



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΤΣΟΥΤΣΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

Ευχαριστίες ...

Η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας σημαίνει το τελείωμα ενός ωραίου κύκλου, των φοιτητικών μου χρόνων, και παράλληλα ένα νέο ξεκίνημα. Αποχαιρετώντας λοιπόν το ΑΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ και το τμήμα Νοσηλευτικής, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μου έδωσαν και για την επιμονή τους να συνεχίζουν το έργο τους προς όλους εμάς τους φοιτητές.

Τις ιδιαίτερα θερμές μου ευχαριστίες, ωστόσο, θα ήθελα να αποδώσω στην εισηγήτρια μου Αλίκη Τσούτση και παράλληλα επιβλέπων της παρούσας πτυχιακής εργασίας, τόσο για το θέμα που μου ανέθεσε, όσο και για την πολύτιμη βοήθεια και το χρόνο που διέθεσε για την καθοδήγηση στη συγγραφή της εργασίας μου.

Βέβαια, την μεγαλύτερη ευγνωμοσύνη χρωστάω στην οικογένεια μου, που με στήριξαν με κάθε δυνατό τρόπο όλα αυτά τα χρόνια ώστε να καταφέρω να ξεκινήσω και να ολοκληρώσω με επιτυχία τις σπουδές μου.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract	6
Εισαγωγή.....	7
Ιστορική αναδρομή σχιζοφρένειας.....	9
Επιδημιολογία της σχιζοφρένειας	11
A ΜΕΡΟΣ.....	13
1.1 Τύποι σχιζοφρένειας	13
1.2 Παράγοντες κινδύνου	16
1.2.1 Οι βιολογικοί παράγοντες.....	16
1.2.2 Κοινωνικοί παράγοντες.....	18
1.2.3 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	19
1.3 Παθοφυσιολογία της νόσου	19
1.4 Συμπτωματολογία.....	20
1.4.1 Συνοσηρότητα σχιζοφρένειας.....	24
1.5 Η διάγνωση.....	25
1.6 Η εξέλιξη της νόσου	27
1.7 Θεραπεία.....	29
1.8 Φαρμακευτική αγωγή	30
1.9 Εναλλακτικές μορφές θεραπείας.....	34
1.10 Παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής.....	36
1.11 Στοιχεία για τη πρόγνωση της νόσου.....	38
1.12 Η πρόληψη της σχιζοφρένειας.....	39
B ΜΕΡΟΣ.....	41
2.1 Η νοσηλεία του πάσχοντος	41
2.2 Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας	43
2.3 Τα καθήκοντα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.....	44
2.4 Εκτίμηση της κατάστασης του πάσχοντος.....	46
2.5 Η νοσηλευτική διάγνωση	48
2.6 Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή.....	50
2.7 Οι ευθύνες του νοσηλευτή σχετικά με τη θεραπεία	51
2.8 Αντιμετώπιση ασθενών όταν βρίσκονται σε κρίση	55
2.9 Η Ελληνική νομοθεσία για τους ψυχικά πάσχοντες.....	56
Γ Μέρος	61

3.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	61
Βιβλιογραφία	91

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με σκοπό να αναλύσει τον ιδιαίτερο ρόλο που έχουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στη διαχείριση ασθενών με σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια είναι μία περίπλοκη νόσος που έχει τις ρίζες της πολύ παλιά, αλλά ακόμα δεν έχει γίνει εφικτή η αποκωδικοποίησή της.

Στο Α μέρος της εργασίας αναλύεται η σχιζοφρένεια και τα δεδομένα που είναι γνωστά μέχρι σήμερα για την αιτιολογία της, τους τρόπους εμφάνισής της και πρόληψής της. Παρά το γεγονός ότι μελετάται με έντονο ρυθμό, δεν έχει γίνει ακόμα εφικτή η πλήρη θεραπεία της αλλά έχει υπάρξει σημαντική εξέλιξη στην ανάπτυξη φαρμάκων και τη μείωση των παρενεργειών τους.

Στο Β και κύριο μέρος, αναφέρονται όλες οι παράμετροι που σχετίζονται με τη νοσηλεία των ασθενών. Ανάλογα με το στάδιο και τον τύπο της ασθένειας, απαιτείται διαφορετικός τρόπος νοσηλείας που συνεπάγεται και διαφορετικά νοσηλευτικά καθήκοντα. Ο νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια του ασθενή να θεραπευτεί και τον κατευθύνει, του συμπαραστέκεται και του απαλύνει τυχόν ανεπιθύμητα συναισθήματα που μπορεί να προκύψουν. Παράλληλα γίνεται συζήτηση και για τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών που επιβεβαιώνουν τη σημαντικότητα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, τόσο στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ασθενών όσο και στη συνέχιση της φαρμακευτικής τους αγωγής μετά την από-ιδρυματοποίησή τους.

Abstract

This paper aims to analyze the special role that the mental health nurses have in the management of patients with schizophrenia. Schizophrenia is a complex disease that has its roots in the past, but still its decoding isn't feasible.

In part A, it is negotiated the schizophrenia and the data known up to date considering the risk factors, the clinic symptoms and ways that it can be prevented. Despite the fact that it is studied robustly, the full treatment is not yet possible, but there has been significant progress in the development of drugs and reduction of their side effects.

In the second and main part, all the parameters associated with the interventions of nurses are referred. Depending on the stage and type of the disease different type of hospitalization is required, involving different nursing tasks. The nurse is actively involved in any procedure for the cure including the physiological support when it's needed. At the same time there is a discussion of the results of various studies that confirm the importance of mental health nurses, both in restoring of the functionality of patients and in continuing the medication after their deinstitutionalization.

Εισαγωγή

Ο όρος σχιζοφρένεια χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Bleuler και από εκείνη τη στιγμή καταβάλλονται μεγάλες προσπάθειες να αποσαφηνιστεί το μυστήριο που καλύπτει αυτή την ετερογενή ομάδα νόσων. Περιγράφει μια σοβαρή νόσο του εγκεφάλου τα αίτια και η παθολογία της οποίας δεν έχουν ακόμα καθοριστεί.

Η έγκαιρη διάγνωσή της και η πρόληψη είναι θέματα που απασχολούν τους επιστήμονες παγκοσμίως καθώς μελέτες δείχνουν ότι η έκβαση της νόσου εξαρτάται από το είδος των κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν αρχικά για να διαγνωστεί. Ακόμα όμως δεν έχει προσδιοριστεί σε πόσο αρχικό στάδιο είναι καλό να ξεκινήσει η θεραπεία ενώ προκύπτουν και ηθικά διλήμματα, καθώς κάποιος μπορεί να χαρακτηριστεί πως έχει προ-ψυχωτικά συμπτώματα, τα οποία όμως μπορεί και να μην οδηγήσουν ποτέ σε σχιζοφρένεια.

Δεδομένου ότι έχει δοθεί έμφαση στην νευροβιολογία της σχιζοφρένειας, η συμπεριφορική πτυχή της και ο ρόλος που οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις παίζουν στη θεραπεία εξακολουθούν να είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος. Αυτά καλύπτουν όχι μόνο την επέμβαση σε οξεία κρίση ή τη διαχείριση κλινικών συμπτωμάτων όπως παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, αλλά προγράμματα κατάρτισης για τη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών σε μακροπρόθεσμη βάση.

Η πλήρης ίαση των ασθενών είναι ο απώτερος σκοπός κάθε θεραπευτικής παρέμβασης. Ωστόσο, για αδιευκρίνιστους ακόμα λόγους, η θεραπεία δεν μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική για όλους τους ασθενείς και συνήθως αυτό που επιτυγχάνεται είναι ή υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η πιο συνηθισμένη κατάσταση είναι η επάνοδος των συμπτωμάτων μία ή περισσότερες φορές.

Έτσι λοιπόν, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, εκτός των άλλων παρεμβάσεων τους θα πρέπει επιπλέον να αναπτύξουν και ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, προκειμένου να βοηθήσουν στη θεραπεία τους και όσο γίνεται στη μείωση των υποτροπών της νόσου. Σε αυτό το σημείο καθοριστική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτή στα τελικά στάδια της θεραπείας, όπου ο ασθενής είναι σε θέση να καταλάβει τι έχει συμβεί. Με τις κατάλληλες προσεγγίσεις από το νοσηλευτή, ο πάσχων θα είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να προλάβει την υποτροπή.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας κατέχουν πρωτεύον ρόλο στη φροντίδα του αρρώστου. Στη χώρα μας, αυτό το ρόλο τον αναλαμβάνουν πολλές φορές και οι βοηθοί νοσηλευτών. Στα καθήκοντά τους περιλαμβάνονται η επικοινωνία με τον άρρωστο, η εκτίμηση των προβλημάτων του, η παρέμβαση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αλλά και τομείς όπως η συνεργασία, ο συντονισμός και η οργάνωση.

Τα περισσότερα από όσα αναφέρονται παρακάτω για τη φροντίδα των πασχόντων αναφέρονται κυρίως σε δεδομένα του εξωτερικού. Η φροντίδα των ψυχικά αρρώστων σύμφωνα με το ισχύον σύστημα παροχής φροντίδας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που περιλαμβάνουν στις υποδομές τους «Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας» και με ελάχιστες εξαιρέσεις και τμήματα οξέων περιστατικών, στα οποία οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ασθενείς σε κρίση. Η φροντίδα παρέχεται από νοσηλευτές τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία εργάζονται με τις ίδιες συνθήκες και τα ίδια καθήκοντα και υποχρεώσεις προς τον ψυχικά άρρωστο με ελάχιστες παραλλαγές.

Ιστορική αναδρομή σχιζοφρένειας

Η έννοια της σχιζοφρένειας είναι σχετικά πρόσφατη, σε σύγκριση με άλλες ψυχικές νόσους που είναι γνωστές από την αρχαιότητα, όπως η κατάθλιψη, η μελαγχολία και η μανία. Μόλις στα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα οι Ευρωπαίοι ψυχίατροι άρχισαν να ξεχωρίζουν από την έννοια της «παράνοιας» μια συγκεκριμένη διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας, που συνήθως επηρεάζει τους νέους, και συχνά εξελίσσεται σε χρόνιες αλλοιώσεις.

Στη Γαλλία, ο Morel αναφέρθηκε σε τέτοιες περιπτώσεις δίνοντας την ορολογία «πρώιμη άνοια», ενώ στη Σκωτία, ο Clouston επινόησε τον όρο «εφηβική παραφροσύνη». Στη Γερμανία, ο Kahlbaum την ανέφερε ως κατατονικό σύνδρομο, και ο μαθητής του Hecker την περιέγραψε ως ηβηφρένεια. Ωστόσο, μετά τις παραπάνω σημαντικές προσπάθειες, ο Emil Kraepelin, το 1896 ήταν εκείνος που κατάφερε να ενώσει τις ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, που οδηγούν τελικά στη γνωστική και συμπεριφορική παρακμή, σε μια νοσολογική οντότητα με το όνομα της πρώιμης άνοιας βασιζόμενος σε συστηματικές παρατηρήσεις μεγάλου αριθμού κλινικών περιπτώσεων (Gaebel, 2011).

Αργότερα, το 1910, ο Bleuler εισήγαγε τον όρο σχιζοφρένεια, από τις ελληνικές λέξεις λέξεις σχίζειν (διαχωρίζω) και φρένα (νους), που αντικατέστησε τελικά την ορολογία του Kraepelin. Οι δύο αυτοί ψυχίατροι περιέγραψαν το πλήθος των διαφορετικών μορφών που μπορεί να έχει η σχιζοφρένεια, με κάποιες από τις τότε υποκατηγορίες τους να ισχύουν ακόμα και σήμερα, όπως είναι ο αποδιοργανωτικός, ο κατατονικός και ο παρανοϊκός τύπος (Owen, 2014).

Ωστόσο, υπάρχουν κείμενα που μαρτυρούν την ύπαρξη κλινικών συμπτωμάτων που σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα θα μπορούσαν να διαγνωστούν ως σχιζοφρένεια, και χρονολογούνται έως και 2.000 προ Χριστού, κυρίως στην αρχαία Αίγυπτο. Αντίστοιχα στοιχεία που αφορούν τον αρχαίο ελληνικό πληθυσμό δείχνουν ότι παρόλο που οι ψυχωτικές διαταραχές δεν ήταν κάτι το άγνωστο για την τότε κοινωνία, δεν υπάρχει κανένας όρος που να ανταποκρίνεται στα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια σε αυτές τις κοινωνίες.

Στις κοινωνίες εκείνες όλοι οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια ή διανοητική καθυστέρηση, αντιμετώπιστηκαν σχεδόν το ίδιο, θεωρώντας ότι είχαν καταληφθεί από το κακό, και η

κατάλληλη θεραπεία ήταν ο εξορκισμός από αυτά τα δαιμόνια, με διάφορα μέσα, που κυμαίνονται από αβλαβείς θεραπείες, όπως η έκθεση του ασθενή σε ορισμένα είδη μουσικής, έως πιο επικίνδυνες, όπως η διάνοιξη οπών στο κρανίο του ασθενούς (Χριστοδούλου, 2006).

Οι πρώτες προσπάθειες για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας περιορίστηκαν από τις ελλειπείς γνώσεις για την δομή του εγκεφάλου και των νευροχημικών πτυχών της διαταραχής. Στις αρχές του 20ου αιώνα οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν βασίζονταν κυρίως στη θεωρία και δεν είχαν στέρεες επιστημονικές αποδείξεις. Σε αυτές περιλαμβάνονταν η θεραπεία του ύπνου, η θεραπεία του φυσικού αερίου, ακόμη και ενέσιμη χρήση ουσιών όπως το θείο.

Στη δεκαετία του 1940, αναπτύχθηκε η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), μέσω της οποίας το ηλεκτρικό ρεύμα μεταδίδεται στον εγκέφαλο και προκαλεί μια προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα της ψυχωτικής διαταραχής. Το 1950 αναπτύχθηκε το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο, η χλωρπρομαζίνη, που δρούσε δεσμεύοντας τους D2 υποδοχείς. Κοντά στη δεκαετία του 1990, αναπτύχθηκε η δεύτερη γενιά αντιψυχωσικών, με καλύτερα αποτελέσματα στον έλεγχο των συμπτωμάτων (Owen, 2014).



Εικόνα 1 : Οι δύο σημαντικότεροι ψυχίατροι του 19^{ου} αιώνα, αριστερά ο Emil Kraepelin (1856-1926) και δεξιά ο Eugen Bleuler (1857-1939) .

Επιδημιολογία της σχιζοφρένειας

Την τελευταία δεκαετία έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην κατανόηση των επιδημιολογικών στοιχείων της νόσου.

Η επίπτωση της σχιζοφρένειας στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%. Ίσως η πιο ολοκληρωμένη μελέτη που το αποδεικνύει προέρχεται από τη Φινλανδία, όπου σύμφωνα με τα κριτήρια του συστήματος DSM-IV υπολογίστηκε ότι η εκτιμώμενη επικράτηση είναι 0,87% για τη σχιζοφρένεια, και 0,32% για την σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (Perälä 2007). Για πολλά χρόνια κυριαρχούσε η άποψη ότι η συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας ήταν σταθερή τόσο γεωγραφικά όσο και χρονικά. Ωστόσο, τώρα ξέρουμε ότι αυτό δεν ισχύει, καθώς μια μελέτη έδειξε ότι οι τιμές για τη συχνότητα της σχιζοφρένειας κυμαίνονται από 7,7 έως 43,0 ανά 100.000 άτομα, ποσοστά που εμφανίζουν σχεδόν πενταπλάσια διαφορά (McGrath, 2006) .

Παρόλο που δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά στα ποσοστά εμφάνισης μεταξύ των δύο φύλλων, οι άνδρες έχουν μικρότερη μέση ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων σε σχέση με τις γυναίκες, γεγονός που τους κάνει πιο ευάλωτους. Πιο συγκεκριμένα, η μέση ηλικία εμφάνισης για τους άνδρες είναι από τα 20-24 έτη ενώ για τις γυναίκες από τα 29-32 έτη. Επίσης, στους άνδρες τα συμπτώματα είναι εντονότερα, πιθανά λόγω αυξημένης ευαισθησίας του εγκεφάλου τους σε νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Simona, 2010).

Σε ότι αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, μελέτες έδειξαν ότι στις αστικές περιοχές τα ποσοστά εμφάνισης σχιζοφρένειας είναι πιο υψηλά. Η πιθανή εξήγηση σε αυτό είναι ότι στις πόλεις υπάρχει περισσότερο άγχος στην καθημερινότητα, γεγονός που φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα που εμφανίζουν τη νόσο είναι πιο πιθανό να μετακινηθούν σε μία μεγάλη πόλη προκειμένου να αναζητήσουν θεραπεία ή να διατηρήσουν την ανωνυμία τους (Heinz, 2014).

Πληθυσμός	Επίπτωση (%)
Γενικός πληθυσμός	1.0
Μη δίδυμος αδελφός σχιζοφρενούς	8.0
Παιδί με ένα σχιζοφρενή γονέα	12.0
Διζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενούς	12.0
Παιδί με δύο γονείς σχιζοφρενείς	40.0
Μονοζυγωτικός δίδυμος αδερφός σχιζοφρενούς	47.0

Πίνακας 1: Σύγκριση μεταξύ της επίπτωσης στο γενικό πληθυσμό και στους συγγενείς, ανάλογα με το βαθμό συγγένειας απ' όπου αποδεικνύεται η ύπαρξη κάποιου κληρονομικού υπόβαθρου (Kaplan and Sadock ,2000).

A ΜΕΡΟΣ

1.1 Τύποι σχιζοφρένειας

1) Παρανοϊκός τύπος

Η παρανοϊκή σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ακραία καχυποψία για τους άλλους και από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις διωκτικού ή μεγαλοπρεπή χαρακτήρα, αλλά και συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις ή προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες. Το άτομο μπορεί να είναι συχνά τεταμένο, διαλεκτικό, εχθρικό και επιθετικό. Αυτό είναι αρκετά δύσκολο για αυτούς, ιδιαίτερα επειδή δεν μπορούν να κρατήσουν μια δουλειά, να έχουν φιλίες, ή ακόμη και να πάνε στο γιατρό. Αρχίζει συνήθως μετά την ηλικία των 30 ετών. Αν και είναι μια δια βίου ασθένεια, η λήψη φαρμάκων και η αναζήτηση κατάλληλης βοήθειας μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή να κάνουν τη ζωή τους πιο εύκολη. Η λειτουργικότητα του ασθενή στον παρανοϊκό τύπο επηρεάζεται συνήθως λιγότερο από ότι στον κατατονικό ή στον αποδιοργανωτικό τύπο και οι πάσχοντες μπορεί να λειτουργούν καλά σε κοινωνικές και επαγγελματικές καταστάσεις. Έτσι, μπορεί ακόμα και να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται.

2) Αποδιοργανωτικός τύπος

Η συμπεριφορά είναι συνήθως οπισθοδρομική και πρωτόγονη. Κοινά χαρακτηριστικά είναι η ανοησία, το άτοπο ασύμβατο γέλιο με το περιεχόμενο των λεγόμενων του, οι γκριμάτσες του προσώπου, και η ακραία κοινωνική απόσυρση. Η επικοινωνία είναι σταθερά ασυνάρτητη. Εμφανίζεται συνήθως σε ηλικίες από 15 έως 25 έτη. Το βασικό χαρακτηριστικό που τον διαφοροποιεί από τους άλλους τύπους είναι η ιδιαίτερα παράξενη και ανάρμοστη συμπεριφορά, που αποδεικνύεται να είναι άσκοπη, όπως για παράδειγμα να περπατάει γύρω στο δωμάτιο.

3) Κατατονικός τύπος

Η κατατονική σχιζοφρένεια εκδηλώνεται με δύο ακραίες μορφές, αντίθετες μεταξύ τους, με λήθαργο ή με διέγερση. Στην πρώτη περίπτωση σημειώνεται ψυχοκινητική καθυστέρηση, αλαλία, ποζάρισμα, αρνητισμός, ακαμψία και μείωση της κινητικότητας του

ατόμου σε σημείο που να μην κάνει καμία κίνηση. Στη δεύτερη περίπτωση σημειώνεται υπερδιέγερση, που οδηγεί σε εξάντληση ή σε βλάβη του εαυτού τους ή άλλων σε περίπτωση που δεν κατασταλεί. Μπορεί να παρατηρηθεί ηχολαλία με επανάληψη όσων ακούει ή και μίμηση των κινήσεων.

4) Αδιαφοροποίητος τύπος

Διαγιγνώσκονται οι περιπτώσεις όπου υπάρχει έλλειψη κατατονία, παράνοιας ή αποδιοργανωμένου λόγου και συχνά μοιάζει με άλλες ασθένειες. Χαρακτηρίζεται από έντονα αποδιοργανωμένες συμπεριφορές και ψυχωτικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, ασυναρτησία, που μπορεί να εμφανίζονται στις άλλες κατηγορίες.

5) Υπολειμματικός τύπος

Η συμπεριφορά είναι εκκεντρική, αλλά τα ψυχωτικά συμπτώματα, αν υπάρχουν, δεν είναι εμφανή. Τα θετικά συμπτώματα έχουν εξαλειφθεί εντελώς ενώ τα αρνητικά συνεχίζουν να υπάρχουν. Ακόμα κι αν επανέλθουν είναι σε πολύ ήπια μορφή. Χαρακτηριστικά στοιχεία είναι η κοινωνική απόσυρση και η ανάρμοστη συμπεριφορά. Ο ασθενής έχει ιστορικό από τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας στο οποίο τα ψυχωτικά συμπτώματα ήταν εμφανή (Townsend, 2011).

6) Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

Αναφέρεται σε συμπεριφορές χαρακτηριστικές της σχιζοφρένειας, πέραν εκείνων που είναι ενδεικτικές των διαταραχών της διάθεσης, όπως η κατάθλιψη ή η μανία.

7) Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή

Τα βασικά χαρακτηριστικά της σύντομης ψυχωτικής διαταραχής περιλαμβάνουν μια ξαφνική εκδήλωση ψυχωτικών συμπτωμάτων που διαρκούν τουλάχιστον 1 ημέρα, αλλά λιγότερο από 1 μήνα και στην οποία υπάρχει μια εικονική επιστροφή στο προ νοσηρό επίπεδο λειτουργίας. Η διάγνωση καθορίζεται περαιτέρω από το αν ακολουθούν αναγνωρίσιμα σημεία στρεσογόνων παραγόντων ή αν η εκδήλωση λαμβάνει χώρα εντός 4 εβδομάδων μετά τον τοκετό.

8) Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής σχιζοφρενικής μορφής είναι ταυτόσημα με εκείνα της σχιζοφρένειας, με την εξαίρεση ότι η διάρκεια είναι τουλάχιστον 1 μήνα αλλά λιγότερο από 6 μήνες. Η διάγνωση ονομάζεται "προσωρινή", αν η διάγνωση πρέπει να γίνεται πριν από την ανάρρωση.

9) Παραληρητική διαταραχή

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία μιας ή περισσότερων αυταπατών που διαρκούν για τουλάχιστον 1 μήνα. Η παραισθησιογόνα δραστηριότητα δεν είναι εμφανής. Εκτός από τις παραισθήσεις, συνυπάρχει και εξασθενημένη συμπεριφορά και λειτουργία (Townsend, 2011).



Εικόνα 4 : Οι ασθενείς συχνά πιστεύουν ότι κάποιος συνωμοτούν εναντίον τους και γίνονται ιδιαίτερα καχύποπτοι.

1.2 Παράγοντες κινδύνου

Τα αίτια που προκαλούν τη σχιζοφρένεια δεν έχουν ακόμα διευκρινιστεί πλήρως, παρά τις διάφορες μελέτες που έχουν γίνει στο πέρασμα των χρόνων. Ωστόσο, έχουν ενοχοποιηθεί κάποιοι παράγοντες, που μπορούν να διαχωριστούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τους βιολογικούς, τους κοινωνικούς και τους ψυχολογικούς παράγοντες. Επίσης έχει αποδειχθεί σύμφωνα με έρευνες ότι κάποια γονίδια που έχουν στην αρχή φυσιολογική λειτουργία καθίστανται σε παθολογική λειτουργία ύστερα από την επίδραση στρεσογόνων παραγόντων.

1.2.1 Οι βιολογικοί παράγοντες

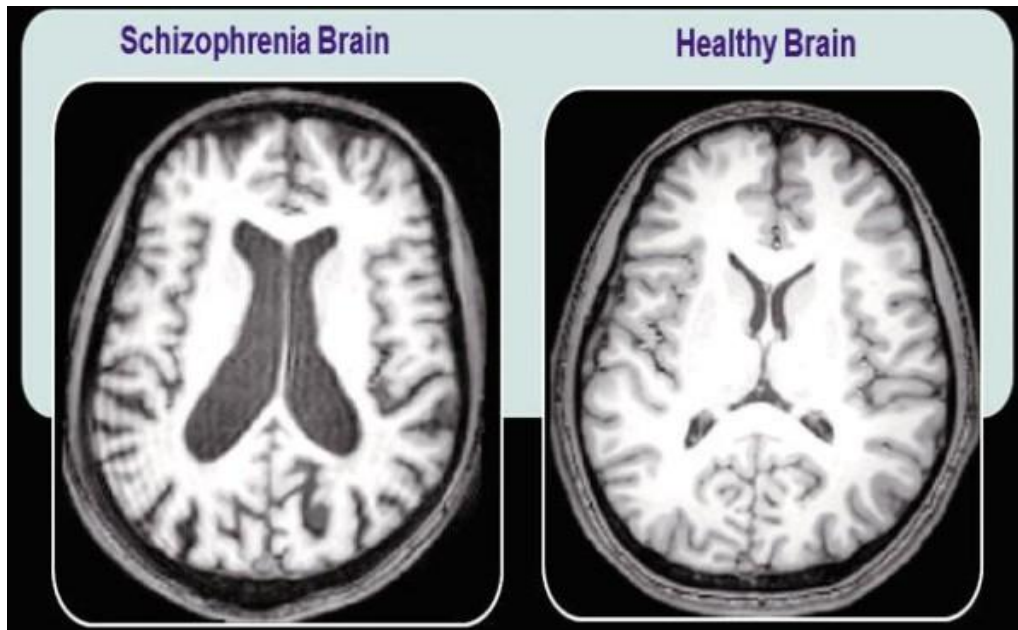
1) Γενετικοί παράγοντες

Ο πιο ευρέως συζητήσιμος παράγοντας κινδύνου για τη σχιζοφρένεια είναι ένα οικογενειακό ιστορικό της διαταραχής με πάσχοντα κάποιο συγγενή πρώτου βαθμού. Μελέτες διδύμων και μελέτες υιοθεσίας έχουν δείξει ότι ο βαθμός επιρροής των γενετικών παραγόντων είναι μεγαλύτερος από του οικογενειακού περιβάλλοντος. Υποθέτοντας ένα μοντέλο στο οποίο τα γονίδια και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δρουν προσθετικά, η οικογενής μορφή της σχιζοφρένειας υπολογίζεται να είναι μεταξύ 66% και 83%. Το γεγονός όμως ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι δεν εμφανίζουν στο 100% των περιπτώσεων και οι δύο σχιζοφρένεια, είναι η απόδειξη πως δεν πρόκειται για καθαρά νόσο με κληρονομικό χαρακτήρα. Θεωρείται ότι εμπλέκεται ένας μεγάλος αριθμός γονιδίων με πολύ μικρή επίδραση το καθένα (Tsuang, 2000).

2) Οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία

Αφορά τη δομική εγκεφαλική βλάβη και τη νευροχημική διαταραχή του εγκεφάλου. Στις δομικές βλάβες έχουν βρεθεί αλλοιώσεις όπως το μειωμένο μέγεθος του ιππόκαμπου, μείωση του μεγέθους των δομών του μεταιχμιακού συστήματος, η διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου με αποτέλεσμα τη μείωση των εγκεφαλικών κυττάρων αλλά και νευροχημικές διαφορές στο μετωπιαίο λοβό. Οι νευροχημικές βλάβες σχετίζονται με αυξημένη παραγωγή ντοπαμίνης ή αυξημένη ευαισθησία των υποδοχέων στη ντοπαμίνη, ή

με διαταραχές του σεροτονινεργικού και του νοραδρενεργικού συστήματος (Χριστοδούλου, 2006).



Εικόνα 2: Η διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου, όπως φαίνεται σε μαγνητική τομογραφία. Στα αριστερά είναι ο παθολογικός εγκέφαλος και στα δεξιά ο φυσιολογικός.

3) Η γονική ηλικία

Τα τελευταία χρόνια, υπήρξε ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για παρατήρηση του Edward Hare σύμφωνα με την οποία η ηλικία του πατέρα είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση σχιζοφρένειας στους απογόνους. Σύμφωνα με μελέτες, οι πιθανότητες αυξάνονται από 1/141 όταν οι πατέρες ήταν κάτω των 25 ετών σε 1/47 όταν οι πατέρες είναι 50 έως 54 ετών. Όμως ακόμα δεν έχει διευκρινιστεί κατά πόσο ο παράγοντας είναι βιολογικός ή ψυχοκοινωνικός, καθώς οι μεγαλύτερης ηλικίας πατέρες θα μπορούσε να παράγουν ένα λιγότερο ευνοϊκό ψυχοκοινωνικό περιβάλλον για τα παιδιά τους. Ωστόσο, υπερισχύει η πιθανότητα του βιολογικού παράγοντα, λόγω των CNVs που εμφανίζονται, μεταλλάξεων που συμβαίνουν κατά τη μίτωση στα προγονικά κύτταρα του σπέρματος των ανδρών μεγάλης ηλικίας (Simona, 2010).

4) Προγεννητικά και περιγεννητικά γεγονότα

Εδώ περιλαμβάνονται οι μαιευτικές επιπλοκές και η εποχή της γέννησης. Πολυάριθμες μελέτες έχουν αναφέρει συσχέτιση μεταξύ της νόσου και επιπλοκών που μπορούν να συμβούν κατά την κύηση (αιμορραγία, προεκλαμψία), κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη (χαμηλό βάρος γέννησης, συγγενείς δυσμορφίες, μικρή περίμετρο κεφαλής) ή κατά τον τοκετό (ασφυξία, ατονία της μήτρας, έκτακτη ανάγκη καισαρικής τομής) (Simona, 2010).

Η εποχή της γέννησης είναι ένα από τα πιο σταθερά επαναλαμβανόμενα στοιχεία των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της σχιζοφρένειας και αφορά τη συσχέτιση με γεννήσεις τον χειμώνα και την άνοιξη πιθανά λόγω ιογενούς λοίμωξης της μητέρας κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής και κυρίως κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης (Brown, 2004).

1.2.2 Κοινωνικοί παράγοντες

1) Η περιοχή κατοικίας

Μελέτες έχουν δείξει ότι όσοι γεννήθηκαν ή μεγάλωσαν σε πόλεις έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν σχιζοφρένεια, και πιο συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερη είναι η πόλη, τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι η κοινωνική απομόνωση – στέρηση- που σημειώνεται στα μεγάλα αστικά κέντρα (Pedersen –Mortensen, 2001).

2) Η μετανάστευση

Έχει επιβεβαιωθεί μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων εθνικών μειονοτήτων και εμφάνισης της σχιζοφρένειας. Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά παρουσιάστηκαν στις μειονότητες της μαύρης φυλής στην Ευρώπη, πιθανά λόγω της κοινωνικής απομόνωσης. Επίσης, ανάμεσα στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς της ίδιας εθνικότητας, παρουσιάστηκαν διαφορές ως προς το ποσοστό κινδύνου, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν πρόκειται για μία καθαρά γενετική νόσο, αλλά επηρεάζεται και από περιβαλλοντικά στοιχεία (Simona, 2010).

1.2.3 Ψυχολογικοί παράγοντες

Εδώ υπάγονται κυρίως καταστάσεις που προκαλούν έντονο στρες, το οποίο θεωρείται ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας.

1) Γονική απώλεια

Απώλεια του ενός ή και των δύο γονέων σε ηλικία μικρότερη των 16 ετών φαίνεται ότι αυξάνει κατά 3 φορές τον κίνδυνο για εμφάνιση σχιζοφρένειας, αλλά όχι όμως και άλλης διπολικής διαταραχής (Morgan, 2007).

2) Εκφοβισμός - *Bulling*

Η συσχέτιση μεταξύ του εκφοβισμού και ψυχικών προβλημάτων συμπεριλαμβανομένων των αυτοτραυματισμών, της βίαιης συμπεριφοράς, και των ψυχωτικών συμπτωμάτων έχει παρουσιάσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Ο κίνδυνος για εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι διπλάσιος σε περιπτώσεις που έχει προηγηθεί εκφοβισμός στις ηλικίες 8 με 10 ετών (Simona, 2010).

3) Αντιξοότητες της καθημερινότητας

Συνήθως πριν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας έχει προηγηθεί κάποιο ιδιαίτερα στρεσογόνο ερέθισμα. Ακόμα και κατά τα διάφορα στάδια έξαρσης της νόσου στους πάσχοντες, πριν την εκδήλωση των νέων επεισοδίων εμφανίζονται κάποια συμπτώματα υπερδιέγερσης που αποδίδονται σε ερεθίσματα που προκάλεσαν συναισθήματα άγχους/ ανασφάλειας/ πίεσης του ασθενή (Simona, 2010)

1.3 Παθοφυσιολογία της νόσου

Η παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας παραμένει άγνωστη μέχρι και σήμερα και μόνο υποθέσεις μπορούν να γίνουν για τις διαδικασίες που επηρεάζουν τους ασθενείς. Οι υποθέσεις αυτές αφορούν ανατομικές, νευροδιαβιβαστικές και ανοσολογικές αλλοιώσεις.

Μελέτες νευροαπεικόνισης δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των εγκεφάλων των ατόμων με σχιζοφρένεια και εκείνους που δεν έχουν αυτή τη διαταραχή. Για παράδειγμα, οι

κοιλίες είναι μεγαλύτερες, υπάρχει μείωση του όγκου του εγκεφάλου στις μέσο – κροταφικές περιοχές, και παρατηρούνται και αλλαγές στον ιππόκαμπο.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν επίσης και οι διάφορες συνδέσεις μέσα στον εγκέφαλο και όχι ένα μόνο συγκεκριμένο μέρος του εγκεφάλου. Μελέτες με μαγνητική τομογραφία (MRI) δείχνουν ανατομικές ανωμαλίες στο δίκτυο του νεοφλοιού και στις περιοχές διασύνδεσης των οδών της λευκής ουσίας (Tamminga et al, 2010).

Φαίνεται ότι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια επηρεάζεται η λειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος. Η «επιβεβαίωση» προκύπτει από το γεγονός ότι φάρμακα που μοιράζονται αντιντοπαμινεργικές ιδιότητες ήταν αποτελεσματικά έναντι των ψυχωτικών επεισοδίων. Παράλληλα, φάρμακα που διεγείρουν αυτούς τους νευρώνες (π.χ., αμφεταμίνες) επιδεινώνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Ακόμα όμως δεν είναι γνωστός ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζονται οι νευροδιαβιβαστές. Αντίστοιχες μελέτες, με ανταγωνιστές NMDA υποδηλώνουν ότι παρατηρούνται μεταβολές και στους υποδοχείς του γλουταμινικού οξέος (Cioffi, 2013).

Η ανοσολογική λειτουργία που επίσης διαταράσσεται στη σχιζοφρένεια, μπορεί να δώσει μια απάντηση για το πώς επηρεάζονται τα παραπάνω συστήματα. Η υπερενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος οδηγεί σε υπερέκφραση των φλεγμονωδών κυτοκινών και επακόλουθη αλλοίωση της δομής του εγκεφάλου και τη λειτουργία. Οι σχιζοφρενείς ασθενείς έχουν αυξημένα επίπεδα προφλεγμονωδών κυτοκινών που ενεργοποιούν το μονοπάτι κυνουρενίνης, με την οποία η τρυπτοφάνη μεταβολίζεται σε κυνουρενικό και κινολινικό οξύ. Αυτά τα οξέα ρυθμίζουν τη δραστηριότητα του υποδοχέα NMDA και μπορεί επίσης να εμπλέκεται στη ρύθμιση της ντοπαμίνης (Fan et al, 2007).

1.4 Συμπτωματολογία

Σύμφωνα με παρατηρήσεις που έχουν γίνει, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορούν να διακριθούν σε 2 μεγάλες κατηγορίες:

- 1) Τα θετικά συμπτώματα όπως παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις
- 2) Τα αρνητικά συμπτώματα, που χαρακτηρίζονται από την απουσία συμπεριφορών

Τα συμπτώματα δεν μένουν σταθερά, αλλά μεταβάλλονται με τη πάροδο του χρόνου και την αλλαγή της εξέλιξης της νόσου. Έτσι, σε περίπτωση χορήγησης κάποιας φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να υποχωρήσουν προσωρινά, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι έχει θεραπευτεί ο πάσχων. Συνήθως υποχωρούν πρώτα οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και η εξωπραγματική συμπεριφορά, αλλά παραμένουν τα αρνητικά συμπτώματα.

1) Τα θετικά συμπτώματα

Συνήθως συνδέονται με την οξεία φάση της διαταραχής, και περιλαμβάνουν διαταραχές της αντίληψης όπως παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, διαταραχές σκέψης και διαταραχές συμπεριφοράς. Η καταπολέμηση τους είναι ο κύριος στόχος της θεραπείας με αντιψυχωσικά φάρμακα.

- **Διαταραχές αντίληψης**

Οι ψευδαισθήσεις είναι ψευδείς πεποιθήσεις που αφορούν τις 5 αισθήσεις και δεν υπόκεινται σε λογικά αποδεικτικά στοιχεία. Εκτιμάται ότι περίπου το 90% των ασθενών περιγράφουν παραληρητικές πεποιθήσεις σε κάποιο σημείο στην ασθένεια. Η πιο κοινή μορφή είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, όπου ακούνε φωνές και ήχους ενώ στην πραγματικότητα δεν υπάρχει τίποτα από αυτά ενώ στη δεύτερη θέση είναι οι οπτικές ψευδαισθήσεις.

Οι παραισθήσεις είναι λανθασμένη αντίληψη υπαρκτών ερεθισμάτων και μάλλον συνδέονται με τις παραληρητικές ιδέες. Το 50% των ασθενών έχει ακουστικές παραισθήσεις (Csernansky, 2001).

- **Διαταραχές σκέψης**

Πρόκειται για ασυνήθιστους ή δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης και αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας. Το άτομο μπορεί να εμφανίσει "αποδιοργανωμένη σκέψη", δηλαδή να έχει πρόβλημα στη λογική σύνδεση των σκέψεων του, γεγονός που γίνεται αντιληπτό από την αποδιοργανωμένη ομιλία που ακολουθεί.

Επίσης, μπορεί να εμφανίσει παράλογες σκέψεις που εκφράζονται ως ψευδαισθήσεις. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες που ανάλογα με το περιεχόμενό τους διακρίνονται σε:

1) Παραληρητικές ιδέες καταδίωξης: Το άτομο έχει την πεποίθηση ότι κάποιος, συχνά αναφερόμενος ως "αυτοί" συνωμοτούν εναντίον του για να τον βλάψουν ή να τον εξαπατήσουν. Αυτές οι διωκτικές ψευδαισθήσεις συχνά περιλαμβάνουν περίεργες ιδέες όπως ότι το φαγητό είναι δηλητηριασμένο.

2) Παραληρητικές ιδέες αναφοράς: Μία ουδέτερη περιβαλλοντική εκδήλωση πιστεύεται ότι έχει ένα ιδιαίτερο και προσωπικό νόημα. Για παράδειγμα, ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να πιστεύει ότι μια πινακίδα ή ένα πρόσωπο στην τηλεόραση στέλνει ένα μήνυμα που προορίζονται ειδικά για αυτούς.

3) Ψευδαισθήσεις μεγαλείου: Πιστεύει ότι είναι ένα διάσημο ή σημαντικό πρόσωπο, όπως ο Ιησούς Χριστός ή Ναπολέοντας και έχει ειδική γνώση και δύναμη.

4) Παραληρητικές ιδέες ελέγχου: Πιστεύει ότι οι σκέψεις ή οι ενέργειες του ελέγχονται από ανώτερες δυνάμεις. Μπορεί να λέει ότι σκέψεις του μεταδίδονται σε άλλους ή ότι κάποιος έχει τη δυνατότητα να εισάγει και να αφαιρεί σκέψεις από το μυαλό του.

5) Σωματικές παραληρητικές ιδέες: Πιστεύει ότι η δομή ή η λειτουργία του σώματος του επηρεάζεται π.χ. ότι υπάρχει μία μηχανή μέσα στο σώμα του.

- **Διαταραχές συμπεριφοράς**

Παρατηρείται μείωση της συνολικής καθημερινής λειτουργίας, απρόβλεπτες ή ανάρμοστες συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορές παράξενες που δεν έχουν σκοπό. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται καταστάσεις όπως:

1) Αμφιθυμία: Ο ασθενής νοιώθει ταυτόχρονα αντίθετα συναισθήματα για το ίδιο άτομο, όπως αγάπη και μίσος.

2) Συναισθηματική έκπτωση: Απώλεια του φιλικού συναισθήματος και απάθεια για το περιβάλλον του

3) Αποδιοργάνωση: Δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών συνηθειών. Μπορεί να συνοδεύεται από αυξημένη κινητικότητα και άσκοπη συμπεριφορά όπως το περπάτημα πάνω κάτω (Csernansky, 2001).

Παρακάτω, παρατίθενται κάποιες ζωγραφιές που έχουν δημιουργηθεί από πάσχοντες και απεικονίζουν τι συμβαίνει μέσα στο μυαλό τους. Θεωρείται ότι αυτός ο τρόπος έκφρασης τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα.



Εικόνα 4: Οι πάσχοντες προσπαθούν να αποτυπώσουν ότι συμβαίνει στο μυαλό τους.

2) Τα αρνητικά συμπτώματα

Η απώλεια της συναισθηματικής έκφρασης και η έλλειψη κινήτρων για καθημερινές δραστηριότητες που θεωρούνταν σημαντικές, έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη σχιζοφρένεια καθώς είναι από τα πρώτα συμπτώματα με τα οποία περιεγράφηκε η νόσος και αντιπροσωπεύουν μια σημαντική πηγή αναπηρίας για τους πάσχοντες. Εννοιολογικά, ο προσδιορισμός των αρνητικών συμπτωμάτων χαρακτηρίζεται από απώλεια της φυσιολογικής λειτουργίας και είναι άκρως διακριτή από τα θετικά συμπτώματα που χαρακτηρίζονται από υπερβολές της κανονικής λειτουργίας.

Οι ασθενείς που εμφανίζουν επιπέδωση συναισθημάτων, μιλάνε μονότονα, είναι ανέκφραστοι, και γενικά δεν φαίνεται να ανταποκρίνονται στα πράγματα που συμβαίνουν γύρω τους. Χαρακτηρίζονται από περιορισμό στο εύρος και την ένταση της συναισθηματικής έκφρασης (συναισθηματική ισοπέδωση- ανηδονία), στην ευχέρεια και παραγωγικότητα της σκέψης και της ομιλίας (αλογία) και στην έναρξη της συμπεριφοράς στόχος-σκηνοθεσία (αβουλησία).

Η συναισθηματική ισοπέδωση εκφράζεται με αποστασιοποίηση του ατόμου από το οικείο περιβάλλον, απώλεια του φιλικού συναισθήματος και απάθεια. Η ανηδονία εκφράζεται με απώλεια της ικανότητας να αισθανθούν χαρά. Η αλογία εκφράζεται με σύντομες και άδειες απαντήσεις, με καθυστέρηση στα σχόλια ή με αργές απαντήσεις στις ερωτήσεις. Η αβουλησία χαρακτηρίζεται από ανικανότητα να ξεκινήσει και να επιμένει σε δραστηριότητες συμπεριλαμβανομένων και των βασικών λειτουργιών της προσωπικής υγιεινής (Neil, 2005).

Συνήθως τα θετικά συμπτώματα σταθεροποιούνται εντός 5-10 ετών από την στιγμή της διάγνωσης ενώ τα αρνητικά τείνουν να επιδεινώνονται με την πορεία της νόσου (Eby-Brown, 2010).



Εικόνα 3: Οι ασθενείς εμφανίζουν ψευδαισθήσεις.

1.4.1 Συνοσηρότητα σχιζοφρένειας

Αμέσως μετά την εμφάνιση της σχιζοφρένειας υπάρχει μια σειρά κι άλλων παθολογικών καταστάσεων που ακολουθούν και θα πρέπει να αντιμετωπιστούν σωστά για να μειωθεί η θνητότητα αλλά και να βελτιωθεί η θεραπευτική προσέγγιση.

Η κυριότερη κατάσταση που αναπτύσσεται είναι η συναισθηματική διαταραχή, που επιπλέον περιπλέκει και τη διαδικασία της διάγνωσης. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι είτε αποτέλεσμα της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής ή να συμπίπτει με την οξεία εμφάνιση της νόσου. Εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό πασχόντων.

Ένα ποσοστό της τάξης του 2-5% εμφανίζει ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, την οποία μπορούν να αντιληφθούν και οι ίδιοι. Η περίπτωση αυτή περιπλέκει αρκετά τα πράγματα καθώς τα φάρμακα για την αντιμετώπισή της μπορεί να επιδεινώσουν την σχιζοφρένεια ή ακόμα και να οδηγήσουν σε μανιακό επεισόδιο.

Η εξάρτηση των πασχόντων από διάφορες ουσίες είναι ένα ακόμα επίσης συχνό φαινόμενο. Η πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι τις επιλέγουν για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της νόσου. Σε αυτές ανήκουν η νικοτίνη, οι αμφεταμίνες και η καφεΐνη, κυρίως από πάσχοντες που έχουν αποσυρθεί, αλκοόλ και χασίς σε περιόδους αυξημένης κοινωνικότητας, αλλά και κάνναβης και οιοπνεύματος (Αγγελόπουλος, 2009).

1.5 Η διάγνωση

Η ανάγκη για μια ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών ήταν σαφής σε όλη την ιστορία της ιατρικής, αλλά μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχε συμφωνία στην οποία θα πρέπει να περιλαμβάνονται διαταραχές και η βέλτιστη μέθοδος για την οργάνωσή τους.

Τα διάφορα συστήματα ταξινόμησης που αναπτύχθηκαν κατά διαστήματα διέφεραν μεταξύ τους ως προς την αιτιολογία, και τα χαρακτηριστικά. Επιπλέον, τα διάφορα συστήματα για την κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών διέφεραν σε σχέση με το αν ο κύριος στόχος τους ήταν για χρήση στην κλινική πράξη ή στην έρευνα.

Σήμερα, υπάρχουν δύο συστήματα ταξινόμησης της σχιζοφρένειας, με βάση των οποίων γίνεται η διάγνωση της νόσου, το DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών) και το ICD- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Η πρώτη έκδοση του συστήματος DSM έγινε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική ένωση, το 1952. Με το πέρασμα των χρόνων έγιναν αρκετές αναθεωρήσεις του συστήματος, φτάνοντας στη τελευταία που έγινε το 2013 και πρόκειται για την πέμπτη έκδοση (DSM – V). Βασίζεται στην τέταρτη έκδοση, με κάποιες μικρές αλλαγές οι οποίες για να γίνουν αντιληπτές θα πρέπει πρώτα να αναλυθεί η τέταρτη έκδοση. Σύμφωνα λοιπόν με το DSM – IV, για να διαγνωστεί ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια θα πρέπει να παρουσιάσει κάποια σημεία και συμπτώματα. Θα πρέπει να ισχύουν 2 ή περισσότερα από αυτά τα

παρακάτω συμπτώματα, να έχουν διάρκεια πάνω από ένα μήνα και να είναι ορατά κατά την κλινική συνέντευξη.

Συμπτώματα:

- 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.

Θα πρέπει να υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα δυσλειτουργία στην κοινωνική αλλά και στην επαγγελματική του ζωή σε σχέση με το διάστημα πριν την εμφάνιση της νόσου. Οι δυσλειτουργίες αυτές αφορούν την αυτοφροντίδα, την εργασία και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου ή όσον αφορά την παιδική ή εφηβική του ηλικία την ανικανότητα του ατόμου να φθάσει όλα αυτά σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο.

Επίσης η διάρκεια των συμπτωμάτων θα πρέπει να είναι τουλάχιστον για 6 μήνες, οι οποίοι θα πρέπει να περιλαμβάνουν ενεργά συμπτώματα για περισσότερο από ένα μήνα. (Eby, Brown, 2010).

Το σύστημα ICD έχει προταθεί από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας και όπως και το DSM έχει περάσει από πολλές αναθεωρήσεις, με την πιο πρόσφατη να είναι το ICD-10 , το 2007. Πρόκειται για ένα κωδικοποιημένο σύστημα με γράμματα και αριθμούς που αφορά διάφορες καταστάσεις, ενώ η αναφορά του στη σχιζοφρένεια είναι από τον κωδικό F20-F29

Παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με το DSM, αλλά η κύρια διαφορά τους είναι στη διάρκεια της ασθένειας, καθώς εδώ δεν ορίζεται ως ελάχιστο οι 6 μήνες, παρά μόνο η ελάχιστη διάρκεια των συμπτωμάτων για 1 μήνα. Επίσης, οι διάφοροι τύποι της νόσου χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη αρνητικών ή καθόλου συμπτωμάτων μεταξύ των επεισοδίων, ενώ στο DSM από την ύπαρξη υπολειπόμενων μορφών των συμπτωμάτων που έχουν προηγηθεί.

Το ICD-10 προσφέρει δύο ομάδες πολύ πιο συγκεκριμένων συμπτωμάτων, που περιλαμβάνουν:

A ομάδα

- 1) Ηχώ σκέψης
- 2) Παραληρητικές ιδέες ελέγχου
- 3) Παραισθησιογόνες φωνές που συζητούν ή σχολιάζουν τον ασθενή μεταξύ τους
- 4) Επίμονες παραληρητικές ιδέες άλλου είδους που είναι απίθανο να συμβαίνουν

B ομάδα

- 1) Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις που συνοδεύονται από υπερεκτιμημένες ιδέες
- 2) Ασυνάρτητη ομιλία
- 3) Κατατονική συμπεριφορά
- 4) Αρνητικά συμπτώματα (Michael, 2007)

1.6 Η εξέλιξη της νόσου

Η ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είναι μια διαδικασία που λαμβάνει χώρα σε διάφορες χρονικές περιόδους, ανάλογα με το άτομο, αλλά δεν είναι ποτέ μια ξαφνική εκδήλωση. Συνήθως γίνεται η έναρξη της κατά την εφηβεία ή την νεαρή ηλικία (16-10 ετών). Αυτό που ίσως είναι ξαφνικό είναι η πρώτη ανακάλυψη των συμπτωμάτων, τα οποία όμως στην πραγματικότητα έχουν πολύ καιρό που έχουν ξεκινήσει. Η διαδικασία της αποκάλυψης αυτής της λανθάνουσας ασθένειας στον εγκέφαλο συμβαίνει με έναν τυπικό τρόπο, τέτοιο ώστε να μπορούμε να διακρίνουμε 4 στάδια της νόσου:

- 1) Το πρόδρομο στάδιο
- 2) Οξεία φάση
- 3) Ύφεση
- 4) Υποτροπή

1) Το πρόδρομο στάδιο

Σε αυτό το στάδιο της σχιζοφρένειας το άτομο μπορεί να μην παρατηρήσει ότι κάτι του συμβαίνει, επειδή οι αλλαγές είναι ανεπαίσθητες. Συνήθως οι άλλοι άνθρωποι γύρω τους, θα παρατηρήσουν αυτές τις αλλαγές πριν τις καταλάβει ο πάσχων. Τα συμπτώματα που αρχίζουν εδώ μπορεί εύκολα να συγχέονται ως κάτι άλλο εκτός από σχιζοφρένεια, επειδή δεν μοιάζουν μόνο με τα συμπτώματα από άλλες διαταραχές, αλλά είναι και συμπτώματα από άλλες διαταραχές. Το άτομο μπορεί να ξεκινήσει με ένα αίσθημα κατάθλιψης, άγχους, νευρικότητας, και άλλες συνήθεις διακυμάνσεις της διάθεσης. Όταν η έναρξη της σχιζοφρένειας συμπίπτει με την εφηβεία ή τις αρχές της ενήλικης ζωής, αυτά είναι πολύ κοινά συναισθήματα που υπάρχουν ούτως ή άλλως. Τα πιο εμφανή συμπτώματα είναι τα ξεσπάσματα θυμού, οι περίεργες συμπεριφορές και η κοινωνική απόσυρση. Αυτό το στάδιο της σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για μήνες ή χρόνια πριν από την ανάπτυξη στην οξεία φάση. Ωστόσο, για πολλούς πάσχοντες αυτά τα συμπτώματα αντιπροσωπεύουν μία προειδοποίηση ότι ίσως πρόκειται να εμφανίσουν υποτροπή και η αρρώστια τους να μπει πάλι σε ενεργό φάση και μαθαίνουν να αναγνωρίζουν. Σε αυτή την περίπτωση η επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής και της θεραπείας μπορεί να προλάβει την υποτροπή.

2) Οξεία φάση

Αυτή είναι η φάση όπου η σχιζοφρένεια αναπτύσσεται πλήρως. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται με τη μέγιστη ένταση και ο πάσχων είναι εντελώς ενήμερος για την πρώτη φορά της εκδήλωσης λόγω της ξαφνικής εμπειρίας του οξέος επεισοδίου. Μπορεί όμως να εμφανιστεί πάλι σταδιακά, οπότε να είναι πιο δύσκολη η αναγνώριση. Συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και συγκεχυμένη σκέψη γίνονται πλέον εμφανή και το άτομο φτάνει σ' ένα κρίσιμο σημείο, που δεν μπορεί να αγνοήσει την ασθένεια του. Αυτή είναι συνήθως και η πρώτη επίσκεψη στο νοσοκομείο όπου μπορεί να γίνει και η διάγνωση. Το νοσοκομείο αποτελεί τον πιο ασφαλή τόπο διαμονής, όπου γίνεται αξιολόγηση του ασθενή και χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία. Διαρκεί κατά μέσο όρο έξι εβδομάδες, αλλά μπορεί να κυμαίνεται από 4-8 εβδομάδες. Στη συνέχεια, τα συμπτώματα πηγαίνουν σε ύφεση.

3) Ύφεση

Μετά την έντονη δραστηριότητα των συμπτωμάτων ακολουθεί η ύφεση. Η ένταση και η εμφάνιση των συμπτωμάτων μπορεί να μειωθούν δραστικά και μερικά μπορεί να εξαφανιστούν εντελώς. Με θεραπεία, μπορούν να διατηρούνται έτσι για μεγάλες χρονικές περιόδους με αποτέλεσμα να υπάρχει αντίστοιχα και κανονική λειτουργία. Η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και η αναζήτηση κατάλληλης βοήθειας μπορούν να περιορίσουν στο ελάχιστο αυτές τις υποτροπές.

4) Υποτροπή

Το στάδιο της υποτροπής είναι η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων με ένα οξύ επεισόδιο. Αυτό μπορεί να αποφευχθεί ή να περιοριστεί ακολουθώντας το σχέδιο θεραπείας που ορίζεται από το γιατρό. Επίσης, η εξοικείωση με τα συναισθήματα και τα σημάδια μιας επικείμενης υποτροπής είναι εξίσου σημαντική, ώστε να αντιμετωπιστεί πριν εκδηλωθεί. Ένας από τους κυριότερους λόγους που προκαλούν υποτροπή είναι ότι σταματούν τη λήψη των φαρμάκων κατά την ύφεση επειδή νομίζουν ότι δεν τα χρειάζονται (Μαδιανός, 2006).

1.7 Θεραπεία

Επειδή η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ασθένεια που επηρεάζει σχεδόν όλες τις πτυχές της ζωής του ασθενή αλλά και άλλα πρόσωπα της ζωής του, ο σχεδιασμός της θεραπείας έχει τρεις στόχους:

- 1) τη μείωση ή την εξάλειψη των συμπτωμάτων
- 2) τη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής και της προσαρμοστικής λειτουργίας
- 3) την προώθηση και διατήρηση της ανάκαμψης από τις επιπτώσεις της ασθένειας στο μέγιστο δυνατό βαθμό.

Η ακριβής διάγνωση έχει τεράστια σημασία για το προγραμματισμό της βραχυπρόθεσμης και της μακροχρόνιας θεραπείας, και είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι είναι μια διαδικασία και όχι ένα γεγονός ενός χρόνου. Όταν υπάρξουν διαθέσιμες νέες

πληροφορίες θα πρέπει να επαναξιολογούνται και εφόσον είναι απαραίτητο το σχέδιο θεραπείας να αλλάξει.

Μετά την αρχική αξιολόγηση του ασθενούς και των ψυχοκοινωνικών συνθηκών που υπάρχουν, ακολουθεί η επιλογή των τρόπων θεραπείας και η θεραπεία παύσης. Μετέπειτα η περιοδική επανεκτίμηση της διάγνωσης και του σχεδίου θεραπείας.

Η θεραπεία περιλαμβάνει είτε φαρμακευτική αγωγή, είτε κοινωνικό-ψυχολογική αγωγή.

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας χωρίζεται σε τρεις φάσεις

- 1) Έναρξη της θεραπείας κατά το πρώτο επεισόδιο
- 2) Οξεία φάση
- 3) Προαγωγή της ανάρρωσης

Στην σχιζοφρένεια επηρεάζεται η εγκεφαλική λειτουργία, γεγονός το οποίο δυσκολεύει τον ασθενή για την συνειδητοποίηση της νόσου με αποτέλεσμα να αποφεύγουν τις θεραπείες. Η οξεία φάση εκδηλώνεται με την εμφάνιση θετικών αλλά και αρνητικών συμπτωμάτων όπου εκείνη την περίοδο ο ασθενής δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες (Eby- Brown, 2010).

1.8 Φαρμακευτική αγωγή

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθάν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ασθενών, όπως είναι οι παρανοϊκές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, η ικανότητα να σκέφτονται ξεκάθαρα, η κατάθλιψη και άλλα. Λόγω της διαφορετικής επιρροής της νόσου στον κάθε άνθρωπο, ο κάθε ασθενής πρέπει να δοκιμάσει διάφορους αντιψυχωτικούς παράγοντες πριν να καταλήξει στο πιο αποτελεσματικό γι' αυτόν. Για την βελτίωση της κατάστασης συνήθως περνάει ένα χρονικό διάστημα 3-6 εβδομάδες, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε μία αποθαρρυντική κατάσταση με αποτέλεσμα την διακοπή της θεραπείας. Το 80% των ασθενών που διακόπτουν την φαρμακευτική τους αγωγή, εντός 1 έτους μετά από ένα οξύ επεισόδιο θα εμφανίσουν υποτροπή, αυτό αφορά και τους ασθενείς που συνεχίζουν κανονικά μ' ένα ποσοστό εμφάνισης 30%. Στόχος της φαρμακευτικής αγωγής είναι η ελάττωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, η βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων, η πρόληψη μελλοντικών ψυχωσικών επεισοδίων και η βελτίωση της λειτουργικότητας και

της ποιότητας της ζωής του ασθενούς. Όλα επηρεάζουν τη δράση των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, δηλαδή χημικών ουσιών που βοηθούν τα κύτταρα του εγκεφάλου να επικοινωνούν μεταξύ τους. Η ντοπαμίνη είναι ο κύριος νευροδιαβιβαστής που επηρεάζεται από αυτά τα φάρμακα. Συμμετέχει στην αίσθηση για το αν κάτι είναι σημαντικό/ενδιαφέρον και στη δημιουργία κινήτρων και όταν το σύστημα της ντοπαμίνης γίνεται υπερδραστήριο, φαίνεται ότι παίζει ρόλο στην παραγωγή ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων και διαταραχών της σκέψης.

Τα τυπικά αντιψυχωτικά ή αλλιώς πρώτης γενιάς παράχθηκαν τη δεκαετία του 1950 και μπλοκάρουν τη δράση της ντοπαμίνης. Εδώ περιλαμβάνονται όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν πριν την εισαγωγή της κλοζαπίνης. Αυτά με τη σειρά τους διακρίνονται σε χαμηλής, μεσαίας και υψηλής δραστηριότητας. Η ακριβής δράση του μηχανισμού τους δεν είναι γνωστή, αλλά θεωρείται ότι δρουν ως D2 ανταγωνιστές. Τα υψηλής δραστηριότητας είναι καθαρά ανταγωνιστές ντοπαμίνης, ενώ τα χαμηλής δρουν ενάντια κι άλλων μηχανισμών, όπως τους ισταμινικούς και τους χολινεργικούς. Είναι αποτελεσματικά έναντι των θετικών συμπτωμάτων, αλλά έχουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες στο κινητικό σύστημα γι' αυτό και η αρχική τους ονομασία ήταν νευροληπτικά. Κάποια από τα φάρμακα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (Royal College of Psychiatrists, 2014).

Η δοσολογία αυτών των φαρμάκων θα πρέπει να είναι συντηρητική και να λαμβάνεται μία φορά (κατά προτίμηση) με δύο φορές ημερησίως για να αποφευχθούν οι ανεπιθύμητες παρενέργειες. Συνιστάται οι κλινικοί γιατροί να ξεκινούν από τη χαμηλότερη διαθέσιμη δοσολογία και να την αυξάνουν, ανάλογα με τις απαιτήσεις κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης. Η ελαχιστοποίηση της δοσολογίας θα πρέπει να επιχειρηθεί μια φορά, όταν ο ασθενής φτάσει σε σταθεροποίηση της νόσου. Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα πρέπει να χορηγούνται χαμηλότερες δόσεις. Χρειάζεται περίπου 2 ημέρες έως και 2 εβδομάδες για την εκδήλωση της κατασταλτικής επίδρασης των τυπικών αντιψυχωσικών, το μέγιστο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται συνήθως μετά από ένα μήνα ή και περισσότερο (Mueser-Jeste, 2008).

Όνομα	Εμπορικό όνομα	Συνήθης ημερήσια δόση (mg)	Μέγιστη ημερήσια δόση (mg)
Chlorpromazine	Largactil	75-300	1000
Haloperidol	Haldol	3-15	30
Pimozide	Orap	4-20	20
Trifluoperazine	Stelazine	5-20	
Sulpiride	Dolmatil	200-800	2400

Πίνακας 2: Συνιστώσες δόσεις τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων.

Τα άτυπα αντιψυχωτικά ή αλλιώς τα αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς, έχουν και αυτά παρόμοια δράση, έναντι των υποδοχέων της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης, με τη διαφορά ότι αλλάζει η εξειδίκευσή τους. Έτσι, αλλάζει και το θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν. Η δοσολογία τους θα πρέπει να είναι συντηρητική, αλλά οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να φτάσουν στα μέγιστα επιτρεπόμενα επίπεδα μέσα σε λίγες ημέρες. Θεωρείται ότι καταπολεμούν τα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας. Η λήψη τους είναι μία φορά ημερησίως, με εξαίρεση τη ziprasidone, που χρειάζεται 2 φορές ημερησίως. Ωστόσο, παρουσιάζουν πλεονεκτήματα ως προς τα άλλα φάρμακα, που περιλαμβάνουν μειωμένες πιθανότητες για την πρόκληση παρκινσονικών επιπτώσεων, διαβήτη, προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, δυσκινησία και

αύξηση σωματικού βάρους. Εξακολουθούν όμως να έχουν κι αυτά παρενέργειες (Mueser-Jeste, 2008).

Όνομα	Εμπορικό όνομα	Συνήθης ημερήσια δόση (mg)	Μέγιστη ημερήσια δόση (mg)
Amisulpride	Solian	50-800	120
Aripiprazole	Abilify	10-30	30
Clozapine	Clozaril	200-450	900
Olanzapine	Zyprexa	10-20	20
Quetiapine	Seroquel	300-450	750
Risperidone	Risperdal	4-6	16

Πίνακας 3 : Συνιστώσες δόσεις άτυπων αντιψυχωτικών φαρμάκων.

Στη δεκαετία του 1940, αναπτύχθηκε η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ως μια μορφή θεραπείας για ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας και έγινε ευρέως διαδεδομένη από το 1950 έως 1960. Η διαδικασία περιλαμβάνει την παραγωγή ηλεκτρικού ρεύματος το οποίο μεταδίδεται μέσω του εγκεφάλου για να προκαλέσει μια προσωρινή ανακούφιση από κάποια συμπτώματα (Owen, 2014).

1.9 Εναλλακτικές μορφές θεραπείας

1) Κοινωνική Φροντίδα

- Ξενώνες-Οικοτροφείο-Προστατευμένο διαμέρισμα
- Νοσοκομείο ημέρας
- Ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα
- Επαγγελματική αποκατάσταση
- Ψυχοκοινωνική θεραπεία

Μπορούν να βοηθήσουν ανθρώπους με σχιζοφρένεια, οι οποίοι έχουν ήδη σταθεροποιηθεί και βρίσκονται μετά την οξεία φάση. Απευθύνονται σε άτομα που αντιμετωπίζουν καθημερινές προκλήσεις της ασθένειάς τους, όπως δυσκολία στην επικοινωνία, την εργασία, τη διαμόρφωση και διατήρηση σχέσεων. Μαθαίνοντας και χρησιμοποιώντας αυτές τις δεξιότητες μπορούν όχι μόνο να αντιμετωπίσουν αυτά τα προβλήματα αλλά να επιδιώξουν στόχους στη ζωή τους, όπως να πηγαίνουν στο σχολείο ή την εργασία τους. Τα άτομα που συμμετέχουν σε τακτική ψυχοκοινωνική θεραπεία είναι λιγότερο πιθανό να έχουν υποτροπές ή να νοσηλευτούν.

Πρέπει να κάνουν τον εαυτό τους να καταλάβει ότι η οντότητα τους δεν σταματάει να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται εξαιτίας αυτής της νόσου. Όταν το καταφέρουν αυτό τότε μόνο υπάρχει ελπίδα για αποκατάσταση, θα υπάρχουν υποτροπές και οξεία επεισόδια αλλά θα έχουν ενεργή συμμετοχή στην κοινότητα τους και δεν θα λειτουργούν ως ψυχιατρικοί ασθενείς. Βασίζεται στη λογική ότι πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για να παραμείνει ο ασθενής ως ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου με εστίαση στη συνεργασία και την συνυπευθυνότητα και αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, θα γίνει όσο το δυνατό για λιγότερο χρονικό διάστημα (Eby-Brown, 2010).

2) Ψυχοθεραπεία

- Ατομική ψυχοθεραπεία
- Ομαδική ψυχοθεραπεία
- Συμπεριφορική θεραπεία

Η νοσηλευτική διεργασία στην ομαδική ψυχοθεραπεία ξεκινάει με την νοσηλευτική διάγνωση όπου πρέπει να εκτιμηθούν η συμπεριφορά του ασθενή πριν να εισαχθεί στην ομάδα και αφότου εισαχθεί σε αυτή, καθώς και η εκτίμηση της συμπεριφοράς όλης της ομάδας όπως για παράδειγμα τον τρόπο που αντιδρούν, η λεκτική τους ικανότητα και οι όροι της ομάδας. Μέσα από την ανάλυση της ομάδας προκύπτουν κάποιες νοσηλευτικές διαγνώσεις που αφορούν το άγχος, την διαταραχή της επικοινωνίας, την διαταραχή της αυτοεκτίμησης, διαταραχές κοινωνικών σχέσεων και μετατραυματικό άγχος. Κάθε μέλος της ομάδας θα πρέπει να συμμετάσχει σε αυτή και στις δραστηριότητες της, να αναπτύξει ικανότητες επικοινωνίας σ' ένα ικανοποιητικό επίπεδο ή να το βελτιώσει εάν αυτό υπάρχει, να δείχνει ενδιαφέρον για τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, να αντιμετωπίζει τα διάφορα προβλήματα που τυχόν έχουν δημιουργηθεί μέσω των τεχνικών αντιμετώπισης που έχει διδαχθεί από το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, να επικεντρώνει και να δημιουργεί στόχους οι οποίοι θα τον βοηθήσουν να αναπτύξει κίνητρα παραμονής και ενασχόλησης με την ομάδα.

3) Θεραπεία περιβάλλοντος

Το περιβάλλον που αφορά τους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς πρέπει να είναι λιτό, ασφαλές και ευχάριστο. Ένα μόνιμο προσωπικό θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα καλύτερο κλίμα εμπιστοσύνης και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, να λειτουργήσει ως πρότυπο για τους ασθενείς μέσω της εκμάθησης της φυσιολογικής συμπεριφοράς και εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων αλλά και μέσω της αλληλοεπίδρασης με τα υπόλοιπα άτομα μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς, στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης του ασθενούς, στη συμμετοχή του ασθενούς σε αποφάσεις και δραστηριότητες, στην εκμάθηση τεχνικών αυτοφροντίδας και στην ελάττωση της ανασφάλειας του ασθενή με ενίσχυση της αίσθησης αποδοχής από τους άλλους για τον λόγο ότι μπορεί να λειτουργήσουν ως θετικά πρότυπα δίνοντας τους έτσι την ελπίδα για προαγωγή της δικής τους ανάρρωσης (Eby- Brown, 2010).

4) Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογένεια αποτελεί σημαντική πηγή πληροφόρησης για την πορεία την νόσου. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να υποστηρίξει και να διδάξει τους συγγενείς για τη σχιζοφρένεια και τη θεραπεία της, να ενισχύσει την ικανότητά τους να βοηθήσουν στην ανάκαμψη του αγαπημένου τους προσώπου και να τους μάθει διάφορους τρόπους διαχείρισης της νόσου

όπως είναι τεχνικές επικοινωνίας και τεχνικές διαχείρισης του άγχους. Αντιμετωπίζουν όμως μια δυσκολία για τον λόγο ότι θέλουν να προστατέψουν το ιατρικό απόρρητο (Ευμορφία Κ., 2014).

1.10 Παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής

Οι παρενέργειες που προκαλούν τα τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα πιθανά οφείλονται σε αυξημένη δόση και θα πρέπει να μειωθεί μέχρι να εξαφανιστούν. Αν όμως αυτή η δόση είναι απαραίτητη για να διατηρείται ο ασθενής σε καλή νοητική και ψυχική κατάσταση, τότε οι δράσεις τους μπορεί να αντιμετωπιστούν με αντιχολινεργικά φάρμακα. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν:

1. Ακαμψία και τρέμουλο, όπως η νόσος του Πάρκινσον.
2. Υποτονική και αργή αίσθηση στον τρόπο σκέψης τους.
3. Ανησυχία (ακαθυσία).
4. Διαταραχές στην αρτηριακή πίεση με αποτέλεσμα τη ζάλη.
5. Προβλήματα με τη σεξουαλική ζωή.
6. Οίδημα ή ευαισθησία στο στήθος (Royal College of Psychiatrists, 2014).

Οι νοσηλευτικές ευθύνες είναι η παρακολούθηση των παρενεργειών όπως αντιχολινεργικά συμπτώματα, αύξηση βάρους, εξωπυραμιδικά συμπτώματα, ταχυκαρδία, υπόταση και κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες πρέπει να αντιμετωπιστούν διότι αποτελούν έναν κύριο λόγο διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής.

Οι εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αποτέλεσμα της επίδρασης των αντιψυχωσικών φαρμάκων στις εξωπυραμιδικές οδούς του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι οποίες ελέγχουν τις ακούσιες κινήσεις. Ένας ασθενής, ο οποίος δεν παίρνει κάποια φαρμακευτική αγωγή έχει αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της χολινεργικής δραστηριότητας μέσω του μηχανισμού της ομοιόστασης.

Οι νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και ακετυλοχολίνη πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία για να διατηρηθεί η φυσιολογική μυϊκή λειτουργία. Με την χορήγηση ενός αντιψυχωσικού

φαρμάκου σ' έναν ασθενή θα μειωθεί κατευθείαν η ντοπαμινεργική δραστηριότητα αλλά η χολινεργική δραστηριότητα θα παραμείνει το ίδιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μία εκ νέου διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της ντοπαμινεργικής και χολινεργικής δραστηριότητας με την επακόλουθη εμφάνιση των εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων συμπτωμάτων, τα οποία αφορούν παρενέργειες όπως δυστονία, ψευδοπαρκινσονισμός ή δυσκινησία, ακαθισία και μία όψιμη δυσκινησία.

Η δυστονία αφορά την μυϊκή δυσκαμψία και την παθολογική μυϊκή σύσπαση. Μπορεί να είναι μίας ήπιας μορφής όπως ένας σπασμός του μυών της γνάθου ή και πιο σοβαρής όπως μια βολβοστροφική κρίση, ραιβόκρανο ή οπισθότονος, με ποσοστό εμφάνισης στο 20%. Εάν προσβληθούν λαρυγγικοί μύες ή η γλώσσα υπάρχει κίνδυνος πνισμού.

Ο ψευδοπαρκινσονισμός ή δυσκινησία εκδηλώνεται με βραδυκινησία, σκυφτή στάση και ανέκφραστο πρόσωπο, τα οποία οφείλονται σε διαταραχές της ισορροπίας μεταξύ της ντοπαμίνης και της ακετυλοχολίνης και όχι στην πραγματική ύπαρξη της νόσου Parkinson, το ποσοστό εμφάνισης αγγίζει το 20%. Η κινητική ανησυχία είναι η αδυναμία παραμονής στην ίδια θέση με εκδηλώσεις όπως ένα συνεχές περπάτημα και συνεχείς κινήσεις των άνω και κάτω άκρων. Η όψιμη δυσκινησία εκδηλώνεται μετά από παρατεταμένη λήψη της θεραπείας με αντιψυχωσικούς παράγοντες με παθολογικές ακούσιες κινήσεις του προσώπου αλλά και της γλώσσας, με βλεφαρισμό και μορφασμούς (Eby-Brown, 2010).

Τα άτυπα αντιψυχωτικά μπορεί να παρουσιάζουν κάποια πλεονεκτήματα ως προς τα άλλα φάρμακα, επηρεάζουν τους ντοπαμινεργικούς, σεροτονινεργικούς, μουσκαρινικούς, α-αδρενεργικούς και ισταμινικούς υποδοχείς, αλλά εξακολουθούν όμως να έχουν κι αυτά παρενέργειες στις οποίες περιλαμβάνονται:

1. Υπνηλία και βραδύτητα.
2. Αύξηση βάρους.
3. Διαταραχές στη σεξουαλική ζωή.
4. Πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2. Μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης Σ.Δ. 9%. Η σχιζοφρένεια μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για εμφάνιση διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη και τα φάρμακα για την καταπολέμηση των παρενεργειών της μπορούν να αυξήσουν την αντίσταση των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη.
5. Αλλαγές στην αρτηριακή πίεση με αποτέλεσμα τη ζάλη.

6. Σε υψηλές δόσεις, μερικοί έχουν τις ίδιες παρκινσονικές παρενέργειες όπως και με τα παλαιότερα φάρμακα (δυσκαμψία των άκρων).

7. Η μακροχρόνια χρήση μπορεί να προκαλέσει κινήσεις του προσώπου (όψιμη δυσκινησία) και σπάνια από τα χέρια ή τα πόδια (Royal College of Psychiatrists, 2014).

Σε ότι αφορά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, έχουν παρατηρηθεί κι εδώ παρενέργειες και επιπλοκές, που κυμαίνονται από πονοκεφάλους, αγωνία και προσωρινή απώλεια μνήμης με περισσότερο σοβαρές συνέπειες, όπως η μακροπρόθεσμη απώλεια μνήμης ή αλλαγές στην προσωπικότητα. Τα τελευταία 40 χρόνια, λόγω των δυσμενών παρενεργειών και την ταυτόχρονη ανάπτυξη των αντιψυχωσικών φαρμάκων η χρήση της είναι λιγότερο συχνή (Owen, 2014).

1.11 Στοιχεία για τη πρόγνωση της νόσου

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία για τη σχιζοφρένεια. Ωστόσο, υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες που μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα, να μειώσουν την πιθανότητα υποτροπής, να συντομεύσουν τη διάρκεια των ψυχωτικών επεισοδίων, και σε γενικές γραμμές, να προσφέρουν στην πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια τη δυνατότητα να ζήσουν μια πιο παραγωγική και ικανοποιητική ζωή. Με τα κατάλληλα φάρμακα και την υποστηρικτική συμβουλευτική, η ικανότητα των σχιζοφρενών ατόμων να ζουν και να λειτουργούν σχετικά καλά στην κοινωνία είναι εξαιρετική και οι προοπτικές για αυτούς τους ασθενείς είναι θετικές.

Δέκα χρόνια μετά την αρχική διάγνωση, περίπου:

- το 50% των ανθρώπων που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια είτε έχουν ανακάμψει πλήρως, είτε έχουν βελτιωθεί σε σημείο που να είναι σε θέση να λειτουργούν ανεξάρτητα.
- Το 25% έχει βελτιωθεί, αλλά απαιτεί ένα ισχυρό δίκτυο υποστήριξης, και ένα
- Το 15% παραμένει συνήθως στο νοσοκομείο. Δυστυχώς,
- Το 10% δεν βλέπει διέξοδο από τον πόνο τους παρά μόνο μέσω του θανάτου και καταλήγει αυτοκτονία.

Μακροχρόνια στατιστικά στοιχεία για τριάντα χρόνια μετά τη διάγνωση είναι παρόμοια με τα παραπάνω στοιχεία. Ωστόσο, υπάρχει μια αύξηση στον αριθμό των αυτοκτονιών στο

15%. Με την πάροδο του χρόνου, οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μια καλύτερη έκβαση στη διατήρηση της ανάκαμψης από τα συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες.

Το κλειδί για την επιτυχή ανάκαμψη είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Σε γενικές γραμμές, όσο πιο άμεσα διαγνωστεί και σταθεροποιηθεί κάποιος με σχιζοφρένεια τόσο καλύτερη φαίνεται να είναι η ευκαιρία τους για ανάκτηση.

Η έκβαση της νόσου φαίνεται να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

1) Το οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας.

Η μη ύπαρξη στην άμεση βιολογική οικογένεια παρόμοιας κατάστασης είναι ένα καλό σημάδι.

2) Η καλή κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων.

3) Η ευαισθητοποίηση και η κατανόηση των συμπτωμάτων ως σημάδια ενός προβλήματος

Ασθενείς που πληρούν τις δύο προηγούμενες προϋποθέσεις μπορεί μερικές φορές να ανακάμψουν πλήρως.

4) Οι πιθανότητες για την ανάκτηση βελτιώνονται εάν η ασθένεια έρχεται ξαφνικά καθώς αντιμετωπίζεται γρήγορα και σταθερά (Rashmi, 2007) .

1.12 Η πρόληψη της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια δεν αποτελεί νόσο αλλά κλινικό σύνδρομο. Το γεγονός ότι είναι αποτέλεσμα πολλών διαφορετικών παραγόντων και εμφανίζει μεγάλη ετερογένεια ως προς τις κλινικές μορφές της, κάνει κατανοητό ότι η παρέμβαση σε κάποιο παράγοντα με σκοπό την πρωτογενή πρόληψη της νόσου, δηλαδή τη μείωση της επίπτωσής της στο πληθυσμό είναι προς το παρόν αδύνατο. Εάν υπάρχει η πιθανότητα να γίνει κάτι τέτοιο στο μέλλον, τότε αυτό θα είναι το αποτέλεσμα της πλήρους κατανόησης και προσδιορισμού των αιτιολογικών παραγόντων. Σήμερα, η πρόληψη της νόσου γίνεται σε δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο.

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στο να τροποποιήσει την πορεία της ασθένειας μέσω της έγκαιρης παρέμβασης. Η σημασία της ανίχνευσης και θεραπείας της ψύχωσης στα αρχικά στάδια είναι πλέον καλά αναγνωρισμένη. Ακριβώς όπως χρειάζονται διαφορετικές πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των διαφόρων αιτιολογικών παραγόντων, χρειάζονται αντίστοιχα και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης ανάλογα με τα διάφορα στάδια της παθογένειας .

Η τριτογενής πρόληψη έχει ως στόχο να μειωθεί η επιβάρυνση της ήδη εγκατεστημένης διαταραχής με τη βελτιστοποίηση της θεραπείας και της αποκατάστασης. Όσον αφορά την σχιζοφρένεια, αν η δευτερογενής και η τριτογενής πρόληψη μπορούσε να αυξήσει τα ποσοστά ύφεσης, τότε ο επιπολασμός της διαταραχής θα μειώνονταν. Επιπλέον, εάν οι παρεμβάσεις μπορούσαν να καθυστερήσουν την έναρξη της νόσου και / ή να μετατοπίσουν το προφίλ της ασθένειας προς «ηπιότερη μορφή», λιγότερο απενεργοποίηση στις μορφές της διαταραχής, τότε θα μπορούσε να μειωθεί η δριμύτητα της νόσου. Αυτό το είδος της έρευνας δικαιολογεί σίγουρα περισσότερη προσοχή σε σχέση με προσπάθειες για πρόληψη της νόσου πριν εμφανιστεί (Brown, 2011).

B ΜΕΡΟΣ

2.1 Η νοσηλεία του πάσχοντος

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη των πασχόντων, μπορεί να προκύψει από διάφορες καταστάσεις. Περιλαμβάνει την παραπομπή από έναν ειδικό, την προσέλευση των ασθενών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, την παραπομπή από την κοινωνική ψυχιατρική υπηρεσία και ασθενείς που παραπέμπονται από την πυροσβεστική και την αστυνομία.

Για τους περισσότερους ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα, η εισαγωγή τους για περίθαλψη ξεκινάει από το τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός νοσοκομείου, το οποίο παρέχει ψυχιατρική βοήθεια όλο το εικοσιτετράωρο και συνήθως έχει και ένα ψυχιατρικό τμήμα. Η δύσκολη εργασία των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας ξεκινάει από αυτό το πολύ αρχικό στάδιο του τμήματος επειγόντων περιστατικών. Κατά τη νοσοκομειακή υπηρεσία έκτακτων περιστατικών θα πρέπει να πάρουν τη σοβαρή απόφαση για το εάν θα πρέπει ο ασθενής να εισαχθεί για ενδονοσοκομειακή θεραπεία, ή εάν η θεραπεία στα εξωτερικά ιατρεία είναι επαρκής. Η λήψη της απόφασης γίνεται κυρίως με βάση την κλινική αξιολόγηση και την διάγνωση. Άλλα, πιθανώς ασαφή κριτήρια μπορούν επίσης να έχουν σημαντική επίδραση στο ποσοστό των εισαγωγών. Πάντως ούτε στην Ευρώπη, ούτε στις ΗΠΑ υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές ή συστάσεις σχετικά με τις ενδείξεις για ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική εισαγωγή.

Ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή κάθε φορά υπάρχουν διάφοροι τύποι νοσηλείας. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

1) Κλειστή νοσηλεία

Αναφέρεται σε ασθενείς που εμφάνισαν οξεία νόσο και που χρειάζονται ολόημερη παρακολούθηση τόσο για την ακεραιότητά τους όσο και για τη χορήγηση της θεραπείας. Τα κριτήρια που οδηγούν σε κλειστή θεραπεία περιλαμβάνουν:

1) Την ανάγκη του ασθενή για ένα προστατευμένο περιβάλλον ώστε να μην βλάψουν τον εαυτό τους ή άλλους.

2) Την ανάγκη να παρακολουθείται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες για την πορεία των συμπτωμάτων και των φαρμακευτικών αντιδράσεων.

3) Την ανάγκη για ένα ασφαλές μέρος όπου μπορεί να σταθεροποιηθεί και να επικεντρωθεί στην ανάκαμψη.

4) Την ανάγκη της οικογένειας για μια μικρή ανάπαυλα.

Κατά την κλειστή νοσηλεία, ο ασθενής έχει κάποιες υπηρεσίες που δε θα μπορούσε να έχει ως εξωτερικός ασθενής. Σε αυτές περιλαμβάνονται:

1) Συνεχή νοσηλευτική παρακολούθηση σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον, με τα φάρμακα να μπορούν να ρυθμιστούν πιο γρήγορα και συνεπώς πιο άμεση θεραπεία.

2) Περισσότερο χρόνο με επαγγελματίες υγείας ώστε να μιλήσει για τις ανησυχίες ή τις σκέψεις του και να κάνει τις απαραίτητες ερωτήσεις.

3) Ομαδική θεραπεία, προγράμματα αναψυχής, προγράμματα επαγγελματικής/κοινωνικής αποκατάστασης .

Όταν η νοσηλεία είναι για μεγάλο χρονικό διάστημα υπάρχει η δυνατότητα για κάποιες άδειες ώστε ο ασθενής να επιστρέφει στο σπίτι του. Οι άδειες μπορεί να είναι από λίγες ώρες έως λίγες ημέρες, ανάλογα πάντα με την κατάσταση του. Με αυτό τον τρόπο και ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει τις κοινωνικές του σχέσεις αλλά και οι θεραπευτές να λάβουν πληροφορίες σχετικά με την πρόοδο του ασθενή από την αντίδραση του στα ερεθίσματα της «πραγματικής» ζωής (Μαδιανός, 2006).

2) Ανοιχτή νοσηλεία

Αναφέρεται σε ασθενείς που καταλαβαίνουν ότι χρειάζονται θεραπεία, οπότε έρχονται στις ημερήσιες κλινικές προκειμένου να λάβουν τη απαραίτητη θεραπεία. Η πιθανότητα να βλάψουν τον εαυτό του ή τρίτους, είναι μικρή αλλά παρόλα αυτά χρειάζονται κάποια εποπτεία, οπότε θα πρέπει σίγουρα να υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον κατάλληλο για διαμονή. Εκτός από της ημερήσιες κλινικές υπάρχουν κι άλλοι τρόποι για ανοιχτή θεραπεία, όπως είναι τα προγράμματα αρχικής παρέμβασης ή κλινικές που δέχονται τους πάσχοντες και τους συγγενείς τους με καθορισμένα ραντεβού (Ευμορφία Κ., 2014).

2.2 Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας εξειδικευμένος κλάδος της νοσηλευτικής που στοχεύει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσω της αξιολόγησης, της διάγνωσης και της θεραπείας των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Παρέχουν πλήρη, με επίκεντρο τον ασθενή ψυχιατρική φροντίδα και αξιολογούν το αποτέλεσμα με μια ποικιλία μεθόδων καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας.

Τα βασικά συστατικά αυτής της ειδικότητας περιλαμβάνουν την υγεία και την προαγωγή της ευεξίας μέσω της πρόληψης των προβλημάτων ψυχικής υγείας της φροντίδας και της θεραπείας των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Εργάζονται με άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, και στα καθήκοντά τους περιλαμβάνονται:

- 1) Η αξιολόγηση των αναγκών της ψυχικής τους υγείας των παραπάνω ομάδων.
- 2) Διάγνωση για ανάγκη νοσηλείας
- 3) Ανάπτυξη του σχεδίου φροντίδας, και αξιολόγηση ως προς την αποτελεσματικότητά του.

Ο ασθενής για να μπορέσει να θεραπευτεί θα πρέπει να νιώθει ένα κλίμα ασφάλειας και γι' αυτό είναι υπεύθυνος ο νοσηλευτής, επειδή έχει την πιο στενή σχέση με τον ασθενή, σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία. Ο ασθενής πρέπει να νιώθει εμπιστοσύνη, ώστε να εκφράζει τις σκέψεις του και τους φόβους και ο νοσηλευτής με τη σειρά του να τις μεταφέρει για τη δημιουργία της θεραπευτικής προσέγγισης.

Στη χώρα μας η εξειδίκευση των νοσηλευτών στον ψυχιατρικό τομέα γίνεται μετά το πέρας των βασικών σπουδών σε κάποιο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, μέσω κάποιου μεταπτυχιακού ή και διδακτορικού προγράμματος. Επίσης, υπάρχουν και τα ετήσια νοσοκομειακά προγράμματα, υπό την αιγίδα του υπουργείου υγείας από τα οποία μπορούν οι εργαζόμενοι να εξειδικευτούν σε κάποιο κλάδο (Χριστοδούλου (II) , 2006).

2.3 Τα καθήκοντα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή του ιδρύματος που απασχολείται, φροντίζει αρρώστους με οξύ ή χρόνια ψυχιατρικό πρόβλημα ή ανθρώπους που βρίσκονται στο στάδιο μετά τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενδιαφερθεί ώστε να παρέχεται στον ασθενή:

- Ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα
- Αποκατάσταση
- Ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων
- Εφαρμογή και δημιουργία νέων θεραπευτικών προϋποθέσεων
- Πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που συντελούν στην δημιουργία της
- Προσφορά φροντίδας στις καθημερινές του ανάγκες

Για να μπορέσει να ολοκληρώσει τους στόχους της, η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενή, να έχει προηγηθεί μια διαδικασία αναγνώρισης των αναγκών του ασθενή και να γίνεται με συστηματικό τρόπο. Η διαδικασία περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1) Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς

Είναι η διαδικασία κατά την οποία γίνεται η συγκέντρωση και καταγραφή των πληροφοριών σχετικά με τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενή. Σκοπό έχει να καθοριστούν τα προβλήματα του ασθενούς που τελικά θα τροποποιηθούν με ειδικές ενέργειες.

2) Κριτήρια καθορισμού των αποτελεσμάτων

Απαιτεί τη συνεργασία ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας για να καθοριστούν τα επιθυμητά αποτελέσματα ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή έτσι ώστε να βεβαιωθεί ότι οι στόχοι της θεραπείας θα είναι πραγματοποιήσιμοι και κατανοητοί.

3) Παροχή της φροντίδας

Αφορά τις πράξεις που απαιτούνται για να πραγματοποιηθούν οι παραπάνω σκοποί. Στο σημείο αυτό γίνεται η επιλογή του κατάλληλου νοσηλευτή ανάλογα με τον ασθενή για

την εφαρμογή της εξατομικευμένης ειδικής φροντίδας. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι βασισμένες σε ενδείξεις της Ταξινόμησης των Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων – Nursing Intervention Classification (NIC), η οποία περιλαμβάνει 486 παρεμβάσεις. Υπάρχουν 10 τομείς ψυχιατρικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων:

- 1) Ψυχοβιολογικές παρεμβάσεις
- 2) Διαχείριση περιστατικών
- 3) Προώθηση των δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας
- 4) Παρέμβαση στη κρίση
- 5) Διδασκαλία υγιεινής συμπεριφοράς
- 6) Θεραπεία περιβάλλοντος
- 7) Προαγωγή και διατήρηση της υγείας
- 8) Συμβουλευτική
- 9) Ψυχοθεραπεία
- 10) Συνταγογράφηση

Εκτός από τη συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία, ο νοσηλευτής μπορεί επίσης να συμμετέχει και :

1) Στην οργάνωση της μονάδας

Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνονται η σωστή οργάνωση των καθηκόντων του και η επίβλεψη της εφαρμογής των αποφάσεων που πάρθηκαν από την θεραπευτική ομάδα. Συντονίζει τις ενέργειες του θεραπευτικού προγράμματος. Λαμβάνει το νοσηλευτικό ιστορικό.

2) Στην εκπαίδευση

Ίσως από τις σημαντικότερες διαδικασίες είναι η ενημέρωση των οικογενειών των ασθενών, για θέματα που αφορούν την φροντίδα του ασθενή μετά το τέλος της θεραπείας. Ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντικός για την αποφυγή της υποτροπής (Χριστοδούλου (II) , 2006).

3) Θεραπευτική τεχνική

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει το μεγαλύτερο ποσοστό υπευθυνότητας προκειμένου να υλοποιηθεί το θεραπευτικό πρόγραμμα, η επαφή μαζί του μπορεί να γίνει είτε σε ψυχοθεραπευτικό επίπεδο είτε με την μορφή των καθημερινών αλληλοεπιδράσεων. Πρέπει να διοργανώνει αλλά και να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες στα πλαίσια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, στο οποίο θα υπάρχει ασφάλεια και έμμεση αντιμετώπιση σε περίπτωση εκδήλωσης μίας κρίσης από τον ασθενή (Ευμορφία Κ., 2014)

2.4 Εκτίμηση της κατάστασης του πάσχοντος

Προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι ανάγκες στον τομέα της ψυχικής υγείας, οι νοσηλευτές πρέπει να λάβουν υπόψη τους διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των κοινωνικών ομάδων, όπως η κληρονομικότητα, η βιοματική εμπειρία και η ιδιοσυγκρασία (ψυχοσύνθεση). Καθοριστική επίσης είναι η αξιολόγηση του κοινωνικού περιγύρου που περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινότητα και το φυσικό και πολιτισμικό περιβάλλον του ασθενή.

Κατά την πρώτη επαφή με τον ασθενή, ο νοσηλευτής δεν μπορεί να ξέρει ακριβώς τι γίνεται μέσα στο μυαλό του πάσχοντος και εάν υπάρχει κίνδυνος να αντιδράσει βίαια, ακόμα κι αν ο ασθενής φαίνεται ήρεμος. Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει να παρατηρήσει καλά τον ασθενή και να ακολουθήσει μια διαδικασία ώστε να αντλήσει με έμμεσο τρόπο όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για το τι αισθάνεται και τι σκέφτεται. Παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αναπτύξουν μια βίαιη συμπεριφορά και αυτομάτως θα πρέπει να εκτιμηθούν από τον νοσηλευτή είναι εάν ο ασθενής έχει ιστορικό με βίαιες πράξεις καθ' όλη την διάρκεια την νόσου, εάν έχει ιστορικό με καταχρήσεις ουσιών, εάν έχει παραληρητικές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις του τύπου “κάνε κακό σε κάποιο άτομο” και τέλος εάν υπήρχε ο ίδιος θύμα βίαιης συμπεριφοράς. Όλα αυτά εκδηλώνονται από τον ασθενή με διάφορες περιέργες συμπεριφορές όπως σφιγμένες γροθιές και έντονη κινητική δραστηριότητα οι οποίες μπορούν να προϊδεάσουν τον νοσηλευτή.

Τα σημεία από τα οποία μπορεί να καταλάβει εάν υπάρχει κάποια υποκείμενη κατάσταση περιλαμβάνουν:

1) Παρακολούθηση του τρόπου σκέψης του ασθενή

Σε περίπτωση που βρίσκεται σε κατάσταση νοητικής σύγχυσης, θα εκφραστεί με ασυναρτησία των λεγομένων του, με έκφραση παράλογων αντιλήψεων ή με ανικανότητα έκφρασης που συνεπάγεται ηχολαλία. Μέσω της συστηματικής παρατήρησης της ομιλίας αλλά και της συμπεριφοράς του ασθενή, ο νοσηλευτής θα μπορεί να εκτιμήσει την κατάσταση του τρόπου σκέψης.

2) Παρακολούθηση της αντίληψής του

Ο ασθενής μπορεί να εκφράσει ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις ή να μην είναι σε θέση να εξηγήσει το ποιος είναι και να δώσει τα στοιχεία του.

3) Παρακολούθηση του συναισθήματός του

Εδώ μπορεί να περιλαμβάνεται επίπεδο συναίσθημα ή ακατάλληλο με το θέμα της συζήτησης. Σύμφωνα με τα λεγόμενα ασθενών, μπορεί ενώ μιλάνε παράλληλα να σκέφτονται και κάτι άλλο, και από εκεί να τους γενάτε το απρόσφορο συναίσθημα.

4) Παρακολούθηση της συμπεριφοράς του

Εδώ περιλαμβάνεται η απομόνωση του πάσχοντος από το κοινωνικό σύνολο και από τις προσωπικές σχέσεις. Μπορεί να εμφανίσει ψυχοκινητικές διαταραχές όπως είναι οι σφιγμένες γροθιές, οι δυνατές φωνές, και η αυξημένη κινητική δραστηριότητα που μαρτυρούν την διέγερση του.

Σε περίπτωση που ο νοσηλευτής αντιληφθεί κάποια από τις παραπάνω καταστάσεις, δε θα πρέπει να προχωρήσει σε περεταίρω εξέταση του ασθενή. Η οποιαδήποτε επαφή μπορεί να θεωρηθεί από εκείνον απειλητική και να αντιδράσει βίαια, θεωρώντας πως υπερασπίζεται τον εαυτό του. Επίσης, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να έρθει σε άμεση αντιπαράθεση μαζί του ως προς τι είναι αλήθεια και τι όχι, γιατί έτσι μόνο να χειροτερέψει την κατάσταση μπορεί.

Η διαδικασία της εκτίμησης της κατάστασης του ασθενή πρέπει να γίνεται σε κάθε επαφή μαζί του, προκειμένου να προληφθούν καταστάσεις που θα μπορούσαν να βλάψουν την υγεία του πάσχοντος ή του νοσηλευτή ή και των γύρω ατόμων. Τέλος, καλό θα ήταν να αποφεύγεται όσο το δυνατό περισσότερο η εξέταση των ασθενών από κάθε βάρδια, καθώς για πολλούς η διαδικασία αυτή τους προκαλεί άγχος (Ραγιά, 2005).

2.5 Η νοσηλευτική διάγνωση

Το πρώτο βήμα για να τεθεί η διάγνωση, είναι η κλινική συνέντευξη του ασθενή. Εφόσον κατά την εκτίμηση θεωρήθηκε ότι ο ασθενής είναι σε θέση να συνεργαστεί ακολουθεί η πρώτη κλινική συνέντευξη. Θα πρέπει να αποσπαστούν αρχικά δεδομένα όπως:

- ποια είναι τα ενοχλήματα του εξεταζόμενου
- γιατί προσήλθε για εξέταση τη δεδομένη χρονική στιγμή, και όχι νωρίτερα ή αργότερα
- αν ήλθε με δική του πρωτοβουλία ή μετά από παρέμβαση τρίτων
- αν υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας, ανθρωποκτονίας ή οποιασδήποτε άλλης επιζήμιας για τον εξεταζόμενο ή το περιβάλλον του συμπεριφοράς.

Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και ασφάλειας είναι πολύ σημαντικό για να μπορέσει ο ασθενής να συνεργαστεί. Προκειμένου να το πετύχει αυτό ο νοσηλευτής, μπορεί πριν ξεκινήσει τη διαδικασία να αφιερώσει κάποιο χρόνο για να περιγράψει στον ασθενή τι πρόκειται να ακολουθήσει, πόσο θα διαρκέσει και τι σκοπό έχει η διαδικασία. Σημαντικό είναι να μπορεί ο νοσηλευτής να κατευθύνει την συζήτηση και να μην παρασύρεται από ατελείωτες απαντήσεις του ασθενή.

Τα στοιχεία που θα πρέπει να καταγραφούν προκειμένου να βγει η νοσηλευτική διάγνωση αφορούν:

1) Τη Σωματική υγεία

Καθώς οι περισσότερες σωματικές ασθένειες προκαλούν ψυχολογικά συμπτώματα, η απουσία σωματικής νόσου αποτελεί προϋπόθεση για τη διάγνωση πολλών ψυχικών διαταραχών. Για παράδειγμα, δε θα μπορούσε να θεωρηθεί ως πάσχων από κρίση πανικού ένα άτομο που έχει στηθάγχη (δηλαδή πόνους στην περιοχή της καρδιάς).

2) Την οικογενειακή κατάσταση

Οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές επιβαρύνονται από την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων εκ μέρους των συγγενών.

3) Τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής.

Όλες οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να εμφανίζονται με διαβαθμίσεις, που περιλαμβάνουν από ελάχιστα συμπτώματα μέχρι την εξαιρετικά σοβαρή μορφή ψυχικής διαταραχής. Η ένταση των συμπτωμάτων είναι καθοριστική για το βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

4) Τη φάση της ψυχικής διαταραχής.

Όλες οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν οξεία, χρόνια και υπολειμματική φάση. Επίσης, μπορούν να εμφανίζονται σε έξαρση ή ύφεση των συμπτωμάτων τους.

5) Τη λήψη του ιστορικού

- ✓ Πληροφορίες για ηλικία, φύλο, εθνικότητα, επάγγελμα.
- ✓ Ο λόγος για τον οποίο πιστεύει ότι βρίσκεται σε αυτή την αξιολόγηση.
- ✓ Διάρκεια των συμπτωμάτων
- ✓ Προηγούμενη λήψη αντιψυχωσικών φαρμάκων, επεισοδίων και συμπτωμάτων.
- ✓ Τα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού, όπως τρέχοντα ιατρικά προβλήματα, τρέχοντα φάρμακα που λαμβάνονται, η δοσολογία και η συχνότητα
- ✓ Εάν πρόκειται για γυναίκα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην πιθανότητα εγκυμοσύνης, συλλέγοντας πληροφορίες για την ημερομηνία της τελευταίας περιόδου, εάν είναι σεξουαλικά ενεργή, εάν υπάρχει πιθανότητα να είναι έγκυος κατά τη γνώμη της
- ✓ Τάσεις αυτοκτονίας ή βλάβης τρίτων ατόμων (Doran, 2013)

Κάποιες από τις ερωτήσεις που μπορεί να κάνει ο νοσηλευτής στον ασθενή είναι:

➤ Πιστεύεις ότι πάσχεις από κάποια ασθένεια; Ποια είναι η εξήγησή σου; (πληροφορίες για την αντίληψη και το επίπεδο αυτογνωσίας του ασθενή)

➤ Είχες λάβει κάποιου είδους θεραπεία στο παρελθόν; Τι σε βοήθησε περισσότερο εκείνο το διάστημα; (πληροφορίες για το ιστορικό).

➤ Ακούς κάποιες φωνές που δεν ακούν οι άλλοι ή βλέπεις κάποια πράγματα που οι υπόλοιποι δεν βλέπουν; Πιστεύεις ότι κάποιος ή κάποιои θέλουν να σε βλάψουν; (πληροφορίες για την παρουσία παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων).

➤ 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;(πληροφορίες για την επικινδυνότητα απέναντι σε άλλους και στον εαυτό του)
- Τι φάρμακα παίρνεις; Σου δημιουργούν κάποιο πρόβλημα; (πληροφορίες για το αν ο ασθενής ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή, και για το αν ο ίδιος γνωρίζει τις παρενέργειες των φαρμάκων).
- Ποιον θεωρείς πρόσωπο εμπιστοσύνης στην ζωή σου; (πληροφορίες για το οικογενειακό περιβάλλον).
- Ποιες πιστεύεις ότι είναι οι δυνάμεις σου; Πως πιστεύεις ότι αντιμετωπίζεις ένα πρόβλημα; (λαμβάνει πληροφορίες για την αυτοεκτίμηση, τα γεγονότα της ζωής του ασθενή που το προκαλούν άγχος).
- Ποιες είναι οι δραστηριότητές σου στην καθημερινότητα; Ποιες σου αρέσουν περισσότερο; (πληροφορίες για τον τρόπο σκέψης του ασθενή, και το αν παρουσιάζει ανηδονία και ανικανότητα αυτοφροντίδας) (Owen G et al, 2014).

2.6 Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή

Κατά την παροχή φροντίδας, σκοπός του νοσηλευτή είναι:

- να νοσηλεύσει τον ψυχικά άρρωστο με τη βιολογική και ψυχολογική του υπόσταση
- να τον προστατεύσει από εκμετάλλευση, παραμέληση και προσβολή της αξιοπρεπείας του
 - να προωθήσει την ψυχική του υγεία
 - να ενισχύσει τις δυνατότητες και δεξιότητες του ψυχικά αρρώστου αλλά και όσων έχει χάσει λόγω της ψυχικής ασθένειας
 - να συμβάλλει στην κοινωνική αποκατάσταση του

Ο νοσηλευτής στο στάδιο αυτό οφείλει να κάνει τις κατάλληλες παρεμβάσεις, που περιλαμβάνουν:

- Το σχεδιασμό του νοσηλευτικού θεραπευτικού πλάνου
- Τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή

- Τη προσφορά φροντίδας στις καθημερινές ανάγκες του αρρώστου
- Τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την αναγνώριση των παρενεργειών και της άμεσης παρέμβασης
- Την εφαρμογή έκτακτων μέτρων π.χ. απομόνωση ή περιορισμός αρρώστου σε περίπτωση κρίσης
- Την εκτίμηση άλλων γενικότερων σωματικών αναγκών του αρρώστου, όπως η λήψη τροφής και η διατήρηση της ατομικής του υγιεινής
- Την ευθύνη για την κλήση προσωπικού άλλων ειδικοτήτων εφόσον κριθεί αναγκαίο
- Την υποστήριξη και διδασκαλία στην οικογένεια του αρρώστου
- Την προετοιμασία για την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο (Ευμορφία Κ., 2014).

2.7 Οι ευθύνες του νοσηλευτή σχετικά με τη θεραπεία

1. *Ο νοσηλευτής ως δημιουργός θεραπευτικού περιβάλλοντος*

Ο νοσηλευτής πριν την έναρξη της θεραπείας είναι υπεύθυνος για τη δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, το οποίο μοιάζει με το αληθινό. Ως θεραπευτικό χαρακτηρίζεται το περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής είναι σε θέση να εκφράζει τα συναισθήματα του και να γίνονται αποδεκτά και να είναι ασφαλής από φυσικούς ή συναισθηματικούς τραυματισμούς. Άρα βασικό μέλημα του νοσηλευτή είναι να υπάρχει καλή επικοινωνία. Η μονιμότητα του προσωπικού επιδρά θετικά στο να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης. Στα καθήκοντα του νοσηλευτή υπάγονται:

- 1) Η ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους και τους όρους της διαδικασίας.
- 2) Η απόσπαση φαρμακευτικής συναίνεσης του ασθενή, εκτός βέβαια αν πρόκειται για ακούσια νοσηλεία που προέκυψε μετά από νομική παρεμβολή
- 3) Η εκτίμηση των αναγκών και δυνατοτήτων του αρρώστου
- 4) Η δημιουργία μακροχρόνιας και σταθερής θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο
- 5) Η εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης βίαιης συμπεριφοράς (Eby-Brown, 2010).

2. Ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της θεραπείας

Οι ευθύνες του νοσηλευτή κατά το χρονικό διάστημα της θεραπείας περιλαμβάνουν κατάλληλες δράσεις και παρεμβολές ώστε:

- 1)** Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τις τυχόν παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Για το σκοπό αυτό πρέπει να γίνετε συστηματική καταγραφή των ενοχλήσεων και των παραπόνων που μπορεί να έχει ο ασθενής.
- 2)** Ο ασθενής να συμμορφώνεται και να ακολουθεί τη φαρμακοθεραπεία.
- 3)** Να επέλθει όσο πιο σύντομα η λειτουργικότητα του ασθενή ώστε να ανεξαρτητοποιηθεί.
- 4)** Να διατηρείται καθ' όλη τη διαδικασία ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια των ασθενών.
- 5)** Να καθορίζει σε συνεργασία με τον άρρωστο την επίλυση καθημερινών θεμάτων όπως η καθαριότητα και η σίτιση.
- 6)** Να βελτιωθεί η αυτοεκτίμηση του ασθενή. Επιτυγχάνεται με ψυχολογικές παρεμβάσεις.
- 7)** Να λειτουργήσει ως πρότυπο για τον ασθενή, από τον οποίο θα μάθει να αντιδρά και να αντιμετωπίζει με σωστό τρόπο το στρες και την απογοήτευση.
- 8)** Να διδάσκει στον άρρωστο τις βασικές αρχές της ψυχοφαρμακολογίας.
- 9)** Να παρακολουθεί την πορεία του αρρώστου και να παρεμβαίνει σε περίπτωση κρίσης.
- 10)** Να παρακολουθεί για τυχόν αντιχολινεργικά συμπτώματα, αύξηση του σωματικού βάρους, υπόταση, ταχυκαρδία, γαλακτόρροια, επιληπτικούς σπασμούς κατά τη χορήγηση αντιψυκτικών πρώτης γενιάς.
- 11)** Να παρακολουθεί για τυχόν ακοκκιοκυτταραιμία, υπεργλυκαιμία, σιελόρροια, καταστολή, ορθοστατική υπόταση κατά τη χορήγηση αντιψυχωσικών δεύτερης γενιάς.
- 12)** Να παρακολουθεί για τυχόν υπόταση, ναυτία, δυσκοιλιότητα, κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο, ορθοστατική υπόταση κατά τη χορήγηση αντιψυχωσικών τρίτης γενιάς (Eby-Brown, 2010).
- 13)** Εφόσον ο ασθενής εμφανίσει διαταραχές στην ικανότητα αντίληψης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επέμβει ώστε:
 - Να δείξει στον άρρωστο τεχνικές ώστε να σταματά τις ψευδαισθήσεις : τραγούδι, διαταγή στις φωνές να φύγουν, απασχόληση με εργασία. Αυτές οι τεχνικές αποσπούν τον ασθενή από την ψευδαίσθηση και του δίνουν δύναμη ελέγχου.

- Να αποφύγει τις λογομαχίες σε σχέση με το τι είναι αλήθεια και ψέμα γιατί έτσι ο ασθενής μπαίνει σε διαδικασία άμυνας. Μπορεί ωστόσο να πει για παράδειγμα ότι ο ίδιος δεν μπορεί να ακούσει τις φωνές, δίνοντας στον ασθενή ένα στοιχείο για το τι συμβαίνει και προσανατολίζοντας τον προς την πραγματικότητα. Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις, δεν πρέπει ο νοσηλευτής να τις ενισχύει, αλλά ούτε και να μπει στη διαδικασία να πείσει τον ασθενή εκείνη τη στιγμή ότι κάνει λάθος. Επίσης, μπορεί να δώσει στοιχεία για αληθή γεγονότα όπως ο τόπος, ο χρόνος, ποια πρόσωπα υπάρχουν γύρω.
- Να οριοθετήσει την αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα. Θα πρέπει να παραμείνει κοντά στον άρρωστο και να του αποσπάσει την προσοχή (με μουσική, τηλεόραση). Η παρουσία του νοσηλευτή δίνει το αίσθημα στον ασθενή ότι μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του.

14) Εφόσον ο ασθενής εμφανίσει διαταραχές στην σκέψη, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επέμβει ώστε:

- Να εκτίμηση την κατάσταση του αρρώστου καταγράφοντας τη μορφή, το περιεχόμενο και τη ροή των σκέψεων
- Να εκφράσει ενδιαφέρον για τη σκέψη του αρρώστου με τη διευκρίνιση ασαφών εκφράσεων. Η προσπάθεια του νοσηλευτή να κατανοήσει το περιεχόμενο των σκέψεων παροτρύνει τον ασθενή να συγκεντρωθεί και να επικοινωνήσει πιο καθαρά .

15) Εφόσον ο ασθενής εμφανίσει διαταραχές στην ικανότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επέμβει ώστε:

- Να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει τη διαφορά μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της επιθυμίας/ ανάγκης να μείνει κανείς για λίγο μόνος.
- Να λειτουργήσει ως υπόδειγμα υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς βοηθώντας τον άρρωστο να καλλιεργήσει και ο ίδιος κοινωνικές δεξιότητες.
- Να τηρεί τις προγραμματισμένες ώρες επικοινωνίας με τον ασθενή.
- Να προωθεί τις εμπειρίες έξω από τη νοσηλευτική κλινική με άδειες εξόδου στον άρρωστο.

16) Εφόσον ο ασθενής εμφανίσει διαταραχές στην ικανότητα λεκτικής έκφρασης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επέμβει ώστε:

- Να εκτιμήσει το βαθμό της διαταραχής
- Να κατανοήσει ο άρρωστος τη δυσκολία που έχει και να επικεντρωθεί στην προσπάθειά να επικοινωνήσει με κατανοητό τρόπο.

- Να γνωστοποιήσει στον άρρωστο ότι υπάρχουν κι άλλοι τρόποι έκφρασης όπως η ζωγραφική, το γράψιμο, το τραγούδι (Ραγιά, 2005) .

3. Ο νοσηλευτής ως σύμβουλος και δάσκαλος

Μετά το τέλος της θεραπείας και της αποκατάστασης του ασθενή, ανεξάρτητα από το βαθμό επιτυχίας, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να συμβουλευτεί τον ασθενή και τον περίγυρό του για τις δράσεις που πρέπει να κάνουν ώστε να αποφύγουν την υποτροπή της νόσου. Επίσης, θα πρέπει να τους διδάξει τρόπους εντόπισης μιας πιθανής υποτροπής στα αρχικά στάδια ώστε η ιατρική παρέμβαση να είναι άμεση, καθώς και τρόπους διαχείρισης του ασθενή από την οικογένεια του. Η θετική επίδραση της οικογένειας και η επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των πασχόντων.

Πριν βγει ο πάσχον από τη μονάδα νοσηλείας, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος ώστε:

- Να προσδιορίσει το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή και τη δυνατότητα να εργαστεί.
- Να εκτιμήσει τη γνωστική λειτουργία του ασθενή, δηλαδή την ικανότητα να κατανοήσει και να θυμάται την καθοδήγηση του νοσηλευτή ώστε να διατηρήσει τη λειτουργικότητά του στα μέγιστα επίπεδα.
- Να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει πόσο σημαντικό είναι να συνεχίσει τη φαρμακευτική θεραπεία.
- Να του εξηγήσει τον τρόπο λήψης των φαρμάκων, τη δοσολογία και τη συχνότητα.
- Να του εξηγήσει τους τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, εάν εμφανιστούν ξανά.
- Να προετοιμάσει το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του πάσχοντος ώστε να τον δεχτεί (Eby-Brown, 2010).
- Να τους δώσει συμβουλές ώστε να αποφύγουν μελλοντικές υποτροπές ή έστω να τις προλάβουν έγκαιρα. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να:
 - 1) Είναι σε θέση να καταλάβουν τα πρόδρομα συμπτώματα, που συχνά αποκαλούνται και συμπτώματα έγκαιρης προειδοποίησης της υποτροπής. Η εμφάνιση τους πριν από την υποτροπή στη σχιζοφρένεια έχει αποδειχθεί από διάφορους ερευνητές. Κοινά παραδείγματα είναι η αϋπνία, η ένταση και η

νευρικότητα, η δυσκολία στη συγκέντρωση, η κοινωνική απόσυρση, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις κ.α. Ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των ασθενών, αλλά τείνουν να παραμένουν σχετικά ίδια σε ένα άτομο από υποτροπή σε υποτροπή.

- 2) Να παρέμβουν άμεσα. Η επιδείνωση στη σχιζοφρένεια συνήθως είναι προοδευτική. Αυτό αφήνει ένα περιθώριο για έγκαιρη παρέμβαση και πιθανά αποφυγή της υποτροπής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να τους το εξηγήσει αυτό και να βεβαιωθεί ότι κατάλαβαν πόσο σημαντικό είναι να επικοινωνήσουν άμεσα με το γιατρό τους.
- 3) Να συμμετέχουν σε κάποιο κοινοτικό πρόγραμμα ομαδικών συνεδριών ή να επισκέπτονται κάποια μονάδα μερικής νοσηλείας ως εξωτερικοί ασθενείς. Έτσι, είναι πιο εύκολο να παραμείνουν πιστοί στη φαρμακευτική τους αγωγή αλλά και να προληφθεί η επιδείνωση (Lamberti, 2001).

2.8 Αντιμετώπιση ασθενών όταν βρίσκονται σε κρίση

Όταν ο ασθενής βρίσκεται στην οξεία φάση της νόσου, οι ενέργειες που μπορεί να κάνει ο νοσηλευτής είναι πολύ συγκεκριμένες και όλες έχουν σκοπό να καλύψουν απλά τις βασικές ανάγκες του ασθενή. Ο νοσηλευτής λοιπόν θα πρέπει:

1. Να διατηρήσει την ηρεμία του ώστε να έχει τον έλεγχο του εαυτού του και της κατάστασης.
2. Να είναι προετοιμασμένος να διαθέσει χρόνο για τον άρρωστο, ακόμη και αν χρειασθεί να παραμελήσει άλλες δραστηριότητες.
3. Να αποφύγει την σωματική επαφή με τον ασθενή λόγω ανταπόδοσης της ίδιας πράξης.
4. Ν' ακούει με υπομονή τον άρρωστο και να τον καθησυχάζει.
5. Να προσπαθήσει να αποσπάσει την προσοχή του δίνοντάς του μία απασχόληση, που θα τον κάνει να ξεχάσει τα προσωπικά του προβλήματα.
6. Να διαπιστώσει αν ο άρρωστος χρειάζεται ηρεμιστικά.

7. Η παρέμβαση να είναι σταδιακή και σε περίπτωση που δε συμμορφώνεται να γίνεται πιο αυστηρή. Αρχικά παρεμβαίνει με λεκτική παρατήρηση, με απόσπαση προσοχής, χορήγηση φαρμάκου, με απομόνωση και τέλος καθήλωση.

8. Να παρέχει στον ασθενή ένα περιβάλλον με μειωμένα ερεθίσματα.

9. Η συμπεριφορά είναι κάτι που μεταδίδεται. Είναι σημαντικό λοιπόν ο νοσηλευτής να διατηρήσει την ψυχραιμία του ώστε να μην προκληθεί περεταίρω αναστάτωση.

10. Η επέμβαση του να είναι άμεση ή ακόμα και προληπτική, όταν απλά παρατηρεί κάποια σημάδια. Έτσι, θα έχει καλύτερο αποτέλεσμα αφού θα προλάβει την κατάσταση σε αρχικό στάδιο και όχι όταν θα έχει βγει εκτός ελέγχου (Eby-Brown, 2010).

2.9 Η Ελληνική νομοθεσία για τους ψυχικά πάσχοντες.

Σύμφωνα με τον νόμο 2071/1992, ότι αφορά τους ψυχικά πάσχοντες, άρα και τους πάσχοντες από σχιζοφρένεια, ορίζεται σύμφωνα με τα παρακάτω:

Άρθρο 95 – Ακούσια νοσηλεία

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η "φύλαξη" ασθενή με το άρθρο 69 επ. του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανών, διέπεται από ειδική νομοθεσία.

2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

I α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.

β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή (Ν 2071/92, άρθρα 95-100).

Άρθρο 96 - Διαδικασία εισαγωγής

1. Την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

2. Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε I είτε II. Οι ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.

3. Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.

4. Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον "Τομέα" ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις των δύο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας, μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από το συνοδό του ασθενή.

5. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησης του να εξετασθεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων, σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

6. Σε τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, επιμελούμενος για τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του, "κεκλεισμένων των θυρών", ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή.

Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν.

7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

8. Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής για τον οποίο έχει γίνει αφορά για προεισαγωγή με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που η αίτηση αναγκαστικής νοσηλείας γίνεται δεκτή, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί, ενώ στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.

9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και

θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας (Αλεξιάδης Σ., 1984, Θεοδωρίδης Κ., 1999).

Άρθρο 98 - Συνθήκες νοσηλείας

1. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.

2. Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.

4. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας (Βαρουχάκης Χ., 1993).

Άρθρο 99- Διακοπή-Διάρκεια-Λήξη ακούσιας νοσηλείας

1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτήν, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

2. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον

επιμελητή για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

3. Ο ασθενής ή συγγενείς του της παρ. 1 του άρθρου 96, ή ο επίτροπός του δικαιούνται με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες.

4. Σε άλλες εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα.

Άρθρο 100- Υποτροπή ασθένειας

Σε περίπτωση υποτροπής του ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

Άρθρο 101 - Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

1. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα ν.π.ι.δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού(Ν 2071/92, άρθρα 95-100).

Γ Μέρος

3.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Προκειμένου να συλλεχθούν τα νεότερα στοιχεία που αφορούν τη σχιζοφρένεια, έγινε μια εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση της παγκόσμιας βάσης δεδομένων NCBI. Οι περιορισμοί που έγιναν, αφορούν τη γλώσσα των κειμένων-χρησιμοποιήθηκε μόνο η αγγλική και η χρονολογία δημοσίευσης.

Review 1

Seven Keys to Relapse Prevention in Schizophrenia

STEVEN LAMBERTI, Journal of Psychiatric Practice 2001

Relapse prevention is a primary goal in the treatment of schizophrenia. Relapse can cause significant personal distress, interfere with rehabilitation efforts, and result in psychiatric hospitalization. The emergence of psychotic symptoms and disruptive behaviors can also lead to arrest and incarceration, particularly among patients who are not engaged in treatment. This article focuses on the process of relapse in schizophrenia and theoretical foundations of relapse prevention. The Program for Relapse Prevention is presented, along with the results of a recently completed controlled prospective evaluation. Based upon this study and the current literature, the author presents a series of seven clinical strategies for optimal relapse prevention.

❖ *Strategy 1: Be Available and Flexible*

Availability and flexibility are the cornerstones of relapse prevention. Patients and their support persons should be able to reach clinicians easily, particularly during evenings and weekends. Whenever possible, patients with schizophrenia who may be relapsing should be evaluated within 24 to 48 hours. Many relapses have resulted from the common practice of assigning such patients the “next available appointment”—even when the appointment is several days or weeks away. Clinicians can achieve flexibility in their daily work schedules by maintaining regular time slots for crisis appointments. Since a positive therapeutic relationship is associated with improved adherence to treatment, it is likely that being

available and flexible will have therapeutic benefits that extend beyond enabling prompt clinical intervention.

❖ *Strategy 2: Watch for Prodromal Symptoms*

Prodromal symptoms—often called early warning signs—are the earliest noticeable signs of relapse. The regular occurrence of prodromal symptoms before relapse in schizophrenia has been established by several investigators. Common examples of prodromal symptoms are insomnia, tension and nervousness, eating less, difficulty concentrating, social withdrawal, auditory hallucinations, depressed mood, loss of interest, decreased personal hygiene, and irritability. Prodromal symptoms vary considerably among patients, but tend to remain relatively consistent within a given individual from relapse to relapse.

❖ *Strategy 3: Intervene Early*

The process of relapse in schizophrenia is usually a gradual one that presents a window of opportunity for early intervention. Although prodromal symptoms typically precede full relapse by at least a week, intervention often does not occur until late in the course of relapse when an emergency room visit or hospitalization is necessary. In the PRP study, 40% of patients required hospitalization by the time that the treatment providers became aware that the patients were relapsing. The relapse process in schizophrenia is reversible if intervention occurs early enough in its course. When prodromal symptoms are detected, intervention should consist of supportive therapy visits, increased medication as needed, and crisis problem solving. Pharmacological intervention usually consists of increasing a patient's standing dose of antipsychotic medication or of adding an extra dose on an as-needed basis.

❖ *Strategy 4: Work Closely With Families and Other*

Some patients are unable to detect or report the onset of relapse, despite education about prodromal symptoms and considerable personal experience. For such individuals, it is critical to enlist the help of family members and supportive others, including friends, employers, group home counselors, and day treatment program staff. These individuals, who have frequent contact with the patient, can become the “eyes and ears” of the treatment team in detecting the onset of relapse. They can also have a protective effect by helping patients manage stressful situations and by supporting adherence to treatment. In recent

years, family psychoeducational approaches have been developed to assist families and others in providing support for persons with schizophrenia.

❖ *Strategy 5: Use Assertive Outreach When Necessary*

When they are relapsing, patients often withdraw from their usual activities, including attending outpatient appointments. Assertive outreach to such patients, carried out in a positive, confident, and persistent way, can promote engagement in treatment. Forms of outreach may include letters, phone calls, and home visits.

❖ *Strategy 6: Address Nonadherence*

It has been estimated that nonadherence to treatment with antipsychotic medications accounts for approximately 40% of all relapses in schizophrenia. Medication nonadherence was also the single strongest predictor of relapse in the PRP study. Causes of medication nonadherence include denial of illness, side effects, perceived lack of benefit from treatment, financial and environmental obstacles, and motivational factors. The self-determination theory of human motivation suggests that medication adherence is most likely to occur and persist if the patient experiences the behavior as autonomous—as emanating from within him- or herself. Patients with schizophrenia who are not engaged by existing treatment programs present difficult challenges for relapse prevention. These patients often have co-occurring substance use disorders, and many experience homelessness, arrest, and incarceration. New models of outpatient service delivery are being developed to prevent relapse and recidivism among such individuals.

❖ *Strategy 7: Optimize Pharmacotherapy*

Pharmacotherapy can be optimized by simplifying drug regimens, by considering the use of atypical and deaconate antipsychotic medications, and by minimizing drug side effects. Although side effects are a major cause of medication nonadherence among patients with schizophrenia, patients may not report side effects unless asked about them directly. Clinicians should therefore carefully assess all patients for side effects on a regular basis. While most medication side effects have the potential to affect adherence, extrapyramidal side effects (EPS) such as akathisia and akinesia may be especially problematic. Since novel “atypical” antipsychotic medications produce noticeably fewer EPS than standard antipsychotic medications, they have the potential to improve adherence and help prevent relapse.

Εφτά σημεία-κλειδιά για πρόληψη της υποτροπής της σχιζοφρένειας

Η πρόληψη της υποτροπής είναι ένας πρωταρχικός στόχος στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Η υποτροπή μπορεί να προκαλέσει σημαντική προσωπική αγωνία, να μειώσει τις προσπάθειες αποκατάστασης, και να οδηγήσει σε ψυχιατρική νοσηλεία. Η εμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων και η αποδιοργανωτική συμπεριφορά μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε σύλληψη και φυλάκιση, ιδιαίτερα μεταξύ των ασθενών που δεν είναι αφοσιωμένοι στη θεραπεία τους. Το άρθρο αυτό επικεντρώνεται στην διαδικασία της υποτροπής στη σχιζοφρένεια και στη θεωρητική προσέγγιση για πρόληψη της υποτροπής. Το πρόγραμμα για την πρόληψη των υποτροπών παρουσιάζεται, μαζί με τα αποτελέσματα μιας ολοκληρωμένης αξιολόγησης ασθενών. Με βάση αυτή τη μελέτη και την τρέχουσα βιβλιογραφία, ο συγγραφέας παρουσιάζει μια σειρά από επτά κλινικές στρατηγικές για τη βέλτιστη πρόληψη της υποτροπής.

❖ Στρατηγική 1: Να είναι διαθέσιμοι και ευέλικτοι

Η διαθεσιμότητα και η ευελιξία είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι για την πρόληψη της υποτροπής. Οι ασθενείς και τα άτομα που τους υποστηρίζουν θα πρέπει να είναι σε θέση να φτάσουν στους κλινικούς γιατρούς εύκολα, ιδιαίτερα τα απογεύματα και τα Σαββατοκύριακα. Όποτε είναι δυνατόν, οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο της υποτροπής, θα πρέπει να αξιολογούνται μέσα σε 24 έως 48 ώρες. Πολλές υποτροπές έχουν προκύψει από την κοινή πρακτική της ανάθεσης τέτοιων καταστάσεων στο "επόμενο διαθέσιμο ραντεβού" -ακόμα και όταν είναι αρκετές ημέρες ή εβδομάδες μακριά. Οι κλινικοί γιατροί μπορούν να πετύχουν την ευελιξία, διατηρώντας τον ανάλογο χρόνο στη καθημερινότητά τους. Δεδομένου ότι μια θετική θεραπευτική σχέση συνδέεται με βελτιωμένη προσκόλληση στη θεραπεία, είναι πιθανό ότι είναι όσοι είναι διαθέσιμοι και ευέλικτοι θα έχουν θεραπευτικά οφέλη που εκτείνονται πέρα από την άμεση κλινική παρέμβαση.

❖ Στρατηγική 2: Παρακολούθηση για πρόδρομα συμπτώματα

Τα πρόδρομα συμπτώματα, που συχνά αποκαλούνται και σημάδια έγκαιρης προειδοποίησης - είναι τα πρώτα εμφανή σημάδια της υποτροπής. Η τακτική εμφάνιση τους πριν την υποτροπή έχει αναφερθεί από διάφορους ερευνητές. Κοινά παραδείγματα πρόδρομων συμπτωμάτων είναι η αϋπνία, η ένταση και η νευρικότητα, ότι τρώνε λιγότερο, η δυσκολία στη συγκέντρωση, η κοινωνική απόσυρση, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, η

καταθλιπτική διάθεση, η απώλεια ενδιαφέροντος, η μειωμένη προσωπική υγιεινή, και η ευερεθιστότητα. Τα πρόδρομα συμπτώματα ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των ασθενών, αλλά τείνουν να παραμείνουν σχετικά σταθερά για το ίδιο άτομο από υποτροπή σε υποτροπή.

❖ *Στρατηγική 3: έγκαιρη παρέμβαση*

Η διαδικασία της υποτροπής στη σχιζοφρένεια είναι συνήθως σταδιακή και παρουσιάζει τη δυνατότητα για έγκαιρη παρέμβαση. Αν και τα πρόδρομα συμπτώματα συνήθως προηγούνται της πλήρους υποτροπής τουλάχιστον μία εβδομάδα, η παρέμβαση συχνά δεν συμβαίνει μέχρι να ολοκληρωθεί η υποτροπή, όταν πλέον η νοσηλεία είναι απαραίτητη. Στη μελέτη του PRP, το 40% των ασθενών χρειάστηκαν νοσηλεία μέχρι να γίνει αντιληπτή η υποτροπή. Η διαδικασία της υποτροπής στη σχιζοφρένεια είναι αναστρέψιμη αν η παρέμβαση γίνει αρκετά νωρίς. Η παρέμβαση πρέπει να αποτελείται από υποστηρικτικές επισκέψεις θεραπείας, αυξημένη φαρμακευτική αγωγή, και επίλυση των προβλημάτων κρίσης. Η φαρμακολογική παρέμβαση αποτελείται συνήθως από την αύξηση της δόσης των αντιψυχωσικών φαρμάκων ή προσθήκη επιπλέον δόσης.

❖ *Στρατηγική 4: Στενή συνεργασία με την οικογένεια και τους φροντιστές*

Μερικοί ασθενείς δεν είναι σε θέση να ανιχνεύσουν την έναρξη της υποτροπής, παρά την εκπαίδευση τους σχετικά με τα πρόδρομα συμπτώματα και την προσωπική τους εμπειρία. Για αυτά τα άτομα, είναι κρίσιμο να επιστρατευτεί η βοήθεια των μελών της οικογένειας και άλλων φροντιστών, συμπεριλαμβανομένων των φίλων, των εργοδοτών, και του προσωπικού προγράμματος ημερήσιας θεραπείας. Αυτά τα άτομα, που έχουν συχνή επαφή με τον ασθενή, μπορεί να γίνουν τα «μάτια και τα αυτιά» στην ανίχνευση της έναρξης της υποτροπής. Μπορούν επίσης να έχουν μια προστατευτική επίδραση, βοηθώντας τους ασθενείς να διαχειρίζονται αγχωτικές καταστάσεις και υποστηρίζοντας την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Τα τελευταία χρόνια, έχουν αναπτυχθεί οικογενειακές προσεγγίσεις για να βοηθήσουν τις οικογένειες και τα άτομα που παρέχουν υποστήριξη στα άτομα με σχιζοφρένεια.

❖ *Στρατηγική 5: Χρήση κατηγορηματικής προσέγγισης*

Όταν είναι σε υποτροπή, οι ασθενείς συχνά αποσύρονται από τις συνήθεις δραστηριότητές τους, συμπεριλαμβανομένων των ραντεβού τους στα εξωτερικά ιατρεία. Η κατηγορηματική προσέγγιση σε αυτούς τους ασθενείς, η οποία πραγματοποιείται με θετικό,

γεμάτο αυτοπεποίθηση, και επίμονο τρόπο, μπορεί να προωθήσει την εμπλοκή του ασθενή στη θεραπεία. Εδώ μπορεί να περιλαμβάνονται επιστολές, τηλεφωνήματα και επισκέψεις κατ' οίκον.

❖ *Στρατηγική 6: Διευθέτηση της μη προσκόλλησης στη φαρμακευτική αγωγή*

Έχει εκτιμηθεί ότι μη τήρηση της αγωγής με αντιψυχωτικά φάρμακα αντιπροσωπεύει περίπου το 40% όλων των υποτροπών στη σχιζοφρένεια. Η μη τήρησης της φαρμακοθεραπείας ήταν επίσης το ισχυρότερο προγνωστικό της υποτροπής στη μελέτη PRP. Αιτίες της μη τήρησης της φαρμακοθεραπείας περιλαμβάνουν η άρνηση της ασθένειας, οι παρενέργειες, η έλλειψη αντίληψης του οφέλους από τη θεραπεία, τα οικονομικά και περιβαλλοντικά εμπόδια. Η θεωρία της αυτοδιάθεσης των ανθρώπινων κινήτρων υποδηλώνει ότι η τήρηση της φαρμακοθεραπείας είναι πιο πιθανό να συμβεί και εξακολουθεί να υπάρχει, εάν ο ασθενής βιώνει τη συμπεριφορά ως αυτόνομο άτομο. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, οι οποίοι δεν ασχολούνται με τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετωπίζουν δύσκολες προκλήσεις για την πρόληψη της υποτροπής. Οι ασθενείς αυτοί συχνά έχουν συνυπάρχουσες διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών, είναι άστεγοι, ή φυλακισμένοι. Τα νέα μοντέλα παροχής υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών που αναπτύσσονται για την πρόληψη της υποτροπής και της υποτροπής περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων και τα εν λόγω άτομα.

❖ *Στρατηγική 7: Βελτιστοποίηση της φαρμακοθεραπείας*

Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να βελτιστοποιηθεί με την απλοποίηση των φαρμακευτικών αγωγών, εξετάζοντας τη χρήση των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων, και ελαχιστοποιώντας τις παρενέργειες του φαρμάκου. Παρά το γεγονός ότι οι παρενέργειες είναι μια σημαντική αιτία μη τήρησης της φαρμακοθεραπείας μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, οι ασθενείς μπορεί να μην αναφέρουν τις παρενέργειες, εκτός αν τους ζητηθεί άμεσα. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει συνεπώς να αξιολογούν προσεκτικά όλους τους ασθενείς για παρενέργειες σε τακτική βάση. Ενώ οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την τήρηση, οι εξωπυραμιδικές παρενέργειες, όπως η ακαθυσία και η ακινησία μπορεί να είναι ιδιαίτερα προβληματική. Το γεγονός ότι τα "άτυπα" αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν αισθητά λιγότερες εξωπυραμιδικές παρενέργειες απ' ό,τι τα αντιψυχωσικά φάρμακα, δίνουν τη δυνατότητα να βελτιωθεί η πρόληψη της υποτροπής.

Review 2

Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views

Kikkert M. et al, 2006, Schizophrenia Bulletin

One of the major clinical problems in the treatment of people with schizophrenia is suboptimal medication adherence. Most research focusing on determinants of nonadherence use quantitative research methods. These studies have some important limitations in exploring the decisionmaking process of patients concerning medication. In this study we explore factors influencing medication adherence behavior in people with schizophrenia using concept mapping. Concept mapping is a structured qualitative method and was performed in 4 European countries. Participants were 27 patients with schizophrenia, 29 carers, and 28 professionals of patients with schizophrenia. Five clinically relevant themes were identified that affect adherence: medication efficacy, external factors (such as patient support and therapeutic alliance), insight, side effects, and attitudes toward medication. Importance ratings of these factors differed significantly between professionals and carers and patients. Professionals, carers, and patients do not have a shared understanding of which factors are important in patients' medication adherence behavior. Adherence may be positively influenced if professionals focus on the positive aspects of medication, on enhancing insight, and on fostering a positive therapeutic relationship with patients and carers.

Conclusions

In conclusion, this study has learned that concept mapping is a useful tool in exploring relevant issues for patients' decision to use or not use prescribed antipsychotic medication. The findings suggest that patients, carers, and professionals were able to identify and weigh up the factors that influence treatment adherence. Our findings provide a comprehensive overview of all relevant issues and how they relate to one another. Clusters could be organized into 5 clinically relevant themes: efficacy of medication, external factors, insight, side effects, and medication attitudes. The discrepancies between patients' and professionals' views on the importance of clusters should be further explored in future research. Professionals need to be aware of patients' considerations concerning their

antipsychotic medication, in particular positive aspects of medication use, in order to provide effective support and guidance. Consequently, strengthening mutual understanding and alliance could improve adherence or make it easier to come to agreements on individually tailored medication regimens. Therefore, closing the gap between patients' and professionals' views on the importance of medication-related aspects seems vital.

Τήρηση της φαρμακοθεραπείας στη σχιζοφρένεια: Εξερευνώντας τις απόψεις των ασθενών, των φροντιστών και των επαγγελματιών

Ένα από τα σημαντικότερα κλινικά προβλήματα στη θεραπεία των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι η μη τήρηση της φαρμακοθεραπείας. Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στους καθοριστικούς παράγοντες μη τήρησης της θεραπείας με χρήση ποσοτικών μεθόδων έρευνας. Οι μελέτες αυτές έχουν κάποιους σημαντικούς περιορισμούς στην εξερεύνηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων των ασθενών σχετικά με φάρμακα. Σε αυτή τη μελέτη θα διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ασθενών στη προσκόλληση της φαρμακευτικής αγωγής με τη χρήση εννοιολογικής χαρτογράφησης. Πρόκειται για μία δομημένη ποιοτική μέθοδο που έγινε σε 4 ευρωπαϊκές χώρες. Οι συμμετέχοντες ήταν 27 ασθενείς με σχιζοφρένεια, 29 φροντιστές, και 28 επαγγελματίες υγείας των ασθενών με σχιζοφρένεια. Εντοπίστηκαν πέντε κλινικά θέματα που επηρεάζουν την τήρηση της αγωγής: η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, οι εξωτερικοί παράγοντες (όπως η υποστήριξη των ασθενών και θεραπευτική συμμαχία), η διορατικότητα, οι παρενέργειες, και η στάση απέναντι φαρμακευτική αγωγή. Η αξιολόγηση της σημασίας αυτών των παραγόντων διέφερε σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών και των φροντιστών και των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας, οι φροντιστές και οι ασθενείς δεν έχουν μια κοινή κατανόηση για το ποιοι παράγοντες είναι σημαντικοί στη τήρηση της φαρμακοθεραπείας των ασθενών. Η προσκόλληση μπορεί να επηρεαστεί θετικά αν οι επαγγελματίες υγείας επικεντρωθούν στις θετικές πτυχές της φαρμακευτικής αγωγής, στην ενίσχυση της διορατικότητας, και στην προώθηση μιας θετικής θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς και τους φροντιστές.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή δείχνει ότι η χαρτογράφηση εννοιών είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διερεύνηση των ζητημάτων που αφορούν την προσκόλληση των ασθενών στα αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς, οι φροντιστές και οι επαγγελματίες υγείας ήταν σε θέση να προσδιορίσουν και να αξιολογήσουν τα στοιχεία που επηρεάζουν τη τήρηση της θεραπείας. Τα ευρήματά μας παρέχουν μια συνολική επισκόπηση όλων των σχετικών θεμάτων και το πώς σχετίζονται μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να οργανωθούν σε 5 κλινικά θέματα: την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, τους εξωτερικούς παράγοντες, τη διορατικότητα, τις παρενέργειες και τις συμπεριφορές προς τη φαρμακευτική αγωγή. Οι αποκλίσεις μεταξύ των απόψεων των ασθενών και των επαγγελματιών θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω σε μελλοντικές έρευνες. Οι επαγγελματίες πρέπει να γνωρίζουν τις εκτιμήσεις των ασθενών σχετικά με τα αντιψυχωσικά φάρμακα τους, ιδίως τις θετικές πτυχές της χρήσης φαρμάκων, προκειμένου να παράσχουν αποτελεσματική υποστήριξη και καθοδήγηση. Κατά συνέπεια, η ενίσχυση της αμοιβαίας κατανόησης και η συμμαχία θα μπορούσε να βελτιώσει την τήρηση. Ως εκ τούτου, το κλείσιμο του χάσματος μεταξύ των απόψεων των ασθενών και των επαγγελματιών που σχετίζονται με το φάρμακο φαίνεται ζωτικής σημασίας.

Review 3

The Prevention of Schizophrenia

Alan S. Schizophrenia Bulletin 2011

A series of articles that speculate on the primary prevention of schizophrenia might seem overly optimistic, if not implausible. However, we do not share this degree of nihilism. Much has been learned about risk factors for schizophrenia over the last 3 decades. The incidence of schizophrenia varies between sites and over time. Some ethnic groups are at increased risk of schizophrenia when they migrate to particular countries but not in their country of origin. Almost certainly, these gradients are driven by environmentally mediated risk factors. It seems reasonable to expect that at least some of these exposures will be potentially modifiable. Epidemiologic research has revealed a range of candidate exposures related to infection and nutrition, which are reviewed in this volume, as well as a host of other putative risk factors such as psychosocial stress, cannabis use, and advanced paternal age, and other exposures which, in our view, are worthy of careful scrutiny. The stage is now set for the ‘implausible’ - the primary prevention of schizophrenia.

Conclusion

One of the greatest advances in 20th century medicine was the improvement of health outcomes through elimination of infectious diseases, nutritional interventions, and other public health measures. A growing body of evidence indicates that fetal and other early environmental determinants may increase the risk of schizophrenia. The fact that several of these exposures are relatively common in the population suggests that primary preventive strategies consisting of public health efforts aimed at ameliorating these putative risk factors could have a considerable impact on reducing the incidence of this disorder. Unlike many other approaches utilized in medicine, the majority of these interventions offer the advantage of being inexpensive, convenient, and potentially scalable for delivery to large populations. We therefore recommend increased investment in resources seeking to confirm these exposures as risk factors for schizophrenia, identification of new risk factors, implementation of primary preventive strategies, and monitoring of the biological effects of these measures. While we expect that the quest for the prevention of schizophrenia in the 21st century will be at least as formidable as those public health efforts that led to

improvements in morbidity and mortality from illness in the 20th century, there is, in our view, considerable cause for optimism.

Η πρόληψη της σχιζοφρένειας

Μια σειρά από άρθρα για την πρωτογενή πρόληψη της σχιζοφρένειας δείχνουν μια ιδιαίτερα αισιόδοξη άποψη, αν όχι απίθανη. Ωστόσο, δεν συμμεριζόμαστε αυτή την άποψη.

Πολλά έχουν γίνει γνωστά για τους παράγοντες κινδύνου της σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 δεκαετιών. Η συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας εξαρτάται από παράγοντες όπως η τοποθεσία και ο χρόνος. Ορισμένες εθνικές ομάδες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σχιζοφρένειας, όταν μεταναστεύουν σε συγκεκριμένες χώρες, αλλά όχι στη χώρα καταγωγής τους. Σχεδόν σίγουρα, αυτοί οι παράγοντες επηρεάζονται από το περιβάλλον και τη μεσολάβηση παραγόντων κινδύνου. Φαίνεται λογικό να αναμένει κανείς ότι τουλάχιστον ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες θα είναι δυνητικά τροποποιήσιμοι. Μια επιδημιολογική έρευνα έχει αποκαλύψει μια σειρά από πιθανούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη μόλυνση και τη διατροφή, οι οποίοι εξετάζονται σε αυτή τη μελέτη, καθώς και μια σειρά από άλλους παράγοντες υποθετικού κινδύνου, όπως το ψυχοκοινωνικό στρες, η χρήση της κάνναβης, η προχωρημένη ηλικία του πατέρα, και άλλοι, οι οποίοι, κατά την άποψή μας, είναι αντάξια προσεκτικής εξέτασης. Σύμφωνα με τα τωρινά δεδομένα, η πρωτογενής πρόληψη της σχιζοφρένειας φαίνεται απίθανη.

Συμπεράσματα

Ένα από τα πιο σημαντικά βήματα της ιατρικής στον 20^ο αιώνα ήταν η βελτίωση της υγείας μέσω της εξάλειψης των λοιμωδών νοσημάτων, διατροφικών παρεμβάσεων και άλλων μέτρων για τη δημόσια υγεία. Ένα αυξανόμενο ποσοστό στοιχείων δείχνουν ότι εμβρυικοί και άλλοι πρόωμοι περιβαλλοντικοί καθοριστικοί παράγοντες μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο σχιζοφρένειας. Το γεγονός ότι πολλά από αυτά τα ευρήματα είναι σχετικά κοινά στον πληθυσμό δείχνουν ότι οι πρωταρχικές προληπτικές στρατηγικές αποτελούνται από προσπάθειες για διασφάλιση της δημόσιας υγείας με στόχο τη βελτίωση αυτών των υποθετικών παραγόντων κινδύνου, και θα μπορούσαν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης αυτής της διαταραχής.

Σε αντίθεση με πολλές άλλες προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στην ιατρική, η πλειοψηφία αυτών των παρεμβάσεων προσφέρουν το πλεονέκτημα ότι είναι οικονομικές,

βολικές, και δυνητικά κλιμακούμενες για μεγάλους πληθυσμούς. Ως εκ τούτου, προτείνουμε την αύξηση των επενδύσεων σε πόρους επιδιώκοντας να επιβεβαιωθούν αυτοί οι παράγοντες ως παράγοντες κινδύνου για τη σχιζοφρένεια, την αναγνώριση νέων παραγόντων κινδύνου, την εφαρμογή στρατηγικών πρωτογενούς πρόληψης, και την παρακολούθηση των βιολογικών επιπτώσεων των μέτρων αυτών. Ενώ αναμένουμε ότι η αναζήτηση για την πρόληψη της σχιζοφρένειας στον 21ο αιώνα θα είναι τουλάχιστον τόσο σημαντικές όσο οι προσπάθειες για τη δημόσια υγεία που οδήγησαν σε βελτίωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από την ασθένεια στον 20ο αιώνα, δεν υπάρχει, κατά την άποψή μας, σημαντική αιτία για αισιοδοξία.

Review 4

Health Education Needs of Patients With Schizophrenia and Their Relatives

Aysun Babacan Gümüş, Science Direct, 2008

The purpose of this study was to determine the health education needs of patients with schizophrenia and their relatives. A total of 80 patients and 80 relatives were included in the study. The data were collected using Descriptive Characteristics Questionnaire and Evaluation of Health Educational Needs Form. The subjects that patients and their relatives felt they had the greatest need to learn more about were general information about schizophrenia, coping with symptoms of schizophrenia, and communication and social relationships. It was determined that the patients' health education needs were affected by their employment status, income level, and longest place of residence, and their relatives' health education needs, by their marital status, degree of family relationship, educational level, income level, whether or not they were a member of an association or group, and whether or not they had received education about schizophrenia. On the basis of the health education needs identified by the patients with schizophrenia and their relatives, a health education program should be prepared.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

In this study, which examined the health education needs of patients with schizophrenia and their relatives, it was determined that both expressed the greatest needs in the dimensions of general information about schizophrenia, coping with symptoms of schizophrenia, and communication and social relationships. In addition, the most important topics for the patients and relatives were legal rights, symptoms that arise when the illness is recurring, side effects of medications, psychosocial therapy used in schizophrenia, the importance of social support for patients with schizophrenia and their relatives, and schizophrenia-related groups and associations. It was determined that the health education needs of patients with schizophrenia were affected by their employment status, income level, and longest place of residence, and the relatives' health education needs, by marital status, degree of relation, educational level, income level, and status of being a member of a schizophrenia-related association or group.

As a result of the findings obtained in this study, it was proposed that it would be beneficial to prepare a health education for patients with schizophrenia and relatives that is based on accurate and comprehensive evaluation of the data collected. These study results can be used by nurses and other health care professionals in planning health education programs. It is recommended that the Health Educational Needs Form's validity and reliability be tested in a larger sample for further research.

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καθοριστεί η εκπαίδευση για τις ανάγκες των ασθενών με σχιζοφρένεια και των συγγενών τους γύρω από τα θέματα υγείας των ασθενών. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν σύνολο 80 ασθενείς και 80 συγγενείς. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με χρήση Descriptive Characteristics Questionnaire and Evaluation of Health Educational Needs Form. Τα θέματα που οι ασθενείς και οι συγγενείς τους δήλωσαν ότι είχαν τη μεγαλύτερη ανάγκη για να μάθουν περισσότερα ήταν γενικές πληροφορίες σχετικά με τη σχιζοφρένεια, την αντιμετώπιση, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας και τις κοινωνικές σχέσεις. Καθορίζεται ότι η εκπαίδευση επηρεάζεται από το καθεστώς απασχόλησής τους, το επίπεδο του εισοδήματος, ο κύριος τόπος κατοικίας τους, την εκπαίδευση σε θέματα υγείας των συγγενών, από την οικογενειακή τους κατάσταση, το βαθμό της οικογενειακής σχέσης, το μορφωτικό επίπεδο, το επίπεδο του εισοδήματος, αν ήταν ή όχι μέλος μιας ένωσης ή ομάδας, και αν είχαν ή όχι λάβει εκπαίδευση για τη σχιζοφρένεια. Βάσει των εκπαιδευτικών για την υγεία αναγκών που προσδιορίζονται από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και στους συγγενείς τους, θα πρέπει να προετοιμαστεί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης για την υγεία.

Συμπεράσματα

Σε αυτή τη μελέτη, η οποία εξέτασε την εκπαίδευση για τις ανάγκες υγείας των ασθενών με σχιζοφρένεια και των συγγενών τους, διαπιστώθηκε ότι και οι δυο εξέφρασαν τις μεγαλύτερες ανάγκες σχετικά με τις γενικές πληροφορίες για τη σχιζοφρένεια, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, καθώς και την επικοινωνία και τις κοινωνικές σχέσεις. Επιπλέον, τα πιο σημαντικά θέματα για τους ασθενείς και τους συγγενείς ήταν τα νομικά δικαιώματα, τα συμπτώματα που προκύπτουν όταν η ασθένεια επανέρχεται, τις παρενέργειες των φαρμάκων, την ψυχοκοινωνική θεραπεία για τη σχιζοφρένεια, και τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και των συγγενών τους. Καθορίστηκε ότι οι ανάγκες εκπαίδευσης για την υγεία των ασθενών με σχιζοφρένεια είχαν επηρεαστεί από το καθεστώς απασχόλησής τους,

το επίπεδο του εισοδήματος, τον τόπο της κύριας κατοικίας τους, την οικογενειακή κατάσταση, το βαθμός της σχέσης τους, το μορφωτικό επίπεδο, το επίπεδο του εισοδήματος, και το να είσαι μέλος μιας ένωσης ή ομάδας.

Ως αποτέλεσμα των ευρημάτων που λήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη, προτάθηκε ότι θα ήταν ωφέλιμο να προετοιμαστεί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θέματα υγείας για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και συγγενείς τους, που θα βασίζεται σε ακριβή και ολοκληρωμένη αξιολόγηση των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους νοσηλευτές και τους άλλους επαγγελματίες υγείας σε προγράμματα εκπαίδευσης για την υγεία. Συνιστάται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της φόρμας εκπαίδευσης για τις ανάγκες υγείας να δοκιμαστεί σε μεγαλύτερο δείγμα για περαιτέρω έρευνα.

Review 5

Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia

Hui Chien Ong et al, Psychology Research and Behavior Management, 2016

Σήμερα, τα μέλη της οικογένειας σταδιακά αποκτούν το ρόλο των φροντιστών πλήρους απασχόλησης για ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Η αυξανόμενη επιβάρυνση και τα καθήκοντα φύλαξης μπορεί να τους προκαλέσουν ψυχολογική δυσφορία, όπως κατάθλιψη ή άγχος. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να μετρηθεί η συσχέτιση μεταξύ αντιληπτού στίγματος και της αντιμετώπισης, η ψυχολογική δυσφορία, καθώς ο προσδιορισμός των προγνωστικών παραγόντων της ψυχολογικής δυσφορίας μεταξύ των φροντιστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 31,5% των φροντιστών βιώνουν ψυχολογική δυσφορία. Η κοινοτική απόρριψη βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την ψυχολογική δυσφορία. Η ψυχολογική δυσφορία είχε θετική συσχέτιση με τη χρήση ουσιών και τη χρήση συναισθηματικής υποστήριξης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές προσαρμοστικής αντιμετώπισης για τους φροντιστές για να τους βοηθήσουν να μειώσουν το άγχος τους και την περαιτέρω επιδείνωση των ψυχολογικών διαταραχών.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα από την παρούσα μελέτη έδειξαν ότι σχεδόν το ένα τρίτο των φροντιστών των ασθενών με σχιζοφρένεια επλήγησαν από ψυχολογική δυσφορία. Αυτή η μελέτη έδειξε επίσης ότι η ψυχολογική δυσφορία των φροντιστών «εν μέρει σχετίζεται με το αντιληπτό στίγμα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται. Μερικές στρατηγικές αντιμετώπισης βρέθηκαν να είναι προγνωστικές της ψυχολογικής δυσφορίας. Ως εκ τούτου, προτείναμε τη χρήση ορισμένων από αυτές τις στρατηγικές. Στοχεύοντας στο σχέδιο παρέμβασης την εκπαίδευση τόσο του κοινού όσο και των φροντιστών είναι σίγουρα ζωτικής σημασίας, όχι μόνο για να εξασφαλιστεί η συνολική ευημερία των φροντιστών, αλλά επίσης και για τη μακροπρόθεσμη βελτίωση των σχιζοφρενών ασθενών.

Review 6

Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia

Ji-Min Seo et al, Science Direct, 2007

The effects of social skills training on the social skills and self-esteem of 66 patients with chronic schizophrenia were evaluated using the basic training and problem-solving training models. The experimental group received 16 group training sessions, and the control group received routine nursing care. The training program consisted of two parts: conversational skills and assertiveness skills. Data were collected at pretreatment and posttreatment. The conversational, interpersonal relationship, and assertiveness skills, and self-esteem of the experimental group showed significant improvement, whereas problem-solving skills did not improve. The results indicate that training in social skills is effective for improving the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia.

Discussion

The effects of social skills training on the social skills and self-esteem of patients with chronic schizophrenia were examined by psychiatric nurses in South Korea. The overall hypothesis that social skills training would improve social skills and self-esteem was partially confirmed. We found a significant improvement in conversational skills, assertiveness skills, interpersonal relationship skills, and self-esteem after training. However, we did not find an improvement in problem-solving skills. Subjects who participated in the social skills training program successfully progressed in conversational, assertiveness, and interpersonal relationship skills compared to the control group. This improvement was independent of age, duration of illness, and length of hospitalization. Our findings support the reports of previous studies regarding significant improvement in conversational skills, assertiveness skills, and interpersonal relationship skills through social skills training in patients with chronic mental illness. Findings of this study show that it is possible to improve the social skills of patients with chronic schizophrenia through implementation of a special training program. Findings suggest that once patients have learned how to properly communicate and respond in interpersonal situations, they can experience positive responses from others. This, in turn, can increase confidence in

interpersonal relations, decrease anxiety, and lead to improved interpersonal relationship skills.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης σε ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια.

Χρησιμοποιώντας το βασικό μοντέλο επίλυσης προβλημάτων αξιολογήθηκαν οι επιδράσεις της εκπαίδευσης κατάρτισης στις κοινωνικές δεξιότητες και την αυτοεκτίμηση 66 εσωτερικών ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια. Η πειραματική ομάδα παρακολούθησε 16 διαλέξεις κατάρτισης και η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα. Το πρόγραμμα κατάρτισης αποτελούταν από δύο μέρη: Τις ομιλητικές δεξιότητες και τις δεξιότητες αυτοπεποίθησης. Η συλλογή των δεδομένων έγινε και πριν και μετά τη θεραπεία. Οι ομιλητικές δεξιότητες, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση της πειραματικής ομάδας βελτιώθηκαν σημαντικά, όμως η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων όχι. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι το πρόγραμμα κατάρτισης κοινωνικών δεξιοτήτων είναι αποτελεσματικό σε ότι αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες και την αυτοεκτίμηση των εσωτερικών ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια.

Συμπεράσματα

Οι επιδράσεις της κατάρτισης των κοινωνικών δεξιοτήτων σχετικά με τις κοινωνικές δεξιότητες και την αυτοεκτίμηση των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια εξετάστηκαν από ψυχιατρικούς νοσηλευτές στη Νότια Κορέα. Η συνολική υπόθεση ότι η εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων θα βελτιώσει τις κοινωνικές δεξιότητες και την αυτοεκτίμηση επιβεβαιώθηκε εν μέρει. Βρήκαμε μια σημαντική βελτίωση στις ομιλητικές δεξιότητες, στις ικανότητες αυτοπεποίθησης, στις δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων και στην αυτοεκτίμηση μετά την εκπαίδευση. Ωστόσο, δεν βρήκαμε καμία βελτίωση στις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Τα άτομα που συμμετείχαν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα κοινωνικών δεξιοτήτων βελτίωσαν με επιτυχία τις ομιλητικές δεξιότητες, την αυτοπεποίθηση, και τις διαπροσωπικές δεξιότητες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η βελτίωση αυτή είναι ανεξάρτητη της ηλικίας, της διάρκειας της νόσου, και της διάρκειας της νοσηλείας. Τα ευρήματά μας υποστηρίζουν τις εκθέσεις των προηγούμενων μελετών σχετικά με σημαντική βελτίωση στις ομιλητικές δεξιότητες, την αυτοπεποίθηση, και τις δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων μέσω της κατάρτισης κοινωνικών δεξιοτήτων σε ασθενείς με χρόνιες ψυχικές ασθένειες. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι είναι δυνατή η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια μέσω

της εφαρμογής ενός ειδικού προγράμματος κατάρτισης. Υποδεικνύουν επίσης ότι μόλις οι ασθενείς έχουν μάθει πώς να επικοινωνούν σωστά και να ανταποκρίνονται στις διαπροσωπικές καταστάσεις, μπορούν να βιώσουν θετικές απαντήσεις από τους άλλους. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να αυξήσει την εμπιστοσύνη στις διαπροσωπικές σχέσεις, να μειώσει το άγχος, και να οδηγήσει σε βελτιωμένες διαπροσωπικές σχέσεις.

Review 7

Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study

Pitkanen et al, Science Direct, 2008

Background: People with mental disorders suffer from impaired quality of life (QoL). In psychiatric hospital wards nurses are in a close relationship with patients and have good opportunities to support patients' QoL. Still, relatively little is known about patients' perceptions related to nursing interventions by which nurses can support the QoL of patients with severe mental illness.

Objectives: To explore patients' perceptions of nursing interventions in supporting patients' QoL in acute psychiatric inpatient settings.

Design: Explorative descriptive study design.

Settings: The study was conducted in seven acute 24-h psychiatric wards of general hospitals in Southern Finland.

Participants: Thirty-five inpatients diagnosed with schizophrenia, schizotypal disorder or delusional disorder.

Methods: The data were generated through semi-structured interviews and processed by means of qualitative content analysis.

Results: Five main categories of patients' perceptions of nursing interventions were identified to support QoL from patients' descriptions: empowering interventions, social interventions, activating interventions, security interventions and interventions to support physical health.

Conclusion

In light of the results of this study, the impaired QoL of patients with severe mental illness is enhanced in acute psychiatric wards through nursing interventions. However, nurses should pay more attention than before to interventions by which they can enhance

patients' QoL. Awareness of patients' perceptions of their impaired QoL gives psychiatric nurses important information for planning individually tailored interventions. Shifting the focus of psychiatric nursing to QoL, as is required in the clinical practice guidelines, will improve outcomes by producing benefits for patients.

Περιγραφές ασθενών για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις υποστήριξης της ποιότητας ζωής στην οξεία ψυχιατρική πτέρυγα: Μια ποιοτική μελέτη

Υπόβαθρο: Οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές υποφέρουν από διαταραχή της ποιότητας ζωής. Στην ψυχιατρική πτέρυγα του νοσοκομείου οι νοσηλευτές βρίσκονται σε στενή σχέση με τους ασθενείς και έχουν καλές ευκαιρίες για να υποστηρίξουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ακόμα, λίγα είναι γνωστά σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών που σχετίζονται με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις με τις οποίες οι νοσηλευτές μπορούν να υποστηρίξουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Στόχοι: Να διερευνήσει τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την υποστήριξη της ποιότητας ζωής των ασθενών στην οξεία ψυχιατρική ενδονοσοκομειακή φάση.

Σχεδιασμός: Διερευνητικός περιγραφικός σχεδιασμό της μελέτης.

Ρυθμίσεις: Η μελέτη διεξήχθη σε επτά ψυχιατρικές πτέρυγες γενικών νοσοκομείων στη νότια Φινλανδία. **Συμμετέχοντες:** Τριάντα-πέντε νοσηλευόμενοι ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας, σχιζότυπη διαταραχή ή παραληρητική διαταραχή.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα παρήχθησαν μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων και επεξεργασίας μέσω ποιοτικής ανάλυσης του περιεχομένου. **Αποτελέσματα:** Εντοπίστηκαν πέντε κύριες κατηγορίες αντιλήψεων για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις: παρεμβάσεις ενδυνάμωσης, κοινωνικές παρεμβάσεις, παρεμβάσεις ενεργοποίησης, παρεμβάσεις ασφάλειας και παρεμβάσεις για τη στήριξη της σωματικής υγείας.

Αποτελέσματα: Η μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια μπορεί να υποστηριχθεί στην οξεία ψυχιατρική πτέρυγα μέσω νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ωστόσο, δεν είμαστε σίγουροι πόσο αποτελεσματικές είναι οι παρεμβάσεις αυτές. Έτσι, απαιτείται έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην υποστήριξη της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, η μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια στην οξεία ψυχιατρική πτέρυγα μπορεί να βελτιωθεί μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ωστόσο, οι νοσηλευτές θα πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη προσοχή από ό,τι πριν σε παρεμβάσεις με τις οποίες μπορούν να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ευαισθητοποίηση για τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα ζωής τους δίνει σημαντικές πληροφορίες για το σχεδιασμό των παρεμβάσεων. Η μετατόπιση της εστίασης της ψυχιατρικής νοσηλευτικής στην ποιότητα ζωής, θα βελτιώσει τα οφέλη για τους ασθενείς.

Review 8

Schizophrenia – From devilry to disease

Ruaridh Owen, Res Media: Journal of the Royal Medical Society, 2014

Symptoms of psychotic diseases historically instilled fear and distrust in onlookers, who associated them with witchcraft, demonic spirits, and the devil. From Egyptian medicine to medieval witch hunts, psychotic diseases have been associated with the supernatural throughout history. Yet even with advancements in neuroscience and improvements in our understanding of mental illness, stigma surrounding mental health remains prevalent today. Schizophrenia is a psychiatric illness which has evaded a clinical definition until relatively recently; even now, the precise features that constitute a schizophrenic patient are open to dispute. This article explores the ancient history of mental health with a particular emphasis on psychosis, and also considers the changing attitudes and understanding of schizophrenia throughout the last century, leading to its clinical definition as a treatable condition.

Conclusion

The history of schizophrenia is a history of changing attitudes towards mental illness: it is the progression from demonic possession to identifiable disease, and from exorcisms to neuroleptics. The documentation of insanity and mental afflictions throughout historical texts depicts the development of medical knowledge about the brain and its constituents, and also shows how the illogical and often disconcerting thoughts of schizophrenics can have an impact on prejudices of mental disease. As this article has progressed chronologically through periods of history, specifically concerned with mental disorder, there has been a notable change in public opinion of mental conditions, the most significant being in recent decades. However, there still remains a certain stigma surrounding schizophrenia, one that has migrated from associations of devilry to implications of violent crime. Although treatment methods are now available to dampen the positive symptoms of schizophrenia, science has yet to develop a cure. It is widely believed that schizophrenia is a complex disease which originates from the interaction between the patients' genes and environment, and future research into schizophrenia will continue to explore this interaction.

Σχιζοφρένεια - Από δαιμονισμός σε νόσο

Τα συμπτώματα των ψυχωτικών ασθενειών ενστάλαξαν φόβο και δυσπιστία σε όσους τα είδαν, οι οποίοι τα σύνδεσαν με τη μαγεία, τα δαιμονικά πνεύματα και το διάβολο. Από την αιγυπτιακή ιατρική για το μεσαιωνικό κυνήγι μαγισσών, οι ψυχωσικές ασθένειες έχουν συσχετιστεί με το υπερφυσικό σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας. Ωστόσο, ακόμη και με τις προόδους στη νευρολογία και τις βελτιώσεις στην κατανόηση της ψυχικής ασθένειας, το στίγμα που περιβάλλει την ψυχική υγεία παραμένει διαδεδομένο και σήμερα. Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που έχει διαφύγει ενός κλινικού ορισμού μέχρι σχετικά πρόσφατα ακόμα και τώρα, τα ακριβή χαρακτηριστικά που συνθέτουν έναν σχιζοφρενή ασθενή είναι αμφισβητήσιμα. Το άρθρο αυτό διερευνά την αρχαία ιστορία της ψυχικής υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην ψύχωση, και εξετάζει, επίσης, την αλλαγή της νοοτροπίας και την κατανόηση της σχιζοφρένειας στη διάρκεια του τελευταίου αιώνα, οδηγώντας στον κλινικό ορισμό της.

Συμπεράσματα

Η ιστορία της σχιζοφρένειας είναι μια ιστορία αλλαγής της στάσης απέναντι στη ψυχική ασθένεια: είναι η εξέλιξη από τη δαιμονική κατοχή σε διαγνώσιμη ασθένεια, και από τον εξορκισμό στα νευροληπτικά. Η τεκμηρίωση της παραφροσύνης και των ψυχικών βλαβών σε όλα τα ιστορικά κείμενα απεικονίζει την ανάπτυξη της ιατρικής γνώσης για τον εγκέφαλο και των συστατικών του, και δείχνει επίσης πώς οι παράλογες και συχνά ανησυχητικές σκέψεις των σχιζοφρενών μπορούν να έχουν αντίκτυπο στις προκαταλήψεις της ψυχικής ασθένειας. Όπως αυτό το άρθρο έχει προχωρήσει κατά χρονολογική σειρά μέσω περιόδους της ιστορίας, έτσι υπήρξε και μια αξιοσημείωτη αλλαγή στην κοινή γνώμη των ψυχικών συνθηκών, και ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει ένα συγκεκριμένο στίγμα που περιβάλλει τη σχιζοφρένεια, που έχει ξεμείνει από τις απόψεις του δαιμονισμού και τις επιπτώσεις των βίαιων εγκλημάτων. Παρά το γεγονός ότι μέθοδοι επεξεργασίας είναι τώρα διαθέσιμες για να αμβλύνουν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, η επιστήμη δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί μια θεραπεία. Πιστεύεται ευρέως ότι η σχιζοφρένεια είναι μια πολύπλοκη ασθένεια η οποία προέρχεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των γονιδίων και του περιβάλλοντος των ασθενών, η αλληλεπίδραση αυτή θα συνεχίσει να διερευνάται στο μέλλον.

Review 9

Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory

Sylvie Noiseux, Nicole Ricard, Science Direct, 2007

Background: Advances in knowledge in the biomedical and psychosocial sciences have expanded our understanding of schizophrenia and of how it evolves in people living with it. These individuals are no longer viewed as being 'ill' and requiring long-term hospitalisation. We have come instead to have a much more positive view of them and of the role they can play in coming to terms both with their health condition and with society. In the majority of cases, schizophrenia sufferers have the potential to recover.

Aims: The purpose of this study is to propose a theoretical explanation of recovery based on the concept of human responses put forward by the American Nurses' Association.

Participants: Data were collected from 41 participants (16 people living with schizophrenia, 5 family members, 20 health professionals). Selection criteria required the people living with schizophrenia to be in stable health, see themselves as being in the process of recovery, and be able to speak about it. Family members were expected to have displayed a strong bond with their relative living with schizophrenia, and the health professionals to have had at least 3 years experience dealing with schizophrenia patients.

Method: The Grounded Theory approach was selected because it allows for diversified data sources to be used in the empirical study of a phenomenon. It is an appropriate approach for the conceptualisation of complex phenomena and the development of middle-range theory. To ensure a variety of subjects were involved, semi-structured interviews were conducted in three different settings: a specialized psychiatric hospital, a self-help group, and a community setting.

Findings: Seven categories emerged from the analysis and conceptualization: perceiving schizophrenia as a 'descent into hell'; igniting a spark of hope; developing insight; activating the instinct to fight back; discovering keys to well-being; maintaining a constant equilibrium between internal and external forces; and, finally, seeing light at the end of the tunnel. Comparison of these categories led to their being consolidated into a core category in which recovery is defined as a 'process involving intrinsic, non-linear progress that is

primarily generated by the role as actor that the individual adopts to rebuild his or her sense of self and to manage the imbalance between internal and external forces with the objective of charting a path through the social world and regaining a sense of well-being on all biopsychosocial levels.

Conclusion

This study of the recovery of people living with schizophrenia, conceptualized from the nursing perspective and based on the concept of ‘‘Human Responses’’, is a new and completely appropriate approach, for its focus is not the disease and its great destructiveness, but the constructive breakthroughs and personal skills of the individual. The theoretical explanation of recovery that we have proposed is based on the inner attributes and resources of the individual and on his or her ultimate potential to make a recovery. Finally, like the members of any professional discipline, research nurses and health experts have a social responsibility for the actions they undertake with people with schizophrenia and are expected to contribute to developing knowledge of care practices that will facilitate recovery. Healthcare practice should focus on developing an innovative macro-social intervention programme that goes beyond the objectives recommended in standard rehabilitation programmes. There should additionally be in-depth examinations of already existing intervention programmes with more individualistic orientations. Above all, this study is an initial step in directing attention towards the potential of the individuals rather than focusing on the deficits associated with the disease. It is therefore important to target clinical nursing interventions at the individuals with schizophrenia so that they can identify their own keys to well-being; identify points of reference from their past that will give them a new sense of self; identify sources of motivation despite their anguish; and restore themselves to the state they were in before the disease.

Η ανάρρωση από τη σχιζοφρένεια όπως περιγράφηκε από τους ασθενείς, την οικογένεια τους και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Ιστορικό: Η πρόοδος των γνώσεων στις βιοϊατρικές επιστήμες και στην ψυχοκοινωνική μας έχουν βοηθήσει στην κατανόηση της σχιζοφρένειας και το πώς εξελίσσεται στους ανθρώπους που ζουν με αυτή. Αυτά τα άτομα δεν θεωρούνται πλέον ως «άρρωστα» που απαιτούν μακροχρόνια νοσηλεία. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια έχουν τη δυνατότητα να ανακάμψουν.

Στόχοι: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προτείνει μια θεωρητική εξήγηση της ανάρρωσης με βάση τις ανθρώπινες αντιδράσεις που προέβαλε η Ένωση των αμερικανικών Νοσηλευτών ».

Συμμετέχοντες: Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 41 συμμετέχοντες (16 ανθρώπων που ζουν με τη σχιζοφρένεια, 5 μέλη της οικογένειας, 20 επαγγελματίες υγείας). Τα κριτήρια επιλογής που απαιτούνται στους πάσχοντες είναι να είναι σε σταθερή κατάσταση υγείας, να βλέπουν τους εαυτούς τους πως βρίσκονται στη φάση της ανάρρωσης, και να είναι σε θέση να μιλήσουν γι' αυτό. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να έχουν επιδείξει έναν ισχυρό δεσμό με τους πάσχοντες, και οι επαγγελματίες υγείας να είχαν τουλάχιστον 3 χρόνια εμπειρίας με ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Μέθοδος: Επιλέχθηκε η μέθοδος της γειωμένης προσέγγιση, επειδή επιτρέπει την διαφοροποίηση των πηγών δεδομένων που θα χρησιμοποιηθούν στην εμπειρική μελέτη. Είναι μια κατάλληλη προσέγγιση για τη σύλληψη πολύπλοκων φαινομένων. Για να εξασφαλιστεί μια ποικιλία θεμάτων δημιουργήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε τρία διαφορετικά επίπεδα: ένα εξειδικευμένο ψυχιατρικό νοσοκομείο, μια ομάδα αυτοβοήθειας, και μια κοινοτική ομάδα.

Ευρήματα: Από την ανάλυση προέκυψαν επτά κατηγορίες: Η αντίληψη της ανάρρωσης ως κάθοδος στην κόλαση, ως μια σπίθα ελπίδας, ως ανάπτυξη της διορατικότητας, ως ένστικτο αντεπίθεσης, ως το κλειδί για την ευημερία, ως διατήρηση μιας ισορροπίας μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων και, τέλος, βλέποντας το φως στο τέλος του τούνελ. Η σύγκριση αυτών των κατηγοριών οδήγησε σε μια ενοποιημένη κατηγορία στην οποία η ανάκαμψη ορίζεται ως μια «διαδικασία που περιλαμβάνει εγγενή, μη γραμμική πρόοδο που κατά κύριο λόγο παράγεται από το ρόλο που το άτομο υιοθετεί για την ανοικοδόμηση, την αίσθηση του εαυτού του και να τη διαχείριση της ανισορροπίας μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων με στόχο να ανακτήσει την αίσθηση της ευημερίας για όλα τα βιοψυχοκοινωνικά τα επίπεδα ».

Συμπεράσματα

Αυτή η μελέτη της αποκατάστασης των ατόμων που ζουν με σχιζοφρένεια, από την άποψη της νοσηλευτικής αντίληψης και βασιζόμενη στην έννοια της " Ανθρώπινης απάντησης ", είναι μια νέα και εντελώς κατάλληλη προσέγγιση, καθώς η εστίασή της δεν είναι η νόσος και μεγάλη καταστροφικότητα της, αλλά οι εποικοδομητικές ανακαλύψεις

και προσωπικές δεξιότητες του ατόμου. Η θεωρητική εξήγηση της ανάκαμψης που έχουμε προτείνει βασίζεται στα εσωτερικά χαρακτηριστικά και τους πόρους του ατόμου και στο τελικό δυναμικό του να κάνει μια ανάκαμψη. Τέλος, η έρευνα σε νοσηλευτές και ειδικούς σε θέματα υγείας έχει κοινωνική ευθύνη για τις ενέργειες που αναλαμβάνουν για τους ανθρώπους με σχιζοφρένεια και αναμένεται να συμβάλει στην ανάπτυξη της γνώσης των πρακτικών φροντίδας που θα διευκολύνει την ανάκαμψη.

Η πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να επικεντρωθεί στην ανάπτυξη ενός καινοτόμου προγράμματος μακροοικονομικής-κοινωνικής παρέμβασης που πηγαίνει πέρα από τους στόχους που συνιστάται σε τυποποιημένα προγράμματα αποκατάστασης. Πρέπει επιπλέον να υπάρξει εις βάθος εξέταση των ήδη υπαρχόντων προγραμμάτων και παρεμβάσεις με πιο ατομικιστικούς προσανατολισμούς. Πάνω απ' όλα, αυτή η μελέτη είναι ένα πρώτο βήμα για προσοχή προς τις δυνατότητες των ατόμων και όχι η έμφαση στα ελλείμματα που σχετίζονται με την ασθένεια. Επομένως, είναι σημαντικό να στοχεύσει στις κλινικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στα άτομα με σχιζοφρένεια, έτσι ώστε να μπορούν να εντοπίσουν τα δικά τους κλειδιά για την ευημερία, να εντοπίσουν σημεία αναφοράς από το παρελθόν τους, που θα τους δώσουν μια νέα αίσθηση του εαυτού, να εντοπίσουν τις πηγές των κινήτρων, παρά την αγωνία τους, και οι ίδιοι να επιστρέψουν στην κατάσταση στην οποία βρίσκονταν πριν την ασθένεια.

Review 10

Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment?

Ziegenbein M. et al, BMC Health Services Research, 2006

Background: Patients with psychiatric problems often seek help and assistance in hospital emergency departments. An important task of emergency room staff is to decide whether such patients need to be admitted or whether they can be treated on an outpatient basis.

Methods: Psychiatric treatments given in the Central Interdisciplinary Emergency Department (CED) at the Medical University of Hannover (MHH) in 2002 were analyzed.

Results: Of a total of 2632 patients seeking psychiatric help, 51.4% were admitted for inpatient treatment. Patients with dementia syndromes were admitted more frequently than patients with other psychiatric diseases. Suicidality was often the reason for admission. Accompanied patients were less likely to be hospitalized, unless a care-order was in force. Restraining measures and acute medication also had an impact on the rate of admissions.

Conclusion

Suicidality, drug treatment administered in the emergency department, restraining measures applied, committal ordered under state laws, the diagnosis of dementia, the number of consultations, female gender, referral to hospital by a physician, or the patient presenting at the emergency department unaccompanied are the main factors that favour the indication for inpatient admission in our study. With increasingly limited time and high personal demands on the individual, a knowledge of these factors may provide doctors working in emergency departments with important pointers to help them more quickly and efficiently select the appropriate form of psychiatric treatment for the individual patient. In order to gain further insights in this field, further studies should be conducted, which should also include such aspects as the influence of the length of clinical experience of the duty physician on the number of inpatient admissions.

Πιθανά κριτήρια για την ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική εισαγωγή: ποιοι ασθενείς μεταφέρονται από τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης σε ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική θεραπεία;

Ιστορικό: Οι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα συχνά ζητούν βοήθεια στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Ένα σημαντικό καθήκον του προσωπικού επειγόντων περιστατικών είναι να αποφασίσει κατά πόσον αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να εισαχθούν στην αντίστοιχη κλινική ή αν μπορούν να αντιμετωπιστούν ως εξωτερικοί ασθενείς.

Μέθοδοι: Ανάλυση των ψυχιατρικών θεραπειών που δόθηκαν στην Κεντρική Υπηρεσία Διεπιστημονικής Έκτακτης Ανάγκης (ΚΕΕ) στην Ιατρική Σχολή του Hannover (ΜΗΗ) το 2002.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 2632 ασθενών που αναζήτησαν ψυχιατρική βοήθεια, το 51,4% εισάχθηκε για ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Οι ασθενείς με σύνδρομα άνοιας έγιναν δεκτοί πιο συχνά από ό, τι οι ασθενείς με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες. Η αυτοκτονία ήταν συχνά η αιτία για την εισαγωγή. Οι συνοδευόμενοι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να νοσηλευτούν. Τα μέτρα αναχαίτησης της νόσου και η οξεία φαρμακευτική αγωγή είχαν επίσης κάποιο αντίκτυπο στο ρυθμό των εισαγωγών.

Συμπεράσματα

Η αυτοκτονία, η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, η εφαρμογή μέτρων ακινητοποίησης, η δεσμευτική εντολή σύμφωνα με τους νόμους του κράτους, η διάγνωση της άνοιας, ο αριθμός των διαβουλεύσεων, το γυναικείο φύλο, η παραπομπή στο νοσοκομείο από γιατρό, ή η παρουσίαση του ασθενούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών χωρίς συνοδεία είναι οι κύριοι παράγοντες που ευνοούν την ένδειξη για ενδονοσοκομειακή εισαγωγή στη μελέτη μας. Με όλο και πιο περιορισμένο χρόνο και υψηλές προσωπικές απαιτήσεις από το άτομο, η γνώση αυτών των παραγόντων μπορεί να παρέχει στους γιατρούς που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών σημαντικές υποδείξεις για να επιλέξουν πιο γρήγορα και αποτελεσματικά την κατάλληλη μορφή ψυχιατρικής θεραπείας για τον κάθε ασθενή. Προκειμένου να αποκτήσουν περαιτέρω γνώσεις σε αυτόν τον τομέα, περαιτέρω μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν, οι οποίες θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν θέματα όπως η επίδραση του της κλινικής εμπειρίας του γιατρού.

Βιβλιογραφία

- 1) **Αγγελόπουλος Ν.Β.**, (2009) Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις
- 2) **Αλεξιάδης Σ.**, (1984), Η πρόσφατη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου σχετικά με τις εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατουμένων ψυχασθενών (με αφορμή την απόφαση Luberti), Ελληνική Επιθεώρηση Ευρωπαϊκού Δικαίου 1984, σελ. 186
- 3) **Βαρουχάκης Χ.**, (1993), Σχέδιο ερμηνευτικών οδηγιών για την εφαρμογή των διατάξεων του κεφ. ΣΤ' περί ψυχικής υγείας του νόμου 2071/1992. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 42
- 4) **Θεοδωρίδης Κ.**, (1999), Η αρχή της εκδίκασης των πολιτικών υποθέσεων εντός ευλόγου χρόνου κατά το άρθρο 6 παρ. 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, εκδόσεις Αρμενόπουλος
- 5) **Κουκιά Ε.**, (2014), Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ
- 6) **Μαδιανός Μ.**, (2006) Κλινική ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- 7) Ν.2071/92 «Περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης του Συστήματος Υγείας»
- 8) **Ραγιά Α.**, (2005) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας –Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Ε έκδοση, Αθήνα
- 9) **Χριστοδούλου Γ.**, (2006) Ψυχιατρική(I). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- 10) **Χριστοδούλου Γ.**, (2006) Ψυχιατρική(II). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ
- 11) **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
- 12) **Aysun Babacan Gümüş** (2008) Health Education Needs of Patients With Schizophrenia and Their Relatives, Science Direct.
- 13) **Brown A.S.** et al. (2004) Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry.
- 14) **Brown A.** et al (2011) The Prevention of Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin
- 15) **Cioffi CL.** (2013) Modulation of NMDA receptor function as a treatment for schizophrenia. Bioorg Med Chem Lett.
- 16) **Csernansky J.** (2001) Schizophrenia: A new guide for clinicians, New York: Marcel Dekker, Inc.

- 17) **Doran C.** (2013) Prescribing Mental Health Medication: The practitioner's guide. New York: Taylor & Francis Group
- 18) **Eby, Brown** (2010) Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία, Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
- 19) **Fan X, Goff DC, Henderson DC** (2007) Inflammation and schizophrenia. Expert Rev Neurother
- 20) **Gaebel W.** (2011), Schizophrenia: Current Science and Clinical Practice, 1^η έκδοση, Oxford: John Wiley & Sons
- 21) **Heinz H.** (2014) The Concept of Schizophrenia: From Unity to Diversity, Advances in Psychiatry
- 22) **Hui Chien Ong et al.** (2016) Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia, Psychology Research and Behavior Management
- 23) **Kaplan, Sadock's & Grebb** (2000) Ψυχιατρική Τόμος Β'. Ιατρικές εκδόσεις
- 24) **Lamberti J.,** (2001) Seven Keys to Relapse Prevention in Schizophrenia, Journal of Psychiatric Practice
- 25) **Magliano L, et al** (2005) Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. Soc Sci Med.
- 26) **Martijn J. et al** (2006) Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views, Schizophrenia Bulletin
- 27) **McGrath J.,** (2006) Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. Schizophr Bull.
- 28) **Michael B. et al** (2007) Towards Harmonization: An Annotated Guide to Differences in the DSM-IV and ICD-10 Definitions of Mental Disorders, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, Department of Psychiatry
- 29) **Morgan C. et al.** (2007) Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. Psychol Med.
- 30) **Mueser K., Jeste D.** (2008), Clinical handbook of schizophrenia, New York: The Guilford Press
- 31) **Neil R. et al** (2005) The Negative Symptoms of Schizophrenia: A Cognitive Perspective, Can J Psychiatry
- 32) **Owen G., Wessely S., Murray R.,** (2014) Handbook of Practical Psychiatry, Oxford: Oxford University Press
- 33) **Owen R.** (2014), Schizophrenia – From devilry to disease, Journal of the Royal Medical Society, Volume 22, Issue 1

- 34) **Pedersen CB**, Mortensen PB. (2001) Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. Arch Gen Psychiatry
- 35) **Perälä J.** et al. (2007) Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry.
- 36) **Simona A.** et al (2010) The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge, Dialogues in Clinical Neuroscience: Vol 12, No. 3
- 37) **Shah STH** et al. (3013) Psychological distress among caregivers of patients with schizophrenia. J Ayub Med Coll Abbottabad.
- 38) **Struening** et al. (2001) Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families, Psychiatr Serv
- 39) **Tamminga CA**, Stan AD, Wagner AD (2010) The hippocampal formation in schizophrenia. Am J Psychiatry.
- 40) **Townsend M.**, (2011) Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications. Oklahoma : F.A. Davis Company
- 41) **Tsuang M.**, (2000) Schizophrenia: genes and environment. Biol Psychiatry.
- 42) **Whitehorn D.** et al (2004) Hospitalization in the first year of treatment for schizophrenia, Can J Psychiatry
- 43) **Ziegainbein** et al (2006) Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? BMC Health Services Research