της οποίας δεν έχει αναγνωριστεί μια συγκεκριμένη αιτία. Θεωρείται σαν ένα σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση, η παραμόρφωση της πραγματικότητας -ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας- παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα. Σημαντικό στοιχείο είναι η απουσία ελέγχου της πραγματικότητας. (Pedinielli J.L., et al., 2010).

Η σχιζοφρένεια είναι όρος που χρησιμοποιείται στην Ιατρική για να περιγράψει μια ιδιαίτερη περίπλοκη και όχι κατανοητή κατάσταση, συγκεκριμένα τη πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. (Robinson L., & Saunders B., 2005). Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στη πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή ή μια ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτήν

ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια. (Bhugra D., 2006). Η σχιζοφρένεια είναι μια από τις ψυχώσεις, δηλαδή των νοσημάτων στα οποία το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι η επαφή με τη πραγματικότητα του ασθενούς επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό. Η νόσος προκαλεί τη λανθασμένη ερμηνεία των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και των σκέψεων του ίδιου του πάσχοντος με αποτέλεσμα τα συμπεράσματα του για την εξωτερική πραγματικότητα να είναι μη πραγματικά ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχουν αποδείξεις για το αντίθετο. (Toll R., & Windgassen K., 2005).

Όταν σε ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα, τότε θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος «Ψυχωτικός» σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. (Μαδιανός Μ., 2004). Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων. (Ουλής Π., 2003).

## 1.2 Ιστορική ανασκόπηση του όρου σχιζοφρένεια

Ο όρος σχιζοφρένεια (διχασμός των φρένων του μυαλού) έχει επικρατήσει στη διεθνή βιβλιογραφία. Περιγραφές σχιζοφρενικών τρόπων συμπεριφοράς βρίσκουμε ήδη στην αρχαιότητα από τον Αρεταίο της Καππαδοκίας. Στον Μεσαίωνα λόγω των επικρατούντων κοινωνικών συνθηκών δεν αναφέρονται πουθενά παρόμοιες περιγραφές τέτοιων παθολογικών καταστάσεων. (Ουλής Π., 2003).

Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα ξεκινούν περιγραφές σχιζοφρενικών καταστάσεων στις οποίες δίνονται διάφορα ονόματα. Το 1856, ο Morel στη Γαλλία δίνει στις καταστάσεις αυτές το όνομα «*Dementia Praecox*» (πρώιμη άνοια). Το 1868, ο Kahlbaum



περιγράφει την «κατατονία» και το 1870 ο Hecker την «ηβηφρένεια». Το 1898, ο Kraepelin σε μια ιστορική εργασία του για την *Dementia Praecox* αθροίζει σε αυτήν όλες τις προηγούμενες περιγραφείσες με διάφορα ονόματα, κλινικές μορφές. (Ουλής Π., 2003).

Σαν κοινό παθογνωμονικό σημείο όλων αυτών των φαινομενικά τόσο διαφορετικών κλινικών εικόνων θεωρεί την απώλεια της δομής της προσωπικότητας, η οποία εμφανίζεται κυρίως σε νεαρά άτομα, χωρίς κάποια αξιόλογη εξωτερική αιτία και στην οποία κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος. Παρόλο που ο ίδιος ο Kraepelin θεωρεί ότι τουλάχιστον ένα 13% των ασθενών εμφανίζει αυτόματη ίαση χωρίς κάποια μόνιμη διαταραχή της προσωπικότητας τους, διατηρεί τον όρο «πρώιμη άνοια» για τις καταστάσεις αυτές. (Lidl P., 2001).

Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, και συγκεκριμένα το 1911 ο Bleuler στο βιβλίο του (πρώιμη άνοια ή η ομάδα των σχιζοφρενιών) ανασκευάζει τις αρχικά σπουδαίες παρατηρήσεις του και χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τον όρο σχιζοφρένεια. Ο Bleuler διάλεξε τον μέχρι σήμερα ισχύοντα όρο σχιζοφρένεια γιατί θεώρησε σαν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των καταστάσεων αυτών το διχασμό των ψυχικών λειτουργιών. Η σκέψη, το συναίσθημα και η δραστηριότητα του ατόμου είναι έντονα διχασμένες. Η θέληση είναι κατακερματισμένη σε μια σειρά ισοδύναμων αξιολογικά για τον ασθενή πράξεων. (Lidl P., 2001). Το άτομο είναι διχασμένο στη σχέση με την πραγματικότητα, η σκέψη κομματιασμένη σε αλλοπρόσαλλα μικρά στοιχεία, οι συνειρμοί χωρίς λογική συνέχεια σε μορφή θραυσμάτων από το παρελθόν του ασθενή το συναίσθημα χωρίς αρμονία με το περιεχόμενο των σκέψεων και των πράξεων και αυτό δηλαδή διχασμένο στη σχέση του με αυτές. Επιπρόσθετα, εισήγαγε τη διάγνωση της «λανθάνουσας σχιζοφρένειας», με την οποία χαρακτήρισε μια ιδιαίτερη κλινική κατάσταση σχιζοφρενικής μορφής που στην έκφραση της όμως κυριαρχούν «νευρωτικά συμπτώματα». (Lidl P., 2001).

Ενώ όμως ο Kraepelin και ο Bleuler θεώρησαν σαν σπουδαιότερο χαρακτηριστικό των σχιζοφρενιών την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, ο Kurt Schneider (1887-1967) επεξεργάστηκε μια σειρά συμπτωμάτων τα οποία τα διαχώρισε σε δύο κατηγορίες στα συμπτώματα α' βαθμού και στα συμπτώματα β' βαθμού, χαρακτηριστικά όλα σχιζοφρενικών διαταραχών. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003). Από τα 11 κυριότερα συμπτώματα α' βαθμού σαν πιο

χαρακτηριστικά θεώρησε τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, την παραληρητική παραποίηση της πραγματικότητας και τη διάχυση των ορίων μεταξύ του ΕΓΩ και του εξωτερικού κόσμου. Αλλά, και αυτός ο διαχωρισμός δεν ικανοποίησε απόλυτα, γιατί τα αναφερόμενα συμπτώματα δεν θεωρούνται όλα παθογνωμικά της σχιζοφρένειας. (Φερεντίνος Π., & Κονταξιάκης Β., 2003).

Στις αρχές του 1970, η επιλογή διαγνωστικών κριτηρίων για την σχιζοφρένεια αποτέλεσε αντικείμενο πολλών διαφωνιών που τελικά κατέληξαν στην επιλογή των κριτηρίων που χρησιμοποιούμε σήμερα. Μετά από μελέτη των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας το 1971 έγινε σαφές ότι η σχιζοφρένεια εντοπίζεται σε πολύ μεγαλύτερη έκταση στην Αμερική απ' ό,τι στην Ευρώπη. Αυτό οφειλόταν εν μέρει στο γεγονός ότι οι ΗΠΑ είχαν πιο χαλαρά κριτήρια, καθώς χρησιμοποιούσαν το DSM-II εγχειρίδιο, σε αντίθεση με την Ευρώπη που χρησιμοποιούσε το ICD-9 εγχειρίδιο. (Corradi R., 2004).

Η μελέτη του David Rosenhan το 1972, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό "Science" με τίτλο «Υπαρξη λογικής εκεί που κυριαρχεί η παραφροσύνη», κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ ήταν τις περισσότερες φορές υποκειμενική και αναξιόπιστη. Αυτοί ήταν μερικοί από τους λόγους που οδήγησαν στην αναθεώρηση όχι μόνο των διαγνωστικών κριτηρίων της σχιζοφρένειας, αλλά και στην αναθεώρηση ολόκληρου του εγχειριδίου DSM, με αποτέλεσμα την δημοσίευση του νέου εγχειριδίου, του DSM-III το 1980. (Φερεντίνος Π., & Κονταξιάκης Β., 2003).

Τον 20<sup>ο</sup> αιώνα σημειώθηκαν σημαντικές εξελίξεις στην κατανόηση τριών τομέων της σχιζοφρένειας. Ο πρώτος τομέας περιλαμβάνει τις εξελίξεις και τις βελτιώσεις των νευροπαθολογικών τεχνικών, ο δεύτερος αναφέρεται στην εισαγωγή νέων αντιψυχωτικών φαρμάκων με ελάχιστες νευρολογικές παρενέργειες (κλοπαζίνη) και ο τρίτος αφορά το ενδιαφέρον για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της νόσου που επηρεάζουν την έναρξη, τις υποτροπές και την πορεία της, ενδιαφέρον που έχει αυξηθεί με την βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής και αναγνώρισης της βιολογικής βάσης της νόσου. (Rapoport J.L., Addington A.M., & Fragou S., 2005).

### 1.3 Συχνότητα

Στην Ελλάδα 70.000 με 80.000 άνθρωποι έχουν προσβληθεί από τη νόσο, ενώ στις Η.Π.Α. 3.000.000 άνθρωποι. Σε ολόκληρο το κόσμο υπολογίζονται 9.000.000 σχιζοφρενείς. Περίπου 1 με 1,5% του πληθυσμού πάσχει οποιαδήποτε στιγμή από σχιζοφρένεια σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές. Αυτό σημαίνει για την Ελλάδα ότι υπάρχουν περίπου 100.000 με 150.000 σχιζοφρενείς ασθενείς. Υπολογίζεται ότι το 0.25% του πληθυσμού εμφανίζουν και ψυχωτική φάση κάθε χρόνο. Επιπλέον, 0,01% του πληθυσμού εμφανίζει κάθε χρόνο για πρώτη φορά τη νόσο. Δηλαδή, για την Ελλάδα 1.000 καινούριοι ασθενείς διαγιγνώσκονται ετησίως. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003). Άλλες στατιστικές μιλάνε για 150 νέες σχιζοφρενικές ψυχώσεις σε 100.000 πληθυσμό κάθε χρόνο. (McGuffin P., 2004).

Η νόσος προσβάλλει εξίσου συχνά άνδρες και γυναίκες. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου όμως είναι λίγο νωρίτερα για τους άνδρες (15 - 25 έτη) σε σύγκριση με τις γυναίκες (25 - 35 έτη). Οι ηλικίες που εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι μεταξύ 10 - 40 ετών με κορυφή το διάστημα 25 - 35 ετών. (David J., 2003). Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων. (Orgen - Rhein C., 2004).

Μερικές φορές ασθενείς εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα λόγω κάποιας άλλης παθολογικής διαταραχής που δεν έχει ανιχνευτεί. Για το λόγο αυτό πριν ένα άτομο διαγνωστεί ότι πάσχει από σχιζοφρένεια πρέπει να έχουν αποκλειστεί άλλες παθολογικές διαταραχές που μπορεί να μιμούνται τη νόσο αυτή. Αυτό απαιτεί ένα πλήρη κλινικό και παρακλινικό έλεγχο κατά την διάρκεια τη νοσηλείας των ασθενών αυτών. (Karur S., 2003).

Από τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια μόλις το 50% περίπου φτάνει στις ψυχιατρικές υπηρεσίες στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ μικρή είναι η επαφή των νοσηλευθέντων σχιζοφρενών με τη δομή που τους παρακολούθησε, πραγματικότητα από πολλού διαπιστωθείσα. Οι διαφορές που παρουσιάζονται σε διάφορες κοινωνίες ή έθνη είναι ελάχιστες και αφορούν περισσότερο τη μορφή της νόσου. Το 60 % των

περιπτώσεων αρχίζει μεταξύ εφηβείας και 30<sup>ου</sup> έτους ζωής. Στη τέταρτη δεκαετία ζωής εμφανίζεται 25% των περιπτώσεων και μόνο 14 % σε μεγαλύτερες ηλικίες. (Καγκελάρης Φ., 2004).

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. (Καραχάλιος Γ., 2003). 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. (Καραχάλιος Γ., 2003).

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. (Ραγιά Α., 2005). Πολλές φορές, 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. (Ραγιά Α., 2005).

## 1.4 Επιδημιολογία

Διάφορες καλά μεθοδευμένες μελέτες, που στο σύνολο τους σχεδόν αφορούν σε αναπτυγμένες κοινωνίες, δείχνουν ότι η επικράτηση της σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1 - 1,5%. Φαίνεται ότι με τη χρήση αυστηρά περιγεγραμμένων διαγνωστικών κριτηρίων το ποσοστό αυτό είναι ενδεχομένως κάπως χαμηλότερο. (Karth J., 2004). Από την άλλη όμως πλευρά, θα πρέπει να τονισθεί ότι, παρά τη σοβαρότητα της νόσου, ένας ακόμα αδιευκρίνιστος αριθμός αρρώστων δεν είναι δυνατό να καταγραφεί στατιστικά, είτε γιατί διαβεί στο περιθώριο (λόγω της νόσου) ή γιατί οι οικείοι του δεν επιζητούν την ιατρική βοήθεια φοβούμενοι τον κοινωνικό στιγματισμό. (Karth J., 2004).

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η αδρή συχνότητα της νόσου (δηλαδή ο αριθμός των πρώτων εισαγωγών σε νοσοκομείο/έτος) έχει μειωθεί κατά την τελευταία 20ετία. Δεν έχει όμως αποσαφηνιστεί εάν αυτό οφείλεται στην υιοθέτηση αυστηρότερων διαγνωστικών κριτηρίων, στη μετάθεση της φροντίδας των αρρώστων από το νοσοκομείο στο επίπεδο της κοινότητας ή σε διάφορες δημογραφικές μεταβολές που ενδέχεται να αφορούν στο σχιζοφρενικό πληθυσμό μιας περιοχής. (Alrtekin K., et al., 2005).

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

### A) Δημογραφικοί παράγοντες

- Ηλικία και φύλο. Υποστηρίζεται ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Είναι όμως γεγονός ότι υφίστανται διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την έναρξη της νόσου, την κλινική της πορεία, καθώς και ως προς την επίδραση διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι η κλινική συμπτωματολογία αρχίζει πρωιμότερα στους άνδρες (μέση ηλικία έναρξης τα 20 έτη) σε σχέση με τις γυναίκες (μέση ηλικία έναρξης τα 30 έτη) και προγνωστικά ευνοούνται περισσότερο οι γυναίκες.
- Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή. Παρά το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια παρουσιάζει συγκρίσιμα ποσοστά συχνότητας στο γενικό πληθυσμό

παγκοσμίως, εντούτοις φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές στην κατανομή των νοσούντων στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί, απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας (κυρίως στους άνδρες). Επιπρόσθετα, στις ΗΠΑ, τη Σουηδία, την Κροατία κ.ά. έχουν επισημανθεί διαφορές ως προς την κατανομή της νόσου, όχι μόνο στις διάφορες περιοχές των χωρών αυτών αλλά και μεταξύ του είδους του πληθυσμού (αγροτικός-αστικός) καθώς και του μεγέθους των πόλεων. Έτσι, φαίνεται ότι η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζεται σε μικρές πόλεις ή σε αγροτικές περιοχές.

## **B) Παράγοντες επικινδυνότητας (προκλητικοί ή προδιαθεσικοί)**

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

α) *Μελέτες διδύμων.* Οι μελέτες διδύμων έδειξαν ομοφωνία ως προς τη νόσο σε ποσοστά που κυμαίνονται από 35 – 78% των μονοζυγωτών σε σύγκριση με το 8 – 28% των ετεροζυγωτών. Μια πλέον πρόσφατη φιλανδική επιδημιολογική μελέτη διδύμων έδειξε ότι 85% της μεταβλητότητας ως προς την «ευαιωτότητα» της νόσου οφείλεται σε επιπροστιθέμενους γενετικούς παράγοντες και το υπόλοιπο σε περιβαλλοντικές επιδράσεις.

β) *Μελέτες οικογενειών.* Οι μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών έχουν μέχρι και δεκαπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου.

γ) *Μελέτες παιδιών σχιζοφρενικών γονέων.* Παιδιά σχιζοφρενών γονέων έχουν 40% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, σε σύγκριση με το 1% πιθανότητα που έχουν παιδιά μη σχιζοφρενών. Παρόμοια ευρήματα έδωσαν και μελέτες

υιοθετημένων παιδιών με σχιζοφρενική μητέρα και επιβεβαίωσαν την αυξημένη επικινδυνότητα για τη νόσο στα υιοθετημένα παιδιά των σχιζοφρενών σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά μη σχιζοφρενών ή φυσικά παιδιά των υιοθετούντων γονέων.

δ) *Αναζήτηση γενετικών δεικτών («γενετικού στίγματος»)*. Οι πλέον πρόσφατες γενετικές μελέτες στοχεύουν στην αναζήτηση σε σχιζοφρενείς συνδυασμών (associations) γενετικών δεικτών ή πιθανών γονιδίων (που αναζητούνται σε διάφορα επίπεδα, π.χ. βιοχημικό, φυσιολογικό, κυτταρικό κ.ά.) σε σχέση με μάρτυρες, καθώς και ιδιαιτέρων συνδέσεων (linkage) χρωμοσωμικών θέσεων σε οικογένειες σχιζοφρενών με τη βοήθεια μεθόδων της μοριακής βιολογίας.

Όλα τα παραπάνω δεδομένα αποδεικνύουν ότι ο τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης της νόσου είναι αρκετά περίπλοκος και το πλέον αποδεκτό σήμερα πρότυπο είναι ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση πολλών γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών. Αναλυτικότερα:

- Προ και περιγεννητικές επιπλοκές. Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), καθώς και τροφική στέρηση, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress και ιώσεις (κυρίως από Coxsackie-B) 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.
- Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης. Έχει παρατηρηθεί ότι ένας μεγαλύτερος συγκριτικά αριθμός σχιζοφρενών γεννιέται κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης. Η παρατήρηση αυτή αποδόθηκε στην αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις ή και στην ενδεχόμενη γενετική υπεροχή των σχιζοφρενικών βρεφών ως προς την αντίσταση τους σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (αυξημένη επιβιωσιμότητα των σχιζοφρενικών έναντι της αυξημένης θνησιμότητας των μη-σχιζοφρενικών βρεφών). 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.

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



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### 2.1 Αιτιολογία

Οι κυριότερες αιτίες εμφάνισης της σχιζοφρένειας είναι οι εξής (Dickinson D., Bellack A.S., & Gold J.M., 2007):

- Κληρονομικοί παράγοντες, συγγενείς ή εξωγενείς.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Συναισθηματικοί παράγοντες.
- Η επίδραση κοινωνικών ψυχολογικών βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων.
- Η αλληλεπίδραση παραγόντων γενετικής προδιάθεσης και περιβάλλοντα
- Καθώς και η επίδραση κοινωνικών, ψυχολογικών, βιολογικών και οικολογικών παραγόντων.

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας αποτελεί αίνιγμα για την ιατρική. Η θεωρία ότι οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές, μεταβολικές ή και βιοχημικές διαταραχές αμφισβητήθηκε. Στη σχιζοφρένεια υπάρχει κάποιου βαθμού κληρονομική επιβάρυνση. Επιπρόσθετα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσεις παίζουν βασικό ρόλο. (Harrison P., & Weinberger D., 2005).

Στο ιστορικό πολλών ασθενών υπάρχουν τραυματικά γεγονότα από την παιδική ηλικία, π.χ. απέτυχε να πάρει ή να δείξει στοργή ιδιαίτερα στο δίπλο «βρέφος - μητέρα», που θεωρείται αναγκαία για τη φυσική ανάπτυξη ή οι γονείς του αρνήθηκαν να δώσουν συναισθηματική ζεστασιά. Δεν είναι φανερό μέχρι πιο σημείο η συναισθηματική απόσταση του ασθενούς είναι χαρακτηριστικό που κληρονομήθηκε και αν αυτή δημιουργήθηκε από την ψυχρότητα της μητέρας ή από την ανικανότητα του παιδιού να δεχθεί στοργή. (Καραχάλιος Γ., 2003).

Η έναρξη των εντόνων συμπτωμάτων συμπίπτει συχνά με μια περίοδο συναισθηματικής εντάσεως. Μια προσεκτική έρευνα αποκαλύπτει μια ύπουλη αρχή συμπτωμάτων, πριν από μια μεγάλη περίοδο, κατά την οποία φίλοι ή συγγενείς του

αρρώστου παρατηρούν μια εξελισσόμενη συμπεριφορά του αρρώστου π.χ. γίνεται σταδιακά πιο απομακρυσμένος, χάνει το ενδιαφέρον του για πρόσωπα και γεγονότα, απομονώνεται στον εαυτό του, μειώνεται η απόδοση του στην εργασία κλπ. (Ουλής Π., 2003).

Όπως και τα άλλα ψυχικά νοσήματα τα αίτια της νόσου είναι βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά (βίο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο). Η σχιζοφρένεια είναι ένα από τα ψυχικά νοσήματα στο οποίο έχει αποδειχθεί αρκετά πειστικά η συμμετοχή της κληρονομικότητας. Πιο συγκεκριμένα σε διεθνείς μελέτες βρέθηκε ότι η συχνότητα της αυξάνει σε διάφορες ομάδες ανθρώπων, ανάλογα με τη στενότητα της συγγένειας με ήδη πάσχοντες. Έτσι στον πληθυσμό των αδελφών των σχιζοφρενών η συχνότητα είναι 8%, οκτώ φορές μεγαλύτερη από ότι στον γενικό πληθυσμό και φθάνει το 48% σε πληθυσμό μονοωγενών διδύμων ασθενών, σε πληθυσμό δηλαδή αδελφών πασχόντων που γεννήθηκαν από το ίδιο ωάριο (τα δύο αδέλφια έχουν τα ίδια γονίδια). (Robbins T.W., 2005).

Το πιο παραστατικό μοντέλο της αιτιολογίας της νόσου ονομάζεται «μοντέλο προδιάθεσης - περιβαλλοντολογικής πίεσης». Δηλαδή ο ασθενής έχει μια οργανική ευαισθησία, που μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της κληρονομικότητας και όταν πάνω σε αυτή την ευαισθησία δράσουν ορισμένοι εξωγενείς στρεσογόνοι παράγοντες (π.χ. αποτυχία, αποχωρισμός), τότε εμφανίζονται τα συμπτώματα της νόσου. (Καραγάλιος Γ., 2003).

## 2.2 Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR

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

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

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

*Σημείωση:* Απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα του κριτηρίου A αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μια φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συζητούν μεταξύ τους.

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

Γ. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο εφόσον αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) που πληρούν το κριτήριο A (ενεργός φάση) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή

υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια της πρόδρομης ή της υπολειμματικής φάσης, η διαταραχή μπορεί να εκδηλώνεται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή με δύο περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο κριτήριο A, αλλά σε ήπια μορφή (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αντιληπτικά βιώματα).

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 που δεν ανήκουν σε ειδική κατηγορία. Η σχιζοφρένεια δεν μπορεί να διαγνωστεί εάν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι ουσιαστικά παρόντα (αν και σχιζο-επηρεασμένη διαταραχή θα μπορούσε να εντοπιστεί), ή εάν τα συμπτώματα διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής είναι παρόντα εκτός αν οι προεξέχουσες ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις είναι επίσης παρούσες, ή εάν τα συμπτώματα είναι το άμεσο φυσιολογικό αποτέλεσμα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή ουσίας, όπως η κατάχρηση ενός φαρμάκου ή θεραπείας.

Ταξινόμηση της πορείας στο χρόνο (μπορεί να γίνει μόνο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης): Επεισοδιακή με υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων (τα επεισόδια προσδιορίζονται βάσει της επανεμφάνισης εκσεσημασμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων): επίσης προσδιορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα. Επεισοδιακή χωρίς υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων

(Kaplan & Sadocs, 2009).

## 2.3 Τύποι Σχιζοφρένειας

### ▼ Παρανοειδής.

Τα συμπτώματα της παρανοειδούς σχιζοφρένειας αφορούν (Simon A.E., et al., 2006):

1. Επίμονη ενασχόληση με συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες συνήθως διωκτικού περιεχομένου
2. Ακουστικές ψευδαισθήσεις.
3. Απουσιάζουν επίπεδο απρόσφορο συναίσθημα, αποδιοργανωμένος λόγος η συμπεριφορά.

Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού συνήθως παραβλάπτεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και παρανοϊκοί σχιζοφρενικοί μπορεί να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές/επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους. Έτσι, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται. (Robbins T.W., 2005). Άγχος, θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο, όπως και αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου ή φόβος ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο ή θα το προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι. (Robinson L., & Saunders B., 2005).

Η έναρξη αυτού του τύπου τείνει να συμβαίνει αργότερα στη ζωή από ότι των άλλων τύπων και τα χαρακτηριστικά του γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου. (Sadock B., & Sadock V., 2007).

Οι παραληρητικές ιδέες είναι τυπικά δίωξης ή μεγαλείου, αν και παραληρητικές ιδέες με άλλα θέματα π.χ. ζήλεια, θρησκεία μπορεί να εμφανισθούν. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι πολλαπλές αλλά συνήθως οργανώνονται/συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης μπορεί να προδιαθέσουν το άτομο για αυτοκτονία και ο συνδυασμός παραληρητικών ιδεών και μεγαλείου μαζί με θυμό μπορεί να προδιαθέσουν για βία. (Robbins T.W., 2005).

#### ✓ Αποδιοργανωτικός.

Είναι τύπος σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν τουλάχιστον δυο από τα παρακάτω συμπτώματα (Robbins T.W., 2005):

1. Ασυναρτησία, εκσεσημασμένη χάλαση συνειρμού, παλινδρομική ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
2. Επίπεδο ή εντόνως απρόσφορο συναίσθημα.
3. Δεν πληρούνται τα κριτήρια διάγνωσης του κατατονικού τύπου.
4. Πρώιμη έναρξη, παραμελημένη εμφάνιση.

#### ✓ Κατατονικός.

Είναι τύπος σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν, επίσης, τουλάχιστον δυο από τα παρακάτω συμπτώματα (Robbins T.W., 2005):

1. Εμβροντησία ή αλαλία.
2. Αρνητισμός.
3. Ακαμψία.
4. Μη στοχοκατευθυνόμενη διέγερση με κίνδυνο τραυματισμού του ασθενούς ή άλλων.
5. Λήψη και επίμονη διατήρηση παράδοξων στάσεων.
6. Ηχολαλία ή ηχωπραξία.
7. Μπορεί να χρήζει ιατρικής φροντίδας λόγω συνοδού υποσιτισμού ή υπερπυρεξίας.

Σημειώνουμε ότι για να διαγνωσθεί αυτός ο τύπος, θα πρέπει να πλήρη όλα τα κριτήρια της νόσου και επιπρόσθετα, να μην υπάρχει άλλη αιτιολογία για την κατατονία όπως κάποια ουσία (π.χ. νευροληπτικά), κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο. (Sadock B., & Sadock V., 2007).

#### ✓ Αδιαφοροποίητος.

Είναι τύπος σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν τα παρακάτω συμπτώματα (Robbins T.W., 2005):

1. Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή εντόνως αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
2. Δεν πληρούνται τα κριτήρια διάγνωσης του παρανοϊκού, του κατατονικού ή του αποδιοργανωτικού τύπου.

#### ✓ Υπολειμματικός.

Δεν προεξάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή εντόνως αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Επίσης, είναι δυνατόν να παραμένουν συνεχείς ενδείξεις της διαταραχής, με δύο ή περισσότερα υπολειμματικά συμπτώματα (π.χ. συναισθηματική άμβλυση, κοινωνική απόσυρση). (Karur S., 2003).

#### ✓ Τύπος I και Τύπος II.

Σύμφωνα με ένα άλλο σύστημα, η σχιζοφρένεια ταξινομείται σε τύπο I και σε τύπο II. Αυτή η ταξινόμηση βασίζεται στην παρουσία ή απουσία αρνητικών συμπτωμάτων. Στα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: συναισθηματική αμβλύτητα ή επιπέδωση, πτωχεία ομιλίας ή περιεχομένου του λόγου, ανακοπές, αυτοπαραμέληση, έλλειψη κινήτρων, ανηδονία, κοινωνική απόσυρση, γνωσιακά ελλείμματα και ελλείμματα προσοχής. Στα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: χάλαση του συνειρμού, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αλλόκοτη συμπεριφορά και διαταραχές του λόγου. Στον τύπο I οι άρρωστοι έχουν κατά κύριο λόγο θετικά συμπτώματα, ενώ στον τύπο II κατά κύριο λόγο αρνητικά. (Robinson L., & Saunders B., 2005).

## ✓ Απλή σχιζοφρένεια.

Ο όρος απλή σχιζοφρένεια χρησιμοποιούνταν όταν η διαγνωστική κατηγορία της σχιζοφρένειας νοούνταν ευρύτερα. Η απλή σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ύπουλη και βαθμιαία απώλεια των κινήτρων και των φιλοδοξιών. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή συνήθως δεν είναι έκδηλα ψυχωσικοί και δεν εμφανίζουν επίμονες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Το βασικό σύμπτωμα είναι η απόσυρση του ασθενούς από την κοινωνική και επαγγελματική ζωή. (Karlan, & Sadocs, 2004)

## 2.4 Διαφορική διάγνωση

A. Παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις. Υπάρχουν διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού, γνωσιακές διαταραχές, οπτικές ψευδαισθήσεις και σημεία βλάβης του ΚΝΣ. Πολλές παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις μπορεί να εμφανιστούν με συμπτώματα όπως αυτά της σχιζοφρένειας, τέτοιες παθήσεις είναι: η τοξίκωση από ουσίες (λ.χ. από κοκαΐνη ή φαινυλκυκλιδίνη), η προκαλούμενη από ουσίες ψυχωσική διαταραχή, λοιμώξεις του ΚΝΣ (π.χ. ερπητική εγκεφαλίτιδα), αγγειακές διαταραχές (π.χ. συστηματικός ερυθματώδης λύκος), σύνθετες εστιακές κρίσεις (π.χ. κροταφική επιληψία) και εκφυλιστικά νοσήματα (π.χ. νόσος του Huntingron). (Μαδιανός Μ., 2004).

B. Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ίδια με αυτά της σχιζοφρένειας, αλλά διαρκούν για λιγότερο από έξι μήνες. Η έκπτωση είναι μικρότερη και η πρόγνωση καλύτερη. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003).

Γ. Βραχεία ψυχωσική διαταραχή. Τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από 1 μήνα και εκλύονται από σαφώς αναγνωρίσιμους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003).

Δ. Διαταραχές της διάθεσης. Τόσο τα μανιακά όσο και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια της διπολικής διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται με ψυχωσικά συμπτώματα. Η διαφορική διάγνωση έχει ιδιαίτερη σημασία, καθότι υπάρχουν ειδικά και αποτελεσματικά



θεραπευτικά μέσα για τις διαταραχές της διάθεσης. Σύμφωνα με το DSM -IV -TR, όταν τα συμπτώματα από τη διάθεση εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια θα πρέπει να έχουν βραχεία διάρκεια σε σχέση με τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου. Επίσης, αν στη διαταραχή της διάθεσης, υπάρχουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, αυτές αναπτύσσονται στα πλαίσια της διαταραχής της διάθεσης και δεν επιμένουν. Άλλοι παράγοντες που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης είναι: το οικογενειακό ιστορικό, η προνοσηρή προσωπικότητα και λειτουργικότητα, η πορεία της νόσου (π.χ. ηλικία έναρξης), η πρόγνωση (π.χ. η απουσία υπολειμματικής έκπτωσης μετά την αποδρομή του ψυχωσικού επεισοδίου) και η ανταπόκριση στη θεραπεία. Αρρώστος με σχιζοφρένεια μπορεί να προσβληθούν από μεταψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή (δηλ. μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την υπολειμματική φάση της σχιζοφρένειας). Σε αυτούς τους αρρώστους, η αληθής κατάθλιψη χρειάζεται να διακρίνεται από ενδεχόμενες παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής, όπως η καταστολή, η ακινησία και η συναισθηματική επιπέδωση. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003).

Ε. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης αναπτύσσονται παράλληλα με συμπτώματα σχιζοφρένειας ωστόσο, σε κάποια φάση κατά την πορεία της νόσου, είναι ανάγκη να υπάρχει μία περίοδος τουλάχιστον 2 εβδομάδων κατά την οποία να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και να μην υπάρχουν προεξάρχοντα συμπτώματα από τη διάθεση. Η πρόγνωση αυτής της διαταραχής είναι καλύτερη από την πρόγνωση της σχιζοφρένειας και χειρότερη από την πρόγνωση των διαταραχών της διάθεσης. (Μαδιανός Μ., 2004).

Ζ. Ψυχωσική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Άτυπη ψύχωση με κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία δημιουργούν αμηχανία ως προς τη διάγνωση (για παράδειγμα, επίμονες ακουστικές ψευδαισθήσεις χωρίς άλλα συμπτώματα -εδώ ανήκουν πολλές συνδεδεμένες με το πολιτισμικό περιβάλλον ψυχώσεις). (Μαδιανός Μ., 2004).

Η. Παραληρητική διαταραχή. Μη αλλόκοτες, συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες που διαρκούν τουλάχιστον έξι μήνες, χωρίς προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή άλλα συμπτώματα σχιζοφρένειας, στα πλαίσια μια αλώβητης προσωπικότητας που βρίσκεται σε σχετικά καλή λειτουργική κατάσταση. Η

διαταραχή εισβάλλει κατά κανόνα στη μέση και όψιμη ενήλικη ζωή. (Μαδιανός Μ., 2004).

Θ. Διαταραχές προσωπικότητας. Σε γενικές γραμμές δεν υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα, όταν υπάρχουν, είναι συνήθως παροδικά και δεν προεξάρχουν. Οι διαταραχές της προσωπικότητας που κατά κύριο λόγο υπεισέρχονται σε αυτή τη διαφορική διάγνωση είναι η σχιζοτυπική, η σχιζοειδική, η μεθοριακή και η παρανοειδής. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003).

Ι. Προσποιητή διαταραχή – Υπόκριση. Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή δοκιμασία ή κάποιος βιοχημικός δείκτης που να τεκμηριώνει αντικειμενικά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ως εκ τούτου, ένα άτομο μπορεί να προσποιηθεί ότι έχει συμπτώματα σχιζοφρένειας, είτε αποσκοπώντας σε σαφές δευτερογενές όφελος (υπόκριση) είτε κινούμενο από ψυχολογικά κίνητρα (προσποιητή διαταραχή). (Μαδιανός Μ., 2004).

Κ. Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. αυτιστική διαταραχή) συνήθως διαγιγνώσκονται πριν την ηλικία των 3 ετών. Μολονότι, η συμπεριφορά μπορεί να είναι αλλόκοτη και αποδιοργανωμένη, δεν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή σαφή διαταραχή της δομής της σκέψης (π.χ. χάλαση του συνειρμού). (Μαδιανός Μ., 2004).

Λ. Νοητική καθυστέρηση. Διαταραχές της νόησης, της συμπεριφοράς και της διάθεσης που μπορεί να δίνουν την εικόνα σχιζοφρένειας. Εντούτοις, η νοητική καθυστέρηση αφενός δεν εκδηλώνεται με σαφή ψυχωσικά συμπτώματα και αφετέρου δεν οδηγεί σε προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας, αλλά μάλλον σε μόνιμα χαμηλή λειτουργικότητα. Αν ο ασθενής έχει ψυχωσικά συμπτώματα, μπορεί να τεθεί εκ παραλλήλου και διάγνωση της σχιζοφρένειας. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003).

Μ. Κοινές πεποιθήσεις πολιτισμικών ομάδων. Κάποιες φαινομενικά παράδοξες πεποιθήσεις που αποτελούν τα πιστεύω μιας πολιτισμικής ομάδας και τυγχάνουν αποδοχής απ' αυτήν, δεν θεωρούνται ψυχωσικές. (Μαδιανός Μ., 2004).

## 2.5 Κλινικές εκδηλώσεις

α) Παραληρητικές Ιδέες: Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθασμένες πεποιθήσεις, οι οποίες δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία. Δεν συνοδεύονται από διαταραχές της συνείδησης. Είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες και το περιεχόμενό τους επηρεάζεται από την ατομική πολιτισμική εμπειρία του ατόμου. Αναλόγως του περιεχομένου τους διακρίνονται σε (Ουλής Π., 2003):

- Διωκτικές (όπου το άτομο πιστεύει ότι βρίσκεται υπό συνεχή και οργανωμένη δίωξη από άτομα ή οργανώσεις που στοχεύουν στην εξόντωσή του).
- Μεγαλείου (όπου το άτομο είναι πεπεισμένο ότι έχει κάποιο – υπερβολικό για τα πραγματικά δεδομένα – προορισμό, όπως π.χ. να γίνει πρωθυπουργός, να ιδρύσει νέα ιδεολογία, να μεταφέρει θεϊκά μηνύματα, να κάνει κάποια σημαντική ανακάλυψη κ.ά.).
- Υποχονδριακές (όπου το άτομο κατακλύζεται από σωρεία παραδόξων σωματικών ενοχλημάτων).
- Αποκαλυπτικές – κοσμογονικές (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 κυριαρχούν οι πεποιθήσεις απιστίας του συντρόφου).

Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια είναι συνήθως πρωτογενές στην προέλευσή τους (πρωτογενές ή αυτόχθον παραλήρημα) και χαρακτηρίζονται από την αιφνίδια, εκ κενού, ανάδυσή τους, την άμεση αποδοχή τους από το άτομο, το ανεξήγητο και απρόβλεπτο της εμφάνισής τους την πρώτη φορά και το «αποκαλυπτικό» του περιεχομένου τους. Μια άλλη κατηγορία παραληρητικών ιδεών είναι οι δευτερογενείς (δευτερογενές ή επεξηγηματικό παραλήρημα), που η προέλευσή τους πρέπει να αναζητηθεί στην προσπάθεια του αρρώστου να εξηγήσει τα παθολογικά του βιώματα (π.χ. να εξηγήσει τις ακουστικές του ψευδαισθήσεις με την παραληρητική ιδέα ότι του έχουν εμφυτεύσει έναν πομπό στον εγκέφαλο. (Μαδιανός Μ., 2004).

β) Ψευδαισθήσεις: Ο κόσμος του σχιζοφρενικού αρρώστου μπορεί να κυριαρχεί από ψευδαισθήσεις, δηλαδή μπορεί να αντιλαμβάνεται πράγματα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Για παράδειγμα, μπορεί να ακούει φωνές που να του λένε να κάνει συγκεκριμένα πράγματα, να βλέπει ανθρώπους ή αντικείμενα που στην πραγματικότητα δεν είναι μπροστά του ή να αισθάνεται αόρατα χέρια να αγγίζουν το σώμα του. Οι ψευδαισθήσεις αυτές μπορεί να είναι αρκετά τρομακτικές. Το άκουσμα φωνών που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν είναι ο πιο συχνός τύπος ψευδαίσθησης στη σχιζοφρένεια. Οι φωνές αυτές μπορεί να σχολιάζουν τις ενέργειες του αρρώστου, να μιλούν μεταξύ τους για τον άρρωστο, να τον προειδοποιούν για επερχόμενους κινδύνους ή να δίνουν εντολές στο άτομο για το τι να κάνει. (Ουλής Π., 2003).

γ) Αποδιοργανωμένη Σκέψη: Συχνά, η σκέψη του σχιζοφρενικού αρρώστου επηρεάζεται από την ασθένεια, μπορεί για ώρες να μην μπορεί να σκεφτεί «κανονικά». Οι σκέψεις μπορεί να έρχονται και να φεύγουν πολύ γρήγορα από το μυαλό του και να μην μπορεί να τις «πιάσει». Ο άρρωστος μπορεί να μην έχει την δυνατότητα να συγκεντρωθεί για αρκετό χρόνο σε μια του σκέψη και μπορεί εύκολα να αποσπάται και να μην είναι ικανός να εστιάσει κάπου την προσοχή του. (Ουλής Π., 2003).

Ο ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι σε θέση να ξεχωρίσει τι είναι σχετικό και τι όχι σε μια κατάσταση. Επίσης μπορεί να μην είναι σε θέση να συνδέσει τις σκέψεις του με τρόπο λογικό, και έτσι αυτές χάνουν τον φυσιολογικό τους ειρμό και γίνονται ακατανόητες και αποσπασματικές. Αυτή η έλλειψη φυσιολογικού ειρμού, που αποτελεί διαταραχή στην δομή και οργάνωση της σκέψης, μπορεί να κάνει τη συνομιλία με ένα σχιζοφρενικό άρρωστο πραγματικά δύσκολη και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινωνική απομόνωση του ατόμου. Όταν οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να καταλάβουν τι λέει ο συνομιλητής τους είναι πιθανότερο να μην αισθάνονται άνετα μαζί του και να έχουν την τάση να τον αφήσουν μόνο του. (Παπαγεωργίου Ε., 2004).

δ) Διαφορετική Πραγματικότητα: Όπως ακριβώς οι φυσιολογικοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται στο κόσμο με τον δικό τους τρόπο, έτσι και οι σχιζοφρενικοί

ασθενείς έχουν την δική τους αντίληψη για την πραγματικότητα. Η οπτική όμως αυτή είναι συχνά εντυπωσιακά διαφορετική από αυτήν των ανθρώπων γύρω τους. Ζώντας σε έναν κόσμο που μπορεί να εμφανίζεται παραμορφωμένος, ευμετάβλητος και χωρίς τα στοιχεία εκείνα που όλοι χρησιμοποιούμε για να δεθούμε με την πραγματικότητα, ο ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζεται εξαιρετικά ανήσυχος και συγχυσμένος. Μπορεί να φαίνεται απόμακρος, ξεκομμένος, απορροφημένος από τις ιδέες του, ή ακόμη να μένει ακίνητος για ώρες χωρίς να βγάζει ούτε έναν ήχο. Ή μπορεί να κινείται ασταμάτητα και να βρίσκεται σε υπερδιέγερση και εγρήγορση. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να εμφανίζει πολλές διαφορετικές συμπεριφορές σε διαφορετικούς χρόνους. (Ουλής Π., 2003).

ε) Συναίσθηματική Έκφραση: Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μερικές φορές εμφανίζουν αυτό που έχει ονομαστεί «απρόσφορο συναίσθημα». Αυτό σημαίνει ότι το συναίσθημα του ασθενή δεν είναι συμβατό με αυτά που λέει ότι καταδιώκεται από δαίμονες και ταυτόχρονα να γελάει. Αυτή η συμπεριφορά δεν πρέπει να συγχέεται με εκείνη που παρουσιάζουν φυσιολογικά άτομα όταν, π.χ. γελούν νευρικά ύστερα από κάποιο μικροατύχημα. Τις περισσότερες φορές, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν το λεγόμενο «επίπεδο» ή «αμβλύ» συναίσθημα. Ο όρος υποδηλώνει μια σοβαρή μείωση της συναίσθηματικής εκφραστικότητας. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να μην δείχνει σημεία φυσιολογικής διακύμανσης του συναισθήματος, μιλώντας για παράδειγμα με μια μονότονη χροιά στην φωνή του ή παρουσιάζοντας κατάργηση των εκφράσεων του προσώπου. Ο ασθενείς με αμβλύ συναίσθημα φαίνεται αδιάφορος, απαθής, συνεχώς, δηλαδή η έκφραση του γενικά δεν αλλάζει είναι ίδια είτε συμβαίνουν χαρούμενα γεγονότα, είτε άσχημα γεγονότα. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς αυτοί δηλώνουν αδυναμία να αισθανθούν οποιοδήποτε συναίσθημα. Κάποιοι ασθενείς που παρουσιάζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα εμφανίζουν επίσης και μεγάλη ευφορία ή κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό να καθορίζεται για αυτούς εάν πράγματι πάσχουν από σχιζοφρένεια ή από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή όπως μανιοκατάθλιψη ή μείζονα κατάθλιψη. Κάποιοι από αυτούς δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμία από αυτές τις κατηγορίες και λέγεται ότι πάσχουν από σχιζοσυναίσθηματική διαταραχή. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003).

στ) Φυσιολογικό έναντι μη - Φυσιολογικού: Κατά καιρούς, φυσιολογικά άτομα μπορεί να αισθάνονται, σκέπτονται ή να ενεργούν με τρόπους που θυμίζουν σχιζοφρένεια. Μερικές φορές φυσιολογικοί άνθρωποι δεν είναι σε θέση να σκεφτούν καθαρά. Μπορεί να γίνουν εξαιρετικά ανήσυχοι μιλώντας, για παράδειγμα, μπροστά σε πολλούς ανθρώπους έτσι ώστε να νιώσουν ότι βρίσκονται σε σύγχυση, ότι δεν μπορούν να σκεφτούν καθαρά, ή ότι ξεχνούν αυτό που είχαν σκοπό να πουν. (Ουλής Π., 2003).

ζ) Η πτωχή σκέψη και ομιλία: Χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα που έχει ο καθένας που συζητάει με έναν σχιζοφρενή ασθενή ότι δεν πήρε καμιά πληροφορία παρόλη την καλή προσπάθεια να ακούσει προσεκτικά και για αρκετό χρονικό διάστημα. (Ουλής Π., 2003).

η) Η Ψυχοκινητική διέγερση εκφράζει εξωτερικά την εσωτερική ανησυχία του αρρώστου, που εκδηλώνεται κυρίως με υπερκινητικότητα, που δεν αποσκοπεί σε συγκεκριμένη ενέργεια, δεν μπορεί να καθίσει ήρεμος σε ένα μέρος, περπατάει πάνω-κάτω, αλλάζει συνέχεια θέση κλπ. (Ουλής Π., 2003).

θ) Ο ελαττωμένος αυθορμητισμός φαίνεται από την μη ύπαρξη πρόθεσης από την πλευρά του ασθενή να αρχίσει οποιοδήποτε είδους επικοινωνία, τόσο με το γιατρό αλλά και με οποιονδήποτε άλλο άνθρωπο γνωστό, συγγενή ή άγνωστο. (Ουλής Π., 2003).

Τα θετικά συμπτώματα δεν υποδηλώνουν ότι είναι θετικά για τον ασθενή αλλά υποδηλώνουν ότι είναι συμπεριφορές ή φαινόμενα επιπρόσθετα στη γενική συμπεριφορά του, όπως αυτή ήταν πριν εκδηλωθεί η νόσος. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, η διαταραγμένη σκέψη καθώς και η ψυχοκινητική διέγερση. (Καραχάλιος Γ., 2003).

Ως αρνητικά συμπτώματα χαρακτηρίζονται αυτά που εκφράζουν σημαντική ελάττωση ή και πλήρη απουσία φυσιολογικών κατά τα άλλα λειτουργιών του ανθρώπου και σε αυτά ανήκουν (Καραχάλιος Γ., 2003):

- § Το αμβλύ συναίσθημα
- § Η πτωχή σκέψη και ομιλία
- § Το μειωμένο ενδιαφέρον και ενεργητικότητα
- § Η κοινωνική απόσυρση
- § Ο μειωμένος αυθορμητισμός και επικοινωνίας.

Για να γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένεια, ο άρρωστος χρειάζεται να έχει συμπτώματα για τουλάχιστον έξι μήνες συνεχώς. Επίσης για ένα μήνα είναι ανάγκη να έχει εμφανή θετικά συμπτώματα και παράλληλα να παρατηρείται σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του (εργασία, κοινωνική, οικογενειακή ζωή κ.λπ.). (Φερεντίνος Π., & Κονταξιάκης Β., 2003).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### **3.1 Πορεία της νόσου**

Η νόσος ακολουθεί χρόνια πορεία και μέχρι πρόσφατα η επικρατούσα άποψη ήταν ότι οι άρρωστοι συνεχώς χειροτέρευαν ως επί το πλείστον. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες όμως μακροχρόνιες μελέτες που αξιολόγησαν την έκβαση της νόσου ανέτρεψαν αυτή την άποψη. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι 50 - 60% από τους σχιζοφρενείς παρουσιάζουν αρκετά ικανοποιητική προσαρμογή στις καθημερινές ανάγκες της ζωής τους και θεωρείται ότι αντιμετωπίζονται μακροχρόνια με επιτυχία. (Καραχάλιος Γ., 2003).

Μάλιστα σε ιδιαίτερος ενδιαφέρουσα μελέτη που έγινε σε σχιζοφρενείς που μελετήθηκαν επί πενταετία σε πολλές χώρες του κόσμου, μόνο 24% συνολικά των σχιζοφρενών είχαν μέτρια και σοβαρά προβλήματα προσαρμογής. Μεγάλες ήταν οι διαφορές από χώρα σε χώρα στην πορεία της νόσου: Στη Δανία 40% ουδέποτε ανέρρωσε από το πρώτο επεισόδιο, ενώ σε μη αναπτυγμένες χώρες το ποσοστό ήταν 10 - 23%. (Ραγιά Α., 2005).

### **3.2 Πρόληψη**

#### **3.2.1 Πρωτοβάθμια**

Η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός



ανθρώπου, από την προγεννητική, τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γήρας. (Καραχάλιος Γ., 2003).

Η οργάνωση της πρόληψης αυτού του τύπου είναι κρατική κοινωνική πολιτική και αφορά άτομα η οικογένειες υψηλού κίνδυνου νόσησης όπως είναι οι έγκυες με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής νόσου, οι ανήλικες έγκυες, οι οικογένειες με πολλαπλά προβλήματα, όπως γονείς ή άλλα μέλη που είναι ψυχικά άρρωστα, άτομα σε πένθος σε κρίση έφηβοι που εγκατέλειψαν το σπίτι. Βασικός, στόχος των προληπτικών προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας, που εκπαιδεύεται συστηματικά σε θέματα ψυχικής υγείας. (Orgen – Rhein C., 2004).

Οι ειδικές προσεγγίσεις των θεμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης περιλαμβάνουν ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα με την επισήμανση προβλημάτων στην κύηση, την οργάνωση της μητρικής υγείας, την παροχή σωστής μαιευτικής φροντίδας, τον έλεγχο της διατροφής και του περιβάλλοντος, τον οικογενειακό προγραμματισμό, την οργάνωση κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και εναλλακτικών λύσεων στις ανήλικες μητέρες και την έγκαιρη επισήμανση συγγενών διαμαρτιών στα νεογνά. (Alptekin K., et al., 2005).

Τα προγράμματα διαλογής που εφαρμόζονται στα δημοτικά σχολεία αποκαλύπτουν έγκαιρα δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις και μαθησιακά προβλήματα ενώ στις οικογένειες με πολλά προβλήματα δημιουργείται ένα νέο κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα. Στους έφηβους δημιουργούνται προγράμματα ελεύθερου χρόνου ή ειδικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων. Η γενετική συμβουλευτική σε άτομα που νοσούν από σχιζοφρενική διαταραχή βοηθά σημαντικά στη μείωση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Οι κοινοτικές υπηρεσίες που ανιχνεύουν και προσεγγίζουν άτομα υψηλού κίνδυνου προλαμβάνουν την εκδήλωση μιας ψυχικής αρρώστιας με την επίλυση της κρίσης. Η κοινοτική παρέμβαση που έχει στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας αποτελεί την ουσιαστική προσέγγιση, αφού καλύπτει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και έχει ποικίλες μορφές, όπως τα προγράμματα αγωγής υγείας σε σχολεία, τις σχολές γονέων και τις ομάδες ευαισθητοποίησης και άλλες εκπαιδευτικές εκδηλώσεις. Αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που έχει στόχο τη διαμόρφωση συμπεριφοράς με αντικείμενο τη μείωση της επίπτωσης ή τη βελτίωση της πρόγνωσης ενός ή περισσότερων νοσημάτων (πρωτοβάθμια πρόληψη). Η πρωτοβάθμια ψυχιατρική προληπτική εργασία απαιτεί συντονισμό και συνεργασία

πολλών υπηρεσιών, φορέων κρατικών και εθελοντικών, ώστε να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική. (Alptekin K., et al., 2005).

Σύμφωνα με τον Carlan (1964), ο όρος Προληπτική Ψυχιατρική αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που (Μαδιανός Μ., 2004):

α) μειώνουν την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτοβάθμια πρόληψη),

β) μειώνουν τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία,

γ) μειώνουν την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριογενής πρόληψη), π.χ. η μείωση του χρόνου νοσηλείας, η δυνατότητα συστηματικής μετανοδοκομειακής παρακολούθησης και η επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων.

Κατά τον Carlan όταν απουσιάζει η γνώση για μια συγκεκριμένη αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων, η πρωτοβάθμια πρόληψη πρέπει να κατευθύνεται στην προαγωγή των υποστηρικτικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στην κοινότητα για τη μείωση των συνθηκών και παραγόντων κινδύνου που μπορεί να ευθύνονται για τη δημιουργία μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης. (Μαδιανός Μ., 2004).

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης τίθεται το θέμα της οργάνωσης του υποστηρικτικού συστήματος στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη των κρίσεων και των ψυχικών διαταραχών που επακολουθούν. Το έργο αυτό διεξάγεται από την πρωτοβάθμια πρόληψη, τη λεγόμενη Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, που περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες της πρόληψης. (Παπαγεωργίου Α., 2005).

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, είναι ένας όρος που καθιερώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 60, εμπεριέχει την έννοια «Υγιεινή», αφού απευθύνεται σε υγιείς πληθυσμούς με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας στη κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες της προσπάθειες της κοινότητας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών

διαταραχών. Η έννοια της Προληπτικής Ψυχιατρικής είναι ενσωματωμένη στην Κοινωνική Ψυχιατρική και κατ' άλλους συνώνυμη με την Ψυχιατρική της Δημόσιας Υγείας. Φορέας των προληπτικών δραστηριοτήτων είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) στο οποίο πρέπει να σχεδιάζονται και να οργανώνονται συγκεκριμένες παρεμβάσεις. (Παπαγεωργίου Α., 2005).

Η επίτευξη των στόχων της πρωτοβάθμιας πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας απαιτεί οργανωμένη, συντονισμένη και πολυδιάστατη προσπάθεια ενός συνόλου υπηρεσιών και φορέων. Δεν είναι ουτοπία η επίτευξη των στόχων, άλλωστε αυτό έχει αποδειχθεί και στον Ελληνικό χώρο, αλλά αυτό που απαιτείται είναι η εφαρμογή κατάλληλης μεθοδολογίας και αξιολόγησης. (Παπαγεωργίου Α., 2005).

### 3.2.2 Δευτεροβάθμια

Η Δευτεροβάθμια Πρόληψη αφορά την πρόωρη διάγνωση τους και χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, με τελικό σκοπό τη μείωση της σοβαρότητας και διάρκειας τους και τον περιορισμό των χρόνιων επακόλουθων που είναι δυνατό να προκύψουν. Βασική αρχή της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ότι αποδίδει καλύτερα όταν εφαρμόζεται μέσω υπηρεσιών που έχουν ως χαρακτηριστικό τους την εύκολη προσβασιμότητα του πληθυσμού σε αυτές, λειτουργούν δηλαδή στο πλαίσιο της κοινότητας. Πρώτη θέση κατέχουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Παπαγεωργίου Α., 2005).

Η σημασία των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έγκειται στο ότι αυτές είναι οι υπηρεσίες που βρίσκονται πιο κοντά στον πληθυσμό και σε αυτές πηγαίνουν αρχικά τα άτομα όταν αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας. Σε αυτές τις υπηρεσίες υπάγονται στη χώρα μας τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία, τα αγροτικά ιατρεία, αλλά και πολλοί από τους ιατρούς που εξασκούν ιδιωτικά την ιατρική στην κοινότητα, όπως είναι συνήθως οι παθολόγοι αλλά και οι γενικοί ιατροί είτε εργάζονται στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα. (Παπαγεωργίου Ε., 2004).

Στους ιατρούς αυτών των υπηρεσιών φαίνεται ότι απευθύνεται αρχικά το μεγαλύτερο ποσοστό αρρώστων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Στατιστικά στοιχεία

από τη Μ. Βρετανία δείχνουν ότι πάνω από το 90% των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα επισκέφθηκαν το γενικό ιατρό τους στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Εντούτοις, από αυτούς που έπασχαν από ψυχιατρικά προβλήματα, πάνω από 50% δεν αναγνωρίστηκαν από τους γενικούς ιατρούς. Αυτό συμφωνεί σε γενικές γραμμές με τα δεδομένα διαφόρων ερευνών, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχικών διαταραχών δεν αναγνωρίζονται και δεν λαμβάνουν θεραπεία για το πρόβλημα τους με αποτέλεσμα τη χρονιότητα και την επακόλουθη ανικανότητα. (Ραγιά Α., 2005).

Στις πολύ σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπου απαιτείται νοσηλεία, υπάρχει μικρότερο πρόβλημα αναγνώρισης, αν και σε αυτές τις περιπτώσεις οι υπηρεσίες της κοινότητας (ΠΦΥ και ΚΚΨΥ) παίζουν σημαντικό ρόλο με τη σύντομη παραπομπή στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, αλλά και με τη συμβολή τους στην παρακολούθηση των ασυμπτωματικών αρρώστων για την πρόληψη των υποτροπών. Σε χώρες με μεγάλη έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι υπηρεσίες ΠΦΥ αναλαμβάνουν το βάρος της δευτεροβάθμιας πρόληψης, της έγκαιρης αναγνώρισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. (Παπαγεωργίου Α., 2005).

### 3.2.3 Τριτοβάθμια

Η τριτοβάθμια ψυχιατρική πρόληψη έχει ως σκοπό τη μείωση των συνεπειών που προκύπτουν από τη χρονιότητα της ψυχικής διαταραχής, πραγματοποιείται μέσω προγραμμάτων αποκατάστασης. (Ραγιά Α., 2005).

Αποκατάσταση είναι η διαδικασία κατά την οποία ένας άρρωστος βοηθείται να προσαρμοστεί στους περιορισμούς που συνεπάγεται η δυσλειτουργία του (σωματική, ψυχική, επαγγελματική, κοινωνική), έχει ως στόχο να προσεγγίσει το άτομο το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και αυτονομίας. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003).

Τα προγράμματα αποκατάστασης αποσκοπούν στην ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του αρρώστου με την λειτουργία περιβαλλοντικών

υποστηρικτικών συστημάτων για τον άρρωστο. Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία σε τρεις, βασικά, τομείς: εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες. (Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., 2003).

### 3.3 Πρόγνωση

Η πρόγνωση των αρρώστων με σχιζοφρένεια έχει βελτιωθεί αρκετά τα τελευταία 25 χρόνια. Αν και μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ριζική θεραπεία, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι πολλοί μπορούν να ζουν ανεξάρτητοι και σε ικανοποιητικό επίπεδο. Καθώς οι γνώσεις μας σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας προχωρούν γοργά, στο μέλλον είναι βέβαιον ότι θα είμαστε σε θέση να βοηθήσουμε περισσότερους να έχουν μια καλύτερη πορεία. (Καραχάλιος Γ., 2003).

Μελέτες που παρακολούθησαν αρρώστους με σχιζοφρένεια για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκάλυψαν ότι η πορεία και η πρόγνωση της ασθένειας μπορεί να ποικίλει ιδιαίτερα. Μια ανασκόπηση 2000 περίπου αρρώστων στη διαδρομή του χρόνου, έδειξε ότι περίπου το 25% των αρρώστων αναρρώνει πλήρως, 50% παρουσιάζει μέτρια βελτίωση και το υπόλοιπο 25% απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα πιθανότατα σε ίδρυμα. Μελέτες μεγάλου αριθμού σχιζοφρενών αρρώστων έχουν δείξει ότι ορισμένοι παράγοντες συσχετίζονται με καλύτερη πρόγνωση, για παράδειγμα, η καλή προνοσηρή προσαρμογή στο κοινωνικό, σχολικό ή εργασιακό περιβάλλον. Χρειάζεται ωστόσο να τονιστεί ότι οι γνώσεις μας μέχρι σήμερα δεν επιτρέπουν την ακριβή πρόληψη της πορείας και της πρόγνωσης σε ατομική βάση. (Lidi P., 2001).

Την καλύτερη πρόγνωση έχει η κατατονική μορφή και κυρίως όταν χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εγκατάσταση και εξελίσσεται κατά κρίσεις. Η παρανοειδής, όταν εισβάλλει αιφνίδια, έχει εξίσου καλή πρόγνωση. Δυσμενή πρόγνωση έχει η ηβηφρενική και κυρίως η απλή, που πολύ λίγο επηρεάζεται από τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα. (Bhugra D., 2006).

### 3.4 Θεραπεία

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας εμπίπτουν γενικά σε δύο κατηγορίες (Robbins T.W., 2005):

- Τυπικά αντιψυχωτικά (παλαιότερα αναφέρονταν ως νευροληπτικά)
- Νεότερα αντιψυχωτικά (αναφέρονται επίσης και ως δεύτερης γενιάς ή «άτυπα» αντιψυχωτικά)

Ο όρος «τυπικά» (ή «παραδοσιακά» ή «συμβατικά») αντιψυχωτικά χρησιμοποιείται για όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα που παρήχθησαν πριν την εισαγωγή της κλοζαπίνης. Αυτά τα αντιψυχωτικά ονομάζονταν στο παρελθόν νευροληπτικά, εξ αιτίας των χαρακτηριστικών εξωπυραμιδικών παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένης της δυστονίας, του παρκινσονισμού, της δυσκινησίας και της ακαθισίας. Αυτά τα φάρμακα έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για την μείωση και μερικές φορές την απόλειψη των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η διαταραχή της σκέψης, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες. Μπορούν επίσης να μειώσουν και άλλα σχετικά συμπτώματα όπως η διέγερση, οι παρορμήσεις και η επιθετικότητα. Δυστυχώς δεν φαίνεται να είναι το ίδιο αποτελεσματικά και στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση και η πενία ιδεών. Αν αυτά τα φάρμακα λαμβάνονται με συνέπεια μπορούν επίσης να ελαττώσουν τον κίνδυνο υποτροπών. Τα κυριότερα τυπικά αντιψυχωτικά που χρησιμοποιούνται είναι τα εξής: η χλωροπρομαζίνη (Thorazine), η φλουφαιναζίνη (Prolixin), η αλοπεριδόλη (Haldol). Η εισαγωγή αποτελεσματικών αντιψυχωτικών φαρμάκων κατέστησε πολύ πιο εφικτή την αντιμετώπιση ασθενών με σχιζοφρένεια μέσα στην κοινότητα, ενώ ταυτόχρονα αποφεύγεται η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. (Mathalon D.H., Heinks T., & Ford J.M., 2004).

Ενώ τα προηγούμενα χρόνια η παραγωγή φαρμάκων εστίαζε στον περιορισμό των θετικών συμπτωμάτων όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, πιο πρόσφατα οι ερευνητές εργάζονται για την παραγωγή αντιψυχωτικών φαρμάκων με

βελτιωμένη αποτελεσματικότητα και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά κατά των αρνητικών αλλά και των θετικών συμπτωμάτων και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, παράγοντες που είναι καθοριστικοί για τις νέες θεραπείες και τις προσπάθειες αποκατάστασης. Η κλοζαπίνη (Clorazil) ήταν το πρώτο αντιψυχωτικό που παρήχθη και προκαλεί πολύ λίγες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ΕΠΣ). Την κλοζαπίνη ακολούθησαν πολλά νέα φάρμακα που μοιράζονται το ίδιο πλεονέκτημα. Μερικά από αυτά είναι τα παρακάτω: η ολανζαπίνη (Zyprexa), η κουατιεπίνη (Seroquel), η ρισπεριδόλη (Risperdal), η ζιπρασιδόνη (Zeldox).

Οι όροι «νεότερα», «δεύτερης γενιάς» ή «άτυπα» αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται για τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας, με τον όρο «νέα» να επικρατεί μιας και το «άτυπο» είναι δύσκολο να περιγραφεί. Ο χαμηλότερος κίνδυνος πρόκλησης εξωπυραμιδικού συνδρόμου (ΕΠΣ) είναι το ορόσημο που χαρακτηρίζει τα νεότερα αντιψυχωτικά. Εμφανίζονται επίσης να υπερέχουν έναντι των παραδοσιακών αντιψυχωτικών στην μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων και την χαμηλότερη πρόκληση ή την ασήμαντη αύξηση των επιπέδων προλακτίνης. (Wykes T., et al., 2007).

Η θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη όταν η χορήγηση αντιψυχοσυστικών φαρμάκων συνοδεύεται από παράλληλες ψυχοκοινωνικού τύπου παρεμβάσεις. (Rapoport J.L., Addington A.M., & Fragou S., 2005).

**1. Θεραπεία συμπεριφοράς.** Οι επιθυμητές συμπεριφορές ευοδώνονται με την επιβράβευση τους με συμβολικές ανταμοιβές, όπως άδειες εξόδου ή προνόμια. Ο σκοπός είναι η συνέχιση της ευοδωθείσας συμπεριφοράς και μετά την έξοδο του αρρώστου από την κλινική.

**2. Ομαδική θεραπεία.** Εστιάζεται στην υποστήριξη του αρρώστου και στην ανάπτυξη των κοινωνικών του δεξιοτήτων (καθημερινές δραστηριότητες). Οι ομάδες βοηθούν ιδιαίτερα στην ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης και τη βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας.

**3. Οικογενειακή θεραπεία.** Οι τεχνικές οικογενειακής θεραπείας μπορούν να ελαττώσουν σημαντικά τη συχνότητα των υποτροπών του πάσχοντος μέλους της

οικογένειας. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να μειώσει τα υψηλά επίπεδα εκπεφρασμένου συναισθήματος μέσα στην οικογένεια. Ιδιαίτερα χρήσιμες έχουν αποδειχθεί οι ομάδες πολλών οικογενειών, στις οποίες τα μέλη των οικογενειών σχιζοφρενών αρρώστων συζητούν και μοιράζονται τα προβλήματα τους.

**4. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.** Περιλαμβάνει συμβουλευτική, ενθάρρυνση, εκπαίδευση, παροχή προτύπων, οριοθέτηση και βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Σε γενικές γραμμές, είναι καλό να παρέχεται στον κάθε ασθενή ο βαθμός της ευαισθησίας που επιθυμεί και που μπορεί να αντέξει. Μία μορφή υποστηρικτικής θεραπείας, η προσωπική θεραπεία, στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη θεραπευτική σχέση, σ' αυτήν ο γιατρός εμπνέει ελπίδα στον αρρώστο και του παρέχει πληροφορίες.

**5. Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.** Προσπάθεια βελτίωσης των κοινωνικών δεξιοτήτων και αντιμετώπισης των συναφών προβλημάτων, όπως η πενιχρή βλεμματική επαφή, η έλλειψη ικανότητας για κοινωνικές σχέσεις, οι εσφαλμένες εκτιμήσεις για τους άλλους ανθρώπους και η κοινωνικά απρόσφορη συμπεριφορά. Αυτό γίνεται με υποστηρικτικές θεραπείες, περισσότερο ή λιγότερο δομημένες (συχνά στα πλαίσια ομάδας), στις οποίες δίνεται εργασία για το σπίτι, χρησιμοποιούνται βιντεοταινίες και εφαρμόζονται τεχνικές παιξίματος ρόλων.

**6. Διαχείριση περιστατικού.** Μ' αυτήν αντιμετωπίζονται οι πρακτικές ανάγκες του σχιζοφρενούς και συντονίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο έχων την ευθύνη της διαχείρισης του περιστατικού (συνήθως κοινωνικός λειτουργός) συμμετέχει στο συντονισμό του θεραπευτικού προγράμματος και συμβάλλει στην επικοινωνία ανάμεσα στις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Βοηθά επίσης τον άρρωστο στο κλείσιμο των ραντεβού, στις αιτήσεις για οικονομικά και οικιστικά ευεργετήματα και στη χρήση των διαφόρων διαθέσιμων υγειονομικών υπηρεσιών. Τέλος, παρέχει φροντίδα κατ' οίκον και παρέμβαση στην κρίση, όποτε αυτό είναι απαραίτητο, ώστε ο άρρωστος να παραμένει υπό θεραπεία.

**7. Ομάδες υποστήριξης.** Στις ΗΠΑ, η Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς (National Alliance for the Mentally III), η Εθνική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας (National Mental Health Association) και παρόμοιες οργανώσεις παρέχουν υποστήριξη, πληροφορίες και εκπαίδευση στους αρρώστους και τις οικογένειες τους.



Αντίστοιχος οργανισμός στην Ελλάδα είναι ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ).

### 3.5 Νέες θεραπευτικές εξελίξεις στη σχιζοφρένεια

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει, ν' αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι άλλοι οι άνθρωποι. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο ασθενής ανάμεσα στους άλλους συνανθρώπους του- στην κοινότητα- είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρονικό διάστημα. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες (και γίνονται κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων). (Pedinelli J.L., et al., 2010).

Έτσι, η παλιά άποψη της μακράς νοσηλείας έχει προοδευτικά αντικατασταθεί στις περισσότερες χώρες από προγράμματα επανένταξης των ασθενών στην κοινότητα- κοινωνία, από προσπάθειες δηλαδή αποιδρυματοποίησης. Βέβαια, η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων για λόγους οικονομικούς ή κακού προγραμματισμού ή αδυναμίας πολλών ασθενών να αποκατασταθούν δεν είναι γενικευμένη, οπότε και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παραμένουν στις πιο πολλές χώρες σαν αναγκαίοι χώροι περίθαλψης. Κυρίως, η θεραπευτική μάχη δίνεται στην κοινότητα, στα κέντρα ψυχικής υγείας, στους ξενώνες, στα οικοτροφεία, στα διαμερίσματα που μοιράζονται σχιζοφρενικοί, στις συνεργατικές εργασιακές μονάδες, στα σπίτια τους. (McGrath J., et al., 2004).

Συνεπώς, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές με μια κατεύθυνση από το νοσοκομείο προς την κοινότητα και ταυτόχρονα την αποφυγή κατά το δυνατό επανάληψης της νοσηλείας. Βασικές ενδονοσοκομειακές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η

απασχολησιοθεραπεία, η εργοθεραπεία. Από τη άλλη, οι πιο σημαντικές εξωνοσοκομειακές θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι η οικογενειακή θεραπεία(που μπορεί φυσικά να αρχίσει και ενδονοσοκομειακά, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων). (Pardinielli J.L., et al., 2010).

Αρχικά, γίνεται ειδική προσπάθεια να αποφευχθεί η νοσηλεία του σχιζοφρενικού ασθενή με υποστήριξη της λειτουργίας του εξωνοσοκομειακά. Έτσι, μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο σχιζοφρενής με την οικογένεια του, στον ξενώνα, στο οικοτροφείο που βασίζεται στη στενή παρακολούθηση του από ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. (Pardinielli J.L., et al., 2010).

Η άμεση παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει την νοσηλεία στο νοσοκομείο ή να υπάρξει ολιγοήμερη παραμονή στο χώρο του νοσοκομείου. Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει του εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων (οικογένεια, φίλοι, θεραπευτές, εργασία) στο περιβάλλον του ασθενή. (McGuffin P., 2004).

Όσο πιο ψυχωτικός ή διεγερτικός είναι ο ασθενής τόσο η ανάγκη για ταχεία καταστολή της ψύχωσης ή διέγερσης είναι άμεση. Οποσδήποτε, χρησιμοποιούμε ένα συνδυασμό καθυσύχασης, τοποθέτησης ορίων και ελάττωσης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (δωμάτιο απομόνωσης) στην αρχή. Αν αυτά δεν είναι αρκετά για να ηρεμήσουν τον ασθενή και να ελέγξουν τις βίαιες παρορμήσεις του, τότε μπορεί να χρειασθεί φυσική καθήλωση σε συνδυασμό με /ή χημική καθήλωση. (McGuffin P., 2004).

Καθώς, όμως τα οξέα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν, ο ασθενής θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής, η οποία θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να αποτελεί θεραπευτική κοινότητα. Οι σχέσεις όλων των ατόμων που εργάζονται εκεί (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) καθορίζονται έτσι ώστε να προάγουν την φυσιολογικότητα που θα απαιτηθεί όταν οι ασθενείς βγουν έξω. (Pardinielli J.L., et al., 2010).

Ευρύτερη έννοια, που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας, είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η οποία αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα η ίδια. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον-χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις, είναι με τέτοιο τρόπο σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. (McGuffin P., 2004).

Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η υποστηρικτική ατομική ή ομαδική θεραπεία. Βασικά, ο ψυχοθεραπευτής βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειές της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατόν καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Η δημιουργία ,φυσικά ,μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή – θεραπευτή είναι πρωταρχική. (Rapoport J.L., Addington A.M., & Fragou S., 2005).

Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ταυτόχρονα στην αρχή ενδονοσοκομειακά και έπειτα εκτός νοσοκομείου, αποσκοπώντας στην κοινωνικοποίηση του ασθενή. Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική για την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς η σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση ακόμη και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας. Η οικογενειακή θεραπεία είναι ακόμη ένα σημαντικό κομμάτι στην ψυχοθεραπεία. Σε αυτήν, εκτός από τον ασθενή και τον προσωπικό, συμμετέχει και η οικογένεια του αρρώστου. Αυτού του είδους η θεραπεία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευεργετική όταν κανείς δουλεύει με παιδιά ή νεαρά άτομα. (Orgen – Rhein C.,2004).

Μερικές φορές και ειδικά στην θεραπεία με ασθενή που αντιμετωπίζει προβλήματα γάμου, η οικογενειακή θεραπεία γίνεται σε μια ομάδα που αποτελείται από τον ασθενή, πολλούς από τους συγγενείς που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του, τον γιατρό, τις νοσηλεύτριες, την κοινωνική λειτουργό και οποιονδήποτε άλλο μέσα από τη θεραπευτική ομάδα που θα μπορούσε να βοηθήσει τον ασθενή. Στην οικογενειακή θεραπεία ο ασθενής δεν μπορεί να μην έρθει σε αντιπαράθεση με τους

συγγενείς μιλώντας μόνος του για αυτούς σε κάποιον άλλον που τον ακούει με συμπάθεια. Η παρουσία πολλών παρατηρητών οι οποίοι μετά από την ομαδική θεραπεία είναι ικανοί να συγκρίνουν εντυπώσεις και να συζητήσουν διάφορες ερμηνείες, μπορεί να αποδειχθεί μεγάλο πλεονέκτημα σε αυτό το είδος της θεραπείας. (Orgen – Rhein C., 2004).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική όσον αφορά την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. Σημασία έχει η εκπαίδευση των οικογενειών πάνω στην φύση και τις συνέπειες της νόσου και στους πρακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν από την σοβαρή αυτή ψυχική νόσο. Παρακάτω, αναφέρονται κάποιοι τρόποι με τους οποίους μπορούν να εκπαιδευτούν οι οικογένειες ατόμων με πάσχον μέλος από την συγκεκριμένη ασθένεια. (Orgen – Rhein C., 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### 4.1 Γενικές Αρχές Νοσηλευτικής Φροντίδας

Οι Γενικές Αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας του σχιζοφρενικού ασθενή παρουσιάζονται παρακάτω (Παπαγεωργίου Α., 2005):

- Η Διατήρηση της ασφάλειας καθώς και στην σωματικής υγείας του ασθενή.
- Η συνέπεια στη συμπεριφορά μας, δηλαδή η θετική στάση που ελαττώνει την σύγχυσή του ασθενή.
- Η ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του.
- Η επιβεβαίωση της ταυτότητάς του.
- Ο προσανατολισμός του ασθενή στην πραγματικότητα.
- Η βοήθεια του ασθενή στην επικοινωνία, με σκοπό ο ασθενής να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και ταυτόχρονα να γίνεται κατανοητός.
- Η βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του ασθενή.
- Η μείωση των απαιτήσεων καθώς και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος.
- Η προώθηση της συμμόρφωσης του ασθενή στην νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή.
- Η βοήθεια στο να εκτελεί ο ασθενής τι καθημερινές δραστηριότητες του.
- Η ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας.
- Η ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπό/υπερκινητικότητα).
- Η ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς.
- Η ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειάς του ασθενή.
- Η ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του.
- Η διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει, να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα.

- Η προσφορά προτύπου, δηλαδή η σωστή συμπεριφορά, η αξιοπρεπής εμφάνιση, η αυτοκυριαρχία και η καλή διάθεση αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση για τον ασθενή.

## 4.2 Νοσηλευτική εκτίμηση ασθενούς

Η νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση του ασθενή με σχιζοφρένεια, εκτός από την ολική μελέτη της βιοψυχοκοινωνικής κατάστασης και λειτουργίας του, εστιάζεται στα ακόλουθα (Ραγιά Α., 2005):

### ▼ Διαταραχές σκέψης:

Στις διαταραχές σκέψης περιλαμβάνονται, η διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης, η διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης, καθώς και άλλες διαταραχές, όπως για παράδειγμα ο αυτισμός.

Η διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης εκδηλώνεται ως ρήξη των ειρμών έως και την ασυναρτησία, τις νεολεξίες (δηλαδή αυτοδημιούργητες λέξεις που έχουν νόημα μόνο για τον ίδιο τον ασθενή και δείχνουν παλινδρόμηση και διάσπαση της λειτουργικότητας στην πραγματικότητα).

Η διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης εκδηλώνεται με παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, ζηλοτυπίας, δίωξης, μεταβίβασης ή εξωτερικού ελέγχου της σκέψης, δηλαδή ότι άλλοι άνθρωποι ή μηνύματα από την τηλεόραση αναφέρονται απευθείας στον ασθενή.

Άλλες διαταραχές όπως ο αυτισμός, δηλαδή η εξωπραγματική φανταστική σκέψη, η αλαλία ή σιωπηλότητα, η ανακοπή της σκέψης, η ηχολαλία - επανάληψη των λόγων των άλλων.

### ▼ Διαταραχές αντίληψης:

Στις διαταραχές αντίληψης περιλαμβάνονται, οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις και τα προβλήματα εαυτού.

Οι ψευδαισθήσεις αφορούν αισθητηριακές αντιλήψεις χωρίς να υπάρχουν εξωτερικά αντικειμενικά ερεθίσματα. Πιο συχνές είναι οι ακουστικές. Ο ασθενής ακούει φωνές που του φέρνουν μηνύματα συνήθως υποτιμητικά, κατακριτικά ή και εντολοδόχα ή προτρεπτικά για αυτοκαταστροφή. Λιγότερο συχνές είναι οι οπτικές, γευστικές, οσφρητικές και απτικές ψευδαισθήσεις.

Οι παραισθήσεις αφορούν παρερμηνείες υπαρκτών εξωτερικών περιβαλλοντικών ή αισθητικών ερεθισμάτων, π.χ. ο ασθενείς βλέπει ένα δέντρο και λέει ότι βλέπει τον παππού του.

Τα προβλήματα εαυτού εμφανίζονται όταν ο ασθενής παρουσιάζει σύγχυση για το ποιος είναι, δεν είναι βέβαιος για τα όρια του εαυτού του, δεν χωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους ανθρώπους ή από άψυχα αντικείμενα του περιβάλλοντός του. Ο ασθενής περιγράφει φαινόμενα αποπροσωποποίησης ή ότι ο ίδιος παρουσιάζει δραστικές αλλαγές και είναι διαφορετικός και όχι πραγματικός, καθώς και τα αντικείμενα στο περιβάλλον του φαίνονται παράξενα και όχι πραγματικά.

#### ▼ Διαταραχές συναισθήματος:

Η απουσία συναισθήματος είναι η φαινομενική έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και η απάθεια στο ύφος του αρρώστου μπορεί να εκληφθεί από τον νοσηλευτή/νοσηλεύτρια ως αδιαφορία για τον εαυτό του, την κατάσταση του και τη φροντίδα των άλλων και ότι επικοινωνεί σαν μια μηχανή.

#### ▼ Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων /συμπεριφοράς:

Στις διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων/συμπεριφοράς περιλαμβάνονται, η απόσυρση από την πραγματικότητα και οι ψυχοκινητικές διαταραχές.

Η απόσυρση από την πραγματικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων συμβαίνει λόγω φόβου και άγχους, συναισθηματικής αδιαφορίας, παράλογων ιδεών και φαντασιών όπου χάθηκε η αντικειμενικότητα. Ο σχιζοφρενικός ασθενής

αποσύρεται όχι μόνο από τις δραστηριότητες της ζωής, αλλά και από τα ίδια του τα συναισθήματα και ζει χαμένος στον φανταστικό του κόσμο.

Οι ψυχοκινητικές διαταραχές είναι οι μορφασμοί, οι αλλόκοτες στάσεις, η απρόβλεπτη και παρορμητική συμπεριφορά, οι στερεοτυπίες, η έντονη διέγερση καθώς και η επικίνδυνη υπερκινητικότητα για καταβολή δυνάμεων.

### 4.3 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις:

- 1) Αναλύουν τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα.
- 2) Αναλύουν τις αδυναμίες και τα δυνατά σημεία του ασθενή, όπως: την ικανότητα αυτοφροντίδας, την κοινωνικότητα, την επικοινωνία, το επίπεδο επαφής με την πραγματικότητα, τις εργασιακές ικανότητες, τα υποστηρικτικά συστήματα.
- 3) Αναλύουν τους επικίνδυνους παράγοντες για μη παραδεκτή συμπεριφορά, όπως: έντονο εκνευρισμό, θυμό, καχυποψία, παρουσία απειλητικών ψευδαισθήσεων.
- 4) Καθορίζουν και ιεραρχούν τις νοσηλευτικές διαγνώσεις για τον ασθενή και την οικογένειά του. Αναλυτικότερα:
  - § Αυτοεκτίμηση.
  - § Σχέσεις με οικογένεια, αν είναι αναποτελεσματικές.
  - § Αν υπάρχει ανικανότητα στην διαχείριση των υποχρεώσεων του σπιτιού.
  - § Γνώση του προβλήματός του.
  - § Θεραπευτική συμμόρφωση από την πλευρά του ασθενή.
  - § Θεραπευτική συμμόρφωση από την πλευρά της οικογένειας
  - § Αισθητικές - αντιληπτικές διαφοροποιήσεις: οπτικές, ακουστικές, κινητικές, γευστικές, απτικές, οσφρητικές.
  - § Αλλαγή στην διεργασία της σκέψης του ασθενή.
  - § Βία συμπεριφορά, είτε προς τον εαυτό του είτε προς τα άλλα πρόσωπα.



Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις ειδικά για ασθενείς με σχιζοφρένεια, ανεξάρτητα από τον τύπο της σχιζοφρένειας που εκδηλώνουν σύμφωνα με την ιατρική διάγνωση, διατυπώνονται ως εξής (Παπαγεωργίου Α., 2005):

**1) Αισθητηριακή /αντίληπτική διαταραχή (ακουστική, οπτική):** εδώ, κατατάσσονται οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις, η αίσθηση μη πραγματικότητας του εαυτού ή του περιβάλλοντος. Είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα 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, προσανατολισμό, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους. Ο ασθενής μιλά ή γελά με τον εαυτό του, υπάρχει αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, απότομες αλλαγές της συναισθηματικής του διάθεσης, αδυναμία λήψης απλών αποφάσεων.

Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι όταν ο ασθενής βγει από το νοσοκομείο να μπορεί να διακρίνει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον, να μην ακούει εσωτερικές φωνές ή να μην τους δίνει σημασία, να υπάρξει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και στη συμπεριφορά του, να επιδιώκει συζητήσεις με το προσωπικό όταν αισθάνεται άγχος ή όταν τον ενοχλούν ψευδαισθήσεις και να αναφέρει ρεαλιστικά σχέδια (π.χ. να παρακολουθήσει ένα μάθημα το επόμενο εξάμηνο στο Πανεπιστήμιο).

#### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- ▼ Συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή (με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουμε πληροφορίες για τις δυνατότητες του ασθενή να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, τις λεκτικές και μη λεκτικές του εκφράσεις).
- ▼ Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει (η συνεχής και συνεπής αποδοχή θα ελαττώσει το άγχος και τους φόβους του και θα ελαττώσει την διαταραγμένη αντίληψη των ερεθισμάτων που δέχεται).

- ▼ Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών και αντιπαραθέσεων ή γελοιοποίησης του ασθενή (οι παρερμηνείες των ερεθισμάτων τρομάζουν τον άρρωστο. Λόγω έλλειψης εναισθησίας, δηλαδή αίσθηση της πραγματικότητας του εαυτού, ο ασθενής βλέπει παραποιημένη την πραγματικότητα, κάτι που τον οδηγεί σε αμυντική συμπεριφορά και παλινδρόμηση).
- ▼ Προσανατολισμός του ασθενή στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία. Ενίσχυση της επαλήθευσης της πραγματικότητας (ο νοσηλευτής ομολογεί ειλικρινά ότι δεν ακούει τις φωνές). Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου, των παρόντων προσώπων και γεγονότων σε κάθε περίπτωση.
- ▼ Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα. Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του αν είναι δυνατόν. (ο ασθενής που αντιλαμβάνεται λανθασμένα το περιβάλλον δεν έχει τον αυτοέλεγχο, για να προλάβει την παρορμητική του συμπεριφορά. Συχνά αισθάνεται ότι αυτοελέγχεται, αν ο νοσηλευτής παραμείνει στον θάλαμο. Η απόσπαση προσοχής με μουσική, τηλεόραση ή επιτραπέζια παιχνίδια υποστηρίζει τον άρρωστο να ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου).
- ▼ Διδασκαλία του ασθενή ποιες τεχνικές να χρησιμοποιεί έτσι ώστε να σταματά τις ψευδαισθήσεις: τραγούδι ή παίξιμο μουσικού οργάνου, διαταγή στις φωνές να φύγουν, απασχόληση με εργασία, αναφορά σε κάποιο μέλος του προσωπικού όταν οι φωνές γίνονται ενοχλητικές (αυτές οι τεχνικές αποσπών τον ασθενή από την ψευδαίσθηση και του δίνουν δύναμη ελέγχου).
- ▼ Δημιουργία ομαδικών περιστάσεων, όπου ο ασθενής μπορεί να μάθει και να εφαρμόζει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και κοινωνικές δεξιότητες, έτσι ώστε να βελτιώσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις με πραγματικούς ανθρώπους (αυτά αυξάνουν τα αισθήματα προσωπικής επάρκειας, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης που τείνουν να ελαττώνουν τις αρνητικές

εμπειρίες των ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων και γενικά τις αισθητηριακές – αντιληπτικές διαταραχές).

**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 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, διακεκομμένος ύπνος. 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, να διατηρεί τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα και να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.

#### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ▼ Συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, αναφέροντας τη μορφή, το περιεχόμενο και τη ροή των σκέψεων (η αναγνώριση της συμβολικής σκέψης και ομιλίας αυξάνει την κατανόηση των διεργασιών σκέψης του αρρώστου και συντελεί στον προγραμματισμό κατάλληλων παρεμβάσεων).
- ▼ Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή - αρρώστου (αυτό διατηρεί ένα ψυχικά ασφαλές περιβάλλον που διευκολύνει την διαπροσωπική επικοινωνία και μειώνει τον αυτισμό).
- ▼ Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης του αρρώστου με τη διευκρίνιση ασαφών εκφράσεων (ο άρρωστος είναι συχνά ανίκανος να οργανώσει την σκέψη του, εύκολα αποσπάται η προσοχή του, δεν μπορεί να συλλάβει έννοιες κάποιου θέματος αλλά στέκεται στις ασήμαντες λεπτομέρειες. Η έκφραση της επιθυμίας του νοσηλευτή να κατανοήσει τον

άρρωστο μεταβιβάζει ενδιαφέρον, αυξάνει το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και τον παροτρύνει να συγκεντρωθεί και να επικοινωνήσει πιο καθαρά).

- ✓ Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου (η συνέπεια στο πρόγραμμα ελαττώνει φόβους -ανασφάλειες που παρεμποδίζουν τον ύπνο. Ο ύπνος ευκολύνεται με τη εναρμόνιση μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και ανάπαυσης.

**3) Κοινωνική απομόνωση:** κατάσταση μόνωσης την οποία δοκιμάζει ο άρρωστος και τη θεωρεί επιβαλλόμενη από τους άλλους και αρνητική ή απειλητική εμπειρία. Οι αιτιολογικοί-σχετιζόμενοι παράγοντες είναι διαταραγμένες διεργασίες της 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 είναι 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

- ✓ Αξιολόγηση του βαθμού της θεληματικής απομόνωσης του αρρώστου, ώστε να προγραμματιστούν στρατηγικές διακοπής της απόσυρσης με επικοινωνίες και δραστηριότητες.
- ✓ Διάθεση λίγης ώρας και πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας με τον άρρωστο και ενδιαφέρουσα αλλά όχι απαιτητική επικοινωνία μαζί του.

- ▼ Βοήθεια του αρρώστου να διακρίνει τη διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας του να μείνει κανείς για λίγο μόνος στον ιδιωτικό του χώρο.
- ▼ Λειτουργία του νοσηλευτή ως υποδείγματος υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς σε ατομικές και ομαδικές επικοινωνίες (ήρεμη και αξιοπρεπή στάση, μέτριος τόνος φωνής, κατάλληλη απόσταση, εναλλαγή ομιλίας και ακρόασης). Αυτό βοηθά τον άρρωστο να αναγνωρίσει και να θελήσει ο ίδιος να καλλιεργήσει κοινωνικές δεξιότητες.
- ▼ Συνεπής τήρηση όλων των προγραμματισμένων ωρών επικοινωνίας με τον ασθενή. Η συνέπεια αυτή αυξάνει την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με αποτέλεσμα την αύξηση της κοινωνικότητάς του.
- ▼ Παροχή αδειών εξόδου στον άρρωστο για να πάει π.χ. στην αγορά, σε κέντρα φροντίδας ημέρας, σε μουσεία με σκοπό την ενθάρρυνση ποικιλίας εμπειριών επικοινωνίας έξω από το νοσηλευτικό τμήμα και την μείωση της κοινωνικής απομόνωσης.

**4) Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας:** διαταραχή της ικανότητας του αρρώστου να εκφράζεται λεκτικά ή να επικοινωνεί λεκτικά με τους άλλους, κατά τρόπο κοινωνικά παραδεκτό. Οι παράγοντες που δημιουργούν αυτή τη δυσλειτουργία είναι: διαταραχές της σκέψης (αυτισμός, παραληρητικές ιδέες), ανικανότητα διάκρισης του εαυτού του από πρόσωπα και 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, σαλάτα λέξεων λόγω χάλασης συνειρμών, πτωχεία λόγου, αλαλία. Οι κυριότεροι στόχοι που θέτει η νοσηλευτική παρέμβαση είναι οι 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

- ✓ 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 που συμμετέχει στην φροντίδα του).
- ✓ 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.
- ✓ Αποδοχή της χρησιμοποίησης από τον ασθενή άλλων τρόπων έκφρασης εκτός από την ομιλία όπως ζωγραφική, γράψιμο, χειρονομίες, τραγούδι.
- ✓ Διδασκαλία του ασθενή να ζητά τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού όταν αισθάνεται διαταραχή της λεκτικής του επικοινωνίας (η επικοινωνία με πραγματικά, δηλαδή υπαρκτά πρόσωπα, η απασχόληση με κάποια εργασία, συμβάλλουν στη διακοπή των εξωπραγματικών, παράλογων σκέψεων και στην αντικατάστασή τους με άλλες βασισμένες στην πραγματικότητα).
- ✓ Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος, όχι απειλητικού για τον ασθενή (όταν υπάρχει ατμόσφαιρα όπου ο ασθενής αισθάνεται ελεύθερος να εκφραστεί, χωρίς φόβο κριτικής, τον βεβαιώνει ότι είναι παραδεκτός να δοκιμάσει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα και τους φόβους του και να επαληθεύσει ότι οι άλλοι τον κατανοούν).

**5) Διαταραχή συμπεριφοράς:** 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 αίσθημα απειλής του ασθενή, η καχυποψία και δυσπιστία του σε πρόσωπα και καταστάσεις του περιβάλλοντος, η ανικανότητα ερμηνείας ή έκφρασης

συναισθημάτων, η αδυναμία εκδήλωσης θυμού με παραδεκτό τρόπο, η διαταραχή επαφής με την πραγματική διάσταση των πραγμάτων. Συνεπώς, ο ασθενής, χρησιμοποιεί την προβολή, ως αμυντικό μηχανισμό, για κατηγορίες, εχθρική συμπεριφορά και ατομική ευθύνη στους άλλους, παρουσιάζει υπερευαισθησία στην παραμικρή κριτική από τους άλλους, εχθρικό γέλιο και κοροϊδία των άλλων, παρεμπόδιση στην εφαρμογή της θεραπείας με αμυντική ή διασπαστική συμπεριφορά, παραλήρημα δίωξης.

Όλα τα κριτήρια των νοσηλευτικών ενεργειών αποσκοπούν στο να φτάσει 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

- ✓ Συνεχιζόμενη εκτίμηση των δυσκολιών του ασθενή να επικοινωνήσει και να διατηρήσει κοινωνικές επαφές και να αποδεχτεί το θεραπευτικό πλαίσιο που απαιτείται για την βελτίωση της κατάστασής του.
- ✓ Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς, χωρίς απειλές και κριτική, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του ασθενή και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας.
- ✓ Αποφυγή επιθέσεων ή προκλήσεων στο παραλήρημα του αρρώστου αυτή η στάση μπορεί να αποξενώσει τον άρρωστο, να μειώσει την εμπιστοσύνη του και να τον ωθήσει στην δικαιολογία, υπεράσπιση και υποστήριξη του παραληρήματος του για να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του.
- ✓ Απασχόληση του ασθενή σε συχνές, σύντομες επικοινωνίες, αποφυγή ψιθυρισμών ή γέλιου, πληροφόρησή του για τυχόν αλλαγές του ημερησίου προγράμματος. Η τακτική αυτή συντελεί στη δημιουργία θεραπευτικής

έμπιστης σχέσης και στην ελάττωση της καχυποψίας και άλλων αμυντικών συμπεριφορών.

- ✓ Αποφυγή αγγίγματος του ασθενή με τα χέρια ως εκδήλωση φιλικότητας σε περιστάσεις άγχους, παράνοιας και διαταραχής της επαφής του με την πραγματικότητα. Η χειρονομία αυτή μπορεί να παρερμηνευθεί από πλευράς του ασθενή και να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις και επιθετικότητα.
- ✓ Αποφυγή επίπληξης, απειλής ή χρήσης δύναμης και βίας όταν ο ασθενής υβρίζει και προσβάλλει τους γύρω του, διότι μπορεί να αντιδράσει με επίθεση προκειμένου να προστατεύσει το σύστημα του εγώ του.

**6) Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση του ασθενή:** κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά της οικογένειας ή άλλου σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική στο χειρισμό του αρρώστου και των συνεπειών της ψυχικής του διαταραχής. Για αυτό το πρόβλημα, οι σημαντικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες είναι: οι αμφίθυμες οικογενειακές σχέσεις, δηλαδή ταλάντευση μεταξύ απόσυρσης από τον άρρωστο και φροντίδας του, η ανικανότητα των σημαντικών προσώπων να εξωτερικεύσουν αισθήματα ενοχής, θυμού, απογοήτευσης, απελπισίας, διασπασμένες σχέσεις αρρώστου και οικογένειας, αντίσταση ή άρνηση της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα και θεραπεία του άρρωστου μέλους της. Τα στοιχεία που καταδεικνύουν το προαναφερθέν πρόβλημα είναι η έλλειψη γνώσεων της οικογένειας για την αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου, η αποτυχία της οικογένειας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ασθενή για αγάπη και συντροφιά, ακατάλληλες αντιδράσεις της οικογένειας προς τον άρρωστο(αδιαφορία, απόρριψη, υπερπροστασία, ενοχές, εγκατάλειψη του αρρώστου), ανάπτυξη εκ μέρους του αρρώστου αδυναμίας, αδράνειας και εξάρτησης από την οικογένεια και την κοινότητα. Σκοπός είναι τα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα να φθάσουν στο σημείο να εκδηλώνουν: ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών του απέναντι στον άρρωστο, να περιγράφουν ανοιχτά και συχνά τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους.



## Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ✓ Εκτίμηση του επίπεδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα μέλος τους.
- ✓ Εκτίμηση και καλλιέργεια της θέλησης και της ετοιμότητας της οικογένειας να συμμετάσχει στην φροντίδα του ασθενή. Πολλοί επιστήμονες εκφράζουν την άποψη ότι ο σχιζοφρενικός άρρωστος εκπροσωπεί μια αποδιοργανωμένη «σχιζοφρενή» οικογένεια. Η μετανοσοκομειακή φροντίδα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και την οικογένεια και άλλα σημαντικά πρόσωπα του ασθενή, για να ανυψωθεί το επίπεδο της διαπροσωπικής λειτουργίας.
- ✓ Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα, όπως αρνητική κριτική, απογοήτευση, εχθρικότητα, άγχος, υπερπροστασία. Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας επιδρά αποτελεσματικά στην ανάρρωσή του. Υποτροπές συμβαίνουν με μεγαλύτερη συχνότητα σε οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα.
- ✓ Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για την φύση και τη βαρύτητα της ασθένειας και επιστράτευση της συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην κοινότητα. Η οικογένεια που ήδη έχει δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και τις επιπτώσεις μιας χρόνιας αρρώστιας.
- ✓ Ενθάρρυνση της οικογένειας για συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς.
- ✓ Πληροφόρηση της οικογένειας για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα, καθώς και για το ειδικό προσωπικό που διαθέτουν ώστε να τους βοηθήσει όταν τα συμπτώματα του οξύνονται και είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα μόνωσης και αδυναμίας τόσο του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του.

## 4.4 Νοσηλευτικές ευθύνες φαρμακοθεραπείας

Οι στοιχειώδεις γνώσεις ψυχοφαρμακολογίας είναι απαραίτητες στον νοσηλευτή αφού συμμετέχει υπεύθυνα στη φαρμακευτική θεραπεία των ψυχικά αρρώστων. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα ταξινομούνται στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες (Corradi R., 2004):

Ø Νευροληπτικά / αντιψυχωτικά.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ψυχικών διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια, η μείζων κατάθλιψη, η μανία, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα με ψυχωτικά συμπτώματα. Συχνά χορηγούνται και για τη θεραπεία του έντονου άγχους. Τα φάρμακα αυτά δρουν στο ΚΝΣ (κεντρικό νευρικό σύστημα), το οποίο ελέγχει την εισαγωγή, επεξεργασία και αποστολή πληροφοριών διερχομένων από τον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα είναι η αλλαγή ή τροποποίηση της διάθεσης, της διεργασίας της σκέψης και της διαταραγμένης συμπεριφοράς των ψυχωτικών αρρώστων χωρίς υπερβολική καταστολή της συνείδησης και χωρίς πρόκληση εθισμού.

Ø Ηρεμιστικά /αγχολυτικά.

Ø Αντικαταθλιπτικά.

Ø Ψυχοδιεγερτικά.

Η διδασκαλία του ασθενή διευκολύνει και προάγει τη συμμόρφωση του στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Αρχικά, εκτιμώνται η ψυχική κατάσταση και το επίπεδο κατανόησης του ασθενή. Στη συνέχεια, καταστρώνεται ανάλογο εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας, το οποίο περιλαμβάνει τα παρακάτω (Kaplan, & Sadocs, 2004):

✓ Πληροφόρηση του ίδιου του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του για τη φαρμακοθεραπεία που θα συνεχιστεί στο σπίτι.

✓ Ψυχολογική υποστήριξη και βεβαίωσή τους ότι θεωρούνται ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη της θεραπείας στο σπίτι.

- ✓ Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής ασθένειας, το όνομα, τη δόση, τις ώρες χορήγησης και την επιθυμητή δράση του φαρμάκου καθώς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου, οι οποίες πρέπει να αναφέρονται στον νοσηλευτή και τον γιατρό μαζί με κάθε ασυνήθιστο υποκειμενικό αίσθημα. Ιδιαίτερα είναι σημαντικό να αναφέρονται: πόνος στο λαιμό, πυρετός, ασυνήθιστη αιμορραγία, δερματικό εξάνθημα, αδυναμία, μυικοί σπασμοί, διαταραχές της όρασης, σκούρο χρώμα των ούρων, άχρωμες κενώσεις, ίκτερος και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις.

✓

Επιπλέον, στα πλαίσια της διδασκαλίας αυτής ο νοσηλευτής (Kapur S., 2003):

- ✓ Συμβουλεύει τον άρρωστο να μην μοιράζεται τα φάρμακά του με άλλους.
- ✓ Υπενθυμίζει στον άρρωστο να μην παραλείπει και να μην διπλασιάζει καμία δόση ούτε να παίρνει αργότερα μια ξεχασμένη δόση εκτός ιατρικής οδηγίας.
- ✓ Να περιμένει να φθάσει η ώρα της επόμενης δόσης και να παίρνει μόνο εκείνη την προγραμματισμένη δόση.
- ✓ Τονίζει ότι ο άρρωστος δεν πρέπει να καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά, διότι ήδη τα φάρμακα προκαλούν καταστολή του ΚΝΣ και δεν μπορούν να συνδυάζονται με άλλο κατασταλτικό όπως είναι το αλκοόλ.
- ✓ Συμβουλεύει τον ασθενή να μην παίρνει συγχρόνως άλλα φάρμακα (ασπιρίνη, αντι-ισταμινικά, καθαρτικά) εκτός ιατρικής οδηγίας. Αυτό γίνεται διότι αυτά τα φάρμακα ανταγωνίζονται τα ψυχοφάρμακα.
- ✓ Συμβουλεύει τον άρρωστο και την οικογένειά του να τηρούντο ραντεβού με τα εξωτερικά ιατρεία, διότι η τακτική παρακολούθηση αποτελεί μέρος της θεραπείας.
- ✓ Καθοδηγεί την οικογένεια να αναλάβει τη ευθύνη της χορήγησης των φαρμάκων στον άρρωστο της, αν ο ίδιος αδυνατεί να συμμορφωθεί.

## 4.5 Σχεδιασμός – Αξιολόγηση νοσηλευτικών ενεργειών

1) Δουλεύουμε με τον ασθενή, θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους. Αρχικά, πρέπει να καθοριστούν περιορισμένοι στόχοι οι οποίοι ανταποκρίνονται στον βαθμό ανικανότητας του ασθενή.

2) Καθορίζουμε τα επιθυμητά κριτήρια για τον ασθενή με σχιζοφρενική διαταραχή, έτσι ώστε ο ασθενής να:

- § Δείξει μειωμένο επίπεδο άγχους.
- § Να μπορέσει να αναπτύξει σχέση αλληλεπίδρασης με τους νοσηλευτές ή τον θεραπευτή του.
- § Να διατηρεί το κατάλληλο επίπεδο υγιεινής και καθημερινών δραστηριοτήτων.
- § Να μειωθούν συμπεριφορές οι οποίες θεωρούνται παράξενες ή ακατάλληλες.
- § Να μπορέσει να ξεχωρίζει τα εξωτερικά ερεθίσματα από τις εσωτερικές του σκέψεις.
- § Να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις με τους υπόλοιπους.
- § Να συνεργάζεται με το καθορισμένο θεραπευτικό πλάνο και να συμμορφώνεται με τις υποδείξεις των θεραπόντων.
- § Να μπορέσει να εκφράσει αυτά που γνωρίζει για την ασθένειά του, τα φάρμακα που χρησιμοποιεί, τα σημάδια υποτροπών και τις τεχνικές διαχείρισης του άγχους.

3) Καθορίζουμε τα επιθυμητά κριτήρια για τις οικογένειες με μέλος που πάσχει από σχιζοφρένεια., έτσι ώστε η οικογένεια να μπορέσει να εκφράσει αυτά που γνωρίζουν για την συγκεκριμένη διαταραχή, το θεραπευτικό πλάνο, την φαρμακευτική αγωγή, τα σημάδια των υποτροπών, το πώς να χειρίζονται τις κρίσεις του πάσχοντα συγγενή τους και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

## 4.6 Εφαρμογή νοσηλευτικών ενεργειών

### 1) Απομονωμένος ασθενής - σε απόσυρση:

Οι πράξεις μας ξεκινούν με οργανωμένο τρόπο χωρίς ιδιαίτερες απαιτήσεις από τον ασθενή. Προσπαθούμε να διατηρήσουμε μια συνεχή και ειλικρινή σχέση με τον ασθενή. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να επικοινωνεί με άτομα συνομήλικα, να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες που βελτιώνουν τις δεξιότητές του, δίνοντας έμφαση στο να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του. (Kring A.M., et al., 2010).

### 2) Ασθενής με παλίνδρομη – παράξενη συμπεριφορά:

Πλησιάζουμε τον ασθενή με τρόπο που να μην συντελούμε στην ενίσχυση των περιέργων - εκκεντρικών ιδεών του. Φερόμαστε στον ασθενή σαν ενήλικα, παρά την παλινδρομική του συμπεριφορά. Βοηθούμε τον ασθενή όσον αφορά την προσωπική του υγιεινή, μόνο όταν ο ασθενής δεν είναι ικανός να αναλάβει αυτά τα καθήκοντα από μόνος του. Δίνουμε ιδιαίτερη προσοχή στην σωματική επαφή – άγγιγμα, καθώς ο ασθενής μπορεί να το εκλάβει ως απειλητικό. Όταν ο ασθενής παρουσιάζει αμφιθυμία, δίνουμε απλές επιλογές ανάμεσα σε δυο πράγματα, ώστε να μην του δημιουργούμε περαιτέρω σύγχυση. (Orgen – Rhein C., 2004).

### 3) Ασθενείς με μη ξεκάθαρη επικοινωνιακή συμπεριφορά:

Επικοινωνούμε με τον ασθενή με ξεκάθαρο και σαφή τρόπο. Η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία να ανταποκρίνεται στο επίπεδο του ασθενή. Προσπαθούμε να διευκρινίσουμε οποιοδήποτε σημείο στην επικοινωνία με τον άρρωστο. (McGuffin P., 2004).

### 4) Εξαιρετικά καχύποπτοι και εχθρικοί ασθενείς:

Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν με εχθρότητα το περιβάλλον τους, συχνά υβρίζουν και καταφέρονται κατά του προσωπικού του νοσοκομείου, ιδιαίτερα κατά των υψηλά ιστάμενων προσώπων, όπως διευθυντών. Όταν ο ασθενής αρχίζει να παραπονιέται για το προσωπικό, για την κακή μεταχείριση που του γίνεται, για την κακή θεραπεία, για την άδικη παραμονή του στο νοσοκομείο δεν πρέπει σε καμία περίπτωση η νοσηλεύτρια να προσπαθήσει να τον πείσει ότι οι ιδέες του είναι λανθασμένες. Ένας τέτοιος χειρισμός θα του προκαλέσει περισσότερο μίσος και θα

αυξήσει την καχυποψία του. Η αποτελεσματικότερη προσέγγιση είναι η νοσηλεύτρια να τον ακούσει με κατανόηση, χωρίς σχόλια, γιατί στην φάση αυτή δεν μπορεί να υπάρξει λογική συζήτηση μαζί του, εφόσον βρίσκεται υπό την επήρεια ισχυρών ψευδαισθήσεων. Οι ψευδαισθήσεις θα υποχωρήσουν, μόνο εάν ο ασθενής αισθανθεί ότι είναι ασφαλής. Απλή φιλικότητα και σεβασμός της προσωπικότητάς του είναι απαραίτητα για την δημιουργία τέτοιων αισθημάτων. (Kring A.M., et al., 2010).

Εδραιώνουμε καθαρά επαγγελματική συμπεριφορά απέναντι σε αυτούς τους ασθενείς. Η ιδιαίτερα φιλική συμπεριφορά μπορεί να φανεί απειλητική για τον άρρωστο. Είμαστε προσεκτικοί με οποιαδήποτε σωματική επαφή, χειρονομία, επαφή καθώς υπάρχει ενδεχόμενο να θεωρηθεί από τον ασθενή ως απειλητικό στοιχείο απέναντι του. Επιτρέπουμε στον ασθενή μας να έχει όση περισσότερη αυτονομία είναι δυνατόν, μέσα στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας. Δημιουργούμε σχέση εμπιστοσύνης, δίνοντας πληροφορίες για όλες τις εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί ο ασθενής καθώς και για την φαρμακευτική του αγωγή. Αποφεύγουμε να επικεντρωθούμε σε καχύποπτες σκέψεις ή παραισθήσεις που έχει ο άρρωστος. Επεμβαίνουμε όταν διαπιστώνουμε ότι ο ασθενής δείχνει σημάδια αυξημένης νευρικότητας και μη παραδεκτής συμπεριφοράς. (Kring A.M., et al., 2010).

#### 5) Ασθενείς με ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις:

Κατά την διάρκεια του φαγητού, το περιβάλλον πρέπει να είναι ευχάριστο. Οι ψυχικά ασθενείς, όπως όλοι οι άνθρωποι, χρειάζονται να τους σερβίρονται τα φαγητά καλά ετοιμασμένα, σε μια σπιτική ατμόσφαιρα. Η θρέψη του ασθενή με σωλήνα πρέπει να αποφεύγεται και να γίνεται μόνο σε περίπτωση που παρουσιάζεται κίνδυνος για την ζωή του ασθενή, επειδή αρνείται την λήψη τροφής για αρκετές μέρες. (Kring A.M., et al., 2010).

#### 6) Ασθενής που παρουσιάζει έντονο εκνευρισμό και δείχνει σημάδια βίαιης συμπεριφοράς:

Σε αυτήν την περίπτωση, προσπαθούμε να παρατηρήσουμε για σημεία θυμού σε πρώτο στάδιο και να παρέχουμε ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή, μειώνοντας τα ερεθίσματα. Τα κάδρα, οι έγχρωμες εικόνες και οι πολύχρωμες ταπετσαρίες πρέπει να αποφεύγονται, γιατί διεγείρουν την φαντασία του αρρώστου. Χρησιμοποιούμε χαμηλό, ήρεμο τόνο μιλώντας και αποφεύγουμε να έρθουμε σε αντιπαράθεση με τον

ασθενή μας, όταν γίνεται βίαιος λεκτικά. Επίσης, σημαντικό είναι να μην υπάρχουν αιχμηρές γωνίες τις οποίες ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει για να τραυματισθεί ή άλλα αντικείμενα, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει για να επιτεθεί εναντίον οποιουδήποτε άλλου ατόμου. Ακολουθούμε το πρωτόκολλο του νοσοκομείου, παρεμβαίνοντας σε περίπτωση που η κατάσταση εκτραχυνθεί. Βεβαιωνόμαστε ότι τα μέλη του προσωπικού είναι διαθέσιμα όταν προσπαθήσουμε να καταστείλουμε τον ασθενή. Αν χρειαστεί να περιοριστεί ο ασθενής, (π.χ. να καθηλωθεί ή να απομονωθεί σε κάποιο δωμάτιο), παίρνουμε όλα τα μέτρα που εγγυώνται την ασφάλεια του αρρώστου, χωρίς να προβούμε σε ακραίες και επιθετικές ενέργειες. (Orgen – Rhein C., 2004).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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». Δίδεται έμφαση στην 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, οι οποίες έχουν θεραπευτικό – συμβουλευτικό σκοπό.

Αρκετοί είναι αυτοί που μπορούν να ωφεληθούν από μερική παραμονή σε νοσοκομεία (αυτό που αποκαλείται «νοσοκομείο ημέρας»), ή από απλή παρακολούθηση σε εξωτερική βάση χωρίς την ανάγκη παραμονής σε κλινική. Άλλοι πάλι μπορεί να ωφεληθούν από την παραμονή τους σε ειδικά διαμορφωμένους ξενώνες.

Η συνέχιση της φαρμακευτικής θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη των υποτροπών. Οι άρρωστοι μπορεί για διάφορους λόγους να διακόψουν την θεραπεία τους και έτσι να υποτροπιάσουν σχετικά σύντομα. Ο ρόλος της οικογένειας στην ενθάρρυνση του αρρώστου να συνεχίσει την θεραπεία και στο σπίτι του μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη των υποτροπών. Δεν πρέπει κανείς να ξεχνάει ότι χωρίς θεραπεία μερικοί άρρωστοι μπορεί να γίνουν τόσο ψυχωτικοί και αποδιοργανωμένοι που να μην μπορούν να φροντίζουν ούτε για τις βασικές τους ανάγκες ένδυσης, τροφής ή στέγης.

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, είναι 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.

Συνεπώς, παρά την απαισιόδοξη προοπτική που έχουν οι πιο πολλοί άνθρωποι σε ότι αφορά τους ψυχωτικούς και την ανάρρωσή 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 αλληλεπιδράσουν, να γίνουν 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.

Εν κατακλείδι είναι αναγκαίο 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.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **A. Ελληνική**

Καγκελάρης Φ., (2004). *Η διαδικασία της αποπροσωποποίησης στην Σχιζοφρένεια*, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

Καραχάλιος Γ., (2003). *Πρόληψη της σχιζοφρένειας*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Περιοδική Έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του Ψ.Ν.Α. Νο 83.

Μαδιανός Μ., (2003). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.

Μαδιανός Μ., (2004). *Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές*, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.

Ουλής Π., (2003). *Η φύση της ψυχικής νόσου*, Εκδόσεις: Έξαντας, Αθήνα.

Παπαγεωργίου Α., (2005). *Κοινωνική – Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα.

Παπαγεωργίου Ε., (2004). *Ψυχιατρική*, Εκδόσεις: Παρισσιανού, Αθήνα.

Ραγιά Α., (2005). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Εκδόσεις: Παπανικολάου, Αθήνα.

Φερεντίνος Π., & Κονταξάκης Β., (2003). *Θεραπεία στην Σχιζοφρένεια*, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.

### **B. Ξενόγλωσση**

Allen P., Amaro E., Fu C.H.Y., Williams S.C.R., Brammer, M.J., Johns L.C., & McGuire P.K., (2007). *Neural correlates of the misattribution of speech in schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 190: 162 - 169.

Alptekin K., Akvardar Y., Kivircik B.B., Dumlu K., Isik D., Pirinci F., Yahssin S., & Kitis A., (2005). *Is quality of life associated with cognitive impairment*

*in schizophrenia?* Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 29: 239 - 242.

Bhugra D., (2006). *The global prevalence of schizophrenia*. PLoS Medicine 2 (5): 372 - 373.

Bora E., Sehitoglu G., Aslier M., Atabay I., & Veznedaroglu B., (2007). *Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia*. Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscencei, 257: 104 - 109.

Corradi R., (2004). *Medical psychotherapy of schizophrenia*, Dynamic – Supportive Approach Psychiatry.

David J., (2003). *Γυναίκες και σχιζοφρένεια*, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Ζερβάς, Εκδόσεις: Παρισιανού, Αθήνα.

Dickinson D., Bellack A.S., & Gold J.M., (2007). *Social/Communications skills, cognition, and vocal functioning in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 33 (5): 1213 – 1217.

Harrison P., & Weinberger D., (2005). *Schizophrenia genes, gene expression and neuropathology on the matter of their convergence*. Mol Psychiatry, (10): 40 – 45.

Kaplan, & Sadocs, (2004). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Σαλδάτος, Εκδόσεις: Παρισιανού, Αθήνα.

Kapur S., (2003). *Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia*. Am J Psychiatry, (160): 3 – 23.

Karth J., (2004). *Epidemiology of Shizophrenia*, New Scientist.

Keshavan M.S., (2005). *Toward a unitary developmental hypothesis of schizophrenia*, In: Findling R., Schultz C., (eds) Juvenile-Onset Schizophrenia: Assessment, Neurobiology, and Treatment. Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, Ch (2): 39 - 45.

Kring A.M., Davison G.C., Neale J.M., & Johnson S.L., (2010). *Ψυχοπαθολογία*, μεταφρ. Καραμπά Θ., Αθήνα: Gutenberg.

Lidi P., (2001). *Schizophrenia*, New Scientist.

Mathalon D.H., Heinks T., & Ford J.M., (2004). *Selective Attention in schizophrenia: Sparing and loss of Executive control*. American Journal of Psychiatry, 161 (5): 872-877.

McGrath J., Saha S., Chant D., & Welham J., (2008). *Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality*. Epidemiol Rev, (30): 67 – 70.

McGuffin P., (2004). *Nature and Nurture Interplay: Schizophrenia*, Psynchiatr. Prax.

Opgen – Rhein C., (2004). *New strategies in schizophrenia*, Impact Pschiatr Prax.

Pedinielli J.L., Betagne P., Gimnez G., & Pirlot G., (2010). *Κλινικές δομές νευρώσεις – ψυχώσεις – διαστροφές*, Επιμέλεια – Μετάφραση: Παπαχριστόπουλος Ν., & Σπυροπούλου Μ., Πάτρα: Opportuna.

Peters M.J.V., Cima M.J., Smeets T., de Vos M., Jelicic M., & Merckelbach H., (2007). *Did I say that word or did you? Executive dysfunctions in schizophrenic patients affect memory efficiency, but not source attributions*. Cognitive Neuropsychiatry, 12 (5): 391 – 411.

Rapoport J.L., Addington A.M., & Fragou S., (2005). *The neurodevelopment model of schizophrenia*, Mol Psychiatry, (10): 434 – 437.

Robinson L., & Saunders B., (2005). *Psychiatric Nursing as a human experience*, (3rd edition), p. 57 - 69.

Robbins T.W., (2005). *Synthesizing Schizophrenia: A bottom-up, Symptomatic Approach*. Schizophrenia Bulletin, 31 (4): 854-856.

Sadock B., & Sadock V., (2007). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. 11527. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Simon A.E., Berger G.E., Giacomini V., Ferrero F., & Mohr S., (2006). *Insight, symptoms and executive functions in schizophrenia*. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11 (5): 437 – 440.

Sullivan P.F., (2005). *The genetics of schizophrenia*, *Plos Med*, (10): 45 – 51.

Wykes T., Reeder C., Laundau S., Everitt B., Knapp M., & Patel A., (2007). *Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial*. *British Journal of Psychiatry*, 190: 421 – 427.