

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΤΗΝ
ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»***



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΑΡΙΑ ΚΟΥΤΣΙΑΡΙΔΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΥΡΙΑΚΗ ΣΑΜΑΡΤΖΗ

ΠΑΤΡΑ- ΜΑΡΤΙΟΣ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
SUMMARY	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	8
1.1. Σχιζοφρένεια	8
1.1.1. Ορισμός	8
1.1.2. Ιστορική αναφορά	8
1.1.3. Αίτια	10
1.1.4. Μορφές σχιζοφρένειας	15
1.1.5. Κλινική εικόνα	16
1.1.6. Συμπτώματα	19
1.1.7. Διάγνωση- Εξετάσεις	22
1.1.8. Διαφορική διάγνωση	27
1.1.9. Στατιστικά στοιχεία	28
1.2. Αυτισμός, ψύχωση, σχιζοφρένεια, συγκριτικά στατιστικά στοιχεία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	32
2.1. Παιδική ηλικία	32
2.2. Σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία	34
2.3. Συσχετισμός με τον αυτισμό	39
2.4. Η ζωή του παιδιού με σχιζοφρένεια	41
2.5. Οικογένεια	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΘΕΡΑΠΕΙΑ	49
3.1. Γενικά	49
3.1.1. Φαρμακευτική αγωγή	49
3.1.2. Ατομική ψυχοθεραπεία	56
3.1.3. Οικογενειακές παρεμβάσεις	56
3.1.4. Κοινωνικές παρεμβάσεις	60
3.1.5. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις	63
3.2. Φαρμακευτική αγωγή στην παιδική ηλικία και ανάπτυξη του εγκεφάλου	69
3.3. Ψυχιατρικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων σε όλη τη Χώρα	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	81
4.1. Νοσηλεία στο νοσοκομείο	81
4.2. Γενικές αρχές για τη νοσηλευτική φροντίδα	82
4.3. Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη της αντιψυχωτικής αγωγής	83
4.4. Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης της αντιψυχωτικής αγωγής	84
4.5. Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της αντιψυχωτικής αγωγής	84
4.6. Ενημέρωση οικογένειας	84
4.7. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	85
4.8. Μελέτη περίπτωσης	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ	91
5.1 Συμπεράσματα	91
5.2. Προτάσεις	94
5.3. Προοπτικές	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	100

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα ψυχικά νοσήματα είναι ένας γενικός όρος για μια ομάδα νοσημάτων που επηρεάζουν το μυαλό ή τον εγκέφαλο. Αυτά τα νοσήματα, τα οποία περιλαμβάνουν τη διπολική διαταραχή, την κατάθλιψη, την σχιζοφρένεια, τις αγχώδεις διαταραχές και τις διαταραχές της προσωπικότητας, επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο σκέπτεται, αισθάνεται και ενεργεί. Η ακριβής αιτία των ψυχικών νοσημάτων δεν είναι γνωστή. Αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι τα ψυχικά νοσήματα δεν είναι ένα ελάττωμα του χαρακτήρα ή μια αδυναμία. Είναι νοσήματα όπως όλα τα άλλα.

Από ψυχικές διαταραχές πάσχουν περισσότεροι από 450 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως. Τα ψυχικά νοσήματα εξελίσσονται σε παγκόσμια επιδημία, ενώ περίπου το 10% του ενήλικου πληθυσμού παρουσιάζει κάποιου είδους ψυχική διαταραχή στη διάρκεια της ζωής του.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα, τα λοιμώδη νοσήματα αποτελούσαν τη μάστιγα όλης της ανθρωπότητας. Στη συνέχεια, οι ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, χάρη στην οικονομική ανάπτυξη και τη θεαματική βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, περιόρισαν τα λοιμώδη αλλά βρέθηκαν αντιμέτωπες με τα ψυχικά νοσήματα. Πλέον, οι σωματικές ασθένειες συνδέονται άμεσα με τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τους ειδικούς, οι τέσσερις σοβαρότερες σωματικές παθήσεις (καρκίνος, καρδιοαγγειακά νοσήματα, διαβήτης και αναπνευστικά) φαίνεται ότι ενισχύονται κατ' αρχάς από μια ψυχική διαταραχή, και κυρίως οι ίδιες προκαλούν τις ψυχικές διαταραχές. Υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα που έχουν δείξει συν-νοσηρότητα συνύπαρξη σωματικών και ψυχικών νοσημάτων σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από το αναμενόμενο καθώς και άλλα δεδομένα που έχουν δείξει σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις που προκύπτουν από τα χρόνια σωματικά νοσήματα (χρόνιο άγχος, κατάθλιψη, υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, παραμέληση εαυτού κλπ).

Οι ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι ένα σύνθετο και σημαντικό πρόβλημα εξαιτίας των σοβαρών επιπτώσεων που μπορεί να επιφέρουν: ο ψυχικός πόνος και η ελλειμματική λειτουργικότητα του ατόμου (διαταραγμένες σχέσεις με συνομηλίκους και οικογένεια, χαμηλές σχολικές επιδόσεις κλπ) που συχνά τις συνοδεύουν, η οικονομική επιβάρυνση των οικογενειών αλλά και της κοινωνίας είναι μερικές από αυτές.

Εάν οι διαταραχές αυτές αφεθούν χωρίς θεραπεία, τείνουν να γίνονται σοβαρότερες με επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική ζωή του ατόμου καθώς συσσωρεύεται η ματαίωση εξαιτίας της σχολικής αποτυχίας και των άσχημων σχέσεων με οικογένεια, φίλους και άλλους ανθρώπους. Επιπλέον, μπορεί να συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή με επιπτώσεις στην επαγγελματική και γενικότερη ζωή των ανθρώπων.

Αν και υπάρχουν διαταραχές με κοινά συμπτώματα, κάθε διαταραχή ψυχικής υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο. Οι ψυχωσικές διαταραχές (σχιζοφρένεια, διπολική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή) αποτελούν διαταραχές με κύρια συμπτώματα τις παραληρητικές ιδέες (ο ασθενής πιστεύει ότι οι

άλλοι επιθυμούν το κακό του, συζητούν γι' αυτόν κ.λπ.) και τις ακουστικές (ο ασθενής ακούει φωνές που είναι ανύπαρκτες), οπτικές και λοιπές ψευδαισθήσεις.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης παρουσιάζεται η σχιζοφρένεια ως έννοια. Γίνεται ιστορική αναφορά του όρου, παρουσιάζονται τα αίτια, οι μορφές και τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Παρατίθενται επίσης στατιστικά στοιχεία.

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία. Γίνεται συσχετισμός με τον αυτισμό και παρουσιάζονται κοινά και διαφορετικά στοιχεία. Επίσης, γίνεται παρουσίαση της ζωής του παιδιού με σχιζοφρένεια και της οικογένειας.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι θεραπευτικές μέθοδοι της παιδικής σχιζοφρένειας. Συγκεκριμένα, αναλύονται οι φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές μέθοδοι, καθώς και οι οικογενειακές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η νοσηλευτική παρέμβαση στην παιδική σχιζοφρένεια. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στην νοσηλεία στο νοσοκομείο και ο ρόλος και οι ευθύνες του νοσηλευτή. Στο ίδιο κεφάλαιο παρουσιάζεται και μελέτη περίπτωσης.

Το πέμπτο κεφάλαιο συνοψίζει τα ευρήματα της έρευνας και παρουσιάζει προτάσεις και προοπτικές αναφορικά με την παιδική σχιζοφρένεια. Τα συμπεράσματα των ερευνών για τη σχιζοφρένεια είναι ενθαρρυντικά και δικαιολογούν τη διεξαγωγή επιπλέον πρωτογενών ερευνών.

SUMMARY

The first chapter of this study presents schizophrenia as a concept. Historical development of the term is presented, as well as the causes, forms and symptoms of schizophrenia. Statistical data are also cited.

The second chapter focuses on schizophrenia in childhood. A link with autism is made and common and different elements are presented. Also, the child's life with schizophrenia is presented and its family.

The third chapter analyzes the treatments of childhood schizophrenia. Specifically, the pharmaceutical and non- pharmaceutical methods are analyzed, as well as family and educational interventions.

In the fourth chapter nursing intervention in childhood schizophrenia is analyzed. In particular, reference is made to hospitalization and the role and responsibilities of the nurse. In the same chapter a case study is presented.

The fifth chapter summarizes the findings and presents proposals and perspectives regarding childhood schizophrenia. The research findings on schizophrenia are encouraging and warrant a further primary research .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.1. Σχιζοφρένεια

1.1.1. Ορισμός

Η Σχιζοφρένεια, (ορθότερα σχιζοφρενία), σύνθετη λέξη από τις αρχαίες ελληνικές λέξεις «σχίζειν» (διαχωρισμός) και «φρένα» (λογική, μυαλό), αποτελεί νευροψυχιατρική νόσο που ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων που παρατηρείται κυρίως σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες. Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της αντίληψης της πραγματικότητας¹.

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.

1.1.2. Ιστορική αναφορά

Η σχιζοφρένεια ήταν γνωστή στην αρχαιότητα από τους Έλληνες γιατρούς του 2ου αιώνα μ.Χ. και συγκεκριμένα από τον Αρεταίο τον Καππαδόκη και τον Σωρανό τον Εφέσιο που πρώτοι την περιέγραψαν. Κατά τους νεότερους χρόνους έφερε το όνομα «πρώιμη άνοια» που της δόθηκε από τον Γάλλο Ωγκυστέν Μορέλ και τον Γερμανό Έμιλ Κραίπελιν, παρότι δεν πρόκειται για άνοια, υπό την αυστηρή έννοια του όρου, αφού η πρωταρχική διαταραχή της δεν επιφέρει προοδευτική εξασθένηση της νοημοσύνης. Περισσότερο προσομοιάζει με «ψευδοάνοια» που εμφανίζεται σαν νόσος της προσωπικότητας του ατόμου.

Παθήσεις με χαρακτηριστικά σχιζοφρένειας έχουν σπάνια αναφερθεί πριν από τον 19ο αιώνα, παρά μόνο παράλογες, ακατανόητες και ανεξέλεγκτες συμπεριφορές ασθενών. Η λεπτομερής παρουσίαση μιας περίπτωσης το 1797 σχετικά με τον Τζέιμς

¹ Ζαν Γκαρραμπέ (2011). Η σχιζοφρένεια, 100 χρόνια για να κατανοήσουμε. Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου.

Μάθιους, καθώς και κείμενα του Φιλίπ Πινέλ που είχαν δημοσιευτεί το 1809, θεωρούνται κυρίως ως οι πρώτες αναφορές της ασθένειας στην ιστορία της ιατρικής και ψυχιατρικής βιβλιογραφίας. Η σχιζοφρένεια αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστό σύνδρομο που εμφανίζεται σε εφήβους και ενηλίκους από τον Μόρελ το 1853, και ορίστηκε ως «*démence précoce*», δηλαδή «πρόωρη άνοια». Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε το 1891 από τον Άρνολντ Πικ στα κείμενά του για μια περίπτωση ψυχασθένειας. Το 1893 ο Έμιλ Κρέπλιν πρότεινε την ταξινόμηση των διανοητικών διαταραχών με το ένα άκρο να είναι η πρόωρη άνοια (σχιζοφρένεια) και το άλλο άκρο η διαταραχή της διάθεσης, δηλαδή η μανιοκατάθλιψη που περιλαμβάνει την μονοπολική και την διπολική κατάθλιψη. Ο Κρέπλιν πίστευε ότι η πρόωρη άνοια (σχιζοφρένεια) ήταν, κατά κύριο λόγο, μια ασθένεια του εγκεφάλου, ξεχωριστή από άλλες μορφές άνοιας, όπως το Alzheimer που εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες².

Η λέξη σχιζοφρένεια επινοήθηκε από τον Όιγκεν Μπλέλερ, το 1908, για να περιγράψει το πώς βασικές νοητικές λειτουργίες όπως η προσωπικότητα, η σκέψη, η μνήμη και η αντίληψη χάνουν την μεταξύ τους επικοινωνία. Ο Μπλέλερ περιέγραψε τα 4 κύρια συμπτώματα: διαταραχές ισορροπίας, αυτισμός, διαταραγμένη σκέψη και κυκλοθυμία. Ο Μπλέλερ συνειδητοποίησε ότι η ασθένεια δεν κατατασσόταν στις άνοιες, καθώς μερικοί από τους ασθενείς του βελτιώνονταν αντί να χειροτερεύουν και έτσι πρότεινε τον όρο σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εμφανίστηκε στα μέσα της δεκαετίας του '50 με την ανακάλυψη μιας χημικής ένωσης, της χλωροπρομαζίνης².

Στις αρχές του 1970, η επιλογή διαγνωστικών κριτηρίων για την σχιζοφρένεια αποτέλεσε αντικείμενο πολλών διαφωνιών που τελικά κατέληξαν στην επιλογή των κριτηρίων που χρησιμοποιούμε σήμερα. Έγινε σαφές μετά από μελέτη των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας το 1971 ότι η σχιζοφρένεια εντοπίζεται σε πολύ μεγαλύτερη έκταση στην Αμερική από ότι στην Ευρώπη. Αυτό οφειλόταν εν μέρει στο γεγονός ότι οι ΗΠΑ είχαν πιο χαλαρά κριτήρια, καθώς χρησιμοποιούσαν το DSM-II εγχειρίδιο, σε αντίθεση με την Ευρώπη που χρησιμοποιούσε το ICD-9 εγχειρίδιο. Η μελέτη του Ντέιβιντ Ρόσενχαν το 1972, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Science με τίτλο «Υπαρξη λογικής εκεί που κυριαρχεί η παραφροσύνη», κατέληξε στο

² Ραμπαβίλας, Α.Δ & Χριστοδούλου (2003). Γ.Ν. Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π. Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

συμπέρασμα ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ ήταν τις περισσότερες φορές υποκειμενική και αναξιόπιστη. Αυτοί ήταν μερικοί από τους λόγους που οδήγησαν στην αναθεώρηση όχι μόνο των διαγνωστικών κριτηρίων της σχιζοφρένειας, αλλά και στην αναθεώρηση ολόκληρου του εγχειριδίου DSM, με αποτέλεσμα την δημοσίευση του νέου εγχειριδίου, του DSM-III το 1980².

Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις στην κατανόηση τριών τομέων της σχιζοφρένειας. Ο πρώτος τομέας περιλαμβάνει τις εξελίξεις και τις βελτιώσεις των νευροπαθολογικών τεχνικών, ο δεύτερος αναφέρεται στην εισαγωγή νέων αντιψυχωτικών φαρμάκων με ελάχιστες νευρολογικές παρενέργειες (κλοπαζίνη) και ο τρίτος αφορά το ενδιαφέρον για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της νόσου που επηρεάζουν την έναρξη, τις υποτροπές και την πορεία της, ενδιαφέρον που έχει αυξηθεί με την βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής και αναγνώρισης της βιολογικής βάσης της νόσου. Από τα παραπάνω φαίνεται η πολυπλοκότητα της νόσου και κατ' επέκταση της θεραπείας της³.

1.1.3. Αίτια

Συγκεκριμένη αιτία για τη σχιζοφρένεια δεν έχει βρεθεί, ωστόσο υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που φαίνεται ότι συντελούν στην εμφάνισή της.

Γενετικά αίτια

Γενετικές μελέτες που ξεκίνησαν από τη δεκαετία του 1930 αποκαλύπτουν ότι ένα άτομο πιθανότατα θα νοσήσει εάν έχει συγγενείς σχιζοφρενείς και πιο συγκεκριμένα η πιθανότητα αυτή είναι μεγαλύτερη όσο πιο στενή είναι η συγγένεια. Οικογενειακές μελέτες δείχνουν ότι τα αδέρφια σχιζοφρενικών ασθενών έχουν 10% πιθανότητα να αναπτύξουν σχιζοφρένεια. Αν τα παιδιά έχουν τον ένα γονιό σχιζοφρενικό, η πιθανότητα είναι 5-6%, αν έχουν έναν αδερφό και ένα γονιό σχιζοφρενικό η πιθανότητα είναι 17% και τέλος αν έχουν και τους δύο γονείς σχιζοφρενικούς η πιθανότητα να αναπτύξουν σχιζοφρένεια είναι 46%. Μελέτες διδύμων σταθερά μας δείχνουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης σχιζοφρένειας και στους δυο διδύμους, στους μονοζυγώτες (46%) παρά στους διζυγώτες (14%). Μελέτες με υιοθετημένα άτομα μας δείχνουν ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερος αν

³ Kaplan, Sadock's & Grebb. (2000). Ψυχιατρική Τόμος Β'. Ιατρικές εκδόσεις

αυτά τα άτομα προέρχονται από γενετικά βεβαρημένες οικογένειες, παρότι έζησαν σε ένα άλλο υγιές περιβάλλον. Οι πλέον πρόσφατες γενετικές μελέτες στοχεύουν στην αναζήτηση σε σχιζοφρενείς συνδυασμών δεικτών ή πιθανών γονιδίων σε σχέση με ιδιαίτερες συνδέσεις χρωμοσωμικών θέσεων σε οικογένειες σχιζοφρενών με τη βοήθεια μεθόδων της μοριακής βιολογίας. Θέσεις που έχουν επισημανθεί (p ή q) αφορούν σε αρκετά χρωμοσώματα (3,4,6,8,11 και X)⁴. Χρωμοσωμικές περιοχές στις οποίες υπάρχουν πιθανότητες να συνδεθούν με ψυχιατρικές διαταραχές είναι τα χρωμοσώματα 8, 18 και 22. Φαίνεται πάντως ότι η μεταβίβαση δεν είναι αποτέλεσμα της επίδρασης ενός μεμονωμένου γονιδίου μεταβιβαζόμενου με κάποιον από τους γνωστούς τρόπους (επικρατητικά, ενδιάμεσα ή υπολειπόμενα). Το πλέον αποδεκτό σήμερα πρότυπο είναι ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση πολλών γονιδίων και περιβαλλοντικών συνθηκών. Εάν η παθογόνος επίδραση ενός τέτοιου συνδυασμού ξεπεράσει τον ουδό «ευαιωτότητας», τότε μπορεί να φθάσει σε κάποιο επίπεδο καθοριστικό και ειδικό για την έκφραση της νόσου (πολυγονιδιακή θεώρηση)⁵.

Βιολογικά αίτια

Έρευνες στο τομέα της βιολογίας εντόπισαν τον παθοφυσιολογικό ρόλο που έχουν περιοχές του εγκεφάλου, όπως το μεταιχμιακό σύστημα, ο μετωπιαίος φλοιός, και τα βασικά γάγγλια. Λόγω του ότι οι περιοχές αυτές συνδέονται μεταξύ τους, σε περίπτωση που παρουσιαστεί δυσλειτουργία σε μία από αυτές μπορεί να επηρεάσει και να προκαλέσει παθολογία σε μια ή περισσότερες από τις άλλες. Εντατικές έρευνες πραγματοποιούνται για να διαπιστωθεί η σχέση που τυχόν έχει μια νευροπαθολογοανατομική βλάβη στον εγκέφαλο και η αλληλεπίδρασή της με περιβαλλοντικού και κοινωνικούς παράγοντες στην εμφάνιση της νόσου. Μελέτες επικεντρώνονται στο κατά πόσο συμβάλλει στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας η ανωμαλία στην ανάπτυξη ή η εκφύλιση νευρωτικών κυττάρων μετά την ανάπτυξή τους. Πρόκληση στις διάφορες γονιδιακές έρευνες αποτελεί το ότι μελέτες με μονοζυγωτικούς διδύμους έχουν δείξει ότι το ποσοστό πιθανότητας να νοσήσουν και οι δύο είναι 50%. Το παραπάνω εύρημα αποδεικνύει την συμβολή και την σημαντική σχέση που έχει στην αιτιολογία της νόσου η αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος. Πιθανή απάντηση σε αυτό το εύρημα είναι η παρουσία διαφορετικής ρύθμισης των

⁴ Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (2000). Ψυχιατρική. Β' τόμος, (εκδ.7η), Αθήνα:Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

⁵ Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Συνεργάτες. (2000). Ψυχιατρική. Α' & Β' τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών: Εκδόσεις Βήτα

γονιδίων και για αυτό μπορεί να νοσήσει μόνο ο ένας από τους μονοζυγωτικούς διδύμους⁶.

Ντοπαμίνη

Επιστήμονες στο Ινστιτούτο Καρολίνσκα στη Σουηδία ανακάλυψαν ότι ο εγκέφαλος υγιών και ιδιαίτερα δημιουργικών ατόμων έχει ομοιότητα με αυτόν σχιζοφρενών ασθενών στο γεγονός ότι και στις δύο περιπτώσεις εμπλέκεται η διαδικασία παραγωγής και λειτουργίας της ντοπαμίνης. Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή νοητική ασθένεια, που χαρακτηρίζεται από κοινωνική δυσλειτουργία και ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραισθήσεις, ή ασύνταχτες σκέψεις που δεν εκφράζονται αποτελεσματικά. Σύμφωνα με μια έρευνα του 2005, περίπου 4 στα 1000 παγκοσμίως επηρεάζονται από τη σχιζοφρένεια, μια εκτίμηση πολύ μεγαλύτερη από το 1% που πίστευαν οι επιστήμονες μέχρι πρότινος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Public Library of Science (PLoS) ONE, ταιριάζουν με τη γενική πεποίθηση ότι ένας μεγάλος αριθμός επιτυχημένων καλλιτεχνών και επιστημόνων, όπως ο Vincent Van Gogh ή ο Αμερικανός μαθηματικός και οικονομολόγος John Nash, οφείλουν αυτήν τους την επιτυχία στη σχιζοφρένεια. Χρησιμοποιώντας μια σειρά από ψυχολογικά τεστ, η Σουηδική ομάδα εντόπισε μια ομάδα από 13 υγιή και ιδιαίτερα δημιουργικά άτομα. Τα τεστ αυτά βοηθούν στη μέτρηση της δημιουργικότητας ή της «αποκλίνουσας σκέψης», με την έννοια της ελεύθερης παραγωγής ιδεών. Ένα άτομο θεωρείται δημιουργικό αν μπορεί να δώσει πρωτότυπες, αλλά και σωστές απαντήσεις σε ερωτήσεις, σε αντίθεση με συνηθισμένες ή περίεργες αποκρίσεις. Οι επιστήμονες εξέτασαν τον εγκέφαλο αυτών των ατόμων χρησιμοποιώντας τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography - PET), η οποία τους επιτρέπει να ακολουθήσουν συγκεκριμένα μόρια ουσιών σε ζώντες ασθενείς.

Το επίκεντρο αυτής της μελέτης ήταν το σύστημα της ντοπαμίνης, ενός νευροδιαβιβαστή που συνδέεται με ψυχωτικά συμπτώματα, αλλά και εμπλέκεται σε πολλές λειτουργίες του εγκεφάλου, όπως οι γνωσιακές λειτουργίες, η μάθηση και η ανταμοιβή ή η τιμωρία. Για να κατανοήσουν το ρόλο της ντοπαμίνης στην ομάδα

⁶ Cannon M, Jones PB, Murray RM. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. American Journal of Psychiatry, 159, 1080-1092

ατόμων που εξέτασαν, οι νευρολόγοι μέτρησαν την πυκνότητα συγκεκριμένων υποδοχέων ντοπαμίνης με την ονομασία Dopamine-2 (D2) σε περιοχές του εγκεφάλου που συνδέονται ειδικά με τη σχιζοφρένεια⁷.

Η έρευνα έδειξε ότι όσο πιο δημιουργικό ήταν ένα άτομο, τόσο λιγότεροι υποδοχείς D2 υπήρχαν στο θάλαμο του εγκεφάλου, και άρα λιγότερα μόρια ντοπαμίνης μπορούν να προσδεθούν σε αυτήν την περιοχή. Σύμφωνα με τον Φρέντρικ Ουλέν, ερευνητή στο ινστιτούτο Καρολίνσκα, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια επίσης διαθέτουν μικρή πυκνότητα τέτοιων υποδοχέων σε αυτό το τμήμα του εγκεφάλου. Αυτή η ομοιότητα θα μπορούσε να εξηγήσει πώς οι υγιείς δημιουργικοί άνθρωποι συνδέουν διαφορετικές ιδέες για να λύσουν ένα πρόβλημα και πώς οι ασθενείς κάνουν περιέργες ή ασυνήθιστες συσχετίσεις.

Ο θάλαμος λειτουργεί σαν ένα είδος φίλτρου στον εγκέφαλο, διαχωρίζοντας τα σήματα πριν φτάσουν στο φλοιό που ευθύνεται για τη διεργασία της λογικής σκέψης. Σύμφωνα με τον Δρ. Ουλέν, το γεγονός ότι εντοπίστηκαν λιγότεροι υποδοχείς στο θάλαμο μάλλον σχετίζεται με μικρότερο φιλτράρισμα από το θάλαμο κι έτσι άφιξη περισσότερη πληροφορία στο φλοιό⁷.

Ψυχοκοινωνικά αίτια

Έρευνες που έχουν γίνει σε σχιζοφρενείς έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει ανώμαλες καταγραφές στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Στηριζόμενοι σε αυτό το εύρημα, οι επιστήμονες κάνουν λόγο για ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου και εξηγούν γιατί πολλές οργανικές παθήσεις επηρεάζονται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Μαιευτικές Επιπλοκές και Προγεννητικές Επιδράσεις

Μια ποικιλία μαιευτικών επιπλοκών έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας. Ένα αξιοσημείωτο εύρημα είναι ότι η σχέση αυτή φαίνεται να περιορίζεται στους ασθενείς με ηλικία έναρξης μικρότερη των 25 ετών. Έχουν αναφερθεί η αποκόλληση του πλακούντα και η αιμορραγία με σχετικό κίνδυνο 4,02, ο διαβήτης της μητέρας με σχετικό κίνδυνο 7,76, το χαμηλό βάρος γέννησης με

⁷ <http://www.openscience.gr/el/news>, στις 04 Μαΐου 2014

σχετικό κίνδυνο 3,89, η προεκλαμψία, η ασυμβατότητα Rhesus, και η πρόωρη ρήξη θυλακίου. Γενικά η περιγεννητική υποξία-ισχαιμία συνοδεύεται από σχετικό κίνδυνο 4,56 για την εμφάνιση σχιζοφρένειας⁸.

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν την θετική συσχέτιση ανάμεσα στην έκθεση της μητέρας στον ιό της γρίπης κατά τη διάρκεια του 1ου και 2ου τριμήνου της κύησης, και στην εμφάνιση σχιζοφρένειας αργότερα, στην ενήλικη ζωή. Ο αποδιδόμενος κίνδυνος στον πληθυσμό μπορεί να είναι έως και 21%, που σημαίνει ότι έως και 21% των περιπτώσεων σχιζοφρένειας μπορεί να μην είχαν συμβεί, αν δεν είχε προηγηθεί η προγεννητική έκθεση στον ιό. Εξάλλου, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό (κατά 5-15%) να έχουν γεννηθεί τους χειμερινούς μήνες. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι σε αυτές τις κύσεις, αυξάνεται η πιθανότητα νόσησης της μητέρας από τον ιό της γρίπης, κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Άλλες λοιμώξεις που έχουν μελετηθεί είναι από τον ιό της ερυθράς, με σχετικό κίνδυνο 5,2 και ισχυρότερη επίδραση κατά τους 2 πρώτους μήνες της κύησης, της ίλαράς, της παρωτίτιδας, της πολιομυελίτιδας, του έρπητα ζωστήρα και λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού⁹.

Η κακή διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση σχιζοφρένειας. Ο Χειμώνας του Ολλανδικού Λιμού ήταν ένα τραγικό ιστορικό γεγονός το οποίο προσέφερε μια μοναδική ευκαιρία ανάδειξης αυτής της σχέσης, καθώς ήταν μια καλά τεκμηριωμένη και χρονικά περιορισμένη περίοδος έκθεσης του πληθυσμού σε ασιτία. Έχει βρεθεί ότι ο υποσιτισμός της μητέρας νωρίς κατά την κύηση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας αλλά και σχιζοειδούς διαταραχής προσωπικότητας. Η έλλειψη διατροφικών παραγόντων όπως το φυλλικό οξύ, τα λιπαρά οξέα, τα ρετινοειδή, οι πρωτεΐνες, η επαρκής θερμιδική κάλυψη, αλλά και η πρόσληψη τοξικών ή μολυσματικών παραγόντων από την κατανάλωση κατοικίδιων ζώων και βολβών, και τέλος το stress, πιθανόν να αποτελούν ενδιάμεσους κρίκους στη σχέση αυτή¹⁰. Επιπλέον, έχει αναφερθεί η

⁸ Zornberg GL, Buka SL, Tsuang MT. (2000). Hypoxic-ischemic-related fetal/neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: a 19-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*.157:196-202

⁹ Munk-Jørgensen, P. & Ewald, H. (2001). Epidemiology in neurobiological research: exemplified by the influenza—schizophrenia theory. *British Journal of Psychiatry*, 178

¹⁰ Brown A. (2006). *Prenatal Infection as a Risk Factor for Schizophrenia*. Oxford University Press

αρνητική επίδραση του stress, προγεννητικά, στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, με συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο νόσησης από σχιζοφρένεια. Ιδιαίτερα ο ιππόκαμπος είναι ευαίσθητος στα υψηλά επίπεδα κορτιζόλης που προκύπτουν από την ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης-επινεφριδίων. Οι παραπάνω παράγοντες επιδρούν δυσμενώς στον εγκέφαλο κατά τα πρώιμα στάδια τη νευροανάπτυξης, με πιθανές τελικές οδούς την υποξία-ισχαιμία, την ανεπάρκεια θρεπτικών παραγόντων, τη φλεγμονή-λοίμωξη και την απάντηση στο stress¹¹.

1.1.4. Μορφές σχιζοφρένειας

Υπάρχουν οι εξής κλινικές μορφές σχιζοφρένειας:

1. Παρανοειδής

Η πλέον τυπική, συχνή και γνήσια μορφή. Επικρατούν οι διαταραχές του περιεχομένου (παραληρητικές ιδέες), της κατοχής και της εκπομπής της σκέψης και διαταραχές αντίληψης (ακουστικές ψευδαισθήσεις).

2. Αποδιοργανωτική ή ηβηφρενική: Ο χαρακτηρισμός «ηβηφρένεια» υποδηλώνει την πρώιμη έναρξή της στη εφηβική ηλικία. Χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της δομής της σκέψης, ρηχό και απρόσφορο συναίσθημα και παιδικόμορφη, έως και φαιδρή συμπεριφορά.

3. Κατατονική: Χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή της βούλησης και από το εναλλασσόμενο επίπεδο ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα είναι η κατατονική εμβροντησία κατά την οποία περιορίζεται προοδευτικά ή απότομα η δραστηριότητα του πάσχοντος, φθάνοντας πολλές φορές στην πλήρη άρση των εκούσιων κινήσεων του σώματος, καθώς καταργείται κάθε αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα. Βασικές λειτουργίες, όπως η λήψη τροφής, η ένδυση, η αφόδευση, μπορεί να αναστέλλονται.

4. Αδιαφοροποίητη: Χαρακτηρίζεται από την παρουσία οποιουδήποτε συνδυασμού συμπτωμάτων, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των άλλων μορφών.

5. Απλή: Αρχίζει νωρίς στη ζωή του ασθενούς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Χαρακτηρίζεται από τη βραδεία και ύπουλη μείωση των εξωτερικών ενδιαφερόντων,

¹¹ Gilmore J. (2010). Understanding What Causes Schizophrenia: A Developmental Perspective. Am J Psychiatry. 167:8-10

την απάθεια και την αδιαφορία που οδηγούν σε περιορισμό και ρηχότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και προσαρμογή σε κατώτερα επίπεδα λειτουργικότητας. Πρόκειται για αμφιλεγόμενη διάγνωση, που προϋποθέτει αφενός τον αποκλεισμό ύπαρξης θετικών συμπτωμάτων στην έναρξη της νόσου (συμβαίνει σπάνια) και αφετέρου τη μακροχρόνια παρακολούθηση του ασθενούς για επιβεβαίωση της σταδιακής έκπτωσης της λειτουργικότητάς του.

6. Υπολειμματική: Αναφέρεται σε περιπτώσεις που υπάρχει στο ιστορικό του ασθενούς τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά¹².

1.1.5. Κλινική εικόνα

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική νόσος στην οποία το άτομο απομακρύνεται από την πραγματικότητα του εξωτερικού κόσμου και ζει σε έναν φανταστικό κόσμο. Το άτομο μπορεί να αισθάνεται διαταραχή των αισθημάτων και των συναισθημάτων, μπερδεμένες σκέψεις και μπορεί να συμπεριφέρεται με μη φυσιολογικό τρόπο. Συνήθως πιστεύει σε λανθασμένα ή παράλογα πράγματα (παραληρητικές ιδέες) και αντιλαμβάνεται αισθήσεις οι οποίες στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν (ψευδαισθήσεις).

Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, υπάρχει όμως και όψιμη έναρξη, όταν η διαταραχή αναπτύσσεται μετά τα 45. Έτσι για παράδειγμα ένας φοιτητής αρχίζει να αδιαφορεί για τα μαθήματα χωρίς συγκεκριμένο λόγο, οι βαθμοί του χειροτερεύουν και αρχίζει να περνά τις ώρες του στο κρεβάτι χαμένος στον κόσμο του. Ή μια γυναίκα εγκαταλείπει σιγά - σιγά τους φίλους της και δεν νοιάζεται για την εμφάνιση της. Εκκεντρική ή παράξενη συμπεριφορά αρχίζει να εμφανίζεται, όπως για παράδειγμα η αναζήτηση κάποιου ειδικού προσωπικού μηνύματος στους τίτλους των εφημερίδων ή χρησιμοποίηση λέξεων με παράξενο τρόπο. Σιγά - σιγά το άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις σαν εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντα του. Μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή

¹² <http://www.iatropedia.gr>, στις 23 Μαΐου 2014

και εμφάνιση και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά, όπως να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο, να μαζεύει τροφές κτλ. Στην αρχή το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να εμφανισθούν αμβλύ συναίσθημα, φτώχεια του λόγου, παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις κ.ά. Όλα τα παραπάνω αποτελούν την πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Εντούτοις, μερικοί άνθρωποι δεν αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια μ' αυτόν τον τρόπο, αλλά αντίθετα ξαφνικά εμφανίζουν μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή μπαίνουν κατ' ευθείαν στην ενεργό φάση.

Άσχετα με το αν εμφανισθεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργός φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Σε αυτή τη φάση χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Έντονες ακουστικές ψευδαισθήσεις κατηγορούν το άτομο για ομοφυλόφιλο ή του δίνουν εντολές για ασυνήθιστες πράξεις, πολλές φορές επικίνδυνες. Το άτομο μπορεί να είναι φοβισμένο από αυτές τις αντιληπτικές ή σκεπτικές εμπειρίες ή να τις έχει αποδεχθεί και να φαίνεται ικανοποιημένο. Η ενεργός φάση της σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες.

Βασικό στοιχείο για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι η ύπαρξη χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση - το ονομαζόμενο κριτήριο A - για 1 τουλάχιστον μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύθηκαν με επιτυχία). Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως δεν επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Στη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές

ιδέες ή ψευδαισθήσεις, μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.

Επομένως, τα συμπτώματα της πρόδρομης ή υπολειμματικής φάσης είναι είτε εξασθενημένα θετικά (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη όπως δεισδαιμονία, πίστη σε μαντικές ικανότητες, τηλεπάθεια, «έκτη αίσθηση», «άλλοι μπορούν να νιώσουν τα αισθήματα μου», ιδέες συσχέτισης ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες όπως υποτροπιάζουσες παραισθήσεις, αίσθηση παρουσίας κάποιας δύναμης ή κάποιου ατόμου, παρεκβατικός, ασαφής, αόριστος λόγος ιδιόρρυθμη συμπεριφορά όπως το να μαζεύει σκουπίδια ή να μιλά μόνος του) είτε αρνητικά συμπτώματα (κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, έλλειψη πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων ή ενεργητικότητας, ελάττωση της ομιλητικότητας κτλ).

Ωστόσο, πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητα της είναι άγνωστη. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα. Έτσι, αν συναντήσουμε ένα σχιζοφρενικό ασθενή που επιστρέφει σε φυσιολογική λειτουργικότητα μετά τα ψυχωτικά του επεισόδια, θα πρέπει να αναρωτηθούμε για τη διάγνωση μας και να κοιτάξουμε και γι' άλλες πιθανότητες, όπως διπολική διαταραχή ή ψύχωση από ψυχοδραστικές ουσίες.

Έτσι, μολονότι δεν αποκλείεται η πλήρης ύφεση ή ίαση, ο σχιζοφρενικός ασθενής θα παρουσιάσει συνήθως κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής ανικανότητας που θα ποικίλλει ευρύτατα, ώστε άλλοι ασθενείς να χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, άλλοι να ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα κτλ. ή στις οικογένειες τους, άλλοι να εργάζονται με επίβλεψη, άλλοι χωρίς επίβλεψη, άλλοι να σπουδάζουν, άλλοι να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις, να έχουν σεξουαλικές σχέσεις ή και να παντρεύονται κτλ., πολύ δύσκολα, όμως, να μπορούν να κάνουν και να κρατήσουν χωρίς να αρρωστήσουν μian ολοκληρωμένη διαπροσωπική -συναισθηματική-ερωτική σχέση¹³.

¹³ <http://www.psychologia.gr>, στις 2 Μαρτίου 2014

1.1.6. Συμπτώματα

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ψυχωσικά επεισόδια, δηλαδή απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, τα οποία παρεμβάλλονται σε περιόδους που χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αμβλύτητα και απόσυρση. Τα συμπτώματα που διατρέχουν τα ψυχωσικά επεισόδια είναι γνωστά ως «θετικά συμπτώματα» και περιλαμβάνουν διαταραχή της σκέψης, παραληρητικές ιδέες (λανθασμένες πεποιθήσεις, συχνά παρανοϊκές) και ψευδαισθήσεις –κυρίως να ακούει κανείς φωνές. Τα συμπτώματα αυτά συχνά συνοδεύονται από άγχος, κατάθλιψη και υπερβολική δραστηριότητα – αδιάκοπη κινητικότητα και διέγερση.

Αντίθετα, τα επεισόδια απόσυρσης χαρακτηρίζονται από «αρνητικά συμπτώματα». Αυτά περιλαμβάνουν μειωμένες συναισθηματικές δονήσεις, φτωχό λόγο, μικρή ικανότητα να προγραμματίζει κανείς, να αρχίζει και/ή να συνεχίζει δραστηριότητες και περιορισμένα αισθήματα ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος. Τα αρνητικά συμπτώματα είναι συνήθως υπεύθυνα για προβλήματα στις κοινωνικές συναναστροφές και τις καθημερινές δραστηριότητες¹⁴.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ανάλογα με τη μορφή εκδήλωσης της ασθένειας, αποτυπώνονται ως εξής:

Συμπτώματα Παρανοειδούς σχιζοφρένειας

1. Ψευδαισθήσεις βασανισμού οπτικές, ακουστικές, όσφρησης ή γεύσης, παραληρητικές ιδέες κατατρεγμού και μεγαλομανίας, ειδικής αποστολής, απειλητικές φωνές, σεξουαλικές ιδέες
2. Άγχος
3. Θυμός
4. Βία
5. Εκτεταμένη διάθεση για καβγά και επιχειρηματολογία

Συμπτώματα Αποδιοργανωτικής σχιζοφρένειας

1. Ασυναρτησία
2. Έλλειψη έκφρασης και συναισθημάτων
3. Ψευδαισθήσεις

¹⁴ World Health Organisation. The global burden of disease. 2004 update

4. Παραισθήσεις
5. Προσβλητικό ή μη αποδεκτό γέλιο
6. Επαναλαμβανόμενη ιδιομορφία
7. Κοινωνική απομόνωση

Συμπτώματα Κατατονικής σχιζοφρένειας

1. Κινητικές δυσλειτουργίες
2. Μείωση της αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα
3. Διέγερση
4. Παράξενες στάσεις
5. Αυτοματισμός και τυφλή υπακοή σε διαταγές / εντολές
6. Νάρκη
7. Αρνητισμός
8. Αυστηρότητα / Ακαμψία
9. Αναταραχή
10. Αδυναμία φροντίδας προσωπικών αναγκών
11. Μειωμένη ευαισθησία σε πράγματα που προκαλούν πόνο

Συμπτώματα Αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας

Η διάγνωση της αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας είναι πιθανή όταν ο ασθενής έχει συμπτώματα που δεν είναι επαρκή ή συγκεκριμένα αρκετά ώστε να επιτρέψουν την κατάταξη της ασθένειας σε έναν από τους παραπάνω τύπους της σχιζοφρένειας. Τα συμπτώματα μπορεί να εναλλάσσονται σε διάφορες χρονικές στιγμές και να υπάρχει αμφιβολία για το ποιος είναι ο κατάλληλος τύπος. Κάποια άτομα μπορεί να εκδηλώσουν σταθερά συμπτώματα όσον αφορά τη διάρκεια τους και τον τύπο τους, αλλά να μην πληρούν την κλινική εικόνα κάποιας μορφής σχιζοφρένειας. Σε άλλες περιπτώσεις, η διάγνωση της αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας μπορεί να αντικατοπτρίζει μια μεικτή κλινική διαταραχή.

Υπολειμματική σχιζοφρένεια

Η διάγνωση της υπολειμματικής σχιζοφρένειας πραγματοποιείται όταν δεν υπάρχουν πλέον εμφανή συμπτώματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι λιγότερο σοβαρά. Οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και

οι διάφορες συμπεριφορές και ιδιοσυγκρασίες είναι ακόμα παρούσες αλλά οι εκδηλώσεις σε σχέση με την ενεργή φάση της ασθένειας είναι μειωμένες¹⁵.

Συνοδά συμπτώματα και σημεία- Συνοδές διαταραχές

Σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να εμφανισθεί σαν συνοδό σύμπτωμα. Συχνές είναι ανωμαλίες της ψυχοκινητικότητας, βάδισμα πάνω - κάτω, κούνημα μπρος - πίσω ή απάθεια και ακινησία. Συχνά εμφανίζεται ιεροτελεστική ή στερεότυπη συμπεριφορά σε συνάρτηση με μαγική σκέψη. Δυσφορική συναισθηματική διάθεση είναι συχνή και μπορεί να πάρει τη μορφή κατάθλιψης, άγχους, θυμού ή συνδυασμού τους. Συχνά παρατηρούνται αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί ή όχι να είναι παραληρητικού επιπέδου. Τυπικά, δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης μπορεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης.

Επίσης, μπορεί να εμφανισθούν ανηδονία, απώλεια δηλαδή του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, που είναι ένα άλλο αρνητικό σύμπτωμα, απώλεια του ενδιαφέροντος για φαγητό, απώλεια του libido, διαταραχές του σχήματος του ύπνου, π.χ. να μην κοιμάται την ημέρα και ν' ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες τη νύχτα, διαταραχή της συγκέντρωσης.

Συχνά συνυπάρχουν Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες. Πολύ κοινή είναι η Εξάρτηση από Νικοτίνη στους σχιζοφρενικούς. Διαταραχές της Προσωπικότητας όπως Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας μερικές φορές προηγούνται της έναρξης της σχιζοφρένειας (ως «προνοσηρές» προσωπικότητες).

Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς συχνά αναπτύσσουν και σωματικά συμπτώματα: «μαλακά» νευρολογικά σημεία όπως σύγχυση αριστερού / δεξιού, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων ή φαινόμενο του καθρέφτη, αυτόματες κινητικές ανωμαλίες όπως ρουθουνίσματα, πλατάγισμα της γλώσσας ή γρυλλίσματα, χρόνια δυσκοιλιότητα κ.ά.

¹⁵ Dr Τέσσα Χριστοδούλου, BSc, MSc, PhD. Γνωστική Νευροψυχολόγος- Ψυχολόγος. <http://e-psychology.gr>, στις 25 Μαΐου 2014

Ορισμένες ελάχιστονες σωματικές ανωμαλίες π.χ. υψηλότοξη υπερώα, μικρή ή μεγάλη απόσταση των ματιών ή ελάχιστες δυσμορφίες των αυτιών, μπορεί να είναι πιο συχνές σε άτομα με σχιζοφρένεια. Βέβαια, μπορεί να εμφανισθούν και κινητικές ανωμαλίες δευτερογενώς, που να οφείλονται στα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως Παρκινσονισμός Προκαλούμενος από Νευροληπτικά, Κακόηθες Νευροληπτικό Σύνδρομο, Οξεία Δυστονία Προκαλούμενη από Νευροληπτικά, Οξεία Ακαθισία Προκαλούμενη από Νευροληπτικά, Όψιμη Δυσκινησία Προκαλούμενη από Νευροληπτικά.

Εργαστηριακά, αν και δεν υπάρχουν ευρήματα παθογνωμονικά για τη σχιζοφρένεια, εν τούτοις ορισμένα ευρήματα ανευρίσκονται πιο συχνά σε σχιζοφρενικούς ασθενείς. Έτσι, δομικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (CT, MRI) έχουν δείξει δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, όπως διεύρυνση των κοιλιών, διεύρυνση των αυλακών και παρεγκεφαλιδική ατροφία. Ακόμη, ελάττωση του μεγέθους των βασικών γαγγλίων, ελάττωση του όλου μεγέθους του εγκεφάλου. Λειτουργικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (SPECT, PET) έχουν δείξει ελαττωμένη ροή του αίματος ή ελαττωμένη κατανάλωση της γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου όπως π.χ. στον προμετωπιαίο λοβό. Νευροψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν διάφορες δυσλειτουργίες, όπως δυσκολία στον εστιασμό της προσοχής, δυσκολία στην αφαιρετική σκέψη ή δυσκολία στην αλλαγή του πλαισίου απάντησης. Νευροφυσιολογικές δοκιμασίες δείχνουν επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, προβλήματα στην παρακολούθηση με το βλέμμα κ.ά. Ορισμένα άτομα με Σχιζοφρένεια πίνουν πολύ νερό και μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές στο ειδικό βάρος των ούρων ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές¹⁶.

1.1.7. Διάγνωση- Εξετάσεις

Καθώς η συγκεκριμένη πάθηση προκαλεί ποικίλα ψυχωσικά συμπτώματα, η διάγνωση πρέπει να γίνεται από ψυχίατρο και βασίζεται σε ενδελεχείς συζητήσεις με τον ασθενή και την οικογένειά του.

Διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις για τη σχιζοφρένεια δεν υπάρχουν. Στην αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου μπορεί να εντοπιστούν αλλοιώσεις που

¹⁶ <http://www.psychologia.gr>, στις 10 Μαΐου 2014

εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια και να βοηθήσουν στον αποκλεισμό άλλων παθήσεων. Πιθανές παθήσεις που πρέπει να διαφοροδιαγνώσκονται είναι οι νευρολογικές παθήσεις, η νοητική υστέρηση, καθώς και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως σχιζοφρενικόμορφη ή παραληρητική διαταραχή, διαταραχές συναισθήματος, κ.λπ. Παράγοντες που μπορεί να υποδεικνύουν τη νόσο, αλλά δεν την επιβεβαιώνουν είναι η πορεία της νόσου και η διάρκεια των συμπτωμάτων, αλλαγές από το επίπεδο λειτουργικότητας πριν τη νόσο, το αναπτυξιακό υπόστρωμα, γενετικό και οικογενειακό ιστορικό και η απάντηση στη θεραπεία¹⁷.

Ωστόσο, υπάρχουν διαγνωστικά κριτήρια για την σχιζοφρένεια. Τα ICD-10 κριτήρια χρησιμοποιούνται χαρακτηριστικά στις Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ τα κριτήρια DSM-V χρησιμοποιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον υπόλοιπο κόσμο και επικρατούν στις ερευνητικές μελέτες.

Τα ICD-10 κριτήρια δίνουν περισσότερη έμφαση στα πρώτης-κατηγορίας συμπτώματα Schneiderian. Στην πράξη, τα δύο συστήματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό. Η τρέχουσα έκδοση για το ICD είναι η 10η (ICD-10). Μέχρι πρόσφατα η τρέχουσα έκδοση του DSM ήταν η 4η (DSM-IV). Παρόλο που οι 2 λίστες διαγνωστικών κριτηρίων είχαν κάποιες διαφορές η συνολική διαγνωστική προσέγγιση τους ήταν παρόμοια. Και τα 2 διαγνωστικά συστήματα ορίζουν την ίδια τριάδα διαγνωστικών συμπτωμάτων για τα άτομα που βρίσκονται στο Φάσμα του Αυτισμού:

- Δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση
- Δυσκολίες στην επικοινωνία
- Στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα.

Σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Διανοητικών Διαταραχών (DSM-IV-TR), για να διαγνωστεί σχιζοφρένεια, τρία διαγνωστικά κριτήρια πρέπει να εντοπιστούν:

¹⁷ <http://www.iatropedia.gr>, στις 23 Μαΐου 2014

1.Χαρακτηριστικά συμπτώματα: δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, το κάθε ένα παρόν για ένα μεγάλο διάστημα κατά τη διάρκεια ενός μηνός (ή λιγότερο, εάν τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία).

- Ψευδαισθήσεις
- Παραισθήσεις
- Αποδιοργανωμένη ομιλία, η οποία είναι εκδήλωση τυπικής διαταραχής της σκέψης
- Συνολικά αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (π.χ. απρεπές ντύσιμο, συχνό κλάμα) ή κατατονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα: Αμβλύ συναίσθημα (έλλειψη ή μείωση της συναισθηματικής απάντησης), αλογία (έλλειψη ή μείωση της ομιλίας), ή απροθυμία (έλλειψη ή μείωση κινήτρων)

Εάν οι ψευδαισθήσεις θεωρούνται παράξενες ή οι παραισθήσεις αποτελούνται από την ακρόαση φωνής που συμμετέχει σε τρέχοντα σχόλια των ενεργειών του ασθενή ή την ακρόαση δύο ή περισσότερων φωνών που συζητούν μεταξύ τους, αυτό μόνο το σύμπτωμα αρκεί. Το κριτήριο της λεκτικής αποδιοργάνωσης συναντάται μόνο εάν είναι αρκετά ισχυρό ώστε να εξασθενήσει ουσιαστικά την επικοινωνία.

2. Κοινωνική ή επαγγελματική δυσλειτουργία: Μετά από ένα σημαντικό χρονικό διάστημα από την εμφάνιση της διαταραχής, ένας ή περισσότεροι σημαντικοί τομείς όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή αυτοφροντίδα, είναι εμφανώς κάτω από το επίπεδο που επιτυγχάνεται πριν από την εμφάνισή της.

3. Σημαντική διάρκεια: Συνεχή σημάδια της διαταραχής εμμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτό το εξάμηνο πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον έναν μήνα των συμπτωμάτων (ή λιγότερο, εάν τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία).

Εάν τα σημάδια της διαταραχής είναι παρόντα για περισσότερο από ένα μήνα αλλά λιγότερο από έξι μήνες, γίνεται η διάγνωση σχιζοφρενούς διαταραχής. Ψυχωτικά συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα μπορούν να εντοπιστούν ως σύντομη ψυχωτική διαταραχή καθώς και διάφορες καταστάσεις που μπορούν να ταξινομηθούν ως ψυχωτικές διαταραχές που δεν ανήκουν σε ειδική κατηγορία. Η σχιζοφρένεια δεν μπορεί να διαγνωστεί εάν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι ουσιαστικά παρόντα, παρόλο που σχιζο-επηρεασμένη διαταραχή θα μπορούσε να εντοπιστεί, ή εάν τα συμπτώματα διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής είναι παρόντα εκτός αν οι προεξέχουσες ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις είναι επίσης

παρούσες, ή εάν τα συμπτώματα είναι το άμεσο φυσιολογικό αποτέλεσμα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή ουσίας, όπως η κατάχρηση ενός φαρμάκου ή θεραπείας.

Το Μάιο του 2013 δημοσιεύτηκε η αναθεωρημένη έκδοση 5 του DSM (DSM-V) η οποία περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια. Οι αλλαγές αυτές είναι οι εξής:

- Ο γενικός όρος «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» (ΔΑΔ) αντικαταστάθηκε από τον όρο «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (ΔΑΦ)
- Η ΔΑΦ θεωρείται τώρα ως μία διαγνωστική κατηγορία με μία ομάδα συμπτωμάτων
- Οι διαγνωστικές υποκατηγορίες (Αυτισμός, Σύνδρομο Άσπεργκερ και ΔΑΔ-μη άλλως προσδιοριζόμενη) απαλείφθηκαν
- Η βαρύτητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες (μετρούμενες με σχετικούς δείκτες): στο Επίπεδο 3 – «Ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης» (σοβαρές δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και την ευελιξία), Επίπεδο 2 – «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης» (αξιοσημείωτες δυσκολίες) και Επίπεδο 1 – «Ανάγκη υποστήριξης» (δυσκολίες στα παραπάνω).
- Όσον αφορά στη τριάδα συμπτωμάτων, οι δυσκολίες στην κοινωνική επαφή και στην επικοινωνία ενοποιήθηκαν σε μία ομάδα που τώρα ονομάζεται προβλήματα στην κοινωνική επικοινωνία. Έτσι η τριάδα των συμπτωμάτων που αναφέραμε παραπάνω έχει αντικατασταθεί από 2 ομάδες: κοινωνική επικοινωνία και στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα.¹⁸

Άλλες αλλαγές που περιέχονται στο DSM-5 είναι οι εξής:

- Η υπερευαίσθησία και υποευαίσθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα αποτελούν τώρα μέρος της ομάδας των επαναλαμβανόμενων και στερεοτυπικών συμπεριφορών
- Όταν ένα άτομο παρουσιάζει δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία αλλά δεν εμφανίζει στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές,

¹⁸ <http://www.dsm5.org>, στις 25 Μαΐου 2014

δραστηριότητες και ενδιαφέροντα θα λαμβάνει πλέον διάγνωση «Διαταραχή Κοινωνικής Επικοινωνίας»

- Το DSM-5 πλέον ορίζει ότι τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν εμφανιστεί μέχρι την ηλικία των 3 ετών. Επιπλέον ορίζεται ότι τα συμπτώματα πρέπει να είναι φανερά κατά την πρώιμη παιδική ηλικία αλλά οι σχετιζόμενες με αυτά λειτουργικές διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν αργότερα
- Κάθε διάγνωση συνοδεύεται από «επιμέρους δείκτες» για να παρέχεται μια πιο πλήρης εικόνα για τις δυσκολίες και τις ικανότητες του κάθε ατόμου. Τέτοιοι δείκτες για παράδειγμα είναι: εάν το άτομο με αυτισμό έχει και νοητική υστέρηση, επιληψία ή κάποια άλλη ιατρική κατάσταση. Άλλοι δείκτες δηλώνουν πότε εμφανίστηκαν τα αυτιστικά συμπτώματα ή εάν το παιδί φαινόταν να αναπτύσσεται κανονικά και μετά οπισθοχώρησε.¹⁹

Παρόλο που οι αλλαγές έγιναν για να αντιμετωπισθούν προβλήματα του DSM-IV, συζητήθηκαν εκτεταμένα πριν και μετά τη δημοσίευσή τους. Υπάρχει έντονος προβληματισμός για το τι αλλαγές πιθανόν θα φέρει η εφαρμογή τους. Άτομα που έχουν ήδη διαγνωστεί με σύνδρομο Άσπεργκερ ή PDD-NOS ανησυχούν ότι θα χάσουν τη διαγνωστική τους ταυτότητα. Πρακτικά, απ' ό,τι φαίνεται όσοι έχουν ήδη διάγνωση αυτή θα παραμείνει ως έχει. Φαίνεται επίσης ότι οι ειδικοί και επαγγελματίες θα συνεχίσουν να χρησιμοποιούν έστω κι ανεπίσημα τους υπάρχοντες όρους (Άσπεργκερ κ.λπ.). Άλλες ανησυχίες σχετίζονται με την πιθανότητα διαφοροποίησης στην απόδοση διάγνωσης. Οι πρώτες μελέτες δείχνουν ότι με τα νέα διαγνωστικά κριτήρια δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, οι έρευνες όμως επί του θέματος συνεχίζονται.

Πιθανόν το πλέον αμφιλεγόμενο ζήτημα σχετικά με αυτές τις αλλαγές αφορά τα άτομα δεν παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές συμπεριφορές, τα οποία πλέον θα λαμβάνουν τη διάγνωση «Διαταραχή Κοινωνικής Επικοινωνίας» η οποία δεν συγκαταλέγεται στο Φάσμα του Αυτισμού. Είναι πολύ νωρίς για να διαπιστωθεί τι επιπτώσεις θα έχει αυτή η αλλαγή στην υποστήριξη και τις υπηρεσίες για τα άτομα με τέτοια διάγνωση.²⁰

¹⁹ American Psychiatric Association (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.: DSM 5

²⁰ <http://www.autismhellas.gr>, στις 25 Μαΐου 2014

Από την άλλη, το ICD-10 καθορίζει δύο πρόσθετες υποκατηγορίες:

Μετα-σχιζοφρενής κατάθλιψη: Καταθλιπτικό επεισόδιο που προκύπτει ως συνέπεια μιας σχιζοφρενούς ασθένειας όπου μερικά χαμηλού επιπέδου σχιζοφρενή συμπτώματα μπορούν ακόμα να είναι παρόντα.

Απλή σχιζοφρένεια: Ύπουλη και προοδευτική εξέλιξη των προεξεχόντων αρνητικών συμπτωμάτων χωρίς ιστορικό ψυχωτικών επεισοδίων.



1.1.8. Διαφορική διάγνωση

Ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν επίσης να είναι παρόντα σε διάφορες άλλες διανοητικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της διπολικής διαταραχής, της μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας, της φαρμακευτικής δηλητηρίασης και της φάρμακο-προκληθείσας ψύχωσης. Ψευδαισθήσεις επίσης συναντώνται στην παραληρητική διαταραχή, και κοινωνική απομάκρυνση στην αγχώδη κοινωνική διαταραχή, την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας και τη σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας. Η σχιζοφρένεια συννοσηρά με την ψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) αρκετά συχνότερα από ότι θα μπορούσε να εξηγηθεί με καθαρή τύχη, αν και μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθούν οι ιδεοληψίες που εμφανίζονται στην OCD από τις ψευδαισθήσεις της σχιζοφρένειας. Μια γενικότερη ιατρική και νευρολογική εξέταση μπορεί να απαιτηθεί για να αποκλειστούν ιατρικές ασθένειες που μπορούν σπάνια να παραγάγουν ψυχωτικά συμπτώματα παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας, όπως η μεταβολική διαταραχή, η συστηματική μόλυνση, η σύφιλη, η μόλυνση με HIV,

η επιληψία, και τα τραύματα του εγκεφάλου. Μπορεί να είναι απαραίτητο να αποκλειστεί ένα παραλήρημα, το οποίο μπορεί να διακριθεί από τις οπτικές παραισθήσεις, την οξεία εμφάνιση και το κυμαινόμενο επίπεδο συνείδησης, και αποκαλύπτει μια ελλοχεύουσα ιατρική ασθένεια. Γενικά οι έρευνες δεν επαναλαμβάνονται για έλεγχο υποτροπής εκτός αν υπάρχει μια συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη ή πιθανά δυσμενή αποτελέσματα από τα αντιψυχωτικά φάρμακα²¹.

1.1.9. Στατιστικά στοιχεία

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται ως η σοβαρότερη ψυχική διαταραχή, με σημαντική συμβολή στην αναπηρία που προκαλείται από ψυχικά αίτια. Ασθενείς με σχιζοφρένεια αποτέλεσαν την πλειοψηφία του πληθυσμού των μεγάλων και πολυάνθρωπων ψυχιατρικών νοσοκομείων που γιγαντώθηκαν σε όλο τον κόσμο τον 19^ο και το πρώτο μισό του 20ού αιώνα. Η νόσηση από σχιζοφρένεια συνδέεται στις περισσότερες χώρες, περισσότερο ή λιγότερο, με κοινωνικό στιγματισμό, που ωθεί τους πάσχοντες στο κοινωνικό περιθώριο.

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία όχι ιδιαίτερα σπάνια ψυχική διαταραχή. Ο επιπολασμός της στη διάρκεια της ζωής (προσδόκιμο νόσησης) υπολογίζεται σε 1% του γενικού πληθυσμού, ενώ ο επιπολασμός 12 μηνών σε 0,4- 0,8%. Η επίπτωσή της υπολογίζεται σε 15- 20 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος, που πρακτικά σημαίνει 1600- 2200 νέες περιπτώσεις το χρόνο σε μια χώρα όπως η Ελλάδα. Ο αριθμός αυτός είναι πολύ μεγάλος, δεδομένης της χρονιότητας της νόσου²².

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει τους ανθρώπους ανεξάρτητα από φυλή, μορφωτικό επίπεδο ή κοινωνική τάξη. Τυπικά ξεκινά στην αρχή της ενήλικης ζωής, αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία από το τέλος της εφηβείας κι έπειτα. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει και τα δύο φύλα, αν και οι άνδρες συνήθως εμφανίζουν τη διαταραχή λίγο νωρίτερα. Η πιθανότητα να αναπτύξει ένα άτομο σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της ζωής του είναι περίπου 1%²³.

²¹ Πετρικής Πέτρος. (2007). «Η υποκειμενική εμπειρία των σχιζοφρενών », Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής

²² Βενετσάνος Μ. (2006). Νέες θεραπευτικές εξελίξεις στη σχιζοφρένεια. Περιοδικό BIOHealth

²³ Tsuang MT, Farone SV. (2005) Schizophrenia. Second edition. Oxford University Press Inc., New York

Το 2004, η εκτίμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ήταν ότι περισσότερα από 26 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από σχιζοφρένεια, γεγονός που την καθιστά μία από τις 20 παθήσεις που προκαλούν τη μεγαλύτερη αναπηρία παγκοσμίως. Ακόμη, το 2004, 30.000 θάνατοι αποδόθηκαν σε αυτήν την κατάσταση. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα συμπεριλαμβανομένου της στεφανιαίας νόσου καρδιάς είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου σε άτομα με σχιζοφρένεια. Έχει υπολογιστεί ότι στην σχιζοφρένεια τα καρδιαγγειακά και πνευμονολογικά νοσήματα είναι υπεύθυνα για το περίπου 60% πρόωρων θανάτων. Επιπλέον οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι 2 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από καρδιαγγειακά νοσήματα συγκρινόμενοι με τον γενικό πληθυσμό. Η υπερβολική θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων που συνδέεται με την σχιζοφρένεια αποδίδεται ευρέως σε μια αυξανόμενη επικράτηση των γνωστών παραγόντων κινδύνου όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, και το κάπνισμα. Εντούτοις, οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια έχουν επίσης περιορίσει την σωματική τους προσοχή, και οι μελέτες παρουσιάζουν περιορισμένη προσοχή των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων²⁴.

Η κατάχρηση αλκοόλ και φαρμάκων είναι συχνή σε πληθυσμούς σχιζοφρενών ασθενών. Η πιθανότητα εμφάνισης κατάχρησης ουσιών (κυρίως κατάχρηση αλκοόλ) στους σχιζοφρενείς ασθενείς είναι 47% σε σχέση με 16,7% στον γενικό πληθυσμό. Οι σχιζοφρενείς ασθενείς που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών είναι πιθανότερο να διαπράξουν έγκλημα, να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας και να μη συμμορφωθούν στην αντιψυχωσική τους αγωγή. Μεταξύ 20% και 40% των ασθενών με σχιζοφρένεια επιχειρούν αυτοκτονία κατά τη διάρκεια της ζωής τους και 10%-15% των προσπαθειών είναι επιτυχημένες. Συγκριτικά, η πιθανότητα ύπαρξης ολοκληρωμένων αυτοκτονικών προσπαθειών στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%.

Η σχιζοφρένεια συγκαταλέγεται επίσης μεταξύ των ασθενειών με το μεγαλύτερο οικονομικό κόστος παγκοσμίως και μαζί με άλλες ψυχωσικές διαταραχές έχει υπολογιστεί ότι ευθύνεται για το 1.5% (Ηνωμένο Βασίλειο), 2% (Ολλανδία, Γαλλία)

²⁴ Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol.* 15 (4): 399–409

και 2.5% (Ηνωμένες Πολιτείες) του συνολικού εθνικού προϋπολογισμού για την υγεία²⁵.

Στη χώρα μας εκτιμάται ότι υπάρχουν 100.000 άρρωστοι ηλικίας 15-64 ετών, ενώ από αυτούς το 10% πρέπει να παρακολουθήσει ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Το συγκεκριμένο ποσοστό είναι ανάλογο με αυτό των ανεπτυγμένων χωρών. Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που προτιμά τις μικρές ηλικίες, καθώς το 70% των κρουσμάτων εντοπίζεται σε άτομα ηλικίας 20 έως 30 ετών, ενώ γενικότερα τα περισσότερα προβλήματα αντιμετωπίζουν όσοι είναι άνω των 45 ετών²⁶.

1.2. Αυτισμός, ψύχωση, σχιζοφρένεια, συγκριτικά στατιστικά στοιχεία

Ο Κάννερ, στην αρχική περιγραφή του αυτισμού, τον διαφοροποιούσε σαφώς από τη σχιζοφρένεια. Ταυτόχρονα όμως ο όρος αυτισμός, δηλαδή ότι είναι κάποιος κλεισμένος στον εαυτό του, αποσυρμένος, υπονοούσε κάποια ομοιότητα με τη σχιζοφρένεια. Το κύριο ζήτημα των συζητήσεων και των διαφωνιών ήταν η ύπαρξη συνέχειας ή ασυνέχειας μεταξύ αυτισμού και σχιζοφρένειας. Υπήρχαν θεωρητικοί που πίστευαν πως αφού ο αυτισμός είναι μια πολύ σοβαρή διαταραχή με πολύ πρόωμη έναρξη, θα μπορούσε να αποτελεί την πρωιμότερη εκδήλωση μιας παρομοίως πολύ σοβαρής διαταραχής των ενηλίκων, δηλαδή της σχιζοφρένειας²⁷.

Στη δεκαετία του 1970 άρχισαν να διαφοροποιούνται μέσα στη μεγάλη ομάδα των «ψυχωτικών παιδιών» δύο ξεχωριστές ομάδες, οι οποίες διέφεραν ως προς την ηλικία έναρξης της διαταραχής. Τα παιδιά με πολύ πρόωμη έναρξη εμφάνιζαν δυσκολίες από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους και ταίριαζαν στην περιγραφή του Κάννερ για τον αυτισμό, ενώ η ομάδα με την όψιμη έναρξη, δηλαδή μετά τα 7 χρόνια, εμφάνιζαν παραληρήματα, ψευδαισθήσεις και κλινικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Επίσης τα μέλη των οικογενειών της ομάδας με την όψιμη έναρξη είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίζουν σχιζοφρένεια. Οι περισσότεροι ερευνητές υιοθέτησαν αυτή την άποψη, ότι δηλαδή η σχιζοφρένεια και ο αυτισμός

²⁵ Lindström E, Eberhard J, Neovius M, Levander S. (2007). Costs of schizophrenia during 5 years. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 116 (435): 33-40

²⁶ 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (2002). Διοργάνωση: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. Χαλκιδική

²⁷ Sporn AL, Addington AM, Gogtay N et al. (2004). Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry*, 55: 989-994

δεν σχετίζονται μεταξύ τους. Η αλλαγή στο ICD-9 και το DSM-III αντανάκλωσε την ομοφωνία των ερευνητών ότι ο όρος «παιδική σχιζοφρένεια» του DSM-II είχε χρησιμοποιηθεί με πολύ ευρεία έννοια. Μέχρι τότε για όλα τα παιδιά με ψυχωτικά συμπτώματα αλλά και αυτισμό, η «παιδική σχιζοφρένεια» ήταν η μοναδική επίσημη διάγνωση. Σήμερα οι περισσότεροι συμφωνούν με την άποψη ότι σχιζοφρένεια και αυτισμός αποτελούν δύο ξεχωριστές διαγνώσεις, ενώ πολύ λίγοι χρησιμοποιούν την ευρεία έννοια της «ψύχωσης» για να συμπεριλάβουν και τις δύο ομάδες²⁸.

Ένα θέμα που θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι συνδέει τις δύο διαταραχές, είναι η ύπαρξη συμπτωμάτων διάχυτης διαταραχής της ανάπτυξης (PDD) πριν από την εμφάνιση της σχιζοφρένειας με πολύ πρόωμη έναρξη. Σε μια μεγάλη μελέτη του NIMH βρέθηκε ότι στο 25% των ασθενών με σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία είχε προηγηθεί η διάγνωση της Διάχυτης Διαταραχής της Ανάπτυξης (PDD) (1 με αυτισμό, 2 με διαταραχή Asperger και 16 με PDD-NOS). Το πιο κοινό χαρακτηριστικό των ατόμων αυτής της ομάδας ήταν οι κοινωνικές δυσκολίες²⁹.

²⁸ Kumra S, Sporn A, Hommer DW et al. (2001). Smooth pursuit eye-tracking impairment in childhood-onset psychotic disorders. *Am J Psychiatry*, 158: 1291-1298.

²⁹ Sporn AL, Addington AM, Gogtay N et al. (2004). Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry* 55: 989-994

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1. Παιδική ηλικία

Παιδί ονομάζεται ο άνθρωπος από τη γέννηση μέχρι και την εφηβεία του. Ο νομικός ορισμός του παιδιού γενικά αναφέρεται στον ανήλικο, δηλαδή σε ένα πρόσωπο μικρότερο από την ηλικία ενηλικίωσης³⁰. Ο Μίλς (2000) συνοψίζει τον ορισμό της παιδικής ηλικίας «ως κοινωνική δόμηση αλληλένδετη με μεταβλητές όπως η φυλή, η κοινωνική τάξη, ο πολιτισμός, το φύλο και ο χρόνος»³¹. Με κοινωνιολογικούς όρους – επισημαίνουν οι Τζέιμς & Προυτ (1990) – η παιδική ηλικία πρέπει να εξεταστεί ως «μια δυναμική κοινωνική και ιστορική δόμηση ... ένα συνεχές βιώσιμο και δημιουργούμενο κοινωνικό φαινόμενο το οποίο διακρίνεται για την αξία του στο παρόν, το παρελθόν αλλά και το μέλλον»³². Επομένως, κατά τους Τζέιμς & Προυτ (1990) η παιδική ηλικία είναι μια κοινωνιολογική μεταβλητή αλληλένδετη με παράγοντες όπως η κοινωνική τάξη, το φύλο και η φυλή. Η παιδική ηλικία μπορεί να κατανοηθεί από διαφορετικές απόψεις, είτε ως «ηλικιακή ή κοινωνική ομάδα, είτε ως μέρος της οικογενειακής δομής, ή η «επόμενη γενιά» και οι μελλοντικοί γονείς οδηγώντας σε διαφορετικές ερμηνείες³³.

Ένα από τα κυριότερα ζητήματα στην έννοια της παιδικής ηλικίας είναι η εξάρτηση των παιδιών από τους ενήλικες, είτε αυτοί είναι οι γονείς τους είτε άλλοι, και οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνοι για τη δημιουργία του περιβάλλοντος για το παιδί. Καθώς η ποιότητα του άμεσου και έμμεσου περιβάλλοντος του παιδιού επηρεάζει την ανάπτυξή του, θεωρείται απαραίτητο να κατανοηθούν οι θεσμικές δομές που απευθύνονται στα παιδιά αλλά και η οποιαδήποτε μεταξύ τους σχέση. Η κατανόηση των δεσμών και σχέσεων ανάμεσα σε οικονομικές, κοινωνικές και δημογραφικές συνθήκες στις οποίες τα παιδιά ζουν, καθώς επίσης και τα αποτελέσματα αυτών των συνθηκών στην ανάπτυξη των παιδιών και τους πιθανούς κινδύνους, αποτελούν σημαντικό μέρος της μελέτης της παιδικής ηλικίας.

³⁰ American Heritage Dictionary». (2007)

³¹ Mills, R. (2000). "Perspectives of Childhood" στους Mills, J. & Mills, R. (ed) *Childhood Studies: A Reader in perspectives of childhood*. London: Routledge

³² James, A., Jenks, C. & Prout, A. (1998). *Theorizing Childhood*. Oxford: Polity Press

³³ Katz, C. (2001). *Exploring the relationship between the education and the welfare systems at the municipal level: a case study of Lod, Israel*. Unpublished PhD Thesis. England: University of Sussex

Τα κυριότερα σημεία στα οποία χορηγείται κρατική μέριμνα και πρόνοια για τα παιδιά παγκοσμίως είναι η επιβίωση (διατροφή και υγιεινή), ο πληθυσμιακός έλεγχος, το σχολείο – εκπαίδευση και η νομοθεσία κατά της εργασίας. Στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες χορηγούνται επιπλέον προγράμματα για τη δικτύωση κοινωνικών υπηρεσιών προς αποφυγή ή/και αντιμετώπιση δυσλειτουργιών. Στις αναπτυσσόμενες χώρες το κύριο μέλημα είναι η μείωση των παιδικών θανάτων και η φροντίδα υγείας και τα υπόλοιπα έπονται.³⁴

Τα παιδιά στην ηλικία του Νηπιαγωγείου και στις αρχές του Δημοτικού δεν έχουν ακόμη ωριμάσει συναισθηματικά σε μεγάλο βαθμό. Για πρώτη φορά μαθαίνουν να ζουν σε ένα περιβάλλον το οποίο βρίσκεται έξω από το γνωστό οικογενειακό τους περιβάλλον. Κάνουν τις πρώτες φιλίες, γνωρίζουν καινούργια πρόσωπα αναφοράς, έχουν πολύ διαφορετικές προσωπικές εμπειρίες. Αυτή η καινούργια κατάσταση, σε συνδυασμό με τους καινούργιους ήχους της ξένης γλώσσας, απαιτεί έναν πολύ ευαίσθητο χειρισμό, ο οποίος λαμβάνει κυρίως υπόψη τη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Ένα παιδί έχει την ανάγκη:

- να νοιώθει ασφάλεια στο μαθησιακό του περιβάλλον
- να δέχεται συμπάθεια και να μπορεί να την ανταποδώσει και να τη δείξει
- να εκφράζει συναισθήματα, να χαίρεται και να δίνει χαρά σε άλλους
- να συνεννοείται με άλλους, να εκφράζει τις σκέψεις του
- να παίζει, να είναι δραστήριο, να κινείται και να μπορεί να εκτονώνεται
- να εκφράζεται δημιουργικά
- να έχει επιτυχίες και να δέχεται επαίνους
- να μαθαίνει καινούργια πράγματα, να αποκτά εμπειρίες, να ανακαλύπτει, να εξερευνά ενεργά
- να μιμείται σε παιχνίδια ρόλων (ή κάτι ανάλογο) αυτά που έχει μάθει και έτσι να τα διεργάζεται συναισθηματικά³⁵.

Οι ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι ένα σύνθετο και σημαντικό πρόβλημα εξαιτίας των σοβαρών επιπτώσεων που μπορεί να επιφέρουν: ο ψυχικός πόνος και η ελλειμματική λειτουργικότητα του ατόμου (διαταραγμένες σχέσεις με συνομηλίκους και οικογένεια, χαμηλές σχολικές επιδόσεις κλπ) που συχνά

³⁴ Wyness, M.G. (2000). *Contesting Childhood*. London: Falmer Press

³⁵ <http://e-psychology.gr>, στις 13 Μαΐου 2014

τις συνοδεύουν, η οικονομική επιβάρυνση των οικογενειών αλλά και της κοινωνίας είναι μερικές από αυτές³⁶.

Εάν οι διαταραχές αυτές αφεθούν χωρίς θεραπεία, τείνουν να γίνονται σοβαρότερες με επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική ζωή του ατόμου καθώς συσσωρεύεται η ματαίωση εξαιτίας της σχολικής αποτυχίας και των άσχημων σχέσεων με οικογένεια, φίλους και άλλους ανθρώπους. Επιπλέον, μπορεί να συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή με επιπτώσεις στην επαγγελματική και γενικότερη ζωή των ανθρώπων³⁰.

2.2. Σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία

Η σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία ή σχιζοφρένεια με πολύ πρόωμη έναρξη, είναι μια σπάνια και συνήθως σοβαρή μορφή της σχιζοφρένειας, με έναρξη των ψυχωτικών συμπτωμάτων μέχρι τα 12 έτη. Η σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία παρά τη σπανιότητά της έχει αποκτήσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια και έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένων ερευνών. Ο κυριότερος λόγος αυτού του ενδιαφέροντος είναι ότι η πολύ πρόωμη έναρξη της διαταραχής θα μπορούσε να φωτίσει περισσότερο την αιτιολογία σε σχέση με μια αναπτυξιακή προσέγγιση.



Επιδημιολογία

Καθώς δεν υπήρξε για πολλά χρόνια ομοφωνία για τον ορισμό της σχιζοφρένειας στα παιδιά, υπάρχουν πολύ λίγα δεδομένα για τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής. Οι μελέτες που διεξήχθησαν πριν από το 1975 δεν είναι αξιόπιστες, διότι στις «παιδικές ψυχώσεις» περιλαμβάνονταν ετερογενείς διαταραχές. Οι λίγες μελέτες και οι αναφορές περιπτώσεων δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια στην παιδική

³⁶ <http://child-psychiatry.med.uoa.gr>, στις 2 Απριλίου 2014

ηλικία είναι λιγότερο συχνή από τον αυτισμό. Εκτιμάται ότι η συχνότητα της σχιζοφρένειας για τις ηλικίες 2-12 ετών είναι μικρότερη από 1/10.000 παιδιά. Η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι 1:1 έως 2:1 και η ηλικία έναρξης δεν διαφέρει μεταξύ αγοριών-κοριτσιών. Η μετάβαση στην εφηβεία οδηγεί σε δραματική αύξηση της συχνότητας. Η εφηβική σχιζοφρένεια εμφανίζει επιπολασμό σημείου: 0,23%, με αναλογία αγοριών: κοριτσιών περίπου 1,4:1 και αποτελεί περίπου το 5% του συνόλου των περιπτώσεων σχιζοφρένειας στον γενικό πληθυσμό³⁷.

Κλινική εικόνα

Οι πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα στα παιδιά, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια των ενηλίκων κατά DSMIV και ICD-10. Η εφαρμογή ωστόσο των κριτηρίων σε παιδιά και εφήβους εμφανίζει σημαντικές δυσκολίες και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εκάστοτε αναπτυξιακής φάσης στην αξιολόγηση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα αναφορικά με τα μικρότερα παιδιά³⁸.

Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με τη φαινομενολογία της παιδικής σχιζοφρένειας είναι περιορισμένα. Εντούτοις, τα αποτελέσματα των λίγων διαθέσιμων μελετών είναι παρόμοια κατά τρόπο εντυπωσιακό^{39, 40}.

Πίνακας 1. Συμπτωματολογία της παιδικής σχιζοφρένειας και σύγκριση με τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων (σε ποσοστά %)^{26,27}

Μελέτες παιδιών	Αριθμός ασθενών	Ψευδαισθήσεις			Παραληρητικές ιδέες	Διαταραχή στη δομή της σκέψης	Αμβλύ/ απρόσφορο συναίσθημα
		Ακουστικές	Οπτικές	Απτικές			
Kolvin ⁷	33	81,8	30,3	ΔΑ	57,6	60	ΔΑ
Russell ²¹	35	80	37	17	63	40	74
Green ²²	38	84,2	47,4	7,9	55,3	NA	84,2
McKenna ²³	19	100	78,9	36,8	78,9	84,2	94,7
Spencer ²⁴	16	100	79	16	100	83	87
Μελέτη ενηλίκων Andreasen ²⁵	111	70	31	20	84	88	43

ΔΑ=Δεν αναφέρονται

³⁷ Κουμουλα Α. Παιδοψυχίατρος, Διευθύντρια Α' Παιδοψυχιατρικού Τμήματος, Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία: χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες, στο <http://www.encephalos.gr>, στις 20 Μαΐου 2014

³⁸ Λαζαράτου Ε. (2000). Η αναπτυξιακή πορεία της παιδικής σχιζοφρένειας. Ψυχιατρική, 11:46–58

³⁹ Masi G, Mucci M, Pari C. (2006). Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. CNS Drugs, 20:841–866

⁴⁰ Ανδρούτσος Χ. (2012). Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους: Συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων. Ψυχιατρική, 23:Π82–Π93

Η κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας στα παιδιά χαρακτηρίζεται, όπως και στους ενήλικες, από ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, διαταραχή στη δομή της σκέψης και αρνητικά συμπτώματα. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι σταθερά, σε όλες τις μελέτες, το σύμπτωμα με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης (80–100%). Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν φωνές με διωκτικό περιεχόμενο, φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους, φωνές που σχολιάζουν το παιδί ή του απευθύνουν εντολές και συχνά είναι φωνές γονέων, αδελφών, συγγενών. Λιγότερο συχνά αναφέρονται οπτικές (30–79%), απτικές (16–37%) και οσφρητικές ψευδαισθήσεις. Οι μη ακουστικές ψευδαισθήσεις δεν απαντώνται μεμονωμένες, συνοδεύουν σχεδόν πάντα τις ακουστικές. Το παιδί μπορεί να βιώνει αυτές τις εκδηλώσεις υποκειμενικά ως ξένες, έξω από τον έλεγχό του, ή ακόμα και τρομακτικές⁴¹.

Οι παραληρητικές ιδέες σπάνια είναι συστηματοποιημένες. Οι διαθέσιμες μελέτες υποστηρίζουν ότι αυτές εμφανίζονται στο 55–100% των περιπτώσεων. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να περιλαμβάνουν ιδέες καταδίωξης, ελέγχου, ανησυχίες σχετικά με το σώμα, ιδέες αυτοαναφοράς και συσχετίσεως, ιδέες μεγαλείου, και θρησκευτικές παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών φαίνεται ότι διαφέρει ανάλογα με την ηλικία. Τα μικρότερα παιδιά τυπικά εκδηλώνουν λιγότερο περίπλοκες παραληρητικές ιδέες και το περιεχόμενό τους μπορεί να επικεντρώνεται στους γονείς, σε φανταστικές μορφές, σε τέρατα, σε φαντάσματα, ή σε ζώα. Η διαταραχή στη δομή και οργάνωση της σκέψης εμφανίζεται με κυμαινόμενη συχνότητα εμφάνισης (40–84%) σύμφωνα με τις μελέτες και περιλαμβάνει χάλαση του συνειρμού, ασυναρτησία και αρκετά συχνά νεολογισμούς. Η διαταραχή της σκέψης μπορεί επίσης να πάρει τη μορφή της ανακοπής, της αλαλίας ή της υπερβολικής επανάληψης λέξεων ή προτάσεων⁴².

⁴¹ Caplan R, Guthrie D, Tang B, Komo S, Asarnow RF. (2000). Thought disorder in childhood schizophrenia: replication and update of concept. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:771– 778

⁴² Masi G, Mucci M, Pari C. (2006). Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*. 20:841–866

Χαρακτηριστική και πολύ συχνή (σαφώς συχνότερη απ' όσο στους ενήλικους) είναι η παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων: συναισθηματική αμβλύτητα (74–95%), αβουλησία (69%), έκπτωση της σκέψης και του λόγου (58%), κοινωνική απόσυρση⁴³.

Σύμφωνα με όλες τις σχετικές μελέτες, σε διαφορετικά δείγματα και από διαφορετικές ερευνητικές ομάδες, ένα μεγάλο ποσοστό (50–75%) των παιδιών με σχιζοφρένεια εμφανίζει στο αναπτυξιακό ιστορικό σημαντικά ελλείμματα στην εξέλιξη του λόγου (στην έκφραση και κατανόηση) και των κινητικών λειτουργιών (π.χ. καθυστέρηση στα αναπτυξιακά ορόσημα, φτωχό κινητικό συντονισμό), καθώς επίσης και διαταραχές στην κοινωνική συναλλαγή (κοινωνική απόσυρση επιφυλακτική διάθεση), αρκετά χρόνια πριν την έναρξη των ψυχωσικών συμπτωμάτων⁴⁴.

Στην κλασική μελέτη του Kolvin, τα παιδιά με σχιζοφρένεια εμφάνιζαν προνοσηρά ελλείμματα στον λόγο (σε ποσοστό 46%), στην κινητική ανάπτυξη (49%) και στην κοινωνική συναλλαγή (87%). Αντίστοιχα, στη μελέτη του NIMH (National Institute of Mental Health) για την παιδική σχιζοφρένεια διαπιστώνονται προνοσηρά ελλείμματα σε ποσοστό 77,3%, που μεταξύ άλλων αφορούν τον λόγο (σε ποσοστό 55,1%), την κινητική ανάπτυξη (57,1%) και την κοινωνική συναλλαγή (55,1%). Επίσης, στη μελέτη του UCLA για την παιδική σχιζοφρένεια, το 72% των ασθενών εμφάνιζε σοβαρά ελλείμματα στην εξέλιξη του λόγου ή/και την κινητική ανάπτυξη πριν την ηλικία των 6 ετών⁴⁵.

Άλλες εκδηλώσεις που χαρακτηρίζουν το ιστορικό πολλών από αυτά τα παιδιά είναι τα ήπια νευρολογικά σημεία, τα προβλήματα μάθησης και προσαρμογής στο σχολείο, η ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα, τα προβλήματα διαγωγής και το χαμηλότερο IQ (γύρω στο 80). Στη μελέτη του NIMH, 49% των ασθενών χρειάστηκε να καθυστερήσουν την έναρξη του σχολείου ή να επαναλάβουν σχολική τάξη, και 30,6% χρειάστηκε ειδική εκπαίδευση, πριν την έναρξη της διαταραχής. Επίσης, ένα

⁴³ American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. DSM-IV-TR (Text Revision)

⁴⁴ Hollis C. (2000). Adolescent schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat.* 6:83–92

⁴⁵ Nicolson R, Lenane M, Singaracharlu S, Malaspina D, Giedd JN, Hamburger SD et al. (2000). Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors. *Am J Psychiatry*, 157:794–800

υποσύνολο παιδιών (39% στη μελέτη του UCLA και 36% στη μελέτη του NIMH) εμφάνιζε εκδηλώσεις όπως ηχολαλία, κινήσεις των χεριών σαν «φτερούγισμα» και/ή σημαντική έλλειψη ανταπόκρισης στα κοινωνικά ερεθίσματα, που είναι συχνά γνωρίσματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών⁴⁶.

Παρόμοια προνοσηρά αναπτυξιακά προβλήματα έχουν παρατηρηθεί επίσης στην εφηβική σχιζοφρένεια και τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων⁴⁷. Τα δεδομένα ωστόσο συγκλίνουν στο ότι τα προνοσηρά αναπτυξιακά προβλήματα, ιδιαίτερα οι διαταραχές στον λόγο, εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα και βαρύτητα στη σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία, συγκριτικά με τη σχιζοφρένεια με έναρξη στην εφηβεία ή την ενήλικη ζωή. Προνοσηρά ελλείμματα στον λόγο και την κινητική ανάπτυξη εμφανίζονται στην εφηβική σχιζοφρένεια σε ποσοστό περίπου 20%, ενώ στη σχιζοφρένεια των ενηλίκων σε ποσοστό μικρότερο του 10%⁴⁸.

Σε δείγμα 657 εφήβων με μέσο όρο ηλικίας τα 16,5 έτη, οι McGorry et al. διαπίστωσαν τα ακόλουθα «πρόδρομα σημεία»: μαγική σκέψη (51%), ασυνήθεις αντιληπτικές εμπειρίες (46%), έλλειψη κινητοποίησης (39,7%), παράδοξη συμπεριφορά (25,2%), αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα (21,7%), κοινωνική απομόνωση και απόσυρση (18%), σοβαρή παραμέληση της προσωπικής υγιεινής (8,1%). Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την εκδήλωση των πρόδρομων εκδηλώσεων μέχρι την έναρξη των ψυχωσικών συμπτωμάτων κατά μέσο όρο υπερβαίνει το έτος, ενώ στα παιδιά το διάστημα αυτό είναι ακόμα μεγαλύτερο⁴⁹.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η μέση ηλικία έναρξης της παιδικής και εφηβικής σχιζοφρένειας, όπως προέκυψε από τη βιβλιογραφία⁵⁰

⁴⁶ Fish B, Kendler KS. (2005). Abnormal infant neurodevelopment predicts schizophrenia spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15:348–361

⁴⁷ Hollis C. (2003). Developmental precursors of child-and adolescentonset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *Br J Psychiatry*, 182:37–44

⁴⁸ McClellan J, Breiger D, McCurry C, Hlastala SA. (2003). Premorbid functioning in early-onset psychotic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:666–672

⁴⁹ Hollis C. (2000). Adolescent schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat*, 6:83–92

⁵⁰ Eggers C, Bunk D, Volberg G, Röpcke B. (1999). The ESSEN study of childhood-onset schizophrenia: selected results. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1 (Suppl 8):121–28

Πίνακας 2. Μέση ηλικία έναρξης της παιδικής και εφηβικής σχιζοφρένειας (έτη)

Μελέτη	Έναρξη πρόδρομων συμπτωμάτων	Έναρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων	Πρώτη νοσηλεία
Russel ²⁶	4,6	6,9	9,5
Green ²²	6,4	8,6	9,6
Maziade ⁴⁶	7,1	14,0	15,0
Eggers ^{43,45} (παιδιά)	11,8	13,0	13,4
Eggers ^{43,45} (έφηβοι)	15,0	15,6	16,5

Αναμφισβήτητα, η σταδιακή μετάπτωση από τα προνοσηρά στα πρόδρομα συμπτώματα και η ύπουλη έναρξη των ψυχωσικών συμπτωμάτων οδηγούν συχνά σε καθυστέρηση της διάγνωσης και της έναρξης της θεραπείας, με δυσμενείς επιπτώσεις στην πορεία και έκβαση της διαταραχής

2.3. Συσχετισμός με τον αυτισμό

Παλιότερα στην ψυχιατρική χρησιμοποιούνταν ο όρος «παιδική ψύχωση» για να περιγράψει μια μεγάλη ομάδα διαταραχών της ανάπτυξης, στις οποίες το παιδί εμφάνιζε παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις, είχε δηλαδή παραποιημένη αντίληψη της πραγματικότητας ή αντιλαμβανόταν πράγματα που δεν υπήρχαν. Πολύ συχνά τέτοιου τύπου συμπτώματα εμφανίζονται και σε παιδιά που δεν έχουν σχιζοφρένεια αλλά άλλες διαταραχές, όπως είναι ο αυτισμός και η νοητική υστέρηση.

Γι' αυτό προοδευτικά διαχωρίστηκε ο αυτισμός από την παιδική σχιζοφρένεια, που πλέον αντιμετωπίζονται ως ξεχωριστές παθήσεις, παρόλο που ένα μικρό ποσοστό αυτιστικών παιδιών εμφανίζουν σχιζοφρένεια μεγαλώνοντας. Ο αυτισμός συνήθως εμφανίζεται σε πολύ μικρή ηλικία (πριν τα 3 έτη) και συνοδεύεται από νοητική υστέρηση, ενώ το παιδί με σχιζοφρένεια έχει φυσιολογική νοημοσύνη και συνήθως υπάρχει ιστορικό της νόσου στην οικογένειά του⁵¹.

Η σχιζοφρένεια έχει αναγνωριστεί σε παιδιά ήδη από τις πρώτες περιγραφές της. Ο Κρέπλιν ότι εκ του συνόλου των ασθενών με «πρώιμη άνοια» που μελέτησε, ένα ποσοστό 3,5% είχαν έναρξη της νόσου πριν την ηλικία των 10 ετών και ένα επιπλέον ποσοστό 2,7% πριν την ηλικία των 15 ετών. Επεκτείνοντας την έννοια του Κρέπλιν

⁵¹ <http://www.klimaka.org.gr>, στις 3 Μαΐου 2014

ην παιδική ηλικία ο ΝτεΣάνκτις χρησιμοποίησε τον όρο Πρωιμότατη Άνοια (dementia praecox). Ο Όιγκεν Μπλέλερ υποστήριξε ότι το 0,5–1% των περιπτώσεων σχιζοφρένειας εμφάνισαν έναρξη πριν την ηλικία των 10 ετών, ενώ το 4% πριν τα 15 έτη. Ωστόσο, από τη δεκαετία του 1930 μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970, οι όροι «παιδική σχιζοφρένεια» και «παιδική ψύχωση» χρησιμοποιήθηκαν με μια πολύ ευρεία έννοια που συμπεριελάμβανε μεταξύ άλλων και τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος⁵².

Οι μελέτες ορόσημο των Κόλβιν και Ράτερ διαφοροποίησαν σαφώς τη Σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία από τις Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος, πάνω στη βάση διαφόρων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων, για παράδειγμα ηλικία έναρξης, κλινικά χαρακτηριστικά, οικογενειακό ιστορικό και ενδείξεις δυσλειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος⁵³.

Σημαντική διαφορά ανάμεσα στον αυτισμό και την παιδική σχιζοφρένεια είναι η πρόιμη έναρξη του αυτισμού (πάντοτε πριν τους 36 μήνες και συνήθως αρκετά πριν) και η συγκριτικά πολύ πιο όψιμη έναρξη της σχιζοφρένειας (συνήθως μετά τα 7 έτη και πιο συχνά μετά την ήβη). Η διάκριση ανάμεσα στην παιδική σχιζοφρένεια και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι σήμερα ευρέως αποδεκτή και αποδείχθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη στην κλινική πρακτική και την έρευνα, ωστόσο ορισμένα στοιχεία υποστηρίζουν μια διασύνδεση ανάμεσα στις δύο διαταραχές⁵⁴.

Ένα στοιχείο που θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι συνδέει τις δύο διαταραχές είναι η ύπαρξη ενίοτε συμπτωμάτων διάχυτης διαταραχής της ανάπτυξης (PDD) πριν από την εμφάνιση της σχιζοφρένειας με πολύ πρόιμη έναρξη. Σε μια μεγάλη μελέτη του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ (National Institute of Mental Health, NIMH) βρέθηκε ότι επί συνόλου 75 ασθενών με παιδική σχιζοφρένεια, σε ποσοστό 25% είχε προηγηθεί η διάγνωση της Διάχυτης Διαταραχής της Ανάπτυξης (PDD)

⁵² Volkmar F, Tsatsanis K. (2002). Childhood Schizophrenia. Ch 60: 745–754, in Lewis M (ed) Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA

⁵³ Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. (2009). Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:10–18

⁵⁴ Sporn AL, Addington AM, Gogtay N, Ordoñez AE, Gornick M, Clasen L et al. (2004). Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry*, 55:989–994

(1 με αυτιστική διαταραχή, 2 με διαταραχή 'Ασπεργκερ και 16 με PDD-NOS). Επιπλέον, ορισμένα παιδιά εμφάνισαν σε βάθος χρόνου κλινικές εκδηλώσεις που θα μπορούσαν να τοποθετηθούν στον ενδιάμεσο χώρο ανάμεσα στον αυτισμό και τη σχιζοφρένεια, όπως παροδικά ψυχωσικά συμπτώματα, συναισθηματική αστάθεια, μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες και γνωστικά ελλείμματα. Για τα παιδιά αυτά η ερευνητική ομάδα του NIMH πρότεινε τον όρο Πολυδιάστατη Διαταραχή (Multidimensionally Impaired)²⁷.

Μια άλλη ερευνητική ομάδα από το Πανεπιστήμιο του Yale (Yale Child Study Center), περιέγραψε ένα παρόμοιο σύνδρομο αλλά με περισσότερες αυτιστικού τύπου εκδηλώσεις, το οποίο ονόμασαν Πολλαπλή Σύνθετη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Multiple Complex Developmental Disorder). Είναι προφανές ότι χρειάζεται πολύ περισσότερη έρευνα για να αποσαφηνισθούν οι σχέσεις και διαφορές μεταξύ των διαταραχών του σχιζοφρενικού και του αυτιστικού φάσματος σε κλινικό, ψυχολογικό και νευροβιολογικό επίπεδο⁵⁵.

2.4. Η ζωή του παιδιού με σχιζοφρένεια

Η έναρξη της διαταραχής μπορεί να γίνει με τουλάχιστον τρεις μορφές:

- α. Οξεία έναρξη, χωρίς εμφανή προνοσηρά σημεία της αρχόμενης διαταραχής.
- β. Ύπουλη έναρξη, με βαθμιαία επιδείνωση της λειτουργικότητας.
- γ. Ύπουλη έναρξη, με οξεία επιδείνωση της διαταραχής⁵⁶.

Η πιο συχνή μορφή είναι η ύπουλη έναρξη της νόσου, ιδιαίτερα στα παιδιά, όπου το ποσοστό της ύπουλης έναρξης ανέρχεται στο 75%. Στους εφήβους, το ποσοστό των περιπτώσεων με οξεία έναρξη ανέρχεται σημαντικά, ώστε ορισμένες μελέτες, όπως η Maudsley Study στην Αγγλία, δείχνουν υπεροχή της ύπουλης έναρξης (65%), ενώ άλλες, όπως Essen Study στη Γερμανία, δείχνουν υπεροχή της οξείας έναρξης σε ποσοστό που φτάνει το 80%⁵⁷.

⁵⁵ Frangou S, Murray R. Schizophrenia. (2000). Ch 2:13–16, Ch 4:23–32 & Ch 5:33–38. 2nd edition. Martin Dunitz, London, UK

⁵⁶ Volkmar F, Tsatsanis K. (2002). Childhood Schizophrenia. Ch 60: 745–754, in Lewis M (ed) Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA

⁵⁷ Eggers C, Bunk D, Krause D. (2000). Schizophrenia with onset before the age of eleven: clinical characteristics of onset and course. J Autism Dev Disord, 30:29–38

Της έναρξης των κύριων ψυχωσικών συμπτωμάτων προηγούνται κατά κανόνα οι λεγόμενες «πρόδρομες» εκδηλώσεις της διαταραχής, που περιλαμβάνουν: πτώση της σχολικής επίδοσης, κοινωνική απομόνωση, αποδιοργανωμένη και παράδοξη συμπεριφορά, μείωση της ικανότητας για επιτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, έκπτωση των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, παράδοξες συνήθειες διατροφής και ατομικής υγιεινής, μεταβολές στο συναίσθημα, απώλεια ελέγχου των παρορμήσεων, εχθρότητα και επιθετικότητα, απάθεια και αδράνεια⁵⁸.

Όλοι οι βασικοί παράγοντες που συνδέονται με δυσμενή πρόγνωση σε ενήλικους ασθενείς, δηλαδή ύπουλη έναρξη, προνοσηρές εκδηλώσεις και έντονη παρουσία αρνητικών και αποδιοργανωτικών συμπτωμάτων, είναι κατά κανόνα παρόντες στην παιδική σχιζοφρένεια, επηρεάζοντας αρνητικά την πορεία της. Συνήθως, τα παιδιά με σχιζοφρένεια εξακολουθούν να εμφανίζουν τη διαταραχή κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή σε ποσοστά που κυμαίνονται στις διάφορες μελέτες από 50%, 67%, 78%, μέχρι και 90%⁵⁹. Ύφεση αναφέρεται σε ποσοστά ασθενών που κυμαίνονται από 12% έως 27%. Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή ήταν επηρεασμένη στο 50–60% των ασθενών και μόνο το 33% είχε ανεξάρτητη διαβίωση⁶⁰.

Τα δεδομένα γενικά συγκλίνουν στο ότι η παιδική και εφηβική σχιζοφρένεια εμφανίζει δυσμενέστερη πορεία και έκβαση από τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων. Επίσης, είναι μεγαλύτερα αναλογικά τα ποσοστά των ασθενών που εμφανίζουν χρόνια και επιδεινούμενη πορεία έναντι αυτών που εμφανίζουν επεισοδιακή πορεία με ενδιάμεσες περιόδους ύφεσης.

2.5. Οικογένεια

Για την οικογένεια, η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι επίπονη, καθώς τα μέλη της αντιμετωπίζουν την προοπτική να στηρίζουν έναν συγγενή με μακροχρόνια αναπηρία. Γενικότερα, η κατάσταση που βιώνουν τα μέλη στο πρώτο άκουσμα της διάγνωσης χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθήματα και εσωτερικές συγκρούσεις.

⁵⁸ McClellan J, Breiger D, McCurry C, Hlastala SA. (2003). Premorbid functioning in early-onset psychotic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:666–672

⁵⁹ Masi G, Mucci M, Pari C. (2006). Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*, 20:841–866

⁶⁰ Calderoni D, Wudarsky M, Bhango R, Dell ML, Nicolson R, Hamburger SD et al. (2001). Differentiating childhood onset schizophrenia from psychotic mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:1190–1196

Τη μια στιγμή αναγνωρίζουν την πραγματικότητα της κατάστασης ενώ την άλλη την αποφεύγουν. Κάποιες φορές εκφράζουν ανοιχτά τους φόβους τους. Η αγανάκτηση ο θυμός, η αίσθηση αδυναμίας είναι φυσιολογικές αντιδράσεις στην φάση αυτή. Συχνά λόγω του άγχους και της αγανάκτησης μπροστά στο απρόσμενο γεγονός, το κάθε μέλος μπορεί να θέλει να αποσυρθεί, νοιώθοντας πως έτσι θα αποκοπεί από τα όλα προβλήματα που έρχονται. Ωστόσο, με τη γνωστοποίηση της ασθένειας, η οικογένεια βρίσκεται σε μια κατάσταση κρίσης. Η κρίση δεν οφείλεται τόσο στη διάγνωση και στην ανακοίνωση της κατάστασης όσο στις ερμηνείες που δίνουν τα μέλη γύρω από την ασθένεια και οι μέθοδοι που σκοπεύουν να εφαρμόσουν για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν. Αν το άγχος και η γενικότερη συναισθηματική δυσφορία μεταξύ των μελών παραταθεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, υπάρχει πιθανότητα η οικογένεια να οδηγηθεί στην αποδιοργάνωση ή ίσως και στην διάλυση.

Μεγάλο άγχος και πίεση νιώθουν οι γονείς όταν το άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι το παιδί. Απειλείται και αμφισβητείται ο γονεϊκός τους ρόλος, που δεν κατάφεραν να μεγαλώσουν σωστά το παιδί τους. Απειλούνται ακόμα τα σχέδια, τα όνειρα, οι προσδοκίες και οι ελπίδες τους. Επίσης, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές συνθήκες ζωής τις οποίες καλούνται να φέρουν σε πέρας. Καθώς εξελίσσεται η νόσος, οι γονείς θεωρούν τους εαυτούς τους ως μη χειραφετημένους. Αν και έχουν αναλάβει την ευθύνη της φροντίδας, κανείς, ούτε η πολιτεία, ούτε ο ασθενής αναγνωρίζουν και σέβονται αυτήν την ευθύνη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα από την πλευρά των γονιών να έχουν αρνητικές εμπειρίες, συναισθήματα ενοχής και θυμού που έχουν αντίκτυπο και στην δική τους υγεία⁶¹.

Η διαδικασία περίθαλψης ενός ψυχωτικού ασθενή εγείρει διαφορετικά συναισθήματα στους φροντιστές που ανήκουν κυρίως στο οικογενειακό του περιβάλλον. Σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τελέσει βασικές διεργασίες και δεν είναι λίγες οι φορές που ο ψυχωτικός ασθενής εξαρτάται κυρίως από το άτομο που το φροντίζει. Γίνεται κατανοητό, ότι το οικογενειακό σύστημα μπαίνει σε διαδικασία αναπροσαρμογής και μάθησης με την έναρξη των ψυχωτικών συμπτωμάτων στον ασθενή. Η επιρροή που έχει στην οικογένεια ένα μέλος που νοσεί είναι πολύ μεγάλη.

⁶¹ Minuchin, S. (2000). Οικογένειες και οικογενειακή Θεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Η οικογένεια βιώνει την κοινωνική απομόνωση και επιβαρύνεται συναισθηματικά και σε τομείς όπως η εργασία.⁶²

Τα κυριότερα παραδείγματα της συμπεριφοράς του ασθενή που προκαλούσαν ανησυχία και κατά συνέπεια όλα τα παραπάνω προβλήματα στους υπόλοιπους είναι οι τάσεις αυτοκτονίας, οι παράξενες και εκκεντρικές ιδέες, η ανησυχία και η υπερβολική ομιλητικότητα, ή αντίθετα η απόσυρση, η απειλή για τη ζωή των άλλων, η δημιουργία προστριβών με τους γείτονες. Η ψυχική ευεξία των μελών, συνεπώς, διαταράσσεται. Σε αυτό οφείλεται και ο περιορισμός του ελεύθερου προσωπικού χρόνου. Οι απαιτήσεις της θεραπείας και η ανάγκη του ασθενή για περισσότερη φροντίδα, οι παράξενες συνήθειες που έχει πλέον αποκτήσει, όπως οι απότομες εναλλαγές κατά τη διάρκεια του ύπνου, ο υποχονδριασμός, αποδιοργανώνουν τις καθημερινές συνήθειες και το πρόγραμμα των υπολοίπων. Τα μέλη δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο καθημερινό τους πρόγραμμα και να επαναλάβουν τις παλιές τους καθημερινές συνήθειες καθώς τώρα στο πρόγραμμά τους έχει αναπόφευκτα προστεθεί πρωταρχικά η κάλυψη των αναγκών του ασθενή.

Ο πρώτος που διερεύνησε την αρνητική επιβάρυνση ήταν ο Γιάροου και οι συνεργάτες του (Yarrow, Schwartz, Murphy, & Deast, 1955). Στη συνέχεια πολλές έρευνες επικεντρώθηκαν σε αυτή και την επαλήθευσαν. Σύμφωνα με μια έρευνα του Σκουλτζ και συν. (1982), το 92% των γονέων ψυχωτικών ατόμων, συμφώνησαν με το ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που σχετίζεται με υπερβολική επιβάρυνση. Οι Οχέρι & Φίντο (2001) σε μια έρευνα που έκαναν στη Νιγηρία μελετώντας την άποψη των φροντιστών ασθενών με σχιζοφρένεια, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι φροντιστές εμφάνιζαν υψηλό άγχος και θυμό, παρόλα αυτά θεωρούσαν ότι παρείχαν υποστήριξη στον ασθενή⁶³.

Η οικογενειακή επιβάρυνση διακρίνεται σε δύο τύπους, στην αντικειμενική και στην υποκειμενική επιβάρυνση. Η αναστάτωση, το άγχος οι ανησυχίες, και τα συναισθήματα που βιώνουν οι συγγενείς και το οικείο περιβάλλον, αναφορικά με την

⁶² Καλαϊτζάκη. (2000). Η Επίδραση του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας στις Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ασθενών με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου και Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής, Ρέθυμνο

⁶³ Minuchin Salvador. (2000). Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης : Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία, Αθήνα Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

ασθένεια του ατόμου, ορίζεται ως υποκειμενική επιβάρυνση. Αντίστοιχα, οι αλλαγές που προκύπτουν στην καθημερινότητα της οικογένειας, στις μεταξύ των μελών σχέσεις, στις σχέσεις της οικογένειας με το εξωτερικό περιβάλλον, στο τομέας της εργασίας και των οικονομικών, αναφέρονται στην βιβλιογραφία ως αντικειμενική επιβάρυνση⁶⁴.

Οι παράγοντες που προκαλούν την οικογενειακή επιβάρυνση ποικίλουν. Τα συμπτώματα του, κυρίως τα αρνητικά, η επιθετικότητα του ασθενούς, οι παράλογες πεποιθήσεις, η συμπεριφορά του προκαλούν στην οικογένεια έντονο άγχος. Επίσης, η διάρκεια της ασθένειας είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες, που καθορίζουν την επιβάρυνση. Η χρονιότητα που χαρακτηρίζει τη νόσο είναι αναμενόμενο να εξασθενεί ψυχικά κυρίως τους συγγενείς τους. Παράλληλα, ο βαθμός επαφής με τον ασθενή είναι καθοριστικός παράγοντας για την οικογενειακή επιβάρυνση. Τα άτομα που έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ασθενή είναι λογικό να βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση από τα άτομα τα οποία έχουν λιγότερη επαφή με τον ασθενή⁶⁵.



⁶⁴ Mueser, Sengupta, Bellack, Glick, schooler, Xie & Keith. (2001). Family Treatment and Medication Dosage Reduction in Schizophrenia : Effects on Patient Social Functioning, Family Attitudes, and Burden, American Journal of Consulting and Clinical Psychology. 3-12

⁶⁵ Παπαδιώτη-Αθανασίου, Β. (2000). Οικογένειες και Όρια Συστηματική προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Η βελτίωση της νόσου της σχιζοφρένειας συνδέεται άμεσα με την ενεργό συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος στη ζωή του σχιζοφρενούς ασθενούς. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να διευκολύνουν τις δυσκολίες αυτής της σοβαρής ψυχικής ασθένειας με τρόπους που άνθρωποι εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος αδυνατούν να κατανοήσουν. Η οικογένεια μπορεί να βρίσκεται σε στενή επαφή με το παιδί που έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια και με αυτό τον τρόπο έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν τη συμπεριφορά του. Εφόσον γνωρίζουν αυτό το μέλος, μπορούν να εξακριβώσουν και τα αίτια της αρνητικής συμπεριφοράς του. Αυτή η κατανόηση τους επιτρέπει να συμμετέχουν μέσα στο οικογενειακό σύστημα ακόμα και πριν εκδηλωθούν τα συμπτώματα.⁶⁶

Ο ψυχωτικός κατακερματισμός του σχιζοφρενούς ασθενούς, μπορεί να προκύψει οποιαδήποτε στιγμή, ειδικά όταν δέχεται ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον και τον υλικό κόσμο. Τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται σε θέση να αναγνωρίσουν την επιδείνωση του σχιζοφρενούς μέλους, αν ζουν μαζί του. Πρώτα από όλα, το γεγονός ότι βρίσκονται σε θέση να ελέγξουν τη φαρμακευτική αγωγή είναι μια θετική άποψη της αποτελεσματικής διαχείρισης της διανοητικής ασθένειας του ασθενή και ο έλεγχος γίνεται πιο πιθανός αν το μέλος της οικογένειας ζει κοντά στο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια. Ο ασθενής θα μπορούσε επίσης να βοηθηθεί αν ζει ανεξάρτητα, παρόλο που το αποτέλεσμα θα ήταν οι στενές σχέσεις με τα μέλη της οικογένειάς του να γίνονται συμβιβαστικές.⁶³

Ακόμα και όταν τα μέλη της οικογένειας δεν ζουν με τον ασθενή, οι συχνές επισκέψεις σε αυτόν έχουν πολλά οφέλη. Ανάμεσα στις ίσως λιγότες σχέσεις με άλλους ανθρώπους που έχει ο ασθενής, η οικογένειά του είναι αυτή που κατανοεί τη συνέχεια της ζωής, σε σχέση με το πριν και το μετά την εμφάνιση της διανοητικής του ασθένειας. Παρόλο που είναι ενοχλητικό να γίνεται ο συγγενής μάρτυρας των μεταπτώσεων της συμπεριφοράς του σχιζοφρενούς ασθενούς, τα μέλη της οικογένειας μπορούν να τον βοηθήσουν με αμέτρητους τρόπους. Αυτό συμβαίνει γιατί παρά τις αφύσικες μεταπτώσεις της συμπεριφοράς του ασθενούς, τα μέλη της οικογένειας θα μπορούσαν να τον στιγματίσουν σε μικρότερο βαθμό.⁶³

⁶⁶ <http://www.brainblogger.com>, στις 21 Ιουλίου 2014

Ένας άλλος τρόπος για να βοηθήσει η οικογένεια το μέλος της που πάσχει από σχιζοφρένεια, είναι να το βοηθήσει να ζητήσει αξιόπιστη ψυχιατρική βοήθεια. Επίσης, οι οικογένειες μπορούν να παρέμβουν στις κρίσεις. Οι συγγενείς γνωρίζουν πότε ο ασθενής είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του, για τους άλλους ή πότε δεν μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του. Οι συγγενείς προσφέρουν πολύτιμη λειτουργία σ' αυτό το σημείο. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια υποφέρουν από ακραία αισθήματα απομόνωσης και αυτοκαταστροφής. Η οικογένεια βοηθά στη μείωση της ζημιάς που μπορεί να προκληθεί στον ασθενή από τον ίδιο του τον εαυτό. Το πιο σημαντικό είναι ότι η οικογένεια μπορεί να τον κάνει να νιώθει αγαπητός, αποδεκτός και σημαντικός.⁶³

Κυρίως λόγω του στιγματισμού τους, οι σχιζοφρενείς ασθενείς νιώθουν ιδιαίτερα αποκομμένοι από τον υπόλοιπο κόσμο. Επίσης, τα τραυματικά αποτελέσματα αυτού του στιγματισμού σχετικά με την ψυχική ασθένεια, μειώνονται από την αποδοχή εκ μέρους των μελών της οικογένειας του ασθενούς, παρόλο που αυτό δεν είναι εύκολο. Η μεταμόρφωση του ψυχικά ασθενούς από κάποιον που φαινομενικά είναι ψυχολογικά υγιές σε άτομο που χαρακτηρίζεται «σχιζοφρενής», σημαίνει ότι το άτομο μεταμορφώνεται σε κάποιον αγνώριστο. Ο αγώνας για να αποδεχτεί τον ίδιο του τον εαυτό και να είναι αποδεκτός και από τους άλλους ως άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι τρομακτικός για τον άνθρωπο αυτόν. Είναι πολύ μεγάλος ο θυμός και η στενοχώρια που σχετίζονται με το ξεκίνημα σοβαρών και χρόνιων διανοητικών ασθενειών και για τον σχιζοφρενή ασθενή αλλά και για την οικογένειά του.⁶⁷

Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να παρακάμψουν αυτό που θεωρείται τραγωδία για το προβληματικό άτομο και για τους ίδιους, εκπαιδεύοντας τον εαυτό τους σχετικά με την ψυχική ασθένεια και την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Οι δυσκολίες του σχιζοφρενούς ασθενούς και οι επακόλουθες δυσκολίες της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση μπορεί να φαίνονται ισόβια δέσμευση εξαιτίας της χρόνιας φύσης της ασθένειας. Επίσης, τα προβλήματα του σχιζοφρενούς είναι κυκλικά: η βιοχημεία προκαλεί ακουστικές παραισθήσεις, φωνές που κανένας άλλος δεν ακούει, οδηγεί στο στιγματισμό και ο στιγματισμός οδηγεί τον ασθενή στην

⁶⁷ <http://www.psychologynow.gr>, στις 25 Ιουλίου 2014

ψυχολογική και σωματική απομάκρυνση από τους άλλους. Έτσι ο ασθενής στρέφεται περισσότερο στον εαυτό του και στις σκέψεις του, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί στην απομόνωση.⁶⁴

Ο ασθενής παρεκτρέπεται και η οικογένεια ενδέχεται να μην καταλαβαίνει αυτή τη συμπεριφορά, η οποία οδηγεί τον σχιζοφρενή σε αποξένωση καθώς φοβάται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει, ούτε ο ίδιος του ο εαυτός. Αυτός είναι ο λόγος που το άτομο με την ετικέτα του «αγνώριστου» μπορεί να παρεκτρέπεται με διάφορους τρόπους. Η οικογένεια καλείται να επαναπροσδιορίσει τις αρχές της και να προσπαθήσει να τον δεχτεί ως μέλος της οικογένειας.⁶⁴

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία, τα πάσχοντα άτομα θέλουν να νιώθουν αγαπητά. Ο φόβος και ο τρόμος με τον οποίο κάθε οικογένεια αντιμετωπίζει την κατάσταση ως αποτέλεσμα αυτής της διάγνωσης είναι τεράστιος. Κανένας δεν πιστεύει ότι θα πάσχει από σχιζοφρένεια μεγαλώνοντας. Η τραγωδία που ακολουθεί τη διάγνωση αυτής της κατάστασης είναι τεράστια και ολέθρια. Η οικογενειακή συμμετοχή και αποδοχή μπορούν να απαλύνουν αυτή την τραγωδία. Στην πραγματικότητα, αυτές οι δύο ενέργειες μπορούν να κάνουν τις συνθήκες της διάγνωσης της σχιζοφρένειας ανεκτές και για τις δύο πλευρές.⁶⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1. Γενικά

Η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας σε παιδιά και εφήβους, κατ' αναλογία προς τους ενήλικες, στηρίζεται σε ένα πολυδιάστατο θεραπευτικό σχέδιο που περιλαμβάνει:

3.1.1. Φαρμακευτική αγωγή

Από τη δεκαετία του 1950 εισήχθησαν στη ψυχιατρική τα αντιψυχωτικά φάρμακα ή αλλιώς νευροληπτικά, τα οποία αντιμετωπίζουν τα ψυχωσικά συμπτώματα.⁶⁸

Τα αντιψυχωτικά περιλαμβάνουν τις εξής τρεις κατηγορίες:

α) Ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης, τα οποία όμως προκαλούν ανεπιθύμητες και σοβαρές παρενέργειες.

β) Ρισπεριδόνη. Τα πλεονεκτήματα αυτού του φαρμάκου είναι ότι προκαλεί ελαφρότερες νευρολογικές παρενέργειες από τα κλασικά νευροληπτικά.

γ) Κλοζαπίνη. Ο μηχανισμός δράσης της δεν έχει κατανοηθεί απόλυτα, πρόκειται για φάρμακο δεύτερης επιλογής όταν ο ασθενής δεν απαντά σε προηγούμενες φαρμακευτικές αγωγές. Όσον αφορά τις παρενέργειες που προκαλεί, αυτές είναι η ακοκκιοκυτταραιμία και γι' αυτό είναι αναγκαίος ο συχνός έλεγχος του αίματος των ασθενών. Ωστόσο είναι ακριβό φάρμακο, κάτι που περιορίζει την συνταγογράφησης του. Πέρα από τα παραπάνω, υπάρχουν φάρμακα νέας γενιάς, όπως η ζιπραζινόδη, η κουετιαπίνη, η ολανζαπίνη.⁶⁹

Κατά την θεραπεία των ψυχωτικών παθήσεων η συμμόρφωση του ασθενούς είναι ένα από τα σημαντικότερα θέματα. Συχνά οι ασθενείς δεν έχουν σωστή και ολοκληρωμένη γνώση της πάθησης τους και όταν υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες η πιθανότητα να συνεχίσουν να παίρνουν το φάρμακό τους σύμφωνα με τις οδηγίες είναι μικρότερη. Συχνές παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι η ξηροστομία, η δυσχέρεια μνήμης, η καταστολή, η υπνηλία, η όψιμη δυσκινησία και άλλα. Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τις τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων για την καλύτερη συμμόρφωση προς την θεραπεία του.⁶⁶

⁶⁸ Benjamin J. Sadock, Pedro Ruiz, Virginia. (2000). Alcott SadockKaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2 Volume Set.

⁶⁹ Jenkins S. (2002). A pocket reference for psychiatrists. Elsevier Science

Συμπληρωματικά φάρμακα που χορηγούνται είναι το λίθιο, οι βενζοδιαζεπίνες και τα αντιεπιληπτικά. Εκτός από την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, υπάρχουν σωματικές θεραπείες, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία είναι λιγότερο αποτελεσματική από τα αντιψυχωτικά και ενδείκνυται σε ασθενείς που δεν μπορούν να πάρουν αντιψυχωτικά και σε κατατονικούς ασθενείς. Σεμερικούς ασθενείς η ταυτόχρονη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων και ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματική από τη χρήση μόνο αντιψυχωτικών φαρμάκων. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας περιλαμβάνονται οι γνωσιακές μεταβολές, όπως η οξεία σύγχυση μετά την κρίση και η έκπτωση της μνήμης. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται και οι καρδιαγγειακές επιδράσεις καθώς και γενικά σωματικά ενοχλήματα όπως κεφαλαλγία, μυαλγίες, τα οποία είναι συχνά και παροδικά. Τέλος, παλιότερα προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν την νόσο με ινσουλινικά και βαρβιτουρικά κόματα, τα οποία έθεταν σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς.⁶⁶

Περίπου τρία τέταρτα των ασθενών που αλλάζουν αγωγή από το ένα αντιψυχωτικό φάρμακο σε άλλο, το κάνουν για λόγους σχετικούς με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στο παρελθόν, ο πιο συχνός λόγος που σχετιζόταν με την αποτελεσματικότητα για την αλλαγή θεραπείας από ένα αντιψυχωτικό σε ένα άλλο, ήταν τα επίμονα θετικά συμπτώματα. Αν και τα επίμονα θετικά συμπτώματα έχουν παραμείνει μία από τις κύριες ενδείξεις αποτελεσματικότητας για την αλλαγή φαρμακευτικών αγωγών, πιο πρόσφατα υπάρχει αυξανόμενη συνειδητοποίηση των διαφορών πάνω στο πώς ανταποκρίνεται ο κάθε ασθενής στις συγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές από άποψη αρνητικών, γνωστικών και συναισθηματικών συμπτώματα. Επομένως, μια εξήγηση για την άνοδο των ποσοστών αλλαγής φαρμακευτικών αγωγών στους εξωτερικούς ασθενείς που η κατάστασή τους παραμένει σταθερή, αποτελεί το γεγονός ότι το ευρύτερο φάσμα αποτελεσματικότητας των νεότερων φαρμάκων επιτρέπει περισσότερες ευκαιρίες, ώστε να καλυφθούν οι μέχρι τώρα ανικανοποίητες ανάγκες του ασθενή.

Το υπόλοιπο ένα τέταρτο αλλάζουν φαρμακευτικές αγωγές κυρίως λόγω των μη ανεκτών παρενεργειών. Όταν τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα εμφανίστηκαν αρχικά, η μεγάλη πλειοψηφία τέτοιου τύπου αλλαγών των φαρμάκων γινόταν με σκοπό να μειώσουν το μέγεθος των παρενεργειών (π.χ., ακαθισία και παρκινσονικές

παρενέργειες). Οι γιατροί επίσης ενημερώνονται περισσότερο για τις μεταβολικές ανωμαλίες που συνδέονται με μερικά από τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα, ειδικά την κλοζαπίνη και την ολανζαπίνη, και επίσης αλλάζουν την θεραπεία με ένα άλλο αντιψυχωσικό φάρμακο, ως αποτέλεσμα της αύξησης των επιπέδων τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης, ή εξαιτίας στοιχείων που αποδεικνύουν την ύπαρξη λανθάνοντος ή εκδηλωμένου διαβήτη.⁷⁰

Αλλαγή θεραπείας για τα θετικά συμπτώματα

Εξατομικευμένες μελέτες αποτελεσματικότητας έχουν δείξει ότι η κλοζαπίνη παραμένει το μοναδικό πιο αποτελεσματικό αντιψυχωτικό φάρμακο για τα αντιστεκόμενα στην θεραπεία θετικά συμπτώματα. Μετά από την κλοζαπίνη, τα πέντε πρώτης γραμμής άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα (η ολανζαπίνη, η αριπιπραζόλη, η ρισπεριδόνη, η κουετιαπίνη και η ζιπρασιδόνη) είναι κατά προσέγγιση ίσα μεταξύ τους και με την αλοπεριδόλη, όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα στα θετικά συμπτώματα, τουλάχιστον όταν λαμβάνονται υπόψιν σε σχέση με τον μέσο όρο της ανταπόκρισης των ομάδων των ασθενών. Επομένως, η κλοζαπίνη είναι η τελευταία «στάση» όταν γίνεται αλλαγή θεραπείας για λόγους αποτελεσματικότητας. Ακόμα κι αν η κλοζαπίνη μπορεί να είναι μια μακρινή επιλογή για οποιονδήποτε εξετάζει την πιθανότητα αλλαγής φαρμακευτικής αγωγής, πρέπει να θεωρηθεί ως ο ακρογωνιαίος λίθος. Αυτό το χαρακτηριστικό της κάνει την κλοζαπίνη να είναι αυτό το αντιψυχωτικό φάρμακο που ο γιατρός θα πρέπει τελικά να συστήσει, εάν οι άλλες προσπάθειες στην αλλαγή θεραπείας μεταξύ της πρώτης γραμμής αντιψυχωτικών αποτύχουν να ελέγξουν τα επίμονα θετικά συμπτώματα.⁷¹

Αλλαγή θεραπείας για τα γνωστικά και αρνητικά συμπτώματα

Η βελτίωση των γνωστικών συμπτωμάτων πρόσφατα έχει συνδέσει τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα ως μια ένδειξη για αλλαγή θεραπείας. Η πιθανότητα ότι υπάρχουν μεμονωμένα γνωστικά προφίλ για τα διαφορετικά πρώτης γραμμής, άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα θα άνοιγε μια εξ ολοκλήρου νέα προσέγγιση στη διαδικασία της αποτελεσματικότητας για την επιλογή αντιψυχωτικών φαρμάκων, που θα ταίριαζαν καλύτερα με το γνωστικό προφίλ ενός συγκεκριμένου ασθενή. Ενώ οι

⁷⁰ Pennington BF. (2002). The development of Psychopathology. New York, The Guilford Press

⁷¹ Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. (2003). Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics*, 111:97-109.

βελτιώσεις, ιδιαίτερα στα αρνητικά συμπτώματα, μπορεί να αναμένονται μετά από την αλλαγή από ένα συμβατικό παράγοντα σε έναν άτυπο αντιψυχωσικό παράγοντα, τα οφέλη στα αρνητικά συμπτώματα μπορεί επίσης να φανούν και στους ασθενείς που αλλάζουν θεραπεία από ένα άτυπο αντιψυχωσικό παράγοντα σε έναν άλλο. Εάν η προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή γίνεται με συμβατικά ή άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα, αυτό δεν φαίνεται να επηρεάζει το μέγεθος της ανταπόκρισης των συμπτωμάτων στα φάρμακα – οι ασθενείς που αλλάζουν την θεραπεία από τα πρώτης γραμμής άτυπα αντιψυχωσικά παρουσιάζουν τόση βελτίωση όση και αυτοί που αλλάζουν θεραπεία από τα συμβατικά φάρμακα.⁷²

Η φαρμακολογική εξήγηση για τη διαφοροποιημένη αποτελεσματικότητα είναι άγνωστη. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι βιολογικοί προάγγελοι της ανταπόκρισης στη θεραπεία, και δεν υπάρχει αυτήν την περίοδο κανένας καλός τρόπος που θα μπορούσε να προβλέψει από πριν ποιός θα ανταποκριθεί σε ποιά φαρμακευτική αγωγή. Ο μόνος τρόπος που θα μας επέτρεπε να προβλέψουμε είναι να έχουμε ένα προηγούμενο ιστορικό έκθεσης σε μία πλήρη θεραπευτική δοκιμή, κάτι το οποίο δεν είναι συνήθως δυνατό στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ευτυχώς, στο εγγύς μέλλον, η πρόοδος της φαρμακογενετικής θα δώσει την ευκαιρία στους συγκεκριμένους ασθενείς να βρουν το αντιψυχωσικό φάρμακο που τους αντιστοιχεί. Μέχρι τότε, λοιπόν, η διαδικασία αυτή θα είναι μια διαδικασία δοκιμής και λάθους, και περιλαμβάνει το στοιχείο της τύχης για την επιλογή του πιο αποτελεσματικού αντιψυχωσικού φαρμάκου συντομότερα παρά αργότερα.

Αλλαγή θεραπείας για βελτίωση των παρενεργειών

Πριν από την εισαγωγή των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων, οι νευρολογικές παρενέργειες ήταν μακράν το πιο επιβαρυντικό πρόβλημα. Ενώ τα νεότερα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι σε γενικές γραμμές πιο βελτιωμένα από άποψη νευρολογικών παρενεργειών, υπάρχει μεγαλύτερη συνειδητοποίηση των σοβαρών συνεπειών της αύξησης του σωματικού βάρους και των μεταβολικών παρενεργειών που συνδέονται με μερικές, αλλά όχι όλες, νεότερες φαρμακευτικές αγωγές. Επιπλέον, σε σύγκριση με τους ασθενείς που έκαναν θεραπεία με τα παλαιότερα φάρμακα, οι ασθενείς που κάνουν θεραπεία με τα νεότερα αντιψυχωσικά φάρμακα

⁷² Gerardin P, Cohen D, Mazet P, Flament MF. (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. Eur Neuropsychopharmacol, 12:361-370

είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάζουν τις πιο σοβαρές μορφές παρενεργειών, αλλά παραμένουν ακόμα μερικοί ασθενείς που έχουν πιο έντονες μορφές υποκειμενικών ή συμπεριφορικών ΕΠΣ, ή ακαθησία. Παρ'όλα αυτά, καθώς το μέγεθος των παρενεργειών μειώνεται από την συνηθισμένη χρήση των νεότερων φαρμάκων, το σχετικό μέγεθος των παρενεργειών έχει μετατοπιστεί από τις νευρολογικές παρενέργειες σε άλλα προβλήματα, όπως η αύξηση σωματικού βάρους, η οποία συνδέεται με τα σχετικά με αυτό προβλήματα υγείας, η καταστολή, και η σεξουαλική δυσλειτουργία.⁷³

Μειώνοντας την αντιχολινεργική επιβάρυνση

Η χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων στη θεραπεία της σχιζοφρένειας έχει συνδεθεί με καθυστερημένη ανταπόκριση στην αντιψυχωτική θεραπεία, προβλήματα μνήμης και προσοχής. Επιπλέον, πολλές από τις περιφερικές αντιχολινεργικές παρενέργειες προκαλούν δυσφορία στους ασθενείς. Σε μια έρευνα που έγινε σε ασθενείς που έπαιρναν συμβατικά αντιψυχωτικά φάρμακα διαπιστώθηκε ότι οι αντιχολινεργικές παρενέργειες ήταν δεύτερες μετά από τις παρενέργειες, χαρακτηρίστηκαν ως αυτές που προκαλούσαν την πιο μεγάλη δυσφορία και συνδέονται με την αντιψυχωτική θεραπεία. Με την αυξανόμενη γνώση των προβλημάτων που συνδέονται με τη χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων και τη σπουδαιότητα της βελτίωσης της γνωσιακής ικανότητας, πολλοί γιατροί πλέον αποφεύγουν συνειδητά όποτε είναι δυνατό τη χορήγηση μακροπρόθεσμης αντιχολινεργικής θεραπείας.⁷⁴

Αντιστρέφοντας την αύξηση σωματικού βάρους

Η παχυσαρκία εξελίσσεται με γρήγορους ρυθμούς σε μια επιδημία στη δημόσια υγεία. Για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, που μπορεί ήδη να έχουν κακή υγεία, οι επιπρόσθετοι κίνδυνοι που συνδέονται με την αύξηση του σωματικού βάρους πρέπει να αποφευχθούν όποτε αυτό είναι δυνατόν. Αν και η αύξηση του σωματικού βάρους είναι προφανής και εύκολο να μετρηθεί, οι σημαντικές αυξήσεις του σωματικού βάρους συνοδεύονται συχνά από αλλαγές στο μεταβολισμό των λιπιδίων και της

⁷³ Kemmer C, Willeesen-Swinkels SH, de Jonge M, Tuynman-Qua H, van Engeland H. (2002). Open-label study of olanzapine in children with pervasive developmental disorder. *J Clin Psychopharmacology*, 22, 455-460

⁷⁴ Stores G. Medication for sleep-wake disorders. (2003). *Arch Dis Childhood*, 88: 899-903

πίεσης, και αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης πολλών ιατρικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένου και του διαβήτη.

Μεταξύ των πρώτης γραμμής άτυπων παραγόντων, η ολανζαπίνη αναφέρθηκε ότι έχει την μεγαλύτερη δυνατότητα να προκαλέσει αύξηση του σωματικού βάρους, και ακολούθησε η κουετιαπίνη και η ρισπεριδόνη, που και τα δύο συνδέονται με μετριότερη αύξηση σωματικού βάρους, που υπερβαίνει αυτή της αλοπεριδόλης και άλλων υψηλής ισχύος συμβατικών αντιψυχωτικών φαρμάκων. Η εισαγωγή της ζιπρασιδόνης και αργότερα, η εισαγωγή της αριπιπραζόλης εδώ και μερικά χρόνια δηλώνει ότι πλέον διαθέτουμε φαρμακολογικές επιλογές, οι οποίες μπορούν τελικά να αναστρέψουν αυτήν την ενοχλητική τάση. Η αύξηση του σωματικού βάρους, που συνδέεται με την ολανζαπίνη και σε μικρότερο βαθμό με τη ρισπεριδόνη, παρουσιάζεται συχνά αμέσως μετά από την έναρξη της θεραπείας.⁷⁵

Μειώνοντας την επιβάρυνση της καταστολής

Βραχυπρόθεσμα, η καταστολή μπορεί να είναι μια επιθυμητή θεραπευτική επίδραση. Παρ' όλα αυτά, μακροπρόθεσμα, η επίμονη καταστολή μπορεί να παρεμποδίσει τη γνωστική ικανότητα, και την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Η καταστολή είναι μια παρενέργεια που σχετίζεται με την δοσολογία, και, μπορεί επίσης να εμφανιστεί προσωρινά κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων ή των μηνών που ο ασθενής λαμβάνει ένα νέο φάρμακο. Όταν η καταστολή επιμένει πέρα από αυτήν την περίοδο και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την μείωση των δόσεων, τότε αποτελεί έναν κατάλληλο στόχο για την αλλαγή των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν πολύ μικρότερη καταστολή από άλλα.⁷²

Μειώνοντας τους μεταβολικούς κινδύνους

Η πιθανότητα για μεταβολικές και άλλες παρενέργειες με τη χορήγηση άτυπων αντιψυχωτικών φαρμάκων έχει αφυπνίσει τους ψυχιάτρους και άλλους γιατρούς ψυχικής υγείας ώστε να εστιάσουν περισσότερο στη σωματική καθώς επίσης και στην ψυχική υγεία των ασθενών τους. Όταν υπάρχει μια συνεχόμενη αύξηση στα

⁷⁵ Malone RP, Maislin G, Choudhury MS, Gifford C, Delaney MA. (2002). Risperidone treatment in children and adolescents with autism: short- and long-term safety and effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 140-147

λιπίδια ή τη χοληστερόλη και συνδέεται με ένα από αυτά τα αντιψυχωτικά φάρμακα, η αλλαγή παράγοντα μπορεί να είναι ένας πολύ αποτελεσματικός τρόπος για να μειωθούν ή ακόμα και να ομαλοποιηθούν αυτοί οι μεταβολικοί παράγοντες επικινδυνότητας.⁷⁶

Αντιμετώπιση των επιδράσεων της προλακτίνης

Οι κλινικές επιδράσεις της υπερπρολακτιναιμίας είναι εν δυνάμει σοβαρές και περιλαμβάνουν την γαλακτόρροια, την αμηνόρροια, την υποοιστρογεναιμία, και άλλες καταστάσεις. Οι μελέτες αλλαγής παραγόντων σε: ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, ζιπρασιδόνη και αριπιπραζόλη παρουσίασαν ομαλοποίηση των επιπέδων της προλακτίνης στον ορό στους ασθενείς που άλλαξαν τη θεραπεία από τα συμβατικά αντιψυχωτικά φάρμακα ή την ρισπεριδόνη. Ακόμα και αν ο κύριος στόχος της αλλαγής της θεραπείας δεν είναι σχετικός με την προλακτίνη, η προσδοκία συνέχισης της έμμηνης ρύσης θα πρέπει να συζητηθεί για τις γυναίκες που αλλάζουν θεραπεία από έναν παράγοντα που αυξάνει την προλακτίνη σε έναν άλλο που την διατηρεί σε φυσιολογικά επίπεδα.⁷⁷

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 ασθενείς 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 ασθενείς την ίδια απάντηση στην θεραπεία ή τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ένας ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο σε σχέση με κάποιον άλλο.⁷⁴

Οι μακροχρόνιες συνέπειες της χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα στην αντιμετώπισή 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

⁷⁶ Kalia M, O'Callaghan JP, Miller DB, Kramer M. (2000). Comparative study of fluoxetine, sibutramine, sertraline and dexfenfluramine on the morphology of serotonergic terminals using serotonin immunohistochemistry. *Brain Research*, 858: 92-105

⁷⁷ <http://www.iator.gr/>, στις 2 Ιουνίου 2014

σώματος. Συμβαίνει συνήθως στο 15 - 20% των ασθενών που παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα για πολλά χρόνια, αν και πιο σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί και σε ασθενείς 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.

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 ασθενών να επιστρέψουν στο σχολείο, ή την δουλειά τους, και την ικανότητά τους να ζήσουν στο σπίτι τους ή στην κοινότητα. Για τους ασθενείς που εμφανίζουν όψιμη δυσκινησία, η χρήση των φαρμάκων πρέπει να επαναξιολογηθεί. Ας αναφερθεί τέλος ότι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η όψιμη δυσκινησία, που κάποτε θεωρούταν μη αναστρέψιμη, μερικές φορές μπορεί να υφεθεί ακόμη και όταν τα φάρμακα συνεχίζονται.⁷⁸

3.1.2. Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει τακτικές προγραμματισμένες συνεδρίες συνομιλίας ανάμεσα στον ασθενή και έναν ψυχίατρο ή κάποιον άλλο ειδικό ψυχικής υγείας. Αυτές οι συνεδρίες μπορεί να εστιάζουν σε τρέχοντα ή προηγούμενα προβλήματα, εμπειρίες, σκέψεις, συναισθήματα ή σχέσεις. Υπάρχουν μελέτες που υποδεικνύουν ότι η υποστηρικτική, προσανατολισμένη προς την πραγματικότητα, ατομική ψυχοθεραπεία και οι γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, που διδάσκουν δεξιότητες αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων, μπορούν να είναι ευεργετικές για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.⁷⁹

3.1.3. Οικογενειακές παρεμβάσεις

Οι οικογενειακές θεραπείες αποσκοπούν στην πραγματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας, προκειμένου ο θεραπευτής να καταλάβει τις απόψεις και τις ανάγκες τους και να προσφέρει την απαραίτητη υποστήριξη στην αντιμετώπιση των

⁷⁸ Greenberger D. (2007). Σκέφτομαι άρα Αισθάνομαι. τρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης

⁷⁹ Vauth R, Corrigan PW, Clauss M, et al. (2005). Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. Schizophr. Bull. 31(1):55-56

επιπτώσεων της νόσου. Επίσης βοηθά τα μέλη μιας οικογένειας να μάθουν τρόπους μείωσης των πιθανοτήτων για μελλοντικές υποτροπές, να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της νόσου καθώς και τα διαθέσιμα μέτρα αντιμετώπισης.⁸⁰

Η Συστημική Θεραπεία Οικογένειας είναι μία μέθοδος ψυχοθεραπείας που βασίζεται στη Γενική Θεωρία των Συστημάτων και στις Θεωρίες της Επικοινωνίας. Η εφαρμογή της Θεωρίας των Συστημάτων στο πεδίο της οικογενειακής θεραπείας ξεκίνησε από οικογένειες με μέλη που έπασχαν από σχιζοφρένεια και οδήγησε στην ριζοσπαστική, για την εποχή, στροφή του ενδιαφέροντος από το ατομικό - ενδοψυχικό επίπεδο (που αναζητά τις αιτίες των προβλημάτων στο άτομο) στο επίπεδο των σχέσεων, αναδεικνύοντας την επίδραση του πλαισίου στις εσωτερικές ψυχικές διεργασίες του ατόμου και στη συμπεριφορά του.⁸¹

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, τα μέλη ενός συστήματος, όπως η οικογένεια, αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοπροσδιορίζονται έτσι ώστε είναι αδύνατη η κατανόηση της συμπεριφοράς και της δυσλειτουργίας του ενός ανεξάρτητα από την συμπεριφορά των υπολοίπων. Λόγω της αλληλεπίδρασης που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών της οικογένειας κάθε αλλαγή σε κάποιο μέλος του συστήματος επιφέρει αλλαγές σε ολόκληρο το σύστημα και αντιστρόφως κάθε αλλαγή στο σύστημα (π.χ. στη δομή και στη λειτουργία της οικογένειας) προκαλεί αλλαγές στο άτομο και στη συμπεριφορά του.

Η Συστημική Θεραπεία Οικογένειας εφαρμόζεται πλέον για την αντιμετώπιση ποικίλων ψυχολογικών δυσκολιών και προβλημάτων τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες και θεωρείται εξίσου αποτελεσματική -και σε κάποιες περιπτώσεις περισσότερο αποτελεσματική και πιο οικονομική- από ατομικές ψυχοθεραπείες διαφορετικών προσεγγίσεων. Πληθώρα συστηματικών ερευνών την έχουν καθιερώσει διεθνώς ως μια αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση ενός μεγάλου εύρους προβλημάτων, που εκτείνεται από καταστάσεις της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, όπως διαταραχή διαγωγής, διαταραχές της διάθεσης, διατροφικές διαταραχές και χρήση ουσιών, μέχρι δυσκολίες της ενήλικης ζωής, όπως προβλήματα

⁸⁰ Μ. Μαδιανός: Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. (2005). Εκδ. Καστανιώτη

⁸¹ Poulton R, Caspi A, Moffitt TE et al. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry, 2000, 57

ζευγαριών, κατάθλιψη, χρόνιες σωματικές ασθένειες και σχιζοφρένεια αλλά και σε δυσκολίες που προκύπτουν από αλλαγές στο κύκλο ζωής της οικογένειας όπως γέννηση παιδιών, διαζύγιο, απώλεια, παιδιά στην εφηβεία, αποπαίδωση – «άδεια φωλιά».⁸²

Στη Συστημική Θεραπεία Οικογένειας η δυσλειτουργική συμπεριφορά του παιδιού θεωρείται σύμπτωμα δυσλειτουργίας ολόκληρης της οικογένειας και εκφράζει τη δυσκολία της οικογένειας να προσαρμοστεί σε νέες φάσεις και ταυτόχρονα αίτημα για αλλαγή και εξέλιξη. Επομένως, για την αντιμετώπιση της δυσκολίας του παιδιού θεωρείται αποτελεσματικότερη η θεραπεία του παιδιού στο πλαίσιο της οικογένειας. Μέσα από τη συγκεκριμένη προσέγγιση το παιδί αποστιγματίζεται από την άδικη θέση του «προβληματικού» μέλους της οικογένειας και διευρύνονται τα περιθώρια παρέμβασης του θεραπευτή. Η συστημική Θεραπεία Οικογένειας μπορεί να εφαρμοστεί ως αυτούσια θεραπεία για τις δυσκολίες του παιδιού ή παράλληλα με κάποια ατομική ψυχοθεραπεία του παιδιού στις περιπτώσεις όπου οι ατομικές ανάγκες του παιδιού ή του εφήβου είναι αυξημένες.⁷⁹

Η Συστημική Θεραπεία Οικογένειας είναι αποτελεσματική σε χρόνιες σωματικές και ψυχικές καταστάσεις παιδιών και εφήβων π.χ. διαβήτη, σχιζοφρένεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις στόχος της θεραπείας είναι η λειτουργική προσαρμογή του παιδιού που νοσεί και ολόκληρης της οικογένειας στις διαστάσεις της ασθένειας αλλά και η ενίσχυση της υγιούς πλευράς του παιδιού με στόχο τη συνέχεια της ψυχοσυναισθηματικής του ανάπτυξης και εξέλιξης. Δεδομένου ότι η πορεία της ασθένειας επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο παιδί που νοσεί και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, η οικογενειακή θεραπεία συμβάλλει στην αύξηση της συμμόρφωσης του παιδιού στη φαρμακευτική αγωγή, στην πρόληψη των υποτροπών, στη μείωση των επιπτώσεων της ασθένειας και τελικά στη διατήρηση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας του παιδιού που νοσεί.⁷⁹

Μία σημαντική διαφορά της Συστημικής Θεραπείας Οικογένειας από άλλους τύπους ψυχοθεραπείας παιδιών και εφήβων είναι ότι το σύμπτωμα που εκδηλώνει το παιδί ή ο έφηβος αντιμετωπίζεται μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων όπου εμφανίζεται. Η

⁸² Volkmar F, Tsatsanis K. (2002). Childhood schizophrenia. In: Lewis M (edit) Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive Textbook, 3rd ed, LWW.

Θεραπεία Οικογένειας διεξάγεται με την παρουσία όλων των μελών του οικογενειακού συστήματος και ο θεραπευτικός διάλογος δεν επικεντρώνεται σε ατομικές συμπεριφορές αλλά στις επικοινωνιακές συναλλαγές και στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Το σύμπτωμα του παιδιού θεωρείται ότι δεν αποτελεί αποκλειστικά αποτέλεσμα ατομικής του δυσλειτουργίας αλλά ότι οργανώνεται στο πλαίσιο δυσλειτουργικών οικογενειακών σχέσεων και ότι εξυπηρετεί στη διατήρηση της ισορροπίας ολόκληρης της οικογένειας. Για παράδειγμα, σε μια οικογένεια όπου υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στο ζευγάρι και απειλή χωρισμού, το σύμπτωμα του παιδιού ενώνει τους γονείς για να το αντιμετωπίσουν και αποφεύγεται η διάλυση της οικογένειας. Ως εκ τούτου, η προσπάθεια βοήθειας σε ένα παιδί χωρίς να επηρεαστούν άμεσα τα άτομα του περιβάλλοντός του και οι μεταξύ τους σχέσεις είναι αναποτελεσματική ή και αδύνατη.⁸³

Δουλεύοντας λοιπόν με επίκεντρο τις σχέσεις της οικογένειας, συχνά δεν χρειάζεται να ανακαλύψουμε από πού προήλθε το συγκεκριμένο πρόβλημα-σύμπτωμα του παιδιού για να το αντιμετωπίσουμε αλλά ποια είναι η σημασία και η «χρησιμότητά» του για ολόκληρη την οικογένεια καθώς και τι είναι αυτό που το εμποδίζει να επιλυθεί ή που το διατηρεί. Η νέα νοσηματοδότηση του συμπτώματος και η ανάδειξη επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών των γονιών που το επανατροφοδοτούν και το ενισχύουν αναμένεται να οδηγήσουν στην υιοθέτηση εναλλακτικών στάσεων και συμπεριφορών που θα έχουν ως αποτέλεσμα την ύφεση ή την εξάλειψή του. Μία από τις τεχνικές της οικογενειακής θεραπείας έγκειται στη συμπερίληψη ή μη διαφορετικών μελών της οικογένειας στη θεραπεία, ανάλογα με τη δυναμική που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών της οικογένειας και το αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών (π.χ. ξεχωριστές συνεδρίες με γονείς και με παιδιά, συνεδρίες με τον ένα γονιό και τα παιδιά, συνεδρίες μόνο με τους γονείς, ατομικές συνεδρίες με εφήβους κτλ).

Ο οικογενειακός θεραπευτής, λοιπόν, μπορεί να εφαρμόσει διαφορετικά σχήματα οικογενειακής θεραπείας ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του. Για παράδειγμα, στην περίπτωση που αναδύονται θέματα που

⁸³ Schaeffer J, Ross R. (2002). Childhood-onset schizophrenia: premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 538-545.

αφορούν στη σχέση του ζευγαριού ο οικογενειακός θεραπευτής μπορεί να ζητήσει να δουλέψει για ένα διάστημα με το ζευγάρι, εάν παρουσιάζονται σοβαρές διαφωνίες μεταξύ των γονιών σε θέματα διαπαιδαγώγησης και ανατροφής των παιδιών ο οικογενειακός θεραπευτής θα χρειαστεί να επικεντρωθεί στο γονεϊκό υποσύστημα ή εάν κανένα άλλο μέλος της οικογένειας δεν επιθυμεί να συμμετάσχει στις συνεδρίες η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί με τον ένα γονιό που φέρει το αίτημα. Άλλωστε, σύμφωνα με τη Συστημική προσέγγιση οι αλλαγές σε ένα μέλος της οικογένειας, επεκτείνονται και στα υπόλοιπα.⁸⁴

3.1.4. Κοινωνικές παρεμβάσεις

Η χρονιότητα της σχιζοφρένειας και τα σημαντικά ελείμματα που προκύπτουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών προκαλούν σημαντικό βαθμό αναπηρίας, που επικεντρώνεται στους τομείς της προσαρμογής στο κοινωνικό περιβάλλον, λόγω της απώλειας σημαντικών κοινωνικών δεξιοτήτων, στη συχνή δυσχέρεια έυρεσης εργασίας λόγω του κοινωνικού στιγματισμού της ψυχικής νόσου αλλά και της δυσχέρειας προσαρμογής στο εργασιακό περιβάλλον και στις δεξιότητες που απαιτούνται. Επιπλέον, σημαντικά προβλήματα προκύπτουν κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες, που αφορούν τη στέγαση των ασθενών, όταν δεν υπάρχει η υποστήριξη του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος. Στο παρελθόν, που μεγάλος αριθμός ασθενών διαβιούσε για μεγάλο διάστημα της ζωής του στα ψυχιατρικά νοσοκομεία υπό μη ικανοποιητικές συνθήκες, τα προβλήματα αυτά υπήρχαν σε μικρότερο βαθμό, εφόσον η κοινωνία είχε απομονώσει τους ασθενείς. Σήμερα, με την προοδευτική κατάργηση των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη μετακίνηση της φροντίδας στην κοινότητα, η φροντίδα του χρόνια ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει και την προσπάθεια μείωσης των ελειμμάτων αυτών, δηλαδή την αποκατάστασή του στο κοινωνικό σύνολο. Αυτή αφορά τόσο τους νέους ασθενείς αλλά και εκείνους που επανήλθαν στην κοινότητα μετά από αρκετά χρόνια νοσηλείας στο ψυχιατρείο. Για τους παραπάνω λόγους, έχουν αναπτυχθεί πολλά είδη υπηρεσιών τα οποία εξειδικεύονται στις παρεμβάσεις που καλύπτουν το μεγάλο πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αυτές αφορούν την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων (νοσοκομεία και κέντρα ημέρας, ομάδες και λέσχες κοινωνικών δραστηριοτήτων), την εκμάθηση και εφαρμογή εργασιακών δεξιοτήτων (εργαστήρια εργασιακής αποκατάστασης,

⁸⁴ Ελληνική Εταιρία Συστημικής Σκέψης. <http://www.hestaffa.org/>, στις 2 Ιουνίου 2014

κοινωνικοί συνεταιρισμοί κ.λπ.) και στη στέγαση των ασθενών (ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα). Κύριος στόχος αυτών των υπηρεσιών είναι είναι η ένταξη των ασθενών στο κοινωνικό περιβάλλον, η εργασιακή τους προσαρμογή και η εξασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής.⁸⁵

Προγράμματα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων

Τρεις φάσεις παρατηρούνται στην εξέλιξη των προγραμμάτων εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων:

A. Πριν από σαράντα χρόνια η εκπαίδευση αυτή γινόταν έμμεσα (μέσω συντελεστικής μάθησης). Είχε θετικά αποτελέσματα στα αρνητικά συμπτώματα των ασθενών και τους κινητοποιούσε στην εγκαθίδρυση κοινωνικής συμπεριφοράς.

B. Στις αρχές του 1970, εγκαινιάστηκε ως μέθοδος το παιχνίδι ρόλων, με στόχο τη γενικότερη βελτίωση της συμπεριφοράς (π.χ βλεμματική επαφή, κινήσεις, ανατροφοδότηση κ.α).

Γ. Στην τρίτη φάση ενσωματώθηκε το μοντέλο επίλυσης πληροφοριών και δόθηκε έμφαση στη γενίκευση των ικανοτήτων και στην κοινωνική προσαρμογή.

Μέθοδοι όπως η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα για τις οικογένειες των σχιζοφρενών, η γνωστική εκπαίδευση και η γνωσιακή θεραπεία στη σχιζοφρένεια βελτιώνουν μεν τη λειτουργικότητα των ασθενών βραχυπρόθεσμα, αλλά δεν βοηθούν τους ασθενείς να επιστρέψουν στην κοινότητα. Με άλλα λόγια, τα αποτελέσματά τους δεν είναι γενικεύσιμα. Τα προγράμματα αυτά δεν εστιάζουν σε κεντρικά προβλήματα που καλείται ένα άτομο να αντιμετωπίσει στη ζωή της κοινότητας, όπως είναι η εργασία, οι δουλειές του σπιτιού και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Έτσι, οι Ρόντερ κ.ά. (2002) δοκίμασαν την αποτελεσματικότητα 3 νέων προγραμμάτων εκπαίδευσης σε γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες για την αποκατάσταση σε επίπεδο διαβίωσης, εργασίας και ελεύθερου χρόνου (πειραματικές ομάδες) συγκρίνοντάς τις με μια ομάδα εκπαίδευσης γενικών κοινωνικών δεξιοτήτων. Συμμετείχαν 105 ασθενείς διαγνωσμένοι με σχιζοφρένεια σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας, κοινωνικής λειτουργικότητας και γνωστικών ικανοτήτων. Η θεραπεία έγινε σε ομάδες των 6-8

⁸⁵ Β.Μαυρέας (2006). Περιοδικό BIONOVA

ατόμων και η διαδικασία διήρκεσε 6 μήνες με ενημέρωση έπειτα από άλλους 6 μήνες.

Κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα εστίαζε στο να:

- Ευαισθητοποιήσει τους ασθενείς σχετικά με τις ανάγκες, τις επιλογές και τις ικανότητές τους (εκπαίδευση σε γνωστικές και συναισθηματικές δεξιότητες)
- Βοηθήσει τους ασθενείς στη λήψη απόφασης σε κάποιον από αυτούς τους τομείς
- Παράσχει υποστήριξη, ώστε η απόφαση να γίνει δράση (πρακτική εφαρμογή των ικανοτήτων)
- Διδάξει πώς να αναμένουν εμπόδια και να επιλύουν συγκεκριμένα προβλήματα
- Εφαρμόστηκαν γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές: ανάλυση συμπεριφοράς,
- modelling, παιχνίδι ρόλων, επίλυση προβλημάτων, θετική ενίσχυση, αυτοέλεγχος,
- αυτοενίσχυση, γνωσιακή πρόβα, τεχνικές αντιμετώπισης καταστάσεων κ.α.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν συσχέτιση μεταξύ βελτίωσης κοινωνικής συμπεριφοράς, μείωσης συμπτωμάτων και βελτίωσης γνωστικών ικανοτήτων. Σύμφωνα με την υπόθεση των ερευνητών τα πρώτα αποτελέσματα έδειξαν σαφώς καλύτερες επιδόσεις των μελών των πειραματικών ομάδων σε αρκετές από τις εξαρτημένες μεταβλητές. Συνεπώς, η ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης σε γνωστικές κοινωνικές ικανότητες μπορεί να ενδυναμώσει τους ασθενείς με σχιζοφρένεια για την μετάβαση στην κοινότητα.⁸⁶

Σε πολύ πρόσφατη έρευνά τους σχετικά με τους παράγοντες που προβλέπουν επιτυχία στην εργασιακή αποκατάσταση σχιζοφρενών, οι Evans et al. (2004) κατέληξαν πως η μνημονική απόδοση, η ταχύτητα της επεξεργασίας πληροφοριών, η εκτελεστική λειτουργικότητα και τα συμπτώματα γνωστικής αποδιοργάνωσης ήταν

⁸⁶ Roder, V., Brenner, H. D., Müller, D., Lächler, M., Zorn, P., Reisch, T., Bösch, J., Bridler, R., Christen, C., Jaspen, E., Schmidl, F., Schwemmer, V. (2002). Development of social skills training programmes for schizophrenic patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 363-371

προβλεπτικοί παράγοντες καλύτερων εργασιακών αποτελεσμάτων. Επίσης, καλύτερες επιδόσεις σε μάθηση και μνήμη ήταν οι μόνοι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες πλήρους εργασιακής απασχόλησης με απολαβές σε μακρός χρόνου τεσσάρων μηνών.⁸⁷

3.1.5. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις

Η Θεραπεία Γνωστικής Διαμεσολάβησης – cognitive remediation therapy (crt)

Η έννοια «θεραπεία γνωστικής διαμεσολάβησης» είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται από τους Γούικες και Βαν ντερ Γκαγκ (2001) για να περιγράψει ένα πλήθος μεθόδων για την εκπαίδευση σε ικανότητες «σκέπτεσθαι». Μοιάζει με τη γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία, αλλά διαφέρει στο ότι χρησιμοποιεί εκπαιδευτικό υλικό ουδέτερο ως προς το συναισθηματικό περιεχόμενο και χωρίς προσωπική σχέση με το άτομο. Η θεραπεία αυτή εστιάζει στις γνωστικές ικανότητες που επηρεάζονται στα άτομα με σχιζοφρένεια, όπως η μνήμη και η προσοχή, ενώ η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία εστιάζει περισσότερο στη μείωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, όπως είναι οι ψευδαισθήσεις.⁸⁸

Οι απαρχές της θεραπείας γνωστικής διαμεσολάβησης μπορούν να αναζητηθούν το 1973 στις πρωτότυπες εργασίες των Μίτσενμπομ και Κάμερον που δούλευαν με ασθενείς που ταλαιπωρούνταν από τα αρνητικά συμπτώματα και από έλλειψη ελέγχου στη συμπεριφορά τους. Η τεχνική που εφάρμοζαν ήταν η συμπεριφορά του ατόμου να ελέγχεται από τον θεραπευτή, ο οποίος έλεγε δυνατά τις οδηγίες στον ασθενή. Κατόπιν ο ασθενής επαναλάμβανε τις οδηγίες, πρώτα δυνατά και έπειτα από μέσα του, ώστε τελικά να μάθει σιγά σιγά να αναλαμβάνει περισσότερο πρωτοβουλία. Ακολουθούσε υλική και κοινωνική ενίσχυση, για να βελτιωθεί ο χρόνος αντίδρασης. Με εκπαίδευση στη σταδιακή απόσπαση βελτιωνόταν η προσοχή και με εκπαίδευση σε στρατηγικές κωδικοποίησης βελτιωνόταν η μνήμη.⁸⁵

Στον τομέα της θεραπείας γνωστικής διαμεσολάβησης συνεισφέρουν ιδιαίτερος τόσο οι έρευνες εργαστηρίου όσο και οι κλινικές έρευνες. Οι έρευνες εργαστηρίου εστιάζονται στην αποκατάσταση μιας μόνο δραστηριότητας ή ενός τμήματος μιας

⁸⁷ Βλαβιανού Μ. (2005). Νεότερες γνωσιο-συμπεριφοριστικές απόψεις για τα προγράμματα αποκατάστασης σχιζοφρενών. Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς

⁸⁸ Wykes, T., Van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis-
Cog

δραστηριότητας χωρίς να αφορούν τη γενικότερη αποκατάσταση. Είναι όμως χρήσιμες γιατί έχουν καταδείξει τα συστατικά της μαθησιακής διαδικασίας που βοηθούν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες έχουν ασχοληθεί με το Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Στον Πίνακα 1 περιγράφονται περιληπτικά κάποιες γενικές μέθοδοι που εφαρμόζονται:

Πίνακας 1. Εκπαιδευτικές στρατηγικές στις έρευνες εργαστηρίου

ΤΕΧΝΙΚΗ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ
Κάρτες με οδηγίες	Υποστήριξη μάθησης, δοκιμή και διόρθωση λαθών	1/3
Διδακτική Εκπαίδευση	Εκμάθηση κανόνων, prompting, διόρθωση λαθών και υπενθύμιση κανόνων	6/7
Νομισματική Ενίσχυση	Πληρωμή για σωστή Επίδοση και επιπλέον διδακτική εκπαίδευση	1/5
Απλούστευση Άσκησης	Απλούστευση άσκησης με οδηγίες στα μέτρα του ασθενούς	1/2
Λεκτικοποίηση Δράσης	Επανελημένη λεκτικοποίηση οδηγιών για ενίσχυση οργάνωσης και αποφυγή απώλειας στόχου	2/2
Εξάσκηση σε παρόμοιες ασκήσεις	Ασκήσεις που μοιάζουν και απαιτούν παρόμοιες γνωστικές ικανότητες εφαρμόζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα	1/4

Από ό,τι φαίνεται κάποιες τεχνικές(π.χ η νομισματική ενίσχυση για την εκμάθηση της δραστηριότητας) δεν βοηθούν ιδιαίτερα. Οι πιο αποτελεσματικές τεχνικές περιλαμβάνουν προσπάθεια για μάθηση από την πλευρά του συμμετέχοντος και μείωση των λαθών στη μάθηση. Ωστόσο λίγα είναι γνωστά για τη διάρκεια των αποτελεσμάτων αυτών των τεχνικών.

Σε αντίθεση με τις έρευνες εργαστηρίου, οι κλινικές έρευνες διδάσκουν ένα πλήθος δραστηριοτήτων και γνωστικών ικανοτήτων. Η κεντρική ιδέα είναι ότι αλλαγές στη γνωστική επίδοση οδηγούν όχι μόνο σε βελτιωμένη γνωστική ικανότητα αλλά και σε

αλλαγές σε επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας. Τα προγράμματα χρησιμοποιούν διαφορετικά εκπαιδευτικά εργαλεία και αξιοποιούν τις γνώσεις από τις εργαστηριακές έρευνες.

Η Θεραπεία Γνωστικής Βελτίωσης (cognitive enhancement therapy)

Η θεραπεία γνωστικής βελτίωσης (CET; Hogarty & Flesher, 2000a, 2000b) υιοθετεί το νευροεξελικτικό μοντέλο για τα ελλείματα στη σχιζοφρένεια και υποστηρίζει πως ανωμαλίες στην ανάπτυξη οδηγούν σε καθυστέρηση στην κοινωνική μάθηση. Το πρόγραμμα απευθύνεται στους υψηλότερα λειτουργικούς ασθενείς. Έπειτα από αξιολόγηση, οι ασθενείς κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες: Α. πτωχοί τω πνεύματι Β. αποδιοργανωμένοι και Γ. άκαμπτοι, όσον αφορά στις γνωστικές λειτουργίες τους. Για παράδειγμα, άκαμπτος χαρακτηρίζεται κάποιος που παρουσιάζει ελάχιστες ψευδαισθήσεις αλλά επιμονή σε έναν ήπιο παραληρηματικό τρόπο σκέψης.⁸⁹

Οι στόχοι της θεραπείας είναι να αποκτήσουν οι ασθενείς γνωστικά και κοινωνικά εφόδια. Χρησιμοποιείται πρόγραμμα εκπαίδευσης στη μνήμη και στην προσοχή μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, ανάλογο με αυτό που εφαρμόζεται για την αποκατάσταση ασθενών με εγκεφαλικά τραύματα. Σε κάθε εκπαιδευτική συνεδρία οι ασθενείς δουλεύουν ανά δύο, ώστε οι γνωστικές δυσκολίες του ενός να διαφέρουν από του άλλου. Έπειτα από τρεις μήνες εντάσσονται σε ομάδες των 6-8 ατόμων, κοινωνικοποιούνται και συνεργάζονται. Συνολικά, συμμετέχουν 6 μήνες σε μη κοινωνική γνωστική εκπαίδευση προτού ξεκινήσουν την κοινωνική γνωστική εκπαίδευση. Αυτή αποτελείται από ομαδικές ασκήσεις ερμηνείας της πληροφορίας, όπως π.χ η μεταφορά σε περίληψη σε ένα άλλο άτομο του άρθρου μιας εφημερίδας. Ο θεραπευτής ενισχύει τον ομιλητή προς τη σωστή επικοινωνία. Τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας καλούνται να δώσουν ανατροφοδότηση στον ομιλητή μετά το τέλος της άσκησης. Τα τελευταία 15 λεπτά κάθε συνεδρίας αφιερώνονται σε ψυχοεκπαίδευση. Προς το παρόν λίγα είναι γνωστά για την αποτελεσματικότητα και το κόστος αυτού του προγράμματος αποκατάστασης. Ωστόσο, οι πρώτοι 44 ασθενείς που συμμετείχαν φάνηκε να παρουσιάζουν βελτίωση τόσο στη μη κοινωνική γνώση όσο και στην κοινωνική.⁸⁶

⁸⁹ Eack S., Hogarty G. et al. (2007). Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects. *Schizophrenia Research*. 89, 1–3, 308–311

Εκπαίδευση μέσω Ηλεκτρονικού Υπολογιστή

Η αποκατάσταση των γνωστικών λειτουργιών με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή ξεκίνησε να χρησιμοποιείται αρκετά χρόνια πριν για ασθενείς με εγκεφαλικά τραύματα. Ωστόσο, τέτοιου είδους προγράμματα βελτιώνουν την απόδοση του ατόμου στο έργο στο οποίο εξασκείται χωρίς όμως αυτό να συνεπάγεται γενίκευση των ικανοτήτων σε άλλους τομείς ή σε άλλο περιβάλλον. Για παράδειγμα, ο Ντορν (1996)⁹⁰ χρησιμοποίησε πρόγραμμα προφορικής επίλυσης προβλημάτων και κατέληξε σε βελτίωση της ικανότητας αυτής αλλά σε καμία βελτίωση της μη προφορικής επίλυσης προβλημάτων.

Τα ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης μέσω Η/Υ στην αποκατάσταση των γνωστικών λειτουργιών διχάζονται. Το βασικό πρόβλημα στην εκπαίδευση αυτού του είδους είναι η έλλειψη ενός λογισμικού προγράμματος με θεωρητική βάση που να μπορεί να προσαρμόζεται στις ατομικές ανάγκες του καθενός, ώστε να μειωθεί η λανθασμένη μάθηση (errorful learning) που χαρακτηρίζει τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

*Εκπαίδευση στην Ατομική Εκτελεστική Λειτουργικότητα (Individual Executive Functioning Training)*⁹¹

Το πρόγραμμα αυτό προέκυψε από θεωρητική ανάλυση των ελλειμμάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια. Αποτελείται από τρεις τομείς: γνωστική ελαστικότητα, μνήμη και σχεδιασμός. Στις ασκήσεις χρησιμοποιείται χαρτί και μολύβι, είναι απλές στην αρχή αλλά βαθμιαία γίνονται πιο σύνθετες ανάλογα με το ρυθμό του ατόμου. Δίνεται πολλή ενίσχυση μέσω επιβράβευσης ή μέσω υπόδειξης της βελτίωσης του ασθενούς και της επάρκειάς του.

Ο τομέας της γνωστικής ελαστικότητας αποτελείται από ασκήσεις που απαιτούν την εμπλοκή και απεμπλοκή του ατόμου από διάφορες δραστηριότητες. Π.χ του δίδεται ένα χαρτί με αριθμούς και του ζητείται να διαγράψει όλους τους μονούς αριθμούς και μετά η εντολή αλλάζει και του ζητείται να διαγράψει όλους τους ζυγούς αριθμούς. Ο τομέας της μνήμης εργασίας δίνει έμφαση

⁹⁰ Wykes, T., Van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis- Cognitive Remediation Therapy?. *Clinical Psychology Review*, 21, 8, 1227-1256

⁹¹ Penades R., Catalan R. et al. (2010). Executive function needs to be targeted to improve social functioning with Cognitive Remediation Therapy (CRT) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177, Issues 1-2, 41-45

στην κατηγοριοποίηση πληροφοριών και στην τροποποίησή τους. Χρησιμοποιείται αυτοκαθοδηγητική εκπαίδευση στη χρήση μνημονικών στρατηγικών. Ο τομέας του προγραμματισμού αποτελείται από την οργάνωση μιας σειράς κινήσεων που πρέπει να οργανώσει το άτομο προκειμένου να πετύχει ένα στόχο. Η έμφαση δίνεται στην οργάνωση πληροφοριών και στη δημιουργία μικρότερων στόχων που εξυπηρετούν τον τελικό στόχο.

Τα αποτελέσματα της χρήσης του προγράμματος προέκυψαν θετικά, έστω και με την αξιοποίηση ενός μόνο τομέα. Πιο συγκεκριμένα, με τη χρήση μόνο του τομέα γνωστικής ελαστικότητας, οι Ντελαχαντι κ.ά. (1993) εντόπισαν βελτίωση στην επίδοση των ατόμων στο Wisconsin Card Sorting Test που διήρκεσε ως και το follow-up των έξι μηνών. Παρατηρήθηκε επίσης βελτίωση στην κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων. Αν και τα αποτελέσματα φαίνονται ενθαρρυντικά, έχει γίνει μόνο ένα randomized control trial που έδειξε βελτίωση και σε κάποια συμπτώματα (ακουστικές ψευδαισθήσεις) και στην αυτοεκτίμηση των ασθενών, το οποίο μπορεί να σημαίνει γενίκευση της θεραπείας στη λειτουργικότητα.

Ολοκληρωμένο περιβάλλον εικονικής πραγματικότητας για τη γνωστική αποκατάσταση ασθενών με σχιζοφρένεια (avirc)

Πρόκειται για το πιο αναπτυγμένο τεχνολογικά πρόγραμμα αποκατάστασης για σχιζοφρενείς. Το πρόγραμμα (Da Costa & De Carvalho, 2004) βασίζεται στο μοντέλο επεξεργασίας της πληροφορίας και εφαρμόστηκε σε ασθενείς με σχιζοφρένεια στη Βραζιλία, οι οποίοι ενθουσιάστηκαν με τη διαδικασία. Οι ερευνητές τονίζουν ότι το πρόγραμμα της εικονικής πραγματικότητας δεν αποτελεί πανάκεια, πρώτον λόγω κόστους και δεύτερον λόγω του ότι η επανάκτηση των δεξιοτήτων παρατηρείται με αργούς ρυθμούς. Ωστόσο, είναι ένας τομέας που αξίζει να διερευνηθεί περισσότερο.⁹²

Το AVIRC παρουσιάζει μια πόλη και εστιάζει στις γνωστικές διαδικασίες της προσοχής και της συγκέντρωσης αλλά και στην εκπαίδευση δεξιοτήτων που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ζωή. Περιλαμβάνει ένα οικοδομικό τετράγωνο με δρόμους, σπίτια, μια βιβλιοθήκη, μια εκκλησία και ένα σούπερ μάρκετ που

⁹² Da Costa R, De Carvalho L. (2004). The acceptance of virtual reality devices for cognitive rehabilitation: a report of positive results with schizophrenia. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 73, 3 173–182

ο ασθενής μπορεί να επισκεφτεί. Κάθε επίπεδο επίδοσης πραγματοποιείται σε μια ορισμένη σκηνή της πόλης, όπου ο ασθενής καλείται να φέρει εις πέρας διαφορετικές ασκήσεις βάσει θεραπευτικού σχεδιασμού για την αποκατάσταση ορισμένων λειτουργιών. Κάποιες από αυτές περιγράφονται στον Πίνακα 2. Το περιβάλλον προσφέρει κάποια ερεθίσματα και απαιτεί απλές απαντήσεις στο Προσλαμβάνον Επίπεδο. Στο Θεμελιώδες Επίπεδο, τα ερεθίσματα μειώνονται αλλά ο ασθενής πρέπει να επεξεργαστεί καλύτερα τις απαντήσεις. Το Επίπεδο Απαρτίωσης παρουσιάζει ερεθίσματα που απαιτούν την απαρτίωση των γνωστικών λειτουργιών. Τέλος, στο Επίπεδο Απόκρισης οι ασθενείς πρέπει να χρησιμοποιήσουν εξειδικευμένες «εγκεφαλικές διαδρομές» που παράγουν απαντήσεις μέσω πράξεων.

Πίνακας 2. Παραδείγματα ασκήσεων ανάλογα με το επίπεδο επίδοσης από το γνωστικό μοντέλο

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ		
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΝΩΣΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	ΠΕΡΙΦΡΑΦΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΣΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΝ (RECEPTIVE)	ΔΩΜΑΤΙΟ ΣΠΙΤΙΟΥ ΜΕ ΠΟΛΛΑ ΔΙΑΚΟΣΜΗΤΙΚΑ: ΡΟΛΟΙ, ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ, ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ, ΡΑΔΙΟ	ΤΙ ΜΕΡΑ/ΩΡΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝΟΙΞΕ/ΚΛΕΙΣΕ ΤΟ ΡΑΔΙΟ ΚΑΙ ΤΑ ΦΩΤΑ
ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΣ (FUNDAMENTAL)	ΔΩΜΑΤΙΟ ΜΟΥΣΙΚΗΣ ΜΟΝΟ ΜΕ ΕΝΑ ΠΙΑΝΟ ΜΕ ΧΡΩΜΑΤΙΣΤΑ ΠΛΗΚΤΡΑ	ΑΚΟΥ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΑΒΕ ΜΙΑ ΣΕΙΡΑ ΑΠΟ ΝΟΤΕΣ ΣΥΝΥΦΑΣΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΑ ΧΡΩΜΑΤΙΣΤΑ ΠΛΗΚΤΡΑ
	ΔΡΟΜΟΣ ΜΕ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΝΟΣ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ ΒΑΣΕΙ ΧΡΩΜΑΤΟΣ
ΑΠΑΡΤΙΩΣΗΣ (INTEGRATOR)	ΔΩΜΑΤΙΟ ΜΕ ΒΙΒΛΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ	ΛΥΣΕ ΠΑΖΛ ΚΑΙ ΔΙΑΛΕΞΕ ΒΙΒΛΙΑ ΒΑΣΕΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ

ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ (RESPONSIVE)	ΔΡΟΜΟΣ ΜΕ ΚΑΡΤΟΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΙ ΟΔΙΚΑ ΣΗΜΑΤΑ	ΠΛΗΞΙΑΣΕ ΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΙΣΕ ΕΝΑΝ ΑΡΙΘΜΟ ΒΑΣΕΙ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΠΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ
		ΚΟΙΤΑΣΕ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΚΑΙ ΠΕΣ ΠΟΙΟΥΣ ΕΧΕΙΣ ΔΕΙ ΝΑ ΠΕΡΝΟΥΝ ΑΠΟ ΑΥΤΟΝ ΤΟΝ ΔΡΟΜΟ
	ΣΟΥΠΕΡΜΑΡΚΕΤ	ΑΓΟΡΑΣΕ ΜΙΑ ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΠΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΕΠΕΛΕΞΕ ΠΟΙΟ ΠΡΟΙΟΝ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΦΤΗΝΟ

Όσον αφορά στη μεθοδολογία, στο πρόγραμμα συμμετείχαν τέσσερις ασθενείς (τρεις άντρες και μια γυναίκα) από ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο της πόλης. Η αξιολόγηση έγινε σε τρεις φάσεις: μια απλή και φιλική επαφή με την τεχνολογία, χρήση του περιβάλλοντος που απεικονίζεται στην οθόνη και τελικά χρήση του περιβάλλοντος με τα ειδικά γυαλιά. Η αξιολόγηση έγινε μέσω άμεσης παρατήρησης των ασθενών και μέσω ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου, το οποίο μεταξύ άλλων εκτιμούσε και το κίνητρο των ασθενών για τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.⁸⁹

Αν και αυτά τα αρχικά αποτελέσματα απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση, φάνηκε πως οι ασθενείς χαίρονται να δουλεύουν με υπολογιστές και ανταποκρίνονται στην εκπλήρωση στόχων που απαιτούν τη διάδραση με τον υπολογιστή. Προέκυψε πως:

- Τεχνικά έμαθαν πώς να «ταξιδεύουν» στο ηλεκτρονικό περιβάλλον
- Μπορούσαν να χειριστούν το ποντίκι και να ελέγχουν την περιπλάνησή τους στην πόλη
- Είχαν ενδιαφέρον στο να γνωρίσουν όλα τα κτίρια και να υλοποιήσουν τις δραστηριότητες που τους προτεινόνταν
- Δεν εμφάνισαν παρενέργειες, όπως ναυτία ή ζαλάδα που είναι ενδεικτικές της αδιαθεσίας προσομοίωσης.

3.2. Φαρμακευτική αγωγή στην παιδική ηλικία και ανάπτυξη του εγκεφάλου

Η διαδικασία ανάπτυξης και ωρίμανσης του εγκεφάλου από την αρχή της δημιουργίας του εμβρύου μέχρι την ενηλικίωση αποτελεί μια εξαιρετικά περίπλοκη διαδικασία η μελέτη της οποίας βρίσκεται στα αρχικά της στάδια. Σύμφωνα με τις ενδείξεις ο εγκέφαλος δεν παύει να αναπτύσσεται και να διαφοροποιείται με το τέλος της εμβρυϊκής ανάπτυξης. Η διαφοροποίηση και ωρίμανση συνεχίζονται και μεταγενέστερα, στη διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. Η ανάπτυξη και η διαφοροποίηση αφορά στη μορφολογία του εγκεφάλου, στην κυτταροαρχιτεκτονική, και άλλες βιολογικές παραμέτρους.⁹³ Μάλιστα, έχει

⁹³ Andersen SL (2003). Trajectories of brain development: Point of vulnerability or window of opportunity. *Neurosc Behav Review*, 27, 3-18

παρατηρηθεί ότι κατά το πέρασμα από την παιδική στην εφηβική ηλικία υπάρχει ελάττωση της φαιάς και αντίστοιχη αύξηση της λευκής ουσίας σε μετωπιαίες και βρεγματικές περιοχές. Ταυτόχρονα αύξηση έχει παρατηρηθεί του όγκου του οπισθίου τμήματος του μεσολοβίου. Οι αλλαγές αυτές στη μορφολογία του εγκεφάλου οφείλονται κατά τις ενδείξεις στην ανάπτυξη δικτύων και στα δυο ημισφαίρια και σχετίζονται με την αύξηση των γνωστικών ικανοτήτων και των λειτουργιών του λόγου. Μορφολογικές αλλαγές στον φλοιό του εγκεφάλου του παιδιού μπορεί να είναι και συνέπεια σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, όπως π.χ. σχιζοφρένεια με πρόωμη έναρξη. Συστηματικές παρατηρήσεις που αφορούν την ανάπτυξη του εγκεφάλου πριν τη γέννηση έχουν γίνει κυρίως σε πειραματόζωα.⁹⁴

Η ανάπτυξη και ωρίμανση του εγκεφάλου επιτελείται με εντατικούς ρυθμούς κατά την εμβρυϊκή περίοδο. Μια δεύτερη περίοδος εντατικής ωρίμανσης παρατηρείται μετά την γέννηση, ιδίως μεταξύ 2-12 μηνών, κατά την οποία συμβαίνει εντατική συναπτογένεση. Στις περιόδους εντατικής ανάπτυξης ο εγκέφαλος είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος σε εξωγενείς επιδράσεις που μπορούν να ασκήσουν μόνιμη επίδραση στη δομή και λειτουργία νευρωνικών κυκλωμάτων, ενώ παρόμοιες επιδράσεις εκτός των περιόδων αυτών δεν θα οδηγήσουν σε μη αναστρέψιμες αλλαγές. Είναι αυτές οι κριτικές περιόδους ευαισθησίας κατά τις οποίες υπάρχει έντονη νευρωνική πλαστικότητα. Εκτροπή από την φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά την εμβρυϊκή οργανογένεση, αλλά και μετέπειτα, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα γονιδιακού ελλείμματος ή ανωμαλίας, ή εξωγενών παραγόντων (π.χ. φαρμακευτικά σκευάσματα, ορμόνες, τοξικές ουσίες, λοιμώξεις, ισχαιμία, στρες στη εγκυμονούσα μητέρα) αν αυτοί ενεργήσουν σε κριτικές στιγμές ανάπτυξης.⁹⁵

Η διεργασία που καθορίζει την ανάπτυξη και ωρίμανση του εγκεφάλου επιτελείται κατά τις ενδείξεις σε μεγάλο βαθμό στις συνάψεις. Τα συστήματα των νευροδιαβιβαστών π.χ. σεροτονεργικό, χολινεργικό, ντοπαμινεργικό, κ.α., κατά την διάρκεια της ανάπτυξης και ωρίμανσης βρίσκονται σε διαρκή εξέλιξη με δημιουργία νέων διακλαδώσεων αλλά και με αυτοπεριορισμό και κατάργηση περιττών. Οι

⁹⁴ Thompson P M, Giedd J N, Woods R P et al. (2000). Growth patterns in the developing brain detected by using continuum mechanical tensor maps. *Nature*, 404, 190-192

⁹⁵ Sporn AL, Greenstein DK, Gogtay N, et al. (2003). Progressive brain volume loss during adolescence in child hood-onset schizophrenia. *Am J. Psychiatry*, 160, 2181-2189

διαδικασίες αυτές συνεχούς πλαστικότητας μπορεί, σύμφωνα με τις ενδείξεις, να συνεχίζεται και μετά τις νεαρές ηλικίες. Προσβολή των συστημάτων αυτών μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες στις λειτουργίες που αυτά υποστηρίζουν. Στο τέλος της εμβρυϊκής ανάπτυξης ο αριθμός των νευρώνων έχει φθάσει στο ύψιστο σημείο και τα βασικά δίκτυα έχουν εγκατασταθεί. Λίγο πριν τη γέννηση και ενώ έχει επιτευχθεί η ολοκλήρωση των δικτύων γίνεται ένας σε μεγάλη έκταση προγραμματισμένος θάνατος κυττάρων που φθάνει περίπου το 50%. Μια νέα μεγάλη και εξαιρετικά δραστήρια φάση ανάπτυξης των νευρώνων με την δημιουργία πλήθους υποδοχέων και συνάψεων παρατηρείται στην προεφηβική ηλικία. Με την έναρξη της ήβης όμως αρχίζει μια νέα διαδικασία ανταγωνιστικού αυτοπεριορισμού των συνάψεων που σε μερικές περιοχές, όπως ο μετωπιαίος φλοιός, η μείωση φθάνει το 40% περίπου. Έχει υποτεθεί ότι η φάση του αυτοπεριορισμού των συνάψεων στην ήβη σχετίζεται με την ανάπτυξη αφηρημένης σκέψης στην ηλικία αυτή. Κάποια δυσλειτουργία, που παραμένει αδιευκρίνιστη, στη φάση αυτή του αυτοπεριορισμού των συνάψεων, έχει υποτεθεί ότι σχετίζεται με την έναρξη της σχιζοφρένειας.⁹⁶

Ο ειδικός ρόλος της σεροτονίνης για την ανάπτυξη του εγκεφάλου γίνεται εμφανής ήδη στα πρώτα στάδια της οντογένεσης στο έμβρυο. Παρατηρήσεις σε πειραματόζωα έδειξαν ότι οι σεροτονεργικοί νευρώνες των πυρήνων της ραφής εμφανίζονται νωρίς και αναπτυσσόμενοι φθάνουν τους ντοπαμινεργικούς νευρώνες της μέλαινας ουσίας. Προγεννητική εξάντληση της σεροτονίνης με π-χλωροφαινυλαλανίνη καθυστερεί την νευρογένεση περιοχών όπου καταλήγουν οι σεροτονεργικοί νευρώνες, ενώ ενίσχυση της σεροτονίνης με 5-μεθοξυτρυπταμίνη οδηγεί σε ανάλογη με τη δόση αύξηση της νευρογένεσης όπου οι νευρώνες αυτοί επενεργούν. Περαιτέρω, η αναστολή της δράσεως της σεροτονίνης σε πειραματόζωα κατά την διάρκεια της κύησης με την χρήση εθανόλης έχει τερατογενετικά αποτελέσματα. Συμπερασματικά, η σεροτονίνη εμφανίζεται να έχει ένα διπλό ρόλο κατά την ανάπτυξη και ωρίμανση του εγκεφάλου, πρώτον, την αυτορρύθμιση των σεροτονεργικών νευρώνων και δεύτερον την ανάπτυξη άλλων νευρώνων στους οποίους αυτοί επιδρούν.⁹⁷

⁹⁶ Whitaker-Azmitia P M. (2001) Serotonin and brain development: Role in human developmental diseases. *Brain Res Bulletin*, 56, 479-485

⁹⁷ Berger-Sweeney J. (2003). The cholinergic basal forebrain system during development and its influence on cognitive processes: important questions and potential answers. *Neurosci Behav Reviews*, 27, 401-411

Η ακετυλχολίνη έχει κατά τις ενδείξεις σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του φλοιού ανάλογο με εκείνον της σεροτονίνης σε άλλα δίκτυα του εγκεφάλου. Οι χολινεργικοί νευρώνες, αν και όχι πολυάριθμοι, προβάλλουν από τη βάση του εγκεφάλου σε όλες τις περιοχές του νεοφλοιού και του ιπποκάμπου, έχοντας κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη δικτύων νευρώνων και συνάψεων που θα υπηρετήσουν περίπλοκες γνωστικές λειτουργίες στον ενήλικα, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η προσοχή και η μνήμη. Υπάρχουν, επιπλέον, ενδείξεις ότι βλάβη στο χολινεργικό σύστημα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης σχετίζεται με νοητική καθυστέρηση. Ελλειμματική λειτουργία του συστήματος αυτού, έχει διαπιστωθεί στα σύνδρομα Down και Rett. Αμφίδρομη σχέση έχει παρατηρηθεί μεταξύ της ακετυλχολίνης και της ντοπαμίνης στην σχιζοφρένεια η οποία γίνεται έκδηλη με τη χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων π.χ. χλωροπρομαζίνη, αλοπεριδόλη. Δεν είναι εντούτοις γνωστό αν έχει υπάρξει κάποια πιθανή εκτροπή στην εξέλιξη του χολινεργικού συστήματος κατά την ανάπτυξη του εγκεφάλου που να σχετίζεται με την εμφάνιση σχιζοφρένειας αργότερα.⁹⁸

Η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων αποτελεί αναμφίβολα μεγίστη κατάκτηση της ψυχοφαρμακολογίας και της ψυχιατρικής των καιρών μας. Με την βοήθεια των φαρμάκων έχει αλλάξει ριζικά η θεραπευτική των ψυχώσεων και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών στους ενήλικες. Τα πρώτα ψυχοφάρμακα ανακαλύφθηκαν τυχαία και πολύ πριν γίνει γνωστός ο τρόπος με τον οποίον αυτά επενεργούν στον εγκέφαλο. Τώρα είναι γνωστό ότι τα περισσότερα από αυτά λειτουργούν στις συνάψεις των νευροδιαβιβαστών. Το πεδίο όμως για τη χρήση ψυχοφαρμάκων στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι διαφορετικό για τρεις κύριους λόγους. Πρώτον, λίγες είναι οι διαταραχές για τις οποίες η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί θεραπεία πρώτης επιλογής στο παιδί και τον έφηβο. Δεύτερον, λίγα είναι τα φάρμακα που έχουν δοκιμασθεί επαρκώς και έχει δειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά και ασφαλή στις ηλικίες αυτές. Τρίτον, παρά τους ανωτέρω περιορισμούς υπάρχει η τάση χορήγησης ψυχοφαρμάκων στο παιδί και τον έφηβο ακολουθώντας ενδείξεις για ενήλικες στους οποίους η δράση και ο μεταβολισμός των φαρμάκων αυτών διαφέρουν.⁹⁹

⁹⁸ Hall SS. (2003). Smart pill. Scientific American, September, 36-45

⁹⁹ Vitiello B. (2003). Ethical considerations in psychopharmacological research involving children and adolescents. Psychopharmacology, 171, 86-91

Τα ψυχοφάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα στο παιδί και τον έφηβο επενεργούν κυρίως στις συνάψεις των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Οι κατηγορίες φαρμάκων που αποτελούν αντικείμενο τρέχοντος ενδιαφέροντος είναι: τα διεγερτικά (αμφεταμινικά), τα άτυπα αντιψυχωσικά και οι ειδικοί αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Κατά τις δοκιμές ενός φαρμάκου και προκειμένου να εκτιμηθεί ο πιθανός κίνδυνος στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και κατά τις κριτικές περιόδους ευαισθησίας η διάρκεια δοκιμής πρέπει να είναι επαρκής και οι ενδείξεις να είναι σαφείς ότι η χρήση του φαρμάκου είναι ασφαλής. Συνεπώς, μελέτες που αναφέρουν αποτελέσματα από τη χρήση μόνον για μερικούς μήνες δεν προσφέρουν επαρκείς πληροφορίες ώστε να αποκλείουν πιθανή ανεπιθύμητη επίδραση στην ανάπτυξη του εγκεφάλου.⁷⁷

Τα διεγερτικά σκευάσματα (μεθυλφενιδάτη, δεξτροαμφεταμίνη) έχουν χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στο χώρο της παιδικής ψυχιατρικής. Η συχνή χρήση των φαρμάκων αυτών οφείλεται στα θετικά των αποτελέσματα στα περισσότερα παιδιά και εφήβους με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) χωρίς να προκαλούν αξιολογες παρενέργειες, άμεσες και αψότερες, όπως σχετικές μελέτες έχουν δείξει. Η επιτυχής χρήση των αμφεταμινικών σκευασμάτων σε εύριθμη κατηγορία παιδιών δημιούργησαν υπερβολική αισιοδοξία για εύκολη αντιμετώπιση του κάθε υπερκινητικού παιδιού με αποτέλεσμα αύξηση της συνταγογράφησης των φαρμάκων αυτών σε αρκετές χώρες π.χ. Η.Π.Α., Καναδάς.¹⁰⁰ Η συνταγογράφηση επεκτάθηκε και για παιδιά κάτω των 6 ετών χωρίς η ασφάλεια των φαρμάκων για τις ηλικίες αυτές να έχει μελετηθεί επαρκώς. Τα αμφεταμινικά φάρμακα κατά τις ενδείξεις επενεργούν στις ντοπαμινεργικές συνάψεις αυξάνοντας τη συγκέντρωση των κατεχολαμινών νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη) στη συναπτική σχισμή.¹⁶ Ειδικότερα, η μεθυλφενιδάτη, η δράση της οποίας έχει μελετηθεί περισσότερο, ενεργεί δεσμεύοντας πρωταρχικά τον μεταφορέα της ντοπαμίνης, αυξάνοντας κατά τον τρόπο αυτό την εξωκυτταρική ντοπαμίνη στο ραβδωτό σώμα.¹⁰¹ Από μελέτες που έχουν γίνει μέχρι τώρα για διαρκή χρήση της μεθυλφενιδάτης για περίοδο τουλάχιστον δυο χρόνων δεν έχουν υπάρξει ενδείξεις ότι το φάρμακο αυτό μπορεί να προκαλέσει οποιαδήποτε ανιχνεύσιμη εκτροπή στην ανάπτυξη και

¹⁰⁰ Zito J M, Safer D J, dosReis S et al. (2000). Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. JAMA, 283, 1025-1030

¹⁰¹ Sawnsen JM, & Volkow ND (2003). Serum and brain concentrations of methylphenidate: Implications for use and abuse. Neurosc Behav Reviews, 27, 615-621

ωρίμανση του εγκεφάλου. Όμως οι γνωστοί ερευνητές Βιτιέλο και Γιένσεν,¹⁹ υποθέτουν ότι στον υπό ανάπτυξη εγκέφαλο η διαρκής αναστολή της λειτουργικότητας υποδοχέων ενός νευροδιαβιβαστή οδηγεί σε σταθερή υπορύθμιση του συστήματος υποδοχής. Αντίθετα η παρουσία ενός αγωνιστικού φαρμάκου οδηγεί σε μόνιμη υπερύθμιση το υποδοχέα.¹⁰²

Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί και αποτελούν πρώτη επιλογή σε περιπτώσεις σχιζοφρένειας με πρώιμη έναρξη. Χρησιμοποιούνται επίσης σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις σε σοβαρές μορφές διαταραχής διαγωγής, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου επικρατεί απώλεια αυτοελέγχου με εκρήξεις θυμού και επιθετικότητα. Από τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής μόνον η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της ρισπεριδόνης έχει μελετηθεί στο παιδί και τον έφηβο και έχει συσταθεί η χρήση της. Παρόλα αυτά οι ερευνητικές δοκιμές του ανωτέρω φαρμάκου στις νεαρές ηλικίες δεν μπορεί να θεωρηθούν επαρκείς ώστε να αποκλεισθούν τυχόν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου (π.χ. μικρό δείγμα ασθενών βραχυχρόνια χορήγηση). Η ρισπεριδόνη επενεργεί στο ντοπαμινεργικό σύστημα με τον αποκλεισμό της μεταβίβασης μέσω των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης, παράλληλα όμως επενεργεί και στο σεροτονεργικό σύστημα αποκλείοντας σε μεγάλο ποσοστό τους υποδοχείς 5-HT₂ της σεροτονίνης.¹⁰³

Οι ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όσον αφορά τη χρήση στο παιδί και τον έφηβο. Τα SSRIs είναι αποτελεσματικά και αποτελούν τα φάρμακα πρώτης επιλογής στην κατάθλιψη και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή στον ενήλικα. Στον έφηβο μπορεί να είναι αποτελεσματικά στην κατάθλιψη και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ενώ στο παιδί μπορεί να είναι αποτελεσματικά μόνον στη δεύτερη περίπτωση.¹⁸ Παρόλο που οι ενδείξεις για την χορήγηση των φαρμάκων αυτών στο παιδί αλλά και τον έφηβο είναι ειδικές και ενώ δεν υπάρχουν ενδείξεις για την ασφάλεια των σε μακροχρόνια χρήση, παρατηρείται αυξανόμενη συνταγογράφηση. Η τάση για αυξανόμενη χρήση των SSRIs σε παιδιά και εφήβους καταγράφεται σε Ευρωπαϊκές

¹⁰² Κωτσόπουλος Σ. (2004). Φαρμακευτική αγωγή των ψυχιατρικών διαταραχών στο παιδί και τον έφηβο. Εγκέφαλος, 41, 7-21

¹⁰³ Karur S. (2004). Η τροποποίηση των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης ως βάση της αντιψυχωσικής δράσης. S. Karur Y. Lecrubier (επιμ) Ο Ρόλος της Ντοπαμίνης στην Παθοφυσιολογία και Θεραπεία της Σχιζοφρένειας. Βαγιωνάκης, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

χώρες π.χ. Βρετανία και Δανία.¹⁰⁴ Παρόμοια αυξημένη χρήση γίνεται και των ανασταλτικών επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης (π.χ. βενλαφαζίνη) χωρίς να υπάρχουν έγκυρες δοκιμές για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των φαρμάκων αυτών. Τα SSRIs είναι γνωστό ότι αυξάνουν τον διαθέσιμο χρόνο της σεροτονίνης στην συναπτική σχισμή αναστέλλοντας τον 5HT μεταφορέα της σεροτονίνης.¹⁰⁵

Δεδομένου ότι η σεροτονίνη αποτελεί νευροδιαβιβαστή με ειδική λειτουργία στην ανάπτυξη του εγκεφάλου προπάντων κατά την οντογένεση, έγκυρες κλινικές δοκιμές αλλά και μελέτες εργαστηρίου των SSRIs για πιθανές ανεπιθύμητες μακροχρόνιες παρενέργειες στο σεροτονεργικό σύστημα είναι απαραίτητες πριν οποιαδήποτε θεραπευτική χρήση στο παιδί και τον έφηβο. Επιπλέον αποτελεί αντικείμενο σημαντικού κλινικού ενδιαφέροντος η πιθανή επίδραση στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο του εμβρύου η χρήση από τη μητέρα SSRIs κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι σχετικές μελέτες απαιτούν μακρά διάρκεια παρακολούθησης νεογέννητων και σύγκριση με ομάδα μαρτύρων. Τέτοιες μελέτες είναι εξαιρετικά δυσχερείς και δεν αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Παρατηρήσεις έχουν όμως γίνει για άμεσες εκδηλώσεις σε νεογέννητα από μητέρες που έπαιρναν SSRIs (σιταλοπράμη, φλουοξετίνη) κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Τα νεογέννητα αυτά παρουσίασαν οξέα συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα ενδεικτικά σεροτονεργικής τοξικής δράσης. Συγκεκριμένα, παρουσίασαν χαμηλό Apgar στα 15 πρώτα λεπτά, τρόμο, ανησυχία, δυσκαμψία. Τα συμπτώματα υποχώρησαν μέσα σε λίγες μέρες. Τα νεογέννητα αυτά δεν παρουσίασαν κατά τη γέννηση μορφολογικές ανωμαλίες στο εγκεφαλο που ερευνήθηκε με υπερήχους ή MRI. Παρακολούθηση των παιδιών αυτών σε μακροχρόνια βάση παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τυχόν λειτουργικές ανωμαλίες προπάντων από το σεροτονεργικό σύστημα.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Sorensen CB, Bohm Jepsen E, Hove Thomsen P & Dalsgaard S. (2003). Indications for and use of antidepressants in child and adolescent psychiatry: A cross-sectional survey in Denmark. *Eur Child Adol Psych*, 2003, 12, 114-121

¹⁰⁵ Laine K, Heikkinen T, Ekblad U & Kero P. (2003). Effects of exposure to selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy on serotonergic symptoms in newborn and cord blood monoamine and prolactin concentrations. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 720-726

¹⁰⁶ Kalia M, O'Callaghan JP, Miller DP & Kramer M. (2000). Comparative study of fluoxetine, sibutramine, sertraline and dexfenfluramine on the morphology of serotonergic nerve terminals using serotonin immunohistochemistry. *Brain Research*, 858, 92-105

Χορήγηση των SSRIs φλουοξετίνη και σερτραλίνη όπως και του SNRI σιβουτραμίνη σε πειραματόζωα επί τέσσερις ημέρες σε υψηλές δόσεις (φλουοξετίνη 114 mg/kg, σερτραλίνη 286 mg/kg και σιβουτραμίνη 128 mg/kg) προκάλεσε διάσπαρτη διόγκωση και νέκρωση σεροτονεργικών νευρώνων. Οι ερευνητές σχολιάζουν ότι στη μελέτη αυτή δεν ερευνήθηκε η πρόγνωση αυτών των αλλοιώσεων και ότι οι δόσεις των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν πολύ επάνω από οποιασδήποτε θεραπευτικό επίπεδο. Συνεπώς αξιολόγηση αυτής της μελέτης από κλινική άποψη είναι προβληματική.¹⁰⁷

3.3. Ψυχιατρικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων σε όλη τη Χώρα

Τμήματα εξωτερικών ιατρείων

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών υπηρεσιών νοσηλείας (ανάλογο κλινικών όπως η παθολογική, η χειρουργική, κλπ.) που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη καθώς και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις λοιπές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Το Ψυχιατρικό Τμήμα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Εξυπηρετεί τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, και αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου μονάδων ψυχικής υγείας
- Έχει συγκεκριμένη δυναμικότητα κλινών
- Εξυπηρετεί τις ανάγκες για εκούσια και ακούσια νοσηλεία
- Συνεργάζεται με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα
- Έχει στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του ψυχικής υγείας της περιοχής

Για την παροχή των υπηρεσιών το Ψυχιατρικό Τμήμα μπορεί να είναι οργανωμένο σε επιμέρους μονάδες οι συνηθέστερες των οποίων είναι:

- Μονάδα Βραχείας ή και Μέσης Νοσηλείας
- Μονάδα Νοσηλείας Οξέων Περιστατικών
- Εξωτερικά Ιατρεία

¹⁰⁷ Κωτσόπουλος Σ., Οικονόμου Α. (2004). Ανάπτυξη του εγκεφάλου και ψυχοφάρμακα στην παιδική ηλικία. Εγκέφαλος. τόμος 51, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος

– Μετανοσοκομειακός Ξενώνας Βραχείας Παραμονής

Στα περισσότερα νοσοκομεία λειτουργούν εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία, τα οποία μπορούν οι ασθενείς να επισκεφθούν με ραντεβού. Εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία λειτουργούν ακόμα και σε νοσοκομεία που δεν έχουν ψυχιατρικές κλινικές, καθώς και στα ιατρεία των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων.

Μονάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα:

ΑΤΤΙΚΗ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» (ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ)

Ψυχιατρικό Ιατρείο «ΩΝΑΣΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ «ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΗΣ ΝΤΑΟΥ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αθηνών «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
(ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ)

Παιδοψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΗΣ
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ «ΣΩΤΗΡΙΑ»

Ιατρείο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΔΑΦΝΙ»

Ιατρείο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»

Ψυχιατρική κλινική «Λυράκου» Μελίσσια Τηλ. 2106131802

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

ΥΠΟΛΟΠΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΣΕΡΡΩΝ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΙΛΚΙΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ «ΠΟΛΥΓΥΡΟΣ»

Ιατρείο Ψυχιατρικού Νοσοκομείου ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΒΕΡΟΙΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΑΒΑΛΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΞΑΝΘΗΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΔΡΑΜΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΟΖΑΝΗΣ «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

ΗΠΕΙΡΟΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΑΡΤΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΠΡΕΒΕΖΑΣ

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΛΑΡΙΣΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΙΟ ΚΑΙ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»

ΔΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΛΑΜΙΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ «ΧΑΤΧΗΚΩΣΤΑ»

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΠΑΤΡΩΝ (ΡΙΟ)

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΠΥΡΓΟΥ «ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ

«ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού ΠΑΝΑΡΚΑΝΔΙΚΟΥ Νοσοκομείου ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΣΠΑΡΤΗΣ «ΙΩΑΝ. ΚΑΙ ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΕΡΚΥΡΑΣ

ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΣΥΡΟΥ «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΡΟΔΟΥ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΩ
Ψυχιατρικό Ιατρείο ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ - ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ
ΛΕΡΟΥ

ΚΡΗΤΗ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-
ΠΑΝΑΝΕΙΟ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΧΑΝΙΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου-ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΤΕΙΑΣ¹⁰⁸

¹⁰⁸ <http://www.mazi.org.gr>, MAZI- Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης, στις 30 Ιουλίου 2014

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1. Νοσηλεία στο νοσοκομείο

Οι περισσότεροι άνθρωποι δε δέχονται με ευχαρίστηση να αφήσουν τα σπίτια τους και να εισαχθούν για νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο ή ψυχιατρείο. Ωστόσο, ο γιατρός μπορεί να συστήσει εισαγωγή στο ψυχιατρείο είτε γιατί ο ασθενής έχει κάποια οξεία και σοβαρή πάθηση, που χρειάζεται εντατική παρατήρηση και φροντίδα είτε επίσης γιατί ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν, ακόμη και να υπάρχει φόβος για την προσωπική του υγεία και ασφάλεια. Νοσηλεία μπορεί να χρειάζεται ένα άτομο που εμφανίζει παράξενη και βίαιη συμπεριφορά και είναι δύσκολο να προβλεφθεί ο κίνδυνος για πρόκληση βλαβών στον εαυτό του ή στους άλλους. Για την εισαγωγή κάποιου ατόμου στο νοσοκομείο χρειάζεται να συμφωνήσει και το ίδιο το άτομο. Αν τυχόν διαφωνεί και κρίνεται ότι παραμένοντας εκτός νοσοκομείου υπάρχει κίνδυνος για αυτοτραυματισμό ή τραυματισμό των άλλων, τότε μπορεί να αποφασίσει ο γιατρός την είσοδό του, έστω και χωρίς την δική του συγκατάθεση.

Με την εισαγωγή του, ο άρρωστος υποβάλλεται σε φυσική –σωματική και σε ψυχιατρική εξέταση από γιατρό. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει: μικροβιολογικές εξετάσεις όπως μέτρηση σακχάρου και ουρίας αίματος, ακτινογραφίες θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ή και άλλες πιο ειδικές εξετάσεις ανάλογα με την κατάσταση και τα συμπτώματα του καθενός ατόμου. Μπορεί να γίνουν ερωτήσεις για την έναρξη και την πορεία της ασθένειας, τις σχέσεις της οικογένειας, τις συνθήκες στη δουλειά και στο σχολείο, προηγούμενες ασθένειες και είδος θεραπείας. Γίνεται κυρίως προσπάθεια από τον γιατρό να καταλάβει πώς λειτουργεί το μυαλό του αρρώστου και ποια τα συναισθήματά του. Αυτό πετυχαίνεται με την παρατήρηση και με μερικές ερωτήσεις εκ των οποίων άλλες είναι πιο απλές και διερευνητικές και άλλες πιο προσωπικές. Μπορεί επίσης, να ζητηθούν πληροφορίες από τους συγγενείς και φίλους που συνοδεύουν τον άρρωστο, κάτι που μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση της αρρώστιας και των κοινωνικών σχέσεων του ασθενή.

Στα περισσότερα ψυχιατρεία δεν ισχύει συγκεκριμένο ωράριο επισκέψεων. Περιορισμοί ίσως θα μπορούσαν να υπάρξουν όταν η επίσκεψη γίνεται στην διάρκεια δραστηριοτήτων, θεραπευτικών προγραμμάτων, φαγητού ή ύπνου. Μερικές φορές, κάποια επίσκεψη μπορεί να διαταράξει έντονα τον άρρωστο ή και τον επισκέπτη, οπότε αποφασίζεται η προσωρινή αναστολή των επισκέψεων, ή ο περιορισμός της διάρκειάς τους. Επίσης, είναι δυνατόν, σε αρρώστους που η πάθησή τους δεν είναι τόσο βαριά, να δίνονται άδειες, για να ζήσουν έξω από το ψυχιατρείο για 1-2 και περισσότερες ημέρες με τη οικογένειά τους ή τους φίλους τους ή να παρευρεθούν σε κάποιο σπουδαίο οικογενειακό γεγονός. Η επιτυχία αυτών των εξόδων δείχνει και τον βαθμό βελτίωσης της κατάστασης του ασθενούς, καθώς και το πόσο έτοιμος είναι να ξαναρχίσει τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής. Μετά από κάθε έξοδο, είναι σημαντικό για τον άρρωστο να συζητά για το πόσο καλά τα κατάφερε. Όταν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα, δεν θα πρέπει να οδηγεί, να πει οινοπνευματώδη ποτά ή να πάει κοντά σε μηχανήματα, εκτός αν έχει πάρει άδεια από τον γιατρό του. Κάθε έξοδος βέβαια, δεν είναι πάντα σίγουρο, ότι θα περάσει χωρίς να δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα. Για αυτό, αν τυχόν ο άρρωστος αισθάνεται ανησυχία, ή η συμπεριφορά του διαταράσσεται και υπάρχει κίνδυνος για τον ίδιο ή τους άλλους γύρω του, τότε είναι προτιμότερο να γυρίσει στο ψυχιατρείο νωρίτερα.

4.2. Γενικές αρχές για τη νοσηλευτική φροντίδα

- Διατήρηση της σωματικής υγείας και ασφάλειας του αρρώστου
- Ανάπτυξη έμπιστης διαπροσωπικής σχέσης μαζί του
- Επιβεβαίωση της ταυτότητάς του
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα
- Βοήθεια του αρρώστου στην επικοινωνία ώστε να κατανοεί τον εαυτό του και τους άλλους και να γίνεται κατανοητός
- Ελάττωση των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος
- Βοήθεια στο χειρισμό του άγχους του
- Προώθηση της συμμόρφωσης του στη νοσηλευτική και θεραπευτική αγωγή
- Βοήθεια στο να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες
- Ενίσχυση της κοινωνικής επικοινωνίας
- Ρύθμιση των επιπέδων δραστηριότητας (υπό/υπερκινητικότητα)

- Ενθάρρυνση/έπαινος της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς
- Ενίσχυση της κατανόησης και του ενδιαφέροντος της οικογένειάς του
- Ενθάρρυνση της ευθύνης για τον εαυτό του
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και πώς να διαπιστώνει , να χειρίζεται και να προλαμβάνει τα συμπτώματα
- Συνέπεια στη συμπεριφορά, στάση θετική που να ελαττώνει την σύγχυσή του
- Προσφορά προτύπου: σωστή συμπεριφορά, αξιοπρεπής εμφάνιση, αυτοκυριαρχία και καλή διάθεση.¹⁰⁹

4.3. Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την έναρξη της αντιψυχωτικής αγωγής

- Λήψη του ιστορικού φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του ασθενή.
- Συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών
- Εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- Μέτρηση ζωτικών σημείων : αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία
- Εξασφάλιση πληροφοριών σχετικά με : συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες
- Διατύπωση πρωτοκόλλου με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλεύτη, στο οποίο αναφέρονται οι εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης φαρμάκου (από το στόμα, με ένεση), επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα του αρρώστου, οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης, πληροφόρηση του αρρώστου σχετικά με τα φάρμακα που θα του δοθούν, ανάλογα με το διανοητικό και αμυντικό λειτουργικό του επίπεδο (διαφορετική πληροφόρηση χρειάζονται ο αρνητικός, ο καχύποπτος, ο δύσπιστος άρρωστος)

¹⁰⁹ Ραγιά Α. (2005). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας –Ψυχιατρική Νοσηλευτική, (Ε' έκδοση)

4.4. Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την περίοδο χορήγησης της αντιψυχωτικής αγωγής

- Αξιολόγηση των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του ασθενή προς τα φάρμακα που παίρνει
- Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης για όψιμες αντιδράσεις: ηπατικές, αιματολογικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα (καχυποψία, παραληρητικές ιδέες)
- Εφαρμογή της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεχούς ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου

4.5. Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της αντιψυχωτικής αγωγής

- Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας.
- Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη ή πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος με δόση συντήρησης, με συνεχή παρακολούθηση του ασθενή
- Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής. Συνεργασία με τον άρρωστο ποια παρέμβαση πρέπει να γίνει για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο

4.6. Ενημέρωση οικογένειας

Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια με τους εξής τρόπους:

Α. Ενημέρωση της οικογένειας για την φύση της σχιζοφρένειας: η σχιζοφρένεια επηρεάζει όλο το φάσμα των λειτουργιών του ατόμου. Δεν έχει διαπιστωθεί κάποιος μοναδικός παράγοντας ευθύνεται για την συγκεκριμένη νόσο, αλλά οι έρευνες καταδεικνύουν γενετικούς παράγοντες, αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα στρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις (ο άρρωστος ακούει φωνές), παραισθήσεις , επικοινωνία που είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή από τους άλλους, περιορισμένη επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Ενημερώνουμε την οικογένεια για την θεραπεία: αντιψυχωτική αγωγή η οποία καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό

είναι απολύτως απαραίτητο να λαμβάνεται από τον ασθενή. Οι παρενέργειες εμφανίζονται συχνά και μπορούν να ελεγχθούν, εφόσον αναφερθούν στον θεράποντα.

Β. Ενημέρωση των συγγενών του ασθενή για το πώς να χειριστούν τα συμπτώματα της νόσου: είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνεται καταγραφή των παραγόντων που αυξάνουν το άγχος του ασθενή, ώστε να εφαρμόζονται τα κατάλληλα μέτρα για την μείωση του στρες. Δεν πρέπει να συμφωνούν οι συγγενείς με τις παράλογες ιδέες του αρρώστου αλλά να τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

Γ. Επιπλέον πληροφορίες: ενθάρρυνση των μελών των οικογενειών να εκφράζουν τα συναισθήματα τους με τους ειδικούς καθώς και το πώς να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Με αυτόν τον τρόπο, θα είναι σε θέση να προσφέρουν περισσότερα πράγματα στο πάσχον μέλος.

4.7. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Ο Νοσηλευτής που εργάζεται στη θεραπεία του σχιζοφρενούς επιτελεί τους παρακάτω ρόλους:

- αποτελεί ενεργό μέλος της Θεραπευτικής ομάδας
- εκτιμά τις ανάγκες και τις δυνατότητες του αρρώστου
- παρεμβαίνει σε ψυχικό, κοινωνικό και βιολογικό επίπεδο
- συμμετέχει στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Πρόληψη των ψυχικών προβλημάτων
- εργάζεται σε Νοσοκομείο Ημέρας ή σε Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- αν ο ασθενής δεν προσέλθει μόνος του στην υπηρεσία ο νοσηλευτής τον προσεγγίζει με την βοήθεια της οικογενείας του ή οποιουδήποτε διαθέσιμου ατόμου
- καθορίζει σε συμφωνία με τον ασθενή το νοσηλευτικό θεραπευτικό πλάνο
- δημιουργεί μακροχρόνια και σταθερή θεραπευτική σχέση με τον άρρωστο
- θέτει στον άρρωστο την προϋπόθεση της φαρμακευτικής συναίνεσης
- διδάσκει στον άρρωστο τις βασικές αρχές της ψυχοφαρμακολογίας
- καθορίζει σε συνεργασία με τον άρρωστο την επίλυση καθημερινών θεμάτων όπως η καθαριότητα, η σίτιση
- παρακολουθεί την πορεία του αρρώστου και παρεμβαίνει σε περίπτωση κρίσης
- βοηθάει τον άρρωστο να αξιοποιήσει τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες

- ποικιλία θεραπευτικών ρόλων (εκπαιδευτής, συντονιστής, σύμβουλος)
- παρουσία καθοριστικής σημασίας στην πρόληψη, στην θεραπεία και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

4.8. Μελέτη περίπτωσης

A. Η περίπτωση Τζάνι

Η περίπτωση της Τζάνι, είναι αρκετά σπάνια, καθώς τα συμπτώματα εμφανίστηκαν από τη βρεφική ηλικία, από την πρώτη βδομάδα που η μικρή ήρθε στον κόσμο. Ο Μάικλ και η σύζυγος του, Σούζαν, ήταν τόσο χαρούμενοι από τη γέννηση του πρώτου τους παιδιού, που τη βιντεοσκοπούσαν συνέχεια, ελπίζοντας πως όταν η Τζάνι θα μεγάλωνε, θα έβλεπε με νοσταλγία τις πρώτες εκείνες μέρες της ζωής της.

Σύντομα, διαπίστωσαν ότι η μόλις λίγων ημερών Τζάνι δεν κοιμόταν όπως τ' άλλα βρέφη της ηλικίας της. Για την ακρίβεια, δεν μπορούσε να κοιμηθεί περισσότερο από μία ώρα, αλλά διαρκώς ξυπνούσε μόνη της και έβγαζε κραυγές. Η παιδίατρος καθησύχασε τους νέους γονείς, ότι το μωρό τους ήταν απλά υπερκινητικό. Παράλληλα, η Τζάνι άρχισε να παίζει με παιχνίδια που της έδιναν ο Μάικλ και η Σούζαν, τα οποία προορίζονταν για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας - τριών, έξι μηνών, ακόμη κι ενός έτους. Η Τζάνι, όχι μόνο σταματούσε τις φωνές, αλλά ήξερε και πώς να παίζει μαζί τους, με παιχνίδια περίπλοκα για ένα βρέφος λίγων ημερών.

Η αρχική εντύπωση των δύο γονέων ήταν ότι η Τζάνι ήταν πανέξυπνη για την ηλικία της. Σε ηλικία 13 μηνών ήξερε ήδη το αλφάβητο, ενώ σε ηλικία 18 μηνών μπορούσε να διατυπώνει προτάσεις σωστές γραμματικά και να κάνει πρόσθεση. Το σημαντικότερο, όμως, ήταν ότι πλέον η υπερκινητική Τζάνι κοιμόταν κανονικά το βράδυ, κουρασμένη από τα υπερβολικά πολλά παιχνίδια της ημέρας. Σε ηλικία 2 ετών, το κορίτσι ήταν σε θέση να κάνει αφαιρέσεις, αλλά και να κατανοεί δυσνόητες έννοιες για ένα παιδί, όπως οι αρνητικοί αριθμοί. Ήταν η Τζάνι ένας μικρός Αϊνστάιν; Αυτό τουλάχιστον πίστευε ο Μάικλ, ο οποίος είχε κάθε λόγο να φαντάζεται την κόρη του να αποφοιτά από το Χάρβαρντ ή το Γέιλ κατά την εφηβεία της - γιατί όχι, να κέρδιζε ακόμα και κάποιο Νόμπελ.

Σιγά σιγά η Τζάνι άρχισε να αποκτά φανταστικούς φίλους, κάτι απόλυτα φυσιολογικό στην παιδική ηλικία. Σταδιακά, όμως, οι φανταστικοί φίλοι άρχισαν να πολλαπλασιάζονται με γεωμετρική πρόοδο, ενώ η Τζάνι φερόταν με αγένεια στα άλλα παιδιά. Οι άλλες μανάδες, φίλοι, ρωτούσαν τον Μάικλ και τη Σούζαν μήπως η κόρη τους έπασχε από το σύνδρομο του Άσπεργκερ, όμως η ειδικός στην οποία απευθύνθηκαν, απέκλεισε την οποιαδήποτε αναπτυξιακή διαταραχή, αποδίδοντας την ιδιόρρυθμη συμπεριφορά στο υψηλό IQ της Τζάνι, το οποίο είχε μετρηθεί σε 146.

Η 4χρονη Τζάνι είχε το δείκτη ευφυΐας ενός παιδιού 10 ετών, τους είπε, και αυτή ήταν η αιτία όλων των προβλημάτων. Δυστυχώς, η ερμηνεία της ειδικού δεν ήταν η σωστή. Τα άλλα παιδιά που είχαν επίσης υψηλό δείκτη ευφυΐας δε συμπεριφέρονταν όπως η Τζάνι, ούτε είχαν τόσους πολλούς φανταστικούς φίλους που ζούσαν σ' ένα φανταστικό νησί, όπως το νεαρό κορίτσι, που προτιμούσε να παίζει με τα πλάσματα της φαντασίας παρά με τ' άλλα παιδιά με το υψηλό IQ.

Έν τω μεταξύ, στις 17 Δεκεμβρίου 2007 έρχεται στον κόσμο το δεύτερο παιδί της οικογένειας, ο Μπόντι, όμως η κατάσταση της Τζάνι χειροτερεύει διαρκώς και γίνεται ακόμα και βίαιη: χτυπάει, δαγκώνει τους γονείς της, προσπαθεί να κάνει κακό στο μωρό. Τα Χριστούγεννα της ίδιας χρονιάς, ο Μάικλ και η Σούζαν αναζητούν παιδοψυχολόγο, η οποία αρχικά αποδίδει τα βίαια ξεσπάσματα της Τζάνι σε απλή ζήλεια για το νέο μέλος της οικογένειας, μέχρι που βλέπει το κορίτσι να επιτίθεται και να χτυπάει τη Σούζαν χωρίς να διαφαίνεται κάποιο συναίσθημα, όπως χτυπάει μια μπάλα του τένις στον τοίχο.

Η ψυχολόγος τους συστήνει έναν παιδοψυχίατρο, η οποία ρωτάει τους γονείς για το ιστορικό των οικογενειών του, οπότε η Σούζαν θυμάται ότι ένας μακρινός θείος της είχε περάσει το μεγαλύτερο μέρος της ζωής του σε ψυχιατρική κλινική πάσχοντας από σχιζοφρένεια. Η ψυχίατρος παραμένει επιφυλακτική, "ας μην πάμε ακόμη εκεί" καθησυχάζει τους δυο ανήσυχους γονείς, ενώ συστήνει φαρμακευτική αγωγή για το κορίτσι, ώστε να καταπολεμηθεί η βίαιη συμπεριφορά της.

Το επόμενο τρίμηνο η κατάσταση της Τζάνι επιδειωνόταν διαρκώς. Τα χάπια δεν είχαν αποτέλεσμα. Ο Μάικλ έπαιρνε μαζί του στη δουλειά τον Μπόντι, ώστε να μην τον βλέπει η Τζάνι και γίνεται επιθετική. Η παιδοψυχίατρος συστήνει ένα νευρολόγο,

μήπως η εξήγηση οφειλόταν σε όγκο στον εγκέφαλο, όμως οι εξετάσεις ήταν αρνητικές.

Η Σούζαν δεν αντέχει άλλο αυτήν την κατάσταση και πηγαίνει την Τζάνι σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο κρυφά από τον Μάικλ. Όταν εκείνος σπεύδει στο ψυχιατρείο, βλέπει την κόρη του χαρούμενη να κάνει παρέα με κάτι κορίτσια που βρίσκονταν στην εφηβεία, να του λέει: "καταλαβαίνουν τη φαντασία μου". Ο Μάικλ όμως δεν καταλάβαινε ή - έστω - δεν ήθελε ακόμη να καταλάβει. Η Τζάνι είχε πει στο γιατρό που την εξέτασε ότι έπασχε από σχιζοφρένεια! Μήπως έφταιγε η Σούζαν που της έβαλε αυτήν την ιδέα στο μυαλό; Σε αυτό τουλάχιστον το συμπέρασμα κατέληξε ο γιατρός της κλινικής.

Ύστερα από κάποιο διάστημα, η Τζάνι νοσηλεύτηκε για δεύτερη φορά σε άλλη κλινική. Ο Μάικλ κατηγορούσε τη Σούζαν και η Σούζαν τον Μάικλ ότι δεν ήταν καλός πατέρας. Και πάλι οι γιατροί ήταν καθησυχαστικοί. Πώς ήταν δυνατό, όμως, να βαίνουν όλα καλώς, όταν η Τζάνι άρχισε να τρώει τις μπλούζες της και να ζητάει από τον πατέρα της συμβουλή για το πώς να κόψει το λαιμό της;

Έπρεπε να περάσουν κάποιοι μήνες ακόμα, μέχρι να συμβεί ένα "επεισόδιο" στο σχολείο. Η Τζάνι έτρεξε έξω από την αίθουσα και άρχισε να χτυπιέται στους τοίχους και τις πόρτες του κτιρίου. Τότε μόνο, οι γιατροί που την εξέτασαν αποφάνθηκαν ότι πρόκειται όντως για περιστατικό παιδικής σχιζοφρένειας. Αυτό που κατά βάθος ο Μάικλ ήξερε εδώ και πολύ καιρό, το άκουγε για πρώτη φορά ρητά και κατηγορηματικά από τα πλέον επίσημα χείλη.

Η Τζάνι νοσηλεύτηκε και πάλι σε ψυχιατρική κλινική, όμως τα φάρμακα της προκαλούσαν δυστονία, μια νευρολογική διαταραχή με συμπτώματα παραπλήσια με το εγκεφαλικό, ενώ το κορίτσι βυθιζόταν ολοένα και περισσότερο στον φανταστικό της κόσμος με τους φανταστικούς της φίλους. Όταν σε μια επίσκεψη η Τζάνι έδειχνε να μην τον αναγνωρίζει, ο Μάικλ αποφασίζει να την πάρει πίσω στο σπίτι, αρκεί να στείλουν τον Μπόντι στους παππούδες του - εκείνος τουλάχιστον ήταν υγιής, ενώ η Τζάνι είχε ανάγκη τη στήριξη των γονιών της. Η Σούζαν αντιπρότεινε να μετακομίσουν σ' ένα νέο διαμέρισμα, όπου τα δυο παιδιά της οικογένειας θα μένουν χωριστά δωμάτια.

Έτσι κι έγινε, όμως ο Μάικλ σταδιακά χάνει το κουράγιο του, ενώ κάποια στιγμή έφτασε στο σημείο να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Τότε, ήταν που κατάλαβε ότι έπιασε πάτο και ο ίδιος κι ότι έπρεπε να κάνει κάτι δραστικό για ν' αλλάξει την κατάσταση: δε χρειαζόταν να προσπαθεί να υπερνικήσει τη σχιζοφρένεια της κόρης του, αλλά να συμβιβαστεί και να πλησιάσει κατ' αυτόν τον τρόπο την Τζάνι.

Από τότε μέχρι σήμερα έχουν περάσει τρία χρόνια και ο Μάικλ Σκόφιλντ υποστηρίζει ότι η κατάσταση στην οικογένεια έχει βελτιωθεί σημαντικά. Το θεραπευτικό πρόγραμμα της Τζάνι, εκτός από φάρμακα περιλαμβάνει και θεραπευτική ιππασία, η οποία τη βοηθά να τονώσει την αυτοπεποίθησή της, ενώ η ψυχολόγος της προσπαθεί να της καταστήσει σαφή τη διαφορά ανάμεσα στη φαντασία και στην παραίσθηση.¹¹⁰

Β. Έλιν Σακς- Καθηγήτρια και Συγγραφέας

Η Έλιν Σακς είναι καθηγήτρια με έδρα στη Νομική, αλλά και στην Ψυχολογία και Ψυχιατρική, στο USC του Λος Αντζελες. Είναι παντρεμένη, έχει κερδίσει υποτροφίες, είναι ένας «κανονικός» άνθρωπος. Παράλληλα, όμως, έχει διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, το έχει αποδεχτεί, ζει με το πρόβλημα, γράφει για αυτό και προσπαθεί να το νικήσει. Η Έλιν Σακς διαγνώστηκε με την ασθένεια για πρώτη φορά στα 27 της, όταν έκανε το μεταπτυχιακό της στην Οξφόρδη. Ακολούθησαν τρεις εγκλεισμοί σε νοσοκομεία και ψυχιατρικές κλινικές. Σύμφωνα με την αρχική διάγνωση των γιατρών της η κατάστασή της θα παρέμενε εξαιρετικά σοβαρή για όλη της τη ζωή. «Μου είπαν ότι δεν θα μπορούσα ποτέ να έχω μια κανονική δουλειά ή να διατηρήσω μια σχέση, ότι θα περνούσα τις ημέρες μου βλέποντας τηλεόραση σε ένα δωμάτιο με άλλους ασθενείς» γράφει η ίδια. Η Σακς αποδέχτηκε την πραγματικότητα της πρόγνωσης. Αρνήθηκε, όμως, ότι η πρόγνωση αυτή θα καθόριζε την υπόλοιπη ζωή της.

Έχοντας υπάρξει φοιτήτρια-πρότυπο και υπότροφος του Marshall Memorial Fellowship, συνέχισε να προσπαθεί. Πήγε στο Γέιλ, όπου έμεινε πέντε μήνες σε ψυχιατρείο, νομίζοντας συχνά ότι είναι ο Θεός. Η ίδια υπολογίζει ότι περνούσε πάνω από 20 ώρες την ημέρα δεμένη στο κρεβάτι της. Το μυαλό της, όμως, δούλευε

¹¹⁰ www.smh.com.au. Εφημερίδα Sydney Morning Herald

συνέχεια: κατάφερε να πάρει ένα πτυχίο Νομικής και ένα διδακτορικό στην ψυχανάλυση και διέπρεψε στην ακαδημαϊκή κοινότητα. «Έχω αποδεχτεί πλέον το γεγονός ότι έχω σχιζοφρένεια και ότι χρειάζεται να ακολουθώ θεραπευτική αγωγή για την υπόλοιπη ζωή μου. Στην πραγματικότητα, η ψυχανάλυση και η φαρμακευτική αγωγή είναι αναγκαία για τη θεραπεία μου. Το ίδιο και οι φίλοι και η οικογένειά μου. Ωστόσο, το γεγονός ότι είχαν διαγνώσει και την αποτυχία μου στη ζωή πάντα με ενοχλούσε» έγραψε πρόσφατα. Συχνά έχει την ψευδαίσθηση ότι έχει σκοτώσει εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους με τις σκέψεις της. Μερικές φορές έχει την εντύπωση ότι όπου να 'ναι θα γίνουν πυρηνικές εκρήξεις στο μυαλό της. Περιστασιακά, έχει παραισθήσεις, όπως για παράδειγμα μία φορά που γύρισε και είδε έναν άνδρα που κρατούσε μαχαίρι. Περιγράφει μάλιστα την ασθένεια ως έναν εφιάλτη που ζει ενώ είναι ξύπνια.

Το βιβλίο της, «The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness», στο οποίο περιγράφει τη ζωή της, έγινε αμέσως μπεστ σέλερ, οι ομιλίες της σε συνέδρια ψυχιατρικής γίνονται πάντα αντικείμενο συζητήσεων, ενώ τα κείμενά της, κυρίως στους «New York Times», ξεσηκώνουν θύελλα θετικών και αρνητικών αντιδράσεων. Η Σακς είναι απόλυτη: υποστηρίζει ότι κάποιοι άνθρωποι μπορούν να είναι επιτυχημένοι, με την έννοια της φυσιολογικής ζωής, παρά την ψυχική νόσο που αντιμετωπίζουν.¹¹¹

¹¹¹ <http://www.tovima.gr>, στις 29 Ιουλίου 2014

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

5.1 Συμπεράσματα

Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις δέκα σημαντικότερες αιτίες μακροχρόνιας ανικανότητας των ασθενών παγκοσμίως. Ο επιπολασμός της νόσου παρουσιάζει σημαντική διακύμανση μεταξύ διαφορετικών περιοχών και ομάδων μεταναστών, ενώ διακύμανση ανάμεσα στους διάφορους ασθενείς παρουσιάζουν επίσης τα συμπτώματα, η πορεία της νόσου, η απάντηση στη θεραπεία. Η ακριβής αιτία της διαταραχής παραμένει ακόμα άγνωστη. Πιστεύεται ότι γενετικοί παράγοντες, όπως και επιδράσεις από το περιβάλλον (π.χ. επιπλοκές τοκετού) αλλά και κοινωνικοί λόγοι (π.χ. φτώχεια) μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της διαταραχής. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας συσχετίζεται με μη φυσιολογική εγκεφαλική λειτουργία. Τα συμπτώματα που βοηθούν στη διάγνωση της σχιζοφρένειας μπορούν να διακριθούν σε πέντε κατηγορίες:

- Θετικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις- πράγματα που αντιλαμβάνεται ο ασθενής είτε με την ακοή, είτε με την όραση είτε με την αφή, τη γεύση, την όσφρηση που δεν ανταποκρίνονται στη πραγματικότητα)
- Αρνητικά συμπτώματα που αφορούν σε διαταραχές της βούλησης, μείωση της ικανότητας για αυθόρμητο λόγο, κοινωνική απόσυρση, νευρογνωσιακού τύπου διαταραχές (διαταραχές μνήμης, προσοχής και εκτελεστικών λειτουργιών)
- Συναισθηματική αποδιοργάνωση
- Καταθλιπτικά συμπτώματα
- Μανιακά (διπολικού τύπου) συμπτώματα.¹¹²

Η διάγνωση της σχιζοφρενικής διαταραχής γίνεται βάσει των κριτηρίων των ταξινομικών συστημάτων DSM-V και ICD-10. Από τη στιγμή που γίνει η διάγνωση, αντιψυχωσικά φάρμακα που μπλοκάρουν τους υποδοχείς D2 της ντοπαμίνης είναι η κύρια θεραπεία για τη σχιζοφρένεια. Ο συνδυασμός των καινούργιων άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων και το μοντέλο διαχείρισης περιστατικών μπορεί να εξασφαλίσει αποδρομή των συμπτωμάτων σε τουλάχιστον 80% των ασθενών, αρκεί

¹¹² <http://www.iatronet.gr>, στις 30 Ιουλίου 2014

η θεραπεία να ξεκινήσει νωρίς με την εκδήλωση ψυχωσικών συμπτωμάτων στον ασθενή.

Τα προβλήματα που καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι κοινωνικά, προσωπικά, ιατρικά. Αφού ο αντίκτυπος της σχιζοφρένειας γίνεται αισθητός σε τόσες πλευρές της καθημερινής ζωής, οι αποτελεσματικές θεραπείες πρέπει να απαντούν σ' αυτά τα πολλαπλά προβλήματα, συμπεριλαμβάνοντας την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών, την πρόληψη των υποτροπών, την κατανόηση και πίστη στη θεραπεία, την ψυχοεκπαίδευση, την οικογενειακή ζωή, την κοινωνική μέριμνα και την φροντίδα σε εξειδικευμένες δομές και τις κοινωνικές δεξιότητες και την αποκατάσταση.

Η παραγωγή μιας σειράς φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων έχει βοηθήσει πάρα πολύ στην μελλοντική εξέλιξη των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τα νέα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων της διαταραχής, ενώ ταυτόχρονα προκαλούν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που στιγματίζουν τον ασθενή. Η εκπαίδευση καθώς και άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να μάθουν να διαχειρίζονται την διαταραχή πιο αποτελεσματικά, μειώνουν την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία και αυξάνουν την κοινωνική επανένταξη όσων πάσχουν από σχιζοφρένεια. Παράλληλα οι έρευνες για πιο αποτελεσματικές θεραπείες συνεχίζονται. Επιπρόσθετα, οι συνεχιζόμενες μελέτες για την καλύτερη πρόγνωση της σχιζοφρένειας που παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες σε σχέση με τις αναπτυγμένες πιθανόν να υποδεικνύουν στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν παγκόσμια για να βελτιώσουν την έκβαση των ασθενών με σχιζοφρένεια σε όλο τον κόσμο.

Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν αλλά και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους. Βέβαια η ικανότητά τους να λάβουν ανάλογες αποφάσεις δεν είναι πάντα η ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Υπάρχουν φάσεις όπως η έναρξη της νόσου ή οι υποτροπές όπου η ικανότητα αυτή περιορίζεται και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του. Οι έρευνες δείχνουν πως η συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του στη λήψη

αποφάσεων, βοηθάει στην καλή συνεργασία με το γιατρό και τους θεραπευτές, βελτιώνει το τελικό αποτέλεσμα και ενισχύει τη «συμμόρφωση» στη θεραπεία.

Η οικογένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη θεραπεία, αφού αναλαμβάνει ολοκληρωτικά τη φροντίδα του ασθενή. Πρέπει να γνωρίζει τη φύση της ασθένειας και να ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίζει. Το έργο του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικό για την ομαλή εξέλιξη στην πορεία του ασθενή. Ο νοσηλευτής, όσο καιρό παραμένει ο ασθενής στο ψυχιατρικό ίδρυμα, υιοθετεί πολλούς ρόλους. Δημιουργεί κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο με τη σωστή θεραπευτική επικοινωνία είναι πάντα δίπλα στον ασθενή. Τον συμβουλεύει, του παρέχει πληροφορίες και πολλές φορές αναπληρώνει και την οικογένειά του. Επιπλέον, μαζί με τη θεραπευτική ομάδα βοηθάει στην επανένταξη του στην κοινωνία και στην εργασιακή αποκατάσταση. Όλοι οι άνθρωποι πρέπει να κάνουμε μια μεγάλη προσπάθεια, ώστε να ενημερωθούμε σωστά και να μην καταδικάζουμε τους ανθρώπους με σχιζοφρένεια ή με κάποια άλλη ψυχική ασθένεια. Δεν πρέπει ο ασθενής να βρίσκεται στο περιθώριο και να βιώνει ρατσισμό από την κοινωνία, ακόμα και από το δικό του περιβάλλον. Πρέπει να μην ξεχνάμε ότι κανένας από τους ασθενείς δεν επέλεξε την ψυχική νόσο ως κομμάτι της ζωής του, συνεπώς πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν όλους τους «φυσιολογικούς» ανθρώπους. Πάνω από όλα ο ψυχικά ασθενής είναι ένα άτομο που έχει ανάγκες και ελπίδα για ζωή-πολλές φορές περισσότερη από όσο οι απόλυτα υγιείς άνθρωποι-. Είναι ένας άνθρωπος που ποτέ δε θα σταματήσει να ονειρεύεται.

Ο κλάδος της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών και ομάδων που βρίσκονται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Ο ασθενής έχει ενεργό ρόλο στη θεραπεία και θέτει ο ίδιος τα θεραπευτικά του όρια. Ωστόσο υπάρχει κίνδυνος για την εμφάνιση κάποιων προβλημάτων όπως άρνηση για λήψη φαρμακευτικής αγωγής, κοινωνική απομόνωση και διαταραχή στην αυτοφροντίδα.

Μέσω της νοσηλευτικής φροντίδας, το παιδί θα μπορέσει να βελτιώσει το επίπεδο ζωής του. Συγκεκριμένα, θα μπορεί να συμμετέχει σε δραστηριότητες του σχολείου

και της οικογένειας, σε ομαδικά παιχνίδια και δράσεις καθώς και θα μπορεί να είναι όσο το δυνατόν συνεπές στις ανάγκες της καθημερινότητας.

Νοσηλευτική Εκτίμηση:

Προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι ανάγκες στον τομέα της ψυχικής υγείας μια κοινωνικής ομάδας, οι νοσηλευτές πρέπει να λάβουν υπόψη τους διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των κοινωνικών ομάδων, όπως η κληρονομικότητα (γενετική προδιάθεση), η βιοματική εμπειρία και η ιδιοσυγκρασία (ψυχοσύνθεση).

Καθοριστική επίσης είναι η αξιολόγηση του κοινωνικού περιγύρου που περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινότητα, τις ομάδες αναφοράς των ομολόγων και το φυσικό και πολιτισμικό περιβάλλον.

5.2. Προτάσεις

Οι μελλοντικοί στόχοι των επιστημόνων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των διαταραχών της σχιζοφρένειας συνοψίζονται στην πληρέστερη διερεύνηση του μηχανισμού εκδήλωσης της νόσου και τον προσδιορισμό των περιβαλλοντικών παραγόντων που εντείνουν ή αναστέλλουν την εκδήλωσή της. Επιπλέον, η σημαντική πρόοδος της μοριακής βιολογίας και των απεικονιστικών τεχνικών αναμένεται να δώσει στην ψυχοφαρμακολογία τη δυνατότητα ανακάλυψης αποτελεσματικότερων φαρμάκων στο πλαίσιο της φαρμακογενετικής. Οι γιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους τη μακροχρόνια φύση της σχιζοφρένειας, εφόσον, ενώ τα επεισόδια οξείας φάσης της σχιζοφρένειας τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζονται εύκολα, η πρακτική δυσκολία και η πρόκληση ενέχεται στο να λαμβάνουν οι ασθενείς ικανοποιητική θεραπεία μακροπρόθεσμα, ώστε να λυθεί το πρόβλημα της συμμόρφωσης στη θεραπεία και της υποτροπής της νόσου.

Παράλληλα, ενώ η επιστήμη εισχωρεί με αλματώδη βήματα στα άδυτα του εγκεφάλου και προσφέρει νέες και αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις απέναντι στη σχιζοφρένεια, η κοινωνία δεν έχει αλλάξει στάση απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του. Η κοινωνία συνεχίζει να διατηρεί λανθασμένες και αστήρικτες απόψεις, μύθους, προκαταλήψεις και στερεότυπα. Επομένως, μέλημα των

επιστημόνων πρέπει να παραμένει να μπορέσουν να αλλάξουν τη στάση της κοινωνίας και να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας στα άτομα με σχιζοφρένεια.

Πολλές και ποικίλες είναι οι στρατηγικές που έχουν επινοηθεί προκειμένου να συμβάλουν στην τροποποίηση των στρεβλών πεποιθήσεων για την ψυχική νόσο, στην αλλαγή και βελτίωση των στάσεων απέναντι στα άτομα που πάσχουν και στον περιορισμό του στίγματος. Οι τρεις κύριες στρατηγικές για την άμβλυνση των αρνητικών στερεοτύπων και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. Διαμαρτυρία, κυρίως προς τα ΜΜΕ, τόσο για τις ανακριβείς και αρνητικές αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας και των ατόμων που πάσχουν από αυτή, όσο και για τη γλώσσα που κατά κανόνα χρησιμοποιείται, συχνά ανάληγη και στιγματιστική για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Εκπαίδευση του πληθυσμού, μέσω της παροχής έγκυρης και επιστημονικής πληροφόρησης, ώστε να καταρριφθούν οι μύθοι και τα στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια. Τέλος, επαφή, που προάγει την επικοινωνία ανάμεσα σε μέλη της κοινότητας και σε ανθρώπους με κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα.¹¹³

Παρά τις ειδικές στρατηγικές και τις εν γένει προσπάθειες που μέχρι τώρα έχουν καταβληθεί, το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια είναι δύσκολο να εκριζωθεί. Είναι εντυπωσιακό ότι, στο σύγχρονο κόσμο της άνθησης των ανθρωπιστικών κινημάτων, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ισχυρό και επικρατούν ακόμα η άγνοια και οι απαξιωτικές λογικές για τον ψυχικά πάσχοντα. Γι' αυτό το λόγο, η καταπολέμηση του στίγματος αναδεικνύεται σε κομβικής σημασίας παράμετρο για τη σύγχρονη, ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και παγκόσμιο ζητούμενο.

Σε αυτή την κατεύθυνση η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (Π.Ψ.Ε.) ξεκίνησε το 1996 ένα μεγάλο, διεθνές πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει την πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, με το κεντρικό μήνυμα “Open the doors”, ένα μήνυμα που αντιστρατεύεται τη λογική που θέλει τους

¹¹³ Corrigan, P.W., Lundin, R.K. (2001). Don't Call Me Nuts: Coping With the Stigma of Mental Illness. Illinois: Abana Press

ασθενείς «εκτός των τειχών» και σηματοδοτεί ένα άνοιγμα προς την κοινωνία, αλλά και από την κοινωνία προς τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Για τη χώρα μας, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανέθεσε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας, με επικεφαλής τον καθηγητή και ακαδημαϊκό Κώστα Στεφανή. Η επιλογή της χώρας μας σε αυτή την προσπάθεια ήταν πολύ σημαντική, γιατί δόθηκε η ευκαιρία να έρθει στην επιφάνεια ένα θέμα που μέχρι τώρα καλυπτόταν και στην ελληνική κοινωνία από ένα «πέπλο μυστηρίου» ενδεδυμένου με πολλούς μύθους, δοξασίες και προκαταλήψεις. Έτσι, το 2000, με κεντρικό μήνυμα «Ας ανοίξουμε τις πόρτες», ξεκίνησε και στην Ελλάδα το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας», με κύριο στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη σχιζοφρένεια και την ανάπτυξη δράσεων για την αλλαγή των αρνητικών απόψεων και τη βελτίωση των στάσεων του κοινού.¹¹⁴

Σήμερα, με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες συνολικά, το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. υλοποιεί ένα ευρύτερο πρόγραμμα, το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών - αντι-στίγμα». Το επιστημονικό αυτό πρόγραμμα δραστηριοποιείται στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας. Πλέον, μετά από μια 10χρονη πορεία, το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» διαθέτει βαθιά εμπειρία, τόσο από τη συστηματική και συνεχιζόμενη έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό, όσο και από τις ποικίλες αντι-στιγματιστικές παρεμβάσεις που έχει υλοποιήσει.¹¹⁵

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι οι κοινωνικές στάσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν, όπως εξίσου δύσκολο είναι να καταρριφθούν οι μύθοι και οι προκαταλήψεις που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή. Η επιβίωση, άλλωστε, αυτών των νοητικών κατασκευών στο χρόνο, σε πείσμα της πολιτισμικής εξέλιξης, μαρτυρεί την ανθεκτικότητά τους. Η σωστή ενημέρωση αποτελεί απαραίτητη

¹¹⁴ Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λουκή, Ε., Σεργιάννη, Χ., Σταλίκας, Α. (2006). Εκπαιδευτική παρέμβαση σε μαθητές γυμνασίου για την καταπολέμηση του ψυχιατρικού στίγματος. *Ψυχολογία*, 13, 44-58

¹¹⁵ Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Κολοστούμπης, Δ., Γιώτης, Λ. (2007). Η περίπτωση της σχιζοφρένειας στα ΜΜΕ: Ψυχιατρικός όρος ή μεταφορά; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98, 17-20

προϋπόθεση για την αλλαγή τους, αλλά δεν αρκεί. Η ρήξη των προκαταλήψεων και των σχετικών στερεοτύπων, που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των αρνητικών στάσεων απέναντι σε ομάδες «διαφορετικές», είναι μια διαδικασία που απαιτεί συντονισμένες ενέργειες, μακρόχρονη προσπάθεια, διάχυση της πληροφόρησης, συνεργασία και εμπλοκή πολλών διαφορετικών ανθρώπων και φορέων, από διάφορους τομείς της κοινωνίας, του πολιτισμού και της τέχνης.¹¹⁶

5.3. Προοπτικές

Στη μεγαλύτερη γενετική ανάλυση που έχει γίνει ως σήμερα σχετικά με τη συγκεκριμένη ψυχική νόσο, η διεθνής ερευνητική ομάδα που περιελάμβανε επιστήμονες από 80 κέντρα σε 35 χώρες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτή μπορεί να έχει ισχυρό βιολογικό υπόβαθρο. Οι ερευνητές, επικεφαλής των οποίων ήταν ειδικοί του Πανεπιστημίου Κάρντιφ, πιστεύουν ότι τα νέα ευρήματα μπορούν να οδηγήσουν μελλοντικά σε αποτελεσματικότερες θεραπείες. Συγκεκριμένα, ενώ επί μακρόν οι επιστήμονες διαφωνούσαν σχετικά με τον ρόλο που παίζουν τα γονίδια στην εμφάνιση σχιζοφρένειας, τώρα το διεθνές κονσόρτσιουμ (Psychiatric Genomics Consortium, PGC) εξέτασε ενδελεχώς το γενετικό προφίλ περισσότερων από 37.000 ασθενών το οποίο και συνέκρινε με εκείνο περίπου 110.000 ατόμων χωρίς σχιζοφρένεια.

Οι ερευνητές εντόπισαν περισσότερα από 100 γονίδια που σχετίζονται με προδιάθεση για σχιζοφρένεια, 83 εκ των οποίων ήταν άγνωστα μέχρι σήμερα. Πολλά από αυτά εμπλέκονται στη μεταφορά χημικών σημάτων εντός του εγκεφάλου ενώ άλλα σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα επηρεάζοντας τη λειτουργία του. Οι επιστήμονες ανέπτυξαν μάλιστα έναν αλγόριθμο ο οποίος μπορεί να εξαγάγει ένα «σκορ κινδύνου» σχετικά με τη συμβολή κάθε γονιδιακής παραλλαγής που εντοπίστηκε στην εμφάνιση σχιζοφρένειας. Αυτό θα μπορούσε μελλοντικά να οδηγήσει σε πρόβλεψη των ατόμων που θα εμφανίσουν τη νόσο.

Ο καθηγητής Μάικλ Ο'Ντόνοβαν από το Πανεπιστήμιο Κάρντιφ ο οποίος ηγήθηκε της μεγάλης ερευνητικής ομάδας ανέφερε ότι «επί πολλά έτη ήταν δύσκολο να αναπτυχθούν νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη σχιζοφρένεια καθώς γνωρίζαμε

¹¹⁶ http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Antistigma/, στις 22 Ιουλίου 2014

ελάχιστα για τη βιολογία της νόσου. Η ανακάλυψη τόσο πολλών γονιδίων που φαίνεται να σχετίζονται με αυτή ανοίγει ένα παράθυρο για πειράματα τα οποία θα «ξεκλειδώσουν» το βιολογικό της υπόβαθρο και θα οδηγήσουν, όπως ελπίζουμε, σε νέες θεραπείες». Ο καθηγητής Ντέιβιντ Κέρτις από το University College του Λονδίνου, εκ των συγγραφέων της νέας μελέτης ανέφερε ότι η μελέτη αυτή θέτει την ψυχιατρική στην ίδια κατηγορία με άλλα πεδία της ιατρικής. Στο παρελθόν πιστευόταν λανθασμένα ότι οι ψυχικές νόσοι δεν αποτελούν «πραγματικές» νόσους, ενώ πλέον διαφαίνονται βιολογικές διεργασίες που οδηγούν σε αυτές. Επίσης, σύμφωνα με τον καθηγητή Ο'Ντόνοβαν, η ερευνητική ομάδα σχεδιάζει να διπλασιάσει το δείγμα των ατόμων με σχιζοφρένεια μέχρι το επόμενο έτος, γεγονός που θα της επιτρέψει να εντοπίσει τα πιο «ένοχα» γονίδια για την εμφάνιση της νόσου. Οι ειδικοί σκοπεύουν επίσης να περιλάβουν γενετικό υλικό από ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο – η μέχρι στιγμής «συλλογή» τους αφορά κυρίως άτομα από τη Βόρεια Ευρώπη.¹¹⁷

Σε ένα άλλο εργαστήριο, στο Ινστιτούτο Μοριακής Βιοτεχνολογίας της Βιέννης, ο επιστήμονας Γιούργκεν Κνόμπλιχ και οι συνεργάτες του κατάφεραν να επιτύχουν αυτό που πολλοί άλλοι συνάδελφοί τους προσπαθούσαν επί χρόνια. Η ομάδα των επιστημόνων από τη Βιέννη κατάφερε να αναπτύξει μικροσκοπικούς εγκέφαλους από βλαστικά κύτταρα, προκειμένου να διευρύνουν τις γνώσεις σχετικά με την παθογένεια κληρονομικών ασθενειών. Όταν τα βλαστικά κύτταρα έχουν φθάσει σε ένα ορισμένο στάδιο ανάπτυξης, περνούν στα κοντέινερ και ύστερα τα τροφοδοτούν με αρκετό οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά έτσι ώστε να εξελιχθούν. Οι επιστήμονες εξέθρεψαν σε έναν περιστρεφόμενο βιοαντιδραστήρα τα νευροεκτοδέρματα, τον κυτταρικό ιστό στο ανθρώπινο έμβρυο, από τον οποίο αναπτύσσονται ο εγκέφαλος και το νευρικό σύστημα. Η βασική ιδέα πίσω από όλο το πρότζεκτ είναι να μπορέσουν να αναπαράγουν το αρχικό στάδιο της ανάπτυξης του ανθρώπινου εγκεφάλου. Επειδή το μεγαλύτερο πρόβλημα της βιοϊατρικής είναι ότι η μεταφορά γνώσεων των ανθρώπινων ασθενειών βασίζεται σε πειράματα με ζώα, τα μικρά εγκεφαλικά μοντέλα που έχουν δημιουργήσει παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι μίνι εγκέφαλοι που έχουν δημιουργηθεί στο εργαστήριο μεγαλώνουν μέρα με τη μέρα, κάτι που δεν περίμενε η επιστημονική ομάδα του Κνόμπλιχ. Οι ιστοί έφθασαν στο

¹¹⁷ <http://www.tovima.gr/science/medicine-biology>, στις 22 Ιουλίου 2014

μεγαλύτερο μέγεθος, περίπου 4 χιλιοστών. Ωστόσο δεν μπορούν να μεγαλώσουν περισσότερο, καθώς δεν διαθέτουν αιμοφόρα αγγεία παρά μόνο εγκεφαλικούς ιστούς, στο εσωτερικό των οποίων δεν μπορούν να εισχωρήσουν τα θρεπτικά συστατικά και το οξυγόνο. Σύμφωνα με τον Ντιν Μπάρνερ, λέκτορα νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο του Κάρντιφ, οι μίνι εγκεφαλοι είναι σε θέση να ανταλλάσσουν σήματα μεταξύ τους. Ο Μπάρνερ, ο οποίος δεν συμμετέχει στο πείραμα, εξηγεί ότι αυτή ακριβώς η λειτουργία σημαίνει ότι ίσως στο μέλλον οι μίνι εγκεφαλοι να μπορέσουν να επιτελέσουν πιο πολύπλοκα και δύσκολα καθήκοντα στο πλαίσιο του πειράματος.



Για την Μάντελιν Λάνκαστερ, συνεργάτιδα του Κνόμπλιχ στο πείραμα, το πραγματικό όφελος της εργασίας τους είναι ότι μπορούν μέσω των μίνι εγκεφάλων να διερευνήσουν στο άμεσο μέλλον τα αίτια των διαταραχών στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Τα πειράματα σε ποντίκια για τη διερεύνηση ασθενειών όπως η σχιζοφρένεια και ο αυτισμός είναι πολύ δύσκολα και περίπλοκα, δεδομένου ότι στον ανθρώπινο εγκέφαλο υπάρχουν βλαστικά κύτταρα που δεν υπάρχουν στον εγκέφαλο ενός ποντικιού. Με ένα μοντέλο, όμως, που μιμείται τις πτυχές του ανθρώπινου εγκεφάλου, θα μπορούσαν οι επιστήμονες να διερευνήσουν πιο εύκολα τις αιτίες των ασθενειών.¹¹⁸

Τα συμπεράσματα των ερευνών για τη σχιζοφρένεια είναι ενθαρρυντικά και δικαιολογούν τη διεξαγωγή επιπλέον πρωτογενών ερευνών. Ωστόσο, αναμφισβήτητα, όσο περισσότερο προωθείται στην κοινωνία μας η ιδέα ότι και τα ψυχικά νοσήματα δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια βιολογική αρρώστια, τόσο θα μειώνεται ο στιγματισμός της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχικών νόσων.

¹¹⁸ <http://www.skai.gr/news/health>, στις 30 Ιουλίου 2014

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ζαν Γκαρραμπέ (2011). Η σχιζοφρένεια, 100 χρόνια για να κατανοήσουμε. Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου
2. Ραμπαβίλας, Α.Δ & Χριστοδούλου (2003). Γ.Ν. Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π. Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
3. Kaplan, Sadock's & Grebb. (2000). Ψυχιατρική Τόμος Β'. Ιατρικές εκδόσεις
4. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (2000). Ψυχιατρική. Β' τόμος, (εκδ.7η), Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
5. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Συνεργάτες. (2000). Ψυχιατρική. Α' & Β' τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών: Εκδόσεις Βήτα
6. Cannon M, Jones PB, Murray RM. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. American Journal of Psychiatry, 159, 1080-1092
7. <http://www.openscience.gr/el/news>, στις 04 Μαΐου 2014
8. Zornberg GL, Buka SL, Tsuang MT. (2000). Hypoxic-ischemic-related fetal/neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: a 19-year longitudinal study. Am J Psychiatry. 157:196-202
9. Munk-Jørgensen, P. & Ewald, H. (2001). Epidemiology in neurobiological research: exemplified by the influenza—schizophrenia theory. British Journal of Psychiatry, 178
10. Brown A. (2006). Prenatal Infection as a Risk Factor for Schizophrenia. Oxford University Press
11. Gilmore J. (2010). Understanding What Causes Schizophrenia: A Developmental Perspective. Am J Psychiatry. 167:8-10
12. <http://www.iatropedia.gr>, στις 23 Μαΐου 2014
13. <http://www.psychologia.gr>, στις 2 Μαρτίου 2014
14. World Health Organisation. The global burden of disease. 2004 update
15. Dr Τέσσα Χριστοδούλου, BSc, MSc, PhD. Γνωστική Νευροψυχολόγος-Ψυχολόγος. <http://e-psychology.gr>, στις 25 Μαΐου 2014
16. <http://www.psychologia.gr>, στις 10 Μαΐου 2014
17. <http://www.iatropedia.gr>, στις 23 Μαΐου 2014
18. <http://www.dsm5.org>, στις 25 Μαΐου 2014
19. American Psychiatric Association (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.: DSM5
20. <http://www.autismhellas.gr>, στις 25 Μαΐου 2014
21. Πετρίκης Πέτρος. (2007). «Η υποκειμενική εμπειρία των σχιζοφρενών », Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής
22. ¹ Βενετσάνος Μ. (2006). Νέες θεραπευτικές εξελίξεις στη σχιζοφρένεια. Περιοδικό BIOHealth
23. ¹ Tsuang MT, Faraone SV. (2005) Schizophrenia. Second edition. Oxford University Press Inc., New York
24. Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. Eur Neuropsychopharmacol. 15 (4): 399–409
25. Lindström E, Eberhard J, Neovius M, Levander S. (2007). Costs of schizophrenia during 5 years. Acta Psychiatr Scand Suppl. 116 (435): 33–40
26. 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (2002). Διοργάνωση: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. Χαλκιδική

27. Sporn AL, Addington AM, Gogtay N et al. (2004). Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry*, 55: 989-994
28. Kumra S, Sporn A, Hommer DW et al. (2001). Smooth pursuit eye-tracking impairment in childhood-onset psychotic disorders. *Am J Psychiatry*, 158: 1291-1298.
29. ¹ Sporn AL, Addington AM, Gogtay N et al. (2004). Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry* 55: 989-994
30. American Heritage Dictionary». (2007)
31. ¹ Mills, R. (2000). “Perspectives of Childhood” στους Mills, J. & Mills, R. (ed) *Childhood Studies: A Reader in perspectives of childhood*. London: Routledge
32. ¹ James, A., Jenks, C. & Prout, A. (1998). *Theorizing Childhood*. Oxford: Polity Press
33. ¹ Katz, C. (2001). Exploring the relationship between the education and the welfare systems at the municipal level: a case study of Lod, Israel. Unpublished PhD Thesis. England: University of Sussex
34. Wyness, M.G. (2000). *Contesting Childhood*. London: Falmer Press
35. <http://e-psychology.gr>, στις 13 Μαΐου 2014
36. <http://child-psychiatry.med.uoa.gr>, στις 2 Απριλίου 2014
37. Κουμουλα Α. Παιδοψυχίατρος, Διευθύντρια Α' Παιδοψυχιατρικού Τμήματος, Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία: χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες, στο <http://www.encephalos.gr>, στις 20 Μαΐου 2014
38. Λαζαράτου Ε. (2000). Η αναπτυξιακή πορεία της παιδικής σχιζοφρένειας. *Ψυχιατρική*, 11:46–58
39. Masi G, Mucci M, Pari C. (2006). Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*, 20:841–866
40. Ανδρούτσος Χ. (2012). Σχιζοφρένεια σε παιδιά και εφήβους: Συνάφεια και ετερότητα προς τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων. *Ψυχιατρική*, 23:Π82–Π93
41. Caplan R, Guthrie D, Tang B, Komo S, Asarnow RF. (2000). Thought disorder in childhood schizophrenia: replication and update of concept. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:771– 778
42. Masi G, Mucci M, Pari C. (2006). Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*. 20:841–866
43. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. DSM-IV-TR (Text Revision)
44. Hollis C. (2000). Adolescent schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat*. 6:83–92
45. Nicolson R, Lenane M, Singaracharlu S, Malaspina D, Giedd JN, Hamburger SD et al. (2000). Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors. *Am J Psychiatry*, 157:794–800
46. Fish B, Kendler KS. (2005). Abnormal infant neurodevelopment predicts schizophrenia spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15:348–361
47. Hollis C. (2003). Developmental precursors of child-and adolescentonset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *Br J Psychiatry*, 182:37–44

48. McClellan J, Breiger D, McCurry C, Hlastala SA. (2003). Premorbid functioning in early-onset psychotic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:666–672
49. Hollis C. (2000). Adolescent schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat*, 6:83–92
50. Eggers C, Bunk D, Volberg G, Röpcke B. (1999). The ESSEN study of childhood-onset schizophrenia: selected results. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1 (Suppl 8):121–28
51. <http://www.klimaka.org.gr>, στις 3 Μαΐου 2014
52. Volkmar F, Tsatsanis K. (2002). Childhood Schizophrenia. Ch 60: 745–754, in Lewis M (ed) *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA
53. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. (2009). Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:10–18
54. Sporn AL, Addington AM, Gogtay N, Ordoñez AE, Gornick M, Clasen L et al. (2004). Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry*, 55:989–994
55. Frangou S, Murray R. Schizophrenia. (2000). Ch 2:13–16, Ch 4:23–32 & Ch 5:33–38. 2nd edition. Martin Dunitz, London, UK
56. Volkmar F, Tsatsanis K. (2002). Childhood Schizophrenia. Ch 60: 745–754, in Lewis M (ed) *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA
57. Eggers C, Bunk D, Krause D. (2000). Schizophrenia with onset before the age of eleven: clinical characteristics of onset and course. *J Autism Dev Disord*, 30:29–38
58. McClellan J, Breiger D, McCurry C, Hlastala SA. (2003). Premorbid functioning in early-onset psychotic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:666–672
59. Masi G, Mucci M, Pari C. (2006). Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*, 20:841–866
60. Calderoni D, Wudarsky M, Bhangoo R, Dell ML, Nicolson R, Hamburger SD et al. (2001). Differentiating childhood onset schizophrenia from psychotic mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:1190–1196
61. Minuchin, S. (2000). Οικογένειες και οικογενειακή Θεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
62. Καλαϊτζάκη. (2000). Η Επίδραση του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας στις Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ασθενών με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου και Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής, Ρέθυμνο
63. Minuchin Salvador. (2000). Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης : Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία, Αθήνα Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
64. Mueser, Sengupta, Bellack, Glick, schooler, Xie & Keith. (2001). Family Treatment and Medication Dosage Reduction in Schizophrenia : Effects on Patient Social Functioning, Family Attitudes, and Burden, *American Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3-12
65. Παπαδιώτη-Αθανασίου, Β. (2000). Οικογένειες και Όρια Συστηματική προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
66. <http://www.brainblogger.com>, στις 21 Ιουλίου 2014

67. <http://www.psychologynow.gr>, στις 25 Ιουλίου 2014
68. Benjamin J. Sadock, Pedro Ruiz, Virginia. (2000). Alcott SadockKaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2 Volume Set.
69. Jenkins S. (2002). A pocket reference for psychiatrists. Elsevier Science
70. Pennington BF. (2002). The development of Psychopathology. New York, The Guilford Press
71. ¹ Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. (2003). Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics*, 111:97-109
72. Gerardin P, Cohen D, Mazet P, Flament MF. (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. *Eur Neuropsychopharmacol*, 12:361-370
73. Kemmer C, Willesen-Swinkels SH, de Jonge M, Tuynman-Qua H, van Engeland H. (2002). Open-label study of olanzapine in children with pervasive developmental disorder. *J Clin Psychopharmacology*, 22, 455-460
74. Stores G. Medication for sleep-wake disorders. (2003). *Arch Dis Childhood*, 88: 899-903
75. Malone RP, Maislin G, Choudhury MS, Gifford C, Delaney MA. (2002). Risperidone treatment in children and adolescents with autism: short- and long-term safety and effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 140-147
76. Kalia M, O'Callaghan JP, Miller DB, Kramer M. (2000). Comparative study of fluoxetine, sibutramine, sertraline and dexfenfluramine on the morphology of serotonergic terminals using serotonin immunohistochemistry. *Brain Research*, 858: 92-105
77. <http://www.iator.gr/>, στις 2 Ιουνίου 2014
78. Greenberger D. (2007). Σκέφτομαι άρα Αισθάνομαι. τρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
79. Vauth R, Corrigan PW, Clauss M, et al. (2005). Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. *Schizophr. Bull.* 31(1):55-56
80. Μ. Μαδιανός: Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. (2005). Εκδ. Καστανιώτη
81. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE et al. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 2000, 57
82. Volkmar F, Tsatsanis K. (2002). Childhood schizophrenia. In: Lewis M (edit) *Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive Textbook*, 3rd ed, LWW
83. Schaeffer J, Ross R. (2002). Childhood-onset schizophrenia: premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 538-545
84. Ελληνική Εταιρία Συστημικής Σκέψης. <http://www.hestafta.org/>, στις 2 Ιουνίου 2014
85. Β.Μαυρέας (2006). Περιοδικό BIONOVA
86. Roder, V., Brenner, H. D., Müller, D., Lächler, M., Zorn, P., Reisch, T., Bösch, J., Bridler, R., Christen, C., Jaspén, E., Schmidl, F., Schwemmer, V. (2002). Development of social skills training programmes for schizophrenic patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 363-371
87. Βλαβιανού Μ. (2005). Νεότερες γνωσιο-συμπεριφοριστικές απόψεις για τα προγράμματα αποκατάστασης σχιζοφρενών. Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς

88. Wykes, T., Van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis- Cog
89. Eack S., Hogarty G. et al. (2007). Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects. *Schizophrenia Research*, 89, 1–3, 308–311
90. Wykes, T., Van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis- Cognitive Remediation Therapy?. *Clinical Psychology Review*, 21, 8, 1227-1256
91. Penades R., Catalan R. et al. (2010). Executive function needs to be targeted to improve social functioning with Cognitive Remediation Therapy (CRT) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177, Issues 1-2, 41–45
92. Da Costa R, De Carvalho L. (2004). The acceptance of virtual reality devices for cognitive rehabilitation: a report of positive results with schizophrenia. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 73, 3 173–182
93. Andersen SL (2003). Trajectories of brain development: Point of vulnerability or window of opportunity. *Neurosc Behav Review*, 27, 3-18
94. Thompson P M, Giedd J N, Woods R P et al. (2000). Growth patterns in the developing brain detected by using continuum mechanical tensor maps. *Nature*, 404, 190-192
95. ¹ Sporn AL, Greenstein DK, Gogtay N, et al. (2003). Progressive brain volume loss during adolescence in child hood-onset schizophrenia. *Am J. Psychiatry*, 160, 2181-2189
96. Whitaker-Azmitia P M. (2001) Serotonin and brain development: Role in human developmental diseases. *Brain Res Bulletin*, 56, 479-485
97. Berger-Sweeney J. (2003). The cholinergic basal forebrain system during development and its influence on cognitive processes: important questions and potential answers. *Neurosc Behav Reviews*, 27, 401-411
98. Hall SS. (2003). Smart pill. *Scientific American*, September, 36-45
99. Vitiello B. (2003). Ethical considerations in psychopharmacological research involving children and adolescents. *Psychopharmacology*, 171, 86-91
100. Zito J M, Safer D J, dosReis S et al. (2000). Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*, 283, 1025-1030
101. Sawnsen JM, & Volkow ND (2003). Serum and brain concentrations of methylphenidate: Implications for use and abuse. *Neurosc Behav Reviews*, 27, 615-621
102. Κωτσόπουλος Σ. (2004). Φαρμακευτική αγωγή των ψυχιατρικών διαταραχών στο παιδί και τον έφηβο. *Εγκέφαλος*, 41, 7-21
103. Kapur S. (2004). Η τροποποίηση των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης ως βάση της αντιψυχωσικής δράσης. S. Kapur Y. Lecrubier (επιμ) Ο Ρόλος της Ντοπαμίνης στην Παθοφυσιολογία και θεραπεία της Σχιζοφρένειας. Βαγιωνάκης, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
104. Sorensen CB, Bohm Jepsen E, Hove Thomsen P & Dalsgaard S. (2003). Indications for and use of antidepressants in child and adolescent psychiatry: A cross-sectional survey in Denmark. *Eur Child Adoles Psychiatry*, 2003, 12, 114-121
105. Laine K, Heikkinen T, Ekblad U & Kero P. (2003). Effects of exposure to selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy on serotonergic symptoms in newborn and cord blood monoamine and prolactin concentrations. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 720-726

106. Kalia M, O'Callaghan JP, Miller DP & Kramer M. (2000). Comparative study of fluoxetine, sibutramine, sertraline and dexfenfluramine on the morphology of serotonergic nerve terminals using serotonin immunohistochemistry. *Brain Research*, 858, 92-105
107. Κωτσόπουλος Σ., Οικονόμου Α. (2004). Ανάπτυξη του εγκεφάλου και ψυχοφάρμακα στην παιδική ηλικία. *Εγκέφαλος*. τόμος 51, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος
108. <http://www.mazi.org.gr>, MAZI- Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης, στις 30 Ιουλίου 2014
109. Ραγιά Α. (2005). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας –Ψυχιατρική Νοσηλευτική, (Ε' έκδοση)
110. www.smh.com.au. Εφημερίδα Sydney Morning Herald
111. <http://www.tovima.gr>, στις 29 Ιουλίου 2014
112. <http://www.iatronet.gr>, στις 30 Ιουλίου 2014
113. Corrigan, P.W., Lundin, R.K. (2001). *Don't Call Me Nuts: Coping With the Stigma of Mental Illness*. Illinois: Abana Press
114. Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λουκή, Ε. Σεργιάννη, Χ., Σταλίκας, Α. (2006). Εκπαιδευτική παρέμβαση σε μαθητές γυμνασίου για την καταπολέμηση του ψυχιατρικού στίγματος. *Ψυχολογία*, 13, 44-58
115. Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Κολοστούμπης, Δ., Γιώτης, Λ. (2007). Η περίπτωση της σχιζοφρένειας στα ΜΜΕ: Ψυχιατρικός όρος ή μεταφορά; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98, 17-20
116. http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Antistigma/, στις 22 Ιουλίου 2014
117. <http://www.tovima.gr/science/medicine-biology>, στις 22 Ιουλίου 2014
118. <http://www.skai.gr/news/health>, στις 30 Ιουλίου 2014