



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

Σχιζοφρένεια και Τρίτη Ηλικία

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Κα. ΔΑΦΑΙΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΛΥΡΑΚΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛ.

Α' ΜΕΡΟΣ	
Πρόλογος	3
1. Ιστορική ανασκόπηση του όρου σχιζοφρένεια	5
2. Ορισμός	7
3. Συχνότητα	7
4. Επιδημιολογία	8
5. Πρόληψη	13
- Πρωτοβάθμια	13
- Δευτεροβάθμια	15
- Τριτοβάθμια	17
6. Αιτιολογία	18
7. Διαγνωστικά κριτήρια	23
8. Κλινικές μορφές – Τύποι σχιζοφρένειας	26
9. Διαφορική Διάγνωση	29
10. Κλινικές εκδηλώσεις σχιζοφρένειας	31
11. Πορεία της νόσου	34
12. Πρόγνωση	34
13. Θεραπεία	35
Β' ΜΕΡΟΣ	
1. Θεωρίες του γηρατος και βιολογικές αλλαγές με το πέρας του χρόνου	49
2. Ψυχιατρικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας	52
3. Αρχές φαρμακολογικής θεραπείας στους ηλικιωμένους	65
4. Ψυχιατρικές δομές κοινότητας	68
5. Στατιστική Μελέτη	86
6. Επίλογος	92
7. Παράρτημα	94
8. Βιβλιογραφία	110

Α ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι όρος που χρησιμοποιείται στην Ιατρική για να περιγράψει μια ιδιαίτερη περίπλοκη και όχι κατανοητή κατάσταση τη πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στη πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή ή μια ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτήν ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Η σχιζοφρένεια είναι μια από τις ψυχώσεις, των νοσημάτων δηλαδή στα οποία το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι η επαφή με τη πραγματικότητα του ασθενούς επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό.

Η νόσος προκαλεί τη λανθασμένη ερμηνεία των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και των σκέψεων του ίδιου του πάσχοντος με αποτέλεσμα τα συμπεράσματα του για την εξωτερική πραγματικότητα να είναι μη πραγματικά ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχουν αποδείξεις για το αντίθετο.

Η σχιζοφρένεια θεωρείται σήμερα ως ένα από τα σοβαρότερα ψυχικά νοσήματα.

Παρότι ο όρος «σχιζοφρένεια» χρησιμοποιείται μόνο από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η διαταραχή είναι γνωστή εδώ και πολλούς αιώνες σε όλους τους τύπους της κοινωνίας. Στις δυτικές κοινωνίες η «τρέλα» δεν θεωρούταν ιατρικό πρόβλημα μέχρι τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Εκείνη την περίοδο δημιουργήθηκε μια κίνηση υπέρ της προσφοράς πιο ανθρώπινης φροντίδας στους ψυχικά ασθενείς και έτσι δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την παροχή σ' αυτούς πιο επιστημονικής, ιατρικής φροντίδας. Στα πλαίσια αυτά οι ψυχικά ασθενείς ελευθερώθηκαν από τις αλυσίδες και αφέθηκαν από τις φυλακές όπου κρατούνταν, ενώ ταυτόχρονα τους προσφέρθηκε πιο κατάλληλη φροντίδα. Αργότερα, πολλές άλλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών αναγνωρίστηκαν. Έτσι, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η σχιζοφρένεια είχε ήδη διαχωριστεί από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και διακριθεί σε διάφορες υποκατηγορίες. Το 1911 ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «η ομάδα των σχιζοφρενειών». Παρότι προέκυψαν διαφωνίες μεταξύ των επιστημόνων ως προς το ποιες ακριβώς καταστάσεις πρέπει να συμπεριλάβει η ομάδα αυτή των διαταραχών. Ο όρος σχιζοφρένεια καθιερώθηκε από τότε και χρησιμοποιείται ως σήμερα.

Όταν σε ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα, τότε θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος «Ψυχωτικός» σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά

κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων.¹

Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό το φαινόμενο είναι συνέπεια των οργανικών αλλαγών της γήρανσης, της αύξησης των σωματικών νοσημάτων που επιρρεάζουν την λειτουργία του εγκεφάλου. Αλλά είναι και συνέπεια των των περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών εντάσεων που θλίνουν τους ηλικιωμένους συχνότερα από τους νέους. Παραδείγματα είναι η απώλεια της αυτονομίας, αποστερήσεις, φτώχεια και απομόνωση. Παρόλα αυτά ερευνητικές επισκοπήσεις δείχνουν ότι στην πλειονότητα οι ηλικιωμένοι έχουν καλή ψυχική υγεία.⁶⁹

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ο όρος σχιζοφρένεια (διχασμός των φρένων του μυαλού) έχει επικρατήσει στη διεθνή βιβλιογραφία. Περιγραφές σχιζοφρενικών τρόπων συμπεριφοράς βρίσκουμε ήδη στην αρχαιότητα από τον Αρεταίο της Καππαδοκίας. Στον Μεσαίωνα λόγω των επικρατούντων κοινωνικών συνθηκών δεν αναφέρονται πουθενά παρόμοιες περιγραφές τέτοιων παθολογικών καταστάσεων.²

Μόλις τον 18ο αιώνα αρχίζουν πάλι περιγραφές σχιζοφρενικών καταστάσεων στις οποίες δίνονται διάφορα ονόματα. Το 1856 ο Morel στη Γαλλία δίνει στις καταστάσεις αυτές το όνομα Dementia Praecox (πρώιμη άνοια).

Το 1868 ο Kahlbaum περιγράφει την «κατατονία» και το 1870 ο Hecker την «ηβηφρένεια». Το 1898 ο Kraepelin σε μια ιστορική εργασία του για την Dementia Praecox αθροίζει σ' αυτήν όλες τις προηγούμενες περιγραφείσες με διάφορα ονόματα, κλινικές μορφές. Σαν κοινό παθογνωμονικό σημείο όλων αυτών των φαινομενικά τόσο διαφορετικών κλινικών εικόνων θεωρεί την απώλεια της δομής της προσωπικότητας, η οποία εμφανίζεται κυρίως σε νεαρά άτομα, χωρίς κάποια αξιολογη εξωτερική αιτία και στην οποία κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος. Παρόλο που ο ίδιος ο Kraepelin θεωρεί ότι τουλάχιστον ένα 13% των ασθενών εμφανίζει αυτόματη ίαση χωρίς κάποια μόνιμη διαταραχή της προσωπικότητας τους, διατηρεί τον όρο «πρώιμη άνοια» για τις καταστάσεις αυτές.

Μόλις το 1911 οι Bleuler στο βιβλίο του (πρώιμη άνοια ή η ομάδα των σχιζοφρενειών) ανασκευάζει τις αρχικά σπουδαίες παρατηρήσεις του και χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τον όρο σχιζοφρένεια. Ο Bleuler διάλεξε τον μέχρι σήμερα ισχύοντα όρο σχιζοφρένεια γιατί θεώρησε σαν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των καταστάσεων αυτών το διχασμό των ψυχικών λειτουργιών. Η σκέψη, το συναίσθημα και η δραστηριότητα του ατόμου είναι έντονα διχασμένες. Η θέληση είναι κατακερματισμένη σε μια σειρά ισοδύναμων αξιολογικά για τον ασθενή πράξεων. Το άτομο είναι διχασμένο στη σχέση με την πραγματικότητα, η σκέψη κομματιασμένη σε αλλοπρόσαλλα μικρά στοιχεία, οι συνειρμοί χωρίς λογική συνέχεια σε μορφή θραυσμάτων από το παρελθόν του ασθενή το συναίσθημα χωρίς αρμονία με το περιεχόμενο των σκέψεων και των πράξεων και αυτό δηλαδή διχασμένο στη σχέση του μ' αυτές. Ακόμα, εισήγαγε τη διάγνωση της «λανθάνουσα σχιζοφρένειας», με την οποία χαρακτήρισε μια ιδιαίτερη κλινική κατάσταση σχιζοφρενικής μορφής που στην έκφραση της όμως κυριαρχούν **«νευρωτικά συμπτώματα»**.

Ενώ όμως ο Kraepelin και ο Bleuler θεώρησαν σαν σπουδαιότερο χαρακτηριστικό των σχιζοφρενειών την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, ο Kurt Schneider (1887-1967) επεξεργάστηκε μια σειρά συμπτωμάτων τα οποία τα διαχώρισε σε δύο κατηγορίες στα συμπτώματα α' βαθμού και στα συμπτώματα β' βαθμού, χαρακτηριστικά όλα σχιζοφρενικών διαταραχών. Από τα 11 κυριότερα συμπτώματα α' βαθμού σαν πιο χαρακτηριστικά θεώρησε τις ακουστικές

ψευδαισθήσεις, την παραληρητική παραποίηση της πραγματικότητας και τη διάχυση των ορίων μεταξύ του ΕΓΩ και του εξωτερικού κόσμου. Αλλά και αυτός ο διαχωρισμός δεν ικανοποίησε απόλυτα, γιατί τα αναφερόμενα συμπτώματα δεν θεωρούνται όλα παθολογικά της σχιζοφρένειας.³

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ καλείται η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας. Δηλαδή η εναρμόνιση και η προσαρμογή του ανθρώπου στο περιβάλλον του ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά.⁴

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ καλείται η διαταραχή της συμπεριφοράς του ατόμου, στην προσπάθεια του να ισορροπήσει τις διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές συγκρούσεις του.⁴

Οι ψυχικές παθήσεις διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- **ΤΙΣ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ:** Οι οποίες αποτελούν ψυχικές διαταραχές χωρίς οργανικό υπόστρωμα κατά τις οποίες ο ασθενής διατηρεί σε μεγάλο βαθμό την αντικειμενική σχέση με την πραγματικότητα και δεν συγχέει τα υποκειμενικά παθολογικά του ενοχλήματα, βιώματα και φαντασίες με αυτή. Η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, η προσωπικότητα όμως παραμένει ακέραια.⁴

- **ΤΙΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ:** Οι οποίες αποτελούν την δεύτερη μεγάλη κατηγορία και είναι σχετικά βαρύτερο ψυχικό νόσημα από τις νευρώσεις. Ο ψυχωσικός ασθενείς δεν έχει επίγνωση της κατάστασης του και παρουσιάζει διασπασμένη και αποδιοργανωμένη προσωπικότητα με ακατανόητη και απρόσμενη συμπεριφορά. Τα άτομα αυτά δημιουργούν ένα φανταστικό κόσμο μέσα στον οποίο ζουν και κινούνται. Στις ψυχώσεις υπάγονται η σχιζοφρένεια, η μανία, η μελαγχολία και η υποστροφική μελαγχολία.⁵

- **ΤΙΣ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ:** Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν τα άτομα με πολύ χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, με χαμηλή νοητική ανάπτυξη τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Τα άτομα αυτά συνήθως οδηγούνται σε διάφορα ιδρύματα ή σε ψυχιατρεία λόγω της δύσκολης προσαρμογής τους στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.⁶

2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια λειτουργική ψύχωση με διάφορες μορφές χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, διαταραχή της σκέψης της αντίληψης, του συναισθήματος και των διαπροσωπικών σχέσεων.⁷

3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Στην Ελλάδα 70.000 με 80.000 άνθρωποι έχουν προσβληθεί από τη νόσο, ενώ στις Η.Π.Α. 3.000.000 άνθρωποι. Σε ολόκληρο το κόσμο υπολογίζονται 9.000.000 σχιζοφρενείς.

Περίπου 1 με 1,5% του πληθυσμού πάσχει οποιαδήποτε στιγμή από σχιζοφρένεια σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές. Αυτό σημαίνει για την Ελλάδα ότι υπάρχουν περίπου 100.000 με 150.000 σχιζοφρενείς ασθενείς. Υπολογίζεται ότι το 0,25% του πληθυσμού εμφανίζουν και ψυχωτική φάση κάθε χρόνο. Επιπλέον 0,01% του πληθυσμού εμφανίζει κάθε χρόνο για πρώτη φορά τη νόσο. Δηλαδή για την Ελλάδα 1.000 καινούριοι ασθενείς διαγιγνώσκονται ετησίως. Άλλες στατιστικές μιλάνε για 150 νέες σχιζοφρενικές ψυχώσεις σε 100.000 πληθυσμό κάθε χρόνο.

Η νόσος προσβάλλει εξίσου συχνά άνδρες και γυναίκες. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου όμως είναι λίγο νωρίτερα για τους άνδρες (15 - 25 έτη) σε σύγκριση με τις γυναίκες (25 - 35 έτη).⁸ Οι ηλικίες που εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρενικών ψυχώσεων είναι μεταξύ 10 - 40 ετών με κορυφή το διάστημα 25 - 35 ετών.⁴ Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Μερικές φορές ασθενείς εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα λόγω κάποιας άλλης παθολογικής διαταραχής που δεν έχει ανιχνευτεί. Για το λόγο αυτό πριν ένα άτομο διαγνωστεί ότι πάσχει από σχιζοφρένεια πρέπει να έχουν αποκλειστεί άλλες παθολογικές διαταραχές που μπορεί να μιμούνται τη νόσο αυτή. Αυτό απαιτεί ένα πλήρη κλινικό και παρακλινικό έλεγχο κατά την διάρκεια τη νοσηλείας των ασθενών αυτών.

Από τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια μόλις το 50% περίπου φτάνει στις ψυχιατρικές υπηρεσίες στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ μικρή είναι η επαφή των νοσηλευθέντων σχιζοφρενών με τη δομή που τους παρακολούθησε, πραγματικότητα από πολλού διαπιστωθείσα.

Οι διαφορές που παρουσιάζονται σε διάφορες κοινωνίες ή έθνη είναι ελάχιστες και αφορούν περισσότερο τη μορφή της νόσου. Το 60 % των περιπτώσεων αρχίζει μεταξύ εφηβείας και 30ου έτους ζωής. Στη τέταρτη δεκαετία ζωής εμφανίζεται 25% των περιπτώσεων και μόνο 14 % σε μεγαλύτερες ηλικίες.⁸

Πίνακας 1. Οι διαφορές των δύο φύλων στην ηλικία εμφάνισης της σχιζοφρένειας (επιλεγμένες μελέτες).⁹

Συγγραφείς	Χώρα	Ηλικιακό φάσμα (έτη)	Διαγνωστικά κριτήρια	Ορισμός έναρξης	Μέση ηλικία εμφάνισης (έτη)	
					Γυναίκες	Άνδρες
Munk-Jergebsen (1986) Hafner et al., (1993)	Δανία Γερμανία	Χωρίς ηλικιακό όριο 12-59	ICD-8 ICD-9	Πρώτη εισαγωγή	33,7	27,4
				Πρώτο σύμπτωμα ψυχικής διαταραχής	27,5	24,3
				Πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα	30,6	26,5
				Πρώτο οξύ επεισόδιο	31,7	27,8
Castle et al., (1993)	M. Βρετανία	16+	ICD – 9 Σχιζοφρένεια και σχετικές διαταραχές	Πρώτη επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες	41,7	31,2
Susser&Wanderling (1994)	Αναπτυσσόμενες χώρες (Ινδία, Κολομβία, Νιγηρία) Αναπτυγμένες χώρες (Δώρα, Ιαπωνία, UK, USA, Δημοκρατία Τσεχίας)	15 -54	ICD-9	Πρώτη επαφή με υπηρεσίες	25,7	23,0
		15-54	ICD-9	Πρώτη επαφή με υπηρεσίες	30,7	26,0
Faraone et al., (1994) Szymanski et al., (1995)	USA USA	Χωρίς όριο ηλικίας 16-40	DSM-III RDC	Πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα	31,1	26,2
				Πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα	24,0	21,0
				Πρώτη νοσηλεία	24,0	22,0

4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Διάφορες καλά μεθοδευμένες μελέτες, που στο σύνολο τους σχεδόν αφορούν σε αναπτυγμένες κοινωνίες, δείχνουν ότι η επικράτηση της σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1 — 1,5%. Φαίνεται ότι με τη χρήση αυστηρά περιγεγραμμένων διαγνωστικών κριτηρίων το ποσοστό αυτό είναι ενδεχομένως κάπως χαμηλότερο. Από την άλλη όμως πλευρά, θα πρέπει να τονισθεί ότι, παρά τη σοβαρότητα της νόσου, ένας ακόμα αδιευκρίνιστος αριθμός αρρώστων δεν είναι δυνατό να καταγραφεί στατιστικά, είτε γιατί διαβιεί

στο περιθώριο (λόγω της νόσου) ή γιατί οι οικείοι του δεν επιζητούν την ιατρική βοήθεια φοβούμενοι τον κοινωνικό στιγματισμό.⁵

Πάντως, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η αдрή συχνότητα της νόσου (δηλαδή ο αριθμός των πρώτων εισαγωγών σε νοσοκομείο/ έτος) έχει μειωθεί κατά την τελευταία 20ετία. Δεν έχει όμως αποσαφηνιστεί εάν αυτό οφείλεται στην υιοθέτηση αυστηρότερων διαγνωστικών κριτηρίων, στη μετάθεση της φροντίδας των αρρώστων από το νοσοκομείο στο επίπεδο της κοινότητας ή σε διάφορες δημογραφικές μεταβολές που ενδέχεται να αφορούν στο σχιζοφρενικό πληθυσμό μιας περιοχής.⁵

Οι ακόλουθοι παράγοντες έχουν κατά καιρούς διερευνηθεί ως προς την επιδημιολογία της νόσου:

Δημογραφικοί παράγοντες

- *Ηλικία και φύλο.* Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Είναι όμως γεγονός ότι υφίστανται διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την έναρξη της νόσου, την κλινική της πορεία, καθώς και ως προς την επίδραση διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι η κλινική συμπτωματολογία αρχίζει πρωιμότερα στους άνδρες (μέση ηλικία έναρξης τα 20 έτη) σε σχέση με τις γυναίκες (μέση ηλικία έναρξης τα 30 έτη) και προγνωστικά ευνοούνται περισσότερο οι γυναίκες.
- *Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή.* Παρά το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια παρουσιάζει συγκρίσιμα ποσοστά συχνότητας στο γενικό πληθυσμό παγκοσμίως, εντούτοις φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές στην κατανομή των νοσούντων στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα, π.χ., έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί, απομονωμένοι, με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας (κυρίως στους άνδρες). Επίσης, στις ΗΠΑ, τη Σουηδία, την Κροατία κ.ά. έχουν επισημανθεί διαφορές ως προς την κατανομή της νόσου, όχι μόνο στις διάφορες περιοχές των χωρών αυτών αλλά και μεταξύ του είδους του πληθυσμού (αγροτικός-αστικός) καθώς και του μεγέθους των πόλεων. Έτσι, φαίνεται ότι η συχνότητα της νόσου στις μεγάλες πόλεις είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρουσιάζεται σε μικρές πόλεις ή σε αγροτικές περιοχές.⁵

Παράγοντες επικινδυνότητας (προκλητικοί ή προδιαθεσικοί)

- **Κληρονομική επιβάρυνση.** Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας τα τελευταία 60 χρόνια και η «γενετική υπόθεση» φαίνεται να έχει σημαντικές βάσεις αναφορικά με την αιτιολογία της

νόσου. Η σχετική έρευνα άρχισε από τη δεκαετία του 1930 και στη συνέχεια επικεντρώθηκε σε τέσσερα επίπεδα:

α) Μελέτες διδύμων. Οι μελέτες διδύμων έδειξαν ομοφωνία ως προς τη νόσο σε ποσοστά που κυμαίνονται από 35 – 78% των μονοζυγωτών σε σύγκριση με το 8 – 28% των ετεροζυγωτών. Μια πλέον πρόσφατη φιλανδική επιδημιολογική μελέτη διδύμων έδειξε ότι 85% της μεταβλητότητας ως προς την «ευαλωτότητα» της νόσου οφείλεται σε επιπροστιθέμενους γενετικούς παράγοντες και το υπόλοιπο σε περιβαλλοντικές επιδράσεις.

β) Μελέτες οικογενειών. Οι μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών έχουν μέχρι και δεκαπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου.

γ) Μελέτες παιδιών σχιζοφρενικών γονέων. Παιδιά σχιζοφρενών γονέων έχουν 40% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, σε σύγκριση με το 1% πιθανότητα που έχουν παιδιά μη σχιζοφρενών. Παρόμοια ευρήματα έδωσαν και μελέτες υιοθετημένων παιδιών με σχιζοφρενική μητέρα και επιβεβαίωσαν την αυξημένη επικινδυνότητα για τη νόσο στα υιοθετημένα παιδιά των σχιζοφρενών σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά μη σχιζοφρενών ή φυσικά παιδιά των υιοθετούντων γονέων.⁵

δ) Αναζήτηση γενετικών δεικτών («γενετικού στίγματος»). Οι πλέον πρόσφατες γενετικές μελέτες στοχεύουν στην αναζήτηση σε σχιζοφρενείς συνδυασμών (associations) γενετικών δεικτών ή πιθανών γονιδίων (που αναζητούνται σε διάφορα επίπεδα, π.χ. βιοχημικό, φυσιολογικό, κυτταρικό κ.ά) σε σχέση με μάρτυρες, καθώς και ιδιαίτερων συνδέσεων (linkage) χρωμοσωμικών θέσεων σε οικογένειες σχιζοφρενών με τη βοήθεια μεθόδων της μοριακής βιολογίας.

Όλα τα παραπάνω δεδομένα δείχνουν ότι ο τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης της νόσου είναι αρκετά περίπλοκος και το πλέον αποδεκτό σήμερα πρότυπο είναι ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση πολλών γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών.⁵

- **Προ και περιγεννητικές επιπλοκές.** Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), καθώς και τροφική στέρηση, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress και ιώσεις (κυρίως από Coxsackie-B) ανευρίσκονται, συχνότερα στο ιστορικό των σχιζοφρενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, οι σπασμοί, το μειωμένο βάρος του νεογνού, η μικρότερη περίμετρος του κρανίου και το μειωμένο βάρος της μητέρας έχουν ενοχοποιηθεί ως σημαντικοί παράγοντες επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια.
- **Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης.** Έχει παρατηρηθεί ότι ένας μεγαλύτερος συγκριτικά αριθμός σχιζοφρενών γεννιέται κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης. Η παρατήρηση αυτή αποδόθηκε στην αυξημένη πιθανότητα έκθεσης του νεογνού σε ιώσεις ή και στην ενδεχόμενη γενετική υπεροχή των σχιζοφρενικών βρεφών ως προς την αντίσταση τους σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (αυξημένη

επιβιωσιμότητα των σχιζοφρενικών έναντι της αυξημένης θνησιμότητας των μη-σχιζοφρενικών βρεφών). Επίσης, έχει ενοχοποιηθεί ο τόπος γέννησης (αστικό περιβάλλον), ενώ έχει βρεθεί ότι η νόσος απαντάται συχνότερα στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά των πολυτέκνων.⁵

- **Αναπτυξιακές ανωμαλίες.** Μελέτες σε παιδιά αυξημένης επικινδυνότητας για σχιζοφρένεια (παιδιά σχιζοφρενικών γονιών), καθώς και μελέτες του ιστορικού γέννησης σε γενικό πληθυσμό (cohort), έδειξαν ότι ένα ποσοστό 25 - 50% των παιδιών αυξημένης επικινδυνότητας παρουσιάζουν υποτονία, καθυστέρηση των σταδίων ανάπτυξης, οβληγρά νευρολογικά σημεία (μειωμένη κινητική συνεργεία), καθώς και διαταραχές της προσοχής, της ομιλίας και της σχολικής επίδοσης.⁵

Αμφιλεγόμενη έρευνα συνδέει την παιδική κακοποίηση με τη σχιζοφρένεια

Άτομα που έχουν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν μακροπρόθεσμα συμπτώματα σχιζοφρένειας, υποστηρίζει νέα αμφιλεγόμενη έρευνα ομάδας ψυχολόγων από τη Νέα Ζηλανδία.

Οι επιστήμονες αναφέρουν ότι από τη μελέτη τους προέκυψε σειρά στοιχείων που αποδεικνύουν την υψηλή αντιστοιχία σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης με την μετέπειτα εμφάνιση σχιζοφρένειας.

Επίσης, βρέθηκε πως οι μεταβολές που παρατηρούνται στον εγκέφαλο κακοποιημένων παιδιών είναι παρόμοιες με εκείνες των ενηλίκων πασχόντων από σχιζοφρένεια.

"Είναι καιρός να σπάσουμε τη σιωπή σχετικά με το πόσο συχνά άνθρωποι με ψυχώσεις έχουν κακοποιηθεί εντός και εκτός του οικογενειακού τους περιβάλλοντος".

Η επίδραση του χειμωνιάτικου καιρού στην ψυχολογική διάθεση και στην ψυχική υγεία των ατόμων είναι γνωστή στους γιατρούς. Μάλιστα, η επιθεώρηση New Scientist δημοσιεύει στο τελευταίο τεύχος της μελέτη που υποστηρίζει την επίμαχη θεωρία ότι βρέφη των οποίων η σύλληψη έγινε την περίοδο του χειμώνα, διατρέχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν αργότερα στη ζωή τους ψυχικές διαταραχές, όπως σχιζοφρένεια.

Σύμφωνα με τη μελέτη, η έλλειψη βιταμίνης D κατά την κύηση, στην οποία συμβάλλει η απουσία ηλιοφάνειας, μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου. Πειράματα σε ποντίκια δείχνουν ότι ζώα που έχουν έλλειψη βιταμίνης D από την ώρα της σύλληψης τους, παρουσιάζουν ορισμένα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά όμοια με αυτά που εκδηλώνουν άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι επιστήμονες έδωσαν μεγάλη σημασία στο ρόλο της βιταμίνης D

όσον αφορά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου μετά την παρατήρηση ορισμένων περιέργων "τάσεων" του πληθυσμού.¹⁰

Μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν ποντίκια και έγιναν υπό τον Αυστραλό εμπειρογνώμονα Τζον Μακ Γκαρθ του ερευνητικού κέντρου που ασχολείται με τη σχιζοφρένεια στην πολιτεία Κουίνσλαντ της βόρειας Αυστραλίας, δείχνουν ότι η έλλειψη βιταμίνης D κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να συμβάλει στην εκδήλωση σχιζοφρένειας σε άτομα με γενετική προδιάθεση για ψυχικά νοσήματα. Ποντίκια με έλλειψη βιταμίνης D είχαν ασυνήθιστα μεγάλο εγκέφαλο, στοιχείο που παραπέμπει στη νόσο, ενώ αιφνιδιάζονταν περισσότερο από το φυσιολογικό ύστερα από ένα δυνατό θόρυβο του οποίου είχε προηγηθεί ένας σιγανός, δηλαδή μια μορφή συμπεριφοράς που εκδηλώνουν οι σχιζοφρενείς.¹⁰

Άτομα που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική είναι πιθανότερο να έχουν γεννηθεί κατά τις αρχές καλοκαιριού, γεγονός που σημαίνει ότι η σύλληψη τους έγινε τις μουντές φθινοπωρινές ημέρες, επισημαίνει η μελέτη. Άλλη μελέτη έδειξε ότι μετανάστες από την Αφρική και την Καραϊβική που ζουν στην Αγγλία διατρέχουν τετραπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με άλλες πληθυσμιακές ομάδες να γεννήσουν παιδιά που θα εκδηλώσουν κάποιο ψυχικό νόσημα. Ο οργανισμός χρειάζεται ηλιακό φως, για να παράγει βιταμίνη D, και τα άτομα με σκουρότερη επιδερμίδα έχουν ανάγκη από περισσότερη ηλιοφάνεια, προκειμένου να παράγουν επαρκή ποσότητα βιταμίνης D για τον οργανισμό τους, καταλήγουν οι επιστήμονες.¹⁰

Τα παιδιά που οι μητέρες τους πάσχουν από έρπητα των γεννητικών οργάνων έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχιατρικά προβλήματα, όπως η σχιζοφρένεια κατά την ενήλικη ζωή, σύμφωνα με ερευνητική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό New Scientist.

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ υπογραμμίζουν ότι δεν έχουν ακόμη ερμηνεύσει με σαφήνεια την παραπάνω συσχέτιση, αλλά πιστεύουν ότι η προσβολή της μέλλουσας μητέρας από έρπητα γεννητικών οργάνων μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πυροδότησης ψυχιατρικών προβλημάτων κατά την ενηλικίωση σε παιδιά με προδιάθεση.¹⁰

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, η εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών πιθανόν να σχετίζεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως ο τόπος και ο χρόνος γέννησης, καθώς και η προσβολή της μητέρας από κάποια λοίμωξη.

Ο Δρ Στέφαν Μπούκα και οι συνεργάτες του ανέλυσαν στοιχεία από 3.084 παιδιά που γεννήθηκαν στο Rhode Inland στο χρονικό διάστημα 1959-1966 και μελέτησαν δείγματα αίματος που είχαν ληφθεί από τις μητέρες τους σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές αναζήτησαν πιθανά παθογόνα αίτια τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, όπως ο ιός της ερυθράς, τα χλαμύδια, ο έρπητας των γεννητικών οργάνων και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Οι ερευνητές παρατήρησαν αυξημένη συχνότητα ψυχιατρικών προβλημάτων, που εμφανίστηκαν στην ενήλικη ζωή, σε παιδιά που οι μητέρες τους έπασχαν από έρπητα γεννητικών οργάνων.¹¹

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρωτοβάθμια Πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου, από την προγεννητική, τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γήρας.

Η οργάνωση της πρόληψης αυτού του τύπου είναι κρατική κοινωνική πολιτική και αφορά άτομα η οικογένειες υψηλού κίνδυνου νόσησης όπως είναι οι έγκυες με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής νόσου, οι ανήλικες έγκυες, οι οικογένειες με πολλαπλά προβλήματα, όπως γονείς ή άλλα μέλη που είναι ψυχικά άρρωστα, άτομα σε πένθος σε κρίση έφηβοι που εγκατέλειψαν το σπίτι. Βασικός, στόχος των προληπτικών προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας, που εκπαιδεύεται συστηματικά σε θέματα ψυχικής υγείας.

Οι ειδικές προσεγγίσεις των θεμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης περιλαμβάνουν ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα με την επισήμανση προβλημάτων στην κύηση, την οργάνωση της μητρικής υγείας, την παροχή σωστής μαιευτικής φροντίδας, τον έλεγχο της διατροφής και του περιβάλλοντος, τον οικογενειακό προγραμματισμό, την οργάνωση κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και εναλλακτικών λύσεων στις ανήλικες μητέρες και την έγκαιρη επισήμανση συγγενών διαμαρτιών στα νεογνά.

Τα προγράμματα διαλογής που εφαρμόζονται στα δημοτικά σχολεία αποκαλύπτουν έγκαιρα δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις και μαθησιακά προβλήματα ενώ στις οικογένειες με πολλά προβλήματα δημιουργείται ένα νέο κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα. Στους έφηβους δημιουργούνται προγράμματα ελεύθερου χρόνου ή ειδικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων.¹²

Η γενετική συμβουλευτική σε άτομα που νοσούν από σχιζοφρενική διαταραχή βοηθά σημαντικά στη μείωση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Οι κοινοτικές υπηρεσίες που ανιχνεύουν και προσεγγίζουν άτομα υψηλού κίνδυνου προλαμβάνουν την εκδήλωση μιας ψυχικής αρρώστιας με την επίλυση της κρίσης. Η κοινοτική παρέμβαση που έχει στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας αποτελεί την ουσιαστική προσέγγιση, αφού καλύπτει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και έχει ποικίλες μορφές, όπως τα προγράμματα αγωγής υγείας σε σχολεία, τις σχολές γονέων και τις ομάδες ευαισθητοποίησης και άλλες εκπαιδευτικές εκδηλώσεις. Αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική

διαδικασία που έχει στόχο τη διαμόρφωση συμπεριφοράς με αντικείμενο τη μείωση της επίπτωσης ή τη βελτίωση της πρόγνωσης ενός ή περισσότερων νοσημάτων (πρωτοβάθμια πρόληψη).¹³

Η πρωτοβάθμια ψυχιατρική προληπτική εργασία απαιτεί συντονισμό και συνεργασία πολλών υπηρεσιών, φορέων κρατικών και εθελοντικών, ώστε να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική.

Σύμφωνα με τον Carlan (1964), ο όρος Προληπτική Ψυχιατρική αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που:

α) μειώνουν την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτοβάθμια πρόληψη),

β) μειώνουν τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία,

γ) μειώνουν την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριτογενής πρόληψη), π.χ. η μείωση του χρόνου νοσηλείας, η δυνατότητα συστηματικής μετανοδοκμειακής παρακολούθησης και η επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχικών αρρώστων.

Κατά τον Carlan όταν απουσιάζει η γνώση για μια συγκεκριμένη αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων, η πρωτοβάθμια πρόληψη πρέπει να κατευθύνεται στην προαγωγή των υποστηρικτικών κοινωνικών συστημάτων μέσα στην κοινότητα για τη μείωση των συνθηκών και παραγόντων κινδύνου που μπορεί να ευθύνονται για τη δημιουργία μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης τίθεται το θέμα της οργάνωσης του υποστηρικτικού συστήματος στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη των κρίσεων και των ψυχικών διαταραχών που επακολουθούν. Το έργο αυτό διεξάγεται από την πρωτοβάθμια πρόληψη, τη λεγόμενη Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, που περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες της πρόληψης.¹⁴

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, είναι ένας όρος που καθιερώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 60, εμπεριέχει την έννοια «Υγιεινή», αφού απευθύνεται σε υγιείς πληθυσμούς με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας στη κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες της προσπάθειες της κοινότητας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών. Η έννοια της Προληπτικής Ψυχιατρικής είναι ενσωματωμένη στην Κοινοτική Ψυχιατρική και κατ' άλλους συνώνυμη με την Ψυχιατρική της Δημόσιας Υγείας.

Φορέας των προληπτικών δραστηριοτήτων είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) στο οποίο πρέπει να σχεδιάζονται και να οργανώνονται συγκεκριμένες παρεμβάσεις.

Η επίτευξη των στόχων της πρωτοβάθμιας πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας απαιτεί οργανωμένη, συντονισμένη και πολυδιάστατη προσπάθεια ενός συνόλου υπηρεσιών και φορέων.

Δεν είναι ουτοπία η επίτευξη των στόχων, άλλωστε αυτό έχει αποδειχθεί και στον Ελληνικό χώρο, αλλά αυτό που απαιτείται είναι η εφαρμογή κατάλληλης μεθοδολογίας και αξιολόγησης.¹⁵

Δευτεροβάθμια Πρόληψη

Η Δευτεροβάθμια Πρόληψη αφορά την πρόωρη διάγνωση τους και χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, με τελικό σκοπό τη μείωση της σοβαρότητας και διάρκειας τους και τον περιορισμό των χρόνιων επακολουθών που είναι δυνατό να προκύψουν. Βασική αρχή της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ότι αποδίδει καλύτερα όταν εφαρμόζεται μέσω υπηρεσιών που έχουν ως χαρακτηριστικό τους την εύκολη προσβασιμότητα του πληθυσμού σε αυτές, λειτουργούν δηλαδή στο πλαίσιο της κοινότητας. Πρώτη θέση κατέχουν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.¹⁶

Η σημασία των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έγκειται στο ότι αυτές είναι οι υπηρεσίες που βρίσκονται πιο κοντά στον πληθυσμό και σε αυτές πηγαίνουν αρχικά τα άτομα όταν αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας. Σε αυτές τις υπηρεσίες υπάγονται στη χώρα μας τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία, τα αγροτικά ιατρεία, αλλά και πολλοί από τους ιατρούς που εξασκούν ιδιωτικά την ιατρική στην κοινότητα, όπως είναι συνήθως οι παθολόγοι αλλά και οι γενικοί ιατροί είτε εργάζονται στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα.

Στους ιατρούς αυτών των υπηρεσιών φαίνεται ότι απευθύνεται αρχικά το μεγαλύτερο ποσοστό αρρώστων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Στατιστικά στοιχεία από τη Μ. Βρετανία δείχνουν ότι πάνω από το 90% των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα επισκέφθηκαν το γενικό ιατρό τους στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Εντούτοις, από αυτούς που έπασχαν από ψυχιατρικά προβλήματα, πάνω από 50% δεν αναγνωρίστηκαν από τους γενικούς ιατρούς. Αυτό συμφωνεί σε γενικές γραμμές με τα δεδομένα διαφόρων ερευνών, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχικών διαταραχών δεν αναγνωρίζονται και δεν λαμβάνουν θεραπεία για το πρόβλημα τους με αποτέλεσμα τη χρονιότητα και την επακόλουθη ανικανότητα.¹⁶

Στις πολύ σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπου απαιτείται νοσηλεία, υπάρχει μικρότερο πρόβλημα αναγνώρισης, αν και σε αυτές τις περιπτώσεις οι υπηρεσίες της κοινότητας (ΠΦΥ και ΚΚΨΥ) παίζουν σημαντικό ρόλο με τη σύντομη παραπομπή στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, αλλά και με τη συμβολή τους στην παρακολούθηση των ασυμπτωματικών αρρώστων για την πρόληψη των υποτροπών. Σε χώρες με μεγάλη έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι υπηρεσίες ΠΦΥ αναλαμβάνουν το βάρος της δευτεροβάθμιας πρόληψης, της έγκαιρης αναγνώρισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών.¹⁶

Η πρώιμη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας

Επιδημιολογικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε υπηρεσίες ΠΦΥ σε διάφορες χώρες του κόσμου δείχνουν ότι το 20-30% των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ για οποιοδήποτε λόγο πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της μεγαλύτερης έως σήμερα έρευνας που διεξήχθη σε υπηρεσίες ΠΦΥ.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, φαίνεται ότι η ψυχική διαταραχή είναι πολύ συχνή σε αρρώστους που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Οι πολύ υψηλές τιμές (επιπολασμού) των ψυχικών διαταραχών σε ορισμένα κέντρα (π.χ Χιλή) οφείλονται στο ότι η έρευνα διεξήχθη σε περιοχές με πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα, που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.¹⁷

Στην έρευνα αυτή, αποδείχθηκε ότι η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών είναι καλύτερη στις χώρες με καλά αναπτυγμένα συστήματα ΠΦΥ και με επαρκή εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την αναγνώριση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Οι υπηρεσίες με την καλύτερη αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών χαρακτηρίζονται από την προσωπική φροντίδα του αρρώστου (προσωπικός ιατρός που γνωρίζει τον άρρωστο, ύπαρξη συστήματος ραντεβού, τήρηση ατομικών αρχείων των αρρώστων και παρακολούθηση του αρρώστου από τον ίδιο ιατρό). Αντίθετα, στα κέντρα εκείνα όπου το σύστημα χαρακτηρίζεται από τη «μη προσωποποιημένη» φροντίδα (μη προσωπικός ιατρός, έλλειψη συστήματος ραντεβού, έλλειψη παρακολούθησης του αρρώστου από τον ίδιο ιατρό), η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών ήταν μικρότερη.

Το άλλο ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι η θεραπευτική παρέμβαση σε αυτούς που αναγνωρίζονται ως πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές στην ΠΦΥ είναι ανεπαρκής. Έτσι, ο τύπος των παρεμβάσεων δεν είναι πάντοτε ο αρμόζων στις συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές.

Παρατηρημένο επίσης είναι ότι η φαρμακευτική αγωγή δίνεται πολύ συχνά σε δόσεις ανεπαρκείς για τη θεραπεία των ασθενών.¹⁷

Άλλοι παράγοντες που παρεμποδίζουν τη διαδικασία της αναγνώρισης και διάγνωσης είναι η ακόλουθη:

Κατά πρώτον, ο τύπος της ψυχικής διαταραχής έχει μεγάλη σημασία. Ο D. Goldberg διαχωρίζει τις ψυχικές διαταραχές που απαντώνται στην ΠΦΥ σε τέσσερις τύπους: (α) ψυχική διαταραχή που σχετίζεται με σωματική νόσο, η θεραπεία της επιφέρει και την ύφεση του προβλήματος (β) ψυχική διαταραχή και σωματική νόσος που συνυπάρχουν ανεξάρτητα μεταξύ τους (γ) ψυχική διαταραχή που παρουσιάζεται κυρίως με σωματικά συμπτώματα και (δ) Περιγραφόμενη και οριζόμενη ψυχική διαταραχή. Με εξαίρεση την τελευταία κατηγορία, οι τρεις πρώτες παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα αναγνώρισης, ιδιαίτερα από μη ειδικούς σε θέματα ψυχικής υγείας.

Τα χαρακτηριστικά και οι στάσεις των αρρώστων φαίνεται επίσης ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση της ψυχικής διαταραχής στην ΠΦΥ.

Η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών εξαρτάται και από χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με τον ιατρό της ΠΦΥ δηλαδή την προσωπικότητα του και τη στάση του απέναντι στην ψυχική διαταραχή, τις γνώσεις του σε θέματα ψυχικής υγείας, αλλά και τις δεξιότητες του ως εξεταστή.¹⁷

- Γνώση των συμπτωμάτων και των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

- Στάσεις που υποδηλώνουν το ενδιαφέρον για τον άρρωστο και το πρόβλημα του, την οικογένεια του και τον κοινωνικό περίγυρο.

- Δεξιότητες που μπορεί να οδηγήσουν σε μια αποτελεσματική και επιτυχή συνέντευξη όπως είναι η ικανότητα βλεματικής επαφής, η ικανότητα του να ακούει και να μη διακόπτει τον άρρωστο, η σωστή χρήση «ανοικτών» ερωτήσεων π.χ «περιγράψτε μου πως αισθανόσαστε τελευταία» και «κλειστών» ερωτήσεων π.χ. «είχατε προβλήματα με τον ύπνο σας τον τελευταίο καιρό;» η έλλειψη βιασύνης, η αποφυγή πρόωρης μετάδοσης πληροφοριών στον άρρωστο για το πρόβλημα του.

Αντίθετα, τα παρακάτω χαρακτηριστικά, μειώνουν τη δυνατότητα επιτυχούς αναγνώρισης του προβλήματος.

- Η έντονη και επίμονη ενασχόληση του ιατρού με την πιθανότητα ύπαρξης οργανικής νόσου, γεγονός που συνδέεται με την αδυναμία του ή την απροθυμία του να ασχοληθεί με τις ψυχικές διαταραχές.

- Η ύπαρξη «συντηρητικών» στοιχείων στην προσωπικότητα του ιατρού.

- Η τάση του να συνταγογραφεί υπνωτικά φάρμακα, γεγονός που σημαίνει ότι καταφεύγει στην εύκολη λύση της συνταγογράφησης συμπτωματικών θεραπειών αντί της συνολικής διερεύνησης και θεραπείας της ψυχικής διαταραχής.¹⁷

Τριτοβάθμια ψυχιατρική πρόληψη

Η τριτοβάθμια ψυχιατρική πρόληψη έχει ως σκοπό τη μείωση των συνεπειών που προκύπτουν από τη χρονιότητα της ψυχικής διαταραχής, πραγματοποιείται μέσω προγραμμάτων αποκατάστασης.

Αποκατάσταση είναι η διαδικασία κατά την οποία ένας άρρωστος βοηθείται να προσαρμοστεί στους περιορισμούς που συνεπάγεται η δυσλειτουργία του (σωματική, ψυχική, επαγγελματική, κοινωνική), έχει ως στόχο να προσεγγίσει το άτομο το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και αυτονομίας.

Τα προγράμματα αποκατάστασης αποσκοπούν στην ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του αρρώστου με την λειτουργία περιβαλλοντικών υποστηρικτικών συστημάτων για τον άρρωστο.

Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία σε τρεις, βασικά, τομείς: εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες.¹⁸

6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι κυριότερες αιτίες εμφάνισης της σχιζοφρένειας είναι οι εξής:

- Κληρονομικοί παράγοντες, συγγενείς ή εξωγενείς.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Συναισθηματικοί παράγοντες.
- Η επίδραση κοινωνικών ψυχολογικών βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων.
- Η αλληλεπίδραση παραγόντων γενετικής προδιάθεσης και περιβάλλοντα
- Καθώς και η επίδραση κοινωνικών, ψυχολογικών, βιολογικών και οικολογικών παραγόντων.

Η αιτιολογία της αποτελεί αίνιγμα για την ιατρική. Η θεωρία ότι οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές, μεταβολικές ή και βιοχημικές διαταραχές αμφισβητήθηκε. Στη σχιζοφρένεια υπάρχει κάποιου βαθμού κληρονομική επιβάρυνση. Επίσης το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι διαπροσωπικές σχέσεις παίζουν βασικό ρόλο.

Στο ιστορικό πολλών ασθενών υπάρχουν τραυματικά γεγονότα από την παιδική ηλικία, π.χ. απέτυχε να πάρει ή να δείξει στοργή ιδιαίτερα στο δίπολο «βρέφος - μητέρα», που θεωρείται αναγκαία για τη φυσική ανάπτυξη ή οι γονείς του αρνήθηκαν να δώσουν συναισθηματική ζεστασιά. Δεν είναι φανερό μέχρι πιο σημείο η συναισθηματική απόσταση του ασθενούς είναι χαρακτηριστικό που κληρονομήθηκε και αν αυτή δημιουργήθηκε από την ψυχρότητα της μητέρας ή από την ανικανότητα του παιδιού να δεχθεί στοργή.

Η έναρξη των εντόνων συμπτωμάτων συμπίπτει συχνά με μια περίοδο συναισθηματικής εντάσεως. Μια προσεκτική έρευνα αποκαλύπτει μια ύπουλη αρχή συμπτωμάτων, πριν από μια μεγάλη περίοδο, κατά την οποία φίλοι ή συγγενείς του αρρώστου παρατηρούν μια εξελισσόμενη συμπεριφορά του αρρώστου π.χ. γίνεται σταδιακά πιο απομακρυσμένος, χάνει το ενδιαφέρον του για πρόσωπα και γεγονότα, απομονώνεται στον εαυτό του, μειώνεται η απόδοση του στην εργασία κλπ.

Όπως και τα άλλα ψυχικά νοσήματα τα αίτια της νόσου είναι βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά (βίο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο).

Η σχιζοφρένεια είναι ένα από τα ψυχικά νοσήματα στο οποίο έχει αποδειχθεί αρκετά πειστικά η συμμετοχή της κληρονομικότητας.

Πιο συγκεκριμένα σε διεθνείς μελέτες βρέθηκε (Πίνακας 2) ότι η συχνότητα της αυξάνει σε διάφορες ομάδες ανθρώπων, ανάλογα με τη στενότητα της συγγένειας με ήδη πάσχοντες. Έτσι στον πληθυσμό των αδελφών των σχιζοφρενών η συχνότητα είναι 8%, οκτώ φορές μεγαλύτερη από ότι

στον γενικό πληθυσμό και φθάνει το 48% σε πληθυσμό μονοωγενών διδύμων ασθενών, σε πληθυσμό δηλαδή αδελφών πασχόντων που γεννήθηκαν από το ίδιο ωάριο (τα δύο αδέρφια έχουν τα ίδια γονίδια).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Σχιζοφρένεια - Κληρονομικότητα	
Πληθυσμός	Συχνότητα
Γενικός πληθυσμός	1%
Αδέρφια σχιζοφρενών ασθενών	8%
Παιδιά με ένα σχιζοφρενή γονέα	12%
Δίδυμοι σχιζοφρενούς από διαφορετικό ωάριο	12%
Παιδιά με δύο σχιζοφρενείς γονείς	40%
Δίδυμοι σχιζοφρενών από το ίδιο ωάριο	48%

Το πιο παραστατικό μοντέλο της αιτιολογίας της νόσου ονομάζεται «μοντέλο προδιάθεσης - περιβαλλοντολογικής πίεσης».

Δηλαδή ο ασθενής έχει μια οργανική ευαισθησία, που μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της κληρονομικότητας και όταν πάνω σε αυτή την ευαισθησία δράσουν ορισμένοι εξωγενείς στρεσογόνοι παράγοντες (π.χ. αποτυχία, αποχωρισμός), τότε εμφανίζονται τα συμπτώματα της νόσου.⁵

Σουηδοί επιστήμονες ανακάλυψαν ένα νέο στοιχείο στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασθενών με σχιζοφρένεια, το οποίο δεν μπορεί να ενταχθεί σε καμιά από τις έως τώρα γνωστές κατηγορίες μικροοργανισμών.

Οι ερευνητές από το Ινστιτούτο Καρολίνσκα της Στοκχόλμης χρησιμοποίησαν ως δείγμα 22 πάσχοντες από τη νόσο και 38 ασθενείς με διάφορα νευρολογικά νοσήματα αλλά όχι σχιζοφρενείς. Έλαβαν δείγματα εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ένα υγρό που κυκλοφορεί μεταξύ των μηνίγγων στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό) και κατάφεραν να ανιχνεύσουν σε αυτό ένα καινούριο, σφαιρικού σχήματος, σωματίδιο. Η συχνότητα ανεύρεσης του ήταν συντριπτικά μεγαλύτερη μεταξύ των ατόμων της πρώτης ομάδας.

Το μέγεθος του είναι της τάξης του 1/100.000 του χιλιοστομέτρου, δηλαδή είναι μικρότερο από ένα βακτήριο, αλλά μεγαλύτερο από έναν ιό. Δεν κατέστη δυνατή η ανίχνευση DNA στο εσωτερικό του, όπως επίσης και ο πολλαπλασιασμός του σε καλλιέργεια με διάφορα θρεπτικά υλικά. Σύμφωνα με τον καθηγητή Λ. Βέτερμπεργκ, έναν από τους συγγραφείς της μελέτης, το νέο

στοιχείο είναι "πλησιέστερο στη μορφή του prius, που έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση της νόσου των τρελών αγελάδων".

Οι ερευνητές από τη Στοκχόλμη δεν ισχυρίζονται ότι ανακάλυψαν το αίτιο της νόσου, αφού η ύπαρξη αυτού του σωματιδίου μπορεί να είναι αποτέλεσμα της. Ωστόσο, η ανακάλυψη τους αποτελεί ενδιαφέρον στοιχείο, στο οποίο θα μπορούσε να βασιστεί η διαμόρφωση μιας αξιόπιστης διαγνωστικής δοκιμασίας.¹⁹

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην εκδήλωση πολλών ψυχιατρικών διαταραχών (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, κατάχρηση αλκοόλ, ορισμένων φοβικών νευρώσεων) έχει αποτελέσει εδώ και δύο εικοσαετίες αντικείμενο έρευνας.

Οι γενετικές έρευνες, που έχουν ενταθεί τελευταία με την πρόοδο της γενετικής επιβεβαίωσαν τις κλινικές μελέτες και σήμερα θεωρείται αναμφισβήτητος ο κληρονομικός παράγοντας για πολλές ψυχικές διαταραχές.

Αυτό είναι μακριά από το να σημαίνει ότι αρκεί ο κληρονομικός παράγοντας για να εκδηλώσει κάποιος μια ψυχική διαταραχή. Παράγοντες που έχουν να κάνουν με το περιβάλλον θα επηρεάσουν προς την κατεύθυνση του να εκδηλωθεί η νόσος ή θα την αποτρέψουν.

Το απρόβλεπτο των παραγόντων του περιβάλλοντος και τα κενά που υπάρχουν στις σημερινές γνώσεις της γενετικής στις ψυχικές διαταραχές δεν επιτρέπουν τον προσδιορισμό του κινδύνου να νοσήσει κάποιο άτομο.²⁰

Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού

Ρόλος της οικογένειας στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής υπάρχει ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Υγιείς γονείς που επιθυμούν ένα παιδί για υγιείς λόγους (π.χ. όχι για λόγους συμφέροντος ή αντίδρασης σε αυταρχικούς γονείς), με τον μέλλοντα πατέρα, και όλη την οικογένεια, να βοηθάει τη σύζυγο του στηρίζοντας την ψυχολογικά κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της, όταν είναι ευάλωτη, είναι οι καλές συνθήκες για την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Αντίθετα, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, απουσία πατέρα, γονείς ακατάλληλοι (μητέρες σε εφηβική ηλικία, γονείς χρήστες αλκοόλ ή ναρκωτικών ή με διαταραχές προσωπικότητας, γονείς με παραβατική συμπεριφορά ή άτομα με ψυχικές διαταραχές) είναι παράγοντες που έχουν συνδεθεί με εκδήλωση ψυχοπαθολογίας.

Ειδικά η περίπτωση της μητέρας που είχε ήδη ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο χρειάζεται διπλή προσοχή: και για το ενδεχόμενο εκδήλωσης υποτροπής κατά την περίοδο του τοκετού και επειδή

είναι αυξημένες οι πιθανότητες, στην περίπτωση αυτή, να εκδηλωθεί η νόσος στο παιδί. Επιπλέον, είναι γενικά ακατάλληλοι για γονείς τ' άτομα με σχιζοφρένεια. Είναι περιπτώσεις που χρειάζονται οπωσδήποτε παρέμβαση.²¹

Αμέσως μετά τη γέννηση είναι δυνατόν να εμφανισθούν ψυχικές διαταραχές στη μητέρα, ιδίως σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση για σχιζοφρένεια ή ατομικό ιστορικό ανάλογης ψυχικής διαταραχής. Επιπλέον, είναι αποδεδειγμένο ότι αυτές οι ψυχικές διαταραχές θα αυξήσουν τις πιθανότητες να εκδηλώσει αργότερα και το παιδί ψυχική διαταραχή.

Τα τελευταία 25 χρόνια, δύο ομάδες ιδιαίτερα εκλεπτυσμένων ερευνών κατέδειξαν την σημασία των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας. Η πρώτη ομάδα ερευνών, μελέτησε την συχνότητα σχιζοφρένειας σε πανομοιότυπους και μη πανομοιότυπους διδύμους (μελέτες διδύμων). Οι πανομοιότυποι δίδυμοι προέρχονται από το ίδιο ωάριο (μονοωογενείς) και γι' αυτό έχουν 100% ίδιο γενετικό υλικό. Οι δίδυμοι που προέρχονται από δύο διαφορετικά ωάρια (διωογενείς) δεν μοιάζουν περισσότερο από ότι δύο κανονικοί αδερφοί: έχουν κοινό το 50% του γενετικού υλικού. Η άλλη ομάδα ερευνών μελέτησε υιοθετημένα παιδιά γονιών με σχιζοφρένεια (μελέτες υιοθεσίας).²¹

Οι πρόσφατες μελέτες διδύμων επιβεβαίωσαν τις παλιότερες και λιγότερο εξονυχιστικές μελέτες. Το γενικό τους συμπέρασμα είναι ότι ζεύγη πανομοιότυπων διδύμων εμφανίζουν πολύ συχνότερα σχιζοφρένεια σε σχέση με ζεύγη διωογενών διδύμων (δηλαδή οι πανομοιότυποι δίδυμοι νοσούν πιο συχνά και οι δύο από σχιζοφρένεια σε σχέση με τους διωογενείς). Μολονότι οι μελέτες διδύμων φανερώνουν με τρόπο αδιαμφισβήτητο τη σημασία των γενετικών παραγόντων στη γένεση της σχιζοφρένειας, ωστόσο δεν εξηγούν απόλυτα το φαινόμενο. Το γεγονός ότι ο πανομοιότυπος δίδυμος αδελφός ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια δεν έχει πιθανότητα να νοσήσει 100% αλλά περίπου 40% -60%, σημαίνει ότι (όσο ψηλή και αν είναι η πιθανότητα αυτή - συγκρίνετε με το 1 % του γενικού πληθυσμού) και άλλοι παράγοντες του περιβάλλοντος πρέπει να συμμετέχουν.²¹

Οι μελέτες υιοθεσίας εστίασαν το ενδιαφέρον τους σε υιοθετημένα παιδιά για να εξετάσουν την σχετική σημασία κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στην καλύτερη εργασία αυτού του είδους, που έχει γίνει στη Δανία, μελετήθηκαν παιδιά που είχαν γονείς με σχιζοφρένεια, και τα οποία υιοθετήθηκαν από άλλες οικογένειες. Τα παιδιά αυτά συγκρίθηκαν με υιοθετημένα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς δεν έπασχαν από σχιζοφρένεια. Η μελέτη αυτή και άλλες παρόμοιες έδειξαν ότι τα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς έχουν σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από σχιζοφρένεια ακόμη και όταν δεν υπάρχει προσωπική επαφή (και άρα επίδραση του «περιβάλλοντος») όπως συμβαίνει στα υιοθετημένα παιδιά.

Όλες οι έρευνες δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση, αλλά ο βαθμός της γενετικής επίδρασης παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστος. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η ευπάθεια προς τη νόσο, μια κληρονομική προδιάθεση η

οποία σε συνδυασμό με κάποιους άλλους παράγοντες μπορεί να οδηγεί στη σχιζοφρένεια. Αυτή η προδιάθεση μπορεί να έχει την μορφή κάποιας βιοχημικής ή ενζυμικής ανωμαλίας, μιας λεπτής νευρολογικής βλάβης, ή κάποια άλλη μορφή ή ακόμη και συνδυασμό τους.

Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε πως μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση και έτσι δεν είμαστε σε θέση να προβλέψουμε με ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι. Σε μερικούς ανθρώπους, ο γενετικός παράγοντας μπορεί να είναι κρίσιμος για την ανάπτυξη της νόσου, σε άλλους μπορεί να μην είναι.²¹

ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ομάδα ερευνητών από το Πανεπιστήμιο British Columbia, με επικεφαλής τον Πίτερ Λιντλ, ψυχίατρο με εξειδίκευση στις απεικονιστικές μεθόδους του εγκεφάλου, δημιούργησαν ένα ηλεκτρονικό μοντέλο του ανθρώπινου εγκεφάλου. Αυτή η στοιχειώδης προσομοίωση του εγκεφάλου του ανθρώπου θα βοηθήσει ώστε να εντοπιστούν τα πρώιμα σημεία της σχιζοφρένειας, προτού ακόμη αρχίσουν να εμφανίζονται συμπτώματα της νόσου.

Ο στοιχειώδης "τεχνητός εγκέφαλος" έχει κατασκευαστεί με τη βοήθεια πολλαπλών επεξεργαστών που καλούνται κόμβοι και είναι σχεδιασμένοι να συμπεριφέρονται όπως τα νευρικά κύτταρα. Το πρόγραμμα του υπολογιστή χρησιμοποιεί ως πρότυπο τον ανθρώπινο εγκέφαλο και έχει τη δυνατότητα να "μαθαίνει από την εμπειρία", όπως ακριβώς και ο ανθρώπινος εγκέφαλος. Η λειτουργία του στηρίζεται στην ανάλυση της μαγνητικής τομογραφίας του εγκεφάλου ασθενών, με σκοπό να ανιχνεύει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στην εγκεφαλική κυκλοφορία του αίματος, τα οποία θα βοηθήσουν στην έγκαιρη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στη θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι η πρώιμη διάγνωση της νόσου. Σε μερικές περιπτώσεις, υπάρχει καθυστέρηση αρκετά χρόνια έως τη διάγνωση. Εάν η διάγνωση καταστεί έγκαιρη και αξιόπιστη, η έκβαση για τους αρρώστους θα είναι ευνοϊκότερη. Σε αυτό το σημείο στοχεύει και η χρησιμοποίηση του "ηλεκτρονικού εγκεφάλου". Η ομάδα του δρ. Λιντλ προχώρησε σε τομογραφίες του εγκεφάλου τεσσάρων υγιών αρρώστων και εννέα που είχαν διαγνωσμένη σχιζοφρένεια. Ο υπολογιστής κατάφερε από την ανάλυση του να διακρίνει με 100% ακρίβεια ανάμεσα στις δύο ομάδες. Εάν οι γιατροί κατορθώσουν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα αποτελέσματα, θα μπορέσουν να ταξινομήσουν καλύτερα τους αρρώστους και να τους προσφέρουν καλύτερη θεραπεία.

Φυσικά, στο όλο εγχείρημα υπάρχει και αντίλογος. Ο καθηγητής Ρόμπιν Μάρει του Ινστιτούτου Ψυχιατρικής στο Λονδίνο υποστηρίζει πως κανένας δεν έχει καταλήξει στο ότι συγκεκριμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία συνδέεται αποκλειστικά με τη σχιζοφρένεια.

Η έρευνα πάνω στο εν λόγω αντικείμενο κάνει τα πρώτα της βήματα, και επομένως θα ήταν λάθος να δημιουργηθούν ψεύτικες ελπίδες. Ωστόσο, εάν τελικά αποδειχθεί αποτελεσματική, θα προσφέρει μεγάλη βοήθεια στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.²²

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ²³

Θετικά συμπτώματα	Αρνητικά συμπτώματα
Παραληρητικές ιδέες	Συναισθηματική επιπέδωση
Ψευδαισθήσεις	Αλογία
Αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς	Αβουλία
	Ανηδονία

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

7. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-IV-TR ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

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

- (1) Παραληρητικές ιδέες
- (2) Ψευδαισθήσεις
- (3) Αποδιοργάνωση του λόγου (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
- (4) Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- (5) 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 αποτελούνται από μια φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συζητούν μεταξύ τους.

B. Κοινωνική/ επαγγελματική δυσλειτουργία: Για σημαντικό μέρος του χρόνου μετά την έναρξη της διαταραχής, μία 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 την εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).²³

Γ. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο εφόσον αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) που πληρούν το κριτήριο Α (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 με δύο περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο κριτήριο Α, 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 ψυχωσικά στοιχεία έχουν αποκλεισθεί διότι είτε (1) δεν έχει εμφανιστεί μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μικτό επεισόδιο ταυτόχρονα με συμπτώματα της ενεργού φάσης είτε (2) αν έχουν εμφανιστεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια της ενεργού και της 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.²³

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

Ταξινομήση της πορείας στο χρόνο (μπορεί να γίνει μόνο μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης): Επεισοδιακή με υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων (τα επεισόδια προσδιορίζονται βάσει της επανεμφάνισης εκσεσημασμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων): επίσης προσδιορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα. Επεισοδιακή χωρίς υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων

Συνεχής (παρατηρούνται προεξάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης): επίσης προσδιορίστε αν με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα.

Μοναδικό επεισόδιο σε μερική ύφεση: επίσης προσδιορίστε αν με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα.

Μοναδικό επεισόδιο σε πλήρη ύφεση

Άλλος ή απροσδιόριστος τύπος²³

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EMIL KRAEPELIN

- Διαταραχές της προσοχής και της κατανόησης
- Ψευδαισθήσεις, ιδίως ακουστικές (φωνές)
- Ηχηρές σκέψεις
- Βιώματα επίδρασης στη σκέψη
- Διαταραχές της ροής της σκέψης, πρωτίστως χάλαση των συνειρμών
- Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και της κρίσης
- Συναισθηματική επιπέδωση
- Παθολογική συμπεριφορά
- Ελάττωση της πρωτοβουλίας
 - Αυτόματη υπακοή
 - Ηχολαλία, ηχωπραξία
 - Εκδραμάτιση
 - Κατατονική διέγερση
 - Στερεοτυπίες
 - Αρνητισμός
 - Αυτισμός (αυτιστική συμπεριφορά)
 - Διαταραχή της λεκτικής έκφρασης²³

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ EUGEN BLEULER

Βασικές ή θεμελιώδεις διαταραχές

- Διαταραχές της δομής της σκέψης*
- Διαταραχές του συναισθήματος*
- Διαταραχές της υποκειμενικής βίωσης του εαυτού

- Διαταραχές της βούλησης και της συμπεριφοράς
- Αμφιτιμία*
- Αυτισμός*

Δευτερεύοντα συμπτώματα

- Διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις)
- Παραληρητικές ιδέες
- Ορισμένες διαταραχές της μνήμης
- Μεταβολή της προσωπικότητας
- Μεταβολές στον προφορικό και γραπτό λόγο
- Σωματικά συμπτώματα
- Κατατονικά συμπτώματα
- Οξύ σύνδρομο (όπως μελαγχολικό, μανιακό, κατατονικό και άλλα)

* Τα τέσσερα Α του Bleuler: Association (συνειρμός), Affect (συναίσθημα), Ambivalence (αμφιτιμία) και Autism (αυτισμός)²³

8. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ-ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.

A. Παρανοειδής

1. Επίμονη ενασχόληση με συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις, μονοθεματικές και συνήθως διωκτικές.
2. Κανένα από τα παρακάτω: ασυναρτησία, χάλαση συνειρμού, επιπέδωση ή έντονη απροσφορότητα του συναισθήματος, κατατονική ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
3. Πιο όψιμη έναρξη και καλύτερη πρόγνωση από τον κατατονικό και τον αποδιοργανωτικό τύπο.²³

B. Αποδιοργανωτικός

1. Ασυναρτησία, εκσεσημασμένη χάλαση συνειρμού, παλινδρομική ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
2. Επίπεδο ή εντόνως απρόσφορο συναίσθημα.
3. Δεν πληρούνται τα κριτήρια διάγνωσης του κατατονικού τύπου.
4. Πρώιμη έναρξη, παραμελημένη εμφάνιση.²³

Γ. Κατατονικός

1. Εμβροντησία ή αλαλία.
2. Αρνητισμός.
3. Ακαμψία.
4. Μη στοχοκατευθυνόμενη διέγερση με κίνδυνο τραυματισμού του ασθενούς ή άλλων.
5. Λήψη και επίμονη διατήρηση παράδοξων στάσεων.
6. Ηχολαλία ή ηχωπραξία.
7. Μπορεί να χρήζει ιατρικής φροντίδας λόγω συνοδού υποσιτισμού ή υπερπυρεξίας.²³

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ KURT SCHNEIDER, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΡΩΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

Συμπτώματα πρώτης γραμμής

- Ηχηρές σκέψεις
- Φωνές που λογομαχούν ή συζητούν
- Φωνές που σχολιάζουν
- Βιώματα σωματικής παθητικότητας
- Απόσυρση σκέψης και άλλα βιώματα επιρροής στη σκέψη*
- Εκπομπή σκέψης
- Παραληρητικά αντιληπτικά βιώματα
- Κάθε άλλο βίωμα που αφορά εξωτερικό έλεγχο στη βούληση, το συναίσθημα ή τις παρορμήσεις.²³

Συμπτώματα δεύτερης γραμμής

- Άλλες διαταραχές της αντίληψης
- Αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες
- Αμηχανία
- Καταθλιπτικές και ευφορικές μεταβολές της διάθεσης
- Αίσθημα συναισθηματικής πτώχειας
- «...και πολλά άλλα ακόμα»²³

* Το σύμπτωμα παρεμβολή σκέψεων αρχικά περιλαμβάνονταν στα άλλα βιώματα επιρροής στη σκέψη.

Δ. Αδιαφοροποίησης

1. Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή εντόνως αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
2. Δεν πληρούνται τα κριτήρια διάγνωσης του παρανοϊκού, του κατατονικού ή του αποδιοργανωτικού τύπου.²³

Ε. Υπολειμματικός

1. Δεν προεξάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή εντόνως αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.
2. Παραμένουν συνεχείς ενδείξεις της διαταραχής, με δύο ή περισσότερα υπολειμματικά συμπτώματα (π.χ. συναισθηματική άμβλυση, κοινωνική απόσυρση).²³

Ζ. Τύπος Ι και Τύπος ΙΙ.

Σύμφωνα μ' ένα άλλο σύστημα, η σχιζοφρένεια ταξινομείται σε τύπο Ι και τύπο ΙΙ. Αυτή η ταξινόμηση βασίζεται στην παρουσία ή απουσία αρνητικών συμπτωμάτων. Στα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: συναισθηματική αμβλύτητα ή επιπέδωση, πτωχεία ομιλίας ή περιεχομένου του λόγου, ανακοπές, αυτοπαραμέληση, έλλειψη κινήτρων, ανηδονία, κοινωνική απόσυρση, γνωσιακά ελλείμματα και ελλείμματα προσοχής. Στα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: χάλαση του συνειρμού, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αλλόκοτη συμπεριφορά και διαταραχές του λόγου. Στον τύπο Ι οι άρρωστοι έχουν κατά κύριο λόγο θετικά συμπτώματα, ενώ στον τύπο ΙΙ κατά κύριο λόγο αρνητικά.

Η Παραφρένεια. Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται κάποιες φορές ως συνώνυμο του όρου σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου. Μπορεί επίσης να αναφέρεται σε προοδευτικά επιδεινούμενη νόσο ή σε καλά οργανωμένο παραληρητικό σύστημα. Αυτή η πολυσημία έχει μειώσει τη χρησιμότητα αυτού του όρου.²³

Θ. Απλή σχιζοφρένεια.

Ο όρος απλή σχιζοφρένεια (στο DSM -IV -TR ονομάζεται απλή υποβαθμιστική διαταραχή) χρησιμοποιούνταν όταν η διαγνωστική κατηγορία της σχιζοφρένειας νοούνταν ευρύτερα. Η απλή σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ύπουλη και βαθμιαία απώλεια των κινήτρων και των φιλοδοξιών. Οι ασθενείς που πάσχουν απ' αυτή τη διαταραχή συνήθως δεν είναι έκδηλα ψυχωσικοί και δεν εμφανίζουν επίμονες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Το βασικό σύμπτωμα είναι η απόσυρση του ασθενούς από την κοινωνική και επαγγελματική ζωή.²³

9. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Α. Παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις. Υπάρχουν διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού, γνωσιακές διαταραχές, οπτικές ψευδαισθήσεις και σημεία βλάβης του ΚΝΣ. Πολλές παθολογικές και νευρολογικές παθήσεις μπορεί να εμφανιστούν με συμπτώματα όπως αυτά της σχιζοφρένειας, τέτοιες παθήσεις είναι: η τοξίκωση από ουσίες (λ.χ. από κοκαΐνη ή φαινυλκυκλιδίνη), η προκαλούμενη από ουσίες ψυχωσική διαταραχή, λοιμώξεις του ΚΝΣ (π.χ. ερπητική εγκεφαλίτιδα), αγγειακές διαταραχές (π.χ. συστηματικός ερυθματώδης λύκος), σύνθετες εστιακές κρίσεις (π.χ. κροταφική επιληψία) και εκφυλιστικά νοσήματα (π.χ. νόσος του Huntingron).²³

Β. Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ίδια μ' αυτά της σχιζοφρένειας, αλλά διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Η έκπτωση είναι μικρότερη και η πρόγνωση καλύτερη.

Γ. Βραχεία ψυχωσική διαταραχή. Τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από 1 μήνα και εκλύονται από σαφώς αναγνωρίσιμους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες.²³

Δ. Διαταραχές της διάθεσης. Τόσο τα μανιακά όσο και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια της διπολικής διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται με ψυχωσικά συμπτώματα. Η διαφορική διάγνωση έχει ιδιαίτερη σημασία, καθότι υπάρχουν ειδικά και αποτελεσματικά θεραπευτικά μέσα για τις διαταραχές της διάθεσης. Σύμφωνα με το DSM -IV -TR, όταν τα συμπτώματα από τη διάθεση εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια θα πρέπει να έχουν βραχεία διάρκεια σε σχέση με τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου. Επίσης, αν στη διαταραχή της διάθεσης, υπάρχουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, αυτές αναπτύσσονται στα πλαίσια της διαταραχής της διάθεσης και δεν επιμένουν. Άλλοι παράγοντες που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης είναι: το οικογενειακό ιστορικό, η προνοσηρή προσωπικότητα και λειτουργικότητα, η πορεία της νόσου (π.χ. ηλικία έναρξης), η πρόγνωση (π.χ. η απουσία υπολειμματικής έκπτωσης μετά την αποδρομή του ψυχωσικού επεισοδίου) και η ανταπόκριση στη θεραπεία. Αρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να προσβληθούν από μεταψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή (δηλ. μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την υπολειμματική φάση της σχιζοφρένειας). Σ' αυτούς τους αρρώστους, η αληθής κατάθλιψη χρειάζεται να διακρίνεται από ενδεχόμενες παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής, όπως η καταστολή, η ακινησία και η συναισθηματική επιπέδωση.²³

Ε. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης αναπτύσσονται παράλληλα με συμπτώματα σχιζοφρένειας ωστόσο, σε κάποια φάση κατά την πορεία της νόσου, είναι ανάγκη να υπάρξει μία περίοδος τουλάχιστον 2 εβδομάδων κατά την οποία

να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και να μην υπάρχουν προεξάρχοντα συμπτώματα από τη διάθεση. Η πρόγνωση αυτής της διαταραχής είναι καλύτερη από την πρόγνωση της σχιζοφρένειας και χειρότερη από την πρόγνωση των διαταραχών της διάθεσης.

Z. Ψυχωσική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Άτυπη ψύχωση με κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία δημιουργούν αμηχανία ως προς τη διάγνωση (π.χ. επίμονες ακουστικές ψευδαισθήσεις χωρίς άλλα συμπτώματα - εδώ ανήκουν πολλές συνδεδεμένες με το πολιτισμικό περιβάλλον ψυχώσεις).²³

H. Παραληρητική διαταραχή. Μη αλλόκοτες, συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες που διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες, χωρίς προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή άλλα συμπτώματα σχιζοφρένειας, στα πλαίσια μια αλώβητης προσωπικότητας που βρίσκεται σε σχετικά καλή λειτουργική κατάσταση. Η διαταραχή εισβάλλει κατά κανόνα στη μέση και όψιμη ενήλικη ζωή.

Θ. Διαταραχές προσωπικότητας. Σε γενικές γραμμές δεν υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα, όταν υπάρχουν, είναι συνήθως παροδικά και δεν προεξάρχουν. Οι διαταραχές της προσωπικότητας που κατά κύριο λόγο υπεισέρχονται σ' αυτή τη διαφορική διάγνωση είναι η σχιζοτυπική, η σχιζοειδική, η μεθοριακή και η παρανοειδής.²³

I. Προσποιητή διαταραχή - Υπόκριση. Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή δοκιμασία ή κάποιος βιοχημικός δείκτης που να τεκμηριώνει αντικειμενικά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ως εκ τούτου, ένα άτομο μπορεί να προσποιηθεί ότι έχει συμπτώματα σχιζοφρένειας, είτε αποσκοπώντας σε σαφές δευτερογενές όφελος (υπόκριση) είτε κινούμενο από ψυχολογικά κίνητρα (προσποιητή διαταραχή).

K. Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. αυτιστική διαταραχή) συνήθως διαγιγνώσκονται πριν την ηλικία των 3 ετών. Μολονότι η συμπεριφορά μπορεί να είναι αλλόκοτη και αποδιοργανωμένη, δεν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή σαφή διαταραχή της δομής της σκέψης (π.χ. χάλαση του συνειρμού).²³

A. Νοητική καθυστέρηση. Διαταραχές της νόησης, της συμπεριφοράς και της διάθεσης που μπορεί να δίνουν την εικόνα σχιζοφρένειας. Εντούτοις, η νοητική καθυστέρηση αφενός δεν εκδηλώνεται με σαφή ψυχωσικά συμπτώματα και αφετέρου δεν οδηγεί σε προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας, αλλά μάλλον σε μόνιμα χαμηλή λειτουργικότητα. Αν ο ασθενής έχει ψυχωσικά συμπτώματα, μπορεί να τεθεί εκ παραλλήλου και διάγνωση της σχιζοφρένειας.

M. Κοινές πεποιθήσεις πολιτισμικών ομάδων. Κάποιες φαινομενικά παράδοξες πεποιθήσεις που αποτελούν τα πιστεύω μιας πολιτισμικής ομάδας και τυγχάνουν αποδοχής απ' αυτήν, δεν θεωρούνται ψυχωσικές.²³

10. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

α) Παραληρητικές Ιδέες: Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθασμένες πεποιθήσεις, οι οποίες δεν ανασκευάζονται με λογική επιχειρηματολογία. Δεν συνοδεύονται από διαταραχές της συνείδησης. Είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες και το περιεχόμενό τους επηρεάζεται από την ατομική πολιτισμική εμπειρία του ατόμου. Αναλόγως του περιεχομένου τους διακρίνονται σε:

- Διωκτικές (όπου το άτομο πιστεύει ότι βρίσκεται υπό συνεχή και οργανωμένη δίωξη από άτομα ή οργανώσεις που στοχεύουν στην εξόντωσή του).
- Μεγαλείου (όπου το άτομο είναι πεπεισμένο ότι έχει κάποιο – υπερβολικό για τα πραγματικά δεδομένα – προορισμό, όπως π.χ. να γίνει πρωθυπουργός, να ιδρύσει νέα ιδεολογία, να μεταφέρει θεϊκά μηνύματα, να κάνει κάποια σημαντική ανακάλυψη κ.ά.).
- Υποχονδριακές (όπου το άτομο κατακλύζεται από σωρεία παραδόξων σωματικών ενοχλημάτων).
- Αποκαλυπτικές – κοσμογονικές (όπου κυριαρχούν προφητικού τύπου ιδέες κοσμοκαταστροφής, επικείμενης έλευσης της δευτέρας παρουσίας κ.ά.).
- Ερωτομανιακές (όπου το άτομο πιστεύει ότι το έχουν ερωτευθεί σημαντικές προσωπικότητες).
- Ζηλοτυπικές (όπου κυριαρχούν οι πεποιθήσεις απιστίας του συντρόφου).

Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια είναι συνήθως πρωτογενές στην προέλευσή τους (πρωτογενές ή αυτόχθον παραλήρημα) και χαρακτηρίζονται από την αιφνίδια, εκ κενού, ανάδυσή τους, την άμεση αποδοχή τους από το άτομο, το ανεξήγητο και απρόβλεπτο της εμφάνισής τους την πρώτη φορά και το «αποκαλυπτικό» του περιεχομένου τους. Μια άλλη κατηγορία παραληρητικών ιδεών είναι οι δευτερογενείς (δευτερογενές ή επεξηγηματικό παραλήρημα), που η προέλευσή τους πρέπει να αναζητηθεί στην προσπάθεια του αρρώστου να εξηγήσει τα παθολογικά του βιώματα (π.χ. να εξηγήσει τις ακουστικές του ψευδαισθήσεις με την παραληρητική ιδέα ότι του έχουν εμφυτεύσει έναν πομπό στον εγκέφαλο.⁵

β) Ψευδαισθήσεις: Ο κόσμος του σχιζοφρενικού αρρώστου μπορεί να κυριαρχεί από ψευδαισθήσεις, δηλαδή μπορεί να αντιλαμβάνεται πράγματα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Για παράδειγμα, μπορεί να ακούει φωνές που να του λένε να κάνει συγκεκριμένα πράγματα, να βλέπει ανθρώπους ή αντικείμενα που στην πραγματικότητα δεν είναι μπροστά του ή να αισθάνεται αόρατα χέρια να αγγίζουν το σώμα του. Οι ψευδαισθήσεις αυτές μπορεί να είναι αρκετά τρομακτικές. Το άκουσμα φωνών που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν είναι ο πιο συχνός τύπος ψευδαίσθησης στη σχιζοφρένεια. Οι φωνές αυτές μπορεί να σχολιάζουν τις ενέργειες του αρρώστου,

να μιλούν μεταξύ τους για τον άρρωστο, να τον προειδοποιούν για επερχόμενους κινδύνους ή να δίνουν εντολές στο άτομο για το τι να κάνει.²⁴

γ) Αποδιοργανωμένη Σκέψη: Συχνά, η σκέψη του σχιζοφρενικού αρρώστου επηρεάζεται από την ασθένεια, μπορεί για ώρες να μην μπορεί να σκεφτεί «κανονικά». Οι σκέψεις μπορεί να έρχονται και να φεύγουν πολύ γρήγορα από το μυαλό του και να μην μπορεί να τις «πιάσει». Ο άρρωστος μπορεί να μην έχει την δυνατότητα να συγκεντρωθεί για αρκετό χρόνο σε μια του σκέψη και μπορεί εύκολα να αποσπάται και να μην είναι ικανός να εστιάσει κάπου την προσοχή του.

Ο άρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι σε θέση να ξεχωρίσει τι είναι σχετικό και τι όχι σε μια κατάσταση. Επίσης μπορεί να μην είναι σε θέση να συνδέσει τις σκέψεις του με τρόπο λογικό, και έτσι αυτές χάνουν τον φυσιολογικό τους ειρμό και γίνονται ακατανόητες και αποσπασματικές. Αυτή η έλλειψη φυσιολογικού ειρμού, που αποτελεί διαταραχή στην δομή και οργάνωση της σκέψης, μπορεί να κάνει τη συνομιλία με ένα σχιζοφρενικό άρρωστο πραγματικά δύσκολη και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινωνική απομόνωση του ατόμου. Όταν οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να καταλάβουν τι λέει ο συνομιλητής τους είναι πιθανότερο να μην αισθάνονται άνετα μαζί του και να έχουν την τάση να τον αφήσουν μόνο του.²⁵

δ) Διαφορετική Πραγματικότητα: Όπως ακριβώς οι φυσιολογικοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται στο κόσμο με τον δικό τους τρόπο, έτσι και οι σχιζοφρενικοί αρρωστοί έχουν την δική τους αντίληψη για την πραγματικότητα. Η οπτική όμως αυτή είναι συχνά εντυπωσιακά διαφορετική από αυτήν των ανθρώπων γύρω τους.

Ζώντας σε έναν κόσμο που μπορεί να εμφανίζεται παραμορφωμένος, ευμετάβλητος και χωρίς τα στοιχεία εκείνα που όλοι χρησιμοποιούμε για να δεθούμε με την πραγματικότητα, ο άρρωστος με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζεται εξαιρετικά ανήσυχος και συγχυσμένος. Μπορεί να φαίνεται απόμακρος, ξεκομμένος, απορροφημένος από τις ιδέες του, ή ακόμη να μένει ακίνητος για ώρες χωρίς να βγάζει ούτε έναν ήχο. Ή μπορεί να κινείται ασταμάτητα και να βρίσκεται σε υπερδιέγερση και εγρήγορση. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να εμφανίζει πολλές διαφορετικές συμπεριφορές σε διαφορετικούς χρόνους.²⁵

ε) Συναισθηματική Έκφραση: Οι αρρωστοί με σχιζοφρένεια μερικές φορές εμφανίζουν αυτό που έχει ονομαστεί «απρόσφορο συναίσθημα». Αυτό σημαίνει ότι το συναίσθημά του αρρώστου δεν είναι συμβατό με αυτά που λέει ότι καταδιώκεται από δαίμονες και ταυτόχρονα να γελάει. Αυτή η συμπεριφορά δεν πρέπει να συγχέεται με εκείνη που παρουσιάζουν φυσιολογικά άτομα όταν, π.χ. γελούν νευρικά ύστερα από κάποιο μικροατύχημα.

Μερικές φορές οι αρρωστοί με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν το λεγόμενο «επίπεδο» ή «αμβλύ» συναίσθημα. Ο όρος υποδηλώνει μια σοβαρή μείωση της συναισθηματικής εκφραστικότητας. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να μην δείχνει σημεία φυσιολογικής διακύμανσης του συναίσθηματος, μιλώντας για παράδειγμα με μια μονότονη χροιά στην φωνή του ή

παρουσιάζοντας κατάργηση των εκφράσεων του προσώπου. Ο αρρωστοί με αμβλύ συναίσθημα φαίνεται αδιάφορος, απαθής, συνεχώς, δηλαδή η έκφραση του γενικά δεν αλλάζει είναι ίδια είτε συμβαίνουν χαρούμενα γεγονότα, είτε άσχημα γεγονότα. Επιπλέον οι αρρωστοί αυτοί δηλώνουν αδυναμία να αισθανθούν οποιοδήποτε συναίσθημα.

Μερικοί ασθενείς που παρουσιάζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα εμφανίζουν επίσης και μεγάλη ευφορία ή κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό να καθορίζεται για αυτούς εάν πράγματι πάσχουν από σχιζοφρένεια ή από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή όπως μανιοκατάθλιψη ή μείζονα κατάθλιψη. Κάποιοι από αυτούς δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμία από αυτές τις κατηγορίες και λέγεται ότι πάσχουν από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.²⁶

στ) Φυσιολογικό έναντι μη - Φυσιολογικού: Κατά καιρούς, φυσιολογικά άτομα μπορεί να αισθάνονται, σκέπτονται ή να ενεργούν με τρόπους που θυμίζουν σχιζοφρένεια. Μερικές φορές φυσιολογικοί άνθρωποι δεν είναι σε θέση να σκεφτούν καθαρά. Μπορεί να γίνουν εξαιρετικά ανήσυχοι μιλώντας, για παράδειγμα, μπροστά σε πολλούς ανθρώπους έτσι ώστε να νιώσουν ότι βρίσκονται σε σύγχυση, ότι δεν μπορούν να σκεφτούν καθαρά, ή ότι ξεχνούν αυτό που είχαν σκοπό να πουν.²⁷

ζ) Η πτωχή σκέψη και ομιλία: Χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα που έχει ο καθένας που συζητάει με έναν σχιζοφρενή αρρωστοί ότι δεν πήρε καμιά πληροφορία παρόλη την καλή προσπάθεια να ακούσει προσεκτικά και για αρκετό χρονικό διάστημα.²⁸

η) Η Ψυχοκινητική διέγερση εκφράζει εξωτερικά την εσωτερική ανησυχία του αρρώστους, που εκδηλώνεται κυρίως με υπερκινητικότητα, που δεν αποσκοπεί σε συγκεκριμένη ενέργεια, δεν μπορεί να καθίσει ήρεμος σε ένα μέρος, περπατάει πάνω- κάτω, αλλάζει συνέχεια θέση κλπ.²⁸

θ) Ο ελαττωμένος αυθορμητισμός φαίνεται από την μη ύπαρξη πρόθεσης από την πλευρά του αρρώστους να αρχίσει οποιοδήποτε είδους επικοινωνία, τόσο με το γιατρό αλλά και με οποιοδήποτε άλλο άνθρωπο γνωστό, συγγενή ή άγνωστο.

Τα θετικά συμπτώματα δεν υποδηλώνουν ότι είναι «καλά» για τον αρρώστου αλλά υποδηλώνουν ότι είναι συμπεριφορές ή φαινόμενα επιπρόσθετα στη γενική συμπεριφορά του, αρρώστου όπως αυτή ήταν πριν εκδηλωθεί η νόσος. Σ' αυτά περιλαμβάνονται οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, η διαταραγμένη σκέψη και η ψυχοκινητική διέγερση.

Ως αρνητικά συμπτώματα χαρακτηρίζονται αυτά που εκφράζουν σημαντική ελάττωση ή και πλήρη απουσία φυσιολογικών κατά τα άλλα λειτουργιών του ανθρώπου και σ' αυτά ανήκουν:

- Το αμβλύ συναίσθημα
- Η πτωχή σκέψη και ομιλία
- Το μειωμένο ενδιαφέρον και ενεργητικότητα
- Η κοινωνική απόσυρση
- Ο μειωμένος αυθορμητισμός και επικοινωνίας.

Για να γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένειας, ο άρρωστος χρειάζεται να έχει συμπτώματα για τουλάχιστον 6 μήνες συνεχώς. Επίσης για ένα μήνα είναι ανάγκη να έχει εμφανή θετικά συμπτώματα και παράλληλα να παρατηρείται σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του (εργασία, κοινωνική, οικογενειακή ζωή κ.λ.π.).²⁹

11. ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νόσος ακολουθεί χρόνια πορεία και μέχρι πρόσφατα η επικρατούσα άποψη ήταν ότι οι άρρωστοι συνεχώς χειροτέρευαν ως επί το πλείστον.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες όμως μακροχρόνιες μελέτες που αξιολόγησαν την έκβαση της νόσου ανέτρεψαν αυτή την άποψη.

Πιο συγκεκριμένα φαίνεται ότι 50-60% από τους σχιζοφρενείς παρουσιάζουν αρκετά ικανοποιητική προσαρμογή στις καθημερινές ανάγκες της ζωής τους και θεωρείται ότι αντιμετωπίζονται μακροχρόνια με επιτυχία.

Μάλιστα σε ιδιαίτερος ενδιαφέρουσα μελέτη που έγινε σε σχιζοφρενείς που μελετήθηκαν επί πενταετία σε πολλές χώρες του κόσμου, μόνο 24% συνολικά των σχιζοφρενών είχαν μέτρια και σοβαρά προβλήματα προσαρμογής.

Μεγάλες ήταν οι διαφορές από χώρα σε χώρα στην πορεία της νόσου: Στη Δανία 40% ουδέποτε ανέρωσε από το πρώτο επεισόδιο, ενώ σε μη αναπτυγμένες χώρες το ποσοστό ήταν 10-23%.³⁰

12. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση των αρρώστων με σχιζοφρένεια έχει βελτιωθεί αρκετά τα τελευταία 25 χρόνια. Αν και μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ριζική θεραπεία, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι πολλοί μπορούν να ζουν ανεξάρτητοι και σε ικανοποιητικό επίπεδο. Καθώς οι γνώσεις μας σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας προχωρούν γοργά, στο μέλλον είναι βέβαιον ότι θα είμαστε σε θέση να βοηθήσουμε περισσότερους να έχουν μια καλύτερη πορεία.³¹

Μελέτες που παρακολούθησαν αρρώστους με σχιζοφρένεια για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκάλυψαν ότι η πορεία και η πρόγνωση της ασθένειας μπορεί να ποικίλει ιδιαίτερα. Μια ανασκόπηση 2000 περίπου αρρώστων στη διαδρομή του χρόνου, έδειξε ότι περίπου το 25% των αρρώστων αναρρώνει πλήρως, 50% παρουσιάζει μέτρια βελτίωση και το υπόλοιπο 25% απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα πιθανότατα σε ίδρυμα. Μελέτες μεγάλου αριθμού σχιζοφρενών αρρώστων έχουν δείξει ότι ορισμένοι παράγοντες συσχετίζονται με καλύτερη πρόγνωση - π.χ. η καλή

προνοσηρή προσαρμογή στο κοινωνικό, σχολικό ή εργασιακό περιβάλλον. Χρειάζεται ωστόσο να τονιστεί ότι οι γνώσεις μας μέχρι σήμερα δεν επιτρέπουν την ακριβή πρόληψη της πορείας και της πρόγνωσης σε ατομική βάση.

Την καλύτερη πρόγνωση έχει η κατατονική μορφή και κυρίως όταν χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εγκατάσταση και εξελίσσεται κατά κρίσεις.

Η παρανοειδής, όταν εισβάλλει αιφνίδια, έχει εξ ίσου καλή πρόγνωση. Δυσμενή πρόγνωση έχει η ηβηφρενική και κυρίως η απλή, που πολύ λίγο επηρεάζεται από τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα.³¹

13. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα τα είδη της θεραπείας μπορούν να εφαρμοσθούν, αλλά πολλές φορές δεν προσφέρουν τίποτε. Η θεραπεία περιλαμβάνει:

1. Ψυχοφάρμακα: για την καταστολή των συμπτωμάτων.
2. E.C.T. Τα ηλεκτροσόκ σε συνδυασμό με ψυχοφάρμακα μακραίνουν τον χρόνο επανεμφάνισης της νόσου. Μπορούν να φέρουν αποτέλεσμα εκεί όπου έχουν αστοχήσει όλες οι άλλες θεραπείες.
3. Χειρουργική θεραπεία (λοβεκτομή). Ο ασθενής μετατρέπεται σε φυτό.
4. Ψυχοθεραπεία. Εφαρμόζεται, αφού προηγηθεί η φαρμακοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να κρατήσει τον ασθενή σε επαφή με τον έξω κόσμο.
5. Ινσουλινοθεραπεία.
6. Ψυχολογική κινητοποίηση (ατόμου, οικογένειας, κοινότητας).³²
7. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Η θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη όταν η χορήγηση αντιψυχοισικών φαρμάκων συνοδεύεται από παράλληλες ψυχοκοινωνικού τύπου παρεμβάσεις.

1. Θεραπεία συμπεριφοράς. Οι επιθυμητές συμπεριφορές ευοδώνονται με την επιβράβευση τους με συμβολικές ανταμοιβές, όπως άδειες εξόδου ή προνόμια. Ο σκοπός είναι η συνέχιση της ευοδωθείσας συμπεριφοράς και μετά την έξοδο του αρρώστου από την κλινική.

2. Ομαδική θεραπεία. Εστιάζεται στην υποστήριξη του αρρώστου και στην ανάπτυξη των κοινωνικών του δεξιοτήτων (καθημερινές δραστηριότητες). Οι ομάδες βοηθούν ιδιαίτερα στην ελάττωση της κοινωνικής απομόνωσης και τη βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας.³³

3. Οικογενειακή θεραπεία. Οι τεχνικές οικογενειακής θεραπείας μπορούν να ελαττώσουν σημαντικά τη συχνότητα των υποτροπών του πάσχοντος μέλους της οικογένειας. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να μειώσει τα υψηλά επίπεδα εκπεφρασμένου συναισθήματος μέσα στην

οικογένεια. Ιδιαίτερα χρήσιμες έχουν αποδειχθεί οι ομάδες πολλών οικογενειών, στις οποίες τα μέλη των οικογενειών σχιζοφρενών αρρώστων συζητούν και μοιράζονται τα προβλήματα τους.

4. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Περιλαμβάνει συμβουλευτική, ενθάρρυνση, εκπαίδευση, παροχή προτύπων, οριοθέτηση και βελτίωση του ελέγχου της πραγματικότητας. Σε γενικές γραμμές, είναι καλό να παρέχεται στον κάθε ασθενή ο βαθμός της ευαισθησίας που επιθυμεί και που μπορεί να αντέξει. Μία μορφή υποστηρικτικής θεραπείας, η προσωπική θεραπεία, στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη θεραπευτική σχέση, σ' αυτήν ο γιατρός εμπνέει ελπίδα στον αρρώστο και του παρέχει πληροφορίες.³³

5. Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. Προσπάθεια βελτίωσης των κοινωνικών δεξιοτήτων και αντιμετώπισης των συναφών προβλημάτων, όπως η πενιχρή βλεμματική επαφή, η έλλειψη ικανότητας για κοινωνικές σχέσεις, οι εσφαλμένες εκτιμήσεις για τους άλλους ανθρώπους και η κοινωνικά απρόσφορη συμπεριφορά. Αυτό γίνεται με υποστηρικτικές θεραπείες, περισσότερο ή λιγότερο δομημένες (συχνά στα πλαίσια ομάδας), στις οποίες δίνεται εργασία για το σπίτι, χρησιμοποιούνται βιντεοταινίες και εφαρμόζονται τεχνικές παιξίματος ρόλων.

6. Διαχείριση περιστατικού. Μ' αυτήν αντιμετωπίζονται οι πρακτικές ανάγκες του σχιζοφρενού και συντονίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο έχων την ευθύνη της διαχείρισης του περιστατικού (συνήθως κοινωνικός λειτουργός) συμμετέχει στο συντονισμό του θεραπευτικού προγράμματος και συμβάλλει στην επικοινωνία ανάμεσα στις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Βοηθά επίσης τον άρρωστο στο κλείσιμο των ραντεβού, στις αιτήσεις για οικονομικά και οικιστικά ευεργετήματα και στη χρήση των διαφόρων διαθέσιμων υγειονομικών υπηρεσιών. Τέλος, παρέχει φροντίδα κατ' οίκον και παρέμβαση στην κρίση, όποτε αυτό είναι απαραίτητο, ώστε ο άρρωστος να παραμένει υπό θεραπεία.³³

7. Ομάδες υποστήριξης. Στις ΗΠΑ, η Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς (National Alliance for the Mentally Ill), η Εθνική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας (National Mental Health Association) και παρόμοιες οργανώσεις παρέχουν υποστήριξη, πληροφορίες και εκπαίδευση στους αρρώστους και τις οικογένειες τους. Αντίστοιχος οργανισμός στην Ελλάδα είναι ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ).

Ψυχοφάρμακα εννοούμε εκείνες τις ουσίες που δρουν πάνω στις ψυχικές διεργασίες, ουσίες που τις περισσότερες φορές διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη δομή και τον τρόπο παραγωγής πράγματι, ορισμένες προέρχονται από τα φυτά, άλλες είναι συνθετικές, άλλες προέρχονται ακόμα και από ανώτερους οργανισμούς.

Τα ψυχοφάρμακα που χρησιμοποιούνται στη ψυχιατρική είναι βασικά δύο τύπων: φάρμακα που ηρεμούν την ψυχή και φάρμακα που τη διεγείρουν τα πρώτα λέγονται ψυχοκατασταλτικά και τα δεύτερα ψυχοαναληπτικά.

Τα ψυχοκατασταλτικά χωρίζονται κυρίως σε βαριά και ελαφρά ηρεμιστικά με αυτό τον ορισμό, όμως δεν αναφερόμαστε στη δύναμη της δράσης τους, δηλαδή ότι τα πρώτα είναι πιο δυνατά από τα δεύτερα. Πράγματι, αν ο διαχωρισμός αφορούσε μόνο αυτό, τότε θα αρκούσε να ενώσουμε τα ηρεμιστικά σε μια μόνο κατηγορία και να δίνουμε μια μικρή δόση ενός μείζονος ηρεμιστικού, για να έχουμε τα αποτελέσματα που θα έδινε μια μεγάλη δόση ενός ελάσσονος ηρεμιστικού. Αντίθετα, ο όρος μείζων αναφέρεται στο γεγονός ότι τα ηρεμιστικά αυτού του τύπου παρουσιάζουν, εκτός από την πρωτεύουσα δράση τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα, δράση στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Για αυτόν τον λόγο αυτά τα φάρμακα λέγονται και νευρολυτικά.³³

Μείζονα ηρεμιστικά είναι η χλωροπρομαζίνη, τετραβεναζίνη, η ρεσεπρίνη και το αλοπεριδόλιο.

Τα ελάσσονα ηρεμιστικά δεν πρέπει να συγχέονται με τα κοινά ηρεμιστικά, γιατί διαφέρουν από αυτά στο ότι δε φέρουν τάση ύπνου, χαρακτηριστικό των κοινών ηρεμιστικών.

Τα ελάσσονα ηρεμιστικά λέγονται και αγχολυτικά, λόγω της έντονης αντιγνώδους δράσης τους. Ανάμεσα τους θυμίζουμε την υδροξυλίνη, τη μεφενεζίνη, η οποία έχει και μυοχαλαρωτική δράση, και τη διαζεπάμη.

Τα ψυχοαναληπτικά χωρίζονται σε ψυχοδιεγερτικά και αντικαταθλιπτικά αυτά τα τελευταία χρησιμοποιούνται πιο πλατιά στην ψυχιατρική. Μεταξύ των πρώτων αναφέρουμε τη βενζεδρίνη, την εφεδρίνη και την καφεΐνη. Μεταξύ των δευτέρων, που ονομάζονται και θυμοαναληπτικά ή θυμοδιεγερτικά επειδή δρουν στον τόνο της διάθεσης βελτιώνοντας τον αναφέρουμε τους αναστολείς της μονο-αμινο-αξυδάσης και τα τρικυκλικά καταθλιπτικά.³³

Ένα θεραπευτικό μέσο που μπορεί να θεωρηθεί ενδιάμεσο μεταξύ της ψυχοφαρμακολογίας και της ψυχοθεραπείας είναι το πλασέμπο. Το πλασέμπο είναι ένα ψεύτικο φάρμακο, είναι μια αδρανής και αθώα ουσία (ζάχαρη, άμυλο, νερό κτλ) που χορηγείται με την πρόθεση να αρέσει στον αρρώστου. Αυτό πρέπει να έχει όλα τα εξωτερικά χαρακτηριστικά ενός αληθινού φαρμάκου (χρώμα, γεύση, μορφή κτλ) εκτός από το θεραπευτικό.

Οι εφαρμογές του πλασέμπο είναι πολλαπλές. Χρησιμοποιείται όταν θέλουμε να πειραματισθούμε για την πραγματική επάρκεια ενός νέου φαρμάκου ή όταν χρειάζεται να διακοπεί μια θεραπεία χωρίς να το αντιληφθεί ο αρρώστος ή ακόμα όταν θέλουμε να εκμεταλλευθούμε την επίδραση της υποβολής σε μερικούς ειδικά ευαίσθητους αρρώστους.³³

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα (που επίσης είναι γνωστά και ως νευροληπτικά) είναι διαθέσιμα περίπου από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Από τότε που χρησιμοποιήθηκαν βελτίωσαν σημαντικά την εικόνα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Τα φάρμακα αυτά αντιμετωπίζουν τα ψυχωτικά συμπτώματα και συνήθως επιτρέπουν στους ασθενείς να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και καλά.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι η καλύτερη θεραπεία που έχουμε σήμερα για την σχιζοφρένεια, αλλά δεν θεραπεύουν την σχιζοφρένεια ούτε εξασφαλίζουν ότι δεν θα υπάρξουν άλλα τέτοια επεισόδια στο μέλλον.³⁴

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και η απαραίτητη δοσολογία πρέπει να γίνεται μόνο από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς, δηλαδή γιατρούς ειδικευμένους στην ψυχιατρική. Η δοσολογία δεν είναι σταθερή αλλά εξατομικεύεται για κάθε αρρωστο, διότι οι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων χωρίς την εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι πάρα πολύ αποτελεσματικά στην θεραπεία συγκεκριμένων συμπτωμάτων (π.χ. ψευδαισθήσεων και παραληρηματικών ιδεών). Η μεγάλη πλειοψηφία των αρρώστων εμφανίζει σημαντική βελτίωση. Μερικοί αρρωστοί, ωστόσο, δεν βοηθούνται αρκετά από αυτά ενώ λίγοι φαίνεται ότι δεν τα έχουν ανάγκη καθόλου. Δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο να προβλέψουμε τους ασθενείς που ανήκουν σε μια από τις τελευταίες δύο κατηγορίες και να τους διακρίνουμε από τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που πραγματικά βοηθούνται από την θεραπεία με τα αντιψυχωτικά φάρμακα.³⁴

Μερικές φορές τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειες τους είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικοί με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Εκτός από την ανησυχία τους σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, τους απασχολεί και το ερώτημα μήπως τα φάρμακα αυτά προκαλούν εξάρτηση. Για τους λόγους αυτούς, τονίζεται ότι τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εξάρτηση όπως κάποια άλλα.

Μια άλλη λανθασμένη αντίληψη σχετικά με τα φάρμακα αυτά είναι επίσης ότι κατά κάποιο τρόπο ελέγχουν χημικά το μυαλό των αρρώστων. Η αλήθεια είναι ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν μπορούν να ελέγξουν τις σκέψεις των αρρώστων. Αντίθετα, συνήθως τους βοηθούν να διακρίνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που παρουσιάζουν και να τα ξεχωρίσουν από αυτά που συμβαίνουν στο πραγματικό κόσμο. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τις ψευδαισθήσεις, την διέγερση, την σύγχυση, την παραμόρφωση της πραγματικότητας και τις παραληρηματικές ιδέες, και έτσι επιτρέπουν στον αρρωστο να λαμβάνει αποφάσεις πιο ορθολογικά. Έτσι, θα μπορούσε να πει κανείς ότι η σχιζοφρένεια είναι εκείνη που φαίνεται να παίρνει από τον αρρωστο την ικανότητα να ελέγχει τις σκέψεις του, ενώ τα φάρμακα επαναφέρουν τον έλεγχο αυτό και επιτρέπουν στον ασθενή να σκέφτεται πιο καθαρά και να παίρνει πιο ορθολογικές αποφάσεις.³⁴

Αν και μερικοί άρρωστοι με σχιζοφρένεια παίρνοντας τα φάρμακα αυτά μπορεί να παρουσιάσουν υπνηλία και μειωμένη εγρήγορση, στις κατάλληλες δόσεις τα φάρμακα αυτά δεν αποτελούν χημικά μέσα περιορισμού. Συνήθως, με προσεκτική αξιολόγηση, οι δόσεις μπορούν να μειωθούν σταδιακά και έτσι να ελαχιστοποιήσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η επικρατούσα τάση

στην σύγχρονη ψυχιατρική είναι να χρησιμοποιούνται οι ελάχιστες δόσεις που απαιτούνται για να ρυθμίσουν τα ψυχωτικά συμπτώματα χωρίς να προκαλούνται ανεπιθύμητες ενέργειες.³⁴

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σχεδόν όπως όλα τα φάρμακα, προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από την κύρια, ωφέλιμη, δράση τους. Κατά την έναρξη της θεραπείας οι αρρωστοί μπορεί να εμφανίζουν υπνηλία, κινητική ανησυχία, τρόμο, ξηροστομία, ή ανωμαλίες στην όραση. Οι περισσότερες από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν είτε με μείωση της δόσης είτε με χρήση άλλων φαρμάκων. Δεν εμφανίζουν όλοι οι αρρωστοί την ίδια απάντηση στην θεραπεία ή τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ένας άρρωστος μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο σε σχέση με κάποιον άλλο.³⁵

Οι μακροχρόνιες συνέπειες της χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα στην αντιμετώπιση τους σε σχέση με τις προαναφερθείσες. Η όψιμη δυσκινησία, που είναι η σημαντικότερη, είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ακούσιες κινήσεις κυρίως της περιοχής του στόματος, της γλώσσας και των χειλέων και μερικές φορές του κορμού ή και άλλων περιοχών του σώματος, Συμβαίνει συνήθως στο 15-20% των αρρώστων που παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα για πολλά χρόνια αν και πιο σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί και σε αρρώστους που έχουν πάρει τέτοια φάρμακα για μικρότερο χρονικό διάστημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά είναι ήπια και οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν καν αντιληφθεί την ύπαρξή τους.³⁵

Στην θεραπεία της σχιζοφρένειας το ζήτημα της στάθμισης των πιθανών κινδύνων σε σχέση με τις πιθανές ωφέλειες της θεραπείας είναι εξαιρετικά σημαντικό. Στο πλαίσιο αυτό, ο κίνδυνος της όψιμης δυσκινησίας, όσο ανησυχητικός και αν είναι, πρέπει να σταθμιστεί σε σχέση με τον κίνδυνο πιθανών υποτροπών χωρίς θεραπεία, οι οποίες υποτροπές μπορεί να καταστρέψουν ανεπανόρθωτα τις προσπάθειες των αρρώστων να επιστρέψουν στο σχολείο, ή την δουλειά τους, και την ικανότητα τους να ζήσουν στο σπίτι τους ή στην κοινότητα. Για τους αρρώστους εκείνους που εμφανίζουν όψιμη δυσκινησία, η χρήση των φαρμάκων πρέπει να επαναξιολογηθεί. Ας αναφερθεί τέλος ότι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η όψιμη δυσκινησία, που κάποτε θεωρούνταν μη αναστρέψιμη, μερικές φορές μπορεί να υφεθεί ακόμη και όταν τα φάρμακα συνεχίζονται.³⁵

Αναστρέψιμη η αύξηση του βάρους λόγω αντιψυχωσικών

Η πρόσληψη βάρους και η αύξηση της όρεξης που προκαλούνται από τη λήψη αντιψυχωσικών φαρμάκων μπορούν να αντιμετωπιστούν με σωματική άσκηση και δίαιτα, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο Journal of Clinical Psychiatry.

Παρότι τα εν λόγω φάρμακα στην πλειονότητα τους δεν έχουν σοβαρές επιπλοκές, ωστόσο τα αντιψυχωσικά φάρμακα χορηγούνται για τη θεραπεία των πασχόντων από σχιζοφρένεια προκαλούν αύξηση του σωματικού βάρους και μάλιστα ανεξαρτήτως της χορηγούμενης δόσης.

Αυτό το στοιχείο τους δίνει τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και να απολέσουν βάρος ευκολότερα. Στην περίπτωση, δε, που η γυμναστική και η δίαιτα δεν αποδίδουν, υπάρχει πάντοτε η δυνατότητα αντικατάστασης του αντιψυχωσικού φαρμάκου με κάποιο άλλο, που έχει λιγότερες επιπλοκές, ανέφερε χαρακτηριστικά ένα από τα βασικά μέλη της επιστημονικής ομάδας.

Η διατροφή συνδέεται και με την ψυχική υγεία, σύμφωνα με το Mind. Το ίδρυμα μάλιστα, έχει εκδώσει ένα νέο οδηγό, το Mind Guide, για τις ψυχικές μεταβολές και το φαγητό, στον οποίο δίδεται έμφαση στη σχέση μεταξύ του τι τρώμε και του πώς αισθανόμαστε.

Ωστόσο, όπως επισημαίνουν Αμερικανοί επιστήμονες, το εν λόγω φαινόμενο δεν είναι μη αναστρέψιμο. Στο πλαίσιο της μελέτης, οι ερευνητές υπέβαλαν σε παρακολούθηση 35 αρρώστους που έκαναν χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων, οι οποίοι είχαν κερδίσει τουλάχιστον 9 κιλά και κατά μέσο όρο 30 περίπου κιλά μέσα σε διάστημα 33 μηνών.

Ωστόσο, στην πορεία διαπίστωσαν ότι, με την κατάλληλη συμβουλευτική από τον ιατρό τους και τη διεξαγωγή σωματικής άσκησης κατάφεραν να αποβάλουν περίπου τα 3/5 των κιλών που προσέλαβαν.

Αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι οι αρρωστοί να συνεννοούνται με τον ιατρό τους, ώστε να αντιληφθούν πως η αυξημένη όρεξη και το σωματικό βάρος τους είναι αποτέλεσμα των φαρμάκων.

Τα αποτελέσματα δημοσκόπησης, για την ψυχική υγεία, αναφέρουν ότι ένας στους τέσσερις ανθρώπους είπε ότι τρώγοντας σοκολάτες βελτιώνει την ψυχική του διάθεση έστω κι αν για πολλούς αυτό διαρκεί ελάχιστα.

Ωστόσο, ένας στους πέντε ερωτηθέντες είπε ότι οι γλυκές και οι σακχαρώδεις τροφές είχαν αρνητικό αποτέλεσμα στην πνευματική του υγεία.

"Η διατροφή μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα ενός ολόκληρου πεδίου ψυχικών ασθενειών, περιλαμβανομένων του αυτισμού, της σχιζοφρένειας, της κατάθλιψης, και των κρίσεων πανικού" υποστηρίζει το Mild Guide.

Επιπλέον, στις σελίδες του οδηγού αναγράφονται λίστες με τροφές, οι οποίες επιδρούν στη διάθεση του ατόμου. Μερικές από αυτές είναι: τεχνητά αρωματισμένα και συντηρητικά, σοκολάτα, καφές, αβγά, προϊόντα γάλακτος, πορτοκάλια, ζάχαρη, προϊόντα σίτου κ.ά.

Ο οδηγός πάντως προτείνει, ότι ο καλύτερος τρόπος για να μεταβάλει κάποιος τις διατροφικές του συνήθειες προκειμένου να βελτιώσει την ψυχική του υγεία, είναι με τη βοήθεια διατροφολόγου. Πάντως, οι άνθρωποι μπορούν να αλλάξουν τους "εαυτούς" τους μόνο σταδιακά,

αφαιρώντας σιγά - σιγά από τη διατροφή τους τις τροφές που τους προκαλούν τόσο οργανική όσο και... ψυχική ευαισθησία.³⁶

Οι βιολογικές θεραπείες συνίστανται στην εφαρμογή μεθόδων σοκ, χειρουργικών επεμβάσεων και κυρίως στη χρήση ψυχοφαρμάκων. Το σοκ μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με χημικά είτε με φυσικά μέσα: ανάμεσα στα πρώτα αναφέρουμε την ινσουλινοθεραπεία και ανάμεσα στα δεύτερα το ηλεκτροσόκ.

Η ινσουλινοθεραπεία, σήμερα σχεδόν τελείως εγκαταλειμμένη, συνίσταται στον καθορισμό μιας υπογλυκαιμικής κρίσης διαμέσου της εφαρμογή της ινσουλίνης. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που εκκρίνει το πάγκρεας, ογκώδης αδέννας που βρίσκεται στο υπογάστριο και που είναι απαραίτητος για να διατηρήσει στα φυσιολογικά όρια το ύψος των σακχάρων στο αίμα (γλυκαιμία). Με τη χορήγηση καθορισμένων ποσοτήτων, επιτυγχάνεται μια απότομη πτώση της γλυκαιμίας και στη συνέχεια μια κατάσταση κόματος που ονομάζεται υπογλυκαιμικό. Η άμεση επαναφορά της γλυκαιμίας στα φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια σακχάρων, επαναφέρει τον άρρωστο σε φυσιολογικές συνθήκες, ξυπνώντας τον από το κόμα.³⁷

Το ηλεκτροσόκ συνίσταται στην πρόκληση μιας όμοιας με επιληπτικής κρίσης με μια ελεγχόμενη διέλευση ρεύματος διαμέσου του κρανίου του αρρώστου, το ρεύμα διατηρείται επί 4 ή 6 δέκατα του δευτερολέπτου και η τάση μπορεί να κυμαίνεται από 100 έως 160 Volt.

Οι σημερινές θεραπείες σοκ δίνουν καλά αποτελέσματα στη θεραπεία της κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας. Οι τρόποι με τους οποίους επέρχονται αυτές οι βελτιώσεις δεν είναι ξεκάθαροι υποθέτουν ότι οφείλονται σε μεταβολές των ηλεκτρολυτών, των ορμονών, του δυναμικού της μεμβράνης κτλ. Μεταβολές δηλαδή εκείνων των βιοχημικών και φυσιολογικών στοιχείων, των οποίων οι αλλοιώσεις θεωρούνται η πρώτη αιτία των διανοητικών παθήσεων.

Εξάλλου, το θεραπευτικό αποτέλεσμα του σοκ ήταν πάντοτε γνωστό πριν από χρόνια, δημιουργούνταν μια μορφή σοκ με κρίσεις πυρετού, προκαλούμενες από δημιουργούμενη ελονοσία και ήταν εκπληκτική η διαπίστωση ότι αρρωστοί με πολύ σοβαρή πάθηση, κατά τη διάρκεια των κρίσεων πυρετού, επανακτούσαν μια συμπεριφορά πολύ κοντά στο φυσιολογικό. Κατά τη διάρκεια των αιώνων εφαρμόστηκαν μεταγγίσεις, ανακαλύφθηκαν γυριστές πολυθρόνες, εφαρμόστηκαν ντους και λουτρά και οι κακομεταχειρίσεις θα έπρεπε να θεωρούντο επαρκείς αφού σε έναν παλιό κανονισμό ενός νοσοκομείου του νότου της Ιταλίας, διαβάζουμε, ότι οι φύλακες των «τρελών» δε θα έπρεπε να τους χτυπούν, εκτός αν υπήρχε αντίθετη ιατρική οδηγία.

Αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην ανακούφιση από τα συμπτώματα του τύπου των ψευδαισθήσεων ή των παραληρητικών ιδεών, δεν μπορούν να ανακουφίσουν από άλλες εκδηλώσεις της ασθένειας. Ακόμη και όταν οι άρρωστοι είναι σχετικά ελεύθεροι από ψυχωτικά συμπτώματα, μπορεί παρόλα αυτά να αντιμετωπίζουν εξαιρετικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επίσης, επειδή πολλοί άρρωστοι νοσούν για πρώτη

φορά σε νεαρή ηλικία, και πριν την κρίσιμη περίοδο που για τους περισσότερους ανθρώπους τίθενται οι βάσεις της μετέπειτα επαγγελματικής τους πορείας (μεταξύ 18-35 δετών), μπορεί να μην είναι σε θέση να δουλέψουν σε δουλειές που απαιτούν κάποιες πρόσθετες γνώσεις και ικανότητες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα όχι μόνο οι αρρωστοί με σχιζοφρένεια να αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, αλλά και να υπολείπονται σημαντικά κοινωνικά ή επαγγελματικά.

Σε αυτού του είδους τα προβλήματα, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορεί να βοηθήσουν πολύ. Εξυπακούεται ότι τέτοιες θεραπείες δεν μπορούν να γίνουν σε αρρωστοί που βρίσκονται σε οξεία φάση και που τα συμπτώματά τους δεν τους επιτρέπουν την επαφή τους με τον πραγματικό κόσμο.³⁸

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι οι παρακάτω:

Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Περιλαμβάνει προγράμματα σχετικά με την κοινωνική και επαγγελματική εκπαίδευση των ασθενών. Τα προγράμματα αυτά είναι απαραίτητα για την επιτυχία της θεραπείας της σχιζοφρένειας στην κοινότητα (εκτός δηλαδή των ιδρυμάτων), διότι τους παρέχουν τις επιδεξιότητες εκείνες που είναι απαραίτητες για να ζήσουν παραγωγικά και εκτός των τειχών των ειδικών ιδρυμάτων.³⁹

Ατομική ψυχοθεραπεία: Οι αρρωστοί με το να μοιράζονται τις εμπειρίες τους με έναν ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία Ψυχικής Υγείας, μπορούν σταδιακά να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους και τα προβλήματα τους. Μπορούν επίσης να μάθουν να ξεχωρίζουν πιο εύκολα το πραγματικό από το μη πραγματικό και παραμορφωμένο.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχοθεραπείες που βοηθούν πιο πολύ είναι η υποστηρικτική και εκείνες που επικεντρώνονται στην επίλυση των πρακτικών ζητημάτων. Αντίθετα οι ψυχαναλυτικού τύπου δυναμικές θεραπείες δεν φαίνεται να βοηθούν ιδιαίτερα.⁴⁰

Οικογενειακή θεραπεία: Πολύ συχνά, την φροντίδα των αρρώστων μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο αναλαμβάνουν οι οικογένειες του. Είναι απαραίτητο λοιπόν, τα μέλη της οικογένειας να έχουν σαφή γνώση και κατανόηση για το τι είναι σχιζοφρένεια καθώς και με ποιο τρόπο μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα τον αρρωστό τους. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη υποτροπών, αφού έχει βρεθεί από μελέτες ότι άρρωστοί που ζουν σε οικογένειες, που είναι ιδιαίτερα επικριτικές προς αυτούς και που δεν τους αφήνουν ελεύθερο χώρο «να αναπνεύσουν» εμπλεκόμενες σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, υποτροπιάζουν πιο συχνά.⁴⁰

Ομαδική θεραπεία: Στόχος της θεραπείας αυτής είναι οι αρρωστοί να μάθουν από τις εμπειρίες των άλλων αρρώστων και να διορθώσουν πιθανές παραμορφώσεις και δυσλειτουργικές διαπροσωπικές συμπεριφορές. Όταν το οξύ στάδιο έχει περάσει, η συμμετοχή στην ομάδα μπορεί να τους βοηθήσει στην προετοιμασία να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στην ζωή έξω από το νοσοκομείο.⁴¹

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: Αν και σήμερα σπανίως χρησιμοποιείται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία για την θεραπεία της σχιζοφρένειας, σε μερικές επιλεγμένες περιπτώσεις αυτό το είδος της θεραπείας μπορεί να είναι χρήσιμο. Μια τέτοια περίπτωση π.χ., είναι η εκδήλωση σοβαρής κατάθλιψης στα πλαίσια ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου. Αν και στα παλιότερα χρόνια περιβαλλόταν από σημαντική προκατάληψη και αμφισβήτηση, αντιπροσωπεύει στη σύγχρονη εφαρμογή της μια αξιόπιστη, ασφαλή και πολύ αποτελεσματική προσέγγιση, χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Σπασμοθεραπεία ονομάζουμε την πρόκληση μιας σειράς από σύντομες γενικευμένες επιληπτικές εκφορτίσεις για θεραπευτικούς σκοπούς, σε ορισμένες μείζονες ψυχικές διαταραχές. Παρότι η εκφόρτιση των εγκεφαλικών νευρώνων μπορεί να προκληθεί με διάφορες φαρμακευτικές ουσίες ή χρήση σύντομου και μικρής έντασης ηλεκτρικού ερεθίσματος έχει επικρατήσει ως η πλέον ασφαλής, αξιόπιστη και καλά ανεκτή από τον αρρωστο, μέθοδος.⁴²

Από το ηλεκτρικό ερέθισμα που χρησιμοποιείται και τον τονικοκλονικό σπασμό, που αποτελεί την περιφερική έκφραση της νευρωνικής εκφόρτισης προέρχεται η ονομασία **ηλεκτροσπασμοθεραπεία**. Στην κλινική πράξη, η διαδικασία είναι γνωστή με την αγγλική συντομογραφία “ECT”.

Ο παλαιότερος και ανακριβής όρος **ηλεκτροσόκ** χρησιμοποιείται πλέον μόνον όταν αναφέρεται κανείς σε πρόκληση σπασμών σε πειραματόζωα για ερευνητικούς σκοπούς.

Η ΗΣΘ, σήμερα, εφαρμόζεται αποκλειστικά, με τη συνεργασία αναισθησιολόγου, ως **τροποποιημένη ΗΣΘ**, δηλαδή με την τροποποιητική επίδραση αναισθητικού, μυοχαλαρωτικού και συνεχή οξυγόνωση, που μετριάζουν κατά πολύ την ανησυχία του αρρώστου και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Η ΗΣΘ, σύμφωνα με τις σύγχρονες διεθνείς προδιαγραφές, πρέπει να εφαρμόζεται με βάση αυστηρά καθορισμένες ενδείξεις, συνθήκες και τεχνικές, μετά από λεπτομερή ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου και της οικογένειάς του. Λόγω της αναισθησίας και της μυοχαλάρωσης κατά την εφαρμογή της δεν προκαλούνται παρά υποτυπώδεις περιφερικοί σπασμοί, έτσι ώστε ο όρος ηλεκτροσπασμοθεραπεία να έχει καταστεί λιγότερο δόκιμος.⁴²

Περιγραφή

Στα πρώτα χρόνια εφαρμογής της ΗΣΘ, η εικόνα της ήταν ανάλογη με εκείνη μιας γενικευμένης επιληπτικής κρίσης ταυτόχρονα με την εφαρμογή του ηλεκτρικού ερεθίσματος επερχόταν απώλεια συνείδησης, το σώμα τεντωνόταν σε μια τονική σύσπαση και ακολουθούσαν οι κλονικοί σπασμοί. Σήμερα, με την αναισθησία και τη μυοχάλαση, ο ασθενής είναι εντελώς χαλαρός

και ακίνητος και μόνο υποτυπώδεις σπασμοί στα βλέφαρα και στα άκρα παρατηρούνται. Η χρονομέτρηση των σπασμών γίνεται σ' ένα μέλος (π.χ. χέρι), που έχει απομονωθεί με σφυγμομανόμετρο πριν από τη χορήγηση του μυοχαλαρωτικού, ώστε να φαίνονται καθαρά οι σπασμοί. Η διαδικασία είναι εντελώς ανώδυνη και γίνεται υπό συνεχή οξυγόνωση και παράλληλη παρακολούθηση ζωτικών σημείων. Ύστερα από λίγο ο άρρωστος αφυπνίζεται, χωρίς να έχει αντιληφθεί τη διαδικασία που προηγήθηκε.⁴²

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας

Η αποτελεσματικότητα της ΗΣΘ στα αρχικά στάδια της σχιζοφρένειας είναι ισοδύναμη με αυτή των αντιψυχωσικών, ειδικά σε περιπτώσεις με συνυπάρχουσα συναισθηματική συμπτωματολογία. Για τον ίδιο λόγο είναι αποτελεσματική στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Συνήθως όμως, σ' αυτές τις περιπτώσεις, η ΗΣΘ χρησιμοποιείται μόνον όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, αναφέρεται ότι η συνδυασμένη εφαρμογή ΗΣΘ και αντιψυχωσικών έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τις μεμονωμένες θεραπείες. Στη χρόνια σχιζοφρένεια η ΗΣΘ φαίνεται να είναι αναποτελεσματική.³⁰

Αντενδείξεις

Δεν υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις για την ΗΣΘ. Η μέθοδος γενικά είναι απλή στην εφαρμογή της, ασφαλής και καλά ανεκτή από αρρώστους χωρίς παθολογικά προβλήματα. Σε έδαφος ήπιων παθολογικών προβλημάτων μπορεί να χρειαστούν ορισμένες προφυλάξεις για την αποφυγή επιπλοκών. Η θνητότητα από ΗΣΘ, που υπολογίζεται σε 1/10.000 αρρώστους, είναι ίση με τη θνητότητα που αναφέρεται για τη γενική αναισθησία και οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά σε καρδιαγγειακές επιπλοκές.⁴³

Σε ορισμένες καταστάσεις, η εφαρμογή της ΗΣΘ απαιτεί στάθμιση των κινδύνων από τη θεραπεία έναντι του κινδύνου - μερικές φορές και για τη ζωή του αρρώστου - να παραμείνει ο άρρωστος χωρίς θεραπεία ή να λάβει άλλες θεραπείες. Τέτοιες καταστάσεις είναι οι ακόλουθες:

- Αυξημένη ενδοκράνια πίεση από όγκο ή άλλη αιτία, λόγω κινδύνου εγκολεασμού
- Πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου
- Πρόσφατη εγκεφαλική αιμορραγία
- Ασταθές αγγειακό ανεύρυσμα ή δυσπλασία
- Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς
- Φαιοχρωμοκύτωμα
- Σοβαρός κίνδυνος από την αναισθησία (π.χ. σε πνευμονοπάθεια).

Εάν σε κάποια από τις καταστάσεις αυτές αποφασιστεί ΗΣΘ, θεωρείται «υψηλού κινδύνου» και γίνεται μόνο με ειδικές θεραπευτικές διαδικασίες, αφού διασφαλιστεί η ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών (π.χ. διαθεσιμότητα μονάδας εντατικής θεραπείας, παρουσία καρδιολόγου κ.λπ.).⁴³

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Συνηθέστερες είναι οι ακόλουθες:

Παροδική διαταραχή μνήμης. Αποτελεί την πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της ΗΣΘ και εκδηλώνεται με παροδική διαταραχή της μνημονικής λειτουργίας. Οι άρρωστοι, μετά το πέρας των θεραπειών, τείνουν να ξεχνούν γρηγορότερα και να μη θυμούνται ορισμένα πρόσφατα γεγονότα. Η μνήμη επανέρχεται στην προηγούμενη λειτουργικότητα της συνήθως μέσα στον πρώτο μήνα από τη λήξη των θεραπειών (λίγο περισσότερο για ηλικιωμένους αρρώστους). Αυτές οι διαταραχές μνήμης είναι «λειτουργικές» και δεν οφείλονται σε οργανική βλάβη. Πρόσφατες και μεθοδολογικά άρτιες μελέτες, τόσο απεικονιστικές όσο και παθολογοανατομικές, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ΗΣΘ δεν προκαλεί δομική βλάβη ούτε επιδεινώνει προϋπάρχουσες βλάβες του εγκεφάλου, ακόμη και σε αρρώστους που έχουν υποβληθεί σε πολλαπλές συνεδρίες κατά τη διάρκεια της ζωής τους.⁴³

Καρδιαγγειακή δυσλειτουργία. Παροδική αύξηση του αριθμού των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης για 2-3 min, όπως και κάποιες έκτακτες συστολές, παρατηρούνται στους περισσότερους και είναι άνευ κλινικών επιπτώσεων. Επιμένουσα υπέρταση και βραδυ- ή ταχυαρρυθμίες είναι σπάνιες. Συμβαίνουν κυρίως σε έδαφος καρδιοπάθειας και αντιμετωπίζονται συνήθως εύκολα με την κατάλληλη θεραπεία.

Σωματικό ενοχλήματα, όπως ζάλη, κεφαλαλγία, μυαλγίες ή μυϊκές συσπάσεις, είναι συχνά, αλλά ελαφρά και παροδικά και στερούνται κλινικής σημασίας.

Ψυχοχειρουργική: Επεμβαίνουμε στον εγκέφαλο χωρίζοντας τους μετωπιαίους λοβούς από το υπόλοιπο μέρος του εγκεφάλου. Αυτό είναι ένα μέσο, που δικαιολογείται όλο και λιγότερο, εφόσον υπάρχουν στη διάθεση μας φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα λιγότερο καταστρεπτικά, πράγματι με την ψυχοχειρουργική επιτυγχανόταν βέβαια η καταστολή της επιθετικότητας, αλλά δημιουργούνταν άλλα σοβαρά ελαττώματα. Σ' αυτήν τη μέθοδο καταφεύγουν όταν είχαν αποτύχει όλες οι άλλες θεραπείες και βρίσκονταν απέναντι σε πολύ επιθετικούς και ανήσυχους αρρώστους.⁴³

Άλλες θεραπείες: Κατά το παρελθόν είχαν χρησιμοποιηθεί η επαγωγή κώματος, με χρήση ινσουλίνης, η ψυχοχειρουργική, η χρήση υψηλών δόσεων βιταμινών ή η αιμοδιάλυση. Αυτού του τύπου οι θεραπείες έχουν εγκαταλειφθεί διότι αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές σε σχέση με τις καινούργιες θεραπείες που προαναφέρθηκαν.

Ομάδες αυτο-βοήθειας: Αυτές είναι ένας άλλος τύπος ομάδας που δεν διευθύνονται από ειδικούς επαγγελματίες που αρχίζουν και γίνονται ιδιαίτερα δημοφιλείς. Εκτός από την αμοιβαία στήριξη που παρέχουν στα μέλη τους, οι ομάδες αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην ενημέρωση του

κοινού, στην στήριξη των ατόμων που αναλαμβάνουν την φροντίδα των αρρώστων καθώς και στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων τους όταν αυτά προσβάλλονται στην κοινότητα.⁴³

Ο στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης των σχιζοφρενών αρρώστων είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος απαιτείται αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, συνήθως με τη βοήθεια των φαρμάκων, και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας του αρρώστου που επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η χρήση των φαρμάκων στη θεραπεία της σχιζοφρένειας βασίζεται στην οργανική αιτιολογία της νόσου.

Επιστημονική έρευνα έχει δείξει ότι τουλάχιστον ορισμένα συμπτώματα της νόσου οφείλονται σε αυξημένες ποσότητες μιας χημικής ουσίας της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Αυτή η ουσία υπό κανονικές συνθήκες χρησιμεύει στην επικοινωνία των νευρικών κυττάρων μεταξύ τους. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ονομάζονται αντιψυχωτικά και στην ουσία επαναφέρουν τα ποσά της ντοπαμίνης στα φυσιολογικά όρια.

Την τελευταία δεκαετία έχουν ανακαλυφθεί καινούργια αντιψυχωτικά φάρμακα τα οποία παρουσιάζουν λιγότερες παρενέργειες για τον άρρωστο και αναμένεται να βελτιώσουν σημαντικά τα ποσοστά των αρρώστων που θα έχουν ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας και καλή ποιότητα ζωής.⁴⁴

Γενικά η αποτελεσματικότητα αυτών των φαρμάκων στην αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων που είναι και τα πιο ενοχλητικά φθάνει το 70%, δηλαδή 7 στους 10 ασθενείς αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην προφύλαξη του ασθενούς, ελαττώνοντας τις υποτροπές σε ετήσια παρακολούθηση και υπό ελεγχόμενες συνθήκες κλινικής μελέτης από 70% σε ασθενείς αρρώστους που ελάμβαναν εικονικό φάρμακο σε 23% σε ασθενείς που ελάμβαναν ενεργό αντιψυχωτική φαρμακευτική θεραπεία.

Επομένως, η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που πράγματι υποτροπιάζει. Σημειώνεται ότι στην καθημερινή κλινική πράξη το ποσοστό υποτροπών φτάνει το 55% μετά ετήσια παρακολούθηση και ότι το ποσοστό έπρεπε να είναι περί το 15%, εάν οι άρρωστοι έπαιρναν τα φάρμακα τους, ενώ φτάνει το 85% την πενταετία σε διάφορες μελέτες,⁴⁴

Ο άρρωστος, συμπερασματικά, χρειάζεται να συνεχίσει να παίρνει τα φάρμακα του και μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ίσως και για όλη του τη ζωή. Αν σταματήσει τα φάρμακα τότε οι πιθανότητες επανεμφάνισης της νόσου είναι μεγάλες και οι μέχρι σήμερα μελέτες δείχνουν ότι μέσα σε τρία χρόνια το πολύ από τη διακοπή, όλοι οι άρρωστοι επανεμφανίζουν τα συμπτώματα, δηλαδή υποτροπιάζουν.

Επιθετικότητα οι σχιζοφρενείς εμφανίζουν κατά κανόνα όταν δεν συμμορφώνονται με τη θεραπεία.

Η συμμόρφωση στη θεραπεία δύσκολα διαπιστώνεται από το γιατρό. Ο κλινικός γιατρός έχει περιορισμένες δυνατότητες να το διαπιστώσει, ενώ και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται απέχουν συχνά πολύ μεταξύ τους στα αποτελέσματα που δίνουν. Το διαπιστώνει, επομένως, από την κλινική εικόνα του αρρώστου, όταν πλέον τα συμπτώματα ξαναεμφανίζονται. Στην πλήρη αποχή από λήψη κάποιου φαρμάκου, χρειάζεται να προστεθεί η ελλιπής θεραπεία, η θεραπεία με λάθη, σε δόσεις, σε χρόνο....

Πάντως, πριν ολοκληρώσουμε το σχετικό με την έλλειψη συμμόρφωση των σχιζοφρενών με τη θεραπεία, που έχει σαν αποτέλεσμα να υποτροπιάζουν, είναι ανάγκη να τονίσουμε ότι υποτροπιάζουσες νόσοι είναι οι περισσότερες και ότι το πρόβλημα της έλλειψης συμμόρφωσης με τη θεραπεία στη σχιζοφρένεια αφορά όλες τις αρρώστιες.

Επισημαίνεται σχετικά ότι ανάλογα με τη σχιζοφρένεια ποσοστά μη συμμόρφωσης έχουν πολλές νόσοι και αναφέρονται ποσοστά.⁴⁴

- 55-71% μη συμμόρφωσης στην αρθρίτιδα
- 54-82% στην επιληψία
- 19-80% στο σακχαρώδη διαβήτη.
- 20-57% στη μανικοταθλιπτική ψύχωση.
- Στην υπέρταση το 50% διακόπτει τη φαρμακευτική θεραπεία σε ένα χρόνο και μόλις τα 2/3 των υπολοίπων κάνουν τη συσταθείσα αγωγή.

Το μέσο ποσοστό μη συμμόρφωσης για τη σχιζοφρένεια είναι 55% σε ένα χρόνο.

Μεταξύ των αιτιών για την υποτροπή παρά τη βεβαιωμένα συνεχιζόμενη φαρμακευτική θεραπεία η επίδραση κοινωνικών παραγόντων έχει από 35ετίας εκτιμηθεί ιδιαίτερα σημαντική.

Και άλλοι παράγοντες συνδεδεμένοι με την οικογένεια έχουν σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου, την ανάπτυξη αρνητικών συμπτωμάτων και τις υποτροπές: η άποψη των αρρώστων για τον έλεγχο από την οικογένεια, ο πολιτισμικός προσανατολισμός της οικογένειας, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές, οι συγκρούσεις στην οικογένεια.

Ακόμα, έχουν ρόλο στις υποτροπές οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, όπως και οι ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Η οργάνωση υπηρεσιών βοηθάει σημαντικά στη συμμόρφωση στη θεραπεία, στην έλλειψη υποτροπών και στη παραμονή των αρρώστων στην κοινότητα. Οι προσπάθειες αυτού του είδους έχουν αναφερθεί από πολλούς συγγραφείς σαν αποτελεσματικές.⁴⁴

Νέες σύγχρονες θεραπείες με Αριπιπραζόλη

Η αντιψυχωσική ουσία αριπιπραζόλη παρουσιάζει σημαντικές φαρμακολογικές ιδιότητες σε σύγκριση με άλλα φάρμακα της ίδιας κατηγορίας. Η αριπιπραζόλη, που εγκρίθηκε από τον

Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων για τη διατήρηση της σταθερότητας σε αρρώστους με σχιζοφρένεια, είναι ο πρώτος ισχυρός μερικός αγωνιστής της ντοπαμίνης, ενώ όλα τα υπόλοιπα εγκεκριμένα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης.

Κι ενώ οι ανταγωνιστές επιφέρουν τον αποκλεισμό ενός ή μερικών τύπων υποδοχέων ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, οι μερικοί αγωνιστές έχουν τη δυνατότητα να σταθεροποιούν τη λειτουργική ικανότητα της ντοπαμίνης σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου μειώνουν τη δράση της σε περιοχές του εγκεφάλου με υπερδραστηριότητα, χωρίς να αναστέλλουν εντελώς τη δράση της σε άλλες περιοχές με φυσιολογική ή ακόμα και χαμηλή δραστηριότητα.

Αυτή η ιδιότητα της αριπιπραζόλης της προσδίδει μοναδικές κλινικές ιδιότητες. Τα υπερβολικά επίπεδα ντοπαμίνης σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου σχετίζονται με την εμφάνιση παραισθήσεων, ψευδαισθήσεων, παράξενης συμπεριφοράς και άλλων συμπτωμάτων, όπως είναι τα θετικά συμπτώματα και η σχιζοφρένεια. Η ντοπαμίνη εμπλέκεται, επίσης στον έλεγχο των κινήσεων και στον έλεγχο των επιπέδων μιας σημαντικής ορμόνης της προλακτίνης. Ο αποκλεισμός όμως της δραστηριότητας της ντοπαμίνης, στις περιοχές του εγκεφάλου που ελέγχουν την κίνηση και την έκκριση ορμονών, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες ενέργειες όπως είναι αυξημένα επίπεδα προλακτίνης και εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Ο Κικούχι υποστηρίζει ότι οι μοναδικές φαρμακολογικές ιδιότητες της αριπιπραζόλης, παίζουν ρόλο στην αποτελεσματική θεραπεία των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, αλλά και στις ανεπιθύμητες ενέργειες της χάρη στο ασφαλές προφίλ της.

Από την άλλη μεριά, μελέτη σε δείγμα 400 αρρώστων, η οποία διήρκεσε 26 εβδομάδες, έδειξε ότι η αριπιπραζόλη είχε ως αποτέλεσμα την ελάχιστη αύξηση βάρους του σώματος και εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, σε αντίθεση με μια άλλη ουσία, την ολανζαπίνη.³⁸

B' ΜΕΡΟΣ

1.ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Οι θεωρίες που ασχολούνται με τη γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αυξάνουν σε αριθμό.Προς το παρόν όλες οι θεωρίες βρίσκονται στη φάση σχεδιασμού ,ο οποίος προσφέρει ποικίλου βαθμού εγκυρότητα και αξιοπιστία.Στη συνέχεια αναφέρονται ορισμένες από τις πιο γνωστές θεωρίες.Πολλοί θεωρητικοί στην προσπάθεια τους να εξηγήσουν τη βιολογική γήρανση έχουν ενστερνιστεί την επιδραση εξωγενών και ενδογενών παραγόντων.Στους ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνονται τα γεννητικά προγράμματα,οι κοιταρικές μεταλλάξεις,οι αυτοάνοσες αντιδράσεις και άλλες εγγενείς διεργασίες.Στους εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνονται οι επιδράσεις του περιβάλλοντος όπως η διαίτα,η ακτινοβολία κ.α.⁷⁰

Παρακάτω αναφέρονται οι βιολογικές αλλαγές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου:

ΣΕ ΚΟΙΤΑΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

- Αλλαγές στις δομές του κυτταρικού DNA:Εκφύλιση των ενδοκυττάρων οργανιδίων.
- Νευρονική εκφύλιση του Κ.Ν.Σ. κυρίως άνω πρόσθια κεντρική κροταφική έλικα.
- Πυρίνες εγκεφαλικού στελέχους σταθεροί.
- Αλλαγές στον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων.
- Αύξηση κολλαγόνου μεταξύ των κυττάρων.

ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Αυξάνεται η λειτουργία των αυτοάνοσων κυττάρων.
- Αυξάνεται η επιρρέπια του ατόμου στις λοιμώξεις και τις νεοπλασίες.
- Μειώνονται τα Τ-λεμφοκύτταρα,αμετάβλητα τα λευκοκύτταρα.
- Αυξάνεται η ταχύτητα καθιζήσεως των ερυθροκυττάρων.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Μειώνεται το ύψος(κατά 2cm) εξαιτίας της βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης και στα δυο φύλα,μεταξύ 2^{ης} και 3^{ης} δεκαετίας.Μειώνεται η αμιγής μυϊκή μάζα και η μυϊκή ισχύς.
- Αυξάνεται το βάθος της θωρακικής κοιλότητας.

- Αυξάνεται ο λιπώδης ιστός.Ελαττώνεται η μεσοκυττάριος ουσία των οστώνμε συνέπεια την οστεοπόρωση.
- Φθείρονται οι επιφάνειες των αρθρικών χόνδρων με κίνδυνο την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας.

ΚΑΛΥΠΤΗΡΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Το δέρμα εμφανίζει ρυτίδες.
- Τα μαλλία λευκαίνουν.
- Η μελανίνη ουσία μειώνεται.
- Ο ρυθμός αύξησης των νυχιών επιβραδύνεται.
- Το υποβλεννογόνιο λίπος μειώνεται.
- Η λειτουργία των υδρωτοποιών αδένων περιορίζεται.

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Ο ρυθμός της σπειραματικής διηθήσεως μειώνεται.
- Η νεφρική και αιματική λειτουργία μειώνεται.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

- Οι φακοί των ματιών κιτρινίζουν και μειώνεται η περιφερική όραση.
- Η προσαρμοστικότητα στο φώς-σκοτάδι μειώνεται.
- Η οξύτητα της γεύσεως,οσφρήσεως και αφής μειώνοντα.
- Η δυνατότητα ακοής υψηλής συχνότητας μειώνεται.
- Η προσαρμοστικότητα των μυών εξασθενεί.

ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

- Ο δείκτης εφύ΄ίας παραμένει σταθερόςς μέχρι 80 ετών.
- Η λεκτική ικανότητα παραμένει.
- Η ψυχοκινητική δυνατότητα μειώνεται.
- Η εκμάθηση νέου υλικού επιβραδύεται,ενώ εξακολουθεί να υπάρχει πλήρης μάθηση-Μνήμη.
- Μετατόπιση προσοχής με δυσκολία.
- Ικανότητα κωδικοποίησεως μειωμένη.
- Δυνατότητα αναγνωρίσεως σωστής απαντήσεως παραμένει άθικτη.
- Ανάκληση μειωμένη.

ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ

- Μειώνεται η νορεπινεφρίνη του Κ.Ν.Σ.
- Αυξάνονται η ΜΑΟ και η σεροτονίνη στον εγκέφαλο.

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

- Μειωμένο βάρος εγκεφάλου κατά 17% και στα δύο φύλα.
- Αυξημένο εύρος αυλάκων, οι έλικες μικραίνουν και ατροφούν.
- Αυξημένος ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός.
- Μειωμένη η αιματική ροή του εγκεφάλου.
- Μειωμένη η οξυγόνωση του εγκεφάλου.

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Αύξηση μεγέθους και βάρους καρδιάς, εμφάνιση κοκκίων λιποφουσκίνης.
- Μείωση ελαστικότητας καρδιακών βαλβίδων.
- Αύξηση κολλαγονικού ιστού στα αιμοφόρα αγγεία.
- Αυξημένη τλαση για αρρυθμίες.
- Αλλοίωση ομοιόστασης ενδαγγειακής πίεσεως.

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Μείωση αιματικής ροής ήπατος και χοληδόχου.
- Με'ωση ροής σιέλου.
- Μεταβολή απορροφήσεως από το γαστρεντερικό σύστημα.

ΕΝΔΙΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Μείωση επιπέδων οιστρογόνων στις γυναίκες.
- Μείωση επινεφριδίων ανδρογόνων.
- Μείωση παραγωγής τεστοστερόνης στους άνδρες.

- Αύξηση ορμόνων FSH και LH.
- Μείωση της T3.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Μείωση ζωτικής χωρητικότητας.
- Μείωση του αντανακλαστικού του βηχός.
- Μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου.⁷⁰

2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ- ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ

Εισαγωγή

Η "Τρίτη Ηλικία" έχει πλέον καθιερωθεί σαν μια φάση στη ζωή του ανθρώπου με τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Χαρακτηριστικά που έχουν να κάνουν όχι μόνο με τη σωματική φυσιολογική εξασθένηση ή και την ύπαρξη τυχόν περιστασιακών ή χρόνιων νοσημάτων, αλλά και με αλλαγές της κοινωνικής ζωής, των σχέσεων με τους συνανθρώπους, τις δυνατότητες διατήρησης των δραστηριοτήτων κλπ.

Το ηλικιωμένο άτομο καλείται καθημερινά να αποδεικνύει ότι "δεν έχει αρχίσει να τα χάνει", ότι μπορεί να διαλογίζεται και να συμμετέχει στην καθημερινή ζωή σαν φυσιολογικό, ότι έχει και αυτό, ίσως, όνειρα και επιθυμίες να πραγματοποιήσει ακόμη στη ζωή του. Σε αντίθεση, στα νέα άτομα η οποιαδήποτε ανικανότητα πρέπει να αποδειχθεί, οι επιθυμίες και τα όνειρα είναι απόλυτα φυσιολογικά, η συμμετοχή στις αποφάσεις δεδομένη.

Η ηλικία αυτή, ίσως είναι η μόνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου χωρίς υποχρεώσεις. Η μόνη φάση της ζωής του που, ελεύθερος από τη δουλειά του, τις υποχρεώσεις απέναντι στα παιδιά του, τους δικούς του ώριμους ή ανώριμους φαντασιωσικούς στόχους στη ζωή του, είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τις όποιες απωθημένες επιθυμίες του, όπως να γράψει, να ζωγραφίσει, να ταξιδέψει κλπ. Ακόμα και η απλή έκφραση όμως κάποιων, τέτοιων σκέψεων, συνήθως αντιμετωπίζεται σαν "**πρώτο σύμπτωμα**" ότι κάτι δεν πάει καλά. Μέσα λοιπόν στη μοναξιά του - συχνά έχει χαθεί ο σύντροφος και τα παιδιά έχουν πλέον απομακρυνθεί - μαθαίνει με τον καιρό το νέο του ρόλο, να αισθάνεται άχρηστος ή βάρος για συγγενείς και φίλους. Το υπόστρωμα για την εκδήλωση μίας ψυχικής διαταραχής ή της επιβάρυνσης οποιασδήποτε σωματικής ασθένειας από τη μείωση της ψυχοσωματικής άμυνας του ατόμου, έχει διαμορφωθεί.

Συνοψίζοντας τους παράγοντες που θα μπορούσαν να επιδράσουν αιτιοπαθογενετικά στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στην "Τρίτη ηλικία", θα μπορούσαμε να τους ταξινομήσουμε σε δύο κατηγορίες.

A. Παράγοντες που έχουν να κάνουν με το ίδιο το άτομο.

- α. προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές
- β. οργανικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου

- γ. συχνές σωματικές ασθένειες ή χρόνια νοσήματα
- δ. χρόνια χρήση διαφόρων φαρμάκων που μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχιατρική συμπτωματολογία
- ε. αναζωπύρωση παλαιών ασθενειών.

B. Παράγοντες που έχουν να κάνουν με το κοινωνικό περιβάλλον.

- α. σε μια κοινωνία που τη χαρακτηρίζουν η απόδοση και ο καταναλωτισμός, ο αδύναμος και μη αποδοτικός είναι λιγότερο αποδεκτός
- β. ο ρόλος των ηλικιωμένων είναι προκαθορισμένος και οφείλουν να προσαρμοσθούν σ' αυτόν
- γ. η συνταξιοδότηση είναι γενικά καλύτερα ανεκτή, ενώ η απώλεια του/της συντρόφου οδηγεί συχνά σε καταθλιπτικές καταστάσεις.
- δ. οι συνθήκες διαβίωσης της εποχής δεν αφήνουν περιθώρια ελεύθερης κίνησης των ηλικιωμένων
- ε. η χρόνια μοναξιά μπορεί να οδηγήσει και αυτή σε ψυχιατρικά προβλήματα. Στις περιπτώσεις αυτές η εισαγωγή σε ένα ίδρυμα μπορεί να λειτουργήσει και θεραπευτικά. Με την προϋπόθεση βέβαια, ότι θα πρόκειται για ένα ίδρυμα στο οποίο ο ηλικιωμένος θα μπορεί να αναπτύξει κάποιες δραστηριότητες και να επικοινωνήσει με άλλους ομοίους του.
- στ. Τα διάφορα ιδρύματα όμως, είναι στην πλειοψηφία τους ανεπιθύμητα και από τους ίδιους μια και για τη ψυχική υγεία δεν φθάνει μόνο η σωματική φροντίδα αλλά και η διατήρηση οποιασδήποτε μορφής αυτόνομης δραστηριότητας ή δημιουργικής απασχόλησης.
- ζ. Στις περισσότερες περιπτώσεις, στο ίδρυμα, χάνει ακόμη και την πολυτέλεια της μοναξιάς του, με το να γίνει ένας από τους πολλούς ανώνυμους ενοίκους του.

Το ψυχιατρικά διαταραγμένο ηλικιωμένο άτομο σπάνια αναζητά ιατρική βοήθεια από μόνο του. Συχνά μάλιστα το ίδιο το περιβάλλον του θεωρεί φυσιολογικά φαινόμενα γήρανσης ακόμη και τα συμπτώματα μιας προχωρημένης ψυχιατρικής πάθησης ή τα αρχόμενα σημεία ενός οργανικού ψυχοσυνδρόμου, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι ασθενείς να φθάνουν σε αρκετά προχωρημένες καταστάσεις στην αναζήτηση ειδικευμένης ιατρικής βοήθειας. Υπολογίζεται ότι σχεδόν **κάθε τρίτος ασθενής που εισάγεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι άνω των 65 ετών**, ενώ οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι κατά σειρά συχνότητας οι διαγνώσεις εισαγωγής είναι:

- οργανικό ψυχοσύνδρομο
- καταθλιπτικό σύνδρομο
- οργανικές ψυχώσεις
- ψυχοαντιδραστικές καταστάσεις
- ασθένειες εξάρτησης

Ταξινόμηση ψυχιατρικών διαταραχών στο γήρας

A. Επίδραση της ηλικίας σε ήδη υπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.

B. Πρωτοεμφανιζόμενες ψυχιατρικές διαταραχές σε μεγάλες ηλικίες.

A. Επίδραση της ηλικίας σε ήδη υπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.

A1. Οι νευρωτικές διαταραχές.

Εμφανίζονται στη 2η - 3η δεκαετία της ζωής και κάποιες μορφές στην 4η μέχρι 5η με εκλυτικούς παράγοντες γεγονότα ή βιώματα στις αντίστοιχες φάσεις. Οι νευρωτικές διαταραχές, ίσως και λόγω της σχέσης τους με εκλυτικούς περιστασιακούς παράγοντες, μειώνονται συνήθως σε ένταση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Γίνονται περισσότερο ανεκτές και με λιγότερη σπουδαιότητα για το άτομο που, κατά κάποιο τρόπο, έχει μάθει να ζει με αυτές. Συχνά μάλιστα "ξεχνιούνται" σε βαθμό που να μπορούν να θεωρηθούν σαν ιαθείσες.

A2. Οι διαταραχές της προσωπικότητας.

Με προϋπόθεση ένα σχετικά σταθερό περιβάλλον, χάνουν με το χρόνο σε ένταση, χρώμα και δραματοποίηση των χαρακτηριστικών τους.

Σε πολλές όμως περιπτώσεις, τα άτομα αυτά γίνονται ιδιαίτερα προβληματικά, όταν λόγω της εγκεφαλικής ατροφίας και της συνεπακόλουθης εξασθένησης του ανασταλτικού ελέγχου της λογικής οδηγούνται σε μία, χωρίς όρια, έκφραση της ψυχοπαθολογίας τους. Σε αυτήν την περίπτωση γίνονται βασανιστικά για το περιβάλλον τους.

A3. Οι συναισθηματικές ψυχώσεις.

Εμφανίζουν με το πέρασμα του χρόνου μια, φαινομενικά, ηπιότερη συμπτωματολογία, τουλάχιστον όσον αφορά την ένταση των συμπτωμάτων. Οι καταθλιπτικές φάσεις είναι λιγότερο δραματικές, διαρκούν όμως περισσότερο και είναι πιο ανθεκτικές στην φαρμακευτική τους αντιμετώπιση. Συνήθως παρατηρούμε μια **αλλαγή της ψυχοπαθολογικής εικόνας με "σωματοποίηση" της συμπτωματολογίας και "υποχονδριακό" ιδεασμό**. Οι καταθλιπτικές σκέψεις αποκτούν αυξημένο παρανοϊκό περιεχόμενο, ιδιαίτερα συχνά σε μοναχικά άτομα.

Οι αυτοκτονικές πράξεις εμφανίζονται αυξημένες σε σχέση με το μέσο όρο των άλλων πληθυσμιακών ομάδων.

Οι διπολικές διαταραχές (μανιοκατάθλιψη) εμφανίζουν μια ανάλογη εξέλιξη. Σε μεγάλες ηλικίες, οι μανιακές φάσεις εμφανίζουν εντονότερη συγχυτική συμπτωματολογία και υπερκινητικότητα.

A4. Οι ψυχωτικές διαταραχές σχιζοφρενικού τύπου.

Παρατηρείται μια καλύτερευση της κλινικής εικόνας με το πέρασμα της ηλικίας. Η οποιασδήποτε μορφής αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, όπου αυτή υφίσταται, φαίνεται να σταματάει διαμορφώνοντας μια εικόνα που συχνά χαρακτηρίζεται σαν **"υπολειμματικό σύνδρομο"**. Έχει

παρατηρηθεί ακόμη ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην κλινική εικόνα της αρχικής φάσης και την τελική πρόγνωση ή την εικόνα της διαταραχής σε προχωρημένη ηλικία.

Ακόμη, οι μέθοδοι βιολογικής θεραπείας που θα χρησιμοποιηθούν στις αρχικές φάσεις δεν φαίνεται να έχουν καμία επίδραση στην τελική πορεία της νόσου (που σημαίνει ότι δεν θεραπεύουμε αιτιολογικά). Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχουν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που έγιναν κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου σε συγκεκριμένα άτομα με στόχο την καλλιέργεια των όποιων υγιών, εις βάρος των παθολογικών, στοιχείων του ασθενή. Στα πλαίσια αυτά παρατηρήθηκε ότι όσο μικρότερες είναι οι περιόδους εγκλεισμού του ασθενή σε ψυχιατρικά ιδρύματα, τόσο καλύτερη είναι και η τελική πρόγνωση. Μια παρατήρηση στην οποία εξάλλου οφείλεται και η αλλαγή της ονομασίας της νόσου από "**πρώιμη άνοια**" (Dementia Praecox) σε **σχιζοφρένεια**. Εδώ βέβαια δεν θα πρέπει να παραγνωρισθούν βαριές νοσηρές καταστάσεις των οποίων ο εγκλεισμός είναι, έστω και για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, αναπόφευκτος. Ισχύει επίσης ότι οι καθαρές σχιζοφρενικές ψυχώσεις έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση από τις συναισθηματικές διαταραχές, έτσι ώστε και η τελική εικόνα τους να είναι βαρύτερη.

Συνοψίζοντας τους παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την τελική εξέλιξη μιας σχιζοφρενικής διαταραχής θα τους ταξινομούσαμε σε παράγοντες που έχουν σχέση με:

- τη δομή της προσωπικότητας,
- το κοινωνικό περιβάλλον,
- τη γενικότερη σωματική υγεία

Ιδιαίτερα οι δύο τελευταίοι θα καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό και την εικόνα της νόσου στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Τέλος, σε αντίθεση με τις αρχικές υποθέσεις ότι οι σχιζοφρένιες οδηγούν σε πρώιμη άνοια, σήμερα είναι γνωστό ότι οι σχιζοφρενείς δεν εμφανίζουν συχνότερα ανοϊκές διαταραχές απ' ότι ο γενικότερος πληθυσμός, μια και δεν πρέπει να συγχέεται η άνοια με το σχιζοφρενικό υπολειμματικό σύνδρομο.

B. Προτοεμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές σε μεγάλη ηλικία.

Πρόκειται κυρίως για:

- τα οργανικά ψυχοσύνδρομα και
 - τα καταθλιπτικά σύνδρομα
- και σε μικρότερο βαθμό για:
- τις παρανοειδείς - ψευδαισθητικές καταστάσεις και
 - τις νευρωτικές εικόνες με κυρίαρχη συμπτωματολογία το άγχος.

B1. Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα.

Πρόκειται για διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών που οφείλονται σε αλλοιώσεις της εγκεφαλικής ουσίας. Οι συνηθέστερες αιτίες οργανικών ψυχοσυνδρόμων σε μεγάλες ηλικίες είναι αυτές που οδηγούν σε σταδιακή εκφύλιση του εγκεφαλικού κυττάρου, είτε λόγω γήρατος, είτε λόγω αγγειακών διαταραχών, μεταβολικών νόσων ή χρόνιας χρήσης τοξικών ουσιών. Το μεγαλύτερο μέρος των οργανικών ψυχοσυνδρόμων στις μεγάλες ηλικίες καλύπτουν διάφορες μορφές άνοιας με κυριότερο εκπρόσωπό τους την άνοια τύπου Alzheimer.

B1.2 Η νόσος του Alzheimer.

Οφείλει το όνομά της στο γερμανό γιατρό **ALOIS ALZHEIMER** (γεν. 1864) που περιέγραψε πρώτος τις χαρακτηριστικές αλλοιώσεις της νόσου στον εγκέφαλο του ασθενούς Auguste D. το 1906. Πρόκειται για μία **προοδευτικά εξελισσόμενη νευροεκφυλιστική νόσο του ΚΝΣ που αρχίζει με διαταραχές της πρόσφατης μνήμης και φθάνει μέχρι την πλήρη διακοπή της επαφής με την πραγματικότητα.**

Ανάλογα με την ηλικία έναρξης διακρίνουμε:

- την άνοια τ. Alzheimer με **πρώιμη έναρξη** (<65 ετών)
- την γεροντική άνοια τ. Alzheimer με **όψιμη έναρξη** (>65 ετών)
- την **άτυπη ή μικτής μορφής άνοια** που η κλινική της εικόνα δεν είναι η τυπική της νόσου Alzheimer ή είναι εμφανής και η συμμετοχή αγγειακών διαταραχών στην εμφάνιση της νόσου (μικτού τύπου άνοια).

Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες της νόσου.

Σαν κυριότεροι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση της νόσου θεωρούνται:

- α.** η κληρονομικότητα, με την έννοια της αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης της νόσου, όταν νοσεί κάποιος πρώτου βαθμού συγγενής.
- β.** πιθανή γονιδιακή βλάβη που σχετίζεται με τα χρωμοσώματα 21, 19, 14. Έχουν απομονωθεί επίσης γονίδια φορείς της νόσου χωρίς όμως να σημαίνει ότι ο φέρων τα γονίδια θα νοσήσει (υπολειπόμενο γονίδιο).
- γ.** Η μείωση της δραστηριότητας της ακετυλοχολινεστεράσης, βασικού ενζύμου για τη σύνθεση της χολινεστεράσης, με αποτέλεσμα την απενεργοποίηση των αντίστοιχων κυττάρων.
- δ.** Πιθανή ιογενής λοίμωξη από ιό βραδείας δράσεως.
- ε.** Τοξική βλάβη των κυττάρων από ουσίες όπως ο μόλυβδος. **στ.** Πιθανός αυτοάνοσος μηχανισμός.
- ζ.** Η εναπόθεση β-αμυλοειδούς πρωτεΐνης σε μορφή πλακών στο Κ.Ν.Σ. και βέβαια η συμμετοχή διαφόρων προδιαθεσικών παραγόντων όπως:
 - η μεγάλη ηλικία
 - το φύλο (οι γυναίκες νοσούν 13% περισσότερο από τους άνδρες)
 - η μείωση διαφόρων αντιοξειδωτικών παραγόντων στον οργανισμό
 - κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, νόσοι του κυκλοφορικού, αρτηριακή υπέρταση κ.ά.

Η **κλινική εικόνα** της νόσου μοιάζει με αυτή των άλλων ανοιών και χαρακτηρίζεται κυρίως από:

- **σταδιακή έκπτωση της πρόσφατης - βραχύχρονης μνήμης που εξελίσσεται σε γενικότερη διαταραχή της μνήμης**

- **έκπτωση της κρίσης, αδυναμία έκφρασης σύνθετων λογισμών, αφασικές, απραξικές ή και αγνωσιακές διαταραχές**
- **διαταραχές του προσανατολισμού στο χώρο, το χρόνο και τον ίδιο του τον εαυτό.**
- **συναισθηματική αστάθεια, ευσυγκινησία ή και εκρήξεις επιθετικότητας ή ακόμη απάθεια, αδιαφορία ή καχυποψία μέχρι παρανοϊκού βαθμού**
- **ψυχωσική συμπτωματολογία με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, κυρίως διωκτικού περιεχομένου**
- **ακράτεια, φυγές και πλανήσεις.**

Το σύνολο αυτό των συμπτωμάτων εμφανίζεται σταδιακά και η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από τη χρονική ταχύτητα επιβάρυνσης της κλινικής εικόνας. Για το λόγο αυτό έχουν περιγραφεί **επτά στάδια της νόσου** με διαφορετικά βασικά χαρακτηριστικά για κάθε ένα από αυτά. Τα στάδια αυτά είναι:

στάδιο 1: χωρίς διαταραχές ανωτέρων λειτουργιών και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις.

στάδιο 2: υποκειμενικές αιτιάσεις για διαταραχή της μνήμης χωρίς αντικειμενικές ενδείξεις κατά την κλινική εξέταση.

στάδιο 3: ήπια νοητική ανεπάρκεια, εμφάνιση άρνησης, αντικειμενικές ενδείξεις μόνο σε συστηματική κλινική συνέντευξη. "

στάδιο 4: μέτρια νοητική ανεπάρκεια, αδυναμία για σύνθετες εργασίες, άμβλωση συναισθήματος, η άρνηση γίνεται βασικός μηχανισμός άμυνας.

στάδιο 5: αρχή άνοιας, ο ασθενής δεν μπορεί να επιζήσει χωρίς βοήθεια και κατά τη συνέντευξη δεν μπορεί να ανακαλέσει βασικά στοιχεία.

στάδιο 6: μέτρια άνοια, χρειάζεται συνεχή φροντίδα στην καθημερινή ζωή, εμφάνιση ακράτειας, διαταραχές συναισθήματος και χαρακτήρα, άσκοπες τάσεις φυγής.

στάδιο 7: βαρεία άνοια, απώλεια κάθε λεκτικής δραστηριότητας και βασικών ψυχοκινητικών λειτουργιών σαν να μη μπορεί το μυαλό να συνδυασθεί με τη σωματική κινητικότητα.

Η διάγνωση της άνοιας δεν είναι δύσκολη. Η επιβεβαίωση όμως της νόσου Alzheimer μπορεί να γίνει μόνο με ιστολογική εξέταση του εγκεφάλου του ασθενούς μετά θάνατον.

Η κλινική εξέταση παραμένει το βασικό κριτήριο προσδιορισμού της διαταραχής και περιλαμβάνει διάφορα ερωτηματολόγια προς καθορισμό του σταδίου (π.χ. το Min Mentol State Exmination - MMSE κ.ά.).

Η εργαστηριακή επιβεβαίωση θα γίνει με αξονική ή μαγνητική τομογραφία, εγκεφαλογράφημα και πλήρη αιματολογικό έλεγχο. Ακόμη μπορεί να προχωρήσει κανείς σε γενετικό έλεγχο, προσδιορισμό παθολογικών πρωτεϊνών και αμυλοειδών ή και σε εξέταση E.N.Y.

Η διαφορική διάγνωση της άνοιας θα γίνει από την κατάθλιψη χωρίς να αποκλείεται η συνύπαρξη των δύο κλινικών εικόνων, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου, όπου ο ασθενής έχει αρχίσει να

βιώνει τις πρώτες δυσκολίες στη λειτουργικότητά του, γεγονός που επηρεάζει και τη γενικότερη συναισθηματική του κατάσταση αρνητικά.

Συγκεκριμένη **θεραπεία** δεν υπάρχει. Φαρμακευτικά χορηγούνται κυρίως:

- **αναστολείς της χολιστεράσης**
- **χολινεργικοί ανταγωνιστές**
- **παράγοντες απελευθέρωσης ακετυλοχολίνης**
- **ουσίες πρόδρομες της ακετυλοχολίνης.**

Η φαρμακευτική αγωγή συχνά συνδυάζεται με:

- **χορήγηση βιταμινών**
- **χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών και**
- **είδη υγιεινής διατροφής.**

Βασικό όμως ρόλο φαίνεται να αποτελεί η ψυχοκοινωνική φροντίδα και η συνεχής προσπάθεια διατήρησης των όποιων ικανοτήτων εξακολουθεί να διαθέτει ο ασθενής. Για το λόγο αυτό δεν θα πρέπει ποτέ να παραλείπεται η εμπειριστατωμένη πληροφόρηση και καθοδήγηση των συγγενών ή φροντιστών του ασθενή για να μην "ξεχνάνε" τον άρρωστο.

B1.3 Γεροντική άνοια (Senile Dementia).

Οφείλεται σε μια **γενικευμένη εγκεφαλική ατροφία** η οποία δημιουργείται εξελκτικά και γίνεται εμφανής μετά το 65ο έτος της ηλικίας. Η έκπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι σταδιακή και προοδευτική, χωρίς οξείες φάσεις. Χαρακτηριστική είναι η **πρώιμη εξασθένηση της πρόσφατης μνήμης** που συχνά αποτελεί και το πρώτο σύμπτωμα της νόσου. Η ψυχική συμπτωματολογία συνοδεύεται συχνά και από ελαφρές διαταραχές του νευρικού συστήματος όπως εξωπυραμιδικός τρόμος, στοματικοί αυτοματισμοί, ανωμαλίες του μυϊκού τόνου κλπ. Η αξονική τομογραφία έχει γίνει το βασικότερο διαγνωστικό μέσο και χαρακτηρίζεται από στοιχεία εσωτερικού και εξωτερικού υδροκέφαλου και γενικότερα σημεία εγκεφαλικής ατροφίας.

B1.4 Η νόσος του PICK.

Τη συναντάμε σε διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία από την προγεροντική άνοια και με βαρύτερη συμπτωματολογία. Η κατάσταση αυτή οδηγεί γρηγορότερα από τις άλλες μορφές άνοιας στην πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Το προσδόκιμο επιβίωσης κυμαίνεται μεταξύ 2-8 ετών. Η ατροφία του εγκεφάλου είναι περιγεγραμμένη στους κροταφικούς και μετωπιαίους λοβούς και πιο σπάνια στην ινιακή περιοχή ή τους πυρήνες και το στέλεχος.

B1.5 Το οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο.

Εμφανίζεται σαν επιπλοκή σε χειρουργικές επεμβάσεις, συνήθως ηλικιωμένων ατόμων ή μετά από τοκετό. Πιθανόν οφείλεται σε διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Η εκδήλωσή του μπορεί να είναι αιφνίδια ή να προηγούνται ορισμένα πρόδρομα συμπτώματα όπως αϋπνία, υπερκινητικότητα, δυσφορική διάθεση κλπ. Ακολουθεί η εμφάνιση ψυχωτικής συμπτωματολογίας με παραλήρημα, ψευδαισθήσεις κ.ά. Έχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης, τόσο με νευροληπτικά φάρμακα όσο και με

διόρθωση των ηλεκτρολυτικών ή άλλων μεταβολικών διαταραχών, λόγω του κινδύνου για τη ζωή του ασθενή.

B1.6 Ψυχολογικές διαταραχές επί χωροκατακτητικών επεξεργασιών στον εγκέφαλο (Όγκοι, αιματώματα, κλπ.).

Η ανάπτυξη χωροκατακτητικών επεξεργασιών στον εγκέφαλο συνοδεύεται συχνά και από ψυχικές διαταραχές που δεν είναι καθορισμένες από την τοπογραφία του όγκου. Σε περίπτωση συνύπαρξης νευρολογικής διαταραχής η διάγνωση είναι ευχερής. Ιδιαίτερη προσοχή, όμως, χρειάζεται σε περίπτωση ύπαρξης μόνο ψυχικών διαταραχών που πολύ συχνά οφείλονται σε τέτοιου είδους εξεργασίες. Η μη έγκαιρη διάγνωση μπορεί σ' αυτές τις περιπτώσεις να αποβεί μοιραία για τον ασθενή. Οι όγκοι του εγκεφάλου χωρίς νευρολογική συμπτωματολογία προκαλούν συνήθως καταθλιπτικές ψυχιατρικές εικόνες. Ακόμα, μπορούν να εμφανισθούν βραδυψυχισμός, απρόσφορο συναίσθημα, έκπτωση νοητικών λειτουργιών κ.ά.

B1.7 Ηπατοπάθειες, Νεφροπάθειες.

Προκαλούν συχνά ψυχική συμπτωματολογία λόγω των μεταβολικών διαταραχών που συνοδεύουν τα προχωρημένα στάδια της νόσου. Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια προκαλεί συγχυτικά επεισόδια, πτερυγισμό των χειρών και κόμα. Οι πορφυρίες προκαλούν σχιζοφρενικόμορφες ψυχωτικές διαταραχές που συνοδεύονται από κοιλιακά άλγη και πολυνευρίτιδα. Επίσης, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε συχνή εξωνεφρική κάθαρση παρατηρούνται συχνά διάφορες ψυχικές διαταραχές.

B1.8 Χρόνια χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Ένας μεγάλος αριθμός φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται χρόνια από τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να προκαλέσουν διάφορες ψυχιατρικές κλινικές εικόνες. Σ' αυτό συντελεί και η μειωμένη πρωτεϊνική σύνθεση διαφόρων σκευασμάτων στις προχωρημένες ηλικίες, ενώ η αποβολή από τους νεφρούς περιορίζεται είτε λόγω κάποιας νεφρικής διαταραχής, είτε λόγω της ηλικίας. Επιπλέον, οι μεταβολικές και αιματολογικές διαταραχές στον εγκέφαλο κάνουν τα εγκεφαλικά κύτταρα πιο ευαίσθητα. Μερικά από αυτά είναι τα σκευάσματα που περιέχουν **κορτικοστεροειδή** (ευφορικές καταστάσεις με ψυχωσικά στοιχεία, κατάθλιψη), **σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου του Parkinson** (συγχυτική διέγερση, παρανοϊκές καταστάσεις, κατάθλιψη ανησυχία, άγχος, αϋπνίες), ορισμένα **αντιϋπερτασικά**, ιδιαίτερα τα περιέχοντα ρεζερπίνη (κατάθλιψη, απώλεια ενδιαφερόντων, ψυχοσωματική διέγερση, διαταραχές του ύπνου, τάσεις αυτοκτονίας), **αναλγητικά**, ιδιαίτερα τα σύνθετα σκευάσματα που περιέχουν αναλγητικό ηρεμιστικό και καφεΐνη, που προκαλούν εθισμό και επιτείνουν το άγχος (παράδοξη δράση), **καρδιοτονωτικά** (π.χ. Digitalis) που στην περίπτωση υπερδοσολογίας, παράλληλα με τις καρδιαγγειακές ανωμαλίες, προκαλούν ναυτία, κεφαλαλγίες, δυσφορία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, σύγχυση κλπ., όπως ακόμη και τα **ψυχοφάρμακα**, τα οποία θέλουν ιδιαίτερη προσοχή στη δοσολογία τους λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Τέτοια ψυχοφάρμακα είναι:

α. ηρεμιστικά - υπνωτικά, που προκαλούν εθισμό με αποτέλεσμα στερητικά συμπτώματα κατά τη διακοπή τους. Συχνά εμφανίζουν επίσης τη λεγόμενη "παράδοξη δράση" προκαλώντας αντί ηρεμίας και ύπνου, εσωτερική ανησυχία και αϋπνίες.

β. νευροληπτικά, που προκαλούν μείωση της βούλησης, κατάθλιψη, συγχυτικές ή και ψυχωτικές καταστάσεις.

γ. αντικαταθλιπτικά, που προκαλούν συγχυτικές καταστάσεις, ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή κ.ά.

Γενικά, οποιαδήποτε φαρμακευτικά σκευάσματα θα πρέπει να χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή στα ηλικιωμένα άτομα και πάντα με συνεχή έλεγχο της δράσης τους σ' αυτά. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία με τους συγγενείς ή φροντιστές των ατόμων αυτών.

Το σύνδρομο της σεροτονίνης.

Εμφανίζεται μετά ταυτόχρονη χρήση δύο ή και περισσότερων φαρμάκων που ενισχύουν τη δραστηριότητα της σεροτονίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Συμπτωματολογία:

- νοητικές ή συμπεριφερσιολογικές αλλαγές (αποπροσανατολισμός, σύγχυση, διέγερση)
- δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (διάρροια, τρεμούλα, πυρετό, έμετο)
- νευρομυκικές ανωμαλίες (αταξία, μυϊκός κλόνος τρόμος).

Η συμπτωματολογία αυτή διαφέρει από τις συνήθεις παρενέργειες ως προς την εμφάνιση κατά ομάδες, την διάρκεια και την σοβαρότητα, με αποτέλεσμα να γίνεται αναγκαία η μείωση ή η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.

B1.9 Η νόσος του Parkinson.

Λόγω της εκφυλιστικής φύσεως της νόσου, μπορεί αυτή να συνδυάζεται με σχετική διαταραχή διαφόρων ψυχικών διαταραχών, την οποία ενισχύει και η χρόνια φαρμακευτική αγωγή με διάφορα σκευάσματα που επηρεάζουν τον ψυχισμό των ασθενών. Συχνότερα παρατηρούμε έναν βραδυψυχισμό και μία καταθλιπτική διάθεση.

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις ανοϊκές καταστάσεις και την υποστροφική μελαγχολία.

B1.10 Η γενικότερη σωματική υγεία.

Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, η ψυχολογική υγεία είναι δυνατό να επηρεασθεί από πλήθος σωματικών παθήσεων, που μπορούν να οδηγήσουν σε συγχυτικές καταστάσεις, οι οποίες καλυτερεύουν με την αποκατάσταση της σωματικής λειτουργικότητας. Σαν παραδείγματα

αναφέρουμε εμπύρετα νοσήματα, καρδιακή ανεπάρκεια, αυξομειώσεις της αρτηριακής πίεσης, και διάρροια.

Χρόνιες πνευμονοπάθειες ακόμα μπορούν να προκαλέσουν άλλοτε άλλης έκτασης συγχυτική διαταραχή και η έντονη σωματική αδυναμία να οδηγήσει σε καταθλιπτική διάθεση. Για το λόγο αυτό και ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, ποτέ δεν πρέπει να αγνοείται η γενικότερη σωματική κατάσταση ακόμη και στις πιο εξεζητημένες και χαρακτηριστικές ψυχιατρικές εικόνες.

B.2. Τα καταθλιπτικά σύνδρομα.

Οι κλινικές εικόνες της κατάθλιψης σε προχωρημένες ηλικίες έχουν όλα τα χαρακτηριστικά της υποστροφικής μελαγχολίας, σε βαρύτερη μορφή.

Οι διάφορες απώλειες σε πρόσωπα, εργασία κλπ. σε συνδυασμό με την περιθωριοποίηση, την έλλειψη στόχων και σκοπού στη ζωή, την απομόνωση από τους νεότερους και τη σταδιακή μείωση των σωματικών δυνατοτήτων φτιάχνουν ένα ρόλο που διαθέτει όλες τις προϋποθέσεις για να οδηγήσει κάποιον σε μία καταθλιπτική κατάσταση. Η μείωση των δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων αυξάνει το άγχος θανάτου που επιβαρύνει, πολλές φορές ιδιαίτερα, την όποια καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τα καταθλιπτικά σύνδρομα στα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να εμφανισθούν σαν πρωτογενής διαταραχή, είτε με την εικόνα μιας **μείζονος κατάθλιψης**, με όλα τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου (απώλεια ενδιαφέροντος, αβουλία, ενοχοποιητικές σκέψεις και αίσθημα μηδαμινότητας, διαταραχές του ύπνου, ψυχοκινητικές διαταραχές, μείωση της όρεξης κλπ) είτε σαν μία **χρόνια δυσθυμία** με παρόμοια συμπτωματολογία, φαινομενικά όμως σημαντικά ελαφρύτερη, γι' αυτό και πιο ανεκτή από το περιβάλλον. Στις περιπτώσεις αυτές το περιβάλλον του ασθενή θεωρεί μία τέτοια κατάσταση "φυσιολογική" γι' αυτόν και την ηλικία του, συχνά δεν φροντίζει για ιατρική βοήθεια και όταν το κάνει, αυτό γίνεται μετά μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς οποιαδήποτε στοιχεία χαράς ή ευχαρίστησης από κάποια δραστηριότητα του ασθενή.

Συχνή είναι όμως και η εμφάνιση **ψευδονευρωτικών εικόνων**, όπως μίας υποχονδριακής συμπεριφοράς, διαφόρων σωματικών ενοχλημάτων ή λειτουργικών διαταραχών, χωρίς την εμφανή παρουσία καταθλιπτικού συναισθήματος. Στις περισσότερες των περιπτώσεων αυτών πρόκειται για συγκαλυμμένες καταθλίψεις που χαρακτηρίζονται σαν άτυπες.

Στα καταθλιπτικά σύνδρομα των ηλικιωμένων δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει ότι συχνά συνοδεύονται από μία φαινομενική μείωση των νοητικών λειτουργιών, παρόμοια με αυτή της άνοιας. Στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για μία μορφή **ψευδοάνοιας**, που συχνά μπορεί να διαχωρισθεί από την πραγματική άνοια από τη στάση του ασθενή. **Στην άνοια ο ασθενής προσπαθεί να συμμετάσχει αλλά δεν μπορεί, ενώ στην κατάθλιψη είναι χαρακτηριστική η αδιαφορία συμμετοχής του ασθενή.**

Καταθλιπτικά σύνδρομα που συνοδεύουν άλλες πρωτογενείς διαταραχές χαρακτηρίζονται σαν δευτερογενή. Τέτοια είναι τα καταθλιπτικά σύνδρομα που συνοδεύουν τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, χρόνιες σωματικές παθήσεις, την νόσο του Parkinson, όπως και αυτά που εμφανίζονται μετά από χρόνια χρήση κάποιων φαρμάκων ή συνοδεύουν ορμονικές διαταραχές (θυρεοειδής, επινεφρίδια, σακχαρώδη διαβήτη), νεοπλασίες ή άλλα συστηματικά νοσήματα (από το καρδιαγγειακό, αναπνευστικό κλπ).

Τέλος, δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει τυχόν άλλη ή άλλες, ίσως λιγότερο έντονες, καταθλιπτικές φάσεις του ασθενή στο παρελθόν, στα πλαίσια αναζωπύρωσης μίας μονοφασικής διαταραχής. Η **διαγνωστική** διαδικασία θα πρέπει λοιπόν να περιλαμβάνει όλες αυτές τις εξετάσεις που θα μας αποκλείσουν την οργανικότητα της κατάθλιψης όπως και το λεπτομερές ψυχιατρικό ιστορικό που θα μας δώσει τα απαραίτητα στοιχεία για την τελική ταξινόμηση του καταθλιπτικού συνδρόμου.

Στη **θεραπεία** των καταθλιπτικών συνδρόμων τα τελευταία χρόνια έχουν επικρατήσει οι **αναστολείς πρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)**.

Η εύκολη συνταγολόγηση και ο μειωμένος κίνδυνος παρενεργειών είναι στα θετικά των σκευασμάτων αυτών. Δεν θα πρέπει όμως να παραβλέπονται και τα μειονεκτήματά τους που συνίστανται στο ότι:

- δεν στερούνται παρενεργειών σε χρόνια χρήση
- μπορεί να προκαλέσουν καταστολή της όρεξης (κάποια από αυτά) σε εξασθενημένους ή υποσιτισμένους γηριατρικούς ασθενείς
- το σύνδρομο της σεροτονίνης
- η γενικότερη αποτελεσματικότητά τους δεν είναι μεγαλύτερη των παλαιότερων αντικαταθλιπτικών
- η μέση μείωση έντασης των συμπτωμάτων δεν ξεπερνάει το 50% σε αντιστοιχία του 31% του Placebo και, τέλος
- ψυχολογικές παρεμβάσεις, ακόμη και σε οξείες φάσεις καταθλιπτικών επεισοδίων φαίνεται να έχουν τα ίδια αποτελέσματα με την φαρμακευτική αγωγή.

Τελικά, έχει αποδειχθεί ότι η καλύτερη αντιμετώπιση του καταθλιπτικού ασθενή είναι ο **συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής με τις ανάλογες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις**, που σε τελευταία ανάλυση, θα είναι αυτές που θα διατηρήσουν και το όποιο καλό αποτέλεσμα.

B3. Οι παρανοϊκοί - ψευδαισθητικές καταστάσεις.

Πολλές φορές παρατηρούμε σε ηλικιωμένα άτομα μια σταδιακή αλλαγή στον τρόπο σκέψης τους με εμμονές στο περιεχόμενό της και χαρακτηριστική ακαμψία στον τρόπο έκφρασής της, που φθάνει να αποκλίνει από τη λογική συσχέτιση των γεγονότων ή των καταστάσεων. Έτσι, η διαμόρφωση αυτή του τρόπου σκέψης μπορεί να αποκτήσει περιστασιακά ή σταδιακά **παρανοϊκό χαρακτήρα**, όσον αφορά αποφάσεις πράξεις ή ερμηνεία γεγονότων από πλευράς των ηλικιωμένων. Συχνά, η κατάσταση αυτή μπορεί να συνοδεύεται από ψευδαισθητικά βιώματα που έχουν σχέση είτε με τη σωματική κατάσταση του ηλικιωμένου (αποτέλεσμα της αγωνίας και του άγχους θανάτου), είτε με εμπειρίες ψευδαισθητικής αντίληψης γεγονότων από το παρελθόν, κυρίως, ή το μέλλον.

Οι καταστάσεις αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα τους και στερούνται συχνά και της ελάχιστης επικοινωνίας με τους συνανθρώπους τους. Η καθημερινότητα αυτή μειώνει την ποσότητα των αντιληπτικών εικόνων αφήνοντας τον ηλικιωμένο στον κόσμο της σκέψης και των βιωμάτων του, με αποτέλεσμα τα τελευταία να κυριαρχούν στον τρόπο αντίληψης της πραγματικότητας. Στη δημιουργία της κατάστασης αυτής οπωσδήποτε συντελούν και η εξασθένηση των μηχανισμών άμυνας συνεπεία του γήρατος. **Είναι χαρακτηριστική όμως η αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων αυτών, όταν βρεθούν σε περιβάλλον που τους παρέχει**

περισσότερα ερεθίσματα, όπως θα μπορούσε να είναι ένα καλά οργανωμένο ίδρυμα ή η συμμετοχή τους σε ένα ΚΑΠΗ, όταν η οικογενειακή τους κατάσταση δεν επιτρέπει την επανένταξή τους στον οικογενειακό ιστό (έλλειψη παιδιών ή κοντινών συγγενών κλπ). Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση, δηλαδή, θα είχε πολύ καλύτερα και σταθερότερα αποτελέσματα από οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή, που θα πρέπει να αναζητείται μόνο σε ιδιαίτερα προχωρημένες ή βαρείες καταστάσεις όπου το παρανοϊκό περιεχόμενο της σκέψης ή οι ψευδαισθητικές καταστάσεις είναι ιδιαίτερα συχνές και κυριαρχούν στη συμπεριφορά του ασθενή, συνιστώντας πια λόγω της συχνότητας και της έντασης της εμφάνισής τους, ψυχιατρική διαταραχή.

B4. Οι νευρωτικές εικόνες με κυρίαρχη συμπτωματολογία το άγχος.

Ο άνθρωπος είναι το μοναδικό ον που γνωρίζει ότι κάποτε θα πεθάνει. **Η απάντηση στο άγχος της συνειδητοποίησης του γεγονότος αυτού είναι η δημιουργία.**

Το ηλικιωμένο άτομο όχι μόνο συνειδητοποιεί το γεγονός του θανάτου, αλλά τις περισσότερες φορές στερείται και της δυνατότητας δημιουργίας ή ακόμη και του συναισθήματος ότι εξακολουθεί να είναι χρήσιμο για κάτι.

Οι διάφορες μελέτες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι το νοητικό άγχος είναι τρεις φορές συχνότερο σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών απ' ότι σε ηλικίες 21-44 ετών και ότι η συχνότητα του σωματικού άγχους σε σύγκριση με τις ηλικίες αυτές είναι επταπλάσια.

Το άγχος μπορεί να εκφράζεται σαν τέτοιο, μπορεί όμως, ανάλογα και με τη δομή της προσωπικότητας του ηλικιωμένου, να σωματοποιείται ή να εκφράζεται σε μία υποχονδριακή συμπεριφορά. Ακόμη είναι δυνατόν να συνοδεύεται από κάποιο καταθλιπτικό συναίσθημα ή να καλύπτει μία κατάθλιψη. Τα σχετικά συμπτώματα θα πρέπει να εμφανίζονται μία διάρκεια πέραν του εξαμήνου για να αξιολογηθούν σαν παθολογικά. Δεν θα πρέπει να συγχέονται δηλαδή με τυχόν περιστασιακές αγχωτικές καταστάσεις που είναι φυσιολογικές στα πλαίσια της ζωής κάθε ανθρώπου.

Στην **αιτιοπαθογένειά** του θα συντελούν τόσο οργανικοί, όσο και κοινωνικοί παράγοντες. Συχνή είναι η εικόνα του "άγχους εξάντλησης", σαν αντίδραση στην απώλεια εξωτερικών ερεθισμάτων ή αντικειμένων συναισθηματικής επένδυσης. Κάτι που μοιάζει με την "**ανακλητική κατάθλιψη των βρεφών**" (Spitz).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στη χρήση αντικαταθλιπτικών σε μικρές δόσεις ή αγχολυτικών, αλλά οπωσδήποτε σε συνδυασμό με προσπάθειες ψυχολογικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης.

Η αυτοκτονία στην τρίτη ηλικία.

Όλες οι στατιστικές δείχνουν ότι οι αυτοκτονίες στην τρίτη ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα απ' ότι σε νεότερες περιόδους της ζωής. Σε ηλικίες άνω των 65 ετών είναι σχεδόν διπλάσιες, ενώ σε ηλικίες άνω των 80 ετών τετραπλάσιες του υπολοίπου ανδρικού πληθυσμού.

Η αυτοκτονική επικινδυνότητα αυξάνει σε περιπτώσεις:

- **σωματικών ή ψυχικών ασθενειών**
- **όπου υπάρχει συναίσθημα εγκατάλειψης**

Άλλα στοιχεία επικινδυνότητας που θα πρέπει να αξιολογηθούν για την πιθανή πρόγνωση μιας τέτοιας πράξης είναι:

- **η μη αναστρέψιμη καταθλιπτική διάθεση ενός ηλικιωμένου**
- **το έντονο συναίσθημα μοναξιάς και γήρατος που φαίνεται να κυριαρχεί στη μέση συναισθηματική διάθεση του ηλικιωμένου**
- **απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν, παρ' όλο που οι τότε πιθανοί λόγοι (εκλυτικές αφορμές), πρακτικά έχουν εκλείψει**
- **σωματικές ασθένειες με πιθανό κίνδυνο για τη ζωή του ηλικιωμένου ή χρόνιες βασανιστικές για τον ίδιο παθολογικές καταστάσεις**
- **εξάρτηση από αλκοόλ ή φαρμακευτικά σκευάσματα**
- **διαχρονική απόσυρση των ενδιαφερόντων, ακόμη και από αγαπημένες δραστηριότητες του παρελθόντος.**

Οι αυτοκτονικές πράξεις των ηλικιωμένων είναι σπάνια παρορμητικές. Τις περισσότερες φορές είναι καλά σχεδιασμένες, αφού ο ηλικιωμένος θέλει σχεδόν πάντα να πεθάνει. Η αυτοκτονική πράξη δεν έχει, δηλαδή, το στοιχείο της έκλυσης της προσοχής των άλλων (ποιών;), στοιχείο που χαρακτηρίζει συχνά τις αυτοκτονικές πράξεις νεώτερων σε ηλικία ατόμων. Ο ηλικιωμένος που σχεδιάζει την αυτοκτονία του, έχει κάνει τον απολογισμό του, είναι κουρασμένος και ο θάνατος έχει την προσδοκία της απελευθέρωσης από τη βασανιστική του καθημερινότητα.

Όταν έχουμε το συναίσθημα της αυτοκτονικής διάθεσης ενός ηλικιωμένου, θα πρέπει να προσέξουμε δύο πράγματα στην προσπάθεια αντιμετώπισής του:

- Οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν μια γενικότερη βελτίωση του ψυχισμού τους, μετά από διάστημα κατάθλιψης με αυτοκτονικό ή όχι ιδεασμό, ίσως έχουν πάρει την τελική τους απόφαση. Δεν θα πρέπει δηλαδή η βελτίωση αυτή να μας ανακουφίσει, αλλά αντίθετα να αυξήσει την προσοχή μας στον ασθενή.
- Πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα παρέχουν ένα συναίσθημα ενεργητικότητας σε πρώτη φάση, ενώ η αντικαταθλιπτική τους δράση ακολουθεί μετά από ημέρες. Έτσι, μπορούν να "σπρώξουν" έναν ηλικιωμένο στην αυτοκτονική του πράξη παρέχοντάς του την ενέργεια για αυτήν. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει τα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα να δίνονται με μεγάλη προσοχή, υπό επιτήρηση και με συγχορήγηση κατασταλτικών που θα εμπόδιζαν την εμφάνιση της ενέργειας μέχρι να εξασφαλισθεί η αντικαταθλιπτική δράση του σκευάσματος.⁸⁰

3.ΑΡΧΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Ο στόχος διαπαιδαγωγήσεως του ηλικιωμένου πρέπει να αποβλέπει στην ενημέρωσή του για το σκοπό,τη δράση,τις παρενέργειες του και τη δόση,τον χρόνο και τον τρόπο λήψεως του.⁶⁹

Οι βασικές αρχές που έχουν σχέση με τη χορήγηση των φαρμάκων είναι:

1. Έλεγχος γνώσεων για τα φάρμακα

- Να ελέγχεται τις γνώσεις του ηλικιωμένου για τα φάρμακα τόσο συχνά όσο χρειάζεται.Οι πληροφορίες που θα δίνονται πρέπει να είναι απλές και κατανοητές για το συγκεκριμένο άτομο.

2. Συνεχής επαγρύπνηση για παρενέργειες

- Να ενημερώνεται τον ηλικιωμένο για τα σημεία, τα συμπτώματα και τις παρενέργειες κάθε φαρμάκου.
- Να τον προτρέπει να σας ενημερώνει για τα σημεία και τα συμπτώματα που ενδέχεται να παρατηρήσει.
- Να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στη χορήγηση νέων φαρμάκων ή στην αλλαγή των δόσεων.

3. Απλούστευση του τρόπου χορηγήσεως

- Να συνεργάζεστε με τον ηλικιωμένο για τον καθορισμό ενός κατορθωτού σχήματος λήψεως φαρμάκων.
- Να συνεργάζεστε με τον γιατρό για τον καθορισμό εφικτού χρόνου χορηγήσεως του φαρμάκου.Να προτείνεται συνδυασμούς φαρμάκων,αλλαγές ή διακοπές όπου είναι δυνατό.

4. Μελέτη του κόστους των φαρμάκων

- Να συζητείται με το γιατρό το ενδεχόμενο χορηγήσεως φτηνών και αποτελεσματικών φαρμάκων, κυρίως όταν αντιμετωπίζονται οικονομικά προβλήματα.

5. Διευθέτηση φυσικών εμποδίων

- Να αποφεύγετε, αν είναι δυνατόν, συσκευασίες φαρμάκων που δυσκολεύουν τον ηλικιωμένο.

6. Έλεγχος βοηθητικών μέσων μνήμης

- Να συγκεντρώνεται πληροφορίες για το τρέχον σύστημα μνήμης που χρησιμοποιείται από τον ηλικιωμένο.

7. Καθιέρωση καταλόγου

- Να καταγράφεται σε κατάλογο το φάρμακο με το εμπορικό του όνομα, τη μορφή, τη δόση και το χρόνο με τις σχετικές οδηγίες. Το ημερολόγιο να παραμένει δίπλα στο φάρμακο, για να σημειώνεται εύκολα η κάθε χορήγησή του γραπτώς ή με κάποιο σημάδι.

8. Τοποθέτηση φαρμάκων σε ειδικά κουτάκια

- Να χρησιμοποιείται ειδικά κουτιά για την τοποθέτηση του φαρμάκου σε μια θήκη για την ημερήσια δόση ή σε επτά θήκες για ολόκληρη την εβδομάδα. Όταν χορηγούνται περισσότερα από ένα φάρμακα να χρησιμοποιείται θήκη με υποδιαίρέσεις.

9. Τοποθέτηση κωδικών στα ειδικά κουτάκια

- Για την αποφυγή λάθους και την διευκόλυνση του ηλικιωμένου να τοποθετείτε κώδικους στα κουτάκια, που μπορεί να είναι χρωματιστά πλαστικά σύμβολα, γράμματα με τα αρχικά των ημερών της εβδομάδας, π.χ. Κ.Δ.Τ.Τ.Π.Π.Σ., και ολογράφως ή με αριθμούς σε αντιστοιχία με τις ημέρες της εβδομάδας, π.χ. 1,2,3,4,5,6, και 7. Ακόμα είναι δυνατό να προσδιορίζεται η ημερήσια δόση με τα σύμβολα πρωί, μεσημέρι, απ'γευμα και βράδυ ή 1,2,3, και 4.

ΑΡΧΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- ✚ Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες φαρμακολογικές αντιδράσεις.
- ✚ Η ανταπόκριση στα φάρμακα αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας,σαν αποτέλεσμα μεταβολών στη διακίνησή τους από τον οργανισμό και την ιστική ευαισθησία λόγω των επιδράσεων που ασκούν οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις.
- ✚ Η απορρόφηση των φαρμάκων ελαττώνεται και η κατανομή τους επιρρεάζεται προφανώς από τις γνωστές μεταβολές στη σύσταση του οργανισμού,Ιδιαίτερα ο ρυθμός και η αποτελεσματικότητα της αποβολής τους ελαττώνεται σε μεγάλο βαθμό στην προχωρημένη ηλικία.
- ✚ Κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί είναι λιγότερο αποτελεσματικοί, επειδή οι λειτουργίες ομοιοστάσεως στους ηλικιωμένους εξασθενούν.
- ✚ Λόγω των αυξημένων κινδύνων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι,η φαρμακολογική τους θεραπεία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.
- ✚ Πρέπει να γίνει σαφές ότι η φαρμακολογική θεραπεία δεν είναι απαραίτητη για όλες τις παθολογικές καταστάσεις των ηλικιωμένων.
- ✚ Για τον καθορισμό του είδους και της δόσεως των φαρμάκων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ηλικία και η γενική κατάσταση των ηλικιωμένων.
- ✚ Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερη δοσολογία από τους νέους.
- ✚ Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη,επειδή τα σφάλματα και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις αυξάνονται με την υπερβολική χρήση τους.
- ✚ Απλά δοσολογικά σχήματα απομακρίνουν τα λάθη στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βοήθεια συγγενικού, γειτονικού ή φιλικού προσώπου πρέπει να γίνεται ευχαρίστως δεκτή, επειδή συμβάλλει στη καλύτερη προσαρμοστικότητα του ηλικιωμένου στη φαρμακευτική αγωγή

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Η αξιολόγηση του τρόπου λήψεως των φαρμάκων περιλαμβάνει τα ακόλουθα ερωτήματα:

- 1) Για πιο σκοπό χορηγήθηκε το φάρμακό?
- 2) Εξεπλήρωσε τον σκοπό για τον οποίο χορηγήθηκε?
- 3) Χρειάζεται να συνεχιστεί η χορήγησή του?
- 4) Η δόση είναι ενδεδειγμένη?
- 5) Μπορεί το φάρμακο ή η δόση του να προξενήσουν παρενέργειες?

- 6) Όταν εντοπίστηκαν παρενέργειες πάρθηκαν τα αναγκαία μέτρα,άλλαξε η δόση ή το φάρμακο?
- 7) Από τη λήψη ενός φαρμάκου προκλήθηκαν αντιδράσεις με άλλα φάρμακα που παίρνει ο ηλικιωμένος?
- 8) Τα σημεία ή τα συμπτώματα άρχισαν αμέσως μετά τη λήψη του φαρμάκου?
- 9) Από τη λήψη ενός ή περισσότερων φαρμάκων παρατηρήθηκαν αλλεργικά φαινόμενα?
- 10) Παίρνει κανονικά τα φάρμακα το άτομο ως προς το χρόνο και τη δόση?
- 11) Είναι τα φάρμακα τοποθετημένα σε κατάλληλο μέρος?
- 12) Συνέβησαν πρόσφατες αλλαγές στα φάρμακα του ηλικιωμένου κι αν ναι γιατί?
- 13) Παρουσιάζει το άτομο νέα συμπτώματα κι αν ναι έχουν καμιά σχέση με τη χορήγηση των φαρμάκων?
- 14) Αλλάζουν προοδευτικά τα χρόνια συμπτώματα?
- 15) Παίρνει το άτομο φάρμακα ή κάνει άλλες θεραπείες που δε γράφτηκαν ή εγκρίθηκαν από το γιατρό?
- 16) Υπάρχουν πληροφορίες που δεν αναφέρθηκαν,όπως φάρμακα που πέρνει το άτομο μόνο του χωρίς ιατρική εντολή ή δεν είναι συνεπής στη θεραπευτική του αγωγή?
- 17) Ποίος είναι ο τρόπος παρακολούθησεως του ηλικιωμένου από τους νοσηλευτές?
- 18) Υπάρχουν οικονομικά προβλήματα ή φυσικά εμπόδια για την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων?⁷⁰

4.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

- √ Μονάδες μερικής νοσηλείας - νοσοκομείο ημέρας - νυχτερινής νοσηλείας
- √ Ψυχιατρική στον Ψυχιατρικό Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου
- √ Κέντρα ψυχικής υγείας
- √ Επαγγελματική εκπαίδευση
- √ Προστατευόμενη Εργασία
- √ Υποστηριζόμενη εργασία
- √ Στέγαση
- √ Ξενώνες
- √ Προστατευόμενα διαμερίσματα
- √ Ανάδοχες οικογένειες.

Παρατηρείται διεθνώς μια τάση για ανάπτυξη ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία. Η τάση αυτή απαντά αφενός στην προσπάθεια μείωσης των ψυχιατρικών κλινών στα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα και αφετέρου στην ανάγκη παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στους αρρώστους των γενικών νοσοκομείων.

Οι ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων απευθύνονται στους κατοίκους της περιοχής ευθύνης που καλύπτει το νοσοκομείο. Μπορούν μάλιστα να καλύψουν όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, πλην ίσως αυτής της μακροχρόνιας νοσηλείας, η οποία εξακολουθεί να καλύπτεται αποκλειστικά από το ψυχιατρείο.³⁴

Η ψυχιατρική μονάδα συνήθως περιλαμβάνει:

- Ψυχιατρική κλινική κλειστής ή και ανοικτής νοσηλείας
- Εξωτερικά ιατρεία
- Υπηρεσία Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής.

Οι υπηρεσίες αυτές υποστηρίζονται από νοσηλευτική υπηρεσία, ψυχολογικό εργαστήριο και ομάδα κοινωνικών λειτουργών. Επιπλέον, η ψυχιατρική μονάδα μπορεί να οργανώσει νοσοκομείο ημέρας, κέντρα ψυχικής υγιεινής, ψυχιατρικούς ξενώνες και όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες που χρειάζεται η συγκεκριμένη κοινότητα στην οποία απευθύνεται και της οποίας τις ανάγκες καλύπτει.

Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων, με τα εξωτερικά ιατρεία που διαθέτουν και με τις διάφορες μονάδες νοσηλείας τους, παρέχουν ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες είναι πολύ πιο προσιτές στον αρρωστο και τον κοινωνικό του περίγυρο απ' ό,τι τα παλαιά κλασικά ψυχιατρεία. Η πρόσβαση και επαφή του ψυχικά αρρώστου και των συγγενών του με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του γενικού νοσοκομείου είναι ευκολότερη από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του ψυχιατρείου.

Επιπλέον, η νοσηλεία ενός ψυχικά αρρώστου στο γενικό νοσοκομείο δεν προκαλεί τον κοινωνικό του στιγματισμό, όπως δυστυχώς συμβαίνει με το ψυχιατρείο.⁵⁶

Εκτός όμως από την προσφορά ψυχιατρικών υπηρεσιών στο γενικό πληθυσμό, οι ψυχιατρικές αυτές μονάδες καλύπτουν και τις ανάγκες για ψυχιατρική υποστήριξη των νοσηλευομένων του γενικού νοσοκομείου. Εξίσου σημαντική λειτουργία των ψυχιατρικών μονάδων είναι και η διερεύνηση και αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων στους αρρώστους που προσέρχονται για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία των παθολογικών και χειρουργικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου.

Μεταξύ των γιατρών και του υπόλοιπου προσωπικού του νοσοκομείου, οι ψυχίατροι προωθούν την ψυχοσωματική άποψη της νόσου, υποστηρίζοντας μια ολιστική θεώρηση των προβλημάτων υγείας κάθε αρρώστου. Με την πρακτική τους δείχνουν ότι κάθε άρρωστο αποτελεί

μια ιδιαίτερη βιοψυχοκοινωνική μονάδα, η οποία πάσχει. Επομένως, η σωστή αντιμετώπιση προϋποθέτει τη συνολική υποστήριξη του αρρώστου στο βιολογικό, το ψυχικό και το κοινωνικό επίπεδο. Η λειτουργία αυτής της ψυχιατρικής μονάδας εντάσσεται στη Συμβουλευτική - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική και ολοκληρώνεται με τη διασύνδεση των διαφόρων ειδικοτήτων της Ιατρικής, ώστε να αντιμετωπίζουν ενιαία και κατά το δυνατόν πιο ολιστικά κάθε άρρωστο.⁵⁶

Τέλος, μέσα στο ρόλο του ψυχιατρικού τομέα στο γενικό νοσοκομείο είναι και η προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της κοινότητας του νοσοκομείου. Οι ψυχίατροι γνωρίζουν καλύτερα από τους άλλους συναδέλφους τους τη σημασία και τη σημειολογία των ανθρωπίνων σχέσεων. Έτσι, όταν χρειάζεται, επεμβαίνουν και εξομαλύνουν τις σχέσεις μεταξύ αρρώστων και ιατρών, συγγενών του αρρώστου και ιατρών ή νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και μεταξύ των διαφόρων μελών του προσωπικού του νοσοκομείου.⁵⁶

Με τη λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία αποκαλύφθηκε η μεγάλη αναγκαιότητα που υπάρχει για παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στους αρρώστους των υπολοίπων κλινικών των γενικών νοσοκομείων. Έρευνες που έγιναν διεθνώς, στους νοσηλευόμενους σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, έδειξαν ότι σε 20 - 30% από αυτούς υπήρχε ενεργός ψυχοπαθολογία που απαιτούσε ψυχιατρική παρέμβαση. Ακόμα, ένα ανάλογο ποσοστό αρρώστων με ψυχιατρικά προβλήματα ζητά ιατρική βοήθεια στα εξωτερικά ιατρεία άλλων ειδικοτήτων. Συνήθως είναι άρρωστοι που πάσχουν από κρίσεις άγχους, κρίσεις πανικού, σωματοποιητική, υποχονδριακή ή μετατρεπτικού τύπου διαταραχή.

Κάθε γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει έρθει επανειλημμένως αντιμέτωπος με αγχώδεις αρρώστους, οι οποίοι έχουν κεφαλαλγία, προκάρδιο άλγος, ταχυκαρδία, αίσθημα πνιγμονής ή συμπτώματα από το γαστρεντερικό ή το ουροποιητικό. Τα συμπτώματα προκαλούν έντονη δυσφορία στον άρρωστο και κινητοποιούν το περιβάλλον του. Ο γιατρός πιέζεται να παραγγείλει όλο το εύρος των διαθέσιμων παρακλινικών εξετάσεων, οι οποίες βέβαια δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα πλην της προσωρινής καθησύχησης του αρρώστου. Από το ιστορικό προκύπτει ότι οι κρίσεις αυτές εμφανίζονται μετά από κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός στη ζωή του αρρώστου. Είναι μάλιστα πολύ πιθανό να επαναληφθούν όταν δημιουργηθεί νέο ανάλογο γεγονός. Έτσι, από αυτή την κατηγορία των αρρώστων γίνεται δυσανάλογα μεγάλη σπατάλη υπηρεσιών υγείας.⁵⁶

Στην αντιμετώπιση και ουσιαστική θεραπεία αυτών των αρρώστων παίζει σημαντικό ρόλο η Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Ο ψυχίατρος τοποθετεί το πρόβλημα του αρρώστου στο σωστό του πλαίσιο τον πείθει ότι η αρρώστια του είναι ψυχική και μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, μόνο με ψυχιατρική θεραπεία. Η θεραπεία αυτών ώθησε διεθνώς όσους σχεδιάζουν τις υπηρεσίες υγείας, να ιδρύουν συνεχώς νέες ψυχιατρικές μονάδες και ειδικότερα μονάδες Συμβουλευτικής - Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία.

Οι δραστηριότητες, βέβαια, του ψυχιατρικού τομέα δεν περιορίζονται σε όσα προαναφέρθηκαν. Η Ψυχιατρική γνωρίζει καλύτερα από κάθε άλλη ιατρική ειδικότητα να πλησιάζει συναισθηματικά τον άρρωστο που πάσχει. Προσπαθεί να του απαλύνει τον πόνο, να τον κάνει περισσότερο συνεργάσιμο στα όποια θεραπευτικά σχήματα προτείνει η Ιατρική και γενικά να του ενισχύσει τους ψυχολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς που απαιτούνται στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και της νοσηλείας.⁵⁶

Έτσι, ο ψυχιατρικός τομέας μπορεί να οργανώνει ομάδες αρρώστων με ομοειδή προβλήματα, με ειδική καθοδήγηση, να εκφράζουν και να εκτονώνουν τα συναισθήματά τους και να αλληλοβοηθούνται.

Η φροντίδα του ψυχιατρικού τομέα μπορεί να περιλάβει και τους συγγενείς των αρρώστων. Και αυτοί χρειάζονται πολλές φορές ψυχοκοινωνική υποστήριξη και οδηγίες για τη σωστότερη αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων του αρρώστου.

Τέλος, ο ψυχιατρικός τομέας ασχολείται και με την ψυχική υγεία των γιατρών, των νοσηλευτών και του προσωπικού του νοσοκομείου. Στα πλαίσια αυτής της φροντίδας, έχει διαπιστωθεί ότι εργαζόμενοι σε τομείς του νοσοκομείου που έχουν μεγάλο συναισθηματικό φορτίο, όπως σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή σε μονάδες νοσηλείας καρκινοπαθών και αρρώστων τελικού σταδίου, εμφανίζουν άτυπα σωματικά ενοχλήματα, τα οποία οδηγούν σε συχνές αποχές από την εργασία. Η νοσολογική αυτή οντότητα ονομάστηκε σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης και αποτελεί αντικείμενο μελέτης και θεραπείας από τη Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Ψυχιατρική.⁵⁶

Νοσοκομείο ημέρας

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο, στα πρώτα στάδια της ιστορικής του εξέλιξης, ήταν μια υπηρεσία που είχε σκοπό να προστατεύσει την κοινότητα από άτομα που η συμπεριφορά τους, στο πλαίσιο της αρρώστιας τους, απειλούσε την ασφάλεια ή έστω την ισορροπία της. Η μεγάλη απόσταση του ψυχιατρικού νοσοκομείου από την πόλη, ο όγκος του κτιρίου, ίσως και η ηλικία του, είχαν σχετιστεί με το αίσθημα ασφάλειας του αστικού πληθυσμού.

Βέβαια, δεν υπήρχαν τότε επαρκή μέσα θεραπείας και επικρατούσαν διάφορες αντιλήψεις για την εξέλιξη της ψυχικής νόσου. Έτσι, η αντιμετώπιση του αρρώστου γινόταν σε επίπεδο εγκλεισμού και όχι αποκατάστασης.

Το νοσοκομείο ημέρας, χωρίς να παύει να εκπληρώνει τις απαιτήσεις ασφάλειας που το κοινωνικό σύνολο έχει από κάθε ψυχιατρική μονάδα, είναι μια από τις πρώτες μορφές ψυχιατρικής οργάνωσης που γίνεται φορέας κοινωνικοποίησης της ψυχιατρικής μέριμνας.⁵⁷

Η νοσηλεία του αρρώστου για ένα μέρος μόνο του 24ώρου:

- Εξασφαλίζει τη διατήρηση της σχέσης του με το οικογενειακό του περιβάλλον σε όλη τη διάρκεια της ακμής της νόσου, με το σκοπό να αποτελέσει και αυτό θεραπευτικό παράγοντα. Ο άρρωστος δεν απομονώνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σε ένα χώρο ελεύθερο βλαπτικών επιδράσεων, για να ξαναβρεθεί μετά από λίγο στο ίδιο αρχικό περιβάλλον, που δεν θα έχει στο μεταξύ υποστεί, καμιά διορθωτική επίδραση και που θα λειτουργήσει και πάλι ως παράγοντας του κυκλώματος σύγκρουση - νόσηση.³

Διακόπτει το συνεχή συγχρωτισμό του αρρώστου με την οικογένεια του και τις καθημερινές προστριβές που προκύπτουν από αυτόν, όπως συμβαίνει με τους εξωτερικούς αρρώστους. Η οικογένεια, δηλαδή, ανέχεται πιο εύκολα τη διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου για ένα μέρος του 24ώρου.

- Εμποδίζει το στιγματισμό που συνεπάγεται ο εγκλεισμός σε παραδοσιακό ψυχιατρείο.
- Επιτρέπει στον άρρωστο, ενώ νοσηλεύεται, να διατηρεί συγχρόνως ένα μέρος από τον κοινωνικό, οικογενειακό, ίσως και επαγγελματικό του ρόλο (εφόσον βρίσκεται εκτός νοσοκομείου τις απογευματινές και βραδινές ώρες καθώς και τα Σαββατοκύριακα), ελαττώνοντας έτσι τις πιθανότητες για οπισθοδρόμηση και λειτουργική ανικανότητα.³
- Το ψυχιατρικό περιστατικό προσέρχεται πιο εύκολα και πιο έγκαιρα στο νοσοκομείο όταν δεν αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο του εγκλεισμού. Στη χώρα μας, μάλιστα, όπου η εξάρτηση μεταξύ των μελών μιας οικογένειας είναι μεγάλη και οι δεσμοί μέσα σ' αυτήν είναι στενοί, προβάλλονται μεγαλύτερες αντιστάσεις από την οικογένεια για πλήρη αποχωρισμό ενός μέλους της, όπως γίνεται αναγκαστικά στην περίπτωση της 24ωρης νοσηλείας

Οφείλει να υπογραμμιστεί το γεγονός ότι, στο νοσοκομείο ημέρας, αντικείμενο θεραπείας και διερεύνησης δεν είναι μόνο οι διαταραχές του αρρώστου, αλλά και όλες όσες εμφανίζονται στο περιβάλλον του, ως αίτιο ή αποτέλεσμα της νόσου του. Έτσι, ο ρόλος των μονάδων αυτών στον τομέα της προληπτικής ψυχικής υγιεινής και της «εκπαίδευσης» της κοινότητας ως προς τις στάσεις της απέναντι στον ψυχικά άρρωστο είναι εμφανής. Το νοσοκομείο γίνεται μοντέλο κοινωνικής μικροομάδας και η κοινωνία θεραπευτικός, παράγοντας αποφασιστικής σημασίας.³

Η ιδέα της μερικής νοσηλείας στην Ψυχιατρική πρωτοεμφανίστηκε στη Σοβιετική Ένωση, το 1933, ως προσπάθεια εξοικονόμησης ψυχιατρικών κρεβατιών. Τα πρώτα όμως νοσοκομεία ημέρας δημιουργήθηκαν στον Καναδά το 1946 από τον Cameron και στην Αγγλία το 1948 από τον Bierer. Έκτοτε, δημιουργήθηκαν πολυάριθμες και ποικίλες, από πλευράς λειτουργικών χαρακτηριστικών, τέτοιες μονάδες, στα πλαίσια της αναζήτησης νέων

τρόπων ψυχιατρικής νοσηλείας, που να είναι φιλελεύθεροι, να διαθέτουν αρκετή ευκαμψία και να αντιμετωπίζουν το ψυχιατρικό πρόβλημα στην ολότητα του. Στην Ελλάδα, το πρώτο νοσοκομείο ημέρας λειτούργησε το 1977 στα πλαίσια της ψυχιατρικής κλινικής του Αιγινήτειου.³

Τα νοσοκομεία ημέρας βρίσκονται σε αστικές περιοχές και θεωρείται ικανοποιητική αντιστοιχία ένα ανά 200.000-250.000 κατοίκους. Τα περισσότερα είναι μικρά και σπάνια νοσηλεύουν περισσότερα από 30-40 άτομα. Οι νοσηλευόμενοι προσέρχονται στις 9 το πρωί και φεύγουν, αφού γευματίσουν, στις 2 το μεσημέρι ή στις 5 το απόγευμα. Προσέρχονται καθημερινά, εκτός από τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες. Το θεραπευτικό πρόγραμμα που παρακολουθούν (για χρονικό διάστημα συνήθως μερικών μηνών) περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές, κοινωνικοθεραπευτικές και βιολογικές προσεγγίσεις.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα, όπως συμβαίνει στα περισσότερα νοσοκομεία ημέρας, είναι προσαρμοσμένο στις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας. Οι αρχές αυτές αντικατοπτρίζουν και τη θεραπευτική ατμόσφαιρα που επικρατεί στη μονάδα αυτή.³

Αρχές θεραπευτικής κοινότητας νοσοκομείου ημέρας

Συγκατάθεση του θεραπευόμενου για συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

- ❖ Ισότητα σε δικαιώματα και υποχρεώσεις.
- ❖ Συμμετοχή στις διοικητικές αποφάσεις—Αυτοδιοίκηση.
- ❖ Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού.
- ❖ Χρησιμοποίηση ομαδικών διεργασιών με στόχο την κοινωνικοποίηση.
- ❖ Ενεργητική και συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ προσωπικού και θεραπευομένων.
- ❖ Συλλογική υπευθυνότητα στο θεραπευτικό έργο.
- ❖ Αποφυγή βίας και χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.
- ❖ Συνέπεια στην παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος⁵⁷

Η επιλογή των αρρώστων που θα νοσηλευθούν στο νοσοκομείο ημέρας γίνεται με κριτήριο όχι τόσο την ψυχοπαθολογία τους, όσο τη διάθεση του αρρώστου και του περιβάλλοντος του για συμμετοχή στη θεραπεία. Η διάθεση αυτή εκφράζεται ήδη με την καθημερινή ελεύθερη προσέλευση του στο νοσοκομείο. Είναι γενικά παραδεκτό ότι είναι κατάλληλο για αρρώστους των οποίων η νοσηλεία σε κλειστό τμήμα δεν είναι αναγκαία, η δε αντιμετώπιση τους στο εξωτερικό ιατρείο δεν είναι επαρκής.⁵⁷

Όσον αφορά το ποσοστό των αρρώστων που μπορεί να καλύψει το νοσοκομείο ημέρας σε σχέση με το σύνολο των εισαγομένων στα παραδοσιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπως βρέθηκε σε μελέτες

στον πληθυσμό της Αγγλίας το 40% των αρρώστων που κρίθηκε ότι έχουν ανάγκη 24ωρης νοσηλείας μπορούσαν να αντιμετωπιστούν εξίσου καλά σε νοσοκομείο ημέρας. Ενδιαφέρουσα είναι ακόμη η διαπίστωση ότι πολύ περισσότεροι άρρωστοι - τα 2/3 του συνόλου των εισαγομένων - μπορούν να αντιμετωπιστούν σε νοσοκομείο ημέρας εάν, σε ορισμένους από αυτούς, η νοσηλεία αυτή συνδυαστεί, για βραχύ χρονικό διάστημα που δεν ξεπερνά την εβδομάδα, με 24ωρη νοσηλεία.

Σχετικά με τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από τη νοσηλεία, επισημαίνεται ότι όχι μόνο το αρχικό κόστος για τη δημιουργία του νοσοκομείου είναι μικρότερο, αλλά και λειτουργικά η μονάδα αυτή είναι οικονομικότερη. λ.χ., χρειάζεται μία βάρδια του προσωπικού αντί για τρεις, ένα γεύμα για τους αρρώστους αντί για τρία κ.ο.κ.⁵⁷

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, αξιόπιστες και καλά μεθοδολογημένες μελέτες, που χρησιμοποίησαν όμοιες ομάδες αρρώστων, υποστηρίζουν ότι η μερική νοσηλεία είναι πιο αποτελεσματική απ' όσο η 24ωρη ή τουλάχιστον, εξίσου αποτελεσματική.⁵⁷

Άλλες μονάδες μερικής νοσηλείας

Δύο άλλοι τύποι ψυχιατρικών μονάδων που παρέχουν μερική νοσηλεία είναι το κέντρο ημέρας και το νοσοκομείο νυκτερινής νοσηλείας. Τα κέντρα ημέρας απευθύνονται κυρίως σε χρόνια περιστατικά και δίνουν έμφαση στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των αρρώστων και λιγότερο, ή καθόλου, στην ιατρική τους περίθαλψη. Βρίσκονται μέσα στην κοινότητα και είναι συνδεδεμένα με τις υπηρεσίες εξωτερικής παρακολούθησης των αρρώστων περισσότερο, παρά με τις μονάδες 24ωρης λειτουργίας. Ενώ δηλαδή το νοσοκομείο ημέρας μπορεί να προσφέρει κάθε είδος ψυχιατρικής θεραπείας και να αντιμετωπίσει ακόμη και οξείες καταστάσεις, τα κέντρα ημέρας θεωρούνται κατάλληλα για αρρώστους που έχουν ανάγκη μόνο από υποστηρικτική φροντίδα και για αρρώστους που χρειάζονται ένα μακράς διάρκειας πρόγραμμα κοινωνικής αποκατάστασης με στόχο την προαγωγή των επαγγελματικών και κοινωνικών τους ικανοτήτων.³

Η νυκτερινή νοσηλεία χρησιμοποιείται για να διευκολύνει ορισμένους αρρώστους, που νοσηλεύονται σε 24ωρη βάση. Με τον τρόπο αυτόν, ο άρρωστος προοδευτικά εξαρτάται λιγότερο από το νοσοκομείο, ενώ συγχρόνως αρχίζει να λειτουργεί ως επαγγελματίας ή ως σπουδαστής ή ενώ ψάχνει για δουλειά και για στέγη. Η επιστροφή του στο νοσοκομείο τα βράδια του προσφέρει μια υποστήριξη, μέχρις ότου αισθανθεί αρκετή ασφάλεια για πλήρη έξοδο. Αυτή η διαδικασία κανονικά δεν πρέπει να διαρκέσει περισσότερο από μερικές εβδομάδες.³

Κέντρο ψυχικής υγιεινής (ΚΨΥ)

Το κέντρο ψυχικής υγιεινής είναι καθιερωμένος θεσμός, μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Μέσα από την αποκέντρωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί η έγκαιρη επισήμανση και άμεση

παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη) ή να διατηρηθεί η λειτουργικότητα ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτή (τριτοβάθμια πρόληψη). Ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσφέρει επίσης τη δυνατότητα για την εφαρμογή όλων εκείνων των προληπτικών προγραμμάτων που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής.⁵⁸

Η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών άρχισε να πραγματοποιείται τις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες. Το βασικότερο στοιχείο αυτής της αποκέντρωσης θεωρήθηκε ο θεσμός του κέντρου κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, που λειτουργεί εναρμονισμένο μέσα στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που αποτελείται, επίσης, από την ψυχιατρική μονάδα στο γενικό νοσοκομείο, το κέντρο ημέρας, το κέντρο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και το μετανοσοκομειακό ξενώνα. Ένα ΚΨΥ συνήθως περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών, όπως κλινική άμεσης προσπέλασης και επανεξετάσεων τμήμα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπειών, μονάδα ημερήσιας περίθαλψης και αποκατάστασης, παιδοψυχιατρική υπηρεσία και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαθέτει μικρό αριθμό κρεβατιών. Είναι διασυνδεδεμένο με ενδονοσοκομειακή μονάδα και άλλες υπηρεσίες όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα εργαστήρια ή διαμερίσματα, που συνήθως καλύπτουν τις ανάγκες χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.⁵⁸

Πρέπει να τονιστεί ότι, από την οργανωτική φύση τους, τα κέντρα ψυχικής υγιεινής είναι υποχρεωμένα να ενσωματώνουν ένα σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας και της ποσότητας του έργου που παράγουν.

Όπως είναι επόμενο, στο ΚΨΥ εργάζεται ένας αριθμός ατόμων διαφόρων επαγγελματιών στο χώρο της ψυχικής υγείας. Επόμενο, επίσης, είναι η ιδεολογία του και οι ανάγκες του τομέα του να καθορίζουν τα χαρακτηριστικά του τρόπου λειτουργίας ενός ΚΨΥ σε σύγκριση με το ψυχιατρείο και τα εξωτερικά ιατρεία χωρίς τομέα .

Το ευρύ φάσμα υπηρεσιών ενός κέντρου ψυχικής υγιεινής καλύπτει όλες τις ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες και όλες τις ηλικίες. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα ενήλικα άτομα που ζητούν βοήθεια νοσούν από αγχώδεις ή συναισθηματικές διαταραχές, ενώ οι σχιζοφρενικές διαταραχές μπορεί να αποτελούν και το 15-18% του συνόλου των πελατών ενός ΚΨΥ.

Πολλά ΚΨΥ στο εξωτερικό (ΗΠΑ, Ιταλία, Γαλλία, Μεγάλη Βρετανία) εφημερεύουν 24 ώρες ή έχουν τη δυνατότητα βραχυχρόνιας νοσηλείας.⁵⁸

Η κλινική εργασία στο ΚΨΥ γίνεται στα πλαίσια της ομάδας ψυχικής υγείας, στην οποία συμμετέχουν ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και άλλοι ειδικοί θεραπευτές. Ανάλογα με το τμήμα ενός κέντρου, αυτό στελεχώνεται με το κατάλληλο προσωπικό και ειδικότητες. Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας είναι η κοινή ιδεολογία και το πνεύμα συνεργατικότητας.

Οι κλινικές δραστηριότητες σ' ένα ΚΨΥ περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων με τη χρήση ψυχοφαρμάκων (κατά προτίμηση μακράς δράσης για ψυχωσικές καταστάσεις), ψυχοθεραπειών (υποστηρικτικής, ατομικής, βραχείας δυναμικής, γνωσιακής συμπεριφορικής, ομαδικής, οικογενειακής), ομαδικών κοινωνιοθεραπειών και εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων.

Ένα ΚΨΥ πρέπει να περιλαμβάνει ένα σύστημα κλινικής παρακολούθησης χρόνιων ψυχικά αρρώστων ή ατόμων υψηλού κινδύνου. Χρειάζεται να αναπτύσσει κοινοτικά υποστηρικτικά συστήματα για τα άτομα αυτά, με την εκμετάλλευση κάθε πόρου της κοινότητας.⁵⁸

Βασικά προβλήματα στην Κοινοτική Ψυχιατρική και επομένως και στη λειτουργία του ΚΨΥ είναι:

- Ο συντονισμός μέσα στο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας.
- Η συμμετοχή της κοινότητας στη λειτουργία του ΚΨΥ.
- Η ισορροπία ανάμεσα στις ψυχιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες πρόνοιας
- Η αξιολόγηση του πολυδιάστατου έργου του ΚΨΥ.

Από το 1982 έχει δημιουργηθεί η επιτροπή ψυχικής υγείας, με μέλη εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης, των σχολείων και των τοπικών κοινωνικών οργανώσεων. Έργο της είναι ο προγραμματισμός και ο συντονισμός των προγραμμάτων κοινοτικής παρέμβασης του Κέντρου με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας της κοινότητας (πρωτογενής πρόληψη).

Η συνεχής αξιολόγηση του έργου του ΚΨΥ προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του.⁵⁸

Υπηρεσίες που αφορούν την επαγγελματική εκπαίδευση των αρρώστων

Ανήκουν στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αφορούν συνήθως αρρώστους που παρουσιάζουν μείζονα ψυχοπαθολογία. Βασικές αρχές της εκπαίδευσης είναι η εξατομίκευση, δηλαδή η προσαρμογή της στους ρυθμούς, το επίπεδο και τη θεραπευτική πρόοδο του κάθε αρρώστου, και η αξιολόγηση. Η αξιολόγηση επιτρέπει τη βελτίωση των μεθόδων εκπαίδευσης, αλλά και την απάντηση ερωτημάτων που αφορούν τους στόχους και την αξία της συνολικά. Γίνεται με διεθνώς αναγνωρισμένες μεθόδους, ώστε να μπορεί να υπάρξει σύγκριση.

Την εκπαίδευση καθιστούν αναγκαία τα εξής:

- ✓ Η ίδια η ψυχική νόσος. Ο ψυχικά άρρωστος, εξαιτίας των παραγωγικών και αρνητικών συμπτωμάτων (υπολειμματικών), παρουσιάζει έκπτωση των δεξιοτήτων του. Συνήθως δεν έχει εργαστεί για σημαντικά χρονικά διαστήματα και αυτό δρα επίσης αρνητικά.
- ✓ Στις μείζονες ψυχικές διαταραχές και κυρίως στη σχιζοφρένεια, τα παραγωγικά και τα αρνητικά συμπτώματα οδηγούν στη εμφάνιση ανικανοτητών, οι οποίες μπορούν να καταλήξουν σε αναπηρίες.

✓ Ανικανότητες ή ελλείμματα που υπήρχαν από την προνοσηρή περίοδο του αρρώστου. Σε πολλούς μελλοντικούς, σχιζοφρενείς, για παράδειγμα, βρίσκουμε μαθησιακές δυσκολίες, ιδιαίτερα στην εφηβεία. Αυτό σημαίνει ότι αυτοί θα ξεκινήσουν με δυσμενείς όρους κάθε προσπάθεια αποκατάστασης.

✓ Η κοινωνική περιθωριοποίηση των ψυχικά αρρώστων. Αυτή οφείλεται στη μακροχρόνια πορεία της ψυχοπαθολογίας, τις ανικανότητες που αναπτύσσονται και τον κοινωνικό στιγματισμό του αρρώστου. Άλλωστε, η ανάγκη της διαρκούς επιμόρφωσης αφορά μεγάλο μέρος του ενεργού πληθυσμού στην εποχή μας, λόγω των τεράστιων ανακατατάξεων στην αγορά εργασίας.⁵

Προεπαγγελματική εκπαίδευση

Παρέχεται σε ειδικά κέντρα, τα οποία δέχονται παραπομπές από θεραπευτικές μονάδες (νοσοκομεία, νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ψυχικής υγιεινής), αλλά και από κοινωνικές υπηρεσίες. Στη συνέχεια, οι εκπαιδευόμενοι προωθούνται προς την επαγγελματική εκπαίδευση και μερικές φορές κατευθείαν σε θέσεις εργασίας.⁵⁵

Οι στόχοι της προεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι οι εξής:

Η μείωση των συνεπειών της νόσου. Οι αρρωστοί προσέρχονται συνήθως με σταθεροποιημένα τα παραγωγικά συμπτώματα. Κύριος στόχος είναι, λοιπόν, τα αρνητικά συμπτώματα (αδυναμία συγκέντρωσης και απομνημόνευσης, αδιαφορία, απόσυρση κ.λ.π.). Έχουμε όμως και την ευκαιρία να επιδιώξουμε τη βελτίωση ελλειμμάτων τα οποία οφείλονται στη νόσο και υπάρχουν από πολλά χρόνια (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες ή βαθιά αλλοίωση της αίσθησης της πραγματικότητας).

Αυτό επιτυγχάνεται με:

- Τη ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Άσκηση δεξιοτήτων οι οποίες έχουν υποστεί βλάβη από την ασθένεια (π.χ. συγκέντρωση, προσοχή κλπ.).
- Ομαδική αλλά και ατομική ψυχοθεραπευτική στήριξη.⁵⁵

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εξαιτίας των συνεπειών της νόσου, του κοινωνικού στιγματισμού και της περιθωριοποίησης, οι βαρέως πάσχοντες ψυχικά άρρωστοι βρίσκονται συχνά τελείως απομονωμένοι και με πολύ φτωχή κοινωνική ζωή. Οι σχιζοφρενείς μπορούν να βρίσκονται, επιπλέον, αποκλεισμένοι στον παραληρητικό τους κόσμο.

Η κοινωνικοποίηση γίνεται κατά στάδια, ανάλογα με την ψυχική αντοχή του αρρώστου, και περιλαμβάνει:

- Την εκμάθηση του κοινωνικού χώρου (π.χ. ψώνια, χρήση δημόσιων υπηρεσιών, συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις).
- Ομάδες δραστηριοτήτων (π.χ. έκφρασης συναισθημάτων, επίλυσης συγκεκριμένων προβλημάτων, ψυχαγωγίας κλπ.).
- Δραστηριότητες από τους ίδιους τους αρρώστους, με τη βοήθεια κάποιων από τα μέλη του προσωπικού (π.χ. κοινωνικές εκδηλώσεις, κυλικείο κλπ.).

Οι ψυχικά άρρωστοι εκπαιδεύονται στην τήρηση ενός ωραρίου, στην προσήλωση σε ένα αντικείμενο εργασίας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, στη συνεργασία με τους άλλους εκπαιδευόμενους και με τον επικεφαλής εκπαιδευτή.

Επιλογή και εξοικείωση με ένα αντικείμενο εργασίας. Το αντικείμενο εργασίας χρειάζεται να είναι κοντά στα ενδιαφέροντα αλλά και στις ικανότητες του αρρώστου. Γίνεται άσκηση στις συγκεκριμένες δεξιότητες που απαιτεί το επιλεγόμενο αντικείμενο (π.χ. πληκτρολόγιο ηλεκτρονικού υπολογιστή, σωστή κοπή και συγκόλληση υλικών)⁵⁹

Στέγαση

Στη χώρα μας διαθέτουμε περιορισμένο αριθμό στεγαστικών μονάδων, οι οποίες είναι απαραίτητες στις εξής περιπτώσεις:

- Μετά από μακροχρόνια νοσηλεία.
- Σε προσωρινή απώλεια κατοικίας ευαίσθητων ψυχικά αρρώστων.
- Σε οικογενειακά περιβάλλοντα με πολλές συγκρούσεις.
- Στην προοδευτική αυτονόμηση κάποιων αρρώστων.

Είναι απαραίτητη η σαφής διατύπωση, κατά την υποδοχή, των όρων στέγασης (π.χ. για πόσο χρόνο και με ποιες υποχρεώσεις του στεγαζομένου), ώστε αυτό το μέτρο να λειτουργήσει θεραπευτικά.⁶⁰

Ξενώνες

Η δυνατότητα υποδοχής 15-20 ατόμων θεωρείται η άριστη, ώστε να υπάρχει κατά το δυνατόν «οικογενειακή ατμόσφαιρα».

Ο χρόνος παραμονής είναι συγκεκριμένος, συνήθως 6-12 μήνες. Συνδυάζεται με προγράμματα κοινωνικοποίησης, αποκατάστασης ή εργασίας.⁶⁰

Οικοτροφεία

Έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τους ξενώνες, αλλά ο χρόνος παραμονής είναι μεγαλύτερος και οι φιλοξενούμενοι έχουν λιγότερη συμμετοχή στη λειτουργία τους (π.χ. μαγείρεμα, καθαριότητα).⁶⁰

Προστατευμένα διαμερίσματα

Αφορούν τους πλέον αυτόνομους ψυχικά αρρώστους. Αυτοί οι ίδιοι αναλαμβάνουν τη λειτουργία του διαμερίσματος, με ορισμένη βοήθεια από κοινωνικούς λειτουργούς ή νοσηλευτές για τα σύνθετα προβλήματα και με επισκέψεις ανά τακτά διαστήματα στο διαμέρισμα.⁶⁰

Ανάδοχες οικογένειες

Πρόκειται για μέθοδο που δοκιμάστηκε στη χώρα μας κυρίως από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, από το 1991 και μετά. Κεντρικό ρόλο παίζει η ομάδα στήριξης των αρρώστων και των οικογενειών, η οποία αποτελείται από επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας.

Το 1998 θεσμοθετήθηκε και το 1999 άρχισε να εφαρμόζεται ο θεσμός των αναδόχων οικογενειών στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο. Με την επωνυμία «φιλοξενούσες οικογένειες» ο θεσμός αυτός περιλαμβάνεται στο νόμο 2716/17.5.1999, για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.⁶¹

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η χρόνια ψυχική διαταραχή και ειδικά η σχιζοφρένεια, εκτός από τον άρρωστο, φαίνεται να έχει αποδιοργανωτικές συνέπειες και στην οικογένεια, αφού επηρεάζει όλες τις πτυχές της οικογενειακής ατμόσφαιρας και της οικογενειακής ζωής.⁶²

Σε διάφορες μελέτες διατυπώθηκε η άποψη ότι η οικογένεια αποτελεί την κύρια πηγή παροχής φροντίδας και υποστήριξης του αρρώστου και ο ρόλος παραγόντων της οικογενειακής

ζωής και του οικογενειακού περιβάλλοντος φάνηκε να είναι σημαντικός στην πορεία και στην εξέλιξη της ψυχικής νόσου. Από τους παράγοντες της οικογενειακής ζωής που έχουν μελετηθεί, κυριότεροι θεωρούνται οι εξής:

- Η επιβάρυνση της οικογένειας από τη φροντίδα του αρρώστου, που εκφράζεται ως η αντίδραση της οικογένειας στη διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου, με τη μορφή του άγχους, της έντασης, της ενοχής, της κατάθλιψης ή και της επικριτικής διάθεσης και της επιθετικής συμπεριφοράς.
- Το εκφραζόμενο συναίσθημα που ουσιαστικά αντικατοπτρίζει τη συναισθηματική στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο και γενικότερα τη συναισθηματική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα. Το εκφραζόμενο συναίσθημα έχει 5 διαστάσεις-παραμέτρους (κριτικής, συναισθηματικής υπερεμπλοκής εχθρικότητας εγκαρδιότητας, θετικών σχολίων) και έχει βρεθεί ότι αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη των υποτροπών της ψυχικής νόσου και ειδικά της σχιζοφρένειας.

Οι θεωρίες για το ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι, για τους αρρώστους που ζουν με την οικογένεια τους, η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία παίζει ρόλο στη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.⁶²

Παράλληλα, στις οικογένειες όπου ένα μέλος τους πάσχει από μια σοβαρή ψυχική νόσο, έχουν παρατηρηθεί ορισμένα κοινά προβλήματα όπως παρουσία έντασης και stress, διαταραγμένη επικοινωνία, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, έλλειψη κατανόησης της φύσης της ψυχικής νόσου και των συνεπειών της στη ζωή και τη λειτουργικότητα του αρρώστου, τάση για αίσθημα στίγματος και περιορισμός των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο. Η διαπίστωση της σημασίας αυτών των προβλημάτων οδήγησε στην ανάπτυξη διαφόρων παρεμβάσεων, τόσο στον άρρωστο όσο και στην οικογένεια, που ακολουθούν τις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης και ονομάζονται ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις.⁶²

Οι βασικοί στόχοι των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι:

- Ενημέρωση για την ψυχική νόσο και τις σύγχρονες θεραπείες.
- Εκπαίδευση, για την απόκτηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων μέσα στην οικογένεια.⁵
- Υποστήριξη, για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού, εκπαίδευση στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι ειδικοί στόχοι των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι:

- Να διευκολυνθεί η κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και να δοθεί ένα σκεπτικό για την αντιμετώπιση της.
- Να αποκαλυφθούν και να διορθωθούν οι παρανοήσεις γύρω από την ψυχική νόσο.
- Να μεταδοθούν γνώσεις για τις αιτίες, τη θεραπεία, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου.
- Να μειωθούν οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες για πλήρη θεραπεία και γρήγορη επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας.
- Να επιτευχθεί «συμμόρφωση» στη φαρμακευτική αγωγή και συνεργασία στη γενικότερη θεραπεία.
- Να ενισχυθεί η αυτό-αντιμετώπιση, να βοηθηθεί δηλαδή ο άρρωστος και η οικογένεια ώστε να αποκτήσουν ενεργητικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου.⁵

Υπάρχουν πολλά μοντέλα εφαρμογής της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης σε ποικίλα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, ανάλογα με τον τρόπο συμμετοχής του αρρώστου και τον ομαδικό ή μη χαρακτήρα των προγραμμάτων, όπως ομάδες συγγενών, ομάδες συγγενών και παράλληλες ομάδες αρρώστων, ομάδες πολλαπλών οικογενειών, προγράμματα παρέμβασης σε μεμονωμένη οικογένεια με τη συμμετοχή του αρρώστου κ.ά.⁵

Ένα από αυτά τα μοντέλα, που θεωρείται ολοκληρωμένο και αντιπροσωπευτικό των ψυχοεκπαιδευτικών μοντέλων, είναι το συμπεριφερολογικό μοντέλο στη θεραπεία οικογένειας, που εφαρμόστηκε κυρίως στην περίπτωση της σχιζοφρένειας.⁵

Συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας

Η πρώτη περιγραφή συμπεριφορικής θεραπείας οικογένειας στη σχιζοφρένεια έγινε από τον R.P. Liberman το 1970. Μορφοποιήθηκε αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του '80 και απέκτησε τη μορφή του συγκεκριμένου μοντέλου της συμπεριφορικής θεραπείας οικογένειας στη σχιζοφρένεια από τον Ian R.H. Falloon .

Στο συγκεκριμένο μοντέλο, η θεραπεία γίνεται στο σπίτι της οικογένειας και αναμένεται όλα τα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένου και του αρρώστου, να παρακολουθούν τις συνεδρίες, θεωρείται ότι οι άρρωστοι και οι οικογένειες τους είναι πιο χαλαροί στο γνώριμο σ' αυτούς περιβάλλον του σπιτιού τους και πιο πρόθυμοι να μάθουν νέες συμπεριφορές. Οι συμπεριφορές αυτές, που θα ασκηθούν κυρίως στο σπίτι της οικογένειας στην καθημερινή ζωή, έχουν τάση να διατηρούνται περισσότερο στο χρόνο.

Η συνολική διάρκεια της θεραπείας είναι 2 περίπου χρόνια. Συνήθως απαιτούνται 12-15 συνεδρίες με συχνότητα 1 συνεδρία την εβδομάδα, που ακολουθούνται από 1 συνεδρία ανά δεκαπενθήμερο επί 6-9 μήνες και 1 συνεδρία το μήνα για τους υπόλοιπους μήνες⁶³.

Επίσης, εκτός από τις θεραπευτικές συνεδρίες, κανονίζεται μια συνάντηση, ανά εβδομάδα, όλων των μελών της οικογένειας, διάρκειας μισής ώρας. Ο στόχος αυτής της οικογενειακής συνάντησης είναι να συζητήσει η οικογένεια τους στόχους και τα προβλήματα όλων των μελών της και να χρησιμοποιηθούν στην πράξη οι δεξιότητες που διδάχθηκαν στις συνεδρίες.

Κάθε άρρωστος με σχιζοφρένεια που ζει με την οικογένεια του, που έχει ξεπεράσει ένα οξύ επεισόδιο της νόσου του, που παίρνει σταθερή δόση φαρμάκων με επαρκή συμμόρφωση και που μπορεί να προσλάβει και να επεξεργαστεί πληροφορίες κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης 60 περίπου λεπτών, μπορεί να συμμετάσχει σε πρόγραμμα συμπεριφερολογικής θεραπείας οικογένειας.

Απόλυτη ένδειξη αποτελούν οι οικογένειες με δύσκολη επικοινωνία, υψηλά επίπεδα έντασης και επιβάρυνσης από τη νόσο του άρρωστου μέλους, ανεπάρκεια στην επίλυση των προβλημάτων τους και διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει 4 φάσεις:

1. Εκπαίδευση για τη νόσο.
2. Εκπαίδευση για την επικοινωνία.
3. Εκπαίδευση για την επίλυση προβλημάτων.
4. Εκπαίδευση σε θεραπευτικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων.⁶³

1. Εκπαίδευση για τη νόσο

Η συμπεριφορική προσέγγιση στη θεραπεία οικογένειας υποστηρίζει ότι είναι ανάγκη να δίνεται στον άρρωστο και την οικογένεια του όλο το γνωστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα μπορούν να καταλάβουν την αρρώστια και τη λογική για τη θεραπεία. Στη φάση αυτή της εκπαίδευσης για τη νόσο ακολουθούνται οι αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης. Παράλληλα, ενθαρρύνεται ο άρρωστος να περιγράψει στην οικογένεια του την εμπειρία του από τη σχιζοφρένεια.⁶⁴

2. Εκπαίδευση για την επικοινωνία

Ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν τα συναισθήματα τους και τις σκέψεις τους και ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνούν μεταξύ τους έχει μεγάλη επίδραση στην πορεία της ψυχικής αρρώστιας. Διδάσκοντας στην οικογένεια πιο αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας, βοηθάμε στη μείωση του stress και τη βελτίωση της πορείας της νόσου. Η καλή επικοινωνία αποτελεί το έδαφος όπου θα στηριχθεί η διαδικασία για αποτελεσματική επίλυση του προβλήματος. Μια οικογένεια που δεν επικοινωνεί ελεύθερα, αδυνατεί να επιλύσει αποτελεσματικά τα προβλήματα της.⁶⁵

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι οι αλλαγές στον τύπο της επικοινωνίας δεν επιτελούνται γρήγορα. Απαιτείται χρόνος, υπομονή και συνεχής εξάσκηση. Ο θεραπευτής οφείλει να είναι προετοιμασμένος ώστε να διδάσκει τις ίδιες δεξιότητες πολλές φορές κατά τη διάρκεια της

θεραπείας. Όλες οι οικογένειες χρησιμοποιούσαν για χρόνια στο παρελθόν το δικό τους τρόπο επικοινωνίας, που τις περισσότερες φορές είναι πολύ στερεά εγκατεστημένος. Ακόμη και μια μικρή αλλαγή στην επικοινωνία μπορεί να αποτελεί μεγάλη ικανοποίηση για την οικογένεια και το θεραπευτή.

Οι βασικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη διδασκαλία δεξιοτήτων επικοινωνίας, είναι οι εξής:

- Ο θεραπευτής θεωρείται δάσκαλος, που βοηθά τις οικογένειες να μάθουν νέες δεξιότητες.
- Ο θεραπευτής δίνει έμφαση στη δοκιμή (πρόβα) νέων απαντήσεων, όχι στην εναισθησία.
- Ο θεραπευτής δίνει έμφαση στη θετική ενίσχυση των ειδικών επιθυμητών συμπεριφορών, όχι στην επιθετική κριτική και προσπαθεί να διδάξει τα μέλη της οικογένειας να αυξήσουν τη θετική ενίσχυση μεταξύ τους για τις επιθυμητές συμπεριφορές, μέσα και έξω από τη θεραπεία.⁶⁵

3. Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων

Ένας από τους βασικούς στόχους είναι να βοηθηθούν οι οικογένειες να πετύχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην επίλυση των προβλημάτων τους και στην επίτευξη των προσωπικών στόχων κάθε μέλους της οικογένειας. Έτσι, ενθαρρύνονται οι οικογένειες να υιοθετήσουν μια δομημένη μέθοδο στις συζητήσεις τους για την επίλυση των προβλημάτων τους .

Οι βασικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος είναι οι ίδιες με αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στην εκπαίδευση για την επικοινωνία.

Ενδεικτικά, αναφέρονται τα στάδια εκμάθησης της δεξιότητας για την επίλυση προβλημάτων, έτσι όπως αυτά περιγράφονται στο φύλλο υπενθύμισης που δίνεται στην οικογένεια.

- Καθορίστε ακριβώς το πρόβλημα και το στόχο.
- Βρείτε τις πιθανές λύσεις.
- Διερευνήστε όλες τις πιθανές λύσεις και τις πιθανές συνέπειες τους.
- Συμφωνήστε στην «καλύτερη λύση».
- Σχεδιάστε και εφαρμόστε αυτό που σχεδιάσατε.
- Συζητήστε τα αποτελέσματα.⁶⁶

4. Θεραπευτικές στρατηγικές για ειδικά προβλήματα

Μερικές φορές προκύπτουν ορισμένα προβλήματα, για τα οποία ο θεραπευτής πρέπει να επιλέξει ειδικές θεραπευτικές στρατηγικές και να καταστρώσει ειδικό σχέδιο παρέμβασης.

Οι σημαντικότερες από αυτές τις στρατηγικές είναι:

- Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Εκπαίδευση στη χαλάρωση και άλλες τεχνικές αντιμετώπισης του stress.
- Τεχνικές αντιμετώπισης της κρίσης.

Για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της συμπεριφορικής θεραπείας οικογένειας στη σχιζοφρένεια σχεδιάστηκε και διενεργήθηκε μια συγκριτική μελέτη παρέμβασης, που έδειξε ότι η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας είναι πιο αποτελεσματική από την ατομική υποστηρικτική θεραπεία:

α. στην πρόληψη των υποτροπών και επομένως στη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο.⁶⁷

β. στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας του αρρώστου.

γ. στην ανακούφιση της οικογένειας από το βάρος της φροντίδας του αρρώστου και στη μείωση του stress και της έντασης μέσα στην οικογένεια.

Επίσης, παρά το ότι το κόστος σε χρόνο και έξοδα μετακίνησης του θεραπευτή στο σπίτι ήταν υψηλότερο στη συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, το όφελος από το μικρότερο αριθμό και τη μικρότερη διάρκεια των νοσηλειών, από τη μεγαλύτερη βελτίωση και επομένως τη μείωση της χρήσης των κλινικών υπηρεσιών ήταν τέτοιο, που τελικά αποδείχθηκε ότι το συνολικό κόστος του συγκεκριμένου μοντέλου ήταν μικρότερο από το κόστος της παραδοσιακής ατομικής υποστηρικτικής προσέγγισης με βάση το ιατρείο ή το νοσοκομείο.⁶⁷

Όλα τα ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα, πάντως, παρά τις μεταξύ τους διαφορές, συγκρινόμενα - στις έρευνες παρέμβασης - με τη συνήθη ατομική υποστηρικτική παρέμβαση στον άρρωστο σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακευτική θεραπεία - που συνιστά και τη βασική θεραπεία για τη σχιζοφρένεια - αποδείχθηκαν εξαιρετικά αποτελεσματικά στη μείωση των σχιζοφρενικών υποτροπών. Παράλληλα, οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, μέσα από ποικίλους μηχανισμούς, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της έντασης και του άγχους, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα της επιβάρυνσης από τη φροντίδα του αρρώστου, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της οικογένειας προς τον άρρωστο και, τέλος, στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας.⁶⁷

Εκτός από τις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια έχουν αναπτυχθεί και υποστηρικτικές παρεμβάσεις, που παίρνουν συνήθως τη μορφή των υποστηρικτικών ομάδων συγγενών.

- Οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών βοηθούν τους συγγενείς να νιώσουν ανακούφιση από το βάρος της αρρώστιας, να εκφράσουν τα συναισθήματα τους τα άγχη και τις αγωνίες τους, να συμφιλιωθούν με την αρρώστια και να παλέψουν τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος. Αυτές οι ομάδες υποστήριξης αποτελούν συνήθως τη βάση για τη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας.
- Οι ομάδες αυτοβοήθειας συστάθηκαν από οικογένειες για οικογένειες που έχουν ανάγκη βοήθειας, αλλά και από ειδικούς που αναγνωρίζουν την ανάγκη αυτή στηρίζονται περισσότερο στη βοήθεια από τα μέλη που έχουν το ίδιο πρόβλημα και λιγότερο στη βοήθεια από τους ειδικούς. Δημιουργήθηκαν οργανώσεις και σύλλογοι οικογενειών και αναπτύχθηκε έτσι το κίνημα των συγγενών και των οικογενειών, που στις μέρες μας παίζει σημαντικό ρόλο στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της υπεράσπισης των δικαιωμάτων τόσο των ψυχικά αρρώστων όσο και των συγγενών τους.⁶⁸

Από πολλές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, πάντως, προκύπτει ως καλύτερος συνδυασμός παρεμβάσεων που περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Εξατομικευμένη αντιμετώπιση του κάθε ψυχικά αρρώστου, έτσι ώστε να εξασφαλίζονται οι κατάλληλες για την κάθε περίπτωση συνθήκες διαμονής, κοινωνικής υποστήριξης και διαβίωσης.
- Προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής ώστε να καλύπτονται οι μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου

Ενημέρωση του αρρώστου, αλλά και των βασικών συγγενών του ή των ατόμων που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του, για τους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς συντελεστές της ψυχικής διαταραχής, καθώς και για την πολυδιάστατη αντιμετώπιση της.⁶⁸

- Στρατηγικές που θα βελτιώσουν τη «συμμόρφωση» τόσο στη φαρμακευτική αγωγή όσο και στη γενικότερη θεραπεία, στην οποία περιλαμβάνονται και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.
- Εκπαίδευση στην επίλυση των προβλημάτων, ώστε να βοηθηθούν και ο άρρωστος και η οικογένεια του στην αντιμετώπιση του stress.

Συμπερασματικά, θεωρείται ότι ο συνδυασμός των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στον αρρώστο και την οικογένεια με τη φαρμακοθεραπεία, μπορεί να επιφέρει αξιοσημείωτα θετικά αποτελέσματα στον κλινικό, οικογενειακό, κοινωνικό και οικονομικό τομέα ατόμων που πάσχουν από μια χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή.⁶⁸

Μερικά από τα ανησυχητικά συμπτώματα τα οποία πρέπει να σας θέτουν σε εγρήγορση είναι:

- Αδυναμία ύπνου, ασυνήθιστες ώρες ύπνου.
- Κοινωνική απομόνωση, απάθεια, αδιαφορία.

- Υπερδραστηριότητα με εναλλαγές απάθειας.
- Αδυναμία συγκέντρωσης, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.
- Ασυνήθιστη εμμονή με το μεταφυσικό ή και το θείο με παράδοξες εκδηλώσεις.
- Εχθρικότητα, παράλογες υποψίες.
- Αδιαφορία για την προσωπική υγιεινή.
- Ασυνήθιστες συναισθηματικές αντιδράσεις.
- Επίμονη ενασχόληση με πράξεις όπως το γράψιμο χωρίς σαφές νόημα.
- Ασυνήθιστη ευαισθησία στα ερεθίσματα όπως το φως και οι ήχοι.⁶⁸

5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Πραγματοποιήθηκε ποσοτική στατιστική έρευνα με θέμα «Σχιζοφρένεια στην Τρίτη Ηλικία» στην οποία τέθηκε ερωτηματολόγιο οχτώ(8) ερωτήσεων κλειστού τύπου σε δείγμα εκατό(100) ατόμων που είναι χρόνιοι πάσχοντες από τη νόσο και νοσηλεύοντα σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Αναλυτικότερα το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε είναι από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών και το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νικαίας «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ».

ΣΚΟΠΟΣ

- Πόσο οι χρόνιοι ασθενείς έχουν αντίληψη της κατάστασής τους.
- Πόσο αισθητή είναι η συμπτωματολογία της νόσου σε χρόνιους ασθενείς της τρίτης ηλικίας.

ΣΤΟΧΟΣ

- Να διαπιστωθεί η αντίληψη που έχουν οι ασθενείς σχετικά με τη νόσον τους.
- Να διαπιστωθεί ο βαθμός της συμπτωματολογίας της νόσου στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- Πόσο γνωρίζουν οι ασθενείς ότι πάσχουν
- Πόσο εμφανή και διακριτά είναι τα συμπτώματα των ασθενών

Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της μελέτης παρατήθεται παρακάτω:

Ερωτηματολόγιο

Παρακαλώ αφιερώστε λίγα λεπτά για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο αυτό.

Παρακαλείται σε κάθε ερώτημα να αντιστοιχεί μόνο μια απάντηση, κυκλώνοντας κάθε φορά μόνο μία από τις μαύρες κουκίδες.

ΦΥΛΟ

- Άντρας
- Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ

- 60-70
- 70-80
- 80 και άνω

1.Βλέπω και ακούω πράγματα που οι άλλοι δε μπορούν να δουν και να ακούσουν.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

2.Πιστεύω ότι οι άλλοι ελέγχουν αυτό που σκέφτομαι ή αισθάνομαι.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

3.Έχω λίγο ή καθόλου ενδιαφέρον στο να κάνω πράγματα.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

4. Νομίζω ότι έχω ιδιαίτερες ή μαγικές δυνάμεις που κανείς άλλος δεν έχει.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

5. Η σκέψη μου είναι μουντή και σε σύγχυση.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

6. Υπάρχουν φωνές ή άνθρωποι μέσα στο κεφάλι μου που μιλούν σε μένα και που κανένας άλλος δε μπορεί να ακούσει.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

7. Ξέρω ότι άλλοι με καταδιώκουν ή συνωμοτούν εναντίον μου.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

8. Προτιμώ να είμαι μόνος /η

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

9. Εγώ, ή άλλοι πιστεύουν ότι η συμπεριφορά μου είναι πραγματικά αφύσικη. Μερικές φορές φαίνομαι κατατονικός /ή ή μανιακός /ή.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

10. Μερικές φορές μιλάω σε ανθρώπους ή φωνές που είναι στο κεφάλι μου, αλλά οι άλλοι νομίζουν ότι μιλάω στον εαυτό μου.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΠΩΣ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ

Για να προκύψουν τα παρακάτω στατιστικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκε δείγμα εκατατό(100) ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια μεταξύ των οποίων το 57% ήταν άνδρες και το 43% γυναίκες. Από τους εκατατό(100) ασθενείς το 40% είναι ηλικίας 60-70 ετών, το 36% είναι ηλικίας 70-80 ετών και το 24% είναι ηλικίας 80 ετών και άνω.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ
1.Βλέπω και ακούω πράγματα που οι άλλοι δε μπορούν να δουν και να ακούσουν.	13%	27%	19%	6%	23%	12%
2.Πιστεύω ότι οι άλλοι ελέγχουν αυτό που σκέφτομαι ή αισθάνομαι.	16%	28%	18%	9%	17%	12%
3.Έχω λίγο ή καθόλου ενδιαφέρον στο να κάνω πράγματα.	21%	17%	17%	18%	13%	14%
4.Νομίζω ότι έχω ιδιαίτερες ή μαγικές δυνάμεις που κανείς άλλος δεν έχει.	27%	18%	20%	7%	17%	21%
5.Η σκέψη μου είναι μουντή και σε σύγχυση.	8%	26%	11%	15%	23%	17%
6.Υπάρχουν φωνές ή άνθρωποι μέσα στο κεφάλι μου που μιλούν σε μένα και που κανένας άλλος δε μπορεί να ακουσει.	19%	22%	15%	12%	20%	12%
7.Ξέρω ότι άλλοι με καταδιώκουν ή συνωμοτούν εναντίον μου.	17%	24%	15%	11%	17%	16%
8.Προτιμώ να είμαι μόνος/η.	8%	20%	15%	16%	23%	18%
9.Εγώ,ή άλλοι πιστεύουν ότι η συμπεριφορά μου είναι πραγματικά αφύσικη.Μερικές φορές φαίνομαι κατατονικός/ή.	19%	28%	19%	11%	20%	3%
10.Μερικές φορές μιλάω σε ανθρώπους ή φωνές που είναι στο κεφάλι μου,αλλά οι άλλοι νομίζουν ότι μιλάω στον εαυτό μου.	25%	25%	15%	7%	17%	11%

*Στον παραπάνω πίνακα αναγράφονται με πράσινο χρώμα οι μεγαλύτερες τιμές κάθε ερωτήματος σε ποσοστό %.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα θα αναφερθούμε παρακάτω αναλυτικότερα στο μεγαλύτερο και στο μικρότερο ποσοστό σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς προκειμένου να διαπιστωθεί εάν είναι γνώστες τις κατάστασής τους και κατά πόσο αυτό που βιώνουν είναι έντονο σε ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά κάθε απάντησης αντιστοιχούν σε μεταβλητές «ΛΙΓΟ» και «ΚΑΘΟΛΟΥ» ενώ τα μικρότερα ποσοστά απαντήσεων αντιστοιχούν στις μεταβλητές «ΜΕΤΡΙΑ» και ελάχιστο είναι το ποσοστό των απαντήσεων που αντιστοιχεί στις μεταβλητές «ΑΡΚΕΤΑ» και «ΟΛΗ ΤΗΝ ΩΡΑ». Ταξινομώντας λοιπόν τις απαντήσεις των ασθενών με τον παραπάνω τρόπο καταλλήγουμε στο συμπέρασμα που ανγράφεται παρακάτω.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την παραπάνω μελέτη είναι ότι στους χρόνιους πάσχοντες ασθενείς της τρίτης ηλικίας τα συμπτώματα είναι εμφανή και μέρος της καθημερινότητας τους, είτε αυτά βρίσκονται στον υπερθετικό βαθμό είτε λιγότερο. Συνάμα από τη μελέτη προκύπτει το συμπέρασμα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν είναι γνώστες και δεν αντιλαμβάνονται την κατάστασή τους.

6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όλα τα είδη θεραπευτικής αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας, κατά την παραμονή του αρρώστου μέσα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο αποτέλεσαν έναν καθημερινό αγώνα για την καταπολέμηση και υπερνίκηση της νόσου.

Η μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο δεν είναι πλέον τόσο συχνή όπως πριν από 20 ή 30 χρόνια. Παρά την τάση αυτή ωστόσο, λίγοι ψυχικά άρρωστοι φαίνεται ότι απαιτούν μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο. Για τους περισσότερους παράταση της νοσηλείας δεν συνιστάται διότι αυξάνει την εξαρτησή τους από την φροντίδα στο ίδρυμα και οδηγεί σε ελάττωση των κοινωνικών τους επαφών με την οικογένεια, τους γνωστούς και την κοινότητα. Βραχυχρόνια θεραπεία σε ειδικό ψυχιατρικό τμήμα μπορεί να ανακουφίσει τους αρρώστους από τα συμπτώματά τους, να παρέχει ένα προστατευτικό περιβάλλον για τον αποδιοργανωμένο αρρωστο, να επιτρέψει την επανέναρξη ή την ρύθμιση των φαρμάκων, και να μειώσει την πίεση που υφίστανται οι οικογένειες και ιδιαίτερα τα μέλη τους που αναλαμβάνουν την φροντίδα τους.

Αρκετοί είναι αυτοί που μπορούν να ωφεληθούν από μερική παραμονή σε νοσοκομεία (αυτό που αποκαλείται «νοσοκομείο ημέρας»), ή από απλή παρακολούθηση σε εξωτερική βάση χωρίς την ανάγκη παραμονής σε κλινική. Άλλοι πάλι μπορεί να ωφεληθούν από την παραμονή τους σε ειδικά διαμορφωμένους ξενώνες.

Η συνέχιση της φαρμακευτικής θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη των υποτροπών. Οι αρρωστοί μπορεί για διάφορους λόγους να διακόψουν την θεραπεία τους και έτσι να υποτροπιάσουν σχετικά σύντομα. Ο ρόλος της οικογένειας στην ενθάρρυνση του αρρώστου να συνεχίσει την θεραπεία και στο σπίτι του μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη των υποτροπών. Δεν πρέπει κανείς να ξεχνάει ότι χωρίς θεραπεία μερικοί αρρωστοί μπορεί να γίνουν τόσο ψυχωτικοί και αποδιοργανωμένοι που να μην μπορούν να φροντίζουν ούτε για τις βασικές τους ανάγκες ένδυσης, τροφής ή στέγης.

Εκείνοι που αναλαμβάνουν την φροντίδα αρρώστων με σχιζοφρένεια πολλές φορές δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν σε σκέψεις και πράξεις των αρρώστων που είναι εμφανώς εκτός πραγματικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι ιδέες αυτές των ασθενών δεν είναι απλώς φαντασιώσεις τους αλλά στο νου τους μοιάζουν απόλυτα πραγματικές και σωστές. Τα μέλη της οικογένειας αντί να προσπαθούν να πείσουν τον άρρωστο περί του αντιθέτου, είναι

προτιμότερο να του λένε ότι δεν βλέπουν τα πράγματα όπως τα βλέπει εκείνος και ότι δεν συμφωνούν με τα συμπεράσματα του, αλλά ταυτόχρονα να αναγνωρίζουν ότι σ' αυτόν έτσι φαίνονται τα πράγματα.

Εν κατακλείδι είναι αναγκαίο να έχουμε συνεχή επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον του αρρωστου, να του παρέχουμε ηθική υποστήριξη αλλά και να του διδάσκουμε τους καλύτερους δυνατούς τρόπους για την αντιμετώπιση των αναγκών και των προβλημάτων του με την επανένταξη του στη κοινωνική ζωή, ακόμη χρειάζεται να ενημερώνουμε το περιβάλλον για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τον κίνδυνο μιας νέας υποτροπής και τις υπηρεσίες υγείας που μπορεί να χρησιμοποιήσει όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Χήρος ή Χήρα:

Άλλο, καθορίστε:

Σημαντικά γεγονότα ή δυσκολίες κατά την βρεφική, παιδική, εφηβική ηλικία και κατά την ενηλικίωση.

Η βρεφική, παιδική και εφηβική ηλικία καθώς και η ενηλικίωση του ήταν απολύτως φυσιολογική, χωρίς να διαδραματιστούν σημαντικά γεγονότα ή δυσκολίες που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν τις βάσεις για την έναρξη της νόσου.

Χρήση ουσιών

Κάπνισμα:

Χρήση οινοπνεύματος:

Χρήση ναρκωτικών

Εάν ναι ποια συχνότητα. Μικρή κατανάλωση αλκοόλ, εντατικό κάπνισμα, χρήση τοξικών ουσιών σε περιστασιακή βάση (χασίς, coca, χάπια, χόρτο).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ:

Περιλαμβάνει διαταραχές οργανικών λειτουργιών, κινητικής δραστηριότητας και προσωπικής φροντίδας.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ:

Ποια συμπτώματα ή ποιες αρρώστιες αναφέρονται στο ιστορικό της υγείας του, ή περιγράφει ο ίδιος.

Αναπνευστικό:

Αναπνοή: 20/1' Ρυθμός:φυσιολογικός Τύπος Βήχα:φυσιολογικός

Καρδιαγγειακό:

Σφυγμός: 80/1' Ρυθμός: φυσιολογικός Α.Π. 120/80 mm/Hg

Ουροποιητικό: -

Αν ναι καθορίστε: -

Γεννητικό: -

Αν ναι καθορίστε: -

Πεπτικό: -
Αν ναι καθορίστε: -
Μυοσκελετικό: -
Αν ναι καθορίστε: -
Κινητικότητα: -
Αισθητικότητα: -
Όραση: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ
Ακοή: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ
Αλλεργίες: ΟΧΙ
Άλλο καθορίστε -

Αναφέρει ο ίδιος σωματικά προβλήματα ή ενοχλήσεις που τον απασχολούν:

ΝΑΙ ΟΧΙ

Βάρος σώματος: 85kg

Είναι

1. Παχύς
2. Κανονικός
3. Αδύνατος

Διατροφικές συνήθειες:

1. Έχει όρεξη για φαγητό
2. Αναφέρει προτιμήσεις
3. Αναφέρει απέχθειες

Ακολουθεί ειδική διαίτα: ΝΑΙ ΟΧΙ

Τρώει μόνος του; ΝΑΙ ΟΧΙ

Ποια η κατάσταση δοντιών και στοματικής κοιλότητας, περιγράψτε:

Όχι καλή, τα μπροστινά δόντια είναι χαλασμένα.

Ποια η πρόσληψη υγρών: ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΥΓΡΩΝ 2.000 cc

Παίρνει φάρμακα για σωματικές αρρώστιες; ΝΑΙ ΟΧΙ

Ποια φάρμακα παίρνει για την ασθένεια του; Καθορίστε; DROPS ALOPERIDIN 10mg/dl (10 σταγόνες - 10 στ. - 10 στ)

β) Tb AKINETON 5mg (1-1-1)

γ) Tb STEDON 5mg (1-1-1)

Διακρίνεται παρενέργειες και ποιες, αναφέρεται:

Αντιδράσεις υπερευαισθησίας, ίκτερος, δερματολογικές αντιδράσεις, υπνηλία, ξηροστομία, διαταραχές οφθαλμών, αρρυθμίες.

Ποια ή κατάσταση δέρματος, νυχιών και μαλλιών περιγράψτε:

Το δέρμα είναι προς το σκούρο, νύχια άκοπα, μαλλιά αχτένιστα. Η γενικότερη εμφάνιση του είναι ατημέλητη.

Παρατηρήστε τον άρρωστο για:

Κατακλίσεις: OXI

Τραύματα: OXI

Εξανθήματα: OXI

Αποστήματα: OXI

Γενική εμφάνιση και Ατομική υγιεινή, περιγράψτε:

Είναι ατημέλητος ρυπαρός, φοράει ρούχα παλιά δε του αρέσει να κάνει μπάνιο, γιατί πιστεύει ότι το νερό τον καίει. Δε του αρέσει να περιποιείται ούτε τον εαυτό του, ούτε την ατομική υγιεινή του.

Περιποιείται ο ίδιος τον εαυτό του και το περιβάλλον του, περιγράψτε:

Όχι δεν περιποιείται ο ίδιος τον εαυτό του, ούτε το περιβάλλον του. Οι εργασίες αυτές γίνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Έχει σύντροφο; NAI OXI

Χρησιμοποιεί προφύλαξη; NAI OXI

ΥΠΝΟΣ

Περιγράφει ότι έχει κανονικό ύπνο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσες ώρες κοιμάται; Μετά την χορήγηση φαρμάκων. Πολλές ώρες

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Περιγραφή του συναισθήματος:

1. Ήρεμος:
 2. Αγχωμένος:
 3. Μελαγχολικός:
 4. Ευσυγκίνητος
 5. Χαρούμενος
 6. Απαθής
 7. Καχύποπτος
 8. Ανήσυχος
 9. Απελπισμένος για το μέλλον του
 10. Φοβισμένος
 11. Θυμωμένος
 12. Οργισμένος
 13. Σε κατάσταση πανικού: Ναι τις περισσότερες φορές
- Συναισθηματική διακύμανση ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αναίτιες εκφράσεις ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Αγαπά τον εαυτό του; ΝΑΙ ΟΧΙ

Θέλει να αλλάξει τον εαυτό του; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΩΝ Ή ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

Περιλαμβάνει την περιγραφή σκέψης, αντίληψης, ομιλίας και κριτικής ικανότητας.

A. ΣΚΕΨΗ

Εκφράζει λογικές και οργανωμένες σκέψεις; ΝΑΙ ΟΧΙ

α. Διαδικασία και περιεχόμενο σκέψης.

- Υπάρχει διακεκομμένη σκέψη:
- Λιμνάζουσα σκέψη
- Απαντάει με σαφήνεια στις συγκεκριμένες ερωτήσεις ΝΑΙ ΟΧΙ
- Νεολογισμοί
- Υπάρχουν ταυτόχρονα πολλές σκέψεις
- Ασυνάρτητος λόγος
- Απαντάει μονολεκτικά
- Ψυχανασκασμός

β. Ομιλία

Δυσκολίες οι οποίες αντανακλούν διαταραχές στην ομιλία:

- Νεολεξίες
- Λογόρροια
- Ασυνάρτητο ή ακατανόητο λόγο
- Αλαλία
- Μονότονη ομιλία

B. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

- Έχει επαφή με την πραγματικότητα
- Αναγνωρίζει ότι είναι άρρωστος
- Είναι προσανατολισμένος στον τόπο, χώρο και χρόνο
- Γνωρίζει ποιος είναι
- Γνωρίζει ότι χρειάζεται βοήθεια
- Έχει παραισθήσεις
- Έχει ψευδαισθήσεις

Γ. ΜΝΗΜΗ

- Παλαιά μνήμη
- Πρόσφατη μνήμη

Δ. ΠΡΟΣΟΧΗ -ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ

Αποσπάται εύκολα η προσοχή του: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

- Άβουλος
- Κοινωνικός
- Ευχάριστος
- Νωθρός
- Ευέξαπτος
- Γκρινιάρης
- Επιθετικός
- Δύστροπος

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Περιλαμβάνει: οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, επικοινωνία, εκπλήρωση ρόλων, κοινωνική υποστήριξη.

Α. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Ποια είναι η σχέση του /της αρρώστου με την οικογένεια του:

Η σχέση του αρρώστου με την οικογένεια του θα μπορούσαμε να πούμε είναι «αρκετά καλή». Σε αυτή όμως τη καλή σχέση δε συμπεριλαμβάνεται η μητέρα του.

Ποια η επικοινωνία με την οικογένεια του;

Τον επισκέπτονται 2-3 φορές την εβδομάδα, η αδελφή του και οι γονείς του. Έχει καθημερινή τηλεφωνική επικοινωνία με την αδερφή του.

Εκπλήρωση ρόλων (ενδιαφέρεται για τον /την σύζυγο, παιδιά;)

Είναι άγαμος. Δεν έχει σύντροφο και θα έλεγα ότι δεν διαθέτει και πολλά ενδιαφέροντα που θα μπορούσε να εκπληρώσει.

Υπάρχει υποστήριξη από την οικογένεια του στα προβλήματα του αρρώστου;

Αναμφισβήτητα υπάρχει μεγάλη υποστήριξη από την οικογένεια του στα προβλήματα του και ιδιαίτερα από την αδερφή του.

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Συχνότητα κοινωνικών επαφών και υποστήριξη από αυτές;

Δεν είναι κοινωνικό άτομο. Του αρέσει η μοναξιά του. Παρόλο αυτά δέχεται 2-3 φορές την εβδομάδα την επίσκεψη της οικογένειας του και κάποιων φίλων του. Έχει φίλους και πριν την εισαγωγή είχε πολύ καλές σχέσεις με το άλλο φύλλο και ήταν ιδιαίτερα κοινωνικός.

Με ποιο τρόπο επικοινωνεί με τους άλλους ανθρώπους (π.χ. αρχίζει συζήτηση με άλλους, μιλά για ενδιαφέροντα του, γελά σε σχόλια και συμμετέχει σε διασκεδάσεις); Περιγράψτε:

Δεν είναι ιδιαίτερα ομιλητικός. Δίνει μονολεκτικές απαντήσεις, δίνει ασαφείς και ασυνάρτητες απαντήσεις και δεν εκφράζει οργανωμένες σκέψεις. Δεν ξεκινά συζήτηση με άλλους εύκολα, δε μιλά για τα ενδιαφέροντα του και συμμετέχει σπάνια σε διασκεδάσεις.

Γ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ /ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Περιγράψτε:

Είναι πτυχιούχος της Γεωπονικής Σχολής. Εργαζόταν σε Γεωπονικό τμήμα των νοτίων προαστίων στην Αθήνα. Είναι άγαμος. Έμενε με τους γονείς του και την αδερφή του και διατηρούσε δεσμό με μια συνάδελφο του Γεωπόνο μερικούς μήνες πριν τη πρώτη του εισαγωγή σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σχέση με θρησκεία, συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες, Περιγράψτε:

Δεν έχει καμία σχέση με τη θρησκεία. Δε συμμετέχει σε θρησκευτικές δραστηριότητες. Απεχθάνεται το θεό, δεν πιστεύει ότι υπάρχει θεός. Είναι Αντίχριστος. (Ψ.Ν.Α.-2003) - (Πληροφορίες από ιστορικό ασθενή με Ψυχωσική Συνδρομή που νοσηλευόταν στο Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΕΩΣ)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο ηλικιωμένου.....
Ηλικία.....Φύλο.....Θρησκεία.....
Διεύθυνση κατοικίας.....Τηλ.....
Πλησιέστερος συγγενής.....
Διεύθυνση συγγενούς.....

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΣΥΖΥΓΟΣ

Εν ζωή.....Κατάσταση υγείας.....
Ηλικία.....Επάγγελμα.....
Ασθενής.....Χρονική διάρκεια νόσου.....
Θάνατος.....Αιτία θανάτου.....

ΠΑΙΔΙΑ

Εν ζωή.....Όνόματα και Διευθύνσεις.....
•
•
•
Ασθενής.....Χρονική διάρκεια νόσου.....
•
•
Θάνατος.....Αιτία θανάτου.....
•
•
Άλλα άτομα στο σπίτι
•
•

3.ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Εργαζόμενος.....
Είδος εργασίας.....
Χρόνος εργασίας..... Ώρες εργασίας.....
Προηγούμενες ασχολίες.....
Συνταξιούχος.....
Αιτία συνταξιοδότησεως..... Χρόνος συνταξιοδότησεως.....
Αντίληψη ηλικιωμένου για τη συνταξιοδότηση.....
.....

4.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Μονοκατοικία..... Πολυκατοικία..... Ιδιόκτητη..... Ενοικιαζόμενη.....
Αριθμός δωματίων..... Μπάνιο.....
Οικιακές ασχολίες.....
.....
Προηγούμενες ασχολίες.....
.....
Πλησιέστερος γείτονας.....

5.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Πηγές εσόδων.....
.....
Μηναίο εισόδημα..... Μηνιαία έξοδα.....
Οικονομικά προβλήματα.....
.....

6.ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

Δημόσιο..... ΤΕΒΕ..... ΙΚΑ.....
ΟΓΑ..... Άλλο..... Κανένα.....

7.ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ιδιωτικός ιατρός.....
Νοσοκομείο.....
Ιδιωτική κλινική.....
Νοσηλεύτρια /της
Κοινωνική λειτουργός
Διατροφή από φιλανθρωπικούς φορείς
Άλλα.....
.....

8.ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Συμμετοχή σε συλλόγους
Ασχολίες /ενδιαφέροντα.....

9.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αλλεργίες σε:Φάρμακα.....
 Φαγητά.....
 Άλλες ουσίες.....
Σακχαρώδης διαβήτης.....
Υπέρταση.....
Καρδιακά νοσήματα.....
Άλλα προβλήματα υγείας.....
Εισαγωγές σε νοσοκομείο.....
.....
Χειρουργικές επεμβάσεις.....
.....
Κατάγματα.....
.....

10.ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Επίγνωση ηλικιωμένου για τα προβλήματα της υγείας του.....
Περιορισμοί λειτουργικότητας.....
Διευθέτηση περιορισμών.....

Εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής.....

11.ΦΑΡΜΑΚΑ

Όνομα φαρμάκου	Δόση φαρμάκου	Πώς και πότε λαμβάνεται	Πώς το προμηθεύτηκε	Γνώση ηλικιωμένου για φάρμακα

12.ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΥΣΗ

Αυπνία(περιγράψτε).....

Νυχτερινή αφύπνιση.....

Νυχτερινή σύγχυση.....

Χρήση φαρμάκων για τον ύπνο.....

Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπαυση.....

.....

Συνήθειες ύπνου κι αναπαύσεως.....

.....

13.ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Εγρήγορση.....

Άμεση απάντηση σε απλό ερέθισμα.....

Βραδεία απάντηση σε απλό ερέθισμα.....

Συγχυτικός.....

Μνήμα σε πρόσφατα γεγονότα.....

Μνήμη σε παλιά γεγονότα.....

Προσανατολισμός σε:

Πρόσωπα	Τόπο	Χρόνο	Συγκέντρωση Προσοχής

14.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αγχώδης.....

Φοβισμένος.....

Καταθλιπτικός.....

Αδιάφορος για τη ζωή.....

Συναισθηματικά αδιάφορος.....

Αυτοκτονικός.....

Συμπεριφορά

Υπερκινητικός.....

Αδρανής.....

Καχύποπτος.....

Αντίληψη για τη ζωή

.....
.....

Στάση και άποψη για το θάνατο

.....
.....

Άλλα γεγονότα

.....
.....

ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ:

Ασθενής.....

Άλλος(να γίνει αναφορά).....

Ημερομηνία

Υπογραφή νοσηλεύτριας/τή

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΧΑΡΤΟΚΟΛΗΣ Π. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΙΟ, ΑΘΗΝΑ 1999.
2. PARITSIS N. SYSTEMS PSYCHIATRY, 2000.
3. ΜΑΝΤΩΝΑΚΗΣ Ι. και συν. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΑΘΗΝΑ 1999.
4. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ 2004.
5. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. και συν. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ 1^{ος} ΤΟΜΟΣ ΕΚΔΟΣΗ ΒΗΤΑ ΑΘΗΝΑ 2000.
6. KRUGER T. et al. NEUROCOGNITION PSYCHOSOCIAL OUTCOME AND VOCATIONAL INTEGRATION PSYCHIATR PRAX, 2004.
7. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΑΘΗΝΑ 2002.
8. BAROCCA A. et al MESSY HOUSE SYNDROME 2004.
9. DAVID J. ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΖΕΡΒΑΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΟΝΕΙΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ 2003.
10. KARTH J. EPIDEMIOLOGY OF SHIZOPHRENIA NEW SCIENSTIST 2004.
11. BUCA S. EPIDEMIOLOGY OF SHIZOPHRENIA BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY 2001.
12. ΓΚΙΩΝΑΚΗΣ Ν.ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Κ. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 31, 1990.
13. ΚΑΡΑΧΑΓΙΟΣ Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α. 2004 Νο 83)
14. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β. και συν ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ. ΑΘΗΝΑ 2005.
15. ΚΑΓΚΕΛΑΡΗΣ Φ. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΠΡΩΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 2004)
16. ΦΩΤΙΟΥ Φ., ΚΑΠΡΙΝΗΣ, ΠΑΠΑΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Κ & ΚΟΝΤΟΠΑΓΓΕΛΟΣ Κ. 1^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ 2003
17. KARAYORGOU M., et al THE MOLECULAR GENETICS OF THE 22 ASSOCIATED SCHIZOPHRENIA 2004.

18. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ ΑΘΗΝΑ 2005).
19. OPGEN - RHEIN C. et al NEW STRATEGIENS IN SCHIZOPHRENIA IMPACT PSYCHIATR PRAX 2004.
20. MCGUFFIN P. NATURE AND NURTURE INTERPLAY: SCHIZOPHRENIA PSYNCHIATR PRAX 2004.
21. LAI IC. et al NEGATIVE ASSOCIATION BETWEEN CATECHOL – OMETHYLTRANSFERERASE VALMET POLYMORPHISM AND PERSISTENT TARDINE DYSICINESIA IN SCIZOPHRENIA NEURAL TRANSM 2004.
22. LIDL P. SCHIZOPHRENIA NEWSIENTIST 2001.
23. KAPLAN &SADOCΣ ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΣΑΛΛΑΤΟΣ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ 2004.
24. HUNT J. et al. PSYCHOLOGICAL DEFICT IN PERSONALITY AND BEHAVIORDISORDES NEW YORK, RONALD PRESS 1999.
25. GREEN M.E, WHAT AERE THE FUNCIONAL CONSEQUENCES OF NEUROCOGNITIVE DEFICITS IN SCIZOPHRENIA PSYCHIATRY1999.
26. ERAUSQULA G.A. TRANSACTIVATION OF CELL DEATH SIGNALS BY GLUTAMATE TRANSMISSION IN DOPAI – NEURONS CRIT REV NEUROBIOL.2004.
27. ΛΥΚΟΥΡΑΣ Ε., ΜΠΙΟΤΣΗΣ Α., ΟΥΛΗΣ Π. Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΘΕΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ (PANSS) ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ – ΠΡΟΤΥΠΙΩΣΗ ΑΘΗΝΑ 2005.
28. COOPER S. et al HYDROXINDO LEACETIC ACID IN CEREBRISPINAL FLUID AND PREDICTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA LANCET1998.
29. PAUROVSKY M. et al OBSESSIVE – COMPULSIVW DISORDER IN SCHIZOPHRENIA: CLINICAL CHARACTERISTIC 2004.
30. PAPANIMITRIOY G. et al GENETIC COUNSELLING FOR MAJOR PSYCHIATRIC DISORDERS 1999.
31. BARTOLOTE J. et al PSYCHIATRIC DIAGNOSES AND SUICIDE. REVISITING THE EVIDENCE. CRISIS.2004.
32. KATO T. POLE OF MAGNESIOM ON THE REGULATIO OF A RECEPTOR – A PHARRMACOPATHOLOGY OF MEMANTINE CLIN CALCIUM 2004.
33. ΦΕΡΕΝΤΙΝΟΣ Π., ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ. ΑΘΗΝΑ 2003.

34. ΖΗΣΗΣ Α. «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ – ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ» ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 75, 2001.
35. HARVEY RETAL ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ. ΑΘΗΝΑ 1997.
36. ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α. Νο 83. 2003.
37. DANGERD J. THE SEARCH FOR NOVEL ANTIPSYCHOTICS PHARMACOLOGICAL AN MOLECULARTAD EXPERT OPIN THER TARGETS PSYCHIATRY 2004.
38. MELTZER H., et al REDUCTION OF SUIDALITY DURING CLOZARIN TREATMENT OF NEUROLEPTICRESISTANT SCHIZOPHRENIA IMPACT ON RISK – BENEFIT PSYCHIATRY 1999.
39. MARTIN F. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΤΟΜΟΣ Γ). ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΘΗΝΑ 1999.
40. CORRADI R. MEDICAL PSYCHOTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA DYNAMIC/ SUPPORTIVE APPROACH PSYCHIATRY 2004.
41. PERHNAN W. et al. REDUCED GLUCO CORTICOID AND ESTROGEN RECCPTOR ALPHA MESSENGER RIBONUC LEVELS IN THE AMYGDALA OF PATIENTS WITH MAJOR MENTAL ILLNESS. BIOL PSYCHIATRY 2004.
42. NABER D, et al (2004) SUBJECTIVE WELL – BEING UNDER ANTIPSYCHOTIC TREATMENT AND ITS MEANING COMPLIANCE AND COURSE OF DISEASE PSYCHIATR PRAX).
43. SACC K. et al, RECEPTOR MECHANISMS AND CIGNITION IN NORMAL STATES AND NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS PSYCHOPHARMACOL 2004.
44. OLIVER J. et al, QUALIFY OF LIFE AND MENTAL, 1999.
45. ΡΑΓΙΑ Α., ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Ε' ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΘΗΝΑ 2005.
46. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣ/ΚΗ. ΑΘΗΝΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΑΒΙΘΑ 2000.
47. ΜΑΥΡΑΚΗ Κ. ΣΙΑΧΟΥ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣ/ΚΗ ΑΘΗΝΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ 2000.
48. ARNOLD.S. NEURODEVELOPMENT, NEUTROPLASTICITY, NEW GENES AND NURSING FOR SCHIZOPHRENIA 2004.

49. JENSEN L, et al, COGNITIVE THEORY TO THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA. ARCH PSYCIATRY NURS 1996.
50. ROWE D. (1999) HELPING THE DEPRESSED PATIENT NURSING TIMES.
51. ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΗΜΕΡΙΔΑΣ (28-5-1987) ΣΤΟ Ψ.Ν.Α. (1987): «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΥΛΟ – ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ – ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ» ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ – Νο 17.
52. ΚΟΝΤΗΣ Δ., ΚΑΡΟΥΖΟΣ Χ., ΚΟΝΤΗΣ Κ. Η ΜΕΤΕΞΕΛΙΞΗ ΕΝΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 77, 2002.
53. BIGELOW D. et al QUALITY OF LIFE OF COMMUNITY PROGRAMME CLIENTS: VALIDATING A MEASURE COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL 1999.
54. MOORE R. GENETIC COUNSELING IN THE MENTAL HEALTH RESEARCH CENTER – ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES NEURAL PSYCHIATRY 2004.
55. ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ. και συν «Η ΠΡΟ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ». ΑΠΟ ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ. ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΧΡΙΣΤΟΥΔΟΥΛΟΥ, ΤΟΜΑΡΑΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ. ΑΘΗΝΑ. 2001.
56. BRADSLY G., et al THE CONCERT AND MEASUREMENT A DEPENDENT VARIABLE IN EVALUATION OF MENTAL HEALTH SERVICES NEW YORK ACADEMIC PRESS, 2000.
57. ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ Μ. ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ, ΑΘΗΝΑ, 1998).
58. ΤΣΙΛΙΚΑΣ Σ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Γ.Ν.Π. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΖΟΛΩΤΑΣ Ε. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, 1^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΛΕΠΤΟΚΑΡΙΑ ΠΕΡΙΑΣ, 23-24/10/1998. «ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΩΝ ΚΨΥ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ»
59. BARRY M. et al, METHODOLOGICAL ISSUES IN EVALUATING THE STAY PSYCHIATRIC PATIENTS. JOURNAL OF MENTAL HEALTH 1999.
60. ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΘΗΝΑ, 2003.
61. ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. ΚΑΙ ΣΥΝ. ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

- / ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΑΘΗΝΑ, 2000.
62. BELLACK A., et al TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA SCHIZOPHR BULL 1999.
63. FALLON R, et al FAMILY CARE OF SCHIZOPHRENIA. NEW YORK GUILFORD 1999.
64. SCOTT J., et al INTERVENTIONS FOR SCHIZOPHRENIA SCHIZOPHR BULL 2000
65. ΦΕΛΙΝΙ και συν. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Α΄ ΤΟΜΟΣ ΑΘΗΝΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ 2000.
66. ΜΙΤΣΕΛ Α. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ GUTENBERG ΑΘΗΝΑ 2002.
67. ΝΤΕΛΕΖ Λ. ΚΑΠΙΤΑΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΑΘΗΝΑ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΖΙΑΝΟΣ 1998.
68. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ. «ΜΟΝΤΕΛΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ, ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ» ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 75, 1999.
69. ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΧΡ.ΡΑΓΙΑ «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΨΥΧΙΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»,ΑΘΗΝΑ 2005
70. ΧΡΥΣΑΝΘΗ Δ.ΠΛΑΤΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»,ΑΘΗΝΑ 2003
71. <http://www.healthyplace.com>,HEALTHY PLACE AMERICAN’S MENTAL HEALTH CHANNEL, “Screening Test”