

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΖΙΩΓΟΥ ΘΕΟΛΟΓΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
1) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	4
2) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	7
3) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	11
4) ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	15
5) ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	16
6) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	18
7) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	21
8) ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	25
9) ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ.....	29
10) ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	31
11) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	33
12) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	34
13) ΝΟΣ/ΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	39
14) ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ –ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ.....	47
15) ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ.....	48
16) ΣΤΙΓΜΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	52
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Είναι ευρέως γνωστό ότι η ψυχική υγεία αποτελεί πολυδιάστατο φαινόμενο, με ποικίλες παραμέτρους.

Ένα ψυχικά υγιές και ισορροπημένο άτομο, με την ρεαλιστική αντίληψη των στοιχείων του περιβάλλοντός και του εαυτού του, καθίσταται ικανό να πραγματώσει όλους τους στόχους καθόλη την διάρκεια της πορείας του.

Όταν μιλούμε για ψυχική ασθένεια , αναφερόμαστε στο σύνολο της προσωπικότητας του ατόμου. Συνεπώς, η νοσηλευτική προσέγγιση εφαρμόζει την ολιστική μέθοδο θεραπείας της νόσου.

Μια από τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές είναι η σχιζοφρένεια, αφού καταρρακώνει την προσωπικότητα του ατόμου και τον εμποδίζει να λειτουργήσει με τον κατάλληλο τρόπο μέσα στην οικογένειά του αλλά και εν γένει ως μέλος της ευρύτερης κοινωνίας.

Στην ακόλουθη εργασία θα παρουσιαστούν τα βασικότερα στοιχεία αυτής της νόσου(κάποια γενικότερα στοιχεία και επιδημιολογικά δεδομένα, αιτιοπαθογενετικά στοιχεία, συμπτώματα που εκδηλώνονται, υποκατηγορίες της νόσου, τα κριτήρια που χρησιμεύουν ως διαγνωστικό μέσο, πώς ξεκινά η θεραπευτική αντιμετώπιση της , τα προβλήματα από την χρήση φαρμακευτικής αγωγής, ποιος ο ρόλος των νοσηλευτών στην συνολική θεραπευτική διαδικασία καθώς και το πώς στιγματίζονται οι ψυχικά ασθενείς κοινωνικά, επαγγελματικά, διαπροσωπικά).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια βαριά ψυχωτική διαταραχή της οποίας δεν έχει αναγνωριστεί μια συγκεκριμένη αιτία. 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 -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.

Η σχιζοφρένεια περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Philippe Pinel(1745-1826).

Ο Emil Kraepelin, ο πατέρας της σύγχρονης ψυχιατρικής νοσολογίας, το 1896 χρησιμοποίησε τον όρο «Dementia Praecox» (πρώιμη άνοια) σε μια ευρεία ομάδα νόσων η οποία αρχίζει στην εφηβεία (πρώιμη) και καταλήγει σε άνοια.

Περίπου το 1% του πληθυσμού αναπτύσσει σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής του.

Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε γυναίκες και άντρες . Μια διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών αφορά την ηλικία εμφάνισης των ψυχωτικών εκδηλώσεων καθώς οι άντρες νοσούν πιο συχνά μεταξύ 15 και 25 ετών ενώ οι γυναίκες ανάμεσα στα 25 και τα 35 τους χρόνια. Η εμφάνιση της νόσου πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Παρόλα αυτά όμως έχουν περιγραφεί περιπτώσεις σε παιδιά γύρω στην ηλικία των 5 ετών. . Στους έφηβους τα πρώτα σημεία περιλαμβάνουν αλλαγές φίλων, πτώση των βαθμών τους, προβλήματα του ύπνου και ευερεθιστότητα.

Στην χώρα μας, ο υπολογιζόμενος αριθμός αρρώστων ηλικίας 15-64 ετών ανέρχεται στις 100.000 εκ των οποίων το 10% αυτών έχει ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Φαίνεται ότι αυξάνονται τα ποσοστά εμφάνισης της σχιζοφρένειας όσο αυξάνεται ο βαθμός συγγένειας, με αποκορύφωμα εκείνο των 2 γονέων που νοσούν από σχιζοφρένεια ή των μονοζυγωτικών διδύμων, ευρήματα που ενισχύουν την γενετική υπόθεση.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται η επικράτηση της σχιζοφρένειας σε κάποιες κατηγορίες πληθυσμού:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ
ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	0.50-1,9%
ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ(ΑΔΕΛΦΟΣ ΑΣΘΕΝΗ, ΠΑΙΔΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΥ ΓΟΝΕΑ)	10-14%
ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ	5-7%
ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΓΟΝΕΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΛΛΟ ΨΥΧΩΣΙΚΟ	20-30%
ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΔΥΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	40%

Η διαταραχή είναι χρόνια και γενικά πιστεύεται ότι έχει μια πρόδρομη φάση, μια ενεργό(κύρια) φάση με παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και μια υπολειμματική φάση κατά την οποία η διαταραχή είναι σε ύφεση ή σε αποδρομή.

Στην αρχή, το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά, απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορεί να εμφανισθούν αμβλύ συναίσθημα, παραληρητικές ιδέες, προκαταλήψεις, παραισθήσεις. Όλα τα παραπάνω αποτελούν την πρόδρομη φάση της ασθένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή και για μήνες. Εντούτοις, μερικοί άνθρωποι δεν αναπτύσσουν την σχιζοφρένεια με αυτόν τον τρόπο, αλλά αντίθετα μπαίνουν κατευθείαν στην ενεργό φάση. Άσχετα με το αν εμφανισθεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζουμε ενεργό φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Ο ασθενής μπορεί να είναι σίγουρος ότι είναι ο Ιησούς Χριστός και η αποστολή του είναι να σώσει τον κόσμο ή ότι θα μεταμορφωθεί σε γυναίκα και θα ξεκινήσει μια νέα φυλή ανθρώπων ή ότι παρακολουθείται από κάποιους οι οποίοι ελέγχουν τον εγκέφαλο του με ραδιοκύματα. Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει, ο ασθενής μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, με συμπτώματα παρόμοια της πρόδρομης αν και η αμβλύτητα του συναισθήματος ή η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Σημειώνεται ότι πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητά της είναι άγνωστη. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής φάσης ανάμεσα στα επεισόδια.

Γενικότερα, όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης. Ανάλογα με την ιδιαίτερη περίπτωση κάθε αρρώστου, άλλοι χρειάζονται χρόνια φροντίδα, άλλοι εργάζονται με επίβλεψη, άλλοι με επίβλεψη, άλλοι να ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα, άλλοι να σπουδάζουν, να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις,

να παντρεύονται, πολύ δύσκολα όμως μπορούν να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν χωρίς να αρρωστήσουν μια ολοκληρωμένη διαπροσωπική-συναισθηματική-ερωτική σχέση.

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των ψυχώσεων και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα.

Εξ αιτίας του πολυμορφισμού των συμπτωμάτων της πάθησης, μόνο λίγες γενικεύσεις είναι αληθείς και επιτρεπτές για άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενή. Μερικές φορές, μπορεί κάποιος να εμφανίσει σχιζοφρενικά - ψυχωτικά συμπτώματα εξ αιτίας μιας άλλης αρρώστιας, εκτός της σχιζοφρένειας. Για τον λόγο αυτό, οι ψυχίατροι, αφού πάρουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό, διενεργούν και τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις για να αποκλείσουν όλες τις άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων, προτού φθάσουν στο συμπέρασμα ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια.

Στα χρόνια που πέρασαν, παρά τις εντατικές έρευνες και προσπάθειες, δεν μπορέσαμε να μάθουμε πολλά πράγματα για αυτή τη μάστιγα τής ανθρωπότητας, που εξακολουθεί να ρημάζει άτομα και οικογένειες. Δεν ξέρουμε ακόμα ούτε πώς να τη θεραπεύσουμε ολοκληρωτικά ούτε πώς να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από τη συγκεκριμένη ασθένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Δεν γνωρίζουμε κάποιο μοναδικό αίτιο για τη σχιζοφρένεια. Η ψυχική αυτή ασθένεια έχει αποτελέσει το αντικείμενο μακροχρόνιων ερευνών για την εξακρίβωση της αιτίας ή των αιτιών της δημιουργίας της. Έχουν ενοχοποιηθεί περιγεννητικές επιπλοκές, ιώσεις κατά την κύηση, νευροπαθολογικές διαταραχές, νευροχημικές αλλοιώσεις, γενετικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ ιστορικού των αρρώστων με σχιζοφρένεια ως νεογνών με χαμηλό βάρος σώματος, προωρότητα και εργώδους τοκετού. Έτσι, γίνεται προσπάθεια να ερμηνευτεί το συχνό ακτινογραφικό εύρημα της διεύρυνσης των κοιλιών του εγκεφάλου.

ΙΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η περίπτωση της επιδημίας γρίπης έχει συσχετιστεί κατά την κύηση με το σκεπτικό ότι υπάρχει μια μεγαλύτερη συχνότητα περιπτώσεων σχιζοφρένειας σε άτομα που γεννήθηκαν τους μήνες Ιανουάριο, Φεβρουάριο, Μάρτιο. Άρα, πρέπει να υπήρχε κάποια επιδημία γρίπης κατά το δεύτερο τρίμηνο του έτους πριν την γέννηση. Έχουν βρεθεί επίσης αντικα αντισώματα στο ΕΝΥ κάποιων ασθενών.

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρότι οι γενετικοί παράγοντες αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου, κάποιο μεμονωμένο γενετικό στοιχείο δεν έχει εξακριβωθεί. Πιθανότατα, πολλαπλά γονίδια είναι υπεύθυνα για την συγκεκριμένη διαταραχή. Οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί στα γονίδια 6,13,18 και 22. . Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου , εάν η διαταραχή υπάρχει στην οικογένεια είναι ο εξής :

- ◆ Ένας σχιζοφρενικός γονέας : 12% με 15%
- ◆ 2 σχιζοφρενικοί γονείς : 35% με 39%
- ◆ Μεταξύ των αδελφιών : 8% με 10%
- ◆ Διζυγωτικά δίδυμα : 15%
- ◆ Μονοζυγωτικά δίδυμα : 50%

ΝΕΥΡΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια του εγκεφάλου. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι τα συμπτώματά της προκαλούνται από ανωμαλίες στη μεταβίβαση και επεξεργασία πληροφοριών στον εγκέφαλο. Τα νευρικά κύτταρα στον εγκέφαλο επικοινωνούν μεταξύ τους εκλύοντας χημικές ουσίες από τις νευρικές τους απολήξεις. Αυτές οι χημικές ουσίες ονομάζονται νευροδιαβιβαστές. Πολλά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν συσχετισθεί με ανώμαλη δραστηριότητα συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών.



Η δυνατότητα που έχουμε να εξετάζουμε τους εγκεφάλους των ανθρώπων με απεικονίσεις αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας έχει δείξει με σαφήνεια ότι ο εγκέφαλος των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχει δομικές ανωμαλίες. Το βάρος του εγκεφάλου ατόμου με διάγνωση «σχιζοφρένεια» έχει βρεθεί να είναι μικρότερο κατά 5-8%.

Η σχιζοφρένεια έτσι θεωρείται ως μια νευροαναπτυξιακή νόσος. Φαίνεται ότι πολλές, από αυτές τις αλλαγές, αλλά πιθανώς όχι όλες, υπάρχουν ήδη πριν νοσήσει το άτομο. Επομένως, πιστεύεται ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι, εν μέρει, μια διαταραχή στην ανάπτυξη του εγκεφάλου. Η βελτίωση στις τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου έχει επιβεβαιώσει τις ανωμαλίες σε συγκεκριμένα νευρικά κύτταρα. Τα εν λόγω νευρικά κύτταρα έχουν 2 διαφορετικούς νευροδιαβιβαστές, που ονομάζονται σεροτονίνη και ντοπαμίνη, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην σχιζοφρένεια. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στηρίζεται στα φάρμακα. Τα πιο σημαντικά φάρμακα ή δραστικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας ονομάζονται αντιψυχωσικά. Αυτά τροποποιούν τα αποτελέσματα αυτών των δύο νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο.

ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Η υπόθεση ότι νευροχημικές ανωμαλίες εμπλέκονται στη σχιζοφρένεια έχει μακρά ιστορία (Andreassen1995). Η ντοπαμίνη αυξάνει την ευαισθησία των εγκεφαλικών κυττάρων στα διάφορα ερεθίσματα και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την αύξηση της εγρήγορσης του ατόμου σε περιόδους στρες και κινδύνου. Παρόλα αυτά σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια, η προσθήκη της ντοπαμίνης μπορεί να οδηγήσει στην ψύχωση σε ένα ήδη υπερδραστήριο εγκέφαλο.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

- ⊕ **Αναπτυξιακές θεωρίες** : επιστήμονες όπως ο Freud, ο Sullivan και ο Erikson, ανέφεραν ότι η έλλειψη στοργής και φροντίδας στα πρώτα χρόνια της ζωής οδηγεί στην έλλειψη της ταυτότητας του ατόμου, της παρερμηνεία της πραγματικότητας και της απόσυρσης σε άτομα με σχιζοφρένεια.
- ⊕ **Οικογενειακές θεωρίες** : οι θεωρίες που σχετίζονται με τον ρόλο της οικογένειας στην εμφάνιση της νόσου , δεν έχουν εξακριβωθεί από τις έρευνες. Άτομα που ζουν σε οικογένειες με ισχυρά εκφραζόμενο συναίσθημα, παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπών. Οι οικογένειες αυτές περιγράφονται ως υπερπροστατευτικές, εχθρικές και κριτικές.
- ⊕ **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες** : έρευνες έχουν αποδείξει την σύνδεση μεταξύ της σχιζοφρένειας και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.
- ⊕ **Το μοντέλο της επιρρέπειας στο στρες** : ένα μοντέλο που έχει προταθεί δείχνει ότι άτομα με σχιζοφρένεια έχουν μια γενετική, βιολογική επιρρέπεια στην νόσο. Αυτή η επιρρέπεια, όταν συνοδεύεται από έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες της ζωής , τότε μπορεί να παράγει συμπτώματα της νόσου στο άτομο.

Εκφραζόμενο συναίσθημα και σχιζοφρένεια(Left and Vaughn)

Άρρωστοι που ζουν σε οικογένειες με εκφραζόμενο συναίσθημα σε υψηλό βαθμό παρουσιάζουν συχνότερα ποσοστά υποτροπών από ότι οι άρρωστοι που ζουν σε «ήρεμες» οικογένειες. Όταν η ένταση τροποποιείται στην οικογένεια, τότε μειώνονται και τα αντίστοιχα ποσοστά των υποτροπών της νόσου.

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

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

- ✿ Έλλειψη κατανόησης της φύσης της ασθένειας και των συνεπειών στη ζωή και την λειτουργικότητα του ατόμου.
- ✿ Έλλειψη δεξιοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των χρόνιων και οξέων συμπτωμάτων σχιζοφρένειας .
- ✿ Δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων στον άρρωστο.
- ✿ Δυσκολία στην μείωση της έντασης μέσα στην οικογένεια με το πάσχον μέλος.
- ✿ Δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων.
- ✿ Διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία.
- ✿ Βιώματα στιγματισμού και περιορισμός των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο.

Η καταγραφή των χαρακτηριστικών αυτών και η κατανόησή τους αποτελούν την βάση για την οργάνωση της ψυχοεκπαιδευτικής διεργασίας με τις οικογένειες αυτές.

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

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

Ως επιβάρυνση λοιπόν θεωρούμε τα προβλήματα, τις δυσκολίες ή τα ανεπιθύμητα γεγονότα που συμβαίνουν δε μέλη της οικογένειας του αρρώστου ή στο τρίτο άτομο που συγκατοικεί με αυτόν.

Η επιβάρυνση αυτή είναι υποκειμενική ως προς το πώς την βιώνουν τα μέλη της οικογένειας ή αντικειμενική ως προς την γνώμη κάποιου τρίτου ατόμου που την αξιολογεί. Η επιβάρυνση συνήθως αφορά στις οικογενειακές καθημερινές συνήθειες, στην σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας, στην οικονομική κατάσταση της οικογένειας, στην ανάπτυξη των παιδιών(εφόσον υπάρχουν μέσα στο σπίτι).

ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η απρόσκοπτη, χωρίς υποτροπές, διαμονή των χρόνιων σχιζοφρενικών ασθενών στην κοινότητα έχει αποδειχθεί από αρκετούς ερευνητές ότι επηρεάζεται από την ύπαρξη των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής.

Στην ικανότητα αντιμετώπισης του στρες παρεμβαίνουν ιδιοσυστατικές ιδιότητες, η ευαλωσιμότητα του ατόμου και η αντοχή του.

Αν δεχθούμε ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα έχουν συσσωρευτική δράση, τότε ο συνολικός όγκος των ερεθισμάτων του στρες ασκεί σημαντική επίδραση στην αύξηση της ευαλωσιμότητας του αρρώστου ώστε να υποτροπιάσει.

Υπάρχει όμως και η αντίστροφη περίπτωση ψυχοπιεστική κατάσταση ή επιβάρυνση(burden), το να υποφέρει δηλαδή ή ίδια η οικογένεια από τη συνύπαρξη με το ψυχωτικό άρρωστο μέλος της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο.

ΣΚΕΨΗ

Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης με τη μορφή παραληρητικών ιδεών είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης. Κοινές είναι οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους, ενώ ιδέες μεγαλείου, εμφανίζονται λιγότερο συχνά. Φαινόμενο που συναντάμε συχνά στην συγκεκριμένη διαταραχή είναι η διαταραχή του ειρμού της σκέψης. Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει σε ορισμένες περιπτώσεις ως την ασυναρτησία ή τη γλωσσική σαλάτα. Άλλες διαταραχές που συναντώνται είναι η φτώχεια του λόγου, οι νεολεξίες, η εμμονή, η συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, οι ηχητικοί συνειρμοί.

ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, χαρακτηριστικές όμως θεωρούνται οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους (διάλογος) και του δίνουν εντολές. Οι τελευταίες είναι πολύ επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κάτι κακό είτε στον εαυτό του είτε στους άλλους.

Οπωσδήποτε, καθώς ακουστικές ψευδαισθήσεις υπάρχει ενδεχόμενο, φαινόμενο πολύ σπάνιο, να εμφανιστούν και σε φυσιολογικά άτομα, θα πρέπει οι φωνές που αναφέραμε να είναι παρούσες για πολλές μέρες ή βδομάδες είτε συνέχεια για κάποια διαστήματα. Οπτικές, απτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις συμβαίνουν λιγότερο συχνά στην σχιζοφρένεια. Επίσης, είναι συχνή μια γενική υπερευαισθησία στον ήχο, στο φως και τις οσμές.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Συχνά, στην συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή παρατηρούμε αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή του συναισθήματος, εκτός από τις περιπτώσεις που είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό(πρόσωπο ακίνητο σαν μάσκα, ανόητο γέλιο) δεν είναι από τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά στοιχεία, καθώς είναι δύσκολο να το προσδιορίσουμε επακριβώς. Επίσης, τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν περαιτέρω επιπέδωση του συναισθήματος που μπερδεύει ακόμη περισσότερο τη

διαγνωστική αξιολόγηση. Ιδιαίτερα, σημειώνουμε ότι στον παρανοϊκό τύπο της σχιζοφρένειας, είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναισθήματος.

ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ

Η αίσθηση του εαυτού που δίνει στο φυσιολογικό άτομο ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης συχνά διαταράσσεται. Έτσι, μιλούμε για απώλεια των ορίων του εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου.

ΒΟΥΛΗΣΗ

Σχεδόν πάντα υπάρχει κάποιου βαθμού διαταραχή στην αυτόνομη, πρωτοβουλιακή δραστηριότητα, γεγονός που παραβλάπτει σε έντονο βαθμό την ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα για παραγωγική λειτουργία.

Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι την λογική τους κατάληξη.

Διαταραχή της βούλησης αποτελεί και η αμφιβουλησία (**αμφιθυμία**) που παρατηρείται συχνά στην συγκεκριμένη ψυχική νόσο και που φανερώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης.

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΚΟΣΜΟ

Σχεδόν πάντα υπάρχει δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Εμφανίζεται απόσυρση του ασθενή από τον εξωτερικό κόσμο με ταυτόχρονη υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες φαντασίες, όπου η αντικειμενικότητα έχει χαθεί. Αυτή η κατάσταση, ιδιαίτερα όταν είναι έντονη έχει αναφερθεί ως **«αυτισμός»**.

Έτσι, ο ασθενής συχνά περιγράφεται από τους οικείους του ή τους φίλους του σαν χαμένος στον κόσμο του και συναισθηματικά αποκομμένος από τους άλλους.

ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Μια ποικιλία διαταραχών χαρακτηρίζει την ψυχοκινητικότητα ιδιαίτερα του βαριά χρόνιου ή σε έντονα οξεία φάση ασθενή. Μπορεί να εμφανίζονται παράξενοι μαννερισμοί, κηρώδης ευκαμψία (κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στις θέσεις που τα μετακινήσαμε).

Από την εποχή του Kraepelin και του Bleuler είχαν περιγραφεί συγκεκριμένα παθολογικά κριτήρια-συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Μια σύγχρονη και επικρατούσα κατάταξη είναι εκείνη που ομαδοποιεί τα συμπτώματα σε «θετικά» και «αρνητικά». Τα «θετικά» συμπτώματα, αν και «θορυβώδη», και ίσως με έντονα χαρακτηριστικά, έχουν πολύ καλύτερη προγνωστική αξία για την πορεία της κλινικής εικόνας του αρρώστου από ότι τα «αρνητικά», τα οποία μερικές φορές είναι και ανθεκτικά στη φαρμακευτική αγωγή. Ακολουθούν 2 πίνακες που αναφέρονται τα προαναφερθέντα συμπτώματα:

Πίνακας 1: Θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας

Παραληρητικές ιδέες	Περιεχόμενο:διωκτικό, μεγαλείου, θρησκευτικό, ζηλοτυπικό.
Διαταραχή σκέψης	Σχολιασμός των σκέψεων, ασυναρτησία, απόσυρση της σκέψης, ασχετολογία, εκτραχειασμός και πλατειασμός λόγου, παραλογία.
Ψευδαισθήσεις	Ακουστικές, σχολιασμός και συνομιλία μεταξύ «φωνών». Οπτικές, άμορφες ή σχηματισμένες, γευστικές, οσφρητικές, σεξουαλικές.
Διαταραχή βούλησης/παράδοξη συμπεριφορά	Εμφάνιση, καθαριότητα, ένδυση. Κατατονικά στοιχεία, επιθετικότητα.

Πίνακας 2:Αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (από 5 διεθνείς έρευνες)

Υποδραστηριότητα, απουσία ενεργητικότητας, σιωπές.	Venables (1957)
Χαμηλός τόνος φωνής, έλλειψη ενδιαφέροντος, επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα	Wing(1970)
Έλλειψη λόγου, ανηδονία, αβουλισία, έλλειψη προσοχής.	Andreansen(1982)
Φτωχό περιεχόμενο λόγου, επίπεδο συναίσθημα, ψυχοκινητική καθυστέρηση.	Pogue-Geile & Harrow(1984)
Συναισθηματική απόσυρση, απάθεια, στερεοτυπική σκέψη, φτωχή ανταποκριτικότητα, έλλειψη αυθορμητισμού.	Kay,Fiszbein &Oppler(1987)

ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ- ΣΥΝΟΔΕΣ **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να εμφανισθεί σαν σύνοδο σύμπτωμα. Συχνές είναι ανωμαλίες της ψυχοκινητικότητας- βάδισμα πάνω –κάτω, μπρος-πίσω, και ακινησία .

Σε πολλές περιπτώσεις, παρατηρούνται αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί να είναι παραληρητικού επιπέδου. Τυπικά , δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης μπορεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης.

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

Συχνά, συνυπάρχουν διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (πολύ κοινή είναι η εξάρτηση από νικοτίνη στους σχιζοφρενικούς).

Εργαστηριακά, αν και δεν υπάρχουν ευρήματα παθολογικά για τη σχιζοφρένεια, εν τούτοις, ορισμένα ευρήματα ανευρίσκονται πιο συχνά σε σχιζοφρενικούς ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV

Α. παρουσία χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση , είτε το (1) , είτε το (2), είτε το (3) τουλάχιστον για μια εβδομάδα εκτός αν τα συμπτώματα θεραπευθούν.

(1). Δύο από τα ακόλουθα:

α) παραληρητικές ιδέες

β) προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις (που διαρκούν όλη την ημέρα, για πολλές ημέρες ή πολλές φορές την εβδομάδα για πολλές εβδομάδες).

γ) ασυναρτησία ή εμφανής χάλαση του συνειρμού

δ) κατατονική συμπεριφορά

ε) επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

(2) αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες (π.χ. εκπομπή σκέψης, αίσθημα ελέγχου από νεκρό άτομο).

(3) προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις (π.χ. ακουστικές –φωνή που σχολιάζει τη συμπεριφορά και τις σκέψεις του αρρώστου ή 2 φωνές που συζητούν μεταξύ τους).

Β,Γ. κατά την πορεία της διαταραχής , η λειτουργικότητα στην εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις και την αυτοφροντίδα μειώνεται σημαντικά κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν από την έναρξη της διαταραχής. Αυτό δεν οφείλεται σε κάποια οργανική ψυχική διαταραχή, νοητική καθυστέρηση ή άλλες ψυχικές διαταραχές π.χ. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ,μανία ή κατάθλιψη. Αυτά πρέπει να αποκλεισθούν.

Δ. συνεχή σημεία της διαταραχής τουλάχιστο για 6 μήνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Παρανοϊκός τύπος:

A: έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις.

B : δεν προεξάρχει κανένα από τα παρακάτω : αποδιοργανωμένος λόγος , αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα .

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.

Άγχος , θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαίσθησία 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.

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.

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.

Κατατονικός τύπος :

Τύπος σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω συμπτώματα:

A: κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερή με καταληψία (συμπεριλαμβάνεται και η κηρώδης ευκαμψία).

B: υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα).

Γ: ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία.

Δ: ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις) στερεότυπες κινήσεις, έκδηλοι μορφασμοί.

E: ηχογαλία ή ηχοπραξία.

Καταληψία: είναι η άκαμπτη διατήρηση της θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα .

Κηρώδης ευκαμψία: είναι η εντύπωση που δίνεται κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή , ότι αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακίνησε.

Ηγολαλία: είναι η επανάληψη σαν ηχώ(ή σαν ομιλία παπαγάλου) από τον ασθενή αυτών που λέει κάποιο άλλο άτομο.

Ηγοπραξία: είναι η επαναληπτική μίμηση από τον ασθενή των κινήσεων ενός άλλου ατόμου.

- ▶ Σημειώνουμε ότι για να διαγνωσθεί αυτός ο τύπος, θα πρέπει να πληρεί όλα τα κριτήρια της νόσου και επίσης να μην υπάρχει άλλη αιτιολογία για την κατατονία όπως κάποια ουσία (π.χ. νευροληπτικά), κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.

Αδιαφοροποίητος τύπος :

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο Α αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου ή Κατατονικού τύπου.

Υπολειμματικός τύπος :

Σε αυτόν τον τύπο ισχύουν τα παρακάτω συμπτώματα:

A : απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.

B : υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή 2 και περισσότερων από το κριτήριο Α, που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Όπως φαίνεται , λοιπόν, από τα κριτήρια , ο τύπος αυτός αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον επεισόδιο σχιζοφρένειας , αλλά στη τωρινή κλινική εικόνα δεν υπάρχουν έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν αρνητικά συμπτώματα αλλά εξασθενημένα.

Αποδιοργανωμένος τύπος :

Πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

- A** : 1)αποδιοργανωμένος λόγος
2) αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
3)επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία για τον ασθενή και την οικογένειά του, τον γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή-ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, εργοθεραπευτές. Καμία από τις προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι τώρα δεν έχει αποφέρει καρπούς όσον αφορά την θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου. Για αυτόν τον λόγο, η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Έτσι, η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θα περιγραφεί κάτω από 2 μεγάλες διαστάσεις: **σωματικές(φαρμακευτικές) θεραπείες** και **ψυχοκοινωνικές θεραπείες**.

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ (ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ)

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας εμπίπτουν γενικά σε δύο κατηγορίες:

- **Τυπικά** αντιψυχωτικά (παλαιότερα αναφέρονταν ως νευροληπτικά)
- **Νεότερα** αντιψυχωτικά (αναφέρονται επίσης και ως **δεύτερης γενιάς** ή **‘άτυπα’** αντιψυχωτικά)

Τυπικά 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 απάλειψη 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.

Νεότερα αντιψυχωτικά : 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.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Μολονότι η κατασταλτική και η αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε λίγες ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν 6 εβδομάδες. Όταν τα οξέα ψυχωτικά συμπτώματα της νόσου ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της συντήρησης, που είναι περίπου στο 10-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία φάση. Στην αντιμετώπιση της οξείας ψύχωσης αρχίζουμε με *per os* χορήγηση. Η δόση που δίδεται είναι κατώτερη της θεραπευτικής και την αυξάνουμε βαθμιαία. Η οξεία ψύχωση μπορεί να απαντήσει σε μια ελάχιστη δόση 300-400 mg χλωροπρομαζίνης /ημέρα. Σε έντονα ψυχωτικούς ασθενείς, έντονα επιθετικούς και μαχητικούς, χορηγούμε επαναλαμβανόμενες δόσεις ενδομυικά. Φυσικά, η μείωση γίνεται σταδιακά, με στενή παρακολούθηση του αρρώστου για τυχόν επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Ασθενείς που για διάστημα 12 μηνών ή και περισσότερο εμφανίζουν ύφεση των συμπτωμάτων κι αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε πολύ χαμηλές δόσεις αξίζει (με πολύ μεγάλη προσοχή βέβαια) να δοκιμασθούν μήπως δεν χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή. Σήμερα, γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιείται η μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό.

Ακόμη, αν είναι δυνατόν, γίνεται προσπάθεια ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μαζί του να τον οδηγήσουμε ουσιαστικά σε αυτορρύθμιση, δηλαδή να κανονίζει ο ίδιος πόσο φάρμακο χρειάζεται. Σε διεγερμένους ασθενείς, μπορεί να χρειασθεί « ταχεία χορήγηση νευροληπτικών» για τον έλεγχο της διέγερσης και των έντονων ψυχωτικών συμπτωμάτων. Σε τέτοιους ασθενείς, είναι ακόμη καλύτερα η αντιψυχωτική αγωγή να συνδυαστεί με χορήγηση βενζοδιαζεπινών, που δρουν κατασταλτικά, έως ότου η δράση των αντιψυχωτικών εγκατασταθεί ικανοποιητικά.

Όσον αφορά την θεραπεία συντήρησης, αφού ο ασθενής σταθεροποιηθεί σε ένα αντιψυχωτικό φάρμακο, το επόμενο βήμα είναι να δούμε για πόσο χρονικό διάστημα θα συνεχιστεί η θεραπεία. Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς θα πρέπει να πάρουν αντιψυχωτική αγωγή για τουλάχιστον 1-2 χρόνια μετά το αρχικό ψυχωτικό επεισόδιο και το λιγότερο για 5 χρόνια μετά το επόμενο ψυχωτικό συμβάν. Σε μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης, συνήθως ελαττώνουμε την δοσολογία που απαιτούνταν για το οξύ επεισόδιο κατά 20 – 50 %.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εισαγωγικά στοιχεία

Στοιχειώδεις γνώσεις ψυχοφαρμακολογίας είναι απαραίτητες στον νοσηλευτή αφού συμμετέχει υπεύθυνα στη φαρμακευτική θεραπεία των ψυχικά αρρώστων. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα ταξινομούνται σε 4 κατηγορίες :

- ❖ Νευροληπτικά / αντιψυχωτικά
- ❖ Ηρεμιστικά / αγχολυτικά
- ❖ Αντικαταθλιπτικά
- ❖ Ψυχοδιεγερτικά

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.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ Η ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- Από το **κεντρικό νευρικό σύστημα** : εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις(ακαθισία , παρκινσονισμός, ακινησία ,δυστονία, όψιμη δυσκινησία, κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο). Η ακαθισία είναι πολύ συχνή, συνήθως 1-6 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας και εκδηλώνεται με εσωτερική ανησυχία, βηματισμό, αδυναμία να κάτσει το άτομο ακίνητο). Ο παρκινσονισμός συμβαίνει γενικά μεταξύ 1^{ης} και 4^{ης} εβδομάδας και περιλαμβάνει βραδυκινησία, σύρσιμο βήματος και ελαττωμένη ενεργητικότητα). Η ακινησία είναι λιγότερο συχνή και παρουσιάζεται ως ελάττωση της δραστηριότητας ή της έκφρασης του προσώπου). Η δυστονία συμπεριλαμβάνει σπασμούς των μυών των οφθαλμών , του προσώπου, του αυχένα , της ράχης. Η όψιμη

δυσκινησία είναι η πιο δυσοίωνα από τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που αναπτύσσεται αργά μετά από 1-20 χρόνια θεραπείας συντήρησης και πιο συχνά σε γυναίκες και εκδηλώνεται με ακούσια κινητική δραστηριότητα και δυσκολία στην κατάποση. Το κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο είναι απειλητικό για την ζωή του ατόμου. Σημεία της δυσλειτουργίας του οργανισμού είναι η υπερπυρεξία(έως και 42.2° C), η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια.

- Από το **αυτόνομο νευρικό σύστημα** : ξηροστομία, μυδρίαση, ρινική συμφόρηση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, εφίδρωση.
- Άλλες **παρενέργειες** : φωτοευαισθησία, αλλεργική δερματίτιδα, χολοστατικός ίκτερος, ανώμαλη χρώση του δέρματος .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

- ⊕ Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του ασθενή.
- ⊕ Συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.
- ⊕ Εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- ⊕ Μέτρηση ζωτικών σημείων : αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία.
- ⊕ Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικά με : συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες.
- ⊕ Διατύπωση πρωτοκόλλου με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλεύτη, στο οποίο αναφέρονται οι εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης φαρμάκου (από το στόμα, με ένεση), επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα του αρρώστου, οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης, πληροφόρηση του αρρώστου σχετικά με τα φάρμακα που θα του δοθούν, ανάλογα με το διανοητικό και αμυντικό λειτουργικό του επίπεδο (διαφορετική πληροφόρηση χρειάζονται ο αρνητικός, ο καχύποπτος, ο δύσπιστος άρρωστος).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

- ◆ Αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του ασθενή προς τα φάρμακα που παίρνει.
- ◆ Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης για όψιμες αντιδράσεις : ηπατικές, αιματολογικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα (χαλάση συνειρμών, καχυποψία, παραληρητικές ιδέες).
- ◆ Εφαρμογή της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεχούς ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

- Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας .
- Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη ή πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος με δόση συντήρησης , με συνεχή παρακολούθηση του ασθενή.
- Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. Συνεργασία με τον άρρωστο ποια παρέμβαση πρέπει να γίνει για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διδασκαλία του αρρώστου διευκολύνει και προάγει τη συμμόρφωση του στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Στην αρχή εκτιμώνται η ψυχική κατάσταση και το επίπεδο κατανόησης του ασθενή. Στη συνέχεια καταστρώνεται ανάλογο εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας ,που περιλαμβάνει τα παρακάτω :

- 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, μυϊκοί

σπασμοί, διαταραχές της όρασης, σκούρο χρώμα των ούρων, άχρωμες κενώσεις, ίκτερος και απώλεια συντονισμού στις κινήσεις.

Επιπλέον, στα πλαίσια της διδασκαλίας αυτής ο νοσηλευτής :

- 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

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).

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.

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).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Κατ' αρχήν 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. 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 εαυτού του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων(οικογένεια, φίλοι, θεραπευτές, εργασία) στο περιβάλλον του ασθενή.

Όσο πιο ψυχωτικός ή διεγερτικός είναι ο ασθενής τόσο η ανάγκη για ταχεία καταστολή της ψύχωσης ή διέγερσης είναι άμεση. Οπωσδήποτε, χρησιμοποιούμε ένα συνδυασμό καθήσυχασης, 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.

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.

Ευρύτερη έννοια, που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας, είναι η θεραπεία περιβάλλοντος (milieu therapy) που 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.

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: 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.

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. 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.

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.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΜΕΛΟΣ

Οι ειδικοί σε θέματα ψυχικής υγείας μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα:

- ◆ Ενημερώνουμε την οικογένεια για την φύση της σχιζοφρένειας : η σχιζοφρένεια είναι μια εγκεφαλική διαταραχή που επηρεάζει όλο το φάσμα των λειτουργιών του ατόμου. Δεν έχει διαπιστωθεί κάποιος μοναδικός παράγοντας ευθύνεται για την συγκεκριμένη νόσο, αλλά οι έρευνες καταδεικνύουν γενετικούς παράγοντες, αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα στρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις (ο άρρωστος ακούει φωνές), παραισθήσεις , επικοινωνία που είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή από τους άλλους , περιορισμένη επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα.
- ◆ Ενημερώνουμε την οικογένεια για την θεραπεία : αντιψυχωτική αγωγή η οποία καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό είναι απολύτως απαραίτητο να λαμβάνεται από τον ασθενή. Οι παρενέργειες εμφανίζονται συχνά και μπορούν να ελεγχθούν , εφόσον αναφερθούν στον θεράποντα .

- ◆ Ενημερώνουμε τους συγγενείς του ασθενή για το πώς να χειριστούν τα συμπτώματα της νόσου : είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνεται καταγραφή των παραγόντων που αυξάνουν το άγχος του ασθενή, ούτως ώστε να εφαρμόζονται τα κατάλληλα μέτρα για την μείωση του στρες. Δεν πρέπει να συμφωνούν οι συγγενείς με τις παράλογες ιδέες του αρρώστου αλλά να τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα .
- ◆ Επιπλέον πληροφορίες : ενθαρρύνουμε τα μέλη των οικογενειών να εκφράζουν τα συναισθήματα τους με τους ειδικούς καθώς και το πώς να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Με αυτόν τον τρόπο, θα είναι σε θέση να προσφέρουν περισσότερα πράγματα στο πάσχον μέλος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

Είναι πάντοτε απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο;

Οι περισσότεροι άνθρωποι δε δέχονται με ευχαρίστηση να αφήσουν τα σπίτια τους και να εισαχθούν για νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο ή ψυχιατρείο.

Γιατί ο σχιζοφρενής εισάγεται στο ψυχιατρείο; Ο γιατρός μπορεί να συστήσει εισαγωγή στο ψυχιατρείο γιατί ο άρρωστος έχει κάποια οξεία και σοβαρή πάθηση, που χρειάζεται εντατική παρατήρηση και φροντίδα. Ή επίσης γιατί ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν ακόμη και υπάρχει φόβος για την προσωπική του υγεία και ασφάλεια.

Νοσηλεία μπορεί να χρειάζεται ένα άτομο, που εμφανίζει παράξενη και βίαιη συμπεριφορά και είναι δύσκολο να προβλεφθεί ο κίνδυνος για πρόκληση βλαβών στον εαυτό του ή στους άλλους.

Για την εισαγωγή κάποιου ατόμου στο νοσοκομείο χρειάζεται να συμφωνήσει και το ίδιο το άτομο. Αν τυχόν διαφωνεί και κρίνεται ότι παραμένοντας εκτός νοσοκομείου υπάρχει κίνδυνος για αυτοτραυματισμό ή τραυματισμό των άλλων, τότε μπορεί να αποφασίσει ο γιατρός την είσοδό του, έστω και χωρίς την δική του συγκατάθεση.

Η αρχική εξέταση

Με την εισαγωγή του, ο άρρωστος υποβάλλεται σε φυσική –σωματική και σε ψυχιατρική εξέταση από γιατρό.

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει :μέτρηση μικροβιολογικές εξετάσεις όπως μέτρηση σακχάρου και ουρίας αίματος ,ακτινογραφίες θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ή και άλλες πιο ειδικές εξετάσεις ανάλογα με την κατάσταση και τα συμπτώματα του καθενός ατόμου. Μπορεί να γίνουν ερωτήσεις για την έναρξη και την πορεία της αρρώστιας, τις σχέσεις της οικογένειας, τις συνθήκες στη δουλειά και στο σχολείο, προηγούμενες ασθένειες και είδος θεραπείας.

Γίνεται κυρίως προσπάθεια από τον γιατρό να καταλάβει πώς λειτουργεί το μυαλό του αρρώστου και ποια τα συναισθήματά του. Αυτό πετυχαίνεται με την παρατήρηση και με μερικές ερωτήσεις εκ των οποίων άλλες είναι πιο απλές και διερευνητικές και άλλες πιο προσωπικές.

Μπορεί επίσης, να ζητηθούν πληροφορίες από τους συγγενείς και φίλους που συνοδεύουν τον άρρωστο, κάτι που μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση της αρρώστιας και των κοινωνικών σχέσεων του ασθενή .

Επισκεπτήριο

Στα περισσότερα ψυχιατρεία , δεν ισχύει συγκεκριμένο ωράριο επισκέψεων. Περιορισμοί ίσως θα μπορούσαν να υπάρξουν όταν η επίσκεψη γίνεται στην διάρκεια δραστηριοτήτων , θεραπευτικών προγραμμάτων, φαγητού ή ύπνου.

Μερικές φορές, κάποια επίσκεψη μπορεί να διαταράξει έντονα τον άρρωστο ή και τον επισκέπτη, οπότε αποφασίζεται η προσωρινή αναστολή των επισκέψεων, ή ο περιορισμός της διάρκειάς τους.

Άδειες εξόδου

Είναι δυνατόν , σε αρρώστους που η πάθησή τους δεν είναι τόσο βαριά , να δίνονται άδειες , για να ζήσουν έξω από το ψυχιατρείο για 1-2 και περισσότερες ημέρες με τη οικογένειά τους ή τους φίλους τους ή να παρευρεθούν σε κάποιο σπουδαίο οικογενειακό γεγονός.

Η επιτυχία αυτών των εξόδων δείχνει και τον βαθμό βελτίωσης της κατάστασης του ασθενούς , καθώς και το πόσο έτοιμος είναι να ξαναρχίσει τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής.

Μετά από κάθε έξοδο, είναι σημαντικό για τον άρρωστο να συζητά για το πόσο καλά τα κατάφερε. Όταν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα, δεν θα πρέπει να οδηγεί, να πει οινόπνευματώδη ποτά ή να πάει κοντά σε μηχανήματα, εκτός αν έχει πάρει άδεια από τον γιατρό του.

Κάθε έξοδος βέβαια, δεν είναι πάντα σίγουρο, ότι θα περάσει χωρίς να δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα. Για αυτό, αν τυχόν ο άρρωστος αισθάνεται ανησυχία, ή η συμπεριφορά του διαταράσσεται και υπάρχει κίνδυνος για τον ίδιο ή τους άλλους γύρω του, τότε είναι προτιμότερο να γυρίσει στο ψυχιατρείο νωρίτερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Είναι δυνατή η επιστροφή στη δουλειά μετά από ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας, αν και συνήθως υπάρχει μια περίοδος ,όπου η προσοχή και η συγκέντρωση δεν είναι στο ίδιο επίπεδο , όπως ήταν πριν την έναρξη της αρρώστιας.

Αρκετά συχνά, οι σχιζοφρενείς διστάζουν να συνεχίσουν την προηγούμενη δουλειά τους έχοντας χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν.

Μερικοί εργοδότες ή δάσκαλοι ανησυχούν για κάποιον που έχει διαγνωσθεί ως σχιζοφρενής. Μεγάλο τμήμα της ανησυχίας αυτής πηγάζει από την άγνοια του τι εννοείται με τον όρο :σχιζοφρένεια. Τα προβλήματα που πιθανά μπορεί να δημιουργηθούν, είναι δυνατόν να ελαχιστοποιηθούν ,αν ο εργοδότης συζητήσει με τον εργοθεραπευτή. Όπως συμβαίνει και με άλλα άτομα, η αρχή σε μια νέα δουλειά είναι συχνά η πιο κρίσιμη περίοδος.

ΤΗΡΗΣΗ ΩΡΑΡΙΟΥ

Πολλά άτομα με ιστορικό σχιζοφρένειας δυσκολεύονται να ξυπνήσουν τις πρωινές ώρες. Η χρονική πίεση, τα γεμάτα κόσμο λεωφορεία, το κυκλοφοριακό χάος μπορεί να τους κάνουν να καθυστερούν το πρωί στην εργασία τους.

Εργαζόμενοι με ιστορικό σχιζοφρένειας τα καταφέρνουν καλύτερα σε δουλειές με ελαστικό ωράριο απασχόλησης. Συνήθως προτιμούν δουλειές όπου ισχύουν βάρδιες λειτουργίας, θέλουν μάλιστα εκείνες τις βάρδιες , όπου δουλεύουν σχετικά μόνοι τους.

ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ

Μακροχρόνιες υποχρεώσεις τρομάζουν μερικούς σχιζοφρενείς. Έτσι, μπορεί να υπάρξει μια έντονη επιθυμία να αφήσουν κάποια νέα δουλειά και να μην ξαναγυρίσουν από φόβο και μερικές φορές από την πεποίθηση ότι κανείς δεν θα προσέξει την απουσία τους και κανείς δεν ενδιαφέρθηκε τι απέγιναν. Αυτό αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για αρκετά άτομα με σχιζοφρένεια και πολλές δουλειές χάθηκαν εξ αιτίας του.

ΨΥΧΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ –ΣΤΡΕΣ

Ο σχιζοφρενής δεν μπορεί να τα καταφέρει πάντα όσον αφορά την ψυχική ένταση της ασθένειας. Έτσι, εντατικοποίηση της δουλειάς με συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια, ανταγωνισμό και ελέγχους, συνήθως δεν του ταιριάζουν. Οι σχιζοφρενείς τείνουν να θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους προκαλούν περισσότερη ένταση από ότι τα μηχανήματα. Έτσι, όσο λιγότεροι άνθρωποι γύρω τους , τόσο καλύτερα αισθάνονται στο χώρο εργασίας τους.

ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Οι οδηγίες στη δουλειά σε σχιζοφρενείς πρέπει να είναι απλές και ξεκαθαρισμένες. Καλό είναι να δίνονται μια –μια και όχι όλες μαζί, έτσι ώστε να μην δημιουργούν σύγχυση στον άρρωστο.

ΕΚΡΗΞΕΙΣ ΘΥΜΟΥ

Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν θυμώνουν περισσότερο από ότι οι άλλοι άνθρωποι. Η μόνη διαφορά είναι ότι ο θυμός τους έρχεται απροσδόκητα, χωρίς κανείς να το περιμένει, κάτι που καθιστά την κατάσταση δύσκολη στο να ελεγχθεί. Συνήθως προκαλείται από κάτι που είπε κάποιος άλλος ή από παρερμηνεία της πράξης του. Η έκρηξη θυμού μπορεί να αποφευχθεί ή τουλάχιστον να αντιμετωπισθεί έγκαιρα , με το να εξηγήσει το άλλο άτομο αυτό που είπε ή έκανε, καθώς και στο που αποσκοπούσε η ενέργεια του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

- Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου
- Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
- Επιβεβαίωση της ταυτότητάς του
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα
- Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός
- Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
- Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του
- Προώθηση της συμμόρφωσης του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή
- Βοήθεια στο να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες
- Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας
- Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας(υπό/υπερκινητικότητα)
- Ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς
- Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειάς του
- Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει , να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα.
- Συνέπεια στη συμπεριφορά μας , στάση θετική που να ελαττώνει την σύγχυσή του.
- Προσφορά προτύπου: η σωστή συμπεριφορά μας, η αξιοπρεπής εμφάνισή μας , η αυτοκυριαρχία μας και η καλή μας διάθεση θα αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για τον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση του αρρώστου με σχιζοφρένεια, εκτός από την ολική μελέτη της βιοψυχοκοινωνικής κατάστασης και λειτουργίας του , εστιάζεται στις ακόλουθες 4 περιοχές :

1. **διαταραχές σκέψης**
2. **διαταραχές αντίληψης**
3. **διαταραχές συναισθήματος**
4. **διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων /συμπεριφοράς**

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΚΕΨΗΣ:

- Διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης που εκδηλώνεται ως χάλαση των ειρμών μέχρι την ασυναρτησία, τη σαλάτα λέξεων ή τις νεολεξίες (δηλαδή αυτοδημιούργητες λέξεις που έχουν νόημα μόνο για τον ίδιο τον ασθενή και δείχνουν παλινδρόμηση και διάσπαση της λειτουργικότητας στην πραγματικότητα).
- Διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης που εκδηλώνεται με παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, δώξης, ζηλοτυπίας, μεταβίβασης ή εξωτερικού ελέγχου της σκέψης , δηλαδή ότι άλλοι άνθρωποι ή μηνύματα από την τηλεόραση αναφέρονται απευθείας στον άρρωστο.
- 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 .

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ :

■ **Ψευδαισθήσεις :** αισθητηριακές αντιλήψεις χωρίς να υπάρχουν εξωτερικά αντικειμενικά ερεθίσματα. Πιο συχνές οι ακουστικές. Ο άρρωστος 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.

■ **Παραισθήσεις :** παρερμηνείες υπαρκτών εξωτερικών περιβαλλοντικών ή αισθητικών ερεθισμάτων, π.χ. ο άρρωστος βλέπει ένα δέντρο και λέει ότι βλέπει τον παππού του.

■ **Προβλήματα εαυτού:** ο άρρωστος 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 δραστηκές

αλλαγές και είναι διαφορετικός και όχι πραγματικός , καθώς και τα αντικείμενα στο περιβάλλον του φαίνονται παράξενα και όχι πραγματικά .

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

- Απουσία συναισθήματος ή επίπεδο, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα (ακατάλληλο και αταίριαστο με το περιεχόμενο της συζήτησης ή με την κατάσταση, π.χ. γέλιο στο άκουσμα δυσάρεστης είδησης). 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. Σε σχετικό σχόλιο ένας άρρωστος εξήγησε ότι ενώ μιλά για ένα θέμα, ταυτόχρονα σκέπτεται πολλά άλλα θέματα και γελά για αυτό που σκέπτεται και όχι για αυτό που μιλά. Πόσο ευρύ πνεύμα και πόση κατανόηση πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής/ νοσηλεύτρια, για να αντιλαμβάνεται και να επαληθεύει τέτοιες περιπτώσεις και να μην απογοητεύεται στην προσπάθεια επικοινωνίας με τον ασθενή.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ –ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

- Απόσυρση από την πραγματικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων λόγω φόβου και άγχους, συναισθηματικής αδιαφορίας, παράλογων ιδεών και φαντασιών όπου χάθηκε η αντικειμενικότητα. Ο σχιζοφρενικός άρρωστος αποσύρεται όχι μόνο από τις δραστηριότητες της ζωής, αλλά και από τα ίδια του τα συναισθήματα και ζει χαμένος στον φανταστικό του κόσμο.
- Ψυχοκινητικές διαταραχές :μορφασμοί, αλλόκοτες στάσεις, απρόβλεπτη και παρορμητική συμπεριφορά, στερεοτυπίες, έντονη διέγερση και υπερκινητικότητα επικίνδυνη για καταβολή δυνάμεων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ :

Η νοσηλεύτρια προχωρεί στην υποβολή κάποιων ερωτήσεων – κλειδιά για να εκτιμήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής .μερικές από τις ερωτήσεις αναφέρονται παρακάτω :

- Πιστεύεις ότι πάσχεις από κάποια ασθένεια; Ποια είναι η εξήγησή σου για την ασθένεια ; (λαμβάνει πληροφορίες για την κατάσταση της αντίληψης του ασθενή και το επίπεδο αυτογνωσίας του).
- Είχες λάβει κάποιου είδους θεραπεία στο παρελθόν; Τι σε βοήθησε περισσότερο εκείνο το διάστημα; (λαμβάνει πληροφορίες για το προηγούμενο ιστορικό του ατόμου).
- Ποιες πιστεύεις ότι είναι οι δυνάμεις σου; που πιστεύεις ότι αντιμετωπίζεις πρόβλημα ;(λαμβάνει πληροφορίες για το επίπεδο αυτοεκτίμησης, τα άγχωνα γεγονότα της ζωής του ασθενή και το αν έχει συνείδηση της κατάστασής του).
- Ακούς κάποιες φωνές που δεν ακούν οι άλλοι ή βλέπεις κάποια πράγματα που οι υπόλοιποι δεν βλέπουν; Πιστεύεις ότι κάποιος ή κάποιοι σχεδιάζουν κάτι απέναντί σου ή θέλουν να σε βλάψουν; (λαμβάνει πληροφορίες για την παρουσία παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων).
- Τι φάρμακα παίρνεις ; σου δημιουργούν κάποιο πρόβλημα ; (λαμβάνει πληροφορίες για το αν ο ασθενής δείχνει συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή και για το αν ο ίδιος γνωρίζει τι προβλήματα μπορεί να υπάρξουν λόγω των φαρμάκων).
- Ποιον θεωρείς πρόσωπο εμπιστοσύνης στην ζωή σου; (λαμβάνει πληροφορίες για το κατά πόσο υπάρχουν υποστηρικτικά πρόσωπα στην ζωή του ασθενή).
- Ποιες είναι οι δραστηριότητές σου στην καθημερινότητα; Ποιες από αυτές σου αρέσουν περισσότερο; (λαμβάνονται πληροφορίες για την τρόπο σκέψης του ασθενή, το πώς μπορεί να περιγράψει κάποια πράγματα, το αν υπάρχει ανηδονία και ικανότητα αυτοφροντίδας).

Παρακάτω, ακολουθεί ένα σγέδιο νοσηλευτικής φροντίδας για τις προαναφερθείσες διαταραχές:

<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</u>	<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</u>
Διαταραχές σκέψης (παρατηρείται διαταραχή του ειρμού της σκέψης, χάλαση συνειρμών, ασυναρτησία)	Βελτίωση της ασυναρτησίας και μείωση ή αποφυγή της διαταραχής του ειρμού και περιεχομένου των σκέψεων.	Συνεχής εκτίμηση των διεργασιών του ασθενή. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος επικοινωνίας με τον ασθενή. Έκφραση κατανόησης από την πλευρά του νοσηλευτή. Επαναφορά του ασθενή όταν αναφέρει παραληρητικές σκέψεις, με τον κατάλληλο τρόπο.
Διαταραχές αντίληψης (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, απώλεια της πραγματικής διάστασης των στοιχείων του περιβάλλοντος)	Αποφυγή ή μείωση των παραισθήσεων ή των ψευδαισθήσεων του ασθενή. Αναγνώριση από τον ασθενή της πραγματικότητας στην οποία διαβιεί.	Τοποθέτηση ορίων στον ασθενή , όταν αναφέρει ότι π.χ. ακούει φωνές ή ότι βλέπει κάτι το οποίο δεν υφίσταται. Διδασκαλία του ασθενή για το πώς να σταματήσει τις ψευδαισθήσεις του (να απασχολείται με κάτι άλλο, να ακούει μουσική).
Διαταραχές συναισθήματος (απουσία συναισθήματος, αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα).	Μείωση της συναισθηματικής απουσίας έκφρασης του ασθενή.	Προσεκτική ακρόαση του ασθενή. εκδήλωση ήρεμης και υπομονετικής συμπεριφοράς, ακόμη και αν ο ασθενής μας παραμείνει αμίλητος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Παρατήρηση της μη λεκτικής του συμπεριφοράς (μορφασμοί, στάση σώματος). Όταν υπάρχει ομιλία, επεξεργασία των διακυμάνσεων και του τόνου φωνής , των εκφράσεων του προσώπου του αρρώστου.
Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφοράς (αμυντική ή εχθρική συμπεριφορά του ασθενή)	Έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων με παραδεκτό τρόπο από την πλευρά του ασθενή. Αποφυγή ή μείωση της εχθρικότητας προς το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή.	Επιβεβαίωση του ασθενή ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές. Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς, χωρίς αρνητική κριτική από την πλευρά του νοσηλευτή.

Επίσης , παρατηρούνται και οι ακόλουθες διαταραχές:

- Έλλειψη αυθορμητισμού στην ομιλία και τις κινήσεις
- Παραμέληση εμφάνισης, ατομικής καθαριότητας, καλλωπισμού και τρόπων ευγένειας.
- Αμφιθυμία (αντίθετες σκέψεις, συναισθήματα, κίνητρα συμβαίνουν στο ίδιο άτομο ταυτόχρονα). Ο άρρωστος δεν μπορεί να αποφασίσει, να διαλέξει μεταξύ 2 πραγμάτων.
- Ηχοπραξία : μίμηση των χειρονομιών και κινήσεων των άλλων.
- Κηρώδης ευκαμψία : διατήρηση ενός μέλους του σώματος , επί ώρες σε κάποια θέση, στην οποία μπήκε από κάποιον άλλον σαν να είναι από κερί.
- Εμβροντησία (stupor) : ακινησία για ημέρες ή και εβδομάδες.
- Μετά από ένα οξύ επεισόδιο, ο άρρωστος συνήθως εμφανίζει έλλειψη ενεργητικότητας και πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων και κινήτρων και δείχνει αυτόματη υπακοή (διαταραχή της βούλησης).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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:

- ⓐ 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
- ⓐ Βίαιη συμπεριφορά, είτε προς τον εαυτό του είτε προς τα άλλα πρόσωπα.

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

- 1) **Αισθητηριακή /αντιληπτική 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 αρρώστου (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 αρρώστου 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 αρρώστου 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 αποσπούν τον ασθενή από την ψευδαίσθηση και του δίνουν δύναμη ελέγχου).
- Δημιουργία ομαδικών περιστάσεων, όπου ο άρρωστος 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).
- 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).
- Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου(αυτό διατηρεί ένα ψυχικά ασφαλές περιβάλλον που διευκολύνει την διαπροσωπική επικοινωνία και μειώνει τον αυτισμό).
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 η 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 άρρωστο άλλων τρόπων έκφρασης εκτός από την ομιλία όπως ζωγραφική, γράψιμο, χειρονομίες, τραγούδι.
- Διδασκαλία του αρρώστου 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 άρρωστο (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 αρρώστου 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 αρρώστου 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 άρρωστος 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 αρρώστου** : κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά της οικογένειας ή άλλου σημαντικού προσώπου είναι δυσλειτουργική στο χειρισμό του αρρώστου και των συνεπειών της ψυχικής του διαταραχής. 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 αρρώστου 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 αρρώστου. 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 αρρώστου, 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 αρρώστου αλλά και της οικογένειάς του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

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.

2) Ασθενής με παλίνδρομη –παράξενη συμπεριφορά :

Πλησιάζουμε τον ασθενή με τρόπο που να μην συντελούμε στην ενίσχυση των περίεργων- 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 2 πράγματα, ώστε να μην του δημιουργούμε περαιτέρω σύγχυση.

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.

Αποσαφηνίζοντας την επικοινωνία με τον ασθενή(ακολουθεί απόσπασμα συζήτησης μεταξύ ασθενή και νοσηλεύτη):

Ασθενής : οι φούστες στον ουρανό πέφτουν ψηλά και εγώ δεν πάω μαζί τους .

Νοσηλεύτης : προσπαθείς να μου πεις κάτι αλλά δεν καταλαβαίνω τι ακριβώς είναι αυτό. Μπορείς να μου το εξηγήσεις διαφορετικά;

Ασθενής (δείχνοντας μια νοσηλεύτρια που περπατάει βιαστικά στον διάδρομο) : όλοι βιάζονται ...

Νοσηλεύτης : μου λες ότι όλοι είναι πολύ απασχολημένοι και νιώθεις ότι δεν σε προσέχουν;

Ασθενής : ναι, θέλω βοήθεια για να κάνω μπάνιο...

Επεξήγηση : σε αυτό το παράδειγμα, ο ασθενής χρησιμοποιεί συμβολική γλώσσα για να επικοινωνήσει. Ο νοσηλεύτης δείχνει πώς δεν καταλαβαίνει τι έχει ειπωθεί από τον ασθενή. Όταν ο ασθενής προσπαθεί να διευκρινίσει τι εννοεί, ο νοσηλεύτης νομίζει πώς κατανοεί τα λεγόμενα του αρρώστου και επαναλαμβάνει, απευθείας στον ασθενή, το μήνυμα ότι καταλαβαίνει την προσπάθειά του να επικοινωνήσει. Ο ασθενής επιβεβαιώνει το μήνυμα.

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.

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.

(Ακολουθεί απόσπασμα από συζήτηση ασθενή -νοσηλεύτριας, όσον αφορά την ανταπόκριση σε καχύποπτες σκέψεις ή παραισθήσεις):

Ασθενής (στέκεται κοντά στην νοσηλευτική στάση και με πολύ επιφυλακτικό και καχύποπτο ύφος κοιτάζοντας ένα μαγνητόφωνο): αυτό το μαγνητόφωνο χρησιμοποιείται για να καταγράψει τις σκέψεις μου. Οι άνθρωποι εδώ είναι εναντίον μου.

Νοσηλεύτρια : εμένα δεν μου φαίνεται ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει. Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί αυτό το μαγνητόφωνο για να φτιάξει την απογευματινή αναφορά. Πιστεύω ότι εδώ είσαι ασφαλής.

Ασθενής : δεν νιώθω ασφαλής εδώ. Μπορώ να στέκομαι δίπλα στο γραφείο όσο θα είσαι εδώ;

Νοσηλεύτρια : ναι, θα είμαι εδώ για ακόμη 5 λεπτά, μέχρι να έρθει η τροφοδοσία. Ορίστε μια εφημερίδα για να διαβάσεις.

Ασθενής : θα κάτσω εδώ να διαβάσω την εφημερίδα.

Σε αυτό το παράδειγμα, ο ασθενής παρεξηγεί το περιβάλλον βγάζοντας ένα αβάσιμο συμπέρασμα για το μαγνητόφωνο που βρίσκεται στον σταθμό των νοσηλευτών. Η νοσηλεύτρια απαντά παρουσιάζοντας την πραγματικότητα στον ασθενή. Παρόμοια, η νοσηλεύτρια απαντά σε αυτό που ουσιαστικά θέλει να πει ο ασθενής λέγοντας του ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ότι μπορεί να παραμείνει κοντά, χωρίς να κινδυνεύει.

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.

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 καθλωθεί ή να απομονωθεί σε κάποιο δωμάτιο), παίρνουμε όλα τα μέτρα που εγγυώνται την ασφάλεια του αρρώστου, χωρίς να προβούμε σε ακραίες και επιθετικές ενέργειες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

- ▶ Ο ασθενής αναγνωρίζει τα συναισθήματα άγχους και χρησιμοποιεί τα απαραίτητα μέτρα για να μειώσει την ανησυχία του.
- ▶ Ο ασθενής διατηρεί την προσωπική του υγιεινή.
- ▶ Ο ασθενής ακολουθεί το σχεδιασμένο πρόγραμμα όσον αφορά τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- ▶ Ο ασθενής επικοινωνεί χωρίς ενδείξεις χαλαρών συνειρμών.
- ▶ Ο ασθενής διαφοροποιεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του που προέρχονται από τον εσωτερικό του κόσμο ή αυτών από το εξωτερικό περιβάλλον.
- ▶ Ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένο ή ελεγχόμενο βαθμό μαγικής σκέψης, παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων.
- ▶ Ο ασθενής έχει βελτιωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα άτομα.

- ▶ Ο ασθενής εκφράζει συναισθήματα που είναι κατάλληλα για την κάθε περίπτωση.
- ▶ Ο ασθενής δείχνει μειωμένη καχυποψία, αρνητικότητα και θυμό.
- ▶ Ο ασθενής αναγνωρίζει θετικά στοιχεία στον εαυτό του.
- ▶ Ο ασθενής συμμετέχει σε θεραπευτικό πλάνο και συμφωνεί να ακολουθήσει την θεραπεία του.
- ▶ Ο ασθενής και η οικογένειά του χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για την ασθένεια, το θεραπευτικό πρόγραμμα, τα συμπτώματα και την διαχείριση των κρίσιμων φάσεων σε μια συνεχιζόμενη διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16^ο

ΣΤΙΓΜΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ

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

Στίγμα είναι ένα σημάδι, το αποτύπωμα που βάζουμε σε κάποιον για να ξεχωρίζει. Το στίγμα και η διαδικασία του στιγματισμού αποτελούνται από 2 θεμελιώδη στοιχεία: την αναγνώριση του «σημαδιού» της διαφορετικότητας και την ακολουθούμενη «μείωση» του ατόμου. Στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι **η αρνητική κοινωνική αντίδραση απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.**

Στίγμα σημαίνει ότι το ευρύ κοινό αλλά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για το άτομο με ψυχική νόσο και να συμπεριφέρονται ανάλογα. Για παράδειγμα, γειτονιές εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων για ψυχικά ασθενείς ,επειδή οι κάτοικοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Αντίστοιχα, εξαιτίας του μύθου ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν μπορούν να εργαστούν, οι εργοδότες αρνούνται να τα προσλάβουν στις επιχειρήσεις τους. Ακόμα πιο λίγοι είναι φυσικά οι άνθρωποι που θα ήθελαν να συνδέσουν τη ζωή τους με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια.

«δεν παντρεύτηκα νέος γιατί ήθελα να ζήσω την ζωή μου πριν κάνω οικογένεια. Μόλις τελείωσα τις σπουδές μου, πήγα στρατό και λίγους μήνες αργότερα αρρώστησα. Τώρα πια, ποια παίρνει έναν άρρωστο άνθρωπο;». (Αντρέας, 45 ετών, κάτοικος ξενώνα για άτομα με ψυχική ασθένεια. Έχει σχιζοφρένεια.)

Το στίγμα είναι ένα από τα κύρια εμπόδια για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της ψυχικής ασθένειας και συχνά οδηγεί σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν τα προβλήματα των ασθενών. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαθέσιμες θεραπείες, οι μύθοι που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια προκαλούν ντροπή και φόβο στους πάσχοντες και τις οικογένειές τους , με αποτέλεσμα να μην αναζητούν την θεραπεία που χρειάζονται. Ακόμη όμως και όταν αναζητούν θεραπεία, η έκβαση και η πορεία της νόσου είναι κακή λόγω του στίγματος.

«Μην φοβάστε το στίγμα. Η θεραπεία των ψυχικών ασθενειών είναι η μέρα με την νύχτα σε σχέση με 10 χρόνια πριν. Μπορώ και ζω μια φυσιολογική ζωή». (Στέφανος Χ., 34 ετών, θρωρός. Έχει ψύχωση.)

Το στίγμα της ψυχικής νόσου δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που νοσεί, αλλά και οτιδήποτε ή οποιονδήποτε σχετίζεται με τον ασθενή, την νόσο και την θεραπευτική αγωγή, όπως τα μέλη της οικογένειας, τους συγγενείς ,τους φίλους που φροντίζουν τον ασθενή, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά και τις άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Δυστυχώς , ακόμη και οι ίδιοι οι πάσχοντες αποδέχονται τα στερεότυπα που αναφέρονται στην κατάστασή τους και αυτοστιγματίζονται. «Επισκέπτομαι συχνά το χωριό μου, σπάνια όμως πηγαίνω στο καφενείο της πλατείας, γιατί εκεί μαζεύονται όλοι οι συγχωριανοί μου και όταν με βλέπουν, λένε ‘να ο τρελός ‘. Ακόμη όμως και

τις ελάχιστες φορές που πηγαίνω, δεν κάθομαι μέσα μαζί τους, αλλά μέσα μόνος μου».(Γιώργος, 35 ετών, ιδιωτικός υπάλληλος, υποστηριζόμενος από πρόγραμμα αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Έχει σχιζοφρένεια.)

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

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΠΨΕ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

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

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

- ◆ Την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης.
- ◆ Την βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού.
- ◆ Την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και διακρίσεων.

Την πρωτοβουλία, το σχεδιασμό και στη συνέχεια την καθοδήγηση του όλου προγράμματος είχε μια τετραμελής διεθνής επιτροπή, αποτελούμενη από τον

καθηγητή και τ.πρόεδρο της ΠΨΕ Κώστα Στεφανή, τον καθηγητή Narendra Wig, τον καθηγητή J..J Lopez-Ibor και τον καθηγητή Norman Sartorius ως πρόεδρο της επιτροπής.

Αυτή η επιτροπή διαμόρφωσε ένα πλαίσιο φράσεων και ενεργειών και δημιούργησε ομάδες εργασίας με 76 επιστήμονες από όλο τον κόσμο, οι οποίοι κατήρτισαν το ενημερωτικό υλικό και σε συνεργασία με ειδικούς φορείς χάραξαν την επικοινωνιακή στρατηγική του προγράμματος.

Αρχικά, επελέγησαν ως χώρες πιλοτικής εφαρμογής ο Καναδάς, η Αυστρία και η Ισπανία. Στην επόμενη ζώνη των χωρών, έπειτα από αιτιολογημένη και λεπτομερή αίτησή μας, επελέγη ως χώρα πιλοτικής εφαρμογής και η Ελλάδα.

Η επιλογή της χώρας μας σε αυτή την προσπάθεια ήταν πού σημαντική, γιατί μας δόθηκε η ευκαιρία να ανασύρουμε στην επιφάνεια ένα θέμα που μέχρι τώρα καλυπτόταν και στη δική μας κοινωνία από ένα πέπλο μυστηρίου, ενδεδυμένο με πολλούς, μύθους ,προκαταλήψεις και δοξασίες. Παράλληλα, ήταν μια μοναδική

ευκαιρία να αξιοποιήσουμε τη διεθνή εμπειρία, να την προσαρμόσουμε στην ελληνική πραγματικότητα και να οργανώσουμε τη δική μας εκστρατεία για την καταπολέμηση του στίγματος.

Η ΠΨΕ ανέθεσε λοιπόν στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας.

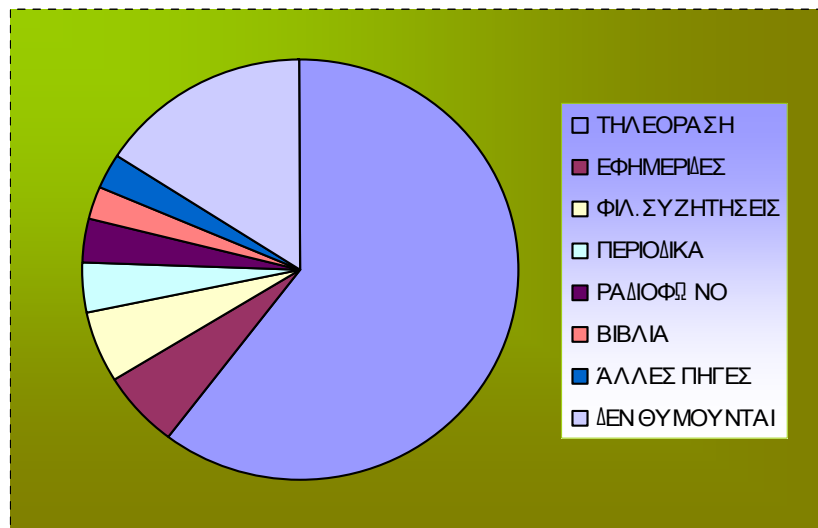
Στα πρώτα βήματα του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος της σχιζοφρένειας οργανώθηκε μια πανελλαδική έρευνα της γνώσης και των στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικά από σχιζοφρένεια.

Η έρευνα αποκάλυψε ενδιαφέροντα στοιχεία για την ελληνική πραγματικότητα, από τα οποία ως πλέον σημαντικά θεωρούνται τα παρακάτω:

το κοινό αναφέρεται στις σοβαρές ψυχικές ασθένειες κυρίως με όρους που χρησιμοποιεί στην καθημερινότητα όπως «τρέλα» και «ψυχοπάθεια». Η πλειοψηφία (65,8%) αναφέρει ότι δεν έχει ακούσει ή πληροφορηθεί κάτι σχετικό με την σχιζοφρένεια. Από αυτούς που έχουν κάποιες στοιχειώδεις γνώσεις επί του θέματος, ως βασική πηγή πληροφόρησης αναφέρεται η τηλεόραση, στην οποία όμως κυριαρχούν αρνητικές περιγραφές, που συνδέουν την νόσο με βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά. (πίνακες 1 και 2).

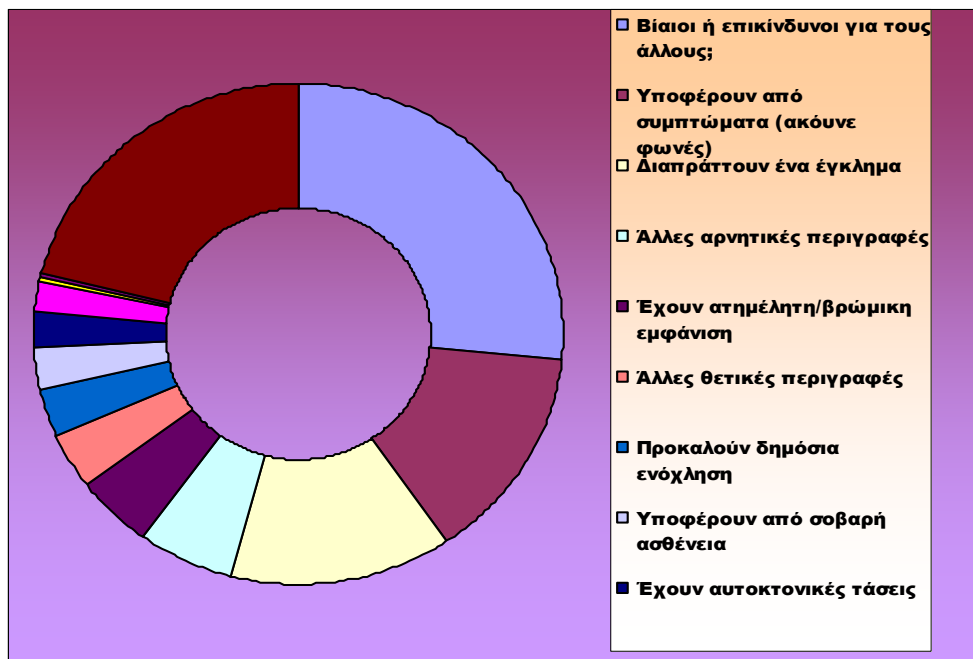
Πίνακας 1

Έχετε δει ή ακούσει κάτι σχετικό με τη σχιζοφρένεια τους τελευταίους 6 μήνες, και αν ναι, πού;



Πίνακας 2

Έχετε δει , ακούσει στις ειδήσεις ή διαβάσει στις εφημερίδες κάτι σχετικό με τη σχιζοφρένεια; Αν ναι, πώς περιέγραφαν τα άτομα αυτά;

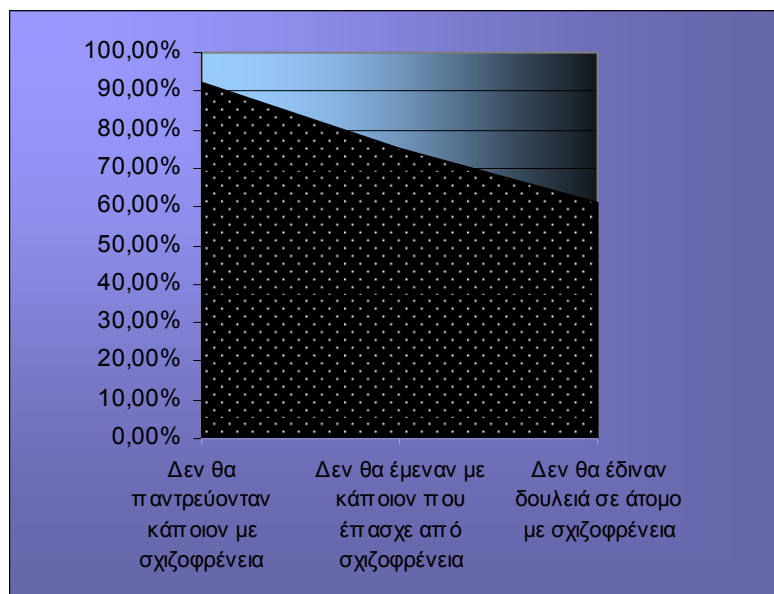


Οι γνώσεις του κοινού εμπεριέχουν κυρίως στερεοτυπικές αντιλήψεις, όπως ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διχασμένη προσωπικότητα (81,3%), δεν μπορούν να εργαστούν(78%), ή είναι βίαια και επικίνδυνα(74,6%). Ως προς τα αίτια της ασθένειας, οι πιο πολλοί την αποδίδουν στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως το στρες παρά σε βιολογικούς.

Οι στάσεις του κοινού απέναντι σε σχιζοφρενικά άτομα ήταν προφανώς αρνητικές και κλιμακώνονται σύμφωνα με το βαθμό προσωπικής επαφής και σχέσης με τον ασθενή. Συγκεκριμένα, το 61% των ερωτηθέντων δεν θα προσλάμβανε στην δουλειά του, 75% δεν θα συγκατοικούσε και 93% δεν θα παντρευόταν ένα άτομο με σχιζοφρένεια.(πίνακας 3).

Πίνακας 3

Στάσεις απέναντι σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια



Ως αποκαλυπτικό και δυσάρεστο συμπέρασμα της πανελλαδικής αυτής έρευνας προβάλλει ότι το στίγμα, έτσι όπως αντανακλάται στις αντιλήψεις του κοινού, είναι υπαρκτό στην ελληνική κοινωνία και θα πρέπει να ληφθούν ουσιαστικές πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση του.

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

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

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

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

ΜΥΘΟΣ: η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.

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

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

- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κατάρεις ή κακό μάτι.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια μορφή δαιμονισμού ή δαιμονικής κατοχής.

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

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

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

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

ΜΥΘΟΣ: η σχιζοφρένεια είναι νόσος μεταδοτική

ΑΛΗΘΕΙΑ: η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική

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

ΜΥΘΟΣ: τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική στέρηση.

ΑΛΗΘΕΙΑ: σχιζοφρένεια και νοητική στέρηση διαφέρουν μεταξύ τους.

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

ΜΥΘΟΣ: κανείς δεν θεραπεύεται από την σχιζοφρένεια.

ΑΛΗΘΕΙΑ: κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη.

Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές, με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και διαφορετική έκβαση στην θεραπεία .

Η υπεραπλουστευμένη άποψη ότι κανείς δεν μπορεί να θεραπευτεί από την ψυχική αυτή διαταραχή, οδηγεί σε απελπισία και απόγνωση και τους ίδιους τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Οι στατιστικές δείχνουν ότι το 30% περίπου των ασθενών διατηρούν μια σημαντική λειτουργικότητα, 20-30% παρουσιάζουν τέτοια συμπτωματολογία που τους επιτρέπει να έχουν μια ικανοποιητική και παραγωγική ζωή, να εργάζονται και να ζουν αυτόνομα, και το υπόλοιπο 1/3 έχει δυσμενή πρόγνωση με συχνές υποτροπές και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες .

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

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

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

❑ Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους «υγιείς». Συνήθως, στα πρώτα θύματά τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως πολιτικοί ή δικαστές.

❑ Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι να υπάρχει πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και γενικότερης θεραπείας και υποστήριξης καθώς και η παράλληλη μείωση του στίγματος και της κοινωνικής εγκατάλειψης.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ, ΑΡΚΕΙ ΝΑ

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

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

Τα όρια ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό είναι δυσδιάκριτα, αρκετές φορές ασαφή και δεν δικαιολογούν των περιθωριοποίηση των ψυχικά ασθενών από τους υγιείς αφού πολύ εύκολα κάποιος μπορεί να περάσει από την μια κατηγορία στην άλλη. Αυτή η περιθωριοποίηση μπορεί να ενδυναμώνει την αίσθηση ομοιογένειας της κοινωνίας μας, αλλά δυσκολεύει τόσο την πρόληψη όσο και την αποκατάσταση αυτών που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες, συμβάλλοντας στη δυστυχία τους και την σπατάλη του δυναμικού τους, εγκαθιδρύοντας την τρομοκρατία του φυσιολογικού.

Ειδικοί σε θέματα ψυχικής υγείας προτείνουν να καταργηθεί ο όρος σχιζοφρένεια, καθώς θεωρούν ότι είναι αντιεπιστημονικός, ανακριβής και στιγματίζει τους ασθενείς.

Η 10^η Οκτωβρίου είναι αφιερωμένη στην Ψυχική Υγεία. Κι γίνονται εκδηλώσεις υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ο όρος σχιζοφρένεια είναι αντιεπιστημονικός επειδή «ομαδοποιεί ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών προβλημάτων κάτω από μια ετικέτα-την υπόθεση ότι όλοι αυτοί οι άνθρωποι με όλα αυτά τα προβλήματα έχουν την ίδια εγκεφαλική ασθένεια» δήλωσε ο Ρίτσαρντ Μπένταλ, καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο του Μάντσεστερ, σε συνέντευξή του στις 2/6/2007.

Έχει σημασία να μην προσπαθήσουμε να κλείσουμε μέσα μας μια συγκεκριμένη εικόνα- «στίγμα» του σχιζοφρενικού. Οι κλινικές εικόνες – οι άνθρωποι-παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά.

Καλό, είναι λοιπόν, να μην έχουμε «κλισέ» στο μυαλό μας και κυρίως να μην ξεχνούμε ότι οι σχιζοφρενικοί μας άρρωστοι είναι απλώς άρρωστοι, δεν είναι λεπροί.

6 πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να καταπολεμήσει το στίγμα

- 🌍 Μάθε περισσότερα για την ψυχική ασθένεια. Όσο πιο ενημερωμένος είσαι για την ψυχική νόσο τόσο καλύτερα θα μπορέσεις να αξιολογήσεις τις ανακριβείς πληροφορίες και να αντισταθείς στα αρνητικά στερεότυπα.
- 🌍 Άκουσε τους ανθρώπους που έχουν κάποια ψυχική ασθένεια. Μόνο αυτοί μπορούν να περιγράψουν πώς θα ήθελαν να τους βλέπουν και να τους αντιμετωπίζουν οι άλλοι και πώς το στίγμα επηρεάζει την ζωή τους.
- 🌍 Άρχισε από τον εαυτό σου. Πρόσεξε τις λέξεις που χρησιμοποιείς. Προσπάθησε να είσαι ακριβής όταν αναφέρεσαι στην ψυχική ασθένεια. Να αποφεύγεις να χρησιμοποιείς όρους που μπορεί να διαιωνίζουν το στίγμα και να αναπαράγουν το στίγμα όπως τρελός, ψυχάκιας, σχιζοφρενής κ.λπ.
- 🌍 Εκφράσου δυναμικά ενάντια στο στίγμα. Όταν κάποιος μιλάει υποτιμητικά για ένα ψυχικά άρρωστο άτομο, πει ένα αστείο η κάνει απρεπή σχόλια, κάνε τον να καταλάβει ότι αυτό πληγώνει και ότι βρίσκεις τέτοιου είδους σχόλια προσβλητικά και ανεπίτρεπτα.

- Μίλα ανοιχτά για την ψυχικά νόσο. Αν ένα αγαπημένο σου πρόσωπο πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα μην φοβηθείς να μιλήσεις στους άλλους για 'αυτήν. Όσο περισσότερο αποσιωπάται, τόσο πιο πολύ οι άνθρωποι θα συνεχίσουν να πιστεύουν ότι είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται και να το κρύβουν.
- Υποστήριξε οργανώσεις που μάχονται το στίγμα. Πάρε μέρος, δώσε χρήματα, υποστήριξε την έρευνα που γίνεται για την ψυχική ασθένεια, γίνε εθελοντής. Η επιρροή και η αποτελεσματικότητα των οργανώσεων οι οποίες μάχονται κατά του στίγματος, εξαρτώνται από το πάθος και την προσπάθεια των εθελοντών, οι οποίοι είναι και η κινητήρια δύναμη αυτών των οργανώσεων.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

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 , κατά το δυνατόν, εκτός θεραπευτηρίου περίθαλψη, με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, φαρμακευτική αγωγή και συμμετοχή της κοινότητας στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της. Ο θεσμός του κλειστού ψυχιατρείου-ασύλου σταδιακά εγκαταλείπεται , ενώ κερδίζει έδαφος η λειτουργία τοπικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας ,έχοντας θεραπευτικό – συμβουλευτικό σκοπό.

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Αγγελίδης Γ. Ζώντας με τη σχιζοφρένεια στο σπίτι και στη δουλειά – Στοιχειώδεις γνώσεις για τους ασθενείς, τις οικογένειες, τους φίλους τους, τους εργοδότες τους, Κατερίνη 1988, σελ. 157-163.
- Γιαννοπούλου Α. Ψυχιατρική Νοσηλευτική (βελτιωμένη έκδοση), Αθήνα 1980, σελ. 97-103.
- Ιεροδιακόνου Χ. Ψυχαναλυτική –Ψυχοθεραπεία – Κείμενα και περιπτώσεις. Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1990, σελ. 87-96.
- Μάνου Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1999, σελ.105-122.
- Μοσχοβοπούλου Α. Στίγμα (επιστημονική περιοδικό, τεύχος 09), Οκτώβριος 2005, Geronimaki, σελ.12-18.
- Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας –Ψυχιατρική Νοσηλευτική, (Ε' έκδοση βελτιωμένη), Αθήνα 2005, σελ.233-271.
- Doyle B. – Moore A. Psychiatric problems, Librapharm, p.189-199.
- Robinson L.- Saunders B. Psychiatric Nursing as a human experience, (3rd edition), Company 2005, p. 57-69.
- Ward M. The nursing process in Psychiatry, Churchill Livingstone 2000, p. 200-218.
- Επίσης, αντλήθηκαν πληροφορίες από τις εξής σελίδες του διαδικτύου :
<http://www.eof.gr>.-<http://www.pubmed.com>.-<http://www.psychiatry/24x7.gr>.