



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : ΣΠΥΡΑΤΟΣ ΦΩΤΙΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΜΠΑΚΑ ΓΑΡΥΦΑΛΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2010

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πρωτίστως τον καθηγητή μου Φώτη Σπυράτο και εν συνεχεία όλους τους καθηγητές του ΤΕΙ. Με την πολύτιμη βοήθειά σας καταφέραμε να κατανοήσουμε τη νοσηλευτική ως επιστήμη, αλλά και ως λειτούργημα. Ένα λειτούργημα που απαιτεί ανθρωπιά, για την οποία εσείς μας δείξατε πρώτοι τον δρόμο...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.	8
Εισαγωγή.	9
Ιστορική αναδρομή	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

1.1 Ψυχώσεις	12
1.2 Ορισμοί της σχιζοφρένειας	13
1.3 Κλινικοί τύποι της σχιζοφρένειας	14
1.3.1 Παρανοϊκός τύπος της σχιζοφρένειας.	14
1.3.2 Αποδιοργανωτική τύπος σχιζοφρένεια	15
1.3.3 Κατατονικός τύπος σχιζοφρένειας..	16
1.3.4 Αδιαφοροποίητος τύπος σχιζοφρένειας	17
1.3.5 Υπολειμματικός τύπος σχιζοφρένειας	18
1.3.6 Απλή σχιζοφρένεια	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Επιδημιολογία	20
2.1.1 Ηλικία και φύλο	20
2.1.2 Μετανάστευση	20
2.1.3 Φυλετικές διαφορές.	21
2.1.4 Κοινωνική τάξη	21

2.2 Αιτιολογία – Παθογενετικοί μηχανισμοί	22
2.2.1 Γενετικοί παράγοντες... ..	22
2.2.2 Βιολογικοί παράγοντες... ..	22
2.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.	23
2.2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την προ- και περι- γεννητική περίοδο	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

3.1 Διάγνωση της σχιζοφρένειας	25
3.2 Διαγνωστικά κριτήρια του DSM- IV	25
3.2.1 Διαγνωστικά ευρήματα	28
3.2.2 Διαγνωστικά – εργαστηριακά ευρήματα	28
3.3 Διαφορική διάγνωση	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

4.1 Διαταραχές της σκέψης	30
4.1.1 Διαταραχή της δομής και οργάνωση της σκέψης	30
4.1.2 Διαταραχές της ροής της σκέψης	31
4.1.3 Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης	31
4.1.4 Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης	31
4.2 Διαταραχές της αντίληψης	32
4.2.1 Ψευδαισθήσεις	32
4.2.2 Παραληρηματικές ιδέες	34

4.3 Διαταραχές του συναισθήματος.	35
4.3.1 Αμφιθυμία	35
4.3.2 Απρόσφορο συναίσθημα.....	35
4.3.3 Η συναισθηματική έκπτωση	35
4.3.4 Οι καταθλιπτικές δυσθυμίες.....	36
4.3.5 Το άγχος	36
4.4 Διαταραχές ειδικής προέλευσης.....	36
4.4.1 Αυτισμός.	36
4.4.2 Ανηδονία	37
4.4.3 Αντικοινωνικότητα.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

5.1 Θεραπεία της σχιζοφρένειας	38
5.1.1 Σωματικές θεραπείες.....	38
5.1.1.1 Αντιψυχωτικά φάρμακα	38
5.1.1.2 Αντικαταθληπτικά.....	41
5.1.1.3 Λίθιο	41
5.1.1.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)	42
5.1.1.5 Ινσουλινοθεραπεία	42
5.1.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.....	42
5.1.2.1 Ατομική ψυχοθεραπεία	42
5.1.2.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία.....	43
5.1.2.3 Θεραπεία συμπεριφοράς	43
5.1.2.4 Οικογενειακή θεραπεία	43
5.1.2.5 Εργοθεραπεία	44
5.1.2.6 Δημιουργικές θεραπείες	44

5.2 Παρενέργειες φαρμάκων	44
5.2.1 Παρενέργειες των νευροληπτικών φαρμάκων	44
5.2.2 Παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών	45
5.2.3 Παρενέργειες του λιθίου	45
5.3 Μετανοσοκομειακή φροντίδα	46
5.4 Η πρόγνωση της σχιζοφρένειας	47
5.4.1 Παράγοντες πρόγνωσης της πορείας της σχιζοφρένειας	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

6.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με σχιζοφρένεια.....	49
6.1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με αισθητηριακή διαταραχή	49
6.1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με κοινωνική απομόνωση	49
6.1.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με διαταραχή του συναισθήματος.....	50
6.2 Νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία	50
6.3 Νοσηλευτικές ευθύνες στη φαρμακευτική θεραπεία.....	51
6.3.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων	51
6.3.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων	51
6.3.3 Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

7.1 Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου	53
7.2 Τα δικαιώματα των συγγενών του ψυχιατρικά ασθενή	54
7.3 Σχιζοφρενής και οδήγηση	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΕΣ

8.1 Υπολογισμένος αριθμός ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.....	56
8.2 Μελέτες με βάση την κληρονομικότητα.....	61
8.3 Ψυχικές διαταραχές και εγκληματικότητα.....	64
8.4 Το κόστος για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας.....	66

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	67
-----------------	----

ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	68
---------------------------------------	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ... ..	72
----------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74
-------------------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γενικά παραδεκτό πως ο άνθρωπος είναι μια σύνθετη προσωπικότητα με ψυχικές και σωματικές λειτουργίες. Για να μπορεί, λοιπόν, να λειτουργεί σαν υγιή μονάδα της κοινωνίας, να μπορεί να προσφέρει σε αυτήν και να εκπληρώνει την αποστολή του ως κοινωνικό ον, είναι απαραίτητο όλες του οι λειτουργίες, ψυχικές και σωματικές να βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Γίνεται, λοιπόν αντιληπτό, πως ο τομέας της ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός σήμερα, αφού οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται ως αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Ο ασθενής που πάσχει από ψύχωση αδυνατεί να αντιληφθεί ότι ασθενεί ψυχικά, ότι δεν διαθέτει έλεγχο της πραγματικότητας και ότι διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες.

Οι ψυχώσεις χωρίζονται σύμφωνα με τους ψυχαναλυτές σε ψυχώσεις οργανικής μορφής, π.χ. γενική παράλυση και λειτουργικής μορφής ψύχωση, όπως η σχιζοφρένεια.

Οι λειτουργικές ψυχώσεις διακρίνονται σε: α) παράνοια, β) μελαγχολία και μανία και γ) σε σχιζοφρένεια, που είναι η μορφή της λειτουργικής ψύχωσης που θα μας απασχολήσει σε αυτήν την εργασία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι νόσος του εγκεφάλου η οποία εκδηλώνεται με πολλαπλά σημεία και συμπτώματα και καταλαμβάνει κεντρική θέση σε όλο το φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών.

Η σχιζοφρένεια είναι ένα τρομακτικό ταξίδι μέσα σ' ένα κόσμο που κανείς δε μπορεί να κατανοήσει και ιδιαίτερα το άτομο που ταξιδεύει μέσα σε αυτό. Βασανίζεται από εσφαλμένες αντιλήψεις. Δε μπορεί να ξεχωρίσει τι είναι αληθινό και τι όχι. Αισθάνεται μόνος. Τελικά είναι πιο εύκολο να απομονωθεί απ' ότι να αντιμετωπίσει μια πραγματικότητα που είναι άγνωστη για τον κόσμο σου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πρώτη γνωριμία με τη σχιζοφρένεια, να δοθούν ορισμοί για τη σχιζοφρένεια μιας και τα κριτήρια για να χαρακτηριστεί μια ασθένεια ως σχιζοφρένεια έχουν αλλάξει με τη πάροδο του χρόνου, να αναλυθούν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και η αιτία της σχιζοφρένειας. Επίσης αναφέρεται στην θεραπεία και στη νοσηλευτική παρέμβαση της ασθένειας ώστε να μπορέσουμε πιο εύκολα να βοηθήσουμε τον ασθενή.

Ακόμα αναφέρονται στατιστικά αποτελέσματα από διάφορες έρευνες για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα τη σχιζοφρένεια.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όλα τα στοιχεία μας δείχνουν πως η ψυχοπαθολογική εικόνα που ανταποκρίνεται στο σημερινό όρο σχιζοφρένεια υπάρχει εδώ και πολλά έτη. Υπάρχουν πολλά γραπτά κείμενα του 14^{ου} αιώνα π. Χ. ο Αρεταίος από την Καππαδοκία του 1^{ου} αιώνα π. Χ. επεχείρησε να την διαχωρίσει σε διάφορες μορφές. Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς ήταν ποικίλοι με επικρατούντες αυτούς που ανταποκρίνονται στο νόημα που έχουν οι ελληνική όροι όπως μανία, τρέλα.^{1,2}

Στο μεσαίωνα οι πιστοί πίστευαν ότι ο κόσμος κυριαρχείται από καλά και κακά πνεύματα. Πίστευαν πως τα κακά πνεύματα ήταν υπεύθυνα για δαιμονικές δυνάμεις που εξουσίαζαν των ψυχασθενή που τον κατεύθυναν στην ιδιόρρυθμη συμπεριφορά.

Η ιστορική πορεία της σχιζοφρένειας είναι

Ο Pinel (1745) πρότεινε πέντε κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Αν και αυτή η ομαδοποίηση δεν αντιστοιχούσε απόλυτα στη δική μας, περιέγραψε πολλούς ασθενείς που πληρούσαν απόλυτα τα σύγχρονα κριτήρια της σχιζοφρένειας. Οι περισσότεροι από αυτούς περιλαμβάνονται στη κατηγορία που ονομάζεται άνοια.²

Στην Αγγλία ο John Haslam ήταν Διευθυντής στο Βασιλικό Νοσοκομείο Βηθλεέμ του Λονδίνου. Ο Haslam (1764) περιέγραψε μια μορφή άνοιας που εμφανίζεται σε νεότερα άτομα. Ο ίδιος έγραψε μία περίληψη με βάση τις παρατηρήσεις του σε πολλά περιστατικά. Υπάρχουν πολλές λεπτομέρειες ώστε να πιστούν οι σύγχρονοι αναγνώστες ότι περιέγραφε τη σχιζοφρένεια, αν και δεν υπήρχε συγκεκριμένο όνομα για αυτήν την κατάσταση. Μερικοί Άγγλοι αναφέρονται σήμερα στην σχιζοφρένεια ως τη νόσο των Pinel – Haslam.^{1,3}

Ο Benedict Augustin Morel (1852) ο Αυστριακός ψυχίατρος ανέφερε περιπτώσεις νεαρών ατόμων που υπέστησαν πρόιμη άνοια, μια κατάσταση που την ανέφερε ως demence precoce (πρόιμη άνοια). Το 1860 δημοσίευσε μια λεπτομερή αναφορά ενός έφηβου αγοριού, που ήταν κάποτε ζωηρό, δραστήριο και έξυπνο. Το

αγόρι όρχησε να συμπεριφέρεται παράξενα, να αποσύρετε σταδιακά ολοένα και περισσότερο επιδεινώθηκε νοητικά μέχρι, 'μία αιφνίδια παράλυση των ψυχονοητικών λειτουργιών, έδειξε ότι αυτός ο ασθενής έχει φθάσει στη ζώνη του σχιζοφρενικού φάσματος.^{1,2}

Στη Γερμανία, ο Karl Kahlbaum (1874) υποστήριξε την χρόνια μελέτη της κλινικής πορείας και έκβασης ασθενών ως στρατηγική αναγνώρισης των κυρίων χαρακτηριστικών των ψυχικών παθήσεων. Έμεινε περισσότερο στη μνήμη μας για την περιγραφή της κατατονίας(παραφροσύνη ψυχικής έντασης), μία κατάσταση που χαρακτηρίστηκε από περιόδους στάσεων ακαμψίας και αλαλίας.

Επίσης, ο μαθητής του Ewald Hecker (1909) περιέγραψε μία ψύχωση στην οποία οι ασθενείς παρουσιάζουν ακατάλληλους, ανόητους ιδιοτροπισμούς, έντονη συμπεριφορά παλινδρόμησης και σκέψη άνευ νοήματος. Ονόμασε αυτή τη κατάσταση ηβηφρένεια.

Ο Emil Kraepelin ο πατέρας της ψυχιατρικής νοσολογίας, το 1896 χρησιμοποίησε τον όρο «Dementia Praecox (πρώιμη άνοια) σε μια ομάδα νόσων η οποία αρχίζει στη εφηβεία και καταλήγει ως άνοια. Ο όρος έμεινε σε παγκόσμια χρήση ακόμα και μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.^{3,2}

Ο ορισμός του Kraepelin, αμφισβητήθηκε, επεκτάθηκε και τελικά άλλαξε ουσιαστικά από τον Eugen Bleuler. Το 1911 υποστήριξε ότι ο ορισμός του Kraepelin είχε πολύ στενά όρια και ότι δεν ήταν μια απλή νόσος. Σύμφωνα με τον Bleuler η έναρξη στην εφηβεία και η επιδείνωση που μοιάζει με την άνοια παρατηρούνται μόνο στις πιο σοβαρές περιπτώσεις. Συμφώνησε ότι η σοβαρή έκπτωση μπορεί να οφείλεται σε εγκεφαλικές βλάβες αλλά δήλωσε ότι τις περισσότερες περιπτώσεις ήταν ήπιες. Σε αυτές τις περιπτώσεις πιθανά να μην υπάρχουν εγκεφαλικές και τα συμπτώματα να προκαλούνται απλώς από ποσοτικές παρεκκλίσεις της φυσιολογικής εγκεφαλικής λειτουργίας.^{1,3}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ – ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

1.1 Ψυχώσεις

Οι περισσότεροι άνθρωποι σε κάποια φάση της ζωής τους θα βιώσουν ένα πρόβλημα σχετικό με την ψυχική τους υγεία. Κατάθλιψη, άγχος και στρες μπορούν να συμβούν στο καθένα. Ένα άλλο πρόβλημα που πολλοί νέοι αντιμετωπίζουν είναι η ΨΥΧΩΣΗ.

Η ψύχωση είναι μια λέξη συχνά που χρησιμοποιείται για να περιγράψει διάφορες εμπειρίες ή συμπτώματα που συμβαίνουν ταυτόχρονα. Τέτοια συμπτώματα συνήθως είναι το να ακούει κανείς φωνές, το να έχει κανείς μπερδεμένες σκέψεις, να έχει τρομακτικές ή ασυνήθιστες ιδέες ή να έχει υπερβολικά λίγη (ή υπερβολικά πολλή) ενέργεια. Αυτά τα συμπτώματα της ψύχωσης συνήθως αναπτύσσονται μέσα σε εβδομάδες ή μήνες και μπορεί να συμβούν στον καθένα. Συνήθως εμφανίζονται σε νέους ανθρώπους, ηλικίας 14 έως 35 ετών. Υπάρχουν όμως πολλοί μύθοι για την ψύχωση και για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει κανείς τι είναι ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ και τι είναι ΜΥΘΟΣ.

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ Ή ΜΥΘΟΣ

Ψύχωση είναι:

- Μια αλλαγή στη σκέψη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά που συχνά έντονο άγχος και τρομάζει.
- Μια κατάσταση η οποία εμφανίζεται χωρίς ο ασθενής να κάνει κάποιο λάθος.

- Κάτι που αρχίζει συνήθως στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενήλικης ζωής, συνήθως στην αρχή της δεκαετίας των είκοσι.
- Μια κατάσταση σχετικά συχνή. Στη βρετανία πάνω από 100.000 άνθρωποι κάθε χρόνο λαμβάνουν βοήθεια για ψύχωση. Περίπου 1 με 2 άνθρωποι έχουν την εμπειρία της ψύχωσης.

Ψύχωση ΔΕΝ είναι:

- Μια κατάσταση που επηρεάζει μόνο συγκεκριμένους τύπους ατόμων. Θεωρητικά, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες σε κάθε χώρα του κόσμου μπορεί να εμφανίσουν ψύχωση. Γιατροί, δικηγόροι, αθλητές, υπάλληλοι καταστημάτων, εργάτες, αγρότες, όλοι μπορεί να εμφανίσουν ψύχωση.
- Κάτι που μοιάζει με διχασμένη προσωπικότητα.
- Η ψύχωση δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει αντιληπτή. Τα πρώιμα στάδια της συχνά συγχέονται με άλλες δυσκολίες που εμφανίζουν πολλοί νέοι άνθρωποι καθώς μεγαλώνουν.
- Η ψύχωση δεν συνδέεται πάντα με βίαιη συμπεριφορά.

1.2 Ορισμοί της σχιζοφρένειας

Ο όρος σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin το διέδωσε σε όλο τον κόσμο.⁷

Επίσης ο κος Κούρας Ιωάννης ορίζει τη σχιζοφρένεια πως είναι μια ψυχωτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων από μια σειρά συμπτωμάτων, λόγος, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά,

απρόσφορο συναίσθημα και σημαντική έκπτωση στη λειτουργική και προσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου.⁸

Τέλος, σύμφωνα με τον Νίκο Μάνο η σχιζοφρένεια θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση παρουσιάζεται με διαταραχές - συμπτώματα στην αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα.⁹

1.3 Κλινικοί τύποι της σχιζοφρένειας

1.3.1 Παρανοϊκός τύπος της σχιζοφρένειας

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Παρανοϊκού Τύπου κατά DSM-IV είναι:

A) Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις.

B) Δεν προεξάρχει κανένα από τα παρακάτω: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.

Θεωρείται η πλέον τυπική, συχνή και γνήσια μορφή σχιζοφρένειας. Στην κλινική εικόνα επικρατούν διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης, όπως υφαρπαγή και εκπομπή της σκέψης, και διαταραχές της αντίληψης, με συνηθέστερες τις ακουστικές ψευδαισθήσεις. Οι παραληρητικές ιδέες είναι συνήθως διωκτικού περιεχομένου. απαντώνται επίσης το ζηλοτυπικό παραλήρημα, το ερωτομανιακό παραλήρημα (η παραληρητική ιδέα του αγαπάσθαι από άλλα άτομα που ευρίσκεται σε ψηλότερο από τον ασθενή κοινωνικό ή μορφωτικό επίπεδο), το παραλήρημα μεγαλείου και το θρησκευτικό παραλήρημα. Οι ψευδαισθήσεις είναι κατά κανόνα ακουστικές.^{7,10}

Κλινικό παράδειγμα: Ο Γιώργος είναι 25 χρονών. Η εμφάνισή του είναι ατημέλητη, με μακριά μαλλιά και μακριά γενειάδα. Προσέρχεται στη ψυχιατρική συνέντευξη διαμαρτυρόμενος για ότι κάθε χρόνο, ανήμερα του Αγίου Ελευθερίου, οι ελευθεροτέκτονες του στερούν την ελευθερία του και τον κλείνουν στο ψυχιατρείο με εισαγγελική εντολή. Κατηγορεί τους γιατρούς, τους νοσηλευτές ακόμα και τους γονείς του ότι είναι πράκτορες των ελευθεροκτόνων. Πήγε και σε μοναστήρι, λέει, του Αγίου Όρους, αλλά και εκεί του φάνηκε πως η διαφθορά κυριαρχούσε: έπιανε υπονοούμενα στα λόγια των μοναχών, που αποδείκνυαν τη μασονική τους ιδιότητα, έβλεπε σημάδια, που τον υποδήλωναν ότι ήταν ομοφυλόφιλοι, άκουγε το βράδυ μουρμουρητά, τα οποία απέδιδε σε μυστικοσύναξη των καλογέρων για να τον σκοτώσουν.¹¹

1.3.2 Αποδιοργανωτική τύπος σχιζοφρένεια

Τα διαγνωστικά κριτήρια του αποδιοργανωμένου Τύπου κατά DSM-IV είναι:

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

A) Προεξάρχουν όλα τα παρακάτω :

- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- Επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

B) Δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου

- Πρόκειται για την ασθένεια της ήβης , γι' αυτό λέγεται και ηβηφρενική. Παρουσιάζεται κυρίως σε άτομα από 15-25 χρονών.
- Εάν έχουν και παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, αυτές συνήθως δεν αφορούν σ' ένα κεντρικό θέμα, όπως στο παρανοϊκό τύπο της σχιζοφρένειας, αλλά είναι περισσότερο διασπασμένες.^{7, 12}

Κλινικό παράδειγμα : ο Δημήτρης είναι τώρα 40 χρονών. Αρρώστησε για πρώτη φορά όταν φοιτούσε στη σχολή ναυτικών δοκίμων στα 20 του. Τότε είχε γίνει κάποιο περιστατικό στη σχολή του και θεωρήθηκε υπεύθυνος για κάποια απώλεια σε υλικό.

Εκείνη την πρώτη φορά ένοιωθε πως τον κυνηγάνε, έβλεπε εξωγήινους να μπαίνουν στο σώμα του, να επηρεάζουν τις σκέψεις και τις πράξεις του, να τον κατευθύνουν με ακτίνες λέιζερ. Τώρα πια ο λόγος του έχει γίνει τελείως ασυνάρτητος. Κάθεται στο κρεβάτι, μονολογεί διαρκώς ακατάληπτα, και ανάμεσα στις ασυναρτησίες και τις άναρθρες κραυγές του, που και που λέει κάτι για το καράβι, τους εξωγήινους, ζητάει να του βγάλουν από μέσα του το λέιζερ.¹³

1.3.3 Κατατονικός τύπος σχιζοφρένειας

Τα διαγνωστικά κριτήρια του κατατονικού Τύπου κατά DSM-IV είναι:

- Κινητική ακαμψία που εμφανίζεται με καταπληξία ή εμβροντησία
- Υπέμετρη κινητική δραστηριότητα (η οποία είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)
- Υπερβολικός αρνητισμός (μια αντίσταση με προφανή έλλειψη κινήτρων σε όλες τις οδηγίες ή διατήρηση μιας άκαμπτης στάσης ενάντια σε προσπάθειες να κινηθεί)
- Ιδιορρυθμίες των εκουσίων κινήσεων που εμφανίζονται με στάσεις (εκούσια ανάληψη απρόσφορων ή αλλόκοτων στάσεων)
- Ηχολαλία ή ηχοπραξία
- Το κατατονικό stupor ή κατατονική εμβροντησία, αποτελεί την ακραία μορφή του κατατονικού αρνητισμού, ο άρρωστος είναι σε πλήρη ακινησία(πολλές φορές σε περίεργες και καθόλου άνετες στάσεις όπως με το κεφάλι ψηλά σα να υπάρχει μαξιλάρι κάτω απ' αυτό, στη άκρη του κρεβατιού έτοιμος να πέσει αλλά ποτέ να μην πέφτει.
- Η ηχολαλία είναι η επανάληψη του ότι λέει κάποιος τρίτος σαν ηχώ
- Και η ηχοπραξία είναι η επανάληψη πράξεων που γίνονται μπροστά του.

12, 14

Κλινικό παράδειγμα : η Κατερίνα είναι 28 ετών. Έχουν περάσει 3 χρόνια από τότε που αρρώστησε. Όταν την πιάνουν αυτές οι κρίσεις σιγά-σιγά αρχίζουν να μειώνονται οι κινήσεις της, δεν μπορεί να βγει από το σπίτι, κινείται με δυσκολία κατόπιν παραινέσεων των δικών της. Η κίνησή της έχει κάτι το μηχανικό, σαν να κινείτε ένα ρομπότ. Μιλά ελάχιστα έως καθόλου. Την πρώτη δε φορά που συνέβη μια τέτοια κρίση, είχε μείνει καθισμένη σε μια καρέκλα επί μια ολόκληρη εβδομάδα. Όπου και να την έβαζαν πάλι καθόταν. Τώρα οι δικοί της έχουν μάθει, πως όταν αποτραβιέται στον κόσμο της, την οδηγούν άμεσα στη κλινική για θεραπεία.¹⁵

1.3.4 Αδιαφοροποιήτος τύπος σχιζοφρένειας

Η αδιαφοροποίητη μορφή της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από την παρουσία οποιουδήποτε συνδυασμό συμπτωμάτων, από εκείνα που συγκροτούν τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των προαναφερθεισών μορφών (δηλαδή της παρανοειδούς, ηβηφρενικής, και κατατονικής). Η κατηγορία αυτή, καθόσον εμφανίζει ορισμένα στοιχεία που απαντώνται στις άλλες μορφές της νόσου.¹⁰

Κλινικό παράδειγμα: Η Αλίκη σήμερα είναι 29 ετών. Το όνειρό της από πολύ μικρή ήταν να γίνει παιδίατρος. Σε ηλικία 17 χρονών έδωσε πανελλαδικές εξετάσεις για να περάσει στην ιατρική. Έχασε για πολύ λίγο το στόχο της. Μετά από ένα εξάμηνο άρχισε να έχει παραληρηρικές ιδέες. Νόμιζε πως όλοι την σχολίαζαν επειδή δε πέρασε στη σχολή που ήθελε. Άρχισε να θεωρεί τον εαυτό της άχρηστη. Είχε απομονωθεί από την οικογένεια της και την παρέα της.

Η μητέρα της αναφέρει ένα της παραλήρημα. Ήταν Σαββάτο βράδυ καθόμασταν όλοι μαζί στο σαλόνι και βλέπαμε μια ταινία. Κάποια στιγμή έδειξε ειδήσεις τότε η Αλίκη άρχισε να λέει φωνάζοντας " αφήστε με, μην ασχολείστε άλλο μαζί μου, αρκετά" και πήγε τρέχοντας στο δωμάτιό της.

1.3.5 Υπολειμματικός τύπος σχιζοφρένειας

Τα διαγνωστικά κριτήρια του κατατονικού Τύπου κατά DSM-IV είναι:

A) Απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

B) Τουλάχιστον τέσσερα από τα ακόλουθα αρνητικά συμπτώματα υπήρξαν στη διάρκεια των προηγούμενων δώδεκα μηνών:

- Ψυχοκινητική επιβράδυνση και υπερδραστηριότητα
- Άμβλυνηση του συναισθήματος
- Έλλειψη πρωτοβουλιών
- Φτωχό σε ποσότητα και περιεχόμενο του λόγου
- Φτωχή εξελικτική επικοινωνία με την έκφραση του προσώπου, τη βλεματική επαφή, τη μεταβολή του τόνου της φωνής και στάση του σώματος.
- Φτωχή απόδοση στις κοινωνικές ή και αυτοφροντίδα ^{2, 14}

Κλινικό παράδειγμα: ο Γιάννης μέχρι την ηλικία των 15 ήταν ένα πολύ έξυπνο παιδί και άριστος μαθητής. Είχε στόχο να περάσει στην ιατρική. Ήταν πολύ κοινωνικός και του άρεσε να πηγαίνει με τη παρέα του να βλέπει διάφορες ταινίες στο κινηματογράφο. Η μητέρα του ανησύχησε όταν έβλεπε το παιδί της να μη βγαίνει καθόλου από το σπίτι και μετά από ένα διάστημα αρνιόταν να πηγαίνει στο σχολείο του και στα μαθήματα αγγλικών, γαλλικών και στη προπόνηση ποδοσφαίρου που είχε κάθε Σαββατοκύριακο.

1.3.6 Απλή σχιζοφρένεια

Τα διαγνωστικά κριτήρια της απλής σχιζοφρένειας κατά DSM-IV είναι:

Υπάρχει μια αργή αλλά προοδευτική ανάπτυξη, για παραπάνω από ένα χρόνο τουλάχιστον, όλων των ακόλουθων σημείων:

A) Ο ασθενής έχει σημαντική και συνεχή αλλαγή στην συνολική ποιότητα κάποιων διαστάσεων της προσωπικής συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται

- Από τη μείωση διαφερόντων, απουσία στόχων και κοινωνική απόσυρση
- Προοδευτική εμφάνιση και εκβάθυνση των αρνητικών συμπτωμάτων
- Έντονη απάθεια, φτωχό περιεχόμενο της ομιλίας και υποδραστηριότητα
- Μείωση της κοινωνικής και σχολικής ή επαγγελματικής δραστηριότητας

B) Δεν εμφανίζουν ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.

Γ) Δεν υπάρχει ένδειξη για άνοια ή άλλη οργανική ψυχική διαταραχή

Η απλή μορφή της σχιζοφρένειας, αν πάρει κανείς υπόψη τον πληθυσμό των ψυχιατρείων, δεν είναι πολύ συχνή.

Ο όρος απλή σχιζοφρένεια (στο DSM-IV) ονομάζεται απλή υποβαθμιστική διαταραχή.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του απλού σχιζοφρενή είναι οι τάσεις για ονειροπολήσεις, έτσι που για μερικούς από αυτούς όλη τους η ζωή να καταντάει μια ονειροπολική κατάσταση.^{2, 12, 14}

Κλινικό παράδειγμα: Ο Γιώργος σήμερα είναι 32 ετών. Στην ηλικία των 25 νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρική κλινική. Για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα ήταν πολύ καλά, έπαιρνε τη φαρμακευτική αγωγή, επικοινωνούσε ακόμα δούλευε στο μαγαζί του πατέρα του. Σήμερα όμως είναι κλεισμένος στο σπίτι, δε θέλει να βλέπει κανέναν δεν περιποιείται τον εαυτό του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η σχιζοφρένεια βρίσκεται παντού, σε κάθε μέρος του κόσμου και σε κάθε πολιτισμό. Ο επιπολασμός (ζωής) της είναι περίπου σταθερός και μελέτες σε διάφορα μέρη του κόσμου τον υπολογίζουν από 0.5 ως 1%.

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες και διαγιγνώσκεται συχνά σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

2.1.1 Ηλικία και φύλο

Η εφηβεία θεωρείται περίοδος μεγάλης ευαλωσίας για την εκδήλωση ψυχωτικών φαινομένων. Κατά τις ηλικίες 18-24 παρατηρούνται τα περισσότερα περιστατικά και με την αύξηση της ηλικίας η συχνότητα της νόσου μειώνεται σημαντικά. Η γυναίκες εμφανίζουν τη νόσο με αύξηση της συχνότητας κατά την εμμηνόπαυση, ενώ στις νεαρές ηλικίες υπερτερούν οι άντρες.

Ο Kraepelin θεωρούσε τη σχιζοφρένεια νόσο των νεαρών ανδρών. Σε αρκετές σύγχρονες εργασίες (Iacono & Beiser 1992) έχει βρεθεί ότι οι άνδρες πράγματι εμφανίζουν τη νόσο σε μεγαλύτερη συχνότητα απ' ότι οι γυναίκες.

2.1.2 Μετανάστευση

Η αιτιοπαθογενετική σύνδεση της μετανάστευσης με τη σχιζοφρένεια είναι γνωστή εδώ και 70 χρόνια. πρόσφατη ερευνά επιβεβαίωσε πως η μετανάστευση αυξάνει το κίνδυνο νόσησης, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την αυξημένη επικράτηση της νόσου σε μετανάστες από χώρες της Καραϊβικής στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Παράγοντες συσχετιζόμενοι με την κοινωνική απομόνωση ενσωματώνονται στα αιτιοπαθογενετικά μοντέλα της σχιζοφρένειας. Όσο μικρότερη και πιο απομονωμένη σε σχέση με τον τοπικό πληθυσμό είναι η αντιπροσώπευση ομάδων μεταναστών, τόσο μεγαλύτερη είναι η επίπτωση σχιζοφρένειας σε αυτές τις μικρές αριθμητικά μεταναστευτικές ομάδες.^{10, 12}

2.1.3 Φυλετικές διαφορές

Στους μαύρους και στους ισπανόφωνους των Η.Π.Α. αναφέρεται μεγαλύτερος επιπολασμός από ότι τους λευκούς. Εντούτοις, αυτό μπορεί αφενός να απηχεί για γνωστικές προκαταλήψεις και αφετέρου μπορεί να οφείλεται στην υψηλότερη εκπροσώπηση των μειονοτήτων ανάμεσα τόσο στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και στον πληθυσμό των εκβιομηχανικών αστικών περιοχών.¹²

2.1.4 Κοινωνική τάξη

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, φαίνεται ότι η σχιζοφρένεια στους ενήλικες εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.⁸

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

2.2.1 Γενετικοί παράγοντες

Η γενετική βάση της σχιζοφρένειας έχει υποστηριχθεί από μεγάλο αριθμό μελετών, οικογενειακών, διδύμων και υιοθετημένων.

Οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία σε τετραπλάσιο ποσοστό από τον γενικό πληθυσμό. Ένα παιδί έχει πιθανότητα 10% να εμφανίσει τη νόσο αν ο ένας γονέας είναι σχιζοφρενής, ενώ αν είναι και οι δύο η πιθανότητα ανέρχεται στο 40%.¹⁶

Μελέτες διδύμων σταθερά μας δείχνουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης Σχιζοφρένειας και στους δύο διδύμους στους μονοζυγώτες 46% και στους διζυγώτες 14%.

Έχουν γίνει κάποιες μελέτες σε υιοθετημένα άτομα και μας δείχνουν ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη Σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς υιοθετημένων ατόμων που έχουν Σχιζοφρένεια απ' ότι στους βιολογικούς συγγενείς υγιών υιοθετημένων.⁷

2.2.2 Βιολογικοί παράγοντες

A) Η πλειονότητα των ερευνών οι οποίες επικεντρώνονται στους βιολογικούς παράγοντες που βρίσκονται στη βάση της Σχιζοφρένειας έχουν διενεργηθεί σε ενήλικες και υποστηρίζουν την ύπαρξη βλάβης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα που προκαλεί σοβαρή εγκεφαλική λειτουργία στα άτομα με Σχιζοφρένεια. Δηλαδή σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου, όπως το μεταιχμιακό σύστημα, ο μετωπιαίος φλοιός και τα βασικά γάγγλια. Επειδή αυτές οι τρεις περιοχές συνδέονται μεταξύ τους, δυσλειτουργία της μιας μπορεί να προκαλέσει πρωτοπαθή παθολογία μιας από τις άλλες.^{8, 14}

B) Υπόθεση της ντοπαμίνης: η ντοπαμίνη είναι ο κύριος νευρομεταβιβαστής του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Σύμφωνα με έρευνες η Σχιζοφρένεια είναι αποτέλεσμα αυξημένης ντοπαμινικής δραστηριότητας. Η θεωρία προέκυψε από δυο παρατήσεις. Η πρώτη είναι ότι η αποτελεσματικότητα και ισχύς των αντιψυχωτικών φαρμάκων, συσχετίζεται με ιδιότητά τους να δρουν ως ανταγωνιστές υποδοχέων της ντοπαμίνης. Η δεύτερη είναι ότι φάρμακα τα οποία προκαλούν αύξηση της δραστηριότητας του ντοπαμινικού συστήματος, όπως η αμφεταμίνη, είναι ψυχωσιομιμητικά.^{14, 17}

2.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Πρώιμη περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η βλαπτική επίδραση ψυχοπρεστικών παραγόντων κινδύνου, που επενεργούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα νόσησης, όπως προκύπτει από μελέτες που ανέδειξαν μεγαλύτερη πιθανότητα σε μητέρες που ήταν έγκυες σε περιόδους πολεμικής σύρραξης, πλημμυρών.

Επίσης η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έχει βρεθεί σε μερικές μελέτες να διπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας.

Σε μία έρευνα του Tienari (1987), μελετήθηκαν 92 παιδιά σχιζοφρενών φυσιολογικών μητέρων, τα οποία δόθηκαν για υιοθεσία. Σε ορισμένες από τις θετές οικογένειες ,το οικογενειακό περιβάλλον ήταν υγιές ενώ σε άλλες το οικογενειακό περιβάλλον ήταν διαταραγμένο. Διαπιστώθηκε ότι όλα τα παιδιά που εκδήλωσαν σχιζοφρένεια άνηκαν στην ομάδα παιδιών σχιζοφρενών μητέρων που ανατράφηκαν σε διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον. Η μελέτη αυτή είναι χαρακτηριστική αλληλεπίδραση της γενετικής προδιάθεσης και των περιβαλλοντικών παραγόντων.⁸

2.2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την προ- και περί- γεννητική περίοδο

Περιγεννητικές επιπλοκές

Πληθώρα μελετών έχουν αναδείξει συσχετίσεις μεταξύ περιγεννητικών επιπλοκών(ΠΕ) και της μετέπειτα εκδήλωσης σχιζοφρένειας. Σημαντικές συσχετίσεις της πιθανότητας νόσησης από σχιζοφρένεια μετέπειτα στη ζωή, με τρεις κατηγορίες ΠΕ:

- Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης (αιμορραγία, προεκλαμψία, σακχαρώδης διαβήτης).
- Παρεκκλίσεις κατά τη διάρκεια της κύησης (χαμηλό βάρος και μικρή κεφαλική περίμετρος κατά τη γέννηση).
- Επιπλοκές κατά τον τοκετό(εμβρυική ασφυξία).

Προγεννητικές λοιμώξεις

Οι μητέρες είχαν περάσει επιδημική γρίπη τύπου Α2 στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

3.1 Διάγνωση της σχιζοφρένειας

Για δεκαετίες ερευνητές σ' όλο τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνώστια τη σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα γιατί η ακριβής διάγνωση της είναι τόσο σημαντική για τη γενικότερη πρόγνωση και θεραπεία του αρρώστου.

Η πιο πρόσφατη προσπάθεια είναι αυτή του DSM-III, DSM-III-R ΚΑΙ DSM-IV. Η προσπάθεια αυτή κατ' αρχήν απέκλεισε διαταραχές όπως λανθάνουσα σχιζοφρένεια ή απλή σχιζοφρένεια, γιατί δεν παρουσιάζουν σαφή και φανερά ψυχωτικά συμπτώματα. Κατόπιν προσπάθησε να περιγράψει σαφή χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα (τόσο θετικά όσο αρνητικά) και έβαλε διαγνωστικούς περιορισμούς όπως η απώλεια της λειτουργικότητας, η διάρκεια πάνω από έξι μήνες και ο αποκλεισμός άλλων ψυχωσικών διαταραχών. 7

3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-IV

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα:

Δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα από τα οποία είναι παρόν επί αρκετό χρόνο κατά τη διάρκεια ενός μηνός (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκε επιτυχώς).

- Παραληρητικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις
- Αποδιοργάνωση του λόγου (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)

- Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα (δηλ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία).

Σημείωση: Απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα του κριτηρίου A αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις συνίστανται σε μια φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή σε δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους.

B. Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία:

Για σημαντικό μέρος του χρόνου μετά την έναρξη της διαταραχής μια ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα βρίσκονται καταφανώς κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη της διαταραχής (ή όταν η έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).

Γ. Διάρκεια:

Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο εφόσον αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) που πληρούν το Κριτήριο A (ενεργός φάση) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια της πρόδρομης ή της υπολειμματικής φάσης, η διαταραχή μπορεί να εκδηλώνεται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο Κριτήριο A, αλλά σε ήπια μορφή (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αντιληπτικά βιώματα).

Δ. Αποκλεισμός επίδρασης της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής της διάθεσης:

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία έχουν αποκλειστεί διότι είτε

1. Δεν έχει εμφανιστεί μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μεικτό επεισόδιο ταυτόχρονα με τα συμπτώματα της ενεργού φάσης, είτε
2. Αν έχουν εμφανιστεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και υπολειμματικής περιόδου.

Ε. Αποκλεισμός επίδρασης ουσιών/σωματικής νόσου:

Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσίας που υπόκειται σε κατάχρηση φαρμάκου) ή σε σωματική νόσο.

Ζ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή:

Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς).

Ταξινόμηση της πορείας στο χρόνο (μπορεί να γίνει μόνο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους απ' την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης):

- α) Επεισοδιακή με υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων (τα επεισόδια προσδιορίζονται βάσει της επανεμφάνισης εκ σεσημασμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων).
- β) Επεισοδιακή χωρίς υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων.
- γ) Συνεχής (παρατηρούνται προεξέχοντα ψυχωτικά συμπτώματα καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης).

δ) Μοναδικό επεισόδιο σε μερική ύφεση.

ε) Μοναδικό επεισόδιο σε πλήρη ύφεση.

στ) Άλλος ή απροσδιόριστος τύπος¹⁴.

3.2.1 Διαγνωστικά ευρήματα

1) *Νευροψυχολογικός έλεγχος*: οι δοκιμασίες Halstead-Reitan αναδεικνύουν έκπτωση της προσοχής και της νοημοσύνης, ελάττωση του χρόνου διατήρησης του μνημονικού ίχνους και διαταραχές της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων περίπου στο 20- 35%. οι σχιζοφρενείς έχουν κατά μέσο όρο χαμηλότερο I.Q από τους μη σχιζοφρενείς.

2) *Αντιληπτικές –κινητικές δραστηριότητες*:

είναι η πιο συνηθέστερη απλή δοκιμασία καθώς ζητάμε από τον άρρωστο να ζωγραφίσει ένα πρόσωπο. Από εκεί μελετάμε την ικανότητα του να μεταφέρει τις σκέψεις του σε μία οπτική παράσταση. Το test αυτό είναι του Bender- Gestalt.²⁵

3.2.2 Διαγνωστικά – εργαστηριακά ευρήματα

1) Αξονική τομογραφία κατά την οποία παρατηρούμε:

- Διεύρυνση των πλάγιων κοιλιών κατά τη τρίτη ηλικία
- Κάποιο βαθμό μείωσης του όγκου του φλοιού
- Ανώμαλη ημισφαιρική ασυμμετρία, μειωμένο όγκο παρεγκεφαλίδας.

2) Μαγνητική τομογραφία: κατά την οποία έχουμε μεγαλύτερο εύρους κοιλίες.

3) Τομογραφία PET: ελάττωση του μεταβολισμού των μετωπιαίων και των κροταφικών λοβών.

4) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα: που δείχνει ανωμαλίες κυρίως αριστερά.

5) Νευροαπεικονιστικές τεχνικές (SPECT): δείχνουν ελαττωμένη ροή αίματος ή ελαττωμένη κατανάλωση της γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου.⁴

3.3 Διαφορική διάγνωση

Η ακριβής διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσής της, οπότε η σύγχυσή της με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειας με οδυνηρές συνέπειες. Επιπλέον, η ακριβής διάγνωση προετοιμάζει τον ασθενή, την οικογένεια και τον κλινικό για την αποτελεσματική άμεση και μακρόχρονη θεραπεία. Υπάρχουν πολλές διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τη σχιζοφρένεια. Οι κυριότερες είναι:

Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε άνοια: οι καταστάσεις αυτές θα διαφορογνωστούν από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τις εργαστηριακές εξετάσεις, όσον αφορά τις τελευταίες, οι συνηθέστερες είναι γενική αίματος, ανάλυση ούρων, ηπατικές δοκιμασίες κ.α.^{7, 18}

Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες. Παραλήρημα προκαλείτε από τις ουσίες.

Παραληρητική διαταραχή: μη αλλόκοτες, συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες που διαρκούν τουλάχιστον έξι μήνες, χωρίς ψευδαισθήσεις ή άλλα συμπτώματα σχιζοφρένειας. Η διαταραχή αυτή εισβάλλει στη μέση και όψιμη ηλικία.^{2, 7}

Νοητική καθυστέρηση: διαταραχές της νόησης, της συμπεριφοράς και της διάθεσης μπορεί να δίνουν την εικόνα σχιζοφρένειας.²

Διαταραχές της διάθεσης: τόσο τα μανιακά όσο και τα καταθλιπτικά επεισόδια μπορεί να εκδηλωθούν με ψυχωτικά συμπτώματα.

Παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις: εδώ έχουμε διαταραχή της μνήμης και του προσανατολισμού. Επίσης παρουσιάζει γνωσιακές διαταραχές, οπτικές ψευδαισθήσεις και βλάβη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές: η διάγνωση εδώ είναι πιο εύκολη γιατί εμφανίζεται στην ηλικία των 3 ετών. Ενώ η σχιζοφρένεια είναι σπάνια τόσο νωρίς. Το παιδί παρουσιάζει αλλόκοτη και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και χάλαση του συνειρμού.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τα συμπτώματα της Σχιζοφρένειας επηρεάζουν αρνητικά την οργάνωση της σκέψης, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά με συνέπεια τη συχνή απώλεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων και διαταραχή στη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου, μολονότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος κυρίως της νεαρής ηλικίας, διαδράμει συνήθως χρονίως, με κλινική πορεία που περιλαμβάνει πρόδρομη, ενεργό και υπολειμματική φάση.

Τόσο το διεθνές ταξινομικό διαγνωστικό σύστημα ICD-10 όσο και το Αμερικάνικο DSM-IV, αναγνωρίζουν διακριτές κλινικές μορφές, που παρατίθενται στη συνέχεια. Τα κλασικά όμως συμπτώματα της νόσου μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως ακόλουθα:

4.1 Διαταραχή της σκέψης

4.1.1 Διαταραχή της δομής και οργάνωση της σκέψης:

Η βασική διαταραχή στην κατηγορία αυτή είναι η διάσπαση της σκέψης. υπάρχει συνωστισμός και συγχώνευση των ιδεών. Οι έννοιες αλληλοδιδεισδύουν η μια την άλλη, ο λόγος είναι αποσυγκεκριμένος, κατ' εφ'απτόμενη, ατέρμων(ο ασθενής πλατειάζει). Το νόημα είναι ελλιπές, με εμμονές και επαναλήψεις. Αρκετές φορές οι λέξεις χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν άλλο νόημα από αυτό που κανονικά έχουν, ενώ είναι δυνατόν ο ασθενής να κατασκευάζει νέες λέξεις(νεολογισμός). Επίσης είναι δυνατόν να υπάρχει ασχετολογία. Σε βαρύτερες περιπτώσεις υπάρχει ολοκληρωτική διάσπαση της σκέψης και ο λόγος γίνεται ουσιαστικά ακατανόητος.^{10, 19}

4.1.2 Διαταραχές της ροής της σκέψης:

Εδώ υπάγεται κυρίως η ανακοπή της σκέψης. Πρόκειται για βασικό πρώιμο σύμπτωμα, κατά το οποίο η σκέψη διακόπτεται ξαφνικά για λίγο.

Στη Σχιζοφρένεια παρατηρείται επίσης μειωμένη ροή και παραγωγικότητα της σκέψης, που εκφράζεται με μειωμένη λεκτική διεργασία. Η ομιλία χαρακτηρίζεται από έλλειψη αυθορμητισμού με μεταβαλλόμενο ρυθμό και παύσεις και πτώχεια της ποσότητας του προφορικού λόγου.¹⁹

4.1.3 Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης:

Στην ομάδα αυτή των διαταραχών υπάγονται:

- Αίσθημα απώλειας της σκέψης. Βίωμα έξωθεν υφαρπαγής των σκέψεων του ασθενούς και συνακόλουθα παντελούς έλλειψης ιδεών σκέψεων
- Αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων. Ο ασθενής βιώνει ότι οι αλλότριες σκέψεις εμβάλλονται έξωθεν σ' αυτόν. Στην ακραία μορφή, υφίσταται το βίωμα ολοσχερούς καθορισμού των σκέψεων από κάποιον εξωτερικό παράγοντα με επακόλουθο την πλήρη απώλεια της κατοχής του ελέγχου του σ από τον ίδιο τον ασθενή.
- Αίσθημα απώλειας της στεγανότητας της σκέψης(ηχηρές και εκπεμπόμενες προς τα έξω σκέψεις).^{10, 19}

4.1.4 Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης:

- Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης αντανακλούν τις ιδέες, πεποιθήσεις και ερμηνείες των ερεθισμάτων από τον ασθενή. Τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα διαταραχών του περιεχομένου της σκέψης είναι οι παραληρητικές ιδέες.

4.2 Διαταραχή της αντίληψης

Ψευδαισθήσεις και Παραληρηματικές ιδέες

4.2.1 Ψευδαισθήσεις

Η αισθητηριακή αντίληψη που συμβαίνει απουσία πραγματικού ερεθίσματος ονομάζεται ψευδαίσθηση. Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να εμφανιστούν σε καθεμία από τις πέντε αισθήσεις, συνηθέστερες όμως στη σχιζοφρένεια είναι οι ακουστικές και οι οπτικές ψευδαισθήσεις .^{20, 21}

A. Ακουστικές ψευδαισθήσεις: τις ακουστικές ψευδαισθήσεις τις διακρίνουμε σε *στοιχειώδεις, κοινές και λεκτικές*.

Οι στοιχειώδεις είναι ακαθόριστοι ήχοι, κρότοι, γενικά φασαρία, την οποία ο ασθενής την ακούει στα αυτιά του, ενώ στη πραγματικότητα βρίσκεται σε ήσυχο περιβάλλον.

Οι κοινές είναι πιο σχηματισμένοι ήχοι χωρίς όμως λεκτικό περιεχόμενο (π.χ. κουδούνι τηλεφώνου, φωνές ζώων, ανθρώπινοι αναστεναγμοί).

Οι τελευταίες, οι λεκτικές ψευδαισθήσεις, είναι ανθρώπινες φωνές που μιλούν στον ασθενή και σχετίζονται περισσότερο από όλες τις ψευδαισθήσεις με τις ψυχικές παθήσεις. Οι φωνές αυτές μπορεί να είναι μια ή περισσότερες ή να συνομιλούν μεταξύ τους, να ανήκουν σε γνώριμα στον ασθενή πρόσωπα ή να του είναι τελείως άγνωστες. Μπορεί μάλιστα, ο άρρωστος να μην τις αποδίδει καν σε άνθρωπο αλλά σε θεϊκή οντότητα, σε εξωγήινο ή μεταφυσικό πλάσμα. μπορεί ακόμα να του δίνουν συμβουλές, να τον βρίζουν, να σχολιάζουν το φύλο του ή να τον παροτρύνουν σε κάποια ενέργεια, ακόμα και να αυτοκτονήσει. Ο ίδιος, τέλος, ο ασθενής μπορεί να δυσφορεί από την παρουσία τους, αλλά μπορεί να ανακουφίζεται ή να αισθάνεται βαθιά υπερήφανος για αυτές.^{22,23}

B. Οπτικές ψευδαισθήσεις: οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι οπτικό ηλικό που ο ασθενής βιώνει ως πραγματικό, ενώ αυτές δεν υπάρχουν. Διακρίνονται σε *στοιχειώδεις και σύνθετες*.

Οι μεν πρώτες είναι φωτεινά σημεία, λάμπεις, γραμμές κ.α., που παρεμβάλλονται στο οπτικό του πεδίο, χωρίς όμως ο ασθενής να πάσχει από κάποια οφθαλμοπάθεια.

Οι δεύτερες που αποτελούν και τις πιο συχνές οπτικές ψευδαισθήσεις, αποτελούν σχηματισμένες εικόνες που ο ασθενής βλέπει σαν να ήταν πραγματικές. Οι σύνθετες οπτικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι μορφές ή αντικείμενα που ο ασθενής βλέπει ενώ δεν υπάρχουν(σχηματισμένες οπτικές ψευδαισθήσεις). Μπορεί να είναι ολόκληρες σκηνές που διαδραματίζονται μπροστά στα μάτια του(σκηνικές ψευδαισθήσεις), ακόμα και να αποτελούνται από γράμματα ή λέξεις και προτάσεις, που τις βλέπει να περνούν από μπροστά του.^{22,24}

Οι οπτικές ψευδαισθήσεις δεν εμφανίζονται μόνο στις ψυχικές διαταραχές. Η παρουσία αποκλειστικά μόνο οπτικών ψευδαισθήσεων(χωρίς να συνηπάρχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις) θα πρέπει να μας βάζει πάντα σε υποψίες ότι ο ασθενής πάσχει από κάποια σωματική νόσο. Έτσι οι οπτικές ψευδαισθήσεις παρατηρούνται στα ανοικά σύνδρομα, σε αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και σε όγκο του εγκεφάλου.²³

Για παράδειγμα ο David είχε συχνά ακουστικές ψευδαισθήσεις, συνήθως άκουγε τη φωνή του θείου του. Όταν ο David άκουγε τη φωνή του θείου του Bill, συχνά δε μπορούσε να καταλάβει τι του έλεγε. Σε άλλες περιπτώσεις η φωνή ήταν πιο ξεκάθαρη. «μου είπε να κλείσω την τηλεόραση». Μου είπε 'είναι πολύ δυνατά, κλείσε την κλείσε'. Άλλες φορές του μιλούσε για το ψάρεμα. Πρέπει να πάμε για ψάρεμα'. Ήταν φανερό ότι ο David άκουγε φωνές. συνήθως δεν ασχολιόταν με κάτι και καθόταν κάπου χαμογελαστός σαν να άκουγε κάποιον δίπλα του, αλλά κανείς δεν ήταν εκεί.^{24, 25}

4.2.2 Παραληρηματικές ιδέες:

Οι παραληρητικές ιδέες ή απλά παραλήρημα είναι σκέψης, ιδέες εξωπραγματικές, τις οποίες ο ασθενής πιστεύει ακράδαντα ως πραγματικές και αδυνατεί να πεισθεί από την εμπειρία του για την ψευδή υπόσταση.

Το παραλήρημα είναι, ίσως, η κεντρικότερη έννοια της Ψυχιατρικής. Η τυπική άλλωστε, αναπαράσταση του ψυχικώς αρρώστου στη συνείδηση του περισσότερου κόσμου είναι ένας άνθρωπος που πιστεύει ότι είναι ο Μέγας Ναποέοντας ή ότι είναι ο Ιησούς Χριστός.

Υπάρχει μια πλειάδα θεμάτων γύρω από τα οποία οι ασθενείς που πάσχουν από τις ψυχικές νόσους, οικοδομούν το παραλήρημά τους. Από τα διάφορα αυτά θέματα αναφέρονται τα πιο συχνά. Έτσι, οι παραληρηματικές ιδέες μπορεί να διαχωριστούν σε:

- **Ιδέες αναφοράς:** Όταν ο ασθενής πιστεύει ότι τον αφορούν άμεσα και προσωπικά, διάφορα γεγονότα που καμία σχέση δεν έχουν με τον ίδιο. Π.χ. περπατά στο δρόμο και πιστεύει πως οι άγνωστοί του τον σχολιάζουν, τον κακολογούν.
- **Ιδέες υπερτιμήσεως του εγώ και μεγαλείου:** το άτομο πιστεύει ότι είναι κάποιο πάρα πολύ σημαντικό πρόσωπο, ότι ικανό και γίνεται πρωθυπουργός ή να ανακαλύψει κάτι σπουδαίο.
- **Ιδέες Δίωξης:** το άτομο πιστεύει ότι βρίσκεται υπό συνεχή και οργανωμένη δίωξη από άτομα ή οργανωμένη δίωξη που στοχεύουν στην εξόντωσή του.
- **Ιδέες επίδρασης:** Πιστεύει ότι ο ίδιος μπορεί να επηρεάσει με μεταφυσικά μέσα τη σκέψη των άλλων ή ότι άλλοι επιδρούν στη σκέψη του.
- **Υποχονδριακές:** όπου το άτομο κατακλύζεται από σωρεία παράδοξων σωματικών ενοχλημάτων.
- **Ιδέες θρησκευτικές και ψευδοφιλοσοφικές:** Όταν ο ασθενής πιστεύει ότι επικοινωνεί με το Θεό ή Αγίους, ότι γίνεται μάρτυρας θαυμάτων ή ότι του έχουν καταλάβει το σώμα του πνεύματα. Επίσης όταν ασχολείται ακατάπαυστα με θεωρίες για τη ζωή.

- Ιδέες ερωτικές και ζηλοτυπικές: Όταν ο ασθενής πιστεύει ότι τον έχει ερωτευθεί κάποιο πρόσωπο άγνωστό του ή και διάσημο (π.χ. κάποιο φωτομοντέλο, ηθοποιό). Ή όταν πιστεύει ότι ο σύντροφός του τον απατά, ανακαλύπτει διαρκώς ασήμαντα γεγονότα που αποδεικνύουν την απιστία του. Ιδέες επικείμενων κακών: Όταν ο ασθενής πιστεύει ότι επίκεινται μεγάλα δραματικά γεγονότα που αφορούν τον ίδιο ή τον περίγυρό του. Για παράδειγμα ο ασθενής πιστεύει ότι θα πεθάνει άμεσα ο ίδιος ή άλλο μέλος της οικογένειάς του χωρίς να πάσχει από κάποιο σοβαρό σωματικό πρόβλημα.
- Ιδέες αναξιότητας, ενοχής και αυτομορφής: όταν ο ασθενής πιστεύει ότι είναι εντελώς ανάξιος, ότι ο ίδιος ευθύνεται για μια πλειάδα πραγμάτων, από το θάνατο ενός προσώπου μέχρι την οικολογική καταστροφή του πλανήτη.^{7, 23, 25}

4.3 Διαταραχή του συναισθήματος

4.3.1 Αμφιθυμία:

Σ' αυτή ο άρρωστος πάλλεται συναισθηματικά, σαν εκκρεμές δηλαδή πότε μισεί κάτι, πότε το αγαπά. Οι αντιφάσεις αυτές εμφανίζονται ταυτόχρονα και ισοδύναμα, ο ασθενής κλαίει και γελά ταυτόχρονα. Και τα δυο μπορεί να τα διαβάσει κανείς στο πρόσωπό του. Βιώνει φόβο και ευτυχία μαζί.^{12,20}

4.3.2 Απρόσφορο συναίσθημα:

Είναι η διάσταση που υπάρχει μεταξύ του συγκινησιακού ερεθίσματος και της συναισθηματικής απάντησης του αρρώστου σ' αυτό. Σαν αποτέλεσμα της αδυναμίας αυτής του αρρώστου να ανταποκριθεί συναισθηματικά, σύμφωνα με την ποιότητα του ερεθίσματος, είναι μια διαταραχή στη συμπεριφορά που διακρίνει η έλλειψη συναισθηματικής επικοινωνίας με το περιβάλλον του. Παράδειγμα της προσφορότατης του συναισθήματος είναι οι ακραίες εκείνες καταστάσεις όπου ο άρρωστος γελάει στο άκουσμα του θανάτου του πατέρα του ή κλαίει σ' ένα ευχάριστο γεγονός.¹²

4.3.3 Η συναισθηματική έκπτωση:

Ο άρρωστος εκφράζει μια απάθεια , αδιαφορία για τα αγαπημένα του πρόσωπα.

4.3.4 Οι καταθλιπτικές δυσθυμίες:

Οι δυσθυμίες αυτές είναι ενίοτε μελαγχολικής υφής, συχνότερα όμως διαφέρουν ψυχοπαθολογικώς: οι ασθενείς κυριαρχούνται από αμηχανία και απόγνωσης. Ενδέχεται ωστόσο να εκδηλωθούν αιφνιδίως βαθιές δυσθυμίες, με αυτοκτονικότητα. Συνεπώς, οι αυτοκτονίες των σχιζοφρενών είναι μάλλον απρόβλεπτες.²⁰

4.3.5 Το άγχος:

Ο ασθενής νοιώθει φόβο για το άγνωστο της αλλαγής της προσωπικότητάς του στα αρχικά στάδια της νόσου. Αργότερα το άγχος καθορίζεται πολλαπλώς από τα παραληρητικά βιώματα, ιδίως στο διωκτικό παραλήρημα.²³

4.4 Διαταραχές ειδικής προέλευσης

4.4.1 Αυτισμός

Αυτισμός σημαίνει: βύθιση του Εγώ και απώλεια των σχέσεων με την πραγματικότητα. Πρόκειται για βασική ψυχοπαθολογική διεργασία της σχιζοφρένειας, που υποδηλώνει την προοδευτική απόσυρση από την πραγματικότητα του ατόμου και το κλείσιμο στον εαυτό του. Ο σχιζοφρενής ζει απομονωμένος από το περιβάλλον του εγκλωβισμένος στο δικό του αποκλειστικό βίωμα, με ένα τρόπο που πραγματικότητα. Με ένα τρόπο που επίσης περιγράφεται. Ο ασθενής δίνει την εντύπωση ότι δεν συμμετέχει σχεδόν καθόλου σε ότι διαδραματίζεται στο περιβάλλον(π.χ. με αλαλία και εμβροντησία). Αυτιστικός είναι ο σχιζοφρενής εκείνος που είναι εγκλωβισμένος στο παραληρητικό του βίωμα και δεν μπορεί να

συμπεριφερθεί με τρόπο αντίστοιχο προς την πραγματικότητα που τον περιβάλλει.
19, 20

4.4.2 Ανηδονία

Προέρχεται από τη λέξη ηδονή που αφορά την ευχαρίστηση. Η ανηδονία είναι η υποτιθέμενη έλλειψη ευχαρίστησης που βιώνουν ορισμένα άτομα με σχιζοφρένεια, όπως και ορισμένες διαταραχές της διάθεσης. Η ανηδονία αποδεικνύει αδιαφορία προς τις δραστηριότητες εκείνες που τυπικά θα θεωρούνταν ευχάριστες όπως το φαγητό οι κοινωνικές επαφές και οι σεξουαλικές σχέσεις.²⁶

4.4.3 Αντικοινωνικότητα:

Το άτομο αποφεύγει τις κοινωνικές επαφές και κλείνεται στο εαυτό του. η αντικοινωνικότητα είναι αποτέλεσμα του αυτισμού.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίμονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένειά του, το γιατρό και όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή- ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές κ.α. Κατά καιρούς, πολλοί ισχυρίστηκαν ότι βρήκαν τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Καμία όμως δεν αποδείχτηκε αποτελεσματική.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι τρεις:

- Τη μείωση ή τη αποδρομή των συμπτωμάτων.
- Την ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας του στις συνθήκες του περιβάλλοντος.
- Την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Είναι φανερό πως η ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση σε δύο επίπεδα που είναι το α) σωματικό και το β) ψυχοκοινωνικό .

5.1.1 Σωματικές θεραπείες

5.1.1.1 Αντιψυχωτικά φάρμακα:

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα ονομάζονται ορισμένες φορές και νευροληπτικά, ο όρος είναι επίσης αποδεκτός. δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στον θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας τόσο με τη ικανότητά τους να θεραπεύουν ψυχωτικά συμπτώματα. Αν και δεν μπορούν, βέβαια, να θεραπεύσουν την αρρώστια, μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν της ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες το άγχος κ.α.^{7, 14}

Η χορήγηση της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν νωρίτερα, δηλαδή μόλις τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Έχει βρεθεί πως όσο μεγαλύτερο είναι το διάστημα κατά το οποίο η νόσος προϋπήρχε της έναρξης της θεραπείας (1-2 χρόνια) τόσο δυσμενέστερη είναι η μελλοντική πορεία και πρόγνωση. Περισσότερο από το 80% των ασθενών που λαμβάνουν συνεχή αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή από την έναρξη του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου έχουν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων μετά από 1 χρόνο. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα είχαν αποτέλεσμα στο 60% περίπου των ατόμων που τα δοκίμασαν.^{10, 26}

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα περιλαμβάνονται τα ατυπικά πρώτης γενιάς ή τυπικά και εκείνα τα δεύτερη γενιάς ή άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα, ονομαζόμενα αυτόν τον τρόπο επειδή εμφανίζουν σημαντικά λιγότερες εξωπυραμιδικού τύπου ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τυπικά: περιλαμβάνουν φάρμακα όπως η χλωροπρομαζίνη, η θειοριδαζίνη. Τα φάρμακα αυτά είναι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης και δρουν καλύτερα στα θετικά παρά στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Έχουν βραχύ χρόνο ημιζωής που σημαίνει ότι πρέπει να λαμβάνονται πολλές φορές την ημέρα. Τα πρώτα αποτελέσματα φαίνονται μέσα σε μια περίπου εβδομάδα αλλά αισθητή βελτίωση περιμένει κανείς μετά από αρκετές εβδομάδες.²⁷

Άτυπα: Περιλαμβάνουν ουσίες όπως κλοζαπίνη, κουετιαπίνη. Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του 1990 και αποτέλεσαν ακόμη μια επανάσταση στο χώρο. τα φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά μα τα τυπικά αντιψυχωσικά στα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και πιο αποτελεσματικά στα αρνητικά. Γενικά έχουν τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα τυπικά. Σαν πλεονεκτήματα των αυτών αντιψυχωσικών φαρμάκων συγκριτικά μετά κλασσικά αντιψυχωσικά περιλαμβάνονται:

- Η αποτελεσματικότητα στα θετικά συμπτώματα
- Καλύτερη αποτελεσματικότητα στα αρνητικά συμπτώματα
- Οι ελάχιστες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες

- Βελτιωμένες γνωστικές λειτουργίες
- Βελτιωμένη διάθεση. ^{27, 28, 29}

ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Φάρμακο	Οδός χορήγησης	Συνήθης δόση από του στόματος (mg)	ημερήσια
Φαινοθειαζίνες			
Χλωροπρομαζίνη	Από στόμα ενδομυϊκά	200-600	
Φθοριοφαιναζίνη	Από στόμα, ενδομυϊκά depot	2-20	
Τριφθοριοφαιναζίνη	Από στόμα, ενδομυϊκά	4-30	
Περφαιναζίνη	Από στόμα, ενδομυϊκά	8-64	
Θειοριδαζίνη	Από στόμα	200-600	

Βουτυροφαινόνες		
Αλοπεριδόλη	Από το στόμα, Ενδομυϊκά, Depot	5-20
Θειαξανθένια		
Θειοθιξένιο	Από το στόμα, ενδομυϊκά	5-30
Διυδροϊνδολόνες		
Μολινδόνη	Από το στόμα	20-100
Διβενζοξαζεπίνη		
Λοξαπίνη	Από το στόμα, ενδομυϊκά	20-100

Πίνακας 1 Αντιψυχωσικά φάρμακα

5.1.1.2 Αντικαταθλιπτικά:

Οι σχιζοφρενείς ασθενείς μερικές φορές παρουσιάζουν κατάθλιψη, ύστερα από την υποχώρηση ενός ψυχωτικού επεισοδίου, όταν αντιλαμβάνονται τι τους συνέβη. Θα πρέπει η πιθανή κατάθλιψη να διαφοροδιαγνωσθεί από την ακινησία που μπορεί να προκαλεί το αντιψυχωτικό φάρμακο και από τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου.⁷

5.1.1.3 Λίθιο:

Χρησιμοποιείται ως επιβληθητικό φάρμακο για τον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς(κατά κρίσεις) ορισμένων αρρώστων λίθιο μπορεί να είναι

αποτελεσματικό σημείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στο 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια.^{14, 19}

5.1.1.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT):

(Δηλαδή η πρόκληση επιληπτικής κρίσης).

Πρωτοεμφανίστηκε από το von Meduna στη βουδαπέστη το 1934. Χρησιμοποιείται κυρίως για την αντιμετώπιση της κατατονικής εμβροντησίας και διέγερσης, καθώς και της σχιζοκατάθλιψης. Η αποτελεσματικότητα της σε άλλα συμπτώματα είναι αναμφίβολη. Επίσης χρησιμοποιείται όταν ο άρρωστος δε μπορεί για κάποιο λόγο να πάρει τα φάρμακά του.^{12, 19}

5.1.1.5 Ινσουλινοθεραπεία:

Συνιστάται στη χορήγηση 100-200 μονάδων ινσουλίνης έως ότου ο ασθενής πέσει σε κώμα. Αυτή η μέθοδος δεν χρησιμοποιείται σήμερα.

5.1.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

5.1.2.1 Ατομική ψυχοθεραπεία:

Δεν υπάρχει σήμερα αμφιβολία ότι η θεραπεία της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχώσεων βασίζεται στη φαρμακευτική αγωγή. Η πιο αποτελεσματική θεραπεία όμως είναι ο συνδυασμός και των δύο.

Κρίσιμη έννοια στην ψυχοθεραπεία των σχιζοφρενών αποτελεί η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, την οποία ο ασθενής βιώνει ως ασφαλή. Ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειες στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατό καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Έτσι ο θεραπευτής εξηγεί σε μορφή διδασκαλίας της φύσης της σχιζοφρένειας, των συμπτωμάτων, του τρόπου

αντιμετώπισης των διαπροσωπικών προβλημάτων. η δημιουργία μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή – θεραπευτή είναι πρωταρχική. Γι' αυτό ο θεραπευτής οφείλει:

- Να γνωρίζει το πλήθος των παραγόντων που σχετίζονται θετικά με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα.
- Να γνωρίζει και να κατανοήσει το θεραπευόμενο σαν άτομο.^{7, 16, 28}

5.1.2.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία:

Μελέτες πάνω στην ομαδική ψυχοθεραπεία ασθενών με σχιζοφρένεια καταλήγουν στο συμπέρασμα πως αυτή η μορφή θεραπείας μπορεί να είναι χρήσιμη, αλλά δίνουν έμφαση στη χρονική στιγμή της εφαρμογής της. Ο καταλληλότερος χρόνος φαίνεται να είναι μετά τη σταθεροποίηση των θετικών συμπτωμάτων, μέσω της φαρμακευτικής παρέμβασης. Ο ασθενής που βρίσκεται αποδιοργανωμένος στην οξεία φάση της νόσου δεν μπορεί να φιλτράρει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, ενώ τα πολλαπλά ερεθίσματα που έρχονται από ένα ομαδικό πλαίσιο μπορεί να κατακλύσουν το ήδη καταπονημένο Εγώ του ασθενούς, η στιγμή ακριβώς που επιχειρούσε να ανασυσταθεί.^{28, 30}

5.1.2.3 Θεραπεία συμπεριφοράς:

Είναι σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενών ιδιαίτερα με τη μορφή εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων όπως φροντίδα του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας. Ενισχύονται οι προσαρμοστικές συμπεριφορές με τον έπαινο ή με ανταμοιβή με μάρκες που μπορεί να αντισταθμίζονται με επιθυμητά οφέλη, όπως είναι προνόμια εντός του νοσοκομείου και άδειες εξόδου.^{7,14}

5.1.2.4 Οικογενειακή θεραπεία:

Είναι πολύ σημαντική θεραπεία. Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που

αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. μοιάζει με παρακολούθηση ενός μαθήματος σε μία τάξη του σχολείου. Τα μέλη της οικογένειας πληροφορούνται για την σχιζοφρένεια και τη θεραπεία της, τα αντιψυχωτικά φάρμακα και τις παρενέργειες. Επιπλέον μαθαίνουν πώς να λύνουν τα προβλήματα των συγκρούσεων που μπορεί να ανακύψουν.^{7, 26}

5.1.2.5 Εργοθεραπεία:

Εδώ ανήκουν η θεραπεία τέχνης, μουσικής, δράματος κ.α., που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής κτλ.⁷

5.1.2.6 Δημιουργικές θεραπείες:

Κατά τη διάρκεια αυτής της παρέμβασης ο ασθενής οδηγείται στη ενεργοποίησή του μέσα από δραστηριότητες που αναλαμβάνει να φέρει εις πέρας, όπως: κηπουρική, τυπογραφία κ.λπ.

5.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

5.2.1 Παρενέργειες των νευροληπτικών φαρμάκων

Δεν υπάρχουν αποτελεσματικά φάρμακα, τα οποία να είναι απαλλαγμένα από ανεπιθύμητες παρενέργειες. Αυτό ισχύει για όλες τις νευροληπτικές και αντικαταθλιπτικές ουσίες.

Οι σημαντικότερες παρενέργειες των νευροληπτικών είναι:

- Οξεία δυστονία που σημαίνει μυϊκή σπασμοί στη γλώσσα, στο πρόσωπο, στο λαιμό, μπορεί να μιμηθεί επιληπτικούς σπασμούς
- Παρκινισμός. Ακαμψία τρέμουλο και παραπάτημα
- Ακαθησία. Κινητική, εσωτερική ανησυχία. Κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο. Κατατονία, εμβροντησία, πυρετός, ασταθής πίεση αίματος ακόμη και θάνατο

- Αντιχολινεργικές επιδράσεις. Ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, σπασμοί του πυλωρού
- Άνοδος επιπέδων ηπατικών ενζύμων. Χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια
- Υπερπρολακτιναιμία. Σε άντρες προκαλεί γυναικομαστία και στις γυναίκες γαλακτόρροια
- Δερματολογικές αλλοιώσεις. Επιδερμική αλλεργία
- Οφθαλμολογικές αλλοιώσεις. Χρωστικές αμφιβληστροειδοπάθειες και θολερότητα του κερατοειδούς
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες
- Επιληπτικοί σπασμοί
- Καταστολή
- Υπόταση. ^{29,31}

5.2.2 Οι σημαντικότερες παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών είναι:

- Ταχυκαρδία, αρρυθμίες
- Ορθοστατική υπόταση
- Καταστολή
- Δυσκοιλιότητα
- Κατακράτηση ούρων
- Ξηροστομία
- Θαμπή όραση
- Κεφαλαλγία, ναυτία έμετος. ²⁷

5.2.3 Παρενέργειες του λιθίου

- Αύξηση βάρους του σώματος
- Πολυουρία

- Καρδιακές αρρυθμίες
- Τρόμος χεριών
- Ξηροστομία, δίψα
- Γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, έμετος). ³²

5.3 Μετανοσοκομειακή φροντίδα

Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για ένα συγκεκριμένο σχιζοφρενικό ασθενή ποικίλλει σημαντικά.

Αρκετοί ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα κι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες π.χ. αγορά και παρασκευή φαγητού, διαχείριση χρημάτων κ.λπ. Άλλοι ζουν με τις οικογένειές τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν συνεργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από νοσοκομεία διαμερίσματα, άλλοι σε ξενώνες, οικοτροφεία κ.λπ.

Μεγάλη σημασία έχουν μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα ψυχικής υγείας (νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας) με σκοπό είτε την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο είτε την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο των ασθενών και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα. Στις μονάδες αυτές υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας (ημερήσια περίθαλψη) με σκοπό την καλύτερη κοινωνικοποίησή τους, την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας, τη μη λίμνασση στο σπίτι ή τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κ.λπ. ²⁵

Για ασθενείς που καταφέρνουν να εργασθούν, χρειάζεται τακτική επαφή με τους εργοδότες για την ανακούφιση των διαπροσωπικών εντάσεων που εύκολα μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή.

Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης - το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και το ψυχιατρικό νοσοκομείο με βάση και πάλι τη θεραπευτική ομάδα.

Τελειώνοντας το κεφάλαιο της θεραπείας, θα πρέπει και πάλι να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μόνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη Σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας ⁴

5.4 Πρόγνωση

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι σε μια περίοδο 5-10 χρόνια μετά την πρώτη νοσηλεία, μόνο το 10-20% των σχιζοφρενών μπορεί να λεχθεί ότι παρουσιάζει ικανοποιητική έκβαση της νόσου. Περισσότερο από το 50% έχει κακή πρόγνωση, με συχνές νοσηλείες εξάρσεις της ψυχωτικής συμπτωματολογίας. παρά αυτούς τους απαισιόδοξους αριθμούς η σχιζοφρένεια δεν έχει πάντοτε εκπτώτικη πορεία.

Το εύρος των δεικτών ανάνηψης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία κυμαίνεται μεταξύ 10-60% και σύμφωνα με λογικές εκτιμήσεις, το 20-30% όλων των σχιζοφρενών είναι σε θέση να ζει, ως ένα βαθμό φυσιολογική ζωή. Περίπου το 20-30% συνεχίζει να βιώνει μέτριας βαρύτητας συμπτώματα, ενώ σε ένα ποσοστό 40-60% παραμένουν σημαντικά διαταραγμένοι για όλη τους τη ζωή. Οι σχιζοφρενείς τα καταφέρνουν χειρότερα σε σχέση με τους, αν και σε αναλογία 20-25% οι τελευταίες εμφανίζονται σε μακροχρόνια παρακολούθηση. Οι πρόγνωση εξαρτάτε από κάποιους παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονται στο κάτω πίνακα. ^{1, 27}

5.4.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

ΚΑΛΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΚΑΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- ξαφνική έναρξη
- βραχύ επεισόδιο
- έναρξη σε μεγαλύτερη
- προεξάρχοντα θετικά
- Συμπτώματα
- συγχυτική κλινική εικόνα
- ψευδαισθήσεις ακουστικές
- όχι συστηματικό παραλήρημα
- νευρωσικά συμπτώματα
- απούσα αποπροσωποποίηση

- βραδεία έναρξη
- παρατεταμένο επεισόδιο με
υποτροπές
- ψυχιατρικό ιστορικό
- αρνητικά συμπτώματα
- όχι ψευδαισθήσεις
- οργανωμένο παραλήρημα
- χωρίς νευρωσικά
- επιθετική συμπεριφορά

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- καλή προηγούμενη προσωπικότητα
- καλό εργασιακό ιστορικό
- καλές κοινωνικές σχέσεις
- φαρμακευτική ανταπόκριση
- συναίνεση στη θεραπεία
- πρώιμη αναγνώριση & θεραπεία
- όχι χρήση ουσιών

- χαμηλό κοινωνικοοικονομικό
επίπεδο
- άγαμος, διαζευγμένος, χήρος
- χωρίς εργασιακό ιστορικό
- μη συναίνεση στη θεραπεία
- οικογενειακό ιστορικό
- χρήση ουσιών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

6.1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με Αισθητηριακές Διαταραχές:

- Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ομολογεί στον ασθενή ότι δεν ακούει τις φωνές.
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με αποφυγή λογομαχιών ή γελοιοποίησης.
- Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του.
- Αν χρειάζεται βάζουν τον ασθενή σε ένα ήσυχο μοναχικό δωμάτιο.
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να σταματά τις ψευδαισθήσεις. Οι τεχνικές είναι: διαταγή στις φωνές να φύγουν, να τραγουδάει ή να απασχολείτε με κάποια εργασία την ώρα που αρχίζουν οι φωνές. ^{34, 35}

6.1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με Κοινωνική Απομόνωση

- Εκπλήρωση των βασικών αναγκών με σκοπό τη παραγωγή της σωματική υγείας και ευεξίας.
- Συχνή επικοινωνία με τον ασθενή. Με σκοπό να λάβει εμπειρία της αποδοχής, του σεβασμού του ενδιαφέροντος ώστε να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση του.
- Προώθηση του αρρώστου να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες.
- Να δίνουν επαίνους στον ασθενή για κάθε προσπάθεια κοινωνικής επαφής με άλλους ανθρώπους.
- Συζήτηση με τον άρρωστο για να μειωθεί η κοινωνική απομόνωση.

- Συνέχιση της υποστήριξης και παρακολούθησης της εφαρμογής της φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας.
- Παρότρυνση του αρρώστου να πλησιάζει άλλους αρρώστους με όμοια ενδιαφέροντα.^{22, 23}

6.1.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή Διαταραχή της Συμπεριφοράς:

- Αποφυγή επιθέσεων στο παραλήρημα του αρρώστου.
- Σε κάθε επικοινωνία με τον ασθενή θα πρέπει να αποφεύγεται το ψιθύρισμα με άλλους ή το γέλιο.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες.
- Αποφυγή απειλής ή χρήσης βίας όταν ο άρρωστος υβρίζει, διότι μπορεί να επιδράσει με επιθετικότητα προκειμένου να προστατεύσει το Εγώ του.
- Γίνεται συμφωνία με τον άρρωστο, ενός καταλόγου παραδεκτών συμπεριφορών.
- Αποφυγή αγγίγματος του αρρώστου με τα χέρια. Με τη χειρονομία αυτή υπάρχει κίνδυνος να παρερμηνευθεί και να προκαλέσει αρνητικές επιδράσεις μέχρι και επιθετικότητα.
- Επανεστίαση των συζητήσεων σε θέματα της πραγματικότητας, όταν ο άρρωστος αρχίζει να παρερμηνεύει γεγονότα.
- Τοποθέτηση ορίων με ήρεμο, ευθύ, απλό σταθερό τρόπο όταν ο άρρωστος αρχίζει να εκδηλώνει ανεξέλεγκτες συμπεριφορές.^{34, 35}

6.2 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία

- Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
- Ενημέρωση και συγκατάθεση του αρρώστου.

- Λήψη Ζ.Σ.
- Πριν την ηλεκτροσπασμοθεραπεία ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε εξετάσεις αίματος, ούρων, ΗΚΓ.
- Ο άρρωστος πριν την ECT θα πρέπει να έχει ουρήσει και να είναι νηστικός.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση.
- Χορήγηση ατροπίνης πριν από την θεραπεία για μείωση των εκκρίσεων.
- Τοποθέτηση ηλεκτροδίων στους κροτάφους.^{10,12}

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.3.1 Νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη των αντιψυχωτικών φαρμάκων

- Λήψη ιστορικού και τυχόν αλλεργιών του αρρώστου.
- Εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και ηπατολογικές δοκιμασίες.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές και θερμοκρασία.
- Λήψη πληροφοριών όσο αφορά τις συνήθειες ύπνου, βάρος σώματος, πρόσφατης λήψης φαρμάκων.³⁴

6.3.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων

- Παρακολούθηση του αρρώστου αν παίρνει τα φάρμακά του.
- Συστηματική παρακολούθηση για αντιδράσεις ηπατικές, αιματολογικές και οφθαλμικές.

- Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
- Παρακολούθηση για εμφάνιση παρενεργειών από τα φάρμακα.^{34,35}

6.3.3 Διδασκαλία του αρρώστου για τη φαρμακοθεραπεία

- Ενημέρωση του αρρώστου για το είδος του φαρμάκου, τις ώρες χορήγησης και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες.
- Να ενημερώσει τον ασθενή και την οικογένεια του ότι τα φάρμακα θα συνεχίσει να τα παίρνει και όταν επιστρέψει στο σπίτι τους.
- Να μην παίρνει φάρμακα όπως παυσίπονα και να μην παίρνει φάρμακα που πιθανόν να του δίνουν άλλοι.
- Να μην πίνει οινοπνευματώδη ποτά.^{34,35}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

7.1 Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών

Άλλος ένας ρόλος του νοσηλευτή εκτός από το να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα είναι να ενημερώνει τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους με γραπτό και προφορικό λόγο. Αυτά είναι:

- Κάθε ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στη βοήθεια και τη φροντίδα, ειδικά προσαρμοσμένες στη κατάσταση και στη ψυχική του διαταραχή. Η βοήθεια και η θεραπεία θα πρέπει να κατοχυρώνονται νομικά.
- Δικαίωμα για αξιοπρεπή φροντίδα σε ανθρωπιστικό περιβάλλον.
- Δικαίωμα σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Δικαίωμα να δώσει ή να μην δώσει την συγκατάθεσή του.
- Δικαίωμα διαμονής σε προστατευτικούς χώρους (ξενώνες, οικοτροφεία).
- Δικαίωμα ελευθερίας επιλογής για ινδό- νοσοκομειακή όσο και για έξω- νοσοκομειακή φροντίδα.
- Δικαίωμα για τη διατήρηση του ιατρικού απορρήτου.
- Δικαίωμα σε κάποιο ποσό εισοδήματος.
- Δικαίωμα να μη υποβληθεί σε ερευνητικό πειραματισμό.
- Δικαίωμα στην εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες για την ψυχική του υγεία.
- Δικαίωμα να ασκεί τα πολιτικά του δικαιώματα.
- Δικαίωμα να εξασφαλίσει βοήθεια δικηγόρου.
- Δικαίωμα παραπομπής σε άλλη υπηρεσία.

- Δικαίωμα για τη μέγιστη δυνατή προσωπική υπευθυνότητα και σε όλες τις πλευρές της ζωής του. Επιπλέον θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να οδηγούνται προς αυτό το σκοπό.
- Δικαίωμα σεβασμού της προσωπικότητας του.
- Δικαίωμα στη δωρεάν θεραπεία από το ασφαλιστικό του ταμείο.
- Δικαίωμα σε ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία.
- Δικαίωμα να εκφράσει τα παράπονά του.
- Δικαίωμα σε γραπτή και προφορική πληροφόρηση των δικαιωμάτων του.
34,36,37

7.2 Δικαιώματα των συγγενών των ψυχικών αρρώστων

- Οι συγγενείς έχουν το δικαίωμα στη πληροφόρηση, στο να επιζητούν απαντήσεις στα ερωτήματά τους και να εμπλέκονται στη θεραπεία του ψυχικά ασθενή.
- Έχουν το δικαίωμα στις υπηρεσίες στήριξης.
- Οργανώσεις συγγενών των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να έχουν άμεση εκπροσώπηση σε όλες τις επίσημες αρχές που σχεδιάζουν τρόπους παρέμβασης, χαράζουν πολιτική και παίρνουν αποφάσεις για θέματα ψυχικής υγείας.
- Θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψη η ανάγκη για να προστατευθεί η οικογένεια.
- Τα παραπάνω δικαιώματα έχουν νομοθετηθεί από το Αμερικανικό Κοινοβούλιο το 1980 ύστερα από πολλές μελέτες. Βάσει αυτών έχουν διατυπωθεί και αναλυτικότερα όπως: το δικαίωμα του ψυχικά άρρωστου να κάνει ψώνια, να χειρίζεται την περιουσία του, να σπουδάζει, να επικοινωνεί με πρόσωπα εκτός του νοσοκομείου με αλληλογραφία ή τηλεφωνήματα και

επισκέψεις. Αυτά μπορούν να περιορίζονται μόνο με ενυπόγραφη οδηγία του υπεύθυνου θεράποντα ιατρού.^{39, 40}

7.3 Σχιζοφρενής και οδήγηση

Όταν ο ασθενής σε οξέο σχιζοφρενικό επεισόδιο δεν έχει την ικανότητα να οδηγήσει. Εάν υπάρχει αμφιβολία, ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε διεξοδική Ψυχιατρική και ψυχολογική εξέταση. Επίσης θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και οι παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων. Η διάγνωση από μόνη της δεν αρκεί για την αφαίρεση της άδειας οδήγησης. Συστηματικές έρευνες έδειξαν ότι οι σχιζοφρενείς οδηγοί προκαλούν λιγότερα ατυχήματα απ' ό,τι οι υγιείς. Τα πορίσματα αυτά λαμβάνονται υπ' όψιν και στις κατευθυντήριες γραμμές της ΕΟΚ, καθώς και στις σχετικές οδηγίες που εξέδωσε ο υπουργός συγκοινωνιών της Γερμανίας. Στα καθήκοντα του θεράποντος ψυχιάτρου είναι και η ενημέρωση του ασθενούς σε ότι αφορά την οδήγηση³⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΕΣ

8.1 Υπολογισμένος αριθμός ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια

Από τη μεγάλη έγκυρη επιδημιολογική έρευνα των τομεοποιημένων περιοχών στις ΗΠΑ τα ποσοστά της σχιζοφρένειας που προέκυψαν κυμάνθηκαν μεταξύ 0.6 και 1.9%

Στη χώρα μας τα ποσοστά νοσηλευτικής νοσηρότητας κυμούνται μεταξύ 55 ανδρών/100.000 το 1978 έως 50/100.000 το 1992 και 29.5 γυναικών /100.000 το 1978 έως 24/100.000 το 1992.²

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ
• Αφρική	4.5
• Αμερική(βόρεια- νότια)	5.9
• Ανατολική Μεσόγειος(Κύπρος, Αίγυπτος, Πακιστάν, Αραβικά Κράτη)	3.5
• Ευρώπη(δυτική και χώρες της ΕΣΣΔ)	6.5
• Νοτιοανατολική Ασία	11.9
• Δυτικός Ειρηνικός	12.7
ΣΥΝΟΛΟ	45.0

Πίνακα 2 Υπολογισμένος αριθμός ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια

Η ακόλουθη έρευνα μας δείχνει τα ποσοστά των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια σε διάφορες χώρες.

ΧΩΡΑ	ΧΡΟΝΟΛΟ ΓΙΑ	ΤΥΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΠΛΗΘΥΣ ΜΟΣ	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝ ΕΙΑΣ ΠΟΣΟΣΤΑ	ΗΛΙΚΙ ΕΣ
ΗΠΑ	1983	Α. Κ.	12.500	0.05	15+
Ιταλία	1985	Α.Π.	74.852	0.13	14+
Φορμόζα	1962	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	11.442	0.15	15+
Σκωτία	1967	Α.Π.	185.000	0.25	15+
Ιράν	1974	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	952	0.22	7+
Καναδάς	1964	Α. Κ.	18.470	0.24	15+
Αγγλία	1976	Α.Π.	154.000	0.20	18+
Ιαπωνία	1969	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	44.100	0.23	?
Γερμανία	1980	Α.Π.	310.000	0.25	18+
Βουλγαρία	1975	Α.Π.	141.000	0.28	?
Κροατία	1971	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	4.282	0.42	20-64
Σουηδία	1984	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	2.009	0.60	18-65
Ινδία	1976	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	1.233	0.72	15+
Νορβηγία	1951	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	1.325	0.65	11+

Ιρλανδία	1980	Α.Π.	150.000	0.81	15+
Ρωσία	1977	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	35.000	0.38	18+
Λονδίνο	1997	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	112.000	0.51	18+
Αυστραλία	1999	ΑΠΟΓΡΑ ΦΗ	10.874.978	0.40	18+

Πίνακας 3 *Επιδημιολογικές έρευνες για την σχιζοφρένεια*

Α.Π. Απογραφή περιπτώσεων

Α.Κ. Άτομα – κλειδιά, πληροφοριοδότες

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι δύσκολη γι' αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά υδρίματα. Ο κάτω πίνακας μας δείχνει τα ποσοστά των ανδρών και γυναικών που έχουν σχιζοφρένεια και βρίσκονται σε κάποια ψυχιατρική κλινική ή μένουν στο σπίτι τους.

	1979		1992	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Εσωτερικοί Άρρωστοι	76.1	35.6	61.4	41.9
Εξωτερικοί άρρωστοι	605.5 (0.60%)	307.8 (0.30%)	841.7 (0.84%)	423.9% (0.42%)

Πίνακας 4 *Ετήσια προτυπώμενα ως προς την ηλικία ποσοστά χρήσεις ψυχιατρικών υπηρεσιών ανά 100.000 κατοίκους σε δυο δήμους της ευρύτερης περιοχής Αθηνών με διάγνωση σχιζοφρένειας.*

Η θεραπεία είναι απαραίτητη και για αυτό θα πρέπει να γίνεται. Η θεραπεία παρέχεται είτε σε ιδιωτικό είτε σε δημόσιο τομέα.

ΕΤΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
1978	55	29
1981	56	27
1993	50	24

Πίνακας 5 Μέσα ετήσια παρατυπωμένα ποσοστά ανά 100.000 κατοίκους ως προς την ηλικία ανδρών και γυναικών που νοσηλεύτηκαν σε όλα τα ψυχιατρικά υδρίματα, δημόσια και ιδιωτικά, με διάγνωση σχιζοφρένεια.

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΧΡΟΝΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΗΛΙΚΙΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
Δύο δήμοι ευρύτερης περιοχής Αθήνας	1981	1.574 Γενικός πληθυσμός	19-64	1.2
Δύο δήμοι ευρύτερης περιοχής Αθήνας	1983	251 υπερήλικες	≥65	0.8
Δύο δήμοι ευρύτερης περιοχής Αθήνας	1994	178 Γενικός πληθυσμός	≥35	1.1
Μετανάστες της Νέας Υόρκης	1976	225	19-64	1.34
Ελληνοκύπριοι στο Λονδίνο	1986	291	18-64	1.37
Μετανάστες που επαναπατρίστη καν από Δ. Ευρώπη στο Ν. Ιωαννίνων	1992	198	20-70	3.5

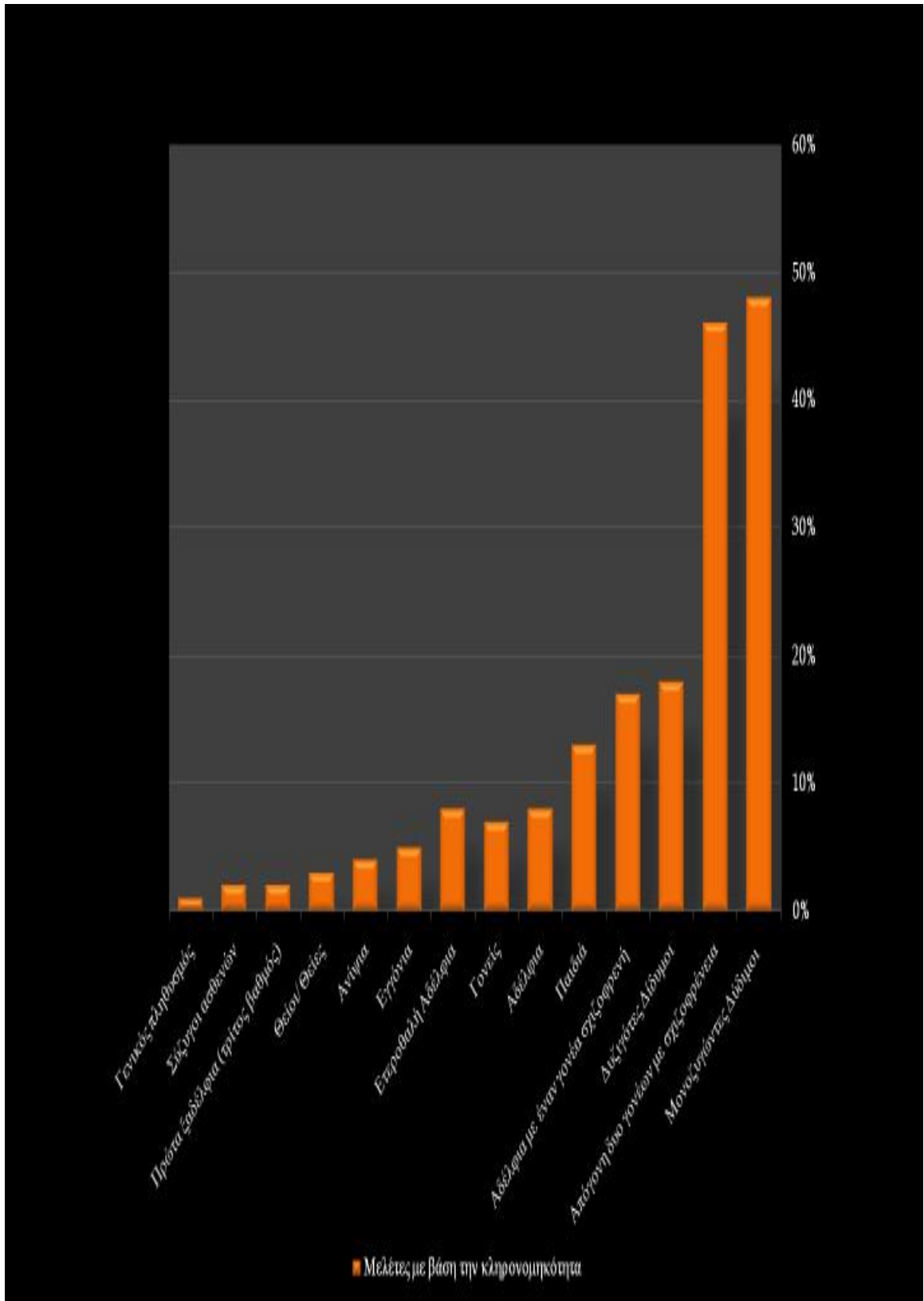
Πινάκας 6 *Επιδημιολογικές μελέτες σε ελληνικούς πληθυσμούς επικράτησης της σχιζοφρένειας για όλη τη ζωή.*

8.2 Μελέτες με βάση την κληρονομηκότητα

Σύμφωνα με τον κ. Barlow Dyrand οι οικογενειακές μελέτες συγκρίνουν συχνότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας στους συγγενείς των περιπτώσεων με τη συχνότητά της σε μια ομάδα ελέγχου ατόμων από τον γενικό πληθυσμό. υπολογίζεται ότι κατά τη διάρκεια της ζωής, ο κίνδυνος ανάπτυξης σχιζοφρένειας στον παγκόσμιο πληθυσμό είναι περίπου 1%, ενώ μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι οι συγγενείς των σχιζοφρενών δε τρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο διαταραχής, έναν κίνδυνο που αυξάνεται ανάλογα με τη γεννητική εγγύτητα της σχέσης.

1. Μελέτες διδύμων: Ο υψηλότερος κίνδυνος εμφανίζεται στους μονοζυγωτικούς διδύμους με ένα σχιζοφρενή γονέα (48%) και στους απόγονους δυο σχιζοφρενών γονέων (46%). Εάν μεγαλώνουν μαζί οι μονοζυγώτες δίδυμοι δεν έχουν μόνο κοινά γονίδια(100%) αλλά και κοινό περιβάλλον (100%), ενώ οι διζυγώτες δίδυμοι έχουν κοινά γονίδια κατά 50% και κοινό περιβάλλον κατά 100%. Εάν το περιβάλλον είναι μοναδικός παράγοντας που οδηγεί τη σχιζοφρένεια, θα περιμέναμε ελάχιστη διαφορά ανάμεσα στους μονοζυγώτες και στους διζυγώτες διδύμους στην εκδήλωση αυτής της διαταραχής. Εάν με τη τη σχιζοφρένεια μόνο οι γενετικοί παράγοντες και οι δυο μονοζυγώτες δίδυμοι θα εκδήλωναν πάντα σχιζοφρένεια ενώ το ποσοστό των διζυγωτών διδύμων που θα εκδήλωναν και οι δυο σχιζοφρένεια θα ήταν 50%

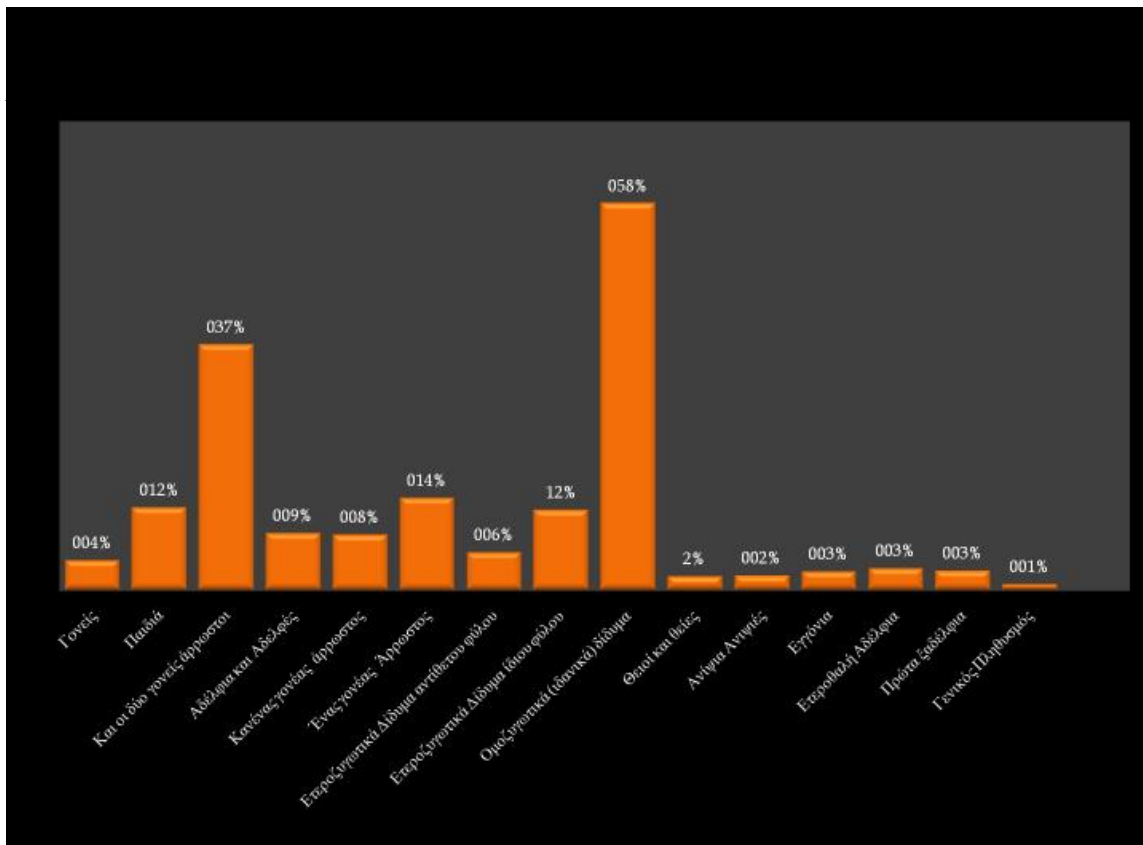
2. Μελέτες υιοθετιμένων ατόμων: Η μεγαλύτερη και πιο πρόσφατη μελέτη υιοθετιμένων ατόμων (1991) έχει δείγμα περίπου 20.000 γυναικών με σχιζοφρένεια, οι ερευνητές ανακάλυψαν 164 μητέρες οι οποίες είχαν δώσει τα παιδιά τους για υιοθεσία. Εως σήμερα έχουν μελετηθεί 155 απόγονοι μητερων με σχιζοφρένεια και 185 παιδιά μητέρων χωρίς σχιζοφρένεια. ²⁶



Ο κ. Μαδιανός μας παρουσιάζει τις έρευνες του και μας αναφέρει:

1. *μελέτες διδύμων*: οι μονοζυγότες δίδυμοι η πιθανότητα νόσησης φθάνει στο 45- 50% , σε αντίθεση με τα διζυγωτικά δίδυμα φθάνει σε ποσοστό 12- 15%.

2. *Μελέτες υιοθετημένων ατόμων*: ο κίνδυνος νόσησης ενός παιδιού που έχει υιοθετηθεί (χωρίς οικογενειακό ιστορικό) είναι ίδιος με ένα παιδί γεννημένο από τους δικούς του γονείς. Ο κίνδυνος αυξάνεται αν οι φυσικοί γονείς του παιδιού έχουν σχιζοφρένεια. ²



Σύμφωνα με τον κ. Αλεβιζόπουλο ο γενικός πληθυσμός πιστεύει πως υπάρχει σχέση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και εγκληματικότητα. Η συσχέτιση αυτή αμφισβητείται από τους δικαστικούς, εγκληματολόγους και τους ψυχιάτρους. Γενικά όμως μας αναφέρει πως υπάρχουν πολλές ερευνητικές μελέτες, οι οποίες μπορούν να υποστηρίξουν κάθε βασική υπόθεση συσχέτισης ψύχωσης και βία.

Μέχρι σήμερα η μόνη αποδεδειγμένη συσχέτιση δεν είναι μεταξύ ψυχικής νόσου – εγκληματικότητας αλλά μεταξύ εγκλήματος και νεότητας. Σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και το Η. Β. , οι αρρένες από ηλικία 10 έως 20 είναι υπεύθυνοι για το 50% των καταγεγραμμένων εγκλημάτων³⁸

ΗΛΙΚΙΑ ΘΥΜΑΤΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ %		
	Βία	Ληστεία	Επίθεση
Όλες οι ηλικίες			
12-19	49	48	52
20-34	5	7	5
35-49	11	4	12
50-64	5	< 1	5
>64	< 1	< 1	< 1

Πίνακας 9 εγκλήματα με βίαιο περιεχόμενο, τα οποία διαπράχθηκαν στις ΗΠΑ το 1991, καταναμημένα σύμφωνα με τη ηλικία των δραστών

Υπάρχει και άλλος τρόπος αξιολόγησης της σχέσης ψυχική νόσος και εγκλήματος. Έχουν υπολογίσει πόσοι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι στις φυλακές. Ο Manohan σύμφωνα με έρευνες που έχει κάνει διαπίστωσε πως ότι ο αριθμός των σχιζοφρενών και των συναισθηματικά αρρώστων των φυλακών είναι τρις ως τέσσερις φορές μεγαλύτερος από εκείνους που είναι στη κοινότητα.³⁸

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΦΥΛΑΚΕΣ ΚΑΛΙΦΟΡΝΙΑΣ	ΦΥΛΑΚΕΣ ΣΙΚΑΦΟΥ	ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ(Βαλτιμόρη, Λος Άντζελες, Ντούρχαμ)
Σχιζοφρένεια	3.1	2.7	0.9
Μείζων κατάθλιψη	3.5	3.9	1.1
Μανία	0.7	1.4	0.1
Σοβαρές διαταραχές	7.9	6.4	1.8

Πίνακας 10 Επίπτωση ψυχικών διαταραχών (%) μεταξύ κρατουμένων και γενικού πληθυσμού στις ΗΠΑ.

8.4 Το κόστος για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας

Το άμεσο κόστος στις ΗΠΑ υπολογίζεται 100 δισεκατομμύρια δολάρια.

ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΕ £	% ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ
Ψυχιατρείο	1.580	74
Ε.Ι. επισκέψεις	72	3
Ημερήσια φροντίδα	292	14
Στην κοινότητα επισκέψεις	81	4
Φαρμακοθεραπεία	113	5
ΣΥΝΟΛΟ	2.138	100

Πίνακας 11 το μέσο ετήσιο κόστος της θεραπείας ανά άρρωστο με σχιζοφρένεια στη Μεγάλη Βρετανία 1990/1991.

ΟΥΣΙΑ	ΣΥΝΗΘΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΟΣΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ £
Χλωροπρομαζίνη (Largactil)	200mg	67.56
Αλοπεριδόλη (Aloperidin)	5mg	93.50
Κλοζαπίνη (Leponex)	100mg	317.03
Ολανδαπίνη (Zyprexa)	10mg	239.18
Κουεταπίνη (Seroquel)	200mg	262.08
Ρισπεριδόνη (Risperdal)	3mg	253.46

Πίνακας 12 Το άμεσο κόστος μιας μηνιαίας θεραπείας με ψυχοφάρμακα για τυπική μορφή σχιζοφρένειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η σχιζοφρένεια όπως και όλες οι άλλες παθήσεις εμφανίζονται σε όλες τις χώρες. Για αυτό θα πρέπει να γίνονται πολλές παγκόσμιες έρευνες ώστε τα αποτελέσματα να είναι πιο έγκυρα.

Το συμπέρασμα από τα πιο πάνω αποτελέσματα είναι πως η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται συνήθως στην ηλικία των 15 και πάνω, οι άνδρες εμφανίζουν πιο συχνά τη νόσο.

Όσο αφορά την κληρονομικότητα τα παιδιά εμφανίζουν σχιζοφρένεια σε μεγάλο ποσοστό όταν οι φυσικοί γονείς πάσχουν από αυτή ακόμα και όταν είναι υιοθετημένα, οι φυσικοί γονείς είναι ψυχικά υγιείς, και μεγαλώνουν σε ένα πειστικό περιβάλλον τότε τα παιδιά έχουν μεγάλη πιθανότητα της νόσου. Επίσης οι μονοζυγότες δίδυμοι θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια σε ποσοστό 45%.

Άλλες έρευνες μας ενημερώνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ εγκληματικότητας και ψυχικών διαταραχών. Από την ηλικία των 12 έως 19 τα παιδιά σε μεγάλο ποσοστό ασκούν βία, κάνουν ληστείες και επιτήθοντε.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ο κ Χ είναι 43 ετών. Διαμένει σε ένα διαμέρισμα το οποίο έχει αγοράσει μόνος του. Από το οικογενειακό του περιβάλλον έχει χάσει τη μητέρα του ξαφνικά πριν 20 χρόνια σε ηλικία 23 ετών. Ο κ Χ είναι απόφοιτος Λυκείου και έχει διεκπεραιώσει την στρατιωτική του θητεία. Δεν εργάζεται αλλά ασχολείται με την ζωγραφική και συγκεκριμένα με την αιογραφία. Λαμβάνει επίδομα από την Πρόνοια. Δεν καπνίζει αλλά κατά διαστήματα κάνει κατάχρηση αλκοόλ. Δεν υπάρχει κληρονομική προδιάθεση. Σωματικά είναι υγιής.

Πρώτη φορά που αρρώστησε ο κ Χ ήταν σε ηλικία 24 ετών και νοσηλευτικέ στην Αθήνα. Κατά περιόδους διακόπτει την φαρμακευτική αγωγή και νοσηλεύεται μέσω εισαγγελικής εντολής. Έχει νοσηλευτεί άλλη μια φορές στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Τρίπολης.

Τα συμπτώματα που είχε κατά την πρώτη του εισαγωγή ήταν: θετικά συμπτώματα, διακατεχόταν από θρησκευτικό παραλήρημα, άκουγε φωνές, διωκτικό παραλήρημα ότι θέλουν να τον σκοτώσουν, μιλούσε μόνος του και ήταν επιθετικός με αποτέλεσμα να σπάει όλα τα πράγματα που είχε στο διαμέρισμά του.

Η θεραπευτική αγωγή που του είχε χορηγηθεί περιλαμβάνει αντί- ψυχωτικά φάρμακα: Depot κάθε 15 μέρες χρήζει ενέσιμης αγωγής Ρισπεριδόνης βραδείας αποδέσμευσης (Risperdal Consta 50 mg) , Invega 9 mg 1×1, Disipal 1×3 (αντιπαρκινσονικό λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών). Οι παρενέργειες των φαρμάκων ήταν: ξηροστομία, φαρμακευτικός τρόμος, μικρή αύξηση του βάρους.

Ο ασθενής εισάγεται δια δεύτερη φορά λόγω απόπειρας αυτοκτονίας, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις. Για ένα μεγάλο διάστημα ήταν αρκετά καλά δεν εμφάνιζε θετικά συμπτώματα. Τα αρνητικά συμπτώματα(αμβλύ συναίσθημα, τάσεις απόσυρσης, έλλειψη ενδιαφερόντων, μειωμένη κοινωνική ζωή) είχαν μειωθεί με τη βοήθεια της φαρμακοθεραπείας και της υποστηρικτικής συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας. Επίσης είχε αποκτήσει σχετικά καλό επίπεδο συναίσθησης. Ήταν συνεπής στα ραντεβού του με τον ψυχίατρο του Κέντρου για την χορήγηση ενέσιμης

αγωγής που γινόταν κάθε 15 μέρες. Ακόμα είχε ξεκινήσει να παρακολουθεί επιμορφωτικά Σεμινάρια με ένα καλό φίλο του.

Τώρα όμως βρίσκεται στο Ψυχιατρείο της Τρίπολης λόγω του ότι έχει ψευδαισθήσεις και είναι επιθετικός. παίρνει φαρμακευτική αγωγή. Τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσουμε είναι οι ψευδαισθήσεις, κοινωνική απομόνωση και αϋπνία.

Ανάγκες – προβλήματα. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Αϋπνία	Ο ασθενής να κοιμάται επαρκώς	1.ο ασθενής θα πρέπει να ασχολείται με διαφορές δραστηριότητες καθημερινά 2.να έχει σταθερό πρόγραμμα ύπνου 3.όταν ξαπλώσει στο κρεβάτι να ακούει χαλαρή μουσική 4.να πίνει ένα ποτήρι γάλα πριν πέσει στο κρεβάτι του 5.να έχει φάει 3 ώρες πριν ξαπλώσει στο κρεβάτι ώστε να έχει χωνέψει και να μην σκέφτεται το φαγητό 6.να μην πίνει οινόπνευματώδη ποτά ή καφέδες πριν κοιμηθεί	1.ο ασθενής ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες και έχει το αίσθημα της κόπωσης 2.ο ασθενής ξαπλώνει καθημερινά στις 10 η ώρα 3.ο ασθενής πίνει ένα ποτήρι γάλα 4.χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής	Ο ασθενής κοιμάται ικανοποιητικά
Κοινωνική απομόνωση	Ο ασθενής να έρχεται σε επαφή με την οικογένεια του και με άλλα άτομα	1. να συμμετέχει σε τμήματα χειροτεχνίας 2. να μην κάθεται πολλές ώρες στο δωμάτιό του μόνος του 3. να τον ενθαρρύνουμε να πλησιάζει με τα άτομα που έχουν κοινά	Ο ασθενής ασχολείται με τη ζωγραφική Αφιέρωση χρόνου από το προσωπικό	Ο ασθενής είναι πιο κοινωνικός

		<p>ενδιαφέροντα</p> <p>4. να του αφιερώσουμε χρόνο και να συζητάμε μαζί του</p> <p>5. συμμετέχοντας σε κοινωνικές δραστηριότητες</p> <p>6. να μην αυξάνουμε την ένταση της φωνής μας</p>		
Παραισθήσεις	εξαφάνιση των συμπτωμάτων ή μείωση τους να βελτιώσει τις λειτουργίες σκέψης – αντιλήψεις	<p>1.αφιέρωση χρόνου για να τον ακούει θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα θετικό περιβάλλον ώστε ο νοσηλευτής να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή</p>	<p>1.διάθεση χρόνου για επικοινωνία</p> <p>2.απομάκρυνση των στρεφομένων παραγόντων</p> <p>3.απόσπαση της προσοχής από τις ψευδαισθήσεις</p> <p>4.αποφυγή λογομαχιών</p> <p>5.χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής</p>	<p>οι ψευδαισθήσεις μειώθηκαν ο ασθενής επικοινωνεί εμπιστεύεται το προσωπικό</p>

Πίνακας 13 Νοσηλευτική διεργασία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχωσική διαταραχή αγνώστου αιτιολογίας, της οποίας η κλινική εικόνα εμφανίζεται με μεγάλη ποικιλομορφία και χαρακτηρίζεται από τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας επηρεάζουν αρνητικά τη σκέψη, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά και κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Αναλόγως με τα συμπτώματα που θα εμφανήσει ο ασθενής η σχιζοφρένεια διακρίνεται στο κατατονικό τύπο, στον αποδιοργανωμένο, στον υπολλειματικό και αδιαφοροποίητο τύπο. Πολύ σημαντική για όλους τους τύπους της σχιζοφρένειας είναι η θεραπεία η οποία είναι αντιψυχωσικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά φάρμακα, λίθιο, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία οικογενειακή θεραπεία.

Σημαντικό ρόλο στη θεραπεία έχουν οι οικογένεια του ασθενή, ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος και ο νοσηλευτής. Ο ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στον άρρωστο είναι να χορηγεί τη φαρμακευτική αγωγή και να αντιλαμβάνεται τις παρενέργειες, να επικοινωνεί με τον άρρωστο να του συμπαραστέκεται και να τον βοηθάει να ξεπεράσει τις ψευδαισθήσεις και τις παραληρηματικές ιδέες. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του για τα δικαιώματα τόσο του ασθενή όσο και για τους συνοδούς του.

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychotic disorder of unknown origin, whose clinical picture is displayed with great diversity and is characterized by positive and negative symptoms. Symptoms of schizophrenia have a negative thought, emotion, behavior and social and occupational functioning. Depending on the symptoms that the patient **VISIBLE** schizophrenia differs in catatonia type in apodiorganomeno, in ypolleimatiko and undifferentiated type.

Very important for all types of schizophrenia treatment that is antipsychotics, antidepressants, lithium, individual and group psychotherapy, family therapy. Important role in therapy are the patient's family, the psychiatrist, psychologist and nurse. The role of the nurse towards the sick is to provide medication and understand side effects, to communicate with the sick be supported him and helps him to overcome the illusions and delusions. Also, the nurse should inform the patient and his family for the rights of both the patient and the attendants.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kaplan and Sadock's. Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Benjamin J. Sadock, MD, Virginia, Alcott Sadock, MD, Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2004.
2. Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική ,3^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2003.
3. Henry A. Nasrallah, MD – Dondd Jsmeitler MA, *ο ασθενής με σχιζοφρένεια*, Εκδόσεις Βαγιονάκη, Αθήνα 2005.
4. Ουλής Π. *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας* , εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2006.
5. Παρίτσης Ν. *Συστηματική Ψυχιατρική*, Τόμος Β', εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2006
6. Οικονόμου Μ. *Προληπτική Ψυχιατρική*, Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2002
7. Μάνου Ν. *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής* ,university studio press εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών ,Θεσσαλονίκη 1997
8. Κούρας Ι. *Ψυχολογία Παιδιών Και Εφήβων*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993
9. Μάνου Ν. *Σύνθεση Και Επιλογή Στη Ψυχιατρική Θεραπεία*, University studio press επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993
10. Σολδάτος Κ. – Λυκούρας Λ. *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής* , 1^{ος} τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006
11. Κακούρος Ε – Μανιαδάκης Κ. *Ψυχοπαθολογία Παιδιών Και Εφήβων*, Αθήνα 2002
12. Γεωργάρας Α. *Συνοπτική Ψυχιατρική*, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
13. Κούρος Ι. *Ψυχικά Προβλήματα Και Θεραπείες*, Β έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
14. Kaplan and Sadock's, *Ψυχιατρική*, Harold J. Kaplan, MD, Benjamin I. Sadock, MD, Jack A. Grebb, MD, τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000

15. William Glasser M.D. *13 Ιστορίες Άμεσες Θεραπείες*, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 2002
16. Αγγελόπουλος Ν. *Ιατρική Ψυχολογία Και Ψυχοπαθολογία*, 2^{ος} τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2009
17. Guthrie Elspeth, Lewis Shôn. *Ψυχιατρική*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005.
18. Κονταξάκης Β. *Πρώιμες Ψυχικές Εκδηλώσεις Σημεία Συμπτώματα Και Παρεμβάσεις*, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2008
19. Χριστοδούλου Ν. Γιώργος και συνεργάτες *Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*, Ψυχιατρική, τόμος α', Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000.
20. Tolle Rainer – Windgassen Claus. *Ψυχιατρική και ψυχοθεραπεία*, 13^η έκδοση αναθεωρημένη και συμπληρωμένη, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005.
21. Gelder G. Michael, Lopez – Ibor Juan, Andreasen Nancy, *Σύγχρονη Ψυχιατρική oxford*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2007.
22. David Harper, Terence Mclaughlin και Mark Stowell- Smith. *Αποδομώντας Την Ψυχοπαθολογία*, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 2007
23. Carlo Perris *Γνωσιακή Θεραπεία Με Σχιζοφρενικούς Ασθενείς*, Αθήνα 1992
24. Χριστοδούλου Γ.Ν *Από Το Ψυχιατρείο Στην Κοινότητα*, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2002
25. Lynda A. Heiden – Michel Hersen *Εισαγωγή Στην Κλινική Ψυχολογία*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
26. Barlow Durand *Ψυχολογία Και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*, 2^{ος} τόμος, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001
27. Andrew R Getzefeld. *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*, εκδόσεις Gotsis, Αθήνα 2009
28. Glen O. Gabbard MD. *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική Στην Κλινική Πράξη*, 3^η έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006

29. *Βασική Ψυχολογία Για Ψυχολόγους Και Ψυχοθεραπευτές*, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2006
30. Έλσα Σμιντ. *Εισαγωγή Στην Κλινική Ψυχολογία*, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000
31. Επιστημονική εποπτεία Τζαβάρας Ν. *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Της Σχιζοφρένειας*
32. Richards. Sinacola, ph.D timothy Peters – Strickland, M. D Richards. Sinacola - Peters –Rimothy. *Βασική Ψυχοφαρμακολογία Για Ψυχολόγους Και Ψυχοθεραπευτές*, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2006
33. Μαδιανός Μ. *Ψυχιατρική Και Αποκατάσταση*. εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005
34. Γ.Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες. *Ψυχιατρική*, 2^{ος} τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
35. Ραγιά Χρ. Α. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 2005.
36. Rennschmind Rielmut. *Η Σχιζοφρένεια Στους Εφήβους*, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005
37. <http://indy.gr/projects/o-imi-orofos/diakryksi-dikaiomaton-ton-psy3c7ika-asthenn->
38. Αλεβιζόπουλος Γ. *Δικαστική Ψυχιατρική*, εκδόσεις Παρισιάνο, Αθήνα 1998
39. Νέστορος Ι. *Συνθετική ψυχοπαθολογία*, Β έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
40. Δέγλερης Ν. *Θέματα Ψυχοθεραπείας Και Συμπεριφοράς*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992