

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

TITLE:

«QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA»

Των φοιτητριών :

Ζυμβραγουδάκη Μαρία-Σπυριδούλα

Ευθυμίου Ελένη

Λαοπόδη Μαρία

Επιβλέπων καθηγητής: **Δρ Παπαθανασίου Ηλίας**

ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

TITLE:

«QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA»

Των φοιτητριών :

Ζυμβραγουδάκη Μαρία-Σπυριδούλα

Ευθυμίου Ελένη

Λαοπόδη Μαρία

Επιβλέπων καθηγητής: **Δρ Παπαθανασίου Ηλίας**

ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Ηλία Παπαθανασίου για την άψογη συνεργασία μας όλο αυτό το χρονικό διάστημα, την ανταπόκριση του στους προβληματισμούς μας και τις συμβουλές του ως προς τις συγγραφικές λεπτομέρειες της παρούσας εργασίας.

Επιπλέον, θερμές ευχαριστίες θα θέλαμε να δώσουμε στους ψυχιάτρους κυρία Σκόκου Μαρία και τον κύριο Ασημακόπουλο Κωνσταντίνο, οι οποίοι στάθηκαν αυτούς τους μήνες στο πλευρό μας, μας καθοδήγησαν, μας συμβούλευσαν, οδήγησαν τον ερευνητικό κομμάτι στο τέλος του και μας χάρισαν ένα σημαντικό μέρος από τον πολύτιμο χρόνο τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη εστιάζει στη μελέτη της ποιότητας ζωής ασθενών με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια. Το δείγμα αποτελείται από 47 άτομα (26 άνδρες και 21 γυναίκες) και τοποθετείται στην Πάτρα και ειδικότερα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου. Στόχος ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των παραμέτρων της σχιζοφρένειας και των συναφών ελλειμμάτων και πώς όλα αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια.. Γι' αυτό το σκοπό, χρησιμοποιήθηκαν οι ψυχιατρικές κλίμακες αξιολόγησης της σοβαρότητας και των ειδικών χαρακτηριστικών της σχιζοφρένειας, GAF και PANSS. Για την εξέταση των γνωστικών λειτουργιών, του επιπέδου του λόγου, της κατονομαστικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής, τα εργαλεία που χορηγήθηκαν ήταν το Montreal Cognitive Assessment (Moca), Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), Boston Naming Test-short (BNT), World Health Organization Quality Of Life-BREF (WHOQUOL) , αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν πως η ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια δεν επηρεάζεται συνολικά από την ασθένεια, ενώ φανερώνεται η θετική συσχέτιση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των γνωστικών ελλειμμάτων, της κλίμακα Gaf καθώς και των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας PANSS.

ABSTRACT

The present research focuses on the study of the quality of life of the patients with schizophrenia. The sample consists of 47 patients(26 men and 21 women) and it is located in Patras and specifically at the University Hospital of Rio. The aim of the study was to investigate the relationship between the parameters of schizophrenia and of the related deficits and how all these influence the quality of life of the patients with schizophrenia. For that purpose, they have been used, the psychiatric rating assessment scales of severity and of the specific characteristics of schizophrenia, GAF and PANSS. Additionally, for the examination of the cognitive functions, the speech and language level, the naming ability and the quality of life, the tools that they have been used were the Montreal Cognitive Assessment (Moca), Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), Boston Naming Test-short (BNT), World Health Organization Quality Of Life- BREF (WHOQUOL), respectively . The results demonstrate that the total quality of life of patients with schizophrenia it is not influenced, however there is a positive correlation between quality of life of the patients and the cognitive deficits, the Gaf scale and the positive symptoms of the PANSS scale.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	iii
1.1 Λειτουργία του εγκεφάλου.....	11
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	14
1.3 Συμπτώματα.....	15
1.4 Επιρροή στο λόγο.....	17
1.5 Χαρακτηριστικά DSM3- 4.....	18
1.6 Αναλυτικά.....	19
1.7 DSM- IV.....	21
1.8 Υπότυποι.....	21
1.9 Σύγκριση με άλλους όρους.....	22
1.10 DSM- V.....	23
1.11 Αίτια σχιζοφρένειας.....	24
1.12 Άλλοι νευροδιαβιβαστές.....	28
1.13 Ηλεκτροφυσιολογία.....	30
1.14 Γενετικό υπόβαθρο.....	30

1.15 Θεραπεία.....	31
1.16 Επιδημιολογία-κοινωνική υπόσταση.....	32

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Ορισμός.....	34
2.2 Κοινωνικότητα.....	35
2.2.1 Κοινωνικό στίγμα- κοινωνική δικτύωση.....	35
2.2.2 Σεξουαλική ζωή.....	37
2.3 Ποιότητα ύπνου.....	39
2.4 Γνωστικές λειτουργίες- λόγος.....	42
2.5 Ενημέρωση.....	44
2.5.1 Μέσα κοινωνικής δικτύωσης-πληροφόρηση.....	44
2.5.2 Οικονομική κατάσταση-εργασία.....	45
2.6 Φαρμακευτική αγωγή.....	49

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Ερευνητικό πλάνο.....	51
3.2 Δείγμα.....	51
3.3 Όργανα μέτρησης.....	52
Montreal Cognitive Assessment(MOCA).....	52
Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)	53
Boston Naming Test-short (BNT).....	54

World Health Organization Quality Of Life- BREF (WHOQUOL).....	54
Gaf... ..	56
Panss.. ..	58
3.4. Διαδικασία Μέτρησης.....	60
3.5 Ποσοτική ή Ποιοτική Ανάλυση Δεδομένων	61

4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Whoquolbref.....	62
PANSS.....	63
MOCA.....	66
BDAE.....	66
Boston naming test.....	66
GAF.....	67
Πίνακες.....	68

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Κεφάλαιο 5.....	74
-----------------	----

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Κεφάλαιο 6.....77

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....78

. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Ο εγκέφαλος δεν αποτελείται απλώς από μια συνάθροιση μορίων. Αντίθετα, αποτελεί ένα σύστημα με υψηλή οργάνωση που αποτελείται από 100 δισεκατομμύρια νευρώνες. Οι νευρώνες αποτελούν μια ειδική κατηγορία κυττάρων σχεδιασμένη ανατομικά και χημικά για να εξυπηρετεί την επικοινωνία μεταξύ των κυττάρων. Η συστηματοποιημένη διαβίβαση χημικών και ηλεκτρικών μηνυμάτων μέσω κυκλωμάτων που αποτελούνται από αλυσίδες νευρώνων, αποτελούν τη βάση όλων των μορφών της συμπεριφοράς. Με σκοπό λοιπόν την εκτενή μελέτη και την εκτίμηση των σχετικών μελετών της συμπεριφοράς, σκόπιμη θεωρείται η περιγραφή και η ανάλυση της δομής των νευρώνων, καθώς και της αναφοράς των γενικών μηχανισμών που σχετίζονται με την αγωγή και τη διαβίβαση μηνυμάτων (Samuel Barondes 1999).

Ειδικότερα, οι νευρώνες του εγκεφάλου, αποτελούνται από την ίδια δομή και σύσταση όπως και όλα τα κύτταρα των ανώτερων οργανισμών. Περιβάλλονται από μια κυτταροπλασματική μεμβράνη, αποτελούμενη από λιπίδια και πρωτεΐνες που τους διαχωρίζει από το περιβάλλον τους. Εντός της κυτταροπλασματικής μεμβράνης βρίσκεται το κυτταρόπλασμα που με τη σειρά του στεγάζει τα οργανίδια, τα οποία συμβάλλουν στην πραγμάτωση σύνθετων εξειδικευμένων λειτουργιών, τα σωματίδια Nissl και τα νευρικά οργανίδια. Σημείο αναφοράς στην μεταγραφή των γενετικών πληροφοριών, αποτελεί ο πυρήνας, το σημείο στο οποίο πραγματοποιείται η μεταγραφή.

Παράλληλα οι δενδρίτες και οι νευροάξονες είναι λεπτές επιμήκεις και υψηλά διακλαδιζόμενες προεκβολές που διασφαλίζουν τη διαφοροποίηση των νευρώνων με άλλα κύτταρα. Πιο συγκεκριμένα, οι δενδρίτες είναι σχεδιασμένοι να λαμβάνουν μηνύματα από άλλους νευρώνες, σε ειδικά διαμορφωμένες προεξοχές, τις άκανθες και στη συνέχεια να μεταφέρουν τα μηνύματα αυτά προς το σώμα του νευρώνα. Οι νευροάξονες μεταφέρουν μηνύματα από το σώμα των κυττάρων στις διακλαδώσεις του. Στις άκρες των διακλαδώσεων αυτών, υπάρχουν ειδικές περιοχές που αποκαλούνται τελικά κομβία. Τα τελικά κομβία λοιπόν, είναι υπεύθυνα για τη μεταφορά των μηνυμάτων σε άλλους δενδρίτες ή σώματα άλλων νευρώνων.

Ειδικότερα, η μεταφορά του μηνύματος, πραγματοποιείται μέσω ειδικά διαμορφωμένων θέσεων επαφής, τις συνάψεις. Πρόκειται συνεπώς για το σημείο επικοινωνίας δύο νευρώνων. Στις συνάψεις, κάποιο τελικό κομβίο του νευροάξονα ενός νευρώνα (προσυναπτικό κύτταρο), έρχεται σε επαφή με το τμήμα της επιφάνειας ενός δενδρίτη ή του σώματος ενός άλλου νευρώνα (μετασυναπτικό κύτταρο). Τα δυο στοιχεία της σύναψης διαχωρίζονται από ένα πολύ στενό χάσμα που ονομάζεται συναπτική σχισμή. Τα μηνύματα διαβιβάζονται δια μέσου της σχισμής από τα τελικά κομβία προς το μετασυναπτικό κύτταρο, με τη μορφή χημικών ενώσεων, που καλούνται νευροδιαβιβαστές. (Christos Pantelis et al 2005). Οι χημικές αυτές ενώσεις αποθηκεύονται εντός μεμβρανικών κυστιδίων, τα συναπτικά κυστίδια.

Η ενεργοποίηση ενός τελικού κομβίου προκαλεί τη σύντηξη των μεμβρανών που αποτελούν το περίβλημα κάποιων συναπτικών κυστιδίων, με την προσυναπτική κυτταροπλασματική μεμβράνη. Η εν λόγω σύντηξη, προκαλεί την απελευθέρωση

χιλιάδων μορίων νευροδιαβιβαστή, που αφού διασχίσουν τη συναπτική σχισμή σε κλάσματα δευτερολέπτου(msec), δεσμεύονται σε ειδικές πρωτεΐνες που βρίσκονται στη μετασυναπτική μεμβράνη και τροποποιούν τη διαμόρφωσή τους στο χώρο. Αυτές λοιπόν οι πρωτεΐνες που καλούνται υποδοχείς, τη στιγμή που θα ενεργοποιηθούν από κάποιο νευροδιαβιβαστή, αλλάζουν ορισμένες χημικές και ηλεκτρικές ιδιότητες του μετασυναπτικού νευρώνα. Αυτός είναι ο βασικός μηχανισμός μεταφοράς ενός μηνύματος από κύτταρο σε κύτταρο(Samuel Barondes 1999).

Τα μηνύματα που διαβιβάζονται κατά μήκος των νευρωνικών κυκλωμάτων οφείλονται στην κίνηση των ιόντων, των ατόμων που διαθέτουν φορτίο δια μέσου της κυτταροπλασματικής μεμβράνης. Η διαδικασία αυτή, επιτρέπει τη διαβίβαση με σχετικά μεγάλη ταχύτητα. Η πορεία είναι τόσο γρήγορη που ορισμένοι νευροάξονες μπορούν να μεταβιβάσουν μηνύματα με ταχύτητα 100 μέτρων το δευτερόλεπτο. Οι ταχύτητες διαβίβασης του μηνύματος εντός των νευρώνων και οι εγγενείς καθυστερήσεις που εμφανίζονται κατά τη χημική μετάδοση του μηνύματος δια μέσου των συνάψεων, καθορίζουν την ταχύτητα με την οποία προωθείται η πληροφορία και αντιδράμε στο περιβάλλον μας.

Αναγνωρίζονται πολλά είδη νευροδιαβιβαστών με πολλές και πολυσύνθετες πληροφορίες. Πιο αναλυτικά, πολλά από τα μόρια αυτά που λειτουργούν ως αγγελιοφόροι, είναι αμινοξέα, στα οποία περιλαμβάνεται το γλουταμινικό οξύ, το οποίο αποτελεί τον κυριότερο διεγερτικό νευροδιαβιβαστή του ανθρώπινου εγκεφάλου. Παράλληλα, η γλυκίνη και το GABA, αποτελούν τους κυριότερους ανασταλτικούς διαβιβαστές. Ακόμη, δεσπόζουσα θέση στον εγκέφαλο, κατέχουν οι μονοαμίνες (ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη, επινεφρίνη), λαμβάνοντας ιδιαίτερη σημασία για το βιολογικό υπόστρωμα της συμπεριφοράς, καθώς εμπλέκονται σε θέματα ψυχικής διάθεσης, όπως και στα βιώματα φόβου και ηδονής.

Οι νευρώνες αυτοί, προβάλλουν σε μεγάλο βαθμό σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με το συναίσθημα και με την επεξεργασία συναφών πληροφοριών, τα κυτταροσώματα, τα οποία συγκροτούν κάποιο πυρήνα που βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου (Daniel R. Weinberger 1987) . Πιο συγκεκριμένα ο μονοαμινικός νευροδιαβιβαστής νορεπινεφρίνη βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες σε μικρό αριθμό νευρώνων. Επίσης, οι ενδορφίνες, μια ομάδα πεπτιδίων, φέρουν ευθύνη στην αντίληψη του πόνου.

Ομοίως, η χολυκυστοκινίνη και ο παράγων έκλυσης της κορτικοτροπίνης(CRF), πιθανόν να παίζουν κάποιο ρόλο στον έλεγχο της διάθεσης. Παράλληλα, ο μονοαμινικός νευροδιαβιβαστής, η ντοπαμίνη, χαρακτηρίζει άλλους νευρώνες της βάσης του εγκεφάλου που επίσης στέλνουν διαφορετικές προβολές προς την περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού. Ο συνδυασμός αυτών, οι οποίοι ενεργοποιούν συγκεκριμένες διεργασίες με τη μεσολάβηση G πρωτεϊνών, συμβάλει στον έλεγχο της διάθεσης και της ηδονής μέσω πολύπλοκων μηχανισμών (Christos Pantelis et al 2005).

Όπως προκύπτει λοιπόν από τα παραπάνω, ο μεγάλος αριθμός των διαφορετικών μορίων που δημιουργήθηκαν μέσω της εξελικτικής πορείας για τη νευροδιαβίβαση, δίνει τη δυνατότητα σχηματισμού πολύπλοκων νευρωνικών αλληλεπιδράσεων. Αυτή ακριβώς η μεγάλη ποικιλία νευροδιαβιβαστών, ενισχύει την πιθανότητα ότι ειδικοί νευροδιαβιβαστές χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά σε ειδικευμένα κυκλώματα του εγκεφάλου που επιτελούν συγκεκριμένες λειτουργίες.

Πολλές φορές όμως, η ροή των προαναφερθέντων ενεργειών, διακόπτεται, η παρουσιάζεται ελλειμματική. Ένας λόγος διακοπής αυτής της σύνθετης εγκεφαλικής λειτουργίας, πιθανόν αποτελούν οι διαταραχές της προσωπικότητας.

Ειδικότερα, υπάρχουν πολλές ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες δικαιολογούνται βιολογικά, γενετικά και περιβαλλοντικά από πολλούς παράγοντες. Καμία όμως ψυχιατρική διαταραχή δεν έχει αποτελέσει πόλο έλξης, και αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, όσο η σχιζοφρένεια, η οποία μπορεί χωρίς αμφιβολία να χαρακτηριστεί ο πυρήνας της ψυχιατρικής επιστήμης(Christos Pantelis et al 2005)

Μια λεπτομερής αναφορά περιστατικού, του James Tilly Matthews, περιγράφηκε πρώτη φορά το 1797 από τον Phillipe Pinel, που δημοσιεύθηκε το 1809 και συχνά περιλαμβάνεται στις πρώτες περιπτώσεις σχιζοφρένειας στην ιατρική και την ψυχιατρική βιβλιογραφία (Yuhás et al 1997). Η Σχιζοφρένεια περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Bénédict Morel το 1853, ως ένα ξεχωριστό σύνδρομο, που προσβάλλει τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες και ονομάστηκε «*démence Precocoe*» (κυριολεκτικά « πρόωρη άνοια »).

Ο όρος άνοια «*praecox*» χρησιμοποιήθηκε το 1891 από τον Arnold Pick ως μια περίπτωση ψυχωτικής διαταραχής (Adams Trevor 1997). Το 1893 ο Emil Kraepelin (1856-1929), ο οποίος συνέβαλε στην κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών, εισήγαγε μια ευρεία, νέα διάκριση στην ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών μεταξύ πρώιμης άνοιας και διαταραχή της διάθεσης (που ονομάζεται μανιακή κατάθλιψη και περιλαμβάνει τόσο μονοπολική και διπολική (κατάθλιψη) . Ακόμη, ο Kraepelin πίστευε ότι η άνοια *praecox* ήταν κυρίως μια ασθένεια του εγκεφάλου , και ειδικότερα μια μορφή άνοιας , η οποία διαχωρίζεται από άλλες μορφές άνοιας , όπως είναι η νόσος Alzheimer, η οποία προσβάλλει άτομα μεγαλύτερης ηλικίας . Σύμφωνα με τον ψυχίατρο Emil Kraepelin, ένα βασικό χαρακτηριστικό της ψυχωσικής αυτής διαταραχής, ήταν η πορεία επιδείνωσης της και η φθίνουσα πορεία της *dementia praecox* (πρώιμης άνοιας)(Nancy C. Andreasen 1997).

Ειδικότερα, η εγκεφαλική εκφύλιση αποτελούσε βασική αιτία εμφάνισης της διαταραχής και ειδοποιό διαφορά από άλλα είδη ψυχικών διαταραχών, οι οποίες παρουσίαζαν περιόδους ανάρρωσης και φυσιολογικής ψυχικής λειτουργικότητας. Η ταξινόμηση Kraepelin απέκτησε σιγά-σιγά την επιθυμητή αποδοχή . Υπήρξαν αντιρρήσεις ως προς τη χρήση του όρου «άνοια», παρά τις περιπτώσεις της ανάκαμψης και προς υπεράσπιση των διαγνώσεων αντικαταστάθηκε από άλλους ορισμούς, όπως «εφηβική τρέλα».

Ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler(1856-1939), συνειδητοποίησε ότι η ασθένεια δεν ήταν άνοια, καθώς ορισμένοι από τους ασθενείς του βελτιώθηκαν αντί να επιδεινωθούν και ως εκ τούτου, προτείνεται ο όρος «*σχιζοφρένεια*» αντί του όρου «άνοια»(. Paolo Fusar-Poli et al 2008).

Αναλυτικότερα, υποστήριξε ότι ασθενείς αυτοί παρουσίαζαν διχασμένο- νου(σχιζοφρένεια). Η σχιζοφρένεια λέξη - η οποία μεταφράζεται περίπου ως «μοίρασμα του νου» και προέρχεται από την *schizein* ελληνικές ρίζες (σχίζειν, "να χωρίσει") και *phrēn*, *phren*-(φρήν, φρεν-, "μυαλό") - επινοήθηκε από τον Eugen Bleuler το 1908 και είχε ως στόχο να περιγράψει το διαχωρισμό της λειτουργίας μεταξύ της

προσωπικότητας, της σκέψης, της μνήμης και της αντίληψης.(Paolo Fusar-Poli et al 2008).

Ο Bleuler περιέγραψε τα κύρια συμπτώματα τονίζοντας περισσότερο την ισοπέδωση του νου. Έτσι προέκυψε και ο σημερινός όρος σχιζοφρένεια το 1911. Σύμφωνα με αυτόν λοιπόν οι σχιζοφρενείς ασθενείς παρουσίαζαν περιόδους φυσιολογικής λειτουργικότητας. Αυτό τον οδήγησε στο συμπέρασμα ότι δεν πρόκειται για μια μόνιμη εγκεφαλική διαταραχή, ούτε για εγκεφαλική εκφύλιση, αλλά για μια εγκεφαλική διαταραχή στα πλαίσια του φυσιολογικού.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Πριν από το 1800, σπάνια καταγράφονταν περιπτώσεις του συνδρόμου «σχιζοφρένεια» –όπως άλλωστε αναφέρεται στα ιστορικά δεδομένα, αν και οι καταγραφές της παράλογης, ακατανόητης, ή ανεξέλεγκτης συμπεριφοράς ήταν συνήθεις. Ειδικότερα, οι σύντομες σημειώσεις στον αρχαίο αιγυπτιακό πάπυρο Ebers, μπορεί να συνεπάγονται τη σχιζοφρένεια, χωρίς όμως να το επιβεβαιώνουν άλλες αναφορές. Μια ανασκόπηση της αρχαίας ελληνικής και ρωμαϊκής λογοτεχνίας, ανέφερε ότι αν και η ψύχωση περιγράφηκε, δεν υπήρχε καταγραφή μιας κατάστασης που πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Παράξενες ψυχωτικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές, παρόμοιες με μερικά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αναφέρθηκαν στην αραβική ιατρική και ψυχολογική βιβλιογραφία κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα. Στο εξαιρετικό ιατρικό κείμενο «In The Canon of Medicine»(Avecinna's Canon of Medicine) (Hanafy A. Youssef, Fatma et al 1997), για παράδειγμα, ο Αβικέννας περιγράφει μια κατάσταση που κάπως μοιάζει με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας την οποία ονόμασε Junun Mufrit (σοβαρή τρέλα), η οποία διαχωρίζεται από άλλες μορφές της τρέλας (Junun), όπως η μανία, η λύσσα και η μανιακή καταθλιπτική ψύχωση.

Ωστόσο, καμία αναφορά δεν έχει παραθέσει στοιχεία που μοιάζουν με τη σχιζοφρένεια, όπως αναφέρθηκαν στο «Imperial», «Η Χειρουργική» του Şerafeddin Sabuncuoğlu, ένα μεγάλο ισλαμικό ιατρικό βιβλίο του 15ου αιώνα(Ihsan Solaroglu 2013). Δεδομένων των περιορισμένων ιστορικών στοιχείων, η σχιζοφρένεια (τόσο διαδεδομένη, όπως είναι σήμερα), μπορεί να είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο, ή εναλλακτικά μπορεί να παρουσιάζεται σε ιστορικά συγγράμματα από σχετικές έννοιες, όπως η μελαγχολία ή μανία.

Ο όρος «σχιζοφρένεια», βιβλιογραφικά είναι συχνά παρεξηγημένος και φαίνεται να είναι συνώνυμος με τον όρο «διχασμένη προσωπικότητα». Αναμφίβολα, ασθενείς ακούν φωνές και πιθανόν τις αντιμετωπίζουν ως ξεχωριστές προσωπικότητες, δίχως αυτό να σημαίνει ότι ο ασθενής προβάλλει ξεχωριστές, πολλαπλές προσωπικότητες. Η σύγχυση που προκύπτει οφείλεται εν μέρει στην έννοια του όρου-όπως έχει ήδη αναφερθεί- σχιζοφρένεια, όπως αυτή ορίστηκε από τον Bleuler (κυριολεκτικά «διάσπαση» ή «γκρέμισμα του μυαλού»).

Η πρώτη γνωστή κατάχρηση του όρου «διχασμένη προσωπικότητα» παρουσιάστηκε σε ένα άρθρο από τον ποιητή TS Eliot το 1933(Ihsan Solaroglu et al 2013). Στο πρώτο μισό του εικοστού αιώνα, η σχιζοφρένεια θεωρήθηκε ότι είναι κληρονομικό ελάττωμα, και οι πάσχοντες αποτέλεσαν αντικείμενο γονιδιακής μελέτης σε πολλές χώρες. Εκατοντάδες χιλιάδες καταγράφηκαν στην πλειοψηφία στη ναζιστική Γερμανία, στις Ηνωμένες Πολιτείες, και στις σκανδιναβικές χώρες. Μαζί με άλλους

ανθρώπους με την ένδειξη "διανοητικά ανίκανος», πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια δολοφονήθηκαν οικτρά στο πρόγραμμα "T4 δράσης των Ναζί». (E. Fuller Torrey, and Robert H. Yolken 2009).

Στη Σοβιετική Ένωση, η διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για πολιτικούς σκοπούς. Ο διακεκριμένος ψυχίατρος Andrey Snezhnevsky δημιούργησε και προώθησε μια επιπρόσθετη υποδιαίρεση της σχιζοφρένειας την «υποτονική σχιζοφρένεια». Σύμφωνα με τον όρο αυτό, όποιος παρουσίαζε συμπεριφορά διαφορετική, ή συμπεριφορά που δεν συμφωνούσε με τις πολιτικές απόψεις του Andrey Snezhnevsky, θεωρούνταν ψυχικά διαταραγμένος.

Επομένως, η διάγνωση αυτή χρησιμοποιήθηκε για να δυσφημίσει και να φυλακίσει ταχέως πολιτικούς διαφωνούντες, ντροπιάζοντας τους με την εναγωγή τους σε δίκη. Η πρακτική εκτέθηκε για τους Δυτικούς από μια σειρά σοβιετικών αντιφρονούντων, και το 1977 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία καταδίκασε τη σοβιετική πρακτική του στο πλαίσιο του έκτου Παγκόσμιου Συνέδριου Ψυχιατρικής(Robert van Voren).

1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ποικιλομορφία της Σχιζοφρένειας ως προς τα χαρακτηριστικά της συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχιατρική της διάγνωση περιγράφει μια ψυχική διαταραχή με ανωμαλίες στην αντίληψη ή στην έκφραση της πραγματικότητας. Οι στρεβλώσεις στην αντίληψη μπορεί να επηρεάσουν και τις πέντε αισθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της όρασης, της ακοής, της γεύσης, της όσφρησης και της αφής, αλλά συνήθως εκδηλώνονται ως ακουστικές ψευδαισθήσεις, παρανοϊκές ή παράξενες παραληρητικές ιδέες ή αποδιοργάνωση του λόγου και σκέψης με σημαντική κοινωνική ή επαγγελματική δυσλειτουργία.

Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως συμβαίνει στην αρχή της ενηλικίωσης, με περίπου 0,4-0,6% του πληθυσμού που πλήττονται και δεν παρουσιάζονται με την ίδια ένταση και συχνότητα σε κάθε ασθενή. Γι'αυτό το λόγο η διάγνωση πολλές φορές καθίσταται δύσκολη. Ο Schneider(1959) κατέγραψε τα πρώτα τρία βασικά στοιχεία της νόσου, βάσει των οποίων μπορεί να διαγνωσθεί η σχιζοφρένεια.(Alastair G, Cardno et al 2002). Η σύγχρονη ψυχιατρική ακολουθεί το ίδιο μοτίβο χαρακτηριστικών ως προς τη διάγνωση της σχιζοφρένειας(WHO 1973)(Laura Andrade 2000). Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί μια αλληλουχία μη φυσιολογικών συμπεριφορών.

Η πρωταρχική κατηγορία ψευδαισθήσεων, περιλαμβάνει τις αυτόχθονες τάσεις οι οποίες συγκαλύπτονται από την αλλοιωμένη πραγματικότητα. Οι πρώτη κατηγορία λοιπόν των συμπτωμάτων ποικίλει σε περιεχόμενο, αλλά κατά βάση αναφέρεται ως διαστρέβλωση γεγονότων της καθημερινότητας και κατ'επέκταση σε θεωρίες καταστροφολογίας. Πιο συγκεκριμένα, μια πρόταση όπως «τα καταστήματα κλείνουν» μπορεί να ερμηνευτεί ως «έρχεται η καταστροφή του κόσμου».

Ο Morel(1852) παρατήρησε παράξενη, εκκεντρική και πολλές φορές αλλόκοτη συμπεριφορά σε ορισμένους από τους ασθενείς του(Rob Baret 1996). Οι πιο χαρακτηριστικές από αυτές τις συμπεριφορές, είναι οι εσφαλμένες πεποιθήσεις-οι λεγόμενες παραλυτικές ιδέες- και οι μη φυσιολογικές αντιλήψεις-που ονομάζονται

ψευδαισθήσεις. Οι προαναφερόμενες ψευδαισθήσεις, μπορούν να λάβουν τη μορφή οπτικού, ακουστικού, οσφρητικού ερεθίσματος.

Πιο συγκεκριμένα, οι σχιζοφρενείς ασθενείς, μπορεί να ακούν φωνές που φαίνεται ότι θέλουν να τους προειδοποιήσουν, ή ότι θέλουν να τους ελέγξουν και να τους εξουσιάσουν(ακουστικές ψευδαισθήσεις), να βλέπουν φαντάσματα, αντικείμενα, πρόσωπα και καταστάσεις έξω από τη σφαίρα του πραγματικού πχ. εξωγήινους, σατανικές μορφές(οπτικές ψευδαισθήσεις) ή μπορεί να οσφραίνονται μυρωδιές που δεν υφίστανται(οσφρητικές ψευδαισθήσεις). Ακόμη μπορεί να είναι παρανοειδείς, να θεωρούν δηλαδή ότι κάποιος θέλει να τους σκοτώσει ή ότι γενικά επιθυμεί το κακό τους.

Οι ψευδαισθήσεις μεγαλειώδους τύπου αποτελούν ακόμη μια υποκατηγορία των βασανιστικών αυτών ψευδαισθήσεων. Σε αυτόν λοιπόν τον τύπο, οι σχιζοφρενείς θεωρούν ότι κάποιο συγκεκριμένο πρόσωπο είναι ο Θεός. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό είναι η νοητική εισβολή(thought insertion). Το προαναφερθέν χαρακτηριστικό ορίζεται ως η λανθασμένη πεποίθηση του ασθενή, ότι οι σκέψεις έχουν «τοποθετηθεί» στο μυαλό ενός ανθρώπου, από κάποιον άλλον. Αντίθετα, στην «αφαίρεση» μιας σκέψης, ο ασθενής πιστεύει ότι κάποιος έχει κλέψει μια σκέψη από τον ίδιο, ή από κάποιον άλλον.

Οι παραπάνω πεποιθήσεις, ότι οι σκέψεις είναι διαθέσιμες σε άλλους, ονομάζεται μετάδοση σκέψης και σε αυτή την παθολογία της σκέψης, τα συναισθήματα του ασθενή είναι εκτεθειμένα σε άλλους, ακόμη και στον εξωγήινο έλεγχο. Άλλες διαταραχές της σκέψης είναι το μπλοκάρισμα της σκέψης, ο εκτροχιασμός της σκέψης, η φτωχή σκέψη, ο φτωχός εκφραστικός λόγος και ο ελλειμματικός περιγραφικός λόγος. Ο ασθενής, μπορεί βάσει των παραπάνω, να απομονωθεί στο δικό του κόσμο, στη δική του πραγματικότητα που περιλαμβάνει δικά του πρόσωπα, δικά του συναισθήματα, δημιουργήματα ερεθισμάτων του ίδιου του ανθρώπινου εγκεφάλου.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνονται σε θετικά συμπτώματα, σε αρνητικά συμπτώματα και σε συμπτώματα αποδιοργάνωσης. Στα θετικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες και οι διαταραχές της αντίληψης. Στα αρνητικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται συμπεριφορικά ελλείμματα όπως είναι το επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα, η απάθεια, η αλογία, η ανηδονία και τα προβλήματα στη διαπροσωπική λειτουργικότητα. Όταν εξετάζονται τα αρνητικά συμπτώματα είναι σημαντικό να διακρίνονται από τις παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων. Στα συμπτώματα της αποδιοργάνωσης συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα αποδιοργάνωσης του λόγου και της συμπεριφοράς.

Παράλληλα, οι παραληρητικές ιδέες, αποτελούν βασικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας και αναφέρεται σε ισχυρές πεποιθήσεις, ιδιαίτερα βασανιστικές για τον ασθενή. Αναλυτικότερα, όρος «παραληρητικές ιδέες» αναφέρεται σε ισχυρές πεποιθήσεις οι οποίες δεν έχουν βάση στην πραγματικότητα. Περίπου το 50% των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας αναφέρουν παραληρητικές ιδέες, χωρίς βέβαια να αποτελούν αποκλειστικά σύμπτωμα της σχιζοφρένειας. Οι περισσότερες παραληρητικές ιδέες ανήκουν σε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες: Παραληρητικές ιδέες καταδίωξης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου (ή επιρροής): εκπομπή σκέψεων, προσθήκη σκέψεων, απόσυρση σκέψεων , παραληρητικές ιδέες αναφοράς, παραληρητικές ιδέες

μεγαλείου, παραληρητικές ιδέες αμαρτίας και ενοχής, υποχονδριακές παραληρητικές ιδέες, παραληρητικές ιδέες καταστροφής και διαταραχές της αντίληψης.

Παράλληλα, παρουσιάζεται αμβλύ συναίσθημα (όπου το άτομο δείχνει λίγο συναίσθημα) ή επίπεδο συναίσθημα (όπου το άτομο δεν εκφράζει κανένα συναίσθημα). Υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτή η συναισθηματική φτώχεια αφορά την έκφραση και όχι αναγκαστικά και το βίωμα των συναισθημάτων. Η ανηδονία, δηλαδή η έλλειψη ικανότητας να παίρνει κάποιος ευχαρίστηση από ενέργειες οι οποίες είναι συνήθως ευχάριστες, εκφράζεται με έλλειψη ενδιαφέροντος για διασκέδαση, για σχέσεις με άλλους ανθρώπους και για σεξουαλικές σχέσεις. Επιπλέον εκδηλώνεται απάθεια, δηλαδή έλλειψη ενέργειας και μια φαινομενική έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές λειτουργίες, όπως π.χ. το πλύσιμο, το ντύσιμο κ.λπ.

Η κοινωνική απόσυρση και έλλειψη κοινωνικότητας, αποτελούν συνήθη χαρακτηριστικά ανθρώπων με διάγνωση σχιζοφρένειας. Αναλυτικότερα, είναι ιδιαίτερα αποσυρμένοι κοινωνικά, έχουν λίγους φίλους, δεν έχουν πολλές κοινωνικές δεξιότητες και δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον να είναι με άλλους ανθρώπους. Τέλος, η αλογία, αποτελεί ένα επιπλέον χαρακτηριστικό σύμπτωμα. Εκδηλώνεται συνεπώς, αρνητική διαταραχή σκέψης, που παρουσιάζεται με τη μορφή είτε φτωχού λόγου (το άτομο δεν μιλά) είτε και φτωχού περιεχομένου του λόγου (ο λόγος είναι ασαφής, με επαναλήψεις, δεν μεταφέρει πληροφορίες).

1.4 ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΟ ΛΟΓΟ

Η διαταραχή της σκέψης επηρεάζει και το λόγο, τον προφορικό ή και τον γραπτό. Ο όρος αυτός, αναφέρεται σε προβλήματα οργάνωσης των σκέψεων και του λόγου, τα οποία καθιστούν τη συζήτηση μη κατανοητή από τον συνομιλητή του. Ο λόγος μπορεί να μην έχει συνοχή, να έχει πολύ χαλαρούς συνειρμούς τους οποίους το ασθενής ακολουθεί και «χάνεται».

Έτσι πολύ συχνά δημιουργούνται νεολογισμοί λόγω του ιδιότυπου συνδυασμού των λέξεων. Ακόμη παρατηρείται επανάληψη φράσεων, λέξεων και φωνημάτων επιφέροντας έτσι ηχολαλία. Παρατηρούνται εμμονές, σκέψεις δηλαδή οι οποίες εμμένουν, έλλειψη συνοχής(ασυναρτησία), το χαρακτηριστικό σημείο που αποδιοργανώνεται η σκέψη. Σε κάποιες περιπτώσεις, παρουσιάζεται χάλαση συνειρμών (ή εκτροχιασμός της σκέψης). Άλλες φορές ο λόγος φαίνεται να μην έχει κανέναν ειρμό, στο βαθμό που ο ακροατής δεν μπορεί να διακρίνει καμία σύνδεση ανάμεσα στις λέξεις. Πολύ συχνή είναι και η γλωσσική σαλάτα, κατά την οποία οι λέξεις και οι προτάσεις υστερούν σε νόημα και συνοχή.

Το αποφερόμενο αποτέλεσμα είναι ο τηλεγραφικός λόγος. Πολλές φορές η έντονη μελωδικότητα-προσωδία που θυμίζει μάλιστα κουδούνισμα(clang association), χρησιμοποιείται για να αντικαταστήσει το απόν νόημα της πρότασης. Τέλος, συχνόι είναι και οι νεολογισμοί, όπου χρησιμοποιούνται νέες λέξεις (οι οποίες συχνά συντίθεται από δύο διαφορετικές λέξεις).

Η κλινική εικόνα των σχιζοφρενών ολοκληρώνεται με την ύπαρξη της κατατονίας, της κατατονικής ακινησίας και του απρόσφορου συναισθήματος. Ο πρώτος όρος, αναφέρεται σε μία σειρά κινητικών ανωμαλιών. Τα άτομα μπορεί να κάνουν

διαρκώς χειρονομίες. Κάποιοι παρουσιάζουν ασυνήθιστη αύξηση στο συνολικό επίπεδο της δραστηριότητάς τους.

Κατά την κατατονική ακινησία, οι ασθενείς υιοθετούν ασυνήθιστες σωματικές στάσεις και τις διατηρούν για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ορισμένοι ασθενείς, παρουσιάζουν κηρώδη ευκαμψία. Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο συναισθηματικός κόσμος του ασθενή, και ιδιαίτερα το απρόσφορο συναίσθημα. Αναφορικά με αυτό, πρόκειται για συναισθηματικές αντιδράσεις που δεν ανταποκρίνονται στο πλαίσιο. Μπορεί να παρουσιάζουν ραγδαίες εναλλαγές από το ένα συναίσθημα στο άλλο, χωρίς κάποιον ευδιάκριτο λόγο. Το σύμπτωμα αυτό είναι αρκετά σπάνιο και απαντάται σχεδόν αποκλειστικά στη σχιζοφρένεια.

1.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ DSM 3-4

Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, δεν εμφανίζουν την ίδια συμπτωματολογία. Αντίθετα διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό τόσο σε σχέση με τη φύση των συμπτωμάτων, όσο και με την έκφρασή αυτών σε όλη την πορεία της ζωής τους. Κατά το πέρας των ετών πολλές εκδοχές αναλύσεων της σχιζοφρένειας έχουν διατυπωθεί από διάφορους ψυχιάτρους, όπως επίσης και τα διαγνωστικά της κριτήρια.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια ήταν το αντικείμενο πολλών αντιπαραθέσεων που τελικά οδήγησε στα κριτήρια που χρησιμοποιούνται σήμερα. Κατέστη σαφές μετά το 1971 μέσω της Διαγνωστικής Μελέτης στις ΗΠΑ και του Ηνωμένου Βασιλείου ότι η σχιζοφρένεια έχει διαγνωστεί σε ασθενείς, σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό στην Αμερική σε σχέση με την Ευρώπη. Αυτό οφειλόταν εν μέρει στα πιο ευέλικτα διαγνωστικά κριτήρια στις ΗΠΑ, τα οποία εφαρμόζονταν από το εγχειρίδιο DSM-II, σε αντίθεση με την Ευρώπη που χρησιμοποιούνταν το ICD-9 . Σύμφωνα με μελέτη του David Rosenhan το 1972 που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Science υπό τον τίτλο «το είσαι λογικός σε παράφρονες καταστάσεις», «On being sane in insane places», κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ ήταν συχνά υποκειμενική και αναξιόπιστη.

Αυτοί ήταν μερικοί από τους παράγοντες που οδηγούν στην αναθεώρηση όχι μόνον της διάγνωσης της σχιζοφρένειας, αλλά στην αναθεώρηση του συνόλου του εγχειριδίου DSM, με αποτέλεσμα τη δημοσίευση του DSM-III το 1980. Από το 1970 έχουν προταθεί και αξιολογηθεί περισσότερα από 40 διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια.

Ο σύγχρονος διαγνωστικός τομέας ψυχιατρικής DSM-III-R ασπάζεται τις προαναφερθείσες απόψεις, περιλαμβάνοντας πολλούς τύπους ασθενών στα χαρακτηριστικά που τόνισαν οι προαναφερθέντες προκάτοχοι. Ειδικότερα, το DSM-III-R, διαχωρίζει τους σχιζοφρενείς ασθενείς σε δυο τύπους: στον παρανοϊκό και τον αποδιοργανωμένο. Αναλύοντας τον πρώτο τύπο, πρέπει να σημειωθεί, η αποκλειστική ενασχόληση με μια ή περισσότερες συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες που συχνά συνοδεύονται με ακουστικές ψευδαισθήσεις επαναλαμβανόμενου μοτίβου, που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα. Βέβαια, οι ασθενείς αυτοί έχουν τη δυνατότητα να συμπεριφέρονται σωστά, όταν παρακωλύονται οι προαναφερθείσες εμμονές.

Αντιθέτως, το κυριότερο χαρακτηριστικό του αποδιοργανωμένου ασθενή, είναι η δυσκολία κατανόησης του από τους γύρω του. Παρουσιάζουν δηλαδή, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ασυνάρτητη, συνοδευόμενη από αμβλύ συναίσθημα. Συνήθως, φέρουν αποσπασματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς την ύπαρξη συνοχής όμως. Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί, ότι η πρόγνωση ασθενών αποδιοργανωμένων ασθενών, δεν είναι καλή. Ο λόγος είναι ότι παρουσιάζουν έκπτωση σε κοινωνικό επίπεδο, χωρίς σημαντική βελτίωση.

Άξιο αναφοράς αποτελούν και άλλοι τύποι σχιζοφρένειας, όπως ο κατατονικός που χαρακτηρίζεται από αλλόκοτες στάσεις του σώματος, εμβροντησία και βωβότητα και ο αδιαφοροποίητος τύπος που χαρακτηρίζεται από διάφορα συμπτώματα. Ακόμη ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα αλλά και συμπτώματα μιας συναισθηματικής διαταραχής μαζί ή χωριστά με την ασθένεια. Για την κατανόηση της προαναφερθείσας διατύπωσης, σκόπιμη θεωρείται η περαιτέρω ανάλυση. Ειδικότερα, αν ένας ασθενής εμφανίζει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 2 εβδομάδες, χωρίς να υπάρχει σοβαρή συναισθηματική διαταραχή, ο ασθενής κατατάσσεται σε μια ακόμη κατηγορία, τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

1.6 ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ

A. Χαρακτηριστικά σχιζοφρενικά συμπτώματα: Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα από τα 10 ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόν κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης της ασθένειας (επειδή ένα μόνο σύμπτωμα δίνεται να έχει διαγνωστική σημασία, θα πρέπει να καθοριστεί με σαφήνεια η παρουσία του): Χαρακτηριστικές αυταπάτες:

- Ελεγχόμενες παραισθήσεις: η έκφραση των σκέψεων, των δράσεων και των συναισθημάτων επιβάλλονται στον ασθενή από κάποια εξωγενή δύναμη.
- Μετάδοση σκέψης: η έκφραση των σκέψεων, όπως αυτές συμβαίνουν, μεταδίδονται από το μυαλό του ασθενή, στον εξωτερικό κόσμο, έτσι ώστε οι άλλοι μπορούν να τον ακούσουν.
- Εισαγωγή σκέψης: η έκφραση των σκέψεων του, οι οποίες δεν είναι δικές του, τοποθετούνται στο μυαλό του από κάποιον άλλον (πχ. από το Θεό).
- Απόσυρση των σκέψεων: σε αυτή τη φάση ο ασθενής πιστεύει ότι οι σκέψεις του έχουν αφαιρεθεί από το μυαλό του και έχουν ελαττωθεί οι εναπομένουσες.
- Άλλες περίεργες παραισθήσεις (παράλογες, φανταστικές ή αβάσιμες)
- Σωματικές, μεγαλειώδεις, θρησκευτικές, μηδενιστικές, ή άλλες αυταπάτες, χωρίς διωκτικό περιεχόμενο ή περιεχόμενο ζήλιας.
- Αυταπάτες οποιουδήποτε τύπου, εφόσον συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις οποιουδήποτε τύπου.

Χαρακτηριστικές αυταπάτες:

- Ακουστικές ψευδαισθήσεις στις οποίες είτε μια φωνή σχολιάζει τις συμπεριφορές ή τις σκέψεις του ατόμου, ή δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους.

- Ακουστικές παραισθήσεις σε αρκετές περιπτώσεις με περιεχόμενο που δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη ή την έξαρση, και να μην περιορίζεται σε μία ή δύο λέξεις.

Άλλα χαρακτηριστικά συμπτώματα :

- Ασυνέπεια , εκτροχιασμός (χαλάρωση των ενώσεων), που χαρακτηρίζεται παράλογος , ή φτωχό περιεχόμενο της ομιλίας -εφόσον συνοδεύονται με αμβλύ , επίπεδο , ή απρόσφορο συναίσθημα , οι παραληρητικές ιδέες , ή ψευδαισθήσεις , ή μια συμπεριφορά που είναι κατάφωρα αποδιοργανωμένη , ή κατατονική.

Β. Κατά την ενεργό φάση της νόσου, τα συμπτώματα στο χαρακτηριστικό Α, έχουν συσχετιστεί με σημαντικές δυσλειτουργίες σε δυο ή περισσότερες περιοχές της ρουτίνας της καθημερινής λειτουργίας, π.χ. εργασία, κοινωνικές σχέσεις, προσωπική περιποίηση.

Γ. Χρόνος: Σημάδια της νόσου έχουν διαρκέσει για τουλάχιστον 6 μήνες σε κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, και η περίοδος πρέπει να περιλαμβάνει μια ενεργή φάση κατά την οποία υπήρχαν συμπτώματα από το χαρακτηριστικό Α με ή χωρίς μια πρόδρομη ή υπολειμματική φάση, όπως ορίζεται κατωτέρω.

- Πρόδρομη φάση: Μια σαφής επιδείνωση στη λειτουργία που δεν οφείλεται σε πρωτογενή διαταραχή της διάθεσης ή στην κατάχρηση ουσιών, και αφορούν τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα που αναφέρονται παρακάτω .
- Υπολειμματική φάση: Μετά την ενεργό φάση της ασθένειας, τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα που αναφέρονται παρακάτω, δεν οφείλεται σε διαταραχή της διάθεσης ή κατάχρηση ουσιών.

Πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα:

- Κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση
- Σημειώνεται δυσλειτουργία στο κοινωνικό ρόλο του ασθενή για παράδειγμα ως υπάλληλος, μαθητής νοικοκυρά.
- Σημαντικά εκκεντρική, παράξενη, ή περίεργη συμπεριφορά (π.χ., συλλογή σκουπιδιών, συνομιλία με τον εαυτό του στο χωράφι ή το μετρό, συσσώρευση τροφίμων)
- Διαταραχή στην προσωπική υγιεινή και περιποίηση.
- Αμβλύ, επίπεδο, ή απρόσφορο συναίσθημα.
- Ομιλία που είναι φθίνουσα , ασαφής , υπερβολικά περίτεχνη ,έμμεση, ή μεταφορική.
- Περίεργες ιδέες, μαγικής σκέψης, π.χ., διόραση, δεισιδαιμονία, τηλεπάθεια «έκτη αίσθηση», « οι άλλοι μπορούν να αισθάνονται τα συναισθήματά μου», ή υπάρχουν υπόνοιες ύπαρξης παραληρητικών ιδεών.

- Ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες, πχ η αίσθηση της δύναμης μιας παρουσίας που δεν υπάρχει, παραισθήσεις μιας ύποπτης ύπαρξης.

Δ. Το πλήρες καταθλιπτικό ή μανιακό συνδρόμο (κριτήρια A και B του καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου) είτε δεν είναι παρόν , ή αν υπάρχει, αναπτύχθηκε μετά από κάθε ψυχωτικό σύμπτωμα.

Ε. Δεν οφείλεται σε οποιαδήποτε οργανική ψυχική διαταραχή(Leslie C. Morey and Roger K. Blashfield 20014 , Beck, A.T. Ward, C.H Mendelson M , 1962).

1.7 DSM-IV

Πολύ σημαντικό διαγνωστικό αλλά και διαφοροδιαγνωστικό εργαλείο αποτελεί το DSM-IV, το οποίο διακρίνει τις λεπτές διαφορές ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και σε άλλες ψυχιατρικές νόσου. Σύμφωνα με την αναθεωρημένη τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-TR), για να διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, τρία διαγνωστικά κριτήρια πρέπει να πληρούνται:

1- Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, για ένα μεγάλο μέρος του χρόνου κατά τη διάρκεια ενός μηνός (ή λιγότερο, εάν τα συμπτώματα διαγραφούν με τη θεραπεία):

- Αυταπάτες
- Ψευδαισθήσεις
- Αποδιοργανωμένος λόγος, ο οποίος αποτελεί επίσημη εκδήλωση της διαταραχή της σκέψης
- Κατάφωρα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (π.χ. ο ασθενής κλαίει συχνά) ή κατατονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα - συναισθηματική επιπέδωση (έλλειψη ή μείωση της συναισθηματικής αντίδρασης), έλλειψη ή μείωση της ομιλίας (alogia), ή έλλειψη ή μείωση των κινήτρων (avolition).

Οι αυταπάτες κρίνονται ωςπαράξενες, όταν οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από το άκουσμα μιας φωνής που συμμετέχει στον σχολιασμό των δράσεων του ασθενούς ή της ακοής δύο ή περισσότερων φωνών που συνομιλούν μεταξύ τους. Η αποδιοργάνωση της ομιλίας είναι άλλο σοβαρό κριτήριο που συνθέτει την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας. Η διαταραχή αυτή του λόγου, ορίζεται μόνο όταν είναι αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάσει ουσιαστικά την επικοινωνία.

2- Κοινωνική / επαγγελματική δυσλειτουργία: Για ένα σημαντικό μέρος του χρόνου από την έναρξη της διαταραχής, μία ή περισσότερες σημαντικές περιοχές της λειτουργίας, όπως η εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, ή προσωπική φροντίδα , είναι αισθητά κάτω από το επίπεδο που έχει επιτευχθεί πριν από την έναρξη.

3- Διάρκεια: Συνεχής συμπτώματα της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτή η εξάμηνη περίοδος πρέπει να περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα μήνα των συμπτωμάτων (ή λιγότερο, εάν τα συμπτώματα διαγραφή με τη θεραπεία). [American Psychiatric Association, 1994]

1.8 ΥΠΟΤΥΠΟΙ

Το DSM-IV-TR περιλαμβάνει πέντε επιμέρους ταξινομήσεις της σχιζοφρένειας.

- Παρανοϊκός τύπος: Όπου οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις είναι παρούσες, αλλά απουσιάζει η διαταραχή της σκέψης, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, και η συναισθηματική ισοπέδωση.
- Αποδιοργανωμένος τύπος: «Named hebephrenic» σχιζοφρένεια σύμφωνα με το ICD. Η συμπεριφορά εκδηλώνεται ως επίπεδη και διαταραγμένη.
- Κατατονικός Τύπος: Παρουσιάζεται ακινησία, διέγερση και άσκοπες κινήσεις. Τα συμπτώματα δηλαδή μπορεί να περιλαμβάνουν κατατονική διάθεση ή και υπερδιέγερση.
- Μη διαφοροποιημένος Τύπος: τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι παρόντα, αλλά τα κριτήρια για τον παρανοϊκό, αποδιοργανωμένο, ή κατατονικό τύπο δεν τηρούνται.
- Επικουρικός Τύπος: Όταν τα θετικά συμπτώματα είναι παρόντα σε χαμηλή ένταση μόνο.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι σύμφωνα με το DSM-IV, η σχιζοφρένεια δεν είναι δυνατόν να διαγνωσθεί εύκολα, αν τα συμπτώματα της διαταραχής της διάθεσης ή των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι παρόντα, ή τα συμπτώματα αποτελούν το άμεσο αποτέλεσμα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή λήψης ουσιών, όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ή φαρμάκων.

1.9 ΣΥΓΧΥΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΟΡΟΥΣ

Ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα σε πολλές άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων της διπολικής διαταραχής, της διαταραχής προσωπικότητας, της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, είτε σε κατάσταση μέθης ή λήψης ουσιών(φαρμακευτικών ή ναρκωτικών). Η σχιζοφρένεια συχνά συγχέεται με την ψυχαναγκαστική αναταραχή, καθώς είναι δύσκολο να διακρίνει καταναγκασμούς που αντιπροσωπεύουν την ψυχαναγκαστική διαταραχή από τις αυταπάτες και τις ψευδαισθήσεις που δεσπόζουν στη σχιζοφρένεια.

Μια πιο γενική ιατρική και νευρολογική εξέταση μπορεί να χρειαστεί για να αποκλείσει ιατρικές ασθένειες που σπάνια μπορεί να προκαλέσουν ψυχωτική σχιζοφρένεια-με συμπτώματα όπως μεταβολικές διαταραχές, συστηματική λοίμωξη, σύφιλη, HIV λοίμωξη, ή επιληψία, και εγκεφαλικές βλάβες. Μπορεί να είναι απαραίτητη, ώστε να αποκλείσει ένα παραλήρημα, το οποίο μπορεί να διακριθεί από οπτικές ψευδαισθήσεις, οξεία έναρξη και με τόσες διακυμάνσεις του επιπέδου συνείδησης. Οι εξετάσεις δεν επαναλαμβάνονται αν δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη υποτροπής ή πιθανές αρνητικές επιπτώσεις από αντιψυχωσικά φάρμακα. Ακόμη, σύμφωνα με αυτήν την διαγνωστική έκδοση η ασθένεια «Σχιζοφρένεια» δεν σημαίνει διπλή προσωπικότητα, παρά την ετυμολογία της λέξης (Ελληνικά σχίζω = "χωρίζω").

Ως αποτέλεσμα των πολλών πιθανών συνδυασμών των συμπτωμάτων, υπήρχε η συζήτηση για το αν η διάγνωση ορίζει τη διαταραχή ή έναν αριθμό διακριτών συνδρόμων. Για το λόγο αυτό, ο Eugen Bleuler ονόμασε την ασθένεια σχιζοφρένειας (πληθυντικός). Παρά την ετυμολογία της, η σχιζοφρένεια δεν είναι το ίδιο με διασπαστική διαταραχή ταυτότητας, παλαιότερα γνωστή ως διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας ή διχασμένη προσωπικότητα, με το οποίο λανθασμένα συγχέεται.

1.10 DSM V

Το DSM-V γνωρίζει τα ακόλουθα στοιχεία:

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δυο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, εμφανιζόμενα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο με διάρκεια 1 μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς) .

- Αυταπάτες
- Ψευδαισθήσεις
- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Κατάφωρα μη φυσιολογική ψυχοκινητική συμπεριφορά, όπως κατατονία
- Τα αρνητικά συμπτώματα, δηλαδή, περιορίζονται στην αβουλησία και στην αντικοινωνικότητα .

B. Κοινωνική / επαγγελματική δυσλειτουργία: Για ένα σημαντικό τμήμα του χρόνου από την έναρξη της διαταραχής, μία ή περισσότερες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ή η προσωπική περιποίηση, βρίσκονται σε σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο πριν από την έναρξη (ή όταν η εμφάνιση είναι στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική επίδοση).

Γ. Διάρκεια: Συνεχή συμπτώματα της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα των συμπτωμάτων (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς) που πληρούν το κριτήριο A (δηλαδή, συμπτώματα ενεργού φάσης) και ενδέχεται να περιλαμβάνουν περιόδους πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτών, τα σημάδια της διαταραχής μπορεί να εκδηλωθούν μόνο αρνητικά συμπτώματα ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα που αναφέρονται στο Κριτήριο A παρόν σε μια εξασθενημένη μορφή (π.χ., περίεργο πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Δ. Αποκλεισμός σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχή της διάθεσης: Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και διαταραχή της διάθεσης με ψυχωσικά χαρακτηριστικά έχουν αποκλειστεί, διότι είτε (1) το Μείζον Καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο έχουν συμβεί ταυτόχρονα με τα συμπτώματα κατά την ενεργό φάση ή (2) αν τα επεισόδια της διάθεσης έχουν συμβεί κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης, η συνολική διάρκειά τους ήταν σύντομη σε σχέση με τη διάρκεια των ενεργών περιόδων.

Ε. Ουσία / γενική ιατρική κατάσταση αποκλεισμού: Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ., ένα φάρμακο κατάχρησης, ένα φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Z. Σχέση με μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή: Εάν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή άλλης Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής ή άλλη διαταραχής της

επικοινωνίας του κατά την παιδική ηλικία, η πρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται μόνο εάν εξέχουσες παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις είναι επίσης παρούσες για τουλάχιστον ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς)[Rajiv Tandon, et al 2013].

1.11 ΑΙΤΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στη βιβλιογραφία, αναφέρονται διάφορα αίτια εμφάνισης της ασθένειας. Ειδικότερα, αναφέρονται περιβαλλοντικοί παράγοντες ως πιθανά αίτια εμφάνισης της νόσου. Δίχως να αναιρείται το κληρονομικό υπόβαθρο της σχιζοφρένειας, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φέρονται να έχουν βασικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου. Η ύπαρξη έντονου άγχους, αποτελεί έναν πιθανό παράγοντα, λόγω της αύξησης της κορτιζόλης. Επιπλέον, η προγεννητική έκθεση σε ιογενή μόλυνση, τα χαμηλά επίπεδα οξυγόνου κατά τη γέννηση(περιγεννητική ασφυξία), τα δύσκολα συναισθηματικά βιώματα κατά την παιδική ηλικία(απώλεια γονέων, διαζύγιο), η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, αποτελούν ορισμένα πιθανά περιβαλλοντικά αίτια(Samuel Barondes 1999).

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΧΗΜΕΙΑ

Παράλληλα, πιθανή επιρροή στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας, λαμβάνει η εγκεφαλική δυσλειτουργία. Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που έχουν διαπιστωθεί σε σχιζοφρενείς αφορούν κυρίως το υπερμεσολόβιο (μεταιχμιακό) σύστημα και τα βασικά γάγγλια. Ειδικότερα, η απεικόνιση του εγκεφάλου σε σχιζοφρενείς έχει δώσει μέχρι σήμερα ποικιλία ευρημάτων.

Αναφορικά με τις δομικές απεικονιστικές μεθόδους (CT & MRI), αδρές ανωμαλίες έχουν διαπιστωθεί σε διάφορες εγκεφαλικές περιοχές: ατροφία μετωποκροταφικού φλοιού και ιπποκάμπων, μεγέθυνση κερκοφόρου πυρήνα, διεύρυνση των πλαγίων και της τρίτης κοιλίας, σμίκρυνση του θαλάμου, ανωμαλίες στο σχήμα του μεσολόβιου και την παρεγκεφαλίδα, μείωση του όγκου του εγκεφάλου. Αναλυτικότερα, η περιοχή του ιπποκάμπου και της παραϊπποκαμπίου έλικας μελετήθηκε με μορφομετρικές μεθόδους που έδειξαν μορφολογικές αλλοιώσεις των νευρώνων στη σχιζοφρένεια.

Μεταξύ άλλων έχουν αναφερθεί: μειωμένο μέγεθος κυττάρων και διαφορές στον προσανατολισμό των νευρώνων στο χώρο. Τα πυραμιδικά κύτταρα του ιπποκάμπου και οι αποφυάδες τους στον φυσιολογικό ανθρώπινο εγκέφαλο, έχουν χαρακτηριστική παράλληλη διάταξη στο χώρο. Η διάταξη στο χώρο αναφέρεται διαταραγμένη, στον εγκέφαλο ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα κύτταρα χάνουν τον προσανατολισμό τους και οι δενδρίτες και οι άξονές τους οδηγούνται προς διάφορες κατευθύνσεις. Αλλοιωμένη κυτταροτεχνική, αναμένεται να έχει σοβαρές συνέπειες στη συνδεσμολογία των νευρώνων αυτών καθώς και στην επεξεργασία των πληροφοριών.

Ο ιπποκάμπος μέσω της παραϊπποκαμπίου έλικας παίρνει και δίνει πληροφορίες από τον συνειρμικό φλοιό καθώς και ολόκληρο το μεταιχμιακό σύστημα. Δεδομένης της συνδεσμολογίας του ιπποκάμπου και του ιδιαίτερου ρόλου του στις ανώτερες γνωσιακές λειτουργίες, αλλαγές στην κυτταροτεχνική και λαθεμένες συνδέσεις στην περιοχή αυτή ,αναμένεται να επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά .

Για την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου η θέση και η συνδεσμολογία των νευρώνων πρέπει να είναι καθορισμένη και εξειδικευμένη. Κατά την εμβρυογένεση τα νευρικά κύτταρα αφού διαιρεθούν πολλές φορές μεταναστεύουν σε προκαθορισμένες θέσεις όπου τελικά διαφοροποιούνται και αναπτύσσουν συνδέσεις με άλλα κύτταρα. Όταν το νευρικό κύτταρο διαφοροποιηθεί και αναπτύξει τις συνδέσεις του δεν μπορεί να αποδιαφοροποιηθεί ή να αντικατασταθεί.

Συνεπώς, η αλλοιωμένη κυτταροτεχνική που παρατηρείται στην περιοχή του υποκάμπου στη σχιζοφρένεια πρέπει να έχει συμβεί σε κάποιο στάδιο της εμβρυογένεσης. Για την ομαλή μετακίνηση των νευρώνων κατά την ανάπτυξη συμμετέχουν ουσίες και δομές (π.χ κυτταροσκελετός) του ίδιου του κυττάρου αλλά και ουσίες από το μικρό περιβάλλον όπου ο νευρώνας αναπτύσσεται (π.χ νευροδιαβιβαστές, ουσίες συγκόλλησης κ.ά). Από μια μεγάλη ομάδα ουσιών που διερευνήθηκε ανοσο-ιστοχημικά στον υποκάμπο σχιζοφρενών βρέθηκε ότι μια ομάδα πρωτεϊνών του κυτταροσκελετού – οι σχιζοφρενείς με τους μικροσωληνίσκους πρωτεΐνες – δεν συντίθενται σε αρκετή ποσότητα.

Δεν είναι γνωστό αν υπάρχει πρόβλημα στο συγκεκριμένο γονίδιο που κωδικοποιεί τις πρωτεΐνες ή στο στάδιο της μεταγραφής με αποτέλεσμα να παράγεται τροποποιημένη πρωτεΐνη που δεν αναγνωρίζεται από τα αντισώματα πάνω στον ιστό. Παράλληλα, εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως το βάρος του εγκεφάλου στη σχιζοφρένεια αναφέρεται ελαττωμένο κατά 6%, ενώ το μήκος του κατά 4% σε σύγκριση με φυσιολογικά άτομα ίδιου φύλου και ηλικίας. Άλλοι ερευνητές πάντως υποστηρίζουν ότι η εγκεφαλική ατροφία σχετίζεται με περιγεννητική βλάβη (Vita et al. 2006) και άλλοι ότι αντίθετα σχετίζεται με γενετική προδιάθεση (Cannon et al ,2000).

Μελέτες της πρώιμης διάγνωσης της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία (πριν την ηλικία των 13) δείχνουν μεγαλύτερη από το κανονικό , απώλεια της φαιάς ουσίας κατά τη διάρκεια αρκετών ετών.) [Torkel Klingberg 2002] Η προαναφερθείσα απώλεια προκαλεί μεγάλη φθορά στην πρώιμη ενήλικη ζωή και εντοπίζεται ξεκινώντας από το πίσω μέρος του εγκεφάλου προς τα εμπρός. Πρέπον είναι να τονιστεί πως αυτό το πρότυπο της «φθοράς» εμφανίζεται ως μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης του εγκεφάλου, αλλά φαίνεται να εντείνεται στην παιδική ηλικία.

Οι ανωμαλίες αυτού του είδους φαίνεται να συνδέονται με τα ίδια νευρογνωστικά ελλείμματα συχνά και σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια, ιδίως αναφορικά στην ικανότητα της μνήμης, της προσοχής, της επίλυσης προβλημάτων, εκτελεστικών λειτουργιών, και της κοινωνικής γνώσης. Ειδικότερα, δεδομένα από μια μελέτη PET δείχνουν ότι όσο ο μετωπιαίος λοβός ενεργοποιείται σε λιγότερο βαθμό, κατά τη διάρκεια της μνήμης εργασίας, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στην ανώμαλη δραστηριότητα της ντοπαμίνης στο ραβδωτό σώμα, που πιστεύεται ότι σχετίζεται με τις ψυχομετρικά ελλείμματα στη σχιζοφρένεια.

Σύμφωνα με τους Kwang-Hyuk Lee et al(2003), οι καταγραφές ατόμων με σχιζοφρένεια μέσω Ηλεκτροεγκεφαλογράφου (EEG), κατέδειξαν την απουσία δραστηριότητας γάμμα -gamma ζώνης στον εγκέφαλο, η οποία υποδεικνύει την αδύναμη ολοκλήρωση των κρίσιμων νευρωνικών δικτύων στον εγκέφαλο. Εκείνοι που παρουσίασαν έντονες ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις και αποδιοργάνωση της σκέψης, παρουσίασαν τη χαμηλότερη συχνότητα συγχρονισμού. Κανένα από τα

φάρμακα που λαμβάνονται από τα πρόσωπα που χρησιμοποιήθηκαν δεν έδειξαν μετακίνηση του νευρωνικού συγχρονισμού και πάλι στην περιοχή συχνοτήτων γάμμα. Οι διαφοροποιήσεις γάμμα και της μνήμης εργασίας πιθανόν να σχετίζονται με μεταβολές στους ενδονευρώνες που παράγουν τον νευροδιαβιβαστή GABA.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Nancy C. Andreasen et al(1994) έχουν παρατηρηθεί σε σχιζοφρενείς ασθενείς, διευρυμένες εγκεφαλικές κοιλίες, δεδομένο που υποδεικνύει έλλειμμα στον όγκο του εγκεφαλικού ιστού. Ακόμη ένα επιχείρημα που ενισχύει την υπόθεση της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, είναι πως άτομα γενετικά επιρρεπή στη σχιζοφρένεια, δεν εμφανίζουν την ασθένεια. Έχει παρατηρηθεί επίσης σε σχιζοφρενείς ασθενείς, υπολειτουργικότητα του μετωπιαίου λοβού, ο οποίος ευθύνεται για σημαντικές λειτουργίες, όπως ο προγραμματισμός, η λήψη αποφάσεων, η κρίση και η αιτιολόγηση. Επιπρόσθετα, χωρίς να αγνοείται η αιτιολόγηση της σχιζοφρένειας και σε άλλες εγκεφαλικές περιοχές, υποστηρίζεται εντοπισμός της διαταραχής στην αμυγδαλή και στον ιππόκαμπο του εγκεφάλου(Smadar Levin 1984).

Αναλυτικότερα, οι περισσότερες μελέτες έχουν διαπιστώσει πως κατά την σχιζοφρένεια παρατηρείται μείωση του μέσου όγκου του αριστερού έσω κροταφικού λοβού και της αριστεράς ανώτερης κροταφικής έλικας, και οι μισές μελέτες έχουν αποκαλύψει ελλείμματα σε ορισμένες περιοχές της μετωπικής έλικας, της παραιπποκαμπικής έλικας και κροταφικής έλικας. Ορισμένες μελέτες που χρησιμοποιούν νευροψυχολογικές δοκιμασίες και τεχνολογίες απεικόνισης του εγκεφάλου, όπως η fMRI και PET με σκοπό να εξετάσουν λειτουργικές διαφορές στην εγκεφαλική δραστηριότητα, έχουν δείξει ότι οι διαφορές φαίνονται πιο συχνά να συμβαίνουν στον μετωπιαίο λοβό, τον ιππόκαμπο, και τον κροταφικό λοβό(Rajiv Tandon et al).

Ωστόσο, σε αντίθεση με κάποια ευρήματα σε άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια (όπου η χρήση των αντιψυχωσικών και άλλοι παράγοντες μπορεί να έχουν αποτέλεσμα σύγχυσης), κατά μέσο όρο δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στον κροταφικό λοβό και οι όγκοι στην αμυγδαλή που εμφανίζονται σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο.(C D Frith et al 1995) . Οι παρατηρήσεις του μετωπιαίου λοβού και του όγκου των κοιλιών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι ασυμβίβαστες: Ενώ σε πολλές μελέτες έχουν βρεθεί ανωμαλίες, άλλες δεν παρουσιάζουν καμία διαφορά, ή καταδεικνύουν στατιστικά ασήμαντη διαφορά. Μεταβολές του όγκου είναι πιο πιθανό να οφείλονται σε νευρογλοιακά και αγγειακά αίτια και όχι σε καθαρά νευρωνικές αλλαγές. (Mikhail Rubinov et al, 2009).

Οι νευροβιολογικές ανωμαλίες είναι τόσο ποικίλες που καμία ανωμαλία δεν παρατηρείται σε ολόκληρη την ομάδα των ατόμων με σχιζοφρένεια σύμφωνα με το DSM-IV(Rajiv Tandon et al). Επιπλέον, παραμένει ασαφές εάν οι δομικές διαφορές είναι μοναδικές στην σχιζοφρένεια ή διασχίζουν τα παραδοσιακά διαγνωστικά όρια μεταξύ σχιζοφρένειας και των συναισθηματικών διαταραχών - αν και ίσως είναι μοναδικοί για τους όρους με ψυχωσικά χαρακτηριστικά. Αναφορικά με τα επιστημονικά ευρήματα, ο ανασταλτικό αμινοξύ-νευροδιαβιβαστής GABA πιστεύεται ότι συμμετέχει στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα μας από έρευνες δείχνουν ότι ένας αριθμός σχιζοφρενών εμφανίζουν απώλεια GABA-νεργικών νευρώνων στον ιππόκαμπο (Glen B.Baker et al 2011).

Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στη λειτουργία της ντοπαμίνης στον μεσομεταιχμιακό μονοπάτι του εγκεφάλου. Σύμφωνα με τους Herbert Y. et al [Herbert Y. Meltzer et al. 1976], αυτή η εστίαση σε μεγάλο βαθμό προέκυψε από την τυχαία διαπίστωση ότι μια ομάδα φαρμάκων που λειτουργούν σαν μπλοκ της ντοπαμίνης, που είναι γνωστή ως οι φαινοθειαζίνες, θα μπορούσε να μειώσει τα ψυχωτικά συμπτώματα. Η θεωρία, γνωστή ως « υπόθεση της ντοπαμίνης στη σχιζοφρένεια », πρότεινε ότι μια δυσλειτουργία που αφορά στις οδούς της ντοπαμίνης ήταν ως εκ τούτου, η αιτία της (τα θετικά συμπτώματα) της σχιζοφρένειας.

Αποδεικτικά στοιχεία για την επιβεβαίωση της θεωρίας αυτής περιλαμβάνουν τους υποδοχείς D2, του αγωνιστή ντοπαμίνης (αμφεταμίνη) και του αναστολέα της ντοπαμίνης βήτα υδροξυλάσης (δισουλφιράμη) σχετικά με τη σχιζοφρένεια. Ορισμένες μελέτες κατέδειξαν αυξημένη πυκνότητα των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης στο ραβδωτό σώμα. Αυτά τα υψηλά επίπεδα υποδοχέων της D [2] εντείνουν σήματα του εγκεφάλου στη σχιζοφρένεια και έτσι προκαλούνται θετικά συμπτώματα όπως παραισθήσεις και παράνοια. Η μειωμένη ποσότητα του γλουταμινικού (ενός νευροδιαβιβαστή που κατευθύνει τους νευρώνες της παρόρμησης) φαίνεται να είναι μια άλλη πηγή των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (Davis, Kenneth L et 1991).

Η υπόθεση της ντοπαμίνης στη σχιζοφρένεια υποστηρίζει ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα αυξημένης ντοπαμινικής δραστηριότητας. Η θεωρία αυτή στηρίχθηκε το 1960 από:

- Το γεγονός ότι φάρμακα όπως η αμφεταμίνη που αυξάνουν τα επίπεδα ντοπαμίνης προκαλούν ψύχωση που μοιάζει με την παρανοειδή μορφή της σχιζοφρένειας.
- Τη θεραπευτική ισχύ των αντιψυχωτικών φαρμάκων, με εξαίρεση την κλοζαπίνη, και την ικανότητά τους να δρουν ως ανταγωνιστές των D2 υποδοχέων της ντοπαμίνης.
- Την παρατήρηση ότι οι D2 υποδοχείς της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο σχιζοφρενών (νεκροτομικό υλικό) είναι αυξημένοι στον κερκοφόρο πυρήνα, τον επικλινή πυρήνα του διαφράγματος και την οσφρητική χώρα. Ο αυξημένος αριθμός D2 υποδοχέων ντοπαμίνης παρατηρήθηκε με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων σε ασθενείς πριν από τη έναρξη φαρμακοθεραπείας. Συνεπώς το εύρημα αυτό φαίνεται να οφείλεται πρωτογενώς στην ύπαρξη της νόσου και δεν είναι αποτέλεσμα χορήγησης φαρμάκων (Kaplan & Sadock's, 2009). Με βάση τα δεδομένα αυτά διατυπώθηκε η «τροποποιημένη υπόθεση της ντοπαμίνης» για τη σχιζοφρένεια, σύμφωνα με την οποία στη σχιζοφρενική διαταραχή υπάρχει δυσανάλογα αυξημένη πυκνότητα μόνο των D2 υποδοχέων της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο των σχιζοφρενών. Η βασική θεωρία όμως εξακολουθεί να υφίσταται βελτιώσεις και επεκτάσεις. Ένα σημείο προβληματισμού είναι αν ο υποδοχέας D1 διαδραματίζει κάποιο ρόλο στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας
- Επίσης ο υποδοχέας D5 που ανακαλύφθηκε πρόσφατα συγγενεύει με τον D1 και κρίνεται σκόπιμο να ερευνηθεί. Ομοίως οι υποδοχείς D3 και D4 συγγενεύουν με τον D2 για τους οποίους κατασκευάζονται ειδικοί αγωνιστές και ανταγωνιστές λόγω

ότι βρέθηκε σε τουλάχιστον μια μελέτη αύξηση των D4 σε εγκεφάλους σχιζοφρενών (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).

Κατά τους Daniel R. Weinberger et al (1993), άλλες ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μειωμένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα είναι κατ' αρχήν ότι ο μετωπιαίος φλοιός έχει εκτεταμένη ανάπτυξη στο ανθρώπινο είδος. Στον ανθρώπινο μετωπιαίο φλοιό επιτελείται η γλωσσική και συναισθηματική έκφραση, η αφαιρετική και δημιουργική σκέψη, η εστίαση και η σταθερότητα της προσοχής, η ομαλή ροή και η λογική ακολουθία της σκέψης κ.α.

Όλα αυτά διαταράσσονται λιγότερο ή περισσότερο στους σχιζοφρενείς. Από έρευνες υποδηλώνεται ότι οι δυσλειτουργία στο μετωπιαίο λοβό και πιο συγκεκριμένα η μειωμένη λειτουργικότητα του προμετωπιαίου φλοιού, που παρατηρείται στους σχιζοφρενείς μπορεί να σχετίζεται με τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. [Daniel R et al, 1986],[Joseph H. Callicott et al. 2000]. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι οι βλάβες του κορχομετωπιαίου φλοιού συχνά οδηγούν σε επιπέδωση του συναισθήματος. Επιπροσθέτως τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια συσχετίζονται έμμεσα με μειωμένη ντοπαμινεργική λειτουργικότητα του μεσοφλοιόδους υποσυστήματος όπως προκύπτει από τη μικρότερη συγκέντρωση HVA στο πλάσμα- χρόνιων και ανθεκτικών στη θεραπεία σχιζοφρενών -σε σύγκριση με υγιή άτομα αντίστοιχης ηλικίας και φύλου.

Τέλος μελέτες που μέτρησαν τις συγκεντρώσεις του ομοβανιλλικού οξέος, το οποίο αποτελεί τον κύριο μεταβολίτη του πλάσματος, επιβεβαίωσαν τον κεντρικό ρόλο της ντοπαμινικής θεωρίας στην αίτιο παθογένεια της σχιζοφρένειας. Αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι οι συγκεντρώσεις του ομοβανιλλικού οξέος στο πλάσμα, αντανακλούν στις συγκεντρώσεις του στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε αυτές τις μελέτες έγινε φανερή η θετική συσχέτιση των προς τη θεραπεία συγκεντρώσεων του ομοβαλλινικού οξέος με τη βαρύτητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων και την ανταπόκριση στα νευροληπτικά φάρμακα (Kaplan & Sadock's, 2009).

Αν και η υπόθεση της ντοπαμίνης εμφανίζεται ως ισχυρός παράγοντας στην αίτιο παθογένεια για τη σχιζοφρένεια, εμφανίζει δυο σημαντικά προβλήματα. Το πρώτο είναι ότι τα σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα σπάνια παρατηρούνται σε μη σχιζοφρενικούς ασθενείς όταν χορηγούνται ντοπαμινικές ουσίες που αυξάνουν την ντοπαμινεργική λειτουργία. Το δεύτερο πρόβλημα είναι ότι ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι ντοπαμινικοί νευρώνες εμφανίζουν αύξηση του αριθμού των ώσεων μετά από παρατεταμένη χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων. Αυτά τα δεδομένα ίσως δείχνουν ότι η αρχική διαταραχή στη σχιζοφρένεια μπορεί να είναι μια υποντοπαμινική κατάσταση (Kaplan & Sadock's, 2009).

1.12 ΑΛΛΟΙ ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ

Αν και η ντοπαμίνη είναι ο νευροδιαβιβαστής που έχει συγκεντρώσει τη μεγαλύτερη προσοχή στην έρευνα της σχιζοφρένειας, προοδευτικά αυξάνεται το ενδιαφέρον και για άλλους νευροδιαβιβαστές.

Η εμπλοκή πολλών νευροδιαβιβαστικών συστημάτων δεν είναι παράδοξη, δεδομένου ότι κάθε νευρώνας στο κεντρικό νευρικό σύστημα περιέχει υποδοχείς από

διαφορετικά νευροδιαβιβαστικά συστήματα, ενώ από την άλλη πλευρά η κλινική πολυμορφία της σχιζοφρένειας ενδεχομένως οφείλεται στην αλληλεπιδραστική σχέση περισσότερων του ενός νευροδιαβιβαστικών συστημάτων. Κατά αυτό το τρόπο οι διάφοροι νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο συμμετέχουν σε πολύπλοκες και αλληλοεπηρεαζόμενες σχέσεις και η ανώμαλη λειτουργία προκύπτει από αλλαγές στον κάθε νευροδιαβιβαστή (Kaplan & Sadock's, 2009). Ενδιαφέρον έχει επίσης επικεντρωθεί στο νευροδιαβιβαστή γλουταμίνη και στη μειωμένη λειτουργία των υποδοχέων NMDA γλουταμίνης στη σχιζοφρένεια.

Δεδομένων των χαμηλών επιπέδων των υποδοχέων της γλουταμίνης, που ανιχνεύθηκε σε μεταθανάτιους εγκεφάλους ανθρώπων που είχαν διαγνωσθεί πρωτίστως με σχιζοφρένεια ανακαλύφθηκε ότι τα ανασταλτικά φάρμακα γλουταμίνης όπως η φαινκυκλιδίνη και η κεταμίνη, μπορούν να μιμούνται τα συμπτώματα και τα γνωστικά προβλήματα που σχετίζονται με την πάθηση. Έχει διαπιστωθεί, πως η μειωμένη λειτουργία της γλουταμίνης συνδέεται αφενός με τη φτωχή επίδοση στις δοκιμές που απαιτούν λειτουργία του μετωπιαίου λοβού και του ιπποκάμπου και αφετέρου η γλουταμίνη, μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία της ντοπαμίνης. Οι προαναφερέντες παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της νόσου και έχουν προτείνει ένα σημαντικό μεσολαβητικό (και ενδεχομένως αιτιώδη) ρόλο των οδών γλουταμίνης στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας (Jean Théberge et al).

Οι πρώτες υποθέσεις για τη συμμετοχή της σεροτονίνης στη ποθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας βασίστηκαν στη ψυχοσεομιμητική δράση της διαιθυλαμίδης του λυσεργικού οξέως (LSD), η οποία είναι χημικά συγγενής με τη σεροτονίνη. Βέβαια το LSD προκαλεί συνήθως οπτικές ψευδαισθήσεις που είναι σπάνιες στη σχιζοφρένεια, ενώ λείπουν οι ακουστικές ψευδαισθήσεις και οι παραληρηματικές ιδέες που είναι συνήθη στη νόσο. Ωστόσο ο ρόλος της σεροτονίνης παραμένει καθοριστικός . Κάτι τέτοιο υποστηρίζεται γιατί έχει παρατηρηθεί ότι πολλά άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως η κλοζαπίνη, η ρισπεριδόνη και η ριτανσερίνη έχουν έντονη σερετονινεργική δράση. Πιο συγκεκριμένα, απεικονιστικές μελέτες δείχνουν αποκλεισμό των 5-HT_{2A} υποδοχέων κατά τη διάρκεια της θεραπείας με άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Το εύρημα αυτό συνηγορεί υπέρ του ρόλου των ανταγωνιστών των υποδοχέων αυτών στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (Herbert Y Meltzer, 1999). Το διεγερτικό αμινοξύ-νευροδιαβιβαστής γλουταμικό οξύ έχει παρατηρηθεί ότι συμμετέχει στη νευροχημική βάση της σχιζοφρένειας. Έναυσμα για έρευνα προς την κατεύθυνση αυτή, αποτέλεσαν οι κλινικές παρατηρήσεις του Tamminga (2002), ότι οι ουσίες φαινυλκυκλιδίνη (PCP), κεταμίνη και MK-801, ανταγωνιστές του ιοντικού διαύλου CA⁺⁺ του τύπου NMDA των υποδοχέων του γλουταμινικού οξέως, προκαλούν σε φυσιολογικά άτομα συμπτώματα που προσομοιάζουν με τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. (Schahram Akbarian 1995).

Επίσης, σύμφωνα με τον Lahti (Lahti et al 1995), η κεταμίνη αυξάνει την αιματική ροή στην περιοχή του εγκεφάλου και ειδικότερα στη ζώνη του πρόσθιου φλοιού και μειώνει την ροή στον ιππόκαμπο και στην παραγκεφαλίδα, περιοχές που φαινόταν μη φυσιολογικές στη σχιζοφρένεια. Μελέτες σε νεκροτομικό υλικό εγκεφάλων σχιζοφρενών έχουν δείξει ακόμα, αύξηση δραστηριότητας των προσυναπτικών και μετασυναπτικών γλουταμινεργικών NMDA υποδοχέων στον μετωπιαίο και

κροταφικό φλοιό και αύξηση των θέσεων δέσμευσης του ανταγωνιστή MK-801 των NMDA υποδοχέων στον μετωπιαίο και κροταφικό φλοιό, την αμυγδαλή, τον ενδοκρινικό φλοιό, τον ιππόκαμπο και το κέλυφος (Alessandro Guidotti 2000).

1.13 ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η ηλεκτροφυσιολογική διερεύνηση της σχιζοφρένειας αφορά κυρίως στη μελέτη του ηλεκτοεγκεφαλογραφήματος (HEΓ), των προκλητών δυναμικών της ηλεκτροδερματικής αντίδρασης και του ηλεκτροοφθαλμογραφήματος (Kaplan & Sadock's, 2009). Από τις ηλεκτροεγκεφαλικές μελέτες σχιζοφρενών προκύπτει ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών, εμφανίζει ανώμαλες καταγραφές, αυξημένη ευαισθησία σε δοκιμασίες ενεργοποίησης, ελαττωμένη άλφα δραστηριότητα, πιθανόν περισσότερη από το σύνηθες ανωμαλίες από το αριστερό ημισφαίριο.

Τα προκλητά εγκεφαλικά δυναμικά έδειξαν κυρίως μεταβολές, τόσο των πρώιμων όσο και των όψιμων κυματομορφών κατά τη διάρκεια παρουσίασης ερεθισμάτων. Η γενετική εκτίμηση είναι ότι στη σχιζοφρένεια μετά από μια αυξημένη αρχική κινητοποίηση, ακολουθεί προοδευτική μείωση της ικανότητας επεξεργασίας των ερεθισμάτων. Η ηλεκτροδερματική αντίδραση βρέθηκε εξαιρετικά μειωμένη ή και απύσασε σε σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών σε σύγκριση με μάρτυρες. Επίσης ανώμαλες οφθαλμικές κινήσεις (που αφορούν κυρίως στην ομαλή παρακολούθηση αντικειμένων και την έκλυση σακκαδικών κινήσεων) έχουν παρατηρηθεί σε σχιζοφρενείς καθώς και καθώς και στους πρώτους βαθμού συγγενείς τους .

1.14 ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Η επικρατέστερη αιτιολόγηση της εμφάνισης της σχιζοφρένειας, λαμβάνει το γενετικό υπόβαθρο. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται γενετικές ενδείξεις που συσχετίζουν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας με την κληρονομικότητα. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι ασθενείς με πρώτου βαθμού συγγένεια με άτομο που έχει προσβληθεί από τη διαταραχή, φέρει πιθανότητες εμφάνισης της νόσου σε ποσοστό 10% και σε ποσοστό γενικού πληθυσμού 1%.

Σύμφωνα με τον Irving Gottesman του Πανεπιστημίου της Virginia (Alastair G. Cardno 2000)την περίοδο 1920-1987, εξετάστηκαν 40 οικογένειες κα δίδυμοι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, μολονότι τα μέλη μιας οικογένειας μοιράζονται παρόμοιο περιβάλλον, ο σχετικός κίνδυνος ενός συγγενούς να εκδηλώσει σχιζοφρένεια, αυξάνει με τον αριθμό των γονιδίων με αυτόν που πάσχει από σχιζοφρένεια. Δηλαδή οι συγγενείς πρώτου βαθμού(γονείς, αδέρφια, παιδιά) που μοιράζονται το 50% των γονιδίων ενός ασθενούς, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης της σχιζοφρένειας, από τους συγγενείς δευτέρου βαθμού(θείους, ανιψιούς, εγγόνια) που μοιράζονται το ποσοστό των 25%. Παράλληλα οι συγγενείς τρίτου βαθμού(ζαδέρφια), λαμβάνουν το ποσοστό πιθανοτήτων 12,5%.

Συμπερασματικά, όσο περισσότερα γονίδια μοιράζεται κάποιος με ένα σχιζοφρενικό άτομο, τόσες περισσότερες πιθανότητες έχει να εμφανίσει τη νόσο. Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι περιπτώσεις δίδυμων παιδιών. Σύμφωνα με τον Samuel Barondes (1999), σε μονοζυγωτικά δίδυμα που έχουν κοινά όλα τους τα γονίδια, εμφανίζουν 48% συμφωνία, ενώ οι διζυγωτικοί δίδυμοι μόλις το 50% παρουσιάζουν

ποσοστό συμφωνίας 17% . Τα δεδομένα αυτά εντείνουν την άποψη ης κληρονομικής φύσης της σχιζοφρένειας. Υφίστανται ακόμη η άποψη ότι η σχιζοφρένεια επηρεάζεται από τους γενετικούς παράγοντες, αλλά δεν καθορίζεται από αυτούς. Αναφέρεται σε ποσοστό 60%, ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια, δεν έχουν άλλα μέλη της οικογένειας τους που έχουν εκδηλώσει σχιζοφρένεια(Planansky , Karel 2005).

1.15 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρωταρχική θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία μπορούν να μειώσουν τα θετικά συμπτώματα της ψύχωσης σε περίπου 7-14 ημέρες. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, εντούτοις, αποτυγχάνουν να βελτιώσουν σημαντικά τα αρνητικά συμπτώματα και τη γνωστική δυσλειτουργία.

Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι η μακροχρόνια χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων προκαλεί μείωση της δραστηριότητας των νευρώνων της νοραδρεναλίνης στον υπομέλαινα τόπο και ότι η θεραπευτική δράση κάποιων από αυτά ασκείται επί των A1 και A2 –αδρενεργικών υποδοχέων. Μολονότι δεν έχει ξεκαθαριστεί πλήρως η σχέση μεταξύ της αδρενεργικής και ντοπαμινικής δράσης, τα περισσότερα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η διαταραχή του νοραδρενεργικού συστήματος προκαλεί στον ασθενή συχνές υποτροπές(Karlan & Sadock's, 2009).

Η επιλογή του οποιουδήποτε αντιψυχωτικού φαρμάκου είναι βασισμένη στα οφέλη, τους κινδύνους, και τις δαπάνες. Είναι αμφισβητήσιμο αν, ως κατηγορία, τα τυπικά ή άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι καλύτερα. Και τα δύο έχουν τα ίσα ποσοστά υποτροπής συμπτωμάτων, όταν χρησιμοποιούνται τα τυπικά σε μικρές ως μέτριες δόσεις. Υπάρχει καλή απόκριση σε 40-50%, μερική απόκριση σε 30-40%, και αντίσταση στη θεραπεία (αποτυχία των συμπτωμάτων να αποκριθούν ικανοποιητικά, μετά από έξι εβδομάδες, σε δύο από τρία διαφορετικά αντιψυχωτικά φάρμακα) σε 20% των ανθρώπων.

Η κλοζαπίνη είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για εκείνους που αποκρίνονται ελάχιστα σε άλλα φάρμακα, αλλά περιλαμβάνει την ενδεχόμενη σοβαρή παρενέργεια της ακοκκιοκυτταραιμίας (μείωση λευκών αιμοσφαιρίων) σε 1-4%. Όσον αφορά τις παρενέργειες των τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων, συνδέονται με ένα υψηλότερο ποσοστό εξωπυραμιδικών παρενεργειών, ενώ των άτυπων συνδέονται με σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους, το διαβήτη και τον κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου.

Τη στιγμή που τα άτυπα έχουν λιγότερες εξωπυραμιδικές παρενέργειες, αυτές οι διαφορές είναι μέτριες. Μερικά άτυπα φάρμακα, όπως η κουετιαπίνη και η ρισπεριδόνη συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου έναντι του άτυπου περφαιναζίνης, ενώ η κλοζαπίνη συνδέεται με το χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου. Πρέπει να τονιστεί πως παραμένει ασαφές εάν τα νεώτερα αντιψυχωτικά φάρμακα μειώνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης του κακοήθους συνδρόμου από νευροληπτικά, μια σπάνια αλλά σοβαρή νευρολογική διαταραχή. Για τους ανθρώπους που είναι

απρόθυμοι ή ανίκανοι να πάρουν το φάρμακο τακτικά, μακράς μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποθηκευτικά σκευάσματα αντιψυχωτικών φαρμάκων διαρκείας δράσης για να επιτύχουν τον έλεγχο. Όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν τη μακροχρόνια προσκόλληση στη θεραπεία.(Miyake N,2012).

1.16 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ:

Η ακραία και διαταραγμένη κατάσταση των σχιζοφρενών ασθενών, δεν είναι ασυνήθιστη. Υπολογίζεται ότι οι ένα άτομο στα εκατό θα εμφανίσει τη συγκεκριμένη συμπτωματολογία, όπως περιγράφηκε ανωτέρω, που είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ακόμη η σχιζοφρένεια, δεν κάνει διακρίσεις σε κοινωνικές ομάδες. Τόσο οι άνθρωποι χαμηλού οικονομικού εισοδήματος, όσο και εκείνοι υψηλού, εμφανίζουν την ασθένεια με την ίδια συχνότητα. Ομοίως, οι άνδρες και οι γυναίκες επηρεάζονται σχεδόν το ίδιο. Οι άνδρες όμως είναι πιο επιρρεπής στην εμφάνιση της ασθένειας σε μικρότερη ηλικία, συχνά πριν το εικοστό έτος της ζωής τους.

Αντίθετα, το ένα τρίτο περίπου των γυναικών που επηρεάζονται δεν εκδηλώνουν ψυχωσική συμπεριφορά μέχρι το πέρας του τριακοστού έτους της ζωής τους στη δυτική Ευρώπη, αλλά επίσης και σε έθνη τόσο διαφορετικά όπως η Ινδία και η Ιαπωνία. Η διαταραχή εκτιμάται ότι θα επηρεάσει κυρίως τη γνωστική λειτουργία, αλλά συμβάλλει επίσης συνήθως σε χρόνιες καταστάσεις στη διαταραχή της συμπεριφοράς και το συναίσθημα.

Αναλυτικότερα, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται συνήθως νωρίτερα στους άνδρες και μάλιστα οι ηλικίες αιχμής έναρξης είναι 20-28 ετών για τους άνδρες και 26-32 χρόνια για τις γυναίκες . Η έναρξη στην παιδική ηλικία είναι πολύ πιο σπάνια , όπως είναι η εμφάνιση στη μέση ή τα γηρατειά . Η επικράτηση της σχιζοφρένειας - το ποσοστό των ατόμων που αναμένεται να εμφανίσουν την ασθένεια σε οποιαδήποτε στιγμή στη ζωή τους - συνήθως δίνεται στο 1 % . Ωστόσο, μια συστηματική ανασκόπηση πολλών μελετών 2002 βρέθηκε διά βίου επιπολασμό 0,55 % .

Παρά τη γνώση ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε παρόμοια ποσοστά σε όλο τον κόσμο , ο επιπολασμός της ποικίλλει σε όλο τον κόσμο , στο εσωτερικό των χωρών , όσο και σε τοπικό και συνοικιακό επίπεδο . Μια ιδιαίτερα αδιάσειστη διαπίστωση για τη διάγνωση υπήρξε η συσχέτιση μεταξύ της ζωής σε ένα αστικό περιβάλλον και τη σχιζοφρένεια , ακόμα και μετά από παράγοντες όπως η χρήση ναρκωτικών , την εθνική ομάδα και το μέγεθος της κοινωνικής ομάδας έχουν ελεγχθεί. Σε μια μελέτη σε 14 χώρες το 1999 , η οξεία ψύχωση κατετάγη η τρίτη σοβαρότερη κατάσταση αναπηρίας - πλέον - μετά από την τετραπληγία και την άνοια και μπροστά και την τύφλωση(Assen Jablensky 2000).

Πρέπον είναι να τονιστεί το κοινωνικό στίγμα που έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εμπόδιο για την αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Σε ένα μεγάλο, αντιπροσωπευτικό δείγμα από μια μελέτη του 1999, το 12,8% των

Αμερικανών πίστευαν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια ήταν «πολύ πιθανό» να κάνουν κάτι βίαιο εναντίον άλλων, και το 48,1% δήλωσε ότι ήταν «κάπως πιθανόν».

Πάνω από το 74% είπε ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ήταν είτε «δεν είναι πολύ σε θέση» ή "δεν είναι σε θέση καθόλου" για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία τους, και 70.2% δήλωσε ότι τα ίδια σχετικά με τις αποφάσεις διαχείρισης των χρημάτων. Η αντίληψη των ατόμων με ψύχωση ως βίαια άτομα, έχει υπερδιπλασιαστεί στην επικράτηση από το 1950, σύμφωνα με μια μετά-ανάλυση (Assen Jablensky 2010).

Η ξενόγλωσση βιβλιογραφία είναι πλούσια σε στοιχεία σχετικά με τη σχιζοφρένεια, όπως η επιδημιολογία, η αιτιοπαθογένεια και η πορεία της σχιζοφρένειας. Τα τελευταία χρόνια, αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, αποτελεί η ποιότητα ζωής των ασθενών, δεδομένης της επιρροής που δύναται να φέρει στην πορεία της. Στην Ελλάδα, δεν έχουν πραγματοποιηθεί αξιοσημείωτες έρευνες σχετικά με τη σχιζοφρένεια και ιδιαίτερα με την ποιότητα ζωής. Στα πλαίσια λοιπόν ερευνητικού ενδιαφέροντος, στην παρούσα εργασία, θα αξιολογηθεί και θα μελετηθεί η ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών.

Θα εξεταστούν διάφοροι παράμετροι της ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια. Ειδικότερα, θα αξιολογηθούν οι τομείς της ποιότητας ύπνου, της καθημερινότητας, των διαπροσωπικών σχέσεων, όπως και πολλές άλλες. Ακόμη, θα παρουσιαστεί εκτενώς η συσχέτιση των παραμέτρων αυτών με την ποιότητα ζωής. Τέλος, έπειτα από την ανάλυση αυτή, η εργασία τελικά θα οδηγηθεί στη διεξαγωγή συμπεράσματος σχετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Τα τελευταία χρόνια, η «ποιότητα ζωής»(quality of life) , ή ευημερία(well being), έχει αποτελέσει σημείο ενδιαφέροντος στους ιατρικούς και παραϊατρικούς επιστημονικούς τομείς. Αποτελεί μια πολυδιάστατη και ευμετάβλητη έννοια, που δύσκολα ορίζεται και ακόμη πιο δύσκολα περιορίζεται σε μια και μόνο υποδιαίρεση. Ως αντικείμενο επιστημονικής έρευνας, λαμβάνει εξέχουσα θέση στην προσέγγιση, διαχείριση και τελικά στην αποκατάσταση ενός ασθενή.

Δεδομένου ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί μια σύνθετη διαταραχή και φέρει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως η διαταραχή του λόγου και οι γνωστική έκπτωση, ο παράγοντας «ποιότητα ζωής» δύναται να αποτελέσει σημαντική παράμετρο στο σχεδιασμό του λογοθεραπευτικού πλάνου.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(ΠΟΥ), τοποθετεί την Ποιότητα Ζωής στον τομέα της υγείας, με το Σύνταγμα WHO(1946) , με την περιγραφή του όρου ως: «φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία η οποία προκύπτει, όχι μόνο από την απουσία αρρώστιας και αναπηρίας»(S.M. Skevington, M. Lotfy² & K.A. O'Connell,2004). Προσδιορίζει την Ποιότητα Ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού-αξιακού συστήματος όπου ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τα πρότυπα, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του(Bonomi,Patrick, Busnell, 2000).

Δεδομένων των πολυάριθμων παραμέτρων, ο όρος «ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια», εστιάζει και θα εξετάσει συγκεκριμένες μεταβλητές. Ειδικότερα ο ύπνος, η φαρμακευτική αγωγή και γενικότερα η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η υποστήριξη που παρέχεται από αυτές, η σεξουαλική ζωή, αποτελούν κύρια συστατικά για μια ζωή που προσφέρει ικανοποίηση. Η ποιότητα ζωής στη σχιζοφρένεια , ως μονάδα μέτρησης παρουσιάζει επίσης μερικά μοναδικά προβλήματα και διλήμματα, τα οποία θα περιγραφούν κατωτέρω.

Έχουν διεξαχθή πολυάριθμες έρευνες οι οποίες εξετάζουν την ποιότητα ζωής. Πριν από την εκτενή ανάλυση της ποιότητας ζωής των σχιζοφρενών ασθενών, ενδιαφέρονσα θα ήταν η σύγκριση της ποιότητας ζωής των σχιζοφρενών με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες.

Ενδεικτικά, Οι Bobes και Gonjales (2006)συνόψισαν τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με την κριτική τους, η ποιότητα ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι χαμηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού και των ατόμων με άλλες ψυχικές διαταραχές. Ακόμη, άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι τα αρνητικά και καταθλιπτικά σύνδρομα σχετίζονται με τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Άτομα που είναι ευάλωτα στην ψύχωση, παρουσιάζουν λιγότερο καλή ποιότητα ζωής. Αναλόγως, εκείνοι που έχουν βιώσει ψυχωσικά συμπτώματα που μοιάζουν ή που έχουν ένα συγγενή πρώτου βαθμού με μια ψυχωτική διαταραχή (Svirskis et al . , 2007).

Η σχιζοφρένεια συνδέθηκε μακράν με πιο σοβαρούς λειτουργικούς περιορισμούς, ενώ τα άτομα με απλές συναισθηματικές ψυχώσεις δεν έδειξαν να διαφέρουν από τον

υπόλοιπο πληθυσμό της μελέτης σε πολλές από τις λειτουργίες που εξετάστηκαν. Ειδικότερα, τα άτομα με σχιζοφρένεια είχαν προβλήματα σε όλους σχεδόν τους τομείς της λειτουργικής ικανότητας (Docent Jaana Suvisaari 2000).

Όσον αφορά το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση πιστεύεται ότι δεν σχετίζονται με την ποιότητα ζωής(Meltzer H,et al 1992). Άλλες πηγές αναφέρουν ότι σύμφωνα με περισσότερες από 130 εμπειρικές μελέτες, η ποιότητα ζωής των ανδρών είναι σημαντικά χαμηλότερη. Παράλληλα, οι παντρεμένοι άντρες και οι γυναίκες είναι γενικά πιο ευτυχισμένοι και αντιμετωπίζουν λιγότερο άγχος από τους ανύπαντρους ανθρώπους. Άλλες έρευνες φανερώνουν πως η νεαρή ηλικία, το γυναικείο φύλο, ο γάμος, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και διαβίωσης εκτός των ιδρυμάτων, σχετίζονται με την καλύτερη ποιότητα ζωής.

Αναλυτικότερα, ο γάμος είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικός για τους άνδρες περισσότερο ίσως από τις γυναίκες. Τα δεδομένα φανερώνουν πως ο σχιζοφρενής ασθενής που βρίσκεται υπό την αίγλη της δικής του οικογένειας, δηλώνει πιο οχυρωμένος συναισθηματικά έναντι της ψυχικής και σωματικής του παθολογίας(Robert H. Coombs et al, 1991). Την άποψη αυτή ενστερνίζεται και η Lehman, η οποία υποστήριξε πως οι παντρεμένοι ασθενείς που αξιολογήθηκαν δήλωσαν καλύτερη ποιότητα ζωής(Lehman A .1988).

Ο Shtasel και οι συνεργάτες του, με την υποβολή εκθέσεων σχετικά με τους ασθενείς που δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, διαπίστωσε ότι οι γυναίκες είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες.(Shtasel P,1992) Ανεξάρτητα από το φύλο, ασθενείς που διαμένουν σε ξενώνες ή ιδρύματα κατέδειξαν χειρότερη ποιότητα ζωής από ό, τι εκείνοι που ζουν ανεξάρτητα ή μαζί με την οικογένειά τους. Τα δεδομένα του Lehman's υποστηρίζουν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο και το φύλο σχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής.

Αντίθετα, ο Heinz Katschnig τονίζει πως η ποιότητα ζωής βρέθηκε να είναι υψηλότερη σε λιγότερο μορφωμένους ασθενείς και συγκεκριμένα σε γυναίκες. Αντίστοιχα, ασθενείς που νοσηλεύτηκαν πρόσφατα, και παρέμειναν στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, που έχουν ιστορικό αυτοκτονίας, φαίνεται να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν ενσωματωθεί στην κοινότητα μέσω προγραμμάτων στήριξης έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από εκείνους που είναι έγκλειστοι σε κάποιο ψυχιατρικό πλαίσιο.

Σε μια μελέτη από τους Koivumaa - Honkanen et al.(1996) 1204 ψυχιατρικά δεδομένα νοσηλευόμενων και μη νοσηλευόμενων ασθενών , φανερώνουν πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν λιγότερο δυσαρεστημένοι με τη ζωή τους από ό, τι οι ασθενείς με MDD ή της αγχώδεις διαταραχές. Η κατάθλιψη ήταν ο ισχυρότερος συσχετισμός της δυσαρέσκειας σε όλα.

2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

2.2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗ

Το κοινωνικό στίγμα αναφέρεται σε μια σειρά από βαθιά απαξιωτικά χαρακτηριστικά, που σχετίζονται με την αρνητική στάση και τις πεποιθήσεις απέναντι σε μια ομάδα

ανθρώπων, που ενδέχεται να επηρεάσουν την προσωπικότητα και την ταυτότητα του, οδηγώντας το έτσι στην αίσθηση του κατεστραμμένου εαυτού του μέσα από την κοινωνική απόρριψη, τις διακρίσεις και την κοινωνική απομόνωση. (Goffman, 1963).

Ο στιγματισμός είναι στενά συνδεδεμένος με την ετικέτα των σχιζοφρενών ασθενών και είναι σε κάποιο βαθμό, άσχετος με τα πραγματικά χαρακτηριστικά ή τις συμπεριφορές εκείνων που στιγματίζονται. Διάφορες δυσμενείς συνέπειες μπορεί να προκύψουν από τη διαδικασία του στιγματισμού, όπως: χρήση υποτιμητικής γλώσσας, εμπόδια στη στέγαση ή στην απασχόληση, περιορισμένη πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες, λιγότερες πιθανότητες δημιουργίας οικογένειας μέσω του γάμου, αύξηση της κακομεταχείρισης και της ιδρυματοποίησης (Desjarlais et al., 1995). Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στη δυσχέρεια της ποιότητας ζωής των ασθενών και πιθανότατα στην επιθυμία κοινωνικής απομόνωσης.

Οι Faith, Jewel Sommerville, Origoni και Frederick (2002) διαπίστωσαν έπειτα από έρευνα, ότι οι ασθενείς με ψύχωση είχαν δεχθεί απόρριψη και προσβλητικά σχόλια από τον περίγυρο τους, ενώ ταυτόχρονα ένιωθαν ότι βίωναν απαξίωση από τα μέσα ενημέρωσης. Υπήρχε μεγάλη ανησυχία στο πώς θα τους έβλεπαν οι άλλοι και για αυτό το λόγο επέλεγαν να μη μιλούν για την ασθένειά τους. Άλλες έρευνες που αφορούν στην προκατάληψη απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Lundberg, Hansson, Wentz, & Björkman, 2008) έχουν δείξει ότι αυτά τα άτομα έχουν βιώσει τη μεγαλύτερη κοινωνική απόρριψη.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική και αρνητική επίδραση στον τομέα της ποιότητας της ζωής τους. Όταν οι Angermeyer και Schulze (2001) ανέλυσαν τον αντίκτυπο που έχουν τα μέσα ενημέρωσης στο κοινό, παρατηρώντας την συμπεριφορά απέναντι σε άτομα με ψυχική διαταραχή πριν και μετά από βίαιες πράξεις που είχαν διαπράξει άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, παρατήρησαν ότι κατά κύριο λόγο τα άρθρα που δημοσιεύονταν από τον τύπο συνέδεαν την σχιζοφρένεια με κάθε είδους έγκλημα. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι μετά από κάθε αναφορά των μέσων ενημέρωσης υπήρχε αύξηση της απροθυμίας να υπάρχει ένα άτομο με σχιζοφρένεια ως γείτονα ή συνεργάτη.

Αναμφίβολα, το στίγμα αντιπροσωπεύει μια σημαντική πρόκληση όσον αφορά την ένταξη των ατόμων με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. (Leete, 1982). Το στίγμα ενεργεί επίσης ως ισχυρός φραγμός για τη θεραπεία, όχι μόνο λόγω του φόβου των ασθενών να επισημαίνονται ως ψυχικά ασθενείς, αλλά και επειδή πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας, διακρίνουν τις πρακτικές ενθάρρυνσης του διαχωρισμού, της εξάρτησης και της αδυναμίας. Σύμφωνα με τον Frank R. Lipton η κοινωνική ζωή των ασθενών μετά την πρώτη νοσηλεία, αλλάζει δραματικά την κοινωνική τους δικτύωση.

Ξαφνικά δημιουργείται ένα νοητό φράγμα ανάμεσα στη μέχρι πρότινος ζωή τους και την τωρινή τους κατάσταση. Η διάλυση του κοινωνικού τους δικτύου και η ενίσχυση του κοινωνικού στίγματος αποδίδονται στις αρνητικές συμπεριφορές, στις αντιδράσεις των οικείων του ασθενή και στις μειωμένες κοινωνικές του ικανότητες. Βασικό πεδίο κοινωνικότητας, αποτελούν οι συγγενείς και λιγότερο οι φίλοι. Γενικά οι φιλίες αναπτύσσονται σε πλαίσια δουλειάς, σχολείου, χόμπυ, εθελοντικών δραστηριοτήτων και άλλων δραστηριοτήτων στις οποίες τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν λαμβάνουν μέρος. Ως αποτέλεσμα αυτών, οι κοινωνικές επαφές για τα

περισσότερα άτομα με σχιζοφρένεια περιορίζονται σε άλλα άτομα με ίδια διαταραχή και σε στενούς συγγενείς.

Οι Anita Bengtsson και Lars Hansson υποστηρίζουν ότι ο ασθενής έχει άμεση ανάγκη την οικογενειακή και φιλική υποστήριξη για να αισθανθεί αγαπητός, χρήσιμος ώστε να μπορέσει να επωφεληθεί σημαντικά από τη λήψη αγωγής. Όταν αυτό περιορίζεται ή δεν πραγματοποιείται καθόλου, η ποιότητα ζωής του σχιζοφρενή δυσχεραίνει. Παράλληλα, τονίζουν το υποδεέστερο κοινωνικό επίπεδο των σχιζοφρενών σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στη χαρακτηριστική τους επιθυμία για κοινωνική συναναστροφή με τους περισσότερους να επιθυμούν μεγαλύτερη πρόσβαση στο κοινωνικό δίκτυο. Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη σε 100 ασθενείς, διαπιστώθηκε πως το κοινωνικό στίγμα μεταξύ άλλων, δύναται να επιφέρει χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχιζοφρενείς ασθενείς. (Hu Li Za Zhi. 2012).

Παράλληλα, σε αξιολόγηση 39 ατόμων με σχιζοφρένεια από τους N. Gregory et al σημαντικό ρόλο έπαιξαν τα αρνητικά και τα θετικά συμπτώματα των ασθενών. Αποδείχτηκε πως όσοι είχαν περισσότερα αρνητικά συμπτώματα είχαν ακόμη μικρότερη κοινωνική δικτύωση. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Thomas L Patterson et al. Σύμφωνα με τους Tang IC, Wu HC(2012) το κοινωνικό στίγμα σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής.

Τη στιγμή λοιπόν που η βιβλιογραφία ολοκληρωτικά τείνει στο συμπέρασμα της άρρηκτης σχέσης μεταξύ κοινωνικού στίγματος- και της ποιότητας ζωής, δημιουργείται η ανάγκη εξάλειψης των παραπάνω δεδομένων. Για την καταπολέμηση συνεπώς του στίγματος απαιτείται κατανόηση του κοινωνικό-πολιτιστικού υπόβαθρου ενός ατόμου και ένα ισχυρό κοινωνικό δίκτυο το οποίο να δύναται να παρέχει την αίσθηση της άνεσης και της ασφάλειας που επιτρέπει την απόλαυση μιας ικανοποιητικής ζωής (Wu HC et al 2012) .

2.2.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, πολύ συχνές θεωρούνται οι σεξουαλικές διαταραχές στην πορεία της σχιζοφρένειας. Αν και η σεξουαλικότητα σαν όρος αποτελεί ταμπού, στα πλαίσια ερευνών ασθενείς από διάφορες χώρες καλούνται να δώσουν απαντήσεις για την ποιότητα της σεξουαλικής ζωής τους, αλλά και με το πώς σχετίζεται με την ποιότητα ζωής τους γενικότερα.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, πολλές φορές παρουσιάζονται απογοητευμένοι με τη σεξουαλική τους ζωή. Αναλυτικότερα, η μειωμένη σεξουαλική διάθεση, η έλλειψη σεξουαλικής ικανοποίησης, αποτελούν συνήθη χαρακτηριστικά της ασθένειας. Οι έρευνες καταδεικνύουν παθολογική αιτία για την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Φαίνεται πως η αύξηση των επιπέδων του πλάσματος της προλακτίνης ενάντια στον ανταγωνιστή D2, αποτελεί σημαντική αιτία εμφάνισης συμπτωμάτων. (Peter Malik, 2008). Άξιο αναφοράς, αποτελεί το ερώτημα αν κάποια χημική ουσία που εμπεριέχεται στη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται από τους ασθενείς, δύναται να προκαλέσει τα προαναφερθέντα προβλήματα.

Αναλυτικότερα, οι Galletly CA et al (1997) διερεύνησαν τη δραστηριότητα της κουετιαπίνης (quetiapine) (400 mg/day), της ρισπεριδόνης (risperidone) (4 mg/day) και της φλουφαιναζίνης (fluphenazine) (12.5 mg/μέρα) στο σεξουαλικό μηχανισμό σε 27 σχιζοφρενείς ασθενείς σε διάρκεια 12 εβδομάδων.

Το 78% των ασθενών που ακολουθούσαν αγωγή φλουφαιναζίνης, ανέφεραν σεξουαλική δυσλειτουργία, ομοίως το 42% που λάμβαναν ρισπεριδόνη και το 50% που λάμβαναν κουετιαπίνη. Επιπρόσθετα, η ποιότητα της σεξουαλικής ικανοποίησης σημείωσε σημαντική βελτίωση, με τη λήψη της κουετιαπίνης. Παράλληλα, η ρισπεριδόνη και η κουετιαπίνη ενίσχυσε την ευχαρίστηση των ασθενών σε ποσοστό 55% και 40% συγκριτικά με άλλες φαρμακευτικές αγωγές. Βέβαια, οι ερευνητές γνωστοποιούν, πως η λήψη της κουετιαπίνης φαίνεται να επιδρά θετικότερα σε σχέση με άλλα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Παράλληλα, η θεραπεία με κλοζαπίνη δεν οδηγεί σε αύξηση της προλακτίνης η οποία, όπως αναφέρθηκε, ενοχοποιείται για την εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως συμβαίνει με τη λήψη ολανζαπίνης. Παροδικές αυξήσεις συμβαίνουν με τη θεραπεία ζιπρασιδόνης, αλλά ενέχει ο κίνδυνος της ακοκκιοκυτταραιμίας με τη χρήση της κλοζαπίνης. Μαζί με τη χαμηλή συχνότητα της αναπαραγωγικών ή ορμονικών παρενεργειών και τη χαμηλή συχνότητα εμφάνισης εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, η χρήση της κουετιαπίνης μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευεργετική για πολλούς ασθενείς για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών τους προβλημάτων (A.J. Cutler, 2003).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Martin Dossenbach et al (2006) οι πιθανότητες να βιώσουν οι ασθενείς σεξουαλική δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια 1 έτους θεραπείας ήταν σημαντικά χαμηλότερες στους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με ολανζαπίνη και κουετιαπίνη σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν ρισπεριδόνη ή αλοπεριδόλη. Οι γυναίκες που λάμβαναν ολανζαπίνη (14%) ή κουετιαπίνη (8%), παρουσίασαν χαμηλότερο ποσοστό διαταραχής της εμμηνορρυσίας, σε σύγκριση με τις γυναίκες που λάμβαναν ρισπεριδόνη ή η αλοπεριδόλη.

Σημαντική είναι η ασυμφωνία των ψυχιάτρων σε σχέση με την επιλογή αντιψυχωτικού καταλληλότερου για την προκειμένη περίπτωση. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν πως υπάρχουν κλινικά σχετικές διαφορές στο σεξουαλικό προφίλ του κάθε ασθενή, τονίζοντας έτσι τη μοναδικότητα του. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια

Οι ερευνητές έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με τη σεξουαλική ζωή και τη σχέση της με την ποιότητα ζωής. Σε μια έρευνα, η σεξουαλική δυσλειτουργία εκτιμήθηκε σε 139 εξωτερικούς ασθενείς σχιζοφρένεια που λάμβαναν ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη, ή αλοπεριδόλη, χωρίς τη λήψη άλλων φαρμάκων που σχετίζονται με σεξουαλικές παρενέργειες και πραγματοποιήθηκε συσχέτιση αυτών με την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η σεξουαλική δυσλειτουργία εμφανίστηκε στο 45,3 % των ασθενών.

Ωστόσο, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς σεξουαλική δυσλειτουργία, οι ασθενείς με σεξουαλική δυσλειτουργία ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το επίπεδο της απόλαυσης της.

Οι ασθενείς με σεξουαλική δυσλειτουργία ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ότι έχουν ένα σύντροφο, ή έστω μια πλατωνική σχέση, σε σχέση με

εκείνους που δεν έχουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες (17,5 % έναντι 43,4 %) αν και δεν ήταν σημαντικά μικρότερη η δυσκολία να κάνουν φίλους (27,0 % έναντι 32,9 %).

Μεταξύ των ασθενών με ερωτικούς συντρόφους , τα άτομα με σεξουαλική δυσλειτουργία ανέφεραν σημαντικά φτωχότερη ποιότητα των σχέσεων τους και ήταν λιγότερο πιθανό να μιλήσουν με το σύντροφό τους για την ασθένειά τους . Συνεπώς η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι συχνή σε άνδρες και φαίνεται να ασκεί επιρροή στην ποιότητα ζωής τους.

Ομοίως οι γυναίκες αναφέρουν αλλαγές στον κύκλο τους και στη θέληση να συνάψουν ερωτικούς δεσμούς ,δεδομένα που συνδέονται με τη μειωμένη ποιότητα ζωής ,με τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης των ρομαντικές σχέσεων, με τη συντροφική οικειότητα αλλά και με την καθιέρωση σχέσεων . Σε μία άλλη έρευνα, αναφέρεται πως οι ασθενείς με και χωρίς σεξουαλική δυσλειτουργία δεν διέφεραν σημαντικά σε σχέση με την σοβαρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων . Παράλληλα , σύμφωνα με έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες , ψυχικά υγιή και μη υγιή άτομα φέρονται να έχουν τον ίδιο αριθμό συντρόφων, δεδομένο που καταδεικνύει πως δεν υπάρχει διαφορά στην ερωτική τους ζωή. (Alex Kopelowicz, M.D.a Robert Paul Libermanb Donald Stolar,2011).

Σύμφωνα με τους Xiaoduo Fan et al(2007), 124 ασθενείς με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είχαν εγγραφεί στην συγκεκριμένη μελέτη. Για τους άνδρες, υψηλότερες βαθμολογίες συσχετίστηκαν με χαμηλότερη συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας . Για τις γυναίκες , τα υψηλότερα σκορ φάνηκαν να σχετίζονται με μεγαλύτερη δυσκολία τόσο στη σεξουαλική διέγερση όσο και την ικανοποίηση. Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες , δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές της ποιότητα της ζωής τους. Επιπλέον δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων αντιψυχωσικών (κλοζαπίνη , ολανζαπίνη ή τυπικών μέσων).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να είναι μια σημαντική πηγή δυσφορίας για τους ασθενείς και επηρεάζει αρνητικά την πορεία της ασθένειας, και είναι ένας από τους παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την επιλογή της θεραπείας. Τέλος, ο υψηλός επιπολασμός του φαινομένου αυτού και η πιθανή σχέση του με την ποιότητα της ζωής συνδυάζονται για να κάνουν τη σεξουαλική δυσλειτουργία μια σημαντική αφορμή έρευνας για την κλινική αξιολόγηση και θεραπεία.

2.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ

Ασθενείς με σχιζοφρένεια ταλανίζονται από διαταραχές ύπνου . Παρατηρούνται δυσκολίες στην έναρξη ή τη διατήρηση του ύπνου. Διαταραγμένος ύπνος μπορεί να βρεθεί σε 30-80% των σχιζοφρενικών ασθενών, ανάλογα με το βαθμό της ψυχωσικής συμπτωματολογίας.

Αποτελεί σύνηθες φαινόμενο οι ασθενείς, να κοιμούνται αργά το βράδυ και να ξυπνούν αργά το πρωί, ή να κοιμούνται λίγες ώρες. Τα στοιχεία αυτά, φαίνεται πως έχουν νευρολογική βάση. Σύμφωνα με μελέτη του Duke University Medical Center που πραγματοποιήθηκε σε ποντίκια, όταν η ποσότητα της ντοπαμίνης είναι μειωμένη, τα ποντίκια δεν μπορούσαν να κοιμηθούν. Αντίθετα, όταν αυξανόταν, παρουσιαζόταν

μια ιδιαίτερη συμπεριφορά, που σχετίζεται με τα όνειρα, χωρίς όμως να βρίσκονται σε κατάσταση ύπνου. Η παραπάνω κατάσταση πιθανώς να εξηγεί τις παραισθήσεις που βιώνουν ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Ειδικότερα, η διαδικασία του ύπνου μετράται επίσημα με την πολυπνογραφία, φανερώνοντας τη μειωμένη αποδοτικότητα του ύπνου και το συνολικό χρόνο του ύπνου, καθώς και την αυξημένη λανθάνουσα κατάσταση ύπνου. Μια σειρά από παραμέτρους του ύπνου, όπως ο συνολικός χρόνος ύπνου (Total Sleep Time), η κατάσταση της ταχείας κίνησης των βλεφάρων (Rapid Eye Movement), είναι στατιστικά σημαντικές στη συσχέτιση με τις κλινικές μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένης της βαρύτητας της νόσου, τα θετικά συμπτώματα, τα αρνητικά συμπτώματα, τα αποτελέσματα όπως προκύπτουν από την ψυχομετρική δυσλειτουργία και τη δομή του εγκεφάλου.

Επιπλέον στη σχιζοφρένεια φαίνεται να εμφανίζεται και το πρόβλημα της διαταραχής της αναπνοής(υπνική άπνοια) κατά τη διάρκεια του ύπνου, ιδιαίτερα στους υπέρβαρους ασθενείς αλλά και σε εκείνους που μακροχρόνια λαμβάνουν αντιψυχωσικά φάρμακα. Σύμφωνα με τις μελέτες, δεν υπάρχουν σταθερές επιδράσεις των αντιψυχωσικών πρώτης γενιάς στις μετρήσεις της ποιότητας του. Σύμφωνα και με μελέτες που εξέτασαν την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών σε συνάρτηση με την ποιότητα ύπνου, προτείνουν βάσει των αποτελεσμάτων και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Μολονότι τα αποτελέσματα είναι μάλλον αντιφατικά σχετικά με τα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς, η θεραπεία των σχιζοφρενικών ασθενών με αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς συνδέεται σταθερά με μια αύξηση στον συνολικό χρόνο ύπνου (Total Sleep Time) και την αποδοτικότητα του ύπνου, και ως επί το πλείστον μια βελτίωση στην ταχεία κίνηση των ματιών (Rapid Eye Movement), ενώ η επίδραση σε συγκεκριμένα στάδια του ύπνου είναι πιο μεταβλητή.

Τα παραπάνω συμβαίνουν λόγω της υψηλής δραστηριότητας που φαίνεται να ασκεί δράση στον τομέα του ύπνου, με έμμεσο τρόπο, μέσω της καταστολής της αγχωτικής συμπτωματολογίας. Σε αντίθεση με τα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς όμως, τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα που μελετήθηκαν (κλοζαπίνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη, ζιπρασιδόνη και παλιπεριδόνη) δείχνουν μια σχετικά σταθερή επίδραση σχετικά με την ποιότητα του ύπνου, με την αύξηση είτε το συνολικό χρόνο ύπνου (TST) ή την αποτελεσματικότητά του.

Επιπρόσθετα, σε ελέγχους ασθενών με σχιζοφρένεια, η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη φαίνεται να ασκούν επιδράσεις σε άλλες μεταβλητές του ύπνου, όπως η ταχεία κίνηση των ματιών (REM) και η υπερκινητικότητα. Ενδεχομένως, οι επιδράσεις των αντιψυχωσικών δεύτερης γενιάς που παρατηρούνται επί του ύπνου σε υγιείς και σχιζοφρενείς ασθενείς, θα μπορούσαν να στοχεύσουν σε άλλα χαρακτηριστικά της συμπτωματολογίας, όπως η κατάθλιψη, η γνωστική δυσλειτουργία, τα αρνητικά και θετικά συμπτώματα.

Ειδικές διαταραχές του ύπνου, όπως η RLS, οι αναπνευστικές διαταραχές, το σύνδρομο της νυχτερινής λήψης τροφής (night-eating syndrome), η υπνοβασία και διαταραχές ρυθμού έχουν περιγραφεί ως πιθανές αρνητικές επιπτώσεις των αντιψυχωσικών και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση ο διαταραγμένος ή ο ανήσυχος ύπνος σε αυτόν τον πληθυσμό. Βέβαια υπάρχουν και τα

ευρήματα που υποστηρίζουν η αϋπνία είναι μεν ένα κοινό σύμπτωμα στη σχιζοφρένεια, αλλά όχι το κυρίαρχο.

Η έναρξη του ύπνου και η διαρκής αϋπνία είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των σχιζοφρενών ασθενών, ανεξάρτητα από το προφίλ της φαρμακευτικής τους αγωγής, ή από τη φάση της κλινικής πορείας (οξεία ή χρόνια σχιζοφρένεια). Όσον αφορά την ανάλυση του ύπνου, η πλειοψηφία των μελετών δείχνουν ότι το στάδιο 4 του ύπνου και η ταχεία κίνηση των ματιών (REM) μειώνονται στη σχιζοφρένεια, ενώ η διάρκεια του ύπνου REM έχει την τάση να παραμένει αμετάβλητη.

Τη στιγμή που οι διαταραχές ύπνου εκδηλώνονται στην πλειοψηφία των ασθενών λιγότερο φανερό είναι η σχέση του ύπνου με την ποιότητα ζωής. Δημιουργείται συνεπώς το ερευνητικό ερώτημα, κατά πόσο η ποιότητα του ύπνου αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθένειας, όπως το άγχος, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την εργασία. Αναλυτικότερα, ο διαταραγμένος ύπνος μπορεί να ενισχύει το στρες.

Έχει διαπιστωθεί ερευνητικά πως η λιγοστή ποσότητα του ύπνου ή γενικότερα η ανικανοποίητη ποσότητα και ποιότητα του ύπνου, εξαντλεί σωματικά τους ασθενείς. Δημιουργείται συνεπώς σωματική αλλά και πνευματική κόπωση, καθώς μειώνονται οι αντοχές που απαιτούνται για τις καθημερινές προκλήσεις. Επιπλέον, ιδιαίτερα, τείνουν να αποφεύγουν τους στρεσογόνους παράγοντες και έχουν δυσκολία να δουν τις θετικές πτυχές των καθημερινών προκλήσεων.

Με τη βελτίωση όμως της ποιότητας του ύπνου, θα ενισχυθεί η ενεργητικότητα των ασθενών, η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή, συμπεριλαμβανομένης της εργασίας και των διαπροσωπικών σχέσεων και συνεπώς της ποιότητας ζωής (John R Hofstetter et al). Αναλυτικότερα, τουλάχιστον μια έρευνα καταδεικνύει, πως η διαταραγμένη ποιότητα ύπνου, οδηγεί τους ασθενείς στο να ξοδεύουν περισσότερες ώρες στο κρεβάτι (Royuela A et al 2002). Δεδομένης της χαμηλής ενεργητικότητας, και της ανάγκης να περνούν περισσότερη ώρα στο κρεβάτι, οι ασθενείς παρουσιάζουν ιδιαίτερη δυσκολία στη δημιουργία και στη διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων. Ακόμη βάσει των παραπάνω, παρουσιάζεται η δυσκολία στην αποδοτικότητα των ασθενών στον εργασιακό τομέα. Πράγματι, σύμφωνα με έρευνα των John R Hofstetter, Paul H Lysaker and Aimee R Mayeda (2005), η ποιότητα του ύπνου σχετίζεται με την ποιότητα ζωής.

Τα αποτελέσματα σχετίζονται με την υπόθεση ότι η φτωχή ποιότητα ύπνου που χαρακτηρίζει τη σχιζοφρένεια, μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους, και την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν το άγχος (Ritsner M et al, 2004). Ανεξάρτητα από την ηλικία και τα συμπτώματα, η ποιότητα της ζωής συμβάλλει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών με θετικότερη οπτική. Αυτό μπορεί να υποδεικνύει ότι μεταξύ των ελλειμμάτων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια, η κακή ποιότητα του ύπνου είναι συχνά υποτιμημένη.

Η μειωμένη «ποσότητα» ύπνου, μπορεί να διαβρώσει την ικανότητα των σχιζοφρενών ασθενών να αντιμετωπίσουν τη ρουτίνα της καθημερινότητας, το άγχος που συνδέεται με την εργασία και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Επιπλέον, η χρόνια στέρηση ύπνου μπορεί να συμβάλει στην ανεργία, επειδή μειώνει τη συμμετοχή και την απόδοση στην εργασία. (Hofstetter Jr et al 2005), (Doi Y, et al 2004).

2.4 ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ - ΛΟΓΟΣ

Τα γνωστικά ελλείμματα είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας και των ατόμων με την ασθένεια, καθώς συνήθως παρουσιάζουν βλάβες σε ένα ευρύ φάσμα των τομέων της νευροψυχολογίας (Heinrichs και Zakzanis, 1998). Σε μια ανασκόπηση από τους Heinrichs και Zakzanis (1998), τα περισσότερα ελλείμματα παρατηρήθηκαν σε μία δοκιμή αξιολόγησης λεκτικής μνήμης, λεκτικής ευφράδειας και προσοχής.

Υπάρχουν πολλές νευροψυχολογικές δοκιμασίες που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της γνωστικής ικανότητας των ατόμων με σχιζοφρένεια. Το 2008 σε συνέδριο του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας, προσδιορίστηκαν οι γνωστικοί τομείς στους οποίους θα πρέπει να επικεντρώνεται πρωταρχικά η έρευνα για τη σχιζοφρένεια : στην ταχύτητα επεξεργασίας , στην προσοχή / εγρήγορση ,στη μνήμη εργασίας , στη λεκτική και οπτική μάθηση , στη λογική και την επίλυση προβλημάτων βάσει αυτής καθώς και στην κοινωνική νόηση (Nuechterlein et al , 2008).

Δεδομένου ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ετερογενής διαταραχή, ευνόητη χαρακτηρίζεται η μεταβλητότητα μεταξύ των ασθενών ως προς την ένταση και την ποικιλία των συμπτωμάτων. Τα γνωστικά ζητήματα που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν, ακόμη, ελλείψεις («αρνητικά» συμπτώματα)σε κανονικές λειτουργίες του εγκεφάλου, όπως η συγκέντρωση και διαύγεια των σκέψεων.

Ορισμένοι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν πάσχουν από κακή συγκέντρωση και άλλα αρνητικά συμπτώματα, οδηγώντας τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η νόσος δεν μπορεί να είναι η πρωταρχική αιτία αυτών των προβλημάτων. Αν και πολλές μελέτες, όπως η μελέτη Modafinil 2007 που δημοσιεύθηκε στο Journal of Clinical Psychiatry, έχουν διεξαχθεί για να δείξουν μια αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων, μέχρι σήμερα δεν υπήρξε μεγάλη επιτυχία. Η αντιψυχωτική κλοζαπίνη μπορεί πραγματικά να αυξήσει τα αρνητικά συμπτώματα και να κάνει τον ασθενή πιο συγχυσμένο μειώνοντας έτσι την ικανότητα συγκέντρωσης του(Freudenreich O, et al 2009).

Σε μία άλλη κριτική πρώτου επεισοδίου σχιζοφρένειας, οι Mesholam - Gately et al. (2009) , παρατήρησαν ότι τα μεγαλύτερα ελλείμματα βρίσκονται συγκεκριμένα στην άμεση λεκτική μνήμη(βραχυπρόθεσμη) και στην ταχύτητα επεξεργασίας . Η δυσκολία δεν έγκειται τόσο στο να ανακαλούν γεγονότα, αλλά στο να μαθαίνουν ή να επεξεργάζονται πληροφορίες που έχουν μάθει (π.χ δεν μπορούν να θυμηθούν το όνομα κάποιου).

Γι αυτό το λόγο, συχνά τα άτομα με σχιζοφρένεια κατηγορούνται ότι δεν δίνουν προσοχή ή ότι δεν τους ενδιαφέρουν σημαντικά πράγματα. Επιπλέον, μπορεί να έχουν μεγάλη δυσκολία στο να προσέξουν ένα άτομο όταν μιλάει πολύ γρήγορα ή παρουσιάζει περίπλοκες και πολλές πληροφορίες, ή αν το άτομο με το οποίο συνομιλούν μεταδίδει νευρικότητα ή αν χρησιμοποιεί μπερδεμένες νύξεις (π.χ σαρκασμό), γεγονός που τους προκαλεί άγχος.

Στην πραγματικότητα όμως το πρόβλημα έγκειται στο ότι η πληροφορία δεν παρουσιάζεται με τρόπο που να μπορούν να την επεξεργαστούν (αργός ρυθμός ομιλίας, καθαρή άρθρωση και με επανάληψη) ή στο ότι δεν μπορούν να θυμηθούν τι άκουσαν. Γενικά, οι ασθενείς με ψύχωση αντιμετωπίζουν προβλήματα προσοχής αλλά και εστίασης. Δεν μπορούν να επεξεργαστούν πληροφορίες με τον ίδιο ρυθμό με άλλους ανθρώπους.

Παρουσιάζουν ακόμα δυσκολία στο να ξεχωρίσουν τις σημαντικές από τις ασήμαντες πληροφορίες, όπως το τι λέει ο συνομιλητής τους, κυρίως όταν υπάρχουν στο ίδιο περιβάλλον φωνές από άλλες συζητήσεις ή από την τηλεόραση. Επιπλέον αδυνατούν να δώσουν προσοχή σε ένα θέμα για αρκετό διάστημα ή να συγκεντρωθούν σε δύσκολες καταστάσεις και δραστηριότητες. (Docent Jaana Suvisaari et al 2011).

Σημαντικά θεωρούνται και τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες. Ο όρος αυτός αναφέρεται η ικανότητα να δημιουργεί κάποιος και να διατηρεί ικανοποιητικές σχέσεις μέσω διαφόρων ικανοτήτων. Οι κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν την παρατήρηση, τη σκέψη, και τη συμπεριφορά. Από μια λογοθεραπευτική σκοπιά παρατηρούνται ελλείμματα χρήσης, μορφής και περιεχομένου. Ειδικότερα, οι εκφράσεις του προσώπου είναι πολλές φορές απύσες. Αναλόγως, η φωνή του ατόμου στερείται χρώματος και γι αυτό το λόγο η προσωδία και ο επιτονισμός χαρακτηρίζονται μονότονοι.

Παράλληλα αποφεύγουν την λήψη πρωτοβουλίας για χειραψία κατά τη γνωριμία, ενώ πολλές φορές η βλεμματική επαφή είναι απύσα κατά την διάρκεια της συζήτησης. Κατά κάποιο τρόπο ο συνομιλητής τους νιώθει ότι δεν του δίνεται προσοχή δημιουργώντας μία άβολη κατάσταση γι αυτόν. Πρέπον είναι να τονιστεί πως οι ψυχωτικοί παράγοντες πολλές φορές υποσκάπτουν τη δημιουργία ή τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων ή πιο απλά μιας συζήτησης. Ευνόητο θεωρείται ένας ασθενής με σχιζοφρένεια να δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί σε ένα θέμα συζήτησης όταν δεν νιώθει ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους ή ακούει φωνές. Με αυτόν τον τρόπο η καθημερινότητα των ανθρώπων με σχιζοφρένεια, διαρκώς μοιάζει με μια δοκιμασία αλλά και γενικότερα η ποιότητα ζωής τους χαρακτηρίζεται δυσχερής.

Ένας ακόμα παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η απουσία κινήτρου. Συνήθως τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν ιστορικό αποτυχίας σε κοινωνικές σχέσεις ή έχουν βιώσει την απόρριψη και την κριτική είναι δύσκολο να διαχειριστούν τις σκέψεις τους κατά τη διάρκεια μίας συζήτησης. Είναι πιθανό ακόμα να αναφέρουν κάποια πράγματα που ίσως να μην σχετίζονται με το θέμα συζήτησης ή να ακούγονται ελαφρώς περίεργα. Αναφορικά με τον πραγματολογικό τομέα, σύνηθες θεωρείται η αδυναμία στην επανάληψη κυρίως μακροσκελών προτάσεων. Βασική αιτία αυτού, πιθανώς θεωρείται η διαταραχή στη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Τα προβλήματα της μορφολογίας και σύνταξης που συναντώνται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, επικεντρώνονται στην παραγωγή μικρών προτάσεων, αλλά και όταν χρησιμοποιούνται μακροσκελείς προτάσεις, ο προφορικός λόγος είναι συγχυσμένος. Η σύνταξη είναι ορισμένες φορές φτωχή κυρίως κατά τον περιγραφικό λόγο, ο οποίος δεν χαρακτηρίζεται από ροή και συνοχή. Ακόμη, παρατηρούνται προβλήματα στη χρήση των ρημάτων, καθώς από το λεξιλόγιο τους συχνά χρησιμοποιούνται λίγα και συγκεκριμένα ρήματα.

Συχνοί θεωρούνται και οι νεολογισμοί οι οποίοι σχετίζονται με την απόδοση της φωνολογικής και γραμματικής κωδικοποίησης (Barch, Deanna M. et al, 1996) . Οι έρευνες έχουν γνωστοποιήσει πως δεν υπάρχουν αξιοσημείωτα ελλείμματα στη σημασιολογία. Οι δυσκολίες της κατανόησης ή της καθυστερημένης κατανόησης που προκύπτουν, πιθανώς να οφείλονται στις γνωστικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν. Ενδιαφέρον παρουσιάζει μια έρευνα των Andreasen, Nancy C, Grove, William M. (1986), που πραγματοποιήθηκε σε 200 σχιζοφρενή άτομα διαφορετικών τύπων σχιζοφρένειας βρέθηκε πως η ροή τους ήταν ομαλή αλλά δεν υπήρχε συνοχή και ο λόγος ήταν ανοργάνωτος. Ο σχιζοσυναισθηματικός τύπος παρουσίασε λιγότερο σοβαρές, αλλά παρόμοιες ανωμαλίες. Ο λόγος του αποδιοργανωμένου ασθενή ήταν άδειος, κενός και πολύ αποδιοργανωμένος. Παράλληλα ο λόγος του παρανοϊκού ασθενή κινούνταν σε παρόμοια μοτίβα, αλλά χαρακτηριζόταν από λιγότερη φτώχεια στο περιεχόμενο και στη συνοχή.

Τα προαναφερθέντα προβλήματα γνωστικών ικανοτήτων και λόγου, επιφέρουν δυσκολίες στην ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια. Η αδυναμία στη συγκέντρωση, στη μνήμη αλλά και στο λόγο, ενισχύει την δυσκολία στη σύναψη κοινωνικών σχέσεων και συναναστροφών και απογοητεύει τους πάσχοντες. Αν ληφθεί υπόψη ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται στο τέλος της εφηβικής ηλικίας ή κατά την ενηλικίωση, (οι οποίες αποτελούν κρίσιμες περιόδους για την ανάπτυξη κοινωνικών ρόλων και ικανοτήτων που αφορούν τους ενήλικες,) παρακωλύονται οι ιδιαίτερες εκφάνσεις της ζωής όπως το ραντεβού και οι σεξουαλικές συμπεριφορές, οι ικανότητες εργασίας και η ικανότητα ανάπτυξης και διατήρησης σχέσεων . Συνεπώς η ποιότητα ζωής φαίνεται να δυσχεραίνεται.

2.5 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

2.5.1 ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

Αναφορικά με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, παλαιότερες έρευνες ασθενών με σχιζοφρένεια, έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια ήταν σημαντικά φτωχότερη , τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Οι εν λόγω έρευνες εστιάζουν στο γεγονός ότι οι μισοί από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια επιθυμούσαν περισσότερες κοινωνικές επαφές (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001).

Η ίδια έρευνα έδειξε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της απογοήτευσης από τα κοινωνικά μέσα δικτύωσης και την αύξηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, και ότι όταν αντίθετα είχαν ένα αίσθημα ικανοποίησης από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αυτό είχε θετική επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους. Μία άλλη έρευνα η οποία εξέταζε τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής υποστήριξης, την αντιμετώπιση τους μέσω στρατηγικών, άσχημα γεγονότα που έχουν βιώσει οι ασθενείς και τη σχέση τους με την υποτροπίαση στην σχιζοφρένεια (Hultman, Wieselgren, & Öhman, 1997), έδειξε ότι μια λειτουργική κοινωνική δικτύωση λειτουργεί θετικά εναντίον της υποτροπίασης και βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Η θετική επίδραση που έχει η λειτουργική κοινωνική δικτύωση στη ζωή ασθενών με σχιζοφρένεια επιβεβαιώνεται και από άλλα άρθρα και ερευνητές (Kopelowicz, Liberman, & Wallace, 2003; Yank, Bentley, & Hargrove, 1993).

Πολλοί από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια αναφέρουν την ανάγκη για ενημέρωση των ίδιων τόσο σε επίπεδο πληροφόρησης για την ασθένεια όσο και σε επίπεδο θεραπευτικών μεθόδων (McCabe, Heath, Burns, and Priebe (2002)).

Τη στιγμή που τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στοχοποιούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και διαιωνίζουν την προκατάληψη, η ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια μπορεί να πραγματοποιηθεί και από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, διότι οι ασθενείς πολλές φορές επιθυμούν τη σύναψη φιλικών σχέσεων με άτομα της ίδιας παθολογίας. Με αυτό τον τρόπο τους γνωστοποιούνται μέθοδοι αντιμετώπισης, ειδικοί στους οποίους δύνανται να απευθυνθούν αλλά και η αίσθηση ότι δεν είναι μόνοι στην προσπάθεια αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας. Βάσει ερευνών μάλιστα, σχετικά με τις πιο συχνές πληροφορίες που ζητούν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, βρήκαν ότι οι ερωτήσεις που πραγματοποιούν αφορούν κυρίως τα θεραπευτικά πλάνα καθώς και εναλλακτικές μορφές θεραπείας.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με παλαιότερες έρευνες, έχει διεξήχθη το συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση, σε συνδυασμό με την ενημέρωση των ασθενών για την διαταραχή τους μπορεί να μειώσει τον αριθμό των υποτροπιασμών και να επιδράσει θετικά στα συμπτώματα τους (Rummel-Kluge & Kissling, 2008). Οι Hätönen, Kuosmanen, Malkavaara, και Välimäki (2008) τονίζουν τη σημασία της ενημέρωσης των μελών της οικογένειας ατόμων με σχιζοφρένεια. Η ύπαρξη ενός στενού συγγενή με μακροχρόνια ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη ειδικά για έναν/μία σύζυγο (Östman, Wallsten, & Kjellin, 2005).

Από την άλλη πλευρά, η ύπαρξη ενός συζύγου ιδιαίτερα υποστηρικτικού, φαίνεται πως φέρει επιθυμητά αποτελέσματα. Μία μεταγενέστερη ανάλυση παρουσίασε ότι η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους μείωσε την έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων της ίδιας της οικογένειας (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001) , ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε και μείωση των υποτροπιασμών ψύχωσης. Οι Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop και Pitschel-Walz (2006) διαπίστωσαν ότι η συλλογή πληροφοριών για την ασθένεια καθώς και η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών δημιούργησαν μεθόδους για την επίλυση του προβλημάτων καθώς και πως να αντιμετωπίσουν τις υποτροπιάσεις, όταν αυτές εκδηλώνονται.

Αξιοσημείωτη θεωρείται και η μείωση της νοσηλείας στο νοσοκομείο σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20%. Τα μέχρι στιγμής ερευνητικά δεδομένα, προτείνουν την ύπαρξη ανάγκης για επιπρόσθετη πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με την ασθένεια τους, η οποία θα ενισχύσει την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας τόσο σε θεραπευτικό, όσο και σε ηθικό επίπεδο.

2.5.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ-ΕΡΓΑΣΙΑ

Παράλληλα, η παράμετρος της οικονομικής κατάστασης, παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον. Επί είκοσι περίπου χρόνια, η έρευνα έχει δείξει ότι η κακή οικονομική κατάσταση όχι μόνο αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα για την ανάπτυξη της ψύχωσης και τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, αλλά καταδεικνύεται επίσης ότι η «φτώχεια»

είναι πολύ στενά συνδεδεμένη με τη σχιζοφρένεια, έναντι άλλων ψυχιατρικών παθήσεων.

Αναλυτικότερα κατά τον εικοστό αιώνα στη Γαλλία, άτομα τα οποία εμφάνιζαν ψυχωτικές συμπεριφορές, ανήκαν σχεδόν αποκλειστικά στη φτωχή ομάδα των πολιτών. Ακόμη και πολύ πριν την ευρεία χρήση του όρου σχιζοφρένεια, το 1911, αναφορές καταγράφουν ότι η «φρενοβλάβεια», ήταν αποκλειστικά προνόμιο των φτωχών πολιτών. Η πρώτη συστηματική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Σικάγο το 1939, κατέδειξε ότι οι οικονομικά αδύνατες περιοχές, εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά ψυχωτικών περιπτώσεων, έναντι των πλουσιότερων (Ritchard Noll , Faris & Dunham, 1939).

Πιο συγκεκριμένα, οι στατιστικές αναφέρουν ποσοστό εμφάνισης της σχιζοφρένειας, 7 φορές μεγαλύτερο, απ'ότι τα οικονομικά εύπορα τμήματα της πόλης. Κατά την περίοδο του 1950, η ίδια σχέση καταγράφηκε και στη Νορβηγία ακόμη και στις πόλεις του Μπρίστολ, του Λίβερπουλ και του Λονδίνου(Kohn,1976). Η διάσημη έρευνα του New Haven study (Hollingshead & Redlich, 1958), η οποία μέτρησε τις κοινωνικές ομάδες, λαμβάνοντας υπόψη την εκπαίδευση και την εργασία και όχι την τοποθεσία, διαπίστωσε ότι η «φτωχή» τάξη ήταν πιθανότερο κατά επτά φορές περισσότερο να εμφανίσει σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με την πλουσιότερη ομάδα.

Την ακόλουθη χρονιά, μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Τενεσί, επιβεβαίωσε τα μέχρι πρότινος δεδομένα και τελικά κατοχυρώθηκε η άποψη ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί την πιο στενά συνδεδεμένη ψυχιατρική διάγνωση σε σχέση με όλες τις άλλες. Ακόμη πιο πρόσφατες μελέτες επί του θέματος, επιβεβαιώνουν την προαναφερθείσα άποψη και προστίθενται περισσότερες χώρες, όπως η Αγγλία, Ουαλία, Φινλανδία, Καναδάς και Νιγηρία. Έτσι η σχέση μεταξύ της οικονομικής ανέχειας και της σχιζοφρένειας αποκτά έναν παγκόσμιο χαρακτήρα και δύναται να χαρακτηριστεί αδιάσειστη.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η διαπίστωση ότι τα παιδιά που στερούνται οικονομικής άνεσης από την οικογένεια τους, παρουσιάζουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μη ψυχωτικές διαταραχές, αλλά υπάρχει ο κίνδυνος οχτώ φορές μεγαλύτερος να αναπτυχθούν ως ενήλικες με σχιζοφρένεια, έναντι των παιδιών που απολαμβάνουν την οικονομική άνεση, ή τουλάχιστον την οικονομική σταθερότητα. (Harrison, Gunnell, Glazebrook, Page, Kwiecinski,2001).

Τα παραπάνω στοιχεία ισχύουν και για τα παιδιά χωρίς ιστορικό ψύχωσης, τα οποία έχουν επτά φορές επιπλέον πιθανότητες εκδήλωσης της σχιζοφρένειας, δεδομένο που ενισχύει την άποψη ότι κληρονομικότητα δεν αποτελεί πάντα παράγοντα εμφάνισης της σχιζοφρένειας. Οι ερευνητές ακόμη, παρατήρησαν ότι οι παραισθήσεις και οι αυταπάτες είναι πιο κοινές μεταξύ των ανθρώπων που μεγάλωσαν στη φτώχεια (Brown, Susser, Jandorf, & Bromet, 2000). Κάποιοι άλλοι ερευνητές κατέταξαν τη σχιζοφρένεια σε ένα ευρύ πολιτισμικό-κοινωνικό πλαίσιο με γνώμονα τη φτώχεια, δίχως να εστιάζουν μεμονωμένα στο άτομο που νοσεί και την οικονομική του κατάσταση.

Αυτό έφερε ενδιαφέροντα ευρήματα, μεταξύ των οποίων των Werner, et al., 2007. Ειδικότερα, η ανάπτυξη και η ζωή γενικότερα σε μια φτωχή γειτονιά στο Ισραήλ, αποτελεί καθεαυτό παράγοντα κινδύνου στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Ομοίως, σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 811 περιοχές 13 πολιτειών στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε πως οι τιμές της νοσηλείας για τους σχιζοφρενείς ασθενείς

συσχετίζονται άμεσα με το ποσοστό των κατοίκων που ζουν υπό συνθήκες φτώχειας καθώς και με τους άνεργους πληθυσμούς.

Αναλόγως, βάσει παρόμοιας μελέτης στη Νότια Αφρική, συγκρίνοντας 7 κοινότητες με σχιζοφρενείς ασθενείς, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της φτώχειας ασθενών και της εκδήλωσης του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου (Burns & Esterhuizen, 2008). Βέβαια, η ανέχεια δεν θα πρέπει να θεωρείται ως ο βασικός πυρήνας ανάπτυξης της ασθένειας, διότι με αυτόν τον τρόπο αναιρούνται και οι υπόλοιποι παράγοντες, με κυριότερους τους γενετικούς παράγοντες που προδιαθέτουν τη σχιζοφρένεια. Συνεπώς πρόπον είναι να λαμβάνεται υπόψη και η πιθανότητα, η ανέχεια να αποτελεί απλώς έναν ενισχυτικό παράγοντα εκδήλωσης της ασθένειας σε άτομα που έχουν την προδιάθεση να εκδηλώσουν την ασθένεια. υποστήριξαν ότι, αν «σχιζοφρενείς» δεν έχουν όντως παρασυρθεί από την πτωτική πορεία της ασθένειας, οι εξαθλιωτικές οικονομικές καταστάσεις πιθανόν να αποτελούν αποτέλεσμα και όχι αιτία αυτής.

Σύμφωνα με τη μελέτη του New Haven, δε βρέθηκαν αποδείξεις κοινωνικής πτώσης. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό του 91% των ασθενών βρισκόταν στην ίδια κοινωνική τάξη με αυτή των γονέων τους και όχι σε κατώτερη όπως προβλεπόταν. (Hollingshead & Redlich, 1958). Ακόμη σύμφωνα με τους Lapouse, Monk, & Terris, 1956), τα τελευταία 25 μελετών έχουν αποτύχει να συσχετίσουν την οικονομική κατάσταση με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ωστόσο τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν πως για τους ασθενείς που εργάζονται, δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην ποιότητας ζωής τους σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση, αν και ανέφεραν χαρακτηριστικά υψηλότερο ποσοστό αυτοεκτίμησης συγκριτικά με αυτούς που δεν εργάζονται.

Οι ασθενείς λοιπόν που απασχολούνται εργασιακά, δηλώνουν πιο χρήσιμοι αρχικά για τον εαυτό τους, αλλά και για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, διότι αισθάνονται ότι δημιουργούν και προσφέρουν. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια συχνά αναφέρουν πόσο σημαντικό είναι να έχουν μία δουλειά με νόημα, η οποία ουσιαστικά τους βοηθά να φτάσουν τους προσωπικούς τους στόχους, να έχουν ελπίδες και φιλοδοξίες, χαρακτηριστικά που αποτελούν σημαντικές συνιστώσες για το αίσθημα της ψυχικής ευεξίας (Bond et al., 2001).

Η εργασία, όχι μόνο συμβάλλει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης αλλά συμβάλλει και στην καλύτερη διαχείριση και μείωση των αρνητικών, θετικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Bell & Milstein, 1993). Ιδιαίτερα σημαντικό για τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι να εργάζονται σε ένα “ασφαλές” περιβάλλον αλλά και να νιώθουν ότι η δουλειά που εκτελούν είναι σημαντική (Dick & Shepherd, 1994)20 αλλά και ότι έχει αντίκτυπο στη ζωή άλλων ανθρώπων (Yilmaz, Josephsson, Danermark, & Ivarsson, 2009).

Επιπλέον, σε αντίθεση με τους φόβους που εκφράζονται από τους άνεργους ασθενείς, οι εργαζόμενοι δηλώνουν πως αποσπάται η προσοχή τους από τα συμπτώματα και συνεπώς φαίνεται πως ενισχύεται η πνευματική τους υγεία. Αν η σχιζοφρένεια συνδέεται και με κατάθλιψη, οι ασθενείς τις περισσότερες φορές αδυνατούν να εργασθούν, καθώς αισθάνονται διαρκή κόπωση και την διάθεση τους βαλλόμενη. Τα παραπάνω οδηγούν τους ασθενείς τις περισσότερες φορές στην κοινωνική απομόνωση, καθώς η οικονομικής φύσεως δυσαρέσκεια, δεν τους επιτρέπει να

διασκεδάσουν με φίλους ή να ξοδέψουν χρήματα για τις απαιτούμενες ανάγκες του σπιτιού. Έτσι, η ποιότητα ζωής τους μοιάζει δυσοίωνη.

Στον οικονομικό αντίποδα, ασθενείς οι οποίοι δεν εργάζονται αισθάνονται λιγότερο χρήσιμοι για τον εαυτό τους και για την οικογένεια τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών οι ασθενείς που εργάζονται, δεν είχαν στατιστικώς σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής αν και ανέφεραν χαρακτηριστικά υψηλότερο ποσοστό αυτοεκτίμησης συγκριτικά με αυτούς που δεν εργάζονται. Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη λήψη των φαρμάκων σε σχέση με την οικονομική κατάσταση και την εργασία.

Παράλληλα, έρευνα που εστίαζε στη μέτρηση της ποιότητας ζωής και πραγματοποιήθηκε στις πόλεις του Κολοράντο, του Βερολίνου και της Βέρνης, κατέδειξε μη στατιστικώς σημαντικές διαφορές στους εν λόγω ασθενείς, ακόμη και αν στη Ελβετία το επίπεδο διαβίωσης των πολιτών είναι υψηλότερο. Παρόλα αυτά οι εργαζόμενοι σχιζοφρενείς παρουσίασαν μειωμένη ψυχοπαθολογία, έναντι των μη εργαζομένων και περισσότερα πλεονεκτήματα στα αποτελέσματα των υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων της ποιότητας ζωής. Επίσης πιο ικανοί να αναγνωρίσουν τη σημασία της εργασίας.

Τα αποτελέσματα δείχνουν πως η εργασία σχετίζεται με σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής για τα άτομα με σχιζοφρένεια, αλλά ότι τα προγράμματα συντάξεων αναπηρίας στις Ηνωμένες Πολιτείες θα μπορούσαν να εισάγουν αντικίνητρα εργασίας. Συμπληρωματικά, σημαντικός τομέας για την ποιότητα της ζωής όχι μόνο των ατόμων με σχιζοφρένεια αποτελεί ο ανεξάρτητος βίος. Μέσα από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές εκφράζουν την επιθυμία τους να ζήσουν μόνοι τους και ανεξάρτητοι (Forshuk, Nelson, & Brent Hall, 2006; Seilheimer & Doyal, 1996).

Η αυτονομία στην κατάσταση της διαβίωσης συσχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Συνεπώς η ικανοποιητική οικονομική κατάσταση η οποία θα προκύπτει από την εργασία, μπορεί να εξασφαλίσει στους ασθενείς έναν αξιοπρεπή και ανεξάρτητο βίο. Η κατοχή ενός δικού τους καταλύματος ήταν κάτι που τους έδινε ελπίδα αλλά και την επιθυμία να προχωρήσουν μπροστά (Forshuk et al., 2006), ενώ σύμφωνα με τον Padgett (2007) ένα ανεξάρτητο κατάλυμα προσφέρει ένα αίσθημα ασφάλειας στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Σε γενικές γραμμές, οικονομικά εξαρτημένοι ασθενείς, αλλά και οι άνεργοι, παρουσιάζουν λιγότερο ποιοτική ζωή έναντι των επαγγελματικά ενεργών ατόμων (Marta Makara-Studzińska, Małgorzata Wołyniak, Iwona Partyka 2011).

Η αυτονομία στην κατάσταση της διαβίωσης συσχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα, με δεδομένο το μέγεθος των αστεγών στους χρόνια ψυχικά ασθενείς και στην ένταξη τους προς την κοινότητα (Koivumaa-Honkanen H, Viinamaki H, Honkanen R, et al 1996). Υπολογίζεται ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια εστιάζουν στη φαρμακευτική αγωγή και συνεπώς δαπανούν χρήματα για την κάλυψη αυτής. Σύμφωνα με τους Stephen Almond et al (2004), οι σχιζοφρενείς ασθενείς που παρουσιάζουν υποτροπή, επιβαρύνονται οικονομικά τέσσερις φορές περισσότερο έναντι εκείνων που δεν υποτροπιάζουν. Ωστόσο η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών δεν παρουσιάζει στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Ίσως αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς που είχαν παρουσιάσει υποτροπή πιθανώς να παρουσίασαν κάποια βελτίωση.

Ο οικονομικός παράγοντας, φαίνεται να αποτελεί μέρος της πρόγνωσης και επιλογής της θεραπείας της σχιζοφρένειας. Για την εξοικονόμηση χρημάτων, τηρώντας όμως τη φαρμακευτική αγωγή, στη Μεγάλη Βρετανία, διαπιστώθηκε ότι με τη χρήση κλοζαπίνης διασφαλίζονται περισσότερα χρήματα σε σχέση με άλλες φαρμακευτικές ουσίες(L M Davies and M F Drummond , 1993). Βέβαια, σε άλλη έρευνα, δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη λήψη των φαρμάκων σε σχέση με την οικονομική κατάσταση και την εργασία. Τη στιγμή που τα δεδομένα της βιβλιογραφίας δεν συγκλείνουν δημιουργείται αυτομάτως το ερευνητικό ερώτημα κατά πόσο επηρεάζεται η σχέση της ποιότητας ζωής των σχιζοφρενών ασθενών και της οικονομικής και εργασιακής κατάστασης.

2.6 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η φαρμακευτική αγωγή αδιαμφισβήτητα αποτελεί τον σημαντικότερο μέσο θεραπευτικής αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας. Η επιλογή της αγωγής αποτελεί επίσης πρόκληση στον ψυχιατρικό τομέα. Καθορίζει σημαντικά την πορεία της ασθένειας, επηρεάζοντας θετικά είτε αρνητικά την έκφραση της. Επιπλέον, η επιρροή της φαρμακευτικής αγωγής. Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της ζωής, όπως η ηλικία, το φύλο, η σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας, οι παρενέργειες και η υποκειμενική ανταπόκριση του ασθενούς στη φαρμακευτική αγωγή.

Σύμφωνα με τους Awad et al(1992.), η πιο σημαντική πτυχή της ποιότητας ζωής είναι το πώς ένα άτομο αισθάνεται και λειτουργεί στην καθημερινή ζωή. Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει μια συσχέτιση μεταξύ της υποκειμενικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και των αρνητικών συμπτωμάτων και την κατάθλιψη στην σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με τους Anna Galuppi et al υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων και της ποιότητα ζωής.(Tempier R, et al, 1999).

Τα άτομα που φέρουν αρνητικά συμπτώματα, έχουν χειρότερη αντίληψη της ποιότητας ζωής (Mahmoud et al 1999). Πρόσφατες έρευνες έχουν παρατηρήσει ότι τα νέα αντιψυχωσικά φάρμακα φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά από ό, τι τα συμβατικά αντιψυχωσικά στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυτό θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με τους H.T. Koivumaa-Honkanen et al (1999)οι σχιζοφρενείς ασθενείς παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι για την ποιότητα ζωής τους απ'ότι άλλοι ασθενείς με άλλες ψυχικές διαταραχές.(Tempier R 1999).Υπάρχουν πολύ λίγες έρευνες που αναλύουν τη δράση μεταξύ των νέων αντιψυχωσικών φαρμάκων και της ποιότητας ζωής.

Η κλοζαπίνη έχει αποδειχθεί ότι δύναται να βελτιώσει την ποιότητα ζωής στο διάστημα 6 μηνών, ενώ η ολανζαπίνη (Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramirez LF 1990), (Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL.1997)έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματική από ό, τι η αλοπεριδόλη στην βελτίωση της ποιότητας ζωής με την πάροδο του χρόνου (έως 24 εβδομάδες). Οι βελτιώσεις αυτές συνδέονται με λιγότερα αρνητικά συμπτώματα και εξωπυραμιδικές παρενέργειες, καθώς παράλληλα βελτιώνουν τη διάθεση.(Hamilton SH, Revicki DA, Genduso LA,

Beasley CM 1998),(Revicki DA, Genduso LA, Hamilton SH, Ganoczy D, Beasley 1999).

Οι μελέτες αξιολόγησης των επιπτώσεων της ρισπεριδόνης και της ολανζαπίνης για την ποιότητα της ζωής του ασθενούς καταδεικνύει παρόμοια ή καλύτερα αποτελέσματα για τη ρισπεριδόνη. Η δράση λοιπόν της ρεσπεριδόνης φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα ζωής από την έναρξη της λήψης της μέχρι και έπειτα από 4 μήνες.(Ho BC, Miller D, Nopoulos P, Andreasen NC 1999), (Mahmoud RA, Engelhart Lm, Janatap C, Awad G.1999).

Μελέτες δείχνουν ότι τα νέα αντιψυχωσικά μπορεί να φέρουν θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, και το δεδομένο αυτό συνδέεται συχνά με βελτιώσεις στην ψυχοπαθολογία του ασθενούς όπως και με τα συμπτώματα κατάθλιψης. Σε ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Raymond Tempier et al(2001)στο McGill University Health Centre (Raymond Tempier, MD, MSc; Nicole Pawliuk, MA Tempier, Pawliuk , 2001)βρέθηκαν πολύ λίγες διαφορές σε υποκειμενικές αξιολογήσεις της ποιότητας της ζωής των ασθενών που λαμβάνουν τα συμβατικά, νέα ή μικτά αντιψυχωσικά φάρμακα.

Οι ασθενείς που λαμβάνουν «τη νέα γενιά» των αντιψυχωσικών φαρμάκων βρέθηκε πως η ποιότητα της ζωής τους επιδεινώθηκε μόνο στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων και όχι σε αυτόν της υγείας. Παραδείγματος χάριν στην εν λόγω έρευνα, η φαρμακευτική αγωγή παίζει ένα μικρό ρόλο απ'ότι η επιθυμία του ασθενούς για την καλύτερη στέγαση. Συνεπώς, σε πολλές περιπτώσεις άλλοι παράγοντες φαίνεται να έχουν εξέχοντα ρόλο στη ποιότητα ζωής, και η αιτία να μην είναι η φαρμακευτική αγωγή. Αντιθέτως, άλλες έρευνες έχουν φανερώσει ότι οι ασθενείς πολλές φορές δηλώνουν ανικανοποίητοι για την έκβαση της ασθένειάς τους και ως εκ τούτου για την ποιότητα ζωής τους.

Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να οφείλονται στο ότι τα άτομα που λαμβάνουν τα νέα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν «αναζωοπωρωθεί». (Voruganti LNP, 1999). Οι ασθενείς μπορούν να είναι περισσότερο ενήμεροι, λιγότερο παθητικοί και λιγότερο αυτάρκεις, και έτσι μπορεί να έχουν υψηλότερες προσδοκίες ζωής από ό, τι εκείνες που αφορούν τα συμβατικά αντιψυχωσικά, και τις προσδοκίες της ζωής. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα μιας μελέτης (Tempier R, Spreng S, 2000) δείχνουν ότι μετά από 8-12 μήνες λήψης ρισπεριδόνης, η ποιότητα της ζωής επιστρέφει στα αρχικά επίπεδα, γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο η φαρμακευτική αγωγή βελτιώνει τις προσδοκίες της ζωής, οι ασθενείς μπορεί να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με ό, τι έχουν. Βέβαια, υφίσταται και η κατηγορία των ασθενών που δε λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Πολλές φορές αυτό έχει ως αποτέλεσμα επανειλημμένες νοσηλείες.

Σύμφωνα με τους J M Atkinson et al . σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε, σχιζοφρενείς ασθενείς υποβλήθησαν σε μια διαδικασία εκπαιδευτικής επιμόρφωσης που είχε ως στόχο τη μύηση τους στη φαρμακευτική αγωγή. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: δεν πραγματοποιήθηκε καμία αλλαγή έδειξαν στη νοητική κατάσταση ή τη συμμόρφωση σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Τα οφέλη όμως εστίασαν, την κοινωνική λειτουργικότητα και την κοινωνική δικτύωση και στην ποιότητα της ζωής.

Οι Svedberg, Jormfeldt, και Arvidsson (2003), παρατήρησαν ότι όταν ο ειδικός δίνει προσοχή στον ασθενή σαν άτομο πίσω από την ασθένεια, τον ακούει και τον παρακολουθεί είχε θετικά αποτελέσματα όσον αφορά τα άτομα με ψυχικά

προβλήματα . Επίσης υπογράμμισαν το γεγονός ότι όταν ο ασθενής βλέπει τον ίδιο γιατρό για μεγάλο χρονικό διάστημα αυτό βοηθάει στην δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και στην προώθηση της αλληλεπίδρασης με τον ειδικό. Τέλος, σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής μπορεί να αποτελέσει η χρήση άλλων φαρμάκων.

Παραδείγματος χάρη, τα αντικαταθλιπτικά και αντι-παρκινσονικά φάρμακα ανακουφίζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα της δυστονίας και μπορεί να αυξήσουν την υποκειμενική ποιότητα ζωής. Μετέπειτα αναλύσεις, ωστόσο, έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά σε ασθενείς που λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά ή αντι-παρκινσονικά φάρμακα έναντι εκείνων που δεν λαμβάνουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ

Στα πλαίσια της διεξαγωγής συμπεράσματος σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια, σκόπιμη θεωρήθηκε η διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Η παρούσα έρευνα είναι ποσοτική, καθώς πραγματοποιήθηκε ανάλυση ποσοτικών δεδομένων. Η συγκεκριμένη έρευνα λοιπόν, στοχεύει στην εξέταση των διαφόρων πτυχών- παραγόντων της ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια, με σκοπό τη διεξαγωγή του συμπεράσματος αν η ποιότητα της ζωής των ατόμων με ψύχωση είναι επηρεασμένη και σε τι ποσοστό καθώς και ποιός παράγοντας φαίνεται να την επηρεάζει περισσότερο.

Η αξιολόγηση των γλωσσικών και γνωστικών ικανοτήτων αποτελούν πολύτιμες παραμέτρους που θα ληφθούν υπόψη ως προς την διεξαγωγή συμπεράσματος για την ποιότητα ζωής. Γι αυτόν το λόγο, η διαδικασία της έρευνας αφορά στην χορήγηση εργαλείων αξιολόγησης και διάγνωσης, τα οποία εξετάζουν το λόγο, τις γνωστικές ικανότητες και φυσικά την ποιότητα ζωής του δείγματος.

3.2 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Η διαδικασία επιλογής του δείγματος, κρίθηκε με βάση τη ψυχιατρική διάγνωση αλλά και με τη φάση στην οποία βρίσκονταν. Πριν να πραγματοποιηθεί η διαδικασία της αξιολόγησης, ο κάθε ασθενής ερωτούνταν αν συναινεί στο να συμμετέχει στην παρούσα έρευνα, ενώ παράλληλα δίνονταν λεπτομέρειες αυτής. Εκτός εξέτασης βρέθηκαν οι ασθενείς οι οποίοι δεν επιθυμούσαν να αξιολογηθούν, εκείνοι οι οποίοι κρίνονταν από τους ειδήμονες ψυχιάτρους επικίνδυνοι, ή ακόμη εκείνοι οι οποίοι κατά την πορεία της θεραπείας τους είχαν αλλάξει διάγνωση.

Όλοι ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα, συνεργάστηκαν με προθυμία και επιτυχία, ακόμη και αν παρουσιάζονταν αρχικά ανασφαλείς και νευρικοί σχετικά με τη διαδικασία. Το δείγμα αποτέλεσαν λοιπόν, 47 άτομα με διαγνωσμένη σχιζοφρένια. Οι ασθενείς ήταν άνδρες και γυναίκες, (26 άνδρες-21 γυναίκες) με ποσοστό 62% και 38% αντίστοιχα., ενώ το ηλικιακό φάσμα ήταν 18 έως 65 ετών. Όλοι τους προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ρίου, στο τμήμα της ψυχιατρικής κλινικής. Σύμφωνα μάλιστα με τα δεδομένα, η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, ήταν αυτή των 40-45 ετών με ποσοστό 27% ακλουθούν οι ηλικίες 35-40 και 60-65 ετών με ποσοστό 13% και 13% αντίστοιχα. Στις μικρότερες ηλικίες όπως 25-30 και 30-35 ετών τα ποσοστά είναι της τάξης των 9% και 4%, δηλαδή κατά πολύ μικρότερα έναντι των προηγούμενων.

Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ελεύθεροι (35 άτομα με ποσοστό 74%), οι δεσμευμένοι λαμβάνουν ποσοστό 11%, ενώ οι έγγαμοι έχουν ποσοστό 15%. Σχετικά με το εισόδημα, οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων, με ποσοστό 82,90%, απάντησε πως το ετήσιο εισόδημα τους δε ξεπερνά τις 15.000€ ενώ μόλις το 9,10% των γυναικών απάντησαν πως το εισόδημα τους είναι από 15.001-30.000€. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με σχιζοφρένια (57%) ζει με τους γονείς τους ενώ μόνο το 6% και 9% έχει παντρευτεί ή έχει δημιουργήσει οικογένεια αντίστοιχα. Το 15% από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμβιώνει με οικογενειακά πρόσωπα-αδέρφια και μόνο το 13% ζει μόνο του.

Η κατάσταση δείχνει σαφώς καλύτερη σε ότι αφορά στην εκπαίδευση δεδομένου ότι η μειοψηφία των ασθενών ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (ποσοστό 15%) ενώ στον αντίποδα, το 57% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ υπάρχει και ένα 28% που έχει συνεχίσει τις σπουδές του στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η καταγωγή τους είναι ελληνική με τους περισσότερους να είναι κάτοικοι Πατρών και των γύρω περιοχών (Καλάβρυτα, Αίγιο, Κάτω Αχαΐα, Πύργο). Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρικές κλινικές, εκτός από αυτή του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ρίου, σε αυτή της Τρίπολης αλλά και της Αθήνας, πάνω από μια φορά.

Παράλληλα κάποιοι ασθενείς υπέφεραν και από κατάθλιψη, ενώ οι περισσότεροι είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό εμφάνισης της ασθένειας. Εκτός από το φύλο, το δείγμα χαρακτηρίζεται ποικιλόμορφο. Το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπως και το οικονομικό διέφερε ανάμεσα στο δείγμα, με τους περισσότερους ασθενείς όμως να μην έχουν ολοκληρώσει τη σχολική τους εκπαίδευση και να δηλώνουν πως η οικονομική τους κατάσταση ήταν κάτω του μετρίου. Η οικογενειακή τους κατάσταση δεν διέφερε σημαντικά. Η πλειοψηφία των ασθενών ζει με τους γονείς τους, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Ελάχιστοι ήταν εκείνοι που ζουν ανεξάρτητα.

3.3 ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν το Montreal Cognitive Assessment (MoCA, original version), το Έντυπο Αξιολόγησης Διαγνωστικής

Εξέτασης της Βοστώνης για την Αφασία, το τεστ αξιολόγησης της ποιότητας ζωής WHOQOL-BREF((Μετάφραση-Προσαρμογή: Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση και συν, 2000) η σύντομη εκδοχή του Boston Naming Test (BNT), καθώς και οι ψυχιατρικές κλίμακες GAF και PANSS .

Montreal Cognitive Assessment (Moca)

Το Montreal Cognitive Assessment, σχεδιασμένο από τον Δρ. Ziad Nasreddine στο Μόντρεαλ του Καναδά, το 1996, αναπτύχθηκε ως ένα γρήγορο εργαλείο ελέγχου και αξιολόγησης για διαφόρων τύπων γνωστικές δυσλειτουργίες. Ειδικότερα, δυνατή κρίνεται η ανίχνευση της πρώιμης άνοιας τύπου Alzheimer . Αξιολογεί τους τομείς/περιοχές της προσοχής και συγκέντρωσης, τις εκτελεστικές λειτουργίες και τη μνήμη.

Ακόμη, αποτελεί ένα ολοκληρωμένο και σύντομο εργαλείο αξιολόγησης και διάγνωσης του ποσοστού γνωστικής έκπτωσης, καθώς αξιολογούνται τομείς του λόγου, όπως η γλώσσα/ομιλία, αλλά και άλλες ικανότητες όπως οι οπτικές δεξιότητες, η εννοιολογική σκέψη, οι αριθμητικοί υπολογισμοί και ο προσανατολισμός στο χώρο και στο χρόνο. Το MoCa έχει δοκιμαστεί σε 14 διαφορετικές γλώσσες, σε ηλικίες όπως η ηλικία των 49+ αλλά υπάρχει και το ηλικιακό επίπεδο των 85+. Με τη χρήση του MoCa επιτυγχάνεται η ανίχνευση της γνωστικής διαταραχής σε ποσοστό ακρίβειας 90-96% 87 % και με βαθμό εμπιστοσύνης 95%. Η άνοια τύπου Alzheimer ανιχνεύεται σε ποσοστό 100% με ακρίβεια 87%.

Ο συνολικός χρόνος χορήγησης στον ασθενή, είναι περίπου 10 λεπτά ,ενώ η δυνατή συνολική βαθμολογία είναι 30 πόντοι, με το σκορ των 26 πόντων ή περισσότερων(από 26 και πάνω) να θεωρείται φυσιολογικό. Για να ρυθμιστεί καλύτερα το moca στα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο(4-9 χρόνια εκπαίδευσης) θα πρέπει να προστεθούν 2 πόντοι στο συνολικό σκορ, ενώ για εκείνους που έχουν 10 -12 χρόνια εκπαίδευσης, 1 πόντος /βαθμός.

Επιπλέον, υπάρχει μία πρόσφατη έρευνα που υποδηλώνει ότι η μείωση του σκορ με όριο έως το 23 μπορεί να προλάβει την διάγνωση των γνωστικών διαταραχών σε φυσιολογικά άτομα Το εύρος της βαθμολογίας για την γνωστική διαταραχή (MCI) είναι 19-25.2 και για την άνοια τύπου Alzheimer 11.4-21.

Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE):

Το Έντυπο Αξιολόγησης Διαγνωστικής Εξέτασης της Βοστώνης για την Αφασία(BDAE) είναι ένα τεστ που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των ενηλίκων όταν υπάρχει υποψία για την ύπαρξη αφασίας. Δημιουργήθηκε από τον Harold Goodglass και την Edith Kaplan. Το BDAE αξιολογεί τις γλωσσικές δεξιότητες που βασίζονται στις δεξιότητες της αντίληψης, τις λειτουργίες επεξεργασίας , και τους τρόπους αντίδρασης. Ο χρόνος χορήγησης που απαιτείται κυμαίνεται από 35 έως 45 λεπτά..

Η εξέταση έχει σχεδιαστεί για να πάει πέρα από τους απλούς λειτουργικούς ορισμούς της αφασίας στις συνιστώσες των δυσλειτουργιών γλώσσας (συμπτώματα) που έχουν αποδειχθεί ότι αποτελούν τη βάση των διαφόρων αφασικών συνδρόμων. Έτσι, αυτή η δοκιμή αξιολογεί διάφορες αντιληπτικές λεπτομέρειες (π.χ., ακουστικές, οπτικές), λειτουργίες επεξεργασίας (π.χ., κατανόηση, ανάλυση, επίλυση προβλημάτων), και τους τρόπους αντίδρασης (π.χ., τη γραφή, την άρθρωση, και τις πράξεις χειραγώγησης).

Πιο συγκεκριμένα αξιολογεί τον λόγο και την ομιλία κατά τη διάρκεια της συνομιλίας, την ακουστική κατανόηση του ασθενή σε επίπεδο απλών και σύνθετων εντολών με συνολική βαθμολογία 64 βαθμών, την προφορική έκφραση με σκοπό την αξιολόγηση της ποιοτικής άρθρωσης και των παραφρασιών με συνολική βαθμολογία 34 βαθμών καθώς και την ανάγνωση σε επίπεδο λέξεων-προτάσεων κτλ με βαθμολογία 37 βαθμών. Ακόμα, εξετάζεται η ικανότητα κατονομασίας του ασθενή με τη βοήθεια εικόνων αλλά και ερωτήσεων με συνολική βαθμολογία 90 βαθμών.

Τέλος, η γραφή αποτελεί τον τελευταίο τομέα αξιολόγησης του συγκεκριμένου τεστ, η οποία μπορεί να βαθμολογηθεί μέχρι τους 26 βαθμούς. Το BDAE, αποτελεί ένα απλό εγχειρίδιο, εύχρηστο και μεθοδικό και αξιόπιστο που καταδεικνύει τα ελλείμματα του λόγου οποιασδήποτε αιτιολογίας. Για τους προαναφερθέντες λόγους χρησιμοποιείται και στην παρούσα εργασία για την ανίχνευση των γλωσσικών ελλειμμάτων των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Boston Naming Test-short (BNT):

Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκε η σύντομη εκδοχή του Boston Naming Test (BNT). Το εν λόγω τεστ εισήχθη το 1983 από τους Δρ. Edith Kaplan, Harold Goodglass και Sandra Weintraub, είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αξιολόγησης για τη μέτρηση της ικανότητας κατονομασίας σε άτομα με αφασία ή με άλλες διαταραχές του λόγου που προκαλούνται από εγκεφαλικά επεισόδια, η νόσος του Alzheimer, ή άλλες γνωστικές διαταραχές. Επίσης αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την εξέταση των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και την αξιολόγηση των ενηλίκων με εγκεφαλικές βλάβες.

Το BNT- short περιλαμβάνει 20 γραμμικά σχέδια τα οποία ταξινομούνται σε ανάλογο βαθμό δυσκολίας. Οι ασθενείς με ανομία έχουν συχνά μεγαλύτερες δυσκολίες με την κατονομασία, όχι μόνο με τα αντικείμενα δύσκολης και χαμηλής συχνότητας, αλλά και εύκολα αντικείμενα, υψηλής συχνότητας. Ο εξεταστής αρχίζει με το σημείο 1 και συνεχίζεται μέχρι σημείο 20, εκτός αν ο ασθενής αρνείται να συνεχίσει. Ο ασθενής καλείται να πει στον εξεταστή το όνομα της κάθε εικόνας και του δίνεται περίπου 20 δευτερόλεπτα για να απαντήσει για κάθε δοκιμή. Ο εξεταστής καταγράφει τις απαντήσεις του ασθενούς με κάθε λεπτομέρεια, με τη χρήση κωδικών. Εάν ο ασθενής αδυνατεί να δώσει τη σωστή απάντηση, ο εξεταστής μπορεί να δώσει στον ασθενή μια φωνολογική βοήθεια, δηλαδή το αρχικό άκουσμα της λέξης-στόχου. Αφού η δοκιμασία ολοκληρωθεί, ο εξεταστής καταμετρά τα στοιχεία + ή - σύμφωνα με τις διαδικασίες κωδικοποίησης.

Η αξιολόγηση διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Ο ασθενής έχει 20 δευτερόλεπτα για να απαντήσει σε κάθε σημείο. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται ως σωστό, είτε ως σωστό με σημασιολογική βοήθεια, ή σωστό με φωνολογική βοήθεια. Δεδομένης της αξιοπιστίας του, που προσεγγίζει το 92% (Nicholas LE, Brookshire RH, MacLennan DL, Schumacher JG, Porrizzo SA (1988) της δυνατότητας καταγραφής της

κατονομαστικής ικανότητας, αλλά και του επιπέδου του λεξιλογίου, χρησιμοποιείται στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια.

World Health Organization Quality Of Life- BREF (WHOQOL):

Το WHOQOL-BREF, αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Όμιλο με WHOQOL με τη συνεργασία δεκαπέντε διεθνών κέντρων πεδίου, κατά την προσπάθεια ανάπτυξης ενός εργαλείου αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που θα ισχύει διαπολιτισμικά. Η ανάπτυξη του WHOQOL-100, έχει περιγραφεί λεπτομερώς από τους Orley & Kuyken, 1994, Szabo (1996). Αυτό το έγγραφο δίνει ένα εννοιολογικό υπόβαθρο για τον ορισμό της ποιότητας ζωής και αποτελεί την ανάπτυξη του WHOQOL-BREF, μια συντετμημένη εκδοχή του WHOQOL-100.

Ο WHO ξεκίνησε να χρησιμοποιεί την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής για διάφορους λόγους. Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια διεύρυνση στο επίκεντρο της μέτρησης της υγείας, πέρα από τους παραδοσιακούς δείκτες υγείας, ώστε να περιλαμβάνονται μέτρα όπως η επίπτωση της νόσου και η δυσλειτουργία στις καθημερινές δραστηριότητες, η συμπεριφορά π.χ. προφίλ ασθένειας, επιπτώσεις (Bergner, Bobbitt, Carter et al, 1981), η αντίληψη για το προφίλ της υγείας των ασθενών (πNottingham Health Hunt, McKenna και McEwan, 1989) ή / και το προφίλ της αναπηρίας (MOS SF-36, Ware et al, 1993). Οι παράμετροι αυτοί, ενώ αναφέρουν τις επιπτώσεις της νόσου, δεν αξιολογούν την ποιότητα ζωής καθαυτή, η οποία έχει εύστοχα περιγραφεί ως ένας παράγοντας ο οποίος "λείπει ως μέτρηση στον τομέα της υγείας" (Fallowfield, 1990).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έχει αναγνωρίσει την ανάγκη για την ανάπτυξη ενός εργαλείου που καταμετρά την ποιότητα της ζωής παγκοσμίως, στα πλαίσια ενός ολιστικού μοντέλου προσέγγισης στον τομέα της υγείας. Το τεστ WHOQUAL-BREF, διατίθεται σε 19 γλώσσες. Κατά τη διάρκεια χορήγησης του, ο εξεταζόμενος καλείται να το συμπληρώσει μόνος του, αν για οποιονδήποτε λόγο αυτό δεν δύναται, χρησιμοποιείται κάποιος βοηθός.

Στην κλινική πράξη, οι εκτιμήσεις WHOQOL βοηθούν τους κλινικούς ιατρούς στην λήψη αποφάσεων σχετικά με τα σημεία στα οποία ένας ασθενής έχει πληγεί περισσότερο από την ασθένεια, και στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο WHOQOL – BREF επιτρέπει στους επαγγελματίες της υγείας να αξιολογήσουν τις αλλαγές στην ποιότητα της ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αναμένεται ότι στο μέλλον το WHOQOL 100 και το WHOQOL -BREF θα αποδειχθούν χρήσιμα στην έρευνα πολιτικής για την υγεία και θα αποτελούν μια σημαντική πτυχή της ρουτίνας ελέγχου της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Επειδή το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε διαπολιτισμικά, οι ειδικοί υγειονομικής περίθαλψης σε χώρες όπου δεν υπάρχει επί του παρόντος επικυρωμένη μέτρηση της ποιότητας ζωής, μπορούν να είναι βέβαιοι ότι τα δεδομένα που προκύπτουν από εργασίες που περιλαμβάνουν τις εκτιμήσεις WHOQOL θα είναι πραγματικά ευαίσθητα στο περιβάλλον τους. Η WHOQOL - BREF (Field Trial Version) παράγει ένα προφίλ αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.

Στο πρώτο στάδιο χορήγησης αυτού του τεστ, περιλαμβάνεται η διευκρίνιση της έννοιας και του ορισμού της ποιότητας της ζωής στον ασθενή. Με απλό τρόπο γνωστοποιείται η διαδικασία της συμπλήρωσης του εν λόγω ερωτηματολογίου, ο λόγος συμπλήρωσης του καθώς και η υποκειμενικότητα των απαντήσεων. Ειδικότερα, είναι δυνατό να διαιερεί σε τέσσερις τομείς βαθμολογιών. Οι τέσσερις τομείς-πεδία βαθμολογιών υποδηλώνουν την αντίληψη της ποιότητας ζωής του ατόμου σε κάθε συγκεκριμένο πεδίο.

Ο τομέας 1 αφορά στη σωματική υγεία, ο τομέας 2 στην ψυχολογία, ο τομέας 3 στις κοινωνικές σχέσεις και ο τομέας 4 στο περιβάλλον. Ειδικότερα, οι τέσσερις τομείς αναλύονται ως εξής: σωματική υγεία (7 στοιχεία) , ψυχολογική υγεία (6 στοιχεία), κοινωνικές σχέσεις (3 στοιχεία) , καθώς και την περιβαλλοντική υγεία (8 στοιχεία) και δύο αναφέρονται στη συνολική ποιότητα ζωής και γενικά στα θέματα υγείας. Ο τομέας της υγείας περιλαμβάνει τα στοιχεία σχετικά με την κινητικότητα , τις καθημερινές δραστηριότητες , τη λειτουργική ικανότητα και την ενέργεια , τον πόνο , και τον ύπνο. Ο ψυχολογικός τομέας μετρά το πώς ο εξεταζόμενος βλέπει τον εαυτό του(εικόνα του εαυτού του), τις αρνητικές σκέψεις , τη θετική στάση , την αυτοεκτίμηση, τη νοοτροπία, την ικανότητα μάθησης , τη μνήμη και τη συγκέντρωση και την ψυχική κατάσταση. Ο τομέας των κοινωνικών σχέσεων περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τις προσωπικές σχέσεις , την κοινωνική υποστήριξη , και τη σεξουαλική ζωή.

Ο τομέας του περιβάλλοντος στην υγεία καλύπτει θέματα που σχετίζονται με οικονομικούς πόρους , την ασφάλεια , την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες , τη ζωή στο φυσικό περιβάλλον , τις ευκαιρίες για την απόκτηση νέων δεξιοτήτων και γνώσεων , την αναψυχή , γενικό περιβάλλον (θόρυβος , ρύπανση του αέρα , κλπ.) , και τη μεταφορά. Όλες οι βαθμολογίες μετασχηματίζονται ώστε να αντικατοπτρίζουν σκορ 4 έως 20 για κάθε τομέα με υψηλότερες βαθμολογίες εκείνες που αντιστοιχούν σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής . Οι απαντήσεις αφορούν 5 σημεία της κλίμακας που έχουν σχεδιαστεί και δοκιμαστεί ώστε να αντικατοπτρίζουν την ένταση, την ικανότητα, τη συχνότητα και την αξιολόγηση. Οι απαντήσεις ήταν «πόσο», πόσο συχνά », «πόσο καλός» ή «πόσο ικανοποιημένοι», Το χρονικό διάστημα των απαντήσεων που αξιολογείται, αφορά στις τελευταίες 2 εβδομάδες .

Οι βαθμολογίες του τομέα κλιμακώνονται σε μια θετική κατεύθυνση (δηλαδή υψηλότερες βαθμολογίες δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής). Η μέση βαθμολογία των ειδών μέσα σε κάθε πεδίο χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό της βαθμολογίας του πεδίου .Οι βαθμολογίες πολλαπλασιάζονται στη συνέχεια με το 4 , προκειμένου να καταστεί το σκορ στον κάθε τομέα ξεχωριστά. Όταν λείπουν περισσότερο από 20% των δεδομένων από μια αξιολόγηση, η αξιολόγηση θα πρέπει να απορρίπτεται . Πρέπει να τονιστεί ότι όταν ένα στοιχείο λείπει, ο μέσος όρος των άλλων στοιχείων του πεδίου υποκαθίσταται. Σε περίπτωση που περισσότερα από δύο στοιχεία που λείπουν από το κάθε πεδίο, η βαθμολογία του πεδίου δεν θα πρέπει να υπολογίζεται (με εξαίρεση τον τομέα 3, όπου ο τομέας θα πρέπει να υπολογίζεται μόνο εάν <1 στοιχείο λείπει).

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί για να επιβεβαιώσουν την εγκυρότητα ή μη, του ερωτηματολογίου αυτού δείχνουν ότι το WHOQOL-BREF έχει καλές έως εξαιρετικές ψυχομετρικές ιδιότητες και αποδίδει καλά σε προκαταρκτικές δοκιμές ισχύος. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, συνολικά, το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF είναι διαπολιτισμικό, όπως εκφράζεται από τα τέσσερα πεδία της: σωματικά, ψυχολογικά,

κοινωνικά και περιβαλλοντικά(, S. M., Lotfy, M. and O'Connell, K. A., 2004), (Skevington1, M. 2004).

Συνεπώς, η αμεσότητα των ερωτήσεων και οι επιμέρους τομείς της ζωής που εξετάζονται, ο ελάχιστος χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση του και η εγκυρότητα του, καθιστούν το WHOQOL-BREF ιδανικό για την αξιολόγηση ης ποιότητας ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια(Ann Saudi, 2009).

Κλίμακα GAF

Η Παγκόσμια Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAF) είναι μια αριθμητική κλίμακα (από το 0 έως 100) που χρησιμοποιείται από τους κλινικούς γιατρούς της ψυχικής υγείας με σκοπό να αξιολογήσουν υποκειμενικά την κοινωνική, επαγγελματική και ψυχολογική λειτουργία των ενηλίκων, π.χ., το πόσο καλά ή προσαρμοστικά αντιμετωπίζει ένα άτομο διάφορα προβλήματα που συναντά στη ζωή.

Το DSM-IV καταγράφει την εξέλιξη της κλίμακας GAF. Οι απαρχές της κλίμακας που ξεκίνησε το 1962 με τη δημοσίευση της υγείας-ασθένειας Rating Scale (που βαθμολογήθηκε από 0 έως 100) από Luborsky et al al στο έγγραφο "Οι γιατροί Αποφάσεις Ψυχικής Υγείας". Αυτό στη συνέχεια αναθεωρήθηκε το 1976 ως Παγκόσμια Κλίμακα Αξιολόγησης στην εφημερίδα "Η Παγκόσμια Κλίμακα Αξιολόγησης: Διαδικασία για τη μέτρηση Συνολικά Σοβαρότητα από ψυχιατρική διαταραχή» από Endicott et al. Αυτό περαιτέρω τροποποιήθηκε και δημοσιεύθηκε ως Παγκόσμια Εκτίμησης της Λειτουργικότητας Κλίμακα στο DSM-III-R και DSM-IV. Κατωτέρω αναλύονται οι βαθμολογικές κατηγορίες της κλίμακας:

- 91-100 : Κανένα σύμπτωμα . Αριστη λειτουργία σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων
- 81- 90 : Απουσία συμπτωμάτων, ελάχιστα ή καθόλου συμπτώματα (π.χ. ελαφρύ άγχος πριν από εξετάσεις) , καλή λειτουργία σε όλους τους τομείς , ενδιαφέρον και συμμετοχή σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων , κοινωνική αποτελεσματικότητα , άτομα γενικά ικανοποιημένα με τη ζωή , όχι περισσότερο από τα καθημερινά προβλήματα ή ανησυχίες .
- 71-80 :Εάν τα συμπτώματα είναι παρόντα , αυτά είναι παροδικά και αποτελούν προσδοκώμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. , δυσκολία στη συγκέντρωση , μετά από οικογενειακή διαφωνία) δεν υπερβαίνει ελαφρά έκπτωση της κοινωνικής , επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. προσωρινά μένει πίσω στα μαθήματα) .
- 61 – 70: Ορισμένα ελαφρά συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική διάθεση και ήπια αϋπνία) ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική , ή τη λειτουργία (π.χ. , περιστασιακό σκασιαρχείο από το σχολείο , ή κλοπές μέσα στο σπίτι) , αλλά γενικά λειτουργεί αρκετά καλά , έχοντας κάποιες ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις σχολείο .
- 51-60: Μέτρια συμπτώματα (π.χ. , επίπεδο συναίσθημα και λεπτομερής ομιλία , περιστασιακές κρίσεις πανικού) ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική ,

επαγγελματική , ή λειτουργικότητα στο σχολείο (π.χ. , μερικούς φίλους , έρχεται σε σύγκρουση με τους συμμαθητές ή τους συναδέλφους) .

- 41-50: Σοβαρά συμπτώματα (π.χ. , αυτοκτονικός ιδεασμός , σοβαρές ψυχαναγκαστικές τελετουργίες , συχνές κλοπές σε καταστήματα) ή κάθε σοβαρή έκπτωση της κοινωνικής , επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. , δεν έχει φίλους , δεν μπορεί να κρατήσει μια δουλειά , δεν μπορεί να λειτουργήσει) .

- 31 - 40 :Κάποια έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας ή της επικοινωνίας (π.χ. , η ομιλία είναι μερικές φορές παράλογη) ή μείζων έκπτωση σε πολλούς τομείς , όπως η εργασία ή το σχολείο , τις οικογενειακές σχέσεις , την κρίση , τη σκέψη , ή διάθεσης (π.χ. , κατάθλιψη ενηλίκων με την οποία αποφεύγει τους φίλους του, παραμελεί την οικογένεια , και δεν είναι σε θέση να εργαστεί, παιδί που συχνά χτυπά μικρότερα παιδιά , είναι προκλητικό στο σπίτι , και αποτυγχάνει στο σχολείο) .

- 21-30 :Η συμπεριφορά επηρεάζεται σημαντικά από παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις ή σοβαρή βλάβη , στην επικοινωνία ή την κρίση (π.χ. , ενίοτε ασυνεπή , ενεργεί φανερά απρόσφορα , αυτοκτονικός ανησυχία) ή αδυναμία να λειτουργήσει σχεδόν σε όλους τους τομείς (π.χ. μένει στο κρεβάτι όλη μέρα , δεν δουλεύει , στο σπίτι , ή φίλους)

- 11 - 20 Υπάρχει κάποιος κίνδυνος να πληγώσει τον εαυτό ή τους άλλους (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας δίχως σαφή προσδοκία του θανάτου, συχνά βίαιος , μανιακή διέγερση) ή περιστασιακά αδυνατεί να διατηρήσει μια ελάχιστη προσωπική υγιεινή (π.χ. , επιχρίσματα κοπράνων) ή ακαθάριστο διαταραχή στην επικοινωνία (π.χ. , σε μεγάλο βαθμό ασυνάρτητη επικοινωνία ή βουβότητα) .

- 1 - 10 συνεχιζόμενος σοβαρός κίνδυνος να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους (π.χ. επαναλαμβανόμενες ενέργειες βίας) ή επίμονη αδυναμία να διατηρήσει μια ελάχιστη προσωπική υγιεινή ή σοβαρές αυτοκαταστροφικές πράξεις με σαφή προσδοκία του θανάτου .

- 0 Ανεπαρκείς πληροφορίες

Έχουν διεξαχθεί διάφορες έρευνες, σχετικά με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας gaf. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τους Mike Startup et al(2002), η κλίμακα GAF μπορεί να χαρακτηριστεί αξιόπιστη μετά από ελάχιστη εκπαίδευση. Παρέχει μια έγκυρη περίληψη των συμπτωμάτων και της κοινωνικής λειτουργίας μεταξύ των σχιζοφρενών ασθενών.

Κλίμακα PANSS

Η κλίμακα PANSS, ή αλλιώς κλίμακα θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, είναι μία ιατρική κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων των ασθενών με σχιζοφρένια. Η ονομασία αυτή αναφέρεται στους δύο τύπους συμπτωμάτων της σχιζοφρένιας όπως ορίζεται από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία: Τα θετικά κ αρνητικά συμπτώματα.

Η κλίμακα PANSS είναι βασισμένη σε μία κλινική συνέντευξη διάρκειας 45 λεπτών. Ο κλινικός διατυπώνει 30 ερωτήσεις οι οποίες καλύπτουν τα θετικά συμπτώματα (7

ερωτήματα) , τα αρνητικά (7 ερωτήματα) καθώς και τη γενική ψυχοπαθολογία (16 ερωτήματα) και στη συνέχεια βαθμολογεί.

Η υψηλότερη βαθμολογία που ισχύει καταχωρείται πάντα ακόμη και αν ο ασθενής πληροί τα κριτήρια για τα χαμηλότερα σημεία. Η ελάχιστη συνολική βαθμολογία είναι 30 βαθμοί ,ενώ η μέγιστη 120. Όσον αφορά τα θετικά συμπτώματα το σκορ κυμαίνεται από 7 ως 49, ενώ για τα αρνητικά από 7 ως 49 ακολούθως. Για τη κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας το σκορ κυμαίνεται από 16 ως 112. Οι βαθμολογίες συνήθως δίνονται χωριστά για τα θετικά , τα αρνητικά συμπτώματα καθώς και για τη κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας. Παρακάτω δίνονται αναλυτικά τα είδη συμπτωμάτων:

ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- 7 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ

- Αυταπάτες
- Εννοιολογική αποδιοργάνωση
- Ψευδαισθήσεις
- Υπερκινητικότητα
- Καχυποψία
- Εχθρότητα

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-7 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ

- Αμβλύ συναίσθημα
- Συναισθηματική απόσυρση
- Κακή επικοινωνία
- Απάθεια, κοινωνική απόσυρση
- Δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη
- Έλλειψη αυθορμητισμού και ροής συζήτησης
- Στερεότυπη σκέψη

ΓΕΝΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ- 16 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ

- Σωματική ανησυχία
- Ανησυχία
- Αίσθημα ενοχής
- Ιδιομορφίες

- Κατάθλιψη
- Κινητική καθυστέρηση
- Ανικανότητα συνεργασίας
- Ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης
- Αποπροσανατολισμός
- Κακή προσοχή
- Έλλειψη κρίσης
- Διαταραχή βούλησης
- Κακός έλεγχος, παρορμητικότητα
- Ανησυχία
- Κοινωνική αποφυγή

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες μελέτες σχετικά με την εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας PANSS. Πρόκειται για μία κλίμακα που μετρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων των ασθενών με σχιζοφρένια με ιδιαίτερη εγκυρότητα, αξιοπιστία, όπως αυτό αποδεικνύεται και κατοχυρώνεται από πλήθος πηγών(SR Kay, LA Opler, JP Lindenmayer «Reliability and validity of the PANSS of schizophrenics» Psychiatry research, 1988 - Elsevier) “Positive and negative syndrome scale for schizophrenic” (SR Kay, A Flszbein, LA Opfer - Schizophrenia bulletin, 1987).

3.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Αρχικά, ο συμμετέχων κάθεται στο δωμάτιο εξέτασης δίπλα στην λογοθεραπεύτρια. Το δωμάτιο στο οποίο πραγματοποιείται η διαδικασία, είναι κατά προτίμηση ένα ήσυχο δωμάτιο, όπου δεν θα αποσπάται η προσοχή του ασθενή από εξωτερικούς παράγοντες. Ο ασθενής κατά προτίμηση είναι μόνος του με τη λογοθεραπεύτρια. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό και όταν η ανασφάλεια που πιθανόν αισθάνεται ο ασθενής υπερισχύει, ο εξεταζόμενος δεν πρέπει να πιεστεί. Αντίθετα, στο χώρο εξέτασης εισάγεται και ο συνοδός του ασθενή. Δίνονται οι σαφείς οδηγίες και στο συνοδό σχετικά με τη διαδικασία αξιολόγησης και επισημαίνεται η ανάγκη να μην παρεμβαίνει στην κρίση του ασθενή, ώστε να μην επηρεάζεται η απάντηση του και συνεπώς τα αποτελέσματα της έρευνας.

Εξηγείται στον ασθενή με απλό τρόπο, ότι θα αξιολογηθεί η ικανότητα του λόγου, οι γνωστικές του ικανότητες όπως η μνήμη, αλλά και η ποιότητα της ζωής του. Καθίσταται σαφές στον εξεταζόμενο ότι επιθυμούμε να μάθουμε τις πραγματικές αντιλήψεις του για την ποιότητα ζωής του και ότι θα πρέπει να απαντήσει με γνώμονα αυτό που πιστεύει πραγματικά ως την πιο κατάλληλη απάντηση. Επίσης του εξηγούμε ότι δεν θα κριθεί από τις απαντήσεις που θα δώσει, ούτε από το χρόνο που απαιτείται για κάθε απάντηση και ότι φυσικά θα υπάρξει εχεμύθεια ως προς το όνομά του και τη συμμετοχή του στην έρευνα. Έτσι, καλείται να ηρεμήσει και όποτε

αισθανθεί ότι κουράζεται, αυτό να επισημανθεί ώστε η διαδικασία να σταματήσει για λίγο.

Για την αποφυγή αυτής της αίσθησης κούρασης, απαραίτητη ήταν η δημιουργία ενός ευχάριστου κλίματος με τον ασθενή. Πάντοτε προηγείται γνωριμία, η οποία προκύπτει από την λήψη ενός σύντομου ιστορικού, αλλά και από ελεύθερη συζήτηση γενικότερα. Σημειώνονται τα προσωπικά στοιχεία του ασθενή όπως το ονοματεπώνυμό του, η ημερομηνία γέννησής του και ως εκ τούτου η ηλικία του. Επιπλέον απαραίτητες λεπτομέρειες είναι αυτές της εθνικότητας, του τόπου και της κατάστασης διαμονής, της κοινωνικοοικονομικής και συζυγικής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου και του επαγγέλματος.

Αναφορικά με τη λήψη του ιστορικού, εκτός από τα προσωπικά στοιχεία του ασθενή, συμπληρώνονται ειδικές λεπτομέρειες που αφορούν στη σχιζοφρένεια. Ειδικότερα, καταγράφεται η έναρξη της ασθένειας, η οποία ορίζεται ως η πρώτη ψυχωτική εμπειρία και τα συνολικά χρόνια ύπαρξης της νόσου αλλά και αναλυτικά η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται.

Επιπλέον σημαντική πληροφορία αποτελεί και το οικογενειακό ιστορικό ψύχωσης(θετικό ή αρνητικό). Σε αυτό το σημείο ο ασθενής καλείται να απαντήσει αν εκτός από τη σχιζοφρένεια, στην οικογένεια υπάρχει κατάθλιψη, άλλες διαταραχές της διάθεσης, αν υπάρχει εθισμός σε αλκοόλ και ουσίες γενικότερα, αυτοκτονικές τάσεις, βία, θυμός και μετατραυματικό στρες. Παράλληλα καταγράφονται τυχόν περίοδοι νοσηλείας του ασθενή, καθώς και τα αντίστοιχα ψυχιατρικά ιδρύματα αλλά και η ύπαρξη ή μη θυμού, επιθετικότητας και χρήσης ουσιών. Τέλος καταμετρούνται και άλλα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, η βία/επιθετική συμπεριφορά και η χρήση ουσιών.

Η έναρξη κάθε απαιτούμενης δραστηριότητας των τεστ που χρησιμοποιήθηκαν, γίνεται μια ευχάριστη εισαγωγή, δεν πραγματοποιείται απότομα, ή με τον τρόπο εντολής. Αντιθέτως, προηγείται παρουσίαση και σαφής επεξήγηση της κάθε δραστηριότητας με άμεσο και ευγενικό τρόπο. Όταν βέβαια ο ασθενής από την αρχή φαίνεται νευρικός, όχι τόσο πρόθυμος να συνεργαστεί και φαίνεται να μην χαλαρώνει από το κλίμα, ο χρόνος κρίνεται πολύτιμος και αμεσότητα της διαδικασίας απαραίτητη. Αναλόγως από το επίπεδο λειτουργικότητας και ιδιοσυγκρασίας του ασθενή, ο συνολικός χρόνος αξιολόγησης κυμαίνεται από 45 λεπτά μέχρι και μια ώρα περίπου.

3.5 ΠΟΣΟΤΙΚΗ Ή ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η σύγκριση των μεταβλητών και πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS Statistics 17.0 και χρησιμοποιήθηκε η συσχέτιση Pearson(Pearson Colleration) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

WHOQOL

Για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής ασθενών με σχιζοφρένεια χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο WHOQOL με συνολικό μέσο όρο 88,87. Στον πίνακα που παρατίθεται, αναφέρονται οι τέσσερις τομείς-πεδία βαθμολογιών, οι οποίοι υποδηλώνουν την αντίληψη της ποιότητας ζωής του ατόμου σε κάθε συγκεκριμένο πεδίο. Ακόμη περιλαμβάνεται ο μέσος όρος ανά κατηγορία.

Ενότητες WHOQOL-BREF

Σωματική υγεία	25.78 ± 3.78
Ψυχολογική υγεία	26 ± 3.51
Κοινωνικές σχέσεις	11,7± 2.89
Περιβαλλοντική υγεία	26,37± 2.63
Γενικών ερωτήσεων	7.9 ± 0.98

PANSS

Σύμφωνα με τον πίνακα, η μέση τιμή του σκορ της θετικής υποκλίμακας της PANSS ήταν $25,6 \pm 0,8$, με εύρος από 9 έως 40. Η μέση τιμή του σκορ της αρνητικής υποκλίμακας της PANSS ήταν $24,3 \pm 0,8$, με εύρος από 10 έως 38. Η μέση τιμή του σκορ της υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας της PANSS ήταν $50,3 \pm 1,3$, με εύρος από 28 έως 75. Τέλος, η μέση τιμή του σκορ της συνολικής κλίμακας της PANSS ήταν $102,2 \pm 2,2$, με εύρος από 62 έως 138.

ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- 7 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	%
Αυταπάτες	13
Εννοιολογική αποδιοργάνωση	26
Ψευδαισθήσεις	17
Υπερκινητικότητα	22
Καχυποψία	18
Εχθρότητα	4

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-7 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	%
Αμβλύ συναίσθημα	10
Συναίσθηματική απόσυρση	14
Κακή επικοινωνία	22
Απάθεια, κοινωνική απόσυρση	16
Δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη	5
Έλλειψη αυθορμητισμού και ροής συζήτησης	17
Στερεότυπη σκέψη	5

ΓΕΝΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ- 16 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	
Σωματική ανησυχία	7
Ανησυχία	8
Αίσθημα ενοχής	5
Ιδιομορφίες	10
Κατάθλιψη	12
Κινητική καθυστέρηση	8
Ανικανότητα συνεργασίας	15
Ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης	5
Αποπροσανατολισμός	3
Κακή προσοχή	3
Έλλειψη κρίσης	4
Διαταραχή βούλησης	10
Κακός έλεγχος, παρορμητικότητα	8
Ανησυχία	1

Αναλυτικότερα, φανερώνουν πως τα κυριότερα από τα θετικά συμπτώματα στο δείγμα των ασθενών είναι η εννοιολογική αποδιοργάνωση, η υπερκινητικότητα και η καχυποψία. Η επικοινωνιακή ικανότητα φαίνεται να υστερεί περισσότερο, στα αρνητικά συμπτώματα, όπως και η ροή της συζήτησης. Λιγότερο ουσιαστικά είναι τα συμπτώματα της απάθειας, της συναισθηματικής απόσυρσης, του αμβλύ συναισθήματος και της αφηρημένης σκέψης. Τέλος, στην κατηγορία της γενικής ψυχοπαθολογίας, αξιοσημείωτα είναι τα υψηλά, σε σχέση με τα υπόλοιπα-ποσοστά της ανικανότητας συνεργασίας, της κατάθλιψης και της διαταραχής βούλησης.

Από το παραπάνω γράφημα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι το 51,06% των ασθενών με ψύχωση που συμμετείχε στην έρευνα σημείωσε βαθμολογία ανώτερη των 26 βαθμών ενώ το υπόλοιπο 48,94% πέτυχε βαθμολογία μικρότερη από 25 βαθμούς, δηλαδή βαθμολογία κάτω του φυσιολογικού. Σύμφωνα με τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς από το δείγμα φαίνεται να παρουσιάζουν έλλειμμα στο επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών (συγκέντρωση, προσοχή, μνήμη κ.α).

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

Ο μέσος όρος που προκύπτει από την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων ισούται με 24.89 και με επίπεδο κάτω του φυσιολογικού. Μπορεί να διαπιστωθεί ότι το 51,06% των ασθενών με ψύχωση που συμμετείχε στην έρευνα σημείωσε βαθμολογία ανώτερη των 26 βαθμών ενώ το υπόλοιπο 48,94% πέτυχε βαθμολογία μικρότερη από 25 βαθμούς, δηλαδή βαθμολογία κάτω του φυσιολογικού. Σύμφωνα με τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς από το δείγμα φαίνεται να παρουσιάζουν έλλειμμα στο επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών (συγκέντρωση, προσοχή, μνήμη κ.α).

BOSTON DIAGNOSTIC APHASIA EXAMINATION (BDAE)

Το τεστ αξιολόγησης του λόγου και της ομιλίας παρουσιάζει μέσο όρο 240,81. Η συγκεκριμένη τιμή αποδίδει ένα φυσιολογικό επίπεδο, δεδομένου ότι η συνολική βαθμολογία η οποία μπορεί να επιτευχθεί στο συγκεκριμένο τεστ είναι 261 βαθμοί.

BOSTON NAMING TEST-SHORT (BNT)

Αναφορικά με το εργαλείο αξιολόγησης της ικανότητας κατονομασίας των ασθενών με σχιζοφρένεια, φαίνεται να μην αποκλίνει του φυσιολογικού καθώς σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση ο μέσος όρος του BNT τεστ είναι 18,34 ενώ η συνολική βαθμολογία που μπορεί να σημειωθεί στο συγκεκριμένο τεστ είναι οι 20 βαθμοί.

ΚΛΙΜΑΚΑ GAF

Από το δείγμα, λίγοι είναι οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε υψηλό ποσοστό. Ειδικότερα, μόνον 2 ασθενείς βρίσκονται στην κατηγορία με τους υψηλότερους βαθμούς δηλαδή στους 71-80 βαθμούς. Το αποτέλεσμα αυτό δηλώνει πως οι ασθενείς αυτοί μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα, αλλά αυτά είναι παροδικά και αποτελούν αποτέλεσμα στεσογόνων παραγόντων. Γενικά η κατάσταση τους χαρακτηρίζεται λειτουργική. Αναφορικά με την κατηγορία των 70-61 βαθμών, συναντώνται περισσότεροι ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, 5 άτομα έχουν ήπια συμπτώματα, χαρακτηριζόμενα από καταθλιπτική διάθεση και ελαφριά δυσλειτουργία στις διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις. Γενικότερα, οι ασθενείς αυτοί λειτουργούν αρκετά καλά. Στην κατηγορία των 60-51 βαθμών, περιλαμβάνονται 13 ασθενείς, οι οποίοι βάσει της κλίμακας παρουσιάζουν μέτρια συμπτώματα, με σημαντικότερα αυτά της μέτρια δυσκολίας στις επαγγελματικές και διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς επίσης και της λεπτομερούς ομιλίας και των πιθανών κρίσεων πανικού.

Παράλληλα, 15 ασθενείς ανήκουν στο επίπεδο των 50-41 βαθμών. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτής περιλαμβάνουν σοβαρή συμπτωματολογία με αυτοκτονική διάθεση, ψυχαναγκασμούς και διαταραγμένη λειτουργικότητα στα επίπεδα της ζωής. Τέλος, 11 ασθενείς περιλαμβάνονται στην κατηγορία των 40-31 βαθμών. Το δείγμα αυτό θεωρείται μεγάλο και η ψυχική κατάσταση τους χαρακτηρίζεται από αλλοίωση της πραγματικότητας, παράλογη ομιλία και επιθετική συμπεριφορά. Υπάρχει μείζων έκπτωση σε πολλούς τομείς όπως η εργασία και διαπροσωπικές σχέσεις. Μόνον ένας ασθενής συμπληρώνει 30 βαθμούς (κατηγορία 30-21). Η πραγματικότητα πρεσβεύεται από παραισθήσεις, αυταπάτες, ενώ ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι έντονος. Η λειτουργικότητα είναι κακή, καθώς ο ασθενής είναι σχεδόν ανήμπορος να τελέσει καθημερινές δραστηριότητες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το επίπεδο της λειτουργικότητας της κατηγορίας 41-50 είναι το πιο αντιπροσωπευτικό. Σύμφωνα με αυτό, το επίπεδο της λειτουργικότητας αποκλίνει από το φυσιολογικό και μάλιστα το επίπεδο των συμπτωμάτων χαρακτηρίζεται σοβαρής φύσεως.

Περιγραφική στατιστική	
	Μέση τιμή
Ποιότητα ζωής	88,87
Γνωστικές λειτουργίες	24,89
Κατονομασία	18,34
Ομιλία-Λόγος	240,81
Λειτουργικότητα	48,74
Θετικά συμπτώματα	37,3
Αρνητικά συμπτώματα	21,34
Σύνολο Συμπτωμάτων	5,62

Ο παραπάνω πίνακας περιλαμβάνει συγκεντρωτικά όλες τις μεταβλητές που τέθηκαν σε διαδικασία σύγκρισης. Επιπλέον, αναφέρονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μια από τις μεταβλητές. Ο μέσος όρος του Moca είναι 24,89, τιμή κάτω του φυσιολογικού και η τυπική απόκλιση 3,649. Παράλληλα η κλίμακα Gaf, παρουσιάζει μέση τιμή κάτω του 50% και τυπική απόκλιση 11,709. Παρατηρείται ότι η τυπική απόκλιση του BDAE τεστ βρίσκεται σε μεγάλη διαφορά με το μέσο όρο. Συνεπώς η απόκλιση των τιμών είναι μεγάλη.

ΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΔΙΑΜΟΝΗ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΛΟΓΟΣ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
1	0,152	-0,003	0,061	-0,083	0,091	0,113	0,253	0,121	0,074	0,2
0,152	1	0,075	-0,22	-0,187	-0,262	0,114	-0,12	-0,146	-0,337	-0,3
0,003	0,075	1	-0,237	0,421	-0,161	0,233	-0,354	-0,462	-0,231	-0,0

0,061	-0,22	-0,237	1	-0,01	0,403	0,215	0,475	0,444	0,588	0,3
0,083	-0,187	0,421	-0,01	1	0,164	0,079	-0,033	-0,063	-0,024	0,2
0,091	-0,262	-0,161	0,403	0,164	1	0,143	0,54	0,521	0,587	0,6
0,113	0,114	0,233	0,215	0,079	0,143	1	0,177	0,068	0,231	0,2
0,253	-0,12	-0,354	0,475	-0,033	0,54	0,177	1	0,641	0,619	0,5
0,121	-0,146	-0,462	0,444	-0,063	0,521	0,068	0,641	1	0,458	0,3
0,074	-0,337	-0,231	0,588	-0,024	0,587	0,231	0,619	0,458	1	0,5
0,257	-0,22	-0,021	0,378	0,228	0,617	0,291	0,547	0,368	0,556	1
0,326	0,181	0,07	-0,344	-0,118	-0,549	-0,144	-0,518	-0,304	-0,463	-0,7
0,075	0,108	0,21	-0,315	-0,085	-0,444	-0,181	-0,493	-0,345	-0,48	-0,7
0,222	0,052	0,105	-0,195	0,131	-0,34	-0,048	-0,309	-0,202	-0,243	-0,2

Ο παραπάνω πίνακας, αποτελεί μία στατιστική σύγκριση για την διευκρίνηση των μεταβλητών που φαίνεται να παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια. Περιγραμματακά αναφέρεται ότι η τιμή του συγκεκριμένου συντελεστή συσχέτισης μπορεί να κυμανθεί από -1 έως 1. Όταν μία συσχέτιση έχει τιμή -1 δείχνει μια τέλεια αρνητική σχέση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ αντίθετα όταν μια συσχέτιση έχει τιμή 0 δείχνει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Τέλος, η τιμή 1 δείχνει μια τέλεια θετική σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Αναφέρεται ακόμα ότι όταν η τιμή r είναι από 0,01-0,20 η συσχέτιση είναι μικρή- αμελητέα. Όταν είναι 0,21-0,40 χαμηλή συσχέτιση, όταν κυμαίνεται από 0,41-0,71 μέτρια, 0,71-0,90 υψηλή και τέλος όταν η τιμή είναι 0,90- 0,99 πολύ υψηλή.

Όπως μπορούμε λοιπόν να παρατηρήσουμε και από τον παραπάνω πίνακα, η ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τις ακόλουθες παραμέτρους: το φύλο ($r=0,152$ \hat{a} αμελητέα συσχέτιση), το εκπαιδευτικό υπόβαθρο κάθε ασθενούς ($r=0,061$ \hat{a} αμελητέα συσχέτιση) καθώς και την οικονομική ($r=0,091$ \hat{a} αμελητέα συσχέτιση) αλλά και επαγγελματική ($r=0,113$ \hat{a} αμελητέα συσχέτιση) κατάσταση. Ακόμα, θετική είναι και η συσχέτιση που παρουσιάζει με τις γνωστικές δεξιότητες ($r=0,253$ \hat{a} χαμηλή συσχέτιση), την ικανότητα κατονομασίας ($r=0,121$ \hat{a} αμελητέα), τις παραμέτρους λόγου και ομιλίας όπως αυτές αξιολογήθηκαν από το BDAE ($r=0,074$ \hat{a} αμελητέα συσχέτιση) καθώς και το επίπεδο λειτουργικότητας του κάθε ασθενή σύμφωνα με την ψυχιατρική κλίμακα της GAF ($r=0,257$ \hat{a} χαμηλή συσχέτιση).

Ακόμα θετική συσχέτιση φαίνεται να έχουν οι γνωστικές λειτουργίες με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο ($r=0,475$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση), την οικονομική ($r=0,540$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση) και την επαγγελματική ($r=0,177$ \hat{a} αμελητέα συσχέτιση) κατάσταση καθώς και με την ικανότητα κατονομασίας ($r=0,641$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση), με τον λόγο- ομιλία όπως αξιολογήθηκαν από το BDAE ($r=0,619$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση), το επίπεδο λειτουργικότητας κάθε ασθενούς ($r=0,547$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση) καθώς και την ποιότητα ζωής όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω ($r=0,253$ \hat{a} χαμηλή συσχέτιση).

Εν συνεχεία, σχετικά με την ικανότητα κατονομασίας όπως αυτή αξιολογήθηκε από το BNT τεστ, θετική συσχέτιση παρουσιάζει με την εκπαιδευτική κατάρτιση ($r=0,444$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση) κάθε ασθενούς, την οικονομική ($r=0,521$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση) αλλά και επαγγελματική ($r=0,068$ \hat{a} αμελητέα συσχέτιση) κατάσταση, τις γνωστικές λειτουργίες ($r=0,641$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση) καθώς και με τις παραμέτρους λόγου και ομιλίας που ελέγχει το BDAE ($r=0,458$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση), την λειτουργικότητα ($r=0,368$ \hat{a} χαμηλή συσχέτιση) και με τη ποιότητα ζωής όπως φαίνεται και από παραπάνω ($r=0,121$ \hat{a} αμελητέα).

Τέλος, αναφορικά με την μεταβλητή του λόγου και ομιλίας όπως αυτές αξιολογήθηκαν από το BDAE, έχει ήδη αναφερθεί ότι παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη ποιότητα ζωής ($r=0,074$ \hat{a} αμελητέα συσχέτιση), τις γνωστικές λειτουργίες ($r=0,619$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση), και την ικανότητα κατονομασίας ($r=0,458$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση). Επιπρόσθετα, παρουσιάζει θετική συσχέτιση και με την εκπαίδευση που είχε κάθε ασθενής ($r=0,588$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση) καθώς και την οικονομική ($r=0,587$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση) και επαγγελματική ($r=0,231$ \hat{a} χαμηλή συσχέτιση) κατάσταση, αλλά και με το επίπεδο λειτουργικότητας κάθε ασθενούς σύμφωνα με την κλίμακα GAF ($r=0,556$ \hat{a} μέτρια συσχέτιση).

Ο πίνακας που ακολουθεί, αποτελεί μια στατιστική ανάλυση για την εξαγωγή συμπεράσματος αναφορικά με το ποιές είναι οι μεταβλητές οι οποίες παρουσιάζουν βασική συσχέτιση με την παράμετρο της ποιότητας ζωής. Δηλαδή ποιόι είναι αυτοί οι παράμετροι που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια σε σημαντικό βαθμό. Για να την επίλυση του παραπάνω ζητήματος πραγματοποιήθηκε ανάλυση τύπου Sig. (1-tailed).

Με βάση λοιπόν τα δεδομένα όπως αυτά προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση, παρατηρούμε πως οι μεταβλητές οι οποίες παρουσιάζουν σημαντική συσχέτιση αναφορικά με την μεταβλητή της ποιότητας ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια αποτελούν: οι γνωστικές λειτουργίες όπως αξιολογήθηκαν από το moca τεστ ($p=0,043<0,05$), το επίπεδο λειτουργικότητας κάθε ασθενούς σύμφωνα με την κλίμακα GAF ($p=0,040<0,05$) καθώς και με τα θετικά συμπτώματα (αυτάπατες, εννοιολογική αποδιοργάνωση, ψευδαισθήσεις κτλ) όπως αξιολογήθηκαν από την ψυχιατρική κλίμακα PANSS (Θ: $p=0,013<0,05$). Παρακάτω αναφέρονται και για τις υπόλοιπες μεταβλητές οι παράμετροι οι οποίοι παρουσιάζουν σημαντική συσχέτιση με αυτές.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΠΟΙΗΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΦΥΛΟ	r= 0,152 , p=0,153>0,05
ΗΛΙΚΙΑ	r=-0,003 , p=0,492>0,05
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	r=0,061 , p=0,342>0,05
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	r=-0,083, p=0,290>0,05
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	r=0,091, p=0,270>0,05
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	r=0,113 , p=0,224>0,05
ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	r=0,253, p=0,043<0,05
ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ	r=0,121 , p=0,208>0,05
ΛΟΓΟΣ-ΟΜΙΛΙΑ	r=0,074 , p=0,311>0,05
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	r=0,257 , p=0,040<0,05
ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	r=-0,326 , p=0,013<0,05
ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	r=-0,075 , p=0,067>0,05
ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	r=-0,222 , p=0,067>0,05

Σημαντική συσχέτιση με τις γνωστικές λειτουργίες, όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε και από τον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζουν: η ηλικία ($p=0,007<0,05$), η εκπαίδευση ($p=0<0,05$), η οικονομική κατάσταση ($p=0<0,05$), η κατονομασία ($p=0<0,05$), το επίπεδο λόγου και ομιλίας όπως ελέγχθηκε από το BDAE ($p=0<0,05$), η λειτουργικότητα ($p=0<0,05$) καθώς και τα θετικά (Θ: $p=0<0,05$) και τα αρνητικά (Α: $p=0<0,05$) αλλά και τα συμπτώματα στο σύνολό τους (Σ: $p=0,017<0,05$) καθώς και η ποιότητα ζωής ($p=0,043<0,05$) όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Όσον αφορά την παράμετρο της κατονομασίας αυτή παρουσιάζει βασική συσχέτιση με την ηλικία ($p=0,001<0,05$), το εκπαιδευτικό υπόβαθρο κάθε ασθενούς ($p=0,001<0,05$) καθώς και την οικονομική κατάσταση ($p=0<0,05$). Σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει ακόμα με τις γνωστικές λειτουργίες ($p=0<0,05$), με τον λόγο και την ομιλία ($p=0,001<0,05$) καθώς και την λειτουργικότητα κάθε ασθενούς ($p=0,005<0,05$) αλλά και με τα θετικά ($p=0,019<0,05$) και αρνητικά ($p=0,009<0,05$) συμπτώματα όπως αυτά αξιολογούνται από την κλίμακα PANSS.

Τέλος, αναφορικά με τον λόγο και την ομιλία, σημαντική συσχέτιση φαίνεται να έχουν με το φύλο ($p=0,010<0,05$), την εκπαίδευση ($p=0<0,05$), την οικονομική κατάσταση ($p=0<0,05$) καθώς και τις γνωστικές λειτουργίες ($p=0<0,05$) και την ικανότητα κατονομασίας ($p=0,001<0,05$). Βασική είναι ακόμα η συσχέτιση που παρουσιάζει και με το επίπεδο λειτουργικότητας ($p=0<0,05$), και τα θετικά ($p=0,001<0,05$) και αρνητικά ($p=0<0,05$) συμπτώματα όπως αυτά ελέγχονται από την ψυχιατρική κλίμακα της PANSS.

ΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΔΙΑΜΟΝΗ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΛΟΓΟΣ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΝΟΛΟ
.	0,153	0,492	0,342	0,29	0,27	0,224	0,043	0,208	0,311	0,04
0,153	.	0,307	0,068	0,104	0,037	0,222	0,21	0,164	0,01	0,068

0,492	0,307	.	0,054	0,002	0,14	0,057	0,007	0,001	0,059	0,445
0,342	0,068	0,054	.	0,472	0,002	0,073	0	0,001	0	0,004
0,29	0,104	0,002	0,472	.	0,135	0,3	0,412	0,336	0,437	0,062
0,27	0,037	0,14	0,002	0,135	.	0,17	0	0	0	0
0,224	0,222	0,057	0,073	0,3	0,17	.	0,117	0,325	0,06	0,024
0,043	0,21	0,007	0	0,412	0	0,117	.	0	0	0
0,208	0,164	0,001	0,001	0,336	0	0,325	0	.	0,001	0,005
0,311	0,01	0,059	0	0,437	0	0,06	0	0,001	.	0
0,04	0,068	0,445	0,004	0,062	0	0,024	0	0,005	0	.
0,013	0,112	0,319	0,009	0,214	0	0,167	0	0,019	0,001	0

0,308	0,234	0,079	0,016	0,285	0,001	0,112	0	0,009	0	0
0,067	0,365	0,24	0,095	0,191	0,01	0,374	0,017	0,087	0,05	0,048

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Δεδομένου, λοιπόν, ότι η Ποιότητα Ζωής δεν αφορά μόνο κάποιο ή κάποια συγκεκριμένα εξωτερικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα αλλά εκφράζει κυρίως μία υπαρξιακή κατάσταση του ατόμου, ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι, οι απαντήσεις που δόθηκαν από τον κάθε ασθενή ξεχωριστά, είχαν υποκειμενική υπόσταση.

Δεδομένου ότι τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής δείχνουν να μην επηρεάζεται η ποιότητα ζωής από την ασθένεια, εύκολα μπορούμε να εξάγουμε κάποια συμπεράσματα σχετικά με την ποιότητα ζωής. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρθηκαν οι απόψεις που υφίστανται σχετικά με διάφορους τομείς της ζωής των ασθενών, όπως της κοινωνικής ζωής και των γνωστικών ικανοτήτων και την επιρροή τους στην ποιότητα ζωής, ή όχι. Τη στιγμή που τα σκορ καταδεικνύουν καλή ποιότητα ζωής, καταρρίπτεται η άποψη ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται στη σχιζοφρένεια. Αυτό συμβαίνει διότι σημειώθηκαν υψηλά σκορ και αναλόγως υψηλοί μέσοι όροι για κάθε κατηγορία. Ειδικότερα στην κατηγορία σωματική υγεία, στην οποία περιλαμβάνονται ο τομέας της ποιότητας ύπνου, της ικανότητας εργασίας, όπου σημειώθηκε μέσος όρος 25,78 με ανώτερο σκορ το 35. Οι ψυχωτικοί ασθενείς φαίνεται να είναι σχετικά ικανοποιημένοι από τον ύπνο, να μη βιώνουν σωματικούς πόνους και να ανταπεξέρχονται στις καθημερινές δραστηριότητες. Το επίπεδο της κοινωνικότητας, και της ενημέρωσης όπως αυτό καλύπτεται από την κατηγορία των κοινωνικών σχέσεων, σημείωσε μέσο όρο 11,7 με ανώτερο σκορ το 15. Οι ασθενείς λοιπόν, είναι πολύ ικανοποιημένοι από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και αυτό καταρρίπτει την εικόνα των ερευνών που θέλει τους σχιζοφρενείς ασθενείς, κοινωνικά απομονωμένους. Καταδεικνύεται ότι είναι ικανοποιημένοι από τις φιλικές σχέσεις που συνάπτουν, καθώς και από την υποστήριξη την οποία λαμβάνουν από αυτές. Αναλόγως και με τις προσωπικές σχέσεις και κατ'επέκταση τη σεξουαλική τους ζωή.

Ομοίως το επίπεδο της ψυχικής υγείας, στο οποίο αξιολογείται η προσοχή, η συγκέντρωση, η μνήμη και τα ψυχικά στοιχεία, σημειώνεται μέσος όρος 26 με ανώτατο σκορ το 30. Ενώ η βιβλιογραφία κλίνει ως προς την άποψη της κακής ποιότητας ζωής, λόγω κακής ψυχικής υγείας, τα αποτελέσματα του τεστ ποιότητας, δεν φανερώνουν κάτι τέτοιο. Βέβαια, τα θετικά συμπτώματα, σύμφωνα με την κλίμακα Panss, δείχνουν να επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Το δείγμα δηλώνει γενικά ικανοποιημένο από την εικόνα του εαυτού του, ενώ φαίνεται να μην να μην ταλαιπωρείται από καταθλιπτική διάθεση, να απολαμβάνει τη ζωή και να έχει καλή μνήμη και συγκέντρωση. Ο τομέας της περιβαλλοντικής υγείας, φέρει μέσο όρο 26,37 με ανώτατο σκορ το 40. Καταδεικνύεται, ότι οι ασθενείς είναι σχετικά ικανοποιημένοι από το περιβάλλον και την κατάσταση διαμονής τους και την οικονομική τους κατάσταση. Σύμφωνα με τα δεδομένα του δείγματος, η πλειοψηφία διαμένει με τους γονείς και έχει εισόδημα που δεν ξεπερνά τις 15.000 ευρώ το χρόνο. Τέλος, οι γενικές ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς βλέπουν γενικά οι ασθενείς την υγεία τους, έχουν μέσο όρο 7,9 με μέγιστο σκορ το 10. Φαίνεται λοιπόν, πως διατηρούν καλή εικόνα για τη συνολική τους υγεία. Συνεπώς, διαπιστώνεται καλή ποιότητα ζωής γενικά(μέσος όρος 88,87).

Οι τομείς της ποιότητας ζωής όμως που φαίνεται να βάζονται περισσότερο έναντι άλλων, είναι η σωματική και η περιβαλλοντική υγεία. Ίσως οι ασθενείς να μπορούσαν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα του ύπνου, την σωματική τους εικόνα και την ικανότητα τους για εργασία, και τη φαρμακευτική τους αγωγή δεδομένο που θα τους εξασφάλιζε ακόμη καλύτερη ποιότητα ζωής. Παράλληλα, ο αυτόνομος βίος, όπως αναπτύχθηκε σαν ιδέα στο δεύτερο κεφάλαιο, πιθανόν να εξασφάλιζε περισσότερη ικανοποίηση στους ασθενείς, όπως επίσης και η ζωή σε ένα περιβάλλον πιο υγιεινό. Ένα υψηλότερο ετήσιο εισόδημα, ή μια εργασία γενικά είναι πιθανόν να πρόσδιδε μια αίσθηση ασφάλειας, να αύξανε την αυτοπεποίθηση των ασθενών και να τους εξασφάλιζε πιο εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αναλόγως, η ενημέρωση μέσω παραγόντων κοινωνικής δικτύωσης, να τους εξασφάλιζε γενική ενημέρωση, αλλά και πιθανώς σχετικά με νέες θεραπευτικές μεθόδους. Αυτό θα τους προσέφερε ακόμη καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η στατιστική ανάλυση καταδεικνύει ότι οι παράμετροι οι οποίοι παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των ασθενών, είναι το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επαγγελματική και οικονομική κατάσταση, καθώς και η ικανότητα κατονομασίας, οι γνωστικές δεξιότητες, ο λόγος καθώς και το επίπεδο λειτουργικότητας. Ωστόσο σημαντική συσχέτιση από τις προαναφερθείσες μεταβλητές, παρουσιάζουν οι γνωστικές λειτουργίες, το επίπεδο λειτουργικότητας καθώς και τα θετικά συμπτώματα.

Αναφορικά με τις γνωστικές λειτουργίες, το MOCA τεστ, κατέδειξε ότι οι απαντήσεις των περισσότερων ασθενών είχαν σκορ από 26 και κάτω με μέσο όρο το 24,89. Τα αποτελέσματα αυτά δηλώνουν ελλείμματα στις γνωστικές λειτουργίες. Η ικανότητα της μνήμης, της προσοχής, της οπτικοχωρικής αντίληψης, της αντίληψης στο χρόνο, της κατονομασίας και της εκτελεστικής λειτουργίας, παρουσιάζονται βαλλόμενα στη σχιζοφρένεια. Έτσι ενισχύεται η άποψη της βιβλιογραφίας, ότι οι γνωστικές ικανότητες επηρεάζονται στη σχιζοφρένεια.

Παράλληλα, ο λόγος, όπως αυτός αξιολογήθηκε από το BDAE τεστ, δεν αποτελεί σημαντική παράμετρο επιρροής της ποιότητας ζωής. Ακόμη, το επίπεδο του λόγου και ομιλίας των ασθενών, δεν αποκλίνει του φυσιολογικού. Αυτό συμβαίνει διότι τα συνολικά σκορ βρίσκονται σε καλό επίπεδο, καθώς η μέση τιμή είναι 240,81. Συνεπώς δεν επιβεβαιώνεται η θεωρία ότι ο λόγος των σχιζοφρενών ασθενών είναι διαταραγμένος.

Η κλίμακα Gaf, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, καταδεικνύει το επίπεδο της λειτουργικότητας των ασθενών η οποία συνολικά, χαρακτηρίζεται περιορισμένη, λόγω σοβαρών συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, το επίπεδο λειτουργικότητας, επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια ($r=0,040$, $p<0,05$). Το επίπεδο των ασθενών χαρακτηρίζεται από σοβαρή συμπτωματολογία με αυτοκτονική διάθεση, ψυχαναγκασμούς και διαταραγμένη λειτουργικότητα στα επίπεδα της ζωής. Συνεπώς επιβεβαιώνεται η χαμηλή λειτουργικότητα των ασθενών όπως αυτή παρουσιάστηκε στη ανασκόπηση.

Τα αποτελέσματα της κλίμακας Panss, φανερώνουν πως τα κυριότερα από τα θετικά συμπτώματα στο δείγμα των ασθενών, φαίνεται να έχουν σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Βάσει των δεδομένων, έχουν τιμή $r=0,013$, $p<0,05$. Αναλυτικότερα, η εννοιολογική αποδιοργάνωση, η υπερκινητικότητα και η καχυποψία, βάζονται στα θετικά συμπτώματα. Η επικοινωνιακή ικανότητα φαίνεται

να βάλλεται περισσότερο, στα αρνητικά συμπτώματα, όπως και η ροή της συζήτησης. Τέλος, στην κατηγορία της γενικής ψυχοπαθολογίας των συμπτωμάτων, αξιοσημείωτα είναι τα υψηλά, σε σχέση με τα υπόλοιπα-ποσοστά της ανικανότητας συνεργασίας, της κατάθλιψης και της διαταραχής βούλησης. Τα χαρακτηριστικά που φαίνεται να ταλανίζουν λιγότερο είναι αυτά της ανησυχίας, της κινητικής καθυστέρησης και της παρορμητικότητας.

Συνεπώς, τη στιγμή που η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι καλή, όπως και η κατονομαστική και γλωσσική ικανότητα, το επίπεδο της λειτουργικότητας είναι σχετικά χαμηλό και η συμπτωματολογία των ασθενών ποικίλη. Από την άλλη πλευρά, η ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια φαίνεται να επηρεάζεται από τις γνωστικές ικανότητες, το επίπεδο της λειτουργικότητας των ασθενών, καθώς και τη θετική συμπτωματολογία της ασθένειας, όπως αυτή αξιολογείται από την κλίμακα PANSS.

Εν κατακλείδι, θα αναφερθούν, οι μεταβλητές που παρουσιάζουν βασική θετική συσχέτιση με τα υπόλοιπα εργαλεία. Αρχικά οι γνωστικές λειτουργίες, παρουσιάζουν σημαντική συσχέτιση με την ηλικία ($r=0,007, p<0,05$), την εκπαίδευση ($r=0, p<0,05$), την οικονομική κατάσταση ($r=0, p<0,05$), την κατονομασία ($r=0, p<0,05$), το επίπεδο λόγου και ομιλίας όπως ελέγχθηκε από το BDAE ($r=0, p<0,05$), τη λειτουργικότητα ($r=0, p<0,05$) καθώς και τα θετικά (Θ: $r=0, p<0,05$) και τα αρνητικά (Α: $r=0, p<0,05$) αλλά και τα συμπτώματα στο σύνολό τους (Σ: $r=0,017, p<0,05$) καθώς και η ποιότητα ζωής ($r=0,043, p<0,05$) όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Όσον αφορά την παράμετρο της κατονομασίας, φέρει φυσιολογικό μέσο όρο 18,34 και παρουσιάζει βασική συσχέτιση με την ηλικία ($r=0,001, p<0,05$), το εκπαιδευτικό υπόβαθρο κάθε ασθενούς ($r=0,001, p<0,05$) καθώς και την οικονομική κατάσταση ($r=0, p<0,05$). Σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει ακόμα με τις γνωστικές λειτουργίες ($r=0, p<0,05$), με τον λόγο και την ομιλία ($r=0,001, p<0,05$) καθώς και την λειτουργικότητα κάθε ασθενούς ($r=0,005, p<0,05$) αλλά και με τα θετικά ($r=0,019, p<0,05$) και αρνητικά ($r=0,009, p<0,05$) συμπτώματα όπως αυτά αξιολογούνται από την κλίμακα PANSS.

Τέλος, αναφορικά με τον λόγο και την ομιλία, σημαντική συσχέτιση φαίνεται να έχουν με το φύλο ($r=0,010, p<0,05$), την εκπαίδευση ($r=0, p<0,05$), την οικονομική κατάσταση ($r=0, p<0,05$) καθώς και τις γνωστικές λειτουργίες ($r=0, p<0,05$) και την ικανότητα κατονομασίας ($r=0,001, p<0,05$). Βασική είναι ακόμα η συσχέτιση που παρουσιάζει και με το επίπεδο λειτουργικότητας ($r=0, p<0,05$), και τα θετικά ($r=0,001, p<0,05$) και αρνητικά ($r=0, p<0,05$) συμπτώματα όπως αυτά ελέγχονται από την ψυχιατρική κλίμακα της PANSS.

Συνοπτικά, η ποιότητα ζωής των ασθενών με ψύχωση, όπως αυτή αξιολογήθηκε από το δείγμα 47 ασθενών (26 άνδρες-21 γυναίκες), δεν επηρεάζεται στη σχιζοφρένεια (88,87). Οι ασθενείς δήλωσαν ικανοποιημένοι απ' όλα τα επίπεδα της ζωής τους. Οι γνωστικές λειτουργίες όμως, είναι βαλλόμενες στη σχιζοφρένεια (24,89) και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Ομοίως το επίπεδο λειτουργικότητας του δείγματος είναι ελλειμματικό, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών ανήκει στην κατηγορία 41-50, η οποία χαρακτηρίζεται από σοβαρά συμπτώματα και χαμηλή λειτουργικότητα στα επίπεδα της ζωής. Τέλος, η κλίμακα Panss έδειξε ότι η ποιότητα

ζωής επηρεάζεται από τα θετικά συμπτώματα, όπως την υπερκινητικότητα και την καχυποψία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης αντιμετωπίστηκαν ορισμένες λειτουργικές δυσκολίες. Δεδομένης της ιδιαιτερότητας της ψυχικής κατάστασης ορισμένων ασθενών, ορισμένες απαντήσεις πιθανώς να επηρεάστηκαν από την ψυχική τους κατάσταση, αλλά και από τη νευρικότητα τους για τη διαδικασία. Ειδικότερα, πρέπει να ληφθεί υπόψη η ψυχική κατάσταση του ασθενούς τη συγκεκριμένη μέρα της αξιολόγησης, όπως και η διάθεση του για συνεργασία. Τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα, τα καταθλιπτικά στοιχεία και η δράση σε αυτά, της φαρμακευτικής αγωγής, ίσως ενίσχυαν αυτή τη διάθεση. Γενικότερα, η λήψη ή μη της φαρμακευτικής αγωγής δύναται να επηρέασε την ψυχική και συναισθηματική τους κατάσταση και συνεπώς το τελικό σκορ. Πρέπει να μην αγνοηθεί η πιθανότητα της μη ειλικρινούς απάντησης σε κάποιες ερωτήσεις. Παράλληλα, τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία θεωρούνται έγκυρα σε μεγάλο ποσοστό. Δεν πρέπει όμως να αγνοηθεί και το ποσοστό των ερευνών που καταδεικνύουν το αντίθετο.

Αξιοσημείωτο κρίνεται το γεγονός ότι, το θέμα της παρούσας έρευνας στηρίχθηκε κατά βάση σε ξένη βιβλιογραφία και όχι τόσο σε ελληνική. Αν και θεωρείται σκόπιμη και έγκυρη η βιβλιογραφική ανασκόπηση ξενόγλωσσων πηγών, χρήσιμος θεωρείται ο αντικατοπτρισμός των δεδομένων στην ελληνική πραγματικότητα, καθώς και η διερεύνηση αυτού, μέσα από ελληνικές μελέτες. Αναλόγως, το δείγμα θεωρείται ικανοποιητικό αριθμητικά, αλλά ένα μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να επιφέρει αξιοπιστία στο μέγιστο βαθμό.

Τέλος, η παρούσα ερευνητική προσπάθεια θα μπορούσε να αποτελέσει έμπνευση και αφορμή για περαιτέρω έρευνα. Μελλοντικά, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί έρευνα αποτελούμενη από μεγαλύτερο δείγμα και βασισμένη στα ίδια διαγνωστικά εργαλεία, με σκοπό την ενίσχυση της εγκυρότητας ή μη του ερευνητικού συμπεράσματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams Trevor (1997). "Dementia". In Norman, Ian J.; Redfern, Sally J. *Mental Health Care for Elderly People*. London. pp. 183–204. ISBN 9780443051739.
- Schahram Akbarian, MD, PhD; James J. Kim; Steven G. Potkin, MD; Jennifer O. Hagman, MD; Alireza Tafazzoli; William E. Bunney Jr, MD; Edward G. Jones, MD, PhD : « Gene Expression for Glutamic Acid Decarboxylase Is Reduced Without Loss of Neurons in Prefrontal Cortex of Schizophrenics», *Arch Gen Psychiatry*. April 1995;52(4):258-266.
- Alastair G. Cardno, Irving I. Gottesman : « Twin studies of schizophrenia: From bow-and-arrow concordances to Star Wars Mx and functional genomics», *American Journal of Medical Genetics* Volume 97, Issue 1, pages 12–17, Spring 2000 .
- Alastair G, Cardno , Pac C. Sam, Anne E Farmer, Robbin B Murray and Petter McGuffin : «Heritability of Schneider’s first -rank symptoms», *British journal psychiatry* (2002)180,35-38 .
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV) 4*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. arizona.edu .

Andrade Laura (University of Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil); J.J. Caraveo-Anduaga (Mexican Institute of Psychiatry, Mexico City, Mexico); Patricia Berglund (University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA); «Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology», *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78.

- Nancy C. Andreasen,; Grove, William M. : «Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis» Schizophrenia Bulletin, Vol 12(3), 1986, 348-359. 2014 American Psychological Association.
- Nancy C. Andreasen : «The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future» Volume 28, Issues 2–3, 19 December 1997, Pages 105–109, Copyright 1997 Published by Elsevier B.V.
- Nancy C. Andreasen, MD, PhD; Laura Flashman, PhD; Michael Flaum, MD; Stephan Arndt, PhD; Victor Swayze II, MD; Daniel S. O'Leary, PhD; James C. Ehrhardt, PhD; William T. C. Yuh, MD, MS EE : « Regional Brain Abnormalities in Schizophrenia Measured With Magnetic Resonance Imaging» The Journal of the American Medical Association, December 14, 1994, Vol 272, No. 22.
- Angermeyer M. C., Schulze B. Reinforcing stereotypes: «How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill.» International Journal of Law and Psychiatry. 2001;24:469–486.
- Assalian, P., Fraser, R. R., Tempier, R., & Cohen, D. (2000). «Sexuality and quality of life of patients with schizophrenia» International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 4, 29–33.
- Assen Jablensky : «Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability» Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2000) 250 : 274–285 Received: 4 May 2000 / Accepted: 8 May 2000 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153962 .
- J M Atkinson, D A Coia, W H Gilmour and J P Harper : «The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life» The British Journal of Psychiatry (1996)168: 199-204 doi: 10.1192/bjp.168.2.199 .
- A. George Awad : «Quality of Life of Schizophrenic Patients on Medications and Implications for New Drug Trials»

Psychiatric Services 1992.

- Baker F, Intagliata J. «Quality of life in the evaluation of community support systems». Eval Program Plann 1982;5:69-79.
- Barch, Deanna M.; Berenbaum, : «Language production and thought disorder in schizophrenia» Howard Journal of Abnormal Psychology, Vol 105(1), Feb 1996, 81-88. doi: 10.1037/0021-843X.105.1.81.
- Baret Rob, «psychiatric team and social definition of schizophrenia, an anthropological study of person and illness», published by the Syndicate of the university of Cambridge, 1996.
- Samuel Baronides «Στοιχεία μοριακής νευροβιολογίας&βιολογικό υπόστρωμα ψυχικών διαταραχών», μεταφραση-επιμέλεια Α.Α Καστελλάκης, Γ.Θ Παναγής, Ιούνιος 1999, εκδόσεις έλλην .
- Bäuml J., Froböse T., Kraemer S., Rentrop M., Pitschel-Walz G. Psychoeducation: «A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families». Schizophrenia Bulletin. 2006;32:1–9[PubMed].
- Beck, A.T. Ward, C.H Mendelson M.; Mock J.E and Erbaugh J.K. Reliability of psychiatric diagnosis 2. «A study consistency of clinical judgments and ratings». American Journal of Psychiatry, 119:351-357, 1962 psychiatryonline.org.
- Bell M. D., Milstein R. M. Pay and participation in work activity: «Clinical benefits for clients with schizophrenia». Psychosocial Rehabilitation Journal 1993;17:173–177 .

- Bengtsson-Tops A., Hansson L. «Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life»International Journal of Social Psychiatry. 2001;47:67–77 .
- Bond G. R., Becker D. R., Drake R. E., Rapp C. A., Meisler N., Lehman A. F., et al. «Implementing supported employment as an evidence-based practice». Psychiatric Services. 2001;52:313–322[PubMed].
- Bonomi AE1, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M.: «Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument». J Clin Epidemiol. 2000 Jan;53(1):1-12.
- Joseph H. Callicott, Alessandro Bertolino, Venkata S. Mattay, Frederick J.P. Langheim, Jeffrey Duyn1, Richard Coppola, Terry E. Goldberg and Daniel R. Weinberger :« Physiological Dysfunction of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Schizophrenia Revisited », Oxford Journals 2000, Volume 10, Issue 11, oxfordjournals.org.
- Tyrone D. Cannon, Matti O. Huttunen, Jouko Lonnqvist, Annamari Tuulio-Henriksson, Tiia Pirkola, David Glahn, Jennifer Finkelstein, Marja Hietanen, Jaakko Kaprio, , Markku Koskenvuo : « The Inheritance of Neuropsychological Dysfunction in Twins Discordant for Schizophrenia», American Journal Of Human Genetics, vol 67, issue 2 August 2000, pages 369-382, sciencedirect.com
- Robert H. Coombs: «Marital Status and personal well being, A literature review». Vol. 40, No. 1 (Jan., 1991), pp. 97-102 Published by: National Council on Family Relations.
- Cutler AJ. Psychoneuroendocrinology.. «Sexual dysfunction and antipsychotic treatment». 2003 Jan;28 Suppl 1:69-82.

- Davis, Kenneth L.; Kahn, René S.; Ko, Grant; Davidson, Michael : «Dopamine in schizophrenia: A review and reconceptualization», *The American Journal of Psychiatry*, Vol 148(11), Nov 1991, 1474-1486, psycnet.apa.org .

- Desjarlais et al.,: «World Mental Health.Problems and priorities in low income countries». Oxford University Press 1995.

- Dick N., Shepherd G. Work and mental health: «A preliminary test of Warr’s model in sheltered workshops for the mentally ill» *Journal of Mental Health* 1994;3:387–400.

- Doent Jaana Suvisaari, MD, PhD : «Functional limitations and quality of life in schizophrenia and other psychotic disorders», National Institute for Health and Welfare, Mental Health and Substance Abuse Services, Helsinki, Finland and University of Helsinki, Helsinki 2011 .

- Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, et al. «Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects». *Psychiatry Res* 2000 Dec 27; 97(2-3): 165–72.

- Martin Dossenbacha, Yulia Dyachkova, Sebnem Pirildarb, Martin Andersc, Afaf Khalild, Aleksander Araszkievicze, Tamara Shakhnovichf, Aly Akramg, Jan Pecenakh, Margaret McBridei, Tamas Treuera: «Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results» from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study *European Psychiatry*.

- Faith B. D., Jewel Sommerville A. E., Origoni N. B. R., Frederick P. «Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*. 2002;28:143–155.

- Forshuk C., Nelson G., Brent Hall G. B. «It's important to be proud of the place you live in”: Housing problems and preferences of psychiatric survivors». *Perspectives in Psychiatric Care*.2006;42:42–52 [PubMed].
- Freudenreich O, Henderson DC, Macklin EA, Evins AE, Fan X, Cather C, Walsh JP, Goff
- DC : « Modafinil for clozapine-treated schizophrenia patients: a double-blind, placebo-controlled pilot trial». *The Journal of Clinical Psychiatry* [2009, 70(12):1674-1680] Massachusetts General Hospital Schizophrenia Program, Freedom Trail Clinic, Boston, MA 02114, USA .
- C D Frith, K J Friston, S Herold, D Silbersweig, P Fletcher, C Cahill, R J Dolan, R S Frackowiak and P F Liddle: « Regional brain activity in chronic schizophrenic patients during the performance of a verbal fluency task», *The British Journal of Psychiatry* (1995) 167: 343-349 researchgate.net.
- E. Fuller Torrey, and Robert H. Yolken The Stanley Medical Research Institute, Chevy Chase, MD; The Stanley Division of Developmental Neurovirology, Johns Hopkins University Medical Center, Baltimore, MD, *Psychiatric Genocide: «Nazi Attempts to Eradicate Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin»* vol. 36 no. 1 pp. 26–32, 2010doi:10.1093/schbul/sbp097 Advance Access publication on September 16, 2009nih.gov .
- Paolo Fusar-Poli, M.D.; Pierluigi Politi, M.D., Ph.D : « Paul Eugen Bleuler and the Birth of Schizophrenia (1908)» *Am J Psychiatry* 2008;165:1407-1407, , *The American Journal of Psychiatry*, VOL. 165, No. 11 , November 01, 2008 psychiatryonline.org.

Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL. «Relationships between changes in symptom ratings, neurophysiological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine». *Psychiatry Res* 1997;72:161

- Anna Galuppi, Maria Cristina Turola, Maria Giulia Nanni, Paola Mazzoni and Luigi Grassi: « Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning?» *International Journal of Mental Health Systems* 2010, 4:31 doi:10.1186/1752-4458-4-3.
- Gill K, Tempier R, Negrete JC.: «Quality of care for the chronic mentally ill: focus on dual-diagnosis and treatment outcome». May, 1999 Final report for Health Canada, National Health Research and Development Program. Ottawa: Health Canada; 1999.
- Erving Goffman: «Stigma and Social Identity» *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall, 1963.
- Alessandro Guidotti, MD; James Auta, PhD; John M. Davis, MD; Valeria DiGiorgi Gerevini, PhD; Yogesh Dwivedi, PhD; Dennis R. Grayson, PhD; Francesco Impagnatiello, PhD; Ghanshyam Pandey, PhD; Christine Pesold, PhD; Rajiv Sharma, MD; Doncho Uzunov, PhD; Erminio Costa, MD:« Decrease in Reelin and Glutamic Acid Decarboxylase67 (GAD67) Expression in Schizophrenia and Bipolar Disorder A Postmortem Brain Study ». *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Vol 57, No. 11archpsyc.jamanetwork.com.
- Häfner H., Hambrecht M., Löffler W., Munk-Jorgensen P., Riecher-Rossler A.: « Is schizophrenia a disorder of all ages?» A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psychol Med*. 1998;28:351–365 [PubMed].
- Häfner H., Maurer K., Löffler W., an der Heiden W., Hambrecht M., Schultze-Lutter F. «Modeling the early course of schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*. 2003;29:325–340. [PubMed] .
- Hamilton, N. Gregory; Ponzoha, Catherine A.; Cutler, David L.; Weigel, Ronald M.: «Social Networks and Negative Versus Positive Symptoms of Schizophrenia,» *Schizophrenia Bulletin*, Vol 15(4), 1989, 625-63.

- Hamilton SH, Revicki DA, Genduso LA, Beasley CM. «Olanzapine versus placebo and haloperidol: quality of life and efficacy results of the North American double-blind trial». *Neuropsychopharmacology* 1998;18:41-9.

- Hanafy A. Youssef, Fatma A. Youssef, «Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society», *History of Psychiatry* March 1996 vol. 7 no. 25 055-62
hpy.sagepub.com.

- Paul J. Harrison : «The neuropathology of schizophrenia : A critical review of the data and their interpretation» *Neurosciences Building, University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, September 18, 1998, oxfordjournals.org.*

Heli Hätönen MNSc, RN, Lauri Kuosmanen MNSc, RN, Heikki Malkavaara RN and Maritta Välimäki PhD,: «Mental health: patients' experiences of patient education during inpatient care» *Journal of Clinical Nursing* Volume 17, Issue 6, pages 752–762, March 2008 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02049.x.

- Heinz Katschnig: «Schizophrenia and quality of life» , *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume 102, Issue Sup. *Psychiatr Q.* 2012 Dec;83(4):497-507. doi: 10.1007/s11126-012-9218-2.

- Ho BC, Miller D, Nopoulos P, Andreasen NC. «A comparative effectiveness study of risperidone and olanzapine in the treatment of schizophrenia». *J Clin Psychiatry* 1999;60:658-63.

- Heinrichs RW1, Zakzanis KK. «Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence». *Neuropsychology.* 1998 Jul;12(3):426-45.

- John R Hofstetter, Paul H Lysaker and Aimee R Mayeda USA and Department of Psychiatry, Indiana University School of Medicine, «Quality of sleep in patients with schizophrenia is associated with quality of life and coping» 1111 W. 10th St, Indianapolis, IN, 46202, USA.

- Hu Li Za Zhi, Tseng CJ1, Chiou JY, Yen WJ, Su HC, Hsiao CY.: «Associations between stigma perception and stigma coping behavior and quality of life in schizophrenic patients treated at a community rehabilitation center» 2012 Aug;59(4):62-70. doi: 10.6224/JN.59.3.62.

- Hultman C. M., Wieselgren I.-M., Öhman A. «Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients». Scandinavian Journal of Psychology.1997;38:3–13 [PubMed].

- Assen Jablensky, MD
- : « The diagnostic concept in schizophrenia: it's history, concept, evolution and its prospects». Dialogues Clin Neurosci. Sep 2010; 12(3): 271–287.

- HI Kaplan, BJ Sadock, VA Sadock, P Ruiz: « Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry», edited by Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz-9th edition, 2009, books.google.com .

- SR Kay, LA Opler, JP Lindenmayer «Reliability and validity of the PANSS of schizophrenics» Psychiatry research, Elsevier 1988 , [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(88\)90038-8](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(88)90038-8) .

- Deanna L. Kelly and Robert R. Conley: «Sexuality and Schizophrenia: A Review» <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org> 2004.

- Torkel Klingberg, Hans Forssberg, Helena Westerberg: «Increased Brain Activity in Frontal and Parietal Cortex Underlies the Development of Visuospatial Working Memory Capacity

during Childhood» *Journal of Cognitive Neuroscience*, January 1, 2002, Vol. 14, No. 1, Pages 1-10 researchgate.net .

- Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H, Honkanen R, et al: «Correlates of life satisfaction among psychiatric patients». *Acta Psychiatr Scand* 89:72-77, 1996.
- Koivumaa-Honkanen, H.T.; Antikainen, R.; Hintikka, J.; Honkanen, R.J. : «Self-Reported Life Satisfaction and Recovery from Depression in a 1-Year Prospective Study», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, Vol. 103, 38 – 44.
- H.T. Koivumaa-Honkanen ,R. Honkanen², R. Antikainen¹, J. Hintikka¹, H. Viinamäki «Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder» *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 99, Issue 5, pages 377–384, May 1999 .
- Alex Kopelowicz, M.D.a Robert Paul Libermanb Donald Stolar: «Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia» *Schizophrenia Research*, Volume 94, Issue 1,2011, Pages 119-127 .
- Kopelowicz A., Liberman R. P., Wallace C. J. : «Psychiatric rehabilitation for schizophrenia». *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2003;3:283–298.
- Kwang-Hyuk Leea, Leanne M. Williamsa, Corresponding author contact information, E-mail the corresponding author, Michael Breakspearb, Evian Gordonc : « Synchronous Gamma activity: a review and contribution to an integrative neuroscience model of schizophrenia», Elsevier Volume 41, Issue 1, January 2003, Pages 57–78 .
- Lahti, Adrienne C.; Holcomb, Henry H.; Medoff, Deborah R.; Tamminga, Carol A.: Ketamine activates psychosis and alters limbic blood flow in schizophrenia» , *Neuroreport* April 19, 1995, April 19, 1995 - Volume 6 - Issue 6 journals.lww.com .

- Lapouse R, Monk Ma, Terris M : « The drift hypothesis and socioeconomic differentials in schizophrenia.» Am J Public Health Nations Health. 1956 Aug;46(8):978-86.
- LeBlanc G, Cormier HJ, Vaillancourt S, Gagne MA, Gingras C. «Qui sont les patients traites en clinique exteme avec des doses elevees de neuroleptiques?» Can J Psychiatry 1990;35:12-24.
- Nicholas LE, Brookshire RH, MacLennan DL, Schumacher JG, Porrazzo SA: « Boston Naming Test - NINDS Common Data Elements» (1988), www.commondataelements.ninds.nih.gov/.
- Nicholas LE, Brookshire RH, MacLennan DL, Schumacher JG, Porrazzo SA (1988): «The Boston Naming Test: Revised Administration and Scoring Procedures and Normative Information for Non-Brain-Damaged Adults.» Clinical Aphasiology, 18: 103-115. www.commondataelements.ninds.nih.gov .
- Lehman A, Kerman E, DeForge B, et al: «Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness.» 46:922-925, 1995 .
- Lehman A: «A quality of life interview for the chronically mentally ill». Eval Program Plann 11:51-62, 1988 .
- Smadar Levin: «Frontal lobe dysfunctions in schizophrenia—II. impairments of psychological and brain functions» Elsevier Volume 18, Issue 1, 1984, Pages 57–72, archpsyc.jamanetwork.com .
- S. M., Lotfy, M. and O'Connell, K. A., Skevington, : «The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group». 2004 Mar;13(2):299-310.

- Lundberg B., Hansson L., Wentz E., Björkman T. : «Stigma, discrimination, empowerment and social networks: A preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample». *International Journal of Social Psychiatry*. 2008;54:47–55 [PubMed].

- Lysaker PH, Wilt MA, Plascak-Hallberg CD, Brenner CA, Clements CA: «Personality dimensions in schizophrenia: associations with symptoms and coping.» *J Nerv Ment Dis* 2003, 191:80-86.

- Mahmoud RA, Engelhart Lm, Janatap C, Awad G. «Assessment of symptoms affecting quality of life and patient satisfaction with antipsychotic drugs: new insights for a trial of risperidone/ olanzapine». *New research program and abstracts of the American Psychiatric Association Annual Meeting; 1999 May 15-20; Washington, DC. Washington: The Association; 1999; p. 268.*

- Marta Makara-Studzińska, Małgorzata Wołyniak, Iwona Partyka : «The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service – selected factors», *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 2011, Vol 5, No 1, 31-34 .

- Peter Malik «Sexual Dysfunction in Schizophrenia», *F O C U S THE JOURNAL OF L I F E LONG L EARNING IN P SYCHIATRY*, Spring 2008, Vol. VI, No. 2 .

- McCabe R., Heath C., Burns T., Priebe S. Engagement of patients with psychosis in the consultation: Conversation analytic study. *BMJ: British Medical Journal*. 2002;325:1148–1151.[PMC free article] [PubMed].

- Meltzer H. Y. «Suicidality in schizophrenia: A review of the evidence for risk factors and treatment options». *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4:279–283 [PubMed] .

- Herbert Y Meltzer MD : «The Role of Serotonin in Antipsychotic Drug Action», *Neuropsychopharmacology* (1999) 21, 106S–115S, nature.com .
- Herbert Y. Meltzer, Stephen M. Stahl : «The dopamine hypothesis in schizophrenia : a review», *APA Journals*, Volume 2, Number 1 , 1976 pages 19-76 .
- Meltzer H, Burnett S, Bastani B, et al: «Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients.» *Hosp Community Psychiatry* 41:892-897, 1990. Skantze K, Malm U, Dencker S, et al: Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *Br J Psychiatry* 161: 797-801, 1992.
- S Miyamoto, G E Duncan, C E Marx and J A Lieberman : «Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs», *Molecular Psychiatry* (2005) 10, 79–104. doi:10.1038/sj.mp.4001556 Published online 3 August 2004, www.nature.com.
- Miyamoto , Miyake N, Jarskog LF, Fleischhacker WW, Lieberman JA. : «Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents», *Mol Psychiatry*. 2012 Dec;17(12):1206-27 Epub 2012 May www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22584864.
- Richard Noll : «The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders», *Facts on File Library of Health and Living*, 3third edition.
- D. Nuechterlein: « The MATRICS Consensus Cognitive Battery, Part 1: Test Selection, Reliability, and Validity», *Am J Psychiatry* 2008; 165:203–213 .
- Leslie C. Morey and Roger K. Blashfield «A Symptom Analysis of the DSM-III Definition of Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, Oxford Journals, , vol 40 issue 1 January 2014.

- Toshiaki Onitsuka, M.D., Ph.D.; Martha E. Shenton, Ph.D.; Dean F. Salisbury, Ph.D.; Chandlee C. Dickey, M.D.; Kiyoto Kasai, M.D.; Sarah K. Toner, B.A.; Melissa Frumin, M.D.; Ron Kikinis, M.D.; Ferenc A. Jolesz, M.D.; Robert W. McCarley, M.D.: «Middle and Inferior Temporal Gyrus Gray Matter Volume Abnormalities in Chronic Schizophrenia: An MRI Study» *The American Journal of Psychiatry*, 2004 VOL. 161, No. 9 psychiatryonline.org .
- Östman M., Wallsten T., Kjellin L. «Family burden and relatives' participation in psychiatric care: Are the patients diagnosis and the relation to the patient of importance?» *International Journal of Social Psychiatry*. 2005;51:291–301 [PubMed] .
- Padgett D. «There is no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States». *Social Science & Medicine*. 2007;64:1925–1936. [PMC free article][PubMed]
- Christos Pantelis, Murat Yu'cel, Stephen J. Wood Dennis Velakoulis, Daqiang Sun, Gregor Berger Geoff W. Stuart, Alison Yung , Lisa Phillips, and Patrick D. McGorry : «Structural Brain Imaging Evidence for Multiple Pathological Processes at Different Stages of Brain Development in Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin* vol. 31 no. 3 pp. 672–696, 2005doi:10.1093/schbul/sbi034 Advance Access publication on July 14, 2005.
- Pitschel-Walz G., Leucht S., Bäuml J., Kissling W., Engel R. R.: «The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—A meta-analysis». *Schizophrenia Bulletin*.2001;27:73–92 [PubMed] .
- Planansky, Karel M.D., Ph.D. : «Heredity in Schizophrenia» *The Journal of Nervous and Mental Disease*, August 1955 - Volume 122 - Issue 2 - ppg 121-142 journals.lww.com49 .
- Revicki DA, Genduso LA, Hamilton SH, Ganoczy D, Beasley CM. : «Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders: quality of life and clinical outcomes of a randomized clinical trial». *Qual Life Res* 1999;8:417-26.

- Ritsner M, Kurs R, Ponizovsky A, et al. : «Perceived quality of life in schizophrenia: relationships to sleep quality». *Qual Life Res* May 2004; 13(4): 783–91 .
- D. L. Rosenhan: «On Being Sane in Insane Places», *Science Magazine*, 19 January 1973: Vol. 179 no. 4070 pp. 250-258 .
- Royuela A, Macias JA, Gil-Verona JA, Pastou JF, Maniega MA, Alonso J, Roman JM, De Paz F, Barbosa M, Rami-Gonzalez L, Boget T: «Sleep in schizophrenia» a preliminary study using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Neurobiology of Sleep-Wakefulness Cycle* 2002, 2:37-39 .
- Mikail Rubinov, Stuart A. Knock, Cornelis J. Stam, Sifis Micheloyannis, Anthony W.F. Harris, Leanne M. Williams, Michael Breakspear: « Small-world properties of nonlinear brain activity in schizophrenia», *Issue Human Brain Mapping Human Brain Mapping Volume 30, Issue 2, pages 403–416, February 2009 .*
- Rummel-Kluge C., Kissling W. :«Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field». *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21:168–172 [PubMed] .
- Sartorius et Kuyken.. WHOQOL-BREF INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT Field Trial Version , December 1996
http://www.who.int/mental_health/media/.../76 .
- Ann Saudi Med. «The reliability and validity of the short version of the WHO Quality of Life Instrument in an Arab general population» 2009 Mar-Apr; 29(2): 98–104.doi: 10.4103/0256-4947.51790 .

- Shtasel P, Gur R, Gallacher F, et al: «Gender differences in the clinical expression of schizophrenia». Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument, a Social and Behavioral Sciences Program, Department of Health Services, University of Washington, School of Public Health and Community Medicine, Seattle, WA, USA, journal of clinical epidemiology Schizophr Res 7:225-231, 1992 .
- Skevington, S. M., Lotfy, M. and O'Connell, K. A., 2004: «The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial» A report from the WHOQOL group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial - A report from the WHOQOL group. Quality of Life Research, 13 (2), pp. 299-310.) .
- S.M. Skevington¹, M. Lotfy & K.A. O'Connell.: WHOQOL «The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHO».
- Ihsan Solaroglu, Feridun Acar, Murad Bavbek, Ugur Ture, Ethem Beskonakli, The History of Neurosurgery in Anatolia and Turkey: The Turkish Neurosurgical Society, published by Elsevier Volume 79, Issue 1, January 2013, Pages 16–24 .
- Mike Startup, Mike C. Jackson and Sue Bendix «The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF)» British Journal of Clinical Psychology Volume 41, Issue 4, pages 417–422, November 2002 DOI: 10.1348/014466502760387533 .
- Svedberg P., Jormfeldt H., Arvidsson B. : «Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. A qualitative study». Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2003;10:448–456. [PubMed].
- Rajiv Tandon^a, Wolfgang Gaebel^b, Deanna M. Barch^{c,d,e}, Juan Bustillo^f, Raquel E. Gur^{g,h,i}, Stephan Heckers^j, Dolores Malaspina^{k,l}, Michael J. Owen^m, Susan Schultzⁿ, Ming

Tsuang o,p,q, Jim Van Os r,s, William Carpenter t : « Definition and description of schizophrenia in the DSM-5» journal homepage: www.elsevier.com/locate/schres 2013 Elsevier .

- Tang I, Wu HC: «Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia».. Psychiatr Q. 2012 Jun;83(2):257. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22451344plement s407, pages 33–37, December 2000 .
- Tempier R.: « Quality of life and schizophrenia: the impact of novel antipsychotic medications». Can Psychiatr Assoc Bull 1999; 31:144-6 .
- Raymond Tempier, MD, MSc; Nicole Pawliuk, MA Tempier, Pawliuk: « Influence of novel and conventional antipsychotic medication on subjective quality of life» - McGill University Health Centre, VoL 26) No. 2,2001 journal of psychiatry & neurosciences .
- Tempier R, Steiner W, Perreault M, Pawliuk N.: «Satisfaction with services and quality of life of patients with long-term psychotic disorders treated by the clinical case management model». Final report, February 1999. Ottawa: National Library of Canada; 1999. ISBN 0-9685154-0-1.
- Tempier R, Spreng S.: «Quality of life and cost-utility of risperidone: a Canadian study». Quality of Life Newsletter 2000;24:17.
- Jean Théberge, M.Sc.; Yousef Al-Semaan, M.D.; Peter C. Williamson, M.D.; Ravi S. Menon, Ph.D.; Richard W.J. Neufeld, Ph.D.; Nagalingam Rajakumar, Ph.D.; Betsy Schaefer, B.A.; Maria Densmore, B.Sc.; Dick J. Drost, Ph.D.: « Glutamate and Glutamine in the Anterior Cingulate and Thalamus of Medicated Patients With Chronic Schizophrenia and Healthy Comparison Subjects Measured With 4.0-T Proton MRS», The American Journal of Psychiatry, VOL. 160, No. 12 , psychiatryonline .
- Vita, L. De Perib, C. Silenzic, M. Diecid: «Brain morphology in first-episode schizophrenia: A meta-analysis of quantitative magnetic resonance imaging studies», Elsevier B.V, Volume 82, Issue 1, 15 February 2006, Pages 75–88 Elsevier .
- Robert van Voren : «Political Abuse of Psychiatry—An Historical Overview», Oxford JournalsMedicine Schizophrenia BulletinVolume 36, Issue 1Pp. 33-35 nih.gov .

- Voruganti LNP: «Patients' satisfaction with antipsychotic drug therapy for schizophrenia. In: Clear perspectives - management issues in schizophrenia: patient satisfaction, compliance and outcomes in schizophrenia.» London (UK): AstraZeneca Pharmaceuticals; 1999. p. 7-11.
 - Weiden PJ, Casey DE. "Polypharmacy": «Combining antipsychotic medications in the treatment of schizophrenia». J Prac Psych Behav Hlth 1999;5:229-33.136 Daniel R. Weinberger, MD: «Implications of Normal Brain Development for the Pathogenesis of Schizophrenia», Arch Gen Psychiatry. 1987;44(7):660-669. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800190080012, July 1987, Vol 44, No. 7 > .
 - Daniel R. Weinberger, MD; Karen Faith Berman, MD; Ronald F. Zec, PhD : « Physiologic Dysfunction of Dorsolateral Prefrontal Cortex in Schizophrenia I. Regional Cerebral Blood Flow Evidence», February 1993 Vol 43, No. 2 archpsyc.jamanetwork.com .
 - Wikipedia, the free encyclopedia http://en.wikipedia.org/wiki/Boston_Diagnostic_Aphasia_Examination «Boston Diagnostic Aphasia Examination», April 2014 .
 - Wikipedia, the free encyclopedia «Global Assessment of Functioning» http://en.wikipedia.org/wiki/Global_Assessment_of_Functioning , 2004.
- Xiaoduo Fan, David C. Henderson, Elaine Chiang, Leah B. Namey Briggs, Oliver Freudenreich, A. Eden Evins, Corinne Cather, Donald C. Goff. : « Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia.» Schizophrenia Research 08/2007; 94(1-3):119-27. DOI:10.1016/j.schres.2007.04.033 [PubMed] .
- Χριστοδούλου Γ.Ν., Ραμπαβίλας Α.Δ., Σολδάτος Κ., Αλεβίζος Β.Η. : «Ψυχιατρική, Συμπληρωματικό Εκπαιδευτικό Βοήθημα» ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, 2003 .
 - Yilmaz M., Josephsson S., Danermark B., Ivarsson A.-B. : «Social processes of participation in everyday life among persons with schizophrenia». International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being. 2009;4:267–279 .
 - Yuhas, Daisy. "Throughout History, Defining Schizophrenia Remains A challenge (timeline)". Scientific American Mind (March 2013) Adams Trevor (1997). "Dementia".. Retrieved 2 March 2013.
 - The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: « Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL

Group, quality of Life Research» 13: 299–310, 2004. 2004 Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands .

