

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Κατσίκια Χριστίνα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	3
Summary	4
Κεφάλαιο 1	5
1.1 Εισαγωγή	5
Κεφάλαιο 2	8
2.1 Ιστορική αναδρομή	8
Κεφάλαιο 3	10
3.1 Επιδημιολογία	10
A ΜΕΡΟΣ	11
Κεφάλαιο 1	11
1.1 Τύποι συνδρόμου	11
1.1.1 Παρανοϊκός Τύπος	11
1.1.2 Αποδιοργανωμένος Τύπος	11
1.1.3 Κατατονικός Τύπος	12
1.1.4 Αδιαφοροποίητος Τύπος	12
1.1.5 Υπολλειματικός Τύπος	12
1.1.6 Διαταραχή σχιζοφρενικής διαταραχής	13
Κεφάλαιο 2	13
2.1 Προδιαθεσικοί παράγοντες για τη σχιζοφρένεια	13
2.1.1 Κληρονομικός Παράγοντας	13
2.1.2 Οργανωτική Εγκεφαλική Δυσλειτουργία	14
2.1.3 Προγεννητικές και Περιγεννητικές Επιπλοκές	16
2.1.4 Ανοσολογικές και Φλεγμονώδεις Διαταραχές	16
2.1.5 Εποχικότητα	16
2.1.6 Μετανάστευση	16
Κεφάλαιο 3	18
3.1 Η κλινική εικόνα	18
3.1.1 Διαταραχές Σκέψης	18
3.1.2 Διαταραχές Αντίληψης	20
Κεφάλαιο 4	24

4.1 Πορεία της νόσου	24
Κεφάλαιο 5	26
5.1 Διάγνωση	26
Κεφάλαιο 6	27
6.1 Θεραπεία	27
6.2. Βιολογικές θεραπείες	28
6.3 Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες	33
6.4. Θεραπεία οικογένειας	33
B ΜΕΡΟΣ	35
Κεφάλαιο 1	35
1.1 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	35
Κεφάλαιο 2	37
2.1 Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας	37
2.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας	38
2.1.2 Λήψη του ιστορικού από το νοσηλευτή ψυχικής υγείας	39
Κεφάλαιο 3	42
3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία	42
3.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν την έναρξη της θεραπείας	42
3.1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας	42
3.1.3 Αντιμετώπιση ψυχωσικών επεισοδίων από το νοσηλευτικό προσωπικό.	43
3.1.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τη θεραπεία	46
3.1.5 Νοσηλευτικές συμβουλές στον ασθενή για την πορεία του μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	46
Κεφάλαιο 4	49
4.1 Η επιβάρυνση της οικογένειας των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια	49
Γ ΜΕΡΟΣ	51
1.1 Νεότερα Δεδομένα	51
Βιβλιογραφία	69

Περίληψη

Σκόπος: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναλυθεί ο ρόλος που έχει σήμερα ο νοσηλευτής στη φροντίδα ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένια, η οποία έχει χαρακτηριστεί από κάποιους ως η «βασίλισσα» των ψυχώσεων και όχι άδικα, καθώς όπως θα δούμε και παρακάτω πρόκειται για ένα διαχρονικό σύνδρομο. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, αρχικά πρέπει να γίνει μια ανασκόπηση της νόσου.

Υλικό και Μεθόδος: Το πρώτο κεφάλαιο, αναφέρεται γενικά στη σχιζοφρένια. Αναλύεται η έννοια της και ακολουθεί μια ιστορική αναδρομή μέσα από τα μάτια διαφόρων ψυχιάτρων, όπως καταγράφηκε εδώ και 3.000 χρόνια, με σημείο αναφοράς το 1919 που έγινε η πρώτη αναφορά με την ορολογία "σχιζοφρένια", μέχρι και σήμερα. Ακολουθούν κάποια επιδημιολογικά στοιχεία απ όπου φαίνεται ότι η επίπτωση της στο γενικό πληθυσμό είναι μόλις 1%, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερη προτίμηση σε άνδρες ή γυναίκες.

Αποτελέσματα: Παρακάτω, αναλύονται οι διαφορετικοί τύποι με τους οποίους μπορεί να εμφανιστεί η σχιζοφρένια, όπως είναι ο παρανοϊκός τύπος, ο αποδιοργανωμένος, ο κατατονικός, ο αδιαφοροποίητος και ο υπολειμματικός αλλά και οι διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες. Η κλινική εικόνα της νόσου ποικίλει και εξαρτάται κάθε φορά από τον τύπο της σχιζοφρένιας που αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα την υπέρσχυση άλλοτε των θετικών και άλλοτε των αρνητικών συμπτωμάτων, γεγονός που δυσχεραίνει και τη διάγνωση. Όντας αρκετά πολύπλοκη ως τώρα, δε θα μπορούσε παρά και η προσπάθεια αποκατάστασης των ασθενών να βαδίζει στα ίδια μονοπάτια, με πλήθος αντιψυχωσικών φαρμάκων στο πέρασμα των χρόνων.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας έχει καταλυτική σημασία στην προσπάθεια αποκατάστασης της λειτουργικότητας των πασχόντων. Από την πρώτη στιγμή μέχρι και την έξοδο από τη μονάδα ψυχικής υγείας, ο ασθενής χρειάζεται δίπλα του τον νοσηλευτή ως ένα άτομο που εμπιστεύεται, που θα τον ανακουφίσει από τα αρνητικά συμπτώματα της βιολογικής θεραπείας και θα επάγει την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτής, Ψυχική υγεία, Σχιζοφρένια, Αντιψυχωσικά.

Summary

Purpose: The purpose of this paper is to analyze the role of a nurse in the medical care of people who suffer from schizophrenia, which has been characterized by some as the "Queen" of psychoses and not without reason, since as we will see below is a timeless syndrome. To achieve this goal, initially a review of the disease must be done.

Material and Method: The first chapter refers generally in schizophrenia. It analyzes the definition of the syndrome and then follows a historic flashback through the eyes of various psychiatrists, as recorded for 3000 years, with a benchmark in 1919, when the first mention of terminology schizophrenia was made, until today. According to epidemiological evidence it appears that the incidence in the general population is only 1%, with no particular preference to men or women.

Results: Below, we analyze the different types in which schizophrenia can appear, such as the paranoid type, disorganized, catatonic, undifferentiated and residual but also the various predisposing factors. The clinical picture of the disease varies and depends on each type of schizophrenia that is developed each time, resulting in the predominance sometimes of the positive and sometimes of the negative symptoms, which complicates and diagnosis. Being quite complicated so far, rehabilitation efforts of patients could only walk on the same paths, with many antipsychotic drugs over the years.

Conclusions: The role of mental health nurse has catalytic importance in the effort to restore the functionality of sufferers. From the first moment until the exit from the mental health facility, a patient needs to have near him the nurse as a person who trusts, who will alleviate the negative symptoms of biological therapy and who will induce his reintegration into society.

Keywords: Nurse, Mental Health, Schizophrenia, Antipsychotics.

1.

1.1. Εισαγωγή

Ο όρος σχιζοφρένεια αναφέρεται, σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM-IV-TR σε ένα σύνθετο, χρόνιο σύνδρομο, με βασικό χαρακτηριστικό την αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας από τον ασθενή, που αποδίδεται με διάφορους τύπους διαταραχών, όπως στην οργάνωση και το περιεχόμενο της σκέψης, τη συμπεριφορά, τη βούληση, την αίσθηση της ταυτότητας και το συναίσθημα. Ασθενείς που παρουσιάζουν επιπλέον ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, χαρακτηρίζονται συχνά ως ψυχωτικοί (American Psychological Association, 2014).

Έχει χαρακτηριστεί ως η βασίλισσα των ψυχώσεων, και όχι άδικα, όχι τόσο λόγω της επίπτωσής της αλλά λόγω της διαχρονικότητάς της, των επιπτώσεών της και το γεγονός ότι η αιτιολογία της είναι ακόμη αδιευκρίνιστη και μόνο υποθέσεις μπορούν να γίνουν(Χριστοδούλου, 2006).

Η έναρξή της μπορεί να είναι ξαφνική ή βαθμιαία, συνήθως κατά την εφηβεία, χωρίς όμως να αποκλείεται η έναρξή της και σε μεταγενέστερη ηλικία. Σε κάθε περίπτωση όμως προηγούνται κάποια συμπτώματα όπως απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα που θεωρούνταν σημαντικά, αλλαγή συμπεριφοράς και απομόνωση. Κάποιοι ασθενείς είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα πρόδρομα συμπτώματα και να λάβουν αγωγή ώστε να αποτρέψουν ή να μειώσουν τη βαρύτητα του επερχόμενου επεισοδίου, ή να βοηθήσει και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, περιγράφοντας την κατάστασή του πριν την υποτροπή. (Eby-Brown, 2010).

Κατά την ενεργό φάση της, εξελίσσονται πλήρως όλα ή και κάποια από τα συμπτώματά της και στη συνέχεια αυτά μειώνονται και ακολουθεί η υπολειμματική φάση. Μπορεί όμως η πορεία της να είναι και συνεχής, χωρίς υφέσεις. Μετά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου, η λειτουργικότητα του ατόμου δεν επανέρχεται ποτέ στο αρχικό επίπεδο αλλά ακολουθεί φθίνουσα πορεία, δηλαδή επανέρχεται σε κάποιο βαθμό μικρότερο του αρχικού (Χριστοδούλου, 2006).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (40-50%) δεν έχουν καλή πρόγνωση, εμφανίζουν συχνές εξάρσεις και χρίζουν επαναλαμβανόμενης νοσηλείας, με απόπειρες αυτοκτονίας. Το 30% διατηρεί κάποια λειτουργικότητα ενώ το 20-30% εξακολουθεί να παρουσιάζει κάποια εξασθενημένη συμπτωματολογία, η οποία όμως τους επιτρέπει

να έχουν κάποια ποιότητα ζωής. Οι επιπτώσεις της είναι σημαντικές τόσο για τους ασθενείς, οι οποίοι δέχονται διακρίσεις, όσο και για τις οικογένειές τους αλλά και για την κοινωνία. Η πορεία της νόσου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι φαίνονται παρακάτω (Χριστοδούλου, 2006: Eby-Brown, 2010).

Αν και είναι αρκετά συχνή νόσος, δεν επικεντρώνει το απαραίτητο ενδιαφέρον από τις αρμόδιες αρχές, καθώς οι παρεχόμενες οικονομικές υπηρεσίες προς τους ασθενείς αλλά και τις οικογένειές τους είναι ανεπαρκείς. Έτσι, μόλις το 60% των ασθενών καταλήγουν να παίρνουν θεραπεία κάποια στιγμή στη ζωή τους. Αυξάνεται λοιπόν η πιθανότητα τα άτομα αυτά να εμφανίσουν κάποια βίαιη συμπεριφορά απέναντι στον εαυτό τους ή απέναντι σε άλλα άτομα, και ιδιαίτερα αν παράλληλα κάνουν και χρήση ουσιών. Επακόλουθο είναι δυσάρεστες συνέπειες στο κοινωνικό σύνολο, ο στιγματισμός των ατόμων αυτών, η δυσκολία επανένταξης τους στον κοινωνικό ιστό αλλά και το γεγονός ότι υπάρχουν πιο πολλοί πάσχοντες στη φυλακή σε σχέση με της αντίστοιχες μονάδες νοσηλείας (Χριστοδούλου, 2006).

Οι νοσηλευτές όμως μπορούν να βοηθήσουν τους πάσχοντες να ανακάμψουν και να διατηρήσουν τη λειτουργικότητά τους στο μέγιστο ώστε να μπορέσουν πιο εύκολα να ενταχθούν ξανά στο κοινωνικό σύνολο και να έχουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής (Eby-Brown, 2010).

Παράγοντας	Καλή πρόγνωση	Κακή Πρόγνωση
Ηλικία κατά την έναρξη της νόσου	Όψιμη	Πρώιμη
Φύλο	Θήλη	Άρρεν
Περιγεννητικές επιπλοκές	Όχι	Ναι
Συγγενείς με συναισθηματική διαταραχή	Ναι	Όχι
Συγγενείς με σχιζοφρένεια	Όχι	Ναι
Προνοσηρή κοινωνική προσαρμογή	Καλή	Κακή
Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο	Υψηλό	Χαμηλό
Πνευματικό- Μορφωτικό επίπεδο	Υψηλό	Χαμηλό
Γάμος- Σεξουαλική ζωή	Ναι	Όχι
Οικογενειακή στήριξη	Ναι	Όχι
Κοινωνική στήριξη	Ναι	Όχι
Τρόπος έναρξης νόσου	Αιφνίδιος	Βαθμιαίος
Διάρκεια νόσου	Βραχεία	Μακρά
Εκλυτικοί παράγοντες	Ναι	Όχι
Επίγνωση του νοσηρού	Ναι	Όχι
Είδος συμπτωμάτων	Θετικά	Αρνητικά
Συναισθηματική ανταπόκριση	Καλή	Επιπεδωμένη
Μανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα	Ναι	Όχι
Συγχυτικές εκδηλώσεις	Ναι	Όχι
Έναρξη θεραπείας	Πρώιμη	Όψιμη
Ανταπόκριση στη θεραπεία	Άμεση	Βραδεία
Συμμόρφωση στη θεραπεία	Ναι	Όχι
Υποτροπές της νόσου	Σπάνιες	Συχνές
Επιθετική συμπεριφορά	Όχι	Ναι
Χρήση ουσιών	Όχι	Ναι
Νευρολογική σημειολογία	Όχι	Ναι
Κοιλίες του εγκεφάλου	Φυσιολογικές	Διευρυμένες

Πίνακας 1: Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση στη σχιζοφρένεια (Πηγή: Χριστοδούλου, 2006).

2.

2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Για πρώτη φορά το 1908 αναφέρθηκε η ορολογία «σχιζοφρένεια» από τον Bleuler, ο οποίος περιέγραψε και τα συμπτώματα της νόσου. Ωστόσο, κάποια συμπτώματα που με τα σημερινά δεδομένα θα μπορούσαν να ανήκουν στις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου έχουν βρεθεί μέσα σε κείμενα που χρονολογούνται άνω των 3000 ετών. Κατά το 2^ο αιώνα μ.Χ. περιγράφονται ορισμένες παραληρητικές καταστάσεις από τον Αρεταίο τον Καππαδόκη και από τον Σωρανό τον Εφέσιο, ενώ αργότερα στον 18^ο αιώνα καταγράφηκαν οι πρώτες κλινικές παρατηρήσεις (Χριστοδούλου, 2006).

Το 1896 ο Kraepelin κατάφερε να ταξινομήσει τις διάφορες μορφές της νόσου (κατατονία, ηβηφρένεια, παρανοειδής άνοια) αφού όμως είχαν προηγηθεί σημαντικές προσπάθειες από τους Kahlbaum (1863), Hecker (1871) Sander (1868). Το 1904 προστέθηκε στα παραπάνω και η απλή μορφή της νόσου από τον Diem (Χριστοδούλου, 2006). Ο Kraepelin αρχικά περιέγραψε δύο νόσους, την μανιοκατάθλιψη και την πρώιμη άνοια, που θεώρησε ότι προέρχονται από εσωτερικά αίτια. Διαχώρισε τις παραπάνω μορφές ως υποκατηγορίες μιας νόσου, αν και μέχρι τότε είχαν θεωρηθεί διακριτές κατηγορίες, επειδή είχαν ένα κοινό πυρήνα: έναρξη σε πρώιμη ηλικία και αναπόφευκτη επιδείνωση. Έτσι, την ονόμασε πρώιμη άνοια, η οποία μεταγενέστερα ονομάστηκε σχιζοφρένεια (Χριστοδούλου, 2006).

Αργότερα, ο Bleuler, θεώρησε ότι παραπάνω «πυρήνας» δεν ίσχυε, και ονόμασε τη νόσο από τις ελληνικές λέξεις σχίζω (διαχωρίζω) και φρένα (νους), όρος που αποδίδει ακριβώς αυτό που θεωρούσε πως ήταν το πρόβλημα των πασχόντων. Επειδή τα συμπτώματα των ασθενών διέφεραν σημαντικά, προκειμένου να εξηγήσει πως ανήκουν στην ίδια κατηγορία, θεώρησε ως κοινό σημείο τη «ρήξη των συνειρμικών αλυσίδων», που σύμφωνα με τον ίδιο περιελάμβαναν τη σύνδεση των λέξεων και των σκέψεων. Το έργο του οδήγησε σε μία πιο διευρυμένη αντίληψη της νόσου ασκώντας επιρροή κατά κύριο λόγο στις Ηνωμένες Πολιτείες και όχι τόσο στην Ευρώπη, παρά της Ευρωπαϊκής του καταγωγής (Kring, 2007).

Ο Pavlov το 1920, παρέθεσε σαν αιτιολογία του συνδρόμου την αναστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Χριστοδούλου, 2006). Η επιρροή του Bleuler στις Ηνωμένες πολιτείες αλλά και η άποψη των ντόπιων αρμόδιων ότι δηλαδή όποιος εμφανίζει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις πάσχει από σχιζοφρένεια, οδήγησαν

σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισής της. Σύμφωνα με το DSM-I (1952) και το DSM-II (1968) οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια και συναισθηματικά συμπτώματα θεωρούνταν ότι πάσχουν από σχιζοσυναισθηματική ψύχωση, μία υποκατηγορία της σχιζοφρένειας, ενώ θα μπορούσαν να διαγνωστούν με διαταραχή διάθεσης, σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα. Τα συστήματα ταξινόμησης DSM-III (1980), DSM-IV (1994) και DSM-IV-TR (2000) περιόρισαν τα κριτήρια διάγνωσης και πρόσθεσαν επιπλέον τη διάρκεια των συμπτωμάτων για τουλάχιστον 6 μήνες (Kring, 2007).

Οι πρώτες προσπάθειες για θεραπεία χρονολογούνται το 1933 από τον Sakel , 1935 από τον Meduna και 1938 από τον Cerletti όπου προτάθηκαν το ινσουλινικό κώμα, η σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αντίστοιχα. Τέλος, το 1952 οι Delay και Deniker θεώρησαν τις φαινοθειαζίνες ως πιθανό θεραπευτικό μέσο και αποτέλεσαν την έναρξη της σύγχρονης ψυχοφαρμακολογίας (Χριστοδούλου, 2006).

3.

3.1. ΕΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με μελέτες το ποσοστό εμφάνισης της σχιζοφρένειας είναι 1-1,5% στο γενικό πληθυσμό. Ωστόσο θεωρείται ότι υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν έχουν καταγραφεί είτε επειδή είναι περιθωριοποιημένοι είτε επειδή δεν έχει ζητηθεί βοήθεια από τους οικείους τους για να αποφύγουν τον κοινωνικό στιγματισμό. Φαίνεται όμως ότι με την πάροδο του χρόνου η εμφάνιση του συνδρόμου έχει μειωθεί (Χριστοδούλου, 2006).

Ενώ φαίνεται να προσβάλλει με την ίδια συχνότητα και τα δύο φύλα, η κατάσταση είναι πιο δυσμενής για τους άνδρες καθώς στην περίπτωση τους η έναρξη είναι σε μικρότερη ηλικία και η πρόγνωση χειρότερη (Csernansky, 2001).

Σε ότι αφορά τη γεωγραφική κατανομή της, στην Ελλάδα βρέθηκε ότι κάποιοι νομοί κυρίως ορεινοί έχουν αυξημένα ποσοστά σχιζοφρένειας (Χριστοδούλου, 2006). Επίσης, σε κάποια άλλα κράτη όπως στη Σουηδία για παράδειγμα, φαίνεται να είναι πιο συχνή στους αστικούς πληθυσμούς σε σχέση με τους αγροτικούς πληθυσμούς πιθανά επειδή στις μεγάλες πόλεις υπάρχουν μονάδες υγείας και εξασφαλίζεται η ανωνυμία, ενώ φαίνεται και ότι υπάρχει μια αναλογική σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε αστικά περιβάλλοντα και στην πιθανότητα νόσησης από σχιζοφρένεια (Eaton et al., 2000).

Φαίνεται όμως, σύμφωνα με μία μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ότι ιδιαίτερη σημασία έχει και ο πολιτισμικός παράγοντας και πιο συγκεκριμένα ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών με καλή πρόγνωση. Πιθανότατα, λόγω της θεραπευτικής αγωγής, που βελτιώνει την πρόγνωση πολλών ασθενών. Μετά από δεκαετή θεραπεία, 25% των ασθενών μπόρεσε να έχει πλήρη ανάρρωση, χωρίς επανεμφάνιση συμπτωμάτων, 25% είχαν καλή βελτίωση, 25% είχαν μέτρια βελτίωση, μόλις το 15% δεν παρουσίασε πρόοδο και το 10% απεβίωσε (Bartolote et al., 2004) .

Κύριο παράγοντα θανάτου αποτελούν οι αυτοκτονικές τάσεις των σχιζοφρενών ασθενών, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με ύπαρξη κατάθλιψης και ψύχωσης. Πεθαίνουν συνήθως σε μικρή ηλικία, με τις γυναίκες να εμφανίζουν 5-6 φορές και τους άνδρες 5-1 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Χριστοδούλου, 2006).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.

1.1 Τύποι του συνδρόμου

1.1.1 Παρανοϊκός τύπος

Αρχίζει συνήθως μετά την ηλικία των 30 ετών και δεν αποδιοργανώνει ριζικά το άτομο, καθώς η προσωπικότητά του έχει ολοκληρωθεί (Χριστοδούλου, 2006). Χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις διωκτικού ή μεγαλοπρεπή χαρακτήρα και έντονη καχυποψία έναντι των άλλων. Το άτομο είναι συνήθως επιφυλακτικό και μπορεί να γίνει και εχθρικό ή ακόμα και επιθετικό (Townsend, 2011). Παρατηρείται επίσης επίμονη ενασχόληση με συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις, μονοθεματικές και συνήθως διωκτικές (Kaplan & Saddock's, 2007). Μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά, όπου τα συμπτώματα δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμα καθώς εντάσσονται σε αληθοφανή πλαίσια της καθημερινότητας του ατόμου, αλλά μπορεί και να εισβάλει αιφνίδια όπου οι παραληρητικές ιδέες εμφανίζονται «εκ κενού» (Χριστοδούλου, 2006).

1.1.2 Αποδιοργανωμένος τύπος

Γνωστός από παλαιότερα και ως ηβηφρένεια. Έχει πρόωμη ηλικία εμφάνισης (13^ο έως 25^ο ετών) και με το πέρασμα του χρόνου επιδεινώνεται συνεχώς. (Χριστοδούλου, 2006). Συνοδεύεται από απρόσφορο συναίσθημα, όπως άτοπο γέλιο χωρίς να υπάρχει το κατάλληλο ερέθισμα από τις πράξεις του ή τα λεγόμενά του, διάφορες γκριμάτσες του προσώπου και κοινωνική απόσυρση στο μέγιστο βαθμό. Η επικοινωνία είναι μόνιμα ασυνάρτητη και η συμπεριφορά είναι οπισθοδρομική, πρωτόγονη, αλλά και αποδιοργανωμένη. Για παράδειγμα, μπορεί να κινείται ασταμάτητα και να δείχνει διάφορα αντικείμενα, χωρίς προφανή λόγο (Kring, 2007).

1.1.3. Κατατονικός τύπος

Πρόκειται για μία μορφή που εμφανίζεται με δύο άκρως αντίθετες κλινικές εκδηλώσεις. Είτε με τη μορφή λήθαργου, όπου παρατηρείται αλαλία, ακινησία, καθυστέρηση στην ψυχοκινητική, αρνητικότητα και κηρώδης ευελιξία (ποζάρισμα) είτε με τη μορφή κατατονικής διέγερσης κάνοντας άσκοπες επαναλαμβανόμενες κινήσεις που θα οδηγήσουν στην εξάντληση εάν δεν περιοριστούν ή ακόμα και σε κίνδυνο να τραυματίσει τον εαυτό του (Townsend, 2011). Σήμερα, εμφανίζεται σπάνια αυτός ο τύπος, ίσως επειδή η θεραπεία έχει καλή επίδραση σε αυτές τις διεργασίες (King, 2007). Στις περιπτώσεις της πλήρης εμβροντησίας ο ασθενής μιμείται τον νεκρό και δεν υπάρχει καμία είδους αντίδραση. Στην κατάσταση αυτή μπορεί να μείνει για μέρες και να επανέλθει άλλοτε αιφνίδια και άλλοτε σιγά-σιγά στη φυσιολογική κατάσταση. Όταν ο ασθενής επέλθει στη δεύτερη περίπτωση ο ασθενής μπορεί να στραφεί εναντίον οποιουδήποτε. Συχνά κατά τη διάρκεια της διέγερσης μπορεί ο ασθενής να διαπράξει φόνο ή να αυτοκτονήσει. Αυτό ο τύπος σχιζοφρένειας, αφορά ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα επεκτεινόμενο κυρίως στις μεγάλες ηλικίες. Η νόσος δεν έχει βραδύ ρυθμό εξέλιξης, η εγκατάσταση των συμπτωμάτων γίνεται άμεσα ενώ έχει προηγηθεί κάποιο στάδιο κινητικής ανησυχίας, ευερεθιστότητας με τάση για απόσυρση ή κάποιο καταθλιπτικό συναίσθημα (Μαδιανός, 2003).

1.1.4. Αδιαφοροποίητος τύπος

Εμφανίζονται αποδιοργανωμένες συμπεριφορές και ψυχωτικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις και ασυναρτησία, που μπορεί όμως να εμφανίζονται και στους άλλους τύπους (Townsend, 2011).

1.1.5. Υπολειμματικός τύπος

Στην περίπτωση αυτή η συμπεριφορά του ασθενή είναι εκκεντρική αλλά τα ψυχωτικά συμπτώματα, εάν υπάρχουν, δεν είναι εμφανή, παρά μόνο σε κάποιο προγενέστερο επεισόδιο σχιζοφρένειας ή είναι εξασθενημένα. Κλινικά, υπάρχει κοινωνική απόσυρση και απρόσφορο συναίσθημα (Kirkpatrick & Cenk, 2005).

1.1.6. Διαταραχή σχιζοφρενικής διαταραχής

Τα βασικά χαρακτηριστικά της μοιάζουν με εκείνα της σχιζοφρένειας αλλά η διάρκειά της είναι από ένα μήνα το ελάχιστο έως έξι μήνες το μέγιστο. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, οι τρεις τελευταίες κατηγορίες αποτελούν τους επιπρόσθετους τύπους και η διάγνωσή τους στην πραγματικότητα είναι πολύ δύσκολη επειδή τα συμπτώματά τους επικαλύπτονται (Townsend, 2011).

2.

2.1 Προδιαθεσικοί παράγοντες για τη σχιζοφρένεια.

Η σχιζοφρένεια μελετάται πολλά χρόνια, αλλά τα ακριβή αίτια δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί. Οι ερευνητές, ωστόσο, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων με αποτέλεσμα να διερευνούνται τα παρακάτω (Χριστοδούλου, 2006).

2.1.1 Κληρονομικός παράγοντας

Σε μελέτες που διαρκούν πάνω από μισό αιώνα φαίνεται πως υπάρχει κάποια γενετική συσχέτιση στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας, η οποία είναι αρκετά πολύπλοκη καθώς δεν ακολουθεί κάποιους από τους γνωστούς τρόπους κληρονομικότητας. Το γεγονός πως οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι δεν εμφανίζουν πάντα και οι δύο σχιζοφρένεια, είναι απόδειξη πως πρόκειται για νόσο με οικογενή χαρακτήρα και όχι με κληρονομικό χαρακτήρα (Χριστοδούλου, 2006).

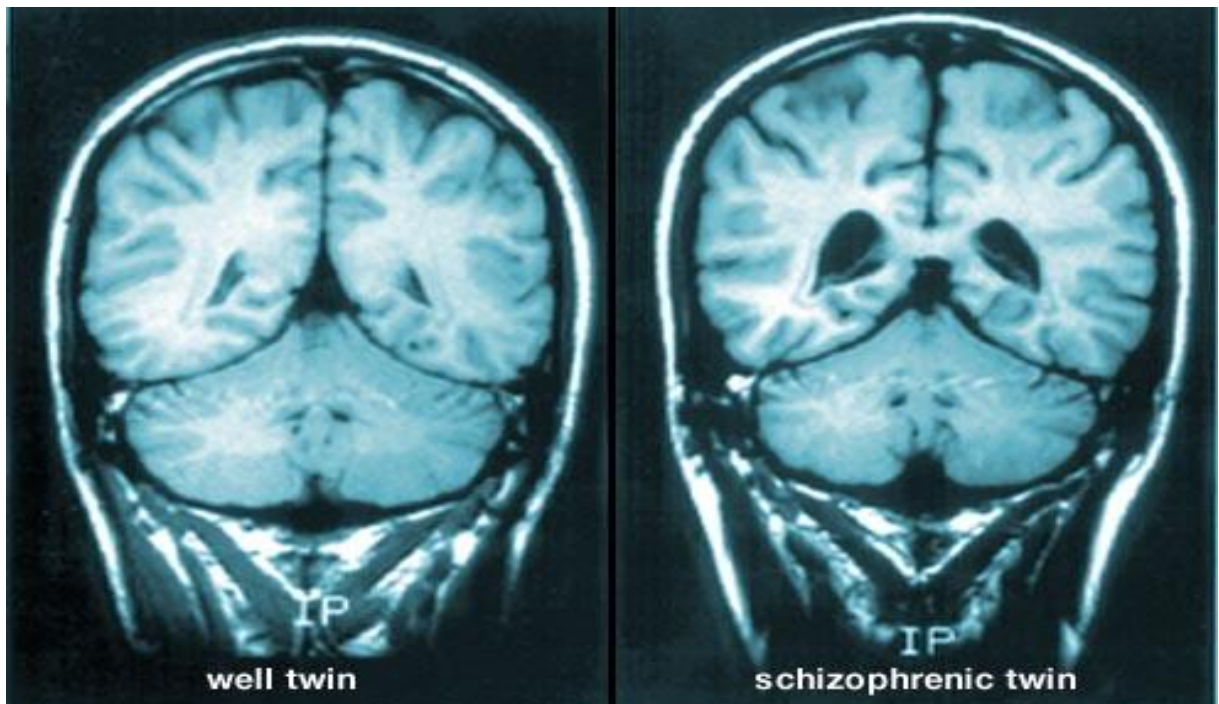
Οι μελέτες διδύμων έδειξαν ότι στα μονοζυγωτικά δίδυμα εμφανίζεται σε ποσοστό 35-78%, σε ετεροζυγωτικά 8-28% ενώ παιδιά πασχόντων γονέων έχουν πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας 40% σε σχέση με το 1% του γενικού πληθυσμού (Χριστοδούλου, 2006: Eby-Brown, 2010).

Η συμπτωματολογία της νόσου δείχνει, ότι, είναι απίθανο να οφείλεται σε ένα συγκεκριμένο γονίδιο, που δεν υπάρχει στο γενικό πληθυσμό παρά μόνο στους πάσχοντες. Η άποψη που επικρατεί σήμερα είναι ότι κληρονομείται η προδιάθεση για

εμφάνιση της νόσου, η οποία αναπτύσσεται τελικά κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (επίδραση και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων) (Παπαγεωργίου, 2002). Φαίνεται πάντως ότι ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό, εμφανίζουν περισσότερα αρνητικά συμπτώματα και έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο και για άλλες διαταραχές όπως η σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας, που όμως είναι λιγότερο σοβαρές απ τη σχιζοφρένεια (Kring, 2007).

2.1.2. Οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία

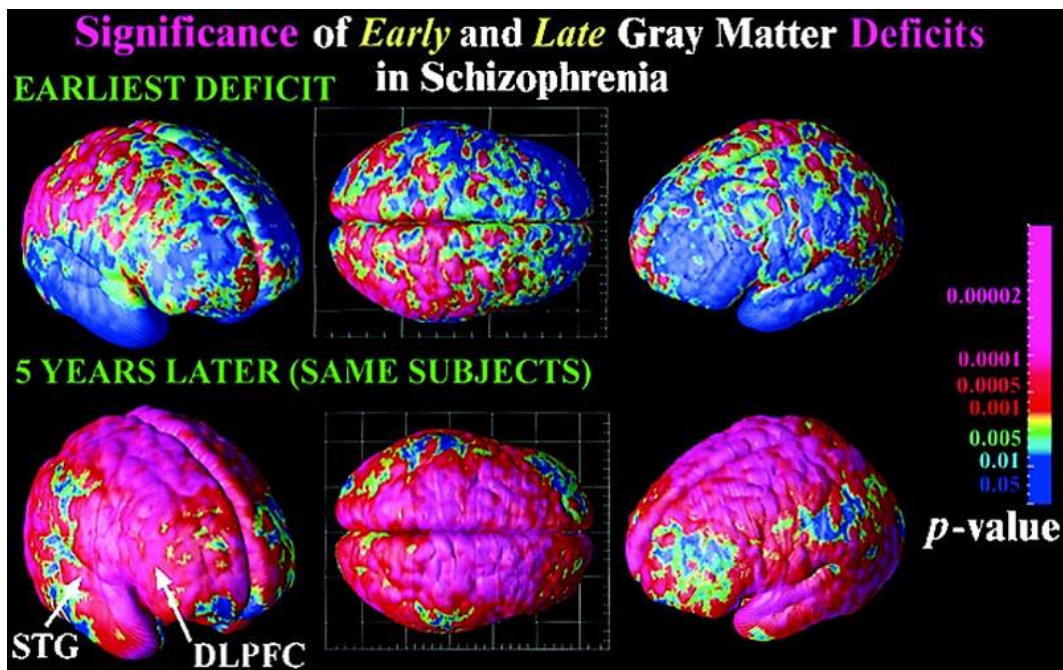
Στη δομική εγκεφαλική βλάβη γίνονται μελέτες είτε με νεκροτομικό υλικό, όπου βρέθηκαν παθολογοανατομίες αλλοιώσεις όπως μειωμένο μέγεθος του ιππόκαμπου, είτε με ηλεκτροφυσιολογία ευρήματα ζωντανών πασχόντων που αφορούν την απεικόνιση του εγκεφάλου (CT, MRI) και την λειτουργικότητά του, όπως διαταραχή στους μετωπιαίους λοβούς. Άλλες δομικές ανωμαλίες που έχουν παρατηρηθεί περιλαμβάνουν τη διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου, συνεπώς και έλλειψη εγκεφαλικών κυττάρων και μεταβολές της αμυγδαλής και του ενδορρινικού φλοιού (Χριστοδούλου, 2006: Eby-Brown, 2010)



Εικόνα 1: Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλων διδύμω. Στα αριστερά είναι ο υγιής και στα δεξιά ο πάσχων, με χαρακτηριστική τη διεύρυνση κοιλιών (Πηγή: <http://www.webmd.com/schizophrenia/ss/slideshow-schizophrenia-overview>).

Στη Νευροχημική διαταραχή είναι σχεδόν σίγουρο ότι οι πάσχοντες έχουν στην παραγωγή νευροχημικών ουσιών σε σχέση με τους μη πάσχοντες. Θεωρείται ότι υπάρχει υπερλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος λόγω αυξημένης παραγωγής ντοπαμίνης ή αυξημένης ευαισθησίας των υποδοχέων στη ντοπαμίνη αλλά και διαταραχή άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων όπως του σεροτονινεργικού και του νοραδρενεργικού. Συνεπώς, και η αποτελεσματικότητα των αντιψυχωσικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι επηρεάζουν τη διαθεσιμότητα των νευροδιαβιβαστών (Χριστοδούλου, 2006: Eby-Brown, 2010).

Η Έκπτωση νοητικής λειτουργίας αφορά τέσσερις τομείς: την προσοχή, την εκτελεστική λειτουργία, την επίγνωση και τη βραχυχρόνια μνήμη, που αποτελούν και χαρακτηριστικά στοιχεία της νόσου. Κάποιες φορές μπορεί να επηρεάσει και κάποια τμήματα της γνωστικής λειτουργίας, όπως τις γλωσσικές ικανότητες. Είναι σημαντικό ότι αυτά εμφανίζονται και σε άτομα που δε λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, συνεπώς δεν θα μπορούσαν να ανήκουν σε παρενέργειές της (Eby-Brown, 2010).



Εικόνα 2: Χαρτογράφηση εγκεφάλου στα αρχικά στάδια (επάνω) και σε μεταγενέστερα στάδια (κάτω) ατόμων με σχιζοφρένεια, ως προς τη μεταβολή της φαιά ουσίας. Αν και η βρεγματική και μετωπική απώλεια έχει ήδη αρχίσει από τα πρώτα στάδια (ηλικία 13 ετών), συνεχίζεται μέχρι και την ενήλικη ζωή, 5 χρόνια μετά (18 ετών). Η κωδικοποίηση του χρώματος δείχνει αυτή τη σημαντική διαφορά (Πηγή: <http://health-innovations.org/2015/10/27/neuroimaging-matches-specific-schizophrenia-behaviour-to-the-brains-anatomy/>)

2.1.3. Προγεννητικές και περιγεννητικές επιπλοκές

Σε σχιζοφρενικούς ασθενείς έχουν βρεθεί καταστάσεις που αφορούν ιώσεις, μειωμένο βάρος του νεογνού αλλά και της μητέρας, προγεννητικό στρες και μικρή περίμετρος του κρανίου (Χριστοδούλου, 2006).

2.1.4. Ανοσολογικές και φλεγμονώδεις διαταραχές

Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν μειωμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, αυξημένες κυτταροκίνες, όπως η ιντερλευκίνη 6 και ανωμαλίες στα λευκά αιμοσφαίρια και τις ανοσοσφαιρίνες. Αυτά όμως θα μπορούσαν να είναι και αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής, οπότε χρειάζεται περαιτέρω μελέτη (Eby-Brown, 2010). Υπάρχουν κάποια στοιχεία για τους ιούς BDV και HERV-W, ενώ βρέθηκε και συσχέτιση με τη νόσηση από μηνιγγίτιδα, με μέσο όρο ηλικίας κατά τη λοίμωξη 26 μήνες (Gattaz et al., 2004)

2.1.5. Εποχικότητα

Τα δεδομένα δείχνουν πως ο μεγαλύτερος αριθμός πασχόντων γεννιέται κατά τους χειμερινούς μήνες και την άνοιξη, και αγγίζει το 5-8 % αυτών. Η ακριβής αιτία παραμένει άγνωστη αλλά πιθανά οφείλεται στην ύπαρξη περισσότερων ιώσεων, και συνεπώς η λοίμωξη θα μπορούσε να μεταδοθεί από τη μητέρα στο έμβρυο, κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης (Kaplan & Saddock's, 2007).

2.1.6. Μετανάστευση

Το ψυχικό τραύμα που μπορεί να προκληθεί από τη μετανάστευση αποτελεί έναν ιδιαίτερα επικίνδυνο παράγοντα ανάπτυξης σχιζοφρένειας (Kaplan & Saddock's, 2007).

Πληθυσμός	Επικράτηση %
Γενικός πληθυσμός	1
Αδερφός πάσχοντος	8
Παιδί με ένα πάσχον γονέα	12
Διζυγωτικός δίδυμος πάσχοντος	12
Παιδί με δύο πάσχοντες γονείς	40
Μονοζυγωτικός δίδυμος πάσχοντος	47

Πίνακας 2 : Ποσοστά σχιζοφρένειας σε δείγματα πληθυσμού (Πηγή: Χριστοδούλου, 2006).

3.

3.1 Η κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα διαφέρουν και ποικίλλουν τόσο ανάλογα με τον τύπο της σχιζοφρένειας που αναπτύσσεται κάθε φορά όσο και με το μορφωτικό επίπεδο του ασθενή. Διακρίνονται στα θετικά (ψυχωσικά), τα οποία με τη σειρά τους διακρίθηκαν σε συμπτώματα αποδιοργάνωσης και σε ψευδαισθήσεις και παραλληλητικές ιδέες, και στα αρνητικά (Csernansky, 2001). Τα θετικά οφείλονται σε υπερλειτουργία των φυσιολογικών νοητικών λειτουργιών, υποδηλώνουν ότι ο ασθενής έχει χάσει επαφή με το περιβάλλον και αναφέρονται σε καταστάσεις που δεν θα έπρεπε να εμφανίζονται όπως οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις, τα αποδιοργάνωσης οφείλονται σε αποδιοργανωμένη σκέψη και συμπεριφορά ενώ τα αρνητικά οφείλονται σε μείωση των φυσιολογικών λειτουργιών. Δεν εμφανίζονται όλα μαζί σε κάθε στιγμή, ούτε υπάρχει κάποιο που πρέπει υποχρεωτικά να εμφανιστεί προκειμένου να γίνει η διάγνωση (Csernansky, 2001).

Οι συνέπειες των καταστάσεων που περιγράφονται παρακάτω είναι δυσάρεστες όχι μόνο για τον ασθενή, αλλά και για το οικείο του περιβάλλον. Δεν επιτρέπουν το άτομο να διατηρεί μία δουλειά και η ιδιόρρυθμη συμπεριφορά συνήθως απομακρύνει τον κοινωνικό περίγυρο και τους οδηγεί σε απομόνωση. Δεν είναι λίγες οι φορές, που κατατρέχουν σε χρήση ουσιών ή σε αυτοκτονία προκειμένου να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα.

3.1.1. Διαταραχές σκέψης, όπως (Eby-Brown, 2010):

- Στη δομή και την οργάνωση καταργείται ο συνειρμός της σκέψης, με αποτέλεσμα τα όσα λέει ο ασθενής να είναι ασαφή, με ελλιπές νόημα και επαναλαμβανόμενα. Σε βαριές περιπτώσεις η διάσπαση είναι σε τόσο μεγάλο βαθμό που ο λόγος είναι αδύνατο να γίνει κατανοητός, καθώς οι λέξεις που χρησιμοποιούνται δεν έχουν καμία συνοχή. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται και ο εκτροχιασμός της σκέψης, όπου η επικοινωνία είναι μεν πιο αποτελεσματική, αλλά ο ασθενής δεν μπορεί να παραμείνει σε ένα θέμα.
- Στη ροή της σκέψης είναι ένα από τα βασικότερα και πιο πρώιμα συμπτώματα, όπου διακόπτεται απότομα, γεγονός που γίνεται εμφανές από την ακολουθούμενη διακοπή του λόγου.

- Στον έλεγχο της σκέψης σε αυτή την κατηγορία ανήκει η παρεμβολή ξένων σκέψεων και η απώλεια της στεγανότητας της σκέψης, δηλαδή η σκέψη εκφράζεται προς τα έξω.
- Στο περιεχόμενο της σκέψης ανήκουν οι παραληρητικές σκέψεις, οι ιδέες αυτοαναφοράς και οι ιδέες επίδρασης. Οι παραληρητικές σκέψεις χαρακτηρίζονται από λανθασμένα πιστεύω του ασθενή που δεν μπορούν να καταπολεμηθούν με λογικά επιχειρήματα και διακρίνονται σε διωκτικές όταν το άτομο πιστεύει ότι διώκεται συνεχώς από κάποιον, σε μεγαλείου όπως ότι υπάρχει για κάποιο ανώτερο προορισμό, παράλογο για την πραγματικότητα όμως, οι υποχονδριακές όπου υπάρχουν παράξενες σωματικές ενοχλήσεις, οι αποκαλυπτικές όπως προφητικού τύπου αντιλήψεις, οι ερωτομανιακές όπου πιστεύει ότι τον έχουν ερωτευθεί μεγάλες προσωπικότητες και οι ζηλοτυπικές δηλαδή περί απιστίας του συντρόφου .
- Οι ιδέες αυτοαναφοράς κάνουν το άτομο να πιστεύει ότι είναι το επίκεντρο διαφόρων ερεθισμάτων, τα οποία όμως είναι καθημερινά, αλλά στο μυαλό του αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

Οι ιδέες παθητικότητας κάνουν τον ασθενή να πιστεύει ότι κυριαρχείται από εξωτερικά ερεθίσματα τα οποία δεν μπορεί να καταπολεμήσει όπως για παράδειγμα τα μάγια (Eby-Brown, 2010).

Τύπος παραληρητικών ιδεών	Περιεχόμενο	Παράδειγμα
Ιδέες Μεγαλείου	Το άτομο πιστεύει ότι διαθέτει εξαιρετική δύναμη ή γνώση ή ότι το ίδιο είναι ή έχει ειδική σχέση με κάποια θεότητα ή διασημότητα.	« Είμαι ο Μέγας Ναπολέων»
Ιδέες Αναφοράς	Γεγονότα, αντικείμενα ή άλλα άτομα του άμεσου περιβάλλοντος έχουν ειδική και ασυνήθιστη σημασία για τον ίδιο.	« Ο τηλεπαρουσιαστής μου μιλάει μέσω της τηλεόρασης»
Ιδέες Καταδίωξης	Κύρια πεποίθηση του πάσχοντος είναι ότι κάποιοι συνωμοτούν εναντίον του, τον παρενοχλούν, τον εξαπατούν ή τον	« Το φαγητό εδώ μέσα είναι δηλητηριασμένο»

	καταδιώκουν.	
Σωματικές	Το περιεχόμενο της παραληρητικής ιδέας σχετίζεται με τη δομή ή τη λειτουργία του σώματος του ασθενούς.	« Υπάρχει μια μηχανή μέσα στο σώμα μου»
Αλλόκοτες	Εμφανώς εξωπραγματικές ιδέες που δεν προέρχονται από πραγματικές βιωματικές εμπειρίες του ατόμου.	« Ο γείτονας έβαλε ένα ψάρι μέσα στο κεφάλι μου που μου λέει πότε να πίνω νερό»
Εκπομπή της σκέψης	Οι σκέψεις του εκπέμπονται ώστε να μπορούν να ακουστούν από τους άλλους.	« Δεν θέλω να πηγαίνω στα μαγαζιά. Μπορεί να πληγώσω τα αισθήματα κάποιου εάν σκεφτώ ότι είναι παχύς»
Παρεμβολή ή εμφύτευση σκέψεων	Το άτομο πιστεύει ότι οι σκέψεις του δεν του ανήκουν αλλά έχουν εμφυτευτεί στο μυαλό του από άλλους.	«Πιστεύεις ότι είμαι κακός άνθρωπος αλλά δε φταίω εγώ. Ο διάβολος βάζει αυτές τις ιδέες στο μυαλό μου»

Πίνακας 3 : Περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών (Πηγή: Eby-Brown, 2010)

3.1.2. Διαταραχές αντίληψης

Οι διαταραχές αντίληψης διακρίνονται στις ψευδαισθήσεις και στις παραισθήσεις. Ως ψευδαισθήσεις ορίζονται οι αντιλήψεις στην ύπαρξη περιβαλλοντικών ερεθισμάτων χωρίς όμως να υπάρχουν στην πραγματικότητα και αφορούν κυρίως τις πέντε αισθήσεις. Οι πιο συχνές είναι ακουστικές, όπου ο πάσχων ακούει φωνές να τον προτρέπουν να κάνει κάτι ή να τον απειλούν ή να μιλάνε μεταξύ τους σχολιάζοντάς τον. Το 75% των ασθενών θα εμφανίσουν κάποια στιγμή ακουστικές ψευδαισθήσεις (Lindenmayer & Khan, 2006).

Ως παραισθήσεις ορίζεται η αλλοίωση υπαρκτών ερεθισμάτων και μάλλον συνδέονται με τις παραληρητικές ιδέες. Οι πιο συχνές είναι κι εδώ οι ακουστικές, που φαίνεται να επηρεάζουν το 50% των ασθενών (Csernansky, 2001).



Εικόνα 3 : Η πιο συχνή μορφή ψευδαισθήσεων είναι η ακουστική, όπου ο ασθενής ακούει κάποιον να τον προτρέπει να κάνει διάφορα πράγματα

(Πηγή: <http://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/item/324548-ti-akoyn-mesa-sto-kefali-tous-oi-sxizofreneis-ixitiko>).

Οι Διαταραχές συναισθήματος αποτελούν (Tandon et al., 2009):

- Αμφιθυμία αποτελεί βασικό σύμπτωμα της νόσου και ο ασθενής νοιώθει την ίδια στιγμή αντίθετα συναισθήματα για το ίδιο άτομο, όπως αγάπη και μίσος.
- Συναισθηματική δυσαρμονία όπου ο ασθενής αντιδρά συναισθηματικά δυσανάλογα με το ερέθισμα (μεγαλοποιεί μικρά γεγονότα και αντίθετα) ή αντιδρά αντίστροφα απ ότι θα έπρεπε (γέλιο αντί για κλάμα).
- Συναισθηματική έκπτωση, η οποία χαρακτηρίζεται συναισθηματική αποστασιοποίηση από το οικείο περιβάλλον και εκφράζεται με απώλεια του φιλικού συναισθήματος και απάθεια.
- Άλλες συναισθηματικές διαταραχές όπως άγχος, αμηχανία, κατάθλιψη, εφορία.

Οι Διαταραχές βούλησης και ψυχοκινητικότητας είναι έννοιες αλληλένδετες, είναι αναμενόμενο ότι η όποια διαταραχή του πρώτου έχει επιρροή και στο δεύτερο. Τα κύρια στοιχεία που διαταράσσονται είναι η στάση του ασθενή, η ομιλία του οι κινήσεις του και η έκφρασή του που στο σύνολό τους επηρεάζουν τελικά την ψυχοκινητικότητα. Η εμφάνισή τους είναι προοδευτική (Χριστοδούλου, 2006).

Ως αβουλία ορίζεται η έλλειψη ενεργητικότητας και ενδιαφέροντος για πράγματα που φυσιολογικά ενδιέφεραν τον ασθενή. Σταματούν αυτές τις δραστηριότητες και πολλές φορές εγκαταλείπουν και την και την προσωπική τους περιποίηση και υγιεινή

(Kring, 2007)

Οι Διαταραχές συμπεριφοράς (αποδιοργάνωση) είναι από τις πράξεις του ασθενή λείπει ο στόχος. Έτσι, ακόμα και οι καθημερινές συνήθειες εκτελούνται με δυσκολία. Μπορεί να περιλαμβάνει κατατονική συμπεριφορά, δηλαδή μειωμένη απάντηση σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος (ακινησία), κατατονική διέγερση όπου έχουν αυξημένη κινητικότητα, άσκοπη συμπεριφορά (περπάτημα πάνω κάτω) ή ακόμα και ανάμοστη συμπεριφορά (Eby-Brown, 2010).



Εικόνα 4: Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίσουν κατατονική ακινησία, όπου παίρνουν ασυνήθιστες στάσεις και τις διατηρούν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Πηγή:http://images5.fanpop.com/image/forum/145000/145924_1330953288091_full.jpg).

Οι Διαταραχές από άλλες λειτουργίες, όπως η αυτιστική μνήμη (ζει στιγμές του παρελθόντος ως σημερινές), η αδυναμία συγκέντρωσης, η συρρίκνωση της προσοχής (Χριστοδούλου, 2006).

Οι Διαταραχές ειδικής προέλευσης περιλαμβάνει του αυτισμό, όπου σύμφωνα με τον Bleuler είναι βασική διεργασία της σχιζοφρένειας και το άτομο φτιάχνει μια δική του πραγματικότητα από φαντασιώσεις και παραληρητικές ιδέες, η ανηδονία, η αντικοινωνικότητα, σωματικές ενοχλήσεις οι οποίες είναι και αυτές που εμφανίζονται πρώτες (Χριστοδούλου, 2006).

Βέβαια, τα παραπάνω συμπτώματα δεν έχουν όλα την ίδια πρόγνωση. Τα λεγόμενα «θετικά» συμπτώματα έχουν συνήθως καλύτερη πρόγνωση από τα «αρνητικά».

Επίσης, χρειάζεται προσοχή, ιδιαίτερα για τα αρνητικά συμπτώματα, ώστε να διαχωρίζονται αυτά που αποτελούν αιτιολογία από αυτά που είναι παρενέργειες της αντιψυχωσικής θεραπείας (Kring, 2007).

<i>Αρνητικά Συμπτώματα</i>	<i>Θετικά Συμπτώματα</i>
Συναισθηματική επιπέδωση	Ψευδαισθήσεις
Μη μεταβαλλόμενη έκφραση προσώπου	<ul style="list-style-type: none"> • Ακουστικές (σχολιασμοί και συνομιλίες μεταξύ «φωνών»)
Μείωση αυθόρμητων κινήσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Σωματο-αισθητηριακές
Έλλειψη εκφραστικών χειρονομιών	<ul style="list-style-type: none"> • Οπτικές / γευστικές
Μείωση βλεματικής επαφής	Παραληρητικές ιδέες
Μείωση συναισθηματικής αντίδρασης	<ul style="list-style-type: none"> • Διωκτικές
Απροσφορότητα συναισθηματική	<ul style="list-style-type: none"> • Ζηλοτυπικές
Έλλειψη χρωματισμού της φωνής	<ul style="list-style-type: none"> • Μεγαλείου/ Θρησκευτικές
Διαταραχές ομιλίας	<ul style="list-style-type: none"> • Υποχονδριακές
Πτώχεια λόγου	<ul style="list-style-type: none"> • Αυτοαναφοράς
Πτώχεια περιεχομένου	<ul style="list-style-type: none"> • Υποκλοπής σκέψεων
Ανακοπή του λόγου	<ul style="list-style-type: none"> • Παρεμβολής ξένων σκέψεων
Καθυστέρηση της απάντησης	<ul style="list-style-type: none"> • Απώλειας σκέψεων
Διαταραχές βούλησης	Παράδοξη συμπεριφορά
Παραμελημένη εμφάνιση	Στερεοτυπίες
Απουσίες από την εργασία	Εμφάνιση / ένδυση/ καθαριότητα
Απραγμοσύνη/ οκνυρία	Επιθετικότητα κοινωνική/σεξουαλική
Ανηδονία/ έλλειψη κοινωνικότητας	Διαταραχή δομής σκέψης
Μείωση ψυχαγωγίας και ενδιαφερόντων	Εκτροχιασμός λόγου
Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας και δραστηριότητας	Ασυναρτησία
Μείωση κοινωνικών σχέσεων	Παραλογία
Έλλειψη οικειότητας στις σχέσεις	Ηχηρές σκέψεις
Διαταραχές προσοχής	Εξαγγελία σκέψεων
Απροσεξία κοινωνικού περίγυρου	
Απροσεξία κατά την εξέταση	

Πινάκας 4 : Τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα (Πηγή: Χριστοδούλου, 2006).

Τέλος, είναι συχνό φαινόμενο για τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια να δημιουργούν έργα ζωγραφικής, στα οποία φαίνονται τα παράξενα- παράλογα βιώματά τους, όπως φαίνεται και στην παρακάτω εικόνα.



Εικόνα 5: Έργο ζωγραφικής από ασθενή με σχιζοφρένεια (Πηγή: Χριστοδούλου, 2006).

4.

4.1 Πορεία της νόσου

Ο τρόπος που εξελίσσεται η σχιζοφρένεια μπορεί να ποικίλλει σημαντικά στους διάφορους ασθενείς, ανάλογα με την περίπτωση κάθε φορά. Υπάρχουν χαρακτηριστικά τρεις ξεχωριστές φάσεις (Χριστοδούλου, 2006).

Η Πρόδρομη φάση αναφέρεται στο διάστημα πριν από την πραγματική έναρξη της αρρώστιας, όπου συνήθως παρατηρείται μία βαθμιαία αλλαγή στη διάθεση και τη συμπεριφορά. Το άτομο αρχίζει να περιορίζει τις κοινωνικές επαφές, να φέρεται περίεργα, να αισθάνεται κουρασμένο και ανήσυχο και να παραμελεί την εμφάνιση του και την προσωπική του υγιεινή. Συναισθηματικά, μπορεί να μην αισθάνεται ούτε ευτυχισμένο ούτε δυστυχισμένο αλλά σα να μην έχει συναισθήματα (κατατονική διάθεση). Πολλοί άνθρωποι που έχουν σχιζοφρένεια μαθαίνουν να αναγνωρίζουν αυτά τα συμπτώματα ως μία προειδοποίηση ότι ίσως πρόκειται να εμφανίσουν υποτροπή και η αρρώστια τους να μπει πάλι σε ενεργό φάση. Μία επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας σε αυτό το πρώιμο στάδιο μπορεί να προλάβει την υποτροπή (Tandon et al., 2009).

Η Οξεία ή ενεργή φάση σε αυτό το σημείο το άτομο αδυνατεί να αγνοήσει την αρρώστια του. Συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και συγκεχυμένη σκέψη γίνονται πλέον εμφανή και το άτομο φτάνει σε ένα κρίσιμο σημείο. Σε αυτή τη φάση, το νοσοκομείο ενδέχεται να αποτελεί τον πιο ασφαλή τόπο διαμονής, όπου η κατάσταση αξιολογείται και χορηγείται η κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία (Tandon et al., 2009).

Η Υπολειμματική φάση όταν η θεραπεία αρχίζει να έχει αποτέλεσμα, η κατάσταση σταθεροποιείται και τα συμπτώματα αρχίζουν να εξαφανίζονται. Ορισμένα συμπτώματα (έλλειψη ενεργητικότητας, κοινωνική απόσυρση) ενδέχεται να παραμείνουν για κάποιο χρονικό διάστημα – σε μερικές περιπτώσεις εξαφανίζονται γενικά γρήγορα, σε άλλες μπορεί να επιμείνουν. Αυτή η φάση μπορεί να έχει διάρκεια πολλών ετών, συχνά με παρεμβολή υποτροπών προς οξεία φάση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η τακτική λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με την υποστήριξη καταφέρνουν να περιορίσουν στο ελάχιστο αυτές τις υποτροπές (Tandon et al., 2009).

5.

5.1 Διάγνωση

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), προκειμένου θα θεωρηθεί ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια, θα πρέπει (Wolfgang, 2011).

Να ισχύουν τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω συμπτώματα με διάρκεια πάνω από ένα μήνα και να είναι ορατά κατά την κλινική εξέταση (Wolfgang, 2011):

- Παραληρητικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές)
- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Κατατονική / αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα

Σε περίπτωση που αναφερθούν φωνές που σχολιάζουν ή συνομιλούν ή οι παραληρητικές ιδέες έχουν παράλογο περιεχόμενο, τότε η παρουσία ενός από τα παραπάνω είναι αρκετή για να τεθεί η διάγνωση (Wolfgang, 2011).

Η δυσλειτουργία στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή θα πρέπει να υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα και σε βαθμό μεγαλύτερο από εκείνον πριν της νόσου, εάν προϋπήρχε (Wolfgang, 2011).

Η διάρκεια θα πρέπει να υπάρχουν τα συμπτώματα του κριτηρίου 1 τουλάχιστον για έξι μήνες, όπου τον ένα τουλάχιστον μήνα να είναι ενεργά. Στο υπόλοιπο διάστημα, μπορεί να υπάρχουν σε εξασθενημένη μορφή ή να υπάρχουν κάποια από τα αρνητικά συμπτώματα (Wolfgang, 2011).

Ωστόσο είναι σημαντικό να γίνετε διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας από άλλες ψυχιατρικές παθήσεις και σωματικά νοσήματα που μπορεί να έχουν συμπτώματα κοινά με τη σχιζοφρένεια, καθώς τα συμπτώματά της δεν είναι ειδικά. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται η βραχεία ψυχωσική διαταραχή, η παραληρητική διαταραχή, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, φλεγμονές και όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος, δηλητηριάσεις με μονοξείδιο του άνθρακα και μόλυβδο, διάφορα φάρμακα (Kring, 2007: Wolfgang, 2011).

6.

6.1 Θεραπεία

Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα που αφορά τη σχιζοφρένεια, είναι ότι ασθενείς λόγω της φύσης του προβλήματος δεν κατανοούν ότι χρίζουν ανάγκη θεραπείας και πολλές φορές το βλέπουν σαν μια απειλητική κατάσταση, ιδιαίτερα όταν πάσχουν από τον παρανοϊκό τύπο. Το έργο των νοσηλευτών υγείας και των μελών της οικογένειάς τους δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό (Χριστοδούλου, 2006).

Η σύγχρονη θεραπεία περιλαμβάνει δύο μεθόδους τη βιολογική και την ψυχοκοινωνική. Συνήθως η βιολογική είναι αυτή που έχει προτεραιότητα, αλλά αλληλοδιαπλέκονται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και το στάδιο της ασθένειας. Για παράδειγμα, στην οξεία φάση της νόσου, είναι σχεδόν απίθανο ο ασθενής να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ψυχολογικές παρεμβάσεις. Σε κάθε περίπτωση, και οι δύο έχουν τις ίδιες βασικές αρχές, οι οποίες περιλαμβάνουν (Χριστοδούλου, 2006):

1. Την καλή επικοινωνία του αρρώστου με την οικογένειά του.
2. Τη μελέτη της προσωπικότητάς του και του οικογενειακού ιστορικού.
3. Την αναζήτηση των συμπτωμάτων και της έντασής τους.
4. Την αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ατόμου.
5. Την εξατομικευμένη θεραπεία.

Στόχοι της αντιψυχωτικής θεραπείας είναι (Χριστοδούλου, 2006):

- Ελάττωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων.
- Βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων.
- Πρόληψη μελλοντικών επεισοδίων.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου.

Χωρίζεται σε 3 φάσεις οι οποίες συμπίπτουν και με τα στάδια της νόσου (Eby-Brown, 2010):

- Έναρξη της θεραπείας κατά το πρώτο επεισόδιο
- Θεραπεία κατά την οξεία φάση
- Ανάρρωση

Μετά την παροχή θεραπείας και νοσηλευτικής φροντίδας, ο ασθενής θα πρέπει να είσαι σε θέση (Eby-Brown, 2010):

1. Να μην κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους.
2. Να μπορεί να έχει λογική σκέψη, βασισμένη στην πραγματικότητα.
3. Να συνεχίσει να λαμβάνει τη θεραπευτική του αγωγή.
4. Να συμμετέχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
5. Να εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινότητας του χωρίς βοήθεια.
6. Να έχει επικοινωνία με φίλους και οικογένεια.

6.2. Βιολογικές θεραπείες

6.2.1. Φάρμακα

Αντιψυχωσικά αποτελούν τη βασική θεραπεία κατά την ενεργό φάση και απαραίτητο συμπλήρωμα στα ενδιάμεσα στάδια των εξάρσεων. Δίνεται προσοχή ώστε να χρησιμοποιηθούν φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί και στο παρελθόν, εφ' όσον είναι εφικτό, και κάθε φορά χρησιμοποιείται ένα φάρμακο. Η αρχική δοσολογία λαμβάνεται όσο διαρκούν τα συμπτώματα, ενώ κατά την ύφεση, η δόση τους μειώνεται. Κάθε ασθενής πρέπει να αρχικά να περάσει από ένα στάδιο «πειραματικό» προκειμένου να καταλήξει στον πιο αποτελεσματικό αντιψυχωσικό παράγοντα για αυτόν. Η διαδικασία διαρκεί από 3 έως 6 εβδομάδες και ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξηγήσει ότι δεν υπάρχει λόγος απογοήτευσης και να τους εμψυχώνει ψυχολογικά (Χριστοδούλου, 2006;Eby-Brown, 2010).

Διακρίνονται στα κλασσικά, τα οποία είναι αποτελεσματικά έναντι των θετικών συμπτωμάτων, αλλά έχουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες κινητικού τύπου (ακινησία, ακαθισία, παρκινσονισμός), γι αυτό και η αρχική τους ονομασία ήταν νευροληπτικά (Χριστοδούλου, 2006), στα νεότερα (άτυπα) τα οποία είναι αποτελεσματικά και στα αρνητικά συμπτώματα, έχουν λιγότερες παρενέργειες και καλύπτουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και στα τρίτης γενιάς (Χριστοδούλου, 2006;Eby-Brown, 2010).

Όλα τα κλασσικά αντιψυχωσικά έχουν τον ίδιο μηχανισμό δράσης: αποκλείουν τους υποδοχείς της ντοπαμίνης και ιδιαίτερα τους D2, ενώ μπορούν να συνδέονται και με άλλους τύπους υποδοχέων, όπως χολινεργικούς, αδρενεργικούς, προκαλώντας τις αντίστοιχες ανεπιθύμητες ενέργειες. Σε ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να χορηγούνται

σε χαμηλότερες δόσεις. Ορισμένοι ασθενείς ωστόσο εμφανίζουν καλύτερη ανταπόκριση σε κάποια σε σχέση με κάποια άλλα (Χριστοδούλου, 2006).

Τα άτυπα αντιψυχωτικά, διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το βαθμό που δεσμεύουν τους διάφορους υποδοχείς (της σεροτονίνης, τους ντοπαμινεργικούς, χολινεργικούς, αδρενεργικούς, ισταμινικούς) και γι αυτό το λόγο υπάρχει διαφορά τόσο στη θεραπεία αλλά και στις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν. Σε ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να χορηγούνται σε χαμηλότερες δόσεις. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η κλοζαπίνη, ολανζαπίνη, ζιπρασιδόνη κ.α. Παρουσιάζουν αρκετά πλεονεκτήματα ως προς τα κλασσικά αντιψυχωτικά, όπως (Χριστοδούλου, 2006) :

1. Είναι αποτελεσματικά και στα αρνητικά συμπτώματα.
2. Τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα και η όψιμη δυσκινησία εμφανίζονται σε μικρό βαθμό.
3. Δεν αυξάνουν την προλακτίνη στο αίμα.
4. Βελτιώνουν το επίπεδο ζωής του πάσχοντος.
5. Οι ασθενείς εμφανίζουν λιγότερες υποτροπές, άρα και λιγότερες επαναληπτικές νοσηλείες.

Στα τρίτης γενιάς αντιψυχωσικά ανήκει η αριπιπραζόλη, που δρα ως σταθεροποιητής της ντοπαμίνης: την μειώνει όταν βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και την διατηρεί ως έχει όταν είναι σε φυσιολογικά επίπεδα. Σε ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να χορηγούνται σε χαμηλότερες δόσεις (Χριστοδούλου, 2006).

Το λίθιο (χρησιμοποιείται συμπληρωματικά με τα αντιψυχωσικά φάρμακα), η καρβαμαζεπίνη (χρησιμοποιείται βοηθητικά, για τον έλεγχο επιθετικής συμπεριφοράς) και τα αντικαταθλιπτικά (χρησιμοποιούνται όταν υπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και κατά την ύφεση της νόσου) (Χριστοδούλου, 2006).

Ουσία	Ημερήσια δόση (mg)
Κλοζαπίνη (Leronex)	200-900
Ρισπεριδόνη (Risperdal)	4-8
Ολανζαπίνη (Zyprexa)	10-20
Κουατιεπίνη (Seroquel)	150-600
Ζιπρασιδόνη (Zeldox)	40-160

Πίνακας 5: Τα άτυπα (νεότερα) αντιψυχωσικά φάρμακα (Πηγή: Χριστοδούλου, 2006).

Κατηγορία	Συνήθης θεραπευτικ ή δόση	Καταστολ ή	ΕΠΣ	Δράση στο ΑΝΣ	Αντιχολινερ -γική δράση
Φαινοθειαζίνες					
Αλειφατικές					
• Χλωροπρομαζίνη	100-600	+++	++	+++	+++
Πιπεριδινικές					
• Θειοριδαζίνη	200-600	+++	++	+++	+++
Πιπεραζινικές					
• Τριφθοριοπεραζίνη	10-30	+++	++	+	+
• Φθόριοφαιναζίνη	2-20	+	+++	+	+
• Θειοπροπεραζίνη	10-40	+	+++	+	+
Θειοξανθένια					
• Χλωροπροθιξένιο	200-400	+++	+	+++	+++
• Θειοθιξένιο	15-60	+	+++	+	+
Βουτυροφαινόλες					
• Αλοπεριδόλη	5-20	+	+++	+	+
Διφαινυλβουτυλππεριδίνες					
• Πιμοζίδη	2-20	+	+++	+	+
Διυδροινδόλες					
• Μολινδόλη	25-200	++	++	+	+
Διβενζοξαζεπίνες					
• Λοξαπίνη	60-100	++	+++	++	++

ΕΠΣ: Εξωπυραμιδικά συμπτώματα, ΑΝΣ: Αυτόνομο νευρικό σύστημα

Πίνακας 6: Κατηγορίες των κλασικών αντιψυχωτικών φαρμάκων, ανάλογα με τη χημική τους δομή (Πηγή: Χριστοδούλου, 2006).

6.2.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Πρόκειται για σύντομες επιληπτικές εκφορτίσεις με ηλεκτρικό ερέθισμα μικρής έντασης ώστε να προκληθεί νευρωνική εκφόρτιση. Είναι γνωστή με τον όρο ECT. Χρησιμοποιείται για αντιμετώπιση της διέγερσης και της σχιζοκατάθλιξης, καθώς η αποτελεσματικότητά της για άλλα συμπτώματα δεν είναι σίγουρη, αλλά και σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει φάρμακα. Συνήθως πραγματοποιείται μία φορά το μήνα, και όχι ως πρώτη επιλογή αλλά όταν τα φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά ή δεν μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια (Owen et al., 2014).



Εικόνα 6: Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεωρείται ότι μεταβάλλει κάποιες από της διαδικασίες του εγκεφάλου (Πηγή: <http://www.invitromagazine.gr/2014/05/23/to-ilektrosok-stin-ipiresia-tis-psichiatrikis-ti-akrivos-ischii/>).

6.3 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

6.3.1. Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

Συνήθως για χρόνιους ασθενείς ή για αυτούς που βρίσκονται στην υπολειμματική φάση. Έχουν δοκιμαστεί διάφορες μέθοδοι όπως η ρύθμιση των ενισχύσεων μέσω ανταμοιβής, η αποκατάσταση δεξιοτήτων αλλά και υιοθέτηση ρόλων (Χριστοδούλου, 2006).

6.3.2. Ψυχοθεραπεία εναισθητικού τύπου

Συνήθως για ασθενείς που βρίσκονται στην υπολειμματική φάση με στόχο να αναπτυχθεί έλεγχος για το τι είναι πραγματικό (Χριστοδούλου, 2006).

6.4. Θεραπεία οικογένειας

Στοχεύει στη στάση που έχει η οικογένεια απέναντι στο μέλος που πάσχει. Πραγματοποιούνται συνεδρίες με όλη την οικογένεια, αλλά όχι σε τακτά χρονικά διαστήματα (Χριστοδούλου, 2006). Ο τρόπος που αισθάνονται και εκφράζονται οι συγγενείς των ασθενών έχει μια σημαντική επίπτωση στην πορεία της νόσου. Η εχθρικότατα και τα επικριτικά σχόλια ενοχοποιούνται για συχνές υποτροπές και εισαγωγές των ασθενών στο νοσοκομείο, ενώ θερμά και προστατευτικά σχόλια ασκούν προστατευτική επίδραση. Έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα οικογενειακής παρέμβασης όπως (Μπίτσιος, 2014):

- Συστηματική οικογενειακή θεραπεία
- Ψυχοδυναμική οικογενειακή θεραπεία
- Συμπεριφορική οικογενειακή θεραπεία
- Ομάδες συγγενών
- Ομάδες διαφορετικών οικογενειών

Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και οικογενειακής θεραπείας μπορούν να μειώσουν τα ποσοστά υποτροπής μέχρι και κατά 50% συγκριτικά με την φαρμακοθεραπεία από μόνη της (Μπίτσιος, 2014).

Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη δεξιοτήτων από τους ασθενείς, μετά το πέρας της νοσηλείας τους (Χριστοδούλου, 2006) .

Η Ομαδική ψυχοθεραπεία εστιάζει στην υποστήριξη του αρρώστου και στην ανάπτυξη των κοινωνικών του δεξιοτήτων (καθημερινές δραστηριότητες). Οι ομάδες βοηθούν ιδιαίτερα στην ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης και τη βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας (Φερεντίνος – Κονταξάκης, 2003), και στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην ομάδα και να νικήσουν τον αποκλεισμό. Συχνά αποτελεί μια υποστηρικτική θεραπεία για προβλήματα της καθημερινότητας (Karlan & Saddock's, 2007).

B' ΜΕΡΟΣ

1.

1.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Το πρώτο στάδιο της διαδικασίας αυτής είναι ο έλεγχος για πιθανότητα βίαιης συμπεριφοράς, καθώς πρόκειται για την ασφάλεια του ασθενή, του νοσηλευτή αλλά και όλων των υπολοίπων. Σημαντική είναι η παρατήρηση κάποιων ενδεικτικών συμπεριφορών που μαρτυρούν την διέγερση του ασθενή, όπως οι σφιγμένες γροθιές, δυνατές φωνές, χτύπημα επίπλων, αυξημένη κινητική δραστηριότητα (Eby-Brown, 2010).

Εκτός όμως από τις προφανείς ενδείξεις, ο νοσηλευτής δεν μπορεί να ξέρει τι σκέφτεται ο άρρωστος ή αν βιώνει παραισθήσεις. Ακολουθεί λοιπόν εκτίμηση της ψυχικής του κατάστασης. Ενώ μπορεί να έχουν μία συζήτηση φαινομενικά φυσιολογική, σημαντική είναι και η παρατήρηση της ομιλίας τους για να μπορέσει να εκτιμήσει τις σκέψεις του αλλά και η παρατήρηση της έκφρασης του προσώπου τους. Παρακάτω, παρατίθεται κι ένας πίνακας με το λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται για την ψυχική εκτίμηση και τις έννοιές τους (Eby-Brown, 2010).

Τέλος, πρέπει να γίνει και εκτίμηση της γνωστικής λειτουργίας του ασθενή, όπως της μνήμης και της ικανότητας αφαιρετικής σκέψης. Ένα παράδειγμα ελέγχου της μνήμης είναι να πούμε στον ασθενή κάποιες λέξεις, και δέκα λεπτά μετά να του ζητήσουμε να τις επαναλάβει με την ίδια σειρά. Η εκτίμηση της αφαιρετικής σκέψης, μπορεί να γίνει ζητώντας από τον ασθενή να μας ερμηνεύσει την έννοια μιας παροιμίας. Αυτός που πάσχει από ψύχωση, θα δώσει μια τελείως αποδιοργανωμένη έννοια (Eby-Brown, 2010).

Όταν ο νοσηλευτής αντιληφθεί πως ο ασθενής βιώνει ψευδαισθήσεις, δεν θα πρέπει να επιδιώξει καμία σωματική επαφή προκειμένου να τον εξετάσει, καθώς ο ασθενής μπορεί να το εκλάβει ως απειλητική κατάσταση ή ως συμπεριφορά σεξουαλικού περιεχομένου. Επίσης, είναι σημαντικό να αποφεύγεται η συστηματική προληπτική εξέταση σε κάθε βάρδια, γιατί για πολλούς πρόκειται για μία στρεσογόνο κατάσταση (Eby-Brown, 2010).

Αμβλύ συναίσθημα: Σημαντική ελάττωση του εύρους διακύμανσης των συναισθηματικών εκδηλώσεων	Κατατονικός : Σημαντική επιβράδυνση της κινητικής δραστηριότητας, μειωμένη αντίδραση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα.
Ανακοπή: Αιφνίδια διακοπή του ειρμού των σκέψεων πριν από την ολοκλήρωση της σκέψης, δυσκολία στην ανεύρεση των κατάλληλων σκέψεων.	Νεολεξία: Επινόηση λέξεων από τον ασθενή.
Επίπεδο συναίσθημα: Απουσία συναισθηματικής έκφρασης. Το πρόσωπο είναι ανέκφραστο και η φωνή μονότονη.	Παραληρητικές ιδέες: Εσφαλμένες πεποιθήσεις ασύμβατες με την πραγματικότητα και μη αποδεκτές από το περιβάλλον του ατόμου.
Ευμετάβλητο συναίσθημα: Ταχείες εναλλαγές της συναισθηματικής έκφρασης που δε σχετίζονται με εξωτερικά γεγονότα.	Περιστασιακή λεπτολογία: Ο ασθενής προσεγγίζει έμμεσα μια ιδέα παραθέτοντας άσχετες με το κύριο νόημα λεπτομέρειες.
Ευφορική διάθεση: Ανεβασμένη συναισθηματική διάθεση, ιδιαίτερα χαρούμενη.	Πρόσφορο συναίσθημα: Ικανότητα επίδειξης φυσιολογικού εύρους συναισθηματικών αντιδράσεων.
Ηχητικός συνειρμός: Συνειρμός ή λόγος που κατευθύνεται από τον ήχο μιας λέξης και όχι από το νόημά της (πχ ομοιοκαταληξία)	Συναισθηματική περίσφουξη: Ελάττωση του εύρους των συναισθηματικών αντιδράσεων. Είναι λιγότερο σοβαρό από το αμβλύ συναίσθημα.
Ηχολαλία: Επανάληψη των λέξεων κάποιου άλλου.	Χάλαση των συνειρμών: Ασυνάρτητος λόγος με ταχεία μετάβαση από το ένα θέμα στο άλλο χωρίς λογική σύνδεση.
Ιδέες αναφοράς: Εσφαλμένη ερμηνεία ότι εξωτερικά γεγονότα αφορούν άμεσα το ίδιο το άτομο.	Ψευδαίσθηση: Αισθητηριακή εμπειρία που φαίνεται πραγματική αλλά δεν σχετίζεται με εξωτερικά ερεθίσματα.
Ιδέες Μεγαλείου: Διογκωμένη εκτίμηση των δυνατοτήτων, της δύναμης ή της γνώσης του ίδιου του ατόμου.	Ιδεοφυγη: Ταχεία ομιλία. Το περιεχόμενο αλλάζει απότομα από τη μια σκέψη στην άλλη.

Πίνακας 7: Το λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται για την ψυχική εκτίμηση ενός ασθενή (Πηγή: Eby-Brown, 2010).

2.

2.1 Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών, η νοσηλευτική ψυχικής υγείας ορίζεται ως «ένας ειδικός τομέας της νοσηλευτικής άσκησης, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού κάθε ατόμου » (Χριστοδούλου, 2006).

Καθώς ο νοσηλευτής έχει την πιο στενή σχέση με τον νοσηλευόμενο, και περνάνε μαζί τον περισσότερο χρόνο, είναι σημαντικό να δημιουργηθεί να δημιουργηθεί ένα κλίμα «συμμαχίας» με τον ασθενή, όπου θα εμπιστεύεται τον επαγγελματία υγείας ώστε με τη σειρά του να μπορεί κι αυτός να λάβει και να μεταφέρει τις πληροφορίες εκείνες που είναι απαραίτητες για τη δημιουργία της θεραπευτικής προσέγγισης (Χριστοδούλου, 2006).

Τόσο ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, αλλά και όλη η υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, εργοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός) θα πρέπει να εξελίσσουν συνεχώς την ιατρική τους εκπαίδευση και να μπορούν να συνεργάζονται άψογα μεταξύ τους, χωρίς να συγχέονται τα καθήκοντά τους ώστε ο καθένας να επιτελεί το ρόλο του αλλά και να προσαρμόζεται στην υπόλοιπη ομάδα. Έτσι, θα επιτευχθεί ο τελικός στόχος που είναι η βελτίωση της κατάστασης του ασθενή (Χριστοδούλου, 2006).

Τέλος, εκτός από τις επιστημονικές του γνώσεις, θα πρέπει να διαθέτει και οργανωτικές δεξιότητες, διδακτική ικανότητα, να είναι φιλικός και να έχει ευχάριστη παρουσία, προκειμένου να ανταπεξέλθει με επιτυχία στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του (Χριστοδούλου, 2006).

Στη χώρα μας η εξειδίκευση ενός νοσηλευτή στον ψυχιατρικό τομέα γίνεται συνήθως μέσω κάποιου μεταπτυχιακού ή και διδακτορικού προγράμματος, που ακολουθεί το βασικό τίτλο σπουδών. Μεγάλος αριθμός εξειδικευμένων συναδέλφων, βέβαια, προκύπτει και από τα ετήσια νοσοκομειακά προγράμματα, υπό την αιγίδα του υπουργείου υγείας (Χριστοδούλου, 2006).

2.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Μέσω της εκπαίδευσης και της εξέλιξης, ο ρόλος του νοσηλευτή έχει αναβαθμιστεί από «φύλακα» των ασθενών και εκτελεστή ιατρικών εντολών σε ένα ενεργό επάγγελμα με υπεύθυνη θέση. Η ψυχιατρική νοσηλευτική, βασίζεται στα τρία στάδια της πρόληψης, όπως και η κλασική νοσηλευτική, που περιλαμβάνει (Χριστοδούλου, 2006):

- Την πρωτοβάθμια πρόληψη (προαγωγή και διατήρηση της υγείας, αναφέρεται σε υγιή άτομα και τα προφυλάσσει ώστε να μην αναπτύξουν νόσο, ή ευαισθητοποιεί τους κατοίκους της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας)
- Τη δευτεροβάθμια πρόληψη (Φροντίδα και θεραπεία ατόμων που ήδη νοσούν, ώστε να αποφευχθούν οι δυσμενείς συνέπειες. Προσφέρει τις υπηρεσίες όχι μόνο στη ψυχιατρική μονάδα αλλά και στο οικείο περιβάλλον των ατόμων που νοσούν)
- Την τριτοβάθμια πρόληψη (αποκατάσταση, να διασφαλίσει την ένταξη των ασθενών στην κοινότητα). Στην καθημερινή πρακτική, ο ρόλος του νοσηλευτή μπορεί να σχετίζεται με πολλούς διαφορετικούς τομείς, όπως (Χριστοδούλου, 2006):
 1. Στη θεραπεία μέσω της παρουσίας του και λόγω της σχέσης που θα πρέπει να έχει δημιουργήσει με τον ασθενή, τον υποστηρίζει ώστε να συνεχίσει με τη λήψη της θεραπευτικής αγωγής.
 2. Στην οργάνωση - διοίκηση της μονάδας έχει το ελεύθερο να οργανώνει στο χώρο και στο χρόνο τα καθήκοντά του ανεξάρτητα και να φροντίζει για την πραγματοποίηση των αποφάσεων που πάρθηκαν από όλη την θεραπευτική ομάδα.
 3. Στην εκπαίδευση αφορά την ενημέρωση τόσο των συναδέλφων αλλά κατά κύριο λόγο των οικογενειών των ασθενών, σε ότι αφορά θέματα που αφορούν τον πάσχοντα και την περαιτέρω φροντίδα του μετά το τέλος της θεραπείας.

2.1.2 Λήψη του ιστορικού από το νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Τα πρώτα λεπτά που ο νοσηλευτής θα συναντήσει τον ασθενή προκειμένου να καταγράψει το ιστορικό του, είναι πολύ σημαντικά καθώς οι ασθενείς είναι συνήθως αγχωμένοι. Μπορεί να δημιουργηθεί ένα ευχάριστο κλίμα, που θα βοηθήσει τον ασθενή ή αντίστοιχα ένα δυσάρεστο περιβάλλον που θα δυσκολέψει την διαδικασία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να χαλαρώσει και να βεβαιώσει ότι γνωρίζει τόσο ποιος είναι ο νοσηλευτής όσο και για ποιο λόγο βρίσκεται εκεί. Θα πρέπει, λοιπόν, εκτός του να συστήσει τον εαυτό του και την επαγγελματική του ιδιότητα, να εξηγήσει στον ασθενή ξανά και τον λόγο για τον οποίο κάνουν αυτή τη συνάντηση και τη συζήτηση που θα ακολουθήσει (Wolfgang, 2011).

Στη συνέχεια, ακολουθεί μια ερώτηση για το πώς αισθάνεται ο ασθενής. Τα συναισθήματά του μπορεί να είναι ακραία, από ανακούφιση και ενθουσιασμό για την απόφασή τους (επιτέλους κάνω αυτό που θα έπρεπε να έχω κάνει εδώ και πολύ καιρό) μέχρι επιφυλακτικότητα ή να κατηγορούν τον εαυτό τους (δεν πίστευα ποτέ ότι θα έφτανα σε αυτό το σημείο). Άλλοι, πάλι, μπορεί να δηλώσουν ότι ο μόνος λόγος που τους έφερε ως την κλινική είναι επειδή κάποιο αγαπημένο πρόσωπό τους το επιθυμούσε ή λόγω απειλών που δέχτηκαν (αν δεν πας θα σε χωρίσω / θα χάσεις τη δουλειά σου) (Wolfgang, 2011).

Ο νοσηλευτής μετά το στάδιο αυτό, καλό θα ήταν να περιγράψει στον ασθενή τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί (Wolfgang, 2011):

- Η διάρκεια θα είναι περίπου... (τόσα λεπτά)
- Θα συγκεντρωθούμε στα συμπτώματα που σε ενοχλούν και όχι σε άλλα προβλήματα της ζωής σου, έτσι ώστε να καταλάβουμε τι συμπτώματα και πόσο καιρό τα έχεις.
- Σκοπός είναι να κατανοήσουμε το πρόβλημα που υπάρχει και να καθοριστεί τι θεραπεία θα πρέπει να ακολουθήσεις.
- Πως σου φαίνεται;

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα πρέπει να κατευθύνει τη «συνέντευξη» και όχι ο ασθενής. Προκειμένου να το πετύχει αυτό, θα πρέπει οι ερωτήσεις του να γίνονται με τέτοιο τρόπο που να μην αφήνουν περιθώριο στον ασθενή να μιλάει ακατάπαυστα. Για παράδειγμα, η ερώτηση μπορεί να είναι «είχες κάποιο πρόβλημα με τον ύπνο σου;» και όχι «δεν είχες κανένα πρόβλημα με τον ύπνο σου, έτσι δεν είναι;».

Ένα άλλο σημαντικό θέμα είναι να αξιολογηθεί η έννοια όσων λέει ο ασθενής ως προς την έννοια που έχουν στο μυαλό του. Μπορεί να γίνει ρωτώντας τον ασθενή να εξηγήσει τι εννοεί με τον όρο που χρησιμοποίησε. Επειδή ο ασθενής παραθέτει κάποια συμπτώματα, δεν σημαίνει ότι και η αξιολόγηση τους θα είναι απαραίτητα σύμφωνη. Η λήψη του ιστορικού περιλαμβάνει πληροφορίες που αφορούν (Doran, 2013):

1) Απαραίτητα στοιχεία για την αξιολόγηση (Doran, 2013):

- Δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία, φύλο, εθνικότητα, επάγγελμα.
- Ο λόγος για τον οποίο πιστεύει ο ασθενής ότι βρίσκεται σε αυτή την αξιολόγηση. Καλό θα ήταν να καταγραφούν ακριβώς τα λόγια του.
- Πόσο διάστημα υπάρχουν τα συμπτώματα.
- Προηγούμενη λήψη αντι-ψυχωσικών φαρμάκων, επεισοδίων και συμπτωμάτων.

Τα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού, που περιλαμβάνει (Doran, 2013):

- Τρέχοντα ιατρικά προβλήματα για τα οποία ο ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία
- Τρέχουσα φάρμακα που λαμβάνονται, η δοσολογία και η συχνότητα
- Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή / τροφική αλλεργία/ χρήση καφεΐνης/ νικοτίνης.

Εάν ο ασθενής είναι γυναίκα, μια ειδική αξιολόγηση της κατάστασης της εγκυμοσύνης είναι απαραίτητη.

- Είστε σεξουαλικά ενεργή;
- Υπάρχει δυνατότητα θα μπορούσε να είναι έγκυος τώρα εκεί;
- Αν όχι, πώς το ξέρεις;
- Ποια μορφή ελέγχου των γεννήσεων χρησιμοποιείται;
- Πότε ήταν η ημερομηνία της τελευταίας περιόδου σας;
- Η λήψη αλκοόλ (συχνότητα και ποσότητα).
- Τάσεις αυτοκτονίας ή βλάβης τρίτων ατόμων.
- Είχες ποτέ την σκέψη να βλάψεις τον εαυτό σου ή κάποιον άλλο;
- Αν ναι, πόσο συχνά;
- Πόσο εύκολο ήταν να αντιμετωπίσεις αυτές τις σκέψεις;
- Έχεις κάποιο σχέδιο για τη δολοφονία τον εαυτό σου;
- Πώς θα αυτοκτονούσες, αν το είχες επιχειρήσει;
- Έχεις πρόσβαση στο υλικό / εξοπλισμό / όπλο που απαιτούνται για τη διεξαγωγή του σχεδίου?

- Έχεις προσπαθήσει να σκοτώσεις τον εαυτό σου στο παρελθόν; Πότε;
- Χρειάστηκε οποιαδήποτε ιατρική ή ψυχιατρική παρέμβαση;
- Υπάρχει κάτι που θα σε αποτρέψει από το να κάνεις κάτι τέτοιο τώρα;
- Προς τους οποίους κατευθύνονται οι σκέψεις βλάβης;
- Έχεις κάνει συγκεκριμένα σχέδια για να γίνει αυτό;
- Υπάρχει άμεση σχέδιο για να βλάψεις κάποιον τώρα;
- Υπάρχει τίποτα που θα μπορούσε να αποτρέψει ένα τέτοιο ενδεχόμενο;

2) Στοιχεία που αν και είναι χρήσιμα σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι αρχικά ζωτικής σημασίας για την εκτίμηση του ασθενή για την φαρμακευτική αγωγή και για την ψυχική υγεία (Doran, 2013):

- Στοιχεία για την παιδική ηλικία, για την εκπαίδευση, τη στρατιωτική θητεία, την επαγγελματική σταδιοδρομία.
- Οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό.
- Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τα μέλη της οικογένειας και τα αποτελέσματα.
- Σκέψεις του ασθενούς σχετικά με τη χρήση φαρμάκων
- Γνώση ή ανησυχίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή
- Σεξουαλικό ιστορικό

3.

3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν την έναρξη της θεραπείας

1. Δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος, το οποίο μοιάζει με το αληθινό. Για το σκοπό αυτό, πρέπει να υπάρχει καλή επικοινωνία ώστε να εκφράζονται τα συναισθήματα και οι ανησυχίες των ασθενών.
2. Η μονιμότητα του προσωπικού ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης.
3. Ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους και τους όρους της διαδικασίας.
4. Εκτίμηση- νοσηλευτική διάγνωση. Συγκεντρώνονται πληροφορίες για το γενικό περιβάλλον του ασθενή (οικογενειακό/ κοινωνικό), μέσω παρατήρησης και συνομιλίας.
5. Συγκεντρώνει πληροφορίες για την υγεία του ασθενή, όπως εάν υπάρχουν άλλες νόσοι.
6. Εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης βίαιης συμπεριφοράς, που συμπεριλαμβάνει λήψη πληροφοριών για (Χριστοδούλου, 2006) :
 - Προηγούμενες βίαιες πράξεις στο σπίτι
 - Κατάχρηση ουσιών
 - Παρανοειδείς παραληρητικές ιδέες
 - Ακουστικές ψευδαισθήσεις που διατάζουν τον ασθενή
 - Η πιθανότητα ο ίδιος να ήταν θύμα βίας στο παρελθόν, καθώς η βία είναι συμπεριφορά εκμαθημένη.

3.1.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας

1. Την καταγραφή ενοχλημάτων ή παραπόνων που μπορεί να έχει ο ασθενής και θα μπορούσαν να είναι και ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και συνεπώς την ανακούφισή του.
2. Τη συμμόρφωση του ασθενή με τη φαρμακοθεραπεία.
3. Τη διατήρηση και εξέλιξη της λειτουργικότητας του ασθενή, με στόχο την αποκατάστασή του και την ανεξαρτητοποίησή του.

4. Να φροντίζουν ώστε να διατηρείται καθ' όλη τη διαδικασία ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια των ασθενών.
5. Την ταυτόχρονη υποστήριξη της βιολογικής θεραπείας με ψυχολογικές παρεμβάσεις, ώστε να βελτιωθεί η αυτοεκτίμηση του ασθενή.
6. Αλληλεπίδραση με τον ασθενή, ώστε να κατανοήσει ο νοσηλευτής τον τρόπο αλληλεπίδρασης του ασθενή με τους άλλους νοσηλευόμενους, αλλά και για να λειτουργήσει ως πρότυπο μίμησης και να τον εκπαιδεύσει ως προς τις σωστές αντιδράσεις στο στρες και την απογοήτευση.
7. Κατά τη χορήγηση αντιψυκτικών πρώτης γενιάς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί για τυχόν αντιχολινεργικά συμπτώματα, αύξηση του σωματικού βάρους, υπόταση, ταχυκαρδία, γαλακτόρροια, επιληπτικούς σπασμούς.
8. Κατά τη χορήγηση αντιψυκτικών δεύτερης γενιάς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί για τυχόν ακοκκιοκυτταραιμία, υπεργλυκαιμία, σιελόρροια, καταστολή, ορθοστατική υπόταση.
9. Κατά τη χορήγηση αντιψυκτικών τρίτης γενιάς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί για τυχόν υπόταση, ναυτία, δυσκοιλιότητα, κακώθες νευροληπτικό σύνδρομο, ορθοστατική υπόταση (Χριστοδούλου, 2006).

3.1.3. Αντιμετώπιση ψυχωσικών επεισοδίων από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Κατά την οξεία φάση της σχιζοφρένειας, η θεραπεία πρέπει να μένει μόνο στις βασικές ανάγκες του ασθενή, δηλαδή την ασφάλειά του, την θρέψη και την ανάπαυση. Η σωστή αντιμετώπιση του πρώτου επεισοδίου είναι πολύ σημαντική για τη μετέπειτα εξέλιξή του. Ο νοσηλευτής, ανάλογα με τις πιθανές συμπεριφορές που υποπτεύεται-διαγιγνώσκει κάθε φορά, θα πρέπει να πάρει και τα κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης. Πιο συγκεκριμένα:

Όταν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο πάσχων υπάρχει περίπτωση να επιδείξει βίαιη συμπεριφορά, θα πρέπει:

- Να αποφύγει τη σωματική επαφή με τον ασθενή, ο οποίος μπορεί να του επιτεθεί πιστεύοντας πως βρίσκεται σε άμυνα.
- Να παρέμβει εγκαίρως σε περίπτωση ψυχοκινητικής διέγερσης, και να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι βρίσκεται σε περιβάλλον ασφαλές, ώστε να

προλάβει την επιδείνωση της κατάστασής του. Βασική αιτία που μπορεί να συμβεί κάτι τέτοιο είναι ο φόβος.

- Να αποφύγει την επιθετική στάση προς τον ασθενή. Σε περίπτωση που εκείνος έχει ανάρμοστη συμπεριφορά, καλό θα ήταν ο νοσηλευτής να του το εξηγήσει με ήπιο τόνο και να στρέψει την προσοχή του κάπου αλλού. Επιπλέον, η συμπεριφορά του νοσηλευτή είναι μεταδοτική!
- Σε ανάρμοστη συμπεριφορά, η παρέμβαση αρχίζει με όσο το δυνατόν λιγότερο περιορισμό και σταδιακή κλιμάκωση των μέτρων. Αρχικά με λεκτική παρατήρηση, με απόσπαση προσοχής, χορήγηση φαρμάκου, απομόνωση και τέλος καθήλωση.
- Να παρέχει ένα περιβάλλον με μειωμένα ερεθίσματα, καθώς η επεξεργασία πολλών ερεθισμάτων μπορεί να τον οδηγήσει σε διέγερση.
- Να συζητήσουν με τον ασθενή για τους παράγοντες που τους προκαλούν άγχος και για τεχνικές βελτίωσης.
- Να παρατηρεί στενά τα άτομα που βιώνουν παραισθήσεις.

Όταν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο πάσχων υπάρχει περίπτωση να έχει διαταραχές στη σκέψη, θα πρέπει:

- Να χορηγήσει αντιψυχωτικά φάρμακα και να παρακολουθήσει την ανταπόκριση του ασθενή.
- Να ενισχύσει την πραγματικότητα προς τον ασθενή. Επιτυγχάνεται μέσω συζήτησης, η οποία τον αποσπά από τις αποδιοργανωμένες σκέψεις.
- Να τον ενθαρρύνει να εκφράζει τα συναισθήματά του, ιδιαίτερα αν είναι φόβου ή άγχους. Η παραδοχή της δυσκολίας της κατάστασής του μπορεί να αποβεί θετική για την πορεία του.

Αν οι διαταραχές της σκέψης εκδηλώνονται υπό τη μορφή ψευδαισθήσεων, ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- Να μειώσει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όπως ο θόρυβος, καθώς ο ασθενής δυσκολεύεται να επεξεργαστεί πολλά ερεθίσματα ταυτόχρονα και επιδεινώνεται η κατάστασή του. Κάθε φορά επιτρέπεται ένα μόνο άτομο να αλληλεπιδρά μαζί του.
- Να βοηθήσει τον ασθενή να προσδιορίσει τους παράγοντες που του προκαλούν τις ψευδαισθήσεις και να βρει ένα τρόπο να τους αποφεύγει.
- Να μην ενισχύει τις ψευδαισθήσεις ως πραγματικές.

- Να τον ρωτήσει για το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων. Είναι καλό να γνωρίζει τι σκοπεύει να κάνει ο ασθενής. Δε θα πρέπει όμως να γίνετε συνέχεια αυτό.
- Να μην φέρνει αντιρρήσεις γι αυτό που βιώνει ο ασθενής, αλλά να του παρουσιάσει την πραγματικότητα με σκοπό να του δείξει ποιες είναι οι δικές του αντιλήψεις και όχι με σκοπό να τον πείσει ότι αυτές είναι οι σωστές.
- Να αποφύγει την επαφή με τον ασθενή κατά τη διάρκεια των ψευδαισθήσεων γιατί ο ασθενής μπορεί να το εκλάβει ως κάτι απειλητικό και να μπει στη διαδικασία αυτοάμυνας.
- Να αποσπάσει την προσοχή του από τις ψευδαισθήσεις, δίνοντάς του μια απλή εργασία.

Σκοπός των παραπάνω είναι να μπορέσει ο ασθενής να εμφανίσει λιγότερες ψευδαισθήσεις, λιγότερο απειλητικές και να ενταχθεί σε ένα περιβάλλον βασισμένο στην πραγματικότητα.

Αν οι διαταραχές της σκέψης εκδηλώνονται υπό τη μορφή παραισθήσεων, ο νοσηλευτής θα πρέπει (Eby-Brown, 2010):

- Να μην αμφισβητήσει την παραληρητική ιδέα, καθώς ο ασθενής θα αναγκαστεί να προσκολληθεί σε αυτή προκειμένου να την αποδείξει. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι μπορεί να δώσει στον ασθενή την εντύπωση ότι η ιδέα είναι αληθινή.
- Να προσπαθήσει να εντάξει τον ασθενή σε δραστηριότητες που συνδέονται με την πραγματικότητα, προκειμένου να τον προσανατολίσει προς αυτές.
- Να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει να διαχειρίζεται το άγχος του. Έτσι θα μπορέσει να ελέγξει τις παραληρητικές του ιδέες.

Αν ο ασθενής έχει δυσκολία στην φροντίδα του εαυτού του, ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- Να ενθαρρύνει τον ασθενή για να εκτελεί μόνος τους τις διαδικασίες αυτές. Αν βλέπει ότι δυσκολεύεται, τότε να παρέχει την κατάλληλη βοήθεια.
- Να δείξει στον ασθενή τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να φροντίζει τον εαυτό του και να του υπενθυμίζει ότι ξεχνάει.
- Να συγχαίρει τον ασθενή όταν καταφέρνει τα παραπάνω, ώστε να είναι πιο πιθανό να συνεχίσει αυτή την επιθυμητή συμπεριφορά.

Αν ο ασθενής έχει δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση, ο νοσηλευτή θα πρέπει:

- Να πλησιάσει τον ασθενή με αποδοχή και ειλικρίνεια, πράξεις που οδηγούν στην εμπιστοσύνη.
- Να αλληλεπιδρά με τον ασθενή και λειτουργεί ως πρότυπο κοινωνικής συμπεριφοράς.
- Να επιβραβεύει κάθε προσπάθεια του ασθενή για επαφή με τρίτους.
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες του νοσοκομείου.

3.1.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τη θεραπεία

1. Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή και τη δυνατότητα εργασίας.
2. Ενίσχυση της ικανότητας επικοινωνίας και από-ιδρυματοποίηση του ασθενή.
3. Εκτίμηση της γνωστικής λειτουργίας του ασθενή, δηλαδή, την μνήμη την κρίση και την ικανότητα αφαιρετικής του σκέψης, ώστε να ακολουθήσει η διδασκαλία που θα τον προετοιμάσει να βγει από το νοσοκομείο.
4. Να δώσει συμβουλές στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του που στοχεύουν στην ενίσχυση της υγιούς συμπεριφοράς και την έγκαιρη αναγνώριση πιθανής επανεμφάνισης των συμπτωμάτων.
5. Να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει τη σημαντικότητα της συνέχειας της φαρμακευτικής θεραπείας (Χριστοδούλου, 2006).

3.1.5. Νοσηλευτικές συμβουλές στον ασθενή για την πορεία του μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Στο τελευταίο στάδιο της νοσηλευτικής φροντίδας βρίσκεται η εκπαίδευση του ασθενή ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μελλοντικής υποτροπής και να μπορεί να ελέγχει τη νόσο του. Απαραίτητη προϋπόθεση για να είναι αποτελεσματική η διαδικασία είναι να γίνει αξιολόγηση του ασθενή από τον νοσηλευτή και να κριθεί ικανός να μάθει, άρα να έχει αναπτύξει και την αυτοσυγκέντρωσή του. Το σημαντικότερο ίσως σημείο της διαδικασίας είναι να καταλάβει ο ασθενής τη σπουδαιότητα της λήψης των φαρμάκων του. Επίσης, θα πρέπει ο πάσχον να ενημερωθεί και για άλλους τρόπους αυτοβοήθειας

όπως είναι η συμμετοχή σε ομαδικές θεραπείες, η απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η σημαντικότητα να φροντίζει τον εαυτό του σε καθημερινή βάση, ώστε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του (Doran, 2013).

Μέσα από συζήτηση ο ασθενής παίρνει πληροφορίες (Doran, 2013):

1. Για τη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει στο σπίτι.
2. Για τον τρόπο λήψης των φαρμάκων.
3. Για το λόγο που πρέπει να συνεχίσει να τα λαμβάνει (να μην χρειαστεί να νοσηλευτεί ξανά).
4. Για τις παρενέργειες που μπορεί να έχει και ότι πρέπει πάντα να αναφέρονται στον ψυχίατρό του.
5. Για τους τρόπους πρόληψης των υποτροπών.
6. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στο σπίτι, εάν ξαναεμφανιστούν.

Προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής ώστε να μην υποτροπιάσει, ακόμα κι όταν συνεχίζει τη θεραπεία του, ο νοσηλευτής θα πρέπει να του δώσει μία σειρά από στρατηγικές που μπορεί να ακολουθήσει, όπως (Eby-Brown, 2010):

1. Να εξηγήσει στον πάσχοντα ότι τα συναισθήματα που προηγήθηκαν της νοσηλείας του αποτελούν τα προειδοποιητικά σημεία. Τώρα που ξέρει πως είναι, μπορεί να τα παρακολουθεί και αν νιώσει να ξαναέρχονται να ενημερώσει την οικογένειά του ή κάποιον οικείο του και να ενημερώσει τον ψυχίατρό του για να τροποποιήσει την φαρμακευτική αγωγή.
2. Να βοηθήσει τον ασθενή να βάλει κάποιους στόχους και να του εξηγήσει ότι η συνέχιση της θεραπείας του είναι απαραίτητη για να τους εκπληρώσει αφού μόνο έτσι θα μπορέσει να αποφύγει επόμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο.
3. Να τονίσει την αναγκαιότητα απομάκρυνσης του στρες από την καθημερινότητα. Όταν κρίνεται απαραίτητο, μπορεί να απομονώνεται για λίγο σε ένα ήσυχο δωμάτιο.
4. Να πει στον ασθενή να έχει μία λίστα με όλα τα άτομα της οικογένειάς του και των φίλων του που μπορούν να τον βοηθήσουν ανά πάσα στιγμή, όπως στη λήψη των φαρμάκων ή στην ειδοποίηση ιατρού.
5. Να πει στον ασθενή να βρει δραστηριότητες που τον κάνουν να νιώθει καλύτερα και να τις καταγράψει. Όταν κάποια στιγμή νιώσει άσχημα, μπορεί να ανατράξει σε αυτές και να διαλέξει μία ώστε να φτιάξει τη διάθεσή του.
6. Να αποφεύγονται επικίνδυνες καταστάσεις που περιλαμβάνουν φωνές, διαπληκτισμούς, χρήση ουσιών.

7. Να διατηρούνται υγιείς, ακολουθώντας σωστή διατροφή κανονικό ύπνο και άσκηση.

8. Να σκέφτονται θετικά και να αποδεχτούν το γεγονός ότι κάποιες μέρες είναι δύσκολες και κάποιες άλλες εύκολες, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε όλους μας.

Παρόλα αυτά, πολλοί συνεχίζουν να έχουν ψυχωσικά συμπτώματα που εμφανίζονται ως διαταραχές στη σκέψη (ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες). Στους τρόπους αντιμετώπισης τους από τον ασθενή συγκαταλέγονται (Doran, 2013):

- Ο περισπασμός με διάφορες δραστηριότητες, όπως το διάβασμα δυνατά, η περιγραφή ενός αντικειμένου.
- Η αλληλεπίδραση, όπως το πρόσταγμα προς τις φωνές να σταματήσουν, η προσποιούμενη συνομιλία μαζί τους μέσω ενός κινητού, όπου θα αποφασίσουν να μιλήσουν αργότερα.
- Η στρατηγική της δραστηριότητας, όπως περπάτημα, μπάνιο, γυμναστική.
- Η κοινωνική στρατηγική που περιλαμβάνει συνομιλία με ένα έμπιστο άτομο, η σε κάποια γραμμή βοήθειας.

Τέλος, ο νοσηλευτής μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή σε διάφορα κοινοτικά προγράμματα και να τον ενθαρρύνει να ξεκινήσει ψυχαγωγικές δραστηριότητες, προκειμένου να αναπτύξει κοινωνική συναναστροφή με άλλα άτομα. Είναι επίσης ένα σημαντικό βήμα, καθώς από μόνος του, χωρίς την απαραίτητη παρότρυνση, δεν έχουν κίνητρα για να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις (Doran, 2013).

4.

4.1 Η επιβάρυνση της οικογένειας των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια

Οι οικογένειες που έχουν ένα χρόνιο ψυχικά άρρωστο μέλος, συνήθως υφίστανται κάποια επιβάρυνση που οφείλεται στις αυξημένες απαιτήσεις για επίβλεψη των ασθενών λόγω της φύσης της ασθένειας, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται οι συνήθειες, η επικοινωνία και η οικιακή οικονομία. Ως επιβάρυνση θεωρούνται τα προβλήματα, οι δυσκολίες ή τα ανεπιθύμητα γεγονότα που συμβαίνουν στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου ή σε οποιονδήποτε τρίτο ο οποίος συγκατοικεί με αυτόν.

Η επιβάρυνση αυτή συνήθως είναι υποκειμενική, το πώς δηλαδή τη βιώνουν τα μέλη, και αντικειμενική, το πώς δηλαδή ένας τρίτος την εκτιμά και την αξιολογεί και συνήθως αφορά (Doran, 2013):

- Τις οικογενειακές καθημερινές συνήθειες, π.χ του ελεύθερου χρόνου, της εργασίας των μελών.
- Τη σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας.
- Τα οικονομικά της οικογένειας.
- Την ανάπτυξη των παιδιών (αν υπάρχουν στο σπίτι).

Τα παραπάνω προβλήματα οφείλονται σε διάφορες αιτίες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

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

Για την αξιολόγηση της επιβάρυνσης έχουν αναπτυχθεί αρκετά όργανα που μπορούν να αποδώσουν το φαινόμενο αυτό ποιοτικά και ποσοτικά. Ένα από αυτά είναι η οικογενειακή συνέντευξη κατά Camberwell που καταγράφει το εκφραζόμενο συναίσθημα και περιλαμβάνει (Μαδιανός, 2003):

1. Κριτικά σχόλια που περιγράφουν μια σαφή απέχθεια ή απόρριψη, σύμφωνα με τον τόνο της φωνής ή το περιεχόμενο του λόγου του συγγενούς .
2. Επιθετικότητα, που εκφράζεται απέναντι στο πρόσωπο του αρρώστου και όχι σε συμπεριφορά του.
3. Δυσaráσκεια. Καταγράφεται ως παρούσα ή απύσα. Βασίζεται σε κριτικές ή επιθετικές παρατηρήσεις, αλλά δεν εκφράζεται ανοιχτά προς το άρρωστο μέλος.
4. Ζεστασιά. Βασίζεται στην έκφραση συναισθηματικής «ζεστασιάς» μέσα στο πλαίσιο των θετικών σχολίων και του τόνου της φωνής.
5. Συναισθηματική υπερεμπλοκή. Τα βασικά στοιχεία της διάστασης αυτής είναι οι συνεχείς φόβοι για μικρά προβλήματα, τάσεις για υπερπροστασία και φορτικότητα.
6. Συνολικός δείκτης εκφραζόμενου συναισθήματος συγγενών. Πρόκειται για μία συνολική εκτίμηση της μεγάλης συναισθηματικής έκφρασης που βασίζεται στην παρουσία ενός ή περισσότερων προαναφερθέντων στοιχείων.

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Abstract 1

Free will perceptions and psychiatric symptoms in patients diagnosed with schizophrenia.

Some research suggests that holding a free will perspective may offer mental health and physical health benefits. What this paper adds to existing knowledge?: This study is the first to examine links between free will perceptions and psychiatric symptoms in patients diagnosed with schizophrenia. What are the implications for practice?: Study results suggest that helping people with a diagnosis of schizophrenia to recognize situations where they do have some freedom of choice over their actions and emotional reactions (free will) may assist them in improving their experiences and better managing their symptoms.

The relationship between free will perceptions and psychiatric symptoms in patients with a diagnosis of schizophrenia. Introduction Some research indicates that having a strong sense that one possesses free will may be associated with better psychological and physical health. This study is the first to examine diagnosis of schizophrenia. Method Thirty-two participants were interviewed using the Brief Psychiatric Rating Scale to assess symptom severity and the Free Will Subscale of the Free Will and Determinism Scale to assess free will perceptions. Results As hypothesized, a negative association was found between free will perceptions and total symptom severity, though it appears that this was mainly accounted for by positive symptoms. A content analysis was also conducted to qualitatively examine how patients conceptualize the construct of free will and its role in coping with their own mental illness. Discussion Study results suggest that holding a free will perspective may mitigate psychiatric symptoms in patients with a diagnosis of schizophrenia. Thus, psychiatric nurses and other mental health clinicians may improve current treatments for schizophrenia by helping patients recognize situations where they do have some freedom of choice over their actions and emotional reactions (free will) to stressful life events (Gurak et al., 2016).

Περίληψη

Τι είναι γνωστό σχετικά με το θέμα? Κάποια έρευνα δείχνει ότι κατέχοντας μια ελεύθερη προοπτική θα μπορούν να προσφέρουν την ψυχική υγεία και τα σωματικά οφέλη για την υγεία. Τι προσθέτει αυτό το χαρτί στην υπάρχουσα γνώση? Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη που εξετάζει τις συνδέσεις μεταξύ των ελεύθερων βούλησης αντιλήψεων και ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας. Ποιές είναι οι συνέπειες για την πρακτική? Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι βοηθά τους ανθρώπους με την διάγνωση της σχιζοφρένειας να αναγνωρίσουν τις καταστάσεις όπου έχουν κάποια ελευθερία επιλογής πάνω από τις πράξεις τους και τις συναισθηματικές αντιδράσεις (ελεύθερη βούληση) μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των εμπειριών τους και την καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων τους. Η σχέση μεταξύ των ελεύθερων βούλησης αντιλήψεων και ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με κάποια εισαγωγική έρευνα δείχνει ότι μια ισχυρή αίσθηση ότι κάποιος έχει ελεύθερη βούληση μπορεί να σχετίζεται και με την καλύτερη σωματική υγεία. Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη που εξετάζει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Τριάντα δυο συμμετέχοντες ερωτήθηκαν χρησιμοποιώντας τη σύντομη ψυχιατρική κλίμακα βαθμολόγησης για να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την ελεύθερη βούληση υποκλίμακας της ελεύθερης βούλησης και της ντεντερνισμού, κλίμακας για την εκτίμηση της ελεύθερης βούλησης αντιλήψεων. Όπως υποθέσαμε, μια αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των ελεύθερων βούλησης αντιλήψεων και τη συνολική βαρύτητα των συμπτωμάτων, αν και φαίνεται ότι αυτό οφείλεται κυρίως στα θετικά συμπτώματα. Επίσης, μια ανάλυση περιεχομένου διεξήχθη να εξετάσει ποιοτικά πώς οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη δομή της ελεύθερης βούλησης και ο ρόλος του στην αντιμετώπιση με την δική τους ψυχική ασθένεια. Τα αποτελέσματα συζήτησης μελέτης δείχνουν ότι κατέχοντας μια ελεύθερη προοπτική ίσως μετριάσουν τα ψυχιατρικά συμπτώματα ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας. Έτσι, οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές και άλλοι κλινικοί γιατροί ψυχικής υγείας ίσως βελτιώσουν τις τρέχουσες θεραπείες για τη σχιζοφρένεια, βοηθώντας τους ασθενείς να αναγνωρίζουν καταστάσεις όπου έχουν κάποια ελευθερία επιλογής πάνω από τις πράξεις τους και τις συναισθηματικές αντιδράσεις (ελεύθερη βούληση) στα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής.

Abstract 2

The influence of organizational climate on care of patients with schizophrenia: a qualitative analysis of health care professionals' views.

Background Organizational climate relates to how employees perceive and describe the characteristics of their employing organization. It has been found to have an impact on healthcare professionals' and patients' experiences of healthcare (e.g. job satisfaction, patient satisfaction), as well as organizational outcomes (e.g. employee productivity). This research used organizational theory to explore dynamics between health care professionals (pharmacists, doctors and nurses) in mental health outpatients' services for patients taking clozapine, and the perceived influence on patient care. Setting Seven clozapine clinics (from one NHS mental health Trust in the UK) which provided care for people with treatment resistant schizophrenia. Methods This study used qualitative methods to identify organizational climate factors such as deep structures, micro-climates and climates of conflict that might inhibit change and affect patient care. Using Interpretative Phenomenological Analysis, semistructured interviews were conducted with 10 healthcare professionals working in the clinics to explore their experiences of working in these clinics and the NHS mental health Trust the clinics were part of. Main outcome measure Health Care Professionals' perceptions of the care of patients with treatment resistant schizophrenia. Results Three superordinate themes emerged from the data: philosophy of care, need for change and role ambiguity. Participants found it difficult to articulate what a philosophy of care was and in spite of expressing the need for change in the way the clinics were run, could not see how 'changing things would work'. There was considerable role ambiguity with some 'blurring of the boundaries between roles'. Factors associated with organizational climate (role conflict; job satisfaction) were inhibiting team working and preventing staff from identifying the patients' health requirements and care delivery through innovation in skill mix. There were mixed attitudes towards the pharmacist's inclusion as a team member. Conclusions Our findings suggest deficiencies within the clinics that may be manifestations of the wider culture of the NHS. The implications for mental health outpatient clinics are that local initiatives are crucial to the implementation of recovery models; clear guidance should be provided on the skill mix required in clozapine clinics and interprofessional learning should be encouraged to reduce role conflict (Sutton, 2016).

Περίληψη

Το ιστορικό οργανωτικό κλίμα σχετίζεται με το πώς οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται και περιγράφουν τα χαρακτηριστικά που απασχολούν την οργάνωση τους. Έχει βρεθεί ότι έχουν αντίκτυπο (π.χ. παραγωγικότητα των εργαζομένων) των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και εμπειρίες των ασθενών της υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. ικανοποίηση από την εργασία, την ικανοποίηση των ασθενών), καθώς και οργανωτικά αποτελέσματα. Η έρευνα αυτή χρησιμοποιείται για την οργανωτική θεωρία για να διερευνήσει την δυναμική μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (φαρμακοποιούς, γιατρούς και νοσηλευτές) στις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών ψυχικής υγείας: για ασθενείς που λαμβάνουν κλοζαπίνη και για την παρατηρούμενη επίδραση στην περίθαλψη των ασθενών. Ρυθμίζοντας επτά κλινικές κλοζαπίνης από ένα (NHS Trust ψυχικής υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο), από την οποία παρέχεται η φροντίδα για τα άτομα με ανθεκτική στη θεραπεία, η σχιζοφρένεια. Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε ποιοτικές μεθόδους για τον εντοπισμό οργανωτικών παραγόντων του κλίματος, όπως η βαθιά δομή, μικρό-κλίματα και κλίματα των συγκρούσεων που θα μπορούσαν να ανακόψουν την ανάγκη και να επηρεάσουν την φροντίδα των ασθενών. Χρησιμοποιώντας ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση, ημιδομημένων συνεντεύξεων που διεξήχθησαν σε 10 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε κλινικές για να διερευνήσουν τις εμπειρίες τους που εργαζόταν σε αυτές τις κλινικές και οι κλινικές ψυχικής υγείας του NHS Trust ήταν μέρος του. Τα κύρια μέτρα έκβασης αντίληψης των επαγγελματιών φροντίδας της υγείας της φροντίδας των ασθενών με ανθεκτική στη θεραπεία, σχιζοφρένεια. Τρεις ανωτέρου θέματα προέκυψαν από τα δεδομένα: η φιλοσοφία της φροντίδας, ανάγκη για αλλαγή και το ρόλο ασάφεια. Οι συμμετέχοντες ήταν δύσκολο να αρθρώσουν τη μία φιλοσοφία της φροντίδας και παρ' όλα αυτά εκφράζοντας την ανάγκη για αλλαγή με τον οποίο οι κλινικές λειτουργούσαν δεν μπορούσαμε να δούμε πώς με την αλλαγή τα πράγματα θα μπορούσαν να λειτουργήσουν. Υπήρξε σημαντική ασάφεια ρόλου με κάποια <<θόλωμα των ορίων μεταξύ των ρόλων>>. Παράγοντες που σχετίζονται με την οργανωτική του κλίματος (σύγκρουση ρόλο? ικανοποίηση από την εργασία) ήταν αναστέλλοντας την ομάδα εργασίας και την πρόληψη του προσωπικού από την αναγνώριση των αναγκών υγείας των ασθενών και της παροχής περίθαλψης μέσω της καινοτομίας στο μίγμα δεξιοτήτων. Υπήρχαν μεικτές στάσεις για την ένταξη του φαρμακοποιού ως μέλος της ομάδας. Συμπερασματικά τα ευρήματα μας υποδηλώνουν ελλείψεις στο πλαίσιο των κλινικών που μπορεί να είναι εκδηλώσεις της ευρύτερης κουλτούρας του ΕΣΥ. Οι επιπτώσεις για τα εξωτερικά ιατρεία ψυχικής υγείας είναι ότι τοπικές πρωτοβουλίες είναι ζωτικής σημασίας για την εφαρμογή των μοντέλων ανάκτησης, πρέπει να παρέχονται σαφείς οδηγίες σχετικά με το μείγμα των δεξιοτήτων που απαιτούνται σε κλινικές κλοζαπίνης και την διεπαγγελματική μάθηση θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να μειώσουν τη σύγκρουση ρόλου.

Abstract 3

The outcomes of psychiatric inpatients by proportion of experienced psychiatrists and nurse staffing in hospital: New findings on improving the quality of mental health care in South Korea.

Readmission rates for mental health care are higher in South Korea than other Organization for Economic Development (OECD) countries. Therefore, it is worthwhile to continue investigating how to reduce readmissions. Taking a novel approach, we determined the relationship between psychiatrist experience and mental health care readmission rates. We used National Health Insurance claim data (N=21,315) from 81 hospitals to analyze readmissions within 30 days of discharge for "mood disorders" or "schizophrenia, schizotypal and delusional disorders" during 2010-2013. In this study, multilevel models that included both patient and hospital-level variables were analyzed to examine associations with readmission. Readmissions within 30 days of discharge accounted for 1079 (5.1%) claims. Multilevel analysis demonstrated that the proportion of experienced psychiatrists at a hospital was inversely associated with risk of readmission (OR: 0.79, 95% CI: 0.74-0.84 per 10% increase in experienced psychiatrists). Readmission rates for psychiatric disorders within 30 days of discharge were lower in hospitals with a higher number of nurses (OR: 0.95, 95% CI: 0.94-0.96 per 10 nurses). In conclusion, health policymakers and hospital managers should make an effort to reduce readmissions for psychiatric disorders and other diseases by considering the role that physician experience plays and nurse staffing (Han, 2015).

Περίληψη

Τα ποσοστά επανεισδοχής για την φροντίδα ψυχικής υγείας είναι υψηλότερα στη Νότιο Κορέα απ ότi άλλοι οργανισμοί οικονομικής ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Ως εκ τούτου, αξίζει να συνεχιστεί η διερεύνηση πώς να μειώσουν τις επαναπροωθήσεις. Κάνοντας μία νέα προσέγγιση, θα καθοριστεί η σχέση μεταξύ των έμπειρων ψυχιάτρων και των ποσοστών επανεισδοχής στη φροντίδα της ψυχικής υγείας. Χρησιμοποιήσαμε τα στοιχεία αξίωσης της Εθνικής Ασφάλισης Υγείας (N=21.315) από 81 νοσοκομεία για να αναλύσει τις επαναπροωθήσεις εντός 30 ημερών από την απαλλαγή για «διαταραχές της διάθεσης» η «σχιζοφρένεια, σχιζότυπη και παραληρητικές διαταραχές» κατά την περίοδο 2010-2013. Σε αυτή την μελέτη, τα πολυεπίπεδα μοντέλα που περιλαμβάνονται τόσο των μεταβλητών των ασθενών όσο και των νοσοκομειακών επιπέδων που αναλύθηκαν για να εξεταστούν οι συσχετίσεις με την

επανεισδοχή. Οι επανεισδοχές εντός 30 ημερών από την απαλλαγή αντιπροσώπευαν το 1079 αξιώσεις (5,1%). Η πολυεπίπεδη ανάλυση έδειξε ότι η αναλογία των έμπειρων ψυχιάτρων σε ένα νοσοκομείο σχετίστηκε αντίστροφα με τον κίνδυνο της επανεισδοχής (OR:0,79, 95% CL:0,74-0,84 ανά 10% αύξηση σε έμπειρους ψυχιάτρους). Τα ποσοστά επανεισδοχής για ψυχιατρικές διαταραχές εντός 30 ημερών από την απαλλαγή ήταν χαμηλότερες σε νοσοκομεία με μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτών (OR:0,95, 95% CL:0,94-0,96 ανά 10 νοσηλευτές). Εν κατακλείδι, για την χάραξη της πολιτικής υγείας και τους υπεύθυνους του νοσοκομείου θα πρέπει να κάνουμε μια προσπάθεια να μειώσουμε τις επαναπροωθήσεις για τις ψυχιατρικές διαταραχές και άλλες ασθένειες εξετάζοντας τον ρόλο που παίζει η εμπειρία του ιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Abstract 4

Schizophrenia through the carers' eyes: results of a European cross-sectional survey.

Schizophrenia is a serious mental disorder affecting approximately 29 million people worldwide. The ideal treatment and care of patients with schizophrenia should be provided by a multidisciplinary 'team' involving psychiatrists, nurses and other healthcare professionals, together with carers and patients. In light of the key role carers play in the care of patients with schizophrenia, the present survey was designed to assess the opinions of family members and friends of patients with schizophrenia across Europe and to ascertain their attitudes towards the illness, medication and adherence to medication. Among carers participating in this survey, there was widespread awareness of the issues involved in supporting patients with schizophrenia and the importance of their role in improving poor adherence to medication. Three differences in opinion emerged between the views of carers and psychiatrists; psychiatrists rely more on the patient themselves when assessing adherence than carers would recommend; in contrast to psychiatrists, many carers believe the illness itself contributes to non-adherence; two thirds of carers think that schizophrenia medication damages health (higher than estimated by psychiatrists). The findings from the present survey, taken together with the results from the Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia surveys of psychiatrists and nurses, support the need for a collaborative approach to the issue of treatment nonadherence. In particular, healthcare professionals should recognize the valuable contribution that family carers can make to improve treatment adherence and consequently clinical outcomes for patients with schizophrenia. Schizophrenia carries a significant burden for families

providing care. The Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia (ADHES) carers' survey was designed to assess the opinions of family and friends of patients with schizophrenia across Europe and ascertain their attitudes towards the illness, medication and adherence to medication. A questionnaire-based cross-sectional survey of 138 carers across 16 European countries. Interpretation of results was based on a descriptive comparison of responses. Carers recognized the importance of medication to help patients get better (76%) and improve their quality of life (76%) and relationships (74%). Sixty-seven per cent believed medication damages general health. Sixty-five per cent reported that treatment adherence was a burden for patients. Thirty-eight per cent indicated that it was a daily struggle to get patients to take their medication. Fifty per cent perceived that medication administered every few weeks rather than daily was quite/very important. Ninety-three per cent agreed on the importance of family support to boost adherence, with education and information deemed important for families and patients. Carers rely less on the patient themselves when assessing adherence than psychiatrists. The burden faced by carers and patients in taking medication provides an opportunity for healthcare professionals to provide support in a multidisciplinary 'team' involving psychiatrists, nurses and carers (Svettini, 2015).

Περίληψη

Η σχιζοφρένεια είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή που επηρεάζει περίπου 29 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Η ιδανική θεραπεία και φροντίδα των ασθενών με σχιζοφρένεια θα πρέπει να παρέχονται από μία διεπιστημονική ομάδα η οποία αποτελείται από ψυχιάτρους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας μαζί με τους φροντιστές και τους ασθενείς. Υπό το φως οι φροντιστές παίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών με σχιζοφρένεια, η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις απόψεις των μελών της οικογένειας και των φίλων των ασθενών με σχιζοφρένεια σε όλη την Ευρώπη και να εξακριβώσει τη στάση τους απέναντι στην ασθένεια, φαρμακευτική αγωγή και την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Μεταξύ των φροντιστών που συμμετέχουν σε αυτήν την έρευνα, υπήρξε ευρεία συνειδητοποίηση των θεμάτων που εμπλέκονται στην υποστήριξη των ασθενών με σχιζοφρένεια και τη σημασία του ρόλου τους στη βελτίωση της κακής συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή. Τρεις διαφορές προέκυψαν μεταξύ των απόψεων των φροντιστών και των ψυχιάτρων? Οι ψυχιάτροι βασίζονται περισσότερο στον εαυτό των ασθενών κατά την αξιολόγηση της τήρησης από ότι θα συνιστούσαν οι φροντιστές? Σε αντίθεση με τους ψυχιάτρους πολλοί φροντιστές πιστεύουν ότι η ίδια η ασθένεια συμβάλλει στη μη τήρηση? Τα δύο τρίτα των φροντιστών πιστεύουν ότι η

θεραπεία της σχιζοφρένειας καταστρέφει την υγεία (υψηλότερα από ότι εκτιμάται από τους ψυχιάτρους). Τα ευρήματα από την παρούσα έρευνα σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα από την Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia των ψυχιάτρων και των νοσηλευτών, υποστηρίζουν την ανάγκη για μια συνεργατική προσέγγιση στο θέμα της μη τήρησης της θεραπείας. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναγνωρίσουν την πολύτιμη συμβολή των οικογενειακών φροντιστών που μπορεί να κάνουν για να βελτιώσουν την τήρηση της θεραπείας και κατά συνέπεια, τα κλινικά αποτελέσματα για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια φέρνει σημαντική επιβάρυνση για τις οικογένειες που παρέχουν φροντίδα. Η έρευνα των φροντιστών Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia (ADHES) σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις απόψεις της οικογένειας και των φίλων των ασθενών με σχιζοφρένεια σε όλη την Ευρώπη και να ελέγξει την στάση τους απέναντι στην ασθένεια, φαρμακευτική αγωγή και την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Μια έρευνα διατομής ερωτηματολογίου των 138 φροντιστών που βασίζεται σε 16 Ευρωπαϊκές Χώρες. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων βασίστηκε σε μια περιγραφική σύγκριση των απαντήσεων. Οι φροντιστές αναγνώρισαν τη σημασία των φαρμάκων για να βοηθήσουν τους ασθενείς για να γίνουν καλύτερα (76%), και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (76%) και τις σχέσεις τους (74%). Το 67% πίστευαν ότι η θεραπεία προκαλεί ζημιά στην γενική υγεία. Το 65% ανέφερε ότι η τήρηση της θεραπείας ήταν ένα βάρος για τους ασθενείς. Το 38% ανέφερε ότι ήταν ένας καθημερινός αγώνας για τους ασθενείς να λαμβάνουν τα φάρμακα τους. Το 50% έκανε αντιληπτό ότι το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται κάθε λίγες εβδομάδες και όχι ημερησίως, ήταν αρκετά. Το 93% συμφώνησε για την σημασία της στήριξης της οικογένειας για την ενίσχυση της προσκόλλησης, με την εκπαίδευση και τις πληροφορίες που κρίνονται σημαντικές για τις οικογένειες και τους ασθενείς. Οι φροντιστές εξαρτώνται λιγότερο από τους ίδιους τους ασθενείς, κατά την αξιολόγηση της τήρησης από τους ψυχιάτρους. Η επιβάρυνση που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής παρέχει μία ευκαιρία για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας για την παροχή υποστήριξης σε διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από ψυχιάτρους, νοσηλευτές και φροντιστές.

Abstract 5

Metabolic abnormalities among people diagnosed with schizophrenia: a literature review and implications for mental health nurses.

Metabolic abnormalities such as diabetes, obesity and dyslipidaemia are found in much higher rates in people with a diagnosis of schizophrenia when compared with the general population. This review discusses the most prevalent metabolic abnormalities associated with schizophrenia, their frequency and implications for mental health nurses (MHN). This review illuminates the need for MHN to acquire added awareness, knowledge and practical strategies in managing people at high risk of developing metabolic abnormalities associated with MetS. By doing this, it contributes

to the literature by highlighting practical strategies for MHN in assessment and ongoing monitoring of metabolic abnormalities in clinical practice. This review highlights the need for MHN to be vigilant in monitoring a person's physical state on commencement and throughout treatment with antipsychotics. There is a need for an early detection monitoring system for people who are potentially at risk of developing metabolic abnormalities. The literature review aimed to investigate metabolic abnormalities associated with metabolic syndrome (MetS) in people diagnosed with schizophrenia; they are almost twice as likely to have metabolic risk factors and die approximately 20 years younger than the general population. MetS has become an issue of growing concern in mental health nursing. A comprehensive literature review was conducted utilizing various databases to address the reviews aim. Databases such as CINAHL Plus with full text (via EBSCO), MEDLINE(R) (OVID), PsycINFO and the COCHRANE library were accessed. The main metabolic abnormalities that emerged were: diabetes, obesity and dyslipidaemia. Antipsychotic medication also plays a vital role in a person's susceptibility to the development of MetS. It is critical that MHN has access to training and education in managing people at high risk of developing metabolic abnormalities associated with MetS. This review contributes to the literature by highlighting practical strategies for MHN in assessment and ongoing monitoring of metabolic abnormalities in clinical practice (McDaid & Smyth, 2015).

Περίληψη

Οι μεταβολικές ανωμαλίες όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία που βρέθηκαν σε πολύ υψηλότερα ποσοστά σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η αναθεώρηση αυτής της συζήτησης στις πιο διαδεδομένες μεταβολικές ανωμαλίες που σχετίζονται με την σχιζοφρένεια, η συχνότητά της και οι συνέπειες για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Η αναθεώρηση αυτή φωτίζει την ανάγκη της να αποκτήσει προστιθέμενη συνειδητοποίηση, γνώση και πρακτικές στρατηγικές για την διαχείριση των ανθρώπων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν μεταβολικές ανωμαλίες που σχετίζονται με μεταβολικό σύνδρομο. Με τον τρόπο αυτό, συμβάλλει στην βιβλιογραφία υπογραμμίζοντας πρακτικές στρατηγικές για την αξιολόγηση και τη συνεχή παρακολούθηση των μεταβολικών ανωμαλιών στην κλινική πράξη. Η αναθεώρηση αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη της επαγρύπνηση για την παρακολούθηση της φυσικής κατάστασης ενός ατόμου κατά την έναρξη και τη διάρκεια της θεραπείας με αντιψυχωσικά. Υπάρχει ανάγκη για ένα σύστημα παρακολούθησης έγκαιρης ανίχνευσης για τους ανθρώπους που είναι δυνητικά ανάπτυξης μεταβολικών ανωμαλιών. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στοχεύει να διερευνήσει μεταβολικές ανωμαλίες που σχετίζονται με το

μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας? Είναι σχεδόν οι διπλάσιες πιθανότητες να έχουν μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου και να πεθάνουν 20 χρόνια νεότεροι από ότι στο γενικό πληθυσμό. Το μεταβολικό σύνδρομο έχει γίνει ένα θέμα αυξανόμενης ανησυχίας στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Μια περιεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διεξήχθη χρησιμοποιώντας διάφορες βάσεις δεδομένων για την αντιμετώπιση των σχολίων κριτικής. Έχοντας πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων όπως, CINAHL PLUS με το πλήρες κείμενο μέσω (EBSCO), MEDLINE (R) (OBIDIOS), PSYCLINFO και τη βιβλιοθήκη COCHRANE. Οι κύριες μεταβολικές ανωμαλίες που προέκυψαν ήταν: ο διαβήτης, η παχυσαρκία και η δυσλιπιδαιμία. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην προδιάθεση ενός ατόμου για την ανάπτυξη του μεταβολικού συνδρόμου. Είναι κρίσιμο ότι η ΜΗΝ έχει πρόσβαση στην κατάρτιση και την εκπαίδευση, στην διαχείριση των ανθρώπων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν ανωμαλίες του μεταβολισμού που συνδέονται με μεταβολικό σύνδρομο. Η αναθεώρηση αυτή συμβάλλει στην βιβλιογραφία υπογραμμίζοντας πρακτικές στρατηγικές για την αξιολόγηση και τη συνεχή παρακολούθηση των μεταβολικών ανωμαλιών στην κλινική πράξη.

Abstract 6

Building collaboration in caring for people with schizophrenia.

People with schizophrenia, who have disturbances in mood, thought processes and behavior, experience impairment in day-to-day functioning. Primary caregivers have tried to become involved in caring for persons with schizophrenia by coordination with community psychiatric nurses. Community psychiatric nurses have an important role to play in supporting families in this care, especially primary caregivers. The purpose of the present study was to explore the relationship between Thai community psychiatric nurses and primary caregivers of people with schizophrenia. Grounded theory methodology was used to examine the process with which community psychiatric nurses work together with primary caregivers. Purposive sampling and theoretical sampling were used. Data were collected from 34 informants, including 17 community psychiatric nurses and 17 primary caregivers through in-depth interviews, observation, and field notes. Data was analyzed using constant and comparative methods by Glaser (1978). The study revealed that building collaboration in the care of people with schizophrenia involved coordinating both community psychiatric nurses and primary caregivers in a process that consists of five major stages. In the first stage, community psychiatric nurses and primary caregivers used strategies to establish trust in each other before the next stage, which engaged their

concerns and needs. Later, the stages of mutual preparation for caregiving, cooperating on patient care and monitoring outcomes were jointly employed in order to promote a healthy family life for patients. The study concludes by suggesting guidelines and giving insights into ways of helping primary caregivers and their patients with schizophrenia (Kertchok, 2014).

Περίληψη

Οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια, οι οποίοι έχουν διαταραχές στην διάθεση, διαδικασίες σκέψης και συμπεριφοράς, απομείωση στην εμπειρία λειτουργίας ημέρα με την ημέρα. Οι πρωτοβάθμιοι φροντιστές έχουν προσπαθήσει να εμπλακούν στην φροντίδα των ατόμων με σχιζοφρένεια σε συντονισμό με την κοινότητα των ψυχιατρικών νοσηλευτών. Οι κοινοτικοί ψυχιατρικοί νοσηλευτές έχουν ένα σημαντικό ρόλο να παίξουν στην υποστήριξη των οικογενειών σε αυτή την φροντίδα, ειδικά οι πρωτοβάθμιοι φροντιστές. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των ψυχιατρικών νοσηλευτών της κοινότητας της Ταϊλάνδης και τους πρωταρχικούς φροντιστές των ατόμων με σχιζοφρένεια. Η θεωρία της γειωμένης μεθοδολογίας χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει την διαδικασία με την οποία οι κοινοτικοί ψυχιατρικοί νοσηλευτές εργάζονται από κοινού με τους πρωτογενείς νοσηλευτές. Χρησιμοποιήθηκε σκόπιμη και θεωρητική δειγματοληψία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 34 πληροφορητές, συμπεριλαμβανομένων 17 κοινοτικών ψυχιατρικών νοσηλευτών και 17 πρωτογενείς νοσηλευτές μέσα από εις βάθος συνεντεύξεις, παρατήρηση και τις σημειώσεις πεδίου. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας σταθερούς και συγκριτικούς μεθόδους με GLAZER(1978). Η μελέτη αποκάλυψε ότι η οικοδόμηση της συνεργασίας στη φροντίδα των ατόμων με σχιζοφρένεια που εμπλέκονται στο συντονισμό τόσο σε κοινοτικούς όσο σε ψυχιατρικούς και πρωταρχικούς φροντιστές σε μια διαδικασία που αποτελείται από πέντε κύρια στάδια. Στο πρώτο στάδιο, η κοινότητα των ψυχιατρικών νοσηλευτών και οι πρωτογενείς φροντιστές χρησιμοποιούν στρατηγικές για την εδραίωση της εμπιστοσύνης σε κάθε άλλο πριν το επόμενο στάδιο, το οποίο ασχολείται με τις ανησυχίες και τις ανάγκες τους. Αργότερα, τα στάδια της αμοιβαίας προετοιμασίας για την παροχή φροντίδας, σε συνεργασία σχετικά με τα αποτελέσματα της φροντίδας και την παρακολούθηση του ασθενούς από κοινού είχαν χρησιμοποιηθεί προκειμένου να προωθήσει μια υγιή οικογενειακή ζωή για τους ασθενείς. Η μελέτη καταλήγει

προτείνοντας κατευθυντήριες γραμμές και δίνει γνώσεις σχετικά με τρόπους για να βοηθήσει πρωτογενείς φροντιστές και τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Abstract 7

Study on how schizophrenic patients perceive treatment with injections in the deltoid muscle.

Despite the advantages of antipsychotic treatments via the injectable route of administration, there are still reservations regarding this type of therapy, notably among health professionals. A survey conducted with patients suffering from schizophrenic disorders revealed the positive opinion that they had of their treatment. Another survey showed that nearly half of the patients preferred an injectable form, and two thirds felt they were cared for better, because of the injectable treatment. The slow release form of risperidone allows a choice between two injection sites: the deltoid muscle or the gluteal muscle. A recent study showed the satisfaction of the health professionals towards this novel form. The survey presented here was aimed at collecting the opinion of patients regarding the possibility of choosing the injection site, and the changes it would make.

OBJECTIVES AND METHODS: The survey was carried out by the BVA Institute during the first half of 2011. The interviews with the schizophrenic patients, followed-up as out patients and treated with long lasting antipsychotics (n=281), were conducted face to face at the hospital by BVA interviewers specialized in the field of health, without the presence of any health professionals. A total of 32 centers participated in the survey; 38% of the interviews took place in the Paris area and 62% in various regions.

RESULTS: Different dimensions were analyzed. (1) The perception of injectable treatment was largely positive: among all the patients, 75% claimed they currently felt better once they had started the injectable treatment. (2) The choice of the injection site appeared important to a majority of patients (70% of the total sample; 79% of patients had experienced both sites of injection), 56% claimed that it was legitimate that they be given the choice and they felt that they were thus able to participate in their treatment (58%), their treatment was more acceptable (54%), and they found that their relationship with the doctor or nurse was enhanced (53%). (3) The preference regarding the injection site went to the deltoid muscle, among those who had

experienced both sites. (4) The perception of the injection sites confirms this preference, the positive qualifications often being associated with the deltoid site, and the negative qualifications with the gluteal site.

CONCLUSION: The survey presented here could contribute in convincing the health professionals to propose the choice to patients between the two injection sites in order to improve their compliance to treatment. Patients would therefore play a role in the choice of their treatment and hence become more involved in the follow-up (Millet, 2012).

Περίληψη

Παρά τα πλεονεκτήματα των αντιψυχωσικών θεραπειών μέσω της ενέσιμης οδού χορήγησης, εξακολουθούν να υπάρχουν επιφυλάξεις σχετικά με αυτό το είδος της θεραπείας, ιδίως μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Μία έρευνα που έγινε με τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρενικές διαταραχές αποκάλυψε τη θετική γνώμη που είχαν για τη θεραπεία τους. Μία άλλη έρευνα έδειξε ότι σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς που προτίμησαν μία ενέσιμη μορφή, και τα δύο τρίτα δήλωσαν ότι είχαν φροντίσει για την καλύτερη, λόγω της ενέσιμης θεραπείας. Η μορφή βραδείας αποδέσμευσης της ρισπεριδόνης επιτρέπει την επιλογή ανάμεσα σε δύο σημεία της ένεσης: δελτοειδή μυ ή στον γλουτιαίο μυ. Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας προς αυτή τη νέα μορφή. Η έρευνα που παρουσιάζεται εδώ είχε ως στόχο τη συλλογή της γνώμης των ασθενών σχετικά με τη δυνατότητα της επιλογής στο σημείο της ένεσης, καθώς και οι αλλαγές που θα γίνουν.

Στόχοι και Μέθοδοι: Η έρευνα διεξήχθη από το Ινστιτούτο BVA κατά το πρώτο εξάμηνο του 2011. Οι συνεντεύξεις με τους σχιζοφρενείς ασθενείς, παρακολουθήθηκαν ως έξω ασθενείς και θεραπεία με αντιψυχωσικά μακράς διάρκειας (n=281), διεξήχθησαν πρόσωπο με πρόσωπο στο νοσοκομείο με BVAερευνητές που ειδικεύονται στον τομέα της υγείας, χωρίς την παρουσία όλων των επαγγελματιών υγείας. Συνολικά 32 κέντρα συμμετείχαν στην έρευνα? 38% των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε στην περιοχή του Παρισιού και 62% σε διάφορες περιοχές.

Αποτελέσματα: Διαφορετικές διαστάσεις αναλύθηκαν.1) Η αντίληψη της ενέσιμης θεραπείας ήταν σε μεγάλο βαθμό θετική: ανάμεσα σε όλους τους ασθενείς, το 75% υποστήριξε ότι σήμερα αισθάνθηκε καλύτερα από την στιγμή που είχαν αρχίσει την ενέσιμη θεραπεία. 2) Η επιλογή της θέσης της ένεσης εμφανίστηκε σημαντική για την πλειοψηφία των ασθενών (70% του συνολικού δείγματος, 79% των ασθενών είχαν

βιώσει και τις δύο περιοχές της ένεσης) το 56% υποστήριξε ότι ήταν θεμιτό να τους δοθεί η επιλογή και αισθάνθηκαν ότι έτσι ήταν σε θέση να συμμετέχουν στην επεξεργασία τους (58%), τη θεραπεία τους ήταν περισσότερο αποδεκτή (54%), και βρήκαν ότι η σχέση τους με τον γιατρό ή τον νοσηλευτή ενισχύθηκε (53%). 3) Η προτίμηση για το σημείο της ένεσης πήγε στο δελτοειδή μυ, ανάμεσα σε αυτούς που είχαν βιώσει και τις δύο περιοχές. 4) Η αντίληψη των σημείων της ένεσης επιβεβαιώνει αυτή την προτίμηση, τα θετικά προσόντα συχνά συνδέονται με την ιστοσελίδα δελτοειδή και τα αρνητικά προσόντα με το site γλουτών.

Σύναψη: Η έρευνα που παρουσιάζεται εδώ θα μπορούσε να συμβάλλει στο να πείσει τους επαγγελματίες υγείας να προτείνουν την επιλογή των ασθενών μεταξύ των δύο σημείων της ένεσης, προκειμένου να βελτιωθεί η συμμόρφωση τους στη θεραπεία. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς θα διαδραματίσουν το ρόλο της επιλογής της θεραπείας τους και ως εκ τούτου να εμπλακεί περισσότερο στην παρακολούθηση.

Abstract 8

Mental health nurses' attitudes towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness: the development of a measurement tool.

It is well established that people with schizophrenia and related serious mental illnesses die prematurely and have significantly higher medical co-morbidity compared with the general population. Mental health nurses have a key role in improving the physical health of patients but their attitudes to this aspect of their role have not been systematically examined.

OBJECTIVES: To develop and validate a measure of mental nurses' attitudes towards physical health care.

DESIGN: The measurement tool was developed from a literature review, focus groups and responses to a postal questionnaire.

PARTICIPANTS AND SETTING: All registered nursing staff working within a NHS mental health trust in the UK were sent the questionnaire and 585 (52%) staff responded.

METHODS: Completed questionnaires were analysed by standard descriptive statistical methods. Exploratory factor analysis (principal component analysis) was used to examine and reduce attitude items to a coherent and parsimonious scale.

RESULTS: A 28-item measure comprised of four factors accounted for 42% of the variance. The factor solution appeared to provide meaningful dimensions, and the internal consistency of the measure and of its derived subscales was adequate (Cronbach's alpha between 0.76 and 0.61). The factors were labelled nurses' attitudes to involvement in physical health care; nurses' confidence in delivering physical health care; perceived barriers to physical health care delivery and nurses' attitudes to smoking. Validity was established by associations between the total scale and subscales with pre-determined respondent variables.

CONCLUSION: The Physical Health Attitude Scale for mental health nurses (Phase) is a first attempt to develop a valid and reliable measure of this important area. The initial development methods and its testing in a large sample provide indications of content and construct validity. Further testing in different samples and consequent refinement are necessary, however the Phase appears to be a useful tool for measuring attitudes among this professional group and evaluating the effects of professional development (Robson & Haddad, 2012).

Περίληψη:

Ιστορικό: Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια και σχετικά σοβαρές ψυχικές ασθένειες πεθαίνουν πρόωρα και έχουν σημαντικά υψηλότερη ιατρική συν-νοσηρότητα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν ένα βασικό ρόλο στη βελτίωση της σωματικής υγείας των ασθενών, αλλά η στάση τους σε αυτήν την πτυχή του ρόλου τους δεν έχουν εξεταστεί συστηματικά.

Στόχοι: Την ανάπτυξη και επικύρωση ενός μέτρου της συμπεριφοράς των ψυχικών νοσηλευτών προς τη φυσική φροντίδα υγείας.

Σχέδιο: Το εργαλείο μέτρησης αναπτύχθηκε από μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ομάδες εστίασης και απαντήσεις σε ένα ταχυδρομικό ερωτηματολόγιο.

Συμμετέχοντες και Ρύθμιση: Όλοι οι εργαζόμενοι του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν καταχωρηθεί μέσα σε ένα NHS TRUST ψυχικής υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια και 585(52%) του προσωπικού απάντησε.

Μέθοδοι: Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με πρότυπες περιγραφικές μεθόδους. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση (ανάλυση σε κύριες συνιστώσες)

χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει και να μειώσει στοιχεία στάσης σε μια συνεκτική και φειδωλή κλίμακα.

Αποτελέσματα: Ένα μέτρο 28 σημείων αποτελείται από τέσσερις παράγοντες που αντιπροσωπεύουν το 42% της διακύμανσης. Ο παράγοντας λύση φαίνεται να παρέχει ουσιαστική διάσταση και η εσωτερική συνοχή του μέτρου και των παραγόντων της υποκλίμακας ήταν επαρκής (Cronbach α μεταξύ 0.76 και 0.61). Οι παράγοντες που επισημάνθηκαν ήταν οι στάσεις των νοσηλευτών για τη συμμετοχή τους στη φυσική σωματική περίθαλψη? Η εμπιστοσύνη των νοσηλευτών στην παροχή σωματικής φροντίδας υγείας? Τα αντιληπτά εμπόδια στη φυσική παράδοση της υγειονομικής περίθαλψης και τις στάσεις των νοσηλευτών στο κάπνισμα. Η ισχύς ιδρύθηκε από τις ενώσεις μεταξύ του συνολικού και ως υποκλίμακες με μεταβλητές προκαθορισμένο εναγόμενο.

Σύναψη: Η κλίμακα της στάσης της σωματικής υγείας για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (φάση) είναι μια πρώτη προσπάθεια να αναπτύξουν ένα έγκυρο και αξιόπιστο μέτρο της σημαντικής αυτής περιοχής. Οι αρχικές μέθοδοι ανάπτυξης και δοκιμής του σε ένα μεγάλο δείγμα παρέχοντας ενδείξεις για το περιεχόμενο και δοκιμή εγκυρότητας. Περαιτέρω δοκιμές σε διαφορετικά δείγματα και η συνακόλουθη βελτίωση είναι αναγκαία, ωστόσο η φάση φαίνεται να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τη μέτρηση της στάσης μεταξύ αυτής της επαγγελματικής ομάδας και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της επαγγελματικής ανάπτυξης.

Abstract 9

Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia.

There were two objectives of this study. The first was to identify the attitudes of home-visit nurses towards clients with schizophrenia that lead to the provisions of effective care and positive client outcomes for clients with schizophrenia. The second was to develop a framework to understand how nurses acquire nursing attitudes that lead to such provisions. Seven expert home-visit nurses who had successfully prevented rehospitalization of clients with schizophrenia for more than 2 years were interviewed. In the semistructured interviews, the nurses described their experiences in assisting one or two clients. Data were analyzed qualitatively. The central theme was having equal footing with the client. An effective nursing attitude was acquired through recognizing one's own preconceptions of clients with schizophrenia through two steps:

encountering unexpected client behaviors and becoming aware of one's problematic care. For these clients, it was essential that the nurses reflect on their preconceptions towards clients with schizophrenia and alter these preconceptions by working with the clients and believing in their innate ability to live in the community. The findings suggest that the field of mental health home-visit nursing might benefit from adding these educational components in order to cultivate effective nursing attitudes for assisting clients with schizophrenia (Katakura, 2010).

Περίληψη

Υπήρχαν δυο στόχοι αυτής της μελέτης. Η πρώτη ήταν να προσδιορίσει την κατ οίκον επίσκεψη των νοσηλευτών προς τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Το δεύτερο ήταν να αναπτύξουν ένα πλαίσιο για να κατανοήσουμε πως οι νοσηλευτές αποκτούν στάσεις νοσηλευτικής που οδηγούν σε τέτοιες διατάξεις. Επτά ειδικοί κατ οίκον νοσηλευτές οι οποίοι είχαν αποτρέψει με επιτυχία την επανανοσηλεία των ασθενών με σχιζοφρένεια για περισσότερο από δύο χρόνια πέρασαν από συνέντευξη. Στις ημιδομημένες συνεντεύξεις, οι νοσηλευτές περιγράφουν τις εμπειρίες τους για την παροχή ενός ή δύο ασθενών. Τα δεδομένα αναλύθηκαν ποιοτικά. Το κεντρικό θέμα ήταν επί ίσης όρης με τον ασθενή. Μία αποτελεσματική νοσηλευτική στάση αποκτήθηκε μέσω της αναγνώρισης των προκαταλήψεων των ασθενών με σχιζοφρένεια σε δύο στάδια: αντιμετωπίζει απροσδόκητες συμπεριφορές των ασθενών και έλαβε γνώση την προβληματική φροντίδα του καθενός. Για αυτούς τους ασθενείς, ήταν απαραίτητο οι νοσηλευτές να προβληματιστούν σχετικά με τις προκαταλήψεις τους προς τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και να αλλάξουν αυτές τις προκαταλήψεις μέσω της συνεργασίας με τους ασθενείς και την πίστη στην έμφυτη ικανότητα τους να ζουν στην κοινότητα. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι ο τομέας της ψυχικής υγείας στην κατ οίκον νοσηλεία θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την προσθήκη αυτών των εκπαιδευτικών συνιστωσών, προκειμένου να καλλιεργήσουν την αποτελεσματική στάση νοσηλευτικής για την παροχή βοήθειας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Abstract 10

The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management.

The introduction of second-generation antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia has provided significant benefits for clients experiencing this disorder. While they have been found effective in reducing psychotic symptoms, there is evidence that these drugs are also linked with a group of side effects commonly known as the metabolic syndrome. Mental health nurses are well positioned to prevent, detect and/or manage the development of this problematic constellation of symptoms. Guidelines for practice can be useful in prevention and management of the syndrome and enhance nursing care of clients who are taking second-generation antipsychotics (Usher, 2006).

Περίληψη

Η εισαγωγή των αντιψυχωσικών φαρμάκων δεύτερης γενιάς για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας έχει παράσχει σημαντικά οφέλη για τους πελάτες που αντιμετωπίζουν αυτή τη διαταραχή. Ενώ έχουν βρεθεί αποτελεσματικά στη μείωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα φάρμακα αυτά συνδέονται με μία ομάδα παρενεργειών που είναι κοινώς γνωστό ως μεταβολικό σύνδρομο. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι σε καλή θέση για την πρόληψη, την ανίχνευση και/ ή τη διαχείριση της ανάπτυξης αυτής της προβληματικής αστερισμού των συμπτωμάτων. Οι κατευθυντήριες γραμμές για την πρακτική μπορεί να είναι χρήσιμη στην πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου και να ενισχυθεί η νοσηλευτική φροντίδα των πελατών που λαμβάνουν αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Ανδρούτσου Α. – Φιλιππακοπούλου Σ. (2013), *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια*, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης Τμήμα νοσηλευτικής
- Μαδιανός Μ.(2003) *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις: Καστανιώτη
- Μαδιανός Μ. (2006) *Κλινική ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μπίτσιος Π. (2014) *Σημειώσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης*
- Παπαγεωργίου Ευάγγελος (2002), *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Γραφικές Τέχνες Χ. Και Σ. Ζαχαροπούλου- Δ. Σιταράς Ο.Ε. .
- Φερεντίνος Π., Κονταξάκης Β.(2003) *Θεραπεία στη σχιζοφρένεια* ψυχιατρική κλινική παν/ίου Αθηνών Αιγινήτειο νοσοκομείο. Αθήνα : εκδόσεις Καστανιώτη
- Χριστοδούλου Γ. (2006) *Ψυχιατρική(I)*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Χριστοδούλου Γ. (2006) *Ψυχιατρική(II)*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- American Psychological Association APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.* Text Revision (DSM-IV-TR) Washington, DC:
- Anneli Pitkanen, Heli Hatonen, Lauri Kuosmanen, Maritta Valimaki (2008). *Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study*, International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 1598–1606
- Austin, W., & Boyd, M.A. (2008). Interventions in psychiatric and mental health nursing practice. *Psychiatric nursing for Canadian practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bartolote J. et al (2004) *Psychiatric diagnoses and suicide. Revisiting the evidence*.

- Bristol – Myers (2004), *Οδηγίες και υποστήριξη για τα άτομα με σχιζοφρένεια, ανακαλύψτε το δρόμο προς τα εμπρός*, published by Squibb Company and Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd
- Csernansky J. (2001), *Schizophrenia: A new guide for clinicians*, New York: Marcel Dekker, Inc.
- Doran C. (2013) *Prescribing Mental Health Medication: The practitioner's guide*. New York: Taylor & Francis Group
- Eaton WW, Mortensen PB, Frydenberg M.(2000) *Obstetric factors, urbanization and psychosis*. Schizophr Res 43:117-23
- Eby;Brown (2010) *Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία* trans (ομάδα εκδόσεων) Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
- Gattaz WF, Abrahao AR, Foccacia R.(2004). *Childhood meningitis, brain maturation and the risk of psychosis*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254:23-26.
- Ji-Min Seo, Sukhee Ahn, Eun-Kyung Byun, and Chul-Kweon Kim (2007) *Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia*. Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 21, No. 6 (December), 2007: pp 317–326
- Kaplan and Saddock's (2007) *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (Synopsis of psychiatry)* Tenth Edition Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Kirkpatrick B, Cenk T.(2005) *Schizophrenia: Clinical features and psychopathology concepts In: Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (8th ed.) Philadelphia: Lippinkott Williams & Wilkins,
- Kring A. et all (2010 [2007]) *Ψυχοπαθολογία*, trans Καραμπά. Αθήνα: εκδόσεις Gutenberg.
- Lindenmayer JP, Khan A. (2006) *Psychopathology. In: Textbook of schizophrenia*. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, eds. American Psychiatric Publishing, Washington DC
- Noiseux S., Ricard N.(2007) *Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory*, International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 1148–1162
- Olivares, J., Alptekin, K., Azorin, J., Cañas, F., Dubois, V., Emsley, R. et al. (2013) *Psychiatrists 'awareness of adherence to antipsychotic medication in patients with*

schizophrenia: results from a survey conducted across Europe, the Middle East and Africa. *Patient Prefer Adherence* 7: 121–132.

- Owen G., Wessely S., Murray R., (2014) *Handbook of Practical Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.
- Robin E, Koksal A, Jean-Michel A, Fernando C, et al. (2015) Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey 5(6) 339–350.
- Tandon R, DeQuardo JR, Taylor SF, et al.(2000) *Phasic and enduring negative symptoms in schizophrenia: biological markers and relationship to outcome*. *Schizophr Res* ;45(3):191-201.
- Townsend M. (2011) *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing : Care Plans and Psychotropic Medications*. Oklahoma : F.A. Davis Company.
- Wolfgang G. (2011) *Schizophrenia: Current Science and Clinical Practice*. Germany: John Wiley & Sons, Ltd.