



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

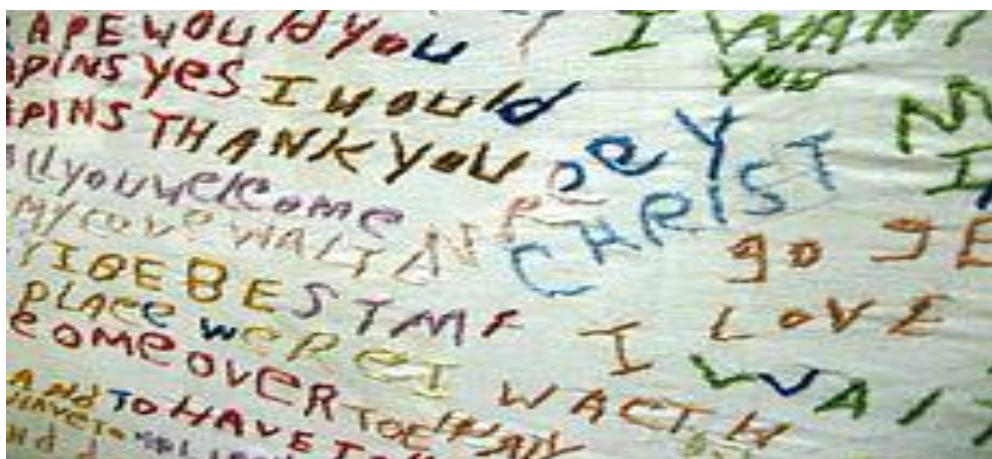
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Σχιζοφρένεια



Φοιτήτρια: Ελένη Παπαβλασακούδη

A.M.: 15319

Εισηγήτρια: Τρίς Ζαμπίρα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ- Οκτώβριος 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Εισαγωγή	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Σκοποί και στόχοι της εργασίας	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Τι είναι η σχιζοφρένεια;	9
3.2 Επιδημιολογία της σχιζοφρένειας	9
3.3 Πορεία της σχιζοφρένειας	10
3.4 Οι υπότυποι της σχιζοφρένειας	12
3.5 Διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας	13
3.6 Αιτιολογία της σχιζοφρένειας	14
3.7 Θεραπεία της σχιζοφρένειας	17
3.8 Νοσηλευτικοί ρόλοι	
• 3.8.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη της ψυχικής νόσου	23
• 3.8.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενή με σχιζοφρένεια, στη κλινική.	24
• 3.8.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή του ασθενή με σχιζοφρένεια, στη κλινική	26
• 3.8.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ασθενή με σχιζοφρένεια	27
• 3.8.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη των υποτροπών της σχιζοφρένειας	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Μεθοδολογία	
4.1 Το είδος της έρευνας	32
4.2 Περιγραφή δείγματος	32

4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	32
4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
Αποτελέσματα/Ευρήματα	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
Συζήτηση αποτελεσμάτων	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
Συμπεράσματα	55
Βιβλιογραφία	56

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ιδιαίτερα σοβαρή ασθένεια του εγκεφάλου που προκαλεί διαταραχές στην σκέψη, την αντίληψη, την συναισθηματική κατάσταση και την συμπεριφορά του ασθενή με σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινή του προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της σχιζοφρένειας και των συμπτωμάτων της, η πορεία της νόσου, η θεραπείας της καθώς και η φροντίδα που πρέπει να παρέχεται από τους νοσηλευτές για την θεραπεία, την αποκατάσταση και την βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε κριτική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar καθώς και στη βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Ηπείρου στα Ιωάννινα και του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν από επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κυρίως από το 2010 και μετά. Κατά την αναζήτηση στο διαδίκτυο χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως «σχιζοφρένεια» (schizophrenia), «νοσηλευτική» (nursing), «ψυχική υγεία» (mental health), «ψυχική νόσος» (mental illness), «φροντίδα» (care).

Αποτελέσματα: Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή και ιδιαίτερα συχνή ασθένεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία και την καθημερινή ζωή του ασθενή. Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων που έχουν να κάνουν με διαταραχές στην αντίληψη, την σκέψη, την συμπεριφορά και την λειτουργικότητα των ασθενών. Οι ασθενείς βιώνουν ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, αποδιοργάνωση σκέψης. Με την έγκαιρη και σωστή θεραπεία καθώς και με τις σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν την εκπαίδευση, τη φροντίδα και την βοήθεια για ανάκτηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ασθενών, μπορούν να καταπολεμηθούν τα περισσότερα από τα συμπτώματα και να επανέλθει κατά έναν μεγάλο βαθμό η λειτουργικότητα του ατόμου.

Συμπεράσματα: Με τις κατάλληλες ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ώστε ο ασθενής να μπορέσει να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, παρά την ασθένεια του. Λαμβάνοντας την σωστή φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη, η πορεία της σχιζοφρένειας μπορεί να βελτιωθεί σε σημαντικό βαθμό. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο

έχουν η έγκαιρη διάγνωση και η νοσηλευτική φροντίδα μετά από κάθε επεισόδιο, καθώς και το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενή.

Λέξεις-κλειδιά: Σχιζοφρένεια, Νοσηλευτική, Ψυχική υγεία, Ψυχική νόσος, Φροντίδα.

Abstract

Background: Schizophrenia is a serious brain illness that causes disturbances in thinking, perception, emotional state and behavior of the patient with serious impact on his/her everyday personal, social and professional life.

Aim: The purpose of this thesis is to review schizophrenia and its symptoms, its course and treatment as well as the nursing care during treatment and recovery and how nurses can help the patient gain his/ her functionality.

Methodology: A critical review of the literature's data has been conducted through the electronic databases PubMed and Google Scholar and at the library of TEI of Epirus and University of Ioannina. Information was selected from books and articles, published mainly during the past five years. The keywords that were used are «schizophrenia», «nursing», «mental health», «mental illness», «care».

Results: Schizophrenia is a serious and very frequent illness with bad effects on patient's health and life. It manifests itself in a set of symptoms like disturbances in perception, thinking and behavior. Patients experience hallucinations, delusions, disorganized thinking. With timely and proper treatment and with major nursing interventions related to education, care and recovery of communication skills of patients, can eliminate most of the symptoms can be eliminated and disappear and the patient's functionality can be gained to a great extent.

Conclusions: Medical and nursing interventions can relieve the patients from their symptoms, so that they can live a normal, life despite their illness. Receiving the appropriate medication in conjunction with psychosocial support, schizophrenia can

be treated significantly. Early diagnosis and nursing care after each episode, as well as a supporting environment for the patient play a particularly important role on the disease's course.

Key words: Schizophrenia, Nursing, Mental health, Mental illness, Care.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία πρόκειται να αναλυθεί η ασθένεια της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις σοβαρότερες και ιδιαίτερα συχνές διαταραχές της εποχής μας, με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, την αντίληψη και την λειτουργικότητα των ασθενών. Η νόσος εκδηλώνεται με μια σειρά συμπτωμάτων, με κυριότερα και πιο χαρακτηριστικά τις ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες, το επίπεδο συναισθήμα, την αβουλησία και την κοινωνική απόσυρση. Σύμφωνα με έρευνες, 1 στα 100 άτομα παγκοσμίως, θα νοσήσει κάποια στιγμή από σχιζοφρένεια. Η ασθένεια συναντάται σε όλο τον κόσμο, ανεξαρτήτως φυλής, θρησκευτικών πεποιθήσεων και κοινωνικο-οικονομικής τάξης.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την ασθένεια της σχιζοφρένειας και το ρόλο του νοσηλευτή στην προαγωγή της ανάρρωσης και τη φροντίδα των ασθενών. Αρχικά αναλύεται ο όρος σχιζοφρένεια, ορίζονται τα συμπτώματα της και επεξηγούνται τα κριτήρια με τα οποία γίνεται η τελική διάγνωση της νόσου. Στη συνέχεια, εξηγούνται οι αιτίες και οι προδιαθέσεις που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου, καθώς και η συχνότητα και η επιδημιολογία της στα διάφορα κοινωνικά στρώματα και στις περιοχές ανά τον κόσμο. Αμέσως μετά, διατυπώνονται όλες οι έγκαιρες, σύγχρονες και αποτελεσματικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών. Επιπλέον, διευκρινίζεται ο ιδιαίτερα, σημαντικός ρόλος που έχουν οι νοσηλευτές σε όλη την πορεία της ανάρρωσης και της αποκατάστασης των ασθενών.

Τέλος, παρατίθενται νέα δεδομένα όσο αφορά τις αιτίες που προκαλούν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, καθώς και την παθοφυσιολογία του εγκεφάλου των ασθενών, τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών, αλλά και την σχέση με τους άλλους ανθρώπους και τις οικογένειες τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Στόχοι & σκοποί της εργασίας

Η παρούσα εργασία έχει ως θέμα την ασθένεια της σχιζοφρένειας. Μέσα στην εργασία αυτή αναλύεται η νόσος, οι δυσμενείς επιπτώσεις της στην ζωή και την καθημερινότητα των ασθενών αλλά και οι προσπάθειες αντιμετώπισης της. Στόχοι της εργασίας είναι η διερεύνηση της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων, της αιτιολογίας και της θεραπείας της, καθώς επίσης και η ανάλυση του ρόλου που έχει ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση της νόσου, στην φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από αυτήν αλλά και στην εξάλειψη των υποτροπών και την αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην καθημερινή ζωή και την λειτουργικότητα των πασχόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Τι είναι η σχιζοφρένεια;

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ιδιαίτερα σοβαρή, ψυχωτική διαταραχή με ανατομικές και λειτουργικές βλάβες του εγκεφάλου (Kaplan & Sadock's, 2012).

Η ασθένεια περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Kraepelin (1883) με τον όρο *πρώιμη άνοια* (dementia praecox) για να υποδηλώσει πως πρόκειται για μια ασθένεια που επιδεινώνεται προοδευτικά και ο ασθενής δεν επανέρχεται εξ ολοκλήρου στην αρχική του κατάσταση. Λίγο αργότερα ο Bleuler (1908) ονόμασε την ασθένεια σχιζοφρένεια (σχίζω και φρήν) για να εκφράσει την χάλαση του νου. Γενικά η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει διάφορες διαταραχές που έχουν να κάνουν με την αντίληψη και την σκέψη. Πιο συγκεκριμένα, τα κυριότερα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι οι ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα και οι παραληρητικές ιδέες, ο αποδιοργανωμένος λόγος και σκέψη. Οι ασθενείς συχνά έχουν επίπεδο συναίσθημα, παράδοξες πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και τους άλλους, θεωρούν πως οι συμπεριφορά των άλλων σχετίζεται με τους ίδιους ενώ η σκέψη τους φαίνεται να μην έχει ειρμό (Bennett, 2010).

Πρόκειται για μια ιδιαίτερα σοβαρή και συχνή ασθένεια με πολύ σοβαρές συνέπειες για την ζωή και την λειτουργικότητα των ασθενών που μπορεί να προσβάλει τον καθένα, ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας και κοινωνικής τάξης. Δυστυχώς όμως οι πόροι που αφιερώνονται παγκοσμίως για την αντιμετώπιση της δεν επαρκούν. Μόνο το 60% των ασθενών, λαμβάνουν θεραπεία, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό σχιζοφρενών είναι άστεγοι ή εγκληματίες (Eby & Brown, 2010). Ταυτόχρονα, γύρω στα τελευταία σαράντα χρόνια έχει μειωθεί, επίσης, και το ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια μέσα στα νοσοκομεία (αποδρυσματοποίηση). Περισσότερο από το 80% των ασθενών, λαμβάνουν τη θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς (Kaplan & Sadock's, 2012).

3.2 Επιδημιολογία της σχιζοφρένειας

Σύμφωνα με έρευνες, 1 στα 100 άτομα παγκοσμίως, θα αναπτύξει σχιζοφρένεια κάποια στιγμή, κατά τη διάρκεια της ζωής του. Το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι

τεράστιο, αν λάβουμε υπόψη πως το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει ήδη από σχιζοφρένεια και κάθε χρόνο υπολογίζεται πως εμφανίζονται περίπου 2 εκατομμύρια καινούργια περιστατικά. Η συνήθης ηλικία εκδήλωσης των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου, είναι από την ηλικία των 15 έως των 35 ετών, ενώ το 25% των περιστατικών εκδηλώνει την ασθένεια πριν από τα 25. Ωστόσο η εκδήλωση πριν την ηλικία των 10 ετών καλείται πρώιμη έναρξη της σχιζοφρένειας, ενώ μετά τα 45, όψιμη έναρξη. Η όψιμη έναρξη είναι ιδιαίτερα σπάνια. Σύμφωνα με έρευνες έχουν βρεθεί ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά που ενοχοποιούν κοινωνικές ομάδες ατόμων για πιθανότητα ανάπτυξης σχιζοφρένειας, παρ' όλα αυτά η νόσος συναντάται σε όλο τον κόσμο, σε κάθε γεωγραφική περιοχή και σε κάθε κοινωνία (Kaplan & Sadock's, 2012).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, υπάρχει κληρονομική επιβάρυνση στην ανάπτυξη της ασθένειας, αλλά αυτό δεν είναι πάντα απόλυτο. Έχει παρατηρηθεί πως αν ο ένας από τους δυο γονείς πάσχει από σχιζοφρένεια, τότε το παιδί έχει 12% πιθανότητες να νοσήσει και το ίδιο. Ενώ στην περίπτωση που και οι δυο γονείς πάσχουν, τότε οι πιθανότητες αυξάνονται στο 40% (Παπανικολάου, 2009).

Η εκδήλωση της ασθένειας συναντάται το ίδιο συχνά σε άντρες και γυναίκες, ωστόσο στους άντρες παρατηρείται μια πιο πρώιμη ηλικιακά, έναρξη των συμπτωμάτων. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν γεννηθεί χειμώνα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν σχιζοφρένεια από τα άτομα που γεννήθηκαν άνοιξη ή καλοκαίρι ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν περιστατικά που δείχνουν υψηλό κίνδυνο νόσησης όταν η μητέρα πάσχει από τον ιό της γρίπης, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ένα ακόμα επιδημιολογικό χαρακτηριστικό είναι πως τα ποσοστά της σχιζοφρένειας, εμφανίζονται πιο υψηλά στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές ομάδες, εν αντιθέσει με τις πιο υψηλές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα μεγάλα ποσοστά στους πρόσφατους μετανάστες, γεγονός που μπορεί ωστόσο να σχετίζεται με την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Παρ' όλα αυτά οι επιπτώσεις της ασθένειας παραμένουν οι ίδιες, οποιοδήποτε κοινωνικό ή οικονομικό στρώμα και αν πλήττουν (Kaplan & Sadock's, 2012).

3.3 Πορεία της σχιζοφρένειας

Κατά την έναρξη της νόσου, ο ασθενής δεν παρουσιάζει ολοκληρωμένη κλινική εικόνα των συμπτωμάτων. Αντιθέτως αισθάνεται πως συμβαίνει κάτι διαφορετικό και

παράξενο στον ψυχικό του κόσμο, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει τι είναι. Η ασθένεια σε ορισμένους ασθενείς εμφανίζεται προοδευτικά ενώ άλλες φορές εισβάλλει ξαφνικά και εδραιώνεται ταχύτατα. Όλη η πορεία της χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις, όπου στις εξάρσεις γίνεται λόγος για υποτροπή της νόσου. Πρόκειται για μια πολύ βαριά ασθένεια που συνήθως εξελίσσεται ταχύτατα. Περίπου οι μισοί από τους πάσχοντες δεν θα ζήσουν με φυσιολογικά, ανεπτυγμένη λειτουργικότητα, θα κάνουν πολλές υποτροπές και θα έχουν αρκετά συχνά την ανάγκη για ψυχιατρική νοσηλεία. Μόνο το 25% των ασθενών θα έχει μια ικανοποιητική κοινωνικότητα χωρίς πολλές υποτροπές. Ωστόσο, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συνεχής παρακολούθηση και η τήρηση της θεραπείας (Παπανικολάου, 2009).

Κάποια από τα συμπτώματα, σε πολλές περιπτώσεις σταθεροποιούνται μέσα στα πέντε με δέκα πρώτα χρόνια από την έναρξη της θεραπείας ενώ κάποια άλλα, με την πάροδο του χρόνου μπορεί να επιδεινωθούν. Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια συνήθως παραμένουν ανύπαντροι και χωρίς εργασία. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει και το ποσοστό των ασθενών που διατηρεί μια φυσιολογική ζωή, ειδικά σε περιόδους ύφεσης ή ανάρρωσης (Eby & Brown, 2010).

Για όλους τους ασθενείς θεωρείται πως υπάρχουν ήδη οι προδιαθεσικοί παράγοντες και μετά από ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός (συναισθηματικό τραύμα, χρήση ναρκωτικών, μεγάλος αποχωρισμός) πυροδοτείται η έναρξη του επεισοδίου. Όλη η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται με αποδιοργάνωση του ασθενή, με την πάροδο του χρόνου καθώς και από οξείες επιδείνωσεις. Τα ποσοστά επιδείνωσης κατά τα πρώτα δύο χρόνια μαζί με λήψη φαρμακευτικής αγωγής είναι 40%, ενώ χωρίς την λήψη φαρμάκων υπάρχει πιθανότητα υποτροπής κατά 80%. Πολλές φορές οι ασθενείς εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά, η οποία είναι πιο συχνή όταν δεν λαμβάνουν την θεραπεία. Οι παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς θεωρείται πως είναι κυρίως οι παραληρητικές ιδέες καταδίωξης καθώς και το ιστορικό παλιότερης χρήσης βίας (Kaplan & Sadock's, 2012).

Κάποιες φορές, πριν από ένα επεισόδιο προηγείται μια πρόδρομη φάση η οποία χαρακτηρίζεται από ορισμένα πρώιμα συμπτώματα. Στα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνονται η παράξενη συμπεριφορά, το περίεργο συναίσθημα και οι αλλόκοτες σκέψεις. Ταυτόχρονα, σε πολλούς ασθενείς παρατηρείται έντονη αϋπνία πριν από το κάθε επεισόδιο. Στην περίπτωση που οι ασθενείς ή οι οικογένειες τους

μπορέσουν να αναγνωρίσουν αυτά τα πρώιμα συμπτώματα και να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, θα μειωθεί κατά πολύ μεγάλο βαθμό η βαρύτητα του επερχόμενου επεισοδίου (Eby & Brown, 2010).

Ένα ακόμα μεγάλο πρόβλημα είναι πως πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια, μπορεί να βιώσουν ταυτόχρονα και κατάθλιψη. Η κατάθλιψη αποτελεί τον μεγαλύτερο παράγοντα αυτοκτονίας στους ασθενείς αυτούς. Υπολογίζεται πως περίπου το 10% των ασθενών με σχιζοφρένεια αυτοκτονούν. Η αυτοκτονία είναι πιο συχνή στους νεαρούς άντρες που βιώνουν επίμονες ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες καθώς επίσης παρατηρείται κατά τους πρώτους τρεις μήνες μετά την έξοδο από την κλινική. Στις αναπτυσσόμενες χώρες ωστόσο, η ασθένεια και οι απόπειρες αυτοκτονίας έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση λόγω της ύπαρξης κοινωνικών δομών, της οικογενειακής υποστήριξης και του μειωμένου στιγματισμού των ασθενών (Katona & Robertson, 2002).

3.4 Οι υπότυποι της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια υποδιαιρείται σε ορισμένους υπότυπους με βάση τα κύρια συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς. Οι υπότυποι αυτοί είναι ο παρανοειδής τύπος σχιζοφρένειας, ο αποδιοργανωτικός τύπος (ηβηφρενική μορφή), ο κατατονικός τύπος, ο υπολειμματικός τύπος και ο αδιαφοροποίητος τύπος (Kaplan & Sadock's, 2012).

- Παρανοειδής τύπος: στον παρανοειδή τύπο ο ασθενής βιώνει έντονες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις καταδίωξης ή μεγαλείου. Εμφανίζεται συχνά σε ένταση, επιφυλακτικός ή και επιθετικός. Στον παρανοειδή τύπο η νοημοσύνη του ασθενή μένει ανέπαφη.
- Αποδιοργανωτικός τύπος (ηβηφρενική μορφή): ο ασθενής παρουσιάζει ασυναρτησία, επίπεδο συναίσθημα, έντονη διαταραχή της σκέψης, πλήρη αδιαφορία για την προσωπική υγιεινή και την εμφάνιση του, άρση αναστολών.
- Κατατονικός τύπος: εμφανίζεται διαταραχή της κινητικότητας, ακαμψία ή περίεργες στάσεις σώματος και διαταραχές στην ομιλία. Μπορεί συχνά να παρατηρηθεί υποσιτισμός ή υπερβολική εξάντληση και να χρειαστεί ιατρική-νοσηλευτική φροντίδα.

- **Υπολειμματικός τύπος:** στον υπολειμματικό τύπο υπάρχει απουσία ψευδαισθήσεων, παραληρητικών ιδεών ή ασυνάρτητου λόγου. Αντιθέτως, κύριο σύμπτωμα είναι η κοινωνική απόσυρση και η συναισθηματική επιπέδωση.
- **Αδιαφοροποίητος τύπος:** ο αδιαφοροποίητος τύπος χαρακτηρίζεται από διάφορα συμπτώματα, τα οποία υπάρχουν και σε όλους τους υπόλοιπους υπότυπους: ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ασυνάρτητος λόγος και συμπεριφορά.

3.5 Διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας βασίζεται στην παρατήρηση των συμπτωμάτων της νόσου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) τα διαγνωστικά συμπτώματα που εκδηλώνουν οι ασθενείς χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: στα θετικά και στα αρνητικά συμπτώματα. Τα θετικά συμπτώματα είναι οι έντονες διαταραχές της σκέψης και της αντίληψης που βιώνουν οι ασθενείς ενώ τα αρνητικά, είναι τα συμπτώματα εκείνα που έχουν να κάνουν με την ψυχολογία και το συναίσθημα των ασθενών και στις περισσότερες περιπτώσεις, θεωρούνται συνέπεια των θετικών. Πιο αναλυτικά, τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν (Μαδιανός, 2005):

- **Ψευδαισθήσεις:** μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές, γευστικές, οσφρητικές, σεξουαλικές.
- **Παραληρητικές ιδέες:** συνήθως έχουν περιεχόμενο διωκτικό, ιδέες μεγαλείου, παρερμηνείες ή θρησκευτικό περιεχόμενο.
- **Διαταραχές σκέψης:** ηχηρές σκέψεις, σχολιασμό των σκέψεων, ασυναρτησία, ασχετολογία, παραλογία.
- **Διαταραχές βούλησης:** παράδοξη ή κατατονική συμπεριφορά, κατατονικά στοιχεία, επιθετικότητα.

Τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν: υποδραστηριότητα, απουσία ενεργητικότητας, έλλειψη ενδιαφέροντος, επίπεδο συναίσθημα, έλλειψη λόγου, αβουλία, ψυχοκινητική καθυστέρηση, συναισθηματική απόσυρση, απάθεια (Μαδιανός, 2005).

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών) για να διαγνωστεί ένας ασθενής ότι πάσχει από σχιζοφρένεια πρέπει να

εκδηλώσει έστω ένα από τα παραπάνω, θετικά συμπτώματα, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 μηνών. Ένα δεύτερο κριτήριο για τη διάγνωση είναι κατά πόσο έχει μειωθεί το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή, παρουσία αυτών των συμπτωμάτων (Bennett, 2010).

Ταυτόχρονα για να μπορέσει να γίνει σωστή διάγνωση της νόσου πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από άλλες καταστάσεις ή διαταραχές που εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της σχιζοφρένειας (Μαδιανός, 2005).

- Ασθένειες: νόσος του Huntington, ανεπάρκεια βιταμίνης B12, κροταφική επιληψία, εγκεφαλίτιδα, όγκος εγκεφάλου.
- Χρήση ψυχοδραστικών, ναρκωτικών ουσιών: αμφεταμίνες, LCD, PCP, κοκαΐνη.
- Άλλες ψυχικές διαταραχές: σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τυπική ψυχωσική διαταραχή, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές προσωπικότητας, νοητική καθυστέρηση, πολιτιστικές παραδοχές αποδεκτές μόνο από μια συγκεκριμένη ομάδα ατόμων (Μαδιανός, 2005).

Κατά την έναρξη της νόσου, ο ασθενής δεν παρουσιάζει ολοκληρωμένη κλινική εικόνα των συμπτωμάτων. Αντιθέτως αισθάνεται πως κάτι αλλάζει στον ψυχικό του κόσμο, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει τι είναι. Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως βραδεία πορεία της σχιζοφρένειας. Για ένα ποσοστό, περίπου 30% η κατάσταση αυτή οδηγεί σε μια “εισαγωγική κατάθλιψη”. Σε μια άλλη περίπτωση η νόσος εισβάλλει ξαφνικά και επιδεινώνεται ταχύτητα. Όλη η πορεία της χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται ως οξεία πορεία της σχιζοφρένειας (Παπανικολάου, 2009).

3.6 Αιτιολογία της σχιζοφρένειας

Εδώ και αρκετά χρόνια γίνονται συνεχώς έρευνες για να προσδιοριστούν οι παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Τα ακριβή αίτια ωστόσο, δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί. Διάφορες μελέτες έχουν υποδείξει κάποιους γενετικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που ενδεχομένως να προδιαθέτουν την ανάπτυξη της νόσου. Κάποιοι από τους παράγοντες αυτούς είναι οι ακόλουθοι (Bennett, 2010).

- *Γενετικοί παράγοντες:* Μελέτες που έχουν γίνει διαπίστωσαν πως η συνύπαρξη σχιζοφρένειας μεταξύ συγγενικών προσώπων οφείλεται στα κοινά τους γονίδια. Σε περιπτώσεις μονοζυγωτικών διδύμων, ο κίνδυνος συνεμφάνισης σχιζοφρένειας βρίσκεται σε ποσοστό 30% με 40% ενώ σε διζυγωτικά δίδυμα το ποσοστό είναι 10% με 15%. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι ενδεχομένως συμβάλλουν γενετικοί παράγοντες στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας σε έναν άνθρωπο. Ωστόσο δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις πως η σχιζοφρένεια έχει απαραίτητα γενετική αιτιολογία (Bennett, 2010).
- *Βιολογικοί παράγοντες:*
 - A) Ντοπαμίνη: Πολλές μελέτες έχουν συσχετίσει την δραστηριότητα της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, με την ύπαρξη της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, παρατηρήθηκε πως τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν είτε μεγαλύτερη ποσότητα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, είτε υπερευαίσθησία στις κανονικές ποσότητες ντοπαμίνης. Ενδείξεις που αποδεικνύουν τη θεωρία αυτή, είναι η χρήση φαινοθειαζινών, οι οποίες συχνά περιλαμβάνονται στην αντιψυχωσική θεραπεία. Οι φαινοθειαζίνες αποτρέπουν την είσοδο της ντοπαμίνης, μέσω των νευροδιαβιβαστών, γεγονός που ίσως αποδεικνύει την συσχέτιση της ντοπαμίνης με την σχιζοφρένεια. Μια ακόμα ένδειξη είναι η λειτουργία της αμφεταμίνης. Η αμφεταμίνη, αυξάνει τα επίπεδα της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο και έχει παρατηρηθεί πως οι χρήστες βιώνουν εμπειρίες, παρόμοιες με τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν συνεπείς ενδείξεις της παθολογικής δραστηριότητας της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Ταυτόχρονα, η χρήση της κλοζαπίνης, ενός επίσης ιδιαίτερα αποτελεσματικού, αντιψυχωσικού φαρμάκου, η οποία ενεργεί μέσω της δράσης της σεροτινίνης και όχι της ντοπαμίνης, συμπεραίνεται πως ενδεχομένως στη σχιζοφρένεια να εμπλέκονται και άλλοι νευροδιαβιβαστές. Τέλος, πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν ανταποκρίνονται, επιτυχώς, στη θεραπεία με νευροληπτικά (Bennett, 2010).
 - B) Σεροτονίνη: Ο μεταβολισμός της σεροτινίνης είναι παθολογικός στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Έρευνες έχουν δείξει πως η δράση της σεροτινίνης προκαλεί διαταραχές στη διάθεση που μπορούν να οδηγήσουν

μέχρι και σε αυτοκτονία. Οι διαταραχές αυτές είναι όμοιες με τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (Kaplan & Sadock's, 2012).

Γ) Νορεπινεφρίνη: Αυξημένα επίπεδα νορεπινεφρίνης, στους σχιζοφρενείς οδηγούν σε υπερευαισθησία της αποδοχής των αισθητικών ερεθισμάτων (Kaplan & Sadock's, 2012).

- *Νευρολογικοί παράγοντες:* Κάποιες από τις έρευνες που έχουν γίνει, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ορισμένα από τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενδεχομένως να οφείλονται σε βλάβες, στα νευρωνικά συστήματα. Σε αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου, που έχουν γίνει σε σχιζοφρενείς, εντοπίστηκαν μεγαλύτερες οι εγκεφαλικές κοιλίες και μικρότερος φλοιικός όγκος, κυρίως στους μετωπιαίους και στους κροταφικούς λοβούς. Σε νεκροψίες που διενεργήθηκαν σε άτομα που έπασχαν από σχιζοφρένεια, αποκαλύφθηκε μειωμένο το μέγεθος των μετωπιαίων και κροταφικών περιοχών καθώς και σχετικά αποδιοργανωμένες συνδέσεις, μεταξύ των νευρώνων. Λαμβάνοντας υπόψη αυτή τη θεωρία και γνωρίζοντας πως ο εκφυλισμός των νευρώνων του εγκεφάλου, είναι προοδευτικός, ένας προγνωστικός παράγοντας για την πορεία της σχιζοφρένειας είναι η διάρκεια που το άτομο βιώνει συμπτώματα, πριν ξεκινήσει τη θεραπεία. Αν η θεραπεία ξεκινήσει πολύ αργά, ο εκφυλισμός θα είναι τόσο μεγάλος και ανεπανόρθωτος που δεν θα μπορέσει να υπάρξει επιτυχής ανταπόκριση (Bennett, 2010).
- *Επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη:* Έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις όπου η έγκυος προσβλήθηκε από κάποια ιογενή νόσο (όπως γρίπη, ανεμοβλογιά, ιλαρά) οι οποίες ενδεχομένως, συνέβαλλαν στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας του βρέφους. Ενδεχομένως το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρενών γεννιούνται κατά τη διάρκεια του χειμώνα, να συνδέεται με τις ασθένειες αυτές (Warner, 2005). Επίσης κάποιες άλλες επιπλοκές κατά την κύηση όπως διαβήτης, αιμορραγία ή προεκλαμψία μπορεί να συνέβαλλαν στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας του βρέφους. Τέλος ορισμένες ανωμαλίες κατά την κύηση (χαμηλό βάρος εμβρύου, δυσμορφίες) και επιπλοκές (επείγουσα καισαρική τομή, σπασμοί μήτρας, ασφυξία εμβρύου) έχουν χαρακτηριστεί ύποπτες για σχιζοφρένεια (Κονταξάκης και συν, 2008).
- *Κοινωνικοί παράγοντες:* Έχει παρατηρηθεί ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά σχιζοφρενών συναντώνται στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές ομάδες. Το

γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται σε δύο ενδεχόμενα. Είτε οι χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, με κάποιο τρόπο επηρεάζουν και προδιαθέτουν την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είτε οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, λόγω της νόσου, δεν μπορούν να ανέλθουν σε ανώτερη τάξη, γι' αυτό παραμένει τόσο μεγάλο το ποσοστό. Επίσης ένας σημαντικός παράγοντας στη σχιζοφρένεια είναι το στρες. Ενδεχομένως το στρες που υπάρχει έντονα στις χαμηλότερες κοινωνικές ομάδες, να μεταφέρεται από την οικογένεια στο παιδί και να συμβάλλει στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας. Η θεωρία αυτή είναι πολύ πιθανό να ισχύει, λαμβάνοντας υπόψη πως ένα ποσοστό μεγαλύτερο από 24% των επεισοδίων της σχιζοφρένειας, συμβαίνει μετά από έναν ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα. Σίγουρα λοιπόν οι ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τόσο την εμφάνιση, όσο και ολόκληρη την πορεία της νόσου (Bennett, 2010).

Ταυτόχρονα εξακολουθούν να γίνονται έρευνες και μελέτες για να διαπιστωθεί η ακριβής αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Ωστόσο δεν θεωρείται πως οφείλεται σε κάποιον μεμονωμένο παράγοντα, αλλά πως έχοντας ο ασθενής την προδιάθεση, εκδηλώνει τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας, μετά από έναν έντονα, στρεσογόνο παράγοντα (Kaplan & Sadock's, 2012).

3.7 Θεραπεία της σχιζοφρένειας

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας, στην οποία περιλαμβάνονται η συμπεριφορική, η οικογενειακή, η ομαδική, η ατομική και η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς και η επαγγελματική αποκατάσταση. Οι θεραπευτικές αυτές παρεμβάσεις μπορεί να παρέχονται ενδονοσοκομειακά ή εξωνοσοκομειακά ανάλογα με την ιδιαίτερη ανάγκη που υπάρχει. Η νοσηλεία του ασθενή απαιτείται μόνο σε περιπτώσεις που υπάρχουν ενδείξεις επιθετικής συμπεριφοράς, αυτοκαταστροφικών και αυτοκτονικών ιδεών ή άλλα σοβαρά συμπτώματα που οδηγούν σε ανεπάρκεια αυτοφροντίδας των ασθενών (Kaplan & Sadock's, 2012).

Στην επιτυχημένη έκβαση της νόσου συμμετέχουν σε συνδυασμό κατά 50% η φαρμακευτική αγωγή και κατά 50% η ψυχολογική υποστήριξη και η κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα που διατηρεί ο ασθενής. Θετικά προγνωστικά για την επιτυχή πορεία της σχιζοφρένειας θεωρούνται η έναρξη της νόσου σε μεγάλη ηλικία,

η οξεία εισβολή των συμπτωμάτων, το ισχυρό, υποστηρικτικό περιβάλλον και η παρουσία ιδιαίτερα των θετικών συμπτωμάτων. Αντιθέτως, αρνητικά προγνωστικά θεωρούνται η πρόωγη έναρξη της νόσου, η βραδεία εκδήλωση των συμπτωμάτων, το ανύπαρκτο υποστηρικτικό περιβάλλον, η υπερίσχυση κυρίως των αρνητικών συμπτωμάτων καθώς και η ύπαρξη και άλλου ασθενή με σχιζοφρένεια στην οικογένεια (Παπανικολάου, 2009).

Με την εμφάνιση του πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου, είναι αναγκαία η νοσηλεία του ασθενή. Η νοσηλεία γίνεται είτε με την συναίνεση του ίδιου (εκούσια) είτε με εισαγγελική παρέμβαση (ακούσια) αν για τον οποιοδήποτε λόγο θεωρηθεί απαραίτητο, δηλαδή σε περιπτώσεις που ο ασθενής γίνει επιθετικός, αυτοκαταστροφικός ή δεν μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του. Η νοσηλεία προφυλάσσει τον ασθενή και τους γύρω του από την συμπεριφορά του κατά την διάρκεια του επεισοδίου και ταυτόχρονα επιτρέπει την ύπαρξη ελέγχου στην συμπεριφορά του ασθενή και στην σωστή και συνεπή έναρξη της θεραπείας. Λαμβάνοντας υπόψη πως σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν έχουν ένα υποστηρικτικό, οικογενειακό περιβάλλον, η νοσηλεία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου θεωρείται απαραίτητη (Katona & Robertson, 2002).

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την σωστή έναρξη της θεραπείας αποτελούν (Μαδιανός, 2005):

- Η δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης, συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και ασθενή.
- Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού και η σωστή διάγνωση της ασθένειας.
- Η εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενή.
- Η εξατομίκευση της θεραπείας.

Για να είναι επιτυχημένη η θεραπεία πρέπει να υπάρξει αποδοχή της και συναίνεση από τον ίδιο τον ασθενή. Η συναίνεση αυτή επιτυγχάνεται με εκπαίδευση για την σημαντικότητα των θεραπευτικών μεθόδων. Παρ' όλα αυτά η νοσηλεία θα πρέπει να αποφεύγεται και να γίνεται μόνο όταν υπάρχει ανάγκη, καθώς αποτελεί μια άσχημη εμπειρία για τον ασθενή (Μαδιανός, 2005).

Παρακάτω αναλύονται η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση που πρέπει να λαμβάνουν οι ασθενείς.

Φαρμακοθεραπεία:

Η θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή διακρίνεται στην αγωγή καταπολέμησης των υποτροπών και στην προφυλακτική αγωγή ή αγωγή συντήρησης. Η αγωγή συντήρησης είναι η αγωγή που δίνεται στο διάστημα μεταξύ των επεισοδίων και συνήθως η δοσολογία των φαρμάκων είναι μικρότερη από την αγωγή καταπολέμησης των υποτροπών (Παπανικολάου, 2009).

Σε περιόδους ύφεσης η φαρμακευτική αγωγή μπορεί και να διακόπτεται. Κάποια από τα πιο διαδεδομένα φάρμακα είναι η χλωροπρομαζίνη, η αλοπεριδόλη και η κλοζαπίνη. Οι φαρμακευτικές αυτές ουσίες εκτός από την σοβαρή επίδραση τους στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν και αξιοσημείωτη ηρεμιστική δράση. Η χλωροπρομαζίνη και η αλοπεριδόλη είναι αποτελεσματικές κατά των θετικών συμπτωμάτων ενώ η κλοζαπίνη, που ανήκει στα άτυπα αντιψυχωσικά, είναι το ίδιο αποτελεσματική τόσο κατά των θετικών όσο και των αρνητικών συμπτωμάτων. Η φαρμακευτικές ουσίες σήμερα, είναι τόσο αποτελεσματικές, που η μέση διαμονή των ασθενών στις κλινικές είναι γύρω στις 13 μέρες, εν αντιθέσει με το παρελθόν που οι ασθενείς νοσηλεύοντας σε ιδρύματα για χρόνια ή και για όλη τους την ζωή. Παρ' όλα αυτά όμως, περίπου το 40% των ασθενών υποτροπιάζει κατά τον πρώτο χρόνο θεραπείας, ενώ το 15% κατά τα επόμενα χρόνια. Οι υποτροπές αυτές ενδεχομένως να οφείλονται στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, που κάνουν τους ασθενείς να διακόπτουν την θεραπεία. Κάποιες από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χλωροπρομαζίνης είναι η ξηροστομία, η ξηρολαιμία, η ζαλάδα, οι διαταραχές στην όραση, η δυσκοιλιότητα, η φωτοευαισθησία δέρματος, ο παρκινσονισμός, η δυσκινησία και η κατάθλιψη. Η κλοπαζίνη ωστόσο, δεν έχει παρατηρηθεί να επιφέρει τέτοιες παρενέργειες, παρ' όλα αυτά οι ασθενείς που την λαμβάνουν, έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από ακοκκιοκυττάρωση με αποτέλεσμα την εξασθένηση του ανοσοποιητικού τους συστήματος. Δυστυχώς μόνο το 25% των ασθενών τηρεί πιστά την φαρμακευτική θεραπεία ενώ οι υπόλοιποι συχνά την εγκαταλείπουν, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην αρνητική στάση απέναντι στα φάρμακα, στην έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης και στις υψηλές προσδοκίες για το αποτέλεσμα (Bennett, 2012).

Τα κύρια φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι οι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. Κατά τα οξέα επεισόδια η δοσολογία είναι μέτρια, με διάρκεια

τεσσάρων έως έξι εβδομάδων. Μόνο σε περιπτώσεις χρόνια πασχόντων, που μπορεί να είναι πιο ανθεκτικοί στην φαρμακοθεραπεία χορηγούνται μεγαλύτερες δόσεις. Οι πολύ υψηλές δόσεις (μεγαλύτερες από 1gr. χλωροπρομαζίνης) δεν συνιστώνται πλέον. Οι συνηθέστερες, τυπικές δοσολογίες είναι 4-6 mg. ρισπεριδόνης ανά ημέρα, 10-20 mg. ολανζαπίνης, ανά ημέρα ή 6-20 mg. αλοπεριζόλης, ανά ημέρα. Οι ασθενείς που δεν συμμορφώνονται στην τυπική φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να λάβουν μακράς δράσης ενέσιμα σκευάσματα (depot). Εφόσον η σχιζοφρένεια αποτελεί μια χρόνια ασθένεια, η θεραπεία της είναι και αυτή μακράς διάρκειας ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος πιθανών υποτροπών. Αν η κατάσταση του ασθενή παραμένει σταθερή για τουλάχιστον ένα χρόνο, τότε η δόση της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να μειωθεί κατά 10% με 20% το μήνα. Στην περίπτωση αυτή, οι ασθενείς και οι οικογένειες τους θα πρέπει να είναι σε ετοιμότητα και να αναφέρουν αμέσως, οποιοδήποτε σημάδι υποτροπής. Κάποια από τα σημάδια αυτά είναι η αϋπνία, το άγχος, η κοινωνική απόσυρση και η περίεργη συμπεριφορά (Kaplan & Sadock's, 2012).

Υπάρχει όμως και η περίπτωση, ο ασθενής να μην ανταποκρίνεται καλά έως και καθόλου στη φαρμακευτική θεραπεία. Αν τα θετικά συμπτώματα παραμένουν τότε ελέγχεται ο βαθμός συμμόρφωσης του ασθενή στην θεραπεία, αν δηλαδή ο ασθενής όντως τα λαμβάνει, διαφορετικά τροποποιούνται οι δόσεις, οι είσοδοι λήψης των φαρμάκων ή εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί ενέσιμο νευροληπτικό, μακράς διάρκειας (depot). Μια άλλη εναλλακτική λύση είναι η προσθήκη, στην φαρμακευτική αγωγή, κάποιων ουσιών που βελτιώνουν το αποτέλεσμα. Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι λίθιο, προπρανολόλη, βενζοδιαζεπίνες, βαλπροϊκό οξύ και η καρβαμαζεπίνη. Αν πάλι δεν υπάρξουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, τότε χορηγείται κλοπαζίνη για έξι μήνες. Για πολλούς, εναλλακτική λύση είναι και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (electroconvulsive therapy, ECT). Για την επικράτηση των επίμονων, αρνητικών συμπτωμάτων χορηγούνται αντικαταθλιπτικά (Μαδιανός, 2005).

Σε πολλές περιπτώσεις ασθενών, παρ' ότι η θεραπεία φαίνεται, αρχικά, να είναι αποτελεσματική, μέσα στον πρώτο κιόλας χρόνο, παρουσιάζονται σημάδια υποτροπής. Οι υποτροπές αυτές μπορεί να οφείλονται σε αρκετούς παράγοντες. Ένας από τους σημαντικότερους και πιο συχνούς παράγοντες υποτροπής, είναι η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Πολλά από τα αντιψυχωσικά και νευροληπτικά φάρμακα έχουν ορισμένες παρενέργειες (παρκινσονισμός, δυστονίες) οι οποίες τρομάζουν και

απογοητεύουν τους ασθενείς, με αποτέλεσμα να εγκαταλείψουν, τελικά την αγωγή. Ταυτόχρονα ορισμένοι από τους ασθενείς, μπορεί εξ αρχής να έχουν αρνητική στάση απέναντι στην θεραπεία και να απέφυγαν να λάβουν σωστά την αγωγή. Ένας ακόμα παράγοντας υποτροπής είναι η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης από την οικογένεια ή ένα έντονα, στρεσογόνο γεγονός που τους απέσπασε από την θεραπεία. Μια υποτροπή είναι σίγουρα πολύ τραυματική εμπειρία για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για την οικογένεια του. Προκαλεί απογοήτευση καθώς επίσης, αποτελεί και αρνητικό παράδειγμα για τους υπόλοιπους ασθενείς που μπορεί να συμμετέχουν στο πρόγραμμα της θεραπείας. Η μοναδική λύση είναι να γνωρίζονται τα συμπτώματα και να μπορεί να προλαμβάνεται μια πιθανή υποτροπή. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μόνο με την πολύτιμη βοήθεια του ίδιου του ασθενή και της οικογένειάς του. Θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν, οποιοδήποτε σημάδι, πιθανής υποτροπής. Θα πρέπει να χορηγείται μικρότερη δόση νευροληπτικών και άτυπων αντιψυχωσικών, ώστε να αποφεύγονται οι έντονες παρενέργειες και οι ασθενείς να μην τα διακόπτουν. Τέλος, ακόμα μια λύση είναι η χορήγηση ενέσιμων σκευασμάτων, μακράς διάρκειας (depot) ώστε να ελέγχεται η συνεπής λήψη τους (Μαδιανός, 2005).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Electroconvulsive Therapy, ECT):

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια μέθοδος θεραπείας των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας που κατά το παρελθόν αποτελούσε τη βασική γραμμή θεραπείας. Αποτελεί μια βραχεία εκκένωση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς. Η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας ξεκίνησε γύρω στο 1930, όταν παρατηρήθηκε σε ζώα που είχαν υποστεί ηλεκτροσόκ, πως μετά την επίδραση του, φαίνονταν πιο ήρεμα. Επίσης παρατηρήθηκε πως άτομα που πάσχουν από επιληψία, δεν εμφανίζουν συχνά κάποια ψύχωση. Μετά από τις παρατηρήσεις αυτές, κάποιοι ψυχίατροι ξεκίνησαν την χρήση της. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γινόταν σε τέσσερις έως 12 συνεδρίες. Τοποθετούνταν ηλεκτρόδια στους κροτάφους του ασθενή που διοχέτευαν ηλεκτρικό ρεύμα, μεταξύ 65 και 140 βολτ για μισό δευτερόλεπτο, ενώ ο ασθενής βρισκόταν υπό την επήρεια μυοχαλαρωτικών και αναισθητικών. Από το 1950 και μετά η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας άρχισε να μειώνεται λόγω της εμφάνισης ψυχοτρόπων φαρμάκων. Ωστόσο κάποιοι ψυχίατροι εξακολούθησαν να την προτιμούν. Σήμερα θεωρείται λιγότερο αποτελεσματική απέναντι στα φάρμακα, έχει παρατηρηθεί όμως πως ο συνδυασμός και των δύο έχει ιδιαίτερα ικανοποιητικά

αποτελέσματα. Σε έρευνες που έχουν γίνει, διαπιστώθηκε πως ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ηλεκτροσπασμοθεραπείας έχει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Παρ' ότι υπάρχουν αρκετοί υποστηρικτές της όμως, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δεν συμπεριλαμβάνεται καθόλου στην θεραπεία της σχιζοφρένειας σήμερα (Bennett, 2012).

Ψυχο-κοινωνική υποστήριξη:

Για να υπάρξουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στην θεραπεία της σχιζοφρένειας πρέπει να υπάρχει ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχο-κοινωνικής υποστήριξης. Η ψυχο-κοινωνική υποστήριξη είναι τόσο σημαντική που αποτελεί καταλυτικό παράγοντα για την πορεία της νόσου. Στην ψυχο-κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνονται η συμπεριφορική, η ομαδική, η οικογενειακή και η ψυχοθεραπεία (Kaplan & Sadock's, 2012):

- Συμπεριφορική: Η συμπεριφορική υποστήριξη, ενισχύει την θετική συμπεριφορά των ασθενών με σχιζοφρένεια. Παρέχει εκπαίδευση, αποτρέπει τις αρνητικές συμπεριφορές και επιβραβεύει τις θετικές ώστε οι συμπεριφορές αυτές να συνεχιστούν και μετά την έξοδο από την κλινική.
- Ομαδική: Η ομαδική υποστήριξη επικεντρώνεται στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και δραστηριοτήτων της καθημερινότητας. Η ύπαρξη ομάδας, βοηθά τους ασθενείς να αποφύγουν την κοινωνική απόσυρση και να ελέγχουν τις εξελίξεις της πραγματικότητας.
- Οικογενειακή: Η οικογένεια συμβάλλει με έναν ιδιαίτερα, σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ασθένειας του πάσχοντα. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να στηρίζουν, ψυχολογικά των ασθενή, να συζητήσουν μαζί του τα προβλήματα του και να αποτρέψουν μια πιθανή υποτροπή.

Ψυχοθεραπεία: Ο ψυχοθεραπευτής δίνει συμβουλές στον ασθενή, τον ενθαρρύνει, τον εκπαιδεύει και τον βοηθάει να έχει έλεγχο της πραγματικότητας. Ωστόσο ο τυπικός τρόπος ψυχοθεραπείας πρέπει να αποφεύγεται, καθώς το ΕΓΩ τον ασθενών είναι ιδιαίτερα ευερέθιστο.

Ένας σημαντικός παράγοντας θετικής έκβασης της θεραπείας είναι και το περιβάλλον όπου ο ασθενής νοσηλεύεται. Το περιβάλλον αυτό θα πρέπει να είναι ασφαλές και ευχάριστο. Ο ασθενής θα πρέπει να νιώθει όπως θα ένιωθε και στο σπίτι του.

Ταυτόχρονα, το προσωπικό της κλινικής θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη και αγάπη προς τον ασθενή. Το περιβάλλον νοσηλείας είναι ένα μέρος που δίνει την ευκαιρία για να αναπτύξει, ο ασθενής μια σωστή συμπεριφορά και να αντιμετωπίσει τις όποιες, δυσκολίες του (Eby & Brown, 2010).

3.8 Νοσηλευτικοί ρόλοι

3.8.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη της ψυχικής νόσου

Κατά καιρούς έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για να βρεθεί μια μέθοδος πρόληψης της ψυχικής ασθένειας. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός τόσο στην μείωση του ποσοστού των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, όσο και στην υποστήριξη και αποκατάσταση τους. Εφόσον είναι γνωστά τα αίτια που προκαλούν μια ψυχική διαταραχή, ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη πρόληψη της. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με ενημέρωση των διάφορων κοινωνικών ομάδων για τους επιβαρυντικούς, για την ασθένεια, παράγοντες (Eby & Brown, 2010).

Ανά διαστήματα γίνεται προσπάθεια για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για τις ψυχικές ασθένειες. Η πρόληψη των ψυχικών νόσων διακρίνεται σε τρία στάδια. Στην πρωτοβάθμια, στην δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια πρόληψη. Η πρωτοβάθμια πρόληψη αφορά τον εντοπισμό των βλαπτικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής και την εξάλειψη τους. Με μελέτες και προγράμματα ενημέρωσης εντοπίζονται πληθυσμοί που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μιας ψυχικής νόσου και γίνονται διάφορες παρεμβάσεις, όπως εκπαίδευση για αλλαγή πιθανών παθογόνων συμπεριφορών. Τα άτομα αυτά συνήθως ανήκουν στις πιο ευάλωτες κοινωνίες, μπορεί να είναι δηλαδή άτομα άνεργα, μοναχικά και κοινωνικά περιθωριοποιημένα. Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά την μείωση της εξάπλωσης της νόσου και των υποτροπών της. Το στάδιο αυτό βασίζεται στην άμεση νοσηλεία του ασθενή, στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας του, στην θεραπεία και την ψυχολογική υποστήριξη. Αν επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι έγκαιρα η πορεία της ασθένειας και της λειτουργικότητας του ασθενή θα έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση. Τέλος, στην τριτοβάθμια πρόληψη ο στόχος είναι η σταθεροποίηση των συμπτωμάτων του ασθενή και η διατήρηση της κοινωνικότητας του. Καθώς ακόμα στις μέρες μας υπάρχει έλλειψη ικανοποιητικών πόρων και ανεπαρκής υποστήριξη από την κοινωνία, η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην

ψυχο-κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών, η οποία θεωρείται ο πλέον σημαντικός παράγοντας της επανένταξης τους στην κοινωνία και της διατήρησης της λειτουργικότητάς τους. Ανάμεσα στις προσπάθειες που γίνονται για αυτόν τον σκοπό, συμπεριλαμβάνονται η ανάπτυξη των ατομικών δεξιοτήτων, η ανάπτυξη της ικανότητας αντιμετώπισης των διάφορων καθημερινών, στρεσογόνων παραγόντων αλλά και η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των διάφορων φορέων που μπορεί να σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Ένα από τα πιο σημαντικά στάδια είναι ο ασθενής να αναπτύξει ικανότητες ώστε να μπορεί μόνος του να αντιμετωπίζει τα καθημερινά του προβλήματα (Θεοχάρης, 2016).

Κάποιες από τις προσπάθειες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινωνίας σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2004) είναι οι ακόλουθες:

Κατά την παιδική και εφηβική ηλικία

- Σχολικά προγράμματα ανάπτυξης της ικανότητας επίλυσης καθημερινών προβλημάτων.
- Γνωσιακά-Συμπεριφορικά προγράμματα για παιδιά που κινδυνεύουν από κατάθλιψη.
- Τεχνικές διαχείρισης άγχους.
- Εκπαίδευση για προώθηση της κοινωνικής ένταξης και αποφυγή κοινωνικού αποκλεισμού.

Για τους ενήλικες (Θεοχάρης, 2016):

- Εκπαίδευση σε γονείς με δύσκολα παιδιά.
- Κατ' οίκον επισκέψεις σε μητέρες που βιώνουν κατάθλιψη.
- Τεχνικές διαχείρισης άγχους.
- Παρεμβάσεις σχετικές με την χρήση αλκοόλ.
- Έγκαιρες διαγνωστικές παρεμβάσεις.
- Ενθάρρυνση για σωματική άσκηση και ψυχοεκπαίδευση.

3.8.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενή με σχιζοφρένεια, στη κλινική.

Κατά την εισαγωγή του ασθενή στην κλινική, άμεση νοσηλευτική πράξη είναι η εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης, στην οποία βρίσκεται ο ασθενής. Πρέπει να

μπορέσει να εκτιμηθεί εάν ο ασθενής βιώνει ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αν είναι αποδιοργανωμένος ή σε κατάσταση αβουλησίας. Ο στόχος αυτός, επιτυγχάνεται με συνεχή παρακολούθηση της συμπεριφοράς και της ομιλίας του, στον τρόπο που κοιτάει και αντιλαμβάνεται το περιβάλλον γύρω του (Eby & Brown, 2010).

Επίσης σημαντική είναι η εξασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του νοσηλευτή αλλά και του ίδιου του ασθενή. Σε πολλές περιπτώσεις σημειώνονται περιστατικά βίαιης συμπεριφοράς από άτομα με σχιζοφρένεια, επομένως απαραίτητη είναι η εκτίμηση, λαμβάνοντας ιστορικό, το οποίο περιλαμβάνει (Eby & Brown, 2010):

- Επεισόδια βίαιων συμπεριφορών κατά το παρελθόν.
- Κατάχρηση ουσιών, ιδιαίτερα εκείνη την στιγμή.
- Αν ο ασθενής βιώνει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.
- Εάν έχει ο ίδιος υποστεί βία κατά το παρελθόν.

Ταυτόχρονα, από την συμπεριφορά του ασθενή τη δεδομένη χρονική στιγμή, είναι πιθανό να ερμηνευθεί ένα βίαιο ξέσπασμα. Η αυξημένη κινητικότητα, οι φωνές, το χτύπημα αντικειμένων ή τοίχων, η νευριασμένη όψη και το σφίξιμο της γροθιάς είναι μερικά από τα σημάδια που εκδηλώνουν κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς (Eby & Brown, 2010).

Το σημαντικότερο όμως στάδιο είναι η δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος (milieu). Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει υπόψη του πως ο ασθενής έχει δικαιώματα και ανάγκες ίδιες με τους υπόλοιπους ανθρώπους, χωρίς περιθωριοποιήσεις και υποτίμηση. Επίσης καθώς οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζουν παρορμητικότητα, αμφιθυμία, έλλειψη ορίων, κοινωνική απόσυρση ή και επιθετικότητα, θα πρέπει να υπάρχει η απαραίτητη ανεκτικότητα και υπομονή, λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο της λειτουργικότητας και της ψυχοπαθολογίας του. Τέλος θα πρέπει να υπάρχει ένα σημαντικό επίπεδο δοτικότητας απέναντι στον ασθενή, να ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες του και να αισθάνεται πως βρίσκεται και συμμετέχει μέσα σε μια ομάδα, της οποίας είναι μέλος (Μαδιανός, 2005).

Τέλος, εξίσου σημαντικές είναι οι πληροφορίες που πρέπει να λάβει ο νοσηλευτής από την οικογένεια του ασθενή. Οι γονείς, τα αδέρφια και τα συγγενικά πρόσωπα του ασθενή παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και την έκβαση της πορείας

της νόσου. Εφόσον έχει ληφθεί γραπτή άδεια από τον ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επικοινωνήσει με την οικογένεια, ώστε να γίνει εκτίμηση της κατάστασης και των συνθηκών στις οποίες μεγάλωσε ο ασθενής, την σχέση που διατηρεί με την οικογένεια του και οποιαδήποτε άλλη πληροφορία φανεί χρήσιμη (Eby & Brown, 2010).

3.8.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή του ασθενή με σχιζοφρένεια, στη κλινική

Κατά την παραμονή στην κλινική, θα πρέπει να διασφαλιστεί η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του επεισοδίου, η ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενή και η προαγωγή της ανάρρωσης του. Θα πρέπει να φροντίσει και να διασφαλίσει την τακτική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, είτε από το στόμα, είτε με μακράς διάρκειας, ενέσιμα παρασκευάσματα (depot) και ταυτόχρονα να παρέμβει για την ψυχο-κοινωνική υποστήριξη του ασθενή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συζητάει με τον ασθενή για τα συμπτώματα του βιώνει. Αυτό θα ήταν ευεργετικό και για τον ίδιο τον ασθενή αλλά θα βοηθούσε και στον εντοπισμό των πρώτων συμπτωμάτων, μιας πιθανής υποτροπής. Αν λάβουμε υπόψη πως το 25-40% των ασθενών με σχιζοφρένεια αρνείται την αποδοχή μιας ολοκληρωμένης φροντίδας, αν ο νοσηλευτής καταφέρει αυτούς τους στόχους του, τότε θα διασφαλιστεί μια πολύ καλύτερη πορεία της θεραπείας (Gillam & Williams, 2008).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει υπομονή, διάθεση, ειδικές γνώσεις και δεξιότητες καθώς και ιδιαίτερη ικανότητα στην μη λεκτική επικοινωνία. Αυτά είναι και το κλειδί για την επιτυχημένη προσέγγιση του ασθενή. Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να μιλάει, να εκφράζει τους φόβους του, τις ανησυχίες και τις απορίες του. Τέλος, δεν θα πρέπει να υπάρξει κανενός είδους αποδοκιμασία, από την μεριά του νοσηλευτή, ή αρνητική κριτική (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012).

Ένας ακόμα ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την επιτυχημένη προσέγγιση του ασθενή είναι η κατανόηση των βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτικών παραδοχών του. Όλες αυτές οι παραδοχές και πρέπει να κατανοηθούν και να ληφθούν υπόψη, καθώς όλες μαζί συμβάλλουν στην εκδήλωση της συμπεριφοράς του ασθενή (Snowden, 2009).

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων του ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τα λάβει ως βασική προτεραιότητα, στο πλάνο φροντίδας του και να είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένος μαζί τους, ώστε να μπορέσει να τα διαχειριστεί. Ένα από τα κυριότερα και πιο ενοχλητικά συμπτώματα του σχιζοφρενικού ασθενή είναι οι ψευδαισθήσεις. Τα εξωτερικά ερεθίσματα (θόρυβος, δυνατό φώς) που δέχεται ο ασθενής, ενδέχεται να τις επιδεινώσουν, γι' αυτό πρέπει να μειώνονται. Οποιοσδήποτε παράγοντας επιδείνωσης των ψευδαισθήσεων πρέπει να αποφεύγεται και ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή στην προσπάθεια αυτή. Ταυτόχρονα πρέπει να αποκαλεί τις ψευδαισθήσεις, “φωνές” ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να πιστέψει πως δεν τις ακούει πραγματικά ενώ οποιαδήποτε σωματική επαφή μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή θα πρέπει να αποφεύγεται καθώς μπορεί να ενισχύσει τις ψευδαισθήσεις ή ο ασθενής να εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά, θεωρώντας πως βρίσκεται σε αυτοάμυνα. Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας είναι η απόσπαση από το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων, γεγονός που μπορεί να επιτευχθεί με συζήτηση ή προσφορά κάποιας εργασίας. Ένα άλλο σημαντικό σύμπτωμα που βιώνουν οι ασθενείς είναι οι παραληρητικές ιδέες. Κατά την διάρκεια τους, ο ασθενής δυσκολεύεται να ερμηνεύσει την πραγματικότητα και θεωρεί που βρίσκεται μέσα στο παραλήρημα. Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ειλικρινής και να εμπνέει εμπιστοσύνη ώστε να πείσει τον ασθενή να δεχθεί και να κατανοήσει την πραγματικότητα. Ταυτόχρονα δεν θα πρέπει να ενισχύει τις παραληρητικές ιδέες, θα πρέπει να αποσπάσει, τον ασθενή από αυτές και να τον βοηθήσει να προσανατολιστεί στην πραγματικότητα. Καθώς το παραλήρημα, ενισχύεται σημαντικά από το άγχος, ο νοσηλευτής, χρειάζεται να βοηθήσει τον ασθενή να το αντιμετωπίσει και να του διδάξει τεχνικές για τη διαχείριση του. Εφόσον οι νοσηλευτές έχουν ένα τεράστιο ποσοστό ευθύνης στην ευημερία και την διαχείριση των σχιζοφρενικών ασθενών, τα επιθυμητά αποτελέσματα, μετά από αυτές τις παρεμβάσεις, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Πιο συγκεκριμένα, ασθενής θα πρέπει να βιώσει λιγότερες από τρεις ψευδαισθήσεις, κατά την διάρκεια της βάρδιας και να έχει ενταχθεί σημαντικά στην πραγματικότητα. Τέλος θα πρέπει να έχει βελτιωθεί το επίπεδο της λειτουργικότητας του αλλά και να μπορεί να διαχειρίζεται ικανοποιητικά το άγχος (Eby & Brown, 2010).

3.8.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ασθενή με σχιζοφρένεια

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι μια από τις σημαντικότερες φάσεις για την πορεία και την έκβαση της νόσου. Έχει παρατηρηθεί πως κατά τον πρώτο κιόλας χρόνο, μετά την έξοδο των ασθενών από την κλινική, περίπου το 35% με 50% υποτροπιάζουν, ενώ κατά τα επόμενα τρία με πέντε χρόνια οι υποτροπές αγγίζουν το 65% με 75% των ασθενών. Παρότι όμως η συνέπεια στην φαρμακοθεραπεία μπορεί να μειώσει σημαντικά το ποσοστό των υποτροπών, δεν εξασφαλίζει την ανάκτηση της λειτουργικότητας. Τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν την σημαντικότητα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ένα ευρύ φάσμα αντικειμένων που πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα είναι η αποφυγή μιας υποτροπής, μετά την έξοδο από την κλινική, η συνεπής λήψη των φαρμάκων της θεραπείας, οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, η εργοθεραπεία, η χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών, η διατήρηση και ανάπτυξη των δεξιοτήτων και η οργάνωση των υπηρεσιών αποκατάστασης. Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι ατομικές, ομαδικές, θεραπείες περιβάλλοντος (milieu) ή γνωσιακές και στοχεύουν στην καταπολέμηση πολλών από τα αρνητικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης και της επιθετικότητας. Για να έχουν αποτέλεσμα όμως οι στόχοι της αποκατάστασης πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις. Η έκβαση της εξαρτάται από την υπηρεσία όπου θα εισαχθεί ο ασθενής (ψυχιατρική κλινική, Κέντρο Ψυχικής Υγείας) ως προς την οργάνωση, τους στόχους και την ιδεολογία της αλλά και η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών (monitoring). Παρότι όμως η παρακολούθηση αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό στάδιο, έρευνες έδειξαν πως το 40% των ασθενών εγκαταλείπουν την παρακολούθηση τους κατά τους πρώτους έξι μήνες και περίπου το 70% μέσα στα επόμενα δύο χρόνια. Επομένως ένα ισχυρό πλάνο αποκατάστασης πρέπει να αποτελείται από τρία στάδια, τη διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση. Η διάγνωση γίνεται με την επιλογή κάποιων στόχων, με την εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενή αλλά και την εκτίμηση των διαθέσιμων πόρων για την υλοποίηση του σχεδίου. Στην συνέχεια, για τον προγραμματισμό επιλέγονται οι προτεραιότητες των στόχων, θέτονται χρονικά περιθώρια και παρακολουθούνται οι εξελίξεις και οι αλλαγές στην κατάσταση των ασθενών. Τέλος γίνεται η παρέμβαση με ανάπτυξη και άσκηση των δεξιοτήτων του ασθενή και τροποποιούνται οι διαθέσιμοι πόροι. Οι στόχοι της αποκατάστασης είναι μακροπρόθεσμοι αλλά άμεσοι (Μαδιανός, 2005).

Κάποιες επίσης από τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι η γνωσιακή, η συμπεριφορική, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, οι υποστηρικτικές και οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Οι πιο συχνές είναι η γνωσιακή και η συμπεριφορική. Η γνωσιακή παρέμβαση είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς στοχεύει στην εκλογίκευση των άσχημων εμπειριών, σε συμπεριφορικές τεχνικές και σε προσπάθειες επεξήγησης των περιέργων και επίμονων σκέψεων (Κονταξάκης και συν, 2008).

Εκτός από αυτούς τους παράγοντες, ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο ρόλος του νοσηλευτή στην πορεία της αποκατάστασης. Το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται να είναι εξειδικευμένο στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Κάποιες από τις σημαντικότερες αρμοδιότητες του νοσηλευτή είναι να ενθαρρύνει τον ασθενή να θέτει στόχους για το μέλλον, με βάση τις δεξιότητες του διαθέτει. Ακόμα πρέπει να μπορεί να εκτιμήσει την υποστήριξη που του παρέχεται και να έρθει σε επαφή με την υπηρεσία που θα τον βοηθήσει. Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει νέες δεξιότητες αλλά και να τις εξασκήσει, καθώς όμως αντιλαμβάνεται και το επίπεδο της λειτουργικότητας του (Μαδιανός, 2005).

Μια ακόμα, επίσης σημαντική αρμοδιότητα του νοσηλευτή, είναι η εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας του για την σωστή τήρηση όλων των οδηγιών που έχει λάβει από τους θεράποντες ιατρούς. Οι οδηγίες αυτές αφορούν την σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, την ψυχολογική υποστήριξη που πρέπει να παρέχεται στον ασθενή και την αντιμετώπιση των πιθανών επεισοδίων. Ο νοσηλευτής είναι συνήθως το άτομο που φροντίζει και στηρίζει τον ασθενή σε όλα τα στάδια, μέχρι να φτάσει σε σημείο να μπορεί να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του αλλά και να ενταχθεί πάλι στην κοινωνία (Eby & Brown, 2010).

Οι δεξιότητες που πρέπει να αποκτήσει ο ασθενής για να ανακτήσει την λειτουργικότητα του είναι οι γνωσιακές δεξιότητες: μνήμη, συγκέντρωση, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, αφαιρετική ικανότητα, προσανατολισμός, χρήση φαντασίας. Αλλά και οι δεξιότητες επιβίωσης: ατομική υγιεινή, καθαριότητα του σπιτιού, πλύσιμο ρούχων, διαχείριση χρημάτων, μετακίνηση, αντιμετώπιση θεμάτων υγείας. Οι δεξιότητες αυτές αποκτούνται με θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση, δηλαδή εκμάθηση και τεχνικές πρόβας (rehearsal) όπως σε πραγματικές συνθήκες. Όλες αυτές οι πρακτικές όμως γίνονται με την στήριξη των νοσηλευτών, εντός ή και εκτός του χώρου της κλινικής. Η νοσηλεία μπορεί να γίνει σε Νοσοκομείο Ημέρας ή

Κέντρο Ημέρας (Day Care Center). Ο ασθενής επίσης μπορεί να διαβιώνει σε κοινωνική λήσχη, σε ξενώνα ή προστατευόμενο διαμέρισμα (Μαδιανός, 2005).

Οι στόχοι των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων είναι η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων του ασθενή, η βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της καθημερινότητας του, η ενίσχυση της λειτουργικότητας και η εκμάθηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους. Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι όμως θα πρέπει, με την βοήθεια του νοσηλευτή, να κινητοποιηθεί η οικογένεια του ασθενή ώστε να τον στηρίξει και να συμμετέχει στην θεραπεία, να υπάρξει ώθηση του ασθενή για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες αλλά και να υπάρξει μια ατομική υποστήριξη και καταπολέμηση των αιτιών που οδηγούν στην κοινωνική του απόσυρση (Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008).

3.8.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη των υποτροπών της σχιζοφρένειας

Ως υποτροπή (relapse) χαρακτηρίζεται η επανεμφάνιση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, κατά τη διάρκεια ή μετά το τέλος της θεραπείας της. Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδηγούν σε μια υποτροπή, με κυριότερο τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας. Πολλοί ασθενείς δεν αισθάνονται πως είναι άρρωστοι, δεν αποδέχονται τη διάγνωση και δεν θεωρούν πως υπάρχει λόγος να παίρνουν τα φάρμακα. Επίσης πολύ συχνός παράγοντας διακοπής της φαρμακοθεραπείας είναι οι παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα. Κάποιες από τις συχνότερες είναι η υπνηλία, τρόμος των άκρων, παρκινσονισμός, αύξηση της όρεξης, ζάλη, ξηρότητα του στόματος. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή ο σημαντικός ρόλος που παίζουν τα φάρμακα, στην πορεία, της θεραπείας της νόσου. Πρέπει να εξηγηθούν, εκ των προτέρων, οι παρενέργειες ώστε ο ασθενής να τις γνωρίζει και να είναι προετοιμασμένος. Ταυτόχρονα θα πρέπει να εξηγηθεί πως δεν θα πρέπει να λαμβάνονται δόσεις ή συνδυασμός φαρμάκων που αυξάνουν την εμφάνιση των παρενεργειών. Κάποιοι ακόμα παράγοντες που οδηγούν σε υποτροπή είναι η ακαταλληλότητα του προγράμματος θεραπείας για τον συγκεκριμένο ασθενή, η αρνητική υποστηρικτική στάση της οικογένειας, η διακοπή της θεραπείας λόγω μη συχνής παρακολούθησης από την θεραπευτική ομάδα, κάποιο ισχυρό, τραυματικό σοκ (θάνατος αγαπημένου προσώπου, αποχωρισμός) ή τέλος του θεραπευτικού προγράμματος. Οι επιπτώσεις ωστόσο μιας υποτροπής είναι ιδιαίτερα σοβαρές και δυσμενείς για την πορεία του ασθενή καθώς μειώνεται η

λειτουργικότητα του και αναβιώνονται οι εμπειρίες των συμπτωμάτων της νόσου (Μαδιανός, 2005).

Ο νοσηλευτής συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της υποτροπής, εφόσον γνωρίζει τα αίτια που την προκάλεσαν. Για τον λόγο αυτόν θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή και την οικογένεια του για τους βλαπτικούς παράγοντες που οδηγούν σε μια υποτροπή. Θα πρέπει να εκπαιδεύει τον ασθενή να τηρεί τις οδηγίες του ιατρού ως προς την λήψη των φαρμάκων, την υποστήριξη που πρέπει να του παρέχεται και την αντιμετώπιση των πιθανών επεισοδίων. Ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι η επανένταξη του ασθενή στην κοινωνία. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, θα πρέπει να γίνουν κάποιες παρεμβάσεις. Στα πλαίσια αυτά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συζητάει με τον ασθενή, να του εξηγεί και να τον στηρίζει ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο μιας επερχόμενης υποτροπής. Ο ασθενής θα πρέπει γνωρίζει όλα τα σημάδια της επερχόμενης αυτής, υποτροπής ώστε να τα αναγνωρίσει και να τα αναφέρει άμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ταυτόχρονα θα πρέπει να θέσει στόχους για το μέλλον και να αντιληφθεί πως απαραίτητη προϋπόθεση για να τους υλοποιήσει είναι να ακολουθήσει πιστά την αγωγή του. Μια ακόμα σημαντική αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι να εξηγήσει στον ασθενή πόσο βλαβερό είναι, γι' αυτόν το στρες και να προσπαθήσει να το αποβάλλει όσο το δυνατόν περισσότερο, από τη ζωή του. Εξίσου σημαντικό σ' αυτό είναι να έχει κοντά του άτομα που τον στηρίζουν, που αισθάνεται άνετα μαζί τους και μπορεί να συζητάει για τα άγχη, τις ανησυχίες και τα προβλήματα του, καθώς επίσης να ανακαλύψει ασχολίες και ενδιαφέροντα που τον ευχαριστούν, αποφεύγοντας όμως άτομα που θεωρεί πως τον επηρεάζουν αρνητικά (σε χρήση ουσιών, αλκοόλ). Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συστήσει στον ασθενή να γυμνάζεται, να τρέφεται υγιεινά, να φροντίζει τον εαυτό του και την υγεία του και πιο σημαντικό από όλα, να παραμένει αισιόδοξος και να μην εγκαταλείπει τις ελπίδες του (Eby & Brown, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Το είδος της έρευνας

Το είδος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε για την παράθεση των νέων δεδομένων, ήταν η δευτερογενής έρευνα. Έγινε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και συλλέχθηκαν άρθρα σχετικά με το θέμα της πτυχιακής εργασίας. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση τους, ώστε να επιλεγθούν τα καταλληλότερα και να βρεθεί η απάντηση για την ερευνητική ερώτηση της εργασίας.

4.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την παράθεση των νέων δεδομένων ήταν άρθρα ξένων συγγραφέων, δημοσιευμένα κατά τη τελευταία πενταετία, που συλλέχθηκαν από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar.

4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για την παράθεση του κεφαλαίου των νέων δεδομένων συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν άρθρα ξένων συγγραφέων, δημοσιευμένα μέσα στα πέντε, τελευταία χρόνια. Η αναζήτηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar και χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδί όπως «σχιζοφρένεια» (schizophrenia), «νοσηλευτική» (nursing), «ψυχική υγεία» (mental health), «ψυχική νόσος» (mental illness) και «φροντίδα» (care).

4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα άρθρα που επιλέχθηκαν αφορούσαν έρευνες που έχουν γίνει με σκοπό να βρεθούν οι αιτίες που προκαλούν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, καθώς και την παθοφυσιολογία του εγκεφάλου των ασθενών. Επίσης συλλέχθηκαν άρθρα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών, όσον αφορά την καθημερινότητα, την προσωπική ζωή και υγεία, την ψυχολογία αλλά και την σχέση με τους άλλους ανθρώπους και τις οικογένειες τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΕΥΡΥΜΑΤΑ

Άρθρο 1: Kaladjian, A., Belzeaux, R., Adida, M. & Azorin, JM., 2015. Negative symptoms and cerebral imaging. *Encephale*, 41 (6 Suppl 1): 6S22-6

A number of neuroanatomical and neurofunctional abnormalities have been evidenced by cerebral imaging studies in patients suffering from schizophrenia. Nevertheless, those specifically associated with the negative symptoms of this disease are still insufficiently known. This work is a review of selected studies that have assessed the brain correlates of negative symptoms in schizophrenia. Approaches using structural imaging have highlighted reduction of gray matter density or cortical thickness associated with negative symptoms, which is rather sparsely distributed within the frontal and temporal regions, localized nevertheless more particularly in the frontal medial and orbitofrontal areas, as well as the amygdalo-hippocampic complex. These deficits are concurrent with a loss of integrity of the principal paths of white matter tracts between frontal and limbic regions. On the other hand, neurofunctional abnormalities associated with negative symptoms involve especially the frontal areas and limbic striatum. A disturbed functioning within the fronto-striatal loops, related to a striatal dopaminergic deficit, may represent a potential explanatory hypothesis of the negative symptoms of schizophrenia, as suggested by studies using Positron Emission Tomography on this topic or neuroimaging studies on the effects of antipsychotics. A better identification of the cerebral abnormalities associated with the negative dimension of schizophrenia, with regard to the lateralization of these abnormalities or to their changes during the course of the disease, could offer new therapeutic modalities for the treatment of this dimension which, until now, remains few responsive to conventional pharmacological treatments.

Μετάφραση:

Ένας αριθμός νευροανατομικών και νευρολειτουργικών ανωμαλιών έχουν φανεί σε ορισμένες μελέτες απεικόνισης εγκεφάλου σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Παρ'όλα αυτά, εκείνες που σχετίζονται με τα αρνητικά συμπτώματα αυτής της ασθένειας δεν είναι ακόμα επαρκώς γνωστές. Το έργο αυτό είναι μια επισκόπηση επιλεγμένων μελετών που έχουν ασχοληθεί με τον συσχετισμό του

εγκεφάλου και των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Προσεγγίσεις με τη χρήση της διαρθρωτικής απεικόνισης έδειξαν μείωση της πυκνότητας της ύλης ή του πάχους του φλοιού που σχετίζεται με τα αρνητικά συμπτώματα, τα οποία είναι μάλλον αραιά κατανεμημένα εντός των μετωπιαίων και των κροταφικών περιοχών, εντοπίζεται, ωστόσο, ιδιαίτερα στις μετωπιαίες περιοχές έσω και κατά μήκος. Αυτά τα ελλείμματα συνυπάρχουν με την απώλεια της ακεραιότητας της λευκής ύλης μεταξύ των μετωπιαίων περιοχών και του μεταιχμιακού συστήματος. Από την άλλη πλευρά, οι νευρολειτουργικές ανωμαλίες που σχετίζονται με τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται κυρίως στις μετωπιαίες περιοχές και στο μεταιχμιακό ραβδωτό σώμα. Μια διαταραγμένη λειτουργία εντός του ραβδωτού σώματος που σχετίζεται με ένα ντοπαμινεργικό έλλειμμα, μπορεί να αντιπροσωπεύει μια πιθανή αιτιολογική υπόθεση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως προτείνεται από μελέτες που χρησιμοποιούν Τομογραφίας Εκπομπής Ποζιτρονίων ή απεικονιστικές μελέτες σχετικά με τις επιδράσεις των αντιψυχωσικών. Μια καλύτερη αναγνώριση των εγκεφαλικών ανωμαλιών που σχετίζονται με την αρνητική διάσταση της σχιζοφρένειας, σε σχέση με τις μεταβολές τους κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου, μπορεί να προσφέρει νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση αυτής της διάστασης, εφόσον μέχρι τώρα λίγοι ανταποκρίνονται στις συμβατικές φαρμακευτικές θεραπείες.

Άρθρο 2: Hou, CL. et al., 2016. Sexual dysfunction and its impact on quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Compr Psychiatry*, 65, 116-121

Purpose: Sexual dysfunction in schizophrenia patients is common. In China, maintenance treatment for clinically stable patients with schizophrenia is usually provided by primary care physicians. Illness- or treatment-related sexual dysfunction in this patient population has been never studied. This study describes the prevalence and correlates of sexual dysfunction and its impact on quality of life (QOL) in patients with schizophrenia treated in primary care in China.

Method: A total of 607 patients with schizophrenia treated in 22 randomly selected primary care services in China formed the study sample. Patients' socio-demographic and clinical characteristics including sexual function and QOL were recorded using a standardized protocol and data collection.

Results: Sexual dysfunction was present in 69.9% of all patients; 60.7% in males and 80.6% in females. Multiple logistic regression analysis revealed that female gender, being single, older age and use of first-generation antipsychotics were independently and significantly associated with more sexual dysfunction accounting for 23.5% of its variance ($P < 0.001$). Unexpectedly, sexual dysfunction was not associated with lower QOL.

Conclusions: High rate of sexual dysfunction was reported in the majority of patients with schizophrenia treated in primary care in China. Given its negative impact on social adjustment, QOL and treatment adherence, efforts should be made to address sexual dysfunction in this patient population.

Μετάφραση:

Σκοπός: Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι κοινή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Στην Κίνα, η θεραπεία συντήρησης για κλινικά σταθερούς ασθενείς με σχιζοφρένεια συνήθως παρέχεται από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ασθένεια- ή η σχετιζόμενη με τη θεραπεία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών δεν έχει μελετηθεί ποτέ. Η μελέτη αυτή περιγράφει τον επιπολασμό και τους συσχετισμούς της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και τις

επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κίνα.

Μέθοδος: Ένα σύνολο 607 ασθενών με σχιζοφρένεια που αντιμετωπίζεται σε 22, τυχαία επιλεγμένες, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Κίνα, αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης. Καταγράφηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής λειτουργίας και ποιότητας ζωής, χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο πρωτόκολλο για τη συλλογή των δεδομένων.

Αποτελέσματα: Η σεξουαλική δυσλειτουργία εμφανιζόταν στο 69,9% των ασθενών, 60,7% στους άνδρες και 80,6% στις γυναίκες. Μια ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι στο γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία και η χρήση των αντιψυχωσικών πρώτης γενιάς ήταν ανεξάρτητα και συνδέονταν με τη σεξουαλική δυσλειτουργία αντιπροσωπεύοντας το 23,5% της διακύμανσης ($P < 0,001$). Απροσδόκητα, η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν συσχετίστηκε με το χαμηλότερο QOL.

Συμπεράσματα: Υψηλό ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας υπήρχε στη πλειοψηφία των ασθενών με σχιζοφρένεια που αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Κίνα. Λαμβάνοντας υπόψη τις αρνητικές επιπτώσεις στη κοινωνική προσαρμογή, στη ποιότητα ζωής και την τήρηση της θεραπείας, θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε αυτόν τον πληθυσμό των ασθενών.

Άρθρο 3: Palomba, A. et al., 2015. Use of antidepressants in the treatment of negative symptoms of schizophrenia. *Encephale*, 41 (6 Suppl 1): 6S36-40

Negative symptoms account for a clinical dimension of schizophrenia. They are partly the cause of functional disability of this disease. Clinical experience shows that antipsychotics have little or no effect on these symptoms. The aim of this review is to gather existing data on the treatment of negative symptoms with antidepressants. The combination of antipsychotics with antidepressants is a therapeutic strategy commonly used for the treatment of these symptoms. The pro-dopaminergic effects of antidepressants explain their effectiveness on negative symptoms. There are many comparative, randomized, controlled studies evaluating the efficacy of antidepressant associated with antipsychotic for the treatment of negative symptoms. Furthermore three meta-analyses have been conducted. The overall results suggest that the use of antidepressants may contribute to clinical improvement of negative symptoms in schizophrenia. The limitations of these studies are the small number of patients included and the definition and assessment of negative symptoms. The existing scales are not sufficiently discriminating. Further research using new measurement tools should help refine these results.

Μετάφραση:

Τα αρνητικά συμπτώματα αντιπροσωπεύουν μια κλινική διάσταση της σχιζοφρένειας. Είναι εν μέρει, η αιτία της κακής λειτουργικότητας που εμφανίζεται σ' αυτή την ασθένειας. Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι τα αντιψυχωσικά έχουν μικρή ή και καμία επίδραση στα συμπτώματα αυτά. Ο σκοπός αυτής της αναθεώρησης είναι να συγκεντρώσει δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων με αντικαταθλιπτικά. Ο συνδυασμός των αντιψυχωσικών και των αντικαταθλιπτικών είναι μια θεραπευτική στρατηγική που χρησιμοποιείται συχνά για τη θεραπεία αυτών των συμπτωμάτων. Η προ-ντοπαμινεργική δράση των αντικαταθλιπτικών εξηγούν την αποτελεσματικότητά τους για τα αρνητικά συμπτώματα. Υπάρχουν πολλές συγκριτικές, τυχαιοποιημένες και ελεγχόμενες μελέτες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών και των αντιψυχωσικών για τη θεραπεία των αρνητικών συμπτωμάτων. Επίσης έχουν διεξαχθεί τρεις μετα-αναλύσεις. Τα συνολικά αποτελέσματα δείχνουν ότι η χρήση των αντικαταθλιπτικών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των αρνητικών συμπτωμάτων στη

σχιζοφρένεια. Οι περιορισμοί των μελετών αυτών είναι ο μικρός αριθμός των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν για τον καθορισμό και την αξιολόγηση των αρνητικών συμπτωμάτων. Η κλίμακα δεν είναι αρκετά διακριτική. Περαιτέρω έρευνα με τη χρήση νέων εργαλείων μέτρησης θα πρέπει να βοηθήσει να περιοριστούν τα αποτελέσματα αυτά.

Άρθρο 4: Leutwyler, H., Hubbard, EM. & Dowling, GA., 2014. Adherence to a Videogame-based physical activity program for older adults with schizophrenia. *Games health J*, 3 (4), 227-233.

Objectives: Adults with schizophrenia are a growing segment of the older adult population. Evidence suggests that they engage in limited physical activity. Interventions are needed that are tailored around their unique limitations. An active videogame-based physical activity program that can be offered at a treatment facility can overcome these barriers and increase motivation to engage in physical activity. The purpose of this report is to describe the adherence to a videogame-based physical activity program using the Kinect(®) for Xbox(®) 360 game system (Microsoft(®), Redmond, WA) in older adults with schizophrenia.

Materials and methods: This was a descriptive longitudinal study among 34 older adults with schizophrenia to establish the adherence to an active videogame-based physical activity program. In our ongoing program, once a week for 6 weeks, participants played an active videogame, using the Kinect for Xbox 360 game system, for 30 minutes. Adherence was measured with a count of sessions attended and with the total minutes attended out of the possible total minutes of attendance (180 minutes).

Results: Thirty-four adults with schizophrenia enrolled in the study. The mean number of groups attended was five out of six total (standard deviation=2), and the mean total minutes attended were 139 out of 180 possible (standard deviation=55). Fifty percent had perfect attendance.

Conclusions: Older adults with schizophrenia need effective physical activity programs. Adherence to our program suggests that videogames that use the Kinect for Xbox 360 game system are an innovative way to make physical activity accessible to this population.

Μετάφραση:

Στόχοι: Οι ενήλικες με σχιζοφρένεια αποτελούν ένα αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού των ηλικιωμένων ενηλίκων. Τα στοιχεία δείχνουν ότι ασκούν περιορισμένη σωματική δραστηριότητα. Απαιτούνται να γίνουν παρεμβάσεις γύρω από τους περιορισμούς τους. Ένα ενεργό πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας με

βιντεοπαιχνίδι μπορεί να ξεπεράσει αυτά τα εμπόδια και να αυξήσει τα κίνητρα να συμμετέχουν σε μια φυσική δραστηριότητα. Ο σκοπός της παρούσας έκθεσης είναι να περιγράψει την προσκόλληση σε ένα πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας με βιντεοπαιχνίδι μέσω του Kinect (®) και του Xbox (®) 360 (Microsoft (®), Redmond, WA) σε ενήλικες, μεγαλύτερης ηλικίας με σχιζοφρένεια.

Υλικά και μέθοδοι: Αυτή ήταν μια περιγραφική διαχρονική μελέτη μεταξύ 34 ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας με σχιζοφρένεια για να διαπιστωθεί η συμμόρφωση με ένα ενεργό πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας, που βασίζεται σε βιντεοπαιχνίδι. Μία φορά την εβδομάδα, για 6 εβδομάδες, οι συμμετέχοντες έπαιζαν το βιντεοπαιχνίδι, με τη χρήση του Kinect και του Xbox 360, για 30 λεπτά. Η προσκόλληση μετρήθηκε με καταμέτρηση των συνεδριών που παρακολούθησαν και με το σύνολο των λεπτών που παρακολούθησαν από τα συνολικά λεπτά συμμετοχής (180 λεπτά).

Αποτελέσματα: Τριάντα τέσσερις ενήλικες με σχιζοφρένεια συμμετείχαν στη μελέτη. Ο μέσος αριθμός των ομάδων που παρακολούθησαν ήταν πέντε από τις έξι, συνολικά (τυπική απόκλιση = 2), και περίπου τα συνολικά λεπτά που συμμετείχαν ήταν 139 από τα 180 (τυπική απόκλιση = 55). Το 50% είχε μια τέλεια συμμετοχή.

Συμπεράσματα: Οι ηλικιωμένοι ενήλικες με σχιζοφρένεια χρειάζονται αποτελεσματικά προγράμματα σωματικής δραστηριότητας. Η τήρηση του προγράμματός μας δείχνει ότι τα βιντεοπαιχνίδια που χρησιμοποιούν το Kinect και το Xbox 360 είναι ένας καινοτόμος τρόπος για να κάνουν τη σωματική δραστηριότητα προσιτή σε αυτόν τον πληθυσμό.

Απόφο 5: Ito, H. et al., 2015. Dietary intake in body mass index differences in community-based Japanese patients with schizophrenia. *Iran J Public Health*, 44 (5), 639-645.

Background: Patients with schizophrenia reportedly have a high prevalence of obesity. One of the reasons is a poor choice of diet. The goal of this study was to clarify characteristics of the dietary intake across the strata of the body mass index (BMI) and to compare the general population and patients with schizophrenia in Japan.

Methods: This is a cross-sectional study of 51 patients with schizophrenia residing in rural areas in 2011. Anthropometric indices (of height, weight, body mass index) were measured at the commencement of the survey. Intakes of energy, protein, fat, carbohydrate, calcium, phosphorus, vitamins, total fiber, and salt were noted through a 3-day dietary recording. The nutrient intake was estimated using Excel add-in software (Excel Eiyoun-kun Ver. 6.0, Kenpakusha Co., Ltd.). Patients were divided into two groups: those with a BMI ≥ 25 kg/m² and with a BMI < 25 kg/m², and the differences in their nutrition intake were analyzed. To compare these patients with the general population, the results of the National Health and Nutrition Survey, 2010 (NHNS) were used (the NHNS group). For statistical analysis, an unpaired t-test was performed with $P < 0.05$.

Results: Patients with a BMI ≥ 25 kg/m² had the higher intakes than those with a BMI < 25 kg/m² of energy, fat and phosphorus and salt. Patients with schizophrenia showed higher intakes of energy, carbohydrate, fat, calcium, phosphorus and salt than the NHNS group.

Conclusion: The characteristics of the dietary intake in patients with schizophrenia were suggested the food constitution that is likely to increase the body weight.

Μετάφραση:

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, σύμφωνα με πληροφορίες έχουν ένα υψηλό επιπολασμό στη παχυσαρκία. Ένας από τους λόγους είναι η κακή επιλογή της διατροφής. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διευκρινιστούν τα χαρακτηριστικά της διαιτητικής πρόσληψης σχετικά με τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και να

συγκριθούν με το γενικό πληθυσμό και με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια στην Ιαπωνία.

Μέθοδοι: Αυτή είναι μια συγχρονική μελέτη 51 ασθενών με σχιζοφρένεια που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές το 2011. Ανθρωπομετρικοί δείκτες (ύψος, βάρος, δείκτης μάζας σώματος) μετρήθηκαν κατά την έναρξη της έρευνας. Η πρόσληψη ενέργειας, πρωτεϊνών, λιπών, υδατανθράκων, ασβεστίου, φωσφόρου, βιταμινών, φυτικών ινών αλλά και αλατιού παρατηρήθηκαν σε μια τριήμερη απογραφή. Η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών υπολογίστηκε με τη χρήση του Excel, ενός πρόσθετου λογισμικού (Excel Eiyu-kun Ver. 6.0, Kenpakusha Co., Ltd.). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: αυτοί με $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25 \text{ kg} / \text{m}^2$ και αυτοί με $\Delta\text{ΜΣ} < 25 \text{ kg} / \text{m}^2$, και αναλύθηκαν οι διαφορές στη διατροφή τους. Για να συγκριθούν αυτοί οι ασθενείς με το γενικό πληθυσμό, χρησιμοποιήθηκαν αποτελέσματα από την National Health and Nutrition Survey, 2010 (NHNS). Για τη στατιστική ανάλυση, διεξήχθη ένα ασύζευκτο τεστ με $P < 0,05$.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25 \text{ kg} / \text{m}^2$ είχαν υψηλότερες προσλήψεις λίπους, φωσφόρου και αλατιού από εκείνους με $\Delta\text{ΜΣ} < 25 \text{ kg} / \text{m}^2$, επίσης παρουσίασαν υψηλότερη πρόσληψη ενέργειας, υδατανθράκων λιπαρών, ασβέστιου, φωσφόρου και αλατιού από την ομάδα του NHNS.

Σύνοψη: Τα χαρακτηριστικά της διατροφικής πρόσληψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι πιθανό να αυξάνουν το σωματικό τους βάρος.

Άρθρο 6: Yilmaz, E. & Okanli, A., 2015. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 29 (5), 297-301

This study was conducted to determine the effect of internalized stigma on the adherence to the treatment of patients with schizophrenia. The population of the study consisted of patients who were diagnosed with schizophrenia according to the DSM IV diagnostic criteria and compatible with the study criteria. The study was completed with 63 patients overall. The researcher used Demographics Questionnaire, Morisky Medication Adherence Scale, Drug Attitude Inventory and Internalized Stigma of Mental Illness Scale to gather data. Among the patients, 11.1% adhered to the treatment, and 54.0% did not. The mean score for the internalized stigma level of patients was 76.39 ± 14.30 . A positive significant relationship was found among the scales ($p < 0.05$). The level of internalized stigma of patients with schizophrenia was determined to be high, and the internalized stigma had a negative impact on the adherence and attitude toward the treatment.

Μετάφραση:

Αυτή η μελέτη διεξήχθη για να προσδιοριστεί η επίδραση του εσωτερικευμένου στίγματος για την τήρηση της θεραπείας των ασθενών με σχιζοφρένεια. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM IV και που ήταν συμβατοί με τα κριτήρια της μελέτης. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 63 ασθενείς.. Ο ερευνητής χρησιμοποίησε ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο, την Morisky κλίμακα τήρησης της φαρμακοθεραπείας, την στάση απέναντι στα φάρμακα και το εσωτερικευμένο στίγμα της ψυχικής ασθένειας, για τη συλλογή δεδομένων. Μεταξύ των ασθενών, το 11,1% προσκολλάται στη θεραπεία ενώ το 54.0% όχι. Η μέση βαθμολογία για το επίπεδο του εσωτερικευμένου στιγματισμού των ασθενών ήταν $76,39 \pm 14,30$. Βρέθηκε μια σημαντική, θετική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων ($p < 0,05$). Το επίπεδο εσωτερικευσης του στιγματισμού των ασθενών με σχιζοφρένεια προσδιορίστηκε να είναι υψηλό, και η εσωτερικευση του στίγματος είχε αρνητικό αντίκτυπο στην τήρηση και τη στάση απέναντι στη θεραπεία.

Ap0po 7: Chang, YT. & Lee, LL., 2015. The effectiveness of compliance therapy on drug attitude among schizophrenic patients: a systematic review. *JB I Database System Rev Implement Rep*, 13 (7), 213-240

Background: Schizophrenia is one of the most severe mental illnesses. Studies have found that 25% to 80% of all schizophrenic patients are non-compliant in medication-taking. Non-compliance of medication-taking is associated with higher readmission rates that result from relapses. Compliance therapy has been developed to modify negative beliefs toward medication and aims to improve drug attitude toward medication-taking. However, the effect of compliance therapy on drug attitude among schizophrenic patients is unclear.

Objectives: The objective of this review was to systematically review the available evidence with regards to the effect of compliance therapy on improving attitudes toward medication among schizophrenic patients.

Inclusion criteria:

Types of participants: People diagnosed with schizophrenia, schizophrenia-form disorder, delusion disorder, schizo-affective disorder. Types of intervention(s): The review considered studies that evaluated any form of compliance therapy. The comparator was standard care. Types of studies: The review considered randomized controlled trials. Types of outcome: Drug attitude measured by the Drug Attitude Inventory.

Search strategy: Database searches included Medline, Cinahl, Embase, Science Direct, SocIndex, PsycINFO, ERIC, the Web of Science, the National Central Library and the Chinese Electronic Periodical Services databases. Searches were limited to English and Chinese. Search was limited to articles published from 1983 to 2013.

Methodological quality: Two reviewers independently appraised the studies using the standardized critical appraisal checklist for randomized control trial and pseudo-randomized trails designed by Joanna Briggs Institute. Disagreements were resolved through discussion.

Data extraction: A standardized data extraction tool from the Joanna Briggs Institute was used. Data were extracted by two reviewers independently.

Data synthesis: Due to the concern of heterogeneity, meta-analysis was not considered as an appropriate approach to synthesize data in the current review. A narrative summary was therefore carried out.

Results: Three randomized controlled trials met the inclusion criteria. Two studies compared compliance therapy to standard care and both found compliance therapy to significantly improve drug attitude (Drug Attitude Inventory: 1 randomized controlled trial, $n=28$, mean difference between groups: 4.32, ' $p=0.001$ '; 1 randomized controlled trial, $n=47$ mean difference between groups: 2.2, ' $p<0.001$ '). However, the other study reported that there was no statistically significant difference in the drug attitude score between the two groups (Drug Attitude Inventory: $n=50$, mean difference between groups: -2.1 ' $p=0.32$ ').

Conclusions: The present review found that the majority of the included studies identified an effect of compliance therapy in improving drug attitude. However, the evidence is still weak as the outcome was from three small and heterogeneous studies. Standardization of the compliance therapy and well-designed study is needed to test the effect in the future. Only then, can the therapy be considered to improve attitude toward medication taking among schizophrenic patients.

Μετάφραση:

Εισαγωγή: Η σχιζοφρένεια είναι μια από τις πιο σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 25% έως 80% όλων των σχιζοφρενών ασθενών είναι μη συμβατό με τη λήψη του φαρμάκου. Η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής συνδέεται με τα υψηλά ποσοστά υποτροπών. Η συμμόρφωση έχει αναπτυχθεί για να τροποποιούνται οι αρνητικές πεποιθήσεις προς τη φαρμακευτική αγωγή και έχει στόχο να βελτιώσει τη στάση προς την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Ωστόσο, η επίδραση της θεραπείας της συμμόρφωσης σχετικά με τη στάση στα φάρμακα μεταξύ των σχιζοφρενών ασθενών είναι ασαφής.

Στόχοι: Ο στόχος ήταν να επανεξεταστούν τα διαθέσιμα στοιχεία αναφορικά με την επίδραση της θεραπείας της συμμόρφωσης, για τη βελτίωση της στάσης απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή στους σχιζοφρενείς ασθενείς.

Τα κριτήρια ένταξης.

Τύποι των συμμετεχόντων: Οι άνθρωποι που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, διαταραχή αυταπάτης ή σχιζο-συναισθηματική διαταραχή. Τύποι παρέμβασης (S): Στην αναθεώρηση λήφθηκαν υπόψη μελέτες που αξιολογούσαν οποιαδήποτε μορφή θεραπείας στη συμμόρφωση. Η σύγκριση ήταν το πρότυπο φροντίδας. Τύποι μελετών: Η αναθεώρηση έγινε από τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες. Τύποι αποτελεσμάτων: η στάση απέναντι στα φάρμακα που μετρήθηκε από την απογραφή.

Στρατηγική αναζήτησης: Έγιναν αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων: Medline, Cinahl, Embase, Science Direct, SocIndex, PsycINFO, Eric, Web of Science, και στην Εθνική Κεντρική Βιβλιοθήκη και στις βάσεις δεδομένων της κινεζικής υπηρεσίας ηλεκτρονικών περιοδικών. Οι αναζητήσεις περιορίστηκαν στα αγγλικά και στα κινέζικα και σε άρθρα που δημοσιεύτηκαν το 1983-2013.

Μεθοδολογική ποιότητα: Δύο σχολιαστές εκτίμησαν ανεξάρτητα τις μελέτες που χρησιμοποίησαν την τυποποιημένη κρίσιμη λίστα ελέγχου αξιολόγησης για την τυχαιοποιημένη μελέτη ελέγχου και τα ψευδο-τυχαία μονοπάτια που σχεδιάστηκαν από το Ινστιτούτο Joanna Briggs. Οι διαφωνίες επιλύθηκαν μέσω της συζήτησης.

Εξόρυξη δεδομένων: Χρησιμοποιήθηκε ένα τυποποιημένο εργαλείο εξαγωγής δεδομένων από το Ινστιτούτο Joanna Briggs. Τα δεδομένα εκχυλίστηκαν ανεξάρτητα, με δύο κριτές.

Σύνθεση δεδομένων: Λόγω της ανησυχίας της ετερογένειας της μετα-ανάλυση δεν θεωρήθηκε ως η κατάλληλη προσέγγιση για να συνθέσει τα δεδομένα στην τρέχουσα επανεξέταση. Ως εκ τούτου, πραγματοποιήθηκε μια συνοπτική έκθεση.

Αποτελέσματα: Τρεις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Δύο μελέτες συνέκριναν τη θεραπεία συμμόρφωσης με το πρότυπο φροντίδας και η θεραπεία της συμμόρφωσης βρέθηκε να βελτιώνει σημαντικά τη στάση απέναντι στα φάρμακα (Drug Attitude Inventory: 1 τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, $n = 28$, μέση διαφορά μεταξύ των ομάδων: 4.32, $p' = 0.001$ 1 τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, $n = 47$ σημαίνει τη διαφορά μεταξύ των ομάδων: 2.2, $p < 0,001$) Ωστόσο, η άλλη μελέτη ανέφερε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο σκορ, για τη στάση απέναντι στα φάρμακα μεταξύ των δύο

ομάδων (στάση Drug Απογραφή: $n = 50$, μέση διαφορά μεταξύ των ομάδων: -2.1 'p = 0.32).

Συμπεράσματα: Στη παρούσα εξέταση διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των μελετών εντόπισαν μια επίδραση της θεραπείας συμμόρφωσης στη βελτίωση της στάσης για το φάρμακο. Ωστόσο, τα στοιχεία είναι ακόμη πολύ αδύναμα και το αποτέλεσμα προέκυψε από τρεις μικρές και ετερογενείς μελέτες. Η τυποποίηση της θεραπείας της συμμόρφωσης και μια καλά σχεδιασμένη μελέτη είναι απαραίτητη για να ελεγχθεί η επίδραση στο μέλλον. Μόνο τότε, μπορεί η θεραπεία να θεωρηθεί ότι βελτιώνει τη στάση απέναντι στα φάρμακα που λαμβάνουν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Άρθρο 8: Kageyama, M., Solomon, P. & Yokoyama, K., 2016. Psychological distress and violence towards parents of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 30 (5), 614-619

The present study investigated the relationship between violence and psychological distress experienced by parents of patients with schizophrenia. Questionnaire data from 379 parents were analyzed. A total of 151 parents (39.8%) had not experienced violence in the past year, whereas 96 (25.3%) and 132 (34.8%) had experienced psychological violence only or physical violence, respectively. A total of 216 (57.0%) of parents reported being psychologically distressed. Multiple logistic regression revealed that the risk of psychological distress significantly increased with the experience of psychological and physical violence, lower household income, greater family stigma, and the increasing age of patients.

Μετάφραση:

Η παρούσα μελέτη έγινε για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της βίας και της ψυχολογικής δυσφορίας που βιώνουν οι γονείς των ασθενών με σχιζοφρένεια. Αναλύθηκαν τα δεδομένα του ερωτηματολογίου, από 379 γονείς. Συνολικά 151 γονείς (39,8%) δεν είχαν βιώσει βία κατά τα προηγούμενα χρόνια, ενώ 96 (25,3%) και 132 (34,8%) είχαν υποστεί μόνο ψυχολογική βία ή σωματική βία, αντίστοιχα. Ένα σύνολο 216 γονέων (57,0%) ανέφεραν ότι ήταν ψυχολογικά στενοχωρημένοι. Πολλαπλές λογιστικές αναδρομές έδειξε ότι ο κίνδυνος για ψυχολογική δυσφορία αυξήθηκε σημαντικά από την εμπειρία από ψυχολογική και σωματική βίας, από το χαμηλότερο εισόδημα των νοικοκυριών, τον μεγαλύτερο οικογενειακό στιγματισμό, και την αύξηση της ηλικίας των ασθενών.

Ap0po 9: Franchi, JM. et al., 2015. Negative symptoms of Schizophrenia: from electrophysiology to electrotherapy. *Encephale*, 41 (6S1): 6S50-6S56

The aim of this review of the literature is to summarize the state of the knowledge concerning the relationship between negative symptoms in schizophrenia, electrophysiology and electrotherapy. The scientific literature search of international articles was performed during August and September 2015 using the PubMed electronic database. We used the following MeSH terms: “Negative symptoms”, “Schizophrenia”, “Electrophysiology”, “Neurophysiology”, “EEG power”, “Alpha rhythm”, “Transcranial magnetic stimulation”, “Transcranial direct current stimulation”, “Electroconvulsive therapy”, “Neurofeedback”, “Vagus Nerve Stimulation”, “Deep Brain Stimulation”, and “State dependent”. Negative symptoms in schizophrenia are associated with altered activity in prefrontal cortex in functional neuroimaging studies. This is in line with electrophysiological measurements that found a change in EEG spectral power in the alpha frequency band over prefrontal brain regions. The notion of functional hypofrontality has led to hypotheses that electrotherapy applied to the prefrontal cortex may be an effective treatment of negative symptoms in schizophrenia. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) and transcranial direct current stimulation (tDCS) were used to increase cortical activity in schizophrenia and achieve a clinical effect on negative symptoms. Three meta-analyses confirmed, with a moderate effect size, that rTMS is an effective treatment option for negative symptoms in schizophrenia. The two subsequently published prospective multicenter studies, however, found opposite results from each other. Two randomized controlled studies suggested that tDCS is an effective treatment option for negative symptoms. There is no study on the efficacy of neurofeedback, vagal nerve stimulation or deep brain stimulation on negative symptoms in schizophrenia. Additional studies are needed to confirm the efficacy of rTMS and tDCS on negative symptoms in schizophrenia. Influencing factors, related to clinical and stimulation parameters, of rTMS and tDCS on negative symptoms should be better investigated. Effects related to electrophysiological brain activity of the patient, especially in the alpha band, during the stimulation should also be better investigated. The action of electrotherapy may be state dependent, and a better understanding of electrophysiological effects of electrotherapy techniques could enable their optimization

Μετάφραση:

Στόχος της επανεξέτασης αυτής της βιβλιογραφίας είναι να συνοψιστούν οι γνώσεις σχετικά με τη σχέση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, της ηλεκτροφυσιολογίας και της ηλεκτροθεραπείας. Κατά τη διάρκεια του Αυγούστου και του Σεπτεμβρίου του 2015, πραγματοποιήθηκε μια επιστημονική έρευνα σε άρθρα από τη διεθνή βιβλιογραφία μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι όροι MeSH: «αρνητικά συμπτώματα», «Σχιζοφρένεια», «Ηλεκτροφυσιολογία», «Νευροφυσιολογία», «HEΓ δύναμη», «Άλφα ρυθμός», «διακρανιακή μαγνητική διέγερση», «διακρανιακή διέγερση συνεχούς ρεύματος», «ηλεκτροσπασμοθεραπεία», «Νευροανάδραση», «πνευμονογαστρική υποκίνηση νεύρων», «εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση» και «εξαρτώμενη κατάσταση». Νευροαπεικονιστικές μελέτες έδειξαν πως τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας σχετίζονται με την αλλαγμένη δραστηριότητα στον προμετωπιαίο φλοιό. Αυτό είναι σύμφωνο με τις ηλεκτροφυσιολογικές μετρήσεις που βρήκαν μια αλλαγή στο HEΓ, φασματικής ισχύος στη ζώνη συχνοτήτων άλφα πάνω στις προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου. Η μειωμένη αιματική ροή στον προμετωπιαίο φλοιό οδήγησε σε υποθέσεις πως όταν η ηλεκτροθεραπεία εφαρμόζεται στο προμετωπιαίο φλοιό μπορεί να είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια. Επαναλαμβανόμενες διακρανιακές μαγνητικές διεγέρσεις (rTMS) και διακρανιακές διεγέρσεις συνεχούς ρεύματος (TDCs) χρησιμοποιήθηκαν για να αυξήσουν τη δραστηριότητα του φλοιού στη σχιζοφρένεια και να επιτευχθεί μια κλινική επίδραση επί των αρνητικών συμπτωμάτων. Τρεις μετα-αναλύσεις επιβεβαίωσαν, με ένα μέτριο μέγεθος του αποτελέσματος, ότι η rTMS είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια. Στη συνέχεια, πολυκεντρικές μελέτες βρήκαν τα αντίθετα αποτελέσματα. Δύο τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες πρότειναν ότι η TDCs είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για τα αρνητικά συμπτώματα. Δεν υπάρχει καμία μελέτη για την αποτελεσματικότητα της νευροανάδρασης, της διέγερσης του πνευμονογαστρικού νεύρου ή της βαθιάς εγκεφαλικής διέγερσης για τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια. Πρόσθετες μελέτες θα επιβεβαιώσουν την αποτελεσματικότητα της rTMS και της TDCs για τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια. Οι παράγοντες που σχετίζονται και επηρεάζουν τις rTMS και TDCs σχετικά με τα αρνητικά συμπτώματα πρέπει να

διερευνηθούν καλύτερα. Οι επιδράσεις της ηλεκτροφυσιολογικής δραστηριότητας του εγκεφάλου του ασθενούς, ειδικά στη ζώνη άλφα, κατά τη διάρκεια της διέγερσης θα πρέπει επίσης να διερευνηθεί καλύτερα. Η δράση της ηλεκτροθεραπείας εξαρτάται από την κατάσταση και μια καλύτερη κατανόηση των ηλεκτροφυσιολογικών επιδράσεων της ηλεκτροθεραπείας θα μπορούσε να επιτρέψει τη βελτιστοποίηση της.

Άρθρο 10: Matsuda, M. & Kohno, A., 2016. Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 30 (50), 581-586

The objective of this study was to evaluate the clinical utility of the nursing psychoeducation program (NPE) for improving the acceptance of medication of inpatients with schizophrenia as well as their knowledge regarding their illness and the effects of medication on it. This study was a quasi-experimental study involving a convenience sample and was performed at the acute treatment units of two Japanese psychiatric hospitals. The subjects were recruited from among the inpatients being treated at the acute treatment units and were assigned to either the experimental or control group. The experimental group took part in the NPE, and the control group received the standard treatments for schizophrenia. Data were collected using structured questionnaires; i.e., the Medication Perception Scale for Patients with Schizophrenia (MPS), Drug Attitude Inventory-10 Questionnaire (DAI-10), and Knowledge of Illness and Drugs Inventory. Forty-three patients (13 men and 30 women) agreed in writing to participate in this study. During pre-/postintervention comparisons, the total MPS score, the 'efficacy of medication' subscale score, and the total DAI-10 score exhibited significant group×time interactions.

Μετάφραση:

Ο στόχος της μελέτης αυτής ήταν να αξιολογηθεί η κλινική χρησιμότητα ενός προγράμματος νοσηλευτικής ψυχοεκπαίδευσης (NPE) ώστε να βελτιωθεί η αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής στους εσωτερικούς ασθενείς με σχιζοφρένεια, καθώς και οι γνώσεις τους σχετικά με την ασθένειά τους και τις επιδράσεις του φαρμάκου σε αυτήν. Αυτή η μελέτη ήταν μια πειραματική μελέτη που περιλάμβανε ένα εύκολο δείγμα και πραγματοποιήθηκε σε μονάδες οξείας, θεραπείας σε δύο ιαπωνικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Τα άτομα που συμμετείχαν, από τους εσωτερικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία στις οξείες μονάδες, αποδόθηκαν είτε στη πειραματική ομάδα, είτε στην ομάδα ελέγχου. Η πειραματική ομάδα έλαβε μέρος στη ψυχοεκπαίδευση, και η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνήθη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση δομημένων ερωτηματολογίων δηλαδή, για τη φαρμακευτική αγωγή, την κλίμακα αντίληψης στους ασθενείς με σχιζοφρένεια (MPS), τη στάση απέναντι στα φάρμακα, καθώς και απογραφή για τη

γνώση σχετικά με την ασθένεια και τα φάρμακα. Σαράντα τρεις ασθενείς (13 άνδρες και 30 γυναίκες) συμφώνησαν, εγγράφως να συμμετάσχουν στη μελέτη αυτή. Κατά τη διάρκεια της προ- /μετά παρέμβασης, το συνολικό MPS σκορ στην «αποτελεσματικότητα των φαρμάκων» και η συνολική DAI-10 βαθμολογία ήταν σημαντικές, στις ομάδες επί τις αλληλεπιδράσεις στο χρόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των νέων δεδομένων είναι πως οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια αντιμετωπίζουν διαρκώς σοβαρά προβλήματα, σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Συγκεκριμένα οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν τρέφονται σωστά (Ito, 2015) και αδιαφορούν για την υγεία και το σώμα τους και ότι η χρήση ενός βιντεοπαιχνιδιού με σκοπό την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας στους ασθενείς αυτούς είναι ένας καινοτόμος τρόπος για να κάνουν τη σωματική δραστηριότητα προσιτή σε αυτόν τον πληθυσμό (Leutwyler, 2014), βιώνουν σεξουαλική δυσλειτουργία (Hou, 2016) και έχουν υψηλό εσωτερικευμένο στίγμα (Yilmaz & Okanli, 2015). Επίσης, οι περισσότεροι από τους ασθενείς έχουν αρνητική στάση απέναντι στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (Chang & Lee, 2015), γεγονός που οδηγεί σε συνεχείς υποτροπές και μπορεί να εκδηλώσουν άσχημη συμπεριφορά, λεκτική ή σωματική βία προς τις οικογένειες τους (Kageyama, 2016). Όλες αυτές οι παράμετροι επηρεάζουν έντονα την κοινωνική και προσωπική τους ζωή. Τέλος, πιθανές αιτίες που μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου είναι η μειωμένη αιματική ροή στον προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου των ασθενών και ορισμένες νευρολειτουργικές ανωμαλίες του εγκεφάλου όπως μείωση της πυκνότητας της ύλης και του πάχους του φλοιού εντός των μετωπιαίων και κροταφικών περιοχών (Kaladjian, 2015).

Όσο αφορά τα νεότερα δεδομένα σχετικά με τη θεραπεία οι έρευνες δείχνουν πως η χρήση των αντικαταθλιπτικών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των αρνητικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια (Palomba, 2015) καθώς και η θεραπεία συμμόρφωσης στη βελτίωση της στάσης για το φάρμακο απέναντι στα αρνητικά συμπτώματα της νόσου (Chang, 2015). Τέλος, στην περίπτωση εφαρμογής της ηλεκτροθεραπείας, η δράση της εξαρτάται από την κατάσταση και μια καλύτερη κατανόηση των ηλεκτροφυσιολογικών επιδράσεων της ηλεκτροθεραπείας θα μπορούσε να επιτρέψει τη βελτιστοποίηση της (Franchi, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις πλέον σοβαρές ασθένειες της εποχής μας η οποία πλήττει έναν ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό ασθενών. Κατά τα τελευταία χρόνια, γίνονται πολλές ερευνητικές προσπάθειες για να αποσαφηνιστούν αρκετά σημεία αυτής της διαταραχής ώστε να μπορούν να κατανοηθούν καλύτερα τα αίτια της και γίνει πιο αποτελεσματική η θεραπεία της. Σήμερα, όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση δίνεται έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή, στη ψυχοκοινωνική εκπαίδευση και στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες ώστε να βελτιωθεί η κοινωνικότητα και η λειτουργικότητα των ασθενών . Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι οι ασθενείς αυτοί μπορούν να βελτιώσουν τη ποιότητα της ζωής τους σε σημαντικό βαθμό γι' αυτό και η συμμετοχή των νοσηλευτών στην εκπαίδευση και ανάκτηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, μέσω των οποίων μπορούν να εκφραστούν και να γίνουν πάλι ανεξάρτητοι, είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Βιβλιογραφία

- Bennet, P., 2010. *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Πεδίο
- Chang, YT. & Lee, LL., 2015. The effectiveness of compliance therapy on drug attitude among schizophrenic patients: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 13 (7), 213-240
- Γιαβασόπουλος, Ε. & Γούρνη, Π., 2008. Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 7 (1), 12-39
- Eby, L. & Brown, N., 2010. *Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Φουντούκη, Α. & Θεοφανίδης, Δ., 2012. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 11 (4), σελ. 506-511
- Franchi, JM. et al., 2015. Negative symptoms of Schizophrenia: from electrophysiology to electrotherapy. *Encephale*, 41 (6S1): 6S50-6S56
- Gillam, T. & Williams, R., 2008. Understanding schizophrenia: a guide for newly qualified community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 13 (2), 84-88
- Θεοχάρης, Μ., 2016. Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Οι αρχές λειτουργίας και ο ρόλος του στην πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών και την προαγωγή ψυχικής υγείας. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, 53, 26-32
- Hou, CL. et al., 2016. Sexual dysfunction and its impact on quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Compr Psychiatry*, 65, 116-121
- Ito, H. et al., 2015. Dietary intake in body mass index differences in community-based Japanese patients with schizophrenia. *Iran J Public Health*, 44 (5), 639-645
- Kageyama, M., Solomon, P. & Yokoyama, K., 2016. Psychological distress and violence towards parents of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 30 (5), 614-619
- Kaladjian, A., Belzeaux, R., Adida, M. & Azorin, JM., 2015. Negative symptoms and cerebral imaging. *Encephale*, 41 (6 Suppl 1): 6S22-6
- Kaplan, HI. & Sadock, BJ., 2012. *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Λίτσα

- Katona, C. & Robertson, M., 2002. *Ψυχιατρική με μια ματιά*. Αθήνα: Παρισιάνου
- Κονταξάκης, Β., Κόλλιας, Κ. & Χαβάκη-Κονταξάκη, ΜΠ., 2008. *Πρώιμες ψυχωσικές εκδηλώσεις: σημεία, συμπτώματα & παρεμβάσεις*. Αθήνα: εκδόσεις BHTA
- Leutwyler, H., Hubbard, EM. & Dowling, GA., 2014. Adherence to a Videogame-based physical activity program for older adults with schizophrenia. *Games health J*, 3 (4), 227-233
- Μαδιανός, Μ., 2005. *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη
- Matsuda, M. & Kohno, A., 2016. Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 30 (50), 581-586
- Palomba, A. et al., 2015. Use of antidepressants in the treatment of negative symptoms of schizophrenia. *Encephale*, 41 (6 Suppl 1): 6S36-40
- Παπανικολάου, Π., 2009. *Νευρολογία-Ψυχιατρική*. Αθήνα: οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων
- Snowden, A., 2009. Classification of schizophrenia. Part 2: the nonsense of mental health illness. *British Journal of Nursing*, 18 (20), 1228-1232
- Warner, R., 2005. *Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη
- Yilmaz, E. & Okanli, A., 2015. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 29 (5), 297-301

